

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια"

Σπουδάστρια

Γεωργακοπούλου Αφροδίτη

Υπεύθυνος Καθηγητής

κ. Ν. ΚΟΥΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ 1990

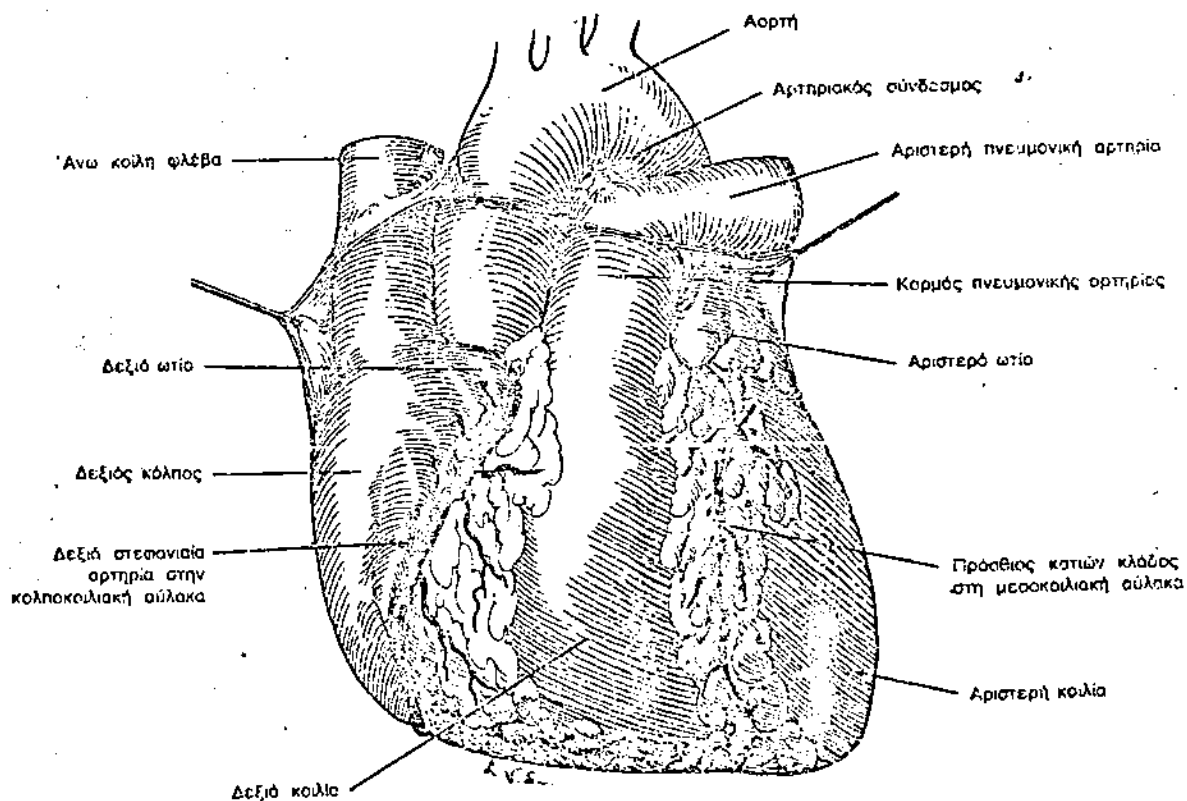
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	343
----------------------	-----

1800

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	5
α. Ορισμός συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.	5
β. Αίτια καρδιακής ανεπάρκειας.	6
γ. Κλινικά ευρήματα.	9
δ. Κλινικές εκδηλώσεις της καρδιακής ανεπάρκειας.	10
ε. Φυσικά ευρήματα.	13
στ. Ακτινογραφικά ευρήματα.	17
ζ. Εργαστηριακά ευρήματα.	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	20
Α. Θεραπεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.	20
α. Δακτυλίτιδα.	22
β. Διουρητικά.	32
γ. Διαιτητική αγωγή.	33
Β. Οξύ πνευμονικό οίδημα.	35
α. Ορισμός	35
β. Συμπτώματα.	35
γ. Αντιμετώπιση.	36
ΠΡΟΓΝΩΣΗ συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	39
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.	39

	ΣΕΛ.
- Ο ρόλος της νοσηλεύτριας από την εισαγωγή του ασθενούς μέχρι την εξοδό του απ' το Νοσοκομείο.	40
- Νοσηλευτική φροντίδα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.	43
- ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.	62
A. Ιστορικό ασθενούς, ανασκόπηση νοσηλείας, πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας.	63
B. Ιστορικό ασθενούς, ανασκόπηση νοσηλείας, πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας.	69
Γ. Ιστορικό ασθενούς, ανασκόπηση νοσηλείας, πίνακας νοσηλευτικής διεργασίας.	74
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	



Εικόνα 1-1. Πρόσθια όψη της καρδιάς.

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία που ακολουθεί είναι το τελευταίο μέρος των σπουδών μου στο τμήμα της Νοσηλευτικής. Αυτή θα με οδηγήσει στη λήψη του πτυχίου μου και όπως καταλαβαίνετε η επιλογή του θέματος ήταν αρκετά δύσκολη για μένα. Πως μπορεί να μιλά κανείς για επιλογή εφόσον όλες οι ειδικότητες της ιατρικής επιστήμης είναι εξίσου ενδιαφέρουσες και σημαντικές.

Ωστόσο όμως η επιλογή έπρεπε να γίνει, γι' αυτό διάλεξα να ασχοληθώ με ένα θέμα το οποίο περιλαμβάνει και έχει σαν αντικείμενο τη "Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια".

Οι λόγοι που με ώθησαν σ' αυτή την επιλογή είναι ποικίλοι. Γενικά η ειδικότητα της Καρδιολογίας είναι πολύπλευρη και πολύπλοκη γιατί το αντικείμενο που εξετάζει "η καρδιά", είναι το όργανο εκείνο του σώματος που μας κρατά ζωντανούς στέλνοντας αίμα σε όλο το σώμα και που μοιάζει με μια βιολογική αντλία που πάλλεται ακατάπαυστα μέρα και νύχτα πρόκειται για μια πηγή ζωτικότητας χωρίς την οποία η ζωή μας θα σταματούσε αμέσως.

Το θέμα μου αποτελείται από δύο μέρη. Το ιατρικό και το νοσηλευτικό μέρος.

Το ιατρικό μέρος περιλαμβάνει κεφάλαια τα οποία αναφέρονται στον ορισμό της Συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, στα αίτια, στα συμπτώματα και τέλος στη θεραπεία αυτής. Εδώ πρέπει να αναφέρω την απουσία της ανατομίας και της φυσιολογίας της καρδιάς απ' την εργασία μου, η οποία οφείλεται στο

γεγονός ότι θεωρήσαμε σκόπιμο ο υπεύθυνος καθηγητής μου κ. Ν. Κούνης κι εγώ να ασχοληθώ σε βάθος μ'αυτή καθ'αυτή την ασθένεια και να τονίσω περισσότερο τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα αυτής, καθώς και να δώσω όσο γίνεται πιο πολλές πληροφορίες γι'αυτήν την ασθένεια που με αργό αλλά σταθερό ρυθμό αυξάνεται όλο και πιο πολύ, και που αποτελεί μία από τις σοβαρότερες ασθένειες του ανθρώπου.

Το Νοσηλευτικό μέρος περιλαμβάνει τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια καθώς και την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν απ'αυτή την ασθένεια.

Στηριζόμενη στα πολύτιμα βοηθήματα εγχειρίδια των κ.κ. BARNARD CHR., HARRISON, ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, SAUNDERS COMBANY ALVIN BEDMN HELLAS και των βιβλίων νοσηλευτικής των ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥ Μ. και ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, αλλά προπάντων στη πολύτιμη βοήθεια και τη συνεργασία του εξαιρετικού γιατρού και καθηγητή Κ.Κ. Ν. ΚΟΥΝΗ, τον οποίο διαμέσου της εργασίας ευχαριστώ θερμά γιατί ήταν ο κύριος συντελεστής για την διεκπεραίωση αυτής της εργασίας και πολύτιμος συμπαράστατης σε όλη τη διάρκεια των προσπαθειών μου.

Ακόμα θέλω να ευχαριστήσω πολύ και την καθηγήτριά μου και άξια Νοσηλεύτρια Κ. Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ που με βοήθησε στη νοσηλευτική πλευρά της εργασίας μου.

Τέλος με τη δική μου προσπάθεια ελπίζω ότι η παρουσίαση της εργασίας μου θα δώσει σε γενικές γραμμές μια όσο το δυνατό καλύτερη εικόνα του θέματος και θα προσπαθήσω να φανώ αντάξια εμπιστοσύνης του καθηγητή μου και επόπτη της εργασίας

μου Κ.Κ. Ν. ΚΟΥΝΗ και της δική σας κ.κ. καθηγητές.

Τελειώνοντας Ευχαριστώ θερμά τις κ. καθηγήτριες μου που με τις γνώσεις και τις προσπάθειές τους, με εκπαίδευσαν με το καλύτερο τρόπο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό μέρος της Νοσηλευτικής ώστε να εξασκήσω το επάγγελμά μου με γνώσεις και σιγουριά.

Η σπουδάστρια.

Γεωργανοπούλου Αφροδίτη.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

"ΙΑΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ."

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

α. Ορισμός συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία η καρδιά δε μπορεί να αδειάσει επαρκώς το περιεχόμενό της για να προμηθεύσει τους ιστούς με αίμα, αρκετό για κάλυψη των αναγκών τους σε οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες.

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανιστεί σε κατάσταση ηρεμίας ή κάτω από συνθήκες υπερβολικού στρές. Η διάγνωση είναι εύκολη στα τελευταία στάδια όταν εμφανίζονται συμπτώματα και σημεία που οφείλονται σε πνευμονική ή συστηματική φλεβική συμφόρηση, σε αύξηση του όγκου των κοιλιών και της διαστολικής πίεσης και ελάττωση της καρδιακής παροχής.

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να εμφανιστεί σαν εκδήλωση ή επιπλοκή πολλών τύπων καρδιοπάθειας. Ωστόσο, όλοι οι ασθενείς με καρδιοπάθεια δεν αναπτύσσουν καρδιακή ανεπάρκεια και δεν είναι γνωστό γιατί μερικοί ασθενείς που η καρδιά τους εκτελούσε για πολλά χρόνια πολύ αυξημένο έργο αναπτύσσουν τελικά καρδιακή ανεπάρκεια.

Η διάγνωση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας γίνεται όταν σαν αποτέλεσμα της ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας, συνήθως από ανεπάρκεια της τριγλώχινας, εμφανιστούν σημεία συστηματικής συμφόρησης (οίδημα, διόγκωση και ευαισθησία ήπατος, αυξημένη πίεση και σφύξεις φλεβών τραχήλου).

Σε καρδιοπαθείς μπορεί να προκληθεί παροδική καρδιακή ανεπάρκεια από οποιαδήποτε οξεία επιβαρυντική κατάσταση (αρρυθμίες, λοίμωξη αναπνευστικού κ.λ.π.).

#### β. ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Η αναζήτηση του αιτίου της καρδιακής ανεπάρκειας έχει ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο για τον καθορισμό της κατάλληλης θεραπείας αλλά και για την εκλογή της άμεσου εφαρμοσθησόμενης αγωγής. Για παράδειγμα, ενδέχεται το φύσημα της στενώσεως της μιτροειδούς να διαφύγει κατά την εξέταση του ασθενούς και μετά από μερικά χρόνια αυτός να παρουσιάσει αιφνίδια οξεία δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια οπότε χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση της εστενωμένης βαλβίδος.

Ακόμα σε νεαρά άτομα η εμφανιζόμενη καρδιακή ανεπάρκεια είναι δυνατόν να οφείλεται σε πρωτοπαθή μυοκαρδίτιδα, π.χ. λόγω συνυπάρχουσας ιογενούς λοίμωξεως, ή χρόνιας κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτών.

Η καρδιακή ανωμαλία που προκαλείται από συγγενή ή επίκτητη βλάβη μπορεί να υφίστανται για πολλά χρόνια και να μην προκαλεί καμιά ή μόνο ελάχιστη ανικανότητα. Συχνά όμως, οι εκδηλώσεις της κλινικής καρδιακής ανεπάρκειας εμφανίζονται για πρώτη φορά στην πορεία κάποιας οξείας διαταραχής, η οποία θέτει ένα πρόσθετο φορτίο σε ένα μυοκάρδιο το οποίο είναι ήδη χρόνια υπερβολικά φορτισμένο, καταλήγοντας σε περαιτέρω επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας.

Η ταυτοποίηση αυτών των προδιαθεσικών αιτίων έχει κρί-

σιμη σημασία επειδή η ταχεία αντιμετώπιση και εξάλειψη τους μπορεί να είναι σωτήρια για τη ζωή.

#### **ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

1. Πνευμονική εμβολή. Οι άρρωστοι με χαμηλή καρδιακή παροχή κυκλοφορική στάση και φυσική αδράνεια βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως θρόμβων στις φλέβες των κάτω άκρων ή της πυέλου. Η πνευμονική εμβολή μπορεί να οδηγήσει σε παραπέρα άνοδο της πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως, η οποία με τη σειρά της μπορεί να προκαλέσει ή να επιτείνει ήδη υπάρχουσα ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας.
2. Λοίμωξη: Οι άρρωστοι με πνευμονική συμφόρηση είναι επίσης περισσότερο επιρρεπείς σε πνευμονικές λοιμώξεις, αν και οποιαδήποτε λοίμωξη μπορεί να προδιαθέσει στην εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Ο επακόλουθος πυρετός, η ταχυκαρδία, η υποξαιμία και οι αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις μπορεί να θέσουν επιπλέον φόρτο στο ήδη υπερφορτισμένο, αλλά ικανό να αντιρροπεί, μυοκάρδιο ενός αρρώστου με χρόνια καρδιακή νόσο.
3. Αρρυθμίες: Αυτές συγκαταλέγονται μεταξύ των συχνότερων προδιαθεσικών αιτιών της καρδιακής ανεπάρκειας σε αρρώστους με υποκείμενη, αλλά αντιρροπούμενη καρδιακή νόσο, για πολλούς λόγους: α) οι ταχυαρρυθμίες μειώνουν το χρόνο πλήρωσεως των κοιλιών, β) ο διαχωρισμός μεταξύ των κολπικών και κοιλιακών συστολών, που είναι χαρακτηριστικός πολλών αρρυθμιών, οδηγεί σε απώλεια της κολπικής ενισχύ-

σεως του αντλητικού μηχανισμού, προκαλώντας έτσι την αύξηση των κολπικών πιέσεων, γ) σε οποιαδήποτε αρρυθμία που συνοδεύεται από παθολογική ενδοκοιλιακή αγωγιμότητα, η μυοκαρδιακή απόδοση μπορεί να επιδεινωθεί παραπέρα λόγω της απώλειας του φυσιολογικού συγχρονισμού της συστολής των κοιλιών, δ) η εκσεσημασμένη βραδυκαρδία που σχετίζεται με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό απαιτεί σημαντικά αυξημένο όγκο παλμού για να μην οδηγήσει σε σημαντική πτώση της καρδιακής παροχής.

4. Αναιμία: Όταν υπάρχει αναιμία οι μεταβολικές ανάγκες των ιστών σε οξυγόνο μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο με αύξηση της καρδιακής παροχής. Αν και μια τέτοια αύξηση θα μπορούσε ίσως να είναι υποφερτή από μια φυσιολογική καρδιά, εν τούτοις μια καρδιά που πάσχει, που είναι υπερφορτισμένη, αλλά κατά τα άλλα ικανή να αντιρροπεί, μπορεί να μην είναι ικανή να αυξήσει τον όγκο αίματος τον οποίο αποδίδει στην περιφέρεια.
5. Θυρεοτοξίκωση και κύηση: Σ' αυτές τις καταστάσεις, όπως στην περίπτωση της αναιμίας και του πυρετού, η επαρκής αιμάτωση των ιστών απαιτεί αυξημένη καρδιακή παροχή. Η ανάπτυξη ή η επίταση μιας καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί ουσιαστικά να είναι μια από τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις του υπερθυρεοειδισμού σε άρρωστο με υποκείμενη καρδιακή νόσο. Επίσης, η καρδιακή ανεπάρκεια όχι σπάνια απαντά για πρώτη φορά στη διάρκεια της κύησης σε γυναίκες με ρευματικές βαλβιδικές νόσους, όπου η καρδιακή αντιρρόπηση μπορεί να επανέλθει μετά από τον τοκετό.

6. Ρευματική και άλλες μορφές μυοκαρδίτιδας.
7. Λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα.
8. Φυσικές, διαιτητικές, περιβαλλοντικές και συναισθηματικές υπερβάσεις.
9. Συστηματική υπέρταση.
10. Έμφραγμα μυοκαρδίου.

Μια συστηματική διερεύνηση για όλα αυτά τα προδιαθεσικά αίτια θα πρέπει να γίνεται σε κάθε άρρωστο με καρδιακή ανεπάρκεια, ιδιαίτερα όταν αυτή δεν ανταποκρίνεται στις συνήθεις μεθόδους θεραπείας. Εάν η προδιαθεσική αιτία της καρδιακής ανεπάρκειας γίνει έγκαιρα γνωστή, τότε αυτή μπορεί συνήθως να αντιμετωπισθεί πιο αποτελεσματικά από όσο η υποκείμενη αιτία.

