

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ"

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Μπατσολάκη Μαρία

Κούνης Νικόλαος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

Μαϊόβης Ευάγγελος

ΠΑΤΡΑ 1992



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

442

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία είναι δυναμική κατάσταση που παρουσιάζει διακυμάνσεις. Το άτομο αποκρίνεται σαν ολοκληρωμένη βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα. Η κύρια μονάδα ανάλυσης της/του νοσηλευτή είναι ο άνθρωπος ως ενοποιημένη ολότητα. Η ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας βρίσκεται στην ικανότητα της/του νοσηλευτή να συλλαμβάνει και να κατανοεί τα σημεία συμπεριφοράς που δείχνουν την κατάσταση άνεσης του ασθενή ή την ικανότητα του να διαπραγματεύεται με προβλήματα, που δημιουργούνται εξαιτίας της απειλής της υγείας του.

Ο ασθενής με περικαρδίτιδα έχει ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας, ανάλογα με τα προβλήματα που παρουσιάζει και το θεραπευτικό σχήμα που εφαρμόζεται για την περίπτωση του.

Σκοπός της μελέτης σχετικά με την ασθένεια της περικαρδίτιδας και της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή είναι η παρουσίαση των προβλημάτων που εκδηλώνονται (σωματικά, ψυχικά, κοινωνικά), η αιτιολογία, και οι συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία του ασθενή. Επίσης γίνεται αναφορά στη διάγνωση και θεραπεία της περικαρδίτιδας, καθώς και στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από νοσηλευτικής πλευράς.

Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση του σχεδιαγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας το οποίο περιλαμβάνει τα προβλήματα του ασθενή, τον σκοπό της νοσηλευτικής φροντίδας, και τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	II
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	
Λειτουργίεςπερικαρδίου.....	1
Οξεία περικαρδίτιδα-κλινική εικόνα.....	2
Αντικειμενικάεύρηματα.....	4
Οξεία ιδιοπαθής ή ιογενής περικαρδίτιδα.....	8
Φυματιώδηςπερικαρδίτιδα.....	9
Περικαρδίτιδα του συνδρόμου μετά καρδιοτομή.....	11
Περικαρδίτιδα του μεταεμφραγματικού συνδρόμου.....	13
ΠυώδηςΠερικαρδίτιδα.....	13
Ρευματικήπερικαρδίτιδα.....	13
Περικαρδίτιδα από νόσο του κολλαγόνου ιστού.....	14
Χρόνια συμπίεστική περικαρδίτιδα.....	14
Αφανής συμπίεστική νόσος.....	18
Υποξεία παραγωγική συμπίεστική περικαρδίτιδα-κλινική εικόνα...	18
Άλλεςπερικαρδίτιδες.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς κατά την εκτέλεση διαγνωστικών και θεραπευτικών εξετάσεων.....	20
Καθετηριασμόςκαρδιάς.....	21
Περικαρδιοκέντηση.....	22

III

Αγγειοκαρδιογραφία.....	25
Μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.....	26
Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ).....	30
Ακτινογραφία θώρακα (Rö).....	32
Νοσηλευτική φροντίδα οξείας περικαρδίτιδας.....	33
Νοσηλευτική φροντίδα ιδιοπαθής ή ιογενούς περικαρδίτιδας.....	37
Περικαρδιεκτομή.....	38
Νοσηλευτική φροντίδα συμπιεστικής περικαρδίτιδας.....	47
Νοσηλευτική φροντίδα καρδιακού επιπωματισμού.....	51
Νοσηλευτική φροντίδα φυματιώδους περικαρδίτιδας.....	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Πρώτη κλινική περίπτωση.....	55
Δεύτερη κλινική περίπτωση.....	63

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	76
---------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	77
-------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Το σπλαχνικό περικάρδιο είναι μια ορογόνος μεβράνη που διαχωρίζεται με μικρή ποσότητα υγρού, ένα υπερδιήθημα πλάσματος, από ένα ινώδη σάκιο, που αποτελεί το τοιχωματικό περικάρδιο. Το περικάρδιο εμποδίζει την υπέρμετρη διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων επί αυξήσεως της διαστολικής πληρώσεως των κοιλιών, και με τον τρόπο αυτό περιορίζει ή δεν επιτρέπει την εκδήλωση λειτουργικής ανεπάρκειας της μηροειδούς ή της τριγλώχινας. Επί διατάσεως της αριστερής κοιλίας προλαμβάνει ή ελαττώνει τις εκδηλώσεις πνευμονικού οιδήματος, δια περιορισμού της πληρώσεως της δεξιάς κοιλίας. Η ελάττωση της πιέσεως εντός της περικαρδιακής κοιλότητας κατά την κοιλιακή συστολή πιθανόν υποβοηθεί την πλήρωση των κόλπων. Επίσης το περικάρδιο περιορίζει την καρδιά σε συγκεκριμένη ανατομική θέση, ελαττώνει στο ελάχιστο την τριβή μεταξύ της καρδιάς και των γύρω ανατομικών δομών, παρεμποδίζει την παρεκτόπιση της καρδιάς και τη στρέβλωση των μεγάλων αγγείων και αναστέλλει τη διασπορά των λοιμώξεων από τους πνεύμονες και τις υπεζωκοτικές κοιλότητες προς την καρδιά. Φυσιολογικά η περικαρδιακή κοιλότητα περιέχει 15-50 ml καθαρού λεμφικού υγρού. Παρ'όλα τα προηγούμενα όμως, η ολοκληρωτική απουσία του περικαρδίου δεν προκαλεί εμφανή κλινική νόσο.

ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Πρόκειται περί φλεγμονής των πετάλων του περικαρδίου, η οποία συνηθέστερα αποτελεί ειδήλωση μιας γενικότερης νόσου.

Η περικαρδίτιδα διακρίνεται σε οξεία και χρόνια μορφή. Η οξεία περικαρδίτιδα μπορεί να είναι "ξηρά" δηλαδή χωρίς ή με ελάχιστη συλλογή περικαρδιακού υγρού, ενώ η χρόνια συνδιάζεται με άλλοτε άλλη ποσότητα συλλογής περικαρδιακού υγρού.

Αιτιολογία.

Οι συνηθέστερες μορφές περικαρδίτιδας είναι:

Η ιδιοπαθής, μη ειδική. Η φυματιώδης. Η ουραιμική. Η μεταχειρουργική καρδιοτομή. Η εμφραγματική. Η μεταφραγματική (σύνδρομο Dressler). Η μυξοιδηματική. Η περικαρδίτιδα από νοσήματα του κολλαγόνου ιστού (ρευματικός πυρετός, διάσπαρτος ερυθρεμάτης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα κ.ά). Η περικαρδίτιδα από ειδικά λοιμογόνα αίτια: πυογόνους κόκκους, ιούς, μύκητες κ.ά. Η περικαρδίτιδα από ακτινοβολία. Η νεοπλασματική και λευχαιμική. Η φαρμακευτική από υδραλαζίνη, αντιπηκτικά φάρμακα κ.ά. Η περικαρδίτιδα από τραυματισμό ή διαχωριστικό ή συφιδικό ανεύρισμα. Επίσης η συλλογή λέμφου εντός της περικαρδιακής κοιλότητας, μετά από τραυματισμό ή απόφραξη του μείζοντος θωρακικού πόρου.

Κλινική εικόνα.

Υποκειμενικά συμπτώματα είναι:

α) Πόνος. Σε οξεία περικαρδίτιδα ο πόνος μπορεί να εισβάλει ήπια ή απότομα, εντοπιζόμενος αρχικά στην περιοχή του στέρνου και επεκτεινόμενος, κατόπιν σ'ολόκληρο το περικάρδιο, με ακτινοβολία προς τους ώμους, τη ράχη και τον τράχηλο. Ο πόνος, τυπικότερος

και εντονότερος στην ιδιοπαθή περικαρδίτιδα. Ενδείξεις ότι πρόκειται για περικαρδίτιδα αποτελούν η επίταση του πόνου κατά την βαθειά εισπνοή, κυρίως όμως κατά τις κινήσεις του κορμού, όταν ξαπλώνει ή προσπαθεί να γυρίσει στο κρέβατι. Όταν σηκώνεται και κάθεται με ελαφρά κλίση του κορμού προς τα εμπρός, συχνά αισθάνεται ανακούφιση. Ο πόνος της περικαρδίτιδας ακτινοβολεί προς το επιγάστριο. Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται αναμονή επί 24-36 ώρες με παρακολούθηση των ενζύμων του ορού και του ηλεκτροκαρδιογραφήματος για να διευκρινισθεί η προέλευση του πόνου.

β) Συμπτώματα από ανάπτυξη του περικαρδιακού υγρού.-
Καρδιακός επιπωματισμός. Εξαρτώνται από τη φύση του περικαρδίου, το μέγεθος της καρδιάς, και την ταχύτητα με την οποία αθροίζεται το υγρό.

Σε ασθενείς με βραδεία συλλογή υγρού, όπως π.χ. συμβαίνει συχνά στη φυματιώδη περικαρδίτιδα, μπορεί να αθροιστούν τεράστιες ποσότητες υγρού, π.χ. άνω των 1000 ml, χωρίς να επηρεάζεται η περιφερική φλεβική πίεση, ούτε κατά λεπτόν όγκος αίματος. Αντιθέτως σε ταχεία ανάπτυξη υγρού π.χ. μετά α) τραυματισμό του περικαρδίου, αρκούν και λίγες εκατοντάδες ml συλλογής υγρού εντός του περικαρδιακού σάκκου για να προκαλέσουν αξιόλογες κυκλοφορικές διαταραχές. Στην τελευταία περίπτωση παρατηρείται η εικόνα του καρδιακού επιπωματισμού, επειδή περιορίζεται η διαστολή των κοιλιών λόγω της εκ των έξω ασκουμένης πιέσεως. Έτσι περιορίζεται σημαντικά η πλήρωση των κοιλιών, με αποτέλεσμα την υπέρμετρη αύξηση της διαστολικής πιέσεως αυτών και της πιέσεως στους κόλπους και το φλεβικό σύστημα. Παράλληλα συμβαίνει ελάττωση του όγκου παλμού και του κατά λεπτόν όγκου αίματος, αντισταθμιστική

ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσεως. Στις περιπτώσεις αυτές οι ασθενείς παραπονιούνται για έντονο αίσθημα κοπώσεως, ζάλη και συγκοπτικές κρίσεις. Μπορεί να συμβεί και αιφνίδιος θάνατος. Στις συνήθεις μορφές περικαρδίτιδας, οι πάσχοντες μπορεί να μην εμφανίζουν συμπτώματα περικαρδιακής συλλογής υγρού, συνηθέστερα όμως παραπονούνται για βάρος στο προκάρδιο, ταχύπνοια ή δύσπνοια. Σπανίως εμφανίζουν συμπτώματα από πίεση παρακειμένων οργάνων: βήχας, βράγχος της φωνής και δυσφαγία.

γ) Γενικά συμπτώματα λοιμώξεως: Πυρετός κ.ά.

Αντικειμενικά ευρήματα.

Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώνονται:

Περικαρδιακή τριβή. Είναι το παθογνωμικό εύρημα της νόσου. Οφείλεται στην μεταξύ των πετάλων του περικαρδίου τριβή κατά την κίνηση της καρδιάς. Παρατηρείται σε ποσοστό 70% περίπου των ασθενών με οξεία περικαρδίτιδα. Ακούγεται καλύτερα με το διάφραγμα του στηθοσκοπίου πιεζόμενο σταθερά στο προκάρδιο. Η συλλογή περικαρδιακού υγρού δεν εξαφανίζει την τριβή. Αυτός μπορεί να έχει τρεις συνιστώσες ανά καρδιακό κύκλο. Ακούγεται συχνότερα στην διάρκεια της εκπνοής, αν και στη διάρκεια της εισπνοής μπορεί να είναι ακουστός ανεξάρτητος πλευριτικός ήχος τριβής, βάζοντας τον άρρωστο να σκύψει προς τα εμπρός ή σε αριστερή πλάγια κατακεκλιμένη θέση. Ο ήχος τριβής είναι πιθανό να είναι ασταθής και παροδικός, ενώ ένας δυνατός "πήγαινε-έλα" ήχος τριβής δέρματος μπορεί να εξαφανιστεί μέσα σε λίγες ώρες για να επανεμφανιστεί πιθανώς την επόμενη μέρα.

Παράδοξος σφυγμός.

Αυτή η σημαντική ένδειξη της παρουσίας καρδιακού επιπωμα-

τισμού συνίσταται σε μεγαλύτερη από τη φυσιολογική (10 mmHg) μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσεως στην διάρκεια εισπνοής. Οι άρρωστοι είναι ασυμπτωματικοί ή παραπονιούνται για ήπια αδυναμία και δύσπνοια. Ο παράδοξος σφυγμός απαντά μόνο στο ένα τρίτο των ασθενών με συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Σιωπηρή συλλογή περικαρδιακού υγρού.

Ανακαλύπτεται τυχαία με καρδιολογική εξέταση. Συνηθέστερα συμβαίνει σε ουραιμικούς ασθενείς υπό χρόνια αιμοκάθαρση.

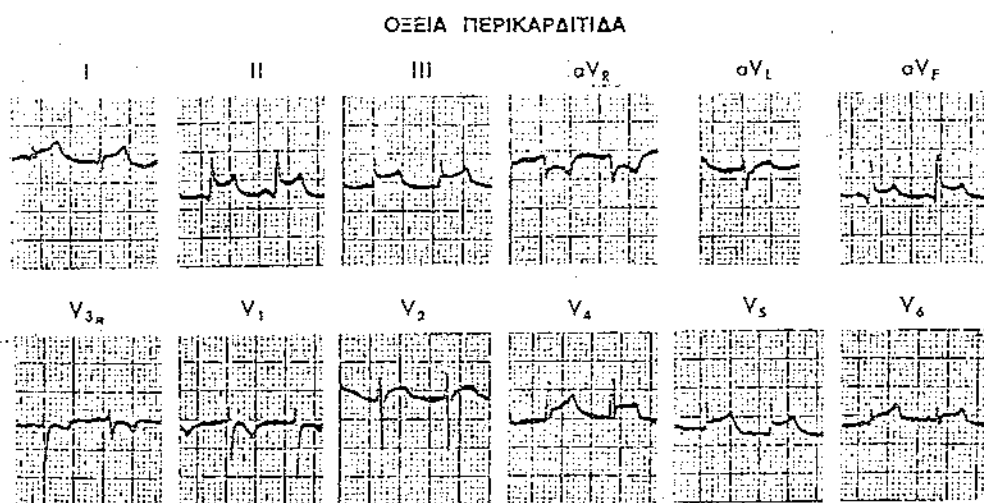
Ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στην οξεία περικαρδίτιδα παρατηρείται ανύψωση των τμημάτων ST, κυρίως σε δύο ή τρεις σταθερές απαγωγές των άκρων και στις απαγωγές από V₂ έως V₆, με αντίστοιχες κατασπάσεις μόνο στην aVR και V₁ χωρίς αλλοιώσεις των συμπλεγμάτων QRS, με εξαίρεση σε μερικές περιπτώσεις τη μερική μείωση των δυναμικών. Αρκετές μέρες αργότερα τα τμήματα ST επιστρέφουν στο φυσιολογικό και τα κύματα T καθίστανται ανεστραμμένα. Σε υγρή περικαρδίτιδα παρατηρείται ελάττωση του δυναμικού συμπλέγματος QRS και σε ορισμένες περιπτώσεις, εμφανίζεται ηλεκτρικός εναλασσόμενος, δηλαδή εναλλαγή συμπλέγματος QRS με φυσιολογικό ηλεκτρικό δυναμικό και QRS με χαμηλό δυναμικό.

