

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

των σπουδαστών: ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΛΑΟΥ
ΤΣΑΜΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΘΕΜΑ: " ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

Π Α Τ Ρ Α
Α Π Ρ Ι Λ Ι Ο Σ 1 9 8 9



ΑΡΙΘΜΟΣ	1164
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΑΣ ΑΥΤΗ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΑΥΤΟΥΣ ΠΟΥ ΜΕ
ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥΣ ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΣ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελίδα
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	1
Εισαγωγή - Στατιστικά στοιχεία	
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	4
Ανατομία της καρδιάς	
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	8
Φυσιολογία της καρδιάς	
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	11
Το έμφραγμα του μυοκαρδίου	
Διάγνωση	
Αιτιολογία	
Πρόβλεψη	
Πρόληψη	
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	23
Επιπλοκές οξέος εμφράγματος - θεραπεία	
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	30
Θεραπεία οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου	
Χειρουργική θεραπεία	
Φυσική αποκατάσταση	
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	39
Νοσηλευτική αντιμετώπιση εμφράγματος	
Νοσηλευτική αντιμετώπιση επιπλοκών	
8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ VIII	52
Έρευνα-Συμπεράσματα και προτάσεις	

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι.-

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Μέχρι σήμερα πολλοί άνθρωποι δεν έχουν αντιληφθεί τη σοβαρότητα του προβλήματος του εμφράγματος, αν και οι στατιστικές δείχνουν ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλα "στεφανιαία επεισόδια" έχουν γίνει σήμερα η βασική αιτία θανάτου ανάμεσα στους πληθυσμούς των πιο ανεπτυγμένων χωρών του κόσμου.-

Είναι η αρρώστεια που συνδέεται με το ρυθμό της εποχής μας, σε τέτοιο βαθμό που ο καθ. Λενέγκρ θα πει: "Δημιουργούνται όλες οι προϋποθέσεις για να γίνουμε όλοι ή σχεδόν όλοι υποψήφιοι λίγο-πολύ για έμφραγμα μυοκαρδίου.-

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Από στατιστικές βλέπουμε ότι 50% περίπου από τους θανάτους στις ανεπτυγμένες ή βιομηχανικές χώρες οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις.

55% στις ΗΠΑ

41,1% στη Γαλλία

Στις Η.Π.Α. σύμφωνα με στατιστικά του 1982 κάθε χρόνο πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου πάνω από 700 χιλιάδες άνθρωποι ενώ καταγράφονται ένα περίπου εκατομμύριο νέες περιπτώσεις εμφράγματος.

Στη Σοβιετική Ένωση το 12% του πληθυσμού παρουσιάζει εκδηλα συμπτώματα εμφράγματος. Στη Γερμανία τα τελευταία 10 χρόνια τα κρούσματα διπλασιάστηκαν. Κάθε χρόνο καταγράφονται γύρω στις 250 χιλιάδες κρούσματα καρδιοπάθειας.

Στις Σκανδιναβικές χώρες και ιδιαίτερα στη Φιλανδία,

υπάρχει ο ψηλότερος δείκτης καρδιοπαθειών στον κόσμο.

Ο μαύρος που ζει στην Αφρική έχει αθηροσκλήρωση στην αορτή στις εγκεφαλικές αρτηρίες αλλά βασικά όχι στις στεφανιαίες.

Ο κάτοικος της Άπω Ανατολής όπως και ο Ιάπωνας έχει τις στεφανιαίες λιγότερο ευπαθείς.

Έτσι αν και είναι προστατευμένος από το έμφραγμα κατέχει το λυπηρό ρεκόρ εγκεφαλικών επεισοδίων στον κόσμο.

Επίσης ορισμένα ειδικά στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι:

- α) Οι παχύσαρκοι είναι πιο επιρρεπείς απ'τους άλλους σε σοβαρές παθήσεις.
- β) Τα λίπη παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αθηροσκλήρωσης.
- γ) Το αλάτι είναι βλαβερό στις αρτηρίες και την καρδιά.
- δ) Η επίδραση του καπνού στην καρδιά και στα αγγεία είναι αμεση.

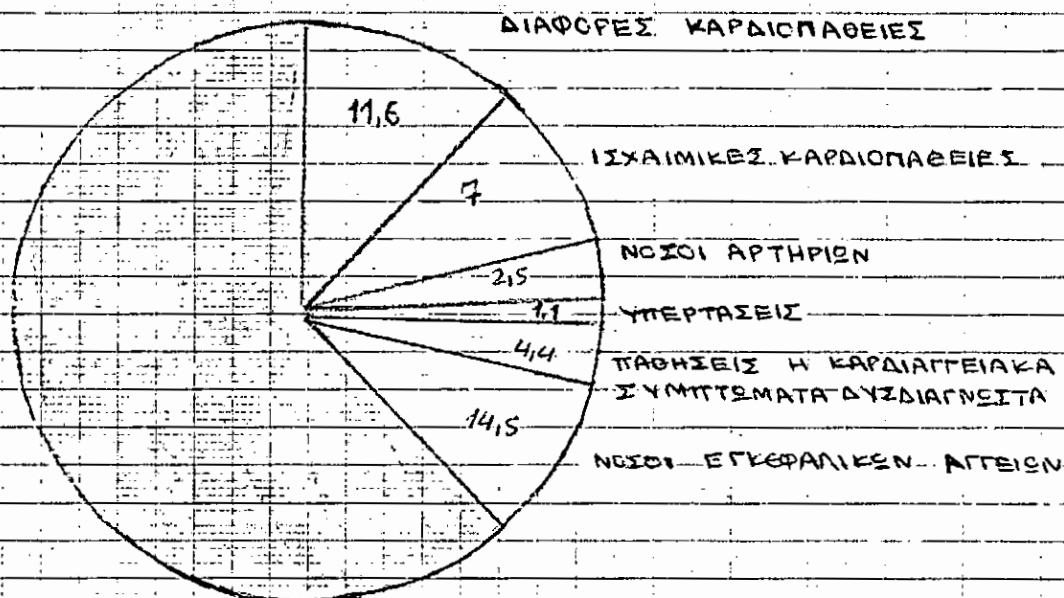
Μια αμερικανική έρευνα έδειξε πως το ποσοστό εμφράγματος του μυοκαρδίου ανάμεσα στους μη καπνιστές φθάνει 1,72% με θνησιμότητα 0,5% ενώ σ'όσους καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 6,35% και 2,79%.

ε) Επίσης από μελέτες έχει αποδειχθεί πως ο χειμώνας είναι η πιο καταστροφική εποχή για τους καρδιακούς.

Στη Γαλλία οι θάνατοι είναι 30% περισσότεροι τον Ιανουάριο και το Φεβρουάριο από τον Αύγουστο και το Σεπτέμβριο. Αντίθετα για τις περιοχές που βρίσκονται κοντά στον Ισημερινό η χειρότερη εποχή είναι το καλοκαίρι. Στο Ντάλλας για παράδειγμα τα εμφράγματα του μυοκαρδίου φθάνουν στο

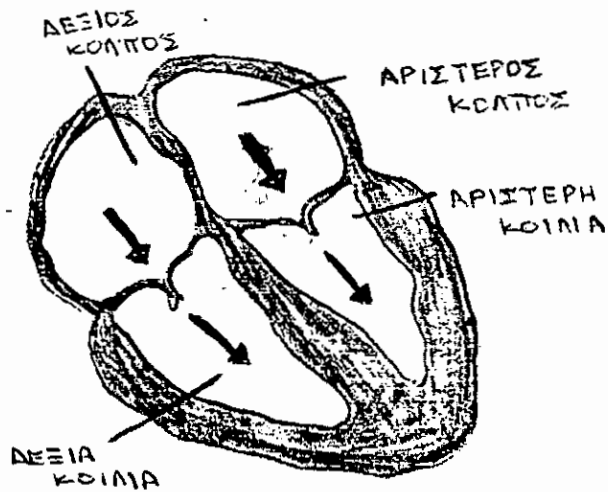
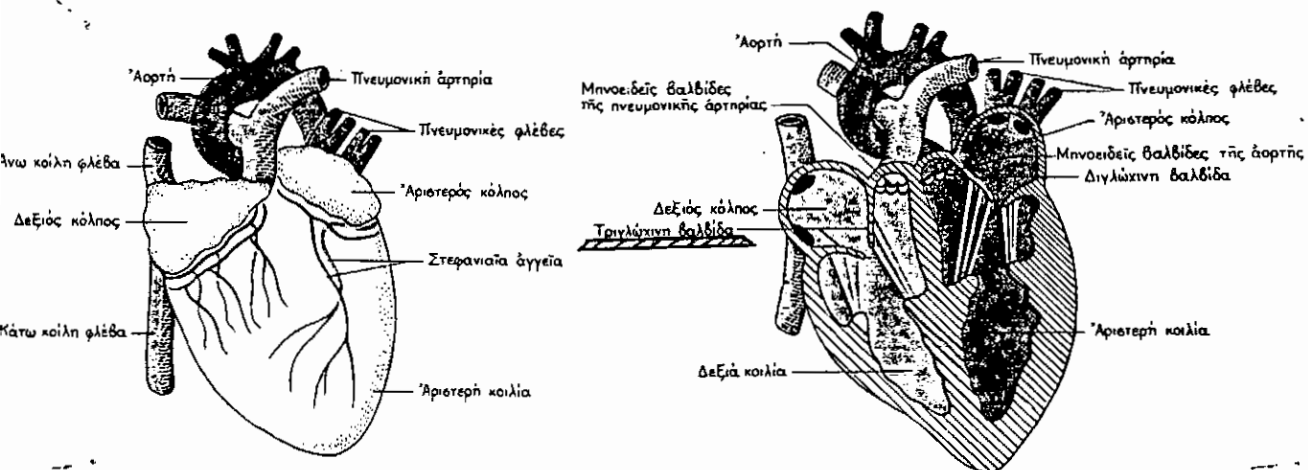
ανώτατο όριο τον Ιούλιο και τον Αύγουστο όταν η θερμοκρασία ανεβαίνει στους 40 βαθμούς.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ:



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.-

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Η καρδιά είναι ένα κοίλο μυώδες όργανο σε σχήμα ανεστραμμένου κώνου, με την κορυφή προς τα κάτω και αριστερά.

Βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα γεμμένη κατά τα 2/3 της προς το αριστερό τμήμα της μέσης γραμμής του θώρακα.

ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ ΔΙΑΚΡΙΝΟΥΜΕ ΤΑ ΕΞΗΣ:

α) Το περικάρδιο είναι ένας υμένας που περιβάλλει την καρδιά και τη στηρίζει στη φυσιολογική της θέση δηλαδή στο διάφραγμα και στα μεγάλα αγγεία.

β) Η καρδιά έχει 4 κοιλότητες 2 κόλπους και 2 κοιλίες. Οι κόλποι είναι μικρότεροι από τις κοιλίες και βρίσκονται προς τη βάση της καρδιάς. Οι κοιλίες αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της καρδιάς και σχηματίζουν επίσης την κορυφή της. Οι δύο κόλποι χωρίζονται σε αριστερό και δεξιό από το μεσοκολπικό διάφραγμα, ενώ οι κοιλίες με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα χωρίζονται αριστερά και δεξιά. Στο δεξιό κόλπο εισβάλλουν 3 φλέβες η άνω και η κάτω κοίλη φλέβα και ο στεφανιαίος κόλπος με την βοήθεια των οποίων το αίμα της μεγάλης κυκλοφορίας επανέρχεται στην καρδιά.

Στον αριστερό κόλπο εισβάλλουν 4 πνευμονικές φλέβες χάρη στις οποίες το αίμα επανέρχεται από τους πνεύμονες στην καρδιά. Από τη δεξιά κοιλία αρχίζει η πνευμονική αρτηρία με την οποία το αίμα εκτοξεύεται στους πνεύμονες. Από την αριστερή κοιλία η αορτή διώχνει το αίμα το οποίο θα τροφοδοτήσει όλους τους ιστούς του σώματός μας. Στην αρχή

της πνευμονικής αρτηρίας και της αορτής υπάρχουν οι αρτηριακές ή μηνοειδείς βαλβίδες που επιτρέπουν την διόδο του αίματος από τις κοιλίες προς τις αρτηρίες κατά την διάρκεια της συστολής των κοιλιών, ενώ κατά την διάρκεια της διαστολής τους εμποδίζουν την παλινδρόμησή του. Ο δεξιός κόλπος επικοινωνεί με την δεξιά κοιλία με το δεξιό κολποκοιλιακό στόμιο στο οποίο υπάρχει η τριγλώχινη βαλβίδα, ενώ ο αριστερός κόλπος επικοινωνεί με την αριστερή κοιλία χάρη στο αριστερό κολποκοιλιακό στόμιο στο οποίο υπάρχει η διγλώχινη ή μητροειδής βαλβίδα.

γ) Η αιμάτωση της καρδιάς γίνεται με 2 αγγεία την δεξιά και την αριστερή στεφανιαία αρτηρία που αρχίζουν από την κορυφή της αορτής.

Η αριστερή στεφανιαία αρτηρία αμέσως μετά την έκφυσή της δίνει 2 μεγάλους κλάδους τον πρόσθιο κατερχόμενο κλάδο και τον περισπώμενο.

Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία, ο πρόσθιος κατερχόμενος κλάδος κι ο περισπώμενος διαιρούνται και υποδιαιρούνται σε μικρότερες αρτηρίες και τριχοειδή ώστε να περιζώσουν στην κυριολεξία την καρδιά και το αίμα αυτό στη συνέχεια επιστρέφει μ'ένα σύστημα από φλέβες στο δεξιό κόλπο της καρδιάς.

Το τοίχωμα της καρδιάς αποτελείται από τα έσω προς τα έξω από το ενδοκάρδιο, το μυοκάρδιο και το επικάρδιο.

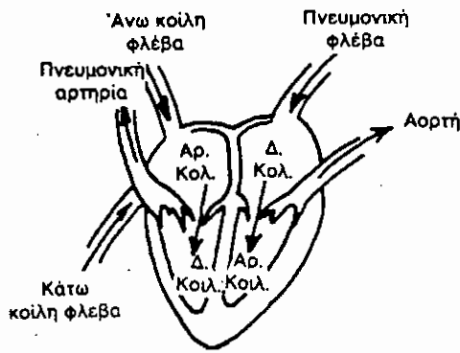
α) ενδοκάρδιο είναι λεπτή μεμβράνη που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των κοιλοτήτων της καρδιάς και των βαλβίδων.

β) μυοκάρδιο είναι όμως της καρδιάς ο οποίος αποτελεί το κύριο λειτουργικό τμήμα του τοιχώματος της.

γ) επικάρδιο είναι λεπτή μεμβράνη που προέρχεται από το περικάρδιο και καλύπτει την εξωτερική πλευρά της καρδιάς.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι . -

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ



Οι κοιλότητες και η φορά του αίματος στην καρδιά.

Αποστολή της καρδιάς είναι η κυκλοφορία του αίματος κατά την οποία φλεβικό αίμα, δηλ. αίμα που έχει δώσει το O_2 στους ιστούς, απ'όλες τις περιοχές του σώματος έρχεται στο δεξιό κόλπο με την άνω και την κάτω κοίλη φλέβα. Από το δεξιό κόλπο περνάει στη δεξιά κοιλία που το στέλνει με την πνευμονική αρτηρία στους πνεύμονες.

Εκεί αφού αφήσει CO_2 και πάρει O_2 μαζεύεται στις πνευμονικές φλέβες, οι οποίες το φέρνουν στον αριστερό κόλπο. Από τον αριστερό κόλπο περνάει στην αριστερή κοιλία η οποία το στέλνει στην αορτή και από εκεί διανέμεται σ'όλα τα τμήμα του σώματος.-

Αυτός ο κύκλος επαναλαμβάνεται στον οργανισμό αδιάκοπα. Για να γίνει όμως αυτό η ανθρώπινη καρδιά συστέλλεται περίπου 100.000 φορές την ημέρα ή περίπου δυο δισ. εκατομ-

μύρια εξακόσια εκατομμύρια φορές στη ζωή του ατόμου μέχρι την ηλικία των 70.

Με τις συστολές αυτές η καρδιά ενός ατόμου ηλικίας 70 ετών έχει προωθήσει 150.000.000 λίτρα ή 150.000 τόννους αίματος.

Η καρδιά λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε είναι η πιο τέλεια αντλία που έχει δημιουργήσει ποτέ η φύση και αυτό γιατί έχει την ικανότητα να συστέλλεται και να διαστέλλεται ρυθμικά.

Αυτό συμβαίνει γιατί στο μυοκάρδιο δημιουργούνται αυτόματα βιοηλεκτρικά ερεθίσματα που κάνουν την καρδιά να συστέλλεται ρυθμικά.

Το κέντρο του καρδιακού ρυθμού είναι ο φλεβόκομβος που βρίσκεται στο δεξιό κόλπο της καρδιάς.

Σε φυσιολογικές συνθήκες παράγει και διοχετεύει σε ολόκληρη την επιφάνεια του μυοκαρδίου 60-100 ερεθίσματα ανά λεπτό.

Αν καταργηθεί ο φλεβόκομβος αναλαμβάνει να δώσει διέγερση η περιοχή κόμβου -δεματίου His που αποτελεί το δευτερεύον κέντρο με συχνότητα 40-50 ερεθίσματα ανά λεπτό.

Αν καταργηθεί και η περιοχή αυτή αναλαμβάνουν τα σκέλη (δεξιό και αριστερό) που αποτελούν τριτεύον κέντρο με συχνότητα 30-40 ερεθίσματα ανά λεπτό.-

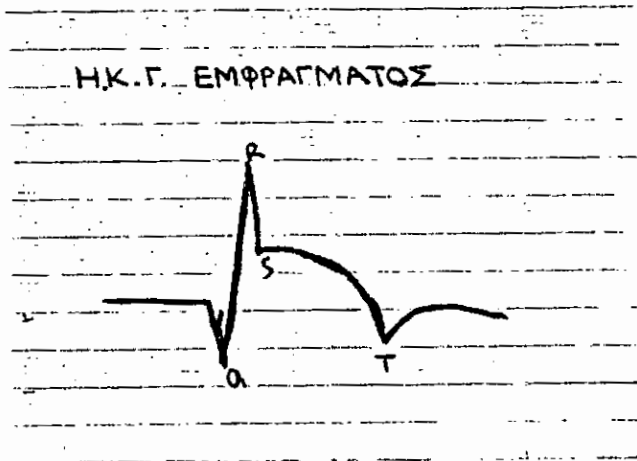
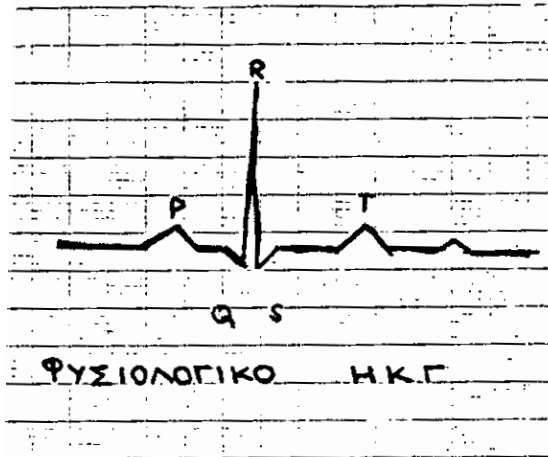
Η καρδιά νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Διέγερση του συμπαθητικού προκαλεί κυρίως ταχυκαρδία και αύξηση της έντασης συστολής. Διέγερση του παρασυμπαθητικού θα προκαλέσει βραδυκαρδία, επιβράδυνση της μετάδοσης της διέγερσης από τους κόλπους στις κοιλίες.-

Πρέπει τέλος να αναφέρουμε ότι η καρδιά όχι μόνο εργάζεται αλλά και αναπαύεται.

