



ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

17 Δεκεμβρίου 2025

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

- ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
- ΛΟΥΚΙΔΟΥ ΣΩΤΗΡΙΑ

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΚΑΖΑΝΤΖΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

- ΚΕΣΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

- ΕΥΔΟΞΙΑ ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

- ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΗΣ ΔΑΜΙΑΝΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΕΤΙΚΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Σκοπός

Ο σκοπός του παρόντος νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την Κολπική Μαρμαρυγή είναι να καθορίσει ένα ολοκληρωμένο, ενιαίο και τεκμηριωμένο πλαίσιο νοσηλευτικών παρεμβάσεων που διασφαλίζει την έγκαιρη αναγνώριση, την ορθή κλινική αντιμετώπιση και τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών με Κολπική Μαρμαρυγή (εφεξής ΚΜ) στη Στεφανιαία Μονάδα και την Καρδιολογική Κλινική. Το πρωτόκολλο αποσκοπεί στη μείωση της κλινικής ασάφειας, στην τυποποίηση των διαδικασιών, στην ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών και στη διασφάλιση υψηλού επιπέδου φροντίδας βάσει των διεθνώς αναγνωρισμένων κατευθυντήριων οδηγιών (HSC, ESC, AHA, ACLS) και του εθνικού θεραπευτικού πλαισίου του Υπουργείου Υγείας. Παράλληλα, λειτουργεί ως εκπαιδευτικό εργαλείο για την ενίσχυση των δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, καλλιεργώντας επαγγελματική συνέπεια, κοινή γλώσσα στην ομάδα και δυνατότητα άμεσης ανταπόκρισης σε κρίσιμες καταστάσεις που σχετίζονται με την Κολπική Μαρμαρυγή.

1) Ορισμός της Κολπικής Μαρμαρυγής (ΚΜ)

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί τη συχνότερη καρδιακή αρρυθμία της οποίας η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας και κυμαίνεται μεταξύ 5% - 10% σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Χαρακτηρίζεται από χαώδη ηλεκτρική δραστηριότητα των κόλπων που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια της κολπικής συστολής. Η κοιλιακή ανταπόκριση είναι τελείως άρρυθμη και κυμαίνεται συνήθως 100 – 160 σφυγμούς το λεπτό όταν τα άτομα δεν λαμβάνουν αντιταχυκαρδιακή αγωγή και έχουν φυσιολογική κολποκοιλιακή αγωγιμότητα.

Η κύρια επιπλοκή είναι οι συστηματικές εμβολές που οφείλονται σε απόσπαση θρόμβων που δημιουργούνται συνήθως εντός του ωτίου του αριστερού κόλπου. (Ραλλίδης, 2019)

Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί μια ιδιαίτερα συχνή αρρυθμία, εμφανιζόμενη περίπου στο 1% των ατόμων άνω των 60 ετών και σε ποσοστό που υπερβαίνει το 5% σε ηλικίες κάτω των 69 ετών, με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Η διαταραχή οφείλεται στο ότι οι ηλεκτρικές ώσεις δεν παράγονται από τον φλεβόκομβο, αλλά από διάφορα σημεία του κολπικού μυοκαρδίου, με αποτέλεσμα ρυθμό που μπορεί να φτάσει τους 400 παλμούς ανά λεπτό. Οι κόλποι συσπώνται χαοτικά και αναποτελεσματικά, ενώ μόνο ένα μέρος αυτών των ερεθισμάτων μεταβιβάζεται ακανόνιστα στις κοιλίες μέσω του κολποκοιλιακού κόμβου, οδηγώντας έτσι σε άρρυθμη και άνιση κοιλιακή συστολή. Μεταξύ των συχνότερων αιτιών της κολπικής μαρμαρυγής περιλαμβάνονται η στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας, η στεφανιαία αθηροσκλήρωση, η αρτηριακή υπέρταση, ο υπερθυρεοειδισμός και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Κλινικά, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν αίσθημα παλμών, επεισόδια στηθαγχικού άλγους, έντονη κόπωση ή ακόμη και συγκοπτικά επεισόδια. Η εισαγωγή τους στο νοσηλευτικό τμήμα κρίνεται απαραίτητη για την παρακολούθηση και τη διαχείριση της αρρυθμίας. (Δ., 2025)

