

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: <<ΟΞΥ - ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ>>

ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ:

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΝΗΣ

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΤΗΣ ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

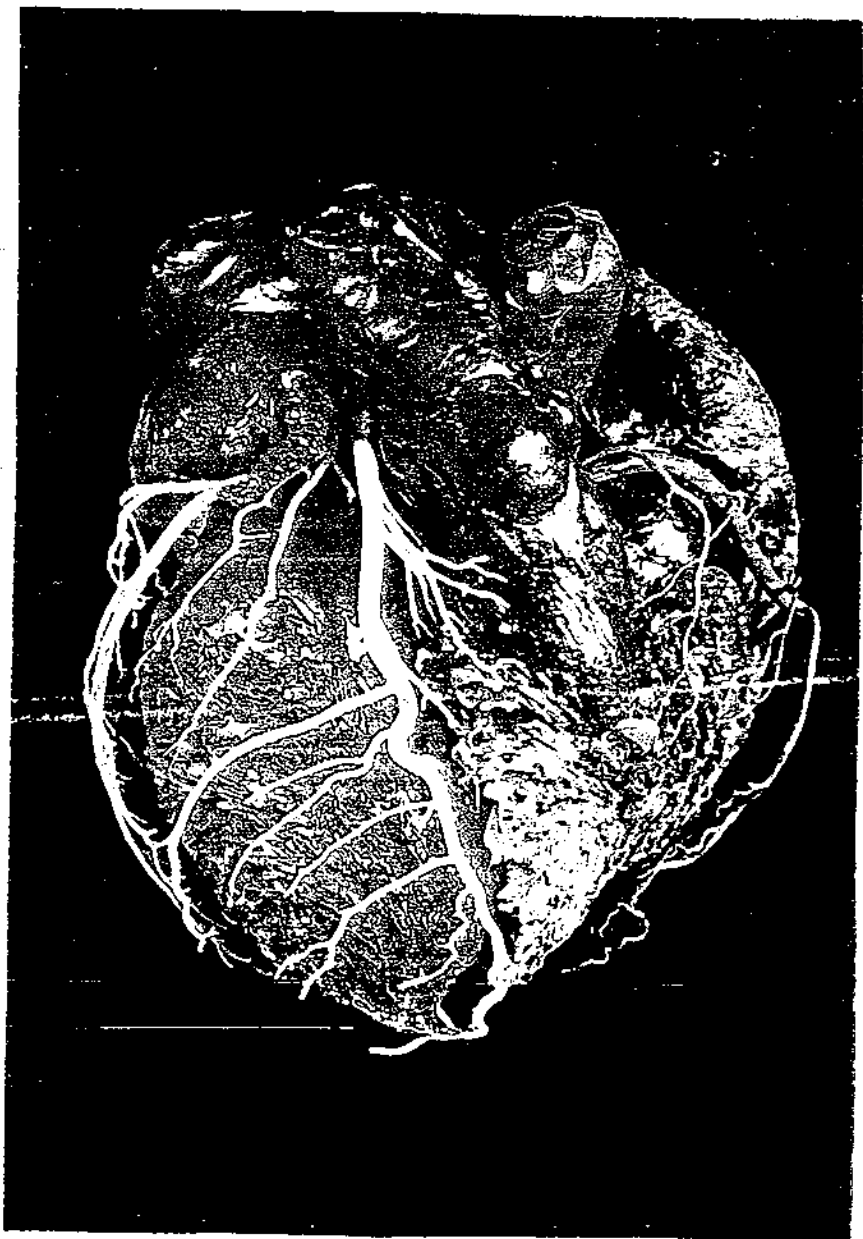
ΚΑΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑΝΘΗΣ

Π Α Τ Ρ Α

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ '91



ΠΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 800 B'



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

σελίδες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

3

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΘΕΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

8

ΔΙΑΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

10

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ Ο.Ε.Μ.

12

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

19

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

20

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

41

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

46

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ Ο.Ε.Μ.

49

ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ο.Ε.Μ.

64

ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

65

ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ Ο.Ε.Μ.

82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ	85
ΠΡΟΛΗΨΗ Ο.Ε.Μ.	89
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡ- ΓΕΙΕΣ ΠΑΝΩ Σ'ΑΥΤΑ	100
ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	116
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ	122
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΑ Ε.Ι.	123
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ	125
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	129
ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ	131
ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ Σ.Μ.	134
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	137
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ	140
ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΠΕΚΡΙΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ο.Ε.Μ.	142
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ- ΚΛΙΣΕΩΝ	143
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	145
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ο.Ε.Μ.	146

	Σελίδες
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	147
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	153
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V</u>	
ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	157
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ	162
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ Ο.Ε.Μ.	165
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	169
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΟΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ	171
ΠΡΟΤΥΠΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΑΣΘΕ- ΝΟΥΣ ΜΕ Ο.Ε.Μ.	172
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ (επιστροφή στην εργασία-οικογένεια)	174
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI</u>	
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑ- ΤΙΚΩΝ	176
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΥ-ΠΡΟΣΘΙΟ-ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	177
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	177
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΞΥ - ΚΑΤΩΤΕΡΟ - ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟ	194

	Σελίδες
ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	195
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Ο.Ε.Μ.	205
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	207
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Την πνευματική μου εργασία με θέμα "Οξυ έμφραγμα του Μυοκαρδίου" αφιερώνω στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, η οποία επίκεντρο της προσπάθειας έχει την ποιότητα της ζωής, την φυσική, πνευματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και κατ'επέκταση της κοινωνίας.

Με πολύ αγάπη δε, την αφιερώνω στις σπουδάστριες, Νοσηλεύτριες - ές, σ'αυτούς που αληθινά έρχονται ακούραστα κι αγκόγκυστα σ'επαφή με τη ζωή και τα προβλήματα του κόσμου, παρακολουθώντας πάντα τον σύγχρονο επιστημονικό προβληματισμό, ώστε να εισάγουν νέες μεθόδους εργασίας, με αποτέλεσμα να ευρύνουν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητές τους.

Τέλος την αφιερώνω σ'όλους τους καρδιοπαθείς με μεγάλη συμπάρασταση και κατανόηση, εκτιμώντας πάντας τις ανάγκες τους, ώστε να μπορέσουμε σαν Νοσηλεύτριες - ές να ανταποκριθούμε σ'αυτές κατά τρόπο ασφαλή και αποτελεσματικό για την πρόληψη της νόσου, των επιπλοκών, τη θεραπεία κι αποκατάσταση του ατόμου που βοηθούμε για την αντιμετώπιση των οποίων χρειαζόμαστε μαζί με την γνώση και την ανθρωπιά.

Με σεβασμό κι εκτίμηση

Η Σπουδάστρια

Καλάκη Μαριάνθη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω ολόψυχα θερμές ευχαριστίες στους καθηγητές μου κ. Νικόλαο Κούκην και Δίδα Μαρία Ήπατσολάκη, που με την βοήθειά τους και την σεβαστή εμπειρία αρκετών χρόνων συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς της σχολής μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν σ' όλη τη διάρκεια της σπουδής μου με στόχο, την αναβάθμιση του κύρους της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ανθρωπότητα σήμερα δεν απειλείται από παθήσεις αλλά κυρίως από τις αιτίες που τις προκαλούν, και αυτές οι αιτίες βρίσκονται μέσα στις διαδικασίες του σύγχρονου πολιτισμού. Για το λόγο αυτό και οι επιδημίες των σύγχρονων νοσημάτων δηλαδή οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, τα τροχαία ατυχήματα, τα νευροψυχικά νοσήματα θερμίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες.

Είναι ήδη γνωστό πως τα καρδιακά νοσήματα και ειδικώτερα το έμφραγμα του Μυοκαρδίου στη σημερινή εποχή, κατέχουν παγκόσμια μια από τις υψηλότερες θέσεις ως προς τα αίτια θνησιμότητας. Γίνεται λοιπόν κατανοητή η σοβαρότητα της πάθησης ως προς τον αριθμό των νοσημάτων, των προβλημάτων και ως προς τις επιπτώσεις της στην οικογενειακή, στην κοινωνική, και στην επαγγελματική ζωή του ατόμου, αλλά και στην ανάγκη για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και αποκατάσταση.

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

ΒΙΣΑΓΩΓΗ

Η στηθάγχη και το έμφραγμα του Μυοκαρδίου αποτελούν τις πιο συνηθισμένες νόσους της καρδιάς και οφείλονται στην ισχαιμία των στεφανιαίων αρτηριών.

Οι στεφανιαίες νόσοι έχουν μεγάλη έξαρση στις αναπτυγμένες χώρες. Στην Αμερική το 50^ο/ο των παιδιών ηλικίας 10 ετών που εξετάστηκαν, παρουσιάζουν αλλοιώσεις στα στεφανιαία αγγεία. Στην Αγγλία οι 200 στους χίλιους άνδρες ηλικίας σήμερα 45 ετών θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα καρδιακό νόσημα πριν από την ηλικία των 65 ετών.

Στις αναπτυσσόμενες χώρες η κατάσταση δε διαφέρει πολύ. Στην Ελλάδα κάθε χρόνο πεθαίνουν 9.500 άτομα (6.000 άνδρες και 3.500 γυναίκες) από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Από αυτά τα 25^ο/ο πεθαίνουν τις 3 πρώτες ώρες από την έναρξη των ενοχλημάτων και συνήθως εκτός νοσοκομείου. Αλλά 10 - 15^ο/ο πεθαίνουν τις επόμενες 4 εβδομάδες. Αυτοί που επιβιώνουν παρουσιάζουν πενταπλάσια πιθανότητα θανάτου τα επόμενα 5 χρόνια σε σχέση με τα άτομα χωρίς ιστορικό κάποιας καρδιοπάθειας.

Τέλος στις υποανάπτυκτες χώρες η εμφάνιση των νοσημάτων της καρδιάς είναι από μικρή έως ανύπαρκτη.

Η κατάσταση αυτή έχει δημιουργήσει ερωτήματα και προβληματισμούς στους ερευνητές.

Η εξάπλωση των στεφανιαίων νόσων οδήγησε στη δημιουργία ειδικών μονάδων θεραπείας των ασθενών στις στεφανιαίες μονάδες όπου με την εντατική παρακολούθηση από το Νοσηλευτικό προσωπικό και τον σύγχρονο τεχνικό εξοπλισμό επιτυγχάνε-

ται η καλύτερη αντιμετώπιση των ασθενών.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας - τή είναι η ενημέρωση του κοινού για την καλύτερευση του ατομικού τρόπου ζωής του και έτσι την προάσπιση της υγείας του συνόλου. Η ενημέρωση αυτή συμβάλλει κατά πολύ στην μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

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

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

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

Συγκεκριμένα στη χώρα μας κάθε χρόνο έχουμε 9.500 θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Από το σύνολο αυτό οι 6.000 θάνατοι αφορούν άνδρες, ενώ οι 3.500 αφορούν γυναίκες.

Το 25^ο/ο των θανάτων συμβάλει στις 3 πρώτες ώρες από

την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου, τις πιο πολλές φορές εκτός νοσοκομείου.

Το 10 - 15^ο/ο των θανάτων συμβαίνει συνήθως 4 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα άτομα που επιβιώνουν έχουν πενταπλάσια πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό εμφράγματος. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του 1972, γύρω στα 4 εκατομμύρια άτομα έπασχαν από τη νόσο. Κάθε χρόνο στη χώρα αυτή πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου πάνω από 670.000 άνθρωποι. Επίσης κάθε χρόνο καταγράφονται 100.000 νέα κρούσματα εμφράγματος του μυοκαρδίου. Μεγάλα ποσοστά ισχαιμικής καρδιοπάθειας εμφανίζονται στις σκανδιναβικές χώρες και ιδιαίτερα στη Φιλανδία, όπου το ποσοστό των ατόμων με εμφράγματα είναι 189 στους 10.000 κατοίκους.

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

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ

Η καρδιά είναι κοίλο μυώδες όργανο, βάρος 300 - 350 γραμ. που έχει τέσσερις κοιλότητες (δύο κόλπους και δύο κοιλές)

Ο δεξιός κόλπος επικοινωνεί με τη δεξιά κοιλία με το δεξιό κολποκοιλιακό στόμιο, από την περιφέρεια του οποίου εκφύονται οι γλωχίνες της τριγλώχινας βαλβίδας.

Ο αριστερός κόλπος επικοινωνεί με την αριστερή κοιλία με το αριστερό κολποκοιλιακό στόμιο, από την περιφέρεια του οποίου εκφύονται οι γλωχίνες της διγλώχινας ή μητροειδούς βαλβίδας.

Οι κολποκοιλιακές αυτές βαλβίδες επιτρέπουν την ελεύθερη ροή του αίματος από τους κόλπους στις κοιλές, ενώ εμποδίζουν την αντίθετη ροή κατά τη συστολή των κοιλιών.

Το αίμα, για να επιτελέσει τις λειτουργίες του, κυκλοφορείται συνεχώς μέσα σε κλειστό σύστημα σωλήνων (αγγεία) στο οποίο παρεμβάλλεται η καρδιά, που λειτουργεί σαν αντλία. Δηλαδή το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία με το περιεχόμενο υγρό (λέμφος) είναι το λεμφικό σύστημα, που αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα του κυκλοφορικού συστήματος.

Ουσιαστικά το κυκλοφορικό σύστημα αποτελείται από δύο συστήματα αγγείων, με ιδιαίτερη το καθένα αντλία που συνδέονται σε σειρά. Έτσι το αίμα, εκτοξευόμενο από την αριστερή κοιλία της καρδιάς διοχετεύεται στην αορτή και στη συνέχεια με τις διακλαδώσεις της φέρεται στα τριχοειδή, σε όλους τους ιστούς του σώματος. Από εκεί με τις φλέβες διοχετεύεται στον δεξιό κόλπο της καρδιάς, από τον οποίο

το αίμα ρέει στην δεξιά κοιλία της καρδιάς, που με τη σειρά της το εκτοξεύει με την πνευμονική αρτηρία και τις διακλαδώσεις της, στα τριχοειδή των πνευμόνων.

Απο εκεί, με τις πνευμονικές φλέβες, φέρεται στον αριστερό κόλπο της καρδιάς για να περάσει στην αριστερή κοιλία, αορτή κλπ.

Η καρδιά λοιπόν σαν όργανο εμφανίζει αυτοματισμό, δηλ. λειτουργεί με ερεθίσματα που παράγονται αυτόματα μέσα σε ορισμένα τμήματα του μυοκαρδίου, χωρίς την επίδραση, οποιουδήποτε εξωτερικού ερεθίσματος.

Ο αυτοματισμός της καρδιάς οφείλεται στην παρουσία ειδικού συστήματος απομυϊκές ίνες του μυοκαρδίου, που παράγουν κατά περιοδικά χρονικά διαστήματα το ερέθισμα που απαιτείται για τη διέγερση και άγουν το ερέθισμα αυτό από τους κόλπους στις κοιλίες, σε τρόπο που να εξασφαλίζεται η κανονική αλληλουχία της συστολής (πρώτα των κόλπων και ύστερα των κοιλιών).

Το σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων της καρδιάς αποτελείται από δύο τμήματα, το φλεβοκολπικό και τον κολποκοιλιακό. Το πρώτο, αποτελεί τον κόμβο των KEITHFLACK, βρίσκεται δε μέσα στο μυοκάρδιο του δεξιού κόλπου, κοντά στην εκβολή της άνω κοίλης φλέβας.

Το κολποκοιλιακό σύστημα αποτελεί: α) τον κόμβο ASCHOFF-TAWARA, που βρίσκεται στο κάτω μέρος του μεσοκολπικού διαφράγματος, β) το δεμάτιο του HIS, που αποτελεί των προς τα κάτω συνέχεια του κολποκοιλιακού κόμβου και γ) τα σκέλη του δεματίου, που αποτελούν τη συνέχεια του δεματίου.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Το αίμα μεταφέρει οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά στους ιστούς. Για να επιτευχθεί αυτό, υπάρχει ένα εκτεταμένο δίκτυο αγγείων σε όλα τα όργανα και τους ιστούς του σώματος το οποίο ονομάζεται μεγάλη ή συστηματική κυκλοφορία.

Στη μεγάλη κυκλοφορία το αίμα ξεκινά από την αριστερή κοιλία της καρδιάς εμπλουτισμένο σε οξυγόνο, σπallaγμένο από το διοξείδιο του άνθρακα και πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά, περιέχοντας όμως και άχρηστες ουσίες οι οποίες προορίζονται για τα όργανα τα οποία θα τις αποβάλλουν.

Το αίμα που κυκλοφορεί στις αρτηρίες της μεγάλης κυκλοφορίας το αναμάζουμε αρτηριακό, κι έχει ζωηρό κόκκινο χρώμα.

Από την αριστερή κοιλία στην πρώτη και μεγαλύτερη αρτηρία της μεγάλης κυκλοφορίας την αορτή. Αυτή διακλαδίζεται διαρκώς σε όλα τα σημεία του σώματος και βαθμιαία οι διακλαδώσεις τους αναλύονται μέσα στα διάφορα όργανα και τους ιστούς σε αιμοσφαιρίδια αγγεία. Στη συνέχεια σχηματίζονται όλο και μεγαλύτερες φλέβες που τελικά σχηματίζουν τις δύο μεγάλες φλέβες την άνω και κάτω κοίλη φλέβα, οι οποίες καταλήγουν στο δεξιό κόλπο της καρδιάς, και φέρνουν εκεί το αίμα που συγκέντρωσαν από τα διάφορα όργανα.

Το αίμα αυτό που είναι πλέον πτωχό σε οξυγόνο, πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα και είναι βυссινή στο χρώμα, το ονομάζουμε φλεβικό, επειδή κυκλοφορεί στις φλέβες της μεγάλης κυκλοφορίας.

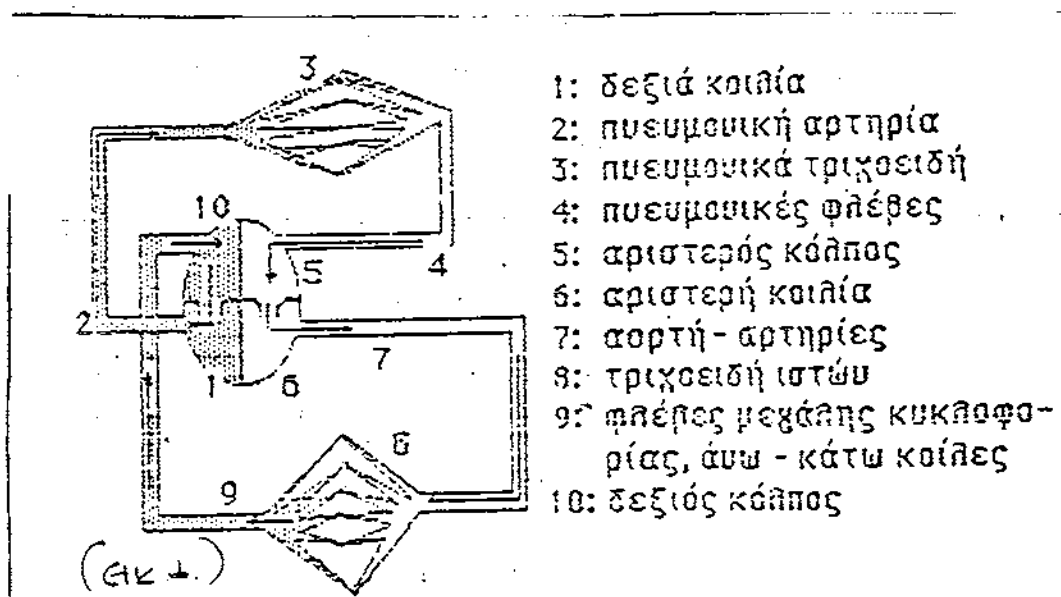
Είπαμε ήδη ότι η καρδιά λειτουργεί αποκλειστικά σαν

εξωθητική εντλία και εξωθεί το αίμα απο τις κοιλίες προς τις μεγάλες αρτηρίες.

Υπάρχει και η μικρή η πνευμονική κυκλοφορία η οποία έχει σαν σκοπό τη μεταφορά του φλεβικού αίματος στους πνεύμονες, όπου αποβάλλεται το περισσότερο διοξειδίο του άνθρακα και το αίμα εμπλουτίζεται σε οξυγόνο· μετατρέπεται δηλ. σε αρτηριακό με τη λειτουργία της αναπνοής.

Αρχή της μικρής κυκλοφορίας είναι η πνευμονική αρτηρία στην οποία το αίμα που τώρα είναι φλεβικό - εξωθείται απο τη δεξιά κοιλία της καρδιάς.

Η πνευμονική αρτηρία διακλαδίζεται σε δύο μεγάλους κλάδους που μπαίνουν ένα σε κάθε πνεύμονα όπου διακλαδίζονται σε μικρότερους κλάδους που τελικά αναλύονται σ' ένα δίκτυο απο χοειδή. Το αίμα αυτό έρχεται σ' επαφή με τον ατμοσφαιρικό αέρα μέσα στους πνεύμονες και μετατρέπεται σε αρτηριακό. Τα πνευμονικά τριχοειδή ενώνονται και σχηματίζουν μικρές φλέβες τις πνευμονικές, που με τη σειρά τους ενώνονται και σχηματίζουν τελικά δύο μεγάλες φλέβες σε κάθε πνεύμονα. Αυτές φέρνουν το αρτηριακό πλέον αίμα στον αριστερό κόλπο της καρδιάς.



Μόλις οι κοιλίες γεμίσουν με αίμα αρχίζει η φάση της συστολής.

Σ' αυτή τη φάση το μυοκάρδιο συσπάται, το αίμα που βρίσκεται μέσα στις κοιλίες δέχεται μεγάλη πίεση, κλείνει τις βαλβίδες των κολποκοιλιακών στομών, ανοίγει τις βαλβίδες των αρτηριακών στομών και περνά μέσα στις μεγάλες αρτηρίες, την αορτή και την πνευμονική αρτηρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Εμφραγμα του μυοκαρδίου σημαίνει νέκρωση των κυττάρων του μυοκαρδίου λόγω ισχαιμικής βλάβης. Ο θάνατος των κυττάρων επισυμβαίνει επειδή οι μεταβολικές αρτηρίες στο O_2 υπερβαίνουν τις παροχές αυτού.

Η απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών οφείλεται συχνά σε σχηματισμό θρόμβου ή λόγω αθηροσκληρώσεως του αγγείου. Η έκταση του εμφράγματος καθώς και η εντοπισή του, εξαρτάται από την ανατομική διακλάδωση του αγγείου και την επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας. Το έμφραγμα του προσθίου τοιχώματος είναι το πιο συνηθισμένο και οφείλεται σε θρόμβωση του προσθίου κατιόντα κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας.

Άλλες εντοπίσεις του εμφράγματος είναι η οπισθια ή πλάγια ή προσθιοδιασπραγματική, κλπ. Το Ο.Ε μπορεί να μην προκαλέσει συμπτώματα ή να οδηγήσει στο θάνατο. Στις περισσότερες περιπτώσεις εκδηλώνεται με πόνο ο οποίος παραμένει για ώρα, και δεν περνάει με την ανάπαυση ή με την νιτρογλυκερίνη.

Οι απόψεις για τη συσχέτιση θρόμβου και οξέου εμφράγματος μυοκαρδίου πολλών παρατηρητών διχάζονται και υποστηρίζεται ότι το εμφραγμα προϋπάρχει του θρόμβου σε αρκετές περιπτώσεις.

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου διακρίνεται σε Διατοιχωματικό και Υπενδοκάρδιο έμφραγμα.

Υποκατηγορίες του Διατοιχωματικού και του Υπενδοκαρδίου

εμφράγματος είναι :

- 1) προσθιοπλάγιο έμφραγμα
- 2) έμφραγμα του οπισθίου τοιχώματος
- 3) έμφραγμα του κατώτερου τοιχώματος
- 4) έμφραγμα δεξιάς κοιλίας.

ΔΙΑΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Το διατοιχωματικό έμφραγμα χαρακτηρίζεται όπως αναφέρθηκε, από ισχαιμία και τελικά νέκρωση ολόκληρου του πάχους του τοιχώματος ενός μέρους της αριστερής κοιλίας. Δεν προκαλεί, συνεπώς, έκπληξη το γεγονός ότι το διατοιχωματικό έμφραγμα προκαλεί αλλοιώσεις τόσο εκπολώσεως του μυοκαρδίου, όσο και της επανοπολώσεως.

ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Αν ισχαιμία της υπενδομαρδιακής περιοχής είναι αρκετά βαριά, δυνατό είναι να προκύψει πραγματικό υπενδοκάρδιο έμφραγμα. Έτσι ένα έμφραγμα, αντί να είναι διατοιχωματικό μπορεί να είναι υπενδοκάρδιο. Ένα υπενδοκάρδιο έμφραγμα μπορεί να εξελιχθεί σε διατοιχωματικό ή να οδηγήσει σε αιφνίδιο θάνατο.

Χαρακτηριστικό είναι ότι η τυπική στηθαγχική προσβολή προκαλείται από την παροδική υπενδοκαρδιακή ισχαιμία.

Παρομοίως σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί ισχαιμία του μυοκαρδίου χωρίς έμφραγμα (μη εμφραγματική) που ν'αφορά διάφορα μέρη της κοιλίας. Ανάλογα με το βαθμό της ισχαιμίας, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διάφορες Η.Κ.Γ εικόνες. Ξέρουμε ότι το ηλεκτροκαρδιογράφημα κατά την τυπική ή κλασσική στηθάγχη μπορεί να εμφανίσει την εικόνα της υπενδοκαρδιακής ισχαιμίας.

1. Έμφραγμα του προσθίου τοιχώματος

Προσθιοδιαφραγματικό

Τα πρόσθια εμφράγματα οφείλονται σε απόφραξη της αριστερής πρόσθιας στεφανιαίας αρτηρίας.

Το διάφραγμα αιματώνεται από την αριστερή κατιούσα αρτηρία και γενικά το διαφραγματικό έμφραγμα σημαίνει απόφραξη αυτής της αρτηρίας.

1. Προσθωπλάγιο

Τις περισσότερες φορές τα εμφράγματα του πλαγίου τοιχώματος οφείλονται σε απόφραξη της περισπωμένης στεφανιαίας αρτηρίας.

2. Έμφραγμα του οπίσθιου τοιχώματος

Το έμφραγμα που μπορεί να υποστεί το οπίσθιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας λέγεται οπίσθιο έμφραγμα. Στις περισσότερες περιπτώσεις το οπίσθιο έμφραγμα επεκτείνεται είτε προς το πλάγιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, είτε προς το κάτω τοίχωμα της αριστερής κοιλίας.

3. Έμφραγμα του κατωτέρου τοιχώματος

Το κατώτερο διατοιχωματικό έμφραγμα οφείλεται γενικά σε απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αρτηρίας.

4. Έμφραγμα Δεξιάς κοιλίας

Συμβαίνει στο 30% των ασθενών με διατοιχωματικό έμφραγμα του κάτω τοιχώματος.

Μπορεί να περάσει απαρατήρητο. Οφείλεται σε κεντρική απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας αορτής. Η αρτηριακή πίεση είναι πολύ αυξημένη και υπάρχουν σοβαρές αλλοιώσεις στο ηλεκτροκαδιογράφημα.

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ Ο.Ε.Μ

Η στεφανιαία νόσος (Ο.Ε.Μ) αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στη χώρα μας όπως άλλωστε και στις άλλες αναπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου.

Είναι συχνότερη στον αστικό παρά στον αγροτικό πληθυσμό, και συμβαίνει πιο συχνά στις χώρες με πιο έντονο ρυθμό ζωής παρά στις χώρες όπου η ζωή κυλά πιο ήρεμα. Λαμβάνοντας υπόψη τους λοιπόν οι επιστήμονες αυτά τα γεγονότα, έκαναν έρευνες και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη στεφανιαίας πάθησης.

Είναι οι λεγόμενοι παράγοντες στεφανιαίας επικινδυνότητας ή παράγοντες κινδύνου. Ο καθορισμός αυτών των παραγόντων και η εξάλειψή του, είναι σίγουρα ότι θα μειώσουν αισθητά τα εμφράγματα μυοκαρδίου, και γενικά τα επεισόδια Σ.Ν .

Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Ηλικία

Η εμφάνιση Ο.Ε.Μ πριν την ηλικία των 30 ετών είναι εξαιρετικά σπάνια. Όμως με την πάροδο του χρόνου ζωής αυξάνει κατά πολύ ο κίνδυνος εμφάνισέως του, ειδικά για κάθε δεκαετία μετά τα 30 χρόνια.

2. Φύλο

Είναι γνωστό ότι η νοσηρότητα είναι πιο συχνή στους άνδρες

σε σχέση με τις γυναίκες σε αναλογία 4:2. Πριν από την ηλικία των 40 ετών η σχέση είναι 8:1. Στην ηλικία των 70 ετών η συχνότητα είναι ίδια και στους άνδρες και στις γυναίκες. Τα μικρά ποσοστά καρδιοπαθών γυναικών μέχρι την εμμηνοπαυση οφείλονται στα οιστρογόνα, τα οποία ελαττώνοντας τα κυκλοφορούμενα λιπαρά οξέα στο αίμα αυξάνουν την αντοχή του ενδοθηλίου στο σχηματισμό του αθηρώματος.

Οι δύο αυτοί παράγοντες αν και είναι σημαντικοί δεν έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την πρόληψη γιατί δεν είναι αναστρέψιμα.

3. Διατροφή - Παχυσαρκία

Μια ισορροπημένη διατροφή διατηρεί σε σταθερά επίπεδα τόσο τη βελτίωση της λειτουργίας της καρδιάς, όσο και την καλή φυσική κατάστασή της. Η αύξηση των λιπαρών ουσιών και ιδιαίτερα των τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης, έχει βρεθεί ότι αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιου στεφανιαίας νόσου.

Η παχυσαρκία είναι μια ακόμη παθολογική κατάσταση που έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τη συχνότητα της Σ.Ν. Η στεφανιαία νόσος είναι πολύ πιο συχνή στα άτομα με υπερβολικό κυματικό βάρος σώματος.

4. Υπερλιπιδαιμία

Η Υπερλιπιδαιμία είναι ο ιατρικός όρος που υποδηλώνει την παρουσία αυξημένης ποσότητας λιπιδίων στο αίμα. Τα λι-

πρίδια είναι φυσιολογικά συστατικά του υγρού μέρους TN αίματος που αναμάζεται πλάσμα. Υπάρχουν αρκετές μορφές λιπιδίων, αλλά η χοληστερίνη και τα τριγλυκερίδια είναι τα σημαντικότερα από τις μορφές των λιπιδίων.

Η χοληστερίνη είναι απαραίτητο συστατικό όλων των κυττάρων του ανθρώπινου οργανισμού. Ένα μέρος της χοληστερίνης του πλάσματος προέρχεται από το συκώτι, και το υπόλοιπο προσλαμβάνεται από τη διατροφή. Φυσιολογικά, τα επίπεδα της χοληστερίνης στο πλάσμα, δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 200 MG^o/o. Τα τριγλυκερίδια αποτελούν σημαντική ενεργειακή πηγή για τον ανθρώπινο οργανισμό και όπως η χοληστερίνη, παράγονται στο συκώτι και προσλαμβάνονται με τις τροφές.

Τα ενεργειακά αποθέματα που δεν χρησιμοποιούνται στη διάρκεια της σημαντικής άσκησης, αποθηκεύονται σαν υποδόριο λίπος ή λιπώδης ιστός. Τα επίπεδα τριγλυκεριδίων στο πλάσμα αυξάνουν μετά από ένα γεύμα πλούσιο σε λιπαρά και φυσιολογικά δεν πρέπει να ξεπερνάνε τα 150 MG^o/o.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η υπερλιπιδαιμία εμφανίζεται όταν τα επίπεδα της χοληστερίνης ή των τριγλυκεριδίων στο αίμα είναι παθολογικά ψηλά.

Η αύξηση της χοληστερίνης λέγεται υπερχοληστεριναιμία και η αύξηση των τριγλυκεριδίων υπερτριγλυκεριδαιμία.

Η χοληστερίνη αυξάνεται σε άτομα που είναι παχύσαρκα και σ' εκείνα που καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα κεικορεσμένων λιπιδίων ή χοληστερίνης. Τα τριγλυκερίδια αυξάνονται με την πρόσληψη περισσότερων θερμίδων απ' αυτές που απαιτούνται, ιδιαίτερα όταν αυτές λαμβάνονται από οινοπνευματώδη ποτά.

Τα τριγλυκερίδια δεν συμμετέχουν άμεσα στην αρτηριοσκλη-

ρυντική διαδικασία αλλά μόνο έμμεσα, επηρεάζοντας την πηκτικότητα του αίματος. Η τάση του αίματος να πήζει είναι αυξημένη σε υπερχοληστεριναιμικά άτομα και αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αιφνίδια και ολική απόφραξη (θρόμβωση) μιας αρτηρίας που έχει μικρή διάμετρο λόγω της αρτηριοσκλήρυνσης, με πολύ σοβαρές συνέπειες.

Η απομάκρυνση της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων από το αίμα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως κληρονομικούς, ορμονικούς, καθώς και από τον τρόπο ζωής. Γενικά, τα άτομα που τρώνε λογικά και ασκούνται ικανοποιητικά, απομακρύνουν τα λιπίδια από το αίμα τους γρηγορότερα από εκείνα που κάνουν διαιτητικές υπερβολές και καθιστική ζωή.

5. Κάπνισμα - Αντισυλληπτικά

Το κάπνισμα τσιγάρων έχει βρεθεί ότι έχει μεγαλύτερη θνησιμότητα από το κάπνισμα πούρων ή πίπας. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο 2.500.000 άτομα πεθαίνουν από τις ασθένειες που προκαλεί το τσιγάρο.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου ελαττώνεται στο ελάχιστο δύο ή περισσότερα χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Η διακοπή του καπνίσματος αυξάνει την επιβίωση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και μετά από εμφραγμα του μυοκαρδίου.

Οποσδήποτε το κάπνισμα θα πρέπει να διακοπεί αμέσως σε κάποιον που έπαθε καρδιακό επεισόδιο, γιατί η νικοτίνη επιβαρύνει την καρδιακή λειτουργία προκαλώντας ταχυκαρδία, άνοδο της αρτηριακής πίεσης, αγγειοσπασση, και αύξηση της

ροής του αίματος στα αγγεία.

Οι γυναίκες που καπνίζουν και παίρνουν αντισυλληπτικά απο το στόμα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου και θρομβοεμβολές, ιδιαίτερα εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιακών παθήσεων, υπέρταση ή σακχαρώδης διαβήτης.

Συνιστάται λοιπόν η αποφυγή λήψης αντισυλληπτικών, γιατί ο κίνδυνος απο τα αντισυλληπτικά παραμένει για πολλά χρόνια μετά απο τη διακοπή τους, ιδιαίτερα εάν έχουν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.

6. Υπέρταση :

Στους ενήλικες μιλάμε για υπέρταση όταν οι τιμές της αρτηριακής πίεσης ξεπερνούν τα 150 MM / HG για τη συστολική πίεση και τα 90 MM/ HG για τη διαστολική πίεση.

Ο περιορισμός του αλατιού και η ελάτωση του βάρους, βοηθούν στην πρόληψη της υπέρτασης πριν αυτή δημιουργήσει ανίατες καταστάσεις.

7. Σακχαρώδης Διαβήτης :

Έχει βρεθεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης επιταχύνει την αθηροσκλήρωση στα στεφανιαία, εγκεφαλικά και περιφερικά αγγεία.

Τα μεγάλα ποσοστά Σ.Ν στο διαβήτη οφείλεται στη μεγάλη αύξηση των λιπιδίων του αίματος, τα οποία όμως με την κατάλληλη διαίτα μπορούν να επανέλθουν στις φυσιολογικές του τιμές.

8. Σωματική δραστηριότητα :

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει ελάττωση το μέσο επίπεδο της ημερήσιας δραστηριότητας, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας και τον 2πλασιασμό του κινδύνου καρδιοπάθειας. Γι' αυτό, περισσότερο από κάθε άλλη φορά είναι απαραίτητη η κίνηση και η σωματική δραστηριότητα. Η άσκηση θα πρέπει να γίνεται με μέτρο και λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ηλικία, την προηγούμενη αθλητική δραστηριότητα, καθώς και άλλες παραμέτρους που θα μας προστατέψουν από επιβλαβείς υπερβολές.

Το γρήγορο περπάτημα, το κολυμπι, το τένις, το ποδήλατο, το γκολφ, το τρουάδην είναι παραδείγματα ασκήσεων που εξασφαλίζουν ικανοποιητικό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Απαραίτητη είναι επίσης η εκγύμναση ατόμων μετά από ένα έμφραγμα γιατί βοηθάει στην πρόληψη επανεμφάνισης κάποιου επεισοδίου. Πάντως η φυσική δραστηριότητα πρέπει να γίνει μέρος του τρόπου ζωής μας, με την πεποίθηση ότι βοηθάει στην διατήρηση τόσο της φυσικής όσο και της πνευμονικής υγείας μας.

9. Κληρονομικότητα :

Έχει βρεθεί ότι η κληρονομικότητα παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση αθηρομάτωσης και στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου.

Ιδιαίτερα, όταν οι συγγενείς που έπαθαν κάποιο έμφραγμα ήταν σε ηλικία κάτω των 60 ετών και ανήκαν στους στενούς συγγενείς, όπως γονείς αδέρφια κλπ.

10. Ψυχολογικοί παράγοντες

Επιδημιολογικές έρευνες έδειξαν ότι ψυχολογικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένου και στρες, επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Γεγονότα με μεγάλη συναισθηματική φόρτωση όπως π.χ. ο θάνατος συζύγου, το διαζύγιο, οικονομικές δυσκολίες κλπ., ενδεχεται να επιβαρύνουν την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών χαρακτηρίζονται απο ανταγωνιστικότητα, επιθετικότητα και αίσθημα χρονικής πίεσης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ζητούν ιατρική βοήθεια λόγω του θωρακικού πόνου. Εντούτης η κλινική εικόνα μπορεί να ποικίλλει απο εκείνη ενός ασθενούς που εκδηλώνει έντονο οπισθοστερνικό συσφιγκτικό πόνο και γρήγορα αναπτύσει SHOCK και πνευμονικό οίδημα. Η εισβολή του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνήθως είναι οξεία, με πόνο σαν της στηθάγχης. Υπάρχει ένα βασανιστικό συσφιγκτικό άλσθημα του θώρακα ή άλσθημα επικείμενου θανάτου. Εάν ο ασθενής υπέφερε προηγουμένως απο στηθάγχη, αντιλαμβάνεται ότι του συμβάλνει κάτι το διαφορετικό απο τα προηγούμενα στηθαγγικά επεισόδια.

Επίσης σε αντίθεση με την συνηθισμένη στηθάγχη το οξύ έμφραγμα συμβάλνει συνήθως όταν ο ασθενής είναι σε ηρεμία, συχνά τις πρώτες πρωϊνές ώρες. Ναυτία και έμμετός συνοδεύουν συχνά τον πόνο και μπορεί να είναι πολύ έντονα, ιδιαίτερα εάν χορηγηθεί μορφίνη για τον πόνο. Ο πόνος είναι διάχυτος, συσφιγκτικός, προκαλεί άλσθημα πνιγμού ή είναι διαξιφιστεκός. Εντοπίζεται κυρίως στην οπισθοστερνική περιοχή απο όπου μπορεί να αντανακλά στα δύο άκρα, το λάρυγγα, την κάτω σιαγόνα και το επιγάστριο.

Συχνά τον πόνο συνοδεύει βράχυνση της αναπνοής, ωχρότητα επιδέρωση, ταχυσφυγμία, ίσως και πτώση της αρτηριακής πίεσης, ναυτία, έμμετος, άγχος και ανησυχία. Χαμηλός πυρετός παρουσιάζεται συνήθως το δεύτερο 24ωρο και οφείλεται στην απορρόφηση απο το νευρικό τμήμα του μυοκαρδίου χωρίς πόνο. Μερικές φορές οι ασθενείς υποφέρουν απο αναπνευστική δυσπε-

φία.

Μερικές φορές προκαλεί ερεθισμό του διαφράγματος απο έμφραγμα του κατώτερου τοιχώματος.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΒΕΒΤΑΞΕΙΣ

*** Ακτινογραφία θώρακα**

Η ακτινογραφία θώρακα μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας όπου διαπιστώνεται κοιλιακό ανεύρισμα ή ασβεστοποίηση σε μια στεφανιαία αρτηρία. Η αύξηση του μεγέθους της καρδιάς αντικατοπτρίζει συνήθως την παρουσία εμφράγματος μεγάλης μάζας του μυοκαρδίου.

Συνήθως η ακτινογραφία παραλείπεται σαν εξέταση για να μην επιβαρυνθεί η κατάσταση του ασθενούς που πρέπει να βρίσκεται σε πλήρη ακινησία.

*** Αγγειοκαρδιογραφία**

Μετά απο έγχυση σκιερχής ουσίας στην καρδιά μέσα απο καθετήρα που βρίσκεται σε φλέβα, παίρνονται ακτινογραφίες.

Η μέθοδος αυτή δίνει πολύτιμες πληροφορίες για την καρδιά, το βαθμό ανεπάρκειας βαλβιδικού στομίου, τις κινήσεις των βαλβίδων, τη συστολή των κοιλιών και των κόπλων, και την τυχόν ύπαρξη συγγενούς καρδιοπάθειας.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

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

Οι επιπλοκές είναι: αλλεργική αντίδραση απο τη σκιερη ουσία, θρόμβωση, ερεθισμός του αγγείου και αιμορραγία.

* **Αορτογραφία**

Είναι εαν είδος αγγειοκαρδιογραφίας. Γίνεται για σκιαγράφηση του αυλού της αορτής και των μεγάλων αρτηριών (κλάδων της).

* **Φωνοκαρδιογραφία**

Το φωνοκαρδιογράφημα είναι η καταγραφή των ακουστών δονήσεων, που προκαλούνται απο την καρδιά και τα μεγάλα αγγεία. Χρησιμοποιείται για χρονομέτρηση των καρδιακών ήχων και συσημάτων και για τεκμηρίωση αμειοβητούμενων φυσικών ευρημάτων.

Παίρνεται με τοποθέτηση μικροφώνων πάνω στη βάση και την κορυφή της καρδιάς. Η ταυτόχρονη καταγραφή απο αυτές τις διαφορετικές περιοχές βοηθά στην αναγνώριση και διαφοροποίηση, καρδιακών ήχων και συσημάτων.

Για εξασφάλιση ενός σήματος αναφοράς καταγράφεται ταυτόχρονα με το φωνοκαρδιογράφημα και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Άλλες ονομαστές τεχνικές πολύ χρήσιμες στην χρονομέτρηση ακροαστικών φαινομένων είναι το κύμα καρωτιδικού σφυγμού, ο φλεβικός σφυγμός και το κορυφαίο καρδιογράφημα, που μπορούν ταυτόχρονα να καταγράφονται με τους καρδιακούς ήχους.

* **Φλεβογράφημα**

Είναι η σκιαγράφηση μέρους του φλεβικού συστήματος μετά απο ένεση σκιερης ουσίας. Μετά απο την φλεβογραφία παρακο-

λουθείται συχνά το σημείο εισαγωγής του σκληρού φαρμάκου.

* Λεμφαγγειογραφία

Γίνεται για την εντόπιση αποφάξεων των λεμφικών αγγείων, που σκιαγραφούνται μετά απο εισαγωγή σκληρής ουσίας μέσα σ' αυτά.

Η διαδικασία μπορεί να διαρκέσει ως 8 ώρες. Οι ακτινογραφίες παίρνονται περιοδικά αφού η χρωστική κυκλοφορήσει μέσα στη λεμφική κυκλοφορία. Η χρωστική είναι μπλέ και αλλάζει το χρώμα της περιοχής στην οποία εγχύνεται ώσπου να απορροφηθεί. Μετά την εξέταση ο άρρωστος έχει ανάγκη απο ανάπαυση.

* Υπερηχοκαρδιογραφία

Η υπέρηχοι χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην καρδιολογία το 1954, η ευρεία όμως χρησιμοποίηση και καθιέρωση της υπερηχοκαρδιογραφίας στην κλινική πράξη έγινε στην δεκαετία του 1970. Σήμερα στην κλινική πράξη για την εξέταση ασθενών με στεφανιαία νόσο, χρησιμοποιούνται η M - MODE, η μονοδιάσταση υπερηχοκαρδιογραφία και υπερηχ/γραφία δύο διαστάσεων ή TWO DIMENSIONAL (2D) υπερηχ/οία.

Είναι μια αναίμακτη διαγνωστική διαδικασία που χρησιμοποιεί τις σφύξεις (PULSES) του ανακλώμενου υπερήχου για αξιολόγηση της ανατομικής ακεραιότητας και λειτουργίας της καρδιάς. Έχει παίξει σημαντικό ρόλο στην διάγνωση καταστάσεων, όπως βαλβιδοπάθειες, συγγενείς καρδιακές ανωμαλίες, καρδιομυοπάθεια, νόσοι του περικαρδίου και των στεφανιαίων αγγείων. Ακόμα, δίνει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την αποδοτική λειτουργία της αριστερής κοιλίας,

και του μεσοκοιλιακού όγκου και του όγκου παλμού, καθώς και των διαφόρων τμημάτων του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας κατά τη συστολή και διαστολή της.

* Ραδιοϊσοτοπικές μελέτες

Οι μελέτες αυτές γίνονται με εξωτερική ανίχνευση των φωτονίων που εκπέμπονται μετά απο χορήγηση ραδιενεργικών ουσιών.

1. Ραδιοϊσοτοπική αγγειογραφία. Είναι μια εξέταση ανάλογη με την αγγειογραφία. Περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση μικρής ποσότητας ^{90}Tc , και στη συνέχεια, γρήγορη συνεχή λήψη με σπινθηρογράφο. Απεικονίζεται η καρδιά, τα μεγάλα αγγεία και το πνευμονικό αγγειακό δίκτυο. Η εξέταση είναι πολύτιμη στην ανίχνευση ανωμαλιών στην κίνηση του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας μετά απο στεφανιαία νόσο.

2. Σπινθηρογράφηση του μυοκαρδίου. Ισότοπα, όπως το ^{43}K και το ^{201}Tl (θάλλιο), συγκεντρώνονται σε φυσιολογικές όχι όμως και σε παθολογικές περιοχές του μυοκαρδίου που δεν αρδεύονται με αίμα.

Μετά απο ενδοφλέβια χορήγηση, ενός απο τα δύο αυτά ραδιοϊσότοπα σε άρρωστο με μεταβατική μυοκαρδιακή ισχαιμία ή με πρόσφατο ή παλιό έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι περιοχές που δεν παίρνουν ραδιενεργό στοιχείο μπορούν να ανιχνευθούν στο σπινθηρογράφημα.

3. Η απεικόνιση των κοιλοτήτων της καρδιάς μπορεί να γίνει με σπινθηρογράφημα έπειτα απο χορήγηση μακρομοριακής λευκωματίνης σημασμένης με ^{131}I . Το σπινθηρογράφημα δίνει πληροφορίες για το μέγεθος των κοιλοτήτων, το σχήμα

τους και για τυχόν ύπαρξη παθολογικών εξεργασιών μέσα στις καρδιακές κοιλότητες.

