

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ: ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΕΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΑΝΟΥ Κ.

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ ΞΕΝΟΦΩΝ

ΠΑΤΡΑ 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1277

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ	ΣΕΛ.	1
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ.....	ΣΕΛ.	3
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ (Υποκειμενικά συμπτώματα-αντικειμενικά σημεία)	ΣΕΛ.	5
ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΕΛ.	11
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΕΛ.	13
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΣΕΛ.	14
ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ.....	ΣΕΛ.	22
ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ.....	ΣΕΛ.	25
ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ.....	ΣΕΛ.	27

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ.....	ΣΕΛ.	28
Α.ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	ΣΕΛ.	29
Β.ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	ΣΕΛ.	33
ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	ΣΕΛ.	39
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	ΣΕΛ.	40
Α΄ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	ΣΕΛ.	42
Β΄ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	ΣΕΛ.	57

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

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

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

Ο λόγος που διαλέξαμε ν' ασχοληθούμε μια από τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι γιατί, αποτελούν στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες την βασική αιτία τόσο της θνησιμότητας (στις αρχές του 1970, που αποτελούσαν το 40% και πάνω), όσο και της αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένων των πιο πολύτιμων για την κοινωνία ηλικιών.

Ιδιαίτερη σημασία απόκτησαν τα προβλήματα της ισχαιμίας της καρδιάς (αδώ συμπεριλαμβάνεται και το έμφραγμα του μυοκαρδίου), της υπέρτασης και των αγγειακών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος, στα οποία οφείλεται το 80-85% των θανατηφόρων περιπτώσεων όλων των καρδιαγγειακών παθήσεων. Τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από περικαρδίτιδα είναι μικρά σε σχέση με τις άλλες παθήσεις της καρδιάς, αλλά είναι το ίδιο σοβαρά και επικίνδυνα. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισής τους (η νευρική υπερένταση, η ανεπαρκής φυσική δραστηριότητα, η υπερβολική σίτιση, η κατάχρηση οινοπνεύματος και το κάπνισμα) φανερώνουν ότι οφείλονται σε κοινωνικούς λόγους, στον τρόπο ζωής του πληθυσμού των οικονομικά ανεπτυγμένων χωρών.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Το περικάρδιο είναι ινορογόνος σάκος με διπλό τοίχωμα που περιβάλλει την καρδιά και τις ρίζες των μεγάλων αγγείων τα οποία καταλήγουν ή ξεκινούν απ' αυτή. Ο εξωτερικός σάκος είναι κατασκευασμένος από ινώδη ιστό και γι' αυτό λέγεται ινώδες περικάρδιο.

Εσωτερικά το ινώδες περικάρδιο υπαλείφεται από το δεύτερο σάκο, που είναι λεπτός υμένας καλυπτόμενος από μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο εσωτερικός αυτός σάκος λέγεται ορογόνο περικάρδιο και αποτελείται από το περίτονο πέταλο, το οποίο, επενδύει το ινώδες περικάρδιο και από το περισπλάχνιο πέταλο (που είναι γνωστό και επικάρδιο).

Η εξωτερική επιφάνεια της καρδιάς περιβάλλεται από το περισπλάχνιο πέταλο του ορογόνου περικαρδίου. Ανάμεσα στα δύο αυτά πέταλα υπάρχει η κοιλότητα του περικαρδίου, η οποία, όσο μεγαλώνει η καρδιά, απ' τη στιγμή που αναπτύσσεται η αρχική κοιλότητα του ορογόνου περικαρδίου μικραίνει. Στο τελειωμένο άτομο η κοιλότητα αυτή γίνεται ένας σχισμοειδής χώρος, που περιέχει μικρή ποσότητα υγρού (περίπου 59 κ.εκ.) και εμποδίζει έτσι την τριβή ανάμεσα στα δύο πέταλα. Το ινώδες περικάρδιο είναι πολύ ισχυρό και ελάχιστο δυνατό, έτσι ώστε αν αθροιστεί υγρό με γρήγορο ρυθμό μέσα στην κοιλότητα του περικαρδίου, η καρδιά συμπιέζεται και παρεμποδίζεται η εισροή αίματος από τις φλέβες προς την καρδιά.

Το περικάρδιο δεν έχει ουσιώδη σημασία για τη ζωή. Η αφαίρεσή του σε ασθενείς με χρόνια συμπιεστική περικαρδίτιδα, υγρή περικαρδίτιδα που δεν υποχωρεί με τη συντηρητική αγωγή και ιδιοπαθή περικαρδίτιδα λόγω πολλών υποτροπιών δε δημιουργεί εμφανή δυσλειτουργία. Ωστόσο βρέθηκε ότι το περικάρδιο έχει ορισμένες προστατευτικές λειτουργίες:

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

- 1) Εμποδίζει την υπέρμετρη διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων σε αύξηση της διαστολικής πληρώσεως των κοιλιών και έτσι περιορίζει ή δεν επιτρέπει την εμφάνιση λειτουργικής ανεπάρκειας της μητριοδούς ή της τριγλώχινας.
- 2) Προστατεύει από την ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος, περιορίζοντας την πλήρωση της δεξιάς κοιλίας, σε περιπτώσεις με διάταση της αριστεράς.
- 3) Βοηθά την πλήρωση των κόλπων με αίμα κατά τη διάρκεια της συστολής των κοιλιών λόγω της ελάττωσης της ενδοκαρδιακής πίεσης.
- 4) Υποστηρίζεται ότι προστατεύει τους πνεύμονες από κακώσεις που οφείλονται στις κινήσεις της καρδιάς.
- 5) Διατηρεί την καρδιά σε άριστη θέση λειτουργίας μέσα στο θώρακα.
- 6) Με την παραγωγή του περικαρδιακού υγρού κάνει ολισθηρή την επιφάνεια της καρδιάς και έτσι επιτρέπει τις ελεύθερες κινήσεις της κατά τη διάρκεια της συστολής και χαλάρωσης του καρδιακού μυός.

Μετά την αφαίρεση του περικαρδίου, ακτινολογικά συνήθως αποκαλύπτεται μεγέθυνση της καρδιάς σε σύγκριση με την προεγχειρητική κατάσταση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Η περικαρδίτιδα ταξινομείται: α) Αιτιολογικά, ανάλογα με τον αιτιολογικό μικροβιακό παράγοντα, όταν αυτός είναι γνωστός ή ανάλογα με τη νόσο, όταν αποτελεί μέρος ή επιπλοκή αυτής,

β) Παθολογιοανατομικά, ανάλογα με τον τύπο της περικαρδιακής αντιδράσεως και του εξιδρώματος.

Έχουν παρατηρηθεί λοιπόν οι εξής αιτιολογικές ποικιλίες περικαρδίτιδας:

1. Οξεία καλοήθης, οξεία ιδιοπαθής ή οξεία μη ειδική περικαρδίτιδα.
Ο όρος καλοήθης δεν ισχύει σ'όλες τις περιπτώσεις, επειδή μπορεί να προκληθεί μυοκαρδιοπάθεια με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή συμπιεστική περικαρδίτιδα.
2. Εμφραγματική περικαρδίτιδα.
3. Μετεμφραγματική περικαρδίτιδα (Σύνδρομο DRESSLER).
4. Τραυματική (συνήθως μικροβιακή) περικαρδίτιδα από πυροβόλο όπλο ή από τραύμα με μαχαίρι. Τελευταία έγινε γνωστό ότι η τραυματική περικαρδίτιδα μπορεί να προέλθει από έμμεσο τραύμα της καρδιάς, χωρίς δηλ. διάτρηση του περικαρδιακού σάκου.
5. Περικαρδίτιδα από ειδικές λοιμώξεις:
 - α) Μικροβιακές λοιμώξεις (στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος)
 - β) Ιώσεις (COXSACKIE B, γρίπη, ECHO)
 - γ) Φυματίωση
 - δ) Μυκητιάσεις
 - ε) Μηνιγγοκοκκικές λοιμώξεις
 - στ) Γονοκοκκικές λοιμώξεις.

6. Νεοπλασματική περικαρδίτιδα. Το περικάρδιο προσβάλλεται από κακοήθεις μεταστατικούς όγκους, όπως Ca πνεύμονα στους άνδρες και μαστούς στις γυναίκες. Συμπεριλαμβάνονται η λευχαιμία και το λέμφωμα.
7. Περικαρδίτιδα από νοσήματα του συνδετικού ιστού: Ρευματοειδής νόσος, ρευματικός πυρετός, διάσπαρτος ερυθρεμάτης λύκος κ.λ.π.
8. Περικαρδίτιδα από ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία του μεσοθωρακίου είναι δυνατόν να προκαλέσει περικαρδίτιδα, που μερικές φορές οδηγεί σε συμπίεση της καρδιάς.
9. Ουραιμική περικαρδίτιδα, που συμβαίνει στη νεφρική ανεπάρκεια.
10. Περικαρδίτιδα μετά χειρουργική καρδιοτομή ή θωρακοτομή.
11. Μυξοιδηματική περικαρδίτιδα.
12. Συφιλιδική περικαρδίτιδα.
13. Περικαρδίτιδα από ανεύρυσμα αορτής.
14. Φαρμακευτική περικαρδίτιδα από φάρμακα, όπως υδραλαζίνη, προκαΐναμίδη, αντιπηκτικά, πενικιλίνη.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της περικαρδίτιδας αφορούν ένα ευρύ φάσμα και ποικίλλουν.

Εξαρτώνται από δύο κυρίως παράγοντες: α) Τον αιτιολογικό παράγοντα της φλεγμονώδους διαδικασίας και την υποκείμενη νόσο και β) την φύση και ιδιαίτερα το ποσό του περικαρδιακού εξιδρώματος, το οποίο υπάρχει εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή. Η φλεγμονώδης διαδικασία τελικά οδηγεί σε πάχυνση του περικαρδίου και ίνωση και ο ρυθμός με τον οποίο προχωρεί η νόσος, αν δεν επουλωθεί εντελώς, ποικίλλει πλατιά. Η φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε υγρό και με την ίνωση μπορεί να αναπτυχθεί περικαρδιακή συμπίεση.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ - ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Υπάρχουν τρεις ομάδες συμπτωμάτων:

- 1) Άλγος ή προκάρδια δυσφορία
 - 2) Δύσπνοια και άλλα συμπτώματα, που προκαλούνται από τη συμπίεση της καρδιάς και των γύρω θωρακικών μορίων και
 - 3) Γενικά συμπτώματα, που οφείλονται στην περικαρδιακή φλεγμονή ή τη γενική νόσο, της οποίας η περικαρδίτιδα αποτελεί μέρος.
- 1) Άλγος: Το προκάρδιο άλγος είναι συνήθως σύμπτωμα της οξείας μορφής, αλλά απουσιάζει πιθανώς στις μισές περιπτώσεις. Το περισπλάχνιο πέταλο του περικαρδίου είναι αναίσθητο στο άλγος.

Ενώ ίνες άλγους από το φρενικό νεύρο στο περίτονο πέταλο μπορεί να ευθύνονται για άλγος, στο αριστερό πλάγιο του τραχήλου. Το προκάρδιο άλγος οφείλεται: α) Σε περικαρδιακό εξίδρωμα που μπορεί να προκαλέσει αμβλύ συμπιεστικό άλγος (πρωτοπαθές) με διάταση ολοκλήρου περικαρδιακού σάκου και άρα και του περιτόνου πετάλου του περικαρδίου.

β) Σε συνυπάρχουσα πλευρίτιδα του υπεζωκότα.

Το άλγος εμφανίζεται οξύ και με απομακρυσμένες ακτινοβολίες από τον τράχηλο, γ) Σε ισχαιμία του μυοκαρδίου, χωρίς να συνυπάρχει περικαρδίτιδα.

Ο χαρακτήρας του άλγους είναι οξύς και έντονος ή αμβλύς και ήπιος. Εντοπίζεται αρχικά στην περιοχή του στέρνου και επεκτείνεται στη συνέχεια σ' ολόκληρο το προκάρδιο με ακτινοβολία προς τον αριστερό ώμο (ή και το δεξιό), τον αυχένα και το βραχίονα, προς το επιγάστριο και προς την αριστερή ωμοπλατιαία χώρα, έτσι ώστε να μοιάζει με το άλγος της στεφανιαίας αποφράξεως. Επιτείνεται συνήθως κατά τη βαθειά εισπνοή, κατά την κίνηση του θωρακικού τοιχώματος και το βήχα.

Όταν το άλγος είναι, αποκλειστικά κοιλιακό, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση οξείας κοιλιακής επιπλοκής.

2) Δύσπνοια και άλλα συμπτώματα πίεσης

Η δύσπνοια αποτελεί πρώιμο, συχνό και συνήθως κύριο σύμπτωμα σε περιπτώσεις περικαρδίτιδας στις οποίες συγκεντρώνεται εξυδρωματικό υγρό στον περικαρδιακό σάκιο. Οι ασθενείς, λοιπόν εμφανίζουν ταχύ αναπνευστικό ρυθμό, αβαθείς και εργώδεις αναπνοές και έκδηλη ορθοπνοϊκή στάση.

