

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 39 - Τεύχος 3 - Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2000



**NOSILEFTIKI**

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 39 - No 3 - July - September 2000



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς ..... 212
2. Άρθρο Σύνταξης ..... 215  
A. Παπαδαντωνάκη

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

1. Καρκίνος του μαστού. Η πρώτη ημέρα μετά τη διάγνωση ..... 217  
Γεωργία Σαββοπούλου
2. Νοσηλευτική προσέγγιση στα προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου ..... 225  
Μαρία Λαβδανίτη
3. Η εφαρμογή κλινικών μελετών στην ογκολογία και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτές ..... 229  
Θεοχάρης Κωνσταντινίδης
4. Η Στεφανιαία Νόσος στις μεταμηνοπαυσιακές γυναίκες: Ένας κίνδυνος που υποεκτιμάται ..... 258  
Παναγιώτης Κιέκκας, Μαρία Κάργα
5. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με μηνιγγίτιδα σύγχρονα δεδομένα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση της νόσου ..... 273  
Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου
6. Το μοντέλο της αυτοφροντίδας της Dorothea Orem, η εφαρμογή του σε ένα χειρουργικό τμήμα βραχείας νοσηλείας ..... 284  
Δημήτριος Θεοφανίδης, Αντιγόνη Φουντούκη
7. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες ..... 292  
Ευαγγελία Αδαλή

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

1. Αποτύπωση της εικόνας των νοσηλευτών των πολυδυνάμων ΜΕΘ ..... 242  
Αναστασία Τσιμογιάννη, Γεώργιος Φιλντίσης, Πάυλος Μυριανθεύς, Λίζα Λοΐζου, Γεώργιος Μπαλτόπουλος
2. Προφύλαξη έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β από το νοσηλευτικό προσωπικό ..... 265  
Ηρώ Μπροκαλάκη, Βασιλική Μάτζιου
- Αναλυτικές Οδηγίες για τους Συγγραφείς ..... 298



## CONTENTS

1. Instructions to Authors ..... 212
2. Editorial ..... 215  
A. Papadantonaki

### REVIEWS

1. Breast Cancer. The first day after the diagnosis ..... 217  
Georgia Savopoulou
2. Palliative nursing care of patients with cancer ..... 225  
Maria Lavdaniti
3. Clinical cancer' research and the nurse's participation ..... 229  
Theocharis Konstantinidis
4. Coronary heart disease in postmenopausal women: an underestimated risk ..... 258  
Panayotis Kiekkas, Maria Karga
5. Principles of nursing care in children with meningitis, current data and nursing interventions during the acute phase of the disease ..... 273  
M. Giannakopoulou
6. Dorothea Orem's self care model of nursing and its implementation in a short stay surgical ward ..... 284  
Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki
7. Nurses burnout concept components consequences ..... 292  
Evagelia Adali

### RESEARCH PAPERS

1. The profile of the Greek Nurses of the intensive Units ..... 242  
Anastasia Tsimogianni, George Fildissis, Pavlos Myriantheys, Liza Loizou, George Baltopoulos
2. Preventive measures taken by nurses against the spread of Hepatitis B virus ..... 265  
Iro Mprokalaki, Vasiliki Matziou
- Detailed instructions to Authors ..... 298

## Η ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΣΤΙΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ: ΕΝΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΟΥ ΥΠΟΕΚΤΙΜΑΤΑΙ

