

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ
– ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΤΑΜΠΕΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ 2002



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<u>Σελ.</u>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
<u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</u>	
Κεφάλαιο 1 ^ο : Επιδημιολογία του Ο.Ε.Μ.	3
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ανατομία και Φυσιολογία της καρδιάς.	5
Κεφάλαιο 3 ^ο : Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: τι είναι, ποιες ηλικίας προσβάλλει.	8
Κεφάλαιο 4 ^ο : Διατοιχωματικό και υπενδοκάρδιο έμφραγμα.	9
Κεφάλαιο 5 ^ο : Προδιαθεσικοί παράγοντες του Ο.Ε.Μ.	10
Κεφάλαιο 6 ^ο : Κλινική εικόνα του Ο.Ε.Μ.	12
Κεφάλαιο 7 ^ο : Διαγνωστικές μέθοδοι της καρδιάς.	14
Κεφάλαιο 8 ^ο : Επιπλοκές του Ο.Ε.Μ.	18
Κεφάλαιο 9 ^ο : Θεραπεία του Ο.Ε.Μ.	24
Κεφάλαιο 10 ^ο : Πρόγνωση του Ο.Ε.Μ.	27
Κεφάλαιο 11 ^ο : Μονάδες Εμφραγμάτων-Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.	29
Κεφάλαιο 12 ^ο : Βασικές αρχές θεραπείας του Ο.Ε.Μ. στη μονάδα εμφραγμάτων.	33
<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
Κεφάλαιο 1 ^ο : Πρώτες βοήθειες για το Ο.Ε.Μ.	36
Κεφάλαιο 2 ^ο : Πρώτες βοήθειες του εμφραγμάτ ος στα εξωτερικά ιατρεία και νοσηλευτική αντιμετώπισή του.	37
Κεφάλαιο 3 ^ο : Νοσηλευτική φροντίδα στη μονάδα εμφραγμάτων.	38
Κεφάλαιο 4 ^ο : Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση.	42

Κεφάλαιο 5^ο: Αποκατάσταση ασθενών με Ο.Ε.Μ. 49

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 51

Περιστατικό πρώτο-ασθενής με οξύ κατώτερο έμφραγμα του
μυοκαρδίου. 51

Περιστατικό δεύτερο-ασθενής με οξύ πρόσθιο και οπίσθιο
έμφραγμα του μυοκαρδίου. 59

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 67

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ. 68

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι ήδη γνωστό πως τα καρδιακά νοσήματα και ειδικότερα το έμφραγμα του μυοκαρδίου στη σημερινή εποχή, κατέχουν παγκόσμια μια από τις υψηλότερες θέσεις ως προς τα αίτια θνησιμότητας. Η ανθρωπότητα σήμερα δεν απειλείται από παθήσεις αλλά κυρίως από τις αιτίες που τις προκαλούν, και αυτές οι αιτίες βρίσκονται μέσα στις διαδικασίες του σύγχρονου πολιτισμού. Για το λόγο αυτό και οι επιδημίες των σύγχρονων νοσημάτων δηλαδή οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, τα τροχαία ατυχήματα, τα νευροψυχικά νοσήματα θερίζουν τις σύγχρονες κοινωνίες.

Ο «σύγχρονος πολιτισμός» μας με την υπέρμετρη υλιστική του ανάπτυξη ώθησε δυστυχώς τον άνθρωπο σε παρεκτροπές για τις οποίες πληρώνει υψηλό τίμημα. Οι παράγοντες εκείνοι που ενοχοποιούνται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις είναι συχνότεροι στις προηγμένες βιομηχανικά κοινωνίες (καταναλωτικές κοινωνίες) και σπανιότερα στους φτωχούς λαούς.

Γίνεται λοιπόν κατανοητή η σοβαρότητα της πάθησης ως προς τον αριθμό των νοσημάτων, προβλημάτων και ως προς τις επιπτώσεις της στην οικογενειακή, στην κοινωνική και στην επαγγελματική ζωή του ατόμου αλλά και στην ανάγκη για πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη και αποκατάσταση.

Συγκεκριμένα για το θέμα “έμφραγμα του μυοκαρδίου” έχουν γίνει κατά καιρούς πολλές συζητήσεις και διάφορες μελέτες με αντικειμενικό σκοπό και σφαιρικότερη ανάλυση, την μεθοδευμένη ιατρική και νοσηλευτική αντιμετώπιση και πλήρη διαφώτιση των πληθυσμών ως προς τα αίτια και τις επιπτώσεις μιας στεφανιαίας νόσου.

Η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος έγινε με σκοπό να εκτεθούν, η αιτιολογία, κλινική συμπτωματολογία, προδιαθεσικοί παράγοντες και θεραπεία της νόσου. Είναι επίσης αναγκαίο να τονιστεί η μεγάλη συμβολή

αλλά και ευθύνη παράλληλα του νοσηλευτή στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Εμείς η καινούργια γενιά των διπλωματούχων νοσηλευτών θα κληθούμε από την κοινωνία να κάνουμε μια πραγματικά οργανωμένη εκστρατεία για να μπορέσουμε να μειώσουμε τα θύματα των καρδιαγγειακών νοσημάτων που δυστυχώς πολύ συχνά είναι νέοι άνθρωποι, ενεργά μέλη της κοινωνίας μας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1^ο: Επιδημιολογία

Σε όλες τις δυτικές χώρες η θνησιμότητα έχει μετατραπεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και ενώ έχει μειωθεί η συχνότητα των λοιμωδών νοσημάτων, η κύρια αιτία θανάτου αντιπροσωπεύεται από τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος.

Λόγω της δραματικότητας και της σοβαρότητάς της, η καρδιαγγειακή πάθηση που περισσότερο αποσπά την προσοχή μας, είναι βέβαια το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Σήμερα το φαινόμενο του εμφράγματος είναι τρομερά συχνό: στην Ελλάδα το 1976 υπολογίστηκε ότι το 20,3% του συνόλου των θανάτων οφειλόταν σε καρδιακά νοσήματα και το 50% των θανάτων αυτών προερχόταν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στην χώρα μας κάθε χρόνο έχουμε 9.500 θανάτους από έμφραγμα του μυοκαρδίου, εκ των οποίων οι 6.000 αφορούν άνδρες, ενώ 3.500 αφορούν γυναίκες.

Στην Ιταλία προσβάλλονται 200.000 άτομα κάθε χρόνο, πράγμα που σημαίνει ότι ημερησίως προσβάλλονται 600 άτομα από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Στις ΗΠΑ το έτος 1972 έπασχαν από τη νόσο 4 εκατομμύρια άτομα. Κάθε χρόνο πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου 710.000 άτομα.

Στην Γερμανία τα τελευταία χρόνια διπλασιάστηκαν τα κρούσματα του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Στην Ρωσία το 1976 πέθαναν 515.000 άτομα, ενώ το 1980 531.000 άτομα.

Η χώρα με τη μεγαλύτερη επίπτωση Σ.Ν. είναι η Φινλανδία με 600 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η χώρα με τη χαμηλότερη επίπτωση είναι η Ιαπωνία με λιγότερους από 100 θανάτους (<100/100.000 κατοίκους). Φαίνεται ότι σημαντικά επηρεάζει την επίπτωση αυτή η περιεκτικότητα των τροφών σε κορεσμένα λίπη. Ενδιαφέρον είναι ότι οι

χώρες που τώρα «βελτιώνουν» τη διατροφή τους (όπως π.χ. η Ελλάδα) εμφανίζουν συνεχόμενη αύξηση της Σ.Ν., ενώ χώρες που είχαν από παλιά πλούσια διατροφή και τώρα προσπαθούν να την διορθώσουν, σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα, εμφανίζουν μείωση της Σ.Ν. (π.χ. ΗΠΑ, Αυστραλία).

Στατιστικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι το 25% των θανάτων συμβαίνει στις 2-3 πρώτες ώρες από την έναρξη της νόσου. Το 20% των θανάτων συμβαίνει συνήθως 3-4 εβδομάδες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Τα άτομα που επιβιώνουν έχουν πενταπλάσια πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν ιστορικό εμφράγματος.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Framingham, η πιο συνήθης εκδήλωση Σ.Ν. στους άνδρες είναι το έμφραγμα του μυοκαρδίου (45%) και ακολουθεί η σταθερή στηθάγχη (32%), η ασταθής στηθάγχη (12%) και ο αιφνίδιος θάνατος (11%). Στις γυναίκες προηγείται η σταθερή στηθάγχη (56%) και ακολουθεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου (23%), η ασταθής στηθάγχη (12%) και ο αιφνίδιος θάνατος (6%).

Η θνητότητα με διάγνωση οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου μέσα στο νοσοκομείο είναι 10% περίπου.

Τα άτομα που είναι σε ηλικία μεταξύ 50-70 ετών εμφανίζουν την πλειοψηφία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, οι πιθανότητες εμφάνισης εμφράγματος είναι ελάχιστες, ενώ το ίδιο ισχύει και σε άτομα κάτω των 20 ετών. Επίσης σπάνιες είναι οι περιπτώσεις σε άτομα 30-39 ετών, ενώ σε ηλικίες άνω των 40 ετών οι περιπτώσεις αυξάνονται βαθμιαία.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις σε άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών, αυξήθηκε σε όλο τον κόσμο κατά 60%. (8)

Κεφάλαιο 2^ο: Ανατομία και Φυσιολογία της καρδιάς

Η καρδιά είναι ένα μυώδης όργανο, έχει σχήμα κωνικό και βρίσκεται στο μεσοθωράκιο.

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

Η καρδιά εμφανίζει τέσσερις κοιλότητες (δύο κόλπους και δύο κοιλίες), τα τοιχώματα των οποίων αποτελούνται από ειδικό μυϊκό ιστό που ονομάζεται μυοκάρδιο.

Οι δύο κόλποι (δεξιός και αριστερός) και οι δύο κοιλίες (δεξιά και αριστερά) χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκολπικό και μεσικοιλιακό διάφραγμα. Φυσιολογικά οι δύο κόλποι και οι δύο κοιλίες δεν επικοινωνούν μεταξύ τους και δεν μπορεί να περάσει αίμα από την μια κοιλία στην άλλη και από τον ένα κόλπο στον άλλο. Ο δεξιός κόλπος επικοινωνεί με την δεξιά κοιλία με το δεξιό κολποκοιλιακό στόμιο, που σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας κλείνεται από την τριγλώχινα βαλβίδα. Με την επικοινωνία αυτή το αίμα φέρεται από το δεξιό κόλπο στη δεξιά κοιλία, η βαλβίδα όμως εμποδίζει το αίμα να γυρίσει πίσω.

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

Στο δεξιό κόλπο εκβάλλουν τρεις φλέβες, η άνω κοίλη, η κάτω κοίλη, (με τις οποίες έρχεται το αίμα από ολόκληρη τη μεγάλη κυκλοφορία προς τη καρδιά) και ο στεφανιαίος κόλπος.

Στον αριστερό κόλπο εκβάλλουν οι τέσσερις πνευμονικές φλέβες, με τις οποίες το αίμα ξαναγυρίζει στην καρδιά από τους πνεύμονες.

Από την δεξιά κοιλία αρχίζει αρτηρία, με την οποία η κοιλία στέλνει το αίμα προς τους πνεύμονες. Το στόμιο της αρτηρίας αυτής κλείνεται σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας, από τις μηννοειδείς βαλβίδες της πνευμονικής αρτηρίας και εμποδίζει έτσι το αίμα να ξαναγυρίσει στην δεξιά κοιλία.

Από την αριστερή κοιλία αρχίζει η αορτή με την οποία η κοιλία στέλνει το αίμα σε ολόκληρη τη μεγάλη κυκλοφορία (ολόκληρο το σώμα). Το στόμιο της αορτής, κλείνεται, σε ορισμένες φάσεις της καρδιακής λειτουργίας από τις μηννοειδείς βαλβίδες της αορτής και εμποδίζεται το αίμα να ξαναγυρίσει στην αριστερή κοιλία.

Το αίμα κυκλοφορεί μέσα στο κλειστό σύστημα των αγγείων, όπου η καρδιά έχει θέση αντλίας.

Ουσιαστικά υπάρχουν δύο συστήματα κυκλοφορίας, η μικρή και η μεγάλη κυκλοφορία, που συνδέονται μεταξύ τους. Έτσι όλη η ποσότητα του αίματος που περνά από την μεγάλη κυκλοφορία, μέσα σε ορισμένο χρονικό διάστημα, υποχρεώνεται να περάσει και από την μικρή κυκλοφορία, για να φθάσει και πάλι στην αρχή της μεγάλης κυκλοφορίας. Με τη μεγάλη κυκλοφορία το αίμα έρχεται σε όλους τους ιστούς του σώματος και με τη μικρή περνάει ειδικά από τους πνεύμονες.

Η κυκλοφορία του αίματος οφείλεται στη διαφορά πίεσεως που υπάρχει μεταξύ της αρχής και του τέλους κάθε κυκλοφορίας, δηλαδή μεταξύ της αρχής της αορτής και του δεξιού κόλπου για τη μεγάλη κυκλοφορία και μεταξύ της πνευμονικής αρτηρίας και του αριστερού κόλπου για τη μικρή κυκλοφορία. Η πίεση αυτή οφείλεται στην λειτουργία της καρδιάς και επομένως, αυτή παύει να υπάρχει μόλις η λειτουργία της καρδιάς ανασταλεί.

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

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

Η καρδιά έχει ένα δικό της βηματοδότη και δικό της σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ). Αυτό αποτελείται από μυϊκές ίνες εμβρυϊκής μορφής και διακρίνεται στο φλεβόκομβο και τον κολποκοιλιακό κόμβο.