Η παθογένεια της δύσπνοιας δεν είναι βέβαιη. Πιθανόν, προκαλείται από μηχανική πίεση των βρόγχων ή των πνευμόνων και σε περιπτώσεις με σημαντική ποσότητα εξιδρώματος από τη μειωμένη ζωτική χωρητικότητα που προκαλείται από κατάληψη του ενδοθωρακικού χώρου. Η μηχανική αυτή εξήγηση της δύσπνοιας συμφωνεί με την παρατήρηση, ότι ασθενείς με εξιδρωματική περικαρδίτιδα ανακουφίζονται ελαφρά ή μέτρια, όταν σκύβουν προς τα εμπρός (σε αντίθεση με τους πάσχοντες από πνευμονική συμφόρηση, οι οποίοι σηκώνουν το κεφάλι και τους ώμους) έτσι ώστε, το υγρό μετατοπίζεται προς

τα κάτω από τη βάση της καρδιάς και προς τα εμπρός, προς το θωρακικό τοίχωμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ταχεία ανάπτυξη υγρού, παρατηρείται η εικόνα του καρδιακού επιπωματισμού επειδή παρεμποδίζεται η διαστολή των κοιλιών λόγω της πίεσεως, που ασκείται από έξω. Παράλληλα συμβαίνει ελάττωση του όγκου παλμού και του κατά λεπτόν όγκου αίματος, αντισταθμιστική ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσεως. Έτσι, οι ασθενείς, παραπονούνται για έντονο αίσθημα κόπωσης, ζάλη και μερικές φορές συγκοπτικές κρίσεις. Μπορεί να συμβεί και αιφνίδιος θάνατος.

Μερικές φορές, προκαλούνται και άλλα συμπτώματα από πίεση παρεκκειμένων οργάνων (τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων και οισοφάγου), όπως ξηρός βήχας, βράγχος φωνής, δυσφαγία. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανόν να εμφανισθούν σε περιπτώσεις με μεγάλες ποσότητες εξιδρώματος, όπως συμβαίνει στη φυματιώδη περικαρδίτιδα.

3) Γενικά συμπτώματα

Τα γενικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην περικαρδιακή λοίμωξη ή στη φλεγμονή καθ' εαυτή ή στη γενική νόσο, της οποίας μέρος αποτελεί η περικαρδίτιδα, και είναι: πυρετός, ιδρώτες, φρίνια, κόπωση ή εξασθένηση, απώλεια βάρους, αγωνία, κατάπτωση ή παραλήρημα.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Οι αντικειμενικές εκδηλώσεις της οξείας και υποξείας περικαρδίτιδας είναι:

A. Αλλοιώσεις των φυσικών σημείων απ' το θώρακα λόγω της φλεγμονής του περικαρδίου και της παρουσίας υγρού.

Β. Εκδηλώσεις της αλλοιωμένης κυκλοφοριακής δυναμικής λόγω καρδιακού επιπωματισμού ή συμπίεσεως, που προκαλείται από αυξημένη ενδοπερικαρδιακή πίεση και

Γ. Γενικές εκδηλώσεις της περικαρδιακής φλεγμονής και της νόσου που συνυπάρχει.

Α. Φυσικά σημεία από το θώρακα

Η φλεγμονή του περικαρδίου και η παρουσία υγρού στον περικαρδιακό σάκο δημιουργούν αλλοιώσεις των φυσικών σημείων από το θώρακα:

1. Περικαρδιακός ήχος τριβής: Ο ήχος αυτός είναι επιπόλαιος, ξεστικός ήχος, ή ήχος, που εμφανίζει απόχρωση "τραχέος δέρματος". Ακούγεται συνήθως, όταν ο ασθενής σκύβει προς τα εμπρός. Συχνά είναι ευφήμερος.

Μπορεί να ακούγεται για λίγες ώρες τη μία ημέρα και διακεκομμένα για λίγες ημέρες. Μερικές φορές όμως παρατείνεται για εβδομάδες ή μήνες. Επίμονοι ήχοι τριβής ακούγονται συχνότερα σε περικαρδίτιδα από νεόπλασμα, αλλά επίσης σε συφαιμία, καλοήγη περικαρδίτιδα, φυματιώδη περικαρδίτιδα.

Ο περικαρδιακός ήχος τριβής ακούγεται συνήθως στη ξηρή ινώδη περικαρδίτιδα. Παρ' όλα αυτά ακούγεται συχνά και όταν υπάρχει περικαρδιακό υγρό.

Ενώ, ο περικαρδιακός ήχος τριβής, είναι σημείο είτε οξείας ινώδους περικαρδίτιδας, είτε εξιδρωματικής τα πιο κάτω σημεία ανευρίσκονται μόνο κατά την ύπαρξη σημαντικής ποσότητας υγρού.

2. Αύξηση της περικαρδιακής αμβλύτητας. Η αριστερή παρυφή της καρδιακής αμβλύτητας στο 2ο και 3ο αριστερό μεσοπλεύριο διάστημα μετατοπίζεται σημαντικά προς τα αριστερά. Έτσι αυξάνει το εύρος της αμβλύτητας στα επίπεδα αυτά, ιδιαίτερα στη θέση κατάκλισης.

3. Γενικευμένη αύξηση της καρδιακής αμβλύτητας: Η περιοχή της καρδιακής αμβλύτητας αυξάνεται σε γενικό επίπεδο, όπως διαπιστώνεται με την επίκρουση, σε σημαντική, όμως, ποσότητα περικαρδιακού εξιδρώματος

και παίρνει σφαιρικό σχήμα κατά την κατάκλιση του ασθενούς.

4. Το σημείο του EWART ή του PINS. Αφορά ευρήματα πυκνώσεως της περιοχής εκείνης των πνευμόνων, η οποία βρίσκεται πίσω από την καρδιά. Αυτό αποδίδεται σε τοπική συμπίεση των πνευμόνων από τη μεγάλη μάζα του υγρού. Είναι δυνατόν να συμμετέχουν άλλοι μηχανισμοί, αλλά δεν έχουν επιβεβαιωθεί ικανοποιητικά.

5. Άλλα φυσικά σημεία. Οι καρδιακές ώσεις είναι συνήθως ασθενείς και κυματοειδείς ή μπορεί να εξαφανισθούν τελείως.

Όμοια, οι καρδιακοί τόνοι είναι συνήθως ασαφείς με ελαττωμένη ένταση και απομακρυσμένοι, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Παρ' όλα αυτά, σε αρκετή ποσότητα περικαρδιακού υγρού υπήρξαν ισχυρή ώση της κορυφής και ισχυροί καρδιακοί τόνοι.

Β. Αιμοδυναμικές αλλοιώσεις σε καρδιακό επιπωματισμό

Οι αιμοδυναμικές αλλοιώσεις στον καρδιακό επιπωματισμό παρατηρήθηκαν κλινικά σε περιπτώσεις εξιδρωματικής περικαρδίτιδας και αιμοπερικαρδίου του ανθρώπου. Αυτές είναι:

1. Αύξηση της δεξιάς ενδοκολπικής και φλεβικής πίεσεως και της δεξιάς κοιλιακής διαστολική πίεσεως, κατά το χρόνο τον οποίο ανέρχεται η πίεση μέσα στο περικάρδιο.
2. Πτώση, του όγκου παλμού κατά ώση και αργότερα του καρδιακού όγκου παλμού ανά 1΄
3. Αύξηση του καρδιακού ρυθμού.
4. Πτώση της ζωτικής χωρητικότητας.
5. Όψιμη πτώση της πίεσεως του αίματος, ιδιαίτερα της συστολικής

**Γ. Γενικά σημεία (περικαρδιακής φλεγμονής και της νόσου που
συνυπάρχει)**

Πυρετός, ιδρώτας, εξασθένηση και απώλεια βάρους και λευκοκυτάρωση, με βαρύτητα ανάλογα προς το ύψος του πυρετού, είναι τα γενικά σημεία. Σε περιπτώσεις φυματιώδους περικαρδίτιδας, όμως, υπάρχει σχετική λευκοπενία ή φυσιολογικός αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων ακόμη και σε παρουσία μετρίου πυρετού. Έντονη λευκοκυτάρωση και πολυμορφοπύκνωση, φανερώνει μικροβιακή πυώδη περικαρδίτιδα. Στη ρευματική περικαρδίτιδα η ωχρότητα και η αναιμία είναι χαρακτηριστικά σημεία.

Η γενική εμφάνιση του ασθενή που πάσχει από εξιδρωματική περικαρδίτιδα χαρακτηρίζεται από αγωνία, ανησυχία. Ο ασθενής είναι κυανωτικός ή ωχρός και παίρνει συγκεκριμένη στάση. Συνήθως, ανακτάται τελείως και σκύβει προς τα εμπρός. Σπάνια, παίρνει τη γονατοθωρακική θέση.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στην περικαρδίτιδα παρουσιάζει χαρακτηριστικές μεταβολές του διαστήματος ST και του κύματος T από συμμετοχή των περιφερικών στοιβάδων του μυοκαρδίου.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το μέγεθος και το σχήμα της καρδιαγγειακής σκιάς δε μεταβάλλεται από μικρές ποσότητες περικαρδιακής συλλογής υγρού. Αυτό μπορεί να συμβεί και σε συλλογή εκατοντάδων ML υγρού. Παρ' όλα αυτά, η ακτινολογική εξέταση είναι χρήσιμη σε αρκετούς ασθενείς.

Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται αύξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς, η οποία μερικές φορές παίρνει σχήμα "σακούλας γιαουρτιού". Στην ακτινοσκόπηση οι κινήσεις της καρδιακής σκιάς είναι νωθρές ή απουσιάζουν.

Σε διαδοχικές εξετάσεις κατά διαστήματα ημερών, η καρδιακή σκιά εμφανίζει διαφορετικό μέγεθος επηρεαζόμενη από την ποσότητα του περικαρδιακού υγρού.

ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αποκάλυψη περικαρδιακής συλλογής υγρού. Είναι ακίνδυνη και ακριβή μέθοδος. Το ηχοκαρδιογράφημα είναι το καταλληλότερο μέσο για την παρακολούθηση των μεταβολών της ποσότητας του περικαρδιακού υγρού, όπως επίσης και για τη διαφορική διάγνωση της υγρής περικαρδίτιδας από την καρδιακή διόγκωση από διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων.

Η γνώση της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από τη νοσηλεύτρια την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες, που την κάνουν ικανή για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και την πρόληψη τη θεραπεία και την ανακούφιση του πάσχοντα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού και η κλινική εξέταση με την βοήθεια των εργαστηριακών εξετάσεων σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγούν εύκολα στην ορθή διάγνωση της νόσου, που προκαλεί την οξεία περικαρδίτιδα. Έτσι δεν υπάρχουν δυσκολίες για τη διάγνωση της τραυματικής, της μετεμφραγματικής, της συρριμικής, της μετά από ακτινοβολία, και άλλων μορφών περικαρδίτιδας. Άλλοτε πάλι η αιτιολογική διάγνωση της περικαρδίτιδας είναι δυσχερής.

Έτσι προκάρδιο άλγος και πυρετός, ανεξήγητη δύσπνοια και ταχυκαρδία, εκδηλώσεις συστηματικής φλεβικής υπεραιμίας, χωρίς εμφανή καρδιοπάθεια θα προτρέπουν στην αναζήτηση οξείας περικαρδίτιδας. Περικαρδιακός ήχος τριβής, διεύρυνση της καρδιάς, σημείο EWART, παράδοξος σφυγμός, έκδηλη ελάττωση των καρδιακών σφύξεων και χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ είναι τα πιο ουσιώδη διαγνωστικά χαρακτηριστικά. Η αναρρόφηση του περικαρδιακού σάκου μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της περικαρδίτιδας και στη διαπίστωση του αιτιολογικού τύπου της.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας περικαρδίτιδας πρέπει να γίνει από: καρδιακή διεύρυνση με άσαφη αρχή, συμφορική καρδιακή ανεπάρκεια, πλευροπνευμονική εμβολή, βαλβιδική νόσο της καρδιάς όταν ο ήχος τριβής συγχέεται με φύσημα, μυοκαρδιακό έμφραγμα λόγω προκαρδίου άλγους και παραπλησίων ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, οξείες κοιλιακές επιπλοκές όταν το άλγος ακτινοβολεί προς την κοιλιά και ανεύρυσμα ή όγκος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Κυριότερη επιπλοκή στις περικαρδίτιδες είναι ο καρδιακός επιπωματισμός.

Παραδοσιακά ο καρδιακός επιπωματισμός χαρακτηρίζεται από τρία κλινικά σημεία: αύξηση της φλεβικής πίεσεως, πτώση της αρτηριακής πίεσεως και μικρή ήσυχη καρδιά. Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι τα χαρακτηριστικά αυτά κυρίως ισχύουν για τον καρδιακό επιπωματισμό ταχείας ενάρξεως, ιδιαίτερα αυτόν που προκαλείται από τραύματα της καρδιάς με πυροβόλο όπλο ή μαχαίρι. Η αυστηρή προσήλωση στα κριτήρια αυτά θα κάνει να διαφύγει η διάγνωση σε περιπτώσεις με καρδιακό επιπωματισμό πιο βαθμιαίας ενάρξεως, όπως συμβαίνει στα νεοπλάσματα και τις λοιμώξεις.

Ο καρδιακός επιπωματισμός μπορεί να ορισθεί σαν διαταραχή της διαστολικής πλήρωσεως στην καρδιά η οποία προκαλείται από ανεξέλεγκτη αύξηση της ενδοπερικαρδιακής πίεσεως. Οι αιμοδυναμικές επιπτώσεις της συσσωρεύσεως υγρού στον περικαρδιακό σάκο εξαρτώνται από την ταχύτητα είναι πολύ μεγάλη, μερικές εκατοντάδες ML αίματος ή άλλου υγρού μπορεί να προκαλέσουν θανατηφόρο καρδιακό επιπωματισμό. Από την άλλη μεριά όταν το υγρό συσσωρεύεται αργά μέσα στον περικαρδιακό σάκο, το ιώδες τοίχωμα διατείνεται βαθμιαία και η συσσώρευση κάμποσων λίτρων υγρού μπορεί να μην προκαλεί καρδιακό επιπωματισμό.