**Παναγιώτης Κιέκκας**, Νοσηλευτής Π.Ε., Msc,  
**Μαρία Κάργα**, Νοσηλεύτρια Π.Ε. Msc,  
ΤΕΙ Πάτρας - Τμήμα Νοσηλευτικής

**Περίληψη:** Η στεφανιαία νόσος στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες: ένας κίνδυνος που υποεκτιμάται. Στις αναπτυγμένες χώρες η στεφανιαία νόσος είναι η σημαντικότερη αιτία θανάτου και αναπηρίας, όχι μόνο στους άνδρες αλλά και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες καθυστερεί συνήθως. Ωστόσο, μετά την ηλικία των 50 ετών τα ποσοστά θνητότητας και νοσηρότητας είναι υψηλότερα από τα αντίστοιχα των ανδρών. Οι εσφαλμένες αντιλήψεις που επικρατούν σχετικά με τη στεφανιαία νόσο καθιστούν συχνά δύσκολη την αναγνώριση των συμπτωμάτων από τις γυναίκες και έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας συνήθως υποεκτιμούν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και εφαρμόζουν μικρότερο αριθμό διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Η πρωτογενής πρόληψη της αθηρωματοσκλήρυνσης δεν πρέπει να παραβλέπεται στις γυναίκες. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η χαμηλή HDL χοληστερόλη είναι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες. Η πρόσφατη έρευνα σχετικά με το κάπνισμα προσανατολίζεται κυρίως στην αναζήτηση φαρμάκων, τα οποία υποβοηθούν τους καπνιστές να κόψουν οριστικά το κάπνισμα. Τα τελευταία χρόνια πολλές έρευνες επικεντρώνονται στη δράση της ομοκυστεΐνης του ορού ως ανεξάρτητου παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία

## CORONARY HEART DISEASE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN: AN UNDERESTIMATED RISK

**Panagiotis Kiekkas**, Nurse Msc,  
**Maria Karga**, Nurse Msc,  
TEI Patras. Nursing Department

**Abstract:** In developed countries coronary heart disease is the most common cause of death and disability not only in men but in postmenopausal women as well. Manifestation of coronary heart disease is usually delayed in women. However, after the age of fifty (50), mortality and morbidity are higher in women than in men. The recognition of the symptoms by women themselves is difficult and results in the delayed seeking of medical help due to the predominant misconceptions about coronary heart disease. Moreover, health professionals usually underestimate the risk of coronary heart disease and therefore apply a smaller number of diagnostic and therapeutic techniques to women than what they apply to men. Primary prevention of atherosclerosis in women must not be overlooked. Diabetes mellitus, hypertension and low HDL cholesterol are more important risk factors in women than in men. Recent research about smoking is primarily orientated in finding drugs which help smokers quit smoking definitely. In the last few years, research is being centered on the blood homocysteine levels as an independent risk factor for coronary heart disease. Moreover, estrogen replacement in combination with progestogen offers a high protection against atherosclerosis. Douglas - Ginsburg's evaluation system is of special interest. The danger of coronary heart disease in women can be determined by this system

νόσο. Επίσης η υποκατάσταση οιστρογόνων σε συνδυασμό με την λήψη προγεστερόνης προστατεύει σε υψηλό βαθμό από την αθηρωματοσκλήρυνση.

Το σύστημα αξιολόγησης των Douglas - Ginsburg παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες μπορεί να προσδιοριστεί με βάση αυτό το σύστημα και ως εκ τούτου αυτές μπορούν να ταξινομηθούν σε ασθενείς χαμηλού, ενδιάμεσου ή υψηλού κινδύνου.

Η συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διαπολόγων είναι απολύτως απαραίτητη προκειμένου ο γυναικείος πληθυσμός να αντιληφθεί και να μάθει να ελέγχει τους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου.

**Λέξεις ευρητηριασμού:** στεφανιαία νόσος, έμφραγμα μυοκαρδίου, μετεμμηνο-πασιακές γυναίκες, ομοκυστεΐνη ορού.

**Αλληλογραφία:** Μαρία Κάργα, Ναυμαχίας Έλλης 42-44, Πάτρα, 264 41.

and therefore women can be classified as low, intermediate or high-risk patients.

Co-operation between doctors, nurses and dieticians is of great importance. Women must learn how to recognize and control the risk factors of coronary heart disease.

