

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π

Τμήμα : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



Τ Ο Ε Μ Φ Ρ Α Γ Μ Α Τ Ο Υ Μ Υ Ο Κ Α Ρ Δ Ι Ο Υ

Σπουδαστές : Λ Ε Β Ε Ν Τ Ζ Ω Ν Η Σ Γ Ε Ω Ρ Γ Ι Ο Σ  
Μ Π Α Μ Π Ι Α Η Θ Ε Ω Ν Η

Εισηγήτρια : Π Α Π Α Δ Η Μ Η Τ Ρ Ι Ο Υ Μ Α Ρ Ι Α

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

— ΠΑΤΡΑ 1990 —

Το έργο μας αυτό αφιερώνεται σε όσους σπουδάζουν  
το πνεύμα και την επιστήμη της Νοσηλευτικής .

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	333
----------------------	-----

ΑΝΑΡΧΗ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ  
ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

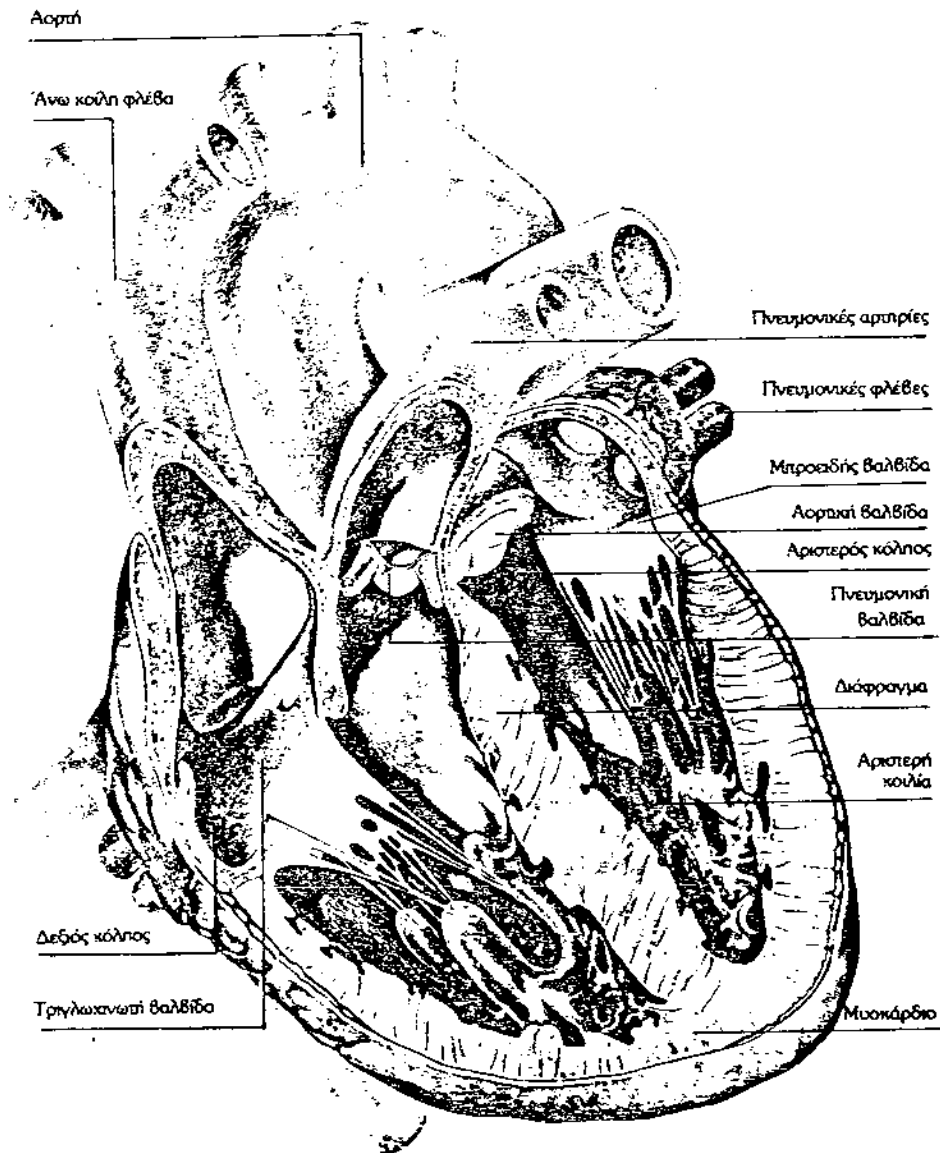
## Π Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η .....	1
 <b>Μ Ε Ρ Ο Σ Α</b>	
Ιστορική ανασκόπηση της νόσου .....	3
Ανατομία της καρδιάς .....	5
Φυσιολογία της καρδιάς .....	11
Νοσολογική κατάσταση του μυοκαρδίου ( Εμφράγμα ) .....	15
Κλινικοί τύποι ( μορφές ) .....	22
Συχνότητα - Επιδημιολογικά δεδομένα .....	23
Αιτιολογία της νόσου .....	25
Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου .....	27
Κλινική συμπτωματολογία .....	34
Διάγνωση του εμφράγματος .....	36
Το ηλεκτροκαρδιογράφημα .....	37
Πρόγνωση της νόσου .....	41
Θεραπεία του εμφράγματος .....	42
Συντηρητική θεραπεία .....	43
Χειρουργική θεραπεία .....	45
Επιπλοκές του εμφράγματος .....	48
 <b>Μ Ε Ρ Ο Σ Β</b>	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με έμφραγμα .....	53
Συμβολή της Νοσηλευτικής στη διάγνωση του εμφράγματος .....	53
Ανάγκες φροντίδας εμφραγματία .....	56
Α . Νοσηλευτική φροντίδα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας .....	56
Β . Νοσηλευτική φροντίδα στο καρδιολογικό τμήμα .....	66
Γ . Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που υποβάλλεται	
σε χειρουργική επέμβαση .....	72
α) Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα .....	73
β) Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα .....	77
Δ . Νοσηλευτική παρέμβαση στις κυριότερες μετεγχειρητικές	
επιπλοκές .....	81
Αποκατάσταση του ασθενούς .....	86
Εκπαίδευση ασθενή που έχει υποστεί έμφραγμα .....	88
Πρόληψη - αγωγή υγείας .....	90
Σχολική εκπαίδευση υγείας .....	92

## Μ Ε Ρ Ο Σ      Γ

Α . Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς που πάσχουν από " Εμφραγμα του μυοκαρδίου "	
και που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία του νομού Αττικής .....	94
1ο χαρακτηριστικό παράδειγμα .....	95
2ο χαρακτηριστικό παράδειγμα .....	106
3ο χαρακτηριστικό παράδειγμα ( στα πλαίσια της κοινότητας ) ..	118
Επίλογος .....	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	130

## Η ΚΑΡΔΙΑ



Η **μυϊκή αντλία** που κτυπά 40 εκατομμύρια φορές το χρόνο .  
Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κανένα υποκατάστατο της , που να  
μπορεί να αντέξει το εχθρικό περιβάλλον του ανθρωπίνου σώματος .

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ήδη γνωστό πως τα καρδιακά νοσήματα και ειδικότερα το έμφραγμα του μυοκαρδίου στη σημερινή εποχή , κατέχουν παγκόσμια μια από τις υψηλότερες θέσεις ως προς τα αίτια θνησιμότητας . Η ανθρωπότητα σήμερα δεν απειλείται από παθήσεις αλλά κυρίως από τις αιτίες που τις προκαλούν , και αυτές οι αιτίες βρίσκονται μέσα στις διαδικασίες του σύγχρονου πολιτισμού . Για το λόγο αυτό και οι επιδημίες των σύγχρονων νοσημάτων δηλαδή οι καρδιαγγειακές παθήσεις , ο καρκίνος , τα τροχαία ατυχήματα , τα νευροψυχικά νοσήματα βερίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες .

Ο " σύγχρονος πολιτισμός " μας με την υπέρμετρη υλιστική του ανάπτυξη ώθησε δυστυχώς τον άνθρωπο σε παρεκτροπές για τις οποίες πληρώνει υψηλό τίμημα . Οι παράγοντες εκείνοι που ενοχοποιούνται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι συχνότεροι στις προηγμένες βιομηχανικά κοινωνίες ( καταναλωτικές κοινωνίες ) και σπανιότεροι στους φτωχούς λαούς .

Γίνεται λοιπόν κατανοητή η σοβαρότητα της πάθησης ως προς τον αριθμό των νοσημάτων , προβλημάτων και ως προς τις επιπτώσεις της στην οικογενειακή , στην κοινωνική , και στην επαγγελματική ζωή του ατόμου αλλά και στην ανάγκη για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και αποκατάσταση .

Συγκεκριμένα , για το θέμα " έμφραγμα του μυοκαρδίου " έχουν γίνει κατά καιρούς πολλές συζητήσεις και διάφορες μελέτες με αντικειμενικό σκοπό την σφαιρικότερη ανάλυση , την μεθοδευμένη ιατρική και νοσηλευτική αντιμετώπιση και πλήρη διαφώτιση των πληθυσμών ως προς τα αίτια και τις επιπτώσεις μιας στεφανιαίας νόσου .

Η επιλογή λοιπόν του συγκεκριμένου θέματος και με βάση τα διάφορα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από μελέτες διαφόρων επιστημών σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα , έγινε με σκοπό να εκτεθούν για μια ακόμη φορά , η αιτιολογία , κλινική

συμπτωματολογία , προδιαθεσικοί παράγοντες και θεραπεία της νόσου . Είναι αναγκαίο να τονιστεί και θα τονιστεί η μεγάλη συμβολή αλλά και ευθύνη παράλληλα του νοσηλευτή στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Εμείς η καινούργια γενιά των διπλωματούχων νοσηλευτών θα κληθούμε από την κοινωνία να κάνουμε μια πραγματικά οργανωμένη εκστρατεία για να μπορέσουμε να μειώσουμε τα θύματα των καρδιαγγειακών νοσημάτων που δυστυχώς πολύ συχνά είναι νέοι άνθρωποι, ενεργά μέλη της κοινωνίας μας . !!!



## Μ Ε Ρ Ο Σ   Α

### Ι Σ Τ Ο Ρ Ι Κ Η   Α Ν Α Σ Κ Ο Π Η Σ Η   Τ Η Σ   Ν Ο Σ Ο Υ

Όπως είναι γνωστό , η στεφανιαία νόσος της καρδιάς περιλαμβάνει μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από την παρουσία στηθάγχης , πρόσφατου ή παλαιού εμφράγματος Στο 95% των περιπτώσεων τα αγγεία έχουν στένωση από αθηροσκληρυντική επεξεργασία ενώ πιο σπάνια η ισχαιμική νέκρωση είναι αποτέλεσμα έντονης ταχυκαρδίας , αναιμίας ανευρίσματος της αορτής , εμβολής στα στεφανιαία αγγεία. Η αθηροσκλήρυνση είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας επεξεργασίας με χρόνο επώασης που αρχίζει πιθανό από την παιδική ηλικία , εκδηλώνεται ως την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής του ατόμου σαν οξύ επεισόδιο θανάτου στο 50% των περιπτώσεων ενώ στις υπόλοιπες επουλώνεται το τμήμα του μυοκαρδίου που νεκρώθηκε . Η ασθένεια αυτή δεν ήταν άγνωστη στην αρχαιότητα .

Συγκεκριμένα , στον πάπυρο EBEVS αναφέρεται το εξής :  
" όταν η καρδιά πάσχει , το έργο της εκτελείται πλημμελώς και τα αγγεία που φεύγουν από την καρδιά αδρανούν και δεν γίνονται αισθητά από την αφή " . Η περιγραφή αυτή αναφέρεται στο shock που συχνά ακολουθεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου . Ο πατέρας της ιατρικής επιστήμης , ο Ιπποκράτης περιέγραψε για πρώτη φορά μερικούς ασθενείς με στηθαγχικό πόνο . Αναφέρει ότι σε μερικές περιπτώσεις ακολουθεί γρήγορα ο θάνατος παρόλο που δεν παρατηρούνται αλλοιώσεις στο φάρυγγα . Πιθανότατα ο Ιπποκράτης κατατάσσει στην ίδια ομάδα ασθενειών το έμφραγμα του μυοκαρδίου , πνευμονικό οίδημα , αμυγδαλίτιδα και διφθερίτιδα . Ο Ιερειάς στην παλαιά διαθήκη αναφέρει ότι η καρδιά δυνατών ανδρών πάσχει , όπως η γυναίκα στον τοκετό .

Από αυτό , μπορούμε κάλλιστα να συμπεράνουμε ότι , οι Εβραίοι πριν από 25 αιώνες περίπου ήξεραν τη στηθαγχική κρίση και διετύπωσαν ότι η καρδιά είναι το όργανο που πάσχει σε αυτές τις περιπτώσεις . Πέρασε όμως αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα , ώσπου η νόσος να γίνει γνωστή στον ιατρικό κόσμο .

Το 1920 - 1925 οι περισσότεροι γιατροί σε όλο τον κόσμο δεν γνώριζαν πολλά για τη νόσο αυτή , παρόλο που ο γιατρός SMITH είχε περιγράψει από το 1918 τις ΗΚΓφικές αλλοιώσεις σε ασθενή πάσχοντα από νόσο της καρδιάς . Τελικά μετά το 1924 οπότε και επινοήθηκαν οι προκάρδιες απαγωγές , το έμφραγμα έγινε γνωστό .

Μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα η στεφανιαία νόσος κατείχε την πρωταρχική θέση σαν αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας . Αυτό οφείλονταν κυρίως στην ανεπάρκεια των διαγνωστικών μεθόδων και εν μέρει στις άσχημες συνθήκες διατροφής και διαβίωσης εκείνης της εποχής .

Ήδη , από τις αρχές της 10ετίας του 1930 η στεφανιαία νόσος είχε καταλάβει την πρώτη θέση σαν αίτιο θνησιμότητας . Το δε έμφραγμα του μυοκαρδίου το 1940 ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες .

Αξίζει να τονιστεί ότι παλαιότερα οι περιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου σε άτομα νεαρής ηλικίας αποδίδονταν στη σύφιλη και στο ρευματικό πυρετό που επικρατούσαν την εποχή εκείνη .!!!

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο που έχει σχήμα κώνου, το οποίο βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα, επικαθήμενο λοξά πάνω στο διάφραγμα και κατά 2/3 είναι αριστερά από τη μέση γραμμή. Συγκεκριμένα φαίνεται σαν ένας ανεστραμμένος κώνος με την κορυφή του προς τα κάτω και αριστερά. Το μεγεθός της είναι περίπου ίσο με το μέγεθος της γροθιάς του ατόμου. Βρίσκεται πίσω από το σώμα του στέρνου και των πλευρικών χόνδρων 2 - 6. Η κορυφή της φθάνει στο 5° μεσοπλεύριο διάστημα ενώ η βάση της βρίσκεται αντίστοιχα προς το 2° μεσοπλεύριο διάστημα. Περιβάλλεται από ινορογόνο θύλακο, ο οποίος έχει διπλό τοίχωμα και λέγεται **π ε ρ ι κ ά ρ δ ι ο**.

Το τοίχωμα της καρδιάς αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το :

- 1) **ε π ι κ ά ρ δ ι ο**.
- 2) **μ υ ο κ ά ρ δ ι ο**.
- 3) **ε ν δ ο κ ά ρ δ ι ο**.

Το περικάρδιο αποτελείται από δύο (2) θύλακους από τους οποίους ο ένας βρίσκεται μέσα στον άλλον. Ο εξωτερικός θύλακος είναι κατασκευασμένος από ινώδη ιστό και λέγεται ινώδες περικάρδιο. Ο εσωτερικός θύλακος είναι πολύ λεπτός υμένας, υπαλείφει τον εξωτερικό θύλακο και λέγεται ορογόνο περικάρδιο.

Το περικάρδιο επιτελεί τις εξείς σημαντικές λειτουργίες:

- α) στηρίζει την καρδιά στη φυσιολογική της θέση
- β) αποτρέπει την απότομη διεύρυνση των κοιλοτήτων της καρδιάς
- γ) με την παραγωγή του περικαρδιακού υγρού κάνει ολισθηρή την επιφάνεια της καρδιάς και έτσι επιτρέπει τις ελεύθερες κινήσεις κατά την διάρκεια της συστολής και της χαλάρωσης του καρδιακού μυός.

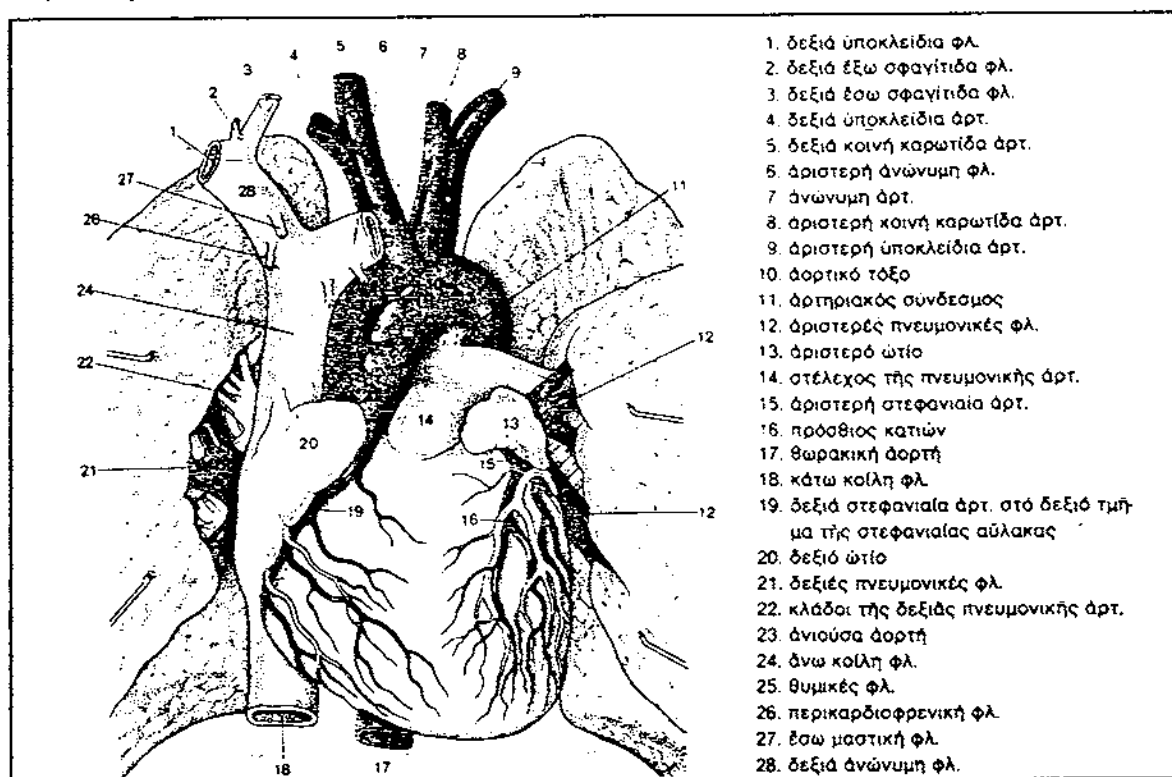
δ) βοηθά στην πλήρωση των κόλπων με αίμα κατά την διάρκεια της συστολής των κοιλιών . Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κατά την διάρκεια της συστολής των κοιλιών η απότομη εκκενωσή τους από αίμα , έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αρνητικής πίεσης στην κοιλότητα του περικαρδίου.

Το επικάρδιο αποτελεί το περισπλάχνιο πέταλο του ορογόνου περικαρδίου , στο οποίο υπάρχουν νεύρα και αγγεία .

Το μυοκάρδιο αποτελεί την κύρια μάζα της καρδιάς και αποτελείται από τον καρδιακό μυ . Το πάχος του είναι μεγαλύτερο στις κοιλίες από ό,τι στους κόλπους . Το μυοκάρδιο της αριστερής κοιλίας είναι παχύτερο από το μυοκάρδιο της δεξιάς κοιλίας .

Ο καρδιακός μύς των κόλπων χωρίζεται πλήρως από τον καρδιακό μυ των κοιλιών με τον ινώδη σκελετό της καρδιάς και η μόνη σύνδεση μεταξύ του μυοκαρδίου κοιλιών και κόλπων είναι το σύστημα αγωγής των ερεθισμάτων .

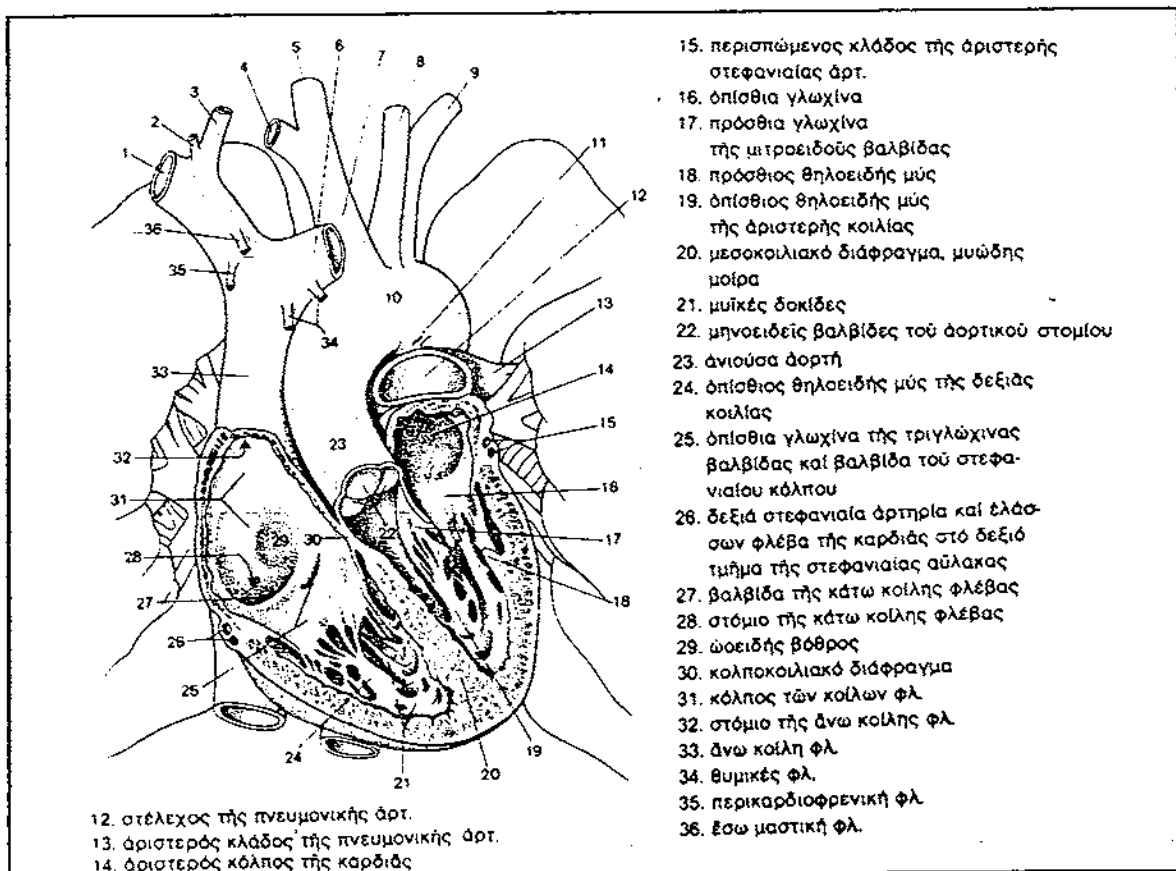
Το ενδοκάρδιο υπαλείφει την εσωτερική επιφάνεια του μυοκαρδίου . Είναι η στοιβάδα εκείνη του τοιχώματος της καρδιάς που έρχεται σε επαφή με το αίμα . ( Σχήμα 1 )



## Κοιλότητες της καρδιάς

Η καρδιά περιλαμβάνει συνολικά 4 κοιλότητες, τους 2 κόλπους και τις 2 κοιλίες.

Οι κόλποι είναι μικρότεροι από τις κοιλίες και βρίσκονται προς την βάση της καρδιάς. Οι κοιλίες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της καρδιάς και σχηματίζουν την κορυφή της. Το μεσοκοιλιακό διάφραγμα χωρίζει τους δύο κόλπους σε αριστερό και δεξιό, ενώ οι κοιλίες χωρίζονται σε αριστερή και δεξιά με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Οι κόλποι επικοινωνούν με τις κοιλίες με τα κολποκοιλιακά στόμια τα οποία αποφράσσονται με τις κολποκοιλιακές βαλβίδες. Η καρδιά, όπως είναι γνωστό, λειτουργεί σαν μια διπλή αντλία. Καθεμιά από τις δύο αντλίες έχει την κοιλότητα υποδοχής του αίματος δηλ. τον κόλπο και την κοιλότητα προώθησης του αίματος, την κοιλία. Στη βάση της καρδιάς υπάρχουν 8 μεγάλα αγγεία τα οποία είτε εισέρχονται είτε εξέρχονται από την καρδιά. Τα αγγεία αυτά είναι: άνω και κάτω κοίλη φλέβα, πνευμονική αρτηρία, αορτή και 4 πνευμονικές φλέβες. ( Σχήμα 2 )



- 12. στέλεχος της πνευμονικής άρτ.
- 13. άριστερός κλάδος της πνευμονικής άρτ.
- 14. άριστερός κόλπος της καρδιάς

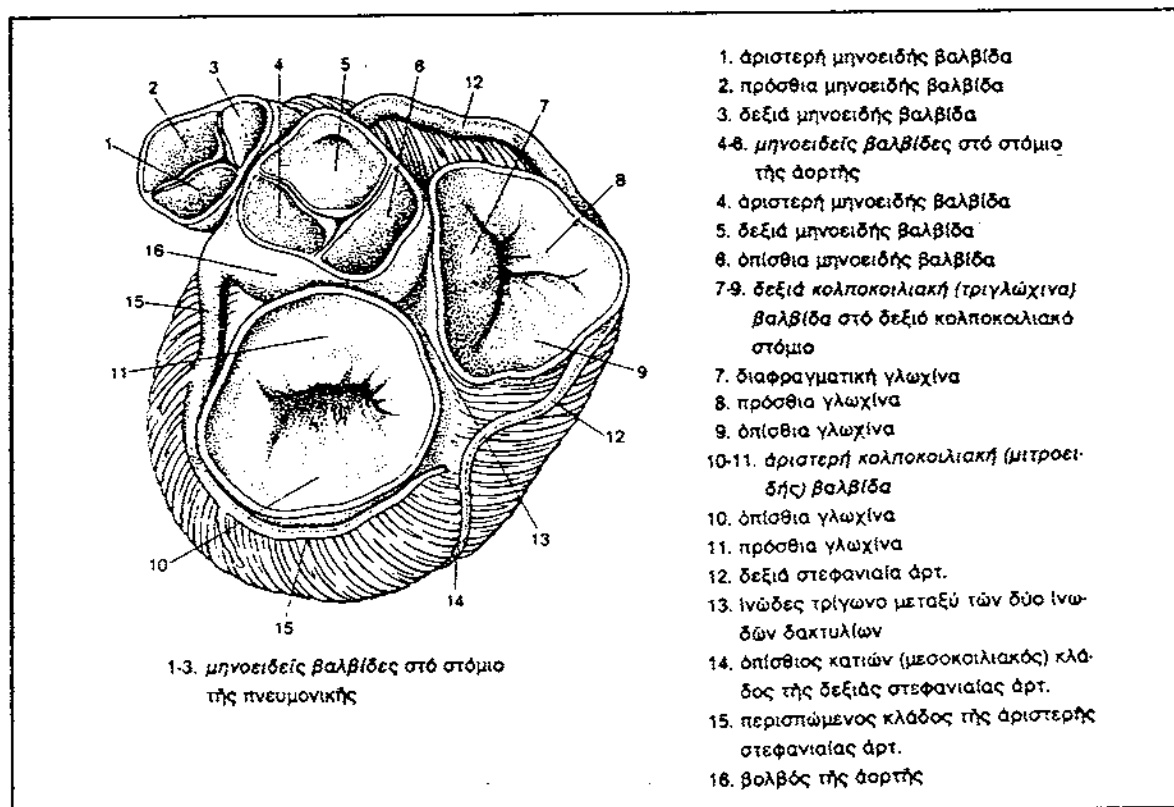
- 15. περισπώμενος κλάδος της άριστερης στεφανιαίας άρτ.
- 16. όπισθια γλωχινα
- 17. πρόσθια γλωχινα της μιτροειδούς βαλβιδας
- 18. πρόσθιος θηλοειδής μύς
- 19. όπισθιος θηλοειδής μύς της άριστερης κοιλίας
- 20. μεσοκοιλιακό διάφραγμα, μυώδης μοίρα
- 21. μυϊκές δοκίδες
- 22. μηνοειδείς βαλβίδες του άορτικού στομίου
- 23. άνιούσα άορτή
- 24. όπισθιος θηλοειδής μύς της δεξιάς κοιλίας
- 25. όπισθια γλωχινα της τριγλώχινας βαλβιδας και βαλβιδα του στεφανιαίου κόλπου
- 26. δεξιά στεφανιαία άρτηρία και έλαστων φλέβα της καρδιάς στο δεξιό τμήμα της στεφανιαίας αύλακας
- 27. βαλβιδα της κάτω κοίλης φλέβας
- 28. στόμιο της κάτω κοίλης φλέβας
- 29. ώσειδής βόθρος
- 30. κολποκοιλιακό διάφραγμα
- 31. κόλπος των κοίλων φλ.
- 32. στόμιο της άνω κοίλης φλ.
- 33. άνω κοίλη φλ.
- 34. θυμικές φλ.
- 35. περικαρδιοφρενική φλ.
- 36. έσω μαστική φλ.

## Β α λ β ί δ ε ς τ η ς κ α ρ δ ι ά ς

Οι βαλβίδες της καρδιάς αποφράσσουν τα στόμια με τα οποία επικοινωνούν οι κόλποι με τις κοιλίες . Επίσης αποφράσσουν τα στόμια των αρτηριών δηλ. της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής . οι βαλβίδες της καρδιάς είναι τέσσερεις (4) και ουσιαστικά είναι αναδιπλώσεις του μυοκαρδίου Η κύρια λειτουργία τους είναι η ροή του αίματος προς μια μόνο κατεύθυνση και συγκεκριμένα από τους κόλπους προς τις κοιλίες ( κολποκοιλιακές βαλβίδες ) , είτε από την κοιλιά προς ένα μεγάλο αγγείο ( αορτική και πνευμονική βαλβίδα ) .

Οι κολποκοιλιακές βαλβίδες έχουν σχήμα χωνιού . Το τοίχωμα του χωνιού αυτού αποσχίζεται σε δύο ή τρία τριγωνικά τμήματα , τα οποία λέγονται γ λ ω χ ί ν ε ς .

Η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα έχει 2 γλωχίνες , ενώ η δεξιά έχει τρεις (3) . Για αυτό ακριβώς το λόγο η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα καλείται δ ι γ λ ω χ ι ν ενώ η δεξιά τ ρ ι γ λ ω χ ι ν . Η αορτική και πνευμονική βαλβίδα λέγονται μ η ν ο ε ι δ ε ί ς βαλβίδες . Αποτελούνται από τρεις ημισελήνοειδείς πτυχές του ενδοκαρδίου. ( Σχήμα 3 )



## Α ι μ ά τ ω σ η τ η ς κ α ρ δ ι ά ς

Η αιμάτωση της καρδιάς γίνεται με δύο αγγεία :

1. τη δεξιά και
2. την αριστερή στεφανιαία αρτηρία .

Οι αρτηρίες αυτές εκφύονται λίγο πιο πάνω από το άνω χείλος της αορτικής βαλβίδας και είναι οι μόνοι κλάδοι τους οποίους δίνει η ανιούσα αορτή . Τα στόμια των αρτηριών αυτών βρίσκονται πίσω από τις μηννοειδείς βαλβίδες και η είσοδος του αίματος στα αγγεία αυτά είναι δυνατή μόνο κατά τη φάση της διαστολής της αριστερής κοιλίας .

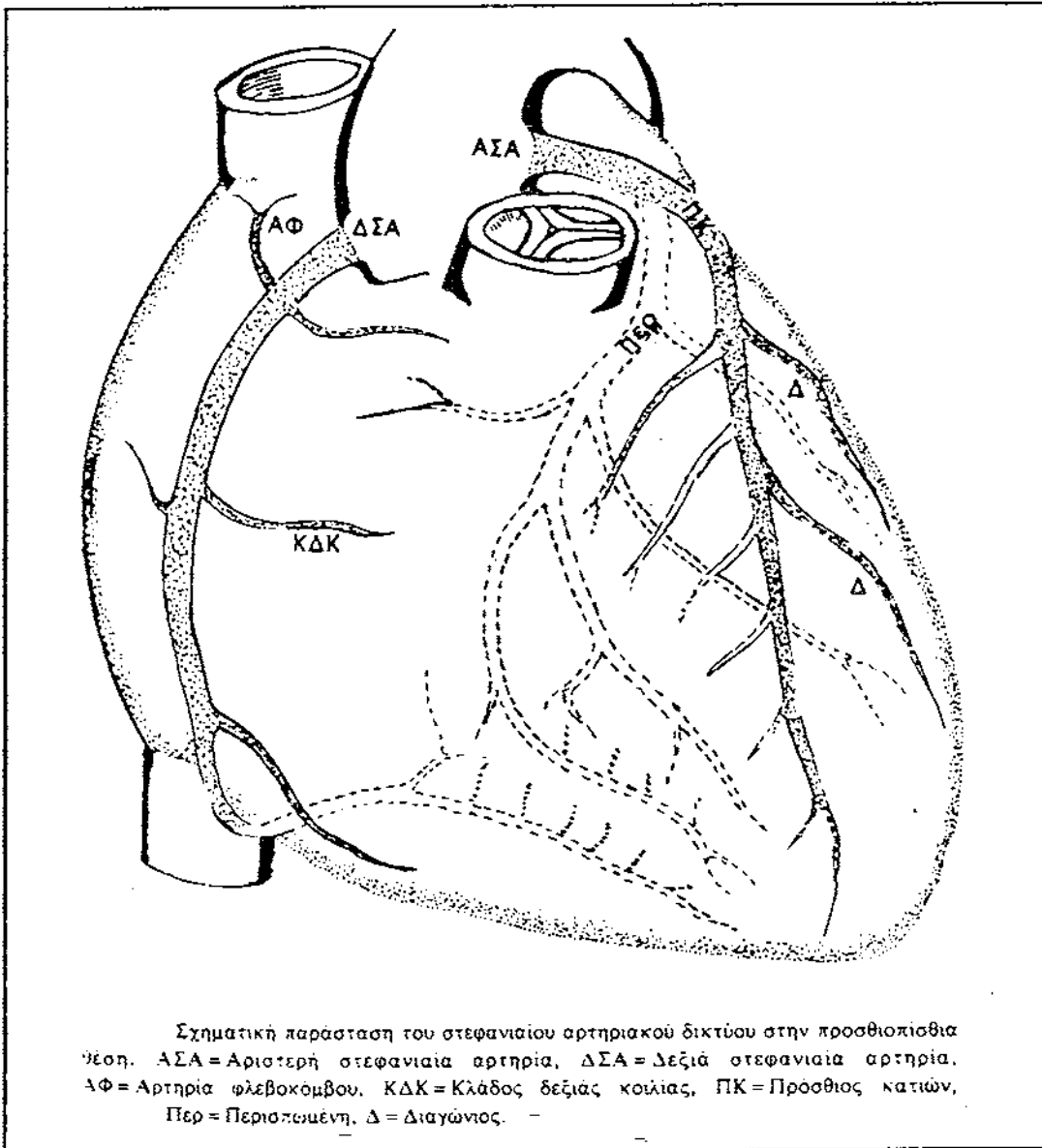
Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία πορεύεται μέσα στη στεφανιαία αύλακα , η οποία αποτελεί το εξωτερικό όριο ανάμεσα στους κόλπους και τις κοιλίες . Ακολουθεί τη στεφανιαία αύλακα γύρω από τη καρδιά προς τη διαφραγματική επιφάνεια της καρδιάς όπου αναστομώνεται με την αριστερή στεφανιαία αρτηρία .

Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία αμέσως μετά την εκφυσή της δίνει δύο μεγάλους κλάδους :

- α. ένα που φέρεται κατά μήκος της πρόσθιας μεσοκοιλιακής αύλακας , η οποία αποτελεί το εξωτερικό όριο μεταξύ δεξιάς και αριστερής κοιλίας και
- β. ένα κλάδο που πορεύεται μέσα στην αριστερή στεφανιαία αύλακα και φέρεται προς τη διαφραγματική επιφάνεια, όπου αναστομώνεται με τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία .

Τα στεφανιαία αγγεία με τους κλάδους τους αιματώνουν το τοίχωμα ολόκληρης της καρδιάς .

Η σχηματική παράσταση που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα δείχνει τη το στεφανιαίο αρτηριακό δίκτυο στη προσθοπίσθια θέση . ( Σχήμα 4 )





## ● Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Τ Η Σ Κ Α Ρ Δ Ι Α Σ

Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι κλειστό σύστημα κυκλοφορίας . Αποτελείται από μια μυώδη αντλία , τη καρδιά , και από ένα κλειστό σύστημα αγγείων με το οποίο το αίμα μεταφέρεται από τη καρδιά προς όλα τα μέρη του σώματος και επαναφέρεται πίσω στη καρδιά .

Το αίμα προσλαμβάνει οξυγόνο και προϊόντα της πέψης από το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα αντίστοιχα και τα μεταφέρει στα διάφορα κύτταρα του σώματος . Από τα κύτταρα του σώματος το αίμα προσλαμβάνει τα προϊόντα του μεταβολισμού όπως είναι π.χ. το διοξείδιο του άνθρακα, το γαλακτικό οξύ κ.λ.π. και τα μεταφέρει στα διάφορα όργανα με τα οποία αποβάλλονται στο εξωτερικό περιβάλλον .

Επιπλέον το αίμα μεταφέρει ορμόνες από τους ενδοκρινείς αδένες προς τα όργανα στόχους αυτών των ορμονών και επίσης μεταφέρει λευκά αιμοσφαίρια και αντισώματα σε διάφορα μέρη του σώματος , όπου αυτά είναι αναγκαία π.χ. σε περιοχή του σώματος που αναπτύσσεται μια φλεγμονή .

Το καρδιαγγειακό σύστημα συμμετέχει επίσης στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος καθώς επίσης στη ρύθμιση του ύδατος και διαφόρων άλλων ουσιών . Το αίμα περιορίζεται στη καρδιά και στα αγγεία από τα οποία δεν εξέρχεται παρά μόνο όταν υποστεί βλάβη κάποιο αγγείο .

Το καρδιαγγειακό σύστημα είναι επίσης διπλό σύστημα κυκλοφορίας . Από λειτουργικής πλευράς η καρδιά μπορεί να θεωρηθεί ως ένα διπλό όργανο , το οποίο εξυπηρετεί το κύκλωμα της μ ι κ ρ ή ς ή π ν ε υ μ ο ν ι κ ή ς κυκλοφορίας και το κύκλωμα της μ ε γ ά λ η ς ή σ ω μ α τ ι κ ή ς κυκλοφορίας . Στη μικρή κυκλοφορία το αίμα φέρεται με τις πνευμονικές αρτηρίες στους πνεύμονες και επιστρέφει με τις πνευμονικές φλέβες στη καρδιά .

Στη μεγάλη κυκλοφορία το αίμα φέρεται με την αορτή και τους διάφορους κλάδους της σε όλα τα μέρη του σώματος και επιστρέφει στη καρδιά με την άνω και κάτω κοίλη φλέβα και με τις καρδιακές φλέβες .

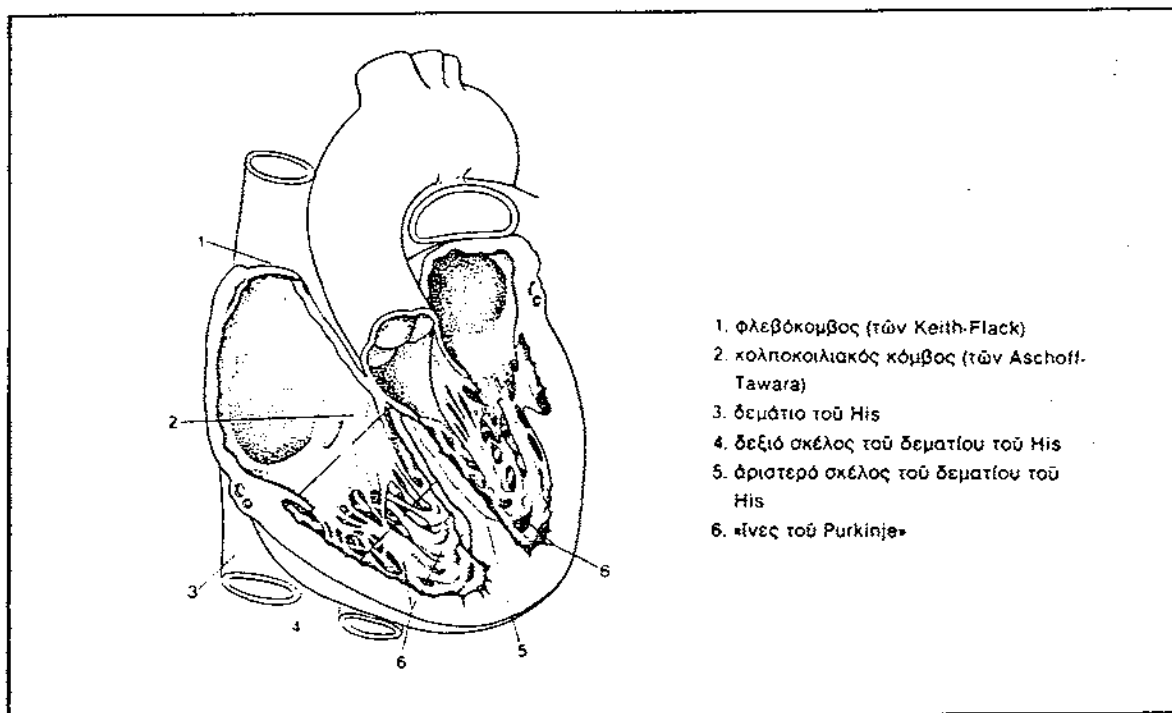
Η καρδιά σαν όργανο εμφανίζει αυτοματισμό , δηλ. λειτουργεί με ερεθίσματα που παράγονται αυτόματα μέσα σε ορισμένα τμήματα του μυοκαρδίου , χωρίς την επίδραση κανενός εξωτερικού ερεθίσματος . Ο αυτοματισμός της καρδιάς οφείλεται στην παρουσία ειδικού συστήματος από μυϊκές ίνες του μυοκαρδίου που παράγουν κατά περιοδικά χρονικά διαστήματα το ερέθισμα που απαιτείται για τη διέγερση και άγουν το ερέθισμα αυτό από τους κόλπους στις κοιλίες με τρόπους που να εξασφαλίζεται η κανονική αλληλουχία της συστολής ( πρώτα των κόλπων και ύστερα των κοιλιών ) .