#### γ. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Όταν ένας ασθενής με οποιουδήποτε τύπου καρδιακή νόσο - συγγενή, βαλβιδική, υπέρτασική, στεφανιαία, μεταβολική κ.λ.π. εμφανίζει συμπτώματα και σημεία καρδιακής ανεπάρκειας τα ευρήματα δεν είναι συνήθως ειδικά για κάθε ιδιαίτερη κατηγορία. Συμπτώματα και σημεία πνευμονικής ή συστηματικής φλεβικής συμφόρησης, αυξημένου καρδιακού όγκου και τελοδοιαστολικής πίεσης σε συνδυασμό με μειωμένη καρδιακή παροχή, αυξημένη φλεβική πίεση και ενδείξεις κατακράτησης ύδατος και άλατος υποδηλώνουν σαφώς ότι συνέβηκε καρδιακή ανεπάρκεια.

Σε ασθενείς με συγγενή καρδιοπάθεια, πνευμονική καρδιοπάθεια, ενδοκαρδίτιδα περιλαμβάνουσα τις βαλβίδες της δεξιάς

καρδιάς, πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση ή αποφρακτικές νόσους των πνευμόνων, αυξημένη φλεβική πίεση διαταμένο κι ευαίσθητο ήπαρ και περιφερικό οίδημα, υποδηλώνουν εξέλιξη καρδιοπάθειας σε δεξιά συμφορητική ανεπάρκεια.

Οι εκδηλώσεις της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ποικίλλουν ανάλογα με το αίτιο, τη φύση της ανεπάρκειας (οξεία ή χρόνια) και την εντόπιση του αρχικού φορτίου (αριστερή κοιλία, δεξιά κοιλία ή και στις δύο).

#### 6. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

1. Δύσπνοια: Η αναπνευστική καταπόνηση, η οποία επέρχεται ως αποτέλεσμα της αυξημένης προσπάθειας στην αναπνοή, είναι το συνηθέστερο σύμπτωμα της καρδιακής ανεπάρκειας. Η δύσπνοια στην αρχή παρατηρείται μόνο στη διάρκεια δραστηριότητας, οπότε μπορεί να αντιπροσωπεύσει απλά επίταση της αναπνευστικής δυσχέρειας, που συμβαίνει φυσιολογικά κάτω απ' αυτές τις συνθήκες. Όμως καθώς η καρδιακή ανεπάρκεια εξελίσσεται, εμφανίζεται με προοδευτικά λιγότερη έντονη δραστηριότητα. Τελικά η δύσπνοια υπάρχει και όταν ο άρρωστος τελεί σε ηρεμία.

Έτσι λοιπόν, η κύρια διαφορά μεταξύ της δύσπνοιας προσπάθειας σε φυσιολογικά άτομα και εκείνης σε καρδιοπαθείς είναι ο βαθμός δραστηριότητας που είναι αναγκαίος για να προκαλέσει το σύμπτωμα.

Η καρδιακή δύσπνοια παρατηρείται συχνότερα σε αρρώστους με αυξημένες πιέσεις στον αριστερό κόλπο, τις πνευμονικές φλέβες και τα πνευμονικά τριχοειδή. Οι άρρωστοι αυτοί έχουν διογκωμένα πνευμονικά (συμφορητικά) αγγεία και διάμεσο πνευμονικό οίδημα, το οποίο μειώνει την ενδοτικότητα των πνευμόνων και αυξάνει έτσι το έργο των αναπνευστικών μυών, που απαιτείται για να εκπυχθούν οι πνεύμονες. Η ενεργοποίηση των υποποδέων στους πνεύμονες οδηγεί στην ταχεία, επιπόλαια αναπνοή της καρδιακής δύσπνοιας.

2. Ορθόπνοια: Δύσπνοια σε κατακειλιμένη θέση επέρχεται κατά ένα μέρος λόγω της ανακατανομής υγρού από την κοιλία και τα κάτω άκρα στο θώρακα, καθώς επίσης και λόγω αυξήσεως του μέσου ορίου της υδροστατικής πιέσεως στα πνευμονικά τριχοειδή.

Οι άρρωστοι με ορθόπνοια ανυψώνουν γενικά τα κεφάλια τους τη νύκτα με κάμποσα μαξιλάρια και συχνά αφυπνίζονται έχοντας έλλειψη αναπνοής, όταν τα κεφάλια τους ολισθήσουν από τα μαξιλάρια. Το αίσθημα αναπνευστικής δυσχέρειας υφίεται συνήθως με την έγερση, επειδή η θέση αυτή μειώνει τη φλεβική επάνοδο και την πίεση των πνευμονικών τριχοειδών, ενώ πολλοί άρρωστοι αναφέρουν, ότι βρίσκουν ανακούφιση καθήμενοι μπροστά σε ανοικτό παράθυρο. Καθώς η καρδιακή ανεπάρκεια εξελίσσεται προς το χειρότερο, η ορθόπνοια μπορεί να είναι τόσο βαριά, ώστε οι άρρωστοι να μην μπορούν να ξαπλώσουν καθόλου και να πρέπει να περνούν ολόκληρη τη νύκτα σε καθιστή στάση.

3. Παροξυσμική (νυκτερινή) δύσπνοια: Ο όρος αυτός αναφέρεται στις προσβολές από έντονο αίσθημα ελλείψεως της αναπνοής, οι οποίες απαντούν γενικά τη νύκτα και συνήθως αφυπνί-



ζουν τον άρρωστο. Αν και η απλή ορθόπνοια μπορεί να υφεθεί με το κάθισμα στην άκρη του κρεβατιού με όρθιο τον κορμό και τα πόδια να κρέμονται έξω από το κρεβάτι, εν τούτοις σε αρρώστους με παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια ο βήχας και η συρίττουσα αναπνοή επιμένουν ακόμα και στη στάση αυτή.

Η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου στη διάρκεια του ύπνου μπορεί να μειώσει αρκετά τον αερισμό, ώστε να μειωθεί η τάση οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα, ιδιαίτερα σε αρρώστους με διάμεσο πνευμονικό οίδημα και μειωμένη πνευμονική ευδοτικότητα. Επίσης, η λειτουργία των κοιλιών μπορεί να επιδεινωθεί περαιτέρω κατά τη νύκτα λόγω της μειωμένης αδρενεργικής διεγέρσεως της μυοκαρδιακής λειτουργίας.

Το οξύ πνευμονικό οίδημα είναι μιά βαριά μορφή καρδιακού άσθματος, που οφείλεται σε περαιτέρω αύξηση της πνευμονικής τριχοειδικής πιέσεως, πράγμα που οδηγεί σεκυψελιδικό οίδημα, το οποίο συνοδεύεται από εντονότατο αίσθημα ελλείψεως της αναπνοής, υγρούς ρόγχους πάνω και κάτω από τα πνευμονικά πεδία καθώς και από διίδρωση και απόχρεμψη υγρού με αιματηρή πρόσμειξη.

Εάν το οξύ πνευμονικό οίδημα δεν αντιμετωπισθεί θεραπευτικά με άμεσο τρόπο, μπορεί να αποβεί θανατηφόρο.

4. Αναπνοή Cheyne - Stokes: Η αναπνοή Cheyne-Stokes, που είναι γνωστή επίσης και ως περιοδική ή κυκλική αναπνοή, χαρακτηρίζεται από μειωμένη ευαισθησία του αναπνευστικού κέντρου. Υπάρχει μιά φάση άπνοιας, στη διάρκεια της οποίας η αρτηριακή  $PO_2$  πέφτει και η αρτηριακή  $PCO_2$  ανέρχεται.

Η αναπνοή Cheyne-Stokes απαντά συχνότερα σε αρρώστους

με εγκεφαλική αθηροσκλήρωση και άλλες εγκεφαλικές βλάβες, αλλά η παράταση του χρόνου κυκλοφορίας από τον πνεύμονα στον εγκέφαλο, η οποία συμβαίνει στην καρδιακή ανεπάρκεια, ιδιαίτερα σε αρρώστους με υπέρταση και νόσο των στεφανιαίων αρτηριών, και συνοδεύεται από εγκεφαλική αγγειακή νόσο, φαίνεται, ότι προδιαθέτει για την εμφάνιση αυτής της μορφής αναπνοής.

5. Κάματος και αδυναμία: Αυτά τα μη ειδικά, αλλά συνήθη συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας σχετίζονται με τη μείωση της αιματώσεως των σκελετικών μυών. Η ανορεξία και ναυτία, που συνοδεύονται από κοιλιακό άλγος και αίσθημα πληρότητας, αποτελούν συχνά ενοχλήματα, τα οποία μπορεί να σχετίζονται με το συμφορημένο ήπαρ και το πυλαίο φλεβικό σύστημα.

6. Εγκεφαλικά συμπτώματα: Σε βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, ιδιαίτερα σε υπερήλικους ασθενείς με συνοδό εγκεφαλική αρτηριοσκλήρωση, αρτηριακή υποξαιμία και μειωμένη εγκεφαλική αιμάτωση, μπορεί να παρατηρηθούν μεταβολές της διανοητικής κατάστασεως, που χαρακτηρίζονται από σύγχυση, δυσκολία συγκεντρώσεως, ελάττωση της μνήμης, κεφαλαλγία, αϋπνία και άγχος.

#### ε) ΦΥΣΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Σε καρδιακή ανεπάρκεια μέτριου βαθμού ο άρρωστος δεν παρουσιάζει δυσχέρεια στην κατάσταση ηρεμίας με μόνη εξαίρεση το γεγονός, ότι μπορεί να αισθανθεί δυσφορία όταν του ζητηθεί να ξαπλώσει ύπτιος για περισσότερο από μερικά λεπτά. Σε βαρύτερη καρδιακή ανεπάρκεια η πίεση σφυγμού μπορεί να ελατ-

τωθεί, γεγονός που αντικατοπτρίζει μείωση του όγκου παλμού και σε μερικές περιπτώσεις η διαστολική αρτηριακή πίεση μπορεί να αυξηθεί ως επακόλουθο της γενικευμένης αγγειοσυστολής.

Μπορεί να υπάρχει κυάνωση των χειλέων και της κοίτης των νυχιών, καθώς και φλεβοκομβική ταχυκαρδία.

Η συστηματική φλεβική πίεση είναι συχνά παθολογικά αυξημένη στην καρδιακή ανεπάρκεια και μπορεί να διαπιστωθεί ευκολότερα με την παρατήρηση του βαθμού διάτασης των σφαγίτιδων φλεβών. Στα πρώιμα στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας η φλεβική πίεση μπορεί να είναι φυσιολογική στην κατάσταση ηρεμίας, αλλά μπορεί να καταστεί παθολογικά αυξημένη στη διάρκεια και αμέσως μετά την εκτέλεση φυσικής ασκήσεως, καθώς επίσης και με σταθερή πίεση της κοιλίας.

Υγροί ρόγχοι των πνευμονικών βάσεων: Οι υγροί, εισπνευστικοί τρίζοντες ρόγχοι και η αμβλότητα στην επίκρουση πάνω από τις οπίσθιες πνευμονικές βάσεις αποτελούν συνήθη ευρήματα σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια και αυξημένη πνευμονική φλεβική και τριχοειδική πίεση. Σε αρρώστους με πνευμονικό οίδημα, οι ρόγχοι μπορεί να είναι ακουστεί σε ευρύτερη έκταση πάνω και από τα δύο πνευμονικά πεδία. Αυτοί είναι συνήθως τραχείς και συριστικοί και μπορεί να συνοδεύονται από εκπνευστικό συριγμό.

Καρδιακό οίδημα: Το καρδιακό οίδημα είναι συνήθως κατωφές και απαντά συμμετρικά στα κάτω άκρα, ιδιαίτερα στην

προκνημιαία περιοχή και τα σφυρά των περιπατητικών ασθενών, καθώς επίσης και στην ιερά χώρα κατακεκλιμένων ατόμων. Το ζυμώδες οίδημα των βραχιόνων και του προσώπου απαντά σπάνια και μόνο στα όψιμα στάδια της πορείας της καρδιακής ανεπάρκειας.

Υδροθώρακας και ασκίτης: Η υπεζωκοτική συλλογή υγρού στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια είναι αποτέλεσμα αύξησης της πίεσης στα τριχοειδή του υπεζωκότα και της διιδρώσεως υγρού μέσα στις υπεζωκοτικές κοιλότητες.

Επειδή οι φλέβες του υπεζωκότα εκβάλλουν στις συστηματικές και τις πνευμονικές φλέβες, ο υδροθώρακας απαντά συχνότερα με εκσεσημασμένες αυξήσεις της πίεσης και στα δύο φλεβικά συστήματα, αν και μπορεί να παρατηρηθεί επίσης και με εκσεσημασμένη αύξηση της πίεσης είτε στο ένα, είτε στο άλλο φλεβικό δίκτυο.

Ο ασκίτης απαντά επίσης ως επακόλουθο της διιδρώσεως που προκαλείται από την αυξημένη πίεση στις ηπατικές φλέβες και στις φλέβες που παροχετεύουν το περιτόναιο.

Συμφορητική ηπατομεγαλία: Ένα διογκωμένο, ευαίσθητο, σφύζον ήπαρ συνοδεύει επίσης τη συστηματική φλεβική υπέρταση και παρατηρείται όχι μόνο στις ίδιες καταστάσεις, στις οποίες απαντά ο ασκίτης, αλλά επίσης και σε ηπιότερες μορφές καρδιακής ανεπάρκειας οποιασδήποτε αιτίας. Με την παρατεταγμένη, βαριά ηπατομεγαλία μπορεί να συμβεί επίσης και διογκωση σπλήνα .

Ίκτερος: Αυτός αποτελεί όψιμο εύρημα της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και συνοδεύεται από αύξηση και της άμεσης και της έμμεσης χολερυθρίνης. Αυτός είναι αποτέλεσμα της πλημμελούς ηπατικής λειτουργίας που επέρχεται δευτερογενώς από την ηπατική συμφόρηση και την υποξία των ηπατικών κυττάρων, που συνοδεύει την ατροφία των κεντρικών λοβίων. Οι συγκεντρώσεις των ενζύμων στον ορό, ιδιαίτερα της SGOT και της SGPT, είναι συχνά αυξημένες. Όταν η ηπατική συμφόρηση επέρχεται αιφνίδια, τότε ο ίκτερος μπορεί να είναι έντονος και τα ένζυμα σημαντικά αυξημένα.

Καρδιακή καχεξία: Στη βαριά χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να παρατηρηθεί έντονη απώλεια βάρους και καχεξία λόγω: (1) της αυξήσεως του μεταβολικού ρυθμού, η οποία επέρχεται κατά ένα μέρος από το επιπρόσθετο έργο που επιτελούν οι αναπνευστικοί μύς, τις αυξημένες ανάγκες σε οξυγόνο της υπερτραφείσας καρδιάς και τη δυσφορία που συνοδεύει τη βαριά καρδ. ανεπάρκεια, (2) της ανορεξίας, ναυτίας και του εμετού που οφείλονται σε κεντρικά αίτια, δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα ή σε συμφορητική ηπατομεγαλία και κοιλιακή πληρότητα, (3) της μερικής μειώσεως της εντερικής απορροφητικότητας, λόγω συμφορήσεως των εντερικών φλεβών και (4) σπάνια, λόγω μιας εντεροπάθειας με απώλεια πρωτεϊνών.

Άλλες εκδηλώσεις: Με τη μείωση της ροής αίματος τα άκρα μπορεί να είναι ψυχρά, ωχρά και επιδρωμένα (κάθιδρα). Η αποβολή ούρων είναι μειωμένη, ενώ αυτά περιέχουν πρωτεΐνη,

έχουν υψηλό ειδικό βάρος και χαμηλή συγκέντρωση νατρίου.