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

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

(11)

Κεφάλαιο 3^ο: Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Έμφραγμα είναι η νέκρωση ενός τμήματος του ενεργού ιστού της καρδιάς που λέγεται μυοκάρδιο. Νέκρωση σημαίνει ότι τα μυοκαρδιακά κύτταρα αυτού του τμήματος καταστρέφονται πλήρως και σε λίγες μέρες αντικαθίστανται από ανενεργό ιστό, το συνδετικό, ο οποίος καλύπτει το νεκρωμένο τμήμα. Η νέκρωση αυτή είναι μοιραία συνέπεια, γιατί εκείνο το τμήμα του μυοκαρδίου παύει να δέχεται αίμα αφού έφραξε η στεφανιαία αρτηρία που το τροφοδοτούσε.

Αυτή η απόφραξη έχει σαν βάση την αρτηριοσκλήρυνση, ενδεχόμενα δε και θρόμβωση της στεφανιαίας αρτηρίας.

Σε ηλικία κάτω από 20 ετών μπορεί να θεωρηθεί ότι το έμφραγμα, πρακτικά, είναι ανύπαρκτο.

Πάρα πολύ σπάνιες είναι και οι περιπτώσεις σε άτομα 20-29 ετών.

Σχετικά σπάνιες είναι οι περιπτώσεις σε άτομα 30-39 ετών.

Πάνω από τα 40 χρόνια οι περιπτώσεις αυξάνονται βαθμιαία ώστε η μεγάλη πλειοψηφία των εμφραγμάτων να αφορά άτομα 50 έως 70 ετών.

Μετά τα 70 χρόνια το έμφραγμα συνεχίζει μεν να υπάρχει αλλά φαίνεται ότι μειώνεται αριθμητικά για τον απλό λόγο ότι τα άτομα 70 και πλέον ετών στο γενικό πληθυσμό δεν ξεπερνούν το 7% περίπου.

Έτσι, συνοψίζοντας, το έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζεται μετά το τέλος της δεύτερης δεκαετίας της ζωής και προοδευτικά αυξάνει σε συχνότητα. Συχνά είναι τα περιστατικά με έμφραγμα μετά τα 40 και πολύ πιο συχνά μετά τα 50 χρόνια.

(1)

Κεφάλαιο 4ο: Διατοιχωματικό και υπενδοκάρδιο έμφραγμα

Έχουν περιγραφεί δύο βασικοί τύποι οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου: διατοιχωματικό έμφραγμα και υπενδοκάρδιο έμφραγμα.

Το διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου σχετίζεται με αθηροσκλήρυνση που αφορά μια μείζονα στεφανιαία αρτηρία. Μπορεί να υποδιαιρεθεί σε πρόσθιο, κατώτερο ή οπίσθιο. Επίσης μπορεί να συμβεί και έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας.

Το υπενδοκάρδιο έμφραγμα αφορά μικρές περιοχές, ιδιαίτερα το υπενδοκάρδιο τοίχωμα της αριστερής κοιλίας, το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και τους θηλοειδής μύες. Οι παράγοντες που καθορίζουν το πότε θα προκληθεί διατοιχωματικό και υπενδοκάρδιο έμφραγμα είναι άγνωστοι.

Μπορεί να συμβεί επίσης κοιλιακό έμφραγμα, το οποίο όμως γενικά δεν επηρεάζει τη θεραπεία ή την πρόγνωση.

(14)

Κεφάλαιο 5^ο: Προδιαθεσικοί παράγοντες του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες είναι οι εξής:

α) Το φύλο: Προσβάλλεται σε μεγαλύτερο βαθμό το ανδρικό φύλο, αν και δεν έχει βρεθεί με ακρίβεια η πραγματική αιτία αυτού του φαινομένου. Στη γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση η συχνότητα του εμφράγματος του μυοκαρδίου πλησιάζει με εκείνη των ανδρών.

β) Η ηλικία: Αν και το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η ασθένεια της ώριμης ηλικίας, τα τελευταία χρόνια πιστοποιήθηκε μια σαφής τάση του εμφράγματος να προσβάλλει όλο και πιο νεαρές ηλικίες. Είναι όμως αναμφίβολο ότι ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου μεγαλώνει με την αύξηση της ηλικίας.

γ) Η κληρονομική προδιάθεση: Υπάρχουν οικογένειες στις οποίες ένας σχετικά μεγάλος αριθμός ατόμων σε διάφορες γενιές, έχει προσβληθεί από έμφραγμα. Σε αυτές τις οικογένειες, συχνά η θρόμβωση μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλα όργανα, όπως στον εγκέφαλο, έντερα κλπ. Όλες αυτές είναι εκδηλώσεις μιας πολύ σοβαρής αγγειακής πάθησης.

δ) Αρτηριακή υπέρταση: Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι πιο συχνό στα υπέρτασικά άτομα, κυρίως όταν αυτά βρίσκονται σε νεαρή ηλικία.

ε) Υπερχοληστεριναιμία και υπερτριγλυκεριδαιμία: Υψηλό ποσοστό χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα συνδέονται με μια μεγαλύτερη συχνότητα του εμφράγματος του μυοκαρδίου, η εξήγηση είναι φανερή και έγκειται στη μεγαλύτερη συχνότητα, μέγεθος και σοβαρότητα των βλαβών της αρτηριοσκλήρωσης, η οποία κυρίως ευθύνεται για το έμφραγμα.

στ) Το κάπνισμα: Αναφέρεται ότι:

- Ο κίνδυνος εμφράγματος είναι μακροπρόθεσμα πιο υψηλός στα άτομα που καπνίζουν,

- Αυτός ο κίνδυνος είναι ανάλογος με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.

ζ) Το βάρος: Ακόμα και ο παράγοντας βάρος είναι σημαντικός προδιαθεσικός παράγων:

- Τα άτομα με υπερβολικό βάρος κινδυνεύουν περισσότερο από έμφραγμα,
- Ο κίνδυνος εμφράγματος είναι ανάλογος με το υπερβολικό βάρος.

η) Σωματική άσκηση: Έχει σταδιακά αποδειχθεί ότι ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι αντιστρόφως ανάλογος της σωματικής άσκησης που εκτελείται.

θ) Στρες: Είναι αλήθεια ότι κάθε στρες προκαλεί μια μεγάλη έκκριση αδρεναλίνης και μια περαστική αλλά βίαιη κρίση αρτηριακής υπέρτασης, που επιδρά στη λειτουργία των στεφανιαίων αρτηριών. Το στρες μπορεί να προκληθεί από διάφορους παράγοντες:

- Το επάγγελμα.
- Τις συγκινήσεις και τον τύπο των συγκινήσεων αυτών.
- Τη διαίτα.
- Την εξάσκηση.

ι) Τέλος δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες είναι:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η αύξηση του ουρικού οξέως.

(13)

Κεφάλαιο 6^ο: Κλινική εικόνα του Ο.Ε.Μ.

Η εισβολή του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνήθως είναι οξεία, με πόνο σαν της στηθάγχης αλλά αντίθετα με τη συνηθισμένη στηθάγχη υπάρχει ένα βασανιστικό συσφικτικό αίσθημα στο θώρακα ή αίσθημα επικείμενου θανάτου. Επίσης σε αντίθεση με τη συνηθισμένη στηθάγχη το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συμβαίνει συνήθως όταν ο άρρωστος είναι σε ηρεμία, συχνά τις πρώτες πρωινές ώρες. Ναυτία και εμετός συνοδεύουν συχνά τον πόνο και μπορεί να είναι πολύ έντονα.

Ο πόνος είναι διάχυτος, συσφικτικός, προκαλεί αίσθημα πνιγμού ή είναι διάξιφιστικός. Εντοπίζεται κυρίως στην οπισθοστερνική περιοχή από όπου μπορεί να αντανakλά στα δύο άκρα το λάρυγγα, στην κάτω σιαγόνα ή το επιγάστριο.

Ο άρρωστος συνήθως διατηρεί τις αισθήσεις του, αλλά μπορεί να είναι ανήσυχος ή να εμφανίζει διανοητική σύγχυση. Η συγκοπτική κρίση είναι σπάνια. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί απώλεια συνειδήσεως, λόγω εγκεφαλικής ισχαιμίας από την ελάττωση της καρδιακής παροχής.

Ο άρρωστος εμφανίζει μια ωχρότητα, έντονη εφίδρωση, ψυχρό δέρμα, ακόμα και όταν τα κλινικά σημεία του shock δεν υπάρχουν. Ο σφυγμός είναι συνήθως συχνός, εκτός εάν υπάρχει ατελής ή πλήρης κολποκοιλικός αποκλεισμός. Μέσα σε λίγες ώρες η κλινική κατάσταση του ατόμου βελτιώνεται, αλλά εμφανίζεται συχνά πυρετός. Η θερμοκρασία ανεβαίνει για λίγες ημέρες, ακόμα και τους 38 °C ή και ψηλότερα και κατόπιν πέφτει αργά για να ξαναγίνει φυσιολογική μέσα σε μια βδομάδα. Η αρτηριακή πίεση πέφτει είτε ξαφνικά, είτε προοδευτικά μέσα στο πρώτο 24ωρο από την προσβολή. Σπανιότερα η αρτηριακή πίεση συνεχίζει να πέφτει για μια περίπου βδομάδα.

Μπορεί επίσης να εμφανιστεί περικαρδιακή τριβή η οποία είναι συνήθως παροδική. Ακόμα σπανιότερα μπορεί να εμφανιστεί οροαιματηρή περικαρδίτιδα. Περικαρδιακή συλλογή υγρού είναι σπάνια.

Η συμπτωματολογία του τεκμηριωμένου οξέος εμφράγματος σε αναλογία επί τοις εκατό είναι:

Οπισθοστερνικός πόνος	91 – 96%
Πόνος στο αριστερό χέρι	37 – 39%
Πόνος στο δεξί χέρι	22 – 23%
Πόνος στον αριστερό ώμο	11 – 18%
Πόνος στον δεξιό ώμο	6 – 10%
Επιγαστρικός πόνος	3 – 7%
Πόνος στη ράχη	6%
Πόνος στον αυχένα	9 – 13%
Πόνος στη σιαγόνα	3 – 5%

Λοιπή συμπτωματολογία

Εφίδρωση	32 – 45%
Ναυτία/εμετός	15 – 42%
Δύσπνοια	29 – 37%
Απώλεια συνειδήσεως	18 – 19%

(6)

Κεφάλαιο 7^ο: Διαγνωστικές μέθοδοι της καρδιάς

Ακτινολογική εξέταση της καρδιάς

Η ακτινογραφική εξέταση της καρδιάς δίνει πληροφορίες για το μέγεθος της καρδιάς, τα πνευμονικά αγγεία, τα περιαγγειακά στοιχεία των πνευμόνων, τα μεγάλα αγγεία, τις καρδιακές κοιλότητες και τις ενδο και εξωκαρδιακές αποτιτανώσεις.

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

Αγγειοκαρδιογραφία

Μετά από έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στην καρδιά ή το αγγείο, γίνεται λήψη σειράς ακτινογραφιών. Η μέθοδος αυτή δίνει πολύτιμες πληροφορίες για την καρδιά, το βαθμό ανεπάρκειας βαλβιδικού στομίου, τις κινήσεις των βαλβίδων, τη συστολή των κοιλιών και των κόλπων και την τυχόν ύπαρξη συγγενούς καρδιοπάθειας.

Η εξέταση αυτή γίνεται μόνο όταν δε βοηθήσουν τη διάγνωση τα απλούστερα μέσα.

Αορτογραφία

Είναι ένα είδος αγγειογραφίας. Γίνεται για σκιαγράφιση του αυλού της αορτής και των κλάδων της.

Ηχοκαρδιογραφία

Είναι αναίμακτη διαγνωστική διαδικασία που χρησιμοποιείται για αξιολόγηση της ανατομικής ακεραιότητας και λειτουργίας της καρδιάς. Παίζει σημαντικό ρόλο στη διάγνωση βαλβιδοπαθειών, συγγενών καρδιακών ανωμαλιών νόσων του περικαρδίου και των στεφανιαίων αγγείων. Ακόμη δίνει πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία της αριστερής κοιλίας, τις διαστάσεις της κοιλιακής κοιλότητας, το πάχος του οπισθίου τοιχώματος της αριστερής κοιλίας και του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, κάνει εκτιμήσεις του διαστολικού, συστολικού όγκου και του όγκου

παλμού και των κινήσεων διαφόρων τμημάτων του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας κατά τη συστολή και διαστολή της.

Ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ-EKG)

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα παριστάνει καμπύλη, που μετράει τα ηλεκτρικά δυναμικά που παράγονται, όπως αυτά έρχονται στο δέρμα. Με τοποθέτηση ηλεκτροδίων σε διάφορα σημεία του δέρματος και σύνδεση με το κατάλληλο, όργανο, γίνεται η καταγραφή των δυναμικών αυτών με τη μορφή καμπύλης, που παριστάνει διαφορές δυναμικού σε συνάρτηση με το χρόνο.

Από το ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται η φυσιολογική ή παθολογική παραγωγή των διεγέρσεων, η παρουσία μερικού ή ολικού αποκλεισμού, η εμφάνιση έκτακτων συστολών καθώς και η προέλευσή τους, οι διαταραχές της αιματώσεως του μυοκαρδίου, η παρουσία εμφράγματος, καθώς και η υπερτροφία κόλπων ή κοιλιών κ.λ.π.

Στεφανιαία αρτηριογραφία

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

Φωνοκαρδιογράφημα

Οι δονήσεις που αποτελούν τους ήχους της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων, μπορούν να καταγραφούν με τη μορφή καμπύλης, που ονομάζεται φωνοκαρδιογράφημα. Αυτό επιτρέπει τη λεπτομερή ανάλυση των ήχων, τη διαπίστωση της ακριβούς χρονικής στιγμής του καρδιακού παλμού, κατά την οποία εμφανίζονται αυτοί, τη διάρκεια και τον αριθμό τους καθώς και

το πλάτος και τη συχνότητα των δονήσεων. Το φωνοκαρδιογράφημα αποτελεί πολύτιμη και μόνιμη αναγραφή των ήχων της καρδιάς.

