

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΒΙΔΟΥΣ"

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Μπατσολάκη Μαρία

Κούνης Νικόλαος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

Μερισιώτη Μαρίνα

ΠΑΤΡΑ 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	453 g'
----------------------	--------



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα καρδιολογικά νοσήματα αποτελούν συχνή αιτία θανάτου στις μέρες μας, πολλών ανθρώπων, και έχουν μια από τις πρώτες θέσεις στα προβλήματα υγείας.

Για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη μείωση των συνεπειών που επιφέρει στο άτομο μια καρδιολογική πάθηση, είναι απαραίτητο να γίνονται ιδιαίτερες προσπάθειες, από την πλευρά των ανθρώπων που ασχολούνται στον τομέα της υγείας, κυρίως για την πρόληψη των ασθενειών αυτών, και τη θεραπεία τους.

Σκοπός της αναφοράς μου στο θέμα της στενώσεως της μιτροειδούς που προσβάλλει κυρίως ηλικιωμένα άτομα, είναι, η ανάπτυξη των αιτιών που την προκαλούν, των προβλημάτων που δημιουργεί καθώς και του τρόπου που αντιμετωπίζεται τόσο ιατρικά όσο και νοσηλευτικά. Επίσης αναπτύσω τους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά την διάρκεια της συντηρητικής και χειρουργικής θεραπείας της παθήσεως.

II

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	II

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Σύντομη ανατομία και φυσιολογία της καρδιάς.....	1
Βαλβίδες της καρδιάς.....	2
Κολποκοιλιακές βαλβίδες.....	3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Στένωση μιτροειδούς-αιτιολογία.....	4
Κλινική εικόνα.....	7
Αντικειμενική εξέταση.....	10
Επιπλοκές.....	17
Εξέλιξη-πρόγνωση.....	19
Θεραπεία.....	20
Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις πριν το χειρουργείο.....	24
Καθετηριασμός της καρδιάς.....	27
Μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας.....	29
Μονάδα Εντατικής Παρακολουθήσεως.....	32
Τεχνητές καρδιακές βαλβίδες.....	33
Θρομβοεμβολικά φαινόμενα.....	35

III

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με στένωση της μιτροειδούς.....	37
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, λήψη ιστορικού υγείας..	38
Νοσηλευτικές ενέργειες για την άμεση αντιμετώπιση των κυριότερων συμπτωμάτων της στενώσεως της μιτροειδούς.....	38
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου, κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.....	43
Νοσηλευτική φροντίδα σε άρρωστο με χειρουργική αντιμετώπιση της στενώσεως της μιτροειδούς.....	47
Προεγχειρητική ετοιμασία.....	47
Μετεγχειρητική φροντίδα	
Νοσηλευτική φροντίδα στην ειδική μονάδα θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)...	50
Σκοποί μετεγχειρητικής φροντίδας.....	54
Μετεγχειρητική φροντίδα στο τμήμα.....	64
Σχεδιασμός εξόδου, αποκατάσταση, ενημέρωση.....	66
Α' κλινική περίπτωση.....	68
Β' κλινική περίπτωση.....	92
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	106
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>107</u>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά παίζει τον ρόλο μιας μυϊκής αντλίας που παίρνει αίμα από το φλεβικό σύστημα και το προωθεί μέσα στο αρτηριακό. Διαιρείται σε δύο χώρους, τον δεξιό και τον αριστερό, που δεν επικοινωνούν μεταξύ τους. Κάθε χώρος υποδιαιρείται σε δύο υποχώρους, τους κόλπους, που παίρνουν αίμα, και τις κοιλίες, που ωθούν αίμα. Ανάμεσα στους κόλπους και στις κοιλίες υπάρχουν τα κολποκοιλιακά στόμια με τις γλωχίνες βαλβίδες. Ο δεξιός κόλπος είναι ένας θάλαμος με λεπτά τοιχώματα, που δέχεται φλεβικό αίμα από τρεις πηγές: την κάτω κοίλη φλέβα, που παίρνει το αίμα από το κάτω μισό του σώματος, την άνω κοίλη φλέβα, που παίρνει αίμα από το άνω μισό του σώματος, και τον στεφανιαίο κόλπο, που παίρνει το φλεβικό αίμα από τον καρδιακό μυ.

Η δεξιά καρδιά μαζεύει αίμα από την περιφερική (συστηματική) κυκλοφορία και το στέλνει στην πνευμονική (μικρή) κυκλοφορία. Η αριστερή καρδιά μαζεύει αίμα από τη μικρή κυκλοφορία και το στέλνει στη συστηματική κυκλοφορία. Καθώς, το αίμα περνά μέσα από το συστηματικό τριχοειδικό δίκτυο, που συνδέει τις περιφερικές αρτηρίες και φλέβες, τα ερυθρά αιμοσφαίρια δίνουν το οξυγόνο τους

στους ιστούς και παίρνουν διοξείδιο του άνθρακα. Αντίθετα όταν το αίμα περνά μέσα από τα πνευμονικά τριχοειδή, τα ερυθρά αιμοσφαίρια ανταλλάσσουν το διοξείδιο του άνθρακα με οξυγόνο από τον κυψελικό αέρα. Η προμήθεια αίματος για το μυοκάρδιο γίνεται με τις δύο στεφανιαίες αρτηρίες, την αριστερή και τη δεξιά, οι οποίες εκφύονται από τους στεφανιαίους κόλπους της αορτής.

ΒΑΛΒΙΔΕΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Στα στόμια των κολποκοιλιακών στομιών με τα οποία επικοινωνούν οι κόλποι με τις κοιλίες, επίσης και στα στόμια των αρτηριών, δηλ. της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής υπάρχουν βαλβίδες οι οποίες αποτελούν αναδιπλώσεις του ενδοκαρδίου και αποτελούνται από ενδοθήλιο κάτω από το οποίο υπάρχει μικρό ποσό συνδετικού ιστού.

Οι βαλβίδες της καρδιάς είναι τέσσερις. Οι δύο αριστερή και δεξιά κολποκοιλιακή βαλβίδα, αποφράσσουν τα ομώνυμα με τα οποία οι κόλποι επικοινωνούν με τις κοιλίες. Η αορτική και η πνευμονική βαλβίδα αποφράζουν τα στόμια των αντίστοιχων αρτηριών. Οι βαλβίδες επιτρέπουν τη ροή του αίματος μόνο προς μια κατεύθυνση, δηλ. είτε από τον κόλπο προς την κοιλία (κολποκοιλιακές) είτε από την κοιλία προς το μεγάλο αγγείο (η αορτική και πνευμονική βαλβίδα). Οι βαλβίδες της καρδιάς στερούνται αγγείων.

ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ

Οι βαλβίδες αυτές έχουν σχήμα χωνιού το ευρύ άκρο του οποίου βρίσκεται στον ινώδη δακτύλιο του σκελετού της καρδιάς. Το τοίχωμα του "χωνιού" αυτού αποσχίζεται σε δύο ή τρία τριγωνικά τμήματα τα οποία λέγονται γλωχίνες. Η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα έχει δύο γλωχίνες ενώ η δεξιά τρεις. Για το λόγο αυτό η αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα λέγεται διγλώχιν ενώ η δεξιά λέγεται τριγλώχιν. Η διγλώχιν αριστερή κολποκοιλιακή βαλβίδα είναι περισσότερο γνωστή με το όνομα μιτροειδής βαλβίδα.

Θηλοειδείς μύες: Οι μύες αυτοί αποτελούν προσεκβολές του μυοκαρδίου προς το εσωτερικό των κοιλιών. Από την κορυφή τους ξεκινούν λεπτά νήματα συνδετικού ιστού τα οποία καταλήγουν στην κοιλιακή επιφάνεια του ελεύθερου χείλους των γλωχίνων των κολποκοιλιακών βαλβίδων. Τα νήματα αυτά λέγονται τενόντιες χορδές.

Λειτουργία. Κατά τη διαστολή των κοιλιών οι βαλβίδες είναι ανοιχτές. Καθώς το αίμα περνά από τους κόλπους προς τις κοιλίες οι γλωχίνες ανοίγουν σαν "κουρτίνες". Στην αρχή της συστολής των κοιλιών η πίεση του αίματος απωθεί τις γλωχίνες προς τους κόλπους μέχρι ότου τα ελεύθερα χείλη τους συναντώνται και έτσι αποφράσσεται το κολποκοιλιακό στόμιο. Η συστολή των θηλοειδών μυών εξασκεί τάση πάνω στις τενόντιες χορδές και με τον τρόπο αυτό αποφεύγεται η παρεκτόπιση των γλωχίνων προς τους κόλπους, πράγμα που αν συνέβαινε θα είχε ως αποτέλεσμα την παλινδρόμηση αίματος προς τους κόλπους κατά την διάρκεια της συστολής των κοιλιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΣΤΕΝΩΣΗ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ

Η στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας απαντά είτε ως αμιγής στένωση είτε σε συνδυασμό με κάποιο βαθμό ανεπάρκειας. Η αμιγής στένωση είναι πολύ συχνότερη στις γυναίκες.

Αιτιολογία.

Κατά κανόνα οφείλεται σε ρευματικό πυρετό. Σπανίως είναι συγγενούς αιτιολογίας ή οφείλεται σε μερική απόφραξη του μιτροειδικού στομίου από θρόμβο ή όγκο του κολπικού τοιχώματος (συνήθως μύξωμα).

Παθολογική ανατομία.

Η ρευματική ενδοκαρδίτιδα προκαλεί:

1. Συγκόλληση μεταξύ των ελευθέρων χειλέων των δύο γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας.

2. Σκλήρυνση και ακαμψία της βαλβίδας, λόγω αναπτύξεως ουλώδους ιστού.
3. Ρίκνωση του ουλώδους ιστού και εναπόθεση αλάτων ασβεστίου με αποτέλεσμα την αύξηση του βαθμού στενώσεως του στομίου και
4. Συγκόλληση και βράχυνση των τενόντων χορδών οι οποίες εμφανίζονται σαν να ενσωματώνονται στις γλωχίνες της μιτροειδούς.

Οι ανωτέρω παθολογοανατομικές αλλοιώσεις δεν εγκαθίστανται όλες μαζί κατά την αρχική ρευματική καρδιακή προσβολή αλλά προοδευτικώς σε χρονικό διάστημα αρκετών ετών. Έτσι η επιφάνεια του μιτροειδικού στομίου, που φυσιολογικά είναι 4-6 cm², γίνεται όλο ένα και μικρότερη, σε περιπτώσεις δε βαριάς στενώσεως μπορεί να φτάσει τα 0,5 cm² ή και λιγότερο. Αναφέρεται ότι σε αμιγή στένωση ιστορικό ρευματικού πυρετού λαμβάνεται μόνο στο ήμισυ των περιπτώσεων.

Παθολογική φυσιολογία.

Η φυσιολογική πίεση του αριστερού κόλπου φτάνει μέχρι 10mmHg. Η κλίση πιέσεως μεταξύ μέσης πιέσεως του αριστερού κόλπου και διαστολικής πιέσεως της αριστερής κοιλίας, επί φυσιολογικού μιτροειδικού στομίου, είναι περί το 1 mmHg και η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών είναι πρακτικά ίση με την πίεση του αριστερού κόλπου. Σε στένωση της μιτροειδούς, για να διατηρηθεί η φυσιολογική ροή αίματος δια του στενωμένου μιτροειδικού στομίου, απαιτείται αύξηση της διαστολικής κλίσης πιέσεως μεταξύ των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων, η οποία προκαλείται με αύξηση της πιέσεως του αριστερού κόλπου. Είναι ευνόητο ότι για να επιτευχθεί αυξημένη παροχή αίματος, π.χ. σε σωματική άσκηση ή στην κύηση, είναι απαραίτητη ακόμη μεγαλύτερη κλίση πιέσεως και επομένως ακόμη

μεγαλύτερη αύξηση της πίεσεως του αριστερού κόλπου.

Πάντως σε μικρού βαθμού στένωση της μιτροειδούς με επιφάνεια στομίου άνω των 2 cm^2 δεν επέρχονται αιμοδυναμικές διαταραχές. Σε στένωση μέτριου βαθμού με επιφάνεια μιτροειδικού στομίου περί το $1,5 \text{ cm}^2$, παρατηρείται μικρή αύξηση της πίεσεως του αριστερού κόλπου κατά την ανάπαυση. Η πίεση αυτή αυξάνεται περισσότερο στη σωματική κόπωση λόγω της αυξήσεως του κατά λεπτόν όγκου αίματος, και σε περίπτωση ταχυκαρδίας ή ταχυαρρυθμίας λόγω βραχύσεως της διαστολικής περιόδου και ανεπαρκούς κένωσης του περιεχομένου του αριστερού κόλπου στην αριστερή κοιλία.

Σε σημαντική στένωση περί το 1 cm^2 η μέση πίεση του αριστερού κόλπου κατά την ανάπαυση κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 15 και 25 mmHg. Σε περίπτωση δε στενώσεως μεγάλου βαθμού με στόμιο περί τα $0,5 \text{ cm}^2$ ή λιγότερο, η μέση πίεση εντός του αριστερού κόλπου είναι μονίμως υψηλή, άνω των 25 mmHg, μπορεί δε να υπερβεί τα 35 mmHg ακόμη και με ασήμαντη σωματική προσπάθεια ή ελαφρά ταχυκαρδία.

Κρίση πνευμονικού οιδήματος εκδηλώνεται όταν η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών υπερβαίνει την κολλοειδοσμητική πίεση του πλάσματος, περί τα 30 mmHg. Υπάρχουν όμως αρκετές περιπτώσεις στις οποίες πίεση των πνευμονικών τριχοειδών μεγαλύτερη των 30mmHg μπορεί να μην προκαλέσει κρίση πνευμονικού οιδήματος. Τούτο συμβαίνει λόγω αναπτύξεως προστατευτικών μηχανισμών, από τους οποίους σε πρώτη σειρά έρχεται η πάχυνση της τριχοειδοκυψελιδικής μεμβράνης, σαν αποτέλεσμα της αυξημένης πίεσης και συμφόρησης των πνευμονικών τριχοειδών για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επί πλέον η αύξηση των πνευμονικών αρτηριακών αντιστάσεων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, η ανάπτυξη επικοινωνίας μεταξύ κλάδων της βρογχικής και πνευμονικής φλεβικής κυκλοφορίας συμβάλλουν στην

αποτροπή κρίσεων πνευμονικού οιδήματος.

Η πίεση της πνευμονικής αρτηρίας, με δεδομένο σταθερό κατά λεπτό όγκο αίματος, καθορίζεται από την πίεση των πνευμονικών τριχοειδών και τις αρτηριακές αντιστάσεις. Σε περίπτωση στενώσεως της μιτροειδούς, που βρίσκεται στο στάδιο της τριχοειδικής υπερτάσεως χωρίς όμως αύξηση των αρτηριακών αντιστάσεων η πίεση της πνευμονικής αρτηρίας θα αυξηθεί τόσο ώστε να διατηρηθεί η απαραίτητη πνευμονική αρτηριοφλεβική κλίση πιέσεως. Εάν π.χ. η μέση πίεση εντός των πνευμονικών φλεβών είναι 25 mmHg, η μέση πίεση της πνευμονικής αρτηρίας πρέπει να είναι τουλάχιστον 35 mmHg. Η δεξιά κοιλία, παρά την αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων, επιτυγχάνει με ισχυρότερη συστολή τη διατήρηση της πνευμονικής παροχής στα φυσιολογικά όρια, αλλά υπερτρέφεται. Σε περισσότερο προχωρημένο στάδιο της παθήσεως οι πνευμονικές αντιστάσεις αυξάνουν πάρα πολύ και η δεξιά κοιλία δεν μπορεί να διατηρήσει τον κατά λεπτό όγκο αίματος στα φυσιολογικά όρια κατά τη σωματική προσπάθεια, αργότερα δε και κατά την ανάπαυση. Έτσι η δεξιά κοιλία ανεπαρκεί και η διαστολική της πίεση, καθώς επίσης η μέση πίεση του δεξιού κόλπου και η περιφερική φλεβική πίεση, αυξάνονται.

Σε ορισμένο βαθμό στενώσεως μιτροειδούς οι αιμοδυναμικές διαταραχές επιδεινώνονται εάν καταργηθεί ο φλεβοκομβικός ρυθμός και λείψει η συμβολή της συστολής του αριστερού κόλπου στην πλήρωση της αριστερής κοιλίας, όπως συμβαίνει σε μαρμαρυγή των κόλπων.

Κλινική εικόνα.

Συνήθως τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την 3η και 4η δεκα-

ετία της ζωής. Όταν η στένωση της μιτροειδούς είναι μικρού βαθμού δεν υπάρχουν υποκειμενικά ενοχλήματα, ακόμα και σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας.

Η δύσπνοια, κατά κανόνα είναι το πρώτο σύμπτωμα και οφείλεται στην πνευμονική συμφόρηση. Εάν η στένωση δεν είναι σημαντική, δύσπνοια εμφανίζεται στη σωματική προσπάθεια ή κατά τη διάρκεια μεγάλης ταχυκαρδίας, συνέπεια ισχυρής συγκινησεως ή πυρετού ή κολπικής μαρμαρυγής.

Η στένωση της μιτροειδούς είναι μεγάλου βαθμού όταν η δύσπνοια εμφανίζεται και κατά την ανάπαυση ή λαμβάνει τον τύπο της παροξυσμικής νυχτερινής δύσπνοιας της ορθόπνοιας ή του οξέος πνευμονικού οιδήματος. Σε πολύ προχωρημένες περιπτώσεις, με αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων από την χρόνια πνευμονική συμφόρηση, η δύσπνοια συνδυάζεται με εκδηλώσεις αυξημένης περιφερικής φλεβικής πίεσης, όπως η διόγκωση ήπατος, το οίδημα των κάτω άκρων, ο ασκίτης και γενικότερα συμπτώματα ανεπάρκειας της δεξιάς κοιλίας.

Η αδυναμία και η εύκολη κόπωση λόγω μείωσης της καρδιακής παροχής συνήθως αποτελούν συνοδά συμπτώματα της δύσπνοιας. Με την πάροδο των ετών ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι δεν έχει δυνάμεις να διανύσει αποστάσεις ή να ανέβει μια σκάλα ή να βαδίσει σε μια ανηφορική διαδρομή, όπως οι συνομήλικοί του.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το πρώτο σύμπτωμα που αναφέρει ο ασθενής είναι ένα αίσθημα προκάρδιων παλμών, το οποίο συνήθως οφείλεται σε έναρξη παροξυσμικής ή μόνιμης μαρμαρυγής των κόλπων. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νόσου, η ηλικία του ασθενούς και η διάταση του αριστερού κόλπου, τόσο συχνότερη είναι η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής. Το αίσθημα των παλμών οφείλεται στη

μεγάλη συχνότητα αρρυθμία των κοιλιακών συστολών και με το σύμπτωμα αυτό, ως επί το πλείστον, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την εγκατάσταση της μαρμαρυγής των κόλπων. Όμως σε περίπτωση σημαντικής ή σοβαρής στένωσης της μιτροειδούς, η εμφάνιση της ταχυαρρυθμίας από κολπική μαρμαρυγή μπορεί να εκδηλωθεί με οξύ πνευμονικό οίδημα και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Αλλα συμπτώματα της στενώσεως της μιτροειδούς είναι:

- α) **Αιμοπτύσεις.** Υποδηλώνουν μεγάλο βαθμού στένωση. Συχνότερα οι ασθενείς παραπονούνται για αιμόφυρτα πτύελα ή αιματηρή απόχρεμψη κατά την προσπάθεια ή την ανάπαυση, τα οποία οφείλονται στην πνευμονική συμφόρηση. Σπανίως συμβαίνουν μεγάλες αιμοπτύσεις, μέχρι 200-300 ml, οφειλόμενες σε ρήξη μικρών συμφορημένων αγγείων, τα οποία συνήθως είναι αναστομωτικοί κλάδοι μεταξύ των πνευμονικών και βρογχικών φλεβών.
- β) **Βήχας,** ενίοτε με ροδόχροη απόχρεμψη, που οφείλεται σε μεγάλη πνευμονική συμφόρηση.
- γ) **Περφερικές αρτηριακές εμβολές.** Σε ορισμένους ασθενείς μια εγκεφαλική ή περιφερική των κάτω άκρων εμβολή με τις ανάλογες εκδηλώσεις μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα της παθήσεως. Οι εμβολές αυτές κατά κανόνα εμφανίζονται όταν η στένωση της μιτροειδούς συνδυάζεται με μαρμαρυγή των κόλπων.
- δ) **Βράγχος της φωνής.** Είναι σπάνιο σύμπτωμα και οφείλεται στη συμπίεση του παλινδρόμου νεύρου μεταξύ της διατεταμένης πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής.
- ε) **Στηθαγχικό άλγος.** Απαντά σε 10% περίπου των περιπτώσεων μεγάλου βαθμού στενώσεως της μιτροειδούς. Τούτο οφείλεται σε ισχαιμικές αλλοιώσεις του μυοκαρδίου της δεξιάς κοιλίας επί πνευμονικής υπερτάσεως ή σε συνυπάρχουσα στένωση της αορτής.

Αντικειμενική εξέταση.