Αυτό γίνεται αμέσως μετά τη συστολή και διαρκεί όχι περισσότερο από 0,4 του δευτερολέπτου. Σ' αυτή τη φάση της ανάπαυσης που ονομάζεται διαστολή ή χάλαση το μυοκάρδιο παίρνει από τα στεφανιαία αγγεία το αίμα που χρειάζεται. Πρέπει να τονιστεί ότι στον οργανισμό μας δεν υπάρχει άλλος μυς που να εξαρτάται τόσο πολύ από την κυκλοφορία του αίματος όσο το μυοκάρδιο. Σε κατάσταση ηρεμίας το μυοκάρδιο απαιτεί 10 φορές περισσότερο αίμα απ' ότι τα υπόλοιπα όργανα και οι ιστοί του οργανισμού μας.-

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο IV.-

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ



Έμφραγμα είναι η βλάβη ενός οργάνου ή τμήματος ενός οργάνου, που προκαλείται από την διακοπή της κυκλοφορίας στην αρτηρία, που τροφοδοτεί με αίμα την περιοχή αυτή. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου συνήθως εκδηλώνεται με οξύ οπισθοστερνικό συσφυκτικό ή πιεστικό πόνο που μπορεί να αντανά-

κλάται στο λαιμό, την άνω γνάθο στα άνω άκρα και την πλάτη και καμιά φορά κάτω προς την κοιλιά.

Η έντασή του αυξάνεται προοδευτικά μέσα σε λίγα λεπτά ή ώρες διαρκεί συνήθως περισσότερο από μια ώρα και για να παρέλθει χρειάζονται οπιούχα αναλγητικά.

Ο πόνος συνοδεύεται συχνά από ναυτία και εμετούς. Συχνά συνυπάρχουν σημεία SHOCK με χαμηλή Α.Π. ασθενή και ταχύ σφυγμό, ψυχρό και υγρό δέρμα και θόλωση της διάνοιας.- Είναι δυνατόν να υπάρχουν σημεία καρδιακής ανεπάρκειας με δύσπνοια, κυάνωση, πνευμονικό οίδημα, άρρυθμο σφυγμό κ.α.

Ας μη ξεχνάμε ότι: α) το έμφραγμα μυοκαρδίου μπορεί να εμφανισθεί χωρίς ίχνος πόνου είναι αυτά τα εμφράγματα που εμφανίζονται μετά από εγκεφαλικό κώμα, πνευμονικό οίδημα και κοιλιακή ταχυκαρδία.

β) Το έμφραγμα του μυοκαρδίου προσβάλλει όλες τις ηλικίες και περισσότερο στις μέρες μας τους νέους.

Σ' όλες τις περιπτώσεις που δημιουργείται υπόνοια για έμφραγμα ο ασθενής πρέπει να μεταφέρεται στο νοσοκομείο όπου κάτω από την εντατική παρακολούθηση του γιατρού και του κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτικού προσωπικού κατορθώνεται η έγκυρη και σωστή διάγνωση και θεραπεία πολλών βαρειάς μορφής εμφραγμάτων.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση είναι εύκολη από την κλινική εικόνα επιβεβαιώνεται όμως με το ΗΚΓ.

Τα ΗΚΓφικά ευρήματα κατά χρονική σειρά είναι:

Ανάσπαση ST = ρεύμα βλάβης

Βαθύ ευρύ Q = νέκρωσις

Αρνητικό T = ισχαιμία

Εργαστηριακώς εμφανίζεται:

α) Λευκοκυττάρωσις

β) Μεταβολές ενζύμων ορού.

1) Η οξαλική τρανσαμινάση παρουσιάζει αύξηση στον ορό 12 ώρες μετά την εγκατάσταση του εμφράγματος και επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα την 3η-4η μέρα.

2) Το επίπεδο της κρεατινικής φωσφοκινάσης ανέρχεται στον ορό εντός 6 ωρών για να επανέλθει στο φυσιολογικό εντός 72 ωρών.

3) Το επίπεδο της γαλακτικής αφυδρογονάσης φθάνει στο μέγιστο εντός 24 έως 48 ωρών και παραμένει υψηλό για 1-3 εβδομάδες.

γ) Σακχαραιμία-Σακχαρουρία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σπάνια γνωρίζουμε τί προκαλεί το έμφραγμα σ' ένα άτομο που έχει προδιάθεση για στεφανιαία νόσο. Συχνά το αποδίδουμε σε μια ψυχική ταραχή, σε υπερένταση στη δουλειά στην παχυσαρκία και σε άλλες αιτίες.

Στην πραγματικότητα έχουμε ελάχιστες αποδείξεις ότι πίσω από το έμφραγμα υπάρχει ένας πυροδοτικός μηχανισμός.

Ένα έμφραγμα μπορεί να σας παρουσιαστεί οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ή της νύχτας στο σπίτι ή στη δουλειά στο κρεβάτι όταν αναπαύεστε ή τη στιγμή που είστε απασχολημένος. Ας αναλύσουμε όμως διάφορους παράγοντες που μπορούν να θεωρηθούν ότι συντελούν στην πρόκληση εμφράγματος.

I. Η ανεπαρκής δραστηριότητα

Οι συνθιμικές της σύγχρονης ζωής ισοδυναμούν με βαθμιαία σχεδόν ολοκληρωτική έλλειψη κάθε φυσικής δραστηριότητας. Πολλά άτομα χρησιμοποιούν τα συγκοινωνιακά μέσα, ή ζουν μέσα στο αυτοκίνητό τους σαν βιτωμένοι στο κάθισμα. Καμιά μυϊκή δραστηριότητα καμιά κατανάλωση ενέργειας.

Πολλές φορές θα ακούσουμε ότι ο άρρωστος ενώ ετρεχε να προλάβει το λεωφορείο, ξαφνικά και για πρώτη φορά καταβλήθηκε από έντονο πόνο στο στέρνο που τον ανάγκασε να σταματήσει. Από τότε ο πόνος εμφανίζεται κάθε φορά που τρέχει πέρα από μια ορισμένη απόσταση.

Και είναι φυσικό γιατί ο νευροαγγειακός μηχανισμός του μυοκαρδίου δεν είναι σε θέση να το τροφοδοτήσει με επαρκή ποσότητα οξυγονωμένου αίματος με αποτέλεσμα την γενική κόπωση όλων των μυών και την αδυναμία συνέχισης της προσπάθειας.

Η καρδιά του εξασκημένου ανθρώπου θα πάρει το οξυγόνο που της χρειάζεται και δεν θα δημιουργήσει κανένα πρόβλημα.

II. Το φύλο

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά απ'ότι οι γυναίκες σε σχέση 4:1, πριν την ηλικία των 40 ετών η σχέση αυτή είναι 8:1. Στους άνδρες μεγαλύτερη συχνότητα είναι μεταξύ 50 και 60 ετών και στις γυναίκες μεταξύ 60 και 70 ετών αλλά η διαφορά αυτή ελαττώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

III. Η κληρονομική προδιάθεση

Υπάρχει μια οικογενειακή τάση για ανάπτυξη ισχαιμικής νόσου της καρδιάς σε απογόνους ατόμων που υποφέρουν απ' αυτή, αλλά κι αυτό δεν είναι απόλυτο. Συνήθως τα άτομα της ίδιας οικογένειας έχουν υψηλή χοληστερίνη και υπέρταση παράγοντες δηλαδή που συνεπιδρούν.

IV. Η ηλικία

Το έμφραγμα είναι νόσος της ώριμης ηλικίας αν και καμιά ηλικία δεν εξαιρείται. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια υπάρχει τάση να προσβάλλει όλο και πιο νεαρές ηλικίες. Είναι φανερό ότι η θνησιμότητα από έμφραγμα αυξάνει με την ηλικία περίπου διπλασιάζεται για κάθε 10 χρόνια ζωής που περνά.

V. Η προσωπικότητα

Ο τύπος Α της προσωπικότητας δηλαδή ο επιθετικός συναγωνιστικός και αγχώδης τύπος βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθει έμφραγμα.

VI. Η υπερχοληστεριναιμία και υπερτριγλυκεριδαίμια

Το υψηλό ποσοστό χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα συνδέονται με μια μεγαλύτερη συχνότητα εμφράγματος μυοκαρδίου. Αυτό οφείλεται στο ότι διεισδύουν στα τοιχώματα των αρτηριών, συσσωρεύονται σ' αυτά και προκαλούν την ανάπτυξη του συνδετικού ιστού και του σχηματισμού αθηροματικών πλακών.

Έτσι στενεύει ο αυλός του αγγείου δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος και η τροφοδοσία του μυοκαρδίου.

VII. Η Υπέρταση

Η ψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί βασικό ανεξάρτητο προδιαθε-

τικό παράγοντα της στεφανιαίας νόσου.

Η υπέρταση συνοδεύεται από συνεχή σπασμό των αγγείων πράγμα που προκαλεί ζιμιά αφ' ενός στο τοίχωμά τους και αφ' ετέρου διαταραχή στη θρέψη τους.

Στη μακροχρόνια υπέρταση η καρδιά λειτουργεί διαρκώς μ' αυξημένη ένταση γιατί αναγκάζεται να εξωθήσει στην μεγάλη κυκλοφορία το αίμα κάτω από μεγαλύτερες αντιστάσεις.

VIII. Η παχυσαρκία

Η αύξηση του ογκου του σώματος απαιτεί συμπληρωματική κυκλοφορία του αίματος και συνεπώς δημιουργεί πρόσθετη επιβάρυνση της καρδιάς. Παράλληλα με την συσσώρευση του λίπους, είναι η αύξηση των λιπαρών οξέων στο αίμα και η άνοδος των τριγλυκεριδίων με αποτέλεσμα την δημιουργία αρτηριοσκλήρυνσης.

IX. Κάπνισμα

Αναμφισβήτητη είναι η υπάρχουσα σχέση μεταξύ καπνίσματος και ισχαιμικής νόσου της καρδιάς.

Κάθε φορά που καπνίζουμε και ιδιαίτερα όταν εισπνέουμε τον καπνό δημιουργείται πραγματικά μια γενική αντίδραση, στην οποία μετέχουν και οι αρτηρίες τα στρες αυτά χαρακτηρίζονται από μια έκλυση αδρεναλίνης μια νευρική αντίδραση του συμπαθητικού και του πνευμονογαστρικού και έναν αρτηριακό σπασμό.

Η επανάληψή τους δέκα, είκοσι ή και περισσότερες φορές την ημέρα είναι μια από τις αιτίες για πολλές αρρώστιες του κυκλοφορικού συστήματος: υπέρταση, σκλήρυνση και αρτηριακή θρόμβωση.

Ο σπασμός σε αρτηρίες που έχουν υποστεί βλάβη μπορεί τότε να σταματήσει την κυκλοφορία στην περιοχή που τροφοδοτούν προκαλώντας έτσι έμφραγμα.

Η βλαβερή επίδραση του καπνού στην κυκλοφορία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη νικοτίνη και τα παράγωγά της.

Η νικοτίνη υποκινώντας την έκκριση αδρεναλίνης προκαλεί σημαντική ανεπάρκεια οξυγόνου στο μυοκάρδιο.

Έχει διαπιστωθεί ότι τα αγγεία των συστηματικών καπνιστών "φθείρονται" κατά 10-15 χρόνια νωρίτερα. Πρέπει

Πρέπει να αναφερθεί επίσης πως το κάπνισμα τσιγάρων με φίλτρο έχει τον ίδιο κίνδυνο για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου όπως και τα τσιγάρα χωρίς φίλτρο.

X. Το οινόπνευμα

Σε άτομα που πάσχουν από υπεργλυκαιριναιμία και είναι ευαίσθητα στην αφομοίωση των σακχάρων και των οινοπνευματωδών και ένα μικρό ποτήρι μπορεί να προκαλέσει σημαντική αύξηση στα λίπη του αίματος και σοβαρή επιδείνωση στις βλάβες των αρτηριακών τοιχωμάτων.

Ο προστατευτικός ρόλος του οινοπνεύματος στις στεφανιαίες αρτηρίες είναι μύθος που κράτησε πολύ. "Στην πραγματικότητα το ουίσκυ δεν διαστέλλει τις στεφανιαίες, μπορεί όμως να μειώσει την αίσθηση του στήθαγχικού πόνου, αναφέρει ο Δρ.ΡΑΖΕ.

Το οινόπνευμα είναι βλαβερό στις στεφανιαίες για δύο λόγους: απ'τη μια έχει πολλές θερμίδες και κατά συνέπεια ευνοεί την παχυσαρκία και απ'την άλλη είναι ικανό ν'αυξήσει τα λίπη στο αίμα.

Παράλληλα όμως ανεβαίνει η αρτηριακή πίεση, μειώνεται η δύναμη των καρδιακών συστολών και προκαλούνται με την πάροδο του χρόνου δομικές αλλοιώσεις στο μυοκάρδιο.

XI. Ο καφές

Ο δυνατός καφές ευνοεί την εντατική μεταφορά κατεχολαμινών

στο αίμα, οι οποίες αυξάνουν τις ανάγκες του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

XII. Το στρες

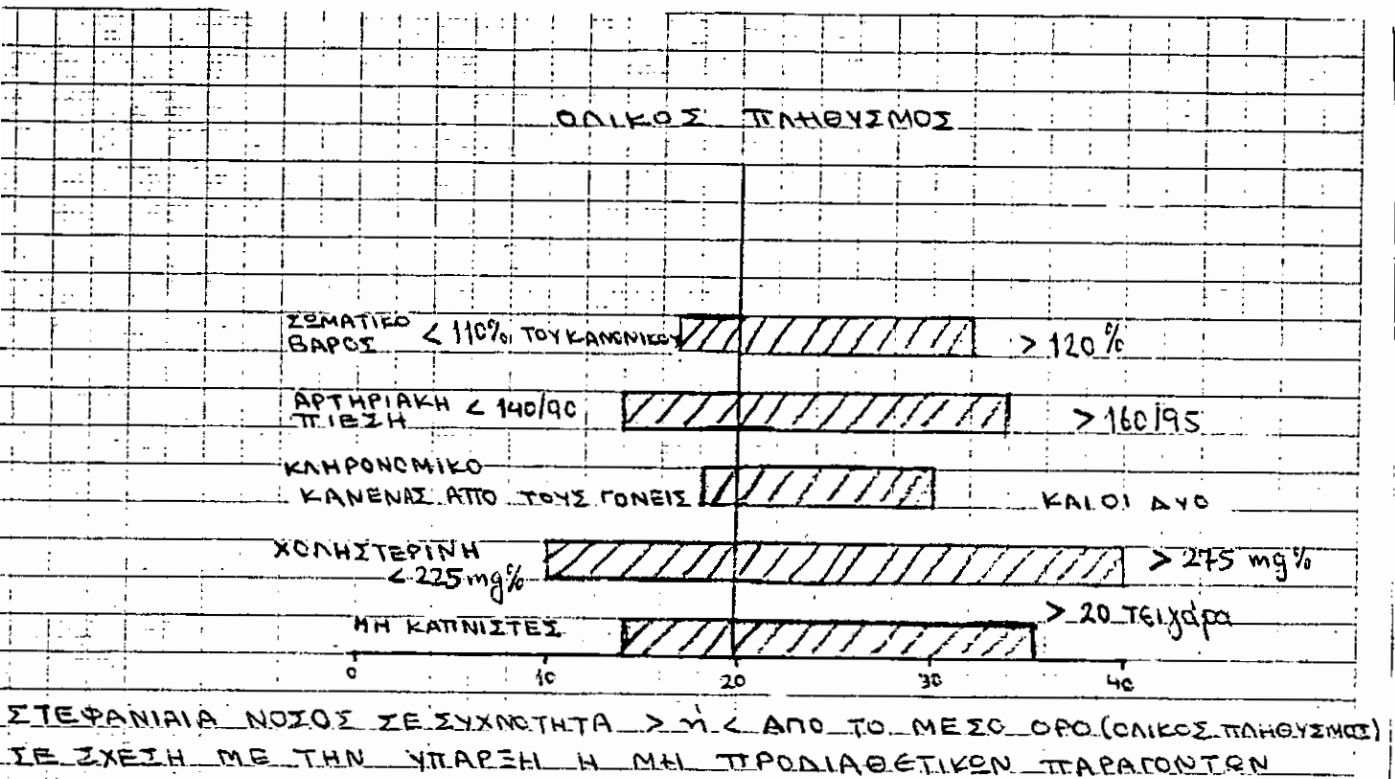
Η επίδραση που έχουν τα συγκινησιακά στρες στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσεως είναι τώρα διαπιστωμένη. Αποδεικνύεται από μια ολόκληρη σειρά πειραμάτων και παρατηρήσεων.

Έτσι για παράδειγμα στη διάρκεια του πολέμου της Κορέας οι ιατρικές έρευνες έδειξαν πως το άγχος του πολεμιστή και ο φόβος του θανάτου ευνοούσαν τὸ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η νεκροψία πεζοναυτών που σκοτώθηκαν στη μάχη έδειξε πως οι νέοι άνθρωποι 20 ως 34 ετών παρουσίαζαν σε πολύ μεγάλη συχνότητα αθηροσκληρωτικές βλάβες της αορτής και των στεφανιαίων.

Επίσης σε ομάδες ατόμων με εντατική και αγχώδη ζωή βρέθηκε στο αίμα ένα μεγάλο ποσοστό χοληστερίνης.

Η εξήγηση στο φαινόμενο είναι η εξής: Απ'τη μια η νευρική ένταση και τα συγκινησιακά στρες προκαλούν μια έκλυση κατεχολαμινών δηλ. αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης οι οποίες ευνοούν την εξέλιξη της στηθαγχικής κρίσεως. Απ'την άλλη τα στρες αλλοιώνουν το ποσοστό των λιπών στο αίμα. Τέλος η πηκτικότητα του αίματος μπορεί να αυξηθεί αισθητά από ένα συγκινησιακό σοκ, κι αυτό δημιουργεί κίνδυνο επεισοδίου εφ'όσον ο αυλός των αρτηριών είναι ήδη στενωμένος.-



ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Ο καθηγητής Τρίκο υποστηρίζει ότι με τις σημερινές γνώσεις είναι δυνατό να προβλέψουμε ένα έμφραγμα μερικές βδομάδες νωρίτερα από το επεισόδιο. Σε μια αναλογία που ξεπερνάει το 50% οι άρρωστοι αυτοί παρουσιάζουν σ'αυτή την περίοδο των λίγων εβδομάδων ανησυχητικά φαινόμενα.

Μερικές φορές πόνους που εκδηλώνονται στην προσπάθεια ή στο βάδισμα σφίγγουν σαν μέγγενη και σταματούν με την ανάπαυση. Άλλοτε πάλι ο άρρωστος παρουσιάζει αναπνευστικές δυσκολίες λαχανιάζει κι αισθάνεται κούραση. Μια κούραση ασυνήθιστη άσχετη με τη δραστηριότητά του.

Γίνεται τότε ένα ΗΚΓ που σ'ορισμένες περιπτώσεις, χωρίς να είναι χαρακτηριστικό εμφράγματος παρουσιάζει μερικές ανωμαλίες που επιτρέπουν να σκεφτούμε, πως βρισκόμαστε μπροστά σ'ένα άμεσο επεισόδιο.

Γεννιώνται όμως τα εξής ερωτήματα:

I. Οι θωρακικοί πόνοι αποτελούν σήμα κινδύνου;

Όλοι οι πόνοι στην περιοχή της καρδιάς δεν είναι ευτυχώς προδρομικά σήματα εμφράγματος. Τις περισσότερες φορές πρόκειται για μεσοπλεύριες νευραλγίες, για πεπτικούς ή νευρικούς πόνους. Αντίθετα οι πόνοι της στηθάγχης προδίδουν καρδιακή ισχαιμία ή ανεπάρκεια των στεφανιαίων.

II. Το λαχάνιασμα είναι σήμα συναγερμού;

Θα υποψιαστούμε το λαχάνιασμα σαν καρδιακή αιτία όταν δεν έχει αντιστοιχία στην προσπάθεια που καταβάλλεται π.χ. το άτομο που δυσκολεύεται να αναπνεύσει όταν ανεβαίνει μερικά σκαλιά πρέπει ν'αναφέρει το περιστατικό στο γιατρό του.