Καθετηριασμός καρδιάς

Αποτελεί μέθοδο έρευνας του καρδιαγγειακού συστήματος. Ανάλογα με την περιοχή που ερευνάται, διακρίνουμε δεξιό καθετηριασμό, οπότε διερευνάται η μικρή κυκλοφορία και αριστερό καθετηριασμό, οπότε ερευνάται ο αριστερός κόλπος, η αριστερή κοιλία και η αορτή. Επομένως, η διαγνωστική αυτή εξέταση γίνεται σε αρρώστους με βαλβιδικές παθήσεις, συγγενείς καρδιοπάθειες, θωρακαλγία αγνώστου αιτιολογίας, πνευμονική υπέρταση και μυοκαρδιακές παθήσεις που μελετάται η χειρουργική παρέμβαση. Ο καθετηριασμός καρδιάς αποτελεί μέσον προεγχειρητικής αξιολόγησης και μετεγχειρητικής εκτιμήσεως των αποτελεσμάτων της χειρουργικής επεμβάσεως.

Δοκιμασία κοπώσεως

Η δοκιμασία κοπώσεως γίνεται για την αξιολόγηση της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος και την ανίχνευση ανεπάρκειας της λειτουργίας των στεφανιαίων αγγείων του αρρώστου. Χρησιμοποιείται για την επιβεβαίωση διαγνώσεων στεφανιαίας νόσου, για τη ρύθμιση της θεραπείας ή για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας.

Η εφαρμογή της κοπώσεως αυξάνεται προοδευτικά και αποβλέπει στην ταυτόχρονη προοδευτική αύξηση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο. Σε όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας κοπώσεως λαμβάνεται ΗΚΓ και αρτηριακή πίεση του αίματος. Σε θετικά αποτελέσματα της δοκιμασίας κοπώσεως ακολουθεί η μελέτη του αρρώστου με στεφανιογραφία.

Χοληστερίνη, τριγλυκερίδια αίματος

Τόσο η χοληστερίνη όσο και τα τριγλυκερίδια είναι λιπίδια. Επειδή η υπερλιπιδαιμία συμβάλλει στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, η παρουσία

αυξημένων τιμών χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων έχει ιδιαίτερη σημασία για τον άρρωστο που πάσχει από νόσο των στεφανιαίων αγγείων.

Για τη λήψη των δειγμάτων του αίματος ο άρρωστος μένει νηστικός 15 περίπου ώρες πριν από τη λήψη του, για δύο 24ωρα δεν κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών και φαρμάκων που επηρεάζουν τα λιπίδια και δεν πρέπει να βρίσκεται υπό την επήρεια stress.

Ραδιοϊσοτοπική απεικόνιση

Εάν ένα ραδιενεργό ισότοπο χορηγηθεί ενδοφλέβια, συγκεντρώνεται σε μεμονωμένα όργανα και ιστούς, απ' όπου ανιχνεύεται με την ειδική κάμερα ανίχνευσης ακτινοβολιών, την αποκαλούμενη «γ-κάμερα». Η εξέταση εφαρμόζεται ειδικά στη διάγνωση και εκτίμηση της στηθάγχης, επειδή μικρή μόνο ποσότητα θαλλίου θα προσεγγίσει την περιοχή που είναι υπεύθυνη για την εκδήλωση της στηθάγχης, λόγω των στενωτικών βλαβών. Η εξέταση με θάλλιο συνδυάζεται συνήθως με δοκιμασία κόπωσης, διότι έτσι οι ενδεχόμενες ανωμαλίες εκδηλώνονται ή και αποσαφηνίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό.

(11)

Κεφάλαιο 8^ο: Επιπλοκές οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου –

Θεραπεία.

1) Αρρυθμίες

1. Κοιλιακή εκτακτοσυστολική αρρυθμία. Παρατηρείται κατά την οξεία φάση του εμφράγματος σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% των ασθενών. Θεραπεύεται με ενδοφλέβια χορήγηση ξυλοκαΐνης. Εάν η ξυλοκαΐνη δεν είναι αποτελεσματική, χορηγείται προκαΐναμίδη, μεξιλετίνη κ.α.

2. Ταχυκαρδία από ιδιοκοιλιακό ρυθμό. Παρατηρείται σε ποσοστό 10-20% των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Θεραπεία γίνεται μόνο εάν μεταπίπτει σε κοιλιακή ταχυκαρδία και συνδυάζεται με υπόταση. Μερικοί συγγραφείς συνιστούν τη χορήγηση ατροπίνης για την αύξηση της συχνότητας του φλεβοκόμβου ή κοιλιακή βηματοδότηση για υπερκέραση και καταστολή του κοιλιακού ρυθμού.

3. Κοιλιακή ταχυκαρδία. Παρατηρείται σε ποσοστό 10-40%. Συνηθέστερα εμφανίζεται κατά τις πρώτες 4 ώρες. Εάν συνδυάζεται με υπόταση ή καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να γίνεται άμεση ανάταξη με ηλεκτρικό shock, 25-50 joules. Από φαρμακευτικής πλευράς χορηγείται ξυλοκαΐνη 100-200mg σε 10-20min και ακολούθως έγχυση 2-4mg/min ενδοφλεβίως. Σε περίπτωση αποτυχίας δίνεται προκαΐναμίδη σε ενδοφλέβια ένεση 50mg/min, ώσπου να σταματήσει η ταχυκαρδία ή να χορηγηθούν συνολικά 1-1,5g. Εάν η κοιλιακή ταχυκαρδία εμφανίζεται μετά την 5-6^η ημέρα του οξέος εμφράγματος, τότε προτιμάται η προκαΐναμίδη σαν πρώτο φάρμακο εκλογής.

4. Κοιλιακή μαρμαρυγή. Παρατηρείται σε ποσοστό 5-20%. Συχνότερα εμφανίζεται κατά τις πρώτες 4 ώρες. Επειγόντως

γίνεται ηλεκτρικό shock με 200 joules και στις λίγες περιπτώσεις που δεν φέρνει αποτέλεσμα επαναλαμβάνεται το shock με 400 joules. Η επίπτωση της κοιλιακής μαρμαρυγής σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου φαίνεται ότι έχει ελαττωθεί με την προληπτική χορήγηση ξυλοκαϊνης ή άλλων αντιαρρυθμικών φαρμάκων.

5. Φλεβοκομβική βραδυκαρδία <60/min. Παρατηρείται σε ποσοστό 20% περίπου, ιδίως κατά τις πρώτες ώρες του οξέος εμφράγματος. Θεραπεύεται με βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση ατροπίνης 0,5mg κάθε 15 περίπου λεπτά και μέχρι συνολική δόση 1-1,5mg. (Σ)

2) Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια –Shock.

Η ελαφρά καρδιακή ανεπάρκεια, συνήθως θεραπεύεται με χορήγηση οξυγόνου και φουροσεμίδης. Εάν ο ασθενής βρίσκεται σε πνευμονικό οίδημα, προστίθεται ενδοφλέβια έγχυση νιτρογλυκερίνης. Σε σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, η φουροσεμίδα συνδυάζεται με στάγδην ενδοφλέβια έγχυση (α) νιτροπρωσσικού νατρίου 10-20mg/min ή περισσότερο μέχρι 150-300mg/min και (β) της καρδιοτονωτικής δοβουταμίνης 3mg/Kg/min ή περισσότερο. Το αγγειοδιασταλτικό φάρμακο διακόπτεται εάν σημειωθεί περιφερική υπόταση. Στην περίπτωση αυτή η θεραπεία συνεχίζεται με δοβουταμίνη και φουροσεμίδα. Επίσης η νιτρογλυκερίνη ή το νιτροπρωσσικό νάτριο αντενδείκνυται εάν εξ αρχής σημειώνεται υπόταση με συστολική πίεση κάτω των 90 mm Hg ή διαστολική κάτω των 60mm Hg και είναι χαμηλή η καρδιακή παροχή. Η καρδιακή ανεπάρκεια συχνά βελτιώνεται με την πάροδο των ημερών κατά τις πρώτες 4-6 εβδομάδες του εμφράγματος.

Σε πολλά καρδιολογικά κέντρα για θεραπεία του shock χρησιμοποιείται η ενδοαορτική αντλία με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η αντλία αυτή στην πραγματικότητα είναι ένα μπαλόνι, που φουσκώνει στη διαστολή για να αυξάνεται η στεφανιαία ροή και ξεφουσκώνει στη

συστολή για να ελαττώνονται απότομα οι περιφερειακές αγγειακές αντιστάσεις και να προωθείται ευκολότερα το κύμα σφυγμού προς την περιφέρεια. (S)

3) Ρήξη μεσοκοιλιακού διαφράγματος

Συμβαίνει σε ποσοστό 1-3% των ασθενών με οξύ και ιδίως διατοιχωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μόνο λίγοι ασθενείς ζουν επί μακρό χρόνο χωρίς χειρουργική θεραπεία. Εφαρμόζεται αμέσως η συντηρητική θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας και επιβεβαιώνεται η κλινική διάγνωση με ηχοκαρδιογράφημα δύο διαστάσεων και καθετηριασμό της καρδιάς. Η ρήξη συνήθως συμβαίνει κατά την πρώτη εβδομάδα του οξέος εμφράγματος και αυτή την περίοδο τα προς συρραφή χείλη είναι σαθρά. Γι' αυτό η εγχείρηση πρέπει να γίνεται μετά την τρίτη εβδομάδα, οπότε τα αποτελέσματα είναι καλύτερα. Όμως εάν η αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς είναι πολύ βαριά, τότε η χειρουργική επέμβαση αποφασίζεται αμέσως μετά τον καρδιακό καθετηριασμό, παρόλο ότι η θνητότητα είναι πολύ μεγάλη. (S)

4) Ρήξη θηλοειδούς μυός.

Όπως και η ρήξη του μεσοκοιλιακού διαφράγματος είναι σπάνια επιπλοκή του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε πλήρη ρήξη ενός θηλοειδούς μυός προκαλείται μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια της μιτροειδούς και καρδιακή ανεπάρκεια με βαριά πρόγνωση. Υποστηρίζεται ότι μόνο 20% των ασθενών επιζούν μετά τη δεύτερη εβδομάδα. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται εγχείρηση, αφού προηγηθεί αιμοδυναμικός έλεγχος για επιβεβαίωση της διάγνωσης. (S)

5) Περικαρδίτιδα

Συνηθέστερα εμφανίζεται κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος. Όταν απουσιάζει η περικαρδιακή τριβή συχνά η διάγνωση γίνεται μόνο από τα χαρακτηριστικά του πόνου. Σε συλλογή περικαρδιακού υγρού το ηχοκαρδιογράφημα είναι διαγνωστικό. Ο πόνος διαρκεί πολλές ώρες ή

μέρες και χαρακτηρίζεται από επιδείνωση στη βαθιά εισπνοή. Η θεραπευτική αντιμετώπιση γίνεται με ασπιρίνη και ινδομεθακίνη με καλά αποτελέσματα. Ο πόνος μπορεί να υποχωρήσει αμέσως με μια μόνο δόση per os 40mg πρεδνιζολόνης ή 8mg δεξαμεθαζόνης ενδοφλεβίως. Σε όψιμο στάδιο του εμφράγματος μετά από εβδομάδες ή και μήνες μπορεί να εμφανιστεί περικαρδίτιδα στα πλαίσια του συνδρόμου Dressler. Η θεραπεία γίνεται με κορτιζόνη, ινδομεθακίνη ή ασπιρίνη. Το σύνδρομο Dressler εμφανίζεται σε ποσοστό 3% των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Σε κάθε μορφή περικαρδίτιδας διακόπτονται εάν χορηγηθούν τα αντιπηκτικά φάρμακα προς αποφυγή αιμορραγίας από το φλεγμαίνον περικάρδιο. (S)

6) Μετεμφραγματική στηθάγχη

Η πρόγνωση είναι σοβαρή. Αντιμετωπίζεται με φάρμακα, όπως κάθε μορφή στηθάγχης και με επέμβαση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου. (S)

7) Περιφερική και πνευμονική εμβολή

Οι περιφερειακές αρτηριακές εμβολές οφείλονται σε απόσπαση θρόμβων από τις αριστερές καρδιακές κοιλότητες και ιδιαίτερα την αριστερή κοιλία. Οι πνευμονικές εμβολές δημιουργούνται από θρόμβους που αποσπώνται από τις περιφερικές φλέβες. Επίσης οι θρόμβοι μπορεί να αποσπασθούν από τις δεξιές καρδιακές κοιλότητες μετά από έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας. Η θεραπεία γίνεται με ηπαρίνη ενδοφλεβίως επί 7-10 ημέρες και ακολουθεί αντιπηκτική αγωγή με λήψη ενός κουμαρινικού παραγώγου από το στόμα. Για την πρόληψη των θρομβοεμβολικών επεισοδίων συνιστάται να γίνεται αντιπηκτική αγωγή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, τουλάχιστον στους ασθενείς που έχουν αυξημένο κίνδυνο. (S)

8) Καρδιακή ανεπάρκεια μετά την οξεία φάση του εμφράγματος.

Εδώ περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις στις οποίες, μετά την παρέλευση 4-6 εβδομάδων, η καρδιακή ανεπάρκεια συνήθως δεν υποχωρεί από περαιτέρω αυτόματη βελτίωση λειτουργίας του μυοκαρδίου. Γίνεται η κλασική θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας με δακτυλίτιδα, διουρητικά

και αγγειοδιασταλτικά. Επίσης χορηγούνται αντιπηκτικά ιδίως αν υπάρχει μαρμαρυγή των κόλπων και διόγκωση των αριστερών καρδιακών κοιλοτήτων. Σπανίως σε νέα άτομα κάτω των 40-45 ετών και εφόσον η καρδιακή ανεπάρκεια αποδεδειγμένα οφείλεται σε μηχανική βλάβη του καρδιακού μυός συνιστάται μεταμόσχευση της καρδιάς. (5)

9) Μετεμφραγματικό σύνδρομο ή σύνδρομο του Dressler.