#### στ) ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ.

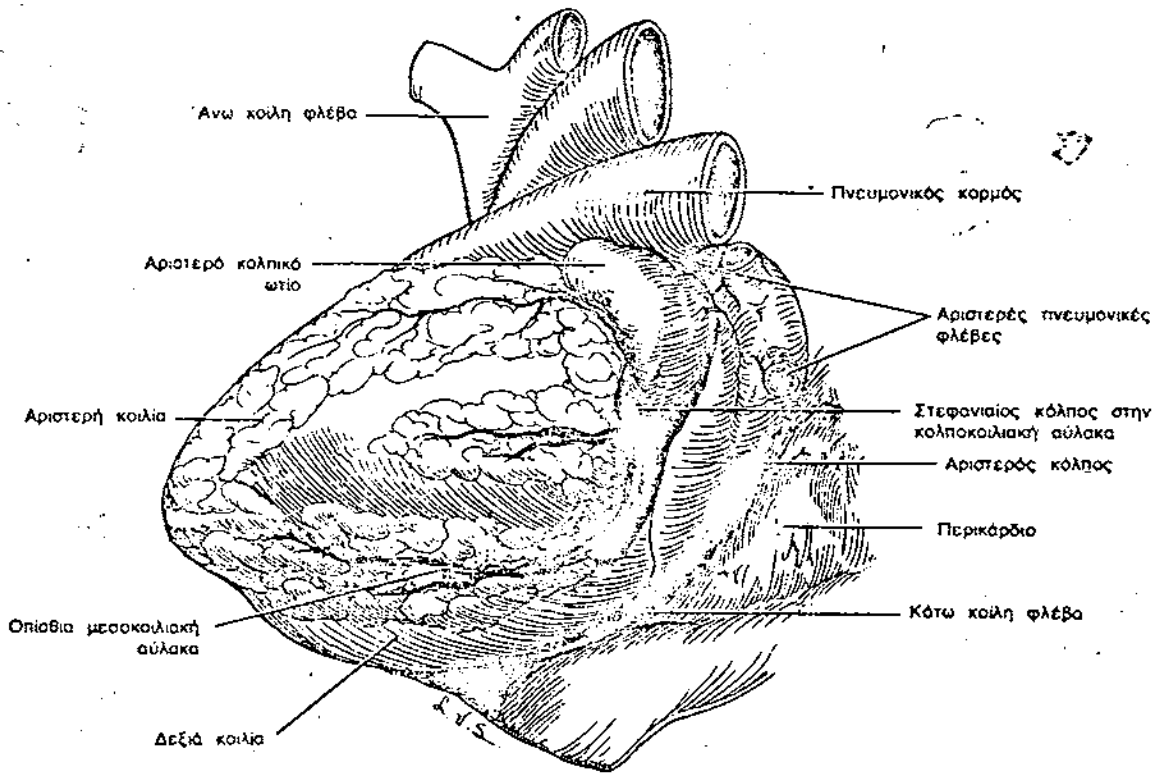
Πέρα από την αύξηση του μεγέθους των καθέκαστα κοιλοτήτων, που χαρακτηρίζει τη βλάβη, η οποία είναι υπεύθυνη για την καρδιακή ανεπάρκεια, σε αρρώστους με καρδιακή ανεπάρκεια και αυξημένες πιέσεις των πνευμονικών αγγείων συχνές είναι και οι αγγειακές αλλιώσεις των πνευμονικών πεδίων. Επίσης μπορεί να υπάρχουν και υπεζωκοτικές συλλογές υγρού καθώς και συνοδές μεσολόβιες συλλογές.

Αλλα ευρήματα: Οι ακτινογραφίες θώρακος δείχνουν συχνά απρόβλεπτα ευρήματα, όπως οξεία φλεγμονώδη νόσο των πνευμόνων, πνευμοθώρακα, κακοήθεια ή πυλαίους αδένες λεμφώματος ή σαρκωείδωση. Σε ασθενείς που προσέρχονται με βαριά δύσπνοια, η καρκινοματώδης λεμφική διασπορά στους πνεύμονες οδηγεί συχνά στη διάγνωση καρκινώματος του στομάχου ή άλλων οργάνων.

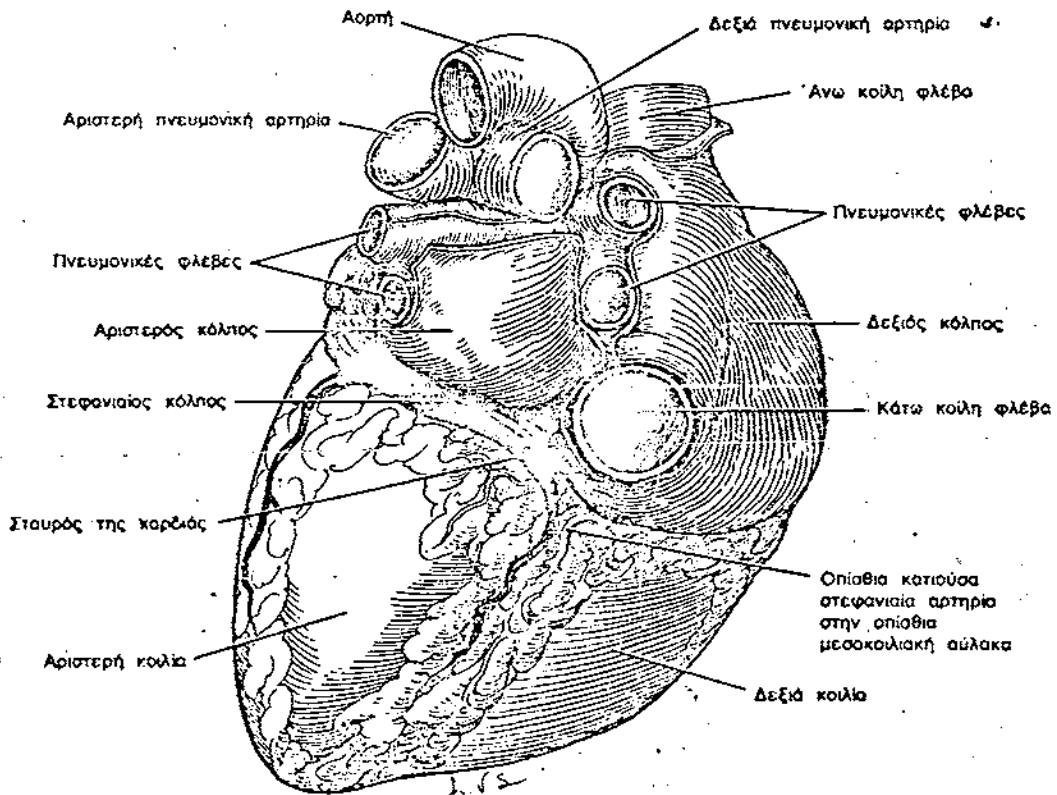
#### ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.

Στην καρδιακή ανεπάρκεια χωρίς επιπλοκές ο αριθμός των ερυθρών και λευκών, η αιμοσφαιρίνη, ο όγκος των ερυθρών και η ταχύτητα καθίζησης είναι φυσιολογικά. Στη χρόνια πνευμονική καρδιά μπορεί να υπάρχει πολυκυτταραιμία.

Η ανάλυση των ούρων αποκαλύπτει συχνά σημαντική πρωτεινοπυρία και κοκκιώδεις κυλίνδρους. Η ουρία αίματος μπορεί να είναι αυξημένη εξαιτίας της μειωμένης νεφρικής ροής αλλά το ειδικό βάρος των ούρων είναι υψηλό απουσία πρωτοπαθούς νεφρικής νόσου. Το νάτριο, το κάλιο, το χλώριο και τα  $\text{HCO}_3$  του ορού βρίσκονται μέσα σε φυσιολογικά όρια στη συνηθισμένη περίπτωση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας προτού χρησιμοποιηθούν διουρητικά.



Εικόνα 1-2. Η καρδιά από το αριστερό πλάγιο με υψωμένη κορυφή.



Εικόνα 1-3. Η καρδιά από κάτω και πίσω.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### Α. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ.

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να είναι οποιουδήποτε βαθμού σοβαρότητας, κυμαινόμενη από ήπια έως μέτρια ένδειξη αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας με αυξανόμενη δύσπνοια σε ασυνήθιστη προσπάθεια, μέχρι κατάσταση έκτακτης ανάγκης χαρακτηριζόμενης από βαρύ πνευμονικό οίδημα, σημαντικά μειωμένη καρδιακή παροχή και άμεση απειλή της ζωής.

Η θεραπευτική αγωγή επομένως, ποικίλλει από ήρεμη, συντηρητική αντιμετώπιση χωρίς επείγουσες μεθόδους μέχρι επείγοντα μέτρα έκτακτης ανάγκης. Ο αντικειμενικός σκοπός της θεραπευτικής αγωγής είναι α) η άρση του αιτίου, β) η αύξηση της δύναμης και αποδοτικότητας της συστολής του μυοκαρδίου και γ) η μείωση της παθολογικής κατακράτησης άλατος και ύδατος και δ) μείωση του φορτίου του έργου της καρδιάς.

Ο ασθενής μοιράζεται ένα μεγάλο μέρος της ευθύνης στην αντιμετώπιση της νόσου, γιατί η αγωγή είναι μακρόχρονη και περιλαμβάνει περιορισμό στη διαίτα και τη δραστηριότητα και ασφαλή χρήση των καρδιακών φαρμάκων.

**ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ:** Αυτή συνίσταται σε μείωση της φυσικής δραστηριότητας, σύσταση ψυχικής ηρεμίας και μείωση του μεταφορτίου. Η τελευταία γίνεται γενικά μετά από χρήση γλυκοσιδών και διουρητικών.

Η μετριότατου βαθμού μείωση της φυσικής δραστηριότητας σε ελαφρές περιπτώσεις και η ανάπαυση στο κρεβάτι ή σε μιά καρέκλα σε βαριά ανεπάρκεια παραμένουν οι θεμέλιοι λίθοι στη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι μικρά σε ποσότητα και θα πρέπει να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια για μείωση του άγχους του ασθενούς. Η φυσική και ψυχική ανάπαυση έχουν την τάση να μειώνουν την αρτηριακή πίεση και το φορτίο που έχει να αντιμετωπίσει το μυοκάρδιο, επειδή μειώνουν τις απαιτήσεις σε καρδιακή παροχή.

Η ανάπαυση στο σπίτι ή στο νοσοκομείο πρέπει να παρατείνεται επί 1 έως 2 εβδομάδες σε ασθενείς με έκδηλη συμφορητική ανεπάρκεια και πρέπει να συνεχίζεται επί αρκετές μέρες μετά από τη σταθεροποίηση της καταστάσεως του αρρώστου. Οι κίνδυνοι φλεβοθρομβώσεως και πνευμονικής εμβολής, τους οποίους εγκυμονεί η ανάπαυση στο κρεβάτι, μπορούν να μειωθούν με αντιπηκτικά, ασκήσεις των ποδιών και ελαστική περίδεση.

Σε οποιαδήποτε περίπτωση, σπάνια απαιτείται απόλυτη ανάπαυση στο κρεβάτι και ο άρρωστος θα πρέπει να ενθαρυνθεί να κάθεται σε μιά καρέκλα και να του δίνεται η ευκαιρία για περιποίηση του εαυτού του, εκτός αν η καρδιακή ανεπάρκεια πλησιάζει τα άκρα.

Η χορήγηση ισχυρών ηρεμιστικών πρέπει να αποφεύγεται, ενώ οι μικρές δόσεις βαρβιτουρικών ή αγχολυτικών μπορεί να βοηθήσουν στη γαλήνευση του συναισθηματικά διαταραγμένου αρρώστου στις λίγες πρώτες ημέρες θεραπείας και να επιφέ-

ρουν τον απόλυτα αναγκαίο ύπνο.

Μετά από ανάνηψη από καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να προσδιορισθούν προσεκτικά οι δραστηριότητές του αρρώστου και συχνά πρέπει να μειωθούν οι επαγγελματικές, οικογενειακές και / ή κοινωνικές υποχρεώσεις αυτού ή αυτής. Η κατά διαστήματα ανάπαυση κατά τη διάρκεια της ημέρας και η αποφυγή έντονης κοπώσεως αποδεικνύονται χρήσιμα μέτρα από τη στιγμή που θα επέλθει αντιρρόπιση. Η μείωση του σωματικού βάρους με περιορισμό της προσλήψεως θερμίδων από τον παχύσαρκο ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια μειώνει επίσης το φορτίο έργου της καρδιάς και αποτελεί βασικό στοιχείο του θεραπευτικού προγράμματος.

#### α. Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΤΑΛΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ - ΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΑ.

Η βελτίωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου με τη χρήση καρδιακών γλυκοσιδών είναι ο δεύτερος θεμέλιος λίθος στην προσπάθεια ελέγχου της καρδιακής ανεπάρκειας.

Η δακτυλίτις αποτελεί απαραίτητο φάρμακο για την θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, ανεξάρτητα από το αίτιο που τον προκαλεί. Δυστυχώς όμως η συχνότητα της δηλητηρίασης από δακτυλίτιδα είναι σχετικά υψηλή, καθώς τα όρια μεταξύ θεραπευτικών και τοξικών δόσεων είναι λίαν στενά, καθιστάμενα ακόμα στενότερα σε ηλικιωμένα άτομα. Υπολογίζεται ότι η θεραπευτική δόση της δακτυλίτιδας είναι το 60%

της τοξικής δόσεως.

Η ελάχιστη θεραπευτική δόση στον κάθε ένα ασθενή και η ανοχή αυτού απέναντι στη δακτυλίτιδα ποικίλλουν ευρέως.

Η χορήγηση δακτυλίτιδας ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας, ανεξάρτητα από την αιτιολογία, εκτός βέβαια της οφειλόμενης σε δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα και της προκαλούμενης υπό της ιδιοπαθούς στένωσης της αορτής μυικού τύπου. Η θεραπευτική δράση της δακτυλίτιδας είναι ιδιαίτερα εμφανής σε καρδιακή ανεπάρκεια μετά ταχυαρρυθμίας.

Πριν ή ο ιατρός προβεί εις την χορήγηση δακτυλίτιδας θα πρέπει να γνωρίζει καλά τα ακόλουθα σχετικά με την κατάσταση του υπό θεραπεία ασθενή:

1. Κατά πόσο υφίσταται απόλυτα ένδειξη χορήγησης δακτυλίτιδας ή όχι.

2. Οτι δεν υφίστανται πρακτικά αντενδείξεις για την χορήγηση δακτυλίτιδος. Απόλυτη αντένδειξη είναι η δηλητηρίαση απ' αυτή.

3. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει λεπτομερώς για το είδος και τη δόση της χορηγηθείσας προηγούμενα στον ασθενή δακτυλίτιδας. Σε ασθενείς που έχουν λάβει προηγούμενα δακτυλίτιδα, και η καταστάσεις τους επιβάλλει την άμεση χορήγηση αυτής, χορηγείται ενδοφλεβίως ένα σκεύασμα ταχείας δράσης σε μικρή δόση π.χ. Cedilanid ή διγοξίνη, με ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση. Οι δόσεις μπορεί να επαναληφθούν ανά 2-3 ώρες μέχρι βελτίωσης της κλινικής κατάστασης του ασθενούς.

4. Πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις πριν τη χορήγηση δακτυλίτιδας Η.Κ.Γ. για σύγκριση με τα επόμενα. Είναι γνωστό ότι η δακτυλίτιδα μπορεί να προκαλέσει κάθε μορφή αρρυθμίας.

5. Η ταχύτητα εμφάνισης του θεραπευτικού αποτελέσματος ή εκδηλώσεως τοξικών φαινομένων εξαρτάται από το είδος της χορηγηθείσας γλυκοσίδης και από την οδό χορήγησης αυτής.

6. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει καλά την ακριβή δοσολογία κατά την ρενος και παρεντερική χορήγηση του εκλεγέντος σκευάσματος καθώς και τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα αυτού.

7. Η τυποποίησης των δόσεων κορεσμού και συντηρήσεως αποτελεί παράγοντα που αυξάνει την συχνότητα εμφάνισης τοξικών φαινομένων εκ της χορηγήσεως δακτυλίτιδας.

8. Η εμφάνιση ανορεξίας, ναυτίας και εμέτων είναι δυνατόν να οφείλονται σε τοξική επίδραση της δακτυλίτιδας ή εις αυτή την ίδια καρδιακή ανεπάρκεια.

9. Η διακοπή της δακτυλίτιδας πρέπει να γίνεται εφ' όσον αυτή δεν κρίνεται πλέον απαραίτητη ή σε φαινόμενα τοξικότητας.

#### Η ΧΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Η δακτυλίτιδα, ερεθίζοντας τη συστατική λειτουργία της καρδιάς, βελτιώνει την κένωση των κοιλιών, δηλ. αυξά-

νει το κλάσμα εξωθήσεως, αυξάνει την καρδιακή παροχή, προάγει τη διούρηση και μειώνει την αυξημένη διαστολική πίεση και όγκο καθώς και τον τελοσυστολικό όγκο της ανεπαρκούς καρδιάς με επακόλουθη μείωση των συμπτωμάτων που προκύπτουν από τη συμφόρηση των πνευμονικών αγγείων και την αυξημένη συστηματική φλεβική πίεση.

Αυτή είναι χρησιμότερη σε αρρώστους, στους οποίους η συσταλτικότητα των κοιλιών υστερεί δευτερογενώς λόγω χρόνιας ισχαιμικής νόσου της καρδιάς ή όταν η υπερτασιακή, βαλβιδική ή συγγενής νόσος της καρδιάς επιβάλλει υπερβολική φόρτιση όγκου ή πιέσεως. Αυτή βοηθά στην επιβράδυνση της ταχείας συχνότητας των κοιλιών σε αρρώστους με κολπικό περυσισμό και κολπική μαρμαρυγή.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΑΚΤΥΛΙΔΙΣΜΟΥ

Και προηγουμένως τονίσθηκε, η ταχύτητα εμφανίσεως του θεραπευτικού αποτελέσματος και η συχνότητα εκδηλώσεως τοξικών φαινομένων εξαρτάται αμέσως από το είδος του χορηγηθέντος σκευάσματος και της οδού χορήγησης. Η χορήγηση της δόσης κορεσμού στην πλειονότητα των περιπτώσεων μπορεί να γίνει με 4 τρόπους, δηλ.