III. Υπάρχει κίνδυνος για ένα άτομο που πάσχει από υπέρταση; Οι ενδείξεις υπερτάσεως μας βοηθούν για την πρόβλεψη του εμφράγματος. Συγκεκριμένα η υψηλή Α.Π. συνοδεύεται από συνεχή σπασμό των αγγείων πράγμα που προκαλεί ζημιά στο τοίχωμά τους και διαταραχή στη θρέψη του.

IV. Ποιες εξετάσεις μπορούν να μας δώσουν στοιχεία για την κατάσταση των στεφανιαίων;

- α) το ποσοστό της χοληστερίνης στο αίμα
- β) των τριγλυκεριδίων
- γ) των λιποπρωτεϊνών
- δ) η δοκιμασία της τεχνικής υπεργλυκαιμίας
- ε) το ποσό του ουρικού οξέος στο αίμα

V. Από ποιά ηλικία πρέπει να ελέγχουμε την υγεία μας;

Από ηλικία 30 ετών ένα τουλάχιστο ΗΚΓ κάθε 5 χρόνια ιδιαίτερα για άτομα που ασκούν κάποιο κουραστικό επάγγελμα και εάν παρουσιάζονται υπέρταση, θωρακικοί πόνοι και κρίσεις στηθάγχης, να γίνεται ένα ΗΚΓ τουλάχιστον μια φορά το χρόνο.

Από 35 ετών μια φορά κάθε 2 χρόνια να γίνεται έλεγχος του

κυκλοφοριακού με κλινικές εξετάσεις.-

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Είναι γνωστό ότι ο έλεγχος των προδιαθετικών παραγόντων πριν από την εκδήλωση του εμφράγματος ελαττώνει τη συχνότητα του.

Μετά όμως από την εκδήλωση του εμφράγματος ο έλεγχος των προδιαθετικών παραγόντων εκτός από τη διακοπή του καπνίσματος κατά γενικό κανόνα λίγο μεταβάλλει την εξέλιξη της νόσου.

Για την πρόληψη του εμφράγματος συνίστανται τα εξής:

I. ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Ο κίνδυνος αναπτύξεως εμφράγματος ελαττώνεται στο ελάχιστο στο 2 ή περισσότερα χρόνια μετά τη διακοπή του. Η διακοπή του αυξάνει την επιβίωση σε ασθενείς μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

II. ΔΙΑΙΤΑ

Έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι μια μετρημένη διατροφή μπορεί να είναι ένα σοβαρό μέσο πρόληψης του εμφράγματος. Αλλά για να έχουμε μια μετρημένη διατροφή πρέπει να γνωρίζουμε τις θερμίδες που χρειάζεται κάθε άτομο, ποιες τροφές είναι κατάλληλες και πως πρέπει να μοιράζονται τα γεύματα. Η καθημερινή ανάγκη σε θερμίδες εξαρτάται από την ηλικία και προ παντός από τη φυσική δραστηριότητα κάθε ατόμου.

Έτσι για παράδειγμα ένας άνδρας 25 ετών με μέση δραστηριότητα που ζυγίζει 65 κιλά έχει ανάγκη από 3.200 θερμίδες, ενώ μια γυναίκα ίδιας ηλικίας που ζυγίζει 55 κιλά έχει ανάγκη από 2.300 θερμίδες. Με την ηλικία οι ανάγκες της διατροφής ελαττώνονται.

Οι τροφές πρέπει να μην περιέχουν μεγάλες ποσότητες χοληστε-

ρίνης και κορεσμένων λιπών.

Έτσι πρέπει να αποφεύγονται τα παχιά κρέατα τα τηγανιτά, τα αλμυρά κρέας το συκώτι τα νεφρά, που συντελούν στην αύξηση της ουριλαιμίας.

Τα κρέατα που πρέπει να προτιμούμε είναι το κοτόπουλο, το μοσχάρι, το άπαχο χοιρινό και το βοδινό. Τώρα όσο αφορά την κατανομή της τροφής η καλύτερη κατανομή είναι αυτή που κάνουν οι Άγγλοι. Ένα άφθονο πρόγευμα, ικανό για την προετοιμασία και τον κόπο της εργασίας, ένα ελαφρό χορταστικό γεύμα και ένα ελαφρύ βραδυνό φαγητό αργά το απόγευμα και με μεγάλη απόσταση από την ώρα του ύπνου.

III. Η ΑΝΑΠΑΥΣΗ

Η ανάπαυση δεν έχει καμία απολύτως προληπτική αξία για την πρόληψη αρτηριοσκλήρυνσης, αυτό που πρέπει ν'αποφεύγεται είναι η υπερβολική φυσική άσκηση, η βιασύνη, η υπερκόπωση και η νευρική υπερένταση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V.-

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

I. Α Ρ Ρ Υ Θ Μ Ι Ε Σ

Αρρυθμία είναι η κλινική ανωμαλία του καρδιακού παλμού. Μπορεί να αφορά τη συχνότητα, τον ρυθμό του ή και τα δύο.

Οι αρρυθμίες είναι απορρυθμίσεις της καρδιακής λειτουργίας.

Μιλάμε για αρρυθμία όσες φορές η διέγερση η οποία προκαλεί την καρδιακή συστολή δημιουργείται εκτός του φλεβοκόμβου.

Οι μορφές των αρρυθμιών είναι δύο: οι υπερκοιλιακές και οι κοιλιακές αρρυθμίες.

A. Υπερκοιλιακές αρρυθμίες.

Προέρχονται από τους κόλπους ή την περιοχή γύρω από τον κόμβο των AS CHAFF TAWARA.

Διακρίνονται δε στις εξής μορφές:

α) Κολπικές ή κομβικές εκτακτοσυστολές.

Χαρακτηριστικό τους είναι η αναπληρωματική παύλα που τις ακολουθεί, την οποία ο ασθενής αισθάνεται σαν αίσθημα διακοπής της καρδιακής λειτουργίας.

Δεν απαιτείται θεραπεία εκτός αν υπάρχουν συχνές και ενοχλητικές εκτακτοσυστολές οπότε και χορηγείται κινιδίνη.-

β) Κολπική ή κομβική ταχυκαρδία

Εμφανίζεται όταν κάποιο κέντρο εκτός από τον φλεβόκομ-
βο αναλαμβάνει να βηματοδοτήσει την καρδιά.

Ο ρυθμός είναι συχνός και οι σφύξεις πάνω από 150/1'

Η θεραπεία επιδιώκεται με χορήγηση δακτυλίτιδας κινι-
δίνης και κυρίως δι'ηλεκτρικής εκκενωσεως.

γ) Πολιτικός πτερυγισμός

Στην αρρυθμία αυτή, οι κόλποι συστέλλονται ατελώς αλ-
λά ρυθμικά με αριθμό ερεθισμάτων 250 - 300/1'

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση μεγάλων δόσεων δα-
κτυλίτιδος μέχρι ανατάξεως ή επιτεύξεως βραδυκαρδίας.

Η ηλεκτρική εκκένωση είναι και εδώ θεραπεία εκλογής
με σχεδόν πλήρη επιτυχία.

δ) Κολπική μαρμαρυγή

Στην αρρυθμία αυτή τα ερεθίσματα δεν παράγονται στο φλε-
βόκομμο, αλλά στο τοίχωμα των κόλπων και μάλιστα σε πο-
λύ μεγάλο αριθμό περίπου 250 - 400/1'. Η συστολή των
κόλπων είναι ακανόνιστη και ατελής. Όμως όλα τα ερεθί-
σματα δεν φθάνουν στις κοιλίες και γι'αυτό το λόγο οι
κοιλίες δεν συστέλλονται ρυθμικά.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση δακτυλίτιδας είτε από το στόμα είτε παρεντερικά.

Αν δεν επιτευχθεί ανάταξη χορηγείται κινιδίνη και Δισοπυραμίδη.

Αν παρά τη φαρμακευτική αγωγή ο άρρωστος δεν αναταχθεί εφαρμόζεται ανάταξη με ηλεκτρικό ρεύμα. Επίσης πρέπει να εφαρμόζεται αντιπηκτική αγωγή.

B. ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Οι ανωμαλίες του καρδιακού ρυθμού οφείλονται στα κέντρα διέγερσης τα οποία εδρεύουν στις κοιλίες.

Διακρίνονται σε:

α) Κοιλιακή ταχυκαρδία.

Κατ'αυτήν την βηματοδότηση της καρδιάς έχει αναλάβει κάποιο έκτακτο κέντρο που βρίσκεται σε κάποιο σημείο της κοιλίας.

Η συχνότητα των σφυγμών ανέρχεται σε 120-220/1'

Η σειρά προτίμησης στα θεραπευτικά μέτρα είναι:

- ξυλοκαΐνη ενδοφλέβια

- ηλεκτρική εκκένωση

Προκαΐναμίδη ενδοφλέβια

Κινιδίνη από το στόμα

β) Κοιλιακές έκτακτοσυστολές.

Προέρχονται από έκτοπο κέντρο το οποίο βρίσκεται στις κοιλίες και το οποίο διεγείρεται πρώιμα. Θεραπεύεται με ενδοφλέβια χορήγηση ξυλοκαΐνης.

Εάν η ξυλοκαΐνη δεν είναι αποτελεσματική χορηγείται προκαΐναμίδη.

γ) Κοιλιακή μαρμαρυγή.

Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή αιτία αιφνιδίων θανάτων. Η κατάσταση αυτή συνίσταται σε μια συνεχή, ανώμαλη σκωληκοειδή κάπως κίνηση των κοιλιών, χωρίς όμως οργανωμένη ή συγκεκριμένη συστολή ώστε καμιά προώθηση αίματος να μη γίνεται προς την περιφέρεια. Γίνεται επειγόντως ηλεκτρικό SHOCK με 200 JOULES και στις λίγες περιπτώσεις που δεν φέρνει αποτέλεσμα επαναλαμβάνεται το SHOCK με 400 JOULES.

Γ. ΚΟΛΠΟΚΟΙΛΙΑΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Υπάρχει όταν το φλεβοκολπικό ερέθισμα αργεί να φθάσει από τους κόλπους στις κοιλίες η δεν φθάνει καθόλου.

Ο ασθενής εμφανίζει παύλα ή μαρμαρυγή των κοιλιών με συνέπεια την διακοπή αντλήσεως αίματος από την καρδιά και κατά συνέπεια ισχαιμία του εγκεφάλου, εκδηλουμένη δια κρίσεως απωλείας συνειδήσεως, γνωστών με το όνομα κρίσεων ADAMS-STOKES. Υπάρχει μεγάλη βραδυκαρδία, υψηλή συστολική πίεση με αμετάβλητη ή χαμηλή την διαστολική.

Η θεραπεία αποσκοπεί στην αύξηση της καρδιακής συχνότητας δια αυξήσεως της διεγερσιμότητας των κοιλιακών κέντρων με συμπαθητικοτινικά φάρμακα (εφεδρίνη, ισοπρενολίνη) ή αντιστρόφως με παρασυμπαθητικολυτικά όπως η ατροπίνη.

Εάν αποτύχουν η καρδιά τίθεται με μόνιμη τεχνητή βηματοδότηση.

II. Κ Α Ρ Δ Ι Ο Γ Ε Ν Ε Σ S H O C K

Είναι η περισσότερο επικίνδυνη επιπλοκή του οξέος εμφράγματος της αριστερής κοιλίας.

Εμφανίζεται σε 10-15% των ασθενών συνηθως εντός του πρώτου 24ώρου.

Χαρακτηρίζεται από υπόταση, ψυχρό δέρμα, ιδρώτα, ολιγουρία και συγχυτικά φαινόμενα.

Συνυπάρχουν κατά κανόνα διαταραχές εγκεφαλικής αρδρεύσεως με σύγχυση διέγερση και μερικές φορές κωμα. Το δέρμα είναι υγρό και ψυχρό. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση υγρών και αγγειοδιασταλτικών.

Όταν τα αγγειοδιασταλτικά αστοχήσουν ή όταν η χαμηλή ΑΠ απαγορεύει τη χορήγησή τους χορηγούμε ινοτρόπους ουσίες όπως η ντοπαμίνη.

Η θνητότητα κυμαίνεται μεταξύ 80 και 90% παρά τις σύγχρονες θεραπευτικές προόδους.

III. Ε Μ Β Ο Λ Ε Σ

Είναι δυνατόν να σχηματισθεί πήγμα αίματος στο εσωτερικό τοίχωμα της αριστερής κοιλίας το οποίο είναι δυνατόν να μετακινηθεί και να κατευθυνθεί στη μεγάλη κυκλοφορία.

Άλλη περισσότερο κοινή πηγή εμβόλων για τον άρρωστο με έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι οι φλέβες των κάτω άκρων.

Και αυτό γιατί η ακινησία στην οποία πρέπει να μείνει ο άρρωστος, και η μείωση της καρδιακής παροχής επιβραδύνουν την παροχή του αίματος στα φλεβικά αγγεία των κάτω άκρων και επιβοηθούν στον σχηματισμό των θρόμβων.

Για την πρόληψη του σχηματισμού αυτών των θρομβοεμβολικών επιπλοκών πρέπει ο άρρωστος να υποβάλλεται σε συχνές και συστηματικές ασκήσεις των κάτω άκρων (κάμψις της κατογόνου και ποδοκνημικής αρθρώσεως).

Επίσης η πρόληψη ενισχύεται με τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων που αποτελεί και τη βάση, θεραπείας των εμβολών.

Η παράλειψη της θεραπείας αυτής δικαιολογείται μόνο στην περίπτωση έλλειψης εργαστηριακών μέσων για τον ακριβή προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης ή όταν υπάρχουν σαφείς αντεν-

δείξεις.

Τα αντιπηκτικά αντενδείκνυνται για ασθενείς με βαριές ηπατικές, νεφρικές ή αιματολογικές διαταραχές. Αντενδείκνυνται επί προσφάτων χειρουργικών επεμβάσεων στον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό, σε ανοιχτά τραύματα και σε μετεγχειρητικές παροχετεύσεις τραυμάτων ή σπλάχνων.

Τοξικότητα των αντιπηκτικών.

Ο ουσιαστικός κίνδυνος της αντιπηκτικής θεραπείας είναι οι αιμορραγικές εκδηλώσεις.

Μπορούν όμως ν' αποφευχθούν με τον προσεκτικό έλεγχο της δόσης των αντιπηκτικών λαμβάνοντας σαν βάση τον ακριβή προσδιορισμό του χρόνου προθρομβίνης ή να αντιμετωπιστούν είτε με χορήγηση βιταμίνης Κ1 είτε με ελάττωση του αντιπηκτικού.

ΙV. Ρ Η Ξ Ι Σ Τ Ο Υ Μ Υ Ο Κ Α Ρ Δ Ι Ο Υ

Είναι θανατηφόρος επιπλοκή και εμφανίζεται κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά το έμφραγμα. Εμφανίζεται σε ασθενείς με σοβαρή υπέρταση. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση της επιπλοκής γίνεται μεγαλύτερος όταν συνυπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν την συστολική αρτηριακή πίεση όπως π.χ. ο έντονος βήχας, η έντονη προσπάθεια για την εκκένωση του εντέρου κ.ά. Έτσι γίνεται πρόβλεψη να μην κρυολογήσει ο άρρωστος και βοηθείται η εκκένωση του εντερικού σωλήνα με τη χορήγηση υπακτικών φαρμάκων.

V. Σ Υ Ν Δ Ρ Ο Μ Ο Ω Μ Ο Υ Χ Ε Ι Ρ Ο Σ

Ορισμένες φορές με την πάροδο 4 μηνών από το έμφραγμα ο ώμος και ιδίως ο αριστερός εμφανίζει περιαρθρίτιδα με σύγχρονη επώδυνη διόγκωση των μικρών αρθρώσεων των χεριών. Συνήθως αιτία του συνδρόμου είναι αντανακλαστικοί μηχανισμοί μυϊκού σπα-

σμού. Συνήθως υποχωρεί εντός εμήνου από της εμφανίσεως. Η φυσιοθεραπεία βοηθά αρκετά.

Σήμερα εμφανίζεται σπάνια πιθανώς λόγω της πρωϊμου κινητοποίησης.

VI. ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Είναι η παρουσία περίσσειας υγρού στους πνεύμονες είτε στα διαμεσοκυττάρια διαστήματα είτε μέσα στις κυψελίδες.

Συνήθως είναι αποτέλεσμα αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας και αποτελεί επείγον περιστατικό. Για τη θεραπεία χορηγούνται μορφίνη, διουρητικά, καρδιοτόνωση με δακτυλίτιδα, οξυγόνο.

VII. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ

Κατ'αυτήν το σάκχαρο του αίματος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα, και ως κύρια πηγή ενέργειας χρησιμοποιείται το λίπος.

Η μεγάλη συγκέντρωση σακχάρου προκαλεί αυξημένη διούρηση που οδηγεί σε αφυδάτωση και διαταραχή των ηλεκτρολυτών.

Χορηγούνται παρεντερικά υγρά και κρυσταλλική ινσουλίνη με την ενδοφλέβια οδό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο VI.-

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου αποσκοπεί:

α) Στην μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης καρδιογενούς SHOCK.-

β) Στην ανακουφισή του ασθενούς από τον πόνο.

γ) Στην πρόληψη των επιπλοκών.

δ) Στη βοήθεια για απόκτηση φυσιολογικής και λειτουργικής αποκατάστασης.

ε) Στην ελάττωση του έργου της καρδιάς μέχρι να επουλωθεί η μοίρα που έπαθε το έμφραγμα.

Η εγκατάσταση και ολοκλήρωση του εμφράγματος του μυοκαρδίου συχνά γίνεται με περισσότερες από μια κρίσεις εμφραγματικού πόνου, κατά τις οποίες είναι μεγάλος ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών και κυρίως κοιλιακής μαρμαρυγής.

Οι περισσότεροι θάνατοι από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνουν κατά την πρώτη ώρα της προσβολής.

Για το λόγο αυτό η θεραπεία του εμφράγματος αρχίζει εάν το ιστορικό συνηγορεί για οξύ έμφραγμα ακόμη και όταν το ΗΚΓ και τα ένζυμα ορού δεν παρουσιάζουν διαγνωστικές μεταβολές.

Σήμερα χρησιμοποιείται ο όρος "ολοκληρωμένο έμφραγμα" με την έννοια ότι είναι ελάχιστη ή μηδαμινή εξέλιξη ισχαιμίας του μυοκαρδίου.

Σε τυπική περίπτωση η ολοκλήρωση του εμφράγματος συμβαίνει 6 ώρες μετά την έναρξη του πόνου, οπότε το ΗΚΓ έχει εμφανίσει πέρα από την ανύψωση του ST και επαγμα Q νέκρωσης, τα δε ένζυμα CPK δείχνουν πτώση των τιμών τους κατά μια μεγίστη τιμή.

Σε ολοκληρωμένο έμφραγμα είναι μάταιη κάθε προσπάθεια περιορισμού της νέκρωσης του μυοκαρδίου η οποία θα πρέπει να γίνεται διαν το έμφραγμα εξελίσσεται δηλαδή κατά τις πρώτες 6 ώρες.

Η αντιμετώπιση μιας οξείας εμφραγματικής προσβολής χωρίς επιπλοκές γίνεται ως εξής:

1.- Χορηγείται μορφίνη 10 - 15 MG ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση του εμφραγματικού πόνου στο χώρο (σπίτι, εξωτερικό ιατρείο κ.λ.π.) που γίνεται η πρώτη ιατρική εξέταση.

Τα υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης ή δινιτρικού ισοσορβίτη δεν είναι αποτελεσματικά.

Εν συνεχεία ο ασθενής διακομίζεται αμέσως σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου παραμένει κλινήρης και γίνεται συνεχής καθόλο το 24ώρο παρακολούθηση σε τηλεοπτική οθόνη του ΗΚΓ και της αρτηριακής πίεσης για την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής.

