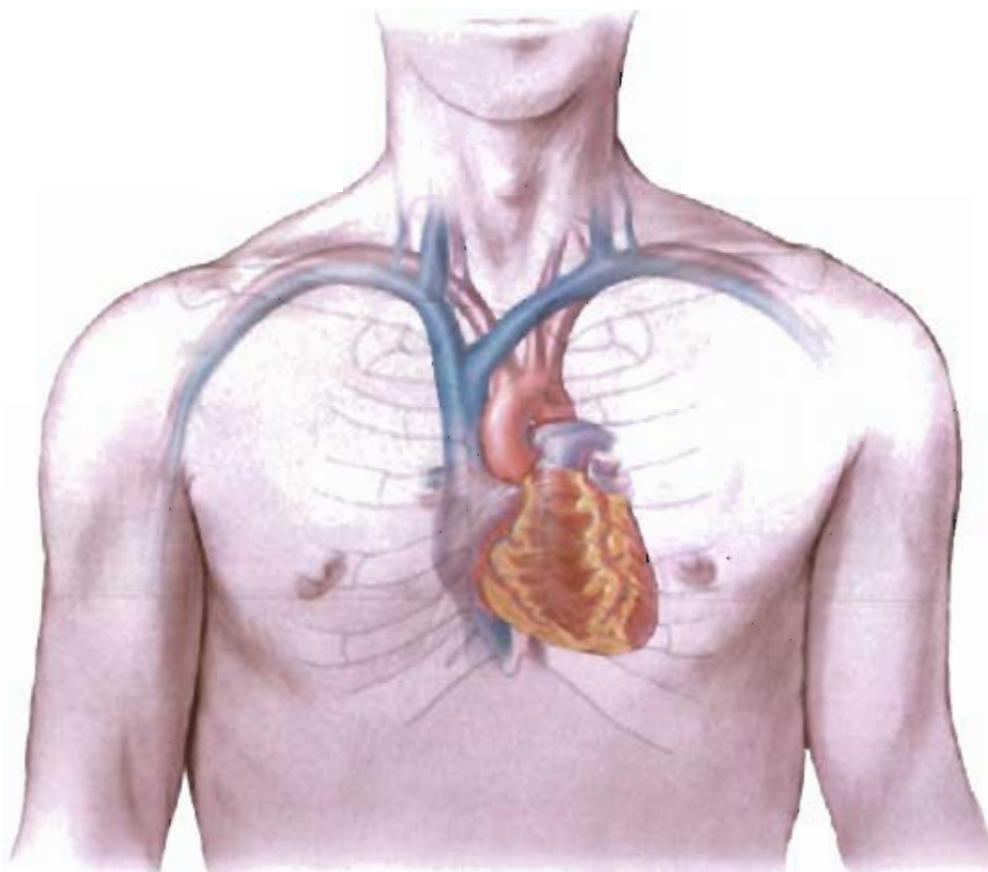


Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
Τμήμα Νοσηλευτικής
Εξάμηνο : Η' (Εαρινό)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα : ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ

– ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Παπαχρυσανθακοπούλου Βασιλική

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Φιδάνη Αικατερίνη

ΠΑΤΡΑ , Ιούνιος 2004



*Αυτή η πτυχιακή είναι αφιερωμένη σε έναν
δικό μου άνθρωπο.....*

Στον πατέρα μου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... 7

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ανασκόπηση Ανατομίας & Φυσιολογίας του Κυκλοφορικού Συστήματος..... 12

1.2 Η Μικρή και μεγάλη κυκλοφορία15

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.....

2.0 ΟΡΙΣΜΟΙ (Στεφανιαίας νόσου – ασταθούς στηθάγχης)..18

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός στηθάγχης.....21

2.2 Παθολογοανατομικός μηχανισμός21

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία στηθάγχης23

2.4 Κλινικά χαρακτηριστικά ασταθούς στηθάγχης23

2.5 Σημεία – συμπτώματα27

2.6 α) Αιτιολογία29

β) Διάγνωση – Διαφορική διάγνωση31

2.7 Προδιαθεσικοί παράγοντες35

2.8 Μορφές στηθάγχης40

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.0	Θεραπεία (Φαρμακευτική – Χειρουργική).....	44
3.1	Διάφορες μέθοδοι:By Bass-Αγγειοπλαστική-Laser κτλ... (Ενδείξεις-Αντενδείξεις & Επιπλοκές αυτών των μεθόδων)...	46
3.2	Καινούργιες Θεραπείες	59
3.3	Πρόγνωση.....	63
3.4	Πρόληψη.....	66

ΜΕΡΟΣ Δ΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1	Νοσηλευτική Φροντίδα ασθενούς με Στεφανιαία νόσο ...	70
4.2	Νοσηλευτική φροντίδα σε σταθερή &ασταθή στηθάγχη..	70
4.3	Προεγχειρητική – Μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου...	73
4.4	Διδασκαλία του αρρώστου με στηθάγχη πριν &μετά το χειρουργείο	80
4.5	Δεκάλογος για τη συντήρηση της υγείας της καρδιάς και των αγγείων.....	84

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
---------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88-90
--------------------------	--------------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η στεφανιαία νόσος είναι γνωστό ότι αποτελεί σήμερα την κύρια αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες και ότι προσβάλλει κατεξοχήν άτομα της παραγωγικής ηλικίας. Βέβαια η πρόληψη, που είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης κάθε πάθησης, δεν έχει ακόμα επιτευχθεί. Εντούτοις η κατανόηση του ρόλου και ο έλεγχος των προδιαθεσικών παραγόντων, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η πιο υγιεινή διατροφή και ο έλεγχος της αρτηριακής υπέρτασης είχαν ως συνέπεια τη σημαντική ελάττωση της συχνότητας προσβολής από στεφανιαία νόσο σε ορισμένες χώρες όπως π.χ. ΗΠΑ και Αυστραλία. Στην αντιμετώπιση ασθενών με στεφανιαία νόσο, έχει παρουσιαστεί τεράστια πρόοδος την τελευταία εικοσαετία. Την αλματώδη αυτή ανάπτυξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων πολλές φορές είναι δύσκολο να παρακολουθήσει και ο ειδικός καρδιολόγος. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αποτελούν ανομοιογενές υλικό. Υπάρχουν πολλές υποομάδες με ιδιαίτερα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα. Η θεραπεία, που ενδεχόμενα θα βοηθήσει μια κατηγορία ασθενών, μπορεί τελικά να μην ωφελήσει ή και να αποβεί βλαπτική για κάποιους άλλους. Έτσι για την αντιμετώπιση ασθενών με στεφανιαία νόσο χρειάζεται πολύ καλή γνώση των

