

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ  
ΒΕΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΤΣΕΠΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	794
----------------------	-----

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
- Εισαγωγή - Ευχαριστίες	I
 <u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
A. - Ανατομική στομάχου	3
- Φυσιολογία	6
- παθολογία	9
α. Πεπτικό Έλκος	9
β. Έλκος Δωδεκαδακτύλου	11
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
A. -- Επιπλοές Γαστροδωδεκαδακτυλικού Έλκους	14
α. Αιμορραγία	14
β. Διάρρηση	22
γ. Πυλωρική στένωση	27
δ. Διείσδυση	30
B. - Αντιμετώπιση - Θεραπεία	
 <u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
I. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την είσοδο του ασθενή στο νοσοκομείο.	32
II. Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με επιπλοές γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους	34
III. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

A. - Περιπτώσεις ασθενών με επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυ- λικού έλκους και Νοσηλευτική Διεργασία	49
- Αιμορραγία πεπτικού	49
- Διάτρηση στομάχου	57
- Πυλωρική στένωση	60
<u>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	66

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Χωρίζεται σε Γενικό και Ειδικό μέρος

Το Γενικό Μέρος της εργασίας περιλαμβάνει ιατρικές πληροφορίες σχετικά με το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και το ειδικό μέρος περιλαμβάνει την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στην κάθε επιπλοκή που παρουσιάζει ο ασθενής.

Σήμερα το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος παραμένει πάντα ένα μείζον υγειονομικό πρόβλημα. Η μέση ηλικία έναρξεως είναι το 35ο έτος, δηλαδή η παραγωγική ηλικία. Οι επιπλοκές του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους είναι η Αιμορραγία, η Διάτρηση και η Πυλωρική στένωση. Είναι αρκετά συχνές και συγχρόνως ακινητοποιούν τον πάσχοντα.

Η θεραπεία συνήθως των επιπλοκών είναι χειρουργική όποτε πρέπει να ευαισθητοποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η παραμονή του ασθενή στο Νοσοκομείο. Γι'αυτό η σωστή προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα παίζει σπουδαίο ρόλο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ:**

Τον καθηγητή Κούνη Νικόλαο για την βοήθεια και την συμπαράσταση του όχι μόνο στην ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας αλλά και κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

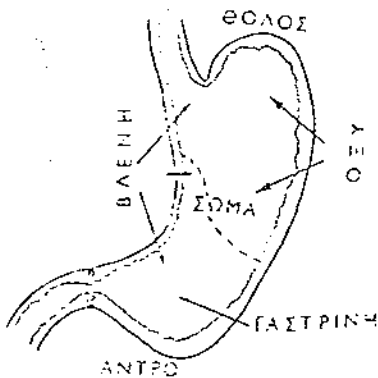
Την καθηγήτρια Παπαδημητρίου Μαρία, καθώς και όλους τους εκπαιδευτές της Νοσηλευτικής σχολής, οι οποίοι μου έδωσαν τα εφόδια κατά την διάρκεια των σπουδών μου, ώστε να μπορέσω να αξιολογήσω τα προβλήματα του ασθενούς και να προσφέρω σωστή νοσηλευτική φροντίδα.

Τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό της Πανεπιστημιακής Χειρουργικής του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών <<Άγιος Ανδρέας>> για τα εφόδια που μου έδωσαν κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης στην Χειρουργική Νοσηλευτική.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο   Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Α. Ανατομική στομάχου



Ο στομάχος είναι ένα από τα όργανα του πεπτικού συστήματος και η πιο διευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα. Βρίσκεται στην άνω κοιλία ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τα αριστερά της μέσης γραμμής.

Το άνοιγμα προς τον οισοφάγο λέγεται οισοφαγικό στόμιο (καρδία) και το άνοιγμα προς το λεπτό έντερο λέγεται πυλωρικό.

Διακρίνεται σε τέσσερα μέρη, αναλόγως κυρίως του είδους των εκκριτικών κυττάρων που έχει ο βλεννογόνος.

η καρδιακή μοίρα είναι μια μικρή περιοχή κάτω από την οισοφαγογαστρική συμβολή, η οποία καλείται έτσι, διότι βλάβες που εντοπίζονται στο σημείο αυτό προκαλούν συμπτώματα που συχνά αποδίδονται σε παθήσεις της καρδίας.

Ο θόλος, συνιστά το τμήμα που βρίσκεται πάνω από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.

Το σώμα του στομάχου περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος

και εκτείνεται από του κάτω ορίου του θόλου μέχρι του άνω ορίου του πυλωρικού άντρου.

Το πυλωρικό άντρο, καλύπτει τα τελευταία 5-6 CM του στομάχου και εκτείνεται μέχρι τον πυλωρικό σφιγκτήρα.

Ιστολογικώς ο στόμαχος αποτελείται από τρία στρώματα:

- α) τον ορογόνο, που αποτελεί το περίσπλαχνο πεταλό του περιτοναίου
- β) Το μυϊκό, ο οποίος περιλαμβάνει δύο στιβάδες, την κυκλωτερή και την επιμήκη, καθίσταται δε ο πιο ισχυρός στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, και
- γ) Το βλεννογόνο, ο οποίος αποτελείται από επιθήλιο και περιλαμβάνει αδένες που τον χαρακτηρίζουν κατά περιοχές.