Τοποθετείται ορός ενδοφλεβίως για την δυνατότητα άμεσης χορήγησης φαρμάκου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Εάν συνεχίζεται ο πόνος η μορφίνη επαναλαμβάνεται κάθε 4 - 6 ώρες. Συνιστάται χορήγηση διαλύματος μορφίνης 10 MG σε 10 - 12 ML χλωριούχου νατρίου σε δόση 2 ML κάθε φορά που πονάει ο ασθενής.

Μαζί με τη μορφίνη ιδιαίτερα σε οπίσθιο - κατώτερο έμφραγμα συχνά χορηγείται θειική ατροπίνη 0,5 MG, οπότε προλαμβάνονται παρασυμπαθητικοτονικές καταστάσεις όπως ναυτία, εμετός, βραδυκαρδία, κολποκοιλιακός αποκλεισμός και κομβικός ρυθμός.

Πολλές φορές στη θέση της μορφίνης χορηγείται πεθιδίνη 20 - 50 MG αργά ενδοφλεβίως.

Εάν ο πόνος δεν υποχωρήσει η πεθιδίνη επαναλαμβάνεται μετά 15 - 20 MIN.

2.- Χορηγούνται οξυγόνο με σκοπό τον περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος και ξυλοκαΐνη σε ενδοφλέβια στάγδην έγχυση 2 MG/MIN περίπου επί 48 ώρες, για την πρόληψη κοιλιακών αρρυθμιών.

Στην περίπτωση παρενεργειών από το κεντρικό νευρικό σύστημα ελαττώνεται η δόση ή διακόπτεται η χορήγηση του φαρμάκου, οπότε υποχωρούν οι παρενέργειες.-

3.- Εφόσον η πίεση είναι καλή δίνεται νιτρογλυκερίνη σε

στάγδην ενδοφλέβια έγχυση 10-20 MG/MIN ή περισσότερο. Η έναρξη γίνεται με 5 MG/MIN και η δόση αυξάνεται κατά 5 MG/MIN κάθε 10 MIN ώσπου να υποχωρήσει ο πόνος ή η μέση Α.Π. ελαττωθεί κατά 10%.

Τα νιτρώδη χορηγούνται για αντιμετώπιση ελαφρών στηθαγχικών ενοχλήσεων που πολλές φορές συνεχίζονται για μια ή περισσότερες ημέρες μετά την υποχώρηση του εμφραγματικού πόνου.

Εάν υπάρχουν τεχνικές δυσκολίες για ενδοφλέβια έγχυση, η νιτρογλυκερίνη χορηγείται υπογλωσσίως 1 δισκίο κάθε 2-3 ώρες ή σε αλοιφή από το δέρμα. Επί ομαλής πορείας η ενδοφλέβια χορήγηση διακόπτεται μετά 2-3 ημέρες και στη συνέχεια η νιτρογλυκερίνη χορηγείται σε αλοιφή από το δέρμα ή δίνεται νιτρικός ισοσορβίτης.

4.- Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στο επίπεδο των ηλεκτρολυτών και ιδιαίτερα του καλίου του αίματος, γιατί συχνά κατά την οξεία φάση του εμφράγματος υπάρχει υποκαλιαιμία, η οποία ευαισθητοποιεί ακόμη περισσότερο το μυοκάρδιο σε κοιλιακές αρρυθμίες. Για το λόγο αυτό συνήθως εξ αρχής χορηγείται χλωριούχο κάλιο, 2-4 G την ημέρα σε στάγδην έγχυση ενδοφλεβίως.

5.- Πολλοί συγγραφείς συνιστούν χορήγηση ηπαρίνης ή ενός κουμαρινικού παραγωγού κατά το χρόνο της κατάκλισης του ασθενούς στο νοσοκομείο με σκοπό την προφύλαξη από θρομβοεμβολικά επεισόδια, εκτός εάν υπάρχουν αντενδείξεις χορήγησης αντιπηκτικών φαρμάκων. Προτιμάται η έναρξη με μικρές δόσεις ηπαρίνης, 5.000 μονάδες υποδορίως κάθε 8 ώρες ή σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλεβίως. Μετά 2-3 ημέρες ή περισσότερο, ακολουθεί θεραπεία με δικουμαρινικό παράγωγο.

6.- Τα ηρεμιστικά είναι χρήσιμα φάρμακα και σχεδόν κατά

κανόνα χορηγούνται μετά τη διακοπή της μορφίνης.

7.- Οι αναστολείς του ασβεστίου χορηγούνται όταν τα νιτρώδη δεν είναι αποτελεσματικά και επιμένουν οι στηθαγχικές κρίσεις ή όταν τα νιτρώδη προκαλούν κεφαλαλγία ή υπόταση.

8.- Οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων συνήθως αποφεύγονται κατά τις πρώτες 3-4 ημέρες λόγω παρενεργειών, παρόλο ότι θεωρείται ότι περιορίζουν την έκταση του εμφράγματος. Πάντως συνδυάζονται με τους ανταγωνιστές του ασβεστίου εάν επιμένουν οι στηθαγχικές κρίσεις. Επίσης, εάν ελαμβάνοντο πριν από το έμφραγμα οι β-αναστολείς συνεχίζονται και κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος, εάν βέβαια δεν υπάρχει σχετική αντένδειξη.

Τέλος μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου έχει η ανάπαυση φυσική και συναισθηματική η οποία πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να σταθεροποιηθεί η κυκλοφορία του αίματος και επουλωθεί η περιοχή του εμφράγματος.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Σε ανεπίπλεκτο έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο η συνταγή θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα β-αναστολέα (και αυτό γιατί είναι το μόνο είδος φαρμάκων που αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε χρόνια χορήγηση) εκτός βέβαια εάν υπάρχει αντένδειξη και φάρμακα για συμπτωματική θεραπεία όπως ηρεμιστικά ηπακτικά κ.λ.π.

Επίσης συνιστάται η χορήγηση ασπιρίνης σε μέτρια δόση με σκοπό την πρόληψη οξείας θρόμβωσης πάνω σε αθηροσκληρυντική πλάκα από αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Επίσης για προληπτικούς λόγους δίνονται υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης ή δινιτρικού ισοσορβίτη.

ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε ότι είναι δυνατό να περιορισθεί ή και να αποφευχθεί η μυοκαρδιακή νέκρωση εάν επιτευχθεί επαναιμάτωση του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 3-6 ώρες της οξείας εμφραγματικής προσβολής.

Σε ορισμένα καρδιολογικά κεντρα η επαναιμάτωση επιχειρείται με:

1) Ενδοστεφανιαία έγχυση στρεπτοκινάσης με την οποία επιτυγχάνεται η διάλυση του θρόμβου σε ποσοστό πάνω από 75%.

2) Αγγειοπλαστική. Συνδυάζεται με ενδοστεφανιαία έγχυση στρεπτοκινάσης.

Οι στενωτικές βλάβες που υπήρχαν πριν από την πρόσφατη θρόμβωση δεν επηρεάζονται με τη στρεπτοκινάση και είναι αυτές που θεραπεύονται με την ακολουθούσα αγγειοπλαστική.

3) Χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη με τοποθέτηση φλεβικών μοσχευμάτων.

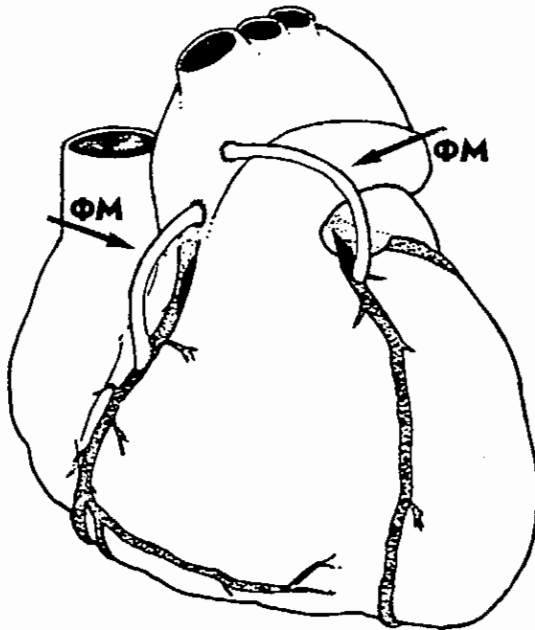
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η επαναιμάτωση της ισχαιμικής περιοχής του μυοκαρδίου, με τοποθέτηση αορτοστεφανιαίων μοσχευμάτων, τα οποία συνήθως λαμβάνονται από τη σαφήνη φλέβα του ίδιου ασθενούς.

Έτσι παρακάμπτεται η αποφρακτική βλάβη της στεφανιαίας αρτηρίας και αρτηριακό αίμα ρέει από την αορτή στο περιφερικό τμήμα της εν λόγω στεφανιαίας προς άρδευση του μυοκαρδίου.

Άλλη μέθοδος παράκαμψης της αποφρακτικής βλάβης είναι η τελικοπλάγια αναστόμωση της έσω μαστικής αρτηρίας με το περιφερικό τμήμα της στεφανιαίας.

Σε αποφρακτικές βλάβες περισσοτέρων του ενός στεφανιαίων κλάδων τοποθετείται ίσος αριθμός φλεβικών μοσχευμάτων ή γίνεται συνδυασμός τοποθέτησης ορισμένων φλεβικών μοσχευμάτων και παράκαμψης με την έσω μαστική αρτηρία σε 1 ή 2 κλάδους.



Φλεβικά μοσχεύματα (ΦΜ), δια των οποίων ρέει αίμα από την αορτή προς τις στεφανιαίες αρτηρίες περιφερικά της απόφραξης. (Από J.S. Fleming και M.V. Braimbridge, 1977)

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η απόφαση για χειρουργική αντιμετώπιση λαμβάνεται μετά από ακριβή εκτίμηση της στεφανιαίας νόσου και όταν υπολογίζεται ότι η φυσική εξέλιξη αυτής υπό συντηρητική αγωγή υστερεί έναντι της εξέλιξης που υπόσχονται τα χειρουργικά δεδομένα.

Η εγχείριση συνίσταται εφόσον δεν μπορεί να γίνει αγγειοπλαστική.

Η εγχείριση αυξάνει την επιβίωση ορισμένων ομάδων ασθενών και παράλληλα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, οι οποίοι κατά κανόνα παίρνουν λιγότερα φάρμακα συγκριτικά με εκείνους που ακολουθούν συντηρητική μόνο αγωγή.

ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Σκοπός της είναι η μηχανική με μπαλόνι διάνοιξη στενωμένης αρτηρίας χωρίς θωρακοτομή. Από τη μηριαία ή τη βραχιόνια αρτηρία εισάγεται καθετήρας -οδηγός και στη συνέχεια με τη βοήθεια οδηγού-σύρματος που περνάει μέσα από τον αυλό του, ο καθετήρας προωθείται στην ανιούσα αορτή μέχρι το στόμιο της πάσχουσας στεφανιαίας αρτηρίας.

Ο καθετήρας στην άκρη του έχει ξεφουσκωμένο μπαλόνι μήκους 2 CM έτσι ώστε το μπαλόνι να τοποθετηθεί μέσα στο στενωμένο αυλό.

Από την εξωτερική άκρη του καθετήρα με εμφύσηση αέρα διατείνεται το μπαλόνι και έτσι συμπιέζεται η αθηροσκληρυντική πλάκα ή διασπάται σε συντρίμματα.

Ακολουθεί ξεφούσκωμα του μπαλονιού και σε επιτυχή προσπάθεια ο αυλός της αρτηρίας στο σημείο αυτό είναι αυξημένος.

ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ-ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΖΩΗ

Σε ομαλή πορεία του εμφράγματος, ο ασθενής επιστρέφει στην εργασία του εντός 2-3 μηνών από την ημέρα της εμφραγματικής προσβολής. Η φυσική αποκατάσταση αρχίζει σχεδόν από την πρώτη ημέρα στημονάδα εντατικής θεραπείας με ελαφρές κινήσεις των άνω και κάτω άκρων.

Όταν ο εμφραγματίας γυρίσει σπίτι του πρέπει να αρχίσει ένα πρόγραμμα ασκήσεων και γυμναστικής. Ο τύπος του προγράμματος που θα διαλέξει πρέπει να ταιριάζει στην ηλικία του, στα όρια σωματικής αντοχής, στις περιστάσεις τις προτιμήσεις και στο επάγγελμά του.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει να οργανωθεί σαν ένα μικροπρόθεσμο έργο και σαν κομμάτι της καθημερινής του ζωής.

Εκτός από ειδικές περιπτώσεις δεν υπάρχει καμιά ωφέλεια στην καθιστική ζωή. Αντίθετα τα άτομα που ασκούνται τακτικά εκτός από τα φανερά σωματικά και ψυχολογικά ευεργετήματα της άσκησης θα καλυτερέψει επίσης σιγά-σιγά η κυκλοφορία στον καρδιακό μυ, το βάρος θα είναι υπό έλεγχο, τα λιπίδια στο αίμα θα πέσουν και θα ξεπεραστεί πιο εύκολα η συνήθεια του καπνίσματος.

Όταν φεύγουν από το νοσοκομείο οι άρρωστοι ρωτούν συχνά το γιατρό τους πότε μπορούν να αρχίσουν τις δραστηριότητες μιας φυσιολογικής ζωής.

Φυσικά κάθε περίπτωση αντιμετωπίζεται ξεχωριστά αλλά συνήθως οι περισσότεροι άρρωστοι είναι ικανοί για μια φυσιολογική ζωή 3-4 εβδομάδες από την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο ο ασθενής περιορίζεται σπίτι του για 2 εβδομάδες περίπου όπου θα πρέπει να ακολουθήσει το πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων που θα του συστηθεί. Στη συνέχεια κάνει περιπάτους έξω από το σπίτι σε προοδευτικά αυξανόμενη διάρκεια παράλληλα ακολουθείται υγειονομιακή αγωγή. Για να αποφασισθεί η επιστροφή του ασθενούς στην εργασία του επιβεβαιώνεται η ομαλή πορεία του εμφράγματος με ηλεκτροκαρδιογραφική μεγίστη δοκιμασία, κοπώσεως η οποία πρέπει να είναι αρνητική.

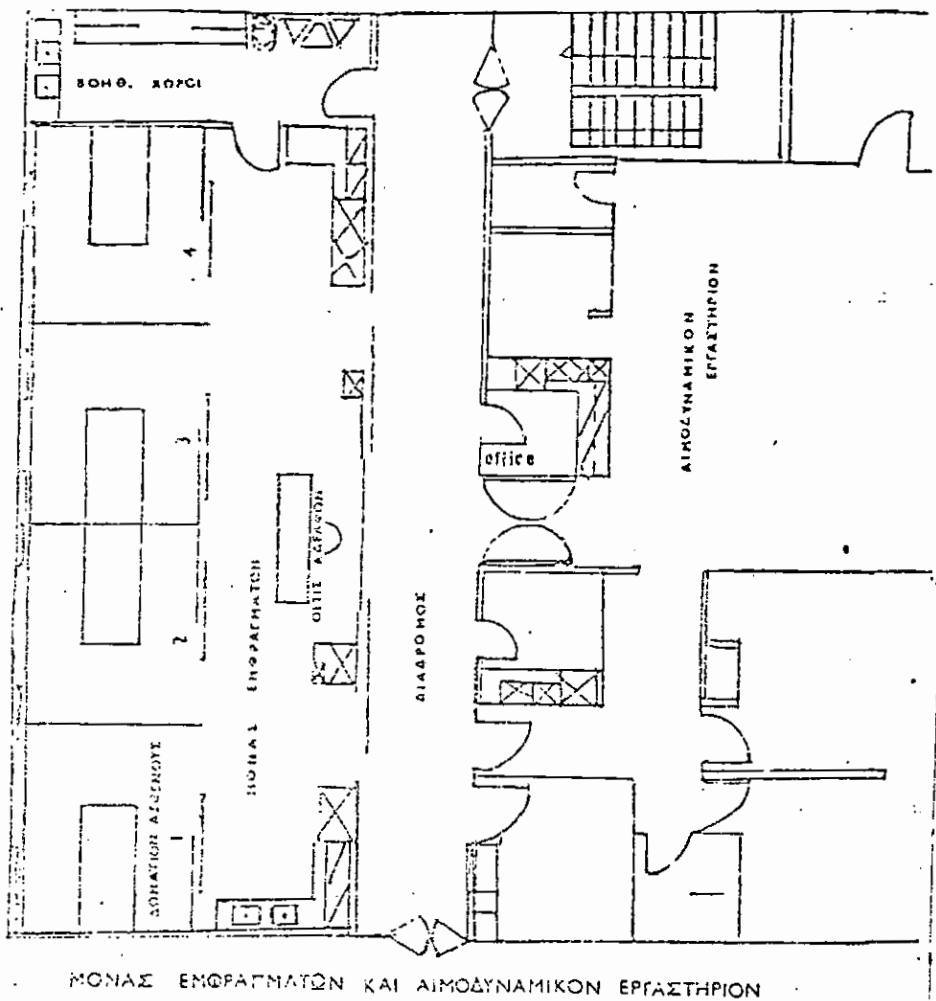
Πρόγραμμα βαδίσματος και τρέξιματος σε απόλυτο μεταμορφωτικό στάδιο. Ελάχιστη συχνότητα: 3 φορές εβδομαδιαίως. Ιατρικό Κέντρο Atlanta.

οίκον δραστηριότητα των εμφραγματιών κατά το Ιατρικό Κέντρο της Atlanta

Εβδομάδα	Βαθμός δραστηριότητας
1η εβδομάδα	Αργό περπάτημα επί 5' (400 μέτρα) μία φορά την ημέρα.
2η εβδομάδα	Τα ίδια δύο φορές την ημέρα.
3η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 10' μία φορά ημερησίως.
4η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 15' μία φορά ημερησίως.
5η εβδομάδα	Αργό περπάτημα 20' μία φορά ημερησίως.
6η εβδομάδα	Μέτριο περπάτημα 20' μία φορά ημερησίως.
7η εβδομάδα	Μέτριο περπάτημα 30' μία φορά ημερησίως.
8η εβδομάδα	Έναρξη συμμετοχής στο πρόγραμμα φυσικής άσκησης σε ειδικά γυμναστήρια.

Εβδομάδα	Πρόγραμμα
1-4	Αργό βάδισμα 100 μέτρα, γρήγορο 100 μέτρα, εναλλασσόμενα για 400 μέτρα.
5-8	Το αυτό για 800 μέτρα.
9-12	Εναλλαγή αργού βαδίσματος, γρήγορου βαδίσματος και αργού τρέξιματος για 800 μέτρα.
13-15	Εναλλαγή 200 μέτρων γρήγορου βαδίσματος και τρέξιματος για 1200 μέτρα.
16-24	Εναλλαγή 200 μέτρων γρήγορου βαδίσματος, 400 μέτρων τρέξιματος, για 1600 μέτρα.
25-31	Τρέξιμο 1600 μέτρων, με αύξηση 100 μέτρων ανά μήνα.
32 και περα	Τρέξιμο 2 μιλίων. Το όλο πρόγραμμα συμπληρώνεται με σουηδική γυμναστική.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I . -



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με πόνο στο στέρνο και συνεπώς υποφία εμφράγματος θα πρέπει να αρχίζει από τη στιγμή που τον παραλαμβάνει το ασθενοφόρο. Κι' αυτό γιατί κάθε δευτερόλεπτο που περνά είναι κρίσιμο για την κατάσταση του ασθενή.

Θα πρέπει όμως να υπάρχει ένας γιατρός και ο νοσηλευτής στο ασθενοφόρο κάτι που δεν είναι πάντοτε εφικτό.

Πρέπει να γίνει ταχύτατη διακομιδή του ασθενή στο νοσοκομείο χωρίς να μετακινηθεί.

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

Αφού φτάσει ο ασθενής στα εξωτερικά ιατρεία και μέχρι να έλθει ο γιατρός πρέπει ο νοσηλευτής να τον τοποθετήσει σε ύ-

πτια θέση με ελαφρά ανυψωμένο το θώρακα για να μπδρεί ν'αναπνέει ευκολώτερα.

