

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ  
ΔΑΛΙΣΚΑ ANNA



ΠΑΤΡΑ  
ΜΑΡΤΙΟΣ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1960
----------------------	------

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	σελ
1.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ .....	3
1.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	3
1.3 ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	5
1.3.1 ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΘΑΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....	6
1.4 ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	7
1.4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ .....	9
1.4.2 ΦΑΡΜΑΚΑ .....	9
1.4.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ .....	11
1.5 ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	11
1.5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΤΑΘΟΥΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ .....	12
1.5.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ .....	14
1.6 ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	15
1.6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	17
1.6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	19
1.6.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	22
1.6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	22

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ .....	27
2.1.1 ΣΤΑΘΕΡΗ - ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	27
2.1.2 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	31

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ, ΙΣΤΟΡΙΚΟ	
---	--

ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ - ΑΣΤΑΘΗ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	38
3.1.1 ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	38
ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	42
3.1.2 ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ .....	47
ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....	51
3.1.3 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ .....	56
ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ....	60
ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα με το οποίο δ'ασχοληθώ και θα προσπαθήσω, όσο είναι δυνατόν βέβαια, να αναλύσω, είναι η ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ. Ο κύριος λόγος για τον οποίο εκλέχτηκε αυτό το θέμα είναι γιατί η ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ είναι μεταξύ των πρώτων (αν όχι η πρώτη) αιτιών θανάτου στο Δυτικό κόσμο.

Η μεγάλη διαφορά που παρατηρείται στη σοβαρότητα της νόσου μεταξύ εθνών, κοινωνιών, ατόμων και εθνικών ομάδων, αποτελεί ένδειξη ότι η ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ δεν αποτελεί μια αναπόφευκτη συνέπεια ζωής.

Επιπλέον η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί πρόκληση τόσο για έναν ασθενή όσο και για το γιατρό του γιατί με την κατάλληλη πληροφόρηση και έγκαιρη διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί η κανονική επανένταξη του νοσούντος στην κοινωνική ζωή ή να προληφθεί η εμφάνιση της σε υπόλοιπο κόσμο. Σ'αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι ενώ μέχρι το 1960 η θεραπεία της ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ήταν απλή και φθηνή περιοριζόμενη σε μια συνταγή νιτρικών φαρμάκων και οδηγίες υγιεινοδιατροφικής αγωγής, σήμερα η θεραπεία αυτής της πάθησης είναι εκτεταμένο κεφάλαιο της ιατρικής και συχνά γίνεται με τη συμβολή περισσότερων του ενός καρδιολόγων και καρδιοχειρουργών.

Θεωρώ καθήκον μου, πριν ξεκινήσω αυτό το δύσκολο έργο να εκφράσω τις ευχαριστίες μου προς όλους τους εκπαιδευτικούς, καθηγητές που πρόσφεραν τις πολύτιμες γνώσεις τους τα τρία χρόνια που πέρασαν. Ιδιαίτερώς ευχαριστώ τον εκπαιδευτικό - καρδιολόγο κ. Κούνη Νικόλαο με τη συμπαράσταση του οποίου ανέλαβα αυτή την εργασία και που με τις παρατηρήσεις και την πρόθυμη βοήθεια του μου άνοιξε το δρόμο για την περάτωση και ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## 1.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Συγκριτικά με τα άλλα όργανα, το μυοκάρδιο παίρνει περισσότερο οξυγόνο από το αρτηριακό αίμα. Έτσι η οξυγόνωση του αίματος στις κοίλες φλέβες είναι 75% περίπου και στις στεφανιαίες φλέβες 50%, αυτό δε σημαίνει ότι κατά τη ροή του αίματος στα τριχοειδή του μυοκαρδίου η οξυγόνωση του αίματος γίνεται μικρότερη κατά 45%.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο της στεφανιαίας κυκλοφορίας είναι ότι η άρδευση του μυοκαρδίου γίνεται κυρίως κατά τη διαστολή, διότι κατά τη συστολική περίοδο συμβαίνει συμπίεση των ενδοτοιχωματικών αρτηριών, η οποία εμποδίζει την ελεύθερη ροή.

Γενικότερα η άρδευση των υπενδοκαρδιακών στιβάδων του μυοκαρδίου φυσιολογικά είναι πολύ μικρότερη συγκριτικά με την αιμάτωση των εξωτερικών στιβάδων και μπορεί να προκληθεί υπενδοκαρδιακή ισχαιμία ή και έμφραγμα ακόμη και σε παρατεταμένη απλή μείωση της στεφανιαίας ροής χωρίς πλήρη απόφαση ενός αγγείου.

## 1.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η στεφανιαία νόσος με κλινικές εκδηλώσεις προσβάλλει το 50% των ανδρών ηλικίας 45-64 χρόνων και το 11% των άνω των 65 χρόνων. Στις γυναίκες μετά την εμμνόπαυση ο αριθμός των περιστατικών της στεφανιαίας νόσου πλησιάζει περίπου εκείνο των ανδρών. Μεσήλικες άνδρες με αρτηριακή πίεση από 160/95mmHg παρουσιάζουν ισχαιμική καρδιακή νόσο σε πενταπλάσια συχνότητα από εκείνους που η αρτηριακή τους πίεση είναι 140/90mmHg και κάτω. Η αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης έχει θετική σχέση με την ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η διαστολική πίεση μπορεί να παίζει σπουδαιότερο ρόλο σε νεαρότερα άτομα ενώ η συστολική στις ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας.

Πιστεύεται ότι διαταραχές του μεταβολισμού των λιπιδίων και της πήξης του αίματος καθώς επίσης και διάφορες βιοχημικές ιδιότητες των αρτηριών αποτελούν τα πιθανά αίτια της νόσου.

Η παρατήρηση ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υψηλή τιμή της χοληστερίνης στο αίμα και στην στεφανιαία νόσο, έστρεψε την προσοχή των ερευνητών στα λιπίδια, ομάδα στην οποία ανήκει η χοληστερίνη.

Τα κυριότερα λιπίδια είναι η χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια, τα λιπαρά οξέα και τα φωσφολιπίδια. Κυκλοφορούν στο αίμα σαν λιποπρωτεΐνες. Η υπερλιπιδαιμία, που είναι η ανύψωση στο αίμα νηστικού ατόμου των επιπέδων της χοληστερίνης ή των τριγλυκεριδίων ή και των δύο, μπορεί να είναι πρωτοπαθής, ή δευτεροπαθής, εξωγενής ή ενδογενής.

Υπάρχουν στατιστικά δεδομένα που δείχνουν αύξηση κατά περίπου 70% στον αριθμό θανάτων από στεφανιαία νόσο σε μεσήλικες άνδρες που καπνίζουν ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Αυτή η αναλογία μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και η σχέση είναι λιγότερο σταθερή στις γυναίκες. Η κύρια επίδραση της νικοτίνης στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι η διέγερση της καρδιάς και η περιφερική αγγειοσυσπασση. Έχουμε σκλήρυνση του τοιχώματος των αρτηριών και αύξηση ινωδογόνου.

Η στεφανιαία νόσος είναι συχνότερη στους διαβητικούς αρρώστους. Η ινσουλίνη μπορεί να ενεργεί στην τροποποίηση ή το μεταβολισμό των λιπιδίων ή της απόκρισης της αρτηρίας στο περιβάλλον της. Επιπλέον, οι διαβητικοί έχουν μια αυξημένη τάση εκφύλισης του συνεκτικού ιστού, που με τη σειρά του αυξάνει την τάση για σχηματισμό αθηρώματος.

Με την προϋπόθεση ότι διορθώνονται οι παράγοντες του υπερβολικού βάρους, του καπνίσματος και του επιπέδου χοληστερίνης, βρέθηκε ότι η κατανάλωση 1.800 περίπου θερμίδων πάνω απ'το βασικό μεταβολισμό, μέσω φυσικής εργασίας, μειώνει κατά 50% τα επεισόδια θανατηφόρων καρδιακών προσβολών.

Ένας ακόμα παράγοντας που ενοχοποιείται για την εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου είναι ο τύπος της προσωπικότητας του ατόμου. Άτομα με τύπο προσωπικότητας A είναι συνήθως επιρρεπή στη στεφανιαία νόσο. Τα



χαρακτηριστικά τους είναι επιθετικότητα, φιλοδοξία, άγχος, ανταγωνιστικότητα και χρόνια αίσθηση έλλειψης χρόνου.

Ακόμη αναφέρεται η καρδιακή ζωή, η κληρονομικότητα, η αύξηση του ουρικού οξέος και το νερό, όσο πιο σκληρό είναι, κυρίως λόγω αλάτων, τόσο πιο μαλακές γίνονται οι αρτηρίες.

Τέλος πρέπει να κατανοηθεί ότι ο κίνδυνος είναι πολυπαραγοντικός κι ότι ο βαθμός κινδύνου εξαρτάται από την έκταση της ανωμαλίας κι όχι απλά απ'αυτήν παρουσία της.

Η νόσος βέβαια εμφανίζεται με συγκεκριμένες κλινικές μορφές. Δηλαδή ο αιφνίδιος θάνατος, η σταθερή στηθάγχη, η ασταθή στηθάγχη, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελούν τις κλινικές εικόνες με τις οποίες μπορεί να εκδηλωθεί η στεφανιαία νόσος. Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί περιγραφή τριών από τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου.

### 1.3 ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Η στηθάγχη είναι παροξυσμός ήπιου ή ισχυρού θωρακικού πόνου, που συχνά περιγράφεται και σαν σφίξιμο, κάψιμο ή συμπίεση ή πνιγμονή ή τάση στο επιγάστριο ή γενικότερα δυσφορία και συνήθως οφείλεται σε στεφανιαία νόσο.

Ο στηθαγχικός πόνος συνηδέστερα έχει τη μεγαλύτερη ένταση στο βάθος πίσω από στέρνο ή λίγο αριστερότερα του στέρνου και για να τον εντοπίσει ο ασθενής συχνά φέρνει τη γροδιά του στην περιοχή του στέρνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κύρια εστία του πόνου ή της δυσφορίας είναι σε άλλη περιοχή του θώρακα ακόμη και στην πλάτη, ενώ σπανιότερα είναι έξω από το θώρακα π.χ. στους βραχίονες, τους αγκώνες, καρπούς ή άλλες θέσεις των άνω άκρων, ιδιαίτερα του αριστερού, τον τράχηλο, τον αυχένα και την κάτω γνάθο.

Από τη συνηδισμένη οπισθοστερνική θέση ο πόνος συχνά ακτινοβολεί στην πλάτη ή και όλο το θώρακα και μερικές φορές επεκτείνεται σε μία ή περισσότερες περιοχές απ'αυτές που ήδη αναφέραμε π.χ. το αριστερό βραχίονα, τους καρπούς

κ.α. Μερικές φορές το ενόχλημα φθάνει μέχρι το 4ο ή 5ο δάχτυλο του αριστερού χεριού.

Η στηθαγχική κρίση διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα ολίγων λεπτών και υποχωρεί με τη λήψη νιτρωδών φαρμάκων υπογλωσσίως.

Η στηθαγχική κρίση επίσης οφείλεται σε παροδική ισχαιμία του μυοκαρδίου, που προκαλείται από διαταραχή του ισοζυγίου «προσφορά και ζήτηση» του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Οι απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο εξαρτώνται από την καρδιακή συχνότητα, τη συσταλτικότητα του μυοκαρδίου την πίεση και τον όγκο της αριστερής κοιλίας.

Όσο μεγαλύτερες οι τιμές αυτών των παραμέτρων, τόσο αυξάνονται οι απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Στη στηθάγχη συνήθως υπάρχουν στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες μιας ή περισσότερων αρτηριών του στεφανιαίου δικτύου. Επιπλέον στην εκδήλωση της κρίσης πολλές φορές συμβάλλει και σπασμός των στεφανιαίων αρτηριών, που γίνεται σε ποικίλη έκταση είτε στην περιοχή της οργανικής στένωσης είτε μακριά απ'αυτή. Ο σπασμός μπορεί ν'αφορά μία ή περισσότερες αρτηρίες και να προβάλλει και μικρότερους κλάδους προκαλώντας ισχαιμία του μυοκαρδίου με ηλεκτροκαρδιογραφική κατάσπαση ή ανασπαση του τμήματος ST και πόνο ή χωρίς πόνο.

### 1.3.1 ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΘΑΓΧΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Εάν η εξέταση γίνει κατά τη διάρκεια της στηθαγχικής κρίσης, τότε μπορεί να διαπιστωθεί παροδική αύξηση της αρτηριακής πίεσης και ταχυκαρδία, καθώς επίσης παροδικά ευρήματα δυσλειτουργίας της αριστερής κοιλίας. Γίνεται ηπλάφηση στην κορυφή παρατεϊνόμενης-συστολικής ώσης, της οποίας συχνά προηγείται κολπικό ωσπικό κώμα. Κατά τον στηθαγχικό πόνο συχνά διαπιστώνεται και εκτακτοσυστολική αρρυθμία.

Επιπλέον κατά την αντικειμενική εξέταση ελέγχεται η παρουσία άλλης νόσου εκτός της στεφανιαίας, η οποία μπορεί να προκαλεί στηθάγχη, όπως η στένωση της αορτής και η υπετροφική μυοκαρδιοπάθεια.

Μπορεί ακόμη η εξέταση να περιλαμβάνει τη δοκιμασία κόπωσης, η οποία ενδείκνυται για: 1) Διάγνωση της στεφανιαίας νόσου ή αποκλεισμός αυτής σε περιπτώσεις με αμφίβολο ιστορικό στηθάγχης, 2) Στηθαγχικούς ασθενείς, ιδίως όταν προγραμματίζονται για στεφανιογραφία και χειρουργική θεραπεία, 3) Ασθενείς μετά από θεραπεία συντηρητική ή χειρουργική.

Ακόμη μέσα στα πλαίσια της εξέτασης του ασθενούς αξίζει ν'αναφέρουμε και τη ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ. Η έγχυση ακτινοσκιεράς ουσίας με καθετήρα στα στόμια των στεφανιαίων αρτηριών μπορεί να δείξει σημαντική στένωση ή απόφραξη μιας ή περισσότερων αρτηριών, ενώ σε λίγες περιπτώσεις αποκαλύπτει σπασμό μιας αρτηρίας. Η στένωση θεωρείται σημαντική εάν υπερβαίνει το 75% του αυλού και είναι σοβαρότερη εάν βρίσκεται κοντά στην έκφυση παρά στην περιφέρεια της αρτηρίας. Με τη στεφανιογραφία γίνεται επίσης εκτίμηση της ανάπτυξης παράπλευρης κυκλοφορίας.

Για να μιλήσουμε όμως ειδικότερα για την στηθάγχη πρέπει να πούμε ότι διακρίνεται σε Σταθερή και Ασταδή Στηθάγχη.

#### 1.4 ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Με τον όρο της σταθερής στηθάγχης χαρακτηρίζονται οι κρίσεις που εμφανίζονται μόνο όταν υπάρχει ένας εκλυτικός παράγοντας που αυξάνει το καρδιακό έργο, όπως η σωματική προσπάθεια, η συγκίνηση, το γύχος, το πλούσιο γεύμα, η σεξουαλική πράξη κ.α. αυτή δε η κατάσταση είναι σταθερή κατά τους τελευταίους 3-4 μήνες. Η στηθαγχική κρίση υποχωρεί με τη λήψη υπογλώσσιου νιτρογλυκερίνη όπως η νιτρογλυκερίνη ή ο δινιτρικός ισοσορβίτης, ή με διακοπή της σωματικής προσπάθειας εάν αυτή αποτελούσε τον εκλυτικό παράγοντα.

Η στηθαγχική κρίση διαρκεί μέχρι 3-5 min εάν εμφανίζεται μετά από κόπωση ή περισσότερο, 10-15min, εάν εμφανίζεται μετά από μεγάλο γεύμα ή συγκίνηση. Η νιτρογλυκερίνη συνήθως ελαττώνει τη διάρκεια της κρίσης, εάν δε ληφθεί προτού αρχίσει τη σωματική προσπάθεια, τότε αυξάνει και την ικανότητα του ασθενούς για σωματική άσκηση.

Στη σταθερή στηθάγχη ο ασθενής κατά κανόνα γνωρίζει τη σωματική προσπάθεια και άλλους παράγοντες που του προκαλούν πόνο π.χ. γρήγορο βάδισμα σ' ανηφορικό δρόμο, έκθεση στο γύχος, βάδισμα αμέσως μετά το γεύμα, ορισμένες ψυχολογικές καταστάσεις κλπ. Η σταθερή στηθάγχη είναι σοβαρότερη όταν η κρίση επέρχεται ευκολότερα σε μικρή σωματική προσπάθεια π.χ. σε ήρεμο βάδισμα επί οριζόντιου εδάφους, βάδισμα με ελαφρώς γυχρό άνεμο, μετά το γεύμα, το βράδυ αμέσως μετά την κατάκλιση για ύπνο κ.τ.λ. Στην περίπτωση αυτή συνήθως διαρκεί περισσότερα λεπτά και αντιμετωπίζεται με μεγαλύτερες δόσεις νιτροωδών.

Η στηθάγχη μπορεί να μην είναι σοβαρή εάν η κρίση συμβαίνει μετά το ξύπνημα το πρωί, π.χ. κατά το ξύρισμα ή τα πρώτα 50-100 βήματα μετά την έξοδο από το σπίτι. Συχνά αυτή η κρίση είναι μικρής διάρκειας, υποχωρεί μόλις σταματήσει η προσπάθεια και το χαρακτηριστικό για πολλούς ασθενείς είναι ότι δεν εμφανίζεται πάλι κατά το υπόλοιπο της ημέρας, έστω κι αν γίνει πολύ μεγαλύτερη σωματική προσπάθεια. Αυτές οι πρωινές στηθαγχικές κρίσεις αποδίδονται σε δυσανάλογη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας ίσως λόγω της παρατεταμένης χαλάρωσης που προηγήθηκε με το νυκτερινό ύπνο.

Μερικές φορές οι ασθενείς περιγράφουν άτυπο πόνο στο θώρακα ή τα άνω άκρα, ο οποίος δε μοιάζει με την τυπική στηθαγχική κρίση που περιγράψαμε παραπάνω και εν τούτοις οφείλεται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου.

## 1.4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ

Σε στηθάγχη μετά από σωματική προσπάθεια ή συγκίνηση η αποφυγή της στηθαγχικής κρίσης επιδιώκεται με ελάττωση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν τη στεφανιαία ροή και την προσφορά οξυγόνου στο μυοκάρδιο. Η ελάττωση του σωματικού βάρους, η αντιμετώπιση, εάν υπάρχει, της υπέρτασης και η διακοπή του καπνίσματος αποτελούν βασικά μέτρα περιορισμού των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Επιπλέον με τη διακοπή του καπνίσματος ελαττώνεται η πυκνότητα της ανδρακυλαιμοσφαιρίνης στο αίμα και αυξάνεται η προσφορά οξυγόνου. Επίσης συνιστάτε η αποφυγή του βαθμού της σωματικής προσπάθειας που προκαλεί στηθαγχική κρίση.

Έτσι μπορεί ν'αποφεύγονται το γρήγορο βάδισμα, ιδιαίτερα σε ανηφορικό δρόμο, τα μεγάλα γεύματα, το σκύψιμο και ισομετρικές ασκήσεις που αυξάνουν πολύ το καρδιακό έργο και τις απαιτήσεις τους μυοκαρδίου, όπως σήκωμα βαλίτσας ή άλλου βάρους, ώθηση αυτοκίνητου κ.α.

Για τον ίδιο λόγο συνιστάται η αποφυγή εκθέσεως στο γύχος ή το λουτρό ή κολύμβηση σε κρύο νερό, οπότε σημειώνεται αύξηση της αρτηριακής πίεσης και καρδιακής συχνότητας, δηλ. αύξηση του καρδιακού έργου.