Η καρδιακή μοίρα περιλαμβάνει κυρίως αδένες που εκκρίνουν βλέννα, και σπανιόετρα οξεοκκριτικά κύτταρα.

Ο θόλος και το σώμα περιλαμβάνουν κυρίως οξεοκκριτικά κύτταρα και λιγότερο βλεννοπαραγωγά.

Το πυλωρικό άντρο τέλος, περιέχει κυρίως κύτταρα που εκκρίνουν γαστρίνη / κύτταρα/ καθώς και βλεννοεκκριτικά.

Το δωδεκαδάκτυλο υποδιαιρείται σε τέσσερις (4) μοίρες: Την πρώτη ή βολβό, την κατιούσα, την κάτω εγκάρσια και την ανιούσα.

Ο κοινός χοληδόχος πόρος εκβάλλει στην δεύτερη μοίρα, σε απόσταση 7 CM ως 10 CM από τον πυλωρικό σφιγκτήρα, σε μια λήκυθο που καλείται φύμα του VATER.

Ο κύριος παγκρεατικός πόρος του WITSUNG, εκβάλλει επίσης στο φύμα του WATER, ενώ ο δευτερεύων πόρος του SANTORINI, εκβάλλει περίπου 2 CM κεντρικότερα από τον πόρο του WIRSUNG.



## Α γ γ ε ζ ω σ η

Ο στομάχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες αρτηρίες:  
Αριστερά γαστρική. Εμφύεται από την κοιλιακή αρτηρία (τρίποδας του HALLER) και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος, του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με την δεξιά γαστρική.

Δεξιά γαστρική είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας (τρίποδας HALLER)

Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή. Είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής (κλάδος και αυτή της ηπατικής) και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται σε κατά μήκος του μείζονος τόξου με την αριστερά γαστροεπιπλοϊκή, που είναι κλάδος της σπληνικής.

Τέλος στο θόλο του στομάχου διανέμονται 1-5 κλάδοι, από την σπληνική, οι βραχείς γαστρικές.

Το δωδεκαδάκτυλο αγγειώνεται από την άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, η οποία είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και την κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, η οποία εμφύεται από την άνω μεσεντέριο.

Η φλεβική απορροή ακολουθεί περίπου τις αρτηρίες. Η πυλωρική φλέβα που αντιστοιχεί στην δεξιά γαστρική και μαζί με την απορροή από ολόκληρο το έλασσον τόξο, σχηματίζει την στεφανιαία φλέβα του στομάχου, η οποία εμβάλλει στην πυλαία, στο ύψος της συμβολής της σπληνικής και της άνω μεσεντερίου.

Η κάτω κοίλη φλέβα δεν λαμβάνει αίμα από το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.

Τα λεμφαγγεία αποχετεύουν την λέμφο σε διάφορες ομάδες λεμφογαγγλίων που χωρίζονται σε δύο επίπεδα. Το επιπολής και το εν τω βάθει.

## Νεύρωση

Ο στομάχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το δεξιό και το αριστερό σπλαχνικό νεύρο, διαμέσου κοιλιακού γαγγλίου.

Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου γίνεται διαμέσου των πνευμονογαστρικών νεύρων. Στο μεσοθωράκιο το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό διακλαδώνονται και μεταξύ τους και στην συνέχεια σχηματίζουν 2 κύριους κλάδους: το πρόσθιο και το οπίσθιο πνευμονογαστρικό που διανέμονται στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.

Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό δίνει τους ηπατικούς κλάδους και διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο πρόσθιο τμήμα και το οπίσθιο δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στην συνέχεια διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο οπίσθιο τοίχωμα.

## Φυσιολογία στομάχου

### Κινητικότητα

Ο στομάχος δέχεται τις τροφές από τον οισοφάγο και χρησιμεύει για την ανάμειξη, πολτοποιήση, την προσωπική εναποθήκευση και στην συνέχεια την προώθησή τους προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η εναποθήκευση γίνεται κυρίως στο θόλο και το σώμα, τα οποία διατείνονται παθητικώς και δύναται να περιέχουν μέχρι 1000 ML περίπου.

Η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου, ενώ ο πυλωρικός σφιγκτήρας χαλαρώνει. Οι περισταλτικές κινήσεις αρχίζουν από ένα ηλεκτρικό σηματοδότη που βρί-

σκιεται στο σώμα του στομάχου, πλησίον του μείζονος τόξου με ρυθμό 3 κατά λεπτό και ενισχύεται από άλλους παράγοντες, όπως την ποσότητα των τροφών και το μέγεθος των τεμαχιδίων (κατά τρόπο αντιστρόφως ανάλογο) και την ωσμωτική τους πίεση. Επίσης υπάρχει άλλος σηματοδότης στο δωδεκαδάκτυλο με ρυθμό περισταλτισμών 10-12/λεπτό.

Μετά την λήψη τροφής ακολουθούν έντονες συσπάσεις που διαρκούν 3-4 ώρες.

Σε κάθε κύμα προωθούνται 5-15 ML περίπου περιεχομένου.

### Έκκριση

Η γαστρική έκκριση σε υφιστάμενο άτομο κυμαίνεται από 500 ML έως 1500 ML ημερησίως.

Μετά γεύμα εκκρίνονται περίπου 1500 ML υγρών που περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ηλεκτρολύτες, πεψινογόνο και ορισμένες άλλες ουσίες.