**Key words:** Coronary heart disease, myocardial infarction, postmenopausal women, blood homocysteine levels.

**Corresponding Author:** Maria Karga, Naumachias Ellis 42-44, Patra, 264 41.

## Εισαγωγή

Ο περισσότερος κόσμος σήμερα γνωρίζει ότι στις ανεπτυγμένες χώρες η στεφανιαία νόσος αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ ανδρών μέσης και τρίτης ηλικίας<sup>1</sup>. Η γνώση αυτή οφείλεται στη συστηματική ενημέρωση του κοινού τις τελευταίες δεκαετίες και έχει οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή μέτρων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Όσον αφορά το γυναικείο πληθυσμό, η ενημέρωσή του σε θέματα υγείας έχει επικεντρωθεί στον κίνδυνο ανάπτυξης κακοήθων νεοπλασιών, με κυριότερες τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Η ενημέρωση αυτή, δίχως να παραβλέψουμε την θετική αξία της, δημιουργεί σε πολλές γυναίκες την εσφαλμένη αντίληψη ότι η στεφανιαία νόσος είναι μια ανδρική ασθένεια ή ότι η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία τους είναι ο καρκίνος. Ωστόσο στις Η.Π.Α., το 1995, περίπου 240,000 γυναίκες πέθαναν από στεφανιαία νόσο, ενώ την ίδια χρονιά οι θάνατοι από καρκίνο του μαστού δεν ξεπερνούσαν τους 45,000<sup>2</sup>. Η εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου καθυστερεί κατά 10 με 15

χρόνια στις γυναίκες, εξαιτίας της προστατευτικής δράσης των οιστρογόνων, και συνήθως δε συμβαίνει πριν από την ηλικία των 60 ετών. Εντούτοις, από το σύνολο των ατόμων που πεθαίνουν από στεφανιαία νόσο κάθε χρόνο σχεδόν τα μισά είναι γυναίκες.

## Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με τη στεφανιαία νόσο

**Θνητότητα - Νοσηρότητα<sup>3</sup>:** Από τις γυναίκες που υφίστανται οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το 44% πεθαίνει μέσα σε ένα χρόνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στους άνδρες είναι 27%. Δεύτερη προσβολή από έμφραγμα σε διάστημα ενός χρόνου συμβαίνει στο 40% των γυναικών και μόλις στο 13% των ανδρών. Οι γυναίκες μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου βιώνουν εντονότερα συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης, περισσότερα οικογενειακά προβλήματα και επιστρέφουν δυσκολότερα στις επαγγελματικές και κοινωνικές τους δραστηριότητες.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με μια πρόσφατη

έρευνα<sup>4</sup>, η ενδονοσοκομειακή θνητότητα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι 8,5% για τους άνδρες και 17% για τις γυναίκες και διατηρείται υψηλότερη στις γυναίκες σε όλες τις ηλικίες. (πίνακας 1)

**Συμπτώματα<sup>5</sup>:** Στις περισσότερες γυναίκες το αρχικό σύμπτωμα εκδήλωσης της στεφανιαίας νόσου είναι η στηθάγχη. Οι χαρακτήρες όμως αυτού του πόνου είναι συνήθως πιο ασαφείς από ότι στους άνδρες. Αυτή η άτυπη στηθάγχη περιγράφεται συνήθως ως μία αίσθηση πίεσης ή πληρότητας στο κέντρο του στήθους και συνοδεύεται συχνά από πόνο στην πλάτη, στο λαιμό, στον ώμο ή στο βραχίονα. Οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα άλγος ηρεμίας, κόπωση, ναυτία, εμετό και νυχτερινή παροξυσμική δύσπνοια. Οι διαφορές αυτές εύκολα οδηγούν σε λανθασμένη διάγνωση όπως έλκος στομάχου, μυοσκελετικές παθήσεις και μη ισχαιμικές παθήσεις της καρδιάς όπως η πρόπτωση της μιτροειδούς. Επίσης στην περίπτωση προσβολής από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, από τη στιγμή που θα εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα, έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες καθυστερούν περισσότερο από τους άνδρες στην αναζήτηση βοήθειας<sup>6</sup>. Η καθυστέρηση αυτή κατά μέσο όρο ξεπερνά τη μια ώρα, γεγονός ιδιαίτερα κρίσιμο αν σκεφτούμε ότι οι μισοί θάνατοι συμβαίνουν μέσα στις δύο πρώτες ώρες.

**Θεραπευτικές παρεμβάσεις:** Η χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας τις πρώτες 3 - 6 ώρες μετά το έμφραγμα, περιορίζει τη μυοκαρδιακή νέκρωση και σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες είναι το ίδιο αποτελεσματική τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Στην πράξη όμως μόνο ένα 16% των γυναικών αξιολογούνται ως κατάλληλες για θρομβόλυση, σε σύγκριση με το 25% των ανδρών. Από αυτές μόνο το 55% λαμβάνει τελικά τη θεραπεία, ενώ στους άνδρες το 78%<sup>7,8</sup>.