Δεν πρέπει να αφαιρέσει τα ρούχα έστω και στο κρεβάτι και αυτό γιατί θα αυξηθεί η ένταση του πόνου. Πρέπει όμως να ελευθερώσει τον ασθενή απδ κάθε τι το οποίο τον σφίγγει όπως ζώνη, γραβάτα, στηθόδεσμο.

Εάν ο άρρωστος παρουσιάζει δύσπνοια τοποθετείται σε ανάρροπη θέση, ενώ αν εμφανίζει συμπτώματα SHOCK τοποθετείται σε οριζόντια.

Στη συνέχεια πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός. Παράλληλα ο νοσηλευτής ετοιμάζει τα εξής:

- α) το δίσκο φλεβοκέντησης
- β) τον ηλεκτροκαρδιογράφο
- γ) τον απεινιδωτή μαζί με τον δίσκο καρδιοτονωτικών και άλλων φαρμάκων όπως αδρεναλίνη, ξυλοκαΐνη για την αντιμετώπιση μιας ξαφνικής ανακοπης.

Κατόπιν αφού έλθει ο γιατρός και γίνει η διάγνωση ο ασθενής μεταφέρεται επειγδόντως στην καρδιολογική εντατική μονάδα, αφού έχει γίνει φλεβοκέντηση για διατήρηση ανοιχτής φλέβας ώστε να είναι δυνατή η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ

ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Τα πρώτα λεπτά της ώρας από την παραλαβή του ασθενούς είναι από πολλές απόψεις κρίσιμη περίοδος. Ο ασθενής βρίσκεται σ'ένα περιβάλλον παράξενο και άγνωστο.

Το MCNITOR μπορεί να είναι σε προειδοποιητικό ήχο ALARMING. Τα πρόσωπα τα οποία βλέπει είναι άγνωστα. Οι δικοί του πιθανόν να μην είναι κοντά του.

Εάν καταλάβει την αιτία εισαγωγής του θα νομίσει ότι πρόκειται να πεθάνει.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες τείνουν ν'αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμιών.

Ο νοσηλευτής πρέπει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και των οικείων του.

- Υποδέχεται τον ασθενή με αυξημένη παρατηρητικότητα χωρίς θόρυβο και με ευγένεια.

- Συζητά μαζί του και αξιολογεί την γενική του κατάσταση.

- Επισημαίνει τη θέση του στο φορείο έτσι ώστε να προσαρμοσθεί ανάλογα και το κρεβάτι στο οποίο θα μεταφερθεί. Δηλ. θα ανυψωθεί το ερεισίνωτο θα αφαιρεθούν μαξιλάρια κ.λ.π.

- Δεν επιτρέπει στον ασθενή να βοηθήσει κατά τη μεταφορά του από το φορείο στο κρεβάτι. Ο νοσοκόμος και 2 νοσηλευτές τον σηκώνουν και τον τοποθετούν προσεκτικά στο κρεβάτι του.

- Παρακαλεί τους οικείους του να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής μέχρι να τακτοποιηθεί ο ασθενής.

- Τοποθετεί τα ηλεκτρόδια στο θώρακα του ασθενούς ή περιχειρίδες στα άνω άκρα αφού καθαρίσει το δέρμα τοπικά με βενζίνη. Συγχρόνως εξηγεί στον ασθενή τον σκοπό αυτής της διαδικασίας.-

- Ανοίγει το καρδιοσκόπιο (MONITOR) και παρατηρεί τον καρδιακό ρυθμό στην οθόνη.

- Παίονει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, σφύξεις Α.Π. και θερμοκρασία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

I. ΠΟΝΟΣ

Ο ασθενής νιώθει έντονο πόνο που συχνά συνοδεύεται με αίσθημα επικείμενου θανάτου και ανησυχία.

Για την αντιμετώπιση του χορηγείται μορφίνη IV ή IM πλην όμως το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει με δική του πρωτοβουλία να κάνει την ένεση.

Αν και η μορφίνη έχει μια πολύ ενεργητική καταπραϋντική επίδραση στο νευροφυτικό σύστημα μπορεί σε μεγάλες δόσεις να προκαλέσει αναπνευστική πτώση από παράλυση του αναπνευστικού κέντρου.

Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά:

α) Να σημειώνει κάθε φορά στην κάρτα νοσηλείας του ασθενή την ακριβή ώρα της ένεσης και να ζητά να υπογραφεί από το γιατρό που έδωσε την εντολή.

β) Να μετρά πριν και μετά την ένεση την Α.Π. του ασθενή για την πρόληψη τυχόν αναπνευστικής πτώσης.

II. ΚΑΤΑΠΛΑΣΙΑ

Εάν ο ασθενής είναι ωχρός και έχει ψυχρά άκρα ή υγρό δέρμα και τα ζωτικά του σημεία ειδοποιούν υφιστάμενο κίνδυνο για SHOCK ο νοσηλευτής πρέπει:

α) να τοποθετεί τον ασθενή σε κατάκλιση αποφεύγοντας κάθε περιττή μετακίνησή του.

β) να δημιουργεί κλίμα αισιοδοξίας και εμπιστοσύνης στον ασθενή.

γ) να χορηγήσει αναλγητικά σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

δ) να χορηγήσει O₂ με μάσκα ή ρινικό καθετήρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΜΑΣΚΑ ΟΞΥΓΟΝΟΥ

α) Δείξτε τη μάσκα στον άρρωστο και εξηγήστε του την

διαδικασία.

- β) Βεβαιωθείτε ότι ο εφυγραντήρας είναι γεμάτος ως την ένδειξη.
- γ) Τοποθετείστε τη μάσκα και ρυθμίστε το ροόμετρο.
- δ) Βεβαιωθείτε ότι η μάσκα εφαρμόζει αεροστεγώς
- ε) Αφαιρείτε τη μάσκα περιοδικά για να στεγνώσετε και να κάνετε μασάζ στην περιοχή του προσώπου που καλύπτει η μάσκα.
- στ) Παρακολουθείτε την Α.Π. την συχνότητα αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΡΙΝΙΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

Φάση προετοιμασίας

- α) Ξελέξτε την ιατρική εντολή
- β) Βεβαιωθείτε ότι ο εφυγραντήρας είναι γεμάτος ως το σημείο ένδειξης.
- γ) Συνδέστε το σημείο της κάνουλας με το σημείο εξόδου του εφυγραντήρα.
- δ) Ρυθμίστε τη ροπή σε 2 LIT. ανά λεπτό. Διαπιστώσετε αν το οξυγόνο ρέει μέσα από την κάνουλα.
- ε) Καθαρίστε τους ρώθωνες του αρρώστου για απομάκρυνση τυχόν εκκρίσεων.

Φάση εκτέλεσης

- α) Εφαρμόστε τις κάνουλες στη μύτη του αρρώστου.
- β) Προσαρμόστε το ρυθμό ζωής σύμφωνα με την εντολή.
- γ) Στερεώστε το σωλήνα στο μαξιλάρι, αφήνοντας ένα μεγάλο μέρος του σωλήνα ελεύθερο για να κινείται άνετα το κεφάλι του αρρώστου.
- δ) Αλλάξτε την κάνουλα και τον σωλήνα της καθώς επίσης και το νερό του εφυγραντήρα καθημερινά.

ε) Ελέξτε την λειτουργία των αντικειμένων τακτικά.

στ) Εκτιμάτε συχνά η Α.Π. και η συχνότητα σφυγμού και αναπνοής.

ζ) Μετά την αφαίρεση της κάνουλας φροντίστε τους ρώθωνες του αρρώστου.

Αφού γίνει η απαραίτητη ιατρική και νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενούς ο νοσηλευτής καλείται να κάνει τα εξής:

α) Να εξηγήσει στον ασθενή τον σκοπό της μονάδος στην οποία έχει εισαχθεί.

β) Να εξηγήσει στον ασθενή ότι στη μονάδα θα παραμείνει λίγες ημέρες και κατόπιν θα μεταφερθεί σ'άλλο δωμάτιο το οποίο δεν θα έχει όλο αυτό τον εξοπλισμό.

γ) Να μιλήσει με τους οικείους του ασθενή εξηγώντας του την κατάσταση του ανθρώπου τους και καθησυχάζοντάς τους.

δ) Να λάβει την διεύθυνση και το τηλέφωνο του ασθενή για να συμπληρώσει το φύλλο νοσηλείας.

Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

~~Ο νοσηλευτής επίσης πρέπει να:~~

- ενθαρρύνει ασθενείς που έχουν τις αισθήσεις τους να μετακινούν τα κάτω άκρα για την ελάττωση του κινδύνου θρομβοφλεβίτιδας. Εφόσον έχουν συσταθεί ελαστικές κάλτσες, πρέπει να χρησιμοποιούνται συνεχώς γιατί μειώνουν τον όγκο της φλεβικής οδού στα άκρα, οπότε αυξάνεται η ροή του φλεβικού αίματος και παρεμποδίζουν την λίμνασή του.

- Προσέχει τις περιοχές του δέρματος που ασκείται πίεση για την πρόληψη κατακλίσεων.

- Προσέχει ιδιαίτερα την ανάπαυση του ασθενούς εντός της κλίνης.

Συνήθως ο ασθενής παραμένει σε πλήρη ανάπαυση τις πρώτες 72 ώρες από την έναρξη του επεισοδίου και αυτό για να περιοριστεί η συχνότητα και το σθένος της καρδιακής συστολής με αποτέλεσμα την μείωση της ανάγκης του μυοκαρδίου σε O_2 .

Έτσι ο νοσηλευτής έχει να νοσηλεύσει ένα άρρωστο σχεδόν κατάκοιτο με μειωμένη κινητικότητα και ψυχική κατάπτωση.

Πρέπει λοιπόν με καλοσύνη και ενδιαφέρον και όχι με δυσφορία να φροντίζει για την καθαριότητά του.

Την καθαριότητα των νυχιών, των δοντιών, της κεφαλής, την τακτοποίηση των προσωπικών του αντικειμένων και τέλος το στρώσιμο του κρεβατιού.

- Φροντίζει ιδιαίτερα για την ψυχική ανάπαυση ενημερώνοντάς τον για την κατάστασή του και ενισχύοντας το ηθικό του.

- Βοηθά τον ασθενή στη λήψη της τροφής του η οποία πρέπει να είναι ελαφρά, εύληπτη και μαλακή στον τρόπο κατασκευής.

Ο δίσκος πρέπει νά'ναι καθαρός και ευπαρουσίαστος. Τακτοποιεί τον ασθενή σε άνετη και αναπαυτική θέση, πλένει τα χέρια του ασθενή και τα δικά του. Τοποθετεί κατάλληλα την πετσέτα φαγητού και ελέγχει αν ο ασθενής μπορεί να καταπίνει.

Δεν πρέπει να βιάζεται. Πρέπει να αναφερθεί ότι η δίαιτα προσφέρεται σε μικρά γεύματα για να αποφευχθεί η διάταση και η κόπωση του γαστρεντερικού σωλήνα.

- Μετρά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάτι που έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς.

Εάν ο ασθενής δεν έχει ούρα τις πρώτες 12 ώρες από της εισόδου του ενημερώνεται ο γιατρός. Πρέπει να αποφεύγεται η υπερπλήρωση της κύστης γιατί τότε ο καθετηριασμός θάναι αναπόφευκτος. Κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται για να βοηθηθεί ο άρρωστος έγκαιρα, γιατί αυτή η ταλαιπωρία πιθανόν να επι-

δεινώσει την κατάστασή του. Για παράδειγμα μπορούμε ν'ανοίξουμε τη βρύση, να τοποθετήσουμε θερμοφόρα στο υπογάστριο κ.λ.π.

Η λήψη μεγάλης ποσότητας υγρών είναι δυνατό να κουράσει την πάσχουσα καρδιά.

Συχνά η νεκρωθείσα περιοχή του μυοκαρδίου γίνεται οιδηματώδης και ακολουθεί κατακράτηση υγρών στους πνεύμονες και τα κάτω άκρα.

Συνήθως χορηγούνται διουρητικά γι'αυτή την επιπλοκή των οποίων το αποτέλεσμα πρέπει να ελέγχεται καθημερινά.

- Ελέγχει τη λειτουργία του εντέρου η οποία αποτελεί ένα πρόβλημα το οποίο εμφανίζεται πάντα σχεδόν στους ασθενείς της μονάδος.

Η καθημερινή χορήγηση ενός υπακτικού φαρμάκου π.χ. MILK OF MAGNESIA βοηθά σχετικά αλλά δεν λύνει το πρόβλημα.

Στους περισσότερους ασθενείς γίνεται υποκλυσμός με FLEET ENEMA ημέρα παρ'ημέρα.

- Χορηγεί φάρμακα την ακριβή ώρα που αναγράφεται στο φύλλο νοσηλείας.

- Παρατηρεί τους ασθενείς για τυχόν ανακάλυψη κυάνωσης εμφάνισης δύσπνοιας, ψυχρά άκρα, γενική ανησυχία κ.λ.π.

- Αναγράφει τις παρατηρήσεις του καθημερινά και φροντίζει να είναι σαφής, έχοντας υπόψη ότι αυτές θα κατευθύνουν τον γιατρό στη συνέχιση ή αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής και θα προληφθούν ίσως σοβαρές επιπλοκές.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι:

Το βασικότερο χαρακτηριστικό των νοσηλευτικών καθηκόντων σε μια καρδιολογική εντατική μονάδα είναι η παρακολούθηση των καρδιοσκοπίων από την κεντρική βέση.

Επειδή το καθήκον αυτό απαιτεί συνεχή προσήλωση και ευθύνη φροντίζεται ώστε να μην εκτελείται από τον ίδιο νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής οφείλει να απαντά στους προειδοποιητικούς ήχους των MONITORS και να τους αξιολογεί ανάλογα με τις κινήσεις του ασθενή και την προσεκτική τοποθέτηση των ηλεκτροδίων-καλή επαφή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

I. ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ

Ξέχωρα από την νοσηλευτική αντιμετώπιση που περιγράψαμε ως εδώ για τις αρρυθμίες ισχύουν και τα εξής:

Η μέτρηση των σφυγμών ποτέ δεν θα πρέπει να αποτελεί μηχανική ενέργεια αλλά θα πρέπει να παρατηρείται η συχνότητα, ο ρυθμός και ο χαρακτήρας του σφυγμού και να σχετίζονται με την όλη κατάσταση του ασθενή.

Έτσι ο νοσηλευτής συμβάλλει στις κλινικές παρατηρήσεις και την συγκέντρωση αξιόλογων πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενή, αφού αυτός είναι το μόνο πρόσωπο το οποίο έχει μακρά και στενή επαφή με τον ασθενή.

Συνιστάται ο ασθενής να παραμείνει κλινήρης. Επίσης ο νοσηλευτής δίνει πληροφορίες στον άρρωστο σχετικά με την κατάστασή του -εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν.

Φυσικά προσπαθεί να εμπνεύσει αίσθημα ασφάλειας σ'αυτόν με την αγάπη και το ενδιαφέρον που του δείχνει και με την άρτια επαγγελματική κατάρτιση που έχει.

Σε περίπτωση μόνιμης βηματοδότησης ο νοσηλευτής πρέπει να: -γνωρίζει την πιθανότητα επιπλοκών όπως π.χ. η ελαττωματική συσκευή που παύει να εργάζεται, οπότε και αντιμετωπίζεται με εξωτερικές μαλάξεις, φαρμακευτική αγωγή και τέλος προσω-

ρινη βηματοδότηση.

- λαμβάνει συχνά τα ζωτικά σημεία.

II. ΕΜΒΟΛΕΣ

Για τον άρρωστο που υποβάλλεται σε αντιπηκτική θεραπεία πρέπει να παίρνονται ορισμένες προφυλάξεις όπως:

α) Πρέπει να υπάρχει στο κρεβάτι του μια κάρτα η οποία να γράφει την ομάδα αίματός του, τον τύπο της θεραπείας και τα αποτελέσματα του τεστ παρακολούθησης.

β) Δεν πρέπει να γίνονται ενδομυϊκές ενέσεις γιατί υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν στον άρρωστο βαθειές αιμορραγίες ή αιματώματα.

γ) Στην περίπτωση που ο άρρωστος πρέπει να κάνει εξαγωγή δοντιών ή κάποια χειρουργική επέμβαση η αντιπηκτική θεραπεία πρέπει να σταματήσει τουλάχιστον 48 ώρες πριν.

δ) Πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό ακόμα και οι πιο ελαφρές αιμορραγίες όπως των ούλων κ.λ.π.

Ο νοσηλευτής αφού κατατοπίσει σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή τον ασθενή πρέπει διακριτικά να απομακρύνει τα προσωπικά αντικείμενα που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία.

ε) Να προτρέπει τον ασθενη στη συχνη αλλαγή θέσης και για κινήσεις των κάτω άκρων.

στ) Να επιβλέπει αν ο ασθενης χρησιμοποιεί τις ελαστικές κάλτσες που τυχόν του έχουν συσταθεί γιατί έτσι μειώνει τον όγκο της φλεβικής οδού στα άκρα παρεμποδίζοντας την λίμναση του αίματος σ'αυτά.

ζ) Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι ορισμένα φάρμακα όπως π.χ. η ασπιρίνη απαγορεύονται από τον κίνδυνο αιμορραγίας.

η) Πρέπει επίσης πριν τη λήψη κάθε αντιπηκτικού να ενημε-

ρώνεται για το αν έγινε τεστ προθρομβίνης και για την ένδειξη του.

III. ΡΗΞΗ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή στην εύκολη εκκένωση του εντερικού σωλήνα με την χορήγηση υπακτικών φαρμάκων. Επίσης φροντίζει να προφυλάξει τον άρρωστο από κρυολόγημα, αν εμφανισθεί βήχας αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση αντιβηχικών φαρμάκων κατόπιν συνεννοήσεως με τον γιατρό.

IV. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΩΜΟΥ ΧΕΙΡΟΣ

Δεν απαιτεί ιδιαίτερη νοσηλευτική αντιμετώπιση. Η φυσιοθεραπεία βοηθά αρκετά.

V. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΟΞΕΩΣΗ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την μέριμνα του νοσηλευτή στα εξής:

- α) Να χορηγεί συνεχώς υγρά.
- β) Να χορηγεί με ακρίβεια σε δόση και σε χρόνο την ινσουλίνη που ορίζεται από το γιατρό.
- γ) Να ελέγχει αν έγιναν καθημερινά οι απαιτούμενες εξετάσεις.
- δ) Να παρακολουθεί τον άρρωστο για σημεία αφυδάτωσης.
- ε) Να τον διατηρεί θερμό και σε αναπαυτική θέση.
- στ) Να διακρίνει την οσμή της εκπνοής για οξόνη.
- ζ) Να λαμβάνει συχνά τα ζωτικά σημεία του ασθενή.
- η) Να τοποθετήσει ουροκαθετήρα, να φροντίζει για την τακτική αλλαγή των ουροσυλλεκτών και να αναγράφει τα αποβαλλόμενα υγρά.
- θ) Να εμπνέει κλίμα αισιοδοξίας στον ασθενή.

VI. ΟΞΥ ΓΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- α) Παραμονή στον άρρωστο και ενθάρρυνσή του
- β) Χορήγηση οξυγόνου.
- γ) Παρακολούθηση του αρρώστου για πτώση της Α.Π. αύξηση του καρδιακού ρυθμού και μείωση των ούρων μετά τη λήψη διουρητικών.
- δ) Στη διδασκαλία του αρρώστου στην περίοδο ανάρρωσής του για πρόληψη υποτροπής.

VII. ΚΑΡΔΙΟΓΕΝΕΣ SHOCK

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- α) Διατήρηση του αρρώστου ζεστού σε οριζοντιωμένη θέση.
- β) Εισαγωγή μόνιμου καθετήρα και μέτρηση ούρων κάθε 1/2 ως 1 ώρα.
- γ) Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ

Ο νοσηλευτής πρέπει να ενεργήσει ως εξής:

α) Καλεί άλλον ένα νοσηλευτή ο οποίος πιέζει το ειδικό σήμα ή τηλεφωνεί για ιατρική βοήθεια και συγχρόνως ο πρώτος νοσηλευτής μεταφέρει το τροχήλατο της καρδιακής ανακοπής.

