

"... Η επιστήμη έδωσε την δυνατότητα στο ανθρώπινο χέρι να χειρίζεται την καρδιά με φροντίδα..."



Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε. Υ. Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Π.Κ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η

Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Σ Π Ο Υ Δ Α Σ Τ Ω Ν : 1) ΘΕΟΔΩΡΙΤΣΗ ΠΑΥΛΙΝΑ

2) ΚΛΕΙΤΣΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ

ΑΓΡΟΝΟΜΟΣ ΕΞΕΛΑΓΟΓΗΣ	1619
-------------------------	------

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	
----------------------	--

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Αφιερωμένη στον Κώστα που μας βοήθησε τόσο πολύ σ' αυτή την εργασία.

## Π Ε Ρ Ι Ο Χ Ο Μ Ε Ν Α

1. Περίληψη	σελ. 3
2. Εισαγωγή	" 4-5
Μέρος Α΄	
Κεφάλαιο II	
3. Γενικά περί μονάδων εντατικής θεραπείας	" 6-15
Κεφάλαιο III	
4. Γενικά περί στεφανιαίας νόσου	" 15-20
5. Περιπτώσεις ασθενών στην ΜΕΠΚ	" 20-35
Μέρος Β	
6. Ρόλος της εκπαιδευμένης Αδελφής στην ΜΕΠΚ	" 36-58
Κεφάλαιο IV	
7. Επιπλοκές	" 58-60
8. Πορεία νόσου	" 60-61
9. Επιπλοκές από καθυστέρηση εισόδου στην ΜΕΠΚ	" 61-62
Μέρος Γ	
10. Κινητοποίηση , ενεργοποίηση και αποκατάσταση των εμφραγματιών	" 62-81
Κεφάλαιο V	
11. Συμπέρασμα	" 81-83
12 Βιβλιογραφία	" 84

Π ε ρ ί λ η ψ η

-----

Η παρούσα εργασία με το θέμα - Καρδιοπάθειες στην Μ Ε Π Κ και Νοσηλευτική διαδικασία - θα συμπεριλάβει αρχικά, ορισμένα στοιχεία γενικά περί μονάδων ενταντικής θεραπείας, την έναρξη λειτουργίας τους, τα είδη των μονάδων, ο σκοπός τους, το κόστος και τα αποτελέσματα της θεραπείας στις μονάδες.

θα αναφερθούμε στη συνέχεια στην ΜΕΠΚ και συγκεκριμένα στον τρόπο διαμόρφωσης της, στα αποτελεσμάτα της και το είδος των ασθενών που παρακολουθεί.

θα ακολουθήσει η αναφορά των κυριότερων περιπτώσεων ασθενών που νοσηλεύει η ΜΕΠΚ, όπως εμφράγμα, ( πρόσθιο, κατώτερο, υπενδοκάρδιο), ασταθής στηθάγχη, πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός .

Στην συνέχεια θα αναφέρουμε τον ρόλο του Νοσηλευτού που είναι ο βασικός για την σωτηρία και την καλή εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς, ένας ρόλος πολύ δύσκολος, πολύπλοκος και υπεύθυνος.

θα ακολουθήσει η αναφορά των κυριότερων επιπλοκών που εμφανίζονται στις περιπτώσεις που προαναφέρθησαν, την πορεία της νόσου σε κάθε περίπτωση και της επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή από την καθυστέρηση εισαγωγής του στην ΜΕΠΚ .

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στην κινητοποίηση ενεργοποίηση και αποκατάσταση των εμφραγματιών.

Μ Ε Ρ Ο Σ     Α

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Μεταξύ των νοσημάτων, τα οποία κατά μεγαλύτερο ποσοστό απειλούν τη ζωή του ανθρώπου είναι και τα νοσήματα της καρδιάς. Τα νοσήματα αυτά αποτελούν την συνηθέστερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Είναι νόσος κατ'έξοχήν του ανδρικού φύλου.

Η συνηθισμένη ηλικία των ασθενών με οξεία καρδιακή προσβολή είναι 50-55 ετών. Παρατηρείται, όμως όχι σπάνια και μάλιστα κατά τα τελευταία έτη και σε νεώτερες ηλικίες περίπου στα 40, σπάνια όμως και στα 35.

Το ένα δεύτερο των ασθενών, οι οποίοι υπέστησαν προσβολή οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου, πεθαίνουν σε λίγους μήνες. Εκτός από αυτό, η καρδιακή προσβολή αποτελεί και ιατρικό πρόβλημα, έχει όμως και μεγάλες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στις βιομηχανικές χώρες. Η θνησιμότητα εξακολουθεί να είναι μεγάλη, παρά την πρόοδο της ιατρικής και της τεχνολογίας. Εάν η καταστροφή του καρδιακού μύ είναι εκτεταμένη, η ανάνηψη του ασθενή, θεωρείται απίθανη. Οι Καρδιολογικές μονάδες εντατικής παρακολουθήσεως δεν μπορούν να βοηθήσουν αυτούς τους ασθενείς. Είναι γνωστό, ότι ένας αριθμός ανθρώπων πεθαίνουν αιφνίδια πριν εμφανιστούν συμπτώματα καρδιακής προσβολής. Αυτό αποδεικνύει ότι η καρδιοπάθεια αυτών των ανθρώπων βρίσκεται σε εξέλιξη, χωρίς όμως συμπτώματα.

Άλλοι ασθενείς που υπέστησαν , οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου εμφανίζουν καρδιακές αρρυθμίες. Έχει αποδειχθεί ότι η διαταραχή της ηλεκτρικής ενέργειας της καρδιάς - διαταραχή αγωγιμότητας - δυνατό να οδηγήσει σε ελάττωση , η παύση της συσταλτικότητας της καρδιάς, ενώ ο καρδιακός μυς δεν είναι κατεστραμμένος σε μεγάλη έκταση και διατηρεί ικανότητα καρδιακών συστολών.

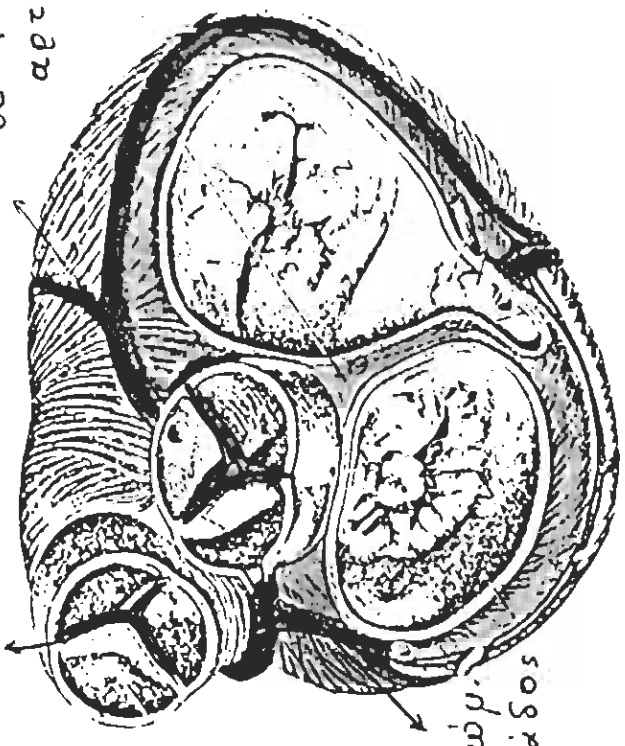
Η ανάπτυξη της τεχνικής και καρδιοπνευμονικής αναζωογονήσεως και η ανάγκη της παρακολουθήσεως των Καρδιακών αρρυθμιών, οδήγησε στην ιδέα δημιουργίας Μονάδων Στεφανιαίων Νοσημάτων ( C. C. U )

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναφερθούμε σε βασικά στοιχεία για την στεφανιαία νόσο, που αποτελεί μάστιγα της εποχής μας και να αναφέρουμε επίσης τρόπους αντιμετώπισής της στην Στεφανιαία μονάδα, που έχει συντελέσει θετικά ώστε να παρατηρηθεί πτώση της θνησιμότητας των καρδιολογικών ασθενών από 30% σε 15-20% . Η ελάττωση αυτή της θνησιμότητας οφείλεται στην αντιμετώπιση των αρρυθμιών που αποτελούν συχνά αιτία θανάτου.

Επίσης θέλουμε να τονίσουμε την σημαντική συμβολή της Νοσηλεύτριας στην Καρδιολογική μονάδα προσφέροντας την παρατηρητικότητά της τις γνώσεις της, και την έγκαιρη παρέμβασή της σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών με στεφανιαία νόσο και την εμφάνιση όλων των πιθανών επιπλοκών.

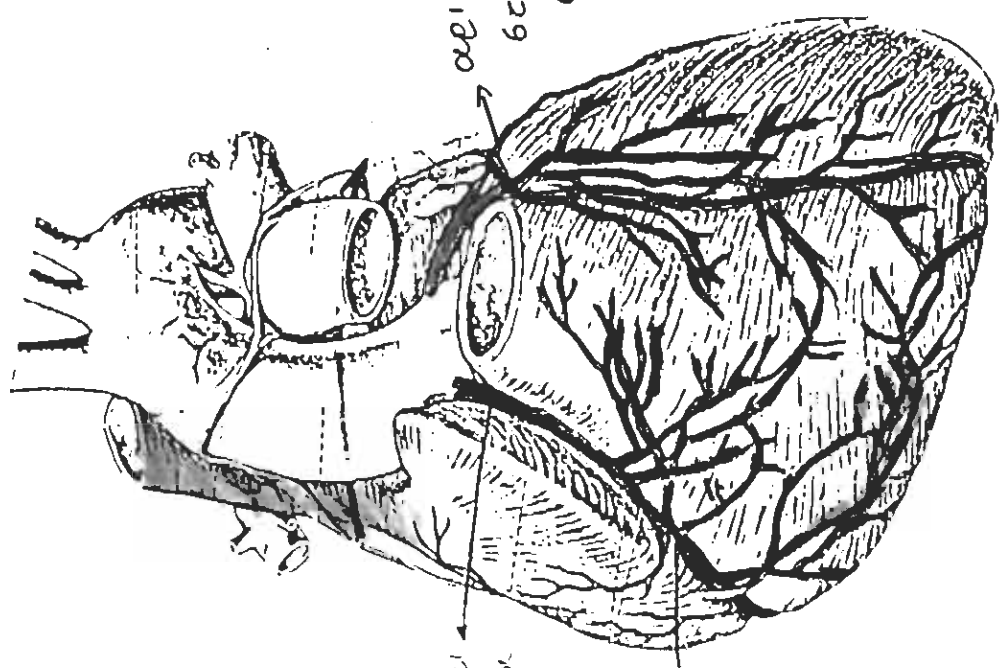


ἡμνοειδῆς βολβίδες  
 Δεξιά  
 62 Εφαρνιαία  
 ἀρτηρία



σόσφορ  
 ἡμνοειδῆς  
 Περὶ βολβῶν

ἀρτηρία  
 βρεθραία  
 ἀρτηρία



Δεξιά  
 βρεθραία  
 ἀρτηρία  
 εἰσόδων  
 φλέβα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε κάθε Νοσοκομείο υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι διανύουν μια σοβαρή και οξεία φάση της ασθένειάς τους και έχουν ανάγκη νοσηλείας υψηλού ποιοτικού επιπέδου. Επιδέξιες και εξατομικευμένης νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας, συνεχή και επίμονη παρακολούθηση από σωστά προετοιμασμένο ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό.

Για τους παραπάνω λόγους, οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας των Νοσοκομείων.

Κατά την τελευταία δεκαετία αποδείχθηκε ότι σε κατάλληλο χώρο ενός Νοσοκομείου η συγκέντρωση εξειδικευμένου ιατρικού και ειδικώς εκπαιδευμένου Νοσηλευτικού προσωπικού και του απαραίτητου τεχνητού εξοπλισμού, με σκοπό την μεθόδευση της ενισχύσεως των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού, έδωσε άριστα αποτελέσματα και ελάττωσε σημαντικά την θνησιμότητα των βαρέως πασχόντων ασθενών.

Υπάρχουν αρκετά είδη μονάδων εντατικής θεραπείας όπως:

1. Χειρουργικής και ειδικοτήτων
2. Αναπνευστική
3. Επειγουσών περιπτώσεων
4. Θάλαμος ανανήψεως από την αναισθησία
5. Καρδιολογική
6. Μονάδα τεχνητού νεφρού
7. Εγκαυμάτων
8. Παίδων
9. Νεογεννήτων

10.Μικτή

11.Κινητές μονάδες πρώτων βοηθειών

12.Μεταμοοχεύσεως οργάνων

Το Κόστος των ΜΕΘ είναι τεράστιο και ακόρεστες οι ανάγκες, λόγω του αναγκαίου υπερούχρονου τεχνιτού εξοπλισμού για τους ασθενείς.

Βέβαια ανάλογα με τον αριθμό των κλινών, που μπορεί να συμπεριλαμβάνονται από 4-12 κλίνες, είναι και το κόστος των μονάδων.

Δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς υπάρχει ατομικά ο απαραίτητος τεχνικός εξοπλισμός ο οποίος συμβάλει θετικά και αποτελεσματικά στην πορεία της κατάστασης του ασθενούς. Ο εξοπλισμός των ΜΕΘ πρέπει να αποτελείται από τα τελευταία επιτεύγματα της τεχνολογίας, και πρέπει να βελτιώνονται συνεχώς και να ανανεώνονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ανάλογα, με τις σύγχρονες απαιτήσεις.

Σκοπός των ΜΕΘ είναι η άμεση αντίληψη, στάθμιση, και θεραπευτική αντιμετώπιση των διαταραχών της λειτουργίας των οργάνων του αρρώστου, που επιτυγχάνεται δια της συνεχούς παρατήρησης και άμεσης αντικειμενικής εξέτασης των αρρώστων, συγχρόνως με την παρακολούθηση και ερμηνεία όλων των εμμέσως από ηλεκτρονικών και μη, οργάνων ελεγχόμενων παραμέτρων.

Με τα παραπάνω δεδομένα επιτυγχάνεται η διάσωση της ζωής του πάσχοντος και η μείωση του χρόνου της σοβαρής περιόδου της ασθένειάς του.

Γενικά περί μονάδων στεφανιαίας νόσου.

Στην μονάδα στεφανιαίας νόσου, ή όπως αποκα-

λείται μονάδα εντατικής παρακολούθησεως καρδιοπαθών, νοσηλεύονται άτομα με στεφανιαία νόσο, με συχνότερη εμφάνιση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Γίνεται προσπάθεια και στην Ελλάδα, για να δημιουργηθεί σε κάθε Νοσοκομείο μονάδα καρδιοπαθών.

Αυτή η προσπάθεια ξεκίνησε από το 1963 στα αναπτυγμένα Ευρωπαϊκά Κράτη, και παρατήρησαν ότι η θνησιμότητα από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σταδιακά μειώθηκε. Αναφορές από διάφορα καρδιολογικά κέντρα του κόσμου δείχνουν μια ελάττωση της θνησιμότητας των νοσοκομειακών ασθενών από 30% σε 20%. Η μείωση αυτή οφείλεται στις ΜΕΘΚ, γιατί είναι γνωστό ότι τα πρώτα 24h είναι τα επικίνδυνα για τη ζωή του ασθενή, γιατί η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών είναι μεγάλη.

Αρκετά από τα Νοσοκομεία της Ελλάδας και ιδιαίτερα της Αττικής, έχουν δημιουργήσει πρότυπες μονάδες καρδιοπαθών. Σ' αυτές τις μονάδες ο ασθενής παραμένει 3-4 ημέρες και κατόπιν μεταφέρεται - εφόσον δεν έχει παρουσιάσει καμιά επιπλοκή - σε θάλαμο ο οποίος είναι σε μορφή υπομονάδος.

Η ΜΕΠΚ αποτελείται από 4+12 κλίνες ειδικά διαμορφωμένες για τις ειδικές, ποικίλες και λεπτές ανάγκες των ασθενών. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει ατομικό μικρό δωμάτιο, να είναι θεατός από τις αδελφές, όπως και οι αδελφές να είναι θεατές από τον ασθενή - στον κεντρικό σταθμό των MONITORS στην μονάδα - ώστε να αισθάνεται ασφάλεια όταν έχει την γνώση ότι παρακολουθείται συνεχώς.

Επίσης η κατασκευή της Μονάδας πρέπει να είναι διαμορφωμένη κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει άμεση και αστραπιαία επέμβαση της Αδελφής όπου χρειαστεί αναγκαία

Το ντουλάπι με τα φάρμακα, τις συσκευές τους καθετήρες, τα συστήματα και ότι επιπλέον καταστεί αναγκαίο, πρέπει να είναι προσιτά στο προσωπικό, ώστε να μπορεί να κινείται και ενεργεί αποτελεσματικά και όχι να βρίσκονται σε θέσεις που να δυσχαιρένουν το έργο του.

Επιπλέον πρέπει να υπάρχουν ντουλάπια που να χρησιμοποιούνται μόνο για την φύλαξη του αποστειρωμένου υλικού (μπλούζες χειρουργικές, τετράγωνα, λειάνες, εργαλεία, γάζες κ.λ.π.) Επίσης ο'αυτά τα ειδικά ντουλάπια φυλάσσονται και τα ειδικά βαλιτσάκια που περιέχουν μπαταρίες και τα ηλεκτροδία για την τοποθέτηση των προσωρινών βηματοδοτών. Επίσης μαζί με τον εξοπλισμό αυτό τοποθετούνται και καθετήρες υποκλειδίου, καθετήρες SWANZGANZ και ειδικές κεφαλές που χρησιμοποιούνται για την τοποθέτηση αυτού του καθετήρα, γάντια, μάσκες κ.λ.π.

Όσον αφορά τους ασθενείς, δεν πρέπει να βλέπονται μεταξύ τους, λόγω άσχημου επηρεασμού από την αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων. Επίσης οι διαστάσεις των χώρων και η κατασκευή των κλινών πρέπει να διευκολύνουν την ταχεία μετακίνηση των ασθενών στην μονάδα και εκτός αυτής. Επαρκής ηχομόνωση και κλιματισμός είναι απαραίτητα.

Επίσης τα τροχήλατα με τον απαραίτητο εξοπλισμό πρέπει να είναι τοποθετημένα έτοιμα ώστε να μην εμποδίζουν στην κυκλοφορία στη μονάδα και να δίνουν την δυνατότητα της γρήγορης χρησιμοποιησής τους, όπως είναι το τροχήλατο της αναμοπής και ο καρδιογράφος, τα οποία πρέπει να συνδέονται με καλώδια ρεύματος μεγάλου μήκους και να είναι εφοδιασμένα με όλο το απαραίτητο υλικό, για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενή σε ένα οξύ περιστατικό και την αποφυγή περιττών κινήσεων. Είναι σημαντικό ότι μια λάθος κίνηση

από μέρος της Αδελφής μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή.

Το τροχήλατο ανακοπής περιέχει :

α) Στο πάνω μέρος υπάρχει το βασικό μηχάνημα το οποίο χορηγεί ηλεκτροσόκ στον ασθενή το οποίο καταλήγει σε δύο ηλεκτρόδια χειροκίνητα τα οποία εφαρμόζουμε κατάλληλα το ένα στη βάση της καρδιάς και το άλλο στο αριστερό ημιθώρακιο κάτω από το στήθος και χορηγούν ηλεκτρικό ρεύμα στον ασθενή, με δυνατές τιμές από 100-400 JULES.

Η χορήγηση του ρεύματος αφού φορτίσουμε το μηχάνημα με τα JULES που χρειάζονται γίνεται είτε με διακόπτες που υπάρχουν πάνω στα ίδια τα ηλεκτρόδια, είτε από διακόπτη που υπάρχει πάνω στο βασικό μηχάνημα του ηλεκτροδίου. Δίπλα στο μηχάνημα του ηλεκτροδίου υπάρχει GEL το οποίο τοποθετείται πάνω στην μεταλλική επιφάνεια των ηλεκτροδίων, η οποία θα ερθει σε επαφή με τον άρρωστο και θα διηχετεύσει το ηλεκτρικό ρεύμα, προς αποφυγή εγκαύματος.

β) Το τροχήλατο του SHOCK περιέχει ειδικές υποδοχές με συρτάρια στα οποία τοποθετούνται όλα τα απαραίτητα φάρμακα και το υλικό ( σύριγγες, βελόνες, απλές και ενδοκαρδιακές, μάσκες οξυγόνου, καθετήρες οξυγόνου, βαμβάκι, γάζες, συστήματα ορού κ.λ.π.) για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής. Επίσης υπάρχει μάσκα O<sub>2</sub> AMBU και σετ διασωλήνωσης με την τραχεία όπου περιέχει ενδοτραχειακούς καθετήρες, λαρυγγοσκόπισ, ξυλακαΐνη και σύριγγες.

Πάνω στο τροχήλατο ανακοπής είναι σωστό να υπάρχουν σπασμένες AMPULES ή και ακόμη αναρροφημένες, που θα χρησιμοποιηθούν, έτσι ώστε σε μια ανακοπή να μην χάνουμε πολύτιμο χρόνο για την προετοιμασία τους.

Αυτό πρέπει να γίνεται κάθε μέρα και σε περίπτωση που δεν χρησιμοποιηθούν , την επόμενη μέρα, αντικαθίστανται με καινούργιες.

Αυτή η προετοιμασία οφελεί αρκετά γιατί κερδίζουμε χρόνο και ξέρουμε ότι το κάθε δευτερόλεπτο παίζει σπουδαίο ρόλο στην διάσωση του ασθενή.

Αυτό εφαρμόζεται πολύ σε ξένες χώρες και σωστό θα ήταν να εφαρμοστεί και στην χώρα μας.

Ατομικά για κάθε ασθενή δίπλα στην κλίνη του υπάρχει καρδιογράφος (MONITOR ), με τον οποίο συνδέεται με ειδικά ηλεκτρόδια και υποδοχές οι οποίες είναι αυτοκόλλητες και κολλούνται πάνω στο θώρακα του, σε διάφορα σημεία ώστε να λαμβάνονται οι ηλεκτρικές διεγέρσεις από την καρδιά και να παρουσιάζεται στην οθόνη του MONITOR η καρδιακή συχνότητα.

Αυτή η διαδικασία δίνει την δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης του ασθενή από τη στιγμή που εισέρχεται στην καρδιολογική μονάδα και για όσο θα μείνει εκεί. Το παρακλίνιο αυτό MONITOR πρέπει να είναι σε θέση, που να μην βρίσκεται στην οπτική εικόνα του ασθενή .

Σε διαφορετική περίπτωση όταν ο ασθενής έχει την δυνατότητα να παρακολουθεί την οθόνη του MONITOR, αυτό δημιουργεί ψυχική εξάρτηση αυτού από το καθορισμένο μηχάνημα, ώστε να δημιουργούνται προβλήματα , όταν έρθει η στιγμή να αποχωρίσει ο ασθενής από την μονάδα αλλά και προβλήματα προσαρμογής στην υπομονάδα . Επίσης όταν είναι δυνατόν να παρουσιασθούν διάφορες

Πνευμονική αρτηρία  
αορτή  
Δεξιές  
Πνευμονικές  
φλέβες.

κάρω  
κοίτη φλέβα

Δεξιά  
κοιλία

αριστερές  
Πνευμον.  
φλέβες.