Το σύστημα αυτό ( παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων ) αποτελείται από δύο ( 2 ) τμήματα , το φλεβοκομβικό και το κολποκοιλιακό . Το πρώτο αποτελείται από μυϊκές ίνες εμβρυικής μορφής που αποτελούν τον κόμβο των Keith flack ( Φλεβοκόμβος ή πρωτεύον κέντρο παραγωγής διεγέρσεων , ή βηματοδότης της καρδιάς ) βρίσκεται δε μέσα στο μυοκάρδιο του δεξιού κόλπου , κατά την εκβολή της άνω κοίλης φλέβας . Η συχνότητά του είναι 60 - 80 διεγέρσεις το λεπτό .

Το κολποκοιλιακό τμήμα αποτελείται από ίνες ειδικής μορφής και περιλαμβάνει :

- α) τον κόμβο των Aschoff - Tawara ( δευτερεύον κέντρο ή κολποκοιλιακός κόμβος ) που βρίσκεται στο κάτω μέρος του μεσοκολπικού διαφράγματος .
- β) δεμάτιο του His που αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του κολποκοιλιακού κόμβου .
- γ) τα σκέλη του δεματίου του His ( δεξιό και αριστερό ) που αποτελούν τη συνέχεια του δεματίου . Τα σκέλη του αυτά φέρονται κάτω από το ενδοκάρδιο από τη μια και από την άλλη πλευρά του μεσοκοιλιακού διαφράγματος , μέχρι την κορυφή της καρδιάς και από εκεί ανακάλυπτον και αποδίδουν πολλαπλές διακλαδώσεις ( ίνες του purkinje ) που καταλήγουν σε διάφορα σημεία στο μυοκάρδιο των 2 κοιλιών .

Η σχηματική παράσταση που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα παρουσιάζει παραστατικά τα προαναφερθέντα . ( Σχήμα 5 )



Σε περίπτωση που για κάποιο λόγο καταργηθεί ο φλεβόκομβος αναλαμβάνει να δώσει διεγέρσεις το δευτερεύον κέντρο της καρδιάς με συχνότητα 40 - 50 διεγέρσεις το λεπτό .

Σε περίπτωση που καταργηθεί και το δευτερεύον κέντρο ( περιοχή κόμβου , δεμάτιο His ) δίνουν διεγέρσεις τα 2 σκέλη δεξιό και άριστερό που αποτελούν το τριτεύον κέντρο με συχνότητα 30 - 40 διεγέρσεις το λεπτό . Φυσιολογικά το ερέθισμα για την καρδιακή συστολή , δηλ. την ηλεκτρική διέγερση της καρδιάς παράγεται στο φλεβόκομβο . Από το φλεβόκομβο το ηλεκτρικό ερέθισμα δια του κοινού κολπικού μυοκαρδίου εξαπλώνεται προς τους κόλπους , τους οποίους διεγείρει σχεδόν ταυτόχρονα . Η έναρξη της διέγερσης του άριστερού κόλπου καθυστερεί κατά 0,01 του δευτερολέπτου σε σύγκριση με το δεξιό .

Η πρώτη φάση ενεργοποίησης της καρδιάς αποτελείται από την ηλεκτρική διέγερση των κόλπων . Η διέγερση αυτή δίνει το πρόσταγμα στους κόλπους να συσταλούν και να εξωθήσουν το αίμα συγχρόνως δια μέσου της τριγλώχινας και της μιτροειδούς βαλβίδας στη δεξιά και άριστερή κοιλία ταυτόχρονα . Παράλληλα η διέγερση προχωρεί δια του κολπικού τοιχώματος προς τον κόμβο των Aschoff - Tawara , το στέλεχος και τα

σκέλη του δεματίου του His και δια των ινών του parκίνη μεταδίδεται στο μυοκάρδιο των κοιλιών . Αρχικά εκπολώνεται το μεσοκοιλιακό διάφραγμα από αριστερά προς τα δεξιά . Ακολουθεί η διέγερση του προσβίου τοιχώματος της δεξιάς κοιλίας και στη συνέχεια η διέγερση της κύριας μάζας του μυοκαρδίου της δεξιάς και της αριστερής κοιλίας από το ενδοκάρδιο προς το επικάρδιο . Στο τέλος εκπολώνονται :

- α) η ανώτερη μοίρα του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και κυρίως η δεξιά
- β) η υπερκοιλιακή ακρολοφία και
- γ) η οπίσθια βασική μοίρα της αριστερής κοιλίας .

Με το σύστημα λοιπόν αυτό επιτυγχάνεται η συστολή και η διαστολή των κόλπων και των κοιλιών και συντελείται το πολύ μεγάλο έργο της κυκλοφορίας του αίματος , από της ενάρξεως της ζωής του ατόμου μέχρι το τέλος της .

Για να γίνει λοιπόν κατανοητό πόσο πράγματι θαυμαστό είναι το έργο της καρδιάς αρκεί να αναφέρουμε ότι αυτή συστέλλεται 100 χιλιάδες φορές την ημέρα , περίπου 2 δισεκατομμύρια και 500 εκατομμύρια φορές στη ζωή του ατόμου μέχρι την ηλικία των 70 χρόνων . Με τις συστολές αυτές η καρδιά ενός ατόμου ηλικίας 70 ετών έχει προωθήσει 150.000 τόννους αίματος .

Είναι πράγματι άξιο θαυμασμού ότι όλη αυτή η λειτουργία γίνεται με φυσιολογικό ρυθμό και με ορισμένο πάντοτε αριθμό συστολών . !!!

## ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

### ( Ε Μ Φ Ρ Α Γ Μ Α )

#### Ο ρ ι σ μ ό ς

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η συχνότερη αιτία θανάτου . Σημαίνει νέκρωση τμήματος του μυοκαρδίου που οφείλεται σε απόφραξη μιας ή και των δύο στεφανιαίων αρτηριών . Ειδικότερα έμφραγμα είναι η ισχαιμική νέκρωση μιας συγκεκριμένης περιοχής του μυοκαρδίου που οφείλεται σε απόφραξη ενός κλάδου στεφανιαίας αρτηρίας εξαιτίας σχηματισμού κάποιου θρόμβου ( αθηροσλήρυνση ) είτε λόγω αιμορραγίας στο σημείο της αθηρομάτωσης .

Η έκταση της μυοκαρδιακής περιοχής στην οποία ελλοτώνεται ή διακόπτεται εντελώς η παροχή οξυγονωμένου αίματος από τις στεφανιαίες αρτηρίες εξαρτάται από τους εξείς παράγοντες :

- i ) Από το βαθμό της στένωσης , που οφείλεται στη δημιουργία αθηροσκληρυντικής πλάκας . Η ροή του αίματος μέσω μιας στεφανιαίας αρτηρίας περιορίζεται όταν έχει προκληθεί στένωση στον αυλό της αρτηρίας τουλάχιστον κατά 75% .
- ii ) Από τον αριθμό των στενωτικών βλαβών που μπορεί να έχουν προκληθεί σε μια ή και περισσότερες στεφανιαίες αρτηρίες . Αρκετά συχνά σε ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου οι στενωτικές βλάβες είναι πολλές και διάσπαρτες .
- iii ) Από τη κεντρική ή περιφερική εντόπιση της αθηροσκληρυντικής πλάκας . Αυτό σημαίνει ότι , όσο πλησιέστερα προς την έκφυση μιας στεφανιαίας αρτηρίας βρίσκεται η στένωση ή η απόφραξη , τόσο μεγαλύτερο είναι και το τμήμα του μυοκαρδίου που

ισχαιμεί . Σοβαρότερη είναι η βλάβη, όταν εντοπίζεται στο στέλεχος της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας .

iv ) Από τις φυσιολογικές αναστομώσεις και την ικανότητα για παράπλευρη κυκλοφορία . Το οπίσθιο και οπισθιοπλάγιο τμήμα του μυοκαρδίου αρδεύεται από τη δεξιά στεφανιαία αρτηρία και τη περισπώμενη μεταξύ των οποίων υπάρχει αναστομωτικό δίκτυο . Για αυτό ακριβώς το λόγο το οπισθιοκατώτερο έμφραγμα είναι λιγότερο συχνό από το έμφραγμα του πρόσθιου τοιχώματος του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας, το οποίο αρδεύεται μόνο από το πρόσθιο κατιόντα στεφανιαίο κλάδο . Το μεσοκοιλιακό διάφραγμα αρδεύεται από κλάδους της πρόσθιας κατιούσας και της οπίσθιας κατιούσας αρτηρίας , προσβάλλεται δε από έμφραγμα όταν συμβεί απόφραξη στο αρχικό τμήμα της πρόσθιας κατιούσας και της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας .

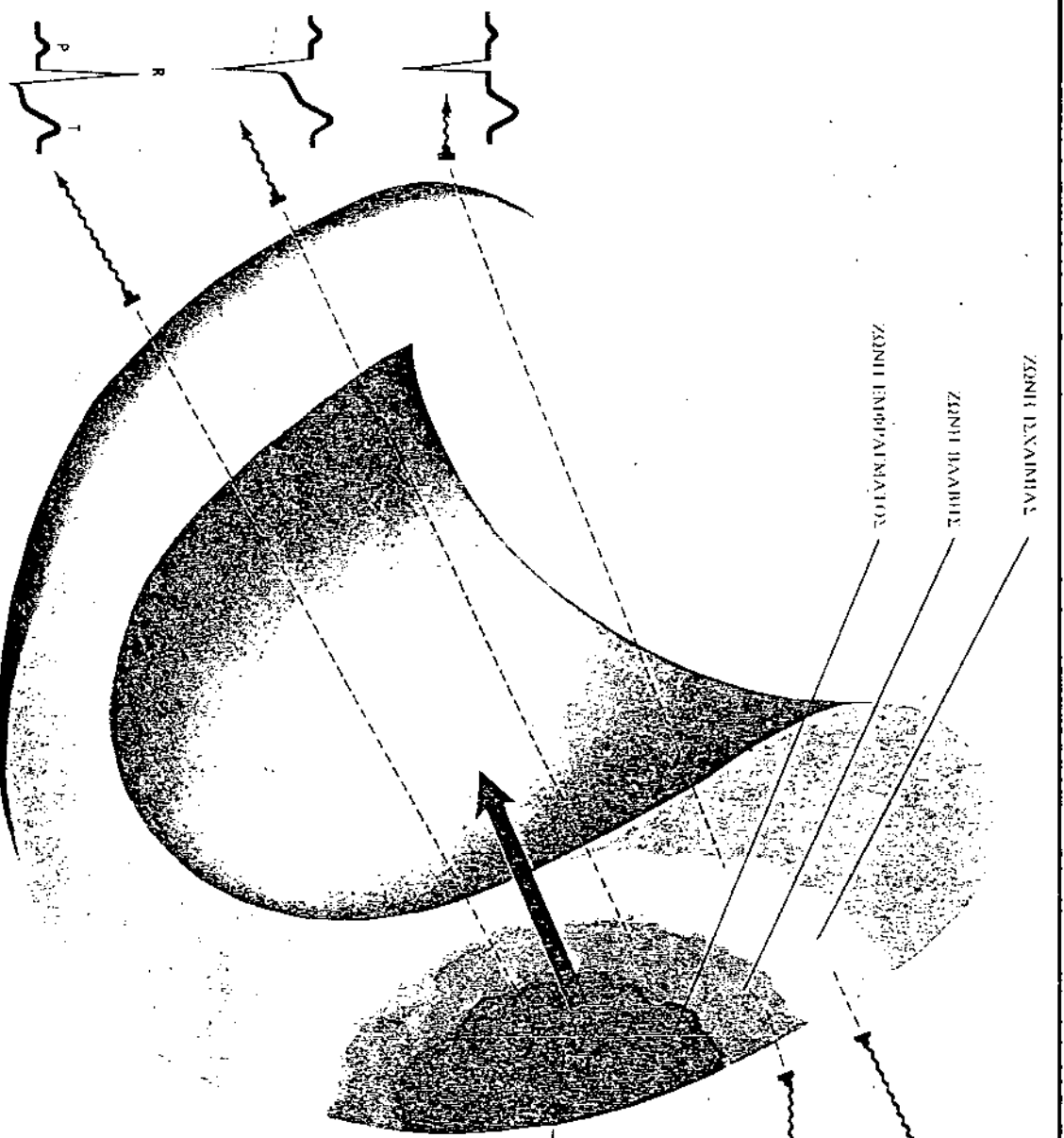
Η παράπλευρη κυκλοφορία αναπτύσσεται όταν συμβεί στένωση μεγάλου βαθμού , συνήθως πάνω από 90 % , μιας στεφανιαίας αρτηρίας και για το λόγο αυτό η διαπίστωσή της αποτελεί ένδειξη ότι η βλάβη είναι σοβαρή .

Η παράπλευρη κυκλοφορία συμβαίνει :

- 1) μεταξύ δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας και πρόσθιας κατιούσας
- 2) μεταξύ δεξιάς στεφανιαίας και περισπώμενης .
- 3) μεταξύ πρόσθιας κατιούσας και περισπώμενης .

Η σχηματική παράσταση που ακολουθεί στην επόμενη σελίδα δείχνει την επίδραση του καρδιακού εμφράγματος , της βλάβης και της ισχαιμίας . ( Σχήμα 6 )

ΑΝΔΡΑΙΑ ΑΙΟΓΓΕΙΩΝΑΙΑ ΣΤΗΝ  
ΑΝΤΙΘΕΤΟ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΝΙΑΤΟΣ ΠΛΕΥΡΑ



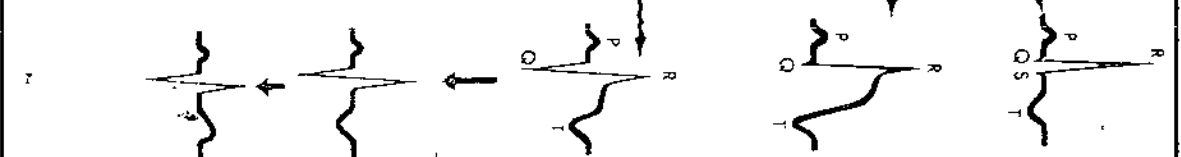
ΖΩΝΗ ΔΕΞΑΙΩΝΙΑΣ  
ΖΩΝΗ ΒΑΛΒΙΔΕ  
ΖΩΝΗ ΕΜΒΡΥΟΝΙΑΤΟΣ

Η ΔΕΞΑΙΩΝΙΑ ΕΠΙΘΕΤΗ  
ΑΝΑΤΡΟΦΗ  
ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕΣΕ  
ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕ  
ΓΟΝΙΩΜΕΝΟΥ  
ΖΗ ΜΕΤΑΦΟΡΗ

Η ΒΑΛΒΙΔΕ ΤΟΥ ΜΥΟΥ  
ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕΣΕ  
ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΝΙΑΤΟΣ

Ο ΟΜΑΝΑΤΟΣ ΔΕΞΑΙΩΝΙΑΣ  
ΤΟΥ ΜΥΟΥ ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕ  
ΚΥΜΑΤΑ Q, R, Q,  
ΟΡΓΑΝΟΝ ΝΑ ΣΤ ΑΠΟΦΥΣΙΑ  
ΤΟΥ ΔΕΞΑΙΩΝΙΑΤΟΣ ΠΕΡΙΘΩΡΕΥΕ  
ΑΙΟ ΤΟΝ ΣΠΛΗΝΟΝ ΕΤΟ  
ΚΑΙ ΑΝΤΙΘΕΤΟΝ  
ΠΕΝΝΙΑ ΑΙΟ ΤΑ  
ΑΝΑ ΤΗΡΑΙΑ  
ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΤΕΡΙΑ ΗΜΕ  
ΑΝΑΤΡΟΦΗ ΔΕΞΑΙΩΝΙΑΣ ΚΑΙ  
ΣΠΛΗΝΟΝ ΣΤ ΕΣΩΤΕΡΟ  
ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΟ  
ΠΝΑΥΣΤΑΝΑ ΤΟ ΕΠΙΘΕΤΟ  
ΤΟΥ ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕΣΕ  
ΣΤΟ ΓΥΝΩΣΤΟΝ ΚΑΙ  
ΕΠΙΘΕΤΟΓΕΝΕΣΕ  
ΑΙΟΝ ΟΡΓΑΝΟΝ ΣΤΗΝ  
ΕΣΩΤΕΡΗ ΤΗΣ ΖΩΝΗΣ  
ΒΑΛΒΙΔΕ ΚΑΙ ΔΕΞΑΙΩΝΙΑΣ



## Παθολογοανατομική εικόνα της νόσου

Η απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας προέρχεται από τη δημιουργία κάποιου θρόμβου σε αθηροσκληρυντική πλάκα του έσω χιτώνα που έχει προκαλέσει στένωση αυλού τουλάχιστον 75 - 80 % .

Σε διατοίχωματικό οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει διαπιστωθεί πλήρης απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας κατά τις πρώτες 6 ώρες από το έμφραγμα σε ποσοστό 90 % των περιπτώσεων και στις 24 ώρες σε ποσοστό 65-70 % δηλ. σε λιγότερους ασθενείς , πιθανότατα λόγω αυτόματης θρομβόλυσης .

Σε υπενδοκαρδιακό έμφραγμα παρατηρείται επίσης ανάπτυξη θρόμβου , αλλά συνήθως δεν έχουμε πλήρη απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας .

Όταν η νέκρωση συμβεί σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 25% της συνολικής μάζας του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας , τότε συνήθως εκδηλώνεται κάμψη της αριστερής κοιλίας και όταν η νέκρωση είναι σε ποσοστό πάνω από το 40% του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας , τότε συνήθως εμφανίζεται καρδιογενές shock . Η απόφραξη μιας αρτηρίας πολύ συχνά συνδυάζεται με στενωτικές βλάβες και στις άλλες αρτηρίες ή ακόμα και σε μικρότερους κλάδους αυτών .

Σε περίπτωση που έχουμε απόφραξη της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας , τότε το έμφραγμα είναι προσθιοδιαφραγματικό ή αλλιώς πρόσθιο ενώ σε περίπτωση που συμβεί απόφραξη της περισώμενης στεφανιαίας αρτηρίας το έμφραγμα είναι συνήθως πλάγιο .

Σε απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας το έμφραγμα αφορά το διαφραγματικό (κατώτερο) ή οπισθιοβασικό τμήμα του μυοκαρδίου ή και το μυοκαρδίο της δεξιάς κοιλίας .

Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί και να συμβεί επεισόδιο οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου , με φυσιολογικές όμως τις στεφανιαίες αρτηρίες . Αυτές οι περιπτώσεις ερμηνεύονται σαν οξεία θρόμβωση μιας στεφανιαίας αρτηρίας και αυτόματη θρομβόλυση αμέσως μετά το έμφραγμα . Επίσης μπορούν να οφείλονται και σε σπασμό μιας αρτηρίας ή ακόμα και σε



εμβολή της από κάποιο λόγο, όπως π.χ. εξαιτίας κάποιας προσβετικής βαλβίδας , ενδοκαρδίτιδας κ.λ.π.

Το τοίχωμα του μυοκαρδίου στη περιοχή που ισχαιμεί λόγω του εμφράγματος, γίνεται λεπτότερο και όταν το έμφραγμα είναι διατοιχωματικό στη περιοχή αυτή μπορεί να δημιουργηθεί ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας . Στο διατοιχωματικό έμφραγμα η νέκρωση αρχίζει από το ενδοκάρδιο και επεκτείνεται προς το επικάρδιο . Όταν το έμφραγμα συνδυάζεται και με ανεύρυσμα τότε , είναι πολύ πιθανό να αναπτυχθούν βρόμβοι πάνω στο ισχαιμικό ενδοκάρδιο , οι οποίοι μερικές φορές αποσπώνται προς τη περιφέρεια του σώματος και μπορούν να προκαλέσουν περιφερικές αρτηριακές εμβολές .

Σε ένα ποσοστό περίπου 20 % των θανάτων από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου , συμβαίνει ρήξη του προσβληθέντος τμήματος όπως π.χ. του ελεύθερου τοιχώματος , του θηλοειδούς μυός ή και του μεσοκοιλιακού διαφράγματος .

Η ρήξη αυτή συμβαίνει πιο συχνά σε άτομα τα οποία έχουν ιστορικό υπέρτασης , όταν το έμφραγμα είναι διατοιχωματικό και όταν παρουσιάζει χαρακτηριστικά ανευρυσματικής διάτασης .

Κατά κανόνα το έμφραγμα αφορά την αριστερή κοιλία και σπανιότερα βέβαια τη δεξιά κοιλία ή τους κόλπους .

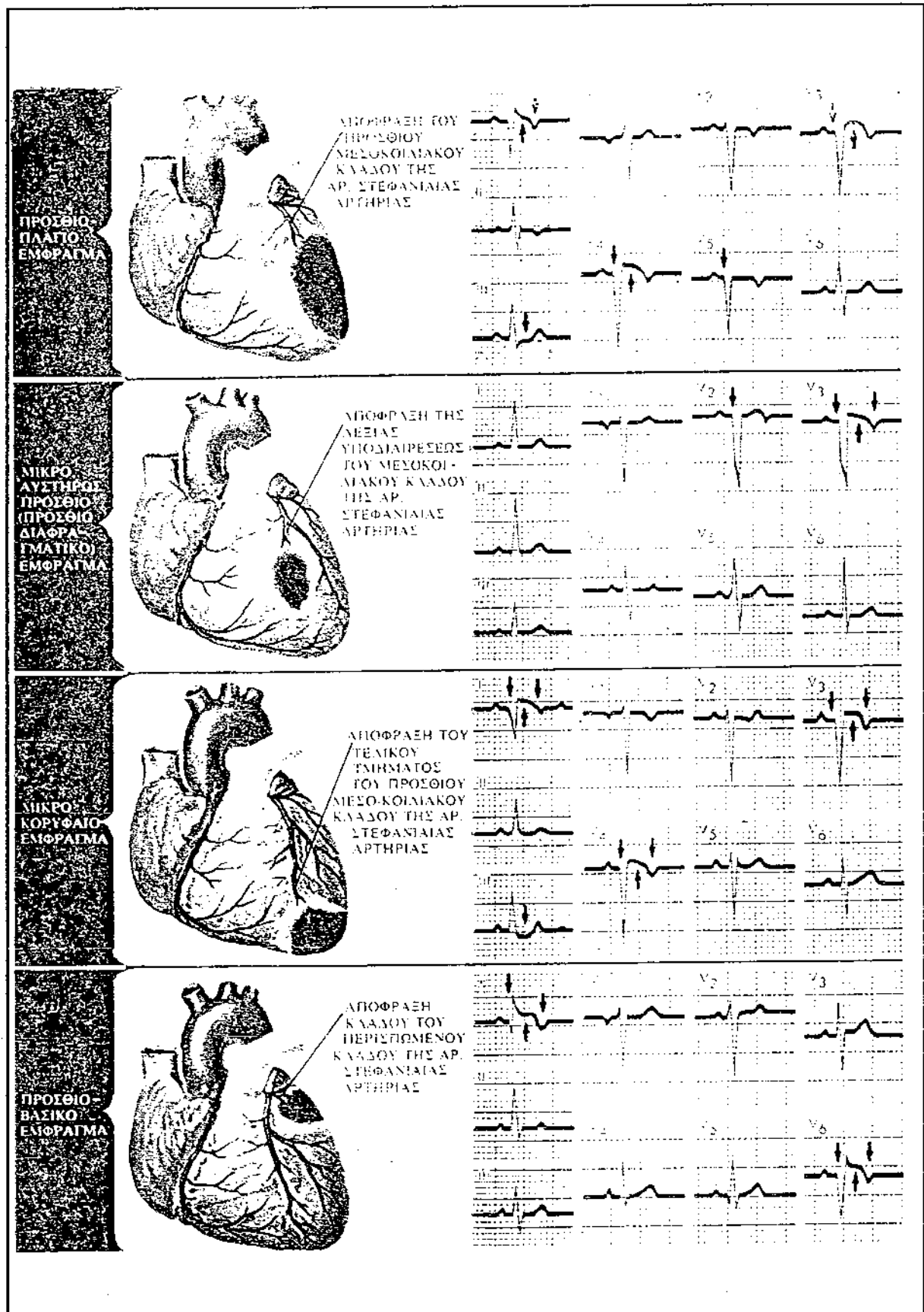
Η εντόπιση και η έκταση του εμφράγματος εξαρτώνται από τους εξείς παράγοντες :

- 1) από την ανατομική διανομή του αγγείου, στο οποίο συμβαίνει η απόφραξη
- 2) από το μέγεθος της παρούσας και τυχόν προηγούμενων αποφράξεων και
- 3) από την επάρκεια ή μη της παράπλευρης κυκλοφορίας.

Η σχηματικές παραστάσεις που ακολουθούν στις επόμενες σελίδες παρουσιάζουν :

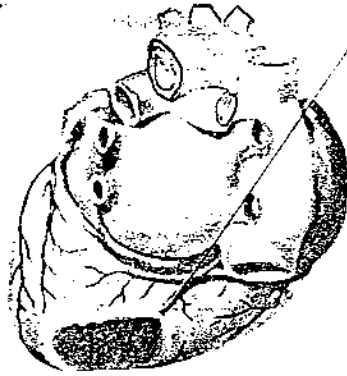
- α. την εντόπιση των Πρόσθιων Εμφραγμάτων ( Σχήμα 7 ) και
- β. την εντόπιση των Οπισθίων Εμφραγμάτων ( Σχήμα 8 ) .

## Η ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΘΙΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

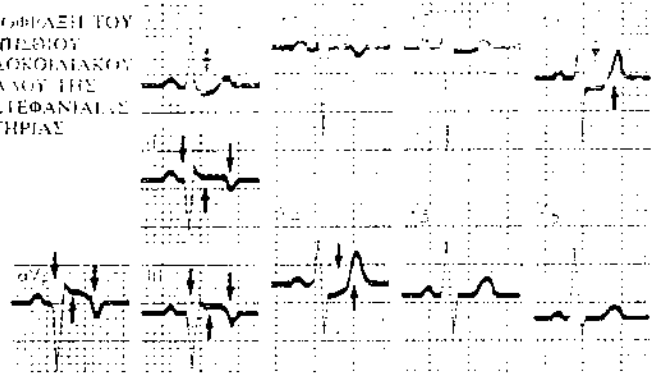


# Η ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΩΝ ΟΠΙΣΘΙΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ

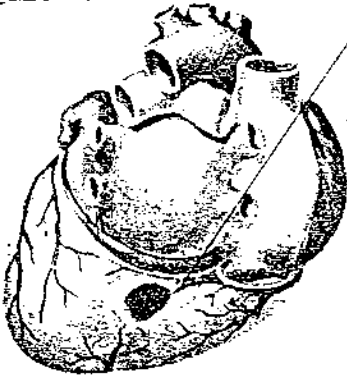
**ΟΠΙΣΘΙΟ  
ΚΑΤΩΤΕΡΟ  
ΕΜΦΡΑΓΜΑ**



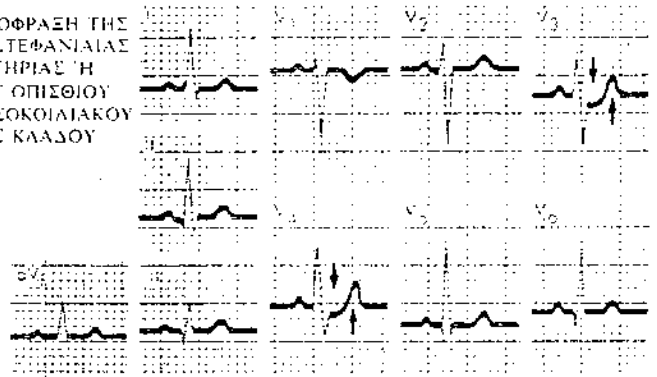
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ  
ΟΠΙΣΘΙΟΥ  
ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ  
ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ  
Δ. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ  
ΑΡΤΗΡΙΑΣ



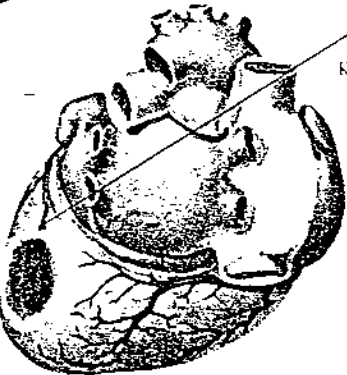
**ΑΥΣΤΗΡΟΣ  
ΟΠΙΣΘΙΟ  
(ΟΠΙΣΘΙΟ-  
ΔΙΑΦΡΑΓ-  
ΜΑΤΙΚΟ)  
ΕΜΦΡΑΓΜΑ**



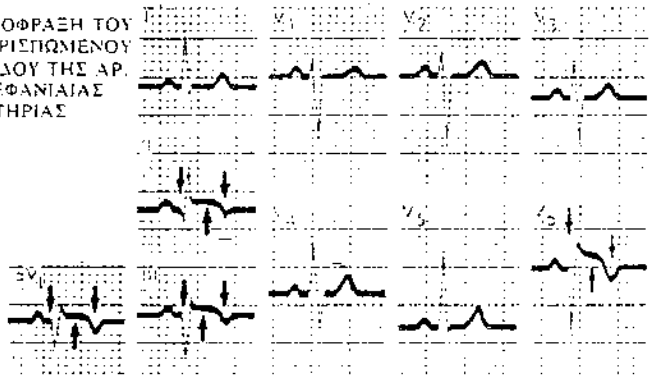
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΗΣ  
Δ. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ  
ΑΡΤΗΡΙΑΣ Ή  
ΤΟΥ ΟΠΙΣΘΙΟΥ  
ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ  
ΤΗΣ ΚΛΑΔΟΥ



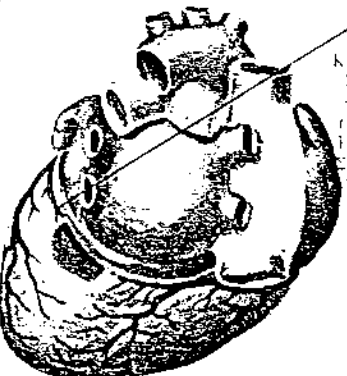
**ΟΠΙΣΘΙΟ  
ΠΛΑΓΙΟ  
ΕΜΦΡΑΓΜΑ**



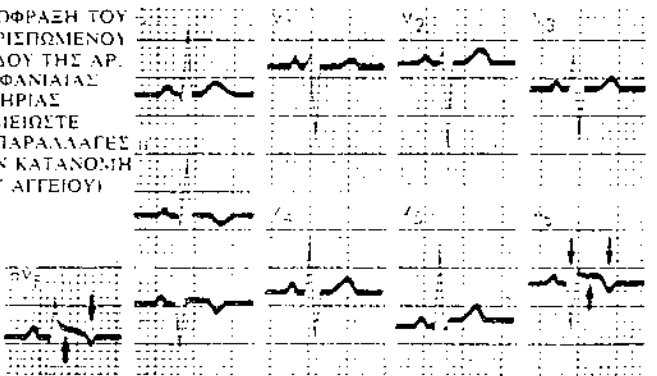
ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ  
ΠΕΡΙΣΠΩΜΕΝΟΥ  
ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΑΡ.  
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ  
ΑΡΤΗΡΙΑΣ



**ΟΠΙΣΘΙΟ  
ΒΑΣΙΚΟ  
ΕΜΦΡΑΓΜΑ**



ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΟΥ  
ΠΕΡΙΣΠΩΜΕΝΟΥ  
ΚΛΑΔΟΥ ΤΗΣ ΑΡ.  
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ  
ΑΡΤΗΡΙΑΣ  
ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ  
ΤΙΣ ΠΑΡΑΛΛΑΓΕΣ  
ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΜΗ  
ΤΟΥ ΑΓΓΕΙΟΥ!



## ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ( ΜΟΡΦΕΣ )

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου διακρίνεται σε 3 μορφές:

- α ) Οξύ έμφραγμα
- β ) Υποξύ έμφραγμα
- γ ) Χρόνιο έμφραγμα

### Α. ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου ορίζεται σαν οξύ κατά τις πρώτες ώρες ή και ημέρες από την αρχή της εμφάνισης των συμπτωμάτων της νόσου . Αυτή η φάση χαρακτηρίζεται έντονα από την παρουσία των συμπτωμάτων ή και σημείων της νόσου .

Είναι βέβαια η πιο επικίνδυνη φάση της πάθησης και κατά τη διάρκειά της εκδηλώνεται ο μεγαλύτερος αριθμός επιπλοκών και θανάτων . Τα πολύ έντονα και επώδυνα συμπτώματα είναι αυτά που οδηγούν τον ασθενή στο γιατρό .

### Β. ΥΠΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Αρχίζει από τις πρώτες ημέρες εκδήλωσης των συμπτωμάτων μέχρι ένα ή δύο μήνες από την εμφραγματική προσβολή . Χαρακτηρίζεται από την ύφεση ή και σχετική εξαφάνιση των συμπτωμάτων .

Κατά τη διάρκεια της φάσης αυτής ο νεκρωμένος καρδιακός ιστός αντικαθίσταται αργά - αργά από επουλωτικό ιστό , με άλλα λόγια δηλ. το μέρος του νεκρωμένου μυοκαρδίου απορροφάται και αντικαθίσταται από μια ουλή αποτελούμενη από σκληρό ιστό , στερεό αλλά χωρίς καμιά ικανότητα συστολής . Συνεπώς λοιπόν , μπορούμε να πούμε , ότι η καρδιά αδρανει από λειτουργικής άποψης . Σε αυτή ακριβώς τη φάση η εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών , ακόμα και θανάτου , μειώνεται κατά μεγάλο ποσοστό σε σύγκριση με την οξεία φάση .

### Γ. ΧΡΟΝΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Σαν χρόνιο έμφραγμα εννοούμε το έμφραγμα που παρουσιάζεται ένα ή δύο μήνες μετά τα αρχικά σύμπτωματα όταν πια το νεκρό μυοκάρδιο έχει ήδη επουλωθεί . Η χρόνια αυτή μορφή του εμφράγματος δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του πάσχοντα .

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου σε ηλικίες κάτω των 20 ετών , πρακτικά μπορεί να θεωρηθεί ανύπαρκτο . Επίσης και οι περιπτώσεις εμφράγματος στη τρίτη δεκαετία της ζωής του ανθρώπου , είναι πολύ σπάνιες . Επίσης σχετικά σπάνιες είναι και οι περιπτώσεις σε άτομα 30 - 39 ετών . Σε ηλικίες άνω των 40 ετών οι περιπτώσεις αυξάνονται βαθμιαία, έτσι ώστε η μεγάλη πλειοψηφία των εμφραγμάτων να αφορά άτομα 50 - 70 ετών . Μετά τα 70 χρόνια το έμφραγμα συνεχίζει μεν να υπάρχει , αλλά από τα στατιστικά στοιχεία φαίνεται ότι μειώνεται αριθμητικά για τον πολύ απλό λόγο ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών δεν ξεπερνούν στο σύνολό τους το 7 % του γενικού πληθυσμού .

Γενικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται μετά το τέλος της δεύτερης δεκαετίας της ζωής και προοδευτικά αυξάνει σε συχνότητα.

Συχνά είναι τα περιστατικά με έμφραγμα μετά τα 40 χρόνια και πολύ πιο συχνά μετά τα 50 χρόνια . Επίσης το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι πιο συχνό στους άνδρες ηλικίας 35 - 60 ετών . Οι γυναίκες προσβάλλονται στον ίδιο ρυθμό με τους άνδρες , αλλά μετά την εμμηνόπαυση . Η πάθηση προσβάλλει όλα τα κοινωνικά στρώματα , κυρίως όμως στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες .

Συγκεκριμένα στη χώρα μας , κάθε χρόνο έχουμε 9500 θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου . Από το σύνολο αυτό οι 6000 θάνατοι αφορούν άνδρες , ενώ οι 3500 αφορούν γυναίκες .

Το 25 % των θανάτων συμβαίνει στις 3 πρώτες ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου , τις πιο πολλές φορές εκτός νοσοκομείου .

Το 10 - 15 % των θανάτων συμβαίνει συνήθως 4 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων . Τα άτομα που επιβιώνουν έχουν πενταπλάσια πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό εμφράγματος . Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής , σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του 1972 , γύρω στα 4 εκατομμύρια άτομα έπασχαν από τη νόσο . Κάθε χρόνο στη χώρα αυτή πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου πάνω από 670.000

άνθρωποι . Επίσης κάθε χρόνο καταγράφονται 100.000 νέα κρούσματα εμφράγματος του μυοκαρδίου . Μεγάλα ποσοστά ισχαιμικής καρδιοπάθειας εμφανίζονται στις σκανδιναβικές χώρες και ιδιαίτερα στη Φιλανδία , όπου το ποσοστό των ατόμων με έμφραγμα είναι 189 στους 10.000 κατοίκους .

Στην ομοσπονδιακή δημοκρατία της Γερμανίας στα τελευταία δέκα χρόνια τα κρούσματα της νόσου σχεδόν διπλασιάστηκαν . Κάθε χρόνο στη χώρα αυτή καταγράφονται γύρω στις 250.000 κρούσματα εμφράγματος του μυοκαρδίου . Ο δε αριθμός των ατόμων που έχασαν τη ζωή τους από αυτή τη πάθηση πενταπλασιάστηκε στη περίοδο από το 1952 ως το 1974 . Στη Σοβιετική ένωση το 1976 πέθαναν 515.400 άτομα και το 1977 πέθαναν 529.000 άτομα από τη νόσο αυτή .

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ( Π.Ο.Υ. ) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις σε άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών ( κυρίως σε άνδρες ) αυξήθηκε σε όλο τον κόσμο κατά 60% .

## Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Τ Η Σ Ν Ο Σ Ο Υ

Η αθηροσκλήρυνση είναι υπεύθυνη σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90 % των περιπτώσεων ισχαιμίας του μυοκαρδίου . Αλλά αίτια που αφορούν μεγάλους κλάδους του Στεφανιαίου δικτύου δυνατόν να είναι σπασμός , εμβολή , ανεύρυσμα διαχωριστικό ή ανώμαλη εκβολή στεφανιαίας αρτηρίας από την πνευμονική αρτηρία . Η σύφιλη ή οποιαδήποτε άλλη νόσος της αορτής μπορεί να προκαλέσει στένωση ή απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών . Επίσης ισχαιμία του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσουν η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και η στένωση του αορτικού στομίου . Στην εκδήλωση ισχαιμίας του μυοκαρδίου μπορεί να συμβάλει η νόσος του θυρεοειδούς , η πνευμονική υπέρταση και πιθανόν η κακοήθης αναιμία ή οι δευτεροπαθείς αναιμίες . Νοσήματα της χοληδόχου κύστης ή η διαφραγματοκήλη είναι δυνατόν να προκαλέσουν στηθαγχικές κρίσεις ή και έμφραγμα . Κατά κανόνα όμως όπως προειπώθηκε η κύρια αιτία γενικότερα μιας στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκλήρυνση . Με την πάροδο των ετών η πάθηση αυτή προκαλεί στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες των στεφανιαίων αρτηριών εξαιτίας των οποίων περιορίζεται ή διακόπτεται η παροχή αίματος σε τμήμα του μυοκαρδίου , με αποτέλεσμα την κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου . Για να γίνει η αθηροσκληρυντική πλάκα και να προκληθεί στένωση της στεφανιαίας αρτηρίας περνούν πολλά χρόνια . Η αθηροσκλήρυνση αρχίζει κατά την πρώτη ή δεύτερη δεκαετία της ζωής ενώ η κλινική εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου συνηθέστερα συμβαίνει μετά το 40στό έτος .

Για την ανάπτυξη της αθηροσκλήρυνσης είναι απαραίτητο να συμβεί βλάβη του ενδοθηλίου από μηχανικά αίτια π.χ η τυρβώδης ροή του αίματος σε ορισμένα τμήματα του αρτηριακού δικτύου , και η αυξημένη τάση του αρτηριακού τοιχώματος σε υπερτασικά άτομα , ή από χημικά αίτια όπως π.χ. η αυξημένη κυκλοφορία της LDL χοληστερίνης , το μονοξείδιο του άνθρακα σε χρόνιους καπνιστές κ.λ.π.