β) Πλησιάζει τον άρρωστο και διαπιστώνει την ύπαρξη καρδιακής ανακοπής και συγχρόνως παρακολουθεί τον καρδιακό ρυθμό στο MONITOR. Εάν υπάρχει κοιλιακή μαρμαρυγή, η ασυστολία ενεργεί ισχυρό χτύπημα στο κατώτερο τμήμα του στέρνου του ασθενή.

Είναι δυνατό μ'αυτή την ενέργεια να αποκατασταθεί η καρδιακή συστολή εάν όχι τότε ετοιμάζει τον ασθενή για τεχνητή α-

ναπνοη.

γ) Εκτελεί τεχνητή αναπνοή με αεραγωγό BROOK ή AMBU.

δ) Εξασφαλίζει μηχανική λειτουργία της καρδιάς κανοντας μαλάξεις.

ε) Κατόπιν γίνεται ηλεκτρική ανάταξη-απινίδωση.

στ) Γίνεται λήψη ΗΚΓ ενώ οι μαλαξεις και η τεχνητή αναπνοή συνεχίζονται.

ζ) Εξασφαλίζεται μεγάλη και σταθερή φλέβα και αρχίζει έγχυση ορού.

η) Γίνεται έγχυση αδρεναλίνης εντός του μυοκαρδίου.

θ) Εάν αποτύχει η αδρανελίνη δίνεται

1 AMP χλωριούχου ασβεστίου ή

2 AMP γλυκονικού ασβεστίου ενδοκαρδιακώς.

ι) Επί αστοχίας των παραπάνω επαναλαμβάνονται τα στάδια η και θ υπό συνεχή καρδιακή μάλαξη και τεχνητή αναπνοή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η επιτυχία της ανανήψεως αποδεικνύεται από το μέγεθος της κόρης εάν είναι μικρή η μάλαξη είναι επιτυχής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I I I .

Ε Ρ Ε Υ Ν Α

Η έρευνά μας ήταν ανώνυμη και έγινε σε 160 άτομα με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου.

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από πολίτες του νομού Αχαΐας, πλην όμως οι 39 (άνδρες και γυναίκες) είχαν ζήσει αρκετά χρόνια στην πρωτεύουσα και οι 54 ζουν σε κάποιο από τα χωριά του νομού .

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε ασθενείς του νοσοκομείου και σε σπίτια.

Πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις δεν εδόθησαν με απόλυτη ειλικρίνεια απ' όλους σ' όλα τους τα σημεία .

Μερικοί χρειάστηκαν την βοήθειά μας για να το απαντήσουν , ενώ άλλοι και ιδιαίτερα ασθενείς που νοσηλεύονταν ήσαν επιφυλακτικοί , νομίζοντας πως οι απαντήσεις τους θα επηρεάζουν την θεραπεία τους.

Επίσης μας περιέγραφαν τον τρόπο εμφάνισης του εμφράγματος με κάθε λεπτομέρεια.

Τα στατιστικά στοιχεία τα υπολογίσαμε με την μέθοδο "επί τοις εκατό".

Πιο κάτω παραθέτουμε το ερωτηματολόγιο και τα στατιστικά , αντίστοιχα για άνδρες και γυναίκες.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ

1) Φύλο

ΑΝΔΡΕΣ	97	60,6%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	63	39,4%
α) Άγαμοι	13	13,4%	α) Άγαμες	8	12,6%
β) Έγγαμοι	57	58,7%	β) Έγγαμες	36	57,1%
γ) Χήροι	16	16,4%	γ) Χήρες	16	25,3%
δ) Διαζευγμένοι	11	11,3%	δ) Διαζευγμένες	3	4,7%

2) Ηλικία

α) 30-40	4	4,1%	3	4,7%
β) 40-50	43	44,3%	8	12,6%
γ) 50-60	37	38,7%	27	42,8%
δ) 60-70	13	13,4%	18	28,5%
ε) 70 και πάνω	κανένας		7	11,1%

3) Τόπος κατοικίας

α) Χωριό	32	32,9%	22	34,9%
β) Πόλη	39	40,2%	28	44,4%
γ) Πρωτεύουσα	26	26,8%	13	20,6%

4) Εργασία

α) Πνευματική	18	18,5%	α) Πνευματική	5	7,9%
β) Καθιστική	26	26,8%	β) Καθιστική	8	12,6%
γ) Χειρωνακτική	14	14,4%	γ) Χειρωνακτική	23	36,5%
δ) Αγροτική	39	40,2%	δ) Οικιακή	27	42,8%

4α) Ώρες εργασίας

α) 4- 8	9	9,2%	16	25%
β) 8-10	56	57%	17	26,9%
γ) 10-12	28	28,7%	5	7,9%
δ) 12-14	4	4,1%	25	39,6%

5) Υπάρχουν συγγενικά σας πρόσωπα με πάθηση καρδιάς;

α) Ναι	61	62,8%	30	47,6%
β) Όχι	36	37,2%	33	52,4%

5α) Ποια η συγγενική σας σχέση

α) σύζυγος	11	18%	13	43,3%
β) αδέρφια	18	29,5%	5	16,6%
γ) γονείς	20	32,7%	7	23,3%
δ) παιδιά	12	19,6%	5	16,6%

6) Ποιες ήταν οι διαιτητικές σας συνήθειες πριν το επεισόδιο;

α) μικρά και τακτικά γεύματα;	23	23,7%	37	58,7%
β) Ακατάστατα γεύματα, πλούσια σε λίπη, άλατα, έλαια καρυκεύματα.	74	76,3%	26	41,3%

7) Πίνατε οινοπνευματώδη ποτά;

Ναι	83	85,5%	22	35%
Όχι	14	14,5%	41	65%

7α) Πόσο πίνατε;

α) Λίγο	47	56,6%	15	68%
β) Αρκετό	22	26,5%	6	27,2%
γ) Πολύ	14	16,8%	1	4,5%

8.) Καπνίζατε πριν το έμφραγμα;

α) Ναι	78	80,5%	16	25,4%
β) Όχι	19	19,5%	47	74,6%

8α) Καπνίζατε τσιγάρα με φίλτρο

α) Ναι	62	79,5%	16	100%
β) Όχι	16	20,5%		

8β) Πόσα τσιγάρα;

α) 5-10	6	7,6%	8	50%
β) 10-15	12	15,3%	2	12,5%

γ) 15-20	37	47,4%	6	37,5%
δ) 20 και πάνω	23	29,4%	-	

9) Η ζωή σας ήταν:

α) Ήρεμη	56	57,7%	21	33,3%
β) Περνούσε με νευρικήτητα	41	42,3%	42	66,7%

9α) Η ανάπαυσή σας ήταν:

α) τακτική	27	27,8%	11	17,4%
β) ακανόνιστη	52	53,6%	14	22,2%
γ) ολιγόωρη	18	18,5%	38	60,4%

10) Παρακολουθούσατε την πίεσή σας;

α) συχνά	32	32,9%	19	30,1%
β) καμιά φορά	24	24,7%	7	11,1%
γ) καθόλου	2	20,6%	4	6,3%
δ) τακτικά	39	40,2%	33	52,3%

10α) Είχατε ποτέ υπέρταση;

α) Ναι	69	71,2%	42	66,6%
β) Όχι	28	28,8%	22	33,4%

10β) Τί πίεση είχατε συνήθως;

α) 12-15	28	28,8%	21	33,4%
β) 15-17	34	35%	35	55,5%
γ) 17-20	31	31,9%	7	11,1%
δ) 20 και πάνω	4	4,1%	-	

11) Η καθημερινή άσκηση ήταν στο πρόγραμμα της ημέρας;

α) Ναι	4	4,2%	7	11,2%
β) Όχι	93	95,8%	56	88,8%

11α) Πόσες ώρες γυμναζόσασταν;

α) 1-2	1	25%	2	28,5%
β) 2-3	3	75%	3	42,8%
γ) 3-4	-		2	28,5%

12) Πώς αντιμετωπίσατε το εμφραγμα;

α) Με έκπληξη	91	93,8%	58	92%
β) Με ψυχραιμία	23	23,7%	6	9,5%
γ) Με φόβο	74	76,2%	57	90,5%

13) Συνεχίζετε την ίδια εργασία μετά το εμφραγμα;

α) Ναι	29	29,8%	46	73,1%
β) Όχι	68	70,2%	17	26,9%

ή

α) Κάνετε πιο ξεκούραστη εργασία	45	66,1%	13	76,4%
β) Έχετε κάποια χόμπυ	14	20,5%	3	17,6%
γ) Δεν ασχολείστε με τίποτα	9	13,2%	1	5,8%

14) Συνεχίζετε μετά το εμφραγμα τον προηγούμενο τρόπο ζωής. Δηλαδή:

α) Καπνίζετε: Ναι	32	41%	2	12,5%	
Όχι	46	59%	14	87,5%	
β) Πίνετε οινοπνευματώδη: Ναι	74	89%	4	18%	
Όχι	9	11%	18	82%	
γ) Έχετε αγχώδη ζωή	Ναι	8	19,5%	14	33,4%
Όχι	33	80,4%	28	66,6%	
δ) Προσέχετε τη διαίτητά σας: Ναι	62	63,9%	58	92%	
Όχι	35	36,1%	5	8%	

15) Νομίζετε πως παίρνοντας απλώς τα φάρμακα σας χωρίς να βελτιώσετε τον τρόπο ζωής σας δεν κινδυνεύετε να ξαναπάθετε έμφραγμα;

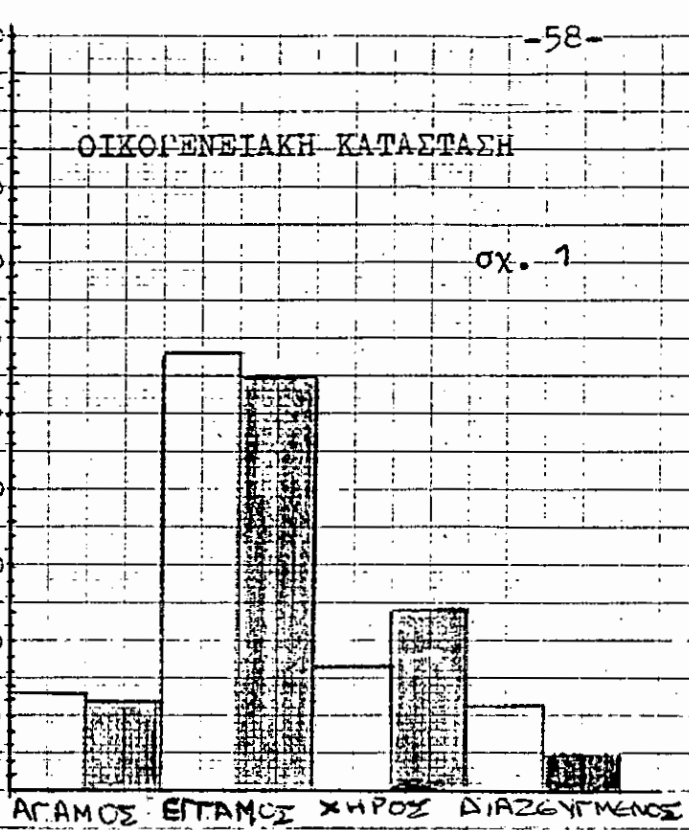
α) Ναι	6	6,2%	5	7,9%
β) Όχι	91	93,8%	58	92,1%

Ακολουθεί η γραφική παράσταση των στατιστικών στοιχείων με ιστογράμματα.

Η γραφική παράσταση είναι αντίστοιχα για άντρες και γυναίκες.-

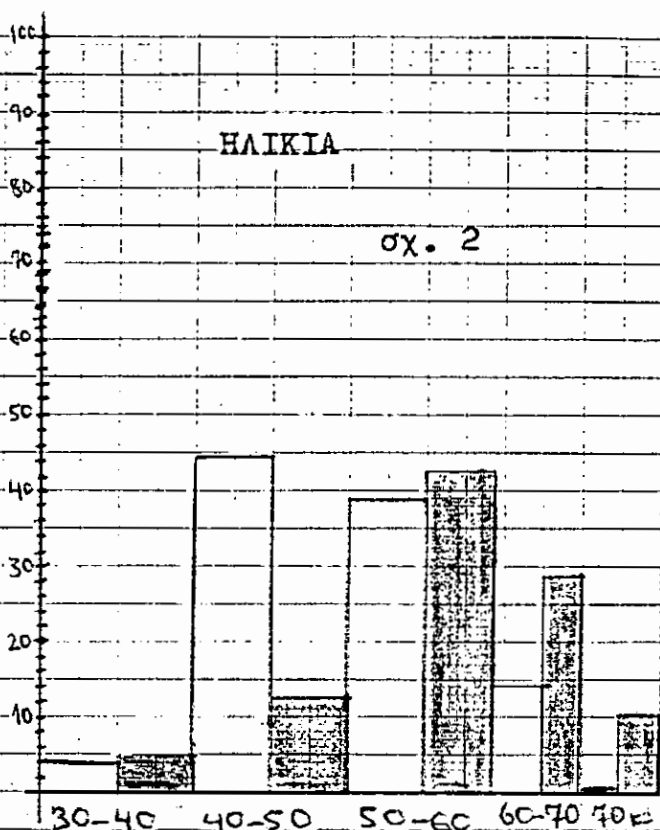
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

σχ. 1



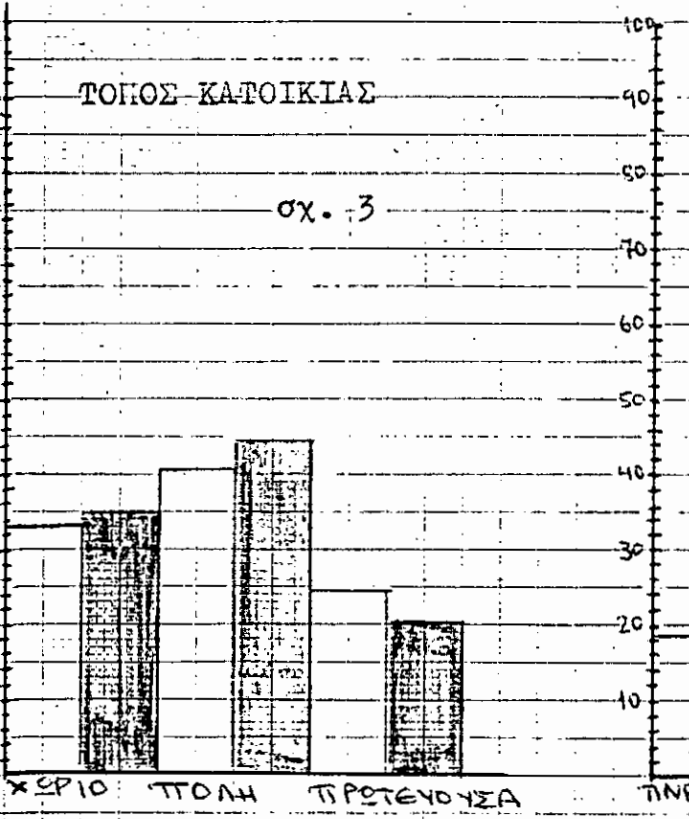
ΗΛΙΚΙΑ

σχ. 2



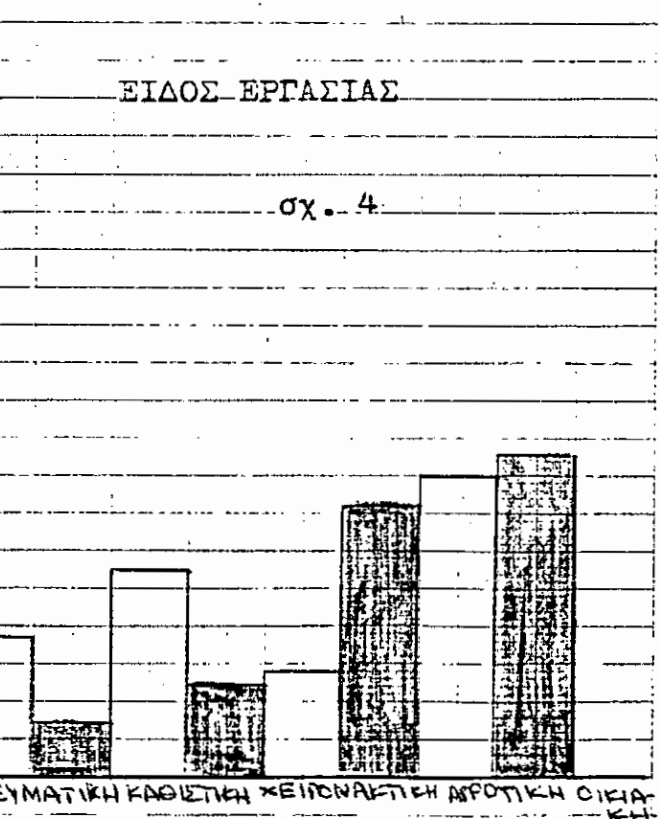
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

σχ. 3

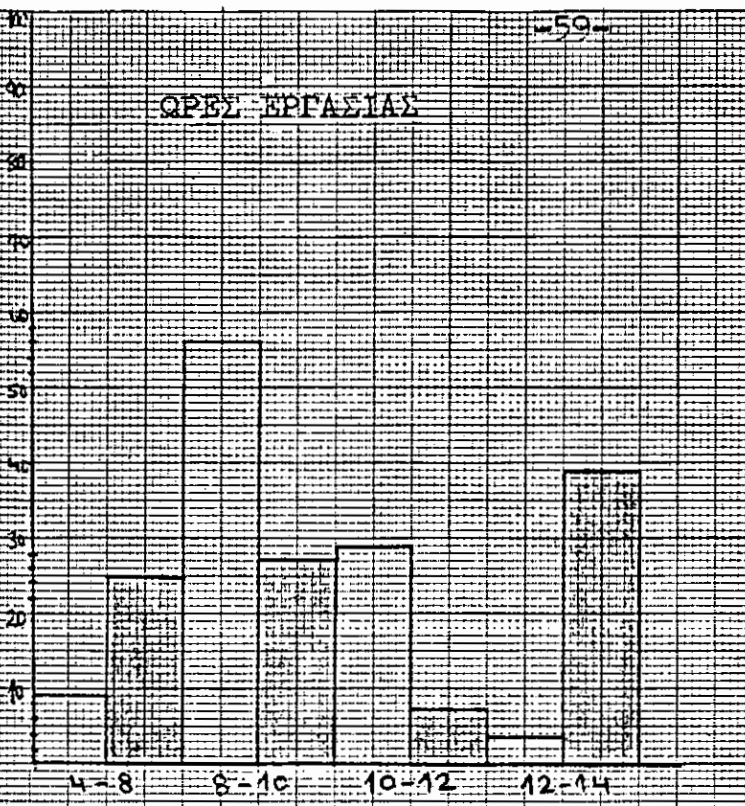


ΕΙΔΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

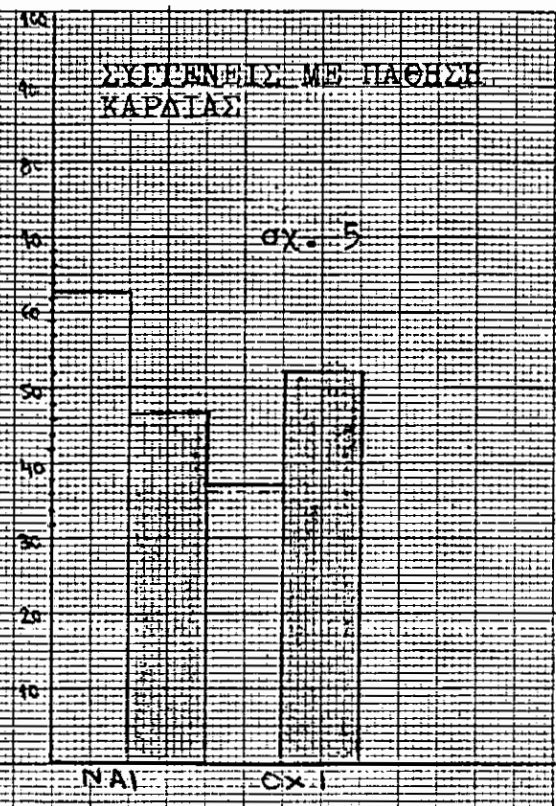
σχ. 4



ΟΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

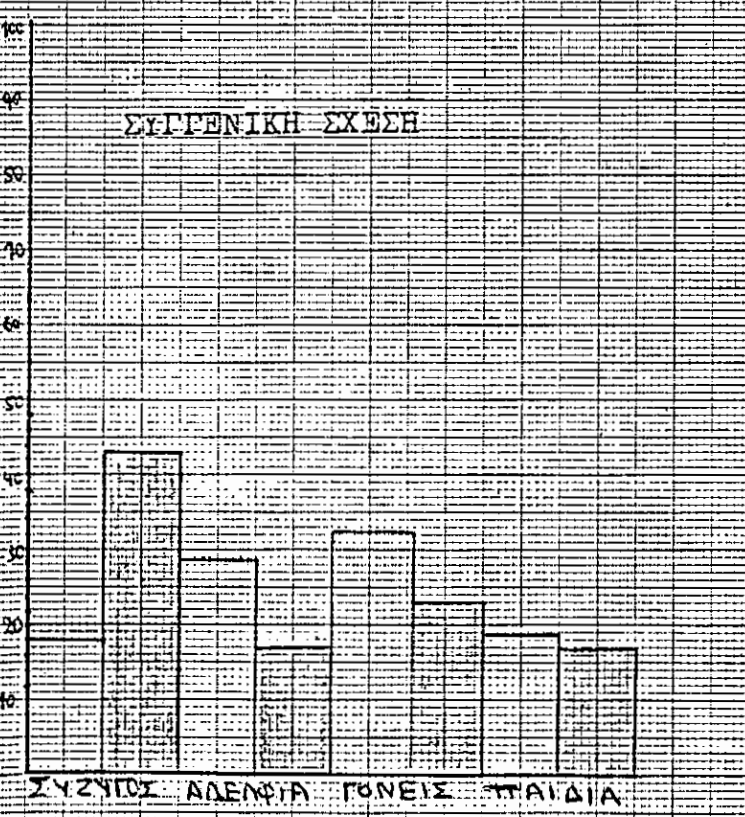


ΣΥΓΧΑΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΘΗΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