Παθοφυσιολογία

Φυσιολογικά η ενδοπερικαρδιακή πίεση είναι ίση με την ενδοπνευμονική. Σε ασθενείς με καρδιακό επιπωματισμό μπορεί να παρατηρηθεί το παραπάνω σύνδρομο της καρδιακής ακύρας, ελάττωση του εύρους διανοίξεως της μιτροειδούς με ελάττωση της διαστολικής κλίσεως EF και αξιόλογες μεταβολές των διαστάσεων της δεξιάς και της αριστεράς κοιλίας κατά τις φάσεις της αναπνοής.

Παρατηρείται εκπνευστική αρνητική πίεση λίγων MMHG στην εισπνοή. Στον καρδιακό επιπωματισμό η αυξημένη ενδοπερικαρδιακή πίεση εξακολουθεί να εμφανίζει εισπνευστική ελάττωση. Η περιφερική φλεβική πίεση και η πίεση του δεξιού κόλπου αυξάνουν για διατήρηση της καρδιακής πληρώσεως. Ο κοιλιακός τελοδιαστολικός όγκος ελαττώνεται, ο κοιλιακός τελοσυστολικός όγκος τείνει να είναι φυσιολογικός και παρατηρείται ελάττωση του κλάσματος εξωθήσεως. Αν ο όγκος παλμού ελαττώνεται, η ταχυκαρδία αρχικά αντισταθμίζει ικανοποιητικά την κατάσταση ώστε να διατηρείται σχετικά φυσιολογική η καρδιακή παροχή. Ωστόσο με την παραπέρα αύξηση της ενδοπερικαρδιακής πίεσεως η καρδιά δεν μπορεί πια να αντιροπίσει την κατάσταση και η καρδιακή παροχή αρχίζει να πέφτει. Στην αρχή η αύξηση των περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων βοηθά στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσεως με την παραπέρα επιδείνωση του επιπωματισμού, η αρτηριακή πίεση αρχίζει να πέφτει. Με την αύξηση της ενδοπερικαρδιακής πίεσεως, οι διαστολικές πιέσεις της αριστεράς και της δεξιάς κοιλίας αυξάνουν όπως και οι πιέσεις του αριστερού και του δεξιού κόλπου και των πνευμονικών και περιφερικών φλεβών. Στον καρδιακό επιπωματισμό η περιφερική φλεβική πίεση συνήθως είναι τουλάχιστον 14CM νερού και συχνά πολύ υψηλότερη. Στον επιπωματισμό η πίεση στον περικαρδιακό σάκο είναι τουλάχιστον 10 MMHG. Οι περιφερικές αρτηρίες συνήθως εμφανίζουν παράδοξο σφυγμό που μπορεί να οριστεί σαν παθολογική εισπνευστική ελάττωση της συστολικής πίεσεως μεγαλύτερης των 10 MMHG. Ο παράδοξος σφυγμός σχεδόν υπάρχει σταθερό στον καρδιακό επιπωματισμό.

Το εύρημα αυτό είναι χρήσιμο στοιχείο για την αναγνώριση του επιπωματισμού όταν τα άλλα ευρήματα είναι αμφίβολα. Στον οξύ επιπωματισμό για παράδειγμα σ' αυτόν που προκαλείται από καρδιακά τραύματα ο αρτηριακός σφυγμός δεν ψηλαφιέται.

Αιτιολογία

Ο καρδιακός επιπωματισμός τις περισσότερες φορές συνδέεται με μία από τις εξής τρεις αιτίες: 1) τραύματα άμεσα ή έμμεσα 2) λοιμώξεις 3) νεοπλασματικές νόσους. Οι γιατροί πρέπει να σκέφτονται το ενδεχόμενο του επιπωματισμού σ' όλες τις περιπτώσεις περικαρδίτιδας ιδίως αυτές που προκαλούνται από τις 3 αυτές αιτίες. Επίσης πρέπει να σκέφτεται το ενδεχόμενο ακόμη και σε συνθήκες απουσίας γνωστές λοιμώξεις, τραυματισμούς ή κακοήθους νόσου. Συχνά η υποκείμενη νόσος που ευθύνεται για τον επιπωματισμό δεν είναι εμφάνιση κατά το χρόνο που ο ασθενής παρουσιάζεται με ταχυκαρδία, αύξηση της φλεβικής πίεσεως και πτώση της αρτηριακής. Σε πολλούς ασθενείς η αντιπηκτική θεραπεία προκαλεί ή συμβάλλει στην πρόκληση του επιπωματισμού. Οι κίνδυνοι των αντιπηκτικών σε ασθενείς με περικαρδίτιδα είναι γνωστοί. Ωστόσο μερικές φορές τα φάρμακα αυτά χορηγούνται όταν η περικαρδίτιδα μένει αδιάγνωστη. Έχει παρατηρηθεί σε ασθενείς με ιδιοπαθή περικαρδίτιδα που νομίστηκε εσφαλμένα αντιπηκτικών προκάλεσε καρδιακό επιπωματισμό. Ουραιμική περικαρδίτιδα συνέβει σε 25 από μία σειρά 152 ασθενών που υποβάλλονταν σε χρόνια εξωνεφρική κάθαρση. Σε ασθενείς με ουραιμική περικαρδίτιδα η αιμοδιύλιση μπορεί να προκαλέσει καρδιακό επιπωματισμό που συνδέεται με τη χρησιμοποίηση ηπαρίνης. Επίσης σε πάσχοντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου ή νεόπλασμα που παίρνουν αντιπηκτικά, είναι δυνατό να προκληθεί καρδιακός επιπωματισμός. Άλλα αίτια επιπωματισμού είναι τα νεοπλάσματα, η ρήξη της καρδιάς ή των μεγάλων αγγείων, τα τραύματα, το διαχωριστικό ανεύρυσμα, το μη διαχωριστικό ανεύρυσμα και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ο καρδιακός επιπωματισμός μπορεί να είναι ιατρογενής, μετά διαγνωστική παρακέντηση της αριστερής ή της δεξιάς κοιλίας ή διαφλέβια βηματοδότηση της καρδιάς.

Η κατά λάθος ένεση αντισικιερού μέσου στον περικαρδιακό σάκο μπορεί να προκαλέσει επιπωματισμό επειδή το υλικό αυτό είναι υπέρτονο.

Σπάνια ο ρευματικός πυρετός μπορεί να προκαλέσει καρδιακό επιπωματισμό. Έχουμε παρατηρήσει λίγα παραδείγματα της κατηγορίας αυτής.

Μεγάλη σημασία έχει η στενή παρακολούθηση των φλεβών του λαιμού σε ασθενείς ύποπτους για καρδιακό επιπωματισμό. Σε ασθενείς με οξεία, βαρία κατάσταση και αυξημένη φλεβική πίεση, η παρουσία παράδοξου αρτηριακού σφυγμού είναι ισχυρή ένδειξη. Η πίεση σφυγμού της δεξιάς κοιλίας είναι πολύ μικρή στην εκπνοή, η μέση συστολική πίεση της δεξιάς κοιλίας αυξάνει. Αυτό συνέβει με την αύξηση της εισπνευστικής πληρώσεως της δεξιάς κοιλίας. Στον καρδιακό επιπωματισμό συνήθως ο ρυθμός είναι φλεβοκομβικός. Μερικές φορές παρατηρούνται κολπικές αρρυθμίες ιδίως κολπικός πτερυγισμός και κολπική μαρμαρύγη.

Κλινικά χαρακτηριστικά

Συχνά αναγνωρίζονται τα σημεία της υποκείμενης καταστάσεως: λοιμώξεις νεοπλάσματος ή τραύματος. Συνήθως υπάρχει δύσπνοια. Τυπικά δεν υπάρχει ορθόπνοια, όμως ο ασθενής μπορεί να σκύβει προς τα μπρος σε μία προσπάθεια να ανακουφιστεί από τη δύσπνοια. Συνήθως υπάρχει φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Υπάρχει αύξηση της περιφερικής φλεβικής πιέσεως που συνήθως γίνεται αντιληπτή από τη διάταση των φλεβών του τραχήλου όταν ο ασθενής τοποθετείται σε κλίση 45 μοιρών από το οριζόντιο επίπεδο. Το ήπαρ είναι διογκωμένο. Η συστολική αρτηριακή πίεση συνήθως είναι πεσμένη και μερικές φορές σε βαριές περιπτώσεις επιπωματισμού ο σφυγμός δεν ψηλαφιέται και η αρτηριακή πίεση δεν μπορεί να μετρηθεί. Αναμένεται παράδοξος σφυγμός. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η ψηλάφηση της μηριαίας αρτηρίας βοηθά στην ανεύρεση του παράδοξου σφυγμού. Ο σφυγμός ψηλαφιέται δυσκολότερα στον καρπό σε περιπτώσεις με πολύ χαμηλή πίεση. Ακόμη και σε περιπτώσεις βαρέος καρδιακού επιπωματισμού οι καρδιακοί ήχοι ακούγονται καλά.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η διάγνωση του καρδιακού επιπωματισμού απορρίφθηκε λαθεμένα επειδή οι καρδιακοί ήχοι ακούονταν καλά. Ωστόσο οι καρδιακοί ήχοι συχνά είναι βύθιοι σε περιπτώσεις που ο επιπωματισμός εισβάλλει γρήγορα μετά καρδιακό τραύμα. Η καρδιακή ώση συνήθως δεν ψηλαφιέται εύκολα. Κοιλιακός καλπαστικός ρυθμός συνήθως δεν υπάρχει στον επιπωματισμό παρά σε σπάνιες περιπτώσεις.

Η παρουσία καλπαστικού ρυθμού και η απώθηση της καρδιακής ώσεως προς τα κάτω και έξω αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για διόγκωση της καρδιάς και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια παρά για καρδιακό επιπωματισμό σαν αιτίες αυξήσεως της φλεβικής πιέσεως και της δύσπνοιας.

Καρδιακός επιπωματισμός - Κλινικές εκδηλώσεις

- 1) Δύσπνοια
- 2) Ορθόπνοια
- 3) Ταχυκαρδία
- 4) Αύξηση της φλεβικής πιέσεως με σμίκρυνση του εύρους σφυγμού (διαφορικής πιέσεως)
- 5) Παράδοξος σφυγμός
- 6) Καρδιακοί ήχοι: φυσιολογικοί ή βύθιοι
- 7) Ακτινογραφία θώρακα: Καρδιακή σιιά φυσιολογική διογκωμένη καθαρά πνευμονικά πεδία
- 8) Ακτινοσκόπηση καρδιάς: Καρδιακές κινήσεις φυσιολογικές ή ελαττωμένες
- 9) Η Κ.Γ.: Ανύψωση του ST ή μη ειδικές αλλοιώσεις του T
Μερικές φορές ηλεκτρική εναλλαγή.

Διάγνωση

1) Ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι δυνατόν να εμφανίζει τυπικές αλλοιώσεις οξείας περικαρδίτιδας, όμως αυτό δεν παρατηρείται συχνά και οι αλλοιώσεις μπορεί να είναι σχετικά με ειδικές. Το δυναμικό του QRS και του κύματος T είναι συχνά χαμηλό. Υπάρχουν μη ειδικές αλλοιώσεις του ST και του T. Μερικές φορές υπάρχουν πιο ειδικές αλλοιώσεις. Λέγεται ότι όταν η εναλλαγή αφορά ταυτόχρονα το P, το QRS και το T. Είναι πρακτικά διαγνωστική του καρδιακού επιπωματισμού. Ωστόσο ο συνδυασμός αυτός είναι πάρα πολύ σπάνιος.

2) Ακτινολογικές εξετάσεις

Οι ακτινογραφίες συχνά είναι χρήσιμες. Η καρδιοπερικαρδιακή σκιά είναι φυσιολογικού μεγέθους ή ελαφρά αυξημένη και τα πνευμονικά πεδία τυπικά διαυγή. Το πνευμονικό οίδημα είναι ασύνηθες στον καρδιακό επιπωματισμό. Η ακτινοσκοπία της καρδιάς έχει περιορισμένη διαγνωστική αξία σε ασθενείς ύποπτους για καρδιακό επιπωματισμό. Σε περιπτώσεις καρδιακού τραύματος με ταχεία εγκατάσταση επιπωματισμού, η καρδιά συνήθως εμφανίζεται ήσυχη στη ακτινοσκοπική εξέταση. Όμως σε ασθενείς με πιο βαθμιαία έναρξη του επιπωματισμού ο ακτινολόγος περιγράφει κινήσεις φυσιολογικής ποιότητας. Εφόσον η κλινική εικόνα συνηγορεί, η διάγνωση του επιπωματισμού δεν πρέπει να απορρίπτεται επειδή ο ακτινολόγος αποφαινεται ότι οι κινήσεις της καρδιάς μοιάζουν φυσιολογικές. Μερικές φορές με τον ενισχυτή εικόνας είναι δυνατό να εντοπισθεί η γραμμή του επικαρδιακού λίπους αρκετά προς τα έσω του έξω χείλους της καρδιοπερικαρδιακής σκιάς. Η παρατήρηση αυτή φανερώνει την παρουσία του περικαρδιακού υγρού όχι όμως υποχρεωτικά και επιπωματισμού.

Ωστόσο το σημείο αυτό μερικαρδιακής συλλογής αναμένεται μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών με καρδιακό επιπωματισμό. Περικαρδιακό υγρό παρατηρείται συχνά σε προχωρημένη αμφικοιλιακή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή σε περικαρδίτιδα χωρίς καρδιακό επιπωματισμό.

Η ηχοκαρδιογραφία είναι πολύ ευαίσθητη μέθοδος για την ανίχνευση του περικαρδιακού υγρού και είναι η μέθοδος που συνήθως χρησιμοποιούμε.