## 1.4.2 ΦΑΡΜΑΚΑ

Ανάλογα με τη σοβαρότητα της στηθάγχης γίνεται εκλογή ενός ή δύο εκπροσώπων από τις σπουδαιότερες ομάδες αντιστηθαγχικών φαρμάκων. Εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις συνήθως αρχίζουμε με τη χορήγηση συνδυασμού ενός αναστολέα των β-αδρενεργικών υποδοχέων και μονοτρικού ή δινιτρικού ισοσορβίτη. Σε ορισμένους ασθενείς ιδίως νέας ηλικίας, με πιθανή τη συμβολή του σπασμού των στεφανιαίων στην εκδήλωση της στηθαγχικής κρίσης, η έναρξη της θεραπείας μπορεί να γίνει με συνδυασμό αναστολέα των β-υποδοχέων και ενός αναστολέα του ασβεστίου (Ca).

Όταν ο διπλός συνδυασμός δεν είναι ικανοποιητικός, τότε συνίσταται η τριπλή θεραπεία με χορήγηση εκπροσώπου από τις ομάδες των αντιστηθαγγχικών φαρμάκων. Μερικές φορές είναι ανάγκη για τη λήψη καλύτερου αποτελέσματος, τα αντιστηθαγγχικά φάρμακα να χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις, π.χ. ο μονονιτρικός ισοσορβίτης 40mg 2 φορές την ημέρα, ο δινιτρικός ισοσορβίτης peros 20-40mg 4 φορές την ημέρα, η διλτιαζέμη 60-90mg 4 φορές την ημέρα, η νιφεδιπίνη 20-40mg 4 φορές την ημέρα κ.ο.κ.

Από τους β-αδρενεργικούς αναστολείς συχνά προτιμάτε η μεταπρολόλη ή η ατενολόλη που αποκλείουν μόνο τους εντοπιζόμενους στην καρδιά β<sub>1</sub>-υποδοχείς. Αυτό κυρίως γίνεται όταν υπάρχουν σχετικές αντενδείξεις για την αναστολή των β<sub>2</sub>-υποδοχέων, όπως ο βρογχοσπασμός, η περιφερική αποφρακτική αρτηριαπάθεια κ.α.

Πάντως και οι καρδιοεκλεκτικοί αναστολείς σε μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες των β<sub>2</sub>-αναστολέων. Ιδιαίτερη δε προσοχή χρειάζεται όταν αποφασίζεται η διακοπή του αναστολέα των β-υποδοχέων. Συνιστάτε η βαθμιαία ελάττωση του φαρμάκου εντός ολίγων ημερών.

Τα παρατεταμένης ενέργειας νιτρώδη συνήθως χορηγούνται σε χρόνια σταθερή στηθάγχη, η οποία επιτρέπει στον ασθενή να εργάζεται χωρίς αξιόλογη αναπηρία. Εάν η στηθάγχη είναι σοβαρή, τ'αποτελεσματικότερα βραχείας ενέργειας νιτρώδη, τα οποία χορηγούνται υπογλώσσιως κάθε 3-4 ώρες ή συχνότερα σε αλοιφή από το δέρμα. Πολλές φορές ο ασθενής παίρνει αποτελεσματικά ένα υπογλώσσιο δισκίο εκτάκτως πριν από τη στηθαγγχική κρίση.

Υπάρχουν ασθενείς που παίρνουν προληπτικά 8-10 υπογλώσσια δισκία ημερησίως χωρίς σύγχρονη λήψη νιτρωδών peros και με τον τρόπο αυτό βελτιώνονται ή και απαλλάσσονται από τις στηθαγγχικές κρίσεις.

Τέλος, φαρμακευτική θεραπεία γίνεται για την αντιμετώπιση παρολογικών καταστάσεων που αυξάνουν τις απαιτήσεις του μυοκαρδίου ή ελαττώνουν την προσφορά οξυγόνου σ'αυτό, όπως είναι η καρδιακή ανεπάρκεια, οι αρρυθμίες, ο υπερδυρεοειδισμός, η ταχυκαρδία, η αναιμία και φυσικά η αρτηριακή υπέρταση.

### 1.4.3 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ

Η επεμβατική θεραπεία αποτελεί τη διέξοδο σε σοβαρή στηθάγχη. Σε σοβαρές περιπτώσεις συνίσταται η στεφανιογραφία -που γίνεται σε καρδιολογικά κέντρα με εμπειρία σε ραδιοϊσοτοπικές εξετάσεις- και εφόσον οι βλάβες και γενικά η κατάσταση των αγγείων επιτρέπουν, ακολουθεί επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου με σκοπό την απαλλαγή του ασθενούς από την αναπηρία της στηθάγχης.

Επιπλέον η χειρουργική θεραπεία και η αγγειοπλαστική συνιστώνται σε ορισμένες ομάδες ασθενών με σκοπό την αύξηση της επιβίωσης

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να έχουν σοβαρή στένωση πάνω από 60-70% του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας ή νόσο 2 ή 3 αγγείων με φυσιολογική αριστερή κοιλία, αλλά μειωμένη αντοχή στην κόπωση. Για την επιλογή αυτών των ασθενών συνίσταται δοκιμασία κόπωσης σε κάθε σχετικά νέο άτομο ανεξάρτητα απ'το βαθμό βελτίωσης που έχει σημειωθεί με τη συντηρητική αγωγή.

Όταν η δοκιμασία κόπωσης είναι θετική μέσα στα πρώτα 5-6 λεπτά ή η αντοχή του ασθενούς στη δοκιμασία δεν υπερβαίνει τα 5-6 λεπτά, τότε η πρόγνωση είναι δυσμενής και επιβάλλεται να γίνει στεφανιογραφικό έλεγχος για τον καθορισμό των ανατομικών αλλοιώσεων. Εφόσον η κατάσταση των στεφανιαίων είναι κατάλληλη, στη συνέχεια γίνεται αγγειοπλαστική ή χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη.

### 1.5 ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Ασταθής χαρακτηρίζεται η στηθάγχη όταν οι κρίσεις είναι ανεξάρτητες από κάθε σωματική προσπάθεια ή συγκίνηση, ή άλλο εκλυτικό παράγοντα.

Η στηθαγχική κρίση επέρχεται κατά την ανάπαυση π.χ. την ανάγνωση ενός βιβλίου, ή κατά τον ύπνο κι εάν εμφανιστεί κατά τη διάρκεια σωματικής προσπάθειας ή συγκίνησης θα πρόκειται για απλή σύμπτωση. Ο ασθενής δεν είναι

δυνατόν να προβλέψει την κρίση. Η διάρκεια της κρίσης είναι μικρή, μπορεί όμως να'ναι και μεγάλη, άνω των 20 ή 30 λεπτών. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της κρίσης τόσο σοβαρότερη είναι η πρόγνωση της πάθησης.

Οι παρατεινόμενες κρίσεις συχνά οδηγούν σε έμφραγμα του μυοκαρδίου κι όταν συμβαίνει αυτό η ασταδής στηθάγχη ονομάζεται και προεμφραγματική. Αντιθέτως οι κρίσεις βραχείας διάρκειας συνηθέστερα υποχωρούν μετά από λίγες εβδομάδες και ο ασθενείς δεν έχει συμπτώματα.

Επίσης στην ασταδή στηθάγχη περιλαμβάνεται και η σταθερή στηθάγχη, η οποία πρόσφατα άρχισε να επιδεινώνεται και εμφανίζεται με κρίσεις συχνότερες, πιο έντονες και μεγαλύτερης διάρκειας. Αυτή η μορφή της ασταδούς στηθάγχης προηγείται του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου σε ποσοστό 50-75%.

Τέλος ασταδής θεωρείται και η στηθάγχη που εμφανίζεται τις πρώτες 3-4 εβδομάδες μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παθογενετικά η ασταδής διαφέρει από τη σταθερή στηθάγχη κατά το ότι, πέρα απ' τις οργανικές στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες των στεφανιαίων, στην πρώτη είναι πολύ έκδηλος (περισσότερο απ' όσο στη σταθερή στηθάγχη) ο ρόλος του σπασμού των στεφανιαίων.

### 1.5.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΣΤΑΘΟΥΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ

Ο ασθενής μεταφέρεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας όπου γίνεται παρακολούθηση για εμφάνιση αρρυθμιών, ηλεκτροκαρδιογραφική επιβεβαίωση της ισχαιμίας και αποκλεισμό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η θεραπεία αρχίζει με χορήγηση συνδυασμού νιτρογλυκερίνης, ενός αναστολέως του ασβεστίου και ενός αναστολέως των β-αδρενεργικών υποδοχέων.

Η νιτρογλυκερίνη χορηγείται υπογλώσσιως κάθε 2-3-ώρες ή σε αλοιφή από το δέρμα ή και ενδοφλεβίως εάν οι στηθαγχικές κρίσεις είναι πολύ συχνές. Εφόσον οι κρίσεις υποχωρήσουν, η νιτρογλυκερίνη αντικαθίσταται με νιτρώδη παρατεταμένης ενέργειας. Οι αναστολείς του ασβεστίου αποτελούν φάρμακο εκλογής σε σπασμό των στεφανιαίων αρτηριών και η χορήγηση τους είναι



απαραίτητη εάν στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται ανόσπαση του τμήματος ST. Όσον αφορά τους β-αναστολείς παρά τις αρχικές θεωρητικές σκέψεις ότι πιθανόν να φέρουν αντίθετο από το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, χορηγούνται ευρύτερα σε ασταδή στηθάγχη.

Η επιλογή του κατάλληλου ανταγωνιστή του ασβεστίου ή αναστολέα των β-υποδοχέων αποτελεί επίσης μέσα θεραπείας για την ασταδή στηθάγχη. Μερικές φορές η νιφεδιπίνη σε υπογλώσσια χορήγηση είναι αποτελεσματικότερη από την αντίστοιχη λήψη νιτριδών.

Η ανωτέρω βασική θεραπεία της ασταδούς στηθάγχης συχνά συμπληρώνεται με χορήγηση α) ηρεμιστικών, τα οποία ελαττώνουν το άγχος και βοηθούν στην ελάττωση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, β) οξυγόνο σε σοβαρές περιπτώσεις εφόσον αυτό δε φοβίζει τον ασθενή και γ) πεδιδίνης ή μορφίνης όταν ο πόνος δεν υποχωρεί με νιτρογλυκερίνη. Τέλος χορηγείται για μακρό χρονικό διάστημα ασπιρίνη 300mg ημερησίως, η οποία υποστηρίζεται ότι συχνά προλαμβάνει εξέλιξη της ασταδούς στηθάγχης προς έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο.

Με την ανωτέρω θεραπεία βελτιώνονται οι ασθενείς σε ποσοστό πάνω από 80%, οι οποίοι θα πρέπει αργότερα να υποβληθούν σε στεφανιογραφία προς ενδεχόμενη επέμβαση επαναιματοώσεως του μυοκαρδίου με αγγειοπλαστική ή χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη. Έτσι προλαμβάνεται η υποτροπή των στηθαγγικών κρίσεων κατά τους επόμενους μήνες ή τα προσεχή έτη. Το υπόλοιπο 20% των ασθενών, που δε βελτιώνονται, κινδυνεύουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο και για το λόγο αυτό θα πρέπει να υποβληθούν «εν θερμώ» σε στεφανιογραφία με σκοπό την επείγουσα επέμβαση επαναιματοώσεως του μυοκαρδίου.

Γενικά όλοι οι ασθενείς με ασταδή στηθάγχη θα πρέπει να υποβάλλονται σε στεφανιογραφία, γιατί σ'ένα ποσοστό 10% υπάρχει μεγάλη στένωση του στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και σε μεγαλύτερη αναλογία αποκαλύπτονται στενωτικές βλάβες ενός ή περισσοτέρων από τα μεγάλα αγγεία, για τις οποίες θα πρέπει να γίνει απαραίτητως χειρουργική αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή αγγειοπλαστική.

Επιπλέον η στεφανιογραφία ενδείκνυται, γιατί σε ποσοστό 10% οι αρτηρίες εμφανίζονται εντελώς φυσιολογικές, οπότε η πρόγνωση του ασθενούς είναι εξαιρετική και η θεραπεία, εφόσον χρειάζεται, θα γίνεται μ'έναν ανταγωνιστή του ασβεστίου κατά του αρτηριακού σπασμού. Σ'ένα καλά οργανωμένο καρδιολογικό κέντρο η στεφανιαία πρέπει να γίνεται πριν από την έξοδο του ασθενούς απ' το νοσοκομείο.

## 1.5.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ

Από την έναρξη της στηθάγχης η επιβίωση των ασθενών μπορεί να φθάσει τα 10 έως 20 χρόνια ή και περισσότερο. Η ετήσια θνητότητα με συντηρητική αγωγή υπολογίζεται στο 4%. Καλή πρόγνωση με θνητότητα κάτω από 3% έχουν οι ασθενείς στους οποίους τα συμπτώματα υποχωρούν εύκολα με τη θεραπεία και εμφανίζουν καλή αντοχή στη δοκιμασία κόπωσης, ώστε να επιτυγχάνεται καρδιακή συχνότητα πάνω από 160/min στο 4ο στάδιο κατά Bruce χωρίς συμπτώματα και ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις.

Η πρόγνωση είναι μέτρια ή κακή, όταν η στηθάγχη επιμένει περισσότερο από ένα έτος και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχουν οι στηθαγχικές κρίσεις, ώστε να απαιτούνται περισσότερα υπογλώσσια δισκία νιτροδών για να υποχωρήσουν.

Επίσης η πρόγνωση είναι σοβαρότερη εάν υπάρχουν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις «εν ηρεμία» ή κατά τη δοκιμασία κόπωσης η κατάσπαση του ST (α) εμφανίζεται νωρίτερα, στα πρώτα 5min, (β) είναι μεγαλύτερη από 2min, (γ) διαρκεί περισσότερο από 8min μετά τη διακοπή της άσκησης, (δ) παρατηρείται στις περιπτώσεις απαγωγές του ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Στις περιπτώσεις αυτές η αντοχή στην κόπωση συνήθως είναι μειωμένη και η ετήσια θνητότητα πάνω από 15-20%.

Επίσης θνητότητα αυξημένη παρουσιάζουν οι ασθενείς με μικρή αντοχή στη δοκιμασία κόπωσης, ακόμη κι αν δεν παρουσιάζουν ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, διότι σ'αυτές τις περιπτώσεις μπορεί η στεφανιαία νόσος να είναι σοβαρή.

Από τ'αποτελέσματα της στεφανιογραφίας η πρόγνωση είναι: α) καλή, εάν η οργανική βλάβη αφορά 1 αρτηρία, β) μέτρια, με βλάβη σε 2 αρτηρίες, και γ) κακή, με βλάβες 3 αρτηρίες. Τέλος από την αριστερή κοιλιογραφία η πρόγνωση είναι χειρότερη όσο μικρότερο είναι το κλάσμα εξώθησης, δηλαδή όσο πιο κακή είναι η λειτουργία της αριστερής κοιλίας.

## 1.6 ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η συχνότερη αιτία θανάτου. Σημαίνει νέκρωση τμήματος του μυοκαρδίου που οφείλεται σε απόφραξη μιας ή περισσότερων στεφανιαίων αρτηριών.

Η απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας συνήθως επέρχεται από ανάπτυξη θρόμβου σε αθηροσκληρυντική πλάκα του έσω χιτώνα που έχει προκαλέσει στένωση του αυλού μέχρι 75-80%. Οι αθηροσκληρυντικές πλάκες ως επί το πλείστον προσβάλλουν το εγγύς (κεντρικό) τμήμα των επικαρδιακών αρτηριών και περιέχουν μεγάλες ποσότητες λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL).

Για την εγκατάσταση εμφράγματος του μυοκαρδίου ο μεγαλύτερος κίνδυνος προέρχεται από ρήξη της ινώδους κάψας της αθηροσκληρυντικής πλάκας, οπότε επακολουθούν εξέκλωση, αιμορραγία από τον πυθμένα της εξέλκωσης και θρόμβωση. Στη δημιουργία του θρόμβου σημαντικός είναι ο ρόλος της ινικής και της συγκολλητικότητας των αιμοπεταλίων που είναι αυξημένη, ιδίως σε περιοχές ρήξης της πλάκας. Η συγκόλληση των αιμοπεταλίων αυξάνεται ακόμη περισσότερο από τη συμπαθητικοτονία που επικρατεί κατά την οξεία φάση του εμφράγματος κι από την έκλυση της θρομβοζάνης A<sub>2</sub>.

Σε διατοιχωματικό οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει διατυπωθεί πλήρης απόφραξη στεφανιαίας αρτηρίας κατά τις πρώτες 6- ώρες του εμφράγματος σε ποσοστό 90% και στις 24 ώρες σε ποσοστό 65-70%. Σε νέκρωση μεγαλύτερη από το 25% της μάζας του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας συχνά εκδηλώνεται κάμψη της αριστερής κοιλίας και σε νέκρωση πάνω από 40% του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας συνήθως εμφανίζεται καρδιογενές shock.

Κατά το οξύ έμφραγμα σημαντικός είναι ο ρόλος του σπασμού των στεφανιαίων αρτηριών, ο οποίος προκαλείται από τη θρομβοζάνη  $A_2$  και ευθύνεται για κρίσεις οπισθοστερνικού πόνου, που μπορεί να συνδυάζονται με ανάσπαση του ST. Πάντως η αγγειοσυσπαστική κατάσταση δεν επικρατεί σε κάθε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διότι από το ενδοθήλιο εκλύεται μια άλλη προσταγλανδίνη, η προστακυκλίνη, με ισχυρή αγγειοδιαστολική ενέργεια.

Η απόφραξη μιας αρτηρίας συχνά συνδυάζεται με στενωτικές βλάβες στις άλλες αρτηρίες ή μικρότερους κλάδους αυτών. Σε απόφραξη της πρόσθιας κατιούσας αρτηρίας το έμφραγμα είναι προσδιοδιαφραγματικό ή πρόσθιο, σε απόφραξη της περισπωμένης, το έμφραγμα συνήθως είναι πλάγιο και σε απόφραξη της δεξιάς στεφανιαίας το έμφραγμα αφορά το διαφραγματικό ή οπισθιοβασικό τμήμα του μυοκαρδίου ή και το μυοκάρδιο της δεξιάς κοιλίας.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με φυσιολογικές στεφανιαίας αρτηρίες. Αυτό συνήθως οφείλεται σε οξεία θρόμβωση μιας αρτηρίας και αυτόματη θρομβόλυση μετά το έμφραγμα. Οξεία θρόμβωση και έμφραγμα του μυοκαρδίου σπανίως μπορεί να προκαλέσουν το κάπνισμα και σε νέες γυναίκες τα αντισυλληπτικά φάρμακα.

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

Στο διατοιχωματικό έμφραγμα η νέκρωση αρχίζει από το ενδοκάρδιο και επεκτείνεται προς το επικάρδιο. Σε ποσοστό 20% περίπου των θανάτων από οξύ έμφραγμα συμβαίνει ρήξη προσβληθέντος τμήματος του μυοκαρδίου π.χ. του ελεύθερου τοιχώματος, θυλοειδούς μυός ή τους μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Η ρήξη συχνότερα συμβαίνει σε άτομα με ιστορικό υπέρτασης, όταν το έμφραγμα είναι διατοιχωματικό.

Το έμφραγμα κατ' κανόνα εντοπίζεται στην αριστερή κοιλία και σπανιότερα στη δεξιά κοιλία ή τους κόλπους.

Η μεγάλη σωματική προσπάθεια φαίνεται ότι έχει σχέση με την εκδήλωση του εμφράγματος είτε η προσπάθεια γίνει αμέσως ή ώρες ή μέρες πριν από την προσβολή. Επίσης η έντονη συγκίνηση, τα πλούσια γεύματα και οι χειρουργικές

επεμβάσεις λόγω αιμοραγίας, αφυδάτωσης ή υπόστασης σε άτομα με χρόνια στεφανιαία σκλήρυνση μπορεί να προκαλέσουν νέα πρόσφατη θρόμβωση.