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) χαρακτηρίζεται στο ΗΚΓ από απουσία κυμάτων P και αντί αυτών υπάρχουν μικρές κυματόμορφες ποικίλου μεγέθους μορφολογίας και συχνότητας από 350 -600 το λεπτό που ονομάζονται μαρμαρυγικά κύματα F. Ενίοτε δεν είναι ορατά. Τελείως άρρυθμα συμπλέγματα QRS (ως εκ τούτου η κολπική μαρμαρυγή αναφέρεται και ως πλήρης αρρυθμία). Όταν όμως η κοιλιακή συχνότητα είναι πολύ γρήγορη ή πολύ αργή μπορεί να φαίνεται ως ρυθμική. (Ραλλίδης, 2019)

2) Συμπτώματα Κολπικής Μαρμαρυγής

Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι:

- Φτερούγισμα στο στήθος
- Ταχυπαλμίες, ή/και αρρυθμίες της καρδιάς
- Συχνή Ατονία
- Μειωμένη ικανότητα για σωματική άσκηση
- Αυξημένη κόπωση
- Ζαλάδα
- Δύσπνοια
- Πόνος στο στήθος (HSC, 2025)

3) Είδη Κολπικής Μαρμαρυγής

Η κατάταξη γίνεται με βάση τη διάρκεια και την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που προκαλεί στον ασθενή.

3.1. Πρωτοεμφανιζόμενη

Κάθε επεισόδιο ΚΜ που αναγνωρίζεται για πρώτη φορά, ανεξαρτήτως διάρκειας ή βαρύτητας. (Hindricks G, 2021)

3.2. Παροξυσμική ΚΜ

Επεισόδια που τερματίζονται αυτόματα μέσα σε 48 ώρες. Μπορεί να διαρκέσουν έως 7 ημέρες αλλά συνήθως σταματούν νωρίτερα. (Hindricks G, 2021) (January CT, 2019)

3.3. Εμμένουσα

Επεισόδια που διαρκούν >7 ημέρες ή απαιτούν φαρμακολογική ή ηλεκτρική ανάταξη ώστε να τερματιστούν. (Hindricks G, 2021)

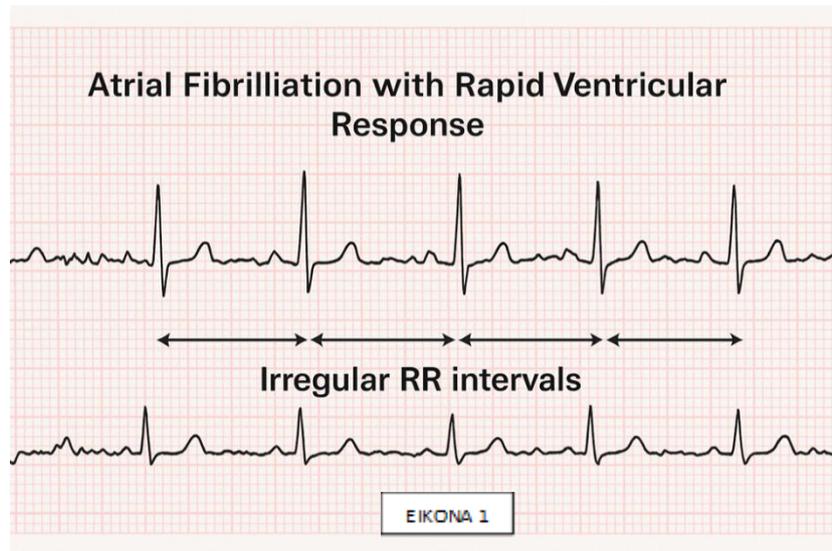
3.4. Μακροχρόνια εμμένουσα

Συνεχής ΚΜ με διάρκεια ≥ 12 μήνες, με καθαρό πλάνο ιατρικής στρατηγικής αποκατάστασης ρυθμού σε φυσιολογικές τιμές. (Hindricks G, 2021)