Η έναρξη της αθηροσκλήρυνσης υποδηλώνεται με την εμφάνιση " λιπαρών γραμμώσεων " στον έσω χιτώνα ή καλύτερα με βλάβες του έσω χιτώνα που περιέχουν λίπος από την εναπόθεση

λιποπρωτεϊνών LDL και VLDL . Για αρκετό χρόνο αυτές οι γραμμώσεις ή βλάβες είναι επίπεδες και δεν προβάλλουν στον αυλό της αρτηρίας . Η προβολή στον αυλό γίνεται με την πάροδο ετών και συμβαίνει νωρίτερα στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες , καθώς επίσης σε πληθυσμούς που ακολουθούν λιπαρή δίαιτα και σε μεγάλο ποσοστό πάσχουν από υπερλιπιδαιμία . Με τη πάροδο του χρόνου η αθηροσκληρυντική πλάκα αποτελείται από ένα πυρήνα και μια λεπτή ινώδη κάψα .

Η προβολή της πλάκας στον αυλό της αρτηρίας γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη με συνεχή αύξηση του πυρήνα της βλάβης και μεγένθυση της ινώδους κάψας . Ο πυρήνας καταλήγει να είναι νεκρωτικός με νεκρωτικά συντρίμματα και άφθονους κρυστάλλους από εστέρες χοληστερίνης και άλατα ασβεστίου , ενώ υπάρχει κίνδυνος να σπάσει η ινώδης κάψα που αποτελείται από εκφυλισμένα λεία μυϊκά κύτταρα , κολλαγόνο ιστό και κυτταρικά λιποειδή .

Σε περίπτωση όμως που συμβεί ρήξη της ινώδους κάψας τότε ο υποκείμενος κολλαγόνος ιστός και οι λιποειδείς ουσίες εισέρχονται στο κυκλοφορούμενο αίμα του αγγείου με αποτέλεσμα τη συγκόλληση αιμοπεταλίων και τη δημιουργία θρόμβου που μπορεί να επιφέρει ταχύτατα πλήρη και οριστική απόφραξη του αγγείου .

Υστερα από αυτά γίνεται σαφής ο ρόλος της υπερχολη - στεριναιμίας στην εμφάνιση της αθηροσκληρυντικής επεξεργασίας που έχει σαν αποτέλεσμα την παρουσία του εμφραγματικού επεισοδίου .!!!



## Π Ρ Ο Δ Ι Α Θ Ε Σ Ι Κ Ο Ι Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ Σ Τ Ε Φ Α Ν Ι Α Ι Α Σ Ν Ο Σ Ο Υ

**1. ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ:** Η υπερχοληστεριναιμία , συγγενής ή επίκτητη , είναι ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση της νόσου. Η κυκλοφορία της LDL και VLDL χοληστερίνης σε αυξημένες τιμές , όταν μάλιστα συνδυάζεται με μειωμένη HDL χοληστερίνη , προκαλεί όπως προείπαμε βλάβη του ενδοθηλίου και εναπόθεση λιπιδίων στο τοίχωμα των αρτηριών . Ο κίνδυνος σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πραγματικά μεγάλος. Ο σχηματισμός του αθηρώματος και κατά συνέπεια η ρήξη της ινώδους κάψας απειλεί άμεσα τη ζωή του εμφραγματία ασθενή .

Σε μια στατιστική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Προληπτικού ελέγχου του Διαγνωστικού Κέντρου " ΥΓΕΙΑ " στη περίοδο του Α' εξαμήνου του 1990 , σε τυχαίο πληθυσμό ( 18 - 80 έτων ) παρατηρήθηκε ότι σε δείγμα 1429 εξετασθέντων , ανευρέθησαν 716 άτομα με υπερλιπιδαιμία ( ποσοστό 50,1 % ). Αξίζει να σημειωθεί πως το κριτήριο θεώρησης υπερλιπιδαιμικού ατόμου υπήρξε : 230 - 240 mg. % σαν το όριο της ελάχιστης τιμής της χοληστερίνης και σαν ελάχιστο όριο της τιμής των τριγλυκεριδίων η τιμή των 200 mg. % .

**2. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ:** Όσο υψηλότερη είναι η αρτηριακή πίεση τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου Αυτό βέβαια ισχύει για αμφότερες τις πιέσεις , συστολική και διαστολική , και για όλες τις ηλικίες ακόμη και τη γεροντική. Η υπέρταση είναι σπουδαίος αθηρογόνος παράγοντας , ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται και με υπερχοληστεριναιμία .

Οι δυσάρεστες επιπτώσεις της αρτηριακής υπέρτασης συνοψίζονται στις εξείς:

- α) αύξηση της τάσης του τοιχώματος των αρτηριών
- β) βλάβη του ενδοθηλίου
- γ) αύξηση της διαβατότητας αυτού στην LDL χοληστερίνη και

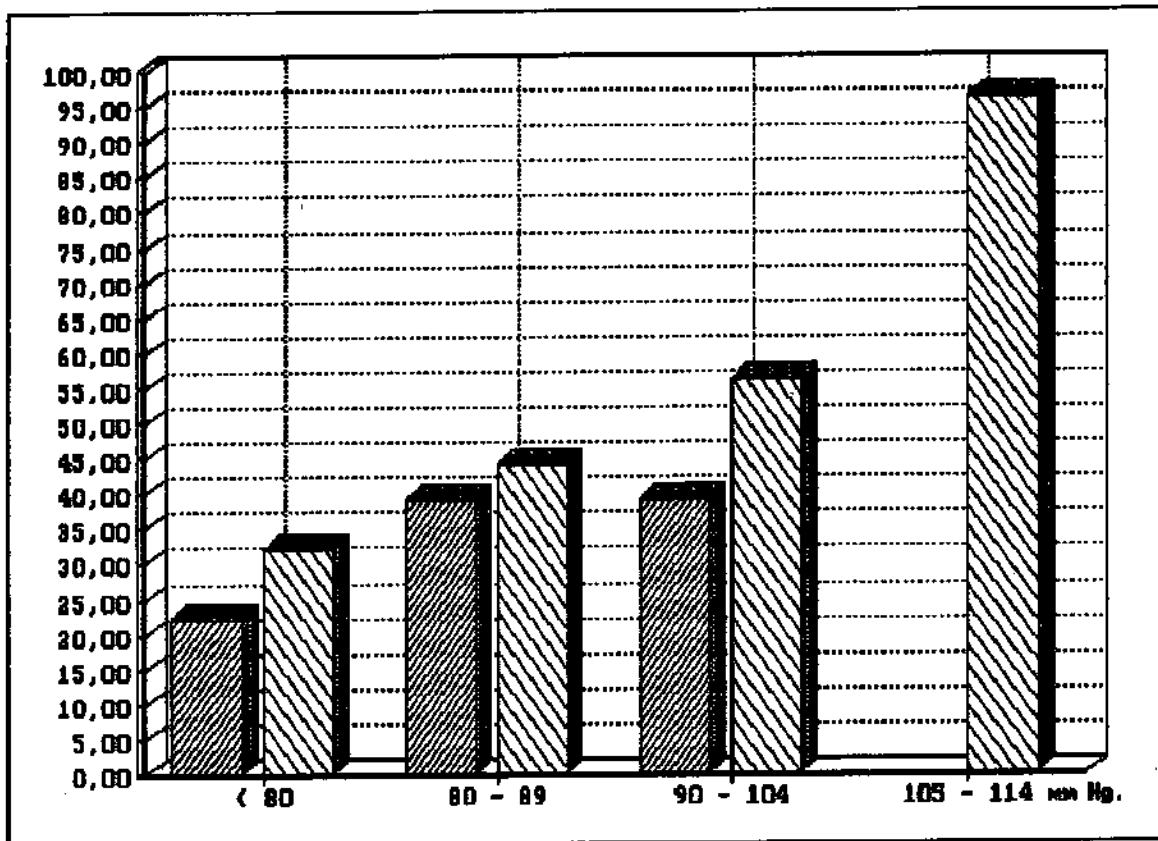
- δ) αύξηση προσλήψεως της χοληστερίνης από τις λείες μυϊκές ίνες . Επίσης προκαλεί συγκόλληση των αιμοπεταλίων με ελευθέρωση αγγειοσυσπαστικών ουσιών .

Σε ένα πληθυσμιακό δείγμα των Η.Π.Α. , αποτελούμενο από 7.065 άνδρες που είχαν ηλικία 40 - 59 ετών , χωρίς κανένα απολύτως συμπτωμά , βρέθηκε ότι η διαστολική πίεση ήταν κάτω από 80 mmHg σε ένα ποσοστό μόνο 22% , μεταξύ 80 - 89 mmHg σε ένα ποσοστό 39% και 90 mmHg ή και περισσότερο σε ένα ποσοστό πάλι 39% .

Κατά τη παρακολούθηση αυτού του πληθυσμιακού δείγματος επί 8,6 έτη παρατηρήθηκε ότι η θνητότητα από στεφανιαία νόσο ήταν 32% στην ομάδα με Διαστολική πίεση < 80 mm Hg. , 44% σε Διαστολική πίεση 80 - 89 mm Hg. , 56% σε Διαστολική πίεση 90 - 104 mm Hg. , και 96% σε Διαστολική πίεση 105 - 114 mm Hg. Από τα παραπάνω μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η λεγόμενη ήπια διαστολική υπέρταση ( 90 - 104 mm Hg. ) την οποία έχει η μεγάλη πλειονότητα των υπερτασικών ασθενών , είναι στη πραγματικότητα σοβαρή υπέρταση αφού παρουσιάζει θνητότητα από στεφανιαία νόσο σχεδόν διπλάσια από εκείνη των ατόμων με Διαστολική πίεση < 80 mm Hg.

Στα ηλικιωμένα άτομα 60 - 80 ετών η υπέρταση εμφανίζει μεγαλύτερη επίπτωση και συνδιάζεται με σημαντική άυξηση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο ή από κάποια άλλη αιτία .

Παραστατικοποιώντας τα παραπάνω ποσά στο γράφημα που ακολουθεί , στη πρώτη στήλη του κάθε ζεύγους των ράβδων παριστάνονται οι πληθυσμιακές τιμές της διαστολικής πίεσης , ενώ στη δεύτερη η αντίστοιχη σε αυτές θνητότητα από τη στεφανιαία νόσο . ( Σχήμα 9 )



Βέβαια , ο κίνδυνος της στεφανιαίας νόσου γίνεται πολύ μεγαλύτερος εάν συνυπάρχουν και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως π.χ. υπερτριγλυκεριδαιμία , κάπνισμα , αλκοολισμός κ.λ.π.

Υπερτασικό θεωρείται ένα άτομο ηλικίας άνω των 30 ετών , όταν σε δύο διαφορετικές εξετάσεις και 2 - 3 μετρήσεις σε κάθε εξέταση η μέση πίεση είναι 90 mmHg ή και λίγο μεγαλύτερη

**Η ιδεώδης αρτηριακή πίεση είναι 120/70-80 mm Hg.**

Σε ένα δείγμα 2.000 ενηλίκων , κατοίκων της περιοχής Αθηνών , διαπιστώθηκε υπέρταση σε ένα ποσοστό 28,5% . Από αυτό το ποσοστό μόνιμη υπέρταση αφορούσε ένα ποσοστό 12,5% , ενώ οριακή υπέρταση παρουσίαζε το 16% .

**3. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ :** Στατιστικά έχει βρεθεί ότι η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και η πιθανότητα εμφάνισης των επιπλοκών της είναι συχνότερες στους διαβητικούς ασθενείς και κυρίως στις διαβητικές γυναίκες . Επίσης σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας θεωρείται και ο λ α ν θ ά ν ω ν σ α κ χ α ρ ώ δ η ς δ ι α β ή τ η ς .

Σε μία μελέτη 1000 ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Αθήνα βρέθηκε κλινικά έκδηλος σακχαρώδης διαβήτης σε ένα ποσοστό 22 % , ενώ στο γενικό πληθυσμό της χώρας μας το ποσοστό είναι 6,25% . Θα πρέπει να τονιστεί ότι στους διαβητικούς ασθενείς το έμφραγμα συνήθως εμφανίζεται χωρίς τη τυπική κλινική του εικόνα ( σιωπηρό έμφραγμα ) . Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται συνήθως σε σχετικά νέα ηλικία εάν ο σακχαρώδης διαβήτης συνδυάζεται και με κάποιον άλλο προδιαθεσικό παράγοντα .

**4. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ :** Θεωρείται ότι ο παράγοντας αυτός ευνοεί σε σημαντικό βαθμό την αθηροσκλήρυνση , όμως είναι αμφίβολο αν η παχυσαρκία μεμονομένη από άλλους παράγοντες κινδύνου , είναι πράγματι αθηροσκληρυντικός παράγοντας .

Το βέβαιο είναι ότι τα περισσότερα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν αρτηριακή υπέρταση , η οποία πιθανότατα ευθύνεται για την υπάρχουσα σχέση παχυσαρκίας και στεφανιαίας νόσου .

Από τις καρδιολογικές εκδηλώσεις της παχυσαρκίας , το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες , στις οποίες έχει αυξημένη θνητότητα εάν η ανοχή τους στη γλυκόζη είναι παθολογική Κατά την οξεία φάση του εμφράγματος , οι παχύσαρκοι συχνά παρουσιάζουν σημαντική αύξηση των λιπαρών οξέων , τα οποία επιδεινώνουν την μυοκαρδιακή ισχαιμία , προκαλούν αρρυθμίες και ελαττώνουν τη λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας .

Τα πολλά λιπαρά οξέα οφείλονται σε αυξημένη λιπόλυση από τις μεγάλες ποσότητες των κατεχολαμινών που κυκλοφορούν κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος .

**5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ :** Στο σύνολο τους οι καπνιστές έχουν 70 % μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη καπνιστές , να πάθουν στεφανιαία ανεπάρκεια . Βέβαια η επίπτωση της νόσου στα νέα άτομα που καπνίζουν πολύ , είναι αρκετές φορές μεγαλύτερη από όσο στα νέα άτομα που δεν καπνίζουν .

Επιπλέον το κάπνισμα ευθύνεται , ιδίως στα άτομα νεαρής ηλικίας , για επεισόδια ενδαρτηριακής θρόμβωσης λόγω της δράσης της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα .

Το μονοξείδιο του άνθρακα και οι διάφορες άλλες ουσίες που περιέχονται στο καπνό προκαλούν βλάβη του ενδοθηλίου , συμβαίνει δε συγκόλληση των αιμοπεταλίων στη περιοχή της βλάβης . Επίσης αυξάνεται η κινητοποίηση των λιποειδών με αποτέλεσμα υπερλιπιδαιμία και αύξηση της εναπόθεσης λιποπρωτεϊνών στο τοίχωμα της αρτηρίας . Ο κίνδυνος από το κάπνισμα είναι ανάλογος του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται , και αυξάνεται πολύ περισσότερο εάν ο καπνιστής πάσχει από υπερλιπιδαιμία , υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη .

Σε μια μελέτη 6 ετών πάνω στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στην ηλικία των 40 ετών αναφέρονται τα εξής :

α ) Για τα άτομα που δεν κάπνιζαν και είχαν χοληστερίνη 185 mg / 100 ml και διαστολική πίεση 80 mmHg η πιθανότητα προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου ήταν 7 στους 1000

β ) Για τα άτομα που κάπνιζαν 40 τσιγάρα την ημέρα και με τις παραπάνω τιμές χοληστερίνης αίματος , η πιθανότητα προσβολής ήταν 20 στους 1000 .

γ ) Για τους καπνιστές με χοληστερίνη αίματος 260 mg και διαστολική πίεση 95 mmHg η πιθανότητα εμφράγματος ήταν 50 στους 1000 .

**6. ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ :** Η αποχή του ατόμου από κάθε σωματική άσκηση αποτελεί αξιόλογο προδιαθεσιακό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου . Η καθιστική ζωή ευνοεί την παχυσαρκία , την ελάτωση της ζωτικής χωριτικότητας των πνευμόνων και την ταχυκαρδία . Σε άτομα που παρουσιάζουν τα 2 από τα 3 αυτά χαρακτηριστικά της καθιστικής ζωής , ο κίνδυνος θανάτου από στεφανιαία νόσο κατά τα επόμενα 12 έτη της ζωής τους είναι

κατά 5 φορές μεγαλύτερος από ότι είναι στα ασκούμενα άτομα .

Επίσης υποστηρίζεται ότι και μετά την εμφάνιση στηθάγχης ή εμφράγματος του μυοκαρδίου , η επιβίωση είναι μεγαλύτερη στους ασκούμενους . Αναφέρεται ότι σε βαριά σωματική εργασία με κατανάλωση ενέργειας πάνω από 9.500 Kcal την εβδομάδα , ο κίνδυνος θανατηφόρου στεφανιαίου επεισοδίου ελαττώνεται κατά 50 % . Το ποσοστό αυτό μπορεί να ανέλθει σε 80 - 90 % , εάν οι εργαζόμενοι αποφεύγουν το κάπνισμα και η αρτηριακή τους πίεση είναι μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα .

Η σωματική άσκηση οδηγεί σε αύξηση της υψηλής πυκνότητας ( προστατευτικών ) λιποπρωτεϊνών HDL , αύξηση της κυτταρικής ευαισθησίας στην ινσουλίνη , ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και της παχυσαρκίας . Με την τακτική άσκηση , επιτυγχάνεται μεγαλύτερη σωματική προσπάθεια με μικρότερο καρδιακό έργο . Όσον αφορά την υπέρταση , η τακτική σωματική άσκηση συνδυάζεται με ελάττωση της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης . Αποτελεσματικότερη είναι η έντονη άσκηση κατά την οποία ελαττώνεται το λίπος που θεωρείται υπεύθυνο για την αυξημένη επίπτωση της υπέρτασης στους παχύσαρκους .

**7. STRESS και ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ :** Ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στη παθογένεια της στεφανιαίας νόσου , έχει επισημανθεί από τις αρχές του αιώνα μας . Στην επίδραση του stress αποδίδεται η αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα από στεφανιαία νόσο , που παρατηρείται σε ομάδες ατόμων συγκριτικά με άλλες πληθυσμιακές ομάδες που έχουν στον ίδιο βαθμό τους κλασσικούς προδιαθεσικούς παράγοντες , όπως π.χ. το κάπνισμα , την υπέρταση και την υπερλιπιδαιμία .

Οι παρατηρήσεις αναφέρονται σε διάφορα δυσάρεστα γεγονότα όπως δηλ. ο θάνατος του συζύγου , ο πρόσθετος όγκος εργασίας , απώλεια γοήτρου , αφαίρεση υπηρεσιακών καθηκόντων πρόωρη συνταξιοδότηση κλ.π. τα οποία προκάλεσαν κατάθλιψη , ανησυχία , υπερβολική σωματική και ψυχική κόπωση , θυμό και τα οποία συνέβησαν λίγο καιρό πριν το στεφανιαίο επεισόδιο .

Τα φιλόδοξα άτομα , ανήσυχια , πολύ δραστήρια , επιβετικά με πολλούς στόχους υπό προεσμία κινδυνεύουν πολύ περισσότερο

Αυτά τα άτομα κατά τη διάρκεια του stress παρουσιάζουν βραχύτερο χρόνο πήξης , υψηλότερες τιμές κατεχολαμινών στο αίμα και αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων .

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η εγκατάσταση ενός επεισοδίου οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου γίνεται με μία ή περισσότερες κρίσεις στις οποίες βέβαια κυριαρχεί ο έντονος πόνος . Ο ασθενής παραπονείται γενικά για δυσφορία στη περιοχή του θώρακα . Ο πόνος έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με το στηθαγχικό πόνο , όμως η χρονική του διάρκεια είναι πολύ μεγαλύτερη . Διαρκεί περίπου από 30 min. έως και αρκετές ώρες και δεν υποχωρεί με τα συνηθισμένα υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης , παρά μόνο με ένεση μορφίνης . Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μπορεί να μη περιγράφεται από τον ασθενή σαν πραγματικός πόνος , αλλά σα σφίξιμο , κάψιμο , ή πίεση στη περιοχή του στήθους . Ο πόνος του εμφράγματος μοιάζει με το στηθαγχικό πόνο μόνο ως προς την εντόπιση του και την ακτινοβολία του .

Συνήθως εντοπίζεται κάτω από το στέρνο και από εκεί ακτινοβολεί στη πλάτη , σε όλο το θώρακα , στο τράχηλο , τους ώμους , τη κάτω γνάθο , τους βραχίονες , αγκώνες , ώμους , ιδιαίτερα στην αριστερή πλευρά του σώματος . Πολλές φορές ο πόνος μπορεί να επεκτείνεται προς το επιγάστριο , όπου και πρέπει να γίνει η διαφορική διάγνωση από το γαστρικό έλκος ή τη γαστρίτιδα .

Η διαφοροδιάγνωση θα στηριχθεί , σε αυτή τη περίπτωση , στο ότι το επιγάστριο δεν είναι ευαίσθητο στην εξωτερική πίεση και στο ιστορικό του ασθενούς .

Μετά την εγκατάσταση του εμφράγματος ο ασθενής παρουσιάζει ορισμένες κρίσεις πόνου , ήπιας ή μικρής διάρκειας . Πολύ συχνά αυτός ο πόνος συγχέεται με πόνο από ανάπτυξη περικαρδίτιδας , που συχνά παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς και που εύκολα διακρίνεται από την ύπαρξη περικαρδιακής τριβής .



## ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος του εμφράγματος συχνά συνδυάζεται με καταστολή των σωματικών δυνάμεων , έντονες επιδρώσεις και ωχρότητα προσώπου . Αρκετές φορές ο πόνος μπορεί να συνδυάζεται με ζάλη , λιποθυμία , ναυτία . Ορισμένοι ασθενείς αντί για πόνο αναφέρουν δυσπνοιικά φαινόμενα . Από το ιστορικό ο εμφραγματικός πόνος ξεχωρίζει όταν :

1) ο ασθενής έχει ιστορικό χρόνιας σταθερής στηθάγχης και τώρα αναφέρει ότι πρόκειται για τον ίδιο πόνο με την διαφορά όμως ότι δεν υποχωρεί με τα διακία της νιτρογλυκερίνης .

2) Λίγα εικοσιτετράωρα πριν από την προσβολή ο ασθενής αναφέρει επεισόδιο παροξυσμικού πόνου ή έντονης δυσφορίας μικρής ή μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας . Τα επεισόδια αυτά μπορεί να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής προσπάθειας , οπότε στηρίζεται κανείς στη σχέση πόνου και προσπάθειας και έτσι θέτει τη διάγνωση . Τα επεισόδια επίσης μπορούν να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης ή και του ύπνου ακόμα και τότε βασισόμαστε στα εξείς δεδομένα , έτσι ώστε να θέσουμε τελικά τη σωστή διάγνωση :

α) Οι κρίσεις του πόνου εμφανίζονται για πρώτη φορά στη ζωή ενός ατόμου κάποιας ηλικίας στην οποία είναι συχνή η επίπτωση της νόσου , ιδιαίτερα εάν αναφέρονται και προδιαθεσικοί παράγοντες ( κάπνισμα , υπερχοληστεριναιμία κ.λ.π. ) .

β) Οι κρίσεις του πόνου έχουν λίγη διάρκεια και στη συνέχεια ο άρρωστος αισθάνεται σχετικά καλά , σε αντίθεση με διάφορες άλλες παθήσεις όπως περικαρδίτιδα , γαστρίτιδα στις οποίες το ιστορικό είναι διαφορετικό και ο πόνος είναι πολύ μεγαλύτερης διάρκειας και εκφράζεται με τις κινήσεις του κορμού και των άκρων .

γ) Αφύπνιση από τη κρίση . Θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι ο πόνος που ξυπνάει ένα άτομο είναι πάντοτε οργανικός , και εφόσον εντοπίζεται στη περιοχή του θώρακα σε άτομα με ιστορικό ή προδιαθεσικούς παράγοντες , κατά κανόνα

οφείλεται σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου .

3) Κατά τη κρίση αναφέρεται από τον ασθενή σωματική αδυναμία. Κατά τη διάρκεια προσβολής εμφράγματος του μυοκαρδίου συμβαίνει ελάττωση του Κ.Λ.Ο.Α. ( Κατά λεπτό όγκος αίματος ) και αύξηση της πίεσης της αριστερής κοιλίας και των πνευμονικών τριχοειδών .

Ετσι λοιπόν κατά τη διάρκεια της κρίσης ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει έντονο αίσθημα αδυναμίας , ζάλη , δύσπνοια κ.λ.π. Επίσης κατά τη διάρκεια του εμφράγματος ο ασθενής δεν μπορεί να βαδίσει ελεύθερα , όπως συμβαίνει π.χ. με ένα αρθριτικό πόνο στο θώρακα . Αρκετές φορές οι παραπάνω αιμοδυναμικές μεταβολές είναι πολύ σοβαρές και τότε η εμφραγματική προσβολή μπορεί να εκδηλωθεί με την εικόνα καρδιογενούς shock ή οξείας κάμψης της αριστερής κοιλίας .

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών οι οποίοι είναι συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας ή άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς πόνο ( σιωπηρό έμφραγμα ) .

## Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η Τ Ο Υ Ε Μ Φ Ρ Α Γ Μ Α Τ Ο Σ

### Α Ν Τ Ι Κ Ε Ι Μ Ε Ν Ι Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α

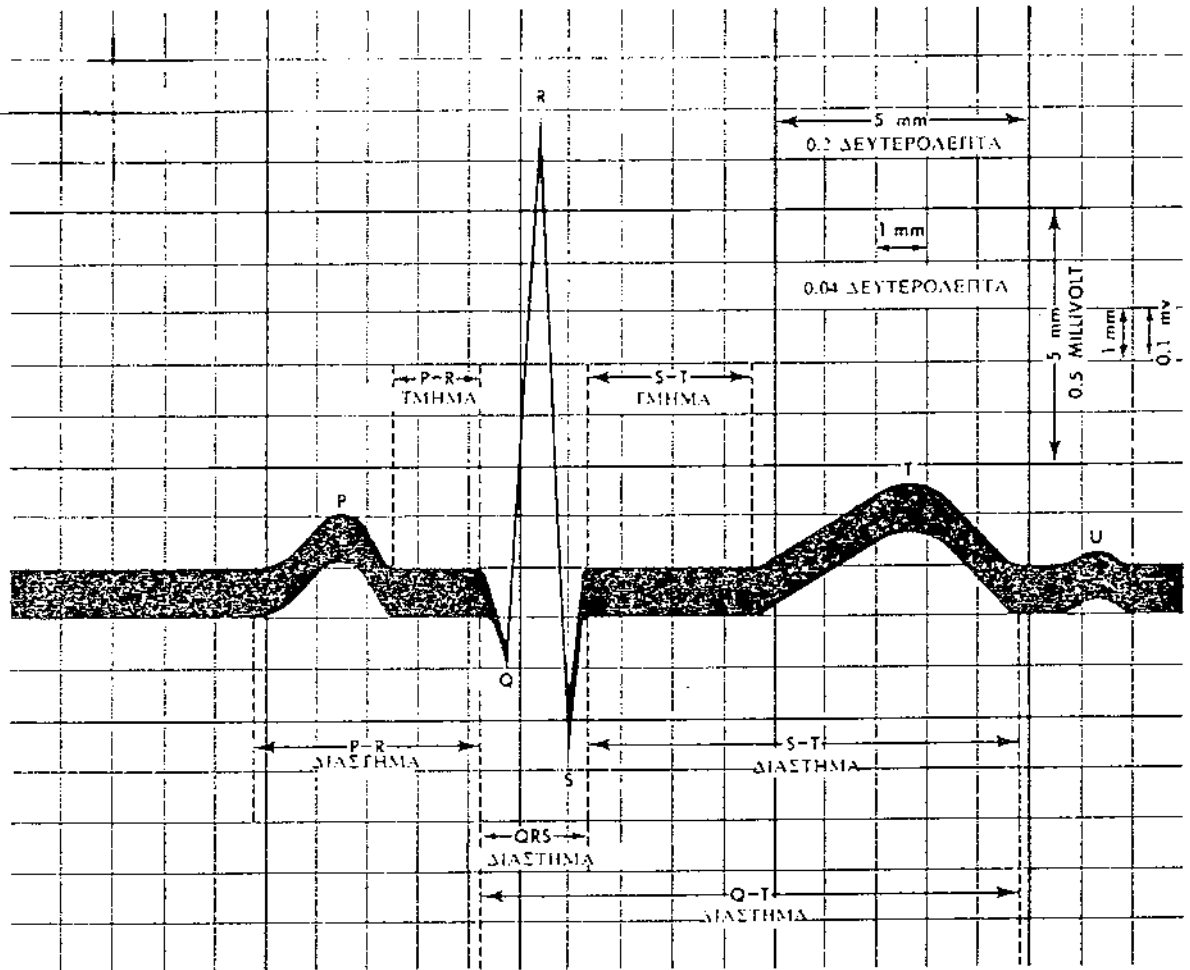
Η διάγνωση τίθεται από την κλινική εικόνα του ασθενούς , από το ιστορικό του ( όπως ήδη έχει προαναφερθεί ) και από τις διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις .

Κατά την έναρξη της εμφραγματικής προσβολής η αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι αυξημένη για σύντομο χρονικό διάστημα . Στους υπερτασικούς ασθενείς , μετά το έμφραγμα , η αρτηριακή πίεση πολλές φορές βρίσκεται για μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στα φυσιολογικά της όρια .

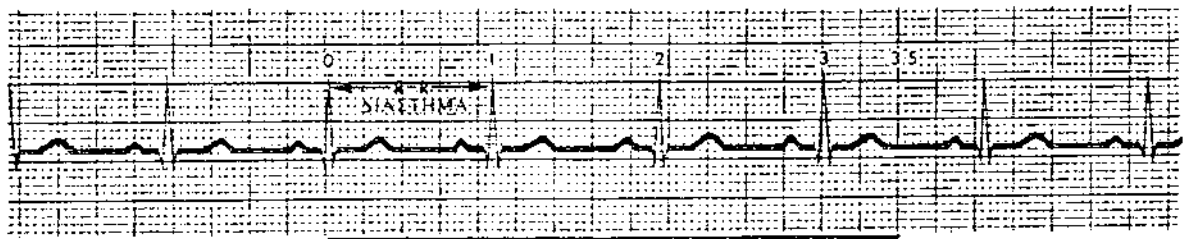
Βραδυκαρδία και διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας , παρατηρούνται ως επί το πλείστο σε οπισθοκατώτερο έμφραγμα.

Ο ρυθμός είναι συνήθως φλεβοκομβικός και συχνά διακόπτεται από έκτακτες συστολές , συνήθως κοιλιακές και σπανιότερα κολπικές .

# ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ (Η.Κ.Γ.) Φυσιολογικό Καρδιογράφημα



ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΥΜΑΝΣΕΙΣ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ P-R	QRS ΔΙΑΣΤΗΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΣΤΗΜΑ QT	ΤΜΗΜΑ S-T
	ΕΝΗΛΙΚΟΣ	0.18 TO 0.20 SECOND	0.07 TO 0.10	60	0.33 TO 0.43 SECOND
ΠΑΙΔΙΑ	0.15 TO 0.18 SECOND	SECOND	70	0.31 TO 0.41 SECOND	0.13 TO 0.15 SECOND
			80	0.29 TO 0.38 SECOND	0.12 TO 0.14 SECOND
			90	0.28 TO 0.36 SECOND	0.11 TO 0.13 SECOND
			100	0.27 TO 0.35 SECOND	0.10 TO 0.11 SECOND
			120	0.25 TO 0.32 SECOND	0.06 TO 0.07 SECOND



ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ

ΜΕΤΡΟΥΜΕΝΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ R-R (3.5)  
ΣΕ 3 ΔΕΥΤΕΡΟΛΕΠΤΑ (15 ΧΡΟΝΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ ΤΩΝ 0.2 ΔΕΥΤΕΡΟΛΕΠΤΩΝ ΕΚΑΣΤΟΣ)

ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΤΕ ΤΟ 3.5 ΜΕ ΤΟ 20 ΓΙΑ ΝΑ ΛΗΦΘΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΔΕΠΤΟ (70 ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΤΗ)

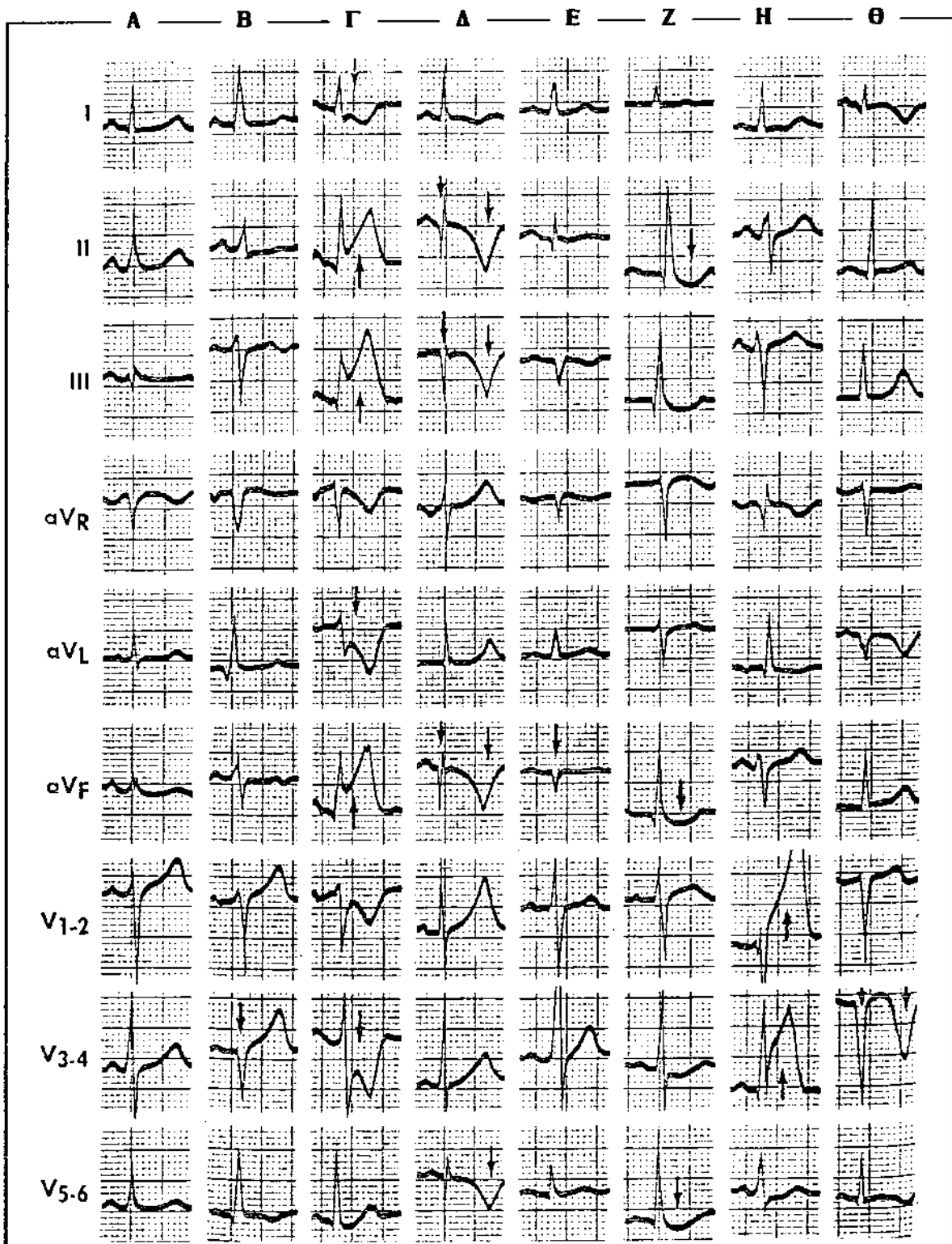
Το Η.Κ.Γ. σε αυτό το στάδιο μπορεί να δείξει παθολογικά ευρήματα . Διαταραχές εμφανίζονται μέσα σε 36 ώρες από την εμφραγματική προσβολή σε όλους τους ασθενείς .

- Το πρώτο ηλεκτροκαρδιογραφικό κριτήριο του οξέος εμφράγματος είναι η **α ν ά σ π α σ η** του τμήματος S - T κατά 1 - 7 mm πάνω από την ισοηλεκτρική γραμμή . Η ανύψωση του διαστήματος S - T όταν παρατηρείται στις απαγωγές II , III , AVL και πιθανό στη V6 υποδηλώνει **κ α τ ώ τ ε ρ ο** έμφραγμα και όταν παρατηρείται στις απαγωγές I , II , AVL και V2 - V4 υποδηλώνει **π ρ ό σ θ ι ο** έμφραγμα του μυοκαρδίου .

- Αλλοιώσεις στο σύμπλεγμα QRS ( Σχήμα 11 ) και ιδιαίτερα παρατηρείται παθολογικό έπαρμα Q σε συνδυασμό με ελαττωση του ύψους του R. Στις περισσότερες απαγωγές το βάθος του παθολογικού Q μπορεί να φτάσει και τα 4 mm . Το παθολογικό Q εμφανίζεται μετά την ανάσπαση του S - T κατά τις πρώτες 10 - 12 ώρες και συχνά παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ασθενούς . Αιφνίδια ελάττωση του ύψους του επάρματος R παρατηρείται στις προκάρδιες απαγωγές από V1 - V4 έτσι ώστε το R π.χ. της V3 να είναι υψηλότερο του R της V4 . Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως **α π ο κ ε φ α λ ι σ μ ό ς** του R και παρατηρείται σε νέκρωση του προσβίου τοιχώματος του μυοκαρδίου .

- Αρνητικό έπαρμα T . Χρονολογικά εμφανίζεται μετά την ανάσπαση του S - T και το παθολογικό έπαρμα Q . Η αρνητικοποίηση του T παρατηρείται προοδευτικά και ολοκληρώνεται εντός ολίγων ημερών από την εμφραγματική προσβολή , όταν το S - T μπορεί να έχει επανέλθει στην ισοηλεκτρική γραμμή . Η παραπάνω ηλεκτροκαρδιογραφική εικόνα του οξέος εμφράγματος με την πάροδο του χρόνου μπορεί να υποστεί διάφορες μεταβολές . Η ανάσπαση του S - T σιγά σιγά υποχωρεί έτσι ώστε το διάστημα αυτό μετά από λίγο καιρό μπορεί να επανέλθει στην ισοηλεκτρική γραμμή . Αργότερα μπορεί να σημειωθεί και βαθμιαία υποχώρηση του επάρματος T έτσι ώστε μετά από ένα διάστημα 3 - 6 μηνών το έπαρμα T να είναι απόλυτα φυσιολογικό . Η παραμονή του παθολογικού επάρματος Q μας παρουσιάζει την εικόνα του παλαιού εμφράγματος στο Η .Κ .Γ . !!!

**Χαρακτηριστικές Ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις στους  
διάφορους τύπους του εμφράγματος . ( Σχήμα 11 ) .**



- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| A. Φυσιολογικό              | E. Χρόνιο Οπίσθιο Κατ. Εμφρ. |
| B. Χρονιοπρόσθιο Εμφραγμα   | Z. Επίδραση Δακτυλίτιδας     |
| Γ. Οξύ Οπίσθιο Κατ. Εμφρ.   | Η. Οξύ Πρόσθιο Εμφραγμα      |
| Δ. Υποξύ Οπίσθιο Κατ. Εμφρ. | Θ. Υποξύ Πρόσθιο Εμφραγμα    |

**ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ  
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

**1) ΛΕΥΚΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗ :** Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων εως 15 - 20.000 από την πρώτη ως την δέκατη ημέρα της εμφραγματικής προσβολής .

**2) ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ Τ.Κ.Ε.** ( ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων ). Παρατηρείται από την δεύτερη ημέρα και διαρκεί μέχρι την επούλωση του εμφράγματος .

**3) ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ :** Παρατηρείται σε ασθενείς που έχουν λανθάνοντα ή έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη .

**4) ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΕΧΟΛΑΜΙΝΩΝ** ( αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη ). Παρατηρείται από τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος και διαρκεί 2 - 3 εβδομάδες από το έμφραγμα .

**5) ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΖΥΜΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ :** Κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος παρατηρείται παροδική αύξηση των ενζύμων που απελευθερώνονται από την εμφραγματική περιοχή .

Το μυοκάρδιο περιέχει οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) κρεατινική φωσφοκινάση (CPK) και γαλακτική αφυδρογονάση (LDH). Η μέτρηση της SGOT έχει καταργηθεί πια σαν μη ειδική . Η εξέταση της CPK συνίσταται να γίνεται 3 φορές κατά τις πρώτες 36 ώρες από το έμφραγμα , μετά δε τη παρέλευση αυτού του χρονικού διαστήματος να επαναλαμβάνεται εάν συνεχίζονται τα συμπτώματα και υπάρχει υποψία επέκτασης του εμφράγματος . Η γαλακτική αφυδρογονάση ( LDH ) περιέχει 5 ισοένζυμα . Το μυοκάρδιο έχει κυρίως τα ισοένζυμα LDH1 και LDH2 με προεξάρχον όμως το πρώτο . Η αυξησή του αρχίζει 12 περίπου ώρες μετά το έμφραγμα , φτάνει στη μέγιστη τιμή του σε 24 - 48 ώρες και παραμένει αυξημένο για 10 - 14 ημέρες .

**6) ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ :** Αρκετές φορές παρατηρείται μείωση του καλίου για την οποία επιβάλλεται άμεση χορήγηση NaCl .

Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρείται μικρή πυρετική κίνηση η οποία αρχίζει 48 ώρες μετά την έναρξη του εμφράγματος και διαρκεί για 3 - 4 ημέρες περίπου . Ο πυρετός φθάνει τους 39 βαθμούς κελσίου .

## Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η Τ Η Σ Ν Ο Σ Ο Υ

Γενικά , η θνητότητα από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 30 ημέρες είναι 30 - 40 % . Από τότε όμως που άρχισε η λειτουργία της μονάδας στεφανιαίων νόσων , η θνησιμότητα στα νοσοκομεία έπεσε στο ήμισυ, δηλαδή στο 15 % . Τους επόμενους μήνες η θνητότητα πέφτει ακόμα πιο πολύ και μετά τον πρώτο χρόνο η ετήσια θνησιμότητα κυμαίνεται στα 3 - 5 % . Οι γυναίκες έχουν πολύ μεγαλύτερη θνητότητα από τους άνδρες . Όσο πιο μεγάλη είναι η έκταση του εμφράγματος τόσο πιο υψηλή είναι η θνητότητα κατά την οξεία φάση αλλά και αργότερα όπως επίσης είναι και μεγαλύτερος ο κίνδυνος των επιπλοκών . Φυσιολογικά η πρόγνωση είναι χειρότερη σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας , άνω των 65 ετών , καθώς επίσης και σε εκείνους που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη καρδιακή ανεπάρκεια , πνευμονική νόσο , υπέρταση , και στις περιπτώσεις που συνεχίζεται το κάπνισμα . Μετά την οξεία φάση του εμφράγματος , η πρόγνωση είναι σοβαρή εάν υπάρχει :

- α) ελάττωση της λειτουργικότητας της αριστεράς κοιλίας
- β) επιμένουσα ισχαιμία του μυοκαρδίου
- γ) αρρυθμίες

Από κλινικής πλευράς η πρόγνωση θεωρείται επιβαρυνμένη , όταν ο ασθενής εμφανίζει μεγάλου βαθμού δύσπνοια . Πολύ σοβαρό προγνωστικό σημείο αποτελεί η άυξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς κατά την ακτινολογική εξέταση . Επίσης ενδείξεις δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας αποτελούν , η εντόπιση του εμφράγματος σε μεγάλη έκταση του πρόσθιου τοιχώματος , ο αποκλεισμός σκέλους του δεματίου του His και οι άφθονες έκτακτες κοιλιακές συστολές . Οι έκτακτες

κοιλιακές συστολές όταν είναι άφθονες ( πολυεστιακές ) ή εμφανίζονται κατά ριπές ή όταν βρίσκονται πολύ κοντά στην προηγούμενη φλεβοκομβική συστολή ( R on T φαινόμενο ) αποτελούν πολύ σοβαρό προγνωστικό στοιχείο ηλεκτρικής αστάθειας του μυοκαρδίου και συχνά οδηγούν σε αιφνίδιο θάνατο .!!!

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η συμπτωματική θεραπεία , η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη , οδηγούν στην ελάττωση της νοσηρότητας και θνητότητας της στεφανιαίας νόσου . Στο αποτέλεσμα αυτό συμβάλουν κατά μεγάλο ποσοστό , η αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων , η σωστή εκτίμηση του βαθμού του εμφράγματος , η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου .

Επειδή στα πρώτα 24ωρα υπάρχει μεγάλος κίνδυνος θανατηφόρας αρρυθμίας από την εμφραγματική προσβολή . Ο άρρωστος θα πρέπει να μεταφερθεί επείγόντως στο νοσοκομείο ( κατά προτίμηση σε μονάδα εμφραγμάτων ) , έτσι ώστε να υποστεί εντατική ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση ( monitoring ) ώσπου να ξεπεράσει το στάδιο του κινδύνου . Στις μονάδες αυτές ο ασθενής υποβοηθάται με την κατάλληλη παροχή οξυγόνου , καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε περίπτωση που χρειαστεί , εξασφάλιση μεγάλης και σταθερής φλέβας , συνεχής μέτρηση φλεβικής και αρτηριακής πίεσης με σκοπό την έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση τυχόν επικίνδυνης αρρυθμίας .

Η θεραπεία του εμφράγματος διακρίνεται σε :

- α ) Συντηρητική
- β ) Χειρουργική



## Α . Σ υ ν τ η ρ ι τ ι κ ή   θ ε ρ α π ε ί α

Με την συντηρητική αγωγή επιδιώκεται η αύξηση της ροής του αίματος στο τμήμα του μυοκαρδίου που ισχαιμεί , με την επιτάχυνση της ανάπτυξης της παράπλευρης κυκλοφορίας. Επίσης επιδιώκεται η τόνωση του οργανισμού γενικά και η αντιμετώπιση διαφόρων άλλων παθολογικών καταστάσεων που τυχόν συνυπάρχουν. Στοχεύει πάνω απ' όλα στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των παραγόντων που προδιαθέτουν στο έμφραγμα του μυοκαρδίου . Περιλαμβάνει την υγιεινοδιαιτητική αγωγή και την φαρμακευτική αντιμετώπιση . Έχει αποδειχτεί ότι η σωστή και υγιεινή διατροφή οδηγεί σε περιορισμό της στεφανιαίας νόσου επειδή επηρεάζει τους εξείς προδιαθεσικούς παράγοντες :

α ) Υπερλιπιδαιμία . Προκαλεί ελάττωση των τιμών της ολικής χοληστερίνης , της LDL χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων . Με την ολιγοθερμική δίαιτα επιτυγχάνεται αύξηση της προστατευτικής χοληστερίνης HDL .

β ) Θρόμβωση . Με την πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα διατροφή , επιτυγχάνεται η αποφυγή αυξημένου βαθμού συγκόλλησης των αιμοπεταλίων και η θρομβογένεση . χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι Εσκιμώοι που τρώνουν πάλι περιεκτικό σε λίπος από πολυακόρεστα και εμφανίζουν μειωμένες επιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου .

γ ) Παχυσαρκία . Η αντιμετώπισή της επιτυγχάνεται με δίαιτα χαμηλή σε θερμίδες , η οποία έχει ευεργετικά αποτελέσματα κατά της θρόμβωσης και της υπέρτασης .

δ ) Υπέρταση . Η δίαιτα αποβλέπει κυρίως στην ελάττωση του χλωριούχου νατρίου .

Εκτός βέβαια από την υγιεινή διατροφή , στη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνονται και οι εξείς παράγοντες :

- αποφυγή καπνίσματος για την αποφυγή εκλύσεως αδρεναλίνης
- αποφυγή ψύχους λόγω του ότι προκαλεί αύξηση της Α.Π με την δημιουργία περιφερικής αγγειοσυσπασσης .
- αποφυγή συγκινήσεων που έχουν σαν αποτέλεσμα την έκκριση κατεχολαμινών που προκαλούν ταχυκαρδία και αυξημένη αρτηριακή πίεση .
- ελαφρά άσκηση για μισή ώρα κάθε 2 ή 3 μέρες .

## Φαρμακευτική θεραπεία κατά την οξεία φάση

- 1 ) Για την αντιμετώπιση του εντόνου πόνου χορηγούνται ναρκωτικά φάρμακα ( πεθιδίνη ή μορφίνη ) . Βέβαια το μειονέκτημα της μορφίνης όταν χορηγείται IV είναι ότι προκαλεί εμετό . Σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις χορηγείται πεθιδίνη 50 mg ενδομυϊκώς .
- 2 ) Χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων ( Heparine , sintrom ranwarfine ) με την ελπίδα να παρεμποδιστεί η επέκταση της θρόμβωσης . Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι τα αντιπηκτικά φάρμακα δεν διαλύουν τον υπάρχοντα θρόμβο αλλά συντελούν στην αποφυγή δημιουργίας ενός καινούργιου θρόμβου .
- 3 ) Χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων ( Ευλοκαΐνη , προκαιναμίδη , βεραπαμίλη ) για την διακοπή ή την πρόληψη μιας παροξυσμικής κοιλιακής ταχυκαρδίας .
- 4 ) Χορήγηση δακτυλίτιδος σε περίπτωση που έχει εγκατασταθεί καρδιακή ανεπάρκεια .

## Φαρμακευτική αγωγή μετά την οξεία φάση του εμφράγματος

Τα μόνα φάρμακα που αυξάνουν την επιβίωση των ασθενών σε χρόνια χορήγηση , είναι οι Β αναστολείς ( αναστολείς των Β αδρενεργικών υποδοχέων ) . Επομένως σε ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου , κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο είναι απαραίτητη η λήψη ενός τέτοιου φαρμάκου , εκτός βέβαια εάν υπάρχει αντένδειξη ( καρδιακή ανεπάρκεια , φλεβοκομβική βραδυκαρδία κάτω των 50 διεγέρσεων / λεπτό , διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγιμότητας , υπόταση , βρογχικό άσθμα , περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια ) . Επίσης η συμπτωματική θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει ηρεμιστικά φάρμακα σε περίπτωση εκνευρισμού ή αϋπνίας , ηπακτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας κ.λ.π .

Ορισμένοι συνιστούν και την χορήγηση Ασπιρίνης σε μέτρια δόση με σκοπό την πρόληψη οξείας θρόμβωσης πάνω σε αθηροσκληρυντική πλάκα . Για προληπτικούς λόγους ο ασθενής καλό είναι να φέρει πάντα μαζί του υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης για χρήση σε περίπτωση στηθαγχικού πόνου . Τα

παράγωγα της κουμαρίνης δεν χορηγούνται χρονίως παρά μόνο όταν διαπιστώνεται : μεγαλοκαρδία , κοιλιακό ανεύρυσμα , σοβαρή παχυσαρκία , ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας ή πνευμονικής εμβολής .

## Β. Χ ε ι ρ ο υ ρ γ ι κ ή   θ ε ρ α π ε ί α

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η επαναφορά της αιματικής ροής στη περιοχή του μυοκαρδίου που ισχαιμεί . Αυτός ο σκοπός επιτυγχάνεται με τοποθέτηση αορτοστεφανιαίων μοσχευμάτων τα οποία συνήθως λαμβάνονται από τη σαφήνη φλέβα του ασθενούς . Με αυτό το τρόπο παρακάμπτεται το τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας που έχει αποφραχθεί και αρτηριακό αίμα ρέει από την αορτή στο περιφερικό τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας και μετά στο μυοκάρδιο .

Σε περιπτώσεις που έχουμε περισσότερες από μια αποφρακτικές βλάβες , τοποθετείται ίσος αριθμός φλεβικών μοσχευμάτων ή γίνεται συνδυασμός τοποθέτησης ορισμένων φλεβικών μοσχευμάτων και παράκαμψης με την έσω μαστική αρτηρία σε δύο κλάδους . Επειδή τα αποτελέσματα με την χρήση της έσω μαστικής αρτηρίας είναι καλύτερα από εκείνα των φλεβικών μοσχευμάτων , η αρτηρία αυτή χρησιμοποιείται για την αναστόμωση του σπουδαιότερου στεφανιαίου κλάδου , που είναι ο π ρ ό σ θ ι ο ς   κ α τ ι ώ ν . Με μία έσω μαστική αρτηρία γίνεται παράκαμψη αποφρακτικών βλαβών σε δύο στεφανιαίους κλάδους . Η μέθοδος αυτή είναι γνωστή σαν μέθοδος " By pass " .

## Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας

Η απόφαση για την χειρουργική αντιμετώπιση του εμφράγματος λαμβάνεται , αφού πρώτα εκτιμηθεί ακριβώς ο βαθμός της στεφανιαίας νόσου και έχει πράγματι αποδειχτεί ότι η συντηρητική αγωγή της υστερεί έναντι της εξέλιξης που υπόσχονται τα χειρουργικά δεδομένα .

Στατιστικά η εγχείρηση σταματάει τον στηθαγχικό πόνο σε ένα ποσοστό περίπου 70% των ασθενών . Επομένως μπορούμε να πούμε ότι η πρώτη ένδειξη χειρουργικής θεραπείας είναι η μη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου με τα γνωστά φάρμακα με αποτέλεσμα να γίνεται ενοχλητική η ζωή του ασθενούς .

**Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται όταν:**

- 1) υπάρχει στένωση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας πάνω από 50 % .
- 2) τριπλή ή διπλή στεφανιαία νόσος σε ένα ποσοστό τουλάχιστο πάνω από 75 % .

#### **Αντενδείξεις της χειρουργικής θεραπείας**

Η εγχειρητική μέθοδος είναι ανώφελη και αποφεύγεται όταν τα συμπτώματα από τη νόσο μπορούν να ελέγχονται ικανοποιητικά με τη συντηρητική αγωγή και η λειτουργική κατάσταση της αριστερής κοιλίας είναι στα φυσιολογικά επίπεδα . Επίσης η εγχείρηση θα πρέπει να αποφεύγεται σε σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια , η οποία οφείλεται σε κακή μηχανική κατάσταση και όχι σε συνεχιζόμενη ισχαιμία του μυοκαρδίου .

#### **Α γ γ ε ι ο π λ α σ τ ι κ ή   μ έ θ ο δ ο ς**

Σκοπός της μεθόδου αυτής είναι η μηχανική με μπαλόνι , διάνοιξη στενωμένης αρτηρίας , χωρίς όμως θωρακοτομή . Η τεχνική της μεθόδου αυτής συνίσταται στην εισαγωγή καθετήρα από την μηριαία ή την βραχιόνιο αρτηρία , που με τη βοήθεια οδηγού-σύρματος προωθείται στην ανιούσα αορτή και από εκεί στο στόμιο της πάσχουσας στεφανιαίας αρτηρίας . Η επέμβαση αυτή προσφέρεται περισσότερο για τον καθετηριασμό της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας .

Ο καθετήρας που προωθείται , στην άκρη του έχει ένα μπαλόνι ξεφουσκωμένο μήκους 2 cm περίπου έτσι ώστε το μπαλόνι

να τοποθετηθεί μέσα στο στενωμένο αυλό . Από την εξωτερική άκρη του καθετήρα , με έγχυση αραιωμένου σκιαγραφικού υγρού , διατείνεται το μπαλόνι και με αυτό το τρόπο συμπιέζεται η αθηροσκληρυντική πλάκα και διασπάται σε συντρίμια . Στη συνέχεια ακολουθεί ξεφούσκωμα του μπαλονιού . Επιτυχής θεωρείται η αγγειοπλαστική όταν επιτυγχάνεται αύξηση του στενωμένου αυλού κατά 20 % . Η μέθοδος αυτή πρέπει να γίνεται , και ήδη γίνεται σε κατάλληλα οργανωμένα καρδιολογικά κέντρα με τον απαραίτητο εξοπλισμό και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό

Η αγγειοπλαστική συνίσταται σε συγκεκριμένη στένωση η οποία βρίσκεται κοντά στην έκφυση μιας μεγάλης στεφανιαίας αρτηρίας . Η στένωση θα πρέπει να είναι σημαντική χωρίς ασβέστωση , και ο ασθενής θα πρέπει να παραπονείται για στηθαγχικό πόνο που δεν υποχωρεί με τα συνηθισμένα φάρμακα . Θεραπεία με αγγειοπλαστική επίσης γίνεται και σε στένωση αορτοστεφανιαίου παρακαμπτήριου μοσχεύματος .

Η αγγειοπλαστική αντενδείκνυται :

- α ) Σε πλήρη και χρόνια απόφραξη του αυλού της αρτηρίας και σε πολλαπλές διάσπαρτες πολυαγγειακές βλάβες .
- β ) Σε στένωση του στελέχους της αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας διότι κατά την διάταση του μπαλονιού μπορεί να προκληθεί σοβαρό ισχαιμικό επεισόδιο .
- γ ) Σε στένωση όπου η αθηροσκληρυντική πλάκα έχει μήκος πάνω από 1,5 cm .
- δ ) Σε περίπτωση που υπάρχει κακή λειτουργικότητα της αριστεράς κοιλίας διότι μπορεί να προκληθεί καρδιακή ανακοπή κατά την εκτέλεση αυτής της τεχνικής .

## Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ Τ Ο Υ Ε Μ Φ Ρ Α Γ Μ Α Τ Ο Σ

Πολλές φορές ο εμφραγματίας μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων του εμφράγματος μπορεί να μην παρουσιάζει καθόλου ενοχλήσεις . Σε αρκετές περιπτώσεις όμως είναι πιθανόν να παρουσιαστούν διάφορες επιπλοκές , οι οποίες επιδεινώνουν την όλη κατάσταση του ασθενούς και αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό την θνησιμότητα . Οι πιο σημαντικές από τις επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν μετά από ένα επεισόδιο οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι οι εξείς :

### Α . Α Ρ Ρ Υ Θ Μ Ι Ε Σ

Οι αρρυθμίες συνήθως παρουσιάζονται τις πρώτες 72 ώρες μετά την οξεία στεφανιαία προσβολή .

Λέγοντας αρρυθμίες εννοούμε τις διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και διακρίνονται σε αρρυθμίες αυτοματισμού και αρρυθμίες αγωγιμότητας . Οι αρρυθμίες του αυτοματισμού είναι μεταβολές στη συχνότητα των ερεθισμάτων που εκπέμπονται από το φλεβόκομβο ή από κάποιο άλλο κέντρο παραγωγής διεγέρσεων της καρδιάς . Οι αρρυθμίες αγωγιμότητας είναι διαταραχές του ρυθμού που οφείλονται σε αποκλεισμό ορισμένων ή όλων των ερεθισμάτων που παράγονται από το φλεβόκομβο , σε κάποιο σημείο του αγωγού δικτύου . Οι αρρυθμίες που μπορούν να παρουσιαστούν μετά από ένα έμφραγμα είναι οι εξείς :

#### 1 ) Κ ο ι λ ι α κ ή τ α χ υ κ α ρ δ ί α .

Παρατηρείται σ'ένα ποσοστό 10 - 40 % των ασθενών που παρουσιάζουν έμφραγμα . Οφείλεται σε έκτοπο κοιλιακό κέντρο με συχνότητα που κυμαίνεται από 130 - 200 διεγέρσεις . Το Η.Κ.Γ χαρακτηρίζεται από συχνά , παράξενα στο σχήμα , φαρδιά Q.R.S συμπλέγματα όχι απόλυτα ρυθμικά μεταξύ τους . Τα επάρματα P χάνονται μέσα στα ανώμαλα κοιλιακά συμπλέγματα και δεν έχουν σταθερή σχέση με αυτά . Είναι η πλέον επικίνδυνη ταχυκαρδία . Η θ ε ρ α π ε ί α της συνίσταται : Σε περίπτωση που συνδυάζεται με υπόταση ή καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να γίνει ανάταξη με ηλεκτρικό Shock ( απινίδωση ) .

Από φαρμακευτικής πλευράς μπορούμε να χορηγήσουμε Ξυλοκαΐνη IV ή προκaiναμίδη .

## 2 ) Κ ο ι λ ι α κ ή μ α ρ μ α ρ υ γ ή .

Είναι η χειρότερη των αρρυθμιών διότι το κοιλιακό μυοκάρδιο διαστέλεται και συστέλεται χωρίς απολύτως καμία συνέργεια , με αποτέλεσμα τη διακοπή της εξώθησης του αίματος Παρατηρείται σ'ένα ποσοστό 5 - 10 % των ασθενών . Το Η.Κ.Γ. χαρακτηρίζεται από την εξαφάνιση των συμπλεγμάτων Q.R.S και την εμφάνιση ανώμαλων κυμάτων ως προς την μορφολογία και το ύψος αυξημένης συχνότητας (250 -300 διεγέρσεις/λεπτό ) .

Η θ ε ρ α π ε ί α συνίσταται :

Επειγόντως θα πρέπει να γίνει ανάταξη με ηλεκτρικό Shock 200 Joules .

## 3 ) Ε κ τ ο π ε ς υ π ε ρ κ ο ι λ ι α κ έ ς σ υ σ τ ο λ έ ς

Σ'αυτές τις αρρυθμίες υπάγονται η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία , κολπικός πτερυγισμός και κολπική μαρμαρυγή .

Προέρχονται από τους κόλπους ή την περιοχή γύρω από τον κόμβο των Aschoff - Tawara ή το δεμάτιο του His . Το Η.Κ.Γ χαρακτηρίζεται από ανώμαλα P , τα οποία πολύ συχνά διαφέρουν από το φυσιολογικό P του του φλεβόκουβου .

θ ε ρ α π ε ί α .

Η θεραπεία του κολπικού πτερυγισμού και της μαρμαρυγής των κόλπων συνίσταται στη χορήγηση δακτυλίτιδος . Η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία θεραπεύεται με τη χορήγηση βεραπαμίλης ( ISOPTIN ) .

## 4 ) Φ λ ε β ο κ ο μ β ι κ ή β ρ α δ υ κ α ρ δ ί α .

Σ'αυτή την επιπλοκή η συχνότητα του καρδιακού ρυθμού είναι < των 60 διεγέρσεων ανά λεπτό . Παρατηρείται σ'ένα ποσοστό 20% περίπου των ασθενών . Εμφανίζεται κατά τις πρώτες ώρες του οξέος εμφράγματος και συχνότερα σε ασθενείς με έμφραγμα του κατώτερου τοιχώματος . Εάν η συχνότητα κατέρχεται κάτω των 55 σφύξεων και εάν συνοδεύεται από υπόταση χορηγούμε ενδοφλέβια Ατροπίνη . Σε περίπτωση που αυτή

αντενδείκνυται λόγω προστάτου ή γλαυκώματος , τότε χορηγείται Ισοπροτερενόλη ( Isuprel ) .

#### **5 ) Κ ο λ π ο κ ο ι λ ι α κ ό ς α π ο κ λ ε ι σ μ ό ς .**

Συμβαίνει όταν το ερέθισμα που παράγεται από τον φλεβόκομβο αργεί να φθάσει από τους κόλπους στις κοιλίες ή δεν φθάνει καθόλου . Υπάρχουν 3 βαθμών κολποκοιλιακοί αποκλεισμοί :

Στον κολποκοιλιακό αποκλεισμό 1ου βαθμού παρατηρείται απλή επιβράδυνση της αγωγής των ερεθισμάτων . Στο Η.Κ.Γ. διακρίνεται επιμήκυνση του διαστήματος P - R .

Στον κολποκοιλιακό αποκλεισμό 2ου βαθμού παρατηρείται διαλείπουσα ή περιοδική διακοπή της αγωγής των ερεθισμάτων . στον κολποκοιλιακό αποκλεισμό 3ου βαθμού , παρατηρείται πλήρης ή σταθερή διακοπή της αγωγής . Εμφανίζεται στο κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου και σ'ένα ποσοστό 5 - 8 % των ασθενών .

#### **Θ ε ρ α π ε ί α .**

Εφαρμόζεται κυρίως για τον κολποκοιλιακό αποκλεισμό 3ου βαθμού . Εφαρμόζεται τεχνητή προσωρινή βηματοδότηση , ιδίως όταν υπάρχει υπόταση , συγκοπική κρίση ή στηθάγχη με χαμηλή καρδιακή συχνότητα . Πρώτα βέβαια θα πρέπει να έχει δοκιμαστεί η αποτελεσματικότητα της Ασπιρίνης .

#### **6 ) Αποκλεισμός σκέλους δεματίου του His .**

Αποτελεί σοβαρό προγνωστικό σημείο , γιατί συνδυάζεται με αυξημένη θνησιμότητα . Παρατηρείται κυρίως σε εκτεταμένο έμφραγμα του προσβίου τοιχώματος του μυοκαρδίου .

#### **Θ ε ρ α π ε ί α .**

Η αντιμετώπισή του συνίσταται σε τοποθέτηση τεχνητού βηματοδότη της καρδιάς , ιδίως εάν συνυπάρχει κολποκοιλιακός αποκλεισμός έστω και 1ου βαθμού ή εάν ο αποκλεισμός του ενός σκέλους εναλλάσσεται με αποκλεισμό του άλλου σκέλους .



## **Β . ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ - SHOCK**

Σ'αυτές τις περιπτώσεις η θνητότητα είναι πάρα πολύ μεγάλη , γύρω στα 75 % . Οφείλεται σε βλάβη του μυοκαρδίου , μεταβολικές διαταραχές κ.λ.π . Σε περιπτώσεις shock παρατηρείται πτώση του κατά λεπτόν όγκου αίματος ( Κ Λ Ο Α ) αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων , εφιδρώσεις , ωχρότητα του ασθενούς , ολιγουρία , περιφερική κυάνωση .

## **Γ . ΡΗΞΗ ΜΕΣΟΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΣ**

Συμβαίνει σ'ένα ποσοστό 3 % περίπου ασθενών με διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου . Η ρήξη συμβαίνει την πρώτη εβδομάδα του οξέος εμφράγματος . Επειδή η θνητότητα είναι πολύ μεγάλη , απαιτείται άμεση χειρουργική επέμβαση .

## **Δ . ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ**

Οφείλεται σε αυξημένη αρτηριακή πίεση και σε ατελή ανάπαυση του ασθενούς . Στο Η.Κ.Γ εμφανίζεται μόνιμη ανύψωση του διαστήματος S - T . Συνήθως έχει σοβαρή πρόγνωση . Τα κυριότερα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι καρδιακή ανεπάρκεια , στηθάγχη , και αρκετές φορές εμφανίζεται περιφερική εμβολή από απόσπαση θρόμβου που μπορεί να περιέχει ο ανευρυσματικός σάκκος .

**Θ ε ρ α π ε ί α .**

Η καλύτερη μέθοδος θεραπείας συνίσταται στη χειρουργική ανευρυσματεκτομή .

## Ε . Π Ε Ρ Ι Κ Α Ρ Δ Ι Τ Ι Δ Α .

Εμφανίζεται κυρίως κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος . Χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο που έχει μεγάλη διάρκεια ( πολλές ώρες ή και ημέρες ακόμα ) , και με την εισπνοή του ασθενούς επιδεινώνεται .

Θ ε ρ α π ε ί α .

Συνίσταται στη χορήγηση Ασπιρίνης και ινδομεθακίνης (Indocid)

## ΣΤ . Μ Ε Τ Ε Μ Φ Ρ Α Γ Μ Α Τ Ι Κ Ο Σ Υ Ν Δ Ρ Ο Μ Ο ή Σ Υ Ν Δ Ρ Ο Μ Ο DRESSLER .

Αποδίδεται σε αυτοάνοσο μηχανισμό προς τα νεκρά κύτταρα του μυοκαρδίου . Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι , πόνος , πυρετός , περικαρδιακή τριβή , που οφείλονται στη συλλογή υγρού στον αριστερό πλευροδιαφραγματικό χώρο .

Θ ε ρ α π ε ί α .

Συνίσταται στη χορήγηση κορτικοστεροειδών .

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ .**

**ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ**

Παρά , πράγματι , τη μεγάλη πρόοδο που έχει παρατηρηθεί το τελευταίο καιρό στις υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών υγείας και στο τομέα πρόληψης των ασθενειών , οι άνθρωποι συχνά ασθενούν και για το λόγο αυτό η διάγνωση , η νοσηλεία και η θεραπεία τους παραμένουν σαν ουσιαστικές ευθύνες των εκπροσώπων των επαγγελματιών υγείας .

Η διάγνωση στηρίζεται :

- α) Στη συλλογή των πληροφοριών για το νόσημα .Οι πληροφορίες συλλέγονται από τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς , από το ιστορικό της υγείας του , την κλινική εξέταση , τις εργαστηριακές , ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις στις οποίες μπορεί να υποβληθεί ο ασθενής κατά τη διάρκεια της όλης πορείας της υγείας του .
- β) Στην ανάλυση όλων των πληροφοριών για το νόσημα με τη κριτική μελέτη των δεδομένων , την εντόπιση των κυρίων χαρακτηριστικών και συμπτωμάτων . Η τελική διάγνωση τίθεται με την αναθεώρηση όλων των ενδεικτικών στοιχείων , θετικών και αρνητικών .

Όπως είναι γνωστό , η λήψη του ιστορικού ενός ασθενή αποτελεί ιατρική πράξη . Εν τούτοις όμως , ο νοσηλευτής καθώς έρχεται σε πιο συχνή επαφή με τον ασθενή και την οικογένειά του μπορεί να εξασφαλίσει πολύτιμες πληροφορίες για την συμπεριφορά της ασθενειάς του , τις οποίες στη συνέχεια τις αναφέρει στο γιατρό και μπορεί ν'αποδειχτούν , πολλές φορές το κλειδί της διάγνωσης .

Όπως ήδη προαναφέραμε , εκτός από το ιστορικό της ασθένειας , άλλη σπουδαία άποψη της διαγνωστικής διαδικασίας είναι η κλινική εξέταση του αρρώστου από το γιατρό , στην οποία συμμετέχει ενεργά ο νοσηλευτής , σαν συνεργάτης του γιατρού και σαν υπεύθυνος νοσηλευτής για τον άρρωστο .

Πριν από την κλινική εξέταση ο νοσηλευτής έρχεται σε επικοινωνία με τον ασθενή . Του εξηγεί επακριβώς τι πρόκειται να γίνει , έτσι να τον προετοιμάσει κατάλληλα και να εξασφαλίσει διάθεση συνεργασίας από μέρους του . Βεβαιώνεται ο νοσηλευτής ότι ο άρρωστος είναι καθαρός , τον προστατεύει με παραβάν και φροντίζει για την αφαίρεση ορισμένων ενδυμάτων του που τυχόν θα παρεμποδίσουν την κλινική εξέταση .

Όταν ο νοσηλευτής προετοιμάζει σωστά τον ασθενή , τότε αυτός προσαρμόζεται εύκολα στα παραγγέλματα του γιατρού π.χ. να βήχει , να αναπνέει βαθειά και απαντά ακριβώς σε ό,τι τον ρωτούν . Συνεπώς η εξέταση δεν καθυστερεί και είναι λιγότερο κουραστική για όλους . Επίσης βέβαια ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει στο δωμάτιο έτοιμο δίσκο με ορισμένα αντικείμενα που πιθανό να χρειαστούν κατά τη διάρκεια της ιατρικής εξέτασης , όπως π.χ. ένα στηθοσκόπιο , βαμβάκι , οινόπνευμα , γάντια μιας χρήσης , ένα νεφροειδές , κ.λ.π. .

#### Αναφορά στη μέθοδο της κλινικής εξέτασης

1) Εξέταση στήθους : Ο ασθενής τοποθετείται από το νοσηλευτή - τρία σε ύπτια θέση με τα χέρια παράλληλα προς το κορμό . Εκτίθεται μόνο η περιοχή του σώματος που θα εξεταστεί . Ο γιατρός χρησιμοποιώντας την επιλεκτική , τη ψηλάφηση την επίκρουση και την ακρόαση προχωρεί στην εξέταση του ασθενούς .

2) Εξέταση του θώρακα : Ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστή θέση με ένα μαξιλάρι στους γλουτούς για υποστήριγμα , τα δε χέρια του σταυρώνονται προς το στήθος , ώστε να διευρυνθούν τα μεσοπλεύρια διαστήματα και να διευκολυνθεί έτσι η εξέταση . Ο ασθενής καθοδηγείται πώς να αναπνέει ή να βήχει . Ο γιατρός κατά τη διάρκεια της εξέτασης αυτής χρησιμοποιεί την επίκρουση και την ακρόαση με το στηθοσκόπιο .

3) Εξέταση άνω και κάτω άκρων : Αυτά εξετάζονται συγχρόνως , και συγκρίνονται μεταξύ τους για την ανεύρεση τυχόν παθολογικών σημείων και διαφορών ( οιδήματα κ.λ.π. ) . Ελέγχονται η κινητικότητα των αρθρώσεων , τυχόν δυσμορφίες , μυική ατροφία , κυκλοφορικές διαταραχές .

Εκτός από το ιστορικό της υγείας και την κλινική εξέταση του ασθενούς , η διαδικασία της διάγνωσης περιλαμβάνει και ποικίλες εργαστηριακές εξετάσεις που εκτελούνται με τη βοήθεια οργάνων τα οποία διαθέτει η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία .

Ο νοσηλευτής πριν από μια εργαστηριακή εξέταση θα πρέπει να γνωρίζει :

- Το σκοπό της εξέτασης και τη χρησιμότητά της .
- Τον τρόπο που θα πρέπει να προετοιμάσει τον άρρωστο γι' αυτή την εξέταση ( σωματική και ψυχολογική προετοιμασία , ενημέρωση και διδασκαλία του ασθενούς ) .
- Το χώρο όπου θα λάβει χώρα η εξέταση ( εργαστήριο , θάλαμος ή χειρουργείο ) .
- Τα μέσα που είναι απαραίτητα για τη διενέργεια αυτής της εξέτασης ( σύριγγες , βελόνες , σκλαγραφικές ουσίες κ.λ.π. )
- Το τρόπο λείψης δείγματος για εξέταση ( σε περίπτωση καθετηριασμού για βιοψία ) .
- Τα είδη των δοχείων όπου θα τοποθετηθούν τα δείγματα που θα σταλούν για βιοψία .
- Το ακριβές ποσό του δείγματος που θα σταλεί στο εργαστήριο .
- Το τρόπο αποστολής στο εργαστήριο ( χρέωση της εξέτασης, άμεση αποστολή ή διατήρηση στο ψυγείο ) .
- Θα πρέπει να γνωρίζει τις φυσιολογικές τιμές των συνηθέστερων εξετάσεων και τις συνέπειες των παρεκκλίσεων από τα φυσιολογικά όρια .
- Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει τα απαραίτητα μέτρα που θα πρέπει να λαμβάνει για να προφυλάσσει τον εαυτό του από τους εκάστοτε κινδύνους ( από την ακτινοβολία κατά τη διάρκεια αορτογραφίας , στεφανιογραφίας κ.λ.π. ) .

Είναι λοιπόν ευνόητο , ότι η συμβολή του νοσηλευτή στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας ( έμφραγμα του μυοκαρδίου ) είναι ανυπολόγιστη . Με λίγα λόγια μπορούμε να πούμε ότι αυτός αποτελεί τη βάση για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς .

## **Α ν ά γ κ ε ς φ ρ ο ν τ ί δ α ς ε μ φ ρ α γ μ α τ ί α .**

### **A . ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

#### **1 . Γενικά περί εντατικής φροντίδας .**

##### **1α . Επιδιώξεις της σύγχρονης μονάδας στεφανιαίων νοσημάτων .**

Όπως ήδη έχει προαναφερθεί οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων αποτελούν πολύ σοβαρό κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και είναι η αιτία του 1/3 των θανάτων του πληθυσμού στα βιομηχανικά κράτη . Από διάφορες στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει , έχει αποδειχτεί ότι το 50 % περίπου των θανάτων από τις στεφανιαίες νόσους οφείλονται στις αρρυθμίες . Επομένως εάν οι αρρυθμίες προληφθούν ή αναταχθούν εγκαίρως , αυτόματα προλαμβάνεται και ένας μεγάλος αριθμός θανάτων .

Η ιδέα της ίδρυσης των μονάδων εμφραγμάτων στηρίχθηκε ακριβώς στα πιο πάνω δεδομένα και αυτή άλλωστε είναι η φιλοσοφία της ίδρυσης αυτών των μονάδων . Ο βασικός της σκοπός είναι η συνεχής παρακολούθηση και εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με τη βοήθεια ειδικού συνδιασμού άμεσης παρακολούθησης που συντελείται με τον ανθρώπινο παράγοντα και τον τεχνολογικό εξοπλισμό . Τον σπουδαιότερο ρόλο του ανθρώπινου παράγοντα έχει βέβαια ο νοσηλευτής - νοσηλεύτρια με την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς .

##### **1β . Αρχές λειτουργίας Μονάδων Εμφραγμάτων .**

Ο αριθμός των ασθενών στη μονάδα Στεφανιαίων νοσημάτων είναι απο 6 - 12 . Η αναλογία πρέπει να είναι ως εξής : 5 κρεβάττια για νοσοκομείο με 200 εισαγωγές το χρόνο ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου . Η μονάδα στεφανιαίων νοσημάτων αποτελείται από μοναχικά δωμάτια έτσι ώστε ο κάθε άρρωστος να μην αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει στο διπλανό ασθενή διότι

επηρεάζεται ψυχολογικά , γεγονός βέβαια που επιβαρύνει την πρόγνωση της ασθένειάς του . Η πρόσοψη των δωματίων θα πρέπει να είναι κατασκευασμένη από υαλοπίνακες για το λόγο ότι , ο ασθενής θα πρέπει να είναι θεατός από το παρατηρητήριο της νοσηλεύτριας και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι θεατοί από τους ασθενείς .

Από διάφορες στατιστικές μελέτες αποδεικνύεται ότι η ελάττωση της θνησιμότητας σε πάσχοντες από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου , επιτυγχάνεται μόνο στις Μ. Σ. Ν.

Η ελάττωση της θνησιμότητας οφείλεται στην έγκαιρη αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών που μόνο στις μονάδες αυτές είναι δυνατή . Πάντως ακόμα δεν μπορούμε να πούμε ότι έχει επιτευχθεί αξιόλογη βελτίωση στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας και του καρδιογενούς Shock με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα στις μονάδες στεφανιαίων νόσων . Αναμφισβήτητα όμως η προσφορά των Μ. Σ. Ν. είναι τεράστια .

Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα μονάδας Στεφανιαίων νόσων αποτελεί η μονάδα εμφραγμάτων του νοσοκομείου "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" από το προσωπικό της οποίας συλέχθησαν πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία της .

Η μονάδα αυτή έχει την δυνατότητα να νοσηλεύσει μέχρι και 4 ασθενείς αντίστοιχα προς τα δωμάτιά της . Είναι σχετικά μικρή σε χώρο και δεν μπορούμε να πούμε πως διαθέτει σύγχρονα μηχανήματα . Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει προσπάθειες ανακαίνησης αν και δεν έχουν επιτευχθεί σημαντικά πράγματα . Αποτελείται όπως είπαμε από 4 δωμάτια , τα οποία μεταξύ τους δεν χωρίζονται με υαλοπίνακα έτσι ώστε να γίνεται ορατός ο ένας ασθενής από το δωμάτιο του άλλου . Υαλοπίνακα έχουν μόνο στην πρόσθια όψη τους , με αποτέλεσμα να γίνονται ορατοί οι ασθενείς από το παρατήριο των αδελφών μονάχα . Για να αντιμετωπισθεί η δυσκολία αυτή , της άμεσης επικοινωνίας , που δημιουργείται λόγω της έλλειψης των ενδιάμεσων υαλοπινάκων έχει τοποθετηθεί το κεντρικό monitor σε τέτοιο σημείο , έτσι ώστε η ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση του κάθε ασθενούς να είναι δυνατή από οποιοδήποτε σημείο που ανά πάσα στιγμή βρίσκεται η αδελφή .

Στο κάθε δωμάτιο της συγκεκριμένης μονάδας βρίσκονται τοποθετημένες 6 - 8 μπρίζες για τη λειτουργία των μηχανημάτων , αγωγοί παροχής οξυγόνου και αέρα καθώς και ο κατάλληλος φωτισμός . Δίπλα από το κρεβάτι του ασθενούς υπάρχουν ράφια όπου εκεί τοποθετούνται διάφορα πράγματα , απαραίτητα για τη νοσηλεία του ( οροί , σύριγγες , βελόνες , σωλήνες βρογχοαναρρόφησης , οινόπνευμα κ.λ.π ) . Το πιεσόμετρο είναι εντοιχισμένο καθώς και 2 στατό . Μέσα στο δωμάτιο του ασθενούς υπάρχει ακόμη το κομοδίνο του και μια καρέκλα για τον επισκέπτη . Ο υπόλοιπος εξοπλισμός της μονάδας είναι :

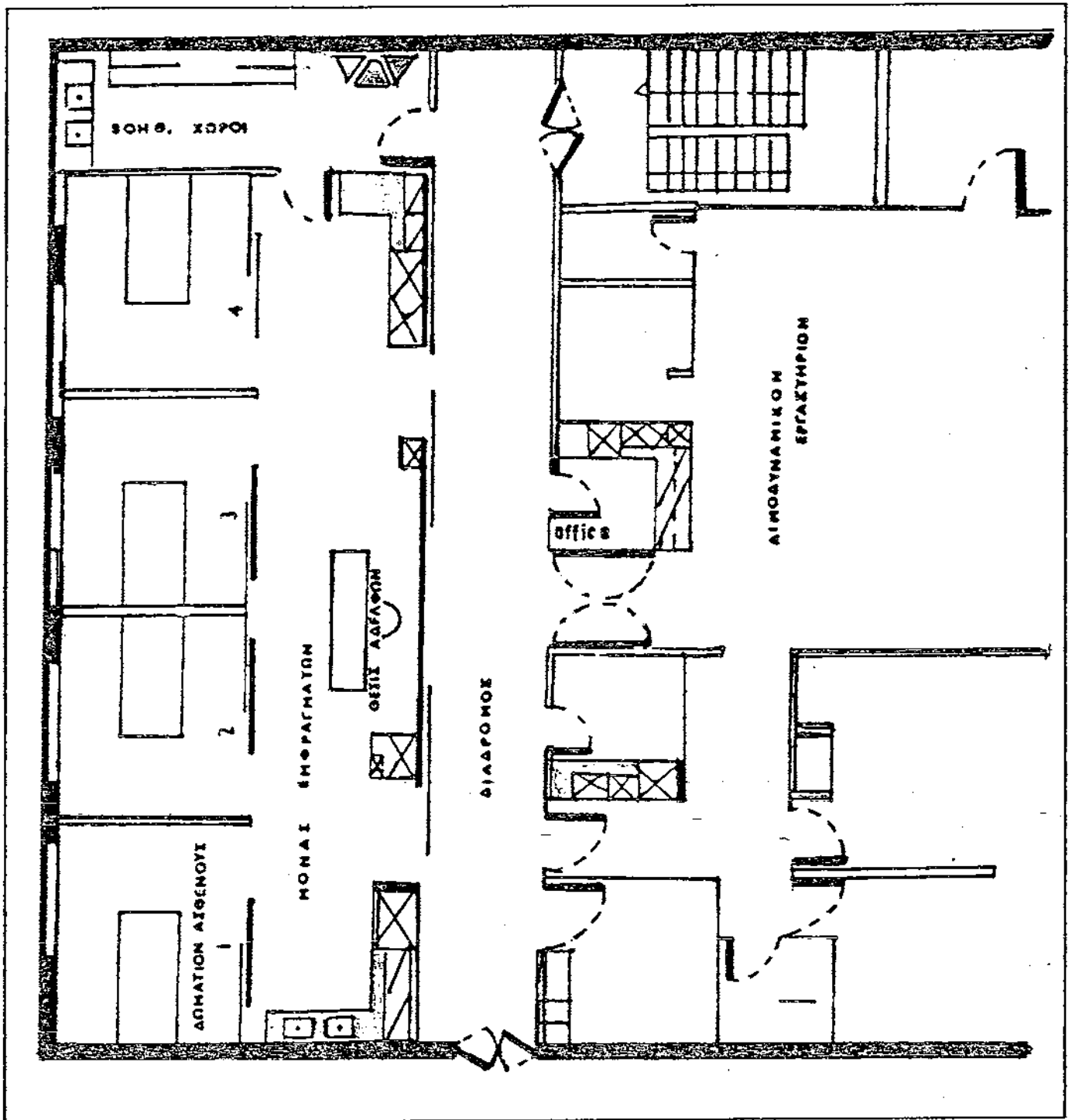
- α ) Τρόλευ ανακοπής , όπου περιλαμβάνει όλα τα αντικείμενα για επείγουσα διασωλήνωση και ηλεκτροκαρδιογραφική ανάταξη του αρρώστου .
- β ) Δύο (2) απινιδωτές , έναν απινιδωτή για δύο αρρώστους
- γ ) Δύο (2) ηλεκτροκαρδιογράφους .
- δ ) Έναν αναπνευστήρα διότι δεν είναι τόσο συχνό στον ασθενή με έμφραγμα να εμφανίσει αναπνευστικές δυσχέρειες .