- α) δια του εντός 12ώρου λίαν ταχέως δακτυλιδισμού,
- β) δια του εντός 24ώρου ταχέως δακτυλιδισμού,
- γ) δια του εντός 2-3 ημερών βραδέως και
- δ) δια του εντός 5-8 ημερών βραδέως δακτυλιδισμού,

ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης, της φύσης της καρδιοπάθειας και της παρουσίας ή μη αρρυθμίας.

α) Λίαν ταχύς δακτυλισμός εντός 12ώρου: Σε επείγουσες καταστάσεις, όπως σε οξύ πνευμονικό οίδημα ή υπερκοιλιακής προελεύσεως ταχυαρρυθμίας μη οφειλόμενης σε τοξική επίδραση της δακτυλίτιδος επί του μυοκαρδίου, απαραίτητος είναι ο δια της ενδοφλέβιας οδού λίαν ταχύς δακτυλιδισμός, με το οποίο μπορεί να επιτευχθεί άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται γλυκοσίδες όπως η ουαμπανίνη, η λανατοσίδη και η διγοξίνη.

ΛΑΝΑΤΟΣΙΔΗ (CEDILANID-D): Αποτελεί σήμερα το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο σκεύασμα δακτυλίτιδος για ταχύ δακτυλιδισμό, προτιμώμενο της ουαπαμίνης, λόγω της μικρότερης συχνότητας προσκλήσεως τοξικών εκδηλώσεων. Η λανατοσίδη είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε περιπτώσεις που απαιτούν άμεση χορήγηση δακτυλίτιδας, καθώς ο ασθενής είχε ήδη υποβληθεί σε δακτυλιδισμό τις προηγούμενες 2-3 βδομάδες. Η λανατοσίδη όταν χορηγείται I.V, δρα μέσα σε 10-30 min, το δε μέγιστο της δράσης αυτής είναι 2-3 ώρες. Οι δόσεις προτιμότερο είναι να μη χορηγούνται συχνότερα από 2 ώρες, γιατί μπορεί να έχουμε άρθρωση του φαρμάκου και να υπάρξει κίνδυνος για τοξικά φαινόμενα.

ΔΙΓΟΞΙΝΗ (Lanoxin): Η διγοξίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής για περιπτώσεις απαιτούσας ταχύ μεν αλλά όχι επει-

γοντα δακτυλιδισμό. Με την ενδοφλέβια χορήγηση διγοξίνης επιτυγχάνονται τα ίδια αποτελέσματα, όπως στην χορήγηση λανατοσίδης.

β) Ταχύς από το στόμα δακτυλιδισμός εντός 24 ωρών:

Η μέθοδος αυτή ενδείκνυται σε ασθενείς με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια είτε υπερκοιλιακής ταχυαρρυθμίας. Με τη μέθοδο αυτή το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται περίπου εντός 24-48 ωρών. Η διγοξίνη αποτελεί στην προκειμένη περίπτωση το φάρμακο εκλογής.

Η διάρκεια δράσης αυτής είναι τόσο μακρά, ώστε το φάρμακο αυτό μπορεί να χορηγείται πάντα ημερησίως σε δόση συντήρησης, αλλά και τόσο βραχεία, ώστε σε περίπτωση εμφάνισης τοξικών φαινομένων η αντιμετώπιση αυτών μπορεί να γίνει γρήγορα και αποτελεσματικά. Η ιδιότητα αυτή της διγοξίνης αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των υπόλοιπων καρδιοτονωτικών γλυκοσιδών.

Ο ταχύς από το στόμα δακτυλιδισμός πρέπει να τελείται πάντοτε μέσα στο νοσοκομείο και κάτω από συνεχή ιατρική παρακολούθηση.

γ) Βραδύς από το στόμα δακτυλιδισμός εντός 2-3 ημερών:

Η μέθοδος αυτή συνιστάται σε περιπτώσεις, που ο ασθενής παρουσιάζει έκδηλα μεν αλλά όχι οξεία συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, άνευ όμως υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας.

Με τη μέθοδο αυτή το επιθυμητό θεραπευτικό αποτέλεσμα



επιτυγχάνεται σχετικώς ταχέως και ασφαλές. Η μέθοδος αυτή μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί, τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς.

δ) Λίαν βραδύς από το στόμα δακτυλιδισμός εντός 5-8 ημερών:

Η μέθοδος αυτή συνιστάται σε περιπτώσεις ήπιας καρδιακής ανεπάρκειας. Αποτελεί την πιό συνηθισμένη μέθοδο που εφαρμόζεται σε εξωτερικούς ασθενείς, δακτυλισμού, η οποία μπορεί επίσης να εφαρμοσθεί και σε ασθενείς που νοσηλεύονται. Σ' αυτήν τη μέθοδο προτιμάται συχνότερα η χορήγηση διγοξίνης.

Δόση συντήρησης: Ωρισμένοι καρδιολόγοι συνιστούν όπως η διγοξίνη να χορηγείται σε δόση συντήρησης ανερχόμενη σε 0,5 mg. Εκ πείρας όμως έχει διαπιστωθεί, ότι περισσότεροι του 80% των ασθενών συντηρείται σε ικανοποιητική κατάσταση με λήψει μόνο 0,2 mg διγοξίνης ημερησίως από το στόμα. Βέβαια υπάρχουν και μερικοί ασθενείς που για να διατηρηθούν σε ικανοποιητική κατάσταση έχουν ανάγκη 1 mg διγοξίνης ημερησίως.

Οι διαφορές αυτές συχνά οφείλονται στην ύπαρξη παθολογικών καταστάσεων εκτός της καρδιακής ανεπάρκειας, που επηρεάζουν την απέκκριση ή τη δράση της δακτυλίτιδας.

### ΔΑΚΤΥΛΙΔΙΣΜΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Σε παιδιά η αρχικά χορηγούμενη δόση δακτυλίτιδας ποικίλλει, ανάλογα με την ηλικία του μικρού ασθενούς. Έτσι σε παιδιά ηλικίας μικρότερα των 2 ετών απαιτείται η χορήγηση σημαντικά μεγαλύτερων δόσεων ή σε μεγαλύτερα παιδιά. Κατά δεύτερο λόγο η εμφανιζόμενη στα παιδιά καρδιακή ανεπάρκεια σχεδόν πάντοτε οφείλεται, είτε σε ρευματική καρδίτιδα, είτε σε συγγενή καρδιοπάθεια. Τέλος οι εκδηλώσεις της δηλητηρίασεως δακτυλίτιδος στα παιδιά διαφέρουν εν μέρει από των ενηλίκων. Έτσι οι κοιλιακές εκτακτοσυστολές, οι οποίες στους ενήλικες αποτελούν τη συνηθέστερη εκδήλωση της δηλητηρίασης, στα παιδιά είναι σπάνιες.

Αντιθέτως, ο κοληκοιλιακός και ο φλεβοκομβοκοληκικός αποκλεισμός καθώς και η φλεβοκομβική αρρυθμία αποτελούν στα παιδιά συνηθισμένες εκδηλώσεις από δακτυλίτιδα.

Όπως στους ενήλικους έτσι και στα παιδιά σε επείγουσες περιπτώσεις συνιστάται η ενδοφλέβια χορήγηση δακτυλίτιδας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθεί η διγοξίνη σε αρχική δόση ίση προς το τέταρτο ή το ήμισυ της δόσης κορεσμού, το οποίο υπολογίζεται περίπου τα 0,04 - 0,06 mg/kg για παιδιά μικρότερα των 2 ετών, και 0,01 - 0,04 mg/kg για παιδιά μεγαλύτερα των 2 ετών.

Στη συνέχεια χορηγείται το τέταρτο της δόσης κορεσμού ανά 8 - 12 ώρες μέχρι εμφάνισης σημείων δακτυλισμού. Σε δυσχέρεια ανευρέσεως φλέβας η διγοξίνη μπορεί να χορηγηθεί ενδομυϊκά. Κατά κανόνα κατά την ενδομυϊκή χορήγηση απαι-

τούνται κατά λίγο μεγαλύτερες δόσεις.

Σε μη επείγουσες περιπτώσεις, στις οποίες όμως επιβάλλεται η ταχεία χορήγηση δακτυλίτιδος, ο δακτυλισμός μπορεί να επιτευχθεί εντός 24-48 ωρών από το στόμα.

Αν και σήμερα η διγοξίνη αποτελεί τη συνηθέστερη χορηγούμενη σε παιδιά μορφή δακτυλίτιδος, εν τούτοις όμως σ' αυτά μπορεί να χορηγηθούν και άλλες γλυκοσίδες με όμοιο τρόπο και σε δόσεις ανάλογες με της διγοξίνης.

#### Δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα:

Ο ασθενής ο οποίος παρουσιάζει τοξικά φαινόμενα δακτυλιδισμού, αυτός στερείται συγχρόνως και της ευεργετικής δράσης που η δακτυλίτιδα ασκεί στο μυοκάρδιο. Η εμφάνιση τέτοιων εκδηλώσεων αποτελεί χαρακτηριστικό σημείο της χορήγησης υπερβολικών δόσεων δακτυλίτιδος. Δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα μπορεί να εμφανισθεί όμως ακόμα και μετά από χορήγηση μικρών δόσεων, οι οποίες δρουν θεραπευτικά ή θεωρούνται ανεπαρκείς για άλλους ασθενείς.

Τοξικά φαινόμενα μπορεί να εμφανισθούν επίσης και σε χορήγηση της συνήθους δόσης συντήρησης και μπορεί να συνυπάρχουν άλλες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες επηρεάζουν την απέκκριση ή τη δράση της δακτυλίτιδας. Τέτοιες καταστάσεις είναι οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η προχωρημένη ηλικία του ασθενούς και η επιβάρυνση της υποκείμενης καρδιακής νόσου.

Η συχνότητα προσκλήσεως δηλητηρίασης φαίνεται, ότι

αυξήθηκε τα τελευταία χρόνια, λόγω της συχνής χρησιμοποίησης ισχυρών διουρητικών, τα οποία προκαλούν υποκαλιαιμία, η οποία προδιαθέτει στην εμφάνιση τοξικών σημείων δακτυλιδισμού.

Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις της δηλητηρίασης συνίσταται σε γαστρεντερικές διαταραχές (ανορεξία, ναυτία, εμέτους), διαφόρων τύπων κοιλιακές αρρυθμίες (κοιλιακές εκτακτοσυστολές, κολπική ταχυκαρδία μετά κολποκοιλιακού αποκλεισμού, μόνιμη κομβική ταχυκαρδία) και διαταραχές όρασης.

Η πλέον αποτελεσματική θεραπεία της δηλητηρίασεως από δακτυλίτιδα συνίσταται σε άμεση διακοπή του φαρμάκου. Οι ήπιες τοξικές εκδηλώσεις όπως π.χ. πρώτου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, η φλεβοκομβική βραδυκαρδία και οι αραιές έκτακτες κοιλιακές συστολές, μπορεί να υποχωρήσουν με διακοπή της χορηγούμενης δόσης συντήρησης.

Σε περιπτώσεις όμως δηλητηρίασης εκδηλούμενης με σοβαρό τύπο καρδιακής αρρυθμίας, απαιτείται η εφαρμογή εντατικής θεραπείας.

Γενικά σε δηλητηρίαση απαραίτητος είναι ο περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας του ασθενούς. Διάφορα φάρμακα μεταξύ των οποίων το κάλιο, η διφαινυλουδαντοΐνη, οι αναστολείς των β - αδρενεργικών υποδοχέων κ.α. έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί με ποικίλα αποτελέσματα.

Η κινιδίνη και η προκainaμίδη δεν είναι χρήσιμες στη θεραπεία της δηλητηρίασης. Η ξυλοκαΐνη είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των κοιλιακών ταχυαρρυθμιών που προκαλούν-

ται από δακτυλίτιδα σε απουσία προηγηθέντος κολποκοιλιακού αποκλεισμού.

## β. ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Σήμερα είναι διαθέσιμη ποικιλία διουρητικών ανάμεσα στα οποία είναι:

- α) Θειαζίδαι.
- β) Υδραργυρικά διουρητικά.
- γ) Σπειρολακτόνη (Aldactome).
- δ) Τριαμτερένη (Dyrenium).
- ε) Φουροσεμίδα (Lasix) και Αιθακρυνικό οξύ.

Φουροσεμίδα (Lasix) και Αιθακρυνικό οξύ: Παρ' όλο ότι τα φάρμακα αυτά δεν έχουν καμία χημική συγγένεια, εν τούτοις ασκούν την διουρητική δράση κατά όμοιο απόλυτο τρόπο.

Πρόκειται περί ισχυρών διουρητικών, τα οποία χορηγούμενα ενδοφλέβια, δρουν σχεδόν αμέσως, χορηγούμενα από το στόμα δρουν ταχύτερα των λοιπών διουρητικών. Άλλες φορές δρουν και σε ύπαρξη ηλεκτρολυτικών διαταραχών ή νεφρικής ανεπάρκειας.

Μερικές φορές μπορεί να προκαλέσουν εξαιρετικά μεγάλη διούρηση, η οποία όμως συνοδεύεται υπό υπονατριαιμίας, υποκαλιαιμίας και υποχλωραιμίας, χορηγούμενα δε κατ' επανάληψη και σε μεγάλες δόσεις δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνη

μείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και επίσης χρειάζεται μεγάλη προσοχή για τους ηλεκτρολύτες.

Τα φάρμακα αυτά καλό είναι να χορηγούνται ενδοφλέβια μόνο επί των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο.

#### γ. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σήμερα, λόγω της ύπαρξης ισχυρών διουρητικών, ο περιορισμός του δια της τροφής προσλαμβανόμενου άλατος δεν θεωρείται απαραίτητος. Ο ασθενής όμως πρέπει να αποφεύγει τις αλμυρές τροφές καθώς και την προσθήκη αλατιού στο φαγητό.

Η ημερήσια πρόσληψη σε αλάτι μειώνεται περίπου 4-5 gr. Εάν η αγωγή αυτή αποτύχει, ο ασθενής υποβάλλεται σε αυστηρά ανάλατο δίαιτα.

Σε αρρώστους με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια, στους οποίους η ημερήσια πρόσληψη χλωριούχου νατρίου πρέπει να μειωθεί στο όριο μεταξύ 500 και 1000 mg, θα πρέπει να περιορισθεί η λήψη γάλακτος, τυριού, ψωμιού, σιτηρών, κονσερβοποιημένων λαχανικών και σουπών, μερικών αλατισμένων κρεάτων και μερικών φρέσκων λαχανικών, όπως το σπανάκι, το σέλινο και τα παντζάρια.

Θα δοθεί επίσης ποικιλία φρέσκων φρούτων, πράσινων λαχανικών, ειδικά επεξεργασμένα ψωμιά και γάλατα καθώς επίσης και υποκατάστατα του άλατος, αν και τα διαιτολόγια αυτά είναι δύσκολο να διατηρήσουν κάποια νοστιμάδα.

Η προσοχή επίσης πρέπει να επικεντρώνεται στο θερμι-

δικό περιεχόμενο του διαιτολογίου. Ουσιαστική βελτίωση μπορεί να προκύψει από τον περιορισμό των θερμίδων σε παχύσαρκους ασθενείς, στους οποίους η απώλεια βάρους θα μειώσει το φορτίο που επιπροστίθεται στο μυοκάρδιο. Από την άλλη πλευρά, σε άτομα με βαριά καρδιακή ανεπάρκεια και καρδιακή καχεξία, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια για διατήρηση της προσλήψεως θρεπτικών ουσιών και για την αποφυγή ελλείψεων σε θερμίδες και βιταμίνες.

Αλλαγή του τρόπου ζωής.

Οι περισσότεροι ασθενείς πρέπει να αναπαύονται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να αποφεύγουν την άσκοπη κόπωση. Η επίμονη εργασία καθώς και οι κοπιώδεις διασκεδάσεις πρέπει να αποφεύγονται επίσης.

Ο ασθενής θα πρέπει να προσπαθεί να περνά καλές νύχτες, να πλαγιάζει νωρίς και αν χρειάζεται να παίρνει και κάποιο ηρεμιστικό.

Να χαλαρώνει στη διάρκεια της ημέρας, για παράδειγμα με το περπάτημα, που είναι το καλύτερο μέσο για να πάει στη δουλειά, αν αυτή δεν είναι μακριά.

Να τρώει συχνά και ελαφρά, και αν είναι δυνατόν το μεσημέρι, μετά το φαγητό να αναπαύεται για να διευκολύνει την κυκλοφορία και τη φλεβική επιστροφή του αίματος στη καρδιά, η οποία θα πρέπει να συνηθίσει σ' αυτές τις μετακινήσεις των υγρών.

Το οινόπνευμα, σε μέτρια ποσότητα, δεν απαγορεύεται.

Ο καφές, που είναι καρδιοτονωτικός, μπορεί να πίνεται εκτός από τα νευρικά και ευσυγκίνητα άτομα ή από εκείνους που υποφέρουν από συχνές διαταραχές ρυθμού.

Οι ασθενείς επίσης πρέπει να μην καπνίζουν, και να φροντίσουν να οργανώσουν μια ήρεμη και οικογενειακή ζωή.