Δημιουργείται πρόβλημα ηλεκτροκαρδιογραφικής διαφορικής διάγνωσης μεταξύ οξείας περικαρδίτιδας και οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Στην περικαρδίτιδα δεν εμφανίζεται το παθολογικό κύμα Q νέκρωσις, η ανύψωση του διαστήματος ST δεν συνδιάζεται με κατοπτρική εικόνα και η αρνητικοποίηση του επάρματος T συμβαίνει και στις τρεις κλασσικές απαγωγές, ενώ επί εμφράγματος αυτό είναι

σπάνιο.

Επιπλέον στην περικαρδίτιδα η αναστροφή του επάρματος T γίνεται μετά την επάνοδο του ST στην ισοηλεκτρική γραμμή, ενώ επί εμφράγματος η αρνητικοποίηση του επάρματος T συχνά είναι πρώιμη. Στην οξεία περικαρδίτιδα ο καρδιακός ρυθμός συνήθως παραμένει φλεβοκομβικός. Μερικές φορές παρατηρείται παροξυσμική μαρμαρυγή ή πτερυγισμός των κόλπων.



Παρατηρούνται διάσπαρτες ανυψώσεις του S-T στις άγωγες I, II, III, aVF και V₁ ως V₆. Στην άγωγη aVR παρατηρείται αντίστροφη πτώση του S-T.

Ακτινολογική εικόνα.

Μικρές ποσότητες περικαρδιακής συλλογής υγρού δεν μεταβάλλουν το μέγεθος και το σχήμα της καρδιαγγειακής σκιάς. Σε αρκετούς ασθενείς η ακτινολογική εξέταση είναι χρήσιμη. Σε περιπτώσεις καρδιακού επιπωματισμού ή όταν υπάρχει αυξημένη φλεβική πίεση, μπορεί να παρατηρηθεί διαπλάτυνση του καρδιαγγειακού μίσχου. Η ακτινολογική εξέταση αποκαλύπτει υπεζοχωτική συλλογή υγρού, σε ορισμένες περιπτώσεις ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας, μεταεμφραγματικού συνδρόμου μετά καρδιοτομή.

Ηχοκαρδιογράφημα.

Είναι η πιο αποτελεσματική τεχνική για τη διάγνωση περι-καρδιακής συλλογής υγρού. Επίσης είναι το καταλληλότερο μέσο για την παρακολούθηση των μεταβολών της ποσότητας του περικαρδιακού υγρού όπως και για τη διαφορική διάγνωση της υγρής περικαρδίτιδας από την διόγκωση εκ διατάσεως των καρδιακών κοιλοτήτων.

Εργαστηριακές εξετάσεις.

Πολυμορφοκυρηνική λευκοκυττάρωση στο περιφερικό αίμα. Αύξηση της γλουταμινικής οξαλοξεικής τρανσαμινάσης του ορού (SGOT) στο 15% των περιπτώσεων και σπανίως αύξηση της κρεατινικής φωσφοκι-νάσης (CPK). Ο ιός είναι δυνατόν να απομονωθεί από τα ούρα, κόπρανα, αίμα, όπως επίσης να επιβεβαιωθεί η διάγνωση δια της αυξήσεως του τίτλου των αντισωμάτων στο περιφερικό αίμα *viral studies*.

Καρδιακό καθετηριασμό.

Εισάγεται καθετήρας στο δεξιό κόλπο και περιστρέφεται έτσι ώστε η κορυφή του να έρχεται σε επαφή με το πλάγιο τοίχωμα του δεξιού κόλπου. Σε παρουσία συλλογής ή περικαρδιακής παχύνσεως παρατηρείται ακτινοσκοπικό διάστημα μεταξύ της κορυφής του καθετήρα και των ακτινοδιαφανών πνευμόνων.

Αγγειοκαρδιογραφία.

Το σκιαγραφικό υλικό ενίεται γρήγορα στο δεξιό κόλπο και πάλι τοίχωμα διαχωρίζεται από τα ακραία της καρδιακής σκιάς. Γίνεται λήψη σειράς ακτινογραφιών. Η μέθοδος αυτή δίνει πολύτιμες πληροφορίες για την διάγνωση περικαρδιακού υγρού.

Θεραπεία.

Η θεραπευτική αγωγή είναι συμπτωματική και αιτιολογική. Ολοι οι άρρωστοι με οξεία περικαρδίτιδα θα πρέπει να εξετάζονται συχνά και προσεχτικά για τυχόν ανάπτυξη συλλογής υγρού, ή όταν υπάρχει συλλογή υγρού, για τυχόν σημεία επιπωματισμού. Σε παρουσία μιας συλλογής υγρού θα πρέπει να καταγράφονται συνέχεια η αρτηριακή και φλεβική πίεση καθώς και η καρδιακή συχνότητα. Θα πρέπει να γίνεται σειρά ηχοκαρδιογραφήματος και ακτινογραφιών θώρακα. Όταν εμφανιστούν οι εκδηλώσεις επιπωματισμού θα πρέπει να εκτελείται παρακέντηση περικαρδίου, επειδή η εξάλλειψη της ενδοπερικαρδιακής πίεσης μπορεί να αποδειχθεί σωτηρία για τη ζωή.

Οποιαδήποτε μορφή οξείας περικαρδίτιδας αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με αντιπηκτική αγωγή. Ακόμη χορηγούμε ασπιρίνη για να υποχωρήσει ο πόνος.

ΟΞΕΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ Η ΙΟΓΕΝΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Κλινική εικόνα-αίτια

Είναι η συχνότερη περικαρδίτιδα και προσβάλλει συνήθως άτομα μέσης ή προχωρημένης ηλικίας, κυρίως άνδρες. Το ένα τρίτο περίπου των ασθενών αναφέρει λοίμωξη των ανωτέρων αναπνευστικών οδών λίγες βδομάδες πριν από την εκδήλωση της νόσου. Εισβάλλει με θορυβώδη φαινόμενα συνήθως υψηλό πυρετό που διαρκεί λίγες μέρες ως 3-6 βδομάδες, προκάρδιο πόνο συχνά έντονο, αρθραλγίες, γενική κακουχία και κόπωση.

Στο αίμα υπάρχει πολλές φορές λευκοκυττάρωση και μέτρια αύξηση της ταχύτητας καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιριών. Το περικαρδιακό υγρό είναι αιματηρό. Υπάρχει παροδική πλευρίτιδα και

πνευμονίτιδα.

Η ιδιοπαθής περικαρδίτιδα θεωρείται καλοήθης και υποχωρεί χωρίς επιπτώσεις επί της καρδιακής λειτουργίας. Σε αρκετούς ασθενείς η πάθηση υποτροπιάζει μία ή περισσότερες φορές, σε λίγες περιπτώσεις προκαλεί εκδηλώσεις καρδιακού επιπωματισμού ή οδηγεί σε συμπιεστική περικαρδίτιδα. Παρόλο ότι η αιτία της ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας εξ ορισμού είναι άγνωστη, υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποιος ιός, πιθανόν Coxsackie B, A, ο ιός της γρίπης, ο ιός echo τύπου B, ο ιός της παρωτίτιδας, του απλού έρπητα και της ανεμευλογίας ή ο αδενοϊός.

Θεραπεία.

Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία, αν και μπορεί να χορηγηθεί αντιφλεγμονώδης θεραπεία με ασπιρίνη, μέχρι 900 mg τέσσερις φορές την ημέρα, αν είναι ανάγκη. Αν η θεραπεία αυτή δεν αποδειχθεί αποτελεσματική χορηγούμε ινδομεθακίνη 25-100 mg κάθε 4 ώρες ή κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη 20 ως 80 mg την ημέρα) καταστέλλει αποτελεσματικά τις κλινικές εκδηλώσεις της οξείας νόσου. Όταν ο άρρωστος παραμένει ασυμπτωματικός επί μια βδομάδα τότε η δόση του αντιφλεγμονώδους μέσου μειώνεται βαθμιαία. Υποτροπές συμβαίνουν στο ένα τέταρτο περίπου των ασθενών, αλλά η τάση για υποτροπή φθίνει μέσα στα 2 χρόνια μετά από το αρχικό επεισόδιο. Όταν οι υποτροπές επιμένουν πέρα απ'αυτή την περίοδο η περικαρδιεκτομή μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική στο να θέσει τέρμα στη νόσο.

ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας. Χωρίς θεραπεία εξελίσσεται

συχνά προς συμπιεστική περικαρδίτιδα. Εισβάλλει ηπίως ώστε πολλές φορές αναπτύσσεται μεγάλη ποσότητα εξιδρώματος χωρίς εμφάνιση αξιόλογων ενοχλημάτων. Η περικαρδιακή τριβή δεν είναι συχνή και η αποκάλυψη της νόσου γίνεται κατά την ακτινολογική εξέταση ή μετά εμφάνιση εκδηλώσεων περιφερικής φλεβικής στάσης. Μπορεί να οδηγήσει εντός εβδομάδων σε συμπιεστική περικαρδίτιδα, ενώ σε άλλους το περικαρδιακό υγρό αυξάνεται σιγά-σιγά με ή χωρίς σημεία φλεβικής στάσης. Άλλοτε πάλι η πάθηση μοιάζει αρχικά με εικόνα καλοήθους ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας.

Η περικαρδίτιδα συχνά αποτελεί πρωτοπαθή κλινική εκδήλωση της φυματιώσεως που περιέρχεται από τους λεμφαδένες του μεσαυλίου.

Συμπτώματα

Συλλογή περικαρδιακού υγρού πολύ μεγάλη, απώλεια βάρους και υπάρχει πυρετική κίνηση που παρατείνεται πέρα των τριών εβδομάδων.

Διάγνωση.

Ανεύρεση αυξημένης ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιριών. Θετική αντίδραση Mantoux. Δοκιμαστική παρακέντηση του περικαρδίου και καλλιέργεια του περικαρδιακού υγρού κατά Loewenstein και ενδοφθαλμισμό τούτου σε ινδόχοιρο.

Θωρακοτομή και διενέργεια βιοψίας του περικαρδίου αφού ο ασθενής έχει τεθεί σε αντιφυματική αγωγή επί 1-2 εβδομάδες. Η αγωγή αυτή συνεχίζεται εφόσον εμφανισθούν βάκιλλοι ή ειδικές αλλοιώσεις της φυματιώσεως στη βιοψία.

Θεραπεία

Ενδομυϊκή χορήγηση στρεπτομικίνης 1g ημερησίως, όσο καιρό ο ασθενής έχει πυρετό, σε συνδυασμό με χορήγηση από το στόμα ισονιαζίδης 300 mg ημερησίως και αιθαμπουτόλης 15 mg/kg βάρους ημερησίως. Μετά την υποχώρηση του πυρετού η στρεπτομικίνη ελαττώνεται σε δύο δόσεις 1g κάθε βδομάδα και διακόπτεται μετά ένα έτος.

Η ισονιαζίδη και η αιθαμπουτόλη συνεχίζεται στις ανωτέρω δόσεις 1-2 έτη. Εάν τα αποτελέσματα δεν είναι πολύ καλά προστίθεται και η κορτιζόνη με την οποία, υποστηρίζεται, ότι βελτιώνεται η νοσηρότητα και η θνητότητα της νόσου. Εάν μετά θεραπεία μηνών ή περισσότερο, η περικαρδιακή συλλογή υγρού δεν υποχωρεί και, ιδίως αν υπάρχει αυξημένη φλεβική πίεση συνίσταται χειρουργική περικαρδιεκτομή.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΕΤΑ ΚΑΡΔΙΟΤΟΜΗ

Στη διάρκεια των τελευταίων ετών έγινε γνωστό ότι υπάρχει ένας αριθμός διαταραχών, με όμοιες κλινικές εκδηλώσεις που μπορεί να εμφανιστούν κάτω από ποικιλία συνθηκών.

Αυτές έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: τραυματισμό του μυοκαρδίου με ύπαρξη αίματος μέσα στη περικαρδιακή κοιλότητα. Το σύνδρομο έχει παρατηρηθεί σε περιπτώσεις όπου ο τραυματισμός είχε προκληθεί στη διάρκεια μιας εγχειρήσεως στη καρδιά. Αυτό μπορεί να ακολουθεί επίσης το έμφραγμα του μυοκαρδίου (σύνδρομο Dressler) ή να εμφανιστεί μετά από τραυματισμό της καρδιάς, θλάσεις μετά από ένα κλειστό χτύπημα στο στήθος καθώς και μετά από διάτρηση της καρδιάς με σταθερά βηματοδότηση και οφείλεται σε

αυτοάνοσο αντίδραση έναντι της ινικής που υπάρχει μέσα στα δύο πέταλα του περικαρδίου μετά από εγχείρηση καρδιάς.

Συμπτώματα

Το κύριο σύμπτωμα είναι το άλγος, το οποίο εμφανίζεται με μεσοδιάστημα τα ως 4 εβδομάδες μετά από τον καρδιακό τραυματισμό αν και μερικές φορές εμφανίζεται μετά από μήνες. Οι υποτροπές είναι συνήθεις και μπορεί να διαρκούν μέχρι 2 ή και περισσότερα έτη από τον τραυματισμό. Χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι ο πυρετός μέχρι 40°C, η περικαρδίτιδα, η πλευρίτιδα και η πνευμονίτιδα, που υποχωρεί σε 1-2 βδομάδες και μερικές φορές προκαλεί επιπωματισμό.

Μπορεί να εμφανιστούν αρθραλγίες, λευκοκυττάρωση, αύξηση T.K.E. και τυπικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις.

Κλινική εικόνα.

Το σύνδρομο αυτό μιμείται την οξεία ιογενή ή οξεία ιδιοπαθή περικαρδίτιδα. Είναι δυνατό οι υποτροπές που απαντούν τόσο συχνά στην τελευταία κατάσταση να μην προκαλούνται από αναζοπύρωση της αρχικής λοιμώξεως, αλλά είναι πιθανό η αρχική βλάβη να έχει ξεκινήσει την αλυσο των γεγονότων, τα οποία καταλήγουν στο μετά καρδιακό τραυματισμό σύνδρομο.

Θεραπεία.

Συχνά καμιά θεραπεία δεν είναι απαραίτητη εκτός από ασπιρίνη και αναλγητικά. Η θεραπεία γίνεται με κορτικοειδή (πρεδνιζόνη 30-60 mg ημερησίως τις 3 πρώτες μέρες και στη συνέχεια δόση συντηρήσεως 2-5 mg tid).

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ.

Εκδηλώνεται συνήθως 10 ημέρες μέχρι 3 μήνες μετά από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έχει τα ίδια συμπτώματα με τα καρδιοτομή σύδρομο, (πυρετό, πόνο, κακουχία, καταβολή δυνάμεων, ρίγος).

Επιπλοκές.

Ουρολοίμωξη.