Επισκόπηση. Παρατηρείται το καλούμενο "μιτροειδικό προσωπείο", χαρακτηριζόμενο από ερυθροκυανή απόχρωση των ζυγωματικών τόξων και ελαφρά κυάνωση των χειλέων. Η κυάνωση αυτή απαντά σε ασθενείς με σοβαρή στένωση της μιτροειδούς και αποδίδεται σε ιστική υποξία συνέπεια της μικρής καρδιακής παροχής. Η προσεκτική εξέταση των σφαγίτιδων, σε περιπτώσεις με κολπική μαρμαρυγή και εκδηλώσεις δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, συχνά αποκαλύπτει μεγάλο σφαγιτιδικό κύμα V, ενδεικτικό λειτουργικής ανεπάρκειας της τριγλώχινας.

Ψηλάφηση. Σε αμιγή στένωση της μιτροειδούς η συστολική ώση της αριστερής κοιλίας στην κορυφή είναι ταχεία, μικρή και περιορισμένη σε έκταση. Μεγάλη και παρατεταμένη καρδιακή ώση στην κορυφή ή χαμηλότερα και αριστερά της μεσοκλειδικής γραμμής σημαίνει ότι δεν πρόκειται περί αμιγούς στενώσεως της μιτροειδούς βαλβίδας, αλλά συνυπάρχει και άλλη πάθηση, συνηθέστερα ανεπάρκεια της μιτροειδούς, η οποία προκάλεσε υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.

Ακρόαση. 1) Εντονος 1ος τόνος. Το εύρημα αυτό μπορεί να απουσιάζει όταν δεν κινείται ικανοποιητικά η βαλβίδα της μιτροειδούς. Τούτο συμβαίνει σε βαριά ασβέστωση της μιτροειδούς. Εντονος χαρακτηρίζεται ο 1ος τόνος, όταν στο 2ο δεξιό μεσοπλεύριο διάστημα η ένταση του 1ου τόνου είναι μεγαλύτερη από την ένταση του 2ου τόνου. Φυσιολογικά στη θέση αυτή υπερισχύει η ένταση του 2ου τόνου.

2) Κλαγγή διανοίξεως της μιτροειδούς σε απόσταση 0,04 έως 0,11 sec από την αρχή του 2ου τόνου. Ο χρόνος κατά τον οποίο συμβαίνει η διάνοιξη της μιτροειδούς εξαρτάται κυρίως από το ύψος της πιέ-

σεως του αριστερού κόλπου. Όσο μικρότερη είναι η απόσταση της κλαγγής διανοίξεως από τον 2ο τόνο τόσο υψηλότερη η πίεση του αριστερού κόλπου, και επομένως, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της στενώσεως του στομίου.

3) Διαστολικό φύσημα χαμηλής συχνότητας στην κορυφή της καρδιάς και σε θέση αριστερής πλάγιας κατάκλισης. Είναι συχνά εντονότερο μετά από φυσική προσπάθεια. Μερικές φορές το διαστολικό φύσημα εντοπίζεται σε περιορισμένη επιφάνεια της κορυφής και μπορεί να μη γίνει αντιληπτό κατά την ακρόαση. Άλλοτε είναι πολύ ασθενές και ακούγεται με μεγάλη δυσκολία. Στις περιπτώσεις αυτές η ακρόαση της κορυφής στην αριστερή πλάγια οριζόντια θέση, και μάλιστα μετά από άσκηση ή λήψη νιτρώδους αμυλίου, επιτρέπει σχεδόν πάντοτε τη διαπίστωση του διαστολικού κύλισματος. Όταν η καρδιακή παροχή είναι φυσιολογική, η στένωση του μιτροειδικού στομίου πρακτικά είναι τόσο μεγαλύτερη όσο περισσότερο διαρκεί το διαστολικό κύλισμα. Εάν όμως ελαττωθεί σημαντικά η καρδιακή παροχή, όπως συμβαίνει σε μεγάλη αύξηση των πνευμονικών αντιστάσεων και εμφανίσεως εκδηλώσεων δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, είναι δυνατόν μεγάλου βαθμού στένωση της μιτροειδούς να παρουσιάζει βραχύ διαστολικό κύλισμα. Σε ασβεστοποιημένη στένωση με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να μην εμφανίζεται κύλισμα.

4) Εντονος και ενίοτε διχασμένος 2ος τόνος στην εστία της πνευμονικής. Υποδηλώνει αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις και παρουσία πνευμονικής υπέρτασης.

Σφυγμός. Μπορεί να είναι μικρός (αδύνατος) και άρρυθμος εξαιτίας κολπικής μαρμαρυγής.

Αρτηριακή πίεση. Φυσιολογική ή ελαφρά χαμηλή.

Ακτινολογικά ευρήματα.

Το χαρακτηριστικό ακτινολογικό εύρημα στη στένωση της μιτροειδούς είναι η διάταση του αριστερού κόλπου. Ο διατεταμένος αριστερός κόλπος ελέγχεται καλύτερα στη δεξιά πρόσθια λοξή θέση, όπου διαπιστώνεται η χαρακτηριστική απώθηση προς τα πίσω του γεμάτου με βάριο οισοφάγου. Σε πνευμονική υπέρταση με υψηλές πνευμονικές αντιστάσεις παρατηρείται διάταση της πνευμονικής αρτηρίας και των κλάδων της. Ο ευθειασμός ή η προβολή του μέσου τόξου του αριστερού καρδιακού χείλους κατά την οπισθιοπρόσθια θέση, λόγω προβολής της πνευμονικής αρτηρίας και του αριστερού κλάδου της, καθώς επίσης και του αριστερού ωτίου προς τα κάτω, προσδίδουν στην καρδιακή σκιά ειδική μορφολογία, η οποία καλείται "μιτροειδικός σχηματισμός". Αλλα ακτινολογικά ευρήματα, που είναι δυνατόν να παρατηρηθούν από την καρδιακή σκιά, είναι η υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας, η οποία διαπιστώνεται όταν έχουν αναπτυχθεί αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις και η ασβεστοποίηση της μιτροειδούς. Η τελευταία ενίοτε διακρίνεται καλύτερα κατά την ακτινοσκόπηση της καρδιάς.

Τα πνευμονικά πεδία συχνά παρουσιάζουν μία ή περισσότερες από τις εξής αλλοιώσεις:

- 1) Διάταση των πνευμονικών φλεβών στους άνω πνευμονικούς λοβούς, με λεπτότερη αγγειακή σκιαγράφηση στα κατώτερα πνευμονικά πεδία, λόγω ανακατανομής της ροής του αίματος στους πνεύμονες. Φυσιολογικά συμβαίνει το αντίθετο, επειδή στους κάτω λοβούς κυκλοφορεί περισσότερο αίμα. Η διάταση των ανωτέρων πνευμονικών φλεβών αποτελεί πρώιμο διαγνωστικό σημείο της αυξημένης πίεσης στον αριστερό κόλπο.
- 2) Οριζόντιες γραμμώσεις κατά τις βάσεις των πνευμόνων ιδίως

δεξιά, οι οποίες έχουν μήκος 1 έως 3 cm, πάχος 1-2 mm και απέχουν μεταξύ τους 0,5-1 cm. Οι γραμμώσεις αυτές ή γραμμές Β του Kerley υποδηλώνουν την ύπαρξη οιδήματος του διαμέσου ιστού και υψηλή πίεση του αριστερού κόλπου.

3) Εικόνα κυψελιδικού οιδήματος σε περιπτώσεις οξείας αύξησης της πίεσεως του αριστερού κόλπου. Παρατηρείται σκίαση διάχυτη, νεφελοειδής και ανωμάλου σχήματος που απλώνεται από τις πύλες προς την περιφέρεια των πνευμονικών πεδίων.

4) Εικόνα αιμοσιδήρωσης ιδιαίτερα κατά την μεσότητα των πνευμονικών πεδίων. Παρατηρείται σε προχωρημένες περιπτώσεις μιτροειδικής στενώσεως.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι ο ακτινολογικός έλεγχος συνήθως δείχνει φυσιολογική καρδιαγγειακή σκιά στις μικρού βαθμού στενώσεις της μιτροειδούς.

Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα

Στα αρχικά στάδια της στενώσεως της μιτροειδούς το ηλεκτροκαρδιογράφημα παραμένει φυσιολογικό. Σε στενώσεις μέτριου ή μεγαλύτερου βαθμού συνήθως παρατηρούνται μία ή περισσότερες από τις εξής μεταβολές:

- 1) Μιτροειδικό έπαρμα Ρ από υπερτροφία του αριστερού κόλπου. Αυτό καθίσταται υψηλό και πιο οξυκόρυφο στην απαγωγή II και θετικό στην απαγωγή V_1 όταν η στένωση της μιτροειδούς επιπλέκεται από βαριά πνευμονική υπέρταση ή στένωση της τριγλώχινας και επέρχεται μεγένθυση του δεξιού κόλπου.
- 2) Εικόνα κολπικής μαρμαρυγής. Είναι συχνή επιπλοκή.
- 3) Δεξιά απόκλιση του ηλεκτρικού άξονα. Υποστηρίζεται ότι όσο δεξιότερα είναι ο ηλεκτρικός άξονας τόσο σοβαρότερη η στένωση της

μητροειδούς.

4) Το σύμπλεγμα QRS μπορεί να είναι φυσιολογικό, ακόμα και σε αρρώστους με προχωρημένο βαθμό στενώσεως της μιτροειδούς.

Ηχοκαρδιογράφημα

Το ηχοκαρδιογράφημα αποτελεί την πιο ευαίσθητη και την πιο ειδική μη αιματηρή μέθοδο διαγνώσεως της μιτροειδικής στενώσεως. Η καταγραφή M-mode αποκαλύπτει, ότι η πρόσθια και η οπίσθια μιτροειδική γλωχίνα δεν απομακρύνονται η μια από την άλλη σε ευρεία έκταση στα πρώιμα στάδια της διαστολής (δηλαδή απόσταση μικρότερη από 15 mm) και ότι αυτές διατηρούν σταθερή σχέση η μια προς την άλλη σε όλη τη διάρκεια της διαστολής. Η ασβεστοποίηση της μιτροειδούς βαλβίδας φαίνονται πολύ στιβαδωτές ηχητικές σημάνσεις ή ως πάχυνση της ηχητικής εικόνας. Η περιοχή του μιτροειδικού στομίου προσδιορίζεται καλά με συστήματα απεικόνισης δύο διαστάσεων. Ο αριστερός κόλπος είναι συνήθως μεγεθυμένος. Υπερέχει το ηχοκαρδιογράφημα δύο διαστάσεων του ηχοκαρδιογραφήματος M κατά το ότι εμφανίζει με σχετική ακρίβεια και το βαθμό της μιτροειδικής στένωσης. Ακόμα ακριβέστερα ο βαθμός στένωσης προσδιορίζεται με το ηχοκαρδιογράφημα Doppler.

Καθετηριασμός της καρδιάς.

Ο καθετηριασμός της αριστερής πλευράς της καρδιάς είναι εξαιρετικά χρήσιμος στη λήψη αποφάσεως σχετικά με το εάν είναι αναγκαία η βαλβιδοτομή σε αρρώστους στους οποίους είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η βαρύτητα της αποφράξεως μόνο με κλινικά μέσα. Όταν η τεχνική αυτή συνδυασθεί με αορτογραφία και αγγειοκαρδιογραφία της αριστερής κοιλίας, τότε χρησιμεύει ως τελική μέθοδος.

αποκαλύψεως και εκτιμήσεως συνοδού ανεπάρκειας της μιτροειδούς και άλλων συνυπάρχουσών βλαβών, όπως είναι η στένωση και ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, καθώς και η δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας. Με την αγγειογραφία μπορεί να αποκαλυφθούν ή να αποκλεισθούν θρόμβοι και όγκοι του αριστερού κόλπου, ιδιαίτερα όταν το σκιαγραφικό υλικό ενίεται κατευθείαν μέσα στον αριστερό κόλπο. Αυτές οι "αιματηρές" μέθοδοι είναι επίσης χρήσιμες για την αποκάλυψη καταστάσεων οι οποίες ελλατώνουν την λειτουργία της αριστερής κοιλίας και θα μπορούσαν συνεπώς να αποτελέσουν αντένδειξη για την εκτέλεση μιτροειδικής βαλβιδοτομής ή να μειώσουν την αποτελεσματικότητα αυτής. Καθετηριασμός της αριστερής πλευράς της καρδιάς και αγγειογραφία ενδείκνυται στους περισσότερους ασθενείς, οι οποίοι έχουν υποβληθεί σε προηγούμενες εγχειρήσεις της μιτροειδούς βαλβίδας και οι οποίοι έχουν ξαναεμφανίσει σοβαρά συμπτώματα. Σ'αυτούς τους ασθενείς η κλινική εκτίμηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη και οι αιμοδυναμικές μελέτες είναι οι μόνες που μπορούν να επιτρέψουν προσδιορισμό της βαρύτητας της βλάβης, σαφής σχεδιασμό της χειρουργικής μεθόδου, όταν αυτή ενδείκνυται, καθώς και ακριβή εκτίμηση του κινδύνου.

Διαφορική διάγνωση.

Η στένωση της μιτροειδούς πρέπει να διακρίνεται από τις παρακάτω παθήσεις, στις οποίες είναι δυνατόν να εμφανίζεται διαστολικό κύλισμα στην κορυφή ή άλλη περιοχή του προκαρδίου:

- 1) Ανεπάρκεια της αορτής με διαστολικό φύσημα Austin-flint.
- 2) Στένωση της τριγλώχινας, εδώ το κύλισμα επιτείνεται με την εισπνοή.
- 3) Μεσοκοιλιακή επικοινωνία και ανοιχτό αρτηριακό πόρο. Το

διαστολικό κύλισμα εντοπίζεται στην κορυφή της καρδιάς και οφείλεται σε αυξημένη ροή αίματος δια του μιτροειδικού στομίου.

- 4) Μεσοκολπική επικοινωνία.
- 5) Μύξιμα του αριστερού κόλπου.
- 6) Ρευματική καρδίτιδα με διαστολικό κύλισμα Carey-Coombs. Σπανίως διαστολικό κύλισμα μπορεί να εμφανισθεί σε υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και στένωση του ισθμού της αορτής.

Η στένωση της μιτροειδούς διακρίνεται από τις ανωτέρω παθήσεις εκ των ιδιαιτέρων κλινικών και εργαστηριακών σημείων αυτών και κυρίως, εκ των ευρημάτων του ηχοκαρδιογραφήματος. Η απουσία ηχοκαρδιογραφικής καμπύλης στενώσεως της μιτροειδούς υπαγορεύει την αναζήτηση άλλης παθήσεως για την ερμηνεία του διαστολικού κυλίσματος.

Το μύξιμα εντοπίζεται στον αριστερό κόλπο και κατά δεύτερο λόγο στον δεξιό κόλπο. Σπανίως εντοπίζεται στη δεξιά κοιλία. Εάν δεν αφαιρεθεί με εγχείρηση είναι πάθηση θανατηφόρα. Εκδηλώνεται με συμπτώματα πνευμονικής υπέρτασης ή δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας, λιποθυμικές κρίσεις και περιφερικές αρτηριακές εμβολές. Συχνά προκαλεί πυρετό και σε προχωρημένο στάδιο αναιμία, διαταραχές των πρωτεϊνών και αύξηση της καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Κατά την αντικειμενική εξέταση συχνά δίνει την εντύπωση στένωσης της μιτροειδούς.

Μπορεί να υπάρχει έντονος και ευρύς πρώτος τόνος, πρώιμος διαστολικός ήχος, που μοιάζει με κλαγγή διανοίξεως, και διαστολικό κύλισμα. Τα ευρήματα αυτά οφείλονται σε στένωση του μιτροειδικού στομίου από τον όγκο και μπορεί να μεταβληθούν ή να εξαφανισθούν κατά την αλλαγή θέσεως του σώματος. Η διάγνωση κατά κανόνα

γίνεται με το ηχοκαρδιογράφημα Μ και δύο διαστάσεων, τα οποία δείχνουν χαρακτηριστικό νέφος υπερήχων. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Το μύξωμα υποτροπιάζει σε ποσοστό 20-30% πιθανώτατα λόγω παραμονής υπολείματος.

Σε ορισμένους ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό μπορεί να δοθεί η εντύπωση της στένωσης της μιτροειδούς λόγω αυξημένης εντάσεως του 1ου τόνου.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

- 1) Μαρμαρυγή των κόλπων. Η χρόνια μορφή της αρρυθμίας αυτής παρατηρείται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων μεγάλου βαθμού στενώσεως της μιτροειδούς.
- 2) Περιφερικές αρτηριακές εμβολές, εξ αποσπάσεως θρόμβων που σχηματίζονται στον αριστερό κόλπο. Παρατηρούνται σε ποσοτό 10-40% των ασθενών με στένωση της μιτροειδούς, και προκαλούν εγκεφαλικό επεισόδιο, πνευμονική εμβολή κ.ά.
- 3) Βρογχοπνευμονικές λοιμώξεις λόγω της πνευμονικής συμφόρησης. Η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα είναι μάλλον σπάνια επιπλοκή της μιτροειδικής στενώσεως.
- 4) ~~Καρδιακή ανεπάρκεια~~
- 5) Πνευμονικό οίδημα
- 6) Απόλυτη αρρυθμία

Οξύ πνευμονικό οίδημα

Είναι η ξαφνική δύσπνοια που συνοδεύεται από βήχα, άσπρα ή ροζ αφρώδη πτύελα, κυάνωση, ιδρώτα, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσεως και υποτρύζοντες ήχους στα πνευμονικά πεδία, άκρα ψυχρά, νύχια κυανωτικά.

Μηχανισμός

Επί μεγάλης αυξήσεως της πνευμονικής φλεβικής πιέσεως πέραν των 40 mmHg (φυσιολογική 8-13 mmHg) αυτή υπερτερεί της ωσμωτικής πιέσεως του πλάσματος (φυσιολογική 25 mmHg) και τότε μεγάλη ποσότητα υγρών περνά από τα πνευμονικά τριχοειδή στον διάμεσο πνευμονικό ιστό και στις κυψελίδες. Επί ρήξεως μερικών πνευμονικών τριχοειδών από την αυξημένη πίεση μέσα σ'αυτά, τα πτύελα χρωματίζονται ροδόχρωα.

Αίτια

1. Παθήσεις της καρδιάς: Οξεία αριστερή κοιλιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, αορτική στένωση μεγάλη στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας, υπέρταση και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
2. Κυκλοφορική υπερφόρτωση (μεταγγίσεις, εγχύσεις).
3. Υπερευαισθησία σε φάρμακα (αλλεργίες, δηλητηριάσεις).
4. Πνευμονικές βλάβες (πνευμονική εμβολή ή έμφραγμα).
5. Βλάβες του Κ.Ν.Σ. (αγγειακό, εγκεφαλικό επεισόδιο, τραύμα εγκεφάλου).
6. Λοιμώξεις και πυρετός.

Θεραπεία

- 1) Τοποθέτηση του αρρώστου σε καθιστική θέση.
- 2) Χορήγηση οξυγόνου με ρινικούς καθετήρες.
- 3) Χορήγηση διουρητικών ταχείας δράσεως: Frusemide (LASIX) 40-100 mg I.V.
- 4) Χορήγηση μορφίνης: Morphine Hydr. 5 mg I.V. ή 10 mg I.M. (προσοχή για αποκλεισμό βρογχικού άσματος).
- 5) Aminophylline 250-500 mg I.V.

- 6) Αγγειοδιασταλτικά: νιτρογλυκερίνη ή δινιτρικός ισοσορβίτης υπογλωσσίως.
- 7) Digoxin I.M. (ιδίως σε στένωση της μιτροειδούς με ταχυκαρδία).
- 8) Κυκλικές περισφίξεις των άκρων για παγίδευση του φλεβικού αίματος σε αυτά.
- 9) Αφαίμαξη 500 ml.

ΕΞΕΛΙΞΗ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Απαιτούνται τουλάχιστον 3 έτη μετά τη ρευματική προσβολή για να αναπτυχθεί η στένωση της μιτροειδούς και 15-20 έτη για να εμφανισθούν συμπτώματα μιτροειδικής στενώσεως. Οι ασθενείς συνηθέστερα εμφανίζουν συμπτώματα κατά την 3η ή 4η δεκαετία της ζωής. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που έφτασαν σε βαθύ γήρας χωρίς συμπτώματα. Η πρόγνωση επηρεάζεται από την έκταση προσβολής του μυοκαρδίου από παλιά ή πρόσφατη ρευματική λοίμωξη, το ρυθμό προοδευτικής αυξήσεως του βαθμού της στενώσεως του μιτροειδικού στομίου, την ευαισθησία του πνευμονικού αγγειακού δικτύου για την ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης και την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, ιδιαίτερα όταν η αρρυθμία αυτή συνδυάζεται με επεισόδια περιφερικών αρτηριακών εμβολών. Επί εγκαταστάσεως μόνιμης κολπικής μαρμαρυγής, καθώς επίσης επί εμφανίσεως εκδηλώσεων δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας η μέση διάρκεια ζωής μετά την έναρξη, είναι 5-10 έτη, εφόσον εφαρμόζεται συντηρητική θεραπευτική αγωγή. Σοβαρότερη είναι η πρόγνωση επί αρτηριακής εμβολής, η οποία συνήθως υποτροπιάζει.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αγωγή της στενώσεως της μιτροειδούς είναι συντηρητική και χειρουργική. Σε όλους τους ασθενείς, ανεξαρτήτως βαθμού στενώσεως, λαμβάνονται προληπτικά μέτρα εναντίον υποτροπής ρευματικού πυρετού και προσβολής από λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα

Συντηρητική θεραπεία

Στους ασυμπτωματικούς ασθενείς δεν επιβάλλεται περιορισμός στην καθημερινή τους δραστηριότητα, εκτός από κοπιώδη συναγωνιστικά αθλήματα και στις γυναίκες επιτρέπεται η εγκυμοσύνη.