Απαντά στο 2-3% των ασθενών. Είναι αγνώστου αιτιολογίας και επέρχεται μετά από μερικές εβδομάδες ή μήνες από την εμφραγματική προσβολή. Το μετεμφραγματικό σύνδρομο διαρκεί συνήθως λίγες ημέρες μέχρι μιας εβδομάδας και μπορεί να υποτροπιάζει.

Χαρακτηρίζεται από προκάρδιο άλγος, πυρετό, περικαρδιακή τριβή και μερικές φορές από συλλογή υγρού εντός του αριστερού πλευροδιαφραγματικού χώρου ή πνευμονίτιδα. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου Dressler γίνεται δια χορηγήσεως κορτικοστερινοειδών.

Το σύνδρομο εμφανίζεται συνήθως 2 έως 6 εβδομάδες μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, μπορεί όμως να συμβεί και μέσα στην πρώτη εβδομάδα.

Το ΗΚΓ μπορεί να δείξει ή όχι τα σημεία γενικευμένης περικαρδίτιδας. Ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνει και συχνά υπάρχει ηωσινοφιλία. Η ΤΚΕ είναι χαρακτηριστικά αυξημένη.

Η μεγαλύτερη σημασία του μετεμφραγματικού συνδρόμου είναι ότι αυτό μπορεί να υποδύεται πνευμονική εμβολή ή μια επέκταση του εμφράγματος του μυοκαρδίου. (7)

10) Ρήξη του μυοκαρδίου.

Η επιπλοκή αυτή ευθύνεται για το 5-20% όλων των θανάτων του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Πιστεύεται ότι παράγοντες που προδιαθέτουν σε ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος της κοιλίας είναι το φύλο (γυναίκες μεταξύ 60-90 χρόνων), η υπέρταση, η επιμονή του

προκάρδιου άλγους και το έμφραγμα του κάτω τοιχώματος. Οι περισσότερες (95%) ρήξεις του μυοκαρδίου γίνονται τις πρώτες έξι ημέρες με ποσοστό 40% τις πρώτες 24 ώρες. Η ρήξη γίνεται στην περιοχή επαφής του εμφραγματικού μυοκαρδίου, που κινείται παράδοξα, με το υγιές μυοκάρδιο που κινείται φυσιολογικά. Η ρήξη του ελεύθερου τοιχώματος προκαλεί αιμοπερικάρδιο, που συνήθως είναι θανατηφόρο. Επιτυχής χειρουργική αντιμετώπιση έχει αναφερθεί σε σπάνιες περιπτώσεις. Περισσότερο επιθετική αντιμετώπιση του OEM, με πρόωμη επανααιμάτωση και ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης στην οξεία φάση του εμφράγματος, ίσως ελαττώσει την συχνότητα της επιπλοκής αυτής. (7)

11) Κοιλιακό ανεύρυσμα.

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να ακολουθηθεί από την ανάπτυξη ενός κοιλιακού ανευρύσματος (συνήθως αφορά το τοίχωμα της αριστερής κοιλίας). Αν και η διάγνωση τίθεται μήνες μετά από την επέλευση του εμφράγματος του μυοκαρδίου, το ανεύρυσμα μπορεί να αναπτυχθεί μέσα σε βραχύ χρονικό διάστημα μετά την εισβολή του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Κατά κανόνα, το προσδόκιμο της επιβιώσεως ενός αρρώστου με ένα κοιλιακό ανεύρυσμα είναι το ίδιο με εκείνο ενός αρρώστου που έπαθε έμφραγμα χωρίς όμως την ανάπτυξη ανευρύσματος. Εντούτοις, όταν αναπτυχθεί ένα κοιλιακό ανεύρυσμα, μπορεί να συνοδεύεται με επιπλοκές, όπως είναι η επιδείνωση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, η περικαρδίτιδα με ή χωρίς περικαρδίτιδα συλλογή ή η υποτροπιάζουσα κοιλιακή ταχυκαρδία.

Η διάγνωση ενός κοιλιακού ανευρύσματος που συμβαίνει κατά την διάρκεια του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου μπορεί να τεθεί καλύτερα με την βοήθεια της ακτινολογικής εξετάσεως του θώρακα. Το ηλτροκαρδιογραφικό σημείο που συνηγορεί για ένα κοιλιακό ανεύρυσμα είναι η επίμονη ανάσπαση των τμημάτων RS - T 3 εβδομάδες ή περισσότερο μετά το έμφραγμα. (8)

Κεφάλαιο 9^ο: Θεραπεία του Ο.Ε.Μ.

Η θεραπεία του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου έχει τρεις στόχους:

- α) Ανακούφιση των συμπτωμάτων.
- β) Μείωση των θανάτων.
- γ) Μείωση της έκτασης της μυοκαρδιακής βλάβης.

Η θεραπευτική αγωγή σε ΟΕΜ περιλαμβάνει μέτρα που εφαρμόζονται προληπτικά σε όλους τους ασθενείς (μέτρα ρουτίνας) και σε θεραπείες συγκεκριμένων επιπλοκών και συμπτωμάτων.

Το ΟΕΜ αντιμετωπίζεται:

- α. Συντηρητικά (νιτρώδη φάρμακα, β-blockers, θρομβόλυση).
- β. Χειρουργικά.

Τα κριτήρια για τη επιλογή της συντηρητικής ή χειρουργικής θεραπείας είναι τα εξής:

1. Η βαρύτητα του εμφράγματος.
2. Η ηλικία του αρρώστου και
3. Ο χρόνος έναρξης του εμφράγματος. (13)

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

1. Χορηγείται μορφίνη 10-15 mg ενδοφλεβίως, για την αντιμετώπιση του εμφραγματικού πόνου στο χώρο, που γίνεται η πρώτη ιατρική εξέταση. Εν συνέχεια ο ασθενής διακομίζεται αμέσως σε μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου παραμένει κλινήρης και γίνεται συνεχείς καθ' όλο το 24ωρο παρακολούθηση σε τηλεοπτική οθόνη (monitor) του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και της αρτηριακής πίεσης για την άμεση διάγνωση και αντιμετώπιση κάποιας επιπλοκής. Τοποθετείται ορός ενδοφλεβίως για τη δυνατότητα άμεσης χορήγησης φαρμάκου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Εάν συνεχίζεται ο πόνος, η

μορφίνη επαναλαμβάνεται κάθε 4-6 ώρες. Μαζί με τη μορφίνη, συχνά χορηγείται θειική ατροπίνη 0,5 mg οπότε προλαμβάνονται παρασυμπαθητικοτονικές καταστάσεις, όπως ναυτία, εμετός βραδυκαρδία, κολποκοιλιακός αποκλεισμός και κομβικός ρυθμός. Πολλές φορές αποφεύγεται η μορφίνη και στη θέση της μπορεί να χορηγηθεί πεθιδίνη 20-50 mg αργά ενδοφλεβίως. Εάν ο πόνος δεν υποχωρήσει η πεθιδίνη επαναλαμβάνεται μετά 10-15 min. Σε επίμονο πόνο από περικαρδιακή αντίδραση μπορεί να χορηγηθεί αποτελεσματικά η πρεδνιζόνη.

2. Χορηγούνται οξυγόνο με σκοπό τον περιορισμό της έκτασης του εμφράγματος και ξυλοκαΐνη σε ενδοφλέβια στάγδην έγχυση, 2mg/min περίπου επί 48 ώρες, για την πρόληψη κοιλιακών αρρυθμιών. Στην περίπτωση παρενεργειών από το κεντρικό νευρικό σύστημα ελαττώνεται η δόση ή διακόπτεται η χορήγηση του φαρμάκου, οπότε υποχωρούν οι παρενέργειες. Η προληπτική χορήγηση ξυλοκαΐνης φρόνιμο είναι να αποφεύγεται στο ολοκληρωμένο έμφραγμα, καθώς επίσης σε ασθενείς υπερίληκους άνω των 70-75 ετών, οι οποίοι είναι πιο ευαίσθητοι σε παρενέργειες από το νευρικό σύστημα.
3. Εφόσον η πίεση είναι καλή, δίδεται νιτρογλυκερίνη σε στάγδην ενδοφλέβια έγχυση 10-20mg/min ή περισσότερο. Η έναρξη γίνεται με 5mg/min και η δόση αυξάνεται κατά 5mg/min κάθε 10 λεπτά ώσπου να υποχωρήσει ο πόνος ή η μέση αρτηριακή πίεση ελαττωθεί κατά 10%. Εάν υπάρχουν τεχνικές δυσκολίες για ενδοφλέβια έγχυση, η νιτρογλυκερίνη χορηγείται υπογλωσσίως 1 δισκίο κάθε 2-3 ώρες ή σε αλοιφή από το δέρμα. Επί ομαλής πορείας η ενδοφλέβια χορήγηση διακόπτεται μετά 2-3 ημέρες και στη συνέχεια η νιτρογλυκερίνη χορηγείται σε αλοιφή από το δέρμα ή δίνεται νιτρικός ισοσορβίτης.

4. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στο επίπεδο των ηλεκτρολυτών και ιδιαίτερα του καλίου του αίματος, γιατί συχνά κατά την οξεία φάση του εμφράγματος υπάρχει υποκαλιαιμία, η οποία ευαισθητοποιεί ακόμη περισσότερο το μυοκάρδιο σε κοιλιακές αρρυθμίες. Για το λόγο αυτό συνήθως εξ αρχής χορηγείται χλωριούχο κάλιο 2-4 g την ημέρα σε στάγδην έγχυση ενδοφλεβίως. Σε σοβαρή υποκαλιαιμία αυξάνεται η δόση του χλωριούχου καλίου σε 3g κάθε 6-8 ώρες, ώσπου να αποκατασταθεί η τιμή του καλίου στο αίμα.
5. Πολλοί συγγραφείς συνιστούν χορήγηση ηπαρίνης ή ενός κουμαρινικού παραγώγου με σκοπό την προφύλαξη από θρομβοεμβολικά επεισόδια. Προτιμάται η έναρξη με μικρές δόσεις ενδοφλεβίως. Μετά 2-3 ημέρες ή περισσότερο, ακολουθεί θεραπεία με δικουμαρικό παράγωγο.
6. Τα ηρεμιστικά είναι χρήσιμα φάρμακα και συνήθως 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. Η χορήγηση διλτιαζέμης κατά την έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να ελαττώσει το ποσοστό εγκατάστασης εμφράγματος του μυοκαρδίου.
8. Οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων θεωρείται ότι περιορίζουν την έκταση του εμφράγματος. Συνδυάζονται με τους αναστολείς του ασβεστίου εάν επιμένουν οι στηθαγχικές κρίσεις. Επίσης εάν επαναλαμβάνονταν πριν από το έμφραγμα οι β-αναστολείς συνεχίζονται και κατά τις πρώτες ημέρες του εμφράγματος, εάν βέβαια δεν υπάρχει σχετική αντένδειξη. Επίσης χορηγούνται με ιδιαίτερη προσοχή σε οξύ οπίσθιο-κατώτερο

έμφραγμα του μυοκαρδίου, επειδή συχνά αυτή η εντόπιση της βλάβης επιπλέκεται με φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας. (9)

Κεφάλαιο 10^ο: Πρόγνωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η θνησιμότητα του εμφράγματος του μυοκαρδίου κατά τις πρώτες 4 έως 6 εβδομάδες ανέρχεται στο 25 με 30%. Οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν κατά τις πρώτες 24 ώρες ή και τις πρώτες μέρες του εμφράγματος. Συνήθως οφείλεται στην καρδιακή ανεπάρκεια, διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, ρήξη της καρδιάς ή πνευμονική εμβολή. Η ταχεία υποχώρηση του άλγους και η απουσία επιπλοκών είναι σημεία καλής προγνώσεως. Αντιθέτως, η μη υποχώρηση του άλγους, η εμφάνιση shock, πνευμονικού οιδήματος, πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού, ολικής καρδιακής ανεπάρκειας είναι σημεία δυσμενούς προγνώσεως. Αιφνίδιος θάνατος κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες από μαρμαρυγή των κοιλιών ή κοιλιακή παύση είναι συνεχής απειλή. Η προχωρημένη ηλικία συνυπάρχουσα και άλλων παθήσεων, όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και άλλα κυρίως όμως η ύπαρξη προηγούμενου εμφράγματος κατά το παρελθόν επιβαρύνουν επίσης την πρόγνωση.

Εάν ο ασθενής ήδη έχει υποστεί έμφραγμα, ο κίνδυνος νέας προσβολής στο μέλλον είναι 8πλάσιος με θνησιμότητα άνω των 50%, εκτός αν έχει μεσολαβήσει διάστημα άνω των 5 ετών, οπότε το προσδόκιμο επιβιώσεως προσεγγίζει την επιβίωση του γενικού πληθυσμού.

Η πρόγνωση του εμφράγματος, μετά την οξεία φάση των πρώτων εβδομάδων, είναι σχετικά καλή. Το 40% τουλάχιστον των ασθενών ζουν περισσότερο από 10 χρόνια και το 70% φθάνουν τα 5 χρόνια. Η πρόγνωση είναι καλύτερη όταν οι ασθενείς δεν εμφανίζουν στηθάγχη, σημεία καρδιακής ανεπάρκειας, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία και

δεν καπνίζουν. Γενικώς οι προγνώσεις στους άνδρες είναι χειρότερες, καθώς επίσης και στα ηλικιωμένα άτομα.