Επιμολυνθήσα πνευμονική εμβολή.

ΠΥΩΔΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ.

Είναι δευτεροπαθής και παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα που εμφανίζουν εξωκαρδιακή λοίμωξη, π.χ. πνευμονία, απόστημα πνεύμονα, πυώδης πλευρίτιδα μετά από χειρουργική επέμβαση στο θώρακα, οστεομυελίτιδα κ.α. Σήμερα η νόσος απαντά σπανίως συγκριτικά με την εποχή πριν ανακαλυφθούν τα αντιβιοτικά. Έχει σοβαρή πρόγνωση και συχνά εξελίσσεται σε συμπιεστική περικαρδίτιδα.

ΡΕΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ.

Συνυπάρχει προσβολή του ενδοκαρδίου και του μυοκαρδίου. Η απουσία καρδιακού φυσήματος πρέπει να απομακρύνει την σκέψη από τη ρευματική περικαρδίτιδα. η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την κλινική εικόνα και το βιολογικό σύνδρομο του ρευματικού πυρετού. Η νόσος δεν εξελίσσεται προς την συμπιεστική περικαρδίτιδα.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ ΑΠΟ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ ΙΣΤΟΥ.

Αποτελεί συχνή εκδήλωση του ερυθματώδους λύκου, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της σκληροδερμίας. Συνήθως εμφανίζεται κατά την εξέλιξη των παθήσεων αυτών σε συνδυασμό με άλλες εκδηλώσεις από το δέρμα, τις αρθρώσεις και άλλα όργανα εκτός της καρδιάς.

ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ.

Χαρακτηρίζεται από πάχυνση του περικαρδίου λόγω αναπτύξεως ουλώδους συνδετικού ιστού μεταξύ των πετάλων του. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί μερικούς μήνες μετά την αρχική προσβολή, όπως π.χ. επί ακτινοβολίας και ρευματοειδούς αρθρίτιδας, επί τραυματισμού.

Συνήθως όμως εμφανίζεται ως χρόνια, εξελισσομένη βραδέως επί σειρά ετών.

Αιτιολογία.

Διάφορα βακτηρίδια όπως το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης, μύκητες, ιοί και παράσιτα μπορεί να προκαλέσουν την αρχική φλεγμονή του περικαρδίου, η οποία θα εξελιχθεί αργότερα σε συμπίεστική περικαρδίτιδα. Αλλά αίτια είναι νόσοι του κολλαγόνου, η ουραιμία, τραύμα, η ακτινοβολία και τα νεοπλάσματα. Όμως πρέπει να σημειωθεί ότι σε μεγάλη αναλογία ασθενών δεν είναι δυνατή η εξακρίβωση της αιτίας της συμπίεστικής περικαρδίτιδας.

Κλινική εικόνα.

Μοιάζει με την κλινική εικόνα της δεξιάς καρδιακής ανεπάρ-

κειας, δηλαδή επικρατούν οι εκδηλώσεις της αυξημένης φλεβικής στάσης. Όταν λαμβάνεται στη μεσοβασιλική φλέβα η φλεβική πίεση φθάνει 25-35 cm στήλης ύδατος, αυξανόμενη ακόμη περισσότερο κατά την πίεση του ήπατος.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν διάταση των σφαγιτιδών φλεβών. Επίσης παρουσιάζουν διόγκωση του ήπατος και ασκίτη με μεγάλη ποσότητα υγρού, το οποίο εμφανίζεται πρώιμα και αναπαράγεται ταχύτατα μετά τις εκκενωτικές παρακινήσεις. Συχνά η κλινική εικόνα συμπληρώνεται με οιδήματα στα κάτω άκρα και υδροθώρακα. Η μακρά διάρκεια της νόσου οδηγεί σε άλλοτε άλλου βαθμού ηπατική κίρρωση. Ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια και ορθόπνοια, οφειλούμενη αφενός στη μείωση του όγκου παλμού αφετέρου στον υδροθώρακα, που συνήθως υπάρχει, και την ανύψωση και ακινητοποίηση του διαφράγματος από τον ασκίτη. Οι ασθενείς παραπονούνται για εύκολη κόπωση, ανορεξία και απώλεια βάρους. Η ψηλάφηση πέρα των αναφερθέντων σημείων της αυξημένης φλεβικής στάσης, από τον αρτηριακό σφυγμό συχνά αποκαλύπτει πλήρη αρρυθμία.

Στη κορυφή της καρδιάς παρατηρείται συστολική εισαλιή, δηλαδή αντί του ωστικού κύματος, στην κορυφή ψηλαφάται προς τα έσω έλξη του θωρακικού τοιχώματος κατά την συστολή. Από την ακρόαση διαπιστώνεται η ύπαρξη περικαρδιακού τόνου στην κορυφή.

Επίσης συχνά διαπιστώνεται αμβλύτητα στο κατώτερο τμήμα του ενός ή αμφοτερόπλευρο υδροθώρακα και, σπανιότερα, λεπτοί υποτρίζοντες από συμφόρηση πνεύμονα.

Η αρτηριακή πίεση είναι φυσιολογική ή ελαφρώς μειωμένη.

Παρακλινικός έλεγχος.

Το ΗΚΤ παρουσιάζει επιπεδωμένο ή αρνητικό έπαρμα T στις

περισσότερες απαγωγές. Οι αλλοιώσεις του T συνδυάζονται με ελαφρά κατάσταση ST. Σε 25% υπάρχει κολπική μαρμαρυγή. Στη δεξιά προκάρδια απαγωγή V₁ συχνά επικρατεί το έπαρμα R και αυτή η μεταβολή μπορεί να συνδυάζεται με στροφή του ηλεκτρικού άξονα προς τα δεξιά. Πολλές φορές το δυναμικό του συμπλέγματος QRS είναι μειωμένο και σε ορισμένους ασθενείς χαρακτηρίζεται από παθολογικό έπαρμα Q ίνωση ή νέκρωσης του μυοκαρδίου.

Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο το μέγεθος της καρδιάς είναι φυσιολογικό ή αυξημένο. Κατά την ακτινοσκόπηση παρατηρείται ελάττωση ή εξαφάνιση της κινητικότητας των καρδιακών ορίων. Στην πλάγια ή στις λοξές θέσεις, στο ήμισυ των περιπτώσεων διαπιστώνεται εικόνα αβεστώσεως του περικαρδίου υπό μορφή πλακών, επιμήκων γραμμώσεων ή υπό μορφή κελύφους αυγού. Συχνά υπάρχουν ενδείξεις πνευμονικής συμφόρησης και μερικές φορές εικόνα υπεζωκοτικής συλλογής υγρού.

Το ηχοκαρδιογράφημα μπορεί να δείξει επιπέδωση της καμπύλης κινήσεως του οπισθίου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας κατά την διαστολή, ή εξαφάνιση της προς τα πίσω κινήσεως που παράγεται κατά την κολπική συστολή και υπάρχει ανώμαλη κίνηση του μεσοκοιλιακού διαφράγματος.

Με τους υπερήχους σπανίως ανακαλύπτεται πάχυνση του περικαρδίου.

Διάγνωση.

Βασίζεται στην αυξημένη φλεβική πίεση, την ακτινολογική εικόνα αβεστώσεως του περικαρδίου και την εμφάνιση ασκίτη.

Η διάγνωση ενισχύεται αν ο ασθενής αναφέρει προσβολή

περικαρδίτιδας κατά το παρελθόν, καθώς επίσης, εάν παρά την ανάπαυση στο κρεβάτι και την χορήγηση δακτυλίτιδας και διουρητικών, επιμένουν οι εκδηλώσεις της αυξημένης φλεβικής πίεσης. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από άλλες παθήσεις που συνοδεύονται από κάμψη της δεξιάς κοιλιάς, στις οποίες όμως το ιστορικό, η ψηλάφηση και η ακρόαση παρέχουν αρκετά στοιχεία. Ειδικότερα πρέπει να διαχωρισθεί από τις παθήσεις τριγλώχινας, οι οποίες εμφανίζουν επίσης εικόνα περιφερικής φλεβικής στάσης, και από την στένωση της μητροειδούς. Στην περίπτωση της συμπιεστικής περικαρδίτιδας, η ακτινολογική εικόνα διευκολύνει τη διάγνωση, ενώ με το ηχοκαρδιογράφημα μπορεί να αποκλεισθεί η στένωση τριγλώχινας, επίσης μπορεί να θεωρηθεί απίθανη η ανεπάρκειά της αν δεν διαπιστωθεί αύξηση του μεγέθους της κοιλότητας της δεξιάς κοιλιάς. Από την περιοριστική μυοκαρδιοπάθεια η διαφορική διάγνωση γίνεται με αιμοδυναμικό έλεγχο. Εάν υπάρχουν αμφιβολίες γίνεται ενδομυοκαρδιακή βιοψία, από την οποία, αν έχουμε θετικό αποτέλεσμα σκεφτόμαστε τη μυοκαρδιοπάθεια.

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

Θεραπεία.

Η θεραπεία της συμπιεστικής περικαρδίτιδας είναι χειρουργική. Γίνεται σε ασθενείς που έχουν ασκίτη ή σημεία υψηλής φλεβικής πίεσης και σε ασθενείς που παραπονούνται για έντονα συμπτώματα. Γίνεται αποφλοιώση της καρδιάς από το αλλοιωμένο περικάρδιο και έτσι απελευθερώνονται οι κοιλίες. Μετά την εγχείρηση η βελτίωση παρατηρείται καθυστερημένα μετά από μερικές εβδομάδες ή και

μήνες. Οι εκδηλώσεις της αυξημένης φλεβικής στάσης αντιμετωπίζονται με μέτριες δόσεις διουρητικών, και σε πολύ σοβαρές καταστάσεις γίνονται εκκενωτικές παρακεντήσεις της κοιλίας ή και του θώρακα. Η δακτυλίτιδα μπορεί να ωφελήσει στην πρόληψη καρδιακής ανεπάρκειας.

ΑΦΑΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Οι άρρωστοι με αυτή τη νοσηρή κατάσταση μπορεί να εμφανίζουν ανεξήγητο κάματο, δύσπνοια και άλγος στο στήθος. Δεν υπάρχουν εμφανείς εκδηλώσεις περικαρδιακής νόσου, αλλά μετά από την ταχεία ενδοφλέβια έγχυση 1 λίτρου φυσιολογικού ορού, εμφανίζονται κολπικές και κοιλιακές πιέσεις σφυγμού, καθώς και εξίσωση των ενδοκαρδιακών πιέσεων όπως στην εμφανή συμπίεστική περικαρδίτιδα. Αν και μετά από περικαρδιεκτομή μπορεί να ακολουθήσει ύφεση των συμπτωμάτων, εν τούτοις η μέθοδος αυτή αντιμετώπισης δεν πρέπει να επιχειρείται σε ασυμπτωματικά άτομα.

ΥΠΟΞΕΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Αυτή η μορφή της περικαρδιακής νόσου χαρακτηρίζεται από συλλογή υγρού υπό τάση μέσα στον ελεύθερο περικαρδιακό χώρο, καθώς επίσης και από σύσφιγξη της καρδιάς από πεπαχυσμένο περικάρδιο.

Ετσι συνδυάζεται ένας αριθμός χαρακτηριστικών τόσο της περικαρδιακής συλλογής υγρού, που οδηγεί σε καρδιακό επιπωματισμό, και συγχρόνως περικαρδιακής συμπίεσεως. Η καρδιά είναι διογκωμένη και υπάρχει παράδοξος σφυγμός καθώς και πρόδηλη πτώση

Χ στην πίεση σφυγμού των κόλπων.

Αιτιολογία.

Μπορεί να προκληθεί από φυματίωση, πολλαπλές προσβολές οξείας ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας, ακτινοβολία, τραυματική περικαρδίτιδα, ουραιμία και σκληροδερμία.

Θεραπεία.

Η ευρεία εκτομή του σπλαχνικού και του τοιχωματικού περικαρδίου είναι αποτελεσματική.

ΆΛΛΕΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ

Σε περίπτωση αιμορραγικής περικαρδίτιδας, η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει και τη μεταστατική περικαρδίτιδα από επινέμηση κακοήθων εξεργασιών του πνεύμονα και του μεσαυλίου. Η υποψία ενισχύεται εάν το αιμορραγικό υγρό είναι άφθονο και μετά εκκενωτική παρακέντηση επανεμφανίζεται σύντομα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με δοκιμαστική παρακέντηση του περικαρδίου και κυτταρολογική εξέταση του υγρού.

Αιμορραγικό υγρό ανευρίσκεται ενίοτε στη φυματιώδη, την ιδιοπαθή, την ουραιμική περικαρδίτιδα κ.ά.

Σε ασθενείς με επίμονη περικαρδίτιδα ακαθορίστου αιτιολογίας ο γιατρός πρέπει να σκέπτεται και την μυκητιασική νόσο και ειδικότερα την ιστοπλάσμωση. Η διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία και καλλιέργεια τμήματος του περικαρδίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ.**

Το επάγγελμα του νοσηλευτή έχει αναγνωρισθεί σήμερα από την κοινωνία, η άσκηση του επαγγέλματος αυτού απαιτεί ειδική εκπαίδευση και πολλές γνώσεις. Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να βελτιώσει ή να αποκτήσει την υγεία του, να ακολουθήσει τη θεραπευτική αγωγή όπως έχει καθορισθεί, να τον ανακουφίσει από τα συμπτώματα της νόσου. Για να συμβάλλει ο νοσηλευτής ικανοποιητικά στην ανακούφιση των συμπτωμάτων που προκαλεί η περικαρδίτιδα, στην παροχή ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδας και στην πρόληψη εμφάνισης πρέπει να γνωρίζει τις παθολογοανατομικές και παθοφυσιολογικές μεταβολές της καρδιάς ώστε να στηρίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες σε επιστημονικές αρχές.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του τον φόβο και την ανησυχία του ασθενή. Προσπαθεί να δημιουργήσει το αίσθημα της εμπιστοσύνης. Αυτό μπορεί να το πετύχει με την συζήτηση λύνοντας τις απορίες του. Ακόμη να γίνει σωστή ενημέρωση για την αρρώστεια και οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν για την διάγνωση και ανακούφιση.

ΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Κατά την εκτέλεση του καθετηριασμού τηρούνται άσηπτες τεχνικές. Σε όλη τη διάρκεια γίνεται λήψη ΗΚΓ.

Ο νοσηλευτής βοηθάει 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 υπτία θέση πάνω σε ειδικό τραπέζι (κρεβάτι). Ο ασθενής, προκειμένου να κάνει καθετηριασμό καρδιάς παίρνει ηρεμιστικά πριν την εξέταση και οδηγείται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο νησιτικός.

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, ο άρρωστος αισθάνεται ανωμαλία στον καρδιακό ρυθμό και δοκιμάζει αίσθημα παλμών στο στήθος. Ο νοσηλευτής τον καθησυχάζει για τα ενοχλήματα αυτά και το βεβαιώνει ότι θα εξαλειφθούν σε λίγο. Ακόμα όταν καθετήρας περνάει από την πνευμονική αρτηρία, μπορεί να προκληθεί βήχας, αλλά κι αυτός υποχωρεί σύντομα.