Σε περίπτωση εμφάνισης εκτάκτων κολπικών συστολών ή χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής συνιστάται η χορήγηση δακτυλίτιδας, συνήθως διγοξίνη 0,25 mg ημερησίως ή ενός αναστολέα των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Σε κολπική μαρμαρυγή παράλληλα εφαρμόζεται αντιπηκτική αγωγή.

Εάν ο ασθενής παραπονείται για δύσπνοια ή κόπωση κατά τη σωματική προσπάθεια, επιβάλλεται περιορισμός του λαμβανομένου με την τροφή άλατος και στην παραπάνω φαρμακευτική αγωγή προστίθενται διουρητικά. Αρχίζουμε με μικρές ή μέτριες δόσεις κατά προτίμηση θειαζιδης ή χλωροθαλιδόνης και σε σοβαρότερες περιπτώσεις δίνουμε φουροσεμίδη. Η διουρητική αγωγή πρέπει να συνδυάζεται με χορήγηση χλωριούχου καλίου ή καλιοσυντηρητικού φαρμάκου.

Στη στένωση της μιτροειδούς η μεγάλη διαστολική περίοδος έχει τεράστια σημασία για την εκκένωση του αριστερού κόλπου και την υποχώρηση της πνευμονικής συμφόρησης. Για το λόγο αυτό εάν η ταχυκαρδία ή ταχυαρρυθμία δεν ελέγχεται με τη δακτυλίτιδα προστίθενται μικρές δόσεις ενός αναστολέα των β-υποδοχέων αφού προηγουμένως βεβαιωθούμε ότι δεν υπάρχει αντένδειξη από τους

πνεύμονες. Στην τελευταία περίπτωση μπορεί να χορηγηθεί βεραπαμίλη. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επιβράδυνση της κοιλιακής συχνότητας χωρίς τον κίνδυνο τοξικών εκδηλώσεων από αυξημένες δόσεις δακτυλίτιδας. Εάν οι ασθενείς εμφανίζουν εκδηλώσεις δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας δίδονται αυστηρότερες οδηγίες ως προς τη δίαιτα, ανάπαυση και καθημερινή δραστηριότητα.

Χειρουργική αντιμετώπιση και θεραπεία της στενώσεως της μιτροειδούς.

Ενδειξη χειρουργικής θεραπείας της στενώσεως της μιτροειδούς αποτελεί η εμφάνιση δύσπνοιας, κόπωσης ή και άλλων συμπτωμάτων καρδιακής ανεπάρκειας, τα οποία περιορίζουν τη δραστηριότητα των ασθενών σε σημαντικό βαθμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται χειρουργική θεραπεία, ακόμη και όταν τα συμπτώματα του ασθενούς δεν είναι σοβαρά. Εδώ συνήθως ανήκουν ασθενείς νέας ηλικίας, κατά κανόνα γυναίκες, με ευκίνητη και χωρίς ασβέστωση βαλβίδα όπως υποδηλώνεται από ένα έντονο 1ο τόνο, ισχυρή κλαγγή διανοίξεως και επιβεβαιώνεται από το ηχοκαρδιογράφημα με καμπύλη στενώσεως της μιτροειδούς χωρίς πολλαπλές γραμμώσεις. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται κλειστή βαλβιδοτομή με ικανοποιητική διάνοιξη της βαλβίδας και βελτίωση των συμπτωμάτων. Η θνησιμότητα είναι κάτω του 1%. Από την άλλη πλευρά η εγχείρηση μπορεί να αναβάλλεται μέχρις ότου ο ασθενής εμφανίσει σοβαρά συμπτώματα και παρά τη φαρμακευτική αγωγή η ζωή δυσχεραίνεται, όχι μόνο στην εργασία, αλλά και κατά τις ώρες αναπαύσεως. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ασθενείς, συνηθέστερα άνδρες, με ασβεστωμένη στένωση της μιτροειδούς ή στένωση με κάποιο βαθμό ανεπάρκειας της ίδιας βαλβίδας. Εν προκειμένω η χειρουργική θεραπεία συνίσταται σε

αντικατάσταση της βαλβίδας με προσθετική βαλβίδα, οπότε ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει αυξημένη χειρουργική θνησιμότητα, η οποία κυμαίνεται 3-10% και αυξημένους κινδύνους επιπλοκών από την προσθετική βαλβίδα. Μεταξύ των δύο ανωτέρων ακραίων κατηγοριών βρίσκονται οι άλλοι ασθενείς, στους οποίους ο γιατρός λαμβάνοντας υπόψη όλα τα θετικά και αρνητικά στοιχεία της εγχείρησης και έχοντας πάντα κατά νου, ότι η χειρουργική αντιμετώπιση δεν οδηγεί στην ίαση, αλλά τροποποίηση της νόσου, θέτει την ένδειξη της επέμβασης όταν πεισθεί ότι υπάρχουν βάσιμα στοιχεία για τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης ή της ποιότητας ζωής. Εδώ υπάρχουν περιπτώσεις, στις οποίες οι ενδείξεις για απλή βαλβιδοτομή είναι αμφίβολες και συνιστάται διάνοιξη της βαλβίδας με τη βοήθεια εξωσωματικής κυκλοφορίας και ανοιχτή καρδιά. Με άμεση όραση ελέγχεται καλύτερα η βαλβίδα και εφόσον δεν είναι παχιά και ασβεστωμένη γίνεται βαλβιδοτομή, διαφορετικά ο χειρουργός προχωρεί σε αντικατάστασή της με τεχνητή ή βιολογική βαλβίδα.

Οι αυξημένες πνευμονικές αντιστάσεις και η πνευμονική υπέρταση δεν αποτελούν αντένδειξη για χειρουργική θεραπεία της στενώσεως της μιτροειδούς. Στους ασθενείς στους οποίους το χειρουργικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό παρατηρείται προοδευτική ελάττωση των πνευμονικών αντιστάσεων εντός ολίγων εβδομάδων.

Το πρόβλημα της βαλβιδικής στενώσεως της μιτροειδούς αντιμετωπίσθηκε χειρουργικά κυρίως αμέσως μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο και η διάνοιξη της βαλβίδας γινόταν με το δάκτυλο και τη βοήθεια ενός εργαλείου διαστολέα (βαλβιδοτόμος), εφ'όσον οι συμφύσεις είναι λίγο χαλαρές. Με την επινόηση όμως, και την εφαρμογή της εξωσωματικής κυκλοφορίας, ο χειρουργός μπορεί τώρα να δουλεύει με μεγαλύτερη άνεση και να διορθώνει τη βαλβίδα ή να

την ανοίγει "δι' απ'ευθείας οράσεως". Αν όμως η βαλβίδα δεν διορθώνεται, τότε γίνεται αντικατάσταση της βαλβίδας με τεχνητή. Ας σημειωθεί ότι μια καλά διορθωμένη βαλβίδα, είναι πολύ καλύτερη από μια τεχνητή, γιατί ο ασθενής διατηρεί τη δική του βαλβίδα και δεν χρειάζεται αντιπηκτικά φάρμακα. Τώρα τελευταία εφαρμόζεται στην κλινική πράξη η διάνοιξη μιας στενωμένης βαλβίδας με καθετήρα αεροθάλαμο. Αυτό μπορεί να γίνει σε μια στένωση της αορτής ή της μιτροειδούς. Τ'αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά και η μέθοδος είναι σημαντική, εφ'όσον αποφεύγεται μία εγχείρηση, ιδιαίτερα σε βεβαρημένα άτομα μεγάλης ηλικίας που πάσχουν από στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας και παρουσιάζουν επί πλέον, λόγω άλλων παθήσεων, σχετική αντένδειξη για εγχείρηση.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

1) Το σύνδρομο μετά βαλβιδοτομή. Αποτελεί τη συχνότερη επιπλοκή και απαντά σε ποσοστό 20-30% των χειρουργημένων ασθενών. Χαρακτηρίζεται από εμφάνιση άλγους στη χειρουργική τομή, το οποίο επετείνεται σε ολόκληρο το θώρακα, πυρετό, υπεζωκοτική ή περικαρδιακή τριβή, με ή χωρίς συλλογή υγρού στην υπεζωκοτική ή περικαρδιακή κοιλότητα και αύξηση της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Το σύνδρομο μετά βαλβιδοτομή αρχίζει ημέρες ή εβδομάδες μετά την εγχείρηση, δεν επηρεάζει δυσμενώς το χειρουργικό αποτέλεσμα και αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση κορτικοστερινοειδών.

2) Μαρμαρυγή των κόλπων. Εμφανίζεται σε ποσοστό 10-30% των ασθενών, οι οποίοι προ της εγχειρήσεως ευρίσκοντο σε φλεβοκομικό ρυθμό. Η αρρυθμία αυτή συνήθως ανατάσσεται αυτομάτως ή με

ηλεκτρικό shock. Συνιστάται αντιπηκτική θεραπεία.

3) Επαναστένωση της μιτροειδούς. Συμβαίνει σε σημαντικό αριθμό ασθενών συνήθως 5-10 έτη μετά τη βαλβιδοτομή. Αποδίδεται κυρίως σε αναζωπύρωση και εξέλιξη των ρευματικών αλλοιώσεων της βαλβίδας και κυρίως σε βράχυνση των τενοντίων χορδών και λιγότερο σε ατελή χειρουργική διάνοιξη του στομίου. Λόγω εκτεταμένης ινώσεως ή ασβεστώσεως, η επαναστένωση της μιτροειδούς συνήθως αντιμετωπίζεται με χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδας με προσθετική.

4) Περιφερικές αρτηριακές εμβολές και μετεγχειρητικές ψυχώσεις. Παρατηρούνται σε περιορισμένο αριθμό ασθενών.

Σε τοποθέτηση τεχνητής βαλβίδας στη μιτροειδή δυνατόν να παρουσιασθούν: ανεπάρκεια της μιτροειδούς, βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, περιφερικές αρτηριακές εμβολές, αιμολυτική αναιμία, θρόμβωση της βαλβίδας, κ.ά.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΡΙΝ ΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΟ

1. Εξετάσεις αίματος

Οι διάφορες βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις που γίνονται σε ένα καρδιοπαθή, που πρόκειται να χειρουργηθεί όπως ο αιματοκρίτης, η ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθρών (Τ.Κ.Ε.), οι ηλεκτρολύτες, η ουρία, αέρια αίματος κ.λ.π. δεν έχουν τόσο μεγάλη σημασία για τη διάγνωση, αλλά περισσότερο για να ελέγξουμε τη λειτουργία των άλλων οργάνων, όπως των νεφρών, του ήπατος, των πνευμόνων κ.λ.π.

2. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Ο ηλεκτροκαρδιογράφος είναι ένα μηχάνημα που με τη βοήθεια

3 ή 4 ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στα χέρια, στα πόδια και στο στήθος του ασθενούς, συλλαμβάνει και συλλέγει τα βιοηλεκτρικά ρεύματα, τα οποία παράγει η καρδιά. Αυτό είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα (Η.Κ.Γ.). Με αυτό παίρνουμε πληροφορίες σχετικές με τη συχνότητα και το ρυθμό της καρδιάς.

3. Τηλεκατινογραφία της καρδιάς

Αυτή είναι μια ακτινογραφία του θώρακα, όπου μπορούμε να δούμε το μέγεθος της καρδιάς και τη μορφολογία της. Επίσης μπορούμε να εκτιμήσουμε και την κατάσταση των πνευμόνων δηλαδή αν υπάρχει πνευμονική στάση (συμφόρηση), αν υπάρχουν άλατα ασβεστίου στις βαλβίδες κ.λ.π.

4. Φωνοκαρδιογράφημα

Με το φωνοκαρδιογράφο μπορούμε να ακούσουμε, όπως και με το στηθοσκοπιο, και να καταγράψουμε τους κτύπους της καρδιάς και τα διάφορα φυσήματα. Η καρδιά φυσιολογικά παράγει κυρίως δύο ήχους (δύο τόνους, τον πρώτο και το δεύτερο) και μεταξύ αυτών ακούγεται μόνο σε παθολογικές καταστάσεις τα διάφορα φυσήματα, τα οποία παράγονται κυρίως στις βαλβιδοπάθειες, αλλά και σε άλλες συγγενείς καρδιοπάθειες. Μπορούμε, δηλαδή να δούμε με το φωνοκαρδιογράφημα αν μια βαλβίδα πάσχει και τι βλάβη έχει, στένωση ή ανεπάρκεια.

5. Ηχοκαρδιογραφία

Αυτή είναι μια σύγχρονη, απλή, πολύ εύκολη και πάρα πολύ χρήσιμη μέθοδος. Με τη μέθοδο αυτή λαμβάνεται το ηχογράφημα όπως περίπου το ΗΚΓράφημα. Ο ηχοκαρδιογράφος είναι ένα μηχάνημα, που

παράγει υπέρηχους, οι οποίοι στέλνονται προς την καρδιά με τη βοήθεια ενός ηλεκτροδίου (πομπός) που τοποθετείται σε διάφορα σημεία του στήθους του ασθενούς. Ανάλογα με την ανατομία και την παθολογική κατάσταση της καρδιάς, ένα μέρος των υπερήχων απορροφάται, ενώ το υπόλοιπο επιστρέφει προς τα πίσω και συλλέγεται από το ίδιο ηλεκτρόδιο (δέκτης). Οι υπέρηχοι που συλλέγονται, στη συνέχεια παράγουν μια εικόνα τώρα τελευταία έγχρωμη, την οποία βλέπουμε σε μία οθόνη και μπορούμε να τη φωτογραφήσουμε. Έτσι παίρνουμε το ηχοκαρδιογράφημα το οποίο μπορεί να είναι μιας διάστασης (M-mode) ή δύο διαστάσεων (two dimensional), που είναι και πιο χρήσιμο. Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε εύκολα να βγάλουμε συμπεράσματα για την ποιότητα των καρδιακών βαλβίδων, αν υπάρχει στένωση μιας βαλβίδας, ή ανεπάρκεια χρησιμοποιώντας το Doppler (είδος ανιχνευτού ροής).

Σε βλάβες της μιτροειδούς μπορούμε να δούμε σε ποιο βαθμό έχουν επηρεασθεί η κινητικότητα και η ποιότητα των πετάλων της βαλβίδας. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί έτσι κρίνουμε και τι είδους εγχείρηση θα γίνει. Αν τώρα η ποιότητα των πετάλων είναι καλή, λαμβάνοντας υπόψη και τα ευρήματα από τις άλλες εξετάσεις, κάνουμε την κλειστή βαλβιδοτομή της μιτροειδούς, δηλ. την ανοίγουμε με το δάκτυλο και τον βαλβιδοτόμο. Αν όμως η ποιότητα δεν είναι καλή, γιατί τα πέταλα έχουν παχυνθεί ή έχουν μαζέψει άλατα ασβεστίου, τότε πρέπει να χειρουργηθεί ο ασθενής με την ανοιχτή μέθοδο, δηλ. με τη βοήθεια της καρδιοπνευμονικής συσκευής, γιατί το πιθανότερο είναι ότι θα πρέπει να αλλαχθεί η κατεστραμμένη βαλβίδα με μία τεχνητή.

6. Καθετηριασμός της καρδιάς

Κατά την εξέταση αυτή, ένας λεπτός πλαστικός σωληνίσκος, ο καθετήρας, εισάγεται σε μία φλέβα (δεξιός καθετηριασμός) ή αρτηρία (αριστερός καθετηριασμός) είτε του βραχίονα, είτε του ποδιού και ο καθετήρας αυτός προωθείται μέχρι την καρδιά. Ο καρδιολόγος ο οποίος διενεργεί την εξέταση με τη βοήθεια της ακτινοσκοπήσεως, παρακολουθεί την πορεία του καθετήρα έως ότου φτάσει μέσα στις κοιλότητες της καρδιάς. Έτσι μπορεί να θέσει τη διάγνωση της παθήσεως παίρνοντας διάφορα δείγματα αίματος, μετρώντας τις πιέσεις ή ρίχνοντας το σκιαστικό φάρμακο, αδιαπέραστο δηλαδή στις ακτίνες και βλέποντας πως αυτό πηγαίνει μέσα στις κοιλότητες της καρδιάς. Επίσης ελέγχεται η λειτουργική ικανότητα του μυοκαρδίου και μετριέται η ποσότητα αίματος που εξωθεί η καρδιά ανά λεπτό (Κατά Λεπτό Όγκο Αίματος=ΚΛΟΑ). Η εξέταση αυτή γίνεται στους ενήλικους με τοπική αναισθησία, και πρέπει να είναι ανώδυνη ενώ η γενική νάρκωση είναι απαραίτητη για τα μικρά παιδιά, τα οποία δεν μπορούν να συνεργασθούν κατά την εξέταση. Ο καθετηριασμός της καρδιάς μαζί με την καρδιοαγγειογραφία, αποτελούν τις πιο σημαντικές εξετάσεις, ιδιαίτερα για το χειρουργό, προκειμένου ν'αποφασίσει το είδος της εγχειρήσεως που πρόκειται να κάνει. Πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι ο καθετηριασμός της καρδιάς γίνεται άλλες φορές, όχι για να αποφασισθεί μια εγχείρηση, αλλά για να παρακολουθήσουμε το αποτέλεσμα μετά από την επέμβαση. Ένας άλλος τρόπος δεξιού καθετηριασμού που δεν απαιτείται ακτινοσκόπηση είναι αυτός που γίνεται με τον ειδικό καθετήρα Swan-Ganz. Ο καθετήρας αυτός είναι εφοδιασμένος μ'ένα μικρό αεροθάλαμο στην άκρη του, ο οποίος προωθούμενος με τη ροή του αίματος οδηγεί τον καθετήρα δια μέσου της καρδιάς μέχρι τους

κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας. Επίσης έχει τρεις αυλούς με τις ανάλογες τρύπες (εξόδους) σε διάφορα σημεία κατά μήκος του. Από τις εξόδους αυτές μπορούμε να μετράμε τις πιέσεις ή να παίρνουμε δείγματα αίματος μέσα από την καρδιά. Οδηγός για τη θέση του καθετήρα κατά την εισαγωγή του είναι η πίεση που καταγράφεται με τον καθετήρα. Ο καθετήρας αυτός εισάγεται με τοπική αναισθησία από μία μεγάλη φλέβα, συνήθως την έσω σφραγίτιδα, και μπορεί να παραμείνει στον ασθενή κατά και μετά την εγχείρηση, ώστε ανά πάσα στιγμή να βλέπουμε τις ενδοκαρδιακές πιέσεις και να κανονίζουμε ανάλογα τη θεραπεία του ασθενούς με υγρά ή φάρμακα. Επίσης με παραλλαγές στην κατασκευή του καθετήρα μπορούμε συγχρόνως να μετρήσουμε μ'ένα θερμοηλεκτρόδιο και Computer του ΚΛΟΑ ή ακόμα και να τη βηματοδοτήσουμε με ηλεκτρικό ρεύμα προσωρινά. Ο καθετήρας Swan-Ganz με τους διάφορους τύπους του είναι πολυτιμότετος και πρέπει να χρησιμοποιείται μέσα στη μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης σ'όλους του βαρέως πάσχοντες, χειρουργημένους ή μη που παρουσιάζουν καρδιακή ανεπάρκεια.

7. Αγγειοκαρδιογραφία

Κατά τον καθετηριασμό της καρδιάς μπορεί να γίνει και η αγγειοκαρδιογραφία. Κατά την εξέταση αυτή, ειδικό σκιαστικό φάρμακο, που φαίνεται στην ακτινοσκόπηση ή την ακτινογραφία χύνεται μέσα στα μεγάλα αγγεία και στους χώρους της καρδιάς, ώστε βλέποντας τη διαδρομή του φαρμάκου μέσα στα αγγεία και στις κοιλότητες της καρδιάς, να βγάζουμε ορισμένα συμπεράσματα. Κατά τη φάση αυτή μπορούμε να πάρουμε απλές ακτινογραφίες ή κινηματογραφική ταινία (Cine) και να δούμε πως διαδέχονται οι εικόνες η μία την άλλη. Έτσι μπορούμε να δούμε και να εντοπίσουμε τα

ελαττώματα της καρδιάς, τα οποία μπορεί να είναι τρύπες μεταξύ των χωρισμάτων της καρδιάς, μπορεί να είναι στενώσεις ή ανεπάρκειες στις διάφορες βαλβίδες.

