

ΕΛΛΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

POST
PAVE
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 1 - Ιανουάριος - Μάρτιος 1998



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 1 - January - March 1998

ISSN 1105-5843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύναξη Α. Παπαδαντωνάκη	3
2. Ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες - Βιβλιογραφική ανασκόπηση Α. Μερκούρης, Χ. Λεμονίδου	4
3. Η θεωρία της Margaret Newman «Η υγεία ως επεκτεινόμενη συνείδηση» Ν. Ευσταθίου	27
4. Εννοιολογικά μοντέλα και θεωρίες της νοσηλευτικής Χ. Λεμονίδου	34
5. Η νοσηλευτική επιστήμη στη διαχρονική πορεία μέχρι το 2000 Α. Μόσχου - Κάκκου	41
6. Σχεδιασμός και τεκμηρίωση της νοσηλευτικής Ε. Σίκερ-Σμυρνάκη	47
7. Διαχρονική εξέλιξη θεραπευτικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου Δ. Ακύρου, Ζ. Κωστάκη	50
8. Προγράμματα άσκησης σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια Δ. Δημητρελλής	56
9. Επαγγελματική φόρτιση στο ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό Θ. Ζιώγου, Ι. Μπίμπου, Ε. Δημητρίου, Ι. Γκουζέπας, Γ. Κιοσεόγλου, Α. Ιακωβίδης	62
10. Η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με την πληροφορική στη Νοτιοδυτική Ελλάδα Μ. Παπαδημητρίου, Κ. Μπουλουγούρας, Κ. Κουτσογιάννης, Κ. Σμπόνια	71
11. Ηγετικές μορφές της νοσηλευτικής που φεύγουν Σ. Παπαμικρούλη	80
12. Άννα Ουζούνη-Γκαλάπη Α. Βασιλειάδου	82
13. Οδηγίες για τους συγγραφείς	83

CONTENTS

1. Editorial A. Papadantonaki	3
2. Patient satisfaction with nursing care: a literature review A. Merkouris, C. Lemonidou	4
3. Margaret Newman's theory «Health as expanding consciousness» N. Efstathiou	27
4. Conceptual models and theories of nursing C. Lemonidou	34
5. The evolution of nursing science through time until 2000 A. Moschou-Kakou	41
6. Planning and documentation in nursing E. Sickert-Smyrnakis	47
7. Evolutionary course of medical and nursing intervention in acute myocardial infarction D. Akyrou, Z. Kostaki	50
8. Exercise training programs in patients with heart failure D. Dimitrelis	56
9. Burnout syndrom on the psychiatric nursing personnel T. Ziogou, I. Bibou, E. Dimitriou, I. Giouzepas, G. Kioseoglou, A. Iakovidis	62
10. Informatics and nursing. A study about the relationship of nursing personnel with informatics in Southwest Greece M. Papadimitriou, K. Boulougouras, K. Sbonia, K. Koutsogianis	71
11. Leading nurses who passed away S. Papamikrouli	80
12. Anna Ouzouni-Galapi A. Vasiliadou	82
13. Instructions to authors	83

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Α. Καλοκαιρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Ε. Χαραλαμπίδου

ΕΚΔΟΤΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9.000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1.200	δρχ.
» » 1990-1991	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

Διαχρονική εξέλιξη θεραπευτικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Δήμητρα Β. Ακύρου