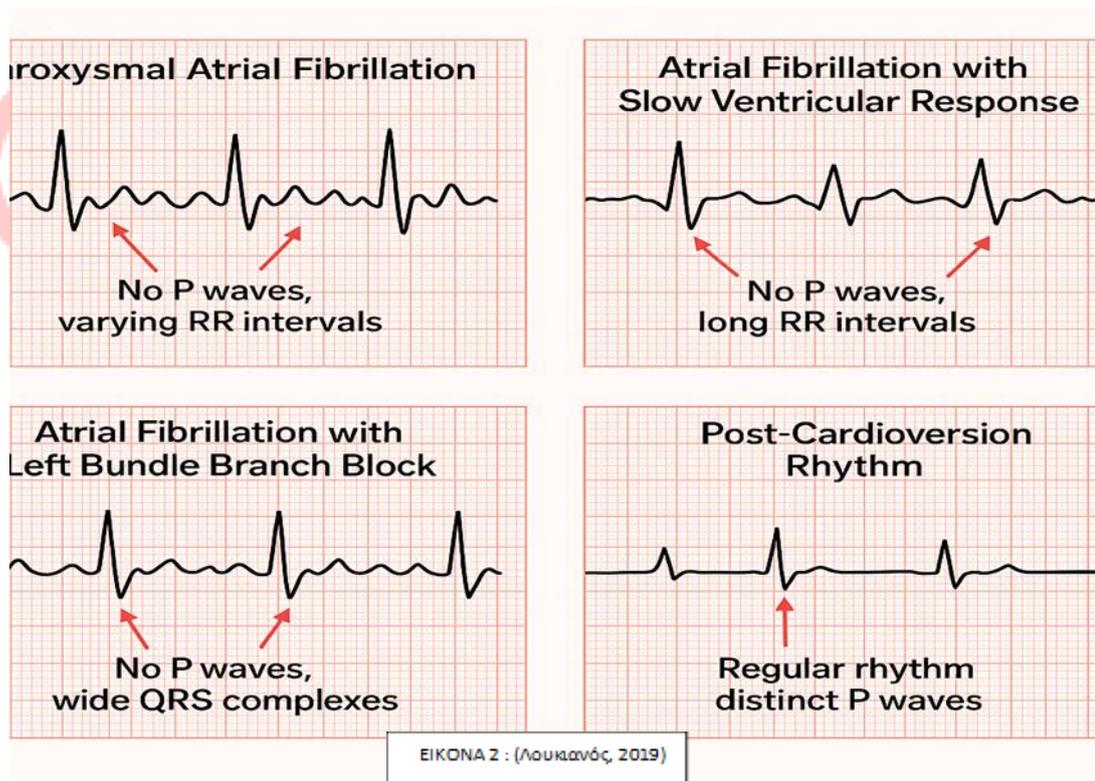
3.5. Μόνιμη ΚΜ

Κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ρυθμός ΚΜ που είναι αποδεκτός από ασθενή και ιατρό, χωρίς περαιτέρω προσπάθειες για την αποκατάσταση του φυσιολογικού ρυθμού (είτε επειδή απέτυχαν οι προηγούμενες, είτε επειδή κρίνεται μη εφικτό) και η θεραπεία επικεντρώνεται στον έλεγχο της καρδιακής συχνότητας. (Hindricks G, 2021) (January CT, 2019)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΗΚΓ



4) Ηλεκτροκαρδιογραφικά Χαρακτηριστικά ΚΜ



- Απουσία κυμάτων P
- Παρουσία fibrillatory waves (f-waves)
- Απόλυτα άρρυθμος κοιλιακός ρυθμός
- Στενή ή πλατιά QRS ανάλογα με προϋπάρχουσες καταστάσεις