Στο χώρο που διακινούνται οι νοσηλεύτριες υπάρχουν με σειρά οι ντουλάπες υλικού ( αποστειρωμένου και μη ) καθώς και ένας νιπτήρας για το πλύσιμο των χεριών από νοσηλεύτριες και γιατρούς . Το παρατηρητήριο των αδελφών βρίσκεται σε σημείο που να γίνονται καλά ορατοί οι ασθενείς στα δωματιά τους . Στο παρατηρητήριο , κοντά της πάντα έχει η νοσηλεύτρια τον ατομικό φάκελο του κάθε ασθενούς , και σημειώνει συνεχώς τη ζωτική λειτουργία του οργανισμού του αρρώστου . Κάθε 3 ώρες φυσιολογικά λαμβάνεται ένα ενδεικτικό Η.Κ.Γ. για κάθε άρρωστο και τοποθετείται στον ατομικό του φάκελο . Επίσης στη στάση της αδελφής υπάρχουν , το βιβλίο διακίνησης ασθενών ( είσοδος - έξοδος ) καθώς και βιβλίο διακίνησης ναρκωτικών .

Στη συνέχεια , για να οπτικοποιήσουμε τα παραπάνω παραθέτουμε το σχήμα της μονάδας εμφραγμάτων του νοσοκομείου "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" .



Χαρακτηριστικό σχήμα μονάδας εμφραγμάτων νοσοκομείου  
" Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ "



## 2 . Ο ρ ό λ ο ς τ ο υ νοσηλευτή - τριας στη Μονάδα Στεφανιαίων νόσων ή Εμφραγμάτων .

Ίσως ο πιο κύριος συντελεστής στην αποδοτική και ορθή λειτουργία μιας τέτοιας μονάδας , είναι ο ειδικά και σωστά εκπαιδευμένος νοσηλευτής . Αυτός είναι το κλειδί σε όλο το πρόγραμμα εντατικής θέρραπείας των εμφραγματιών ασθενών . Η τεράστια συμβολή του αναγνωρίζεται από όλους . Αυτός είναι το πρόσωπο που υποδέχεται τον άρρωστο και τους συγγενείς του . Αυτός είναι , που πρώτος θα παρατηρήσει τις τυχόν αρρυθμίες του ασθενή και ανά πάσα στιγμή είναι παρών σε μια καρδιακή ανακοπή . Τα πλεονεκτηματα που θα πρέπει να τον χαρακτηρίζουν η ικανότητα επικοινωνίας με τον ίδιο τον άρρωστο αλλά και τους συγγενείς του , η εμπιστοσύνη που εμπνέει , οι ικανότητες του και η ψυχική του ηρεμία μειώνουν το άγχος και χαρίζουν γαλήνη στον ασθενή . Για να μπορέσει να επιτύχει τον υψηλό του στόχο , ο νοσηλευτής εκπαιδεύεται ειδικά .

Αρκετές είναι οι φορές που θα χρειαστεί να ενεργήσει μόνος του . Γι' αυτό ακριβώς το λόγο θα πρέπει να είναι ικανός να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε πρόβλημα του παρουσιαστεί και γνωρίζοντας τί θα κάνει ο γιατρός όταν έλθει , αρχίζει το καθορισμένο πρόγραμμα χωρίς να περιμένει την άφιξη του .

Ο πολύτιμος χρόνος που κερδίζεται με τα μέτρα αυτά , πολλές φορές καθορίζει τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου .

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ανεκτίμητος και αναντικατάστατος είναι ο ειδικευμένος νοσηλευτής στη νοσηλεία ενός ασθενούς με έμφραγμα σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου .

### 3 . Εισαγωγή του αρρώστου στη Μονάδα Εμφραγμάτων .

Τα πρώτα λεπτά μετά την εισαγωγή του ασθενούς στη μονάδα αυτή , είναι πράγματι πολύ κρίσιμα . Ο άρρωστος βρίσκεται σε ένα άγνωστο για αυτόν περιβάλλον . Τα αναρρίθμητα μηχανήματα γύρω του ( monitors ) , του προκαλούν επιπρόσθετο φόβο και αγωνία . Η όλη σωματική και ψυχική του κατάσταση του επιτείνει το φόβο του επικείμενου θανάτου . Όλοι αυτοί οι δυσάρεστοι παράγοντες τείνουν να αυξήσουν τη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών ( αρρυθμίες , καρδιογενές shock ) . Σε αυτή την επικίνδυνη φάση ο νοσηλευτής της μονάδας έχει δύο σπουδαίες λειτουργίες να επιτελέσει :

i. ) Να προχωρήσει στην εκπλήρωση των καθηκόντων του μέσα στα πλαίσια της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας προς τον εμφραγματία ασθενή και

ii. ) Οι ενέργειές του να δείχνουν επιδεξιότητα και αυτοπεποίθηση , έτσι ώστε να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και των συγγενών του . Οι ενέργειες στις οποίες θα προχωρήσει ο νοσηλευτής είναι οι εξής :

- a) Χαιρετά και υποδέχεται τον άρρωστο ( εαν βέβαια ο ασθενής έχει επικοινωνία ) με κάποια σχόλια που δείχνουν ημερία και υπευθυνότητα . Αν είναι παρόντες οι συγγενείς του ασθενούς , κάποιος άλλος νοσηλευτής αναλαμβάνει να τους καθουχάσει και να τους πληροφορήσει ότι θα μπορέσουν να τον δούν κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου και τους δείχνει το δωμάτιο αναμονής .
- b) Συνδέει τον ασθενή με τον ηλεκτρικό καρδιογράφο και αμέσως ειδοποιεί το γιατρό της μονάδας .
- c) Ελέγχει το ρυθμό της καρδιακής λειτουργίας του ασθενούς και γρήγορα καταγράφει ένα σύντομο ρυθμό .
- d) Καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ( θερμοκρασία , αρτηριακή πίεση , σφύξεις , αναπνοές ) στο διάγραμμα του .
- e) Προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για την ανακούφιση του ασθενή π.χ. εάν ο ασθενής είναι ωχρός και έχει ψυχρά άκρα , ο νοσηλευτής ανυψώνει το κάτω μέρος του

κρεβατιού για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου .  
Επίσης χορηγεί όλα τα ενδεικνυόμενα παυσίπονα , για την αντιμετώπιση του έντονου στηθαγχικού πόνου .

f) Χορηγεί στον ασθενή οξυγόνο και εφόσον αυτός βρίσκεται στη κατάλληλη σωματική και ψυχολογική διάθεση του δίνει τις ανάλογες πληροφορίες σχετικά με το σκοπό και τη φύση της μονάδας στην οποία νοσηλεύεται . Η πληροφόρηση του ασθενούς σαν σκοπό έχει :

α) Να ελαχιστοποιήσει τους φόβους του αφού βρίσκεται ξαφνικά μπροστά σε ένα άγνωστο περιβάλλον , με τεράστιο τεχνολογικό εξοπλισμό , γεγονός βέβαια που επιτείνει το άγχος και την αγωνία του .

β) Να βοηθήσει το νοσηλευτή στην απόκτηση εμπιστοσύνης από τον ασθενή , με σκοπό να διευκολυνθεί στη παροχή καλύτερης και πιο οργανωμένης νοσηλευτικής φροντίδας .

g) Δεν χορηγεί ο νοσηλευτής τίποτα στον ασθενή , έως ότου δώσει ο γιατρός τις κατάλληλες οδηγίες .

h) Έρχεται σε επικοινωνία με τους συγγενείς του ασθενούς , προσπαθεί να τους μειώσει την ψυχολογική τους ένταση και παράλληλα προσπαθεί να αντλήσει κάποιες πληροφορίες σχετικά με την πρόσφατη κατάσταση της υγείας του ασθενή ( αν προτού εισαχθεί στο νοσοκομείο ακολουθούσε κάποια θεραπεία και τί είδους θεραπεία ήταν αυτή κ.λ.π. ) .

i) Φέρνει στο κατάλληλο χρόνο σε επικοινωνία τους συγγενείς με τον ασθενή και τον θεράποντα γιατρό .

#### 4 . Επείγουσες διαδικασίες στη Μονάδα Εμφραγμάτων .

Η πιο επείγουσα διαδικασία που μπορεί ανά πάσα στιγμή να συντελεστεί μέσα σε μια μονάδα εμφραγμάτων είναι βέβαια αναμφισβήτητα η καρδιακή ανακοπή .

Σαν καρδιακή ανακοπή έχει χαρακτηριστεί η παύση της κυκλοφορίας του αίματος ή η μείωση της για χρονικό διάστημα από 4 - 6 λεπτά έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η διατήρηση της ζωής . Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η καρδιακή ανακοπή είναι η κλινική εικόνα του θανάτου . Ο νοσηλευτής είναι σχεδόν πάντα το πρώτο πρόσωπο που είναι παρών μπροστά σ' ένα τέτοιο γεγονός . Συνήθως ειδοποιείται από το σύστημα συναγερμού που υπάρχει στους σύγχρονους ηλεκτροκαρδιογράφους . Θα πρέπει να υπάρχει σε κάθε μονάδα ένα πρωτόκολο αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων που θα ακολουθείται πιστά από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό , και που θα είναι στηριγμένο στα σύγχρονα δεδομένα αντιμετώπισης μιας καρδιακής ανακοπής . Από τη στιγμή λοιπόν που διαπιστώνεται η καρδιακή ανακοπή είτε από την κλινική εικόνα του ασθενούς , είτε από το Η.Κ.γραφήμα του η νοσηλεύτρια προβαίνει στις παρακάτω ενέργειες :

- 1) Ζητάει βοήθεια από ένα δεύτερο νοσηλευτή , ο οποίος θα καλέσει ιατρική βοήθεια και θα φέρει τον απαραίτητο εξοπλισμό καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ενώ θα παραμένει συνεχώς εκεί για παραιτέρω βοήθεια .
- 2) Σε περίπτωση που από το Η.Κ.Γ. αναγνωρίσει κοιλιακή μαρμαρυγή δίνει μια προκάρδια πλήξη στον ασθενή . Αυτή αρκετές φορές αποκαθιστά αποτελεσματικά τον καρδιακό παλμό . Σε περίπτωση που αποτύχει η ενέργεια αυτή ,
- 3) Τοποθετεί γρήγορα τον ασθενή σε υπτία θέση χαμηλώνοντας το ερεισίνωτο της κεφαλής του ασθενούς .
- 4) Απομακρύνει άμεσα τα μαξιλάρια από το κεφάλι του ασθενούς έτσι ώστε να πέσει προς τα πίσω , επιταχύνοντας έτσι την απελευθέρωση των αεροφόρων οδών . Στη συνέχεια τοποθετεί το αριστερό χέρι της κάτω από τον αυχένα και έλκοντας με το δεξί χέρι το κεφάλι προς τα πίσω , τοποθετεί αεραγωγό στο στόμα του ασθενούς .

5) Προβαίνει στην άμεση έναρξη εξωτερικών μαλάξεων και τεχνητής αναπνοής για την αποκατάσταση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας . Επίσης γίνεται συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω του monitor , για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών , ειδικά έκτακτων κοιλιακών συστολών που προμηνύουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή . Για την αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών ενεργεί ως εξής :

- α) ετοιμάζει Λιδοκαΐνη
  - β) προβαίνει συνεχώς σε εκτιμήσεις για την περιφερική αιμάτωση των ιστών
  - γ) μετράει συνεχώς τη συχνότητα του καρωτιδικού σφυγμού
  - δ) εκτιμάει το βάθος και τη συχνότητα των αναπνοών
  - ε) εκτιμάει τη θερμοκρασία και το χρώμα του δέρματος
- στ) σε περίπτωση που οι παραπάνω προσπάθειες δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα , προβαίνει στην ετοιμασία της απινιδώσης . Φορτίζει τον απινιδωτή με 200 - 400 watt/sec ετοιμάζει τα δύο ηλεκτρόδια , απομακρύνει όλο το προσωπικό από το κρεβάτι μεριμνά έτσι ώστε ο θώρακας του αρρώστου να είναι στεγνός και προσφέρει κάθε βοήθεια στο γιατρό τη στιγμή της ηλεκτρικής ώσης . Σε περίπτωση που οι ενέργειες αυτές επιφέρουν αίσιο αποτέλεσμα , συνεχίζει να παρακολουθεί την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς .
- ζ) χορηγεί αναλγητικά φάρμακα ύστερα από ιατρική οδηγία .
  - η) προβαίνει σε αναρροφήσεις για τη μη απόφραξη των αεροφόρων οδών .
  - θ) Λαμβάνει αρτηριακό αίμα , για τον προσδιορισμό του ΡΗ του αίματος και της μερικής πίεσεως των αερίων (O<sub>2</sub> και CO<sub>2</sub> ) .
  - ι) Ελέγχει σε τακτά χρονικά διαστήματα τα ζωτικά σημεία του ασθενούς .

## 5 . Α λ ἄ ρ θ ρ ω σ η π ρ ο σ ω π ι κ ο ὕ Μ . Σ . Ν .

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή λειτουργία μιας τέτοιας μονάδας είναι ο επαρκής αριθμός τόσο σε ιατρικό , όσο και σε νοσηλευτικό προσωπικό .

— Η μονάδα θα πρέπει να διευθύνεται από έναν ειδικά εκπαιδευμένο καρδιολόγο . Σε συνεργασία με τους συναδέλφους του διατυπώνει γενικά αποδεκτές αρχές εισαγωγής , εξόδου και θεραπευτικής αγωγής . Οι υπόλοιποι γιατροί έχουν και αυτοί ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση στη μονάδα στεφανιαίων νόσων .

— Στη μονάδα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς , ειδικά εκπαιδευμένος γιατρός , εκτός και αν αυτή είναι πλαισιωμένη σε 24ωρη βάση με ειδικά εκπαιδευμένους νοσηλευτές , σύμφωνα με τα διεθνή Standard . Ακόμα και στην περίπτωση αυτή πρέπει να υπάρχει πάντοτε άμεσα διαθέσιμος ειδικός γιατρός .

— Οι νοσηλευτές παίζουν ρόλο κλειδί στην παρακολούθηση των αρρώστων και θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην εκτίμηση βαρειών αρρυθμιών και στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους θα πρέπει να μπορούν να αντιμετωπίσουν ανά πάσα στιγμή μια καρδιακή ανακοπή , να γνωρίζουν την τεχνική της τεχνητής αναπνοής , να κάνουν απινίδωση και να γνωρίζουν τα βασικά φάρμακα ενδοφλέβιας χορήγησης στις επείγουσες περιπτώσεις . Στη Μ.Σ.Ν. κάθε στιγμή θα πρέπει να υπάρχουν 2 τουλάχιστον νοσηλευτές , ένας από τους οποίους θα βρίσκεται στο κεντρικό παρατηρητήριο . Μια αναλογία 2 νοσηλευτών για κάθε άρρωστο θα έδινε τη δυνατότητα κάλυψης αργιών και απουσιών λόγω ασθένειας . Λόγω της μεγάλης έλλειψης που παρατηρείται σε ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό , αυτό θα πρέπει να απελευθερώνεται από περιττά καθήκοντα μέσα στη μονάδα .

— Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθή λειτουργία της μονάδας είναι και η καλή λειτουργία του ηλεκτρονικού εξοπλισμού της . Γι'αυτό θα πρέπει να είναι συχνή η συντήρηση και ο έλεγχος της σωστής και ακριβούς λειτουργίας των ηλεκτρονικών μηχανημάτων .

## **B . ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ .**

Συνήθως μετά από ένα επεισόδιο οξείας εμφράγματος του μυοκαρδίου , ο ασθενής δέχεται τις πρώτες φροντίδες στη μονάδα στεφανιαίων νόσων . Όταν φύγει από εκεί νιώθει κατάπτωση και εξάντληση . Αρκεί να αναφερθεί το γεγονός ότι σε μια έρευνα που έγινε , η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ρωτήθηκαν για την εμπειρία της παραμονής τους στη μονάδα απάντησαν πως ήταν μια πολύ ενοχλητική εμπειρία . Όλοι τόνισαν την ατμόσφαιρα φόβου που επικρατεί , και την αδυναμία για σωματική και ψυχική ξεκούραση . Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίσει τα συναισθήματα αυτά του ασθενούς , να του δώσει προσεκτικές εξηγήσεις , και να διορθώσει λανθασμένες αντιλήψεις που τυχόν έχει . Οφείλει να τον βοηθήσει να αποβάλει την ψυχική του υπερένταση και να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του και την αισιοδοξία του . Θα πρέπει να συγκεντρώσει πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς , από τον ίδιο τον άρρωστο , από τα μέλη της οικογενειάς του , και από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό . Αποκλειστικός του σκοπός βέβαια είναι , η παροχή κάθε είδους βοήθειας στον ασθενή , για την αντιμετώπιση όλων των νοσηλευτικών προβλημάτων .

Οι κύριοι στόχοι που θέτει είναι οι εξείς :

- α) Πλήρης αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς .
- β) Πρόληψη , έγκαιρη διάγνωση και ταχεία αντιμετώπιση επιπλοκών , που μπορούν να παρουσιαστούν ανά πάσα στιγμή στον ασθενή .
- γ) Μείωση του έργου της καρδιάς και όλων εκείνων των παραγόντων που τυχόν το εμποδίζουν .
- δ) Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου , όπως π.χ πόνος , δύσπνοια κ.λ.π .

Η βοήθεια που θα πρέπει να προσφερθεί σε μια τέτοια κατάσταση συνίσταται στην αύξηση του κατά λεπτόν όγκου αίματος ( Κ.Α.Ο.Α. ) . Χρειάζεται όμως μεγάλη προσοχή διότι η μείωση του Κ.Α.Ο.Α. σε συνδιασμό και με το προϋπάρχον έμφραγμα του μυοκαρδίου και τη μείωση της ικανότητας της αριστεράς κοιλίας να προωθήσει το αίμα στην περιφέρεια μπορεί



να συντελέσει σε πρόκληση Συμφορητικής Καρδιακής Ανεπάρκειας.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκτιμάει συνεχώς την φλεβική πίεση του αίματος και στη περίπτωση που αυτή είναι αυξημένη να χορηγήσει Δακτυλίτιδα στον ασθενή , με εντολή βέβαια του αρμόδιου Ιατρού Καρδιολόγου . Η Δακτυλίτιδα σκοπό έχει , την τόνωση της καρδιακής λειτουργίας με την ενίσχυση των συστολών του Μυοκαρδίου . Για την ακριβή παρακολούθηση της Νεφρικής λειτουργίας , τοποθετεί στον ασθενή καθετήρα ουροδόχου κύστεως και αρχίζει μέτρηση ούρων εικοσιτετραώρου ( 24ώρου ) για τη σωστή εκτίμηση των αποβαλλομένων υγρών .

Κατόπιν τοποθετεί τον ασθενή στη κατάλληλη θέση ( Υπτία ) που σαν σκοπό έχει τη καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου . Θα πρέπει να συστήσει στον ασθενή να αποφεύγει κάθε μετακίνηση που μπορεί να κουράσει τον ασθενή και να αυξήσει κατα συνέπεια το καρδιακό έργο .

Για την αντιμετώπιση της αγγειοσύστασης της περιφέρειας χορηγεί αγγειοδιασταλτικά ( ύστερα από την εντολή του θεράποντος γιατρού ) . Φροντίζει βέβαια να διατηρείται ζεστός ο ασθενής και λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση του πόνου . Ανάλογα βέβαια με την ένταση και τη διάρκεια του πόνου χορηγεί και τα ανάλογα παυσίπονα .

Το πιο ισχυρό παυσίπονο που μπορεί να χορηγήσει είναι η ΜΟΡΦΙΝΗ IM . Πριν βέβαια τη χορήγηση της Μορφίνης λαμβάνει την Αρτηριακή πίεση του ασθενή , διότι όπως είναι γνωστό η χορήγηση αυτή προκαλεί πτώση της Αρτηριακής πίεσης , βραδυκαρδία και καταστολή του αναπνευστικού κέντρου . Για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας και της ανηουχίας χορηγείται O<sub>2</sub> . Η χορήγηση του O<sub>2</sub> , είτε με ρινικό καθετήρα είτε με μάσκα , είναι δυνατόν να μειώσει τη πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμιών , γιατί συντελεί στην ανάπαυση του μυοκαρδίου , αυξάνοντας την οξυγόνωσή του . Βέβαια από τη πρώτη στιγμή που θα έχει εισαχθεί ο ασθενής στο καρδιολογικό τμήμα , θα πρέπει να έχει γίνει φλεβοκέντηση για τη διατήρηση ανοικτής φλέβας , με σκοπό την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων στη περίπτωση που θα παρουσιαστεί ανάγκη .

Βέβαια πολύ μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση ενός ασθενούς με έμφραγμα του μυοκαρδίου , είναι η σωματική και

ψυχολογική του υποστήριξη . Ο καρδιολογικός ασθενής χρειάζεται φυσική και συναισθηματική ξεκούραση . Αυτή θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο πλήρης και να συνεχίζεται ώπου να σταθεροποιηθεί η καρδιακή λειτουργία και να επουλωθεί η περιοχή που ισχαιμεί . Η περίοδος αυτή συνήθως διαρκεί από 3 - 6 εβδομάδες .

Για να ηρεμήσει και να ξεκουραστεί ο ασθενής , θα πρέπει ο νοσηλευτής - τρια να περιορίσει πολύ τις τυπικές επισκέψεις θα πρέπει να τον επισκέπτονται μόνο στενά συγγενικά του πρόσωπα που τον ευχαριστούν , αλλά και τα πρόσωπα αυτά θα διδαχτούν , να μην τον κουράζουν και να αποφεύγουν να του συζητούν πράγματα και καταστάσεις που τον στεναχωρούν και τον αναστατώνουν . Ο νοσηλευτής - τρια θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να αποκτήσει και να αποδεχτεί μια θετική στάση απέναντι στην αρρώστια του . Τον επιβεβαιώνει ότι η ζωή του θα είναι σχεδόν κανονική μετά την ανάρρωση και την εξοδό του από το νοσοκομείο .

Ο νοσηλευτής έχει πάντα υπόψην του την εξής αρχή : " Το αίσθημα ψυχικής ανέσεως και ασφάλειας κατά την αντιμετώπιση μιας ασθένειας , αυξάνει , εάν το άτομο μπορεί να αναγνωρίσει και να αποδεχτεί τις ικανότητές του , την ιδιαίτερη σωματική του αδυναμία , τα συναισθήματα και την ψυχική του στάση απέναντι στον εαυτό του και την ασθένειά του " .

Με την τεράστια υπομονή , που διαθέτει ο νοσηλευτής , δίνει μια πίστωση χρόνου στον ασθενή , έτσι ώστε να εξοικειωθεί με το πρόβλημά του , και ταυτόχρονα τον ενθαρρύνει να ομιλεί και να εκφράζει τα συναισθηματά του . Θα πρέπει βέβαια , παράλληλα , να ληφθούν και όλα τα κατάλληλα μέτρα για τη φυσική ανάπαυση του ασθενούς . Δίνει στον ασθενή την ανάλογη θέση στο κρεβάτι ( ανάρρωση ) . Δεν του επιτρέπεται να σηκωθεί , παρά μόνο αφού περάσουν 1 - 2 εβδομάδες και έχει ξεπεράσει τον κίνδυνο του Shock . Μερικοί γιατροί επιτρέπουν στους ασθενείς τους ( ειδικά στους ηλικιωμένους ) , να κάθονται σε πολυθρόνα . Αυτό έχει σαν σκοπό , να μειώσει το καρδιακό έργο το οποίο είναι μικρότερο στην καθιστή θέση από ό,τι στην υπτία . Ο νοσηλευτής επιτρέπει στον ασθενή συνήθως ελαφρό διάβασμα και ραδιόφωνο ( πάντα με μέτρο ) , για να του

αποσπάται έτσι η προσοχή και να ηρεμεί ψυχολογικά .

Η νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να οργανώνεται με τέτοιο τρόπο , έτσι ώστε να μην κουράζει τον ασθενή . Θα πρέπει να δίνονται κάποια χρονικά διαστήματα στον άρρωστο για να ξεκουράζεται και να ηρεμεί . Απαραίτητο βέβαια είναι , η θερμοκρασία του δωματίου , να είναι κατάλληλα ρυθμισμένη , διότι η ανησυχία που προκαλείται από ένα θερμό ή ψυχρό και υγρό περιβάλλον, αυξάνει πολύ το καρδιακό έργο . Επίσης , θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα , για να αντιμετωπιστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που επιβαρύνουν την καρδιακή λειτουργία . Είναι λοιπόν , αν ο ασθενής είναι παχύσαρκος , θα πρέπει να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τον περιορισμό της παχυσαρκίας . Επίσης αν ο ασθενής είναι υπέρτασικός , ο νοσηλευτής θα προβεί στις απαραίτητες ενέργειες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης .

Ειδική μέριμνα χρειάζεται βέβαια , για τη διαίτα του ασθενούς . Αυτή τα πρώτα 24ωρα θα πρέπει να είναι υγρή , που προχωρεί προς την πολτώδη , ελαφρά , υποθερμιδική , για την μείωση του έργου της καρδιάς , ειδικά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος . Τροφές που αφήνουν υπολείματα και είναι δύσπεπτες , πρέπει να αποφεύγονται .

Τα γεύματα ρυθμίζονται σε 3 - 4 την ημέρα , ίσης πάντα ποσότητας . Επίσης θα πρέπει να αποφεύγεται η σύντομη λήψη του γεύματος .

Σε περίπτωση που έχει εγκατασταθεί καρδιακή ανεπάρκεια περιορίζεται το νάτριο . Επίσης απαγορεύονται τα παγωμένα ροφήματα , διότι είναι δυνατόν να προκαλέσουν διάφορες αρρυθμίες . Η ζωή του ασθενούς μπορεί να κινδυνέψει τις πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα λόγω επιπλοκών .

Η αντίληψη του νοσηλευτή , ότι πράγματι μπορούν να συμβούν αυτές οι επιπλοκές , καθώς και η γνώση των συμπτωμάτων τους και των μέτρων πρόληψής τους , βοηθάει στην παροχή ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδας .

Ο ασθενής με έμφραγμα , λόγω της ακινησίας στην οποία υπόκειται και της μείωσης του Κ.Α.Ο.Α , επιβραδύνεται η ροή του αίματος στα φλεβικά αγγεία των άκρων του , και είναι πολύ πιθανό να σχηματιστούν θρόμβοι .

Η πρόληψη συνίσταται στη χρήση αντιεμβολικών καλτσών και σε ασκήσεις των κάτω άκρων που πρέπει να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα . Ακόμα η πρόληψη συνίσταται και στη χορήγηση φαρμάκων ( με εντολή βέβαια ιατρού ) . Σ' αυτή βέβαια τη περίπτωση ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρακολουθεί τον ασθενή για εμφάνιση τυχόν αιμορραγιών . Για την έγκαιρη διαπίστωση και αναγνώριση τυχόν αρυθμιών ο νοσηλευτής θα πρέπει να μετράει πολύ συχνά το ρυθμό του ασθενή . Σε περίπτωση που παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ρυθμό , τη συχνότητα και το χαρακτήρα θα πρέπει να ειδοποιήσει αμέσως το γιατρό . Ο νοσηλευτής επίσης θα πρέπει να προλάβει και να αντιμετωπίσει όλους εκείνους τους παράγοντες που αυξάνουν το καρδιακό έργο και μπορούν να επιφέρουν μια δυσάρεστη κατάσταση .

Ετσι λοιπόν , γνωρίζοντας ότι η προσπάθεια για κένωση του εντερικού σωλήνα , προκαλεί απότομη ανύψωση της Αρτηριακής Πίεσης , αυξάνει την ένταση της αριστερής κοιλίας και μεγιστοποιεί τον κίνδυνο ρήξης του μυοκαρδίου , χορηγεί στον ασθενή υπακτικά φάρμακα . Επίσης για τον ίδιο λόγο , σε περίπτωση εντόνου βήχα , χορηγεί αντηβηχικά φάρμακα ( με εντολή βέβαια ιατρού ) .

Εχουμε ήδη προαναφέρει ότι το πλείστο των περιπτώσεων εμφράγματος του μυοκαρδίου , θεωρείται σαν το αποτέλεσμα απόφραξης στεφανιαίας αρτηρίας απο αθηροσκληρυντική επεξεργασία . Ετσι λοιπόν ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα αναστολής της . Βέβαια η αθηροσκλήρυνση εξαρτάται απο πολλούς παράγοντες όπως π.χ. : Αρτηριακή υπέρταση , παχυσαρκία , υπερχοληστερλαιμία ... κ.ά.

Η νοσηλευτική φροντίδα σε αυτή τη περίπτωση έγκειται στο να πέσει η στάθμη των λιπών στα φυσιολογικά επίπεδα , στο να μειωθεί στο ελάχιστο το ποσό των θερμίδων έτσι ώστε ο ασθενής να διατηρήσει το κανονικό του βάρος , το ποσό των χοληστερινούχων τροφών να μειωθεί και το ποσό των κεκορεσμένων λιπών να κυμαίνεται σε ποσοστό μικρότερο απο 10% του συνόλου των θερμίδων που λαμβάνονται καθημερινά .

Ο νοσηλευτής - τρια θα πρέπει να παρευρεθεί με κατανόηση συμπόνοια και αγάπη στο δράμα αυτό του ασθενούς . Θα πρέπει

να τον βοηθήσει να ηρεμήσει , θα πρέπει να του εμπνέει ελπίδα και αισιοδοξία για βελτίωση . Σημαντικό είναι να εργάζεται με ταχύτητα και σύστημα χωρίς όμως να μεταδίδει αγωνία , ανησυχία ή τυχόν αμφιβολίες για το ποθούμενο αποτέλεσμα , που είναι βέβαια η αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς .

**Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ  
ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**

**Ο χειρουργημένος καρδιοπαθής και η αγωγή αυτού**

Η χειρουργική των παθήσεων της καρδιάς , όχι μόνο είναι ενδιαφέρουσα , αλλά πολύπλοκη και απαιτητική , πολλές φορές δε και δραματική .

Ο νοσηλευτής - τρια θα πρέπει να κατανοήσει ότι ο καρδιοπαθής που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση , πρέπει να αντιμετωπίζεται όπως και κάθε άλλος υποψήφιος χειρουργικός ασθενής . Βέβαια η νοσηλευτική φροντίδα που θα του παρασχεθεί , θα πρέπει να είναι εξειδικευμένη και εξατομικευμένη . Οι περισσότεροι από τους καρδιολογικούς ασθενείς είναι πολύ καλά πληροφορημένοι για τη παθησή τους . Για αυτό ακριβώς το λόγο ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι τέλεια καταρτισμένος , για να μπορεί να κατευθύνει τον ασθενή και να ικανοποιεί τις οποιεσδήποτε ανάγκες του . Όταν γνωρίζει ο νοσηλευτής πριν από την εγχείρηση τις συνήθειες του ασθενούς , τις απασχολήσεις του , τα ενδιαφέροντά του , τις ανησυχίες του , το ρόλο του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον , τότε μόνο θα μπορεί να οργανώσει καλύτερα τη νοσηλευτική φροντίδα .

Ένας πολύ μεγάλος συντελεστής στην αντιμετώπιση των τεράστιων προβλημάτων του ασθενή είναι το άμεσο περιβάλλον του , όπως π.χ. η οικογενειά του , οι συγγενείς του , οι φίλοι του κ.λ.π. . Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει στενή συνεργασία μαζί τους , γιατί το όλο πρόβλημα της υγείας ενός τέτοιου ασθενούς είναι αρκετά μεγάλης διάρκειας και πολλής ταλαιπωρίας και χρηματικής δαπάνης .

## **α) ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η υψηλής ποιότητας προεγχειρητική νοσηλευτική ετοιμασία του αρρώστου , είναι ένας αποφασιστικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ατόμου . Οι κίνδυνοι και το ηθικό τραύμα που υφίστανται οι ασθενείς που πρόκειται να υποστούν καρδιοχειρουργική επέμβαση , έγιναν αιτία να απαιτείται ο μέγιστος βαθμός ε π ι σ τ η μ ο ν ι κ ή ς ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ς φ ρ ο ν τ ί δ α ς .

Η προετοιμασία πριν από την εγχείρηση περιλαμβάνει τρεις παραμέτρους :

Ψυχολογική  
Διαιτητική  
Γενική .

### **α1) Ψυχολογική προετοιμασία**

Οι ασθενείς με νοσήματα καρδιάς διακατέχονται από έντονα συναισθήματα φόβου , ανησυχίας , μελαγχολίας ή και απελπισίας πολλές φορές ακόμη . Από την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων θα πρέπει να αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον ιατρό και το νοσηλευτή . Ο νοσηλευτής δημιουργώντας την ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και κατανόησης , βοηθάει τον ασθενή να νιώσει ελεύθερα και να εκφράσει το ψυχικό του κόσμο Παρέχει στον ασθενή όλες τις πληροφορίες σχετικά με το είδος της εγχείρησης που θα υποβληθεί και με τα διάφορα είδη νοσηλείας ( επίδειξη σε αυτόν των monitors , αναπνευστήρων , συσκευών παροχέτευσης κ.λ.π. ) . Θα πρέπει να τον διαβεβαιώσει ότι βρίσκεται στα χέρια ικανών και επιδέξιων ατόμων που τελικός σκοπός τους είναι η αποθεραπεία και η πλήρης αποκατάσταση της υγείας του . Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι η εμπύχωση είναι το κλειδί των πνευματικών αναγκών του ασθενούς . Οι πνευματικές ανάγκες μπορούν να ανατεθούν στον ιερέα του νοσοκομείου . Ο σεβασμός και η παραδοχή της θρησκείας του ασθενούς από το νοσηλευτή , παίζει πολύ σπουδαίο ρόλο στη χορήγηση του κατάλληλου ηθικού περιβάλλοντος . Σε περίπτωση που ο ασθενής αντιμετωπίζει

οικονομικά προβλήματα , ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον φέρει σε επαφή με την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου .

### **α2) Διαιτητική προετοιμασία**

Αυτή συνίσταται στη βοήθεια του ασθενούς να διατηρήσει τις διαιτητικές του ανάγκες κατά την εκτέλεση των διάφορων test για την προετοιμασία του για την εγχείρηση .

Ειδικές διαιτητικές οδηγίες καθορίζονται συνήθως από το γιατρό και εξαρτώνται βέβαια από τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς . Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρακολουθεί , εάν τηρούνται οι οδηγίες του ιατρού και θα πρέπει να τις εξηγήσει στον ίδιο τον ασθενή και τους συγγενείς του .

Η διαίτα θα πρέπει να είναι άναλος και τα υγρά που προσλαμβάνονται κάθε μερα από τον ασθενή δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το ποσό των 1500 - 2000 ml .

### **α3) Γενική προετοιμασία**

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει καλά την προεγχειρητική ετοιμασία για να διδάξει στον ασθενή διάφορες τεχνικές . Η χειρουργική της καρδιάς σημαίνει συμμετοχή τόσο του κυκλοφορικού όσο και του αναπνευστικού συστήματος και διάφορων άλλων συστημάτων του οργανισμού .

Ο ασθενής θα πρέπει να διδαχθεί από το νοσηλευτή :

- τη χρήση χορήγησης του O<sub>2</sub> υπό θετική πίεση δια του αναπνευστήρα .
- Να βήχει και να αναπνέει βαθιά για την καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων και αποβολή όλων των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δέντρο .
- Το σκοπό και τη χρησιμότητα των σωλήνων που εισάγονται στον οργανισμό και αφαιρούνται μετά από λίγες ημέρες , όπως π.χ. σωλήνας παροχέτευσης θώρακα , καθετήρας Folley , φλεβικοί καθετήρες κ.λ.π. .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει πάντα στο μυαλό του ότι υπάρχει μια πολύ λεπτή γραμμή μεταξύ του να πούμε στον ασθενή αρκετά ή να πούμε λίγα , αυτό εξαρτάται δε πάντοτε από τις αντιδράσεις του εκάστοτε ασθενούς .



## Προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να φροντίσει να έχουν διενεργηθεί , πριν από το χειρουργείο , όλες οι εξετάσεις που έχει ζητήσει ο γιατρός . Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν :

- Έλεγχο νεφρικής , αναπνευστικής και ηπατικής λειτουργίας .  
Οι εξετάσεις που γίνονται για τον έλεγχο αυτών των λειτουργιών είναι η γενική ούρων και η μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών κυρίως .
- Αιματολογικός έλεγχος:Οι εξετάσεις αίματος που λαμβάνουν χώρα κυρίως είναι η Γενική αίματος , ο λευκοκυτταρικός τύπος , η Τ.Κ.Ε. , η ομάδα και Rhesus αίματος , ουρία , σάκχαρο , χοληστερίνη , τρανσαμινάσες , ηλεκτρολύτες , χρόνος προθρομβίνης , χρόνος ροής και πήξης .
- Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας : Ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται με το Η.Κ.Γ. , το φωνοκαρδιογράφημα , το ηχοκαρδιογράφημα , με τους καθετηριασμούς της καρδιάς , με τη δοκιμασία κόπωσης , αγγειογραφία κ.λ.π. .

## Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Εκτός από τις οδηγίες που δίνονται όταν ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο , υπάρχει και μια σειρά οδηγιών που αφορούν ιδιαίτερα την άμεση προεγχειρητική ετοιμασία και πρέπει να τηρούνται με πολύ μεγάλη σχολαστικότητα από το νοσηλευτικό προσωπικό .

1) Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου .Περιλαμβάνει ξύρισμα του σώματος από τη σιαγόνα μέχρι τα γόνατα , λουτρό με αντισηπτικό διάλυμα ( Betadine ) το πρωί και το βράδυ της προηγούμενης μέρας από την εγχείρηση .

2) Καθαριστικός υποκλυσμός .

3) Διασταύρωση και εξασφάλιση του απαραίτητου ποσού αίματος . Το ποσό εξαρτάται βέβαια από το μέγεθος της εγχείρησης που θα πραγματοποιηθεί και θα πρέπει να έχει προσδιορισθεί από πριν από το χειρουργό .

4) Μετά τα μεσάνυχτα δεν χορηγείται στον ασθενή τίποτα από το

στόμα .

- 5) Προνάρκωση : Αυτή περιλαμβάνει συνήθως ένα καταπραυντικό για το ύπνο το βράδυ πριν από την εγχείρηση π.χ. Mogadon tabl. και 1/2 amp . Μορφίνη το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης .
- 6) Λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς πριν κατέβει στο χειρουργείο . Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που παρουσιασθεί κάποια αλλαγή στη κατάσταση του ασθενούς ( διαταραχές του ρυθμού , ανύψωση της αρτηριακής πίεσης και της θερμοκρασίας κ.λ.π.) ειδοποιείται αμέσως ο θεράπωντας γιατρός .
- 7) Ο φάκελλος του ασθενούς μαζί με όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις τον συνοδεύει στο χειρουργείο .

## β) ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο νοσηλευτής γνωρίζει ότι η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών και θανάτων των καρδιολογικών ασθενών είναι πολύ αυξημένη κατά το πρώτο 48ωρο . Το γεγονός αυτό υποχρεώνει το νοσηλευτή να εμπλουτίζει διαρκώς τις εμπειρίες και τις γνώσεις του και να παρακολουθεί τις εξελίξεις της επιστήμης γύρω από τη χειρουργική της καρδιάς .