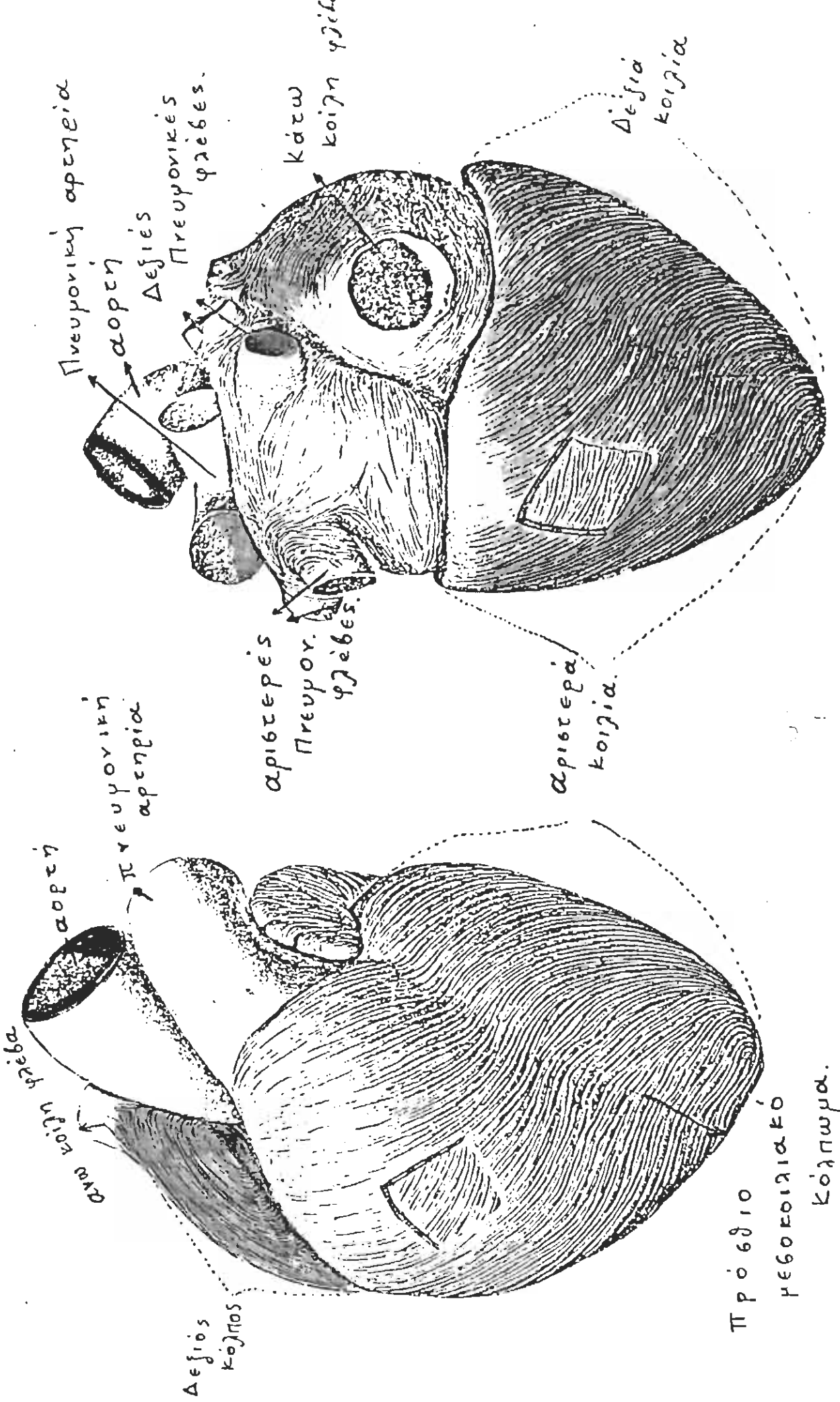
αριστερά  
κοιλία.

Πνευμονική  
αρτηρία

αορτή  
από κοίτη φλέβα

Δεξιός  
κόλπος

Πρόσθιο  
μεσοκοιλιακό  
κόλωμα.





αρρυθμίες στην οθόνη του MONITOR και ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αντιληφθεί ότι κάτι διαφορετικό παρεμβάλεται στο ρυθμό, αυτό δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στην κλινική κατάσταση του λόγω της έντονης ανησυχίας που αποκτά για την πορεία και εξέλιξη των νέων επιπλοκών .

Επίσης δίπλα στην κλίνη του ασθενή υπάρχουν :

α) κεντρική παροχή O<sub>2</sub> β) κεντρική παροχή αναρροφήσεως γ) επιτοίχιο σφυγμομανόμετρο δ) στήλες ορού ε) ορροί στ'είδη νοσηλείας ( σύριγγες, βελόνες, συστήματα ορών, γαζάκια αποστειρωμένα, φλεβοκαθετήρες, οινόπνευμα , λάστιχο φλεβοκέντησης, συστήματα THREE- WAY, καθετήρες αναρροφήσεως) ζ) ενδοσυνενόηση η) οκτώ πρίζες , θ) κομοδίνο, το οποίο χρησιμεύει για την τοποθέτηση ατομικών ειδών νοσηλείας του ασθενή ( λεκάνες μπάνιου, δοχεία νερού, ουροδοχείο -μόνο για τους άνδρες - τα οποία τοποθετούνται στο κάτω μέρος του κομοδίνου, ενώ στο πάνω μέρος τοποθετούνται τα ατομικά προσωπικά του είδη.

Επιπλέον παραπλεύρως στην κλίνη είναι ενσωματωμένη στήλη ορού, στην οποία επάνω τοποθετείται αντλία εγχύσεως υγρών για την ακριβή χορήγηση των υγρών παραντερικώς.

Η κλίνη του ασθενή πρέπει να έχει ειδική κατασκευή με σκληρή βάση σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής και το άνω τμήμα της να μετακινείται με άνεση και ευχέρεια, ανάλογα με τις ανάγκες και την εύκολη επέμβαση στην περίπτωση ανάγκης για ενδοτραχειακή διασωλήνωση.

Το προσωπικό που εργάζεται σ' αυτό το χώρο πρέπει να είναι εξειδικευμένο και αυτό ισχύει και από τον γιατρό μέχρι τον τεχνικό.

Ιδιαίτερα για την Αδελφή πρέπει να πούμε ότι πρέπει να γνωρίζει καλά ορισμένα πράγματα όπως επείγουσα ιατρική φροντίδα.

Στο εξωτερικό η Διπλωματούχος Αδελφή είναι αυτή που θα αντιμετωπίσει τον ασθενή βάση πρωτοκόλλου όταν εισέλθει στην μονάδα καρδιοπαθών . Η διπλωματούχος Αδελφή πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τις αρρυθμίες και την αντιμετώπιση τους όπως και την χρήση διαφόρων μηχανημάτων του απεινιδώτη, τα MONITOR , Εάν συμβεί μια ανακοπή η κοιλιακή μαρμαρυγή η Αδελφή γνωρίζει καλά το τι θα κάνει, μέχρι να έρθει ο γιατρός. Αυτό δε, είναι εξαρτημένο αντανακλαστικό και δεν μπορεί να ενημερωθεί εκείνη την στιγμή ή να περιμένει τον γιατρό να ξεκινήσει θεραπεία γιατί αυτό μπορεί να αποβεί μοιραίο για τον ασθενή.

Αυτή την ευθύνη που έχουμε όλοι μας απέναντι στον ασθενή , την καταλαβαίνουμε καλύτερα εάν σκεφτούμε ότι αυτός που έπαθε την ανακοπή είναι κάποιος συγγενείς μας.

Βέβαια οι Αδελφές που θα θελήσουν να εργασθούν σε μονάδα καρδιοπαθών θα πρέπει πρώτα να περάσουν από σεμινάριο διότι εκτός από τα καθαρά ιατρικά θέματα η φροντίδα του αρρώστου διαφέρει από αυτόν που μπήκε στο Νοσοκομείο για θεραπεία κάποιας μη οξείας καρδιακής ασθένειας.

Στη μονάδα καρδιοπαθών ισχύουν ορισμένοι όροι που αποτελούν αξίωμα και δεν πρέπει να παραβιάζονται :

α) Πρέπει να επικρατεί απόλυτη ησυχία.

β) Θα πρέπει να πείσουμε τον ασθενή ότι βρίσκεται κάτω από έλεγχο και ότι η περίπτωση του παρακολουθείται από εξειδικευμένο προσωπικό.

γ) Δεν θα πρέπει να γίνονται συζητήσεις από ιατρούς και φοιτητές δίπλα στην κλίνη του ασθενή.

Δεν θα πρέπει να συζητάμε με τους συγγενείς του ασθενή για πρόγνωση, αλλά να τους εξηγούμε ότι στην μονάδα καρδιοπαθών η υγεία του ασθενή είναι ρευστή και ότι ανά πάσα στιγμή μπορεί να έχουμε επιπλοκές.

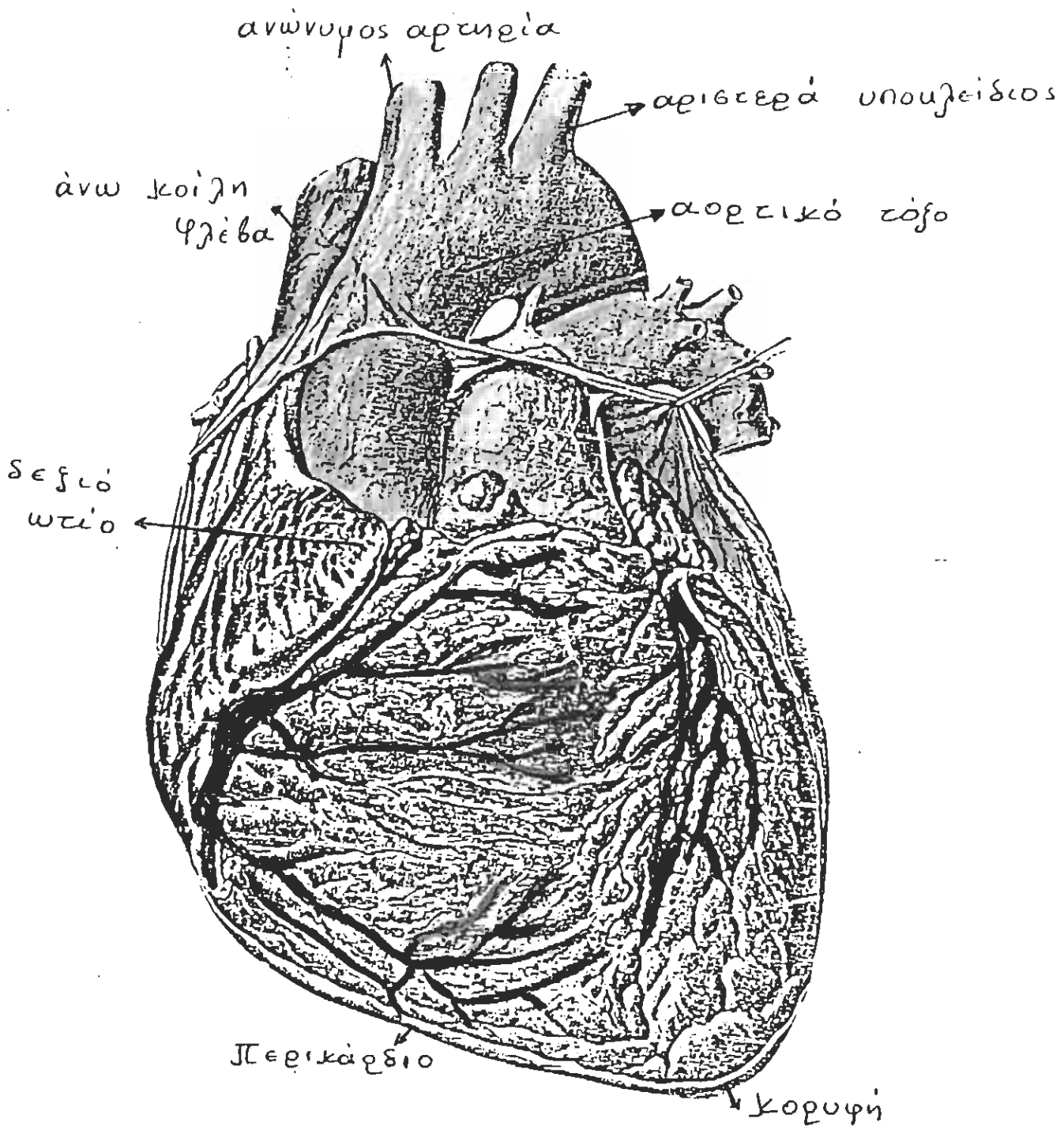
Επίσης πρέπει να βρίσκεται ο ασθενής συνεχώς ήρεμος με την χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων, εκτός βέβαια αν αυτό αντεδείκνυται, όπως σε μια αποφρακτικού τύπου πνευμονοπάθεια.

#### Αποτελέσματα εισαγωγής ασθενή στην ΜΕΠΚ.

Η έγκαιρη εισαγωγή του ασθενή στην εντατική μονάδα είναι πολύ θετική για την μελλοντική εξέλιξη της κατάστασής του.

Με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων ο ασθενής πρέπει να ακινητοποιηθεί και να μεταφερθεί αβίαστα σε εντατική μονάδα. Λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενή τις πρώτες ώρες από την εισαγωγή του, η εντατική μονάδα, δίνει την δυνατότητα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό με τον τεχνητό εξοπλισμό που διαθέτει να παρακολουθείται στενά ο άρρωτος και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα όλες οι επιπλοκές που τυχόν εμφανιστούν.

Επίσης ο ίδιος ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής, λόγω της στενής παρακολούθησης και άμεσης εξηγημένης



των αναγκών του από το νοσηλευτικό προσωπικό και αυτό είναι σημαντικό γιατί η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενή λαμβάνει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### ΜΕΡΟΣ Α

Γενικά περί στεφανιαίας νόσου

Όσον αφορά την επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου έχουν γίνει πολλές μελέτες.

Η μεγαλύτερη σε χρονική διάρκεια επιδημιολογική έρευνα έχει γίνει σε επτά χώρες μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα. Στην χώρα μας η έρευνα έγινε στην Κρήτη και στην Κέρκυρα.

Ο πληθυσμός και των δύο νησιών καταναλίσκει μεγάλες ποσότητες λαδιού. Όταν ξεκίνησε η έρευνα προ 25 περίπου χρόνια η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο στην Κρήτη ήταν πάρα πολύ μικρή. Σήμερα έχει αυξηθεί και στην Κρήτη αρκετά.

Πιστεύεται ότι η αύξηση αυτή δεν οφείλεται τόσο στην διατροφή του αλλά πιθανόν να παίζει σπουδαίο ρόλο το ψυχικό STRESS.

Όσον αφορά την ηλικία εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου θα πρέπει να πούμε ότι είναι μεταξύ 35 - 44 ετών.

Με την πάροδο του χρόνου η θνησιμότητα αυξάνει και σε ηλικία 55-64 . Το 40% των θανάτων στους άνδρες οφείλεται στην στεφανιαία νόσο.

# ΔΥΟ ΚΑΚΟΙ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ



**LDL** χοληστερόλη  
(υψηλή)



**HDL** χοληστερόλη  
(χαμηλή)



**VLDL** τριγλυκερίδια  
(υψηλά)



**HDL** χοληστερόλη  
(χαμηλή)

Η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο στους άνδρες είναι 5,2 φορές μεγαλύτερη απ'ότι στις γυναίκες στην ηλικία μεταξύ 35-54 ετών. Μετά την εμμηνόπαυση και κυρίως στην ηλικία περίπου των 70 ετών, η συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι περίπου η ίδια. Από γεωγραφικής άποψης εξετάζουμε το θέμα θα πρέπει να πούμε ότι η συχνότητα εμφάνισης της στεφανιαίας νόσου είναι μεγαλύτερη στις πλούσιες χώρες με το ψηλό βιοτικό επίπεδο, απ'ότι στις φτωχές χώρες. Και αυτό οφείλεται ότι στις χώρες με το υψηλό βιοτικό επίπεδο γίνεται μεγάλη κατανάλωση λιπών ζωϊκής προέλευσης.

Επίσης τώρα τελευταία συζητείται ότι και το ψυχικό STRESS στις αναπτυγμένες χώρες είναι μεγαλύτερο. Ας μην ξεχνάμε ότι η στεφανιαία νόσος, το έλκος στομάχου, και η σπαστική κολίτιδα είναι ασθένεια των αγχωδών ατόμων ή των ευποροτέρων τάξεων.

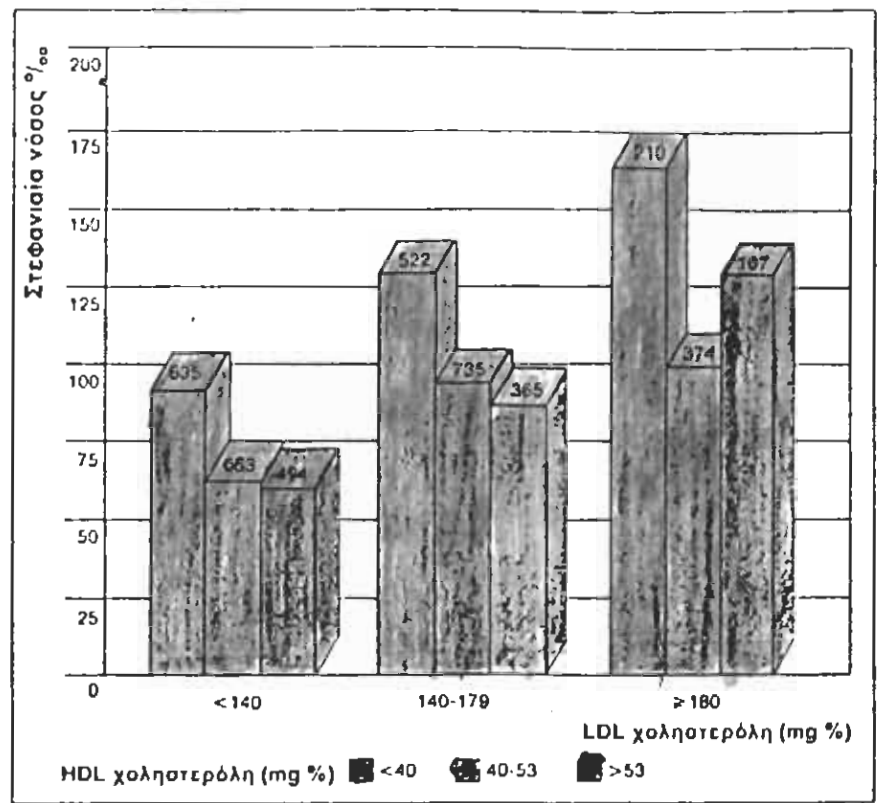
#### Προδιαθεσιακοί παράγοντες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου

Α Η χοληστερίνη η οποία είναι ένας από τους σημαντικότερους προδιαθεσιακούς παράγοντες. Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ υψηλών τιμών λιπιδίων του ορού και στεφανιαίας νόσου. Κυριότερος ένοχος θεωρείται η χοληστερίνη. Τα λιπίδια δεν κυκλοφορούν ελεύθερα αλλά είναι συνδεδεμένα με ειδικές πρωτεΐνες, τις απολεπορωτεΐνες, σχηματίζοντας τις λιποπρωτεΐνες. Στην διερεύνηση μιας υπερλιπιδαιμίας θα πρέπει να μελετάται το ποσοστό της χοληστερίνης των τριγλυκεριδίων και των λιποπρωτεϊνών.

Φυσιολογικά υπάρχουν 4 οικογένειες λιποπρωτεϊνών

ψηλή LDL χοληστερόλη (= η αθηρογόνος)  
αμηλή HDL χοληστερόλη (= η προστατευτική)

χρόνια  
εμφανίσιμη  
σου σε  
έση με τα  
ίπεδα LDL και HDL  
χοληστερόλης.  
άνδρες 50-59  
ών, Coopera-  
ε Lipoprotein  
enotyping  
udy, 1977)





στο πλάσμα , οι οποίες ταξινομούνται με την υπερφυγοκέντρωση σε : α) χυλομικρά β) λιποπρωτεΐνες, πολύ χαμηλής πυκνότητας ( V.L.D.L.) γ) λιποπρωτεΐνες χαμηλής πυκνότητας (LDL), δ) λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας (H.D.L.).

Κατά τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί ότι η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (H.D.L.) βρίσκεται σε αντίστροφη μέτρηση με την συχνότητα της στεφανιαίας νόσου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.

Υψηλές τιμές βρίσκονται στους αθλητές και σε γυναίκες με έμμηνο ρύση.

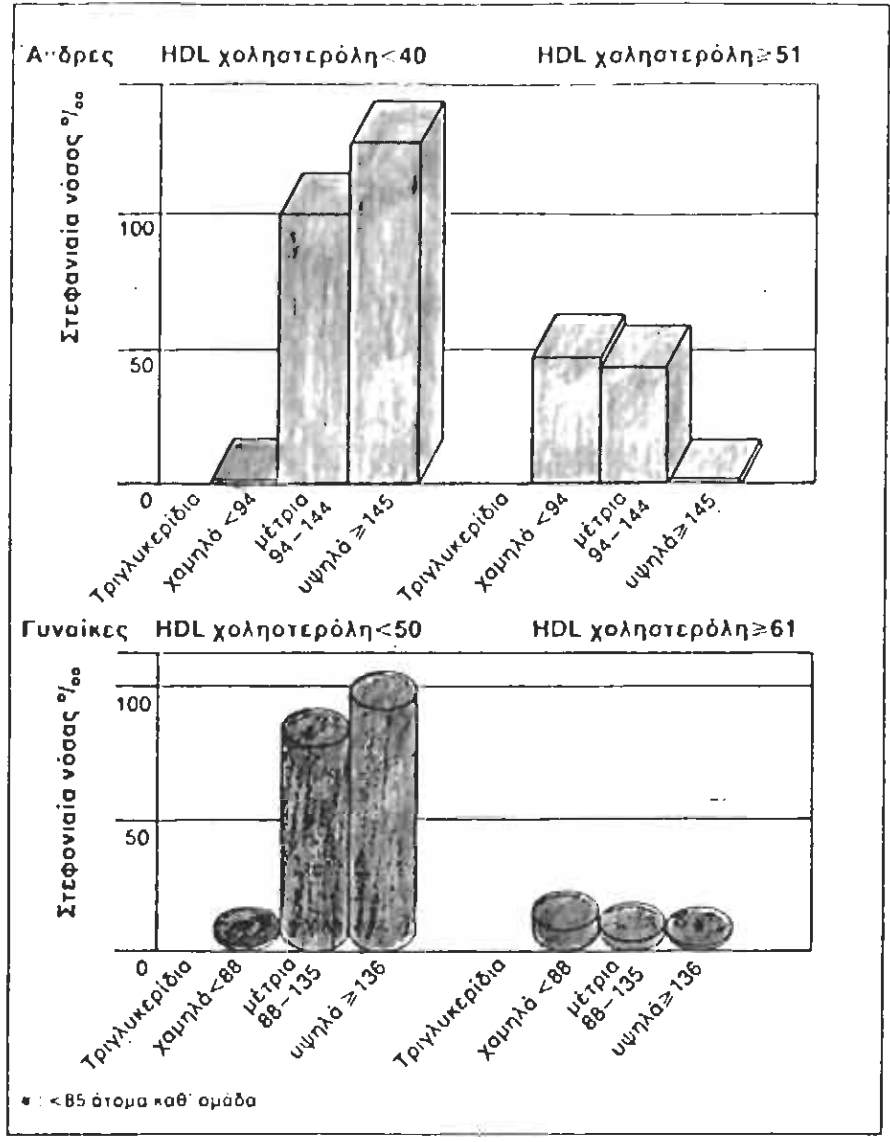
Χαμηλές τιμές βρίσκονται σε γυναίκες που κάνουν χρήση αντισυλληπτικών χαπιών και σε άτομα που κάνουν κατάχρηση καπνού.

Η λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας συμμετέχουν στην απομάκρυνση της χοληστερίνης από το τοίχωμα των αγγείων και την μετακίνησή της στο ήπαρ για να αποβληθεί με την χολή. Η H. D. L. συμβάλλει στην απορρόφηση της χοληστερόλης από τους περιφερικούς ιστούς, περιλαμβανομένου του αρτηριακού κοιχώματος (δράση οδοκαθαριστή) και την μεταφέρει στο ήπαρ όπου μεταβολίζεται και απεκρίνεται.

Η μείωση της H.D. L. μπορεί να διαταράξει την κάθαρση της χοληστερόλης από το αρτηριακό τοίχωμα και να οδηγήσει σε διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα στη διήθηση της χοληστερόλης στο πλάσμα και την καθαρόσή της, προκαλώντας έτσι αυξημένη εναπόθεση χοληστερόλης.

Υψηλά VLDL τριγλυκερίδια (= αθηρογόνα) \*  
 Χαμηλή HDL χοληστερόλη (= η προστατευτική)

Συχνότητα στεφανιαίας νόσου σε σχέση με τα επίπεδα HDL χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων.  
 (Framingham study, 1977)



Β. Υπέρταση:

Η υπέρταση αυξάνει τη διήθηση των λιπιδίων από το πλάσμα στα κύτταρα του έσω χιτώνα των αγγείων ιδιαίτερα όταν υπάρχει αύξηση λιπιδίων του πλάσματος. Η υπέρταση καθώς και η υπερλιπιδαιμία μπορεί να βλάψουν τον έσω χιτώνα και να προκαλέσουν πολλαπλασιασμό των λειών μυϊκών ινών του μέσου χιτώνα σαν προστατευτικό μηχανισμό. Η αυξημένη ευπάθεια σε τραυματικές βλάβες και μεταβολές της πίεσης του πλευριτικού τοιχώματος παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Η υπέρταση αποτελεί σήμερα το συνηθέστερο και σπουδαιότερο παράγοντα κινδύνου στην παθογένεση της αθηροσκλήρωσης και η συνηθέστερη αιτία θανάτου των υπερτασικών ασθενών είναι οι αθηροσκληρωτικές επιπλοκές. Οι καθαρά υπερτασικές επιπλοκές ( καρδιακή ανεπάρκεια, κακοήγησ υπέρταση, εγκεφαλική αιμορραγία, νεφρική ανεπάρκεια ) μειώθηκαν κατά πολύ με την αντιυπερτασική θεραπεία, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο και με τις επιπλοκές της αθηροσκλήρωσης ( έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό έμφρακτο ) ίσως επειδή η μείωση των υψηλών πιέσεων αρχίζει αργά στη ζωή.

Γ. Σακχαρώδης Διαβήτης

Η ασυμπτωματική υπεργλυκαιμία ενηλίκων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη αναφέρεται σαν ανεξάρτητη αλλά και σαν πρόσθετος παράγοντας κινδύνου στην πίεση του αίματος και στα λιπίδια του ορού. Ο διαβήτης προσβάλλει την βασική μεμβράνη των τριχοειδών ( μικροαγγειοπάθεια ) όλων των ιστών .