(3)

Κεφάλαιο 11^ο: Μονάδες εμφραγμάτων –Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων αποτελούν πολύ σοβαρό κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπου και είναι η αιτία του 1/3 των θανάτων του πληθυσμού στα βιομηχανικά κράτη. Από διάφορες στατιστικές μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί ότι το 50% περίπου των θανάτων από τις στεφανιαίους νόσους οφείλονται στις αρρυθμίες. Επομένως εάν οι αρρυθμίες προληφθούν ή αναταχθούν εγκαίρως, αυτόματα προλαμβάνεται και ένας μεγάλος αριθμός θανάτων.

Η ιδέα της ίδρυσης των μονάδων εμφραγμάτων στηρίχθηκε ακριβώς στα πιο πάνω δεδομένα και αυτή άλλωστε είναι η φιλοσοφία της ίδρυσης αυτών των μονάδων. Ο βασικός τους σκοπός είναι η συνεχής παρακολούθηση και εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με τη βοήθεια ειδικού συνδυασμού άμεσης παρακολούθησης που συντελείται με τον ανθρώπινο παράγοντα και τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Το σπουδαιότερο ρόλο του ανθρώπινου παράγοντα έχει βέβαια ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια με την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς.

Αρχές λειτουργίας των μονάδων εμφραγμάτων

Ο αριθμός των ασθενών στη μονάδα Στεφανιαίων νοσημάτων είναι από 6-12. Η αναλογία πρέπει να είναι ως εξής: 5 κρεβάτια για νοσοκομείο με 200 εισαγωγές το χρόνο ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου. Η μονάδα στεφανιαίων νοσημάτων αποτελείται από μοναχικά δωμάτια έτσι ώστε ο κάθε άρρωστος να μην αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει στο διπλανό ασθενή διότι επηρεάζεται ψυχολογικά. Η πρόσοψη των δωματίων θα πρέπει να είναι κατασκευασμένη από υαλοπίνακες για το λόγο ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι θεατός από το παρατηρητήριο της νοσηλεύτριας και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι θεατοί από τους ασθενείς.

Από διάφορες στατιστικές μελέτες αποδεικνύεται ότι η ελάττωση της θνησιμότητας σε πάσχοντες από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, επιτυγχάνεται μόνο στις Μ. Σ. Ν.

Η ελάττωση της θνησιμότητας οφείλεται στην έγκαιρη αντιμετώπιση των καρδιακών αρρυθμιών που μόνο στις μονάδες αυτές είναι δυνατή. Αποτελείται από 4 δωμάτια, τα οποία μεταξύ τους δεν χωρίζονται με υαλοπίνακα έτσι ώστε να γίνεται ορατός ο ένας ασθενής από το δωμάτιο του άλλου. Υαλοπίνακα έχουν μόνο στην πρόσθια όψη τους, με αποτέλεσμα να γίνονται ορατοί οι ασθενείς από το παρατήριο των αδελφών μονάχα. Στο κάθε δωμάτιο της μονάδας βρίσκονται τοποθετημένες 6-8 πρίζες για τη λειτουργία των μηχανημάτων, αγωγοί παροχής οξυγόνου και αέρα καθώς και ο κατάλληλος φωτισμός. Δίπλα από το κρεβάτι του ασθενούς υπάρχουν ράφια όπου εκεί τοποθετούνται διάφορα πράγματα, απαραίτητα για τη νοσηλεία του (οροί, σύριγγες, βελόνες, σωλήνες βρογχοαναρρόφησης, οινόπνευμα κ.λ.π). Το πιεσόμετρο είναι εντοιχισμένο καθώς και 2 στατό. Μέσα στο δωμάτιο του ασθενούς υπάρχει ακόμη το κομοδίνο του και μια καρέκλα για τον επισκέπτη. Ο υπόλοιπος εξοπλισμός της μονάδας είναι:

α) Τρόλει ανακοπής, όπου περιλαμβάνει όλα τα αντικείμενα για επείγουσα διασωλήνωση και ηλεκτροκαρδιογραφική ανάταξη του αρρώστου.

β) Δύο (2) απινιδωτές, έναν απινιδωτή για δύο αρρώστους.

γ) Δύο (2) ηλεκτροκαρδιογράφους.

δ) Έναν αναπνευστήρα.

Στο χώρο που διακινούνται οι νοσηλεύτριες υπάρχουν με σειρά οι ντουλάπες υλικού καθώς και ένας νιπτήρας για το πλύσιμο των χεριών. Το παρατηρητήριο των αδελφών βρίσκεται σε σημείο που να γίνονται καλά ορατοί οι ασθενείς. Στο παρατηρητήριο, κοντά της πάντα έχει η νοσηλεύτρια τον ατομικό φάκελο του κάθε ασθενούς και σημειώνει



συνεχώς τη ζωτική λειτουργία του οργανισμού του αρρώστου. Κάθε 3 ώρες φυσιολογικά λαμβάνεται ένα ενδεικτικό Η.Κ.Γ για κάθε άρρωστο και τοποθετείται στον ατομικό του φάκελο. Επίσης στη στάση της αδελφής υπάρχουν, το βιβλίο διακίνησης ασθενών καθώς και βιβλίο διακίνησης ναρκωτικών. (14)

Τα πλεονεκτήματα της Μ.Ε.Θ. είναι:

- Παροχή εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω monitor για την έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών.
- Οι ηλεκτρονικές συσκευές έχουν προγραμματισθεί έτσι ώστε να δίνουν έναν ειδικό συναγερμό όταν παρουσιάζονται μερικά επικίνδυνα φαινόμενα.
- Υπάρχουν ειδικά μηχανήματα όπως απινιδωτής που σταματά άμεσα τις κρίσεις κοιλιακής μαρμαρυγής.
- Υπάρχουν συστήματα τεχνικής αναπνοής και διασωληνώσεως με οξυγόνο.
- Ο αριθμός των αρρώστων είναι μικρός στις μονάδες και έτσι η παρακολούθηση είναι πιο αποτελεσματική.

Τα μειονεκτήματα των Μ.Ε.Θ. είναι:

- Οι συχνές κυκλοφοριακές ανωμαλίες, η λαθεμένη θέση των νοσοκομείων, η μη ύπαρξη μονάδων εντατικής παρακολούθησης σε όλα τα νοσοκομεία.
- Η καθυστέρηση στο να δοθεί ο συναγερμός και η αδυναμία διάθεσης εξοπλισμένων ασθενοφόρων για την παροχή άμεσης βοήθειας.
- Ο αριθμός των κλινών στις μονάδες είναι περιορισμένος.

- Η απομόνωση και η δημιουργία αισθήματος φόβου, αγωνίας, άγχους και η ανασφάλεια ότι δεν πρόκειται να θεραπευτεί η ασθένεια.
- Αδυναμία και έλλειψη ικανότητας προσανατολισμού στο χώρο.

(13)

Κεφάλαιο 12": Βασικές αρχές θεραπείας του Ο.Ε.Μ. στη μονάδα

εμφραγμάτων

ΠΛΗΡΗΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗ. Ο ασθενής θα πρέπει να παραμείνει κλινικής για μερικές ημέρες, ο αριθμός των οποίων καθορίζεται από τη γενική του κατάσταση.

ΕΙΔΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ. Χορηγούνται 1.000 θερμίδες την ημέρα για το πρώτο 48ωρο, ενώ η διαίτα παραμένει άναλος σε όλη της διάρκεια της νοσηλείας. Όταν η οξεία φάση παρέλθει και ο ασθενής δεν εμφανίζει καρδιακή ανεπάρκεια, η διατροφή επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ. Θεωρείται απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης του ασθενή, τουλάχιστον κάθε ώρα, για τις πρώτες 4-6 ώρες και κάθε 4 ώρες για την υπόλοιπη παραμονή του στη στεφανιαία μονάδα.

ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΓΡΩΝ. Η μεταβλητότητα της κλινικής κατάστασης του ασθενή τις πρώτες 48 ώρες και η ανάγκη ταχείας χορήγησης φαρμάκων, επιβάλλει την εγκατάσταση ενδοφλέβιας γραμμής και τη βραδεία χορήγηση διαλύματος γλυκόζης 5%.

ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ. Κάθε ημέρα επιβάλλεται η λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος 12 απαγωγών, για την παρακολούθηση της εξέλιξης των ST, T και QRS μεταβολών.

ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ. Εργαστηριακές εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται επί τρεις συνεχής ημέρες και απαραίτητα περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό των SGOT, LDH CPK, την ταχύτητα καθίζησης, τους ηλεκτρολύτες, τα λευκά αιμοσφαίρια και τη γενική εξέταση των ούρων.

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. Τα αντιπηκτικά φάρμακα δε σταματούν την εξέλιξη του OEM ή την εμφάνιση αρρυθμιών, καταπληξίας και καρδιακής ανεπάρκειας ούτε ελαττώνουν τη θνητότητα. Ελαττώνουν

όμως τους κινδύνους θρομβοεμβολικών επεισοδίων και ιδιαίτερα το κίνδυνο της πνευμονικής εμβολής. Απαραίτητη είναι η χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής σε ασθενείς που είναι ακινητοποιημένοι για μακρό χρονικό διάστημα ή παρουσιάζουν εκτεταμένο έμφραγμα ή σε ασθενείς με επιπλοκές όπως το ανεύρυσμα της αριστερής κοιλίας και η καρδιακή ανεπάρκεια. Στους ασθενείς αυτούς χορηγείται ηπαρίνη στην οξεία φάση ή παράγωγα της δικουμαρόλης μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Τα τελευταία χρόνια σε επιλεγμένους ασθενείς χορηγείται ηπαρίνη σε συνδυασμό με ινωδολυτικά φάρμακα, στην προσπάθεια οξείας επαναιμάτωσης του ισχαιμικού μυοκαρδίου.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΑΣ. Η χορήγηση της δακτυλίτιδας στο OEM δεν ενδείκνυται καθώς δεν αποδείχθηκε χρήσιμη στην πρόγνωση ή τη θεραπεία. Οι μόνες ενδείξεις της είναι η εμφάνιση υπερκοιλιακών ταχυκαρδιών ή βαριάς καρδιακής ανεπάρκειας μετά το πρώτο 24ωρο.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΞΥΛΟΚΑΪΝΗΣ. Συνιστάται η χορήγηση ξυλοκαϊνης ενδοφλέβια σε δόση 2-4 mg/min, μετά την εφάπαξ χορήγηση 100 mg σε όλους τους ασθενείς γιατί ελαττώνεται έτσι η πιθανότητα εμφάνισης πρωτογενούς κοιλιακής μαρμαρυγής. Θα πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με προϋπάρχουσα διαταραχή της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας καθώς και σε ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια ή υπερκαλιαιμία ή νόσο του φλεβοκόμβου.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ Β-ΑΝΑΣΤΑΛΤΩΝ. Οι β-ανασταλτές επιτυγχάνουν τη μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο με την ελάττωση της καρδιακής συχνότητας και της συσταλτικότητας. Η προπρανολόλη βελτιώνει τη ροή του αίματος προς τις ισχαιμικές περιοχές του μυοκαρδίου, μετακινεί την καμπύλη διάσπασης του οξυγόνου προς τα δεξιά απελευθερώνοντας περισσότερο οξυγόνο και ελαττώνει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων, που χαρακτηρίζει το stress. Αντενδείξεις χορήγησης β-ανασταλτών είναι η βραδυκαρδία, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, η

υπόταση και η καρδιακή ανεπάρκεια. Τελευταία επιβεβαιώθηκε η ελάττωση της θνητότητας και της συχνότητας εμφάνισης νέου εμφράγματος μετά τη χορήγηση β-ανασταλτών, όταν η χορήγησή τους αρχίζει πριν από την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΙΤΡΩΔΩΝ: Η χορήγηση νιτρωδών με οποιαδήποτε μορφή ενδείκνυται σε περίπτωση παράτασης του προκάρδιου άλγους ή καρδιακής ανεπάρκειας ή επιθυμίας μείωσης της ισχαιμικής ζώνης. Μερικοί θεραπευτικοί χειρισμοί αποσκοπούν στην ελάττωση του μεγέθους του Ο.Ε.Μ. και στη διατήρηση ή στην επανάκτηση βιώσιμου μυοκαρδίου με την ελάττωση των απαιτήσεών του σε οξυγόνο. Φάρμακα που μεταβάλουν θετικά την ισορροπία προσφοράς – ζήτησης οξυγόνου, θα μπορούσαν να ελαττώσουν την περιοχή της μυοκαρδιακής βλάβης, αν χορηγούνταν αμέσως μετά την έναρξη του εμφράγματος. (8)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 1^ο: Πρώτες βοήθειες για το Ο.Ε.Μ.

Εάν στο σπίτι, ή στο τόπο εργασίας, ή σε οποιοδήποτε άλλο μέρος, ένα άτομο αισθανθεί δυνατούς πόνους στο εμπρόσθιο μέρος του θώρακα που συνοδεύεται από έντονη αίσθηση αδιαθεσίας και άφθονο κρύο ιδρώτα τα πρώτα που πρέπει να γίνουν είναι: να ξαπλώσει ο ασθενής σε ένα κρεβάτι ή αν δεν υπάρχει σε μια πολυθρόνα ή γενικά σε οριζόντια θέση, να κληθεί ιατρός και συγχρόνως να ειδοποιηθεί το πιο κοντινό νοσοκομείο για την άφιξη ατόμου με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έτσι ώστε το προσωπικό του ειδικού τμήματος να είναι έτοιμο να δεχθεί τον πάσχοντα χωρίς καθυστέρηση.