Παρά τα ηρεμιστικά φάρμακα, ο άρρωστος είναι ανήσυχος, κατέχεται από αισθήματα φόβου και καταλαβαίνει και το πιο αμυδρό ερέθισμα. Η εξέταση διαρκεί 1-3 ώρες. Τελειώνοντας η εξέταση, αφαιρείται ο καθετήρας από το γιατρό, γίνεται συρραφή τραύματος και ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιό του, αφού προηγουμένως δεθεί άσηπτα το τραύμα που δημιουργήθηκε από την αποκάλυψη της φλέβας.

Ο καθετηριασμός καρδιάς δεν γίνεται χωρίς κίνδυνο. Οι επιπλοκές του δεξιού καθετηριασμού είναι σχετικά λίγες και σπάνια επικίνδυνες. Υπάρχουν τοπικές επιπλοκές, όπως φλεγμονές και θρομβώσεις του αγγείου που αποκαλύφθηκε και γενικές, όπως πυρετικές αντιδράσεις από πυρετογόνες ουσίες στους καθετήρες ή άλλες συσκευές εξαιτίας της μακροχρόνιας κατακλίσεως του αρρώστου, διαταραχές του ρυθμού και σπάνια διάτρηση της καρδιάς και εμφάνιση αιμοπερικαρδίου.

Ο νοσηλευτής μετά το καθεστηριασμό, ελέγχει το σφυγμό του αρρώστου. Αν παρουσιαστεί αρρυθμία, ειδοποιείται έγκαιρα ο γιατρός. Ακόμη παρακολουθείται το σημείο της αποκάλυψης της φλέβας για αιμορραγία και σημεία φλεγμονής.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΚΕΝΤΗΣΗ

Περικαρδιοκέντηση είναι η παρακέντηση του περικαρδικού σάκου, που γίνεται με σκοπό την αναρρόφηση υγρού σε περίπτωση καρδιακού επιπωματισμού.

Σκοποί.

- 1) Να αφαιρεθεί υγρό από την περικαρδιακή κοιλότητα που προκαλείται από:
 - α) Περικαρδίτιδα
 - β) Κακοήθες νεόπλασμα ή λέμφωμα
 - γ) Τραύμα στην καρδιά/θώρακα
 - δ) Οξύ ρευματικό πυρετό
 - ε) Ουραιμία
- 2) Να εξασφαλιστεί δείγμα υγρού για εξέταση.
- 3) Να ενεθεεί στην κοιλότητα φάρμακο.

Περιοχές Περικαρδιοκέντησης.

- 1) Υποξιφοειδή - η βελόνα εισάγεται στη γωνία που σχηματίζεται από το αριστερό πλευρικό όριο και την ξιφοειδή απόφυση.
- 2) Κοντά στην κορυφή της καρδιάς, 2 cm από το εσωτερικό όριο της αριστερής καρδιακής αμβλύτητας.
- 3) Αριστερά στο 5ο ή 6ο μεσοπλεύριο διάστημα στο χείλος του στέρνου.
- 4) Δεξιά στο 4ο μεσοπλεύριο διάστημα, στο αριστερό όριο της καρδιακής αμβλύτητας.

Νοσηλευτική ενέργεια.**Προετοιμασία**

- 1) Χορηγούμε κατευναστικό στον άρρωστο, σύμφωνα με την εντολή
- 2) Αρχίζουμε ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος χλωριούχου νατρίου 0,9% ή γλυκόζης με αργό ρυθμό. Αυτό διατηρεί γραμμή για ενδοφλέβια θεραπεία σε επείγουσα περίπτωση.
- 3) Τοποθετούμε τον άρρωστο σε άνετη θέση με το πάνω μέρος του κρεβατιού σηκωμένο κατά γωνία 60°. Η θέση αυτή διευκολύνει την είσοδο της βελόνας στον περικαρδιακό σάκο.
- 4) Εφαρμόζουμε τα ηλεκτρόδια του ηλεκτροκαρδιογράφου στα σκέλη του αρρώστου. Ο άρρωστος παρακολουθείται ηλεκτροκαρδιογραφικά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας.
- 5) Εχουμε διαθέσιμο απινιδωτή για άμεση χρήση. Για περίπτωση που η διαδικασία θα προκαλέσει μαρμαρυγή.
- 6) Εχουμε διαθέσιμο βηματοδότη.
- 7) Πλένουμε τα χέρια μας.
- 8) Ανοίγουμε το δίσκο χρησιμοποιώντας άσηπτη τεχνική.

Εκτέλεση

- 1) Η περιοχή ετοιμάζεται με αντισηψία, καλύπτεται με αποστειρωμένα τετράγωνα και σχιστό και γίνεται η τοπική αναισθησία με διάλυμα προκαΐνης.
- 2) Η βελόνα περικαρδιοκέντησης εφαρμόζεται σε σύριγγα 50 ml, μέσω μιας στρόφιγγας τριών κατευθύνσεων. Το προκαρδιακό ηλεκτρόδιο του ΗΚΓφου συνδέεται με τη βελόνα αναρρόφησης μέσω του αποστειρωμένου σύρματος γείωσης, που στερεώνεται στο μπεκ της με clip. Υπάρχει κίνδυνος τρώσης του μυοκαρδίου ή της στεφανιαίας αρτηρίας και, επομένως, πρόκλησης αρρυθμιών.
- 3) Η βελόνα προωθείται αργά, ώσπου να αναρροφηθεί υγρό. Υγρό συνήθως αναρροφάται όταν η βελόνα μπει σε βάθος 2,5-4 cm.
- 4) Όταν η βελόνα μπει μέσα στον περικαρδιακό σάκο, στερεώνεται στη θέση της με αιμοστατική λαβίδα που την πιάνει μαζί με το δέρμα στο σημείο εισόδου της.
- 5) Παρακολουθούμε το ΗΚΓ, την ΑΠ και την ΚΦΠ του αρρώστου συνεχώς.
 - α) Όταν η βελόνα ακουμπά στο κοιλιακό μυοκάρδιο, μεγαλώνει το διάστημα ST.
 - β) Όταν ακουμπά στο κολπικό μυοκάρδιο, μεγαλώνει το διάστημα PR.
 - γ) Όταν η βελόνα τρυπά το μυοκάρδιο, το σύμπλεγμα QRS γίνεται μεγάλο και ασταθές.
- 6) Αν υπάρχει μεγάλη ποσότητα υγρού, μέσα από τη βελόνα εισάγεται στο περικαρδιακό σάκο ένας καθετήρας πολυαιθυλενίου (ενδοκαθετήρας) που συνδέεται με φιάλη παροχέτευσης.
- 7) Παρατηρούμε για παρουσία αιματηρού υγρού. Αν βγαίνει αίμα με μεγάλη ταχύτητα μπορεί να είναι απαραίτητο να γίνει αμέσως

θωρακοτομή και καρδιορραφή. Το αιματηρό υγρό να οφείλεται σε τραύμα μυοκαρδίου. Το αιματηρό περικαρδιακό εξίδρωμα δεν πήζει εύκολα, ενώ το αίμα που προέρχεται από κάποιο θάλαμο της καρδιάς πήζει αμέσως.

Παρακολούθηση

- 1) Βάζουμε τον άρρωστο στη μονάδα εντατικής νοσηλείας. Μετά την περικαρδιοκέντηση είναι απαραίτητη η προσεχτική παρακολούθηση της ΑΠ, της Κ.Φ.Π. και των καρδιακών ηχών για έγκαιρη ανίχνευση τυχόν υποτροπής του επιπωματισμού.
- 2) Παρατηρούμε για αύξηση Κ.Φ.Π. και πτώση ΑΠ. Η παρουσία αυτών των σημείων πιθανό να σημαίνει καρδιακό επιπωματισμό.
- 3) Ετοιμάζουμε για χειρουργική παροχέτευση αν:
 - α) Το περικαρδιακό υγρό επανειλημμένα μαζεύεται.
 - β) Η αναρρόφησή του δεν είναι αποτελεσματική.
 - γ) Ο άρρωστος παρουσιάζει επιπλοκές.
- 4) Εκτιμάμε τον άρρωστο για διαπίστωση επιπλοκών.
 - α) Απρόσεκτη διατροφή μυοκαρδίου.
 - β) Αρρυθμίες.
 - γ) Τρώση πνεύμονα, στομάχου ή ήπατος.
 - δ) Τρώση στεφανιαίας αρτηρίας.
- 5) Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου.

ΑΓΓΕΙΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μετά την εισαγωγή σκιερής ουσίας στην καρδιά μέσα από καθετήρα που βρίσκεται σε φλέβα, παίρνονται ακτινογραφίες.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει:

- 1) Ενημέρωση και εξήγηση για το τι θα του γίνει.
- 2) Τίποτα από το στόμα για 6-8 ώρες πριν την εξέταση.
- 3) Χορήγηση κατευναστικού αν ο άρρωστος εκδηλώνει φόβο και αγωνία.

Μετά την εξέταση:

Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία και θρόμβωση στη χώρα εισαγωγής.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΦΛΕΒΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Η κεντρική φλεβική πίεση (Κ.Φ.Π.) είναι η πίεση μέσα στο δεξιό κόλπο ή στις μεγάλες φλέβες του θώρακα.

Σκοποί:

- 1) Να χρησιμοποιηθεί σαν οδηγός για τη χορήγηση υγρών σε βαριά πάσχοντες αρρώστους.
- 2) Να εκτιμηθεί η ελάττωση ή η αύξηση του όγκου του αίματος, όταν ο άρρωστος παίρνει ενδοφλέβιες χορηγήσεις.
- 3) Να εκτιμηθεί η αύξηση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος σε αρρώστους, που τους χορηγείται μανιτόλη.
- 4) Να αξιολογηθεί η λειτουργία της καρδιάς σαν αντλίας.

Φλεβικά σημεία για την είσοδο του καθετήρα:

- 1) Υποκλείδια φλέβα.
- 2) Εσω ή έξω σφαγίτιδα φλέβα.
- 3) Μέση βασιλική φλέβα.

Αντικείμενα

- 1) Δίσκος φλεβικής πίεσης.
- 2) Δίσκος αποκάλυψης φλέβας.
- 3) Διάλυμα και set ενδοφλέβιας χορήγησης.
- 4) Στατό.
- 5) Στρόφιγγα 3 ή 4 κατευθύνσεων.
- 6) Ηλεκτροκαρδιογραφικό σύστημα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (monitor).
- 7) Αλφάδι.

Διαδικασία

Νοσηλευτική ενέργεια-Προετοιμασία

- 1) Συγκεντρώνουμε τα αντικείμενα με τις οδηγίες της εταιρείας.
- 2) Εξηγούμε στον άρρωστο ότι η διαδικασία είναι όμοια με εκείνη της ενδοφλέβιας χορήγησης και ότι θα μπορεί να κινείται στο κρεβάτι μετά την είσοδο του καθετήρα φλεβικής πίεσης.
- 3) Τοποθετούμε τον άρρωστο σε άνετη θέση (ύπτια). Αυτή είναι η θέση βασικής γραμμής που θα χρησιμοποιείται για τις επόμενες μετρήσεις.
- 4) Ετοιμάζουμε και τοποθετούμε το διάλυμα έγχυσης στο στατό (διάλυμα χλωριούχο νατρίου 0,9% με ηπαρίνη).
- 5) Εφαρμόζουμε το μανόμετρο στο στατό της ενδοφλέβιας χορήγησης. Η υποδιαίρεση "μηδέν" του μανόμετρου πρέπει να βρίσκεται στο επίπεδο του δεξιού κόλπου.
- 6) Αρχίζουμε την ενδοφλέβια χορήγηση και γεμίζουμε το μανόμετρο κατά 10 cm πάνω από το επίπεδο που περιμένουμε να φτάσει η Κ.Φ.Π.
- 7) Καθαρίζουμε το σημείο αποκάλυψης της φλέβας πολύ καλά με

αντισηπτική διάλυση. Ευρίζουμε την περιοχή αν ο καθετήρας παραμείνει για μακρό χρόνο.

- 8) Ο καθετήρας Κ.Φ.Π. εισάγεται με άμεση τομή της φλέβας ή διαδερμικά μέσω φλεβών του αντιβραχίου, της υποκλείδιας ή της έσω ή έξω σφαγίτιδας, μέσα στην άνω κοίλη φλέβα λίγο πριν εκβάλλει στον δεξιό κόλπο. Επιβεβαίωση για τη σωστή θέση του άκρου του καθετήρα γίνεται με ακτινοσκόπηση ή ακτινογραφία του θώρακα.
- 9) Ο καθετήρας συνδέεται με τη στρόφιγγα τριών κατευθύνσεων, η οποία επικοινωνεί με τη συσκευή ορού (διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% με ηπαρίνη) και με το μανόμετρο, μέσω προέκτασης.
- 10) Όταν ο καθετήρας μπει στη φλέβα που βρίσκεται μέσα στον θώρακα, παρατηρείται μια ελάττωση της Κ.Φ.Π. κατά την εισπνοή και αύξηση κατά την εκπνοή.
- 11) Κατά την διάρκεια της εισαγωγής του καθετήρα ο άρρωστος μπορεί να παρακολουθείται συχνά με ηλεκτροκαρδιογράφο. Αν η κορυφή του καθετήρα έρθει σε επαφή με το τοίχωμα του δεξιού κόλπου μπορεί να προκληθούν έκτοπα ερεθίσματα και να διαταράξουν τον καρδιακό ρυθμό.
- 12) Ο καθετήρας μπορεί να στερεωθεί στη θέση του με ραφή ή λευκοπλάστη. Εφαρμόζουμε αποστειρωμένη γάζα. Πάνω στον λευκοπλάστη αναγράφουμε την ημερομηνία και την ώρα εφαρμογής του καθετήρα. Η σημείωση αυτή είναι απαραίτητη για την αφαίρεσή του και την εισαγωγή νέου από άλλη φλέβα, ώστε να προληφθεί η θερμοφλεβίτιδα.
- 13) Προσαρμόζουμε την ενδοφλέβια χορήγηση, ώστε να ρέει στη φλέβα του αρρώστου αργά και συνεχώς. Η γρήγορη ροή υγρού στη φλέβα μπορεί να προκαλέσει σημαντική αύξηση της φλεβικής πίεσης.

Μέτρηση της Κ.Φ.Π.