- Συχνότητα συνήθως 90–170/min

5) Νοσηλευτικές Ενέργειες Μετά την ΗΚΓ Τεκμηρίωση ΚΜ από τον εφημερεύον Καρδιολόγο

Άμεσες νοσηλευτικές ενέργειες:

- Τοποθέτηση ασθενούς σε συνεχή καρδιολογική παρακολούθηση (monitor).
- Άμεση λήψη ζωτικών σημείων (ΑΠ, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία, SpO₂). (ACLS , 200)
- Εξασφάλιση φλεβικής γραμμής 20G ή 22G . Σε ασταθείς ασθενείς → δύο γραμμές.
- Εκτίμηση αιμοδυναμικής σταθερότητας:
 - Παρακολούθηση ΑΠ < 90 mmHg
 - Shock
 - Οξύ πνευμονικό οίδημα
 - Συνοδά ισχαιμικά συμπτώματα (ΚΑΡΔΑΣΗ, 2004)

6) Φαρμακευτική Αντιμετώπιση – Τι Χορηγείται και Πότε

6.1. Έλεγχος Συχνότητας

- Β-αναστολείς πχ. Carverpen, Lopressor, Concor, Lobivon
- Metoprolol
- Esmolol IV: Esmocard (ESC 2020)
- Ανταγωνιστές ασβεστίου
- Diltiazem
- Verapamil πχ Isoptin (AHA 2019)
- Διγοξίνη

6.2. Έλεγχος Ρυθμού (Rhythm Control)

- Αμιοδαρόνη IV: Angoron
- Προπαφαινόνη IV: Μόνο σε ασθενείς χωρίς δομική καρδιοπάθεια.
- Επείγουσα ηλεκτρική ανάταξη Synchronized cardioversion: Biphasic 120–200 J επανάληψη αν δεν επιτευχθεί.
- Φλεκαϊνίδη πχ Flecarythm