Πολλές φορές, όμως, όταν η διάγνωση είναι σαφής, δεν απαιτείται καρδιακός καθετηριασμός για να αποφασισθεί ή όχι μια χειρουργική επέμβαση. Σ'αυτές τις περιπτώσεις το ΗΚΓράφημα ή ακτινογραφία θώρακος και ηχοκαρδιογράφημα μαζί με την κλινική εξέταση και το ιστορικό του ασθενούς, τις περισσότερες φορές είναι αρικτά στοιχεία, για να τεθεί η διάγνωση.

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΞΩΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

(Καρδιοπνευμονική συσκευή)

Παλαιότερα και μέχρι το 1954 όλες οι καρδιοπάθειες χειρουργούνταν χωρίς τη βοήθεια πολλών μέσων και ήταν μια εποχή κατά την οποία παρά τις πολλές προσπάθειες που γίνονταν, τις πιο πολλές φορές τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Από το 1954 όμως και μετά, που επινοήθηκε από το Gibbon, έναν Αμερικανό, το μηχάνημα της εξωσωματικής κυκλοφορίας, ή η καρδιοπνευμονική συσκευή, η εξέλιξη της καρδιοχειρουργικής ήταν ραγδαία. Αυτό είναι ένα μηχάνημα που αντικαθιστά εκ του ασφαλούς τη λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων για μια χρονική περίοδο από μερικά λεπτά μέχρι 4-6 ώρες, κατά τη διάρκεια της οποίας μπορεί ο χειρουργός με άνεση, να σταματήσει τη λειτουργία της καρδιάς, να την ανοίξει, να ράψει τις διάφορες παθολογικές τρύπες, να αλλάξει τις βαλβίδες και γενικά να διορθώσει σχεδόν οποιαδήποτε καρδιακή ανωμαλία. Ο συνδυασμός της εξωσωματικής κυκλοφορίας με την

υποθερμία, δηλαδή με την ψύξη του ασθενούς, η οποία πετυχαίνεται με το θερμορυθμιστή, ελαττώνει το μεταβολισμό του σώματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση των αναγκών του σώματος κυρίως σε οξυγόνο και την προστασία όχι μόνο της καρδιάς, αλλά του εγκεφάλου και ολόκληρου του σώματος. Για την καλύτερη προστασία του μυοκαρδίου επί πλέον χρησιμοποιείται η καρδιοπληγία. Όταν η θερμοκρασία του σώματος και του εγκεφάλου πέσει στους 20°, ο εγκεφαλος μπορεί να διατηρηθεί χωρίς κυκλοφορία περισσότερο από μισή ώρα, ενώ φυσιολογικά (σε θερμοκρασία 36,5°C) εάν η κυκλοφορία, στον εγκεφαλο σταματήσει για 5-8 λεπτά, επέρχεται ο θάνατος. Η μέθοδος της μέτριας υποθερμίας (28-30°C) είναι εκείνη που εφαρμόζεται πιο συχνά για τη διενέργεια των καρδιακών εγχειρήσεων.

Επίσης με το συνδυασμό της εξωσωματικής κυκλοφορίας και της βαθιάς υποθερμίας (θερμοκρασία σώματος 18-20°C) μπορούμε να σταματήσουμε τελείως όχι μόνο την καρδιά, αλλά και την κυκλοφορία. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σήμερα στα πολύ μικρά παιδιά (νεογνά-νήπια), για να διορθωθεί μια πολύπλοκη καρδιακή ανωμαλία σε ένα εγχειρητικό πεδίο, χωρίς πολλούς σωλήνες, καθαρό και στεγνό, εφ'όσον δεν κυκλοφορεί καθόλου αίμα. Μετά τη διόρθωση της βλάβης ξαναβάζουμε μπροστά την κυκλοφορία με την καρδιά διορθωμένη πια και ο ασθενής επαναθερμαίνεται με τον θερμορυθμιστή.

Τι είναι το μηχάνημα της εξωσωματικής κυκλοφορίας.

Το μηχάνημα της εξωσωματικής κυκλοφορίας ή καρδιοπνευμονική συσκευή ή παράκαμψη (By pass), όπως λέγεται αλλιώς αποτελείται:

1. Από τον οξυγονωτή (πνεύμονα) όπου γίνεται η ανταλλαγή των αερίων.

2. Την αντλία (καρδιά) η οποία διοχετεύει το αίμα μετά την οξυγόνωση, προς τον ασθενή.
3. Τον εναλλάκτη της θερμοκρασίας (θερμορρυθμιστή) για τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του ασθενούς που βρίσκεται ενσωματωμένος στον οξυγονωτή.
4. Διάφορα φίλτρα.
5. Από τους απαραίτητους πλαστικούς σωλήνες (αγγεία) μέσα στους οποίους κυκλοφορεί το αίμα και οι οποίοι συνδέουν την καρδιοπνευμονική συσκευή με τον ασθενή.

Πως γίνεται η εξωσωματική κυκλοφορία.

Τεχνική: Το φλεβικό αίμα από την άνω και κάτω κοίλη φλέβα παίρνεται με δύο πλαστικούς σωλήνες και διοχετεύεται μέσα στον οξυγονωτή. Υπάρχουν διάφορα είδη οξυγονωτών αλλά αυτοί που χρησιμοποιούνται συχνά σήμερα είναι δύο, ο οξυγονωτής διαφυσαλλιδώσεως, που είναι ένας πλαστικός σάκος ή δοχείο όπου διοχετεύονται στο αίμα φυσαλίδες οξυγόνου που σκορπούν και δίνουν οξυγόνο στα ερυθρά αιμοσφαίρια, ενώ συγχρόνως γίνεται η αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα και ο οξυγονωτής διαμεμβράνης, που τα αέρια διαπιδύουν διαμέσου λεπτής μεμβράνης.

Μετά τον οξυγονωτή το αίμα, οξυγονωμένο πια, περνά από ένα πλέγμα σαν σφουγγάρι, όπου φιλτράρονται και διαλύονται οι τυχόν υπάρχουσες φυσαλίδες. Αυτό είναι κάτι σπουδαίο, γιατί εάν οι φυσαλίδες περάσουν προς τον ασθενή προκαλούν εγκεφαλικές εμβολές. Μετά το αίμα προωθείται με την βοήθεια της αντλίας στην αορτή του ασθενούς, αφού προηγουμένως περάσει μέσα από το θερμορρυθμιστή.

Για να εφαρμόσουμε στον ασθενή το μηχάνημα της εξωσωματικής κυκλοφορίας πρέπει να δώσουμε σαν αντιπηκτικό την ηπαρίνη. Αυτό

είναι απαραίτητο για να αποφύγουμε την πήξη του αίματος μέσα στο τεχνητό αυτό κύκλωμα.

Μπορούμε να σταματήσουμε τη λειτουργία της καρδιάς κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας με ηλεκτρικό ρεύμα (ηλεκτρική ινίδωση), να την ανοίξουμε εύκολα και να διορθώσουμε τη βλάβη της. Το σταμάτημα και η προστασία της καρδιάς γίνεται με τη μέθοδο της καρδιοπληγίας, όπου γίνεται έγχυση ψυχρού διαλύματος χλωριούχου καλίου μέσα στις στεφανιαίες αρτηρίες. Μετά το κλείσιμο της καρδιάς, την επαναφέρουμε στον κανονικό ρυθμό της πάλι με ένα ηλεκτρικό shock (ηλεκτρική απινίδωση) ή με την έκπλυση του καρδιοπληγικού διαλύματος που γίνεται αυτόματα με την επανάρδευση των στεφανιαίων. Αφού τελειώσει η εγχείρηση, όλοι οι πλαστικοί καθετήρες της εξωσωματικής κυκλοφορίας αφαιρούνται και εξουδετερώνεται το αντιπηκτικό ηπαρίνη, ώστε με το αντίδοτό της που είναι η θειϊκή πρωταμίνη να περιορισθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας.

Όλες οι καρδιακές επεμβάσεις, οι οποίες γίνονται με τη βοήθεια του μηχανήματος της εξωσωματικής κυκλοφορίας, ονομάζονται "ανοικτές", οι δε λοιπές "κλειστές".

Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησεως (Ανάληψη Καρδιοχειρουργημένων Ασθενών).

Μετά το χειρουργείο ο ασθενής μεταφέρεται στην Ειδική Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης. Εδώ ο ασθενής αρχίζει να επιβλέπεται από μια ομάδα εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Πρέπει να σημειωθεί ότι σ'ένα μεγάλο ποσοστό η επιτυχία των καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων οφείλεται περισσότερο στην εμπειρία και στον

εξοπλισμό με τα απαραίτητα μηχανήματα και το κατάλληλο προσωπικό της Μ.Ε.Π.

Επειδή μέσα στην Μ.Ε.Π. υπάρχουν όλα τα μηχανήματα και το απαραίτητο προσωπικό, δεν επιτρέπεται η παραμονή των γονέων και των συγγενών του ασθενούς, εκτός από μία ή δύο σύντομες επισκέψεις το 24ωρο. Ο ασθενής πρέπει να έχει ενημερωθεί από το χειρουργό ή τον αναισθησιολόγο ότι εάν έχει σωλήνα στην τραχεία του (ενδοτραχειακός σωλήνας) δεν μπορεί να μιλήσει, έως ότου ο σωλήνας αφαιρεθεί—συνήθως μέσα σ'ένα 24ωρο. Τον ενδοτραχειακό σωλήνα τον κρατούμε προσωρινά, για να τον συνδέσουμε με μηχανικό αναπνευστήρα ώστε να βοηθήσουμε την αναπνοή του ασθενούς και να καθαρίζουμε τις εκκρίσεις μέσα από τον πνεύμονα. Οι μηχανικοί αναπνευστήρες είναι πολύ χρήσιμοι, γιατί όχι μόνο μπορούμε να βοηθήσουμε την αναπνοή του ασθενούς, αλλά και να την καταστήσουμε. Δηλαδή ο ασθενής νά αναπνέει χωρίς να προσπαθεί καθόλου.

Ο ασθενής αμέσως μετά την εγχείρηση έχει διάφορους μικρούς καθετήρες για τη χορήγηση ορών ή σωλήνες παροχετεύσεως. Όλα αυτά δεν πρέπει να τρομοκρατήσουν τον ίδιο και τους συγγενείς του, γιατί παραμένουν προσωρινά και μέσα σε 2-3 ημέρες αφαιρούνται όλα σιγά-σιγά.

ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ

Από τη στιγμή που δόθηκε στον χειρουργό η δυνατότητα με την εξωσωματική κυκλοφορία να βλέπει κατεστραμμένες βαλβίδες αμέσως γεννήθηκε και η ανάγκη να βρεθεί και μια βαλβίδα τεχνητή, που να μπορεί να αντικαταστήσει τη χαλασμένη. Αλλά τι είδους βαλβίδα θα μπορούσε να αντικαταστήσει τη χαλασμένη βαλβίδα, να τοποθετηθεί

στη θέση της φυσιολογικής, δηλαδή να ραφτεί μέσα στη καρδιά, να λειτουργήσει μέσα στο αίμα και η λειτουργία της να διαρκεί πάρα πολλά χρόνια;

Για να βρεθεί τέτοιο υλικό και να καλυφθούν όλες αυτές οι ανάγκες, έγιναν σ'όλο τον κόσμο εκτεταμένες έρευνες και ιδιαίτερα στην Αμερική. Το αποτέλεσμα ήταν να κατασκευασθούν οι τεχνητές βαλβίδες.

Η πρώτη βαλβίδα που χρησιμοποιήθηκε ήταν το 1952, όταν ο Αμερικανός HuFnagel έβαλε μια τεχνητή βαλβίδα όχι στη θέση της φυσιολογικής, αλλά μακριά από την καρδιά μέσα στην αορτή. Η προσπάθεια αυτή απέδειξε ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν πλαστικές ύλες για την κατασκευή βαλβίδων που να εμφυτεύονται στον άνθρωπο. Το 1958 για πρώτη φορά αντικατατάθηκε αλλοιωμένη αορτική βαλβίδα με τεχνητή. Το 1960 ήταν ο A. Starr που εισήγαγε κανονικά στην κλινική πράξη την αντικατάσταση των βαλβίδων, με τεχνητές. Από το 1960 και μετά επινοήθηκαν πολλά είδη βαλβίδων και η αντικατάστασή τους έχει γίνει συνηθισμένη χειρουργική πράξη.

Τα υλικά κατασκευής των τεχνητών καρδιακών βαλβίδων που χρησιμοποιούνται είναι διάφορα μέταλλα ή κράματα και ο πυριλιτικός άνθρακας που αντέχουν στην διάβρωση. Επίσης πλαστικά υλικά, όπως Teflon, Dacron και ο συνδυασμός αυτών των υλικών. Τέλος δε και διάφοροι ιστοί ανθρώπινοι ή ζωικοί.

Γενικά μπορούμε να διακρίνουμε τις τεχνητές καρδιακές βαλβίδες στις προσθετικές, που κατασκευάζονται από μέταλλο και πλαστικό, και στις βιολογικές (ιστικές) που αποτελούνται από ιστό ανθρώπινο (ομοιομοσχεύματα), είτε από ζώο, π.χ. από χοίρο (ετερομόσχευμα). Επίσης μπορούν να κατασκευασθούν βαλβίδες και από άλλους ιστούς, όπως από τη σκληρή μήνιγγα του εγκεφάλου, την

πλατιά περιτονία και το περικάρδιο. Η κατηγορία αυτή κατ' ουσίαν συνδυάζει τα χαρακτηριστικά των δύο προηγούμενων βαλβίδων, κατασκευάζονται και αυτές από πλαστικό ή μέταλλο και από ιστό γι' αυτό λέγονται βιοπροσθετικές βαλβίδες.

Θρομβοεμβολικά φαινόμενα.

Το μεγάλο μειονέκτημα των τεχνητών μεταλλικών βαλβίδων είναι ότι, όταν βρίσκονται μέσα στο αίμα, προκαλούν θρόμβωση, δηλαδή πήγματα αίματος που κολλούν πάνω στη βαλβίδα. Ο θρόμβος που αναπτύσσεται μπορεί να παραβιάσει τη λειτουργία της βαλβίδας ή να αποσπασθεί από τη βαλβίδα και να ενσφηνωθεί σε μια αρτηρία στον εγκέφαλο, όπου θα προκαλέσει μια νευρολογική εικόνα, όπως η ημιπληγία ή η παράλυση ορισμένου άκρου (θρομβοεμβολικά φαινόμενα). Το πρόβλημα της θρομβώσεως αφορά όλες τις μεταλλικές βαλβίδες. Γι' αυτό το λόγο, οι ασθενείς που έχουν τέτοιες βαλβίδες πρέπει να παίρνουν σε όλη τους τη ζωή αντιπηκτικά που είναι τα παράγωγα της δικουμαρόλης. Ο κίνδυνος από τα αντιπηκτικά είναι η αιμορραγική διάθεση και αιμορραγία όταν ο χρόνος προθρομβίνης επικίνδυνα παραταθεί. Το μεγάλο πλεονέκτημα των βιολογικών βαλβίδων είναι ότι δεν προκαλούν θρόμβωση όπως οι προσθετικές βαλβίδες και επομένως οι ασθενείς δεν είναι απαραίτητο να παίρνουν αντιπηκτικά. Το μειονέκτημά τους όμως είναι, ότι σαν ιστός δεν έχει τη μεγάλη αντοχή που παρουσιάζει το μέταλλο ή το πλαστικό. Γι' αυτό ύστερα από λειτουργία ενός ορισμένου χρονικού διαστήματος, πολλές από τις βαλβίδες αυτές παθαίνουν αλλοιώσεις, με αποτέλεσμα ο βαλβιδικός μηχανισμός να χαλάσει και να απαιτείται πάλι εγχείρηση. Σήμερα με τη βελτίωση των τεχνητών καρδιακών βαλβίδων των εγχειρητικών τεχνικών και των μετεγχειρητικών

μεθόδων ο χειρουργικός κίνδυνος των αντικαταστάσεων των καρδιακών βαλβίδων έχει ελαττωθεί κάτω του 5-10%. Έτσι οι ασθενείς που ήταν άλλοτε καταδικασμένοι να πεθάνουν σύντομα, λόγω της βαλβιδικής βλάβης, όχι μόνο επιζούν, αλλά και γίνονται χρήσιμοι στο κοινωνικό σύνολο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ**

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας, περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες από τον νοσηλευτή, από την στιγμή που θα έρθει ο ασθενής στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδό του και ανάλογα με την κατάσταση του, διαμορφώνουμε το πρόγραμμα της νοσηλείας του και της νοσηλευτικής φροντίδας που θα εφαρμόσουμε:

- α) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, λήψη ιστορικού υγείας, εκτίμηση των σημείων και συμπτωμάτων και αντιμετώπισή τους.
- β) Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά τη διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων.
- γ) Προεγχειρητική φροντίδα σε ασθενή με χειρουργική αντιμετώπιση της στενώσεως της μιτροειδούς.
- δ) Νοσηλευτική φροντίδα στην ειδική μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) κατά το πρώτο 48ωρο.
- ε) Μετεγχειρητική φροντίδα στο τμήμα.
- στ) Σχεδιασμός εξόδου, αποκατάσταση, ενημέρωση.

A1) Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου, λήψη ιστορικού υγείας.

Αμέσως μετά την είσοδο του αρρώστου στο νοσοκομείο, ο νοσηλευτής είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής εκείνη τη στιγμή, εκτιμώντας την παρούσα κατάστασή του. Το επόμενο βήμα του νοσηλευτή είναι η λήψη του ιστορικού υγείας από τον ίδιο τον άρρωστο ή και από τους συγγενείς του.

Στο νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς, ο νοσηλευτής σημειώνει πληροφορίες όπως:

- α) Προηγούμενες καρδιακές παθήσεις ή φλεγμονωδών διεργασιών, όπως ρευματικού πυρετού ή μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας.
- β) Παιδικές νόσους.
- γ) Στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις (από προηγούμενα ιατρικά και νοσοκομειακά δελτία).
- δ) Τα προβλήματα του αρρώστου, όπως δύσπνοια μετά από προσπάθεια, βήχα και αιμόπτυση, επανειλημμένες λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, αίσθημα κόπωσης και αίσθημα παλμού, που είναι και τα κύρια συμπτώματα της στένωσης της μιτροειδούς.
- ε) Τα ζωτικά σημεία του ασθενή (Αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, Σφυγμούς, Αναπνοές) καθώς επίσης την παρουσία πιθανής κυάνωσης ή περιφερικού οιδήματος, αν υπάρχει.

A2) Νοσηλευτικές ενέργειες για την άμεση αντιμετώπιση των κυριότερων συμπτωμάτων της στενώσεως της μιτροειδούς.

Δύσπνοια

Ο νοσηλευτής αξιολογεί τη δύσπνοια του καρδιοπαθούς από την

ερμηνεία των παρατηρήσεων. Ειδικότερα παρατηρεί τους παράγοντες που μείωσαν ή επιδείνωσαν τη δύσπνοια, τη θέση που παίρνει ο άρρωστος στη φάση της δύσπνοιας, τη διαφοροποίηση του χρώματος του δέρματος (ωχρότητα, κύανση) την έκφραση του προσώπου, τους προέρχοντες μυς του τραχήλου.

Τα χαρακτηριστικά της δύσπνοιας είναι η αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια, που οφείλεται στη μείωση της πνευμονικής χωρητικότητας εξαιτίας πνευμονικής συμφορήσεως και η αναπνοή είναι γρήγορη και επιπόλαια. Ασθενείς σε πολύ προχωρημένα στάδια πνευμονικής φλεβικής συμφορήσεως, εκτός από τη δύσπνοια μετά από κόπωση, εκδηλώνουν δύσπνοια και όταν είναι σε ανάπαυση. Οι άρρωστοι δεν μπορούν να ξαπλώσουν χωρίς να αισθάνονται δυσκολία στην αναπνοή. Η δύσπνοια αυτή ονομάζεται **ορθόπνοια**. Η όρθια θέση προκαλεί αυτόματα ανακούφιση.

Νοσηλευτικές δραστηριότητες-θεραπευτικά μέτρα

- Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ανάρροπη θέση.
- Χορηγούμε οξυγόνο (O_2) 4-6 lit.
- Περιορίζουμε τα λαμβανόμενα υγρά καθώς και το χλωριούχο νάτριο (αλάτι).
- Χορηγούμε διουρητικά ταχείας δράσεως.
- Περιορίζουμε τις ανάγκες του οργανισμού σε O_2 (οξυγόνο).
- Εξασφαλίζουμε ήρεμο ύπνο με χορήγηση ηρεμιστικών.

Βήχας-Αφρώδης ροδόχρωμη απόχρεψη.

- Χορηγούμε μορφίνη ενδοφλέβια με εντολή γιατρού (η μορφίνη κάνει περιφερική αγγειοδιαστολή, καταστέλλει το Κ.Ν.Σ., δρα στο κέντρο της αναπνοής και προκαλεί βαθιές και αραιές αναπνοές). Δεν χορηγείται όταν ο άρρωστος υποφέρει από χρόνια πνευμονική

αρρώστια.