- 1) Τοποθετούμε τον άρρωστο στην αρχική θέση και επιβεβαιώνουμε το σημείο "0". Το σημείο "0" ή η βασική γραμμή είναι το μέσο του δεξιού κόλπου που βρίσκεται στη μέση μασχαλιαία γραμμή στο 4ο μεσοπλευρίο διάστημα.
- 2) Τοποθετούμε το "0" της κλίμακας του μανομέτρου στο επίπεδο του δεξιού κόλπου.
- 3) Γυρίζουμε τη στρόφυγγα ώστε να επικοινωνεί το διάλυμα με το μανόμετρο και το γεμίζουμε ως την υποδιαίρεση 20 cm. Κατόπιν γυρίζουμε τη στρόφυγγα, ώστε το διάλυμα του μανομέτρου να επικοινωνεί με τη φλέβα.
- 4) Παρακολουθούμε τη μείωση του ύψους της στήλης του υγρού στο μανόμετρο. Αναγράφουμε την τιμή της υποδιαίρεσης, αφού σταθεροποιηθεί ή στήλη του υγρού. Η στήλη υγρού θα πέφτει, ώσπου να συναντήσει πίεση ίση με την υδροστατική που εξασκεί αυτή, δηλαδή την Κ.Φ.Π.
- 5) Η Κ.Φ.Π. μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ 3 και 10 cm H₂O. Οι τιμές της Κ.Φ.Π. είναι ενδεικτικές του όγκου του φλεβικού αίματος, της καρδιακής λειτουργίας και του τόνου των φλεβών. Οι φυσιολογικές της τιμές διαφέρουν από άρρωστο σε άρρωστο. Η αγωγή του δε στηρίζεται στο αποτέλεσμά μας αλλά επανειλημμένων σε σειρά μετρήσεων.
- 6) Εκτιμάμε την κλινική κατάσταση του αρρώστου. Συχνές μεταβολές Κ.Φ.Π. θα χρησιμεύσουν σαν οδηγός για την ανίχνευσή του αν η καρδιά μπορεί να χειριστεί το φορτίο του υγρού ή αν υπάρχει υπέρ ή υπογκαιμία.
- 7) Γυρίζουμε τη στρόφυγγα πάλι για να επιτρέψουμε τη ροή διαλύματος στη φλέβα του αρρώστου.

Παρακολούθηση

- 1) Παρακολουθούμε τον άρρωστο για επιπλοκές:
 - α) Από την εισαγωγή του καθετήρα: πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, αιμάτωμα, καρδιακός επιπωματισμός.
 - β) Δευτεροπαθώς από το φλεβικό καθετήρα: εμβολή αέρα, σχηματισμός αποικιών μικροβίων. Η πιθανότητα επιπλοκών αυξάνεται όσο περισσότερο χρόνο ο καθετήρας Κ.Φ.Π. μένει μέσα στη φλέβα. Το παράπονο του αρρώστου για νέο και διαφορετικό πόνο πρέπει να παίρνετε σοβαρά υπόψη και να διερευνάται.
- 2) Παρακολουθούμε στενά το σημείο εισόδου του καθετήρα και χρησιμοποιούμε άσηπτη τεχνική. Αφαιρούμε τον καθετήρα αμέσως, αν υπάρχουν σημεία μόλυνσης.
- 3) Αλλάζουμε τις γάζες σύμφωνα με την εντολή.
- 4) Σημειώνουμε ημερομηνία και ώρα κάθε αλλαγής καθετήρα.
- 5) Στέλνουμε την κορυφή του καθετήρα για καλλιέργεια αμέσως μετά την αφαίρεσή του.
- 6) Επλένομε τον καθετήρα κατά διαστήματα με αραιωμένο διάλυμα ηπαρίνης. Η έκπλυση του καθετήρα εμποδίζει την απόφραξη από θρόμβο αίματος.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΚΓ)

Με το ηλεκτροκαρδιογράφημα μελετώνται τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται κατά τη λειτουργία της καρδιάς. Για πολλά χρόνια η μέθοδος της ηλεκτροκαρδιογραφίας που επικρατεί είναι το ΗΚΓ 12 απαγωγών.

Τεχνική

Οι σύγχρονοι ηλεκτροκαρδιογράφοι είναι ευκολόχρηστοι και τα προβλήματα συσχετίζονται με το συνδυασμό των βυσμάτων που συνδέουν τα καλώδια με τα ηλεκτρόδια και με την παρεμβολή ηλεκτρικών παρασίτων. Τα ηλεκτρόδια που δεν είναι μιας χρήσεως πρέπει να διατηρούνται καθαρά και πρέπει να αποφεύγεται η χρήση υπερβολικής ποσότητας πάστας γιατί εμποδίζει την τοποθέτηση της ειδικής προκάρδιας απαγωγής. Έχει μεγάλη σημασία να εξασφαλίζεται επαρκής επαφή με το δέρμα και σωστή, και σταθερή τοποθέτηση των προκάρδιων ηλεκτροδίων. Στα 4 άκρα του ασθενούς τοποθετούνται τα ηλεκτρόδια καθώς και προκάρδιες για τις αντίστοιχες απαγωγές.

Οι απαγωγές που παίρνουμε είναι οι I, II, III που λέγονται και κλασσικές, οι AVR, AVF, AVL ή μονοπολικές και οι V₁, V₂, V₃, V₄, V₅, V₆ ή προκάρδιες.

Οι απαγωγές αναλυτικά έχουν ως εξής:

I: Λαμβάνεται από το αριστερό και δεξιό άνω άκρο.

II: Λαμβάνεται από το δεξιό άνω άκρο και αριστερό κάτω άκρο.

III: Λαμβάνεται από το αριστερό άνω άκρο και το αριστερό κάτω άκρο.

AVR: Απάγει ρεύμα από το δεξιό άνω άκρο.

AVL: Απάγει ρεύμα από το αριστερό άνω άκρο.

AVF: Απάγει ρεύμα από το αριστερό κάτω άκρο.

V₁: Τοποθετείτε το ηλεκτρόδιο στο 4ο δεξιό μεσοπλευρικό διάστημα.

V₂: Τοποθετείτε στο 4ο αριστερό μεσοπλευρικό διάστημα.

V₃: Τοποθετείτε μεταξύ της V₂ και V₄.

V₄: Τοποθετείτε στο 5ο αριστερό μεσοπλευρικό επί της μεσοκλειδικής γραμμής.

V_5 : Τοποθετείτε στο 5ο μεσοπλευρίο διάστημα επί της πρόσθιας μασχαλιαίας γραμμής.

V_6 : Τοποθετείτε στο 5ο αριστερό μεσοπλευρίο διάστημα της μέσης μασχαλιαίας γραμμής.

Το ΗΚΓ χαρτί έχει 5 μικρά τετράγωνα καθέτως και οριζοντίως. Το ύψος ενός μικρού τετραγωνιδίου είναι 1 mm. Το ύψος ενός μεγάλου τετραγώνου 5 mm. Το πλάτος ενός μικρού τετραγώνου είναι 0,04 sec. Το πλάτος ενός μεγάλου τετραγώνου είναι 0,20 sec.

Στο ΗΚΓ τα κύματα-διαστήματα-συμπλέγματα έχουν ως εξής:

- Το κύμα P αντιστοιχεί στην εκπόλωση των κόλπων.
- Το διάστημα PQ ο χρόνος που χρειάζεται για να μεταφερθεί το ερέθισμα από τους κόλπους στις κοιλίες.
- Το σύμπλεγμα QRS αντιστοιχεί στην εκπόλωση των κοιλιών.
- Το διάστημα ST είναι μια περίοδος ηρεμίας που οι κοιλίες είναι ερεθισμένες.
- Το κύμα T είναι η επαναπόλωση.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΘΩΡΑΚΑ (Rö)

Η ακτινογραφία θώρακα μπορεί να είναι φυσιολογική ή αν μέσα στο περικαρδιακό σάκο υπάρχουν μερικές εκατοντάδες ml υγρού, δείχνει αύξηση του μεγέθους της καρδιάς.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την εξέταση, το χρόνο εκτελέσεως της και τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας αυτού με τον γιατρό και το χειριστή των μηχανημάτων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ

Όταν ένας ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο με περικαρδίτιδα, οι παρατηρήσεις του νοσηλευτή που παραλαμβάνει τον ασθενή είναι βασικής σημασίας τόσο για τη διάγνωση της νόσου όσο και για τον προγραμματισμό της θεραπευτικής αγωγής.

Η αρχική ενέργεια του νοσηλευτή είναι η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, στο οποίο λαμβάνει υπόψη του το οικογενειακό ιστορικό, τα συμπτώματα που παρουσίασε ο ασθενής πριν έρθει στο νοσοκομείο και την παρούσα κατάσταση. Τα στοιχεία μπορούμε να τα πάρουμε από τον ίδιο τον ασθενή ή και από τους συγγενείς του.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**Πόνος προκάρδιος.**

Για την εκτίμηση του πόνου, ο νοσηλευτής παρατηρεί την ένταση και εντόπιση του πόνου, το χρόνο και τον τρόπο εμφάνισης, τη διάρκεια του επεισοδίου και τους παράγοντες που τον επιδεινώνουν ή τον μειώνουν. Τον άρρωστο ανακουφίζουμε με τα παρακάτω νοσηλευτικά μέτρα:

- Δημιουργούμε δυνατότητες για ανάπαυση.
- Δίνουμε ανάρροπη θέση για τον καλύτερο αερισμό των πνευμόνων.
- Χορηγούμε οξυγόνο (μετά από εντολή γιατρού).
- Μειώνουμε το φυσικό και συναισθηματικό κόπο του αρρώστου.
- Δίνουμε εύπεπτη τροφή, με μικρή θερμιδική αξία σε μικρά συχνά γεύματα.
- Περιορίζουμε τον αριθμό των επισκεπτών.
- Ενημερώνουμε τον γιατρό για το άλγος.

- Χορηγούμε τα καθορισμένα παυσίπονα στον καθορισμένο χρόνο και δόση και παρακολουθούμε το αποτέλεσμα.

Δύσπνοια

Είναι το υποκειμενικό αίσθημα δυσκολίας κατά την αναπνοή. Τα χαρακτηριστικά της δύσπνοιας είναι:

- α) Αυξημένη αναπνευστική προσπάθεια.
- β) Γρήγορη και επιπόλαια.

Οι τύποι της δύσπνοιας είναι:

Δύσπνοια προσπάθειας. Παρουσιάζεται μετά από μέτρια προσπάθεια και υποχωρεί με την ανάπαυση.

Παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια. Παρουσιάζεται τη νύχτα ενώ ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος. Οφείλεται στην αύξηση του όγκου του αίματος στο πνευμονικό δίκτυο στην ξαπλωμένη θέση.

Ορθόπνοια. Δύσπνοια στην υπτία θέση που μειώνεται σε βαθμό στην όρθια θέση. Στην εκτίμησή της αναφέρεται ο αριθμός των μαξιλαριών που είναι απαραίτητος για τη μείωση του βαθμού της δύσπνοιας.

Αναπνοή Cheyne-Stokes. Είναι περιοδική αναπνοή που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία αύξηση του βάθους της αναπνοής που ακολουθείται από βαθμιαία μείωση που φθάνει σε άπνοια.

Εκτίμηση της δύσπνοιας, ο νοσηλευτής παρατηρεί και σημειώνει:

- Παράγοντες που την επιδεινώνουν ή τη μειώνουν.
- Θέση που παίρνει ο άρρωστος κατά τη διάρκειά της.
- Χρώμα δέρματος: ωχρότητα, κυάνωση.

Για την αντιμετώπισή της πρέπει:

- Να δημιουργήσουμε συνθήκες φυσικής ανάπαυσης στο κρεβάτι- ανάρροπη θέση- ή στην πολυθρόνα.
- Να κάνουμε κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου:
 - α) ατομική καθαριότητα, β) διατροφή κ.ά.
- Εξασφαλίζουμε ήρεμο ύπνο με χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων.
- Χορηγούμε οξυγόνο, έτσι βελτιώνεται η οξυγόνωση των ιστών και απαλλάσσεται από την αγωνία που δημιουργεί η δύσπνοια.
- Πρόληψη συναισθηματικής εντάσεως.
- Ψυχολογική υποστήριξη.
- Περιορισμό επισκεπτών.
- Απασχόληση του αρρώστου.
- Περιορισμός χλωριούχου νατρίου (αλάτι).
- Παρακολούθηση του χαρακτήρα αναπνοής.
- Δίαιτα ελαφρά υπερθερμιδική.
- Σωστή επαρκής ενημέρωση του αρρώστου.

Πυρετός

- Σημειώνουμε την θερμοκρασία σε συχνά χρονικά διαστήματα.
- Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει υγρά σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.
- Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του αρρώστου.
- Φροντίζουμε για την αποβολή θερμότητας (ψυχρές περιτυλίξεις) κ.λ.π.
- Κάνουμε συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με δροσερό νερό.
- Χορηγούμε εύπεπτη τροφή.
- Μειώνουμε την θερμοκρασία της ατμόσφαιρας.

- Χορηγούμε αντιπυρετικά φάρμακα, μετά από εντολή γιατρού.
- Αλλάζουμε τα βρεγμένα ρούχα ή κλινοσκεπάσματα.
- Προφυλάσσουμε τον ασθενή από ψύξη.
- Χορηγούμε με ακρίβεια (δόση, χρόνο) το αντιβιοτικό.

Ρίγος

- Διατηρούμε ζεστό το κρεβάτι του ασθενούς.
- Προφυλάσσουμε τον ασθενή από τις κατώσεις κατά το διάστημα του ρίγους.
- Θερμομετρούμε τον ασθενή μετά την υποχώρηση του ρίγους.

Αίσθημα κοπώσεως

Η ανεπαρκής καρδιακή παροχή περιορίζει την επαρκή αιμάτωση των ιστών. Ο σκοπός της φροντίδας που δίνουμε στον ασθενή είναι να τον ανακουφίσουμε από το αίσθημα κοπώσεως. Αυτό γίνεται με την μείωση του καρδιακού έργου. Το αίσθημα κοπώσεως που εκδηλώνεται με οποιαδήποτε μορφή μείωσης της ικανότητας του αρρώστου για αυτοεξυπηρέτηση έχει μεγάλες επιπτώσεις στην ψυχική του σφαίρα και πρέπει να βρούμε τρόπο δημιουργίας στον άρρωστο για να συμμετέχει στον προγραμματισμό του διαιτολόγιου, στην αντιμετώπιση οικογενειακών θεμάτων μικρής εντάσεως κ.λ.π.

Θεραπεία-Νοσηλευτική φροντίδα.

Η θεραπεία της οξείας περικαρδίτιδας είναι ανάπαυση για 2-3 εβδομάδες. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για τον πόνο. Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η υποβοήθηση του καρδιακού έργου. Ακόμη πρέπει να γίνεται και η αξιολόγηση της θεραπείας που κάνει ο ασθενής αν είναι αποτελεσματική και έχει απαλλαγεί από τα

συμπτώματα με τα οποία είχε εισέλθει στο νοσοκομείο.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ή ΙΟΓΕΝΕΙΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ-ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πυρετός, κόπωση, προκάρδιος πόνος.

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα.

Πλευρίτιδα.

Εχουμε υπόψην μας τα προβλήματα που εμφανίζει ο ασθενής:

- Εντονη πλευροδυναμία.
- Αναπνευστική δυσχέρεια.
- Βήχας ξηρός, ενοχλητικός και κάποτε παραγωγικός.
- Ανορεξία, αδυναμία, εύκολη κόπωση.
- Πυρετός με εφιδρώσεις.
- Συναισθηματική διέγερση.
- Διαταραχή υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας.

Σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι παραμονή του αρρώστου στο κρεβάτι όσο γίνεται ανετότερη εξασφαλίζοντας ένα ήσυχο, ήρεμο και ζεστό συναισθηματικά περιβάλλον. Για ανακούφιση του εισπνευστικού πόνου, συνιστούμε στον άρρωστο να είναι ξαπλωμένος. Ο άρρωστος είναι ανήσυχος και εκνευρισμένος. Συμπάθεια, κατανόηση και επαφή μαζί του μειώνουν την ένταση της ψυχικής διεγέρσεως. Γίνεται ενυδάτωση του αρρώστου με άφθονα υγρά για αντιμετώπιση των πολλών απωλειών λόγω του πυρετού και των εφιδρώσεων.

