

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

<<ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ>>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ -

κ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΣΟΥΒΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 30-12-1992

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	7857'
----------------------	-------

<<Η ζωή μας είναι μικρή αλλά η τέχνη μας μεγάλη.
Οι ευκαιρίες φεύγουν και η πείρα ξεγελά, οδηγώ-
ντας μας σε σφάλματα. Είναι δύσκολο να κρίνεις
σωστά τα γεγονότα. Δεν αρκεί να κάνει η νοσηλεύ-
τρια αυτό που πρέπει, είναι ΑΝΑΓΚΗ να βοηθούν
και ο άρρωστος και οι δικιοί του και να συντρέ-
χουν και οι περιστάσεις>>.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.Μπατσολάκη για την αμέριστη καθοδήγησή της σ'όλη την διάρκεια της ετοιμασίας της πτυχιακής μου εργασίας.

Τον κ.Κούνη για τις πολύτιμες συμβουλές του, όπως επίσης και τις συμφοιτήτριές μου την Ρούλα Αρβανίτη, την Βασιλική Τασούλα και την Ζωή Πλασή.

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Αυτή την πτυχιακή εργασία την αφιερώνω στην μητέρα μου και στην μικρή αδελφή μου.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I (ΙΑΤΡΙΚΟ)	
1.1. Η κατασχευή και η λειτουργία της καρδιάς	2
1.2. Εκλυτικοί παράγοντες	11
1.3. Παθολογική ανατομία # Είδη εμφράγματος	12-14
1.4. Διαγνωστικές εξετάσεις	18
1.5. Κλινική Εικόνα	25
1.6. Επιπλοκές οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου	30
1.7. Θεραπεία	34
1.8. Πρόγνωση	49
1.9. Πρόληψη	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
2.1. Σκοπός της Νοσηλευτικής Διεργασίας	50
2.2. Γενικοί κανόνες για τον εμφραγματία	51
2.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές εξετάσεις	53
3.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες	56
3.5. Θεραπεία προδιαθεσικών παραγόντων	66
3.6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις επιπλοκές	79
3.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία	83
3.8. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Καρδιοχειρουργική	
Μονάδα - Μ.Ε.Θ.	91

	Σελίδα
2.9./Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενή εμφραγματία με τεχνητό βηματοδότη.	99
2.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην τρίτη ηλικία με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	108
2.11. Επαναπροσαρμογή των εμφραγματιών στην Κοινωνία.	120
Νοσηλευτική Διεργασία	132
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	149
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	151

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κυριαρχεί στην πυραμίδα των προβλημάτων υγείας της σημερινής κοινωνίας μας. Αποτελεί δε την πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου -σε περίπτωση μη έγκαιρης αντιμετώπισης της ασθένειας- τόσο στην Ευρώπη όσο και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Επομένως, δικαιολογημένα είναι ο φόβος και η ανησυχία του ατόμου που υποφέρει από ένα τέτοιο νόσημα.

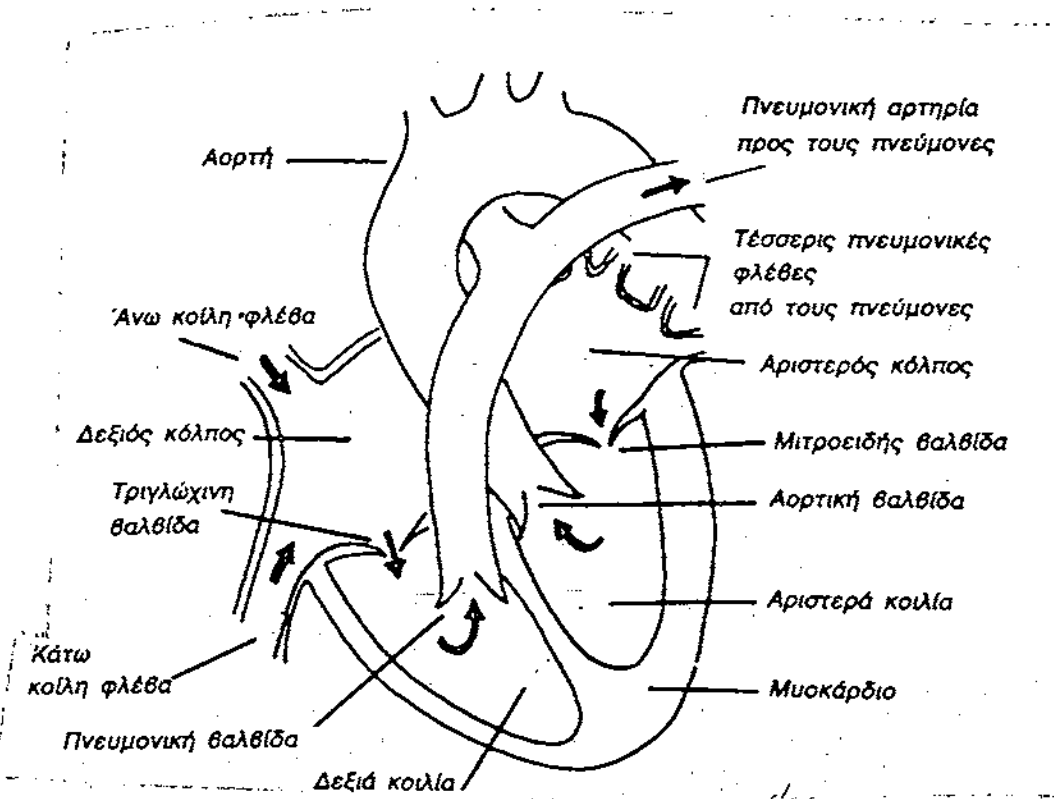
Ο κόσμος φοβάται το νόσημα της καρδιάς επειδή είναι κοινή γνώμη ότι ο αιφνίδιος θάνατος οφείλεται σε καρδιακή νόσο. Η νοσηλεύτρια λοιπόν θα πρέπει να έχει υπόψη της αυτό το φόβο όταν οι άρρωστοι της παραπονιούνται για συμπτώματα, που υποπτεύονται ότι είναι ενδεικτικά καρδιακής πάθησης. Η κατάσταση του αρρώστου χειροτερεύει από την σκέψη, πως κάθε προσπάθεια που επιβαρύνει την καρδιά μπορεί να αδικήσει τον ασθενή. Ο άρρωστος λοιπόν φοβάται ότι η σωματική ή η συγκινησιακή επιβάρυνση είναι επικίνδυνη και οι χαρές της ζωής μπορεί να περιορισθούν από αυτές τις ιδέες. Όταν λοιπόν μπαίνει η διάγνωση ενός οξέος έμφραγματος η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι σίγουρη πως ο άρρωστός της έχει ενημερωθεί σωστά για την αρρώστια του και για τον νέο τρόπο ζωής που πιθανόν να χρειάζεται να ακολουθήσει. Μ' αυτό τον τρόπο περιορίζεται η άσκοπη αναπηρία του αρρώστου και το άγχος του, όταν η νοσηλεύτρια έχει σωστή αντίληψη για την φύση της παθήσεώς του, την σοβαρότητά της, την πρόγνωση, την θεραπεία και τελικά να κατορθώσει να του εμπνεύσει ότι βρίσκεται σε υγιανά χέρια.

Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά και εύθαι ένα μυώδες όργανο, έχει σχήμα κωνικό και βρίσκεται στο μεσοθωράκιο.

Η καρδιά εμφανίζει τρεις επιφάνειες: την κάτω ή διαφραγματική, την πρόσθια ή στερνοπλευρική και την αριστερή ή πνευμονική και τρία χείλη: το δεξιό, το αριστερό πρόσθιο και το αριστερό οπίσθιο χείλος.

Σαν όργανο η καρδιά εμφανίζει τέσσερις κοιλότητες (δύο κόλπους και δύο κοιλίες), τα τοιχώματα των οποίων αποτελούνται από ειδικό μυϊκό ιστό και ονομάζεται μυοκάρδιο. (Εικ.1)



Εικόνα 1: Κατασκευή της καρδιάς.

Οι δύο κόλποι (δεξιός και αριστερός) και οι δύο κοιλίες

(δεξιά και αριστερά) χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκοιλιακό και μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Φυσιολογικά οι δύο κόλποι και οι δύο κοιλίες δεν επικοινωνούν μεταξύ τους και δεν μπορεί να περάσει αίμα από την μία κοιλία στην άλλη και από τον ένα κόλπο στον άλλον. Ο δεξιός κόλπος επικοινωνεί με την δεξιά κοιλία με το κοιλιοκοιλιακό στόμιο που σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας κλείνεται με την τριχλωχίνα βαλβίδα. Με την επικοινωνία αυτή το αίμα φέρεται από το δεξιό κόλπο στην δεξιά κοιλία, η βαλβίδα όμως εμποδίζει το αίμα να γυρίσει πίσω, δηλαδή να παλινδρομήσει.

Ο αριστερός κόλπος επικοινωνεί με την αριστερή κοιλία με το αριστερό κοιλιοκοιλιακό στόμιο, που σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας κλείνεται με την δύγλωχίνα βαλβίδα. Με την επικοινωνία αυτή το αίμα πηγαίνει από τον αριστερό κόλπο στην αριστερή κοιλία, αλλά δεν μπορεί να επιστρέψει δηλαδή να παλινδρομήσει.

Στον δεξιό κόλπο εισβάλλουν τρεις φλέβες, η άνω κοίλη, η κάτω κοίλη (με τις οποίες έρχεται το αίμα από ολόκληρη την μεγάλη κυκλοφορία προς την καρδιά) και ο στεφανιαίος κόλπος (από το ίδιο το μυοκάρδιο).

Στον αριστερό κόλπο, εισβάλλουν οι τέσσερις πνευμονικές φλέβες, με τις οποίες το αίμα ξαναγυρίζει στην καρδιά από τους πνεύμονες. Τα στόμια των φλεβών προς τους κόλπους (δεξιό και αριστερό) δεν έχουν βαλβίδες.

Από την δεξιά κοιλία αρχίζει η πνευμονική αρτηρία, με την οποία η κοιλία στέλνει το αίμα προς τους πνεύμονες. Το στόμιο της αρτηρίας αυτής κλείνεται, σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας από τις μηνοειδείς βαλβίδες της πνευ-

μονικής αρτηρίας και εμποδίζεται έτσι το αίμα να ξαναγυρίσει στην δεξιά κοιλία.

Από την αριστερή κοιλία αρχίζει η αορτή, με την οποία η κοιλία στέλνει το αίμα σ'ολόκληρη την μεγάλη κυκλοφορία (δηλαδή σ'ολόκληρο το σώμα). Το στόμιο της αορτής κλείνεται σ'ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας, από τις μηνοειδείς βαλβίδες της αορτής και μ'αυτό τον τρόπο εμποδίζεται το αίμα να ξαναγυρίσει στην αριστερή κοιλία.

Το μυοκάρδιο αποτελείται από πολύ μικρές μυϊκές ίνες, που εμφανίζουν εγκάρσια γράμμωση. Όλες οι μυϊκές ίνες του μυοκαρδίου των κόλπων συνδέονται μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που ν'αποτελούν συγκύτιο. Με τον ίδιο τρόπο, όλες οι μυϊκές ίνες του μυοκαρδίου των κοιλιών συνδέονται μεταξύ τους και αποτελούν άλλο συγκύτιο. Συμπερασματικά, το μυοκάρδιο αποτελείται από δύο μυϊκά συγκύτια: των κόλπων και των κοιλιών.

Εξαιτίας της συγκυτιώδους φύσεως του μυοκαρδίου, η διεγερση μιάς μυϊκής ίνας προκαλεί διεγερση ολόκληρου του συγκυτίου, που αποτελεί μέρος του. Η μετάδοση διεγέρσεως από το ένα συγκύτιο προς το άλλο γίνεται μόνο με ειδικό σύστημα αγωγής. Σε περίπτωση βλάβης του συστήματος αυτού, δεν είναι δυνατή η μετάδοση διεγέρσεως.

Το αίμα κυκλοφορεί μέσα σε κλειστό σύστημα αγγείων όπου η καρδιά έχει θέση αντλίας.

Ουσιαστικά υπάρχουν δύο συστήματα κυκλοφορίας, η μικρή και η μεγάλη κυκλοφορία, που συνδέονται μεταξύ τους. Έτσι όλη η ποσότητα του αίματος που περνάει από την μεγάλη κυκλοφορία, μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα, υποχρεώνεται να πε-

ράσει και από την μικρή κυκλοφορία, για να αφθάσει και πάλι στην αρχή της μεγάλης κυκλοφορίας. Με την μεγάλη κυκλοφορία το αίμα έρχεται σ'όλους τους ιστούς του σώματος και με την μικρή κυκλοφορία περνάει ειδικά από τους πνεύμονες.

Η μεγάλη κυκλοφορία αποτελείται από πλήθος παρακυκλώματα, που το καθένα αιματώνει κάποιο όργανο.

Κάθε παρακύκλωμα της μεγάλης κυκλοφορίας αποτελείται συνήθως από μία αρτηρία, που διαιρείται σε πολλές μικρότερες αρτηρίες, από τις οποίες ξεφυτρώνουν μικρότερα αρτηρίδια, και από αυτά τα αρτηριακά τριχοειδή και φλεβικά τριχοειδή. Τα φλεβικά τριχοειδή στη συνέχεια σχηματίζουν φλεβίδια και πολλά φλεβίδια σχηματίζουν μικρές φλέβες και τελικά το αίμα φεύγει από το όργανο με μία ή περισσότερες φλέβες. Υπάρχει δηλαδή ένα σύστημα τριχοειδών, σε κάθε κύκλωμα μεταξύ των αρτηριών και φλεβών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μεταξύ των αρτηριών που φέρουν το αίμα και των φλεβών που περνούν το αίμα από κάποιο όργανο, μεσολαβούν δύο συστήματα των τριχοειδών που συνδέονται στην σειρά, δηλαδή το αίμα αφού περάσει από ένα σύστημα τριχοειδών φέρνεται με αγγείο σ'άλλο σύστημα τριχοειδών και μετά οδηγείται με φλέβα στην καρδιά. Τέτοια παρακυκλώματα υπάρχουν: στο νεφρό, στα κοιλιακά σπλάχνα - ήπαρ - και στον υποθάλαμο του εγκεφάλου - πρόσθιος λοβός της υποφύσεως.

Η κυκλοφορία του αίματος οφείλεται στην διαφορά πίεσεως που υπάρχει μεταξύ της αρχής και του τέλους κάθε κυκλοφορίας, δηλαδή μεταξύ της αρχής της αορτής και του δεξιού κόλπου για την μεγάλη κυκλοφορία και μεταξύ της πνευμονικής αρτηρίας και του αριστερού κόλπου για την μικρή κυκλοφορία. Η πίεση αυτή

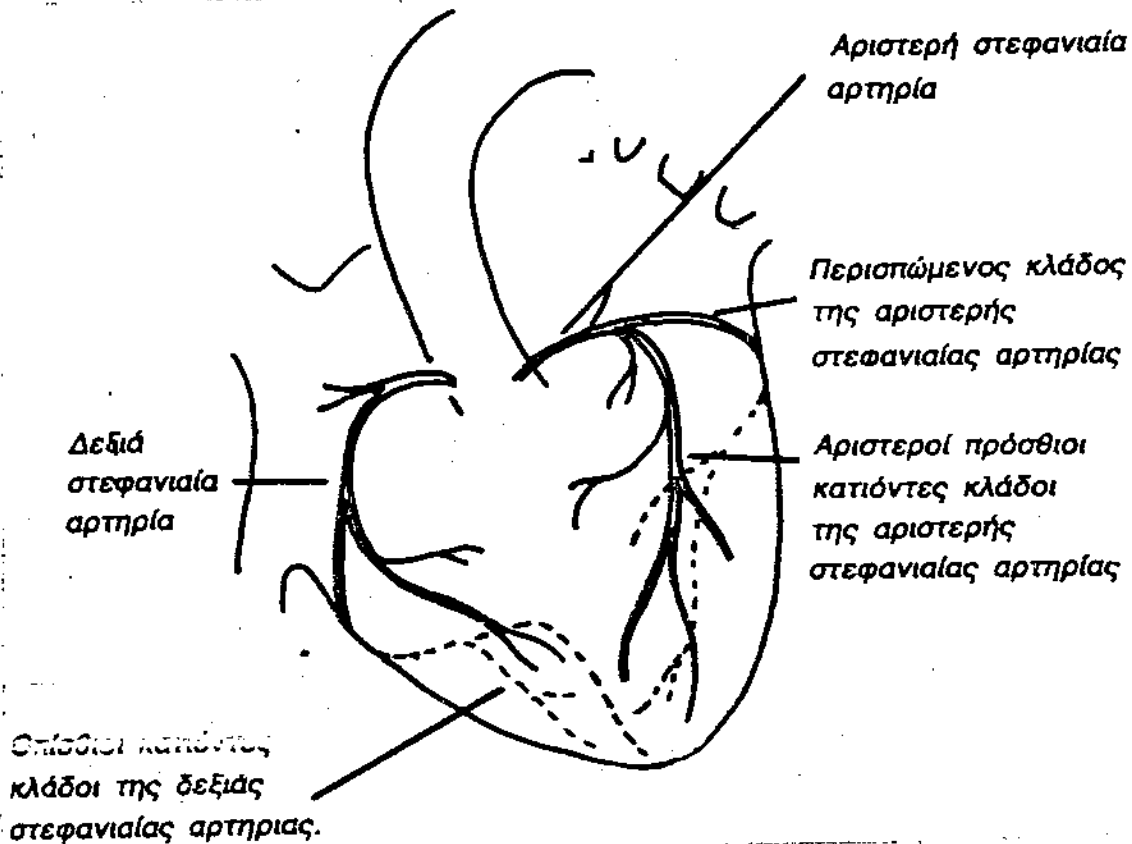
οφείλεται στην λειτουργία της καρδιάς και επομένως, αυτή παύει να υπάρχει μόλις η λειτουργία της καρδιάς ανασταλεί.

Η ελάττωση της πιέσεως, που παρατηρείται κατά μήκος κάθε κυκλοφορίας, οφείλεται στο ότι αυτή καταναλώνεται για να υπερνικήσει την αντίσταση, που οφείλεται στην τριβή κατά την ροή του αίματος.

Το ποσό του αίματος, που περνάει από κάποιο παρακυκλώμα σε μια μονάδα χρόνου, είναι ανάλογο με την διαφορά πιέσεως μεταξύ της αρτηρίας και της φλέβας και αντιστρόφως ανάλογο με την ολική αντίσταση που προβάλλουν τα αγγεία του παρακυκλώματος. Έτσι, αν ένα όργανο βρίσκεται σε ηρεμία, τα αγγεία του είναι σε συστολή (στενωμένα) και ο αριθμός των διασταλμένων (ανοικτών) τριχοειδών είναι σχετικά μικρός. Με αυτές τις συνθήκες οι αντιστάσεις των αγγείων του οργάνου αυτού είναι μεγάλες και, επομένως, περνάει από αυτά μικρή ποσότητα αίματος. Σε περίπτωση όμως που το όργανο αρχίσει να λειτουργεί, τα αγγεία του διαστέλλονται και ανοίγουν πολύ περισσότερα τριχοειδή, που προηγουμένως ήταν κλειστά. Μ' αυτόν τον τρόπο οι αντιστάσεις των αγγείων του οργάνου αυτού ελαττώνονται και γι' αυτό περνάει από αυτά μεγαλύτερη ποσότητα αίματος.

Η αιμάτωση του μυοκαρδίου γίνεται με δύο στεφανιαίες αρτηρίες -δεξιά και αριστερά- που αρχίζουν από την αρχή της αορτής, ακριβώς πίσω από τα φύλλα της αορτικής βαλβίδας. Η αριστερή διαιρείται σε δύο κλάδους, με μικρότερες διακλαδώσεις ο κάθε ένας και αιματώνει το αριστερό κοιλιακό μυοκάρδιο, το πρόσθιο κοιλιοκοιλιακό διάφραγμα και το πρόσθιο θηλοειδή μυ. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία χωρίζεται και αυτή σε δύο

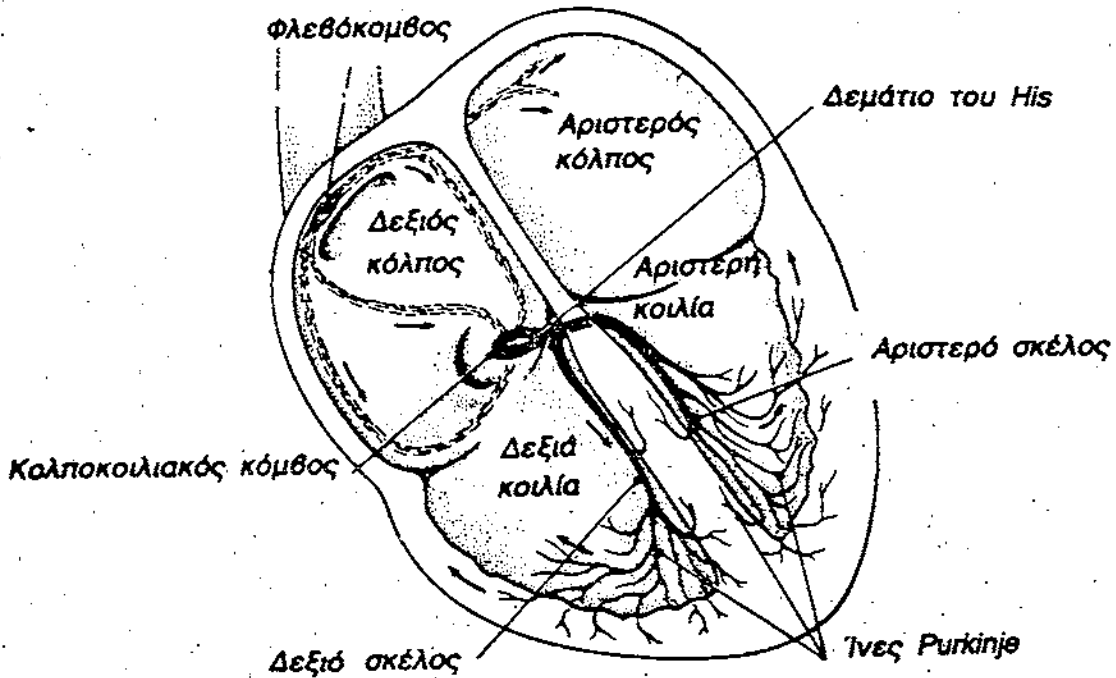
κλάδους με μικρότερες διακλαδώσεις ο κάθερένας και αιμα-
τώνει την δεξιά καρδιά, μέρος του διαφράγματος, το φλεβοκόμ-
βο σε ποσοστό 50% των ανθρώπων και τον κολποκοιλιακό κόμβο
σε όλους σχεδόν τους ανθρώπους.



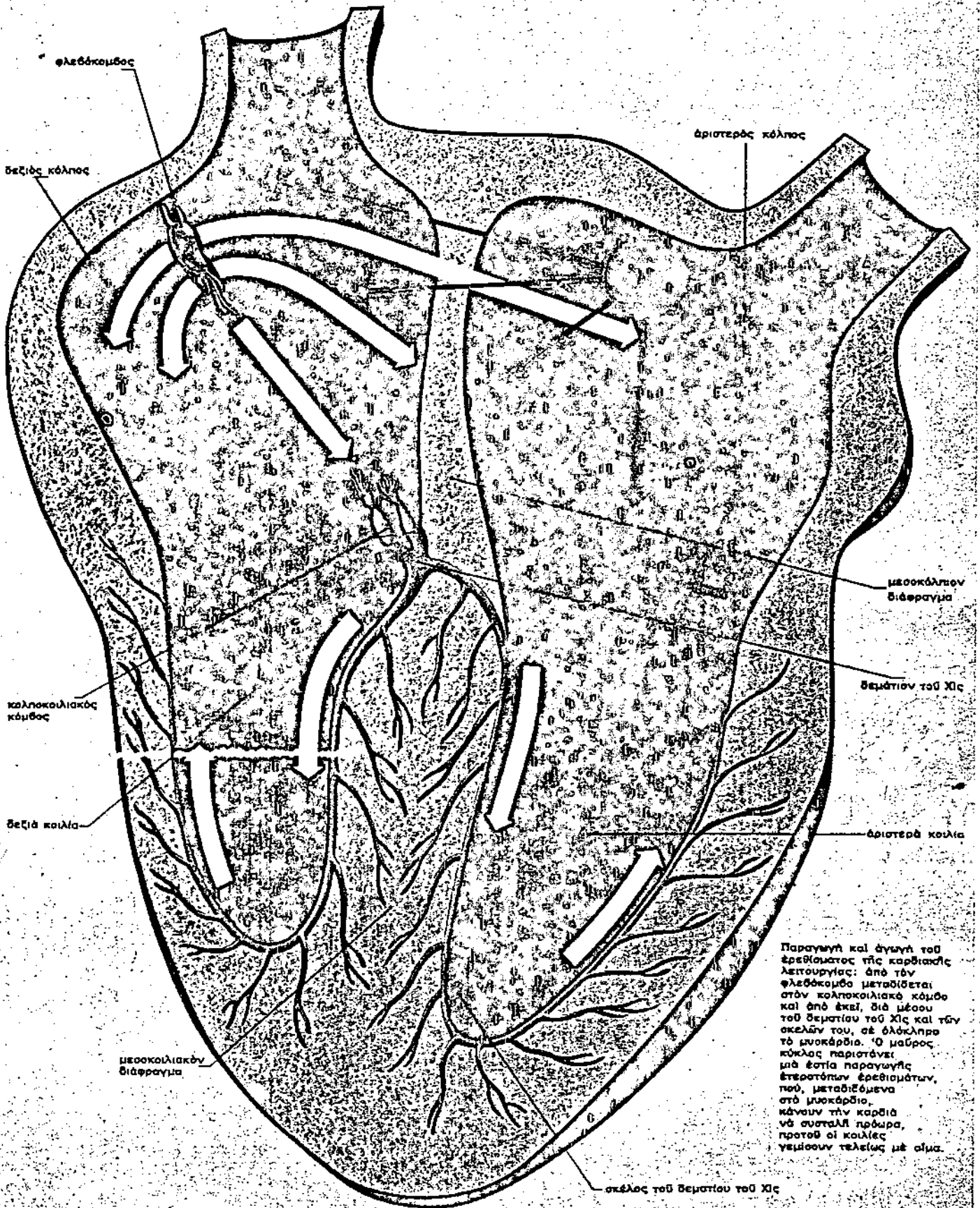
Εικόνα 2: Στεφανιαία αγγεία. Αορτή

Η καρδιά έχει δικό της βηματοδότη και δικό της σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ) δηλαδή η καρδιά εμφανίζει αυτοματισμό και μέσα σ' αυτή παράγονται, χωρίς εξωτερικές επιδράσεις, τα ερεθίσματα που απαιτούνται για την λειτουργία της. Για την παραγωγή των ερεθισμάτων αυτών, καθώς και για την μετάδοση της διεγέρσεως από τους κόλπους προς τις κοιλίες, υπάρχει ιδιαίτερο σύστημα που ονομάζεται

σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ). Αυτό αποτελείται από μυϊκές ίνες εμβρυϊκής μορφής και διακρίνεται στο φλεβοκόμβο και τον κολποκοιλιακό κόμβο. Ο φλεβοκόμβος βρίσκεται μέσα στο μυοκάρδιο του δεξιού κόλπου: λίγο πιο κάτω από την εκβολή της άνω κοίλης φλέβας, ενώ ο κολποκοιλιακός κόμβος βρίσκεται μέσα στο κάτω μέρος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Το δεμάτιο του HIS αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του κολποκοιλιακού κόμβου μέσα στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, που διακλαδίζεται στο αριστερό και δεξιό σκέλος στις δύο πλευρές του διαφράγματος, μέσα στο μυοκάρδιο των κοιλιών και τα δύο σκέλη σχηματίζουν δίκτυο μικροτέρων κλάδων τις ίνες του PURKINJE στην κορυφή της καρδιάς και επεκτείνεται προς τα πάνω κατά μήκος του πλάγιου τμήματος κάθε κοιλίας.



Εθνίονα 3: Σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ) της καρδιάς.



Παράγωγη και άγωγή του ερεθίσματος της καρδιακής λειτουργίας: από τον φλεβόκομο μεταδίδεται στον κολποκοιλιακό κόμβο και από εκεί, διά μέσου του θωρακίου του Χις και των σκελών του, σε όλοκληρο το μυοκάρδιο. Ο μαύρος κόμβος παριστάνει μια έστια παραγωγής ετεροτόπων ερεθισμάτων, που, μεταδιδόμενα στο μυοκάρδιο, κάνουν την καρδιά να συσταλλή πρόωρα, προτού οι κοιλίες γεμίσουν τελείως με αίμα.

Μέσα από αυτό το σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ) νευρικά κέντρα του εγκεφάλου ρυθμίζουν με νευρικές ώσεις την λειτουργία της καρδιάς, δηλαδή δεν παράγουν διεγέρσεις, αλλά απλώς ρυθμίζουν τις ελαττώνουν ή τις αυξάνουν (ταχυκαρδία, βραδυκαρδία), ανάλογα σε συνάρτηση με τις ανάγκες του οργανισμού.

Η καρδιά νευρώνεται από το φυτικό σύστημα, δηλαδή δέχεται φυγόκεντρες νευρικές ίνες παρασυμπαθητικές (με το πνευμονογαστρικό νεύρο, βραδυκαρδία) και συμπαθητικές (ταχυκαρδία). Η ρυθμική λειτουργία αυτών των δύο νευρικών συστημάτων που ελέγχουν το ΣΠΑΔ αποφασίζει τη συχνότητα του καρδιακού παλμού.

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η μεγάλη σωματική προσπάθεια φαίνεται ότι έχει σχέση με την εκδήλωση του εμφράγματος είτε σε προσπάθεια γίνει αμέσως ή ώρες ή μέρες πριν από την προσβολή. Επίσης η έντονη συγκίνηση, το πλούσια γεύματα και οι χειρουργικές επεμβάσεις λόγω αιμορραγίας, αφυδάτωσης ή υπότασης σε άτομα με χρόνια στεφανιαία αθηροσκλήρυνση μπορεί να προκαλέσουν νέα πρόσφατη θρόμβωση, συνηθέστερα πάνω σε προηγούμενη στενωτική επεξεργασία με αποτέλεσμα την απόφραξη της αρτηρίας.

Πάντως συχνά δεν αναφέρεται κανένας από τους παραπάνω εκλυτικούς παράγοντες.

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η συχνότερη αιτία θανάτου. Όπου σημαίνει νέκρωση του τμήματος του μυοκαρδίου που οφείλεται σε απόφραξη μιάς ή περισσότερων αρτηριών.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας συνήθως επέρχεται από ανάπτυξη θρόμβου σε αθηροσκληρυντική πλάκα του έσω χιτώνα που έχει προκαλέσει στένωση του αυλού μέχρι 75-80%.

Στο διατοιχωματικό οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει διαπιστωθεί πλήρης απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας κατά τις πρώτες 6 ώρες του εμφράγματος σε ποσοστό 90% και στις 24 ώρες σε ποσοστό 65-70%, δηλαδή σε λιγότερους ασθενείς πιθανότατα λόγω αυτόματης θρομβόλυσης.

Στο αθενδοκαρδιακό έμφραγμα παρατηρείται επίσης ανάπτυξη θρόμβου αλλά συχνά χωρίς πλήρη απόφραξη της αρτηρίας. Σε νέκρωση μεγαλύτερη από το 25% της μάζας του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας συχνά εκδηλώνεται κάμψη της αριστερής κοιλίας και σε νέκρωση πάνω από 40% του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας συνήθως εμφανίζεται καρδιογενές SHOCK.

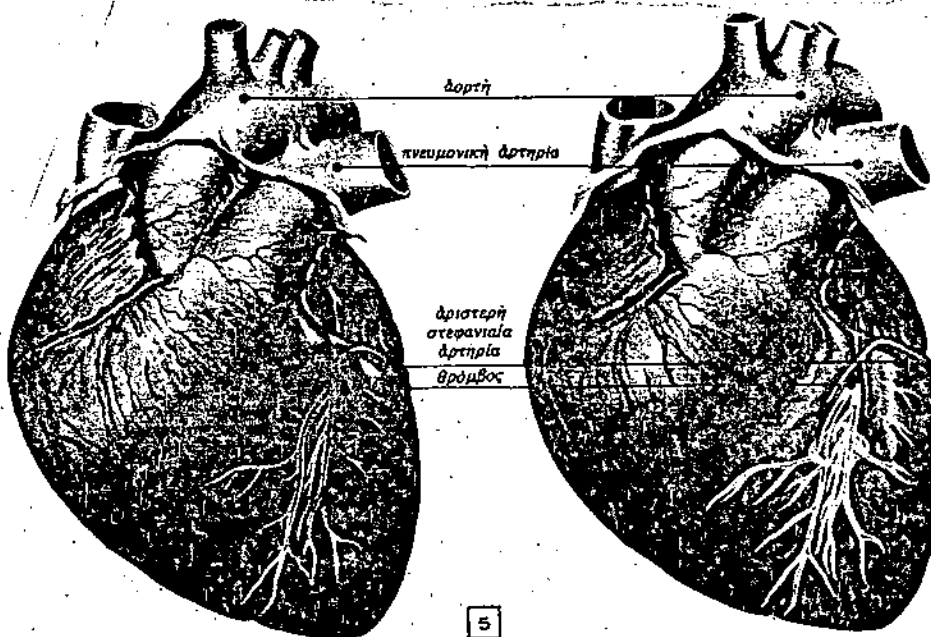
Κατά το οξύ έμφραγμα σημαντικός είναι ο ρόλος του σπασμού των στεφανιαίων αρτηριών, ο οποίος προκαλείται από τη θρομβοξάννη A_2 και ευθύνεται για τις κρίσεις οπισθοστερνικού πόνου. Πάντως η αγγειοσπαστική κατάσταση δεν επικρατεί σε κάθε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διότι από το ενδοθήλιο εκλύεται μιά άλλη προσταγλανδίνη, η προστακυκλίνη, με ισχυρή αγγειοδιασταλτική ικανότητα.

Η απόφραξη μιάς αρτηρίας συχνά συνδυάζεται με στενωτι-

τικές βλάβες στις άλλες αρτηρίες ή μικρότερους κλάδους αυτών. Σε απόφραξη της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας το έμφραγμα είναι προσθιοδιαφραγματικό ή πρόσθιο σε απόφραξη της αριστερής περισπωμένης αρτηρίας το έμφραγμα συνήθως είναι πλάγιο και σε απόφραξη δεξιάς στεφανιαίας το έμφραγμα αφορά το διαφραγματικό (κατώτερο) ή οπισθοστασιικό τμήμα του μυοκαρδίου ή και το μυοκάρδιο της δεξιάς κοιλίας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με φυσιολογικές στεφανιαίες αρτηρίες. Αυτές ερμηνεύονται με οξεία θρόμβωση μιάς αρτηρίας και αυτόματη θρομβόλυση μετά το έμφραγμα ή με σπασμό των στεφανιαίων ή με εμβολή στεφανιαίας αρτηρίας π.χ. από ενδοκαρδίτιδα. Οξεία θρόμβωση και έμφραγμα του μυοκαρδίου σπανίως μπορεί να προκαλέσουν το κάπνισμα και σε νέες γυναίκες τα αντισυλληπτικά φάρμακα.