- Χορηγούμε οξυγόνο (4-5 lit.).
- Χορηγούμε, διουρητικό με γρήγορη δράση (με εντολή γιατρού) και κάλιο.
- Αφαίμαξη.
- Χορηγούμε βρογχοδιασταλτική για τη χαλάρωση του βρογχοσπασμού, τη μείωση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως, τη μείωση της περιφερικής φλεβικής πίεσεως και των περιφερικών αντιστάσεων.
- Χορηγούμε νιτρογλυκερίνη.

Αίσθημα κοπώσεως.

Προκαλείται από την κακή αιμάτωση των ιστών (μικρός όγκος παλμού).

Η ανάπαυση μειώνει τις απαιτήσεις των ιστών σε οξυγόνο καθώς και τη δημιουργία και απομάκρυνση των μεταβολιτών γενικά.

Για να εξασφαλίσουμε ικανοποιητική ανάπαυση, τοποθετούμε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι.

Η ημικαθιστική θέση θεωρείται αναπαυτική. Στη θέση αυτή η επιστροφή φλεβικού αίματος στην καρδιά και τους πνεύμονες μειώνεται. Η τοποθέτηση στηρίγματος πελμάτων εμποδίζει τον άρρωστο να γλυστρίσει. Αποφεύγεται η τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τα γόνατα επειδή προκαλεί φλεβική στάση και περιορίζει την άσκηση των ποδιών. Τα χέρια ανασηκώνονται και υποστηρίζονται με μαξιλάρια. Η θέση στην πολυθρόνα πολλές φορές ανακουφίζει τον άρρωστο, επειδή μειώνει την κατεύθυνση των υγρών από την περιφέρεια στους πνεύμονες.

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 και αν του γίνει στο κρεβάτι.

Η ηρεμία, βασικός παράγοντας για την ανάπαυση του αρρώστου, πρέπει να επιδιώκεται, με αποφυγή ερεθισμάτων. που θα διεγείρουν, ταραξούν και εκνευρίσουν τον άρρωστο.

Αίσθημα προκάρδιων παλμών.

Είναι ένας γρήγορος, δυνατός ή ανώμαλος καρδιακός παλμός που τον αισθάνεται ο άρρωστος.

- Κατά τη διάρκεια επεισοδίων αισθήματος παλμού πρέπει να λαμβάνονται ΗΚΓ, ο κερδικός, ο καρωτιδικός και ο κορυφαίος σφυγμός.
- Λήψη ζωτικών σημείων, φυσική ή συναισθηματική ανακούφιση.

Αιμόπτυση.

Είναι η έξοδος αίματος με το βήχα:

- α) Μικρές ποσότητες σκούρου, πηγμένου αίματος δείχνουν στένωση μιτροειδούς.
- β) Κόκκινα αφρώδη πτύελα, δείχνουν οξύ πνευμονικό οίδημα.
- γ) Αιμόφυρτα πτύελα, δείχνουν οξεία πνευμονική συμφόρηση.

- Στην αρχή είναι απαραίτητο να ηρεμήσει ο άρρωστος και οι δικοί του. Ο άρρωστος μένει ακίνητος, τοποθετείται στο κρεβάτι σε καθιστική θέση. Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για καταστολή του βήχα και της ψυχικής διεγέρσεως. Η τροφή του πρέπει να είναι επαρκής σε θερμίδες. Σε μεγάλες αιμοπτύσεις μπορεί να γίνει υποδόρια ένεση μορφίνης που μαζί με τις άλλες ενέργειές μας καταστέλλει τη δράση του βήχα και του κέντρου της αναπνοής με αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας των πνευμόνων. Η

νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη ετοιμότητα για αντιμετώπιση πιθανής λαρυγγοσπήσεως ή βρογχοσπασμικής, για αφαίρεση τυχόν πηγμάτων αίματος της αναπνευστικής οδού, που μπορούν να την αποφράξουν.

Επιβάλλεται η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιεί μέσα ή μέτρα νοσηλευτικά, που θα βοηθήσουν σε προοδευτική αποκατάσταση ηρεμίας του αρρώστου, όπως:

- Κινήσεις ήρεμες και σταθερές.
- Ενεργητικότητα, ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στις ενέργειες.
- Εμπνευση εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας στον ασθενή και το περιβάλλον του.

Στηθαγχικό άλγος.

Η αντιμετώπιση αρρώστου με στηθαγχικό άλγος περιλαμβάνει:

1. Διακοπή δραστηριότητας και τοποθέτησή του σε αναπαυτική θέση.
2. Χορήγηση φαρμάκων που διαστέλουν τα στεφανιαία αγγεία. Η νιτρογλυκερίνη, πολύτιμο φάρμακο για την αντιμετώπιση του στηθαγχικού άλγους, χορηγείται υπογλώσσια σε δόση 0,15-0,3 ή 0,6 mg. Απορροφάται γρήγορα από το βλεννογόνο του στόματος και το αποτέλεσμα έρχεται μέσα σε 2-3 λεπτά. Ακόμη χορηγείται και από το δέρμα. Το φάρμακο πρέπει να λαμβάνεται προληπτικά πριν από κάθε δραστηριότητα που είναι δυνατόν να προκαλέσει πόνο, δεν συνηθίζεται και μπορεί να λαμβάνεται συχνά.
3. Παραμένουμε κοντά στον ασθενή για μείωση της αγωνίας, η οποία επιδεινώνει την υποξία του μυοκαρδίου.
4. Ενημερώνουμε τον άρρωστο να αποφεύγει συνθήκες που προκαλούν στηθαγχική κρίση, δηλαδή:
 - Οι δραστηριότητές του να μην προκαλούν αίσθημα δυσχέρειας

στο θώρακα, βράχυνση της αναπνοής και κόπωση.

- Να μην εκτίθεται σε πολύ υψηλή ή χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος, να αποφεύγει παραμονή σε υψόμετρο και καταστάσεις που δημιουργούν ένταση.
- Να διακόψει το κάπνισμα.
- Να ντύνεται ζεστά το χειμώνα.
- Να χρησιμοποιεί τα φάρμακα που του καθόρισε ο γιατρός.

B) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ.

Ακτινολογική εξέταση.

Η οπισθοπρόσθια, η πλάγια, η δεξιά πρόσθια λοξή θέση, η αριστερή πρόσθια λοξή θέση ακτινολογικής εξέτασης της καρδιάς δίνει πληροφορίες για το μέγεθος της καρδιάς, τα πνευμονικά αγγεία, τα μεγάλα αγγεία, τις καρδιακές κοιλότητες κ.α.

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον άρρωστο για την εξέταση, το χρόνο εκτελέσεώς της και τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας του με το γιατρό και το χειριστή των μηχανημάτων.

Η.Κ.Γ.

Η λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος γίνεται από το γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή το βοηθό του εργαστηρίου, στο κρεβάτι του αρρώστου ή στο εργαστήριο του νοσοκομείου.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος είναι ο εξής:

1. Ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με την εξέταση.

2. Απομακρύνει τους επισκέπτες.
3. Μένει κοντά στον άρρωστο, όταν το ΗΚΓ λαμβάνεται από το γιατρό και η κατάσταση του αρρώστου είναι σοβαρή.
4. Κατά τη λήψη ΗΚΓ απαγορεύεται να ακουμπά στο κρεβάτι του αρρώστου για αποφυγή τυχόν ηλεκτροπληξίας.
5. Ενημερώνεται για τα αποτελέσματα της εξέτασης. Αυτό θα βοηθήσει στην προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

Στον άρρωστο δεν γίνεται καμιά προετοιμασία για την εξέταση, απλώς ενημερώνεται για τη διαδικασία της, κάτι που θα μειώσει πολύ τα τυχόν συναισθήματα φόβου και ανησυχίας. Για την εξέταση ελευθερώνεται ο θώρακας από τα ρούχα και τοποθετείται ο άρρωστος σε ύπτια θέση, στο κρεβάτι.

Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στην εξωτερική επιφάνεια του δέρματος του καρπού, της κνήμης και του θώρακα σε αριθμό συνδυασμών. Πριν από την επαφή του ηλεκτρόδιου, αλείφεται το δέρμα με νερό ή άλλη ουσία για καλύτερη επαφή του δέρματος με το ηλεκτρόδιο.

Καθετηριασμός καρδιάς.

Ο καθετηριασμός καρδιάς γίνεται από τον καρδιολόγο, στο αιμοδυναμικό εργαστήριο του νοσοκομείου. Συνήθως ο χειρουργός συμμετέχει για την αποκάλυψη του αγγείου. Η νοσηλεύτρια βοηθεί στο έργο των γιατρών, κυρίως όμως συμπαραστέκεται στον άρρωστο και προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία, το φόβο και την ταλαιπωρία από την εξέταση.

Κατά την εξέταση ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση πάνω σε ειδικό κρεβάτι. Κατά διαστήματα συσκοτίζεται ο θάλαμος για

ακτινοσκόπηση. Στον άρρωστο, προκειμένου να κάνει καθετηριασμό καρδιάς χορηγούμε ηρεμιστικά πριν την εξέταση και οδηγείται στο εργαστήριο νηστικός. Κατά τον καθετηριασμό χορηγείται στον άρρωστο ηπαρίνη για αποφυγή δημιουργίας θρόμβου, την προηγούμενη, και την επόμενη μέρα του καθετηριασμού χορηγείται αντιβίωση για την πρόληψη των μολύνσεων. Η εξέταση δεν είναι επώδυνη. Ίσως αισθανθεί δυσάρεστο αίσθημα κατά την αποκάλυψη της φλέβας και την είσοδο του καθετήρα στην καρδιά. Ανάλογα με την περιοχή που ερευνάται, διακρίνουμε δεξιό καθετηριασμό, οπότε διερευνάται η μικρή κυκλοφορία και συγχρόνως λαμβάνεται η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών, που αντιστοιχεί με την πίεση του αριστερού κόλπου, και αριστερό καθετηριασμό, οπότε ερευνάται ο αριστερός κόλπος, η αριστερή κοιλία και η αορτή.

Δεξιός καθετηριασμός. Ο καθετήρας εισάγεται μετά από τοπική αναισθησία στην βασιλική ή μεσοβασιλική φλέβα, στην υποκλείδια ή στην άνω κοίλη φλέβα ή στην σαφηνή φλέβα και φέρεται, κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο, με κατάλληλους χειρισμούς από το δεξιό κόλπο και κοιλία, προς την πνευμονική αρτηρία.

Αριστερός καθετηριασμός. Η εισαγωγή καθετήρα στον αριστερό κόλπο ή κοιλία γίνεται με παρακέντηση ή αποκάλυψη μηριαίας ή μασχαλιαίας αρτηρίας. Σπάνια ο αριστερός καθετηριασμός γίνεται με απευθείας παρακέντηση της αριστερής κοιλίας μέσω του θωρακικού τοιχώματος. Στον δεξιό και στον αριστερό καθετηριασμό καρδιάς, καθώς ο καθετήρας εισάγεται στις διάφορες κοιλότητες της καρδιάς και τα αγγεία της, λαμβάνεται η πίεση του αίματος που είναι μέσα σ'αυτά, και δείγμα αίματος, για εξέταση της περιεκτικότητάς του σε O₂ και CO₂, οξυαιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτη.

Κατά την εκτέλεση του καθετηριασμού τηρούνται άσηπτες

τεχνικές. Σε όλη τη διάρκεια της εξέτασεως γίνεται λήψη ΗΚΓ.

Κατά την είσοδο του καθετήρα στην καρδιά, ο άρρωστος αισθάνεται ανωμαλία στον καρδιακό ρυθμό και δοκιμάζει αίσθημα παλμών στο στήθος. Η νοσηλεύτρια τον καθησυχάζει. Η εξέταση διαρκεί 1-3 ώρες. Τελειώνοντας η εξέταση, αφαιρείται ο καθετήρας από το γιατρό, γίνεται συρραφή του τραύματος και ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιό του, αφού προηγουμένως δεθεί άσηπτα το τραύμα που δημιουργήθηκε από την αποκάλυψη της φλέβας. Η νοσηλεύτρια, μετά τον καθετηριασμό, ελέγχει το σφυγμό του αρρώστου (συνήθως κάθε 15' τις πρώτες ώρες). Αν παρουσιασθεί αρρυθμία, ειδοποιείται έγκαιρα ο γιατρός. Επίσης παρακολουθεί το σημείο της αποκαλύψεως της φλέβας για αιμορραγία και σημεία φλεγμονής.

Συνήθως συνιστούμε στον άρρωστο μετά τον καθετηριασμό, ανάπαυση.

Επίσης παρακολουθούμε για συμπτώματα θρομβοφλεβίτιδας (πόνος, οίδημα, θερμότητα και ερυθρότητα στην πορεία του αγγείου, από το οποίο πέρασε ο καθετήρας).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΜΙΤΡΟΕΙΔΟΥΣ.

Η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου καθώς και η μετεγχειρητική του φροντίδα είναι αποφασιστικοί συντελεστές στην επιτυχία της εγχειρήσεως και την ομαλή αποκατάσταση της υγείας του.

Γ) ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου:

Ο καρδιολογικός ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε εγχείρηση καρδιάς, αναπτύσσει αισθήματα φόβου, αγωνίας μελαγχολίας και απελπισίας ακόμη. Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει συναισθηματικά τον άρρωστο έχοντας υπόψη τα παρακάτω:

- Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης και κατανοήσεως ώστε ο άρρωστος ελεύθερα και άνετα να εκφράσει τα συναισθήματά του για την εγχείρηση που θα κάνει.
- Παροχή πληροφοριών σε σχέση με κανονισμούς και τρόπο λειτουργίας της Μ.Ε.Θ. στην οποία θα νοσηλευθεί (ώρες επισκεπτηρίου, αριθμό ασθενών που νοσηλεύονται σ'αυτή κ.τ.λ.).
- Πραγματοποίηση επισκέψεως στη Μ.Ε.Θ., γνωριμία με το προσωπικό, επίδειξη των μηχανημάτων που μετεγχειρητικά θα χρησιμοποιηθούν στη νοσηλεία του. π.χ. monitors, αναπνευστήρες ή συσκευές χορηγήσεως O₂, παροχετευτικές συσκευές θώρακα κ.α.
- Ενημερώνουμε τον ασθενή για την διαδικασία της αναισθησίας, την τεχνική της εγχειρήσεως (άνοιγμα καρδιάς, τοποθέτηση βαλβίδας), τις διαγνωστικές εξετάσεις (ΗΚΓ, ηχοκαρδιογράφημα

κ.τ.λ.).

- Επίδειξη των συσκευών που θα φέρει στο σώμα του μετεγχειρητικά:
 - α) Συσκευές θωρακικής παροχетеύσεως (Billow).
 - β) Ρινοκαθετήρα O_2 ή ενδοτραχειακής διασωληνώσεως ή αναπνευστήρα.
 - γ) Levin (ρινογαστρικός καθετήρας).
 - δ) Καθετήρα ουροδόχου κύστεως.
 - ε) Monitors.
- στ) Συσκευές παρεντερικής χορηγήσεως υγρών, φαρμάκων κ.α.
- Αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών του προβλημάτων (χρηματικής δαπάνης νοσηλείας, εξεύρεση αίματος, φαρμάκων, οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις κ.α.)

Προεγχειρητική διδασκαλία.

Αυτή περιλαμβάνει οδηγίες και επίδειξη σχετικά με:

Παραγωγικό βήχα.

Για την πρόκληση του βήχα μπορούμε να προβούμε στις παρακάτω ενέργειες όπως:

- Συχνή μετακίνηση του αρρώστου στην υπτία θέση,
- Δύο-τρεις βαθιές εισπνοές και εκπνοές.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να βήχει καθώς βοηθείται.
- Εάν δεν αποδώσουν τα παρακάτω μπορεί να χρειαστεί για τη διέγερση του αντανακλαστικού, ερεθισμός της τραχείας με εισαγωγή καθετήρα.
- Ενυδάτωση του αρρώστου. Η ενυδάτωση μπορεί να γίνει με λήψη υγρών από το στόμα ή παρεντερική χορήγηση. Ενισχύει το μηχανισμό του βλεννο-βλεφαριδικού καθαρισμού και παράλληλα

συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα του βήχα για την απομάκρυνση των εκκρίσεων.

β) Ασκήσεις-κινήσεις σώματος:

Η διδασκαλία και επίδειξη, ασκήσεων, που μπορεί να κάνει ο άρρωστος μετεγχειρητικά βοηθούν πολύ να κινείται και να σηκώνεται όπως:

- Κάμψη του γόνατος προς το θώρακα.
- Κάμψη και έκταση των ώμων.
- Περιστροφές της ποδοκνημικής αρθρώσεως.
- Περιστροφικές κινήσεις των χεριών στην άρθρωση των ώμων.
- Σταυροειδείς κινήσεις των χεριών στο ύψος των ώμων.

Φυσική ετοιμασία του αρρώστου.

α) Ενημέρωση και προγραμματισμό του εργαστηριακού ελέγχου που περιλαμβάνει:

- Ελεγχο νεφρικής, αναπνευστικής και ηπατικής λειτουργίας.
- Αιματολογικό έλεγχο: Γενική αίματος, λευκοκυτταρικό τύπο, ηλεκτρολύτες, ένζυμα ορού, χρόνος πήξεως και προθρομβίνης, λιπίδια κ.α.
- Ελεγχο καρδιακής λειτουργίας: ΗΚΓ, ηχοκαρδιογράφημα, αγγειογραφία κ.α.

β) Καταπολέμηση φλεγμονών με αντιβιοτικά.

γ) Υγιεινή φροντίδα στοματικής κοιλότητας για πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων.

δ) Μέτρηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, ζωτικών σημείων και σωματικού βάρους.

ε) Περιορισμός φυσικών δραστηριοτήτων του αρρώστου καθώς και NaCl στο διαιτολόγιό του.

στ) Χορήγηση φαρμάκων και εκτίμηση ενεργειών:

- Καρδιοτονωτικά - Δακτυλίτιδα.
- Διουρητικά - Έλεγχο ηλεκτρολυτών και κυρίως καλίου και διόρθωση επιπέδων του αν ο άρρωστος εμφανίσει συμπτώματα υποκαλιαιμίας.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία είναι όπως και όλων των άλλων χειρουργικών επεμβάσεων για θωρακοτομή με ιδιαίτερη προετοιμασία του δέρματος του θώρακα. Η προετοιμασία του δέρματος συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Λήψη ζωτικών σημείων και ντύσιμο του ασθενούς με την κατάλληλη ενδυμασία του χειρουργείου αφού προηγουμένως ουρήσει.
- β) Αφαίρεση κοσμημάτων, τεχνικών οδοντοστοιχιών, τσιμπηδάκια κ.τ.λ.
- γ) Προνάρκωση.
- δ) Προετοιμασία κλίνης.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δ) Νοσηλευτική φροντίδα στην ειδική μονάδα θεραπείας (Μ.Ε.Θ.)

Μετά την χειρουργική επέμβαση, ο άρρωστος νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Κατά το πρώτο 48ωρο ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών είναι πολύ αυξημένος και γι'αυτό

χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Εκτός από τις τυπικές παρατηρήσεις και ιατρικές οδηγίες, που χρειάζεται το πρώτο 48ωρο ο άρρωστος έχει ανάγκη και από τις εξής νοσηλευτικές ενέργειες:

- Συνεχής λήψη και εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης (χρησιμοποίηση Monitor) κάθε 15'-30'λεπτά μέχρι να σταθεροποιηθεί και μετά κάθε ώρα. Α.Π. κάτω από 90 mmHg αναφέρεται στο χειρουργό.
- Λήψη σφυγμών.
- Εκτίμηση επιπέδου συνειδήσεως. Εάν ο άρρωστος μια ώρα μετά την εγχείρηση δεν έχει ανανήψει ενημερώνουμε το χειρουργό.
- Ελέγχουμε τις κόρες των ματιών για το μέγεθος, αντίδραση στο φως και ισοκορία. Σε περίπτωση ανισοκορίας, μυδριάσεως και ελλείψεως αντιδράσεως στο φως γίνεται αναφορά στο γιατρό.
- Γίνεται συνεχής προσδιορισμός, εκτίμηση και καταγραφή της κεντρικής φλεβικής πίεσεως και πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως με χρησιμοποίηση monitor. Μεταβολές αναφέρονται ανάλογα.
- Το κρεβάτι του αρρώστου μπορεί να τοποθετηθεί σε θέση ημι-Fowler για διευκόλυνση της θωρακικής παροχετεύσεως και επανεκπτώξεως του πνεύμονα αν η Α.Π. είναι κανονική.
- Παρακολούθηση ΗΚΓ στο καρδιοσκοπιο. Σημειώνονται και αναφέρονται πρώιμες συστολές (κολπικές, κοιλιακές, κομβικές). Οι πρώιμες αρρυθμίες προμηνύουν πολύ σοβαρότερες αρρυθμίες.
- Πολλοί άρρωστοι φέρουν ενδοτραχειακό σωλήνα συνδεδεμένο με μηχανικό αναπνευστήρα για 18 έως 24 ώρες μετά την εγχείρηση. Η αναπνευστική αυτή υποστήριξη γίνεται για τη διατήρηση επαρκούς αερισμού. Αν η αναπνοή του αρρώστου έχει σταθεροποιηθεί την επόμενη μέρα της εγχειρήσεως, τότε αποσυνδέεται από τον αναπνευστήρα, ο ενδοτραχειακός σωλήνας αφαιρείται και γίνεται

χορήγηση O_2 με μάσκα προσώπου.

