

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑ, ΑΝΑΤΟΜΙΑ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ,
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΖΑΚΟΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΝΔΡΙΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ –ΣΑΡΡΗ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή.....	1
2. Ανατομία της καρδιάς.....	3
3. Φυσιολογία της καρδιάς.....	10
4. Φυσιολογικό γήρας.....	13
5. Χρόνια νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος.....	17
6. Πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων.....	57
7. Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στις καρδιαγγειακές παθήσεις.....	60
8. Επίλογος.....	68
9. Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ορισμός του ηλικιωμένου άρχισε να γεννιέται για πρώτη φορά από τον Γερμανό Otto Von Bismarck το 1889. Όπου καθιέρωσε αυθαίρετα το 65^ο έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις) προς τους εργαζόμενους. Για τον ίδιο λόγο οι Η.Π.Α υιοθέτησαν το 65^ο έτος της ηλικίας το 1935.

Στις μέρες μας αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον, η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού ξεκινάει μεταξύ των 20-30 ετών και προχωράει με διαφορετικούς ρυθμούς ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου. Η απεικόνιση αυτού του πληθυσμού με πιο παράξενο αριθμό βασίζεται στα χαρακτηριστικά της ηλικίας που θα μπορούσε να τον διαιρέσει σε ενήλικες 55+, ηλικιωμένους 65+ και πολύ ηλικιωμένους 80+.

Μια αναδρομή στην ιστορία, μας αποδεικνύει πως ο μέσος όρος ζωής του πρωτόγονου ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια, του ανθρώπου της εποχής του Χαλκού 18 χρόνια, της αρχαίας Ελλάδας 20 χρόνια, της Ελληνορωμαϊκής εποχής 31 χρόνια και τον 19ο αιώνα έφτασε στα 40 χρόνια. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής κυμαίνεται από 73 έως 75 χρόνια. Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε. Το 1950 οι ηλικιωμένοι σ' όλο τον κόσμο έφθασαν τα 200 εκατομμύρια. Το 1975 τα 300 εκατομμύρια και το 2000 υπολογίζεται στα 583 εκατομμύρια να έφθασαν. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας αποτελούν πρόκληση για την πολιτεία, την εκκλησία και την οικογένεια.

Ακόμα αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά φυσιολογική κατάσταση που παρουσιάζει πολλές παραδοξότητες. Η βασικότερη είναι εκείνη που ενώ είναι μια φυσιολογική εξέλιξη της ζωής, οδηγεί τελικά σε έκπτωση των λειτουργιών της.

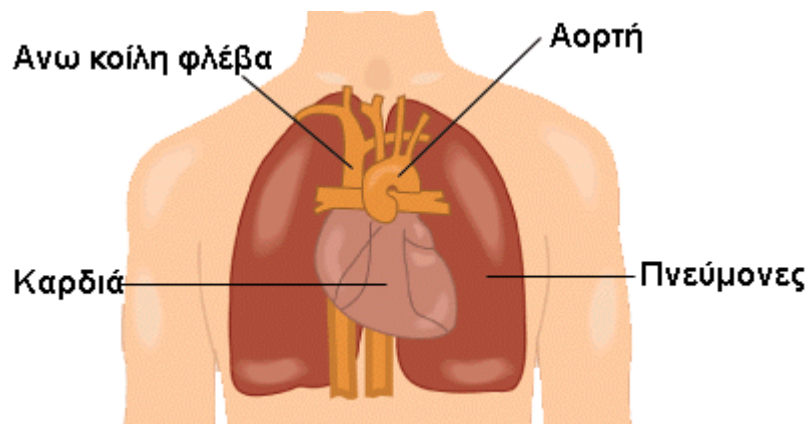
Πολλές έρευνες εξετάζουν τη διεργασία της γήρανσης από βιολογικής και ψυχολογικής και κοινωνικής άποψης. Ο σκοπός των περισσότερων μελετών επικεντρώνεται προς τη βαθύτερη επιστημονική κατανόηση αυτής της διεργασίας.

Τα γηρατειά θεωρούνται αναπόφευκτο κακό και πρόδρομος του θανάτου, γι' αυτό και η μελέτη του σαν βιολογική διεργασία είχε παραμεληθεί ως τα μέσα του αιώνα μας. Η μελέτη του γήρατος αποτελεί πλέον κοινωνική ανάγκη. Στην Ελλάδα και σ' όλο τον κόσμο υπάρχει μια εντυπωσιακή αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται άμεσα και η εθνική οικονομία.

Ο άνθρωπος αποτελεί ένα πολύπλοκο ον που αλλοιώνεται και γερνά με τον χρόνο. Ο τρόπος που ένα άτομο γερνά επηρεάζεται σημαντικά από την κληρονομικότητα, τις συνθήκες διαβίωσης, την διατροφή, την κατάσταση της υγείας και κ.α. Οι πολιτιστικές, οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές αλλαγές συνέβαλαν στην αύξηση των ηλικιωμένων σ' όλο τον κόσμο και κυρίως στις προηγμένες χώρες.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Η καρδιά αποτελεί ένα κοίλο μυώδες όργανο. Βρίσκεται πίσω από το στέρνο στο ύψος του 3ου – 6ου πλευρικού χόνδρου. Έχει μέγεθος γροθιάς για τον ενήλικα, ενώ ποικίλει ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το βάρος του ατόμου. (Ε. ΑΘΑΝΑΤΟΥ,2000, Δ.ΑΚΥΡΟΥ,2002, Β.Ρ.ΗΕGHER-Ε.САLDWELL,1999, Ν.ΤΣΙΚΟΣ-Σ.ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ,1999)



Έχει σχήμα τρίπλευρης πυραμίδας με τη βάση προς τα πίσω, δεξιά και άνω, κάτω από τη δεύτερη πλευρά, ενώ η κορυφή της στρέφεται προς τα εμπρός αριστερά και κάτω. Από τη βάση καρδιάς ξεκινούν οι μεγάλες αρτηρίες (αορτή και πνευμονική αρτηρία) και στη βάση επιστρέφουν και οι μεγάλες φλέβες (άνω και κάτω κοίλη φλέβα, πνευμονικές φλέβες). (Δ.ΑΚΥΡΟΥ,2002)

Η καρδιά παίζει το ρόλο μυϊκής αντλίας, που παίρνει αίμα από το φλεβικό σύστημα και το προωθεί μέσα στο αρτηριακό σύστημα. (ΑΝΝΑ ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ-ΜΑΡΙΑ ΠΑΝΟΥ, 2002) Διαιρείται σε δεξιά και αριστερά πλευρά μέσω μυϊκού τοιχώματος που λέγεται διάφραγμα και στη συνέχεια σε 4 κοιλότητες.

Τα 4 διαμερίσματα της καρδιάς είναι:

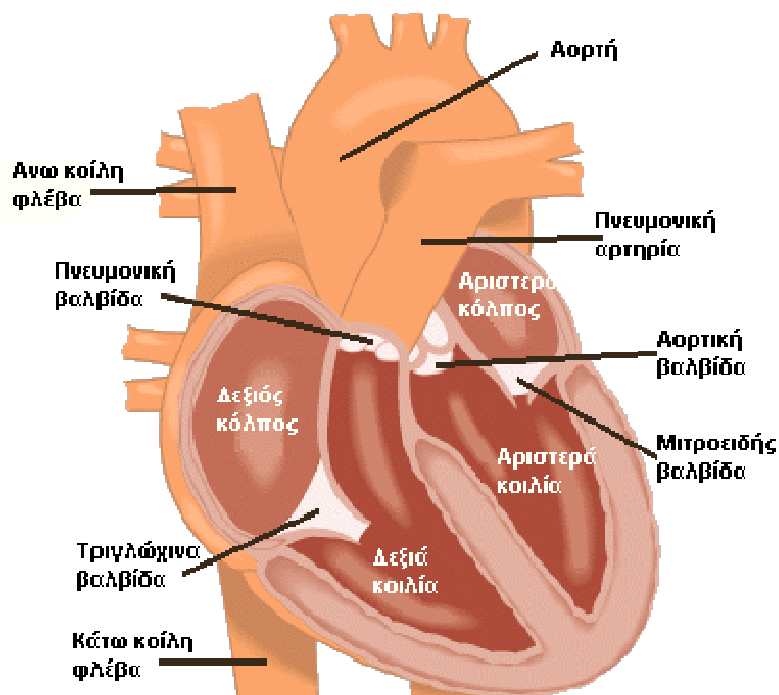
Ο δεξιός κόλπος. Δέχεται αίμα από ολόκληρο το σώμα. Το αίμα αυτό είναι φλεβικό, έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε οξυγόνο και σχετικά υψηλή σε CO₂.

Η δεξιά κοιλία. Δέχεται αίμα από το δεξιό κόλπο και το στέλνει στους πνεύμονες μέσω της πνευμονικής αρτηρίας με σκοπό να οξυγονωθεί και να αποβάλλει το CO₂.

Ο αριστερός κόλπος. Δέχεται το οξυγονωμένο αίμα από τους πνεύμονες και το στέλνει στην αριστερή κοιλία.

Η αριστερή κοιλία. Δέχεται αίμα από τον αριστερό κόλπο και το στέλνει σ' ολόκληρο το σώμα μέσω της αορτής.

Οι βαλβίδες διαχωρίζουν τους κόλπους από τις κοιλίες. Επίσης υπάρχουν βαλβίδες στην έξοδο της πνευμονικής αρτηρίας και στο στόμιο της αορτής για να αποτρέψουν την παλινδρόμηση του αίματος. Η πνευμονική αρτηρία μεταφέρει αίμα στους πνεύμονες και η αορτή μεταφέρει αίμα από την καρδιά προς το σώμα.



Οι βαλβίδες εντοπίζονται ως εξής:

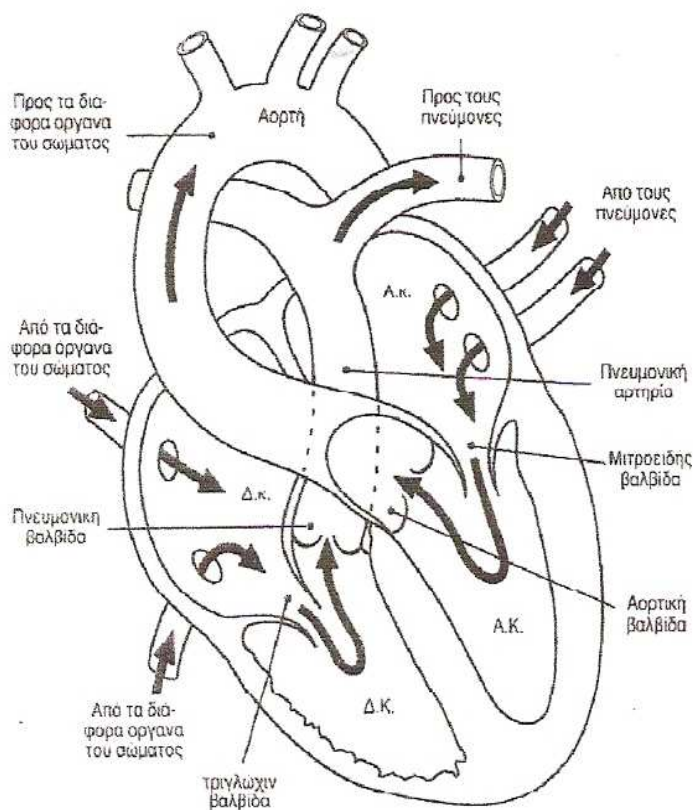
- Τριγλώχινα βαλβίδα, μεταξύ του δεξιού κόλπου και της δεξιάς κοιλίας.
- Μιτροειδής ή διγλώχινα βαλβίδα, μεταξύ του αριστερού κόλπου και της αριστερής κοιλίας.
- Η πνευμονική μηννοειδής βαλβίδα, μεταξύ του δεξιού κόλπου και της πνευμονικής αρτηρίας.
- Αορτική μηννοειδής βαλβίδα, μεταξύ αριστερής κοιλίας και αορτής.
(BARBARA R. HEGHER-ESTHEL CALDWELL 1999)

Από άποψη κατασκευής αποτελείται από έξω προς τα μέσα από το περικάρδιο, μυοκάρδιο, ενδοκάρδιο.

Περικάρδιο. Αποτελεί όργανο θύλακα, μέσα στον οποίο βρίσκεται η καρδιά και η αρχή των μεγάλων αγγείων. Φέρει δύο πέταλα, το περισπλάχνιο ή επικάρδιο και το τοιχωματικό. Ανάμεσα στα δύο αυτά πέταλα υπάρχει η περικαρδική κοιλότητα, η οποία φυσιολογικά περιέχει μικρή ποσότητα υγρού. Σε παθολογικές καταστάσεις, η συγκέντρωση μεγαλύτερης ποσότητας υγρού ή αίματος στην κοιλότητα δυσχεραίνει τη λειτουργία της καρδιάς και είναι δυνατόν να προκαλέσει συμπιεστικά φαινόμενα (επιπωματισμό) της καρδιάς.

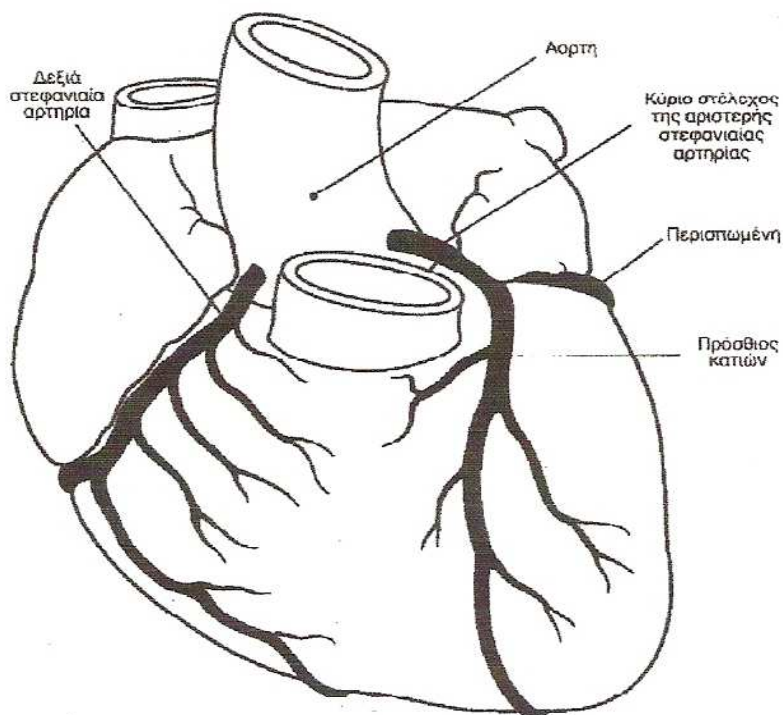
Μυοκάρδιο. Το μυοκάρδιο (καρδιακός μυς) αποτελείται από μικρές μυϊκές ίνες με εγκάρσια γράμμωση. Είναι το σημαντικότερο τμήμα που επιτελεί το καρδιακό έργο.

Ενδοκάρδιο. Το ενδοκάρδιο καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια των κόλπων και των κοιλιών. (Ε.Κ.ΑΘΑΝΑΤΟΥ,2000, Δ.Β.ΑΚΥΡΟΥ,2002)



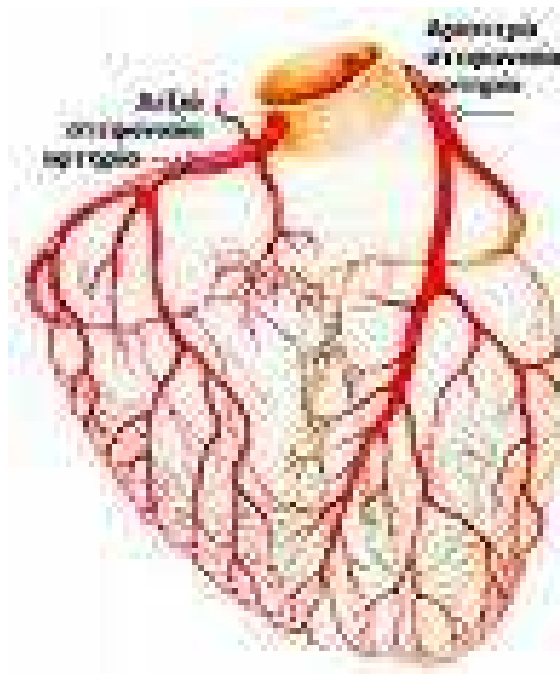
ΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑ ΑΓΓΕΙΑ – ΑΥΤΟΤΡΟΦΟΔΟΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΜΕ ΑΙΜΑ

Όπως όλα τα όργανα του σώματος, έτσι και ο καρδιακός μυς πρέπει να εφοδιάζεται με αίμα για τις δικές του ανάγκες. Αυτή η λειτουργία επιτελείται μέσω των στεφανιαίων αρτηριών. Η δεξιά και αριστερή κύρια στεφανιαία αρτηρία εκφύονται από την αορτή πολύ κοντά και επάνω από την αορτική βαλβίδα, η αριστερή υποδιαιρείται σε δύο μεγάλες αρτηριακούς κλάδους – τον πρόσθιο κατιόντα και τον περισπωμένο.



Το τοίχωμα των στεφανιαίων αρτηριών έχει 3 στιβάδες (χιτώνες).

- I. Μια εσωτερική, την «έσω», που συνίσταται από ένα στρώμα κυττάρων.
- II. Μια μεσαία, την «ενδιάμεση», που συντίθεται από μυϊκό ιστό.
- III. Μια εξωτερική, την «έξω», που συντίθεται από ινώδη ιστό. (DESMOND JULIAN AND CLAIRE MARLEY, 1991)



ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

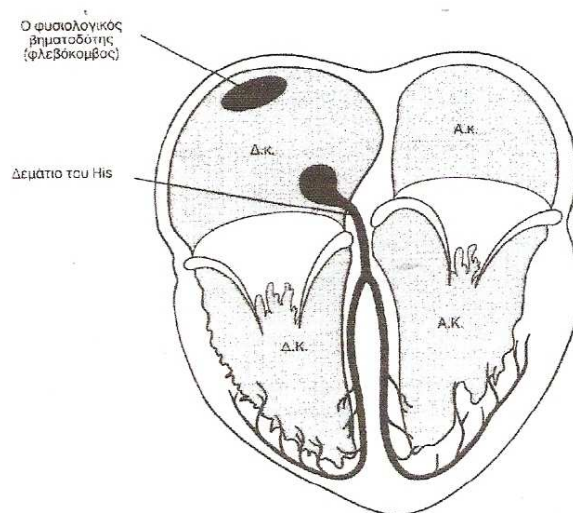
Η καρδιά αποτελείται από εξειδικευμένα κύτταρα, τα λεγόμενα «βηματοδοτικά». (ΔΗΜΗΤΡΑ Κ. ΑΚΥΡΟΥ 2002, DESMOND JULIAN AND CLAIRE MARLEY, 1991).

Το ερεθισματογωγό σύστημα, διακρίνεται σε 2 τμήματα, το φλεβοκολπικό και το κολποκοιλιακό.