* **Στεφανιαία αρτηριογραφία**

Είναι η ακτινολογική μελέτη των στεφανιαίων αγγείων. Με τον άρρωστο κάτω απο τοπική αναισθησία εισάγεται και προωθείται, με ακτινοσκοπικό έλεγχο, καθετήρας μέσα σε κάθε μια απο τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η πρόσβαση γίνεται απο την αρχή της αορτής.

Εγχύεται η σκιερή ουσία και παίρνεται γρήγορα μια σειρά ακτινογραφιών ή συνε - αγγειογράφημα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει στην αξιολόγηση αρρώστων με άτυπη θωρακαλγία. Ακόμα, βοηθάει στην αξιολόγηση αρρώστων με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο στους οποίους μελετάται η διενέργεια χειρουργικής επέμβασης.

* **Ηλεκτροκαρδιογράφημα**

Το ΗΚΓ είναι χρήσιμο στη διάγνωση των παρακάτω καταστάσεων:

1. Ξυφράγματος και αρτηριοσκληρωτικής ισχαιμίας
2. Καρδιακών αρρυθμιών
3. Μεγαλοκαρδίας
4. Ηλεκτρολυτικών διαταραχών
5. Περικαρδίτιδας
6. Υδροπερικαρδίου

Το ΗΚΓ απλά ορίζεται ως η γραφική παράσταση των ηλεκτρι-

κών δυνάμεων που δημιουργούνται απο την καρδιά. Στην αξιολόγηση αρρώστων με παθήσεις της καρδιάς, αυτή η εξέταση συχνά χρησιμοποιείται σαν διαδικασία μεγάλης διαγνωστικής σημασίας.

Το ΗΚΓ, όμως, έχει περιορισμούς* είναι επομένως απαραίτητο να αξιολογείται σε συνδυασμό με την κλινική εξέταση του αρρώστου.

Οι περιορισμοί του ΗΚΓ είναι:

1. Μπορεί να δείξει ανωμαλίες σε άτομα που δεν πάσχουν απο οργανική καρδιακή νόσο.
2. Μπορεί να είναι φυσιολογικό ενώ υπάρχει οργανική καρδιακή νόσος.
3. Πολλοί εξωγενείς παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την καρδιά μπορεί να μεταβάλλουν το ΗΚΓ. Τέτοιοι παράγοντες είναι: νόσοι, φάρμακα, STRESS, αντίσταση του δέρματος, απόσταση του θωρακικού τοιχώματος.

ΤΡΟΠΟΣ ΛΗΨΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ

Η ηλεκτρογραφία ασχολείται με τη μελέτη των ηλεκτρικών φαινομένων της καρδιάς. Σε κάθε συστολή της καρδιάς λαμβάνουν χώρα η παραγωγή ηλεκτρικού ρεύματος το οποίο μέσα απο τα υγρά του σώματος φέρεται μέχρι την επιφάνεια αυτού απ' όπου και μπορεί να καταγραφεί. Στην σωστή λήψη ενός ΗΚΓ υπάρχουν τρία σημεία που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή.

1. Πρέπει να φροντίσει ο ασθενής να είναι ήρεμος, ξαπλωμένος αναπαυτικά σε υπτία θέση, με μαξιλάρι τοποθετημένο

κάτω απο το κεφάλι.

2. Τα ηλεκτροδία να τοποθετούνται με προσοχή ώστε να αποφευχθεί η λανθασμένη σύνδεση. Πριν την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων βρέχεται λίγο με νερό το σημείο εκείνο.

3. Οι απαγωγές των άκρων συνδέονται με το σωστό άκρο και οι προκάρδιες απαγωγές τοποθετούνται στη σωστή θέση (εικ.2). Το ΗΚΓ δεν είναι τίποτε άλλο παρά η καταγραφή πάνω σε χαρτί των ηλεκτρικών αυτών ρευμάτων της καρδιάς και γίνεται με την τοποθέτηση ειδικών ηλεκτροδίων, μεταλλικές πλάκες στα τέσσερα άκρα και στον θώρακα.

Σε κάθε καρδιακή συστολή καταγράφεται μια χαρακτηριστική σειρά απο αποκλίσεις ή κύματα. Το φυσιολογικό ΗΚΓ έχει πέντε αποκλίσεις που χαρακτηρίζονται με τα γράμματα του Λατινικού αλφαβήτου P,Q,R,S,T.

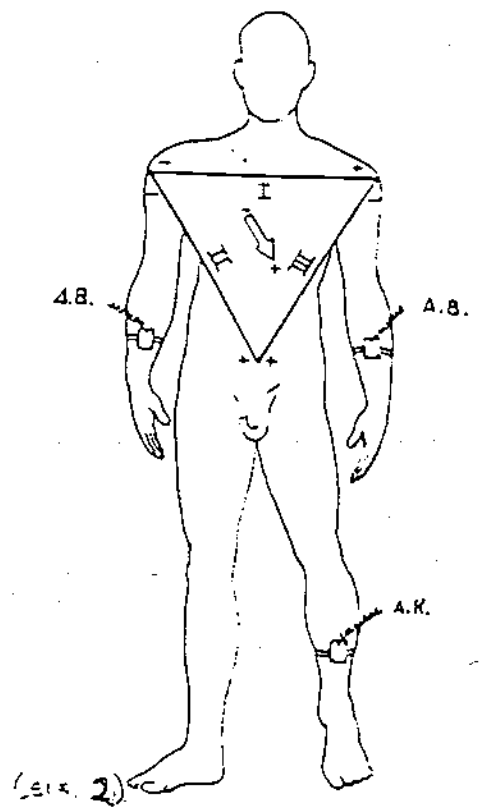
Οι τρεις απο τις αποκλίσεις αυτές P,R,T είναι θετικές, βρίσκονται δηλ. πάνω απο την ισοηλεκτρική γραμμή, ενώ οι άλλες δύο Q,S είναι αρνητικές.

Οι θέσεις του ηλεκτροδίου πάνω στον θώρακα, που μ' αυτό παίρνουμε τις προκάρδιες όπως τις λέμε απαγωγές $V_1 - V_6$ είναι οι παρακάτω (εικ.3).

$V_1 = 4^\circ$ μεσοπλευρικό διάστημα δεξιού του στήρνου.

$V_2 = 4^\circ$ μεσοπλευρικό διάστημα αριστερά του στήρνου

$V_3 =$ το μέσο γραμμής που ενώνει το σημείο V_2 και V_1 .



$V_4 = 5^o$ μεσοπλευρικό διάστημα στη μεσοκλειδική γραμμή.

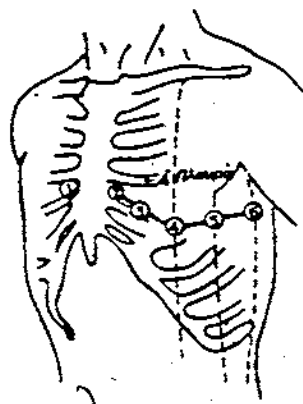
$V_5 =$ πρόσθια μεσχαλιαία γραμμή

$V_6 =$ μέση μεσχαλιαία γραμμή.

Το ΗΚΓ παρουσιάζει αλλοιώσεις στις πιο πολλές περιπτώσεις.

Οι οξ ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνιστάται από ανώμαλα κύ-

ματα Q και μια σειρά χαρακτηριστικά προοδευτικών μεταβολών του RS-T και του κύματος. Γενικά η μορφολογία θεωρείται σχεδόν παθognωμική του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου με σημαντικές εξαιρέσεις που περιγράφονται παραπάνω.



(εικ. 3) Οι θέσεις των ηλεκτροδίων σταθμών V_1-V_6 στο θώρακ

ΥΠΕΡΟΞΕΑ ΚΥΜΑΤΑ T

Τα υπεροξέα κύματα T είναι υψηλά, τα οποία συχνά εμφανίζονται σαν το πρωϊμότερο ηλεκτροκαρδιογραφικό σημείο οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ακολουθούνται, από την πιο γνωστή ανύψωση του RS-T μέσα στο πρώτο 24ωρο.

ΑΝΑΣΠΑΣΗ ΤΟΥ RS - T

Το τμήμα RS - T στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ανασπάται σε μια ή περισσότερες απαγωγές και επιπλέον η μορφολογία του γίνεται παθολογική. Μπορεί να ενθουσιαστεί και να συγχωνευθεί με το κύμα T ή να ανυψωθεί μια θολωτή κυρτότητα. Μερικές φορές το τμήμα RS - T διατηρεί φυσιολογική τη

μορφολογία του αλλά είναι ανυψωμένο κατά 2MM ή περισσότερο, πάνω από την ισοηλεκτρική γραμμή.

Στις απαγωγές AVF και HV₁ και σε μια ή περισσότερες από τις κλασσικές απαγωγές των άκρων, αγρότερα αναπτύσσονται αντίστροφες του κύματος T. Οι μεταβολές στις απαγωγές AV₁ και AVF και στις απαγωγές I και III που είναι χαρακτηριστικές του Ο.Ε.Μ.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΥΜΑΤΑ Q

Το κύμα Q δεν είναι υποχρεωτικά παθολογικό. Εν τούτοις η απνίδια ανάπτυξη κύματος Q μπορεί να υποδηλώσει Ο.Ε.Μ.

Ένα κύμα Q είναι παθολογικό αν παρουσιάζει τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Παθολογικά κύματα Q στην προκάρδια απαγωγή V₁ ή στις απαγωγές V₁ και V₂.
2. Παθολογικά κύματα Q στις προκάρδιες απαγωγές V₃, V₄, V₅ V₆.
3. Παθολογικά κύματα Q στην απαγωγή AVF.

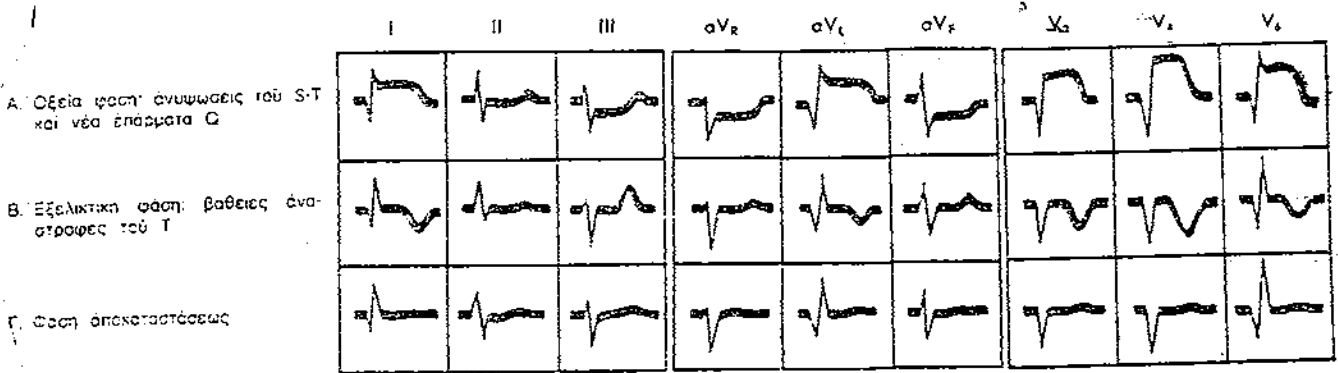
ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΩΝ ΗΚΓ ΕΙΚΟΝΩΝ ΤΟΥ Ο.Β.Μ

Οι ΗΚΓ εικόνες μπορεί να περιγραφούν σαν πρόσθιο, κατώτερο, διαφραγματικό, οπίσθιο ή υπενδοκάρδιο έμφραγμα.

ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΗΚΓ

ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (εικ. 4)

ΣΕΙΡΑ ΤΩΝ ΗΚΓ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ

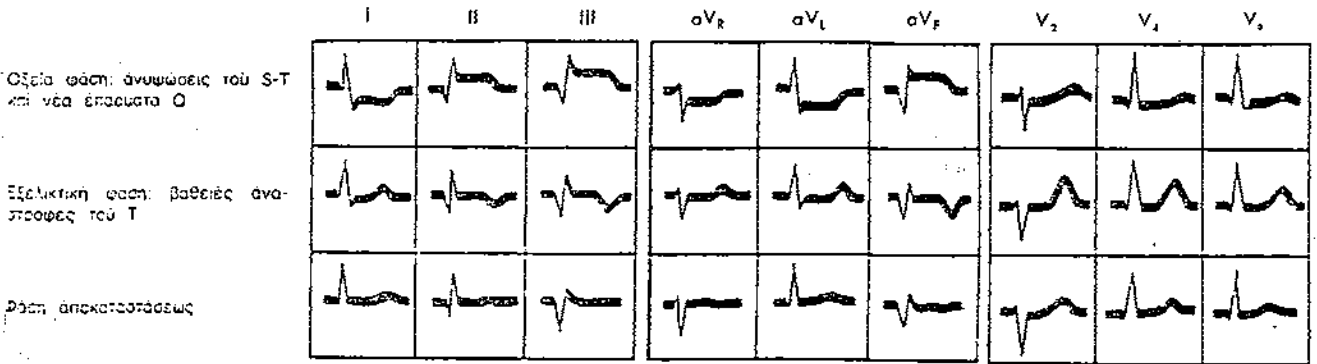


Εικ. 4 Διαδοχικές αλλοιώσεις του QRS και του ST-T στο έμφραγμα του πρόσθιου τοιχώματος. Παρατηρούμε τις αντικατοπτρικές αλλοιώσεις του ST-T στις κατώτερες απαγωγές (II, III και aV_F).

Σε μια τυπικά περίπτωση οξείας πρόσθιου εμφράγματος, εμφανίζονται παθολογικά κύματα Q και παθολογικά ανυψωτικά τμήματα RS - T σε μια ή περισσότερες από τις προκάρδιες απαγωγές στην απαγωγή AVL και συνήθως στην απαγωγή I. Οι απαγωγές AVR και III εμφανίζουν κατοπτρική κατάσταση του RS - T. Το έμφραγμα του πρόσθιου τοιχώματος μπορεί περαιτέρω να εντοπισθεί σαν πρόσθιο - διαφραγματικό, με μεταβολές στις απαγωγές V₁ και V₂, αυστηρά πρόσθιο μεταβολές στις απαγωγές V₃ και V₄ Πρόσθιοπλάγιο με μεταβολές στις απαγωγές V₅ και V₆.

ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟ Β.Μ

ΣΕΙΡΑ ΤΩΝ ΗΚΓ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ ΣΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ



Είκ. 9. Διαδοχικές αλλοιώσεις του QRS και του ST-T στο έμφραγμα του κατώτερου τοιχώματος. Παρατηρούμε τις αντίκατοπτρικές αλλοιώσεις του ST-T στις πρόσθιες απαγωγές.

Παθολογικά βαθιά ευρέα κύματα Q και ανυψωμένα RS - T, συμβαλνούν στις απαγωγές AVF, II και III στις απαγωγές αυτές εμφανίζονται βαθιά συμμετρικά κύματα T.

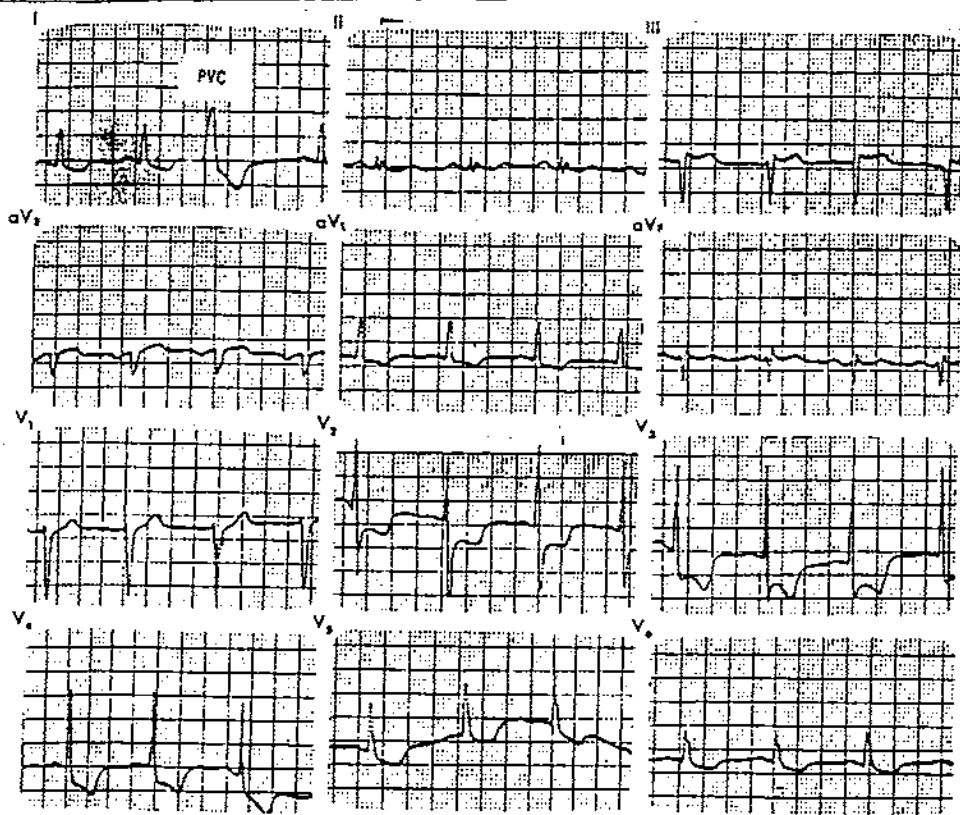
Καταστραμμένα τμήματα στις απαγωγές AV₂ και AVR σε μια ή περισσότερες απο τις προκάρδιες απαγωγές και στην απαγωγή I.

ΟΠΙΣΘΙΟ Η ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Αυτό αφορά το οπίσθιο βασικό ή ενδοκοιλιακό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας μάλλον, παρά το διαφραγματικό τοίχωμα αυτής.

Σε εντοπισμένο έμφραγμα οι ραχιαίες απαγωγές δείχνουν τις χαρακτητιστικές αναστάσεις των RS - T. Οι κατοπτρικές απαγωγές και ιδιαίτερα οι δεξιές προκάρδιες απαγωγές παρουσιάζουν κατάσταση του RS - T. Εν τούτοις καμιά απο τις απαγωγές δεν δείχνει τα χαρακτηριστικά παθολογικά κύματα Q και τις αναστάσεις του RS - T, εκτός αν το έμφραγμα εκτελ-

νεται είτε στο πλάγιο, είτε στο κάτω.



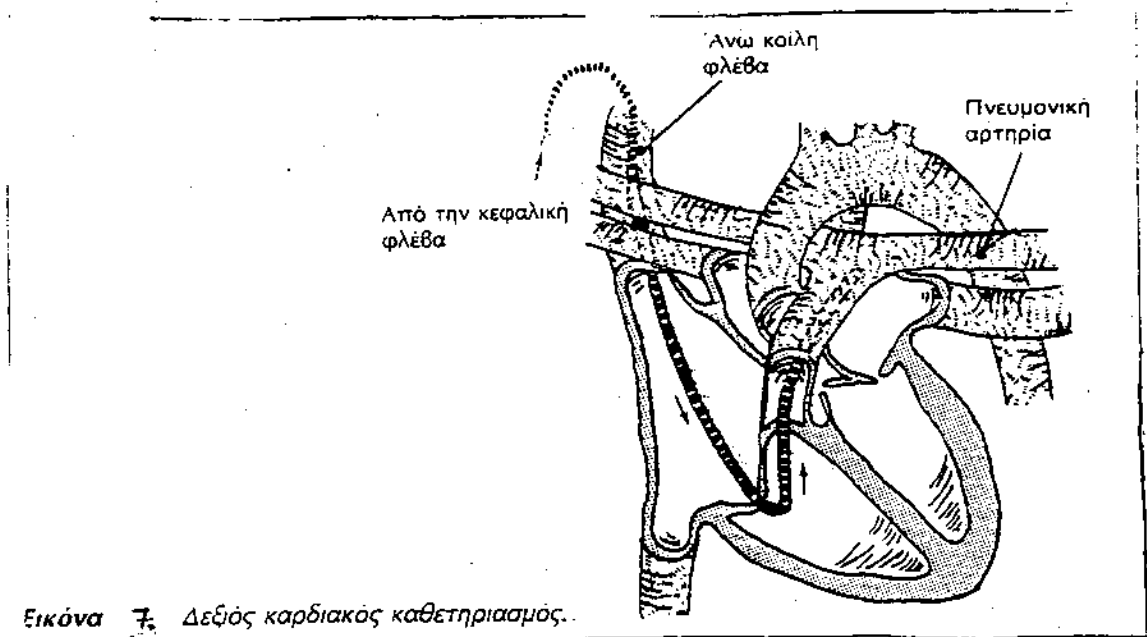
Εικ. 6. Υπενδοκαρδιακό έμφραγμα. Άρρωστος με έντονο θωρακικό πόνο, ο οποίος στη συνέχεια παρουσιάζει αύξησης των καρδιακών ενζύμων. Σημειώστε ότι έκδηλες πτώσεις του S-T παρατηρούνται καλύτερα στις προκαρδίες αναγωγές V₁ ως V₆. Η εικόνα συμφωνεί με υπενδοκαρδιακό έμφραγμα. Στην άπαγωγή I παρατηρείται πρόωμη κοιλιακή συστολή.

* Καρδιακός Καθετηριασμός

Ο καρδιακός καθετηριασμός περιλαμβάνει την εισαγωγή καθετήρα μέσα στις διάφορες κοιλότητες της καρδιάς. Ο καρδιακός καθετηριασμός και η αγγειογραφία ενδείκνυται σαν διαγνωστικές εξετάσεις σε αρρώστους με βαλβιδικές παθήσεις, συγγενείς καρδιοπάθειες, αορακαλγία, πνευμονική υπέρταση, και μονοκαρδιακές παθήσεις για τις οποίες μελετάται η χει-

ρουργική παρέμβαση ή στις οποίες είναι αμφίβολη η διάγνωση. Ο καρδιακός καθετηριασμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της προεγχειρητικής αξιολόγησης και της μετεγχειρητικής εκτίμησης των αποτελεσμάτων της χειρουργικής επέμβασης.

Ο δεξιός καρδιακός καθετηριασμός περιλαμβάνει την είσοδο μέσω της μεσοβασιλικής, της υποκλειδίας ή της άνω κοίλης φλέβας, κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο, μέσα στον δεξιό κόλπο (εικ. 7).



Στη συνέχεια μετρούνται και καταγράφονται οι πιέσεις του δεξιού κόλπου μ'ένα σύστημα καθετήρα - μετατροπέα και λαμβάνονται δείγματα αίματος για προσδιορισμό του αιματοκρίτη και του κορεσμού σε οξυγόνο. Κατόπιν ο καθετήρας προωθείται μέσω της τριγλωχίνας βαλβίδας στη δεξιά κοιλία, όπου γίνονται οι ίδιες μετρήσεις. Τέλος ο καθετήρας προωθείται μέσα στην πνευμονική αρτηρία και μάλιστα στο πιο απομακρυσμέ-

νο δυνατό σημείο. Παίρνονται δείγματα αίματος από τα τριχοειδή και μετρούνται οι πιέσεις.

Ο άρρωστος είναι νηστικός, του χορηγείται κατευναστικό το βράδυ της προηγούμενης και το πρωί της ημέρας της εξέτασης.

Για πρόληψη μόλυνσεως χορηγείται αντιβιοτικό την προηγούμενη, την ημέρα εξέτασης και την επομένη ημέρα.

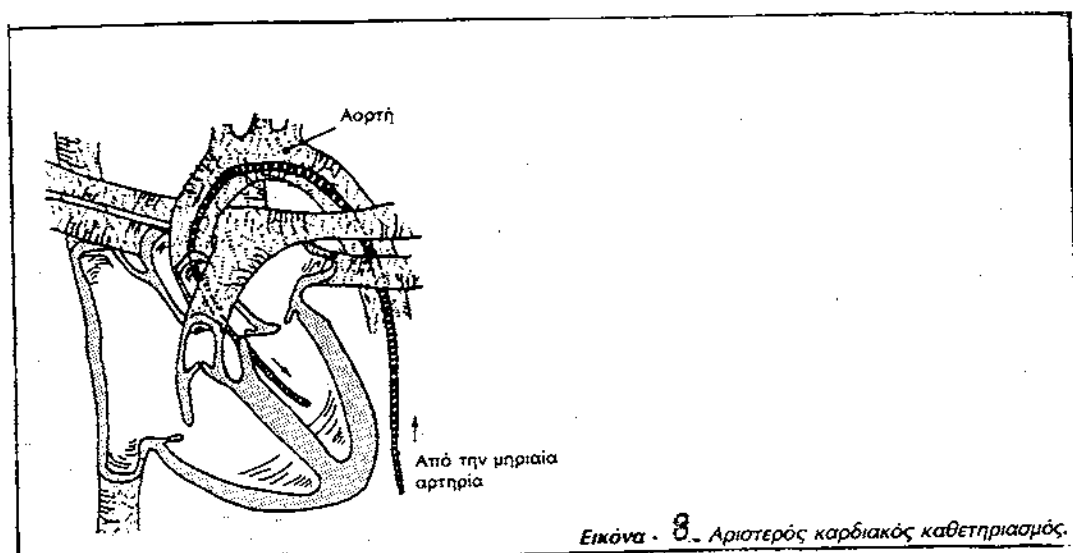
Ο καθετηριασμός γίνεται στα παιδιά κάτω από γενική αναισθησία, ενώ στους ενήλικες κάτω από τοπική αναισθησία.

Μετά την εξέταση ο άρρωστος μπορεί να αναλάβει τις κανονικές του δραστηριότητες, αν το θέλει. Ο σφυγμός του παίρνεται κάθε 15' την πρώτη ώρα και κάθε 30' τις επόμενες τρεις ώρες. Αναφέρεται αμέσως κάθε διαπίστωση οποιασδήποτε αρρυθμίας. Το σημείο της τομής ελέγχεται για αιμορραγία και σημεία φλεγμονής.

Ο αριστερός καθετηριασμός περιλαμβάνει την είσοδο ενός μικρού καθετήρα στον αριστερό κόλπο ή κοιλία.

Η εισαγωγή γίνεται ή με διάτρηση του μεσοκολπικού διαφράγματος από ειδικά κατασκευασμένη βελόνα ή με απευθείας παρακέντηση της αριστερής κοιλίας μέσω του θωρακικού τοιχώματος ή τέλος, αν δεν υπάρχει στένωση της αορτικής βαλβίδας, μέσω μιας περιφεριακής αρτηρίας (εικ. 8)

Ο αριστερός καθετηριασμός γίνεται συνήθως για εκτίμηση της λειτουργίας της μητροειδούς και της αορτικής βαλβίδας. Σχεδόν πάντοτε οι μετρήσεις πιέσεων συνδυάζονται με ακτινολογικές μελέτες (αγγειογραφία).



Ο αριστερός καθετηριασμός γίνεται συνήθως για εκτίμηση της λειτουργίας της μητροειδούς και της αορτικής βαλβίδας. Σχεδόν πάντοτε οι μετρήσεις πιέσεων συνδυάζονται με ακτινολογικές μελέτες (αγγειογραφία).

Μελετάται η καμπύλη πίεσης και μετράται η ΚΛΟΑ για εκτίμηση της βαλβιδικής επάρκειας και της λειτουργίας του μυοκαρδίου.

Σήμερα υπάρχουν ειδικόι καθετήρες ώστε να καταγράφονται ενδοκαρδιακά ΗΚΓ και φωνοκαρδιογραφήματα.

Μετά τον καθετηριασμό, ο καθετήρας αφαιρείται αργά και γίνεται συρραφή και κάλυψη της περιοχής της αποκάλυψης. Ο άρρωστος μπορεί να αναλάβει τις συνηθισμένες δραστηριότητές του.

Η περιοχή της αποκάλυψης παρακολουθείται συχνά για σημεία φλεγμονής. Ελέγχεται, κατά διαστήματα, ο σφυγμός της αρτηρίας που χρησιμοποιήθηκε για αριστερό καθετηριασμό περιφεριώτερα του σημείου εισόδου του καθετήρα. Κάθε παράπονο του αρρώστου για πόνο, αιμωδία ή μυρμηκίαση στο αντίστοιχο

άκρο, αναφέρεται αμέσως στον γιατρό. Τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά τον καθετηριασμό, μπορούν να παρατηρηθούν αρρυθμίες.

Καθετηριασμός με καθετήρες SWAN - CANZ

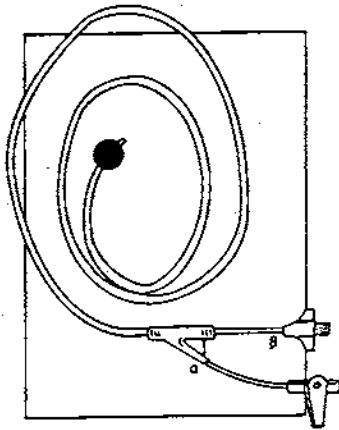
Οι καθετήρες SWAN - CANZ χρησιμοποιούνται στη στεφανιαία νόσο. Είναι ειδικοί καθετήρες, εύκαμπτοι, με τρεις αυλούς, οι οποίοι φέρουν στην άκρη ένα μικρό μπαλονάκι το οποίο μπορεί να φουσκώνει και να ξεφουσκώνει. Οι καθετήρες αυτοί εισάγονται από μια περιφερική φλέβα και προωθούνται μέχρι τις δεξιές κοιλότητες χωρίς την ανάγκη ακτινοσκοπικού ελέγχου. Όταν το μπαλονάκι είναι φουσκωμένο μεταφέρεται με τη ροή του αίματος των φλεβών εύκολα στις δεξιές κοιλότητες και μέχρι τους μικρούς κλάδους της πνευμονικής αρτηρίας, αποφράσσοντας τον αυλό τους.

Η ακριβής θέση της άκρης του καθετήρα καθορίζεται κάθε στιγμή από τις λαμβανόμενες ενδοκαρδιακές πιέσεις. Ακτινογραφία του θώρακα είναι απαραίτητο να λαμβάνεται μετά την τοποθέτηση του καθετήρα, για τον έλεγχο της θέσης του και των πιθανών επιπλοκών από την τοποθέτησή του.

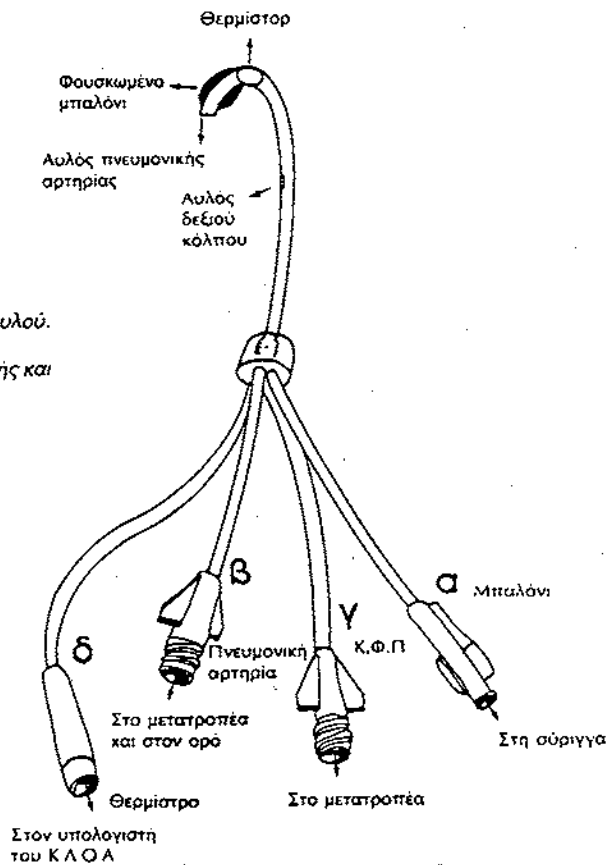
Με τον καθετήρα SWAN - CANZ μπορούν να μετρηθούν οι πιέσεις στο δεξιό κόλπο, τη δεξιά κοιλία, την πνευμονική αρτηρία και η πίεση από εσοήνωση στην πνευμονική και να προσδιοριστεί ο κατά λεπτό όγκος αίματος και επομένως και ο καρδιακός δείκτης.

Η μέτρηση του κατά λεπτόν όγκου αίματος και του καρδιακού δείκτη γίνεται με τη μέθοδο της θερμοαραίωσης, με τη

βοήθεια ενός θερμουποδοχέα που φέρει στην άκρη του ο καθετήρας. Ψυχρό νερό θερμοκρασίας $+4^{\circ}\text{C}$ ενίεται στον καθετήρα, αναμυγνύεται με το αίμα και προωθείται στη δεξιά κοιλία, όπου φθάνει στο θερμουποδοχέα.



Εικόνα 9. Α Καθετήρας Swan-Ganz διπλού αυλού.
α. Στενός αυλός που οδηγεί στο μπαλόνι.
β. Ευρύς αυλός για τη μέτρηση της πνευμονικής και της σφηνικής πίεσης (PCWP)



Εικόνα 9. Α Καθετήρας Swan-Ganz 4 αυλών. Ο καθετήρας αυτός έχει δύο αυλούς περισσότερους. Ο ένας αυλός (γ) είναι για την καταγραφή της πίεσης του δεξιού κόλπου. Το άνοιγμά του βρίσκεται σε απόσταση 30 cm από το άκρο του καθετήρα (δηλαδή είναι στον δεξιό κόλπο, όταν ο καθετήρας είναι στη θέση του). Ο τέτατος αυλός (δ) αποτελείται από το Thermistor το πέρας του οποίου είναι 4 cm από το άκρο του καθετήρα. Χρησιμοποιεί για τη μέτρηση του κατά λεπτό όγκου αίματος.

Απο τη μέτρηση της μεταβολής της θερμοκρασίας του αίματος απο το ψυχρό νερό, μπορεί να υπολογισθεί ο όγκος του αίματος στον οποίο αραιώθηκε το ψυχρό νερό και επομένως να υπολογιστεί ο όγκος παλμού και ο κατά λεπτόν όγκος αίματος.

Η μέτρηση της πύεσης απο εφάνωση και ο προσδιορισμός του καρδιακού δείκτη σε ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, και καρδιακή ανεπάρκεια, βοηθά σημαντικά στη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία αυτών των ασθενών.

Επιπλοκές καθετηριασμού

- Κόμβωση του καθετήρα
- Κάμψη ή θραύση του καθετήρα
- Πυρετογόνες αντιδράσεις απο τον καθετήρα
- Διάτρηση κόλπου ή κοιλίας ή στεφανιαίας αρτηρίας
- Αρρυθμίες, κολπικές ή κοιλιακές
- Θρόμβωση της αρτηρίας και μόλυνση
- Νευροαγγειακός πόνος

* Δοκιμασία κόπωσης

Η δοκιμασία αυτή γίνεται με σκοπό την αξιολόγηση της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος και την ανίχνευση ανωμαλιών στην στεφανιαία κυκλοφορία του αρρώστου. Η διαδικασία αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για επιβεβαίωση της διάγνωσης στεφανιαίας νόσου σε αρρώστους με υποψία στηθάγχης ή στεφανιαία ανεπάρκεια, για αξιολόγηση της λειτουργικής

ικανότητας ατόμου με γνώση πάθηση με σκοπό τη ρύθμιση της δραστηριότητας ή της θεραπείας ή για εκτίμηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας σε άρρωστο, μετεγχειρητικά.

Κατά την άσκηση αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα, ο όγκος παλμού, ο κατά λεπτόν όγκος αίματος, η συστολική αρτηριακή πίεση και ελαττώνονται οι περιφεριακές αντιστάσεις· επίσης αυξάνεται η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου, το καρδιακό έργο και επομένως η κατανάλωση οξυγόνου από το μυοκάρδιο.

Η δοκιμασία κόπωσης γίνεται συνήθως σε κινητό ποδόμυλο με σταδιακά αυξανόμενη ταχύτητα και κλίση ή σε ποδήλατο με προοδευτικά αυξανόμενη αντίσταση.

Υπάρχουν διάφορα πρωτόκολλα εκτέλεσης της δοκιμασίας κόπωσης ανάλογα με την περίπτωση. Το ευρύτερα διαδομένο, όταν χρησιμοποιείται κινητός ποδόμυλος, είναι το πρωτόκολλο κατά BANCE, ενώ έχουν καθιερωθεί και άλλα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται σε ασθενείς με ηπιότερη κατάσταση.

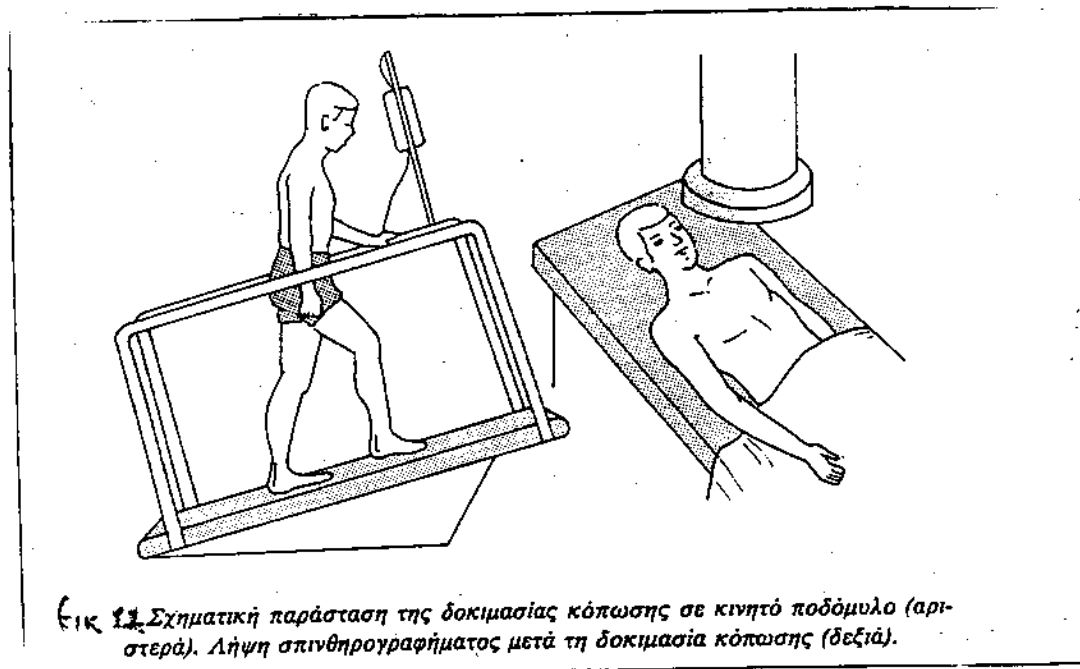
Σκοπός της δοκιμασίας κόπωσης είναι να επιτευχθεί από τον ασθενή, με βάση πίνακες που ισχύουν διεθνώς, η μέγιστη για την ηλικία και το φύλλο καρδιακή συχνότητα.

(Εκ. 10) Πρωτόκολλα δοκιμασίας κόπωσης

	Στάδια	Διάρκεια (λεπτά)	Κλίση (μοίρες)	Ταχύτητα (μίλια/ώρα)
SHEFIELD BRUCE 	0	3	0	1,7
	1/2	3	5	1,7
	I	0-3	10	1,7
	II	3-6	12	2,5
	III	6-9	14	3,4
	IV	9-12	16	4,2
	V	12-15	18	5,0
VI	15-18	20	5,5	
VII	18-21	22	6,0	

Η συχνότητα των επιπλοκών από τη δοκιμασία κόπωσης είναι

πάρα πολύ μικρή και εξαρτάται από τη βαρύτητα της αποκελμενης νόσου. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες, έκτακτες κοιλιακές συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία ή μαρμαρυγή, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή και θάνατος. Η δοκιμασία κόπωσης πρέπει να γίνεται κάτω από την επίβλεψη γιατρού και στο εργαστήριο της δοκιμασία κόπωσης να υπάρχουν απινιδώτης, οθόνη για την παρακολούθηση και καταγραφή του καρδιακού ρυθμού, και γενικά ότι είναι απαραίτητο για καρδιοπνευστική ανάγκη.



Πρι και αμέσως μετά τη δοκιμασία ο ασθενής εξετάζεται κλινικά, παρακολουθείται για εμφάνιση σθηθαγγικού πόνου, δύσπνοιας, σκοτοδίνης και ζάλης και σε συχνά διαστήματα μετρίεται η αρτηριακή του πίεση. Επίσης σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας και για 5 - 10 λεπτά στη συνέχεια, παρακολουθείται συνεχώς ο καρδιακός του ρυθμός, καταγράφεται κάθε σημαντική αρρυθμία και λαμβανεται ηλεκ/μα κάθε λεπτό, για τον έλεγχο της μορφολογίας του ST διαστήματος. Η δοκιμασία

διακόπτεται αν ο ασθενής παρουσιάσει πόνο, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ζάλη ή σκοτοδίνη, πτώση ή ανύψωση του ST/0,2 MM και σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες.

Η δοκιμασία κόπωσης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, χρησιμοποιείται για τη διάγνωση, την πρόγνωση και την εκτίμηση της θεραπευτικής αγωγής.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

ΕΝΖΥΜΑ ΟΡΟΥ

Όταν συμβεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, τα μυοκαρδιακά ένζυμα απελευθερώνονται στη γενική κυκλοφορία. Η παρουσία των ενζύμων αυτών μπορεί να προσδιοριστεί ποσοτικά και να χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό της εξέλιξης και της έκτασης της μυοκαρδιακής νέκρωσης. Οι ακόλουθες ενζυμικές δοκιμασίες εφαρμόζονται συνηθέστερα.

1. Η κρεατινική φωσφοκινάση (CPK) φυσ. τιμή 45 - 390 ανα ML
2. Η οξαλοξική τρανσαμινάση (SCOT) φυσ. τιμή 8 - 40 ανα ML
3. Η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH) " " 150 - 300 " ML.

ΚΡΕΑΤΙΝΙΚΗ ΦΩΣΦΟΚΙΝΑΣΗ - CPK

Τα υψηλότερα επίπεδα βρίσκονται στους σκελετικούς μύς στο μυοκάρδιο, και στον εγκεφαλικό οστό. Τα επίπεδα της CPK αρχίζουν να αυξάνουν τις 2 έως 4 ώρες μετά το Ο.Β.Μ.

Λαμβάνοντας δε τη μέγιστη τιμή 24 έως 36 ώρες και επιστρέφουν στο φυσιολογικό σε 3 περίπου ημέρες.

ΟΞΑΛΟΞΙΚΗ ΤΡΑΝΣΑΜΙΝΑΣΗ - (SCOT)

Γενικά τα επίπεδα της SCOT αυξάνουν μετά απο πάροδο 8 - 12 ώρες απο την έναρξη του Ο.Β.Μ. Λαμβάνουν δε τη μέγιστη τιμή τους γύρω στις 18 ώρες με 36 ώρες, και επανέρχονται στο φυσιολογικό σε 3 με 5 περίπου ημέρες.

ΓΑΛΑΚΤΙΚΗ ΑΦΥΔΡΟΓΟΝΑΣΗ - LDH

Η LDH βρίσκεται σε πολλούς τύπους ιστών. Τα επίπεδα της αυξάνονται γενικά 48 - 68 ώρες μετά το έμφραγμα. Φθάνουν στο μέγιστο της τιμής τους σε 3 έως 6 ημέρες και ξαναεπανέρχονται στο φυσιολογικό σε 8 - 14 ημέρες.

Άλλες εργαστηριακές δοκιμασίες είναι οι εξής:

Η ταχύτητα καθίζησης αυξάνει συχνά μετά το έμφραγμα* εντού- της αυτή δεν είναι ειδική. Συνήθως υπάρχει λευκοκυττάρωση με αριθμό λευκών αιμοσφαιριών μέχρι 2000/ΜΜ³. Μπορεί να εμφανισθεί παροδική υπεργλυκαιμία. Σε μερικούς αποκαλύπτει λανθάνοντα σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος θα μπορούσε να εκδη- λωθεί αργότερα. Μπορεί επίσης να προκληθεί διαβητική οξέωση.

Τελικά σ'ένα οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου τα μεν επίπεδα της χοληστερίνης μπορεί να ελαττωθούν, τα δε τριγλυκερίδια να αυξηθούν. Οι τιμές αυτές επιστρέφουν συνήθως στα αρχικά επί- πεδα μέσα σε λίγους μήνες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1. Ένζυμα που προσδιορίζονται στο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Ένζυμα ορού	Φυσιολογική τιμή: (μονάδες ανά ml)	Α ν υ ψ ω ρ έ ν η τ ι μ ή	
		Έμφραγμα του μυοκαρδίου	Άλλες καταστάσεις
Γλουταμινική οξολοξική τρανσαμινάση (SGOT)	8-40	Παρουσιάζεται 6 περίπου ώρες μετά το έμφραγμα. Φτάνει στο μέγιστό της σε 24-48 ώρες (2 - 15 φορές πάνω από τη φυσιολογική τιμή της). Συνήθως επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα μετά 3-4 ημέρες.	Συμβαίνει σε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια που συνοδεύεται από ηπατική συμφόρηση, σε έμφρακτο νεφρού, σπλήνα ή εντέρου, σε οξεία παγκρεατίτιδα, εκτεταμένη βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος, πρωτοπαθή μυοπάθεια, τοξαιμία της κύησης, μαζική κάκωση ιστών ή έγκαυμα, σε υπερθυρεοειδισμό και σε θεραπεία με σαλικυλικά, οπιούχα ή κουμαρινικά αντιπηκτικά.
Γαλακτική δεϋδρογενάση (LDH)	150-300	Συμβαίνει 6-12 ώρες μετά το έμφραγμα. Σε 3-4 ημέρες φτάνει στο μέγιστό της (2 - 8 φορές πάνω από τη φυσιολογική τιμή). Συνήθως επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα σε 14 ημέρες.	Συμβαίνει σε μια ποικιλία μυϊκών, νεφρικών, νεοπλασματικών, ηπατικών και αιμολυτικών νόσων.
Φωσφοκινάση της κρεατίνης (CPK)	0-4	Συμβαίνει μέσα σε 2-5 ώρες μετά οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Φτάνει στο μέγιστό της σε 24 ώρες (5 - 15 φορές πάνω από τη φυσιολογική τιμή). Συνήθως επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα σε 2 ή 3 ημέρες.	Συμβαίνει σε παθήσεις σκελετικών μυών, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, υποθυρεοειδισμό, μυοπάθεια που έχει σχέση με χρόνια αλκοολισμό, σε θεραπεία με κλοφιβράτη και κατά την ηλεκτροκαρδιοαναστορόφη και τον καρδιακό καθετηριασμό.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Η γενική θνητότητα του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 30 ημέρες είναι 30 - 40% περίπου.

Με τη χρήση μονάδας εντατικής θεραπείας η νοσοκομειακή θνησιμότητα είναι κάτω από 15%. Τους επόμενους μήνες η θνητότητα πέφτει σημαντικά και μετά τον πρώτο χρόνο η θνητότητα βρίσκεται στα 3-5%. Οι περισσότεροι θάνατοι του πρώτου μήνα συμβαίνουν κατά τις πρώτες ώρες του οξέως εμφράγματος. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη θνητότητα από τους άνδρες.

Οσο πιο μεγάλη είναι η έκταση του εμφράγματος τόσο πιο υψηλή η θνητότητα κατά την οξεία φάση και τον αργότερο χρόνο, όπως επίσης βαρύτερη είναι η νοσηρότητα από τις επιπλοκές. Στις περιπτώσεις αυτές η αργότερη ετήσια θνητότητα υπερβαίνει τα 18 - 20%, ενώ το ανεπίπλεκτο με ομαλή πορεία μικρής έκτασης έμφραγμα είναι χαμηλή 1-2%. Η πρόγνωση είναι γενικά βαρύτερη σε ασθενείς μεγάλης ηλικίας άνω των 70 ετών, καθώς επίσης όταν υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, πνευμονική νόσος και στις περιπτώσεις που συνεχίζεται το κάπνισμα.