- Ο σωλήνας της θωρακικής παροχетеύσεως ελέγχεται κάθε ώρα για να μην φράξει και να παροχетеύεται το περιεχόμενο στη φιάλη φυσιολογικά. Γίνεται γνωστό στον υπεύθυνο γιατρό το ποσό και τα χαρακτηριστικά του υγρού που συγκεντρώνονται.
- Γίνεται μέτρηση του ποσού των ούρων κάθε ώρα. Σε περίπτωση που το ποσό των ούρων είναι λιγότερο από 30 κ.εκ. την ώρα για δύο ώρες συνέχεια, αυτό αναφέρεται ανάλογα, όπως και το χρώμα των ούρων και το ειδικό βάρος. Επίσης σημειώνεται και αναφέρονται προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάθε ώρα.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να κάνει κινητικές ασκήσεις αμέσως μόλις σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία και η αναπνοή.
- Λήψη θερμοκρασίας κάθε ώρα. Πυρετός πάνω από $38,5^{\circ}C$ αναφέρεται.
- Γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών και μετάγγιση αίματος σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Προγραμματίζεται κάθε μέρα ακτινογραφία θώρακος, ΗΚΓ, εξέταση αίματος για ηλεκτρολύτες, χρόνος πήξεως και προθρομβίνης, αέρια αίματος κ.α., ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες.
- Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη Μ.Ε.Θ. για την αντιμετώπιση της στενώσεως της μιτροειδούς είναι:

Παυσίπονα - MORPHINE ή PETHIDINE το πρώτο 24ωρο και κατόπιν ανάλογα με τις οδηγίες.

Αντιβιοτικά για την αντιμετώπιση και πρόληψη μολύνσεων.

Δακτυλίτιδα - DIGOXIN, LANOXIN για καρδιοτόνωση.

Αντιρρυθμικά - ISOPTIN για αντιμετώπιση ή πρόληψη των αρρυθμιών.

Διουρητικά - LASIX, ALDACTONE. Παρακολουθείται το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.

Αντιπηκτικά - SINTROM. Η αντιπηκτική αγωγή στις προσθετικές βαλβίδες αρχίζει τη 2η μέρα μετεγχειρητικά και συνεχίζεται καθημερινά για 2 εβδομάδες. Παράλληλα γίνεται έλεγχος για το χρόνο προθρομβίνης.

- Η δίαιτα του ασθενή θα αρχίσει μετά την 3η μετεγχειρητική ημέρα ανάλογα με την κατάστασή του. Αρχίζει υγρά από το στόμα και συνεχίζει με ελαφρά τροφή πάντοτε άναλο.

ΣΚΟΠΟΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Προαγωγή καρδιαγγειακής λειτουργίας, ιστικής οξυγονώσεως και σταθεροποίησης ζωτικών σημείων.

Τα περισσότερο αξιόπιστα κριτήρια της της καρδιαγγειακής λειτουργίας και της ιστικής οξυγονώσεως είναι τα ζωτικά σημεία.

Η μετεγχειρητική σταθεροποίηση αυτών στους καρδιοχειρουργημένους φανερώνει καλή καρδιαγγειακή λειτουργία, ενώ σοβαρές παρεκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές δηλώνουν επιπλοκές όπως αιμορραγία, καρδιακό επιπωματισμό, φλεγμονή κ.τ.λ.

α) Αρτηριακή πίεση.

Συνεχής και ακριβής λήψη της κεντρικής αρτηριακής πίεσεως με monitor είναι μια από τις σπουδαιότερες παραμέτρους που παρακολουθούνται.

- Συνεχής μέτρηση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως που αντανακλά την πίεση πλήρωσεως της αριστερής κοιλίας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη γρήγορη και ακριβή εκτίμηση της λειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Για τη μέτρηση και καταγραφή της πνευμονικής αρτηριακής πίεσεως χρησιμοποιείται το ηλεκτρονικό μηχάνημα συνεχούς μετρήσεως (monitor) και καθετήρας Swan-Ganz. Συνήθως και το ΗΚΓ καταγράφεται στο ίδιο παλμοσκόπιο.
- Διακυμάνσεις της Α.Π. 20 mmHg περισσότερο ή λιγότερο από αυτά που είχε ο άρρωστος προεγχειρητικά θεωρούνται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια.
- Οι άρρωστοι που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση για

αντικατάσταση μητροειδούς βαλβίδας μπορούν να ανεχθούν συστολική πίεση του επιπέδου των 90 mmHg χωρίς καμιά δυσκολία.

- Πτώση της Α.Π. μπορεί να προκαλέσουν ο πόνος, καρδιακός επιπωματισμός, φόβος, μεταβολική οξέωση, αιμορραγία, υπέρμετρη χρήση ναρκωτικών (αναλγητικών) κ.α.

β) Σφυγμός

Συχνός έλεγχος περιφερικών σφυγμών (κερδικός, κορυφαίος, κνημιαίος, κροταφικός, ποδικός) για περισσότερο έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας.

- Ταχύς κερδικός σφυγμός (ταχυσφυγμία) μπορεί να σημαίνει αρρυθμία, shock, φόβο, πυρετό, υποξία, αιμορραγία. Βραδύς κερδικός σφυγμός μπορεί να δηλώνει καρδιακό shock ή σοβαρή ανοξία.
- Διαφορά στη συχνότητα σφυγμών κερδικής και κροταφικής μπορεί να φανερώσει κολπική μαρμαρυγή.

γ) Φλεβική πίεση και πίεση πληρώσεως αριστερής καρδιάς.

Παρακολούθηση, αναφορά και συσχέτιση με την κλινική κατάσταση του αρρώστου.

- Η κεντρική φλεβική πίεση και οι πιέσεις της πνευμονικής αρτηρίας καταγράφονται μετεγχειρητικά από monitors.
- Σε αρρώστους που χειρουργήθηκαν με εξωσωματική κυκλοφορία αναμένεται μετεγχειρητικά να έχουν υψηλότερες τιμές στις παραπάνω πιέσεις. Αυτό συμβαίνει επειδή η καρδιά εκτός από την αρχική της βλάβη έχει υποστεί και τομή, πράγμα που την έχει εξασθενήσει ακόμη περισσότερο. Για να ξεπεράσει τις δυσκολίες η καρδιά χρησιμοποιεί υψηλή πίεση που δυναμώνει τις συστολές

του μυοκαρδίου και διατηρεί ικανοποιητικό κατά λεπτό όγκο παλμού (ΚΛΟΑ).

- Ανύψωση στην Κ.Φ.Π. μπορεί να δημιουργήσει ανεπάρκεια μυοκαρδίου και υπερφόρτωση της κυκλοφορίας.

δ) Θερμοκρασία. Λήψη και εκτίμηση της θερμοκρασίας.

- Φυσιολογικά η θερμοκρασία έχει μια μικρή ανύψωση 2 ή 3 βαθμούς μετεγχειρητικά την πρώτη ή δεύτερη μέρα και παραμένει σ' αυτό το επίπεδο για 3 έως 4 μέρες.
- Όταν ανέβει η θερμοκρασία πάνω από 38,5°C ειδοποιούμε τον υπεύθυνο γιατρό.
- Ο πυρετός μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονή, αφυδάτωση, αιμόλυση εξαιτίας μεταγγίσεως αίματος ή ατελεκτασία.
- Ανεπιθύμητες επιδράσεις του πυρετού είναι. Αύξηση μεταβολικών αναγκών του οργανισμού, που αυτό απαιτεί αυξημένο έργο της καρδιάς, αυξάνει την αφυδάτωση και ελαττώνει ακόμη περισσότερο τον όγκο του αίματος.
- Πτώση της θερμοκρασίας στο επίπεδο των 34,4°C ως 36°C μπορεί να οφείλεται σε καρδιακή ανεπάρκεια ή shock.

ε) Παρακολούθηση ΗΚΓ στο καρδιοσκόπιο για ανίχνευση αρρυθμιών.

Ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με καρδιοσκόπιο (monitor) τουλάχιστον για 3-4 μέρες μετεγχειρητικά από όπου παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία για ανίχνευση καρδιακών αρρυθμιών. Καρδιακό shock, κοιλιακή ταχυκαρδία και κολπική μαρμαρυγή είναι συνηθισμένες επιπλοκές της εγχειρήσεως ανοιχτής καρδιάς.

2. Προαγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.

Η φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία εξαρτάται από:

- α) Τη διατήρηση ελεύθερης της αναπνευστικής οδού.
- β) Την αποβολή των βρογχικών εκρίσεων.
- γ) Τον καλό αερισμό των πνευμόνων.
- δ) Την καλή οξυγόνωση του αίματος.
- ε) Τη φυσιολογική λειτουργία της θωρακικής παροχετεύσεως (καλή βατότητα σωλήνα και απομάκρυνση υγρών).

A. Υποστήριξη της αναπνοής με μηχανικό αναπνευστήρα.

Ο άρρωστος συνδέεται με αναπνευστήρα μετεγχειρητικά τουλάχιστο για 24 ώρες, με συχνότητα αναπνοής τέτοια, που να του εξασφαλίζει επαρκή αερισμό. Αυτό εκτιμάται από τη μέτρηση αερίων του αίματος. Όταν ο άρρωστος ανανήψει και αρχίσει να χρησιμοποιεί τη δική του αναπνοή τότε η συχνότητα του μηχανήματος ρυθμίζεται ανάλογα.

- Το βάθος της αναπνοής του αρρώστου επηρεάζεται από τον πόνο γι' αυτό η χορήγηση αναλγητικών συμβάλλει στην αποκατάσταση.
- Η εμφάνιση δύσπνοιας και όταν ο άρρωστος χρησιμοποιεί τον αναπνευστήρα μπορεί να οφείλεται σε: απόφραξη του αεραγωγού από βρογχικές εκκρίσεις, πόνο, φόβο, ανοξία, οξέωση, αιμορραγία, σε κακή τοποθέτηση του σωλήνα κ.α. Ακτινογραφία θώρακα και μέτρηση αερίων αίματος θα βοηθήσουν να βρεθεί το αίτιο. Πιθανόν η χορήγηση ηρεμιστικών θα ελαττώσει τη δύσπνοια.
- Όταν ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι ο μηχανισμός σήματος κινδύνου λειτουργεί κανονικά.
- Συρίττουςα αναπνοή μπορεί να οφείλεται σε πνευμονικό οίδημα,

απόφραξη της αναπνευστικής οδού και βρογχοσπασμό.

B) Ενίσχυση αποβολής βρογχικών εκκρίσεων.

Επιτυγχάνεται με:

- Συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι και συχνές αναρροφήσεις τραχειοβρογχικών εκκρίσεων από τον ενδοτραχειακό σωλήνα.
- Παροτρύνουμε τον ασθενή να βήχει και να αναπνέει βαθιά κάθε 1-2 ώρες.
- Αναρροφήσεις τραχειοβρογχικών εκκρίσεων με ρινοτραχειακό καθετήρα αν ο πυρετός είναι πάνω από 38,5°C και ο άρρωστος δεν αποβάλλει πτύελα.
- Χρησιμοποίηση μάσκας O₂ με υψηλή υγρασία για ρευστοποίηση των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων και διευκόλυνση αποβολής τους αμέσως μόλις αφαιρεθεί ο ενδοτραχειακός σωλήνας.
- Εκτίμηση ποσού, χρώματος, οσμής και συστάσεως εκκρίσεων.
- Παρακολούθηση συμπτωμάτων που δηλώνουν κατακράτηση πτυέλων, όπως: Ανησυχία, ιδρώτας, ταχυσφυγμία, δύσπνοια, κυάνωση κ.α.

Η προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας και ο επαρκής αερισμός των πνευμόνων βοηθείται και από την καλή λειτουργία της θωρακικής παροχέτευσεως Billow, καθώς και των άλλων παροχέτευτικών σωλήνων (μεσοθωρακικός). Η απρόσκοπτη απομάκρυνση αέρα και υγρών από την υπεζωκοτική κοιλότητα επιτρέπει στους πνεύμονες να εκπυχθούν μετά την εγχείρηση. Γι' αυτό επιβάλλεται:

- Μέτρηση και καταγραφή των αποβαλλόμενων υγρών κάθε ώρα. Αναμένεται στο πρώτο 24ωρο παροχέτευση υγρών περίπου 500 κ.εκ.
- Έλεγχος χρώματος, οσμής, συστάσεως εξερχομένων υγρών και αναφορά. Αιματηρό υγρό δηλώνει ενδοθωρακική αιμορραγία.
- Συχνές μαλάξεις του σωλήνα για απόφραξη από θρόμβους. Λήψη μέτρων ασηψίας στους χειρισμούς για πρόληψη μόλυνσεως.

- Ακτινογραφία θώρακα καθημερινά για αξιολόγηση της εκπτώξεως των πνευμόνων και ανίχνευση ατελεκτασίας.

3. Προαγωγή θρεπτικού ισοζυγίου καθώς και ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Η παρεντερική χορήγηση υγρών συνεχίζεται μέχρι να ανανήψει ο άρρωστος τέλεια και δεν παρουσιάζει ναυτία. Τυπικά, μετά από 12 ώρες από την εγχείρηση αρχίζει η λήψη υγρών από το στόμα και προοδευτικά χορηγείται υδαρής, πολτώδης και στερεά τροφή. Στη φάση της παρεντερικής χορηγήσεως υγρών που καλύπτει τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, έχουμε υπόψη τα παρακάτω:

- Ακριβής μέτρηση και τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Έλεγχος ισοζυγίου υγρών για αποφυγή υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας.
- Εκτίμηση αναγκών του αρρώστου σε υγρά.
- Έλεγχος επιπέδων ηλεκτρολυτών K^+ , Na^+ , Cl^- καθημερινά για εκτίμηση διαταραχής ηλεκτρολυτών, όπως:
 - α) Υποκαλιαιμίας. Ο άρρωστος εκδηλώνει αρρυθμίες, μεταβολική αλκάλωση, καρδιακή ανακοπή.
 - β) Υπερκαλιαιμίας. Εκδηλώνεται με διανοητική σύγχυση, ανησυχίας, ναυτία, αδυναμία, καρδιακή ανακοπή και παραισθήσεις στα άκρα.
 - γ) Υπονατριαιμίας. Εμφανίζεται με αίσθημα κοπώσεως, αδυναμίας, συγχύσεως, σπασμούς και κώμα.
- Έλεγχος καθημερινά αιματοκρίτη, αιμοφαιρίνης, χρόνου προθρομβίνης για εκτίμηση απώλειας αίματος, αιμορραγίας.
- Μέτρηση και καταγραφή υγρού παροχετεύσεως του θώρακα και ούρων.

4. Προαγωγή νεφρικής λειτουργίας.

Αυτή επιτυγχάνεται με:

- Μέτρηση του ποσού των ούρων κάθε ώρα τις πρώτες 8-12 ώρες μετά την εγχείρηση. Φυσιολογικά αναμένεται 20-30 κ.εκ. ούρα κάθε ώρα. Όταν αποβάλει λιγότερα ειδοποιείται ο υπεύθυνος γιατρός.
- Έλεγχος χρώματος ούρων. Αιματηρά ούρα δηλώνουν αιμόλυση ερυθροκυττάρων που οφείλεται στη χρήση του μηχανήματος εξωσωματικής κυκλοφορίας.
- Εκτίμηση ειδικού βάρους ούρων (Φ.Τ. 1015-1020). Αύξηση σημαίνει ολιγουρία ή παρουσία ερυθροκυττάρων. Ελάττωση σημαίνει υπερφόρτωση υγρών ή νεφρική ανεπάρκεια.
- Ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Παρακολούθηση για επίσχεση ούρων.
- Μέτρηση βάρους του σώματος καθημερινά.

5. Προαγωγή αναπαύσεως, ανέσεως και ανακουφίσεως από τον πόνο.

Αυτή περιλαμβάνει:

- Εξασφάλιση ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος.
- Απομάκρυνση παραγόντων που διεγείρουν συναισθηματικά π.χ. ανεπιθύμητοι επισκέπτες.
- Εκτίμηση της φύσεως του πόνου, της διάρκειας, του τύπου καθώς και της εντοπίσεως.
- Χορήγηση αναλγητικών και κυρίως θειικής μορφίνης εξαιτίας της χειρουργικής τομής αρκετά συχνά τις πρώτες μέρες, ανάλογα με την εντολή.
- Συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου στο κρεβάτι και υποστήριξη χειρουργικής τομής, όταν βήχει ή αναπνέει βαθιά.
- Συνεχής συναισθηματική υποστήριξη και ικανοποίηση αναγκών.

- Μεταφορά του αρρώστου από τη Μ.Ε.Θ., που είναι ιδιαίτερα ενοχλητική και με πολλά ερεθίσματα, στο τμήμα, όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος.

6. Προαγωγή λειτουργίας εγκεφάλου.

Ο άρρωστος πρέπει να ανανήψει μετά την εγχείρηση σε 1 έως 2 ώρες. Διαφορετικά, καθυστέρηση ανανήψεως μπορεί να σημαίνει εμβολικό εγκεφαλικό επεισόδιο από λιπίδια, αέρα, ασβέστιο, ή άλλα τεμαχίδια ιστών. Καθυστέρηση ανανήψεως 2-4 ημέρες μπορεί να οφείλεται σε υποξία εγκεφάλου εξαιτίας της βραδείας αιματώσεως του κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του μηχανήματος της εξωσωματικής κυκλοφορίας.

- Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασεως του αρρώστου κάθε ώρα.
- Έλεγχος μεγέθους κόρης και των δύο οφθαλμών και αντίδραση στο φως.
- Έλεγχος βαθμού αντιδράσεως του αρρώστου σε διάφορα ερεθίσματα.
- Έλεγχος κινητικότητας άκρων και δύναμης συλλήψεως χεριού.

7. Προαγωγή ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου στη μετεγχειρητική περίοδο.

Μετά την εγχείρηση, ο άρρωστος μπορεί να είναι αποπροσανατολισμένος, με ψευδαισθήσεις και να εμφανίζει συμπεριφορά ψυχωτική. Οι περισσότεροι εκδηλώνουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις καθώς και βαριά μελαγχολία.

Αίτια που ευθύνονται για τα παραπάνω μπορεί να είναι:

- α) Η απομόνωση του αρρώστου στη Μ.Ε.Θ. και αδυναμία ομιλίας λόγω του ενδοτραχειακού σωλήνα.
- β) Ελλειψη ύπνου και αναπαύσεως για μεγάλο χρονικό διάστημα.

- γ) Φόβος και αγωνία για την πορεία της εγχειρήσεως.
- δ) Αποπροσωποποίηση του αρρώστου λόγω απασχολήσεως του προσωπικού με τα monitors και τις διάφορες συσκευές.
- ε) Διαφοροποίηση συνθηκών περιβάλλοντος μέρα και νύχτα (πολλά ερεθίσματα, πολλά φώτα, πολύ κίνηση).
- στ) Το stress της εγχειρήσεως, ο πολύς κόπος και εξάντληση, η συναισθηματική αδυναμία αντιμετώπισεως του αύριου.

Πρόληψη της διανοητικής συγχύσεως, υπερβολικού φόβου, αγωνίας, και εντάσεως μπορεί να γίνει, όταν έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω:

- Προσφώνηση του αρρώστου με το ονοματεπώνυμό του κάθε φορά που επικοινωνούμε μαζί του.
- Τοποθέτηση στο κομοδίνο του επιτραπέζιου ρολογιού και ημερολογίου για να προσανατολίζεται στην ημερομηνία και ώρα της μέρας.
- Επίδειξη προσωπικού ενδιαφέροντος όταν παρακολουθούμε τα μηχανήματα και τα monitors.
- Λήψη μέτρων ώστε τα monitors και το καρδιοσκοπιο να μην πέφτουν στην αντίληψη του αρρώστου.
- Σχεδιασμός φροντίδας ώστε να εξασφαλίζεται στον άρρωστο περίοδος αναπαύσεως και ύπνου.
- Διατήρηση περιβάλλοντος απαλλαγμένου από περιττά οπτικά και ακουστικά ερεθίσματα.
- Ενθάρρυνση αρρώστου για συζήτηση συναισθημάτων φόβου και άγχους.
- Πληροφόρηση της οικογενείας του αρρώστου για την ψυχωτική συμπεριφορά ότι είναι μεταβατική κατάσταση και να μην τον ερεθίζουν με άσκοπες ερωτήσεις.

8. Προαγωγή δραστηριοποίησεως του αρρώστου.

Ο σχεδιασμός δραστηριοποίησεως είναι το μόνο αποτελεσματικό μέσο προλήψεως επιπλοκών από την παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι για πολύ καιρό. Το είδος των δραστηριοτήτων εξαρτάται από τη γενική μετεγχειρητική κατάσταση του αρρώστου.