Υδροχλωρικό οξύ. Η έκκρισή του ερεθίζεται με την θέα, οσμή, ή λήψη τροφών και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- 1) Κεφαλική φάση. Δρα μέσω του πνευμονογαστρικού το οποίο έχει άμεση δράση στα τοιχωματικά - οξεοκκριτικά κύτταρα εκλύοντας ακετυλοχολίνη και έχει μια δευτερεύουσα δράση στα κύτταρα του πυλωρικού άντρου για την έκκριση γαστρίνης
- 2) Γαστρική φάση. Η άφιξη των τροφών στο στομάχι δρα με δύο τρόπους στην πίεση γαστρίνης: Μηχανικώς με την διάταση του πυλωρικού άντρου και χημικώς, διότι ορισμένες ουσίες, όπως τα αμινοξέα και το αλκοόλ ερεθίζουν τον βλεννογόνο για την έκκριση γαστρίνης

Η παρουσία τροφών στο στόμαχο εκλύει αντανακλαστικό του

πνευμονογαστρικού με απαγωγές - προσαγωγές ίνες μέσω του Κ.Ν.Σ. για τον περαιτέρω ερεθισμό των οξεοκικριτικών κυττάρων.

3) Εντερική. Η παρουσία τροφών στο έντερο βάση πειραματικών δεδομένων ερεθίζει τον βλεννογόνο ο οποίος εκκρίνει ουσίες, όπως γαστρίνη από το δωδεκαδάκτυλο, που αυξάνουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος από το στομάχο. Ο εντερικός βλεννογόνος είναι υπεύθυνος και για την παραγωγή ουσιών που αναστέλλουν την γαστρική έκκριση. Η σεκρετίνη και η χολοκυστοκινίνη εξουδετερώνουν την ερεθιστική δράση της γαστρίνης πάνω στα οξεοκικριτικά κύτταρα του στομάχου, ενώ η σεκρετίνη μειώνει και την παραγωγή γαστρίνης. Έχει επίσης επισημανθεί η ύπαρξη δύο άλλων ουσιών, μιας που εκκρίνεται με την παρουσία λίπους και μιας άλλης, της βολβοεντερογαστρονίνης, που επίσης αναστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Βλέννα. Είναι μια βλεννοπρωτεΐνη, η οποία παράγεται από τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα που βρίσκονται στο βλεννογόνο ολόκληρου του στομάχου.

Πεψιλόνο. Έχουν βρεθεί επτά (7) μορφές πεψιλόνου και κατατάσσονται σε δύο ομάδες: I (του θόλου) και II (του άντρου και δωδεκαδακτύλου). Η ομάδα I (Φ.Τ.100 MG/ML) αντιστοιχεί με την βασική έκκριση και την μέγιστη εκκριτική ικανότητα του στομάχου και έτσι μπορεί να αποτελέσει δείκτη της γαστρικής εκκρίσεως. Το πεψιλόνο εκκρίνεται με χολινεργικά ερεθίσματα και ενεργοποιείται σε πεψίνη όταν το ΡΗ του γαστρικού υγρού είναι < 5 και καταλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς.

Ηλεκτρολύτες. Η περιεκτικότητα σε  $K^+$  παραμένει σταθερή (5-10 MEQ/L) καθώς και του  $CL^-$  (150 MEQ/L). Το  $Na^+$  μειώνεται

όσο αυξάνει το  $H^+$  και έτσι διατηρείται η ισοτονικότητα του γαστρικού υγρού.

Γαστρίνες. Η γαστρίνη αποτελεί την μόνη επαρκώς μελετημένη ορμόνη που δρα στα οξεοκκριτικά κύτταρα για έκκριση υδροχλωρικού οξέος. παράγεται από ειδικά κύτταρα (κύτταρα) που βρίσκονται στο βλεννογόνο του πυλωρικού άντρου αλλά και του δωδεκαδακτύλου και υπάρχει σε τρεις μοριακές μορφές:

34 η μεγάλη γαστρίνη (κυρίως του δωδεκαδακτύλου)

17 η μικρή γαστρίνη (κυρίως του πυλωρικού άντρου) και

14 η μίνι γαστρίνη.

## Π α θ ο λ ο γ ί α σ τ ο μ ά χ ο υ

### Πεπτικό έλκος (γαστροδωδεκαδακτυλικό)

Είναι μια οξεία ή χρονία καλοήθης εξέλιξη σε ένα τμήμα του πεπτικού σωλήνα, στο οποίο φθάνουν οι γαστρικές εκκρίσεις. Ενεργό πεπτικό έλκος δεν μπορεί να συμβεί όταν απουσιάζει το γαστρικό υγρό με το υδροχλωρικό οξύ και την πεψίνη. Εκτός από την απαραίτητη παρουσία υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης η αιτιολογία του πεπτικού έλκους σε οποιοδήποτε τμήμα του εντέρου παραμένει σκοτεινή.

Άλλοι παράγοντες (εκτός από την παρουσία γαστρικού οξέος) είναι η υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και η μειωμένη αντίσταση των ιστών.