Επίσης η στεφανιογραφία εφαρμόζεται στις γυναίκες κατά 15 - 28% λιγότερο από ό,τι στους άνδρες, ενώ επεμβατικές θεραπείες όπως η αορτοστεφανιαία παράκαμψη ή η αγγειοπλαστική εφαρμόζονται κατά 27 - 45% λιγότερο στις γυναίκες<sup>9</sup>. Τέλος η λήψη ασπιρίνης μετά από

οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου θεωρείται ότι έχει ευεργετικά αποτελέσματα και στα δύο φύλα. Εντούτοις, οι ιατροί τη συνιστούν πολύ συχνότερα στους άνδρες<sup>10</sup>.

## Παράγοντες κινδύνου

Πιστεύεται ότι περίπου ένα ποσοστό 68% των γυναικών που πεθαίνουν από στεφανιαία νόσο στις Η.Π.Α. δεν έχει προηγούμενα συμπτώματα. Είναι λοιπόν μεγάλη η σημασία της πρωτογενούς πρόληψης μέσω της ενημέρωσης των γυναικών για τους παράγοντες κινδύνου της αθηρωματοσκλήρυνσης και της αλλαγής του τρόπου ζωής τους.

**Σακχαρώδης διαβήτης<sup>11</sup>:** Είναι σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου από ότι στους άνδρες. Η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο είναι επτά φορές μεγαλύτερη στις διαβητικές γυναίκες από ότι στις μη διαβητικές. Οι διαβητικές γυναίκες πρέπει να ελέγχουν τακτικά τα επίπεδα σακχάρου και τριγλυκεριδίων του αίματος, να ακολουθούν την κατάλληλη διαίτα και να υποβάλλονται τακτικά σε προληπτικό έλεγχο.

**Υπέρταση<sup>11</sup>:** Είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες με στεφανιαία νόσο από ό,τι στους άνδρες. Σύμφωνα με έρευνες, η μέση μείωση της διαστολικής πίεσης κατά 6mmHg, οδηγεί μακροπρόθεσμα στη μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο κατά 21%. Οι υπερτασικές γυναίκες πρέπει να ελέγχουν καθημερινά την αρτηριακή πίεση, να λαμβάνουν τη κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή στο σωστό χρόνο, να προσέχουν τη διατροφή τους, να αποφεύγουν το αλκοόλ και να μειώνουν το άγχος τους, αν απαιτείται με τη βοήθεια ενός ψυχολόγου. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης επιτυγχάνεται σχετικά εύκολα και συμβάλλει ιδιαίτερα στην αποτροπή ανάπτυξης της νόσου.

**Υπερλιπιδαιμία<sup>2,12</sup>:** Στις γυναίκες το χαμηλό επίπεδο της HDL χοληστερόλης, ιδίως κάτω από 50mg/dl, θεωρείται σοβαρότερος παράγοντας κινδύνου από το επίπεδο της ολικής χοληστερόλης του ορού. Η υπερλιπιδαιμία δεν πρέπει να περνά απαρατήρητη ιδίως όταν συνδυάζεται με παχυσαρκία της περιοχής της κοι-

λιάς. Στην περίπτωση αυτή σχετίζεται με αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, υπερτριγλυκεριδαιμία και μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων, άρα και με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Οι παχύσαρκες γυναίκες ή με υπερλιπιδαιμία πρέπει να ακολουθούν κατάλληλη διατροφική αγωγή, ιδιαίτερα χαμηλή σε λιπαρά, κάτω από 30%, να ασκούνται καθημερινά, έστω και περπατώντας λίγα λεπτά, εφόσον η άσκηση οδηγεί στην αύξηση της HDL χοληστερόλης. Επίσης, αν κρίνεται απαραίτητο μπορούν να λαμβάνουν υποχοληστερολαιμικά φάρμακα.