Μετά την οξεία (νοσοκομειακή) φάση, η πρόγνωση του εμφράγματος είναι σοβαρή, εάν υπάρχει:

1. ελάττωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας,
2. επιμένουσα ισχαιμία του μυοκαρδίου και
3. ηλεκτρική αστάθεια του μυοκαρδίου που εκδηλώνεται με αρρυθμίες.

Η θνητότητα αυξάνεται πάραπολύ σε σοβαρή δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας με έλασμα εξώθησης κάτω από 30%.

Το σιωπηρό έμφραγμα που αποκαλύπτεται τυχαίως εμφανίζει την ίδια πρόγνωση όπως και το έμφραγμα του μυοκαρδίου που παρουσιάζεται με πόνο.

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζει επιπλοκές περίπου στο ήμισυ των περιπτώσεων του (45^ο/ο). Το γεγονός ότι το άνευ επιπλοκών έμφραγμα θεωρείται καλοήθη νόσος απαλλαγμένη από θνησιμότητα δείχνει τη μεγάλη σημασία που έχει η έγαιρη διάγνωση και θεραπεία των επιπλοκών του για την επιβίωση του αρρώστου.

Οι επιπλοκές αυτές είναι:

* **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ** που περιλαμβάνει:

1. Καρδιογενές SHOCK
2. Οξεία αριστερή Καρδιακή Ανεπάρκεια
3. Ολική προοδευτική Καρδιακή Ανεπάρκεια
4. Οξύ πνευμονικό οίδημα

* **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ** οι οποίες διαί-
ρούνται:

1. Διαταραχές της Καρδιακής Συχνότητας
 - α. Ταχυκαρδία φλεβοκόμβου
 - β. Βραδυκαρδία φλεβοκόμβου
2. Διαταραχές του ρυθμού της καρδιάς - Αρρυθμίες
Διακρίνονται σε :
 - α. Κολπικής προέλευσης
 - β. Κοιλιακής προέλευσης οι οποίες είναι :
 - * κοιλιακές έκτακτες συστολές

* κοιλιακή ταχυκαρδία

* κοιλιακή μαρμαρυγή

* ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ και διακρίνονται σε :

1. Πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό
2. Δεύτερο βαθμό κολποκοιλιακό αποκλεισμό
3. Πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό
4. Διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγιμότητας

* ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

* ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

* ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ - Σύνδρομο του DRESSLER

* ΡΗΞΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

* ΑΙΘΝΙΑΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

* ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑ

* ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΜΟΥ - ΧΕΙΡΟΣ

* **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ** που περιλαμβάνει :

1. Καρδιογενές SHOCK
2. Οξεία αριστερά καρδιακή ανεπάρκεια
3. Ολική προοδευτική καρδιακή ανεπάρκεια
4. Οξύ πνευμονικό οίδημα

Καρδιογενές SHOCK. Το καρδιογενές σοκ είναι μια από τις σοβαρότερες και συχνότερες επιπλοκές του εμφράγματος και είναι υπεύθυνο γι' αυτό το 1/3 των θανάτων τον πρώτο μήνα μετά το έμφραγμα. Συνήθως συμβαίνει σε άτομα προχωρημένης ηλικίας ή σε άτομα που είχαν επανειλημμένα εμφράγματα με σπόραξη και των τριών στεφανιαίων κλάδων ή μεγάλης εκτάσεως εμφράγματα.

Συμπτώματα : Το καρδιογενές σοκ είναι πάντοτε αποτέλεσμα μειωμένης καρδιακής παροχής, πτώσεως της αρτηριακής πίεσης, με σχετική ολιγαίμια. Στην αρχή έχουμε υπόταση με θερμά και ξηρά άκρα, χωρίς ταχυκαρδία και με αυξημένη την φλεβική πίεση. Συνυπάρχουν ολιγουρία, μεταβολική οξέωση, και υποξαιμία. Αν σ' αυτό το στάδιο δεν αναταχθεί το σοκ, τότε περνάμε στο δεύτερο και πιο σοβαρό στάδιο με συμπτώματα το ψυχρό και υγρό δέρμα, ταχυσφύγμια, πτώση της φλεβικής πίεσης. Η πλευρική αυτή εικόνα οφείλεται σε μεγάλη αγγειοσύσπαση τόσο του αρτηριακού, όσο και του φλεβικού σκέλους της κυκλοφορίας με αποτέλεσμα την παγίδευση μέρους του αίματος στην περιφέρεια και την ελάττωση της φλεβικής επιστροφής.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ :

* Αν η κεντρική φλεβική πίεση και η πνευμονική τριχοειδική

πρέση είναι χαμηλές γίνεται η χορήγηση υγρών : 100 - 200 CC/DW 5^o/o σε περίοδο δέκα λεπτών. Αν η πρέση δεν ανεβεί στα 13 MM/HG η φλεβική και 18 η μέση συνεχίζουμε τη χορήγηση υγρών εφόσον δεν εμφανισθεί πνευμονικό οίδημα.

* Χορήγηση αγγειοσυσπαστικών για αύξηση της αρτηριακής πρέσης. Τα πιο χρησιμοποιούμενα αγγειοσυσπαστικά φάρμακα είναι : METARAMINOL ή ARAMINE και LAVARETENOL ή LEVOPHEB.

* Αν έχουμε μεγάλου βαθμού σύσπαση γίνεται χρησιμοποίηση αγγειοδιασταλτικών. Τέτοια είναι το ISUPREL και η ντοπαμίνη.

* Όταν επιδιώκεται αγγειοσύσπαση και αγγειοδιαστολή, γίνεται δακτυλιδισμός που είναι χρήσιμος όταν η Κεντρική φλεβική πρέση είναι υψηλή. Το DICOXIN σε δόση 0,5 - 1 MG IV είναι το κατάλληλο φάρμακο για αρρώστους που δεν κάνουν θεραπεία με δακτυλίτιδα.

* Χορήγηση διτανθρακικού νατρίου για διόρθωση της μεταβολικής οξέωσης.

* Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα κύστεως και μέτρηση ούρων κάθε 1/2 ως 1 ώρα.

* Μέτρηση κεντρικής αρτηριακής πρέσης

* Προσδιορισμός των αερίων του αρτηριακού αίματος

- * Διατήρηση του αρρώστου ζεστού και σε υπτία θέση
- * Χρησιμοποίηση μηχανικής καρδιακής βοήθειας με την εξωτερική αντιπαλμική πίεση, και την ενδοαρτική αντλία - μπαλόνι
- * **ΟΞΕΙΑ αριστερά Καρδιακή Ανεπάρκεια.** Κλινικά εμφανίζεται με την εικόνα του οξέως πνευμονικού οιδήματος, με αίσθημα ασφυξίας, έντονη δύσπνοια, επίμονο βήχα, αφρώδη ροδίζουσα απόφρεξη, έντονη εφύδρωση, ωχρότητα ή και ελαφρά κυάνωση του ασθενούς. Μπορεί όμως να εμφανισθεί σαν καρδιακό άσθμα με βραδύπνοια και συριγμούς ή σαν ορθόπνοια με υγρούς ρόγχους στην ακρόαση των πνευμόνων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ :

- * Μείωση των όγκων του αίματος που επιστρέφει στην δεξιά κοιλία με τοποθέτηση του αρρώστου σε ψηλή ανάρροπη θέση και με κυκλικές περιστροφές των άκρων για συγκεντρώνει του αίματος στην περιφέρεια.
- * Αύξηση του όγκου παλμού της αριστεράς κοιλίας με ενδοφλέβια χορήγηση δακτυλίτιδας ταχείας δράσης.
- * Μείωση του όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος με χορήγηση διουρητικών. Τα συνηθέστερα είναι το LASIX και το EDECTRIN που συνδυάζονται με χορήγηση καλίου. Γίνονται επίσης και αφοιμάξεις 300 - 500 ML. Παρακολουθούμε τον άρρωστο για πτώση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του καρπ καρδιακού ρυθμού και μείωση των ούρων.

- * Χορήγηση αιμνοφυλλίνης για λύση του βρογχόσπασμου, αύξηση της νεφρικής αιματικής ροής και μείωση της πνευμονικής αρτηριακής και περιφερικής φλεβικής πίεσης.
- * Χορήγηση οξυγόνου
- * Χορήγηση μορφίνης για μείωση της δύσπνοιας

Ολική προοδευτική Καρδιακή ανεπάρκεια

Είναι πιο σπάνια απο προηγούμενες επιπλοκές και συμβαίνει συνήθως σε υπερτασικούς μεγάλης ηλικίας αρρώστους με εκτεταμένο έμφραγμα.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ : Δύσπνοια, υγροί ρόγχοι των βάσεων των πνευμόνων, υδροθώρακα, διόγκωση των τραχηλικών φλεβών, ηπατομεγαλία, οιδήματα των άκρων. Αναπνοή τύπου CHEYNE - STOKES.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Χορήγηση διουρητικών όπως φουροσεμίδη, LASIX και EDECTRIN κλπ., και καρδιοτονωτική αγωγή με δακτυλίτιδα.

2. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Οι διαταραχές του ρυθμού και της αγωγής της καρδιάς παίζουν μεγάλο ρόλο στην πρόγνωση του εμφράγματος γιατί εμφανίζονται σε πολύ μεγάλη συχνότητα, περίπου 80^ο/ο των περιπτώσεων, γιατί σε μεγάλη αναλογία είναι υπεύθυνες για την θνησιμότητα του εμφράγματος, και γιατί οι περισσότερες απ'αυτές μπορούν να προληφθούν ή να θεραπευτούν με την κατάλληλη αντιμετώπιση. Οι διαταραχές του ρυθμού και της αγωγής, διαίρούνται:

1. Διαταραχές της Καρδιακής συχνότητας

- α. Ταχυκαρδία φλεβοκόμβου
- β. Βραδυκαρδία φλεβικόμβου

Ταχυκαρδία φλεβοκόμβου : Κατά το πρώτο 12ωρο μετά το έμφραγμα παρατηρείται προοδευτική αύξηση της καρδιακής συχνότητας από 70 σε 90 σφύξεις το λεπτό κατά μέσο όρο. Όχι σπάνια οι σφύξεις υπερβαίνουν τις 100^ο/ο με αποτέλεσμα φλεβοκομβική ταχυκαρδία, η οποία εφόσον δεν συνοδεύεται από πυρετό ή άγχος αποτελεί σοβαρή επιπλοκή που δηλώνει ύπαρξη εντεταμένου εμφράγματος. Μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια και περικαρδίτιδα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Εφόσον δεν υπάρχει υπόταση ή καρδιακή ανεπάρκεια, οι β - αδρενεργικοί αναστολείς είναι το φάρμακο εκλογής.

Βραδυκαρδία φλεβοκόμβου : Πιο σπάνια η καρδιακή συχνότητα

κατέρχεται κάτω των 60 σφύξεων 1 λεπτό, με αποτέλεσμα φλεβοκομβική βραδυκαρδία. Συνήθως είναι παροδικό φαινόμενο και αφορά κυρίως τα σπλήνια εντοπίσεως εμφράγματα. Αν και μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή μαρμαρυγή, συνήθως θεωρείται ευνοϊκό σημάδι για την εξέλιξη του εμφράγματος.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Το χορηγούμενο φάρμακο, είναι η ατροπίνη, η οποία αυξάνει την φλεβοκομβική συχνότητα.

Η δόση είναι 0,3 - 0,6 IV. Αν δεν περάσει η βραδυκαρδία μπορούμε να επαναλάβουμε τη χορήγηση μέχρι 1,0 - 1,5 MG.

2. Διαταραχές του ρυθμού της καρδιάς (αρρυθμίες)

Διακρίνονται σε :

- α. κολπικής προελεύσεως
- β. κοιλιακής προελεύσεως

Οι κολπικές προελεύσεως διαταραχές του ρυθμού είναι σχετικώς πιο σπάνιες από τις κοιλιακές. Αυτές είναι : κολπική μαρμαρυγή, υπερκοιλιακή παροξυσμική ταχυκαρδία, κολπικός περουργισμός και κολπικές έκτακτες συστολές. Εμφανίζονται πρώιμα και υποχωρούν σχετικώς γρήγορα είτε μόνες τους, είτε μετά από θεραπεία. Παρατηρούνται συνήθως σε σπληνικές και πλάγιες εντοπίσεις του Ο.Ε και μπορεί να υποδηλώνουν πιθανή επέκταση της νεκρώσεως στο κολπικό μυοκάρδιο έχουν μεγάλη βαρύτητα γιατί συμβαίνουν σε εκτεταμένα κυρίως εμφράγματα αλλά και γιατί συνοδεύονται συνήθως από ταχυκαρδία που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Η θεραπεία είναι η καρδιοτόνωση της καρδιάς με δακτυλίτιδα. Σε επίμονη υπερκοιλιακή παροξυσμική ταχυκαρδία που δεν υποχωρεί στη δακτυλίτιδα, μπορεί να γίνει ηλεκτρική απινίδωση, με παράλληλη χορήγηση ξυλαναίτης.

Σε περίπτωση που δεν υποχωρήσει μ' αυτά τα μέσα γίνεται βηματοδότηση. Η δακτυλίτιδα δρα στο πνευμονογαστρικό νεύρο και επιβραδύνει τα ερεθίσματα που περνούν από τον κολποκοιλιακό κόμβο μειώνοντας έτσι τον αριθμό των ερεθισμάτων που κατευθύνονται προς τις κοιλίες

Στις κοιλιακές αρρυθμίες χορηγείται κινιδίνη, 1 - 3 δισκία καθημερινά.

Οι κοιλιακές προελεύσεως διαταραχές του ρυθμού είναι πολύ πιο συχνές και πολύ πιο σοβαρές - εφόσον μπορούν να οδηγήσουν τον άρρωστο στο θάνατο. Αυτές είναι : οι κοιλιακές έκτακτες συστολές, η κοιλιακή ταχυκαρδία, η μαρμαρυγή των κοιλιών και η παύση των κοιλιών.

Κοιλιακές Έκτακτες Συστολές : είναι η πιο συχνή μορφή αρρυθμίας (συμβαίνει στο 80^ο/ο των περιπτώσεων αρρυθμίας), και μπορεί να είναι σποραδικές, κάτω των 6 κατά λεπτό ή πιο συχνά να είναι πολλαπλές, πάνω από 6 κατά λεπτό, πολύμορφες ή σε μορφή διδυμίας (30^ο/ο των περιπτώσεων). Η σοβαρότητά τους εγκρίεται στο γεγονός ότι αφ' ενός ελαττώνουν την καρδιακή παροχή και αφ' ετέρου συχνά αποτελούν προαίμιο σοβαρότερης αρρυθμίας (κοιλιακής ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Η ενδοφλέβια χορήγηση ξυλοκαίνης έχει κατα-

στελ η θεραπεία εκλογής για τις κοιλιακές πρώιμες συστολές και τις κοιλιακές αρρυθμίες, επειδή δρα γρήγορα και οι παρενέργειές της εξαφανίζονται σύστημα σε 15 - 20 λεπτά μετά απο διακοπή της χορηγήσεώς της. Η Ξυλοκαίνη χορηγείται αρχικά σε μια ενδοφλέβια ένεση των 50 - 100 MG για να επιτευχθούν γρήγορα επαρκή επίπεδα αίματος.

Κοιλιακή Ταχυκαρδία : Η κοιλιακή ταχυκαρδία είναι πολύ συχνή επιπλοκή του οξέως εμφράγματος τουμυοκαρδίου 10-40^ο/ο. Συχνά προηγούνται κοιλιακές έκτακτες συστολές, αν και μπορεί να εμφανισθεί η κοιλιακή ταχυκαρδία χωρίς προηγούμενη προειδοποιητική αρρυθμία. Η εμφάνιση τέτοιων πρωτοπαθών αρρυθμιών μπορεί να μειωθεί σημαντικά με προφυλακτική ενδοφλέβια χορήγηση Ξυλοκαίνης.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Η παρατεταμένη κοιλιακή ταχυκαρδία αντιμετωπίζεται πρώτα με Ξυλοκαίνη και αν αυτή δεν τερματισθεί με μια ή δύο δόσεις των 50-100MG, τότε πρέπει να γίνει χρήση της ηλεκτρικής ανατάξεως.

Κοιλιακή Μαρμαρυγή . Η κοιλιακή μαρμαρυγή εμφανίζεται κατά κανόνα το πρώτο 24 Η σε ποσοστό 15-18^ο/ο.

Προηγείται αυτής 2 φορές στις 3 κοιλιακή ταχυκαρδία και μια φορά στις 3 κοιλιακή εκτακτοσυστολή. Σημαίνει άμεσο θάνατο, εκτός αν αντιμετωπισθεί ταχύτητα με απινίδωση. Εάν η μαρμαρυγή επιμένει περισσότερο απο μερικά δευτερόλεπτα, συνιστώνται μαλάξεις στο στήθος, αναπνοή στόμα με στόμα και ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος διτανθρακωκικού νατρίου (40-90)ME)

πριν επιχειρηθεί και πάλι ηλεκτρική ανάταξη. Η βελτίωση της οξυγονώσεως και αιματώσεως καθώς και η διόρθωση της οξεώσεως αυξάνουν την πιθανότητα επιτυχίας του απινιδισμού.

3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.

Οι διαταραχές της αγωγιμότητας μπορούν να παρατηρηθούν σε όλα τα επίπεδα του συστήματος αγωγής δηλ. στο φλεβόκομβο στον κοιλιακό κόμβο, στο δεμάτιο του HIS, στο αριστερό σκέλος του δεματίου του HIS κοντά στο δεξιό σκέλος.

Οι διαταραχές αυτές είναι:

1. Πρώτου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός. Παρατηρείται στο 5-14^ο/ο των ασθενών με οξύ έμφραγμα. Είναι παροδικός και δεν χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπευτική αντιμετώπιση.
2. Δεύτερου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός MOBITZ ή WENGBACH. Παρατηρείται στο 5-10^ο/ο των ασθενών η διαταραχή που εντοπίζεται στον κολποκοιλιακό κόμβο είναι παροδική και χωρίς αιμοδυναμικές διαταραχές δεν χρειάζεται θεραπεία MOBITZ II. Παρατηρείται στο 1^ο/ο των περιπτώσεων. Συνοδεύεται με σύμπλεγμα QRS. Η διαταραχή εντοπίζεται περιφερικά του δεματίου του HIS. Παρατηρείται πιο συχνά στο πρόσθιο οξύ έμφραγμα και συχνά καταλήγει σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Τοποθετούμε προφυλακτικά τεχνητό βηματοδότη.
3. Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός (τρίτου βαθμού). Παρατηρείται στο 5-10^ο/ο των ασθενών. Σε έμφραγμα του κάτω τοιχώματος, προηγείται αποκλεισμός πρώτου και δεύτερου

βαθμού. Σε έμφραγμα πρόσθιου τοιχώματος εγκαθίσταται απότομα. Η θνησιμότητα είναι 70 - 80^ο/ο. Η τοποθέτηση βηματοδότη βοηθάει την κατάσταση.

4. Διαταραχές ενδοκοιλιακής αγωγιμότητας. Εμφανίζονται με μορφή αποκλεισμού των σκελών, ημιαποκλεισμού των σκελών ή συνσυσσασμού. Παρατηρούνται στο 10-20^ο/ο των περιπτώσεων πρόσθιου οξέως εμφράγματος. Διαταραχές και στα δύο σκέλη δηλ.
- α) αποκλεισμός δεξιού σκέλους σαν πρόσθιος ή οπίσθιος ημιαποκλεισμός αριστερού σκέλους, σαν πρώτου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, β) αποκλεισμός δεξιού ή αριστερού σκέλους σαν πρώτου βαθμού κολποκοιλιακός αποκλεισμός, γ) εναλλασόμενος αποκλεισμός αριστερού και δεξιού σκέλους, αποτελούν ενδείξεις βηματοδότησης. Αν στην οξεία φάση του εμφράγματος συμβεί αποκλεισμός σκέλους και παροδικός δεύτερου ή τρίτου βαθμού, τότε θα πρέπει να γίνει μόνιμη βηματοδότηση.

* ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να εμφανισθεί μετά από παράτεταμένη πτώση της αρτηριακής πίεσης ή από εμβολή με θρομβο που ξεκινάει από την καρδιά. Θρομβοεμβολικά επεισόδια μπορούν να εκδηλωθούν και στην υπόλοιπη συστηματική και πνευμονική κυκλοφορία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : Αντιπηκτική αγωγή με δικουμαρόλη

* ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Η επέκταση του εμφράγματος συμβαίνει τις πρώτες 10 ημέρες.

Συμβαίνει στο 10-50^ο/ο. Εμφανίζεται πόνος στο στήθος και υπάρχει αύξηση των ενζύμων. Παρουσιάζει αυξημένη θνησιμότητα, γι' αυτό πρέπει να γίνεται καρδιακός καθετηριασμός.

* **ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ** : Σύνδρομο του DRESSLER

Εκδηλώνεται σε δύο φάσεις μετά το έμφραγμα σε διατοιχωματικά μεγάλα εμφράγματα και είναι αποτέλεσμα του περικαρδίου από το νεκρωμένο μυοκάρδιο.

Το σύνδρομο αυτό που χαρακτηρίζεται από πυρετό και υπεζωοτικό περικαρδιακό άλγος, πιστεύεται ότι οφείλεται σε περικαρδίτιδα, πλευρίτιδα και πνευμονίτιδα. Αυτό μπορεί να αρχίσει λίγες μέρες ενώ 6 εβδομάδες μετά από το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το άλγος μπορεί συχνά να διακριθεί από εκείνο του επεκτεινόμενου εμφράγματος με βάση το χαρακτηριστικό περικαρδιακό τύπο: αυτό είναι υποστερνικό αντανάκλαται στο λαιμό και τους ώμους, βελτιώνεται με το σκύψιμο προς τα εμπρός, και επιδεινώνεται με τη βάθειά αναπνοή. Το σύνδρομο αυτό συνήθως ανταποκρίνεται γρήγορα στη θεραπεία με σαλικιλλικά. Οι συλλογές υγρού που συνοδεύουν το σύνδρομο DRESSLER μπορεί να καταστούν αιμορραγικές όταν χορηγούνται αντιπηκτικά.

* **ΡΗΞΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ**

Διακρίνονται σε : ρήξεις ελευθέρου τοιχώματος, μεσοκοιλιακού διαφράγματος, θηλοειδούς μυός. Οι ρήξεις είναι θανατηφόρα επιπλοκή και εμφανίζεται τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα. Εμφανίζεται συνήθως σε αρρώστους μεγάλης

ηλικίας που έχουν υπέρταση.

Η ρήξη του ελευθέρου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας έχει χαρακτηριστικό σύμπτωμα το υποτροποζόν άλγος, το οποίο αν η ρήξη είναι πολύ μεγάλη οδηγεί σε λίγα λεπτά σε σοκ και σε θάνατο. Το ίδιο συμβαίνει και στις ρήξεις του μεσοκοιλιακού διασπάγματος και θηλοειδούς μυός. Οι πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης των ρήξεων είναι πολύ μικρές.

* ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο αιφνίδιος θάνατος αποτελεί την κατάληξη βαριών επιπλοκών όπως του σοκ, ρήξεις, εμβολές, κοιλιακή μαρμαρυγή κλπ.

Το 1/3 της θνησιμότητας οφείλεται στον αιφνίδιο θάνατο. Η ταχύτητα με την οποία θα διαγνωσθεί σχετίζεται άμεσα με την πιθανότητα αντιμετώπισής του. Ξόδον διαγνωσθεί εγκαίρως, εφαρμόζεται άμεσα καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

* ΤΟΙΧΩΜΑΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑ

Το ανεύρισμα είναι μια εξώκαμψη του τοιχώματος της καρδιάς, που αποτελείται από επουλωτικό ιστό ο οποίος μειώνει τη δυνατότητά της να παράγει έργο. Το ανεύρισμα, μειώνοντας το έργο της καρδιάς, μειώνει και την ικανότητα για εργασία του ατόμου και μερικές φορές εννοεί την εμφάνιση της καρδιακής κάμψης.

Μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή ταχυκαρδία και κάμψη. Αν η ενδεικνυόμενη θεραπεία δεν προλάβει την κοιλιακή ταχυκαρδία, τότε μπορεί να γίνει χειρουργική αφαίρεση του ανευ-

ρίσματος ή ανευρυσματεκτομή.

*** ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΜΟΥ - ΧΕΙΡΟΣ**

Μερικοί άρρωστοι μετά απο το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζουν άλγος και δυσκαμψία του αριστερού άνω άκρου και του ώμου. Το σύνδρομο αυτό πιθανώς σχετίζεται με την ακινησία στα πρώτα στάδια της νόσου και είναι λιγότερο συχνή σε ασθενείς που κινητοποιήθηκαν σε πρώιμο στάδιο της περιόδου αναρρώσεως. Αν τα συμπτώματα επιμένουν γίνεται θεραπεία με αναλγητικά ή μη αντιπλεγμονώδη και φυσιοθεραπεία.

*** ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ**

Οι ασθενείς με Ο.Ε.Μ είναι δυνατό να εφαρμόσουν πνευμονικό οίδημα σε συνθήκες απουσία προηγούμενης καρδιακής ανεπάρκειας και κατακράτηση υγρών καθώς και απουσία σημαντικής διόγκωσης της καρδιάς.

Προκαλείται, απο την αύξηση της πίεσης των πνευμονικών τρεχοειδών, σαν συνέπεια της αριστερής και οξείας ελλάτωσης της ενδοτικότητας της.

Οι πρώιμες φάσεις του πνευμονικού οιδήματος είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν με την απλή ακτινογραφία θώρακα - πριν εμφανισθούν υγροί ρόγχοι. Κάποια συγκεκριμένα ακτινολογικά ευρήματα της πνευμονικής συμφορήσης, είναι δυνατόν να επιμένουν επί αρκετό χρονικό διάστημα μετά την ελλάτωση των πιέσεων του αριστερού κόλπου, καθώς και τη διαστολική πίεση της αριστερής κοιλίας με έντονη διουρητική θεραπεία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΩΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η αντιμετώπιση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου αποτελεί σημαντικό θεραπευτικό πρόβλημα.

Πρόκειται για μια οξεία κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής υφίσταται κίνδυνος της ζωής του.

Εφόσον η στεφανιαία νόσος εκδηλωθεί κλινικά, τότε ούτε η φαρμακευτική, ούτε η χειρουργική αγωγή θεραπεύουν οριστικά τον ασθενή. Κατά συνέπεια δεν υπάρχει ούτε θα υπάρξει καθαρά φαρμακευτική ή καθαρά χειρουργική θεραπεία για τη στεφανιαία νόσο. Για την αντιμετώπισή της θα πρέπει να γίνεται συνδυασμός φαρμακευτικής και χειρουργικής αγωγής. Η εφαρμογή της μιας ή της άλλης θεραπευτικής αγωγής εξαρτάται από τα συμπτώματα του ασθενούς και στο το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα από τη θεραπεία σε κάθε περίπτωση. Η επιλογή της μιας ή της άλλης θεραπείας δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στα άμεσα αποτελέσματα, αλλά σε κάθε περίπτωση να γίνεται ένα χρονοδιάγραμμα που να καλύπτει το υπόλοιπο της ζωής του ασθενούς.

Φ Α Ρ Μ Α Κ Α
ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Η φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζεται αποκλειστικά απο τους Νοσηλευτές, Πρέπει λοιπόν αυτοί να είναι γνωστές ορισμένων στοιχείων γύρω απο τα φάρμακα:

Δράση, τρόποι και οδοί χορήγησης, χρόνος μεταβολισμού και όργανα του σώματος όπου γίνεται ο μεταβολισμός, καθώς ενέργειες και παρενέργειες αυτών.

Ορισμένα απο τα πιο συνηθισμένα φάρμακα της Στεφανιαίας Μονάδας είναι: Αντιστηθαγγικά, Καρδιοτονωτικά, Διουρητικά, Αντιαρρυθμικά - δακτυλίτιδα, αντιπυρετασικά, Συμπαθητικομητικά, Θρομβολυτικά, ναρκωτικά αναλγητικά.

*** ΑΝΤΙΣΤΗΘΑΓΧΙΚΑ**

Ως αντιστηθαγγικά χρησιμοποιούνται 4 κατηγορίες φαρμάκων: τα νιτρώδη, οι β- αναστολές, οι αναστολές των διαύλων του ασβεστίου και ποικίλλα άλλα δευτερεύοντα φάρμακα.

ΝΙΤΡΩΔΗ : Είναι τα πρώτα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη στηθάγχη, τόσο για την πρόληψη, όσο και για την αντιμετώπιση του στηθαγγικού παροξυσμού.

Εκτός απο τη στηθάγχη τα νιτρώδη μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια καθώς μειώνουν τις περιφερικές αντιστάσεις και τη φλεβική πίεση.

Η δραστηριότητα αυτών των φαρμάκων εξαρτάται απο την απορρόφησή τους η οποια είναι πιο γρήγορη και πλήρης, όταν

πραγματοποιείται δια μέσου των βλενογόνων.

Η δράση της νιτρογλυκερίνης θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλη ώστε να επαλείφει το άλγος, αλλά να μην προκαλεί παρενέργειες όπως εξάψεις, πονοκεφάλους ή ορθοστατική υπόταση. Το οξύ έμφραγμα είναι σχετική μόνο αντένδειξη.

Β' ΑΔΡΕΝΑΡΓΙΚΟΙ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ : χρησιμοποιούνται για την αποτροπή νέων παροξυσμών και έχουν την ιδιότητα να απομονώνουν τους β' υποδοχείς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη μεταβίβαση των ερεθισμάτων στην καρδιά κι έτσι την προφυλάσσουν από την υπερβολική διέγερση. Όταν η καρδιά υποβάλλεται σε πολύ μεγάλη διέγερση. Εξ' αιτίας συγκίνησης, κόπωσης ή φαρμάκου, οι β' αναστολείς επιβραδύνουν το ρυθμό του καρδιακού παλμού, καθώς και την ένταση των καρδιακών συστολών, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της ποσότητας του οξυγόνου που χρειάζεται το μυοκάρδιο.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η χρόνια χορήγηση ορισμένων από αυτούς μετά την παρέλευση της οξείας φάσης του εμφράγματος μπορεί να μειώσει την πιθανότητα νέου εμφράγματος.

Ακόμη οι β' αναστολείς χορηγούνται στην υπέρταση και σε αρρυθμίες που έχουν σχέση με ισχαιμία του μυοκαρδίου, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, υπερθυρεοειδισμό κλπ.

Σαν παρενέργειες έχουν τη δύσπνοια και το οίδημα στους αστραγάλους, υπόταση, βραδυκαρδία.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ : Τα νιτρώδη χορηγούνται από το στόμα υπογλωσσίως, με TABL ή CAPS και σε αλοιφές.

Οι β' αναστολείς χορηγούνται : PEROS σε TABL και IV.

ΑΝΑΣΤΟΛΙΣ ΔΙΑΥΛΩΝ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ : Θεωρούνται φάρμακα περιορισσότερο αποτελεσματικά στη στηθάγχη από μείωση της προσφοράς αίματος (σπασμός στεφανιαίων, στηθάγχη τύπου PRINZMETAL που εμφανίζεται σε ηρεμία. Η βεπαραμίλη χρησιμοποιείται για την ισχυρή αντιαρρυθμική δράση της.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Η ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, κεφαλαλγία αποτελούν τις κύριες παρενέργειες.

ΚΑΡΔΙΟΤΟΝΩΤΙΚΑ

Κύριες ενδείξεις για χορήγηση καρδιακών γλυκοσίδων αποτελούν η καρδιακή ανεπάρκεια και οι υπερκοιλιακές αρρυθμίες. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αύξηση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου είναι η δακτυλτίδα, η δοβουταμίνη, η αμρινόνη κλπ.

Οι καρδιακές γλυκοσίδες δρούν διαγείροντας την καρδιά πράγμα που αυξάνει τη δύναμη των συστολών της βελτιώνοντας έτσι την αντλητική ικανότητά της, χωρίς παράλληλα να αυξάνεται η κατανάλωση οξυγόνου απ' αυτή.

Η αντιαρρυθμική δράση της δακτυλτίδας οφείλεται κυρίως σε άμεση και έμμεση διέγερση του πνευμονογαστρικού.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ : Οι καρδιακές γλυκοσίδες χορηγούνται παρεντερικά, (ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά), PEPOS. Τα παρεντερικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται όταν απαιτείται γρήγορη θεραπευτική δράση.

Κατά τη χρήση δακτυλτίδας ακολουθούνται ορισμένοι περιορισμοί:

1. Έλεγχος της ηλικίας και ανάλογη τροποποίηση της δόσο-

λογίας

2. Παρακολούθηση των σφύξεων και διακοπή του φαρμάκου σε 60 σφύξεις 1 λεπτό.
3. Σε ύπαρξη κολπικής μαρμαρυγής μετριούνται απευθείας οι παλμοί της καρδιάς με την ακροασή της.
4. Εμφάνιση εμμετού στην αρχή χορήγησης της δακτυλίτιδας οφείλεται μάλλον σε καρδιακή ανεπάρκεια.

ΔΑΚΤΥΛΙΤΙΑΑ (ΔΙΓΟΞΙΝΗ)

Απο τις διάφορες μορφές της δακτυλίτιδας έχει επικρατήσει η χρήση της διγοξίνης

Η διγοξίνη (DIGOXIN) δίνεται απο το στόμα, ενδοφλεβίως και ενδομυϊκώς. Η ανάγκη ενδοφλέβιας ή ενδομυϊκής χορήγησης περιορίζεται σε λίγες περιπτώσεις και τούτο γιατί η απορρόφησή της απο το έντερο είναι ταχεία.

Η δόση πρέπει να είναι μεγαλύτερη κατά $1/3 - 1/2$ της ενδοφλέβιας δόσης, γιατί η διγοξίνη απορροφάται κατά 50 - 70% απο το έντερο. Ο χρόνος ημιζωής είναι 36 ώρες, όμως συχνά υπερβαίνει τις 4 ημέρες εάν υπάρχει νεφρική ανεπάρκεια. Η διγοξίνη σε ποσοστό 50% δεσμεύεται απο πρωτεΐνες του πλάσματος και απεκκρίνεται αμετάβλητη κυρίως απο τους νεφρούς.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Σε δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα εμφανίζονται τα ακόλουθα συμπτώματα κατά συστήματα :

Απο το πεπτικό : Άνορεξία, έμμετος, ναυτία, πόνος στο επιγάστριο.

Απο το Κ.Ν.Σ : Σύγχυση, ανησυχία, κεφαλαλγία

Απο τους οφθαλμούς : Διαταραχές στην όραση, θαμπά αντικείμενα, διπλωπία, φωτοφοβία κλπ.

Απο την καρδιά : Αρρυθμίες και αυξημένες έκτακτες συσπάσεις που μπορεί να προκληθούν απο την έλλειψη K^+ στο αίμα.

Οι καρδιακές γλυκοσίδες αντεδεικνύονται σε: υποθυρεοειδισμό, βαρεία μυοκαρδίτιδα, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου κλπ.

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

Τα διουρητικά αυξάνουν την νευρική απέκκριση νατρίου ή αποβάλλόμενα τα ίδια σε ύδωρ, αυξανοντας έτσι τη διούρηση. Χορηγούνται για να μειωθεί ο βαθμός ενυδάτωσης του οργανισμού.

Πρώτον τα διουρητικά προκαλούν ταχεία χάλαση του τοιχώματος και διαστολή των φλεβών, και δεύτερον ελαττώνουν τον όγκο του πλάσματος επειδή αναστέλλουν την ακατακράτηση νατρίου και ύδατος που συμβαίνει στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι θειαζίδες, τα διουρητικά της αγκύλης του HEMLÉ, και οι αναστολές της καρβοαντιδράσης απεκκρίνουν κάλιο. Αντιθέτως οϊαντολγυεστές της αλδοστερόνης και τα προστατευτικά της απώλειας K^+ μειώνουν την αποβολή του.

Τα διουρητικά χρησιμοποιούνται στην πρόληψη προσβολών νυκτερινής στηθάγχης και στηθάγχης ηρεμίας, σε πνευμονικό οίδημα, σε αρτηριακή υπέρταση, σε οιδήματα κλπ.

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ : PER OS TABL και παρεντερικά (σε ενδοφλέβια έκχυση)

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ όλων των διουρητικών είναι η αφυδάτωση. Άλλες : ανεπιθύμητη ενέργεια των καλιούρητικών η υποκαλιαιμία, των ανταγωνιστών της αλδοστερόνης και των προστατευτικών της απώλειας K^+ , η υπέρκαλιαιμία. Κοινή ανεπιθύμητη ενέργεια και των δύο κατηγοριών η υπονατριαιμία.

ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται πολλή συζήτηση για τη χρησιμότητα των αντι-αιμοπεταλιακών φαρμάκων στην πρόληψη και θεραπεία της στεφανιαίας νόσου. Απο αυτάπερισσότερο έχουν δοκιμασθεί η ασπιρίνη η διπυδαμέλη και ο σουλφινπυραζόνη.

ΑΣΠΙΡΙΝΗ : Η διάδοση της ασπιρίνης σ'όλο τον κόσμο και η χαμηλή τιμή της εξηγούν ίσως τους λόγους για τους οποίους το φάρμακο αυτό έχει συγκεντρώσει περισσότερο την προσοχή των ερευνητών.

Υποστηρίζεται ότι η ασπιρίνη σε μικρές δόσεις 400 - 500 MG ημερησίως ελαττώνει την παραγωγή της θρομβοξάνης A_2 χωρίς να επηρεάζει τις προστακυκλίνες και τούτο συμβάλνει ιδίως με μικρές δόσεις καταστέλλεται η κνηλο-οξυγενάση των αιμοπεταλίων, όχι όμως και η κυκλο-οξυγενάση των κυττάρων των αγγείων.

Απο τις μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα θεωρείται ότι η ασπιρίνη προλαμβάνει τη θρόμβωση των αορτοστεφανιαίων παρακαμπτηρίων φλεβικών μοσχευμάτων, εάν χορηγείται αμέσως μετά την εγχείρηση και ελαττώνει τη θνητότητα κατά 50% σε ασθενείς με ασταθή στηθάγγη.

Η χρήση ασπιρίνης ενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν περάσει ήδη ισχαιμική κρίση ή έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Μετά την οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνιστάται μικρές δόσεις ασπιρίνης 160 MG ημερησίως επί 1-2 χρόνια.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΤΑΙ η χορήγηση ασπιρίνης για προληπτικούς λόγους σε άτομα με προδιαθεσιακούς παράγοντες αλλά χωρίς καμιά εκδήλωση στην κλινική πράξη.

ΑΝΤΙΑΡΡΥΘΜΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Με τα φάρμακα αυτά επιδιώκεται η θεραπεία των εκτάκτων συστολών και μιας έκτοπης ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής, ενώ ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός είναι κοινή αντένδειξη για όλα τα ανταρρυθμικά.

Για τις διαταραχές του ρυθμού χρησιμοποιούνται ακόμη η δακτυλίτιδα, η ατροπίνη και η ισοτιρεναλίνη.

Τα ανταρρυθμικά ταξινομούνται σε 4 τάξεις:

ΤΑΞΗ I : Υπάρχουν τα κατεξοχήν ανταρρυθμικά που έχουν κάποια τοπική αναισθητική δράση.

Χρησιμοποιούνται για υπερκοιλιακές και κοιλιακές αρρυθμίες.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : ΥΠΟΤΑΣΗ, ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΔΥΣΤΟΛΙΑ, ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ, ΣΠΑΝΙΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ, ΥΠΟΚΑΛΙΑΙΜΙΑ, ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΡΡΟΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΣΥΓΧΥΣΗ, ΣΠΑΣΜΟΙ, SNOCK, ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ, ΠΟΛΥΜΟΡΦΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ, ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ κλπ.

ΤΑΣΗ II : Οι β' αναστολείς οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της ταχυκαρδίας και των αρρυθμιών που εμφανίζονται παράλληλα ή σε ισχαιμία του μυοκαρδίου.

ΤΑΣΗ III : Χρησιμοποιούνται στο σύνδρομο WOLFF - PARKINSON WHITE (WPW) με συχνές αρρυθμίες και σπάνια σε βαριά κοιλιακή ταχυκαρδία και μαρμαρυγή.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ, ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ, ΞΕΑΝΘΗΜΑΤΑ, ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ υπο και ΥΠΕΡΟΥΡΟΒΙΔΙΣΜΟΣ. Σπάνιες:
Σύνδρομο μακρύ QT με παροξυσμούς, πνευμονική ένωση.

ΤΑΣΗ IV : Αναστολείς διαύλων ασβεστίου.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

1. ΑΣΒΕΣΤΙΟΓΛΥΚΟΝΙΚΟ ΕΤ - CALCIUM GLYCONATE

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ : Καρδιακή ασυστολία, υπερκαλιαιμία κλπ.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Διαταραχές του μυοκαρδίου ρυθμού κλπ.

2. ΑΤΡΟΠΙΝΗ θειική ΕΤ L ATROPINE SULFATE

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ : Βραδυκαρδία κλπ.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Σε υψηλές δόσεις παραλήρημα, ψευδαισθήσεις κλπ.

3. ΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΑ

Το φάρμακο αυτό δεν περιλαμβάνεται στις παραπάνω 4 κατηγορίες, όμως χρησιμοποιείται πολύ συχνά σαν αντιαρρυθμικό σε υπερκοιλιακές ή ταχυαρρυθμίες. Δρά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αυξάνει τον τόνο του συμπαθητικού.

Επιπλέον η δακτυλίτιδα αυξάνει τη συσπαστικότητα του κοιλια-

κού μυοκαρδίου και με τη δράση αυτή ενίοτε θεραπεύονται αρρυθμίες, όπως έκτακτες συστολές, οι οποίες οφείλονται σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Η δακτυλίτιδα παραμένει το φάρμακο εκλογής για την ελάττωση της κοιλιακής συγχότητας σε κοιλιακό πτερυγισμό ή κολπική μαρμαρυγή.

ΑΝΤΕΔΒΙΚΝΥΤΑΙ : όταν η κολπική μαρμαρυγή ή ο κολπικός πτερυγισμός αναπτύσσονται σε έδαφος συνδρομής WOLFF - PARKINSON - WHITE. Ακόμη όταν συνδυάζεται με άλλα φάρμακα όπως η κυνιδίνη, η αμιοδαρόνη και η βεπαραμήλη, τα οποία αυξάνουν τα επίπεδα της διγοξίνης στο αίμα.

Τα αντιαρρυθμικά προκαλούν: ελάττωση του εκτοπικού αυτοματισμού και υπερπόλωση, αύξηση της διάρκειας της ανερέθιστης περιόδου, καταστολή της δράσης του ΚΝΣ επιμήκωση της διάρκειας του δωαμικού δράσης.

ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ : PER OS ενδοφλέβια εκχύση και BOLUS, ενδομυϊκά IM, ενδοκαρδιακά (ΑΣΒΕΣΤΙΟΓΛΥΚΟ - ΝΙΚΟ), ενδοφλέβια IV.

ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντιυπερτασικά φάρμακα μπορούν να διαιρευθούν σε τρεις κατηγορίες: διουρητικά, συμπαθοπληγικά και σε αγγειοδilatτικά.

ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ : Μειώνουν τον όγκο του αίματος και την καρδιακή παροχή και αυτός είναι ο κύριος μηχανισμός για την αντιυπερτασική τους δράση. Συγχρόνως ανακουφίζουν την καρδιακή ανεπάρκεια αν συνυπάρχει, ενώ μειώνουν την αιμάτωση περιφε-

ρικών οργάνων.

ΣΥΜΠΛΗΘΟΠΑΛΗΓΙΚΑ : Τα περισσότερα απο αυτά ελαττώνουν τη συσπαστικότητα του μυοκαρδίου, μειώνουν την καρδιακή παροχή και προκαλούν βραδυκαρδία. Ανακουφίζουν την στεφανιαία ανεπάρκεια και προκαλούν ορθοστατική υπόταση.

ΧΟΡΗΓΟΥΝΤΑΙ : PEROS, ενδοφλέβια IV ή σε ενδοφλέβια έκχυση.

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ : ΚΛΟΝΙΔΙΝΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗ ΕΤ CATAPRESSAN κλπ ΜΕΘΥΛΟΝΤΟΠΑ ΕΤ ALDOMET κ.κ ΦΑΙΝΤΟΛΑΜΙΝΗ, ΜΕΘΑΝΟΣΟΥΛΦΟΝΙΚΗ ΕΤ REGITINE κλπ.

ΑΓΓΕΙΟΔΙΑΣΤΑΛΤΙΚΑ : Μειώνουν τις περιφερικές συσπάσεις και στη δράση τους αυτή οφέλεται η υποτασική τους ενέργεια. Επιδεινώνουν τη στεφανιαία ανεπάρκεια. Μειώνοντας το μεταώρειο της αριστερής κοιλίας δρούν ευνοϊκώς σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια. Προκαλούν συχνά ταχυκαρδία που ενδέχεται να επιδεινώσει προυπάρχουσα στηθάγχη. Σπάνια: ορθοστατική υπόταση κλπ.

ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΟΤΙΚΑ ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Για την αντιμετώπιση των θρομβώσεων χρησιμοποιούνται τρεις κατηγορίες φαρμάκων: αντιαιμοπεταλιακά, αντιπηκτικά και θρομβολυτικά. Τα αντιαιμοπεταλιακά χρησιμοποιούνται κυρίως για την πρόληψη αρτηριακών θρομβώσεων.

Τα αντιπηκτικά κυρίως για την πρόληψη φλεβικών θρομβώσεων, σε τεχνικές βαλβίδες, σε κολπική μαρμαρυγή και για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση αρτηριακών ή πνευμονικών εμβολών.

Τα θρομβολυτικά χρησιμοποιούνται για την διάλυση σχηματισμένων θρόμβων.

Για τοπική χρήση χρησιμοποιείται η απορροφήσιμη ζελατίνη.

* **ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΑ**: Παρέχουν προφύλαξη μετά απο Ο.Ε.Μ στην πρόληψη των θρομβώσεων, κλπ.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : κεφαλαλγία, υπόταση, επιδείνωση της στηθάγχης κ.α.

* **ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ** : Συχνά χορηγούνται στο οξύ έμφραγμα και την ασταθή στηθάγχη για την πρόληψη φλεβοθρομβώσεων.

Η αντιπηκτική αγωγή αρχίζει με υπαρκτή και σύγχρονη χορήγηση αντιπηκτικών απο το στόμα.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : πυρετός, αιμορραγία ως αιματώρια κ.α.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ : Η αιμορραγική διάθεση, σοβαρή ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, η κύηση και η βαριά υπέρταση είναι οι κύριες αντεδείξεις για τη χορήγηση αντιπηκτικών.

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ : ΒΑΡΦΑΡΙΝΗ ΝΑΤΡΙΟΥΧΟΣ ΕΤ ΡΑΝΒΑΡΦΙΝ, ΗΠΑΡΙΝΗ ΕΤ CALCIPARINE, ΗΕΡΑΡΙΝΗ κ.α ΝΙΚΟΜΑΛΟΝΗ ΕΤ ΣΙΝΔΡΟΜ κλπ.

* **ΑΙΜΟΣΤΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ**

Χρησιμοποιούνται σε τριχοειδικές αιμορραγίες, σε χειρουργικές επεμβάσεις: SPONGOSTAN - ζελατίνη απορροφήσεως.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ : 1) Ρ.ΟΣ, ενδοφλέβια, υποδόρια, 2) Ρ.ΟΣ ενδοφλέβια σε εωάπαξ δόση, 3) ενδοφλέβια σε ενδοφλεβική χορήγηση, 4) σε ζελατίνη απορροφήσιμη.

* ΘΡΟΜΒΟΛΥΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Διαλύουν το θρόμβο των αρτηριών ή των φλεβών και αποκαθιστούν τη ροή του αίματος. Μειονεκτήματα της θρομβολυτικής θεραπείας είναι οι σημαντικές επιπλοκές, με πρώτη την αιμορραγική διάθεση και την περιορισμένη αποτελεσματικότητά τους. Τα θρομβολυτικά δεν είναι αποτελεσματικά όταν α) η στενωτική βλάβη της ερτηρίας οφείλεται σε χρόνια αθηρωματική ασβεστωμένη πλάκα και όχι σε πρόσφατη θρόμβωση, β) η θεραπεία αρχίζει με καθυστέρηση αφού έχει ήδη προκληθεί η νέκρωση των ιστών που αρδεύονται από την πάσχουσα αρτηρία.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΙΝΩΔΟΥΣΗΣ

Το ινώδες που αποτελεί τη βάση της δημιουργίας του θρόμβου, είναι συνδεδεμένο με μικρές ποσότητες πλασμινογόνου, ενός πρωτεϊνικού προενζύμου το οποίο όταν ενεργοποιηθεί με την παρουσία ειδικής πρωτεΐνης που απελευθερώνεται από τα ενδοθηλιακά κύτταρα, μετατρέπεται σε πλασμίνη, ένα ένζυμο που διαλύει το ινώδες. Η ικανότητα της πλασμίνης, που δεν είναι ειδικό πρωτοθλυτικό ένζυμο, να διαλύει το θρόμβο, οφείλεται:

1. Στη σύνδεση του πλασμινογόνου με το ινώδες
2. Στη δράση του ινώδους ως συνενζύμου στην ενεργοποίηση του πλασμινογόνου από την ενεργοποίηση των ενδοθηλιακών κυττάρων και
3. Στην αδυναμία της α_2 αντιπλασμίνης να αδρανοποιήσει την πλασμίνη που δημιουργείται στην επιφάνεια του ινώδους,

γιατί η χημική συγγένεια της πλασμίνης προς το ινώδες είναι μεγαλύτερη από εκείνη της αντιπλασμίνης. Έτσι είναι δυνατή η ινωδολύση χωρίς την καταστροφή άλλων πρωτεϊνικών στοιχείων του πλάσματος.

Στην κλινική πράξη όμως ο χορήγηση ουσίας με ινωδολυτικές ιδιότητες όπως π.χ η στρεπτοκινάση, μετατρέπει το πλασματογόνο σε πλασμίνη χωρίς να είναι αναγκαία η παρουσία του ινώδους.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται ένα καινούργιο θρομβολυτικό το ACTILUSE (ενεργοποιητής του πλασματογόνου ιστικού τύπου RT - Ρα) με το οποίο επιτυγχάνεται η θρομβόλυση μόνο των στεφανιαίων αρτηριών, χωρίς να καταστρέφονται άλλες πρωτεΐνες του πλάσματος και να διαταράσσεται η φυσιολογική αιμόσταση. Το RT - Ρα όμως βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο.

ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗ

Η στρεπτοκινάση είναι το πιο χρησιμοποιούμενο θρομβολυτικό. Μπορεί να χορηγηθεί είτε με ενδοστεφανιαία χορήγηση είτε με ενδοφλέβια χορήγηση. Από την ενδοστεφανιαία χορήγηση της στρεπτοκινάσης προκύπτουν αρκετές δυσκολίες, όχι μόνο του ειδικού εξοπλισμού που απαιτεί, αλλά και γιατί η διαδικασία του καθετηριασμού που προϋποτίθεται, καθυστερή την έναρξη της θεραπείας και μειώνει τις πιθανότητες ενός άριστου αποτελέσματος. Γι' αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο η ενδοφλέβια έγχυση της στρεπτοκινάσης 1.000.000 - 1.500.

000 IV σε διάστημα 30' - 60'.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ενδοσπλέβιας έκχυσης:

- 1) Χορηγείται εύκολα αμέσως μετά την εκδήλωση των συμπτωμάτων,
- 2) δημιουργεί αυξημένη συγκέντρωση στη στεφανιαία κυκλοφορία και
- 3) η συστηματική της δράση διαρκεί λίγες ώρες οπότε μειώνεται ο χρόνος δυνατής εκδήλωσης ανεπιθύμητων διαταραχών, και ο κίνδυνος επιπλοκών.

Τα αποτελέσματα από την ενδοσπλέβια χορήγηση της στρεπτοκινάσης δείχνουν ότι η αποκατάσταση της στεφανιαίας κυκλοφορίας επέρχεται σε ποσοστό κυμαινόμενο μεταξύ 46 - 62^o/ο. Τα αποτελέσματα της ενδοστεφανιαίας χορήγησης είναι λίγο καλύτερα.

ΞΗΠΛΟΚΣΕ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗΣ

Η χορήγηση της στρεπτοκινάσης μπορεί να προκαλέσει αιμαρραγίες στα σημεία που μπαίνει ο ορός, στα ούλα, κλπ.

Ακόμα μπορεί να προκληθούν αλλεργικές αντιδράσεις που αντιμετωπίζονται όμως εύκολα με τη χορήγηση κορτικοστεροειδών και αντισταμινικών.

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗΣ

Επιλογή ασθενών

1. Ηλικίας 70 χρόνων
2. Κλινική και ΗΚΓ εικόνα οξείας εμφράγματος

3. Έναρξη συμπτωμάτων λιγότερο των 4 ωρών.
4. Οχι προηγούμενο πρόσφατο έμφραγμα
5. Οχι αντενδείξεις αντιπηκτικής ή θρομβολυτικής θεραπείας.
6. Οχι αιμοδυναμική αστάθεια, SHOCK ή πνευμονικό οίδημα
7. Οχι σοβαρή αρρυθμία.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΤΡΕΠΤΟΚΙΝΑΣΗΣ

1. Υδροκορτιζόνη 500 GR IV 2' πριν την χορήγηση στρεπτοκινάσης για αποφυγή αλλεργικών αντιδράσεων
2. Στρεπτοκινάση σε BOLUS έγχυση 200.000 μονάδες IV
3. Στρεπτοκινάση 800.000 μονάδες σε 100 CC D/W. Χορήγηση σε μια ώρα
4. Στη συνέχεια υπάρλνη 30.000 μονάδες την ημέρα για δύο ημέρες
5. Νιτρογλυκερίνη IV
6. Νιφεδαπίνη 10 MG X 3 μετά τη στρεπτοκινάση
7. Ασπιρίνη 300 MG X 1 και διπυραδόλη 75 MG X 3 απο το 2^ο 24ωρο
8. XULOCAINE αν χρειαστεί

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πριν απο την έγχυση στρεπτοκινάσης: H₊, H_D, αιμοπετάλια, ινωδογόνο, χρόνος προθρομβίνης, ομάδα αίματος, CPK.

Μετά τη χορήγηση:

1. Κάθε 2 ώρες X.M.Θ και κάθε 8 ώρες CPK για 2 ημέρες
2. ΗΚΓ πριν και μετά την BOLUS έγχυση κάθε οχτώ ώρες και

για δύο ημέρες μετά την έγχυση.

3. H_+ , H_D Ινωδογόνο, Αιμοπεταλία κάθε μέρα για 2 ημέρες

ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Εφόσον η κατάσταση είναι ασταθής γίνεται στεφανιογραφία μέσα στην πρώτη εβδομάδα. Αν η κατάσταση είναι σταθερή γίνεται TEST κόπωσης κατά SHEFFIELD στο τέλος της 2^{ης} εβδομάδας. Αν είναι θετικό γίνεται στεφανιογραφία τις επόμενες ημέρες. Αν είναι αρνητικό γίνεται δοκιμασία κόπωσης κατά BRUCE σε 1-2 μήνες και προγραμματίζεται για στεφανιογραφία σε 1-3 μήνες.

ΣΥΜΠΛΗΘΗΤΙΚΟΜΥΗΤΙΚΑ (ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΟΙ ΔΙΕΓΕΡΤΕΣ)

Ενδείκνυται σε ενδεχόμενη βραδυκαρδία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, υπέρταση, αγγειοδιαστολή νεφρικών και σπλαχνικών αγγείων, επίδραση στη συστολική και διαστολική πίεση. Σε αγγειοδιαστολή η δράση τους είναι δόσοεξαρτώμενη. Ανόμη προκαλούν παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΣ : Ταχυκαρδία, υπέρταση, στηθάγχη, αρρυθμίες πνευμονικό οίδημα, κεφαλαλγία, κλπ.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ : Ενδοκαρδιακώς (ADRENALINE) ή σε ενδοφλέβια έγχυση μέσα σε ορό Δ/Ψ ή SODIUM CHLORIDE, P.O.S, ενδομυϊκά, υποδόρια, ενδοφλέβια.

ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΑΝΑΛΗΤΙΚΑ

Είναι φάρμακα που προκαλούν καταστολή του αισθήματος του πόνου χωρίς όμως να βελτιώνουν ή να εξαλείφουν την αιτία που τον προκαλεί.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες αναλγητικών:

1. Ναρκωτικά αναλγητικά
2. Αντιπυρετικά αναλγητικά

ΦΑΡΜΑΚΑ

1. MORFINE : αναλγητικό και υπνωτικό
2. PETHIDINE
3. FENTAN

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Δύο ειδών χειρουργικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις Ο.Ε.Μ.: η εγχείρηση επανοιμάτωσης των στεφανιαίων αγγείων και η αγγειοπλαστική

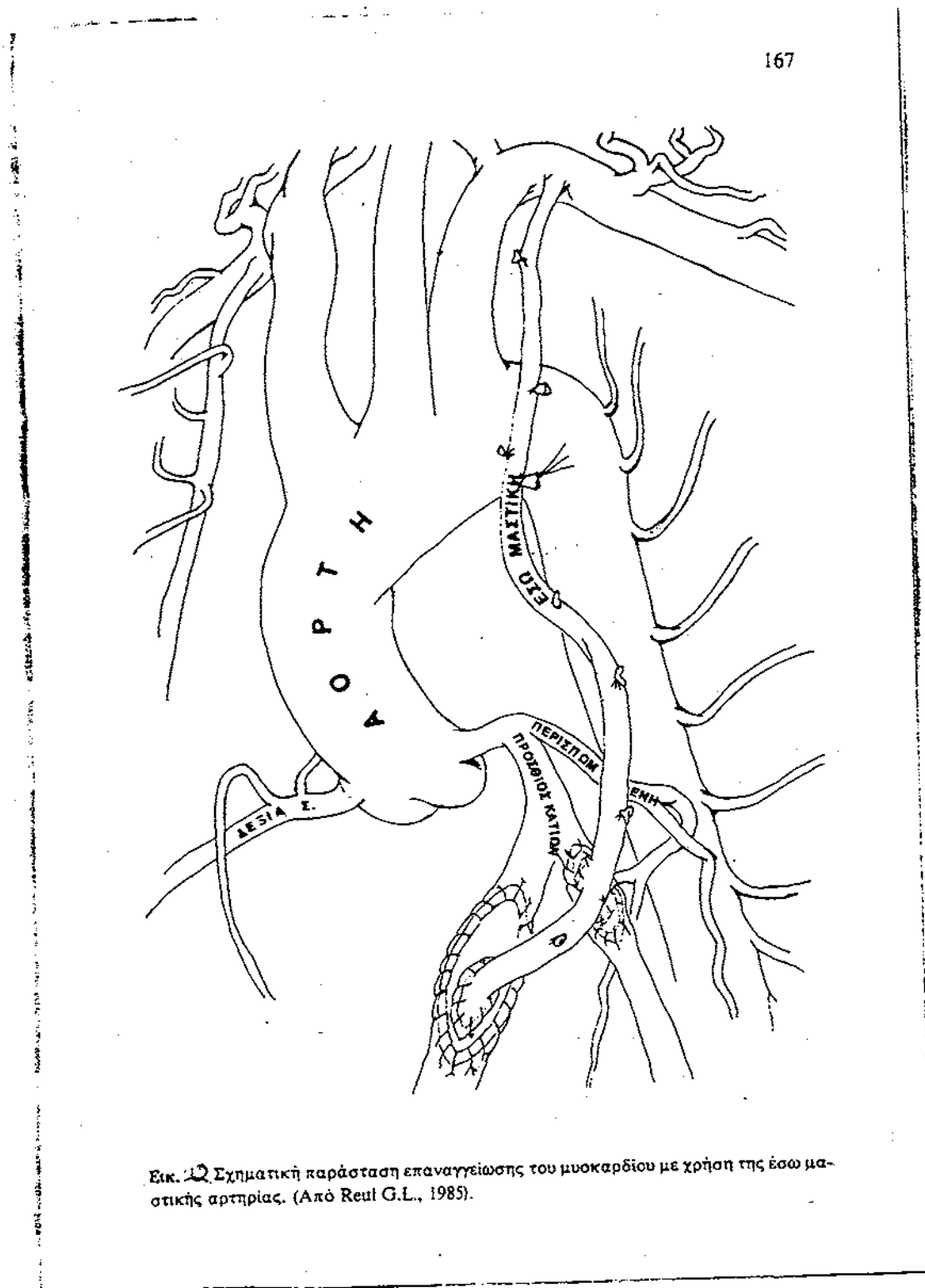
Η χειρουργική αντιμετώπιση του Ο.Ε.Μ. συνιστάται στις περιπτώσεις που ο ασθενής συνεχίζει να πονάει και στην αγγειογραφία των στεφανιαίων αρτηριών βρεθεί στένωση και άλλων αγγείων.

Η εγχείρηση συνιστάται επίσης σε ασθενείς με ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, των θηλειαδών μυών και της καρδιάς. Τέλος, χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόσθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με βαρύ SHOCK, οι οποίοι προσήλθαν τις πρώτες ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων τους. Αν και αναφέρεται ότι η πρόγνωση κατά την οξεία φάση σε ασθενείς με SHOCK ήταν σχετικά καλή, τα αποτελέσματα στην μακροχρόνια επιβίωση δεν είναι γνωστά.

*** ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ**

Η εγχείρηση αυτή συνίσταται στην αναστόμωση μοσχεύματος, που παίρνεται από τη σαφήνη φλέβα του ασθενή, κεντρικά στην αορτή και περιφερικά σε στεφανιαία αρτηρία με σημαντικού βαθμού στένωση, στη τμήμα που βρίσκεται περιφερικότερα τη στένωση. Σε άλλες περιπτώσεις αντί για τη σαφήνη φλέβα μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μαστική αρτηρία αρτηρία του

ασθενούς (εικ. 167). Τα φλεβικά μοσχεύματα μετά απο ένα χρόνο παραμένουν ανοικτά στο 80 - 85^ο/ο των περιπτώσεων, αλλά ακόμα δεν είναι γνωστό για πόσα χρόνια θα παραμείνουν ανοικτά.



Εικ. 167 Σχηματική παράσταση επαναγγείωσης του μυοκαρδίου με χρήση της έσω μαστικής αρτηρίας. (Από Reul G.L., 1985).

Σύμφωνα με στατιστικές που έχουν γίνει κατά καιρούς, διαπιστώθηκε ότι τα μωσνεύματα σε πολύ μικρό ποσοστό παραμένουν ανοικτά. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια να αναβάλλεται η εγχείρηση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου όσο το δυνατόν περισσότερο, εφόσον βέβαια δεν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενούς. Αν για παράδειγμα σ'ένα άτομο 40 ετών γίνει αγγείωση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου ο ασθενής κατά πάσα πιθανότητα στα επόμενα 40 χρόνια θα χρειαστεί και άλλη εγχείρηση.

Δεύτερη εγχείρηση επαναιμάτωσης μπορεί να γίνει, τεχνητά όμως είναι πιο δύσκολη, οι εγχειρητικοί κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι και τα εγχειρητικά αποτελέσματα είναι χειρότερα σε σύγκριση με την πρώτη εγχείρηση.

Αν στο ίδιο άτομο γίνει φαρμακευτική αγωγή για 5 - 10 χρόνια και μετά ακολουθήσει αγγειοπλαστική είναι δυνατόν η εγχείρηση επαναιμάτωσης να αναβληθεί για 10 χρόνια.

Επίσης πρέπει να τονισθεί ότι-εκτός απο ειδικές περιπτώσεις - η εγχείρηση επαναιμάτωσης δεν αυξάνει την επιβίωση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ εγχείρησης επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου είναι οι εξής : 1) Στηθαγγχικός πόνος που επιμένει, παρά την έντονη φαρμακευτική αγωγή, 2) Μεγάλου βαθμού στένωση (70%) του κύριου στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας, 3) όταν ο ασθενής δεν μπορεί να ανεχθεί την φαρμακευτική αγωγή, 4) πάθηση δύο ή τριών αγγείων με στηθάγχη λειτουργικής κλάσης III ή IV και δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας, 5) πάθηση τριών αγγείων και μικρή αντοχή σε κόπωση με φυσιολογική λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ της εγχείρησης επαναιμάτωσης του

μυοκαρδίου είναι οι εξής:

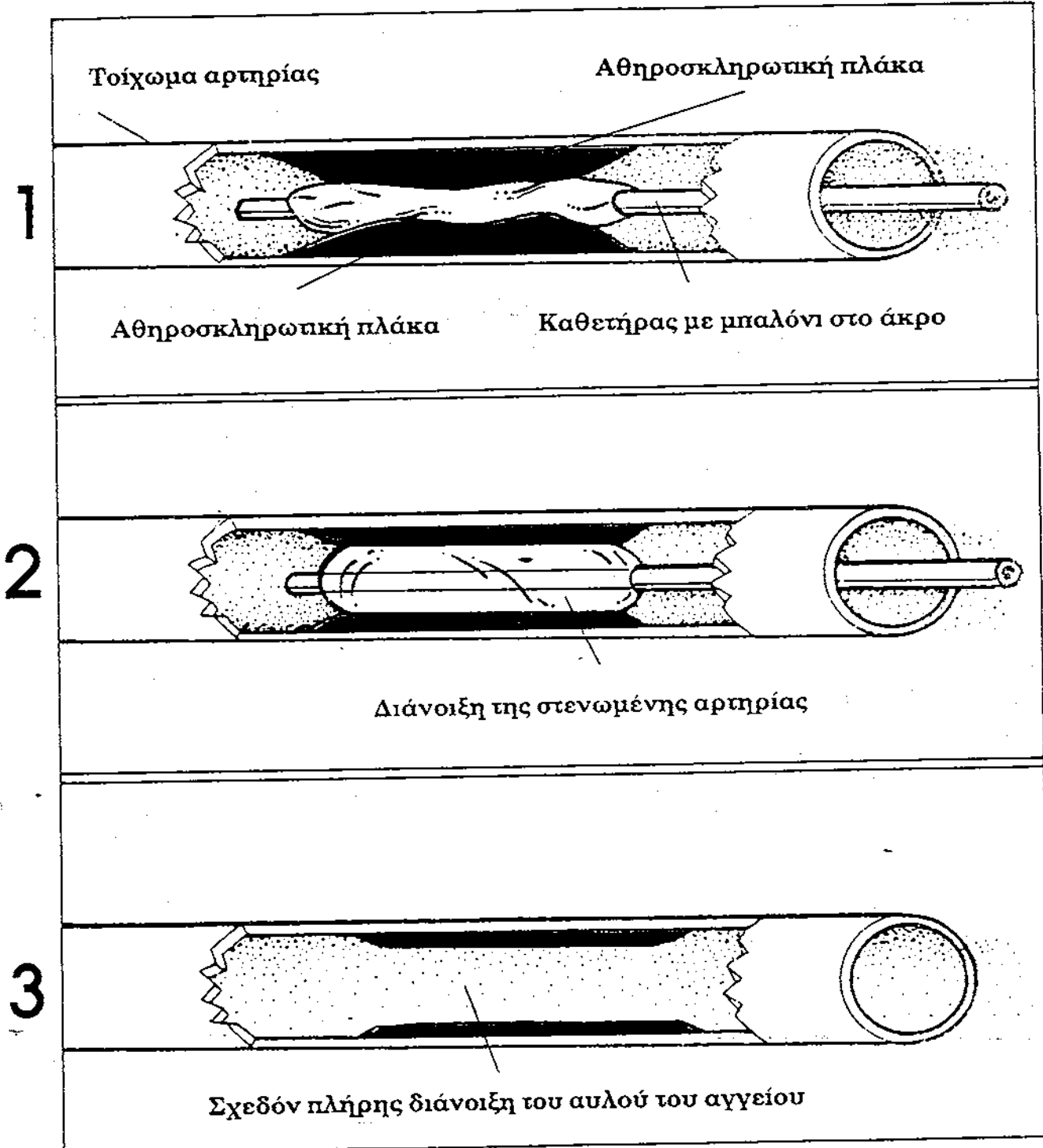
1. Ανακούφιση από τη στηθάγχη
2. Πρόληψη από έμφραγμα του μυοκαρδίου
3. Πρόληψη από αρρυθμίες
4. Βελτίωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας
5. Αύξηση της επιβίωσης

ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Με τη μέθοδο αυτή ένας καθετήρας με μπαλόνι εισάγεται από την περιφερική αρτηρία, στη στενωμένη στεφανιαία αρτηρία. Μόλις ο καθετήρας περάσει το στενωμένο τμήμα της στεφανιαίας αρτηρίας, ο γιατρός που ενεργεί την επέμβαση φουσκώνει το μπαλόνι και διαστέλλει την αρτηρία. Η μέθοδος της αγγειοπλαστικής για τις στεφανιαίες αρτηρίες εφαρμόστηκε από τον GREEN-FTZIG στη Ζυρίχη το 1977. Οι ενδείξεις για αγγειοπλαστική φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πιν. 2	Ενδείξεις για αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών
Ιδανικές περιπτώσεις	Επέκταση της μεθόδου
- Μία περιγεγραμμένη στένωση χωρίς ασβέσωση	- Πολλές περιγεγραμμένες στενώσεις σε ένα αγγείο
- Στένωση στην αρχή της αρτηρίας	- Πολλές περιγεγραμμένες στενώσεις σε πολλά αγγεία
- Ασθενείς με σταθεροποιημένη στηθάγχη	- Στένωση μακριά από την αρχή της αρτηρίας
- Ασθενείς στους οποίους υπάρχει ένδειξη για εγχείρηση επαναϊμάτωσης του μυοκαρδίου	- Ασθενείς με ασταθή στηθάγχη
	- Ασθενείς με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (συνδυασμός με στρεπτοκινάση)
	- Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση επαναϊμάτωσης
	- Ασθενείς στους οποίους υπάρχει ένδειξη για εγχείρηση

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ



Εικ. 13.

Αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αγγείων εφαρμόστηκε στην αρχή σε ασθενείς με απόφραξη ενός αγγείου και στηθάγχη. Μέσα σε λίγα χρόνια η μέθοδος έχει επεκταθεί σε ασθενείς που παρουσίασαν στένωση φλεβικών μοσχευμάτων για επαναιμάτωση του μυοκαρδίου, σε ασθενείς με στενώσεις σε πολλά αγγεία και σε ασθενείς που η χειρουργική επέμβαση τεχνικά είναι δύσκολη.

Η ύπαρξη στένωσης του κύριου στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας αποτελεί αντένδειξη για την αγγειοπλαστική. Η μέθοδος επίσης δεν πρέπει να εφαρμόζεται και σε ασθενείς που παρουσιάζουν στένωση στεφανιαίας αρτηρίας.

Τελευταία η αγγειοπλαστική άρχισε να εφαρμόζεται σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη και οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, οπότε μπορεί να συνδυασθεί με έγχυση στρεπτοκινάσης στη στεφανιαία αρτηρία.

Η θνησιμότητα από τη μέθοδο είναι 1^ο/ο. Σε ποσοστό 5^ο/ο των ασθενών πρέπει να γίνει επείγουσα χειρουργική επαναιμάτωση του μυοκαρδίου. Για το λόγο αυτό η μέθοδος πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε κέντρα, όπου υπάρχουν δυνατότητες χειρουργικής επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου, και εφόσον η χειρουργική ομάδα είναι σε επιφυλακή κατά τη διάρκεια της αγγειοπλαστικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Επειδή το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια ύπουλη ασθένεια συνήθως δεν προειδοποιεί για την εμφάνισή του και επειδή οι θάνατοι καθημερινά αυξάνονται σ'όλο τον κόσμο, πρέπει να γίνει προσπάθεια για πρόληψη του εμφράγματος με ενημέρωση του κοινού.

Το έργο της πρόληψης ανήκει στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Σκοπός της είναι να ενημερώνονται όλα τα άτομα και να εφαρμόζουν ορισμένα περιοριστικά μέτρα ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο της εμφάνισης ενός εμφράγματος.

Η πρόληψη πρέπει να γίνεται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες, αλλά ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που βασικά έχουν όλη την κλίμακα του συμβουλευτικού έργου κοντά σε υγιείς ανθρώπους. Δεν έχει σημασία ποιά θα είναι τα τεχνικά μέσα που θα χρησιμοποιήσουν, αυτά αλλάζουν σύμφωνα με τις δυνατότητες κάθε εποχής· σημασία έχει η πίστη στο έργο της διαπαιδαγώγησης. Το έργο τους και οι προσπάθειές τους πρέπει να υποστηρίζονται από τους άλλους για να έχουν αποτέλεσμα, που ίσως αυτοί οι ίδιοι δεν θα μπορέσουν να δουν ποτέ. Γιατί το αποτέλεσμα στη διαπαιδαγώγηση, γενικότερα στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας είναι συμβολή πολλών παραγόντων· είναι αποτέλεσμα που παρουσιάζεται μετά από πολλά χρόνια, είναι απο-

τέλεσμα που δεν καταμετράται με αριθμούς.

Η διασώτιση κι ανημέρωση του κοινού μπορεί να γίνεται με την παρουσίαση ειδικών μαθημάτων που θα δίνονται από ιατρούς και νοσηλευτές, είτε από την τηλεόραση, είτε με απευθείας επαφή με τον κοινό.

Στα πλαίσια των ειδικών μαθημάτων μπορεί να περιλαμβάνονται μια σειρά περιοριστικών μέτρων, που μπορεί να αποτρέψουν τον κίνδυνο, και να επιμηκύνουν τη ζωή μας.

Τα μέτρα αυτά πρέπει να περιλαμβάνουν οδηγίες για την διατροφή τον τρόπο ζωής, το κάπνισμα και γενικά κάθε επιβαρυντικό παράγοντα για την καλή λειτουργία της καρδιάς.

Γι' αυτό πρέπει να αποφεύγονται τροφές επιβαρυνμένες με λίπη, τη συχνή κατανάλωση κρέατος, τα μπαχαρικά και τις σόλτσες που αυξάνουν το χοληστερίνη του αίματος και τα επίπεδα του σακχαρώδη διαβήτη, γιατί και αυτά με τη σειρά τους τείνουν στη δημιουργία θρόμβων.

Καλό είναι τα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα διαβήτη και χοληστερίνης να τηρούν τις οδηγίες που δίνονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, διότι είναι περισσότερο επιρρεπή στην εμφάνιση εμφράγματος.

Πρέπει επίσης να δίνεται προσοχή στον τρόπο ζωής. Να μειώνεται όσο το δυνατόν περισσότερο το άγχος, και το στρες.

Είναι παράγοντες που επιβαρύνουν την κακή λειτουργία της καρδιάς. Να αποφεύγεται το ποτό, το ξενύχτι και γενικά ο άστατος τρόπος ζωής, διότι ο οργανισμός αναγκάζεται να προσαρμοσθεί σ' αυτές τις καταστάσεις, καταναλώνοντας περισσότερο καρδιακό έργο, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαταραχών.

Ένα άλλο επιβαρυντικό στοιχείο που πρέπει να αποφεύγεται είναι το κάπνισμα. Προκαλεί υποξυγόνωση του μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα την κατανάλωση μεγάλου καρδιακού έργου, ώστε να μειωθούν οι ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Με την τήρηση των παραπάνω μέτρων είναι δυνατόν να μειωθούν οι θάνατοι από εμφράγματα του μυοκαρδίου.

Η Νοσηλεύτρια είναι αυτή που θα διαπαιδαγωγήσει τους υγιείς και θα στείλει στον καρδιολόγο αυτούς που είναι υποψήφιοι για τη Στεφανιαία Νόσο., χωρίς να το συνειδητοποιήσουν οι ίδιοι.

Ακόμη η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα μπορέσει να απλοποιήσει τις επιστημονικές τυγόν δοσμένες συμβουλές και θα επιμείνει και θα επανέλθει αμέτρητες φορές ίσως, μέχρι να πεισθεί να αλλάξει συμπεριφορά ένα άτομο για να απούγει τον κίνδυνο που διατρέχει από το οξύ μυοκαρδικό έμφραγμα.

Επίσης η Νοσηλεύτρια και ο Νοσηλευτής θα πρέπει να καταβάλλουν κάθε προσπάθεια διαπαιδαγώγησης και στο γύρο του Νοσοκομείου. Εδώ οι Νοσηλευτές προκειμένου να προλάβουν δυσμενή εξέλιξη του εμφράγματος, οπλισμένοι με γνώσεις και κλινικές εμπειρίες, εμπνεόμενοι από αγάπη, κατανόηση, συμπάθεια και πνεύμα προσφοράς και θυσίας, νοσηλεύουν τον πάσχοντα κάνοντας ταυτόχρονα και πρόληψη στη φάση αυτή, ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές και αναπηρίες.

Στην μετακλινική φάση της νόσου πρέπει να γίνεται διαπαιδαγώγηση του εμφραγματία για τη σωστή επανάταξή του στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον, ενώ το άτομο συμβουλευεται για ένα υγιεινό τρόπο διαβίωσης μακριά από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες του εμφράγματος,

ώστε να προστατευθεί ο ασθενής στο μέγιστο δυνατό από την πιθανότητα μιας νέας υποτροπής της ασθένειας.

Ο Νοσηλευτής και η Νοσηλεύτρια επομένως, λόγω του ρόλου τους, από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) είναι εκείνοι που βρίσκονται κοντά στους ασθενείς σαν μέλη κι αυτοί της οικογένειας και που μπορούν με τη γνώση τη γενική και ειδική, την ευαισθησία, την ευσυνείδηση και τη διάθεση να βοηθήσουν για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων, υγιών και ασθενών προς αποφυγή του οξέως μυοκαρδικού εμφράγματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Σημαντικός τομέας στην προσπάθεια προαγωγής της υγείας είναι ο τομέας της πρόληψης. Είναι γνωστό πια ότι τα προβλήματα υγείας δεν απαιτούν μόνο θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς πιστεύεται ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη.

Ειδικότερα, το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια ύπουλη ασθένεια που συνήθως δεν προειδοποιεί για την εμφάνισή του, αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αίτια ξαφνικού θανάτου στη χώρα μας, γεγονός που είναι άκρως ανησυχητικό για το μέλλον της υγείας των πολιτών. Επειδή οι θάνατοι αυξάνονται καθημερινά σ' όλο τον κόσμο, πρέπει να γίνει προσπάθεια για πρόληψη του εμφράγματος, με ενημέρωση και διαφώτιση του κοινού.

Πρώτος σκοπός της πρόληψης είναι να καταφέρει να πείσει τους ανθρώπους για το πόσο, απαραίτητη και σημαντική είναι για την αποφυγή του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Όταν αυτός ο σκοπός έχει εκπληρωθεί θα πρέπει να συνεχίσουμε την ενημέρωση για τη φύση του Ο.Ε.Μ τα συμπτώματά του, και τους τρόπους αποφυγής του. Θα πρέπει επίσης να παρθούν και δραστηκότερα μέτρα., από διάφορους φορείς οι οποίοι θα βοηθήσουν τους παράγοντες που επισπεύδουν την εμφάνιση ενός οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Τέτοιοι παράγοντες είναι το κάπνισμα και τα αντισυλληπτικά οι σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, ο αγχώδης τρόπος ζωής, και τέλος η πλούσις σε λίπη χοληστερίνη, ζάχαρη και αλάτι διατροφή.

Οι στόχοι της πρόληψης επικεντρώνονται στα εξής βασικά

σημεία:

ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ : Απ' αυτήν την καταστροφική συνήθεια που έχει μορφή νόσου για τον άνθρωπο.

Πρέπει να γίνει συνείδηση του κάθε ανθρώπου ότι το τσιγάρο δεν αποτελεί ούτε προσφέρει τίποτε άλλο, παρά την καταστροφή του οργανισμού καθώς και ότι αποτελεί σημαντικό κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος.

Η αντικαπνιστική εκστρατεία όσο κι αν προσπαθεί να αποδώσει καρπούς δεν είναι αρκετή από μόνη της. Όλοι οι άνθρωποι και ιδιαίτερα οι νέοι, πρέπει να αποσύγουν το κάπνισμα, και αυτό θα γίνει μέσα από έγκυρη ενημέρωση και διασώτισή του κοινού.

Η απαγόρευση του καπνίσματος σ' όλους του δημοσίου χώρους προσφέρει μια ευκαιρία στους καπνιστές να συνηθειτοποιήσουν ότι είναι δυνατοί και μπορεί να κάνουν χωρίς αυτό. Ακόμη η αύξηση της τιμής των τσιγάρων μπορεί να αποφέρει αποτέλεσμα· ιδιαίτερα στη μερίδα εκείνη του πληθυσμού που δεν είναι οικονομικά ανεξάρτητη.

Όλοι μας, μικροί - μεγάλοι, θα πρέπει να έχουμε πάντα στο μυαλό μας τα παρακάτω :

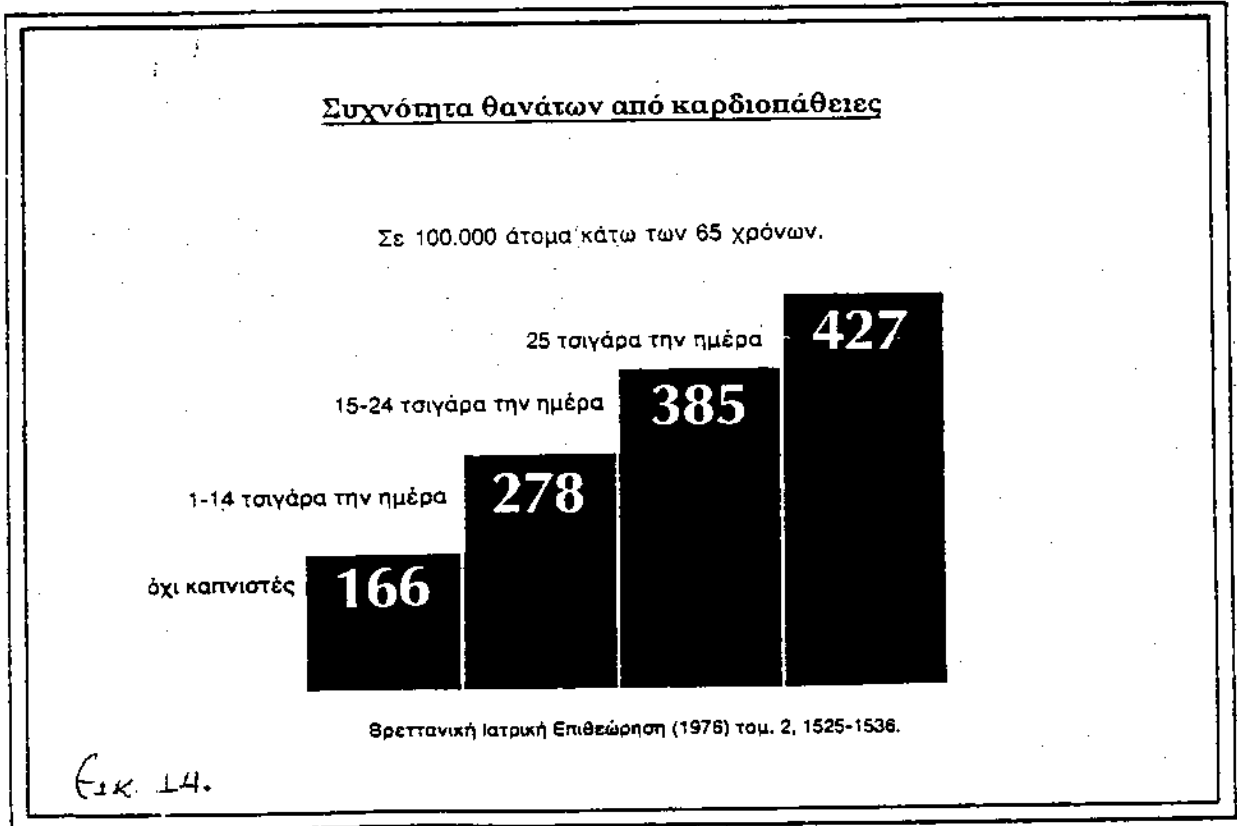
1. Η στεφανιαία νόσος είναι η κύρια αιτία πρόκλησης πρόωγων θανάτων. Το κάπνισμα είναι υπεύθυνο σε μεγάλη αναλογία για γι' αυτούς του θανάτους.
2. Ο κίνδυνος καρδιακών επεισοδίων αυξάνει με το κάπνισμα. Οι καπνιστές παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με

τους μη καπνιστές, ηλικίας κάτω των 50 ετών. Η συχνότητα αιφνιδίου θανάτου απο καρδιακά αίτια στους καπνιστές είναι δεκαπλάσια σε σχέση με τους μη καπνιστές της ίδιας ηλικίας.

3. Οι καπνιστές πίπας ή πούρων εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό καρδιακών επεισοδίων. Οι καπνιστές τσιγάρων που άλλαξαν σε πίπα, συνήθως εξακολουθούν να εισπνέουν, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να μειώσουν τον παράγοντα κινδύνου.
4. Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα επηρεάζουν την καρδιακή λειτουργία. Η νικοτίνη προκαλεί την έκκριση αδρεναλίνης στον οργανισμό, με αποτέλεσμα την αύξηση της καρδιακής συχνότητας με την αιμοσφαιρίνη του αίματος και μειώνει την ικανότητα μεταφοράς του οξυγόνου στην καρδιά, και τα υπόλοιπα μέρη του σώματος. Η νικοτίνη και το μονοξειδίο του άνθρακα ευνοούν το σχηματισμό θρόμβων στα αγγεία.
5. Το κάπνισμα προκαλεί την απόφραξη των αρτηριών των κάτω άκρων, που εκδηλώνεται με πόνο στη βάρδια. Αυτή η πάθηση είναι σπάνια στους μη καπνιστές. Η απόφραξη των αρτηριών των κάτω άκρων μπορεί να οδηγήσει σε ακροατηριασμό του μέλους. Αυτό συμβαίνει σπάνια σε όσους σταμάτησαν το κάπνισμα.
6. Παθητικό κάπνισμα προκυμαται όταν μη καπνιστές εισπνέουν τον κάπνο καπνιζόντων. Το παθητικό κάπνισμα είναι επιβλαβές και σ' αυτούς που πάσχουν απο Στεφανιαία νόσο, και η έκθεση σ' αυτό πρέπει να αποφεύγεται.
7. Οι γυναίκες που καπνίζουν και παίρνουν αντυσυλληπτικά απο το στόμα, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου και θρομβοεμβολές, ιδιαίτερα εάν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό καρδιακών παθήσεων, υπέρταση ή σακχα-

ρώδης διαβήτη.

Συνιστάται λοιπόν η αποφυγή λήψης αντισυλληπτικών, γιατί ο κίνδυνος από τα αντισυλληπτικά παραμένει για πολλά χρόνια μετά από τη διακοπή τους, ιδιαίτερα εάν έχουν χρησιμοποιηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα.



Για όλους τους παραπάνω λόγους επιβάλλεται η διακοπή του καπνίσματος σε όσους έχουν Στεφανιαία Ηόσο ή είχαν οξύ καρδιακό επεισόδιο στο παρελθόν, σε όσους έχουν απόφραξη των αρτηριών των κάτω άκρων ή υπέρταση. Ειδικά για όσους είχαν οξύ καρδιακό επεισόδιο στο παρελθόν η συνέχιση του καπνίσματος αυξάνει τον κίνδυνο ενός νέου επεισοδίου που μπορεί να αποβεί μοιραίο.

* **ΥΠΕΡΤΑΣΗ.** Συνιστάται έλεγχος στους υπέρτασιους που

εμφανίζουν τιμές αρτηριακής πίεσης αυξημένες, ιδίως όταν ξεπερνούν τα 15 MM/HG για τη συστολική πίεση και τα 90 MM/HG για τη διαστολική πίεση, με αντιυπερτασικά φάρμακα που ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης Στεφανιαίας Ηόσου.

Ακόμη, ο περιορισμός του αλατιού και η ελάττωση του βάρους, βοηθούν στην πρόληψη της υπέρτασης, πριν αυτή δημιουργήσει ανίατες καταστάσεις.

* ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ : Είναι αναγκαίο γεγονός να γίνεται προληπτικός έλεγχος της υπεργλυκαιμίας στους διαβητικούς ασθενείς γιατί γνωρίζουμε ότι μεγάλα ποσοστά Στεφανιαίας Ηόσου στο σακχαρώδη διαβήτη οφείλονται στη μεγάλη αύξηση των λιπιδίων του αίματος, όπου με την κατάλληλη δίαιτα μπορούν να επανέλθουν στις φυσιολογικές τους τιμές.

* ΑΓΧΟΣ - STRESS : Ένας εξόσου σημαντικός στόχος της πρόληψης εμφράγματος μυοκαρδίου, είναι η καταπολέμηση του άγχους, που καταδυναστεύει στη σύγχρονη κοινωνία μας τους ανθρώπους.

Το άγχος μπορεί να καταπολεμηθεί μόνο με την εξοντωσή του. Μερικοί τρόποι είναι οι εξής :

- Προγραμματισμός ενεργειών απο πριν
- Γυμναστική και άσκηση για δημιουργία σωματικής και ψυχικής ευεξίας
- Αρκετός ύπνος, λιγότερο φαγητό, καθόλου οινοπνευματώδη,
- Χόμπι, παιχνίδια για δραπέτευση απο τα προβλήματα της καθημερινότητας
- Όχι στην ανυπομονησία* λίγα πράγματα είναι αληθινά επείγοντα.

- Όχι στη διατήρηση και καλλιέργεια ενοχλητικών συναισθημάτων
- Υγιείς σεξουαλικές σχέσεις.

* ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ : Ένας εξίσου σημαντικός στόχος πρόληψης εμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου, είναι η σωματική άσκηση που πρέπει να κάνει καθ'έναν από εμάς.

Η γυμναστική αυξάνει τον μεταβολισμό του σώματος κι έτσι ο οργανισμός καταναλώνει περισσότερες θερμίδες.

Κατά την άσκηση και το βάδισμα που θεωρείται ένα είδος καθημερινής άσκησης, παράγονται ουσίες που προστατεύουν τον άνθρωπο από θρομβώσεις των αγγείων και το έμφραγμα μυοκαρδίου. Επίσης γίνεται βελτίωση της στεφανιαίας κυκλοφορίας με ένα είδος φυσικών BU - PASS (παράπλευρη κυκλοφορία).

Είναι γεγονός ότι αντί να περιορίσουμε τις θερμίδες της διατροφής μας ανάλογα με την εργασία που κάνουμε, αντίθετα τρώμε περισσότερο από πριν και πολύ περισσότερο από όσο χρειαζόμαστε ; με αποτέλεσμα να υπάρχει μια ανισομέρεια ανάμεσα στις θερμίδες που ξοδεύουμε, και στις θερμίδες που παίρνουμε με τη διατροφή. Γι'αυτό περισσότερο από κάθε άλλη φορά είναι απαραίτητη η κίνηση και η σωματική δραστηριότητα.

Το γρήγορο περπάτημα, το κολυμπι, το τέννις, το ποδήλατο, το γκόλφ, το τροχάδην, είναι παραδείγματα ασκήσεων που εξασφαλίζουν ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Απαραίτητη είναι η εκγύμναση ατόμων μετά από ένα έμφραγμα γιατί βοηθάει στην πρόληψη επανεμφάνισης κάποιου επεισοδίου. Φυσικά, η άσκηση, ο ρυθμός και η ένταση θα πρέπει να καθοριστούν από το γιατρό, και σε καμιά περίπτωση ο ασθενής δεν θα πρέπει να αρνίσει μόνος του να γυμνάζεται, γιατί μπορεί

να δημιουργήσουν προβλήματα.

Πάντως, η φυσική δραστηριότητα πρέπει να γίνει μέρος του τρόπου της ζωής μας και είναι απαραίτητο κατά τη διάρκεια της ημέρας να εκμεταλλευόμαστε όλες τις ευκαιρίες που μας παρουσιάζονται για άσκηση, με την πεποίθηση ότι βοηθάει στη διατήρηση τόσο της φυσικής όσο και της πνευματικής υγείας μας.

* ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ : Η έρευνα έχει αποδείξει ότι η υγιεινή διατροφή παίζει σπουδαιότατο ρόλο στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου.

Σημαντική διαπίστωση είναι το γεγονός ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει επιφέρει τρομακτικές αλλαγές στον τρόπο διατροφής των ανθρώπων. Τα λαχανικά και τα φρούτα πλούσια πηγή βιταμινών έχουν αντικατασταθεί με ζωϊκή λίπη, κηκορεσμένα λούπη και τρόφιμα σε κονσέρβες όλο συντηρητικά και χημικές ουσίες. Τα τηγανιτά φαγητά λόγω της ευκολίας τους έχουν βάλει στην άκρη τα ψητά και βραστά, γεγονός που παραγερμίζει τον ανθρώπινο οργανισμό με τοξίνες και κηκορεσμένα λίπη τα οποία είναι γνωστό ότι αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα στο Ο.Β.Μ.

Η προληπτική ιατρική πρέπει να ενημερώσει το καταναλωτικό κοινό για τους κίνδυνους που συνεπάγονται μιας τέτοιας διατροφής. Ακόμα η χοληστερίνη δεν πρέπει να υπερβαίνει τα φυσιολογικά όρια, και όταν γίνεται αυτό να αποφεύγονται οι τροφές που περιέχουν υψηλή περιεκτικότητα χοληστερίνης.

Η υγιεινή διατροφή οδηγεί σε περιορισμό της στεφανιαίας νόσου επειδή επηρεάζει ευμενώς τους εξής προδιαθεσικούς παράγοντες.

α) Υπερλιπιδαιμία. Προκαλείται ελάττωση των τιμών της

ολικής χοληστερίνης, της LDL χοληστερίνης των τριγλυκεριδίων και των χυλομικρών του ορού. Εκτός από τις μεταβολές αυτές, με την ολιγοθερμιδική δίαιτα επιτυγχάνεται και αύξηση της προστατευτικής HDL χοληστερίνης.

β) Θρόμβωση. Με την υγιεινή διατροφή σε πολυακόρεστα σε λιπαρά οξέα επιτυγχάνεται η αποφυγή αυξημένου βαθμού συγκόλλησης των αιμοπεταλίων και η θρομβογένεση. Η Εσκιμώοι που τρώνε πολύ ψάρι περιεκτικό σε λίπος από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, εμφανίζουν χαμηλή επίπτωση της Στεφανιαίας Νόσου.