Διδάκτωρ Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζωή Ι. Κωστάκη

Νοσηλεύτρια 251 Γεν. Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΔΗΜΗΤΡΑ Β. ΑΚΥΡΟΥ, ΖΩΗ Ι. ΚΩΣΤΑΚΗ. Διαχρονική εξέλιξη θεραπευτικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στην ανασκόπηση αυτή γίνεται σύντομη αναφορά στην εξέλιξη των θεραπευτικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ), όπως αυτές εφαρμόστηκαν από τότε που η στεφανιαία νόσος χαρακτηρίστηκε ως νοσολογική οντότητα μέχρι σήμερα. Μέσα από την κλινική εφαρμογή αναφέρονται οι σημαντικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της θρομβολυτικής θεραπείας, που αφορούν την έγκαιρη αναγνώριση και άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών. Επίσης αναφέρεται μέθοδος αξιολόγησης του πόνου, της οποίας η κλινική εφαρμογή θα συμβάλει όχι μόνο στην καλύτερη αντιμετώπισή του, αλλά και στην ανύψωση της νοσηλευτικής φροντίδας. **Νοσηλευτική 1: 50-55, 1998.**

Εισαγωγή

Έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι εντοπισμένη ισχαιμική μυοκαρδιακή νέκρωση¹. Οφείλεται σε απόφραξη κλάδου ή μιας στεφανιαίας αρτηρίας από αθηροσκλήρωση, σπανιότερα σε θρόμβο ή σπασμό². Στις ΗΠΑ περίπου ένα εκατομμύριο Αμερικανοί προσβάλλονται κάθε χρόνο από ΟΕΜ³. Από αυτούς μισό εκατομμύριο πεθαίνουν και το 1/5 είναι κάτω της ηλικίας των 65 ετών. Ο κίνδυνος αιφνιδίου θανάτου είναι υψηλότερος τις πρώτες 72 ώρες. Η επίπτω-

ση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες και στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση¹.

Στην Ελλάδα η συχνότητα φαίνεται να προσεγγίζει τα Αμερικανικά δεδομένα, αφού 400.000 άνθρωποι προσβάλλονται κάθε χρόνο από οξέα ισχαιμικά επεισόδια⁴. Σύμφωνα με τα δεδομένα της συνοπτικής Ελληνικής επετηρίδας, το έτος 1993 οι θάνατοι από παθήσεις του κυκλοφορικού αποτελούσαν το 49% του συνόλου των θανάτων⁵. Η θνητότητα από τις ισχαιμικές καρδιοπάθειες έχει τεράστιες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις. Γιαυτό έγιναν και συνεχίζουν να

γίνονται μεγάλες προσπάθειες για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση και τη μείωση της θνητότητας.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Από τις αρχές του αιώνα μας, που ο Herrick⁶ συσχετίζει τη θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών με το σύνδρομο του εμφράγματος του μυοκαρδίου, μέχρι σήμερα οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στο OEM ακολούθησαν μια εξελικτική πορεία. Η χρονική διάρκεια 1912-1940 χαρακτηρίζεται από μία περίοδο κλινοστατισμού και αντιπηκτικής αγωγής per os. Προς το τέλος της 10ετίας του '50, δημιουργούνται οι μονάδες εντατικής νοσηλείας εμφραγμάτων (MENE).

Στις αρχές της 10ετίας του '60 εμφανίζονται οι απινιδωτές και αρχίζει η εφαρμογή της τεχνικής της κλειστής καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Την ίδια περίπου εποχή, η παρουσία των monitor's και οι δυνατότητες παρακολούθησης των αιμοδυναμικών παραμέτρων των ασθενών με OEM συνέβαλε στην έγκαιρη αναγνώριση των επιπλοκών, την άμεση αντιμετώπιση και τη μείωση της θνητότητας.

Τέλος η εφαρμογή της ενδοαορτικής αντλίας με αεροθάλαμο ελάχιστα μείωσε τη θνητότητα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Από το 1970 χρησιμοποιούνται διάφορα φαρμακευτικά σχήματα για την προσφορά ενέργειας στο μυοκάρδιο, όπως διάλυμα υαλουρονιδάσης, γλυκόζης-ινσουλίνης-καλίου και τη μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο με τη χρήση β' αναστολέων^{3,7}.