Οι ασθενείς που υπέστησαν επέμβαση ανοικτής καρδιάς χρειάζονται υψηλό βαθμό νοσηλευτικής φροντίδας και έντονη θεραπευτική αγωγή . Για αυτό ακριβώς το λόγο πρέπει τις πρώτες ημέρες μετά την εγχείρηση να νοσηλεύονται σε ειδικές μονάδες θεραπείας , με ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και υπερσύγχρονα μηχανήματα .

**Η φροντίδα συνίσταται :**

- Στη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς .

Τα ζωτικά σημεία ( σφύξεις , θερμοκρασία , αναπνοές , Α.Π. , Κ.Φ.Π. ) λαμβάνονται από το νοσηλευτή κάθε 15 λεπτά τις πρώτες ώρες από την εγχείρηση , μέχρι τη σταθεροποίησή τους . Ιδιαίτερα η μέτρηση της Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης είναι πολύ σπουδαία γιατί είναι ο καλύτερος τρόπος ελέγχου απώλειας αίματος . Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός , διότι βάσει της τιμής της Κ.Φ.Π. , ο γιατρός καθορίζει τα υγρά που χορηγεί στον χειρουργημένο ασθενή . Επίσης θα πρέπει να διατηρεί πάντα ανοιχτή μια αρτηριακή γραμμή , για τη συχνή λήψη αίματος για το προσδιορισμό των αερίων (  $PO_2$  ,  $PCO_2$  ) .

- Στη συνεχή παρακολούθηση του Η.Κ.Γ.

Η ευθύνη αναγνώρισης και αξιολόγησης της σοβαρότητας των καρδιακών αρρυθμιών ανήκει στο νοσηλευτή - τρια . Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα αποφασίσει , στηριγμένος στη νοσηλευτική του κρίση και τις γνώσεις του σχετικά με την ηλεκτροκαρδιογραφία , αν μια κατάσταση απαιτεί μόνο παρακολούθηση ή κλίση του γιατρού .

- Στο συχνό έλεγχο της λειτουργίας των παροχетеύσεων .

Κάθε καρδιοχειρουργημένος ασθενής φέρει μαζί του την παροχетеυση θώρακα . Αυτή γίνεται με ειδικούς καθετήρες οι οποίοι τοποθετούνται κατάλληλα στο μεσοθώρακιο και το περικαρδιακό χώρο . Ο νοσηλευτής ελέγχει συχνά τους σωλήνες παροχетеυσης για τυχόν διαρροή και τους συνδέει με αρνητική αναρρόφηση θώρακα . Επίσης σε τακτά χρονικά διαστήματα ελέγχει το ποσό του αίματος που χάνει ο ασθενής και σε περίπτωση που η απώλεια του αίματος είναι υπερβολική , λαμβάνεται μέριμνα για την ταχεία αντικαταστασή του . Η αιμορραγία είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους που μπορεί να απειλήσει ακόμα και τη ζωή του ασθενή . Αυτή μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες , όπως :

- 1) Λόγω διαφυγής του αίματος από την επιφάνεια της τομής .
- 2) Λόγω ανεπαρκούς αιμόστασης .
- 3) Λόγω χορήγησης μεγάλων ποσοτήτων αντιπηκτικών φαρμάκων .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει όλα εκείνα τα στοιχεία που είναι ενδεικτικά της ελάττωσης του κυκλοφορούντος όγκου αίματος . Αυτά είναι :

- α) πτώση της τιμής της Κ.Φ.Π.
- β) ελάττωση της ωριαίας αποβολής των ούρων ( ολιγουρία ή και ανουρία ακόμα .
- γ) ανησυχία , ταχύπνοια , ταχυκαρδία , ψυχρά άκρα , έντονη ωχρότητα και τελικά πτώση της Α.Π.

- Στο συχνό έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας .

Η στενή σχέση , η οποία υπάρχει , μεταξύ του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος , είναι πολύ εμφανής σε όλες τις περιπτώσεις εγχειρήσεων της καρδιάς . Επιπλοκές του ενός συστήματος έχουν άμεσο αντίκτυπο πάνω στο άλλο . Το έργο της αναπνοής μετά την επέμβαση είναι αυξημένο και επομένως είναι μεγαλύτερες και οι ανάγκες του οργανισμού σε  $O_2$  . Συνήθως το πρώτο καιρό ο ασθενής είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα . Ο νοσηλευτής έχει λοιπόν καθήκον να γνωρίζει τη σωστή λειτουργία αυτού του

μηχανήματος . Θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να εκτελεί βρογχοαναρροφήσεις για την απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων και τη διευκόλυνση του έργου της αναπνοής . Αυτές όμως πάντα θα πρέπει να εκτελούνται με άσηπτη τεχνική για τη πρόληψη λοιμώξεων . Όταν αφαιρεθεί η ενδοτραχειακή διασωλήνωση , ο ασθενής λαμβάνει πλέον οξυγόνο είτε με μάσκα είτε με ρινικό καθετήρα . Τότε ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να εκτελεί βαθείες εισπνοές .

- Στη μέτρηση της ωριαίας αποβολής των ούρων .

Ο ρυθμός της αποβολής των ούρων αποτελεί σαφή ένδειξη επαρκούς ή ανεπαρκούς αιμάτωσης των νεφρών καθώς επίσης βέβαια και των περιφερικών ιστών . Ο υπεύθυνος νοσηλευτής έχει υποχρέωση να σημειώνει το ποσό των ούρων που αποβάλλονται ανά μια ώρα Σε περίπτωση που η ωριαία αποβολή είναι 30 ml θεωρείται επαρκής και δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας . Όταν είναι κάτω από 20 cc , τότε ειδοποιείται ο γιατρός . Επίσης συχνά μετράμε το ειδικό βάρος των ούρων , για τον έλεγχο της ικανότητας των νεφρών να πυκνώνουν τα ούρα .

- Στην αντιμετώπιση του πόνου και στη φαρμακευτική αγωγή .

Ο πόνος στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς είναι αρκετά έντονος και οφείλεται βέβαια στη σύσπαση των πλευρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης . Η χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή και ακριβώς στη ποσότητα που έχει οριστεί από το γιατρό . Επίσης ο νοσηλευτής χορηγεί όλα τα φάρμακα όπως π.χ, αντιβιοτικά , αντιπηκτικά κ.λ.π. σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει λάβει .

- Στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή .

Θα ήταν σοβαρή παράλειψη και απόδειξη ανεπαρκούς φροντίδας , εάν η νοσηλευτική φροντίδα δεν συμπεριλαμβάνει και και τον ψυχισμό του ασθενούς . Ο νοσηλευτής - τρία με εφόδια την αγάπη του και το ενδιαφέρον του , επικοινωνεί με τους ασθενή και προσπαθεί να εξακριβώσει τους φόβους του , τις ανησυχίες του , το επίπεδο της ψυχολογικής του έντασης .

Ο νοσηλευτής - τρία με τη παρουσία του στο πλάι του ασθενούς με την ηρεμία του , με την αισιόδοξη έκφραση του προσώπου του ακόμα και με τον τόνο της φωνής του , ενισχύει την εμπιστοσύνη , την ελπίδα , την υπομονή και το θάρρος του ασθενούς .

- Στον εργαστηριακό έλεγχο .

Ο νοσηλευτής απο τις πρώτες κιόλας ώρες μετά την εγχείρηση λαμβάνει μέριμνα για την εκτέλεση όλων των απαραίτητων εξετάσεων όπως π.χ. της Γενικής Αίματος , των ηλεκτρολυτών , του προσδιορισμού των αερίων αίματος κ.λ.π. Επίσης γίνεται και ακτινογραφία θώρακα .

- Στη διαληπτική αγωγή του ασθενούς .

Η διατροφή του ασθενούς αρχίζει απο τη στιγμή που θα κινητοποιηθεί ο εντερικός σωλήνας και θα υποχωρίσουν τα συμπτώματα μετεωρισμού της κοιλιάς . Η θερμοκρασία της χορηγούμενης τροφής πρέπει να είναι χλιαρή . Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη τήρηση ισοζυγίου υγρών , για να μη φορτώνεται ο ασθενής με πολλά υγρά . Η τροφή στην αρχή θα πρέπει να είναι ελαφρά και αργότερα να προχωρεί στη κανονική. Πάντα όμως να είναι άναλος .

- Στην έγερση του ασθενούς .

Εάν όλα πάνε καλά , την επόμενη μέρα του χειρουργείου αφαιρούνται απο τον ασθενή : ο ενδοτραχειακός σωλήνας , οι παροχετεύσεις του θώρακα , η συσκευή της Κ.Φ.Π. Παραμένει μόνο στον ασθενή ο φλεβοκαθετήρας . Ο ασθενής σηκώνεται απο το κρεβάτι βαθμιαία , πάντοτε με την επίβλεψη του νοσηλευτή ο οποίος σιγά - σιγά πέπει να τον προετοιμάζει για τη μεταφορά του σε κοινό θάλαμο του νοσοκομείου .

## **Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Η συμβολή αλλά και η ευθύνη του νοσηλευτή στη πρόληψη , την άμεση και σωστή αναγνώριση αλλά και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επιπλοκών , είναι μεγάλη και σημαντική . Ιδιαίτερα ο νοσηλευτής κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του προσέχει για να επισημάνει τις επιπλοκές , οι οποίες ανά πάσα στιγμή μπορούν να παρουσιαστούν .

Από το αναπνευστικό σύστημα οι επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν είναι : δύσπνοια - κυάνωση , πνευμοθώρακας και ανοξία ιστών .

Από το κυκλοφορικό σύστημα μπορούν να παρουσιαστούν θρομβώσεις αγγείων και αιμορραγίες .

Από το ουροποιητικό σύστημα η κυριότερη επιπλοκή που μπορεί να παρουσιαστεί είναι η οξεία νεφρική ανεπάρκεια .

Επίσης ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει ψυχικές διαταραχές καθώς επίσης και διαταραχές του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών .

Δ1). Α π ό τ ο α ν α π ν ε υ σ τ ι κ ό σ ύ σ τ η μ α .

### **Π ν ε υ μ ο θ ώ ρ α κ α ς**

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει πνευμοθώρακα , συνίσταται στη συνεχή εκτίμηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς , στη παρακολούθηση της έκπτυξης του θώρακα και των αερίων του αίματος . Ο νοσηλευτής πρώτα τοποθετεί τον ασθενή στην κατάλληλη θέση , έτσι ώστε να διευκολύνεται η παροχέτευση , να μειώνεται το έργο της αναπνοής και χορηγεί  $O_2$  . Εξασφαλίζει ήσυχο περιβάλλον και διατηρεί συνεχώς τον ασθενή ζεστό και στεγνό . Αυξάνει σταδιακά τις δραστηριότητες του ανάλογα με την ανοχή του . Χορηγεί στον ασθενή τροφές και υγρά ανάλογα με τις οδηγίες των ιατρών . Ελέγχει σε τακτά χρονικά διαστήματα το σύστημα της παροχέτευσης για τη σωστή λειτουργία του και λαμβάνει όλα τα κατάλληλα μέτρα , έτσι ώστε να είναι απόλυτα αεροστεγές .

Δίνει ικανοποιητικές εξηγήσεις στον ασθενή και στους συγγενείς του , έτσι ώστε να μειώσει τη ψυχολογική τους ένταση. Χορηγεί τα κατάλληλα αντιβιοτικά και αναλγητικά φάρμακα , στη σωστή τους δοσολογία , λαμβάνοντας πάντα υπόψη του ότι τα οπιούχα καταστέλλουν το κέντρο της αναπνοής .

Συστήνει στον ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές και να βήχει συχνά , για την αποβολή των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δέντρου και την επανέκπτυξη του πνευμονικού παρεγχύματος .

## Δ2 ) Α π ό τ ο κ υ κ λ ο φ ο ρ ι κ ό σ ύ σ τ η μ α

### θ ρ ό μ β ω σ η

Θρόμβωση αγγείου μπορεί να συμβεί από κάποιο θρόμβο αίματος που σχηματίζεται στο εσωτερικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας και είναι πολύ πιθανό να μετακινηθεί και να κατευθυνθεί προς τη μεγάλη κυκλοφορία . Η πιο συνηθισμένη όμως πηγή εμβόλων για ένα καρδιοχειρουργημένο ασθενή , είναι οι φλέβες των κάτω άκρων .

Οι κυριότερες αιτίες που συντελούν στο σχηματισμό των θρόμβων είναι , η ακινησία στην οποία πρέπει να παραμένει αναγκαστικά ο ασθενής και κατά δεύτερο λόγο η μείωση της καρδιακής παροχής ( μείωση του Κ.Α.Ο.Α. ) .

Ο νοσηλευτής έχοντας υπόψη του τη σοβαρή αυτή επιπλοκή , προβαίνει σε συστηματικές ασκήσεις των κάτω άκρων , κυρίως , του ασθενούς ( κάμψη της κάτω γόναυ και της ποδοκνημικής άρθρωσης ) . Η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιπλοκών ενισχύεται με τη χρήση ελαστικών επιδέσμων και με τη χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν τη π η κ τ ι κ ό τ η τ α του αίματος . Επίσης μπορεί να τοποθετήσει τα άκρα του ασθενούς σε ανάρροπη θέση για την αποφυγή της στάσης του αίματος στα κάτω άκρα .



### Δ3 ) Α π ό τ ο ο υ ρ ο π ο ι η τ ι κ ό σ ύ σ τ η μ α

#### Ο ξ ε ί α ν ε φ ρ ι κ ή α ν ε π ά ρ κ ε ι α

Αυτή η σοβαρή επιπλοκή οφείλεται στο shock , στην αιμόλυση ή την περιφερική αγγειοσύσπαση των προσαγωγών αρτηριδίων κατά τη λειτουργία του μηχανήματος της εξωσωματικής κυκλοφορίας . Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τη πιθανότητα εμφάνισης αυτής της επιπλοκής , παρακολουθεί τον ασθενή για εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων και σημείων . Έτσι λοιπόν , σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάσει ελάττωση του όγκου των ούρων (ολιγουρία) ή και ανουρία ακόμα , σκοτεινόχρωμη απόχρωση στα ούρα ( λόγω της συμπύκνωσης ή παρουσίας ελεύθερης αιμοσφαιρίνης ) , πόνο στη νεφρική χώρα , ξηροστομία , χαμηλή πίεση αίματος , ο νοσηλευτής ειδοποιεί αμέσως το γιατρό για τη λήψη όλων των απαραίτητων και ενδεικνυόμενων μέτρων . Σε περίπτωση που έχει εγκατασταθεί η νεφρική ανεπάρκεια , ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει την υπερυδάτωση του ασθενή . Τα υγρά περιορίζονται ημερησίως σε 400 ml συν τη ποσότητα όλων των αποβαλλομένων υγρών του προηγούμενου 24ωρου . Ο νοσηλευτής σε καθημερινή βάση ζυγίζει τον ασθενή την ίδια πάντοτε ώρα της ημέρας και στον ίδιο ζυγό Ενθαρρύνει τον ασθενή να περιορίζει τις δραστηριότητες του ( να παραμένει στο κρεβάτι του ) , με σκοπό βέβαια τη μείωση του μεταβολικού ρυθμού .

Κατά τη καθημερινή παροχή της νοσηλευτικής του φροντίδας εφαρμόζει όλα τα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας , για τη πρόληψη των μολύνσεων , που σε αυτό το στάδιο μπορεί να έχουν τραγικά αποτελέσματα για τον ασθενή . Σε καθημερινή βάση να φροντίζει το δέρμα του ασθενούς με τη χρησιμοποίηση ουδέτερου σαπουνιού χωρίς άρωμα και τη στοματική του κοιλότητα εφαρμόζοντας πλύσεις με ειδικά αντισηπτικά διαλύματα . Εξασφαλίζει στον άρρωστο ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον . Παρακολουθεί συνεχώς το ηλεκτροκαρδιογράφημα του για τη διαπίστωση τυχόν αρρυθμιών που μπορεί να εμφανιστούν λόγω των ηλεκτρολυτικών διαταραχών ( υπερκαλιαιμία ή υποκαλιαιμία ) . Σε περίπτωση που χρειαστεί αιμοκάθαρση , ο νοσηλευτής πληροφορεί τον ασθενή για το τρόπο διενέργειας της και το σκοπό της .

## Φ ρ ο ν τ ί δ α γ ι α τ α ψ υ χ ο λ ο γ ι κ ά π ρ ο β λ ή μ α τ α τ ο υ α σ θ ε ν ή

Οι μετεγχειρητικές ψυχώσεις δεν είναι ασυνήθιστες σε τέτοιες περιπτώσεις . Μπορούν να εμφανιστούν με ελαφρά συμπτώματα και μπορούν να καταλήξουν ακόμα και στην αυτοκτονία .

Η μεγάλης διάρκειας συνήθως παραμονή στο νοσοκομείο , για εγχείρηση επαναιμάτωσης των στεφανιαίων αγγείων , δημιουργεί στον ασθενή τεράστια ψυχολογική φόρτιση . Τα ψυχολογικά προβλήματα και οι αντιδράσεις του ασθενούς εξαρτώνται απο την ηλικία του , τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του , την οικογενειακή και οικονομική του κατάσταση , το επάγγελμά του καθώς και άλλους κοινωνικο - οικονομικούς παράγοντες . Τα συναισθήματά του επίσης εξαρτώνται απο το αν εισάγεται για πρώτη φορά σε Μ.Ε.Θ. ή και εαν έχει κάποια ανάλογη εμπειρία απο παλιότερη εισαγωγή του σε νοσοκομείο .

Συνήθως ο ασθενής στην αρχή φαίνεται σκεπτικός , λιγομίλητος , παρουσιάζει συναισθηματική αδιαφορία , αρνητισμό ίσως και απάθεια και αδιαφορία για την εξέλιξη της σωματικής του υγείας . Επίσης μπορεί να παρουσιάζει ανικειμενικές κλινικές εκδηλώσεις όπως π.χ. ταχύπνοια , υποτυπώδεις αναπνοές , ωχρότητα προσώπου , τάση προς έμετο , λιποθυμικές καταστάσεις κ.ά.

Όλες αυτές οι καταστάσεις πρέπει να εγείρουν την υποψία στον νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να παράσχει μεγάλη φροντίδα και κατανόηση στον ασθενή και θα πρέπει να εμπνεύσει στον ασθενή ότι η ζωή του έχει νόημα και αξία να παραταθεί . Θα πρέπει να εκδηλώσει στον ασθενή προσωπικό ενδιαφέρον και προσωπική αγάπη . Έτσι μόνο θα τον βοηθήσει να επανακτήσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή , διαλύοντας τα καταθληπτικά του συναισθήματα .

Μια απο τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει ο καρδιοχειρουργημένος ασθενής , είναι η διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας . Αυτή αποτελεί επείγουσα κατάσταση που απαιτεί γρήγορη αντιμετώπιση .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μεριμνήσει έτσι ώστε να είναι έτοιμες οι απαραίτητες συσκευές για τη γρήγορη χορήγηση  $O_2$  (ενδοτραχειακός σωλήνας , αναπνευστήρας κ.λ.π ) . Έτσι λοιπόν σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει αναπνευστική οξέωση , η χορήγηση οξυγόνου με ενδοτραχειακό σωλήνα , συντελεί στη γρήγορη ελάττωση της  $PCO_2$  .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συντελεί , έτσι ώστε οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις να γίνονται με κάθε δυνατή ταχύτητα . Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε σχέση με τη βασική αιτία που προκάλεσε το ανισοζύγιο , πχ χρόνια αποφρακτική νόσος . Οι ιατρικές οδηγίες που αφορούν τη λήψη διαίτας και υγρών θα πρέπει να ακολουθούνται με κάθε ακρίβεια θα πρέπει οι μετρήσεις των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών να γίνονται με κάθε ακρίβεια και να αναγράφονται προσεκτικά .

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μάθει να αναγνωρίζει τα διάφορα είδη των οξεοβασικών διαταραχών και τις ενέργειες που πρέπει να κάνει σε κάθε περίπτωση . Σε περίπτωση αναπνευστικής αλκάλωσης ( αυξημένο PH , αυξημένη αποβολή  $CO_2$  ) , εφαρμόζει την τεχνική της επανεισπνοής του εκπνεόμενου αέρα σε ένα κλειστό χώρο π.χ. χαρτοσακούλα . Στη μεταβολική οξέωση χορηγεί διττανθρακικά , ενώ στη μεταβολική αλκάλωση χορηγεί επαρκείς ποσότητες χλωριούχων ( νάτριο , κάλιο ) .

## Α Π Ο Κ Α Τ Α Σ Τ Α Σ Η      Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Ο χρόνος που απαιτείται για να αναρρώσει ένας ασθενής μετά από μια εγχείρηση καρδιάς ποικίλει . Τόσο οι ιατρικές οδηγίες , όσο και τα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα , είναι ανάλογα σε κάθε περίπτωση . Όσο και αν φανεί παράξενο , η αποκατάσταση του ασθενούς αρχίζει από την πρώτη μέρα της νοσηλείας του , με την επανόρθωση των δυσλειτουργιών του , με την διατήρηση των υγιών συστημάτων του οργανισμού του , με την ενίσχυση της ελπίδας και της αισιοδοξίας του ότι θα θεραπευτεί πλήρως .

Μεταξύ της πέμπτης και ογδόης ημέρας ( 5 - 8 ) από την εγχείρηση , ο ασθενής μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι και να καθήσει σε καρέκλα . Κατά τη δωδεκάτη ως και δεκάτη τετάρτη ( 12 - 14 ) μετεγχειρητική ημέρα , ο ασθενής αφήνεται να κυκλοφορεί ελεύθερα . Η χρονική διάρκεια της ανάρρωσης ανέρχεται σε 8 εβδομάδες περίπου . Τόσο είναι το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να επανακτήσει ο ασθενής τις απολεσθείσες δυνάμεις του και να ανασυγκροτήσει την υγεία του

Τις πρώτες εβδομάδες ο ασθενής περιορίζεται σε μικρούς περιπάτους κατά τις πρώτες πρωινές ή απογευματινές ώρες , στο σπίτι του ή γύρω από αυτό , αλλά όχι για μεγάλο χρονικό διάστημα . Τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας μπορεί να ασχολείται με απλές δραστηριότητες , όπως π.χ. ανάγνωση βιβλίων , πλεκτική, ζωγραφική κ.λ.π .

Με την πάροδο του χρόνου οι δραστηριότητες του ατόμου γίνονται περισσότερο ελεύθερες . Η διατροφή του καθορίζεται από το γιατρό . Τα γεύματα θα πρέπει να είναι συχνά και όχι μεγάλης ποσότητας . Η λήψη αλατιού περιορίζεται . Θα πρέπει να ζεί σε κλίμα ηρεμίας και να αναπαύεται επαρκώς . Επίσης καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για τη παρεμπόδιση ανάπτυξης φλεγμονής .

Πρίν απο κάθε οδοντιατρική επέμβαση επιβάλλεται η κάλυψη του ασθενή με αντιβίωση .

Μετά το πέρας των οκτώ ( 8 ) εβδομάδων , ο ασθενής μπορεί να επανέλθει σε πλήρες πρόγραμμα δραστηριοτήτων όπως και άλλοτε , αφού προηγουμένως κάνει ένα πλήρη έλεγχο της

καρδιακής λειτουργίας . Η επαναφορά στο κανονικό τρόπο ζωής θα στηριχθεί τώρα πια σε υγιεινές βάσεις και συνήθειες .

Η διατήρηση της υγείας δεν είναι θέμα μόνο της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας . Θα πρέπει ο ίδιος ο ασθενής τώρα πιά μόνος του να διακρίνει τι είναι καλό για την υγεία του και τι όχι , και να αποφεύγει διάφορες υπερβολές που μπορούν γρήγορα να καταστρέψουν ότι επιτεύχθηκε με τόσο κόπο και επίμονη προσπάθεια .

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΥΠΟΣΤΕΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας , δίδονται στον ασθενή διάφορες γενικές οδηγίες που σκοπό έχουν να ρυθμίσουν τον τρόπο της ζωής του πάνω σε υγιή πλαίσια . Οι οδηγίες αυτές διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή ανάλογα με τη μορφωσή του , την ιδιοσυγκρασία του και την προσωπικότητά του . Αυτές οι οδηγίες θα καθοριστούν από το γιατρό , μετά από συνεργασία με το νοσηλευτή , η γνώμη του οποίου , λόγω της εξοικείωσης με τον ασθενή θα δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα για τη σύνταξη του προγράμματος .

Θα πρέπει να τονιστεί στον ασθενή , ότι η επιστροφή του στο σπίτι , δεν σημαίνει ότι μπορεί να αναλάβει αμέσως τις δραστηριότητες που είχε πριν ασθενήσει . Είναι αναγκαίο να αναπαυθεί για κάποιο χρονικό διάστημα και βαθμιαία να αυξήσει τις δραστηριότητές του . Στην εργασία του μπορεί να επιστρέψει μετά από 2 - 3 μήνες .

Εάν η εργασία του είναι πολύ κουραστική και επίπονη , θα του τονιστεί ότι πρέπει οπωσδήποτε να τη διακόψει . Θα του απαγορευτεί αυστηρώς το κάπνισμα . Θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να κάνει εργαστηριακές εξετάσεις και Η.Κ.Γραφικό έλεγχο για την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας του . Αναλυτικότερα οι οδηγίες που θα πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής που υπέστη έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι οι παρακάτω :

- 1) Να αποφεύγει με οποιοδήποτε τρόπο τη σωματική και ψυχική εξάντληση .
  - Να αποφεύγει τα ταξίδια .
  - Να αποφεύγει την έκθεση στο ψύχος ή στην πολλή ζέση . Να αποφεύγει να περπατάει ενάντια στον αέρα .
  - Να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα και να προσέχει πολύ το βάρος του . Να αποβάλλει σιγά - σιγά κάθε περιττό κιλό .
  - Να αναπαύεται σε τακτά χρονικά διαστήματα .
  - Κατά την πρώτη περίοδο επανόδου στην εργασία του , να συντομεύει όσο γίνεται περισσότερο τις ώρες εργασίας του .
- 2) Ο νοσηλευτής - τρία του τονίζει ότι θα πρέπει να δίνει διέξοδο στην εντασή του με το να ασχολείται τις ελεύθερες

ώρες του με ευχάριστες γι'αυτόν ενασχολήσεις . Για να επανέλθει το άτομο σε ένα κανονικό πρόγραμμα αυξημένων δραστηριοτήτων , θα πρέπει να γίνει αυτό σταδιακά . Είναι γενικά παραδεκτό , ότι η θεραπεία δεν βρίσκεται ούτε στα φάρμακα ούτε στις εκάστοτε χειρουργικές επεμβάσεις , αλλά είναι διεργασία που συντελείται στον εσωτερικό κόσμο του ασθενή . Στη διεργασία αυτή συμμετέχουν όλες οι βιολογικές και ψυχικές δυνάμεις του . Αν π.χ. ο ασθενής για κάποιο λόγο είναι απογοητευμένος και βλέπει ότι δεν έχει νόημα η ζωή γι' αυτόν , η πρόγνωση είναι κακή , όσο αποτελεσματική και αν ήταν η νοσηλεία και θεραπεία του . Εδώ ακριβώς βρίσκεται το μεγάλο έργο που καλείται να εκτελέσει ο νοσηλευτής .

Με το ειλικρινές ενδιαφέρον του , την ανιδιοτέλειά του , τα ενθαρρυντικά του λόγια , την αγάπη του προς τον άνθρωπο , εμπνέει ελπίδα και πίστη στον ασθενή , του τονίζει την αξία της ζωής και του εντείνει την πίστη για ένα καλύτερο αύριο . Τότε μόνο ο νοσηλευτής θα έχει ανταποκριθεί στη μεγάλη ευθύνη που έχει επωμιστεί από την πολιτεία .

## Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η - Α Γ Ω Γ Η Υ Γ Ε Ι Α Σ

Είναι γνωστό , ότι η πρόληψη μιας ασθένειας αποτελεί ένα από τους μεγάλους στόχους της σύγχρονης ιατρικής . Παρά τη μεγάλη πρόοδο που έχει παρατηρηθεί στη θεραπεία της στεφανιαίας νόσου , η θνησιμότητα είναι γνωστό αυξάνεται πολύ . Αυτό ακριβώς το γεγονός κάνει φανερό την ανάγκη της πρόληψης της ασθένειας . Σήμερα έχουν προσδιοριστεί όλοι εκείνοι οι παράγοντες οι οποίοι καθιστούν ένα άτομο υποψήφιο να παρουσιάσει σε κάποια φάση της ζωής του έμφραγμα του μυοκαρδίου .

Ο νοσηλευτής , έχει υποχρέωση , όπου και αν εκτελεί τα καθήκοντά του , είτε σε μεγάλο νοσοκομείο , είτε σε κέντρο υγείας , είτε σε αγροτικό ιατρείο , να απομακρύνει τα άτομα από τις συνήθειες που ενοχοποιούνται για τη στεφανιαία νόσο (καθιστική ζωή , υπερχοληστεριναιμία , παχυσαρκία , κάπνισμα κ.λ.π ) . Στην κοινότητα που ζεί και εργάζεται , μπορεί σε συνεργασία με άλλους φορείς να οργανώνει συνδιαλέξεις , συζητήσεις , για την άμεση και υπεύθυνη πληροφόρηση του απλού λαού , σε θέματα υγείας περιλαμβάνοντας βέβαια την λεπτομερή ενημέρωση γύρω από το θέμα έμφραγμα του μυοκαρδίου .

Με απλά και κατανοητά λόγια θα πρέπει να πληροφορεί το λαό για τους προδιαθεσικούς παράγοντες του εμφράγματος και για το πως θα πρέπει να οργανώσουν τη ζωή τους για την εξάλειψη του κινδύνου εμφάνισης στο μέλλον στεφανιαίας νόσου . Θα πρέπει να τονιστεί η ευεργετική επίδραση της φυσικής άσκησης στη ζωή μας , αφού αυξάνει τον Κ.Λ.Ο.Α. και τη στεφανιαία παροχή , και η μεγάλη σημασία της σωστής διατροφής στην ευεξία του οργανισμού . Εδώ ακριβώς είναι , που ο νοσηλευτής , θα πρέπει να καθοδηγήσει τα παχύσαρκα άτομα για τροποποίηση του διατροφολογίου τους και γενικότερα του όλου τρόπου ζωής τους . Αφού πράγματι , μπορέσει να τους πείσει για τους μεγάλους κινδύνους της παχυσαρκίας ( όταν μάλιστα συνοδεύεται και από υπέρταση ) , τους κατευθύνει στον ειδικό γιατρό , για να παρακολουθήσουν έτσι ειδικό πρόγραμμα απώλειας βάρους .



Περισσότερη έμφαση και σημασία θα πρέπει να δοθεί από μέρους του νοσηλευτή , στα άτομα που έχουν ιστορικό στεφανιαίας νόσου . Όλες οι οδηγίες , θα πρέπει να δίνονται από το νοσηλευτή , μέσα στα πλαίσια μιας ήρεμης και φιλικής συζήτησης , έτσι ώστε ο καθένας να μπορεί να κάνει ερωτήσεις στο νοσηλευτή , χωρίς να νιώθει κανένα φόβο ή δισταγμό .

Επίσης είναι αναγκαίο , αυτά τα οποία τονίζει ο νοσηλευτής , να τα τεκμηριώνει στηριζόμενος σε επιστημονικά δεδομένα . Έτσι πετυχαίνει πάντα , καλύτερα αποτελέσματα .

## ΣΧΟΛΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Κάθε άτομο και κυρίως οι νέοι , που απλώνεται μπροστά τους η ζωή , θα πρέπει να ξέρουν να ζουν σωστά και υγιεινά , θα πρέπει να έχουν γνώση των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους , των πρώιμων συμπτωμάτων διάφορων ασθενειών και επίσης θα πρέπει να γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν σωστά τις ιατρο-φαρμακευτικές υπηρεσίες και πώς να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες , οποτεδήποτε χρειαστεί . Όλες αυτές οι γνώσεις είναι απαραίτητες , προκειμένου κάθε νέος να μπορεί να χαράζει υπεύθυνα τη ζωή του γνωρίζοντας και όχι αγνοώντας τους κινδύνους των εκάστοτε επιλογών του .

Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος , είναι απαραίτητη η ύπαρξη προγράμματος υγείας των νέων , εξαντλώντας όλες τις δυνατότητες επικοινωνίας μαζί τους ( στο σχολείο , στο τόπο κατοικίας , στους χώρους άθλησης και ψυχαγωγίας κ.λ.π. ) . Η επιτυχία μιας τέτοιας προσπάθειας είναι καθοριστικής σημασίας για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας ολόκληρου του πληθυσμού , μια που η εκπαίδευση σε θέματα υγείας των πολιτών , αποτελεί ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες για τη πρόληψη . Και βέβαια δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η πρόληψη σήμερα αποτελεί τη μεγάλη ελπίδα για μελλοντικές βελτιώσεις της υγείας . Το σχολείο , που αποτελεί και το βασικότερο θεσμό της εκπαίδευσης , συμμετέχει καθοριστικά στη διαμόρφωση γνώσεων και γενικότερα χαρακτήρα ενός ατόμου . Θα πρέπει το σχολικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα να περιλαμβάνει μια σειρά μαθημάτων σχετικά με τον ανθρώπινο οργανισμό και την υγεία .

Είναι γενικά παραδεκτό , ότι οι μαθητές ( οι νέοι ) αποτελούν μια ιδιαίτερα ευαίσθητη ομάδα στο σύνολο του πληθυσμού . Και είναι ευαίσθητη , γιατί το παιδί είναι εκτεθειμένο σε πολλές βλαπτικές επιδράσεις του περιβάλλοντος με μειωμένες ικανότητες αυτοπροστασίας . Επίσης , γιατί οι επιδράσεις που ασκούνται στην ηλικία αυτή , που είναι περίοδος διαμόρφωσης του ατόμου , σωματικά και ψυχικά , σηματοδεύουν καθοριστικά τη ζωή του ατόμου . Επίσης είναι πολύ πιο εύκολο να υιοθετήσει καινούργιες αντιλήψεις ένα νέο σε

ηλικία άτομο παρά ένας μεγάλος .

Ετσι λοιπόν , θα πρέπει να στραφούμε στους νέους , να τους δημιουργήσουμε υγιείς αντιλήψεις και συνήθειες , που θα τους χαρακτηρίζουν για ολόκληρη τη ζωή τους .

## Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ Ο

Α . Ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση ,εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς που πάσχουν από " Έμφραγμα του μυοκαρδίου " και που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομεία του νομού Αττικής .

Μέσα στα πλαίσια του θέματος που αναλάβαμε να διαπραγματευτούμε στην εργασία μας αυτή , κρίθηκε απαραίτητο να αναφερθούν κάποια συγκεκριμένα παραδείγματα ασθενών , που υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου , κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο . Αναλάβαμε 2 εντελώς τυχαία περιστατικά , τα οποία βέβαια δέχθηκαν πρόθυμα να συνεργαστούν μαζί μας , να συζητήσουν εκτενώς τις εμπειρίες τους , τα διάφορα προβλημάτά τους , τις δυσκολίες που αναπόφευκτα επήλθαν από τη δυσάρεστη αυτή εμπειρία τους και γενικά ό,τι σχετίζεται με την εξέλιξη της νόσου τους .

Βέβαια ο κύριος στόχος της δικής μας προσπάθειας ήταν :

- α) να δοθεί μια πιο ζωντανή και καθαρή εικόνα ως προς τη φύση της νόσου , μέσα από τα λόγια των ίδιων των ασθενών και
- β) να εκτεθεί η ιατρική και νοσηλευτική κυρίως παρέμβαση στα άτομα αυτά , με σκοπό πάντα την ελαχιστοποίηση ή και αποφυγή των κινδύνων και την αίσια έκβαση της εξέλιξης της υγείας τους .

## 1ο χαρακτηριστικό παράδειγμα

ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο " ΥΓΕΙΑ " μετά από ένα επεισόδιο οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου . Συγκεκριμένα αναφερόμαστε χαρακτηριστικά σε μια ασθενή που θα παραλείψουμε την επωνυμία της , για ευνόητους λόγους . Η ηλικία της είναι 62 ετών , συνταξιούχος δημόσιος υπάλληλος παντρεμένη και μητέρα 2 παιδιών . Τα παιδιά της αντίστοιχα είναι ηλικίας 30 και 32 ετών .

Η επαφή μας με τη συγκεκριμένη ασθενή έγινε την επόμενη ημέρα της μεταφοράς της από τη Μ.Ε.Θ. στη καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου .

Για το καλύτερο σχεδιασμό και προγραμματισμό της νοσηλευτικής μας παρέμβασης , πρωταρχική μας μέριμνα ήταν η συλλογή των πληροφοριών από την ίδια την ασθενή , τα συγγενικά της πρόσωπα και τέλος τον ιατρικό και νοσηλευτικό της φάκελλο .

Από την πρώτη κιόλας στιγμή προσπαθήσαμε να εμπιστούμε εμπιστοσύνη στην άρρωστη για το πρόσωπό μας . Με την ανάλογη στάση μας και την κατάλληλη συμπεριφορά μας , της δείξαμε ότι ενδιαφερόμαστε πραγματικά και ότι θα της προσφέρουμε κάθε τι απαραίτητο για την καλύτερη εξέλιξη και πλήρη αποκατάσταση της υγείας της . Με την καθημερινή μας επαφή και την επίδειξη από μέρους μας του απαραίτητου σεβασμού και κατανόησης , δημιουργήθηκε σιγά - σιγά μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού , που πράγματι διευκόλυε το έργο μας .

Η συλλογή των πληροφοριών από την ασθενή έγινε βέβαια σταδιακά , ενώ παράλληλα οι πληροφορίες που μας έδωσαν τόσο οι γιατροί της μονάδας όπου είχε νοσηλευτεί πριν , όσο και οι γιατροί της κλινικής που την ανέλαβαν , ήταν πολύ σημαντικές και κατατοπιστικές για μας .

Από την ίδια την ασθενή και τα στενά συγγενικά της πρόσωπα , μάθαμε ότι ποτέ δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα από τη καρδιά της . Το έμφραγμα της εμφανίστηκε εντελώς ξαφνικά , με μια μόνο κρίση .

" Εκείνο το φοβερό απόγευμα , κατά τις 6:30 περίπου , ένιωσα ένα δυνατά πόνο στο στήθος , ενώ τακτοποιούσα κάποια

πράγματα στο σπίτι . Ο πόνος ολοένα και μεγάλωνε και ένιωθα σαν να χανόταν ο κόσμος γύρω μου . Στο τέλος έχασα τις αισθήσεις μου και από εκεί και πέρα δεν θυμάμαι τίποτα " . Αυτά είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά λόγια της ασθενούς που περιγράφουν ζωντανά την δυσάρεστη και οδυνηρή εμπειρία που πέρασε . Στη συνέχεια , όπως πληροφορηθήκαμε , ο γιός της που έτυχε να είναι παρών στο συμβάν , τη μετέφερε στα εξωτερικά γιατρεία του νοσοκομείου . Εκεί , αφού της παρασχέθηκαν οι πρώτες βοήθειες , εισήχθη επείγοντως στη μονάδα εντατικής θεραπείας ( Μ.Ε.Θ. ) , όπου και παρέμεινε για 4 ημέρες . Όπως μας πληροφόρησε ο γιατρός της μονάδας , η ασθενής είχε παρουσιάσει έμφραγμα του προσβίου τοιχώματος του μυοκαρδίου . Στη Μ.Ε.Θ. ετέθη βέβαια υπό Η.Κ.Γφική παρακολούθηση ( monitoring ) και συνδέθηκε με αναπνευστήρα για τη χορήγηση οξυγόνου . Ευτυχώς για την ασθενή δεν παρουσίασε απολύτως καμμία επιπλοκή και συνεπώς μετά από τέσσερις ημέρες εντατικής θεραπείας στη μονάδα , μεταφέρθηκε στη καρδιολογική κλινική για περαιτέρω αγωγή .

Το επόμενο βήμα μας , αφού μάθαμε για το πώς εμφανίστηκε η κρίση του εμφράγματος στην άρρωστη , ήταν να ανακαλύψουμε (όσο βέβαια το επέτρεπε η γνώση και η εμπειρία μας ) τους παράγοντες εκείνους που συντέλεσαν στην έκλυση της νόσου . Από το φακελλό της ανακαλύψαμε ότι η συγκεκριμένη ασθενής από 10ετίας περίπου παρουσιάζει αρτηριακή υπέρταση για την οποία ακολουθεί συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή . Από τις τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων στις οποίες είχε υποβληθεί , φαίνεται καθαρά πως η τιμή της χοληστερίνης είναι σε αρκετά υψηλά επίπεδα . Απαραίτητο βέβαια να αναφερθεί ότι η ασθενής είναι παχύσαρκο άτομο . Επίσης ένα άλλο αξιοσημείωτο γεγονός είναι και το ότι στην οικογένεια της ασθενούς υπάρχει ιστορικό καρδιακής νόσου . Από το υπόλοιπο ιστορικό της διαπιστώνεται πως η ίδια η ασθενής δεν πάσχει από καμμία άλλη νόσο και ποτέ άλλοτε στο παρελθόν δεν παρουσίασε ιδιαίτερα προβλήματα υγείας . Από 15 ετίας μόνο είχε εισαχθεί στο νοσοκομείο , όπου υπέστη χολοκυστεκτομή . Ο καθημερινός τρόπος ζωής της ήταν εντελώς φυσιολογικός , χωρίς κάποιες καταχρήσεις όπως π.χ. αλκοόλ , κάπνισμα κ.λ.π. .