δυνατοτήτων και περιορισμών που παρέχει κάθε διαγνωστικός και θεραπευτικός χειρισμός στη στεφανιαία νόσο γενικά, στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών ειδικά και στον κάθε ασθενή ειδικότερα, που ο κλινικός γιατρός και ο/η κάθε νοσηλεύτρια-της πρέπει να αντιμετωπίσει. Μία αναβολή εγχείρησης επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου π.χ. σε ασθενή με απόφραξη του κύριου κλάδου της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας μπορεί να στοιχίσει τη ζωή του ασθενούς. Απεναντίας μια βεβιασμένη και χωρίς ορθή ένδειξη εγχείρηση επαναιμάτωσης του μυοκαρδίου μπορεί να έχει εξίσου ή και περισσότερο καταστρεπτικά αποτελέσματα.

Άρα καταλαβαίνει κανείς πως η θεραπεία αυτής της πάθησης είναι ένα πολύ μεγάλο & εκτεταμένο κεφάλαιο της ιατρικής αλλά και της νοσηλευτικής επιστήμης .

Το « ΩΦΕΛΕΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ » του Ιπποκράτη ποτέ ίσως δεν ήταν τόσο επίκαιρο στην κλινική πράξη από ό,τι σήμερα στη στεφανιαία νόσο.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιά μας είναι μια θαυμάσια μηχανή με πολύπλοκο σύστημα λειτουργίας. Για να μη νιώθουμε καμιά ενόχληση πρέπει όλα τα μέρη της να λειτουργούν αρμονικά. Συνήθως αυτή η ισορροπία μπορεί να διαταραχθεί είτε από κάποιο ελάττωμα εκ γενετής (συγγενής καρδιοπάθεια), είτε από διάφορες παθήσεις που τυχαίνουν στη διάρκεια της ζωής (επίκτητη καρδιοπάθεια).

Ευτυχώς, ορισμένες καρδιοπάθειες μπορούν να θεραπευτούν εντελώς χάρη στη φαρμακευτική ή τη χειρουργική θεραπεία, ενώ άλλες μπορούν, αν όχι να θεραπευτούν, τουλάχιστον να βελτιωθούν. Η χειρουργική, κυρίως, έχει κάνει σημαντικές προόδους σ' αυτόν τον τομέα.

Σκοπός αυτής της πτυχιακής η οποία απευθύνεται σε κάθε σπουδαστή νοσηλευτικής ή ιατρικής είναι να τον προσεγγίσει και να τραβήξει το ενδιαφέρον του επάνω σε ένα τόσο σημαντικό θέμα, αρκετά εκτεταμένο την σημερινή εποχή και να τον ευαισθητοποιήσει έτσι ώστε να δώσει ακόμη μεγαλύτερη προσοχή σε μια τόσο σοβαρή πάθηση από όσο έδινε παλαιότερα. Κυρίως να κινητοποιήσει το ανθρώπινο ένστικτο του και να τον κάνει ικανό να αντιλαμβάνεται έγκαιρα, να συμβουλεύει, να καθοδηγεί και

να παρέχει την όσο το δυνατό καλύτερη φροντίδα για κάθε ασθενή του. Προλαμβάνοντας έτσι έγκαιρα όλες τις δυσάρεστες συνέπειες, καθώς και τον τυχόν αιφνίδιο θάνατο.

-Χωρίζεται σε τέσσερα μέρη...

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην ανατομία και φυσιολογία του κυκλοφορικού συστήματος.(τι είναι η καρδιά-πως χωρίζεται κτλ.). Καθώς και μια συνοπτική περίληψη όσο αφορά την μικρή και μεγάλη κυκλοφορία του αίματος.

Στο δεύτερο μέρος προσδιορίζεται η έννοια της πάθησης(στηθάγχη), τα επιδημιολογικά στοιχεία, κλινικά χαρακτηριστικά, σημεία-συμπτώματα, αιτιολογία, διάγνωση, προδιαθεσικοί παράγοντες καθώς και οι μορφές αυτής.

Το τρίτο μέρος αναφέρεται στην θεραπεία της ασταθούς στηθάγχης με διάφορες και καινούργιες θεραπείες που έχουν αναπτυχθεί σήμερα..

&

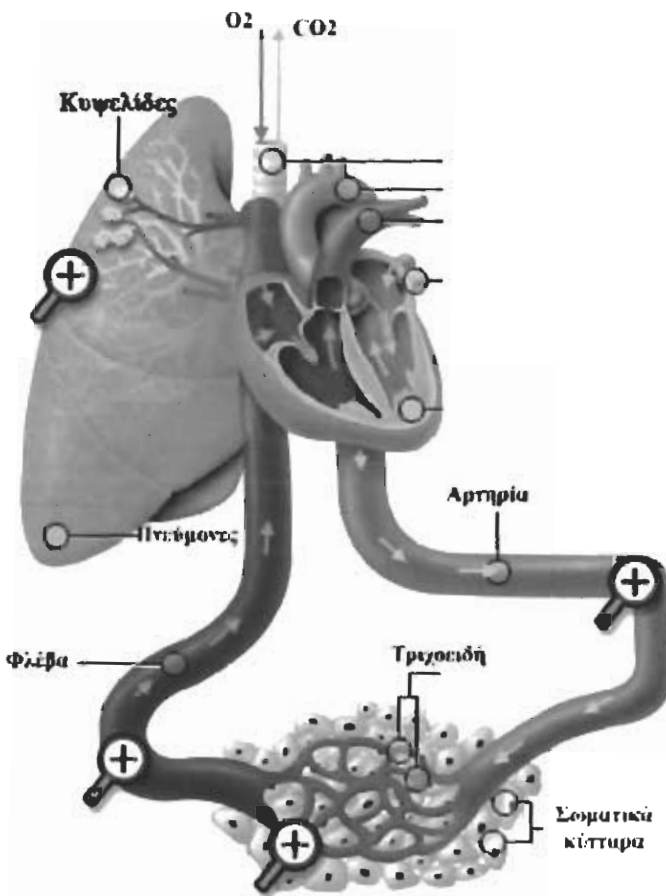
Τέλος στο τέταρτο και τελευταίο μέρος το οποίο είναι και το πιο σημαντικό, εμπεριέχονται όλα όσα αφορούν την