Το μυοκαρδιακό τοίχωμα της προβληθείσας περιοχής γίνεται λεπτότερο και όταν το έμφραγμα είναι διατοιχωματικό στην περιοχή αυτή μπορεί να γίνει ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας.



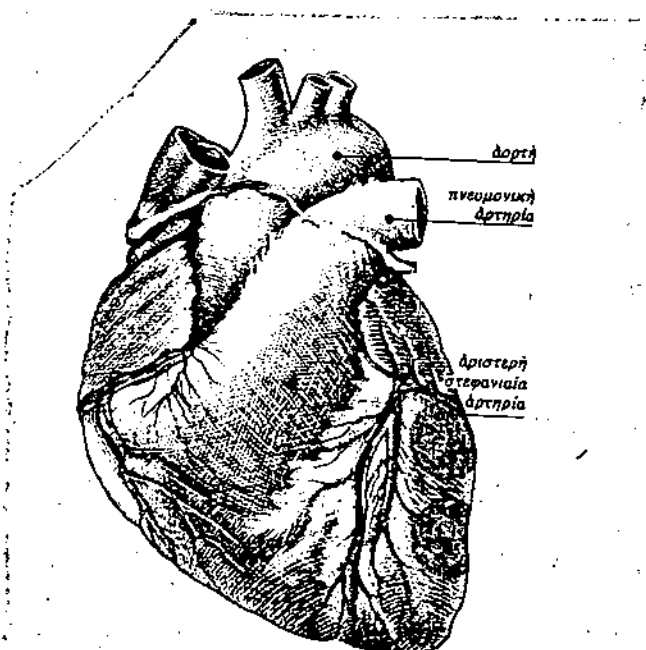
Εικόνα 5

Στο διατοιχωματικό έμφραγμα η νέκρωση αρχίζει από το ενδοκάριο και επεκτείνεται προς το επικάρδιο. Όταν συνδυάζεται με ανεύρυσμα είναι δυνατόν να αναπτυχθούν θρόμβοι πάνω στο νεκρωμένο ενδοκάριο, οι οποίοι μερικές φορές αποσπώνται και προκαλούν περιφερικές αρτηριακές εμβολές. Σε ποσοστό 20% περίπου των θανάτων από οξύ έμφραγμα συμβαίνει ρήξη τμήματος μυοκαρδίου που έχει προσβληθεί. Η ρήξη συχνότερα συμβαίνει σε άτομα με ιστορικό υπέρτασης, όταν το έμφραγμα είναι διατοιχωματικό και όταν έχει χαρακτηριστικά τοπικής ασυνέργειας και ανευρισματικής διάτασης.

Το έμφραγμα εντοπίζεται συνήθως στην αριστερή κοιλία και σπανιότερα στην δεξιά κοιλία ή τους κόλπους.

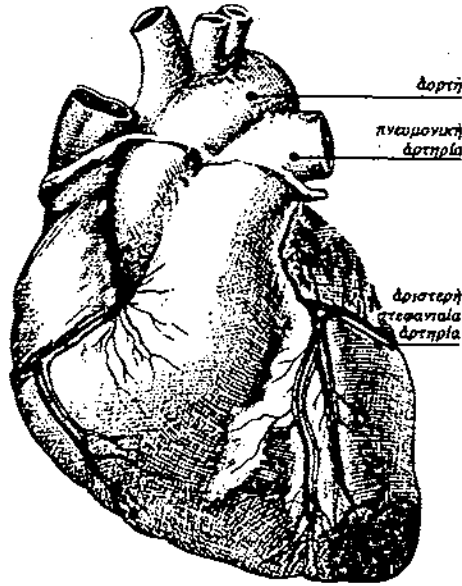
ΕΙΔΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

1. Έμφραγμα πρόσθιου ή προσθιοδιαφραγματικού τοιχώματος που έχουμε απόφραξη της πρόσθιας κατιούσας.



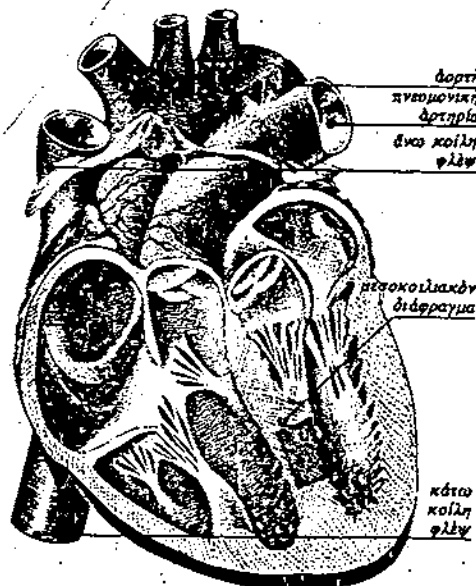
Εικόνα 7

2. Έμφραγμα διαφραγματικό (κατώτερο) ή οπισθοτασικό
έχουμε απόφραξη δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.



Εικόνα 8

3. Έμφραγμα μεσοκοιλιακού διαφράγματος: το έμφραγμα
εντοπίζεται στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα.



Εικόνα 9

4. Έμφραγμα Υπενδοκαρδίου: το έμφραγμα εντοπίζεται στην υπενδοκάρδια ζώνη δηλαδή έχουμε απόφραξη των μικρών ενδοτοιχωματικών κλάδων των αγγείων.

5. Έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας: συνοδεύει συχνά το διατοιχωματικό έμφραγμα του οπισθίου τοιχώματος του μυοκαρδίου, που προκαλείται από κεντρική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.

6. Έμφραγμα και αποκλεισμός σιέλου: έχουμε εμφάνιση αποκλεισμού του αριστερού ή δεξιού σιέλου σε έμφραγμα του ελεύθερου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας ή της δεξιάς αντίστοιχα κοιλίας όπου είναι συνέπεια θξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο που υποδηλώνει αυξημένη θνητότητα πάνω από 50%.

7. Έμφραγμα του μυοκαρδίου και σύνδρομο WOLF-PACKINSON-WHITE (WPW) ή σύνδρομο προδιέγερσης: έχουμε ψευδή εικόνα εμφράγματος που συχνά εμφανίζεται με το σύνδρομο W.P.W. όπου χαρακτηρίζεται από εκτακτες ταχυκαρδίες.

8. Έμφραγμα του μυοκαρδίου και έκτακτες κοιλιακές συστολές: συνήθως δεν υπάρχει νέκρωση του κοιλιακού μυοκαρδίου.

9. Έμφραγμα διατοιχωματικό: όπου η νέκρωση αρχίζει από το ενδοκάρδιο και επεκτείνεται προς το επικάρδιο.

10. Έμφραγμα σιωπηρό: έχουμε όταν το έμφραγμα του μυοκαρδίου δεν παρουσιάζει πόνο. Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα μεγάλης ηλικίας ή σε γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

11. Έμφραγμα με καρδιακή ανακοπή: Χαρακτηρίζεται από εναλλασσόμενες περιόδους αναπνοών με προοδευτικά αυξανόμενο

και στη συνέχεια μειούμενο εύρος και περιόδους άπνοιας.

12. Έμφραγμα πλάγια: έχουμε σε απόφραξη της αριστερής περισπώμενης αρτηρίας.

13. Ανεπίπλεκτο έμφραγμα: Το οξύ έμφραγμα χαρακτηρίζεται σαν ανεπίλεκτο κατά το τέλος της νοσηλείας του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτό ισχύει για τον ασθενή που δεν παρουσίασε καμιά επιπλοκή, όπως επέκταση του εμφράγματος, υποτροπιάζουσα στηθάγχη, αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιογενές SHOCK, περικαρδίτιδα, μυοκαρδιακή ρήξη ή εμβολή.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αιματολογικές εξετάσεις

Στις αιματολογικές εξετάσεις παρατηρούνται τα εξής:

1. Λευκοκυττάρωση: 10.000-15.000 ή και 20.000 από την 1η η-μέρα μέχρι την 8η ημέρα.

2. Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων από την 2η ή 3η ημέρα. Διαρκεί μέχρι να επουλωθεί το έμφραγμα.

3. Αύξηση του σακχάρου που ρυθμίζεται με αντιδιαβητική αγωγή και συμβαίνει σε ασθενείς με λανθάνουσα ή έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη.

4. Αύξηση κατεχολαμινών (αδρεναλίνης και νορουδρεναλίνης) κατά τις πρώτες μέρες του εμφράγματος και επάνοδος αυτών στο φυσιολογικό κατά την 3η εβδομάδα.

5. Συχνά υποκαλιαιμία για την οποία επιβάλλεται η χορήγηση χλωριούχου καλίου, γιατί παρουσία αυτής το μυοκάρδιο, που ήδη παρουσιάζει ηλεκτρική αστάθεια από την οξεία εμφραγματική πρόσβολή, ευαισθητοποιείται περισσότερο προς την έκλυση κοιλιικών αρρυθμιών.

6. Αύξηση των καρδιακών ενζύμων

α. Μυοσφαιρίνη (MG). Η στάθμη της μυοσφαιρίνης του πλάσματος αυξάνεται σε 1-2 ώρες μετά το έμφραγμα και επιστρέφει σε φυσιολογικά όρια μέσα σε 24 ώρες. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί σαν δείκτης των νέων επειτάσεων του εμφράγματος.

Ψευδώς αυξημένα επίπεδα παρατηρούνται σε: ενδομυϊκές ενέσεις, δυνατής μυϊκής άσκησης, μυϊκού τραύματος, σε ορισμένες λοιμώξεις και μυοκαρδιοπάθειες.

β. Κρεατινική φωσφοκινάση (CPK). Η κρεατινική φωσφοροκινάση (CPK) έχει τα ισοένζυμα MM, MB και BB. Από αυτού η αύξηση του MB είναι ειδική για τη βλάβη του μυοκαρδίου. Η αύξηση αρχίζει σε 6-8 ώρες μετά το έμφραγμα, φθάνει στην μεγαλύτερη τιμή σε 12-20 ώρες και επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 36-48 ώρες. Αν και η ολική δραστηριότητα της κρεατινικής φωσφοκινάσης αυξάνει μετά τις ενδομυϊκές ενέσεις ή τραυματισμό ή μετά από καθετηριασμό της καρδιάς, το ισοένζυμο MB παραμένει φυσιολογικό. Μπορεί όμως και αυτό να αυξηθεί, χωρίς να υπάρχει ισχαιμία του μυοκαρδίου, στον υποθυροειδισμό και στο καρκίνωμα των βρόγχων και του προστάτη.

γ. Γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT). Αυξάνεται σε 12-36 ώρες μετά το έμφραγμα και διαρκεί μέχρι 3-4 μέρες. Άλλες καταστάσεις που η γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) που είναι αυξημένη είναι: σε παθήσεις του ήπατος, παθήσεις των σκελετικών μύων, σοκ, μυοκαρδίτιδα, περικαρδίτιδα, πνευμονική εμβολή, αντισυλληπτικά και σε σαλικυλικά φάρμακα.

δ. Γαλακτική αφυδρογονάση (LDH), Η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH) έχει 5 ισοένζυμα. Το μυοκάρδιο περιέχει κυρίως τα ισοένζυμα LDH₁ και LDH₂ όπου κυριαρχεί το LDH₁. Η αύξηση του αρχίζει 24-40 ώρες μετά το έμφραγμα, φθάνει στο μέγιστο της τιμής της 3-6 μέρες και διαρκεί 8-14 μέρες. Επίσης βρίσκεται σε καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονικής εμβολής, σοκ, μέγалоβλαστική αναιμία, νεοπλάσματα και σε νεφρικές παθήσεις.

ε. Γλουταμινική προσταφιλική τρανσαμινάση (SGPT). Είναι ειδική για ηπατικές παθήσεις, αλλά αυξάνεται και μετά από έμφραγμα.

Από τις παραπάνω εργαστηριακές εξετάσεις οι κύριες μέγιστες τιμές της κρεατινιικής φωσφοκινώσης (CPK), της γλουταμικής οξαλοξικής τρανσαμινάσης (SGOT) και της γαλακτιικής αφυδρογονάσης (LDH) έχουν σχέση με την έκταση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η CPK έχει μεγαλύτερη ευαισθησία και ειδικότητα από τις SGOT και LDH. Η εξέταση της CPK συνίσταται να γίνεται 3 φορές κατά τις πρώτες 36 ώρες, μετά δε τη παρέλευση αυτού του χρόνου να επαναλαμβάνεται αν συνεχίζεται ο πόνος και υπάρχει υποψία επέκτασης του εμφράγματος.

Τέλος στους νέους και μέσης ηλικίας ασθενείς, κατά την πρώτη μέρα του οξέος εμφράγματος συνιστάται εξέταση της χοληστερόλης και των άλλων λιπιδίων του αίματος. Η διαπίστωση υπερχοληστερολαιμίας αποτελεί προγνωστικό σημείο και θα πρέπει να θεραπεύεται με δίαιτα και φάρμακα. Μετά την παρέλευση των πρώτων 24 ωρών του οξέος εμφράγματος, η χοληστερόλη του αίματος ελαττώνεται και παραμένει σε σχετικά χαμηλές τιμές κατά τις επόμενες 2-3 εβδομάδες.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Γνωρίζουμε ότι το κύμα P αντιπροσωπεύει την διέγερση των κόλπων. Η επάνοδος όμως των κόλπων στην ανερέθιστη περίοδο συμπίπτει περίπου με την διέγερση των κοιλιών. Το σύμπλεγμα QRS, το σύμπλεγμα των κοιλιών, καλύπτει επομένως το κύμα που θα προέκυπτε από την αποδρομή του ερεθίσματος στους κόλπους. Το ρεύμα όμως που παράγεται κατά την επάνοδο των κοιλιών στην περίοδο της ηρεμίας καταγράφεται και το αντιπροσωπεύει το κύμα r.

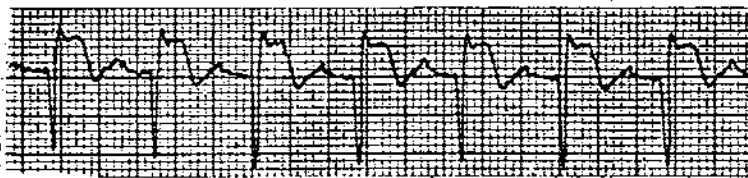
Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στο στάδιο του οξέος εμφράγματος μπορεί να δείξει παθολογικά ευρήματα. Διαταραχές εμφανίζονται μέσα σε 36 ώρες σ' όλους σχεδόν τους αρρώστους, γιατί σε κάποιες περιπτώσεις το ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να μεύνει φυσιολογικά.

Τα χαρακτηριστικά ευρήματα είναι:

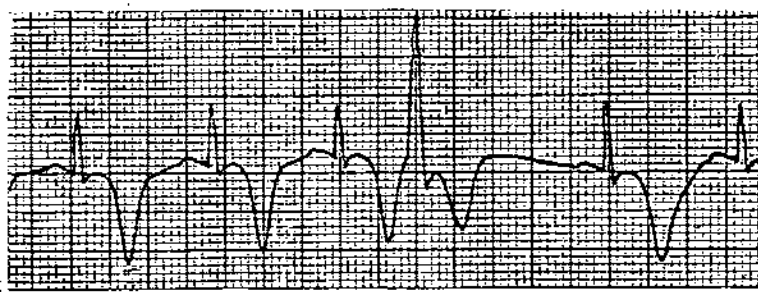
1. Βαθύ και διευρυσμένο Q, χαρακτηριστικό νεκρώσεως. Συνήθως παραμένει μόνιμο, μερικές φορές όμως μπορεί να εξαφανιστεί πλήρως. Φανερώνει το λειτουργικό θάνατο των κυττάρων στην κεντρική ζώνη του εμφράγματος.

2. Ανύψωση του διαστήματος S-T. Φανερώνει την βλάβη των κυττάρων στην περιλοχή, η οποία περιβάλλει την κεντρική ζώνη νεκρώσεως. Οι μεταβολές του διαστήματος S-T παραμένουν συνήθως για ώρες ή για λίγες μέρες όπου συνήθως εξαφανίζονται σε 2-4 εβδομάδες.

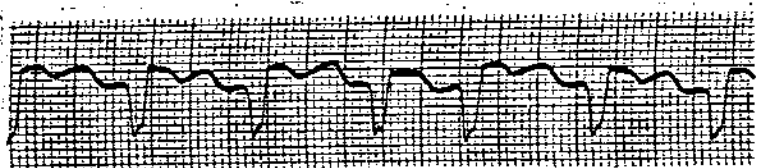
3. Αναστροφή του επάρματος T. Φανερώνει την ισχαιμία των κυττάρων γύρω από τη ζώνη της βλάβης. Οι διαταραχές του κύματος T άλλοτε παραμένουν μόνιμα, κι άλλοτε αποκαθίστανται. Παραδείγματα:



Για πρόσφατο οξύ έμφραγμα. Το κύμα Q είναι βαθύτερο από το φυσιολογικό, το διάστημα S-T υπερυψωμένο και το κύμα T ανεστραμμένο.



Ισχαιμία λόγω (έλλειψης αίματος) στο μυοκάρδιο. Το αντεστραμμένο κύμα T είναι το τυπικότερο σημείο σοβαρής ισχαιμίας σε μια περιοχή του μυοκαρδίου. Οι ηλεκτρικές ανωμαλίες οφείλονται στην ελαττωμένη παροχή αίματος στο μυοκάρδιο.



Αποκλεισμός του αριστερού σκέλους σε εμφραγματική καρδιά. Η διέγερση δεν εξαπλώνεται συγχρόνως και στις δύο κοιλίες λόγω αποκλεισμού της στο αριστερό σκέλος. Έτσι ενεργοποιείται πρώτα η δεξιά κοιλία και στη συνέχεια μεταβιβάζεται η διέγερση στην αριστερά χωρίς την μεσολάβηση του ειδικού συστήματος των διεγέρσεων. Έτσι ο ολικός χρόνος της διέγερσης των δύο κοιλιών είναι μεγαλύτερος από το φυσιολογικό: το κύμα R γίνεται πλατύ και αγκιστροειδές.

ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Γίνεται με εξωτερική ανίχνευση των φωτονίων που εκπέμπονται μετά από χορήγηση ραδιενεργών ουσιών.

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου απεικονίζεται σαν <<ψυχρή>> περιοχή με το ραδιενεργό ξένο (^{133}Xe), το ραδιενεργό θάλλιο (^{201}Tl) κ.α.. Όπου οι ουσίες αυτές προσλαμβάνονται από το υγιές μυοκάρδιο και έτσι η εμφραγματική περιοχή δεν απεικονίζεται. Σαν <<θερμή>> περιοχή φαίνεται το οξύ έμφραγμα με το ραδιενεργό τεχνητίο πυροφωσφορικό ($^{99}\text{Tc-PYP}$) και ερυθρά σημασμένα με τεχνητίο ($^{99}\text{Tc-MDP}$).

α. Ιδιαίτερη αξία έχει το σπινθηρογράφημα $^{99}\text{Tc-PYP}$ κατά τις πρώτες μέρες του οξέος εμφράγματος αν το ηλεκτροκαρδιογράφημα και τα ένζυμα του ορού δεν δίνουν διαγνωστικές πληροφορίες όπως για παράδειγμα αν πρόκειται για υπενδοκαρδιακό έμφραγμα ή υπενδοκαρδιακή ισχαιμία κ.α. Πολύ χρήσιμο είναι επίσης για τη διάγνωση και παρακολούθηση του οξέος εμφράγματος που εμφανίζεται λίγο πριν ή μετά τη χειρουργική θεραπεία επαναγγείωσης του μυοκαρδίου, επειδή ο οπισθοστερνικός πόνος, οι μεταβολές του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και η αύξηση των ενζύμων του ορού μπορεί να οφείλονται στην εγχείρηση. Επιπλέον το σπινθηρογράφημα $^{99}\text{Tc-PYP}$ είναι χρήσιμο, όταν υπάρχει ιστορικό παλαιού εμφράγματος του μυοκαρδίου καθώς και για αποκάλυψη οξέος εμφράγματος της δεξιάς κοιλίας.

Η εξέταση αυτή είναι ευαίσθητη αν γίνει 16 ώρες έως 6 μέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων του οξέος εμφράγματος, όμως μπορεί να αποκαλύψει το έμφραγμα νωρίτερα, μόλις 4 ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Το θετικό σπινθηρογρά-

φημα αποκαθίσταται στο φυσιολογικό μετά από 1-2 εβδομάδες.

β.Ενώ με τα ερυθρά σημασμένα με τεχνητό (^{99}Tc -MDP) μας δείχνουν τη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας και τις διαταραχές της κινητικότητας της, αντίστοιχα με τις εμφραγματικές περιχές. Οι εξετάσεις αυτές ποσοστό λάθους 15% περίπου.

γ.Ραδιοϊσοτοπική αγγειοκαρδιογραφία. Με την ραδιοϊσοτοπική αγγειοκαρδιογραφία γίνεται με ακρίβεια εκτίμηση της λειτουργικότητας τόσο της αριστερής όσο και της δεξιάς κοιλίας. Επίσης σε έμφραγμα μυοκαρδίου μπορεί να γίνει αποκάλυψη τοιχωματικής δυσκινησίας, ακόμη και λίγες ώρες μετά την εμφραγματική προσβολή. Η ραδιοϊσοτοπική αγγειοκαρδιογραφία είναι πολύ καλή μέθοδος για την μελέτη της δεξιάς κοιλίας σε έμφραγμα αυτής. Η δυσκινητική περιοχή είναι μόνιμη σε έμφραγμα του μυοκαρδίου και παροδική σε στηθαγχική κρίση. Η εξέταση αυτή γίνεται τότε μόνο όταν δε βοηθήσουν την διάγνωση όλα προηγούμενα μέσα που έχουμε αναφέρει γενικά μέχρι τώρα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

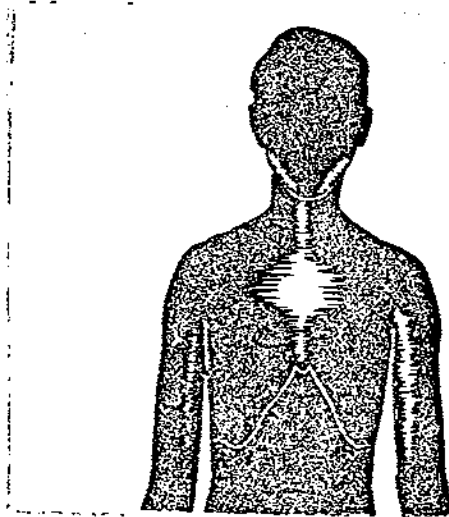
Η διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό, το θωρακικό πόνο, στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και τα ένζυμα του ορού.

Η εγκατάσταση ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου γίνεται με μία ή περισσότερες κρίσεις, στις οποίες συνηθέστερα επικρατεί ο πόνος. Όταν οι κρίσεις είναι περισσότερες, η ολοκλήρωση του εμφράγματος συχνά γίνεται σε λίγες μέρες και όχι την πρώτη μέρα, όπως συμβαίνει κατά κανόνα αν το οξύ έμφραγμα εγκατασταθεί με μία κρίση.

α) Οπισθοστερνικός πόνος και άλλα συμπτώματα: Όπως και στην στηθάγχη, το ιστορικό έχει την πρώτη θέση για την διάγνωση του οξέος εμφράγματος. Ο ασθενής παραπονείται για πόνο ή γενικότερα δυσφορία στο θώρακα. Ο πόνος μοιάζει με το στηθαγχικό, όμως διαρκεί περισσότερο, συνήθως πάνω από 30 MIN ή ώρες και δεν υποχωρεί με υπογλώσσα νιτρογλυκερίνης παρά μόνο με ηρωΐνη (5-10 MG ενδοφλεβίως IV) είναι φάρμακο ειλογής, λόγω αποτελεσματικότητάς τους και έλλειψη παρενεργειών από το κυκλοφορικό. Αν όμως δεν υπάρχει μπορεί να χρησιμοποιηθεί μορφίνη (15 MG ενδοφλεβίως IV) που μπορεί όμως να προκαλέσει εμετό. Και τα δύο πάντως έχουν ισχυρή ναρκοτική δράση και βοηθούν στην εξαφάνιση του φόβου. Σε λιγότερες σοβαρές περιπτώσεις χρησιμοποιούμε πεθιδίνη (50 MG ενδομυϊκά IM).

Συχνά είναι εντονότερος από όσο στη στηθάγχη, μπορεί όμως να μην περιγράφεται σαν πραγματικός πόνος αλλά σαν σφίξιμο, κάψιμο ή πίεση στο στήθος. Επίσης μοιάζει με το στηθαγχικό πόνο ως προς την εντόπιση και ακτινοβολία. Η μέγιστη έ-

νταση συνηθέστερα εντοπίζεται στο βάθος κάτω από το στέρνο και από εκεί ακτινοβολεί στην πλάτη και όλο το θώρακα. Η ακτινοβολία συχνά επεκτείνεται στον τράχηλο, στην κάτω γνάθο, τους ώμους, τους βραχίονες, αγκώνες, καρπούς ιδιαίτερα αριστερά. Μερικές φορές ο πόνος μπορεί να επεκταθεί και στο επιγάστριο.



Εικόνα 10: Το πρότυπο του πόνου.

Μετά την εγκατάσταση του εμφράγματος που βεβαιώνεται με το ηλεκτροκαρδιογράφημα και με την αύξηση των ενζύμων του ορού, ο ασθενής μερικές φορές παρουσιάζει, για μία ή περισσότερες μέρες, ορισμένες κρίσεις κατά κανόνα ήπιες και μικρής διάρκειας.

β) Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εμφραγματικού πόνου

<<Ο χαρακτηριστικός πόνος του εμφράγματος είναι η κραυγή των ιστών που πεινούν για οξυγόνο>>.

Ο πόνος συνήθως συνδυάζεται με σωματική καταβολή, ωχρό-

τητα και εφίδρωση. Μερικές φορές ο ψυχρός ιδρώτας είναι το μόνο σύμπτωμα που αναφέρει ο ασθενής. Άλλοτε ο πόνος συνδυάζεται με ζάλη, σκοτοδίνη, άγχος, λιποθυμία, ναυτία και φόβο για επικείμενο θάνατο. Ορισμένοι ασθενείς αντί για πόνο αναφέρουν δύσπνοια ή αδυνατούν να διευκρινήσουν αν επικρατούσε ο πόνος ή η δύσπνοια.

Σε ηλικιωμένα άτομα όμως ο πόνος μερικές φορές απουσιάζει τελείως, και εμφανίζεται στον ασθενή σαν καρδιακή ανεπάρκεια ή έχουμε απώλεια συνειδήσεως λόγω ελάττωσης της καρδιακής παροχής. Κατά την πρώτη εβδομάδα μετά την 2η μέρα εμφανίζεται πολλές φορές μικρός πυρετός κάτω των 38°C συνήθως διαρκεί για 2-4 μέρες. Επίσης έχουμε ταχυκαρδία ή βραδυκαρδία όπου αυτή εντοπίζεται στο οπίσθιο βασικό έμφραγμα.

Η αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη κατά την έναρξη της προσβολής για σύντομο χρονικό διάστημα, αργότερα όμως παρατηρείται πτώση της πίεσης. Σε παλαιούς ασθενείς υπερτασικούς, μετά το έμφραγμα η αρτηριακή πίεση πολλές φορές βρίσκεται για μακρό χρονικό διάστημα κοντά ή μέσα στα φυσιολογικά όρια χωρίς ειδική θεραπεία. Ο ρυθμός μπορεί να γίνει καλπαστικός και να έχουμε υγρούς ρόγχους από τις πνευμονικές βάσεις. Η φλεβική πίεση είναι αυξημένη. Επίσης έχουμε ελάττωση των καρδιακών τόνων και κατά την δεύτερη ή τις επόμενες μέρες είναι δυνατόν να εμφανιστούν περικαρδιακοί ήχοι τριβής.

Από το ιστορικό ο εμφραγματικός πόνος ξεχωρίζεται όταν:

1) Ο ασθενής έπασχε από χρόνια στηθάγχη και αναφέρει ότι πρόκειται για τον ίδιο στηθαγχικό πόνο με την διαφορά ότι είναι εντονότερος χωρίς να υποχωρεί με νιτρογλυκερίνη.

2) Ένα ή περισσότερα 24ωρα πριν από την προσβολή αναφέρονται επεισόδια παροξυσμικού πόνου ή δυσφορίας, σύντομης (3-5 MIN) ή μεγαλύτερης διάρκειας (10-20 MIN) που θυμίζουν παρατεταμένη στηθαγχική κρίση. Τα πρόδρομα αυτά επεισόδια μπορεί να εμφανίζονται κατά τη σωματική προσπάθεια, οπότε στηρίζεται κανείς σ' αυτή τη σχέση πόνου και προσπάθειας και θέτει τη διάγνωση. Συχνότερα τα πρόδρομα επεισόδια του εμφράγματος παρουσιάζονται κατά την ανάπαυση ή και τον πόνο και τότε οι σκέψεις που οδηγούν στην ορθή διάγνωση είναι οι εξής:

α) Οι κρίσεις του πόνου εμφανίζονται για πρώτη φορά στη ζωή ενός ατόμου κάποιας ηλικίας, στην οποία είναι συχνή η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου, ιδιαίτερα αναφέρονται κληρονομικότητα και προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης.

β) Οι κρίσεις διαρκούν λίγα λεπτά και στη συνέχεια ο άρρωστος αισθάνεται πολύ καλά, σε αντίθεση με άλλες παθήσεις π.χ. περικαρδίτιδα, γαστρίτιδα κ.α., στις οποίες το ιστορικό διαφέρει και επιπλέον ο πόνος διαρκεί πολύ και επηρεάζεται με τις αναπνευστικές ή άλλες κινήσεις του κορμού και των άκρων.

γ) Αφύπνιση από την κρίση. Ο πόνος που ξυπνάει ένα άτομο από τον ύπνο είναι πάντοτε οργανικός και εφ' όσον είναι θωρακικός σε άτομα με προδιαθετικούς παράγοντες και με τα χαρακτηριστικά που έχουμε περιγράψει κατά κανόνα οφείλεται σε οξύ ισχαιμικό επεισόδιο του μυοκαρδίου.

3) Αναφέρονται σωματική αδυναμία και άλλα συμπτώματα

κατά την κρίση. Κατά τα προεμφραγματικά επεισόδια και κυρίως κατά την προσβολή συμβαίνει ελάττωση της καρδιακής παροχής. Έτσι κατά την διάρκεια της κρίσης ο ασθενής μπορεί να έχει έντονο αίσθημα αδυναμίας, που μερικές φορές συνδυάζεται με ζάλη, ωχρότητα, επίδρωση ή εκδηλώσεις ελαφράς ή σοβαρότερης πνευμονικής συμφόρησης, όπως η δύσπνοια κ.α..

Κατά τα πρόδρομα επεισόδια και περισσότερο κατά την εμφραγματική προσβολή συχνά ο ασθενής δεν μπορεί να βαδίζει ελεύθερα όπως συμβαίνει π.χ. με τον αθροϊτικό πόνο, στον θώρακα, τους ώμους κ.λπ.. Μερικές φορές οι παραπάνω αιμοδυναμικές μεταβολές είναι πολύ σοβαρές και τότε η εμφραγματική προσβολή μπορεί να εκδηλωθεί με εικόνα SHOCK ή οξείας κάμψης της αριστερής κοιλίας με πνευμονικό οίδημα ή με επιδείνωση προϋπάρχουσας καρδιακής ανεπάρκειας. Σπανιότερα οι ασθενείς εμφανίζουν ναυτία και εμετούς.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΩΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

1. Κοιλιακή εκτασυστολική αρρυθμία. Παρατηρείται κατά την οξεία φάση του εμφράγματος, σε ποσοστό του 60% των ασθενών. Θεραπεύεται με ενδοφλέβια χορήγηση ξυλοκαΐνης.

2. Ταχυκαρδία από ιδιοκοιλιακό ρυθμό. Παρατηρείται σε ποσοστό 10-20% των αρρώστων με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Θεραπεύεται με τη χορήγηση ατροπίνης.

3. Κοιλιακή ταχυκαρδία. Παρατηρείται σε ποσοστό 10-40%. Θεραπεύεται με την χορήγηση ξυλοκαΐνης.

4. Κοιλιακή μαρμαρυγή. Παρατηρείται σε ποσοστό 5-20%. Όπου γίνεται απιδίνωση με 200 JOULES και προληπτικά χορηγείται ξυλοκαΐνη και αντιαρρυθμικά φάρμακα.

5. Εκτοπές υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες. Θεραπεία με δακτυλίτιδα.

6. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Παρατηρείται σε ποσοστό 10-20% περίπου. Θεραπεύεται με βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση ατροπίνης.

7. Κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Παρατηρείται σε ποσοστό 5-8%. Θεραπεύεται με την χορήγηση ατροπίνης ή σε απότυχία αυτής, εφαρμόζουμε προσωρινή βηματοδότηση.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΕΚΕΛΟΥΣ ΤΟΥ ΔΕΜΑΤΙΟΥ ΤΟΥ HIS

Στην προκειμένη περίπτωση συνίσταται η τοποθέτηση τεχνητού βηματοδότη της καρδιάς, γιατί η πιθανότητα πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού είναι μεγάλη.

ΥΠΟΤΑΣΗ ΑΠΟ ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ ΚΑΙ ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Συνήθως οφείλεται σε διουρητικά, εφίδρωση και εμετούς. Επίσης ενοχοποιούνται τα αγγειοδιασταλτικά φάρμακα, όπως τα νιτρώδη. Χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά, συχνά με ποσότητα χλωριούχου νατρίου μεγάλη.

ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ-SHOCK

Σε καρδιακή ανεπάρκεια, που εκδηλώνεται με ρόγχους υγρούς στις βάσεις των πνευμόνων, συνήθως θεραπεύεται με χορήγηση οξυγόνου και φουροσελίδη.

Σε περίπτωση SHOCK χρησιμοποιείται η ενδοαορτική αντλία με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η αντλία στην πραγματικότητα είναι ένα μπαλόνι όπου αυξάνει την στεφανιαία ροή με συνέπεια να προωθείται ευκολότερα το κύμα σφυγμού στην περιφέρεια.

ΡΗΞΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Όπου διαχωρίζεται στην ρήξη των θηλοειδών μυών μ'αποτέλεσμα να έχουμε ανεπάρκεια της μιτροειδούς και στην ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος με αποτέλεσμα να προκαλεί μεσοκοιλιακή επικοινωνία. Και στις δύο περιπτώσεις η θνησιμότητα είναι πολύ μεγάλη.

ΕΠΙΜΟΝΟΣ Ή ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΩΝ ΠΟΝΟΣ ΑΠΟ ΕΠΙΜΕΝΟΥΣΑ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ.

Παρατηρείται σε ορισμένους αρρώστους κατά τις πρώτες 48 ώρες του εμφράγματος ή και αργότερα. Θεραπεύεται με μεγάλες δόσεις νιτρογλυκερίνης σε ενδοφλέβια έγχυση, αναστο-

λής του ασβεστίου και αναστολής των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Αν ο πόνος επιμένει, συνίσταται στεφανιογραφικός έλεγχος προς ενδεχόμενη χειρουργική θεραπεία γιατί χωρίς αυτή η θνησιμότητα είναι πολύ μεγάλη.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Αποκαλύπτεται κατά την πρώτη μέρα της εισαγωγής του αρρώστου στο νοσοκομείο, και αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η εγχευόμενη του εμφράγματος έγινε λίγες μέρες νωρίτερα. Θεραπεύεται με ασπιρίνη και ωδομεθακίνη με καλά αποτελέσματα.

ΑΝΕΥΡΥΣΜΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Τα περισσότερα ανευρύσματα διαπιστώνονται κατά το πρώτο έτος. Συνήθως συνίσταται χειρουργική θεραπεία.

ΜΕΤΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ Ή ΣΥΝΔΡΟΜΟ DRESSELER'S

Δημιουργείται 2-6 εβδομάδες μετά από οξύ έμφραγμα και χαρακτηρίζεται από πυρετό, γενική κακουχία, δύσπνοια, παρουσία περικαρδιακού ή πλευριτικού υγρού. Η πρόγνωση είναι καλή και η θεραπεία του γίνεται με κορτικοειδή.

ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ

Η θεραπεία γίνεται με ηπαρίνη ενδοφλέβια για 7-10 ημέρες και ακολουθεί αντιπηκτική αγωγή με λήψη ενός κουμαρινικού παραγώνου από το στόμα.

Υπάρχει ο κίνδυνος για εγκεφαλικό επεισόδιο ανάλογα από την θέση του θρόμβου στην μεγάλη κυκλοφορία.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Γίνεται η κλασική θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας

με δακτυλίτιδα, διουρητικά και αγγειοδιασταλτικά. Επίσης χορηγούνται και αντιπηκτικά φάρμακα.

ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΕΚΤΑΚΤΟΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ.

Η χορήγηση ενός αναστολέα των β-αδρενεργικών υποδοχέων συνήθως είναι αρκετή.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η εγκατάσταση και ολοκλήρωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου συχνά γίνεται με περισσότερες από μία κρίσεις, εμφραγματικού πόνου, κατά τις οποίες είναι μεγάλος ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών και κυρίως κοιλιακής μαρμαρυγής. Οι περισσότεροι θάνατοι από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνουν κατά την πρώτη ώρα της προσβολής. Για το λόγο αυτό η θεραπεία του εμφράγματος αρχίζει αν το ιστορικό συνηγορεί για οξύ έμφραγμα ακόμη και όταν το ηλεκτροκαρδιογράφημα και τα ένζυμα του ορού δεν παρουσιάζουν διαγνωστικές μεταβολές.

Σήμερα χρησιμοποιείται ο όρος <<ολοκληρωμένο έμφραγμα>> με την έννοια ότι είναι ελάχιστη ή μηδαμινή εξέλιξη ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Σε τυπική περίπτωση η ολοκλήρωση του εμφράγματος συμβαίνει 6 ώρες μετά την έναρξη του πόνου, οπότε το ηλεκτροκαρδιογράφημα έχει εμφανίσει πέρα από την ανύψωση του ST και έπαρμα Q νέκρωσης, τα δε ένζυμα CPK (κρεατινική φωσφοοκινάση) δείχνουν πτώση των τιμών τους μετά από μία μέγιστη τιμή. Σε ολοκληρωμένο έμφραγμα είναι μάταιη κάθε προσπάθεια περιορισμού της νέκρωσης του μυοκαρδίου, η οποία θα πρέπει να γίνεται όταν το έμφραγμα εξελίσσεται, δηλαδή κατά τις πρώτες 6 ώρες.

A. Η αντιμετώπιση μιάς οξείας εμφραγματικής προσβολής χωρίς επιπλοκές γίνεται ως εξής:

1. Χορηγείται ΜΟΡΦΙΝΗ 10-15 ΜG ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση του εμφραγματικού πόνου στο σπίτι, εξωτερικό ιατρείο κ.λπ. που γίνεται η πρώτη ιατρική εξέταση.

Στην περίπτωση που αρρώστησει σπίτι του, μπορεί να εί-

να καλύτερα γι' αυτόν να παραμείνει εκεί, ιδιαίτερα εάν έχουν περάσει ώρες από την προσβολή, αν το έμφραγμα είναι ελαφρό, αν ο άρρωστος είναι ηλικιωμένος και αν το νοσοκομείο είναι μακριά. Τα υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης που κατά κανόνα δίνονται στις περιπτώσεις αυτές, δεν είναι αποτελεσματικά. Στη συνέχεια ο άρρωστος διακομίζεται αμέσως σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου παραμένει κλινήρης και γίνεται συνεχής καθόλο το 24ωρο παρακολούθηση σε τηλεοπτική οθόνη (MONITOR) του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και της αρτηριακής πίεσης για την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής. Το κύριο πλεονέκτημα του νοσοκομείου είναι ότι μπορεί ευκολότερα να αντιμετωπισθούν οι αρρυθμίες. Όλοι οι άρρωστοι στο νοσοκομείο θα πρέπει να βρίσκονται αρχικά σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης για τις πρώτες 2-3 μέρες. Αυτό επιτρέπει την άμεση αντιμετώπιση των αρρυθμιών.

Στην προκειμένη περίπτωση πρέπει να εξηγηθεί στο περιβάλλον του αρρώστου ότι εις όσον και ιδιαίτερα χρειάζεται είναι ησυχία και ότι θα εξυπηρετείται για τις φυσικές του ανάγκες από ειδικευμένο προσωπικό. Από το γιατρό και από την νοσηλεύτρια ο άρρωστος χρειάζεται επαναβεβαίωση ότι η πάθηση του είναι συχνή στην λατρικο-νοσηλευτική πράξη και ότι η πλήρης ίαση είναι ο κανόνας. Χρειάζεται επίσης να αισθάνεται ότι υπάρχει πληρότητα, πείρα και τεχνικά μέσα για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε επιπλοκής.

Στη συνέχεια τοποθετείται ορός ενδοφλέβια για τη δυνατότητα άμεσης χορήγησης φαρμάκου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Αν συνεχίζεται ο πόνος η μορφίνη επαναλαμβάνεται κάθε 4-6 ώρες. Το φάρμακο αυτό εκτός από τη ναρκοτική του ενέρ-

γεια, προκαλεί ελάττωση της φλεβικής επιστροφής, λόγω μείωσης της τάσης του τοιχώματος των φλεβών και αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού. Μαζί με την μορφίνη, ιδιαίτερα σε οπίσθιο κατώτερο έμφραγμα συχνά χορηγείται θειϊκή ατροπίνη 0,5 MG, οπότε προλαμβάνονται παρασυμπαθητικοτονικές καταστάσεις, όπως ναυτία, έμετός, βραδυκαρδία, κολποκοιλιακός αποκλεισμός και κομβικός ρυθμός. Πολλές φορές αποφεύγεται η μορφίνη, π.χ. σε βραδυκαρδία με υπόταση, και στη θέση της μπορεί να χορηγηθεί πεθιδίνη. Η πεθιδίνη εκτός από την αναλγητική της δράση έχει ενέργεια που μοιάζει με της ατροπίνης και αυξάνει την κοιλιακή συχνότητα. σε επίμονο πόνο από περικαρδιακή αντίδραση μπορεί να χορηγηθεί αποτελεσματικά η πρενδιζόνη.

2.Χορηγείται ΟΞΥΓΟΝΟ με σκοπό τον περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος και ΕΥΛΟΚΑΪΝΗ σε ενδοφλέβια χορήγηση για 48 ώρες από την πρόληψη κοιλιακών αρρυθμιών.

Γενικότερα η χρήση οξυγόνου είναι απαραίτητη. σε όλες τις σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει πτώση της μερικής τάσης του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα. Η εισπνοή οξυγόνου με μάσκα ή ρινικό καθετήρα μπορεί να προλάβει τις επιπλοκές. Δεν υπάρχει τρόπος χορήγησης του οξυγόνου που να μην προκαλεί δυσανεξία στον άρρωστο και γι' αυτό είναι φρόνιμο να χορηγείται μόνο στους βαριά πάσχοντες.

Όσον αφορά για την ξυλοκαΐνη επιτυγχάνονται θεραπευτικά επίπεδα στο αίμα καλύτερα αν γίνεται ενδοφλέβια ένεση 75-100 MG του φαρμάκου στην αρχή της έγχυσης. Στην περίπτωση παρενεργειών από το κεντρικό νευρικό σύστημα ελαττώνεται η

δόση ή διακόπτεται η χορήγηση του φαρμάκου, οπότε υποχωρούν οι παρενέργειες. Η προληπτική χορήγηση ξυλοκαΐνης φρόνιμο είναι να αποφεύγεται στο ολοκληρωμένο έμφραγμα καθώς επίσης και σε ασθενείς υπερήλικους άνω των 70-75 ετών, οι οποίοι είναι πιο ευαίσθητοι σε παρενέργειες από το νευρικό σύστημα.

Επίσης για την πρόληψη των κοιλιακών αρρυθμιών υποβάλλονται σε κλινική δοκιμασία πρόσφατα δύο νέοι αντιρρυθμικοί παράγοντες. Είναι η δισοπυραμίδη και η μεξιλετίνη, που δίνονται από το στόμα, και αποκαθιστούν σε μεγάλη αναλογία και με επιτυχία το φυσιολογικό ρυθμό και χρησιμοποιούνται προφυλακτικά. Η προπρανολόλη και άλλοι παράγοντες που αποκλείουν τους β-υποδοχείς φαίνεται επίσης ότι έχουν αξία σε αρρώστους που αναρρώνουν από προσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου, αλλά αντεδεικνύεται σε σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια και σε αρρώστους με απόφραξη των αεροφόρων οδών.

3.Εφόσον η πίεση είναι καλή, χορηγείται ΝΙΤΡΟΓΛΥΚΕΡΙΝΗ με ενδοφλέβια έγχυση. Το επίπεδο της νιτρογλυκερίνης στο αίμα πρέπει να είναι σταθερό και επιπλέον να υπάρχει η δυνατότητα ρύθμισης της δόσης· το φάρμακο διακόπτεται σε περίπτωση υπότασης. Τα νιτρώδη χορηγούνται για αντιμετώπιση ελαφρών στηθαγχικών ενοχλήσεων, που πολλές φορές συνεχίζονται για μία ή περισσότερες μέρες μετά την υποχώρηση του εμφραγματικού πόνου, καθώς επίσης για πιθανό περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος. Αν υπάρχουν τεχνικές δυσκολίες για ενδοφλέβια έγχυση, η νιτρογλυκερίνη χορηγείται υπογλωσσίως 1 δισκίο για κάθε 2-3 ώρες ή σε αλοιγή από το δέρμα. Σε περίπτωση ομαλής πορείας η ενδοφλέβια χορήγηση διακόπτεται μετά 2-3 μέρες και

στην συνέχεια η νιτρογλυκερίνη χορηγείται σε αλοιφή από το δέρμα.

4. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ και ιδιαίτερα του καλίου του αίματος, γιατί συχνά κατά την οξεία φάση του εμφράγματος υπάρχει υποκαλιαιμία, η οποία ευαισθητοποιεί ακόμη περισσότερο το μυοκάρδιο σε κοιλιακές αρρυθμίες. Για το λόγο αυτό συνήθως από την αρχή χορηγείται χλωριούχο κάλιο, 2-4 GR την ημέρα με ενδοφλέβια έγχυση. Σε σοβαρή υποκαλιαιμία αυξάνεται η δόση του χλωριούχου καλίου, ώπου να αποκατασταθεί η τιμή του καλίου στο αίμα.

5. Συνίσταται χορήγηση ΗΠΑΡΙΝΗΣ ή με τους ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Κ (δηλαδή ενός κουμαρινικού παραγώγου) κατά το χρόνο της κατάκλισης του ασθενή στο νοσοκομείο με σοβαρό έμφραγμα και που πιθανώς θα ακινητοποιηθεί για μερικές εβδομάδες, με σκοπό την προφύλαξη από θρομβοεμβολικά επεισόδια κυρίως των κάτω άκρων, εκτός αν υπάρχουν αντενδείξεις χορήγησης αντιπηκτικών φαρμάκων. Προτιμάται η έναρξη με μικρές δόσεις ενδοφλεβίως. Μετά 2-3 μέρες ή περισσότερο, ακολουθεί θεραπεία με δικουμαρινικό παράγωγο.

6. Τα ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ είναι χρήσιμα φάρμακα και συνήθως χορηγούνται μετά τη διακοπή της μορφίνης.

7. ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ χορηγούνται όταν τα νιτρώδη δεν είναι αποτελεσματικά και επιμένουν οι στηθαγχικές κρίσεις ή όταν τα νιτρώδη προκαλούν κεφαλαλγία ή υπόταση.

Ιδιαίτερα συνιστώνται σε υποψία σπασμού των στεφανιαίων με παροδική ανάρπωση του τμήματος ST κατά τη στηθαγχική κρίση.

Η χορήγηση ΔΙΑΤΙΑΖΕΜΗΣ κατά την έναρξη των συμπτωμάτων μπο-

ρεί να ελαττώσει το ποσοστό εγνατάστασης εμφράγματος του μυοκαρδίου.

8.ΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΩΝ Β-ΑΔΡΕΝΑΡΓΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ θεωρείται ότι περιορίζουν την έκταση του εμφράγματος. Συνδυάζονται με τους αναστολείς του ασβεστίου αν επιμένουν οισθηθαιχλικές κρίσεις. Επίσης αν λαμβάνονταν πριν το έμφραγμα οι β-αναστολείς συνεχίζονται και κατά τις πρώτες μέρες του εμφράγματος, αν βέβαια δεν υπάρχει σχετική αντένδειξη. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην αρνητική τους ενότροπη ενέργεια, γιατί σε εκτεταμένο έμφραγμα με μειωμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας, συχνά προκαλούν εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε οξύ οπίσθιο-κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου, επειδή συχνά αυτή η εντόπιση της βλάβης επιπλέκεται με φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγιμότητας.

9.Η ΚΟΑΒΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ και οι άλλες υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες θα πρέπει να θεραπεύονται με πλήρη δόση δακτυλίτιδας. Αν η κοιλιακή συχνότητα είναι πολύ μεγάλη και υπάρχει φόβος για καρδιακή ανεπάρκεια, μπορεί να επιχειρηθεί η ηλεκτρική ανάταξη της αρρυθμίας.

10.Η εμφάνιση συχνών ΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΣΥΣΤΟΛΩΝ και ιδιαίτερα συστολών που συμβαίνουν πολύ κοντά στο κύμα T της προηγούμενης κανονικής συστολής, μπορεί να ακολουθηθεί από κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακή μαρμαρυγή. Όταν στην πορεία ενός εμφράγματος συμβεί κοιλιακή ταχυκαρδία σε μεγάλη αναλογία των περιπτώσεων προχωρεί σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Γι' αυτούς τους λόγους η κοιλιακή αρρυθμία πρέπει να θεραπεύεται

με φάρμακα που καταστέλλουν την ερεθισιμότητα των κυττάρων του μυοκαρδίου.

11. Ο ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ αποτελεί σοβαρό πρόβλημα. Είναι συχνότερος σε έμφραγμα του διαφραγματικού τοιχώματος της αριστερής κοιλίας.

Αν λοιπόν ο άρρωστος με ένα διαφραγματικό (κατώτερο) έμφραγμα δεν είναι σοβαρά, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αποκατασταθεί η αγωγιμότητα μέσα σε λίγες μέρες. Αν υπάρχει βραδυκαρδία πέφτει ο όγκος παλμού και ο άρρωστος χρειάζεται βηματοδότηση. Τοποθετείται ένα ηλεκτρόδιο και προσαρμόζεται ένας κατ'επίκληση βηματοδότης, αφήνεται δε στην θέση του για 10-14 μέρες μετά την επάνοδο του φυσιολογικού ρυθμού. Η απόφαση για βηματοδότηση απαιτεί μεγάλη καρδιολογική πείρα, γιατί ο κοιλιακός ρυθμός διαταράσσεται εύκολα και οι επανειλημμένες διεγέρσεις είναι επικίνδυνες.

12. Η ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ πρέπει να θεραπευθούν με το συνηθισμένο τρόπο, με ανάπαυση, αγωγή με διουρητικά και δακτυλισμό.

13. Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ. Αρχικά είναι απαραίτητη η κατάκλιση γιατί επιτρέπει το συνεχή έλεγχο και μειώνει τον κίνδυνο των αρρυθμιών. Ο άρρωστος δεν αισθάνεται καλά και επιθυμεί την ανάπαυση και αυτό επιτρέπει την εκτίμηση της σοβαρότητας της προσβολής. Μετά από λίγες μέρες είναι φανερό αν υπάρχει ή όχι κίνδυνος καρδιακής ανεπάρκειας ή κοιλιοκοιλιακού αποκλεισμού. Εκείνοι που δεν έχουν επιπλοκή και αισθάνονται καλά αφήνονται να κινηθούν από το κρεβάτι και αρχίζουν να περπατάνε σε λίγες μέρες. Αιόμη και εκείνοι με πιο σοβαρή πάθηση που έχουν καλπαστικό ρυθμό που ανταποκρί-

νονται στα διουρητικά μπορούν να αφήσουν το κρεβάτι μέσα σε 2 εβδομάδες αν η κατάσταση τους είναι σταθερή. Εφόσον υπάρχουν φυσιολογικές συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι, μια ακόμα εβδομάδα στο νοσοκομείο είναι η μακρύτερη περίοδος που χρειάζεται. Κατόπιν πρέπει να υπάρξει μία περίοδος ανάρρωσης στο σπίτι, στην αρχή περπατώντας μέσα και κατόπιν στους δρόμους.

Γενικότερα οι θάνατοι πριν ή μετά από μια συστηματική θεραπεία μπορούν να μειωθούν αν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες ασθενοφόρων με εξειδικευμένο προσωπικό και με τα απαιτούμενα όργανα συνεχής παρακολούθησης, όπως με βηματοδότη, απινιδωτή, οξυγόνο και φάρμακα. Δυστυχώς όμως, οι μεγάλες αποστάσεις των μεγαλόπολεων και η κυκλοφοριακή συμφόρηση προκαλούν την γρήγορη προσφορά των πολύτιμων υπηρεσιών προβληματική.

Β. Φαρμακευτική αγωγή μετά την οξεία (νοσοκομειακή) φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Το μόνος είδος φαρμάκων που αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε χρόνια χορήγηση είναι οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Επομένως σε ανεπίλεκτο έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο η συνταγή θα πρέπει να περιλαμβάνει έναν β-αναστολέα, εκτός βέβαια αν υπάρχει αντένδειξη, και φάρμακα για συμπτωματική θεραπεία όπως ηρεμιστικά σε εγκενυρισμό ή αύπνία, υπακτικά για δυσκοιλιότητα κ.τλ..

Ορισμένοι γιατροί συνιστούν και τη χορήγηση ασπερίνης,

σε μέτρια δόση, με σκοπό την πρόληψη οξείας θρόμβωσης πάνω σε αθηροσκληρυντική πλάκα από αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Επίσης για προληπτικούς λόγους αναγράφονται πάντοτε και υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης τα οποία φέρει ο ασθενής πάντοτε μαζί του προς χρήση σε περίπτωση σταγχνικής κρίσης.

Η κλασική αντιπηκτική αγωγή με κουμαρινικό παράγωγο δεν χορηγείται χρόνια σε ανεπίπλεκτο έμφραγμα. Η αγωγή αυτή συνιστάται όταν διαπιστώνονται μεγαλοκαρδία, κοιλιακό ανεύρυσμα, καρδιακή ανεπάρκεια που υπήρχε και πριν από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, μαρμαρυγή των κόλπων, ιστορικό παλαιού εμφράγματος, ιστορικό θρομβοφλεβίτιδας ή εμβολής ή σοβαρή παχυσαρκία.

Σήμερα όμως έρχονται ακόμα πιο ελπιδοφόρα μηνύματα από το Πανερωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα στην Βαρκελώνη, δηλαδή το καλοκαίρι του 1992. Σύμφωνα με αποτελέσματα κλινικής μελέτης που έγινε από την Ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου HARVARD της Βοστώνης η άμεση χορήγηση του καρδιαγγειακού φαρμάκου με τη χημική ονομασία ΚΑΠΤΟΠΡΙΛΗ σε ασθενείς που υπέστησαν έμφραγμα, αυξάνει τις πιθανότητες για μακροχρόνια επιβίωση.

Γ. Φυσιική αποκατάσταση-Επιλογή εμφραγματικών ασθενών χωρίς συμπτώματα προς επεμβατική θεραπεία.

Ζωτικής σημασίας στην αντιμετώπιση του εμφράγματος είναι η ενθάρρυνση του αρρώστου. Είναι σωστό να προβλεφθεί από την αρχή ότι οι περισσότεροι άνδρες θα επιστρέψουν στην αρχική τους δραστηριότητα μέσα σε τρεις μήνες. Είναι βασικό επο-

μένως να μην αφήσουμε τον άρρωστο και τους συγγενείς του με την λανθασμένη γνώμη ότι η ποιότητα της ζωής πρέπει να αλλάξει και ότι η αποφυγή των κινδύνων πρέπει να κυριαρχεί σε όλες τις εκφηλώσεις του αρρώστου. Προοδευτικά αυξανόμενη σωματική άσκηση ενθαρρύνεται.

Συνεπώς σε μια ομαλή πορεία του οξέος εμφράγματος, ο άρρωστος επιστρέφει στην εργασία του μέσα σε 2-3 μήνες από την μέρα της εμφραγματικής προσβολής. Η φυσική αποκατάσταση αρχίζει σχεδόν από την πρώτη μέρα στην μονάδα εντατικής θεραπείας με ελαφρές κινήσεις των άνω και κάτω άκρων. Μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, ο ασθενής περιορίζεται στο σπίτι του για δύο εβδομάδες περίπου, όπου θα πρέπει να αρχίσει πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων. (Πίνακες 1,2)

Για παράδειγμα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Δραστηριότητα στο σπίτι του εμφραγματία

Μετεμφραγματική εβδομάδα	Βαθμός δραστηριότητας
1η εβδομάδα	Αργό περπάτημα επί 5' (400 μέτρα μία φορά την ημέρα.
3η εβδομάδα	Το ίδιο δύο φορές την ημέρα.
4η-5η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 10' μία φορά την ημέρα.
6η-8η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 15' μία φορά την ημέρα.
7η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 20' μία φορά την ημέρα.
8η εβδομάδα	Μέτριο περπάτημα 20' μία φορά την ημέρα.
9η εβδομάδα	Μέτριο περπάτημα 30' μία φορά την ημέρα.
10η εβδομάδα	Έναρξη συμμετοχής στο πρόγραμμα φυσικής άσκησης σε ειδικά γυμναστήρια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πρόγραμμα βαδίσματος και τρεξίματος σε απώτερο
μετεμφραγματικό στάδιο.

Εβδομάδα

1-4	Αργό βάδισμα 100 μέτρα, γρήγορο 100 μέτρα, εναλλασσόμενα για 400 μέτρα.
5-8	Το ίδιο για 800 μέτρα.
9-12	Εναλλαγή αργού βαδίσματος, γρήγορου βαδίσματος και αργού τρεξίματος για 800 μέτρα.
13-15	Εναλλαγή 200 μέτρων γρήγορου βαδίσματος και τρεξίματος για 1200 μέτρα.
16-24	Εναλλαγή 200 μέτρων γρήγορου βαδίσματος, 400 μέτρων τρεξίματος, για 1600 μέτρα.
25-31	Τρέξιμο 1600 μέτρων, με αύξηση 100 μέτρων ανά μήνα.
52 και πέρα	Τρέξιμο 2 μιλίων.

Το όλο πρόγραμμα συμπληρώνεται με σουηδική γυμναστική.

Στην συνέχεια κάνει περιπάτους έξω από το σπίτι σε προοδευτικά αυξανόμενη διάρκεια, έτσι ώστε όταν επιστρέψει στην εργασία το να μπορεί να βαδίζει πρωί και απόγευμα με κάπως ζωηρό βηματισμό από 20-30 λεπτά. Παράλληλα ακολουθείται η υπόλοιπη υγιεινοδιατροφική αγωγή.

Πριν επιστρέψει ο ασθενής στην εργασία του επιβεβαιώνεται η ομαλή πορεία του εμφράγματος με ηλεκτροκαρδιογραφική μέγιστη δοκιμασία κόπωσης. Μπορεί επιπλέον να λεχθεί, ότι ο άρρω-

στος είναι ικανός για οποιαδήποτε σωματική προσπάθεια, η οποία θα προκαλούσε άνοδο της καρδιακής συχνότητας μέχρι το 70% της συχνότητας που επιτεύχθηκε κατά τη μεγίστη δοκιμασία κόπωσης.

Δ. Θρομβόλυση και επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 6 ώρες του οξέος εμφράγματος.

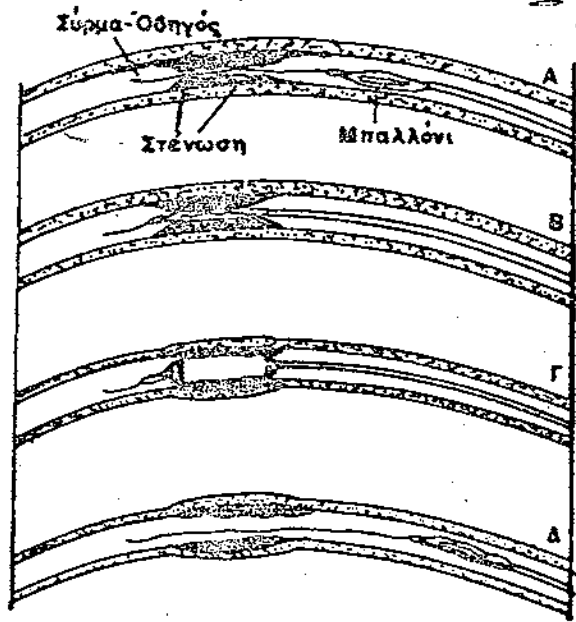
Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι είναι δυνατόν να περιοριστεί ή και να αποφευχθεί η μυοκαρδιακή νέκρωση, αν επιτευχθεί επαναιμάτωση του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 3-6 ώρες της οξείας εμφραγματικής προσβολής. Τα αποτελέσματα είναι πιο ικανοποιητικά όταν το έμφραγμα εντοπίζεται στον πρόσθιο παρά στο κατώτερο τοίχωμα, επειδή συνήθως στο πρόσθιο έχει μεγαλύτερη ένταση. Σε ορισμένα καρδιολογικά κέντρα η επαναιμάτωση επιχειρείται με:

1. Ενδοφλέβια έγχυση στρεπτοκινάσης.
- 2) Αγγειοπλαστική.
3. Χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη με τοποθέτηση μοσχευμάτων.

ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Σκοπός της αγγειοπλαστικής, γνωστής και σαν διαυλιική ή διαδερματική αγγειοπλαστική, είναι η μηχανική με μπαλόνι διάταξη στενής αρτηρίας χωρίς θωρακοτομή. Η επέμβαση γίνεται στα πλαίσια ενός αριστερού καθετηριασμού για στεφανιογράφια. Από τη μηριαία ή βραχιόνια αρτηρία αρτηρία εισάγεται καθετήρας-οδηγός και στην συνέχεια, με τη βοήθεια οδηγού-σύρματος,

που περνάει μέσα από τον αυλό του, ο καθετήρας προωθείται στην ανιούσα αορτή μέχρι το στόμιο της πάσχουσας αρτηρίας.



Εικόνα 11: Διασυστική αγγειοπλαστική.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Η αγγειοπλαστική συνίσταται σε συγκεκριμένη στένωση, η οποία βρίσκεται κοντά στην έκφυση μίας μεγάλης αρτηρίας. Επίσης, η αγγειοπλαστική συνίσταται σε μεγάλη στένωση της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας, όταν ο άρρωστος είναι ασυμπτωματικός, αλλά έχει θετική δοκιμασία κόπωσης. Σε μεγάλα καρδιολογικά κέντρα όπου γίνεται η αγγειοπλαστική προτιμώνται οι άρρωστοι με νόσο ενός αγγείου. Όμως συχνά γίνονται και περιπτώσεις 2 ή περισσότερων αγγείων.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Αντένδειξεις της αγγειοπλαστικής είναι η χρόνια πλήρης απόφραξη του αυλού της αρτηρίας και οι πολλαπλές διάσπαρτες πολυαγγειακές βλάβες. Σε πλήρη απόφραξη αγγείου από πρόσφατη θρόμβωση μπορεί να γίνει αγγειοπλαστική. Σχετικές αντενδείξεις είναι:

α) Στένωση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας, γιατί κατά τη διάταση του μπαλονιού μπορεί να προκληθεί σοβαρό ισχαιμικό επεισόδιο.

β) Επιμήκης, άνω των 1,5, στένωση.

γ) Στένωση που βρίσκεται μακριά από την έκφυση της αρτηρίας και ιδιαίτερα όταν εντοπίζεται σε σημείο καμπής της αρτηρίας, ή διχασμού της.

δ) Η κακή λειτουργία της αριστερής κοιλίας, γιατί κατά την αγγειοπλαστική μπορεί να προκληθεί ισχαιμικό επεισόδιο και να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ-ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ-ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Η αγγειοπλαστική έχει θνησιμότητα περίπου 1% αν πρόκειται για νόσο ενός αγγείου, και 2% σε νόσο πολλών αγγείων. Για την αντιμετώπιση των επιπλοκών, οι οποίες συμβαίνουν σε ποσοστό 6% περίπου, είναι απαραίτητη η ύπαρξη χειρουργείου σε ετοιμότητα προς άμεση επέμβαση τοποθέτησης σαρτοστεφανιαίων παρακαμπτηρίων μοσχευμάτων.

Με την αγγειοπλαστική είναι άγνωστο αν αυξάνεται το ποσοστό επιβίωσης του αρρώστου. Το βέβαιο είναι ότι υποχωρούν τα συμπτώματα και προλαμβάνονται με σειρά διαστολών ενός αγγείου.

γείου η εξέλιξη σε πιο επικίνδυνο στάδιο πολυαρτηριακής πάθησης.

ΑΚΤΙΝΕΣ ΛΕΪΖΕΡ

Οι ακτίνες λέιζερ έχουν το χαρακτηριστικό ότι απορροφούνται ταχύτατα από τους ιστούς και έτσι μπορεί να καθαρίσουν ένα τμήμα της αρτηρίας από αθηροσκληρωτική πλάκα χωρίς να διεισδύσουν και να προκαλέσουν βλάβη στο αρτηριακό τοίχωμα. Η παχύτητα απορρόφησης εξαρτάται από το μήκος των ακτίνων λέιζερ, οι οποίες μέχρι στιγμής είναι από διοξειδίο του άνθρακα.

ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Δεν υπάρχει απόδειξη ότι ο περιορισμός των προδιαθεσιών παραγόντων μπορεί να αναστείλει την επόμενη καρδιακή προσβολή. Παρόλα αυτά είναι καλά να λαμβάνονται τα ακόλουθα μέτρα:

Σταμάτημα καπνίσματος

Αδυνατίσμα

Διατήρηση σταθερής σωματικής δραστηριότητας.

Θεραπεία της υπέρτασης.

Οι νεαροί άνδρες με επανειλημμένες προσβολές μπορεί να ωφεληθούν από τη μακροχρόνια αντιπηκτική θεραπεία.

Η προσπάθεια για ελάττωση των λιπιδίων του αίματος είναι ένα πρόβλημα. Ελεγχόμενες δοκιμασίες για το αποτέλεσμα της χαμηλής σε λίπη δίαιτας σε αρρώστους που επιβίωσαν μιάς προσβολής εμφράγματος, δέν έδειξαν ουσιαστικό όφελος. Πιο πρόσφατες δοκιμασίες που χρησιμοποίησαν την κλοφιβράτη σε αρρώστους με έμφραγμα του μυοκαρδίου, και σε αρρώστους με στηθάγχη, φαίνεται να δείχνουν ελάττωση της θνητότητας, αλλά σήμερα είναι γνωστό ότι η κλοφιβράτη μπορεί να προκαλέσει χολοκυστοπάθεια.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να ενθαρρύνουμε τον ασθενή και να τον βοηθήσουμε να ξεπεράσει αυτή την επικίνδυνη κρίση του οξέος εμφράγματος και για να μπει στην ανάρρωση, πρέπει να αντιμετωπίσει με λογική και ψυχραιμία την νέα του κατάσταση. Να του διώξουμε σαν νοσηλευτικό προσωπικό από το μυαλό του τις δυσάρεστες σκέψεις, να του τονίσουμε πως πρέπει να απομακρύνει την ανάμνηση των συγγενών και των φίλων που έπαθαν έμφραγμα και να λησμονήσει όσα μέχρι τώρα έχει διαβάσει σχετικά με την νόσο αυτή της καρδιάς, γιατί τα πιο πολλά δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και μόνο στην απογοήτευση θα τον οδηγήσουν. Επίσης να του τονίσουμε πως πρέπει να λάβει υπόψη του ότι είναι απόλυτα στο χέρι του να ξαναγυρίσει στην κοινωνική ζωή όπως και πριν. Και να τον βεβαιώσουμε πως οι περισσότεροι άνθρωποι, που παθαίνουν έμφραγμα, ύστερα από ένα λογικό χρονικό διάστημα επανέρχονται στην εργασία τους με καλή υγεία.

ΓΕΝΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπεία ενός ασθενή με έμφραγμα του μυοκαρδίου αποσκοπεί:

- α) Στην εξάλειψη των στηθαγχικών ενοχλήσεων.
- β) Στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση επιπλοκών, όπως είναι οι αρρυθμίες και η καρδιακή ανεπάρκεια.
- γ) Στην αύξηση του προσδοκίμου επιβίωσης.

Για την επίτευξη των σκοπών αυτών επιβάλλεται η ακριβής διάγνωση και εκτίμηση της κλινικής μορφής του εμφράγματος του μυοκαρδίου, που εμφανίζει ο ασθενής σε συνδυασμό με τους παράγοντες εκείνους που επιβαρύνουν την πρόγνωση. Έτσι, πέρα από την σοβαρότητα του ασθενή που προσδιορίζεται από τις βλάβες των στεφανιαίων αρτηριών και την κατάσταση του κοιλιακού μυοκαρδίου, λαμβάνονται υπόψη σοβαρά προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως το ιστορικό προσβολής άλλων μελών της οικογένειας, το κάπνισμα, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων κινδύνου σε ένα ασθενή αυξάνει όχι αριθμητικά, αλλά σχεδόν γεωμετρικά την πιθανότητα επιβάρυνσης ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η ηλικία και το φύλο είναι πρόσθετοι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη κατά την θεραπεία ενός εμφράγματος.

Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ειδήλωση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου και πρέπει απαραίτητα να θεραπευτούν, είναι εξωκαρδιακές παθολογικές καταστάσεις όπως η αναιμία, ο υπερθυρεοειδισμός κ.α..

Τέλος, κατά την θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου απαιτείται λεπτομερής εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή και λήρρης γνώσης των παρενεργειών από την επιλογή του φαρμάκου. Έτσι αποφεύγεται η χορήγηση π.χ. αναστολέων των β-αδρενεργικών υποδοχέων σε ασθενή με ιστορικό βρογχικού άσθματος κ.α..

ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στις αιματολογικές εξετάσεις παρατηρείται στο οξύ έμφραγμα αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων, αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, αύξηση του σακχάρου και τέλος αύξηση των καρδιακών ενζύμων όπως της μυοσφαιρίνης (MG), της κρεατινικής φωσφοκινάσης (CPK), της γαλακτικής αφυδρογονάσης (LDH), της γλουταμινικής πυροσταφυλικής τρανσαμινάσης (SGPT) και τέλος της γλουταμινικής οξαλοζικής τρανσαμινάσης (SGOT).