Το φλεβοκολπικό αποτελείται από μυϊκές ίνες εμβρυϊκού τύπου, που αποτελούν το φλεβόκομβο ή πρωτεύον κέντρο παραγωγής των ερεθισμάτων. Φυσιολογικά, ο φλεβόκομβος παράγει ρυθμικά ηλεκτρικά ερεθίσματα 60-100 φορές το λεπτό.

Ο κολποκοιλιακός κόμβος ή κόμβος των *Aschoff – Tawara* ή δευτερεύον κέντρο της καρδιάς, βρίσκεται στο κάτω τμήμα του μεσοκολπικού διαφράγματος.

Το δεμάτιο του *His* αποτελεί την προς τα κάτω συνέχεια του ερεθισματογωγού συστήματος. Χωρίζεται σε 2 σκέλη, το δεξιό και το αριστερό. Οι δέσμες και τα σκέλη του δεματίου του *His* καταλήγουν στις ίνες του *Purkinze*, οι οποίες διασκορπίζονται στο μυοκάρδιο των κοιλιών.



Κάθε ερέθισμα ξεκινάει από το φλεβοκόμβο, διαχέεται στο τοίχωμα του μυοκαρδίου των κόλπων, τους διεγείρει και αυτόματα προκαλείται η συστολή αυτών. Κατόπιν φθάνει στον κόμβο των *Aschoff – Tawara*, στο δεμάτιο και τα σκέλη του *His*, από όπου καταλήγει στις ίνες του *Purkinze*, οπότε διεγείρεται το μυοκάρδιο και αυτόματα επέρχεται η συστολή των κοιλιών. (ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Κ. ΑΘΑΝΑΤΟΥ 2000, ΔΗΜΗΤΡΑ Β. ΑΚΥΡΟΥ 2002, DESMOND JULIAN AND CLAIRE MARLEY 1991)

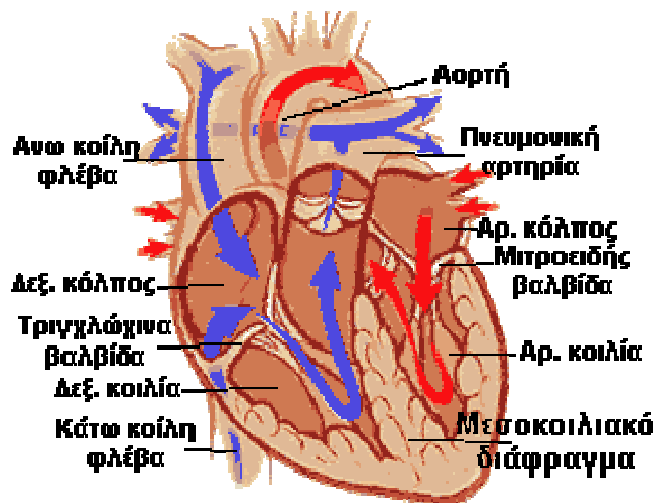
Εισηγητής : Καζάκος Κυριάκος

Επιμέλεια : Πανδριάς Δημήτριος – Σαρρή Μαρία

Ακαδημαϊκό έτος : 2007-2008

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Καρδιακός κύκλος. Διακρίνεται σε 2 φάσεις, τη συστολική και διαστολική. Κατά τη φάση της συστολής το αίμα εξωθείται από τη δεξιά κοιλία στην πνευμονική αρτηρία και από την αριστερή κοιλία στην αορτή. Κατά την φάση της διαστολής επέρχεται χάλαση των κοιλιών, οι οποίες πληρούνται εκ νέου. Ο χρόνος που περικλείει μια καρδιακή συστολή και διαστολή καλείται καρδιακός κύκλος.



Καρδιακός παλμός

Είναι η αλληλοδιαδόχως επαναλαμβανόμενη λειτουργία της καρδιάς, που συνίσταται στη διέγερση και συστολή των κόλπων, των κοιλιών και την καρδιακή παύλα.

Όγκος παλμού

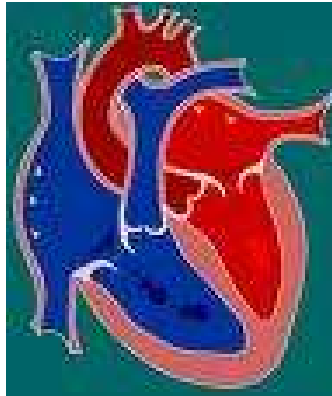
Η καρδιά σε κάθε συστολή εξωθεί, τόσο προς την αορτή όσο και προς την πνευμονική αρτηρία, ένα ορισμένο όγκο αίματος, που σε κατάσταση ηρεμίας είναι 60-70 κυβ. εκ. και καλείται όγκος παλμού.

Καρδιακή παροχή ή κατά λεπτό όγκος αίματος (ΚΛΟΑ)

Το ποσόν του αίματος που εξωθείται από κάθε κοιλία σ'ένα λεπτό καλείται κατά λεπτό όγκος (ΚΛΟΑ), που αποτελεί το γινόμενο του όγκου παλμού επί της καρδιακής συχνότητας κατά λεπτό.

$$\text{Όγκος παλμού} \times \text{Καρδιακή Συχνότητα} = \text{ΚΛΟΑ}$$

70 κυβ. εκ. x 70 = 4,900 δηλαδή 5 λίτρα περίπου.



Καρδιακή ώση

Κατά το χρόνο εξώθησης η κορυφή της καρδιάς μετατοπίζεται και χτυπά το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. Η πρόσκρουση αυτή γίνεται αισθητή με την ψηλάφηση, αποτελεί δε καθοριστικό σημείο της θέσης της καρδιάς στο θώρακα.

Καρδιακοί τόνοι ή ήχοι

Ο πρώτος καρδιακός ήχος παράγεται με το κλείσιμο των κολποκοιλιακών βαλβίδων και τους κραδασμούς των κοιλιών κατά την έναρξη της συστολής. Ο πρώτος ήχος είναι χαμηλότερης έντασης και μεγαλύτερης διάρκειας συγκριτικά με το δεύτερο.

Ο δεύτερος καρδιακός ήχος παράγεται από τις δονήσεις που δημιουργούνται κατά το κλείσιμο των μηνοειδών βαλβίδων.

Ο τρίτος καρδιακός ήχος συμβαίνει αμέσως μετά το δεύτερο και αντιστοιχεί με το χρόνο πλήρωσης των κοιλιών.

Ο τέταρτος καρδιακός ήχος αντιστοιχεί στη συστολή των κόλπων και παράγεται λίγο πριν από τον πρώτο.

Σε φυσιολογικές καταστάσεις ο τρίτος και ο τέταρτος καρδιακός ήχος σπάνια μπορεί να ακουστούν με τη συνήθη ακρόαση, αλλά μπορεί να καταγραφούν με το φωνοκαρδιογράφημα.

Πιέσεις της καρδιάς

Οι πιέσεις της συστηματικής κυκλοφορίας είναι υψηλότερες από τις πιέσεις της πνευμονικής κυκλοφορίας.

Αρτηριακή πίεση

Η ΑΠ είναι χαμηλότερη στην παιδική ηλικία από ότι στους ενήλικες. Είναι συνήθως περίπου 70/50 mmHg στα νεογέννητα, 90/60 στα νήπια, 100/70 mmHg στα μεγαλύτερα παιδιά, ενώ στους εφήβους ανέρχεται στο 120/80 mmHg.

Πίεση σφυγμού

Η διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής ΑΠ λέγεται διαφορική πίεση ή πίεση σφυγμού. Εάν η ΑΠ είναι 140/80 mmHg, η πίεση σφυγμού είναι 60 mmHg. (ΔΗΜΗΤΡΑ Β. ΑΚΥΡΟΥ 2002)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ

Φυσική εμφάνιση

Πολλά άτομα στην γεροντική ηλικία είναι υπερβολικά παχύσαρκά από πολυφαγία και μειωμένη δραστηριότητα, άλλα πάλι πολύ ισχνά από κακή απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών.

Συνήθως στα γηρατειά παρατηρείται μείωση του ύψους 3 με 4 εκατοστά, που οφείλεται σε ατροφικές μεταβολές της σπονδυλικής στήλης, επίσης μπορεί να συνοδεύεται και με κώφωση. Παρατηρείται μείωση των οστικών κυττάρων και εκφύλιση των κυψελίδων τους. Το περίοστεο γίνεται ατροφικό, ο μυελός των οστών μετατρέπεται από λιπώδη σε ινώδη και παρατηρείται απώλεια του ασβεστίου και του φωσφόρου. Οι αρθρώσεις και κυρίως των καρπών και των φαλαγγών παρουσιάζουν δυσκαμψία και παραμόρφωση (εξογκώματα). Το κεφάλι, η κάτω σιαγόνα, τα αντιβράχια και τα χέρια συχνά παρουσιάζουν τρεμώδεις κινήσεις. Το βάδισμα γίνεται αργό και δύσκολο με ανοικτά τα πόδια, για να αυξάνεται η επιφάνεια στήριξης και να επιτυγχάνεται η ισορροπία. Τα μυϊκά κύτταρα ατροφούν και ο όγκος τους ελαττώνεται.

Οι μύες χάνουν την ελαστικότητα και την συσταλτικότητά τους, εκφυλίζονται και παρουσιάζουν υδαρή σύνθεση. Οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μεμβράνες εκφυλίζονται. Τα μαλλιά και το τρίχωμα ελαττώνονται και χάνουν το χρώμα και τη στιλπνότητά τους. Το δέρμα αφυδατώνεται, χάνει την ελαστικότητά του, παρουσιάζει μελαχρωματικές κηλίδες και ρυτίδες και το υποδόριο λίπος μαλακώνει. Διάφορες ευρυαγγείες κάνουν την παρουσία τους, λόγω ατροφίας του συνδετικού ιστού, που συγκρατεί τα μικρά αγγεία. Τα άκρα συνήθως είναι κρύα και κυανωτικά από ανεπαρκή περιφερική αιμάτωση.

ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η καρδιά παρουσιάζει κάποιες εκφυλιστικές επεξεργασίες, όπως η αθηρωμάτωση και η καρδιακή ανεπάρκεια, που αρχίζει με υπερτροφία της καρδιάς εξαιτίας της αύξησης των περιφερικών αντιστάσεων, αρχικά των κοιλιών και αργότερα των κόλπων. Αυτή η υπερτροφία με το πέρασμα του χρόνου μεταβάλλεται σε ατροφία του καρδιακού μυ κι έτσι μικραίνει ο όγκος της καρδιάς.

Παράλληλα, ενώ ο μυϊκός ιστός ατροφεί, το κολλαγόνο μετατρέπεται σε ελαστικά ινίδια με αποτέλεσμα τη δημιουργία της σκληρωτικής γεροντικής καρδιάς, που παρουσιάζει και ουλοτικές εστίες από αρτηριοσκλήρωση των μικρών αγγείων. Εμφανίζεται ακόμη μυοκαρδίτις, κυρίως στην αριστερή κοιλία. Στους θηλοειδείς μύες των κοιλιών της καρδιάς παρατηρείται συχνά εναπόθεση αλάτων, όπως και στις βαλβίδες και στους ινώδεις δακτυλίους. Οι παραπάνω αλλοιώσεις συνοδεύονται από σοβαρές διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας.

Τα αγγεία παρουσιάζουν αλλοιώσεις, που αφορούν στο μέσο κυρίως χιτώνα των αρτηριών. Το τοίχωμά τους γίνεται πιο παχύ από συγκέντρωση βλεννώδους ουσίας. Με την πάχυνση του τοιχώματος διαταράσσεται η αιμάτωσή τους και στη συνέχεια προκαλείται εναπόθεση ασβεστίου και χοληστερίνης. Οι αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις των αγγείων, τοπικές ή γενικές, αρχίζουν από τα αγγεία της καρδιάς και των νεφρών και επεκτείνονται στα αγγεία του εγκεφάλου.(JOAN F.NEEDHAM 1999)

Αρτηριακή Υπέρταση

Η αρτηριακή πίεση, που συντηρείται χάρις στην καρδιακή λειτουργία και τον τόνο των αγγείων, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να υπερνικηθούν οι αντιστάσεις που παρουσιάζουν οι μικρές αρτηρίες στην κίνηση του αίματος. Διακρίνουμε την συστολική πίεση, που παράγεται τη στιγμή που εκτοξεύεται το αίμα από την αριστερή κοιλία και καθορίζεται από τη δύναμη της συστολής, τον όγκο παλμού και τις αρτηριακές αντιστάσεις, και τη διαστολική πίεση, που εξαρτάται κυρίως από τις αρτηριακές αντιστάσεις και τον όγκο παλμού.

Από την παράλληλη αύξηση και ελάττωση των αντιστάσεων στις διάφορες περιοχές εξασφαλίζεται η εξοικονόμηση των αναγκών σε αίμα (μεταβλητών από στιγμή σε στιγμή), χωρίς να υπάρχει ανάγκη ούτε να αυξάνει το αίμα, ούτε να αλλάζει πολύ η αρτηριακή πίεση.

Η αρτηριακή πίεση μπορεί να αυξάνει μόνιμα ή σχεδόν μόνιμα:

α. Όταν σκληρύνουν η αορτή και οι μεγάλες αρτηρίες (γεροντική ή αρτηριοσκληρωτική υπέρταση), με αύξηση κυρίως στη συστολική πίεση.

β. Όταν αυξηθεί ο όγκος του αίματος που κυκλοφορεί (συμπαθητικοτονία των νέων, κλιμακτήριος, νοσήματα νεφρού, νεφρικών αρτηριών, όγκοι επινεφριδίων, κ.α.).

γ. Όταν αυξηθούν οι αντιστάσεις των αρτηριδίων, που είναι και η κύρια αιτία υπερτάσεως και χαρακτηρίζεται από αύξηση και της διαστολικής πίεσης.

Η αιτία της αύξησης των αρτηριακών αντιστάσεων είναι πιο συχνά άγνωστη και η υπέρταση λέγεται ιδιοπαθής. Σπάνια είναι δευτεροπαθής, δηλαδή οφείλεται σε γνωστή αιτία. Αυτή η υπέρταση είναι συχνή μεταξύ μελών της ίδιας οικογένειας και αρχίζει ως ασταθής υπέρταση ιδιαίτερα σε αγχώδη και νευρωτικά άτομα, γι' αυτό ονομάζεται από τον κόσμο "νευροπίεση". Κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης η αρτηριακή πίεση μπορεί να ανέβει, αλλά σε ηρεμία θα πρέπει να κυμαίνεται στα φυσιολογικά επίπεδα 90-120 / 70-80 mmHg. Στην Ελλάδα αρτηριακή πίεση έχει ένα ποσοστό πληθυσμού περίπου 10%.

Η βλαπτική δράση της αυξημένης πίεσης ασκείται προς δύο κατευθύνσεις :

A. Προς τις αρτηρίες

Επιτυγχάνει την εγκατάσταση της αρτηριοσκλήρωσης με συνέπεια τη στένωση και απόφραξη των στεφανιαίων αρτηριών, των εγκεφαλικών, των νεφρικών, κ.α. Η βλάβη αυτή έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία και τη νέκρωση των αντίστοιχων οργάνων (έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικά επεισόδια, νεφρική ανεπάρκεια).

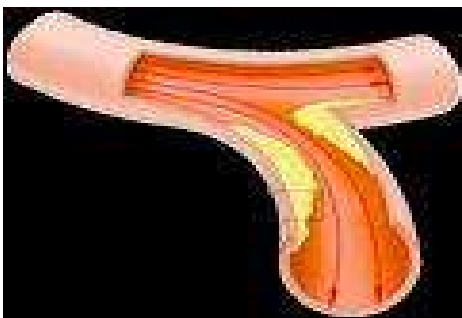
Οδηγεί στην ανάπτυξη ανευρισμάτων των εγκεφαλικών αρτηριών με αποτέλεσμα τη ρήξη τους και την εγκεφαλική αιμορραγία.

B. Προς την αριστερή κοιλία

Η αριστερή κοιλία καταπονείται και ανεπαρκεί. Σε αυτό υποβοηθεί και η συνυπάρχουσα στένωση των στεφανιαίων αρτηριών.

Αθηρωμάτωση

Η αθηρωμάτωση ονομάζεται το παθολογοανατομικό υπόστρωμα της αρτηριοσκλήρυνσης και συνδυάζεται συχνά με την υπέρταση. Παρόλο που ο μηχανισμός της αθηρωμάτωσης των αρτηριών δεν είναι απόλυτα γνωστός, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι στην ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας στο τοίχωμα της αρτηρίας σημαντικό ρόλο παίζουν τα λιπίδια του αίματος, που αυξάνουν όσο περνά η ηλικία.



Αθηροσκλήρυνση

Τόσο στη υπέρταση, όσο και στην αθηρωμάτωση η διαίτα παίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη, αλλά και στην θεραπεία. Η ελάττωση του σωματικού βάρους στο φυσιολογικό, στο ιδανικό βάρος ανάλογα με το φύλο, το ύψος και τη σωματική κατασκευή, βοηθά στην πτώση της υπέρτασης, αλλά και στην βελτίωση της αθηρωμάτωσης.

Στην υπέρταση ιδιαίτερη σημασία έχει ο περιορισμός του νατρίου, ενώ η αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας προϋποθέτει περιορισμό στη διαιτητική πρόσληψη των κορεσμένων λιπαρών οξέων, της χοληστερίνης και πολλές φορές και των υδατανθράκων. (ΚΟΡΝΗΛΙΑ ΠΕΦΤΙΤΣΕΛΗ, ΕΥΓΕΝΙΑ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΟΥ, ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2003)

ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η φθορά πλήττει από πολύ νωρίς το καρδιαγγειακό σύστημα. Τα 2/3 των αιτιών θανάτου για τα άτομα 65 χρόνων και άνω οφείλονται σε κάποια νόσο του κυκλοφορικού. Ο προσδιορισμός της αιτιολογίας τους είναι δύσκολος γιατί η παθολογία τους είναι πολλαπλή. Η φθορά του γήρατος αναφέρεται στους αιτιολογικούς παράγοντες. Οι διαταραχές του καρδιακού ρυθμού προοδευτικά γίνονται πιο συχνές, όπως και η ανεπάρκεια των στεφανιαίων αγγείων. Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, αριστερά, δεξιά ή ολική πλήττει τα ηλικιωμένα άτομα. Θα αναφερθούμε στα πιο συνηθισμένα από τα προβλήματα της καρδιάς και των αγγείων.

Κυκλοφορική ανεπάρκεια

Κυκλοφορική ανεπάρκεια ονομάζουμε την αδυναμία αιματώδης των οργάνων του σώματος, λόγω διαταραχών της κυκλοφορίας του αίματος (Διαταραχές όγκου και κατανομής αίματος).

Πολλοί παράγοντες εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της αιμάτωσης των οργάνων του σώματος (όγκος αίματος, οργανική και λειτουργική ακεραιότητα αγγείων και καρδιακής αντλίας).

Οι κλινικές εικόνες, που παράγονται από την διαταραχή κάποιου από τους παράγοντες, που συμβάλλουν στην ομαλή αιμάτωση των οργάνων του σώματος είναι: η Λιποθυμία, η Ορθοστατική Υπόταση και η καταπληξία (shock).