νοσηλευτική φροντίδα που πρέπει να παρέχει ο νοσηλευτής προς το άτομο για να μπορεί να εκτελέσει όλες εκείνες τις δραστηριότητες που συμβάλλουν στην υγεία και ανάρρωση του. Δραστηριότητες, που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια αν είχε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση.

Να προσφέρει δε τη βοήθεια αυτή έτσι ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία αυτοφροντίδας το συντομότερο δυνατόν.

Γιατί όπως είναι γνωστό, ο άνθρωπος δεν είναι απλό όν, αλλά μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Γι'αυτό λοιπόν θα πρέπει να τον αντιμετωπίζουμε ως μία βιοψυχοκοινωνική ανθρώπινη ύπαρξη.. και όχι ως μια απλή οντότητα.

ΜΕΡΟΣ Α΄



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

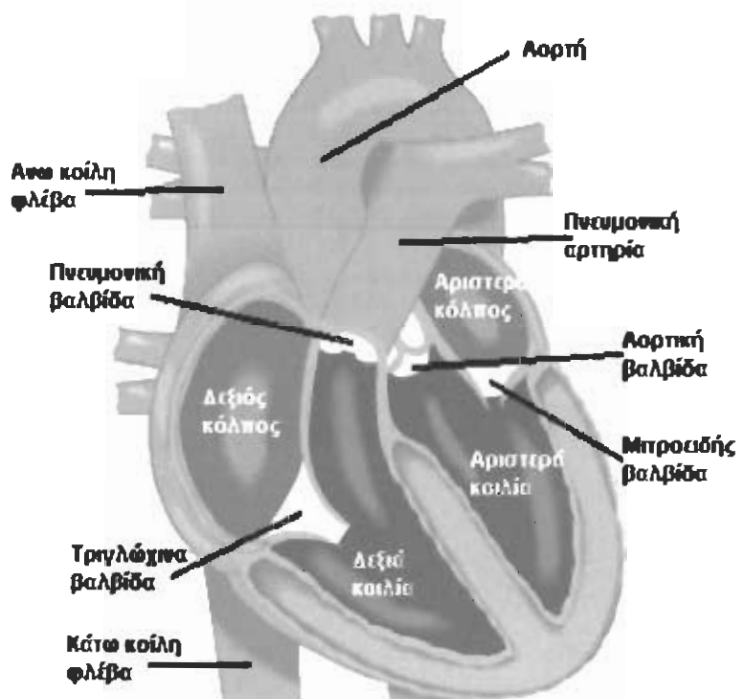
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ

Δύο είναι οι βασικές λειτουργίες του κυκλοφορικού συστήματος :

α) η μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών σε όλα τα κύτταρα του οργανισμού και β) η απομάκρυνση του διοξειδίου του άνθρακα και άχρηστων προϊόντων μεταβολισμού από τα κύτταρα.

Τα βασικά όργανα που απαρτίζουν το κυκλοφορικό σύστημα είναι η καρδιά και τα αγγεία (αιμοφόρα και λεμφοφόρα).

→ Η ΚΑΡΔΙΑ:



Είναι κοίλο μυώδες όργανο και βρίσκεται στο μεσοπνευμόνιο χώρο. Τα τοιχώματα της καρδιάς είναι από έξω προς τα μέσα, το περικάρδιο, το μυοκάρδιο και το ενδοκάρδιο.

Εσωτερικά αποτελείται από τέσσερις χώρους.

Επάνω τους δυο κόλπους αριστερό και δεξιό, και κάτω τις δυο κοιλίες, αριστερή και δεξιά.

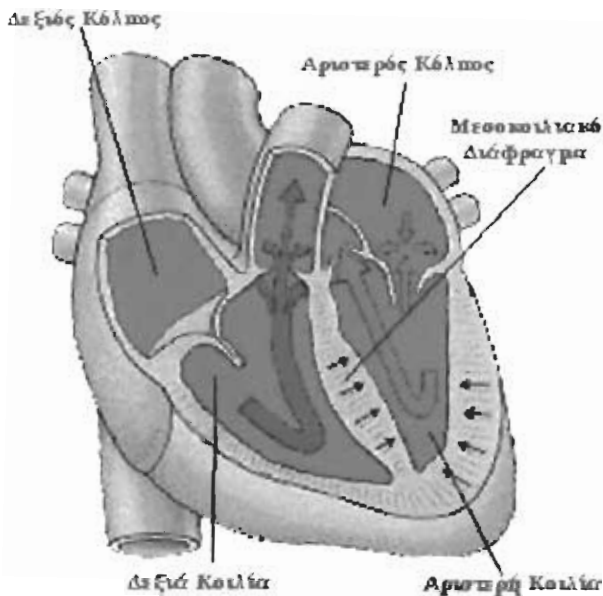
Εικόνα 1-1

Η καρδιά χωρίζει τον αριστερό κόλπο και κοιλία από τον δεξιό κόλπο και κοιλία, με το μεσοκολπικό και μεσοκοιλιακό διάφραγμα.

Η αριστερή καρδιά δέχεται αρτηριακό αίμα από τους πνεύμονες και η δεξιά καρδιά φλεβικό αίμα από την περιφέρεια.