### 1.6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η διάγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου στηρίζεται κυρίως στο ιστορικό, το θωρακικό πόνο, στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και το ένζυμα του ορού. Η εγκατάσταση ενός οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου γίνεται με μια ή περισσότερες κρίσεις, στις οποίες συνηθέστερα επικρατεί ο πόνος. Όταν οι κρίσεις είναι περισσότερες, η ολοκλήρωση του εμφράγματος συχνά γίνεται σε λίγες μέρες και όχι την πρώτη μέρα, όπως συμβαίνει κατά κανόνα εάν το οξύ έμφραγμα εγκατασταθεί με μία κρίση.

Όπως και στη στηθάγχη, το ιστορικό έχει την πρώτη θέση για τη διάγνωση του οξέος εμφράγματος. Ο ασθενής παραπονείται για πόνο ή γενικότερα δυσφορία στο θώρακα. Ο πόνος μοιάζει με το στηθαγχικό, όμως διαρκεί περισσότερο, συνήθως πάνω από 30min ή ώρες και δεν υποχωρεί με υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης παρά μόνο με ένεση μορφίνης. Συχνά είναι εντονότερος από όσο στη στηθάγχη, μπορεί όμως να μην περιγράφεται σαν πραγματικός πόνος αλλά σαν σφίξιμο, κάψιμο ή πίεση στο στήθος. Επίσης μοιάζει με το στηθαγχικό πόνο ως προς την εντόπιση και την ακτινοβολία.

Η μέγιστη ένταση συνηθέστερο εντοπίζεται στο βάθος κάτω από το στήθος κι από 'κει ακτινοβολεί στην πλάτη και όλο το θώρακα. Η ακτινοβολία συχνά επεκτείνεται στον τράχηλο, την κάτω γνάθο, τους ώμους, τους βραχίονες, αγκώνες, καρπούς ιδιαίτερα αριστερά.

Μετά την εγκατάσταση του εμφράγματος που βεβαιώνεται με το ηλεκτροκαρδιογράφημα και την αύξηση των ενζύμων του ορού, ο ασθενής ενίοτε παρουσιάζει ορισμένες κρίσεις πόνου κατά κανόνα ήπιες και μικρής διάρκειας. Όμως συχνά αυτός ο πόνος συγχέεται με πόνο από ανάπτυξη περικαρδίτιδας που μπορεί να παρουσιάσουν αυτοί οι ασθενείς κι ο οποίος εύκολα διακρίνεται εάν επιτείνεται με την εισπνοή και φυσικά εάν υπάρχει περικαρδιακή τριβή.

Ο πόνος που ήδη αναφέρθηκε συνήθως συνδυάζεται με σωματική καταβολή, ωχρότητα και εφίδρωση. Μερικές φορές ο γυχρός ιδρώτας είναι το μόνο σύμπτωμα που αναφέρει ο ασθενής. Άλλοτε ο πόνος συνδυάζεται με ζάλη, σκοτοδίνη ή λιποθυμία και ναυτία. Ορισμένοι ασθενείς αντί για πόνο αναφέρουν δύσπνοια ή αδυνατούν να διευκρινήσουν εάν επικρατούσε ο πόνος ή η δύσπνοια.

Κατά την αντικειμενική εξέταση συχνά διαπιστώνεται ταχυκαρδία και σπανιότερα παρασυμπαθητικοτονική βραδυκαρδία και ελάττωση της αρτηριακής πίεσης. Κατά την έναρξη της προσβολής η αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι αυξημένη για βραχύ χρονικό διάστημα. Σε υπερτασιακούς ασθενείς μετά το έμφραγμα η αρτηριακή πίεση πολλές φορές βρίσκεται επί μακρό χρόνο κοντά ή μέσα στα φυσιολογικά όρια χωρίς ειδική θεραπεία. Ο ρυθμός συνήθως είναι φλεβοκομβικός και συχνά διακόπτεται από έκτακτες κοιλιακές, σπανιότερα κολπικές συστολές.

Η ηπλάφηση συχνά αποκαλύπτει παράταση της ώσης της αριστερής κοιλίας, η οποία μπορεί να είναι παροδική και να σημειώνεται μόνο κατά τις πρώτες ημέρες του οξέος εμφράγματος λόγω δυσκινησίας του πρόσδιου τοιχώματος του μυοκαρδίου.

Κατά την ακρόαση οι καρδιακές τόνοι (1ος και 2ος) μπορεί να είναι βύθιοι λόγω ελαττώσεως της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου. Επάνοδος της έντασης αυτών στο φυσιολογικό αποτελεί ένδειξη ευνοϊκής εξέλιξης. Κατά την οξεία φάση συχνός είναι ο κολπικός καπλασμός (4ος τόνος) που υποδηλώνει ελάττωση της ενδοτικότητας. Τη 2η ή 3η ημέρα είναι δυνατόν να εμφανιστεί ήχος περικαρδιακής τριβής, κυρίως σε εκτεταμένο έμφραγμα, ο οποίος παραμένει για χρονικό διάστημα ωρών ή ημερών.

Συχνότερη είναι η πυρετική κίνηση, η οποία εμφανίζεται μετά 24 ώρες, συνήθως είναι χαμηλή, αλλά σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να υπερβεί τους 39° C.

Τέλος θα πρέπει ν'αναφέρουμε και τις επιπλοκές του εμφράγματος του μυοκαρδίου που είναι 1) Κοιλιακή Μαρμαρυγή, 2) Βραδυαρρυθμία, 3) Φλεβοκομβική ταχυκαρδία, 4) Κολπική Μαργαρυγή, Πτερυγισμός, 5) Κοιλιακή ταχυκαρδία χωρίς σοκ, 6) Κοιλιακές έκτακτες συστολές, 7) Καρδιακός

Αποκλεισμός, 8) Καρδιογενές σοκ, 9) Πνευμονικό οίδημα, 10) Πνευμονική ή συστηματική εμβολή, 11) Υπέρταση, 12) Εγκεφαλικά επεισόδια, 13) Αριστερό κοιλιακό ανεύρυσμα, 14) Μετεμφραγματικό σύνδρομο ή σύνδρομο Dressler's, 15) Ρήξη μυοκαρδίου.

## 1.6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

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

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

Η αντιμετώπιση μιας οξείας εμφραγματικής προσβολής γίνεται ως εξής:

1. Χορηγείται μορφίνη 10-15mg ενδοφλεβίως για την αντιμετώπιση του εμφραγματικού πόνου στο χώρο, που γίνεται η πρώτη ιατρική εξέταση τα υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης ή δινιτρικού ισοσορβίτη ή νιφεδιπίνης που κατά κανόνα δίνονται στις περιπτώσεις αυτές, δεν είναι αποτελεσματικά. Εν συνέχεια ο ασθενής διακομίζεται αμέσως σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου παραμένει κλινίτης και γίνεται συνεχής καθ'όλο το 24ωρο παρακολούθηση σε

ηλεκτροκαρδιογραφήματος και της αρτηριακής πίεσης για την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής. Εάν ο πόνος συνεχίζεται, η μορφίνη επαναλαμβάνεται κάθε 4-6 ώρες. Πολλοί είναι αυτοί που συνιστούν χορήγηση διαλύματος μορφίνης 10mg σε 10-20ml χλωριούχου νατρίου σε δόση 2ml κάθε φορά που πονά ο ασθενής. Πολλές φορές αποφεύγεται η μορφίνη, π.χ. σε βραδυκαρδία με υπόταση και στη θέση της μπορεί να χορηγηθεί (υδροχλωρική μεπεριδίνη) 20-50mg αργά ενδοφλεβίως.

2. Χορηγούνται οξυγόνο με σκοπό τον περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος και ζυλοκαΐνη σε ενδοφλέβια στάγδην έγχυση, 2mg/min περίπου επί 48 ώρες για την πρόληψη κοιλιακών αρρυθμιών.
3. Εφόσον η πίεση είναι καλή δίνεται νιτρογλυκερίνη. Η έναρξη γίνεται με 5mg/min κι η δόση αυξάνεται κατά 5mg/min κάθε 10 λεπτά ώσπου να υποχωρήσει ο πόνος ή η μέση αρτηριακή πίεση ελαττωθεί κατά 10%. Το επίπεδο της νιτρογλυκερίνης στο αίμα πρέπει να είναι σταθερό και επιπλέον να υπάρχει δυνατότητα ρύθμισης της δόσης ή και διακοπής του φαρμάκου σε περίπτωση υπότασης. Τα νιτρώδη χορηγούνται για αντιμετώπιση ελαφρών στηθαγχικών ενοχλήσεων, που συνεχίζονται για μία ή περισσότερες μέρες μετά την υποχώρηση του εμφραγματικού πόνου, καθώς επίσης για πιθανό περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος.
4. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο επίπεδο των ηλεκτρολυτών και ιδιαίτερη 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 εξαρχής χορηγείται χλωριούχο κάλιο, 2-4g την ημέρα. Σε συνήθως υποκαλιαιμία αυξάνεται η δόση του χλωριούχου καλίου σε 3g κάθε 6-8 ώρες ώσπου ν'αποκατασταθεί η τιμή του καλίου στο αίμα.



5. Πολλοί πάλι συνιστούν χορήγηση ηπαρίνης ή ενός κουμαρινικού παραγώγου κατά το χρόνο της κατάκλισης του ασθενούς στο νοσοκομείο με σκοπό την προφύλαξη από θρομβοεβολικά επεισόδια, εκτός εάν υπάρχουν αντενδείξεις χορήγησης αντιπηκτικών φαρμάκων. Προτιμάτε 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. Ιδιαίτερως συνιστώνται σε υπογία σπασμού των στεφανιαίων με παροδική ανύψωση του τμήματος ST κατά τη στηθαγχική κρίση. Η χορήγηση διλτιαζέμης κατά την έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να ελαττώσει το ποσοστό εγκατάστασης εμφράγματος του μυοκαρδίου.
8. Οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων συνήθως αποφεύγονται κατά τις πρώτες 3-4 ημέρες λόγω παρενεργιών, παρόλο που 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. Ιδιαίτερα προσοχή πρέπει να δίνεται στην αρνητική ινότροπη ενέργεια, γιατί σε εκτεταμένο έμφραγμα με μειωμένη λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας συχνά προκαλούν εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε οξύ οπίσθιο - κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου, επειδή συχνά αυτή η εντόπιση της βλάβης επιπλέκεται με φλεβοκομβική βραδυκαρδιακή ή διαταραχές της κοπλοκοιλιακής αγωγιμότητας.

### 1.6.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το μόνο είδος φαρμάκων που αυξάνει την επιβίωση των ασθενών σε χρόνια χορήγηση είναι οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Αντιθέτως τα νιτρώδη και οι αναστολείς του ασβεστίου φαίνεται ότι δεν ελαττώνουν τη θνησιμότητα και νοσηρότητα από νέο έμφραγμα ή άλλες επιπλοκές.

Επομένως σε ανεπίπλεκτο έμφραγμα του μυοκαρδίου κατά την έξοδο του ασθενούς από νοσοκομείο η συνταγή θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα β-αναστολέα, εκτός βέβαια εάν υπάρχει αντέδειξη και φάρμακα για συμπτωματική θεραπεία όπως ηρεμιστικά σε εκνευρισμό ή αϋπνία, υπακτικά για δυσκοιλιότητα κ.λ.π. Ορισμένοι συνιστούν και τη χορήγηση ασπιρίνης σε μέτρια δόση με σκοπό την πρόληψη οξείας θρόμβωσης πάνω σε αθηροσκληρωτική πλάκα από αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων. Επίσης για προληπτικούς λόγους αναγράφονται πάντοτε και υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης ή δινιτρικού ισοσορβίτη, τα οποία φέρει ο ασθενής πάντοτε μαζί του προς χρήση σε περίπτωση στηθαγχικής κρίσης.

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

### 1.6.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

1. Κοιλιακή Μαρμαρυγή: Γίνεται απινίδωση με 200 Joules κι ακόμη σε περίπτωση αποτυχίας γίνεται απινίδωση με 400 Joules.

2. Βραδυαρρυθμία: Όταν οι σφύξεις είναι κάτω των 60/min και υπάρχει υπόταση (η συστολική ειδικότερα κάτω των 100mmHg) αλλά και έκτακτες συστολές χορηγείται atropine 0.3-0.5mg ενδοφλεβίως (IV) και γίνεται κι επανάληψη. Ενώ όταν έχουμε βραδυαρρυθμία χωρίς υπόταση ή έκτακτες συστολές δε γίνεται ουδεμία θεραπεία.
3. Φλεβοκομβική ταχυκαρδία: Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο πέραν των 100/min τότε μετά την ανακούφιση του πόνου, χορηγείται, b-blocker (ειδικότερα athenol 25mg ημερησίως ενώ παράλληλα επιστάται η προσοχή για τυχόν υπόταση ή καρδιακή ανεπάρκεια).
4. Κοπλική μαρμαρυγή, πτερυγισμός: Σε περίπτωση που προϋπάρχει κάτι τέτοιο δε γίνεται θεραπεία. Όταν συμβαίνει μετά από ανάταξη και πάλι δεν γίνεται θεραπεία. Ενώ όταν υπάρχει οξύ πρόσθιο έμφραγμα χορηγείται Digoxin και b-blockers. Σε περίπτωση πάλι καρδιακής ανεπάρκειας γίνεται θεραπεία αυτής. Σε υπερκοιλιακή ταχυκαρδία χορηγείται verapamil 5-15ml ενδοφλεβίως (IV). Επί συνυπάρξεως σοκ, L.V.F. , ή πνευμονικού οιδήματος γίνεται απινίδωση σ'όλες τις πιο κάτω καταστάσεις.
5. Κοιλιακή ταχυκαρδία χωρίς σοκ: Πρώτα χορηγείται Lignocaine 100mg (IV) ενδοφλεβίως και κατόπιν άλλα 50-100mg IV. Επί αποτυχίας γίνεται απινίδωση. Σε περίπτωση κοιλιακής ταχυκαρδίας και σοκ γίνεται και πάλι απινίδωση.
6. Κοιλιακές έκτακτες συστολές: Όταν βρίσκεται το R στο T, όταν υπάρχει διδυμία, είναι πολεσπιακές ή όταν είναι μία στις 10 φλεβοκομβικές επί μισό λεπτό τότε χορηγείται Lignocaine 100mg ενδοφλεβίως και ταυτόχρονα έγχυση 2-4mg/min Mexiletin 100mg ενδοφλεβίως και έγχυση γίνεται επί αποτυχίας της Lignocaine.

7. Καρδιακός Αποκλεισμός: Έχουμε 1ου , 2ου , (Mobitz I - Wenckebach, Mobitz II) , και 3ου βαθμού. Στον Mobitz II και 3ου βαθμό γίνεται κοιλιακή βηματοδότηση (ιδίως σε πρόσθιο έμφραγμα).
8. Καρδιογενές σοκ: Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται ταχύς δακτυλισμός IV με Hydrocortizone 1gr IV, Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub> 100-200mEq σε μία ώρα, ταχεία έγχυση glucose 5% 200ML σε 10', Levophed 4mg σε 500cc glucose αργά ενδοφλεβίως, glucagone 60mg σε 500cc glucose ενδοφλεβίως για 12 ώρες επί LVF, Dobutamine 10μgr/kg/min, ενδοαρτική αντλία. Πρέπει επίσης να εισαχθεί καθετήρας Swan - Ganz στη πνευμονική για συνεχή μέτρηση της πίεσης ενσφηνώσεως (wedge - pressure) και καθετήρας για τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης.
9. Πνευμονικό οίδημα: Γίνεται τοποθέτηση του αρρώστου σε καθιστική θέση, χορήγηση οξυγόνου με ρινικούς καθετήρες, Furosemide (LASIX) 40-100mg IV. Επίσης χορηγείται Morphine Hgdr. 5mg ενδοφλεβίως ή 10mg IM (επίσταται προσοχή για αποκλεισμό βρογχικού άσθματος), Aminophylline 25-500mg IV. Αγγειοδιαστολτικά που χρησιμοποιούνται είναι νιτρογλυκερίνη ή δινιτρικός ισοσορβίτης υπογλωσσίως. Ακόμη χορηγείται Digoxin IM (ιδίως σε στένωση της μιτροειδούς με ταχυκαρδία). Τέλος γίνεται εφαρμογή τουρνικέ στα τρία άκρα εναλλάξ (10mmHg κάτω της διαστολικής πίεσης για 10 λεπτά) και επίσης αφαίμαξη 500mL.
10. Πνευμονική ή συστηματική εμβολή: Χορηγείται ηπαρίνη ενδοφλεβίως επί 7-10 ημέρες κι ακολουθείται αντιπηκτική αγωγή με λήψη ενός κουμαρικού παραγώγου από το στόμα.
11. Υπέρταση: Χορηγείται χλωροπρομαζίνη 5-15mg IV, hydrolazine (Nepresol) 5-15mg IV (επίσταται προσοχή για υπόταση).

12. Εγκεφαλικά επεισόδια: Μπορεί να προηγηθούν, να επέλθουν συγχρόνως ή ακόμη και να επισυμβούν μετά.
13. Αριστερό κοιλιακό Ανεύρυσμα: Υπάρχει μόνιμη ανάσπαση του S-T. Εδώ συνιστάται χειρουργική ανευρυσματεκτομή. Μέχρι να γίνει αυτό θα πρέπει να ακολουθείται αντιπηκτική θεραπεία με κουμαρινικό παράγωγο.
14. Ρήξη μυοκαρδίου: PamPonade, σε ρήξη θηλοειδών μυών υπάρχει ανεπάρκεια μιτροειδούς και σε ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος υπάρχει μεσοκοιλιακή επικοινωνία.
15. Μετεμφραγματικό σύνδρομο ή σύνδρομο Dressler's: Η πρόγνωση του είναι καλή και η θεραπεία του γίνεται με κορτικοειδή (πρεδνιζόλη 30-60mg ημερησίως τις 3 πρώτες μέρες και εν συνεχεία δόση συντηρήσεως 2,5mg t.i.d.). Σε παράταση του περστού όγκου απ'τον οποίο χαρακτηρίζεται, δυνατόν να σημαίνει επιμολυνείσα πνευμονική εμβολή, βρογχοπνευμονία, ουρολοίμωξη και γ'αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή στη διάγνωση του Dressler's Syndrome.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

## 2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Από τη μέχρι τώρα περιγραφή της ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ καθώς και των μορφών της είμαστε σε θέση να διακρίνουμε τη σοβαρότητα της νόσου και την επιτακτική ανάγκη για διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα βέβαια των ασθενών.

Η μεγαλύτερη και σημαντικότερη υποχρέωση της νοσηλεύτριας αντανακλάται όπως είναι φυσικό στη φροντίδα των ασθενών με ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ. Σ' αυτό ακριβώς το σημείο πρέπει η νοσηλεύτρια να χρησιμοποιήσει όλο το σύνολο των ικανοτήτων και γνώσεων της για να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς. Εξάλλου η προσφορά σωστής νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να αποδείξει το βασικό ρόλο της ως νοσηλεύτρια αλλά και την πίστη της στις νοσηλευτικές αρχές.

### 2.1.1 ΣΤΑΘΕΡΗ - ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Όταν η νοσηλεύτρια έχει να αντιμετωπίσει και να φροντίσει έναν ασθενή με αυτό το πρόβλημα εκτός από τα προβλήματα που παρουσιάζει γενικά ο άρρωστος θα πρέπει επίσης να έχει υπόψη της και τους σκοπούς της φροντίδας την οποία πρόκειται να προσφέρει. Αυτοί οι σκοποί περιλαμβάνουν καταρχήν την απαλλαγή από τα συμπτώματα κατά τον παροξυσμό. Στη συνέχεια προσφέρει τη βοήθεια της στον άρρωστο για να ελέγξει τους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν κρίσεις στηθάγχης. Και φυσικά για να κατορθώσει κάτι τέτοιο θα πρέπει η νοσηλεύτρια να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για να αγγίζει και ψυχικά το ασθενή.

Ένας άλλος σημαντικός σκοπός είναι η αναχαίτιση της αθηρωματοσκλήρυνσης και η πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου, κατόπιν βέβαια ιατρικών εντολών που θα της δοθούν. Τέλος βασικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί και η διάρθρωση παθολογικών καταστάσεων, που προκαλούν κρίσεις στηθάγχης.