Η κινητοποίηση του αρρώστου επιτυγχάνεται με:

- Αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι. Τοποθέτηση του αρρώστου σε ημι-Fowler θέση αφού σταθεροποιηθεί η Α.Π. Πάνω από 100 mmHg. Η ανύψωση των γονάτων αποφεύγεται επειδή η θέση αυτή ασκεί πίεση στα αγγεία των κάτω άκρων και μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση.
- Αλλαγή θέσεως του ασθενούς κατά διαστήματα και περιποίηση της ράχης.
- Εναρξη παθητικών ασκήσεων στα πόδια.
- Μπορεί να καθήσει στην άκρη του κρεβατιού το απόγευμα της πρώτης μετεγχειρητικής μέρας και τη δεύτερη σε μια καρέκλα για λίγο. Μεταξύ της 5ης και 7ης μέρας βοήθεια για έγερση από το κρεβάτι και βάδιση και από τη 14η μέρα είναι ελεύθερος.
- Αποκτά τέλεια τις δυνάμεις του μετά από 8-10 εβδομάδες από την εγχείρηση. Πριν να βγει από το νοσοκομείο είναι σε θέση να κάνει μικρούς περιπάτους, να ανεβαίνει σκαλοπάτια και επανέρχεται στην εργασία του μετά 2-3 μήνες από την εγχείρηση.

Ε) ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ

Η φροντίδα του ασθενή συνεχίζεται στο τμήμα με τους ίδιους σκοπούς που είχαμε και στη μονάδα. Παρακολουθούμε πάντα την καρδιακή λειτουργία από το MONITOR όπου θα είναι ακόμα συνδεδεμένος ο άρρωστος ή με την τηλεμετρία που στέλνει την ηλεκτροκαρδιογραφική απεικόνιση σε μας όπου υπάρχει MONITOR.

Όταν αποσυνδεθεί πια ο άρρωστος από το MONITOR θα προγραμματίσουμε καθημερινά τη λήψη ΗΚΤ.

Η λήψη των ζωτικών σημείων γίνεται κάθε 3 ώρες την 1^η ημέρα και κάθε 6 ώρες την 2^η ημέρα. Τις επόμενες ημέρες αν δεν υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα γίνεται κανονικά πρωί, μεσημέρι, βράδυ.

Παρακολουθείται το ισοζύγιο των υγρών και ηλεκτρολυτών, μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων και λαμβάνεται αίμα για ηλεκτρολύτες και προσδιορισμό των αερίων αίματος. Άλλες νοσηλευτικές ενέργειες που έχουν σα σκοπό την προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας είναι η χορήγηση O_2 που θα γίνεται με καθετήρα τον οποίο αργότερα θα τον τοποθετεί μόνος του όταν αισθάνεται δυσφορία (θα έχει διδαχτεί από εμάς γιαυτό) και αργότερα θα αφαιρεθεί εντελώς. Θα ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να κάνει αναπνευστικές ασκήσεις. Αυτές μαζί με τις βαθειές αναπνοές και τον βήχα θα βοηθήσουν την απομάκρυνση των εκκρίσεων.

Τοποθετούμε τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση (FOWLER) και χορηγούμε παυσίπονα ανάλογα με τις οδηγίες.

Θα προσπαθήσουμε να κινητοποιήσουμε τον άρρωστο, να τον δραστηριοποιήσουμε να αυτοεξυπηρετείται αρχίζοντας την προετοιμασία της αποκατάστασης. Οι αλλαγές του τραύματος, γίνονται τόσο στη Μ.Ε.Θ. όσο και στην νοσηλευτική μονάδα με

άσηπτη τεχνική. Στο τμήμα θα γίνουν οι περισσότερες αλλαγές και θα αφαιρεθούν τα ράμματα.

Θα προσέχουμε τις επιμολύνσεις που μπορεί να παρατείνουν την μετεγχειρητική περίοδο και να ταλαιπωρηθεί περισσότερο ο άρρωστος. Η δίαιτα στην αρχή θα είναι ελαφρά άναλος και αργότερα θα μπορεί να τρώει ελεύθερα, **άναλα**.

Πολλές φορές θα χορηγήσουμε υπερλευκωματούχο τροφή για να βοηθηθεί η αποκατάσταση των ιστών και της τομής του στέρνου.

Η φαρμακευτική αγωγή θα συνεχίσει με καρδιοτονωτικά, αντιαρρυθμικά, αντιβιοτικά αντιπηκτικά, διουρητικά και κάλιο ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες.

ΣΤ) ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΞΟΔΟΥ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.

Ενισχύεται ο άρρωστος να συζητήσει πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο, τους τυχόν φόβους του, αβεβαιότητες και ανασφάλειες που έχει για την πορεία της κατάστασής του, την δυνατότητά του να επανέλθει, χωρίς επιπτώσεις για την υγεία του, στις προηγούμενες δραστηριότητές του και πως πρέπει να οργανώσει τον προσωπικό τρόπο ζωής του. Η χρονική διάρκεια αναρρώσεως φθάνει το λιγότερο σε 8-10 εβδομάδες, ανεξάρτητα από το κατά πόσο εύκολα ή δύσκολα ο άρρωστος αντέδρασε στην εγχείρηση. Τις πρώτες εβδομάδες ο άρρωστος περιορίζεται σε μικρούς περιπάτους τις πρωινές ή απογευματινές ώρες, όχι περισσότερο από 15' ή 30' λεπτά.

Μπορεί να χρησιμοποιεί ντους για ατομική καθαριότητα ή και μπανιέρα. Να αποφεύγει τα ρεύματα για πρόληψη αναπνευστικών προσβολών και ο ύπνος να ξεπερνά τις 10 ώρες το 24ωρο. Μετά τις πρώτες εβδομάδες, οι ασκήσεις, δραστηριότητες, κινήσεις κ.λ.π. είναι περισσότερο ελεύθερες. Ο περίπατος διαρκεί περισσότερο. Αποφεύγεται η οδήγηση αυτοκινήτου για πολύ, εκτός από περιορισμένες αποστάσεις. Η διαιτητική αγωγή του αρρώστου καθορίζεται από το γιατρό. Τα γεύματα πρέπει να γίνονται με πολύ ηρεμία και αργά και να ακολουθούνται από ανάπαυση. Η λήψη περιορισμένης ποσότητας χλωριούχου νατρίου (αλάτι) είναι θέμα ιατρικό και μερικές φορές είναι θέμα ολόκληρης ζωής.

Μετά τις δύο πρώτες εβδομάδες, ο άρρωστος μπορεί να εκτελέσει όλες τις συνήθως οικιακές και ατομικές απασχολήσεις χωρίς κόπωση.

Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για αποφυγή αναπτύξεως οποιασδήποτε φλεγμονής γιατί μπορεί και η πιο ασήμαντη να γίνει

και θανατηφόρα ακόμη, αν δεν αντιμετωπισθεί κατάλληλα.

Η διδασκαλία γύρω από τον υγιεινό τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο γίνεται τόσο από το γιατρό όσο και από τους νοσηλευτές. Κυρίως όμως γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται κοντά στον άρρωστο τις περισσότερες ώρες, κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Επίσης πριν από την έξοδο θα του επιστήσουμε την προσοχή στα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει και για τα οποία θα πρέπει να επανέλθει για έλεγχο. Αυτά είναι:

1. Πυρετός για αρκετές ημέρες, μεγαλύτερος από 37,5°C.
2. Αύξηση του σφυγμού πάνω από 110/min ή ελάττωσή του κάτω από 60/min.
3. Αρρυθμία κατά τη λήψη του σφυγμού που δεν υπήρχε κατά την έξοδό του.
4. Απότομη αύξηση βάρους.
5. Υπερβολικό αίσθημα κόπωσης και αδυναμία.
6. Δύσπνοια.
7. Οιδήματα στα κάτω άκρα.
8. Πόνος εκτός από το σημείο τομής.
9. Ναυτίες και εμέτους.
10. Αιμορραγίες διάφορες.

Άρρωστοι που παίρνουν αντιπηκτικά φάρμακα πρέπει να:

- α) Αποφεύγουν τραυματισμούς.
- β) Να συμβουλευόνται το γιατρό πριν από κάθε εγχείρηση ή ακόμη και αφαίρεση δοντιού.
- γ) Να παρακολουθούν τα απειρίματά τους για αίμα.
- δ) Να φέρουν πάνω τους ιατρική ταυτότητα στην οποία να αναγράφονται τα φάρμακα που παίρνουν.

Α. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο : Π.Π.
 Κλινική : Β'ΚΡΧ Γενικού Νοσοκομείου "ΑΓΙΟΣ
 ΑΝΔΡΕΑΣ" ,Πατρών
 Ημερομηνία εισόδου: 2.7.1992

Α. Προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό

Ηλικία : 66 ετών
 Βάρος : 71 κιλά
 Ύψος : 1.73 μ.
 Τόπος γέννησης : Πάτρα
 Θρησκεία : Χ.Ο.
 Επάγγελμα : Συνταξιούχος
 Γραμματικές γνώσεις : Δημοτικού
 κατοικία : Καλή
 Οικογένεια : Σύζυγο και δύο παιδιά
 Συνθήκες ζωής : Καλές
 Συνήθειες : 20-τσιγάρα ημερησίως στο παρελ-
 θόν. Λίγο αλκοόλ

Β. Οικογενειακό ιστορικό

Η μητέρα του ασθενούς είχε παρουσιάσει στο παρελ-
 θόν καρδιολογικό πρόβλημα.

Γ. Παρούσα κατάσταση

Αιτία εισόδου : Νυχτερινή δύσπνοια.

- Από 3ημέρου εμφανίζει εύκολη κόπωση, δύσπνοια, που γίνεται εντονότερη με την κατάκλιση.
- Από 6ημέρου αντιλαμβάνεται αίσθημα παλμών, σύμπτωμα το οποίο είχε περιοδικά και κατά το παρελθόν.

Αρτηριακή πίεση : 100/80 MM HG

Σφύξεις :

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Στένωση μιτροειδούς βαλβίδας

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Λευκά αιμοσφαίρια	: 9,5 χιλιάδες /MM ³ (Φ.Τ.4-10)
Ερυθρά αιμοσφαίρια	: 4,46 εκατομμύρ./MM ³ (Φ.Τ. Άνδρες: 4,5-6,3 Γυναίκες : 4,2-5,4)
Αιμοσφαιρίνη	: 13,3 G/100ML (Φ.Τ. Άνδρες : 14-18 Γυναίκες : 12-14)
Αιματοκρίτης	: 41,4% (Φ.Τ. Άνδρες:38-52% Γυναίκες :36-46%)
Αιμοπετάλια	: 125 χιλιάδες/MM ³ (Φ.Τ.140-440)

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

Υπέρταση	: όχι
Διαβήτης	: όχι
Κάπνισμα	: όχι (τώρα)
Παχυσαρκία	: όχι

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 2 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Δύσπνοια</p>	<p>Περιορισμός του φόβου και του άγχους</p> <p>Μείωση του αναπνευστικού φόρτου</p>	<p>Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενή και των δικών του</p> <p>Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή για την μείωση των</p>	<p>Συμβολή στην απομάκρυνση της συναισθηματικής φόρτισης με συζήτηση, δίνοντας τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με την διαδικασία απαλλαγής του ασθενή από το αίσθημα της δύσπνοιας</p> <p>Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι</p>	<p>Ο ασθενής ένιωσε ήρεμος μετά την συζήτηση που είχαμε μαζί του.</p> <p>Το αίσθημα της δύσπνοιας υποχώρησε μετά από 10' περίπου</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 2 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
	<p>Μείωση του καρδιακού έργου και των μεταβολικών αναγκών</p>	<p>αναγκών του οργανισμού σε O₂</p> <p>Χορήγηση O₂</p> <p>Ενημέρωση για αποφυγή εργασιών που κουράζουν σωματικά και επιβαρύνουν το καρδιακό έργο.</p>	<p>Χορηγούμε οξυγόνο με μάσκα προσώπου (4-5 LIT/1')</p> <p>Ανάπαυση σε ήρεμο περιβάλλον</p> <p>Κατά την οξεία φάση της δύσπνοιας λαμβάνουμε τα ζωτικά σημεία (Α.Π. 120-90 MM HG, Σφύξεις:</p>	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 2 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αίσθημα προκάρδιων παλμών	Μείωση του αισθήματος των παλμών και ανακούφιση του ασθενούς	<p>Λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Χορήγηση κατάλληλης διατροφής</p> <p>Χορήγηση δακτυλιδίας και διουρητικών</p> <p>Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και ιδιαίτερα του σφυγμού.</p>	<p>78/1')</p> <p>Ακολουθείται ελεύθερη διαίτα άναλος</p> <p>Χορηγούνται δακτυλιδία (DIGOXIN 1X1 TABL) και διουρητικά (LASIX 1X1 TABL)</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων (Α.Π. 110-85 MM HG</p> <p>Σφύξεις: 82/1')</p>	Ζωτικά σημεία όχι ανησυχητικά

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 2 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		<p>Συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς</p> <p>Λήψη ΗΚΓ για τυχόν εμφάνιση καρδιακών αρρυθμιών</p>	<p>Εμπνέουμε στον ασθενή αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης για να νιώσει καλύτερα από τον φόβο και το άγχος που του προκαλεί το αίσθημα παλμών</p> <p>Σε αύξηση της εντάσεως των καρδιακών παλμών γίνεται λήψη ΗΚΓ</p>	<p>Μετά την ψυχολογική υποστήριξη μειώθηκε σημαντικά το αίσθημα παλμών που αισθανόταν ο ασθενής μας</p> <p>Δεν παρουσίασε το ΗΚΓ του ασθενούς εικόνα καρδιακής αρρυθμίας</p>

3/7/1992

Η κατάσταση του ασθενή παραμένει η ίδια.

Ακολουθείται η ίδια φαρμακευτική αγωγή. δηλαδή:
δακτυλίτιδα και διουρητικά (TABL DIGOXIN 1X1, TABL
LASIX 1X1)

Προγραμματίζεται χειρουργική επέμβαση για τις
5/7/92 , το πρωί.

Για την επόμενη ημέρα προγραμματίζονται οι εργα-
στηριακές εξετάσεις και υπέρηχοι καρδιάς.

Ο ασθενής ανησύχησε όταν έμαθε για την επέμβαση.

Ένιωσε καλύτερα όταν τον ενημερώσαμε σχετικά
με την επέμβαση. Ακολουθείται ελαφρά άναλος δίαιτα .

Αύριο νήστις για τις γενικές εξετάσεις αίματος
και ούρων. Το βράδυ κοιμήθηκε ήσυχος.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 4 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση</p>	<p>Κατάλληλη προεγχειρητική φροντίδα έτσι ώστε να φτάσει ο ασθενής στο χειρουργείο στην καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχολογική κατάσταση</p>	<p>-Προετοιμασία του γαστρεντερικού σωλήνα</p>	<p>-Το μεσημέρι δίαιτα ελαφρά, το βράδυ σούπα και μετά τίποτα από το στόμα. Το πρωί αντισηπτικό για πλύση της στοματικής κοιλότητας</p> <p>-Χορήγηση ήπιου καθαρτικού το μεσημέρι και το βράδυ υποκλισμός</p>	<p>Ο ασθενής συνεργάζεται μαζί μας στην φάση της προεγχειρητικής φροντίδας.</p> <p>-Ο υποκλισμός απέδωσε</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 4 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		<p>-Προετοιμασία του δέρματος</p> <p>-Ψυχολογική προετοιμασία</p>	<p>-Λουτρό καθαριότητας το πρωί και το βράδυ περιποίηση των νυχιών Ξύρισμα</p> <p>-Συζήτηση και ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με την επέμβαση, την αναισθησία και τη Μ.Ε.Θ. Το απόγευμα επίσκεψη στην μονάδα</p>	<p>-Εγινε λουτρό κεφαλής και σώματος και ξύρισμα του εγχειρητικού πεδίου</p> <p>-Μειώθηκαν οι φόβοι του μετά την συζήτηση που είχαμε μαζί του και την επίσκεψη στην μονάδα</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 4 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		-Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου	-Χορήγηση ηρεμιστικού Άνετο περιβάλλον Ησυχία στο θάλαμο	-Το βράδυ κοιμήθηκε ήσυχος

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 5 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Κυάνωση (Ανεπαρκής οξυγόνωση)	-Διατήρηση επαρκούς αερισμού του αρρώστου από τον ενδοτραχειακό σωλήνα	<ul style="list-style-type: none"> -Σύνδεση με το μηχανικό αναπνευστήρα και ρύθμιση του μηχανήματος -Λήψη αίματος για έλεγχο -Διατήρηση των αεροφόρων οδών ανοικτών 	<ul style="list-style-type: none"> -Ο μηχανικός αναπνευστήρας δίνει O₂ με πυκνότητα 40% και ρυθμό 16 αναπνοές /λεπτό -Λαμβάνονται αέρια αίματος -Γίνονται αναρροφήσεις ανά μισή ώρα 	Φυσιολογική αναπνοή Απομακρύνονται οι βρογχικές εκκρίσεις με αναρρόφησή τους με την ειδική συσκευή

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 5 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αρρυθμία	-Προαγωγή της καρδιακής λειτουργίας	-Παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία στο MONITOR -Λήψη ζωτικών σημείων και Κ.Φ.Π.	-Συνεχής παρακολούθηση του καρδιοσκοπού για εμφάνιση τυχόν αρρυθμιών Γίνεται σύνδεση με το βηματοδότη σε περίπτωση ανάγκης -Γίνεται λήψη αρτηριακής πίεσης ανά 15' (Α.Π.: 110-80 MM HG) και θερμοκρασίας (36,4° C). Κ.Φ.Π.: 5 CM H ₂ O Χορηγούμε καρδιοτονωτικά και αντιαρρυθμικά	-Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διακυμάνσεις του καρδιακού ρυθμού

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 5 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>-Συλλογή υγρού στην περικαρδιακή και θωρακική κοιλότητα</p>	<p>-Παροχέτευση του υγρού από την περικαρδιακή και θωρακική κοιλότητα (2 παροχέτευσεις)</p>	<p>-Γίνεται μέτρηση του ποσού του υγρού της παροχέτευσης Προσέχουμε για αιμορραγία Μάλαξη των παροχέτευσεων για πρόληψη τυχόν αποφράξεως τους από θρόμβους -Ακτινολογικός έλεγχος</p>	<p>φάρμακα (DIGOXIN) -Έλεγχος του ποσού και των χαρακτηριστικών του υγρού της παροχέτευσης (χρώμα, πυκνότητα) κάθε 4 ώρες. Μάλαξη του σωλήνα της παροχέτευσης κάθε 1 ώρα -α/α θώρακος</p>	<p>-Υγρό αιματηρό (Φυσιολογικά, κατά το πρώτο 24ωρο) Ποσότητα 120 ML/H τις πρώτες τρεις ώρες</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 5 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Υποκαλιαιμία	- Έλεγχος ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	-Χορήγηση ορών -Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (ούρα, παροχέτευσεις) -Αιματολογικός έλεγχος (αιματοκρίτης και ηλεκτρολύτες K,Na)	-Χορηγείται DEXTROSE 5% + 4 KCL και N/S (Σύνολο 2.500 CC/24 ωρο) -Μέτρηση του ποσού των ούρων κάθε 1 ώρα -Λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο	-Διατήρηση του ισοζυγίου με χορήγηση 1.ν υγρών και μέτρηση των αποβαλλομένων υγρών -Είχε χαμηλό αιματοκρίτη (31%) και χορηγήθηκε 1 μονάδα αίματος

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 6 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
-Δύσπνοια	-Προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας με επαρκή αερισμό των πνευμόνων	-Χορήγηση O ₂ με μηχανικό αναπνευστήρα με ρυθμό 16 αναπνοές/1' και πυκνότητα 40% Αναρρόφηση των ενδοτραχειακών εκκρίσεων	- Χορηγείται το O ₂ Γίνεται αναρρόφηση των εκκρίσεων κάθε φορά που ο άρρωστος παρουσιάζει δυσκολία στην αποβολή τους Παροτρύνεται ο ασθενής να βήχει και να αναπνέει βαθιά.	Ο ασθενής αναπνέει φυσιολογικά χωρίς προβλήματα Διευκολύνεται η αναπνοή με την απομάκρυνση των εκκρίσεων Ο αναπνευστήρας παραμένει

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 6 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>-Συλλογή υγρού στην θωρακική και περικαρδιακή κοιλότητα</p>	<p>-Παροχέτευση του υγρού</p>	<p>-Λήψη αίματος</p> <p>-Έλεγχος της ποσότητας, του χρώματος και της πυκνότητας του υγρού της παροχέτευσης (προσέχουμε για αιμορραγία)</p>	<p>-Έλεγχος αερίων αίματος (αποτελεί ένδειξη για την χρήση ή όχι του αναπνευστήρα)</p> <p>-Μέτρηση της ποσότητας του υγρού κάθε 6 ώρες</p>	<p>-Υγρό αιματηρό</p> <p>Παρατηρείται μείωση της ποσότητας του</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 6 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αρρυθμία	-Παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας	-Συνεχής παρακολούθηση του MONITOR -Ακτινολογικός έλεγχος	-Παρακολούθηση στο MONITOR για τυχόν μεταβολές του καρδιακού ρυθμού Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία κάθε μισή ώρα -α/α θώρακος	-Υπάρχει κανονικός καρδιακός ρυθμός Ακολουθείται η ίδια φαρμακευτική αγωγή (DIGOXIN)
Υποκαλιαιμία (Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και	-Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών σε φυσιολογικές τι-	-Εργαστηριακός έλεγχος αίματος και ούρων	-Γενική αίματος για σάκχαρο και ηλεκτρολύτες (Κ, Na)	-Οι εξετάσεις έδειξαν χαμηλό κάλιο (3 MEG /LIT) Φ.Τ. 3,5-5,5 MEG/LIT)