Καταπληξία

Shock θεωρείται μία διαταραχή της κυκλοφορίας που καταλήγει σε σημαντική περιστολή της αιματώσεως των ιστών των ζωτικών οργάνων με περαιτέρω συνέπεια μιας ποικιλίας συστηματικών διαταραχών.

Τα κλασικά συμπτώματα του shock συνήθως εμφανίζονται αιφνιδίως και εξελίσσονται ραγδαίως, όπως είναι η ανησυχία, η υπόταση, η ωχρότητα, η ταχυκαρδία και ψυχρούς ιδρώτες. Σπανίως όμως εμφανίζεται ξηρότητα δέρματος, δύσπνοια, δίψα, ολιγουρία.

Στην παθογένεια του shock είναι δυνατόν να συμμετέχουν τρεις μηχανισμοί. *Υποογκαιμία* (μείωση όγκου δραστικού αίματος). *Ανεπάρκεια καρδιακή* (αντλίας) και αλλαγή στις *αγγειακές αντιστάσεις* (αγγειοσυσπασση ή αγγειοδιαστολή). Μεταβολή σε έναν από τους παραπάνω παράγοντες προκαλεί μείωση της μικροκυκλοφορίας.

Δεν υπάρχει ικανοποιητική ταξινόμηση του shock, η καλύτερη ταξινόμηση βασίζεται στην κυριαρχούσα αιμοδυναμική διαταραχή του οργανισμού.

1. *Υποογκαιμικό shock* (μείωση του ενεργώς δρώντος αίματος). Εξωτερική απώλεια υγρών (αίματος, πλάσματος). Εσωτερική απώλεια υγρών.
2. *Καρδιογενές shock* (ανεπάρκεια καρδιακής αντλίας) π.χ. επί εμφράγματος.
3. *Αγγειακό shock*. Αυξημένη φλεβική χωρητικότητα (μικροβιακές ενδοτοξίνες). Μείωση αντιστάσεως αρτηριδίων(άλγος, φάρμακα, stress).

Αντιμετώπιση

Είναι ζωτικής σημασίας να διευκρινισθεί το ταχύτερο η συγκεκριμένη αιτία, οι συμμετέχοντες παράγοντες (ηλικία, προηγούμενη κατάσταση υγείας, επιπλοκές), η βαρύτητα και η διάρκεια του shock. Η πρόληψη και η έγκαιρη θεραπευτική επέμβαση είναι πιο αποτελεσματικές από όσο η θεραπεία του εγκατεστημένου ήδη shock.

Γενικά μέτρα

Κατάκλιση σε ημικαθιστική θέση, χορήγηση οξυγόνου, διατήρηση καλής θερμοκρασίας, αναλγησία, παρακολούθηση και διατήρηση της διουρήσεως.

Ειδικά μέτρα

Παρακολούθηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης και αποκατάσταση και διατήρηση ισοζυγίου αίματος, υγρών και ηλεκτρολυτών με παρεντερική χορήγηση. Φαρμακευτικώς αναλόγως της παθοφυσιολογίας του shock χρησιμοποιούνται αγγειοενεργά φάρμακα, κορτικοειδή, διουρητικά, αντιβιοτικά ή φάρμακα καρδιακών διαταραχών. Η συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς είναι ζωτική μέχρις ότου η κατάσταση του ασθενούς σταθεροποιηθεί.

Ορθοστατική υπόταση

Η μεταβολή (πτώση) της συστολικής και διαστολικής πίεσης, κατά την μεταβολή της στάσεως του σώματος (έγερση). Το φαινόμενο συνοδεύεται από αύξηση της συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας.

Συχνά σε ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται σκλήρυνση των αγγείων και ανεπάρκεια των βαλβιδικών φλεβών των κάτω άκρων. Η συχνή λήψη αγγειοδιασταλτικών και διουρητικών φαρμάκων, μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη ορθοστατικής υπότασης.



Ζάλη και συγκοπή

Τα συμπτώματα της ζάλης και συγκοπής ερμηνεύονται δύσκολα αν το επίπεδο συνείδησης του ασθενή είχε μειωθεί και είναι ασαφής η ενθύμηση των γεγονότων που σχετίζονται με την προσβολή.

Οφείλονται σε καρδιακά και εξωκαρδιακά αίτια. Καρδιακά αίτια είναι μια κρίση στηθάγχης, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και η καρδιακή ανεπάρκεια. Εξωκαρδιακά αίτια είναι μια κρίση επιληψίας, παροδικές ισχαιμικές προσβολές εξαιτίας αγγειακής πάθησης του εγκεφάλου ή της καρωτίδας, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ίλιγγος.

Η περιγραφή του επεισοδίου από κάποιο παρευρισκόμενο έχει μεγάλη αξία. Η ζάλη είναι συχνά, αλλά όχι αναγκαία, προάγγελος συγκοπής και παρατηρείται μόνη ή μαζί με τη συγκοπή.

Καρδιακή ανεπάρκεια

Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί πάθηση κατά την οποία η καρδιά εμφανίζει αδυναμία να εκκενώσει και να προωθήσει επαρκή ποσότητα αίματος στην περιφέρεια, ανάλογη των εκάστοτε αναγκών του οργανισμού.

Συνήθως είναι αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας καρδιοπάθειας, η οποία με τη συνεχή επιβάρυνση που ασκεί στην καρδιά, την οδηγεί σε κάμψη. Σπανίως όμως αποτελεί οξύ φαινόμενο ανεπάρκειας της καρδιακής αντλίας.

Η καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζεται πιο συχνά σε ηλικιωμένα άτομα λόγω σκλήρυνση των αγγείων και την ίνωση της καρδιάς, με αποτέλεσμα την μείωση της λειτουργίας της. Άλλες παθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε καρδιακή ανεπάρκεια είναι η στεφανιαία νόσος, υπέρταση και η βαλβιδοπάθεια.

Η επιβάρυνση που υφίσταται η καρδιά και η αντίστοιχη ανεπάρκειά της μπορεί να αφορά το αριστερό ή το δεξιό τμήμα της ή σε ολόκληρο το μυοκάρδιο, οπότε έχουμε αντιστοίχως : *Ανεπάρκεια Αριστερής ή Δεξιάς Κοιλίας ή Ολική Καρδιακή Ανεπάρκεια*

Διάκριση των καρδιοπαθών ανάλογα με την βαρύτητα της πάθησης τους

- Ασθενείς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη συνήθη φυσική δραστηριότητα.
- Ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα κατά τη συνήθη φυσική δραστηριότητα.
- Ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα, ακόμη και σε μικρότερη από τη συνηθισμένη φυσική δραστηριότητα.
- Ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα και εν ηρεμία.

α. Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια

Επιβαρύνεται το έργο της αριστερής καρδιάς (κοιλίας) η οποία οδηγείται σε υπερτροφία και τελικώς σε κάμψη.

Αιτιολογία:

- Υπέρταση
- Βαλβιδικές βλάβες της αορτής
- Ανεπάρκεια της μιτροειδούς
- Στεφανιαία νόσος

Κλινική εικόνα:

1. *Δύσπνοια εν κόπωση:* Η δύσπνοια ποικίλλει αναλόγως της βαρύτητας του σωματικού έργου. Προκαλείται από την πνευμονική συμφόρηση, που δημιουργεί μείωση της ελαστικότητας των πνευμόνων, οπότε ο οργανισμός για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της αναπνοής επιστρατεύει και την έντονη λειτουργία των αναπνευστικών μυών.
2. *Καρδιακό Άσθμα ή Παροξυντική νυχτερινή δύσπνοια:* Η δύσπνοια εισβάλλει αιφνιδίως κατά των ύπνο. Ο ασθενείς εγείρεται πανικόβλητος έχοντας έντονη δύσπνοια. Ακροαστικώς ακούγονται ρόγχοι ανάλογοι των ρόγχων του βρογχικού άσθματος.

3. *Πνευμονικό Οίδημα*: Λόγω της συμφορήσεως (αυξημένη φλεβική πίεση πνευμονικών τριχοειδών) προκαλείται διίδρωση υγρού στις κυψελίδες. Βαριά μορφή δύσπνοιας, με βήχα και αφρώδη ροδόχρωμη απόχρεμψη και αιμόφυρτα πτύελα. Έντονο άγχος με μεγάλη εφίδρωση.

Αντιμετώπιση:

- Θέση ημικαθιστική
- Οξυγόνο
- Εργαστηριακός έλεγχος
- Εργαστηριακές εξετάσεις: Ακτινογραφία, ηχοκαρδιογραφία
- Test κόπωσης
- Διακοπή κάθε δραστηριότητας
- Φαρμακευτική αγωγή: Χορήγηση ενδοφλεβίως dizitaline (κεντρική καρδιοτόνωση), morphine, aminophylline (για διεύρυνση των βρόγχων) και Lasix (για διούρηση). Χορήγηση αγγειοδιασταλτικών(αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, ανταγωνιστές ασβεστίου). Τα παραπάνω φάρμακα πρέπει να υπάρχουν στο φαρμακείο των ασθενών με αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, είναι φάρμακα άμεσης ανάγκης.
- Ελαφρά δίαιτα
- Μείωση του όγκου του αίματος με την εφαρμογή αναίμακτης αφαίμαξης (ίσχαιμο περιίδεση άκρων)
- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων

β. Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια

Διάταση της δεξιάς κοιλίας, λόγω πρωτοπαθούς πνευμονικής νόσου, η οποία οδηγεί σε υπερτροφία και τελικώς σε ανεπάρκεια της δεξιάς καρδιάς (κοιλίας).

Αιτιολογία:

- Χρόνια νοσήματα των πνευμόνων ή των βρόγχων.
- Χρόνια αγγειακά νοσήματα.
- Χρόνια μηχανική παρακώλυση των αεροφόρων οδών.

Κλινική εικόνα:

Αύξηση της φλεβικής πίεσης με διεύρυνση των τραχηλικών φλεβών, περιφερικό οίδημα, κοιλιακά άλγη, δύσπνοια, πληκτροδακτυλία, καταβολή, παραγωγικός βήχας, κυάνωση. Ο ασθενής εμφανίζει ηπατομεγαλία με ασκίτη και οίδημα κάτω άκρων, ενώ οι σφαγιτίδες φλέβες είναι διατεταμένες και εμφανίζει καρδιακή ώση παραστερνικώς δεξιά.

Αντιμετώπιση:

Κεντρική καρδιοτόνωση για την ισχυροποίηση της καρδιακής συστολής π.χ. δακτυλίτιδα (προσοχή στη χορήγηση, έχει αθροιστική δράση).

Διουρητικά (Lasix) για τη μείωση του όγκου αίματος και τη βελτίωση του έργου της καρδιάς. Τα φάρμακα αυτά προκαλούν υποκαλιαιμία, γι' αυτό παράλληλα χορηγούνται τροφές που είναι πλούσιες σε κάλιο, όπως όσπρια, πορτοκάλια, ντομάτες, ξηρά δαμάσκηνα, σύκα, ροδάκινα, μπανάνες.

Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και ανταγωνιστές των AT II υποδοχέων. Δρουν στην παθοφυσιολογία της καρδιακής ανεπάρκειας.

γ. Ολική καρδιακή ανεπάρκεια

Ως ολική καρδιακή ανεπάρκεια ορίζεται η παθολογική κατάσταση της καρδιακής αντλίας, που εκδηλώνεται με φαινόμενα συμφορήσεως, τόσο του συστηματικού, όσο και του πνευμονικού φλεβικού δικτύου, τα οποία προκαλούνται από την ταυτόχρονη αύξηση της πίεσεως στους δύο κόλπους.

Κλινική εικόνα - Αντιμετώπιση

Είναι όμοια με αυτή της αριστερής και δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας.

Πρόληψη

- Διατροφή φτωχή σε αλάτι και μικρά απλά γεύματα
- Περπάτημα και μέτρια άσκηση
- Αποφυγή της έκθεσης σε λοιμώξεις
- Αντιγριππικό εμβόλιο

Υπέρταση

Μια διαταραχή αγνώστου αιτιολογίας, χαρακτηριζόμενη κυρίως από αυξημένη διαστολική πίεση και συνδεδεμένη με μια γενικευμένη αγγειοσύσπαση. Χαρακτηρίζεται υπέρταση όταν σε άτομα άνω των 60 ετών διαπιστώνεται επιμένουσα διαστολική πίεση μεγαλύτερη των 100 mmHg ή όταν σε άτομα μικρότερα των 50 χρονών διαπιστώνεται μονίμως διαστολική πίεση μεγαλύτερη των 90 mmHg.

Κλινική εικόνα:

Τα συμπτώματα της αρτηριακής πίεσης είναι : ζάλη, κεφαλαλγία που εντοπίζεται στον αυχένα, εμβοές των αυτιών και θάμπος στην όραση. Παρατεταμένη αρτηριακή υπέρταση οδηγεί σε επιπλοκές στην καρδιά, τους νεφρούς, τα μάτια, οπότε ονομάζεται κακοήθης αρτηριακή υπέρταση.

Απαραίτητο, κατά συνέπεια είναι σε κάθε περίπτωση υπέρτασης να προσπαθούμε να βρούμε, αν έχουν πάθει βλάβη ένα από τα πολύτιμα όργανα. Η υπέρταση είναι πάθηση που, από τη στιγμή της εμφάνισής της, θα μας συνοδεύει στην υπόλοιπη ζωή μας. Ο κίνδυνος γίνεται σοβαρότερος, όταν συνυπάρχουν σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, παχυσαρκία η συνήθεια του καπνίσματος.

Αντιμετώπιση:

Η υγιεινοδιαιτητική αντιμετώπιση είναι σημαντική και ανέξοδη. Πολλές φορές μόνο αυτή θεραπεύει την υπέρταση.

Ο υπερτασικός θα πρέπει:

- Να χάσει βάρος.
- Να περιορίσει τις λιπαρές τροφές.
- Να μειώσει την κατανάλωση σακχάρων και να ρυθμίσει το σάκχαρό του σε περίπτωση διαβήτη.
- Να θεραπεύσει την δυσκοιλιότητα.
- Να περιορίσει στο ελάχιστο ή να κόψει το κάπνισμα.
- Να ασκείται συστηματικά.
- Να αποφεύγει τον εκνευρισμό.
- Να αναπαύεται μετά από τα γεύματα του, τα οποία θα πρέπει να είναι μικρά, ελαφρά, εύπεπτα, με επαρκή κυτταρίνη και ανάλατα. Επιτρέπονται μικρές ποσότητες καφέ, τσάι και αλκοολούχων ποτών.
- Να αποφεύγει τις ακραίες θερμοκρασίες και την πολύωρη οδήγηση.

Η πίεση πρέπει να ελέγχεται προσεκτικά και τακτικά, όταν το άτομο είναι νηστικό ή 4 ώρες μετά το φαγητό, ήρεμο, ξεκούραστο και δεν έχει καπνίσει για 2-3 ώρες. Η πίεση παίρνεται σε ύπτια, καθιστή και όρθια θέση. Κάθε 1-2 μήνες να συμβουλευέται το γιατρό του, κάθε 6 μήνες να κάνει βυθοσκόπηση και καρδιολογική εξέταση και κάθε 1 χρόνο τηλεακτινογραφίας καρδιάς. Θα πρέπει να παίρνει τα φάρμακά του τακτικά, χωρίς διακοπή και να ενημερώνεται ο γιατρός για κάθε καινούργιο πρόβλημα που εμφανίζει.

Φαρμακευτική αγωγή

Χορηγείται ένα φάρμακο ή συνδυασμός φαρμάκων, με στόχο την αποκατάσταση φυσιολογικής σχεδόν πίεσης, για μακρό χρονικό διάστημα. Ο πάσχοντας δεν θα πρέπει ούτε να μειώσει, ούτε πολύ περισσότερο να διακόψει τη

θεραπεία του, κάθε φορά που η μέτρηση της πίεσης θα δώσει φυσιολογικές τιμές. Μόνο ύστερα από πολλούς μήνες επιτρέπεται να δοκιμασθεί μείωση των αντιυπερτασικών φαρμάκων, αν σειρά μετρήσεων αποδείξουν χαμηλή πίεση, πάντα με ιατρική παρακολούθηση.

Ενδέχεται άλλωστε, να συμβεί το αντίθετο, δηλαδή η πίεση παρά τη θεραπεία να αυξηθεί. Αυτό απαιτεί ενίσχυση του θεραπευτικού σχήματος ή και αναθεώρησή του. Η ύπαρξη παλιού εμφράγματος, εγκεφαλικού επεισοδίου ή νεφρικής ανεπάρκειας δεν είναι αντενδείξεις για την εφαρμογή της θεραπείας, αντιθέτως μάλιστα απαιτείται στην περίπτωση αυτή μεγαλύτερη επαγρύπνηση.

Οι ιδιαίτερα αγχώδεις άνθρωποι χρειάζονται ηρεμιστική βοήθεια. Και ηλικιωμένα άτομα με αύξηση μόνο της συστολικής πίεσης χρειάζονται θεραπεία, με στόχο τη συντήρησή της στα 140-150 mm/HG. Αν έχουμε απότομη αύξηση της πίεσης π.χ. πάνω από 200 mm/HG, το άτομο δεν πρέπει να πανικοβάλλεται, αλλά αντίθετα να ξαπλώσει άνετα, να πάρει ένα δισκίο ηρεμιστικού και ένα διουρητικό (Lasix 40 mgr). Σε μισή ώρα να μετρήσει την πίεση και αν δεν είχε τακτοποιηθεί, να συμβουλευτεί το γιατρό του.

Αν η θεραπεία οδηγήσει σε βασανιστική ορθοστατική υπόταση, τότε πρέπει να αλλάξει σχήμα. Στην πραγματικότητα, ελάχιστες μορφές υπέρτασης θεραπεύονται οριστικά και αυτές είναι εκείνες που επιδέχονται χειρουργική θεραπεία. Στον ενήλικα άνω των 30 ετών, το ενδεχόμενο αυτό υπάρχει, όταν πάσχει από φαιοχρωμοκύττωμα, που είναι όγκος στα επινεφρίδια και παράγει υπερτασιογόνες ουσίες. Η επιβεβαίωση της ύπαρξης του όγκου είναι πολύπλοκη και η νόσος πάρα πολύ σπάνια. Θα τη σκεφτούμε, αν ο ασθενής παρουσιάζει άφθονους ιδρώτες, έχει ταχυπαλμίες, αιφνίδιους πονοκεφάλους και αδυνατίζει ανεξήγητα.

Άλλες αιτίες δευτεροπαθούς υπέρτασης είναι η νεφραγγειακή υπέρταση, που οφείλεται σε στένωση της νεφρικής αρτηρίας, η στένωση του ισθμού της αορτής, παρεγχυματικές παθήσεις των νεφρών και η πρωτοπαθής υπεραλδοστερινισμός.

Η πρώτη στρατηγική για την πρόληψη των καρδιακών παθήσεων είναι η όσο το δυνατόν πιο μεγάλη μείωση των πιθανοτήτων για στεφανιαία νόσο. (ΠΑΥΛΟΣ ΤΑΤΟΥΖΑΣ, ΧΑΡΙΣΙΟΣ ΜΠΟΥΝΤΟΥΛΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΑΘΗΝΑ 1991).

ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Οξεία μορφή ή Οξεία Ρευματική καρδιοπάθεια και Χρόνια μορφή ή Χρόνια Ρευματική Βαλβιδοπάθεια.

Χρόνια ρευματική καρδιοπάθεια (Βαλβιδοπάθεια)

Το 60% αυτών που εμφάνισαν καρδίτιδα στην συνέχεια εξελίσσονται στη *χρόνια ρευματική καρδιοπάθεια (βαλβιδοπάθεια)*. Σειρά συχνότητας προσβολής των βαλβίδων συνήθως είναι: μιτροειδής 70%, αορτική 40%, τριγλώχινια 10% και μηννοειδείς 2%.

Προληπτικά:

Χορηγείται προφυλακτικώς για 5 τουλάχιστον έτη, μια ένεση Βενζαθινικής Πενικιλίνης (Penadur) 600.000 - 1.200.000 μονάδες μηνιαίως. Ακολουθώς καλύπτουμε με αντιβίωση τον ασθενή, όταν αντιμετωπίζει οδοντιατρικές θεραπείες ή άλλες μικροχειρουργικές επεμβάσεις.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΑΡΔΙΟΥ- ΒΑΛΒΙΔΟΠΑΘΕΙΕΣ

Νοσήματα που αφορούν το ενδοκάρδιο της καρδιάς και των σχηματισμών εντός των καρδιακών κοιλοτήτων.

Στένωση της μιτροειδούς

Είναι μια αποφρακτική βλάβη της μιτροειδούς βαλβίδας λόγω δημιουργίας συμφύσεων στις γλωχίνες της βαλβίδας.

Η βλάβη συνήθως δημιουργείται από επανειλημμένα επεισόδια ρευματικής ενδοκαρδίτιδος ή σπάνια από επασβεστώσεις του μιτροειδικού δακτυλίου.

Λόγω της στενώσεως, προοδευτικώς αναπτύσσεται υπερτροφία του αριστερού κόλπου η οποία συνήθως ακολουθείται από δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, που μπορεί να προκαλέσει εκδήλωση πνευμονικού οιδήματος.

Συνήθως οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου εμφανίζονται πολλά χρόνια, μετά την αρχική ρευματική ενδοκαρδίτιδα (5-20 χρόνια). Στις γυναίκες συνήθως κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης ή τοκετού, στους άνδρες κατά τη στρατιωτική τους θητεία.

Κλινική εικόνα:

Δύσπνοια η οποία μπορεί να φθάσει μέχρι ορθοπνοίας και κυάνωση. Συχνές αναπνευστικές λοιμώξεις, αιμόπτυση, στηθαγχική κρίση, εμβολικά επεισόδια.

Ο ασθενής λόγω μειωμένου Κ.Λ.Ο.Α εμφανίζει εύκολη κόπωση, ενώ η ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα.

Η εμφάνιση του πάσχοντος είναι χαρακτηριστική (μιτροειδικό προσωπείο), ενώ τα στηθακουστικά ευρήματα είναι: έντονος πρώτος τόνος, κλαγγή διανοίξεως και διαστολικό κύλισμα.

Αντιμετώπιση:

Συντηρητική θεραπεία προς αντιμετώπιση των παθοφυσιολογικών διαταραχών (Διουρητικά, καρδιοτονωτικά, αντιπηκτικά, αντιβιοτικά).

Συχνά απαιτείται χειρουργική θεραπεία της παθολογικής βαλβίδος είτε ελευθερώνοντας τις συμφύσεις, είτε αντικαθιστώντας αυτήν με προσθετική βαλβίδα.

Ανεπάρκεια της Μιτροειδούς

Αδυναμία πλήρους συγκλίσεως της μιτροειδούς βαλβίδος με συνέπεια κατά τη συστολή της καρδιάς, παλινδρόμηση του αίματος από την αριστερή κοιλία στον αριστερό κόλπο δια μέσου της παθολογικής βαλβίδος.

Η κατάσταση μπορεί να οφείλεται σε συγγενή ανωμαλία, ρευματικό πυρετό, πρόπτωση μιτροειδούς ή διάταση της αριστερής κοιλίας λόγω βαρείας αναιμίας, μυοκαρδίτιδος ή μυοκαρδιοπάθειας.

Κλινική Εικόνα:

Δύσπνοια, εύκολη κόπωση, αίσθημα προκαρδίων παλμών.

Διαπιστούται μεγάλου εύρους σφυγμός, συστολικός ροίζος και ολοσυστολικό φύσημα στην κορυφή της καρδιάς.

Η κατάσταση συχνά εξελίσσεται τελικώς σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Αντιμετώπιση:

Εξαρτάται από τη βαρύτητα της καταστάσεως. Κατά τη συντηρητική θεραπεία χρησιμοποιούμε αναλόγως διουρητικά, αγγειοσταλτικά, καρδιοτονωτικά, αντιπηκτικά.

Χειρουργική θεραπεία επιβάλλεται σε περιπτώσεις οξείας ανεπάρκειας της μιτροειδούς ή όταν εμφανισθεί πνευμονική υπέρταση, προοδευτική εξέλιξη μεγαλοκαρδίας ή ανθιστάμενη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.



Ανεπάρκεια της Αορτής

Κατά τη διαστολική φάση, παλινδρομεί αίμα από της αορτής δια της πασχούσης αορτικής, βαλβίδας εντός της αριστερής κοιλίας.

Η αριστερή κοιλία δέχεται αίμα αφενός από τον αριστερό κόλπο, αφετέρου από την αορτή δια παλινδρομήσεως μέσω της πασχούσης αορτικής βαλβίδας.

Αιτιολογία:

Κυρίως ρευματική, λιγότερο συχνά λόγω διγλώχινος βαλβίδος, συφιλιδικής βλάβης κ.α.

Η αριστερή κοιλία υπολειτουργεί, επιβαρύνεται, υπερτρέφεται, διατείνεται και τελικώς κάμπτεται.

Κλινική εικόνα:

Η οξεία μορφή εκδηλώνεται με θορυβώδη φαινόμενα έντονη δύσπνοια, πνευμονικό οίδημα και απαιτεί άμεσο χειρουργική αντιμετώπιση.

Η χρόνια μορφή μπορεί αρχικώς να είναι ασυμπτωματική. Όταν εξελίσσεται εμφανίζει μεγάλο και ταχύ σφυγμό, τριχοειδικό σφυγμό, διαστολικό φύσημα παραστερνικώς, δύσπνοια προσπάθειας, παροξυντική νυχτερινή δύσπνοια και στηθαγχικές κρίσεις.

Αντιμετώπιση:

Συμπτωματική και αιτιολογική θεραπεία των παθολογικών φαινομένων με την προοπτική χειρουργικής αντικατάστασης της παθολογικής βαλβίδος με προσθετική τοιαύτη. Ελλοχεύει ο κίνδυνος ενδοκαρδίτιδος.

Στένωση της Αορτικής Βαλβίδος

Στένωση της βαλβίδος της αορτής, λόγω συγγενούς διαμαρτίας είτε δευτεροπαθώς, λόγω ρευματικής καρδίτιδος.

Αιτιολογία:

Κατά τη συστολή της καρδιάς η αορτική στένωση παρεμποδίζει την εκροή του αίματος από τη αριστερή κοιλία προς την αορτή. Ο όγκος παλμού είναι ελαττωμένος, ενώ τα αγγεία του πνεύμονα λόγω της στάσεως του αίματος είναι συμφορημένα.

Το έργο της αριστερής κοιλίας επιβαρύνεται, η κοιλία προοδευτικώς υπερτροφεί, στη συνέχεια διατείνεται και τελικώς κάμπτεται (αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια).

Κλινική εικόνα:

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν : ασθενή περιφερικό σφυγμό, δύσπνοια από την κόπωση και νυχτερινή παροξυστική δύσπνοια, στηθάγχη και λιποθυμικές κρίσεις.

Διαφορική Διάγνωση:

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με καρδιακό καθετηριασμό και υπερηχογράφημα.

Αντιμετώπιση:

Η κατάσταση απαιτεί χειρουργική αντικατάσταση της βαλβίδος με συχνή παρακολούθηση λόγω επιπλοκών. Επιβάλλεται περιορισμός της σωματικής καταπόνησως και φαρμακευτική αντιμετώπιση των παθολογικών φαινομένων.

Στηθάγχη

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

Η προσφορά οξυγόνου ή αίματος στη στεφανιαία κυκλοφορία είναι ανάλογη της ζήτησης και επομένως ανάλογη με το καρδιακό έργο. Σε φυσιολογικές συνθήκες μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπάρχει μια ισορροπία. Όταν η προσφορά οξυγόνου ή αίματος στην στεφανιαία κυκλοφορία είναι μικρότερη από την ζήτηση προκαλείται ισχαιμία. Το ερέθισμα αυτής της ισχαιμίας μεταφέρεται με το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και γίνεται αντιληπτό σαν στηθάγχη.

Τα $\frac{3}{4}$ των αρρώστων που πάσχουν από στηθάγχη είναι άνδρες ηλικίας 60 - 70 χρονών.

Αιτιολογία:

Η ισχαιμία του μυοκαρδίου, εμφανίζεται μετά από διαταραχή της ισορροπίας προσφοράς και ζήτησης οξυγόνου στην στεφανιαία κυκλοφορία. Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους :

Αύξηση ζήτησης οξυγόνου, σε στένωση των στεφανιαίων αρτηριών όταν υπάρχει αυξημένη ζήτηση οξυγόνου (κόπωση-υπερένταση), αυτή δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί λόγω της υπάρχουσας στένωσης.

Τότε εμφανίζεται στηθάγχη που ονομάζεται σταθερή. Η σταθερή στηθάγχη εμφανίζεται στην κόπωση και όχι μετά από αυτή.

Μείωση της προσφοράς οξυγόνου, μπορεί να προκληθεί από σπασμό ή απότομη στένωση μίας στεφανιαίας αρτηρίας που μπορεί να έχει κάποια στένωση αλλά μπορεί να είναι και φυσιολογική. Η στηθάγχη που εμφανίζεται σε αυτή την περίπτωση ονομάζεται ασταθής.

Κλινική εικόνα:

Πόνος, ο οποίος στα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι έντονος και περιγράφεται περισσότερο σαν βάρος και σφίξιμο στο κέντρο του στέρνου, στο αριστερό χέρι, καμία φορά και στο δεξί, στο λαιμό και στο σαγόι, που διαρκεί από 1 έως 10 λεπτά, εμφανίζεται κυρίως στην διάρκεια προσπάθειας και υποχωρεί με την ανάπαυση. Μπορεί όμως να εκδηλωθεί σε ηρεμία ή να προκληθεί από διάφορα ερεθίσματα όπως το στρες ή το ψύχος.

Κλινική εικόνα ατόμου με στηθαγχικό πόνο.



Διαφορική διάγνωση:

Παθήσεις που προκαλούν στηθαγχική ή ανάλογη συμπτωματολογία:

α. Καρδιαγγειακές: Βαλβιδοπάθειες αορτής, ανεύρυσμα αορτής, διαχωρισμός αορτής, υποτροφική ή διατατική μυοκαρδιοπάθεια, πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας, περικαρδίτιδα, υπέρταση, ταχυαρρυθμίες.

β. Πνευμονικές: Πλευρίτιδα, πνευμονική εμβολή ή έμφρακτο, πνευμονίτιδα, πνευνοθώρακας, πνευμονική υπέρταση.

γ. Νευρομυοσκελετικές: Πλευροχονδρίτιδα, τενοντοθυλακίτιδα, αυχενική ριζίτιδα, αρθρίτιδα, μυϊκή σύσπαση, έρπης ζωστήρας.

δ. Γαστρεντερικές: Σπασμός οισοφάγου, οισοφαγίτιδα, ρήξη οισοφάγου, διαφραγματοκήλη, οξεία γαστρίτιδα, δυσπεψία, πεπτικό έλκος, χολοκυστοπάθειες, παγκρεατίτιδα.

ε. Ψυχογενείς: Αγχώδεις νεύρωση, σύνδρομο υπεραερισμού, υστερικός κόμβος.

στ. Άγνωστης αιτιολογίας.

Αντιμετώπιση:

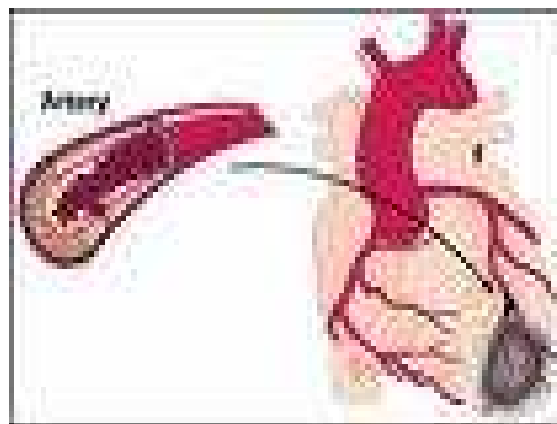
Τις βλάβες της αθηροσκλήρωσης των στεφανιαίων αγγείων δεν μπορούμε να τις επανορθώσουμε, αλλά μπορούμε να περιορίσουμε τους παράγοντες που επιταχύνουν την επιδείνωσή τους. Τέτοιοι παράγοντες είναι η ηλικία, το φύλο (συχνότερα στους άνδρες), η παχυσαρκία, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αυξημένα λιπίδια, η κληρονομικότητα, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η ψυχική καταπόνηση, τα αντισυλληπτικά κ.α.

Ο άρρωστος πρέπει να μάθει να προγραμματίζει τις δραστηριότητές του, ώστε να μην εκδηλώνει στηθαγχικά ενοχλήματα. Για την ανακούφιση του πόνου προτείνουμε στον άρρωστο να καθίσει, διακόπτοντας κάθε δραστηριότητα, συνήθως υποχωρεί με την ανάπαυση. Του δίνουμε υπογλωσσίως νιτρογλυκερίνη. Επαναλαμβάνεται η χορήγηση του φαρμάκου κάθε 5-10 λεπτά έως ότου υποχωρήσει ο πόνος.

Τον ενημερώνουμε ότι μπορεί να παρουσιάσει πονοκέφαλο ως συνέπεια της νιτρογλυκερίνης, που προκαλεί αγγειοδιαστολή και των εγκεφαλικών αγγείων. Συμβουλεύουμε ελάττωση σωματικού βάρους, διακοπή καπνίσματος, συνέχιση φυσιολογικού ρυθμού εργασίας, εκτός αν ο συχνός πόνος την κάνει αδύνατη. Προτείνουμε επίσκεψη σε κάποιο καρδιολογικό κέντρο για έλεγχο.

Έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ο.Ε.Μ)

Έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η νέκρωση τμήματος του μυοκαρδίου από κακή αιμάτωση, που οφείλεται σε απόφραξη ενός ή περισσότερων κλάδων των στεφανιαίων αρτηριών.



Εντόπιση του εμφράγματος

Αιτιολογία:

Η απόφραξη οφείλεται στην ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στον έσω χιτώνα των αρτηριών. Αυτές σχηματίζονται μέσα στον αυλό του αγγείου παρεμποδίζοντας την αιματική ροή. Ρήξη των πλακών μέσα στον αυλό ή σχηματισμός θρόμβου πάνω στις πλάκες μπορεί να προκαλέσει έμφραγμα μυοκαρδίου. Σπανιότερα οφείλεται σε εμβολή των στεφανιαίων, σε διαχωριστικό ανεύρισμα ή σε οζώδη περιαρτηρίτιδα.

Κλινική εικόνα:

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου συνήθως, εκδηλώνεται με πόνο ο οποίος είναι πιεστικός, συσφικτικός, που μοιάζει με τον πόνο της στηθάγχης, αλλά είναι δυνατότερος και μεγαλύτερης διάρκειας (πάνω συνήθως από 20' λεπτά)

Εντοπίζεται οπισθοστερνικά με επέκταση άλλοτε προς το επιγάστριο και άλλοτε προς τη ράχη, τη γνάθο, τον τράχηλο, τον αριστερό βραχίονα και τις φάλαγγες των δακτύλων. Ο πόνος συχνά συνοδεύεται από αίσθημα αδυναμίας, ναυτία, ζάλη, κρύου ιδρώτα, ωχρότητα, πολλές φορές έμετο ή ξαφνική δύσπνοια. Συνήθως δεν εμφανίζονται όλα τα συμπτώματα μαζί, αλλά μερικά από αυτά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα συμπτώματα του εμφράγματος υποχωρούν κάποια στιγμή και μετά επανέρχονται. Στις μεγάλες ηλικίες μπορεί να έχουμε τα ανώδυνα εμφράγματα, με ξαφνική απώλεια συνείδησης ή αρρυθμία, πτώση της Α.Π ή συγχυτική κατάσταση, η καχεξία με ατροφία μυών, η απώλεια βάρους και ανορεξία.

Επιπλοκές:

Το Ο.Ε.Μ είναι νόσος που στην διάρκεια της εξέλιξής της χαρακτηρίζεται από έντονο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών.

1. *Αρρυθμίες διάφορες.* Συχνά κοιλιακές έκτακτες συστολές που μπορεί να οδηγήσουν σε κοιλιακή μαρμαρυγή και αιφνίδιο θάνατο.
2. *Ρήξη του καρδιακού τοιχώματος* στο σημείο της νεκρωτικής βλάβης.
3. *Κοιλιακό ανεύρυσμα* λόγω λεπτύνσεως του τοιχώματος της καρδιάς στο σημείο της ουλής.
4. *Πνευμονική εμβολή* από θρόμβους των εν τω βάθει φλεβών των κάτω άκρων, που σχηματίζονται λόγω της επιβραδύνσεως της κυκλοφορίας και της φυσικής ακινησίας.
5. *Εμβολή περιφερικών αγγείων* λόγω αποσπάσεως θρόμβων από την περιοχή του τοιχώματος του εμφράγματος της αριστερής κοιλίας.
6. *Περικαρδίτιδα.*

7. **Σύνδρομο ώμου- χειρός** ως όψιμος επιπλοκή. (Άλγος και δυσκαμψία αριστερού χεριού και ώμου).

Αντιμετώπιση:

Άμεση:

Βασική αρχή της θεραπευτικής αντιμετώπισης του εμφράγματος αποτελεί η ανάγκη άμεσης μεταφοράς του ασθενούς στο νοσοκομείο.