Πάνω από όλα όμως χρειάζεται συνεχή ενθάρρυνση για να μπορέσει να ζήσει μια κανονική ζωή και για να μπορέσει να διατηρήσει τη θέση του στο επάγγελμα και στην κοινωνία.

#### **B. ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ**

Επακόλουθο της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας αποτελεί το οξύ πνευμονικό οίδημα.

Είναι το τελικό στάδιο της πνευμονικής συμφορήσεως, το πνευμονικό δένδρο δέχεται περισσότερο αίμα από τη δεξιά κοιλία από όσο η αριστερή κοιλία δύναται να μετακινήσει. Επέρχεται κατά τη νύκτα.

Η κατάκλιση αυξάνει τη φλεβική επιστροφή του αίματος στην καρδιά.

#### Συμπτώματα:

Ανησυχία, δύσπνοια, ορθόπνοια, βήχας, αφρώδη πτύελα, ροδόχρους απόχρεμψη, κυάνωση.



Αντιμετώπιση:

- Ελάττωση της εισροής του αίματος στη δεξιά κοιλία.
- Αύξηση της εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας.
- Συμπτωματική ανακούφιση του ασθενούς.

Θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή.

1. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ημικαθιστική θέση.
2. Χορήγηση 8-15 mg θειικής μορφίνης υποδορίως ή ενδομυϊκώς. Τα 2/3 περίπου της δόσεως αυτής μπορεί αρχικά να χορηγηθούν ενδοφλεβίως για ταχύτερη δράση. Η χορήγηση μορφίνης μειώνει την ανησυχία και έτσι μειώνει τα αδρενεργικά αγγειοσυσπαστικά ερεθίσματα στο σύστημα των αρτηριολίων και φλεβιδίων, βοηθώντας με τον τρόπο αυτό στην διακοπή ενός φαύλου κύκλου. Σε περίπτωση που θα συμβεί αναπνευστική καταστολή, χορηγούνται ναλοξόνη.
3. Χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα. Πρέπει να χορηγηθεί 100% οξυγόνο, κατά προτίμηση υπό θετική πίεση. Αυξάνει την ενδοκυψελιδική πίεση και μειώνει έτσι τη διείσδυση υγρού από τα κυψελιδικά τριχοειδή και παρεμποδίζει τη φλεβική επάνοδο στο θώρακα.
4. Εναλλάξ περίδεση των τριών άκρων. Αντενδείκνυται σε υπόταση.
5. Χορήγηση διγοξίνης ενδοφλεβίως.
6. Η ενδοφλέβια χορήγηση διουρητικών, όπως η φουροσεμίδη, με την ταχέως εγκαθιστάμενη διούρηση, μειώνει τον κυκλοφορούντα όγκο αίματος και επισπεύδει έτσι την ανακού-

φιση εκ του πνευμονικού οιδήματος. Η φουροσεμίδη ασκεί επίσης φλεβοδιασταλτική δράση.

7. Η αμινοφυλλίνη, χορηγούμενη ενδοφλέβια σε δόσεις 240 έως 480 mg είναι αποτελεσματική στη μείωση του βρογχοσπασμού, την αύξηση της ροής του αίματος και της απεκκρίσεως νατρίου στο νεφρό και την ενίσχυση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου.

Μετά τη λήψη αυτών της επείγουσας ανάγκης θεραπευτικών μέτρων και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προδιαθεσικών παραγόντων θα πρέπει να τίθεται, αν είναι γνωστή η διάγνωση της υποκείμενης καρδιακής διαταραχής, που είναι υπεύθυνη για το πνευμανικό οίδημα.

Μετά τη σταθεροποίηση της καταστάσεως του αρρώστου θα πρέπει να υιοθετείται μακροπρόθεσμη στρατηγική για την πρόληψη των μελλοντικών επεισοδίων πνευμονικού οιδήματος, πράγμα που μπορεί να χρειάζεται χειρουργική θεραπεία.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας εξαρτάται κυρίως από τη φύση της υποκείμενης καρδιακής νόσου καθώς και από την παρουσία ή απουσία ενός προδιαθεσικού παράγοντα, ο οποίος μπορεί να αντιμετωπισθεί θεραπευτικά.

Επίσης, η πρόγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας σε μακροπρόθεσμη βάση είναι πολύ πιο ευνοϊκή, όταν μπορούν να αντι-

μετωπισθούν θεραπευτικά οι υποκείμενες μορφές καρδιακής νόσου. Η πρόγνωση μπορεί επίσης να εκτιμηθεί παρατηρώντας τη θεραπευτική ανταπόκριση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ  
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΜΕΧΡΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠ' ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Η είσοδος του ασθενή στο χώρο του Νοσοκομείου, είναι ένα γεγονός που προβληματίζει τον άνθρωπο και αλλάζει το ρυθμό της ζωής του από όλες τις φάσεις.

Ο άρρωστος άνθρωπος στο χώρο του νοσοκομείου εμφανίζει ιδιαίτερες ανάγκες και προβλήματα που επηρεάζονται από τη φύση και σοβαρότητα της ασθένειάς του, αλλά και από τη βιο-ψυχο-πνευματική και κοινωνική του συγκρότηση.

Η νοσηλεύτρια λοιπόν πρέπει να γνωρίζει τον παράγοντα άνθρωπο με όλες του τις ανάγκες, τις αδυναμίες και τα προβλήματα που έχει για να μπορέσει να τον βοηθήσει.

Η νοσηλεύτρια κοντά στον εξαρτημένο, ημιεξαρτημένο και ανεξάρτητο ασθενή έχει την ευθύνη να αξιολογεί τις ανάγκες και τα προβλήματά του και να τα ικανοποιεί στα πλαίσια των ευθυνών της. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο γιατί η νοσηλεύτρια δεν είναι πάντα σε θέση να ικανοποιήσει όλες τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενούς, ούτε επομένως θεωρείται πάντοτε υπεύθυνη, όταν αυτές δεν ικανοποιούνται.

Ανεξάρτητα από τον τρόπο εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και από το χρόνο παραμονής του σ' αυτό, χρειάζεται κατανόηση ότι αυτός ο άνθρωπος είναι πάσχων και επομένως απαιτείται η ανάλογη συμπεριφορά απ' όλους και πιά πολύ από την νοσηλεύτρια.

Ο τρόπος υποδοχής του αρρώστου έχει μεγάλη σημασία

γι' αυτόν γιατί τον βοηθάει να περιορίσει κατά ένα μεγάλο μέρος την ανησυχία, τη στεναχώρια, το φόβο και την αγωνία που νοιώθει και αυτό θα πρέπει να το γνωρίζει καλά η νοσηλεύτρια και να το εφαρμόζει.

Η καλή συμπεριφορά της και η βοήθεια ανυψώνει στον ασθενή το ηθικό που είναι πολύ πεσμένο λόγω της ασθένειάς του.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που βρίσκεται κοντά στον ασθενή τις περισσότερες ώρες της ημέρας και επομένως μπορεί να συγκεντρώσει πληροφορίες που μπορούν να βοηθήσουν άμεσα στη διάγνωση της ασθένειας και στο καθορισμό της θεραπείας.

Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών στηρίζεται στην ικανότητα της νοσηλεύτριας να παρατηρεί και να ερμηνεύει ή να επεξηγεί τις παρατηρήσεις. Ακόμα στην ικανότητα επικοινωνίας με τον ασθενή.

Η παρατήρηση συγκεντρώνεται: 1) Στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και τυχόν μεταβολών της, 2) Εκτίμηση της διανοητικής και ψυχικής του κατάστασης, 3) Επισήμανση αντιδράσεων του ασθενή στη θεραπεία και 4) αναγνώριση του περιβάλλοντος του ασθενή.

Η συνεργασία νοσηλεύτριας και ασθενούς αποβαίνει πάντα θετική και βοηθάει στη ψυχική ηρεμία του ασθενούς, ώστε όταν φύγει από το νοσοκομείο να μην υπάρχουν προβλήματα που προέκυψαν από το περιβάλλον, αλλά αυτά μόνο που δημιούργησε η ίδια η ασθένεια.

Όταν έρθει η ώρα για την έξοδό του προειδοποιείται ο

ίδιος ο ασθενής και το περιβάλλον του. Λύνονται όλες οι απορίες και οι ανησυχίες του ασθενούς από την νοσηλεύτρια που αναλαμβάνει να τον ησυχάσει και να του εμπνεύσει αισιοδοξία για την κατάσταση της υγείας του και την αποδοχή της καταστάσεώς του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΜΦΟΡΙΤΙΚΗΣ  
ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

A. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. Αμέσως μετά την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο η νοσηλεύτρια παίρνει πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς από:

- α) τον ίδιο τον άρρωστο
- β) τα μέλη της οικογενειάς του
- γ) άλλα άτομα του περιβάλλοντός του και
- δ) από ιατρικά δελτία.

2. Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια θα πάρει από τον ασθενή ιστορικό της υγείας του που περιλαμβάνει:

- α) Σημείωση παραπόνων του αρρώστου για απώλεια βάρους, αίσθημα κοπώσεως, δύσπνοια μετά από προσπάθεια, αυπνία, ναυτία, νυκτερινή ούρηση.
- β) Συνηθισμένες φυσικές δραστηριότητες του αρρώστου.
- γ) Υγιεινές συνήθειες του αρρώστου (δίαιτα, ύπνος, χρήση αλκοόλ και καφέ).
- δ) Ιστορικό προηγούμενων νόσων.
- ε) Αν χρησιμοποιεί φάρμακα, ή αν είναι αλλεργικός.
- στ) Σημειώνουμε το είδος υποστήριξης που δίνουν τα μέλη της οικογένειας στον άρρωστο και κατά πόσο έχουν κατανοήσει την κατάστασή του.



ζ) Αν υπάρχουν προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο (τι διάγνωση είχε και τι θεραπεία είχε ακολουθήσει).

3. Μετά ακολουθεί η φυσική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς που γίνεται από το γιατρό με τη βοήθεια της αδελφής, και παρατηρούνται τα εξής:

α) Αν υπάρχει βράχυνση της αναπνοής μετά από προσπάθεια που είναι και η πρωιμότερη εκδήλωση.

β) Αν έχει δύσπνοια και τι είδους (ορθόπνοια, παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια κ.α.).

γ) Αν έχει βήχα, απόχρεμψη, σύγχυση, ευερεθιστότητα.

δ) Αν υπάρχουν ρόγχοι στη βάση των πνευμόνων, με την επιδείνωση της κατάστασης όμως ακούγονται ρόγχοι στα ψηλότερα πνευμονικά πεδία.

ε) Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης από την αδελφή, για να διαπιστωθεί αν είναι χαμηλή.

στ) Αν υπάρχει διάγνωση των φλεβών του λαιμού, και οίδημα εξαρτημένων μερών, (ιδιαίτερα στα κάτω άκρα), μετά η αδελφή θα ζυγίσει τον ασθενή για να διαπιστωθεί αν υπάρχει αύξηση του σωματικού βάρους, λόγω κατακράτησης υγρών, έλεγχος για απεικριτικά προβλήματα.

ζ) Αν υπάρχει διάγνωση ήπατος, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, ασκίτης. Εξετάζουμε αν ο ασθενής έχει ψυχρά άκρα εξαιτίας της μείωσης της περιφερικής αιματικής ροής, και τέλος αν διακρίνεται στον ασθενή αγωνία, φόβος, κατάθλιψη για την κατάστασή του, ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

Μετά από όλη αυτή τη διαδικασία η νοσηλεύτρια θα βοηθήσει τον ασθενή να τακτοποιηθεί στη κλινική και στο θάλαμο του, με το δυνατό καλύτερο τρόπο.

Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια βάζει ορισμένους σκοπούς φροντίδας για την αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς και για όσο το δυνατόν μεγαλύτερη βοήθεια το διάστημα που θα παραμείνει στο νοσοκομείο.

Οι Σκοποί της φροντίδας διακρίνονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους σκοπούς.

#### 1. Άμεσοι.

α) Εξασφάλιση συνεργασίας από την νοσηλεύτρια με τον άρρωστο και την οικογένεια.

β) Μείωση του καρδιακού έργου.

γ) Βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς.

δ) Εξασφάλιση οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών για τον καρδιακό μυ και τους άλλους ιστούς του σώματος.

ε) Αναγνώριση και εξαφάνιση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπεία του ασθενούς.

στ) Διόρθωση ανισοζυγίων.

#### 2. Μακροπρόθεσμοι.

α) Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του για υιοθέτηση τρόπου ζωής που θα βρίσκεται μέσα στα όρια της κατάστασης της καρδιάς.

β) Αποκατάσταση του αρρώστου στο μέγιστο δυνατό σημείο.

γ) Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του ώστε να γνωρίσουν κάθε τι που αφορά την κατάσταση του αρρώστου, τα φάρμακα, τη δίαιτα, τις δραστηριότητες, την παρακολούθησή του και για ποιιά σημεία ή συμπτώματα πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό, τέλος την ανάγκη για τακτικό check up.

Οι παραπάνω αυτοί σκοποί επιτυγχάνονται με τη λήψη των μέτρων που ακολουθούν.

Ανάπαυση: Για να μειωθεί ο φόρτος της κυκλοφορίας του αίματος, βασικό είναι ο άρρωστος να βρίσκεται σε φυσική και συναισθηματική ανάπαυση. Η ανάπαυση μειώνει τις απαιτήσεις των ιστών σε οξυγόνο, καθώς και τη δημιουργία και απομάκρυνση των μεταβολιτών γενικά.

Για να εξασφαλίσουμε ικανοποιητική ανάπαυση, τοποθετεί η αδελφή τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Η ημικαθιστική ή ανάρροπη θέση ή στην πολυθρόνα, μέσα σε καλά κλιματισμένο δωμάτιο. Στη θέση αυτή η επιστροφή φλεβικού αίματος στην καρδιά και τους πνεύμονες μειώνεται, η πνευματική συμφόρηση ανακουφίζεται και μειώνεται η πίεση που ασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα.

Στη συνέχεια η Νοσηλεύτρια θα τοποθετήσει στηρίγματα πελμάτων έτσι ώστε να εμποδίζει τον άρρωστο να γλυστρίσει. Αποφεύγεται η τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τα γόνατα ε-

πειδή προκαλεί φλεβική στάση και περιορίζει την άσκηση των ποδιών. Ακόμα τα χέρια του ασθενή ανασηκώνονται και υποστηρίζονται με μαξιλάρια.

Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει ορθόπνοια τοποθετείται από την αδελφή σε καθιστική θέση, με το κεφάλι και τα άκρα να αναπαύονται σε τραπεζάκι η μέση στηρίζεται με μαξιλάρια.

Η θέση στην πολυθρόνα πολλές φορές ανακουφίζει τον άρρωστο, επειδή μειώνει την κατεύθυνση των υγρών από την περιφέρεια στους πνεύμονες.

Η ατομική καθαριότητα του αρρώστου, στο οξύ στάδιο της νόσου, περιορίζεται σε τοπικές πλύσεις. Το λουτρό έχει ευνοϊκές επιδράσεις στον άρρωστο: Προκαλεί μυϊκή χαλάρωση και ενισχύει την κυκλοφορία. Αυτό γίνεται όταν ο άρρωστος μπορεί να αντέξει την κόπωση απ' αυτό, έστω κι αν του γίνει στο κρεβάτι.

Η νοσηλεύτρια πρέπει συνέχεια να θυμάται ότι η παράταση της ακινησίας, όταν συνοδεύεται και από οίδημα, ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια προλαβαίνει την κατάκλιση με εντριβές στα σημεία που πιέζονται και με την τοποθέτηση του ασθενούς σε στρώμα με "εναλλασόμενη" πίεση αέρα.

Όταν η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται, τον ενισχύουμε να αποκτήσει περισσότερες δραστηριότητες, π.χ. να παίρνει μόνος την τροφή, το λουτρό καθαριότητας κ.ά. Η προσαρμογή της καρδιακής λειτουργίας στη νέα κατάσταση παρακολουθείται συστηματικά.

Ο άρρωστος με καρδιακή ανεπάρκεια είναι συνήθως ανήσυχος και άπνους τη νύχτα. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να του εξασφαλίσει αν είναι δυνατόν ένα ήσυχο δωμάτιο που να αερίζεται καλά για να τον βοηθήσει έτσι να κοιμηθεί ήσυχα. Ακόμα η παρουσία ενός μέλους της οικογένειας κοντά του ή το φως τη νύχτα, πολλές φορές τον βοηθούν στη μείωση της ανησυχίας του. Η χρήση υπνωτικών φαρμάκων πρέπει να είναι περιορισμένη και να προσπαθεί η νοσηλεύτρια να δώσει να καταλάβει ο άρρωστος ότι πρέπει να προσπαθήσει μόνος του να κοιμηθεί και όχι με την βοήθεια των υπνωτικών που πολλές φορές ζητούν οι άρρωστοι.