**Κάπνισμα<sup>11</sup>:** Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου είναι 2 - 4 φορές υψηλότερος στις γυναίκες που καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα την ημέρα σε σχέση με τις μη καπνίστριες. Το ανησυχητικό είναι ότι το κάπνισμα εμφανίζει έντονα αυξητικές τάσεις ανάμεσα στις γυναίκες νεαρής ηλικίας. Μετά τη διακοπή του καπνίσματος ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου προοδευτικά μειώνεται και μετά από 3 - 5 χρόνια πέφτει στο ίδιο επίπεδο με εκείνο των μη καπνιστριών. Δυστυχώς το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος είναι χαμηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες και συνήθως οι γυναίκες το ξαναρχίζουν ευκολότερα μετά τη διακοπή.

Για τη διακοπή του καπνίσματος προτείνεται η χρήση διάφορων βοηθημάτων που περιέχουν νικοτίνη όπως το ρινικό σπρέι, τσίχλα ή αυτοκόλλητο. Τα τελευταία δύο χρόνια ιδιαίτερα θεραπευτικά αποτελέσματα έχουν επιτευχθεί με τη χρήση ενός νέου φαρμάκου που κυκλοφορεί στις Η.Π.Α., του *Bupropion*<sup>13,14</sup>. Αυτό εμφανίζει ντοπαμινεργική και αδρενεργική δράση και η λήψη του διαρκεί 7 - 12 εβδομάδες. Ο αριθμός των ατόμων που καταφέρνουν να κόψουν το τσιγάρο με τη χρήση του είναι διπλάσιος σε σχέση με αυτούς που δε το λαμβάνουν.

**Ομοκυστεΐνη του ορού<sup>15,16,17</sup>:** Με βάση τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών θεωρείται ότι τα επίπεδα ομοκυστεΐνης του ορού αποτελούν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Πιο συγκεκριμένα η αύξησή της κατά 5μmol/l σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου κατά 20%.

Η λήψη φολικού οξέος και βιταμίνης Β6 δρα προστατευτικά γιατί προκαλεί τη μείωση της ομοκυστεΐνης του ορού. Οι συνιστώμενες ημερήσιες δόσεις είναι 0.5 - 1mg φολικού οξέος και 3 - 12mg βιταμίνης Β6. Πλούσιες πηγές φολικού οξέος είναι ο χυμός πορτοκαλιού, τα λαχανικά και τα αυγά, ενώ της βιταμίνης Β6 είναι το ψάρι, το χοιρινό, οι πατάτες και οι μπανάνες. Πλούσια πηγή και των δύο είναι τα δημητριακά, ενώ εναλλακτική λύση αποτελούν και τα συμπληρώματα πολυβιταμινών.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ομοκυστεΐνη είναι απλά ένας δείκτης του κινδύνου στεφανιαίας νόσου και η προστατευτική δράση του φολικού οξέος και της βιταμίνης Β6 επιτυγχάνεται μέσω άλλων, άγνωστων μηχανισμών.

### Λήψη οιστρογόνων

Σύμφωνα με ένα μεγάλο αριθμό επιδημιολογικών ερευνών η θεραπεία υποκατάστασης οιστρογόνων μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου σε ένα ποσοστό που ποικίλει από 11% στις ομάδες χαμηλού κινδύνου έως 50% στις ομάδες υψηλού κινδύνου<sup>3,18</sup>. Η δράση των οιστρογόνων εντοπίζεται στη μείωση της LDL χοληστερόλης, στην αύξηση της HDL χοληστερόλης, στη βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθηλίου καθώς και στη βελτίωση της ισορροπίας μεταξύ της πήξης και της ινωδολύσης. Με την προσθήκη της προγεστερόνης στη θεραπεία πιστεύεται ότι αφενός μειώνεται ακόμη περισσότερο ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου μέχρι και 60%, αφ' ετέρου, αποφεύγεται ο κίνδυνος ανάπτυξης άλλων παθήσεων όπως η χολολιθίαση και ο καρκίνος του μαστού και του ενδομητρίου<sup>2</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές η υποκατάσταση των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση δεν προστατεύει από τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου<sup>19</sup>. Αυτοί θεωρούν ότι τα διαφορετικά ποσοστά στεφανιαίας νόσου ανάμεσα στις γυναίκες που λαμβάνουν οιστρογόνα και σε εκείνες που δε λαμβάνουν οφείλονται στο ότι οι πρώτες είναι άτομα υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, που επι-

σκέπονται συχνότερα το γιατρό τους, υποβάλλονται συχνότερα σε προληπτικό έλεγχο και ακολουθούν έναν περισσότερο υγιεινό τρόπο ζωής, δηλαδή καπνίζουν λιγότερο, αθλούνται περισσότερο και είναι πιο αδύνατες<sup>20</sup>.