Προκαλεί ανωμαλίες στα μικρά στεφανιαία

αγγεία καθώς και τις μεγαλύτερες αρτηρίες.

Στους διαβητικούς η αθηροσκλήρυνση είναι συχνότερη και επέρχεται σε μικρότερη ηλικία.

Έχει αποδειχτεί ότι στους διαβητικούς η επίπτωση της στεφανιαίας νόσου είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη από τους μη διαβητικούς αλλά για άγνωστους λόγους η αιτία είναι συχνά η αγγειοπάθεια των μικρών και όχι των μεγάλων αγγείων.

Δεν είναι σπάνια η εμφάνιση στηθάγχης και εμφράγματος σε νέους ανθρώπους με νεανικό διαβήτη.

Ο έλεγχος της υπεργλυκαιμίας σε διαβήτη που εμφανίζεται στην ώριμη ηλικία δεν φαίνεται να επηρεάζει την μεταγενέστερη στεφανιαία νόσο.

#### Δ. Κάπνισμα

Σχετίζεται στενά με χαμηλά επίπεδα Η.Δ.Λ. το 30% του επιπλέον ποσοστού θανάτου που παρατηρείται στους καπνιστές οφείλεται στην ισχαιμιακή καρδιοπάθεια.

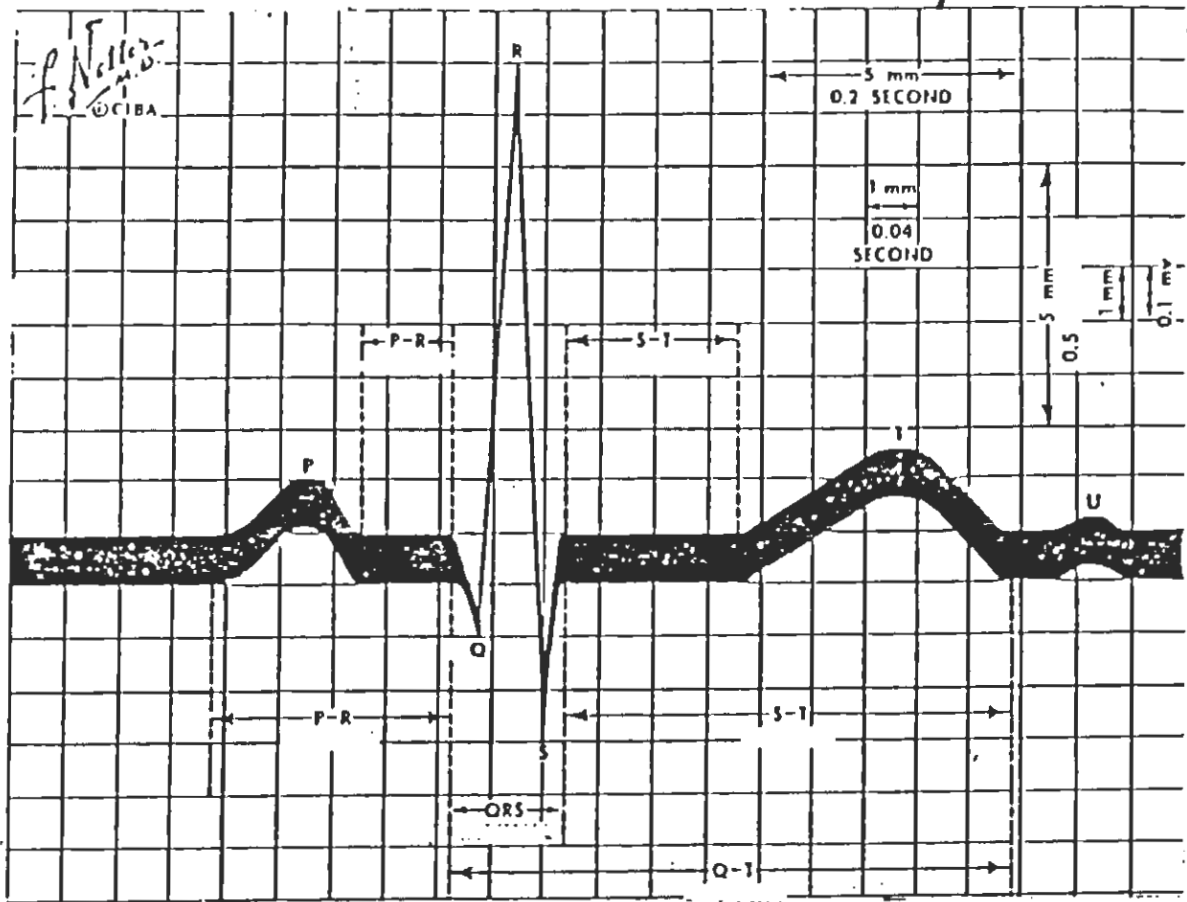
Από την εισπνοή της νικοτίνης αυξάνεται η καρδιακή συχνότητα και η αρτηριακή πίεση, συνέπεια, να αυξάνεται η κατανάλωση  $O_2$  από το μυοκάρδιο.

Με την εισπνοή του μονοξειδίου του άνθρακα (CO), μειώνεται η περιεκτικότητα του αίματος σε  $O_2$  και καταστέλλεται η λειτουργικότητα της αριστερής κοιλίας.

#### Ε. Σωματική αδράνεια

Η καθιστική ζωή σχετίζεται με την παχυσαρκία η οποία προδιαθέτει σε διαβήτη και υπέρταση.

Η σωματική δραστηριότητα έχει ευνοϊκή επίδραση



Τυπικό Ηλεκτροκαρδιογράφημα

στα στεφανιαία αγγεία διότι α) αναπτύσσεται παράπλευρος κυκλοφορία, β) ελαττώνεται η τιμή χοληστερίνης, γ) έχει ευεργετική επίδραση στην πήξη του αίματος.

#### Ζ. Δίαιτα

Η επαρκής σωματική άσκηση χωρίς την απαιτούμενη δίαιτα (αποφυγή ζωικών λιπών) δεν βοηθάει στην αποφυγή εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

#### Η. Οικογενειακό ιστορικό

Θετικό οικογενειακό ιστορικό μπορεί να αντανακλά α) γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, ή διαβήτη, β) επιδράσεις από το περιβάλλον όπως δίαιτα, STRESS, και τρόπος ζωής.

#### Θ. Το φύλο

Η στεφανιαία νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες σε σχέση 4:1.

Πριν από την ηλικία των 40 ετών η σχέση αυτή είναι 8:1

Στην ηλικία των 70 ετών η συχνότητα είναι η ίδια.

#### Ι. Αντιουλληπτικά διοκία

Προδιαθέτουν στην εμφάνιση εμφράγματος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και πνευμονικής εμβολής κυρίως σε γυναίκες πάνω των 40 ετών όπου συνυπάρχουν και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου.

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ Μ.Ε.Π.Κ.

#### 1. ΠΡΟΣΘΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

Ο ασθενής Β.Ν. εισήλθε στην Μ.Ε.Π.Κ. με διά-

γνωση οξύ πρόσθιο εκτεταμένο έμφραγα και παρέμεινε από 28.4.1988 - 9/5.1988 χωρίς επιπλοκές.

Ο ασθενής εισήλθε στη μονάδα με φορείο και με ελαφρύ προκάρδιο άλγος το οποίο διατήρησε για αρκετές ώρες.

Τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίστηκαν ήταν την ίδια ημέρα της εισαγωγής του, παρουσίασε οπισθοστερνικό σουφυκτικό άλγος με αντανάκλαση στα άνω άκρα, μετά 3ο' από το φαγητό, διάρκειας 3-4 ωρών.

Ο ασθενής δεν είχε προβλήματα στο παρελθόν, είχε διακομισθεί από Κόρινθο και το επάγγελμά του ήταν αγρότης.

Η γενική κλινική κατάστασή του ήταν καλή χωρίς αναπνευστικό πρόβλημα, με φυσιολογικό δέρμα και βλενογόνους.

Δεν ήταν υπερτασικός, δεν έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και η χοληστερίνη ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ήταν καπνιστής από 20 ετίας, 20 τσιγάρα ημερησίως. Η ηλικία του ήταν 62 ετών.

Το ιοντόγραμμα που του έγινε στην Μ.Ε.Π.Κ. είχε καλές τιμές ηλεκτρολυτών,  $K= 4,6$ ,  $Na = 141$ . Είχε φυσιολογική Δ.Π. Ηλεκτροκαρδιογραφικά περιγράφεται αυτή στο πρόσθιο τοίχωμα με διατήρηση των δυναμικών στην V5 - V6.

Επίσης παρουσίαζε LAH εις V1=-V3, αρνητικά βαθεία (T( V2 -V6 και AVL με πλήρη διάγνωση AMI

πρόσθιο διαφραγματικό με ισχαιμία στο πλάγιο τοίχωμα.

Δεν παρουσίαζε ψυοήματα ή άλλους επιπρόσθετους πόνους.

Στην θεραπευτική του αγωγή, ετέθησαν τα ακόλουθα ενδοφλεβίως .

DEXTROSE 5% 1000 + 3 FL XYLOCAINE 2% 20 mg

για την αντιμετώπιση των εκτάκτων κοιλιακών συστολών που παρουσίασε στο MONITOR με το οποίο συνδέθηκε ο ασθενής αμέσως μετά την εισαγωγή του στην Μ.Ε.Π.Κ.

Επίσης του ετέθει DEXTROSE 5% 250 + 3 amp NTLG (5mg) για κάλυψη του ασθενούς από τον πόνο.

PEROS : Ετέθει στην αγωγή του PEROS ASPIRINE παιδική (100mg) 1 1/2 x 1 και LEXOTANIL 3 mg 1x1 για να παραμένει ήρεμος ο ασθενής.

Ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος την πρώτη ημέρα της νοσηλείας του στην μονάδα.

Την 2η ημέρα παρουσίασε πόνο προκάρδιο θερμοκρασία 38° C και ακροαστικώς παρουσίαζε τριβή. Διευγνώσθει περικαρδίτιδα και ετέθει στην αγωγή του DOCTU CID SUP 1 SUP x 1 ( αντιφλεγμονώδες φάρμακο ), για την ανακούφισή του από τα συμπτώματα. Ο ασθενής παρέμεινε ήσυχος τις υπόλοιπες ημέρες.

Την 4η ημέρα της Νοσηλείας του σταμάτησε να παίρνει XYLOCAINE , και NTLG από τους ορρούς του και ετέθει PEROS SUPRAMITRINE για την κάλυψή του.

Την 5η ημέρα της νοσηλείας του μεταφέρθηκε σε καρδιολογικό τμήμα χωρίς παραιτέρω επιπλοκές.



Γενικά για το πρόσθιο διαφραγματικό έμφραγμα μπορούμε να πούμε ότι: Το διάφραγμα αιματώνεται από την αριστερή πρόσθια κατιούσα αρτηρία και γενικά το διαφραγματικό έμφραγμα σημαίνει απόφραξη αυτής της αρτηρίας.

Αν εξετάσουμε το πρόσθιο διαφραγματικό έμφραγμα ΗΚΓ φικά διαπιστώνουμε: φυσιολογικά το μεσοκοιλιακό διάφραγμα εκπολώνεται από τ'αριστερά προς τα δεξιά έτσι ώστε οι απαγωγές  $V_1$  και  $V_2$  να εμφανίζουν θετικά επάρματα  $V$  ( διαφραγματικά  $V$  ) . Με την εξέταση της βλάβης του διαφράγματος θα διαπιστώσουμε εξαφάνιση της βλάβης του διαφράγματος θα διαπιστώσουμε εξαφάνιση των δυναμικών της διαφραγματικής εκπολώσεως .

Έτσι στις απαγωγές  $V_1$  και  $V_2$  τα φυσιολογικά διαφραγματικά επάρματα  $V$  θα εξαφανιστούν, όταν υπάρχει διαφραγματικό έμφραγμα και θα παρουσιαστεί.

Ένα τελείως αρνητικό σύμπλεγμα  $Q S$

Γενικά τα χαρακτηριστικά των εμφραγμάτων του πρόσθιου τοιχώματος είναι η εξαφάνιση της φυσιολογικής πορείας  $R$  στις προκάρδιες απαγωγές.

Φυσιολογικά παρατηρείται προοδευτική αύξηση του ύψους του  $R$  καθώς κινούμαστε από τις δεξιές προς τις αριστερές προκάρδιες απαγωγές το πρόσθιο EM διακόπτει αυτή την φυσιολογική πρόοδο του  $R$  με συνέπεια την εμφάνιση παθολογικών  $Q$  σε μια ή περισσότερες προκάρδιες απαγωγές. Επίσης μπορεί να εμφανιστούν ΗΚΓ φικά διαχύτες ισχυμικές αναστροφές του  $T$  στις απαγωγές  $I$ ,  $AVL$  και  $V_3$  έως  $V_5$  ενδεικτικές γενικευμένης ισχαιμίας του πρόσθιου τοιχώματος.

Επίσης μπορούν να εμφανιστούν υπεροξεία επάρματα T στις προκάρδιες απαγωγές και ανύψωση του τμήματος S-T στην απαγωγή AVL με αντικατοπτρικές πτώσεις του S-T στις II, III, και AVF.

Κατώτερο έμφραγμα.

Ο ασθενής Κ.Σ ετών 43 εισήλθε στην Μ.Ε.Π.Κ; στις 15-5-88.

Πριν την είσοδο του ο ασθενής δεν ανέφερε πρόδρομα συμπτώματα. Την ημέρα της εισόδου του στο Νοσοκομείο και ενώ παρακολουθούσε τηλεδραση, αισθάνθηκε έντονο προκάρδιο συσφικτικό άλγος, εφίδρωση και έχασε τις αισθήσεις του. Κατά την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο και στα ΕΙ ο ασθενής παρουσίασε χαμηλή Α. Π. = 70/50 mmHg και πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό ( 30 σφ/MIN).

Ο ασθενής εισήλθε στην Μ.Ε.Π.Κ. με φορείο με με έντονο προκάρδιο άλγος, χαμηλή ΑΠ=70/50 mmHg, ψυχρά άκρα και ζάλη. Συνδέθηκε με το MONITOR και παρουσίαζε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό 40 σφ. / min

Του έγιναν ενδοφλεβίως διαδοχικά σε διάρκεια 5' 2 AMP ATROPINE των 0,5 mg για την βελτίωση της καρδιακής συχνότητας., Επίσης του ετέθει ορρός DEXTROSE 5% 250 + 1 FL INOTREX ( 250 mg ) για την αύξηση της αρτηριακής πίεσεως. Επίσης του ετέθει DEXTROSE 5% 5 00 + 5 AMP ISUPREL (0,2 mg ) σε πολύ χαμηλή ροή για βελτίωση του καρδιακού ρυθμού. Του έγινε πλήρες ΗΚΓ και παρουσίαζε ανάσπαση του ST διαστήματος στην D<sub>2</sub> D<sub>3</sub> AVF εικόνα οξείας κατωτέρου εμφράγματος.

Του έγινε λοντόγραμμα και παρουσίασε τις

εξής τιμές:  $K = 3,55$  ,  $N_a = 137$  και το σάκχαρο αίματος ήταν  $\Sigma A = 174 \text{ mg } \%$  . Για ενίσχυση του Καλίου του ε-  
τέθει ορός DEXTROSE 5% 1000 + 4 gr KCL.

Μετά την διέλευση μιας ώρας από την εισαγωγή του ο ασθενής άρχισε να παρουσιάζει στο MONITOR έκτακτες κοιλιακές συστολές και διεκδπει αμέσως ο ορός με το ISUPREL και έμεινε δίπλα του STAND - BY

Μετά την διέλευση μισής ώρας από την εμφά -  
νιση των εκτάκτων κοιλιακών συστολών, παρουσίασε στο MONITOR κοιλιακή μαρμαρυγή η οποία ανετάχθη με απινί -  
δωση 200 JOULES, και μετέπεσε ο ρυθμός του σε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

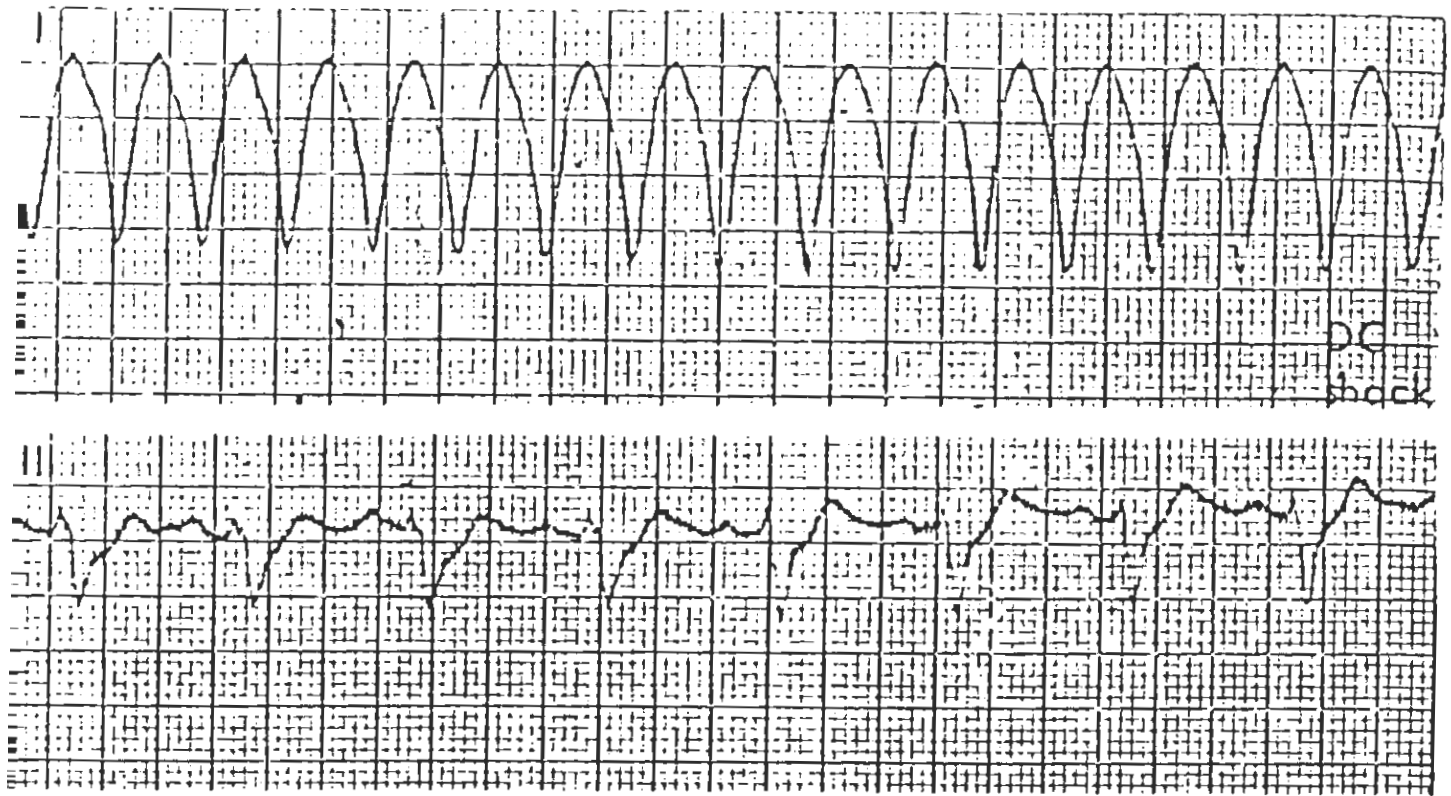
Η αντιμετώπιση ήταν η χορήγηση IV 5AMP ATRO-  
PINE ( 0,5 mg ) και μετέπεσε ο ρυθμός του σε κολπική μαρ-  
μαρυγή με 50 σφ/μηίη .

Με απόφαση των ιατρών που εφημερεύαν οδηγήθη-  
κε ο ασθενής στο καρδιοπνευμονικό εργαστήριο για τοπο-  
θέτηση μόνιμου βηματοδότη .

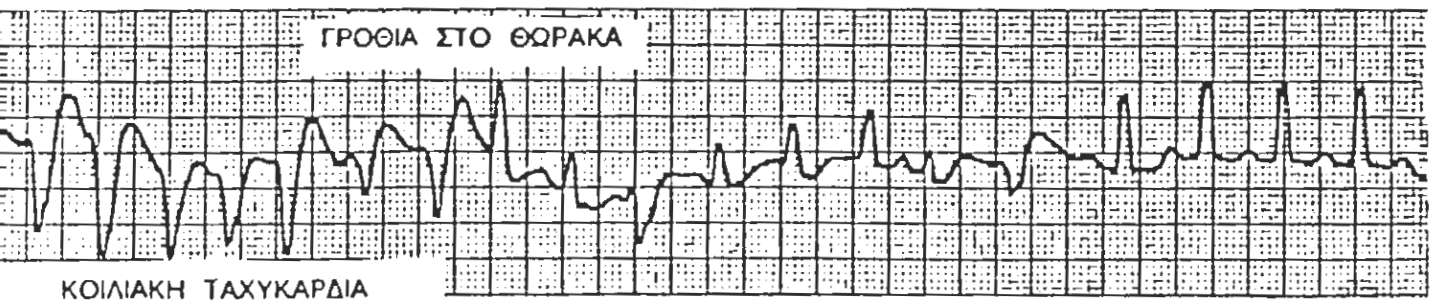
Στο καρδιοπνευμονικό εργαστήριο ο ασθενής παρουσίασε δύο φορές κοιλιακή μαρμαρυγή, οι οποίες ανε-  
τάχθησαν με απινιδώσεις επιτυχώς. Στην συνέχεια ετέθει ο προσωρινός βηματοδότης χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες.

Ο ασθενής επέστρεψε αμέσως στην Μ.Ε.Π.Κ. με-  
τά την τοποθέτηση του προσωρινού βηματοδότη με φορείο σε καλύτερη κλινική κατάσταση με ΑΠ 80/50  $\text{mmHg}$  .  
Από την ενδοφλέβια αγωγή του σταμάτησε ο ορός με το INOTREX και παρέμεινε μαζί με τον ορό που περιείχε ISUPREL.  
Συνδέθηκε με το MONITOR και παρουσίαζε ρυθμό

# ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ ΠΟΥ ΔΙΑΚΟΠΗΚΕ ΜΕ ΑΠΙΝΙΔΩΣΗ



A. Μεγάλης διάρκειας κοιλιακή ταχυκαρδία. (DC shock = εκκένωση συνεχούς ηλεκτρικού ρεύματος). B. Αποκατάσταση του κανονικού φλεβοκομβικού ρυθμού ύστερα από την εκκένωση συνεχούς ηλεκτρικού ρεύματος (καρδιοανάταξη).



Διακοπή κοιλιακής ταχυκαρδίας με χτύπημα στο θώρακα («ανάταξη με γροθιά»).

βηματοδότη. Ο βηματοδότης ήταν ρυθμισμένος στο DEMAND C κατ'επίκληση), με 80 σφ/μηγή  $I = 6 \text{ mA}$  και ουδός 1 mSEC. Τον βηματοδοτικό ρυθμό διατήρησε ο ασθενής και το επόμενο 24 ώρο βρισκόταν σε σχετικά καλή κατάσταση .

Την δεύτερη ημέρα της νοσηλείας του την νύχτα παρουσίασε έντονο λόξυγγα και του έγιναν IV PRIMPERAN AMP με αποτέλεσμα να υποχωρίσουν τα συμπτώματα.

Μετά την διέλευση μισής ώρας ο βηματοδότης δεν λειτουργούσε. Αυξήθηκε η συχνότητα τα MA και τα MS παρουσιάζοντας στο MONITOR τα SPIKE του βηματοδότη.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε πάλι στο καρδιοπνευμονικό εργαστήριο για μετακίνηση του ηλεκτροδίου. Επέστρεψε σε σχετικά καλή κατάσταση και ρυθμό βηματοδότη με χαμηλή  $ΑΠ = 70/50 \text{ mmHg}$  και του ετέθει DEXTROSE 5% με INOTREX για ενίσχυση της Α.Π.

Ο βηματοδότης ήταν ρυθμισμένος στο DEMAND με 70 σφ/μηγή ,  $MA = 4$  ,  $MS = 0,4$ .

Αυξήθηκε η ΑΠ με την χορήγηση του INOTREX και συνέχισε να παίρνει INOTREX σε αργό ρυθμό.

Ο ασθενής παρουσίασε το βράδυ μεγάλη ανησυχία.

Την επόμενη ημέρα ο ασθενής παρελήφθει σε καλή κατάσταση με  $ΑΠ = 120/80 \text{ mmHg}$  .