Το 1976 για πρώτη φορά αναφέρεται η χρήση της ενδοστεφανιαίας θρομβόλυσης στη θεραπεία του OEM⁸. Την ίδια εποχή οι Retrop και συν⁹, επιχειρούν την ενδοστεφανιαία θρομβόλυση σε συνδυασμό με μηχανική διάνοιξη του αποφραγμένου αγγείου (αγγειοπλαστική) και έτσι ανοίγουν ένα νέο κεφάλαιο στην παρεμβατική καρδιολογία.

Σταθμός στην πορεία αυτή σημειώθηκε το 1986, όταν δημοσιεύτηκε η πρώτη μεγάλη μελέτη ενδοφλέβιας χορήγησης θρομβολυτικών φαρμάκων (GSSI trial)¹⁰ σε OEM, που αποτέλεσε

και το θεμέλιο λίθο του όλου οικοδομήματος σε ότι αφορά τη θρομβολυτική θεραπεία, που καθιερώθηκε ως αγωγή ρουτίνας^{7,8}.

Από μελέτες προκύπτει ότι η πρώιμη χρήση της θρομβόλυσης, προκαλεί λύση του θρόμβου, αποκατάσταση της βατότητας του αποφραγμένου αγγείου, μείωση του μεγέθους του εμφράγματος, βελτίωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας και τελικά μείωση της θνητότητας. Για την επιτυχία της θρομβόλυσης, βασική προϋπόθεση είναι ότι πρέπει να αρχίσει μέσα στις πρώτες έξι ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων^{3,7-15}.

Σχετικά με την ενδοστεφανιαία θρομβόλυση, μελέτες αναφέρουν ότι η επιτυχία φθάνει στο 60%-75%, συγκριτικά σημαντική διαφορά με το 35%-60% της ενδοφλέβιας^{16,17}. Υπολογίζεται, επίσης ότι 35 στους 1000 ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοφλέβια θρομβόλυση σώζονται, όταν η θεραπεία αρχίσει μέσα στις πρώτες έξι ώρες, ενώ το ποσοστό μειώνεται στους 16 ασθενείς, όταν η θρομβόλυση αρχίσει 7-12 ώρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων³.

Αν και η ενδοστεφανιαία θρομβόλυση έχει καλύτερα αποτελέσματα, δεν χρησιμοποιείται σε καθημερινή βάση, γιατί απαιτείται αιμοδυναμικό εργαστήριο, το οποίο δεν διαθέτουν όλα τα κέντρα περίθαλψης, αλλά και εκείνα που διαθέτουν δεν έχουν τη δυνατότητα κάλυψης για ολόκληρο το 24ωρο¹⁸.

Παράλληλα με τη θρομβολυτική θεραπεία, υπήρξε αυξημένο ενδιαφέρον για μηχανική επαναιμάτωση του ισχαιμου μυοκαρδίου με αγγειοπλαστική. Η διαδερμική διαυλική αγγειοπλαστική πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά από το Gruntzig το 1977 για τη θεραπεία της ισχαιμικής καρδιοπάθειας^{19,20}. Η εφαρμογή της γνώρισε το μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης σ' όλο τον κόσμο, καθώς και στην Ελλάδα. Υπολογίζεται ότι μόνο στις ΗΠΑ το 1991 έγιναν 300.000 αγγειοπλαστικές²¹. Η αγγειοπλαστική θεωρείται ως εναλλακτική λύση θεραπείας με το θρομβόλυση^{7,22}. Άμεση αγγειοπλαστική ενδείκνυται σε:

OEM που εμπλέκεται με καρδιογενές shock

OEM που αντενδείκνυται η θρομβολυτική θεραπεία

ΟΕΜ που απέτυχε η θρομβόλυση και
Επίμονη μετεγχειρητική στηθάγχη²³

Η αγγειοπλαστική επίσης αποτελεί εναλλακτική της χειρουργικής επαναγγείωσης²⁴.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη νοσηλεία των ασθενών με ΟΕΜ ακολούθησαν την πορεία εξέλιξης των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Την εποχή του κλινοστατισμού περιορίζονται στις φυσικές μόνο ανάγκες των αρρώστων. Αργότερα με τη δημιουργία των μονάδων εντατικής νοσηλείας εμφραγμάτων (ΜΕΝΕ) οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις διευρύνονται. Με την εμφάνιση των απινιδωτών, την εφαρμογή της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης και τη χρήση των διαφόρων ηλεκτρονικών μηχανημάτων μια νέα περίοδος αρχίζει.