Άλλος ένας βασικός παράγοντας για την ανάπαυση του ασθενούς είναι η ηρεμία. Η σωματική και ψυχική ηρεμία είναι συνήθως η σημαντικότερη πλευρά της θεραπευτικής αγωγής στα αρχικά στάδια της καρδιακής ανεπάρκειας, Γι' αυτό πρέπει να επιδιώκεται, με αποφυγή ερεθισμάτων, που θα διεγείρουν, ταραξουν και εκνευρίσουν τον άρρωστο και με τη χορήγηση, σε συνεργασία με το γιατρό, ηρεμιστικών φαρμάκων.

Φάρμακα: α) Χορήγηση μορφίνης εφόσον δεν είναι χαμηλός ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός. Η μορφίνη απαλλάσει τον άρρωστο από την αγωνία, ειδικά αν υπάρχει δύσπνοια, γιαυτό χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση από την αδελφή για την εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου. Επίσης προκαλεί ένα βαθμό περιφερικής φλεβικής διαστολής.

β) Χορήγηση διουρητικών: Παρακολούθηση ηλεκτρολυτών,

PH και ουρίας αίματος. Με τη χορήγηση διουρητικών δίνουμε στον άρρωστο κάλιο, γιατί αυτό αποβάλλεται με τα ούρα και η μείωση του καλίου στο αίμα φέρει δυσμενείς επιδράσεις στη λειτουργία του μυοκαρδίου. Το είδος και η δόση του διουρητικού καθορίζεται από το γιατρό. Τα συνήθη διουρητικά που χορηγούνται είναι:

Θειαζιδικά διουρητικά.

Lasix.

Aldactone.

Dyrenium.

Στη συνέχεια για να εκτιμηθεί η ευνοϊκή επίδραση των διουρητικών, επιβάλλεται να γίνεται από την νοσηλεύτρια τα ακόλουθα:

α. Καθημερινή μέτρηση και αναγραφή του βάρους του σώματος του αρρώστου, την ίδια ώρα για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.

β. Ακριβής μέτρηση και καταγραφή των υγρών που παίρνονται και αποβάλλονται.

γ. Υπονατριούχος δίαιτα σε συνδυασμό με περιορισμό της ποσότητας των προσλαμβανόμενων υγρών.

δ. Χρησιμοποίηση σε συνεννόηση με το γιατρό, υποκαταστάτων του χλωριούχου νατρίου. Χρησιμοποίηση μέσων, για να γίνεται πίο εύληπτη η τροφή.

ε. Τακτικός προσδιορισμός νατρίου αίματος. Το σύνδρομο υπονατριαιμίας εκδηλώνεται με αδυναμία, ναυτία και εμέτους.

Η καταγραφή όπως αναφέραμε του ισοζυγίου υγρών και

του βάρους του σώματος του αρρώστου είναι ένας άριστος και απλός τρόπος να εκτιμήσουμε αν κατακρατούνται υγρά από τον οργανισμό και να αξιολογήσουμε τη λειτουργία της καρδιάς και των νεφρών.

Με τον τρόπο αυτό, η τάση για κατακράτηση υγρών, ενδεικτικό σημείο καρδιακής ή νεφρικής ανεπάρκειας, επισημαίνεται έγκαιρα.

Ακόμα η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει και τη χορήγηση δακτυλίτιδας. Η δακτυλίτιδα προκαλεί εντονότερη συστολή και μειώνει τη ταχύτητα του καρδιακού παλμού. Έτσι, αυξάνει τον κατά λεπτό όγκο αίματος, μειώνει το μέγεθος της καρδιάς, τη φλεβική πίεση, τον όγκο του αίματος (με αύξηση του ποσού των ούρων) και τον βαθμό του οιδήματος.

Η δόση του φαρμάκου καθορίζεται από το γιατρό. Στην αρχή δίνεται δόση εφόδου, για να επιφέρει το πλήρες θεραπευτικό αποτέλεσμα του φαρμάκου. Κατόπιν, χορηγείται μια ημερήσια δόση, τόση ώστε να αντικαθιστά το φάρμακο που μεταβολίζεται ή αποβάλλεται και να διατηρεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα χωρίς τοξικά φαινόμενα.

Τα σκευάσματα της δακτυλίτιδας είναι: Διγίτοξίνη, Διγοξίνη, Δεσλανοσίδη (ενέσιμη), Ακετυλδιγίτοξίνη, Ουαπαΐνη (ενέσιμη). Αυτά τα σκευάσματα πρέπει να γνωρίζει καλά η νοσηλεύτρια, καθώς επίσης και τις κλινικές χρήσεις αυτών.

Οι κλινικές χρήσεις της δακτυλίτιδας είναι:

1. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
2. Κολπική μαρμαρυγή.
3. Κολπικός πτερυγισμός.

4. Παροξυσμική κολπική ταχυκαρδία.

5. Πριν από καρδιακή χειρουργική.

Όταν ο άρρωστος παίρνει δακτυλίτιδα πρέπει να παρακολουθείται συνέχεια από την νοσηλεύτρια για τυχόν εμφανισθέντα συμπτώματα και για την άμεση και γρήγορη αντιμετώπιση αυτών.

Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια αντιληφθεί την παρουσία συμπτωμάτων το αναφέρει αμέσως στο γιατρό, που συνήθως διακόπτει τη δακτυλίτιδα.

Η νοσηλεύτρια πριν δώσει οποιοδήποτε φάρμακο στον ασθενή, μετράει πρώτα την αρτηριακή πίεση και τους σφυγμούς αυτού. Σε περίπτωση βραδυσφυγμίας (60 σφυγμοί / 1' και κάτω) συνεννοούμαστε με το γιατρό, για το αν θα συνεχιστεί το φάρμακο ή όχι.

Η παρουσία των τοξικών αυτών εκδηλώσεων της δακτυλίτιδας που απαιτεί στενή παρακολούθηση για την εμφάνισή τους, διακρίνονται σε καρδιακά, νευρολογικά, γαστρεντερικά κ.ά.

Μερικά από τα συμπτώματα αυτά είναι :

1. Κοιλιακές έκτακτες συστολές.
2. Κοιλιακή ταχυκαρδία πρόδρομος κοιλιακού ινιδισμού
3. Κολπική ταχυκαρδία με ή χωρίς αποκλεισμό. Συχνότερα παρουσιάζεται σε αρρώστους με ένδεια καλίου. Εξαιτίας διουρητικής θεραπείας.
4. Χαμηλός καρδιακός ρυθμός συμπεριλαμβανόμενης και της κολπικής βραδυκαρδίας και αποκλεισμός πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού.



5. Κατάθλιψη και μεταβολές προσωπικότητας.

6. Οπτικές παραισθήσεις, φωτοφοβία, σκοτώματα, αμαυρωμένη όραση, πονοκέφαλος, ζάλη, σπασμοί, περιφερική νευρίτιδα, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.

7. Ανορεξία, ναυτία, έμετοι, διάρροια.

Ετσι λοιπόν όταν γίνουν αντιληπτά, όπως αναφέραμε και πιο πάνω μερικά απ' αυτά τα συμπτώματα αναφέρονται στο γιατρό για να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα για την αντιμετώπιση της δηλητηριάσεως από τη δακτυλίτιδα.

Στο μεταξύ η νοσηλεύτρια μπορεί να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες στον ασθενή όταν παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα, μέχρι να παρουσιαστεί ο γιατρός και να δώσει οδηγίες

Αμέσως θα ενεργήσει και θα βγάλει στον ασθενή Η.Κ.Γ. για να εκτιμηθεί από τον γιατρό σε τι κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής.

Όταν ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία και έμετο, η νοσηλεύτρια αμέσως περιορίζει ή διακόπτει τη χορήγηση υγρών από το στόμα, στη συνέχεια θα τοποθετήσει τον ασθενή με μεγάλη προσοχή σε ύπτια θέση και του συνιστά να παίρνει βαθιές αναπνοές. Θα γυρίσει το κεφάλι του προς το πλάι για τον έμετο και μετά θα καθαρίσει τη στοματική κοιλότητα του ασθενή.

Στη συνέχεια θα ενισχύσει τον άρρωστο ψυχολογικά για να μπορέσει να ξεπεράσει το φόβο που έχει και τις παραισθήσεις. Θα τον συμβουλέψει να ηρεμήσει, να μην κουράζει τον εαυτό του και ότι όλα θα πάνε καλά. Η παρουσία της νο-

σηλεύτριας κοντά του τον βοηθά πάρα πολύ.

Η αδελφή παραμένει κοντά του για την παρακολούθηση της εξέλιξης της κατάστασής του και για να του εξασφαλίζει ένα ήρεμο περιβάλλον και να αξιολογεί την συνεχώς εξελισσόμενη κατάσταση του και να αναφέρει στο γιατρό.

Έτσι λοιπόν με όλες αυτές τις ενέργειες, με την άμεση διακοπή της δακτυλίτιδας και την βοήθεια της αδελφής και του γιατρού, μπορούμε να πούμε ότι ο άρρωστος επανήλθε και ισοροπίασε η κατάσταση του από τη δηλητηρίαση της δακτυλίτιδας.

Στη συνέχεια όμως πρέπει να αναφέρουμε ότι γίνεται εξέταση της νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς. Η νεφρική ανεπάρκεια προδιαθέτει σε δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα, ειδικά από σκευάσματα βραχείας δράσης, όπως η διγοξίνη. Ακόμα η υποκαλιαίμια ευαισθητοποιεί την καρδιά στα τοξικά αποτελέσματα της δακτυλίτιδας. Συχνός προσδιορισμός των επιπέδων των ηλεκτρολυτών, ειδικά αν χορηγούνται με καλιοσυνηρητικά διουρητικά.

Χρειάζεται επίσης μεγάλη προσοχή, όταν η δακτυλίτιδα χορηγείται σε αρρώστους με διαταραχές στην κοληοκοιλιακή αγωγή.

Σ' αυτή την περίπτωση η αδελφή πρέπει πάλι να έχει την ικανότητα για εκτίμηση των κλινικών αποκρίσεων του αρρώστου στη δακτυλίτιδα, (μείωση του βαθμού της δύσπνοιας, των υγρών ρόγχων, της ηπατομεγαλίας, του περιφερικού οιδή-

ματος).

Άλλο ένα μέσο θεραπείας είναι η οξυγονοθεραπεία για βελτίωση της οξυγόνωσης των ιστών και μείωση του βαθμού δύσπνοιας. Το οξυγόνο χορηγείται από την αδελφή με ρινικές κάνουλες ή μάσκες.

Ακόμα πρέπει να αναφέρουμε και τη δίαιτα.

Δίαιτα: Τα χαρακτηριστικά της δίαιτας του αρρώστου με καρδιακή ανεπάρκεια είναι:

1. Μικρά και συχνά γεύματα (ο γαστρικός φόρτος επιβαρύνει την κυκλοφορία).

2. Περιορισμός των θερμίδων.

3. Περιορισμός του λίπους.

4. Περιορισμός του νατρίου.

5. Αποφυγή τροφών που σχηματίζουν αέρια (για αποφυγή ανύψωσης του διαφράγματος και δημιουργία δύσπνοιας και παρεμπόδιση του έργου της καρδιάς).

6. Αποφυγή δύσπεπτων τροφών.

7. Περιορισμός των υγρών.

Ο ασθενής βοηθείται από την αδελφή να καταλάβει πως τα παραπάνω επηρεάζουν την κατάστασή του. Η κατανόηση αυτή βοηθεί στην εφαρμογή του κατάλληλου διαιτολογίου μετά την απομάκρυνσή του από το νοσοκομείο.

Άλλο ένα μέτρο που παίρνεται είναι η κένωση του εντερικού σωλήνα. Το έντερο πρέπει να κενώνεται κανονικά για τους εξής λόγους:

1. Η παρουσία των κοπράνων στις εντερικές έλικες αυξάνει το περιεχόμενο της κοιλίας. Αυτό συμβάλλει στην πίεση του διαφράγματος και της καρδιάς και παρεμποδίζει έτσι το έργο της.

2. Η αποβολή συγκεντρωμένων κοπράνων από το έντερο χρειάζεται σημαντική μυική δύναμη, που είναι επικίνδυνη για τον άρρωστο.

Στην κένωση του εντέρου βοηθά η λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη, κατάλληλες ασκήσεις που υποδεικνύει η αδελφή στον άρρωστο, υπακτικά φάρμακα, μετά από συννεύση με το γιατρό.

Άλλος ένας παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενούς είναι ο ψυχολογικός. Ο ασθενής έχει ανάγκη, χρειάζεται ψυχολογική ενίσχυση, γιατί όπως αναφέραμε το ηθικό του είναι πεσμένο, αισθάνεται φόβο, έχει αγωνία για το πως θα καταλήξει, αισθάνεται ότι πλησιάζει το τέλος, ότι από εδώ και στο εξής θα είναι άχρηστο μέλος της κοινωνίας και δεν θα μπορεί να προσφέρει τίποτα και σε κανέναν.

Εδώ ακριβώς χρειάζεται η νοσηλευτική παρέμβαση. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογήσει τη συγκινησιακή κατάσταση του αρρώστου και να προσπαθήσει να μειώσει την αγωνία και το φόβο του, με διάθεση χρόνου για ακρόαση των προβλημάτων του και με επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος για τη λύση τους.

Βοήθεια του αρρώστου να κινητοποιήσει όλη του την ά-

μυνα, για να διαπραγματευθεί ο ίδιος με τους φόβους του. Λύση αποριών και διευκρινίσεις πληροφοριών, που έδωσε ο γιατρός στον άρρωστο. Τονίζει στον άρρωστο ότι η ζωή του μπορεί να συνεχισθεί ομαλά όπως και πρώτα, φυσικά αν το θέλει και αυτός.

Προσπαθεί να του αποσπάσει την προσοχή τονίζοντάς του ότι μπορεί να ασχοληθεί με άλλα ενδιαφέροντα, και ότι η πνευματική απασχόληση, όπως και η σωματική θα τον ωφελήσει, αν δεν κουράζει φυσικά την καρδιά. Ακόμα ότι μπορεί να επιστρέψει στην εργασία του, όταν αυτή φυσικά δεν είναι κουραστική και αγχώδης και δεν τον πιέζει έτσι ώστε να προβληματίζεται και να επιδινώνει αυτό την κατάστασή του.

Όλα αυτά τον εμπυχώνουν και του δίνουν κουράγιο για να συνεχίσει τη ζωή του και να κερδίσει ξανά το χαμένο βάρος του.

Σχέδιο διδασκαλίας και εκπαίδευσης του αρρώστου.

Μόλις ο άρρωστος περάσει την οξεία φάση της νόσου, η νοσηλεύτρια αρχίζει να χρησιμοποιεί ευκαιρίες για την ενημέρωσή του γύρω από την ανάγκη προσαρμογής στο νέο τρόπο ζωής. Οι τομείς διδασκαλίας ή ενημερώσεως περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Εξήγηση της διεργασίας της νόσου. Διδασκαλία από την νοσηλεύτρια των συμπτωμάτων και σημείων που μπορεί να ξαναπαρουσιαστούν:

α) Αύξηση του βάρους του σώματος περισσότερο από 0,9-

1,4 kg σε μερικές ημέρες. Ζύγιση την ίδια ώρα της ημέρας με τα ίδια ρούχα.

β) Διόγνωση των ποδοκνημικών αρθρώσεων.

γ) Επίμονος βήχας.

δ) Ανορεξία, αίσθημα κοπώσεως, συχνή νυκτερινή ούρηση.

Όλα αυτά πρέπει να παρατηρούνται με πολύ προσοχή από τον ασθενή και να αναφέρονται με την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό.

2. Αναθεώρηση του φαρμακευτικού και διαιτητικού θεραπευτικού σχήματος.

α) Ετικέτες σε όλα τα φάρμακα.

β) Του δίνονται γραπτές οδηγίες για τη δακτυλίτιδα και τη διουρητική θεραπεία. Σύστημα για να τσεκάρει ο ίδιος ότι πήρε τα φάρμακά του.

γ) Μέτρηση και αναγραφή της συχνότητας του σφυγμού.

δ) Γνώση των συμπτωμάτων και σημείων που δείχνουν δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα και υποκαλιαιμία, ώστε να μπορεί να ενεργήσει αμέσως, να καταλάβει τι συμβαίνει και να ειδοποιήσει γιατρό.

ε) Επισημαίνουμε σ' αυτόν ότι το διάλυμα καλίου από το στόμα, να το αραιώνει σε χυμό φρούτου και να τον παίρνει μετά το φαγητό.

στ) Να ελέγχει τις ετικέτες των φαρμάκων (αντιόξινων, υπακτικών) για την περιεκτικότητά τους σε νάτριο. Να ελέγχει και να ζητάει να μάθει για την περιεκτικότητα του νερού, που πίνει σε νάτριο.

Τέλος συμβουλευόμαστε τον άρρωστο να παραδεχτεί την κατάσταση του και να συμμορφωθεί πλήρως με το θεραπευτικό

αυτό σχήμα.

3. Διαιτολόγιο: Η νοσηλεύτρια θα φροντίσει να εξασφαλίσει στον ασθενή γραπτό διαιτητικό πλάνο με τις τροφές που μπορεί να πάρει ή τις τροφές που απαγορεύονται. Το φαγητό πρέπει να έχει περιορισμένο νάτριο, να αποτελείται από εύπεπτες τροφές και να δίνεται σε μικρά γεύματα. Η διαιτολόγος ενημερώνει τον άρρωστο για τροφές πλούσιες σε νάτριο που πρέπει να αποφεύγει, όπως χοιρινό, βούτηρο, τυρί, ψωμί, κέικ, κ.ά.