γ) Παχυσαρκία . Η αντιμετώπιση της γίνεται με ολιγοθερμική δίαιτα. Πρόκειται για μια δίαιτα που πρέπει να περιέχει κυρίως αρκετές πρωτεΐνες και βιταμίνες ενώ πρέπει να λιγοστέψουν τα λίπη και οι υδατάνθρακες. Η βασική διατροφή σε ποσότητα πρέπει να αποτελείται από ψάρι, άπαχο κρέας, χορταρικά φρούτα. Καλό είναι να αποφεύγονται τα αλατισμένα φαγητά και γενικά τα κακρυεύματα και οι σάλτσες.

Η ελεγχόμενη συνήθως δίαιτα ρυθμίζει την ποσότητα και τον τύπο του λίπους που τρώει ο άρρωστος.

Συγκεκριμένα, η δίαιτα αυτή ορίζει : α) να τρώμε λιγότερο και β) να προτιμούμε λίπη που να προέρχονται τα περισσότερα από φυτικά έλαια και πολύ λίγα από κρέας και γαλακτερά . Αντίθετα το ψάρι όχι μόνο δεν απαγορεύεται αλλά επιβάλλεται να αποτελεί βάση της διατροφής.

Σκοπός αυτής της δίαιτας είναι να μειωθεί στο αίμα το ποσοστό της χοληστερίνης και των άλλων λιπαρών συστατικών. Όσο πιο λίγη χοληστερίνη υπάρχει στο αίμα, τόσο πιο αργά προχωρεί η αρτηριοσκλήρωση

Κυριότερα χαρακτηριστικά Υγιεινής Διατροφής.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της υγιεινής διατροφής επιβάλλεται η οικογένεια να γνωρίζει με λεπτομέρεια την περιεκτικότητα σε κάθε μια από τις παραπάνω ουσίες και τις θερμίδες που αποδίδει. Ο κρόκος του αυγού περιέχει 250MG χοληστερίνης και θα πρέπει να αποφεύγεται. Επίσης συνιστάται περιορισμός των τροφών που είναι πλούσιες σε ζωικά λίπη και χοληστερίνη, όπως το βούτυρο, το κρέας - ιδιαίτερα το χοιρινό και το αρνί - το παχύ γάλα, σοκολάτα, τυρί, παγωτό, και άλλα γαλακτωκομικά προϊόντα.

Το ψάρι έχει ελάχιστο ποσοστό λίπους και χοληστερίνης και είναι προτιμότερο από το κρέας. Επίσης προτιμότερο από το βοδινό ή άλλο κόκκινο κρέας είναι το κοτόπουλο χωρίς δέρμα, επειδή έχει σημαντικό μικρότερο ποσό λίπους και χοληστερίνης. Τα εντόσθια, συκώτι, μυαλό, νεφρά, και άλλα πρέπει να αποφεύγονται.

Οι αμυλούχες τροφές, τα λαχανικά και τα φρούτα είναι σημαντική πηγή προέλευσης των υδατανθράκων. Επιπλέον τα λαχανικά και τα φρούτα περιέχουν πεκτινή 1^ο/ο και όταν τρώγονται σε ικανοποιητική ποσότητα υπολογίζεται ότι προκαλούν ελάτωση της χοληστερίνης του πλάσματος κατά 5^ο/ο. Επίσης οι πατάτες, τα χόρτα, και άλλα λαχανικά, καθώς και τα φρούτα, περιέχουν κάλιο που είναι οφέλημα σε ασθενείς, οι οποίοι επί την επίδραση πχ. διουρητικών, έχουν προδιάθεση για έκτοπες αρρυθμίες. Η ζάχαρη δεν πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ καθώς επίσης και το αλάτι, το οποίο πρέπει να περιέχεται σε μικρές ποσότητες, κάτω από 1600 MEG νατρίου την ημέρα, ενώ αντίθετως να λαμβάνεται περισσότερο κάλιο, 120 - 150 MEG την ημέρα.

Ο υγιεινός τρόπος διατροφής λοιπόν σε συνδιασμό με συχνή σωματική άσκηση βοηθά στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας που αποτελεί άλλον ένα παράγοντα προς αποφυγή.

Πιστεύω σαν αυριανή Μοσηλεύτρια ότι με όλα τα παραπάνω αναφέρω τους στόχους της πρόληψης στον αγώνα κατά της θνητότητας από Στεφανιαία Νόσο, που τα τελευταία χρόνια - σύμφωνα με σχετικές έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς - θερώνει κυριολεκτικά την χώρα μας και τον κόσμο όλο γενικότερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΑΝΩ Σ' ΑΥΤΑ

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 και αποσκοπούν στη,

- * Μείωση των πιθανοτήτων αναπτύξεως καρδιακού ΣΟΗΚΚ
- * Ανακούφιση του από τον πόνο
- * Μείωση της αγωνίας
- * Μείωση των δραστηριοτήτων (ανάπαυση)
- * Μείωση της δύσπνοιας
- * Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών
- * Πλήρη αποκατάσταση του αρρώστου
- * Αναχαίτηση εξελίξεως αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων.

Στη 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 να συνδεθεί με τα μηχανήματα καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς και των ζωτικών σημείων (MONITOR), καθώς και συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω των MONITOR για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών, ειδικά έκτακτων κοιλιακών συστολών που προηγουμένως κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή.

* ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑΠΤΥΞΩΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ SHOCK
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

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

Αυτή επιτυγχάνεται με τις εξής νοσηλευτικές ενέργειες:

- * Συχνή λήψη της αρτηριακής πιέσεως του αίματος, διότι απότομη πτώση αυτής, καθώς η μείωση του ποσού των ούρων σε επίπεδα κάτω των 25ML και το κρύο και υγρό δέρμα που πιθανόν να συνοδεύεται και με περιφερική κυάνωση, είναι σημεία εμφάνισης SHOCK και αιτιολογούνται από την αγγειοσυσπασση την οποία προκαλεί η μείωση του κατά λεπτού δίκου του αίματος. Την εκδήλωση των πιο πάνω συμπτωμάτων ακολουθεί η ανησυχία και η απάθεια, αποτέλεσμα της υποξίας των ιστών.
- * Συχνή μέτρηση της συχνότητας του κορυφαίου και του κερκιδικού σφυγμού.
- * Σημείωση του μεγέθους του μηριαίου σφυγμού
- * Εκτίμηση της συχνότητας και του βάθους των αναπνοών. Οι συχνές κι επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δείχνουν σημάδια SHOCK ή πνευμονική εμβολή
- * Εκτίμηση της θερμοκρασίας και του χρώματος του δέρματος.
- * Ακρόαση της καρδιάς για καλπασμό, ήχο τριβής, και φυσημάτα.
- * Εκτίμηση των φλεβών του τραχήλιου
- * Εκτίμηση για μεταβολές στη διανοητική κατάσταση του αρρώστου.

* Μέτρηση του ποσού των ούρων (SOML/H). Τοποθετούμε στον άρρωστο μόνιμο καθετήρα και το ποσό των αποβαλλομένων ούρων μετριέται κάθε 30' ή 60' της ώρας, για την ακριβή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας. Ο όγκος των ούρων δείχνει τη λειτουργία των νεφρών - σε σχέση με το ισοζύγιο των υγρών - και αποτελεί ένδειξη ή όχι καρδιακής ανεπάρκειας.

* **ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΟΝΟ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ :**

Ο άρρωστος είναι φυσικό να πονάει και μάλιστα έντονα νιώθει δηλ. εκείνο τον συσπικτηκό - συμπιεστικό προκάρδιο άλγος που συνοδεύει τον κάθε εμφραγματία, και ο οποίος είναι χαρακτηριστικός και πολύ πιο έντονος από τον πόνο της στηθάγχης. Σκοπός μας είναι να ανακουφίσουμε τον άρρωστο από τον πόνο δίνοντας MORFINE 1.M (10 - 15 MG) ή άλλας παυσίπονα αν ο πόνος είναι ελαφρότερος (κατόπιν εντολής κτρύ). Πριν και μετά τη χορήγηση της μορφίνης επιβάλλεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού καθώς το βάθος και τη συχνότητα των αναπνοών, διότι τα ναρκωτικά έχουν την ιδιότητα να κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και δημιουργία SHOCK και αρρυθμιών.

Αν ο πόνος - και μετά τη χορήγηση της μορφίνης συνεχίζεται ο άρρωστος παρουσιάζει ανησυχία και άλγος και τότε δημιουργούνται συνυπάρξεις υποξαιμίας που αντιμετωπίζεται με χορήγηση οξυγόνου.

* **ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ**

Ο άρρωστος είναι δυνατό να παρουσιάζει δύσπνοια εξαι-

τίας της στέρσης οξυγόνου απο το μυοκάρδιο. Σκοπός μας είναι σ'αυτήν την περίπτωση να χορηγήσουμε οξυγόνο με τέντα ή ρινοφαρυγγιτικό καθετήρα γιατί μειώνει την αναπνευστική προσπάθεια και τον καρδιακό παλμό, καθώς επίσης μπορεί να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης των αρρυθμιών, γιατί κάνει το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο με μείωση της υποξίας του. Για το λόγο αυτό, μειώνει τον πόνο και ανακουφίζει αρκετά τον εμπραγματία.

* Κατά την χορήγηση οξυγόνου παρακολουθείται ο ασθενής όπως επίσης παρακολουθείται και το χρώμα του δέρματός του, για αποφυγή κυάνωσης αυτού.

* Επιβάλλεται ακόμη συχνή μέτρηση της συχνότητας του κορυφαίου και του κερκιδικού συγμού.

* ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΓΩΝΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ο εμπραγματίας κατά την εισαγωγή του στη Στεφανιαία μονάδα αισθάνεται αγωνία και κατάθλιψη, ιδίως τις πρώτες ημέρες. Το περιβάλλον της μονάδας το οποίο απομακρύνει τον ασθενή απο τους οικείους τους, καθώς η κινητοποίησή του από όλα τα μηχανήματα (MONITOR) με τα οποία είναι συνδεδεμένα, του δημιουργούν ένα αίσθημα φόβου και αγωνίας για το περιβάλλον, για την υγεία του, για τους συγγενείς του κλπ. Σκοπός μας είναι να μειώσουμε την αγωνία του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στην Στεφανιαία Μονάδα, και αυτό επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

- Συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της Μονάδας και τι προβλέπεται για τις επόμενες μέρες. Έτσι μειώνεται

η αγωνία και ο άρρωστος βοηθείται να κινητοποιήσει τις δικές του πηγές για διαπραγμάτευση με την όλη κατάσταση.

- Λογική ενθάρρυνση του αρρώστου για εγκαθίδρυση θετικής θέσης απέναντι στην αρρώστια του. Επιβεβαίωση ότι η ζωή του μπορεί να είναι σχετικά κανονική μετά την ανάρρωσή του.

* ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ :

ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΣΗ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Κύριο μέλημά μας σ' έναν εμφραγματία είναι να αποσύγουμε όσο το δυνατόν περισσότερο οποιαδήποτε κίνηση του εμφραγματία μειώνοντας έτσι τη λειτουργία του καρδιακού έργου.

- Πρώτα απ'όλα ο αρρωστος πρέπει να είναι τοποθετημένος σε ύπτια θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Σκοπός μας είναι να αποφεύγεται κάθε περιττή μετακίνηση ή κόπος για τη μείωση των αναγκών της περιφερικής αιματώσεως, καθώς και για τη μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο.

- Συνιστάται χρήση αντιεμβολικών καλτσών. Μειώνουν το έργο της φλεβικής οδού στα πόδια κι έτσι μειώνουν τη ροή του φλεβικού αίματος και το εμποδίζουν να λιμνάσει σ'αυτά

- Εναρξη παθητικών ασκήσεων. Σκοπός μας είναι η αποφυγή θρομβώσεων

- Παρακολούθηση του σφυγμού και της απόκρισης του αρρώστου πριν και μετά την άσκηση.

- Βαθμιαία αύξηση της φυσικής δραστηριότητας του εμφρα-

γματρία, για να φτάσει στο επίπεδο δραστηριότητας για αυτοφροντίδα, όταν επιστρέφει στο σπίτι.

ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Όπως μέχρι τώρα έχει αναφερθεί, μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση αρρώστων με έμφραγμα μυοκαρδίου, έχει η ανάπαυση - φυσική και συναισθηματική, επειδή βοηθά στη μείωση του μυοκαρδιακού έργου - που πρέπει να είναι όσο γίνεται τέλεια και να συνεχίζεται μέχρις ότου να σταθεροποιηθεί η κυκλοφορία του αίματος και επουλωθεί η περιοχή του εμφράγματος. Η περίοδος αυτή δεν είναι μικρότερη από 3 - 6 εβδομάδες

- Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που φροντίζει - όσο βέβαια μπορεί περισσότερο - για την ηρεμία και ανάπαυση του ασθενούς απαγορεύοντας τις επισκεψεις.

Φροντίζει να τον επισκεύπτονται μόνο στενοί συγγενείς και αγαπητά πρόσωπα που δεν τον διαγείρουν και ενημερώνονται να μένουν για λίγα λεπτά - ένας επισκέπτης κάθε φορά - και να μη δημιουργούν συζητήσεις που τυχόν τον διαγείρουν ή τον κουράζουν.

- Η νοσηλεύτρια καλείται να οργανώσει τη νοσηλευτική φροντίδα της με τέτοιο τρόπο που να διαταράσσεται λίγο η ψυχία του αρρώστου.

- Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο ασθενής ότι η φυσική και η ψυχική κόπωση δεν είναι οι μόνες που αυξάνουν το έργο της καρδιάς.

- Καλείται η νοσηλεύτρια να ενημερώσει τον ασθενή ότι η παχυσαρκία είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που επιβαρύνει τη λειτουργία της καρδιάς, και η οποία πρέπει να περιορισθεί συστηματικά. Τονίζει ακόμη ότι η μεγάλη αρτη-

ριακή πίεση καθώς και η αναιμία, αυξάνουν το έργο της καρδιάς.

Το πρόγραμμα αναπαύσεως και σταδιακής επιστροφής του αρρώστου στις φυσιολογικές δραστηριότητες πρέπει να προσαρμόζεται στη σοβαρότητα της κατάστασεως και τις ανάγκες κάθε ατόμου.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ των ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Η πρόγνωση της εξελίξεως του αρρώστου επηρεάζεται από τις ανεπιθύμητες επιπλοκές που μπορεί να συμβούν τις πρώτες δύο εβδομάδες, όπως αρρυθμίες καρδιογενές SHOCK, ρήξη μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, κοιλιακή μαρμαρυγή κλπ.

Σκοπός μας είναι η λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών:

- * **ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ** : Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται σε περίπτωση μεγάλης σε έκταση καταστροφής του μυοκαρδίου, οπότε η εκκένωση των κοιλιών γίνεται περιορισμένη.
- Η Νοσηλεύτρια η τής πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας δηλ. ταχυκαρδία, δύσπνοια, ορθόπνοια κλπ.
- Φροντίζει για τη διατήρηση φυσιολογικών των τιμών της αστεριακής πίεσης
- Φροντίζει για έλεγχο των υγρών του ασθενούς, καθώς και έλεγχο των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Γίνεται συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και κυρίως των

αναπνοών, γιατί συχνές κι επιπόλαιες αναπνοές, μπορεί να δείχνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, ή πνευμονική εμβολή.

- Ξιτίμηση για ταχυκαρδία και καλπαστικό ρυθμό, οίδημα, ηπατομεγαλία.

- Παρακολούθηση του ασθενούς για ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος: μεγάλου βαθμού δύσπνοια, αφρώδη και αιμόθυρα πτύελα, ταχυκαρδία, διάταση των φλεβών του τραχήλου και διάχυτοι ρύγχαι.

2. **ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ SHOCK** : Το καρδιογενές SHOCK είναι το τελικό στάδιο της αριστερής κοιλιακής δυσλειτουργίας.

Συμβαίνει όταν η αριστερή κοιλία παθαίνει εκτεταμένη βλάβη εξαιτίας οξείας εμφράγματος του μυοκαρδίου. Ο καρδιακός μυς χάνει την συσταλτική του δύναμη και ο κατά λεπτόν όγκος αίματος μειώνεται σε μεγάλο βαθμό, με αποτέλεσμα τη μείωση της αιματικής άρδευσης των ζωτικών οργάνων (εγκέφαλος, καρδιά, νεφροί) των οποίων τα κύτταρα εκφυλίζονται και πεθαίνουν. Ο βαθμός της προωθητικής δυσλειτουργίας της καρδιάς είναι ανάλογος με την έκταση της βλάβης του καρδιακού μυός.

Τα προβλήματα του αρρώστου είναι:

1. Υποξαιμία και μεγάλου βαθμού υποξία των ιστών
2. Κίνδυνος καταστροφής ζωτικών οργάνων (εγκεφάλου)
3. Κίνδυνος μετάπτωσης σε μη ανατέξιμη φάση αν δεν γίνει η σωστή έγκαιρη αντιμετώπιση

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΡΓΕΙΕΣ

- Αν η κεντρική φλεβική πίεση και η πνευμονική τριχοειδική σφηνική πίεση είναι χαμηλές, χορήγηση υγρών: 100 - 200 ML του 5^ο/ο D/W σε περίοδο δέκα λεπτών. Μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης ή της σφηνικής πίεσης πριν, αμέσως μετά, και 10 λεπτά αμέσως πριν την έγχυση και προσεκτική ακρόαση των πνευμόνων.
- Αν η αρτηριακή πίεση δεν αποκριθεί στην αύξηση του όγκου του αίματος, επιδιώκεται η χρησιμοποίηση άλλων μέσων. Αν αποδιώκεται επιπλέον η αγγειοσύσπαση, χορηγούνται αγγειοσυσπαστικά για διατήρηση της ΑΠ στα 90-100 MM/HG ή σε επίπεδο που διατηρεί τη διούρηση.
- Όταν επιδιώκεται αγγειοσύσπαση και αγγειοδιαστολή, γίνεται δακτυλιδισμός που είναι χρήσιμος σε καρδιογενές SHOCK όταν η ΚΦΠ ή ΣΠ είναι φηλές : DIGOXIN 0,5 - 1 MG είναι η σωστή δόση για αρρώστους που δεν κάνουν θεραπεία με δακτυλίτιδα.
- Χορήγηση διτανθρακών νατρίου για διόρθωση της μεταβολικής (γαλακτικής) οξέωσης
- Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα και μέτρηση ούρων κάθε 1/2 - 1 H
- Μέτρηση άμεσης κεντρικής αρτηριακής πίεσης
- Συχνός προσδιορισμός των αερίων του αρτηριακού αίματος
- Διατήρηση του αρρώστου ζεστού σε οριζοντιωμένη θέση

3. ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ : Καρδιακή ανεπάρκεια είναι η αδυναμία της καρδιάς να αντιμετωπίσει το λειτουργικό φόρτο

κυκλοφορίας - δηλ. να αδειάσει κανονικά το περιεχόμενό της, για να αιματώσει ικανοποιητικά τους ιστούς του σώματος για τις ανάγκες τους σε οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά - παρά το ότι αρκετή ποσότητα αίματος επιστρέφει σ' αυτήν με τις φλέβες.

Στο κλινικό σύνδρομο της καρδιακής ανεπάρκειας έχουμε διάταση των κοιλιών, υπερτροφία του μυοκαρδίου κλπ.

Τα αίτια που προκαλούν καρδιακή ανεπάρκεια διαιρούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

* Πρωτογενή : Βλάβη της ίδιας της μυοκαρδιακής ίνας, όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια, μυοκαρδίτιδα, μυοκαρδιοπάθειες.

* Δευτερογενή : Βλάβη της μυοκαρδιακής ίνας εξαιτίας αυξημένου έργου δηλ.:

1. Υπερβολική αύξηση των αντιστάσεων (αρτηριακή υπέρταση, στένωση αορτής κ.α)
2. Υπερβολική αύξηση του όγκου του αίματος που κυκλοφορεί (ανεπάρκεια αορτής, ανεπάρκεια μητροειδούς κ.α)

* Διαταραχές ρυθμού

1. Παροξυντική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
2. Ήτερυγισμός κόλπων
3. Παρμαρυγή κοιλιών
4. Κοιλιακή ταχυκαρδία

Τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας οφείλονται στη μείωση της καρδιακής παροχής. Αν αφορά την αριστερή καρδιά, έχουμε δύσπνοια απο κούραση, νυχτερινή παροξυντική δύσπνοια, οξύ πνευμονικό οίδημα και απο τη μείωση του όγκου παλμού, με συνέπεια την κακή αιμάτωση των ζωτικών οργάνων και την εμφάνιση εκδηλώσεων απο τους νεφρούς. (μείωση του ποσού

των ούρων, κατακράτηση νερού και νατρίου, λευκοκοματουρία, αύξηση της ουρίας του αίματος) από τον εγκέφαλο και τους άλλους ιστούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Βασικοί σκοποί που επιδιώκονται κατά τη φροντίδα (ιατρική - νοσηλευτική) του αρρώστου που πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια, είναι:

1. Μείωση του φόρτου κυκλοφορίας του αίματος
2. Ενίσχυση της κοιλιακής συστολής
3. Αντιμετώπιση ή πρόληψη επιπλοκών και
4. Περιορισμός μεγάλης συσσωρεύσεως υγρών του σώματος

Οι παραπάνω σκοποί επιτυγχάνονται με τη λήψη των μέτρων που ακολουθούν:

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

Για να εξασφαλίσουμε ικανοποιητική ανάπαυση τοποθετούμε τον άρρωστο σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Η ημικαθιστική θέση θεωρείται αναπαυτική. Στη θέση αυτή, η επιστροφή φλεβικού αίματος στην καρδιά και τους πνεύμονες μειώνεται, η πνευμονική συμφόρηση ανακουφίζεται και μειώνεται η πίεση που ασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα. Αποφεύγεται η τοποθέτηση μαξιλαριού κάτω από τα γόνατα επειδή προκαλεί φλεβική στάση και περιορίζει την άσκηση των ποδιών. Τα χέρια ανασηκώνονται και υποστηρίζονται με μαξιλάρια.

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

Η νοσηλευτρια - τής πρέπει να θυμάται ότι η παράταση της ακινησίας, όταν συνοδεύεται και από οίδημα ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων. Την κατάκλιση προλαβαίνουμε με εντριβές στα σημεία που πιέζονται και τοποθέτηση του ασθενούς σε στρώμα με "εναλλασσόμενη" πίεση αέρα.

Τέλος, η ηρεμία, βασικός παράγοντας για την ανάπαυση του αρρώστου, πρέπει να επιδιώκεται με αποφυγή ερεθισμάτων, που θα διαγείρουν, ταραξούν, και εκνευρίσουν τον άρρωστο και με τη χορήγηση - σε συνεργασία με τον ιατρό - ηρεμηστικών φαρμάκων.

* **Φάρμακα :** Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει χορήγηση δακτυλιτιδίας, που ενισχύει τη συστολή της καρδιάς και προκαλεί βραδυκαρδία. Η δόση καθορίζεται από τον ιατρό. Όταν ο άρρωστος παίρνει δακτυλιτιδα, παρακολουθείται για συμπτώματα συγκεντρώσεως του φαρμάκου στον οργανισμό, δηλ. ναυτία, εμμέτους, βραδυσφυγμία, αρρυθμία. Η παρουσία των συμπτωμάτων αυτών γνωστοποιείται αμέσως στον ιατρό, που συνήθως διακόπτει τη δακτυλιτιδα. Μετράμε τους σφυγμούς προτού δώσουμε οποιαδήποτε φάρμακο.

Με τη χορήγηση διουρητικών φαρμάκων, δίνουμε στον άρρωστο κάλιο, γιατί αποβάλλεται με τα ούρα, και η μείωση

του καλλίου στο αίμα φέρει δυσμενείς επιδράσεις στη λειτουργία του μυοκαρδίου. Το είδος και η δόση καθορίζεται από το γιατρό.

* **Δίαιτα :** Τα χαρακτηριστικά της διαίτας του αρρώστου με καρδιακή ανεπάρκεια είναι :

1. Μικρά και συχνά γεύματα
2. Περιορισμός των θερμίδων
3. Περιορισμός σε λίπος
4. Αποφυγή τροφών που σχηματίζουν αέρια
5. Αποφυγή δύσπεπτων τροφών
6. Περιορισμός των υγρών

Ο ασθενής βοηθείται να καταλάβει πως τα παραπάνω επηρεάζουν την κατάσταση του.

* **Διούρηση :** Αν το οίδημα δεν περιορισθεί, με τον περιορισμό του νατρίου και τη χορήγηση δακτυλίτιδας, συνιστούμε χορήγηση διουρητικών φαρμάκων. Για να εκτιμηθεί η ευνοϊκή επίδραση των διουρητικών, επιβάλλεται :

1. Η μέτρηση και καταγραφή του βάρους του αρρώστου κάθε μέρα, την ίδια ώρα.
2. Η ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
3. Η μέτρηση των ηλεκτρολυτών του αίματος.

Η δυσμενής επίδραση της μεγάλης διουρήσεως είναι η απώλεια του καλλίου, που οδηγεί στην υποκαλιαιμία. Στην υποκαλιαιμία εξασθενεί η συσταλτικότητα του μυ της καρδιάς. Για να αποσύγουμε τους κινδύνους της υποκαλιαιμίας, χορηγούμε

ταυτόχρονα με τα διουρητικά και αλάτι καλίου.

Μειώνεται η ποσότητα των υγρών που παίρνει ο άρρωστος, επειδή μεγάλη ποσότητα υγρών κατακρατείται από τους ιστούς. Ρυθμίζονται τα υγρά που παίρνει ο ασθενής. Η καταγραφή του ισοζυγίου υγρών καθώς και του βάρους του σώματος, είναι ένας άριστος τρόπος να εκτιμήσουμε αν κατακρατούνται υγρά από τον οργανισμό και να αξιολογήσουμε τη λειτουργία της καρδιάς και των νεφρών.

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

* Κένωση εντερικού σωλήνα : Το έντερο πρέπει να κενώνεται κανονικά για τους εξής λόγους :

1. Η παρουσία των κοπράνων στις εντερικές έλικες αυξάνει το περιεχόμενο της κοιλίας.
2. Η αποβολή συγκεντρωμένων κοπράνων από το έντερο χρειάζεται σημαντική μυική δύναμη, που είναι επικίνδυνη για τον άρρωστο.

4. **ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ** : Μεγάλο ποσοστό αρρώστων παρουσιάζει σε κάποιο βαθμό διαταραχή του ρυθμού του σφυγμού στο δεύ έμφοραγμα του μυοκαρδίου, που συμβαίνει συχνά τις πρώτες ημέρες και είναι αποτέλεσμα της ηλεκτρικής αστάθειας που παρατηρείται λόγω περιορισμένη οξυγονώσεως του μυοκαρδίου. Για να διαπιστωθεί αρρυθμία απαιτείται :

- Λήψη των σφυγμών του ασθενούς από τη Νοσηλεύτρια - τή σε συχνά διαστήματα και διάστημα χρόνου ενός λεπτού.

- Να σημειώνεται ο σφυγμός του ασθενούς στο διάγραμμα και να αναφέρεται κάθε μεταβολή στο χαρακτήρα του σφυγμού. Οι πρώτες αλλαγές του ρυθμού, αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να καταλήξουν σε βαριάς μορφής αρρυθμία.
- Συνεχής λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος από τη Νοσηλεύτρια, για να έχουμε ακριβή αξιολόγηση της αρρυθμίας του ασθενούς.
- Συνιστάται φαρμακευτική αντιμετώπιση των αρρυθμιών.
- Εκτίμηση, πρόληψη και θεραπεία των καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν μια αρρυθμία: Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή κλπ.
- Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου για κοιλιακή μαρμαρυγή, ταχυκαρδία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό, και ασυστολία.

5. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ : Είναι θανατηφόρα επιπλοκή και εμφανίζεται τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Εμφανίζεται σε αρρώστους με σοβαρή υπέρταση. Ο κίνδυνος της επιπλοκής αυτής γίνεται μεγαλύτερος όταν συνυπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τη συστολική αρτηριακή πίεση, έντονος βήχας, έντονη προσπάθεια για κένωση του εντέρου, κλπ.

- Η νοσηλεύτρια - τής πρέπει να βοηθεί τον άρρωστο για την κένωση του εντερικού σωλήνα χωρίς κόπο, με χορήγηση υπακτικών φαρμάκων. Γνωρίζουμε ότι η διαδικασία της πέψης αυξάνει το έργο της καρδιάς και αυτό έχει επίπτωση στον εμφραγματία.
- Πρέπει να προσέχουμε στο να μην κρυολογήσει ο ασθενής και αν εμφανισθεί βήχας, προσπαθούμε να δίνουμε στον ασθενή

αντιβηχικά φάρμακα κατόπιν εντολής ιατρού.

* **ΕΜΒΟΛΗ ΑΠΟ ΘΡΟΜΒΟ** : Θρόμβος αίματος μπορεί να σχηματισθεί στο εσωτερικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας που είναι δυνατόν να μετακινήθει και να κατευθυνθεί στη μεγάλη κυκλοφορία. Κοινή πηγή εμφόλων στο άρρωστο είναι οι αλέβες των ποδιών. Η ακινησία και η μείωση της καρδιακής παροχής επιβραδύνουν τη ροή του αίματος στα φλεβικά αγγεία των ποδιών και βοηθούν στον σχηματισμό των θρόμβων.

- Η Νοσηλεύτρια - τής, φροντίζει να εκπαιδέψει τον άρρωστο για συστηματικές ασκήσεις που πρέπει να κάνει σε συχνά χρονικά διαστήματα.

Η πρόληψη των επιπλοκών ενισχύεται με τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. Η Νοσηλεύτρια - τής, κατά τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων πρέπει να γνωρίζει ο,τι απαραίτητα είναι :

- Συχνός έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος και ο βαθμός της θα ρυθμίζει τη δόση του αντιπηκτικού φαρμάκου και

- Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία (αιματουρία, ρινορραγία, εκχυμώσεις κλπ.).

- Διδασκαλία στον ασθενή για το τι πρέπει να προσέχει μετά την έξοδό του απο το Νοσοκομείο - αν αυτός βέβαια συνεχίσει να παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα.

* **ΑΝΑΧΑΙΤΗΣΗ ΒΕΒΛΙΣΕΩΣ ΑΘΕΡΟΣΚΛΗΡΩΤΙΚΩΝ ΑΛΛΟΙΩΣΕΩΝ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Βασίον το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι αποτέλεσμα απόσπασξης των στεφανιαίων αγγείων

και εφόσον βασική αιτία σ' αυτό είναι οι αθηροσκληρωτικές αλλοιώσεις, επιβάλλεται να αναχαιτίσουμε την εξέλιξη αυτών των αλλοιώσεων.

Παράγοντες που συμβάλουν αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων, εκτός από την κληρονομική προδιάθεση, είναι ο μη ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη, τα λίπη σε τροφή. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν αρκετά να ελεγχθούν.

- Η Νοσηλεύτρια - τής πρέπει 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, όσο και της αυξημένης αρτηριακής πίεσεων όταν υπάρχουν.

* ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΕΝΕΡΓΕΙΕΣ : Η σωστή βοήθεια του αρρώστου για αποκατάσταση και πρόληψη εμφάνισης νέου επεισοδίου επιτυγχάνεται με την επαναφορά του αρρώστου στο φυσιολογικό επίπεδο των δραστηριοτήτων, την επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης για την αναγνώριση των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων. Για το σκοπό αυτό 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 έως 8 εβδομάδες.

- Βασικό καθήκον της Νοσηλεύτριας - τής, είναι να προλάβει τις αναπηρίες που προκαλεί η αρρώστια και να βοηθήσει

τον άρρωστο να καταλάβει απο την πρώτη ώρα της νόσου, ότι ο περιορισμός των δραστηριοτήτων του είναι παροδικό μέτρο και ότι καθώς θα βελτιώνεται η κατάσταση, ταυτόχρονα θα ξαναποκτήσει δραστηριότητες.

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

1. Καθημερινή βόδηση, με προοδευτική αύξηση της αποστάσεως και του χρόνου
2. Αναπαυση πριν και μετά το έμφοσγμτην άσκηση
3. Αποφυγή κάθε ενέργειας που αυξάνει την ένταση στους μύς.
4. Αποφυγή βιαστικής εργασίας ή απασχολήσεως
5. Διακοπή της δραστηριότητας αμέσως μόλις αισθανθεί κόπωση.

- Η Νοσηλεύτρια η τής ενημερώνει τον άρρωστο του διαιτολογίου του, κατά την έξοδό του απο το νοσοκομείο.

- Καλείται να βοηθήσει τον άρρώστο της να αισθάνεται ασφάλεια για τον εαυτό του και να υιοθετήσει μια νέα πια φιλοσοφία στη ζωή.

- Απόμα χρέος της είναι να ενημερώσει τον άρρωστο ότι πρέπει να ειδοποιεί το γιατρό μόλις διαπιστώσει τα εξής συμπτώματα :

1. Αίσθημα πόνου ή πιέσεως στο θώρακα που δεν υποχωρεί μετά τη λήψη νιτρογλυκερίνης
2. Κόπωση
3. Επιπόλαια αναπνοή
4. Οίδημα στα πόδια
5. Αιποθυμία
6. Αλλόλωση της συχνότητας του σφυγμού.

ΜΕΘΟΔΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΤΟΥ
ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΒΕΒΤΑΣΕΩΝ

Η λήψη του ιστορικού, η φυσική εξέταση, η ακτινογραφία θώρακα, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, ο καθετηριασμός καρδιάς κ.α αποτελούν μεθόδους έρευνας για την αξιολόγηση της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος.

1. Ιστορικό Υγείας

α. Ηλικία

β. Φύλο (απο την ηλικία των 50 χρόνων οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες).

γ. Επάγγελμα (όσοι εργάζονται σε περιβάλλον με πολύ STRESS είναι πιο επιρρεπείς από άλλους).

δ. Υποκειμενικά συμπτώματα όπως τα περιγράφει ο άρρωστος.

ε. Μέτρα που τυχόν πάρθηκαν όσου να έρθει στο νοσοκομείο.

στ. Περιγραφές του επεισοδίου απο μέλη της οικογένειας ή άλλους παράγοντες-(παρόντες)

ζ. Φάρμακα που τυχόν παίρνει

η. Προηγούμενα εμφράγματα ή στηθάγχη (απο ιατρικά δελτία).

2. Φυσική εκτίμηση Ασθενούς με Εμφράγμα Μυοκαρδίου

Η φυσική εξέταση μπορεί να δέξει:

α. Σημεία υπερδραστηριότητας των συμπαθητικών νεύρων που περιλαμβάνουν : ταχυκαρδία, εφίδρωση και υπέρταση.

β. Εναλλακτικά μπορεί να επικρατούν σημεία πνευμονογαστρι-

κής υπερδραστηριότητας: βραδυκαρδία και υπόταση.

γ. Πολλοί άρρωστοι μπορεί να δείχνουν εκπληκτικά φυσιολογικοί.

δ. Υπόταση με ταχυκαρδία και κυάνωση, που είναι σημεία αξιολοσημελώσης μελώσης του κατα λεπτού όγκου αίματος και SHOCK.

ε. Υγρούς και πνευμονικούς ρόγγους που είναι ενδεικτικά οξείας αριστερής κοιλιακής ανεπάρκειας.

στ. Φυσημάτα που έχουν σχέση με ανεπάρκεια της μητροειδούς.

ζ. Καρδιακοί ήχοι μειωμένοι σε ένταση, ιδιαίτερα στα πρόσθια εμφράγματα.

η. Χαμηλό πυρετό

3. Διαγνωστικές Εξετάσεις.

α. Αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων

β. Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων

γ. Στο περιφερικό αίμα αύξηση : 1) ενζύμων που περιορίζονται μέσα στο μυοκαρδιακό κύτταρο : SGOT, LDH, CPK, και 2) ισοενζύμων LDH, CPK - MB.

Τόσο η χοληστερίνη όσο και τα τριγλυκερίδια είναι λιπίδια. Επειδή η υπερλιπιδαιμία συμβάλλει στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, η παρουσία αυξημένων τιμών χοληστερίνης και τριγλυκερίδων έχει ιδιαίτερη σημασία για τον άρρωστο που πάσχει απο νόσο των στεφανιαίων αγγείων.

Για τη λήψη των δειγμάτων του αίματος ο άρρωστος μένει νηστικός 15 περίπου ώρες πριν απο τη λήψη του, για δύο 24ωρα δεν κάνει χρήση οινοπνευματοδών ποτών και φαρμάκων που επηρεάζουν τα λιπίδια, καθώς ακόμη δεν πρέπει να βρίσκεται υπο την επίρρεια STRESS.

δ. Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος.

Απο το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται η φυσιολογική παραγωγή των διεγέρσεων, η παρουσία μερικού ή ολικού αποκλεισμού, η εμφάνιση έκτακτων συστολών καθώς και η προέλευσή τους οι διαταραχές της αιματώσεως του μυοκαρδίου, η παρουσία εμφράγματος κλπ.

Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στην εξωτερική επιφάνεια του δέρματος του καρπού, της κνήμης και του θώρακα σε αριθμό συνδιασμών. Πριν απο την επαφή του ηλεκτροδίου αλείφεται το δέρμα με νερό ή άλλη ουσία για καλύτερη επαφή του δέρματος με το ηλεκτρόδιο. Στον άρρωστο δεν γίνεται καμιά προετοιμασία για την εξέταση, απλώς ενημερώνεται για τη διαδικασία της, κάτι που θα μειώσει πολύ τα τυχόν συναισθήματα φόβο και ανησυχίας.

Για την εξέταση ελευθερώνεται ο θώρακας απο τα λευχήματα και τοποθετείται ο άρρωστος σε υπίτια θέση.

Η λήψη του ηλεκτροκαρδιογραφήματος γίνεται απο το γιατρό, τη Νοσηλεύτρια - τή, στο κρεβάτι του αρρώστου.

Ο ρόλος επομένως της Νοσηλεύτριας - τής κατά τη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος, είναι οι εξής:

1. Ενημερώνει τον άρρωστο σχετικά με την εξέταση.
2. Απομακρύνει τους επισκέπτες
3. Μένει κοντά στον άρρωστο όταν το Η.Κ.Γ το παίρνει ο γιατρός, εφόσον η κατάσταση του αρρώστου είναι σοβαρή.
4. Κατά τη λήψη Η.Κ.Γ ματος απαγορεύεται να ακουμπά στο κρεβάτι του αρρώστου.

Ενημερώνεται ο άρρωστος για τα αποτελέσματα της εξέτασεως. Αυτό θα βοηθήσει στην προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

ε. Αντινολογική εξέταση της καρδιάς.

Η οπισθοπρόσθια, η πλάγια, η δεξιά πρόσθια λοξή θέση, η αριστερή πρόσθια λοξή θέση κατά την ακτινολογική εξέταση της καρδιάς, δίνει πληροφορίες για το μέγεθος της καρδιάς, τα πνευμονικά αγγεία, τα περιαγγειακά στοιχεία των πνευμόνων, τα μεγάλα αγγεία, τις καρδιακές κοιλότητες και τις ενδο - και εξωκαρδιακές αποτιτανώσεις.

Η ακτινοσκόπηση της καρδιάς είναι αναγκαία μόνο για τον έλεγχο των κινήσεών της.

Η Νοσηλεύτρια - τής ενημερώνει τον άρρωστο για την εξέταση, το χρόνο εκτελέσεώς της και τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας αυτού με το γιατρό και τον χειριστή των μηχανημάτων.

στ. Στεφανιαία αρτηριογραφία.

Είναι η ακτινολογική μελέτη των στεφανιαίων αγγείων. Με ακτινοσκοπικό έλεγχο προωθείται καθετήρας μέσα σε κάθε μια από τις στεφανιαίες αρτηρίες. Η πρόσβαση γίνεται από την αρχή της κορτής. ακολουθεί έγχυση της σκιερής ουσίας και λαμβάνεται γρήγορα μια σειρά ακτινογραφιών. Χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των αρρώστων με άτυπη θωρακαλγία και αρρώστων με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο στους οποίους μελετάτε η χειρουργική αντιμετώπιση.

ζ. Καθετηριασμός καρδιάς.

Αποτελεί μέθοδο έρευνας του καρδιαγγειακού συστήματος. Ανάλογα με την περιοχή που ερευνάται, διακρίνουμε δεξιό καθετηριασμό, οπότε διερευνάται η μικρή κυκλοφορία και συγχρόνως πέρνεται η πίεση των πνευμονικών τριχοειδών που αντιστοιχεί με την πίεση

του αριστερού κόλπου και αριστερό καθετηριασμό, οπότε ερευνάται ο αριστερός κόλπος, η αριστερή κοιλία και η αορτή. Επομένως, η διαγνωστική αυτή εξέταση γίνεται σε αρρώστους με βαλβιδικές παθήσεις, συγγενείς καρδιοπάθειες, θωρακαλγία, πνευμονική υπέρταση και μυοκαρδιακές παθήσεις που μελετάτε η χειρουργική παρέμβαση.

Ο καθετηριασμός καρδιάς γίνεται σε ειδικά εργαστήρια, όπου υπάρχουν τραπέζοι και συσκευή ακτινοσκοπική, ενισχυτές φωτεινότητας και ότι χρειάζεται για αποκάλυψη φλέβας.

Κατά την εκτέλεση του καθετηριασμού διενεργούνται άσηπτες τεχνικές. Σε όλη τη διάρκεια της εξέτασης γίνεται λήψη Η.Κ.Γ

1. Η Νοσηλεύτρια - τής βοηθεί στο έργο των γιατρών, κυρίως όμως συμπαραστέκεται στον άρρωστο και προσπαθεί να μειώσει την ανησυχία, το φόβο και την ταλαιπωρία από την εξέταση.

2. Ενημερώνει τον άρρωστο να είναι νηστικός για την εξέταση.

3. Κατά τον καθετηριασμό χορηγεί στον άρρωστο ηπαρίνη για αποφυγή δημιουργίας θρόμβου, καθώς επίσης την προηγούμενη και την επόμενη μέρα του καθετηριασμού χορηγεί αντιβίωση για την πρόληψη των μολύνσεων.

4. Η Νοσηλεύτρια - τής μετρά την πίεση της πνευμονικής αρτηρίας κάθε μισή ώρα

5. Ελέγχει μετά τον καθετηριασμό τον σφυγμό του αρρώστου στα χρονικά διαστήματα που καθορίσθηκαν από τον γιατρό. Αν παρουσιασθεί αρρυθμία, ειδοποιείται έγκαιρα ο γιατρός.

6. Παρακολούθηση του σημείου εισόδου του καθετήρα πολλές φορές την ημέρα, για σημεία μόλυνσης, οιδήματος, αιμορραγίας και σημεία φλεγμονής. Παίρνεται καλλιέργεια από το σημείο εισαγωγής του καθετήρα κάθε 48 ώρες.

7. Θερμομέτρηση του αρρώστου για δύο 24ωρα, κάθε 3ωρο.
8. Παρακολούθηση του αρρώστου κατά διαστήματα, για συμπτώματα θρομβοφλεβίτιδας του χεριού (πόνος, οίδημα, θερμότητα και ερυθρότητα στην πορεία του αγγείου απο το οποίο πέρασε ο καθετήρας). Παρακολούθηση ακόμη του αρρώστου για τυχόν αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, το χρώμα και την κινητικότητα του άκρου και τυχόν εμφάνιση πόνου σ' αυτό. Σε περίπτωση σχηματισμού αρτηριακής θρομβόσεως εμφανίζεται έντονος πόνος * η περιοχή που δεν αιματώνεται καλά γίνεται ψυχρή και το χρώμα γίνεται ωχρό και λευκό ακόμη.
9. Επιτιμάμαι για διαπίστωση επιπλοκών : Πνευμονική εμβολή εμβολή, αρρυθμίες, καρδιακό αποκλεισμό θρομβοφλεβίτιδα, μόλυνση, ρήξη της πνευμονικής αρτηρίας, ενδοκαρδίτιδα.
10. Όταν πρόκειται να αφαιρεθεί ο καθετήρας, βεβαιωνόμαστε ότι το μπαλόνι δεν είναι φουσκωμένο.
11. Ο καθετήρας αφαιρείται χωρίς πολύ δυσκολία ή τράβηγμα. Πάνω στην περιοχή τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα και πιεστική επίδεση.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ.

Η Νοσηλεύτρια - τής, ίσως είναι το πρώτο πρόσωπο που αντι-
κρίνει ο αρρώστος με έμφραγμα του μυοκαρδίου στο χώρο της
πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας. Αν και η Νοση-
λεύτρια - τής δεν κάνει ιατρικές διαγνώσεις, μπορεί να καταλάβει
την πιθανότητα αν υπάρχει έμφραγμα μυοκαρδίου και έχοντας υπόψη
τι να κάνει και τι να μην κάνει, μπορεί πραγματικά να σώσει τη
ζωή του αρρώστου.

Για να γίνει δυνατή η παροχή πρώτων βοηθειών στο έμφραγμα
πριν από όλα τα βήματα που συμπεριλαμβάνονται σ' αυτές, να υπάρ-
χει δυνατότητα και ικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων και ση-
μείων του εμφράγματος.

Σκοπός των πρώτων βοηθειών είναι να μειώσουν το έργο της κα-
ρδιάς που στην περίπτωση του εμφράγματος είναι ανέκτα να αντι-
μετωπίσει λόγω ισχαιμίας, τις ανάγκες του οργανισμού.

Οι πρώτες νοσηλευτικές φροντίδες που προσφέρονται στο έμφρα-
γμα είναι στα εξωτερικά ιατρεία. Εκεί η Νοσηλεύτρια - τής πρέπει
να δείξει κατανόηση στους ασθενείς και στους συνοδούς του. Αυτό
γίνεται κατορθωτό όταν οι νοσηλευτές έχουν κατά νου ότι οι ασθε-
νείς και οι συνοδοί έρχονται στα νοσοκομεία με διάθεση συνήθως
υπερκριτική απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό, με φόβους και
προκαταλήψεις στα νοσοκομεία και με την αίσθηση του θανάτου
ο οποίος συχνά σημαδεύει την ασθένεια.

Η όλη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να
ακτινοβολεί ενόδιαφέρων, προσοχή και προθυμία για την υγεία
του ασθενούς. Αυτές είναι προϋποθέσεις οι οποίες βοηθούν τον

ασθενή να αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη στο νοσοκομείο που βρίσκεται.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΑ ΒΕΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

1. Για να επιτύχουμε όλα τα παραπάνω, θα πρέπει πρώτα- πρώτα να τοποθετήσουμε τον πάσχοντα σε όσο πιο αναπαυτική θέση, για να του προσφέρουμε τέλεια ανάπαυση - εφόσον η νιτρογλυκερίνη δεν έχει επιφέρει κανένα αποτέλεσμα - και γίνεται αμέσως κλήση στο γιατρό.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει ο ασθενής να κάνει άσκοπες και άχρηστες κινήσεις, γιατί η οποιαδήποτε κίνηση αποτελεί έργο για την καρδιά. Τα ρούχα του ασθενή χαλαρώνονται για να μειωθεί το αίσθημα πνέσης και φόβου που νιώθει* ειδικά τα ενδύματα όπως ζώνες, στηθόδεσμος, μαντήλια ή στενά ρούχα.