Αν ο πόνος είναι πολύ έντονος, είναι απαραίτητη μια ενδομυϊκή ένεση αναλγητικού φαρμάκου (συνήθως μια αμπούλα μορφίνης, αν είναι εύκολο). Εκείνο που πρέπει να γίνει αμέσως είναι το καρδιακό μασάζ που συνίσταται στο να ακουμπήσουμε τις παλάμες των δύο χεριών, τη μια πάνω στην άλλη, στο αριστερό μέρος του θώρακα, ακριβώς πάνω από την καρδιά, και να κάνουμε με τα χέρια γρήγορες πιέσεις της θωρακικής πλευράς με ρυθμό μιας περίπου πίεσης το δευτερόλεπτο. Το καρδιακό μασάζ δεν είναι πάντοτε επαρκές και πολλές φορές γίνεται με λανθασμένο τρόπο. Μια κίνηση που μερικές φορές είναι χρήσιμη, κυρίως όταν ο πάσχοντας χάνει ξαφνικά τις αισθήσεις του και έχει την εικόνα νεκρού, είναι η επίκρουση της καρδιάς. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να δοθούν στο θώρακα του πάσχοντα, ακριβώς στο σημείο της καρδιάς, τρία ή τέσσερα χτυπήματα με το χέρι κλειστό σε γροθιά, αρκετά δυνατά και παλμικά. Αν η επιπλοκή ήταν καρδιακή ανακοπή τα χτυπήματα στο θώρακα δημιουργούν πιθανότητες επαναφοράς του κανονικού ρυθμού της καρδιάς.

(10)

Κεφάλαιο 2^ο: Πρώτες βοήθειες του εμφράγματος στα εξωτερικά ιατρεία και νοσηλευτική αντιμετώπιση.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες που προσφέρονται για άμεση φροντίδα σε κάθε άτομο που πάσχει από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στα εξωτερικά ιατρεία, είναι οι εξής:

- Διατηρήστε τον άρρωστο σε τέλεια ανάπαυση και ελευθερώστε τον από κάθε τι που τον σφίγγει, όπως γραβάτα, ζώνη, στηθόδεσμος κ.λ.π.
- Αν ο άρρωστος έχει δύσπνοια τοποθετήστε τον σε ανάρροπη θέση.
- Αν ο άρρωστος εμφανίζει συμπτώματα Shock, τοποθετήστε τον σε οριζόντια θέση.
- Καλέστε αμέσως το γιατρό.
- Μην επιτρέψετε στον άρρωστο να κινηθεί ή να σηκωθεί από το κρεβάτι, ακόμα και να αισθάνεται καλύτερα, μέχρι που να τον δει γιατρός.
- Λαμβάνεται τα ζωτικά σημεία.
- Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος.
- Τοποθέτηση οξυγόνου.
- Παροχή τέλει αναπαύσεως.
- Ανακούφιση του αρρώστου από ενοχλητικά, δηλαδή: χορηγήστε φάρμακα παυσίπονα και προσπαθήστε να δημιουργήσετε στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας.
- Δώσετε αγγειοσυσπαστικά φάρμακα μετά από ιατρική εντολή.
- Χορηγήστε αντιπηκτικά φάρμακα.
- Ετοιμαστείτε για τοποθέτηση τεχνητού βηματοδότη χωρίς καθυστέρηση, αν χρειαστεί.

(11)

Κεφάλαιο 3^ο: Νοσηλευτική φροντίδα στη μονάδα εμφραγμάτων

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

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

Στην περίπτωση που το shock οφείλεται σε μεγάλη σύσπαση των τριχοειδών χορηγούνται αγγειοδιασταλτικά για τη βελτίωση της αιματώσεως των ιστών.

Όταν η φλεβική πίεση του αίματος είναι αυξημένη, γίνεται δακτυλιδισμός για την ενίσχυση της συστολής του μυοκαρδίου. Για την ακριβή παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας, τοποθετείται στον άρρωστο μόνιμος καθετήρας και το ποσό των αποβαλλόμενων ούρων μετριέται με ακρίβεια κάθε 30 ή 60 λεπτά της ώρας.

Γίνεται συχνός προσδιορισμός των αερίων του αίματος και διόρθωση της μεταβολικής οξεώσεως που μπορεί να παρουσιασθεί. Ο άρρωστος είναι τοποθετημένος σε ύπτια θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου, αποφεύγεται κάθε περιττή μετακίνηση ή κόπος για τη μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο, διατηρείται ζεστός και λαμβάνονται μέτρα για μείωση του πόνου με ισχυρά παυσίπονα (μορφίνη). Διατηρείται ανοιχτή φλέβα, με βραδεία ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση ανάγκης.

Πόνος: Αν ο πόνος είναι έντονος, δίνεται μορφίνη ενδομυϊκά (10-15mg), άλλα παυσίπονα δίνονται αν ο πόνος είναι ελαφρότερος. Πριν τη χορήγηση της μορφίνης και μετά τη λήψη της συνιστούμε μέτρηση της

αρτηριακής πίεσεως, επειδή η μορφίνη έχει την τάση να την μειώνει. Αν ο πόνος συνεχίζεται, ο άρρωστος παρουσιάζει ανησυχία και άγχος και τότε δημιουργούνται υπόνοιες συνυπάρξεως υποξαιμίας που αντιμετωπίζεται με χορήγηση οξυγόνου.

Ανάπαυση. Για την ηρεμία και ανάπαυση του αρρώστου απαγορεύονται οι επισκέψεις. Τον επισκέπτονται μόνο στενοί συγγενείς και αγαπητά πρόσωπα που δεν το διεγείρουν και ενημερώνονται να μείνουν για λίγα λεπτά και να μην δημιουργούν συζητήσεις που τυχόν τον διεγείρουν ή τον κουράζουν.

Η ανάρροπη αλλά αναπαυτική θέση στο κρεβάτι πρέπει να δίνεται στον άρρωστο που δεν διατρέχει κίνδυνο shock. Πότε ακριβώς θα σηκωθεί από το κρεβάτι καθορίζεται από το γιατρό. Εάν δεν υπάρχουν επιπλοκές μπορεί να σηκωθεί την 5^η μέρα περίπου.

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

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

Πρόληψη επιπλοκών. Η αντίληψη της νοσηλεύτριας ότι είναι δυνατόν να συμβούν επιπλοκές και η γνώση των συμπτωμάτων των επιπλοκών αυτών, καθώς και των μέσων προλήψεώς τους, βοηθάει στην παροχή σωστής νοσηλευτικής φροντίδας.

Αρρυθμία. Για να διαπιστωθεί με ακρίβεια η αρρυθμία απαιτείται η λήψη σφυγμών του αρρώστου σε συχνά διαστήματα και σε διαστήματα χρόνου 1 λεπτού. Κάθε μεταβολή του χαρακτήρα του σφυγμού πρέπει να σημειώνεται και να αναφέρεται έγκαιρα. Οι πρώτες αλλαγές του ρυθμού, αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, μπορούν να καταλήξουν σε βαριάς

μορφής αρρυθμία. Η ακριβής αξιολόγηση της αρρυθμίας γίνεται με το ηλεκτροκαρδιογράφημα του οποίου η λήψη είναι συνεχής στον άρρωστο αυτό.

Συμφορητική ανεπάρκεια. Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον άρρωστο για συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας δηλ. ταχυκαρδία, δύσπνοια, ορθόπνοια, οιδήματα κ.λ.π. Στην προσπάθεια για την πρόληψη κατακρατήσεως υγρών, ο γιατρός περιορίζει το νάτριο όλων των αρρώστων που έπαθαν έμφραγμα μυοκαρδίου.

Ρήξη του μυοκαρδίου. Ο κίνδυνος της επιλοκής αυτής γίνεται μεγαλύτερος όταν συνυπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τη συστολική αρτηριακή πίεση μερικοί από αυτούς μπορούν να προληφθούν, όπως έντονος βήχας, έντονη προσπάθεια για κένωση του εντέρου κ.α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθάει τον άρρωστο για την κένωση του εντερικού σωλήνα με χορήγηση ηπατικών φαρμάκων. Πρόβλεψη γίνεται να μην κρυολογήσει ο άρρωστος και αν εμφανισθεί βήχας αντιμετωπίζεται με αντιβηχικά φάρμακα.

Εμβολή από θρόμβο. Ο σχηματισμός θρόμβων μπορεί να προληφθεί με τις συστηματικές ασκήσεις που πρέπει να κάνει ο άρρωστος σε συχνά χρονικά διαστήματα. Η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επιλοκών ενισχύεται με την χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων. Κατά τη χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων απαραίτητα είναι: α) ο συχνός έλεγχος της πηκτικότητας του αίματος, και β) η παρακολούθηση του αρρώστου για αιμορραγία. Σε περίπτωση που ο άρρωστος, μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα, η νοσηλεύτρια οφείλει να τον διδάξει τι πρέπει να παρακολουθεί.

Αναχαίτιση εξελίξεως αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων. Παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αυξημένη χοληστερίνη αίματος, τα λίπη στην τροφή. Πρέπει λοιπόν η νοσηλεύτρια να

βοηθήσει τον άρρωστο να μάθει τις τροφές που πρέπει να αποφεύγει και να καταλάβει την ανάγκη να βρίσκεται σε συνεχή έλεγχο και ρύθμιση τόσο του σακχάρου του αίματος, όσο και της αυξημένης αρτηριακής πίεσεως, όταν υπάρχουν.

(11)

Κεφάλαιο 4^ο: Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση

α) Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η υψηλής ποιότητας προεγχειρητική νοσηλευτική ετοιμασία του αρρώστου, είναι ένας αποφασιστικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης και την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ατόμου. Οι κίνδυνοι και το ηθικό τραύμα που υφίστανται οι ασθενείς που πρόκειται να υποστούν καρδιοχειρουργική επέμβαση, έγιναν αιτία να απαιτείται ο μέγιστος βαθμός ε π ι σ τ η μ ο ν ι κ ή ς ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ς φ ρ ο ν τ ί δ α ς.

Η προετοιμασία πριν από την εγχείρηση περιλαμβάνει τρεις παραμέτρους:

Ψυχολογική

Διαιτητική

Γενική

Ψυχολογική προετοιμασία.

Οι ασθενείς με νοσήματα καρδιάς διακατέχονται από έντονα συναισθήματα φόβου, ανησυχίας, μελαγχολίας ή και απελπισίας. Από την περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων θα πρέπει να αναπτυχθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς προς τον ιατρό και το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής δημιουργώντας την ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και κατανόησης, βοηθάει τον ασθενή να νιώσει ελεύθερα και να εκφράσει το ψυχικό του κόσμο. Παρέχει στον ασθενή όλες τις πληροφορίες σχετικά με το είδος της εγχείρησης που θα υποβληθεί και με τα διάφορα είδη νοσηλείας. Θα πρέπει να τον διαβεβαιώσει ότι βρίσκεται στα χέρια ικανών και επιδέξιων ατόμων που τελικός σκοπός τους είναι η αποθεραπεία και η πλήρης αποκατάσταση της υγείας του.

Διαιτητική προετοιμασία.

Αυτή συνίσταται στη βοήθεια του ασθενούς να διατηρήσει τις διαιτητικές του ανάγκες κατά την εκτέλεση των διαφόρων test για την προετοιμασία του για την εγχείρηση.

Ειδικές διαιτητικές οδηγίες καθορίζονται συνήθως από το γιατρό και εξαρτώνται βέβαια από τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρακολουθεί, εάν τηρούνται οι οδηγίες του ιατρού και θα πρέπει να τις εξηγήσει στον ίδιο τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Η διαίτα θα πρέπει να είναι άναλος και τα υγρά που προσλαμβάνονται κάθε μέρα από τον ασθενή δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το ποσό των 1500-2000ml.

Γενική προετοιμασία.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει καλά την προεγχειρητική ετοιμασία για να διδάξει στον ασθενή διάφορες τεχνικές. Ο ασθενής θα πρέπει να διδαχθεί από το νοσηλευτή:

- Τη χρήση χορήγησης του O₂ από τον αναπνευστήρα.
- Να βήχει και να αναπνέει βαθιά για την καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων και αποβολή όλων των εκκρίσεων από το τραχειοβρογχικό δένδρο.
- Το σκοπό και τη χρησιμότητα των σωλήνων που εισάγονται στον οργανισμό και αφαιρούνται μετά από λίγες ημέρες, όπως π.χ. σωλήνας παροχέτευσης θώρακα, καθετήρας Folley κ.λ.π.

Προεγχειρητικές εργαστηριακές εξετάσεις

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να φροντίσει να έχουν διενεργηθεί πριν από το χειρουργείο, όλες οι εξετάσεις που έχει ζητήσει ο γιατρός. Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν:

- Έλεγχο νεφρικής, αναπνευστικής και ηπατικής λειτουργίας. Οι εξετάσεις που γίνονται για τον έλεγχο αυτών των λειτουργιών

είναι η γενική ούρων και η μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών κυρίως.

- Αιματολογικός έλεγχος: οι εξετάσεις αίματος που λαμβάνουν χώρα κυρίως είναι η Γενική αίματος, ο λευκοκυτταρικός τύπος, η Τ.Κ.Ε., ομάδα και Rhesus αίματος, ουρία, σάκχαρο, χοληστερίνη, τρανσαμινάσες, ηλεκτρολύτες, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής και πήξης.
- Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας: ο έλεγχος αυτός πραγματοποιείται με το Η.Κ.Γ., το φωνοκαρδιογράφημα, το ηχοκαρδιογράφημα, με τους καθετηριασμούς της καρδιάς, με τη δοκιμασία κόπωσης, αγγειογραφία κ.λ.π.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Εκτός από τις οδηγίες που δίνονται όταν ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο, υπάρχει και μια σειρά οδηγιών που αφορούν ιδιαίτερα την άμεση προεγχειρητική ετοιμασία και πρέπει να τηρούνται με πολύ μεγάλη σχολαστικότητα από το νοσηλευτικό προσωπικό.