### **Σύστημα αξιολόγησης κινδύνου της στεφανιαίας νόσου<sup>5</sup>**

Μετά από μια εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δύο αμερικανοί ερευνητές, οι Douglas και Ginsburg, πρότειναν ένα σύστημα που περιλαμβάνει διάφορους παράγοντες, οι οποίοι προσδιορίζουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Οι παράγοντες προσδιορισμού του κινδύνου διακρίνονται σε κύριους, ενδιάμεσους και μικρής σημασίας και χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση γυναικών που προσέρχονται στο νοσοκομείο αναφέροντας πόνο στο στήθος.

#### **Κύριοι παράγοντες**

- τυπική στηθάγχη
- όχι υποκατάσταση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση
- σακχαρώδης διαβήτης
- περιφερική αγγειακή νόσος

#### **Ενδιάμεσοι παράγοντες**

- υπέρταση
- κάπνισμα
- χαμηλά επίπεδα HDL χοληστερόλης

#### **Μικρής σημασίας παράγοντες**

- ηλικία άνω των 65 ετών
- παχυσαρκία κυρίως στην περιοχή της κοιλιάς
- καθιστική ζωή
- οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου

Ανάλογα με τους παράγοντες προσδιορισμού του κινδύνου που συγκεντρώνουν οι ασθενείς, κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες:

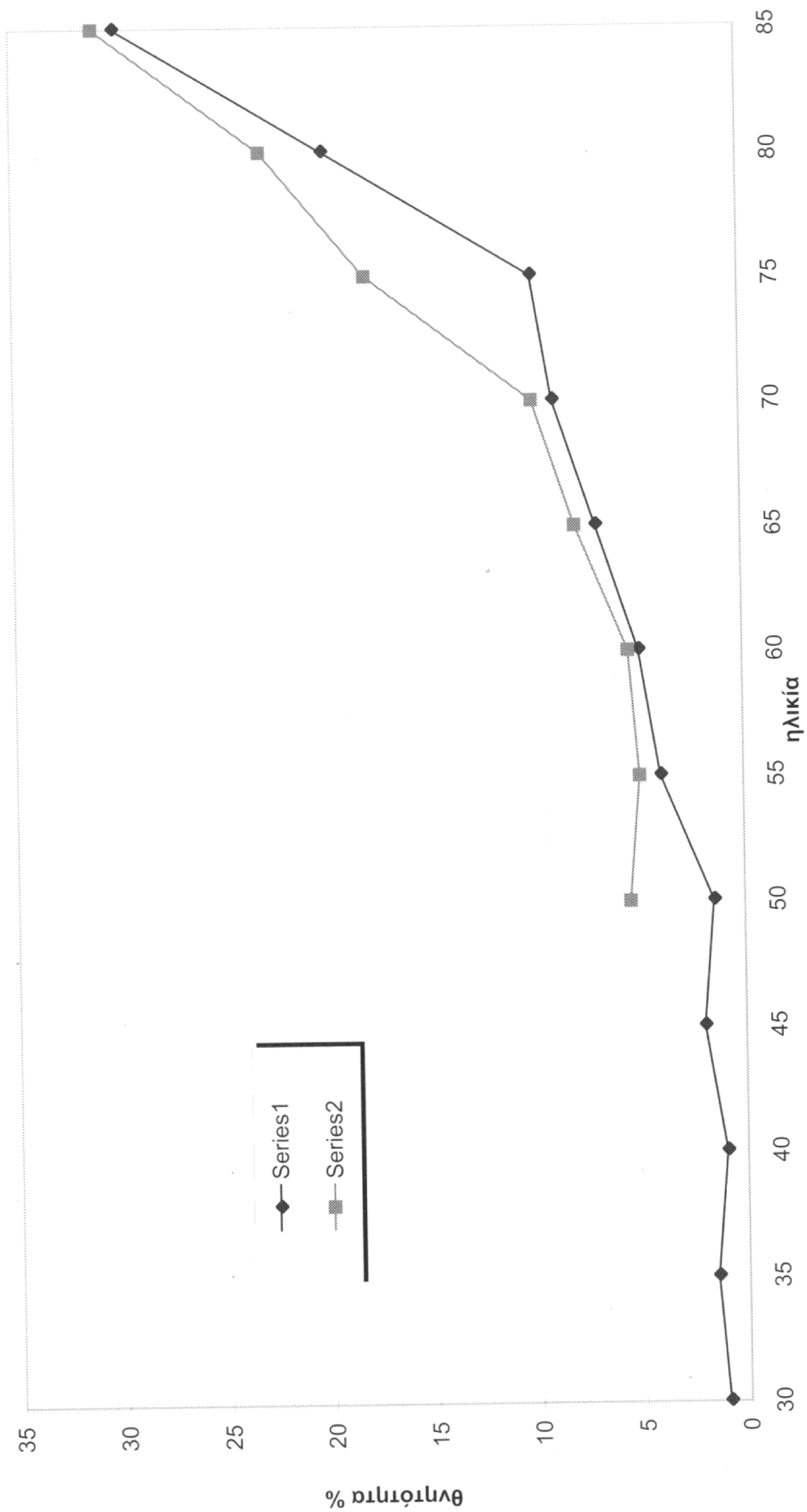
Στην **κατηγορία χαμηλού κινδύνου** ανήκουν οι ασθενείς χωρίς κανένα κύριο παράγοντα και όχι περισσότερους από έναν ενδιάμεσο ή δύο μικρής σημασίας παράγοντες. Οι ασθενείς αυτοί εκτιμάται ότι εμφανίζουν λιγότερο από 20% κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και δε συνιστάται για αυτές καμία διαγνωστική εξέταση.