1. Η εισαγωγή των ασθενών εξ αρχής σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης και θεραπείας και παραμονή τουλάχιστον για 2-3 ημέρες μειώνει σημαντικά την αρχική θνητότητα της νόσου, λόγω προλήψεως και αντιμετώπισης των αρχικών επικίνδυνων αρρυθμιών, με χορήγηση αντιαρρυθμικών φαρμάκων (ξυλοκαΐνη, δακτυλίτιδα) ή με ηλεκτρική ανάταξη.
2. Η καταστολή του άλγους του εμφράγματος με αναλγητικά (Μορφίνη, πεθιδίνη) και ο περιορισμός του άγχους του αρρώστου με ηρεμιστικά (Διαζεπάμη) συνιστούν άμεση προϋπόθεση της θεραπείας.
3. Η χορήγηση οξυγόνου 35% πιστεύεται ότι συμβάλλει στην περιστολή της εκτάσεως της ισχαιμικής βλάβης του εμφράγματος. Η χορήγηση νιτροδών φαρμάκων ως αγγειοδιασταλτικών, εξαρτάται από την πίεση του ασθενούς, την εντόπιση του εμφράγματος και της συνθήκες εξέλιξης της βλάβης του εμφράγματος.
4. Η έκταση της νεκρωμένης μάζας του μυοκαρδίου αποτελεί βασικό παράγοντα που καθορίζει την άμεση και απώτερη πρόγνωση. Παράγοντες που αυξάνουν το έργο της καρδιάς μπορούν να αυξήσουν το μέγεθος του εμφράγματος. Η καθήλωση του ασθενούς στην κλίνη της μονάδος είναι πρωταρχική. Στη συνέχεια στο θάλαμο, συνιστώνται παθητικές και ενεργητικές κινήσεις και προοδευτικώς, κάτω από ορισμένες συνθήκες ο ασθενείς ενθαρρύνεται για βαθμιαία κινητοποίηση, ώστε να είναι σε θέση να επιστρέψει στην εργασία του μετά από 3 περίπου μήνες.

5. Η χορήγηση αντιπηκτικών, αντιθρομβωτικών, αντιαιμοπεταλικών φαρμάκων γενικώς, αποτελεί σημείο αμφιλεγόμενο. Ηπαρίνη, sintrom, aspirine. (για παρεμπόδιση σχηματισμών θρόμβων).
6. Σε περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας, υποτάσεως και shock χρησιμοποιούνται φάρμακα, όπως οι καρδιακές γλυκοσίδες ή αγγειοσυσπαστικά (δακτυλίτιδα, aramine, levorhed) .

Μετά το οξύ στάδιο:

Μετά την έξοδο από το νοσοκομείο συζητούμε με τον άρρωστο, ώστε να κατανοήσει την ορθή χρήση των φαρμάκων, τη λήψη υγρών για την καλή απέκκρισή τους, το σωστό διαιτολόγιο, που πρέπει να είναι ελαφρύ, με μικρά γεύματα, φτωχά σε λιπαρά και αλάτι. Το κάπνισμα να περιοριστεί στο ελάχιστο, όπως και οι παράγοντες που του προκαλούν ένταση. Το περπάτημα είναι η καλύτερη άσκηση για τον ηλικιωμένο, χωρίς υπερβολική έκθεση στον καυτό ήλιο και την παγωνιά. Η άσκηση να είναι περιορισμένη στην αρχή και να αυξάνεται προοδευτικά.

Εργαστηριακός έλεγχος κατά το οξύ στάδιο

Εξετάσεις αίματος. Τα λευκά αιμοσφαίρια αυξάνουν σε αριθμό 10.000-15.000 σε 48 ώρες και ο τύπος είναι πολυμορφοπυρηνικός. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών (Τ.Κ.Ε) αυξάνει μετά 4-5 ημέρες. Μπορεί να παρατηρηθεί αύξηση του σακχάρου του αίματος και ασθενείς με προηγούμενο σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να απορρυθμιστούν.

Καρδιακά ένζυμα: Η νέκρωση των μυοκαρδιακών κυττάρων συνοδεύεται από απελευθέρωση ενζύμων στην κυκλοφορία. Τα ένζυμα αυτά είναι η κρατινοφωσφοροκινάση (CPK), η γλουταμινική οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) και η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH). Η χρησιμοποίηση όμως, τα τελευταία χρόνια, των ισοενζύμων της CPK και της LDH έχουν συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η αύξησή τους θεωρείται σημαντική, όταν είναι διπλάσια των φυσιολογικών τους επιπέδων στο αίμα. Οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται τις πρώτες 12 έως 20 ώρες (η αύξηση αρχίζει μετά τις 4-6 ώρες), γιατί επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τις 48 ώρες.

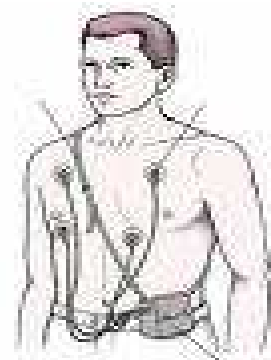
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΜΕΤΑ ΤΟ ΟΞΥ ΣΤΑΔΙΟ

Ακτινογραφία θώρακα. Στην ανεπίπλεκτη στηθάγχη είναι συνήθως φυσιολογική.

Η.Κ.Γ (ηλεκτροκαρδιογράφημα). Είναι φυσιολογικό σε ηρεμία στο 50% των ασθενών. Παρουσιάζει αλλοιώσεις στη διάρκεια του πόνου του ST-T ή μετά από προσπάθεια.



Συνεχής καταγραφή του Η.Κ.Γ (Holter Monitor). Η συνεχής καταγραφή για 24 ώρες με τις συσκευές Holter Monitor συμβάλλει στη διάγνωση της στηθάγχης, ιδιαίτερα όταν αυτή εκδηλώνεται σε ώρες που δεν είναι δυνατή η καταγραφή του Η.Κ.Γ. Χρησιμοποιείται όμως περισσότερο για την εκτίμηση της ολικής ισχαιμικής επιβάρυνσης (στηθαγγικά επεισόδια + σιωπηρή ισχαιμία) και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Δεδομένου ότι η σιωπηρή ισχαιμία μπορεί να αντιπροσωπεύει το 70% περίπου των ισχαιμικών επεισοδίων, γίνεται προφανής η χρησιμότητα αυτής της τεχνικής.



24ωρη καταγραφή ΗΚΓ (Holter)

Ηχοκαρδιογραφία. Η διαγνωστική της χρησιμότητα είναι πολλαπλή. Συμβάλλει ουσιαστικά στη διάγνωση καρδιακών παθήσεων που προκαλούν στηθάγχη (π.χ. βαλβιδοπάθεια αορτής, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια), καθώς και στην εκτίμηση της κινητικότητας του τοιχώματος της αριστερής κοιλίας. Με τους υπέρηχους Doppler εκτιμάται η αιμοδυναμική βαρύτητα στένωσης ή ανεπάρκειας βαλβίδων.

Δοκιμασία κόπωσης. Με βάση το ιστορικό, την κλινική εξέταση, το Η.Κ.Γ και την ακτινογραφία θώρακος ιεραρχείται η περαιτέρω διαγνωστική διερεύνηση.

Η δοκιμασία κόπωσης χρησιμοποιείται ευρύτατα στη διάγνωση και αξιολόγηση της στηθάγχης και γενικότερα της στεφανιαίας νόσου.



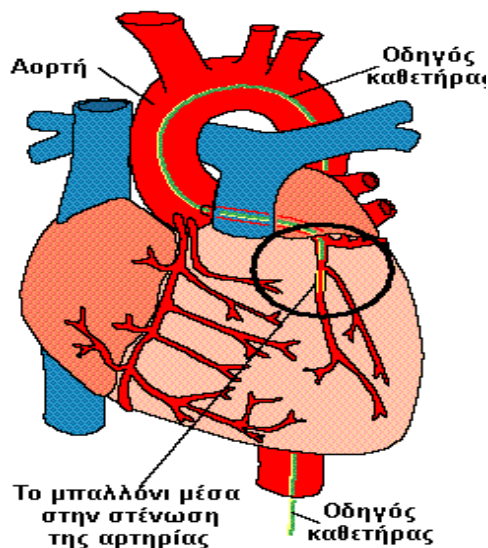
Ραδιοϊσοτοπικές δοκιμασίες κόπωσης. Τόσο η κοιλιογραφία όσο και το σπινθηρογράφημα θαλλίου-201 χρησιμοποιούνται ευρύτατα σε ασθενείς που δεν μπορεί να αξιολογηθεί η κλασική δοκιμασία κόπωσης.

Καρδιακός καθετηριασμός και αγγειογραφία. Η τεχνική αυτή θεωρείται ως η πιο αξιόπιστη για τον καθορισμό της παρουσίας, της έκτασης και της βαρύτητας της στεφανιαίας νόσου, καθώς και άλλων καρδιοπαθειών σε ασθενείς με στηθαγικά ή ισοδύναμα συμπτώματα. Έχει όμως ορισμένα μειονεκτήματα (αιματηρή μέθοδος, σχετικά επικίνδυνη, υψηλού κόστους) και για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται, αφού εξαντληθεί η διαγνωστική προσφορά των αναιμάκτων τεχνικών.

Άλλες εξετάσεις. Σε ασθενείς με στηθάγχη πρέπει να προσδιορίζονται τα λιπίδια του αίματος. Συγκεκριμένα προσδιορίζεται η ολική χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια μετά 16ωρη νηστεία, η HDL, η LDL και μερικές φορές η VLDL.

Επεμβατική θεραπεία:

Αγγειοπλαστική (μέθοδος μπαλονάκι). Με την τεχνική αυτή διαστέλλονται σημαντικές στενώσεις των στεφανιαίων αρτηριών με τη χρησιμοποίηση ειδικών καθετήρων που φέρουν μπαλόνι, το οποίο τοποθετείται στο στενωμένο τμήμα της αρτηρίας με τη βοήθεια οδηγών καθετήρων. Το μπαλόνι φουσκώνει με πίεση 8-10 ατμοσφαιρών και προκαλεί συνήθως ικανοποιητική διαστολή της στένωσης, που αποδίδεται κυρίως σε ρήξη του μέσου χιτώνα του αγγείου.



Το μπαλόνι μέσα στην στένωση της αρτηρίας



Το μπαλόνι μέσα στην στένωση της αρτηρίας φουσκωμένο

Αορτοστεφανιαία παρακαμπτήρια επέμβαση (Bypass). Η χειρουργική θεραπεία έχει καθιερωθεί για την αντιμετώπιση ασθενών με στηθάγχη και σήμερα εφαρμόζεται σε ασθενείς με σημαντική βλάβη του κύριου στελέχους της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας και απόφραξη του αρχικού τμήματος της πρόσθιας κατιούσας στεφανιαίας αρτηρίας. Σε σύγκριση με τη συντηρητική θεραπεία, αποδείχθηκε ότι η επέμβαση υπερτερεί και ως προς τον έλεγχο των συμπτωμάτων και ως προς τη βελτίωση της επιβίωσης.

Καρδιακές Αρρυθμίες

Αρρυθμία είναι η ανωμαλία του καρδιακού παλμού. Μπορεί να αφορά τη συχνότητα, το ρυθμό ή και τα δύο. Οφείλονται σε πλήθος *Καρδιακών και Εξωκαρδιακών* αιτιών, τα οποία ενεργοποιούν αμέσως ή εμμέσως μηχανισμούς αρρυθμιογενέσεως.

Καρδιακά Αίτια μπορεί να είναι η Στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθειες, οι Μυοκαρδιοπάθειες, οι όγκοι και οι φλεγμονές της καρδιάς (Μυο-Ενδο-Περικαρδίτιδα), Εκφυλιστικές παθήσεις του ερεθισματοαγωγού συστήματος.

Εξωκαρδιακά Αίτια μπορεί να είναι :

- Ενδοκρινοπάθειες
- Νοσήματα αίματος
- Λοιμώδη νοσήματα
- Φαρμακευτικές επιδράσεις
- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Ταξινόμηση των αρρυθμιών

Η ταξινόμηση των αρρυθμιών αποτελεί δύσκολο πρόβλημα, λόγω της πολύπλοκης και πολύμορφης αιτιοπαθογένειας αυτών.

Μια πρακτική ταξινόμηση των αρρυθμιών είναι η παρακάτω:

- 1) Αρρυθμίες παραγόμενες στο φλεβόκομβο.
- 2) Αρρυθμίες παραγόμενες στους κόλπους.
- 3) Αρρυθμίες παραγόμενες στο κοιλποκοιλιακό κόμβο και στο δεμάτιο του His.
- 4) Αρρυθμίες παραγόμενες στις κοιλίες.

Μερικές από τις πιο σημαντικές αρρυθμίες είναι: Κολπική Μαρμαρυγή και Πτερυγισμός, Κοιλιακή Μαρμαρυγή, Καρδιακοί Αποκλεισμοί, κοιλποκοιλιακός Αποκλεισμός και το σύνδρομο του ADAMS STOKES.

Κολπική Μαρμαρυγή και Πτερυγισμός

Αποτελούν αρρυθμίες που προκαλούνται από κινητοποίηση ηλεκτρικών ερεθισμάτων, από ένα έκτοπο κολπικό κόμβο, με ρυθμό ταχύτερο εκείνου του φλεβόκομβου. Στον *Κολπικό Πτερυγισμό* οι κολπικές συστολές, που είναι ακανόνιστες και ατελείς, ανέρχονται συνήθως σε συχνότητες 200-400/1'. Οι κοιλιακές όμως συστολές μπορεί να είναι ίσες ή λιγότερες των κολπικών σε μια σχέση 1/2 έως 1/5 διότι από τις διεγέρσεις των κόλπων μόνο μερικές μπορούν και περνούν (ακανόνιστα) τον κολποκοιλιακό κόμβο προς τις κοιλίες.

Η Κολπική Μαρμαρυγή αποτελεί μια κανονική κυκλική κίνηση συνεχούς κολπικής εκπόλωσης με μια συχνότητα 300/1'. Ο κολποκοιλιακός κόμβος δεν μπορεί να αφήσει να περάσει τόσο γρήγορα το ερέθισμα και έτσι υπάρχει αποκλεισμός 2 προς 1' ή 3 προς 1'.

Αιτιολογία:

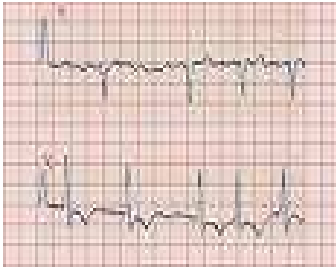
Η ακριβής αιτιολογία της κολπικής μαρμαρυγής δεν είναι γνωστή. Ενώ συνυπάρχει με μεγάλη ποικιλία παθήσεων, εντούτοις δεν είναι γνωστό γιατί μια πάθηση προκαλεί ΚΜ, δηλαδή δεν ισχύει η σχέση αιτίας και αποτελέσματος.

Στο 80% των περιπτώσεων η κολπική μαρμαρυγή συνοδεύει οργανική καρδιοπάθεια, ενώ σε μικρότερο ποσοστό εξωκαρδιακή πάθηση ή η αιτιολογία της είναι άγνωστη, όπως συμβαίνει στην μονήρη ή ιδιοπαθή ΚΜ. Η υπέρταση, η στεφανιαία νόσο, η νόσος του φλεβόκομβου και η ρευματική μιτροειδοπάθεια είναι οι καρδιόπαθειες οι οποίες εμφανίζουν την μεγαλύτερη συχνότητα ΚΜ. (ΣΠΥΡΙΔΩΝ.Α. ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ, Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1991)

Κλινική εικόνα:

Ακανόνιστα ανώματος ρυθμός μεταβαλλόμενης έντασης. Η συχνότητα μετρούμενη ακροαστικώς στην καρδιά είναι μεγαλύτερη από αυτήν που με την ψηλάφηση μετράμε στην κερκιδική αρτηρία. Εάν οι κοιλίες πάλλουν με μικρή σχετική συχνότητα, είναι δυνατόν να μην υπάρχουν συμπτώματα.

Συνήθως όμως οι ασθενείς παραπονούνται για αίσθημα παλμών. Εάν η αρρυθμία εισβάλλει απότομα μπορεί να προκληθεί λιποθυμία ή στηθαγχική κρίση.



Κολπική Μαρμαρυγή στο ΗΚΓ.

Αντιμετώπιση:

Σε φυσιολογικό αριθμό παλμών στις κοιλίες, δεν απαιτεί θεραπεία. Στην οξεία φάση επιχειρούμε “ ηλεκτρική ανάταξη” και χορηγούμε *ουαρφαρίνη*. Στη χρόνια αρρυθμία, χορηγούμε δακτυλίτιδα, μικρή δόση β αναστολέων, κινιδίνη αμοδαρόνη.

Επίσης για την αποφυγή θρομβοεμβολικών επεισοδίων και συνεπώς αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων που αυξάνεται με την ηλικία χορηγούμε αντιπηκτική αγωγή.

Κοιλιακή Μαρμαρυγή

Η αποδιοργανωμένη εξάπλωση της διεγέρσεως κατά την έκταση των κοιλιών και ουσιαστική μηχανική παράλυση της καρδιάς, εξαιτίας αναποτελεσματικών συσπάσεων κοιλιών.

Αιτιολογία:

Συγκεκριμένα οι κοιλίες εμφανίζουν μία συνεχή και ανώμαλη σκωληκοειδή κίνηση χωρίς οργανωμένη συστολή, με συνέπεια τη μη προώθηση του αίματος στην περιφέρεια, την κυκλοφορική καταπληξία, αλλά ακόμη και το θάνατο. Είναι η πλέον συχνή αιτία αιφνίδιων θανάτων. Μπορεί να εκδηλωθεί στη διάρκεια οξέος

εμφράγματος του μυοκαρδίου, σε τοξική δόση φαρμάκων (δακτυλίτιδα κ.α.) ή σε χορήγηση αναισθησίας.

Αντιμετώπιση:

Η μόνη θεραπευτική δυνατότητα είναι ο ηλεκτρικός απινιδισμός, οπότε αποκαθιστάται η καρδιακή λειτουργία. Επί μη ανταποκρίσεως γίνονται επανειλημμένες προσπάθειες με παράλληλη χορήγηση εφ' όσον είναι δυνατόν, φαρμακευτικής βοήθειας προς επίτευξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Καρδιακοί αποκλεισμοί

Καταστάσεις (αρρυθμίες) όπου το ηλεκτρικό κύμα της καρδιακής διεγέρσεως (φλεβοκομβική διέγερση), επιβραδύνεται ή και διακόπτεται σε κάποιο σημείο της διαδρομής του προς τις κοιλίες.

Κολποκοιλιακός αποκλεισμός

Ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, είναι εκείνος ο αποκλεισμός, όπου μερικές ή όλες οι διεγέρσεις του φλεβοκομβου, στην πορεία τους προς τις κοιλίες, επιβραδύνονται ή διακόπτονται στον κολποκοιλιακό κόμβο ή στο δεμάτιο.

Αιτιολογία:

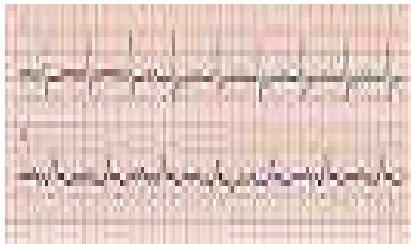
Αρτηριοσκληρυντικές αλλοιώσεις, ρευματικός πυρετός, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, διφθερίτιδα, συγγενείς βλάβες ή διάφορα φάρμακα, όπως η δακτυλίτιδα, κινιδίνη κ.α, μπορούν να προκαλέσουν αποκλεισμό και εκφύλιση του ερεθισματοαγωγού συστήματος.