Έγινε πειραματική διακοπή του INOTREX και μειώθηκε η  $ΑΠ = 80/50 \text{ mmHg}$  και τελικά συνεχίστηκε η χορήγηση του με χαμηλό ρυθμό με αποτέλεσμα την αύξηση και διατήρηση της  $ΑΠ = 110/70 \text{ mmHg}$  . Στην συνέχεια έγινε

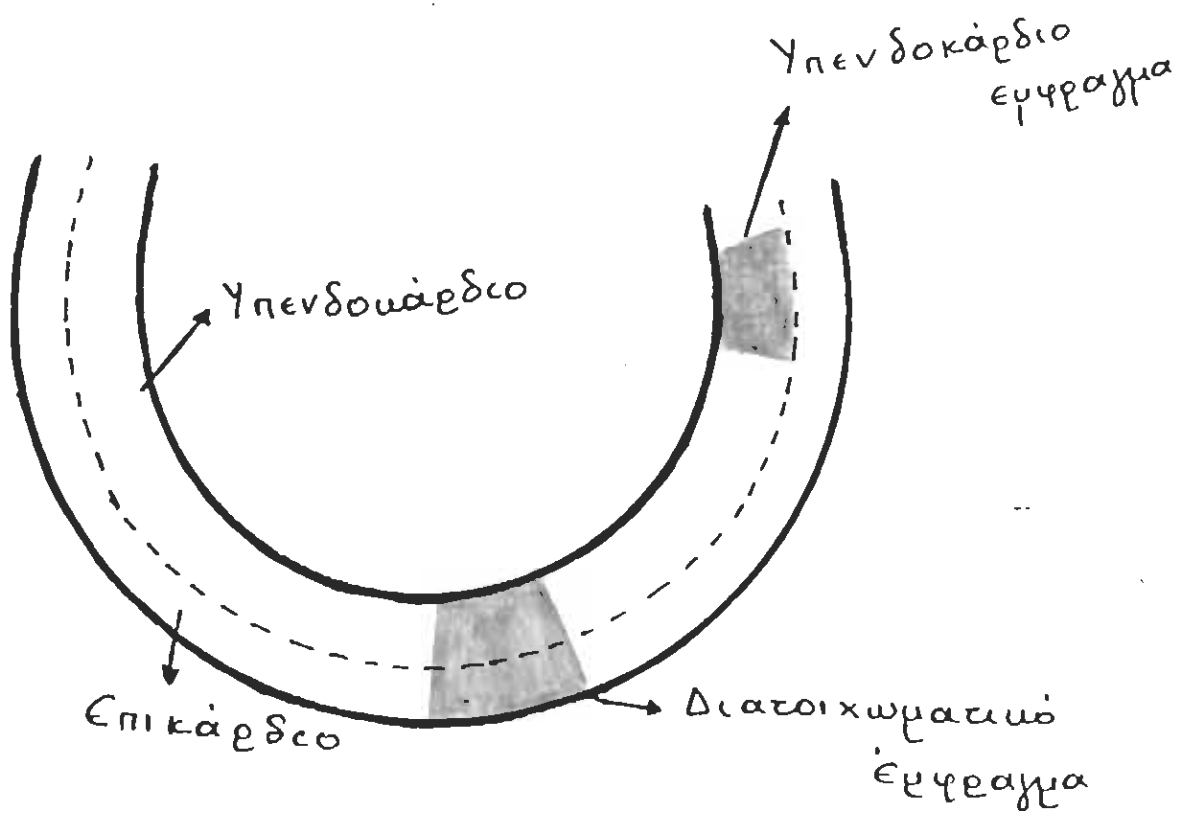
πειραματική μείωση της συχνότητας του. βηματοδότη στις 40 σφ/μηγή και ο ασθενής παρουσίασε δικό του ρυθμό 2;1, κολποκοιλιακό αποκλεισμό και πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό. Προστέθηκε στην αγωγή του **PEROS SALOSPIR** TABL 1X1.

Την ίδια ημέρα κατά την διάρκεια της νύχτας και ενώ είχε ρυθμό βηματοδότη στο MONITOR πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό χωρίς πτώση της ΑΠ. Αυξήθηκαν τα μιλιμπέρ ΜΑ σε 3 από ΜΑ 1 και με συχνότητα 60 σφ/μηγή και ο βηματοδότης λειτούργησε πάλι.

Αργότερα, μετά από 2 ώρες σταμάτησε ξανά να λειτουργεί ο βηματοδότης.

Έγιναν ορισμένες αλλαγές θέσης του ασθενούς αυξήθηκε η συχνότητα τα ΜΑ και τα ΜS του βηματοδότη χωρίς αποτέλεσμα.

Ο ασθενής παρουσίασε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό 50 σφ/μηγή. Αρχισε η χορήγηση DEXTROSE 5% με ISURPEL με 20 σταγ/μηγή χωρίς αποτέλεσμα. Στο MONITOR εμφανίζεται βαθμιαία ελάτωση της συχνότητας. Αντιμετωπίσθηκε με γρήγορη χορήγηση ISUPREL και INOTPEX 1 FL σε DEXTROSE 5% 250· λόγω νηματοειδή σφυγμού. Επίσης έγιναν καρδιακές μαλάξεις και διασωλήνωση τραχείας από ιατρό αναισθησιολόγο προς εξασφάλιση τεχνητής αναπνοής λόγω άπνοιας του ασθενούς. Κατόπιν έγιναν διαδοχικά ενδοκαρδιακώς 2 AMP ADRENALINE ( 1mg ) IV 3 AMP ATROPINE (1mg) και 20 AMP BUCARBONATE (10 mg) SODIUM χωρίς αποτέλεσμα. ο ασθενής παρουσίασε μυδρίαση, αψηλάφητη ΑΠ, ιδιοκοιλιακό ρυθμό και στην συνέχεια ισοηλεκ-



τρική γραμμή.

ΥΠΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ - NON Q

Η υπενδοκαρδιακή περιοχή του μυοκαρδίου είναι πιο ευαίσθητη στην ισχαιμία λόγω της διαφορετικής πορείας των αγγείων που αιματώνουν το ενδοκάρδιο. Το υπενδοκάρδιο είναι στοιβάδα του μυοκαρδίου που βρίσκεται στο ενδοκάρδιο ( λεπτή κυτταρική μεμβράνη που επαλείφει από μέσα τον καρδιακό μυ).

Κατά συνέπεια ένα έμφραγμα μπορεί να μην είναι διατοιχωματικό, δηλ. να επεκτείνεται η νέκρωση ο'όλο το πάχος του μυοκαρδίου, αλλά να περιορίζεται στο υπενδοκάρδιο.

Η ΗΚΓ φική εντόπιση είναι δύσκολη. Δεν υπάρχουν κύματα Q αλλά μόνο ανεστραμμένα επάρματα T ή και πτώση του ST. Οι ΗΚΓ φικές αυτές αλλοιώσεις παραμένουν και δεν είναι παροδικές όπως στην ασταθή στηθάγχη.

Η μόνη διαφορά μεταξύ προεμφραγματικής στηθάγχης και υπενδοκαρδιακού εμφράγματος είναι η αύξηση των ενζύμων του ορού κυρίως της κρεατινοφωσφοκινάσης ( CPK) και μάλιστα του κλάσματος MB.

Επομένως πολλές φορές δεν μπορεί να γίνει διαχωρισμός σαφής μεταξύ προεμφραγματικής στηθάγχης και υπενδοκαρδιακού εμφράγματος. Εξαρτάται από την ποσότητα του μυοκαρδίου που πρέπει να νεκρωθεί για να αυξηθούν τα ένζυμα στον ορό.

Περίπτωση ασθενούς με υπενδοκάρδιο έμφραγμα.

Ο ασθενής Μ.Χ. ετών 54 εισήλθε στην Μ. Ε.Π.Κ.



σε βαριά κατάσταση με έντονο προκάρδιο άλγος, δυσφορία, τάση για εμετό.

Αφού συνδέθηκε με το MONITOR παρουσίαζε έκτακτες κοιλιακές συστολές σε αραιά διαστήματα. Δεν έγινε εγκαι-  
ρη κάλυψη του ασθενή με XYLOCAINE λόγω γρήγορης εξέλιξης της επιπλοκής κατά την διαδικασία της εισαγωγής στην μο-  
νάδα και ο ασθενής παρουσίασε κοιλιακή μαρμαρυγή η οποία ανετάχθει με απινίδωση 300 JOULES . Ο ασθενής συνήλθε από την απινίδωση και διατηρούσε συνεχές προκάρδιο άλγος. Του έγινε PETHEDINE ( 910 γραμ).

Παρουσίασε πολυδιψία και με την εξέταση σακχάρου αίματος είχε τιμή ΣΑ = 319 mg % και του έγιναν εφ' άπαξ 15 μον. ACTRAPID ΥΠ.

Λόγω της δυσφορίας του ετέθει O<sub>2</sub> με μάσκα VENTOURI 35% . Αργότερα παρουσίασε υδαρείς εμέτους. Στην αγωγή του ετέθει ορός DEXTROSE 5% 1000 + 3 FL XYLOCAINE ( 2% , 20mg) + 15 μον. ACTRAPID, επίσης ορός με νιτρογλυκερίνη, HEPARINE 5000 UIX4 και ηρεμιστικό. Το απόγευμα της ίδιας ημέρας παρέμεινε στην ίδια κατάσταση με αλεβοκομβικό ρυθμό .

Παρουσίασε έντονο προκάρδιο άλγος, ενώ συγχρόνως του γινόταν συνέχεια εξέταση σακχάρου αίματος. Αργά το απόγευμα παρουσίασε καρδιακή κάμψη και του έγινε 1 AMP. LASIX (20 mg) εφ' άπαξ με σχετικό αποτέλεσμα.

Παρουσίαζε τάση για έμετο και του έγιναν PRIMPERAN (10 mg) AMP. Προστέθηκε στην αγωγή του συστηματικά TABLET LASIX (40 mg).

Την νύκτα της ίδιας ημέρας παρουσίασε νέα κάμψη με δυσποινα και πύκνωση, υγρούς στις βάσεις των πνευμόνων και συρίστοντες ήχους.

Έγιναν IV 2 AMP.LASIX (20 mg) + 1 AMP. THEOPHYLLINE (500mg) και προστέθηκαν 2 AMP. THEOPHYLLINE στον ορό. Έγινε πλήρες ΗΚΓ γιατί παρουσίασε έντονο πόνο στην πλάτη και παρουσίαζε μικρή ανάσπαση στο πρόσθιο τοίχωμα .

Ο πόνος αντιμετώπιστηκε με ALGAPRAN 1 AMP. IM. Συνέχιζε να παίρνει O<sub>2</sub> με μάσκα VENTOURI .

Την επόμενη ημέρα ήταν πολύ ανήσυχος με αδυναμία για ούρηση. Του ετέθει καθετήρας FOLLEΥ δίνο- ντας 500<κούρα και στην συνέχεια αφαιρέθη γιατί τον ενοχούσε.

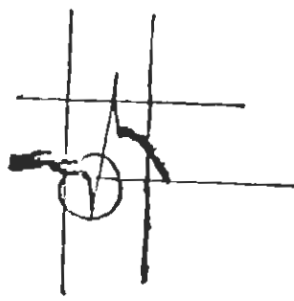
Παρουσίασε πόνο με αντανάκλαση στην πλάτη και του έγινε PETHIDINE (0,10γραμ)

Το απόγευμα της ίδιας ημέρας παρουσίασε έν- τονη δύσποινα και επίδρωση με ΑΠ = 100/70 mmHg .

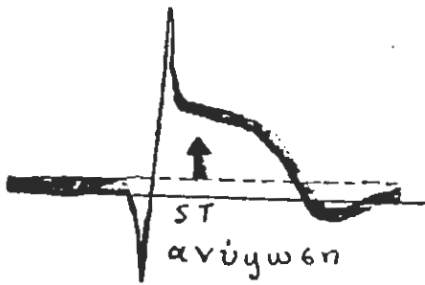
Μετά από ακροαστική εξέταση ο εφημερεύον α- ναφέρει σταθή. Του έγινε 1 AMP. LASIX (20 mg) εφ'άπαξ και ακτινογραφία θώρακα όπου παρουσίασε στοιχεία στά- σεως.

Οι τιμές των ενζύμων της δεύτερης ημέρας LDH= 2100, CPK = 1530 και οι τιμές THROMBOFAX = 40" (έλεγχος για την χορήγηση της υπαρίνης ). Την νύκτα της ίδιας ημέρας παρουσίασε κοιλιακή διδυμία με αραιές έκτακτες κοιλιακές συστολές.

Αργά τη νύκτα της ίδιας ημέρας ήταν ανήσου-



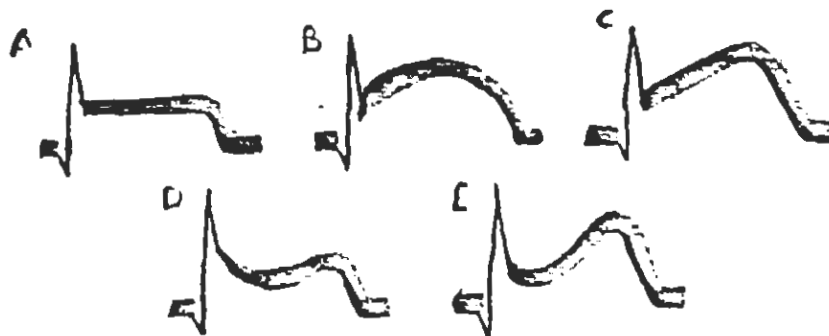
Ευρύ κύμα Q ( Ζώνη νέκρωσης )



Ανύψωση Διαστήματος ( Ζώνη βλάβης )



Αρνητικό έπαρμα T. ( Ζώνη ισχαιμίας )  
εικόνα 17



" Υπεροξεία " κύματα T

χος με ελαφρά δύσποια και συσπαστικότητα του κοιλιακού τοιχώματος κατά την εκπνοή.

Ακροαστικώς παρουσίασε στοιχεία καρδιακής κάμψης και έγιναν 2 AMP. LASIX (20 mg) και 1 AMP. THEO-PHYLLINE (500 mg) IV χωρίς ιδιαίτερα αποτελέσματα.

Του ετέθει  $O_2$  με μάσκα VENTURI 35%.

Συνέχισε να παραμένει σε βαρεία κατάσταση με δύσποια και υγρούς ρόγχους με ΑΠ= 100/60 mmHg και του 1 AMP. LASIX (20 mg) επιπλέον χωρίς σημεία ανακούφισης του ασθενή.

Σταδιακά άρχισε να μειώνεται η Α Π ώστε η ισοτική αιμάτωση να είναι πολύ φτωχή έτσι ώστε ο ασθενής να παρουσιάζεται ωχρός, με ψυχρό δέρμα, μικρό νηματοειδή οφυγμό, περιφερική κυανωση και στην συνέχεια ανουρία και μείωση της πνευματικής διαύγειας.

Του χορηγήθηκε INOTREX (250 mg) και DOPAMINE (50 mg) IV χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα. Ο ρυθμός του ενώ πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ήταν φλεβοκομβική ταχυκαρδία 64/110 εφ/MIN, άρχισε να ελαττώνεται η συχνότητα στις 50 σφ/MIN. Ο ασθενής παρουσίασε συνεχώς πτώση της συχνότητας των σφύξεων και του έγινε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ενώ χορηγήθηκαν IV 2, AMP. ATROPINE (1 mg). 12 AMP. BUCARBONATE (10 mg) SODIUM, και ενδοκαρδιακώς 2 AMP. ADRENALLINE (1 mg) χωρίς ο ασθενής να συνέρθει.

λοταθής στηθάγχη.

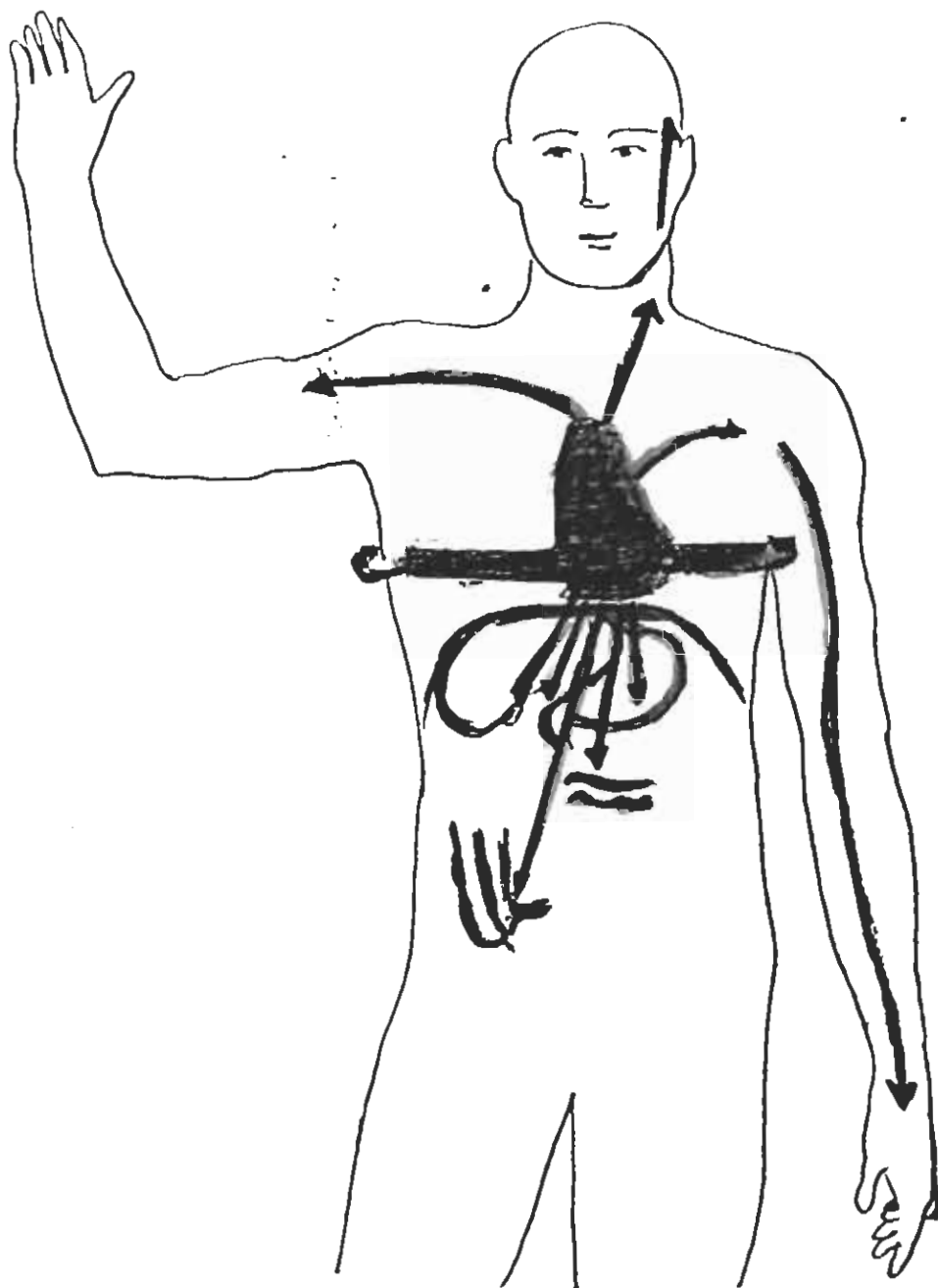
Στα οξεία ισχαιμικά σύνδρομα κατατάσσονται

οι κλινικές εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου που βρίσκονται μεταξύ της σταθεροποιημένης στηθάγχης και του οξέος εμφράγματος. Αυτά τα οξέα ισχαιμικά σύνδρομα περιλαμβάνουν την ασταθή και την προεμφραγματική στηθάγχη. Η εξέλιξη των ασθενών της κατηγορίας αυτής είναι αβέβαιη και γι' αυτό πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να υπάρχει οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

Ασταθής στηθάγχη μπορεί να χαρακτηριστεί κάθε μορφή στηθάγχης η οποία δεν είναι σταθεροποιημένη. Πιο συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται ασταθής η στηθάγχη η οποία άρχισε πρόσφατα ( διάστημα μικρότερο από τέσσερις εβδομάδες), επίσης η σταθεροποιημένη στηθάγχη η οποία πρόσφατα άρχισε να επιδεινώνεται ως προς την συχνότητα, διάρκεια και ένταση του πόνου, επίσης η στηθάγχη η οποία εμφανίζεται στην ηρεμία ή κατά τον ύπνο, και η στηθάγχη που εμφανίζεται μετά το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και σε διάστημα μικρότερο από 4 εβδομάδες.

Στο ΗΚΓ παρουσιάζονται παροδικές αλλαγές όπως ανύσπαση του ST ή κατάσταση του ST ή αναστροφή των κυμάτων T. Επίσης έχουμε παροδική αύξηση των ενζύμων, επίσης οπιοθοστερινικό συσφυκτικό άλγος, παρατεταμένο που να μην ανακουφίζεται με την χρήση νιτρογλυκερίνης.

Η ασταθής στηθάγχη μπορεί να εξελιχθεί σε έμφραγμα μυοκαρδίου, αιφνίδιο θάνατο, σταθεροποιημένη στηθάγχη ή και να γίνει ασυμπτωματική. Επειδή η θνητότητα είναι πολύ μεγάλη τις πρώτες ώρες μετά την ελ-



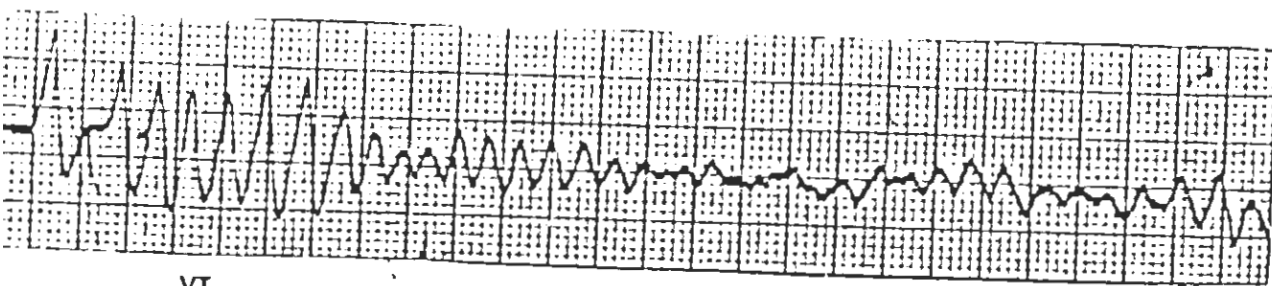
Αντανάκλαση του πόνου  
στο έμφραγμα.

κατάσταση του. εμφράγματος οι ασθενείς με ασταθή στηθάγχη πρέπει να εισάγονται σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας για την έγκαιρη διάγνωση, εμφράγματος η αρρυθμιών.

Περίπτωση ασθενή με ασταθή στηθάγχη .

Ο ασθενής Κ.Σ. εισήλθε στην μονάδα με διάγνωση ασταθή στηθάγχη και πιθανό πρόσφατο ( 1 μήνα ) προσθιοδιαφραγματικό έμφραγμα. Ο ασθενής αναφέρει στηθαγχικά ενοχλήματα εμφανιζόμενα πρό 6 μηνών κατά την κόπωση . Πριν ένα μήνα περίπου αισθάνθηκε ισχυρό συσφυκτικό άλγος, αίσθημα καύσου με αντανάκλαση στην ωμοπλάτη και στα άνω άκρα διάρκειας 1 -2 ώρες. Κατά διαστήματα μετά το πέρας αυτού του επεισοδίου αναφέρει προκάρδια ενοχλήματα τα οποία υποχωρούν ορισμένα μόνα τους και άλλα με την χρήση υποθέτου SPAMO - CIBALGIN. Μετά την πάροδο 20 ημερών από την εμφάνιση του πρώτου επεισοδίου και αφού αισθάνθηκε ισχυρό προκάρδιο άλγος επισκέφθηκε καρδιολόγο όπου έγινε η διάγνωση της ισχαιμίας στο κατώτερο τοίχωμα και η διάγνωση παλαιού πρόσθιου διαφραγματικού εμφράγματος . Ο πόνος πάντοτε συνοδευόταν από εφίδρωση. Όταν εισήλθε στα ΕΙ του Νοσοκομείου είχε προκάρδιο άλγος το οποίο υποχώρησε μετά την χορήγηση PETHIDINE (0,10 ηg) και υπογλώσσιου RISORDAN ( 5 ηg )

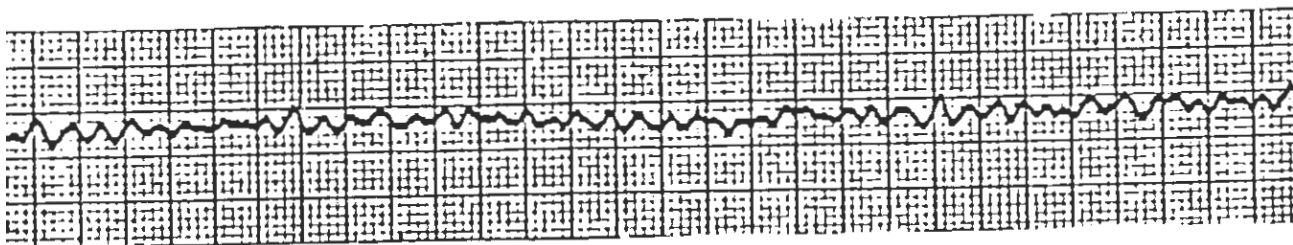
Στο ατομικό ιστορικό του δεν αναφέρει αυξημένη ΑΠ, επίσης δεν αναφέρει παθολογικές τιμές σε εξετάσεις χοληστερίνης , τριγλυκεριδίων και σακχαρώδη διαβήτη. Καπνιστής, 20 τσιγάρα ημερησίως επί 50 χρονια. Στο οικογενειακό του ιστορικό αναφέρει αιφνίδιο θά-



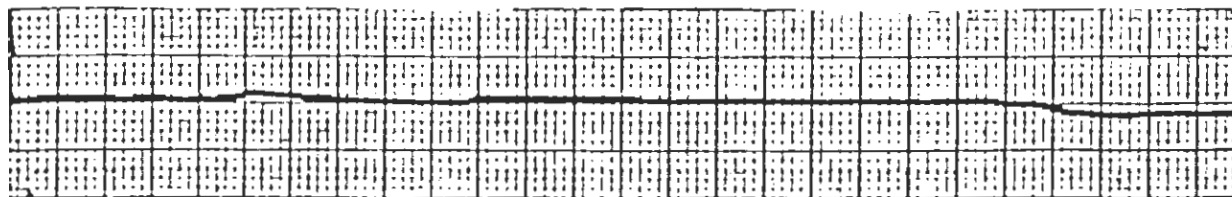
VT

VF

Κοιλιακή ταχυκαρδία (VT) και κοιλιακή μαρμαρυγή (VF), που καταγράφηκαν κατά τη διάρκεια  
ρδιακής άνακοπής.