Σε παθολογικές μόνο καταστάσεις υπάρχει επικοινωνία μεταξύ δεξιών και αριστερών χώρων.

Στο δεξιό κόλπο φτάνει η άνω και κάτω κοίλη φλέβα και ο στεφανιαίος κόλπος. Στον αριστερό κόλπο εκβάλουν οι τέσσερις πνευμονικές φλέβες (έχουν αρτηριακό αίμα). Από την δεξιά κοιλία ξεκινά η πνευμονική αρτηρία (έχει φλεβικό αίμα) και από την αριστερή κοιλία ξεκινά η αορτή και ένας κλάδος της αιματώνει το



όργανο της καρδιάς με τις στεφανιαίες αρτηρίες.

Οι κόλποι και οι κοιλίες επικοινωνούν με τις κολποκοιλιακές βαλβίδες. Η αριστερή βαλβίδα ονομάζεται διγλώχινα και η δεξιά τριγλώχινα. Στην αρχή της πνευμονικής αρτηρίας και αορτής είναι οι μηννοειδείς βαλβίδες.

Εικόνα 1-2

Τα αγγεία που αιματώνουν την καρδιά είναι οι

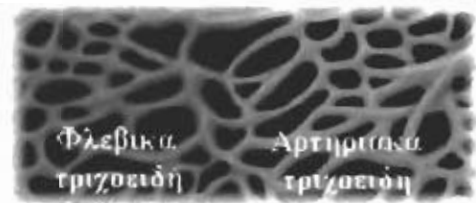
στεφανιαίες αρτηρίες (δεξιά, αριστερά και περισπωμένη) και όταν μετατρέπονται σε φλέβες συνενώνονται και σχηματίζουν τον στεφανιαίο κόλπο, που εκβάλει στον δεξιό κόλπο, μαζί με τις άνω και κάτω κοίλες φλέβες. Η καρδιά στέλνει αίμα στους πνεύμονες και στην περιφέρεια περίπου 60 – 80 φορές το λεπτό.

Κάθε διαταραχή στην παραγωγή και μεταβίβαση των νευρικών διεγέρσεων στα καρδιακά κέντρα, έχει επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία και στη συχνότητα των καρδιακών παλμών. Όταν το μυοκάρδιο για παράδειγμα δε λειτουργεί σαν συγκροτημένη μυϊκή ομάδα αλλά σαν αποδιοργανωμένο σύνολο μυϊκών ινών, έχουμε πτερυγισμό ή μαρμαρυγή κόλπων ή κοιλιών

Ο καρδιακός παλμός ή σφυγμός έχει τρεις φάσεις :

1. Τη φάση συστολής των κόλπων,
2. Τη φάση συστολής των κοιλιών, και
3. Την καρδιακή παύλα.

→ ΤΑ ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ:



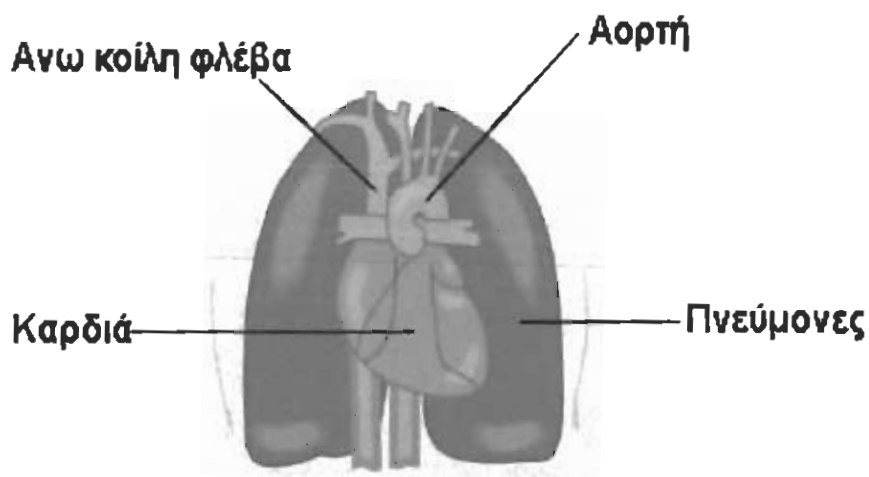
Στα αιμοφόρα αγγεία ανήκουν οι αρτηρίες, οι φλέβες και τα τριχοειδή αγγεία (αρτηρίδια και φλεβίδια).

Είναι διασκορπισμένα σε όλο το ανθρώπινο σώμα. Αρτηρίες είναι τα αγγεία που απάγουν το αίμα από την καρδιά. Αντίθετα φλέβες είναι τα αγγεία που φέρνουν το αίμα στην καρδιά.

Μεταξύ των αρτηριών και φλεβών παρεμβάλλονται τα τριχοειδή.



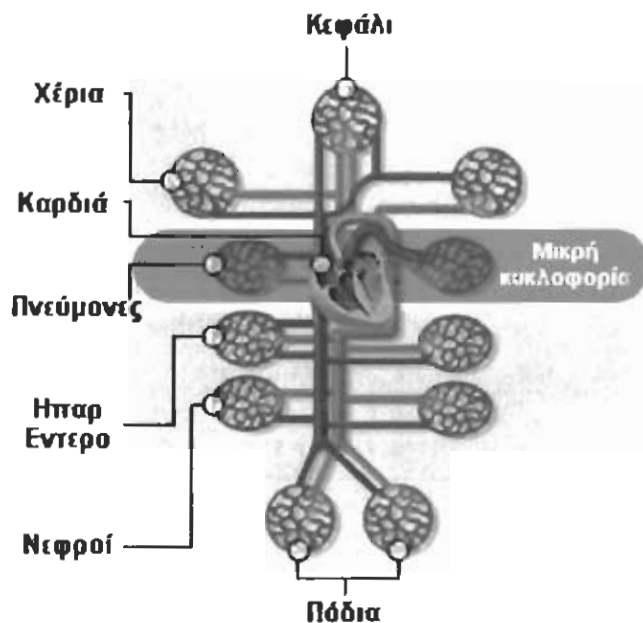
Η καρδιά και το αγγειακό δίκτυο είναι ένα κλειστό σύστημα.