6.3. Αντιπηκτική Αγωγή

- Κουμαρινικά
- Ηπαρίνη Χαμηλού Μοριακού Βάρους

6.4 Νεότερα αντιπηκτικά φάρμακα NOAC

ΣΤΟΧΟΣ
Ασφαλής και άμεση
αντιμετώπιση ΚΜ

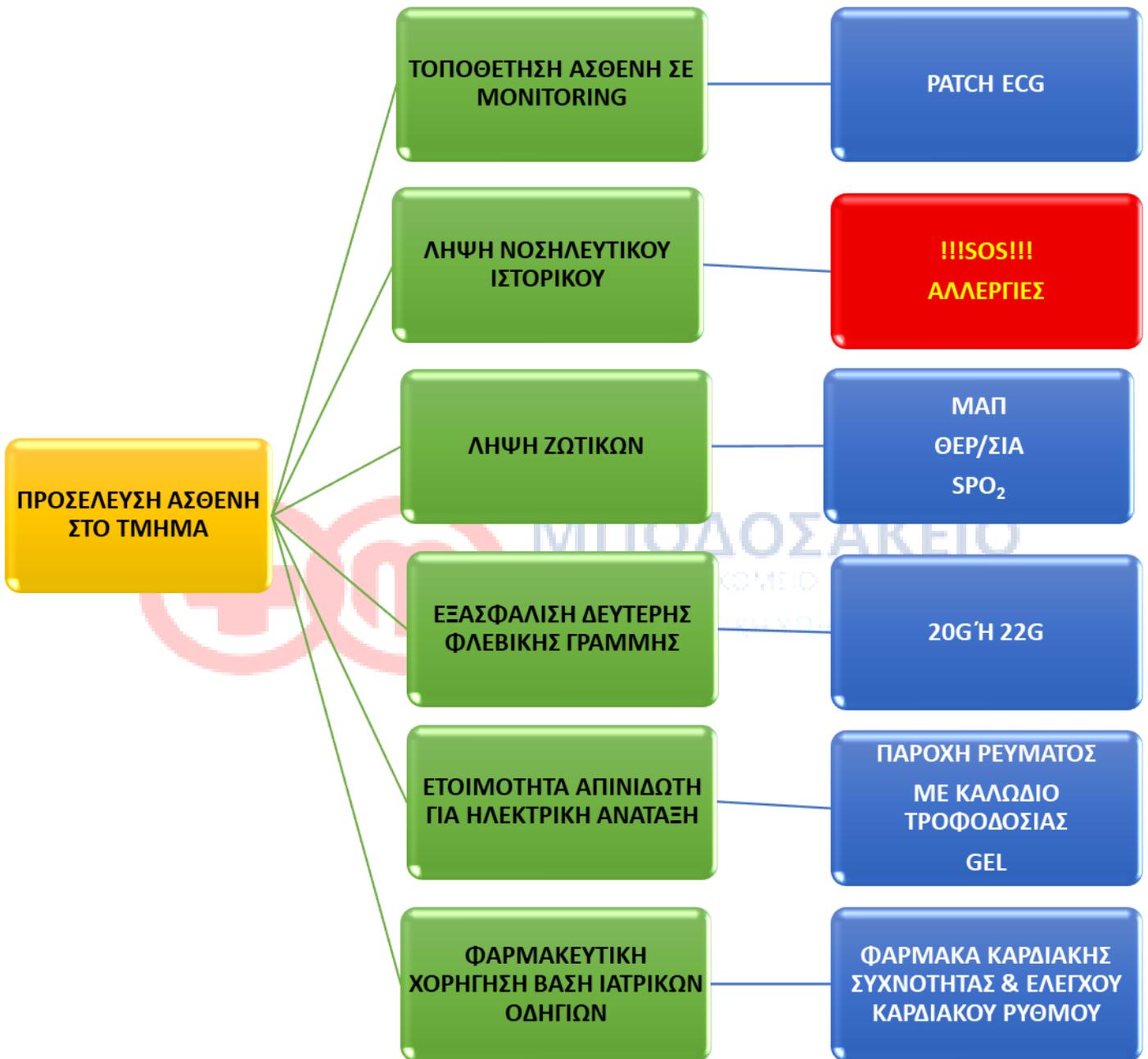
ECG Ανάγνωσης

Νοσηλευτική
Παρέμβαση

Φαρμακολογία

Τεκμηρίωση

Ενιαίο πρωτόκολλο ΚΜ
Ετοιμότητα Προσωπικού
Ελάττωση Κινδύνου
Υψηλή ποιότητα φροντίδας



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. (2025, 11 30). Ανάκτηση από:
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000665>
2. ACLS . (200). Provider Manual, “Adult Tachycardia With a Pulse”. pp. 121-130.
3. Hindricks G, P. T. (2021). ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. European Heart Journal., 42(5), pp. 373-498.
4. HSC. (2025, Δεκέμβριος). Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία. Ανάκτηση από:
<https://www.hcs.gr/astheneis-koino/pliroforisi/kolpiki-marmarygi/#:~:text=%CE%9A%CE%9F%CE%9B%CE%A0%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%9C%CE%91%CE%A1%CE%9C%CE%91%CE%A1%CE%A5%CE%93%CE%97%20%7C%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%9A%CE%B1%CF%81%CE%>
5. January CT, W. L. (2019). AHA/ACC/HRS Focused Update on Atrial Fibrillation. Circulation., 140, σσ. e125–e151.
6. Δ., Μ. (2025). Νοσολογία. Εξέταση συστημάτων. Αθήνα: Ελληνικές Εκδόσεις.
7. ΚΑΡΔΑΣΗ, Σ. (2004). ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Κ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2η εκδ., Τόμ. 2ος). ΑΘΗΝΑ: ΒΗΤΑ.
8. Λουκιανός, Ρ. Σ. (2019). Επείγουσα Καρδιολογία (4η εκδ.). Π.Χ. Πασχαλίδης.
9. Ραλλίδης. (2019). Επείγουσα Καρδιολογία. Αθήνα: Πασχαλίδης.
10. Υπουργείο Υγείας. (2025, 11 30). Ανάκτηση από:
<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-γγεια/kwdikopoihseis/therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/5417-diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs-kardiaggeiak>