Σε συνεργασία με το καρδιολόγο και λαμβάνοντας γνώση των εργαστηριακών εξετάσεων , στις οποίες συνεχώς μέρα με τη μέρα υποβάλλεται η ασθενής , και με βάση τις δικές μας γνώσεις και εμπειρίες , προσπαθήσαμε να αξιολογήσουμε την παρούσα κατάσταση της ασθενούς , τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά . Η ασθενής , από την πρώτη όψη , φαίνεται να είναι σε καλή φυσική κατάσταση . Τα ενοχλήματα της νόσου δεν έχουν εξαλειφθεί τελείως ενώ παράλληλα η ασθενής παρουσιάζει έντονη μυϊκή αδυναμία . Οι εξετάσεις του αίματος , που λαμβάνονται συχνά , δείχνουν υποκαλιαιμία , αύξηση της T.K.E. ( ταχύτητα καθίζησης του αίματος ) και αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων .

Η νόσος όμως , πέρα από τα καθεαυτού οργανικά προβλήματα φαίνεται να έχει δημιουργήσει και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στην ασθενή . Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί μαζί μας υποδηλώνει τη διαταραγμένη ψυχολογία της . Γενικά είναι λιγομίλητη , συχνά παρουσιάζει βλέμμα απλανές , απάθεια μέχρι και αρνητισμό , σαν να μην την ενδιαφέρει τίποτα πλέον . Με βάση λοιπόν αυτές τις πληροφορίες που συλλέξαμε από την ίδια την άρρωστη , τα συγγενικά της πρόσωπα , τους γιατρούς που την ανέλαβαν τόσο στη Μ.Ε.Θ. όσο και στη κλινική τις εργαστηριακές εξετάσεις τις οποίες μελετήσαμε και τις παρατηρήσεις τις δικές μας , φροντίσαμε να οργανώσουμε μια μεθοδευμένη νοσηλευτική φροντίδα , προσαρμοσμένη απόλυτα στην ασθενή μας , με τους εξής σκοπούς :

- 1) Την ανακούφιση της αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου .
- 2) Την υποστήριξη και διατήρηση των ικανοτήτων της , για συμμετοχή στην εκπλήρωση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών της την επίλυση των προβλημάτων υγείας καθώς και την ενθάρρυνση συμμετοχής τόσο της ίδιας της ασθενούς όσο και των συγγενών της στο προγραμματισμό της νοσηλείας της .
- 3) Την προστασία της ασθενούς από όλους εκείνους τους παράγοντες που απειλούν την ασφάλεια, άνεση και ευεξία της
- 4) Τον επαρκή σχεδιασμό της εξόδου της αρρώστου από το νοσοκομείο .

Οι ενέργειες στις οποίες προχωρήσαμε για την επίτευξη των παραπάνω στόχων μας ( άμεσων και απώτερων ) είναι οι παρακάτω :

## Α. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

— Η ασθενής παρουσίασε σε τακτά χρονικά διαστήματα πόνο που διάφερε βέβαια κάθε φορά ως προς την ένταση του . Η αιτιολογία του συμπτώματος αυτού συνίσταται στη μη καλή αιμάτωση τμήματος του μυοκαρδίου , ισχαιμία ή νέκρωση αυτού λόγω βέβαια θρόμβωση κάποιου κλάδου στεφανιαίας αρτηρίας .

Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης προβαίνουμε στη χορήγηση ισχυρών αναλγητικών φαρμάκων και ηρεμιστικών , μετά βέβαια από οδηγία του θεράποντα γιατρού . Το κατεξοχήν αναλγητικό που χρησιμοποιούμε είναι η μ ο ρ φ ί ν η . Η μορφίνη εκτός από την ισχυρή αναλγητική της δράση , παρέχει ειδικά στην περίπτωση αυτή και μια άλλη σημαντική ευεργετική επίδραση . Συγκεκριμένα μειώνει τη φλεβική επιστροφή του αίματος στους πνεύμονες , και έτσι μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης πνευμονικού οιδήματος που είναι πιθανό να παρουσιαστεί μετά από μια οξεία κρίση εμφράγματος του μυοκαρδίου . Κατά τη χορήγηση όμως της μορφίνης έχουμε υπόψη μας ότι προκαλεί σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης ( υπόταση ) και έτσι λαμβάνουμε σε τακτά χρονικά την αρτηριακή πίεση πριν και μετά τη χορήγησή της .

Για να βοηθήσουμε την ασθενή να ηρεμήσει και να ξεκουραστεί ( μείωση της έντασης του άγχους ) , του χορηγούμε ύστερα από εντολή του ιατρού ηρεμιστικά φάρμακα όπως για παράδειγμα Stedon . Πρώτα όμως προσέχουμε να έχουμε δημιουργήσει όλες εκείνες τις προϋποθέσεις που επιτείνουν το αποτέλεσμα αυτών των φαρμάκων , δηλαδή ήρεμο περιβάλλον , καλός αερισμός του δωματίου , καλό στρώσιμο του κρεβατιού κ.λ.π.

— Ζάλη , μυϊκή αδυναμία , εύκολη κόπωση .

Τα συμπτώματα αυτά του ασθενούς οφείλονται στη μείωση της ικανότητας της καρδιάς να εκτελέσει το έργο της , το οποίο είναι να στείλει το αίμα στη περιφέρεια , με αποτέλεσμα να μην αρδεύεται επαρκώς με αίμα ο εγκέφαλος και οι υπόλοιποι ιστοί του σώματος .



Για την αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων χορηγούμε αγγειοδιασταλτικά φάρμακα ( κυρίως Νιτρώδη ) με σκοπό τη διαστολή των αγγείων και με αποτέλεσμα τη καλύτερη αιμάτωση των ζωτικών οργάνων του σώματος και της περιφέρειας . Επίσης περιορίζουμε στο ελάχιστο τη κινητικότητα του ασθενούς , της συστήνουμε να μην σηκώνεται απο το κρεβάτι ώστε με αυτό το τρόπο να πετύχουμε τη μείωση των αναγκών του σώματος σε  $O_2$  .

— Η ασθενής παραπονείται κατά τις νυκτερινές κυρίως ώρες για ανηυχία , άγχος φόβο , δυσφορία και δυσπνοιικά φαινόμενα . Αν και αυτές οι καταστάσεις φαίνεται οτι ανάγονται στη ψυχική σφαίρα του ασθενούς , ουσιαστικά έχουν οργανική αιτιολογία . Σχετίζονται με τη προσπάθεια της καρδιάς να θέσει σε λειτουργία τους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς για να αντιμετωπίσει την ισχαιμία του μυοκαρδίου ( δηλ. την αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου ) .

Η αντιμετώπιση απο μέρους μας αυτών των καταστάσεων συνίσταται στην εξασφάλιση εκείνων των παραμέτρων που έχουν σαν σκοπό να περιορίσουν τη συχνότητα και την ένταση της καρδιακής συστολής , με αποτέλεσμα βέβαια τη μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο . Έτσι λοιπόν , της συστήνουμε να αναπαύεται επαρκώς στο κρεβάτι της , να αποφεύγει κάθε δραστηριότητα που επιτείνει το καρδιακό έργο και φυσικά περιορίζουμε στο ελάχιστο τις κινήσεις της . Τέλος της χορηγούμε  $O_2$  σε τακτά χρονικά διαστήματα .

## Β. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η συνεχής επικοινωνία μας με τη ασθενή μας βοήθησε να κατανοήσουμε ότι το συγκεκριμένο άτομο , πέρα από τις οργανικές ανάγκες , αντιμετωπίζει και τεράστια ψυχολογικά προβλήματα που έχουν βέβαια σαν αφετηρία την ίδια τη νόσο .

Η όλο και παρατεινόμενη παραμονή της στο νοσοκομείο , της έχει προκαλέσει μεγάλη ψυχολογική αναστάτωση , μελαγχολία εκνευρισμό , άγχος , δυστροφία και ως ένα βαθμό παιδική συμπεριφορά . Η συναισθηματική αστάθεια που εμφανίζει αντανακλά πράγματι τον εσωτερικό της κόσμο . Αρκετές είναι οι φορές που παρουσιάζει απότομες εναλλαγές από ευφορία σε δυσφορία . Πολύ λίγες ήταν οι φορές που παρατηρήσαμε κάποιο αίσθημα αισιοδοξίας στο πρόσωπο της . Δίνει στους άλλους την εντύπωση , ότι έχει κλειστεί στον εαυτό της και έχει απομονωθεί από τον υπόλοιπο κόσμο . Έχει χάσει κάθε αίσθημα αυτοπεποίθησης και εσωτερικής ασφάλειας . Ο φόβος για τυχόν νέα εμφραγματική προσβολή , της αφαιρεί κάθε ελπίδα για το μέλλον .

Με βάση λοιπόν τις λιγοστές γνώσεις μας σχετικά με τη ψυχολογική αυτή παλινδρόμηση της ασθενούς και στη προσπάθειά μας να αιτιολογήσουμε την όλη συμπεριφορά της , κατ' αρχήν την αναγνωρίζουμε και την αποδεχόμαστε , γνώριζοντας ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ανθρώπινου πόνου .

Οι ψυχολογικές ανάγκες κυρίως σχετίζονται με την άμεση εξάρτηση της ασθενούς από τους άλλους , με τη χρονιότητα της κατάστασης και με την αβεβαιότητα της κατά πόσο θα μπορέσει στο μέλλον να αναλάβει ξανά τις δραστηριότητες και ευθύνες της . Η ασθενής εντελώς ξαφνικά αναγκάστηκε να προσαρμοστεί στο άγνωστο και ψυχρό περιβάλλον του νοσοκομείου και στα παράδοξα νοσηλευτικά και θεραπευτικά μέτρα που της εφαρμόστηκαν . Η άγνοια για την περαιτέρω εξέλιξη της υγείας της , της επιτείνει την ψυχολογική ένταση και το φόβο της .

Κατανοώντας λοιπόν την αιτιολογία όλων αυτών των καταστάσεων , βοηθάμε πρώτα από όλα την άρρωστη να αποδεχθεί την ασθένειά της . Για αυτό ακριβώς το λόγο της δίνουμε μια

πίστωση χρόνου για να μπορέσει να εξοικειωθεί με τη τωρινή της κατάσταση . Σε καμιά περίπτωση δεν κατακρίνουμε ούτε σχολιάζουμε τη συμπεριφορά της . Της μεταβιβάζουμε το ειλικρινές ενδιαφέρον μας και την προσδοκία μας για την ταχεία και πλήρη αποκατάσταση της υγείας της . Της τονίζουμε ότι η σωματική αδυναμία και οι σωματικοί περιορισμοί τους οποίους πρέπει να ακολουθεί από εδώ και στο εξής , κατέχουν δευτερεύουσα αξία στην ιεραρχική κλίμακα των προσωπικών αξιών του ανθρώπου . Εμείς με το θερμό ενδιαφέρον που της δείξαμε , με ηρεμία και ευγένεια , προσπαθήσαμε κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών μας πράξεων , να προστατεύσουμε την ατομικότητά της και την αξιοπρεπείά της . Της δώσαμε πολλές ευκαιρίες να εξωτερικεύσει τα συναισθηματά της και ποτέ δεν την αφήσαμε ανικανοποίητη στις διάφορες ερωτήσεις και αμφιβολίες της . Προσπαθήσαμε να δώσουμε επαρκείς εξηγήσεις για τη νοσηλεία και θεραπεία της , τόσο στην ίδια όσο και στα στενά συγγενικά της πρόσωπα . Της σύστησαμε να ασχολείται με ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα κατά το χρόνο παραμονής της στο νοσοκομείο , με σκοπό πάντα να διαφεύγει από τη μονοτονία και τη κατάθλιψη που της δημιουργεί η ίδια η νόσος και το νοσοκομειακό περιβάλλον .

Με τη ψυχολογική αυτή υποστήριξη που μπορέσαμε να παρέχουμε σε κάθε δυσάρεστη εμπειρία της μέσα στο νοσοκομείο και με την όσο το δυνατό καλύτερη και πιο οργανωμένη νοσηλευτική μας φροντίδα , καταφέραμε κατά κάποιο τρόπο να της μεταβιβάσουμε το αίσθημα ότι είναι σεβαστή και μοναδική σαν προσωπικότητα . Με αυτό το τρόπο βελήσαμε να προάγουμε τη ψυχολογική της άνεση και ασφάλεια και να της ανανεώσουμε τη θέληση για τη ζωή .

## Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όπως ήδη αναφέρθηκε και παραπάνω , μετά από ένα οξύ επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου , μπορεί να εμφανιστεί ένας μεγάλος αριθμός επιπλοκών , που θέτουν σε σημαντικό κίνδυνο την ζωή της ασθενούς .

Ο ρόλος ο δικός μας συνίσταται στη συνεχή παρακολούθηση και εγρήγορη για τη πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών . Βάση λοιπόν των γνώσεών μας , σχετικά με το είδος των επιπλοκών και τη συμπτωματολογία με την οποία εγκαθίστανται , είναι ανάλογη και η νοσηλευτική μας φροντίδα και αντιμετώπιση .

- 1) Συχνή λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος της ασθενούς . Είναι γνωστό ότι μετά από ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου , μπορεί να εμφανιστούν αρρυθμίες ( κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή ) που μπορούν να επιφέρουν ακόμα και το θάνατο . Με τη συνεχή όμως λήψη του Η.Κ.Γφήματος μπορούμε να προλάβουμε και να αντιμετωπίσουμε έγκαιρα τέτοιες επικίνδυνες καταστάσεις για την άρρωστη .
- 2) Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς (θερμοκρασία , αναπνοές , σφύξεις ) . Γνωρίζουμε όλοι ότι τα ζωτικά σημεία αντικατοπτρίζουν τη σωματική κατάσταση του ατόμου . Σε περίπτωση που διαπιστωθεί οποιαδήποτε απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές ( αύξηση αναπνοών , ταχυκαρδία , υπόταση κ.λ.π. ) , κρίνεται αναγκαία η γρήγορη ενημέρωση του γιατρού για τη διαπίστωση του αιτίου που τη προκάλεσε .
- 3) Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών και μέτρηση των ούρων του 24ώρου . Με τη μέθοδο αυτή παρακολουθούμε τη λειτουργία των νεφρών αν δηλ. οι νεφροί μπορούν να επιτελέσουν σωστά τη λειτουργία τους . Αν η συγκεκριμένη ασθενής παρουσίαζε ολιγουρία ή και ανουρία ( εξαιτίας της μείωσης του Κ.Α.Ο. Α. , λόγω καρδιακής κάμψης ) θα γίνονταν γρήγορα αντιληπτή με την μέτρηση των ούρων και έτσι θα προβαίναμε στις καταλλήλες ενέργειες για την ανάταξη της συγκεκριμένης κατάστασης .

- 4) Καθημερινά παρακολουθούσαμε την γενική κατάσταση της ασθενούς ( χρώμα και χροιά του δέρματος ) για τυχόν εμφάνιση κυάνωσης . Σε περίπτωση που η ασθενής θα παρουσίαζε τέτοια χαρακτηριστικά , γίνεται αντιληπτό ότι δεν θα επιτελείτο καλά η πνευμονική λειτουργία .
- 5) Ο τακτικός έλεγχος της κατάστασης του δέρματος της ασθενούς , για τυχόν εμφάνιση ερυθρότητας , ερεθισμών ή οιδήματος σε κάποια σημεία , βοήθησε πολύ στη πρόληψη και αποφυγή κατακλίσεων που μπορούσαν να παρουσιαστούν λόγω της παρατεταμένης κατάκλισης και ακινησίας στο κρεβάτι .
- 6) Στο καθημερινό γενικό έλεγχο συμπεριλάβαμε και τη συχνή παρακολούθηση της ασθενούς μας για τυχόν εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας ή γενικότερα θρομβοεμβολικών επιπλοκών που μπορεί να προέλθουν λόγω της ακινησίας και της μη καλής επιτέλεσης του καρδιακού έργου . Για αυτό ακριβώς το λόγο της συστήσαμε να εκτελεί ασκήσεις των κάτω άκρων και να φοράει ελαστικές κάλτσες .

## Α. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Για την επίτευξη του τελευταίου στόχου τον οποίο θέσαμε σχετικά με τον προσανατολισμό της ασθενούς και τη διδασκαλία της μετά την εξοδό της από το νοσοκομείο , οι πληροφορίες και οι επισημάνσεις μας πιστεύουμε πως ήταν σημαντικές για την εξέλιξη της υγείας της . Στη πραγματοποίηση αυτού του σκοπού βοήθησε πράγματι και το αναπτυγμένο πνευματικό επίπεδο της ασθενούς . Γνωρίζοντας καλά τις ικανότητες , τις αδυναμίες της και έχοντας αποκτήσει κάποια άποψη σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς της ( θετικά και αρνητικά ) της επισημίναμε αυτά που εμείς θεωρούσαμε σημαντικά για τη διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής .

Οι τελευταίες ημέρες της ασθενούς πριν την έξοδο της από το νοσοκομείο υπήρξαν σημαντικές για την επίτευξη από μέρους μας της ψυχολογικής ισορροπίας της .

Η λήξη της παραμονής της στο νοσοκομείο , ναι μεν τη γέμιζε χαρά και ενθουσιασμό από την άποψη ότι θα επέστρεφε στο οικείο της περιβάλλον , αλλά παράλληλα φαίνονταν ότι της δημιουργούσε πολλά ερωτηματικά και φόβους για την περαιτέρω εξέλιξη της υγείας της .

" Και αν μου ξανασυμβεί κάτι , ενώ θα είμαι μόνη μου στο σπίτι , τι μπορώ να κάνω τότε ; " . Αυτά είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά της λόγια που δείχνουν την ανασφάλεια και την αγωνία της για το μέλλον .

Γίνεται πλέον αντιληπτό ότι ο ρόλος μας σε αυτή τη φάση είναι αρκετά λεπτός και δύσκολος . Η θέση μας , σαν εκπαιδευτές νοσηλευτές , συνίσταται στη παροχή όλων εκείνων των πληροφοριών και οδηγιών για τη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας της . Η νοσηλεία στο νοσοκομείο τελείωνε κατά το μεγαλύτερο μέρος της . Στο εξής η ίδια η ασθενής αναλαμβάνει την ευθύνη και την πρωτοβουλία των ενεργειών που έχουν άμεση σχέση με την υγεία της .

Η διδασκαλία της ασθενούς από μέρους μας συνίσταται στους εξής τομείς :

- α) Στη πολλή μεγάλη σημασία που έχει για την ίδια η ανάπαυση τόσο σωματική όσο και ψυχολογική ( αποφυγή σωματικής κόπωσης και συναισθηματικών διεγέρσεων ) .
- β) Στη λήψη όλων των απαραίτητων φαρμάκων που της έχουν ορίσει οι γιατροί , στη κατάλληλη δόση και στα συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα .
- γ) Στη συχνή και τακτική παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας της . Να ακολουθεί πιστά και κατά γράμμα τις οδηγίες του θεράποντα γιατρού της .
- δ) Στην υγιεινοδιαιτητική αγωγή . Να αποφεύγει όλες εκείνες τις τροφές που ανενδείκνυνται στα καρδιακά νοσήματα ( λίπη καρυκεύματα , αλάτι , μεγάλα γεύματα , τηγανητά κ.λ.π. ) .
- ε) Στην αποφυγή των εναλλαγών της θερμοκρασίας . Να μην εκτίθεται στο πολύ ζεστό ή το πολύ κρύο καιρό .

Με τη προσπάθειά μας να κατανοήσει και να αποδεχτεί η ασθενής μας τις οδηγίες αυτές και ουσιαστικά δηλ. να αποδεχτεί ένα καινούργιο τρόπο ζωής , πιστεύουμε ότι ελαχιστοποιήσαμε τους κινδύνους επανεμφάνισης της νόσου .

Ο ρόλος μας όμως σαν νοσηλευτές περιλαμβάνει και τη διδασκαλία της οικογένειας της ασθενούς . Ετσι λοιπόν ερχόμαστε σε επαφή με τα άμεσα συγγενικά της πρόσωπα και τους τονίζουμε τη σπουδαιότητα της σωστής στάσης τους απέναντι στη συγκεκριμένη ασθενή . Η προσφορά κατάλληλης βοήθειας από μέρους τους , κυρίως όμως της ανάλογης ψυχολογικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης , αποτελεί ένα ανεκτίμητο και πολύτιμο παράγοντα στην αποκατάσταση της υγείας της ασθενούς . Η αγάπη , η κατανόηση και ο σεβασμός τόσο από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και από τη πλευρά της οικογένειας του αρρώστου και της κοινωνίας , είναι απαραίτητοι και ουσιαστικοί συντελεστές στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας και της σωματικής ευεξίας του .

## 2ο χαρακτηριστικό παράδειγμα

ασθενούς που νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο " ΥΓΕΙΑ " με έμφραγμα του μυοκαρδίου , που δεν εξελίχθηκε ομαλά η υγεία του , αλλά κατά τη διάρκεια του μετεμφραγματικού σταδίου παρουσίασε σοβαρή επιπλοκή . Για λόγους βέβαια ευνόητους δεν θα αναφερθεί η επωνυμία του συγκεκριμένου ασθενή . Αρκεί να σημειωθεί πως το άτομο αυτό είναι αρκετά νέο , μόλις ηλικίας 50 ετών . Το επάγγελμά του είναι πιλότος και είναι παντρεμένος και πατέρας 3 παιδιών .

Η επαφή μας με το συγκεκριμένο ασθενή έγινε στη καρδιολογική μονάδα του νοσοκομείου από τα πρώτα στάδια της θεραπείας του . Κατά την οξεία κρίση του εμφραγματικού επεισοδίου νοσηλεύτηκε στην εντατική μονάδα του νοσοκομείου για 5 ημέρες και στη συνέχεια μεταφέρθηκε στη κλινική για περαιτέρω παρακολούθηση της υγείας του .

Κύριο μέλημά μας , από τη πρώτη ημέρα εισόδου του ασθενή στη κλινική ήταν να πληροφορηθούμε όσο γίνεται αναλυτικότερα την κατάσταση της υγείας του . Για αυτό ακριβώς το λόγο ήρθαμε σε επαφή με τους γιατρούς της μονάδας , από όπου πήραμε σημαντικές πληροφορίες για το τρόπο αντιμετώπισης του οξέος επεισοδίου και την ανάγκη για παροχή οργανωμένης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στη κλινική , διότι ο ασθενής παρουσιάζει σημαντικές ενδείξεις μετεμφραγματικής επιπλοκής . Συγκεκριμένα οι γιατροί μας πληροφόρησαν ότι ο ασθενής παρόλο που έχουν περάσει 6 ημέρες από την παρουσία της εμφραγματικής προσβολής , παρουσιάζει υψηλή πυρετική κίνηση και έντονο οπισθοστερνικό πόνο , συμπτώματα δηλ. που δημιουργούν υποψίες για την εγκατάσταση περικαρδίτιδας .

Για τη καλύτερη βέβαια πληροφόρησή μας και για να αποκτήσουμε μια πληρέστερη εικόνα της υγείας του συγκεκριμένου αρρώστου , ζητήσαμε από τους γιατρούς να μελετήσουμε τον ιατρικό του φάκελλο . Από το ιστορικό της υγείας του , φαίνεται ότι ο ασθενής δεν παρουσίασε ποτέ κανένα από τους παράγοντες που προδιαθέτουν στο έμφραγμα . Αυτό βέβαια γίνεται γνωστό από τις ιατρικές εξετάσεις στις οποίες ήταν αναγκασμένος ο ασθενής να υποβάλλεται συνεχώς ,



λόγω της φύσης του επαγγελματός του . Ετσι λοιπόν γίνεται αντιληπτό από το ιστορικό του , ότι το συγκεκριμένο άτομο δεν παρουσίασε ποτέ κανένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και το έμφραγμα ήταν ένα εντελώς αιφνίδιο και αναπάντεχο γεγονός . Τα τελευταία εργαστηριακά ευρήματα τα οποία μελετήσαμε μαζί με τους γιατρούς , επιβεβαιώνουν πράγματι την παρουσία μετεμφραγματικής περικαρδίτιδας .

Από τις αιματολογικές εξετάσεις φαίνεται καθαρά :

- Σημαντική αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων , πράγμα το οποίο δείχνει ότι ο ασθενής παρουσιάζει φλεγμονή .
- αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων .
- αύξηση των ενζύμων του ορού , λόγω της παρουσίας του εμφράγματος .

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα του δείχνει τις χαρακτηριστικές αλλοιώσεις όπου παρουσιάζονται στο έμφραγμα . Συγκεκριμένα εμφανίζονται ανάσπαση του τμήματος S - T , βαθειά και διευρυσμένα Q , μεταβολές του επάρματος T .

Η ακτινογραφία του θώρακα δείχνει πνευμονικές σκιάσεις , πιθανότατα λόγω συλλογής περικαρδιακού υγρού . Πέρα λοιπόν από τα όσα μάθαμε από τους γιατρούς και τον ατομικό του φάκελλο , κρίναμε απαραίτητο να έρθουμε σε επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο και τα μέλη της οικογενειάς του , με σκοπό πάντα μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της σωματικής και ψυχικής του υγείας .

Η όλη εικόνα του ασθενή εμφανίζει εξασθενημένο άτομο . Η ταλαιπωρία των τελευταίων ημερών είναι έντονα ζωγραφισμένη στο πρόσωπό του και έχει επιδράσει αρνητικά στην όλη συμπεριφορά του . Τα επώδυνα συμπτώματα της νόσου ( πόνος , πυρετός ) έχουν καταβάλλει σημαντικά τις δυνάμεις του και έχουν επηρεάσει αρνητικά τη ψυχολογική του διάθεση .

Σε μια πρώτη προσπάθεια να τον πλησιάσουμε και να αποσπάσουμε κάποιες πληροφορίες από τον ίδιο , παρόλο το ενδιαφέρον μας και την ευγενική μας συμπεριφορά , συναντήσαμε την αρνητική του στάση . Αρχικά μας αγνόησε και δεν βέλησε να μας μιλήσει . Η συζυγός του μας πληροφόρησε πως πραγματικά βρίσκεται σε σωματική και ψυχική κατάπτωση και μας τόνισε πως η προσέγγιση καλό θα ήταν να γίνει με προοδευτικό τρόπο και

να πλησιάζουμε τον ασθενή όταν και εφόσον ο ίδιος επιθυμεί να εξωτερικευθεί . Εδώ αξίζει να σημειωθεί πως η σύζυγος είναι ψυχολόγος , γεγονός που επιτείνει την παρουσία της κοντά του . Ο υψηλός πυρετός των τελευταίων ημερών και ο επίμονος πόνος τον έχουν ήδη κουράσει . Οι δυσάρεστες σκέψεις για το επαγγελματικό του μέλλον ( αναγκαστικά δεν θα πρέπει να ξαναπετάξει ) και η αναγκαστική προσαρμογή του από εδώ και πέρα σε διάφορους περιορισμούς , του αφαιρούν κάθε αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον .

Οι επίμονες αλλά και επιφυλακτικές προσπάθειες από μέρους μας να τον πλησιάσουμε και οι ευκαιρίες που του δώσαμε πάμπολλες φορές να μας μιλήσει και να εξωτερικευθεί , στο τέλος επέφεραν θετικό αποτέλεσμα . Με τη καλοσυνάτη επιμονή και την υπομονή μας , δημιουργήσαμε ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και κατανόησης , γεγονός που μας βοήθησε στη καλύτερη από μέρους μας παροχή νοσηλευτικής φροντίδας .

Κατανοώντας λοιπόν τις ανάγκες που έχει ο ασθενής για σωματική και ψυχολογική υποστήριξη , προγραμματίσαμε ανάλογα την νοσηλευτική μας φροντίδα με άξονες την προσωπικότητα του ασθενή και τη καταστασή του , όπως έχει διαμορφωθεί μετά την εμφάνιση της επιπλοκής . Πριν προχωρήσουμε στις ενέργειες μας , θέσαμε ορισμένους σκοπούς , στους οποίους προσπαθήσαμε να ανταποκριθούμε κατά το μέγιστο βαθμό .

- α) αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προέρχονται τόσο από την ίδια τη νόσο , όσο και από την επιπλοκή που εμφανίστηκε .
- β) πρόληψη και αντιμετώπιση όλων εκείνων των παραγόντων που ανά πάσα στιγμή μπορούν να απειλήσουν την υγεία του ασθενή . Αυτοί οι παράγοντες είναι που αρκετές φορές διαχωρίζουν τη ζωή από το θάνατο .
- γ) Δημιουργία όλων εκείνων των προϋποθέσεων από μέρους μας , έτσι ώστε να επιτευχθεί ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς , αλλά και της οικογένειάς του στο προγραμματισμό της νοσηλείας και θεραπείας του .
- δ) Παροχή συμβουλών - οδηγιών που θα πρέπει να ακολουθηθούν μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και που θα συντελέσουν στη θετική έκβαση της υγείας του και στη πρόληψη εμφάνισης ενός νέου εμφραγματικού επεισοδίου .

**α) ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΑ  
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Σημαντικό βέβαια μέλημά μας στη παροχή της νοσηλευτικής μας φροντίδας , είναι να ανακουφίσουμε τον ασθενή από τα έντονα και επίπονα ενοχληματά του . Ετσι λοιπόν με αυτό το τρόπο θα τον βοηθήσουμε να αποκτήσει ψυχολογική και σωματική άνεση και ευεξία . Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί , ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος ασθενής προέρχονται τόσο από την ίδια τη νόσο που του εμφανίστηκε στην αρχή ( δηλ. το έμφραγμα ) όσο και στην επιπλοκή ( περικαρδίτιδα ) που παρουσιάστηκε αργότερα .

- Ο πόνος είναι το σύμπτωμα που κυριαρχεί . Οφείλεται τόσο στην ισχαιμία του μυοκαρδίου , λόγω της θρόμβωσης της στεφανιαίας αρτηρίας , όσο και στη παρουσία μετέπειτα της φλεγμονής του περικαρδίου .

Η παρέμβαση η δική μας στηρίζεται στη παροχή στον άρρωστο των κατάλληλων φαρμάκων ( αναλγητικά , παυσίπονα , αντιφλεγμονώδη) βάση βέβαια των οδηγιών που λαμβάνουμε από τους γιατρούς . Τα φάρμακα αυτά έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και προκαλούν σημαντική υποχώρηση του πόνου . Το πρώτο χρονικό διάστημα τα χορηγούμε κάθε 6 ώρες . Αργότερα μετά από μια εβδομάδα περίπου , μειώνεται σταδιακά η δόση τους .

- Ο υψηλός πυρετός επίσης είναι ένα πολύ δυσάρεστο και ενοχλητικό σύμπτωμα για τον ασθενή .

Η περικαρδίτιδα , σαν φλεγμονή που είναι , έχει και τα χαρακτηριστικά στοιχεία - συμπτώματα αυτής . Ετσι λοιπόν δικαιολογείται και ο πυρετός που παρουσιάζει ο ασθενής .

Για την αντιμετώπιση του πυρετού και των άλλων συμπτωμάτων που τον συνοδεύουν ( φρίκια , ρίγη ) χορηγούμε στον ασθενή τα κατάλληλα αντιπυρετικά φάρμακα . Επίσης εφαρμόζουμε σε αυτόν κρύες κομπρέσες που του προκαλούν σημαντική ανακούφιση . Αλλάζουμε σε τακτά χρονικά διαστήματα τα λευχείματά του , γιατί όπως είναι φυσικό , λόγω του πυρετού παρουσιάζει και αυξημένες εφιδρώσεις .

- Ο ασθενής , όπως είναι φυσικό , λόγω των συμπτωμάτων που

αναφέραμε παραπάνω , εμφανίζει υπερβολική κόπωση , σωματική αδυναμία και μεγάλη εξασθένηση .

Ετσι λοιπόν , προσπαθούμε να δημιουργούμε στο θάλαμο , όπου νοσηλεύεται , το κατάλληλο κλίμα , έτσι ώστε να αισθάνεται ο ασθενής , όσο γίνεται περισσότερα άνετα .

Περιορίζουμε στο ελάχιστο τις επισκέψεις , συστήνουμε στους συγγενείς να μην το ταλαιπωρούν με δυσάρεστες και άσκοπες συζητήσεις και μεριμνούμε έτσι ώστε το δωματιό του να είναι πάντοτε καθαρό και καλά αεριζόμενο .

- Ο ασθενής επίσης παρουσιάζει ζάλη , μυϊκή αδυναμία και έντονα δυσπνοιικά φαινόμενα .

Το ισχαιμικό μυοκάρδιο και η συλλογή υγρού που μπορεί να υπάρχει εντός του περικαρδιακού σάκκου , παρεμποδίζουν τη καρδιά να επιτελέσει άρτια το έργο της και να στείλει το αίμα στη περιφέρεια .

Για να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή , του συστήνουμε να αναπαύεται επαρκώς και να μη σηκώνεται από το κρεβάτι του . Με αυτό το τρόπο ελαττώνουμε το καρδιακό έργο και τις ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο . Τον τοποθετούμε σε ανάρροπη θέση και του χορηγούμε  $O_2$  , είτε με μάσκα Ventouri , είτε με ρινικό καθετήρα . Το οξυγόνο έχει ευεργετικές επιδράσεις , γιατί μειώνει την αναπνευστική προσπάθεια και το καρδιακό παλμό , ανακουφίζει τον ασθενή από την ανησυχία και το πόνο και προφυλλάσει το καρδιακό μυοκάρδιο από την ισχαιμία .

- Ο ασθενής επίσης παρουσιάζει έντονη δυσκοιλιότητα . Η κατάσταση αυτή οφείλεται στη ποαρατεταμένη κατάκλιση , στην ανεπαρκή πρόσληψη ύδατος και στη χορήγηση σε αυτόν ναρκωτικών φαρμάκων , τα οποία ως γνωστόν προκαλούν επιβράδυνση της περισταλτικότητας του εντέρου . Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί εδώ , ότι η προσπάθεια για κένωση του εντέρου μπορεί να αποβεί μοιραία , λόγω της απότομης αύξησης της αρτηριακής πίεσης που μπορεί να σημειωθεί .

Για αυτό ακριβώς το λόγο προβαίνουμε στις απαραίτητες ενέργειες για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντερικού σωλήνα . Χορηγούμε φάρμακα τα οποία μαλακώνουν την υφή των κοπράνων ( Nujol - παραφινέλαιο ) .

## β) ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πέρα από τα φανερά αυτά συμπτώματα που ταλαιπωρούν τον ασθενή , αντιλαμβανόμαστε ότι η σωματική ακεραιότητα του , απειλείται άμεσα και από πολλούς άλλους παράγοντες (επιπλοκές της νόσου , ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις , κ.λ.π. ) που ανά πάσα στιγμή μπορούν να εμφανιστούν και να επιφέρουν δυσάρεστα ή και τραγικά αποτελέσματα ακόμη . Στη καθημερινή πράξη , αρκετά συχνά παρακολουθούμε , περιπτώσεις ασθενών , που με εντατική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα ξεπερνάνε τα προβλήματα που τους προκάλεσε η ίδια η νόσος , αλλά ξαφνικά παρουσιάζεται μια απρόσμενη επιπλοκή που μπορεί να τους οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο . Για αυτό λοιπόν το λόγο κρίνεται απαραίτητη και αναγκαία μια οργανωμένη νοσηλευτική παρέμβαση από μέρος μας , που να στηρίζεται στις αρχές της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης και που σα σκοπό να έχει τη πρόληψη δυσάρεστων καταστάσεων .

Ο συγκεκριμένος ασθενής είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει κάποιο είδος αρρυθμίας ( κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή ) ή ακόμη και καρδιακή ανεπάρκεια . Για τη παρεμπόδιση και έγκαιρη αναγνώριση μιας τέτοιας οδυνηρής κατάστασης , γίνεται συχνή λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος έτσι ώστε να είμαστε συνεχώς ενημερωμένοι σχετικά με τη καρδιακή λειτουργία του ασθενή . Για την έγκαιρη αναγνώριση μιας καρδιακής ανεπάρκειας , παρατηρούμε τον ασθενή κατά τακτά χρονικά διαστήματα για εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων και σημείων , που είναι ενδεικτικά για μια τέτοια κατάσταση , όπως είναι π.χ. διόγκωση των σφαγίτιδων φλεβών , ασκίτης , οιδήματα στα κάτω άκρα , έντονη δύσπνοια κ.λ.π.

Αν και κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση του εμφράγματος , η παρουσία της φλεγμονής του περικαρδίου αποτελεί σοβαρότατη αντένδειξη για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων (γιατί υπάρχει σοβαρότατος κίνδυνος αιμορραγίας ) . Επομένως είναι πολύ πιθανό ο ασθενής να παρουσιάσει θρομβοφλεβίτιδα ή ακόμη και πνευμονική εμβολή λόγω και της παρατεταμένης κατάκλισης και ακινησίας . Για να προληφθούν έγκαιρα αυτές οι καταστάσεις , γίνονται

συχνά αλλαγές της θέσης του αρρώστου πάνω στο κρεβάτι , τον παροτρύνουμε να κάνει ασκήσεις των κάτω άκρων ( αρθρώσεις , δάκτυλα των κάτω άκρων ) και χρησιμοποιούμε ελαστικές κάλτσες που παρεμποδίζουν τη φλεβική στάση του αίματος και τη δημιουργία επομένως θρόμβων . Η πιθανή εμφάνιση ενός νέου εμφραγματικού επεισοδίου ή ακόμα και αιμορραγίας ( λόγω της παρουσίας της φλεγμονής ) , δημιουργεί την ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και της αρτηριακής πίεσης του ασθενή . Η σημαντική πτώση της αρτηριακής πίεσης , η μεγάλη αύξηση του αριθμού των σφύξεων και των αναπνοών , είναι σημαντικές ενδείξεις και πρέπει να μας βάζουν σε υποψίες για εμφάνιση αυτών των καταστάσεων , που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν όσο γίνεται πιο έγκαιρα . Λόγω της παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο , ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει μια οποιαδήποτε ενδονοσοκομειακή λοίμωξη , που μπορεί να περιπλέξει και να επιδεινώσει την όλη κατάσταση του αρρώστου . Δεν θα πρέπει βέβαια να λησμονούμε ότι ο οργανισμός του είναι εξασθενημένος από τις συνεχείς ταλαιπωρίες που έχει υποστεί και έτσι το ανοσοποιητικό του σύστημα δε βρίσκεται στον ανώτερο βαθμό . Για αυτό ακριβώς το λόγο κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών μας πράξεων λαμβάνουμε όλα τα απαραίτητα μέτρα ασηψίας και αντισηψίας και χορηγούμε όλα τα απαραίτητα αντιβιοτικά στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο . Στα πλαίσια της προληπτικής φροντίδας του αρρώστου , συμπεριλαμβάνεται και η προσεκτική παρακολούθηση της λειτουργίας των νεφρών . Είναι σε όλους γνωστό ότι η νεφρική λειτουργία σχετίζεται απόλυτα με τη καρδιακή λειτουργία . Όταν η καρδιά επιτελεί σωστά το έργο της και αιματώνονται ικανοποιητικά οι νεφροί , τότε η λειτουργία των νεφρών γίνεται σωστά ( βέβαια αν δεν υπάρχει κάποια άλλη παθολογική κατάσταση ) . Η ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών , η τήρηση του ισοζυγίου του ύδατος , προλαμβάνει δυσάρεστες νεφρικές διαταραχές . Μείωση του ποσού των ούρων που παράγονται ή παντελής έλλειψη αποβολής των ούρων , υποδηλώνει εγκατάσταση καρδιακής ανεπάρκειας και σαν αποτέλεσμα αυτής , μη καλή παροχή αίματος στους νεφρούς και για αυτό απαιτείται έγκαιρη ιατρική αντιμετώπιση .

## γ) ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η προσπάθειά μας για σωστό προγραμματισμό και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα , δεν περιλαμβάνει μόνο την εκπλήρωση των σωματικών αναγκών , αλλά παράλληλα αντιμετωπίζει τον ασθενή και σαν μια ψυχοκοινωνική οντότητα .

Τα ψυχολογικά προβλήματα , συνεπεία της οργανικής νόσου που αντιμετωπίζει ο συγκεκριμένος ασθενής , γίνονται εύκολα αντιληπτά και η επίδρασή τους είναι αρνητική στην όλη προσπάθεια για αποκατάσταση της υγείας του ασθενή . Στα πλαίσια της εξατομικευμένης πάντα νοσηλευτικής φροντίδας που προσπαθήσαμε να εφαρμόσουμε , αντιμετωπίσαμε τον ασθενή σαν ένα πολύπλοκο σύνολο . Η συνεχής επαφή μας μαζί του , μας έδωσε την ευκαιρία , όσο βέβαια αυτό ήταν δυνατό , να μπορέσουμε να κατανοήσουμε τα βασικά στοιχεία της προσωπικότητάς του , την οικογενειακή του υποδομή και την επίδραση που έχει ασκήσει η νόσος στην όλη του συμπεριφορά . Οι δυσάρεστες σκέψεις για παντελή απουσία από την εργασία του του δημιουργούν απογοήτευση , μελαγχολία , συναισθήματα δηλ. που έκαναν από μέρος του δύσκολη την επικοινωνία μας μαζί του . Η εμφάνιση της επιπλοκής , όπως προαναφέρθηκε , και κατά συνέπεια η αναγκαστική παράταση της παραμονής στο νοσοκομείο , τον αποδυναμώνει ψυχολογικά και του εντείνει τις δυσάρεστες σκέψεις . Ο φόβος για ένα νέο εμφραγματικό επεισόδιο και παράλληλα η συνειδητοποίηση από μέρος του της χρονιότητας της καταστάσεώς του , του αυξάνουν τη ψυχολογική του ένταση και σβήνουν όλα τα όνειρα και τις ελπίδες για το αύριο . Οι περιορισμοί τους οποίους θα αναγκαστεί να αποδεχτεί από εδώ και στο εξής , ο καινούργιος τρόπος ζωής που θα είναι υποχρεωμένος να εφαρμόσει και να ακολουθήσει πιστά , υπερτονίζουν το άγχος και τους φόβους του . Και καθώς βλέπει μάλιστα τα επαγγελματικά του σχέδια να γκρεμίζονται και η συνταξιοδότηση να επέρχεται πολύ νωρίς , αισθάνεται πια σαν ένα παθητικό άτομο που δεν έχει να προσφέρει τίποτα ούτε στον εαυτό του , ούτε στην κοινωνία . Αισθάνεται πως ό,τι κατάφερε να αποκτήσει , είτε υλικά είτε ηθικά αγαθά , με

τόσους αγώνες και θυσίες ετών , τώρα όλα καταστράφηκαν και εξανεμίστηκαν . Η μακρά παραμονή του στο νοσοκομείο , πρώτα στη Μ.Ε.Θ. και αργότερα στη κλινική , ο περιορισμός στις επισκέψεις των συγγενών και φίλων , του επιτείνουν το αίσθημα της μοναξιάς και της αποξένωσης από τον υπόλοιπο κόσμο .