Το πεπτικό έλκος μπορεί να εμφανισθεί κατά την πορεία της θεραπείας με φάρμακα (φαινυλβουταζόνη, σαλικυλικοί, ρεσερπίνη και ινδομεθακίνη). Μπορεί επίσης να συμβεί σαν αποτέλεσμα βαρειάς νόσου ή βαρειάς ιστικής βλάβης όπως π.χ. εκτεταμένων εγκαυμάτων ή ενδοκρανιακής επεμβάσεως (έλκος από στρες)

μπορεί να συνδυάζεται και με όγκους ενδοκρινικών αδένων που παράγουν γαστρίνη η οποία διεγείρει την υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και δημιουργεί μια πολύ ανθεκτική στην θεραπεία ελκιογόνο προδιάθεση (σύνδρομο ZOLLINGER - ELLISON -> γαστρίνωμα).

### Συχνότητα και μορφές

Η συχνότητα του έλκους του στομάχου έχει παρουσιάσει μείωση κατά τα τελευταία χρόνια γύρω στο 30% που είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη μείωση στην συχνότητα του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 έως 60 χρονών και σε άτομα κατά μέσον όρο 10 χρόνια μεγαλύτερης ηλικίας από εκείνης του έλκους του δωδεκαδακτύλου.

Το 90%π των καλοήθικων ελκών παρουσιάζεται στο έλασσον τόξο του στομάχου.

Γενικά παρατηρούνται τρεις τύπου γαστρικού έλκους:

Τύπος I. Είναι ο συχνότερος τύπος. Εντοπίζεται στο έλασσον τόξο, συνήθως στο σημείο μεταπτώσεως της οξεοκκριτικής προς την μη οξεοκκριτική μοίρα του βλεννογόνου και συνοδεύεται από έντονη γαστρίτιδα. Είναι έλκος πρωτοπαθές, λόγω βλάβης του αμυντικού μηχανισμού του γαστρικού βλεννογόνου.

Τύπος II. Εντοπίζεται συνήθως στην ίδια θέση με τον προηγούμενο τύπο αλλά συνυπάρχει με έλκος του δωδεκαδακτύλου. Είναι έλκος δευτεροπαθές και σχηματίζεται λόγω γαστρικής στάσεως που προκαλεί η παραμόρφωση του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Τύπος III. Εντοπίζεται στην προπυλωρική μοίρα και συνοδεύεται από φυσιολογική ή αυξημένη γαστρική έκκριση. Συμπεριφέρεται όπως το έλκος του δωδεκαδακτύλου.

## ΕΛΚΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Το έλκος του στομάχου - δωδεκαδακτύλου δημιουργείται όταν χάνεται η λιανότητα του βλεννογόνου να ανθίσταται στην αυτοπεψία του από το υδροχλωρικό οξύ και την πεψίνη που εκκρίνονται στο γαστρικό υγρό.

Στο έλκος του δωδεκαδακτύλου, ο κανόνας είναι να υπάρχει υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψιγόνου ενώ στο έλκος στομάχου αυτό δεν είναι συνήθες, διότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που αφορούν στην άμυνα του γαστρικού βλεννογόνου. Παρ'όλα αυτά η ύπαρξη HCL και πεψίνης είναι απαραίτητες προϋποθέσεις και στις δύο εντοπίσεις, ανεξάρτητες της ποσότητας.

## Β α σ ι κ ά Δ ι α γ ν ω σ τ ι κ ά

- 'Ηπιο επιγαστρικό άλγος 45-60' μετά το φαγητό ή νυκτερινός πόνος που ανακουφίζονται και τα δύο από την τροφή, τα αντιόξινα ή τον έμετο.

- Ευαισθησία στο επιγάστριο κατά την ψηλάφηση
- Συμπτώματα χρόνια και περιοδικά
- Η ανάλυση του γαστρικού υγρού δείχνει την παρουσία οξέος σε όλες τις περιπτώσεις και υπερέκκριση σε μερικές.

- Εμφάνιση ελκωτικής φωλέας (κρατήρος) ή παραμόρφωση του δωδεκαδακτύλου).

## ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ

### Σ υ χ ν ό τ η τ α

Η συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους ελαττώνεται τα τελευταία δέκα (10) χρόνια με ένα ρυθμό 8% κάθε χρόνο. Παραμένει πάντα ένα μείζων υγειονομικό πρόβλημα. Παρά το ότι η μέση ηλικία έναρξεως είναι το 33ο έτος, εντούτοις το δωδεκαδα-

κτυλικό έλκος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία από την βρεφική έως την όψιμη. Είναι τέσσερις (4) φορές συχνότερο στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες. Η εμφάνισή του κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σπάνια.

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 4 φορές συχνότερο από το καλοήθες έλκος του στομαχίου.

Το πεπτικό έλκος αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Περίπου το 95% των ελκών του δωδεκαδακτύλου αναπτύσσονται στο βολβό ή το κάλυμα, τα υπόλοιπα αναπτύσσονται στην περιοχή που βρίσκεται μεταξύ του βολβού και του φύματος του VATER. Έρλη καλοήγη του φύματος είναι σπάνια. Τα περισσότερα βρίσκονται κοντά στο έλασσόν τόξο. Η εξέλιξη ποικίλλει στην διάμετρό της από λίγα χιλιοστά έως 1-2 εκατοστά. Το βάθος της φτάνει τουλάχιστον έως και στο μυϊκό τοίχωμα, μερικές φορές δε, έως τον ορογόνο και εντός του παγκρέατος. Τα χείλη είναι οξεία ο περιβάλλον όμως την εξέλιξη βλεννογόνος είναι συχνά φλεγμονώδης και οιδηματώδης. Ο πυθμένας του έλκους συνίσταται από κοικιώδη και ινώδη ιστό, ο οποίος παριστάνει επούλωση και συνεχιζόμενη πέψη του τοιχώματος.