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο ασθενής τις τροφές που είναι πλούσιες σε νάτριο όταν χρειάζεται να ακολουθήσει αυτή τη δίαιτα. Η δίαιτα αυτή έχει σκοπό να ελαττώσει τον όγκο του αίματος και να ελαφρύνει έτσι την εργασία της καρδιάς. Γι' αυτό πρέπει να ακολουθείται πιστά από τον ασθενή. Εδώ μεσολαβεί και η αδελφή που του τονίζει ότι πάνω από όλα είναι η υγεία του, και η αποκατάσταση αυτής, με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Ακόμα του τονίζει ότι η ανάλατη δίαιτα πρέπει οπωσδήποτε να εφαρμόζεται αυστηρά σε όλα τα γεύματα. Ωστόσο, οι ασθενείς που παίρνουν διουρητικά, επειδή αυτά απομακρύνουν το αλάτι και το νερό συνεχώς από τον οργανισμό, μπορούν κατά καιρούς να παραβιάζουν ελαφρά την αυστηρή δίαιτά τους χωρίς συνέπειες. Αλλωστε εάν έχουν φάει περισσότερο από το επιτρεπόμενο αλάτι, για να αποφύγουν το πνευμονικό οίδημα, μπορούν να πάρουν ένα συμπληρωματικό διουρητικό χάπι.

4. Βάρος του σώματος: Η νοσηλεύτρια θα ενημερώσει α-

κόμα τον άρρωστο για την ανάγκη μετρήσεως του βάρους του σώματός του, για την παρακολούθηση τυχόν αυξήσεως ή μειώσεως αυτού, καθώς και τους όρους για μια ακριβή μέτρησή του (νηστικός, την ίδια ώρα και με τα ίδια ρούχα).

5. Ανάπαυση: Η αδελφή τονίζει στον ασθενή ότι μπορεί να ξαναγυρίσει στην εργασία του εφ' όσον αυτή δεν είναι πολύ κουραστική.

Μονάχα ζώντας μια κανονική ζωή, ο καρδιοπαθής θα καταφέρει να διατηρήσει τη θέση του στο επάγγελμά του και στην κοινωνία. Αυτό είναι το επιπλέον το καλύτερο ψυχολογικό κίνητρο.

Η νοσηλεύτρια τον συμβουλεύει ότι οφείλει να θυμάται την πάθηση της καρδιάς του ακόμα και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα που θα τον ανακαλούσαν στην τάξη και να αποφεύγει τις υπερβολές. Θα πρέπει λοιπόν να προσπαθεί να ακολουθεί αυτά που του έχουν ειπωθεί.

α) Να τρώει συχνά και ελαφρά και να απογεύγει τις μεγάλες ποσότητες. Αν είναι δυνατόν να αναπαύεται μετά το φαγητό. Το βράδυ να ξαπλώνει νωρίς.

β) Να υπολογίζει καλά τα ωράρια της δουλειάς του για να μην αναγκάζεται να τρέχει λαχανιαστά κυνηγώντας το χρόνο.

γ) Να αφήνει στους νεότερους και υγιέστερους συνεργάτες του τις κοπιαστικές εργασίες και εκνευριστικές.

δ) Βαθμιαία αύξηση της βάρδισης ή και άλλων δραστηριοτήτων με την προϋπόθεση ότι δεν προκαλούν κόπωση και δύσπνοια. Να χαλαρώνει και να ηρεμεί κατά τη διάρκεια της ημέ-



ρας, για παράδειγμα, μετά το περπάτημα. Εδώ πρέπει να τονίσουμε στον ασθενή ότι ο αθλητισμός αποτελεί εξαίρετη επανεκπαίδευση, με την προϋπόθεση ότι θα γίνεται κάτω από ιατρική επίβλεψη, η οποία και θα ρυθμίσει τον τρόπο και το χρόνο της αθλητικής δραστηριότητας.

Γενικά οι καρδιοπαθείς επιδίδονται στα σπόρ με μέτρο.

#### 6. Οι καρδιοπαθείς και οι μετεωρολογικές συνθήκες:

Λέμε στον ασθενή να αποφεύγει το πολύ θερμό ή ψυχρό περιβάλλον (το καρδιακό stress αυξάνεται από την περιβαλλοντική θερμότητα και το ψύχος).

Ακόμα η αδελφή του τονίζει ότι θα ωφελήσει πολύ την υγεία του η εγκατάστασή του, σε ήπια κλίματα, που παρουσιάζουν μικρές βαρομετρικές διακυμάνσεις. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στις μεγάλες εποχιακές αστάθειες στην αρχή της άνοιξης και στο τέλος του φθινοπώρου. Είναι η περίοδος των διαταραχών της πήξης του αίματος, και των θρομβώσεων.

Γενικά, ο καρδιοπαθής δεν αγαπά την αστάθεια στις κλιματολογικές συνθήκες, γι' αυτό ακολουθεί πιστά τις συμβουλές και οδηγίες του γιατρού και της αδελφής.

#### 7. Οι καρδιοπαθείς και η δυνατότητα να ταξιδεύουν:

Δεν υπάρχει λόγος να απαγορευτούν τα ταξίδια στους καρδιοπαθείς. Αρκεί όμως και αυτό του το τονίζουμε για να καταλάβει, να τα πραγματοποιεί έχοντας υπόψη ότι ο κουρασμένος καρδιακός μυς δεν έχει εφεδρικές ικανότητες.

Σύμφωνα μ' αυτό η αδελφή θα του εξηγήσει ότι πρέπει να αποφεύγει τα πολύ μεγάλα και κουραστικά ταξίδια που εί-

ναι εξαντλητικά. Να κινούνται με λογική ταχύτητα, αποφεύγοντας τη νευρική ένταση, που είναι αναπόφευκτη στις υπερβολικές ταχύτητες.

Ακόμα του εξηγούμε ότι πρέπει να αποφεύγει τις μέρες με τα μεγάλα μποτιλιαρίσματα, που αυξάνουν τον εκνευρισμό, τους κινδύνους ατυχημάτων και μηχανικής βλάβης. Να αποφεύγουν, αν είναι δυνατόν, τα ταξίδια αστραπή με το αυτοκίνητο ή και με το αεροπλάνο. Να παίρνουν το αεροπλάνο αν το επιθυμούν. Δεν υπάρχει καμιά αντένδειξη, εκτός από εκείνους που πάσχουν από σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια - γνωρίζοντας ότι οι στεφανιαίες αρτηρίες διαστέλλονται στα 2000 μέτρα.

Τέλος μπορούμε να πούμε ότι μπορούν οι καρδιοπαθείς να ταξιδεύουν, αλλά με σύνεση, με προσοχή μεγάλη και χωρίς υπερβολές.

Τελειώνοντας η νοσηλεύτρια υπενθυμίζει στον ασθενή την ανάγκη για περιοδική εξέταση από το γιατρό. Είναι ανάγκη να κατανοήσει ο άρρωστος την αξία των περιοδικών εξετάσεων στα χρονικά όρια που καθορίστηκαν από το γιατρό ή και πιά σύντομα αν επανεμφανισθούν συμπτώματα όπως δύσπνοια, οίδημα, καταβολή δυνάμεων κ.λ.π.

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ  
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής διεργασίας.

Α. Ιστορικό ασθενούς - Σύντομη ανασκόπηση νοσηλείας σε ασθενή που πάσχει από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Στις 10-10-90 και ώρα 10 π.μ. έγινε εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική του Νοσοκομείου Καλαμάτας της ασθενούς Π.Α. που έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια.

Η ασθενής ετών 57, έγγαμος, κάτοικος Καλαμάτας, ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου με δύσπνοια κατά την κόπωση προοδευτικά επιδεινούμενη. Από το ιστορικό που της πήραν αποδείχθηκε ότι πριν 10 μέρες είχε δύσπνοια και την νύχτα.

Η αντιμετώπιση ήταν γρήγορη. Χορηγήθηκε σ' αυτήν οξυγόνο και τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. Στη συνέχεια καθώς συνήλθε προοδευτικά ακολούθησαν διάφορες εξετάσεις όπως: Ro θώρακας η οποία έδειξε καρδιομεγαλία, Η.Κ.Γ. που παρουσίασε φλεβοκομβική ταχυκαρδία (110/1'), και τέλος εργαστηριακές.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν:

Αιματοκρίτης:	33%
Αιμοσφαιρίνη:	11,1
Λευκά αιμοσφαίρια:	5.000 mm <sup>3</sup>
Ερυθρά αιμοσφαίρια:	3.700 mm <sup>3</sup>
Ουδετερόφιλα:	62
Λεμφοκύτταρα:	36
Μονοκύτταρα:	2
Τ.Κ.Ε.:	10

Επειδή η ασθενής παρουσίασε χαμηλό αιματοκρίτη, έγιναν πάλι εργαστηριακές εξετάσεις στις 11-10-90 οι οποίες έδειξαν αύξηση του Ht.

Αιματοκρίτης:	34%
Αιμοσφαιρίνη:	11
Λευκά αιμοσφαίρια:	6.000 mm <sup>3</sup>
Ουδετερόφιλα:	72
Λεμφοκύτταρα:	34
Ηωσινόφιλα:	3
T.K.E.	10

Στις 12-10-90 έγιναν πάλι εργαστηριακές εξετάσεις και έδειξαν αιματοκρίτη σταθερά 34%. Εγινε ακόμα στην ασθενή και υπερηχογράφημα το οποίο έδειξε:

Ηπαρ: Αύξηση των διαστάσεων του ήπατος (κυρίως της εγκάρσιας διαμέτρου).

Χοληδόχος κύστη: Κ.Φ.

Νεφροί: Κ.Φ.

Πάγκρεας: Κ.Φ.

Σπλην: Κ.Φ.

Η ασθενής ακολούθησε φαρμακευτική αγωγή που καθόρισε ο γιατρός. Επαιρνε: Digoxin 1 tab. 8 π.μ.

Lasix 1/2 tab. 8 π.μ.

Stedon 1 tab. επί ανησυχίας για μια εβδομάδα. Μετά από νοσηλεία και παρακολούθηση 10 ημερών η ασθενής πήρε εξιτήριο και της δόθηκαν φυσικά οδηγίες για συχνή παρακολούθηση της υγείας της στο γιατρό. Συστάθηκε

στην ασθενή να συνεχίσει τη λήψη των φαρμάκων όπως καθόρισε ο γιατρός.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Δύσπνοια	-Ανακούφιση του ασθενούς.	-Ύψωση του ασθενούς για τη συγκεκριμένη θέση του. -Μείωση των αναγκών των ιστών σε O <sub>2</sub> . Εξασφάλιση O <sub>2</sub> . -Χορήγηση κατάλληλου καταπραΰντικού για μείωση του φόρτου κυκλοφορίας. -Δίαιτα ελαφρά, υπερθερμική με περιορισμένη κυτταρίνη και τροφές που δημιουργούν αέρια.	-Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. -Χορηγήθηκε οξυγόνο με ρινικές κάνουλες για 10' λεπτά. -Έγινε 1amp μορφίνη I.M. -Συχνά και μικρά γεύματα.	-Μειώνεται η επιστροφή φλεβικού αίματος στην καρδιά και η πνευμονική συμφόρηση -Βελτιώνεται η οξυγόνωση των ιστών. -Βελτίωση της αναπνοής. -Ο άρρωστος απαλλάσσεται από την αγωνία που δημιουργεί η δύσπνοια. -Δημιουργείται μικρή περιφερική φλεβική διαστολή. -Αποφεύγεται η ανύψωση του διαφράγματος. -Μειώνεται ο γαστρικός φόρτος.
Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια	-Μείωση του καρδιακού έργου.	-Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση. -Μείωση του φόρτου κυκλοφορίας. -Χορήγηση φαρμάκου.	-Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι. -Περιορίστηκαν τα υγρά του ασθενούς και το κλωριούχο νάτριο. -Δόθηκε 1 caps adalat υπογλωσσίως στον ασθενή.	-Μειώνεται η επιστροφή του φλεβικού αίματος στη καρδιά. -Περιορίζεται ο ολικός όγκος αίματος. -Βελτίωση της αναπνοής. Ο ασθενής αναπνέει πιο καλά.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Παροξυσμική νυκτερινή δύσπνοια	-Μείωση του καρδιακού έργου.	-Διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στο επίπεδο των 15 °C. -Εξασφάλιση O <sub>2</sub>	-Έγινε διατήρηση του θαλάμου στους 15 <sup>0</sup> C. -Εφαρμόσθηκε O <sub>2</sub> για 15' λεπτά.	-Διευκολύνει την εύπνοια και δημιουργεί άνεση στον άρρωστο. -Καλύτερη οξυγόνωση του αρρώστου.
Κόπωση και αδυναμία.	-Δημιουργία συνθηκών φυσικής ανάπαυσης. -Περιορισμός κόπωσης.	-Κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου. -Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου. -Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος.	-Βοήθεια του αρρώστου για ατομική καθαριότητα και για διατροφή. -Δόθηκε 1 tab Iexotanil. -Περιορισμός επισκεπτών.	- Περιορίστηκε η κόπωση και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα. -Ο ασθενής πρέμψε και κοιμήθηκε.
Κυάνωση	-Αποκατάσταση φυσιολογικού χρώματος στον ασθενή.	-Μείωση του φόρτου κυκλοφορίας. -Ικανοποιητική θερμοκρασία περιβάλλοντος. -Ενίσχυση της καρδιακής λειτουργίας.	-Χορήγηση O <sub>2</sub> με συσκευή αναπνοής διαλείπουσας θετικής πίεσης. -Έγινε αερισμός του δωματίου. -Δόθηκε 1 tab Digoxin.	-Βελτιώθηκε η οξυγόνωση των ιστών. -Παρακολούθηση της αποκατάστασης του χρώματος. -Αύξηση της συστολής της καρδιάς.



ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
<p>Ηπατομεγαλία Ασκίτης.</p>	<p>-Ανακούφιση του αρρώστου.</p>	<p>-Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση.</p> <p>-Υποβοηθούμε τη διάθεση του αρρώστου για φαγητό.</p> <p>-Καθημερινή μέτρηση του βάρους του σώματος.</p>	<p>-Τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση.</p> <p>-Βοηθήσαμε τον άρρωστο και έλαβε την τροφή του.</p> <p>-Μέτρηση του βάρους την ίδια ώρα και υπό τις ίδιες συνθήκες.</p>	<p>-Χαμηλή φλεβική πίεση.</p> <p>-Η συμφόρηση των σπλάχνων οδηγεί σε ανορεξία.</p> <p>-Βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.</p>
<p>Ανησυχία και αγωνία εξαιτίας της ασθένειας.</p>	<p>-Ενίσχυση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</p>	<p>-Πρόληψη συναισθηματικής εντάσεως.</p> <p>-Καταπολέμηση και περιορισμός της αγωνίας, διατήρηση σε ήρεμη κατάσταση.</p>	<p>-Ευζήτηση και επαρκής ενημέρωση για ότι τον αφορά.</p> <p>-Ενημέρωση και λύση των αποριών του, εξήγηση και πλήρης κατατόπιση της ιατρικής παρέμβασης, χορήγηση ηρεμιστικού. (stедon 5mg 1 tab).</p>	<p>-Η συναισθηματική ένταση αυξάνει το έργο της καρδιάς.</p> <p>-Μείωση της ανησυχίας του αρρώστου,επήλθε ηρεμία.</p>

Β. Ιστορικό ασθενούς - Σύντομη ανασκόπηση νοσηλείας σε ασθενή που πάσχει από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Στις 7-9-90 και ώρα 8.30 π.μ. έγινε εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική του Νοσοκομείου Καλαμάτας του ασθενούς Ο.Ι. με διάγνωση από τον εφημερεύοντα γιατρό καρδιακή ανεπάρκεια.

Ο ασθενής ετών 60, έγγαμος, αγρότης, κάτοικος Μεσσηνίας ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου με έντονη δύσπνοια, με αγωνιώδες πρόσωπο, ωχρός και κατά τη διάρκεια της εξέτασης διαπιστώθηκαν οιδήματα στα κάτω άκρα.

Η κατάσταση του ασθενούς αντιμετωπίσθηκε αμέσως.

Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση και εφαρμόσθηκε σ' αυτόν οξυγόνο με μάσκα. Στη συνέχεια έγινε με εντολή γιατρού 1 amp Lasix, για διευκόλυνση της διούρησης.

Αφού συνήλθε προοδευτικά ο ασθενής στη συνέχεια ακολούθησαν διάφορες εξετάσεις, όπως: Ro θώρακος η οποία έδειχνε αύξηση του μεγέθους των κοιλοτήτων, Η.Κ.Γ. που έδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία συχνότητας (110/1), και τέλος εργαστηριακές.