Οι δυνατότητες παρακολούθησης του ΗΚΓ, των αιμοδυναμικών παραμέτρων και η χρήση διαφόρων αρμακευτικών σχημάτων, κατέστησαν αναγκαία και πιο υπεύθυνα τη συμμετοχή των νοσηλευτών στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η περίοδος αυτή για τη νοσηλευτική είναι περίοδος προκλήσεων και ανακατατάξεων. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναλάβουν νέες υποχρεώσεις και καθήκοντα, για τα οποία δεν είναι έτοιμοι. Για να ανταποκριθούν στα νέα τους καθήκοντα, αρχίζουν να παρακολουθούν μετεκπαιδευτικά προγράμματα και να ειδικεύονται στη νοσηλεία των στεφανιαίων ασθενών.

Σήμερα οι νοσηλευτές χειρίζονται τα ηλεκτρονικά μηχανήματα, παρακολουθούν τα ζωτικά σημεία, το ΗΚΓ, αναγνωρίζουν τις αρρυθμίες και συμβάλλουν ουσιαστικά στην αντιμετώπισή τους. Κάνουν φλεβοκεντήσεις, χορηγούν φάρμακα ενδοφλεβίως, ρυθμίζουν τη ροή των ενδοφλέβιων υγρών και φαρμάκων, μετρούν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, και σε συνεργασία με το γιατρό ρυθμίζουν το ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών και του ύδατος. Συμμετέχουν ή αυτενεργούν στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, ρυθμίζουν ή και χειρίζονται τον απινιδωτή. Παρακολουθούν τις αιμοδυναμικές παραμέτρους, ερμηνεύουν τα δεδομένα, προλαμβάνουν

ή και αντιμετωπίζουν έγκαιρα τις διάφορες επιπλοκές.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών σε όλες τις δραστηριότητες της νοσηλείας των αρρώστων, η άγρυπνη παρουσία τους και οι ζωτικής σημασίας παρεμβάσεις τους συνέβαλλαν αποτελεσματικά στη μείωση της θνητότητας. Νεότερα θεραπευτικά σχήματα, όπως η θρομβόλυση, οι παρεμβατικές τεχνικές (αγγειοπλαστική, ενδοστεφανιαίες προσθέσεις, Laser) απαιτούν την ενεργό συμμετοχή των νοσηλευτών.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη θρομβόλυση

Οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της θρομβόλυσης είναι:

- Αξιολόγηση του πόνου
- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο
- Συνεχής παρακολούθηση του ΗΚΓ
- Άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών
- Ρύθμιση του ρυθμού ροής των ΕΦ υγρών
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων
- Χορήγηση οξυγόνου

Ο πόνος οφείλεται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου, λόγω χαμηλής παροχής από στένωση ή απόφραξη κλάδου ή μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Στην οξεία φάση, τις πρώτες κυρίως ημέρες, επιβάλλεται η ανάπαυση του αρρώστου, η χορήγηση οξυγόνου (O₂) και η διακοπή των δραστηριοτήτων του. Η ανάπαυση συμβάλλεται στη μείωση του καρδιακού έργου, την αύξηση της αιματικής ροής, της παροχής O₂ και την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Ο νοσηλευτής αξιολογεί τον πόνο, χορηγεί αναλγητικό, O₂ και καθησυχάζει τον ασθενή.