Απέναντι λοιπόν σε αυτή τη ψυχολογική παλινδρόμηση του ασθενή , ο ρόλος μας στην αντιμετώπισή του γίνεται πολύ δύσκολος και απαιτεί από μέρος μας τεράστια υπομονή και επιμονή . Αντιλαμβανόμαστε από την αρχή ότι η συμπεριφορά του είναι αποτέλεσμα των τεράστιων πράγματι προβλημάτων που του έχει δημιουργήσει η νόσος και προσπαθεία μας για ψυχολογική ανύψωση και υποστήριξη , οργανώθηκε με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα που είχαμε να αντιμετωπίσουμε .

Από τις πρώτες ημέρες που ήλθαμε σε επαφή μαζί του , προσπαθήσαμε να του εμφυσήσουμε εμπιστοσύνη απέναντι στο πρόσωπό μας , να του αποδείξουμε ότι πράγματι ενδιαφερόμαστε για την καλύτερη και ταχεία αποκατάσταση της υγείας του .

Με την ευγενική συμπεριφορά μας , με την επίδειξη πλήρους κατανόησης , με την διακριτικότητα με την οποία πάντοτε τον πλησιάζαμε , καταφέραμε τελικά να δημιουργήσουμε ένα θετικό κλίμα στις σχέσεις μας μαζί του . Του δώσαμε όλες τις ευκαιρίες να εκφράσει τον εσωτερικό του κόσμο και τα διάφορα συναισθηματά του . Αφιερώσαμε αρκετό χρόνο ( όσο βέβαια αυτό ήταν δυνατό και μας το επέτρεπαν οι επαγγελματικές μας υποχρεώσεις ) , σε συζητήσεις που για τον ίδιο αποτελούσαν έντονη εσωτερική ανάγκη . Πάντοτε προσπαθούσαμε να βρούμε ελεύθερο χρόνο για να είμαστε κοντά του και να ακούμε για κάποιες ευχάριστες καταστάσεις και επιτυχίες που συχνά αναπολούσε από το παρελθόν . Εκφράζοντας συνεχώς την επιβραβευσή μας , σε όλες εκείνες τις επιτυχίες του παρελθόντος , του αποδεικνύαμε την αναγνώρισή μας για την αξία της προσωπικότητάς του . Του τονίσαμε ότι η νόσος που του εμφανίστηκε σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να του μειώσει ή να του στερήσει την προσωπικότητά του , την αξιοπρεπεία του και το σεβασμό που έχει κερδίσει από τα άτομα του περιβάλλοντός του . Τον ανακουφίσαμε αρκετές φορές , ιδιαίτερα σε στιγμές ψυχολογικής έντασης , βρίσκοντας κάθε φορά τρόπους



που να διατηρούν την αυτοπεποιθησή του , έτσι ώστε να γίνεται άμεσα αντιληπτό από τον ίδιο , πως η σωματική του αδυναμία δεν μπορεί να επηρεάσει τη σπουδαιότητά του σαν άτομο . Με το ενδιαφέρον που του δείξαμε για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ασθενειάς του , με την παροχή από μέρους μας όσο το δυνατόν καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας , προσπαθήσαμε να διατηρήσουμε την αυτοπεποιθησή του και να τον ενισχύσουμε στην αντιμετώπιση της αρρώστιάς του . Τονίσαμε τόσο στον ίδιο όσο και στη συζυγό του ( λόγω των ιδιαίτερων γνώσεων ψυχολογίας που διέθετε , έτσι θα μπορούσε πολύ καλύτερα από εμάς να τον ενισχύσει ψυχολογικά ) ότι η καταστασή του δεν είναι στατική αλλά μπορεί να παρουσιάσει προοδευτική βελτίωση . Σε καμιά περίπτωση η νόσος δεν μπορεί να του αφαιρέσει το δικαίωμα να ζήσει μια φυσιολογική ζωή , αρκεί βέβαια να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών του με τη πραγματικότητα της ασθενειάς του .

Με όλες μας αυτές τις προσπάθειες πιστεύουμε πως τον βοηθήσαμε σημαντικά να κατανοήσει και να αποδεχτεί την αρρώστειά του , έτσι ώστε φεύγοντας από το νοσοκομείο να μπορέσει αυτοδύναμα να αντιμετωπίσει τη κατάσταση , όπως έχει δημιουργηθεί πλέον .

Τελειώνοντας λοιπόν η όλη νοσηλεία και θεραπεία του ασθενούς μας στο νοσοκομείο , μεριμνήσαμε έτσι ώστε η προετοιμασία της εξόδου του από αυτό , να συνοδεύεται από ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα διδασκαλίας ( παροχή των κατάλληλων οδηγιών - συμβουλών ) . Ο κύριος σκοπός μας για τη διδασκαλία του ασθενή και της οικογενείας του ήταν να τον βοηθήσουμε να οργανώσει τη ζωή του από εδώ και στο εξής πάνω σε υγιείς βάσεις και έτσι να αποφύγει διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις που μπορούν να του παρουσιαστούν στο μέλλον . Οι συμβουλές που δώσαμε στο συγκεκριμένο ασθενή προσέξαμε να είναι απλές και ευκολοκατανόητες . Για να γίνουμε πιο πειστικοί , προσπαθήσαμε με και λογικά επιχειρήματα να τις δικαιολογούμε και να αποδεικνύουμε την ορθότητά τους . Παράλληλα δώσαμε στον ασθενή μας κάθε ευκαιρία να μας εκφράσει όλες του τις απορίες και τα ερωτηματικά του , σε ο,τι δεν μπορούσε να αντιληφθεί . Το γεγονός , στο οποίο εμείς δώσαμε περισσότερη βαρύτητα και τονίσαμε με ιδιαιτερότητα στον άρρωστο , ήταν η ανάγκη για ξεκούραση , σωματική και ψυχολογική . Η επιστροφή του στο σπίτι , δεν σημαίνει ότι μπορεί να επιστρέψει αυτόματα και στο παλιό εντατικό ρυθμό ζωής . Του εφιστήσαμε την προσοχή , ότι θα ήταν πολύ χρήσιμο να δώσει στον εαυτό του κάποιο χρονικό διάστημα , για να μπορέσει να αναπαυτεί και να ηρεμήσει από όλες αυτές τις ταλαιπωρίες του τελευταίου καιρού . Η επιστροφή του στις παλιές του δραστηριότητες θα πρέπει να γίνει σταδιακά και μέσα σε ένα χρονικό διάστημα 3 - 6 μηνών . Θα πρέπει ιδίως το πρώτο καιρό από την εξοδό του από το νοσοκομείο , να αποφεύγει να εκτελεί εργασίες που απαιτούν μεγάλη μυική δύναμη και είναι επίπονες και κουραστικές . Σε τακτά χρονικά διαστήματα , κατά τη διάρκεια της ημέρας , θα πρέπει να ξεκουράζεται και να ηρεμεί .

Ένα άλλο γεγονός που προσπαθήσαμε να του τονίσουμε ιδιαίτερα , ήταν η ανάγκη για συχνή παρακολούθηση της υγείας του . Του εξηγήσαμε ότι θα πρέπει τακτικά να επισκέπτεται το γιατρό του και να υποβάλλεται σε εργαστηριακές εξετάσεις

( Η.Κ.Γ. , εξετάσεις αίματος , κ.λ.π. ) για την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας του . Έτσι λοιπόν , θα μπορέσει να προλάβει και να αντιμετωπίσει έγκαιρα μια επικίνδυνη κατάσταση που μπορεί να του παρουσιαστεί στο μέλλον .

Τον παροτρύνουμε να ασχολείται τις ελεύθερες ώρες του , που ιδίως το πρώτο καιρό θα είναι αρκετές , με διάφορες ευχάριστες ασχολίες ( χόμπυ ) . Έτσι λοιπόν θα αποσπάται η προσοχή του από τα προβλήματα της υγείας του , θα περνάει ευχάριστα ο χρόνος του και θα ψυχαγωγείται και παράλληλα θα αισθάνεται ότι είναι ένα ικανό και παραγωγικό άτομο , γεγονός βέβαια που θα τονώνει την αυτοικανοποίηση και αυτοπεποίθησή του . ( απαραίτητη και βασική προϋπόθεση για τη πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ) . Τονίσαμε τόσο στον ίδιο όσο και στη συζυγό του τη μεγάλη σημασία που έχει η διατροφή στην εξέλιξη της υγείας του αρρώστου . Θα πρέπει να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα , τα καρυκεύματα και να ακολουθεί υγιεινή διατροφή που να επηρεάζει ευμενώς τους προδιαθεσιακούς παράγοντες της στεφανιαίας νόσου . Η διατροφή του θα πρέπει να είναι πλούσια σε λαχανικά , φρούτα και φτωχή σε τροφές που περιέχουν ζωικά λίπη και χοληστερόλη . Επίσης δώσαμε στον ασθενή κάποιες απλές συμβουλές που σχετίζονται με τον καθημερινό τρόπο ζωής , που όμως είναι εξίσου σημαντικές .

- Θα πρέπει να αποφεύγει τις εναλλαγές της θερμοκρασίας . Να μην κυκλοφορεί έξω όταν ο καιρός είναι πολύ ζεστός ή πολύ κρύος .

- Θα πρέπει να λαμβάνει τα φάρμακα , που του χορήγησε ο γιατρός , στα κατάλληλα χρονικά διαστήματα και στη σωστή δόση τους .

- Το πρώτο καιρό , από την εξοδό του από το νοσοκομείο , να αποφεύγει τα μεγάλα και κουραστικά ταξίδια .

Με όλες αυτές τις απλές και κατανοητές συμβουλές , πιστεύουμε πως μπορέσαμε να βοηθήσουμε τον ασθενή στην οργάνωση της ζωής του πάνω σε υγιή πρότυπα και βάσεις .

Τον βοηθήσαμε να συνειδητοποιήσει πως με τη συμμετοχή όλων του των δυνάμεων , σωματικών και ψυχικών , θα μπορέσει ο ίδιος να αποκτήσει ένα καλό επίπεδο ζωής που να μην του στερεί σε τίποτα τις απολαύσεις και τις χαρές της ζωής .

## Π α ρ ά δ ε ι γ μ α α σ θ ε ν ή σ τ α π λ α ί σ ι α τ η ς κ ο ι ν ό τ η τ α ς

Στη προσπάθειά μας να παρουσιάσουμε μια πιο ζωντανή εικόνα της νόσου και των προβλημάτων που δημιουργεί και επιφέρει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του εμφραγματία ασθενή, δεν αρκούν τα παραπάνω παραδείγματα. Κρίναμε λοιπόν αναγκαίο και απόλυτα απαραίτητο, αφού βέβαια ο ρόλος μας είναι πολυσύνθετος, να ασχοληθούμε με ένα άλλο συγκεκριμένο παράδειγμα ασθενή που έχει υποστεί έμφραγμα και ζει με τη νόσο αυτή περίπου πέντε ( 5 ) χρόνια και τυγχάνει να ανήκει σε γνωστό οικογενειακό μας κύκλο.

Θελήσαμε λοιπόν να παρουσιάσουμε την άλλη όψη του νομίσματος. Ένα ασθενή που αντιμετωπίζει για 5 ολόκληρα χρόνια τα τεράστια προβλήματα ( κοινωνικά, οικονομικά, επαγγελματικά ) και τις δυσάρεστες επιπτώσεις που του έχει επιφέρει η συγκεκριμένη νόσος.

Στόχος μας επομένως είναι να γίνουν γνωστά και κατανοητά αυτά τα προβλήματα και να αναφερθούν οι δικές μας ενέργειες, σαν κοινοτικοί νοσηλευτές πλέον, με κύριο σκοπό την ανακούφιση του αρρώστου από τις δυσάρεστες αυτές συνέπειες.

Στα πλαίσια λοιπόν αυτής της προσπάθειας μας, να διερευνήσουμε και να καταγράψουμε τις δυσχέρειες που αντιμετωπίζει ένας χρόνιος εμφραγματίας στην καθημερινή του ζωή, δόθηκε η ευκαιρία σε εμάς να αξιοποιήσουμε τις δυνατότητές μας ανάλογα, ασχολούμενοι με το συγκεκριμένο παράδειγμα εντατικά.

Από την αρχή πρέπει να τονίσουμε πως ο ασθενής με τον οποίο θα ασχοληθούμε είναι σχετικά ένα νέο άτομο ( έχει ηλικία 50 χρόνων περίπου ), είναι παντρεμένος και πατέρας τεσσάρων ( 4 ) παιδιών. Ζει για αρκετά χρόνια τώρα σε ένα προάστιο λίγα χιλιόμετρα έξω από την Αθήνα για να εξυπηρετεί τις ανάγκες της οικογένειάς του αλλά και να παρακολουθεί την εξέλιξη της υγείας του. Προέρχεται από οικογένεια όπου, όπως μας είπε ο ίδιος, περίπου σε κάθε δεύτερη γενιά εμφανίζεται και κάποιος εμφραγματίας. Σε όλη τη διάρκεια που νοσεί εισήχθη στο νοσοκομείο συνολικά 3 φορές.

Η πρόγνωση της νόσου του αρκετά βαρεία . Τα προβλήματα που έχουν ανακύψει είναι πολλά και δυσεπίλυτα . Γίνεται λοιπόν σε όλους αντιληπτή η έκταση της δυστυχίας . Λόγω της γνωριμίας που είχαμε με τον ίδιο τον ασθενή και τα μέλη της οικογενείας του βλέπαμε πως οι προβληματικές καταστάσεις αυξάνονταν χρόνο με το χρόνο , καθώς βέβαια μεγάλωναν και οι απαιτήσεις της οικογένειας . Η μάνα και η μεγάλη κόρη στο μεροκάματο , τα υπόλοιπα παιδιά στο σχολείο ενώ ο πατέρας αναγκαστικά παραμένει στο σπίτι .

Η " Οδύσσεια " που διένυε η οικογένεια ήταν πια φανερή . Πίσω βέβαια όμως από τις καταστάσεις που εμείς φαινομενικά γνώριζαμε , γίνεται εύκολα αντιληπτό πως υπήρχαν αναρίθμητα προβλήματα που ζητούσαν να βρεθεί μια λύση . Κρίναμε λοιπόν σκόπιμο να εντείνουμε όλες μας τις προσπάθειες για ένα καλύτερο πλησίωμα του ασθενή και της οικογενείας του , έτσι ώστε να εμβαθύνουμε περισσότερο στα προβλημάτά τους , να δημιουργήσουμε τις κατάλληλες συνθήκες να μας εξωτερικευθούν να γίνουν πιο στενές και οικείες οι σχέσεις μας , για να μπορέσουμε έτσι να πετύχουμε στο στόχο μας . Με τις συχνές επισκέψεις μας καταφέραμε να διαμορφώσουμε , μια όσο το δυνατό πληρέστερη και περισσότερο αντικειμενική αντίληψη για τα πρόσωπα και τις καταστάσεις που επικρατούν στην οικογένεια και το τρόπο προσαρμογής σε αυτές .

Μετά από αρκετές συζητήσεις που είχαμε με τον ίδιο τον ασθενή και την οικογένειά του , έγιναν αντιληπτοί οι διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στον ασθενή δηλ . συνθήκες διαβίωσης , διατροφής , στεγαστικές , οι σχέσεις του με τα άτομα του περιβαλλοντός του και η προθυμία που δείχνουν για συμμετοχή στην επίλυση των προβλημάτων αυτών . Επίσης προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τις δυνατότητες , υποκειμενικές και αντικειμενικές που υπήρχαν για αυτοδύναμη αντιμετώπιση της κατάστασης . Με γνώμονα πάντα τον ασθενή και τις διάφορες ανάγκες του , προσπαθήσαμε να εμβαθύνουμε στο νόημα των πληροφοριών που δεχόμαστε και αναπτύξαμε ένα εχέμυθο διάλογο με τον ίδιο τον ασθενή και τα μέλη της οικογενείας του .

Καταφέραμε λοιπόν με το τρόπο μας να γίνει αντιληπτό από τον ίδιο τον ασθενή και τα οικεία του πρόσωπα , το πόσο

αναγκαίο είναι να συμμετέχουν ενεργά στην όλη μας προσπάθεια για αντιμετώπιση των προβλημάτων τους . Με την υπεύθυνη αξιολόγηση του αρρώστου , τη διακριτικότητα και τον ευγενή τρόπο που τον πλησιάσαμε , δώσαμε την ευκαιρία να ακουστούν και να συζητηθούν προβλήματα φανερά αλλά και λανθάνοντα ή υποκείμενα , τα οποία ακόμα και ο ίδιος ο ασθενής δεν γνώριζε και που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με το κατάλληλο προγραμματισμό και τις κατάλληλες ενέργειες .

Πέρα όμως από τα στοιχεία που πήραμε από τον ίδιο τον ασθενή και τα μέλη της οικογενειάς του , ήλθαμε σε επαφή και με άλλα άμεσα συγγενικά τους πρόσωπα , έτσι ώστε να διευρυνθεί ο κύκλος των πληροφοριών μας . Έτσι λοιπόν καταφέραμε να ολοκληρώσουμε το μεγαλύτερο και πιο σημαντικό μέρος της πληροφορησής μας , μέσα στα πλαίσια του υπεύθυνου έργου μας , για να μπορέσουμε στη συνέχεια να προχωρήσουμε στην αξιολόγηση των προβλημάτων και στα μέσα αντιμετώπισής τους .

Για το σωστό προγραμματισμό των ενεργειών μας , με κύριο σκοπό βέβαια την παροχή βοήθειας στον άρρωστο και στην οικογενειά του , θεωρήσαμε σαν πρωταρχική ανάγκη την ιεραρχησή τους , ανάλογα βέβαια με τη σπουδαιότητά τους ( κατά τη προσωπική μας εκτίμηση και αξιολόγηση ) .

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν , ότι , η απαιτούμενη επίλυση των συγκεκριμένων αυτών καταστάσεων , θέτει σε λειτουργία τις δικές μας ικανότητες για μια σωστή ιεραρχησή τους .

Η διάκριση των όλων προβλημάτων έγινε σε 3 κατηγορίες : υψηλής , μέσης και χαμηλής προτεραιότητας .

- **Υψηλής προτεραιότητας** θεωρήσαμε τα προβλήματα τα οποία έχουν άμεση σχέση με την υγεία του ασθενούς και χρειάζονται πλήρη και επαρκή αντιμετώπιση από μέρους μας .

- **Μέσης προτεραιότητας** θεωρήσαμε τα προβλήματα τα οποία δεν απειλούν άμεσα την υγεία του ατόμου , αλλά μπορούν να επιφέρουν δυσκολίες στη καθημερινή ζωή του , όπως π.χ. η έλλειψη εργασίας που επιτείνει την ανασφάλεια και το άγχος για τη μελλοντική του πορεία .

- Χαμηλής προτεραιότητας θεωρήσαμε τα προβλήματα που μπορούν να επιλυθούν από τον ίδιο τον ασθενή , χωρίς καμιά ιδιαίτερη παρέμβαση δική μας .

#### **A) Προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία του .**

Ο ασθενής , όπως προείπαμε , είναι από πενταετίας εμφραγματίας και έχει περάσει μόλις ένας χρόνος από την τελευταία εμφραγματική προσβολή . Λόγω της ασθευείας του παρουσιάζει συχνές στηθαγχικές κρίσεις , εύκολη κόπωση , μυϊκή αδυναμία με συνέπεια να βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο η σωματική του ακεραιότητα . Επίσης γίνεται αναγκαίο να τονιστεί ο κίνδυνος ενός νέου εμφραγματικού επεισοδίου που μπορεί να είναι και θανατηφόρο .

Χρειάζεται λοιπόν σωστή ενημέρωση τόσο του ίδιου όσο και της οικογενείας του για τη φύση της νόσου και τα μέσα αντιμετώπισης της . Μόνο όταν ένας ασθενής είναι κατάλληλα κατατοπισμένος για την ασθευεία του ( την αιτιολογία της και το τρόπο θεραπείας της ) , τότε μόνο μπορεί να την αντιμετωπίσει κατάλληλα .

Αρχικά του συστήνουμε την ανάγκη της ανάπαυσης , τόσο για τη πρόληψη όσο και για την αντιμεώπιση του εκάστοτε εμφανισθέντος συμπτώματος . Παρεμβαίνουμε στο να γίνει κατανοητή από τον ασθενή η σπουδαιότητα της λήψης των φαρμάκων , που έχουν οριστεί από τους γιατρούς , στο σωστό χρόνο και στη σωστή δόση τους . Του δίνουμε επεξηγήσεις και του λύνουμε όλες του τις απορίες σχετικά με τους παράγοντες που συντελούν στη πρόκληση του εμφράγματος , την περαιτέρω πορεία της νόσου και την επίδραση των φαρμάκων στην όλη εξέλιξη της υγείας του . Του εφιστήσαμε την προσοχή να αποφεύγει να εκτελεί εργασίες που του προκαλούν σωματική κόπωση . Κάθε φορά που ασκώντας μια εργασία αισθάνεται αδυναμία , καλό είναι να ξεκουράζεται και να ξανασυνεχίζει αργότερα το έργο του . Του τονίσαμε τη σπουδαιότητα της συχνής παρακολούθησης της υγείας του από τους γιατρούς .

Με τη συχνή αυτή παρακολούθηση του και τις τακτικές

εξετάσεις στις οποίες θα υποβάλλεται , μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος επανεμφάνισης της νόσου , που σε αντίθετη περίπτωση θα κινδύνευε λόγω αμέλειας . Υπογραμμίσαμε στα μέλη της οικογένειάς του τη μεγάλη σημασία που έχει η παραμονή κάποιου οικείου προσώπου κοντά του για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο , για άμεση παροχή βοήθειας σε περίπτωση ανάγκης . Αυτό βέβαια θα επιτευχθεί με το να ρυθμίσουν όλοι τις δραστηριότητές τους ανάλογα . Επίσης δεν ξεχνάμε να τους υπενθυμίσουμε τη μεγάλη σπουδαιότητα της σωστής και υγιεινής διατροφής . Συνιστούμε να αποφεύγεται από τον ασθενή η λήψη εκείνων των τροφών που μεγιστοποιούν τους κινδύνους για τη ζωή του ( αποφυγή καφέδων , αλκοόλ , αεριούχων ποτών , κ.λ.π. ) .

Με τις ανάλογες συστάσεις μας στον ασθενή και την οικογένειά του , πιστεύουμε πως καταφέραμε σε σημαντικό βαθμό να τους ευαισθητοποιήσουμε αρκετά σε θέματα που ήταν απαραίτητο να διευκρινιστούν , για τη διατήρηση της σωματικής υγείας του ασθενή σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο .

## **B) Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή**

Είναι γενικά παραδεκτό , ότι κανένα ψυχικό γεγονός δεν είναι εντελώς ανεξάρτητο από την οργανική βάση του ατόμου και ότι κάθε οργανικό γεγονός έχει σχετική ή και απόλυτη απήχηση στο ψυχισμό του ατόμου .

Από τις συχνές επαφές μας με το συγκεκριμένο ασθενή , μπορέσαμε να συνειδητοποιήσουμε τα τεράστια ψυχολογικά του προβλήματα που είχαν σαν αφετηρία την οργανική νόσο του . Η απουσία του από την εργασία του , η έλλειψη συμβολής στο κοινωνικό σύνολο , οι πολλαπλές οικογενειακές ευθύνες , το άγχος και η ανασφάλεια για το μέλλον καθώς επίσης και ο φόβος του επικείμενου θανάτου , πλαισιώνουν τη διαταραγμένη του ψυχολογική κατάσταση . Και καθώς μάλιστα αντιλαμβάνεται ότι για τη κατάστασή του δεν υπάρχει ριζική θεραπεία , αλλά πολύ συχνά παρουσιάζονται υποτροπές , αμφισβητεί πλέον κάθε δυνατότητα για βελτίωση της υγείας του . Όσο ακόμα συνεχίζει



να αισθάνεται απαραίτητη και αναγκαία τη βοήθεια και τη συμπαράσταση των άλλων και έτσι το αίσθημα της προσωπικής του αξίας μειώνεται , αυτό τον οδηγεί σε ψυχολογική παλίνδρομηση και οπισθοδρόμηση . Επί πλέον οι μεγάλες απαιτήσεις της ασθένειάς του και η απασχόλησή του με τον εαυτό του , περιορίζουν σημαντικά τη σφαίρα των ενδιαφερόντων του .

Οι μοναχικές και πληκτικές ώρες που περνάει στο σπίτι , τον αναγκάζουν να αναπολεί το παρελθόν και να συγκρίνει τις κάποιες ευχάριστες στιγμές του " τότε " με τις μονότονες και άχρωμες στιγμές του " τώρα " .

Πολλές φορές κατά τη διάρκεια των συζητήσεών μας διακρίναμε στο προσώπο του μια έκφραση πικρίας και πόνου , γεγονός βέβαια που αντανακλά το ψυχισμό του . Τα συγγενικά του πρόσωπα , από τα οποία στη δύσκολη αυτή περίοδο της ζωής του περίμενε βοήθεια και συμπαράσταση , δεν στάθηκαν δίπλα του όσο έπρεπε .

Βλέποντας την άσχημη θέση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής μας , πρωταρχικό μελημά μας είναι να τον βοηθήσουμε να αποδεχτεί την πραγματικότητα της κατάστασής του . Θέσαμε λοιπόν σκοπό μας να του ενισχύσουμε την προσωπικότητά του σαν άτομο , να τον βοηθήσουμε να νιώσει ενεργό μέλος της κοινωνίας μας και να μπορέσει να ανακτήσει τη θέλησή του για ζωή και δημιουργία . Καταλαβαίνουμε πως το αίσθημα αδυναμίας και άγχους του , απαιτούν μεγαλύτερο βαθμό κατανόησης , αποδοχής και αναγνώρισης της αξίας του σαν προσώπου . Με την ανάλογη συμπεριφορά μας , τον αναγνωρίζουμε σαν μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα . Του τονίζουμε τις υποχρεώσεις του και τα δικαιώματά του σαν ένα μέλος της κοινωνίας .

Κατανοήσαμε πώς εκτός από άρρωστος , είναι άνθρωπος πάνω από όλα , όπως όλοι μας , με ανάγκες , σκοπούς , οραματισμούς , προτιμήσεις , διαθέσεις και συναισθήματα . Τον βοηθήσαμε μέσα από τις εκτενείς συζητήσεις μας να προχωρήσει στην επίτευξη αρκετών στόχων που για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα είχε αφήσει ανεκπλήρωτους . Του υπογραμμίσαμε πώς η αρρώστειά του όσο σοβαρή και αν είναι , σε καμιά περίπτωση δεν του αφαιρεί το σεβασμό και την αξιοπρέπεια προς το προσώπο του .

Έχοντας πάντα υπόψη μας ότι ποτέ δύο άνθρωποι δεν

συμπεριφέρονται και δεν αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στις διάφορες καταστάσεις , καταλάβαμε και αποδεχτήκαμε τις ιδιαίτερες αδυναμίες του σαν άτομο και τον βοηθήσαμε κατάλληλα , έτσι ώστε οι αδυναμίες του να μετατραπούν σε δυνατότητες . Τον παρατρύναμε να βρεί μια ευχάριστη ασχολία για να γεμίζει τις ελεύθερες ώρες του που είναι όντως αρκετές . Με τον τρόπο αυτό θα αισθάνεται ότι είναι δημιουργικός , παραγωγικός και ικανός με αποτέλεσμα να λησμονεί τα προβλημάτά του . Και καθώς θα περνάει ο καιρός και θα βλέπει ότι τα καταφέρνει όλο και καλύτερα , θα παίρνει περισσότερο κουράγιο και θα ανακτά σιγά - σιγά την χαμένη του αυτοπεποίθηση , γεγονός βέβαιο που αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή κατάληξη της προσπάθειάς μας .

Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η στάση και ο ρόλος των μελών της οικογένειας του ασθενή , αποτελεί μοναδικό παράγοντα για να εξασφαλίσει στον άρρωστο ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής . Για το λόγο αυτό στις συζητήσεις μας με τα άμεσα συγγενικά πρόσωπα , προσπαθήσαμε να τους τονίσουμε τη μεγάλη σημασία της σωστής και θετικής στάσης τους απέναντι στο συγκεκριμένο πρόβλημα . Τους βοηθήσαμε να συνειδητοποιήσουν ότι , με το να επικρατεί στο σπίτι ένα ήρεμο κλίμα και ζεστή οικογενειακή ατμόσφαιρα , αυτόματα επιτυγχάνεται ψυχολογική ικανοποίηση του ασθενούς .

Με όλες μας αυτές τις ενέργειες , πιστεύουμε ότι μπόρεσαμε να επιτύχουμε δύο σημαντικά πράγματα :

- βοήθησαμε τον ασθενή να αλλάξει τη στάση του απέναντι στον εαυτό του και την ασθένειά του , να ανακτήσει τη χαμένη του εμπιστοσύνη και έτσι να ζεί το παρόν πληρέστερα και δημιουργικότερα .
- επιτύχαμε να ευαισθητοποιήσουμε τα μέλη της οικογένειάς του περισσότερο στα προβλήματα τα συγκεκριμένα που έχει να αντιμετωπίσει ο ασθενής και έτσι να γίνουν οι σχέσεις τους περισσότερο ζεστές και ανθρώπινες .

### Γ) Οικονομικά προβλήματα του ασθενή

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα για τον ασθενή και την οικογένειά του είναι και το ο ι κ ο ν ο μ ι κ ό . Η οικογένεια βρίσκεται σε άσχημη πράγματι οικονομική κατάσταση , γεγονός που τους δημιουργεί τεράστιο άγχος και αγωνία για το μέλλον .

Ο ασθενής πια δεν έχει μόνιμη εργασία από τότε που του παρουσιάστηκε για πρώτη φορά η νόσος . Παίρνει μόνο μια μικρή οικονομική βοήθεια από το κράτος ( αλλά και αυτή βέβαια δεν είναι μόνιμη ) . Ο ίδιος ο γιατρός του συνέστησε , για να μπορέσει να βελτιωθεί η υγεία του και να προλάβει τυχόν επιδείνωση , να εγκαταλείψει το παλιό του επάγγελμα ( στο παρελθόν δούλευε σαν οικοδόμος ) . Η συζυγός του δεν έχει και αυτή μόνιμο εισόδημα . Που και που εργάζεται σε σπίτια ξένων σαν οικιακή βοηθός . Από κανένα από τους συγγενείς του , δεν έχουν δει έστω και τη παραμικρή οικονομική βοήθεια .

Όλοι σε αυτή τη δύσκολη περίοδο τους έχουν λησμονήσει και τους έχουν αφήσει στη μοίρα τους . Τα παιδιά του βρίσκονται σε μια τέτοια ηλικία που έχουν μεγάλα έξοδα και υψηλές οικονομικές απαιτήσεις για αγορές βιβλίων , αγορές ρούχων κ.λ.π. Οι οικονομικές αυτές δυσχέρειες δημιουργούν ένα χαμηλό βιοτικό επίπεδο στην οικογένεια , λόγω του μειωμένου εισοδήματος , με συνέπεια την όλο και αυξανόμενη ανασφάλεια και ψυχολογική υπερένταση .

Η επιθυμία του κάθε γονέα να προσφέρει , όσα γίνεται περισσότερα ( από κάθε πλευρά ) στα παιδιά του , στο συγκεκριμένο παράδειγμα όχι μόνο δε βρίσκει ανταπόκριση , αλλά αποτελεί δυσμενή παράγοντα ψυχολογικών συγκρούσεων των γονέων και ειδικότερα του πατέρα .

Γίνεται φανερό πως οι οικονομικές αυτές επιπτώσεις έχουν επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό και τη ψυχολογία των παιδιών . Οι συνεχείς συμβιβασμοί και οι στερήσεις στις οποίες καθημερινά υποβάλλονται , ασκούν σε αυτά τεράστιες εσωτερικές πιέσεις . Είναι λοιπόν αναγκασμένα να κάνουν πραγματικά μεγάλες θυσίες αν και στην ηλικία τους είναι ασυμβίβαστο να έρχονται αντιμέτωπα με τέτοιες οδυνηρές καταστάσεις .

Αναγνωρίζοντας όλες αυτές τις προσπάθειες που γίνονται και από τα δύο τα μέρη ( γονείς και παιδιά ) ο ρόλος μας είναι δύσκολος . Θα θέλαμε , όντως , να είχαμε τα μέσα για να τους προσφέρουμε πολύ περισσότερα ( από υλικής άποψης ) .

Οι σχετικά λιγοστές παρεμβάσεις μας σε κάποια πρόσωπα , αλλά και σε διάφορους φορείς υγείας και πρόνοιας , για την εξασφάλιση μιας κάποιας μικρής οικονομικής βοήθειας στην οικογένεια , στάθηκαν ανεπιτυχείς .

Ετσι λοιπόν η δικιά μας παρέμβαση περιορίστηκε μόνο στην ψυχολογική υποστήριξη και στη παροχή κατάλληλων συμβουλών . Εκφράσαμε στην οικογένεια την αισιοδοξία και τους τονίσαμε ότι η οικονομική κρίση στην οποία βρίσκονται είναι προσωρινή . Ειδικότερα στον πατέρα ασθενή υπογραμμίσαμε ότι , διατηρώντας ένα καλό επίπεδο ζωής και προσέχοντας τη σωματική του υγεία , θα μπορέσει στο προσεχές μέλλον να ασκήσει μια εργασία ( όχι βέβαια τόσο βαρειά όσο αυτή που ασκούσε στο παρελθόν ) , για να μπορέσει να βελτιώσει την οικονομική θέση της οικογένειάς του . Εκδηλώσαμε το θαυμασμό μας στα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα στα παιδιά για την ωριμότητα , παρά τη νεαρή ηλικία τους , την οποία διαθέτουν και επιδεικνύουν καθημερινά στην αντιμετώπιση των όλων δυσχερειών της ζωής .

Η αλληλοκατανόηση και ο αλληλοσεβασμός που θα πρέπει να επικρατούν , είναι απαραίτητοι παράγοντες έτσι ώστε τα μέλη της οικογένειας να διατηρήσουν τις σχέσεις τους άρρηκτα συνδεδεμένες .

Η αληθινή πίστη στο θεό και η βελησή τους για ζωή και δημιουργία , είναι απαραίτητα εφόδια που θα τους στηρίξουν πραγματικά στον καθημερινό αγώνα για την επιβίωση .

## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Τελειώνοντας τη προσπάθειά μας αυτή , κρίναμε απαραίτητο μαζί με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω σχετικά με τη νόσο , να ακουστούν από μέρους μας και ορισμένες προτάσεις που πιστεύουμε ότι η εφαρμογή τους θα βοηθούσε σημαντικά στην καλύτερη και περισσότερο οργανωμένη αντιμετώπιση της συγκεκριμένης ασθένειας .

Για να πάψει η γεννιά μας να θεωρείται ως γεννιά των καρδιαγγειακών νοσημάτων , χρειάζεται πραγματικά να ληφθούν υπόψιν όλες οι παρακάτω προτάσεις .

- Θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των μονάδων στεφανιαίων νόσων . Έχει πραγματικά αποδειχτεί η μεγάλη συμβολή αυτών των μονάδων στην ελάττωση των επιπλοκών και της θνησιμότητας του εμφράγματος . Για αυτό ακριβώς το λόγο θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των κρεβατιών που αντιστοιχούν στις Μ.Σ.Ν. .
- Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην ειδίκευση του προσωπικού που στελεχώνει τις μονάδες αυτές . Οι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται στις μονάδες αυτές θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι , έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν διάφορες επείγουσες καταστάσεις που ανά πάσα στιγμή μπορούν να παρουσιαστούν . Θα πρέπει να παρακολουθούν ανελλιπώς τις εξελίξεις που καθημερινά παρουσιάζονται στο επαγγελματί τους και γενικότερα στο χώρο της Ιατρικής .
- Θα πρέπει στο εξής να δίδονται κίνητρα , είτε υλικά , είτε ηθικά , έτσι ώστε να αυξηθεί η προσέλευση νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία και ειδικότερα στις μονάδες εμφραγμάτων . Η παροχή εργασίας στα νοσοκομεία και ιδιαίτερα στις εντατικές μονάδες επιφορτώνει το άτομο με τεράστιο άγχος και ψυχολογική ένταση , γεγονός που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στη προσέλευση προσωπικού .
- Όλοι οι φορείς που σχετίζονται με την υγεία θα πρέπει να ξεκινήσουν έναν καλά σχεδιασμένο και οργανωμένο αγώνα με σκοπό τη μείωση των θυμάτων από τις καρδιαγγειακές

παθήσεις . Όλοι μαζί , ιατροί , νοσηλευτές , επισκέπτες υγείας κ.λ.π. θα πρέπει να στραφούμε στη διαφώτιση του απλού λαού σχετικά με τις παθήσεις της καρδιάς . Θα πρέπει να τον πληροφορήσουμε για το πώς θα πρέπει να οργανώσουν τη ζωή τους πάνω σε υγιείς βάσεις με σκοπό την ελάττωση του ποσοστού θνησιμότητας . Ιδιαίτερο βάρος θα πρέπει να δοθεί στην αναγκαιότητα ενός ετήσιου ελέγχου , τουλάχιστον της καρδιακής λειτουργίας . Προσφάτες στατιστικές έρευνες απέδειξαν ότι το ποσοστό της θνησιμότητας από ένα έμφραγμα μπορεί να μειωθεί από 45 σε 15% αν ο καθένας μας έδειχνε το κατάλληλο ενδιαφέρον για την υγεία του .

Ας ελπίσουμε ότι όλες οι παραπάνω προτάσεις θα ακουστούν και θα γίνουν πραγματικότητα , για την επίτευξη μιας υγιούς κοινωνίας .!!!.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ - ΝΤΟΖΗ Ι . : " Φαρμακολογία " .

Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Κυριακίδη , Θεσσαλονίκη  
1985 .

ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.Δ. : " Ειδική Νοσολογία " .

Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα  
1977

ΓΚΟΥΤΖΙΜΠΙΝΗ Μ. : " Οργάνωση μονάδων στεφανιαίων νόσων " .  
από τα πρακτικά του Ζ Νοσηλευτικού συνεδρίου ,  
σελ. 118 - 125 , Πάτρα 1980 .

DUBIN DALE : " Ταχεία ερμηνεία του ηλεκτροκαρδιογραφήμα-  
τος " . Μετάφραση Σπύρου Αλιβιζάτου . Επίτομος .  
Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1977 .

ΚΟΚΚΙΝΟΥ Δ. : " Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου " .

Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα  
1987 .

ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ Μ. : " Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου " .

Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα  
1987 .

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : " Παθολογική και  
Χειρουργική Νοσηλευτική " . Τόμος ΙΙ . Έκδοση ΙΧ .  
Εκδόσεις Ιεραποστολικής ένωσης αδελφών νοσοκόμων " Η  
ΤΑΒΙΘΑ " , Αθήνα 1987 .

ΜΟΣΧΟΥ Α. : " Ο ρόλος της αδελφής στη φροντίδα ασθενούς  
με έμφραγμα " , από τα πρακτικά του Ζ Νοσηλευτικού  
συνεδρίου , σελ. 113 - 116 , Πάτρα 1980 .

ΡΑΓΙΑ Α. : " Βασική Νοσηλευτική " . Επίτομος . Έκδοση Ι  
Εκδόσεις Ευρυνίκη , Αθήνα 1987 .

RAINER KLINCE : " Το ηλεκτροκαρδιογράφημα " . Επίτομος .  
Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1986 .

READ BARRITT : " Σύγχρονη Παθολογία " . Τόμος Ι . Έκδοση  
ΙΙ . Εκδόσεις Λίτσας , Αθήνα 1984 .

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α . : " Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτική " . Τόμος ΙΙ . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Βήτα ,  
Αθήνα 1985 .

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π. : " Καρδιολογία " . Επίτομος . Έκδοση Ι .  
Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1987 .

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π . : " Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου " .  
Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιανός , Αθήνα  
1986 .

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π . : " Εισαγωγή στην Ηλεκτροκαρδιογραφία " .  
Επίτομος . Έκδοση Ι . Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα  
1985 .

FRICH H. - LEONARDI H. - STARCK D. : " Γενική Ανατομία " .  
μετάφραση Ιωάννου Βλάχου . Τόμος ΙΙ . Έκδοση Ι .  
Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος . Αθήνα 1985 .