Αφού η νοσηλεύτρια έχει πλήρη γνώση των σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή μ'αυτή τη νόσο μπορεί να προχωρήσει στην ίδια την παροχή της φροντίδας.

Αρχική λοιπόν και βασική κίνηση της νοσηλεύτριας στην προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας είναι να τοποθετήσει τον άρρωστο σ'ένα κρεβάτι, σε καθαρό χώρο που να μη χαρακτηρίζεται από ένταση και κίνηση αλλά που να αντανακλά γαλήνη και ηρεμία, έτσι ώστε να ηρεμήσει και ο ίδιος ο ασθενής για να περάσει τελικά η κρίση.

Παράλληλα σ'όλο αυτό το διάστημα που απαιτείται για να περάσει η κρίση, επιβάλλεται να μην απομακρυνθεί η νοσηλεύτρια από τον ασθενή αλλά να παραμείνει κοντά του με σκοπό να καθησυχάσει και να μειώσει την αγωνία του - που είναι πολύ πιθανό να το χαρακτηρίζει- η οποία ειδικώνει την υποξία του μυοκαρδίου.

Επειδή ακριβώς η νοσηλεύτρια γνωρίζει ότι η σταθερή στηθάγχη εμφανίζεται κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε σωματικής προσπάθειας κι αυτό μπορεί να έχει σημαντικές και πολύ σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή, φροντίζει ώστε να μειωθούν σε σημαντικό άρα και αποτελεσματικό βαθμό, τόσο το ποσό όσο και ο ρυθμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς κάτω από το σημείο εμφάνισης του στηθαγχικού πόνου. Αυτό βέβαια μπορεί να το κατορθώσει δίνοντας και ανάλογες διδακτικές συμβουλές στον ασθενή της, χωρίς βέβαια να τον τρομοκρατεί.

Μια άλλη σημαντική κίνηση της νοσηλεύτριας για την προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή με σταθερή στηθάγχη είναι η τακτική παρακολούθηση της πίεσης του ασθενούς και βοήθεια κατανόησης και από τον ίδιο τον ασθενή η αναγκαιότητα παρακολούθησης κι από αυτόν αργότερα, έτσι ώστε να διατηρείται η πίεση σε όσο το δυνατόν περισσότερο φυσιολογικά όρια.

Πρέπει να καταλάβει ο ασθενής πόσο σημαντική είναι αυτή η προσπάθεια και να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες, γιατί μια απότομη αύξηση της πίεσης μπορεί να οδηγήσει σε πλείστα προβλήματα. Παράλληλα με τη μέτρηση της πίεσεως, η νοσηλεύτρια φροντίζει να θερμομετρεί τακτικά τον ασθενή της όπως επίσης και να μετρά τον αριθμό των σφύξεων του.



Ενεργώντας μ'αυτόν τον τρόπο είναι σε θέση να προλαμβάνει δυσάρεστες καταστάσεις και να μην αναγκαστεί να πει σε κάτι απρόοπτο "θα μπορούσα να είχα κάνει κάτι για να βοηθήσω αλλά τώρα είναι αργά".

Ακόμη σημαντική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί και η μέτρηση ούρων του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα γιατί έτσι είναι σε θέση ο γιατρός να έχει πλήρη γνώση το ποσό αποβολής ούρων από τον οργανισμό.

Σε περίπτωση ακόμη που ο ασθενής εμφανίζει πόνο η νοσηλεύτρια είναι υποχρεωμένη να προχωρήσει αμέσως στη λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Μ'αυτό τον τρόπο κρατά στα χέρια της κι επομένως στα χέρια του γιατρού το "αποδεικτικό στοιχείο" για το τι μπορεί να συμβαίνει τη στιγμή που ο ασθενής παραπονείται για πόνο.

Βέβαια όλοι οι ασθενείς δεν είναι ίδιοι, ο καθένας έχει και την προσωπικότητα του και είναι αρκετοί αυτοί που τρομοκρατούνται πολύ εύκολα και μόνο με την ιδέα κάποιας επανάληψης της στηθαγχικής κρίσης. Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση για τα διάφορα κατευθυνστικά πρεμιστικά και κατόπιν συνεργασία της βέβαια με το γιατρό είναι σε θέση να τα χορηγήσει έτσι ώστε να επιτύχει πρόληψη επεισοδίων στον ασθενή που προκαλούνται από λύπη, διέγερση ή και γυμνική ένταση. Παράλληλα σε περίοδο πρεμίας του ασθενούς, η νοσηλεύτρια -που θα πρέπει να διαθέτει ικανότητες ψυχολογικής προσέγγισης στα άτομα- φροντίζει να δίνει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο καλύτερης αντιμετώπισης μιας στηθαγχικής κρίσεως.

Εδώ δίνεται έμφαση στην αλήθεια, ότι όσο περισσότερο γύχραιμα αντιμετωπίζει την κρίση τη νόσου του, τόσο γρηγορότερα θα περάσει αυτή. Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί ότι το άγχος και η ανησυχία απλά επιδεινώνουν την κατάσταση.

Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν περιπτώσεις που ασθενής βρίσκεται στο κρεβάτι σε ακινησία. Τότε η νοσηλεύτρια δε θα πρέπει να ξεχνά ότι ο ασθενής εξακολουθεί να έχει ανάγκες σαν άνθρωπος και σίγουρα θα νιώθει πολύ καλύτερα όταν ικανοποιούνται αυτές οι ανάγκες. Και σ'αυτό το σημείο η προσφορά φροντίδας και βοήθειας λοιπόν είναι εξίσου πολύτιμη. Φροντίζει έτσι η νοσηλεύτρια να διατηρεί τον ασθενή καθαρό όπως θα αυτοεξυπηρετούνταν και

μόνος του, να προσέχει όσο είναι δυνατόν βέβαια να μη δημιουργήσει ο ασθενής κατακλίσεις και γενικότερα να δημιουργεί ευχάριστο περιβάλλον για τον ίδιο τον ασθενή. Εξάλλου μ'αυτόν τον τρόπο είναι πολλές οι πιθανότητες να γίνει περισσότερο συνεργάσιμος και υπάκουος.

Πριν προχωρήσουμε είναι απαραίτητο ν'αναφέρουμε ότι η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με στεφανιαία νόσο, ειδικότερα στηθάγχη, είναι ίδια είτε έχουμε να κάνουμε με σταθερή στηθάγχη είτε με ασταδή στηθάγχη.

Έτσι μέσα σ'αυτά τα πλαίσια και γνωρίζοντας βέβαια τη βασική διαφορά της σταθερής από την ασταδή στηθάγχη, ότι δηλαδή η πρώτη εμφανίζεται κατά τη διάρκεια σωματικής προσπάθειας, ενώ η δεύτερη κατά την ανάπαυση, συνεχίζοντας αναφέρουμε ότι η νοσηλεύτρια φροντίζει πάντοτε για τη διόρθωση εκείνων των καταστάσεων οι οποίες ή αυξάνουν τις ανάγκες σε οξυγόνο O<sub>2</sub> (υπερδυρεοειδισμός) ή μειώνουν την αιμάτωση και την οξυγόνωση, όπως η αρτηρική στένωση και η αναιμία αντίστοιχα.

Επίσης φροντίζουν για αποτελεσματική αντιμετώπιση, εάν υπάρχουν βέβαια, εκείνων των παραγόντων που επιδεινώνουν την αθηροσκλήρωση, όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία.

Είναι απαραίτητο επίσης να πούμε ότι στην νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνεται και η χορήγηση διασταλτικών των στεφανιαίων σύμφωνα πάντοτε με τις ιατρικές εντολές, οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται πιστά. Έτσι η νοσηλεύτρια φροντίζει να χορηγεί τη νιτρογλυκερίνη, η οποία είναι απαραίτητο να χορηγείται πριν από την εκδήλωση του πόνου, και δίνεται συνήθως υπογλώσσια ή στον παρειακό χώρο.

Άλλες υπογλώσσιες ενώσεις που χορηγούνται είναι ο Δινιτρικός Ισοσορβίτης και η τετρανιτρική ερυθρόλη.

Ακόμη μπορεί να δοθεί και αλοιφή νιτρογλυκερίνης. Για μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου-σε-οξυγόνο χορηγούνται και ανατολές β-αδρενεργικών υποδοχέων, όπως η υδροχλωτική προπρανολόλη. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να τη δίνει καθημερινά μοιράζοντας τις δόσεις και παρατηρώντας για τυχόν παρενέργειες. Δε θα πρέπει να ξεχνά να μετρά την αρτηριακή πίεση και το

σφυγμό του αρρώστου σε όρδια θέση, δύο ώρες μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για το ενδεχόμενο ορδοστατικής υπότασης.

Επίσης δε θα πρέπει να χορηγεί το φάρμακο, αν η συχνότητα του σφυγμού πέσει κάτω από 50/min. Κατόπιν γίνεται χρησιμοποίηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και της δοκιμασίας άσκησης για εκτίμηση απόκρισης στη θεραπεία.

Ακόμη ο ασθενής βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση γιατί μπορεί να κριθεί απαραίτητη μια πιθανή εισαγωγή του στη μονάδα εμφραγμάτων ώστε να τον έχουν υπό άμεσο έλεγχο για κάποιο επικείμενο έμφραγμα.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να φροντίσει για την ετοιμασία του αρρώστου που προορίζεται για χειρουργική επέμβαση, εάν βέβαια κι όταν αυτή κριθεί απαραίτητη από τους γιατρούς.

Τέλος η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή ότι αν η ίδια δεν είναι δίπλα του κάποια στιγμή και αισθανθεί ξαφνικό πόνο να καλέσει αμέσως το νοσηλευτικό και ιατρικό πρόσωπο.

## 2.1.2 ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση και φροντίδα αλλά και η ιατρική προσφορά και βοήθεια στον ασθενή που παρουσιάζει έμφραγμα του μυοκαρδίου σκοπεύουν στο να προσφέρουν όσο το δυνατό μεγαλύτερη καθώς και ικανοποιητική βοήθεια στον άρρωστο για την αντιμετώπιση των νοσηλευτικών προβλημάτων. Όλες αυτές βέβαια οι ενέργειες γίνονται γιατί η νοσηλεύτρια με τη σωστή εφαρμογή του έργου της αποσκοπεί σ'ορισμένες καταστάσεις.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορούμε να διακρίνουμε τους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας σε άμεσους και μακροπρόθεσμους. Έτσι αρχικά η νοσηλεύτρια φροντίζει για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο ασθενής. Επομένως βασικός σκοπός αποτελεί η διαρθωση ανισοζυγίων και η ανάταξη Shock και οξέος πνευμονικού οιδήματος.

Στη συνέχεια έχουμε την πρόληψη, την έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών κι ακόμη είναι η μείωση του καρδιακού έργου και των παραγόντων που το εμποδίζουν καθώς και η βοήθεια για την επούλωση της νεκρωμένης περιοχής.

Αυτά που αναφέρθηκαν ανήκουν στους πρώτους σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας ενώ οι μακροπρόθεσμοι περιλαμβάνουν την πλήρη αποκατάσταση του αρρώστου, την ετοιμασία του ασθενούς για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα, που θα συνεχίσει στο σπίτι και το νέο τρόπο ζωής. Τέλος βασική είναι και η αναχαίτιση διεργασίας της αρτηριοσκλήρυνσης.

Στη συνέχεια κι αφού έχει υπόψη της η νοσηλεύτρια όλους τους σκοπούς που αναφέρθηκαν, εφαρμόζει όλες τις δραστηριότητες που γνωρίζει κι έχει διδαχθεί και που αποσκοπούν στην προσέγγιση των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η πιο κατάλληλη νοσηλευτική μονάδα για τη νοσηλεία ασθενούς με έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η μονάδα εντατικής νοσηλείας οξέων εμφραγμάτων όπου θα συνδεθεί με τα μηχανήματα καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς και των ζωτικών σημείων (monitor). Με τη βοήθεια αυτών των μηχανημάτων γίνεται έγκαιρα αντιληπτή κάθε παρέκκλιση της λειτουργίας της καρδιάς από το φυσιολογικό. Ακόμη επιβάλλεται η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς μέσω των monitor για την έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών και ειδικότερα έκτακτων κοιλιακών συστολών που προμηνύουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή. Γ'αυτή την περίπτωση έχουμε έτοιμη lidocaine αλλά προετοιμάζουμε και τον ασθενή για διαφλεβική βηματοδότηση, αν χρειαστεί.

Κατόπιν γίνεται συνεχής εκτίμηση της περιφερικής αιματικής άρδευσης των ιστών. Γίνεται μέτρηση της συχνότητας του κορυφαίου και του κερκιδικού σφυγμού αλλά και σημείωση του μεγέθους του μηριαίου σφυγμού. Ακόμη γίνεται ακρόαση της καρδιάς για καλπασμό, ήχο-τριβής και φυσήματα και εκτίμηση των φλεβών του τραχήλου. Εκτίμηση ακόμη γίνεται και για μεταβολές στην διανοητική κατάσταση του ασθενούς όπως απάθεια, σύγχυση ή ανησυχία.

Απαραίτητο είναι να παρέχουμε τέλεια ανάπαυση στον ασθενή. Αυτή περιλαμβάνει αυστηρή και συνεχή ανάπαυση στο κρεβάτι αρχικά. Αργότερα, σε

περιορισμένη ελαφρά βλάβη και που δεν εξελίσσεται ο άρρωστος αναπαύεται και στην πολυδρόνα. Έτσι ανακουφίζεται το σπυδαγχικό άλγος, προλαμβάνεται η καρδιακή ανεπάρκεια και η εξάπλωση της βλάβης απ'την ισχαιμία και τέλος αποφεύγεται η ρήξη του μυοκαρδίου.

Στη συνέχεια παρατηρούμε τον ασθενή για εκτίμηση βελτιώσεως της καταστάσεως του καθώς και έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών. Γι'αυτό το λόγο γίνεται χρησιμοποίηση συνεχούς αιμοδυναμικής καταγραφής Swan-Ganz καθώς και συστηματική μέτρηση και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης κι αυτό γιατί η αρτηριακή υπόταση συνήθως φανερώνει αδυναμία του μυοκαρδίου και καρδιογενές shock που απαιτούν αντιμετώπιση.

Μετράμε και σημειώνουμε σε συχνά χρονικά διαστήματα τη συχνότητα το ρυθμό και το χαρακτήρα του σφυγμού. Γιατί μπορεί διάφορες ανωμαλίες να μας προειδοποιούν για καρδιογενές shock και αρρυθμίες. Ακόμη γίνεται παρακολούθηση και αξιολόγηση του ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Το ΗΚΓ επιβάλλεται να γίνεται ακόμη σε καθε ασθενή που παρουσιάζει πόνο.

Επίσης γίνεται εκτίμηση της συχνότητας, του βήθους και του χαρακτήρα των αναπνοών. Οι συχνές και επιπόλαιες αναπνοές μπορεί να δείχνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή πνευμονική εμβολή. Ενώ η βράχυνση μπορεί να δείχνει ότι ο ασθενής είναι κάτω απ'την επήρεια μεγάλης χρήσης ηρεμιστικών που καταστέλλουν την αναπνευστική λειτουργία.

Ακόμη γίνεται μέτρηση των ούρων 24ώρου. Γιατί ο όγκος των ούρων δείχνει τη λειτουργία των νεφρών σε σχέση με το ισοζύγιο των υγρών και αποτελεί ένδειξη αναπτύξεως ή όχι καρδιακής ανεπάρκειας. Στη συνέχεια παρατηρείται το χρώμα του δέρματος, των χειλέων και των νυχιών για σημεία κυανώσεως. Όταν υπάρχει κυάνωση ίσως να φανερώνει ότι υπάρχει πνευματική συμφόρηση και πνευμονικό οίδημα ή και καρδιακή ανεπάρκεια. Συνιστούμε τότε χορήγηση O<sub>2</sub>.

Η αλήθεια είναι ότι η νοσηλεύτρια πρέπει πάντοτε να είναι έτοιμη για την παροχή οξυγόνου. Η χορήγηση οξυγόνου γίνεται με τέντα, ρινοφαρυγγικό καθετήρα, μάσκα ή τεχνική θετικής πίεσεως. Μπορεί έτσι να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης των αρρυθμιών, γιατί κάνει το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο με μείωση της υποξίας του. Ακόμα και για τον ίδιο λόγο, μειώνει τον πόνο.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει επίσης για την απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο και την αγωνία. Γιατί αυτά αυξάνουν τόσο το έργο πίεσης όσο και το έργο ροής και μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες.

Γι'αυτό γίνεται χορήγηση αναλγητικών μέσα στα όρια βέβαια της ιατρικής εντολής. Μέτρηση της πίεσης, του σφυγμού και της αναπνοής πριν τη χορήγηση ναρκωτικών, γιατί κατεβάζουν την πίεση και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη shock η αρρυθμιών. Η συζήτηση με τον ασθενή για το περιβάλλον της μονάδας θεωρείται απαραίτητη γιατί έτσι μειώνεται η αγωνία και ο άρρωστος βοηδιέται να κινητοποιήσει τις δικές του πηγές για διαπραγμάτευση με την όλη κατάσταση.

Επίσης σημαντική είναι και η λογική ενθάρρυνση του ασθενούς για εγκαθίδρυση θετικής θέσης απέναντι στην ασθένεια του. Έτσι μπορούμε να τον επιβεβαιώσουμε ότι η ζωή του μπορεί να είναι σχετικά κανονική μετά την ανάρρωση του.

Μια άλλη σημαντική φροντίδα είναι η έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης για διατήρηση ανοικτής φλέβας ώστε να είναι δυνατή η ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση αρρυθμιών. Μερικά φάρμακα που χορηγούνται ενδοφλεβίως είναι τα αγγειοσυσπαστικά και η δόση και η ροή τους ρυθμίζεται μετά από εκτίμηση της Α.Π.

Παράλληλα η νοσηλεύτρια φροντίζει και η διαίτα του ασθενούς να είναι ανάλογη με την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του ασθενούς. Έτσι χορηγείται υγρή που προχωρεί προς την ελαφρά, υποδερμική, για μείωση του έργου της καρδιάς, τις πρώτες ημέρες. Κατόπιν γίνεται μείωση του νατρίου αν υπάρχουν σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας. Τέλος περιορίζεται ο καφές και αναψυκτικών τύπου Cola. Ο καφές επηρεάζει το καρδιακό ρυθμό και συχνότητα, την στεφανιαία κυκλοφορία και την αρτηριακή πίεση.

Επίσης συνίσταται ανάπαυση-σε-πολυδρόνα (μετά 24 ώρες) αν ο ασθενής είναι ελεύθερος από πόνο αρρυθμίες και shock. Το έργο της καρδιάς είναι λιγότερο στην καθιστή θέση απ'ότι στην ύπτια. Συνήθως επιτρέπεται ελαφρό διάβασμα και ραδιόφωνο για απόσπαση της προσοχής.

Ακόμη γίνονται παθητικές ασκήσεις για αποφυγή θρόμβωσης. Ενώ απαγορεύονται οι ασκήσεις τουλάχιστον για μια ώρα μετά το φαγητό. Μετά από κάθε άσκηση γίνεται παρακολούθηση του σφυγμού του αρρώστου. Τέλος γίνεται βαθμιαία αύξηση της φυσικής δραστηριότητας για να φτάσει στο επίπεδο δραστηριότητας για αυτοφροντίδα, όταν επιστρέφει στο σπίτι.