Κοιλιακή μαρμαρυγή



Πλήρης παύση των κοιλιών (άσυστολία), που προκαλεί «είκόνα ισοηλεκτρικής γραμμής», κατά  
διάρκεια καρδιακής άνακοπής.



νατό του αδελφού του, πιθανότατα από στεφανιαία νόσο.

Κατά την εισαγωγή του στην Μ.Ε.Π.Κ. ο ασθενής ήταν σε σχετικά καλή κλινική κατάσταση με ελαφρύ προκάρδιο άλγος και ΑΠ= 155/90 mmHg .

Αφού συνδέθηκε με το παρακλίνιο MONITOR παρουσίαζε φλεβοκομβική βραδυκαρδία 50 σφ/ MIN.

Στην αγωγή του ετέθει ορρός με NTLG (5 mg ) επίσης PEROS ετέθησαν GLOPIR 10 mg X 3 , STEDON 5 και SIMECO λόγω ύπαρξης έλκους.

Παρέμεινε ήσυχος χωρίς προκάρδιο άλγος και επιπλοκές την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του και προστέθηκε στην αγωγή του 3 FL XYLOCAÏNE λόγω αφανών εκτάκτων κοιλιακών συστολών.

Την επόμενη ημέρα το απόγευμα παρουσίασε ξαφνική πτώση της ΑΠ = 70 mmHg με τάση προς έμετο και βραδυκαρδία. Του έγινε 1 AMP. ATROPINE IV και PRIMPERAN και διεκόπηκε από την αγωγή του η XYLOCAÏNE και το NTLG και ετέθει ο ορρός, DEXTROSE 5% 1000 σε γρήγορη χορήγηση με αποτέλεσμα την αύξηση της ΑΠ και υποχώρηση των λοιπών συμπτωμάτων. Ο ασθενής αισθάνοταν καλύτερα με ΑΠ = 130/90 mmHg και προστέθηκε πάλι το NTLG στον ορρό .

Την επόμενη ημέρα παρέμεινε σε καλή κατάσταση ενώ την νύκτα μετέπεσε ο ρυθμός του σε κοιλιακή μαρμαρυγή με αραιές έκτακτες κοιλιακές συστολές.

Την 3η ημέρα το πρωί και ενώ συνέχιζε να παρουσιάζει κοιλιακή μαρμαρυγή του' έγινε ANGORON 1 AMP 150 mg IV BOLLUS χωρίς αποτέλεσμα μετατροπής στο

ρυθμό του.

Την επόμενη ημέρα κι ενώ ο ρυθμός του ανετάχθη σε φλεβοκομβικό και ο ασθενής ήταν έτοιμος για μετακίνηση στο τμήμα παρουσίασε προκάρδιο άλγος με ΑΠ = 120/70 mmHg. Του εδόθησαν ADALAT 2 CAPS. των 10 mg υπογλωσσίως χωρίς αποτέλεσμα.

Του έγινε πλήρες ΗΚΓ και παρουσίασε εικόνα κατωτέρου εμφράγματος. Του έγινε PETHIDINE 1 AMP. ( 910 mg ) για ανακούφιση από τον πόνο.

Την νύκτα της ίδιας ημέρας ο ασθενής ήταν ανήσυχος, Παρουσίασε στοιχεία καρδιακής κάμψης με ΑΠ = 100/70 mmHg, δύσπνοια, υγρούς ρόγχους, συσπαστικότητα του κοιλιακού τοιχώματος κατά την εκπνοή. Του έγιναν 2 AMP. LASIX (20 mg) και 1 AMP. THEOPHYLLINE (500mg) χωρίς αισθητό αποτέλεσμα. Στην συνέχεια παρουσίασε ηλεκτρομηχανικό διαχωρισμό δηλ. ενώ το MONITOR παρουσίαζε κανονικό φλεβοκομβικό ρυθμό ο ασθενής ήταν αναίσθητος με απηλάφητο σφυγμό και αρτηριακή πίεση. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής έχει μεν ηλεκτρική καρδιακή δραστηριότητα χωρίς όμως μηχανικές συστολές της καρδιάς που να εξωθεί αποτελεσματικά αίμα.

Αντιμετωπίστηκε με 1 AMP. ( GLYCONATE DE CALCIUM) (10% 10mg) IV και 1 AMP. ATROPINE (1mg) + 2 AMP. ISUPREL χωρίς αποτέλεσμα.

Επίσης του ετέθησαν ορροί σε γρήγορη ροή με DAPAMINE 200 mg + INOTREX ( 250 mg) 1 FL αλλά ο ασθενής δεν συνήλθε.

ΜΕΡΟΣ Β

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΗΣ ΑΔΕΛΦΗΣ ΣΤΗ Μ.Ε.Π.Κ.

Ο κύριος συντελεστής της καλής λειτουργίας της Μ.Ε.Π.Κ. είναι η σωστά εκπαιδευμένη Αδελφή. η Αδελφή είναι εκείνη η οποία πρώτη υποδέχεται τον ασθενή και τους συγγενείς του.

Είναι το μοναδικό πρόσωπο για την παρακολούθηση όλων των προβλημάτων των ασθενών με οξεία καρδιακή προσβολή. Εκείνη είναι η οποία πρώτη θα αντιληφθεί την εμφάνιση πρώιμων αρρυθμιών διότι είναι συνεχώς παρούσα.

Η εκπαίδευση της, η ικανότητά της και η εμπιστοσύνη την οποία εμπνέει στον ασθενή και στους συγγενείς του, προσόντα τα οποία πρέπει να την διακρίνουν, είναι μεγάλης σημασίας. Η ηρεμία της και η ικανότητά της να επικοινωνεί με τον ασθενή και τους δικούς του, είναι δυνατόν να μεταβάλλουν τον ασθενή που βρίσκεται σε ένταση και ανησυχία σε ήρεμο και συνεργάσιμο.

Υπάρχουν τρεις βασικές υποδιαιρέσεις στην εργασία της Αδελφής στην Μ.Ε.Π.Κ.

1. Εισαγωγή του ασθενή
2. Καθημερινή εργασία της Αδελφής στην Μ.Ε.Π.Κ.
3. Αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων
4. Πρόληψη επιπλοκών

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα πρώτα λεπτά της ώρας, μετά από την παραλαβή του ασθενή, είναι από πολλές απόψεις κρίσιμη περίοδος. Ο ασθενής βρίσκεται σε ένα περιβάλλον παράξενο και άγνω-

στο. Το καρδιοσκοπιο (MONITOR) δυνατόν να είναι σε προειδοποιητικό ήχο (ALARMING) Τα πρόσωπα τα οποία βλέπει είναι άγνωστα. Οι δικοί του δεν βρίσκονται κοντά του. Πιθανόν να έχει ισχυρό πόνο.

Εάν αντιληφθεί την αιτία της εισαγωγής του στο Νοσοκομείο, θα νομίσει ότι πρόκειται να πεθάνει.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες, μαζί με το γεγονός ότι η ισχαιμία του μυοκαρδίου πιθανόν να έχει συμβεί πριν λίγες ώρες, τείνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης αρρυθμιών. Η Αδελφή έχει δύο βασικά καθήκοντα αυτή την ώρα. Να συγκεντρώσει τα απαραίτητα στοιχεία παρακολούθησης και να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και των δικών του, .

Τα καθήκοντα της Αδελφής της μονάδας κατά την εισαγωγή του ασθενή είναι τα εξής:

Η Αδελφή υποδέχεται τον ασθενή με αυξημένη παρατηρητικότητα, η οποία θα φανερώνει ικανότητα και ηρεμία, χωρίς θόρυβο, ούτε πολύ σοβαρό ύφος, ούτε και επιπόλαιο. Όσο χρόνο η Αδελφή ομιλεί στον ασθενή αξιολογεί την γενική κατάσταση και επισημαίνει την θέση του στο φορείο, έτσι ώστε να προσαρμοστεί ανάλογα και το κρεβάτι στο οποίο θα μεταφερθεί, δηλ. θα ανυψωθεί το ερεικνωτο, θα αφαιρεθούν τα μαξιλάρια κ.λ.π.

Στον ασθενή δεν επιτρέπεται να βοηθήσει κατά την μεταφορά του από το φορείο στο κρεβάτι. Ο νοσοκόμος και δύο Αδελφές τον σηκώνουν και τον τοποθετούν προσεκτικά στο κρεβάτι του.

Εάν ο ασθενής συνοδεύεται από τους δικούς

του, μία άλλη Αδελφή τους παρακαλεί να περιμένουν στην αίθουσα αναμονής, μέχρι ότου τακτοποιηθεί ο ασθενής και στην συνέχεια θα τον επισκεφθούν.

Στη συνέχεια η Αδελφή τοποθετεί τα ηλεκτρόδια στον θώρακα του ασθενή και στα άκρα αφού καθαρίσει τοπικά το δέρμα με βενζίνη και κάνει αποτρίχωση του δέρματος εάν ενδείκνυται. Συγχρόνως εξηγεί στον ασθενή τον σκοπό αυτής της διαδικασίας : "Τα ηλεκτρόδια αυτά συγκεντρώνουν το ηλεκτρικό ρεύμα, το οποίο παράγει η καρδιά σας και έτσι βλέπουμε το Η.Κ.Γ. από την οθόνη συνέχεια".

Ανοίγει το καρδιοσκοπιο (MONITOR) και παρατηρεί τον καρδιακό ρυθμό από την οθόνη που βρίσκεται στο άλλο δωμάτιο. Εάν υπάρχει καταγραφικό μηχάνημα προσαρμοσμένο στην κεντρική οθόνη καταγράφει αυτό αφού λάβει μικρό τεμάχιο Η.Κ. Γ.

Παίρνει τα ζωτικά σημεία του ασθενή, ρυθμίζει αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία. Εάν ο ασθενής είναι ωχρός και έχει ψυχρά άκρα ή υγρό δέρμα ανυψώνει το κατώτερο τμήμα του κρεβατιού και χορηγεί  $O_2$  με μάσκα ή καθετήρα  $O_2$  ( υπάρχουν και τα δύο δίπλα στο κρεβάτι του ασθενή).

Εάν ο ασθενής έχει πόνο, χορηγεί παυσίπονο φάρμακο αφού συμβουλευτεί το φύλλο ιατρικών οδηγιών από το φάκελλο, ο οποίος συνοδεύει τον ασθενή από το τμήμα εισαγωγής και συγχρόνως ειδοποιεί τον ιατρό.

Εξηγεί στον ασθενή ( εάν βέβαια είναι σε θέση να συμμετέχει στη συζήτηση) τον σκοπό της Μονάδας στην

οποία έχει εισαχθεί :'' Είναι ένα ειδικό μικρό τμήμα για την παρακολούθηση μικρού αριθμού ασθενών .''.

Τον ενημερώνει για την επίσκεψη των δικών του και τι πρέπει ο ίδιος να κάνει για να βοηθήσει στην αποκατάσταση της υγείας τους: '' Δεν επιτρέπεται να σηκωθείτε από το κρεβάτι. Θα κινείσθε προσεκτικά και θα σας βοηθούμε εμείς να γυρίσετε ή να καθήσετε ψηλότερα. Οτιδήποτε θελήσετε θα φωνάξετε Αδελφή. Αυτό αρκεί. Θα έλθουμε αμέσως. Εξ άλλου η Αδελφή από τη θέση της σας παρακολουθεί συνέχεια και εσείς θα την βλέπετε από το κρεβάτι σας.

Στη συνέχεια εξηγεί η Αδελφή στον ασθενή ότι η Μονάδα θα παραμείνει μόνο λίγες ημέρες (3-4) και θα μεταφερθεί κατόπιν σε άλλο δωμάτιο το οποίο δεν θα έχει όλον αυτό τον εξοπλισμό, ούτε θα χρειάζεται αυτά τα ηλεκτρόδια: '' Όταν θα μεταφερθείτε στο άλλο δωμάτιο θα έχετε τους δικούς σας περισσότερη ώρα κοντά σας. Κατά το χρονικό διάστημα της παραμονής σας εδώ στην Μονάδα οι δικοί σας θα σας επισκέπτονται δύο φορές την ημέρα ( 1/2 ώρα το πρωί και 1/2 ώρα το απόγευμα). Πρέπει να είστε όσο το δυνατόν ήσυχος''.

Εάν ο ασθενής έχει κάνει πλήρες ΗΚΓ στο τμήμα εισαγωγής, θα ληφθεί μόνο μικρό τεμάχιο από το καταγραφικό, είτε μια απαγωγή η οποία απεικονίζεται στην οθόνη του καρδιοσκοπίου και τοποθετείται στην πρώτη σελίδα του φύλλου του ασθενούς. Διαφορετικά γίνεται πλήρες ΗΚΓ.

Αφού τακτοποιηθεί ο ασθενής, η Αδελφή μιλά

οτους δικούς του οι οποίοι περιμένουν στην αίθουσα αναμονής. Τους εξηγεί αυτά τα οποία είπε στον ασθενή και ουχρόνως ζητά πληροφορίες σχετικά με την υγεία του ασθενή και κυρίως εάν έπαιρνε φάρμακα ή εάν έκανε κάποια θεραπεία. Η διεύθυνση και ο αριθμός τηλεφώνου της οικογένειας του ασθενή παίρνονται σωστά και καταγράφονται στο φύλλο Νοσηλείας και στο ειδικό βιβλίο της Μονάδας.

Ενημερώνει η Αδελφή επίσης τους συγγενείς του ασθενή ότι ο ιατρός θα τους δει σύντομα και θα τους ενημερώσει για τον ασθενή και ουχρόνως τους οδηγεί στο δωμάτιο του ασθενή (εάν είναι περισσότεροι από δύο δεν τους επιτρέπει να μούν). Τους εφοδιάζει με το βιβλιάρκι πληροφοριών της Μονάδας, ο οποίος αναγράφονται τηλέφωνο, ώρα και διάρκεια επισκεπτηρίου, τα είδη τα οποία επιτρέπονται να έχει ο ασθενής δίπλα του. Τρόφιμα και άνθη απαγορεύονται.

Αμέσως μετά την τακτοποίηση του ασθενούς η υπεύθυνη Αδελφή γράφει τις παρατηρήσεις της καλύπτοντας τα παρακάτω σημεία.

Ημερομηνία εισαγωγής	Καρδιακός ρυθμός
Όνοματεπώνυμο ασθενή	Δύσπνοια
Διεύθυνση - Τηλέφωνο	SHOCK
Ηλικία	Άλλα νοσήματα
Φύλλο	Γενική κατάσταση
Αρτηριακή πίεση	Εργαστηριακές εξετάσεις
Σφύξεις	ΗΚΓ
Θερμοκρασία	Φάρμακα

2. Καθημερινή εργασία της Αδελφής στη Μονάδα

Εκτός των ειδικών νοσηλευτικών καθηκόντων, τα οποία αποτελούν προνόμιο των Αδελφών των Μονάδων, η Αδελφή η οποία εργάζεται σ' αυτό τον χώρο δίνει πρώτα την γενική Νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς της Μονάδας.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας για τον ασθενή της Μονάδας δεν είναι προκαθορισμένο.

Αυτό εξαρτάται απολύτως από τις ανάγκες και την γενική κατάσταση του κάθε ασθενή.

Εκτός από αυτό η Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών της Μονάδας είναι εξατομικευμένη.

Η καθημερινή Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

Την Γενική Νοσηλευτική

α) Ανάπαυση σωματική και ψυχική

Ο ασθενής σε μια ειδική καρδιολογική Μονάδα έχει ανάγκη όλων των νοσηλευτικών φροντίδων, τις οποίες χρειάζεται ο κλινήρης ασθενής των Γενικών Νοσηλευτικών Τμημάτων.

Οι ασθενείς, οι οποίοι έχουν τις αισθήσεις τους ενθαρρύνονται από την Αδελφή να μετακινούν τα κάτω άκρα τους για την ελάττωση του κινδύνου της θρομβοφλεβίτιδας.

Προσοχή επίσης δίνεται στην περιοχή του δέρματος όπου εξασκείται πίεση (γλουτοί, αγκώνες, πτέρνα).



Η Αδελφή προοέχει ιδιαιτέρως την ανάπαυση του ασθενή όσο εξαρτάται από την γενική του κατάσταση. Αλλά συνήθως ο ασθενής παραμένει σε πλήρη ανάπαυση τις πρώτες 72 ώρες από την έναρξη του επεισοδίου ( η περίοδος του μεγαλύτερου κινδύνου). Προοδευτικά αναλαμβάνει δραστηριότητες με την επίβλεψη της Αδελφής π.χ. Επιτρέπεται να τρώει μόνος του αφού ετοιμαστεί το φαγητό του, ή να βουρτοίσει τα δόντια του κ.λ.π.

Γενικά δεν επιτρέπεται να κάνει τίποτα για τον εαυτό του ο ασθενής , το οποίο δημιουργεί κόπωση και κατά συνέπεια αυξάνει το έργο του πάσχοντα καρδιακού μυός.

Εκτός της σωματικής ανάπαυσης η Αδελφή φροντίζει και για την ψυχική ανάπαυση του Ασθενή ενημερώνοντάς τον για την κατάστασή του.

Ανάπαυση σημαίνει απαλλαγή και από την ανησυχία. Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να ηρεμήσει ο ασθενής, γιατί πολλές φορές η ανησυχία δημιουργεί ταχυκαρδία.

#### β) Ατομική καθαριότητα του ασθενούς

Αφού είπαμε ότι ο ασθενής θα μείνει λίγες μέρες κατακειλιμένος η καθαριότητα του σώματός του θα γίνει στο κρεβάτι.

Χρησιμοποιεί χλιαρό νερό γιατί το καυτό

αυξάνει τις ανάγκες παροχής μεγαλύτερης ποσότητας αίματος ο'όλο το σώμα κι'έτσι επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο το έργο της καρδιάς. .  
Οι κινήσεις της είναι γρήγορες αλλά όχι απότομες,

Απαγορεύονται οι έντονες εντριβές στους καρδιολογικούς αρρώστους. Ακόμα προσέχει ιδιαίτερα η Αδελφή τις περιοχές που είναι ευαίσθητες λόγω της συνεχούς κατάκλισης του ασθενούς.

Η περιποίηση του στόματός του γίνεται με βαμβάκι εμποτισμένο σε λεμόνι και γλυκερίνη.

Όταν περάσουν οι πρώτες δύσκολες ημέρες δίνουμε κουράγιο στον ασθενή ώστε σιγά - σιγά μόνος του να κάνει ορισμένες εξυπηρετήσεις στον εαυτό του.

#### γ) Δίαιτα ελαφρά - Ισοζύγιο υγρών

Τις 4-12 ώρες που ο ασθενής έρχεται στην Μ.Ε.Π.Κ. δε του δίνετε τίποτα. Η δίαιτα του ασθενή πρέπει να περιορίζεται μόνο σε 1.000 - 1.500 την ημέρα. Λαμβάνονται υπ'όψη οι προτιμήσεις του ασθενή ή σε σχέση με το διαιτολόγιό του, ασφαλώς όμως μέσα στα όρια της δίαιτας του.

Σε περίπτωση παχυσαρκίας ασθενών δίνεται τροφή με ελαττωμένες θερμίδες.

Οι μερίδες δεν πρέπει να είναι ιδιαίτερα μεγάλες ή ογκώδεις και καλό είναι να αποφεύγονται και οι υπερβολές της θερμοκρασίας. Είναι ευκαιρία τώρα που βρίσκεται στο Νοσοκομείο ο ασθενής να συνηθίσει στην ιδέα της αλλαγής της διατροφής του.

Έτσι εφαρμόζουμε δίαιτα φτωχή σε χολιστερόλη και λίπη. Ακόμα η δίαιτα περιλαμβάνει 4-5 NaCl το 24ώρο (δεν προσθέτουμε άλατι) και ελεύθερες ποσότητες υδατανόθρακoux και καλιούχων τροφών.,

Πρέπει ακόμα να περιέχονται τροφές που να καταπολεμούν την δυσκοιλιότητα.

Η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς της Μονάδας. Εάν ο ασθενής δεν έχει ούρα τις πρώτες 12 ώρες από την είσοδό του η Αδελφή ενημερώνει τον ιατρό. Στο αρχικό στάδιο καρδιακής προσβολής παρατηρείται δυσχέρεια στην ούρηση. Πρέπει να αποφεύγεται η υπερπλήρωση της κύστεως, γιατί τότε ο καθετηριασμός είναι αναπόφευκτο επακόλουθο.

Κάθε προσπάθεια πρέπει να καταβάλλεται έτσι ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής έγκαιρα, γιατί η ταλαιπωρία αυτή πιθανόν να επιδεινώσει την κατάστασή του. π.χ. μπορούμε να τοποθετήσουμε θερμοφόρα στο υπογάστριο του ασθενή, να ανοίξουμε την βρύση ή να σηκώσουμε τον ασθενή εμπρός στο κρεβάτι του, αφού ερωτηθεί ο ιατρός.

Σε περίπτωση καθετηριασμού ενημερώνεται προηγουμένως ο ασθενής και δίνονται σαφείς εξηγήσεις.

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

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

Συνήθως χορηγούνται διουρητικά φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτής της πειπλοκής των οποίων το αποτέλεσμα πρέπει να ελέγχεται καθημερινά.

Το φύλλο ισοζυγίου υγρών αποτελεί το δείκτη εκτιμήσεως της θεραπείας μέσω διουρητικών.

Επομένως η προσεκτική και ακριβής αναγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών είναι μεγάλης σημασίας και αποτελεί βασικό Νοσηλευτικό καθήκον.

#### δ) Λειτουργία εντέρου

Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωτος είναι η δυσκοιλιότητα. Τα αίτιά της είναι τα οπιούχα φάρμακα, η συνεχής κατάκλιση, και ο ψυχολογικός παράγοντας.

Βοηθάμε τον ασθενή με την κυτταρίνη στην διατροφή του, η τα διάφορα μαλακτικά των κοπράνων όπως είναι η νατριούχος διοκτόλη.

Επίσης βοηθάμε τον άρρωτο δίνοντάς του κάθε βράδυ 1-3 κουταλιές της σούπας MILK OF MAGNESIA ή 1-3 κουταλιές της σούπας παραφίνη, αν και αυτό δεν λύνει το πρόβλημα .

Απαγορεύεται η έντονη προσπάθεια του ασθενή για κένωση γιατί μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, την ένταση της αριστεράς κοιλίας και το κυριότερο ρήξη μυοκαρδίου.

Στους περισσότερους ασθενείς γίνεται υποκλι-

σμός με FLEET-ENEMA ημέρα παρ'ημέρα . Η ένταση του ασθενή είναι μικρότερη και καταβάλλει μικρότερη προσπάθεια εάν του επιτραπεί να χρησιμοποιεί , καρέκλα , δοχείο ( BED-SIDE COMMODE) αντί να επιμένουμε στη χρήση δοχείου στο κρεβάτι. Αυτό ασφαλώς δεν θα χρησιμοποιείται για όλους τους ασθενείς της μονάδας αλλά εκλεκτικώς και θα πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε ιατρική εντολή.

#### ε) χορήγηση φαρμάκων

Είναι ένα θέμα πολύ σημαντικό και η Αδελφή είναι απαραίτητο να είναι προσεκτική στην χορήγηση φαρμάκων από το στόμα και ενδοφλεβίως.

Δεν συγχωρείται κανένα λάθος γιατί ο κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς είναι μεγάλος. Χορηγεί στην κατάλληλη ώρα την ακριβή ποσότητα φαρμάκου, μονογράφοντας πάνω στην ώρα χορήγησής του. Πρέπει να ξέρει τις επιπλοκές του κάθε φαρμάκου ώστε να είναι προετοιμασμένη για κάποιο σύμπτωμα που θα αναφέρει ο ασθενής.