Θεραπεία

Εκτός από τις περιπτώσεις που υπάρχει απελπιστική ανάγκη για άμεση περικοαρδιοκέντηση δηλαδή σε ασθενείς με απώλεια συνειδήσεως ή SHOCK προτιμούμε να επιβεβαιώνουμε την παρουσία περικαρδιακού υγρού με την ηχοκαρδιογραφία. Αν οι κλινικές εκδηλώσεις συνηγορούν για καρδιακό επιπωματισμό, η συνήθης αγωγή είναι η αφαίρεση υγρού από τον περικαρδιακό σάκιο. Δραματική βελτίωση της αρτηριακής πίεσεως και της καρδιακής παροχής, μπορεί να συμβεί με την αφαίρεση 25 ML υγρού (αν και συνήθως αφαιρείται περισσότερο). Αν η αφαίρεση του υγρού δεν μπορεί να γίνει αμέσως, η αρτηριακή πίεση βελτιώνεται με έγχυση φυσιολογικού ορού ή πλάσματος ή ενδοφλέβια έγχυση θετικών ινότροπων φαρμάκων όπως ισοπροτερενόλης. Μετάγγιση αίματος χρειάζεται σε τραυματίες που είχαν και απώλεια αίματος. Η άρση του καρδιακού επιπωματισμού δεν σημαίνει ότι τελείωσε και το θεραπευτικό έργο.

Θα πρέπει να αναζητηθεί η αιτία του καρδιακού επιπωματισμού και να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες για την πρόληψη της υποτροπής του. Το περικαρδιακό υγρό πρέπει να εξετασθεί για την διαπίστωση της αιτίας του επιπωματισμού. Αν ο ασθενής έπαιρνε αντιπηκτικό πρέπει να διακοπούν αμέσως, αν έπαιρνε γοναρφαρίνη, πρέπει να χορηγηθεί βιταμίνη Κ. Ειδική θεραπεία χρειάζεται ανάλογα με το αίτιο. Οι μικροβιακές λοιμώξεις απαιτούν ειδικά αντιβιοτικά. Η φυματίωση απαιτεί στρεπτομυκίνη, αιθανβουτόλη και ισονιαζίδη.

Στην ιδιοπαθή περικαρδίτιδα μπορεί να χρειασθούν κορτικοστεροειδή. Οι LOYKE και οι συνεργάτες του σε ορισμένους ασθενείς βρήκαν χρήσιμη τη χορήγηση συνδυασμού κορτικοστεροειδών και διουρητικών για την αντιμετώπιση του καρδιακού επιπωματισμού. Η αγωγή αυτή ελαττώνει το μέγεθος της εγκάρσιας διαμέτρου της καρδιάς κατά μέσο όρο 3,5 CM σε μία εβδομάδα σε ασθενείς με νόσο του μυοκαρδίου χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια. Χειρουργική θεραπεία απαιτείται σε ορισμένες περιστάσεις. Μία απ' αυτές είναι η ύπαρξη βέβαιου επιπωματισμού και η αδυναμία αφαιρέσεως υγρού με παρακέντηση ή όταν η αφαίρεση του υγρού δεν βελτιώνει τον επιπωματισμό. Η χειρουργική θεραπεία επίσης έχει ουσιώδη σημασία σε περιπτώσεις που το υγρό και ο επιπωματισμός υποτροπιάζουν επανειλημμένα. Η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής όταν ο επιπωματισμός οφείλεται σε τραύμα.

Στο παρελθόν είχε αντιμετωπισθεί ο τραυματικός επιπωματισμός με αφαίρεση του περικαρδιακού υγρού μία ή δύο φορές και προσφυγή στην ανοικτή εγχείρηση, αν παρατηρηθεί και άλλη υποτροπή. Ωστόσο, ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν ότι η χειρουργική θεραπεία πρέπει να χρησιμοποιείται πάντοτε όταν υπάρχει τραυματική αιμορραγία εντός του περικαρδιακού σάκου, με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου αναπτύξεως συμπιεστικής περικαρδίτιδας. Ο ασθενής με καρδιακό επιπωματισμό πρέπει να τοποθετείται σε μονάδα εντατικής θεραπείας, με προσεκτική παρακολούθηση της αρτηριακής και της φλεβικής πιέσεως για έγκαιρη αναγνώριση των υποτροπών.

ΟΞΕΙΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η θεραπεία της οξείας περικαρδίτιδας περιλαμβάνει την ανακούφιση από τα συμπτώματα και την αντιμετώπιση της υποκείμενης γενικής νόσου. Στην ιδιοπαθή καλοήγη περικαρδίτιδα συνήθως αρκούν η καθυσύχασση του ασθενούς, η ανάπαυση στο κρεβάτι όσο διαρκεί πυρετός και ο πόνος και η χορήγηση ασπιρίνης για την αντιμετώπιση του πόνου. Αν και τα κορτικοειδή έχουν σαν αποτελέσματα ότι ανακουφίζουν τα ενοχλήματα της νόσου, ο γιατρός δεν πρέπει να ξεχνά ότι το ενδεχόμενο φυματιώσεως ή άλλων μορφών λοιμώδους περικαρδίτιδας δεν μπορεί εύκολα να αποκλεισθεί. Γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιεί με σύνεση και προσοχή τα φάρμακα αυτά σε νόσους που ακολουθούν συνήθως καλοήγη πορεία. Σε περιπτώσεις με σίγουρη τη μη φυματιώδη αιτιολογία και πόνο που δεν υποχωρεί στα σαλικυλικά, η χορήγηση ινδομεθακίνης ή κορτικοστεροειδών πετυχαίνει δραματικά αποτελέσματα. Συνήθως χορηγείται πρενιζόνη 60 MG/24ωρο σε διαιρεμένες δόσεις επί τρεις εβδομάδες (δόση ενήλικου).

Η δόση μειώνεται κατά 5 ως 10 MG/24ωρο την εβδομάδα σε 30 MG/24ωρο και στη συνέχεια κατά 2,5 MG/24ωρο σε εβδομαδιαία διαστήματα.

Η θεραπεία της ρευματικής περικαρδίτιδας συνίσταται στη θεραπεία του υποκείμενου ρευματικού πυρετού και συνήθως επιβάλλει περίοδο αναπαύσεως στο κρεβάτι. Συνιστώνται αρχικά θεραπευτικές δόσεις πενικολλίνης επί 10 με 14 μέρες και στη συνέχεια χορήγηση του φαρμάκου αυτού σε προφυλακτικές δόσεις. Επειδή συνυπάρχει μυοκαρδίτιδα και ενδοκαρδίτιδα συνιστάται η χορήγηση κορτικοστεροειδών 3-6 εβδομάδες.

Σε περιπτώσεις με πιθανή φυματίωση αιτιολογία λόγω των κλινικών πλαισίων και της κλινικής πορείας της νόσου η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει μακροχρόνια χορήγηση αντιφυματικών φαρμάκων.

Ο ασθενής τοποθετείται σε ανάπαυση στο κρεβάτι όσο διαρκεί ο πυρετός. Χορηγείται ισονιαζίδη 300 MG/24ωρο από το στόμα σε συνδυασμό αιθαμβοντόλη 15 MG/KG βάρους σώματος ημερησίως. Η θεραπεία συνεχίζεται επί 1-2 έτη. Η στρεπτομυκίνη σε δόση της στρεπτομυκόνης μειώνεται στο 1G δύο φορές τη βδομάδα και συνεχίζεται επί ένα έτος.

Η ουραιμική περικαρδίτιδα καθώς και οι υπόλοιπες εκδηλώσεις του ουραιμικού συνδρόμου αντιμετωπίζονται με την περιτοναϊκή διύλιση, την αιμοδιύλιση ή τη μεταμόσχευση νεφρού σε επιλεγμένες περιπτώσεις.

Στην πυώδη περικαρδίτιδα συνήθως πνευμονιοκοκκική ή μηνιγγοκοκκική ή της αστρακιάς.

Αντιβιοτικά κατόπιν καθορισμού ευαισθησίας του απομονωθέντα μικροοργανισμού σ' αυτά.

Επί τυφοειδούς, χλωραμφενικόλη εν ανάγκη και τοπικά κατόπιν παρακεντήσεως.

Στη χρόνια αζωθαιμική νεφρίτιδα η πρόγνωση είναι βαθύτατη, η θεραπεία συμπίπτει με την της ουραιμίας. Όταν οι ειδικές μορφές λοιμώδους περικαρδίτιδας που συνδέονται με νόσο της αριστερής υπεζωκτικής κοιλότητας ή με συφαιμία αντιμετωπίζονται με τα κατάλληλα αντιβιοτικά ή εγχειρητική παροχέτευση, πολλές φορές είναι περιττή. Ωστόσο αν η ανταπόκριση είναι πενιχρή, η χειρουργική θεραπεία δεν πρέπει να καθυστερεί.

Η περικαρδίτιδα του ερυθματώδους λύκου συνήθως ανταποκρίνεται στη θεραπεία με κορτικοστεροειδή αν και μερικές φορές αναπτύσσεται καρδιακός επιπωματισμός και απαιτείται παρακέντηση του περικαρδίου.

Το σύνδρομο μετά θωρακοτομή και το μετεμφραγματικό σύνδρομο αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζεται και η οξεία περικαρδίτιδα. Και στις 3 αυτές καταστάσεις συχνές είναι οι υποτροπές. Σε περιπτώσεις με πολυάριθμες υποτροπές πρέπει να γίνεται σκέψη εκτομής του περικαρδίου, όμως τα αποτελέσματα συχνά είναι απογοητευτικά.

Η περικαρδιακή συλλογή που προκαλείται από ορισμένες μορφές νεοπλασμάτων πρέπει να αντιμετωπίζεται με τοπική έγχυση (τριαιθυλενοθειοφωσφοραμίσης) στον περικαρδιακό χώρο, ωστόσο σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική εκτομή του περικαρδίου.

Η περικαρδιακή συλλογή από μυκοΐδημα σπάνια προκαλεί καρδιακό επιπωματισμό ανταποκρίνεται στη χορήγηση θυρεοειδικής ορμόνης. Η θεραπεία με κορτικοστεροειδή είναι χρήσιμη στην περικαρδίτιδα από ακτινοβολία και στην περικαρδίτιδα από χορήγηση ορισμένων φαρμάκων, όπως προκainaμίδης.

ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Η παρακέντηση του περικαρδίου με βελόνα διενεργείται σε ασθενείς με οξεία περικαρδίτιδα για ένα από τους δύο κυρίους λόγους:

Για επιβεβαίωση της διαγνώσεως, σε μια προσπάθεια τακτοποιήσεως του αιτιολογικού παράγοντα 2, για την αντιμετώπιση του οξέος καρδιακού επιπωματισμού. Η παρακέντηση του περικαρδιακού χώρου αποτελεί σοβαρή ιατρική πράξη. Η τρώση μιας στεφανιαίας αρτηρίας ή του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει θάνατο από καρδιακό επιπωματισμό. Άλλες επιπλοκές είναι η κοιλιακή μαρμαρυγή και η αγγειοπαρασυμπαθητική ανακοπή. Η παρακέντηση του περικαρδίου δημιουργείται με τον ασθενή τοποθετημένο σε κλίση 60 μοιρών από το οριζόντιο επίπεδο. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται κατά προτίμηση από μια από τις εξής δύο θέσεις:

α) Από την υποξιφοειδή θέση όπου η βελόνα εισάγεται στη γωνία μεταξύ αριστερού πλευρικού τόξου και ξιφοειδούς και κατευθύνεται προς το δεξιό ώμο.

β) Η άλλη θέση από την κορυφή της καρδιάς 2CM επί τα εντός του αριστερού χείλους της καρδιακής αμβλύτητας με κατεύθυνση της βελόνας προς το τέταρτο θωρακικό σπόνδυλο. Η βελόνα θα πρέπει να έχει μικρή αιχμή για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου τρώσεως.

Αν από την παρακέντηση βγει αδρά αιμορραγικό υγρό προσδιορίζεται ο αιματοκρίτης του και συγκρίνεται με τον αιματοκρίτη του αίματος του ασθενή για να αποκλεισθεί η είσοδος της βελόνας σε καρδιακή κοιλότητα. Η αδυναμία πήξεως του αιμορραγικού υγρού είναι μια άλλη απόδειξη ότι δεν προήλθε από το εσωτερικό της καρδιάς. Οι ασθενείς με καλοήγη περικαρδίτιδα έχουν συχνότερα λεπτό περικάρδιο, όμως το τελευταίο είναι δυνατόν να παχυνθεί. Οι ασθενείς με φυματιώδη ή νεοπλασματική περικαρδίτιδα εμφανίζουν συχνότερα παχυσμένο περικάρδιο.

Σε πολλά νοσοκομεία η τακτική είναι να γίνεται η αφαίρεση του περικαρδιακού υγρού από θωρακοχειρουργό ώστε να μπορεί να αντιμετωπισθεί κάθε επιπλοκή. Κατά τη διάρκεια της παρακεντήσεως λαμβάνεται το ηλεκτροκαρδιογράφημα καθώς και η αρτηριακή φλεβική πίεση. Κοντά εκεί θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα απινιδωτής και συσκευή για τεχνική αναπνοή. Η άμεση ελάττωση της φλεβικής πιέσεως σε συνδυασμό με αύξηση της αρτηριακής πιέσεως μετά την αφαίρεση του περικαρδιακού υγρού αποτελούν πειστική απόδειξη του ότι υπήρχε καρδιακός επιπωματισμός. Σε περιπτώσεις που απαιτούνται επανειλημμένες εκκενωτικές παρακεντήσεις για την άρση του καρδιακού επιπωματισμού ενδείνεται άμεση χειρουργική εξαίρεση του περικαρδίου. Η παρακέντηση του περικαρδίου με βελόνα του περικαρδίου πρέπει να επιφυλάσσεται μόνο για την επείγουσα αντιμετώπιση του καρδιακού επιπωματισμού.