- 1) Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Περιλαμβάνει ξύρισμα του σώματος από τη σιαγόνα μέχρι τα γόνατα, λουτρό με αντισηπτικό διάλυμα το πρωί και το βράδυ της προηγούμενης μέρας από την εγχείρηση.
- 2) Καθαρτικός υποκλυσμός.
- 3) Διασταύρωση και εξασφάλιση του απαραίτητου ποσού αίματος.
Το ποσό εξαρτάται από το μέγεθος της εγχείρησης που θα πραγματοποιηθεί και θα πρέπει να έχει προσδιοριστεί από πριν από το χειρουργό.
- 4) Μετά τα μεσάνυχτα δεν χορηγείται στον ασθενή τίποτε από το στόμα.

- 5) Προνάρκωση: αυτή περιλαμβάνει συνήθως ένα καταπραυντικό για τον ύπνο το βράδυ πριν από την εγχείρηση και το πρωί της ημέρας της χειρουργικής επέμβασης.
- 6) Λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς πριν κατέβει στο χειρουργείο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι σε περίπτωση που παρουσιασθεί κάποια αλλαγή στην κατάσταση του ασθενούς ειδοποιείται αμέσως ο θεράπωντος ιατρός.
- 7) Ο φάκελος του ασθενούς μαζί με όλες τις εργαστηριακές εξετάσεις τον συνοδεύει στο χειρουργείο. (14)

β) Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Οι ασθενείς που υπέστησαν επέμβαση ανοικτής καρδιάς χρειάζονται υψηλό βαθμό νοσηλευτικής φροντίδας και έντονη θεραπευτική αγωγή. Για αυτό ακριβώς το λόγο πρέπει τις πρώτες ημέρες μετά την εγχείρηση να νοσηλεύονται σε ειδικές μονάδες θεραπείας με ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και υπερσύγχρονα μηχανήματα.

Η φροντίδα συνιστάται:

- Στη συχνή λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς. Τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται από το νοσηλευτή κάθε 15 λεπτά τις πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση, μέχρι τη σταθεροποίησή τους, ιδιαίτερα η μέτρηση της Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης είναι πολύ σπουδαία γιατί είναι ο καλύτερος τρόπος ελέγχου απώλειας αίματος. Επίσης θα πρέπει να διατηρεί πάντα ανοιχτή μια αρτηριακή γραμμή, για τη συχνή λήψη αίματος για τον προσδιορισμό των αερίων.
- Στη συνεχή ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση. Η ευθύνη αναγνώρισης και αξιολόγησης της σοβαρότητας των καρδιακών αρρυθμιών ανήκει στο νοσηλευτή – τρία. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα αποφασίσει, στηριγμένος στη νοσηλευτική του κρίση και τις γνώσεις του σχετικά με την ηλεκτροκαρδιογραφία,

αν μια κατάσταση απαιτεί μόνο παρακολούθηση ή κλίση του γιατρού.

- Στο συχνό έλεγχο της λειτουργίας των παροχέτευσεων. Κάθε καρδιοχειρουργημένος ασθενής φέρει μαζί του την παροχέτευση θώρακα. Αυτή γίνεται με ειδικούς καθετήρες οι οποίοι τοποθετούνται κατάλληλα στο μεσοθωράκιο και τον περικάρδιο χώρο. Ο νοσηλευτής ελέγχει συχνά τους σωλήνες παροχέτευσης για τυχόν διαρροή. Επίσης σε τακτά χρονικά διαστήματα ελέγχει το ποσό του αίματος που χάνει ο ασθενής και σε περίπτωση που η απώλεια του αίματος είναι υπερβολική, λαμβάνεται μέριμνα για την ταχεία αντικατάστασή του. Η αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως:
 - 1) Λόγω διαφυγής του αίματος από την επιφάνεια της τομής.
 - 2) Λόγω ανεπαρκούς αιμόστασης.
 - 3) Λόγω χορήγησης μεγάλων ποσοτήτων αντιπηκτικών φαρμάκων.
- Στο συχνό έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας. Το έργο της αναπνοής μετά την επέμβαση είναι αυξημένο και επομένως είναι μεγαλύτερες και οι ανάγκες του οργανισμού σε O_2 . Συνήθως τον πρώτο καιρό ο ασθενής είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα. Ο νοσηλευτής έχει λοιπόν καθήκον να γνωρίζει τη σωστή λειτουργία αυτού του μηχανήματος. Θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να εκτελεί βρογχοαναρροφήσεις για την απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων και τη διευκόλυνση του έργου της αναπνοής. Όταν αφαιρεθεί η ενδοτραχειακή διασωλήνωση, ο ασθενής λαμβάνει πλέον οξυγόνο είτε με μάσκα είτε με ρινικό καθετήρα.
- Στη μέτρηση της ωριαίας αποβολής των ούρων. Ο ρυθμός της αποβολής των ούρων αποτελεί σαφή ένδειξη επαρκούς ή ανεπαρκούς αιμάτωσης των νεφρών. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής

έχει υποχρέωση να σημειώνει το ποσό των ούρων που αποβάλλονται ανά μια ώρα. Σε περίπτωση που η ωριαία αποβολή είναι 30cc θεωρείται επαρκής και δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας. Όταν είναι κάτω από 20cc, τότε ειδοποιείται ο γιατρός.

- Στην αντιμετώπιση του πόνου και στη φαρμακευτική αγωγή. Ο πόνος στους καρδιοχειρουργημένους ασθενείς είναι αρκετά έντονος και οφείλεται βέβαια στη σύσπαση των πλευρών κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Η χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με πολύ μεγάλη προσοχή και ακριβώς στην ποσότητα που έχει οριστεί από το γιατρό. Επίσης ο νοσηλευτής χορηγεί όλα τα φάρμακα όπως π.χ. αντιβιοτικά, αντιπηκτικά κ.λ.π. σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει λάβει.
- Στη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή. Θα ήταν σοβαρή παράλειψη και απόδειξη ανεπαρκούς φροντίδας, εάν η νοσηλευτική φροντίδα δεν συμπεριλαμβάνει και τον ψυχισμό του ασθενούς. Ο νοσηλευτής – τρία, επικοινωνεί με τον ασθενή και προσπαθεί να εξακριβώσει τους φόβους του, τις ανησυχίες του, το επίπεδο της ψυχολογικής του έντασης.
- Στον εργαστηριακό έλεγχο. Ο νοσηλευτής από τις πρώτες κιόλας ώρες μετά την εγχείρηση λαμβάνει μέριμνα για την εκτέλεση όλων των απαραίτητων εξετάσεων όπως π.χ. της γενικής αίματος, των ηλεκτρολυτών, του προσδιορισμού των αερίων αίματος κ.λ.π. Επίσης γίνεται και ακτινογραφία θώρακα.
- Στη διαιτητική αγωγή του ασθενούς. Η διατροφή του ασθενούς αρχίζει από τη στιγμή που θα κινητοποιηθεί ο εντερικός σωλήνας και θα υποχωρήσουν τα συμπτώματα μετεωρισμού της κοιλιάς. Η θερμοκρασία της χορηγούμενης τροφής πρέπει να είναι χλιαρή. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την τήρηση του ισοζυγίου υγρών.

Η τροφή στην αρχή θα πρέπει να είναι ελαφρά και αργότερα να προχωρεί στην κανονική. Πάντα όμως να είναι άναλος.

- Στην έγερση του ασθενούς. Εάν όλα πάνε καλά, την επομένη μέρα του χειρουργείου αφαιρούνται από τον ασθενή: ο ενδοτραχειακός σωλήνας, οι παροχετεύσεις του θώρακα, η συσκευή της Κ.Φ.Π. Παραμένει μόνο στον ασθενή ο φλεβοκαθετήρας. Ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι βαθμιαία, πάντοτε με την επίβλεψη του νοσηλευτή ο οποίος σιγά-σιγά πρέπει να τον προετοιμάζει για τη μεταφορά του σε κοινό θάλαμο του νοσοκομείου. (14)

Κεφάλαιο 5^ο: Αποκατάσταση ασθενών με Ο.Ε.Μ.

Η σωστή βοήθεια του αρρώστου για αποκατάσταση και πρόληψη εμφανίσεως νέου επεισοδίου επιτυγχάνεται με την επαναφορά του αρρώστου στο φυσιολογικό επίπεδο δραστηριοτήτων, την επανάκτηση εμπιστοσύνης και αυτοεκτιμήσεως και την αναχαίτιση των αθηροσκληρωτικών αλλοιώσεων των αγγείων. Για το σκοπό αυτό θα πρέπει να αρχίσει η ενημέρωση του αρρώστου γι' αυτό που έχει συμβεί στην καρδιά του και ότι η θεραπεία της βλάβης του μυοκαρδίου αρχίζει αμέσως μετά το επεισόδιο και ολοκληρώνεται μέσα σε 6-8 εβδομάδες.

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

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

1. Καθημερινή βάρδια, με προοδευτική αύξηση της αποστάσεως αλλά και του χρόνου.
2. Ανάπαυση πριν και μετά από την άσκηση και μετά το γεύμα.
3. Αποφυγή κάθε ενέργειας που αυξάνει την ένταση στους μυς.
4. Κατανομή των δραστηριοτήτων μέσα σε όλη τη μέρα και εναλλαγή τους με ανάπαυση.
5. Αποφυγή βιαστικής εργασίας ή απασχολήσεως.
6. Διακοπή της δραστηριότητας αμέσως μόλις αισθανθεί κόπωση.

Οι συνθήκες της δουλειάς και η μείωση των ωρών απασχολήσεως μόλις γυρίσει στην εργασία του, εξηγούνται στον άρρωστο κατά την έξοδό

του από το νοσοκομείο. Η κόπωση πρέπει να αποφεύγεται από το άτομο που έπαθε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αυτό όμως απαιτεί εγκατάσταση νέου τρόπου ζωής.

Η ρύθμιση του διαιτολόγου έτσι ώστε άμεσα ή έμμεσα να μην επιβαρύνει την λειτουργία της καρδιάς είναι απαραίτητη. Ο άρρωστος πληροφορείται την ανάγκη και την σκοπιμότητα: (1) της αυξήσεως του αριθμού των γευμάτων σε τέσσερα, τα οποία να είναι μικρά και ίσης ποσότητας, (2) τα γεύματά του να τα λαμβάνει ήρεμα και ποτέ βιαστικά, (3) την ακριβή τήρηση της περιεκτικότητας του διαιτολογίου και της ποσότητας τροφής σε κάθε γεύμα και (4) τον περιορισμό του καφέ.

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

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

1. Αίσθημα πόνου ή πιέσεως στο θώρακα.
2. Κόπωση.
3. Επιπόλαια αναπνοή.
4. Οίδημα στα πόδια.
5. Λιποθυμία.
6. Αλλοίωση της συχνότητας του σφυγμού.

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

(11)

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄ - Ασθενής με οξύ – κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (γυναίκα).

Όνοματεπώνυμο: Π.Σ
 Ετών: 52
 Επάγγελμα: Οικιακά
 Θρησκεία: Χριστιανή Ορθόδοξος
 Υπηκοότητα: Ελληνική
 Τόπος διαμονής: Αγρίνιο Αιτ/νίας
 Κατάσταση ασθενούς: Βαριά
 Πιθανή διάγνωση: Οξύ κατώτερο έμφραγμα του μυοκαρδίου

Ημερομηνία εισόδου: 20/10/01

Ημερομηνία εξόδου: 28/10/01

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Είναι μανιώδης καπνίστρια και εμφανίζει υπερχοληστεριναιμία τα τελευταία 6 χρόνια.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Και ο πατέρας και η μητέρα πάσχουν από στεφανιαία νόσο.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής προσήλθε στο νοσοκομείο με οπισθοστερνικό άλγος με αντανάκλαση στον τράχηλο και στο αριστερό ημιθωράκιο.

Από την κλινική εξέταση και τον ηλεκτροκαρδιογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε Ο.Ε.Μ. και έγινε θρομβόλυση με στρεπτοκινάση.

Η ασθενής συνδέθηκε με MONITOR. Συνεχής λήψη Η.Κ.Γ., καθώς και καθημερινή λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις.

Οδηγίες μετά την έξοδο: Αποφυγή άγχους και κόπωσης, άναλος δίαιτα, παρακολούθηση από καρδιολόγο, διακοπή καπνίσματος, ελάττωση

σωματικού βάρους, αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης λιπών. Test κοπώσεως στις 20/11/01.

Φαρμακευτική αγωγή: Salospir 100mg 1x1, Tenormin 1/4x2, Monosordil 60mg 1x1, Pensordil Ε.Π, Ticlid 1x1, για ένα μήνα.

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αγωνία της ασθενούς λόγω εισαγωγής της στο νοσοκομείο	Απαλαγή της ασθενούς από την αγωνία μέσα σε λίγες ώρες	Ενημέρωση της ασθενούς και ψυχολογική υποστήριξη αυτής, με σκοπό επίτευξη αισθήματος ασφαλείας, σιγουριάς και αισιοδοξίας για την πορεία της υγείας της.	Έγινε ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με το χώρο στον οποίο βρίσκεται, τη θεραπεία της και τη σημασία που έχει για την υγείας της. Η ασθενής ενθαρρύνθηκε αρκετά και επικοινωνήσει μαζί μας για αρκετή ώρα, εκφράζοντας τις απορίες και τους φόβους της.	Η αγωνία της ασθενούς μειώθηκε. Η ίδια ένιωσε πιο ήρεμη, γνωρίζοντας της κατάσταση της υγείας της, τη θεραπεία που θα της προσφερθεί και τη σημασία της.