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της φλεβοκέντησης με σκοπό την αιμοληψία για εργαστηριακές εξετάσεις είναι να γίνονται κάτω από εντελώς αυστηρά άσηπτες συνθήκες και με προσοχή καθώς υπάρχει πάντα οκκίνδυνος της μόλυνσης τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για τον νοσηλευτή. Πριν λοιπόν απομακρυνθεί ο νοσηλευτής από τον άρρωστο ελέγχει το σημείο της φλεβοκέντησης για τυχόν αιμορραγία. Στην συνέχεια αφήνει τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση. Φροντίζει να φθάσει το δείγμα του αίματος με ασφάλεια και έγκαιρα στο εργαστήριο. Ενημερώνει σχετικά το δελτίο νοσηλείας του αρρώστου. Φροντίζει ή απορρίπτει σε ειδικό καλάθι με σήμα για τις βελόνες και κυρίως ότι αντικείμενα έχουν χρησιμοποιηθεί. Και τέλος αν ο άρρωστος ήταν νηστικός φροντίζει να φάει.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται η φυσιολογι-

κή παραγωγή διεγέρσεων, η παρουσία μερικού ή ολικού αποκλεισμού, η εμφάνιση έκτακτων συστολών καθώς και η προέλευση τους, οι διαταραχές αιματώσεως του μυοκαρδίου καθώς και η παρουσία εμφράγματος.

Το ΗΚΓ/φίμα παριστάνει καμπύλη που μετράει τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται, όπως αυτά έρχονται από το δέρμα. Με την τοποθέτηση ηλεκτροδίων σε διάφορα σημεία του δέρματος, γίνεται η καταγραφή των δυναμικών αυτών με την μορφή καμπύλης που παριστάνει διαφορές δυναμικού σε συνάρτηση με το χρόνο.

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

Στον άρρωστο δεν γίνεται καμμία προετοιμασία για την εξέταση, απλώς ενημερώνεται για τη διαδικασία της και πού θα μειώσει πολύ τα τυχόν συναισθήματα φόβου και ανησυχίας.

Για την εξέταση ελευθερώνεται ο θώρακας από τα λευχήματα και τοποθετείται ο άρρωστος σε ύπτια θέση. Η λήψη του ΗΚΓ/φίματος γίνεται από το γιατρό, τη νοσηλεύτρια ή το βοηθό του εργαστηρίου, στο κρεβάτι του αρρώστου ή στο εργαστήριο του νοσοκομείου ή σε οποιοδήποτε χώρο, όπου υπάρχει κρεβάτι.

Ο ρόλος επομένως του νοσηλευτή κατά τη λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος είναι ο εξής:

1. Ενημερώνει τον άρρωστο στα σχετικά με την εξέταση.
2. Απομακρύνει τους επισκέπτες.

3. Συστήνει στον άρρωστο το γιατρό ή τον τεχνικό που θα κάνει την λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος, όταν δεν το κάνει η ίδια.

4. Μένει κοντά στον άρρωστο, όταν το ηλεκτροκαρδιογράφημα το παίρνει ο γιατρός, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου είναι σοβαρή.

5. Κατά τη λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος απαγορεύεται να ακουμπά στο κρεβάτι του αρρώστου.

Τέλος ενημερώνεται για τα αποτελέσματα της εξέτασης. Αυτό θα βοηθήσει στην προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

ΡΑΔΙΟΙΣΟΤΟΠΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στις ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει ενημέρωση για το τι πρόκειται να του γίνει, δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για 6-8 ώρες πριν από την εξέταση και χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων μισή ώρα πριν μεταφερθεί ο άρρωστος στο ακτινολογικό εργαστήριο εφόσον εκδηλωθεί φόβος και αγωνία.

Επιπλοκές στις εξετάσεις αυτές είναι: αλλεργική αντίδραση από τη σκιερή ουσία, θρόμβωση, ερεθισμός του αγγείου και αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια δεν παραλείπει να ενημερώσει τον άρρωστο για τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας με το υγειονομικό προσωπικό κατά την εξέταση. Τέλος, τον παρακολουθεί καθ' όλη την διάρκεια της εξέτασης και μετά από αυτή για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Όσο υψηλότερη είναι η αρτηριακή πίεση, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος της εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. αυτό ισχύει για αμφότερες τις πιέσεις, διαστολική και συστολική, και για όλες τις ηλικίες και για την γεροντική.

2. ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Υπάρχει αυξημένη προσβολή από στεφανιαία νόσο εκείνων με επίπεδα χοληστερόλης αυξημένα σε σύγκριση με άτομα με φυσιολογική χοληστερόλη. Επιπλέον, σε οικογένειες με τύπου ΙΙα υπερλιπιδαιμία, κλινικές περιπτώσεις μπορεί να φανούν ακόμη και στην παιδική ηλικία. Πρέπει να σημειωθεί ότι στις Ευρωπαϊκές χώρες τα επίπεδα της χοληστερόλης κυμαίνονται από 120-250 MG% ενώ στις περισσότερες Αφρικανικές χώρες, έτσι η κόπωση θεωρείται σπάνια, τα μέσα επίπεδα χοληστερόλης είναι 120 MG%. Γεννάται εύλογα το ερώτημα αν στις Ευρωπαϊκές χώρες, είναι ποτέ δυνατόν να βρεθούν φυσιολογικές στάθμες χοληστερόλης.

3. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου και οι επιπλοκές της είναι συχνότερες στους διαβητικούς ασθενείς και ιδιαίτερα στις διαβητικές γυναίκες όπου εμφανίζεται σαν <<σιωπηρό>> έμφραγμα. Προδιαθεσικός παράγοντας της στεφανιαίας νόσου θεωρείται ο λανθάνων σακχαρώδης διαβήτης.

4. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Θεωρείται ότι ευνοεί την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, όμως είναι αμφίβολο αν η παχυσαρκία, μεμονωμένη από άλλους παράγοντες κινδύνου, είναι παράγοντας. Το βέβαιο είναι ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι έχουν αρτηριακή υπέρταση, η οποία ευθύνεται για την υπάρχουσα σχέση παχυσαρκίας και στεφανιαίας νόσου.

5. ΚΑΠΝΙΣΜΑ: <<ΜΗΝ ΠΙΚΡΑΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΜΕ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ>>.

Στο σύνολο οι καπνιστές έχουν 70% μεγαλύτερη πιθανότητα από τους μη καπνιστές να υποστούν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όμως η επίπτωση της νόσου στα νέα άτομα που καπνίζουν είναι αρκετές φορές μεγαλύτερη απ'όσο στα νέα άτομα που δεν καπνίζουν. Επιπλέον το κάπνισμα ευθύνεται σε νέα άτομα για θανατηφόρες κοιλιακές αρρυθμίες και επεισόδια ενδοαρτηριακής θρόμβωσης λόγω της δράσης της νικοτίνης και του νομοξειδίου του άνθρακα.

5α. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ ΑΠΟ <<ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ>> ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.

Στους μέσης και μεγάλης ηλικίας καπνιστές υπάρχει μία τάση διακοπής του καπνίσματος. Στις Η.Π.Α. όπου το κοινό είναι καλύτερα ενημερωμένο για την σοβαρότητα αυτής της ασθένειας, το 1975 διαπιστώθηκε ότι το κάπνισμα σταμάτησε σε ποσοστό 43% του πληθυσμού των καπνιστών. Επισημαστές ήταν οι επαγγελματικές ομάδες των γιατρών με ποσοστό διακοπής του καπνίσματος 64%, των οδοντογιατρών 61% και των φαρμακοποιών με ποσοστό 55%. Η πιθανότητα διακοπής του καπνί-

οματος ήταν μεγαλύτερη στους μέτριους παρά στους βαρείς καπνιστές. Επίσης βρέθηκε ότι από τους πρωτοετείς φοιτητές των Ιατρικών Σχολών καπνίζουν μόνο 10%.

Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει μία μεταβολή στον τύπο του ανθρώπου που καπνίζει. Στις επιστημονικές, καλλιτεχνικές και γενικότερα στις πνευματικές τάξεις οι άνδρες, που παλαιότερα αποτελούσαν τον κορμό των καπνιστών, έχουν συνειδητοποιήσει το τεράστιο πρόβλημα και αποφεύγουν το κάπνισμα από τους λιγότερο μορφωμένους, οι οποίοι σήμερα αποτελούν το συνηθέστερο τύπο άνδρα καπνιστή. Στις γυναίκες συμβαίνει το αντίθετο: οι καλλιεργημένες και υψηλότερου κοινωνικού επιπέδου καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες χαμηλοτέρων επαγγελματικών τάξεων. Στην εφηβική ηλικία δεν υπάρχει συνείδηση της νοσηρότητας του καπνιστή.

Κατά τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία προοδευτική και σημαντική άνοδος του αριθμού των κοριτσιών που αρχίζουν να καπνίζουν.

5β. ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ. ΣΗΜΑΣΙΑ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗΣ ΑΛΛΩΝ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ:

— Η βλαπτική επίδραση του καπνίσματος είναι έκδηλη σε πληθυσμούς που καταναλώνουν άφθονα κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη, δηλαδή ουσίες με τις οποίες ευνοείται η ανάπτυξη μίας στεφανιαίας νόσου. Στους Ιάπωνες με τη λιτή διαίτα η σχέση καπνίσματος και οξέος εμφράγματος είναι μάλλον ασθενής.

Ο κίνδυνος από το κάπνισμα είναι ανάλογος του αριθμού των τσιγάρων που καπνίζονται. Όσον αφορά το οξύ έμφραγμα το κάπνισμα σχετίζεται περισσότερο με τον αιφνίδιο θάνατο, ιδιαίτερα στα νέα άτομα. Ο κίνδυνος του θανάτου αυξάνεται

πολύ περισσότερο αν ο καπνιστής πάσχει από υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη.

Στο σύνολο του αμερικάνικου λαού υπολογίζεται ότι οι εκδηλώσεις οξέος εμφράγματος θα ήταν κατά 25% λιγότερες αν δεν υπήρχε το κάπνισμα. Το όφελος που θα προέκυπτε από την εξαφάνιση του καπνίσματος είναι μεγαλύτερη από εκείνο που θα απέδιδε η πλήρης θεραπεία της υπέρτασης, επειδή το κάπνισμα προβάλλει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού.

5γ. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος ελαττώνει την πιθανότητα της προσβολής από ένα οξύ έμφραγμα. Αναφέρεται ότι ο κίνδυνος θανάτου από ένα οξύ έμφραγμα είναι 2,2 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές, συγκριτικά με εκείνους που έχουν διακόψει το κάπνισμα. Σε πρόσφατη μελέτη έχει βρεθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε αύξηση της HDL χοληστερόλης. Επίσης πολύ ωφέλιμη είναι η διακοπή του καπνίσματος μετά από ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η επιβίωση των εμφραγματικών ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερη σε εκείνους που σταμάτησαν το κάπνισμα από άλλους που συνεχίζουν και αυτό το κέρδος φαίνεται να είναι πιο μεγάλο από αυτό που προσφέρουν τα διάφορα φάρμακα. Η πιθανότητα προσβολής ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου υποβιβάζεται στο επίπεδο του μη καπνιστή περίπου ένα χρόνο μετά την διακοπή του καπνίσματος.

5δ. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΦΙΛΤΡΟ-ΠΙΠΑΣ Ή ΠΟΥΡΟΥ

Με το φίλτρο δεν φαίνεται να μειώνεται ούτε και να περιορίζονται οι κίνδυνοι του καπνίσματος. Ακόμη μηδαμινό είναι το όφελος όταν ο καπνός περιέχει μικρά ποσά νικοτι-

νης ή πίσσας, γιατί στις περιπτώσεις αυτές έχουν παρατηρηθεί ότι ο κόσμος καπνίζει περισσότερο τσιγάρα και εισπνέει βαθύτερα τον καπνό. Το κάπνισμα πίπας και λιγότερο του πούρου, είναι αθώτερο από το κάπνισμα του τσιγάρου, αυτό όμως υποστηρίζουν οι KULLER και οι συνεργάτες του, δεν επιτρέπει στο γιατρό τη σύστασή τους αντί του τσιγάρου, γιατί μέχρι τώρα δεν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι από την πίπα ή το πούρο ο καπνιστής διατρέχει μικρότερο κίνδυνο από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

5ε. ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα ευθύνονται βασικά για συμπτώματα που προκαλεί το κάπνισμα. Με την νικοτίνη αυξάνονται οι κατεχολαμίνες στον ορό, οι οποίες προκαλούν αύξηση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης και κατά συνέπεια αύξηση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Η βλαπτική επίδραση της νικοτίνης και του μονοξειδίου του άνθρακα παύει να υπάρχει μετά την διακοπή του καπνίσματος.

6. ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ

Η αποχή από κάθε σωματική άσκηση αποτελεί αξιόλογο προδιαθεσιμό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου. Η καθιστική ζωή ευνοεί την παχυσαρκία, την ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων και την ταχυκαρδία.

Υποστηρίζεται όμως, ότι η προσήθεια και μετά την εμφάνιση στηθάγχης ή εμφράγματος του μυοκαρδίου η επιβίωση είναι μεγαλύτερη στους ασκούμενους. Ενεργητικά αποτελέσματα με μείωση του κινδύνου του οξέος εμφράγματος κατά 25% έχουν

διαπιστωθεί ακόμη και με ελαφρές καθημερινές ασκήσεις, όπως το βάδισμα πάνω από 5 «τετράγωνα» (BLOCKS) ή άνοδο σκάλας με περισσότερες από 50 βαθμίδες.

Η σωματική άσκηση οδηγεί σε αύξηση της υψηλής πυκνότητας (προστατευτικών) λιποπρωτεϊνών HDL, αύξηση της κυτταρικής ευαισθησίας στην ινσουλίνη, ελάττωση της αρτηριακής πίεσης και ελάττωση της παχυσαρκίας.

Με την τακτική άσκηση, εκτός από τη φυσική ευεξία, επιτυγχάνεται μεγαλύτερη σωματική προσπάθεια με μικρότερο καρδιακό έργο και αυτό είναι επίσης σπουδαίο αποτέλεσμα.

7. STRESS ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Ο ρόλος του ψυχολογικού παράγοντα στην παθογένεια του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου εέχει επισημανθεί από τις αρχές του 20ου αιώνα και βρίσκεται υπό έρευνα από αρκετά χρόνια. Στην επίδραση του STRESS και μιάς ιδιαίτερης συμπεριφοράς αποδίδεται η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από οξύ έμφραγμα που παρατηρείται σε ομάδες συγκριτικά με άλλες πληθυσμιακές ομάδες, που έχουν στον ίδιο βαθμό τους κλασσικούς προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα και την υπέρταση.

Το STRESS έχει ενοχοποιηθεί για σοβαρές αρρυθμίες, αιφνίδιο θάνατο και για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Οι παρατηρήσεις αναφέρονται σε γεγονότα όπως ο θάνατος συζύγου, αλλαγή κατοικίας, πρόσθετος όγκος εργασίας, αφαίρεση υπηρεσιακών καθηκόντων ή απώλεια γοήτρου τα οποία προκάλεσαν κατάθλιψη, ανησυχία, θυμό ή κόπωση και συνέβησαν μήνες ή εβδομάδες πρωτύτερα. Η απογοήτευση από ανεργία, επαγγελματική ή οίκογενειακή αποτυχία είναι πιθανόν ότι οδηγεί συχνότε-

ρα σε προβλήματα της καρδιάς.

Η ψυχολογική αντίδραση και στα ίδια τα γεγονότα του περιβάλλοντος διαφέρει από άτομο σε άτομο και STRESS παθαίνει εκείνος που τα ερμηνεύει με τέτοιο συναισθηματισμό.

7α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΥΠΟΥ Α

Πολλοί συγγραφείς πιστεύουν ότι άτομα με προσωπικότητα τύπου Α κινδυνεύουν περισσότερο από άτομα με προσωπικότητα τύπου Β. Στον τύπο Α περιλαμβάνονται φιλόδοξα, ανήσυχα, δραστήρια, επιθετικά άτομα με πολλούς στόχους υπό προθεσμία τους οποίους είναι δύσκολο να φθάσει κανείς. Αντιδρούν έντονα, σχεδόν εχθρικά, στις αλλαγές του περιβάλλοντος και μιλούν γρήγορα με έμφαση. Μελετούν περισσότερο, παίρνουν μεγαλύτερους βαθμούς στα εκπαιδευτήρια και βιάζονται να πετύχουν επαγγελματικά. Εκείνοι που δεν έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά ανήκουν στον τύπο Β. Η σχέση της προσωπικότητας Α έχει παρατηρηθεί για την στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και για υποτροπές με θανατηφόρα επεισόδια.

Από βιοχημικής πλευράς τα άτομα τύπου Α κατά την διάρκεια του STRESS παρουσιάζουν βραχύτερο χρόνο πήξεως, υψηλότερες τιμές κατεχολαμινών στο αίμα και μετά από έντονη άσκηση αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων συγκριτικά με άτομα τύπου Β. Επίσης τα άτομα τύπου Α αναφέρεται ότι έχουν υψηλότερα επίπεδα λιπιδαιμίας.

8. ΥΠΕΡΤΡΟΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ

Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ιδιοπαθής ή δευτεροπαθής από οποιαδήποτε αιτία, αποτελεί ανεξάρτητο και σοβαρό παράγοντα για έ-

υφάρμαγμα του μυοκαρδίου.

9. ΗΛΙΚΙΑ

Επάνια πριν την ηλικία των 30 χρονών, το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει πολύ κάθε δεκαετία μετά τα 30.

10. ΦΥΛΟ

Οι άνδρες προσβάλλονται περίπου μία δεκαετία νωρίτερα από τις γυναίκες και κάτω από την ηλικία των 60, η αναλογία ανδρών-γυναικών είναι 4:1.

11. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Σέξμια πρόσφατη έρευνα διαπιστώνεται ότι η $Lp(a)$ και η LOL χοληστερόλη είναι αυξημένες σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο στα παιδιά των νεαρών εμφραγματιών. Όσον αφορά την $Le(a)$ σημειώθηκε ότι τα υψηλά επίπεδά της, στα παιδιά των νεαρών εμφραγματιών έρχονται σε συμφωνία με την υπόθεση ότι μεταβιβάζεται κυρίως γεννητικά και ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την προδιάθεση οξέος εμφράγματος. Αν όμως όλα αυτά αποδειχθούν τα παιδιά αυτά θα υποβάλλονται σε αυστηρότερο έλεγχο των άλλων παραγόντων κινδύνου.

12. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΣΗ

Αυτή επηρεάζει άλλους παράγοντες, όπως είναι η διατροφή, το κάπνισμα και η σωματική άσκηση.

13. ΜΑΛΑΚΟ ΝΕΡΟ

Με κάποιο άγνωστο τρόπο φαίνεται ότι κάνει τα άτομα πιο ευαίσθητα στο οξύ έμφραγμα.

14. ΤΑ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ

Φαίνεται ότι αυξάνουν την πιθανότητα εμφράγματος του

μυοκαρδίου σε νεαρές γυναίκες, ιδιαίτερα σε καπνίστριες.

15. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

Η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων προδιαθεσικών παραγόντων σ' ένα άτομο αυξάνει, θα έλεγε κανείς, κατά γεωμετρική πρόοδο την πιθανότητα της εμφάνισης του οξέος εμφράγματος. Τόσο στον άνδρα όσο και στην γυναίκα φαίνεται ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου όπου «μεγεθυώνει» το βλαπτικό ρόλο του άλλου και όταν συνυπάρχουν πολλοί παράγοντες, η πιθανότητα είπτωσης ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι δυνατόν να αυξηθεί πάνω από 15 φορές, συγκριτικά με άλλα άτομα που δεν έχουν κανένα προδιαθεσικό παράγοντα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ

ΚΑΙΜΑΚΑ ΚΥΝΔΥΝΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

	Μεγάλος βαθμός κινδύνου	Μέτριος	Μικρός
Χοληστερίνη σε MG%	> 240	220-240	< 220
Αρτηριακή πίεση	16 / 10,5 MMHG	14 / 9 MMHG	12 / 8 MMHG
Αριθμός παυγάρων το 24ωρο	2 πακέτα	1 πακέτο	καθόλου
Το βάρος που ξεπερνά το κανονικό (1)	κατά 20%	κατά 10%	κανονικό
Σωματική άσκηση	Καθιστικός τρόπος ζωής	Ακανόνιστη	Τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα
Ανάπαυση	Καθόλου	Ακανόνιστη	Τακτική

(1) Όταν κανονικό βάρος θεωρείται, το βάρος που είναι ίσο με τα δύο τελευταία νούμερα του αριθμού του ύψους σε CM

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ

1α. Δίαιτα κατά της Υπερλιπιδαιμίας-Υγιεινή διατροφή

Η υγιεινή διατροφή οδηγεί σε περιορισμό της εμφάνισης ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου επειδή επηρεάζει ευμενώς τους εξής προδιαθεσικούς παράγοντες:

α) ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ: Προκαλεί ελάττωση των τιμών της ολικής χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης, των τριγλυκερίδιων και των χυλομικρών του ορού. Εκτός από τις μεταβολές αυτές, με την ολιγοθερμιδική δίαιτα επιτυγχάνεται και αύξηση της <<προστατευτικής>> HDL χοληστερόλης.

β) ΘΡΟΜΒΩΣΗ: Με την υγιεινή διατροφή περιεκτική σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα επιτυγχάνεται η αποφυγή αυξημένο βαθμού συγκόλλησης των αιμοπεταλίων και η θρομβογένεση. Οι Εσκιμώοι, που τρώνουν πολύ ψάρι περιεκτικό σε λίπος από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, εμφανίζουν χαμηλή επίπτωση εμφράγματος του μυοκαρδίου.

γ) ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: Η αντιμετώπιση της γίνεται με ολιγοθερμιδική δίαιτα, η οποία συγχρόνως επηρεάζει ενεργητικά την υπερλιπιδαιμία, τη θρόμβωση και την υπέρταση.

δ) ΥΠΕΡΤΑΣΗ: Η δίαιτα σαποβλέπει κυρίως στην ελάττωση του χλωρίου νατρίου.

1β. Κυριότερα χαρακτηριστικά της διαίτας

Η υγιεινή διατροφή παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από αυτή που ακολουθεί σήμερα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και για το λόγο αυτό θεωρείται σκόπιμη η σταδιακή προσέγγι-

σή της. Το ποσό των λαμβανομένων θερμίδων ρυθμίζεται έτσι ώστε να διατηρείται το <<ιδεώδες>> σωματικό βάρος $\pm 10\%$. Η ημερήσια λήψη χοληστερόλης θα πρέπει να είναι χαμηλή, 100-300 MG. Στο λίπος πρέπει να κυριαρχούν τα μόνο-και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, ενώ τα κορεσμένα λιπαρά οξέα να βρίσκονται σε μικρές ποσότητες. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητο να ανέρχονται στο 13% της θερμιδικής απόδοσης. Το υπόλοιπο 65% των θερμίδων που απαιτούνται καλύπτονται από υδατάνθρακες.

Για να επιτευχθούν σιτιστόχοι της σωστής διατροφής επιβάλλεται η οικογένεια να γνωρίζει με λεπτομέρεια την περιεχτικότητα της τροφής σε κάθε μία από τις παραπάνω ουσίες και τις θερμίδες που αποδίδει.

Για παράδειγμα ακολουθεί ο πίνακας, όπου περιγράφεται μία δίαιτα με μειωμένο ποσοστό κορεσμένων λιπαρών οξέων και χοληστερόλης.

Πρόγευμα: Καφές ή τσάϊ με ζάχαρη, χυμός φρούτου ή μαρμελάδα, ψωμί ή φρυγανιά.

10-11 π.μ.: Καφές ή τσάϊ με ζάχαρη.

Γεύμα: Κοτόπουλο ή ψάρι (ψητό ή βραστό) και σπανιότερα άπαχο κρέας. Το ψάρι μπορεί να τηγανιστεί με λάδι. Βραστή ή ψητή στο φούρνο πατάτα ή ρύζι ή ζυμαρικά. Λαχανικά ωμά ή βραστά.

Ένα ποτό (π.χ.) κρασί αν το επιθυμεί κανείς.

Απόγευμα: Καφές ή τσάϊ με ζάχαρη.

Δείπνο: Ένα σάντουιτς με ντομάτα ή αγγούρι ή κάποιο είδος ψαριού, σαλάτα (Νησμάτα, λάχανο) με ελάχιστο ή χωρίς λάδι. Φρούτα.

-Αποφυγή βουτύρου και υδρογονωμένης μαργαρίνης.

-Αποφυγή κρέμας και παγωτού.

-Αποφυγή πλήρους γάλακτος. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί το αποβουτυρωμένο γάλα.

- Λιγότερο κρέας, περισσότερο ψάρι και κοτόπουλο χωρίς δέρμα. Το κρέας είναι άπαχο με αφαίρεση του ορατού λίπους και προτιμάται ψητό παρά τσιγαριστό.

- Όχι λουκάνικα και κρεατόπιττες.

-Ελάττωση τυριού, περισσότερη χρήση τυριού με χαμηλό ποσοστό λίπους.

-Περιορισμός στα μπισκότα, κέικς, γλυκά και σοκολάτες.

-Περισσότερα λαχανικά και φρούτα όλων των ειδών.

-Περισσότερο ψωμί, ρύζι και ζυμαρικά.

Επίσης συνίσταται περιορισμός των τροφών που είναι πλούσιες σε ζωϊκά λίπη και χοληστερόλη, όπως το βούτυρο, το κρέας, ιδιαίτερα το χοιρινό και το αρνί, το παχύ γάλα, σοκολάτα, τυρί, παγωτό, και άλλα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Το ψάρι έχει ελάχιστο ποσοστό λίπους και χοληστερόλης και είναι προτιμότερο από το κρέας. Επίσης προτιμότερο από το βοδινό ή άλλο κόκκινο κρέας είναι το κοτόπουλο χωρίς το δέρμα, επειδή έχει σημαντικά μικρότερο ποσό λίπους και χοληστερόλης. Τα εντόσθια, συκώτι, νεφρά, μυαλό κ.ά. πρέπει να αποφεύγονται. Οι πρωτεΐνες που χρειάζονται συμπληρώνονται με φυτικές τροφές, όπως προϊόντα από σιτάρι, τα όσπρια κ.ά..

Οι αμυλούχες τροφές, τα λαχανικά και τα φρούτα είναι σημαντική πηγή προέλευσης των υδατανθρακών. Επιπλέον τα λαχανικά και πατατούρα περιέχουν πεκτίνη 1% και, όταν τρώγονται σε ικανή ποσότητα, μπορεί να αποδώσουν 5 GR πεκτίνης (σε 4 μερίδες) την μέρα και αυτό υπολογίζεται ότι προκαλεί ελάττωση της χοληστερόλης του πλάσματος κατά 5%. Επίσης οι πατάτες, τα χόρτα και άλλα λαχανικά, όπως και τα φρούτα, περιέχουν κάλιο που είναι ωφέλιμο σε ασθενείς, οι οποίοι υπό την επίδραση π.χ. των διουρητικών, έχουν προδιάθεση για έκτοπες αρρυθμίες. Η ζάχαρη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ. Είναι σφάλμα να αποφεύγονται το ψωμί, η πατάτα, το ρύζι ή τα μακαρόνια επειδή παχαίνουν. Ένα γραμμάριο υδατανθρακών αποδίδει 4 θερμίδες, ενώ 1 γραμμάριο λάδι έχει 9 θερμίδες, είναι δε άφθονο το λάδι που χρησιμοποιεί η Ελληνίδα νοικοκυρά στο μαγείρεμα του φαγητού, αλλά και στα χόρτα ή τη σαλάτα, το οποίο παχαίνει στις πιο πολλές περιπτώσεις.

Επίσης οι μεγάλες ποσότητες κρασιού, ούζου, μπύρας ή ουϊσκυ παχαίνουν πολλούς Έλληνες, που διατείνονται ότι δεν αδυνατίζουν παρόλο ότι τρώγουν ελάχιστα. Ας σημειωθεί ότι με 4 ποτήρια κρασί την μέρα λαμβάνονται περισσότερες από 500 θερμίδες. Η χρήση οινοπνεύματος επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες, εφόσον το άτομο δεν είναι παχύσαρκο και δεν έχει υπερτριγλυκεριδαμία. Το οινόπνευμα αυξάνει τις <<προστατευτικές>> λιποπρωτεΐνες HDL₁ όχι όμως και το ενδιαφέρον κλάσμα HDL₂. Γενικά δεν πρέπει να συνίσταται η ευρεία κατανάλωση του οινοπνεύματος λόγω των σοβαρών παρενεργειών που μπορεί να προκαλέσει.

Στην υγιεινή διατροφή το αλάτι πρέπει να περιέχεται σε μικρές ποσότητες, ενώ αντιθέτως να λαμβάνεται περισσότερο κάλιο.

1γ. Αντιθρομβωτική δίαιτα

Υποστηρίζεται ότι η ειδικότερη αντιθρομβωτική δίαιτα θα πρέπει να συνίσταται κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα, π.χ. μετά την ηλικία των 50 ετών και ιδιαίτερα μετά την εκδήλωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι λόγοι αυτής της τακτικής βασίζονται στην παθογενετικό μηχανισμό του οξέος εμφράγματος. Η αθηροσκληρήνωση των αρτηριών αναπτύσσεται βραδέως σε περίοδο πολλών ετών, ενώ η θρόμβωση συνήθως γίνεται πάνω στην αθηρωματική πλάκα μέσα σε λίγες ώρες, αποφράσσει το αγγείο και προκαλεί το κλινικό επεισόδιο του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

1δ. Φαρμακευτική θεραπεία της υπερχοληστελαιμίας

Υποστηρίζεται ότι πρέπει να χορηγούνται φάρμακα σε κάθε

άτομο που παρά την κατάλληλη δίαιτα εξακολουθεί να έχει χοληστερόλη πάνω από ένα κανονικό όριο για την ηλικία του. Το όριο αυτό για τους ενήλικους είναι 250 MG/100 ML και μικρότερο για τα νεώτερα άτομα. Η θεραπεία με φάρμακα σε οριακή υπερχοληστερολαιμία δικαιολογείται περισσότερο όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με πρόωρους θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου και σε ασθενείς που έχουν επιπλέον προδιαθεσικούς παράγοντες όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και το κάπνισμα. Πιστεύεται ότι η αύξηση της HDL και ελάττωση της ολικής χοληστερόλης του ορού, που προκαλείται από την θεραπεία, μπορεί να προλάβει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Στην επίκτητη και τη συγγενή υπερχοληστερολαιμία σαν φάρμακα εκλογής θεωρούνται οι ρεζίνες που δεσμεύουν λιπαρά οξέα στο έντερο και εμποδίζουν την απορρόφησή τους.

Άλλα αντιχοληστερολαιμικά φάρμακα είναι το νικοτινικό οξύ, η λεριμπροζόλη κ.α..

Τα σπουδαιότερα θεραπευτικά αποτελέσματα με σημαντική υποχώρηση της LDL και παράλληλα μικρή αύξηση της HDL, έχουν παρατηρηθεί σε θεραπεία συνδυασμού της χοληστυραμίνης και του νικοτινικού οξέος.

Οι φιβράτες, η μενφλουορέζη και το νικοτινικό οξύ είναι χρήσιμα φάρμακα για την θεραπεία υπερχοληστερολαιμίας που συνδυάζεται με υπετριγλυκεριδαιμία.

Η αντιμετώπιση της μεμονωμένης υπετριγλυκεριδαιμίας συνίσταται να γίνεται με διόρθωση άλλων παραγόντων, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αποχή από κατανάλωση οινοπνεύματος κ.α..

Τελευταία γίνεται λόγος για τη λοβαστανίνη η οποία προκαλεί αξιόλογη ελάττωση της LDL χοληστερόλης και σε μικρότερο βαθμό των τριγλυκεριδίων του αίματος, ενώ έχει ευεργετική επίδραση στην HDL χοληστερόλη την οποία αυξάνει.

2. ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας συνιστώνται:

α) Δίαιτα

β) Σωματική άσκηση

γ) Τροποποίηση της συμπεριφοράς,

έτσι ώστε το άτομο να υποβληθεί σε δίαιτα και το επιτυγχάνομενο αποτέλεσμα να διατηρείται για όλη τη ζωή του.

Η ολιγοθερμική δίαιτα είναι της τάξεως των 1200 θερμίδων ή περισσότερο για τις γυναίκες και 1500 την ημέρα ή περισσότερο για τους άνδρες, ώστε να χάνουν 1-2 κιλά την εβδομάδα. Η δίαιτα πρέπει να ικανοποιεί όλες τις θρεπτικές ανάγκες, να την ακολουθεί ο ασθενής με ευκολία, και να είναι προσαρμοσμένη στις συνήθειές του.

Η καθημερινή σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για την κατανάλωση θερμίδων και τα άλλα ευεργετικά αποτελέσματα από το καρδιαγγειακό σύστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι έφηβοι που δεν ασκούνται συνήθως έχουν, μεγαλύτερο βάρος από τους άλλους ασκούμενους εφήβους, παρόλο ότι τρώνε λιγότερο από αυτούς.

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς του ατόμου ξεκινάει από την παρατήρηση ότι το πολύ φαγητό και η παχυσαρκία «χρησιμοποιούνται» συχνά υποσυνείδητα από τον ασθενή για την καταστολή του άγχους ή θυμού ή κακής διαθέσεως γενικά, όπως επί-

σης για τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων ή αντίθετα την αποφυγή σχέσεων, ιδιαίτερα με το άλλο φύλο ή ακόμη και σαν ένδειξη ηθικής σταθερότητας συνηθέστερα από το ένα μέρος σε μιά τα-
ραγμένη συζυγική σχέση που μπορεί να έχει διακοπεί. Εδώ
χρειάζεται η συμβουλή του ψυχολόγου και του έμπειρου κλινι-
κού γιατρού, που με συχνές συζητήσεις θα επισημάνουν το πρό-
βλημα και τον ιδιάζουσα για κάθε περίπτωση τρόπο αντιμετώπι-
σής του. Στην τροποποίηση της συμπεριφοράς περιλαμβάνεται
και η πλήρης κατανόηση από τον ασθενή και την οικογένειά
του, ότι μετά την επίτευξη του σκοπού, η διατήρηση του σωμα-
τικού βάρους στο φυσιολογικό θα γίνεται για όλη την ζωή του,
με την κατάλληλη διατροφή που δεν ονομάζεται πλέον δίαιτα.

3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σκοπός της αντιϋπερτασικής αγωγής είναι η ελάττωση του
κινδύνου από καρδιαγγειακές επιπλοκές που διατρέχει ο εμφραγ-
ματικός ασθενής με όσο το δυνατόν πιο λίγες παρενέργειες.

4. ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η διακοπή του καπνίσματος απαιτεί μια επίμονη, μακρόχρο-
νη προσπάθεια που αρχίζει με την πλήρη ενημέρωση του κοινού
για την σοβαρή αυτή ασθένεια και στη συνέχεια γίνεται πιο συ-
γκεκριμένη για τον κάθε καπνιστή. Ο τελευταίος θα πρέπει να
πεισθεί ότι διακρίπτοντας το κάπνισμα, πρώτον απαλλάσσεται α-
πό συμπτώματα και, δεύτερον, μεταπηδά σε μια πληθυσμιακή ο-
μάδα με σαφώς μακρύτερη πιθανότητα να πεθάνει από έμφραγμα
του μυοκαρδίου.