Βασική υποχρέωση της νοσηλεύτριας, που συμπεριλαμβάνεται στην προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή με έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι να παίρνει μέτρα για την προφύλαξη του ασθενούς από τις θρομβοεμβολικές επιπλοκές. Γι' αυτό το λόγο πρέπει η νοσηλεύτρια ν' αλλάζει συχνά θέση στον άρρωστο, ενισχύοντας ακόμη τις κινήσεις των ποδιών στην κατά γόναυ άρθρωση, ποδοκνυμική και δακτύλων. Αυτά τα μέτρα ενισχύουν τη φλεβική κυκλοφορία των ποδιών. Ακόμη συνίστανται ελαστικές κάλτσες κι εφόσον έχουν δοθεί με εντολή πρέπει να χρησιμοποιούνται συνέχεια και σωστά. Αυτές θα πρέπει να φδάνουν πάνω από τα γόνατα και να μη σχηματίζουν κύλινδρο στο επάνω μέρος. Όταν χρησιμοποιούνται σωστά, μειώνουν τον όγκο της φλεβικής οδού στα πόδια έτσι αυξάνουν τη ροή του φλεβικού αίματος και το εμποδίζουν να λιμνάσει σ' αυτά.

Επίσης χορηγούνται αντιπηκτικά φάρμακα, όπως έχει καθοριστεί. Ο σχηματισμός θρόμβων συμβαίνει συχνά στους αρρώστους με έμφραγμα μυοκαρδίου και θεωρείται υπεύθυνος για πολλούς θανάτους. Η δόση του αντιπηκτικού ρυθμίζεται με βάση την πηκτικότητα του αίματος, καθημερινά.

Προσφέρεται βοήθεια στον άρρωστο για να του χορηγήσουμε τροφή. Δίνεται φαγητό φτωχό σε θερμίδες, μαλακό στον τρόπο παρασκευής και παρέχεται σε μικρά γεύματα. Γιατί ο γαστρεντερικός φόρτος επιδρά αρνητικά στις αναπνευστικές κινήσεις και μειώνει την ανταλλαγή αερίων.

Μια άλλη νοσηλευτική φροντίδα είναι να διευκολύνεται η κένωση του εντερικού σωλήνα, χωρίς προσπάθεια και κόπο, με τη βοήθεια υπακτικών φαρμάκων ή υποκλυσμού - χαμηλής πίεσεως. Γιατί η προσπάθεια για κένωση προκαλεί απότομη ανύψωση της αρτηριακής πίεσεως, αυξάνει την ένταση της αριστερής κοιλίας και ενισχύει τον κίνδυνο ρήξεως του μυοκαρδίου.

Τέλος η νοσηλεύτρια λαμβάνει μέτρα για πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών του εμφράγματος.

Σ' αυτό το σημείο πρέπει ν'αναφερθεί ότι αν και η νοσηλεύτρια δεν κάνει ιατρικές διαγνώσεις, μπορεί όμως να καταλάβει την πιθανότητα να υπάρχει έμφραγμα του μυοκαρδίου και έχοντας υπόψη τι να κάνει κυρίως τι να μην κάνει μπορεί πραγματικά να σώσει τη ζωή του αρρώστου. Έτσι:

1) Διατηρεί τον ασθενή σε τέλεια ανάπαυση.

2) Αν ο ασθενής έχει δύσπνοια τον τοποθετεί σε ανάρροπη θέση.

3) Αν ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα shock, τον τοποθετεί σε οριζόντια θέση.

4) Καλεί αμέσως γιατρό ή καλύτερα το αναθέτει σε κάποιον άλλο ενώ η ίδια μένει κοντά στον ασθενή, και

5) Δεν επιτρέπει στον άρρωστο να κινηθεί ή σηκωθεί απ' το κρεβάτι ακόμη κι αν αισθάνεται καλύτερα, μέχρι που να το δει γιατρός.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος δεν έχει έμφραγμα του μυοκαρδίου, με τα παραπάνω μέτρα η νοσηλεύτρια δεν έχει να χάσει τίποτε, παρά λίγο χρόνο και λίγη προσπάθεια.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ, ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ ΚΑΙ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Για να γίνει διάγνωση της στηθάγχης, χρειάζεται ένα πολύ καλό ιστορικό. Παρακάτω θα παρακολουθήσουμε τα ιστορικά ασθενών με α) Σταθερή Στηθάγχη, β) Ασταθή Στηθάγχη και γ) Έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η συμπλήρωση των ιστορικών έγινε με πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από την επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, από τη λογοδοσία κι από άλλες πρόσφορες πηγές. Ακόμη τα ιστορικά συμπληρώθηκαν μέσα στις πρώτες 48 ώρες από την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο.

#### 3.1.1 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΗ - ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας με εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, συγκεντρώθηκαν οι παρακάτω πληροφορίες:

Στις 12-10-94 ο ασθενής Γ. Π. και ώρα 12:00 μ.μ. προσήλθε στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Αρχικά έγιναν οι απαραίτητες ερωτήσεις και έτσι σημειώθηκε ότι επρόκειται για άρρεν, 50 ετών, δρηνεύματος ορθοδόξου και εθνικότητας ελληνικής.

Στη συνέχεια αφού τον έβαλαν να ξεκουραστεί ζητήθηκε να περιγράψει τι ακριβώς ένοιωθε. Εκείνος παραπονέθηκε για πόνους στο θώρακα και ειδικότερα κατά τη διάρκεια κάποιας σωματικής άσκησης ή κίνησης. Επίσης ζητήθηκε να προσδιορίσει την έκταση που κάλυπτε ο πόνος στο θωρακικό τοίχωμα. Εκείνος απάντησε ότι η έκταση ήταν μεγαλύτερη από όσο καλύπτει η γροθιά του. Ακόμη ρωτήθηκε ο ασθενής εάν στην οικογένεια του έχει παρουσιάσει κανένα άτομο παρόμοια ενοχλήματα ή γενικότερα καρδιακά προβλήματα. Η απάντηση σχετικά με την οικογένεια ήταν αρνητική. Έπειτα αφού κάθισε ο ασθενής σε άνετη θέση έγινε μέτρηση της πίεσης του. Παρουσίαζε υπέρταση αφού είχε 140/80mmHg.

Ρωτήθηκε εάν κάνει αντιπερτασική θεραπεία κι αν γυμνάζεται ή έστω απλά κινείται ή βαδίζει. Ο ίδιος απάντησε ότι δε γνώριζε πως είχε πίεση, αν και μερικές φορές είχε ζαλάδες αλλά δεν το είχε ελέγξει, κι ακόμη όσον αφορά την άσκηση δεν είχε αφιερώσει ποτέ χρόνο, γιατί η δουλειά του ήταν φορτωμένη. Κατόπιν κρίθηκε απαραίτητο να γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα κι αφού έγινε βρέθηκε ότι παρουσίαζε αποκλεισμό αριστερού σκέλους. Βέβαια δόθηκε και παραπεμπτικό με την ένδειξη επείγον για να γίνει εργαστηριακός έλεγχος όπου ο ασθενής παρουσίαζε υπερλιπιδαιμία ενώ το σάκχαρο ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα κι ο αιματοκρίτης 46.

Έπειτα ζητήθηκε ο ασθενής ν' ανέβει μια σκάλα εκεί στα εξωτερικά ιατρεία και παρουσίασε προκάρδιο άλγος το οποίο είχε αντανάκλαση στο αριστερό άνω άκρο και διήρκεσε 3-5 λεπτά. Μετά απ' όλα αυτά έγινε εισαγωγή του ασθενούς, με διάγνωση Σταθερής Στηθάγχης, για να παρακολουθηθεί εντενέστερα η κατάσταση του. Στην καρδιολογική κλινική, που έγινε η εισαγωγή, ο κύριος ήρθε με τα πόδια και με τη συνοδεία ενός νοσοκόμου.

Στην κλινική ο ασθενής έδωσε το βιβλιάριο υγείας του κι όλα τα χαρτιά του και δίνοντας κάποιες πληροφορίες σχετικά με τα στοιχεία του, τόνισε ότι ήρθε μόνος του στο νοσοκομείο αλλά ζεί με την οικογένειά του, στην οποία είναι ο αρχηγός. Επίσης τόνισε πως οι συνθήκες κατοικίας του είναι υγιεινές, σε σχετική ερώτηση που του έγινε. Όσον αφορά το επάγγελμα του, είπε πως ήταν ελεύθερος επαγγελματίας. Εξήγησε ότι επρόκειτο για πολύ κουραστικό επάγγελμα με πολύ έντονη εργασία και έντονες καθημερινές καταστάσεις που ο ίδιος νιώθει ιδιαίτερα φορτισμένος και αγχωμένος όταν το ασκεί.

Στη συνέχεια, αφού ρωτήθηκε, δήλωσε πως για τις δαπάνες νοσηλείας δεν ανησυχεί, αλλά ανέφερε πως τον απασχολεί περισσότερο η εισαγωγή του, γιατί υπέθετε πως μάλλον έγινε για θεραπεία διαγνωσμένης νόσου. Η κρίση του ασθενούς ήταν σωστή κι αυτό γιατί όπως είδαμε, μετά από παρατεταμένη εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία, έγινε ασφαλή διάγνωση Σταθερής Στηθάγχης.

Με βάση λοιπόν αυτά διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα επικοινωνίας κι ότι ο ίδιος αυτοεξυπηρετείται χωρίς να έχει την ανάγκη βοήθειας από άλλον. Δε χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα για να κινηθεί αλλά

χρησιμοποιεί προθέσεις και συγκεκριμένα τεχνητές οδοντοστοιχίες. Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στην κλινική δεν παρουσίασε προβλήματα διατροφής. Δεχότανε, αυτά που του προσφέρανε, χωρίς διαμαρτυρίες. Μάλιστα τις ημέρες που παρέμεινε εκεί, έχασε και κάποια κιλά. Όταν όμως του επιβλήθηκε ακινησία για κάποιες μέρες δυσφόρησε γιατί επιθυμούσε να εξυπηρετεί μόνος του τον εαυτό του.

Ακόμη εκείνες τις ημέρες που νοσηλεύτηκε ο ασθενής τον επισκεπτότανε οι συγγενείς κι η οικογένειά του, οι φίλοι του και οι γνωστοί του. πράγμα που μας έδωσε να καταλάβουμε ότι επρόκειτο για πολύ κοινωνικό άτομο.

Πέρα απ'αυτά όμως το προσωπικό έπρεπε να μάθει αν ο άρρωστος είχε σχέση με φάρμακα κι αν ναι ποια η σχέση του μ'αυτά. Έτσι μετά από ερώτηση ο ασθενής απάντησε ότι δε χρησιμοποιούσε φάρμακα. Αυτός άλλωστε ήταν κι ο λόγος που δε γνώριζε αν είχε αλλεργική ευαισθησία σε κάποια φάρμακα, όταν ρωτήθηκε σχετικά μ'αυτό.

Στη συνέχεια σημειώθηκε η σχέση του ασθενούς με τα οινόπνευμα ποτά. Χρησιμοποιούσε μεν ο ασθενής οινόπνευμα ποτά, αλλά πάντα χωρίς να υπερβαίνει το μέτρο: Όσον αφορά δε το κάπνισμα, ο ασθενής είχε σταματήσει να καπνίζει εδώ και τριάντα χρόνια.

Επόμενο βήμα του προσωπικού ήταν να διαπιστώσει την μυχολογική κατάσταση του αρρώστου σχετικά με την ασθένεια του αλλά και με το χώρο στον οποίο βρέθηκε ξαφνικά χωρίς να προλάβει να προετοιμαστεί.

Σχετικά με την ασθένεια του δεν υπήρξαν πληροφορίες μιας και δε μιλούσε γι'αυτή ο ασθενής. Το μόνο που παρατηρήθηκε ήταν ότι έδειχνε δάρρος και δέλψη.

Ενώ για το νοσοκομειακό χώρο, απάντησε, όταν ρωτήθηκε πως δεν είχε τύχει να έχει προσωπική εμπειρία από προηγούμενη νοσηλεία του αλλά είχε εμπιστοσύνη στο προσωπικό και πίστευε πως γνωρίζει τη δουλειά του και την κάνει σωστά.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις για να διαπιστωθεί η λειτουργία οργάνων - συστημάτων. Έτσι πέρα από την υπέρταση που βρέθηκε και τη Σταθερή Σπιδάγχη που διεγνώσθη, στο αναπνευστικό

σύστημα ο ασθενής δεν παρουσίαζε προβλήματα, στο πεπτικό σύστημα παρουσίαζε φυσιολογική κένωση ημερησίως, στο ουροποιητικό δεν παρουσίαζε πρόβλημα, στο νευρικό σύστημα η κινητικότητα και η αισθητικότητα του αρρώστου δεν εμφανίζουν ανωμαλίες ενώ τα αισθητήρια όργανα λειτουργούν κανονικά. Δερματολογικός δεν παρατηρήθηκε κανένα πρόβλημα και σχετικά με τον ύπνο ο ασθενής κοιμάται κανονικά.

Τελειώνοντας θα τονίσουμε ότι η διανοητική κατάσταση του ασθενούς δεν παρουσιάζει κανένα πρόβλημα. Είχε πολύ καλή επαφή με το περιβάλλον, συνεργάστηκε απόλυτα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του χωρίς να έχει παράλογες απαιτήσεις. Λίγες ημέρες μόνο πριν επιτραπεί η έξοδος του. Σ'αυτή τη συζήτηση ο ίδιος τόνισε πως αισθάνεται καλά, κατανοεί τις πληροφορίες για την υγεία του αλλά τον απασχολεί η αλλαγή συνθηκών ζωής με την έξοδο απ'το νοσοκομείο.

ΣΤΑΘΕΡΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αναφορά του ασθενούς για πόνο στο στήθος με αντανάκλαση στο αριστερό άνω άκρο, μετά την τακτοποίηση του σε δάλαμο.</p>	<p>Κύριος σκοπός είναι η καταστολή του πόνου και η άμεση ανακούφιση του ασθενούς.</p>	<p>Προγραμματίζεται να χορηγηθεί υπογλώσσιο -να γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα και- να τοποθετηθεί ο ασθενής σε άνετη θέση.</p>	<p>Έπειτα από οδηγίες που δόθηκαν από τον καρδιολόγο χορηγείται το υπογλώσσιο στον ασθενή και γίνεται το ηλεκτροκαρδιογράφημα από τη νοσηλεύτρια. Τέλος τοποθετήθηκε ο ασθενής στο κρεβάτι σε ημικαθιστική θέση.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε, ο πόνος υποχώρησε και το ηλεκτροκαρδιογράφημα δόθηκε στο γιατρό για να μελετηθεί.</p>
<p>Ο ασθενής βρίσκεται μόνος του στο δάλαμο και παρατηρήθηκε μελαγχολικός.</p>	<p>Βοήθεια του ασθενούς να ηρεμήσει ψυχολογικά και να μην φορτίζεται.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια προγραμματίζει να πλησιάσει τον ασθενή -να μιλήσει μαζί του- να δημιουργηθεί εμπιστοσύνη ως προς το περιβάλλον.</p>	<p>Με ύφος που εμπνέει εμπιστοσύνη και με ευχάριστη διάθεση πλησιάζει τον ασθενή, γνωρίζεται μαζί του και δημιουργεί ευχάριστη ατμόσφαιρα, μέσα από συζήτηση.</p>	<p>Ο ασθενής πλέον δεν είναι μελαγχολικός, νιώθει ήρεμος στο καινούριο περιβάλλον κι έχει εμπιστοσύνη στο προσωπικό.</p>
<p>Ο ασθενής είναι υπερτασικός και διαπιστώθηκε από την εξέταση που έγινε κι από τη μέτρηση της πίεσης του.</p>	<p>Μείωση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς και προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασής του.</p>	<p>Μετά από συζήτηση και ανάλογες οδηγίες προγραμματίζεται -να δοθεί στον ασθενή αντιυπερτασικό φάρμακο (Adalat).</p>	<p>Ο ασθενής παίρνει το Adalat των 10mg που του χορηγείται σε καθορισμένες δόσεις 1x3 και μετριέται κι η πίεση του παράλληλα.</p>	<p>Η κατάσταση του ασθενούς κρίνεται καλύτερη και σημειώνεται σχετική σταθεροποίηση της πίεσής του.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Μικρή καρδιακή κάμψη παρουσιάστηκε στον ασθενή την 4η ημέρα της νοσηλείας του.	Σκοπός είναι η αντιμετώπιση της καρδιακής κάμψης για αποφυγή επιδείνωσης της κατάστασης.	Προγραμματίζεται η χρήση διουρητικού φαρμάκου στον ασθενή και μέτρηση ούρων.	Ύστερα από οδηγίες από τον γιατρό χορηγείται διουρητικό φάρμακο στον ασθενή και περισσότερο συγκεκριμένα δίνεται το Lasix, σε ημερήσιες δόσεις 1x4 γιατί στη μέτρηση ούρων που γίνεται η ποσότητα είναι μειωμένη.	Μ'αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης της καρδιακής κάμψης, ξεπεράστηκε το πρόβλημα και δε συνέβη κάτι χειρότερο.
Γαστρικά ενοχλήματα εμφανίστηκαν στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.	Αντιμετώπιση αυτών των γαστρικών ενοχλημάτων και ανακούφιση του ασθενούς από ένα επιπλέον πρόβλημα.	Προγραμματίζεται να χορηγηθεί αντιόξινο (Maalox) και H <sub>2</sub> ανταγωνιστής της ισταμίνης (Zantac).	Γράφονται οι δόσεις του φαρμάκου στο βιβλίο νοσηλείας και χορηγείται Maalox 10cc 3 φορές την ημέρα και Zantac σε ημερήσιες δόσεις 1x2.	Μετά τη χορήγηση του φαρμάκου ο ασθενής αισθάνεται ήδη καλύτερα και τα ενοχλήματα άρχισαν να υποχωρούν.
Μετά από επίσκεψη συγγενών και φίλων ο ασθενής παρατηρήθηκε ότι ήταν αρκετά φορτισμένος.	Συζήτηση με τους συγγενείς για να διαπιστωθεί που οφείλεται η αναστάτωση του ασθενούς.	Προγραμματίζεται να γίνει ενημέρωση των συγγενών για την κατάσταση του ασθενούς- να δοθούν συμβουλές συμπεριφοράς απέναντι στον άρρωστο.	Ενημερώνονται σχετικά συγγενείς και φίλοι και το προσωπικό τους συμβουλεύει να μην μεταδίδουν την αγωνία τους στον ασθενή αλλά να τον γεμίζουν αισιοδοξία.	Μετά απ'αυτό διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής ήταν και πάλι ήρεμος και γαλήνιος χωρίς εκρήξεις συναισθηματικής φόρτισης.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αδυναμία του ασθενούς για αυτοφροντίδα για αυτοεξυπηρέτηση λόγω επιβλεπόμενης ακινησίας του.</p>	<p>Βασικός σκοπός λοιπόν είναι η ικανοποίηση των προσωπικών ατομικών αναγκών του ασθενούς.</p>	<p>Γίνεται πρόγραμμα και αναγράφονται ευθύνες του προσωπικού για - να γίνει διατήρηση καλής υγιεινής του ασθενούς - καλή επίτηρηση του δέρματος - καλή χορήγηση τροφής</p>	<p>Οι νοσηλεύτριες φροντίζουν να διατηρούν καθαρό τον ασθενή με το λουτρό επί κλίνης, γίνονται πλύσεις στόματος, ζύρισμα του ασθενούς και προσφορά βοήθειας στο φαγητό και στην τουαλέτα του.</p>	<p>Η εργασία του προσωπικού γίνεται σωστά με αποτέλεσμα ο ασθενής να είναι καθαρός, περιποιημένος κι ευχαριστημένος από την προσφορά φροντίδας.</p>
<p>Υπέρβαρος ο ασθενής, πράγμα επικίνδυνο για την κατάσταση την οποία αντιμετωπίζει.</p>	<p>Απώλεια βάρους του ασθενούς γιατί έτσι θα βοηθήσει τον εαυτό του.</p>	<p>Προγραμματίζεται - ειδική διαίτα για μέσα στο νοσοκομείο και - για την μετέπειτα έξοδο του απ'αυτό.</p>	<p>Έτσι στο νοσοκομείο χορηγήθηκε διαδοχικά άναλος ελαφρά, ελαφρά κρέας κι ελευθέρα ενώ για αργότερα συνιστάθηκε αποφυγή λιπών, γλυκών, ποτών, αλμυρών και γαλακτομικών προϊόντων.</p>	<p>Ο ασθενής ακολούθησε τη διαίτα του νοσοκομείου χωρίς να παρουσιάσει προβλήματα ενώ υποσχέθηκε να ακολουθήσει τις διατροφικές οδηγίες και μετά την έξοδο του απ'το νοσοκομείο.</p>
<p>Ο ασθενής λοιπόν έχει στηθάγχη και παρουσιάζεται στένωση στα στεφανιαία αγγεία λόγω αθηρωματώδους πλάκας.</p>	<p>Σκοπός είναι η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ασθένειας και των συμπτωμάτων κι η αποφυγή δημιουργίας νέων.</p>	<p>Μετά από οδηγίες που δόθηκαν προγραμματίζεται -να παίρνει ο ασθενής αντιπηκτικό (παιδική αιπιρίνη) αλλά και ανασταλέα σβεστίου (Dipren).</p>	<p>Ο ασθενής παίρνει καθημερινά 1 ταμπλέτα παιδική αιπιρίνη και το Dipren των 60mg σε ημερήσιες δόσεις 1x3.</p>	<p>Η κατάσταση του ασθενούς παρουσιάζει σταθερή βελτίωση κατά τις ημέρες της νοσηλείας του.</p>