Κατά τη διάρκεια της έγχυσης του θρομβολυτικού φαρμάκου ή κατά τη φάση της επαναιμάτωσης, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ωρισμένες επιπλοκές. Οι πιο συνηθισμένες είναι: υπόταση, αιμορραγία και αλλεργικές αντιδράσεις (πολύ σπάνια). Γιαυτό ο νοσηλευτής με την έναρξη της έγχυσης παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου, ελέγχει τα ζωτικά σημεία, παρακολουθεί το ΗΚΓ, αξιολογεί και

αντιμετωπίζει τον πόνο κάθε 15' και καταγράφει τα δεδομένα στο δελτίο αξιολόγησης.

Ελέγχει την ΑΠ, γιατί η NTG και η μορφίνη, που χορηγούνται για τον έλεγχο του πόνου αλλά και το ίδιο το θρομβολυτικό φάρμακο, μπορεί να προκαλέσουν πτώση της ΑΠ. Για την πρόληψη της υπότασης, ο νοσηλευτής ρυθμίζει τη ροή της NTG και για την ανακούφιση του πόνου χορηγεί επιπλέον μικρές δόσεις διάλυμα μορφίνης και αξιολογεί τον πόνο. Σε περίπτωση όμως που παρατηρηθεί υπόταση τοποθετεί τον ασθενή σε θέση Trendelenburg. Επειδή μερικοί ασθενείς δεν μπορούν χαμηλά, η αλλαγή θέσης γίνεται σιγά-σιγά και με προσοχή. Μειώνεται για λίγο η ροή της θρομβόλυσης (σπάνια διακόπεται), αν συνοδεύεται από βραδυκαρδία χορηγείται ατροπίνη 0,5-1mg ΕΦ και παρακολουθείται η καρδιακή συχνότητα και η ΑΠ.

Παρακολουθεί το ΗΚΓ για την ανακάλυψη των αρρυθμιών, που έχουν άμεση σχέση με τη φάση της επαναιμάτωσης. Παρατηρούνται συνήθως 70' με 120' μετά την έναρξη της έγχυσης και η συχνότητα κυμαίνεται από 24%-83% των περιπτώσεων^{13,20,25}. Συχνότερα εμφανιζόμενοι αρρυθμίες είναι ο επιταχυνόμενος ιδιοκοιλιακός ρυθμός, που θεωρείται προάγγελος της επαναιμάτωσης και σπάνια χρειάζεται θεραπεία²⁶. Οποσδήποτε, όμως, απαιτείται επαγρύπνηση γιατί μπορεί να ακολουθήσουν κοιλιακές έκτακτες συστολές, κοιλιακή ταχυκαρδία, κοιλιακή μαρμαρυγή, φλεβοκομβική βραδυκαρδία ή κολποκοιλιακός αποκλεισμός.

Ο νοσηλευτής καταγράφει ΗΚΓ, αναγνωρίζει και αντιμετωπίζει την αρρυθμία ανάλογα (χορηγεί ατροπίνη, ξυλοκαϊνη, απινίδωση). Αξιολογεί τον πόνο και συγχρόνως παρακολουθεί το ΗΚΓ για τυχόν ισχαιμικές αλλαγές. Η επιτυχημένη επαναιμάτωση χαρακτηρίζεται από ξαφνική υποχώρηση του πόνου, ταχεία πτώση του ST στην ισοηλεκτρική γραμμή και πρόωπη αύξηση του CPK, CPK-MB ενζύμου και ισοενζύμου²⁷. Μετά την υποχώρηση του πόνου, τα ζωτικά σημεία ελέγχονται ανά ώρα και αφού σταθεροποιηθούν κάθε δύο ώρες.

Η αιμορραγία είναι μια άλλη επιπλοκή. Ευτυχώς όμως που οι θανατηφόρες αιμορραγίες,

όπως η εγκεφαλική, παρατηρείται σε μικρή αναλογία (1%)¹⁸. Μικρότερες αιμορραγίες από το πεπτικό, το ουροποιητικό σύστημα και τον υποδόριο ιστό φθάνουν το ποσοστό του 5%-19%. Παρακολουθείται ο άρρωστος για ουλορραγία, ρινορραγία και μακροσκοπική αιματουρία.