Εικόνα 1-3

(Υ.Ε.Π.&Θ. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" 1999 σελ.211-212)

Εικόνα 1-4



1.2

Η ΜΙΚΡΗ ΚΑΙ Η ΜΕΓΑΛΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

-Μικρή κυκλοφορία (Πνευμονική κυκλοφορία).

Η Πνευμονική κυκλοφορία ξεκινά από τη δεξιά κοιλία και χωρίζεται στη δεξιά και στην αριστερά πνευμονική αρτηρία, οι οποίες κατευθύνονται στους αντιστοίχους πνεύμονες.

Και οι δύο αυτές αρτηρίες μετά την είσοδο τους στους πνεύμονες χωρίζονται σε τόσους κλάδους, όσοι είναι οι λοβοί του πνεύμονα. Ύστερα από μία ακόμη υποδιαίρεση, στο ύψος των πνευμονικών λοβίων, αναλύονται στα τριχοειδή αγγεία του πνεύμονα. Τα τοιχώματα των τριχοειδών αγγείων είναι πολύ λεπτά, γι' αυτό και τα αέρια τα διαπερνούν πολύ εύκολα. Έτσι το οξυγόνο του αέρος περνά από τις πνευμονικές κυψελίδες στο αίμα. Εξ αλλού το διοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το αίμα και περνά στις πνευμονικές κυψελίδες για να μεταφερθεί προς τα έξω.

Μικρές φλέβες παραλαμβάνουν από τα τριχοειδή του πνεύμονα το αίμα. Οι φλέβες αυτές ενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν τελικά τις πνευμονικές φλέβες, οι οποίες, ακολουθώντας τη διαδρομή των αρτηριών,

φθάνουν στον αριστερό κόλπο. Η πνευμονική αρτηρία περιέχει αίμα σκοτεινόχρωμο και πλούσιο σε διοξείδιο του άνθρακα

(φλεβικό αίμα), ενώ οι πνευμονικές φλέβες περιέχουν αίμα που έχει αποβάλει το διοξείδιο του άνθρακος και έχει παραλάβει το οξυγόνο. Γι' αυτόν τον λόγο, το χρώμα του είναι καθαρό ερυθρό (αρτηριακό αίμα).

-Μεγάλη κυκλοφορία (Συστηματική κυκλοφορία).

Η Αορτή από την οποία αρχίζει η μεγάλη κυκλοφορία, ξεκινά από την αριστερά κοιλία. Σχηματίζει ένα μεγάλο τόξο πού κατευθύνεται προς τα πίσω και αριστερά (αορτικό τόξο). Κατεβαίνει κατακόρυφα, ακολουθώντας τη σπονδυλική στήλη, περνά το διάφραγμα και μπαίνει στην κοιλιακή χώρα. Στο τέλος της διαδρομής η αορτή χωρίζεται στις δύο λαγόνιες αρτηρίες, που κατευθύνονται στα κάτω άκρα. Από την αορτή ξεκινούν διάφοροι κλάδοι, οι οποίοι μεταφέρουν το αίμα στα διάφορα όργανα. Από το αορτικό τόξο ξεκινούν οι υποκλειδίες αρτηρίες, που τροφοδοτούν με αίμα τα άνω άκρα και οι καρωτίδες, που μεταφέρουν το αίμα στο κεφάλι. Από τη θωρακική αορτή αρχίζουν οι βρογχικές αρτηρίες, οι οποίες κατευθύνονται στους βρόγχους και στους πνεύμονες, οι αρτηρίες του οισοφάγου και οι μεσοπλεύριες αρτηρίες. Από την κοιλιακή αορτή ξεκινούν οι εξής κλάδοι:

- Η ηπατική αρτηρία, η σπληνική και η στεφανιαία αρτηρία του στομάχου.
- Οι μεσεντέριες αρτηρίες, που κατευθύνονται στα έντερα.
- Οι νεφρικές αρτηρίες, οι οποίες κατευθύνονται στους νεφρούς.
- Οι γεννητικές αρτηρίες πού προορίζονται για τα γεννητικά όργανα.

Τέλος η αορτή χωρίζεται στις δύο λαγόνιες αρτηρίες που αρχίζουν από την κοιλία, διασχίζουν την κνήμη και φθάνουν ως την άκρη του ποδιού.

www.in_cardiology.gr..2000





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.0 ΟΡΙΣΜΟΙ

❖ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ:

Όπως κάθε μυς, η καρδιά απαιτεί για την λειτουργία της μία σταθερή παροχή σε οξυγόνο και διάφορες άλλες θρεπτικές ουσίες οι οποίες φθάνουν σε αυτήν με το αίμα και διαμέσου των στεφανιαίων αρτηριών. Όταν οι στεφανιαίες αρτηρίες εμφανίσουν κάποια στένωση ή αποφραχθούν με αποτέλεσμα την μη παροχή αίματος στην καρδιά (*ισχαιμία*), τότε αυτή η κατάσταση ονομάζεται νόσος των στεφανιαίων αρτηριών. Έτσι όταν η καρδιά δεν λαμβάνει την απαραίτητη ποσότητα οξυγόνου που χρειάζεται για την λειτουργία της, τότε αυτή μας προειδοποιεί με ένα πόνο στο στήθος που ονομάζεται «*στηθάγχη*». Αυτός ο πόνος γίνεται αισθητός από τον ασθενή στο κέντρο του στήθους και μερικές φορές επεκτείνεται στον αριστερό ώμο και το αριστερό άνω άκρο ή στον τράχηλο. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις κατά τις οποίες ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα, παρά το ότι η καρδιά δεν προσλαμβάνει επαρκώς οξυγόνο, και τότε σε αυτές τις περιπτώσεις ομιλούμε για *σιωπηρή στεφανιαία νόσο (σιωπηρά ισχαιμία)*. Όταν η παροχή αίματος και συνεπώς του οξυγόνου διακοπεί τελείως τότε αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το «*έμφραγμα του μυοκαρδίου*». Το μέρος της καρδιάς που δεν παίρνει οξυγόνο σιγά-σιγά νεκρώνεται και ένα μέρος του μυοκαρδιακού ιστού παραμένει μόνιμα καταστραμμένο και τίθεται εκτός λειτουργίας.