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κίνδυνος αιμορραγίας του ασθενούς από ενδομυϊκή ένεση λόγω χορηγούμενης ηπαρίνης.	Σκοπός βασικός είναι να γίνει ενημέρωση ώστε να αποφευχθούν οι ενδομυϊκές ενέσεις στον συγκεκριμένο άρρωστο.	Προγραμματίζεται να γίνει ενημέρωση του προσωπικού να αναγραφεί στο βιβλίο νοσηλείας ότι απαγορεύονται οι ενδομυϊκές ενέσεις σ'αυτόν τον ασθενή.	Γράφεται στο βιβλίο νοσηλείας και ενημερώνεται το προσωπικό ότι δεν πρέπει να γίνονται ενδομυϊκές ενέσεις στον άρρωστο.	Ο ασθενής δεν κινδυνεύει να του γίνει ενδομυϊκή ένεση και να αιμοραγήσει γιατί είναι όλοι ενημερωμένοι σχετικά.
Το πρόβλημα της σταδερής σπινιάγγης για τον ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντικό και εγκυμονεί πολλούς κινδύνους για τον ίδιο.	Σκοπός είναι να δοθεί θεραπεία - συνταγή για την ομαλή πορεία της νόσου.	Προγραμματίζεται να γραφεί συνταγή για τον ασθενή - που θα περιληφθούν βάνει, νιτρογλυκερίνη αντιπηκτικές ασεβασίτου (MACOREL) και νιτρογλυκερίνη (PENSORDIL)	Έτσι δίνεται συνταγή στον ασθενή με τα φάρμακα που θα παίρνει, υπογλώσσια δισκία νιτρογλυκερίνης επί πόνου μικρή δόση ασπιρίνη σαν αντιπηκτικός MACOREL (ανταγωνιστής ασεβασίτου) σε δόσεις 1x3 και PENSORDIL (νιτρογλυκερίνη) των 5mg επί πόνου.	Ο ασθενής εμφανίζεται συνεργάσιμος ενημερώνοντας ότι δ'ακολουθεί κατά γράμμα τις οδηγίες, γνωρίζοντας την κρισιμότητα της κατάστασής του.
Άσχημη η φυσική κατάσταση του ασθενούς λόγω προηγούμενης καρδιακής ζωής.	Τόνωση της φυσικής κατάστασης του ασθενούς για ελάττωση του κινδύνου επιδείνωσης της ασθένειας.	Πρόγραμμα ενημέρωσης του ασθενούς ώστε να ακολουθήσει τη φυσική άσκηση και κίνηση (βάδισμα, ασκήσεις) σαν τρόπο ζωής.	Ο ασθενής παίρνει το πρόγραμμα κι ενημερώνεται για τις ασκήσεις που πρέπει να κάνει τις ώρες που πρέπει να βαδίζει και το χρόνο που πρέπει να αφιερώνει για τη σωματική άσκηση του.	Ο ίδιος υποσχέθηκε ότι δ'ακολουθήσει το πρόγραμμα που του δόθηκε και δήλωσε ικανοποιημένος από την ενημέρωσή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Τις 6 ημέρες που νοσηλεύτηκε ο ασθενής στο νοσοκομείο, παρουσίασε κάποια βελτίωση αλλά παρόλα αυτά η κατάσταση του κρίνεται επικίνδυνη για τον ίδιο.</p>	<p>Κύριος σκοπός είναι να γίνεται συχνή εξέταση του ασθενούς από γιατρό για να κρίνεται έτσι η πορεία της υγείας του και η κρισιμότητα της κατάστασης κάθε φορά.</p>	<p>Προγραμματίζεται κατά την έξοδο του ασθενούς από νοσοκομείο - το χρονικό διάστημα επίσκεψης στον καρδιολόγο για εξέταση κι - τοποθέτηση του ονόματος σε λίστα για να γίνει test κοπώσεως.</p>	<p>Ο ασθενής επισκέπτεται τον καρδιολόγο κάθε 1 μήνα για να του γίνεται ηλεκτροκαρδιογράφημα να ελέγχονται τα φάρμακα του κι η πίεση του περιμένει τη σειρά του που θα τον καλέσουν για το test - κοπώσεως.</p>	<p>Σύμφωνα με πληροφορίες κατά το χρονικό διάστημα που έκανε ο ασθενής τις τυπικές επισκέψεις στον καρδιολόγο, δεν είχε εμφανιστεί κανένα πρόβλημα κι η κατάσταση του θεωρούνταν ικανοποιητική. Το test - κοπώσεως δεν είχε γίνει ακόμη.</p>

### 3.1.2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΔΕΥΤΕΡΗ - ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας με εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και συγκεντρώνοντας πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή, από συγγενείς κι από την καθημερινή λογοδοσία συμπληρώθηκε το ιστορικό που ακολουθεί:

Στις 15-11-94 και ώρα 10:00 π.μ. ο ασθενής Α. Σ. προσήλθε στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Αρχικά ο ασθενής ρωτήθηκε για τα στοιχειώδη ώστε να καταγραφούν τα στοιχεία του, κι έτσι σημειώθηκε ότι επρόκειτο για άρρεν 55 ετών, θρησκείματος ορθοδόξου και εθνικότητας ελληνικής. Στο νοσοκομείο ο ασθενής προσήλθε με κάποιο συνάδελφο του αλλά τις πληροφορίες ήταν σε θέση να τις δίνει ο ίδιος.

Κατόπιν ζητήθηκε να περιγράψει τι ακριβώς ένοιωθε. Ο ασθενής περιέγραφε αρκετά τρομοκρατημένος και αγχωμένος, πόνους και ενοχλήματα. Επειδή όμως συμπεριφερόταν έτσι έντονα, θεωρήθηκε καλό να καθησυχάσει πρώτα το προσωπικό τον ασθενή για να συνεχιστούν οι ερωτήσεις. Έτσι αφού το άτομο ηρέμησε, ρωτήθηκε με πολλές λεπτομέρειες για τα ενοχλήματα και τους πόνους που ένοιωθε, γιατί θεωρήσαν λόγω της συμπεριφοράς του, ότι επρόκειτο για νευρωτικό ασθενή που ανησυχεί με το παραμικρό που του συμβαίνει. Ο εξεταζόμενος λοιπόν απάντησε ότι έχει παρατηρήσει πως πονάει στην πλάτη και πολλές φορές ο ίδιος ο πόνος απλώνεται στ'αριστερό του χέρι από τον ώμο μέχρι κάτω στις άκρες των δαχτύλων, κι ακόμη παρατήρησε πως από κρίση δεν υπήρχαν διαφορές παρά μόνο μερικές φορές άλλαζε η έκταση κι η ακτινοβολία. Επίσης τόνισε πως είχε αυτές τις ενοχλήσεις εδώ και ένα μήνα αλλά δεν έδινε σημασία. Αλλά τον τρομοκράτησε το γεγονός ότι εμφανιζότανε ολοένα και πιο συχνά και ενώ βρισκόταν σε ήρεμη κατάσταση, δεν εργαζόταν δηλαδή ή δε βρισκόταν σε κίνηση.

Ειδικότερα οι ενοχλήσεις όταν καθόταν ή έβλεπε τηλεόραση ή καμιά φορά τον ξυπνούσε κιόλας μένα αίσθημα φόβου και αγωνίας και συνήθως διαρκούσε γύρω στα 15 λεπτά. Τον ίδιο πόνο ένοιωθε και εκείνο το πρωί ενώ ζάπλωνε στο κρεβάτι του γι'αυτό και ήρθε αμέσως στο νοσοκομείο.

Έπειτα απ' αυτά κι ενώ ο ασθενής ήταν ήρεμος έγινε λήψη της πίεσως του και βρέθηκε ότι παρουσίαζε υπέρταση 150/90mm/Hg. Ο ίδιος δε γνώριζε πως είχε υπέρταση κι ούτε ένωθε ζαλάδες για ν' ανησυχήσει. Μετά αφού ξάπλωσε σε κρεβάτι, του έγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα το οποίο έδειξε ότι ήταν φυσιολογικό, δηλαδή κατά φύση. Βέβαια δεν παραλείφθηκε να δοθεί παραπεμπτικό με την ένδειξη επείγον για να γίνει εργαστηριακός έλεγχος. Σ' αυτόν τον ο ασθενής παρουσίαζε υπερλιπιδαιμία και λίγο σάκχαρο 130. Ο ίδιος τόνισε πως έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη κι ακολουθούσε ειδική διαιτητική αγωγή για τη συγκεκριμένη νόσο. Κατόπιν έγινε εισαγωγή του ασθενούς στην καρδιολογική κλινική με τη διάγνωση της Ασταδούς Στηθάγχης.

Στην κλινική ήρθε ο ασθενής μόνος του με τα πόδια αφού του δόθηκαν σχετικές πληροφορίες. Εκεί ο ασθενής παρέδωσε στην προϊστάμενη του τμήματος το βιβλιάριο υγείας κι τα χαρτιά με τον εργαστηριακό έλεγχο και ζήτησε να ειδοποιήσει την οικογένεια του. Όταν ρωτήθηκε σχετικά μ' αυτή και τις συνθήκες διαβίωσης τους απάντησε πως είναι 4μελή, ζούνε σε απόλυτα υγιές και ασφαλές περιβάλλον, εξυπηρετεί την οικογένεια του κι εργάζεται σαν δημόσιος υπάλληλος.

Για το αν ο ασθενής είχε κάποιες ανησυχίες σχετικά με την οικονομική του κάλυψη ή κάτι τέτοιο δεν υπήρχαν πληροφορίες αλλά γενικότερα φαινότανε αγχωμένος εξαιτίας του προβλήματος του που διαπιστώθηκε ξαφνικά.

Σχετικά με την εισαγωγή του στην κλινική σε ερώτηση που έγινε στον ασθενή, απάντησε πως όπως ο ίδιος είχε καταλάβει, έγινε για τη διάγνωση κάποιου προβλήματος ή νόσου, αλλά δεν ήταν σίγουρος.

Ο ασθενής είχε πλησιάσει αλλά δεν είχε αντιληφθεί ακριβώς τον κύριο λόγο εισαγωγής του αυτό θα του γινόταν γνωστό λίγο αργότερα. Θα του ανακοινώνανε δηλαδή, το πρόβλημα που αντιμετώπιζε και που διαγνώστηκε, την ασταδή στηθάγχη. Μετά από όλα αυτά, συμπεριλαμβανόμενης βέβαια και τη συζήτηση με τον ασθενή, διαπιστώθηκε ότι ο άρρωστος δεν παρουσιάζει κανένα απόλυτως πρόβλημα επικοινωνίας και είναι αρκετά ανεξάρτητος σαν άτομο. Ακόμη σημειώθηκε ότι ο ασθενής είναι αρτιμελής χωρίς να χρειάζεται έτσι βοηθητικά μέσα για την κίνηση. Το μόνο που είχε ήταν η τεχνητή οδοντοστοιχία του και δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα στη χρήση της.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα διατροφής. Βέβαια πριν την εισαγωγή του ακολουθούσε ειδική διαιτητική αγωγή διαβητικού, όπως είδαμε. Έτσι και στο νοσοκομείο προγραμματίστηκε ανάλογη διατροφή η οποία φυσικά έγινε δεκτή απ'τον ασθενή. Επίσης τις μέρες που νοσηλεύτηκε ο ασθενής τα άτομα του άμεσου περιβάλλοντος του τον επισκεπτότανε συχνά, μένοντας παράλληλα κοντά του και προσφέροντας του τη βοήθεια τους. Έτσι κατόρθωναν να ηρεμούν τον ασθενή.

Στη συνέχεια το προσωπικό θέλησε να εξακριβώσει εάν ο ασθενής είναι αλλεργικός σε κάποια φάρμακα, αν το γνωρίζει κι επιπλέον αν κάνει χρήση φαρμάκων για κάποιο λόγο. Ο ίδιος ο ασθενής απάντησε πως δεν έχει πάρει φάρμακα ούτε και για το σακχαρώδη διαβήτη- μόνο διαιτητική αγωγή, κι έτσι δε γνώριζε αν είχε κάποια αλλεργική ευαισθησία σε φάρμακα.

Έπειτα θεωρήθηκε σωστό να ανιχνευθεί το γεγονός αν ο ασθενής χρησιμοποιούσε οινοπνευματώδη ποτά και ποια η σχέση του με το κάπνισμα. Μετά από ερωτήσεις που έγιναν διαπιστώθηκε πως ο ασθενής δε χρησιμοποιούσε οινοπνευματώδη ποτά παρά μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και επιπλέον δεν κάπνιζε.

Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ερωτήσεων ο ασθενής παρατηρήθηκε αγχωμένος κι ο λόγος ήταν ότι ανησυχούσε για την έκβαση αυτής της ασθένειας που ξαφνικά ανακαλύφθηκε. Όσον αφορά δε το χώρο του νοσοκομείου, δεν είχε καμιά ανησυχία επειδή πίστευε πως το προσωπικό γνωρίζει καλά τη δουλειά του.

Όταν ο ασθενής συνειδητοποίησε τη σοβαρότητα της νόσου του και μέσα από συζήτηση που έγινε, εξέφρασε τις ανησυχίες του για αντιμετώπιση δυσκολιών που θα συναντούσε με την έξοδο του απ'το νοσοκομείο, όπως αλλαγές των συνθηκών ζωής ή αλλαγές των συνθηκών εργασίας.

Έκτός απ'όλα αυτά βέβαια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς εκτιμήθηκε η λειτουργία οργάνων-συστημάτων. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως ο ασθενής έπασχε από Ασταθή Στηθάγχη, υπέρταση και σάκχαρο, υπερλιπιδαιμία στο αναπνευστικό σύστημα όμως δεν παρουσίαζε κανένα πρόβλημα, το πεπτικό σύστημα λειτουργούσε κανονικά με φυσιολογικές 1 ή 2 κενώσεις ημερησίως, το ουροποιητικό σύστημα επίσης δεν παρουσίαζε πρόβλημα, η κινητικότητα και η

αισθητικότητα του ασθενούς δεν εμφάνιζαν ανωμαλίες όσον αφορά το νευρικό σύστημα ενώ τα αισθητήρια όργανα και το δέρμα του αρρώστου βρισκόταν σε άριστη κατάσταση.

Κλείνοντας θα τονίσουμε πως ο ασθενής δεν αντιμετώπισε προβλήματα αϋπνίας και ανάπαυσης και πως η διανοητική του κατάσταση ήταν φυσιολογική με πολύ καλή επαφή με το περιβάλλον και με απόλυτη συνεργασία.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΑΣΤΑΘΗ ΣΤΗΘΑΓΧΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Αγχωμένος και αναστατωμένος παρατηρήθηκε ο ασθενής μετά την εισαγωγή του και τακτοποίηση του σε δάλαμο.</p>	<p>Κύριος σκοπός είναι η απαλλαγή του ασθενούς από το άγχος κι η αποκατάσταση της προσωπικής του ηρεμίας.</p>	<p>Προγραμματίζεται επαφή με τον ασθενή και το προσωπικό -συννομήτριά μαζί του- δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.</p>	<p>Έτσι η νοσηλεύτρια πλησίασε τον ασθενή και σε φιλικό κλίμα συζητά μαζί του τα προβλήματα που τον απασχολούν και τον αναστατώνουν.</p>	<p>Μετά τη συζήτηση ο ασθενής ξεπέρασε το άγχος του και την αγωνία του, έδειξε εμπιστοσύνη στο προσωπικό κι ηρέμησε στο καινούριο του περιβάλλον.</p>
<p>Πόνος στο αριστερό χέρι που αντανάκλα στην πλάτη, ενοχλεί τον ασθενή την 2η ημέρα της νοσηλείας του.</p>	<p>Βασικός νοσηλευτικός σκοπός είναι η ανακούφιση του ασθενούς και η καταστολή του πόνου.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς στην πιο άνετη θέση για τον ίδιο, στην οριζία θαναπνέει άνετα, θα πινά λιγότερο -χορήγηση φαρμάκου που θα καταστείλει τον πόνο- και λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια τοποθετεί τον ασθενή σε ημικαθιστική θέση κι έπειτα από οδηγίες του καρδιολόγου του χορηγεί υπογλώσσιο δίσκιο νιτρογλυκερίνης και κάνει ΗΚΓ.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε, ο πόνος υποχώρησε σιγά-σιγά και δόθηκε το ΗΚΓ στο γιατρό για να το μελετήσει.</p>
<p>Από το ιστορικό που πάρθηκε κατά την εισαγωγή του ασθενούς διαπιστώθηκε ότι έχει και σακχαρώδη διαβήτη.</p>	<p>Στενή παρακολούθηση του ασθενούς κι ιδιαίτερα των τιμών του σακχάρου του, σε καθημερινή βάση.</p>	<p>Ενημέρωση του προσωπικού για καθημερινές μετρήσεις σακχάρου στον ασθενή -καταγραφή τους σε κατάλογο και αναφορά τους στον υπεύθυνο καρδιολόγο.</p>	<p>Γίνεται ειδικός κατάλογος όπου καταγράφονται καθημερινά οι τιμές σακχάρου που γίνονται με το ειδικό μηχάνημα και δείχνονται στο γιατρό.</p>	<p>Τις 2 πρώτες ημέρες οι τιμές ήταν ανεβασμένες - 210 -212 ενώ την 3 ημέρα ήταν ελαφρώς μειωμένες- 205.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα σχετικά με το διατολόγιο γιατί εξαιτίας του σακχαρώδους διαβήτη δε μπορεί να τραφεί με οτιδήποτε.</p>	<p>Χορήγηση κατάλληλης δίαιτας για τον ασθενή, ανάλογη για τα προβλήματα του.</p>	<p>Προγραμματίζεται η χορήγηση διατροφής διαβητικού ασθενούς ανάλογη όμως γ'ασθενή με ασταθή σπινθήκη.</p>	<p>Έτσι δόθηκε στον ασθενή τροφή άναλος διαβήτη για 4 ημέρες ενώ την 5 ημέρα δόθηκε ελαφρά κρέας άναλος διαβήτη.</p>	<p>Ο ασθενής δέχτηκε τη δίαιτα χωρίς να δυσαρεστεί ενώ η κατάσταση του κρίνεται καλύτερη από ότι στην αρχή.</p>
<p>Ο ασθενής είναι υπέρτασικός πράγμα που διαπιστώθηκε από τη μέτρηση της πίεσώς του και το ιστορικό.</p>	<p>Μείωση της αρτηριακής πίεσής του ασθενούς και αποφυγή παραπάνω κινδύνων.</p>	<p>Χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου στον ασθενή και ειδικότερα το Adalat.</p>	<p>Ο ασθενής παίρνει Adalat των 10mg σε δόσεις καθημερινές 1x3 κι ελέγχεται κι η πίεση του παράλληλα.</p>	<p>Κρίνεται ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι ήδη καλύτερη με σημαντική σταθεροποίηση της πίεσής του.</p>
<p>Τελευταία μέτρηση σακχάρου έδωσε αρκετά υψηλή τιμή, ήταν 200,</p>	<p>Μείωση της τιμής του σακχάρου για ν'αποφευχθούν μεγαλύτερες επιπλοκές.</p>	<p>Προγραμματίζεται επανέλεγχος του διατολόγιου (Dacnil) επιλογή φαρμάκου (Dacnil) με αποτελεσματική δράση σε ασθενή με ασταθή σπινθήκη.</p>	<p>Γίνεται έλεγχος του διατολόγιου και δίνεται στον άρρωστο το Dacnil σε καθορισμένες ημερήσιες δόσεις 1x1.</p>	<p>Αργά αλλά σταθερά παρατηρήθηκε κάποια βελτίωση στις τιμές σακχάρου του ασθενούς.</p>