2. Η Νοσηλεύτρια - τής παίρνει τα στοιχεία του ασθενούς και τα γράφει στο ειδικό βιβλίο και στη συνέχεια παίρνει τη θερμοκρασία, τις σφύξεις, και τις αναπνοές. Γίνεται αμέσως λήψη Η.Κ.Γ

3. Διατηρεί φλέβα και βάζει ορό και παίρνει η Νοσηλεύτρια - τής αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις.

4. Αν ο ασθενής παρότι αναπνέει κανονικά αρχίζει και χάνει τις αισθήσεις του, (τεχνική της τεχνητής αναπνοής) τοποθετείται σε σταθερή και σκληρή επιφάνεια σε υπτία θέση και χωρίς μαξιλάρι.

Όταν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του οι αεροφόροι οδοί στενεύουν ή κλείνουν, γι' αυτό μένουν ανοιχτοί με τον παρακάτω τρόπο:

* Βεβαιώνεται η βατότητα των αεροφόρων οδών γι' αυτό αφαιρούνται ξένα δόντια, τοποθετείται το κεφάλι του σε έκταση και

παρεμποδίζεται η πτώση της γλώσσας προς τα πίσω.

* Ο αναζωογονητής κλείνει τους ρώθωνες του αρρώστου και ενπνέει στο στόμα του.

* Πιέζει το θώρακα με το βραχίονα ή την παλάμη του για να διευκολύνει την αποβολή του αέρα.

Αν σταματήσει η αναπνοή και η καρδιά πρέπει να αρχίσει καρδιοπνευστική αναζωογόνηση.

5. Καρδιοπνευστική Αναζωογόνηση είναι ο συνδυασμός τεχνητής αναπνοής και καρδιακών μαλάξεων που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της καρδιοπνευστικής ανακοπής στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ιδιαίτερα κατά το πρώτο δώρο από την εμφάνισή του.

Σημεία που ενδεχόμενα προαιωνίζουν την εμφάνιση ανακοπής σ'έναν ασθενή είναι οι ανωμαλίες του μυοκαρδιακού ρυθμού, η έντονη βραδυκαρδία και η απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης.

Η διαδικασία της Καρδιοπνευστικής αναζωογόνησης ολοκληρώνεται στις τρεις παρακάτω φάσεις:

Αφού ελεγχθούν οι αεροφόροι οδοί και διανοιχθούνόπως έχει περιγραφεί παραπάνω και διαπιστωθεί η απουσία καρωτιδικού σφυγμού, διενεργείται κλειστή μάλαξη της καρδιάς.

Τοποθετείται ο άρρωστος σε υπίτια θέση πάνω σε σταθερή και σκληρή επιφάνεια. Ο αναζωογονητής αφού πάρει θέση στο πλευρό του ασθενούς αναγνωρίζει το σημείο μαλάξεων, με τα δάκτυλα πάνω από την ξειφοειδή απόφυση. Το άλλο χέρι του αναζωογονητή τοποθετείται πάνω απ'την άλλη παλάμη, διαπλέονται τα δάκτυλα των δύο χεριών που παραμένουν τεντωμένα. Οι πιέσεις αρχίζουν αφού οι ώμοι του αναζωογονητή έρθουν πάνω από το στέρνο του ασθενούς. Οι πιέσεις πρέπει να είναι ηρεμες και ο θώρακας του ασθενούς

Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη

National Academy of Sciences - National Research Council

Α ΑΕΡΟΦΟΡΟΙ ΟΔΟΙ

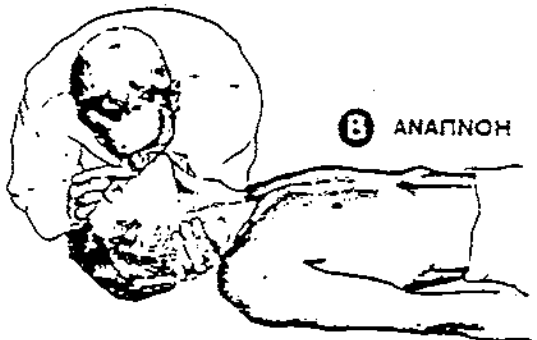


ΑΠΟΦΡΑΓΜΕΝΕΣ

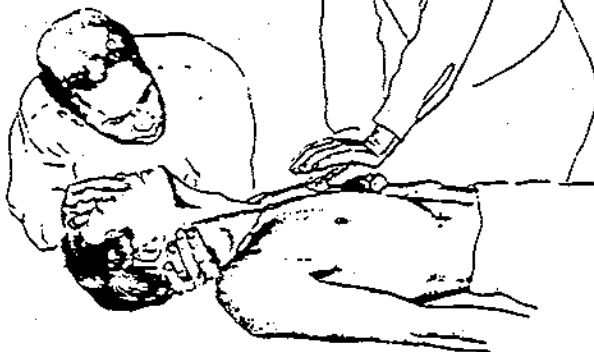


ΑΝΟΙΚΤΕΣ

Β ΑΝΑΠΝΗ



Γ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ



Εικ. . . Α, Αποφραγμένες αεροφόροι οδοί όταν ο άρρωστος είναι ξαπλωμένος. Έλευθερώνεται όταν κινωθεί ο τράχηλος και σφραγίσει το κεφάλι να πέσει πίσω. Β, Αναπνοή στόμα με στόμα. Προσοχή: πρέπει να σηκώσουμε τον τράχηλο και να κλείσουμε με τα δάχτυλα τα ρουθούνια του άρρωστου προτού αρχίσουμε αναπνοή στόμα με στόμα. Γ, Εξωτερική συμπίεση της καρδιάς από έναν άναηπτη, ενώ ο άλλος κάνει τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα. (Από το Cardiopulmonary Resuscitation Conference Proceedings, Publication 1494, Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences-National Research Council, Washington, D.C., 1967).

νους υποχωρεί κατά 4-5 CM σε κάθε πύεση.

Οι μαλάξεις συνδυάζονται με εμφυσήσεις οι οποίες γίνονται με τον ακόλουθο τρόπο : Το ένα χέρι τοποθετείται κάτω από τον αυχένα και σπρώχνει προς τα εμπρός το μέτωπο έτσι που να προκαλείται υπερέκταση της κεφαλής. Το άλλο χέρι κλείνει τη μύτη του ασθενούς.

Ο αναζωογονητής παίρνει βαθιά εισπνοή εφαρμόζει το στόμα του στο στόμα του ασθενούς και εκπνέει, φουσώντας σ' αυτό.

Δίνεται προσοχή στην έκτυξη του θώρακα του ασθενούς. Οι εμφυσήσεις γίνονται με το ρυθμό της αναπνοής 16 -18 φορές /MIN. Όταν η Ε.Α.Α γίνεται από δύο άτομα γίνονται συμπιέσεις και μια εμφύσηση.

Όταν ο αναζωογονητής είναι ένας, τότε γίνονται 45 συμπιέσεις, και δύο πλήρεις εμφυσήσεις.

Όταν λοιπόν διαπιστωθεί στο εξωτερικό ιατρείο ύπαρξη εμφράγματος στον πάσχοντα, τότε γίνεται εισαγωγή αυτού στη Στεφανιαία Μονάδα ή αλλιώς στη Μονάδα εντατικής θεραπείας καρδιοπαθών.

Αφού γίνουν οι συγκεκριμένες διατυπώσεις από την αδελφή του Ιατρείου, η Προϊσταμένη ειδοποιεί την προϊσταμένη της Σ.Μ όταν γίνεται εισαγωγή ασθενούς με οξύ έμφραγμα Μυοκαρδίου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ

Η Σ.Μ είναι ειδικά σχεδιασμένη μονάδα περιθάλψεως ασθενών με νόσο των στεφανιαίων αγγείων. Το κύριο χαρακτηριστικό της μονάδας αυτής είναι το υψηλά εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρέχει συνεχή και πλήρη παρακολούθηση όλο το

κάτω από ιδιεύδεις συνθήκες και με τα σύγχρονα μηχανήματα. Στη μονάδα εισάγονται ασθενείς που εμφανίζουν οποιαδήποτε διαταραχή στη λειτουργία της καρδιάς, όπως π.χ αρρυθμίες, στηθάγχη, έμφραγμα, σοκ, καρδιακή ανεπάρκεια.

Κατά την έκτακτη εισαγωγή του ασθενούς, επειδή δεν ξέρουμε σε τι κατάσταση θα μας έρθει θα πρέπει να έχουμε έτοιμα όλα τα αντικείμενα που μπορεί να μας χρειαστούν σε έκτακτη ανάγκη.

Όταν ο ασθενής έρθει στη Σ.Μ με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δράσει ταχύτητα για να σώσει τη ζωή του ασθενούς.

Αν ο ασθενής έχει τις αισθήσεις του, όταν εισαχθεί στην Μονάδα χρειάζεται να γίνουν οι εξής λειτουργίες:

α. Τοποθετείται ο ασθενής στο MONITOR και παίρνεται καρδιογράφημα για να εκτιμηθεί η καρδιακή λειτουργία κατά την εισαγωγή του στη Μονάδα.

β. Διατηρούμε πλέβα και προτιμάμε να είναι κοντά στην καρδιά όπως π.χ του αριστερού χεριού, και να είναι αρκετή μεγάλη για να μην υπάρχει ο κίνδυνος να σπάσει και συνδέουμε κατόπιν ορό - συνήθως γλυκοζέ - για να έχουμε άμεση πρόσβαση στην καρδιά σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

γ. Παίρνουμε τα ζωτικά σημεία του αρρώστου - σφύξεις, πίεση, και αναπνοές και παρατηρούμε αν ο άρρωστος είναι ωχρός, έχει δύσπνοια, έχει υγρό δέρμα.

δ. Αν χρειαστεί συνδέουμε τον άρρωστο με ανεπνευστήρα, οπότε παρακολουθούμε τη συχνότητα των αναπνοών, του ρυθμού, την επαρκή οξυγόνωση του αρρώστου.

Αν ο ασθενής συνεχίσει να μην αναπνέει, μπορεί να γίνει τραχειοτομή.

ε. Παίρνουμε αίμα για εργαστηριακές εξετάσεις .

Ο ασθενής που για πρώτη φορά μπαίνει στο νοσοκομείο αισθάνεται μόνος του, είναι στεναχωρημένος, δεν έχει διάθεση και δοκιμάζει πολλούς φόβους. Γι' αυτό σκοπός του νοσηλευτή είναι να τον καθησυχάσει και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του, πράγμα που θα βοηθήσει στο να μειωθεί ο φόβος και η αγωνία για την εξέλιξη της υγείας του.

Το Ο.Β.Μ είναι συνδεδεμένο στο μυαλό των ανθρώπων με το θάνατο. Ο Νοσηλευτής - τρια πρέπει να τονίσει στον ασθενή ότι η πρόοδος της καρδιολογίας έχει συντελέσει την άριστη επιβίωση των ασθενών με Ο.Β.Μ και ότι αυτός βρίσκεται στα καλύτερα χέρια, φροντίζεται σωστά και παρακολουθείται στενά από έμπειρο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Η παρακολούθηση του ασθενή μέσα στη Μονάδα είναι πολύ στενή και πολύ αυστηρή. Η Νοσηλεύτρια - τής εξηγεί στον ασθενή ότι είναι πολύ σημαντικό το μένει στο κρεβάτι και να κάθεται όσο το δυνατόν πιο αναπαυτικά για την αποφυγή κάθε κόπωσης. Η πλήρης αναπαύση σκοπό έχει τον περιορισμό στο ελάχιστο της συχνότητας της εντάσεως της καρδιακής συστολής, με αποτέλεσμα τη μείωση της ανάγκης του ισχαιμικού και κατεστραμένου μυοκαρδίου σε οξυγόνο και έτσι ανακουφίζεται το στηθαγχικό άλγος, προλαμβάνεται η καρδιακή ανεπάρκεια, αποφεύγεται η ρήξη του μυοκαρδίου. Ο Νοσηλευτής - τρια μετρά τα ούρα του ασθενή και τα σημειώνει ανα 24ωρο.

Ο όγκος των ούρων δείχνει τη λειτουργία των νεφρών σε σχέση με το ισοζύγιο των υγρών και αποτελεί ένδειξη καρδιακής ανεπάρκειας. Παρατηρείται το χρώμα του δέρματος, των χειλέων και των νυχιών για σημεία κυανώσεως. Όταν υπάρχει

κυάνωση ίσως φανερώνει ότι υπάρχει πνευμονική συμφόρηση, πνευμονικό οίδημα ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Σ' αυτή την περίπτωση χορηγούμε οξυγόνο. Η χορήγηση δακτυλίτιδας και διουρητικών φαρμάκων είναι απαραίτητη. Ο Νοσηλευτής - τρία πρέπει ανα πάσα στιγμή να είναι έτοιμη για την τοποθέτηση του τεχνητού βηματοδότη χωρίς καμιά καθυστέρηση. Για να αποσύγουμε τη δημιουργία κοιλιακής μαρμαρυγής ή καρδιακής ανεπάρκειας χορηγούμε οξυγόνο με τέντα.

ΠΛΗΘΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

- * Διαθέτει τα κατάλληλα σύγχρονα μηχανήματα για την αντιμετώπιση κάθε είδους έκτακτης ανάγκης έτσι ώστε να μειώνεται η θνησιμότητα μέσα στην Μονάδα.
- * Βεβαιώνεται καλή φροντίδα στους αρρώστους με τη χρησιμοποίηση των Νοσηλευτών οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί κι έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στη Στεφανιαία Μονάδα.
- * Παρέχεται καλύτερη φροντίδα και ο αριθμός των Νοσηλευτών που απασχολείται στη Μονάδα είναι ικανοποιητικός για τις ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται σ' αυτή.
- * Βεβαιώνεται ατομικό πρόγραμμα θεραπείας για τους ασθενείς που έχουν ανάγκη από συνεχή παρακολούθηση και ειδική φροντίδα.
- * Βεβαιώνεται συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου έτσι ώστε να προλαμβάνονται οι επιπλοκές και να μειώνεται η θνησιμότητα.
- * Αξιοποιούνται οι γνώσεις και οι ικανότητες των διπλωματούχων νοσηλευτών και αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα της συμβολής τους στη νοσηλεία των αρρώστων.
- * Προστατεύεται ο άρρωστος από τη φασαρία και το θόρυβο που γίνεται στους διαδρόμους του Νοσοκομείου, καθώς επίσης και από τις φωνές των συνοδών και των επισκεπτών των άλλων ασθενών.
- * Η συνεχή και εκτεταμένη παρακολούθηση των ασθενών επιτρέπει την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση και σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων που θα εμφανισθούν.
- * Η συνεχής παρουσία του Νοσηλευτή κοντά στον ασθενή δη-

μιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται ότι οι νοσηλευτές ενδιαφέρονται για την κατάσταση του και ότι προστατεύονται αρκετά από την ασθένεια.

* Ο περιορισμός των επισκέψεων βοηθάει τον ασθενή να ηρεμήσει, και τον απαλλάσει από τη συγκίνηση που θα του προκαλέσουν τυχόν συγγενείς, όσο και από την ανησυχία που θα νιώσει βλέποντας παρέλαση συγγενών που έχοντας ανησυχήσει για την κατάσταση του θα περάσουν να τον δούν.

* Η επαφή των ασθενών στη Μονάδα με ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο ανάρρωσης είναι ένα επιπλέον θετικό στοιχείο για την εξέλιξη της ψυχοσωματικής κατάστασής του.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΜΟΝΑΔΑΣ

Το μεγαλύτερο μειονέκτημα της Στεφανιαίας Μονάδας είναι η φυγοθεδρά δράση της τόσο στο νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και στον ασθενή, Και ναι μεν η πείρα μπορεί να μειώσει τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής, η συνεχής ετοιμότητα στην οποία πρέπει να βρίσκεται συνεχώς του δημιουργεί μεγάλη ένταση.

Τα προβλήματα όμως που αντιμετωπίζει ο ασθενής με την είσοδό του στη Μονάδα είναι πολύ μεγαλύτερα και πρέπει να επισημανθούν αμέσως για να μην επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς.

Τα προβλήματα αυτά, δημιουργούνται απο πολλούς παράγοντες. Αυτοί είναι :

- * Η εισαγωγή του ασθενούς στη Μονάδα, όπου συνήθως μάλνουν πάντα βαριά περιστατικά. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ανησυχία, άγχος και αβεβαιότητα στον ασθενή για την κατάστασή του.
- * Η ίδια η αρρώστια του δημιουργεί πόνο, δυσφορία, μελαγχολία, τάσεις μοιρολατρίας και εγκατάλειψης κάθε επιθυμίας για τη ζωή. Η απειλή του θανάτου είναι τρομερά φυγοθεδρά.
- * Το περιβάλλον στη Σ.Μ τα πολύπλοκα μηχανήματα και οι συσκευές, ακατανόητοι θόρυβοι βομβαρδίζουν συνεχώς τον άρρωστο και επεκτείνουν το άγχος του.
- * Η εντατική παρακολούθηση, η σύνδεση του αρρώστου με πολλές συσκευές, ο περιορισμός των κινήσεων, η μέτρηση των σφύξεων, της αρτηριακής πίεσης, οι συχνές ενέσεις κλπ. σφύξεων, της αρτηριακής πίεσης, οι συχνές ενέσεις κλπ. αποτε-

λούν συνεχή ενόχληση για τον ασθενή που δυσκολεύεται και να κοιμηθεί.

* Ο περιορισμός των επισκέψεων , ο αποχωρισμός απο την οικογένεια στερεί απο τον άρρωστο την αγάπη, τη στοργή, την ψυχολογική υποστήριξη, την επικοινωνία σε θέματα κοινωνικού ενδιαφέροντος έτσι ώστε να μεγαλοποιούνται τα προβλήματα στη φαντασία του αρρώστου.

* Έλλειψη πληροφοριodότηση, έτσι ώστε να ακούει ο ασθενής τεχνικούς όρους που δεν τους καταλαβαίνει, και είναι απόλυτα φυσικά να τους παρερμηνεύει. Όλοι φαίνονται απασχολημένοι και βιαστικοί, δεν διαθέτουν χρόνο να συζητήσουν με τον άρρωστο.

* Η παραμονή στη μονάδα μπορεί να δημιουργήσει και ένα άλλο πρόβλημα στον ασθενή που εμφανίζεται και με την έξοδο του απο τη μονάδα. Φοβάται ο ασθενής πως θα ζήσει χωρίς την εξάρτηση απο μηχανήματα, γιατρούς και νοσηλευτές. Τους δημιουργείται έτσι ένα αίσθημα ανασφάλειας και άγχους με δυσμενείς επιπτώσεις για την κατάστασή του.

* Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί ένα άλλο πρόβλημα για τη Μονάδα. Οι συγγενείς, ανησυχώντας για την κατάσταση του αρρώστου τους, πολλές φορές δημιουργούν προβλήματα τόσο στο γιατρό όσο και στο νοσηλευτή με τις συχνές ερωτήσεις τους καθώς και με τις παρατηρήσεις τους. Ο Νοσηλευτής πρέπει να τους ενθαρρύνει και να τους βεβαιώνει ότι ο άρρωστος τους θα έχει την απαιτούμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

* Ένα ακόμη μειονέκτημα είναι το κόστος των μηχανημάτων που υπάρχουν στη Μονάδα.

Ο εκσυγχρονισμός της Μονάδας, η συντήρηση των διαφόρων συσκευών και μηχανημάτων είναι αρκετά υψηλό και προδιαθέτει αρνητικά στη δημιουργία ή διατήρηση τέτοιων μονάδων. Όμως, όποιο και αν είναι το κόστος τους, η βοήθεια που προσφέρουν στην πρόληψη, αντιμετώπιση και αντικατάσταση των καρδιοπαθών, αξίζει κάθε δαπάνη που διατίθεται.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΜΟΝΑΔΑ

Η επιτυχής λειτουργία της Στεφανιαίας Μονάδας προϋποθέτει την ύπαρξη εκπαιδευμένου προσωπικού

Κατά την πρόσληψη κρίνονται απαραίτητα τα παρακάτω προσόντα :

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| α. Ευσυνειδήσια | ζ. συνεργασία |
| β. αποσώση | η. αυτοκυριαγία |
| γ. υπευθυνότητα | θ. γνώση του χειρισμού των |
| δ. παρατηρητικότητα | των μηχανημάτων |
| ε. επικοινωνία | ι. πρωτοβουλία κ.α |

Η νοσηλεύτρια - τής είναι εκείνη που θα αντιμετωπίσει τους συγγενείς του ασθενούς, τον ίδιο τον ασθενή κ.α.

Η εργασία της απαιτεί την αντιμετώπιση παράλληλα πολλών προβλημάτων, εκτός από τα έκτακτα και δημιουργεί STRESS.

Η ιδιαιτερότητα της απασχόλησης σε μια Ν.Ε.Θ και η καλή προσαρμογή της αδελφής απαιτεί 9 μήνες προϋπηρεσία στο τμήμα.

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στη Σ.Μ διαίρουνται σε δύο κατηγορίες : α) την καθημερινή φροντίδα του ασθενούς που περιλαμβάνει :

1. Συνεχής παρακολούθηση των MONITOR τόσο αυτών που είναι κοντά στον ασθενή, όσο και του κεντρικού σταθμού και τη συχνή λήψη Η.Κ.Γ για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας. Δυνατότητα αναγνώρισης των αρρυθμιών και αντιμετώπισή τους.
2. Τη λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς και την ακριβή καταγραφή τους στην κάρτα νοσηλείας του
3. Την παρακολούθηση του ασθενούς μήπως παρουσιάσει κινδύ-

ση, ωχρότητα, ανησυχία, διαταραχές του σφυγμού και της πίεσης και οποιαδήποτε άλλης δραστηριότητας που θα είναι αντίθετη με τη συνήθη κατάσταση του, όπως ύπαρξη επιπλοκών.

4. Κορήγηση των φαρμάκων στην κατάλληλη ώρα, με τον κατάλληλο τρόπο και στην κατάλληλη δόση, με ακριβή τήρηση των οδηγιών του θεράποντος ιατρού.

5. Παρακολούθηση των ορών και των συσκευών με τις οποίες μπορεί να είναι συνδεδεμένος ο άρρωστος.

6. Μέτρηση των προσλαμβανομένων και των αποβαλλομένων υγρών του ασθενούς.

7. Σίτιση του ασθενούς. Λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς, η σίτισή του παρουσιάζει κάποια ιδιαιτερότητα.

Την πρώτη ημέρα δεν τρέφεται με τίποτε (ορός για συντήρηση). Την 2η και 3η μέρα παίρνουν υγρές τροφές, όπως σούπα, στη συνέχεια δίνονται πολτώδες τροφές και κατόπιν δίνονται στερεές τροφές, εφόσον η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

Αυτό το διαιτολόγιο ακολουθείται για να μην επιβαρυνθεί η καρδιακή λειτουργία τις πρώτες μέρες με το έργο της πέψης.

8. Η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Ξεσπάζεται συχνά στους καρδιοπαθείς λόγω της κατάκλισής τους για αυξημένο χρονικό διάστημα.

9. Ένα βασικό καθήκον είναι η αντιμετώπιση του αρρώστου σαν άτομο, καθώς ηθική υποστήριξη και ενθάρρυνση. Η επαφή του με άλλους καρδιοπαθείς που έχουν ξεπεράσει τον κίνδυνο είναι μια θετική αντίδραση.

10. Υποχρέωση ακόμη αποτελεί και η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών του ασθενούς.

11. Πρέπει ο νοσηλευτής - τρία να αποφεύγει την υπεραπασχόληση του ασθενούς που τον παρακωλύει από την ανάγκη ανάπαυσης και ύπνου. Την ώρα της νοσηλείας ενεργεί με γρήγορες και σταθερές κινήσεις.

12. Στη Σ.Μ απαιτείται συχνά η λήψη άμεσης απόφασης για την χρήση του απιδιδωτή κ.α ενεργειών. Η τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη γίνεται με τη βοήθεια του ιατρού. Ο νοσηλευτής όμως είναι υπεύθυνος για την παρατήρηση και τον έλεγχο της λειτουργίας του.

13. Η συνεργασία νοσηλευτού με το προσωπικό της μονάδας αποτελεί σημερινή ανάγκη που απορρέει από την συνεχή εξειδίκευσή του.

14. Η αντιμετώπιση των επείγουσων περιπτώσεων. Η πιο επείγουσα η πιο συγκλονιστική και ενδιαφέρουσα ενέργεια στη Σ.Μ είναι η αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής. Η νοσηλεύτρια - τής που είναι κοντά στον άρρωστο θα είναι ίσως η πρώτη που θα αντιληφθεί ότι κάτι δεν πάει καλά.

Οι ενέργειες που θα κάνει θα πρέπει να γίνουν γρήγορα για να μπορέσει να σωθεί ο ασθενής.

Οι ενέργειες αυτές είναι: α) να ζητήσει τη βοήθεια άλλου προσώπου, αν είναι μόνος του, χωρίς όμως να αφήσει μόνο του τον ασθενή, β) να ανοίξει τις αεροφόρους οδούς του ασθενή για να αναπνεύσει καλύτερα. Αυτό θα γίνει με την τοποθέτηση της κεφαλής σε υπερिφωμένη θέση. Αν ο ασθενής δεν αναπνέει καθόλου να του κάνει τεχνική αναπνοή., γ) αν δεν υπάρχει σφυγμός χωρίς να χάσει καθόλου καιρό, να αρχίσει μαλάξεις στην καρδιά.

Ταυτόχρονα, από το καρδίοι των επειγόντων περιπτώσεων θα πάρει τα κατάλληλα φάρμακα για την ανάταξη της ανακοπής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι δυνατό να συμβεί μέσα σε λίγα λεπτά, εκτός αν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, είτε με ηλεκτρική είτε με μηχανική ανάταξη, είτε με συνδυασμό και των δύο. Η ηλεκτρική ανάταξη ονομάζεται απινιδωση και η μηχανική, καρδιοπνευστική αναζωογόνηση.

ΑΠΙΝΙΔΩΣΗ ΜΕ ΣΥΝΕΧΕΣ ΡΕΥΜΑ (ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ SHOCK)

Η απινιδωση γίνεται με ένα μηχάνημα (απινιδωτής) που τροφοδοτείται με ηλεκτρικό ρεύμα από μπαταρία ή από την κανονική γραμμή ρεύματος το δε τελευταίο το μετασχηματίζει σε συνεχές και το εκκενώνει στην καρδιά του αρρώστου μέσω ηλεκτροδίων που εφαρμόζονται στον θώρακα. Η ενέργεια μετριέται σε WATT/SEC (GAILLES). Αυτός που κάνει την απινιδωση κανονίζει στο μηχάνημα το ποσό της ενέργειας μέσω ενός κουμπιού.

Όταν κλείσει το κύκλωμα, ρεύμα περίπου 2 AM περνά μέσα από την καρδιά για 5" SEC. Το ηλεκτρικό αυτό SHOCK κάνει όλες τις ίνες της καρδιάς να συσταλούν ταυτόχρονα. Έτσι μπαίνουν όλες μαζί στην ανερέθιστη περίοδό τους μετά απο την οποία επανέρχονται στον κανονικό της ρυθμό.

Οι περισσότεροι απινιδωτές έχουν ενσωματωμένη οθόνη για τη συνεχή παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας. Πολλοί απινιδωτές έχουν και γραφίδα που καταγράφει συνεχώς πάνω σε ταινία τον καρδιακό ρυθμό.

Όταν συμβεί κοιλιακή μαρμαρυγή σε άρρωστο συνδεδεμένο

με MONITOR, θα ηχήσει ένας συναγερμός. Η κοιλιακή μαρμαρυγή αναγνωρίζεται αμέσως από το Η/Κ/Γ. Σκοπός της απινίδωσης είναι :

Να τερματίσει τον κοιλιακό λινιδισμό.

Αντικείμενα απαραίτητα για την εκτέλεσή της :

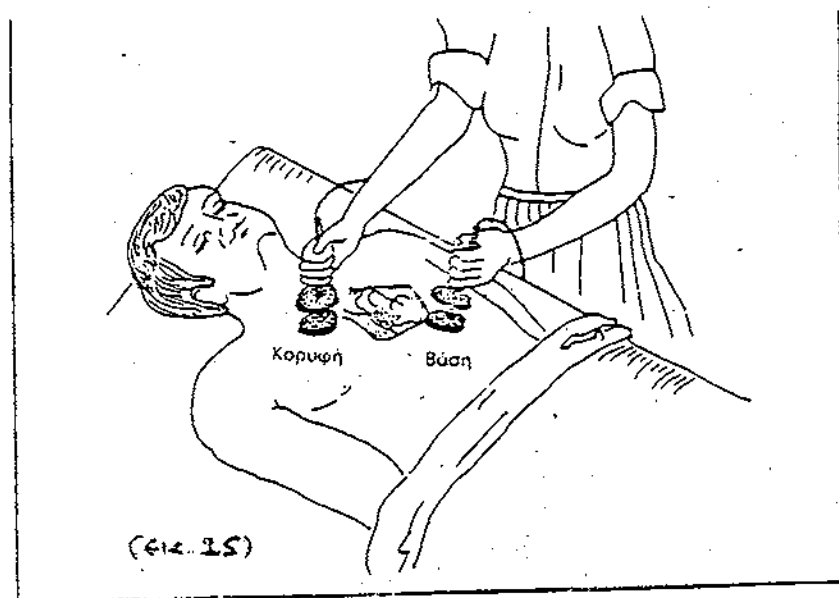
1. Απινιδωτής συνεχούς ρεύματος με ηλεκτρόδια.
2. Ηλεκτρογώγιμη πάστα ηλεκτροδίων.
3. Τα απαραίτητα για αναζωογόνηση.

Διαδικασία - Νοσηλευτικές ενέργειες - Δικαιολόγηση

Φάση εκτέλεσης :

1. Αποκαλύπτουμε τον πρόσθιο θώρακα του αρρώστου. Η διαδικασία αυτή πρέπει να γίνει μετά τη διαπίστωση της κοιλιακής μαρμαρυγής για να ελαχιστοποιηθούν οι εγκεφαλικές και κυκλοφορικές μη ανατάξιμες βλάβες.
2. Αρχίζουμε αμέσως καρδιοπνευστική αναζωογόνηση. Η Κ.Π.Α είναι απαραίτητη πριν και μετά την απινίδωση για να εξασφαλίσει αιματική προμήθεια στις εγκεφαλικές και στεφανιαίες αρτηρίες.
3. Επαλείφουμε τα ηλεκτρόδια με επαρκή ποσότητα αγωγίμης πάστας, προσέχοντας να μην υπάρχει πάστα ανάμεσα στα ηλεκτρόδια. Το μεσοφασικό αυτό αγωγημο υλικό εξασφαλίζει καλύτερη επαφή των ηλεκτροδίων με το δέρμα και προλαβαίνει τα εγκαύματα. Αν οι περιοχές που περιέχουν αγωγίμη πάστα ενωθούν, θα βραχυκυκλωθούν, με αποτέλεσμα το ρεύμα να περάσει από το δέρμα.
4. Αποσυνδέουμε το οξυγόνο.

5. Ξνω η ενέργεια μαζεύεται στον απινιδωτή, για να στάσει στον επιθυμητό αριθμό GAITS, τα δύο ηλεκτρόδια πιέζονται στο θωρακικό τοίχωμα του αρρώστου.
6. Βάζουμε το ένα ηλεκτρόδιο δεξιά απο το πάνω μέρος του στήρνου κάτω απο την κλείδα, το άλλο προς τα αριστερά και κάτω απο την κορυφή της καρδιάς σύμφωνα με την παρακάτω εικ.
7. Κρατάμε τα ηλεκτρόδια μόνο απο τις μονοτικές λαβές.
8. Δίνουμε εντολή να απομακρυνθούν όλοι απο τον άρρωστο και το κρεβάτι του. Αν ένα άτομο ακουμπήσει το κρεβάτι μπορεί να παθει ηλεκτροπληξία.



9. Πιέζουμε τα κουμπιά εκκένωσης ταυτόχρονα στα δύο ηλεκτρόδια.
10. Απομακρύνουμε τα ηλεκτρόδια αμέσως μετά απο την ηλεκτρική εκκένωση. Επαναλαμβάνουμε την προσπάθεια αναζωογόνησης ώστε να σταθεροποιηθεί ο ρυθμός της αυτόματης αναπνοής και του συγμού και αποκατασταθεί η πίεση του αίματος.
11. Σοιτάζουμε το Η.Χ.Γ του MONITOR για να αποφασισθεί η παραπέρα θεραπεία. Αν η μαρμαρυγή δεν τερματιστεί με την

πρώτη απινίδωση γίνεται νέα προσπάθεια με νέα αντι - σοκ υψηλότερης ενέργειας.

12. Μετά την απινίδωση του αρρώστου και την αποκατάσταση του ρυθμού, συνήθως χορηγείται LIDOCAINE για πρόληψη υποτροπής των επεισοδίων. Επίσης χορηγείται βιτανθρακικό νάτριο για τη θεραπεία της γαλακτικής οξέωσης και της υπερκαλιαιμίας.

13. Συνεχίζουμε την εντατική παρακολούθηση του αρρώστου. Πρέπει να γίνει μια πλήρης τεκμηρίωση του όλου επεισοδίου :

Χρόνος ανακοπής

- Σύντομη φυσική εξέταση και ηλεκτροκαρδιογράφημα που τεκμηριώνουν την κοιλιακή μαρμαρυγή.

- Προσωπικό που πήρε μέρος

- Αριθμός GAILES που χρησιμοποιήθηκε, χρόνος απινίδωσης, απόκριση του αρρώστου.

- Φάρμακα που χορηγήθηκαν, δόσεις πότε δόθηκαν.

- Χρόνος και απόκριση του αρρώστου στην Κ.Π.Α.

- Επίτυχη - ανεπιτυχή αποτελέσματα.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

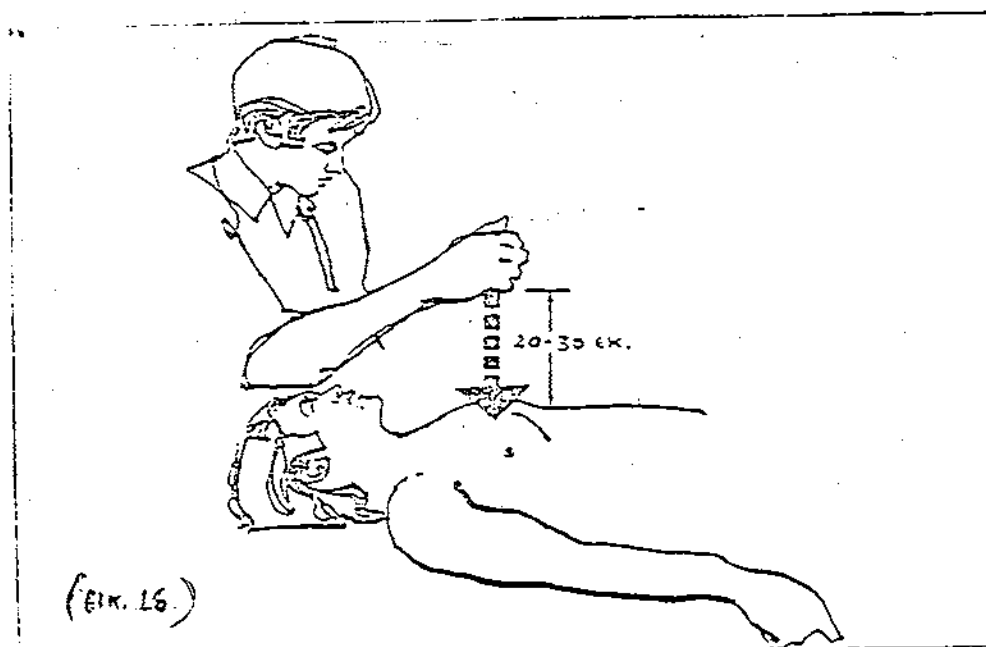
1. Σημειώνουμε το χρόνο αμέσως μόλις διαπιστωθεί η καρδιακή ανακοπή. Αυτό γίνεται γιατί έλλειψη αποτελεσματικής κυκλοφορίας στο Κ.Ν.Σ για χρόνο πάνω 3-5 λεπτά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα πρόκληση μη ανατάξιμης βλάβης.

Τοποθετούμε τον άρρωστο σε οριζόντια θέση πάνω σε στα-

θερή επιφάνεια (σανίδα ανακοπής).

2. Σε μια ανακοπή της οποίας είμαστε μάρτυρες, μπορούμε να δώσουμε μια προκάρδια πλήξη. Δίνουμε πρώτα ένα δυνατό χτύπημα στο κατώτερο $1/3$ του στέρνου, χρησιμοποιώντας το μαλακό μέρος της παλάμης απο απόσταση 20-30 CM απο το θώρακα εικόνα

Η προκάρδια πλήξη βοηθά μόνο όταν μετά την ανακοπή δεν φυλαφάτε σφυγμός ή όταν ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με MONITOR ή βηματοδοτείται για κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Η προκάρδια πλήξη πρέπει να δοθεί μέσα στο πρώτο λεπτό μετά την ανακοπή.



3. Ψηλαφούμε τον κατωτιδικό σφυγμό. Αν αυτός απουσιάζει ή είναι αμφοσητήσιμος, αρχίζουμε καρδιακή εξωτερική συμπίεση αμέσως.

**ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ ΑΠΠΕΚΡΙΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ**

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Ο Νοσηλευτής - τρία πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην ομαλή κένωση του εντερικού σωλήνα, πράγμα που έχει ιδιαίτερη σημασία για την υγεία του ασθενούς, ο οποίος είναι υποχρεωμένος λόγω της κατάστασής του να μένει κλινη-ρης με σκοπό την αποσυγή κάθε κόπωσης της καρδιάς. Η διά-ταση του εντέρου δημιουργεί πίεση στην κοιλιακή χώρα, κα-θώς και αισθήματα δυσχέρειας στον ασθενή, που έχουν σαν απο-τέλεσμα την άσκοπη και επικίνδυνη κόπωση της καρδιάς.

Σε περίπτωση όμως που ασθενής αντιμετωπίζει τέτοιου εί-δους πρόβλημα, πριν η νοσηλεύτρια - τής χρησιμοποιήσει κά-ποιο σκέυασμα χημικό για να αντιμετωπίσει την κατάσταση του ασθενή, σφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες και όχι σε κά-τι παθολογικό.

- Προσπαθεί να πείσει τον ασθενή ότι είναι κάτι το φυσιολογικό για το οποίο δεν πρέπει να ντρέπεται . Να του φέρει κάποιο παραβάν το οποίο θα καλύπτει το χώρο του κρεβατιού και να αφήνει μόνο τον ασθενή μέχρι να την ειδοποιήσει.

- Αν και μ' αυτό τον τρόπο δεν καταφέρει τίποτε τότε θα πρέπει να καταφύγει στην εφαρμογή υποθέτου, έτσι ώστε ο ασθενής να έχει κίνηση χωρίς δυσκολία και να μην επιβαρύνε-ται άδικα το έργο της καρδιάς.

- Άλλοι τρόποι για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι η χορήγηση υπακτικών (MILC OF MAGNISCIA ή DYPHALAC)

10 - 15 CC κάθε βράδυ.

- Ακόμη ένας άλλος τρόπος για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας είναι η εφαρμογή σωλήνα αερίων. Κατά την εφαρμογή σωλήνων αερίων, τοποθετείται σωλήνας από ελαστικό, ή συνθετική ύλη μέσα στο απευθυσμένο ή γίνεται καθαρτικός αποκλεισμός.

Το χρησιμοποιούμενο διάλυμα στον καθαρτικό αποκλεισμό είναι: φυσιολογικός όρος, νερό βρύσης, αραιό γαλάκτωμα σαπουνιού, γλυκερίνη με νερό σε αναλογία 1-1. Η ποσότητα του νερού κυμαίνεται από 150 - 200 CC και η θερμοκρασία είναι 38 - 39°C.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΣ

Ενας άλλος βασικός τομέας που πρέπει να δοθεί από τη Νοσηλεύτρια - τή, είναι οι κατακλίσεις. Λόγω του ότι ο εμφραγματίας τις πρώτες 10 ημέρες μέσα στην Στεφανιαία Μονάδα είναι κλινήρης, για την συνεχή παρακολούθησή από τα MONITOR το δέρμα του σώματός του στα σημεία που υφίστανται πίεση εξαιτίας του βάρους του ασθενούς, δημιουργεί πληγή στην εξωτερική του στοιβάδα. Το τραύμα αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο να επουλωθεί, γεγονός που επιδυνώνει την κατάσταση του ασθενούς λόγω του ότι αυτός πρέπει αυτός πρέπει να παραμένει συνεχώς στο κρεβάτι.

Υποχρέωση της νοσηλεύτριας - τής είναι να ενημερώσει τον ασθενή για την πρόληψη των κατακλίσεων που είναι οι εξής:

- Η συχνή αλλαγή θέσεως, εφόσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάστασή του.

- Η συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζεται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας.
- Προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση της σκοραμίδας : να μην παρατείνεται η παραμονή της στον ασθενή πέραν του επιβεβλημένου χρόνου.
- Χορήγηση τροφής πλούσια σε λευκώματα.
- Διατήρηση στεγνών και καθαρών των μελών του σώματος που πιέζονται και μ' αυτό τον τρόπο εξασφάλιση και θρέψη των ιστών με συχνές εντριβές με οινόπνευμα και πλύσεις με πολύ ζεστό νερό και σαπούνι.
- Προσύλαξη να μην διαποτιστεί το δέρμα του ασθενούς από απώλειες ούρων ή κοπράνων, με επάλειψη ελαιώδους ουσίας.
- Μείωση της τριβής των σημείων του σώματος που πιέζονται (εφόσον δεν βρέχονται), με επάλειψη τάλκ.
- Διατήρηση των κλινοσκεπασμάτων καθαρών και τεντωμένων
- Τοποθέτηση στρώματος με εναλλασσόμενη πίεση.
- Ξάθηση των μελών του σώματος που πιέζονται σε θερμαντικές ακτίνες για ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ - ΤΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ
ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η χορήγηση φαρμάκων αποτελεί μια από τις σοβαρότερες ευθύνες της νοσηλεύτριας - τής. Για την ασφαλή και ακίνδυνη χορήγηση φαρμάκων απαιτείται να έχει η Νοσηλεύτρια - τής επαρκείς γνώσεις φαρμακολογίας.

Ακόμη πέρα των βασικών γνώσεων περί φαρμάκων, πρέπει να οφείλει να ενημερώνεται για τα νέα φάρμακα τα οποία καθημερινά εμφανίζονται.

Η χορήγηση φαρμάκων απαιτεί την αμέριστη προσοχή της υπεύθυνης Νοσηλεύτριας - τής για τη νοσηλεία των ασθενών, αφού φροντίσει να κάνει τις αναρρωτήσεις και τις διαλύσεις των φαρμάκων σύμφωνα με τους κανόνες ασφαλείας και απολύμανσης καθώς και τη σωστή δοσολογία αυτών, ετοιμάζει το τροχήλατο νοσηλείας και αρχίζει τη νοσηλεία.

Ενημερώνει τον ασθενή για τα φάρμακα που θα χορηγήσει και τυχόν αντιδράσεις αλλεργικής άλλης φύσεως και αφού βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει απολύτως κανένα πρόβλημα, συνεχίζει την νοσηλεία.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Για να επιφέρει αποτελέσματα η συντηρητική θεραπεία δεν αρκεί μόνο η ιατρική παρέμβαση, να είναι αναγκαία και η θετική συμμετοχή του ασθενούς.

Στην περίπτωση όμως κατά την οποία παρόλο την παρέμβαση και των δύο παραγόντων (ιατρού - ασθενή) η συντηρητική θεραπεία δεν επιφέρει την θετικότερη αποκατάσταση, τότε ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Με τη χειρουργική επέμβαση δεν μπορούμε να εξασφαλίσουμε την πλήρη αποκατάσταση, μα ούτε και την επιβίωση του ασθενούς. Παρόλα αυτά όμως, και με τη συγκατάθεση του ασθενούς τολμάται η επέμβαση εφόσον είναι η μόνη και τελευταία ιατρική παρέμβαση που πρόκειται να εξασφαλίσει αποκατάσταση.

Πριν την τελική εισαγωγή του ασθενούς στο χειρουργείο είναι αναγκαίες ορισμένες εξετάσεις για να καθορίσουμε πλήρως το βαθμό και το σημείο της απόφραξης των στεφανιαίων αγγείων. Προηγείται δηλαδή η διαδικασία της στεφανιογραφίας.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Για να εκτελεστεί η στεφανιογραφία, ο ασθενής θα πρέπει να μεταφερθεί από την καρδιολογική στην καρδιοχειρουργική κλινική.

Για να γίνει στεφανιογραφία ακολουθούμε τη μέθοδο καθετηριασμού της καρδιάς.

Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η ετοιμασία ασθενούς

Προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς είναι το σύνολο εκείνο των διαδικασιών, οι οποίες αρχίζουν από το απόγευμα προ της εγχείρησης, μέχρι να πάει ο άρρωστος στο χειρουργείο. Για ένα καλό εγχειρητικό αποτέλεσμα δεν αρκεί η φυσική και σωματική προετοιμασία του αρρώστου, αλλά και η προετοιμασία της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς.

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο κατέρχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας * τα αισθήματα αυτά γίνονται εντονότερα στα άτομα τα οποία πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση.

Ο βαθμός αυτός των συναισθημάτων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχείρησης και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου. Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς ίσως οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής εξέλιξης, η νάρκωση, καθώς επίσης και τις τυχόν βλάβες ή αναπηρίες που θα τον συνοδεύουν στην υπόλοιπη ζωή.

Η νοσηλεύτρια - τής, με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Φόβοι και ανησυχίες, καθώς επίσης και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια - τής πρέπει να είναι προετοιμασμένη να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά, έτσι ώστε να συντελέσει στην μείωση ή και εξάλειψη των ανησυχιών.

Οι πληροφορίες και οι απαντήσεις που δαδίνει, θα πρέπει να περιορίζονται στον κύκλο των αρμοδιοτήτων π.χ. ιατρών.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής διαδικασίας εξαρτάται από το είδος της σοβαρότητας της εγχειρήσεως και την κατάσταση του αρρώστου.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι τα περιστατικά με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου χρειάζονται άμεση χειρουργική επέμβαση σε χρονικό διάστημα των δύο εβδομάδων και για το λόγο αυτό η προεγχειρητική φροντίδα είναι πολύ περιορισμένη εξασφαλίζοντας μόνο τα αναγκαία δηλαδή (φλεβική οδό για αναπλήρωση υγρών και αίματος, συχνή λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος κλπ).

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

α. Δίαιτα : το βράδυ προ της εγχειρήσεως ο άρρωστος πρέπει να πάρει ελαφρά τροφή. Συνήθως αποτελείται από σούπα, ζελέ και επιτρέπεται η λήψη νερού μέχρι τα μεσάνυχτα.

Το πρωί της εγχειρήσεως μένει νηστικός, εκτός εάν χειρουργηθεί αργά οπότε ίσως να επιτραπεί να πάρει ελαφρή πρωινό.

Η νοσηλεύτρια - τής είναι υπέχουνη να απομακρύνει από τον ασθενή το νερό ή άλλα υγρά, επίσης να τον ενημερώσει έγκαιρα και κατανοητά ότι θα πρέπει να είναι νηστικός.

β. Υποκλισμός : στους περισσότερους ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν γίνεται προεγ/κός υποκλισμός. Ο υποκλισμός είναι καθαρτικός, με σαπουνούχο νερό ή απλό νερό. Σήμερα γίνεται χρήση βιομηχανοποιημένων υποκλισμών, μιας χρήσεως. Η νοσηλεύτρια - τής πρέπει να είναι σίγουρη ότι ο υποκλισμός πέτυχε το σκοπό του.