Τα φάρμακα που χορηγεί η Αδελφή είναι Δακτυλίτιδα ( καρδιοτονωτικά). Ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα από την τοξικότητα του φαρμάκου όπως ναυτία και εμετοί, συγχυτικά φαινόμενα, κίτρινη όραση και αλλαγές στο ΗΚΓ/ψήμα όπως έκτακτες συστολές.

Αν παίρνει διουρητικά, μετράει και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.

Αν δεν δίνει καθόλου ούρα τοποθετείται καθετήρας.

Αν παίρνει αντιπηκτικά ο ασθενής πρέπει να προσέχει ιδιαίτερα γιατί η δόση του φαρμάκου καθορίζεται

καθημερινά γιατί γίνονται επίσης καθημερινά οι εξετάσεις πήκτικότητας του αίματος ( χρόνος προθρομβίνης και μέτρηση αιμοπεταλίων )

#### Τις γενικές κλινικές παρατηρήσεις

Αυτές περιλαμβάνουν την ανακάλυψη κυανώσεως , την εμφάνιση δύσπνοιας και γενικής ανησυχίας η ψυχρών άκρων, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται σε ελαττωμένη καρδιακή παροχή.

Η εμφάνιση απώλειας προσανατολισμού του ασθενή αποτελεί ένδειξη πιθανής κακής εγκεφαλικής αιματώσεως Επίσης και η αδικαιολόγητη υπερβολική εφίδρωση μαρτυρεί πιθανή υπερλειτουργεία του συμπαθητικού συστήματος, σημείο το οποίο δυνατόν να αξιολογηθεί ως καρδιοαγγειακή ένταση (STRESS).

Η Αδελφή αναγράφει τις παρατηρήσεις της καθημερινά με βάση των ανώτερων σημείων του ασθενή φροντίζει να είναι σαφής, ακριβής και σύντομη, έχοντας υπόψη της ότι αυτό θα κατευθύνει τον ιατρό στη συνέχεια η αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή και θα προληφθούν ίσως σοβαρές επιπλοκές.

Πρέπει επίσης η Αδελφή να έχει εκπαιδευτεί για την σωστή λήψη της αρτηριακής πίεσεως. Αυτό δεν είναι πάντοτε απλό, ούτε εύκολο. Εάν η Αδελφή δεν ψηλαφά τον αρτηριακό σφυγμό ή δεν ακούει την ελάττωση του τόνου της αρτηρίας οφείλει να το αναφέρει αμέσως.

Η λήψη των ζωτικών σημείων και η ακριβής αναγραφή αυτών στο διάγραμμα της εικοσιτετραώρου παρακολούθησε του ασθενή πρέπει να διεξάγεται συστημα-

τικά κατά την προκαθορισμένη ώρα.

Γνωρίζει η Αδελφή ότι σε ειδικές περιπτώσεις π.χ. κοιλιακή μαρμαρυγή, εκτακτοσυστολική αρρυθμία κ.λ.π. ένας αριθμός των καρδιακών συστολών δεν ψηλαφώνται στην κερκιδική αρτηρία και επομένως ο αριθμός των σφύξεων θα είναι μικρότερος από την καρδιακή συχνότητα, η οποία είναι γνωστή από το Η Κ Γ εάν ο ασθενής είναι συνδεδεμένος με MONITOR .

Τον καρδιακό ρυθμό

Το βασικότερο χαρακτηριστικό των καθημερινών Νοσηλευτικών καθηκόντων σε μια καρδιολογική εντατική μονάδα, είναι η παρακολούθηση των καρδιοσκοπίων στην κεντρική θέση της Αδελφής.

Επειδή το καθήκον αυτό απαιτεί συνεχή προσήλωση και ευθύνη, φροντίζουμε να μην εκτελείται από την ίδια Αδελφή, αλλά εναλλάξ.

Παροδικές αλλαγές στο καρδιακό ρυθμό στο κύμα Ρ. ή στο σύμπλεγμα Q R S, το S-T διάστημα ή το κύμα T, θα πρέπει να σημειώνονται και να καταγράφονται από το καταγραφικό μηχάνημα, του κεντρικού σταθμού, για να αξιολογούνται στην συνέχεια από τον Ιατρό.

Η Αδελφή οφείλει να απαντά στους προειδοποιητικούς ήχους των MONITORS και να αξιολογεί αυτά ανάλογα με τις κινήσεις του ασθενή και την προσεκτική τοποθέτηση των ηλεκτροδίων.

Την έναρξη Θεραπείας

Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις κατά τις οποίες η Προϊσταμένη Αδελφή ή η υπεύθυνος Αδελφή κάθε ωραρίου

# Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη

National Academy of Sciences - National Research Council

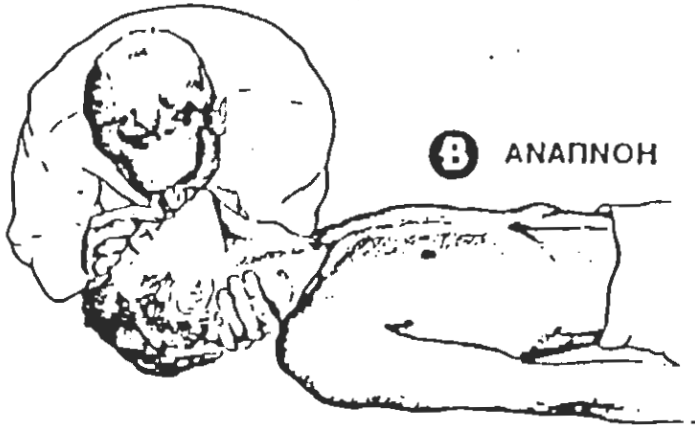
## Α ΑΕΡΟΦΟΡΟΙ ΟΔΟΙ



ΑΠΟΦΡΑΓΜΕΝΕΣ

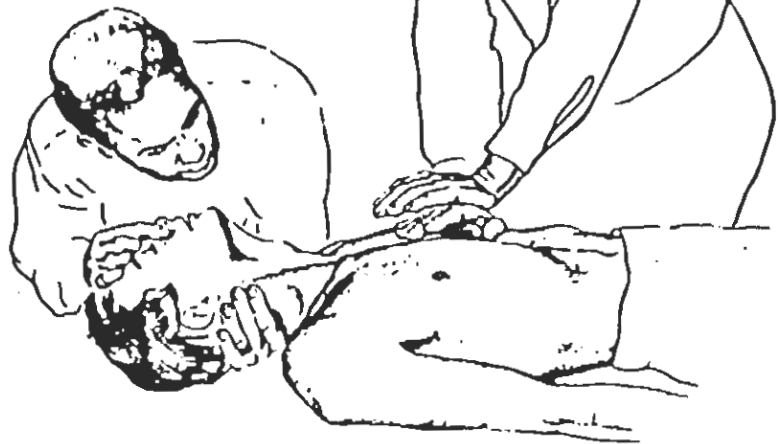


ΑΝΟΙΚΤΕΣ



## Β ΑΝΑΠΝΟΗ

## Γ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ



- Α. Αποφραγμένες αεροφόροι οδοί: ελευθερώνεται όταν υψωθεί ο τράχηλος και το κεφάλι πέσει πίσω.
- Β. Αναπνοή στόμα με στόμα. Πρέπει να σηκώσουμε τον τράχηλο και να κλείσουμε με τα δάκτυλα τα ρουθούνια του αρρώστου.
- Γ. Εξωτερική συμπίεση της καρδιάς από έναν ανάνηψη, ενώ ο άλλος κάνει τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα.



αναγκάζεται να χορηγήσει φάρμακα ή να μεταγράψει την θεραπευτική αγωγή χωρίς ιατρική εντολή. Όταν σε μια μονάδα επιτρέπονται στις υπεύθυνες Αδελφές τέτοιου είδους πρωτοβουλίες - καθήκοντα τα οποία ανήκουν στον ιατρό θα πρέπει να υπάρχει νομική κατοχύρωση των Αδελφών ή κατοχύρωση από το Δ.Σ. του κάθε Νοσοκομείου.

Οι κανονισμοί βεβαίως διαφέρουν στις μονάδες των διαφόρων Νοσοκομείων και έχουν άμεση σχέση με την εκπαίδευση και τις ικανότητες των Αδελφών.

Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα ενάρξεως Θεραπείας με πρωτοβουλία των Αδελφών είναι η απινίδωση. Εάν η Αδελφή έχει επαρκή εκπαίδευση θα πρέπει να είναι βέβαια για την έγκαιρη αναγνώριση της κοιλιακής μαρμαρυγής και την γρήγορη διαδικασία της απιδινώσεως.

Οι υπεύθυνες Αδελφές είναι επίσης σε θέση να χορηγούν XYLOCAINE 2% IV σε περίπτωση έκτακτων κοιλιακών συστολών και ATROPINE 1 IV σε περιπτώσεις φλεβοκομβικής βραδυκαρδίας.

### 3) Αντιμετώπιση επειγουσών περιπτώσεων

#### ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο ρόλος της Αδελφής και σ' αυτό το κεφάλαιο της καρδιολογίας είναι πολύ σημαντικός. Η συμμετοχή της και η συμβολή της αποτελεσματικά στην δύσκολη αυτή στιγμή για τη ζωή του αρρώστου εξαρτάται από την ειδικεισή της, την επαρκή εκπαίδευση της, την ψυχραιμία της και την ετοιμότητα.

Η καρδιακή ανακοπή είναι η διακοπή των αποτελεσματικών καρδιακών συστολών. Μπορούμε να το χαρακτηρί-

σοιμε σαν κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από : απώλεια συνειδήσεως που δεν αποκαθίσταται γρήγορα, όταν τοποθετηθεί ο ασθενής σε ύπτια θέση, απουσία σφύξεων σε μια μεγάλη αρτηρία, όπως είναι η καρωτίδα, η βραχιόνια ή η μηριαία αρτηρία που υπήρχαν πραγματικά, απουσία ή ύπαρξη δυσχερών αναπνοών, ωχρότητα και όψη νεκρού στο πρόσωπο, αιφνίδια υπόταση ή αδυναμία λήψης . Αρτηριακής πίεσεως. Χαρακτηριστική είναι επίσης η εμφάνιση ισοηλεκτρικής γραμμής στο ΗΚΓ/ψημα.

Μπορεί να υπάρχει ή όχι μυδρίαση, αλλά αυτή είναι ένα δευτερογενές σημείο καρδιακής ανακοπής . Η μυδρίαση αρχίζει 45' περίπου μετά την διακοπή της εγκεφαλικής ροής και γίνεται μέγιστη σε 1' και 45'' (περίπου). Επομένως η μέγιστη διάταση των κορών φανερώνει ότι έχει κιόλας περάσει η μισή περίπου περίοδος για την δυναμική αποκατάσταση της εγκεφαλικής βλάβης.

Ο ασθενής με τα πρόδρομα σημεία της καρδιακής ανακοπής, όπως είναι : η αιφνίδια συστηματική υπόταση , η βραδυκαρδία ή ακόμα η έναρξη κοιλιακής μαρμαρυγής , όταν έχει πλήρη συνείδηση, τότε μπορεί να ανεβάσει την αρτηριακή πίεση και πιθανώς να αναστείλλει την καρδιακή ανακοπή, με ρυθμικό βήξιμο ενός βήχα κάθε 1-3 δευτερόλεπτα.

Σ'ένα τέτοιο σύμβαμα η αδελφή , μέχρι να έλθει ο ιατρός της Μονάδας παρακολούθησης, τοποθετεί τον ασθενή σε ύπτια θέση, προσπαθεί να ελευθερώσει τις αναπνευστικές οδούς, αφαιρώντας τυχόν ξένα σώματα, ή τις σδοντοστοιχίες του ασθενούς. Κατόπιν τοποθετεί αεραγωγό, αρχίζει μαλάξεις και ειδοποιεί για βοήθεια.

Κάποια άλλη Αδελφή έρχεται κοντά φέρνοντας το τροχοφόρο της καρδιακής ανακοπής με τον απινιδωτή. Τα πρώτα φάρμακα που είναι απαραίτητα είναι το διετανθρακικό νάτριο (BICARBONATE) που ετοιμάζει γρήγορα η Αδελφή. Το μόνο που δεν επιτρέπεται να κάνει η Αδελφή είναι η διασωλήνωση της τραχείας.

Με τα διετανθρακικά νάτρια αντιμετωπίζουμε την μεταβολική οξέωση η οποία αναπτύσσεται λίγα λεπτά μετά την καρδιακή ανακοπή .

#### ΣΗΜΕΙΑ ΑΞΙΑ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΠΗ

Υπάρχουν ορισμένα σημεία όπου είναι απαραίτητο να τα προσέχουν και το νοσηλευτικό προσωπικό και το ιατρικό για να αντιμετωπισθούν έγκαιρα. Εκτός από τις πρώτες επείγουσες ενέργειες που αναφέρθηκαν πιο πάνω και την απινίδωση με μια συγχρονισμένη προκάρδια εκκίνηση συνεχούς ηλεκτρικού ρεύματος ; DC SHOCK με ισχύ 400 WATT - SECONDS, έχουμε τις παρακάτω ενέργειες.

Αρχίζουμε την βοήθεια του αρρώστου με ανακοπή με δύο ταυτόχρονες εγχύσεις 500 γλυκόζης 5% σε δύο διαφορετικές φλέβες. Μια φλεβική αποκάλυψη, κατά προτίμηση της μείζονος σαφηνούς, μπροστά από το έσω σφορό. Τοποθετούμε και φλεβοκαθετήρα στην έσω σφαλίτιδα ή την υποκλείδια φλέβα για την μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης που ίσως χρειαστεί. Οι φλέβες αυτές πρέπει να διατηρούνται ανοικτές.

Συχνή λήψη αρτηριακής πίεσεως είναι απαραίτητη και σε περίπτωση υπότασης χορηγούμε ντοπαμίνη 1V. Όταν έχουμε χαμηλή κεντρική φλεβική πίεση

κάτω από 5 H<sub>2</sub>O κάνουμε έγχυση 500υγρών όσο πιο γρήγορα γίνεται ( σε 10΄) για να αυξήσουμε τον κυκλοφορούμενο όγκο αίματος.

Συχνά πρέπει να επισκεφτόμαστε τον ασθενή για να τον παρακολουθούμε για τυχόν αλλαγές στην εμφάνισή του. Όπως κυάνωση στο χρώμα του προσώπου, του δέρματος των χειλιών του, και των νυχιών του ειδοποιούμε αμέσως τον γιατρό σε μια τέτοια κατάσταση.

Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει ύσφορία και δύσπνοια χορηγούμε αμέσως O<sub>2</sub> .

Παρακολουθούμε την λειτουργία της καρδιάς του ασθενούς μέσα από το MONITOR και το ΗΚΓ/φημα, μπορεί να διαπιστώσουμε κοιλιακή μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία ή κοιλιακό πτερυγισμό ή καρδιακή παύση ή χαμηλό ιδιοκοιλιακό ρυθμό ή μεγάλη φλεβοκομβική βραδυκαρδία.

Σε περίπτωση κοιλιακής μαρμαρυγής επιχειρούμε ξανά απινίδωση ισχύος 400 WS και χορηγούμε αδρεναλίνη.

Επίσης κάποια διαταραχή του σφυγμού ή των αναπνοών σημαίνει σίγουρα κάποιο πρόβλημα.

Η θερμομέτρηση γίνεται από το στόμα. Αυτό βέβαια αποκλείεται όταν συνυπάρχει καρδιογενές SHOCK, και η μέτρηση γίνεται από την μασχάλη.

Από το ορθό αποφεύγεται γιατί μπορεί να προκαλέσει αντανάκλαστικά από το πνευμονογαστρικό.

Μέσα στην μονάδα υ υπάρχουν ειδικά φύλλα νοσηλείας για τον κάθε ασθενή. Σημειώνονται με μεγάλη προσοχή κάθε είδους νοσηλεία και κάθε τι που γίνεται στον ασθενή. Λόγω ιδιαιτερότητας της καταστάσεως του ασθενούς δεν συγχωρείται , ούτε και καλύπτεται κανένα νοσηλευτι-

τικό ή ιατρικό λάθος.

Αυτό που επίσης είναι σημαντικό και που συμβάλει κατά πολύ η Αδελφή είναι η τόνωση του ηθικού του ασθενούς. Η ψυχολογική υποστήριξη δίνει θάρρος στον ασθενή και κουράγιο, ώστε να ξεπεράσει όσο πιο γρήγορα μπορεί την δύσκολη κατάσταση του. Η Αδελφή στέκεται στο πλάϊ του και τον ανακουφίζει από τον πόνο, προσέχει την διατροφή του, την συνέχιση της θεραπείας του μέχρι που να φύγει από το Νοσοκομείο.

Η τεχνητή αναπνοή και οι μαλάξεις ξέρουμε πως γίνεται ως εξής:

Εάν υπάρχουν 2 άτομα τότε το ένα άτομο κάνει μαλάξεις με ρυθμό 60/ χωρίς διακοπή και το δεύτερο 1 εμφύσηση κάθε 5 μαλάξεις. Όταν γίνεται από 1 άτομο τότες έχουμε 15 μαλάξεις ( συχνότητα 80/ ) και 2 γρήγορες εμφυσήσεις.

Η εικόνα που ακολουθεί είναι αρκετά αντιπροσωπευτική της καρδιοπνευστικής ανάνηψης.

Συνοψίζοντας για την ανακοπή και σύμφωνα με την Αμερικανική Καρδιολογική εταιρεία και εθνική Ακαδημία επιστημών των Η.Π. Α. , αναφέρονται οι ακόλουθες ενέργειες που πρέπει να γίνουν όσο το δυνατόν πιο γρήγορα και με την εξής σειρά :

- Α. Απελευθέρωση αεροφόρων οδών
- Β. Αποκατάσταση Αναπνοής
- Γ. Αποκατάσταση κυκλοφορίας
- Δ. Οριστική θεραπεία

#### ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Με την συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων

του ασθενή και την κλινική του εικόνα μπορούμε να προλάβουμε πολλές επιπλοκές όπως SHOCK διαφόρες αρρυθμίες , ανακοπή.

Ο απινιδωτής και τα φάρμακα της καρδιακής ανακοπής να βρίσκονται πάντα στην θέση τους για την γρήγορη χρησιμοποίησή τους, όταν χρειαστεί. Το O<sub>2</sub> να είναι επίσης έτοιμο προς προχρήρηση και όχι να ετοιμάζεται εκείνη την ώρα.

Η πρόληψη των θρομβοεμβολικών επεισοδίων μπορεί να γίνει μέσα στην μονάδα.

Αλλάζουμε συχνά θέσεις στον ασθενή και ενισχύουμε τις κινήσεις των κάτω άκρων στην άρθρωση του γόνατο, στην ποδοκνημική και στα δάκτυλα. Χρησιμοποιούμε αιόμα τις ελαστικές κάλτσες που τοποθετούνται από τα δάκτυλα μέχρι και πάνω από το γόνατο, χωρίς να σχηματίζει κύλινδρο στο επάνω μέρος.

Βοηθούν την ροή του φλεβικού αίματος και εμποδίζουν την λιμνάση του στα κάτω άκρα.

Όταν δεν τοποθετηθούν σωστά εμποδίζεται η επάνοδος του φλεβικού αίματος απ' τα κάτω άκρα. Πάνω από όλα όμως στην πρόληψη των επιπλοκών θα πρέπει να τοποθετήσουμε την ετοιμότητα, την ψυχραιμία και τις γνώσεις του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού κυρίως στα επείγοντα περιστατικά όπως στην καρδιακή ανακοπή.

#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα αρχίζουν από την στιγμή που ο ασθενής εισάγεται στην μονάδα.

Πρέπει να πούμε από την αρχή ότι τα ψυχολογι-

κά προβλήματα και οι αντιδράσεις του ασθενούς εξαρτώνται από την ηλικία, τον χαρακτήρα του, τη ν οικογενειακή και οικονομική του κατάσταση, το επάγγελμα. Τα συναισθηματά του εξαρτώνται επίσης από το εάν για πρώτη φορά μπαίνει στο νοσοκομείο και ειδικότερα στην μονάδα ή αν έχει κάποια άσχημη πείρα από παλιά που είχε ξανανοσηλευτεί σε κάποιο άλλο νοσοκομείο.

Όταν μπαίνει στον ειδικό χώρο της μονάδας και τον συνδέουν με τα ηλεκτρόδια, βλέπει γύρω του τα πολλά μηχανήματα, βλέπει ότι είναι απομονωμένος λίγο από τους άλλους αρρώστους. Αυτά όλα τον τρομοκρατούν.

Μπορεί όμως κάποιος άλλος ασθενής να καθουχάσει και να νιώσει μεγαλύτερη ασφάλεια συνδεδεμένος με το MONITOR . Εξαρτάται από τον κάθε ασθενή.

Στην αρχή τις πρώτες ημέρες δεν μιλάει πολύ, είναι λίγο σκεπτικός και σκέφτεται αν θα ζήσει ή θα πεθάνει. Η κατάθλιψη αυτή τον έχει κάνει να έχει χάσει τις ελπίδες του για ζωή. Φοβάται ότι ίσως δεν θα βγει ζωντανός από κει μέσα, απ' αυτόν τον παράξενο χώρο . Αυτό το άγχος του είναι χειρότερο, όταν τα συμπτώματά του είναι ακόμα λίγο εντονα στην αρχή και του δίνουν ένα επιπλέον ερέθισμα.

Τα συναισθηματά του αυτά αρχίζουν να υποχωρούν όταν, με την κατάλληλη αγωγή τα συμπτώματα της ασθενείας του υποχωρούν και πάει προς το καλύτερο. Γίνονται πιο ομιλητικοί, μιλάνε μεθάρρος, ρωτάνε συνεχώς πόσο θα καθήσουν στο κρεβάτι και πότε θα σηκωθούν, όταν δεν έχουν τίποτε πια, ότι αισθάνονται όπως πρώτα και προσπαθούν να πείσουν τον γιατρό ότι αδικα

βρίσκονται εκεί ξαπλωμένοι χωρίς να μπορούν να κάνουν τίποτα.

Δυσκολεύονται να καταλάβουν αυτή την ακινησία τους στο κρεβάτι, και τους ενοχλεί πολύ.

Γι' αυτό επειδή εκνευρίζονται και στενοχωριούνται καλό είναι να τους εξηγήσει η αδελφή το λόγο της κατάκλισης τους στο κρεβάτι και την υπομονή που χρειάζονται για λίγες ημέρες μέχρι να περάσουν οι δύσκολες ώρες της ασθένειας τους.

Γι' αυτό επίσης στενοχωριούνται είναι για το επισκεπτήριο. Δεν μπαίνουν ελεύθερα μέσα να τον δούν τα δικά τους πρόσωπα. Ούτε για πολύ ώρα, ούτε όλοι μαζί. Έρχονται ένας - ένας μια ορισμένη ώρα της ημέρας, φορώντας μια ειδική ρόμπα και για λίγο χρονικό διάστημα. Αν έχει κάποιο πρόβλημα η οικογένειά του αυτός, εκτός ότι ίσως δεν μπορεί να τους βοηθήσει γιατί βρίσκεται ' ' δεμένος ' ' πάνω σ' εκείνο το κρεβάτι. Μετά οι συγγενείς φεύγουν μέχρι να ξανάρθουν την άλλη ημέρα κι' αυτός μένει πάλι μόνος του.

Και δεν φτάνει μόνο αυτό αλλά απαγορεύεται στην εντατική μονάδα παρακολούθησης, το ραδιόφωνο και η τηλεόραση γιατί μπορεί κάποιο από τα προγράμματα του να στεναχωρήσει ή να εκνευρίσει τον ασθενή και να του δημιουργήσουν ένα νέο πρόβλημα. Για παράδειγμα οι αθλητικές εκπομπές. Αυτό σημαίνει γι' αυτόν ότι έχει απομονωθεί από τον έξω κόσμο, και δεν μαθαίνει τι γίνεται στον

Αν τύχει και βρίσκεται δίπλα του κάποιος άλλος ασθενής αυτό είναι σημαντικό γι' αυτόν γιατί κου-



μεντιάζουν και μπορεί να κερνάει η ημέρα τους πιο ευχάριστα. Γιατί μπορεί σε κάποια μονάδα να υπάρχουν και δύο κρεβάτια μαζί και όχι μόνο ένας που να ξεχωρίζουν με διαχωριστικό από τα άλλα.

Το άσχημο όμως σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι όταν πεθαίνει κάποιος από τους αρρώστους.

Τότε βλέπουμε την αλλαγή των συναισθημάτων των άλλων αρρώστων που θα το καταλάβουν, γιατί το καλύτερο θα είναι να μην υποψιαστούν τίποτε. Σ' αυτό βοηθάει πολλή η κατάλληλη διαρύθμιση του χώρου της μονάδας.

Η αντίδρασή τους είναι πάλι διαφορετική. Μπορεί κάποιος να δείξει ότι δεν τον ενόχλησε τόσο πολύ και ότι του ήταν αδιάφορο. Κάποιος άλλος θα πάρει το θέμα αστεία και θα προσπαθήσει να καλύψει την άσχημη ψυχολογική του κατάσταση με πολλά λόγια. Όλοι όμως πέρα από τις διαφορετικές τους αντιδράσεις μέσα τους θα σκεφτούν ότι αυτό ήταν κάτι που τους επηρέασε βαθιά. Γιατί όλοι βρίσκονται στην ίδια κατάσταση και μπορεί να συμβεί το ίδιο και σ' αυτούς.