#### Ε ρ γ α σ τ η ρ ι α κ á ε υ ρ ή μ α τ α

Στα χρόνια έλκη εμφανίζονται αιμορραγίες εμφανής ή λανθάνουσες και υπόχρωμη αναιμία. Η εξέταση του γαστρικού υγρού αποκαλύπτει την παρουσία υδροχλωρικού οξέος, ενώ σε μερικές περιπτώσεις τόσο η βασική έκκριση όσο και η μετά από διέγερση έκκριση είναι αυξημένες.

#### Α κ τ ι ν ο λ ο γ ι κ ή ε ξ έ τ α σ η

Ο ακτινολογικός έλεγχος του δωδεκαδακτύλου περιλαμβάνει



την σκιαγράφηση του με βαριούχο γεύμα κατά τη λήψη διαφόρων φάσεων σε σειρά, τόσο σε σκιερό όσο και σε ανάγλυφο εικμαγείο.

Τα ευρήματα είναι είτε άμεσα με την σκιαγράφηση της κρύπτης του έλικους με ακτινώτη παρυφή, είτε έμμεσα με παραμόρφωση του βολβού, δημιουργία εκκολπωμάτων κ.α.

Όταν δεν αποδεικνύεται η παρουσία του έλικους είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν τα εξής έμμεσα ευρήματα:

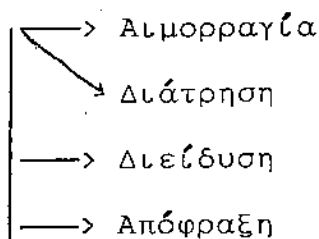
- 1) ευερεθιστότητα του βολβού ο οποίος δυσκολεύεται να κρατήσει το βάριο
- 2) περιορισμένη περιοχή ευαισθησίας ακριβώς ύπερθεν του βολβού
- 3) πυλωροσπασμός
- 4) υπερσταλτικότητα του στομάχου και
- 5) υπερέκκριση εκκρίσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

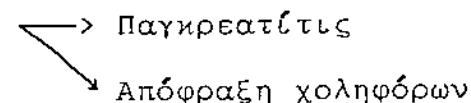
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ: Πιο κοινές:



Λιγότερο κοινές



A. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Αιματεμεση, Μέλανοι, και Αποβολή αίματος από το ορθό

Ως Αιματέμεση ορίζεται ο έμμετος αίματος και ως μέλαινα η δίσδος κοπράνων, που έχουν καταστεί μαύρα και πρισώδη από την παρουσία αλλοιωμένου αίματος. Αυτά τα συμπτώματα της γαστρεντερικής αιμορραγίας κάνουν συνήθως τον άρρωστο να ζητήσει ιατρική παρακολούθηση και υποδηλώνουν κατά εικόνα, την ανατομική θέση της αιμορραγίας.

Μεγάλη γαστρεντερική αιμορραγία συμβαίνει σπάνια χωρίς την εμφάνιση αλλοιωμένου ή αυτούσιου αίματος, που αποβάλλεται από το στόμα ή από το ορθό. Το χρώμα της αιματεμέσεως ποικίλει ανάλογα με την πυκνότητα του υδροχλωρικού οξέος στο στόμαχο και την ανάμειξή του με το αίμα. Έτσι εάν ο έμετος εμφανίζεται αμέσως μετά από την έναρξη της αιμορραγίας, το περιεχόμενό του είναι ερυθρό· εάν υπάρχει καθυστέρηση το χρώμα της αιματεμέσεως θα είναι σκοτεινό ερυθρό, καστανό ή μαύ-

ρο. Η παρουσία πηγμάτων αίματος στο έμεσμα προκαλεί την χαρακτηριστική εμφάνιση <<σαν κατακάθια από καφέ>>. Η αιματέμεση συνήθως δείχνει αιμορραγία πριν από το σύνδεσμο του TREITZ αφού το αίμα που εισέρχεται στο γαστρεντερικό σύστημα, κάτω από το δωδεκαδάκτυλο σπάνια επανεισέρχεται στο στόμαχο.

Ενώ αιμορραγία επαρκής να προκαλέσει αιματέμεση συνήθως προκαλεί μέλαινα λιγότεροι από τους μισούς αρρώστους με μέλαινα παρουσιάζουν αιματέμεση.

Μέλαινα συνήθως σημαίνει αιμορραγία από τον οισοφάγο, του στόμαχο, ή τον δωδεκαδάκτυλο, αλλά βλάβες στην υψτίδα, του ειλεού και ακόμη και στο ανιόν κόλον μπορεί να προκαλέσουν μέλαινα με την προϋπόθεση ότι ο χρόνος διελεύσεως μέσω του γαστρεντερικού συστήματος είναι αρκετά μεγάλος. Περίπου 60 ML αίματος απαιτούνται για την παραγωγή μιας μόνο μέλαινας κεννώσεως. Οξεία απώλεια αίματος μεγαλύτερη από αυτή μπορεί να προκαλέσει μέλαινες που διαρκούν μέχρι και τρεις μέρες. Όταν το χρώμα των κοπράνων επανέλθει στο φυσιολογικό οι δοκιμασίες για λανθάνουσα αιμορραγία παραμένουν θετικές μέχρι και μια εβδομάδα ή και περισσότερο.