Η συνειδητοποίηση της ασθένειας <<κάπνισμα>> είναι ανα-

γκαία, ώστε ο καπνιστής να πάρει την απόφαση να το σταματήσει, και εδώ επιβάλλεται μακρόχρονη συνεργασία γιατρού, νοσηλεύτριας και ασθενή. Με κατάλληλη ανάκριση ο καπνιστής απομονώνει τα ασθενή σημεία που τον οδηγούν στο τσιγάρο, όπως επίσης ξεκαθαρίζει υγιείς δυνάμεις που έχει μέσα του και οι οποίες τον βοήθησαν στο παρελθόν για ένα δύαστημα να μην καπνίζει ή μπορεί να τον βοηθήσουν, αν η προσπάθεια της διακοπής γίνεται για πρώτη φορά. Δεν είναι πραγματικά δύσκολο να δει ο καπνιστής, ότι η φιλία που κέρδισε ή η μεγαλύτερη διαύγεια σε πνευματική εργασία με βοηθό το κάπνισμα είναι απλώς εντυπώσεις, γιατί τα ίδια επιτυγχάνονται και χωρίς να καπνίζει. Όπως επίσης είναι δυνατό να ομολογήσει, ότι δεν του ήταν ιδιαίτερα δύσκολο στο παρελθόν να διακόψει το κάπνισμα.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία διακοπής του καπνίσματος σε μεγάλες μάζες των ιατρικών επαγγελματιών αλλά και γενικότερα του πληθυσμού ανδρών μέσης ή μεγάλης ηλικίας συνηγορούν για την λού του <<μπορώ να διακόψω το κάπνισμα αν το αποφασίσω>> σε αντικατάσταση του αρνητικού <<δεν μπορώ να το διακόψω>>. Πάντοτε υπάρχει ένας τρόπος, εκτός από το κάπνισμα, για να προσπεράσει κανείς μια δύσκολη ψυχική κατάσταση π.ψ. το θυμό, την στενοχώρια, τον εννευρισμό κ.α..

4α. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Επίσης η προσπάθεια πρέπει να στρέφεται προς το περιβάλλον, όπου να δημιουργούνται συνθήκες απαγορευτικές ή ανασταλτικές του καπνίσματος. Η παρακολούθηση ενός συνεδρίου, στις αίθουσες του οποίου απαγορεύεται το κάπνισμα, γίνεται χωρίς γογγυσμό από πολλούς καπνιστές, οι οποίοι συγχρόνως ενισχύονται στην προσπάθεια της διακοπής. Το ίδιο συμβαίνει όταν ο

καπνιστής βρίσκεται σε χώρο του εστιατορίου, του τρένου, του αεροπλάνου κ.λπ. που δεν επιτρέπεται το κάπνισμα.

Μια άλλη συνθήκη, αναγκαία για την επιτυχία στην προσπάθεια παύσης του καπνίσματος, είναι η συνεχής και σταθερή υποστήριξη από τον ή τη σύζυγο και γενικότερα το οικογενειακό περιβάλλον. Είναι ουσιώδες τα άλλα μέλη της οικογένειας να μην καπνίζουν, όπως επίσης πολύ ενθαρρυντικό για τον ασθενή αν μεταξύ των φίλων και κοινωνοσυνομιλητών δεν υπάρχει κανείς καπνιστής.

4B. ΑΜΕΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑΚΗ ΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Η έρευνα έχει δείξει ότι ευκολότερα σταματούν το τσιγάρο εκείνοι που καπνίζουν λιγότερο. Αρκετοί καπνιστές παύουν απότομα και χωρίς υποτροπή το κάπνισμα. Όμως σε πολλές περιπτώσεις ο γιατρός θα ικανοποιηθεί με την προοδευτική ελάττωση του καπνίσματος. Επισημαίνεται ότι δεν είναι δυνατόν να αναμένει κανείς από όλους τους ασθενείς να σταματήσουν το κάπνισμα μετά την πρώτη συζήτηση και συνήθως χρειάζονται πολλές συζητήσεις για την επιτυχία. Είναι ευνόητο ότι ο γιατρός καλείται να θεραπεύσει ενώ η νοσηλεύτρια να αποτρέψει με την δύναμη του λόγου μία από τις σοβαρότερες και θανατηφόρες ασθένειες. Θα πρέπει δε να αφιερώνεται πολύς χρόνος σε κάθε επίσκεψη για το πρόβλημα του καπνίσματος, όταν μάλιστα γνωρίζουμε ότι για παράδειγμα μετά από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου η θεραπεία με τα φάρμακα, εκτός από τους αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων, έχει αμφίβολα αποτελέσματα, ενώ μόνη η διακοπή του καπνίσματος οδηγεί σε σημαντική ελάττωση της ετήσιας θνητότητας.

Μετά την διακοπή του καπνίσματος, τα περισσότερα προβλήματα παρουσιάζονται κατά τους πρώτους 2-3 μήνες. Στο διάστημα αυτό, κατά το οποίο συμβαίνουν και οι περισσότερες υποτροπές του καπνίσματος, επιβάλλεται στενή παρακολούθηση και ενίσχυση του ασθενή. Μετά το πρώτο τρίμηνο η κατάσταση συνήθως είναι αρκετά σταθεροποιημένη και η ιατρική παρακολούθηση συνίσταται να γίνεται κατάραιότερα χρονικά διαστήματα.

Εάν η προσπάθεια για τη θεραπεία του καπνίσματος έφθασε μόνο στην ελάττωση του, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια θα πρέπει αν θεωρήσει αυτή τη βελτίωση σαν ικανοποιητικό αποτέλεσμα και να ενημερώσει τον ασθενή για τις καλύτερες προοπτικές που διαγράφονται από πλευράς νοσηρότητας και θνητότητας από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Είναι γενικά παραδεκτό ότι με λιγότερο κάπνισμα περιορίζεται η πιθανότητα ενός επεισοδίου ή θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

4Υ. ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.

Η προσπάθεια καταπολέμησης της νόσου του καπνίσματος σε καθαρά ιατρικό-νοσηλευτικό επίπεδο είναι βέβαιο ότι αποδίδει καρπούς. Σε ορισμένες μάλιστα επαγγελματικές ομάδες, όπως την ιατρική η πλήρης ενημέρωση και η πρακτική της αντιμετώπισης έφθασε στο σημείο να περιορίσει σημαντικά τον αριθμό των νέων που αρχίζουν το κάπνισμα, έτσι ώστε στους πρωτοετείς φοιτητές το ποσοστό των καπνιστών στις Η.Π.Α. να είναι πολύ χαμηλό.

Παρόλα αυτά το αποτέλεσμα, ακόμη και στις αναπτυγμένες

χώρες, δεν μπορεί να θεωρηθεί ικανοποιητικό. Το γεγονός της αύξησης του αριθμού των κοριτσιών που αρχίζουν το κάπνισμα και ο υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες επιβάλλουν την ανεύρεση, ενός κοινωνικού μέσου για τον καθαρισμό. Το μέσο αυτό θα πρέπει να είναι κατά ένα μέρος η συστηματική εκπαίδευση στο σχολείο και το Πανεπιστήμιο, στο στρατό και την εκκλησία, στην τηλεόραση και τον τύπο. Και η προσπάθεια να συμπληρώνεται με αυστηρά μέτρα προστασίας της υγείας των μη καπνιστών, στους οποίους θα πρέπει να εξασφαλίζονται χώροι όπου θα μπορούν να εργάζονται, να ψυχαγωγούνται, να ταξιδεύουν, να συζητούν ή να αναπαύονται, χωρίς τις αναθυμιάσεις του καπνίσματος άλλων ατόμων.

5. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η πιθανότητα προσβολής από έμφραγμα του μυοκαρδίου γίνεται μικρότερη όσο μεγαλύτερη είναι η ενέργεια που εκλύεται από το σώμα με την άσκηση. Η πρωτογενής πρόληψη απαιτεί την κοινωνική εκπαίδευση για το αγαθό της στατικής άσκησης. Σε αυτήν συνυπολογίζεται η επαγγελματική ενασχόληση, που σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτεί μεγάλη καταβολή σωματικής ενέργειας όπως π.χ. σε οικοδόμους, λιμενεργάτες, γεωργούς κ.α.. Οι εργαζόμενοι σε γραφείο προτρέπονται να βαδίζουν μέχρι την υπηρεσία τους ή αν μένουν πολύ μακριά να κατεβαίνουν από το λεωφορείο ή από το τρένο μερικές στάσεις νωρίτερα, ώστε το πρόγραμμα της υπηρεσίας να περιλαμβάνει 20-30 λεπτά ζωφό βόδιση μέχρι το γραφείο και άλλο τόδο για την επιστροφή. Σε άλλα άτομα είναι πιο εύκολο να ασκούνται κατά

τον ελεύθερο χρόνο με την γυμναστική. Ο καλύτερος χρόνος για την άσκηση της μέρας είναι το πρωί πριν από το πρόγευμα και αργά το απόγευμα πριν από το δείπνο. Οποσδήποτε η άσκηση πρέπει να γίνεται τουλάχιστον δύο ώρες μετά το φαγητό.

Η σωματική άσκηση συνίσταται και είναι δυναμική-κινητική, αερόβια. Θα πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα στους πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ισομετρική άσκηση κατά την οποία το σώμα δεν κινείται ενώ ασκείται δύναμη για την άρση μεγάλου βάρους. Η ισομετρική άσκηση μπορεί να είναι επικίνδυνη, γιατί προκαλεί γρήγορη άνοδο της αρτηριακής πίεσης με απότομη και σημαντική αύξηση του καρδιακού έργου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η πρόγνωση της εξέλιξης του αρρώστου επηρεάζεται από τις ανεπιθύμητες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν τις πρώτες δύο εβδομάδες, όπως αρρυθμία, ρήξη μυοκαρδίου, κοιλιακή μαρμαρυγή, καρδιογενές SHOCK, εμβολές, καρδιακή ανεπάρκεια κ.α..

Η αντίληψη της νοσηλεύτριας ότι είναι δυνατόν να συμβούν επιπλοκές όπως οι παραπάνω και η γνώση των συμπτωμάτων των επιπλοκών αυτών, καθώς και των μέσων πρόληψής τους, βοηθεί στην παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας. Παρακάτω αναπτύσσονται σύντομα μερικές από τις πιθανές επιπλοκές του εμφράγματος του μυοκαρδίου, που είναι:

ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ: Μεγάλο ποσοστό αρρώστων παρουσιάζει σε κάποιο βαθμό διαταραχή του ρυθμού του σφυγμού στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, που συμβαίνει συχνά τις πρώτες μέρες και είναι αποτέλεσμα της ηλεκτρικής αναστάθειας που παρατηρείται λόγω περιορισμένης οξυγόνωσης του μυοκαρδίου. Για να διαπιστωθεί με ακρίβεια η αρρυθμία απαιτείται η λήψη των σφυγμών του αρρώστου σε συχνά διαστήματα και σε διάστημα χρόνου 1 λεπτού. Κάθε μεταβολή του χαρακτήρα του σφυγμού πρέπει να σημειώνεται και να αναφέρεται έγκαιρα. Οι πρώτες αλλαγές του ρυθμού, αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να καταλήξουν σε βαριάς μορφής αρρυθμία. Η ακριβής αξιολόγηση της αρρυθμίας γίνεται με το ΗΚΓ/φίμα, του οποίου η λήψη είναι συνεχής στον άρρωστο αυτό.

Η αντιμετώπιση της ταχυαρρυθμίας του αρρώστου είναι φαρμακευτική, η εφαρμογή ηλεκτρικού αντιστά και η πίεση του καρωτιδικού κόλπου.

ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ: Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται σε περίπτωση μεγάλης σε έκταση καταστροφής του μυοκαρδίου, οπότε η εκκένωση των κοιλιών γίνεται περιορισμένη. Η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας δηλαδή ταχυκαρδία, δύσπνοια, ορθόπνοια, οιδήματα κ.λπ. καθώς και την εξέλιξη της (πνευμονικό οίδημα). Στην προσπάθεια για την πρόληψη κατακράτησης υγρών, ο γιατρός περιορίζει το νάτριο όλων των αρρώστων που έπαθαν έμφραγμα μυοκαρδίου.

ΡΗΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: Είναι θανατηφόρα επιπλοκή και εμφανίζεται τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Εμφανίζεται σε αρρώστους με σοβαρή υπέρταση. Ο κίνδυνος της επιπλοκής γίνεται μεγαλύτερος όταν συνυπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν την συστολική αρτηριακή πίεση; μερικοί από αυτούς μπορούν να προληφθούν όπως έντονος βήχας; έντονη προσπάθεια για την κένωση του εντέρου κ.α.. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθεί τον άρρωστο για την κένωση του εντερικού σωλήνα χωρίς κόπο με χορήγηση υπαιτικών φαρμάκων. Πρόβλεψη γίνεται να μην κρυολογήσει ο άρρωστος και αν εμφανιστεί βήχας αντιμετωπίζεται με αντιβηχικά φάρμακα, μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

ΕΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΘΡΟΜΒΟ: Ο θρόμβος αίματος μπορεί να σχηματισθεί στο εσωτερικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, που είναι δυνατόν να μετακινηθεί και να κατευθυνθεί στην μεγάλη κυκλοφορία. Άλλη περισσότερο κοινή πηγή εμβολών για τον άρρωστο με έμφραγμα μυοκαρδίου, είναι οι φλέβες των ποδιών. Η ακινησία, στην οποία πρέπει να παραμείνει ο άρρωστος αυ-

τός και η μείωση της καρδιακής παροχής επιβραδύνουν την ροή του αίματος στα φλεβικά αγγεία των ποδιών και βοηθούν στο σχηματισμό των θρόμβων. Ο σχηματισμός θρόμβων στα πόδια μπορεί να προληφθεί με τις συστηματικές ασκήσεις που πρέπει να κάνει ο άρρωστος σε συχνά χρονικά διαστήματα (κάμψη κατά γόνό και ποδοκνημικής άρθρωσης).

Ακόμη η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιπλοκών ενισχύεται με την χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. Κατά τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων απαραίτητα είναι: α) ο συχνός έλεγχος της πηκτικότητας του αίματος, που ο βαθμός της θα ρυθμίζει την δόση του αντιπηκτικού φαρμάκου και β) η παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία (αιματουρία, ρινορραγία, εκχυμώσεις, κ.λπ.). Σε περίπτωση που ο άρρωστος, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα, η νοσηλεύτρια οφείλει να του διδάξει τι πρέπει να παρακολουθεί.

Η επιπλοκή αυτή είναι σπάνια στις ελαφρότερες περιπτώσεις, όπου η αρχική συνεχής παραμονή στο κρεβάτι θεωρείται μεγάλη.

ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ: Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει να προλαμβάνει την οξεία περικαρδίτιδα. Η θεραπεία είναι συντηρητική· μερικές φορές εφαρμόζονται παρακέντησεις ή και χειρουργική διάνοιξη του περικαρδίου. Η παρακέντηση του περικαρδίου κρύβει τον κίνδυνο της απέξω μόλυνσης του, οπότε η τεχνική της ασηψίας και αντισηψίας πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή και σχολαστικότητα.

Η πιστή τήρηση και εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών από τη νοσηλεύτρια βοηθά πολύ την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου και στην πρόληψη των επιπλοκών.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται από τη νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται από τον άρρωστο, σημειώνονται στα παρακάτω: όπως στην περίπτωση συλλογής υγρού στο περικάρδιο, γίνεται εκκενωτική παρακέντηση περικαρδίου για την αφαίρεση υγρού από το περικαρδιακό σάκο για τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας και την πρόληψη SHOCK. Δείγμα του υγρού της παρακέντησης στέλνεται στο εργαστήριο. Ακόμη χορηγείται στον άρρωστο δακτυλίτιδα για την ενίσχυση της συστολής του μυοκαρδίου καθώς και διουρητικά. Τα φαγητά του αρρώστου είναι χωρίς αλάτι.

Παρακολουθείται πολύ στενά η αρτηριακή και η φλεβική πίεση του αίματος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ιατρική αντιμετώπιση και νοσηλευτική μεταχείριση του αρρώστου από έμφραγμα του μυοκαρδίου σκοπεύουν στο να προσφέρουν βοήθεια στον άρρωστο για την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων που αποσκοπούν στην:

- * Μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρδιακού SHOCK.
- * Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.
- * Μείωση του καρδιακού έργου.
- * Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.
- * Πλήρη αποκατάσταση του αρρώστου.
- * Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει την ανάγκη δημιουργίας νέου τρόπου ζωής, και
- * Αναχαίτηση εξελίξεως αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων.

Στην συνέχεια συζητούνται νοσηλευτικές και θεραπευτικές δραστηριότητες που αποσκοπούν στην προσέγγιση των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η πιο κατάλληλη νοσηλευτική μονάδα για τη νοσηλεία του αρρώστου με έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η μονάδα εντατικής νοσηλείας εμφραγμάτων, όπου θα συνδεθεί με τα μηχανήματα καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς και των ζωτικών σημείων (MONITOR). Με την βοήθεια των μηχανημάτων αυτών γίνεται έγκαιρα αντιληπτή κάθε παρέκλιση της λειτουργίας της καρδιάς από το φυσιολογικό.

Η συνεχής εκτίμηση της περιφερειακής αιματώσεως των ιστών δίνει στοιχεία εκτιμήσεως πρώτων σημείων και συμπτωμάτων του SHOCK.

Η πτώση της αρτηριακής πίεσης του αίματος, η μείωση του ποσού των ούρων σε επίπεδα κάτω των 25 ML, το κρύο και υγρό δέρμα που πιθανόν να συνοδεύεται και με περιφερειακή κυάνωση είναι σημεία εμφάνισης SHOCK και αιτιολογούνται από την αγγειοσύσπαση την οποία προκαλεί η μείωση του κατά λεπτό όγκου του αίματος. Την εκδήλωση των πιο πάνω συμπτωμάτων ακολουθεί η ανησυχία και η απάθεια, αποτέλεσμα της υποξίας των ιστών.

Η βοήθεια του άρρωστου είναι συνάρτηση της αύξησης του όγκου του αίματος. Ο κίνδυνος όμως της εμφάνισης πνευμονικής συμφόρησης επιβάλλει την συνεχή εκτίμηση της φλεβικής πίεσης του αίματος, την αξιολόγηση των πρώτων σημείων της πνευμονικής συμφόρησης.

Στην περίπτωση που το SHOCK οφείλεται σε μεγάλη σύσπαση των τριχοειδών χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά για την βελτίωση της αιμάτωσης των ιστών.

Όταν η φλεβική πίεση του αίματος είναι αυξημένη-ανεξάρτητα αν επιδιώκεται αγγειοσύσπαση ή αγγειοδιαστολή-γίνεται δακτυλισμός για την ενίσχυση της συστολής μυοκαρδίου.

Για την ακριβή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας, τοποθετείται στον άρρωστο μόνιμος καθετήρας και το ποσό των αποβαλλομένων ούρων μετρείται με ακρίβεια κάθε 30 ή 60 λεπτά της ώρας.

Γίνεται συχνός προσδιορισμός των αερίων του αίματος και διόρθωση της μεταβολικής (γαλακτικής) οξέωσης που μπορεί να παρουσιασθεί.

Ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε ύπτια θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου, αποφεύγεται κάθε περιττή

μετακίνηση ή κόπος για την μείωση των αναγκών της περιφερικής αιμάτωσης και μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο, διατηρείται ζεστός και λαμβάνονται μέτρα για μείωση του πόνου με ισχυρά παυσίπονα (μορφίνη), περιορισμό του άγχους, της ανησυχίας και δημιουργία κλίματος αισιοδοξίας.

Διατηρείται ανοικτή φλέβα, με βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση ανάγκης.

Η εφαρμογή μηχανικής καρδιακής βοήθειας με εξωτερική αντιπαλμική πίεση ή ενδοαρτητική αντλία-μπαλόνι είναι μέτρα που βοηθούν την καρδιά στο μηχανικό της έργο και επομένως, την επαρκή αιμάτωση των ζωτικών οργάνων.

ΠΟΝΟΣ: Αν ο πόνος είναι έντονος, δίνεται μορφίνη ενδομυϊκά (10-15 MG)· άλλα παυσίπονα δίνονται αν ο πόνος είναι ελαφρότερος. Πριν την χορήγηση της μορφίνης και μετά την λήψη της συνιστούμε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, επειδή η μορφίνη έχει την τάση να την μειώνει. Αν ο πόνος συνεχίζεται, ο άρρωστος παρουσιάζει ανησυχία και άγχος, τότε δημιουργούνται υπόνοιες συνύπαρξης υποξαιμίας που αντιμετωπίζεται με χορήγηση οξυγόνου.

ΑΝΑΠΑΥΣΗ: Όπως μέχρι τώρα έχει αναφερθεί, μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση αρρώστων με έμφραγμα μυοκαρδίου έχει η ανάπαυση-φυσική και συναισθηματική, επειδή βοηθά στην μείωση του καρδιακού έργου-που πρέπει να είναι όσο γίνεται τέλεια και να συνεχίζεται μέχρις ότου να σταθεροποιηθεί η κυκλοφορία του αίματος και επουλωθεί η περιοχή του εμφράγμα-

τος. Η περίοδος αυτή συνήθως δεν είναι μικρότερη από 3-6 εβδομάδες.

Για την ηρεμία και ανάπαυση του αρρώστου απαγορεύονται οι επισκέψεις. Τον επισκέπτονται μόνο στενοί συγγενείς και αγαπητά πρόσωπα που δεν τον διεγείρουν και ενημερώνονται να μένουν για λίγα λεπτά, -ένας επισκέπτης κάθε φορά- και να μην δημιουργούν συζητήσεις που τυχόν τον διεγείρουν ή τον κουράζουν.

Η ανάρροπη αλλά αναπαυτική θέση στο κρεβάτι πρέπει να δίνεται στον άρρωστο που δεν διατρέχει κίνδυνο SHOCK. Πότε ακριβώς θα σηκωθεί από το κρεβάτι καθορίζεται από το γιατρό, που αποφασίζει εφ'όσον η όλη εικόνα του, του το επιτρέπει. Αν δεν υπάρχουν επιπλοκές, μπορεί να σηκωθεί την 5η ημέρα περίπου.

Η νοσηλεύτρια καλείται να οργανώσει την νοσηλευτική φροντίδα της με τέτοιο τρόπο που να διαταράσσεται λίγο η ησυχία του αρρώστου. Σε περίπτωση κουραστικής για τον άρρωστο φροντίδας, επιτρέπεται σ'αυτόν περιόδους αναπαύσεως κατά την διάρκεια της φροντίδας.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο ασθενής ότι η φυσική και ψυχική κόπωση δεν είναι οι μόνες που αυξάνουν το έργο της καρδιάς. Άλλος παράγοντας που επιβαρύνει το έργο της καρδιάς είναι η παχυσαρκία, που πρέπει να περιορισθεί συστηματικά. Ακόμη αυξάνουν τη λειτουργία της καρδιάς η μεγάλη αρτηριακή πίεση του αίματος και η αναιμία. Και τα δύο πρέπει να ρυθμιστούν έγκαιρα. Τέλος, το κάπνισμα που δημιουργεί περιφερική σύσπαση και των στεφανιαίων αγγείων, προκαλεί ταχυκαρδία και επιβάλλεται η διακοπή του.

Τροφές που ασαφίζουν υπολείμματα, δύσπεπτες πρέπει να αποφεύγονται. Τα πρώτα 24ωρα η τροφή είναι υδαρής, μετά γίνεται πολτώδης και τέλος, στερεή.

Το πρόγραμμα αναπαύσεως και σταδιακής επιστροφής του αρρώστου στις φυσιολογικές δραστηριότητες πρέπει να προσαρμόζεται στην σοβαρότητα της κατάστασης και τις ανάγκες του ατόμου. Σε ελαφρό έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς επιπλοκές, η μακροχρόνια κατάκλιση όχι μόνο δεν είναι αναγκαία, αλλά μπορεί να είναι και βλαβερή.

ΑΝΑΧΑΙΤΙΣΗ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ: Εφόσον το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι αποτέλεσμα απόφραξης των στεφανιαίων αγγείων και εφόσον βασική αιτία σ' αυτό είναι οι αθηροσκληρωτικές αλλοιώσεις, επιβάλλεται να αναχαιτίσουμε την εξέλιξη αυτών των αλλοιώσεων.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων, εκτός από την κληρονομική προδιάθεση, είναι ο μη ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη του αίματος, τα λίπη στην τροφή. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν αρκετά να ελεγχθούν. Πρέπει λοιπόν η νοσηλεύτρια να βοηθήσει τον άρρωστο να μάθει τις τροφές που πρέπει να αποφεύγει και να καταλάβει την ανάγκη να βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο και ρύθμιση τόσο του σακχάρου του αίματος, όσο και της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, όταν υπάρχουν.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Η σωστή βοήθεια του αρρώστου για την αποκατάσταση και πρόληψη εμφάνισης νέου επεισοδίου επιτυγχάνεται με την επαναφορά του αρρώστου στο φυσιολογικό επίπεδο δραστηριοτήτων, την επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης

και την αναχαίτηση των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων. Γι' αυτό το σκοπό θα πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση του αρρώστου γι' αυτό που έχει συμβεί στην καρδιά του και ότι η θεραπεία της βλάβης του μυοκαρδίου αρχίζει αμέσως μετά το επεισόδιο και ολοκληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες.

Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να προλάβει τις αναπηρίες που προκαλεί η αρρώστια και να βοηθήσει τον άρρωστο να καταλάβει, από την πρώτη ώρα της νόσου, ότι ο περιορισμός των δραστηριοτήτων του είναι παροδικό μέτρο και ότι καθώς θα βελτιώνεται η κατάσταση, ταυτόχρονα θα ξαναποικιά δραστηριότητες. Για κάθε νέα δραστηριότητα που προστίθεται, ο άρρωστος πρέπει να καταλάβει ότι σταδιακά μπαίνει σ' αυτήν και πρέπει να παρακολουθεί και να παρακολουθείται ταυτόχρονα για την αντοχή του οργανισμού του. Η ίδια αρχή εφαρμόζεται για κάθε νέα δραστηριότητα που θα εκτελεί σε συνεννόηση με το γιατρό του, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Ειδικότερα οι οδηγίες, που θα δοθούν στον άρρωστο είναι οι εξής:

1. Καθημερινή βάρδια με προοδευτική αύξηση της αποστάσεως αλλά και του χρόνου.

2. Ανάπαυση πριν και μετά από την άσκηση και μετά το γεύμα.

3. Αποφυγή κάθε ενέργειας που αυξάνει την ένταση στους μύς.

4. Κατανομή των δραστηριοτήτων μέσα σ' όλη την μέρα και εναλλαγή τους με ανάπαυση.

5. Αποφυγή βιαστικής εργασίας ή απασχολήσεως.

6. Διάκοπή της δραστηριότητας αμέσως μόλις αισθανθεί κόπωση.

Οι συνθήκες της δουλειάς και η μείωση των ωρών απασχόλησής μόλις γυρίσει στην εργασία του, εξηγούνται στον άρρωστο κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, Η κόπωση, σαν κατάσταση, πρέπει να αποφεύγεται από το άτομο που έπαθε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό όμως απαιτεί εγκατάσταση νέου τρόπου ζωής.

Η ρύθμιση του διαιτολογίου έτσι ώστε άμεσα ή έμμεσα να μην επεβαρύνει την λειτουργία της καρδιάς είναι απαραίτητη. Ο άρρωστος πληροφορείται την ανάγκη και τη σκοπιμότητα:

1. Της αύξησης του αριθμού των γευμάτων σε τέσσερα τα οποία να είναι μικρά και ίσης ποσότητας.
2. Τα γεύματά του να λαμβάνονται ήρεμα και ποτέ βιαστικά.
3. Την ακριβή τήρηση της περιεκτικότητας του διαιτολογίου και της ποσότητας τροφής σε κάθε γεύμα. Και
4. Τον περιορισμό του καφέ.

Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστό της να αισθάνεται ασφάλεια για τον εαυτό του και να υιοθετήσει μια νέα πια φιλοσοφία στη ζωή.

Ο άρρωστος ακόμη, ενημερώνεται πότε πρέπει να ειδοποιεί το γιατρό, δηλαδή όταν παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

1. Αίσθημα πόνου ή πίεσης στο θώρακα που δεν υποχωρεί μετά τη λήψη νιτρογλυκερίνης.
2. Κόπωση.
3. Επιπόλαια (βραχεία) αναπνοή.
4. Οίδημα στα πόδια.
5. Λιποθυμία.
6. Αλλοίωση της συχνότητας του σφυγμού (βραδυκαρδία,

ταχυκαρδία).

Επίσης ο άρρωστος πρέπει να αποφεύγει να εκτίθεται στο κρύο και να μην ξανακαπνίσει, αν κάπνιζε πριν από το επεισόδιο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ

M.E.Θ.

Ο τυπικός καρδιοχειρουργημένος ασθενής, έχει υποστεί μία μεγάλη επέμβαση και είναι υπό την επίδραση αναισθησιολογικών παραγόντων που αποκλείουν-τροποποιούν ή και δημιουργούν παθολογικά πλαίσια, μοναδικά για τον ασθενή. Παράλληλα η καρδιά θα πρέπει να λειτουργεί στο πλαίσιο, που καθορίζεται από τη νόσο, την όλη οικονομία του οργανισμού και την εξωγενή φαρμακολογική υποστήριξη.

Προετοιμασία για την υποδοχή χειρουργημένου ασθενή σε μονάδα καρδιοχειρουργικής.

Ο νοσηλευτής της Κ.Χ. (Μ.Ε.Θ.) προκειμένου να παραλάβει τον καρδιοχειρουργημένο έχει να κάνει την εξής προετοιμασία:

1. Αερισμός θαλάμου.
2. Καθαρισμός κρεβατιού με αντισηπτικό διάλυμα και νερό.
3. Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού και τοποθέτηση ηλεκτρικής κουβέρτας.
4. Τοποθέτηση οβίδας O₂ με ABBU πάνω στο κρεβάτι και έλεγχος αν είναι γεμάτη.
5. Τακτοποίηση χώρου γύρω από το κρεβάτι (όπως ντουλαπάκι του ασθενή με τα προσωπικά του αντικείμενα, χτένα, γάντια μιας χρήσεως και αποστειρωμένα-ποδονάρια-κολλήρια για τα μάτια, γάζες φλεβικού καθετήρα- μάσκα O₂ και ρινογυάλια, TRAYFLOW γυθα αναπνευστική γυμναστική γούρτες με όλα τα νούμερα-απαγωγές για το καρδιογράφημα.

Ηπαρίνη και λίγες ηπαρίνισμένες σύριγγες 2,5 ML, ποτη-

ράκι με σωληνάρια για τη λήψη των εργαστηριακών εξετάσεων με παραπεμπτικό και σύριγγα, πιεσόμετρο με ακουστικά.

6. Συνεχή αναρρόφηση για τα BULLAW και αναρρόφηση για τις εκκρίσεις και καθετήρες αναρροφήσεων όλα τα νούμερα.

7. Ετοιμασία των πιέσεων όπως για Α.Π., Κ.Φ.Π., πνευμονικής αριστερού κόλπου κ.λπ..

8. Ετοιμασία του αναπνευστήρα, τοποθέτηση στις υποδοχές και έλεγχος για την καλή λειτουργία από τον υπεύθυνο τεχνικό.

9. Καροτσάκι με φάρμακα έκτακτης ανάγκης (ξυλοκαϊνης-σόδες-χλωριούχο ασβέστιο-ατροπίνη-αδρεναλίνη και βελόνα για ενδοκάρδια ένεση-ISOPTIN-DIVOXIN κ.λπ.).

10. Απνιδοστής δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου.

11. Συσκευές για την ενδοφλέβια έγχυση των φαρμάκων.

12. Ετοιμασία των διαγραμμάτων εντατικής παρακολούθησης: α) ζωτικών σημείων, β) ωριαίας μέτρησης ούρων, γ) αιμορραγίες, δ) αερίων.

13. παραπεμπτικό για ακτινογραφία θώρακος που λαμβάνεται σχεδόν αμέσως μετά την τακτοποίηση του αρρώστου στην μονάδα.

Παραλαβή καρδιοχειρουργημένου ασθενή στην μονάδα.

Με το πέρας της επέμβασης ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί στην μονάδα εντατικής θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) κατά τρόπο που να εξασφαλίζεται κατά την μεταφορά του, η ασφαλής παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργικό τραπέζι, απευθείας στο ειδικό κρεβάτι της Μ.Ε.Θ., το οποίο πρέπει να είναι εφοδιασμένο με φιάλη οξυγόνου και συσκευή ελεγχόμενου αερισμού. Τον ασθε-

νή τον συνοδεύουν τουλάχιστον ένα μέλος της αναισθησιολογικής ομάδας και ένας της χειρουργικής εκτός από τους τραυματιοφορείς.

Με την άφιξη του ασθενή στην ΜΕΘ, οι νοσηλευτές βρίσκονται σε πλήρη ετοιμότητα κι εξασφαλίζουν την ταχεία και ομαλή σύνδεση των συσκευών παρακολούθησης (MONITORING) όπως και την σύνδεση με τον αναπνευστήρα.

Ενώ συνεχίζεται στον άρρωστο η φαρμακευτική υποστήριξη του κυκλοφορικού και η χορήγηση των παρεντερικών υγρών.

Μία σειρά ενεργειών, οι οποίες είναι απαραίτητες από τους νοσηλευτές να εφαρμοστούν είναι οι εξής:

1. Η εγκατάσταση συνεχούς ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης.

2. Η σύνδεση με αναπνευστήρα.

3. Η σύνδεση της αρτηριακής γραμμής με MONITOR, για τη συχνή ψηφιακή καταγραφή της συστηματικής αρτηριακής πίεσης (διαστολική, συστολική, μέση).

4. Η εφαρμογή αρνητικής πίεσης, με ειδικό σύστημα, στην φιάλη των παροχετεύσεων του μεσοθωρακίου ή και της υπεζωοτικής κοιλότητας.

5. Η σύνδεση, ο έλεγχος και η ρύθμιση των συσκευών χορήγησης των ισοτρόπων και αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων.

6. Η σύνδεση με το MONITOR για την παρακολούθηση της πνευμονικής αρτηριακής πίεσης και της κεντρικής φλεβικής πίεσης.

7. Η συνολική εκτίμηση του ασθενή και η ενημέρωση από τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό της Μ.Ε.Θ..

8. Η λήψη δειγμάτων αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις (αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, ουρία, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες

ορού, χολερυθρίνη, καρδιακά ένζυμα, παράγοντες πήξης και ό,τι κρίνεται σκόπιμο ότι θα απαιτηθεί για το συγκεκριμένο ασθενή.

9.0 νοσηλεύτης, περιμένει τουλάχιστον επί 5 λεπτά, την παραμονή του αρρώστου στον αναπνευστήρα της Μ.Ε.Θ..

Η επόμενη κίνηση του νοσηλευτή είναι η ειδοποίηση για ακτινολογικό έλεγχο θώρακος, μετά τη μεταφορά του ασθενή στη Μ.Ε.Θ., έτσι ώστε με την τακτοποίησή του στη μονάδα να υπάρχει και η πρώτη ακτινογραφία θώρακα, ως σημείο αναφοράς.

Ειδικά προβλήματα των καρδιοχειρουργημένων που αντιμετωπίζει ο νοσηλεύτης στη μονάδα.

1. ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η πλειονότητα των καρδιοχειρουργημένων ασθενών χρειάζεται υποστήριξη της αναπνοής, λόγω των μεγάλων δόσεων συνθετικών οπιοειδών, που χρησιμοποιούνται κατά την αναισθησία και της επιβάρυνσης του κυκλοφορικού από το αναπνευστικό έργο. Η υποστήριξη της αναπνοής διασφαλίζει επίσης την οξεοβασική ισορροπία.

Επίσης υποχρέωση του νοσηλευτή, είναι ο καθαρισμός του τραχειοβρογχικού δένδρου που επιτυγχάνεται με τις αναρροφήσεις.

Αργότερα ο νοσηλεύτης σε συνεργασία με τον αναισθησιολόγο, προχωράει στην σταδιακή αποδέμηση του ασθενή από τον αναπνευστήρα, εφόσον η κλινική εικόνα του καρδιοχειρουργημένου είναι καλή.

2. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο νοσηλεύτης

της Κ.Χ. (Μ.Ε.Θ.), είναι ο μεταβολισμός των καρδιοχειρουργημένων. Η παρεμβολή της εξωσωματικής κυκλοφορίας με την ψύξη και την επαναθέρμανση του ασθενή, συνοδεύεται τις πρώτες ώρες στην Μ.Ε.Θ. από βαθμιαία απώλεια θερμότητας με αποτέλεσμα η θερμοκρασία του ασθενή να φθάνει στα επίπεδα των 35°C. Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής λαμβάνει μέτρα περιορισμού των απωλειών αυτών, όπως η χρήση των μονωτικών καλυμμάτων και θερμαντικών στοιχείων ενσωματωμένου στα καλύμματα του ασθενή.

3. ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ

Ο νοσηλευτής, πρέπει να παρακολουθεί και την παρεντερική χορήγηση υγρών. Η δυνατότητα που έχει ο νοσηλευτής για συνεχή αιμοδυναμική παρακολούθηση του ασθενή, καθορίζει τον απαιτούμενο όγκο υγρών σε κάθε χρονική περίοδο. Η ποσότητα του αίματος επίσης που δίνει ο νοσηλευτής, καθορίζεται από την αιμοδυναμική κατάσταση, τις τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης, καθώς και από τις συνθήκες μεταφοράς του οξυγόνου.

Τις διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος, τις αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής της Μ.Ε.Θ. με την χορήγηση σε πρώτη φάση, πρόσφατου αίματος ή πλάσματος, καθώς και με την συμπληρωματική χορήγηση αιματοπεταλίων ή χορήγηση συγκεκριμένων παραγόντων της πήξης ανάλογο με το αποτέλεσμα της εξέτασης του πήκτικού μηχανισμού.

4. ΩΡΙΑΙΑ ΑΠΟΒΟΛΗ ΟΥΡΩΝ

Ο νοσηλευτής, κατά την μετεγχειρητική πορεία του καρδιοχειρουργημένου δίνει την προσοχή του στην ωριαία αποβολή ούρων. Η εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας είναι ασυνήθης

επιπλοκή και οφείλεται συνήθως σε σύνδρομο χαμηλής καρδιακής παροχής. Η πορεία του καρδιοχειρουργικού ασθενή, θεωρείται ανεπίπλεκτη, όταν ο όγκος των ούρων είναι μεγαλύτερος από 500 ML το 24ωρο. Επίσης η ανάρρωση του ασθενή μπορεί να επιπλαιεί με ίκτερο.

5. ΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αυτός ίσως είναι το πιο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην μονάδα, γιατί παρουσιάζει πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι ασθενείς όλων των κατηγοριών βρίσκονται σε συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική και αιμαδυναμική παρακολούθηση. Με τον τρόπο αυτό και με τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών, διαπιστώνονται έγκαιρα τυχόν αρρυθμίες καθώς και μεταβολές στην καρδιακή πλήρωση και καρδιακή παροχή.

Στους καρδιοχειρουργημένους αρρώστους απαιτείται από τους νοσηλευτές, προσεκτική ρύθμιση τόσο των τυχόν χορηγούμενων ισοτρόπων φαρμάκων όσο και των αγγειοδραστικών ουσιών.

Σημαντική η συμβολή των νοσηλευτών, είναι όταν έχουμε καρδιακή ανακοπή ασθενούς, η ετοιμότητά τους προς αντιμετώπιση αυτής και την επανένταξη του ασθενή, πρέπει να είναι ταχύτατη. Αυτό επιτυγχάνεται με τη ρύθμιση των παρεντερικών υγρών που παίρνει, με φάρμακα όπως αδρεναλίνη, ατροπίνη, ευλοκαΐνη, διττανθρακικό νάτριο (SODIUM BICARBONATE 40%), το τελευταίο χορηγείται για την αποκατάσταση της μεταβολικής οξέωσης, όπως επίσης με τη χρήση του απινιδωτή συνεχούς ρεύματος με ηλεκτρόδια. (Ξεκινάμε πάντα από 200 έως 360 JOULES).

Επίσης οι νοσηλευτές της Κ.Χ. (ΜΕΘ), πρέπει να γνωρίζουν να παραλαμβάνουν καρδιοχειρουργημένους αρρώστους στους οποίους

κατά την διάρκεια της εγχείρησής τους χρειάστηκαν τη βοήθεια ενδοαρτικού ασκού.

Ο ενδοαρτικός ασκός, αποτελεί μία ουσιαστική μηχανικής υποστήριξης της αριστερής κοιλίας.

Οι ασθενείς αυτοί, λόγω της επιπλοκής τους, έχουν ανάγκη εντατικότερης παρακολούθησης και νοσηλευτικής φροντίδας.

6. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.

Οι καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς, λόγω της βαρύτητας της επέμβασής τους είναι πολύ ευάλωτοι στις λοιμώξεις. Οι χειρισμοί του νοσηλευτικού προσωπικού, πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο άσηπτοι, η χρήση κάθε είδους που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο να γίνεται με όλα τα αυστηρά μέτρα αντισηψίας.

7. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ - ΨΥΧΙΚΗ ΣΦΑΙΡΑ

Διαπαραχές του ψυχισμού της μνήμης και της προσωπικότητας του ασθενή δυνατόν να είναι παροδικές για τις πρώτες 24 ώρες μέχρι 6 μέρες. Ο νοσηλευτής με επιμονή και υπομονή, πρέπει να συμβάλλει στη σωστή μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Κατά τη διάρκεια της διαμονής του ο ασθενής υποβάλλεται σε ελαφρά σωματική άσκηση ενημερώνεται για τη φυσική εξέλιξη της ασθένειάς του, την πρόγνωση και τους τρόπους θεραπείας, από τους νοσηλευτές της μονάδας. Επίσης ο νοσηλευτής τον βοηθά να προσαρμοστεί φυσιολογικά στο ρυθμό της ζωής του και τον υποστηρίζει ψυχολογικά.

Όλοι οι άρρωστοι της Κ.Χ. (ΜΕΘ), έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: την πολυσυστηματική ανεπάρκεια και χρειάζονται, βέβαια συντονισμένη προσπάθεια υποστήριξης πολλών συνήθως συστημάτων. Για το λόγο αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει

πολύ σημαντικό ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα και προϋποθέτει να διαθέτει ιδιαίτερες γνώσεις και ικανότητες από το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Τα στελέχη της μονάδας πέρα από τις βασικές νοσηλευτικές γνώσεις, θα πρέπει να είναι ικανά στη συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου, να έχουν την δυνατότητα να αντιλαμβάνονται κάποια επερχόμενη επιπλοκή, την ετοιμότητα να λαμβάνουν μόνα τους αποφάσεις για την προσωρινή αντιμετώπιση της επιπλοκής μέχρι την εμφάνιση των ιατρών, να έχουν τη βασική φροντίδα του αρρώστου που αφορά: α) τη διατροφή, β) την υγιεινή, γ) την ψυχική διάθεση και δ) την πρόληψη των νοσηλευτικών επιπλοκών π.χ. κατακλίσεις. Επίσης να γνωρίζουν να χειρίζονται τα διάφορα μηχανήματα της Μ.Ε.Θ. να φροντίζουν για τον καθαρισμό και την συντήρηση των μηχανημάτων και να μπορέσουν να μεταδίδουν τις γνώσεις και την εμπειρία τους στις μαθητευόμενες νοσηλεύτριες της Μ.Ε.Θ..

Για όλα τα παραπάνω εξειδίκευση των νοσηλευτιών στην εντατική θεραπεία είναι επιτακτική για την καλή λειτουργία της Μ.Ε.Θ.. Έτσι το εκπαιδευτικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην εντατική θεραπεία πρέπει να αποτελεί μέρος της γενικότερης πολιτικής κάθε Νοσοκομείου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Η πρόοδος της τεχνολογίας των τελευταίων ετών και η εφαρμογή των επιτευγμάτων της στην θεραπευτική ιατρική, με την κατασκευή βελτιωμένης ποιότητας ηλεκτρονικών κυκλωμάτων τεχνητού βηματοδότη, έχουν οριστικά αλλάξει την αντιμετώπιση και την πρόγνωση των ανωμαλιών του καρδιακού ερεθισματογωγού συστήματος.

Παράλληλα με την τεχνολογική εξέλιξη, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η ανάπτυξη δεξιοτήτων στη χρήση βηματοδοτών υψηλής τεχνολογίας είχαν ως αποτέλεσμα την βελτίωση των αιμοδυναμικών παραμέτρων στους ασθενείς που φέρουν μόνιμο καρδιακό βηματοδότη.

ΕΙΔΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΕΩΣ

Η βηματοδότηση μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή. Στην μόνιμη ο βηματοδότης τοποθετείται υποδορίως στο θωρακικό τοίχωμα και το ηλεκτρόδιο ενδοφλέβια, ενώ στην προσωρινή το ηλεκτρόδιο εισάγεται διαφλεβίως στην δεξιά κοιλία και συνδέεται με την γεννήτρια που βρίσκεται έξω από το σώμα.

Προσωρινός βηματοδότης εφαρμόζεται σε:

- Ασθενείς που πάσχουν από οξεία νόσο, όπως οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μη πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
- Διδεσμικό αποκλεισμό.
- Εναλλαγή δεξιού και αριστερού σκελικού αποκλεισμού.
- Εναλλαγή πρόσθιου ή οπίσθιου ημισκελικού αποκλεισμού.
- Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.
- Μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση.
- Σύνδρομο βραδιαρδίας-ταχυαρδίας που οφείλεται στην τοξί-



κότητα της δακτυλίτιδας.

-Μεγάλη βραδυκαρδία.

Τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους:

1. Επί του δέρματος.
2. Διαθωρακιώς.
3. Διαφλεβίως.

ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΕΩΣ

Για να μεταφερθεί το ηλεκτρικό ερέθισμα από τη γεννήτρια του βηματοδότη στην καρδιά, πρέπει να περάσει μέσα από δύο ηλεκτρόδια βηματοδοτήσεως. Υπάρχουν δύο είδη καθετήρων καρδιακής βηματοδοτήσεως σε κοινή χρήση, οι διπολικοί και οι μονοπολικοί. Οι διπολικοί φέρουν δύο ηλεκτρόδια στην άκρη, σε πολύ μικρή απόσταση το ένα από το άλλο. Το ηλεκτρικό ρεύμα από το ένα ηλεκτρόδιο διέρχεται διαμέσου του μυοκαρδίου και με το άλλο επιστρέφει στο βηματοδότη, ολοκληρώνοντας το κύκλωμα. Οι μονοπολικοί φέρουν ένα μόνο ηλεκτρόδιο στην κορυφή· στην περίπτωση αυτή, το ρεύμα διέρχεται μέσω του καρδιακού μυός και των ιστών του σώματος σ' ένα άλλο ηλεκτρόδιο που ράβεται κάτω από το δέρμα και από εκεί επιστρέφει στον βηματοδότη, συμπληρώνοντας το κύκλωμα.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Η προετοιμασία είναι ψυχική και σωματική. Ενημερώνεται ο ασθενής σχετικά με την τοποθέτηση του βηματοδότη (προσωρινή ή μόνιμη). Επειδή όμως η εισαγωγή βηματοδότη, προσωρινού ή μόνιμου, προκαλεί ένταση, φόβο, και ανησυχία, η νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή με απλά λόγια τι πρόκειται να γίνει πριν, κατά και μετά τη διαδικασία. Τον ενημερώνει ότι

δεν θα υποβληθεί σε γενική αναισθησία, θα συνεργάζεται και θα συνομιλεί με το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Τον διαβεβαιώνει ότι θα γίνει τοπική αναισθησία και δεν θα πονήσει περισσότερο από ότι μία ένεση. Τον ενθαρρύνει, τον καθησυχάζει και τον βεβαιώνει ότι θα είναι συνεχώς κοντά του κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Όταν ο ασθενής είναι προετοιμασμένος και καλά ενημερωμένος, αισθάνεται ασφάλεια, προχωρεί με εμπιστοσύνη, αισιοδοξία και ελπίδα χωρίς φόβο και ανησυχία για το αποτέλεσμα.

Η σωματική προετοιμασία περιλαμβάνει καθαριότητα και ξύρισμα της περιοχής που θα γίνει η εισαγωγή του ηλεκτροδίου και η εμφύτευση του βηματοδότη.

Ο ασθενής παραμένει νηστικός επί 3-4 ώρες πριν από την επέμβαση. Εξασφαλίζεται μία σταθερή φλέβα με ορό στάγδην, έτοιμη για χορήγηση φαρμάκων, αν χρειασθεί.

Η τοποθέτηση γίνεται στο αιμοδυναμικό εργαστήριο που έχει το κατάλληλο εξοπλισμό και πληρεί τους όρους ασηψίας, αντισηψίας και ακτινοσκοπικού ελέγχου. Περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. Γίνεται αποκάλυψη φλέβας ή διαδερμική παρακέντηση με ειδική βελόνα (SET διαφλέβιας εισαγωγής με θηκάρι), μέσω του οποίου περνάει το ηλεκτρόδιο και οδηγείται στην κοιλότητα της δεξιάς κοιλιάς.

2. Εισάγεται το ηλεκτρόδιο σε μία φλέβα κατά προτίμηση την δεξιά υποκλείδια, τη μεσοβασιλική ή τη μηριαία υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΡΟΣΩΡΙΝΟ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ

Μόλις επιστρέψει ο ασθενής στο κρεβάτι του, συνδέεται

με την οθόνη και παρακολουθείται από το ΗΚΓ/φίμα.

Ο βηματοδότης τοποθετείται σε ασφαλή θέση ή στερεώνεται στο κρεβάτι, για να μην παρασυρθεί και πέσει.

Στερεώνεται το ηλεκτρόδιο περιφερικώς στο δέρμα, στο σημείο ενώσεως με το συνδετικό και στο σημείο συνδέσεως με τη γεννήτρια, για να μην μετακινηθεί σε απότομη κίνηση ή έλξη και κινδυνεύσει ο άρρωστος.

Ο ασθενής τοποθετείται αναπαυτικά στο κρεβάτι του σε ημικαθιστική θέση, αν η κατάστασή του το επιτρέπει.

Λαμβάνονται και αναγράφονται τα ζωτικά σημεία· η συχνότητα λήψεως αυτών εξαρτάται από τη γενική κατάσταση του ασθενή, δεδομένου ότι οι ασθενείς που χρειάζονται προσωρινό βηματοδότη τις περισσότερες φορές πάσχουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου και συνήθως η κατάστασή τους είναι κρίσιμη.

Παρακολουθείται και ρυθμίζεται η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ώστε η ροή να είναι σταθερή.

Μεττώνται τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Παραμένει ο ασθενής σε σχετική ακινησία επί 24 περίπου ώρες. Αν το ηλεκτρόδιο έχει εισαχθεί στο χέρι, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μην μετακινηθεί, σπάσει ή αφαιρεθεί· γι' αυτό ακινητοποιείται ελαφρώς το χέρι.

Παρέχεται ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, καθαριότητα και περιποίηση δέρματος, ιδιαίτερα στα σημεία πιέσεως.

Βοηθείται ο ασθενής από τους νοσηλευτές για τις φυσικές ανάγκες του-ατομική υγιεινή, φροντίδα του στόματος, καθαριότητα χεριών, προσώπου, σίτιση, λουτρό κ.λπ. το πρώτο 24ωρο-μέχρι να σταθεροποιηθεί το ηλεκτρόδιο, οπότε δεν υπάρ-

χει κίνδυνος μετακινήσεως.

Διδάσκειται ο ασθενής να χρησιμοποιεί το άλλο του χέρι για να αυτοεξυπηρετείται και όταν έχει δυσκολία, να ζητάει βοήθεια.

Εγείρεται στο κρεβάτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών και κάθεται στηριζόμενος στο ερεισίνωτο.

Αρχίζει προοδευτικά μετά από 48 ώρες να χρησιμοποιεί προοδευτικά το χέρι του.

Σηκώνεται προσεκτικά με ήρεμες και ήπιες κινήσεις, βοηθούμενος από τους νοσηλευτές για την χρήση της καρέκλας-δοχείο (COMMODE), αφού έχουν περάσει οι πρώτες 48 ώρες και η κατάστασή του το επιτρέπει. Λαμβάνεται μέριμνα κατά τις διάφορες νοσηλείες ή τη μετακίνησή του να μην ασκηθεί βία ή έλξη και αποσυνδεθεί το ηλεκτρόδιο ή φύγει από τη θέση του, με αποτέλεσμα να διακοπεί η βηματοδότηση με απρόβλεπτες συνέπειες.

Ο ασθενής με προσωρινό βηματοδότη είναι τροβισμένος, ανήσυχος και αγχώδης· περιβάλλεται από καλώδια και ηλεκτρονικά μηχανήματα, τα οποία τον τρομάζουν. Η νοσηλεύτρια τον ενθαρρύνει, του δίνει κουράγιο και τον βοηθάει να ξεπεράσει τη δυσκολία του. Του εξηγεί ότι η περίοδος αυτή είναι μεταβατική και ότι το ηλεκτρόδιο μετά από λίγες μέρες θα αφαιρεθεί, αφού υποχωρήσει η αρρυθμία και αποκατασταθεί η φυσιολογική καρδιακή λειτουργία.

Στο κατώτερο έμφραγμα, το ηλεκτρόδιο αφαιρείται μόλις επανέλθει ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός, ενώ σε πρόσθιο έμφραγμα παραμένει περίπου πέντε μέρες μετά την αποκατάσταση του φυσιολογικού ρυθμού.

Αφαιρείται το ηλεκτρόδιο όπως ένας φλεβικός καθετήρας,

εφαρμόζεται άσηπτη τεχνική και ο ασθενής παρακολουθείται ΗΚΓ/φικώς. Το ηλεκτρόδιο σύρεται σιγά-σιγά προς τα έξω και συγχρόνως παρακολουθείται το ΗΚΓ/φημα. Κατά την μετακίνηση, δεν πρέπει να ασκείται βία.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Αμέσως μετά την τοποθέτηση του βηματοδότη, προσωρινού ή μόνιμου, είναι δυνατόν να εμφανισθούν ορισμένα προβλήματα. Η έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων αυτών είναι ζωτικής σημασίας και οι νοσηλευτές πρέπει αμέσως να παράσχουν την κατάλληλη φροντίδα.

Μόλυνση -αν και δέναι είναι συχνή- μπορεί να συμβεί, ιδιαίτερα στην εφαρμογή του προσωρινού βηματοδότη. Επίσης, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί κυστίτιδα στο σημείο εισαγωγής του ηλεκτροδίου καθώς και θρομβοφλεβίτιδα. Γενικευμένη σηψαιμία παρατηρείται πολύ σπάνια.

Για την πρόληψη των επιπλοκών αυτών, πρέπει:

- Να διατηρείται το επιδεσμικό υλικό στεγνό και καθαρό.
- Να γίνεται κάθε πρωί καθαρισμός με ιωδιούχο αντισηπτικό διάλυμα και περιποίηση στο σημείο εισόδου του ηλεκτροδίου και να καλύπτεται με αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό. (Προσοχή να μη μετακινήθει το ηλεκτρόδιο).
- Να χορηγούνται προληπτικά αντιβιοτικά, όταν υπάρχει υποψία μόλυνσης, και όταν έχει προηγηθεί εργώδης και μακρά προσπάθεια εμφυτεύσεως.
- Να στέλνονται δείγματα αίματος για καλλιέργειες σε περίπτωση πυρετού.

Απαιτείται προσεκτική και συνεχής ΗΚΓ/φικη παρακολούθη-

ση για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Σε προσωρινό βηματοδότη, οι εξωτερικές συνδέσεις ελέγχονται συχνά, γιατί ένα λάθος στην σύνδεση των ηλεκτροδίων μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ανεπάρκεια ηλεκτρικής ισχύος, η οποία δεν θα είναι ικανή να διεγείρει το μυοκάρδιο.

Ο ασθενής παραμένει κλινήρης για 24-48 ώρες μετά την τοποθέτηση του ηλεκτροδίου (ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζεται κατά τις διάφορες νοσηλείες, ώστε να μην ασκηθεί βία ή έλξη, παρ'αυρθεί το ηλεκτρόδιο και φύγει από τη θέση του). Αν η εισαγωγή έγινε στο χέρι, ακινητοποιείται ελαφρά στο θώρακα για ασφάλεια.

Η ανεπάρκεια της μπαταρίας φαίνεται εύκολα από την έλλειψη των σπαικ στο ΗΚΓ/φρημα ή των φθοριζόντων σωμάτων στην οθόνη, που στις δύο περιπτώσεις φυσιολογικά προηγούνται από το σύμπλεγμα QR-S. Μόλις η νοσηλεύτρια διαπιστώσει ανωμαλία, αλλάζει βηματοδότη, καλεί τον ηλεκτρονικό και αλλάζει μπαταρίες.

Ελέγχεται η ουδός ηλεκτρικής ισχύος του βηματοδότη και προοδευτικά μειώνονται ανάλογα τα VOLT στη γεννήτρια μέχρι να διακοπεί η βηματοδότηση. Χρειάζεται όμως μεγάλη προσοχή, γιατί αν δεν έχει επανέλθει ο καρδιακός ρυθμός, μπορεί να προκληθεί καρδιακή αουστολία και απώλεια των αισθήσεων. Ουδός ηλεκτρικής ισχύος 1-1,5 MV είναι συνήθως ικανοποιητικός σπάνια, ίσως χρειασθεί να διπλασθασθεί.

Κάθε ανωμαλία στον ουδό ηλεκτρικής ισχύος πρέπει να αναφέρεται αμέσως, γιατί πιθανώς να σημαίνει μετακίνηση του ηλεκτροδίου, που γίνεται συνήθως αντιληπτή με την εμφάνιση

ηλεκτρικών σπείρων, άσχετα προς τα συμπλέγματα Q-R-S του ΗΚΓ/φήματος. Πιθανή μετακίνηση ή θραύση του ηλεκτροδίου ελέγχεται με ακτινογραφία θώρακος και ανάλογα γίνεται επανατοποθέτηση με αλλαγή ηλεκτροδίου.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Διδάσκεται ο ασθενής να παίρνει τις σφίξεις του μία φορά την ημέρα (πρωί) σε ολόκληρο το λεπτό και να τις καταγράφει σε ημερήσιο διάγραμμα.

Τονίζεται η σπουδαιότερα της καρδιακής συχνότητας, η οποία πρέπει να είναι σταθερή· σε περίπτωση όμως που παρατηρηθεί μείωση ή αύξηση κατά 5-4 σφύξεις το λεπτό από το καθορισμένο όριο, να αναφέρεται αμέσως στο γιατρό.

Συνιστάται στον ασθενή να μην πλησιάζει ηλεκτρικές συσκευές που δεν φέρουν καλή γείωση. Να αποφεύγει να έρχεται σε άμεση επαφή στην περιοχή του δέρματος πάνω από το βηματοδότη με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή, ηλεκτρική οδοντόβουρτσα, ηλεκτρική συσκευή στεγνώματος των μαλλιών. Οι συσκευές αυτές, όταν χρησιμοποιούνται 15 εκατοστά μακριά από το βηματοδότη, δεν τον επηρεάζουν. Αν χρησιμοποιεί ηλεκτρικές οικιακές συσκευές (ηλεκτρική σκούπα, μίξερ, κουζίνα μικροκυμάτων κ.λπ.) και αισθανθεί ζάλη να μην τις ξαναχρησιμοποιήσει. Να μην εργάζεται πολύ κοντά ή πάνω από μηχανή αυτοκινήτου που βρίσκεται σε λειτουργία ή από άλλη μηχανή παρόμοιας χρήσεως. Να μην πλησιάζει κεραίες εκπομπής αυτοκινήτου, τηλεοράσεως και ραντάρ· γενικά, ισχυρά ηλεκτρομαγνητικά πεδία. Να αναφέρει ότι έχει βηματοδότη όταν πρόκειται να ταξιδέψει με αεροπλάνο, για να αποφεύγει τον ηλεκτρομαγνητικό έλεγχο.

Την τελευταία 10ετία στις Η.Π.Α. και σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης έχουν δημιουργηθεί συστήματα τηλε-ηλεκτροκαρδιομετρίας μέσω τηλεφώνου για τον έλεγχο του ΗΚΓ/φήματος. Το σύστημα αυτό αποτελείται από το μεταβιβαστή που τοποθετείται κάτω από το τηλέφωνο του ασθενούς και συνδέεται με ένα θωρακικό ηλεικτρόδιο. Ο δέκτης και η κάρτα καταγραφής συνδέονται με το τηλέφωνο κατρείου ελέγχου βηματοδοτών, όπου η μεταφορά του ΗΚΓ/φικου κύματος είναι εύκολη. Ο ασθενής κάνει μόνο ένα τηλεφώνημα και πιέζει μερικά πλήκτρα.

Το πλεονέκτημα είναι ότι το τηλεφώνημα μπορεί να γίνει στην κλινική οποιαδήποτε ώρα, για να γίνει έλεγχος του ΗΚΓ/φήματος, αν υπάρχει ένδειξη ότι ο βηματοδότης παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα. Ακόμα, απαλλάσσεται ο άρρωστος από την ανάγκη για συχνή προσέλευση και πολλές φορές από μεγάλα ταξίδια στην κλινική για έλεγχο.

Ας ελπίσουμε ότι θα δημιουργηθούν και στη χώρα μας τέτοιου είδους συστήματα, τουλάχιστον στα μεγάλα νοσοκομεία, που θα εξυπηρετούν άτομα με μόνιμο βηματοδότη και είναι δύσκολο να έρχονται συχνά για έλεγχο.

Ας εύχρηθούμε ότι δεν βρισκόμαστε πολύ μακριά, αφού από το 1976 είχε γίνει με επιτυχία προσπάθεια μεταδόσεως του ΗΚΓ μέσω τηλεφώνου από επαρχιακό νοσοκομείο στη μονάδα εμφραγμάτων του θεραπευτηρίου <<Ο Ευαγγελισμός>> και η καταγραφή του ΗΚΓ/φήματος είχε γίνει με κοινό ηλεκτροκαρδιογράφο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ
ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (Ο.Ε.Μ.)

Το έμφραγμα της τρίτης ηλικίας αν και δεν διαφέρει από παθοφυσιολογική άποψη από το έμφραγμα της μέσης ηλικίας, αποτελεί παρόλα αυτά μια νοσολογική οντότητα που διαφοροποιείται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας των ασθενών που την αποτελούν και εμφανίζει τους δικούς του κλινικούς και επιδημιολογικούς χαρακτήρες.

Στην γενική ιατρική και καθημερινή άσκηση το ηλικιωμένο άτομο έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αυτό οφείλεται στο ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε και συνεχώς θα αυξάνεται για πολλές ακόμη δεκαετίες. Ήδη στην χώρα μας, τα άτομα των 65 ετών, φθάνουν στα δύο εκατομμύρια.

Με την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, έχουμε αναλογικά λιγότερα χέρια να προσφέρουν βοήθεια σ'αυτούς που ιδιαίτερα πολύ την χρειάζονται.

Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μας, έχουν κυρίως πελάτες ηλικιωμένα άτομα. Στις εφημερίες τα κρεβάτια οποιούδηποτε τμήματος καταναλαμβάνονται από άτομα τρίτης ηλικίας κατά 80%.

Υπολογίζεται ότι το 75% του χρόνου εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού καταναλώνεται στους ηλικιωμένους. Οι ανάγκες είναι μεγάλες και περιλαμβάνουν ένα ευρύτατο φάσμα τους χειμερινούς μήνες, αλλά και στη διάρκεια του θερινού κρύσωνα, κυρίως ηλικιωμένοι είναι εκείνοι που ζητούν την βοήθειά μας. Τι προσφέρουμε με τον σωστό τρόπο; Μερικά νοσήματα είναι πολύ κοινά και χρειάζονται μια απλή αγωγή, έστω μακροχρόνια. Άλλα απαιτούν προσεκτική μελέτη και εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Το ιδιαίτερο λοιπόν ενδιαφέρον που εκδηλώνεται τελευταία για τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, σε συνδυασμό με την επιτυχή εφαρμογή επιθετικότερων θεραπευτικών μεθόδων αντιμετώπισης του εμφράγματος στην νεώτερη και μέση ηλικία οδήγησε στη σποραδική αλλά ολοένα αυξανόμενη εφαρμογή των μεθόδων αυτών και στην τρίτη ηλικία, όπου το έμφραγμα παραδοσιακά είχε ήπια φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Θεραπευτικές Παρεμβάσεις-Νοσηλευτικός ρόλος

Η εργασία αυτή αποτελεί μία μικρή συμβολή στη μελέτη της φυσικής ιστορίας του εμφράγματος της τρίτης ηλικίας, μια αξιολόγηση της προσφοράς της νοσηλεύτριας στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) ηλικιωμένου ατόμου και αξιολόγηση του ρόλου που μπορεί να έχει η θρομβόλυση στην άμεση πρόγνωση του εμφράγματος με βάση την εμπειρία που αναπτύχθηκε από την αντιμετώπιση τέτοιων αρρώστων τα τελευταία 2,5 χρόνια περίπου στην Β' Καρδιολογική Πανεπιστημιακή Κλινική του Ιπποκράτειου Γενικού Περυφερειακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Οι πρώτες θεραπευτικές στο Ο.Ε.Μ. αποβλέπουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών και στην πρόληψη του θανάτου ή των σοβαρών επιπλοκών που είναι δυνατό να προκύψουν ενώ η μείωση της έκτασης της βλάβης του μυοκαρδίου είναι ο αντικειμενικός σκοπός κάθε περαιτέρω θεραπευτικής ενέργειας.

Εκτός από την συμβατική θεραπεία του ΟΕΜ (αναλγητική, αντιαρρυθμική, αντιπηκτική κ.λπ.) σήμερα με την βαθύτερη κατανόηση του μηχανισμού του ΟΕΜ και με τον τεχνικό εξοπλισμό που διαθέτουν τα περισσότερα νοσοκομεία, η θεραπευτική αντι-

μετώπιση του αποβλέπει στην απευθείας αντιμετώπιση της αιτίας που το προκαλεί.

Η θρομβολυτική θεραπεία, αποτελεί την δυναμικότερη θεραπευτική στην εξέλιξη της ισχαιμίας και στη μείωση της έκτασης του εμφράγματος και συνίσταται στην άμεση επαναιμάτωση του μυοκαρδίου με την διάνοιξη του αποφραγμένου αγγείου και την αποκατάσταση της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή της βλάβης.

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν ευνοϊκές συνθήκες για την επιτυχή έκβαση της θρομβόλυσης είναι η ατελής απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας, η ύπαρξη παράπλευρης κυκλοφορίας και η έναρξη της θεραπείας μέσα στις πρώτες ώρες του εμφράγματος.

Αντίθετα η ύπαρξη πλήρης απόφραξης, ο τοπογραφικός εντοπισμός της βλάβης κεντρικά δηλαδή στην αρχή της αρτηρίας και η μεγάλη αρχική έκταση του εμφράγματος δεν ευνοούν το τελικό αποτέλεσμα.

Οι επίλεκτοι υποψήφιοι για θρομβολυτική θεραπεία είναι εκείνοι των οποίων το Ο.Ε.Μ. τοποθετείται χρονικά από 4 έως 6 ώρες. Στους υποψήφιους δεν συμπεριλαμβάνονται ασθενείς με επιβαρυσμένο από παλαιά εμφράγματα ή εγχειρήσεις ιστορικό, γιατί είναι δύσκολος ο καθορισμός της αρτηρίας που ευθύνεται για το ΟΕΜ και όσοι έχουν ιστορικό πρόσφατης γαστρορραγίας ή εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ενεργοποιητής του πλασμικού ιστικού τύπου RTPA

Το ACTILYSE (RT-PA) ανασυνδυασμένος ανθρώπινου ιστικού τύπου ενεργοποιητής του πλασμινογόνου τύπου μία βιοτεχνολογικά παραγόμενη γλυκοπρωτεΐν η οποία ενεργοποιεί το πλασμι-

νογόνο κατευθείαν σε πλασμίνη. Με την χρησιμοποίηση του επι-
τυγχάνεται η διάλυση των θρόμβων των στεφανιαίων αρτηριών χω-
ρίς να καταστρέφονται άλλες πρωτεΐνες του πλάσματος και να
διαταρράσσεται η φυσιολογική αιμάσπαση. Κυκλοφορεί σε φια-
λίδιο των 50 MG και φιαλίδιο με 50 διάλυση. Χορηγείται εν-
δοφλέβια σε διάστημα 3 ωρών 100 MGR δραστικής ουσίας (RT-PA)
από τα οποία τα 10 MG πρέπει να χορηγούνται ως εφάπαξ αρχι-
κή ένεση σε διάστημα 1-2 λεπτών. Στη συνέχεια εγχύονται τα
50 MG σε διάστημα 60 λεπτών και τα υπόλοιπα 40 MGR στα υπό-
λοιπα 120 λεπτά.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση Ο.Ε.Μ. - Ψυχολογική Προσέγγιση
ηλικιωμένων - Δυσκολίες, προβλήματα.

Μετά την παραλαβή του ασθενή από τα εξωτερικά ιατρεία,
αυτός μεταφέρεται στο κρεβάτι και τοποθετείται σε ύπτια ή
ανάρροπη θέση αν δυσπνοεί. Συνδέεται αμέσως από το καρδιοσκο-
πιο και με τον καρδιογράφο για την παρακολούθηση της καρδια-
κής λειτουργίας και την λήψη ολοκληρωμένου ηλεκτροκαρδιογρα-
φήματος. Ο φάκελος που συνοδεύει τον ασθενή παραδίδεται στο
γιατρό της στεφανιαίας μονάδας, ενώ καταγράφεται στα τετρά-
δια νοσηλείας η θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθηθεί.

Οι συγγενείς του εμφραγματία ενημερώνονται για τις αρ-
χές που διέπουν την στεφανιαία μονάδα (ώρες επισκέψεων, थे-
ραπευτικό πρόγραμμα κ.λπ.).

Μετά από αυτές τις ενέργειες ξεκινά το κυρίως νοσηλευτι-
κό μας έργο.

Η παροχή αυστηρής πλήρης και συνεχής ανάπαυσης στον α-
σθενή, είναι ευθύνη δική μας.

Η σωματική ανάπαυση επιτυγχάνεται με την άνετη θέση του
ασθενή στο κρεβάτι του, καθώς και με την ικανοποίηση όλων των

φυσικών αναγκών του με την όσο το δυνατό λιγότερη επιβάρυνση της καρδιακής του λειτουργίας.