Για διαγνωστικούς σκοπούς η μέθοδος της ανοικτής χειρουργικής παροχετεύσεως και βιοψίας του περικαρδίου και ασφαλέστερη είναι και περισσότερες πληροφορίες δίνει.

ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η θεραπεία της συμπίεστικής περικαρδίτιδας σήμερα είναι χειρουργική εφόσον η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται προοδευτικά. Εκτελείται αποφλοίωση της καρδιάς από το αλλοιωμένο περικάρδιο και απελευθερώνονται έτσι οι κοιλίες. Λόγω της σημαντικής εγχειρητικής θνητότητας η χειρουργική θεραπεία δεν συνιστάται σε ασθενείς με ελαφρό περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας. Εάν ο ασθενής δεν χειρουργηθεί, η νόσος εξελίσσεται σε άλλοτε άλλο χρόνο σε ηπατική κύρρωση.

Η δακτυλίτις προσφέρει μικρή βοήθεια γιατί δεν δύναται να αυξήσει την ικανότητα πληρώσεως των κοιλίων. Η δακτυλίτιδα καταστέλλει τον κομβικό ιστό, εξασκεί επίδραση όμοια προς την του ερεθισμού του πνευμονογαστρικού, ιδιαίτερα στον κολποκοιλιακό κόμβο.

Σε περιπτώσεις με πιθανή φυματιώδη περικαρδίτιδα της χειρουργικής εκτομής πρέπει να προηγείται αντιφυματική θεραπεία για αρκετές εβδομάδες. Αν και η θνητότητα της χειρουργικής εκτομής του περικαρδίου ήταν παλιότερα 25% φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός αυτός έχει μικρύνει, ανέρχεται σε 11% περίπου.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά μέχρι προ ολίγων ετών εθεωρείτο απαγορευμένη περιοχή για την χειρουργική, σήμερα έχει καταλάβει προεξέχοντα θέση μέσα στην γενική χειρουργική και πολλές αν όχι περισσότερες από τις παθήσεις της καρδιάς μπορούν να υποστούν εγχείρηση, με καλά αποτελέσματα. Από την αρχή σχεδόν του αιώνα εκτελούνται χειρουργικές επεμβάσεις εξωτερικά της καρδιάς, αλλά κανείς δεν τολμούσε να επέμβει στο εσωτερικό της, γιατί δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μέσα. Και είναι γνωστό ότι εάν υπό κανονική θερμοκρασία γίνει διακοπή της καρδιακής λειτουργίας για 4 λεπτά και οξυγονωμένο αίμα, δεν τροφοδοτεί τον εγκέφαλο, τότε επέρχονται εγκεφαλικές βλάβες ανεπανόρθωτες. Εάν όμως η γενική θερμοκρασία του ασθενούς κατέβει, ο εγκέφαλος φτάνει τα 8 λεπτά, να μην αναπτύξει εγκεφαλικές βλάβες.

Σήμερα με την τελειοποίηση των μηχανημάτων "εξωσωματικής κυκλοφορίας", είναι δυνατό να παραμείνει η καρδιά εκτός λειτουργίας για αρκετό χρονικό διάστημα, πράγμα που επιτρέπει στον χειρουργό να εκτελέσει σωστά το έργο του. Άρα η αλματώδης εξέλιξη της χειρουργικής της καρδιάς οφείλεται στην εφαρμογή των τεχνολογικών επιτευμάτων της επιστήμης. Η αδελφή θα πρέπει να μπορεί να εκτιμάει την τεράστια συνεισφορά των παραπάνω συσκευών και μέσων στις χειρουργικές επεμβάσεις της καρδιάς, αν γνωρίζει αρκετά την χρήση τους.

Α. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σε περίπτωση που η συντηρητική νοσηλευτική φροντίδα αποτύχει στην οξεία περικαρδίτιδα ή δεν είναι δυνατή η αφαίρεση του υγρού με παρακέντηση σε επιπωματισμό ή όταν η αφαίραση του υγρού δεν βελτιώνει την κατάσταση ή τέλος όταν υπάρχουν υποτροπές του υγρού και του επιπωματισμού, εφαρμόζεται χειρουργική θεραπεία. Σχεδόν πάντοτε γίνεται χειρουργική αποφλοίωση της καρδιάς στην χρόνια συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Το πρώτο σύμπτωμα που πρέπει να αντιμετωπίσετε και το πιο επικίνδυνο είναι ο φόβος του ασθενή για την εγχείρηση, και οι ανησυχίες για το μέλλον του. Ο ασθενής θέλει να πληροφορηθεί και να βεβαιωθεί ότι βρίσκεται σε χέρια επιδέξιων γιατρών και νοσηλευτών.

Τόσο η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, όσο και η μεταγχειρητική είναι μεγάλης σημασίας και εξαρτάται από την ικανοποίηση των συναισθηματικών και ψυχικών αναγκών του. Γνωρίζοντας η νοσηλεύτρια προεγχειρητικώς τις συνήθειες του ασθενούς, απασχολήσεις, ενδιαφέροντα, ανησυχίες καθώς και το ρόλο του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον θα μπορέσει να προσφέρει την αναμενόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Οι μεταβολές στην έκφραση του προσώπου και τη διάθεση θα μπορούν να ερμηνευτούν από την νοσηλεύτρια όταν αυτή χρησιμοποιεί την παρατήρηση. Το ενδιαφέρον, η κατανόηση, η συμπαράσταση, η στοργή και η αγάπη βοηθούν στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή.

Οι κοινωνικο-οικογενειακές συνθήκες, του προς εγχείρηση καρδιολογικού ασθενούς έχουν μεγάλες επιπτώσεις στην όλη θεραπεία του.

Η οικονομική επιβάρυνση από τη νοσηλεία, τις εξετάσεις και τη διαμονή στο νοσοκομείο δημιουργούν αδιέξοδο και μεγάλης πίεσεως.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει στενή συνεργασία με το περιβάλλον του γιατί το πρόβλημα της υγείας του είναι μεγάλης διάρκειας και ταλαιπωρίας, οπότε η βοήθεια πρέπει να ενισχύεται και από αυτή την πλευρά.

Αν ο ασθενής εκδηλώσει όλους τους φόβους του τις ανησυχίες του, τις αγωνίες του και τα προβλήματά του στην νοσηλεύτρια προεγχειρητικώς τότε οι οδηγίες και οι πληροφορίες που θα πάρει θα τον βοηθήσουν στην μετεγχειρητική πορεία του.

Οι προεγχειρητικές ιατρικές εξετάσεις εκτός από τις διαγνωστικές συμπεριλαμβάνουν πλήρη αιματολογικό και ακτινολογικό έλεγχο, για να προληφθούν τυχόν επιπλοκές στην πορεία της επέμβασης και της περαιτέρω κατάστασης αυτού.

Η φαρμακευτική αγωγή και κυρίως η χορήγηση διουρητικών και καρδιοτονωτικών ρυθμίζεται από την υπάρχουσα συμπτωματολογία του ασθενούς.

Η γενική περιποίηση του αρρώστου που πρόκειται να πάει σε χειρουργείο περιλαμβάνει τα εξής:

- 1) Περιποίηση στόματος. Αυτή πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, επιμέλεια και σχολαστικότητα, και σαν σκοπό έχει τη μείωση των παθολογικών μικροοργανισμών στην αναπνευστική οδό.
- 2) Γενική καθαριότητα εφόσον η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει και δεν υπάρχει διαφορετική ιατρική εντολή παροτρύνεται ο ασθενής για καθημερινό λουτρό καθαριότητας.

Οι όχυνες του άκρου ποδός πρέπει να περιποιούνται, σε περίπτωση που είναι χρωματισμένα με βερνίκι νυχιών επιβάλλεται πλήρης αποχρωματισμός τους για να διακρίνονται σημεία κυάνωσης, ή αγγειακών τοπικών διαταραχών των ρειχοειδών αγγείων. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν δέχεται τον αποχρωματισμό τότε αυτός γίνεται την μέρα της εγχείρησης.

3) Απόχρεμψη και βαθιά αναπνοή:Και τα δύο έχουν μεγάλη σημασία για τον κατάλληλο αερισμό του ασθενούς μετεγχειρητικώς.Ο ασθενής βοηθάται να αποβάλει πτύελα,παίρνοντας βαθιά εισπνοή σφίγγοντας τους μύς του στομάχου και έτσι αποβάλει τα πτύελα.Η περίοδος αυτή είναι η πιο κατάλληλη για να εξοικιωθεί με τα αναπνευστικά μηχανήματα,τα οποία μετεγχειρητικώς μπορεί να χρησιμοποιήσει.

Ειδικότερες νοσηλευτικές διεργασίες αρχίζουν από την προηγούμενη της εγχειρήσεως.

Κατά πρώτον γίνεται καθαριότητα η οποία περιλαμβάνει λουτρό και τοπική πλύση,καιθώς και αντισηψία δέρματος και βλενογόνου.Το επόμενο βήμα είναι το ξύρισμα της μασχάλης,στήθους (αν είναι άνδρας) και ο υποκλισμός για την κάθαρση του εντερικού σωλήνα,που γίνεται το απόγευμα μαζί με τοπική καθαριότητα.

Φροντίζει το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να μην λάβει το μεσημεριανό και βραδυνό φαγητό δηλαδή θα παραμείνει νηστικός κατά τη διάρκεια της ημέρας.Κατόπιν ελέγχονται και τα δύο χέρια και κυρίως η έσω επιφάνεια της κατ'αγκώνα αρθρώσεως για την εύρεση βλεβών.

Αυτή είναι ανπόφευκτη γιατί η παρεντερική χορήγηση ορών θα διαρκέσει πολλές μέρες.

Τοποθετείται LEVIN για την πρόληψη μετεωρισμού της κοιλιάς και γασρεοπληξίας.

Η νοσηλεύτρια του χειρουργείου επισκέπτεται τον ασθενή στο τμήμα για μία γνωριμία και καθυσύχανση,έτσι ώστε το περιβάλλον του χειρουργείου,μπορεί να του είναι άγνωστο,αλλά θα μπορέσει να βρει κάποιο γνώριμο πρόσωπο με συνέπεια την ελάττωση του φόβου και του STRESS που θα τον καταλαμβάνει.Θα προσπαθήσει να του εξηγήσει με πιο τρόπο μπορεί να βοηθήσει τον ίδιο του τον εαυτό και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.Να του δώσει να καταλάβει τι κίνδυνοι μπορεί να προληφθούν εάν είναι συνεργάσιμος.

Άλλο καθήκον της νοσηλεύτριας του τμήματος είναι η συζήτηση γύρω από την εγχείρηση η οποία αποσκοπεί στην ενημέρωση του ασθενούς και στην διευκρίνιση ορισμένων αποριών του. Ακόμα θα του εξηγήσει για την παροχέτευση που μπορεί να έχει, την συσκευή οξυγόνου, την παρεντερική χορήγηση ορών κ.τ.λ. Οποιαδήποτε απορία του ασθενή πρέπει να λύνεται από το αρμόδιο πρόσωπο, όπως φυσιοθεραπευτού, ιατρού, κοινωνικού λειτουργού, κ.τ.λ. Η επόμενη κίνηση είναι η ενημέρωση και η σωστή πληροφόρηση των συγγενών για την έναρξη και την πορεία αυτής, αλλά πρέπει να τονίζεται η ανάγκη ευρέσεως μερικών φιαλών αίματος για την αποκατάσταση του αίματος που έχασε ο ασθενής κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Σε ειδικές περιπτώσεις όπως άπορος ηλικιωμένος χωρίς συγγενείς ή ασφαλιστικό ταμείο κ.τ.λ., καλείται η κοινωνική λειτουργός του ιδρύματος και γίνεται σ'αυτή μια γενική ενημέρωση της καταστάσεως του, έτσι ώστε να αναλαμβάνει τα προβλήματα που τον αφορούν.

Κατά την ημέρα της εγχείρησης λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς και αναγράφεται οποιαδήποτε αλλοίωση ή μεταβολή τους, η οποία γίνεται γνωστή στον θεράποντα χειρουργό. Το ΗΚΓ είναι απαραίτητο για την ολοκλήρωση της προεγχειρητικής εικόνας. Πριν ο ασθενής ντυθεί για το χειρουργείο γίνεται καθαριότητα και αντισηψία. Απομακρύνονται οι τεχνητές οδοντοστοιχίες, κοσμήματα και ότι άλλο πολύτιμο αντικείμενο έχει πάνω του. Αυτά δίνονται στους συγγενείς ή στην προϊσταμένη του τμήματος για φύλαξη.

Β. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετά το πέρας της εγχείρησης ο ασθενής εισάγεται σε Μ.Ε.Θ. μετά από προσυνηνόηση των προϊσταμένων μονάδας και καρδιολογικού τμήματος.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας το πρώτο 48/ωρο από την εγχείρηση. Αυτό την υποχρεώνει να εμπλουτίζει τις εμπειρίες και τις γνώσεις της για να παρέχει σωστή χειρουργική νοσηλευτική φροντίδα.

Αφού μεταφερθεί ο ασθενής στη μονάδα συνδέεται με μόνιτος για τη συνεχή παρακολούθηση της καταστάσεώς του και έχουμε πρόχειρο δί-σκο για τυχόν ανακοπή.