Θεραπεία-Νοσηλευτική φροντίδα

Χορηγούμε στην κατάλληλη δόση και χρόνο την ινδομεθακίνη ή πρεδνιζόνη που καθορίζει ο γιατρός.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας παρατηρούμε την αποτελεσματική δράση των φαρμάκων αν έχουν κατασταλλεί τα συμπτώματα, για να ενημερώσουμε το γιατρό ο οποίος θα μειώνει βαθμιαία την δόση των φαρμάκων. Αν υποτροπιάζει η κατάσταση του ασθενή γίνεται περικαρδιοεκτομή.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΕΚΤΟΜΗ (ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ)

Προεγχειρητική φροντίδα.

- 1) Ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου, ο οποίος αισθάνεται μεγαλύτερη αγωνία και φόβο από ασθενείς που κάνουν άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Η χρονικότητα της πάθησης δημιουργεί σε πολλούς αρρώστους ψυχολογικά, ακόμη και ψυχιατρικά προβλήματα.
 - α) Αξιολόγηση της συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου και προσπάθεια μείωσης της αγωνίας και των φόβων του, με διάθεση χρόνου για ακρόαση των προβλημάτων του και με επίδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος για τη λύση τους.
 - β) Βοήθεια του αρρώστου να κινητοποιήσει όλη του την άμυνα, για να διαπραγματευτεί ο ίδιος με τους φόβους του.
 - γ) Λύση αποριών και διευκρινίσεις πληροφοριών, που έδωσε ο γιατρός στον άρρωστο.
 - δ) Υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
 - ε) Ενημέρωση για τη μετεγχειρητική περίοδο στο δωμάτιο

ανάληψης και τη μονάδα εντατικής θεραπείας, τα μηχανήματα, τις συσκευές και τα αντικείμενα, που θα χρησιμοποιηθούν στη μετεγχειρητική περίοδο για τη φροντίδα του.

στ) Διδασκαλία και εξάσκηση του αρρώστου στη χρήση συσκευών και μηχανημάτων, στη λήψη βαθιών αναπνοών, στην εκτέλεση ασκήσεως πλήρους τροχιάς και βήχα.

2) Φυσική ετοιμασία του αρρώστου.

α) Σχεδιασμός, φροντίδα για εκτέλεση και εκτίμηση των αποτελεσμάτων όλων των διαγνωστικών εξετάσεων που περιλαμβάνουν:

-Καρδιακό καθετηριασμό και αγγειοκαρδιογραφία.

-ΗΚΓ, ηχοκαρδιογράφημα.

-Ακτινογραφία θώρακα

-Εργαστηριακές εξετάσεις: γενική αίματος και τύπο, ηλεκτρολύτες, λεπίδια, ένζυμα ορού, καλλιέργειες φαρυγγικού επιχρίσματος, πτυέλων και ούρων, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος πήξης, προϊόντα λύσης ινώδους, δοκιμασία ινωδογόνου.

-Δοκιμασίες νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας.

β) Εκτίμηση των αποκρίσεων του αρρώστου στη φαρμακευτική θεραπεία.

I. Διουρητικά.

-Παρακολούθηση των επιπέδων του καλίου του αίματος για κλινικές εκδηλώσεις υποκαλιαιμίας και ελάττωση του όγκου των εξωκυττάρων υγρών.

-Χορήγηση συμπληρωμάτων καλίου, αν ο άρρωστος κάνει μακροχρόνια διουρητική θεραπεία.

II. β ανασταλτές. Σταματά βαθμιαία η χορήγησή τους.

III. Προφυλακτική αντιβίωση (μπορεί να γίνει).

- γ) Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και του βάρους του σώματος.
- δ) Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου, συμπεριλαμβανομένου και του κορυφαίου σφυγμού.
- ε) Συχνή υγιεινή φροντίδα στόματος.
- στ) Διαπίστωση και διόρθωση κάθε κατάστασης που θα μπορούσε να προδιαθέσει τον άρρωστο σε μετεγχειρητικές επιπλοκές.

3) Καθαριότητα του ασθενούς.

α) Καθάρισμό του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με καθαρτικό υποκλυσμό.
- Με χρήση καθαρτικών φαρμάκων.

β) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

- Λουτρό καθαριότητας γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως.

4) Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία.

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

5) Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία.

- Γίνεται πρωϊνή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση. Παρατηρούμε την τυχόν παρέκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια και ενημερώνουμε την προϊσταμένη ή τον γιατρό.
- Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς.
- Προνάρκωση: Γίνεται μισή ώρα προ της εγχειρήσεως.

Μετεγχειρητική φροντίδα

Το πρόβλημα του αρρώστου είναι:

- 1) Μείωση της ικανότητάς του για κάλυψη των αναγκών του σε οξυγόνο (χρήση καρδιοπνευματικής παράκαμψης, χορήγηση γενικής αναισθησίας, παρουσία θωρακικής τομής, πόνος χρήση αναλγητικών, και απώλεια αίματος. Η απώλεια αίματος μειώνει την ικανότητα του αρρώστου για κάλυψη των αναγκών του σε οξυγόνο.
- 2) Θρεπτικό ανισοζύγιο.
- 3) Υδατοηλεκτρικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο.
- 4) Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός, υποξία ιστών).
- 5) Κίνδυνοι από κακή λειτουργία του εγκεφάλου (υποξία, ανεπάρκεια αριστερής κοιλίας, οξεοβασικές διαταραχές).
- 6) Προβλήματα απέκκρισης (μη λήψη τροφής από το στόμα, κατάκλιση, χρήση καθετήρων κύστης).
- 7) Μείωση άνεσης (πόνος τομής, συχνές ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις και περιβαλλοντικοί παράγοντες).
- 8) Μείωση δραστηριοτήτων (εξαιτίας της χειρουργικής παρέμβασης).
- 9) Κίνδυνοι επιπλοκών (φαρμακευτική ή άλλη αγωγή, χειρουργική επέμβαση).
- 10) Ψυχολογικά προβλήματα (απόκριση στην απώλεια ή απειλή του σωματικού ειδώλου του, φόβος θανάτου ή απώλεια λειτουργίας, οικονομικές στενοχώριες, απώλεια σχέσεων και κοινωνικών ρόλων).

Σκοποί της φροντίδας.

- 1) Πρόληψη ή αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης που μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια. Επίσης, πρόληψη ή

αντιμετώπιση κάθε άλλης κατάστασης (μειωμένος όγκος, κακή λειτουργία της καρδιάς) που μπορεί να προκαλέσει υποξία των ιστών.

α) Χρησιμοποίηση υποβοηθούμενου ή ελεγχόμενου αερισμού. Η αναπνευστική υποστήριξη χρησιμοποιείται στην αρχή για 24 ώρες με σκοπό την εξασφάλιση αεραγωγού σε περίπτωση μείωσης του έργου της καρδιάς.

I) Έλεγχος της θέσης του ενδοτραχειακού σωλήνα.

II) Η επάρκεια του αερισμού εκτιμάται από την κλινική κατάσταση του αρρώστου και με άμεση μέτρηση του αναπνεόμενου όγκου και των αερίων του αρτηριακού αίματος.

β) Ακρόαση του θώρακα για αναπνευστικούς ήχους (πνευμοθώρακας, συμφόρηση ατελεκτασία).

γ) Παρατήρηση του θώρακα για αμφοτερόπλευρη έκπτυξη.

δ) Ακτινογραφία θώρακα, αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση και κατόπιν, καθημερινά για αξιολόγηση της έκπτυξης των πνευμόνων και ανίχνευση ατελεκτασίας).

ε) Επαρκής κατευνασμός του αρρώστου, για να μπορέσει να ανεχθεί τον ενδοτραχειακό σωλήνα και να διαπραγματευθεί με τον μηχανικό αερισμό.

στ) Χρησιμοποίηση φυσικοθεραπείας του θώρακα για πρόληψη κατακράτησης εκκρίσεων και ατελεκτασίας.

ζ) Προσεκτική αναρρόφηση τραχειοβρογχικών εκκρίσεων.

η) Περιορισμός υγρών τις πρώτες ημέρες για αποφυγή πνευμονικής συμφόρησης.

θ) Προσεκτική χορήγηση αναλγητικών και παρακολούθηση απόκρισης του αρρώστου σε αυτά.

- 1) Εξασφάλιση επαρκούς όγκου αίματος και επιπέδων αιμοσφαιρίνης με προσεκτική παρακολούθηση της απώλειας αίματος και της ακριβούς αντικατάστασής του.
- I) Κεντρική φλεβική πίεση.
 - II) Αρτηριακή πίεση.
 - III) Σφυγμός.
 - IV) Όγκος αποβαλλομένων ούρων.
- ια) Έλεγχος περιφερικών σφυγμών (ποδικός, κνημιαίος, κερκιδικός) για περισσότερο έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας.
- ιβ) Παρακολούθηση ΗΚΓ στο καρδιοσκοπείο για ανίχνευση καρδιακών αρρυθμιών.
- ιγ) Μέτρηση όγκου ούρων κάθε μισή ή μία ώρα (δείκτης του ΚΛΟΑ και της περιφερικής αιματικής άρδευσης).
- ιδ) Έλεγχος ούλων, νυχιών, χειλιών, λοβίων των αυτιών, και των άκρων για κυάνωση.
- ιε) Εκτίμηση θερμοκρασίας, υγρασίας και ελαστικότητας δέρματος.
- 2) Διατήρηση ή διόρθωση ανισοζυγίων: θρεπτικού, υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού. Προαγωγή απέκρισης ούρων.
- α) Προσεκτική χορήγηση Ε.Φ. υγρών για αποφυγή υπογκαιμίας ή υπερφόρτωσης.
 - β) Ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών για έλεγχο του ισοζυγίου τους και εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σε υγρά.
 - γ) Εκτίμηση της κατάστασης υδάτωσης του αρρώστου με μέτρηση του βάρους του σώματος, των επιπέδων των ηλεκτρολυτών, του αιματοκρίτη, της διόγκωσης των φλεβών του τραχήλου, του οιδήματος των οστών, του μεγέθους του ήπατος, των αναπνευ-

στικών υλών.

δ) Μέτρηση και αναγραφή ούρων κάθε μισή ή μία ώρα.

ε) Προσοχή σε κλινικά σημεία που δείχνουν διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας.

I) Υποκαλιαιμία εξαιτίας λήψης διουρητικών, εμετών, ρινογαντρικής αναρρόφησης, stress της χειρουργικής επέμβασης. Τα αποτελέσματά της είναι αρρυθμίες, δηλητηρίαση, μεταβολική αλκάλωση και καρδιακή ανατοπή. Αντιμετώπιση με αναπλήρωση σύμφωνα με την εντολή.

II) Υπερκαλιαιμία από αυξημένη πρόσληψη. Τα αποτελέσματά της είναι διανοητική σύγχυση, ανησυχία, ναυτία και αδυναμία. Αντιμετώπιση με ΕΦ διαλύματος διαιτανθρακικού νατρίου ή ινσουλίνης με γλυκόζη.

III) Υπονατριαιμία, που οφείλεται σε μείωση νατρίου ή αύξηση του νερού των εξωκυττάρων υγρών. Εκδηλώνεται με αίσθημα αδυναμίας, κόπωσης, σύγχυσης, σπασμούς και κώμα.

IV) Υποσβεστιαιμία, που μπορεί να οφείλεται σε μαζική μετάγγιση αίματος. Οι εκδηλώσεις της είναι μυρμηκίαση των δακτύλων, των αυτιών και της μύτης, καρποποδικοί σπασμοί, μυϊκές κράμπες. Χορήγηση ασβεστίου σύμφωνα με την οδηγία.

V) Από τις οξεοβασικές διαταραχές ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει μεταβολική οξέωση. Χορήγηση διαιτανθρακικού νατρίου σύμφωνα με την εντολή.

στ) Η λήψη από το στόμα, συνήθως αρχίζει με παγάκια ή μικρές ποσότητες νερού μόλις ξυπνήσει ο άρρωστος. Ο καλλύτερος

τρόπος χορήγησης θρεπτικών ουσιών, νερού, ηλεκτρολυτών και βιταμινών είναι ο γαστρεντερικός.

3) Προαγωγή άνεσης και δραστηριοποίησης του αρρώστου.

α) Εκτίμηση του βαθμού δυσχερίας, αναγνώριση παραγόντων που την προκαλούν.

β) Χορήγηση μορφίνης για το πόνο εξαιτίας της χειρουργικής τομής. Και μετά χορήγηση από το στόμα αναλγητικού (κωδεΐνη).

γ) Διαφορική διάγνωση του πόνου εξαιτίας της τομής και του στηθαγχικού πόνου.

δ) Σχεδιασμός φροντίδας ώστε να αποφεύγονται οι μη απαραίτητες διακοπές της ανάπαυσης του αρρώστου.

ε) Βοήθεια να καθήσει στο χέιλος του κρεβατιού τις πρώτες 12-24 ώρες μετά την επέμβαση. Εγερση και βάδιση την τέταρτη μέρα.

4) Προαγωγή καλής λειτουργίας του εγκεφάλου.

α) Παρακολούθηση για συμπτώματα υποξίας: ανυσηχία, πονοκέφαλος, σύγχυση, δύσπνοια, υπόταση και κυάνωση.

β) Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου κάθε ώρα:

I) Επίπεδο αποκριτικότητας σε ερεθίσματα.

II) Μέγεθος κόρης και αντίδρασή της στο φως.

III) Δύναμη άκρων. Δύναμη σύλληψης χεριού.

γ) Θεραπεία σπασμών.

5) Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση επιπλοκών.

α) Μείωσή του κατά λεπτό όγκου αίματος. Ο πιο σημαντικός παράγοντας για την εμφάνισή τους δεν είναι η χειρουργική διαδικασία αλλά η έκταση της υποκειμενικής νόσου.

β) Αιμορραγία.

- I) Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας, ΚΦΠ και πίεση αριστερού κόλπου.
- II) Χορήγηση θειϊκής πρωταμίνης, βιταμίνης Κ
- III) Ετοιμασία για χειρουργείο αν η αιμορραγία (πάνω από 300 ml την ώρα επιμένει για 4-6 ώρες).
- γ) Shock που οφείλεται στην αιμορραγία ή στον πόνο ή στο τραύμα.
- δ) Καρδιακές αρρυθμίες που οφείλονται σε:
- I) Διαταραχές ισοζυγίου του K^+
- II) Χρήση καρδιολογικών φαρμάκων.
- III) Χειρισμούς που έγιναν κατά την εγχείρηση, υποξία ή οξείδωση.
- ε) Νεφρική ανεπάρκεια ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια οφειλόμενη στο shock.
- στ) Έμβολη αέρα. Γίνεται νευρολογική εξέταση του αρρώστου αμέσως μετά την ανάνηψή του.
- ζ) Ρήξη τραύματος
- η) Μετακαρδιοτομική ψύχωση.
- I) Οι πραγματικοί παράγοντες είναι:
- Υπαρξη συγκινησιακής διαταραχής.
 - Το μοναδικό ή ανώμαλο περιβάλλον της μονάδας, η αϋπνία, η αδυναμία επικοινωνίας με λόγια εξαιτίας του ενδοτραχειακού σωλήνα.
- II) Διατήρηση του αρρώστου προσανατολισμένου στον τόπο και τον χρόνο με εξηγήσεις του τι συμβαίνει ή τι γίνεται κάθε φορά.
- III) Ενθάρυνση της οικογένειας να τον επισκέπτονται σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Βοηθάει τον άρρωστο να

ξαναποκτήσει την αίσθηση της πραγματικότητας.