Για την αξιολόγηση του ηλικιωμένου αρρώστου με έμφραγμα του μυοκαρδίου συγκεντρώνονται πληροφορίες, Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνουμε στο γεγονός της αύξησης ή μείωσης της έντασης του πόνου με την ανάπαυση ή την χορήγηση της νιτρογλυκερίνης.

Εφόσον η κατάσταση του αρρώστου δίνει περιθώρια χρόνου συγκεντρώνουμε πληροφορίες σχετικά με το αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό εμφράγματος, αν ο άρρωστος καπνίζει, αν είχε προηγούμενο επεισόδιο εμφράγματος κ.λπ..

Γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις ΗΚΓ/φήμετος και ένζυμα που δηλώνουν την καταστροφή του μυοκαρδίου.

Η άγρυπνη παρακολούθηση του ασθενή και του καρδιοσκοπίου (MONITOR) για την εκτίμηση της κατάστασης του και την έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών είναι ένα από τα κυριότερα καθήκοντά μας.

Η παρακολούθηση του ασθενή περιλαμβάνει κατ'αρχήν την τακτική (σύμφωνη με τις ιατρικές οδηγίες) λήψη των ζωτικών σημείων του εμφραγματία. Η αρτηριακή πίεση λαμβάνεται ανά τετράωρα για το πρώτο 24ωρο. Αυτό συμβαίνει γιατί αρτηριακή υπόταση συνήθως δηλώνει αδυναμία του μυοκαρδίου και καρδιογενές σοκ.

Επίσης η καρδιακή συχνότητα, λαμβάνεται ανά 8ωρο για το πρώτο 24ωρο. Αυτό γίνεται επειδή μια ανωμαλία του σφυγμού είναι δυνατό να προλέγει μία επικίνδυνη αρρυθμία. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει βραδυκαρδία που να οφείλεται σε κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Σε αυτή την περίπτωση ετοιμάζουμε (ευπρεπισμό άνω και κάτω άκρων) τον άρρωστο για τοποθέτηση προσωρινού

βηματοδότη. Στην τοποθέτηση τηρούνται οι κανόνες ασηψίας.

Ακόμα παρακολουθείται η συχνότητα και ο χαρακτήρας της αναπνοής. Ταχύπνοια μπορεί να δηλώνει πνευμονική συμφόρηση και καθιστά αντιληπτή την καρδιακή ανεπάρκεια. Η ολιγόπνοια είναι δυνατό να δηλώνει ότι ο ασθενής είναι υπό την επήρεια μεγάλης χρήσης ηρεμιστικών, τα οποία καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία.

Η θερμοκρασία του σώματος του εμφραγματία λαμβάνεται ανά 3ωρο κατά την πρώτη βδομάδα από την εμφάνιση του εμφραγματος για την μελέτη της πυρετικής κίνησης προς αποφυγή επιπλοκών (π.χ. περικαρδίτιδα).

Γίνεται επίσης υπολογισμός των υγρών που έχει πάρει ο άρρωστος μέσα στο 24ωρο για την πρόληψη και αποφυγή τυχόν αφυδάτωσης. Επίσης γίνεται μέτρηση και αναγραφή των ούρων του θωρου και υπολογίζεται η συνολική αποβαλλόμενη ποσότητα στο 24ωρο. Ο όγκος των ούρων, είναι οδηγός για την εκτίμηση του ισοζυγίου υγρών της λειτουργίας των νεφρών και αποτελεί ένδειξη ανάπτυξης ή καρδιακής ανεπάρκειας.

Παρατηρείται τέλος το χρώμα του δέρματος των χειλιών και των νυχιών του εμφραγματία για σημεία κυάνωσης. Η εμφάνιση κυάνωσης ίσως αποτελεί υπαινιγμό αναπτυσσόμενης πνευμονικής συμφόρησης και πνευμονικού οιδήματος.

Στην καλύτερη εκτίμηση της κλινικής κατάστασης των ασθενών και στην εκλογή και ρύθμιση της παρεχόμενης θεραπευτικής αγωγής συμβάλλει η αιμοδυναμική παρακολούθηση των εμφραγματιών. Ως αιμοδυναμική παρακολούθηση ορίζεται η συνεχής καταγραφή, ή απεικόνιση και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, της κεντρικής φλεβικής πίεσης, της ενσφήνωσης της πνευμονικής αρ-

τηρίας και ο υπολογισμικός του κατά λεπτού όγκου αίματος και των συστηματικών και πνευμονικών αντιστάσεων.

Υποψήφιοι για αιμοδυναμική παρακολούθηση είναι οι ασθενείς με εκτεταμένα εμφράγματα ή οι ασθενείς με επιπλοκές από το έμφραγμά τους. Οι μετρήσεις των μεταβολών αυτών, πραγματοποιούνται σχετικά εύκολα και ασφαλώς στο κρεβάτι του ασθενή με τον καθετήρα SWAN-CANA. Ο καθετήρας εισάγεται από την υποκλείδιου φλέβα και ωθείται προς την καρδιά. Η τοποθέτηση γίνεται με απόλυτη ασηψία, δεδομένου ότι συνήθως παραμένουν για χρονικό διάστημα ως μία βδομάδα.

Ευθύνη δική μας, είναι η εφαρμογή όλων των άσηπτων τεχνικών για την αποφυγή μολύνσεων. Είναι απαραίτητος ο καλός καθαρισμός του δέρματος, η επάλειψη με ιωδιούχο διάλυμα και η χρήση άσηπτων χειρουργικών ρούχων.

Μετά την εφαρμογή του καθετήρα SWAN-CANA ελέγχεται το σημείο εισόδου του πολλές φορές τη μέρα για σημεία μόλυνσης, οιδήματος ή αιμορραγίας. Οι γάζες που καλύπτουν το σημείο εισόδου του καθετήρα αλλάζουν κάθε 8 ώρες, ενώ ο καθετήρας κατά διαστήματα εκπλένεται με αραιωμένο διάλυμα ηπαρίνης για την αποφυγή απόφραξής του.

Μεγάλη προσοχή επιδεικνύεται κατά την χορήγηση τροφής στον άρρωστο. Στις πρώτες 12-14 ώρες της εγκατάστασης του εμφράγματος δεν επιτρέπεται η χορήγηση στερεάς τροφής, ενώ η χορήγηση υγρών ενδοφλέβια ή από το στόμα θα πρέπει να περιορίζεται σε 1500-2500 LY το 24ωρο, ώστε να υπάρχει επαρκής διούρηση 800-2000 LT το 24ωρο. Μετά τις πρώτες 12-14 ώρες και αφού ο ασθενής πάψει να πονάει και η κατάστασή του είναι σταθερή αρχίζει η χορήγηση μαλακής και εύπεπτης τροφής χαμηλής

θερμιδικής αξίας και χαμηλής σε περιεκτικότητα χοληστερίνης και αλατιού. Στο σημείο αυτό, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων αν και δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των ενηλίκων εν τούτοις απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Η προσοχή συνίσταται στην εξασφάλιση τροφής πλούσιας σε βιταμίνες (που συνήθως έχουν έλλειψη οι ηλικιωμένοι) και πλούσιας σε κυτταρίνη για την διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου. Επίσης θα πρέπει να προσφέρεται (η τροφή) σε μικρές ποσότητες και σε περισσότερα από τα κανονικά γεύματα (συχνά μικρά γεύματα).

Τέλος διευκολύνεται χωρίς προσπάθεια και κόπο από τον άρρωστο η εκκένωση του εντερικού σωλήνα με την βοήθεια υπακτικών φαρμάκων. Αυτό γίνεται γιατί η καταβαλλόμενη προσπάθεια προς εκκένωση του εντερικού σωλήνα επιφέρει απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αυξάνει την ένταση της αριστερής κοιλίας και ενισχύει τον κίνδυνο της ρήξης του μυοκαρδίου.

Όλες οι παραπάνω ενέργειές μας δεν θα είχαν απολύτως καμμία αξία αν δεν συνοδεύονταν από την γνώση και τη συνείδηση ότι οι ασθενείς με OEM εκτός από το σωματικό, υφίστανται επιπρόσθετα και ψυχικό τραύμα. Όταν μάλιστα οι ασθενείς αυτοί είναι ηλικιωμένα άτομα με μεγαλύτερες ανάγκες και απαιτήσεις τότε οι δυσκολίες αυξάνονται και οι ευθύνες μας διπλασιάζονται.

Το ερώτημα που τίθεται εδώ, είναι το ακόλουθο. Ένα ηλικιωμένο άτομο που νοσηλεύεται σε στεφανιαία μονάδα του νοσοκομείου, χρειάζεται διαφορετική νοσηλευτική μονάδα απ'ότι ένα νεώτερο πρόσωπο; Βασικά δεν χρειάζεται διαφορετική νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό όμως που έχει ανάγκη είναι η ψυχολογική

υποστήριξη που θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τον πανικό και θα τον προετοιμάσει να προσαρμοστεί σε μία νέα κατάσταση της υγείας του που θα σφραγίσει καθοριστικά την καθημερινή του ζωή.

Ως γνωστό μία από τις επιπτώσεις της ηλικίας είναι συχνά η όλη και μεγαλύτερη δυσκολία που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος στο να ανταπεξέρχεται σωματικά ή διανοητικά στις καθημερινές του δραστηριότητες. Φέρνοντας στο μυαλό μας την ευρύτατη ποικιλία των ατομικών διαφορών ίσως η πιο φανερή αλλαγή στη ζωή του ηλικιωμένου είναι μία ελάττωση της κινητικότητας, απαιτητικότητας και του απορριπτισμού όσον αφορά τη στάση του σώματος, τις χειρονομίες, την προσωπική έκφραση και την ανταλλαγή των βλεμμάτων.

<<Η εμφανής μείωση της έντασης των συναισθημάτων και επιθυμιών θα μπορούσαν να βοηθήσουν, στο να επεξηγήσουν την ελάττωση της συχνότητας εύρους και ανομοιότητας της εκφραστικής συμπεριφοράς. Επιπλέον η ελαττωμένη ακοή και όραση που είναι οι κύριοι αισθητηριακοί υποδοχείς απόστασης, επιφέρουν μία αυξημένη εξάρτηση σε μοντινότερη αίσμα και άμεση φυσική επαφή (π.χ. κράτημα χεριών, άγγιγμα και χείδεμα για σκοπούς επικοινωνίας)>>. (Τζήμος α.).

Η γνώση και η τήρηση των βασικών θέσεων της ψυχογυιενής της γεροντικής ηλικίας μας επιτρέπει να τοποθετήσουμε σε σωστή βάση τις σχέσεις μας με τα υπερήλικα άρρωστα μέλη. Δεν θα πρέπει να ξεχνούμε ότι η ψυχιατρική διαταραχή, μπορεί να εμφανισθεί στον παθολόγο μεταμφεσμένη σαν φυσική νόσο και η φυσική νόσος μπορεί να είναι η υποκείμενη αιτία των ψυχικών συμπτωμάτων. <<Ακόμα και όταν η ψυχική και η φυσική διαταραχή

επερχόμενες στο ίδιο άτομο, είναι αιτιολογικά ανεξάρτητες, αυτές θα αλληλοεπιδράσουν στην γέννεση των συμπτωμάτων και κατά συνέπεια στην απάντηση με τη θεραπεία. Η αλληλοεπίδραση μεταξύ φυσικού και ψυχικού παράγοντος είναι μία από τις πιο διαδεδομένες και εκπληκτικές πλευρές της πρακτικής της καθημερινής ιατρικής μεταξύ των ηλικιωμένων>>. (Τζήμος Α.)

Από τα παραπάνω βγαίνει το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς αυτοί εκτός από τον σωματικό υφίστανται επιπρόσθετα και ψυχικό τραύμα από την αιφνίδια και πολλές φορές μη αναμενόμενη απομάκρυνση από τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η εισαγωγή τους σε ειδική μονάδα, τα άγνωστα πρόσωπα που τους περιβάλλουν, η σύνδεσή τους με μηχανήματα που απεικονίζουν παράξενες και ακατάληπτες γι' αυτούς εικόνες, ο περιορισμός τους στο κρεβάτι και οι συνεχείς ενοχλήσεις που τους προκαλούν, οι συχνές εξετάσεις των γιατρών και των νοσηλευτριών ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου τους είναι επαρκείς αιτίες για την δημιουργία ψυχικών διαταραχών που μπορεί να εκδηλωθούν με μία ή περισσότερες από τις παρακάτω μορφές: φόβος για την πιθανότητα να πάθουν να ζουν και να ενεργούν με τον τρόπο που προτιμούν, αβεβαιότητα για τη φυσική τους επιβίωση, αβεβαιότητα για την ικανότητα να ελέγχουν το άμεσο περιβάλλον τους, απογοήτευση και ανασφάλεια από την ανικανότητα να ελέγχουν τον πόνο τους και να διατηρούν την προσωπική τους ανεξαρτησία και τέλος κατάθλιψη για τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Έτσι δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη το γεγονός, ότι το άγχος και η κατάθλιψη είναι κοινές αντιδράσεις των ασθενών με Ο.Ε.Μ., αντιδράσεις που δεν είναι καθόλου άμοιρες ευθυνών για την αυξημένη συχνότητα θανάτων.

Στην οξεία λοιπόν φάση του εμφράγματος, η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μέσα θεραπείας. Σημαντικός είναι ο δικός μας ρόλος, επειδή εμείς είμαστε που βρισκόμαστε σε συνεχή επαφή και επικοινωνία με τον ηλικιωμένο εμφραγματία.

Η δημιουργία αισθημάτων ασφαλείας και η εξασφάλιση της ηρεμίας των ασθενών, αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την ομαλή εξέλιξη της νόσου. Ο ασθενής εξοικειώνεται με το περιβάλλον του, με τα μηχανήματα που υπάρχουν γύρω του και διαβεβαιώνεται ότι οποιαδήποτε επιπλοκή μέσα στη μονάδα, θα διαπιστωθεί αμέσως και θα αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά. Η επικοινωνία μαζί τους γίνεται σε φιλικό επίπεδο. Η αμεσότητα, η ειλικρίνεια και η ευαισθησία στην συμπεριφορά μας συμβάλλουν καθοριστικά στην επαναφορά του ενδιαφέροντος των ασθενών και στην άρση της έμμονης ιδέας της απόρριψης από την ζωή. Στην επικοινωνία μας με τον άγνωστο συμβάλλουν σημαντικά και οι συγγενείς τους. Οι επισκέψεις τους στην Μ.Ε.Θ. εμφραγμάτων περιορίζονται σημαντικά, γιατί θεωρούνται επικίνδυνες για τους ασθενείς. Αυτές όμως οι βραχείας διάρκειας επισκέψεις μπορεί να προκαλέσουν μεγαλύτερη ψυχική ένταση και να αυξήσουν την καρδιακή συχνότητα και την αρτηριακή πίεση περισσότερο από την αύξηση που θα προκαλούσαν μακρύτερες επισκέψεις των οποίων ο χρόνος θα καθοριζόταν από τον ίδιο τον ασθενή.

Για να ανταποκριθούν λοιπόν θετικά με την παρουσία τους οι συγγενείς των ασθενών, χρειάζονται ειδική προετοιμασία και βοήθεια από εμάς. Η συχνή επικοινωνία και η συνεχής και ακριβής ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη της κατάστα-

σης του ασθενή τους, συμβάλλει στην άμβλυωση και άλλων συναισθημάτων αντιδράσεων, που πολύ συχνά αναπτύσσονται στους συγγενείς, όπως φόβος, η ενοχή, η μοναξιά και η κατάθλιψη.

Οι καθημερινές πρόοδοι στην πρόληψη και στην θεραπεία του Ο.Ε.Μ., αλλά και γενικότερα στους υπόλοιπους τομείς της ιατρικής σε συνδυασμό με την όλο και πιο θετική στάση απέναντι στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και τις βελτιωμένες μεθόδους κοινωνικής αρωγής είναι πολύ πιθανό να προεικτείνουν στο μέλλον την τρίτη ηλικία, όλο και πιο μακριά για τους περισσότερους από εμάς που βρισκόμαστε σήμερα στη ζωή. Οι προοπτικές μας για μία ευτυχέστερη και μακρύτερη ζωή, είναι πάρα πολύ καλές.

ΕΠΑΝΕΝΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΩΝ ΣΤΗΝ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η καταπληκτική πρόοδος στην φαρμακοθεραπευτική, στην κλινική καρδιολογία και στην καρδιοχειρουργική επιτρέπει να σώζουμε τα τελευταία χρόνια ολοένα και περισσότερους καρδιοπαθείς. Δεν σταματήσαμε όμως στο σημείο αυτό, αλλά προσπαθήσαμε και προσπαθούμε να επαναφέρουμε με διάφορους τρόπους, τους διασωθέντες καρδιοπαθείς, στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, με δυναμισμό.

Παλαιότερα εδώ και 25 περίπου χρόνια κρατούσαμε τους ασθενείς μας από έμφραγμα του μυοκαρδίου καθηλωμένους, ακίνητους στο κρεβάτι για 4-6 βδομάδες και συνήθως στον τόπο που υπέστησαν το έμφραγμα από φόβο για την μετακίνησή τους. Για παράδειγμα το 1934 ο THOMAS LEWIS στο βιβλίο της καρδιολογίας έγραφε: «ο εμφραγματίας ασθενής που νοσηλεύεται ως περίπτωση βαρειάς καρδιακής ανεπάρκειας, οφείλει να μείνει στο κρεβάτι για 8 εβδομάδες τουλάχιστον, ακόμη και στις ελαφρές περιπτώσεις, ώστε να γίνει μία πλήρης επούλωση του κοιλιακού τοιχώματος. Καθ'όλη την διάρκεια αυτή, ο ασθενής πρέπει να επιβλέπεται μέρα-νύχτα από την νοσηλεύτρια, να τον βοηθάει η νοσηλεύτρια με όλα τα μέσα ώστε να αποφεύγει τις κινήσεις και τις προσπάθειες, διότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών έχασαν τη ζωή τους επειδή παραμέλησαν αυτές τις προφυλάξεις».

Το 1940, όμως ο LEVINE είναι ο πρώτος που αναφέρει τις επίπλοκές που μπορεί να δημιουργήσει στους εμφραγματίες η μακροχρόνια ακινητοποίησή τους στο κρεβάτι.

Το 1952 ο LEVINE με τον LOWN πρότειναν, χωρίς να εισακουσθούν τη γρήγορη έγερση των εμφραγματιών και σε μία πρωτό-

τυπη εργασία τους έγραφαν: <<Η ξαφνική εμφάνιση στεφανιαίας προσβολής, που χτυπάει συνήθως άτομα με μεγάλη ενεργητικότητα, όταν συνδυασθεί και με μία μακροχρόνια καθήλωση στο κρεβάτι, τους γκρεμίζει το ηθικό, φέρνει την απελπισία δίνει άγχος και καταστρέφει την ελπίδα για επιστροφή στη φυσιολογική ζωή. Επιπλέον δε η μακροχρόνια ακινητοποίηση τους μπορεί να εμφανίσει ένα πλήθος επιπλοκών: θρομβοφλεβίτιδες, πνευμονικές εμβολές, οστεοπόρωση, αρνητικό ισοζύγιο υγρών και αζώτου, πνευμονία, ατελεκτασία, άρνηση τροφής, διαταραχές του προτάτη>>.

Το 1969 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σεμινάρια συνεδρίαση στην Κοπεγχάγη βάζει πλέον οριστικά τη βάση για την κινητοποίηση και επαναπροσαρμογή με τον παρακάτω ορισμό <<Η επαναπροσαρμογή των εμφραγματιών είναι το σύνολο των αναγκαίων ενεργειών που απαιτούνται για τους εμφραγματίες για να τους δώσουν την καλύτερη δυνατή φυσική διανοητική και κοινωνική προϋπόθεση ώστε να μπορέσουν με τις δικές τους ικανότητες να καταλάβουν μια θέση όσο το δυνατόν φυσιολογικότερη μέσα στην κοινωνία>>. Έτσι λοιπόν, αρχίζουν διεθνώς να πείθονται οι καρδιολόγοι για τα πολλά πλεονεκτήματα της γρήγορης φυσιοθεραπείας των εμφραγματιών από τις πρώτες κιόλας μέρες της καρδιακής προσβολής.

Με την πρόοδο όμως και της τεχνολογίας, την τελειοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής και την ανάπτυξη των μονάδων εντατικής θεραπείας, αρχίσαμε να αντιμετωπίζουμε σαν νοσηλευτικό προσωπικό με άνεση και αποτελεσματικότητα και τις περισσότερες από τις εμφανιζόμενες επιπλοκές των καρδιακών παθήσεων, για να φθάσουμε σήμερα στο σημείο να έχουμε ως μέσο όρο νοση-

λείας συγκεκριμένα των εμφραγματιών τις δώδεκα μέρες και με ασύγκριτα καλύτερα αποτελέσματα επιβίωσης.

Η επαναπροσαρμογή των εμφραγματιών χωρίζεται σήμερα σε τρεις περιόδους: Νοσοκομειακή, μετανοσοκομειακή (4-6 εβδομάδες) και συντηρήσεως (για όλη του τη ζωή). Πολλές δε είναι οι κοινότητες που εφαρμόζουν για τη μετανοσοκομειακή επαναπροσαρμογή των εμφραγματιών να είναι συνέχεια της φαρμακευτικής ή καρδιοχειρουργικής αγωγής και της νοσοκομειακής επαναπροσαρμογής.

Σε μια μελέτη που έγινε έχουμε μόνο άνδρες και τούτο διότι πρώτον οι άνδρες είναι περισσότεροι σε συχνότητα εμφραγματίες και δεύτερον, δεν ήταν εύκολο να πείσουμε, τις γυναίκες στην κοινότητά μας να έρχονται και να συμμετέχουν στις συνεδρίες αυτές.

Ο κύριος σκοπός της μελέτης ήταν η διάδοση της ιδέας της μετανοσοκομειακής επαναπροσαρμογής και επανένταξης των εμφραγματιών, διότι είμαστε πλήρως πεπεισμένοι για την ωφελιμότητά της.

Άτομα λοιπόν που εμφανίστηκαν ύστερα από έμφραγμα του μυοκαρδίου, νοσηλευθέντες σε διάφορα νοσοκομεία της κοινότητας, κατά την τελευταία τριετία ήταν συνολικά 160 εμφραγματίες, από τους οποίους 32 ήταν γυναίκες και 128 άνδρες. Από τους 128 άνδρες επιλέξαμε για την μελέτη 110 με τα ακόλουθα κλινικά ηλεκτροκαρδιογραφικά και εργομετρικά κριτήρια:

- Ασθενείς προς επιλογήν: 128 -> επιλεγέντες 110
- Ηλικία < 70 ετών -> Ασθενείς < 70 ετών
- Έμφραγμα μυοκαρδίου από 0-3 εβδομάδες από την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Δοκιμασία κοπώσεως αρνητική, με όριο καρδιακής συχνό-

τητας 70% της μέγιστης θεωρητικής.

- Καρδιακή συχνότητα < 80%/1 -> Απουσία εμφανίσεως-
κοιλιακών έκτακτων συστολών, κολποκοιλιακού αποκλεισμού,
κολπικού πτερυγισμού και μαρμαρυγής.

-Απουσία πολλών κοιλιακών έκτακτων συστολών < 20/ώρα
-> Ανησυχία στηθάγχης.

- Απουσία κολποκοιλιακού αποκλεισμού, πτερυγισμού,
κολπικής μαρμαρυγής +> Απουσία υποτασικού συνδρόμου.

- Απουσία στηθάγχης ηρεμίας
- Απουσία βαλβυδοπαθειών
- Απουσία σωματικής καρδιακής ανεπάρκειας.
- Αρτηριακή πίεση < 180 MMHG
- Απουσία ψυχωτικών διαταραχών.

Εφαρμόστηκαν λοιπόν αυτά τα προγράμματα σε ομάδες έξι
ατόμων μια ομάδα κάθε δίμηνο. Στην αίθουσα λοιπόν των ασκή-
σεων, έχουμε δύο εργομετρικά ποδήλατα, δύο ηλεκτροκαρδιογρά-
φους, απινιδωτή εν λειτουργία, ένα καρδιοταχύμετρο, πρεσό-
μετρα, συσκευή παροχής οξυγόνου και ένα κιβώτιο φαρμάκων καρ-
διο αναπνευστικής ανανήψεως. Το σύνολο των συνεδρίων ήταν
δώδεκα, διάρκειας μιάμισης ώρας, η καθεμία, δύο φορές την
εβδομάδα τον πρώτο μήνα και μία φορά την εβδομάδα το δεύτερο
μήνα.

Πριν αρχίσει κάθε συνεδρία γυμναστικής γίνεται ενημέ-
ρωση θεωρητική από τον καρδιολόγο γύρω από τα εμφράγματα, το
διαιτολόγο, τα φάρμακα, τους παράγοντες κινδύνου. Απαντάμε
στις διάφορες ερωτήσεις και απορίες των ασθενών μας και στο
τέλος ο νοσηλευτής τους ενημερώνει για τις ασκήσεις που πρό-
κειται να επακολουθήσουν. Συμβουλευόμαστε τους ασθενείς μας
να έρχονται και να παρίστανται και τα στενά συγγενικά τους

πρόσωπα, ώστε να ακούνε και να βλέπουν κι εκείνοι τι κάνουμε εμείς, αλλά ιδιαίτερα τι μπορούν να κάνουν οι ασθενείς τους, διότι αυτό θα βοηθήσει αργότερα στην συνεργασία μας με τον οικογενειακό τους περιβάλλον για την επαναπροσαρμογή και την επανένταξη τους στην εργασία. Όπως θα δούμε, ο υπερπροστατευτισμός των εμφραγματιών δεν είναι ωφέλιμος για κανέναν. Ορισμένες δε φορές καλούμε σε μία συνεδρία και τον εργοδότη ενός από τους ασθενείς μας για να διαπιστώσει μόνος του ότι ο υπάλληλος που είχε την ατυχία να πάθει έμφραγμα μπορεί να ξαναρχίσει την εργασία που έκανε και αυτό βοήθησε αποτελεσματικά για την επαναπρόσληψή του στην εργασία.

Κατόπιν, ελέγχουμε έναν-έναν ως προς το βάρος του, την αρτηριακή πίεση και την καρδιακή συχνότητα. Κατά την διάρκεια λοιπόν της φυσικοθεραπείας, ο καρδιολόγος είναι παρών μέχρι το τέλος της συνεδρίας, όποτε γίνεται εκ νέου μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας. Εκτός των ασκήσεων εκτελείται ο νοσηλευτής γίνεται και άσκηση στο εργομετρικά ποδήλατα απ' όλους τους ασθενείς της ομάδας, από ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση. Στο τέλος του διμήνου καταγράφονται εκτός από τις ιατρικές-νοσηλευτικές διαπιστώσεις, και τις υποκειμενικές εντυπώσεις του κάθε ασθενή, κάναμε το τελευταίο εργομετρικό TEST, δίνουμε συμβουλές για την περαιτέρω ζωή του στον ίδιο, την οικογένειά του και ενδεχομένως στον εργοδότη τους, όταν αυτό χρειάζεται. Τονίζουμε επίσης στους ασθενείς μας να συνεχίζουν σ' όλη τους τη ζωή τις ασκήσεις που έμαθαν, να κάνουν ποδήλατο, ή γρήγορο περπάτημα επί μισή ώρα και δύο φορές την εβδομάδα τουλάχιστον χωρίς διακοπές.

Τα αποτελέσματα που αποκομίσαμε από τη μελέτη αυτή επί των 110 εμφραγματιών ασθενών μας ήταν τ'ακόλουθα:

1. Δεν είχαμε κανένα απολύτως ατύχημα.

2. Όλοι σχεδόν οι ασθενείς μας, το 95% παρουσίασαν θεαματική ψυχολογική και σεξουαλική βελτίωση. Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι όλοι οι ασθενείς μας αυτοί ήταν πολύ ευαίσθητοποιημένοι στο θέμα της σεξουαλικότητας και ήταν πολύ χαρούμενοι όταν μιλούσαμε γι'αυτό και ακόμα περισσότερο όταν τελικά διαπίστωσαν ότι το έμφραγμα δεν τους δημιούργησε ανικανότητα και ξεπερνούσαν με τη βοήθειά μας την φοβία που είχαν γύρω από τις σεξουαλικές σχέσεις.

3. Όλοι οι ασθενείς μας παρουσίασαν βελτίωση στην προσαρμογή κοπώσεως, εμφανίζοντας καλύτερα εργομετρικά TEST και πτώση του μέσου όρου της καρδιακής συχνότητας, περίπου 10%, συγκριτικά μ'εκείνα προ της εφαρμογής του προγράμματος.

4. Σημαντική υποκειμενική και αντικειμενική μυοκίνητη και αναπνευστική επανάκτηση.

5. Το 80% περίπου των ασθενών μας ανέλαβε και επέστρεψε στην εργασία που είχε, εντός ορισμένων που είχαν βαρείες δουλειές ή ήταν ήδη συνταξιούχοι, σε διάστημα δύομισυ μηνών από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, μερικοί δε ανέλαβαν εργασία αμέσως μετά το τέλος του προγράμματος επανασσαρμογής.

Σήμερα σ'όλον τον κοσμο όπως και την χώρα μας κινητοποιούμε μέσα από τις κοινότητες πολύ νωρίς τους περισσότερους εμφραγματιές μας και έχουμε συντομεύσει κατά το ήμισυ και περισσότερο τον χρόνο νοσηλείας τους και με καλύτερα αποτελέσματα από εκείνα της μακροχρόνιας νοσηλείας. Τούτο είναι πλέον γνωστό και η διεθνής βιβλιογραφία το επιβεβαιώνει. Αυ-

τά όσον αφορά τη νοσοκομειακή αντιμετώπιση και επαναπροσαρμογή των εμφραγματιών.

Θα συζητήσουμε όμως τώρα για τη μετανοσοκομειακή αντιμετώπιση και επαναπροσαρμογή τους, όταν δηλαδή εγκαταλείπουν το νοσοκομείο.

Μετά απο νοσοκομείο ο εμφραγματίας πρέπει να πηγαίνει σπίτι του υπερπροστατευμένος; Για πόσο καιρό; μήπως πρέπει να πηγαίνει σε ειδικά αναρρωτήρια αναπαύσεως-επαναδραστηροποίησης; Τι είδους ασκήσεις γυμναστικής πρέπει να κάνει; Πρέπει να συνταξιοδοτείται από το σύστημα; Πρέπει να παίρνει μακροχρόνιες άδειες από την εργασία του; Θα ξαναρχίσει ποτέ τη δουλειά του;

Προσωπικά πιστεύω ότι στη χώρα μας ακόμα υπερπροστατεύουμε τους εμφραγματίες μας, εύκολα τους συνταξιοδοτούμε και υπερβολικά μακροχρόνιες αναρρωτικές άδειες τους χορηγούμε, χωρίς να ωφελείς κανείς απ' αυτή την τακτική.

Ας δούμε όμως τι λέει και η διεθνής βιβλιογραφία για την μετανοσοκομειακή αντιμετώπιση των εμφραγματιών και την επαγγελματική τους επαναπροσαρμογή.

Σε μια αγγλοσαξωνική μελέτη του FISHER, το ποσοστό επανένταξης στην εργασία κυμαίνεται από 33 έως 80%.

Σε μια άλλη μελέτη στη Ρωσία, από τον HAZOV ΚΑΙ RUDA, αναφέρεται ότι το 80% των εμφραγματιών ξανάρχισαν την εργασία τους όπω πρώτα.

Στην Γαλλία και Ελβετία σήμερα, χάρη στα μετανοσοκομειακά προγράμματα επαναπροσαρμογής, το 80% περίπου των εμφραγματιών ξαναρχίζει την εργασία τους.

Στις παραπάνω λοιπόν μελέτες υπάρχουν ορισμένες αποκλί-

σεις όσον αφορά το ποσοστό επανένταξης στην εργασία. Τούτο όμως οφείλεται και στις διάφορες κατηγορίες των εμφραγματιών που έχουν μελετηθεί, δηλαδή αν περιλαμβάνονται όλα ανεξαρτήτως τα εμφράγματα ή μόνο τα ανεπίλειτα, ή ηλικία, το φύλο, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση κ.λπ..

Στην χώρα μας λοιπόν το 80% περίπου των ανδρών εμφραγματιών κάτω των 65 ετών συνταξιοδοτείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας μας και μόνο το 20% αναλαμβάνει την εργασία του και τούτο ύστερα από 6 έως 12 μήνες αναρρωτικής άδειας!

Πιστεύουμε ότι για να θεωρηθεί πετυχημένη η επαναπροσαρμογή πρέπει να γίνει και καλή επανένταξη.

Οι παραγόντες που επηρεάζουν την απόφαση των ανεπίλειπτων εμφραγματιών ασθενών να ξαναρχίσουν την εργασία τους είναι:

1. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η προσωπικότητα του ασθενή δηλαδή ο τρόπος αντιδράσεως του ύστερα από το έμφραγμα, και τα ψυχολογικά του προβλήματα, είναι σοβαρά στοιχεία για την επανένταξη στην εργασία. Εκτός των ψυχολογικών προβλημάτων του ιδίου του ασθενούς σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ψυχολογικές αντιδράσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος. Δηλαδή οι οικογένειες που υιοθετούν μία στάση υπερπροστατευτισμού απέναντι του αυξάνουν την αγωνία και δημιουργούν εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από το έμφραγμα. Μία τέτοια αντίληψη δυσκολεύει αφάνταστα την κοινωνικο-επαγγελματική επανένταξη.

2. Οι αντιλήψεις

Η αντίληψη κάθε λαού που έχει για την εργασία παίζει ρό-

λο. Π.χ. ένας Αμερικανός ή ένας Ελβετός αξιολογεί διαφορετικά την εργασία από έναν Μεσογειακό.

3. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ασθενούς.

Διάφορες μελέτες αποδεικνύουν ότι το ποσοστό επανένταξης στην εργασία είναι υψηλότερο στους ανειδίκευτους εργάτες και σ' εκείνους που κάνουν βαριές δουλειές.

4. Ο ρόλος της οικογένειας

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες μπήκαν οι βάσεις για την περαιτέρω μελέτη της σημασίας της προσωπικότητας του ατόμου και των περιβαλλοντικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Στην αρχή το ενδιαφέρον στράφηκε στην διερεύνηση της αιτιολογικής σχέσης ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, τα οποία συνδέονται με την παθολογία του οξέος εμφράγματος. Έτσι, αποδείχθηκε ότι η αλληλεπίδραση εμφραγματία-περιβάλλοντος παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της παθήσεως. Στη συνέχεια, η διερεύνηση περιέλαβε το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντος, ιδιαίτερα την επίδραση της συμπεριφοράς της συζύγου, όσον αφορά τη συχνότητα της νόσου στο σύζυγο. Σήμερα η διερεύνηση επεκτείνεται σε ολόκληρο το οικογενειακό περιβάλλον, με την εξέταση των μεταβολών στη συμπεριφορά της οικογένειας αναφορικά με παραμέτρους, σχετιζόμενες με τη στεφανιαία νόσο μετά την επέλευση του εμφράγματος στο σύζυγο.

Η συμπεριφορά, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική θέση και η ψυχολογική κατάσταση της συζήγου επιδρούν στην συχνότητα του εμφράγματος του μυοκαρδίου στο σύζυγο.