Κατά την πρώτη χειρουργική μέρα γίνεται ακτινολογικός έλεγχος του θώρακα για βεβαίωση του βαθμού εκπήξεως των πνευμόνων, τυχόν συλλογής υγρού στην κοιλότητα του υπεζωκότα κ.τ.λ.

Ο έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος TEST PROTHROBINE, αιματοκρίτου, λευκοκυτταρικού τύπου, ποσού ερυθρών αιμοσφαιρίων και γενικές εξετάσεις των ούρων, επιβάλλονται για την εκτίμηση της παρούσας κατάστασης.

Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία για 6-8 ώρες κάθε 5' και 10'. Η διατήρηση της αρτηριακής πίεσεως στα φυσιολογικά όρια συμβάλλει στην πρόληψη μη ανατάξιμου SHOCK με βλαβερές επιπτώσεις στην καρδιά, στον εγκέφαλο, στους πνεύμονες, στα νεφρά κ.τ.λ. Σε περίπτωση κατά την οποία η συστολική πίεση κατέβει στα 80 MMHG και κάτω απ' αυτήν, τότε ο θεράπων χειρουργός χορηγεί NEOSYNEPHRINE ή άλλα αγγειοσυσταλτικά φάρμακα. Έντονο άλγος ή κινήσεις μπορεί να συμβάλλουν σε αύξηση της αρτηριακής πίεσης, οπότε αυτή πρέπει να ελέγχεται φαρμακευτικά. Διακυμάνσεις της Α.Π. από 20 MMHG κάτω θεωρούνται φυσιολογικές. Τόσο η συχνότητα όσο και η ένταση του σφυγμού πρέπει να γίνονται γνωστά στον θεράποντα χειρουργό και να αναγράφονται.

Αλλοιώσεις στα φυσιολογικά χαρακτηριστικά του σφυγμού μπορεί να δηλώνουν επερχόμενη καρδιακή μαρμαρυγή και κατά συνέπεια και καρδιακή ανακοπή.

Σε μερικούς ασθενείς δεν αναμένεται η ψηλάφηση του περιφερικού σφυγμού κατά την άμεσο μετεγχειρητική περίοδο. Αυτό πρέπει να γίνεται γνωστό από το γιατρό στην νοσηλεύτρια.

Αυτή γνωρίζοντας αυτό θα διαβεβαιώνεται για την ύπαρξη του είτε από τα σημεία ψηλαφίσεως του (κερριδική αρτηρία, καρωτίδα, κροταφική μηριαία), είτε κεντρικά με στηθοσκόπο. Οποιαδήποτε αύξηση της θερμοκρασίας πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό και κυρίως πάνω από 39 βαθμούς C, γιατί αυτό αυξάνει το έργο της καρδιάς. Θερμοκρασία κάτω από 36 βαθμούς C, πρέπει να αναφέρεται και να ελέγχεται γιατί αυτό μπορεί να δηλώσει κάποιο επερχόμενο SHOCK ή καρδιακή ανεπάρκεια. Εάν χρειαστεί να προστατευτεί ο ασθενής από τη μεγάλη θερμοκρασία συνιστάται η χρήση μάλλινων κλινοσκεπασμάτων και όχι θερμοφόρων.

Η καθημερινή φροντίδα περιλαμβάνει α) λουτρό καθαριότητας επί κλίνης μέχρι την έγερση του ασθενούς και ανά 4/ωρο πλύσιμο ράχως και φροντίδα περιοχών δέρματος που ασκείται πίεση (γλοτοί, αγκώνας, πτέρνες), β) συχνή αλλαγή θέσεως για την ανακούφιση του ασθενούς και πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό και κυκλοφορικό και γ) καθαριότητα στόματος όπως προεγχειρητικώς.

Ένα κοινό πρόβλημα όλων των χειρουργημένων ασθενών είναι η αποβολή εκκρίσεων. Συμπτώματα όπως ανησυχία, εφίδρωση, ταχυκαρδία, δύσπνοια, κυάνωση, υγρός βήχας (εάν υπάρχει), όπως και υγρά θορυβώδη αναπνοή δηλώνουν την παρουσία κατακρατημένων εκκρίσεων. Σταθερά ανύψωση της θερμοκρασίας και της συχνότητας του σφυγμού είναι ενδεικτικά σημεία ατελεκτασίας και μη αποβολής εκκρίσεων. Εάν δεν γίνει η έξοδος των εκκρίσεων, τότε όχι μόνο μπορούμε να φτάσουμε στην ατελεκτασία αλλά και στην καρδιακή κάμψη.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή αν με τα δύο χέρια κρατάει το θωρακικό τραύμα, και αυτός παίρνει βαθιές εισπνοές. Με τις βαθιές εισπνοές ευαισθητοποιείται το αντανακλαστικό του βήχα και ακολουθεί έντονος βήχας ο οποίος παρασύρει και τα εκρίσματα. Η επανάληψη αυτού κατά συχνά χρονικά διαστήματα (κάθε 2-3 ώρες) οδηγεί στο ποθούμενο αποτέλεσμα. Σε περίπτωση αρνητικού αποτελέσματος χρησιμοποιείται βρογχοαναρρόφηση με ενδοτραχειακό σωλήνα. Εάν αυτό αποτύχει γίνεται με τη χρήση βλενοδιαλυτικών φαρμάκων όπως το ISUPREL το οποίο υγροποιεί και ρευστοποιεί τις εκκρίσεις.

Μετά το πρώτο 24/ωρο ο ασθενής κινείται εκτός της κλίνης. Η τοποθέτηση ανελκυστήρος βοηθάει αρκετά τον ασθενή για να μπορεί να σύρεται προς τα πάνω και να αλλάζει θέση.

Στο κατώτερο τμήμα της θωρακικής τομής τοποθετείται ειδικός παροχετευτικός σωλήνας ο οποίος και σταθεροποιείται με ειδική τομή. Το άκρο του σωλήνα συνδέεται με σύστημα BILLOW και έτσι ο πλεονάζων αέρας και τα υγρά από την υπεζωκοτική κοιλότητα εξέρχονται χωρίς να μπορούν να ξαναεισέλθουν. Η τοποθέτηση της παροχέτευσης στην υπεζωκοτική κοιλότητα αποσκοπεί στη διατήρηση της υλοατμοσφαιρικής πίεσης μέσα στην κοιλότητα αυτή. Δύο λαβίδες "κόχερ" βρίσκονται κοντά στον ασθενή για την περίπτωση αποσυνδέσεως του παροχετευτικού σωλήνα από την συσκευή ή άλλου ατυχήματος. Η νοσηλεύτρια ελέγχει το ποσό της παροχέτευσης και ενημερώνει το γιατρό, αν αυτή είναι μειωμένη τότε η συλλογή των υγρών γίνεται στη θωρακική κοιλότητα και οι επιπτώσεις της καρδιακής λειτουργίας είναι αξιοσημείωτες. Σε περίπτωση που ζητείται η ωριαία μέτρηση των αποβαλλομένων υγρών, τότε κατά μήκος της φιάλης BILLOW τοποθετείται ταινία λευκοπλαστ και σημειώνονται τα ωριαία αθροίσματα των υγρών.

Ο αερισμός των πνευμόνων επιτυγχάνονται ευκολότερα με τη χορήγηση οξυγόνου με μάσκα έως ότου ο ασθενής να διανίψει πλήρως. Μετά συνεχίζεται η χορήγηση με ρινοφαρυγγικό σωλήνα και δίνεται 6LIT/MIN.

Υποχρέωση της νοσηλεύτριας είναι η καλή τοποθέτηση του σωλήνα όσο και ο συχνός καθαρισμός αυτού, καθώς και η αναγραφή των χορηγούμενων όγκων O₂.

Οι χειρουργημένοι καρδιολογικοί ασθενείς έχουν εντοθωρακικό άλγος μετεγχειρητικώς, που οφείλεται τις περισσότερες φορές στη σύσπαση των πλευρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Η χορήγηση αναλγητικών γίνεται με μεγάλη προσοχή. Εκτιμάται πρώτα η κατάσταση του ασθενή και ανάλογα γίνεται η χορήγηση αναλγητικών. Κατά το πρώτο 24/ωρο χορηγείται PETHIDNE 1/2 % 4/ωρο ή 6/ωρο.

Η χορηγούμενη δόση είναι ακριβής και ο ασθενής παρακολουθείται συχνά για συμπτώματα μείωσης αντιστάσεως του οργανισμού και αντιδράσεων. Σε περίπτωση που εμφανιστούν τέτοια συμπτώματα όχι μόνο διακόπτεται το φάρμακο αλλά στην ανάγκη χορηγούνται και ανταγωνιστικά αυτού. Αν επιβάλλεται η ξαναχρησιμοποίηση αυτού του φαρμάκου τότε υπάρχει μείωση στη δόση και στην συχνότητα αλλά επιβάλλεται συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς για την ανακάλυψη τυχόν αντιστοιχίας. Η νοσηλεύτρια σ'όλο αυτό το επικίνδυνο στάδιο προσπαθεί να βρισκεται ο ασθενής σε κατάσταση ανέσεως και ηρεμίας. Άλλοι πάλι παραπονιούνται για άλγος στο αριστερό χέρι ή αίσθημα ψύχους ή εμμωδίας. Η νοσηλεύτρια συμβουλεύει τον ασθενή να κινεί το αριστερό του χέρι και τον αριστερό ώμο άρθρωσης με ενεργητικές κινήσεις και όχι παθητικές (με τη βοήθεια του δεξιού χεριού) π.χ. χτένισμα μαλλιών, κούμπωμα κουμπιών της μπιτζάμας κ.τ.λ. Τα κάτω άκρα κινούνται συνεχώς, εφόσον δεν έχει γίνει καμμία χειρουργική επέμβαση σ'αυτά.

Συνήθως ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση και παραμένει σ' αυτή μέχρις ότου η συστολική πίεση να ανέβει στο επίπεδο των 100MM HG. Πριν ο ασθενής τοποθετηθεί σε ανάρροπο θέση η Α.Π. ελέγχεται και επαναλαμβάνεται η λήψη αυτή ανά 5 λεπτά, μέχρι να σταθεροποιηθεί η πίεση σ' αυτή τη θέση. Σε περίπτωση που η Α.Π. κατέβει τότε πάλι ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση και επανατοποθετείται σε ανάρροπο μετά την πάροδο τουλάχιστον 30 λεπτών.

Ακόμη αποφεύγεται η τοποθέτηση προσκεφάλων κάτω από τα γόνατα. Τέτοια θέση μετεγχειρητικώς μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη θρομβώσεως της κάτω κοιλιακής αορτής ή των αγγείων των κάτω άκρων, επειδή παρεμποδίζεται η ροή του αίματος διαμέσου αυτών. Συμπτώματα όπως μυρμηγκίαση η εμμώδια, εμφάνιση κυανώσεως στις φάλαγγες, στη χροιά του δέρματος και στο χείλος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και να αντιμετωπίζονται ταχύτατα.

Κατά την τρίτη μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής βγαίνει από τη μονάδα εντατικής θεραπείας όπου είχε προσκομισθεί αμέσως μετά την εγχείρηση και μεταφέρεται στο καρδιολογικό τμήμα που ήταν προεγχειρητικώς. Τα νοσηλευτικά μέτρα και μέσα εξατομικεύονται. Κατά την 5η και 8η μέρα ο ασθενής μπορεί να σηκώνεται από το κρεβάτι του και να κάθεται σε πολυθρόνα. Κατά τη 12η και 14η μετεγχειρητική μέρα ο ασθενής μπορεί να κυκλοφορεί ελεύθερα.

Πριν από την αναχώρηση του ασθενή γίνεται πλήρης αιματολογικός, ακτινολογικός κ.τ.λ. έλεγχος για δύο λόγους. Ο πρώτος είναι για να συγκριθούν τα τωρικά αποτελέσματα με τα προεγχειρητικά και ο δεύτερος για να υπάρχει κριτήριο για τους μελλοντικούς επανελέγχους.

Η επιτυχής ή όχι έκβαση των εγχειρήσεων εκτιμάται από τα ευρήματα αυτών των εξετάσεων, που αποτελούν κατευθυντήρια γραμμή για την φαρμακευτική αγωγή, για το ποσό και το είδος των δραστηριοτήτων, το είδος δίαιτας, κ.τ.λ. Διάφορες επιπλοκές που τυχόν να εμφανιστούν μετεγχειρητικά είναι: Διαπύηση τραυμάτων, διαπύηση τραύματος αιμορραγία, μυϊκοί σπασμοί, λόξυγγας, ανησυχία, στενοχώρια, θρόμβωση, ατελεκτασία, πνευμοθώρακα κ.τ.λ., τις οποίες η νοσηλεύτρια πρέπει να ξέρει να τις αντιμετωπίσει και με τα πρώτα συμπτώματα να τις προλαβαίνει.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η διατροφή του ασθενούς εξαρτάται από το είδος της περικαρδίτιδας και από τα υπάρχοντα συμπτώματα π.χ. α)σε πυρετό ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει μεγάλη ποσότητα γάλακτος το 24/ωρο για να έχει τ'απαραίτητο λεύκωμα δηλαδή για ασθενή 60 κιλών αντιστοιχούν 2 κιλά γάλα. Ακόμη πρέπει να λαμβάνει μεγάλη ποσότητα υγρών όπως χυμοί φρούτων από πορτοκάλια, λεμόνια, σταφύλια β)σε δύσπνοια, όπου τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά γ)στην ρευματική μορφή, όπου δίνουμε δίαιτα εμπλουτισμένη με βιταμίνες. Όταν όμως ο ασθενής χειρουργηθεί η διατροφή διακόπτεται μέχρι να κινητοποιηθεί ο εντερικός σωλήνας και να υποχωρήσουν τα συμπτώματα μετεωρισμού της κοιλιάς και η διάταση του στομάχου. Η παρεντερική χορήγηση υγρών αντικαθίσταται με την λήψη από του στόματος αυτών. Η χορηγούμενη ποσότητα ρυθμίζεται από την ανεκτικότητα του ασθενή. Η θερμοκρασία τους να είναι χλιαρή, ούτε πολύ ψυχρή, ούτε πολύ θερμή γιατί μπορεί να εμφανίσουν καρδιακές ανωμαλίες. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα ναυτίας, τότε γίνεται η διακοπή των υγρών. Μόλις αποκατασταθεί η πεπτική λειτουργία και η χορήγηση των υγρών είναι ελεύθερη, η πολτώδης δίαιτα καρδιοπαθούς, όπου βασικές αρχές της είναι ο σωστός συσχετισμός πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπαρών, μεταλλικών αλάτων, βιταμινών κ.τ.λ. και το αρθρολογικό πρόγραμμα.