IV) Μεταφορά του αρρώστου από τη μονάδα το συντομότερο δυνατό.

6) Ετοιμασία του αρρώστου για την έξοδο.

α) Συζήτηση με τον άρρωστο για το τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει κατά την διάρκεια της ανάρρωσης.

β) Γραπτές οδηγίες:

I) Δραστηριότητες:

-Βαθμιαία αύξηση δραστηριοτήτων μέσα σε ορισμένα όρια.

Αποφυγή έντονων δραστηριοτήτων. Αύξηση χρόνου βάδισης κάθε ημέρα.

-Συμμετοχή σε спор που δεν προκαλούν πόνο ή δυσχέρεια.

-Αποφυγή συνωστισμών στην αρχή.

-Επιστροφή στην δουλειά μετά από την συμβουλή του γιατρού.

II) Φάρμακα.

-Γραμμένα όλα τα φάρμακα με τους σκοπούς και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους.

III) Δίαιτα.

-Περιορισμένη ποσότητα νατρίου.

-Περιορισμένη ποσότητα υγρών.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Διόγκωση ήπατος, ασκίτης.

-Τοποθετούμε τον άρρωστο σε ημικαθιστική θέση.

-Υποβοηθούμε τη διάθεση του αρρώστου για φαγητό επειδή η

συμφόρηση των σπλάχνων οδηγεί σε ανορεξία.

- Περιορίζουμε το ClNa.
- Περιορίζουμε τα λαμβανόμενα υγρά.
- Χορηγούμε διουρητικά σύμφωνα με τις υποδείξεις του γιατρού.
- Κάνουμε ακριβής μέτρηση λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- Φροντίζουμε προσεκτικά το δέρμα στην περιοχή του οιδήματος.
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Χορηγούμε κάλιο (K).
- Παρακολουθούμε τον ασθενή για συμπτώματα πιθανού κώματος.

Οίδημα των κάτω άκρων.

- Περιορίζουμε το NaCl
- Χορηγούμε διουρητικά.
- Περιποιούμε το δέρμα στην περιοχή του οιδήματος.
- Γυρίζουμε και αλλάζουμε συχνά θέση στον ασθενή.
- Σηκώνουμε τα κάτω άκρα του κατά διαστήματα.
- Ζυγίζουμε καθημερινά τον ασθενή και σημειώνουμε το βάρος του.
- Σημειώνουμε με ακρίβεια τα υγρά που λαμβάνονται και αποβάλλονται (τήρηση δελτίου ισοζυγίου υγρών).
- Εφαρμόζουμε παθητικές κινήσεις των άκρων μέσα στα όρια που επιτρέπονται για ενίσχυση της κυκλοφορίας.
- Ρυθμίζουμε προσεκτικά και παρακολουθούμε την ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.
- Χορήγηση καλίου (K).

Υδροθώρακας.

- Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση.

-Αλλάζουμε συχνά θέση.

-Αν χρειαστεί γίνεται παρεκέντιση θώρακα.

Δύσπνοια-Ορθόπνοια.

Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα.

Απώλεια βάρους-αίσθημα κοπώσεως.

-Παρακολουθούμε, αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα.

-Ενισχύουμε τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων.

-Περιορίζουμε τις δραστηριότητες του αρρώστου.

-Δίνουμε συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και K).

-Παρακολουθούμε συστηματικά το βάρος του αρρώστου.

Αρρυθμία

Για να αντιληφθεί η αρρυθμία γίνεται συνεχής λήψη των σφυγμών. Παρατηρούμε τη συχνότητα, το ρυθμό και τον χαρακτήρα του και αν υπάρξει ανωμαλία την αναφέρουμε στον γιατρό αμέσως. Ο ανώμαλος σφυγμός μπορεί να διαπιστωθεί με ακρίβεια με το ΗΚΓ. Ο τρόπος λήψεως του ΗΚΓ έχει αναφερθεί στις διαγνωστικές εξετάσεις. Σε περίπτωση αρρυθμίας συνιστούμε ο άρρωστος να παραμείνει στο κρεβάτι. Όταν παρουσιάζει αρρυθμία μπορεί να παραπονείται για παλμούς, ανώμαλη αναπνοή, ζάλη, προκάρδιο άλγος και να τον κατέχει άγχος. Το άγχος και η ανησυχία κάνουν περισσότερο έντονα τα ενοχλήματα. Εδώ πρέπει να δώσουμε στον άρρωστο πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του και να εμπνεύσουμε αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Αυτό θα το πετύχουμε με τη συμπάθεια, την

αγάπη και το ενδιαφέρον απέναντί του.

Φλεβική πίεση.

Η φλεβική πίεση είναι αυξημένη. Χορηγούμε διουρητικά στην κατάλληλη δόση και χρόνο που όρισε ο γιατρός.

Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται εκκενωτική παρακέντηση της κοιλίας ή και του θώρακα.

Παρακέντηση θώρακα.

Αντικείμενα.

- Τροχήλατο ενέσεων, σ' αυτό προστίθεται τοπικό αναισθητικό, τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών, καλλόδιο, λευκοπλάστ, ψαλίδι, αναρροφητική συσκευή Potain.
- Βελόνες παρακεντήσεως.
- Σύριγγες τύπου Record.
- Αντικείμενα τοπικής αναισθησίας.
- Γάζες και ταλύπια.
- Γάντια.
- Λαβίδα.
- Δοκιμαστικά σωληνάρια.
- Τετράγωνο σχιστό.

Τεχνική.

Μεταφέρουμε το υλικό στο δωμάτιο του ασθενούς αφού ενημερώσουμε τον άρρωστο. Το σημείο παρακέντησης είναι το 7ο ή 8ο μεσοπλευρικό διάστημα το οποίο εκλέγει ο γιατρός. Τοποθετούμε τον ασθενή καθιστό στο κρεβάτι και τον βοηθάμε να στηρίζεται επάνω μας. Ο ασθενής τοποθετεί το αντίστοιχο προς την πλευρά της

παρακέντησης χέρι στο κεφάλι. Παίρνομε μέτρα προστασίας του ιματισμού του ασθενούς. Η απολύμανση του δέρματος γίνεται από τον γιατρό. Κατά την εκτέλεση της παρακέντησεως παρακολουθούμε το χρώμα, το σφυγμό και την αναπνοή του ασθενούς. Μετά την παρακέντηση συνιστούμε ανάπαυση και βοηθάμε στην κάλυψη των ατομικών αναγκών του, ώσπου να προσαρμοστεί ο οργανισμός του στη νέα κατάσταση.

Θεραπεία-Νοσηλευτική φροντίδα.

Η θεραπεία της συμπίεστικής περικαρδίτιδας είναι χειρουργική (Περικαρδιοεκτομή).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Φλεβική πίεση αυξημένη.

Έχει αναφερθεί ο τρόπος μέτρησης και η νοσηλευτική φροντίδα. Η αντιμετώπιση της αυξημένης ΚΦΠ γίνεται με την χορήγηση αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων.

Αρτηριακή πίεση (ΑΠ)

Η ΑΠ είναι χαμηλή. Κάνουμε συνεχής μέτρηση της ΑΠ και ειδοποιούμε τον γιατρό. Η αντιμετώπιση γίνεται με προσεκτική χορήγηση υγρών.

Ταχυκαρδία-Παράδοξος σφυγμός

Μετράμε και σημειώνουμε σε συχνά διαστήματα τη συχνότητα, το ρυθμό και τον χαρακτήρα του σφυγμού. Γίνεται ΗΚΓ και αξιολόγησή

του. Η ταχυκαρδία μπορεί να γνωστοποιεί την εμφάνιση καρδιογενούς shock ή για μια επικίνδυνη αρρυθμία.

ΚΛΟΑ (κατά λεπτό όγκο αίματος).

Είναι μειωμένος και αν η αύξηση της ΑΠ δεν αποκριθεί στην αύξηση του όγκου του αίματος χορηγούνται αγγειοσυσπαστικά (Metaraminol, Levarterenol) μετά από εντολή γιατρού.

Ανησυχία.

Μένουμε κοντά στον άρρωστο, τον παρακολουθούμε και αξιολογούμε την κατάστασή του. Προσπαθούμε να δημιουργήσουμε στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Τον τοποθετούμε σε ένα δωμάτιο ήσυχο, που αερίζεται καλά. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής.

Εφίδρωση.

Αλλάζουμε τα ιδρωμένα ρούχα του αρρώστου και τον προστατεύουμε από ρεύματα αέρα.

Κόπωση.

Εχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα.

Νάυτία.

Τοποθετούμε τον άρρωστο σε υπτία θέση για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Διατηρείται ζεστός και αποφεύγεται κάθε περιττή μετακίνηση ή κόπος για την μείωση του έργου της καρδιάς.

Θεραπεία-Νοσηλευτική φροντίδα.

Ο καρδιακός επιπωματισμός μπορεί να θεραπευτεί με την παρακέντηση του περικαρδίου. Ο τρόπος εκτέλεσης και οι νοσηλευτικές ενέργειες έχουν αναφερθεί.

Αγγειοδιασταλτικά φάρμακα σε ορό για να μειώσουμε την περιφερειακή πίεση (σε επείγουσες περιπτώσεις).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΦΥΜΑΤΙΩΔΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**Πυρετό**

Έχει αναφερθεί η νοσηλευτική φροντίδα στην οξεία περικαρδίτιδα.

Απώλεια βάρους-Αίσθημα κοπώσεως.

Θετική αντίδραση Mantoux. Έχει αναφερθεί στην συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Θεραπεία-Νοσηλευτική φροντίδα

Αντιμετωπίζεται με αντιφυματική θεραπεία για 24 μήνες. Ενημερώνουμε τον ασθενή για την θεραπεία που πρέπει να κάνει και τρόπο εκτέλεσής της.

Χορηγούμε στρεπτομυκίνη 1G ημερησίως ενδομυϊκά όσο καιρό υπάρχει πυρετός σε συνδυασμό με χορήγηση από το στόμα ισονιαζίδης 300 mg ημερησίως και αιθαμπουτόλης 15 mg/kg βάρους ημερησίως. Όταν υποχωρήσει ο πυρετός η στρεπτομυκίνη ελαττώνεται σε δύο δόσεις 1 g κάθε εβδομάδα. Η ισονιαζίδα και αιθαμπουτόλη συνεχίζονται για 2 χρόνια. Για την χορήγηση των παραπάνω φαρμάκων

προσέχουμε να τα δώσουμε στην ακριβή δόση, χρόνο και τρόπο που όρισε ο γιατρός.

Όταν υπάρχει πεπαχυσμένο περικάρδιο γίνεται περικαρδιοεκτομή για να προληφθεί η δημιουργία συμπιεστικής καταστάσεως. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες για την πρικορδιοεκτομή έχουν αναφερθεί στην ιδιοπαθή περικαρδίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'**Α' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ****ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Όνοματεπώνυμο : Α.Κ.

Κλινική : Β'ΚΑΧ. Γενικό Νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας", Πάτρα.

Ημερομηνία εισόδου: 15.9.1992

Α] Προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό

Ηλικία : 50 χρονών

Βάρος : 75 κιλά

Ύψος : 1,70 μ.

Τόπος γέννησης : Πάτρα

Επάγγελμα : Δημόσιος Υπάλληλος

Κατοικία : Καλή

Συνθήκες ζωής : Καλές

Θρησκεία : Χ.Ο.

Συνήθειες : Κάπνισμα, αλκοόλ.

Β] Οικογενειακό ιστορικό

Κανένα μέλος της οικογένειας δεν είχε παρουσιάσει καρδιολογικό πρόβλημα.

Γ] Προηγούμενη κατάσταση υγείας

Νοσήματα : Όχι

Επεμβάσεις : Όχι

Προηγούμενη εισαγωγή: Όχι

Αλλεργίες : Όχι

Δ] Παρούσα κατάσταση

Ο ασθενής παρουσίαζε κόπωση, ναυτία ταχυκαρδία, υπόταση, αυξημένη φλεβική πίεση, εφίδρωση, άγχος - αγωνία για την κατάσταση της υγείας του.

Αναπνοές : 18/ 1 MIN

Θερμοκρασία : 36,9⁰C

Αρτηριακή πίεση: 100/50 MMHG

Σφύξεις : 120/1 MIN

Πιθανή διάγνωση : Καρδιακός επιπωματισμός

Με την παρατήρηση των προβλημάτων - αναγκών του ασθενούς κατάρτισα το ανάλογο σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.

Γιά την διάγνωση της νόσου έγιναν οι παρακάτω εξετάσεις:

Ακτινογραφία θώρακα.

Η ακτινογραφία παρουσίαζε αύξηση των ορίων της καρδιάς και διαπλάτυνση του καρδιακού μίσχου.