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ιδιαίτερα εκνευρισμένος παρουσιάζεται ο ασθενής την 6η ημέρα της νοσηλείας του.</p>	<p>Νοσηλευτικός σκοπός είναι η εύρεση των λόγων εκνευρισμού και η αποκατάσταση της ηρεμίας του ασθενούς.</p>	<p>Προγραμματίζεται παρακολούθηση του ασθενούς από νοσηλεύτρια κι από κοινωνική λειτουργό - έκφραση των συναισθημάτων του ασθενούς - η ελάττωση του άγχους με τη χορήγηση ηρεμιστικού (Lexotanil).</p>	<p>Γίνονται συναντήσεις και συζητήσεις στις οποίες ο ασθενής δηλώνει τον εκνευρισμό του λόγω του χώρου και την συνεχή χορήγηση φαρμάκων. Σε φιλικό κλίμα του δίνουν να καταλάβει πως ότι γίνεται, γίνεται για δικό του όφελος. Τέλος του χορηγήθηκε και Lexotanil, σε δόσεις 1x1.</p>	<p>Ο ασθενής συνειδητοποίησε την αναγκαιότητα παραμονής του στην κλινική και την νοσηλευτική φροντίδα και δέχεται πλέον τις περιποιήσεις ήρεμα.</p>
<p>Αδυναμία του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα λόγω της αναγκαστική ακινησίας στην οποία βρίσκεται για να μην επιδραρυθεί η κατάστασή του.</p>	<p>Σκοπός είναι η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών του ασθενούς και η συνεχή εξυπηρέτηση του.</p>	<p>Διατήρηση καλής υγιεινής του ασθενούς -αποφυγή κατακλίσεων- καθαρισμός του δέρματος, υγιεινή στόματος.</p>	<p>Γίνεται στον ασθενή λουτρό επί κλίνης, πλύσεις στόματος 2 φορές την ημέρα, ζύρισμα προσώπου συχνή αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι και μασάζ στις περιοχές πίεσης για περισσότερη ανακούφιση κι αποφυγή κατακλίσεων.</p>	<p>Η περιποίηση είναι σωστή κι ολοκληρωμένη μ'αποτέλεσμα ο ασθενής να είναι καθαρός και γενικότερα ικανοποιημένος από την φροντίδα που του παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Διαπιστώθηκε ότι στο συγκεκριμένο ασθενή εμφανίζονται αυξημένες απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.</p>	<p>Σκοπός είναι η επίτευξη μείωσης των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.</p>	<p>Χορήγηση φαρμάκου στον ασθενή για μείωση των απαιτήσεων του μυοκαρδίου σε οξυγόνο, δηλ. β-αναστολέα (Tenormin).</p>	<p>Αφού δόθηκαν οφνηγίες χορηγήθηκε στον ασθενή Tenormin σε ημερήσιες δόσεις 1/4x2 κι ελέγχεται η πίεση και οι σφύξεις.</p>	<p>Παρακολουθείται η κατάσταση του ασθενούς η οποία είναι σταθερή χωρίς να παρουσιάζει επιπλοκές.</p>
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει στενωτική βλάβη στις αρτηρίες αλλά δεν είναι γνωστό σε ποιες αρτηρίες συμβαίνει αυτό και σε τι ποσοστό.</p>	<p>Ακριβώς εντοπισμός του σημείου που βρίσκεται η στενωτική βλάβη και του βαθμού στένωσης.</p>	<p>Προγραμματίζεται να γίνει στεφανιογραφία στον ασθενή -να εντοπισθεί το σημείο βλάβης και να διακοπεί τυχόν λήψη ασπιρίνης.</p>	<p>Οδηγείται ο ασθενής σε ειδικό χώρο με το απαραίτητο υλικό και γίνεται η στεφανιογραφία μετά από διάνοιξη της μηριαίας αρτηρίας. Δεν υπήρχε λήψη ασπιρίνης, για να προκληθεί αιμοραγία κατά την επέμβαση.</p>	<p>Βρέθηκε ότι παρουσιάζονται στενατικές βλάβες σε 2 αγγεία 80-85% και στένωση της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας σε ποσοστό 90-92%.</p>
<p>Τ'αποτέλεσμα της στεφανιογραφίας έδειξε ότι οι στενωτικές βλάβες που παρουσιάζονται στον ασθενή είναι αρκετά σοβαρές.</p>	<p>Προφύλαξη του ασθενούς από τυχόν επιδείνωση της κατάστασής του.</p>	<p>Διάνοιξη των στενώσεων με αγγειοπλαστική χωρίς να χρειαστεί να προχωρήσει σε δωρακοτομή.</p>	<p>Οδηγήθηκε ο ασθενής στο χειρουργείο κι από τη μηριαία αρτηρία με τη βοήθεια οδηγού σύρματος, μέσα από τον αυλό του οποίου περνάει ο καθετήρας, γίνεται η διάνοιξη (αγγειοπλαστική).</p>	<p>Διεξάχθηκαν όλα ομαλά (μετρώταν συνεχώς η πίεση μέσα στη στεφανιαία αρτηρία) χωρίς επιπλοκές. Η επέμβαση είχε ποσοστό επιτυχίας 85%.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ο ασθενής μετά την επέμβαση παρουσιάζει ελαφρά αδυναμία καθώς και χαμηλή πίεση.</p>	<p>Κύριος σκοπός είναι η παρακολούθηση του ασθενούς για την ομαλή πορεία της υγείας του και την αποφυγή δυσάρεστων επιπτώσεων.</p>	<p>Άμεση μεταφορά του ασθενούς σε ειδικό δάλιμο-μέτρηση πίεσης και θερμοκρασίας- χορήγηση ορών.</p>	<p>Τακτοποιήθηκε ο ασθενής σε δάλιμο και του έγινε χορήγηση ορών DEX-TROSE καθώς και συνεχή μέτρηση της πίεσως και της θερμοκρασίας. Ο ασθενής θρυσκόταν υπό συνεχή παρακολούθηση.</p>	<p>Επιτεύθηκε ταχεία ανάρρωση του ασθενούς και εκτιμάται πως ο ίδιος βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση έτσι ώστε να ετοιμαστεί η έξοδος του από το νοσοκομείο.</p>
<p>Η κατάσταση του ασθενούς είναι τόσο σοβαρή που παρόλη τη φροντίδα εγκυμονεί κίνδυνος για τον ίδιο.</p>	<p>Χορήγηση θεραπειάς στον άρρωστο για σταθερή διατήρηση ή βελτίωση της κατάστασής του,</p>	<p>Προγραμματίζεται να δοθεί αντιπηκτική αγωγή στον ασθενή (ασπιρίνη) b-blockes (Lopresol) και νιτρώδες (Pensordil).</p>	<p>Χορηγείται συνταγή στον άρρωστο με ασπιρίνη, σε δόσεις 1x1, b-blocker Lopresol σε ημερήσιες δόσεις 1/4x2 και νιτρώδες penfordil των 10mg σε ημερήσιες δόσεις 1/4x2.</p>	<p>Ο ασθενής πήρε τη συνταγή κι αφού έκανε κάποιες τελευταίες ερωτήσεις, υποσχέθηκε κατά γράμμα τις οδηγίες που του δόθηκαν.</p>
<p>Η επιτυχής αντιμετώπιση της νόσου του ασθενούς δεν λύνει το πρόβλημα οριστικά. Η κατάσταση του γενικότερα είναι κρίσιμη.</p>	<p>Σκοπός είναι η συχνή παρακολούθηση του ασθενούς και η διαπίστωση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης και ομαλής πορείας της νόσου.</p>	<p>Προγραμματίζεται το ύψιστο επισκέψεων του ασθενούς στο νοσοκομείο για να εξετάζεται να γίνονται ΗΚΓ, να ελεγχονται τα φάρμακα, να ενημερώνεται για τη διατροφή και τη φυσική του κατάσταση και τέλος να γίνει 2η στεφανιογραφία εντός 3μήνου.</p>	<p>Ο ασθενής επισκέπτεται τον καρδιολόγο, του γίνονται ΗΚΓ, εξετάζεται, ενημερώνει για τα φάρμακα που παίρνει, τον τρόπο διατροφής του και τη διατήρηση της φυσικής του κατάστασης. Η στεφανιογραφία δεν έγινε ακόμη, για να εκτιμηθεί η κατάσταση του.</p>	<p>Μέσα σε διάστημα ενός μηνός δεν έχει εμφανιστεί κανένα πρόβλημα. Ο ασθενής ακολουθεί την αγωγή που του δόθηκε και τις συμβουλές για τον τρόπο ζωής του και δεν νιώθει άγχος. Η κατάσταση κρίθηκε ικανοποιητική αναμένεται η ημερομηνία που θα γίνει η 2η στεφανιογραφία.</p>

### 3.1.3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΡΙΤΗ - ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας με εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και συγκεντρώνοντας πληροφορίες από διάφορες πηγές όπως τους συγγενείς, τον ασθενή ή τη λογοδοσία συμπληρώθηκε το εξής ιστορικό του ασθενούς:

Στις 2-12-94 και ώρα 9:00 π.μ. ο ασθενής Δ. Σ. προσήλθε στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Εκεί ο ασθενής αρχικά ρωτήθηκε σχετικά με τα στοιχεία του για να καταγραφούν στ'ανάλογα βιβλία. Έτσι σημειώθηκε πως ο κύριος Σ. ήταν 59 ετών, θρησκευματος ορθοδόξου και εθνικότητας ελληνικής. Τις πληροφορίες τις έδωσε ο ίδιος ο ασθενής, αφού βεβαιώθηκε πως ήταν σε θέση να το κάνει.

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τον ασθενή να περιγράψει τι ακριβώς ένιωθε που τον έκανε να έρθει στο νοσοκομείο. Διακρίνοντας το προσωπικό ένα τόνο αγωνίας και φόβου στη φωνή του, δε γινόταν πειστικό με τις ερωτήσεις αλλά άφηνε τον ασθενή να μιλά αργά για να μην αγχώνεται. Έτσι ο ασθενής άρχισε να περιγράφει τα συμπτώματα λέγοντας πως ένιωθε πόνο αλλά και δυσφορία στο θώρακα. Ακόμη δήλωσε πως ο πόνος ένιωθε ν'αντανακλά και στην πλάτη και στην κοιλιακή χώρα, που όπως έδειξε ο ίδιος με το χέρι του αναφερόταν στην περιοχή του επιγαστρίου. Παράλληλα με τον πόνο ανέφερε πως αισθάνεται μια γενικότερη σωματική καταβολή, ζάλη και ναυτία η οποία του έφερνε τάση προς εμετό, όπως επίσης ένιωθε να το "λούζει" ιδρώτας. Όσον αφορά αυτό, έδειχνε ο ασθενής πως είχε εφίδρωση. Τέλος ο ασθενής ανέφερε πως μαζί με τον πόνο ένιωθε και δύσπνοια, αλλά αδυνατούσε να διευκρινήσει αν επικρατούσε ο πόνος ή η δύσπνοια περισσότερο.

Έπειτα ρωτήθηκε ο ασθενής αν είχε γενικότερα κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα κι αν ναι τι έκανε γι'αυτό. Ο εξεταζόμενος απάντησε πως είχε χρόνια σταθερή στηθάγχη και πως ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή και συγκεκριμένα έδειξε τη νιτρογλυκερίνη που είχε πάντα μαζί του για τυχόν κρίσεις. Σε περίπτωση εάν ο τωρινός πόνος του θύμιζε κάτι από τις στηθαγχικές κρίσεις, ο ασθενής απάντησε πως έμοιαζε αυτός ο πόνος με παλιότερο μόνο που αυτή τη φορά ήταν

εντονότερος κι διήρκησε περισσότερο χρόνο κι ενώ πήρε υπογλώσσιο δισκίο νιτρογλυκερίνης αυτός δεν υποχώρησε.

Ανέφερε επίσης πως 1 24ώρο πριν την εμφάνιση αυτής της κατάστασης ένοιωθε δυσφορία κατά τη διάρκεια κάποιας προσπάθειας αλλά δεν έδωσε σημασία.

Έπειτα απ'όλα αυτά αφού βάλανε τον ασθενή σε καρδιακή δέση και έγινε μέτρηση της αρτηριακής του πίεσης, η οποία έδειξε πως ήταν 90/60mmHg κι ενώ κατόπιν έγινε ακρόαση διαπιστώθηκε πως οι καρδιακοί τόνοι (1ος και 2ος) ήταν βύθιοι. Μετά κρίθηκε απαραίτητο να γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα το οποίο έδειξε ότι παρουσιαζότανε ανάρπασση του τμήματος ST στις απαγωγές II, III καθώς και AVF. Ακόμη πάρθηκε αίμα και στάλθηκε για εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες έδειξαν ότι παρουσιαζότανε αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων και αύξηση της ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών.

Έτσι έπειτα απ'όλα αυτά έγινε διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου κι έγινε εισαγωγή του στην καρδιολογική μονάδα.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην μονάδα με καρότσι και με τη συνοδεία ενός τραυματιοφορέα. Εκεί ο ασθενής παρέδωσε όλα τα χαρτιά του κι απάντησε στις τελευταίες ερωτήσεις. Έτσι δήλωσε πως στο νοσοκομείο δεν ήρθε μόνος αλλά με τη συνοδεία της συζύγου του μιας και ζούσε μαζί της και τη 4μελή οικογένεια του, σ'ένα ασφαλές περιβάλλον όπως τόνισε, το οποίο εξυπηρετούσε με την εργασία του σαν ελεύθερος επαγγελματίας.

Κατόπιν έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής ανησυχούσε για τις δαπάνες της νοσηλείας του αλλά ο ίδιος τόνισε πως δεν τον ενδιέφερε τόσο αυτό όσο η οικονομική κάλυψη της οικογένειάς του, αν συνέβαινε κάτι χειρότερο.

Αφού καθυσύχασε το προσωπικό τον ασθενή σχετικά μ'αυτό το γεγονός, ρωτήθηκε για το πως αντιλαμβάνεται ο ίδιος αυτή την εισαγωγή. Έτσι απάντησε πως πίστευε ότι η εισαγωγή έγινε για τη θεραπεία διαγνωσμένης νόσου κι αυτό τον ανησυχούσε κάπως. Σ'αυτό όπως είδαμε δεν έπιασε έξω ο ασθενής αφού έγινε εισαγωγή με διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Όσον καιρό νοσηλεύτηκε ο ασθενής, δεν παρουσίασε κανένα απολύτως πρόβλημα επικοινωνίας, ήταν σε δέση να μιλά ή να γράφει αλλά τον επέβαλλαν σε ακινησία. Ενώ διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής ήταν ανεξάρτητο άτομο, τόσο που

όταν χρειάστηκε να περιστούν οι κινήσεις του, για ομαλή έκβαση της νόσου του, ο ίδιος προβληματίστηκε γιατί επιθυμούσε να αυτοεξυπηρετείται.

Ακόμη σημειώθηκε πως ο ασθενής ήταν αρτιμελής και δε χρησιμοποιούσε βοηθητικά μέσα για την κίνηση του. Το μόνο που χρησιμοποιούσε σαν προσθετικό ήταν η τεχνική οδοντοστοιχία του και δεν αντιμετώπισε προβλήματα στη χρήση της. Επίσης κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο δεν παρουσίασε ο ασθενής προβλήματα διατροφής. Δεχόταν αυτά που του προσφέρονε χωρίς άλλες απαιτήσεις.

Ακόμη εκείνες τις ημέρες η οικογένεια του ασθενούς ερχόταν καθημερινά στο νοσοκομείο, πράγμα που έδειχνε τη στενή σχέση, ενώ δεν παρέλειπαν να προσέρχονται οι φίλοι και οι συνάδελφοι του.

Στη συνέχεια θεωρήθηκε αναγκαίο να σημειωθεί αν ο ασθενής ήταν αλλεργικός σε φάρμακα ή αν χρησιμοποιούσε φάρμακα. Ο ίδιος απάντησε πως δε γνώριζε αν είχε κάποια αλλεργική ευαισθησία αλλά έπαιρνε φάρμακα γιατί είχε χρόνια σταθερή στηθάγχη. Έτσι χρησιμοποιούσε μικρή δόση ασπιρίνης, νιτρογλυκερίνη και β-αναστολέα.

Επόμενο βήμα ήταν να διαπιστωθεί η σχέση του ασθενούς με τα οινοπνευματώδη ποτά και το κάπνισμα. Μετά από ερώτηση απάντησε πως δε χρησιμοποιούσε οινοπνευματώδη ποτά αλλά ήταν καπνιστής 35 χρόνια και παρόλο που γνώριζε την ασθένεια του συνέχισε να καπνίζει, μόνο πιο περιορισμένα αυτή τη φορά.

Κατά τη διάρκεια των ερωτήσεων ο ασθενής δεν έδειξε ιδιαίτερη ανησυχία για την κατάσταση του, ούτε όμως και για το χώρο του νοσοκομείου για τον οποίο η προσωπική του γνώμη ήταν ανεκτική.

Οι μόνες ανησυχίες που εξέφρασε ήταν για την έξοδο του απ'το νοσοκομείο και για τις δυσκολίες που θ'αντιμετώπιζε, όπως η διακοπή εργασίας κι επομένως το οικονομικό πρόβλημα καθώς κι η ριζική αλλαγή των συνθηκών ζωής.

Φυσικά μέσα σ'όλες αυτές τις ενέργειες που αναφέρθηκαν ήταν και η εξέταση για τη λειτουργία οργάνων - συστημάτων. Είδαμε λοιπόν πως ο ασθενής παρουσίασε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στο αναπνευστικό σύστημα δεν παρουσίαζε προβλήματα, το πεπτικό λειτουργούσε κανονικά με φυσιολογικές 2

κενώσεις ημερησίως, το ουροποιητικό σύστημα επίσης δεν παρουσίαζε προβλήματα, το νευρικό σύστημα δεν είχε ανωμαλίες, με σωστή κινητικότητα και αισθητικότητα του ασθενούς. Τα αισθητήρια όργανα του ασθενούς δεν παρουσίαζαν προβλήματα και το δέρμα του ήταν σε πολύ καλή κατάσταση. Τελειώνοντας σ' αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε πως ο ασθενής αναπαυόταν κανονικά χωρίς να εκδηλώνει αδικαιολόγητες ψυχοσυναισθηματικές εξάρσεις ενώ η διανοητική του κατάσταση δεν παρουσίαζε πρόβλημα, οδηγώντας έτσι σε μια καλή κι αποδοτική επαφή και συνεργασία με το περιβάλλον και το προσωπικό.