Ο νοσηλευτής, πρέπει να μετράει σχολαστικά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Η τήρηση διαγράμματος ισοζυγίου υγρών είναι επιτακτική όπως και ο ημερήσιος έλεγχος του βάρους του σώματος του ασθενούς.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η θεραπεία της αποκατάστασης έχει αποστολή να προετοιμάσει τον ασθενή για να επανέλθει στη δουλειά του. Αρχίζει από τις πρώτες μέρες της θεραπείας και γίνεται με την καθοδήγηση και τον έλεγχο του γιατρού. Ο χρόνος ανάρρωσης ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Έτσι τόσο οι ιατρικές εντολές όσο και τα νοσηλευτικά μέσα και μέτρα εξατομικεύονται. Πριν από την αναχώρηση του ασθενούς γίνεται πλήρης ακτινολογικός, αιματολογικός, νεφρικός κ.τ.λ. έλεγχος τούτου για να συγκριθούν τα τελικά αποτελέσματα με τα προηγούμενα. Η επιτυχής ή μη έκβαση της εγχειρήσεως εκτιμάται από τα ευρήματα των παραπάνω εξετάσεων. Επίσης γίνεται η κατευθυντήρια γραμμή τυχόν μελλοντικής αγωγής, ποσού και είδους δραστηριοτήτων, είδους διαίτης κ.τ.λ.

Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται η ενθάρυνση του αρρώστου ώστε να απαλλαγεί από την καταθλιπτική διάθεση, να του καλλιεργηθεί η βεβαιότητα για την αίσια έκβαση της θεραπείας. Σε άλλες (όταν ο ασθενής υποτιμά τη σοβαρότητα της πάθησής του), πρέπει να του εξηγήσουμε τα όρια των εργασιών και άλλων δυνατοτήτων του, να τον πείσουμε ότι είναι απαραίτητες ορισμένες αλλαγές στη ζωή και τη δουλειά του. Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, η θεραπεία συνεχίζεται από τον γιατρό με τη συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου και την πρόληψη ενδεχόμενων επιπλοκών.

Ο ασθενής συνεχίζει για λίγο τη θεραπευτική γυμναστική που του όρισαν στο νοσοκομείο και με βάση την εμπειρία αυτοελέγχου που απόκτησε στο νοσοκομείο παρακολουθεί τον σφυγμό του και τη γενική του διάθεση κατά τη διάρκεια ή μετά τις ασκήσεις. Οι περίπατοι στον καθαρό αέρα βαθμιαία φτάνουν τις 2 ώρες. Το βάδισμα πρέπει να είναι ρυθμικό και όχι γρήγορο, δεν πρέπει να προκαλεί λαχάνιασμα και δυσάρεστο αίσθημα στην περιοχή της καρδιάς ή του στέρνου.

Η διαιτητική αγωγή του ασθενούς καθορίζεται από το γιατρό, τα γεύματα δίνονται με ηρεμία και βραδύτητα και ακολουθεί ανάπαυση. Η λήψη περιορισμένης ποσότητας χλωριούχου νατρίου είναι θέμα ιατρικό.

Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για αποφυγή ανάπτυξης οποιασδήποτε φλεγμονής.

Α΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο: Τ.Γ.

Κλινική: Καρδιολογική Β.Γ.Ν. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

Ημερομηνία εισόδου: 15.9.92

Α) Προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό

Ηλικία: 52 χρονών

Βάρος: 78 κιλά

Υψος: 1,73 μ.

Για την διάγνωση της νόσου έγιναν ακτινογραφία θώρακα, και ηλεκτροκαρδιογράφημα, στο οποίο παρατηρούμε ανύψωση του ST στις απαγωγές I, II, III, AVF και V4 ως V6. Στην απαγωγή AVR παρατηρείται αντίστροφη πτώση του ST.

Το υπερηχογράφημα έδειξε μικρή ποσότητα περικαρδιακού υγρού εντός του περικαρδιακού σάκιου.

Ο ασθενής παρουσίαζε δύσπνοια, πυρετό και θωρακικό πόνο. Πόνος θωρακικός που εντοπίζεται στην περιοχή του στέρνου και αντανάσσεται στον ώμο και στην ράχη. Χαρακτηριστικό του πόνου είναι ότι αυξάνεται με την βαθειά εισπνοή και τις κινήσεις του κορμού.

Ο ασθενής παρουσίαζε κόπωση-άγχος-αγωνία για την κατάστασή του.

Αναπνοές : 15/MIN

Θερμοκρασία: 38,5°C

Αρτηριακή πίεση: 10/90 MM HG

Σφύξεις : 75/1 MIN

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από _____ και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
Οιδήματα κάτω άκρων	Περιορισμός οιδήματος κάτω άκρων	Περιορισμός NaCl Ακριβής χορήγηση διουρητικών φαρμάκων. Ακριβής μέτρηση λαμβανομένων & αποβαλλομένων υγρών. Χορήγηση καλιούχων τροφών. Μέτρηση βάρους σώματος την ίδια ώρα κάθε μέρα περιποίηση δέρματος των	Ο νοσηλεύτης χορηγεί άναλο διουρητικό φάρμακο (LASIX 40 MG P.O.IX) Μετρά τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. (Μετρούνται τα υγρά του 24/ώρου) Ενισχύει τον ασθενή να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε Κ. (πορτοκάλια-πατάτες). Τον ζυγίζει	Τα οιδήματα των κάτω άκρων μειώθηκαν σε σημαντικό βαθμό. Με την άναλο διουρητικά αποφεύχθηκε η κατακράτηση υγρών, η τήρηση ισοζυγίων υγρών και καθημερινή μέτρηση του βάρους καθώς και η λήψη καλιούχων τροφών Η περιποίηση των οιδημάτων στα κάτω άκρα και η

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>περιοχών του οιδήματος.</p> <p>Ενίσχυση του ασθενούς να αλλάξει θέση στο κρεβάτι.</p>	<p>καθημερινά στην ίδια ζυγαριά, την ίδια πάντα ώρα.</p> <p>Επιβάλλεται ειδική περιποίηση στην φροντίδα του δέρματος στην περιοχή του οιδήματος, σαπουνάδα και εντριβή με οινόπνευμα.</p> <p>Ο ασθενής αλλάζει συνεχώς θέση στο κρεβάτι.</p>	<p>συχνή αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι έφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
2) Αίσθημα κόπωσης	Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα κόπωσης	Ο προγραμματισμός που αναφέρθηκε στη μείωση του καρδιακού έργου	Το ενισχύει ψυχολογικά με ανύψωση του ηθικού και του λέει ότι είναι παροδικό. Κάνει συχνές εντριβές στο σώμα. Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον χωρίς θορύβους.	Άρχισε να αποκτήσει δυνάμεις σιγά-σιγά και να αισθάνεται ευχάριστα.
Ανορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για λήψη τροφής.	Χορήγηση καλοσερβιρισμένης τροφής σε περιποιημένο δίσκο με ποικιλία (ελεύθερη διαίτα άναλος).	Προσφέρεται ο δίσκος καθαρός ώστε να είναι ελκυστικός.	Αυξήθηκε η διάθεση του ασθενούς για φαγητό και από την δεύτερη μέρα άρχισε να τρώει σωστά.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμό Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
3) ΑΓΧΟΣ-Αγωνία	Απαλλαγή από το άγχος-αγωνία	Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος Απασχόληση του ασθενούς.	Ο ασθενής αισθάνεται ευχάριστα στο θάλαμο με πρόσωπα που τον ευχαριστούν. Δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας με συζήτηση μαζί του. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να ασχολείται με διάβασμα, τηλεόραση, συζήτηση.	Ο ασθενής απαλλάχτηκε από το άγχος-αγωνία από την 2η ημέρα της νοσηλείας.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
4) ΠΥΡΕΤΟΣ (38°C - 38,7°C)	α) Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. β) Ταχεία αποκατάσταση του ασθενή από την εμπύρετη κατάσταση.	Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. Επάλειψη του δέρματος με οινόπνευμα (όχι εντριβές). Χορήγηση άφθονων και δροσερών υγρών. Διατήρηση της χαμηλής θερμοκρασίας του θάλαμου. Αλλαγή της ιδρωμένης πυτζάμας και σε-	Ο νοσηλευτής εφαρμόζει ψυχρά επιθέματα που το ανανεώνει συνεχώς και το τοποθετεί στο μέτωπο του ασθενούς. Επαλείφει το δέρμα με οινόπνευμα χωρίς να γίνονται εντριβές (προκαλεί θερμότητα). Ενισχύει τον ασθενή να παίρνει	Πτώση του πυρετού με τις κατάλληλες νοσηλευτικές ενέργειες. Πτώση πυρετού με την ύγραση του δέρματος και την ενυδάτωσή του. Ο ασθενής αισθάνεται ευχάριστα από τον στεγνό ρουχισμό τα ελαφρά κλινοσκεπάσματα και τις συχνές πλύσεις του στόματος και των χειλιών. ΣΥΝΕΧΕΙΑ

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		<p>ντονιών σε επιδράσεις.</p> <p>Χρησιμοποίηση ελαφρών κλινοσκεπασμάτων.</p> <p>Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και των χεριών.</p> <p>Λουτρό καθαριότητας</p> <p>Προφύλαξη του ασθενούς από</p>	<p>νει άφθονα υγρά</p> <p>Πραγματοποιεί συχνές αλλαγές πυτζάμας και σε ντονιών σε επιδράσεις.</p> <p>Τα κλινοσκεπασματα είναι ελαφρά.</p> <p>Κάνει συχνές πλύσεις στο στομα και τα χείλη με δροσερό νερό.</p> <p>Τα χείλη πλένονται με την βοήθεια PORT-COTTON</p> <p>Κάνει λουτρό κα-</p>	<p>Το καθημερινό λουτρό ξεκουράζει τον ασθενή και τον ανακουφίζει.</p> <p>Ο ασθενής δεν κρυολόγησε.</p> <p>Με την σωματική τόνωση διατηρείται η άμυνα του οργανισμού σε ψηλά επίπεδα.</p> <p>Ο θάλαμος με τον αερισμό μένει καθαρός και επιπλέον είναι καλό για τον ασθενή του αλλάζει διάθεση.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
	<p>Κρυολόγημα.</p> <p>Σωματική τόνωση.</p> <p>Χορήγηση αντιπυρετικού</p> <p>Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος σε συχνά διαστήματα</p> <p>Σωματική και ψυχική ανάπαυση.</p>	<p>κρυολόγημα.</p> <p>Σωματική τόνωση.</p> <p>Χορήγηση αντιπυρετικού</p> <p>Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος σε συχνά διαστήματα</p> <p>Σωματική και ψυχική ανάπαυση.</p>	<p>θημερινά.</p> <p>Προφυλάσσεται</p> <p>ρεύματα για τυχόν κρυολόγημα διατήρηση του ασθενή στεγνού καθαριότητα δέρματος.</p> <p>Ενίσχυση διατροφολογίου με λευκώματα (γάλα)βιταμίνες(φρούτα).</p> <p>Χορηγεί αντιπυρετικό(P.O. SALOSPIR 625 MG</p> <p>2 X 3).Παίρνει θερμοκρασία ανά</p>	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
5) Καταβολή αδυναμίας	Σωματική και ψυχολογική τόνωση.	Ενίσχυση του διααιτολογίου με λευκώματα και βιταμίνες. Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή με τον νοσηλευτή. Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων.	3Η και την κατάγραφή στο διάγραμμα. Ενθαρρύνει τον ασθενή για συζήτηση. Ο θάλαμος αερίζεται.	Ο ασθενής αισθάνεται λιγότερο αδύναμος. Οι βιταμίνες τον τονώνουν. Η κατάλληλη διατροφή και ψυχολογική υποστήριξη από τον νοσηλευτή η αποφυγή κοπώσεων, οι εντριβές,

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
	Εντριβές στο σώμα για ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος.	Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς θορύβους. Βοήθεια κατά την λήψη του φαγητού.εξασφάλιση απαραίτητων αντικειμένων κοντά.	Ο ασθενής μένει ξαπλωμένος ώστε να είναι περιουρισμένες οι φυσικές δραστηριότητες. Εκτελεί συχνές εντριβές. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος,βοηθάει στη λήψη του φαγητού Φέρνει κοντά τα απαραίτητα αντικείμενα.	συνέλαβαν στην σωματική και ψυχολογική τόνωση του ασθενή.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
6) Πόνος	Μείωση εξάλειψη πόνου	Εκτίμηση πόνου με την παρατήρηση του νοσηλεύτη δηλ. την θέση της έντασης και του χαρακτήρα. Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι ή καρέιλα. Χορήγηση παυσίπονου.	Ο πόνος χαρακτηρίζεται από τον νοσηλεύτη οξύ και έντονος, στην περιοχή του στέρνου από και στον τράχηλο, τον ώμο και την ράχη. Αυξάνει με βαθιά αναπνοή. Ο ασθενής δεν ξαπλώνει σε ύπτια θέση αλλά ανακάθεται με ελαφρά κλίση προς τα εμπρός. Χορηγείται ασπιδίνη για τον πόνο.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο με τις προηγούμενες νοσηλευτικές ενέργειες. Τα φάρμακα και η κατάλληλη θέση εξάλειψαν τον πόνο, και τα αγαπημένα του πρόσωπα μείωσαν στο ελάχιστο τον πόνο.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		προσώπων.	νο (PO SALOSPIR 625 MG 2 X 3) Διάθεση χρόνου του Νοσηλευτή για την απασχόληση του ασθενή. Τα οικεία και συγγενή πρόσωπα έρχονται συχνά.	