Υπερηχοκαρδιογράφημα.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε ποσότητα περικαρδιακού υγρού 200 ML όπισθεν της μητροειδούς βαλβίδος.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 15/9/1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Αυξημένη φλεβική πίεση 15 CM H ₂ O	Η Φ.Π. να μειωθεί στα φυσιολογικά επίπεδα 3-10 CM H ₂ O	-Μέτρηση Φ.Π. -Χορήγηση IV υγρών κατόπιν ιατρικής εντολής	-Τα αντικείμενα, ο τρόπος μέτρησης και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες έχουν αναφερθεί -Χορηγούμε D/W 5% 100-200 M/ σε 10 MIN	Η Φ.Π., ο ΚΛΟΑ και η Α.Π. κυμάνθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα
Μειωμένος κατά λεπτό όγκος αίματος. (ΚΛΟΑ)	Ο ΚΛΟΑ να αυξηθεί στα φυσιολογικά επίπεδα	Χορήγηση αγγειοσπαστικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού	Χορηγούμε METARAMINOL IV 250 MG σε 1000 CC D/W 5%	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 15/9/1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Χαμηλή αρτηριακή πίεση 100/50 MMHG	Η αρτηριακή πίεση (Α.Π.) να ευξηθεί στα φυσιολογικά επίπεδα 130/80 MMHG	Προσεκτική ενδοφλέβια IV χορήγηση υγρών	-Χορηγούμε D/W 5% 1.000 CC 1X2 -Συνεχής μέτρηση Α.Π.	
Εφίδρωση	Προστασία του ασθενούς από κρυολόγημα	Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα		Ο ασθενής δεν παρουσίασε κρυολόγημα
Αίσθημα κόπωσης	Ανακούφιση του ασθενή από το αίσθημα κόπωσης με μείωση καρδιακού έργου	Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα		Έρχισε να αποκτά δυνάμεις και ανακουφίστηκε από το αίσθημα της κόπωσης

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 15/9/1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Άγχος-Αγωνία	Απαλλαγή από το άγχος- αγωνία	Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα		Απαλλάχτηκε από το άγχος - αγωνία για την κατάσταση της υγείας του και ήταν ευδιάθετος
Ταχυκαρδία 120/1' Σφύξεις το λεπτό	Προαγωγή της καρδιακής λειτουργίας	-Μετράμε και σημειώνομε σε συχνά χρονικά διαστήματα την συχνότητα, ρυθμό και τον χαρακτήρα του σφυγμού	Λαμβάνουμε τον κερδιδικό σφυγμό και καρπιδικό για καλύτερη εξακρίβωση σε διάστημα ενός λεπτού. -Λαμβάνομε ΗΚΓ για να διαπιστώσουμε τον ρυθμό	Οι σφύξεις είναι 120/1' φλεβοκόμβης ταχυκαρδία

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 15/9/1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<ul style="list-style-type: none"> -Λήψη Α.π. -Ανάπαυση στο κρεβάτι 	<ul style="list-style-type: none"> -Παίρνουμε την Α.Π. ^{σε} συχνά χρονικά διαστήματα και ειδοποιούμε τον γιατρό αν η Α.Π. είναι χαμηλή -Ενθαρρύνουμε τον ασθενή ψυχολογικά να παραμείνει στο κρεβάτι -Χορηγούμε δακτυλίτιδα DIGOXIN IV 0,25 MG 	Η κατάσταση του ασθενούς βελτιώθηκε και δεν παρουσιάστηκαν συμπτώματα τοξικού δακτυλιισμού (ναυτία, έμετοι, διάρροιες, κεφαλαλγία, διαταραχές οράσεως)
Ναυτία	-Απαλλαγή από την ναυτία	-Ανάπαυση του ασθενή στο κρεβάτι σε	-Τον τοποθετούμε στο κρεβάτι με τα κάτω άκρα ελα-	Απαλλάχτηκε από την ναυτία για δύο

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Από 15/9/1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής φροντίδας	Αποτελέσματα
<p>Αυξημένη Φ.Π.: 150mmHg H₂O, μειωμένος ο ΚΛΟΑ και μειωμένη ΑΠ 100/50 mmHg</p>	<p>-Μείωση του καρδιακού έργου</p> <p>Αφαίρεση περικαρδιακού υγρού για να κυμανθούν στα φυσιολογικά επίπεδα: ΦΠ3-10 cm H₂O ΑΠ 130/80mmHg</p>	<p>υπία θέση και διατηρείται ζεστός</p> <p>Περικαρδιοκέντηση</p>	<p>φρώς πιά ψηλά από το ύψος του κεφαλιού για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου και διατηρείται ζεστός με κλινοσκεπάσματα.</p> <p>-Η ενέργειες για μείωση του καρδιακού έργου έχουν αναφερθεί</p> <p>Έχουν αναφερθεί οι νοσηλευτικές δραστηριότητες σελ. 22.</p> <p>Ενημερώνουμε το φύλλο νοσηλείας</p>	<p>ημέρες.</p> <p>Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε αυξημένη φλεβική πίεση, μειωμένο ΚΛΟΑ και μειωμένη Α.Π.</p> <p>Δεν παρουσίασε καμία επιπλοκή από την περικαρδιοκέντηση και οι ΑΠ, ΦΠ, ΚΛΟΑ κυμάνθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

Ο ασθενής μετά την περικαρδιοκέντηση ήταν ήρεμος χωρίς κανένα πρόβλημα όλες τις ημέρες της νοσηλείας του στο Νοσοκομείο.

Στις 19.9.1992 έγινε ακτινογραφία θώρακα που ήταν φυσιολογική.

Στις 20.9.1992 το υπερηχογράφημα που έγινε δεν έδειχνε συλλογή περικαρδιακού υγρού.

Έγινε διακοπή D/W 5% και της αγωγής στις 23.10.1992.

Νοσηλεύθηκε μέχρι 25.10.1992, και ετοιμάστηκε το εξιτήριο και δόθηκαν εντολές να συνεχίσει την δουλειά μετά από ξεκούραση 1 μήνα στο σπίτι και να μην κάνει χρήση τσιγάρων και ποτών για όλη την ζωή του.

Β' ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΩΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο : Π.Μ.
 Κλινική : Β'Κ.Ρ.Χ. Γενικό Νοσοκομείο
 "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", Πάτρα
 Ημερομηνία εισόδου : 2.9.1992

A] Προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό

Ηλικία : 41 χρονών
 Βάρος : 68 κιλά
 Ύψος : 1,70 μ.
 Τόπος γέννησης : Πάτρα
 Επάγγελμα : Οικιακά
 Κατοικία : Καλή
 Συνθήκες ζωής : Καλές
 Θρησκεία : Χ.Ο.
 Συνήθειες : Κάπνισμα όχι, αλκοόλ όχι

B] Οικογενειακό ιστορικό

Κανένα μέλος της οικογένειας δεν είχε παρουσιάσει
 καρδιολογικό πρόβλημα

Γ] Προηγούμενη κατάσταση υγείας

Νοσήματα : όχι
 Επεμβάσεις: όχι
 Προηγούμενη
 εισαγωγή : όχι
 Αλλεργίες : όχι

Δ] Παρούσα κατάσταση

Η ασθενής παρουσίαζε δύσπνοια, πυρετό, θωρακικό πόνο. Πόνος θωρακικός που εντοπίζεται στην περιοχή του στέρνου και αντανάκλαται στον ώμο και στην ράχη. Χαρακτηριστικό του πόνου είναι ότι αυξάνεται με την βαθειά εισπνοή και τις κινήσεις του κορμού. Η ασθενής παρουσίαζε κόπωση, άγχος - αγωνία για την κατάσταση της υγείας της.

Αναπνοές	:	15/MIN
Θερμοκρασία	:	38,5 ° C
Αρτηριακή πίεση	:	110/90 MMHG
Σφύξεις	:	75/1 MIN

Πιθανή διάγνωση : Οξεία περικαρδίτιδα

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σάκχαρο ορού	:	76 MEG/LIT
Ουρία ορού	:	20 M EG/LIT
Κρεατίνη ορού	:	0,6 MEG/LIT
Κάλιο ορού	:	3 MEG/LIT
SGOT	:	15 U/LIT
SGPT	:	21 U/LIT
LDH	:	70 U/LIT
CPK	:	4 U/LIT

ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ερυθρά αιμοσφαίρια	:	5,50 εκατομμύρια /MM ³
Λευκά "	:	10.000 / MM ³

Αιμοσφαιρίνη	: 11,9 G/100M/
Αιματοκρίτης	: 38,8 %
Αιμοπετάλια	: 254,000/ΜΜ ³

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
<p>Δύσπνοια προσπάθειας</p>	<p>Εξάλειψη της δύσπνοιας με μείωση του καρδιακού έργου</p>	<p>- Εκτίμηση δύσπνοιας</p> <p>- Κατάλληλη θέση</p> <p>Εξασφάλιση των φυσικών αναγκών (διατροφή, ατομική καθαριότητα)</p>	<p>- Αυξάνεται μετά από δραστηριότητες της ασθενούς</p> <p>- Τοποθετούμε την ασθενή σε ημικαθιστική θέση στο κρεβάτι</p> <p>- Φροντίζουμε για την κάλυψη των φυσικών αναγκών</p>	<p>- Μείωση της δύσπνοιας με την εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>-Χορήγηση O₂</p> <p>-Διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στο επίπεδο των 15°C</p>	<p>-Χορηγούμε O₂ 3-4 LIT/1' με ρινική κάνουλα. Παρακολουθούμε τον ρυθμό ροής O₂ σύμφωνα με εντολή του γιατρού</p> <p>- Γίνεται καλός αερισμός του θαλάμου</p>	<p>- Βελτιώνεται η οξυγόνωση των ιστών</p> <p>- Διευκολύνει την εύπνοια και δημιουργεί άνεση στην ασθενή</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποι Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Πόνος θωρακικός	Μείωση - εξάλειψη του πόνου	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου - Εκτίμηση του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγούμε ηρεμιστικά LEXOTANIL 1,5 MG 1X2 PO - Δημιουργούμε κατάλληλες συνθήκες με ελάχιστο φωτισμό, απομάκρυνση θορύβων και επισκεπτών <p>Εντοπίζεται στην περιοχή του στήθους και αντανακλάται στον ώμο και στη ράχη.</p> <p>Επιδεινώνεται με την βαθιά εισπνοή και τις κινήσεις του κορμιού</p>	<p>Η ασθενής με την λήψη των ηρεμιστικών</p> <ul style="list-style-type: none"> - Κοιμόταν ήρεμη το βράδυ

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>-Κατάλληλη θέση</p> <p>Χορήγηση παυσίπνου σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p>	<p>Τοποθετούμε την ασθενή στο κρεβάτι και ανακάθεται πάνω σε αυτό με το κορμί προς τα εμπρός</p> <p>Χορηγούμε SALOSPIR 625 MG 2 X 3 P.O</p>	<p>Ανακούφιση του πόνου με την κατάλληλη θέση και την χορήγηση φαρμάκου</p>
<p>Πυρετός 38,5° C</p>	<p>Πτώση της θερμοκρασίας 36,6° C</p>	<p>Χορήγηση αντιπυρετικών</p>	<p>- Χορηγούμε SALOSPIR 625 MG 2 X 2 P.O.</p> <p>- Λήψη θερμοκρασίας κάθε 3 H και την σημειώνουμε στο θερμομετρικό διά-</p>	<p>Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα 36,6°C</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>Αποβολή της θερμότητας με ψυχρά επιθέματα</p> <p>Επάλειψη δέρματος με οινόπνευμα</p>	<p>γραμμα</p> <p>-Χορηγούμε υγρά (πορτοκαλάδα, χυμό)</p> <p>-Εφαρμόζουμε ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο για 15' κάθε 1-2 Η.</p> <p>Επαλείφουμε το δέρμα με οινόπνευμα χωρίς να γίνονται εντριβές</p>	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>Χαμηλή θερμοκρασία του θαλάμου 15°C</p> <p>Σωματική τόνωση</p>	<p>Κάνουμε αερισμό θαλάμου και την προστατεύουμε από ρεύματα αέρα</p> <p>Χορηγούμε φρούτα, χυμούς, κρέας στην ασθενή</p>	<p>Η θερμοκρασία του θαλάμου βρισκόταν συνέχεια στο επίπεδο των 15° C</p> <p>Διατηρείται η άμυνα του οργανισμού</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
<p>Άγχος-αγωνία</p>	<p>Απαλλαγή από το άγχος - αγωνία</p>	<p>Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος</p> <p>Απασχόληση της ασθενούς</p>	<p>Κάνομε την ασθενή να αισθάνεται ευχάριστα στο θάλαμο με πρόσωπα που την ευχαριστούν.</p> <p>Δημιουργούμε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας με συζήτηση μαζί της</p> <p>Ευθαρρύνομε την ασθενή να ασχολείται με διάβασμα, τηλεόραση, συζήτηση</p>	<p>Η ασθενής απαλλάχτηκε από το άγχος - αγωνία από την 2η ημέρα της νοσηλείας</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Αίσθημα κόπωσης	Ανακούφιση της ασθενούς από το αίσθημα κόπωσης	Ο προγραμματισμός που αναφέρθηκε στη μείωση του καρδιακού έργου		Άρχισε να αποκτά δυνάμεις σιγά-σιγά και να αισθάνεται ευχάριστα
Ανορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για λήψη τροφής	Χορήγηση καλοθερβιρισμένης τροφής σε περιποιημένο δίσκο με ποικιλία (ελεύθερη διαίτα αναλος)	Παρουσιάζομε τον δίσκο καθαρό ώστε να είναι ελκυστικός	Αυξήθηκε η διάθεση της ασθενούς για φαγητό και από την δεύτερη μέρα άρχισε να τρώει σωστά

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
 Από 2.9.1992 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος	Τακτοποιούμε τον θάλαμο για ευχάριστο περιβάλλον και απομακρύνουμε τους επισκέπτες	

Για την διάγνωση της νόσου έγινε ακτινογραφία θώρακα στις 2 .4.1992 η οποία ήταν φυσιολογική.

Έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα ΗΚΓ στο οποίο παρατηρούμε ανύψωση του ST στις απαγωγές I, II, III, AVF και V4 ως V6. Στην απαγωγή AVR παρατηρείται αντίστροφη πτώση του ST.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα έδειξε μικρή ποσότητα περικαρδιακού υγρού εντός του περικαρδιακού σάκκου.

Η διάγνωση ήταν οξεία περικαρδίτιδα. Δόθηκε εντολή από τους γιατρούς να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις και γενική αίματος. Οι τιμές των εξετάσεων ήταν φυσιολογικές.

Η αγωγή της ασθενούς ήταν DEXTROSE 1000 CC 1X2 IV.

Στις 4.9.1992 η ασθενής ήταν ήσυχη. Τα συμπτώματα με τα οποία είχε εισέλθει στο νοσοκομείο υποχώρησαν και η ασθενής ήταν ευδιάθετη. Έγινε η διακοπή του ορού. Χορηγήθηκαν αντιπυρετικά SALOSPIR 625 MG 2 X 3 και ηρεμιστικά LEXOTANIL 1,5 MG 1X2 PO.

Στις 5.9.1992 πραγματοποιήθηκε η έξοδος της ασθενούς από το Νοσοκομείο χωρίς να παρουσιάζει κανένα πρόβλημα και δόθηκαν οδηγίες για λήψη P.O. SALOSPIR 625 MG για 30 ημέρες 2X3 με σταδιακή μείωση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Με την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν οι ασθενείς μπορούμε να τα αντιμετωπίσουμε γρήγορα και να αποφύγουμε δυσάρεστες συνέπειες. Οι ασθενείς θα συνεχίσουν να ζούν ευχάριστα και να εργάζονται χωρίς να παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα υγείας. Η νοσηλευτική εκτίμηση των προβλημάτων θα βοηθήσει τον γιατρό για την διάγνωση. Με την σωστή διάγνωση θα μπορέσουμε να κάνουμε το σχεδιάγραμμα ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Και η νοσηλευτική φροντίδα να εφαρμόζεται με υπευθυνότητα και συνείδηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗ Δ.Γ.-ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.Κ. "Επίτομη διαγνωστική Καρδιολογία. Αναίμακτες Τεχνικές". Εκδόσεις: Κ.Γ. Παρισιάνος. ΑΘΗΝΑ 1983.
- BARNARD CHRISTIAN-EVANS PETER. "Η καρδιά και οι καρδιοπάθειες". Μετάφραση Κώστα Τζανάλια. Εκδόσεις: Π.Κ. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε. ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική νοσολογία". Έκδοση Γ'. Εκδόσεις: Κ.Γ. Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ 1981.
- ΓΙΤΣΙΟΣ Θ.Κ. "Νοσολογία. Εξέταση συστημάτων". Έκδοση Β. ΟΕΔΒ ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ.Φ. "Καρδιολογική Θεραπευτική". Εκδόσεις: Κ.Γ. Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ 1980.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΣΦ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ. "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική". Τόμος Β. Μέρος 1ο. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" ΑΘΗΝΑ 1987.
- ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.Μ. "Κλινική Καρδιολογία" Εκδόσεις: Λίτσας ΑΘΗΝΑ 1984.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 2ος. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ medicalarts. ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. "Καρδιολογία". Εκδόσεις: Κ.Γ. Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ 1987.