γ. Εγχειρητικό πεδίο : είναι η προετοιμασία της περιοχής και συγκεκριμένα του δέρματος γύρω από το μέρος που θα γίνει

η χειρουργική τομή. Βασική προετοιμασία είναι να καταστεί η χειρουργική περιοχή τόσο καθαρή απο μικρόβια όσο είναι δυνατόν, καθώς και απο κάθε τι άλλο π.χ τρίχες.

Η καθαριότητα της περιοχής του δέρματος γύρω απο την χειρουργική περιοχή βοηθάει να ελατωθούν οι πιθανότητες επιμολύνσεως του τραύματος. Υπερβολική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται ώστε κατά το χρόνο του ξυρίσματος να μη μικροτραυματισθεί το δέρμα, διότι υπάρχει φόβος επιμολύνσεως και αυτών των τραυμάτων. (Εγγ/κό πεδίο είναι η θωρακική περιοχή).

δ. Προετοιμασία και εκπαίδευση : Οι μετεγχειρητικές ασκήσεις που θα ακολουθήσει ο ασθενής είναι καθορισμένες και εκτελούνται κατόπιν εντολής Ιατρού. Προ της εγχειρήσεως εκπαιδεύεται ο ασθενής - αφού προηγουμένως ενημερωθεί - και εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή του. Πάντα πρέπει να διδάσκειται πως θα αναπνέει και πως θα βήχει και ενημερώνουμε τον ασθενή για τα αποτελέσματα των ασκήσεων. Πρέπει να γνωρίζουν ότι η νοσηλεύτρια - τής θα τους βοηθήσει μέχρι να μπορούν οι ίδιοι να το κάνουν.

ε. Πριν την εγχείρηση η νοσηλεύτρια - τής φροντίζει για την πληρότητα των εργαστηριακών εξετάσεων.

Προεγχειρητικές Εργαστηριακές Εξετάσεις

Η νοσηλεύτρια - τής είναι υπέθυνη να φροντίζει να έχουν διενεργηθεί, πριν απο το χειρουργείο, όλες οι εξετάσεις που έχει ζητήσει ο Ιατρός. Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν:

- Έλεγχο νεφρικής, αναπνευστικής και ηπατικής λειτουργίας.

Οι εξετάσεις που γίνονται για τον έλεγχο αυτών των λειτουργιών είναι η γενική ούρων και η μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, κυρίως.

- Αιματολογικός έλεγχος : Οι εξετάσεις αίματος που λαμβάνουν χώρα είναι η Γενική αίματος, ο λευκοκυτταρικός τύπος, η Τ.Κ.Ε η ομάδα και RHESUS αίματος, ουρία, σάκχαρο, γοληστερίνη, τραυσαμινάσεις, ηλεκτρολύτες, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής και πήξης.
- Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας : Ο έλεγχος αυτό πραγματοποιείται με το Η.Κ.Γ, το σινοκαρδιογράφημα, το ηχοκαρδιογράφημα, με τους καθετήριασμούς της καρδιάς, με τη δικομοσία κόπωσης, αγγειογραφία κλπ.

ΠΡΟΝΑΡΚΩΣΗ : Αυτή γίνεται μισή ώρα προ της εγχείρησης και ορίζεται απο τον (την) αναισθησιολόγο. Σε τέτοιες επεμβάσεις η νάρκωση είναι ολική. Η προνάρκωση εφαρμόζεται για να υπάρχει μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, ελάττωση εκκρίσεως του θλασνογόνου του αναπνευστικού συστήματος.

Τα φάρμακα που δίνονται κυρίως στην προνάρκωση είναι βαρβιτουρικά (γιατί προκαλούν χαλάρωση του νευρικού συστήματος) και μυοχαλαρωτικά. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί απο το κρεβάτι του. Τα φάρμακα πρέπει να δίνονται στην καθορισμένη ώρα και δόση. Κατά το στάδιο της προνάρκωσης απομακρύνονται οι επισκέπτες απο το θάλαμο έτσι ώστε να υπάρχει ησυχία. Η δόση και το είδος των φαρμάκων ορίζεται προσωπικά για κάθε ασθενή, βάσει της ηλικίας της βιολογικής του καταστάσης, τα λαμβανόμενα από αυτόν φάρμακα κλπ. Τέλος θα χρειασθεί να ελεγχθεί ο άρρωστος, όνομα, επώνυμο, θάλαμος, περιστατικό. Οι βασικές ενέργειες της νοσηλεύτριας-τής πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δεικτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

ΝΑΡΚΩΣΗ : Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν φόβο για τη νάρκωση και συννά κάνουν διάφορες ερωτήσεις στις οποίες διασφαλίζεται αυτός ο φόβος τους. Ρωτούν πόσο θα τους δωθεί νάρκωση, αν θα πονάνε, πόσο θα κρατήσει η εγχείρηση, τι είδος νάρκωση θα είναι.

Η νοσηλεύτρια - τής εξηγεί στον άρρωστο ότι υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό και αναισθησιολόγοι που είναι υπεύθυνοι για όλη τη διαδικασία της νάρκωσης.

Όταν ο ασθενής συνοδεύεται στο χειρουργείο τον ακολουθεί

η υπεύθυνη γι' αυτόν νοσηλεύτρια - τής στο στάδιο της νάρκωσης καθώς και της μετεγχειρητικής του κατάστασης. Η νοσηλεύτρια - τής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να τα ξεπεράσει με τη μεγαλύτερη δυνατόν ασφάλεια, με βάσει την επιστημονική γνώση της, την εμπειρία και την ευσυνειδησία. Η πιο ασήμαντη παρατήρηση της νοσηλεύτριας - τής στις αντιδράσεις του αρρώστου κατ' αυτό το στάδιο, ίσως αποτελεί καίριμη ενέργεια στην πορεία της μετεγχειρητικής εξέλιξής του.

Ο ασθενής σ' όλη την διάρκεια της επέμβασης είναι συνδεδεμένος με το MONITOR και το μηχανήμα της εξωσωματικής κυκλοφορίας. Λαμβανονται τα ζωτικά του σημεία ανα 5'τα οποία αναγράφονται στο ειδικό φύλλο αναστησίας.

Μέσα στην αίθουσα της επέμβασης βρίσκονται σ' ετοιμότητα το μηχανήμα ολικής ναρκώσεως μάσκα οξυγόνου, απινιδωτής, και υπάρχει ακόμη ανοιχτή παρεντερική οδός από όπου χορηγούνται ηλεκτρολύτες για την ενίσχυση της πίεσεως και την πρόληψη αφυδάτωσης.

Τέλος υπάρχει πάντα σ' ετοιμότητα μιάλη αίματος η οποία έχει διασταυρωθεί και έχει εξετασθεί για AIDS και ηπατίτιδα.

Μ Ε Τ Ξ Γ Χ Β Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η φροντίδα ασθενούς.

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

Ο ασθενής που υπέστησαν επέμβαση ανοικτής καρδιάς χρειάζονται υψηλό βαθμό νοσηλευτικής φροντίδας και έντονη θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο πρέπει τις πρώτες ημέρες μετά την εγχείρηση να νοσηλεύεται σε ειδικές θερα-πείας, με ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και υπερσύγχρονα μηχανήματα.

Η Νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται:

- Στη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς

Τα ζωτικά σημεία (σφύξεις, θερμοκρασία, αναπνοές, Α.Π., Κ.Φ.Π) λαμβάνονται από την νοσηλεύτρια - τή κάθε 15 λεπτά τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, μέχρι τη σταθεροποίησή τους. Ιδιαίτερα η μέτρηση της Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης είναι πολύ σπουδαία γιατί είναι ο καλύτερος τρόπος ελέγχου απώλειας αίματος. Η νοσηλεύτρια - τής πρέπει να είναι πολύ προσεκτική, διότι βάση της τιμής της Κ.Φ.Π ο γιατρός καθορίζει τα υγρά που χορηγεί στο χειρουργημένο ασθενή. Επίσης θα πρέπει να διατηρεί πάντα ανοικτή μια αρτηριακή γραμμή, για τη συχνή λήψη αίματος για τον προσδιορισμό των αερίων (PO_2 , PCO_2).

- Ετη συνεχή παρακολούθηση του Η.Κ.Γ

Η ευθύνη αναγνώρισης και αξιολόγησης της σοβαρότητας των καρδιακών αρρυθμιών ανήκει στη νοσηλεύτρια - τή. Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που θα αποφασίσει, στηρίγμένη στη νοσηλευτική της κρίση και τις γνώσεις της σχετικά με την ηλεκτροκαρδιογραφία, αν μια κατάσταση απαιτεί μόνο παρακολούθηση ή κλήση του ιατρού.

- Ετο συχνό έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος, είναι πολύ επικανείς σε όλες τις περιπτώσεις εγχειρήσεως της καρδιάς.

Επιπλοκές του ενός συστήματος έχουν άμεσο αντίκτυπο πάνω στο άλλο. Το έργο της αναπνοής μετά την επέμβαση είναι αυξημένο και επομένως είναι μεγαλύτερες και οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο.

Συνήθως τον πρώτο καιρό ο ασθενής είναι συνδεδεμένος με ανεπνευστήρα. Η νοσηλεύτρια - τής έχει λοιπόν καθήκον να γνωρίζει τη σωστή λειτουργία αυτού του μηχανήματος. Θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να εκτελεί βρογχοαναρροφήσεις για την απομακρυνση των βρογχικών εκκρίσεων και τη διευκόλυνση του έργου της αναπνοής. Αυτές όμως πάντα θα πρέπει να εκτελούνται με άσιπτη τεχνική για την πρόληψη λοιμώξεων. Όταν αφαιρεθεί η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, ο ασθενής λαμβάνει πλέον οξυγόνο είτε με μάσκα, είτε με ρινικό καθετήρα. Τότε η νοσηλεύτρια - τής βοηθάει τον ασθενή να εκτελεί βαθειές εισπνοές.

- Στη μέτρηση της ωριαίας αποβολής των ούρων.

Ο αριθμός της αποβολής των ούρων αποτελεί σοβαρή ένδειξη επαρκούς ή ανεπαρκούς αιμάτωσης των νεφρών καθώς επίσης και των περιφερικών ιστών. Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια - τής, έχει υποχρέωση να σημειώνει το ποσό των ούρων που αποβάλλεται ανα μια ώρα. Σε περίπτωση που η ωριαία αποβολή είναι 30 ML, θεωρείτε επαρκής και δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας. Όταν κάτω από 20 ML, τότε ειδοποιείτε ο γιατρός. Επίσης συχνά μετράμε το ειδικό βάρος των ούρων για τον έλεγχο της συχνότητας των νεφρών να πυκνώσουν τα ούρα.

- Στην αντιμετώπιση του πόνου και στη φαρμακευτική αγωγή.

Ο πόνος στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς είναι αρκετά έντονος και οφείλεται βέβαια στη σύσπαση των πλευρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Η χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή κι ακριβώς στην ποσότητα που έχει οριστεί από τον γιατρό. Επίσης η νοσηλεύτρια - τής χορηγεί όλα τα φάρμακα, όπως π.χ αντιβιοτικά, αντιπυκτικά, κλπ. σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει λάβει.

- Στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Θα ήταν σοβαρή παράλειψη και απόδειξη ανεπαρκούς φροντίδας, εάν η νοσηλευτική φροντίδα, δεν περιλαμβάνει και τον ψυχισμό του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια - τής, με εφόδια την αγάπη της και το ενδιαφέρον της, επικοινωνεί με τον ασθενή και προσπαθεί να εξακριβώσει του φόβους του το επίπεδο της ψυχολογικής του έντασης.

Η νοσηλεύτρια - τής κατά την παρουσία της στο πλάι του

ασθενούς, μειτν ηρεμία της, με την αισιδόδοξη έκφραση του προσώπου της, ακόμα και με τον τόνο της φωνής της, ενισχύει την εμπιστοσύνη, την ελπίδα, την υπομονή και το θάρρος του ασθενούς.

- Στον εργαστηριακό έλεγχο.

Η Νοσηλεύτρια- τής απο τις πρώτες κιόλας ώρες μετά την εγχείρηση λαμβάνει μέριμνα για την εκτέλεση όλων των απαραίτητων εξετάσεων, όπως π.χ της γενικής αίματος, των ηλεκτρολυτών, τον προσδιορισμό των ζερίων αίματος κλπ. Επίσης γίνεται και ακτινογραφία θώρακος.

- Στη διαιατητική αγωγή του ασθενούς.

Η διατροφή του ασθενούς αρχίζει απο τη στιγμή που θα κινητοποιηθεί ο εντερικός σωλήνας και θα υποχωρήσουν τα συμπτώματα μετεωρισμού της κοιλιάς. Η θερμοκρασία της χορηγούμενης τροφής πρέπει να είναι χλιαρή. Η νοσηλεύτρια - τής είναι υπεύθυνη για την τήρηση ισοζυγίου υγρών - για να μην φορτώνεται ο ασθενής με πολλά υγρά. Η τροφή στην αρχή θα πρέπει να είναι ελαφρά και αργότερα προχωρεί στην κανονική. Πάντα όμως να είναι άναλος.

- Στην έγερση του ασθενούς.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

1. Πρόληψη ή αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης που μπορεί να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια. (αναπνευστική λοίμωξη, ατελεκτασία ή ανεπαρκείς πνευμονική λειτουργία). Επίσης, πρόληψη ή αντιμετώπιση κάθε άλλης κατάστασης που μπορεί να προκαλέσει υποξία των ιστών.

α) Χρησιμοποίηση υποβοηθούμενου ή ελεγχόμενου αερισμού.

Η αναπνευστική υποστήριξη χρησιμοποιείται στην αρχή για 24 ώρες, με σκοπό την εξασφάλιση του αεραγωγού σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής, τη μείωση του έργου της καρδιάς, και τη διατήρηση επαρκούς αερισμού.

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

2. Προαγωγή βήχα, βαθειών αναπνοών και συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι.

Αν ο άρρωστος δεν συνδεθεί με μηχανικό αναπνευστήρα, ο βήχας και οι βαθειές αναπνοές αρχίζουν μετά την επιστροφή του στη μονάδα. Γίνονται τουλάχιστον κάθε ώρα για τις πρώτες 8 ώρες, κατόπιν κάθε 2 ώρες, σε συνέχεια κάθε 4 ώρες, και τέλος ανάλογα με την κλινική πρόοδο του αρρώστου. Επίσης χορηγείται οξυγόνο τις πρώτες ημέρες.

3. Περιορισμός υγρών τις πρώτες ημέρες για αποφυγή πνευμονικής συμφόρησης.

4. Προσεκτική χορήγηση αναλγητικών και παρακολούθηση απόκρισης του αρρώστου σ'αυτά.

5. Βιασφάλιση επαρκούς όγκου αίματος και επιπέδου αιμοσφαιρίνης με προσεκτική παρακολούθηση της απώλειας αίματος και της ακριβούς αντικατάστασής του.
6. Κεντρική φλεβική πίεση.
7. Αρτηριακή πίεση.
8. Σφυγμός.
9. Όγκος αποβαλλομένων ούρων.
10. Παρακολούθηση καρδιαγγειακής κατάστασης για προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας της καρδιακής λειτουργίας. Σειρά προσδιορισμών πίεσης αρτηριακού αίματος, συχνότητας καρδιακού παλμού, κεντρικής φλεβικής πίεσης, αριστερού κόλπου ή σπηνικής πνευμονικής αρτηριακής πίεσης, για εκτίμηση του όγκου της αριστερής κοιλίας και εκτίμηση του όγκου παλμού. Συσχέτισή τους με την κλινική κατάσταση του αρρώστου και αναγραφή.
11. Η αρτηριακή πίεση είναι μια από τις σπουδαιότερες παραμέτρους που παρακολουθούνται.
 - α) Παίρνει άμεσα ή έμμεσα κεντρική αρτηριακή πίεση.
 - β) Είναι 10 - 20 mm/Hg ψηλότερη από την έμμεση.
 - γ) Προσοχή στις τιμές της διαστολικής πίεσης σε αρρώστους με αντικατάσταση της αορτικής βαλβίδας.
12. Αιρόδση της καρδιάς για σημεία καρδιακού επιπωματισμού περί καρδιακής τριβής κλπ.
13. Έλεγχος περιφερικών σφυγμών (ποδικός σφυγμός, κνημιαίος, κερκιδικός) για περισσότερη έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας.
14. Παρακολούθηση Η.Κ.Γρατος στο καρδιοσκόπιο για ανίχνευση καρδιακών αρρυθμιών.

14.α) Πρωιμες κοιλιακές συστολές συμβαίνουν πιο συχνά μετά απο αντικατάσταση αορτητικής βαλβίδας και μετά απο στεφανιαία παράκαμψη.

β) Αρρυθμίες επίσης συμβαίνουν εξαιτίας ισχαιμίας, υποξίας, μεταβολών στο κάλιο του ορού του αίματος, οξεοβασικών διαταραχών, δηλητηριάσεις με δακτυλίτιδα και μυοκαρδιακής ανεπάρκειας.

15. Μέτρηση όγκου ούρων κάθε μισή ώρα.

16. Έλεγχος ούλων, νυχιών, χειλιών, λοβίων των αυτιών και των άκρων για κυάνωση.

17. Εκτίμηση ή διόρθωση αντισοζυγίων : θρεπτικού, υδατοηλεκτρικού και οξεοβασικού. Παραγωγή απέκκρισης ούρων.

α) προσεκτική χορήγηση υγρών για αποφυγή υπογλυκαιμίας ή υπερφόρτωσης.

β) ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων υγρών για έλεγχο του ισοζυγίου τους και εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σε υγρά.

γ) εκτίμηση της κατάστασης υδάτωσης του αρρώστου με μέτρηση του βάρους του σώματος, των επιπέδων των ηλεκτρολυτών, του αιματοκρίτη, της διόγκωσης των φλεβών του τραχήλου, του οιδήματος των ιστών, του μεγέθους του ήπατος, του αναπνευστικού ήχου.

δ) Μέτρηση και αναγραφή ούρων κάθε μισή με μια ώρα. Η απέκκριση των ούρων πρέπει να διατηρείται φυσιολογική, για πρόληψη υπερφόρτωσης και συλλογής των προϊόντων της ιστικής αποσύνθεσης στα επειραμένα σωληνάρια που έχει σχέση με το μηχάνημα εξωσωματικής κυκλοφορίας. Χορήγηση LASIX, ειδοποίηση ιατρού για ποσότητα ούρων κάτω απο 20 ML /ώρα.

ε) Μέτρηση του υγρού παροχετευσης του θώρακα (δεν πρέπει

να περνά τα 200 ML την ώρα και τις πρώτες 4 έως 6 ώρες).

στ) Προσοχή σε κλινικά σημεία που δείχνουν διαταραχή νερού, ηλεκτρολυτών και οξεοβασικής ισορροπίας, που μπορεί να συμβούν μετά τη χρησιμοποίηση της μηχανικής εξωσωματικής κυκλοφορίας.

18. Υποκαλιαιμία που μπορεί να προκληθεί εξαιτίας λήψης διουρητικών, εμετών, ρινογαστρικής αναρρόφησης, **STRESS** της χειρουργικής επέμβασης. Τα αποτελέσματα της υποκαλιαιμίας είναι: αρρυθμίες, δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα, μεταβολική αλκάλωση, και καρδιακή ανακοπή. Αντιμετώπιση με αναπλήρωση σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

19. Υπερκαλιαιμία που μπορεί να προκληθεί από αυξημένη πρόσληψη ρήξη των ερυθρών αιμοσφαιρών, ανεπάρκεια. Τα αποτελέσματά της είναι: διανοητική σύγχυση, σπασμούς και κώμα.

20. Υποασβεστιαίμια που μπορεί να οφείλεται σε μαζική μετάγγιση αίματος. Οι εκδηλώσεις της είναι : αιμοδία, μυηκές κράμπες. Χορηγείται ασβέστιο σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.

21. Από τις οξεοβασικές διαταραχές, ο άρρωστος μπορεί να προκαλέσει μεταβολική οξέωση. Χορήγηση διτανθρακικού νατρίου.

α) Η λήψη υγρών από το στόμα αρχίζει με παγάκια ή μικρές ποσότητες νερού αμέσως μόλις ξυπνήσει ο άρρωστος. Ακρόαση για εντερικούς ήχους κάθε τέσσερις ώρες.

22. Προαγωγή άνεσης και δραστηριοποίηση του άρρώστου.

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

β) Χορήγηση μορφίνης για τον πόνο εξαιτίας της χειρουργικής τομής, αρκετά συχνά τις πρώτες 48 - 72 ώρες. Κατόπιν χορήγηση από το στόμα αναλγητικού, όπως κωδεΐνη. Αναγραφή

φύσης, τόπου, εντόπισης και διάρκειας του πόνου. Ο πόνος και η αγωνία αυξάνουν τις ανάγκες σε οξυγόνο και το καρδιακό έργο.

γ) Διαφοροδιάγνωση ανάμεσα στον πόνο εξαιτίας της τομής και τον στηθαγχικό πόνο.

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

ε) Η θωρακική τομή και η τομή στη βουβωνική χώρα που έγινε για την ανάλυση παράκαμψης ή για λήψη τεμαχίου της σαφηνούς φλέβας για πλαστική της αορτής, επιβάλλουν περιορισμούς στις δραστηριότητες

ς) Βοήθεια να καθήσει στο χέλος του κρεβατιού μέσα στις πρώτες 12 - 24 ώρες μετά την επέμβαση. Αν είναι ανεκτό από τον άρρωστο, τον βοηθάμε να καθήσει στην καρέκλα για 10 - 15 λεπτά την 1η μεταγ/κή μέρα και για περισσότερο χρόνο αργότερα την ίδια ημέρα. Βοήθεια και έγερση την τέταρτη ημέρα. Στενή παρακολούθηση της κατάστασής του.

23. Προαγωγή καλής λειτουργίας του εγκεφάλου. Η πολύωρη χρησιμοποίηση της εξωσωματικής κυκλοφορίας μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο Κ.Ν.Σ μετά την επέμβαση στην καρδιά.

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

β) Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου κάθε ώρα :

- * επίπεδο αποκριτικότητας σε ερεθίσματα.
- * μέγεθος κόρης και αντίδρασής της στο φώς.
- * κίνηση των άκρων.
- * θεραπεία σπασμών.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
ΦΥΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ
(εκτός νοσοκομείου)

Παλαιότερα η θεραπεία δένει έμφραγμα του μυοκαρδίου περιλάμβανε κυρίως μακρόχρονη ακινησία του αρρώστου. Πράγμα που τον επηρέαζε τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά.

Σήμερα, τα αυτά, σχεδόν απο τις πρώτες ημέρες αρχίζουν ένα πρόγραμμα κινητοποίησης. Σκοπός της κινητοποίησης είναι:

1. να αποφευχθούν τα αρνητικά αποτελέσματα της ακινησίας στις πλέβες, στους πνεύμονες, στις αρθρώσεις.
2. να αποφευχθεί η ορθοστατική υπόταση.
3. να αποκτήσει ο άρρωστος σωστή γνώση της δικής του ικανότητας δουλειάς και να προσαρμοστεί προοδευτικά στην φυσική του ένταση.
4. Να βοηθηθεί ψυχολογικά.

Η φυσική άσκηση περιλαμβάνει : ελεγχόμενη κινητοποίηση. Έτσι η ελεγχόμενη κινητοποίηση αρχίζει με εντολή ιατρού και εφόσον δεν υπάρχουν : SHOCK, συμπτώματα οξείας καρδιακής ανεπάρκειας, αρρυθμίες, στήθαγχικό πόνο, και πυρετό πάνω απο 39° C. Κάθε πρόγραμμα σε διάφορες φάσεις χωρίζεται, με μια διαδοχική και αυξανόμενη προσπάθεια.

Ο φυσιοθεραπευτής που πρέπει να γνωρίζει καλά ότι αφορά την καρδιά, τους κινδύνους και την αντιμετώπισή τους. Να μετράει τις σφύξεις πριν και μετά την άσκηση, να σημειώνει την γενική κατάσταση του αρρώστου, αρρυθμίες, στήθαγχικό πόνο, δύσπνοια, ταχύπνοια, κούωση, φόβο.

Το Η.Κ.Γ κατά την ώρα των ασκήσεων δίνει σημαντικές πλη-

ροφορίες. Σε περίπτωση που ο άρρωστος παρουσιάσει σύμπτωμα από τα πιο πάνω ο φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να διακόψει το πρόγραμμα.

Ο άρρωστος αρχίζει με ελαφρές ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων. Μπορεί να καθήσει στο κρεβάτι με υποστήριγμα για να φάει. Αργότερα μπορεί να καθήσει στο κρεβάτι χωρίς στήριγμα για μικρά διαστήματα και σιγά - σιγά αρχίζει κινήσεις ενώ βρίσκεται καθιστός στην άκρη του κρεβατιού και αργότερα στην πολυθρόνα. Έπειτα κάνει μικρό περίπατο μέσα στο δωμάτιο και ελαφρές ασκήσεις όρθιος. Στη συνέχεια κάνει βόλτες μέσα στο διάδρομο και ανέβασμα σκάλας και αργότερα ένα περίπατο εκτός κτηρίου.

Αναπροσαρμογή μετά το εξητήριο

Μελέτες έχουν δείξει ότι η σωματική άσκηση μετά από ένα έμφραγμα δίνει θετικά αποτελέσματα τόσο κυκλοφορικά όσο και μεταβολικά. Κυκλοφορικά, αυξάνει τη φυσική ικανότητα, την καλύτερευση της περιφερικής κυκλοφορίας. Χαμηλώνει την συχνότητα των σφυγμών, δεν μεταβάλλει ή κρατάει χαμηλή την αρτηριακή πίεση, μεγαλώνει τον όγκο παλμού κατά την προσπάθεια, δημιουργεί παράπλευρη κυκλοφορία στο μυοκάρδιο.

Μεταβολικά αυξάνει την τοπική δραστηριότητα των μιτοχονδρίων, αυξάνει την τοπική δραστηριότητα των ενζύμων, επηρεάζει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Οποσδήποτε η σωματική άσκηση στους αρρώστους αυτούς δεν στερείται κινδύνους. Ο φυσιοθεραπευτής πρέπει να γνωρίζει την κατάσταση του αρρώστου και τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Να γνωρίζει τι φάρμακα παίρνει ο άρρωστος, να ξέρει να κάνει μάζαξη της καρδιάς και τεχνική αναπνοή.

Οι κίνδυνοι της σωματικής άσκησης είναι : ισχαιμία του μυοκαρδίου που κρατάει πολύ ώρα, ασυστολία, κοιλιακή ταχυκαρδία, καρδιακή ανεπάρκεια, συγιοπή. Γι 'αυτό αντενδείκνυται η κινητοποίηση σε άτομα που εκτός από παθολογικούς λόγους έχουν μεγάλο καρδιακό όγκο παλμού, σοβαρές αρρυθμίες, ανεύρισμα, υψηλή αρτηριακή πίεση 170 - 100 MM/HG σε ηρεμία, που ανεβαίνει κατακόρυφα, καρδιακή ανεπάρκεια, μεγάλη ηλικία.

Πριν αρχίσει το πρόγραμμα των ασκήσεων, γίνεται έλεγχος με τον οποίο πρέπει να εξακριβωθεί η μεγαλύτερη επιβάρυνση που ο άρρωστος ανέχεται. Ο έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε τρεις ή τέσσερις εβδομάδες.

Αφού γίνει η εξέταση και οριστεί η σωστή επιβάρυνση, ο άρρωστος αρχίζει το πρόγραμμα των ασκήσεων το οποίο γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα και έχει διάρκεια 30'. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ασκήσεις μικής έντασης στην αρχή : βάδισμα, ασκήσεις εντονότερες, και λίγο ποδήλατο. Μετά την γυμναστική απαγορεύεται το κρύο ντους.

Το πρόγραμμα στην αρχή γίνεται ατομικό, με αρρώστους που ασκούνται με την ίδια επιβάρυνση.

Πολλοί άρρωστοι θέλουν να συνεχίσουν και μετά τη γυμναστική τους. Τότε μπορούν να οργανωθούν σε ομάδες, με σκοπό τη διατήρηση της καλής σωματικής κατάστασής τους.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ο ασθενής με έμφραγμα ανήκει στους χρόνιους αρρώστους. Ένας από τους κυριότερους λόγους που συμβάλλει στην εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι το άγχος.

Ο ασθενής που υπέστη έμφραγμα μυοκαρδίου, μπαίνει στη μονάδα σ' ένα άγνωστο γι' αυτόν χώρο και βρίσκεται ξαφνικά υποβιβασμένος στην ανωνυμία μιας οριζόντιας θέσης μέσα σε λευκά σεντόνια, εξαρτημένος από τις φροντίδες των άλλων - ακόμα και για τις σωματικές τους φροντίδες - συνδεδεμένος με πολλά καλώδια.

Κρύβει τις ανησυχίες του σχετικά με τη δουλειά του, για το πόσο κουράζονται οι δικοί του, για το πως θα εξελιχθεί η υγεία του, για το πως θα ανταπεξέλθει στην κοινωνία κλπ. Με όλες λοιπόν αυτές τις ανησυχίες είναι δυνατό να είναι νευρικός απέναντι σε όλους, και κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Θα πρέπει η Νοσηλεύτρια - τής να αντιμετωπίσει με ηρεμία την επίθεση - εάν μπορούσαμε βέβαια να την χαρακτηρίσουμε έτσι.

Εξηγούμε σ' αυτόν την αναγκαιότητα των εργαστηριακών εξετάσεων και τη συχνότητα των αιμοληψιών. Εξηγούμε ότι μόνο για λίγες ημέρες είναι απαραίτητη η φαρμακευτική θεραπεία να γίνεται ενδοφλέβια, και ότι μόνο λίγες ημέρες θα μένει στο κρεβάτι. Εξηγούμε ακόμη ότι τα καλώδια θα παραμείνουν μόνο για λίγες ημέρες προς παρακολούθηση του Η.Κ.Γ-ματος. Λοιπόν όχι επιθετικότητα, όχι εκνευρισμός, όχι φωνές από

μέρους μας.

Μια απο τις πιο δύσκολες ημέρες του ασθενή είναι η τρίτη ημέρα της νοσηλείας του. Μπορεί να μας παρουσιάσει κάποια επιπλοκή και να αναγκαστήκαμε να χρησιμοποιήσουμε για την ανάταξη απινίδωση. Όταν αρχίσει και συνέρχεται και βλέπει πάνω απο το κεφάλι του τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, αρχίζει να αντιδρά "Τι έγινε γιατρέ ; Αδελφή ; Τι μου συνέβη ;

Ρωτάει με αποτυπωμένη την αγωνία στο βλέμα του. Τι μπορεί να απαντήσει κανείς ; Είναι πραγματικά απο τις πιο δύσκολες στιγμές της εργασίας μας. Η απάντηση σ'αυτές τις ερωτήσεις δεν είναι στερεότυπη. Πιστεύουμε ότι η απάντηση θα πρέπει να είναι ανάλογη της αξιολόγησης που έχει κάνει η νοσηλεύτρια - τής για τον άρρωστο. Προσωπικά πιστεύω ότι τουλάχιστον τις πρώτες ώρες μετά την επιπλοκή η απάντησή μας θα πρέπει να είναι μάλλον "καμουφλαρισμένη".

Π Ρ Ο Σ Ο Χ Η : Οχι απαντήσεις του τύπου " τίποτα" ή απαντήσεις που δείχνουν υποτίμηση του προβλήματος. Η πλήρης εξήγηση μπορεί να δοθεί λίγες ημέρες μετά, εφόσον κριθεί και επιβεβαιωθεί απο τον ιατρό, η καλή πορεία της υγείας του. Η πλήρης διαφώτιση του ασθενή για την ασθένειά του και των επιπλοκών που ήδη παρουσιάστηκαν, αλλά και εκείνων που μπορούν να παρουσιαστούν στο μέλλον του, καθιστά σημαντικά υπεύθυνο για την ανάρρωσή του και την αποκατάστασή του μετά την έξοδο απο το νοσοκομείο.

Για το εάν ο άρρωστος, αισθάνεται σιγουριά μετά την έξοδο του απο το νοσοκομείο, σημαντικό τμήμα της ευθύνης φέρει ηφνοσηλεύτρια - τής. Είναι εκείνη που βρίσκεται τον περισσότερο χρόνο μαζί του. Δουλειά της είναι να τον βοηθήσει

να καταλάβει τη φύση της ασθένειας του, να την παραδεχθεί και ακόμη ότο από εδώ και πέρα θα πρέπει να ακολουθήσει ορισμένους κανόνες. Είναι εύκολο άραγε να πείσει κάποιον άνθρωπο ότι η ζωή του θα κινείται στο "ρελαντί" - όχι βέβαια .

Όχι κάπνισμα, όχι αλκοόλ, όχι λιπαρά, όχι μεγάλη παραμονή στο κρύν, όχι μεγίστη φυσική προσπάθεια. Δεν είναι όμως καθόλου εύκολο να πεισθεί αμέσως ο ασθενής για όλα αυτά που του συμβαίνουν .

Η Νοσηλεύτρια - τής, θα προσπαθήσει με απλά λόγια, αλλά στηριγμένη πάνω στην έρευνα και στην επιστήμη, μπορεί να σημαντικά στην παραδοχή των παραπάνω ερωτήσεων. Και ας μη ξεχνάμε εμείς οι Νοσηλευτές ότι μόνο με τις γνώσεις μας δεν μπορούμε να καταφέρουμε πολλά πράγματα. Αλλά απλά πράγματα θα μας φέρουν κοντά στον άνθρωπο για να μπορέσουμε να τον βοηθήσουμε με τις γνώσεις μας. Ένα γαμόγελο κατά τα " πρώτα βήματα" του εμφράγματος, το ενδιαφέρον μας να ακούσουμε τα παράπονά τους, τις ανησυχίες τους, θα μας φέρουν κοντά του, ώστε μαζί να μπορέσουμε να συμβάλλουμε στην όσο δυνατή καλύτερη πορεία της υγείας του.

Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι καρδιολογικοί άρρωστοι είναι ο φόβος της ανακοπής, ο φόβος ενός νέου εμφράγματος, ο φόβος για μια νέα φοβερή κρίση, ο φόβος του αιφνιδίου θανάτου.

Συνήθως περιγράφουν τον πόνο του εμφράγματος σαν κάτι να τους κόβει στα δύο. σαν μια λάμα που μπαίνει βαθιά στην καρδιά. Και αναρωτιούνται συνέχεια. Θα αντιμετωπισθεί αυτός ο πόνος ή θα είναι κάτι που θα βασανίζει συνέχεια ;

Εδώ έρχεται να παίξει τον σημαντικό της ρόλο η νοσηλεύτρια. Είναι αυτή που θα τον βοηθήσει να απαιτήσει τη χαμένη του εμπιστοσύνη, όχι μόνο μέσα στο νοσοκομείο αλλά και κατά την έξοδό του. Είναι εκείνη που θα βρεί το χρόνο να λύσει τις απορίες του και να του πει ότι εκείνος απο δω και πέρα θα είναι βασικός ρυθμιστής της υγείας του.

Το πόσο λοιπόν θα βοηθήσει η νοσηλεύτρια του ασθενή εξαρτάται από τη φιλοσοφία που έχει αναπτύξει η ίδια πάνω στα θέματα : φόβος, αγωνία, ζωή, θάνατος.

Μετά απ' όλα αυτά αναρωτιέται κανείς : Είναι σωστό για την νοσηλεύτρια εκπαίδευση να έχει ως σκοπό την παροχή φροντίδας στην πρόληψη, στη διδασκαλία και την υποστήριξη του ατόμου να φροντίζει τον εαυτό του* όπου και να βρίσκεται * και να αντιληφθεί, ότι μπορεί η νοσηλεία στο νοσοκομείο να είναι τραυματική εμπειρία, όμως είναι μόνο μια πολύ μικρή περίοδος στη ζωή των περισσότερων ανθρώπων.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η νοσηλεία του ασθενούς περιλαμβάνει όλες αυτές τις ενέργειες που αποσκοπούν στην ανάρρωση και θεραπεία του ασθενούς, όμως υποχρέωση του νοσηλευτή είναι επίσης η εκπαίδευση και η διδασκαλία του ασθενούς.

Η καλή υγεία του ασθενούς εξαρτάται κατά πολύ από τη ζωή που θα ακολουθήσει μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, και αυτό με τη σειρά του εξαρτάται από το πόσο ενημερωμένος είναι σχετικά με την πάθησή του, από το πόσο του έχουν δοθεί απλές και κατανοητές οδηγίες και τέλος από το πόσο πρόθυμος είναι να τις ακολουθήσει.

Η φύση της ασθένειάς του του επιφορτώνει με πολλούς περιορισμούς και υποχρεώσεις. Ξιώνει ψυχολογικά άσχημα γιατί θα πρέπει να καταπιέσει τον εαυτό του να συμβιβασθεί μ'ένα τελώς διαφορετικό τρόπο ζωής.

Στόχος του νοσηλευτή είναι να χρησιμοποιήσει όλες τις γνώσεις του από την ψυχολογία του ατόμου, και με όση πειθώ διαθέτει να προσπαθήσει να δώσει κουράγιο στον ασθενή, έτσι ώστε να ακολουθήσει τις οδηγίες που του δόθηκαν.

Αυτό βέβαια δεν θα το πετύχουμε δείχνοντας ολιγο και συμπόνια, αλλά χρησιμοποιώντας επιχειρήματα που θα αποδεικνύουν ότι οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν στον ασθενή δεν θα του στερήσουν τη χαρά της ζωής, ενώ ένα επόμενο Ο.Ε.Μ μπορεί εύκολα να του στερήσει ολοκληρωτικά αυτήν.

Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται ευκολότερα αν ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς έχει κερδίσει

την εμπιστοσύνη του και το σεβασμό του.

Ο ασθενής ακόμη διδάσκεται πως να αναγνωρίζει τα κλινικά συμπτώματα του Ο.Β.Η καθώς και πως αντιμετωπίζεται, πράγμα που διδάσκεται πάντα, καθώς και στην οικογένειά του, ιδιαίτερα όταν η κατάσταση του είναι βαρεία ή παρουσιάζει επιπλοκές.

Επίσης του υποδεικνύεται πρόγραμμα φυσικής άσκησης ανάλογο της περιπτώσεώς του, καθώς και πρότυπο διαιτολόγιο. Οι οδηγίες που του δίνονται βέβαια αναφέρουν την αποφυγή ενασχόλησης.

Αν ο ασθενής είναι παχύσαρκος δίνονται ιδιαίτερες οδηγίες για την δίαιτα του και τους τρόπους που θα ενισχύσουν την προσπάθειά του να χάσει το κιλό που πρέπει.

Αν ο ασθενής είναι υπέρτασικός, τονίζεται σ'αυτόν η ανάγκη περιορισμού ή κατάργηση του αλατιού απο το φαγητό. Σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει απο σακχαρώδη διαβήτη του δίνονται αυστηρές οδηγίες κατάργησης της ζάχαρης όπου και να περιέχεται αυτή.

Ακόμη αν καπνίζει τονίζεται ότι θα πρέπει να κόψει εντελώς το κάπνισμα και για να βοηθηθεί σ'αυτό του υποδεικνύονται κάποιοι υποβασηθητικοί τρόποι σ'αυτή του την προσπάθεια.

Ακόμη ο ασθενής ενημερώνεται για τη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει μετά την έξοδό του απο το νοσοκομείο και τέλος για τις εξετάσεις που θα πρέπει να πραγματοποιούνται, για να υπάρχει η δυνατότητα παρακολούθησης της κατάστασής του, και για την πρόληψη των επιπλοκών.

Τέλος ο ασθενής θα πρέπει να πάρει και κάποιες συμβουλές για την ψυχολογική του υγεία, για την αποφυγή του άγχους, που θα πρέπει να γνωρίζει ότι είναι καταστροφικό.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΟΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ

Ο ασθενής μετά το Ο.Ε.Μ θα αναγκαστεί να προσαρμόσει τη διατροφή του, σύμφωνα με κάποιους κανόνες διαιτητικής. Κατά την διάρκεια των πρώτων 4 ή 5 ημερών, ο ασθενής ακολουθεί μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες, η οποία θα πρέπει να χωρίζεται σε μικρά πολλαπλά γεύματα. Όσο μεγαλύτερο και βαρύτερο είναι το γεύμα, η διαδικασία της πέψης μεγαλώνει το καρδιακό έργο * για το λόγο αυτό η ποσότητα του γεύματος ασθενούς με Ο.Ε.Μ πρέπει να κρατιέται σε χαμηλά επίπεδα. Αν συνυπάρχει και καρδιακή κάμψη τότε είναι απαραίτητο να περιοριστεί η λήψη νατρίου.

Είναι αρκετά λογικό να δίνεται τροφή με μικρό όγκο στους ασθενείς. Επιπρόσθετης η πέψη του αβαστού των τροφών που το περιέχουν σε μεγάλες ποσότητες θα πρέπει να περιλαμβάνεται στη δίαιτα των ασθενών με Ο.Ε.Μ ιδιαίτερα όταν λαμβάνουν διουρητικά φάρμακα.

Κατά τη διάρκεια της δεύτερης εβδομάδας αυξανόμενα ποσά τροφής μπορούν να προστεθούν στη δίαιτα του ασθενούς. Σ' αυτή την περίοδο γίνεται γνωστό στον ασθενή το πόσο σημαντικό είναι να περιορίσει τις θερμίδες των τροφών, τη χοληστερόλη και τα κεκορεσμένα λίπη.

Ο διαιτολόγος μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή με τις γνώσεις του, καθώς και να του καθορίσει μια κατάλληλη δίαιτα.

Η απροθυμία να δεχθεί ο ασθενής τους διαιτολογικούς περιορισμούς καθώς και να πάψει να καπνίζει, δεν είναι σε κανένα στάδιο της νοσηλείας του και γενικότερα της μετέ-

πειτα ζωής του, μεγαλύτερη. Ο ρόλος του Νοσηλευτή σ' αυτόν τον τομέα περιορίζεται στο να προντίζει για την τήρηση του ορισμένου διαιτολογίου και να εξηγήσει στον ασθενή την αναγκαιότητα περιορισμού της διατροφής του, καθώς και να μην παραβλέψει να ενημερώσει για τροφές που θα πρέπει ή όχι να αποφεύγει.

ΠΡΟΤΥΠΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Επιτρέπονται οι παρακάτω τροφές:

- * Κρέας άπαχο, κατά προτίμηση κατόπουλο, μοσχάρι, κουνέλι και κατσίκι
- * Όλων των ειδών τα ψάρια, τουλάχιστον 1 - 2 φορές την εβδομάδα
- * Ψωμί, κρουσανιές, ρύζι, και κρούτα
- * Μόνο δύο αυγά την εβδομάδα
- * Καφές και τσάι σε λογικές ποσότητες, μαρμελάδα, μέλι
- * Μέχρι 4 κουταλιές της σούπας ημερησίως λάδι ελιάς ή καλαμποκέλαιο, βαμβακέλαιο κλπ.
- * Λίγο κρασί π.χ ένα ποτηράκι μετά το φαγητό
- * Αποβουτυρωμένο γάλα και γλαούρι - τυρί άπαχο

Απαγορεύονται οι παρακάτω τροφές :

- * Το βούτυρο, ζωικό λίπος και σκληρές μαργαρίνες.
- * Χοιρινό, βοδινό αρνί γιατί περιέχουν λίπος.

- * Παιντισθία, νεφρά, σικέτι κλπ
- * Τα οινοπνευματώδη ποτά, ιδιαιτέρως τα υψηλής περιεκτικότητας σε οινόπνευμα.
- * Οι πολλές σάλτσες και τα τσιγαριστά.
- * Τροφές ή γλυκά με βούτυρο καθώς και σοκολάτα.
- * Το πλήρες γάλα και τα προϊόντα του.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΑ

(επιστροφή στην εργασία - οικογένεια)

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, ο ασθενής μετά τη νοσηλεία του στο νοσοκομείο έχει απομονωθεί από το κοινωνικό του περιγύρο. Επομένως είναι φυσικό να διακατέχεται από αγωνία για το πως θα τον αντιμετωπίσουν οι φίλοι και οι συγγενείς του.

Λόγω της φύσης της ασθένειάς του νιώθει ανίκανος, και ίσως διακατέχεται από το φόβο ότι δεν θα μπορεί πια να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του : εργασία, οικογένεια και κοινωνία γενικότερα.

Νιώθει ότι δεν θα είναι ικανός να προσφέρει όσα πρόσφερε πριν το οξύ έμφραγμα που έπαθε, και ότι είναι ανάπηρος μιας και η καρδιά του δεν του επιτρέπει να καταπονείται όσο θέλει.

Όλα αυτά τα συναισθήματα πνίγουν τον ασθενή που τα σκέφτεται συνεχώς και τον απασχολούν. Μπορεί ο ασθενής να αποκαλύψει την σκέψη του, αλλά μπορεί και να απομονωθεί ή να αντιδράσει με θυμό και αυταρχισμό.

Η Νοσηλεύτρια - τής ενημερώνει την οικογένεια του ασθενούς για όλα τα παραπάνω και εξηγεί στον ασθενή την ματαιότητά του να σκέφτεται μ'αυτό τον τρόπο.

Επίσης θα πρέπει η οικογένεια του ασθενούς να μην κάνει το λάθος και είναι ιδιαίτερα υπερπροστατευτική απέναντί του, γεγονός που θα οδηγήσει τον ασθενή στην κατάσταση των συναισθημάτων που αναφέρθηκαν.

Ο ασθενής επιστρέφει στην εργασία του που αν απαιτεί σωματική κόπωση την προσαρμόζει στις δυνατότητές του αρχικά και αργότερα, όταν ο ασθενής θα έχει προχωρήσει με τη φυ-

σική άσκηση, εοανέρχεται ομαλά στον κανονικό ρυθμό.

Άν ο ασθενής κάνει καθιστική δουλειά δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα επαναπροσαρμογής σ'αυτήν.

Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι ο ασθενής συγχρόνως ακολουθεί πρόγραμμα άσκησης του ίου τριμήνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ

ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΦΡΟΝΤΙΑ ΔΥΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΣΘΕΝΗΣ

ΜΕ ΟΞΥ ΠΡΟΣΘΙΟ - ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ

ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα : Μ.Α

Ετών : 34 Ημερομηνία : 1/7/91

Ώσπηλεύεται σαν : Εφημερία

Επάγγελμα : Δημόσιος Υπάλληλος

Θρησκεία : Χρ.Ορθόδοξος Υπηκοότητα : Ελληνική

Διεύθυνση ασθενούς : Μεάδρου 22, Νέα Φιλαδέλφεια

Κατάσταση ασθενής κατά την είσοδο : Βαρεία

Αρτηριακή πίεση : 110 /HG - 70 MM/HG - Αριθμός σούξων

80 - Θερμοκρασία : 36,4° C.

Πιθανή Διάγνωση : οξύ πρόσθιο - διασφραγματικό έμφραγμα
Μυοκαρδίου

Ημερομηνία εξόδου : 7/ 7/ 91.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής Μ.Α είχε περάσει πνευμονία σε εφηβική ηλικία και πεπτικό έλκος πριν τέσσερα (4) χρόνια.