Γενικότερα στεφανιαία νόσος ή ισχαιμική καρδιοπάθεια, είναι μια συχνή και σοβαρή πάθηση της καρδιάς. Οφείλεται σε σκλήρυνση και στένωση των στεφανιαίων αγγείων, τα οποία διοχετεύουν αίμα στον καρδιακό μύ. Μπορεί να εκδηλωθεί είτε με τη μορφή της στηθάγχης, είτε με τη μορφή εμφράγματος.

(ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ, 13-09-04)

Η κυριότερη αιτία λοιπόν της στεφανιαίας νόσου είναι η αθηροσκλήρυνση των στεφανιαίων αρτηριών, στην οποία αναπτύσσονται αθηρωματώδεις πλάκες εντός του έσω χιτώνα. Αυτές προκαλούν στένωση των αγγείων και μείωση της ροής του αίματος, το οποίο αρδεύει το μυοκάρδιο. Ρήξη πλάκας μέσα στον αυλό ή σχηματισμός θρόμβου στην αθηρωματώδη πλάκα ή τέλος, αιμορραγία εντός αυτής προκαλούν απόφραξη της αρτηρίας και έμφραγμα. Μερική απόφραξη της αρτηρίας προκαλεί ενοχλήματα αν είναι αξιόλογη οπότε κατά την προσπάθεια το μυοκάρδιο εμφανίζει υποξαιμία με συνέπεια "στηθάγχη".

(ΓΑΡΔΙΚΑ, 2001, σελ. 532).

❖ ΑΣΤΑΘΗΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗ:

Οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα, μπορούν όμως να χωριστούν σε αρκετές υποομάδες.

Ο συνηθισμένος ορισμός είναι προοδευτική αυξανόμενη στηθάγχη (crescendo angina).

Υπάρχουν δύο είδη στηθάγχης. Η σταθερή στηθάγχη όπου ο πόνος διαρκεί 3-5 min και η ασταθής που ο πόνος διαρκεί 3-30 min.

Ο χαρακτήρας και η επέκταση του πόνου ποικίλουν. Χαρακτηρίζεται έντονος οπισθοστερνικός πόνος με αντανάκλαση προς τον τράχηλο και τον λαιμό(κάτω γνάθο), άνω άκρα ,ωμοπλάτη(αριστερό χέρι),και επιγάζτριο. Δεν εμφανίζεται μετά από κόπωση, συναισθηματικό stress ή έκθεση σε κρύο, ή πλούσιο γεύμα ή οποιοδήποτε άλλο εκλυτικό παράγοντα. Οι κρίσεις της ασταθούς στηθάγχης είναι ανεξάρτητες από όλα αυτά.

Ο στηθαγχικός πόνος φεύγει τελείως όταν η καρδιά επανέλθει σε κατάσταση ηρεμίας και χορηγηθούν νιτρώδη φάρμακα. (Υ.Π.Ε.Π&Θ. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" '99 σελ.222)

Επίσης θα πρέπει να πούμε ακόμα ότι και η πρωτοεμφανιζόμενη σε έναν ασθενή στηθάγχη θεωρείται επίσης ασταθής γιατί μπορεί να απολήξει σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Και όταν συμβεί αυτό η ασταθής στηθάγχη ονομάζεται προεμφραγματική.

Καθώς και η σταθερή στηθάγχη, η οποία πρόσφατα άρχισε να επιδεινώνεται και να εμφανίζει συχνότερες & πιο έντονες κρίσεις με μεγαλύτερη διάρκεια, μπορεί να περιληφθεί ως μία από τις μορφές της ασταθούς στηθάγχης.

Τέλος ασταθής μπορεί να θεωρηθεί και η στηθάγχη που εμφανίστηκε τις πρώτες 3-4 εβδομάδες μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Παθογενετικά η ασταθής 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 αρτηριών.

(Κούνης,1995,σελ.12).

Παθογενετικά η ασταθής διαφέρει από τη σταθερή στηθάγχη κατά ότι :

1. Είναι πρωτεύων ο ρόλος του σπασμού της στεφανιαίας και η ελάττωση της στεφανιαίας ροής και
2. η στενωτική αθηρωματική πλάκα είναι και αυτή «ασταθής», συχνά εξελκωμένη, με σχισμές επί των οποίων εύκολα αναπτύσσεται μηχανισμός συγκόλλησης αιμοπεταλίων και ανάπτυξης θρόμβου. (Τούτουζας,1990,σελ.2223).

2.1

❖ **ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΘΑΓΧΗΣ:**

Στηθάγχη είναι η θωρακική δυσφορία που προκαλεί η παροδική ισχαιμία του μυοκαρδίου, η οποία οφείλεται σε αδυναμία των αθηροσκληρυντικών αρτηριών να αυξήσουν τη ροή του αίματος στην καρδιά, κάτω από συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων ή όχι. Είναι επίσης δυνατόν η ροή να μειωθεί σε περίπτωση σπασμού των στεφανιαίων αρτηριών.

(ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ,13- 09-04).

Η στηθάγχη γενικότερα είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς πόνου, που είναι αποτέλεσμα αιματικής ροής & μυοκαρδιακής υποξίας.

Προκαλείται συνήθως από καρδιακή νόσο, μπορεί όμως να οφείλεται και σε μεγάλου βαθμού στένωση ή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, σε αορτίτιδα, υπερθυρεοειδισμό, αναιμία και ταχυκαρδία.

Κατά την κρίση της στηθάγχης, επιβάλλεται ησυχία και δίνεται τρινιτρίνη. (ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ 2002 σελ.29).