Η Γενική αίματος έδειξε:

Αιματοκρίτης:	48%
Αιμοσφαιρίνη:	16,3
Λευκά αιμοσφαίρια:	8.500 mm <sup>3</sup>
Ουδετερόφιλα:	84
Λεμφοκύτταρα:	6
Μονοκύτταρα:	3

Το υπερηχογράφημα που έγινε έδειξε:

Ήπαρ: Αύξηση των διαστάσεων της ηχογένειας του ήπατος

Χολυδόχος κύστη: Κ.Φ.

Νεφροί: Μεγάλη κύστη (0,5 cm) στο δεξιό  
νεφρό, μικρή κύστη αριστερού νεφρού (3,20 cm).

Πάγκρεας: Κ.Φ.

Σπλην: Κ.Φ.

Ο ασθενής έμεινε 12 μέρες στο Νοσοκομείο και ακολού-  
θησε φαρμακευτική αγωγή. Τα φάρμακα που έπαιρνε ήταν:

Digoxin 1 tab. 8 π.μ.

Aldacton 1 tab. 8 π.μ.

Lexotanil 1 tab. επί ανησυχίας.

Ο ασθενής παρακολουθήθηκε για την εξέλιξη της υγείας  
του και αφού η κατάστασή του σταθεροποιήθηκε πήρε εξιτήριο

Κατά την έξοδό του συστήθηκε να ακολουθήσει την αγωγή  
που είχε στο Νοσοκομείο και ότι είναι απαραίτητο να κάνει  
σε τακτά χρονικά όρια επανέλεγχο της υγείας του.

Τέλος δόθηκαν συμβουλές απ' τη νοσηλεύτρια για το τι  
πρέπει να προσέχει και να αποφεύγει και με την εμφάνιση  
οποιασδήποτε ανωμαλίας να συμβουλευεται αμέσως το γιατρό  
του.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.
Δύσπνοια εκμόχθου.	Μείωση της δυσπνοιας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ετοιμασία των αντικειμένων για οξυγονοθεραπεία.</li> <li>-Κατάλληλη θέση του ασθενούς και ενημέρωση για τη θέση που θα πάρει.</li> <li>-Ανάπαυση και καλά κλιματισμένο δωμάτιο. Παρακολούθηση της κατανοήσεως και αποδοχής της φυσικής αναπαύσεως από τον άρρωστο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Τοποθέτηση μάσκας οξυγόνου στον ασθενή για 10' λεπτά της ώρας.</li> <li>-Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι.</li> <li>-Ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι. Γίνεται αερισμός του δωματίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Διευκολύνθηκε η αναπνοή και ο άρρωστος αναπνέει με περισσότερη ευκολία.</li> <li>-Με τη θέση αυτή μειώθηκε η φλεβική επιστροφή στη καρδιά και τη πνευμονική συμφόρηση και αυξάνει τη ζωτική χωριτικότητα και μειώνει τη πίεση που εξασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα.</li> <li>-Η ανάπαυση δημιουργεί ηρεμία στον ασθενή και άνεση, διευκολύνεται έτσι η αναπνοή.</li> </ul>
Οιδήματα	-Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα αυξήσεως του όγκου του αίματος.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Περιορισμός λαμβανόμενων υγρών. Αυστηρό ισοζύγιο υγρών.</li> <li>-Περιορισμός κλωριούχου νατρίου (αλάτι). Υπονατριούχος δίαιτα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Γίνεται μέτρηση ακριβής των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>-Χορηγούνται στον ασθενή υποκατάστατα κλωριούχου νατρίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Περιορίζεται ο ολικός όγκος αίματος.</li> <li>-Παρατηρείται ανακούφιση του αρρώστου.</li> </ul>

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Οιδημάτα	-Περιορισμοί οδημάτων.	-Χορήγηση διουρητικών. -Χορηγούμε συμπληρωματικά Κ από το στόμα. -Παρακολούθηση ηλεκτρολυτών, ΡΗ και ουρία αίματος και συμπτώματα υποκαλιαιμίας. -Περιποίηση του δέρματος των περιοχών του οιδήματος.	-Έγινε 1 amp Lasix I.M. -Δώθηκε 1 tab στον ασθενή aldacton. -Μέτρηση του βάρους του σώματος (την ίδια ώρα καθημερινά και κάτω από τις ίδιες συνθήκες σίτισης, ενδύσεως κ.α. -Εφαρμόσθηκαν κομπρέσες στα σημεία των οιδημάτων.	-Μείωση του καρδιακού έργου.  -Επιτυγχάνεται περιορισμός των οιδημάτων σε μεγάλο βαθμό.  -Παρατηρείται ανακούφιση του ασθενούς.
Ολιγουρία.	-Αποκατάσταση της ολιγουρίας του αρρώστου.	-Χορήγηση διουρητικού φαρμάκου. -Χορήγηση Κ. -Μέτρηση των λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. -Μέτρηση βάρους σώματος καθημερινά.	-Έγινε 1 amp Lasix. -Δόθηκε 1 tab Niocef. -Γίνεται ακριβής μέτρηση και καταγραφή. -Ζυγίστηκε ο ασθενής την ίδια ώρα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες.	-Παρατηρείται αύξηση της διούρησης.  -Καλύτερευση της κατάστασης του αρρώστου.  -Καταγραφή του βάρους και εκτίμηση της πορείας του ασθενούς προς το καλύτερο.

ΕΣΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Αγωνία και φόβος για την εξέλιξη της κατάστασής του.	-Περιορισμός του φόβου και της αγωνίας.	-Συζήτηση με τον ασθενή και λύση των αποριών του. Ενθάρρυνση.	-Εξήγηση για τη πορεία της ασθένειάς του και διαβεβαίωση ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο.	-Μείωση της αγωνίας και του φόβου.
Φόβος του ασθενούς για αποκατάστασή του.	-Απομάκρυνση του φόβου.	-Πρόληψη έντονης συναισθηματικής εντάσεως (έντονη χαρά ή λύπη).	-Απασχόληση του αρρώστου με διάφορα θέματα για να μπορέσει να ξεχάσει το πρόβλημά του.	-Ο ασθενής είναι πλέον ήρεμος και ήσυχος.
		-Βοήθεια του ασθενούς να κινητοποιήσει όλη του την άμυνα, για να διαπραγματευθεί, ό ίδιος με τους φόβους του.	-Έναρξη συζήτησης υποστήριξης του ασθενούς, μακροχρόνιων σχεδίων, ώστε να βοηθηθεί να αλλάξει τρόπο ζωής.	-Παρατηρείται καλή ψυχική κατάσταση.

Γ. Ιστορικό ασθενούς - Σύντομη ανασκόπηση νοσηλείας σε ασθενή που πάσχει από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Στις 16-9-90 και ώρα 5.30 μ.μ. έγινε εισαγωγή στην Καρδιολογική κλινική του Νοσοκομείου Καλαμάτας του ασθενούς Α.Δ. με διάγνωση από τον εφημερεύοντα γιατρό καρδιακή ανεπάρκεια.

Ο ασθενής ετών 62 έγγαμος, ιδιωτικός υπάλληλος και κάτοικος Καλαμάτας ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, με δύσπνοια, κόπωση, θόλωση της διανοίας και ολιγουρία.

Αντιμετωπίσθηκε άμεσα με τοποθέτηση αυτού σε ανάρροπη θέση και οξυγονοθεραπεία. Στη συνέχεια έγινε 1 amp Lasix I.V. για αντιμετώπιση της ολιγουρίας. Ο ασθενής βρισκόταν υπό συνεχή παρακολούθηση μέχρι καλύτερευση της κατάστασής του.

Από το σύντομο ιστορικό που πήραν ο γιατρός και η νοσηλεύτρια, ο ασθενής είχε παρουσιάσει πριν 15 ημερών ξανά δύσπνοια και ταχυκαρδία. Αφού ο ασθενής συνήλθε προοδευτικά υποβλήθηκε δε διάφορες εξετάσεις όπως: Ro θώρακος η οποία έδειξε υπερτροφία της αριστεράς και δεξιάς κοιλίας. Η Κ.Γ. το οποίο παρουσίαζε φλεβοκομβική ταχυκαρδία, και διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις.

Η Γενική αίματος έδειξε:

Αιματοκρίτης:	38%
Αιμοσφαιρίνη:	11,2
Λευκά αιμοσφαίρια:	8.700 mm <sup>3</sup>

Ουδετερόφιλα:	82
Λεμφοκύτταρα:	10
Μονοκύτταρα:	6

Στο διάστημα που παρέμεινε ο ασθενής στη κλινική έγιναν και άλλες εξετάσεις για παρακολούθηση της εξέλιξης της κατάστασής του. Ανάμεσα στις εξετάσεις ήταν και υπερηχογράφημα το οποίο έδειξε:

Ήπαρ:	Μικρή διόγκωση του ήπατος.
Χολυδόχος κύστη:	Κ.Φ.
Νεφροί:	Κ.Φ.
Πάγκρεας:	Κ.Φ.
Σπλην:	Κ.Φ.

Ο ασθενής πήρε και φαρμακευτική αγωγή που περιλαμβάνει:

Digoxin 1/2 tab. 6 π.μ.

Isortin 40 mg 1 tabl. 8 π.μ.

Lasix 1 tab. 8 μ.μ.

Γινόταν και συχνός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας και των ηλεκτρολυτών. Ακόμα επί Α.Π. γίνονταν 2 amp Lasix για να πέφτει.

Ο ασθενής μετά από αποκατάσταση της υγείας του προς το καλύτερο πήρε εξιτήριο στις 28/9/90. Φυσικά πριν την έξοδό του δώθηκαν οδηγίες και συμβουλές για την περίοδο ανάρρωσής του για πρόληψη υποτροπής. Ενημερώθηκε για τη φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει και την αποφυγή υπερβολικής και απότομης φυσικής προσπάθειας.

Τέλος η νοσηλεύτρια σύστησε σ' αυτόν να επισκέφεται αρκετά συχνά το γιατρό για παρακολούθηση της υγείας του.



ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΟΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Βήχας	-Εξάλιψη του βήχα.	-Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών.	-Δώθηκε στον ασθενή αμινοφυλλίνη 1ampIV 240mg(με εντολή γιατρού).	-Παρατηρείται καλάρωση του βρογχοσπάσμου, αύξηση της νεφρικής αιματώσεως, μείωση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως και μείωση τη περιφερικής φλεβικής πίεσεως.
Αύξηση της Α.Π. (180 mm Hg).	-Σταθεροποίηση της Α.Π. στις φυσιολογικές τιμές.	-Ακριβής μέτρηση της Α.Π. μέχρι σταθεροποίησή της. -Χορήγηση διουρητικών.	-Έγινε μέτρηση της Α.Π. και καταγράφηκε. -Έγιναν 2mp Lasix I.V (με εντολή γιατρού).	-Η αρτηριακή πίεση επανήλθε στις φυσιολογικές τιμές της.
Δυσχέρεια στην αναπνοή.	-Αποκατάσταση της αναπνοής.	-Εξασφάλιση οξυγόνου στον ασθενή. Κατάλληλη θέση.	-Ο ασθενής παίρνει O <sub>2</sub> με ρινικές κάνουλες για 15'λεπτά. Βρίσκεται σε ανάρροπη θέση.	-Ο ασθενής αναπνέει καλύτερα και πιο ήρεμα.
Ανησυχία του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του.	-Απομάκρυνση της ανησυχίας του ασθενούς.	-Διάθεση χρόνου για ακρόαση των προβλημάτων του και επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος για λύση τους. -Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει να αγωνιά για την εξέλιξη της ζωής του.	-Συζήτηση και λύση των αποριών, διευκρινίσεις πληροφοριών, που έδωσε ο γιατρός στον άρρωστο. -Ενημέρωση και διδασκαλία για προγραμματισμό τη περίοδο της ανάρρωσής του, για ομαλή εξέλιξη της υγείας του.	-Παρατηρείται περιορισμός της ανησυχίας και ανακούφιση του ασθενούς. -Παρατηρείται καλύτερο ψυχικό σθένος μέσω της συζήτησης και της ενθάρρυνσης.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ *	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ
Αίσθημα κοπώσεως.	-Περιορισμός της κοπώσεως.	-Κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου.  -Εξασφάλιση ηρεμίας και καλού ύπνου.	-Βοηθήθηκε ο άρρωστος για τη διατροφή του και την καθαριότητα.  -Χορηγήθηκε 1 tab Iexotanil.	-Ο ασθενής καλάρωσε.  -Εξασφαλίστηκε ο ύπνος στον ασθενή και έτσι δεν αισθάνεται πλέον κόπωση.
Ταχυκαρδία (100-160/1')	-Μείωση της ταχυκαρδίας.	-Ενίσχυση της καρδιακής συστολής.  -Μείωση του αριθμού των σφύξεων.  -Παρακολούθηση ζωτικών σημείων.	-Χορηγήθηκε 1 tab Digoxin.  -Χορηγήθηκε 1 tab isoptin 40mg.  -Μετρήθηκαν και καταγράφηκαν Α.Π. και σφυγμοί.	-Αύξηση της συστολής της καρδιάς και μείωση της συχνότητας του καρδιακού παλμού.  -Εξασφαλίστηκε ηρεμία στο ασθενή έπεσαν οι σφυγμοί  -Εξασφαλίστηκε μείωση της ταχυκαρδίας.
Βήχας	-Εξασφάλιση του βήχα.	-Μείωση του φόρτου κυκλοφορίας με χορήγηση καταπραυντικού φαρμάκου.  -Παροχή οξυγόνου.  -Χορήγηση διουρητικού με γρήγορη δράση.	-Έγινε μορφίνη I.V. με εντολή γιατρού.  -Χορηγήθηκε O <sub>2</sub> (4-5 lit).  -Έγινε 1 amp Lasix I.V. (με εντολή γιατρού) και Κ.	-Ικανοποιητική περιφερική αγγειοδιαστολή.  -Παρατηρούνται βαθιές και αραιές αναπνοές.  -Ανακούφιση του ασθενούς.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα στα πλαίσια των προσπαθειών μου για τη παρουσίαση της πτυχιακής εργασίας ασχολήθηκα με μιά πάθηση της καρδιάς που συνέχεια αυξάνεται σημαντικά, "τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια", εξετάζοντας την ασθένεια αυτή τόσο από ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς.

Επιδίωξή μου ήταν να καλύψω το θέμα το ίδιο σωστά και στο ιατρικό και στο νοσηλευτικό μέρος, έτσι ώστε να μην υπάρχουν ελλείψεις.

Από ιατρικής πλευράς πιστεύω ότι έχω καλύψει το θέμα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο που μπορούσα, ώστε να μην αφήνει κενά στον αναγνώστη και να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες γύρω από την ασθένεια.

Απ' την άλλη πλευρά τώρα, τη νοσηλευτική, παρόλες τις προσπάθειές μου μπορεί να υπάρχουν μικρές ελλείψεις που δεν μπόρεσα να καλύψω όσο γινόταν, όχι από παράλειψη δική μου, αλλά λόγω έλλειψης βιβλιογραφίας για την ανεύρεση περισσότερων στοιχείων όσο αναφορά τη νοσηλευτική.

Πάντως από τη δική μου μεριά εξάντλησα κάθε περιθώριο για την κάλυψη και των δύο πλευρών με το καλύτερο τρόπο και ειδικώτερα του νοσηλευτικού μέρους γιατί με ενδιαφέρει άμεσα σαν αυριανή νοσηλεύτρια.

Θέλω να πιστεύω ότι οι προσπάθειες που κατέβαλα, αποδείχτηκαν ικανοποιητικές. Στόχος μου ήταν να εργαστώ όσο το δυνατόν καλύτερα και με σχολαστικότητα έτσι ώστε να παρουσιάσω το θέμα μου μακροσκοπικά εισχωρώντας σε βάθος.

Χωρίς αμφιβολία απ' αυτήν την εργασία αποκόμισα αρκετές γνώσεις, οι οποίες και τώρα και στο μέλλον θα σταθούν επικοδομητικές για μένα και θα με καθιερώσουν σωστά σαν Νοσηλεύτρια. Αισθάνομαι ικανοποίηση που έφτασα αισίως στο τέλος, στη λήψη του πτυχίου που θα μου εξασφαλίσει όχι μόνο εργασία, αλλά και συνεχή προσφορά στον άνθρωπο και στο κοινωνικό σύνολο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BARNARD CHRISTIAN D.R. - Peter Evans: "Η καρδιά και οι καρδιοπάθειες". Επίτομος. Έκδοση 1η. Εκδοτικές επιχειρήσεις Κουτσουμπός Π.Α.Ε. Αθήνα 1988.

HARRISON: "Εσωτερική παθολογία". Τόμος 2ος. Έκδοση 10η. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική και παθολογική χειρουργική". Τόμος 2ος. Έκδοση 9η. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1986.

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν: "Πρόσφατες εξελίξεις στην καρδιολογία". Τόμος 1ος. Έκδοση 1η. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1987.

SAUNDERS COMPANY ALVIN REDMAN HELLAS: "Σύγχρονος θεραπευτική". Μετάφραση υπό ΔΕΣΥΠΡΗ Ε. Ιατρού και ΧΟΥΡΖΑΜΑΝΗ. Τόμος 1ος. Έκδοση 25η. Εκδόσεις Ψαροπούλου. Αθήνα 1972/73.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Η.: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος 2ος. Έκδοση 1η. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1985.