Η διαταραχή διακρίνεται σε ατελή ή πλήρη αποκλεισμό. Μπορεί να αρχίσει με μια επιβράδυνση μόνο της διαδρομής της διεγέρσεως (αποκλεισμός 1^{ου} βαθμού), που με την εξέλιξη μπορεί να φθάσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε μερικά ερεθίσματα να μην κατορθώνουν να φθάσουν στις κοιλίες (αποκλεισμός 2^{ου} βαθμού).

Όταν κανένα από τα φλεβοκομβικά ερεθίσματα δεν μπορεί να φθάσει στις κοιλίες, έχουμε τον *πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό*. Οι κοιλίες δεν λαμβάνουν πλέον κολπικά ερεθίσματα και αναπτύσσουν το δικό τους (ιδιοκοιλιακό) ρυθμό, παλλόμενες με συχνότητα γύρω στους 25-40 παλμούς το λεπτό. Το ΗΚΓ είναι διαγνωστικό.

Κλινική εικόνα:

Οι κλινικές εκδηλώσεις, ποικίλουν με το βαθμό του αποκλεισμού και της υποκείμενης καρδιακής νόσου. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει ζάλη, σκοτοδίνη, λιποθυμία. Εντούτοις οι περισσότεροι ασθενείς συνήθως δεν εκδηλώνουν έντονα συμπτώματα, εκτός από αίσθημα παλμών. Ο σφυγμός είναι πολύ βραδύς, αλλά ρυθμικός.



Κολποκοιλιακός αποκλεισμός στο ΗΚΓ.

Αντιμετώπιση:

Αυτή αφορά στην υποκείμενη νόσο. Σε πλήρη αποκλεισμό πάντως, τοποθετείται τεχνητός βηματοδότης.

Το σύνδρομο του ADAMS STOKES

Το σύνδρομο Adams Stokes αποτελεί περίπτωση πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού, με στιγμιαία παύση της καρδιακής λειτουργίας.

Κλινική εικόνα:

Ο ασθενής εμφανίζει αιφνιδίως ζάλη, σκοτοδίνη, συγκοπτικό επεισόδιο με απώλεια της συνειδήσεως και συχνά σπασμούς ως αποτέλεσμα του πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού.

Αντιμετώπιση:

Κατά τη στιγμή του παροξυσμού, η πλήξη της προκαρδίου χώρας, μπορεί να συντελέσει στην επάνοδο της καρδιακής λειτουργίας, εφ' όσον υπήρχε ασυστολία. Σε περίπτωση αποτυχίας πρέπει να γίνει αμέσως εξωτερική μάλαξη της καρδιάς και τεχνητή αναπνοή μέχρις ότου ο πάσχων να μεταφερθεί σε νοσοκομείο. Προληπτικά η μόνη αποτελεσματική ενέργεια είναι η τοποθέτηση τεχνητού ηλεκτρικού βηματοδότη.

Όταν ο άρρωστος έχει βηματοδότη τον συμβουλεύουμε:

- I. Να αποφεύγει το τέντωμα των μυών του άνω άκρου και του θώρακα.
- II. Κάρτα- ταυτότητα
- III. Μπάνιο και ντούζ (ακίνδυνα)
- IV. Σημεία που δείχνουν ανεπαρκή λειτουργία του βηματοδότη και επιβάλλουν άμεση ειδοποίηση του γιατρού :
 - Αξιοσημείωτες μεταβολές στη συχνότητα σφυγμού.
 - Επανεμφάνιση ζάλης, λιποθυμίας, οιδήματος, δυσκολία στην αναπνοή και αισθήματος παλμού.
- V. Να χρησιμοποιεί χαλαρά ρούχα γύρω από την περιοχή της εμφύτευσης.
- VI. Τακτικός έλεγχος (Check-up). Σήμερα γίνεται διατηλεφωνική αξιολόγηση της λειτουργίας της μπαταρίας και των ηλεκτροδίων.

- VII. Να αποφεύγει τις επαφές με φούρνους μικροκυμάτων, θεριστικές μηχανές και μηχανές αυτοκινήτων.
- VIII. Να ελέγχει καθημερινά τον κερκιδικό σφυγμό (για ένα πλήρες λεπτό της ώρας).
- IX. Να ενημερώνει το γιατρό του (αν εισαχθεί για άλλη αιτία στο νοσοκομείο).

24ωρη καταγραφή ΗΚΓ (Holter)

Νόσος του φλεβοκόμβου

Σημειώνεται μείωση του αυτοματισμού του φλεβοκολπικού κόμβου, με αποτέλεσμα την ελάττωση του μέγιστου αριθμού παλμών που μπορεί να αποδώσει η καρδιά σε συνθήκες stress. Στους ηλικιωμένους δεν φαίνεται να έχει σοβαρή επίδραση στο ρυθμό της καρδιάς σε συνθήκες ηρεμίας ή στον ρυθμό της καρδιάς κατά την άσκηση σε συνθήκες μέσης προσπάθειας. Παρατηρείται αύξηση του ινώδη ιστού στην περιοχή του φλεβοκολπικού κόμβου και στις ενδοκομβικές διασυνδέσεις, παράλληλα με απώλεια μυϊκών ινών.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο αυτοματισμός είναι μία λειτουργία αυτών των μυϊκών ινών, η απώλεια αυτή μπορεί να αποτελέσει την αιτία της αύξησης των διαταραχών της συχνότητας και του ρυθμού της καρδιάς, που παρατηρούνται με το γήρας. Η επιβράδυνση της φλεβοκομβικής λειτουργίας επιτρέπει σε άλλες περιοχές της καρδιάς να αναλάβουν τον ρόλο του βηματοδότη και να προκαλέσουν έτσι αρρυθμίες.

Οι κολπικές αρρυθμίες είναι συχνές και προκαλούνται σχετικά εύκολα στους υπερήλικες. Αυτό πιθανόν να σχετίζεται με την ίνωση και την διάταση των κόλπων καθώς και με βλάβη του μυϊκού χιτώνα των κόλπων που παρατηρείται στους υπερήλικες. Ο ακριβής ρόλος της μειωμένης κοιλιακής διατασιμότητας στην πρόκληση των κολπικών αρρυθμιών δεν είναι γνωστός. (RONALD D.T. CAPE, RODNEY M. COE AND ISADORE ROSSMAN, ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1990).

Αορτικά Ανευρύσματα

Συνηθισμένο φαινόμενο είναι κατά την εξέταση κάποιου ηλικιωμένου ο εντοπισμός μιας σφύζουσας μάζας, ιδίως κατά την εξέταση της κοιλίας. Τα περισσότερα ανευρύσματα παρατηρούνται στην κατιούσα αορτή και συνήθως στην κοιλιακή παρά τη θωρακική και είναι αθηρωματώδους αιτιολογίας. Συχνά το ανεύρυσμα πιέζει σπονδύλους και προκαλεί παραμόρφωση και πόνο. Η ρήξη του ανευρύσματος προκαλεί αιφνίδιο θάνατο.

Αντιμετώπιση:

Τα ανευρύσματα της θωρακικής αορτής απαιτούν την χρήση εξωσωματικής κυκλοφορίας κατά την διάρκεια χειρουργικής επιδιόρθωσης τους. Η αορτή κλείνεται με λαβίδα κεντρικά και περιφερικά από το ανεύρυσμα. Λαμβάνεται πρόνοια ώστε να διατηρηθεί αιματική ροή σ' όλους τους αορτικούς κλάδους που κλείνονται από αυτή την διαδικασία. Το ανεύρυσμα ανοίγεται και ράβεται ένα μόσχευμα Dacron, που εκτείνεται πέρα από τα άκρα του ανευρύσματος. Η αορτή κατόπιν κλείνεται πάνω από το μόσχευμα. Προσοχή δίνεται στην διατήρηση αιματικής ροής στη στεφανιαία αρτηρία.

Το ανεύρυσμα μπορεί να περιλαμβάνει και τους κόλπους της στεφανιαίας αρτηρίας και την αορτική βαλβίδα. Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι ίδια, όμως το μόσχευμα Dacron περιλαμβάνει και προσθετική βαλβίδα και οι στεφανιαίες αρτηρίες πρέπει να αναστομωθούν με το μόσχευμα.

Περιφερική Αγγειοπάθεια

Ο όρος αγγειακές παθήσεις αναφέρεται σε παθήσεις των αιμοφόρων αγγείων, γενικά, ενώ ο όρος περιφερικές αγγειακές παθήσεις, στις παθήσεις των αγγείων που αιματώνουν τα άκρα (φλέβες, αρτηρίες και λεμφικά αγγεία).

Οι παθήσεις των αιμοφόρων αγγείων, αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα οδηγούν σε βλάβη των ιστών τους οποίους εξυπηρετούν.



Αιτιολογία:

- 1) Η αρτηριοσκλήρυνση.
- 2) Σχηματισμός θρόμβου στο αρτηριοσκληρωτικό ενδοθήλιο.
- 3) Αποκλεισμός από έμβολο (θρόμβο)
- 4) Σακχαρώδης διαβήτης
- 5) Σκλήρυνση αγγείων

Κλινική εικόνα:

- 1) *Αίσθημα ψύχους και σε θερμό περιβάλλον*, που οφείλεται σε μειωμένη αιμάτωση ακόμα και σ' αυτό το περιβάλλον. Η σύγκριση με το υγιές άκρο κατά την εξέταση δείχνει την διαφορά στην θερμοκρασία.
- 2) *Ωχρότητα*. Φυσιολογικά, το ρόδινο χρώμα του άκρου οφείλεται στην επιφανειακή κυκλοφορία. Μείωση τις κυκλοφορίας αυτής προκαλεί ωχρότητα.

- 3) *Ερυθρότητα*. Αντί του φυσιολογικού ρόδινου χρώματος, το μέρος μπορεί να είναι ερυθρό ή ερυθροκυανό. Το χρώμα αυτό οφείλεται στην καταστροφή των επιφανειακών τριχοειδών, που τα οδηγεί σε μόνιμη διαστολή, μπορεί όμως να οφείλεται και σε ισχαιμία.
- 4) *Κυάνωση*. Η κυάνωση δείχνει αύξηση της αναχθείσας αιμοσφαιρίνης (μείωση Οξυγόνου). Η κυάνωση είναι εντοπισμένη στο άκρο, υποδηλώνει πολύ βραδεία κυκλοφορία του αίματος σ' αυτό.
- 5) *Πόνος*. Είναι αποτέλεσμα ισχαιμίας των ιστών. Όταν παρουσιάζεται μετά από ορισμένο βαθμό άσκησης, ονομάζεται διαλείπουσα χωλότητα. Υποχωρεί μετά από ανάπαυση. Ο πόνος ανάπαυσης δείχνει μεγαλύτερου βαθμού ισχαιμία.
- 6) *Τροφικές διαταραχές*. Ο όρος αναφέρεται στις μεταβολές που παρουσιάζονται στο δέρμα και τα νύχια εξαιτίας κακής κυκλοφορίας. Τα δέρμα γίνεται λείο και στιλπνό, είναι τεταμένο, ξηρό και χωρίς τρίχες. Η αντίστασή του στις λοιμώξεις είναι μικρή. Και οι μικρές βλάβες μπορούν να προκαλέσουν λοιμώξεις, που καταλήγουν σε έλκη. Τα νύχια είναι παχιά, σκληρά, εύθραυστα και παραμορφωμένα.

Αντιμετώπιση:

Φαρμακευτική αγωγή, με αιμοκινητικά φάρμακα.

Ειδική φροντίδα των άκρων, όπως καθημερινό πλύσιμο με ζεστό νερό και σαπούνι, ελαφριές εντριβές, καθαρές κάλτσες και άνετα παπούτσια. Συστηματικό βάδισμα και άσκηση με κινήσεις "επάνω-κάτω". Για οποιοδήποτε τραύμα ή εξέλκωση και αλλαγή χρώματος να συμβουλευούνται το γιατρό τους.

Αποφυγή της κατάκλισης χωρίς λόγο, όπως και της ορθοστασίας στο ίδιο σημείο.

Σε υποχρεωτική κατάκλιση, κάμψη και έκταση των άκρων 20-30 φορές, πρωί, μεσημέρι, βράδυ. ΑΣΗΜΗΣ Π. ΠΑΓΚΑΛΤΣΟΣ, ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2002)

Καρδιακή συγκοπή

Η συνηθέστερη μορφή καρδιακής συγκοπής είναι η *απλή λιποθυμία* που είναι αποτέλεσμα διαφόρων επιδράσεων του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Όπως γνωρίζουμε τα ευαίσθητα άτομα είναι δυνατό να λιποθυμήσουν ύστερα από μια πολύ έντονη συγκίνηση. Στη περίπτωση αυτή τα αίτια είναι καθαρά “*λειτουργικά*”. Το νευρικό σύστημα επιδρά στην καρδιά και επιβραδύνει τους παλμούς της, όπως επίσης επενεργεί και στις αρτηρίες προκαλώντας τη διαστολή τους. Δημιουργείται έτσι απότομη πτώση της πίεσεως και λιποθυμικό επεισόδιο. Αυτή είναι συνήθως η αιτία που προκαλεί λιποθυμίες σε ανθρώπους “*υγιείς*”.

Η επόμενη συνηθέστερη μορφή είναι η *καρδιακή συγκοπή* που οφείλεται σε αρρυθμία ή καρδιακή παύση, όπου ο καρδιακός παλμός δεν διατηρεί αρκετή ροή αίματος στον εγκέφαλο. Τέτοιες αιτίες είναι:

- *Ταχυκαρδίες*: κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή, παροξυντικές υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες με πολύ μεγάλη συχνότητα.
- *Βραδυκαρδίες*: Μεγάλη φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή φλεβοκομβική παύση ή αργοί ρυθμοί διαφυγής.

Λιγότερο συνηθισμένη είναι η συγκοπή σε υπερβολική προσπάθεια, όπου οι ανάγκες συστηματικής άρδευσης υπερβαίνουν την παροχή στη διάρκεια μεγάλου στρες και προκύπτει εγκεφαλική ισχαιμία, όπως συμβαίνει σε *στένωση αορτικής βαλβίδας, βαριά στένωση πνευμονικής βαλβίδας, πρωτοπαθή πνευμονική υπέρταση, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς*.

Συγκοπή στο σύνδρομο καρωτιδικού κόλπου

Μια άλλη σπάνια αιτία συγκοπής είναι η υπερβολική ευαισθησία του μηχανισμού των τασεοϋποδοχέων του καρωτιδικού κόλπου στο τράχηλο. Είναι δυνατό, σαν αντίδραση σε ελάχιστα μηχανικά ερεθίσματα του τραχήλου, όπως ξαφνική στροφή της κεφαλής ή πίεση από σφικτοδεμένο κολάρο, να συμβεί υπερβολική βραδυκαρδία και περιφερική αγγειοδιαστολή. Εμφανίζεται γενικά σε μεγάλους άνδρες με αθηροσκλήρωση.

Συγκοπή από βήχα

Καμία φορά είναι δυνατό συγκοπτική κρίση να ακολουθήσει ένα απότομο, δυνατό βήχα. Στην περίπτωση αυτή, συμβαίνει μεγάλη (>100mmHg) αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης που ελαττώνει αρκετά τη φλεβική επιστροφή ώστε να μειωθεί η αρτηριακή πίεση στα 50 mmHg ή και λιγότερο.

Συγκοπή συμβαίνει σαν αποτέλεσμα ελαττωμένης εγκεφαλικής άρδευσης. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να ακολουθήσει συνεχόμενο ή διακοπτόμενο παροξυσμό βήχα κα είναι συχνότερο σε μεσήλικες άνδρες καπνιστές.

(www.inCardiology.gr/pathiseis_simptomata/sigkopi.htm)

ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ (ΑΚΘ)

Αιφνίδιος καρδιακός θάνατος (ΑΚΘ) είναι ο φυσικός θάνατος λόγω καρδιακών αιτιών, με απότομη απώλεια των αισθήσεων, μέσα σε διάστημα μιας ώρας από την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων. Μπορεί να προϋπάρχει ή όχι καρδιακή νόσος, αλλά ο χρόνος και ο τρόπος θανάτου είναι απρόσμενος.

Καρδιακή ανακοπή είναι η αιφνίδια διακοπή της καρδιακής λειτουργίας ως αντλίας, η οποία μπορεί να είναι αναστρέψιμη αν υπάρξει άμεση παρέμβαση, αλλά οδηγεί σε θάνατο χωρίς παρέμβαση.

Έχουν κατά καιρούς δοθεί πολλοί ορισμοί για τον αιφνίδιο θάνατο, γεγονός που οφείλεται στην οπτική γωνία από την οποία αντιμετωπίζεται το θέμα από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νομικούς, επιδημιολόγους κλπ.

Η σοβαρότητα του προβλήματος του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σαν πρόβλημα δημόσιας υγείας είναι αυτονόητο, αλλά η συχνότητα του δεν είναι απόλυτα σαφής.

Στις Η.Π.Α. αναφέρεται μια επίπτωση 300.000 περιστατικών ανά έτος. Ο αριθμός αυτός αντιπροσωπεύει το 50% των θανάτων καρδιακής αιτιολογίας.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ:

Η στεφανιαία νόσος, με όλο το φάσμα των κλινικών της εκδηλώσεων, φαίνεται ότι ευθύνεται για ποσοστό τουλάχιστον 80% των περιπτώσεων αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε ενήλικες. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να περιλάβουμε, εκτός από την συνήθη αθηροσκληρυντική αιτία, τις συγγενείς ανωμαλίες των στεφανιαίων, την εμβολή των στεφανιαίων, και την στεφανιαία αρτηρίτιδα. Σε καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αρχής ο κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου είναι αντιστρόφως ανάλογος του κλάσματος εξωθήσεως. Επισημαίνεται ότι ο ΑΚΘ μπορεί να είναι η πρώτη και μοναδική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Οι μυοκαρδιοπάθειες είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία με ποσοστό 10-15% των ΑΚΘ. Σε ασθενείς με *διατακτική μυοδαρδιοπάθεια* ή βαριά καρδιακή ανεπάρκεια (ΝΥΗΑ ΙΙΙ). Οι μισοί θάνατοι εκδηλώνονται ως ΑΚΘ.

Το ερώτημα αν η θνησιμότητα της *υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας* οφείλεται κυρίως σε αιμοδυναμικές παραμέτρους (απόφραξη) ή σε αρρυθμογένεση δεν έχει απαντηθεί σαφώς.

Είναι όμως ξεκάθαρο ότι οι διάφορες μεταλλάξεις έχουν διαφορετικά ποσοστά αιφνίδιου καρδιακού θανάτου. Αν στο οικογενειακό αναμνηστικό πάσχοντα με υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια υπάρχουν περιπτώσεις αιφνίδιου καρδιακού θανάτου τότε η πρόγνωση είναι χειρότερη και η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι πιο επιθετική.

Η αρρυθμογόνος δυσπλασία της δεξιάς κοιλίας είναι μια μορφή γονιδιακά μεταδιδόμενης μυοκαρδιοπάθειας που προσβάλλει την δεξιά κοιλία και προδιαθέτει ιδιαίτερα για σοβαρές κοιλιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο.