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 6/7/92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>ηλεκτρολυτών)</p> <p>-Πόνος στο σημείο της τομής</p>	<p>μές</p> <p>-Ανακούφιση του αρρώστου από το αίσθημα του πόνου και μείωση της αγωνίας του</p>	<p>-Χορήγηση αναλγητικού</p> <p>-Παρακολούθηση της διάρκειας, και του τύπου του πόνου</p>	<p>Χορηγούμε DEXTROSE 5% + 4 KCL (2.000 CC)</p> <p>-Χορηγούμε θειική μορφίνη προληπτικά και επί πόνου τα 2-3 πρώτα 24ωρα</p> <p>-Σημειώνουμε στο φύλλο νοσηλείας τα χαρακτηριστικά του πόνου (διάρκεια, ένταση, σημείο εντοπίσεως)</p>	<p>-Επαρκής κάλυψη των αναγκών του οργανισμού σε γλυκόζη</p> <p>-Ο πόνος υποχώρησε και ο ασθενής ηρέμησε</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
-Αρρυθμία	-Παρακολούθηση του έργου της καρδιάς	-Έλεγχος στο MONITOR της καρδιακής λειτουργίας	-Παρακολούθηση του ΗΚΓ στο MONITOR Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 1 ώρα	-Δεν εμφανίστηκαν σοβαρές μεταβολές του καρδιακού ρυθμού
-Δύσπνοια	-Σταδιακή αφαίρεση του μηχανικού αναπνευστήρα. Προαγωγή της αναπνοής με χρησιμοποίηση μάσκας O ₂ , και αναπνευστικές κινήσεις εναλλάξ	-Αφαίρεση του μηχανικού αναπνευστήρα για μικρά χρονικά διαστήματα Αναπνευστικές κινήσεις Ακτινογραφία θώρακος για αξιολόγηση της εκπτώξεως των πνευμόνων	-Χορηγείται O ₂ με μάσκα προσώπου με πυκνότητα 60%. Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, ενώ υποστηρίζεται το τραύμα. Ενθαρρύνεται να βήχει για να αποβάλλει τις εκκρίσεις	-Ικανοποιητική ανάκτηση της δυνατότητας του ασθενούς να αναπνέει χωρίς την συνεχή υποστήριξη του με τον μηχανικό αναπνευστήρα

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>-Πόνος στην τομή της επεμβάσεως</p>	<p>-Περιποίηση του τραύματος</p> <p>Απαλλαγή από τον πόνο</p>	<p>-Αλλαγή του τραύματος με δσηπιο τεχνική</p> <p>Χορήγηση αναλγητικού</p>	<p>Μεταφέρεται στο ακτινολογικό τμήμα για α/α θώρακος</p> <p>-Έγινε αλλαγή του τραύματος</p> <p>Καθαρισμός με αντισηπτικό (ΒΕΤΑΔΙΝ) και κάλυψή του με αποστειρωμένες γάζες. Χορηγούμε ΜΕΔΑΜΟΛ επί πόνου</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο μετά από 20 λεπτά</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>-Συλλογή υγρού (στην περικαρδιακή κοιλότητα</p>	<p>-Έλεγχος των παροχετεύσεων</p>	<p>-Μέτρηση του ποσού των υγρών των παροχετεύσεων κάθε 8 ώρες</p>	<p>-Η ποσότητα των υγρών έχει μειωθεί (30ML/H) Ενδεικνύται η αφαίρεση των παροχετεύσεων</p>	<p>-Μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων ο ασθενής αισθάνθηκε ανακούφιση και οι κινήσεις του γινόνταν με μεγαλύτερη άνεση</p>
<p>-Ανορεξία - Αδυναμία υδάτωσης και θρέψης</p>	<p>-Διατήρηση ισοζυγίου υγρών</p>	<p>-Χορήγηση ορού DEXTROSE 5%</p>	<p>-Χορηγείται γλυκόζη DEXTROSE 5% + 4KCL (2000 CC)</p>	<p>-Επαρκής κάλυψη των αναγκών του οργανισμού με I.V χορήγηση</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
	Αποκατάσταση των ιστών	Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών κάθε 8 ώρες Προσεγγμένο διαιτολόγιο	Χορηγείται τροφή πολτώδης από το στόμα, ανάλογος. Μέτρηση ούρων 24ώρου	γλυκόζης και ανάλογης διαίτας
-Κακή αιμάτωση των ιστών στα σημεία που πιέζονται από την	-Πρόληψη κατακλίσεων καθαριότητα του δέρματος	-Καθημερινή περιποίηση του δέρματος, κυρίως στα σημεία που έρχονται σε επαφή με το	-Συχνή αλλαγή θέσεως στοκρεβάτι. Λουτρό σώματος και διατήρηση του δέρματος στεγνού. Εντριβές, με οινόπνευ-	-Ικανοποιητική αιμάτωση των ιστών

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 7 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>συνεχή κατάκλιση</p> <p>-Ακινησία</p>	<p>-Κινητοποίηση του αρρώστου για αποφυγή δημιουργίας θρόμβων και κατακλίσεων</p>	<p>κρεβάτι (γλουτοί, κόγγυγας, πτέρνες)</p> <p>-Εκτέλεση κινήσεων των άκρων</p>	<p>μα για σωστή αιμάτωση</p> <p>-Γίνονται ενεργητικές και παθητικές κινήσεις των κάτω άκρων με την δική μας συμμετοχή</p>	<p>-Οι κινήσεις αυτές παρέχουν στον ασθενή καλή κυκλοφορία του αίματος και χαλάρωση των μυών</p>

Στις 9/7/1992 ο ασθενής μεταφέρθηκε στο τμήμα της Β' ΚΡΧ Κλινικής και νοσηλεύθηκε εκεί μέχρι τις 20.7. 1992.

Η εξέλιξη της υγείας του ήταν καλή.

ΦΑΡΜΑΚΑ

AZACTAM 1 X 3 (αντιβιοτικό)

NETROMYCIN 1 X 2 (αντιβιοτικό]

4 AMP KCL

DIGOXIN 1 X 1

LASIX 10 MG X 2

MORPHINE 3 MG X 6

B. ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 28.7.1992 εισήχθη στην Α'ΚΡΧ Κλινική του Γενικού Νοσοκομείο "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" Πατρών η κυρία Χ.Μ. με έντονη αδυναμία και δύσπνοια . Παρουσίαζε οίδημα των κάτω άκρων και αίσθημα προκάρδιων παλμών.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο	:	Χ.Μ.
Ηλικία	:	57 ετών
Βάρος	:	71 κιλά
Ύψος	:	1,67 μ.
Επάγγελμα	:	Οικιακά
Κατοικία	:	Καλή
Τόπος γέννησης	:	Πάτρα
Συνθήκες ζωής	:	Καλές
Θρησκεία	:	Χ.Ο.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ - ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Κάπνισμα	:	όχι
Αλκοόλ	:	όχι
Υπέρταση	:	όχι
Διαβήτης	:	όχι
Παχυσαρκία	:	όχι

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Δύσπνοια προσπάθειας	:	ΝΑΙ
Δύσπνοια ανάπαυσης	:	ΝΑΙ
Ορθόπνοια	:	ΝΑΙ
Ενόχληση για προσπάθειες της καθημερινής ζωής	:	ΝΑΙ
Αρτηριακή πίεση	:	120 MM HG
Σφύξεις	:	62/MIN

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Βαλβιδοπάθεια (στένωση μιτροειδούς
βαλβίδας)

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Λευκά αιμοσφαίρια	:	10,1 χιλια/ MM^3	(Φ.Τ. 4-10)
Ερυθρά αιμοσφαίρια	:	5,88 εκατ./ MM^3	(Φ.Τ.4,2-5,4)
Αιμοσφαιρίνη	:	12,2 G/100 ML	(Φ.Τ.12-14)
Αιματοκρίτης	:	41,1%	(Φ.Τ.36-46%)

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

T. DIGOXIN	1X1
AMP LASIX	1X2
T. CAPOTEN	1/2X3
DEXTROSE	5%

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 28 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Δύσπνοια	-Προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας	-Δημιουργούμε συνθήκες άνεσης στην ασθενή και παρακολουθούμε το χαρακτήρα και τον αριθμό των αναπνοών Οξυγονοθεραπεία	-Τοποθετούμε την ασθενή σε ανάρροπη θέση στο κρεβάτι και μετράμε τις αναπνοές /1' Χορηγούμε O ₂ με ρινική κάνουλα (4 LIT/1')	Μετά την χορήγηση του O ₂ η δύσπνοια υποχώρησε
Φόβος, αγωνία	-Απαλλαγή της ασθενούς από το αίσθημα του φόβου και της αγωνίας	-Συζήτηση με την ασθενή και ενημέρωσή της σχετικά με τους προβλημα-	-Ενθαρρύνουμε την ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες της . Δημιουργούμε κλίμα εμπιστοσύνης	Η ασθενής αρχικά δεν ανταποκρινόταν στις προσπάθειές μας

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 28/ 7/92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		<p>τισμούς και τα ερωτήματά της.</p> <p>-Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση φαρμάκου</p>	<p>-Απομακρύνουμε ότι προκαλεί θόρυβο που ενοχλεί</p> <p>Εξασφαλίζουμε χαμηλό φωτισμό.</p> <p>- Χορηγούμε ηρεμιστικό το βράδυ (VALIUM 1/2 TABL 2,5 MG)</p>	<p>Αργότερα ένοιωσε πιδ ασφαλής και χαλάρωσε.</p> <p>Το βράδυ κοιμήθηκε ήσυχη</p>
<p>Αδυναμία</p> <p>-κόπωση</p>	<p>-Μείωση του αισθήματος της κόπωσης και της σωματικής αδυναμίας</p>	<p>- Ψυχολογική υποστήριξη και απομάκρυνση καταστάσεων που προκαλούν έν-</p>	<p>- Ενημερώνουμε την ασθενή ότι η αδυναμία και το αίσθημα της κόπωσης θα ξεπεραστούν με την σταδια-</p>	<p>Χρειάστηκε να ακολουθήσουμε το νοσηλευτικό πρόγραμμα για 2-3</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 28/7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
	<p>-Περιορισμός των καύσεων του οργανισμού</p> <p>-Ενίσχυση του οργανισμού με κάλυψη των θερμιδικών αναγκών</p>	<p>ταση</p> <p>-Ανάπαυση και ευχάριστη απασχόληση της ασθενούς</p> <p>- Χορήγηση υγρών IV (γλυκόζη) Κατάλληλη διαίτα</p>	<p>κή βελτίωση της γενικής καταστάσεώς της</p> <p>-Μειώνονται οι δραστηριότητες που την κουράζουν</p> <p>-Χορηγούμε ορό DEXTROSE 5% και ενισχύουμε το διαιτολόγιο σε λευκώματα και βιταμίνες</p>	<p>ημέρες για να αισθανθεί η ασθενής υποχώρηση της αδυναμίας</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 28 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Στηθαγχικό άλγος	-Μείωση των συμπτωμάτων κατά την προσβολή	-Ανακούφιση της από τον πόνο με χορήγηση φαρμάκων που διαστέλουν τα στεφανιαία αγγεία Μείωση της αγωνίας της	-Διακοπή κάθε δραστηριότητας και τοποθέτηση της σε αναπαυτική θέση. Παραμένουμε κοντά της για μείωση της αγωνίας της Χορηγούμε νιτρογλυκερίνη υπογλώσσια σε δόση 0,5 MG . Χορηγούμε O ₂ (4 LIT/1'). Περιορίζουμε τον αριθμό των επισκεπτών	-Με την χορήγηση του φαρμάκου και του O ₂ η ασθενής ένιωσε καλύτερα μετά από 10'

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 28 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
	<p>- Πρόληψη επανεμφάνισης του στηθαγχικού άλγους με έλεγχο των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που το ενισχύουν</p>	<p>- Ενημέρωση της ασθενούς για την καλύτερη αντιμετώπιση του στηθαγχικού άλγους</p>	<p>- Της συστήνουμε να αποφεύγει δραστηριότητες που της προκαλούν αίσθημα δυσχέρειας στο θώρακα, βράχυνση της αναπνοής και κόπωση. Να διατηρεί ιδεώδες σωματικό βάρος για την ελάττωση του έργου της καρδιάς. Να μην εκτίθεται σε πολύ υψηλή ή χαμηλή θερμοκρασία. Να αποφεύγει καταστάσεις που δημιουργούν ένταση</p>	<p>- Έδειξε να κατανοεί τις συστάσεις μας για την πρόληψη του στηθαγχικού άλγους</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 29/7/92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Οίδημα κάτω άκρων</p>	<p>Περιορισμός του οιδήματος των κάτω άκρων</p>	<p>-Χορήγηση διουρη- τικών φαρμάκων</p> <p>-Μέτρηση προσλαμ- βανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</p> <p>-Περιορισμός λή- ψεως NCL με την τροφή</p> <p>-Χορήγηση δακτυ- λίτιδας</p>	<p>-Χορηγούμε LASIX 1X2</p> <p>-Μετράμε τα ούρα 24ώρου Η ασθενής λαμβάνει 1500 CC υγρά</p> <p>-Ακολουθούμε ανάλογο δίαιτα</p> <p>-Χορηγούμε δακτυλίτιδα (DIGOXIN 1X1 PEROS)</p>	<p>Παρουσιάστηκε ελαφρά υποχώ- ρηση του οιδή- ματος στην αρχή της θεραπείας. Τις επόμενες ημέρες μειώθη- κε σε σημαν- τικό βαθμό</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 29/7/92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		<p>-Χορήγηση τροφής πλούσιας σε ΚCL</p> <p>-Μέτρηση σωματικού βάρους καθημερινά</p> <p>-Λήψη ζωτικών σημείων</p>	<p>-Ενισχύουμε την ασθενή να λαμβάνει τροφές όπως: πατάτες, μπανάνες, πορτοκάλια, κ.ά.</p> <p>-Ζυγίζουμε την ασθενή για τυχόν μεταβολή του βάρους της</p> <p>-Α.Π. 120 MM HG, σφύξεις: 68/1'</p>	<p>-Δεν εμφανίζει σημαντική απόκλιση από το βάρος της (71 κιλά)</p>

Τ. Κ. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΝΙΒΑΙΟΥΣΗΚΗ

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 29/7 /92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Αίσθημα προκάρδιων παλμών (αρρυθμία)</p>	<p>Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας . Προετοιμασία της ασθενούς για καθετηριασμό της καρδιάς το πρωί της επόμενης ημέρας</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς για την διαδικασία της εξέτασης Χορήγηση φαρμάκων για πρόληψη μολύνσεων</p>	<p>-Συζήτηση με την ασθενή για τους φόβους της ή τις απορίες της σχετικά με την εξέταση. Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης. Χορηγείται αντιβιοτικό και ηρεμιστικό το βράδυ . Το πρωί νήσις</p>	<p>Η ασθενής ανησύχησε στην αρχή όταν πληροφορήθηκε για την εξέταση. Μετά την ενημέρωση σχετικά με την εξέταση έδωσε γραπτή συγκατάθεση. Το βράδυ κοιμήθηκε ήσυχη</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 30/7/92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αρρυθμία	Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας. Διεξαγωγή του καθετηριασμού της καρδιάς, με την ασθενή στην καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχολογική κατάσταση	-Ενθάρρυνση και ετοιμασία της ασθενούς τόσο πριν μπει στην αίθουσα του εργαστηρίου όσο και κατά την διάρκεια της εξέτασης	-Δεν δίνουμε τίποτα το πρωί από το σιτάμα στην ασθενή να φάει ή να πιεί. Τοποθετούμε την ασθενή πάνω στο ειδικό κρεβάτι του εργαστηρίου σε υπτία θέση. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία (Α.Π. και σφύξεις) και τοποθετούμε τα ηλεκτρόδια του MONITOR Α.Π.: 110 MM HG , Σφύξεις: 82/1'	Τα αποτελέσματα της εξέτασης δεν παρουσίασαν στοιχεία ενδεικτικά για χειρουργική αντιμετώπιση της μιτροειδούς βαλβίδας. Η ασθενής συνεργάστηκε αρκετά καλά κατά την διεξαγωγή της εξέτασής

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 30/7 /92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
		<p>-Φροντίδα κατά την εκτέλεση του καθετηριασμού</p> <p>-Παρακολούθηση της γενικής καταστάσεως της ασθενούς μετά την εξέταση</p>	<p>-Παρακολουθούμε στο MONITOR για τυχόν αρρυθμίες και το αναφέρουμε στον γιατρό. Χορηγούμε ηπαρίνη (μέσα σε φυσιολογικό ορό) I.V για αποφυγή δημιουργίας θρόμβου. Χορηγούμε αντιβίωση</p> <p>-Ελέγχουμε το σφυγμό κάθε 15' την πρώτη ώρα και κάθε 30' τις επόμενες 3 ώρες, για σημεία αρρυθμίας.</p>	<p>αν και ήταν λίγο φοβισμένη</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 30 / 7 / 92

Προβλήματα	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματα
			<p>Παρακολουθούμε την τομή στο σημείο της αποκαλύψης για τυχόν αιμορραγία και ρωτάμε την ασθενή για αίσθημα πόνου στο άκρο που έγινε η εισαγωγή του καθετήρα</p>	

Η κυρία Χ.Μ. παρέμεινε στο νοσοκομείο και την επόμενη ημέρα μετά τον καθετηριασμό της καρδιάς.

Τα συμπτώματα με τα οποία ήλθε στο νοσοκομείο υποχώρησαν σε αρκετά σημαντικό βαθμό, μετά την συντηρητική αγωγή που της συνέστησαν οι γιατροί.

Δεν χρειάστηκε χειρουργική αντιμετώπιση η περίπτωση της.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αν και η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης έχει φτάσει στο επίπεδο εκείνο που μπορεί να παρέχει στον ασθενή την καλύτερη δυνατή θεραπεία, ωστόσο αυτό που έχει μέγιστη αξία για την ορθότερη αντιμετώπιση του ασθενή, σαν ψυχοσωματικής οντότητας, είναι η αγάπη με την οποία πλησιάζουμε κοντά του, και το κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας που δημιουργούμε κατά το χρονικό διάστημα της νοσηλείας του.

Το έργο του νοσηλευτή (λειτουργήμα) πρέπει να στηρίζεται στο αίσθημα της υπευθυνότητας και της συνείδησης έτσι ώστε το αποτέλεσμα των ενεργειών του να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗΣ Δ.Γ. - ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.Κ. "Επίτομη Διαγνωστική Καρδιολογία. Αναίμακτες τεχνικές".

Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 1983

ΓΚΕΜΙΤΣΗΣ Κ. "Κλινική M-MODE ηχοκαρδιογραφία".

Εκδόσεις: Α.ΣΙΩΚΗ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1984

ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ.Φ. "Καρδιολογική Υεραπευτική"

Εκδόσεις: ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 1980

ΛΟΛΑΣ ΧΡ. "Καρδιοπάθειες, πως χειρουργούνται".

Εκδόσεις: ΛΙΤΣΑΣ

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Παθολογική - Χειρουργική". Τόμος Β', μέρος 1ο.

Εκδοσις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ".

ΑΘΗΝΑ 1987

ΜΠΕΡΔΑΚΗΣ Ι.Κ. "Υπερηχοκαρδιογραφία M-MODL".

Εκδόσεις: ΗΛ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΓΑΣ. ΑΘΗΝΑ 1983

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.Μ. "Κλινική καρδιολογία"

Εκδόσεις: ΛΙΤΣΑΣ. ΑΘΗΝΑ 1984

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.-ΚΕΛΕΡΜΕΝΟΣ Ν. "Καρδιά και καρδιακές παθήσεις. Τι πρέπει να ξέρω".

Εκδόσεις: ΜΟΡΦΩΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ. ΑΘΗΝΑ 1986

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες". Τόμος Β', μέρος 1ο.

Εκδόσεις: ΒΗΤΑ medical arts. ΑΘΗΝΑ 1988

ΣΟΥΡΕΤΗΣ Β. "Ηχοκαρδιολογία".

Εκδόσεις: ΛΙΤΣΑΣ. ΑΘΗΝΑ 1986

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. "Καρδιολογία".

Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 1987.

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. "Εισαγωγή στην Ηλεκτροκαρδιογραφία"

Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ. ΑΘΗΝΑ 1985

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BARNARD CHRISTIAN - EVANS PETER "Η καρδιά και οι καρδιοπάθειες".

Μετάφραση: ΤΣΑΝΤΑΛΙΑ Κ. Εκδόσεις: Π.Κ. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ.

ΑΘΗΝΑ 1988

MOLLER JAMES H E.T.C. "Παθήσεις καρδιάς".

Μετάφραση: Π. ΣΠΑΝΟΥ Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS A.E.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1983