Το μαύρο χρώμα των κοπράνων μετά από εντερική αιμορραγία προκύπτει από την επαφή του αίματος με το υδροχλωρικό οξύ οπότε παράγεται αιματίνη. Χαρακτηριστικά τα κόπρανα αυτά είναι πρισώδη (κολλώδη). Αυτή η πρισώδης σύσταση έρχεται σε αντίθεση με τα μαύρα κόπρανα ή σκοτεινά κόπρανα που εμφανίζονται μετά από τη λήψη σιδήρου, βισμούδιου ή γλυκόρριζας. Παρομοίως ευθρά κόπρανα μπορεί να προκύψουν από την βρώση τεύτλων ή ενδιφλέβια χορήγηση σουλφοβρωμοφθαλεΐνης. Η γαστρε-

ντερική αιμορραγία αιόμη και εάν έχει ανακαλυφθεί μόνο από θετικές δοκιμασίες μια λανθάνουσα αιμορραγία δείχνει δυοφτι- κιά σοβαρή νόσο και πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω.

Αιματοχεσία δηλαδή η αποβολή ζωηρού ερυθρού αίματος από το ορθό σημαίνει γενικά αιμορραγία από πηγή μετά από το σύνδεσμο του TREITZ. Ωστόσο εφόσον το αίμα πρέπει να παραμεί- νει στο έντερο επί 8 ώρες περίπου για να προκαλέσει μέλαινα ταχεία αιμορραγία απ' τον οισοφάγο το στόμαχο ή το δωδεκαδά- κτυλο μπορεί, επίσης, να έχει ως αποτέλεσμα την αιματοχεσία.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της γαστρεντερικής αιμορραγίας εξαρτώνται από την έκταση και τον βαθμό της αιμορραγίας και την παρουσία συνοδών νόσων. Απώλεια αίματος μικρότερη από 500 ML σπανίως συνδέεται με συστηματικά σημεία· οι εξαιρέσεις πε- ριλαμβάνουν αιμορραγία σε ηλικιωμένους ή αναιμικούς αρρώστους στους οποίους η απώλεια αίματος μικρότερων ποσοτήτων μπορεί να προκαλέσει αιμοδυναμικές μεταβολές, Ταχεία αιμορραγία με- γαλύτερου όγκου έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη φλεβική επάνοδο, μειωμένη καρδιακή παροχή και αυξημένες περιφερικές αντιστά- σεις που οφείλονται σε ανταναιλαστική αγγειοσύσπαση. Ορθο- στατική υπόταση μεγαλύτερη από 10 MMHG δείχνει συνήθως μείω- ση του όγκου αίματος περίπου 20% ή και μεγαλύτερη. Συνοδά συμπτώματα είναι η συγκοπή, η ζάλη, η ναυτία, η εφίδρωση και η δίψα. Όταν η απώλεια αίματος πλησιάζει το 40% του όγκου αίματος συχνά επακολουθεί SHOCK με έκδηλη ταχυκαρδία και υ- πόταση. η ωχρότητα είναι καταφανής και το δέρμα ψυχρό.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η γνώση ότι όταν προσδιορίζεται αμέσως μετά την έναρξη της αιμορραγίας, ο αιματοκρίτης μπορεί

να μην αντιπροσωπεύει ακριβώς την απώλεια αίματος δεδομένου ότι η εξαισορρόπησή με το εξωαγγειακό υγρό και η αιμοσφαίωση απαιτούν μερικές ώρες. Συνήθη εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν μέτρια λευκοκυττάρωση και θρομβοκυττάρωση, που αναπτύσσονται μέσα σε (6) ώρες μετά από την έναρξη της αιμορραγίας. Η ουρία του αίματος μπορεί να είναι μετρίως ηυξημένη, ιδίως σε περιπτώσεις αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος· η ηυξημένη ουρία οφείλεται σε αποδόμηση προς ουρία των πρωτεϊνών του αίματος από εντερικά μικρόβια καθώς και σε μέτρια μείωση του βαθμού σπειραματικής διηθήσεως.

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ

#### ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προσεκτική λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση του στοματοφάρυγγα θα χρησιμεύσουν ώστε να αποκλειστεί η κατάποση αίματος ως πηγή αιματεμέσως ή μέλαινας.

Οι τρεις συνηθέστερες αιτίες αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος είναι:

- 1) πεπτικό έλκος
- 2) Διαβρωτική γαστρίτιδα
- 3) η αιμορραγία κερσών.

Αυτές οι οντότητες είναι υπεύθυνες μέχρι και για το 90% όλων των περιπτώσεων αιμορραγίας του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος στην οποία μπορεί να διαπιστωθούν συγκεκριμένα αίτια.

1. ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ είναι πιθανώς η συχνότερη αιτία αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού συστήματος· η πλειονότητα αυ-

τών των ελκών βρίσκεται στο δωδεκαδάκτυλο. Περίπου 20-30% των αρρώστων με αποδεδειγμένα έλκη παρουσιάζουν σημαντική αιμορραγία κάποτε κατά την διάρκεια της νόσου τους.

Επειδή η αιμορραγία μπορεί να αποτελεί την αρχική ειδήλωση του πεπτικού έλκους, το ενδεχόμενο αυτής της διάγνωσης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σοβαρά ακόμη και εάν δεν λαμβάνεται χαρακτηριστικό ιστορικό έλκους.

2. ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ. Μπορεί να οφείλεται σε πρόσφατη χρήση οινόπνεύματος ή σε χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων όπως ασπιρίνης και ινδομεθακίνης. Γαστρικές διαβρώσεις αναπτύσσονται συχνά σε αρρώστους με σοβαρό τραυματισμό, χειρουργική επέμβαση και βαριά συστηματική νόσο, ιδίως εγκυμοματίες και αρρώστους με ηυξημένη ενδοκρανιακή πίεση. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα, η διάγνωση της γαστρίτιδας πρέπει να πιθανολογηθεί με βάση την κλινική εικόνα. Η γαστροσκόπηση συνήθως χρειάζεται για να επιβεβαιώσει την διάγνωση αφού η ακτινολογική εξέταση στερείται γενικά της απαιτούμενης ευαισθησίας ώστε να μπορεί να αποκαλύψει την γαστρίτιδα.

3. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΚΙΡΣΟΥΣ. Είναι χαρακτηριστικά απότομη και μαζική: η χρόνια γαστρεντερική απώλεια αίματος είναι ασυνήθης. Η αιμορραγία από οισοφαγικούς και γαστρικούς κίρσους είναι συνήθως το αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης που αναπτύσσεται δευτεροπαθώς σε έδαφος ηπατικής κυρώσεως. Μολονότι η αλκοολική κίρρωση είναι η επικρατούσα αιτία οισοφαγικών κίρσων στις Η.Π.Α. κάθε κατάσταση που δημιουργεί πυλαία υπέρταση ακόμη και όταν δεν συνοδεύει ηπατική νόσο (δηλ. θρόμβωση της

πυλαίας φλέβας ή ιδιοπαθής υπέρταση) μπορεί να έχει ως αποτέ-  
λεσμα αιμορραγία από κίρσους. Ακόμη ενώ η παρουσία κίρσων  
προϋποθέτει συνήθως πυλαιά υπέρταση μακράς διάρκειας η οξεία  
ηπατίτιδα ή η βαριά λιπώδης διήθηση του ήπατος μπορεί να προ-  
καλέσουν μερικές φορές κίρσους οι οποίοι εξαφανίζονται μόλις  
αρθεί η ηπατική διαταραχή.

Θα πρέπει να τονισθεί ότι η αιμορραγία του ανώτερου γασ-  
τρεντερικού συστήματος σε άρρωστο με κίρρωση υποδηλώνει την  
ύπαρξη κίρσων, περίπου οι μισοί άρρωστοι με ηπατική κίρρωση  
αιμορραγούν από άλλες βλάβες (π.ψ. γαστρίτιδα, έλκη). Τέλος  
επειδή (η αιμορραγία οι κίρσοι) μπορεί να εμφανισθούν σε ο-  
ποιαδήποτε θέση του γαστρεντερικού συστήματος η αγγειογραφία  
μπορεί να απαιτηθεί για να πιστοποιήσει αιμορραγία από κίρ-  
σους μακριά από το δωδεκαδάκτυλο.

#### 4. ΑΛΛΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

##### ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Περίπου το 20% των ασθενών με Π.Ε. θα παρουσιάσουν αιμα-  
τηρό επεισόδιο και η επιπλοκή αυτή είναι υπεύθυνη για το 40%  
των θανάτων από πεπτικό έλκος.

Το Π.Ε. αποτελεί την πιο κοινή αιτία αιμορραγίας απ' το  
ανώτερο πεπτικό περίπου πάνω από το μισό όλων των περιπτώσε-  
ων.

Η χρόνια γαστρίτις και το πεπτικό έλκος έχουν την ίδια  
τάση για αιμορραγία.

Αιμορραγούντα έλκη είναι πιο συχνά σε ασθενείς ομάδας  
αίματος 0.

Τα αιμορραγούντα έλη εντοπίζονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του 12δακτυλικού βολβού. Έχει συνήθως διαβιβρωσκει-  
ται και η γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία. Ασθενής με ταυτόχρο-  
νη αιμορραγία και διάτρηση συνήθως έχουν 2 έλη -ένα οπίσθιο  
αιμορραγον και ένα πρόσθιο διατηρηθέν. Σε μερικούς η αιμορρα-  
γία είναι ξαφνική και μαζική - εκδηλώνεται αιματέμεση και  
SHOCK- σε άλλους με χρόνια αναιμία, αδυναμία λόγω της αργής  
απώλειας αίματος.

#### A. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

##### Φ α ρ μ α κ ε υ τ ι κ ή   α γ ω γ ή

Οι περισσότεροι ασθενείς 75% με αιμορραγία πεπτικού έλ-  
κους μπορούν να το αντιμετωπίσουν με φαρμακευτική αγωγή μόνο.

Στην έναρξη αιμορραγίας αντιόξινα θα πρέπει να δίνονται  
ανά ώρα αν και μερικοί γιατροί προτιμούν την συνεχή παροχή  
αντιόξινων από τον ρινογαστρικό σωλήνα.

- Η σιμετιδίνη (TAGAMET) ελαττώνει τον κίνδυνο για υπο-  
τροπή αιμορραγίας, αλλά η δράση της στην ενεργό αιμορραγία  
δεν είναι σαφής.

- Μετά 12-24 ώρες από το σταμάτημα της αιμορραγίας, εφό-  
σον ο ασθενής πεινά, μπορεί να σιτίζεται σε συχνά διαστήματα.