Γενικότερα, στο θέμα της συμπεριφοράς και της ψυχολο-

γικής κατάστασης του πάσχοντος μετά το έμφραγμα, παρατηρήσεις δείχνουν ότι σε μεγάλα ποσοστά παρουσιάζουν άγχος, κατάθλιψη και αισθήματα αποστερήσεως και μοναξιάς σε συνδυασμό με ανικανότητα για εργασία.

Ο υψηλός δείκτης επικινδυνότητας του εμφράγματος του μυοκαρδίου σε σχέση με την πρόσκαιρη αδυναμία για εργασία δημιουργούν στον ασθενή το κατάλληλο συγκινησιακό κλίμα για την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων, που με τη σειρά τους προκαλούν αναστάτωση στη ζωή, τόσο του ίδιου όσο και της οικογένειάς του. Καθώς και η ερωτική συμπεριφορά του ασθενή μεταβάλλεται σημαντικά μετά το έμφραγμα.

Οι ενδοοικογενειακές μεταβολές όσον αφορά τις σχέσεις εμφραγματία-μελών οικογένειας φαίνεται να ασκούν ευμενή επίδραση στον πρώτο όσον αφορά την ψυχική διάθεση, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα του εμφράγματος, ανάλογα με την οικογενειακή κατάστασή του.

Παράλληλα με τους ψυχολογικούς παράγοντες, διαφοροποιούνται κι οι σχετικές με τους παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου παραμέτροι. Η διαφοροποίηση προφανώς οφείλεται και σε ιατρικές παρενέργειες.

Αναλογικά διαφοροποιείται και το διαιτολόγιο των ασθενών. Ως προς τα μέλη της οικογένειας συνήθως διαπιστώνεται μείωση του βάρους, προφανώς λόγω των διαιτητικών περιορισμών, χωρίς πάντως να περιορισθεί -πραδόξως- η κατανάλωση γλυκών, αλατιού και βουτύρου.

Συμπερασματικά, καθίσταται φανερό ότι μεγάλο ποσοστό ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζουν κατάδηλο ή υποκρυπτόμενο συγκινησιακό άγχος, που επηρεάζει τη συμπεριφορά

και τις σχέσεις της οικογένειας. Οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες μπορεί να αποβούν πολύ ισχυρότεροι και από τις ιατρικές επιπτώσεις της νόσου.

Επίσης ο ασθενής μετά από ΟΕΜ αποδέχεται και πειθαρχεί στις ιατρικές υποδείξεις, όπως ο περιορισμός του καπνίσματος, η αλλαγή διαιτολογίου, καθώς και η αύξηση των σωματικών ασκήσεων και της ιατρικής παρακολούθησης.

Για τους λόγους αυτούς, η ειδική εκπαιδευτική παρέμβαση της νοσηλεύτριας και η ψυχολογική υποστήριξη του εμφραγματία κρίνονται απολύτως επιβεβλημένες, με σκοπό να ελαττωθεί το συγκινησιακό άγχος επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο και επανόδου του στην εργασία. Η παρέμβαση εκπαιδευμένου προσωπικού, όπως του νοσηλευτικού, αμέσως μετά το έμφραγμα και στη φάση ανάρρωσης, επιφέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στην αποκατάσταση του ασθενή, αλλά και διαμόρφωση του κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος, με τόνωση των θετικών στοιχείων στην αλλαγή της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας και αποθάρρυνση των αρνητικών.

Η νοσηλεύτρια στο πρόγραμμα αποκατάστασης συνιστά το σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και ειδικών και είναι φορέας εκπαίδευσης, καθοδήγησης, επίβλεψης και ανταλλαγής πληροφοριών. Επειδή η οικογένεια αποτελεί τον πυρήνα των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή, επιβάλλεται να συμμετέχει στο όλο πρόγραμμα αποκατάστασης του και στον τομέα αυτόν ο ρόλος της νοσηλεύτριας εμφανίζεται σημαντικός.

5. Και το σπουδαιότερο.....

Η έλλειψη συστηματικής εφαρμογής των μετανοσοκομειακών προγραμμάτων επαναπροσαρμογής και επανένταξης των ασθενών μας αυτών, που θα πείσουν τους ίδιους, το οικογενειακό και το ε-

παγγελματικό τους περιβάλλον, ακόμα και τους γιατρούς, ότι οι περισσότεροι απ' αυτούς μπορούν με ασφάλεια και όφελος να ξαναρχίσουν την εργασία τους, δηλαδή να ωφεληθούν οι ίδιοι σωματικά, ψυχικά και οικονομικά, αλλά και το κοινωνικό σύνολο, παρά να γίνουν πρώιμα συνταξιούχοι και ανάπηροι. Με τα προγράμματα επαναπροσαρμογής, επιδιώκουμε πέντε στόχους:

α. Να ελαττώσουμε το καρδιακό έργο για μια δοθείσα κόπωση.

β. Ν' αυξήσουμε τη μέγιστη ικανότητα κόπωσης.

γ. Να αυξήσουμε την μέγιστη καρδιακή απόδοση.

δ. Να αναπτύξουμε την παράπλευρο κυκλοφορία.

ε. Να βοηθήσουμε στη μυοκινητική, αναπνευστική, ψυχολογική και σεξουαλική επανάκτηση.

Τα προγράμματα λοιπόν αυτά της επαναπροσαρμογής δεν γίνονται για ν' αντικαταστήσουν το περπάτημα, την ποδηλασία, ή την κολύμβηση αλλά να τα συμπληρώσουν.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής Μ.Κ., 34 ετών προσήλθε στην Μονάδα εμφραγμάτων. Προσήλθε αναφέροντας πόνο στο επιγάστριο, ιδρώτα, τρεμούλιασμα και αζάλη.

Έγινε λήψη αρτηριακής πίεσης (120/80 MMHG) ηλεκτροκαρδιογράφημα, σφίξεις και θερμοκρασία.

Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις.

Στο εισιτήριο του τέθηκε διάγνωση κατώτερο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Είναι εργένης και άνεργος εδώ και 6 μήνες περίπου. Είναι καπνιστής από τα 20 του χρόνια. Δεν πρόσεχε την διατροφή του και το τελευταίο καιρό έκανε κατάχρηση αλκοόλ. Εκτός των άλλων υπάχει και μια επιβεβαρημένη κληρονομικότητα καθώς και ο πατέρας του έπαθε Ο.Ε.Μ..

Όλα αυτά εμφανίστηκαν ένα πρωί στις 11.00 π.μ. που καθόνταν στο σπίτι του και ξεκουραζόταν. Όλα έγιναν ξαφνικά και καθώς ο πόνος επέμεινε και αυξανόταν, κατά τις 1.00 μ.μ. εισήλθε στο νοσοκομείο με το αυτοκίνητο, μόνος του.

Τα αποτελέσματα των καρδιακών ενζύμων από την λήψη αίματος ήταν οι ακόλουθες:

SGOT: 229 LDH: 362

SGPT: 63 CPK: 1550

Ο ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

UKIDAN 100.000 IV

TAB ASPIRINE 100 MG IXI

2 FL XYLOCAINE ανά 24ωρο

2 AMP KCL ανά 24ωρο

TAB TILID 1 X 2

AMP NITROLIGUAL IL επί πόνου 5X1 σε ορό D/W 5%

AMP ATROPINE 1X1

TAB PANADOL 1X3

TAB XANAZ 0,25 MG 1X1

TAB INIERAL 40 MG 1/2X3

TAB ADALAT 5 1X3

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
1. Φόβος, απογοήτευση κατάθλιψη.	Μείωση των συναισθημάτων αυ- τών. Δημιουργία ατιμόσφαιρας εμπιστοσύνης, αγάπης και κα- τανόησης από την πλευρά της νοσηλεύτριας.	-Ηθική τόνωση. -Ανάπαυση. -Μείωση των δραστηριο- τήτων. -Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας από την νο- σηλεύτρια.	Παρέχοντας στον ασθενή η- θική τόνωση, ανάπαυση, μεί- ωση των δραστηριοτήτων & αίσθημα ασφαλείας για το προσωπικό, ενθαρρύνεται σι- γά-σιγά. Αποκτά εμπιστο- σύνη με το προσωπικό και πειθεται ότι θα γίνει γρή- γορα καλά.	Η ανάπαυση και η ηθ- ική τόνωση του α- σθενή του περιορί- ζει στο ελάχιστο τό- σο το έργο πίεσης ό- σο και το έργο ροής της καρδιάς που μπο- ρεί να προκαλέσουν αρρυθμίες.
2. Έντονο προκάρδιο άλγος.	Άμεση καταστολή του πόνου, λόγω του ότι διεγείρεται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα το οποίο εκλύει μεγάλες πο- σότητες κατεχολαμινών, με α- ποτέλεσμα να αυξάνει το έρ- γο της καρδιάς και να δίνε- ται το έναυσμα για πρόκληση επιπλοών.	-Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι. -Θέση καθιστική με ανυ- ψωμένο το ερεισινωτό. -Αφαίρεση μαξιλαριών. -Μείωση του ρυθμού των δραστηριοτήτων.	Αφού χρησιμοποίησα τους α- πλούς τρόπους για να κα- τευνάσω τον πόνο και δεν είχαν αποτέλεσμα. Χορηγή- σαμε κατόπιν εντολής ια- τρού AMP NITROLIGUAL IV σε ορό D/W 5%.	Πραγματικά ο ασθενής ύστερα από λίγες ώ- ρες άρχισε να νιώθει σημαντική ανακούφιση

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Στοιχός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
3. Ωχρότητα, ψυχρά ά- κρα, υγρό δέρμα.	Υποχώρηση συμπτωμάτων. Βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου.	Ανύψωση κάτω μέρος του κρεβατιού. Χορήγηση οξυγόνου O ₂ με μάσκα ή καθετήρα. Χορήγηση υγρών. Η νοσηλεύτρια σιεπάζει τον ασθενή με ελαφρά & ζεστά σιεπάσματα. Ρύθμιση της θερμοκρα- σίας του περιβάλλοντος.	Με απλή επέμβαση όπως ανύ- ψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού, με την ρύθμι- ση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος και με ζε- στά σιεπάσματα υπήρξε υ- ποχώρηση των συμπτωμάτων.	Ο ασθενή αισθάνθη- κε αμέσως πολύ κά- λύτερα με την άμε- ση παρέμβαση της νοσηλεύτριας.
4. Αρρυθμίες.	Αντιμετώπιση της αρρυθμίας που συμβαίνει συχνά στις πρώτες μέρες του εμφράγματος που εί- ναι αποτέλεσμα της ηλεκτρικής αστάθειας που παρατηρείται λό- γω περιορισμένης οξυγόνωσης του μυοκαρδίου.	Απαιτείται λήψη σφυγμών του αρρώστου σε διάστημα χρόνου 1 λεπτού και σε συ- χνά χρονικά διαστήματα. -Κάθε μεταβολή στο χαρα- κτήρα του σφυγμού πρέπει να σημειώνεται και να α- ναφέρεται έγκαιρα. -Χορήγηση οξυγόνου. -Σύνδεση με MONITOR. -Προσδιορισμός αερίων του αρτηριακού αίματος.	Χορήγηση κατόπιν ιατρικής εντολής TABL INTERAL 40 MG 1/4X3.	Καταστολή της αρ- ρυθμίας.

Προβλήματα ασθενή	Άντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας.	Αποτελέσματα
5. Ταχυκαρδία.	Αντιμετώπιση της ταχυσφυγ- μίας γιατί υπάρχει ο κίνδυ- νος για εμφάνιση καρδιο- γενές SHOCK. Και επιδείνω- ση της κατάστασης με τις αρρυθμίες.	-Σύνδεση με MONITOR. -Συνεχής λήψη των σφυγ- μών. -Μείωση του φόβου του ασθενή. -Χορήγηση TAB ADALAT 5 PX3 κατόπιν Ιατρικής εντολής.	-Έγινε η σύνδεση με MO- NITOR για άμεση παραμο- λούθηση του ασθενή. -Συζήτηση με τον ασθενή με σκοπό να κατευνάσου- με το φόβο και την αγω- νία του. -Χορήγηση ADALAT 5.	Βαθμιαία βελτίωση των σφυγμών προς τον κανονικό της συβ ρυθμό.
6. Θρόμβωση.	Άμεση αντιμετώπιση της θρο- μβώσεως.	-Συχνός έλεγχος της πη- κτικότητας του αίματος -Παρακολούθηση του αρρώ- στου για αιμορραγία (αι- ματοουρία, ρινορραγία). -Ακινησία.	-Δόση εροδού UKIDAN 100.000 IV σε ορό D/W 5%.	Παρατηρήθηκε βελ- τίωση του ασθενή.
7. Υποκαλιαιμία.	Ανάταξη των τιμών του καλίου στο αίμα γιατί παρατηρήθηκαν τιμές καλίου στο αίμα 2,8.	Χορήγηση K κατόπιν Ιατρι- κής εντολής, καθώς είναι ο πιο σημαντικός ηλεκτρο- λύτης για την φυσιολογι- κή λειτουργία της καρδιάς.	-Ενδοφλέβια έγχυση 2 AMP KCL καθώς & λήψη ΗΚΓ/γρα- φήματος καθώς αιόμη & μικρές μεταβολές της συ- γκέντρωσης καλίου στον ο- ρό του αίματος συνοδεύο- νται με μεταβολές στο ΗΚΓ ΗΚΓ/φημα.	Αύξηση των τιμών του K σε φυσιολογικά επίπεδα 4,5.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
8. Έπιτοπες κοιλιακές συστολές (ριπές).	Αντιμετώπιση των έπιτοπων κοι- λιακών συστολών.	-Σύνδεση με MONITOR. -Συνεχής παρακολούθηση της νοσηλεύτριας. -Χορήγηση XYLOCAINE.	Γίνεται η σύνδεση με MONITOR, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή καθώς επίσης χο- ρηγούνται 2FL XYLOCAINE IV σε ορό D/W 5% κατό- πιν Ιατρικής εντολής.	Σταδιακή βελτίωση.
9. Αύξηση συστολικής & διαστολής πίεσης.	Διατήρηση της συστολικής και διαστολικής πίεσης σε φυσιολο- γικά επίπεδα.	Συνεχής παρακολούθηση και καταγραφή της συστολικής & διαστολής πίεσης & παρακο- λούθηση του ΗΚΓ/φήματος στο MONITOR. -Μείωση των προσλαμβανομέ- νων υγρών. -Χορήγηση διουρητικών κα- τόπιν Ιατρικής εντολής. -Παρακολούθηση της νοση- λεύτριας στενά για εντοπι- σμό κοιλιακής ταχυκαρδίας κοιλιακής μαρμαρυγής, κολ- ποκοιλιακού αποκλεισμού και ασυστολίας.	Χορήγηση TAB.TILID 1X2 κατόπιν Ιατρικής εντολής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. -Επαφή ψυχική με τον άρ- ρωστο που επιτυγχάνεται με το διαιτολόγο. Δίαιτα ελαφρά σε μικρά συχνά γεύματα. -Χορήγηση XANAX 0,25MG κατόπιν Ιατρικής εντολής.	Σταδιακή βελτίωση & ηρεμία του ασθενή.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
10: Έντονη ζάλη, χαμη- λές σφύξεις.	Αποκατάσταση της έντονης ζά- λης & των χαμηλών σφύξεων.	<p>-Ψυχολογική και ηθική υ- ποστήριξη του ασθενή.</p> <p>-Παρακολούθηση του χαρα- κτήρα της αναπνοής.</p> <p>-Περιορισμός του χλωριού- χου νατρίου & των υγρών.</p> <p>Παρακολούθηση του ασθενή για σύνδρομο υπονατρία- μίας.</p> <p>-Δίαιτα ελαφρά υποθερμιδι- κή με πολύ περιορισμένη κυτταρίνη και τροφές που δημιουργούν αέρια.</p> <p>-Δίαιτα που προσφέρεται σε μικρά και συχνά γεύματα.</p> <p>-Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου.</p> <p>-Πλησιάζουμε τον ασθενή & τον ενημερώνουμε για την κατάσταση & για το πως δεν πρέπει να ανησυχεί καθώς ό- λα πρόκειται να πάνε καλά.</p> <p>-Χορήγηση ATROPINE.</p>	-Χορήγηση AMP ATROPINE κατόπιν ιατρικής εντολής.	Σταδιακή βελτίωση.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας.	Αποτελέσματα
II. Άγνοια της ασθέ- νειάς τους.	<p>Διδασκαλία του ασθενή κατά τη διάρκεια της ετοιμασίας για την έξοδό του, από το νοσοκομείο.</p> <p>Αποκατάσταση του αρρώστου στο άριστο φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο.</p> <p>Βοήθεια επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης.</p> <p>Αναχαίτηση της αθηροσκληρυντικής διεργασίας.</p>	<p>-Πληροφόρηση του αρρώστου για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του και για το ότι η επούλωση αρχίζει ναρκίς αλλά συμπληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες.</p> <p>-Τροποποίηση που πρέπει να κάνει στον τρόπο ζωής του.</p> <p>-Δοκιμασία STRESS άσκησης πρέπει να γίνει μετά την πλήρη επούλωση του μυοκαρδίου, για να προσδιοριστεί πόση είναι η λειτουργική απώλεια και να σχεδιαστεί πρόγραμμα αποκατάστασής του.</p> <p>-Φυσικοί περιορισμοί είναι παροδικοί.</p> <p>-Αποφυγή εργασίας με τους βραχίονες πάνω από το επίπεδο των ώμων.</p>	<p>Πλησιάζουμε τον άρρωστο με ηρεμία & αγάπη & του εξηγούμε πως τώρα που τελειώνει η νοσηλεία του έχουμε να του δώσουμε κάποιες συμβουλές για την περαιτέρω πορεία της νόσου του.</p> <p>Όπως δεν πρέπει να στενοχωριέται και να αγχώνεται για το θέμα της δουλειάς αφού η επούλωση της καρδιάς επέρχεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες. Και μετά το χρονικό διάστημα αυτό θα δουλέψει.</p> <p>θα πρέπει να κάνει καθημερινή βάρδια με πολύ αργή αύξηση της απόστασης & του χρόνου.</p> <p>-Αποφυγή κάθε ενέργειας που εντείνει τους μύς</p>	<p>Ο ασθενής ένιωθε πολύ όμορφα και συγκινήθηκε από την πρωτοβουλία που ανέλαβε η νοσηλεύτρια να του εξηγήσει με τόση υπομονή και ενδιαφέρον τα όσα θα πρέπει να κάνει στο μέλλον για την υγεία του.</p>

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
-------------------	--	--	-------------------------------------	--------------

- Ορίζεται ειδικό διαιτο-
λόγιο.
- Αποφυγή ακραίων θερμοκρα-
σιών και βύδλισης ενάντια
στον άνεμο.
- Ανάληψη σεξουαλικών σχέ-
σεων.

όπως (ανύψωση, σπρώξιμο
ώθηση βαριών αντικειμένων.
Ανάπαυση μετά το γεύμα.
Κατανομή των δραστηριοτή-
των μέσα σ' όλη τη μέρα
για εναλλαγή τους με ανά-
παυση.
Σταμάτημα αμέσως μόλις
νιώσει κόπωση.
Αποφυγή βιασύνης.
Όσο αφορά το διαιτολόγιό
του θα πρέπει να παίρνει
3-4 γεύματα μικρά, ίσης
οσότητας την ημέρα.
Αποφυγή βιασύνης στη λή-
ψη του γεύματος.
Περιορισμός του καφέ.
Να αποφεύγει τα λίπη και
το νάτριο.
Να παίρνει νιτρογλυκερίνη
και να αναπαύεται όταν αι-
σθανθεί πόνο.

Προβλήματα ασθενή.	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
--------------------	--	--	-------------------------------------	--------------

Και τέλος για την ανάληψη των σεξουαλικών σχέσεων κατόπιν εντολής Ιατρού, αφού πρώτα ειτιμηθεί η ανοχή του στην άσκηση.

Η σεξουαλική δραστηριότητα να αποφεύγεται μετά το φαγητό, λήψη αλκοόλ ή κούραση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β'

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής ηλικίας 66 ετών εισήλθε στην μονάδα εμφραγμάτων. Προσήλθε αναφέροντας πόνο στο επιγάστριο και στην πλάτη. Επίσης έντονο πόνο στο στέρνο.

Έγινε λήψη αρτηριακής πίεσης (190/90 MMHG) ηλεκτροκαρδιογραφήματος, σφύξεις και θερμοκρασίας.

Έγινε λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις.

Στο εισητήριο τέθηκε η διάγνωση για κατώτερο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Είναι παντρεμένη με ένα γυό που ασχολείται με τα κτήματα της. Δεν κάπνιζε ποτέ. Πρόσεχε πολύ τη διατροφή της. Αλλά στενοχωριόταν πάρα πολύ. Ο μοναδικός άνθρωπος που της συμπαραστέκεται είναι ο σύζυγός της. Για το γιό της δεν ήθελε καν να αναφερθεί.

Όλα εμφανίστηκαν πριν περίπου από 3-4 μέρες και καθώς ο πόνος γινόταν πιο έντονος εισήλθε στο νοσοκομείο.

Τα αποτελέσματα των καρδιακών ενζύμων ήταν τα εξής:

SGOT	44	LDH	149
SGPT	17	CPK	332

Η ασθενής τέθηκε στην εξής φαρμακευτική αγωγή:

AMP PRIPERAN 1X1

TABL ASPIRINE (παιδική) 1X1 υπογλωσσίως

AMP PETHIDINE επί πόνου 1/2 X 1

AMP NITROLIGUAL 5X1 με ορό D/W 5%

TABL XANAX 0,25 MG 1X1

D/W 5% 1000 CC + 25.000 IU HEPARINE.

SUPOP DUPHALAC 15CC X 2

TAB MONORSODIL 20 MG 1X2

TAB INTERAL 1/4 X 3

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας.	Αποτελέσματα
1. Στήθαγχικός πόνος.	Καταστολή του πόνου.	<ul style="list-style-type: none"> -Μέτρηση ζωτικών σημείων. -Χορήγηση νιτροδών και αναλγητικών φαρμάκων. -Ανάρροπη θέση στο κρεβάτι. -Διακοπή κάθε δραστηριότητας. -Συνεχής παρακολούθηση για τυχόν επιπλοκές. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ενθαρρύνουμε την άρρωστη να πάρει θετική θέση απέναντι στην ασθένειά της και την επιβαιώνουμε ότι η ζωή της θα είναι σχετικά κανονική με την ανάρρωσή της. -Γίνεται λήψη ζωτικών σημείων όπου βρίσκονται σχετικά σε φυσιολογικά επίπεδα. -Της χορηγούμε 5 AMP NITROLIGUAL IV σε ορό D/W 5% & όταν διακοσπί ορός της TAB MONOSORLID 20 MG 1X2 & ½ AMP PETHIDINE Την παρακολουθούμε συνέχεια για τυχόν επιπλοκές όπως καρδιογενές SHOCK, αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια. 	Η άρρωστη αισθάνεται να ανακουφίζεται σιγά-σιγά από τον πόνο.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
2. Αρρυθμίες (βραδυκαρ- δία).	Άμεση αντιμετώπιση της αρ- ρυθμίας όπου οφείλεται σε μείωση της οξυγόνωσης του μυοκαρδίου και προκαλεί η- λεκτρική αστάθεια.	-Λήψη ζωτικών σημείων. -Προσδιορισμός αερίων του αρτηριακού αίματος. -Παρακολούθηση για κοι- λιακή μαρμαρυγή, κοι- λιακή παχυκαρδία, κολ- ποιλιακό αποκλεισμό και ασυστολία. -Χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα ή μά- σκα. Σύνδεση με MONITOR.	-Παίρνουμε τα ζωτικά ση- μεία όπου παρατηρούμε βραδυκαρδία και βράχυν- ση της άσκησης. -Την συνδέουμε με MONITOR για άμεση παρακολούθηση του ΗΚΓ/γήματος. -Χορήγηση INDERAL ½Χ3 κατόπιν ιατρικής εντολής.	Σταδιακή βελτίωση.
3. Θρόμβωση	Άμεση αντιμετώπιση του πλο- βλήματος.	-Έλεγχος της πηκτικώ- τητας του αίματος. -Ακινησία.	-Δόση τρόδου 25.000 UI HEPARINE IV σε ορό D/W 5% 1000 CC. -Δόση συντήρησης παιδι- κή ασπιρίνη 1Χ1 υπο- γλωσσίως. -Παθητικές ασκήσεις των άκρων.	Σταδιακή βελτίωση.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής Φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας.	Αποτελέσματα
4. Ναυτία έμετος.	Απαλλαγή από τα συμπτώμα- τα αυτά.	-Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. -Η ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. -Χορήγηση υγρών κυρίως ηλεκτρολυτών. -Παρακολούθηση για συμ- πτώματα αφυδάτωσης. -Καθαρισμός ρούχων και κλινοσκεπασμάτων.	Η νοσηλεύτρια καθαρίζει την ασθενή από τα εμέσμα- τα και συγχρόως την κοι- τάζει για συμπτώματα αφυ- δάτωσης. Δεν της χορηγεί τροφή από το στόμα. Χορηγεί AMP PRIPERAN σε ορό RINGELS 1000 CC κατό- πιν Ιατρικής εντολής.	Η ασθενής δεν ξα- νααισθάνεται ναυ- τία και εμετό.
5. Ξηρότητα δέρματος.	Ελάττωση της ξηρότητας του στόματος.	-Συχνές πλύσεις της στο- ματικής κοιλότητας με διάλυμα HEXALEN και επά- λειψη των χειλιών με γλυκερίνη. !!	Η νοσηλεύτρια πλησιάζει την ασθενή με το διάλυμα HEXALEN και με ένα νε- φροειδές για να της κά- νει πλύσεις της στομα- τικής κοιλότητας και μετά της αλοιφεί τα χεί- λη με γλυκερίνη.	Η ασθενής ομολογεί ότι αισθάνεται πο- λύ καλύτερα και αισθάνεται εμπιστο- σύνη σ' αυτήν.
6. Δυσκοιλιότητα.	Άμεση αντίμετώπιση του π.ο- βλήματος καθώς προσπάθεια για κένωση του εντερικού σωλήνα προάγει απότομη ανύψωση της αρτηριακής πίεσης, όπου αιξάνει	-Χορήγηση υπακτικού φαρ- μάκου. ή -Χαμηλό υπολεισμό.	-Χορηγεί η νοσηλεύτρια 5 CC DUPHALAC το βράδυ.	Η ασθενής ενεργή- θηκε.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας.	Αποτελέσματα
7. Αύπνια.	την ένταση της αριστερής κοιλίας και ενισχύει τον κίνδυνο για ρήξη του μυο- καρδίου. Αντιμετώπιση του προβλή- ματος.	-Εξασφάλιση ήρεμου περι- βάλλοντος και χαμηλού φωτισμού. -Χορήγηση ηθεμιστικών φαρμάκων κατόπιν Ιατρι- κής εντολής.	-Η νοσηλεύτρια απαγορεύει το συχνό επισκεπτήριο. -Χορηγεί ΧΑΝΑΧ 0,25 το βράδυ.	Η ασθενής κοιμήθη- κε ήρεμα το βράδυ.
8. Η συνεχής παραμονή στο κρεβάτι είναι πρόβλημα.	-Διατήρηση της ατομικής υ- γιεινής. Πρόληψη των κατα- κλίσεων των θρομβοεμβολικών επεισοδίων καθώς και η εξα- σφάλιση της καλής λειτουρ- γίας του εντέρου.	-Το δέρμα μιας ηλικιω- μένης γυναίκας είναι λε- πτό και εύθραστο, ο κίν- δυνος λοιπόν των κατα- κλίσεων είναι μεγάλος γι αυτό χρειάζεται επιμελής καθαριότητα του δέρματος στο κρεβάτι.	Η νοσηλεύτρια φροντίζει για για την καθαριότητα του δέρματος στο κρεβάτι και περιποιείται κυρίως τα σημεία πίεσεως (κόκκυγα, γλουτρούς και πτέρνες) και βοηθά την ασθενή για συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.	Η ασθενής δήλωσε ότι η καθαριότητα την ανακούφισε και την έκανε να αισθάνεται όμορφα.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός Νοση- λευτικής φροντίδας.	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας.	Αποτελέσματα
9. Ηλικιωμένη και ά- γνοια της ασθένειάς της.	Διδασκαλία της ασθενούς για την όσο το δυνατό πιο ακίνδυνη την επανένταξή στην κοινωνία και συγκεκρι- μένα μέσα στο οικογενειακό της περιβάλλον.	-Τροποποιήσεις στον τρό- πο ζωής της. -Διαιτολόγιο ειδικό. -Διδασκαλία της άρρωστης για το πότε θα πρέπει να ειδοποιεί τον γιατρό.	Η νοσηλεύτρια την πλησιάζει και της εξηγεί με απλά λόγια τι θα πρέπει να κάνει στο μέλλον. -θα πρέπει να περπατάει καθημερινά στην αρχή με- μρές αποστάσεις και στη συνέχεια πιο μεγάλες. -Να μην κουράζεται με τις δουλειές του σπιτιού. Όπως στρώσιμο των κρεβατιών. -Τα γεύματα της να είναι μικρά και συχνά (3-4) την ημέρα. -Να αποφεύγει τα λίπη, το αλάτι τον καφέ και τα αναψυκτικά. -Και τέλος την ενημερώνει πως δεν θα πρέπει να ανησυχεί ιδιαίτερα γιατί όλα θα πάνε καλά αν υπακούσει τις εντολές του γιατρού.	Η ασθενής μένει ικανοποιημένη από την συζήτηση και ευχαριστεί την νοσηλεύτρια για το ενδιαφέρον που της δείχνει.

Προβλήματα ασθενή

Αντικειμενικός Σκοπός
Νοσηλευτικής φροντίδας.

Προγραμματισμός Νοση-
λευτικής φροντίδας.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής
φροντίδας.

Αποτελέσματα

-Η νοσηλεύτρια βέβαια την προειδοποιεί πως θα πρέπει να καλέσει το γιατρό επειγόντως εάν:

α) Αισθανθεί πόνο ή πίεση στο θώρακα, που δεν υποχωρεί σε 15' μετά την λήψη νιτρογλυκερίνης.

β) Όταν δεν αναπνέει κανονικά.

γ) Όταν αισθάνεται κούραση χωρίς λόγο.

δ) Αν δει πρήξιμο (οίδημα) στα πόδια της.

ε) Λιποθυμήσει. Και τέλος

στ) Αν παρατηρήσει πως οι σφυγμοί της είναι γρήγοροι ή αργοί.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Συμπερασματικά καθίσταται φανερό, ότι η ειδική εκπαιδευτική παρέμβαση της νοσηλεύτριας και η ψυχολογική υποστήριξη του εμφραγματία κρίνονται απολύτως επιβεβλημένες, με σκοπό να ελαττωθεί το συγκινησιακό άγχος επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο και επανόδου στην εργασία. Η παρέμβαση, εκπαιδευμένου προσωπικού, όπως το νοσηλευτικό, αμέσως μετά το έμφραγμα και στην φάση ανάρρωσης επιφέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στην αποκατάσταση του ασθενή αλλά και στην αποκατάσταση του κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος, με τόνωση των θετικών στοιχείων στην αλλαγή της συμπεριφοράς των μελών της οικογένειας και αποθάρρυνση των αρνητικών.

Η νοσηλεύτρια στο πρόγραμμα αποκατάστασης συνιστά το σύνδεσμο μεταξύ ασθενή και ειδικών και είναι φορέας εκπαίδευσης, καθοδήγησης, επίβλεψης και ανταλλαγής πληροφοριών. (Επειδή η οικογένεια αποτελεί τον πυρήνα των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή, επιβάλλεται να συμμετέχει στο όλο πρόγραμμα αποκατάστασής του και στον τομέα αυτό ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι σημαντικός.

Στην φάση αυτή, η νοσηλεύτρια μπορεί να λάβει ενεργό μέρος σαν συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενή, του περιβάλλοντός του και της ιατρικής ομάδας που ασχολείται με την αποκατάστασή του. Έχει γίνει γενικά παραδεκτό ότι τόσο ο εμφραγματίας όσο και το οικογενειακό περιβάλλον του έχουν ανάγκες καθοδήγησης που πρέπει να περιλαμβάνει εη μέρους της νοσηλεύτριας όχι μόνο παροχή συμβουλών αλλά και ενεργό συμμετοχή της στην διαμόρφωση του νέου τρόπου ζωής της οικογένειας και στην επίλυση των προβλημάτων που καθημερινά αναφαίνονται. Ιδιαίτερα

επιβάλλεται η εξομάλυνση των ενδοοικογενειακών παραγόντων άγχους, οι οποίοι αναμφισβήτητα επιδρούν στην εξέλιξη της νόσου του ασθενή.

Πρέπει να γίνει αποδεκτό ότι σ'όλες τις παθολογικές καταστάσεις, η νοσηλεύτρια -και κατ'επέκταση η νοσηλευτική- είναι δυνατόν να συμβάλλει αποφασιστικά στην αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντος και στον περιορισμό των επιπτώσεων της νόσου στο άμεσο περιβάλλον του.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΑΚΥΡΟΥ Δ.Β.: «Νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με τεχνητό βηματοδότη», Περιοδικό Νοσηλευτικής, Τεύχος 1ο: 45-50
Ιανουάριος-Μάρτιος 1992.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.: «Ειδική Νοσολογία», Εκδόσεις: Παρισιάνος Γρη
Αθήνα 1981.

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΣ Φ.: «Πρακτικές και Βασικές αρχές της Πυρηνικής Ιατρικής», Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1984.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ: «Εμφραγμα του μυοκαρδίου»
Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα, Τόμος I, σελ.48-49.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ: «Το ηλεκτροκαρδιογράφημα»
Εκδόσεις Πάπυρος, Αθήνα, Τόμος IV, σελ. 778-779.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: «Νοσηλευτική: Παθολογία-Χειρουργική», Εκδόσεις: «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1989, Τόμος Β' μέρος 1ο.

ΠΑΝΟΥ Ι.-ΤΣΕΡΤΟΜ Τ.: «Επαναπροσαρμογή και επανένταξη των καρδιοπαθών στην κοινωνία». Περιοδικό: Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 11; σελ. 34-41, Νοέμβριος 1991.

READ A.-BARRIT D.W.-LANGTON HEVOR R.: «Σύγχρονη Παθολογία»
Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1984.

ΣΑΛΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ.: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Εκδόσεις: Βήτα MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988.

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.: «Καρδιολογία», Εκδόσεις: Παρισιάνος Γρ.,
Αθήνα 1987.

ΤΣΕΛΙΚΑ-GARFE Α.: «Επίδραση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στον τρόπο ζωής του ασθενής και της οικογένειας». Περιοδικό: Νοσηλευτική, Τεύχος 3ο: 196-199, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1992.

ΤΣΙΤΑΡΗΣ Γ.: <<Είναι κληρονομική η στεφανιαία νόσος;>>

Εφημερίδα: Ελευθεροτυπία, 3.188; Τρίτη 21 Σεπτεμβρίου
1992.

ΤΣΟΠΑΝΟΓΛΟΥ Π. ΨΤΖΙΚΑ Ε.: <<Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στην
τρίτη ηλικία>>. Πρακτικά από το 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο
Νοσηλευτικό Συνέδριο, σελ.261-262, 269-272, 14-16 Μαΐου
1991.

WALLACH JACQUES M.D.: <<Ερμηνεία των διαγνωστικών εξετάσεων
και δοκιμασιών>>, Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Αίτσα,
Αθήνα 1985.