Μια μορφή της νόσου έχει αναγνωρισθεί στην Νάξο, και ευθύνεται για την μεγάλη συχνότητα αιφνίδιου καρδιακού θανάτου σε συγκεκριμένες οικογένειες του νησιού.

Η *μυοκαρδιοπάθεια*, στην οξεία της φάση, μπορεί να προκαλέσει ΑΚΘ, ακόμα και χωρίς τη συνύπαρξη καρδιακής ανεπάρκειας. Το ίδιο ισχύει και για περιπτώσεις προσβολής της καρδιάς από συστηματικά νοσήματα, όπως κολλαγονοπάθειες, σαρκοείδωση, αμυλοείδωση κλπ.

Η *κοιλιακή υπερτροφία* είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ΑΚΘ, πιθανόν μέσω μηχανισμού αρρυθμογένεσης. Ενδεχομένως τα υπεύθυνα για την υπερτροφία αίτια να είναι επίσης παράγοντες κινδύνου για ΑΚΘ (π.χ. υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, στένωση αορτής).

Η βαριά *στένωση αορτής* παλαιότερα ήταν συχνή αιτία ΑΚΘ. Με την καθιέρωση των χειρουργικών τεχνικών αντικατάστασης της βαλβίδος ο κίνδυνος έχει περιοριστεί σε ασθενείς αδιάγνωστους, ανεγχείρητους ή σε δυσλειτουργία προσθετικής βαλβίδος. Παραμένει μετά την αντικατάσταση ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου, και ο κίνδυνος ΑΚΘ από την συχνά συνυπάρχουσα υπερτροφία αριστεράς κοιλίας ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Η *πρόπτωση μιτροειδούς* είναι μια αρκετά συχνή ανωμαλία, η οποία συνδυάζεται με αρρυθμίες. Παρ' όλα αυτά η συχνότητα ΑΚΘ είναι σχετικά μικρή. Οι υπόλοιπες βαλβιδοπάθειες συνδέονται πολύ σπανιότερα με ΑΚΘ.

Η ενδοκαρδίτιδα μπορεί να προκαλέσει ΑΚΘ λόγω ρήξης βαλβιδικού τμήματος, στεφανιαίας ή συστηματικής εμβολής. Συνήθως όμως ο θάνατος από ενδοκαρδίτιδα δεν πληρεί τα κριτήρια του ΑΚΘ.

Από τις συγγενείς καρδιοπάθειες συχνότερα συνδέονται με ΑΚΘ η αορτική στένωση και επικοινωνίες μεταξύ αριστερών και δεξιών κοιλοτήτων, με ανάπτυξη συνδρόμου Eisenmenger. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο κίνδυνος ΑΚΘ παραμένει ακόμα και μετά από ικανοποιητική χειρουργική διόρθωση συγγενών καρδιοπαθειών (τετραλογία Fallot, μετάθεση μεγάλων αγγείων κλπ.)

Οι ανωμαλίες του συστήματος παραγωγής και αγωγής του ηλεκτρικού ερεθίσματος της καρδιάς είτε συγγενείς (συγγενής πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός), είτε επίκτητες μπορεί να προκαλέσουν ΑΚΘ.

Η ύπαρξη παραπληρωματικών δεματίων (σύνδρομο Wolff- Parkinson- White κλπ.) συνδέεται συνήθως με μη θανατηφόρες αρρυθμίες. Αν όμως το δεμάτιο έχει βραχεία ανερέθιστη περίοδο η εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής μπορεί να οδηγήσει σε κοιλιακή μαρμαρυγή. Αυξημένος είναι ο κίνδυνος σε ασθενείς με πολλαπλά παραπληρωματικά δεμάτια.

Η παράταση του Q-T διαστήματος στο ΗΚΓ προδιαθέτει για την εμφάνιση θανατηφόρων αρρυθμιών. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε γενετικά μεταδιδόμενο νόσημα ή να είναι επίκτητη. Τα σύνδρομα Jervell και Lange- Nielsen κληρονομούνται με υπολειπόμενο αυτοσωματικό τύπο και συνοδεύονται από κώφωση.

Το σύνδρομο Romano- Ward κληρονομείται με επικρατούντα αυτοσωματικό τύπο και δεν συνοδεύεται από κώφωση. Η επίκτητη παράταση του Q-T μπορεί να οφείλεται σε αντιαρρυθμικά ή ψυχοφάρμακα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, τοξικές ουσίες, υποθερμία ή βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Η ετήσια θνητότητα από ΑΚΘ στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 0,2%. Το ποσοστό αυτό είναι σχετικά μικρό και σε συνδυασμό με την έλλειψη κατάλληλων μεθόδων για screening test καθιστά πρακτικά αδύνατο τον προληπτικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού. Πρέπει όμως να καταβάλλεται προσπάθεια για έγκαιρη

διάγνωση καρδιοπαθών που μπορεί να προδιαθέτουν για ΑΚΘ, και στη συνέχεια να γίνεται διαστρωμάτωση κινδύνου για το συγκεκριμένο ασθενή.

Οι εξετάσεις που παρέχουν στοιχεία για την αναγνώριση των ασθενών υψηλού κινδύνου είναι:

- Η εκτίμηση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας (κυρίως υπερηχοκαρδιογραφικά ή με ραδιοϊσοτοπική κοιλιογραφία). Το κλάσμα εξωθήσεως της αριστερής κοιλίας είναι η πιο ευαίσθητη προγνωστική παράμετρος σε ασθενείς με καρδιακή νόσο.
- Η συνεχής περιπατητική ηλεκτροκαρδιογραφία (Holter ρυθμού). Αν και δίνει πληροφορίες για αρρυθμίες ή αλλοιώσεις ισχαιμικού τύπου η αξία της στον καθορισμό της πρόγνωσης είναι αμφιλεγόμενη.
- Το συμψηφιστικό ηλεκτροκαρδιογράφημα για ανεύρεση όψιμων δυναμικών έχει υψηλή αρνητική προβλεπτική ισχύ. Η απουσία παθολογικών ευρημάτων και μάλιστα σε συνδυασμό με καλό κλάσμα εξωθήσεως υποδεικνύουν καλή πρόγνωση.
- Η διακύμανση της καρδιακής συχνότητας (Heart rate variability). Μειωμένη διακύμανση της καρδιακής συχνότητας προοιωνίζει πτωχή πρόγνωση. Η παράμετρος αυτή συνεκτιμάτε με τις προαναφερθείσες. Ο συνδυασμός μειωμένης διακύμανσης με παρουσία όψιμων δυναμικών θεωρείται αρκετά ισχυρός δείκτης κακής πρόγνωσης.
- Ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος είναι κέντρο μεγάλης συζήτησης για το κατά πόσον συνεισφέρει στην πρόγνωση. Σίγουρο θεωρείται ότι η μη πρόκληση κοιλιακής ταχυκαρδίας κατά την μελέτη υποδηλώνει καλή πρόγνωση και δεν απαιτείται αντιαρρυθμική αγωγή.
- Για τις περισσότερες από τις προαναφερθείσες μεθόδους δεν είναι ακόμα σαφής η προβλεπτική αξία. Έτσι το έργο του καθορισμού της πρόγνωσης συγκεκριμένου ασθενούς παραμένει δύσκολο και αβέβαιο.

(www.in_cardiology.gr/pathiseis_sigkopi/index.htm) Νίκος Σμυρνιούδης-καρδιολόγος Νοσ. Χίου.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Κατάχρηση καπνίσματος. Το κάπνισμα υπερδιπλασιάζει την πιθανότητα για στεφανιαία νόσο και καθιστά μέχρι έξι φορές πιο επιρρεπής τους καπνιστές σ' ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου. Το κάπνισμα μπορεί να θεωρηθεί άμεσα υπεύθυνο για το 20% των θανάτων από στεφανιαία νόσο, κάθε τσιγάρο αυξάνει τον κίνδυνο. Η λύση είναι η διακοπή. Ο κίνδυνός θα μειωθεί γρήγορα μετά το κόψιμο και θα επανέλθει στα επίπεδα των μη καπνιστών μέσα σε 3 έτη.



Υψηλό επίπεδο χοληστερόλης. Όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο χοληστερόλης του αίματος, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για στεφανιαία νόσο. Αν η χοληστερόλη είναι υψηλή, ο κίνδυνός για στεφανιαία νόσο μειώνεται 2-3% για κάθε ποσοστιαία μονάδα μείωσης της χοληστερόλης. Το πρώτο βήμα για μείωση του επιπέδου της χοληστερόλης είναι να καταναλώνετε τρόφιμα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Ο γιατρός θα πει πόσο πρέπει να μειωθεί και αν η λήψη φαρμάκων που μειώνει τη χοληστερόλη είναι ενδεδειγμένη για την περίπτωση.

Η υψηλή αρτηριακή πίεση . Όσο μεγαλύτερη είναι η αρτηριακή πίεση, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνός για στεφανιαία νόσο. Η μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης προστατεύει από τη στεφανιαία νόσο και, ακόμα περισσότερο από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο .

Σωματική αδράνεια. Η τακτική άσκηση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου από 33-50%. .

Παχυσαρκία. Η αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από το 20% συμβάλλει, στον κίνδυνο εμφάνισης της στεφανιαία νόσο, συμπεριλαμβανομένης και της υψηλής αρτηριακής πίεσης, του διαβήτη, των υψηλών επιπέδων λιπιδίων αίματος και του στατικού τρόπου ζωής.

Διαβήτης. Υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα από τρεις έως επτά φορές να πεθάνει κάποιος από καρδιαγγειακή πάθηση αν έχει διαβήτη. Μια επιθετική προσέγγιση για τον έλεγχο του διαβήτη και άλλων παραγόντων κινδύνου μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Φύλο. Οι γυναίκες λόγω ορισμένων ορμονών που διαθέτουν (οιστρογόνα) έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο σχετικά με τους άνδρες που δεν διαθέτουν αυτές τις ορμόνες. Μετά την εμμηνόπαυση όμως οι γυναίκες έχουν την ίδια πιθανότητα να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο με τους άνδρες .

Ασπιρίνη. Στα άτομα άνω των 50 ετών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η λήψη μιας ασπιρίνης (325 mg) μέρα παρά μέρα ή 81 mg ασπιρίνης ημερησίως μειώνει την πιθανότητα ανάπτυξης στεφανιαία νόσου. Στις γυναίκες υπάρχουν λιγότερες ενδείξεις για όφελος από τη χορήγηση ασπιρίνης. Από την άλλη όμως, η ασπιρίνη μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες, μια από αυτές είναι η αιμορραγία.



Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Το κλειδί εδώ είναι το μέτρο. Η μέτρια κατανάλωση, ενός έως δύο ποτών ημερησίως, φαίνεται ότι μειώνει τις πιθανότητες για καρδιαγγειακές παθήσεις. Ωστόσο, περισσότερη ποσότητα απ' αυτήν αυξάνει τον κίνδυνο. Αυτές οι συμβουλές δίνονται γενικά και στους άνδρες και στις γυναίκες, αν και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι περισσότερα από ένα αλκοολούχα ποτά ημερησίως μπορούν να αυξήσουν ελαφρώς τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στις γυναίκες.

Υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης. Άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αυτής της φυσικής ουσίας στο αίμα τους μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Το επίπεδο της ομοκυστεΐνης στο αίμα μπορεί να μετρηθεί με μια εξέταση αίματος. Ενδέχεται ένα άτομο να κληρονομήσει την τάση να έχει υψηλό επίπεδο ομοκυστεΐνης. Αλλά φαίνεται ότι το αίτιο για τους περισσότερους ανθρώπους που έχουν μετρίως υψηλά επίπεδα είναι μια διαιτητική ανεπάρκεια φυλλικού (ή φολικού) οξέος, καθώς και των βιταμινών B6 και B12.

Δεν υπάρχει ακόμα συμφωνία μεταξύ των γιατρών για το αν οι άνθρωποι γενικά ή οι άνθρωποι με στεφανιαία νόσο πρέπει να μετρούν τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης τους. Επίσης, για τους ανθρώπους με υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης δεν υπάρχει καμία απόδειξη ότι η μείωση του επιπέδου είναι ευεργετική. Ωστόσο, είναι απαραίτητη η πρόσληψη φυλλικού οξέως (400 μg) βιταμίνες B6 (100 mg) και B12 (100 mg) σε μορφή χαπιού, αν τα επίπεδά είναι υψηλά , ιδιαίτερα αν υπάρχει ένας γονέας ή αδελφός που εμφάνισε στεφανιαία νόσο πριν την ηλικία των 55 ετών.

Υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων. Ένα υψηλό επίπεδο αυτών των λιπιδίων στο αίμα ειδικά σε συνδυασμό με ένα χαμηλό επίπεδο χοληστερόλης υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (καλή χοληστερόλη ή HDL)φαίνεται να προδιαγράφει καρδιακές παθήσεις, αν και όχι τόσο έντονα όσο είναι υψηλό επίπεδο χοληστερόλης. Το επίπεδο των τριγλυκεριδίων προσδιορίζεται καλύτερα με νηστεία 12 ωρών πριν από την εξέταση αίματος. Τα κυριότερα μέτρα για τη μείωση ενός υπερβολικού επιπέδου τριγλυκεριδίων στο αίμα είναι η αποφυγή των σακχάρων και των επεξεργασμένων αμύλων στη διατροφή και η απώλεια βάρους. Ακόμα στους παχύσαρκους, συνίσταται ο περιορισμός κατανάλωσης αλκοόλ και ο έλεγχος του διαβήτη.

Λοίμωξη. Ένας μικροοργανισμός που ονομάζεται *chlamydia pneumoniae* ο οποίος αποτελεί κοινή αιτία πνευμονίας, βρογχίτιδας και λοίμωξης του φάρυγγα και των παραρρινίων κόλπων μπορεί να προκαλέσει λοίμωξη του ενδοθηλίου των αρτηριών .Η έρευνα δείχνει ότι μια τέτοια λοίμωξη μπορεί να είναι ένα κρίσιμο πρώτο βήμα για την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, τουλάχιστον σε μερικούς ανθρώπους. Δεν έχει αποδειχθεί αν η εξέταση γι' αυτή τη λοίμωξη ή ακόμα και οι αντιβιοτικές θεραπείες είναι ευεργετικές στην παρεμπόδιση της αθηροσκλήρωσης. Ωστόσο, αυτή η πιθανότητα μελετάται. (BARBARA R.HEGNER-ESTHEL CALDWELL1999).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) δεν αποτελεί καινοτομία είναι μια νοσηλευτική ανάγκη. Η προσπάθεια δημιουργίας των σύγχρονων ΜΕΘ αρχίζει κατά την διάρκεια του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου, όταν άρχισαν να αναπτύσσονται κάποιες δυνατότητες για την θεραπεία του Shock. Αμέσως μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο η αλματώδης εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας καθώς και η αύξηση του αριθμού των τροχαίων ατυχημάτων, με το πέρασμα του χρόνου έκαναν πιο έντονη την ανάγκη για υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως είναι η ΜΕΘ.

Το προσωπικό των ΜΕΘ αποτελείται από ιατρικό προσωπικό που έχει την ευθύνη για τη διάγνωση και την θεραπεία των αρρώστων. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη για την 24ωρή κλινική παρακολούθηση και την νοσηλευτική φροντίδα (ΝΦ). Το βοηθητικό προσωπικό που φροντίζει την καθαριότητα της μονάδος και το προσωπικό των άλλων ειδικοτήτων που με την εργασία τους συμβάλλουν στην ολοκλήρωση του έργου της μονάδας.

Αλλά πια είναι τα καθήκοντα του νοσηλευτή. Από τη στιγμή που ο ασθενής θα εισέλθει στη ΜΕΘ ο νοσηλευτής για να μπορεί να κάνει σωστή αξιολόγηση θα πρέπει :

- 1) Να διαθέτει επιστημονική κατάρτιση και κλινική εμπειρία
- 2) Να έχει ειδικές γνώσεις ΗΚΓ ώστε να μπορεί να διακρίνει τις διάφορες αρρυθμίες
- 3) Να γνωρίζει τις αρχές και την λειτουργία των διάφορων ηλεκτρονικών μηχανημάτων και συσκευών (Monitor)
- 4) Να έχει αυτοκυριαρχία, αυτοπεποίθηση και θάρρος και να παίρνει πρωτοβουλία, όταν και όπου χρειάζεται με σύνεση και διακριτικότητα
- 5) Να παρακολουθεί το ΗΚΓ για την ανακάλυψη αρρυθμιών με σκοπό την αντιμετώπισή τους
- 6) Να παρακολουθεί την γενική κατάσταση των αρρώστων για άλλα κλινικά σημεία και συμπτώματα π.χ. πόνο, δύσπνοια, βήχα, αρρυθμίες κ.α.
- 7) Να ελέγχει και να καταγράφει τα ζωτικά σημεία

- 8) Να παρέχει εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, να νοσηλεύει τον ασθενή σαν προσωπικότητα, ανταποκρινόμενη στα ιδιαίτερα προβλήματα και τις ανάγκες του.

Ο νοσηλευτής της ΜΕΘ πρέπει να έχει την δυνατότητα και την κρίση να ιεραρχήσει την εργασία του αλλά και να εφαρμόζει τις ακόλουθες παρεμβάσεις:

- Αρχίζει οξυγονοθεραπεία
- Εκτελεί φλεβοκέντηση και εφαρμόζει ενδοφλέβια έγχυση ορού
- Προβλέπει και ετοιμάζει τα ανάλογα φάρμακα για την κάθε περίπτωση
- Εφαρμόζει την τεχνική της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης
- Χρησιμοποιεί επιβοηθητικά μέσα τεχνητής αναπνοής (συσκευή AMBU)
- Ετοιμάζει τον απινιδωτή και τον άρρωστο για απινίδωση και σε περίπτωση που καθυστερεί ο γιατρός ανατάσσει μόνος του τον ασθενή
- Καταγράφει πλήρης ΗΚΓ 12 απαγωγών
- Στέλνει αίμα στο εργαστήριο για ένζυμα, ηλεκτρολύτες, ουρία, σάκχαρο, έλεγχο πήξεως και ότι άλλο χρειαστεί.

Ένα από τα πρώτα βήματα που πρέπει να κάνει ο νοσηλευτής είναι η νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, που περιλαμβάνει την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, την κλινική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Στο ιστορικό ο άρρωστος περιγράφει τα υποκειμενικά ενοχλήματα-συμπτώματα ενώ τα παθολογικά ευρήματα δηλαδή τα φυσικά σημεία τα ανακαλύπτει ο νοσηλευτής με την κλινική εξέταση. Κατά την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί όλες τις πηγές πληροφοριών ώστε να συγκεντρώσει όσο είναι δυνατόν περισσότερα στοιχεία. Το νοσηλευτικό ιστορικό περιλαμβάνει το ατομικό και το κληρονομικό ιστορικό, την οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το εργασιακό περιβάλλον και τις σχέσεις εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο προηγούμενη τυχόν νοσοκομειακή εμπειρία, φάρμακα, διαιτητικές συνήθειες και συνήθειες ύπνου.