Για την έγκαιρη ανακάλυψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών, το κλειδί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι η προσεκτική παρακολούθηση του αρρώστου. Η επανεμφάνιση του πόνου, η εκ νέου ανάσπαση του ST, η αιμοδυναμική αστάθεια και άλλα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, εφίδρωση, ναυτία και έμετος αποτελούν ενδεικτικά σημεία επαναπόφραξης⁴ ή νέου εμφράγματος²⁰. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί για άλλα συμπτώματα και σημεία, όπως βήχα, δύσπνοια, ανησυχία, τρίζοντες εισπνευστικούς ήχους ή καλπαστικό ρυθμό με 3ο και 4ο τόνο, που μπορεί να σημαίνουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη νοσηλεία των αρρώστων έχουν ζωτική σημασία και ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της θρομβόλυσης. Η συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου και η αξιολόγηση των αιμοδυναμικών παραμέτρων συμβάλλουν στην έγκαιρη αναγνώριση, την άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών και τη μείωση της θνητότητας.

Η αξιολόγηση του πόνου είναι θεμελιώδης νοσηλευτική ενέργεια, έχει άμεση σχέση με την ανακούφιση του αρρώστου από αυτόν και τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής του φροντίδας. Αποτελεί μέσον επικοινωνίας νοσηλευτή-αρρώστου, που στην καθημέρα πράξη μπορεί να θεωρηθεί ως ένα βήμα προόδου, που θα βελτιώσει τη νοσηλευτική φροντίδα και θα ανεβάσει το επίπεδο νοσηλείας. Η αξιολόγηση του πόνου βοηθάει το νοσηλευτή να εκτιμήσει τα αποτελέσματα των θεραπευτικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων και να αναθεωρήσει το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Υπάρχει, όμως, κίνδυνος οι νοσηλευτές λόγω των τεχνικών μέσων να οδηγηθούν σε απρόσωπη νοσηλευτική φροντίδα. Ο άρρωστος είναι μια ολοκληρωμένη ψυχοσωματική οντότητα και έχει ανάγκη από ηθική συμπαράσταση, κατα-

νόση, αποδοχή και αγάπη. Νοσηλεία χωρίς αγάπη είναι κενή, ψυχρή και τελείως τεχνική, δεν βοηθάει τον άρρωστο, είναι αδιάφορη και απρόσωπη²⁸. Όταν οι νοσηλευτές αποκτήσουν ευαισθησία στον ανθρώπινο πόνο, τότε η νοσηλευτική τους φροντίδα θα ανακουφίζει τον άρρωστο από τον πόνο και θα σκορπίζει παρηγοριά και ελπίδα.