Είναι μανιώδης καπνιστής Α΄ κατηγορίας και εμσάντζει υπερ-χοληστεριλαιμία 250 - 300 MG %/ο απο ζετίας.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο πατέρας του ασθενούς παρουσίασε έμφραγμα μυοκαρδίου ηλικίας 48 ετών. Απο το 1978 μέχρι σήμερα δεν υπήρξε άλλη εκδήλωση νόσου, εκτός απο πολύ αραιά στηθαγχικά επεισόδια μετά απο έντονη κόπωση, τα οποία παρέγγονταν αμέσως με την ανάπαυση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Απο την κλινική εξέταση προέκυψαν οι εξής πληροφορίες:
ο ασθενής βάρους 75 κιλών και ύψους 1.82 έχει κανονική σωματική διάπλαση. Η ακρόαση της καρδιάς δεν εμφανίζει φυσήματα ή ήχο τριβής που θα δήλωνε πιθανή ύπαρξη περι-καρδίτιδας.

Απο τους καρδιακούς τόνους όλοι είναι ευκρινείς και ρυθμικοί.

Οι περιφερικές αρτηρίες είναι ψηλαφητές, ο σφυγμός των αγγείων είναι ρυθμικός και οι καρωτίδες δεν παρουσιάζουν φυσήματα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Δύσπνοια</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς από τη δύσπνοια και καταπολέμηση αυτής</p>	<p>-Χορήγηση O₂ με μάσκα ή ρινοφαρυγγικό καθετήρα γιατί μειώνει την αναπνευστική προσπάθεια και τον καρδιακό παλμό και βοηθούν στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και προφυλάσσουν το μυοκάρδιο. - Συχνή παρακολούθηση του χρώματος του δέρματος του ασθενούς για αποφυγή κυάνωσης αυτού</p>	<p>- Χορήγηση 3L+O₂ με μάσκα στον ασθενή τις ώρες που παρουσιάζονται δύσπνοια - Παρακολουθήθηκε ο ασθενής κατά την ώρα της δύσπνοιας για το χρώμα του δέρματός του.</p>	<p>- Καταπολεμήθηκε η δύσπνοια όσο βέβαια ήταν δυνατό και ανακουφίστηκε ο ασθενής από το σύμπτωμα αυτό. - Ο ασθενής δεν εμφάνιζε περιφερική κυάνωση.</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Πόνος στην προκάρδια χώρα.</p>	<p>-Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την αγωνία. -Μείωση του έργου της πίεσης και της ροής και αποφυγή πρόκλησης αρρυθμίας.</p>	<p>-Χορήγηση αναλγητικών (MORPHINE 1M. -Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας των αναπνοών πριν από τη χορήγηση ναρκωτικών. Κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη SHOCK και αρρυθμιών.</p>	<p>-Έγινε MORPHINE 1M κατόπιν εντολής ιατρού. - Πριν χορηγηθεί η MORPHINE έγινε μέτρηση της αρτηριακής πίεσης: 112/70 MM/HG, των σφύξεων: 70/MIN και των αναπνοών του ασθενούς: 50/MIN</p>	<p>-Ανακουφίστηκε ο άρρωστος από τον πόνο, και ησύχασε για αρκετό διάστημα. -Οι τιμές των ζωτικών σημείων του ασθενούς ήταν φυσιολογικές ώστε να επιτραπεί η χορήγηση MORPHINE 1M.</p>
<p>- Αγωνία ασθενούς κατά την εισαγωγή του στη Στεφανιαία Μονάδα.</p>	<p>-Μείωση της αγωνίας, και βοήθεια του αρρώστου για κινητοποίηση των πηγών του για διαπραγμάτευση με την όλη κατάσταση</p>	<p>-Συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της μονάδας καθώς και τι προβλέπεται για τις επόμενες ημέρες</p>	<p>-Η Νοσηλεύτρια συζήτηση με τον άρρωστο εξηγώντας του τη φύση της ασθένειάς του, το χώρο στον οποίο βρίσκεται.</p>	<p>-Ο ασθενής δυστυχώς παρουσίασε σημάδια κατάθλιψης, εξαιτίας της ανάγκης αλλαγής.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Αγωνία ασθενούς</p>	<p>- Δημιουργία αισθήμα- τος ασφάλειας, στον άρ- ρωστο</p>	<p>-Λογική ενθάρρυνση του αρρώστου για εγκαθίδρυ- ση θετικής θέσης απέ- ναντι στην αρρώστεια του. Επιβεβαίωση ότι η ζωή του μπορεί να είναι σχετικά κανονική μετά την ανάρρωσή του</p>	<p>-Την πορεία της ασθένειας του, κα- θώς και τη μέλλο- ντική αποκατάστα- σή του. Η Νοσηλεύτρια προσπάθησε να α- παντήσει σ'όλες τις ερωτήσεις του ασθενούς, λύνοντας του έτσι τις απο- ρίες του και μει- ώνοντάς του την αγωνία όσο το δυ- νατόν περισσότερο για το χώρο της Μονάδας και για την υγεία του γε- κότερα.</p>	<p>- του τρόπου ζωής και της απώλειας της υγείας της ανεξαρτησίας του</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>- Αύξηση της πηκτικότητας του αίματος του ασθενούς</p>	<p>-Αποφυγή θρομβώσεων</p>	<p>-Διάλυση του θρόμβου, με φάρμακο εκλογής, την στρεπτοκινάση. Εγινε η χορήγηση:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Υδροκορτιζόνη 500GR IV. 2' πριν τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης, για αποφυγή αλλεργικών αντιδράσεων. 2. Στρεπτοκονάση σε ΒΟΛΙΣ έγχυση 200.000 μονάδες IV. 3. Στρεπτοκονάση 800000 μονάδες σε 100 <math>\Delta/N</math> χορήγηση σε μια ώρα 30/MIN. 4. ΗΕΡΑΚΙΝΕ 30.000 μονάδες για δύο ημέρες. 5. Νιτρογλυκερίνη IV. 	<p>-Εγινε θρομβόλυση του ασθενούς με φάρμακο εκλογής την στρεπτοκινάση, για τη διάλυση του θρόμβου του ασθενούς και αποφυγή αποφράξεων της στεφανιαίας αρτηρίας</p> <p>-Η νοσηλεύτρια παρατηρούσε συνεχώς τον ασθενή για παρουσία τυχόν αλλεργικών αντιδράσεων.</p> <p>-Η Νοσηλεύτρια πήρε ζωτικά σημεία του ασθενούς</p>	<p>-Εγινε η χορήγηση της στρεπτοκινάσης στον ασθενή χωρίς την παρουσία αλλεργικών αντιδράσεων</p> <p>-Εκτιμήθηκαν ικανοποιητικά οι τιμές των ζωτικών του οργάνων πριν τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης καθώς και μετά τη χορήγηση της.</p> <p>-Δεν εμφανίστηκε αιμορραγία του ασθενούς που είναι συχνή επιπλοκή της στρεπτο-</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
		<p>6. Νιφεδιπίνη 10MGX3 Μετά τη στρεπτοκινάση 7. ΧΥΛΟCAINE αν χρειαστεί.</p>	<p>πριν τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης. -Προσπαθεί να βρισκείται συνεχώς στο πλάϊ του ασθενούς για μείωση του φόβου και της αγωνίας του.</p>	<p>κινάσης.</p>
<p>-Λήψη αίματος του ασθενούς για τις κάτωθι εργαστηριακές εξετάσεις: H₊, HB, CPK, ινωδογόνο, οικοπετάλια και λευκά.</p>	<p>-Εμοπός μας είναι με τη λήψη αίματος του ασθενούς η διαπίστωση των τιμών των συγκεκριμένων εξετάσεων πριν και μετά από τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης, για να ξέρουμε την πηκτικότητα του αίματος και να αποφύγουμε την αιμορραγία που είναι συχνή επιπλοκή της στρεπτοκινάσης.</p>	<p>- Να γίνει λήψη αίματος στον ασθενή πριν και μετά τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης για να δούμε τις τιμές των εξετάσεων και να αποφύγουμε την αιμορραγία.</p>	<p>- Έγινε λήψη αίματος του ασθενούς πριν τη χορήγηση της στρεπτοκινάσης, καθώς και μετά τη χορήγηση της.</p>	<p>-Από τη σύγκριση των τιμών των εξετάσεων του ασθενούς πριν την χορήγηση της στρεπτοκινάσης καθώς και μετά τη χορήγηση αυτής βλέπουμε ότι όλες οι τιμές παρουσίασαν αύξηση, γρήγορα όμως επανήλθαν στα φυσιολογικά τους όρια.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΦΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
-Φαρμακευτική αγωγή ασθενούς.	-Σκοπός μας είναι να δοθεί η κατάλληλη थे- ραπευτική αγωγή για την καλύτερη θεραπεία του ασθενούς.	-Να δοθεί: 1. Δ/W 5% 500CC+5AMP NI+ROBINGUAL για πρό- κληση αγγειοδιαστολής 2. Δ/W 5B 500CC+25.000 μονάδες HEPERINE 3. CLOPIR PEROS 4. ASPIRINE PEROS 5. NEOCARDON PEROS	1. Δόθηκαν οι όροι από τη νοσηλεύτρια και παρακολούθησε αν η ροή των υγρών ήταν κανονική. 2. Δόθηκαν οι όροι κατά την εισαγωγή του ασθενούς. 3. Δόθηκε 1TABL PEROS στις 8-2-8 4. Δόθηκε 1/4TABL PEROS στις 21.1. 5. Δόθηκε 1/4TABL PEROS στις 8-8	-Δεν παρουσιά- στηκε κανένα πρόβλημα, στον ασθενή, τόσο κα- τά τη χορήγηση των ορών, όσο και κατά τη λήψη PE- ROS φαρμάκων.
-Δυσκοιλιότητα	-Να διευκολύνουμε την προσπάθεια εικένωσης του εντερικού σωλήνα του ασθενούς	- Να δίδεται συστηματι- κά κάθε βράδυ 10CC MILK OF MAGNESIA	-Δίδεται συστη- ματικά κάθε βράδυ MILK OF MAGNESIA	-Η δυσκοιλιότη- τα έχει υποχωρή- σει. Ο ασθενής δείχνει μάλλον ανακουφισμένος.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Δίαιτα ασθενούς</p>	<p>- να καταπολεμηθεί η υπερχοληστεριναιμία, ρυθμίζοντας έτσι σωστό διαιτολόγιο στον άρρωστο, καθώς και ελαφρά διατροφή, για να μην επιβαρύνουμε το έργο της καρδιάς, ιδίως τις πρώτες ημέρες.</p>	<p>-Να χορηγήσουμε στον άρρωστο δίαιτα υγρή στην αρχή, για μείωση του έργου της καρδιάς τις πρώτες ημέρες. Στη συνέχεια δίδεται στον ασθενή δίαιτα φτωχή σε λίπη. -Για να προσφέρουμε μαλακή τροφή και μικρά γεύματα.</p>	<p>- Εγινε ενημέρωση στη διαιτολόγο. -Χορηγούμε δίαιτα υπερχοληστεριναιμίας.</p>	<p>-Ο ασθενής είναι αρκετά ικανοποιημένος από το φαγητό του.</p>
<p>-Περιορισμός τσιγάρων- CAFEINE και αναψυκτι- κών COLA.</p>	<p>-Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις επιπτώσεις στην υγεία του.</p>	<p>-Να γίνει επικοινωνία με τον άρρωστο. -Να ενημερωθεί ο άρρωστος ότι πρέπει να απέχει τελείως από όλα αυτά γιατί επηρεάζουν τον καρδιακό ρυθμό, τη συχνότητα, τη στεφανιαία κυκλοφορία και την αρτηριακή πίεση.</p>	<p>-Εγινε επικοινωνία με τον άρρωστο. -Αναπτύχθηκε θετικό διαπροσωπικό κλίμα.</p>	<p>-Ο ασθενής φαίνεται ότι κατανόησε τη σημασία της διακοπής του τσιγάρου και του καφέ για την καλύτερευση της πορείας της υγείας του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Μέτρηση ούρων 24 ώρου</p>	<p>- Σκοπός μας είναι να επιβλέπουμε το ποσό των ούρων με την μέ- τρηση των προσ/νων και αποβ/των υγρών.</p>	<p>-Μέτρηση ούτων 24ώρου. Ο όγκος των ούρων δείχ- νει τη λειτουργία των νεφρών σε σχέση με το ισοζύγιο των υγρών και αποτελεί ένδειξη ανα- πτώξεως ή όχι καρδιακής ανεπάρκειας.</p>	<p>-Εγινε από τη Νο- σηλεύτρια μέτρηση των ούρων 24ώρου καθώς και καταγρα- φή της ποσότητας αυτών στο διάγραμ- μα του ασθενούς.</p>	<p>- Οι νεφροί του ασθενούς λειτουρ- γούν κανονικά. Δεν υπάρχει καμία ένδειξη νεφρικής ανεπάρκειας.</p>
<p>- Θερμοκρασία ασθε- νούς</p>	<p>- Σκοπός μας είναι να μειώσουμε τον πυρετό με την χορήγηση αντι- πυρετικών.</p>	<p>- Να δοθεί 1 TABL DE- PON για την πρόκληση μείωσης του πυρετού.</p>	<p>- Δόθηκε 1 TABL DEPON από την νο- σηλεύτρια στις 2μ.μ.</p>	<p>- Μετά τη χορήγη- ση του δισκίου ο πυρετός μειώ- θηκε σημαντικά, φτάνοντας σχεδόν στα φυσιολογικά όρια.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>-Μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς</p>	<p>-Σκοπός μας είναι να έχει ο άρρωστος πλήρη θεραπευτική ανάπαυση, καθώς και πρόληψη των επιπλοκών</p> <p>-Μείωση του έργου της καρδιάς.</p> <p>-Αποφυγή θρόμβωσης</p> <p>-Εξατομίκευση της δραστηριότητας.</p>	<p>-Χρήση αντιεμβολικών καλτσών. Μειώνουν τον όγκο της φλεβικής οδού στα πόδια κι έτσι μειώνουν τη ροή του φλεβικού αίματος και το εμπόδιζον να λιμνάσει σε αυτά.</p> <p>-Ανάπαυση σε πολυθρόνα μετά 24 H, αν ο άρρωστος είναι ελεύθερος από πόνο, SHOCK, αρρυθμίες.</p> <p>-Εναρξη παθητικών ασκήσεων.</p> <p>-Παρακολούθηση του σφυγμού και της απόκρισης του αρρώστου κατά και μετά την άσκηση.</p> <p>-Βαθμιαία αύξηση της φυσικής δραστηριότητας</p>	<p>-Εγινε χρήση των αντιεμβολικών καλτσών από τον άρρωστο.</p> <p>-Η Νοσηλεύτρια βοήθησε τον ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα.</p> <p>-Η Νοσηλεύτρια συμβουλευτήκε τον γιατρό και κατόπιν εντολής του έδειξε στον ασθενή πως διενεργούνται οι παθητικές ασκήσεις</p> <p>-Εγινε από τη Νοσηλεύτρια λήψη του σφυγμού του ασθε-</p>	<p>-Ο ασθενής μάλλον έδειξε ανακούφιση από τη χρήση τους.</p> <p>-Ο ασθενής πρότιμησε να είναι ξαπλωμένος σε υπίτια θέση γιατί πονούσε κατά τη μετακίνησή του.</p> <p>-Ο ασθενής δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.</p> <p>-Μευσά την άσκηση ήταν ελάχιστα αυξημένος (από τα</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
	-Εξατομίκευση της δραστηριότητας.	για να φτάσει στο επίπεδο δραστηριότητας για αυτοφροντίδα, όταν επιστρέψει ο ασθενής στο σπίτι.	νή πριν και μετά την άσκηση.	φυσιολογικά επίπεδα.
-Μείωση άνεσης του αρρώστου	-Σκοπός μας είναι να αυξήσουμε την άνεση και τις δραστηριότητες του αρρώστου.	-Εκτίμηση του βαθμού δυσχέρειας αναγνώριση των παραγόντων που την προκαλούν. -Άμεση διακομιδή του ασθενούς από την Μονάδα στο τμήμα. -Βοήθεια του αρρώστου να καθήσει στο χέιλος του κρεβατιού ή σε πολυθρόνα (μετά 24H), αν είναι ελεύθερος από πόνο, SHOCK, αρρυθμίες.	- Η Νοσηλεύτρια φροντίζει για παροχή συνεχής ανάπαυσης στο κρεβάτι και αργότερα στην πολυθρόνα. -Έγινε η διακομιδή του ασθενούς χωρίς να δημιουργηθεί κανένα πρόβλημα.	-Ο ασθενής επειδή πονά, δέχεται με ανακούφιση την ανάπαυση που του προσφέρεται. - Ο ασθενής δείχνει μάλλον ανακουφισμένος από τη διακομιδή του αυτή, γιατί είναι σε θέση να βλέπει περισσότερη ώρα τους δικούς του, αλλά κυρίως και για ψυχολογικούς λόγους.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΦΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Κίνδυνοι Επιπλοκών</p>	<p>- Πρόληψη έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.</p>	<p>-Λήψη μέτρων για πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση επιπλοκών: α) Καρδιογενές SHOCK. -Διατήρηση φυσιολογικών τιμών Α.Π. -Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. -Ελεγχος προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. -Ελεγχος ούρων 24ωρου. -Ελεγχος των ζωτικών σημείων και κυρίως των αναπνοών του ασθενούς. Οι συχνές κι επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δεί-</p>	<p>-Πάρθηκαν όλα τα μέτρα για πρόληψη έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών. -Η Νοσηλεύτρια έδωσε διουρητικά (LASIX) για πτώση της Α.Π. και διατήρησή της στα φυσιολογικά όρια. -Έγινε έλεγχος των υγρών. -Έγινε έλεγχος ούρων 24ώρου. -Η Νοσηλεύτρια πήρε τα ζωτικά σημεία του ασθε-</p>	<p>-Ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα και δεν υπήρξαν επιπλοκές. Ήταν καλή η έκβαση της νόσου.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΦΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>-Κίνδυνοι Επιπλοκών</p>	<p>-Πρόσληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.</p>	<p>νουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή. -Ψυχολογική Ενίσχυση. β) Αρρυθμίες: Συμβαίνουν συχνά τις πρώτες ημέρες. Η μείωση της οξυγονώσης του μυοκαρδίου προκαλεί ηλεκτρική αστάθεια, που είναι η αιτία εμβάησης των αρρυθμιών. -Εκτίμηση, πρόληψη και θεραπεία των καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν μια αρρυθμία: συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική</p>	<p>νούς καθώς και τις αναπνοές, και τις κατέγραψε στο διάγραμμα του ασθενούς.</p>	<p>-Ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα, και δεν υπήρξαν επιπλοκές. Ήταν καλή η έκβαση της νόσου.</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>-Κίνδυνοι Επιπλοκών</p>	<p>-Πρόληψη, έγκαιρη δια- πίστωση και αντιμετώ- πιση των επιπλοκών.</p>	<p>εμβολή, ανεπαρκής πνευ- μονικός αερισμός, ηλεκ- τρολυτικές διαταραχές. -Παρακολούθηση για κοι- λιακή, μαρμαρυγή, ταχυ- καρδία, κολποκοιλιακό αποκλεισμό και ταχυ- καρδία, ασυστολία. -Συχνή παρακολούθηση για εμφάνιση πνευμονι- κού οιδήματος: μεγάλου βαθμού δύσπνοια, αφρώδη πτύελα, ταχυκαρδία, διά- ταση των φλεβών του τραχήλου και διάχυτος ρόγχος.</p>	<p>-Παρακολουθήθηκαν τακτικά τα ζωτι- κά σημεία.</p>	<p>-Ο ασθενής τις πρώτες ημέρες παρουσίαζε έκτα- κτες κοιλιακές συστολές. - Ο ασθενής ήταν απόλυτα ήρεμος. Δεν παρουσίαζε καμία επιπλοκή από τις αναφε- ρόμενες.</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>- Ανάγκη μακροχρόνιας αποκατάστασης του αρρώστου.</p>	<p>- Σκοπός μας είναι να κάνουμε γνωστή την κατάσταση καθώς και τη σωστή αντιμετώπισή της από τον άρρωστο.</p>	<p>- Ενημέρωση σχετικά με την αποκατάσταση του ασθενούς στο άριστο φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο εργασίας. - Βοήθεια για επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης. - Πληροφόρηση για τη φύση της νόσου. - Πληροφόρηση του αρρώστου για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του και ότι η επούλωση αρχίζει νωρίς, αλλά συμπληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες.</p>	<p>- Έγινε ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την πορεία της υγείας του καθώς και την αποκατάστασή του γενικότερα.</p>	<p>- Ο ασθενής -όχι και σε πολύ καλή ψυχολογική κατάσταση- δέχθηκε όλα τα αναφερόμενα και έφυγε μάλλον ευχαριστημένος και χαρούμενος από το νοσοκομείο.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΣΘΕΝΗΣ

ΜΕ ΟΞΥ - ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όνομα : Κ.Γ

Ετών : 60 Ημερομηνία εισόδου : 15/ 8 /91

Ποσηλεύεται σαν : Εσημερία

Επάγγελμα : Αγρότης

Θρησκεία : Χρ. Ορθόδοξος Υπηκοότητα : Ελληνική

Διεύθυνση ασθενούς : Ιωάννη Λυκούδη 7 Βόγια - Θηβών

Κατάσταση ασθενούς κατά την είσοδο : πολύ βαρεία

Αρτηριακή πίεση : 120 MM / HG - 80 MM/ HG, αριθμός σφύξεων 80 /ΜΙΝ , θερμοκρασία 37,5° C.

Πιθανή Διάγνωση : οξύ κατώτερο έμφραγμα μυοκαρδίου

Ημερομηνία εξέδου : 24/ 8/ 91.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο ασθενής Κ.Γ προσκομήθηκε στο νοσοκομείο Ευαγγελισμού, από το Γενικό Νοσοκομείο Θηβών , με έντονο οπισθοστερνικό άλγος - συνοδευόμενο από εφίδρωση. Είναι αγρότης, έγγαμος και παρουσιάζει ιστορικό τριών γαστρορραγιών. Δεν έμεινε ζει υπερχοληστεριναιμία, πίνει κρασί 500 ML περίπου την ημέρα και καπνίζει από 45 ετών 40- 60 τσιγάρα ημερησίως.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Κατά την κλινική εξέταση προέκυψαν οι εξής πληροφορίες: Ο ασθενής Κ.Γ χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας ή άλλης καρδιακής νόσου, προσέρχεται. Αναφέρονται επιγαστρικό άλ-

γος με μετέπειτα οπισθοστερνική εντόπιση και επέκταση στον τράχηλο, το οποίο συνοδεύταν από έντονη εισόρμηση. Η διάρκεια του άλγους ήταν αρκετών ωρών (και μετά την είσοδό του) με προοδευτική εξασθένηση. Στο Η.Κ.Γ παρουσίασε ST () II, III, ανδ. ST () : I, αν₁, V₁ - V₆, στην οξεία φάση.

Στις δεξιές προκάρδιες ST () V₂R - V₄R και ST () V₅R - V₇R, χωρίς να διαπιστωθεί σλεβική πύεση ή άλλα ευρήματα εμφράγματος Δεξιάς Κοιλίας.

Απο την Κλινική εξέταση τίθεται η τελική διάγνωση: οξύ έμφραγμα κατωτέρου τοιχώματος, με ανόσπηση ST στις δεξιές προκάρδιες (V₄R - V₂R) και () ST στις πρόσθιες. Είναι βαρύς καπνιστής - Δεν έγινε έρρόμβωση. Αποφασίστηκε να μπει αμέσως σε MONITOR στη Στεφανιαία Μονάδα. Να γίνεται συχνή λήψη Η.Κ.Γ ματος, καθώς και καθημερινή λήψη αίματος για τις τιμές των ενζύμων και την ηλεκτρολυτών.

Στην Στεφανιαία Μονάδα ο ασθενής κάθισε έως στις 21/8/91 και διακομηδήθηκε στην Καρδιολογική Κλινική. Τίθεται σε καθημερινό εργαστηριακό έλεγχο και συχνή λήψη Η.Κ.Γ ματος.

Ο ασθενής μετά την έξοδό του και σε διάστημα 6 εβδομάδων να κάνει δοκιμασία κόπωσης.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>-Πόνος στην προκάρδια χώρα.</p>	<p>-Να προκαλέσουμε ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, καθώς και πρόκληση ηρεμίας αυτού.</p>	<p>-Να γίνει PETHIDIME 1M στον ασθενή (κατόπιν εντολής ιατρού), καθώς και μέτρηση των ζωτικών σημείων πριν τη χορήγηση του αναλγητικού, διότι τα ναρκωτικά κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη SHOCK, και πρόκληση αρρυθμιών.</p>	<p>-Έγινε PETHIDIME 1M στον ασθενή την ώρα που πονούσε καθώς έγινε και μέτρηση των ζωτικών του σημείων.</p>	<p>-Ο ασθενής ηρέμησε κατά τη χορήγηση της PETHIDINE και ανακούφιστηκε για αρκετό διάστημα. - Δεν παρουσιάστηκε πτώση των τιμών κατά τη μέτρηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς.</p>
<p>-Αγωνία ασθενούς κατά την εισαγωγή του στην Στεφανιαία Μονάδα.</p>	<p>-Μείωση της αγωνίας του ασθενούς και άμεση επαφή μ' αυτόν κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη μονάδα.</p>	<p>-Να γίνει συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της μονάδας, για τα μηχανήματα με τα αναρίθμητα καλώδια που του περιβάλλουν, καθώς και άμεση επαφή</p>	<p>-Έγινε συζήτηση με τον άρρωστο εξηγώντας του τη φύση της ασθένειάς του, το χώρο στον οποίο βρίσκεται, τα μηχανήματα που τον περιτριγυρίζουν</p>	<p>-Ο ασθενής δείχνει μάλλον ανακουφισμένος και πιο ήρεμος μετά τη συζήτησή του με την νοσηλεύτρια και</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
-Αγωνία ασθενούς	-Μείωση της αγωνίας	με τον άρρωστο, με σκοπό να επιτευχθεί η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας σιγουριάς, και αισιοδοξίας του αρρώστου για την υγεία του και το μέλλον του.	(ΗΤΟΚΙΤΟΡ), τα οποία είναι απαραίτητα για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου, καθώς και για τα ηλεκτρόδια που τοποθετούν στο σώμα του, για τη συνεχή λήψη Η Γ /ματος και τη σημασία του	ίσως περισσότερο αισιόδοξος για το μέλλον της υγείας του
-Φαρμακευτική αγωγή ασθενούς	-Σκοπός μας είναι να εφαρμοστεί όσο το δυνατόν καταλληλότερη θεραπεία για την καλύτερη έκβαση της νόσου.	-Να δοθεί: 1. Δ/W 5% 1000CC+2AMP. KCL+D/W 5% 1000CC+5AMP NI+ROLNINGUAL γθα πρόκληση αγγειοδιαστολής. 2. TILDIEM PEROS 3. TABDEA PEROS 4. PENSORDIL PEROS	-Δόθηκαν οι όροι από τη νοσηλεύτρια και παρακολούθησε τη ροή αν είναι κανονική. 2. Δόθηκε 1TABL PEROS TILDIEM στις 2μ.μ. 3. Δόθηκε 1TABL PEROS 8-8 4. Δόθηκε 1TABL PEROS στις 8-2-8	-Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα στον ασθενή, τόσο κατά τη χορήγηση των ορών όσο και κατά τη λήψη PEROS φαρμάκων.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
-Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία-έμετοι)	-Να καταπολεμηθεί η αίσθηση της ναυτίας και του εμέτου.	-Να δοθεί από τη νοση- λεύτρια ένα απεμετικό 10CC SIROP RIMPERAN	-Δόθηκε από τη νοσηλεύτρια 10CC PRIMPERAN όταν ο ασθενής παρουσία- σε προδιάθεση για έμετο.	-Ο ασθενής πήρε το σιρόπι και αμέσως μετά τη λήψη του αισθάν- θηκε καλύτερα. Ξεπέρασε την αίσ- θηση της ναυτίας.
-Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός)	-Σκοπός μας είναι να μειώσουμε τον πυρετό με τη χορήγηση αντι- πυρετικών.	-Να δοθεί κάθε τέσσε- ρις ώρες 1/2 AKP APO- PEL 1M.	-Δόθηκε 1/2 AM APEREL 1M, κατόπιν εντολής ιατρού.	-Ο ασθενής έδειχ- νε ανακουφισμένος μετά την ενεση που του γινόταν, καθώς και πιο ήρεμος.
-Δυσκοιλιότητα	-Να διευκολύνουμε την προσπάθεια εκκένωσης του εντερικού σωλήνα.	-Να δίδεται συστηματι- κά 10CC DUPHALAC κάθε βράδυ, μετά το βραδινό φαγητό.	-Δόθηκε από τη Νοσηλεύτρια 10CC DUPHALAC. Φρόντισε να γίνεται η λήψη του φαρμάκου κάθε βράδυ.	Μετά τη λήψη του DUPHALAC, ο ασθε- νής ενεργήθηκε τις προϋνέες ώρες και δείχνει φανε- ρά ανακουφισμέ- νος.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>-Μέτρηση ούρων 24ώρου</p>	<p>-Εκοπός μας είναι να επιβλέπουμε το ποσό των ούρων με τη μέτρηση των προσ/ων και των αποβ/των υγρών.</p>	<p>-Να γίνεται η μέτρηση των ούρων και των υγρών που λαμβάνει ο ασθενής κάθε 24ωρο. Ο όγκος των ούρων δείχνει τη λειτουργία των νεφρών σε σχέση με το ισοζύγιο των υγρών, και αποτελεί ένδειξη αναπύξεως ή όχι καρδιακής ανεπάρκειας.</p>	<p>-Εγινε από τη Νοσηλεύτρια, μέτρηση των ούρων 24ώρου καθώς και καταγραφή της ποσότητας αυτών στο διάγραμμα του ασθενούς.</p>	<p>-Οι νεφροί του ασθενούς λειτουργούν άριστα. Δεν φαίνεται προς το παρόν καμία ένδειξη νεφρικής ανεπάρκειας.</p>
<p>- Δίαιτα ασθενούς.</p>	<p>-Εωστό διαιτολόγιο έτσι ώστε να μη γίνεται επιβάρυνση του έργου της καρδιάς με τη λειτουργία της πέψης.</p>	<p>-Να χορηγηθεί στον άρρωστο δίαιτα υγρή στην αρχή, αναλος δίαιτα, φτωχή σε θερμίδες και λίπη.</p>	<p>-Εγινε ενημέρωση στη διαιτολόγο για τη δίαιτα του καρδιοπαθούς.</p>	<p>-Ο ασθενής δείχνει φανερά δυσρεστημένος από το φαγητό του.</p>

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
-Μείωση των δραστη- τήτων του ασθενούς	-Μείωση του έργου της καρδιάς. -Αποφυγή θρόμβωσης -Πλήρη θεραπευτική α- νάπαυση, καθώς και πρόληψη των επιπλοκών.	-Ανάπαυση σε πολυθρόνα μετά 24H, ανάρρωση είναι ελεύθερος από πόνο, SHOCK, αρρυθμίες. -Εναρξη παθητικών ασκή- σεων. -Χρήση αντιεμβολικών καλτσών.	-Η Νοσηλεύτρια βοήθησε τον ασθε- νή να αισθάνεται όσο το δυνατόν πιο άνετα. -Η Νοσηλεύτρια έ- δειξε στον ασθενή πως διενεργούνται οι παθητικές ασκή- σεις. -Εγινε χρήση των αντιεμβολικών καλτσών.	-Ο ασθενής πονού- σε κατά τη μετα- κίνησή του. -Ο ασθενής έδειχ- νε μάλλον ανακου- φισμένος. -Ο ασθενής έδει- ξε ανακούφιση από τη χρήση τους.
-Κίνδυνος επιπλοκών	-Πρόληψη, έγκαιρη διαπί- στωση και αντιμετώπιση επιπλοκών.	-Λήψη μέτρων για πρόλη- ψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των επι- πλοκών: α) Καρδιογενές SHOCK. -Διατήρηση φυσιολογικών τιμών Α.Π. -Ενδοφλέβια χορήγηση	-Πάρθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών. -Να δίνονται ΒΑ- SIX για πτώση της Α.Π.	-Ελήφθησαν όλα τα απαραίτητα μέτρα και υπήρ- ξαν επιπλοκές. Ήταν καλή η έκ- βαση της νόσου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΕΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>-Κίνδυνος επιπλοκών.</p>	<p>-Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.</p>	<p>υγρών. -Ελεγχος προσ/νων και αποβ/νων υγρών. -Ελεγχος ούρων 24ώρου. -Ελεγχος των ζωτικών σημείων του ασθενούς και κυρίως των αναπνοών β) Αρρυθμίες: Συμβαίνουν συχνά τις πρώτες ημέρες. -Εκτίμηση, πρόληψη και θεραπεία των καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν μια αρρυθμική ανεπάρκεια, πνευμονι-</p>	<p>-Εγινε έλεγχος των προσ/νων και αποβ/νων υγρών 24ωρου -Εγινε έλεγχος ούρων 24ώρου. -Η νοσηλεύτρια πήρε τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, καθώς και τις αναπνοές. -Πάρθηκαν όλα τα μέτρα, για έγκαιρη διαπίστωση, πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών.</p>	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
-Κίνδυνος επιπλοκών.	-Πρόληψη επιπλοκών.	κή εμβολή κλπ. -Ευχνή παρακολούθηση του ασθενούς για εμφάνιση πνευμονικού οιδήματος: μεγάλου βαθμού δύσπνοια, ταχυκαρδία, κλπ.	-Γίνεται συστηματική η παρακολούθηση του ασθενούς.	-Ο ασθενής τις πρώτες ημέρες παρουσίασε κοιλιακές έκτακτες συστολές.
-Ανάγκη μακροχρόνιας αποκατάστασης του αρρώστου.	-Σκοπός μας είναι να επισημάνουμε στον ασθενή την κατάσταση της υγείας του, καθώς και την σωστή αντιμετώπι-	-Ενημέρωση σχετικά με την αποκατάσταση του ασθενούς στο άριστο φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο εργα-	-Εγινε ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την πορεία της υγείας του, καθώς και	-Ο ασθενής-όχι και σε πολλή καλή ψυχολογική κατάσταση-δέχτηκε όλα τα

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>
<p>-Ανάγκη μακροχρόνιας αποκατάστασης του αρ- ρώστου</p>	<p>σή της από τον ίδιο τον άρρωστο.</p>	<p>σίας. -Βοήθεια για επανάτι- ση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης. -Πληροφόρηση του αρρώ- στου για το τι ακριβώς έχει συμβεί στην καρ- διά του, και ότι η επούλωση αρχίζει νωρίς αλλά συμπληρώνεται μέ- σα σε 6-8 εβδομάδες. -Ενημέρωση του αρρώ- στου ότι πρόκειται να υποβληθεί σε δοκιμασία κόπωσης σε διάστημα 6 εβδομάδων μετά το έμφραγμα.</p>	<p>την αποκατάστασή του γενικότερα.</p>	<p>αναφερόμενα και έφυγε μάλλον ευχαριστημένος και χαρούμενος από το νοσοκο- μείο.</p>

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Αποκατάσταση είναι η πλήρης ή μερική ανάρρωση από την ασθένεια, η επανάκτηση της σωματικής και φυσιολογικής ισορροπίας, η επιστροφή του αρρώστου στον αγώνα της ζωής από τον οποίο είχε απομακρυνθεί για μεγάλο ή μικρό χρονικό διάστημα. Αποκατάσταση είναι μια δημιουργική διεργασία, με την οποία το άτομο επιτυγχάνει τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχολογική, πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοσή του έπειτα από μια ασθένεια.

Όλοι οι αρρώστοι που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο διέρονται από τη διαδικασία της αποκατάστασης για να ξεπεράσουν την σοβαρή εμπειρία της αρρώστιας, να μάθουν πως να αντιμετωπίζουν τις προσωρινές ή μόνιμες αλλαγές που συνέβησαν στον οργανισμό τους για να προλάβουν τη δυσμενή εξέλιξη της νόσου. Από το πρόγραμμα της αποκατάστασης δεν θα μπορούσαν να λείψουν τα άτομα με στεφανιαία νόσο.

Βάσει της προσπάθειας αποκατάστασης των καρδιοπαθών είναι η αντίληψη ότι πολλά από τα άτομα αυτά μπορούν και πρέπει να επανέλθουν στη φυσιολογική ζωή. Και όταν λέμε φυσιολογική ζωή δεν εννοούμε μόνο την επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς. Αν και η επάνοδος του ασθενούς στην εργασία του είναι σημαντικό μέρος της προσπάθειας, δεν είναι το μοναδικό κριτήριο επιτυχίας του προγράμματος, ούτε είναι πάντοτε εφικτό.

Οι στόχοι και τα κριτήρια ενός επιτυχημένου προγράμματος αποκατάστασης είναι : α) η επιστροφή του ασθενούς σε θετική εργασία ή ανεξάρτητη ζωή (επιτυχή έξοδο στη σύνταξη ή αυ-

το περιποίηση), β) ελάττωση της οικονομικής επιβαρύνσεως του ασθενούς, της οικογένειάς του και της κοινωνία με συντόμευση της περίθαλψης του στο Νοσοκομείο, ελάττωση της ανάγκης για περίθαλψη κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης και όσο το δυνατόν ταχύτερη επιστροφή στην εργασία του, γ) μείωση του κινδύνου υποτροπής της ασθένειας, πρόωγου θανάτου ή επιπλοκών με την εφαρμογή δευτερογενούς πρόληψης και δ) βελτίωση της ποιότητας ζωής του μεγάλου αριθμού των καρδιοπαθών που υπάρχουν σήμερα.

Η αποκατάσταση των καρδιοπαθών διακρίνεται σε 4 φάσεις: α) την αποκατάσταση στη Σ.Η, β) την αποκατάσταση το υπόλοιπο της παραμονής του στο Νοσοκομείο, γ) την ανάρρωση στο σπίτι και δ) την δραστηριοποίηση του ασθενούς.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την ανάπτυξη του θέματος "Οργάνωση και Διοίκηση Στεφανιαίας Μονάδας και Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς" καταλήξαμε σε ορισμένα συμπεράσματα, τα οποία παραθέτουμε παρακάτω : Τα τελευταία χρόνια η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιακών νοσημάτων οφείλεται τόσο στην άγνοια των προδιαθετικών παραγόντων όσο και στην ελλιπή τήρηση των προληπτικών μέτρων από το κοινό, που δεν ενημερώνεται κατάλληλα από το Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Τα προαναφερόμενα αίτια οδήγησαν στην αύξηση των εισαγωγών ασθενών με καρδιοπάθειες στη Σ.Μ.

Η αντιμετώπιση των ασθενών της Σ.Μ επιτυγχάνεται με τη χρήση υπεσύγχρονου τεχνικού εξοπλισμού και ειδικά καταρτισμένου προσωπικού. Άμεσα υπεύθυνοι για τη νοσηλεία του ασθενούς είναι ο Ιατρός και η Νοσηλεύτρια που συμβάλλουν μέσα από κατάλληλη θεραπευτική αγωγή και Νοσηλευτική αντιμετώπιση στην πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Ειδικότερα η Νοσηλεύτρια, η οποία βρίσκεται συνέχεια δίπλα στον ασθενή, για την καλύτερη διεκπεραίωση του έργου της πρέπει να έχει γνώσεις όπως : α) ιατρικές, γιατί συχνά εμφανίζεται η ανάγκη να επέμβει η ίδια για την άμεση αντιμετώπιση του ασθενούς, β) νοσηλευτικές, για να μπορέσει να νοσηλεύσει όσο το δυνατόν καλύτερα τον ασθενή της, γ) τεχνικές, για την χρησιμοποίηση του σύγχρονου τεχνικού εξοπλισμού (απινιδωτής, βηματοδότης, καρδιοσκοπία κλπ) για την ανάταξη τυχόν επιπλοκών, φαρμακευτικές για τη γνώση των εργαλείων, παρενεργειών, δόσεων των φαρμάκων που χορηγεί

τόσο και κατά την εισαγωγή του ασθενούς όσο και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του μέσα στη μονάδα.

Όμως για την αντιμετώπιση ενός ασθενούς δεν αρκεί μόνο η γνώση ορισμένων τεχνικών και η άριστη εφαρμογή τους. Είναι ανάγκη η Νοσηλεύτρια να ένει άμεση επαφή με τον ασθενή κατά τη διάρκεια της παραμονής του στη μονάδα και με το πληθυσμό της αυτό να επιτυγχάνεται η δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, σιγουριάς και αισιοδοξίας των ασθενών για το μέλλον τους.

Γιατί ο άνθρωπος που νοσηλεύει δεν έχει μόνο ανάγκες σωματικές αλλά και ψυχολογικές που πολλές φορές επηρεάζουν αρνητικά έναν ασθενή (κατάθλιψη) και μπορεί να οδηγήσουν παρά τη σωστή αντιμετώπισή τους από άποψη τεχνικής στο θάνατο του ασθενή.

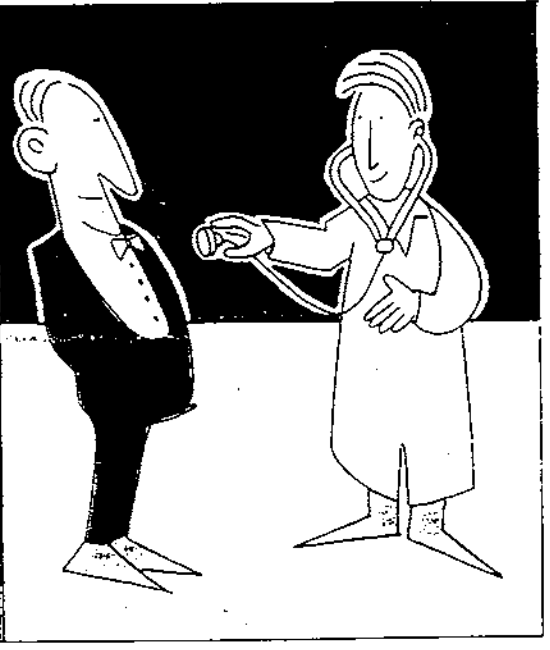
Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς την πάθησή τους διαφοροποιείται ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία τους. Αν ρωτήσετε έναν απαισιόδοξο πόσο κρασί έχει στο ποτήρι του θα σας απαντήσει ότι είναι "μισοόδειο". Κάντε την ίδια ερώτηση σ' έναν αισιόδοξο και θα σας πει "μισογεμάτο". Νομίζουμε ότι οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν με τον ίδιο διαφορετικό τρόπο και την υγεία τους - ιδιαίτερα την υγεία της καρδιάς τους. Και εδώ βρίσκεται η σημασία του ρόλου της Νοσηλεύτριας - η οποία θα πρέπει να προσεγγίσει τους ασθενείς με τον κατάλληλο για τον καθένα τρόπο ώστε να συνεισφέρει στη γρήγορη αποκατάστασή τους.

Είναι αναγκαίο να τονισθεί και θα τονισθεί η μεγάλη συμβολή αλλά και ευθύνη παράλληλα του Νοσηλευτή στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του εμφράγματος του

μυοκαρδίου.

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

1. Σταματήστε το κάπνισμα
2. Αν είστε παχύς, χάστε βάρος
3. Κόψτε τις λιπαρές τροφές
4. Προσπαθήστε να αποφύγετε το αλκοόλ



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ - ΜΤΟΖΗ Ι : "Φαρμακολογία"

Επίτομος έκδοση Ι εκδόσεις Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985

ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.Δ : "Ειδική Νοσολογία"

Επίτομος έκδοση Ι εκδόσεις δρ. Παρισσιανός, Αθήνα 1977

ΓΚΟΥΤΖΙΜΠΙΝΗ Μ. : "Οργάνωση Στεφανιαίας Ψόσου", απο τα
πρακτικά του Ζ νοσηλευτικού συνεδρίου, σελ 188 - 125.

Πάτρα 1980

DUBIN DALE : "Ταχεία ερμηνεία του ηλεκτροκαρδιογραφήματος"

Μετάφραση Σπύρου Αλιβιζάτου. Επίτομος έκδοση Ι εκδόσεις
δρ. Παρισσιανός, Αθήνα 1977

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Π. : "Το κάπνισμα. Μύθοι και πραγματικότητα".

Εκδόσεις Κάκτος , Αθήνα 1981

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Ι : "Φυσιολογία του ανθρώπου"

Τεύχος 1^ο Ιατρικές εκδόσεις Α.Σιώκη, Θεσσαλονίκη 1983

ΚΟΚΚΙΝΟΥ Δ. : " Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου"

Επίτομος Έκδοση Ι , εκδόσεις δρ. Παρισσιανός, Αθήνα 1987

ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ Μ. : "Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου"

Επίτομος έκδοση Ι, εκδόσεις δρ. Παρισσιανός, Αθήνα 1987

ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ Μ. : "Θεραπεία και αποκατάσταση στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου". Επίτομος έκδοση Ι, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1987

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Η.Α - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ : "Παθολογική - χειρουργική Νοσηλευτική" Τόμος Β, μέρος 1^ο, εκδόσεις Ιατροποστολικής ένωσης αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987

ΜΟΣΧΟΥ Α.: "Ο ρόλος της αδελφής στη φροντίδα ασθενούς με έμφραγμα" απο τα πρακτικά του Ζ Νοσηλευτικού συνεδρίου, σελ. 115 - 116, Πάτρα 1980

ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ ΧΑΡ. - ΓΚΕΛΕΡΗΣ ΠΑΡ. : " Στεφανιαία νόσος" Επίτομος έκδοση Ι . Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών : UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη, 1985

ΠΑΠΑΔΟΝΤΟΜΑΚΗ Α. : "Οργάνωση της Στεφανιαίας Μονάδας". Απο τις σημειώσεις της Καρδιολογικής Νοσηλευτικής ΣΤ' εξαμήνου Αθήνα 1985

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν. : "Ισχαιμική Καρδιοπάθεια" Επίτομος έκδοση Ι Ιατρικές Εκδόσεις Αίττας, Αθήνα 1981

ΠΟΝΤΙΦΙΚΑΣ Γρ.: "Μάθετε για τι κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει". Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1988

ΡΑΓΙΑ Α : "Κάθετε για το κάπνισμα. Η άγνοια σκοτώνει"

Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ.Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1988

ΡΑΙΝΕΡ ΚΛΙΝΤΣΕ : " Το ηλεκτροκαρδιογράφημα" . Επίτομος

έκδοση Ι , εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος , Αθήνα 1986

ΡΕΑΔ ΒΑΡΡΙΤΤ : "Σύγχρονη Καρδιολογία" τόμος Ι έκδοση ΙΙ

Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984

ΣΑΚΙΝΗ - ΧΑΡΔΑΣΗ Α. : "Παθολογική και χειρουργική Ποση-

λευτική" τόμος ΙΙ, έκδοση Ι εκδόσεις Ξήτα, Αθήνα 1985

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π. : "Καρδιολογία" επίτομος έκδοση Ι, εκδόσεις

Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π. : "Θεραπεία της στεφανιαίας νόσου"

Επίτομος έκδοση Ι εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986

ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π. : " Εισαγωγή στην ηλεκτροκαρδιογραφία"

Επίτομος έκδοση Ι, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985

FRICH H. - LEONARDT - STARCK D : "Γενική Ανατομία"

Μετάφραση Ιωάννου Βλάχου, τόμος ΙΙ έκδοση Ι εκδόσεις

Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985