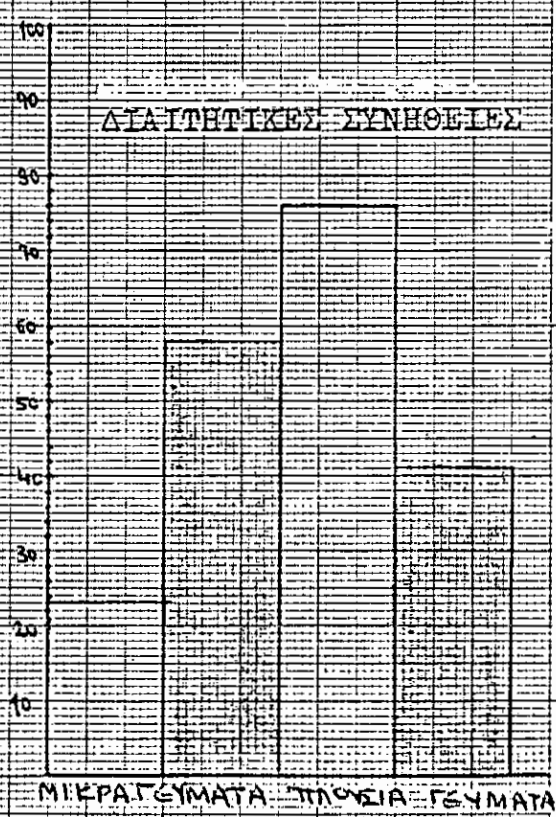


σχ. 5

ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ



ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ



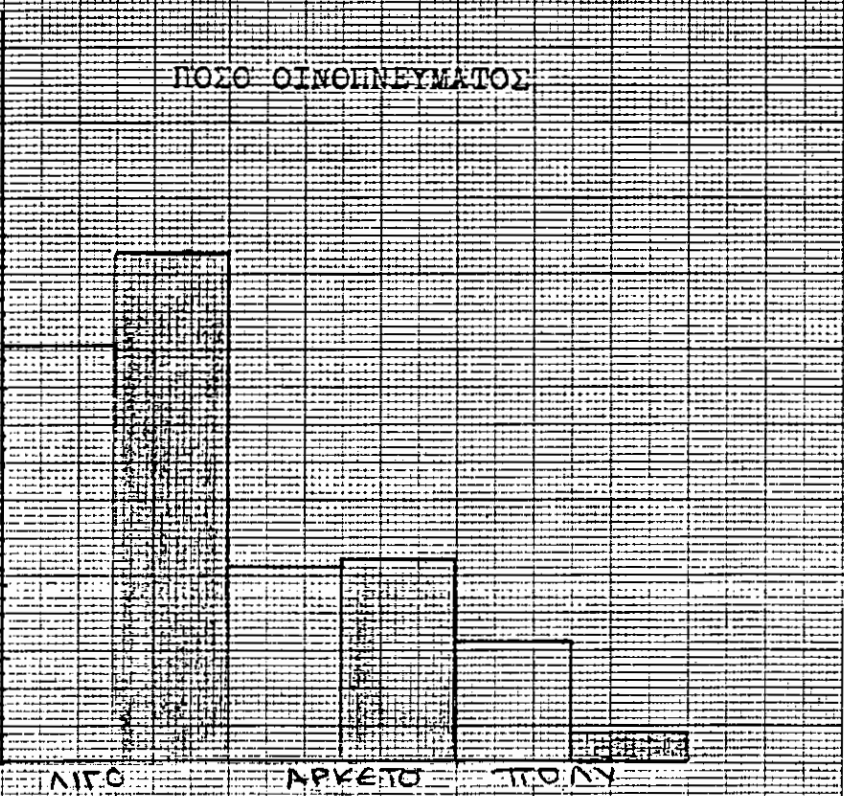
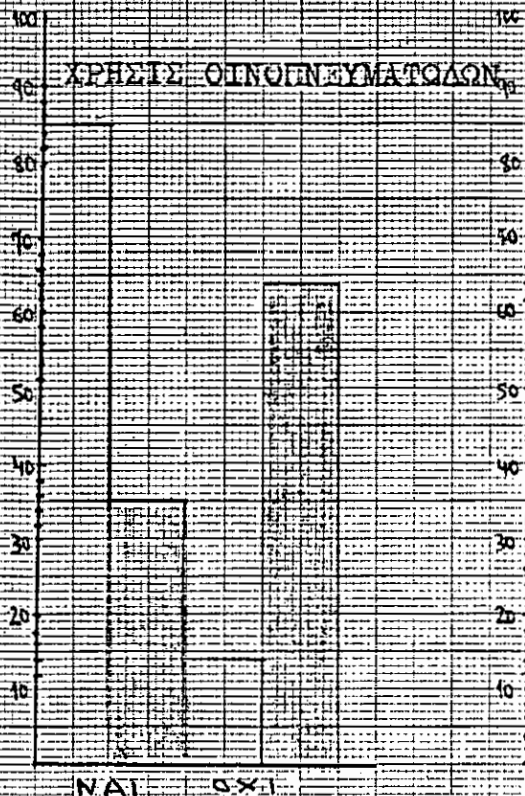
σχ. 6

ΣΥΖΥΓΙΟΙ ΑΔΕΛΦΙΑ ΓΟΝΕΙΣ ΠΑΙΔΙΑ

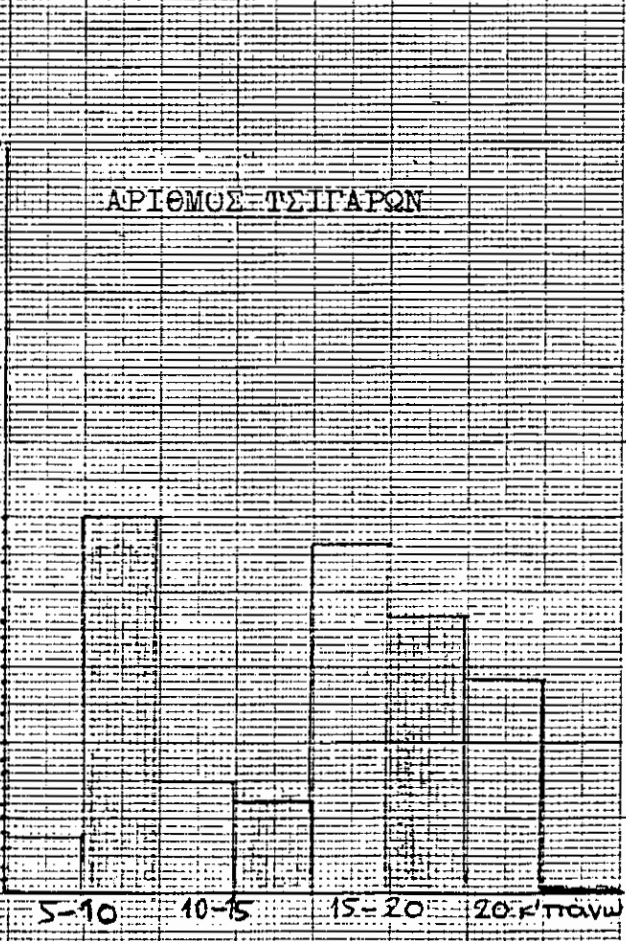
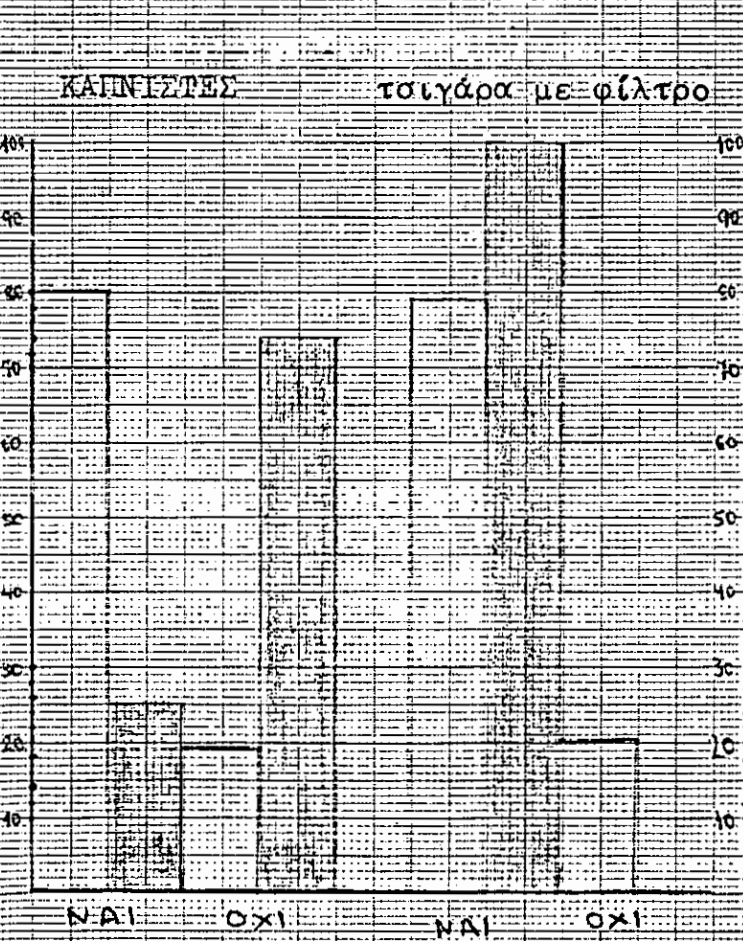
ΜΙΚΡΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΠΟΣΕΙΑ ΓΕΥΜΑΤΑ

σχ. 7.