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω ακινησίας</p>	<p>Φυσιολογική λειτουργία του εντέρου της ασθενούς καθημερινή</p>	<p>Χαμηλός υποκλυσμός fleet enema, κατάλληλη διατροφή, ενυδάτωση και ψυχολογική υποστήριξη</p>	<p>Έγινε χαμηλός υποκλυσμός στις 2 μ.μ., χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε κυτταρίνη, κατάλληλη ενυδάτωση του οργανισμού και η ασθενής ενισχύθηκε ψυχολογικά για την αποβολή του άγχους.</p>	<p>Μετά τον υποκλυσμό, η ασθενής ενεργήθηκε. Η κένωση ήταν ικανοποιητική και η ασθενής ένοιωσε ανακουφισμένη.</p>

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Πυρετός 38,5°C λόγω ενδονοσοκομειακής λοίμωξης	Ρύθμιση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε μια ώρα	Χορήγηση αντιπυρετικών, εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, χορήγηση υγρών, τρίωρη θερμομέτρηση.	Χορηγήθηκε 1 amp APOTEL IM στις 11 π.μ. τοποθετήσαμε ψυχρά επιθέματα στο μέτωπο της ασθενούς	Ο πυρετός αντιμετώπιστηκε θετικά. Η θερμοκρασία της ασθενούς μειώθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα με τη βοήθεια του αντιπυρετικού. Στις 12.00 το μεσημέρι η ασθενής είχε θερμοκρασία 36,3 °C

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ξηρότητα στόματος λόγω μείωσης των προσλαμβανόμενων υγρών.	Αποκατάσταση της υγρότητας του στόματος της ασθενούς.	Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών.	Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας της ασθενούς με διάλυμα HEXALEN και έπειτα επέλειψη των χειλιών με γλυκερίνη. Παράλληλα έγινε αύξηση των υγρών που παίρνει καθημερινά η ασθενής.	Η ασθενής ομολόγησε ότι αισθάνεται καλύτερα μετά την περιποίηση στόματος και ότι η ξηρότητα υποχώρησε αρκετά.

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Θρόμβωση λόγω ακινησίας	Άμεση θρομβόλυση	Χορήγηση θρομβολυτικών και αντιπηκτικής αγωγής. Σταδιακή κινητοποίηση της ασθενούς.	Χορηγήθηκε ηπαρίνη ενδοφλεβίως. Έγινε Innoher 0,45 στις 8 π.μ. και στις 8 μ.μ. Η φυσιοθεραπευτρια πραγματοποίησε ασκήσεις, με τη συνεργασία της ασθενούς.	Σταδιακή βελτίωση της υγείας της ασθενούς. Επετεύχθη άμεση ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο και αποκατάσταση.

Ανάγκες – προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Εμετοί λόγω ευαισθησίας του στομάχου.	Απαλαγή της ασθενούς από τη ναυτία και τους εμετούς	Χορήγηση αντιεμετικών, ενυδάτωση της ασθενούς.	Χορηγήθηκαν 10cc PRIMPERAN sir στην ασθενή στις 12.00 το μεσημέρι. Παράλληλα έγινε αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών.	Η ασθενής ανακουφίστηκε από τη ναυτία και δεν έχει παρουσιάσει τάση προς εμετό από την ώρα που πήρε το φάρμακο.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄ - Ασθενής με οξύ πρόσθιο και οπίσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (άνδρας).

Όνοματεπώνυμο:	Κ.Τ.
Ετών:	44
Επάγγελμα:	Δημόσιος υπάλληλος
Θρησκεία:	Χριστιανός Ορθόδοξος
Υπηκοότητα:	Ελληνική
Τόπος διαμονής:	Αγρίνιο Αιτ/νίας
Κατάσταση ασθενούς:	Βαριά
Πιθανή διάγνωση:	Οξύ πρόσθιο και οπίσθιο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Ημερομηνία εισόδου: 1/12/01

Ημερομηνία εξόδου: 10/12/01.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Εδώ και 8 χρόνια παρουσιάζει στηθαγχικά επεισόδια, μετά από κόπωση. Δεινός καπνιστής, έχει ξεκινήσει το κάπνισμα στην ηλικία των 15 ετών. Είναι επίσης πότης.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Δεν υπάρχει.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

Προσήλθε στα επείγοντα περιστατικά με προοδευτικά επιδεινούμενο οπισθοστερνικό άλγος. Το άλγος παρουσιάστηκε σε ηρεμία, συνοδευόμενο από έντονη εφίδρωση. Ο ασθενής αναφέρει παρόμοια επεισόδια την προηγούμενη μέρα, που κράτησε λίγη ώρα. Έγινε αγωγή στα επείγοντα με Dextrose 1000cc Ε.Φ.

Οδηγίες μετά την έξοδο: Διακοπή καπνίσματος και οιοπνευματωδών, άναλος διαίτα, σωματική άσκηση, παρακολούθηση από καρδιολόγο. Test κοπώσεως στις 4/01/02.

Φαρμακευτική αγωγή: Selector ½ x1, Salospir 100mg 1x1, Adalat caps 1x1, για ένα μήνα.

Ανάγκες- προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Πόνος στην προκάρδια χώρα, λόγω του εμφράγματος	Εξάλειψη του πόνου μέσα σε 1 ώρα	Χορήγηση αναλγητικών, έλεγχος των ζωτικών σημείων, ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.	Έγινε 1 amp Pethidine IM στις 5 μ.μ. παράλληλα, έγινε λήψη των Ζ.Σ., τα οποία πριν τη χορήγηση της Pethidine ήταν: Α.Π 130/80 mm/Hg Σφίξεις 90/min αναπνοές 30/min θερμοκρασία 36,5°C	Ο άρρωστος ανακουφίστηκε άμεσα από τον πόνο και ησύχασε για αρκετό χρονικό διάστημα.

Ανάγκες- προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος.
Πυρετός 38°C λόγω ενδοноσοκομεια- κής λοίμωξης	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα σε 1 ώρα.	Χορήγηση αντιπυρετικών, εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων, τρίωρη θερμομέτρηση, χορήγηση υγρών.	Χορηγήθηκε 1tb Deron pos στις 2 μ.μ., τοποθετήθηκαν κρύες κομπρέσες στο μέτωπο του ασθενούς και έγινε μέτρηση της θερμοκρα- σίας του.	Μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού ο πυρετός μειώθηκε σημαντικά. η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα: 36°C στις 3μ.μ.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Θρόμβωση λόγω ακινησίας	Άμεση θρομβόλυση	Χορήγηση θρομβολυτικών και αντιπηκτικής αγωγής. Παθητικές ασκήσεις των άκρων.	Χορηγήθηκε ηπαρίνης IV σε τακτά χρονικά διαστήματα. χορήγηση Imaproher 0,45 ΥΔ στις 8 π.μ. και στις 8 μ.μ. Πραγματοποιήθη- καν ασκήσεις των άκρων.	Επιτεύχθηκε άμεση θρομβόλυση και αποκατάσταση της κινητοποίησης του ασθενούς.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Δυσκοιλιότητα λόγω ακινησίας	Διευκόλυνση της κανονικής λειτουργίας του εντέρου του ασθενούς καθημερινά	Χαμηλός υποκλυσμός fleet epema, ενυδάτωση και κατάλληλη διατροφή,	Δόθηκαν 10cc Duphalac sig. Η δυσκοιλιότητα δεν υποχώρησε κι έτσι έγινε χαμηλός υποκλυσμός στις 3 μ.μ.	Μέσα στην επόμενη ώρα ο ασθενής ενεργήθηκε κανονικά και ένοιωσε αρκετά ανακουφισμένος

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Αϋπνία λόγω ανησυχίας του ασθενούς για την πορεία της υγείας του.	Επέλευση του ύπνου μέσα σε 1 ώρα	Χορήγηση ηρεμιστικών κατόπιν ιατρικής εντολής. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και χαμηλού φωτισμού.	Απαγορεύθηκε το συχνό επισκεπτήριο, έτσι ώστε να μην αναστατώνεται και συγκινείται ο ασθενής. Του χορηγήθηκε 1 XANAX td 0,25mg στις 9 το βράδυ.	Ο ασθενής κοιμήθηκε ήρεμα για το υπόλοιπο της νύχτας.

Ανάγκες – προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Δύσπνοια λόγω εμφράγματος	Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.	Χορήγηση O ₂ , κατάλληλη θέση, δροσερό περιβάλλον και έλεγχος αερίων αίματος.	Χορηγήθηκε O ₂ με μάσκα στον ασθενή τις ώρες που παρουσίαζε δύσπνοια. Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση και έγινε έλεγχος των αερίων του αίματος.	Η δύσπνοια καταπολεμήθηκε και ο ασθενής ένοιωσε ανακουφισμένος

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι συνεχώς αυξανόμενες στην χώρα μας, γεγονός που επιβάλλει την συνεχή εξέλιξη στις μεθόδους αντιμετώπισής τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή συνδέεται άρρηκτα με τις εξελίξεις αυτές και για να είναι αποτελεσματικός στο έργο του επιβάλλεται να ενημερώνεται πάντα για τις προοπτικές του χώρου του.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ο νοσηλευτής δεν μπορεί να θεωρεί τον ιατρό τον μόνο υπεύθυνο για τη θεραπεία και ο ίδιος απλά να εκτελεί εντολές, αλλά να έχει ως στόχο του τη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλείας, ταυτόχρονα με τη δυνατότητά του να αποφασίσει και να ενεργήσει αυτόνομα για την εφαρμογή της θεραπείας. Βέβαια για να μπορεί να πραγματοποιηθεί κάτι τέτοιο, προϋποθέτει άριστη εκπαίδευση και υψηλής ποιότητας επιστημονική κατάρτιση.

Το ενδιαφέρον του νοσηλευτή δεν περιορίζεται στον καθαρά επιστημονικό χαρακτήρα αλλά πάντα υπάρχει η ανθρώπινη χροιά στην σχέση του με τον ασθενή και το ενδιαφέρον αυτό δεν σταματά με την έξοδό του από το νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής σαν άτομο με ιδιαίτερα κοινωνική ευαισθησία αντιλαμβάνεται τον ασθενή σαν ένα άτομο, με ξεχωριστή προσωπικότητα που μοιράζεται μαζί του την αγωνία για τη ζωή και το θάνατο, συνδέεται με μια σχέση που υπερβαίνει την απλή πραγματικότητα και φτάνει στο επίπεδο της πραγματικής έννοιας της ζωής.

Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, έρχεται αντιμέτωπος με ερωτήματα για τον εαυτό του και για την πραγματική έννοια της συμβολής του στην απάλυνση του ανθρώπινου πόνου.

Πάντα όμως θα παραμείνει η νοσηλευτική ένα επάγγελμα καθαρά ανθρωπιστικό που στόχος του θα είναι η βοήθεια στο συνάνθρωπο και ο σεβασμός στην αξιοπρέπεια του ατόμου, ακόμη και στις στιγμές που αυτό είναι αδύνατο στα χέρια της επιστήμης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Dr. Julien Jean – Louis, «101 συμβουλές στους καρδιοπαθείς και τους υπερτασικούς», μετ. Θωμόπουλος Γιάννης, Εκδόσεις Φυτράκης – Hachette, Αθήνα '89, σελ. 89-104.
- 2) Desmond Julian, Marley Claire, «Η στεφανιαία νόσος» μετ. Παναγάτος Χαράλαμπος, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα '95, σελ. 66-72, 148-157.
- 3) Engram Barbara, «Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογική και χειρουργική», μετ. Καραχάλιος Γεώργιος, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα '97, σελ. 436-449.
- 4) Brabec D. Paula, Gettust V. Kathy, «Νοσηλευτική διάγνωση και κλινική πρακτική», μετ. Καραχάλιος Γεώργιος, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα '97, σελ. 436-440.
- 5) Τούτουζας Παύλος, «Καρδιολογία», Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα '90 σελ. 343-345, 349-357.
- 6) Παπάζογλου Ν., Κελέρμενος Ν., «Καρδιά και καρδιακές παθήσεις – τι πρέπει να ξέρω», Εκδόσεις Μορφωτικής Εταιρείας, Αθήνα '90 σελ. 53-67.
- 7) Μπούντουλας Χαρίσιος, Γκελέρης Παράσχος, «Στεφανιαία νόσος» University Studio Press Θεσσαλονίκη '88 σελ. 72-99.
- 8) Λουρίδας Ε. Γεώργιος, Μπουγιούκας Ι. Γεώργιος, «Επίκτητες καρδιοπάθειες – Σύγχρονες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία» University Studio Press, Θεσσαλονίκη '93, σελ. 324-343.
- 9) Κοντόπουλος Γ. Αθανάσιος, «Επίτομη καρδιολογία» University Studio Press, Θεσσαλονίκη '93 σελ. 227-246.
- 10) Τσίκου Ν. Καραγεωργοπούλου – Γραβάνη Σ., «Πρακτική άσκηση Νοσηλευτικής II», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα '96, σελ. 98-100.

- 11) Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., «Νοσηλευτική Παθολογική – Χειρουργική» τόμος Β, Μέρος 1^ο, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα '94, σελ. 6-11, 15-25, 49-51.
- 12) Σαχίνη –Καρδάση Άννα, Πάνου Μαρία, «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική- Νοσηλευτικές διαδικασίες», τόμος 2^{ος} Εκδόσεις MEDICAL ARTS, Αθήνα '93, σελ. 35-41.
- 13) Ράκκος Γεώργιος, «οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου – Νοσηλευτική παρέμβαση», Πτυχιακή εργασία, Πάτρα '97 σελ. 16-20, 61, 77-78, 96-97, 105-106.
- 14) Λεβεντζώνης Γεώργιος, Μπαμπίλη Θεώνη, «Το έμφραγμα του μυοκαρδίου», Πτυχιακή εργασία, Πάτρα '95 σελ. 1-3, 56-58, 73-80, 88-95.
- 15) Δημητρούλα Ελισάβετ, «Έμφραγμα του μυοκαρδίου», πτυχιακή εργασία, Πάτρα, '93 σελ. 51-63.