Τα προβλήματα των ασθενών αυτών είναι τόσο μικρά που ξεκινούν από τα καθημερινά όπως η διατροφή το πλύσιμο των δοντιών, η εκπλήρωση των σωματικών τους αναγκών, μέχρι πολύ σοβαρά όπως ο θάνατος.

Για όλα αυτά οι γιατροί και περισσότερο οι αδελφές πρέπει να βοηθήσουν όσο μπορούν τον ασθενή στις δύσκολες αυτές ημέρες της νοσήλευσής του, και να δείξουν με θετικό τρόπο ότι η αποκατάσταση του αρρώστου είναι πιθανή και αναμένεται.

Ένα ύσυχιο περιβάλλον μακριά από επικίνδυνες

για την ζωή κρίσεις και γειτονικά κρεβάτια και ο συμπαθητικός και ο προκαλώντας εμπιστοσύνη τρόπος του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών είναι σημαντικό για την γρήγορη αποκατάσταση.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

#### Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Από τα προαναφερόμενα μπορούμε να πούμε ότι σε κάθε περίπτωση εμφράγματος πρέπει να γίνεται πολύ στενή παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή και του ρυθμού του. Γενικά οι επιπλοκές είναι ποικίλες σε κάθε περίπτωση και πρέπει να αντιμετωπίζονται εγκαίρως.

Στο πρόσθιο έμφραγμα που προαναφέρθηκε ο ασθενής παρουσίασε ρυθμολογικά μόνο έκτακτες κοιλιακές συστολές οι οποίες αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς με την χορήγηση XYLOCAINE IV ( σχήμα XYLOCAINE και 3 FLACON XYLOCAINE στον ορρό του). Επίσης την 2η ημέρα παρουσίασε περικαρδιακή τριβή ακροαστικώς εχορηγήθηκαν αντιφλεγμονώδη φάρμακα με επιτυχία.

Σέ ένα πρόσθιο έμφραγμα άλλες επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν είναι. Καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιογενές SHOCK κατά 90% , ρήξη μυοκαρδίου κυρίως στα εκτεταμένα πρόσθια με συνυπάρχοντα διαβήτη, περικαρδιτιδα, ανεύρισμα αριστερής κοιλιάς, .Ρυθμολογικά τα πρόσθια παρουσιάζουν διαταραχές αυτοματισμού, οργανικές βλάβες του αγωγού συστήματος ,διάφορα BLOCK ημιοκελικά, όλα τα είδη των κολποκοιλιακών αποκλεισμών. Επίσης κοιλιακή

ταχυκαρδία ή μαρμαρυγή οι οποίες εάν εμφανιστούν πρώιμα έχουν πολλές πιθανότητες να εξελιχθούν καλά, εάν όμως είναι όψιμες δηλ. εμφανιστούν μετά από 10 ημέρες είναι πολύ κακής πρόγνωσης και δύσκολα μπορεί να εξελιχθεί και φαρμακευτικά επίσης τα πρόσθια παρουσιάζουν υψηλή ενζυματική κίνηση.

Στην περίπτωση του κατώτερου εμφράγματος ο ασθενής εισήλθε στην Μ.Ε.Π.Κ. με πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και σε κατάσταση SHOCK.

Αργότερα παρουσίασε εΐτακτες κοιλιακές συστολές και κοιλιακή μαρμαρυγή η οποία ανετάχθει με απινίδωση. Αργότερα ο ρυθμός του μετέπεσε από πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό που διατήρησε μετά την απινίδωση σε κολπική μαρμαρυγή.

Του έγινε τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη ενώ πριν την τοποθέτηση παρουσίασε δύο φορές κοιλιακή μαρμαρυγή. μετά την τοποθέτηση του προσωρινού βηματοδότη ο ασθενής παρουσίασε πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό, ο οποίος δεν ανετάχθη λόγω αδυναμίας λειτουργίας του βηματοδότη και ο ασθενής απεβίωσε.

Άλλες επιπλοκές στο κατώτερο ΕΜ είναι: Καρδιακή ανεπάρκεια στην οποία εάν συνυπάρχει και εμφραγμα δεξιάς κοιλίας υπάρχει μεγάλη θνητότητα. Σπάνια έχουμε ρήξη μυοκαρδίου στα κατώτερα Ε.Μ. . Στις πρώιμες επιπλοκές πολύ συχνή είναι η βαγοτονία στην οποία έχουμε διέγερση του παρασυμπαθητικού . Έχουμε διαταραχές της αγωγής δηλ. αποκλεισμούς οι οποίοι απαντούν στην " ATROPINE " Τα κατώτερα Ε.Μ. έχουν χαμηλή ενζυματική κίνηση εκτός και εάν συνυπάρχει και έμφραγμα δεξιάς κοιλίας.

Στο Υπενδοκάρδιο Ε.Μ. γενικά έχουμε ηλεκτρική αστάθεια και ειδικά ο ασθενής παρουσίασε έντατες κοιλιακές συστολές και κοιλιακή μαρμαρυγή, επίσης καρδιακή κάμψη και Ο.Π.Ο.

Επιπλοκές μπορεί να έχουμε : Μικρό το ποσοστό εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας. Επίσης υπάρχει και χαμηλή ενζυματική κίνηση .

Στην περίπτωση της ασταθής στηθάγχης ο ασθενής παρουσίαζε συνεχώς προκάρδιο άλγος και ρυθμολογικά παρουσίασε κολπική μαρμαρυγή . Τελικά ο ασθενής κατέληξε σε κατώτερο έμφραγμα, παρουσίασε καρδιακή κάμψη η οποία δεν ανετάχθει , με τελική κατάληξη την εμφάνιση ηλεκτρομηχανικού διαχωρισμού και θάνατο του ασθενή .

Στην περίπτωση της ασταθούς στηθάγχης μπορούμε να έχουμε την εμφάνιση εμφράγματος με όλες τις πιθανές επιπλοκές.

#### ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία κάθε περίπτωσης Ε.Μ. ή άλλης μορφής καρδιοπάθειας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως : την ηλικία, το φύλο, το βάρος, την ιδιουσυγκρασία, τον χαρακτήρα και την γενική διάθεση και κατάσταση του ασθενή. Π.χ. σε γυναίκες με πρόσθια Ε.Μ. υπέρβαρες , καπνίστριες , με κρίσεις υστερίας, διαβητικές, υπέρτασικές ανήσυχες, νευρικές, διεγερτικές, η πορεία και η κατάληξη της καταστάσεώς τους είναι σχεδόν πάντα θανατηφόρα η σε άλλες περιπτώσεις γίνεται μεγάλη επέκταση του Ε.Μ.

Στις περιπτώσεις όμως που οι ασθενείς άντρας

και γυναίκες είναι άτομα ήρεμα, συνεργάσιμα με καλή ψυχική διάθεση και χαρακτήρα έχουν σε μεγάλο ποσοστό πολύ καλή πορεία και εξέλιξη.

Η πορεία της νόσου επιδεινώνεται όταν συνυπάρχουν κι άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως π.χ. χρόνιες πνευμονοπάθειες.

Επίσης στην περίπτωση της Ασταθούς στηθάγχης η καλύτερη πορεία και εξέλιξη είναι να δημιουργηθεί εμφραγμα κατά την διάρκεια που είναι ο ασθενής στην Μονάδα για να προληφθούν οι επιπλοκές και να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενή.

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΠΟ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ

Η θνησιμότητα από οξύ εμφραγμα μυοκαρδίου είναι μεγάλη το πρώτο 24 Η. Έχει βρεθεί ότι το 60% των αρρώστων με οξύ εμφραγμα μυοκαρδίου πεθαίνουν την πρώτη ώρα από κάποια κακοήθη αρρυθμία όπως κοιλιακή μαρμαρυγή.

Χρειάζεται μεγάλη προσοχή και ειδική θεραπευτική αντιμετώπιση τις πρώτες ώρες του εμφράγματος και ιδιαίτερα από την στιγμή που θα συμβεί, μέχρι την εισαγωγή του ασθενούς στην Μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Γι' αυτό τον λόγο από την στιγμή εμφάνισης των συμπτωμάτων, χρειάζεται πλήρη ακινησία του αρρώστου, άμεση παρακολούθηση και ταχεία μεταφορά του αρρώστου στην Μονάδα.

Σε πολλές ζώνες χώρες υπάρχει κινητή Μονάδα για την αντιμετώπιση και μεταφορά του αρρώστου. Αυτή η κινητή μονάδα είναι εφοδιασμένη με MONITOR

ηλεκτροκαρδιογράφο, απινιδωτή, και με πολλά φάρμακα. Το έμφυχο υλικό αποτελούν καρδιολόγος, και ειδικά εξειδικευμένο προσωπικό. Η κινητή μονάδα έχει βοηθήσει στην αντιμετώπιση επιπλοκών τις πρώτες ώρες του εμφράγματος και στατιστικά υπάρχει πτώση της θνησιμότητας.

#### ΜΕΡΟΣ Γ

#### ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ, ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΙΩΝ

'' Αποκατάσταση των καρδιοπαθών '' νοείται ο συνδυασμός των αναγκαίων προσπαθειών για να επιτύχουμε την καλύτερη φυσική, πνευματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου, ώστε να επανακτήσει με τις δυνάμεις του, μια φυσιολογική θέση στην οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα.

Είναι γνωστό ότι η προσπάθεια για την ενεργοποίηση των εμφραγματιών πρέπει να αρχίσει από την πρώτη ημέρα της προσβολής και να συνεχιστεί συστηματικά μέχρι πλήρους τοποθετήσεως του αρρώστου στη θέση που του ταιριάζει στην κοινωνία.

Το έργο αυτό, που είναι βασικό και ιδιαίτερα αποδοτικό, αναλαμβάνει ειδική ομάδα από Καρδιολόγο, Ψυχίατρο ή Ψυχολόγο, και Κοινωνική Λειτουργό, ώστε να καλύψει όλες τις πλευρές της όλης προσπάθειας.

Είναι γνωστό ποσό μεγάλη έκταση έχουν πάρει τα τελευταία χρόνια οι ισχαιμικές παθήσεις και ιδιαίτερα το έμφραγμα, στις προηγμένες κοινωνίες. Κι' ενώ η πρόληψη και η θεραπεία έχουν, δίκαια άλλωστε, πάρει τη θέση που τους αρμόζει και μεγάλη είναι η πρόοδος σ' αυτές

κατά τα τελευταία χρόνια, η συστηματική αποκατάσταση όχι μόνο δεν αντιμετωπίζεται, στη χώρα μας τουλάχιστο, σύμφωνα με σύγχρονα δεδομένα, αλλά αντίθετα ο εμφραγματίας αφήνεται κατά κανόνα, μετά την ανάρρωση, στην τύχη του για να δώσει ο ίδιος τη οκληρή μάχη της εργασιακής ή οικονομικής ταυτοποίησης του, με αποτέλεσμα πολλές φορές να παθαίνει δεύτερη προσβολή ή και να πεθαίνει πριν ακόμη ολοκληρώσει τις ατελείωτες εκκινητότητες που δημιουργούνται κατά την αρρώστια του. Σε πολλές χώρες σήμερα λειτουργούν οργανισμοί και κέντρα ενεργοποίησης και αποκατάστασης, που προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες στους εμφραγματίες ενισχύοντας τις σωματικές και ψυχικές τους δυνάμεις και τοποθετώντας τους στην εργασία που τους ταιριάζει.

Έτσι συντομεύεται στο μισό ο χρόνος νοσηλείας και ενεργοποίησης και μειώνεται αισθητά ο αριθμός των συνταξιούχων.

Στη χώρα μας όχι μόνο δεν έχουμε ένα εθνικό φορέα και ένα ενιαίο τρόπο αποκατάστασης των εμφραγματιών αλλά και οι κανονισμοί των διαφόρων οργανισμών, παλιοί, συγκεχυμένοι και αλληλοσυγκρουόμενοι όπως είναι, προκαλούν περισσότερο προβλήματα στους παθόντες. Έτσι ο εμφραγματίας φτάνει στον εργοδότη του με ένα λακωνικό ιατρικό πιστοποιητικό "έμφραγμα μυοκαρδίου" το οποίο συχνά δεν λέει τίποτα για τη βαρύτητα του εμφράγματος, για τις φάσεις που πέρασε έως ότου φτάσει εκεί που έφτασε, για τους κινδύνους που διέτρεχε ή διατρέχει, για τις επιπλοκές και τη λειτουργική κατάσταση του μυοκαρδίου, την ψυχολογική του κατάσταση και

τόσα ἄλλα απαραίτητα στοιχεία, τα οποία θα ἔπρεπε να καταγράφονται συνοπτικά σε μια καρτέλα που θα παρακολουθεί τον εμφραγματία και θα φτάνει μέχρι την επιτροπή, η οποία θα κρίνει τελικά την τύχη του αρρώστου με όλα τα δεδομένα που χρειάζεται.

Σήμερα φτάναμε στην απαράδεκτη κατάσταση να θεωρείται κάθε εμφραγματίας κατά κανόνα ανίκανος για την εργασία που εκτελούσε και σαν καλύτερη και ευκολότερη λύση βρίσκεται η συνταξιοδότησή του. Κι'όμως ένα πλήθος απ'αυτούς τους συνταξιούχους μπορεί να εργαστεί ολικώς ή μερικώς και να μην είναι βάρος του κοινωνικού συνόλου και να αισθάνεται ανίκανος και περιφρονημένος.

Κι'έτσι παρατηρείται το οξύμωρο φαινόμενο , συνταξιούχοι που εκρίθησαν ανίκανοι προς εργασία, να επιδίδονται επιτυχώς σε ελεύθερα επαγγέλματα βαρύτερα από εκείνα που εκτελούσαν προ του εμφράγματος.

Παρακάτω θα αναφερθούμε στην συστηματική και συνεχή ενεργοποίηση και αποκατάσταση των εμφραγματιών προς όφελος αυτών των ιδίων και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

Η πρώτη φάση της αποκαταστάσεως αφορά την αρχική περίοδο της παραμονής του εμφραγματία στην μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως και διαρκεί περίπου 3-5 ημέρες, αφού η πορεία του εμφράγματος είναι ομαλή και χωρίς επιπλοκές.

Αντικειμενικός σκοπός του προγράμματος ενεργοποιήσεως των εμφραγματιών κατά την φάση αυτή είναι η μείωση των σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών οι οποίες



συνόδεύουν συνήθως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Βασική σημασία για την επιτυχία του προγράμματος αποκαταστάσεως ο'αυτή τη φάση έχει η έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών.

Οι παλιές αντιλήψεις ότι ο ασθενής έπρεπε να μείνει στο κρεβάτι τουλάχιστον ( 6-8 εβδομάδες ) έως ότου σχηματιστεί ουλώδης ιστός και προς αποφυγή μυοκαρδιακής ρήξης ή δημιουργίας καρδιακού ανευρίσματος αποδείχθηκαν λανθασμένοι και επιβλαβής.

Οι δυσμενείς σωματικές επιδράσεις του παρατεταμένου κλινοστατισμοί είναι οι εξής:

1. Μείωση ικανότητας εργασίας
2. Μείωση όγκου αίματος
3. Καταστολή αγγειοκινητικών αντανακλαστικών
4. Αύξηση γλοιότητας αίματος
5. Μείωση όγκου και ζωτικής χωρητικότητας πνευμόνων
6. Πνευμονική συμφόρηση
7. Αρνητικό ισοζύγιο αζώτου Πρωτεϊνών
8. Απώλεια μυϊκών μαζών, μείωση μυϊκής ισχύος
9. Μείωση μεγάλης ικανότητας προσλήψεως O<sub>2</sub> από τους μύς.
10. Αναγκαστικός χειρισμός VALSALVA
11. Δυσκοιλιότητα

Στις παραπάνω δυσμενείς σωματικές επιδράσεις του παρατεταμένου κλινοστατισμού είναι δυνατόν να προστεθεί και η ένταση των ψυχικών αντιδράσεων που σχεδόν πάντοτε συνοδεύουν το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή το άγχος το οποίο εκδηλώνεται από την 1η ή την 2η ημέρα

της καρδιακής προσβολής που οφείλεται κυρίως στο αίσθημα φόβου για αιφνίδιο θάνατο και της κατάθλιψης η οποία εκδηλώνεται μεταξύ 3ης και 5ης ημέρας και οφείλεται κυρίως στον τραυματισμό του αισθήματος αυτοσεβασμού και αξιοπρέπειας του εμφραγματία, που αποτρέπει και την επίμονη ψυχική αντίδραση στην μετέπειτα πορεία της ζωής του.

Πολλές συγκριτικές μελέτες σε πολλές χώρες έχουν αποδείξει την ασφάλεια της έγκαιρης κινητοποίησης των άνευ επιπλοκών εμφραγματιών από την 2η ημέρα της οξείας προσβολής μέχρι και την 10 ημέρα χωρίς μεταβολή της νοσηρότητας και της θνησιμότητας ή αυξήσεως των συμπτωμάτων και των επιπλοκών, όπως είναι της στηθάγχης της καρδιακής ανεπάρκειας, των ΄δυσρυθμιών, της υποτροπής του εμφράγματος της δημιουργίας καρδιακού ανευρύσματος ή καρδιακής ρήξεως και με το επιπλέον πλεονέκτημα της αποφυγής της απορρυθμίσεως του ασθενούς, της μείωσης των θρομβοεμβολικών επεισοδίων, της βελτιώσεως του άγχους και της καταθλίψεως και της οικονομικής ωφέλειας από την μεγάλη διάρκεια της νοσηλείας και την ταχύτερη επάνοδο στην εργασία.

Το όλο πρόγραμμα της κινητοποίησης και ενεργοποίησης των εμφραγματιών στην μονάδα εντατικής παρακολούθησεως στηρίζεται σε ορισμένες αρχές απαραίτητες για την επιτυχία του.

Οι αντικειμενικοί σκοποί του προγράμματος κατά την φάση αυτή είναι οι ακόλουθοι.

1) Φυσιολογικοί: Αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τον ασθενή να εκτελέσει τις συνηθισμένες ενέργειες αυτοσυντήρησης

του, να διατηρήσει τον τόνο των μυών του και την κινητικότητα των αρθρώσεών του και να αποφύγει τα αρνητικά αποτελέσματα του παρατεταμένου κλινοστατισμού.

Οι συνηθισμένες δραστηριότητες των ασθενών στην μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως περιλαμβάνουν τις δραστηριότητες αυτοεξυπηρετήσεως όπως είναι η λήψη τροφής, το ξύρισμα, το κτένισμα το μακιγιάρισμα, το βούρτσισμα των δοντιών, το πλύσιμο των χεριών και του προσώπου, το πλύσιμο του άνω τμήματος του σώματος και των γεννητικών οργάνων, η αφόδευση σε δοχείο\_κάθισμα και η εκτέλεση παθητικών και ενεργητικών κινήσεων των κάτω άκρων, η βάδιση γύρω από το κρεβάτι και η ανάπαυση στην πολυθρόνα που βρίσκεται δίπλα στο κρεβάτι.

Βασικές αρχές της κινητοποίησης των ασθενών στην μονάδα εντατικής παρακολουθήσεως

- 1) Τοποθέτηση χρησιμοποιημένων αντικειμένων ετοιμών για χρήση δίπλα στον ασθενή
- 2) Αναπαυτική στήριξη των αγκώνων του ασθενή.
- 3) Κινήσεις πήχων, καρπών, χεριών, κεφαλής και αποφυγή κινήσεων ώμων.
- 4) Αποφυγή ανυψώσεως των χεριών πάνω από το κεφάλι
- 5) Παθητικές και αργότερα ενεργητικές κινήσεις των ποδιών. Τοποθέτηση μπάλλας στα πόδια του ασθενή .
- 6) Περίδεση ποδιών και μέτρηση πιέσεως πριν και μετά την έγερση . Αποφυγή ακινησίας κατά την έγερση.

2. Ψυχοκοινωνικοί μορφωτικοί σκοποί της 1ης φάσης του προγράμματος αποκαταστάσεως των εμφραγματιών, αποβλέπουν στο να μειώσουν τον φόβο, το άγχος, την

την κατάθλιψη, όπως και τις άλλες ψυχικές αντιδράσεις αυτών και να βοηθήσουν αυτούς και τους συγγενείς τους να αντιληφθούν και να προσαρμοστούν στην νέα απότομη αλλαγή της κατάστασης υγείας, να κατανοήσουν τις συνέπειες του εμφράγματος, τι έγινε μέχρι εδώ και τι θα γίνει στο μέλλον προς επίτευξη της καλλίτερης δυνατής αποκαταστάσεως της υγείας των ασθενών.

Για την επίτευξη των ανωτέρω σκοπών είναι απαραίτητη η εφαρμογή συστηματικού προγράμματος ψυχολογικής υποστηρίξεως και εκπαίδευσως των ασθενών που στηρίζεται σε ορισμένες βασικές αρχές.

Οι βασικές αρχές της ψυχικής υποστηρίξεως και εκπαίδευσως των εμφραγματιών είναι οι εξής:

- 1) Όχι μεγάλη απομόνωση των ασθενών στην μονάδα ( μείωση άγχους και απογοητεύσεως. ).
- 2) Καταπολέμηση άγχους με ελαφρά ηρεμιστικά
- 3) Εξήγηση των ενεργειών και οργάνων της μονάδας από τις αδελφές και την σημασία των χορηγουμένων φαρμάκων.
- 4) Αναφορά υψηλών προσώπων μετά από δραστήρια και παραγωγική μετεμφραγματική ζωή .
- 5) Έγκαιρη κινητοποίηση των ασθενών

Η μεταφορά του ασθενή από την μονάδα στην υπομονάδα ή σε διπλανό τμήμα απαιτεί ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή.

( φάση 2 )

Η προσπάθεια αποκαταστάσεως του εμφραγματία θα πρέπει να συνεχιστεί και στο συνηθισμένο θάλαμο του νοσοκομείου μετά την μετακίνησή του από την Μονάδα εντατικής παρακολούθησεως.

Πρέπει προηγουμένως να εκτιμηθεί η κατάσταση του τόσο προς το καρδιαγγειακό του σύστημα όσο και προς την ψυχική και συναισθηματική του ισορροπία.

Έτσι ο ασθενής θα εξετασθεί και θα εξακολουθήσει να εξετάζεται καθημερινά προκειμένου να καθοριστεί εάν παρουσιάζει ή εάν κατά την πορεία της νοσηλείας του παρουσιάζει : 1) Συμπτωματολογία καρδιογενούς SHOCK , 2) Σημεία καρδιακής ανεπάρκειας , 3) Διαταραχές του ρυθμού και της αγωγής των ερεθισμάτων , 4) Περικαρδιακή τριβή 5) Συνεχείς διαταραχές επαναπόλωσης, όπως παρατεταμένο ρεύμα βλάβης και βαθιά αρνητικά T κύματα που φανερώνουν ηλεκτρική αστάθεια και τέλος 6) σημεία άγχους ή κατάθλιψης.

Πράγματι εφόσον ο ασθενής παρουσιάσει προβλήματα καρδιοαγγειακά, το πρόγραμμα αποκαταστάσεώς του θα ανασταλεί μέχρι να ρυθμιστούν τα προβλήματα αυτά ενώ οι εκδηλώσεις άγχους ή κατάθλιψης δεν θα αναστείλουν το πρόγραμμα αυτό αλλά είναι δυνατόν να το τροποποιήσουν. ώστε ευκολότερα να αντιμετωπιστούν και οι διαταραχές αυτές.

Είναι γνωστό ότι ο ασθενής που πάσχει από οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου είναι δυνατόν να παρουσιάσει ψυχολογική ένταση για δύο λόγους 1) ο ασθενής έχει το αίσθημα ότι η ζωή του απειλείται άμεσα από την ασθένεια του και αυτό του δημιουργεί άλλης έντασης άγχος. 2) Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι η ασθένεια του θα επηρεάσει αμετάκλητα την ποιότητα της ζωής του, το επίπεδο της δραστηριότητάς του ακόμη και την επαγγελματική του σταδιοδρομία και αυτό καταλήγει σε κατάθλιψη άλλης βαρύτητας.

Στα προβλήματα αυτά ο ασθενής αντιτάσσει αντισταθμιστικούς μηχανισμούς, ένας από τους οποίους είναι η άρνηση της νόσου του.

Το άγχος παρουσιάζεται συνήθως από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας του στην μονάδα, κορυφώνεται την δεύτερη ημέρα και στην συνέχεια βαθμιαία υποχωρεί και αυτό κανονικά δεν θα έπρεπε να το συναντούμε, μετά την μετακίνηση του ασθενή από την μονάδα. Εκτός από αυτό υπάρχουν περιστατικά που το συναίσθημα αυτό συνεχίζεται αμείωτο για πολλές ημέρες και εξακολουθεί να μας απασχολεί κατά την φάση αυτή της θεραπείας του ασθενή.

Η κατάθλιψη αποτελεί συνήθως φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση στην απώλεια της πολύτιμης υγείας του ασθενή και τις συνέπειες από αυτή. Αυτή εκδηλώνεται αργότερα κορυφώνεται την 3η - 4η ημέρα και στην συνέχεια βαθμιαία υποστρέφεται.