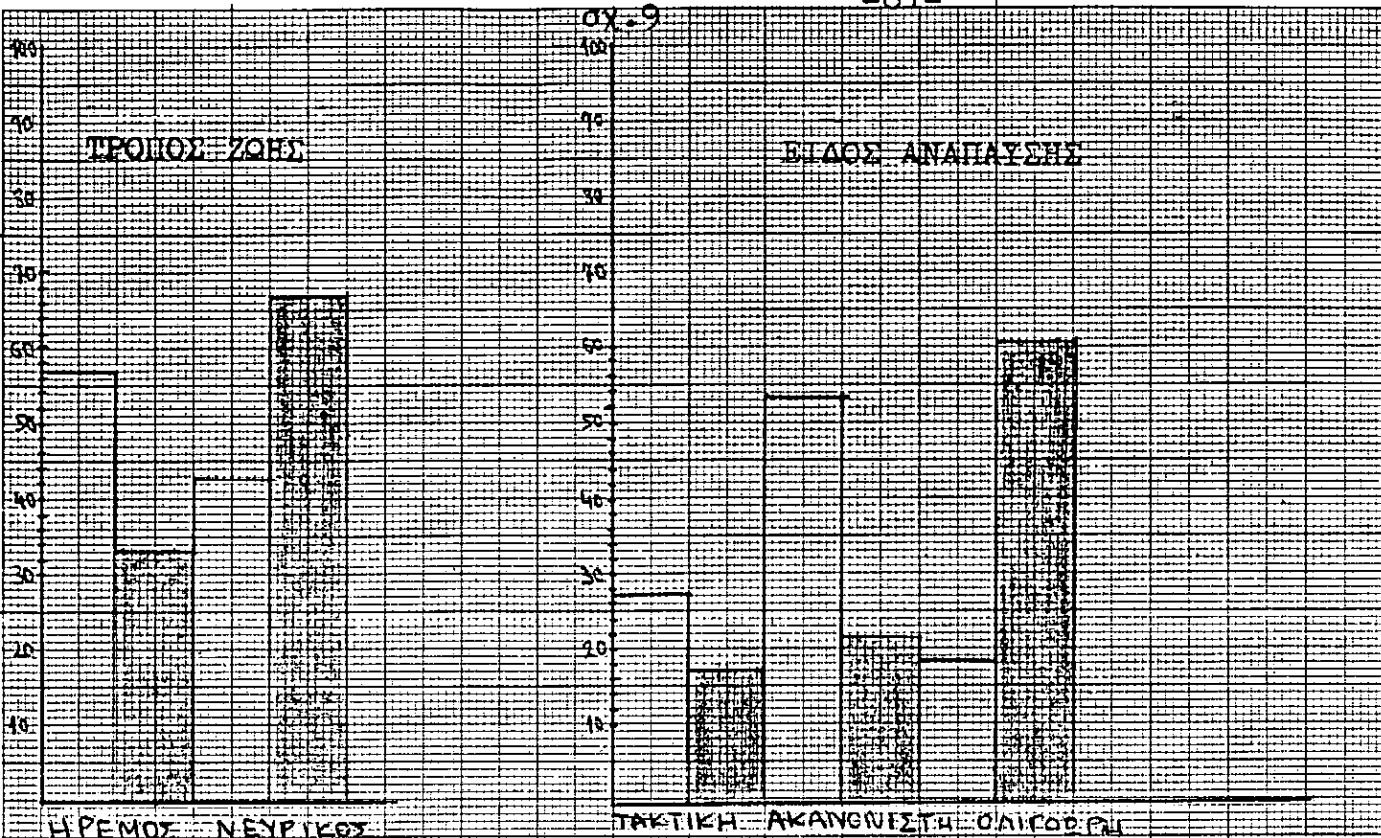
-60-



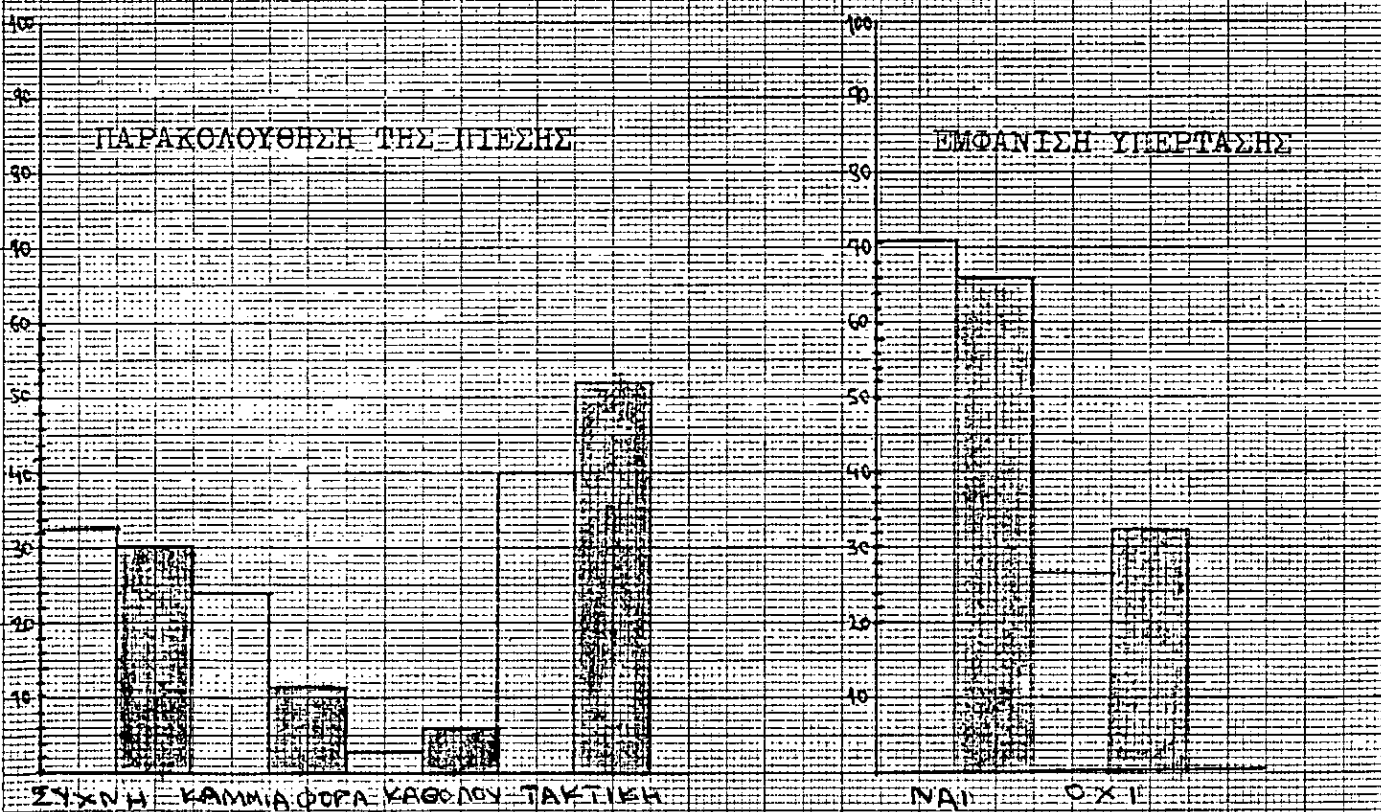
σχ. 8



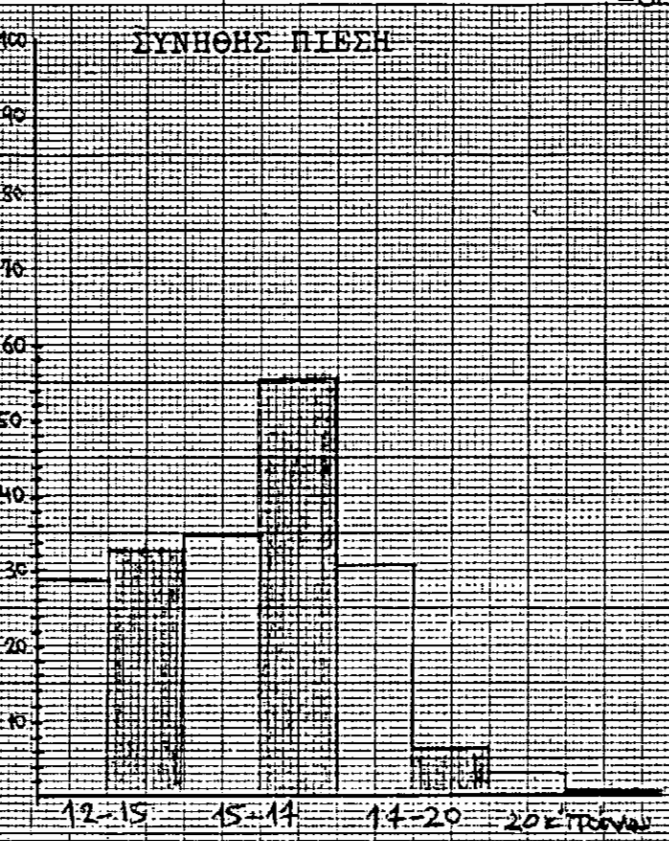
σχ. 9



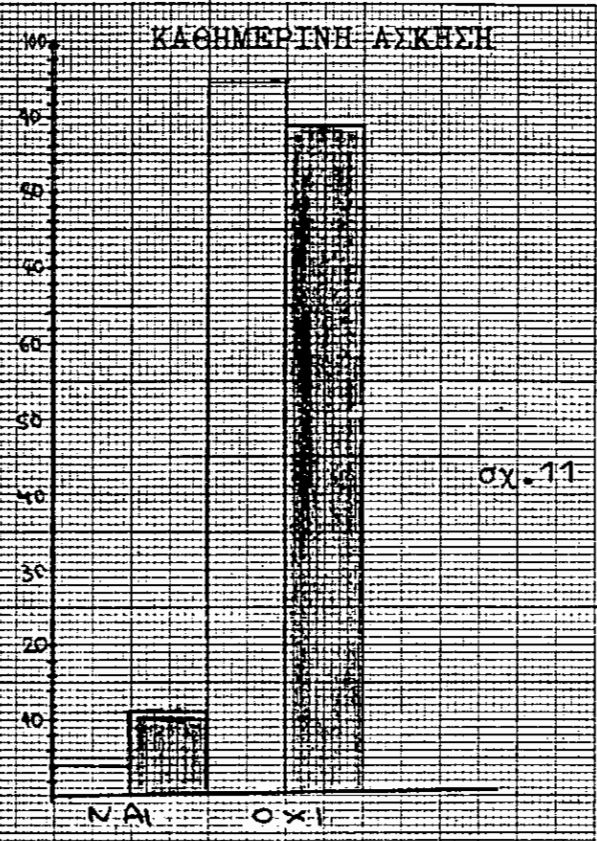
σχ. 10



ΣΥΝΗΘΗΣ ΠΙΕΣΗ



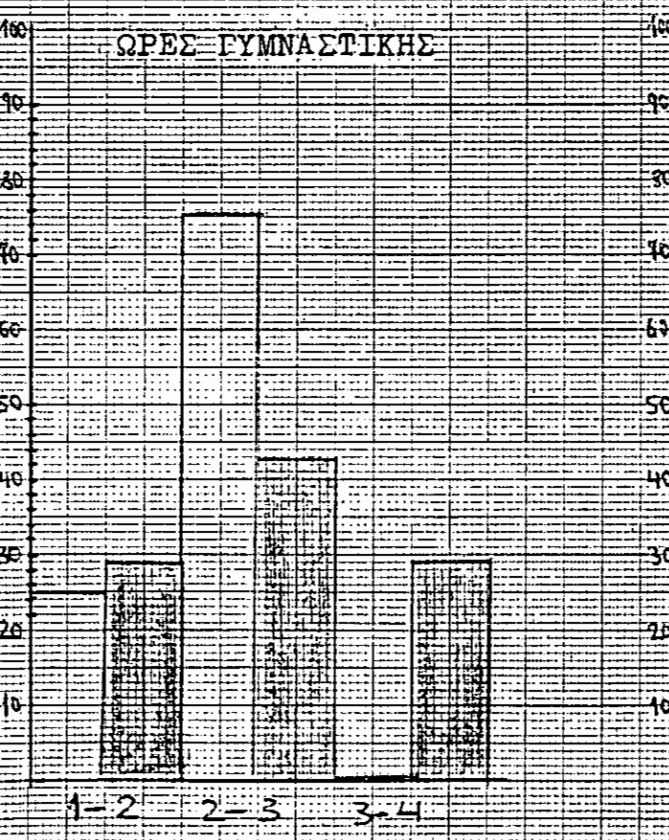
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΣΚΗΣΗ



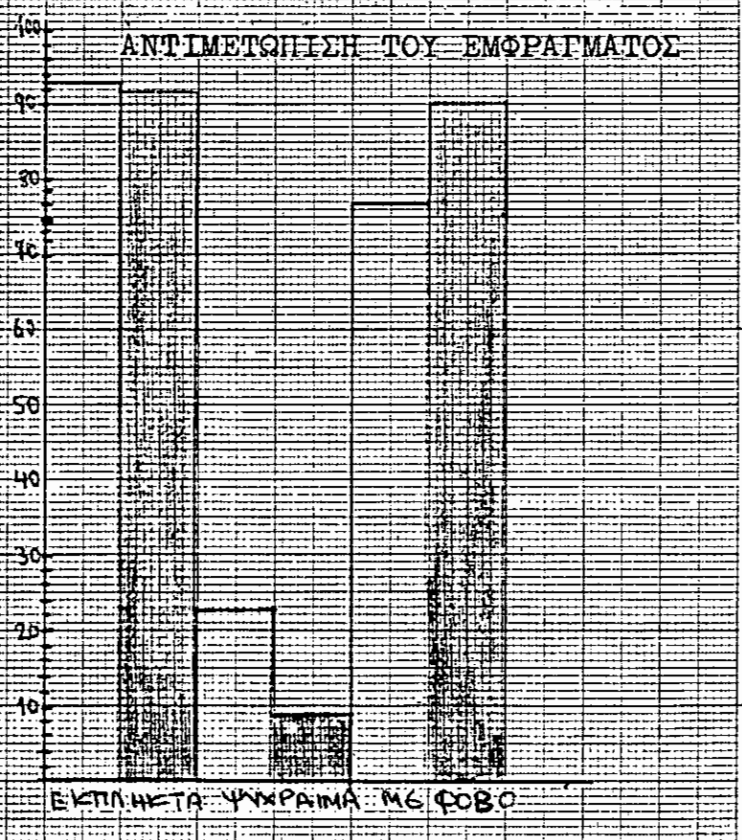
σχ. 11

σχ. 12

ΩΡΕΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ



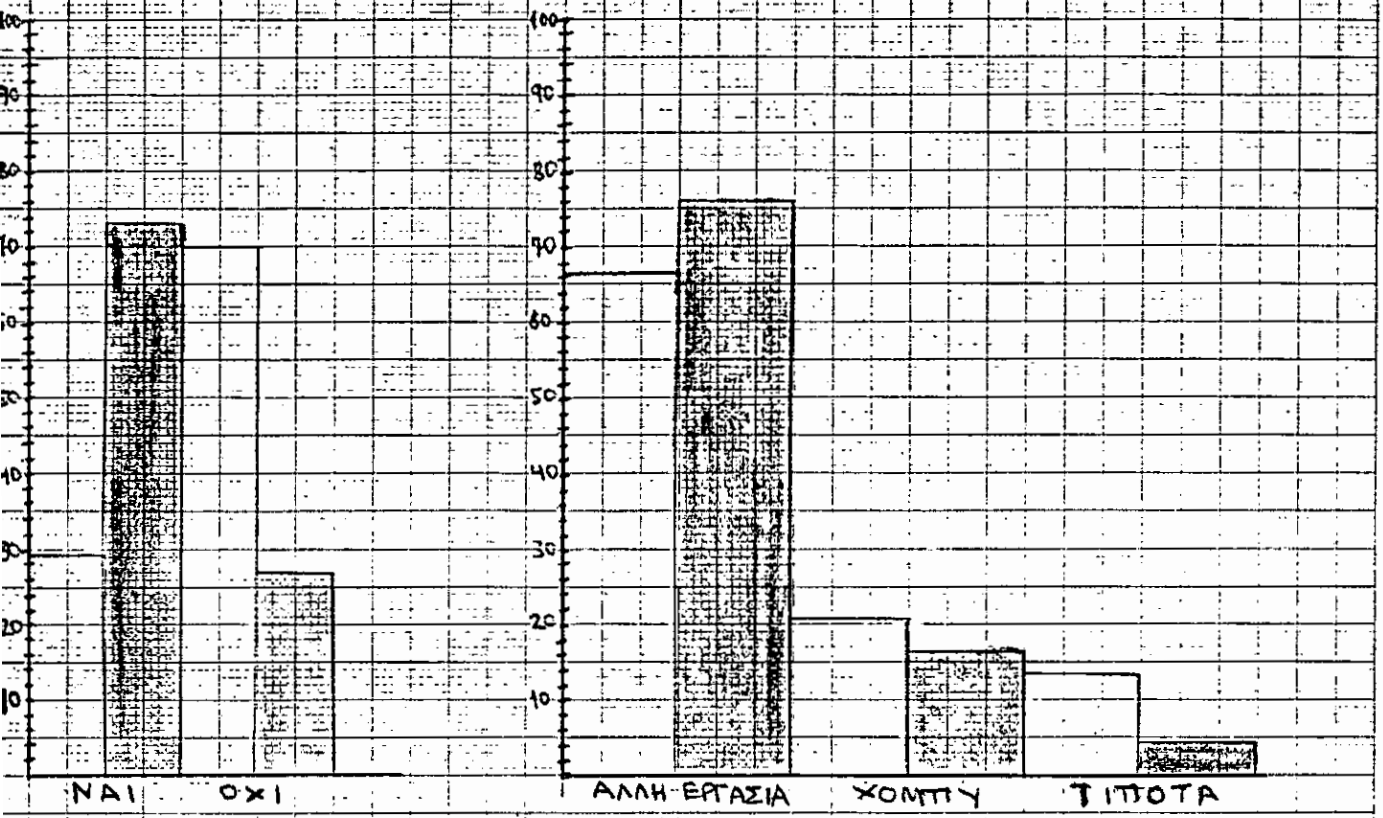
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΑΓΜΑΤΟΣ



ΕΚΤΙΜΕΤΑ ΥΝΧΡΑΙΜΑ ΜΕ ΦΟΒΟ

ΕΠΑΝΟΛΟΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

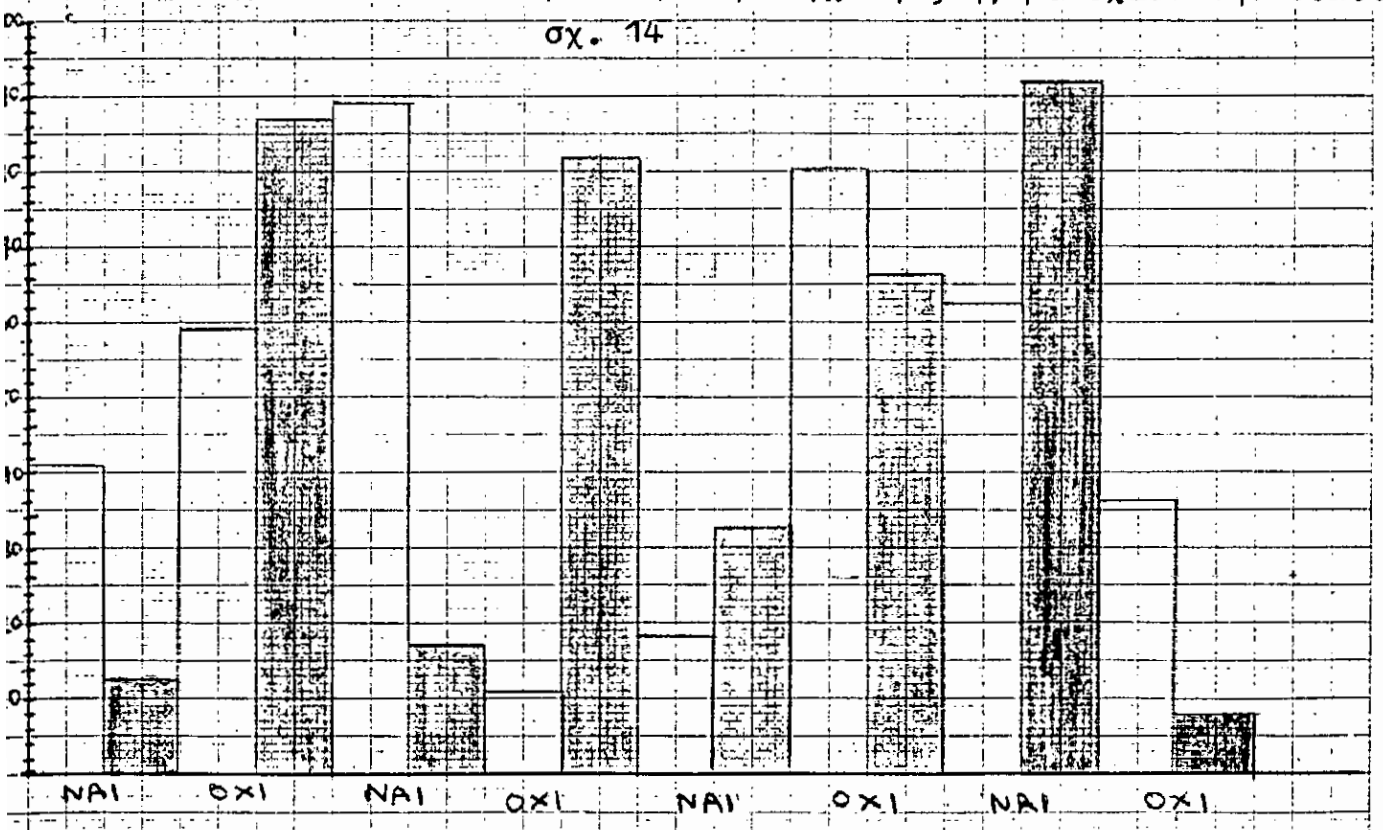
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ



Μετά το έμφραγμα συνεχίζουν:

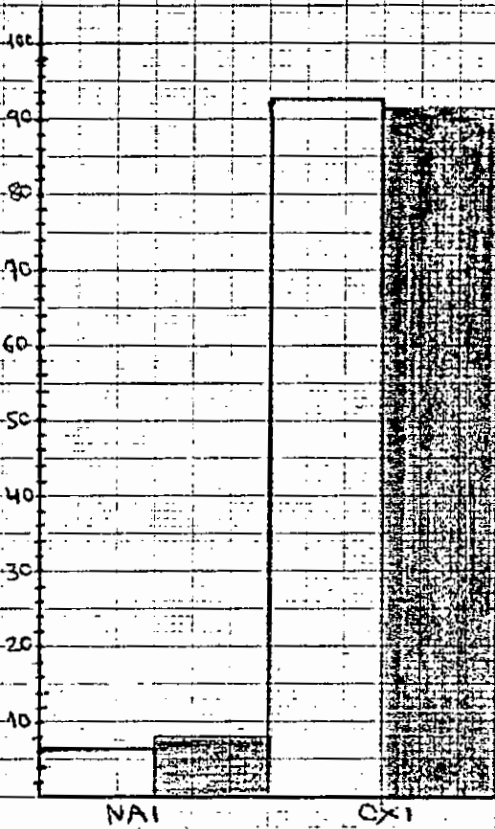
το κάπνισμα - τα οίνοπνευματώδη την αγχώδη ζωή, προσέχουν την διαίτα

σχ. 14



Νομίζετε πως παίρνοντας απλώς τα φάρμακά σας χωρίς να βελτιώ-
σετε τον τρόπο ζωής σας δεν κινδυνεύετε να ξαναπάθετε έμφραγμα

σχ. 15



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της έρευνάς μας βλέπουμε ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου προσβάλλει περισσότερο τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Η μεγαλύτερη συχνότητα είναι στην ηλικία 40-60 για τους άνδρες και 50-60 για τις γυναίκες. Προσβάλλει κυρίως άτομα με ποώδη και αγχώδη εργασία, η οποία συμπληρώνεται και από νευρική ζωή. Επίσης φαίνεται να υπάρχει μία κληρονομική προδιάθεση που σχετίζεται με την νόσο.

Ακόμη και οι κακές διαιτητικές συνήθειες, το αλκοόλ και το κάπνισμα ευνοούν την νόσο σε μεγάλο βαθμό. Όταν μάλιστα συνοδεύονται από έλλειψη φυσικής άσκησης.

Αξιωματικό είναι επίσης ότι ένα μεγάλο ποσοστό συνεχίζει τον τρόπο ζωής που έκανε και πριν τον έμφραγμα αδιαφορώντας για μια νέα προσβολή.

Έτσι συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε πως το έμφραγμα δεν είναι αναπόφευκτο. Εξαρτάται πολύ συχνά από εμάς, πόσο καλά ξέρουμε να αυτοπροστατευόμαστε.

Μια πιο υγιεινή και καλύτερα προσαρμοσμένη στις ανάγκες μας διατροφή, μία ζωή περισσότερο δραστήρια χωρίς άγχος και νευρικότητα θα μας επέτρεπε χωρίς αμφιβολία να καταβάλουμε κάθε μέρα λιγότερο φόρο στις καρδιακές παθήσεις.

Τελειώνοντας πρέπει να πούμε πως μ' αυτή την εργασία προσπαθήσαμε να δώσουμε μία εικόνα των σύγχρονων αντιλήψεων για το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τους παράγοντες που προδιαθέτουν τον οργανισμό και τα προληπτι-

μέτρα που μπορούμε να πάρουμε καθώς επίσης και το ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του εμφράγματος.

Ελπίζουμε να προσεγγίσαμε αυτά τα οποία επιδιώξαμε, μιας και οι γνώσεις γύρω από το θέμα είναι απέραντες, και αυτά τα οποία αναφέρουμε λίθος μπρος στο βουνό των γνώσεων.

Πάντως νιώθουμε υπερήφανοι σαν νοσηλευτές γι'αυτά τα λίγα τα οποία με την εργασία μας προσφέραμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

I. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- 1) ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.
"Ειδική Νοσολογία" Δ' έκδοσις
- 2) ΓΥΓΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
"Νοσολογία" Β' έκδοσις
- 3) ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ
"Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου - θεραπεία και αποκατάσταση " .Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ.Παρισσιανός
- 4) ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.
"Νοσηλευτική - Βασικές αρχές " Τόμος Β'
- 5) ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ ΧΑΡ. - ΓΚΕΡΕΡΗΣ ΠΑΡ.
UNIVERSITY STUDIO PRESS
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1985
- 6) ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ. - ΜΑΡΑΤΟΥ
"Βασική Φυσιολογία"
- 7) ΣΑΧΙΝΗ ANNA - ΚΑΡΔΑΣΗ - ΠΑΝΟΥΜΑΡΙΑ
"Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική "
- 8) ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ
"Θεραπεία στεφανιαίας νόσου"
- 9) ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ
" Καρδιολογία"
- 10) ΚΑΤΖΗΜΗΝΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ
"Επίτομος Φυσιολογία"

II. ΞΕΝΗ

- 1) CANON F WILLIAMS
"Φυσιολογία " τόμος Β' IIη έκδοση

2) MAKLEY RESTEARD

"Καρδιακές προσβολές - εγκεφαλικό επεισόδιο"

3) MOYNAC LEON - ΚΑΛΙΒΩΚΑ

"Γενική Παθολογία"

4) READ E ALAN

BARRIT DW

HEWER LANETON R

"Σύγχρονη Παθολογία" Β' έκδοση

5) VALIE CLOD

"Το έμφραγμα- Πως αποφεύγεται, πως θεραπεύεται"