Η Στηθάγχη είναι πιο συχνή στους άντρες παρά στις γυναίκες, και παρουσιάζεται κυρίως σε νευρικά άτομα ή σε πρόσωπα που εργάζονται πνευματικά με πίεση και με άγχος.

(Σχολική Εγκυκλοπαίδεια,1989,σελ.75).

2.2 → Παθολογοανατομικός μηχανισμός της στηθάγχης.

Η κοινή παθολογοανατομική διεργασία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων είναι η ρήξη της αθηρωματικής πλάκας σε ένα στεφανιαίο αγγείο. Επιρρεπείς σε ρήξη πλάκες είναι εκείνες με πυρήνα υψηλής πυκνότητας λιπιδίων και λεπτή ινώδη κάψα.

Οι πλάκες αυτές δεν προκαλούν κατ'ανάγκη μεγάλη στένωση του αυλού της στεφανιαίας αρτηρίας. Μια ήπια στένωση (που στεφανιογραφικά υπολογίζεται, για παράδειγμα, σε 20-60%) θεωρείται πιο επικίνδυνη για ρήξη και πρόκληση οξέος εμφράγματος από ό,τι μια βαριά στένωση (για παράδειγμα 80-95%) η οποία συνήθως δεν ρήγνυται και ευθύνεται μάλλον για συμπτώματα σταθερής στηθάγχης.

(Πιπιλής,1997).

Η στηθαγχική κρίση 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.

Η προσφορά οξυγόνου στο μυοκάρδιο εξαρτάται από τη ροή αίματος στις στεφανιαίες αρτηρίες, την περιεκτικότητα του αίματος σε οξυγόνο, και το χρόνο της καρδιακής διαστολής.

Η στεφανιαία ροή επηρεάζεται από τις αντιστάσεις των στεφανιαίων : όταν ελαττώνονται οι αντιστάσεις, όπως συμβαίνει σε υποξία του μυοκαρδίου, αυξάνεται η στεφανιαία ροή.

Στην στηθάγχη συνήθως υπάρχουν στενωτικές ή αποφρακτικές βλάβες μίας ή περισσότερων αρτηριών του στεφανιαίου δικτύου.

Επιπλέον στην εκδήλωση της κρίσης πολλές φορές συμβάλλει και ο σπασμός των στεφανιαίων αρτηριών, που γίνεται σε ποικίλη έκταση είτε στην περιοχή της οργανικής στένωσης είτε μακριά απ'αυτήν.

Καθώς, και σε μεγάλο βαθμού στένωση σχεδόν σταματάει η στεφανιαία ροή κατά τη συστολή, διότι κατά την περίοδο αυτή η ενδοτοιχωματική πίεση της αριστερής κοιλίας γίνεται μεγαλύτερη από την πίεση του μεταστενωτικού τμήματος της στεφανιαίας αρτηρίας. (Τούτουζας,1987,σελ.39-40).

2.3 → **Επιδημιολογικά στοιχεία της στηθάγχης**

Οι διάφορες επιδημιολογικές έρευνες των τελευταίων ετών αποκάλυψαν, ότι ο επιπολασμός (αριθμός κρουσμάτων υφιστάμενος σε συγκεκριμένο χρόνο) και η επίπτωση (αριθμός νέων κρουσμάτων σε καθορισμένη χρονική περίοδο) των στεφανιαίων συνδρόμων διαφέρουν από χώρα σε χώρα.

Διαπιστώθηκε έτσι, ότι οι πλούσιες χώρες (υψηλό βιοτικό επίπεδο,μεγάλη κατανάλωση ζωικής προέλευσης λιπών, υψηλό ποσοστό χοληστερίνης στο αίμα κλπ.) εμφανίζουν υψηλό συντελεστή νοσηρότητας από στεφανιαία νόσο.

Αντίθετα σε χώρες φτωχές (χαμηλό βιοτικό επίπεδο, μικρή κατανάλωση ζωικής προέλευσης λιπών, χαμηλό ποσοστό χοληστερίνης στο αίμα κλπ.)η στεφανιαία νόσος είναι ολοφάνερα σπανιότερη.

-Η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου έχει αυξηθεί πολύ από το 1930 και μετά στις αναπτυγμένες χώρες.

-Τουλάχιστον το 90-95% που πάσχουν από στηθάγχη έχουν ηλικία πάνω από 40 χρονών και πάνω από 70% σε ηλικία πάνω από 30 χρονών. Σε σπάνιες περιπτώσεις η στηθάγχη μπορεί να προσβάλει ακόμα και νεαρά άτομα, ηλικίας κάτω των 30.

(Κούνης,2000,σελ. 14-15).

2.4 → **ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:**

Η Κλινική εικόνα της ασταθούς στηθάγχης εμφανίζεται συχνά κατά την ανάπαυση ή τον ύπνο. Συνήθως διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά και είναι σοβαρότερης μορφής.

Όταν παραταθεί πολύ μπορεί να οδηγήσει και σε έμφραγμα.

Η Κλινική εικόνα επίσης μπορεί να επέλθει μέσω διάφορων διαγνωστικών εξετάσεων, όπως:

- Ακτινογραφία θώρακος
- ΗΚΓ
- Εργαστηριακές εξετάσεις
- Δοκιμασία κοπώσεως

- Στεφανιογραφία
- Ιστορικό

Η κλινική εικόνα της στηθάγχης συνήθως περιορίζεται στους περιγραφέντες χαρακτήρες του άλγους. Σπανιότερα όμως είναι δυνατόν ο ασθενής να αναφέρει και άλλα συμπτώματα, συνοδά του άλγους.

Έτσι το στηθαγχικό άλγος συνοδεύεται από έντονο άγχος και προκαλεί συνήθως στον πάσχοντα το αίσθημα του επικείμενου θανάτου. Και όταν το άλγος είναι περισσότερο έντονο, ο πόνος και το αίσθημα του επικείμενου θανάτου ακινητοποιούν πλήρως τον ασθενή κατά την στιγμή της στηθαγχικής κρίσεως.