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοση- λευτικής φρο- ντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής φροντί- δας	Αποτελέσματα
7) Δύσπνοια προσπάθει- ας	Εξάλειψη της δύσπνοιας με μείωση του καρδιακού έργου	-Εκτίμηση δύ- σπνοιας -Κατάλληλη θέση	-Αυξάνεται μετά από δραστηριότητες της ασθενούς -Τοποθετούμε τον ασθε- νή σε ημικαθιστική θέση στο κρεβάτι -Φροντίζουμε για την κάλυψη των φυσικών αναγκών	-Μείωση της δύσπνοιας με την εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευ- τικής φροντίδας

Μετά το τέλος της θεραπείας ο ασθενής ένιωσε καλύτερα και εδόθη εξητήριο.

Τα συμπτώματα του ασθενούς με τα οποία είχε εισέλθει στο Νοσοκομείο υποχώρησαν και έδειχνε ευδιάθετος. Έγινε διακοπή του ορού, χορηγήθηκαν αντιπυρετικά SALOSPIR 625 MG 2X3 και ηρεμιστικά LEXONATIL 1,5 MG 1X2 PO.

Η αγωγή του ασθενούς ήταν DEXTROSE 1000 CL 1X2 IV.

Αιμοσφαιρίνη :11,9 G/100 M

Αιματοκρίτης :38,8 %

Αιμοπετάλια :254,000/MM³

Πραγματοποιήθηκε η έξοδος του ασθενούς και το Νοσοκομείο χωρίς να παρουσιάζει κανένα πρόβλημα.

Και δόθηκαν οδηγίες για την λήψη P.O. SALOSPIR 625 MG για 30 ημέρες 2X3 με σταδιακή μείωση.

Β΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο: Σ.Γ.

Κλινική : Βοστανείο Ιερό Γενικό Νοσοκομείο ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ

Ημερομηνία εισόδου: 3/5/94

α) Προσωπικό και κοινωνικό ιστορικό

Ηλικία : 45 χρονών

Βάρος : 70 κιλά

Ύψος : 1,73 μ.

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

Αναπνοές : 18/1' MIN

Θερμοκρασία : 36,9°C

Αρτηριακή πίεση : 100/50 MM MG

Σφύξεις : 120/1 MIN

Πιθανή διάγνωση : Καρδιακός επιπωματισμός

Για την διάγνωση της νόσου έγιναν οι παρακάτω εξετάσεις:

Ακτινογραφία θώρακος

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

Το υπερηχογράφημα που έγινε έδειξε ποσότητα περικαρδιακού υγρού 200 ML όπισθεν της μητροειδούς βαλβίδος.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοπού Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
1) Ναυτία	-Απαλλαγή από την ναυτία -Μείωση του καρδιακού έργου	-Ανάπαυση του ασθενή στο κρεβάτι σε υπτή θέση και διατηρείται ζεστός	-Τον τοποθετούμε στο κρεβάτι με τα κάτω άκρα ελαφρώς πιο ψηλά από το ύψος του κεφαλιού για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου και διατηρείται ζεστός με κλινοσκεπάσματα -Οι ενέργειες για μείωση του καρδιακού έργου έχουν αναφερθεί	Απαλλάχθηκε από την ναυτία για δύο ημέρες. Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας ο ασθενής παρουσίασε αυξημένη φλεβική πίεση μειωμένο ΚΛΟΑ και μειωμένη Α.Π.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
2) Αρρυθμία (κολπική μαρμαρυγή)	Διόρθωση της καρδιακής λειτουργίας.	Αξιολόγηση από τον Νοσηλευτή των συμπτωμάτων της κολπικής μαρμαρυγής. ΛΗΨΗ σφυγμών και Α.Π. ΛΗΨΗ ΗΚΓ Χορήγηση φαρμάκων για κολπική μαρμαρυγή. Εξασφάλιση ανάπαυσης. Συνεχής παρακολούθηση της κατάστασης του	Αξιολογεί ο Νοσηλευτής τα συμπτώματα που αναφέρει ο ασθενής Ζάλη, αίσθημα πόνου προκάρδιος πόνος. Παίρνει τον κερκιδικό σφυγμό αλλά και το καρωτιδικό με μεγάλη ακρίβεια. Τα σημειώνει στο διάγραμμα και τα αναφέρει στον γιατρό Παίρνει ΗΚΓ για διάπλωση ανωμαλίας στον ρυθμό. Χορηγεί ενδοφλέβια δακτυλίτιδα (DIGOXIN	Η λήψη σφυγμού είναι 150 σφυγμούς/1' MIN είναι άρρυθμοι με μικρό μέγεθος. Η Α.Π. 90/50 MM/HG Οι κολπικές διεγέρσεις είναι τελείως αιανόγιστες ή χαώδης όπως δείχνει το ΗΚΓ. Η δακτυλίτιδα χορηγείται ενδοφλεβίως και

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
		ασθενούς.	<p>0,5 MG).</p> <p>Συνιστά στον ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι.</p> <p>Ο νοσηλευτής παρακολουθεί τον ασθενή και παίρνει συχνά τα ζωτικά σημεία.</p>	<p>φέρνει άμεσο αποτέλεσμα.</p> <p>Η κατάσταση του ασθενή παρουσιάζει βελτίωση με την χορήγηση δακτυλίτιδας και την ανάπτυξη.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής φροντίδας	Αποτελέσματα
3) Άγχος-Αγωνία	Απαλλαγή από το άγχος - αγωνία	Έχει αναφερθεί στην οξεία περι καρδίτιδα	Ο Νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά του. Διατίθεται χρόνος για ακρόαση του ασθενή. Δημιουργείται κλίμα εμπιστοσύνης.	Απαλλάχθηκε από το άγχος-αγωνία για την κατάστασή της υγείας του και ήταν ευδιάθετος.
4) Ταχυκαρδία 120/1' Σφύξεις το λεπτό	Προαγωγή της καρδιακής λειτουργίας	Μετράμε και σημειώνουμε σε συχνά χρονικά διαστήματα την συχνότητα, ρυθμό και τον χαρακτήρα του σφυγμού	Λαμβάνουμε τον κερκιδικό σφυγμό και καρωτιδικό για καλύτερη εξακρίβωση σε διάστημα ενός λεπτού. Λαμβάνουμε ΗΚΓ για να διαπιστώσουμε τον ρυθμό	Οι σφύξεις είναι 120/1' Φλεβοκόμβης ταχυκαρδία

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
5) Χαμηλή αρτηριακή πίεση 100/50 MMHG	Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) να αυξηθεί στα φυσιολογικά επίπεδα 130/80 MMHG	Προσεκτική ενδοφλέβια IV χορήγηση υγρών	- Χορηγούμε D/W 5% 1.000 CC 1x2 - Συνεχής μέτρηση Α.Π.	Η αρτηριακή πίεση επανέρχεται σιγά-σιγά σε κανονικές τιμές
6) Εφίδρωση	Προστασία του ασθενούς από κρυολόγημα	Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα	Σκεπάζεται ο ασθενής με κουβέρτες μην κρυολογήσει. Συνίσταται από τον Νοσηλευτή να αναπαυθεί στο κρεβάτι του και να ηρεμήσει.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κρυολόγημα
7) Αίσθημα κόπωσης	Ανακούφιση του ασθενή από το αίσθημα κόπωσης με μείωση καρ-	Έχει αναφερθεί στην οξεία περικαρδίτιδα	Έρχισε να απομακρυνθεί από το κρεβάτι και να περπατήσει	Αίσθημα κόπωσης και ανακούφιση από το αίσθημα

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/5/94 και εξής

Πρόβλημα	Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγράμματος Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αποτελέσματα
8) Αυξημένη φλεβική πίεση 15 CM H ₂ O	<p>διακού έργου</p> <p>Η Φ.Π. να μειωθεί στα φυσιολογικά επίπεδα 3-10 CM H₂O</p>	<p>-Μέτρηση Φ.Π.</p> <p>-Χορήγηση IV υγρών κατόπιν ιατρικής εντολής</p>	<p>-Τα αντικείμενα, ο τρόπος μέτρησης και οι νοσηλευτικές δραστηριότητες έχουν αναφερθεί</p> <p>-Χορηγούμε D/W 5% 100-200M/ σε 10 MIN</p>	<p>της κοπώσεως</p> <p>Η Φ.Π., ο ΚΛΟΑ και η Α.Π. κυμάνθησαν στα φυσιολογικά επίπεδα</p>
9) Μειωμένος κατά λεπτό όγκος αίματος (ΚΛΟΑ)	<p>Ο ΚΛΟΑ να αυξηθεί στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>Χορήγηση αγγειοσυσπαστικών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού</p>	<p>Χορηγούμε ΜΕΤΑΡΑΜΙΝΟΙ IV 250 MG σε 1000 CC D/W 5%</p>	<p>Όπως παραπάνω</p>

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

Στις 20/5/94 έγινε ακτινογραφία θώρακα που ήταν φυσιολογική.

Στις 21/5/94 το υπερηχογράφημα που έγινε δεν έδειχνε συλλογή περικαρδιακού υγρού.

Έγινε διακοπή D/W 5% και της αγωγής στις 22/5/94

Νοσηλεύτηκς μέχρι 24/5/94 και ετοιμάστηκε το εξιτήριο και δόθηκαν εντολές να συνεχίσει την δουλειά μετά από ξεκούραση 1 μήνα στο σπίτι και να μην κάνει χρήση τσιγάρων και ποτών για όλη την ζωή του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ασθενής που πάσχει από καρδιολογικά νοσήματα βλέπουμε ότι χρειάζεται περισσότερο την νοσηλεύτρια/τη κοντά του από άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας.

Είναι το μέλος αυτό που θα παίξει το πιο σοβαρό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, με όπλα της, την συμπεριφορά, την γνώση, και την άμεση επαφή με αυτόν.

Σ' αυτή την εργασία προσπάθησα να δώσω μια ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου της θεραπείας της και της αποκατάστασης του πάσχοντα από αυτήν.

Και προτείνω οι Νοσηλευτές-τριες να γνωρίζουν τα παρακάτω για την καλύτερη Νοσηλευτική Φροντίδα.

- 1) Ο φόβος του ασθενή για την ασθένεια και οι ανησυχίες για το μέλλον.
- 2) Οι γνώσεις του Νοσηλευτή για την συγκεκριμένη ασθένεια.
- 3) Η προεγχειρητική και μεταεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή.
- 4) Οι κοινωνικο-οικογενειακές συνθήκες, του προεγχειρητικά καρδιολογικού ασθενούς έχουν μεγάλες επιπτώσεις στην όλη θεραπεία.

Η οικονομική επιβάρυνση από την νοσηλεία και οι εξετάσεις δημιουργούν καταστάσεις αδιέξοδου και μεγάλη πίεση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗ Δ.Γ. - Μιχαηλίδου Γ.Β. ΚΑΙΔΑΚΗ Α.Ι., ΤΟΥΤΟΥΖΑ Π.Κ.:

Επίτομος Καρδιολογία, εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1972.

ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗ Δ.Γ.-ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.Κ. "Επίτομη διαγνωστική Καρδιολογία.

Αναίμακτες Τεχνικές". Εκδόσεις :Κ.Γ. Παρισιάνος. ΑΘΗΝΑ 1983.

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

Μετάφραση Κώστα Τζανάλια. Εκδόσεις :Π.Κ.ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε. ΑΘΗΝΑ 1988

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. "Ειδική νοσολογία". Έκδοση Γ'. Εκδόσεις:Κ.Γ.

Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ 1981.

ΓΙΤΣΙΟΣ Θ.Κ. "Νοσολογία. Εξέταση συστημάτων". Έκδοση Β. ΟΕΔΒ ΑΘΗΝΑ 1988

Καρδιολογία Επίτομος: 1η Εκδόσεις:Γ. Παρισιανός. ΑΘΗΝΑ 1970

ΚΟΚΚΙΝΟΣ Δ.Φ. "Καρδιολογική θεραπευτική". Εκδόσεις:Κ.Γ.

Παριδιάνος ΑΘΗΝΑ 1980

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ. Μ.Α.-ΣΦ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ. "Παθολογική και χειρουργική νο-

σηλευτική". Τόμος Β. Μέρος 1ο. Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως

αδελφών νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" ΑΘΗΝΑ 1987

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν.Μ. "Κλινική Καρδιολογία" Εκδόσεις: Λίτσας ΑΘΗΝΑ 1984

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ "Παθολογική και χειρουργική νοση-

λευτική. Τόμος 2ος. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS. ΑΘΗΝΑ 1988

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. "Καρδιολογία". Εκδόσεις:Κ.Γ. Παρισιάνος ΑΘΗΝΑ 1987