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έντονος θωρακικός πόνος ενοχλεί τον ασθενή.	Βασικός σκοπός είναι η άμεση εξέταση από καρδιολόγο, η ανεύρεση της αιτίας του πόνου και η ανακούφιση του ασθενούς.	Προγραμματίζεται να ειδοποιηθεί γιατρός της καρδιολογικής κλινικής - να ενημερωθεί και -να εξετάσει τον ασθενή, -να ζητήσει ο ίδιος σε κρεβάτι -να χαλαρώσει και -να του γίνει ΗΚΓ.	Ειδοποιήθηκε ο καρδιολόγος κι έπευσε αμέσως να εξετάσει τον ασθενή. Επίσης η νοσηλεύτρια οδήγησε τον ασθενή σε κρεβάτι λέγοντας του να πρημίσει όσο μπορεί ωσότου ερχόταν ο γιατρός. Έγινε ΗΚΓ.	Η εξέταση τελείωσε και μετά τις απαραίτητες διευκρινιστικές ερωτήσεις έγινε διάγνωση από τον καρδιολόγο έμφραγμα κάτω τοιχώματος του μυοκαρδίου.
Ο εμφραγματικός πόνος εξακολουθεί να ενοχλεί τον εξεταζόμενο ασθενή.	Καταστολή του πόνου κι εξασφάλιση της ερεμίας του ασθενούς.	Τοποθέτηση του ασθενούς σε άνετη θέση ώστε ν'αναπνέει καλά να νιώθει άνετα και -χορήγηση φαρμάκου γ'αυτό τον πόνο.	Η νοσηλεύτρια τοποθέτησε τον ασθενή σε ημικαδιστική θέση για ν'αναπνέει καλύτερα και μετά από οδηγίες του καρδιολόγου του χορήγησε 10-15mg μορφίνης ενδοφλεβίως για ν'αντιμετωπιστεί ο εμφραγματικός πόνος.	Μετά από όλη αυτή την παρεχόμενη φροντίδα ο ασθενής είναι πιο ήρεμος αλλά χρειάζεται παρακολούθηση.
Η κατάσταση του ασθενούς κρίνεται κρίσιμη και σοβαρής μετά από τις ενέργειες που προηγήθηκαν,	Κύριος σκοπός είναι η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς ώστε να αντιμετωπισθεί και να ξεπεραστεί το πρόβλημα του.	Προγραμματίζεται να γίνει άμεση διακομική σε Μεδ ενημέρωση του προσωπικού ετοιμασία κρεβατιού και σύνδεση με monitoring (τηλεοπτική οδόν).	Ενημερώθηκε το προσωπικό, ετοιμάστηκε κρεβάτι, οξυγόνο και μεταφέρθηκε ο ασθενής όπου και συνδέθηκε αμέσως με τηλεοπτική οδόν.	Ο ασθενής παραμένει κλινικής χωρίς να εμφανιστούν για την ώρα προβλήματα.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Παρατηρήθηκε πως ο ασθενής ήταν ανήσυχος και αγχώμενος μετά την εισαγωγή του στη μονάδα εντατικής θεραπείας.</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενούς από το άγχος και απόκατάσταση της προεμίας του.</p>	<p>Προγραμματίζεται να επικοινωνήσει η νοσηλεύτρια με τον ασθενή -να συζητήσει μαζί του και να απομακρύνει το άγχος.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια διαδέχοντας ικανότητες επικοινωνίας με ευγενική συμπεριφορά πλησίασε τον άρρωστο και δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης συζητήσε μαζί του αυτά που τον απασχολούσαν.</p>	<p>Ο ασθενής μεσα από τη συζήτηση ξεπέρασε το άγχος και την αγωνία του και συνειδητοποίησε πως στο χώρο που βρίσκεται θα του προσφερθεί η βοήθεια που χρειάζεται.</p>
<p>Από τις διάφορες εξετάσεις που έγιναν στον ασθενή αλλά κι απ'τη γενική του κατάσταση, διευκρινίστηκε ότι παρουσιάζεται έμφραγμα κάτω τοιχώματος με δρόμβους στη δεξιά στεφανιαία.</p>	<p>Σκοπός είναι να επιτευχθεί διάλυση των θρόμβων χωρίς βέβαια να υπάρξουν επιπλοκές στον ασθενή.</p>	<p>Προγραμματίζεται να γίνει δρομβόλυση κι να ετοιμαστούν, ο ασθενής -ενημέρωση για το τι πρόκειται να γίνει, ψυχολογική υποστήριξη και τα απαραίτητα φάρμακα Actilyse, Atrophine, Pethidine, Primperan.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια ετοίμασε τον ασθενή και κατόπιν άρχισε η δρομβόλυση. Αρχικά χορηγήθηκε το Actilyse βασικό για να γίνει η δρομβόλυση. Έπειτα δόθηκε 1/2amp Atropine γιατί κατέβηκαν οι σφύξεις και 1amp Primperan για να αποφευχθεί πρόκληση εμετού. Τέλος χορηγήθηκαν και 2cc pethidine γιατί ο άρρωστος πονούσε.</p>	<p>Η δρομβόλυση έγινε με μεγάλη προσοχή και συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου. Η όλη ενέργεια ολοκληρώθηκε χωρίς να εμφανιστούν προβλήματα στον ασθενή.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Η θρομβόλυση ολοκληρώθηκε αλλά η κατάσταση του ασθενούς εξακολουθεί να είναι σοβαρή και επικίνδυνη.</p>	<p>Έλεγχος του ασθενούς και της κατάστασης του έτσι ώστε να μην υπάρχουν επιπλοκές.</p>	<p>Στενή παρακολούθηση του ασθενούς χορήγηση φαρμακευτικής θεραπείας ειδικότερα β-αναστολέα (Tenormin).</p>	<p>Η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στον άρρωστο και μετά από οδηγίες του καρδιολόγου του χορηγεί β-αναστολέα Tenormin σε ημερήσιες δόσεις 1.4tabx2.</p>	<p>Ο ασθενής παίρνει το Tenormin στις καθορισμένες δόσεις και η κατάσταση του παρατηρείται σταθερή.</p>
<p>Ο ασθενής παρουσιάζεται επιδεικτικός και φέρνει αντιρήσεις κατά τη νοσηλεία του.</p>	<p>Σκοπός είναι η ηρεμία του ασθενούς κι η προσφορά απαιτούμενης βοήθειας.</p>	<p>Χορήγηση ηρεμιστικού (Lexotanil) με τον επικοινωνία με τον άρρωστο.</p>	<p>Έγινε συζήτηση με τον ασθενή και μετά από οδηγίες του χορηγούνται lexotanil των 3mg σε δόσεις 1x1.</p>	<p>Ο ασθενής πρέμισε και δέχεται τη νοσηλευτική φροντίδα χωρίς αντιρήσεις.</p>
<p>Γαστρικά ενοχλήματα παρουσιάστηκαν στον ασθενή μετά τη λήψη των φαρμάκων που αναφέρθηκαν.</p>	<p>Αντιμετώπιση αυτών των γαστρικών ενοχλημάτων κι επομένως ανακούφιση του ασθενούς.</p>	<p>Προγραμματίζεται χορήγηση αντιόξινου (Malox) και χορήγηση αναστολέα της ανγίλιας πρωτονίων (Losec).</p>	<p>Μετά από οδηγίες χορηγείται στον ασθενή Malox σε ημερήσιες δόσεις 10cc 3 φορές την ημέρα και Losec 1 flacon 1x1.</p>	<p>Ο ασθενής άρχισε να νιώθει καλύτερα και η ευαισθησία και τα γαστρικά ενοχλήματα να υποχωρούν.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αδυναμία του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα λόγω επιβληθείσας ακινησίας.	Ικανοποίηση των ατομικών αναγκών του ασθενούς και εξηπυρέτιση του.	Διατήρηση καλής υγιεινής καλής καθαρισμός δέρματος αποφυγή κατακλίσεων βοήθεια στο φ.σ.γ.γ.τ.	Η νοσηλεύτρια διατηρεί καθαρό τον άρρωστο με το λουτρό επί κλίνης, του κάνει πλύσεις στόματος, ζύρισμα προσώπου, τον βοηθά να φάει και ν'αλλάζει δέσεις για ν'αποφεύγονται οι κατακλίσεις.	Ο ασθενής με τη φροντίδα που του παρέχεται είναι καθαρός κι απόλυτα ευχαριστημένος από την περιποίηση.
Η κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει να τραφεί με οτιδήποτε λόγω της σοβαρότητας της.	Χορήγηση κατάλληλης διαίτας στον ασθενή και απαγόρευση τροφών εκτός νοσοκομείου.	Προγραμματίζεται καταγραφή διαίτας ανάλογης για τα προβλήματα του ασθενούς ελαφρά και ενυδάτωση των συγγενών ότι απαγορεύονται τα τρόφιμα εκτός νοσοκομείου	Όσο ο ασθενής βρισκόταν στη μονάδα η διαίτα ήταν υγρή. Τη 2η και 3η μέρα έγινε ελαφρά και μόλις μεταφέρθηκε σε δάλαμο έγινε ελαφρά κρέας. Δεν υπήρχαν τρόφιμα εκτός νοσοκομείου.	Ο ασθενής δέχεται τη διαίτα του νοσοκομείου κι η πορεία του κρίθηκε ικανοποιητική.
Την 8η ημέρα της νοσηλείας του ο ασθενής παραπονεύεται ότι κατάκλιση άρχισε να τον κουράζει.	Ανακούφιση του ασθενούς χωρίς βέβαια να επιβαρυνθεί η κατάσταση του.	Προγραμματίζονται παιδικές ασκήσεις άνω και κάτω άκρων βάδισμα σιγά σιγά στο δωμάτιο κι αργότερα στο διάδρομο,	Η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο στις παιδικές ασκήσεις κάνοντας του γυμναστική στα άνω και κάτω άκρα και τον συνοδεύει όταν αυτός βαδίζει στο δωμάτιο και το διάδρομο.	Η κατάσταση του ασθενούς είναι χωρίς επιπλοκές και μεταφέρθηκε σε γενικό δάλαμο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Ανωμαλίες κενώσεως του εντερικού σωλήνα (δυσκοιλιότητα) ταλαιπωρούν τον ασθενή, λόγω της κατάκλισης και των φαρμάκων.</p>	<p>Σκοπός είναι η αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και η ανακούφιση του ασθενούς.</p>	<p>Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων (Dufalac) εξασφάλιση αρκετών υγρών και τροφής πλούσιας σε κυτταρίνη.</p>	<p>Μετά από οδηγίες του γιατρού η νοσηλεύτρια δίνει καθημερινά στον ασθενή Dufalac σε ημερήσιες δόσεις 1x1 και χορηγεί άφθονα υγρά, φρούτα και μη αποφλοιωμένα σιτηρικά.</p>	<p>Το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας αντιμετωπίστηκε με επιτυχία και ο ίδιος αισθάνεται ήδη πολύ καλύτερα.</p>
<p>Η κατάσταση του ασθενούς είναι τόσο ικανοποιητική ώστε να εξέρθει από νοσοκομείο. Η επιτυχής όμως αντιμετώπιση δεν έλυσε το πρόβλημα οριστικά. Οι κίνδυνοι εξακολούθουν να υπάρχουν.</p>	<p>Απομάκρυνση όσο είναι δυνατό των σημαντικότερων κινδύνων καθώς και στενή παρακολούθηση του ασθενούς.</p>	<p>Προγραμματίζεται ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τον τρόπο διατροφής, τον τρόπο ζωής του (φυσική άσκηση, αποφυγή συγκινήσεων) - επισήμανση της αναγκαιότητας συχνών επισκέψεων για εξέταση καθορισμός του χρονικού διαστήματος αυτών.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι πρέπει να περιορίσει τα γεύματα του καθώς κι όλα τα λιπαρά, γαλακτομικά προϊόντα και να μασά αργά την τροφή του. Ακόμη ότι πρέπει να υιοθετήσει τη φυσική άσκηση σαν τρόπο ζωής και γενικότερα να είναι ήρεμος. Τέλος ορίστηκε να επισκέπτεται τι γιατρό κάθε 1 μήνα για εξετάσεις κι ΗΚΓ και σ'όλο αυτό το διάστημα να αποφεύγονται βαριές εργασίες.</p>	<p>Μετά την ενημέρωση ο ασθενής κατανόησε την αναγκαιότητα αλλά και σημαντικότητα αυτών που ειπώθηκαν κι υποσχέθηκε να ακολουθεί όλες τις οδηγίες. Ακόμη 2 μήνες μετά την έξοδο του η κατάσταση του θεωρήθηκε ικανοποιητική χωρίς επιπλοκές και ο ίδιος ο ασθενής εμφανίστηκε αισιόδοξος πράγμα σημαντικό για την περίπτωσή του.</p>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάπου σ'αυτό το σημείο τελειώνει αυτή η μικρή προσπάθεια να παρουσιαστεί, όσο είναι δυνατό βέβαια, το πρόβλημα της στεφανιαίας νόσου. Πριν όμως κλείσει εντελώς η πτυχιακή είναι απαραίτητο να καταγραφούν τα τελευταία στοιχεία αναφορικά με το θέμα.

Έτσι λοιπόν όσον αφορά τη στηθάγχη ΣΤΑΘΕΡΗ και ΑΣΤΑΘΗ είναι σημαντικό ν'ακολουθούνται όλες οι ιατρικές και νοσηλευτικές εντολές που περιγράψαν στις προηγούμενες σελίδες. Κάτι τέτοιο θα είναι ένα βασικό βήμα στην ομαλή εξέλιξη της νόσου. Πέρα όμως απ'αυτό γίνεται και κάποια διδασκαλία στον ασθενή η οποία εάν τηρείται από τον ίδιο θα έχει ενεργητικά αποτελέσματα σ'αυτόν.

Συγκεκριμένα λέγεται να χρησιμοποιεί το μέτρο ο ασθενής σ'όλες τις δραστηριότητες του, διατηρώντας τις σε επίπεδο τέτοιο που να μην προκαλούν αισθήματα δυσχέρειας στον θώρακα, βράχυνση της αναπνοής και κόπωση. Επίσης είναι σημαντικά ν'αποφεύγει δραστηριότητες που του προκαλούν στηθαγχικό πόνο: απότομη προσπάθεια, βάδιση ενάντια στον άνεμο. Καλό είναι επίσης να αποφεύγει το πολύ φαγητό και ν'αναπαύεται για μια τουλάχιστον ώρα μετά από αυτό, όπως και να ντύνεται ζεστά το χειμώνα και να περπατά με αργότερο ρυθμό. Αν υπάρχει υγρός αέρας να σκεπάζει τη μύτη του με κασκόλ. Ακόμη χρειάζεται να μειώσει το σωματικό του βάρος, για να ελαττωθεί το έργο της καρδιάς, ν'αποφεύγει τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη γιατί προκαλούν αρρυθμίες σε επιρρεπή άτομα.

Επιβάλλεται να σταματήσει το κάπνισμα, -αν καπνίζει- καθώς το εισπνεόμενο διοξείδιο του άνθρακα μειώνει την ικανότητα του αίματος να μεταφέρει οξυγόνο κι επομένως επιδεινώνει τη μυοκαρδιακή υποξία. Τέλος θα πρέπει ν'αλλάξει τις θέσεις του και τις συνήθειες της ζωής του για να προσαρμόζεται καλύτερα στα stress της ζωής κι επίσης να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τα φάρμακα που του έγραψε ο γιατρός και να'χει πάντοτε μαζί του τη νιτρογλυκερίνη.

Όσον αφορά το έμφραγμα του μυοκαρδίου κι εδώ είναι απαραίτητο ν'ακολουθούνται οι ιατρικές νοσηλευτικές εντολές κατά γράμμα αλλά και να

οργανώνεται και να εφαρμόζεται πρόγραμμα διδασκαλίας του ασθενούς ώστε να επιτευχθεί α) Αποκατάσταση του αρρώστου στο άριστο φυσιολογικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο εργασίας, β) Επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτίμησης και γ) Αναχαίτιση της αθηρωματοσκληρυντικής διεργασίας.

Αρχικά γίνεται πληροφόρηση του ασθενούς για το τι έχει συμβεί στην καρδιά του και για το ότι η επούλωση αρχίζει νωρίς αλλά συμπληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες. Αυτό βέβαια συνεπάγεται τροποποιήσεις που πρέπει να κάνει στον τρόπο ζωής του. Εδώ να σημειωθεί ότι η δοκιμασία stress άσκησης πρέπει να γίνει μετά την πλήρη επούλωση του μυοκαρδίου και να σχεδιαστεί πρόγραμμα αποκατάστασης του. Στη συνέχεια ακολουθείται πρόγραμμα μάθησης της άσκησης για βελτίωση της καρδιαγγειακής λειτουργικής ικανότητας. Βέβαια μπαίνουν και φυσικοί περιορισμοί οι οποίοι όμως συνήθως είναι παροδικοί. Συνήθως εμφανίζονται οι πιο κάτω οδηγές γραμμές ώσπου να επαναξιολογηθεί ο άρρωστος μετά την πλήρη μυοκαρδιακή επούλωση:

- 1) Βάδιση καθημερινή με πολύ αργή αύξηση της απόστασης και του χρόνου.
- 2) Αποφυγή κάθε ενέργειας που εντείνει τους μυς (ισομετρικές ασκήσεις, ανύψωση, σπρώξιμο, ώθηση βαριών αντικειμένων).
- 3) Ανάπαυση μετά το γεύμα και πριν από την άσκηση.
- 4) Κατανομή των δραστηριοτήτων μέσα στην ημέρα για εναλλαγή τους με ανάπαυση.
- 5) Αποφυγή εργασίας με τους βραχίονες πάνω απ'το επίπεδο των ώμων.
- 6) Βράχυνση των ωρών εργασίας όταν πρωτοεπιστρέφει στη δουλειά του.

Όσον αφορά το διαιτολόγιο αυτό περιλαμβάνει 3 έως 4 μικρά, ίσης ποσότητας γεύματα την ημέρα, αποφυγή βιασύνης στη λήψη του γεύματος, περιορισμός του καφέ, προσκόλληση στο διαιτολόγιο που καταρτίστηκε για τον ασθενή.

Επίσης πρέπει να αποφεύγονται οι ακραίες θερμοκρασίες και η βάδιση ενάντια στον άνεμο και να έχει πάντα μαζί του τα δισκία νιτρογλυκερίνης.

Ακόμη επιβάλλεται η ανάληψη σεξουαλικών σχέσεων, συνήθως μετά από εκτίμηση της ανοχής στην άσκηση.

Τέλος θα πρέπει ο άρρωστος να ενημερώνει το γιατρό, όταν παρουσιάζονται τα πιο κάτω συμπτώματα:

- 1) Αίσθημα πίεσης ή πόνος στον θώρακα που δεν υποχωρεί 15' μετά τη λήψη νιτρογλυκερίνης.
- 2) Βράχυνση αναπνοής.
- 3) Ασυνήθης κόπωση.
- 4) Οίδημα κάτω άκρων.
- 5) Λιποθυμία και
- 6) Βραδυκαρδία ή ταχυκαρδία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Π.: ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ,  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ, ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ 1981
- ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗΣ Δ. - ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. : ΕΠΙΤΟΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ  
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΝΑΙΜΑΚΤΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ  
ΠΡΩΤΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ « Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ » ΑΘΗΝΑ 1983
- ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ Μ. Κ. : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ  
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ  
ΠΡΩΤΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Ν. Π. ΑΡΓΥΡΟΥ ΑΘΗΝΑ 1984
- ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ : ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟ-  
ΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΙΣΤΟΡΙΚΟ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΕΛΙΔΕΣ 74-75-93
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. ΜΑΡΙΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΔΙΑ, ΕΠΙΤΟΜΟΣ  
ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΗΒΟΣ ΑΘΗΝΑ 1983
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. ΜΑΡΙΑ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Β', ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ ΕΚΔΟΣΗ  
ΔΕΥΤΕΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ « Η ΤΑΒΙΘΑ » Σ.Α. ΑΘΗΝΑ 1990
- ΜΠΟΥΛΑΝΤΟΥΧΑΣ Χ. - ΓΚΕΛΕΡΗΣ Π. : ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΕΠΙΤΟΜΟΣ,  
ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΩΤΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1985
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. - ΜΠΟΥΛΑΝΤΟΥΧΑΣ Χ. : ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΜΟΣ  
ΠΡΩΤΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΣΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ  
Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ 1991
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ : ΜΗ ΑΙΜΑΤΗΡΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΩΣ  
ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΕΚ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ  
ΠΡΩΤΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ,  
ΑΘΗΝΑ 1974
- ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ ΠΑΥΛΟΣ : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ  
ΕΠΙΤΟΜΟΣ, ΕΚΔΟΣΗ ΠΡΩΤΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ  
ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1986