DEMETRA AKYROU, ZOI KOSTAKI RN.
Evolutionary course of medical and nursing intervention in acute myocardial infarction. In this review a brief report is given about the evolutionary course of medical and nursing interventions, which refers to acute myocardial infarction, from the time that it was recognized as a thrombotic disease until now. Through the clinical practice there are mentioned the most important nursing interventions, that applied to the patient nursing care, especially during the thrombolytic therapy that referred to the proper recognition and immediate treatment of complications. It is also mentioned that the application of patients pain assessment to the clinical practice will contribute, not only to manage the patient's pain but to improve the level of nursing care. **Nosileftiki 1: 50-55, 1998.**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Tsunoda D. Acute myocardial infarction. Am J Nurs 1996, (5): 38-39.
2. Yacone L. Acute MI: The first crucial hours. RN 1986, (1): 20-27.
3. ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction: Executive summary. Circulation 1996, 94: 2341-2350.
4. Τριποσκιάδη Φ, Λάλου Σ, Ψαρρού Θ. Κληρονομικότητα και καρδιά. Focus 1996 (Μάρτιος): 27-37.
5. ΕΣΕ. Συνοπτική στατιστική επετηρίδα έτους 1993.
6. Herrick JB. Clinical feature of sudden obstruction of coronary arteries. JAMA 1912, 59: 2015-2020.
7. ACC/AHA Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction. Circulation 1990, 82: 664-707.
8. Κρέσπη Π. Η θρομβόλυση στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Νοσοκ. Χρονικά 1991, 53: 225-228.
9. Rentrop P, Blanke H, Karsch KR, Kaiser H, Kostering H, Keitz K. Selective intracoronary thromboly in acute myocardial infarction and unstable angina pectoris. Circulation 1981, 63: 307-317.
10. Gruppo Italiano per lo studio della streptochinasi nell' infarcto miocardico (GSSI): Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Lancet 1986, 1: 397-402.
11. The TIMI Study Group. Comparison of invasive and conservative strategies after treatment with intravenous tissue plasminogen activator in acute myocardial infarction. N England J Med 1989, 320: 618-627.
12. Roberts R, Rogers WJ, Mueller HS, Lambrew CT, Diver DJ, Smith HC, et al. The TIMI investigators. Immediate versus deferred d-block following thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction. Circulation 1991, 83: 422-437.
13. Very early thrombolytic therapy in suspected acute myocardial infarction. Am J Nurs 1990, 65: 401-407.
14. Τυρολόγου ΑΚ. Θρομβόλυση στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ελλ Καρδ Επιθ 1994, 35: 478-487.
15. Risenfors M, Hartford M, Bellborg M, Edvardsson N, Emanuelsson H, Karlson BW, Sandstedt B, Herlitz J. Effects of chest pain of early thrombolytic treatment in suspected acute myocardial infarction: Results from the THEAHAT study. J. Intern Med 1991, 229, suppl. 1: 27-34.
16. Verstrate M, et al. Randomized trial of intravenous recombinant tissue-type plasminogen activator versus intravenous streptokinase in acute myocardial infarction. Report from the European cooperative study group for recombinant tissue type plasminogen activator. Lancet 1985 (April), 1: 842-847.
17. TIMI Study Group. The thrombolysis in myocardial infarction. TIMI Trial: special report. N England J Med 1985, 312:932.

18. Ακύρου Δ. Αξιολόγηση του πόνου των ασθενών με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. (Διδακτορική Διατριβή) Αθήνα: 1994 σσ 53-66.
19. Βούδρη Β. Αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών. Νοσοκ. Χρονικά 1990, 52: 16-27.
20. Hudac CM, Gall BM. Critical care nursing: A holistic approach. 6th edition Philadelphia: JB Lippincot co 1994 pp 241-268.
21. Παπάζογλου ΝΜ. Αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών. Ανάγκη ποιοτικού ελέγχου των ενδείξεων. Ελλ Καρδ Επιθ. 1994, 35: 221-224.
22. Φακιολά ΚΝ. Αγγειοπλαστική-Μελλοντικές προοπτικές. Ελλ Καρδ Επιθ 1995, 36: Α20-Α24.
23. Φούσσα ΣΓ. Αγγειοπλαστική και ενδοστεφανιαίες προθέσεις σήμερα. Ελλ Καρδ Επιθ 1995, 36: 4-11.
24. Μπαστούνη ΗΑ. Παθήσεις της καρδιάς. Στη χειρουργική Τομ. Β' (Συγγ Μπάλα Π) Αθήνα: Πασχαλίδης 1987 σσ 851-852.
25. Mateus U. The use of thrombolytic therapy in acute myocardial infarction nursing management. Intens Care Nurs 1988, 4: 169-173.
26. Rodriguez SW, Reed RL. Thrombolytic therapy for MI. Am J Nurs 1987, (May): 632-640.
27. Ευδωρίδη ΚΓ. Κριτήρια διάγνωσης της επιτυχημένης θρομβόλυσης. Ιατρική 1994, 66: 820-822.
28. Λανάρα Β. Ηρωισμός και νοσηλευτική. Αθήνα: 1996 σσ 203-207.