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των ψυχοσυναισθηματικών αυτών προβλημάτων είναι δυνατόν που ληφθούν υπόψη τα παρακάτω:

1) Ο τρόπος με τον οποίο θα γίνεται η προσπέλαση του ασθενή από τους ιατρούς της αδελφές και όλου του προσωπικού το οποίο έρχεται σε επαφή μαζί του. Γι' αυτό πρέπει να εξηγηθεί η ασθένεια του και το γεγονός ότι αυτός παρακολουθείται συνέχεια από εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για την αποκατάσταση της υγείας του.

2) Η επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενή, ώστε η επαφή της οικογένειας με αυτόν να έχει ευνοϊκές

επιπτώσεις στην εξέλιξη της υγείας του.

Η οικογένεια πρέπει να μάθει να του συμπαραστέκεται και να τον ενθαρρύνει, να τον αποδέχεται και με την όλη στάση της να τον βεβαιώνει ότι επιστρέφονται στο σπίτι του θα έχει την ίδια θέση στη ζωή της οικογένειας. Η στάση της οικογένειας απέναντι στον ασθενή είναι εξαιρετικά ενδιαφέρουσα εφόσον όταν είναι θετική, βοηθεί τον ασθενή να αποφύγει την πρόκληση μιας νέας φάσεως της καταθλίψεως, η οποία εκδηλώνεται μετά την αφίξη του ασθενή στο σπίτι του και αναφέρεται διεθνώς σαν "HOMECOMING DEPRESSION" .

3) Πολλές φορές ο ασθενής βοηθείται να ξεπεράσει τις δυσχέρειες αυτές και με την λήψη των κατάλληλων φαρμάκων, ηρεμιστικών, αντιαγχωδών και αντικαταθλιπτικών. Η χρήση φαινοθειαζινών ( STELAZINE MELLERIT) προκαλεί υπόταση και αυξάνει την καρδιακή διέγερσιμότητα. Επίσης τα ελάχιστα αντικαταθλιπτικά π.χ. AMITRIPTYLINE, IMIPRAMINE, DOXEPIN, προκαλούν αρρυθμίες και πολλές φορές αιφνίδιο θάνατο. Γι' αυτό σ' αυτούς ασθενείς αυτούς δίνονται περισσότερο το DIAZEPAN και CHLORDIAZEPOXIDE

4) Η συνέχιση της κινητοποιήσεως του ασθενή η οποία ενισχύει την αυτοπεποίθησή του και μειώνει το αίσθημα εξαρτήσεως από το περιβάλλον του. Η κινητοποίηση των ασθενών αυτών κατά την φάση αυτή της θεραπείας τους περιλαμβάνει τις καθημερινές συνηθισμένες δραστηριότητές του, την αύξηση του χρόνου στον οποίο ο ασθενής μένει καθιστός σε καρέκλα, τις ρυθμικές ασκήσεις των άκρων και του κορμού του και τέλος τις μετακινήσεις του με βαθμιαία αυξανόμενη χρονική διάρκεια μέσα στο

δωμάτιο του στην αρχή, και στην συνέχεια στο διάδρομο του νοσοκομείου. Πριν την έξοδό του ο ασθενής πρέπει να έχει επιτύχει τις τρεις τελευταίες ημέρες να βαδίζει με ευχέρεια στον διάδρομο 3 φορές την ημέρα. Ο ασθενής αυτός μέσα στην δεύτερη εβδομάδα από την έναρξη της νόσου του μπορεί να εγκαταλείψει το νοσοκομείο εφόσον βέβαια δεν έχει παρουσιάσει καμιά επιπλοκή. Εφόσον υπάρχει δυνατότητα ο ασθενής πριν εγκαταλείψει το νοσοκομείο πρέπει να υποβληθεί, σε δοκιμασία κοπώσεως υπομεγίστης εντάσεως την οποία μπορούμε να καθορίσουμε συμβουλευόμενοι τους ειδικούς πίνακες οι οποίοι βασίζονται στην ηλικία και την καρδιακή συχνότητα των ασθενών.

Η δοκιμασία της κοπώσεως αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο κάθε προγράμματος αποκαταστάσεως εμφραγματία εφόσον είναι το περισσότερο ακριβές και από όλους αποδεκτό μέσο για τον υπολογισμό της καρδιακής εφεδρείας της καρδιοαγγειακής ικανότητας και της αντοχής στη σωματική, ένταση.

Εκτός από αυτό η δοκιμασία κοπώσεως είναι δυνατόν να μας δώσει στοιχεία ποσοτικά αναφορικά προς την λειτουργική ικανότητα της καρδιάς την αιμοδυναμική απάντηση στη σωματική άσκηση την παρουσία μυοκαρδιακής ισχαιμίας και την αυτενεργοποίησής της, και την επέλευση διαταραχών του ρυθμού σχετικών προς την ισχαιμική αυτή ενεργοποίηση.

Η υπομεγίστη αυτή δοκιμασία κοπώσεως θα αποτελέσει τη βάση για τον καθορισμό ενός εξατομικευμένου προγράμματος ασκήσεως για κάθε ασθενή και την εντόπιση ασφα-



λών ορίων δραστηριότητας του ασθενή σχετικών με την εργασία και ψυχαγωγία του.

Έτσι ο ασθενής αναχωρώντας από το νοσοκομείο θα γνωρίζει το επίπεδο στο οποίο κυμαίνεται η δραστηριότητά του. Θα ήταν ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι πριν την έξοδο θα έπρεπε να επικοινωνήσουμε με τον ασθενή και την οικογένεια του προκειμένου να τους απαλλάξουμε από ορισμένες εσφαλμένες απόψεις ευρύτατα διαδεδομένες οι συνηθέστερες από τις οποίες είναι οι παρακάτω:

1. Η άσκηση ακόμη και περιορισμένη δυνατόν να φονεύσει τον ασθενή.
2. Η σεξουαλική δραστηριότητα απαγορεύεται απολύτως.
3. Κατά τον οργασμό δυνατόν να προκληθεί νέο έμφραγμα
4. Κατά την διάρκεια του ύπνου δυνατόν να συμβεί νέο έμφραγμα και ο ασθενής να μην ξυπνήσει ποτέ.

(φάση 3)

Η φάση 3 είναι μια κρίσιμη φάση σε όλο το πρόγραμμα αποκατάστασης του εμφραγματία ασθενή και ορίζεται το χρονικό διάστημα, το οποίο μεσολαβεί μεταξύ της εξέδου από το Νοσοκομείο και της επιστροφής στην εργασία.

Η διάρκεια της φάσης αυτής συμπίπτει με τον αναγκαίο χρόνο για την επούλωση του εμφράγματος δηλ. 6-8 εβδομάδες μετά το επεισόδιο.

Οι στόχοι του προγράμματος σ' αυτή τη φάση είναι τρεις.

1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ: Δηλ. βοήθεια προς τον ασθενή ώστε να αποκτήσει σωματικές δυνάμεις ικανές να του επιτρέψουν

την επιτροφή του στις συνήθεις καθημερινές ασχολίες.  
2/.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ : Δηλ. βοήθεια προς τον ασθενή ώστε να επανακτήσει την αυτοπεποίθησή του και τις σωστές σχέσεις στο σπίτι του, στην εργασία του και γενικότερα στην κοινωνία.

3.ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΙ: Δηλ. εκπαίδευση του ασθενή ώστε να αποκτήσει υγιείς τρόπους διαβίωσης.

Όσον αφορά στον πρώτο στόχο η δοκιμασία κοπώσεως ,η οποία εκτελείται γύρω στην 19η ημέρα , διαδραματίζει βασικό ρόλο , γιατί επιτρέπει περισσότερο ακριβή καθορισμό της βαρύτητας της καταστάσεως και επί πλέον βοηθεί ψυχολογικά τον ασθενή.

Οι οδηγίες για την άσκηση θα πρέπει να δίνονται ακριβώς όπως η αναγραφή των φαρμάκων .Πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψη ένα πλήθος παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση υγείας και οπωσδήποτε η δοκιμασία κοπώσεως . Φυσικά ο βαθμός ασκήσεως θα πρέπει να είναι μικρότερος από εκείνον που προκαλεί ηλεκτροκαρδιογραφικά ευρήματα ή κλινικά συμπτώματα.  
Η άσκηση θα πρέπει να διαιρείται στη φάση προθερμάνσεως στην κυρίως άσκηση, και στην φάση αποθερμάνσεως.

Απαραίτητες προφυλάξεις για την άσκηση περιλαμβάνουν α) την αποφυγή λήψεως γευμάτων και καφεΐνης δύο ώρες πριν και μια ώρα μετά την άσκηση.

Τα μεγάλα γεύματα μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες και μεταβολές του διαστήματος ST. Επίσης η λήψη οινόπνευματώδων πρέπει να αποφεύγεται προ και μετά την άσκηση.

β) Την αποφυγή βαριών ενδυμάτων ,όπως επίσης και των

θερμών λουτών προ και μετά την άσκηση έχει αποδειχθεί ότι κατά την διάρκεια θερμού λουτρού εμφανίζονται ισχαιμικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις και συχνά έντακτες κοιλιακές συστολές.

γ) Αποφυγή καπνίσματος εντελώς αλλά ειδικότερα προ και μετά την άσκηση και αυτό διότι αυξάνει την καρδιακή συχνότητα, τις περιφερικές αντιστάσεις το επίπεδο νοραδρεναλίνης, τον σχηματισμό καρβοξυαιμοσφαιρίνης και μειώνει κατά 5-10% την μεταφορά  $O_2$ .

τέλος η άσκηση πρέπει να αποφεύγεται όταν υπάρχει υπερβολική ζέση ή υγρασία.

Δεύτερος στόχος του προγράμματος είναι η αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής υγείας.

Η ορθή σωματική δραστηριότητα θα βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει ένα αίσθημα αυτοπεποιθήσεως. Επίσης η σωστή υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας βοηθά στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας.

Τρίτος στόχος της φάσεως (3) είναι η εκπαίδευση των ασθενών.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει:

α) Μεταβολή των διατροφικών συνηθειών ώστε να καταπολεμηθούν κατά το δυνατόν γνωστά προδιαθεσικοί παράγοντες για την στεφανιαία νόσο, όπως είναι π.χ. η υπερλιπιδαιμία, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία.

β) Διακοπή καπνίσματος

γ) Ενημέρωση για τη σωστή και τακτική λήψη των φαρμάκων

δ) Εκπαίδευση των άλλων μελών της οικογένειας σχετικά με την αναγνώριση και αντιμετώπιση μιας καρδιακής κρίσης.

Εάν δεν παρουσιαστούν νέα προβλήματα κατά την φάση αυτή ο ασθενής θα πρέπει να είναι έτοιμος για μια νέα δοκιμασία κοπώσεως , η οποία θα είναι η αρχή του τελικού σταδίου . Η σύγκριση της δοκιμασίας κοπώσεως κατά τη φάση αυτή με την δοκιμασία κοπώσεως εξόδου από το Νοσοκομείο παρέχει την καλύτερη αντικειμενική αξιολόγηση για την επιτυχία του σταδίου αυτού.

Ο ασθενής στο τέλος της φάσης 3 πρέπει να είναι ικανός .

- 1) Να εκτελεί της συνηθισμένες καθημερινές του ασχολίες ( εργασία , σεξουαλική δραστηριότητα )
- 2) Να κατέχεται από αισιοδοξία και αυτοπεποίθηση και να έχει αναπτύξει σωστές κοινωνικές σχέσεις .
- 3) Να έχει σωστές διαιτητικές συνήθειες . Να έχει διακόψει το κάπνισμα και να γνωρίζει αυτός και τα μέλη της οικογένειάς του τα σημεία και τα συμπτώματα μιας καρδιακής προσβολής.

#### ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ

##### Τελικό στάδιο

Για να θεωρηθεί ένας ασθενής κοινωνικά εμφραγματίας, πρέπει να συμφωνούν σ'αυτό τρεις παράγοντες.

Ο ίδιος αισθάνεται και συμπεριφέρεται προς το περιβάλλον του ως εμφραγματίας.

Η ιατρική με τους εκπροσώπους της. Επιβεβαιώνει την ιδιότητά του ως εμφραγματία.

Η κοινωνία αποδέχεται τον ρόλο του ως εμφραγ-

γματία.

#### ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ

Μετά από ένα οξύ έμφραγμα κυριαρχούν πιθανότατα τρία στοιχεία που καθορίζουν την συμπεριφορά του αρρώστου συμπτώματα, κίνδυνος υποτροπής του εμφράγματος ή θανάτου και φόβος για τα συμπτώματα και για τον κίνδυνο.

Για τα συμπτώματα και τον κίνδυνο ο ιατρός διαθέτει το οπλοστάσιο της φαρμακολογίας, διαιτολογίας χειρουργικής κ.λ.π. πέρα απ'αυτά όμως ο ιατρός θα πρέπει να πείσει τον ασθενή του να απολαμβάνει τη ζωή του, αυτή που είναι, έστω κι'αν έχει συμπτώματα ή πραγματικό κίνδυνο θανάτου.

Οι φόβοι ιατρού και αρρώστου για υποτροπή του εμφράγματος ή για αιφνίδιο θάνατο από τη σωματική δραστηριότητα έχουν δύο όψεις . Ως ένα όριο προφυλάσσουν από τα συμπτώματα και τους κινδύνους . Πέρα απ'αυτό όμως αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την πρώιμη επιστροφή του ασθενούς στην εργασία και στη φυσιολογική ζωή. η ενδονοσοκομειακή προσδευτική κινητοποίηση κάτω από επίβλεψη θα πρέπει να έχει ήδη βοηθήσει στη διάλυση τέτοιων φόβων, που συχνά περιορίζουν τον άρρωστο περισσότερο κι' από τα πραγματικά συμπτώματα και τον πραγματικό κίνδυνο.

#### ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

Μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο οι σχέσεις του ασθενούς με τον ιατρό περιλαμβάνουν : 1) Ταν-

τικές επισκέψεις σε προκαθορισμένο διαστήματα και 2) δυνατότητα άμεσης προσπέλασης του ιατρού σε περίπτωση έκτακτου, αιφνίδιου συμβάντος.

#### 1) Τακτική παρακολούθηση

Κατά τακτικά διαστήματα ο ασθενής εξετάζεται από τον ιατρό, που εκτιμά τις ικανότητές του για εκτέλεση έργου και του αναγράφει μια ανάλογη ' συνταγή' για άσκηση και κοινωνικές δραστηριότητες. Η εκτίμηση των ικανοτήτων περιλαμβάνει α) την ποιοτική εκτίμηση, όπου αναζητούνται συμπτώματα, στηθάγχη, δύσπνοια, κόπωση, ζάλη και παλμοί στο διάστημα που πέρασε και ο βαθμός της δραστηριότητας που προκάλεσε αυτά τα συμπτώματα και β) σε οργανωμένα κέντρα την ποσοτική εκτίμηση των ικανοτήτων του αρρώστου είτε σε εργόμετρο ποδηλάτο είτε σε κυλιόμενο τάπητα. Η ποσοτική εκτίμηση αφορά συνήθως σε άσκηση όπου να επιτευχθεί μια προγραμματισμένη καρδιακή συχνότητα ή να εμφανισθούν συμπτώματα π.χ. πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο μπορεί να κοπωθεί ο άρρωστος με όριο τους 120-130 παλμούς ανά λεπτό. Μια δεύτερη δοκιμασία κοπώσεως μπορεί να γίνει σε 6-10 εβδομάδες μετά την έξοδό του με όριο συχνότητας που δίδεται σε πίνακες ανάλογα με την ηλικία και την κατηγορία του αρρώστου. Αυτονόητο είναι ότι θα πρέπει να έχουν ληφθεί όλα τα μέτρα ασφαλείας συμπεριλαμβανώντας πλήρη ετοιμότητα για ανάνηψη, καθώς και η γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου. Η ποσοτική εκτίμηση της ικανότητας των μετεμφραγματικών ασθενών θεωρείται σήμερα εργαλείο πιο ακριβές από την κλινική κρίση για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας της καρ-

διάς τους.

2. Εκτακτη προσπέλαση. Η κοινωνία θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει στο μετεμφραγματικό άρρωστο τη δυνατότητα να τεθεί κάτω από ιατρική επίβλεψη το συντομότερο δυνατό εάν παραστεί ανάγκη. Πέρα από το χρέος της κοινωνίας όμως, ο ίδιος ο θεράπων έχει υποχρεώσεις απέναντι στον ασθενή του. Θα πρέπει να τον ενθαρρύνει να επικοινωνεί μαζί του τηλεφωνικά για κάθε ασυνήθιστο σύμπτωμα. Οποιαδήποτε ώρα ημέρας ή νύχτας, να δώσει την αίσθηση στον άρρωστο ότι, όποτε χρειαστεί θα τον δεχθεί ή θα τον εξετάσει κατ'οίκον χωρίς αργοπορία να αφήνει αντικαταστάση του για τις περιπτώσεις που δεν είναι άμεσα προσιτός ο ίδιος. Μ'αυτό τον τρόπο και οι πραγματικοί κίνδυνοι μειώνονται, αλλά και οι φόβοι γι'αυτούς τους κινδύνους.

#### ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Εκτός από τους πολύ ηλικιωμένους, στο νου όλων των άλλων προεξάρχουν δύο "εγνοιες" θα επανέλθουν στην εργασία τους; Και θα επαναλάβουν τη γενετήσια δραστηριότητα τους; Εξατιμικευμένη απάντηση και στα δύο ερωτήματα μπορεί να δοθεί με ικανοποιητική ακρίβεια μόνο σε συνάρτηση με την επίδοση του ασθενούς στις δοκιμασίες της κόπωσης που προαναφέρθηκαν.

#### 1. Επαγγελματική Δραστηριότητα

Ο ιατρός θα πρέπει να διαβεβαιώσει τον εμφραγματία ότι θα μπορέσει να επανέλθει στη δουλειά του και στον προηγούμενο τρόπο ζωής του.

Αυτή η υπόσχεση σ' ένα πρώιμο στάδιο μειώνει σημαντικά το άγχος του αρρώστου. Στην πραγματικότητα εκπληρώνεται σε ποσοστό 80-85%. Αν αργότερα στην ανάρρωση γίνεται εμφανές ότι ο στόχος αυτός δεν είναι πραγματοποιήσιμος, θα πρέπει να γίνει η αντίστοιχη προσαρμογή. Ο ασθενής, που έχει εκτιμήσει τις προσπάθειες του ιατρού του, δεν του εκδηλώνει ούτε οργή ούτε εχθρότητα σ' αυτό το σημείο, γιατί καταλαβαίνει πολύ καλά ότι οι ιατροί δεν είναι αλάθητοι.

Στη φάση της ανάρρωσης, ενώ ο ασθενής επανέρχεται βαθμιαία στην κανονική του ζωή, χρήσιμο είναι να υποβληθεί σε ένα πρόγραμμα τακτικών ασκήσεων 2-3 φορές την εβδομάδα.

## 2. Φυσική δραστηριότητα

Με την επάνοδό του στο σπίτι ο ασθενής είναι συνήθως ικανός για πλήρη αυτοπεριποίηση, για δουλειά γραφείου, για συνηθισμένες οικιακές εργασίες για βάδιση, με βαθμιαία αυξανόμενη απόσταση και ταχύτητα.

Για τις γυναίκες, κυρίως, θα πρέπει να αποφεύγουν το στρώσιμο κρεβατιών, το πλύσιμο και άπλωμα ρούχων και καθαριότητα των παιωμάτων. Με τσ τέλος της 6ης εβδομάδας περίπου ο ασθενής πρέπει να βαδίζει 1 χιλ. το πρωί και 1 το βράδυ, και να οργανώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Μετά από ιατρική εκτίμηση, και ανάλογα με τα αποτελέσματά της ο ασθενής μπορεί την 8η - 12η εβδομάδα να επανέλθει στην εργασία του και να βαδίζει με ταχύτητα 5 χιλ. 1 ώρα. Μετά από 3 μήνες μπορεί να ασχολείται με σπόρ, συμπεριλαμβάνοντας



την κολύμβηση, να οδηγεί το αμάξι του και να ταξιδεύει με αεροπλάνο. Θα πρέπει να αποφύγει όμως τα ανταγωνιστικά αγωνίσματα τα χιόνια, τις ισομετρικές ασκήσεις τα μακρά γεύματα, το τακτικό τροχάδην, τις υπερβολικές κοινωνικές και πολιτικές δραστηριότητες και θα πρέπει να μάθει να μεταβιβάζει τις ευθύνες της δουλειάς του στους κατώτερούς του.

### 3. Γενετήσια δραστηριότητα

Αυτή έχει αρχίσει ήδη στην πρώτη φάση στη ανάρρωση στο σπίτι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### Σ Υ Μ Π Ε Ρ Λ Σ Μ Α

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί μια από τις σημαντικότερες ασθένειες του καιρού μας. Αποτελεί το 1/2 των θανάτων.

Αν λάβουμε σοβαρά υπόψη μας όμως τα μέτρα πρόληψης όπως έχουν αναφερθεί ίσως μειωθεί κατά μεγάλο βαθμό το ποσοστό της ασθένειας αυτής.

Θα μπορούσαμε να πετύχουμε πολλά πράγματα, αν οργανώναμε σεμινάρια πληροφόρησης για το κοινό, σχετικά με τους εκλυτικούς παράγοντες της νόσου, πως θα μπορούσαν να αποφευχθούν, την αναγνώριση των συμπτωμάτων και την γρήγορη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι διατυπώσεις της εισαγωγής των ασθενών στην μονάδα στεφανιαίας νόσου πρέπει να προβλέπουν την εξασφάλιση της γρήγορης εισαγωγής και της έγκαιρης αντιμετώπισης της νόσου.

Η καλύτερη πρόγνωση της νόσου προϋποθέτει και την άμεση αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πρωταρχική σημασία έχει η οργάνωση του απαραίτητου σε αριθμό προσωπικού και η καλύτερη εκπαίδευσή του. Απαραίτητη είναι η ετοιμότητά του και η ψυχραιμία γιατί καλούνται πολλές φορές να αντιμετωπίσουν επείγουσες και ταχείες καταστάσεις.

Η διάγνωση γίνεται με τη λήψη των τιμών των ενζύμων του ορού και με το ηλεκτροκαρδιογράφημα. Επειδή το καρδιογράφημα κατά τις πρώτες ώρες είναι δυνατόν να είναι φυσιολογικό γι' αυτό και αναφέραμε τα ένζυμα του ορού σαν πρώτο διαγνωστικό στοιχείο.

Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από την Αδελφή παίζει σημαντικό ρόλο στην όλη θεραπεία του ασθενούς. Δεν θα ήταν υπερβολή να πούμε ότι η συμβολή της Αδελφής είναι περίπου ίδια με του ιατρού.

Στο μόνο που δεν θα πρέπει να υπάρχει βιασύνη είναι οι υπερβολικές ή οι πρόωρες προσπάθειες φυσικής δραστηριότητας που πολλές φορές είναι επικίνδυνες. Αφού οι απαραίτητες εξετάσεις δείξουν ότι ο ασθενής είναι έτοιμος για να βγει από το Νοσοκομείο τότε μόνο πραγματοποιείται η έξοδός του.

Η πλήρης αποκατάσταση και κινητοποίηση του ασθενή αρχίζουν από το νοσοκομείο βέβαια αλλά συνεχίζονται και στο σπίτι. Οι οδηγίες που δίνονται για την φαρμακευτική συνέχιση της θεραπείας, την δίαιτα, την σωματική άσκηση, την απαγόρευση του καπνίσματος και του αλκοόλ, των αντιουλληπτικών φαρμάκων πρέπει να τη-

ρηθούν σωστά ώστε να αποφευχθεί ένα δεύτερο έμφραγμα.

Ακόμα πρέπει να πείσουμε τον άρρωστο να επισκέπτεται τον γιατρό τακτικά στην αρχή τουλάχιστον για να παρακολουθεί την πορεία της υγείας του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ARY LOUIS GOLDBERGER - EMANUEL GOLDBERGER  
"Κλινικό ΗΚΓ/φρημα"  
Μετάφραση Γ. Παπαζάχος Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα  
1977, σελ. 1-10, 25-30
2. ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ Χ - ΓΚΕΛΕΡΗΣ Π  
"Στεφανιαία νόσος" Θεσσαλονίκη 1985.  
σελ 7-18
3. ΠΑΠΑΔΑΝΤΟΝΑΚΗ  
"Εγχειρίδιο Καρδιολογικής νοσηλευτικής"
4. ΠΙΤΤΑΡΑΣ Γ - ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ Σ  
"Μονάς εντατικής παρακολούθησης στεφανιαίας νόσου"  
Αθήνα 1983 σελ, 1-12, 20-28
5. ΣΙΔΕΡΗΣ Δ - ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Α - ΛΟΥΒΡΟΣ Ν - ΓΚΕΝΕΡΑΛΗΣ Α  
!! Κινητοποίηση, ενεργοποίηση, και αποκατάσταση των  
εμφραγματιών "  
(Ανατυπο από το περιοδικό "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ  
ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ" Τόμος 4 1980. σελίς 1-8, 12-20