Στην **κατηγορία υψηλού κινδύνου** ανήκουν οι ασθενείς με δύο ή περισσότερους κύριους παράγοντες, ή έναν κύριο και περισσότερους από έναν ενδιάμεσους ή μικρής σημασίας παράγοντες. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν περισσότερο από 80% κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και ως αρχική εξέταση για αυτές συνιστάται το τεστ κοπώσεως. Αν το αποτέλεσμα του είναι θετικό ή ασαφές, απαιτείται καθετηριασμός της καρδιάς, ενώ αν είναι αρνητικό, αρκεί η τακτική παρακολούθηση της ασθενούς.

Στην **κατηγορία ενδιάμεσου κινδύνου** ανήκουν οι ασθενείς με έναν κύριο παράγοντα, ή αρκετούς ενδιάμεσους ή μικρής σημασίας παράγοντες. Ο κίνδυνος στεφανιαίας νόσου για αυτές ποικίλει από 20 - 80%. Αν το τεστ κοπώσεως αποδειχθεί θετικό ή ασαφές πρέπει να ακολουθήσει τεστ κοπώσεως με σπινθηρογράφημα και αν και αυτό είναι θετικό, απαιτείται καθετηριασμός της καρδιάς. Αν κάποιο από τα τεστ κοπώσεως είναι αρνητικό, αρκεί η παρακολούθηση της ασθενούς.

### **Συμπεράσματα**

Η στεφανιαία νόσος είναι μια εξίσου σημαντική αιτία θανάτου και αναπηρίας στις γυναίκες και η αντιμετώπισή της απαιτεί συγκεκριμένες στρατηγικές ενημέρωσης και πρόληψης. Ο μόνος τρόπος για να ξεπεραστούν οι εσφαλμένες αντιλήψεις των γυναικών γύρω από τη στεφανιαία νόσο είναι η συνεχής και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού για τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος και τις δυνατότητες πρόληψης της νόσου. Το θετικό είναι ότι οι γυναίκες, από τη στιγμή που θα ενημερωθούν για τον κίνδυνο, έχουν περισσότερο χρόνο για να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, αφού η στεφανιαία νόσος εμφανίζεται αρκετά χρόνια αργότερα από ό,τι στους άνδρες. Το αρνητικό είναι ότι οι γυναίκες υποεκτιμούν τον κίνδυνο και καθυστερούν σημαντικά στην αναζήτηση παροχής υπηρεσιών υγείας. Είναι λοιπόν απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διαπολιτών προκειμένου ο γυναικείος πληθυσμός να αντιληφθεί και να μάθει να ελέγχει τους παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ενδονοσική θνητότητα μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στην Ελλάδα: κατανομή κατά φύλο και ηλικία**  
(ΣΕΙΡΑ 1 =ΑΝΔΡΕΣ ΣΕΙΡΑ 2 =ΓΥΝΑΙΚΕΣ)  
Χειμώνας Η. Θ. και συν. Παν/νιος μελέτη οξέος εμφρ/τος του μυοκαρδίου. Ελλ Καρδιολ Επιθ 38, 123-137, 1997