- Η Ακτινογραφία θώρακος :

-Μπορεί να δώσει πληροφορίες που αφορούν το μέγεθος και το σχήμα της καρδιάς, καθώς και πληροφορίες για τους πνεύμονες.

Σήμερα η χρήση της υπερηχοκαρδιογραφίας δίνει συγκριτικά λεπτομερέστερες ανατομικές πληροφορίες για την καρδιά, με αποτέλεσμα η χρήση της ακτινογραφίας θώρακος να έχει περιορισθεί. Η μόνη χρησιμότητά της είναι η εκτίμηση του μεγέθους της καρδιάς καθώς & η κατάσταση των πνευμόνων.

(www.in.gr 14-09-04).

- Στο ΗΚΓ:

-Η κατάσπαση του ST και σπανίως η ανάσπαση αυτού αποτελεί το διαγνωστικό ηλεκτροκαρδιογραφικό κριτήριο ισχαιμίας του μυοκαρδίου και συνήθως παρατηρείται κατά τη στηθαγχική κρίση. Όμως, επειδή η ισχαιμία είναι παροδική και υποχωρεί λίγα λεπτά μετά τη στηθαγχική κρίση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα συχνά δεν δείχνει διαταραχές του ST όταν λαμβάνεται σε χρόνο που ο ασθενής είναι ήρεμος.

Οι Εργαστηριακές εξετάσεις

Γενική αίματος και λευκοκυτταρικός τύπος, ηλεκτρολύτες, λιπίδια, ένζυμα ορού, καρδιακά ένζυμα, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος πήξης, προϊόντα λύσης ινώδους, προσδιορισμός ινωδογόνου.

- Η Δοκιμασία κόπωσης

Η κόπωση είναι εδώ και πολλά χρόνια η συχνότερη αναίμακτη τεχνική που χρησιμοποιείται για να δώσει αντικειμενική μαρτυρία μυοκαρδιακής ισχαιμίας με την πρόκληση της τυπικής θωρακικής δυσφορίας, για την οποία ο ασθενής παραπονιέται. Οι πιο παλιές δοκιμασίες κόπωσης ήταν οι επονομαζόμενες μέθοδοι δύο σκαλιών, κατά **Master**, όπου ο ασθενής ανέβαινε σε μια σειρά από κλίμακες με την προκαθορισμένη ταχύτητα. Αμέσως μετά την άσκηση γινόταν λήψη ΗΚΓ. Η δοκιμασία αυτή έδινε ποιοτική μόνο μαρτυρία των ανωμαλιών και έχει αντικατασταθεί από τη σύγχρονη μέθοδο της διαβαθμισμένης άσκησης σε εργομετρικό ποδήλατο ή κυλιόμενο τάπητα. Η μέθοδος κόπωσης που χρησιμοποιείται συχνότερα περιλαμβάνει διαδοχικά στάδια διαβαθμισμένης άσκησης (στάδια 1,2,3,4,5,6). Το πρωτόκολλο **Bruce** περιλαμβάνει προοδευτική, διαβαθμισμένη άσκηση και επιτρέπει στο γιατρό να διακόψει την άσκηση σε οποιοδήποτε στάδιο.

&

- Η Αγγειογραφία των στεφανιαίων αρτηριών (Στεφανιογραφία):

-Η στεφανιογραφία γίνεται με εκλεκτική έγχυση 5 έως 10cc ακτινοσκιερής ουσίας μέσα στο στόμιο κάθε στεφανιαίας αρτηρίας, ενώ συγχρόνως λαμβάνεται φιλμ με 30-60 εικόνες το δευτερόλεπτο.

Η προσέγγιση των στομίων των στεφανιαίων αρτηριών γίνεται με ειδικούς καθετήρες, οι οποίοι εισάγονται είτε με την τεχνική **Judkins** (διαδερμικά από τη μηριαία αρτηρία), είτε με την τεχνική **Sones** (δια της βραχιονίου αρτηρίας).

Η στεφανιογραφία ενδείκνυται κυρίως σε ασθενείς που είναι ύποπτοι για στεφανιαία νόσο, σε ασθενείς με γνωστή στεφανιαία νόσο που πιθανόν να είναι υποψήφιοι για

χειρουργική επέμβαση ή αγγειοπλαστική και για την εκτίμηση των αποτελεσμάτων ασθενών που υποβλήθηκαν σε Α-ΣΠ.

Η αγγειογραφία επιδεικνύει ειδικές τμηματικές ανωμαλίες ισχαιμίας και επιπρόσθετα δείχνει χαρακτηριστικά ένα ελαττωμένο

κλάσμα εξώθησης στη διάρκεια ισχαιμίας σε ασθενείς με στηθάγχη προσπάθειας, ενώ στα φυσιολογικά άτομα παρουσιάζουν μια αύξηση.

Όμως καμιά δοκιμασία δεν είναι τέλεια.

(Μπατσολάκη, 1995 ,σελ.59,61-63).

Τέλος στο Ιστορικό :

-Από το ιστορικό υπάρχει ένα ή περισσότερα από τα εξής στοιχεία :

1. Επιδείνωση των συμπτωμάτων γνωστής σταθερής στηθάγχης με πιο έντονα ,
2. παρατεταμένα ή πιο συχνά επεισόδια ισχαιμικού πόνου.
3. Νέα εμφάνιση στηθάγχης σε ελάχιστη σωματική κόπωση.
4. Στηθάγχη ηρεμίας. (Πιπιλής, 1997).

Η Ασταθής στηθάγχη (πότε οξεία στεφανιαία ανεπάρκεια ή προεμφραγματική στηθάγχη ή ενδιάμεσο σύνδρομο) αντιστοιχεί σε δύο κλινικούς τύπους :

-είτε της στηθάγχης προσπάθειας..

-είτε της στηθάγχης ηρεμίας..

(Παπάζογλου, 1984 ,σελ.34).

Ο Braunwald σε μια προσπάθεια συστηματοποίησης της ασταθούς στηθάγχης έχει προτείνει μια κατάταξη που λαμβάνει υπόψη :

α) την βαρύτητα :