Η κλινική αξιολόγηση περιλαμβάνει παρατήρηση, ψηλάφηση, επισκόπηση, επίκρουση και ακρόαση.

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για το είδος της εξέτασης, την προετοιμασία που θα χρειαστεί, τον τρόπο και τον χώρο που θα γίνει η εξέταση, συνεννοείται με το εργαστήριο για το είδος της εξέτασης και κλείνει ημερομηνία και ώρα που θα γίνει η εξέταση.

Φροντίζει για την λήψη και ασφαλή αποστολή των διάφορων δειγμάτων (αίμα, ούρα) στο εργαστήριο.

Ρυθμίζει τον τρόπο μεταφοράς του αρρώστου στο εργαστήριο και επιστροφής του στο τμήμα όταν δεν πρέπει ή δεν μπορεί να πάει μόνος του, κατευθύνει τον άρρωστο πως και που να πάει και σε ποιόν να απευθυνθεί όταν κυκλοφορεί, ώστε να μην ταλαιπωρείται ψάχνοντας για το εργαστήριο.

Φροντίζει για το φαγητό του, όταν επιστέψει και είναι νηστικός. Φροντίζει για την παραλαβή των εργαστηριακών εξετάσεων. Ενημερώνει για τα αποτελέσματα και σε συνεργασία με το γιατρό προσαρμόζει το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ελέγχει τα ζωτικά σημεία και παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου μετά από ορισμένες εξετάσεις.

Αλλά ας δούμε τον ρόλο του νοσηλευτή σε ορισμένες από τις παθήσεις της καρδιάς, διότι οι νοσηλευτές οπουδήποτε και αν εργάζονται στο νοσοκομείο ή την κοινότητα μπορεί να συμβάλλουν στην ανίχνευση των ατόμων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο σχετικά με την ΙΚ (Ισχαιμική Καρδιοπάθεια)- Στεφανιαία Νόσο.

Στηθάγχη: Σκοπός της θεραπείας στη στηθάγχη είναι η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα και η πρόληψη από OEM ή αιφνίδιο θάνατο.

Ο νοσηλευτής με την αγωγή υγείας στην κοινότητα ή στο νοσοκομείο βοηθάει και ενθαρρύνει τον άρρωστο να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα που θα συμβάλλει στην τροποποίηση ή την απομάκρυνση των Π.Κ. Η διακοπή του καπνίσματος, η διατήρηση της Α.Π (με δίαιτα ή και φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία) στο 140/90 mmHg ή και πιο κάτω, η ρύθμιση του σακχάρου του αίματος στους διαβητικούς, η μείωση του σωματικού βάρους σε παχύσαρκα άτομα και η διατήρηση του στα φυσιολογικά επίπεδα είναι σημαντικά.

Η εφαρμογή προγράμματος καθημερινής άσκησης 30΄- 45΄ (βάδισμα) πάντα με την σύμφωνη γνώμη του γιατρού θα συμβάλλουν στην τροποποίηση ή την απομάκρυνση των Π.Κ.

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Νοσηλευτική αντιμετώπιση. Ο νοσηλευτής πλησιάζει με καλοσύνη τον ασθενή, τον προσφωνεί με το όνομά του και τον καλωσορίζει στη μονάδα. Ο νοσηλευτής με ήρεμο και γαλήνιο πρόσωπο, ήσυχα και αθόρυβα, χωρίς περιττές κινήσεις τον τακτοποιεί στο κρεβάτι του σε ημικαθιστική θέση αν βέβαια η κατάσταση του το επιτρέπει (απουσία Shock) με αυξημένη παρατηρητικότητα τον συνδέει με το καρδιοσκόπιο αξιολογεί το ΗΚΓ παίρνει τα ζωτικά σημεία, τα οποία καταγράφει σε ειδικό δελτίο αξιολόγησης και ενημερώνει το γιατρό. Παρακολουθεί το χρώμα και τη θερμοκρασία του δέρματος, ελέγχει για εφίδρωση, δυσφορία, κόπωση ή άλλα σημεία που δεν μπορεί ίσως να προσδιορίσει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την εντόπιση, την αντανάκλαση και τη διάρκεια του πόνου. Για την εντόπιση χρησιμοποιεί την κλίμακα από (0-10) και ανάλογα αν διαπίστωση πόνο χορηγεί αναλγητικό σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Ο νοσηλευτής εκτελεί φλεβοκέντηση τοποθετεί φλεβικό καθετήρα, σε μια φλέβα που να μην εμποδίζει τις κινήσεις του μέλους.

Καρδιακές Αρρυθμίες: Μια από τις κυριότερες επιπλοκές του ΟΕΜ είναι οι καρδιακές αρρυθμίες. Το ισχαιμικό μυοκάρδιο είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στην εμφάνιση αρρυθμιών. Οι αρρυθμίες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες στις υπερκοιλιακές και τις κοιλιακές.

Η θεραπεία των αρρυθμιών ποικίλη ανάλογα με το είδος της αρρυθμίας. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει με διάφορους τρόπους όπως εφαρμόζει σταγονομετρική αντλία, ρυθμίζει τη ροή των σταγόνων του φαρμάκου, παρακολουθεί το ΗΚΓ, τα ζωτικά σημεία, αξιολογεί το αποτέλεσμα, ενθαρρύνει τον ασθενή, δημιουργεί ήρεμη ατμόσφαιρα και ήσυχο περιβάλλον, ενθαρρύνει τον ασθενή να διακόψει το κάπνισμα, να μειώσει την χρήση καφέ τον υποδεικνύει τρόπους που θα τον βοηθήσουν.

Ο νοσηλευτής σε ασθενείς με αντιπηκτική θεραπεία αποφεύγει τις άσκοπες φλεβοκεντήσεις και τις ενδομυϊκές ενέσεις για την πρόληψη αιματώματος, χορηγεί το αντιπηκτικό την ίδια ώρα κάθε μέρα για να διατηρείται σταθερή η στάθμη στο αίμα, φροντίζει το έλεγχο πήξεως και ενημερώνει τον γιατρό για τη ρύθμιση της δόσης, τέλος καταγράφει όλες τις δραστηριότητες στο φύλλο αξιολόγησης του αρρώστου.

Καρδιακή ανεπάρκεια: Είναι η κατάσταση κατά την οποία η καρδιά δεν μπορεί να εξωθήσει επαρκή ποσότητα αίματος, ικανή να αντιμετωπίσει τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Η καρδιακή ανεπάρκεια χωρίζεται σε Αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια, την Δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια και την Ολική καρδιακή ανεπάρκεια.

Ο νοσηλευτής κατά την ΑΚΑ τοποθετεί τον άρρωστο σε ημικαθιστική ή καθιστική θέση σε ερεισίνωτο ή στηριζόμενο σε πολλά μαξιλάρια, με τα πόδια σε οριζόντια θέση ή κατεβασμένα χαμηλά ανάλογα με την περίπτωση με σκοπό την μείωση της φλεβικής επιστροφής, την αποσυμφόρηση των πνευμόνων και την βελτίωση της δύσπνοιας. Χορηγεί οξυγόνο στα 2-3 λίτρα με μάσκα ή ρινικό καθετήρα.

Ενθαρρύνει ψυχολογικά τον άρρωστο και δημιουργεί ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον, εξασφαλίζει ανοικτή σταθερή φλέβα για την χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Σε περίπτωση σύνδεσης του ασθενούς για μηχανική υποστήριξη ελέγχει σύνδεση των σωλήνων για αποφυγή εκροής των αερίων, φροντίζει την υγιεινή του στόματος, κάνει αναρροφήσεις σε άσηπτη τεχνική και περιοδικά ανοίγει το Cuff του ενδοτραχειακού ή του τραχειοσωλήνα για 2' - 3' για την αποφυγή κάκωσης ή νέκρωση των φωνητικών χορδών.

Παρακολουθεί τον ασθενή και συνεργάζεται μαζί του, ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία, ρυθμίζει και διατηρεί τη ροή των ΕΦ υγρών ανάλογα με τις ανάγκες του, τοποθετεί καθετήρα κύστεως Foley και μετρά το ποσό των ούρων κάθε 30' για την εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας των νεφρών. Ο νοσηλευτής παρέχει άμεση και ολοκληρωμένη φροντίδα, συγχρόνως φροντίζει και την ψυχολογική και συναισθηματική φόρτιση του αρρώστου, τον ενισχύει του δίνει θάρρος να ξεπεράσει τη δυσκολία και το stress.

Στη ΔΚΑ ο νοσηλευτής παρακολουθεί το ΗΚΓ στο καρδιοσκόπιο για την έγκαιρη ανακάλυψη και την άμεση αντιμετώπιση της αρρυθμίας. Λαμβάνονται συχνά και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία, μετρά της σφίξεις πριν τη χορήγηση της δακτυλίτιδας και αν είναι κάτω από 60/1' δεν δίνει το φάρμακο και ενημερώνεται ο γιατρός. Γίνεται συχνά έλεγχος του καλίου και προσδιορισμός των επιπέδων της δακτυλίτιδας στον ορό, όταν αυτό θεωρείται αναγκαίο.

Καρδιογενές shock: Είναι η αδυναμία της καρδιάς να επιτελέσει το εξωθητικό και αντλιακό της έργο, έτσι ώστε να διατηρήσει ικανό τον κατά λεπτό όγκο αίματος (ΚΛΟΑ), να αντιμετωπίσει τις μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη γενική φροντίδα του αρρώστου είναι η συνεχής παρακολούθηση ,αξιολόγηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων (Α.Π, σφίξεις, αναπνοές και θερμοκρασία), συνδέει τον ασθενή με το καρδιοσκόπιο για τη συνεχή παρακολούθηση του ΗΚΓ. Με την παρακολούθηση του ΗΚΓ εκτιμάται η καρδιακή συχνότητα και ο ρυθμός, αναγνωρίζονται τυχόν αρρυθμίες και αντιμετωπίζονται αμέσως. Επιπλέον γίνεται κάθε πρωί πλήρες ΗΚΓ και εκτιμάται η ισχαιμία και η νέκρωση του μυοκαρδίου.

Καρδιακή ανακοπή: είναι η αιφνίδια και απροσδόκητη διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Κατά την διάρκεια της ΚΠΑ και μετά ο νοσηλευτής τηρεί λεπτομερείς και ευκρινείς σημειώσεις με την ώρα έναρξης της καρδιακής ανακοπής, το χρόνο χορήγησης, το είδος και τη δόση των φαρμάκων τα οποία καταγράφει, στη συνέχεια ο νοσηλευτής παρακολουθεί το ΗΚΓ, αξιολογώντας και καταγράφοντας τα ζωτικά σημεία, γίνεται προσδιορισμός των αερίων του αίματος, γίνεται ακτινογραφία θώρακος, μετράει το ποσόν των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Καρδιακός βηματοδότης: Είναι μια ηλεκτρονική συσκευή που απελευθερώνει απευθείας προγραμματισμένη ηλεκτρική ενέργεια ικανή να διεγείρει το μυοκάρδιο και να προκαλέσει καρδιακή συστολή. Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με βηματοδότη δεν διαφέρει από την φροντίδα ασθενή με προσωρινό βηματοδότη.

Ο νοσηλευτής συνδέει τον ασθενή με το καρδιοσκόπιο για την παρακολούθηση του ΗΚΓ, εφαρμόζεται σταθερή επίδεση πάνω από την τομή για την ακινητοποίηση του υποδόριου ιστού και την αποφυγή αιματώματος, περιορίζονται οι κινήσεις του άνω άκρου για 48 ώρες περίπου, παρακολουθείται το σημείο της τομής για συμπτώματα φλεγμονής, θερμότητα, ερυθρότητα, ευαισθησία, πόνο ή οίδημα. Σηκώνεται ο ασθενής την επομένη στην πολυθρόνα βοηθούμενος από τον νοσηλευτή και παρακολουθείται το ΗΚΓ.

Αορτοστεφανιαία παράκαμψη (By Pass): Παρά την έμφαση που δόθηκε στη τροποποίηση και την πρόληψη των Π.Κ οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν το αίτιο, που οδηγεί στην αναπηρία και τον θάνατο σημαντικού αριθμού ατόμων. Έτσι η παρέμβαση της χειρουργικής παραμένει ακόμα για μερικούς ασθενείς η θεραπεία εκλογής. Μετά το χειρουργείο ο ασθενής έρχεται στη ΑΚΑ όπου παραμένει για 24 – 48 ώρες μέχρι να ανανήψει τελείως.

Στη φάση αυτή χρειάζονται δύο τουλάχιστον νοσηλευτές να παραλάβουν τον ασθενή. Ο νοσηλευτής αξιολογεί την γενική κατάσταση και αρχίζει να συνδέει τις αρτηριακές ή φλεβικές γραμμές. Στη συνέχεια παρακολουθείται η οξυγόνωση, η καρδιακή συχνότητα ή ρυθμός, αιμοδυναμική σταθερότητα, παροχετεύσεις θώρακα, μέτρηση ούρων, μέτρηση ζωτικών σημείων, επίπεδο συνείδησης, εργαστηριακές εξετάσεις.

Οι παθήσεις της καρδιάς αποτελούν ένα συντριπτικό γεγονός για τον ασθενή ή την οικογένεια του. Ο νοσηλευτής καλείται να παρέμβει σε μία ψυχολογική ή σωματική κρίση αλλά και να ξεκινήσει τη διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς. Η διαδικασία που απαιτείται για την αποκατάσταση δεν πρέπει να περιορίζεται στην απλή μετάδοση γνώσης ή δεξιοτήτας αλλά να ενεργοποιεί τη συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία της μαθήσεως, ώστε να κατανοεί την κατάσταση του και συνειδητά να

συμμορφώνεται στις ιατρικές οδηγίες αλλάζοντας ταυτόχρονα τον τρόπο ζωής του.

Για να είναι αποτελεσματική η διδασκαλία απαιτούνται δεξιότητες εκ μέρους των νοσηλευτών που να στηρίζονται σε καθορισμένους σκοπούς και μεθοδολογίες γι' αυτό και η προετοιμασία για η διδασκαλία πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

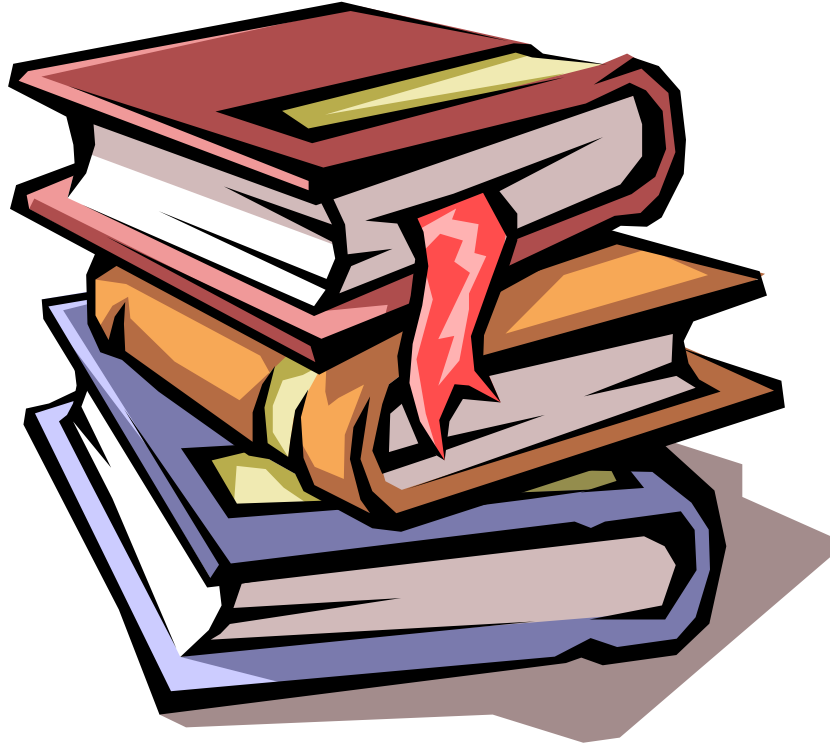
(ΔΗΜΗΤΡΑ Β. ΑΚΥΡΟΥ, ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΑΘΗΝΑ 2005).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι καρδιολογικές παθήσεις αποτελούν το μεγαλύτερο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και είναι συχνότερες στις αναπτυγμένες χώρες. Περίπου 10.000 άτομα πεθαίνουν το χρόνο στην Ελλάδα από καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Θα μπορούσαν αυτές οι ζωές να μη χάνονται, αλλά και να μην κινδυνεύουν πολλές χιλιάδες άλλες, αν ακολουθούσαμε ένα πρόγραμμα σύγχρονης προληπτικής και θεραπευτικής παρέμβασης.

Η έγκαιρη διάγνωση και η εφαρμογή σύγχρονης και αποτελεσματικής θεραπείας ελαττώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας κατά 53%, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 40% και των στεφανιαίων επεισοδίων κατά 16%.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διαθέτουν πολλές επιστημονικές γνώσεις συνδυασμένες με κλινική εμπειρία και ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα ειδικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι καρδιοπαθείς, ώστε με την παροχή καλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα να εξασφαλίζεται και καλύτερη ποιότητα ζωής στον πάσχοντα.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Πεφτιπσέλη Κορνηλία, Τριανταφυλλίδου Ευγενία, **ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ**, Θεσσαλονίκη 2003.
2. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**, έκδοση ΣΤ΄, Αθήνα 2000.
3. Ακύρου Β. Δήμητρα, **ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**, έκδοση Β΄, Αθήνα 2002.
4. Ασήμης Π. Πάγκαλτος, **ΣΤΟΧΕΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**, εκδόσεις Μ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ.
5. Παπαδαντωνάκη Ασπασία, **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**, τριμηνιαίο περιοδικό Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, τόμος 2, Απρίλιος- Ιούνιος 2006, Ιατρικές εκδόσεις ΄΄ΒΗΤΑ΄΄, Αθήνα 2006.

Εισηγητής : Καζάκος Κυριάκος
Επιμέλεια : Πανδριάς Δημήτριος – Σαρρή Μαρία

Ακαδημαϊκό έτος : 2007-2008

6. Τατούζας Παύλος, Μπουντούλας, **ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ**, τόμος δεύτερος, επιστημονικές εκδόσεις "ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ", Αθήνα 1991.
7. Λουρίδας Γεώργιος, **ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ**, πρώτος και δεύτερος τόμος, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 2001.
8. Σπυρίδων Α. Παπασπυρόπουλος. **Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**, Αθήνα 1991.
9. Ronald D.T Cape, Rodney M. Coe and Isadore Rossman, **ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ**, Επιστημονικές Εκδόσεις UNIVERCITY STUDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1990).
10. JOAN F. NEEDHAM, **ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**, εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ", Αθήνα 1999.
11. BARBARA R. HEGNER, ESTEHEL CALDWELL, **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ, 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ**, έκδοση 7^η , εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ", 1^{ος} τόμος, Αθήνα 1999.
12. www.InCardiology./pathises_Simptomata/Sigkopi.htm Σμυρνιούδης Νίκος καρδιολόγος Νοσοκομείου χίου.