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gillum, R. F. Trends in acute myocardial infarction and coronary heart disease death in the United States. *J. Am. Coll. Cardiol.* 23,1273-77, 1994.
2. Halm M. A., Penque S. Heart disease in women. *Am. J. Nurs.* 99(4), 26-31, 1999.
3. Moser D. K. Correcting misconceptions about women and heart disease. *Am. J. Nurs.* 97(4), 26-33, 1997.
4. Χειμώνας Η. Θ., Ζαχαρούλης Α. Α., Πιπιλής Α. Γ., Τούτουζας Π.Κ. Πανελλήνιος μελέτη οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. *Ελλ. Καρδιολ. Επιθ.* 38, 123-137, 1997.
5. Douglas P. S., Ginsburg G. S. The evaluation of chest pain in women. *N. Engl. J. Med.* 334, 1311-15, May 16, 1996.
6. Jenkins J. S., Flaker G. C., Nolte B., et al. Causes of higher in-hospital mortality in women than in men after acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.* 73(5), 319-322, 1994.
7. Lincoff A. M., Califf R.M., Ellis S. G., et al. Thrombolytic therapy for women with myocardial infarction: is there a gender gap? *J. Am. Coll. Cardiol.* 22, 1780-86, 1993.
8. Maynard C. Underutilisation of thrombolytic therapy in eligible women with acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.* 58, 529-530, 1991.
9. Ayanian J. Z., Epstein A. M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalised for coronary heart disease. *N. Engl. J. Med.* 325, 221-225, July 25, 1991.
10. Mc Laughlin T.J. Adherence to national guidelines for drug treatment of suspected acute myocardial infarction: Evidence for undertreatment in women and the elderly. *Arch. Intern. Med.* 156, 799-805, April 8, 1996.
11. Rich - Edwards J.W., Manson J.E., Hennekens C.H., Buring S.E. The primary prevention of coronary heart disease in women. *N. Engl. J. Med.* 332, 1758-64, June 29, 1995.
12. Worner J.G., Jr. Long-term (5-year) changes in HDL cholesterol in cardiac rehabilitation patients. Do sex differences exist? *Circulation* 92, 773 - 777, Aug 15, 1995.
13. Ruppert R.A. The last smoke: your patients can quit smoking - for life. *Am. J. Nurs.* 99(11), 26 - 32, 1999.
14. Hughes J.R., Goldstein M.G., Hurt R.D., Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *JAMA* 281(1), 72-76, 1999.
15. Rimm E.B., Willet W.C. Hu F.B., et al. Folate and vitamin B6 from diet and supplements in relation to risk of coronary heart disease among women. *JAMA* 279(5), 359-364, 1998.
16. Warren C.J. What is homocysteine? *Am.J.Nurs.* 99(10), 39-41, 1999.
17. Ridker P.M., Manson J.E., Buring J.E., et al. Homocysteine and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women. *Jama* 281(19), 1817-21, 1999.
18. Scura K.W., Whipple B. How to provide better care for the postmenopausal women. *Am.J. Nurs.* 97(4), 36-43, 1997.
19. Sidney S., Pettiti D.B., Quesenberry C.P. Myocardial infarction and the use of estrogen and estrogen - progestogen in postmenopausal women. *Ann.Intern.Med.* 127, 501-508, 1997.
20. Grodstein F., Stampfer M.J., Manson J.E., et al. Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *N. Engl. J. Med.* 335, 453-461, Aug 15, 1996.

*Υποβλήθηκε για δημοσίευση 26/5/2000*