- Δυό φορές το 24ωρο πρέπει να ελέγχεται ο αιματοκρίτης  
(Ht) για τον έλεγχο αργής συνεχούς αιμορραγίας. Τα κόπρανα  
θα ελέγχονται καθημερινά αν και θα δίνουν θετικά τα αποτελέ-  
σματα για περιεκτικότητα σε αιμα για αρκετές ημέρες μετά το  
σταμάτημα της αιμορραγίας.

Υποτροπή της αιμορραγίας σε νοσοκομείο οδηγεί το 30% πε-  
ρίπου στο θάνατο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις έγκαιρη χειρουργι-



κή επέμβαση βελτιώνει το παραπάνω νούμερο.

- Περίπου 3 φορές περισσότερο παρουσιάζουν υποτροπή αιμορραγίας οι έχοντες πεπτικό έλκος απ' αυτούς με 12δακτυλο.

Οι περισσότεροι ασθενείς που ξανααιμορραγούν εκδηλώνουν την υποτροπή μέσα σε 2 ημέρες από τότε που σταμάτησε η αιμορραγία.

- Περίπου το 25% των ασθενών που αιμορραγούν από Π.Ε. χρειάζονται επείγον χειρουργείο. Το συνολικό ποσοστό θανάτων είναι σημαντικά λιγότερο μετά βαγοτομή - πυλωροπλαστική απ' ότι μια γαστρεκτομή για αιμορραγούν έλκος και η υποτροπή αιμορραγίας απαντάται στην ίδια συχνότητα ανεξάρτητα είδους επέμβασης.

- Περίπου το 1/3 των ασθενών που αιμορραγούν μια φορά υποτροπιάζουν για δεύτερη μέσα στα επόμενα χρόνια. Όσοι έχουν 2 φορές αιμορραγία στο παρελθόν έχουν διπλό κίνδυνο στο μέλλον.

- Έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται για όσους έχουν χρόνια συμπτώματα - προκληθείσα αιμορραγία και τεράστιο 12δακτυλικό έλκος.

- Νεαρής ηλικίας ασθενείς στους οποίους η αιμορραγία παρατηρείται 1η φορά σ' αυτούς που το έλκος οφείλεται σε λήψη σαλικυλικών, σ' αυτούς που η αιμορραγία είναι μικρή, καλύτερα να αντιμετωπίζονται με φάρμακα και δίαιτα.

### Π ρ ό γ ν ω σ η

Το ποσοστό θανάτων από οξεία μαζική αιμορραγία φτάνει στο 15%. προσεικτικές μελέτες αναδεικνύουν δυνατότητα μείωσης του παραπάνω ποσοστού με: 1)προσεικτική αναπλήρωση απωλειών

αίματος, 2) έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση, σε επιλεγμένους ασθενείς που εντάσσονται στις κατηγορίες υψηλού κινδύνου.

#### Β. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Διάτρηση ενός έλκους χαρακτηρίζεται η διάτρηση που επεκτείνεται και στον ορογόνο χιτώνα του στομάχου ή του 12δακτύλου. Το μέγεθος της διάτρησης είναι ανάλογο με την χρονιότητα των ενχολημάτων.

Αποτελεί την τρίτη σε συχνότητα αιτία οξείας χειρουργικής κοιλίας μετά την οξεία σκωληκοειδίτιδα και τον αποφρακτικό ειλεό. Τα περισσότερα διατρηθέντα έλκη εντοπίζονται στο πρόσθιο τοίχωμα χωρίς να εξαιρείται ο ελάσσων θύακας. Προσβάλλει συχνότερα τις ηλικίες 25-30 ετών και τους άντρες παρά τις γυναίκες. Το 1/5 δεν αναφέρει ιστορικό πεπτικού έλκους. Τις πιο πολλές φορές εκδηλώνεται 2-3 ώρες μετά το φαγητό. Αν και ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες η αιτιολογία παραμένει άγνωστη.

#### Σ υ χ ν ό τ η τ α

Τα τελευταία έτη η συχνότητα του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους έχει αυξηθεί σημαντικά. Η αύξηση αυτή αποδίδεται σε κοινωνικούς και διαιτολογικούς παράγοντες. Συχνότερα από τα διατρηθέντα έλκη είναι τα 12δακτυλικά. Η αναλογία είναι 8:1. Σε ποσοστό 10% συνυπάρχει και η αιμορραγία. Οι περισσότερες διατρήσεις συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας 25-50 ετών. Είναι συχνότερα στους άντρες 10:1 έναντι των γυναικών.

Περίπου το 1/3 των αρρώστων με διάτρηση δεν αναφέρει ι-

στορικό έλκους. οι πιο πολλές διατρήσεις εκδηλώνονται σε 2-3 ώρες μετά το γεύμα συνηθώς το βράδυ. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάζουν την θνητότητα είναι χρόνος που παρήλθε από την διάτρηση μέχρι την χειρουργική αντιμετώπιση, η ηλικία και η συνύπαρξη άλλων νοσημάτων

Ειδικότερα εάν μεταξύ διάτρησης και χειρουργικής αγωγής παρέλθει αρκετός χρόνος, εάν η ηλικία του αρρώστου είναι μεγάλη και εάν πάσχει από άλλα βαρεια νοσήματα η πρόγνωση είναι καλή.

#### Α ί τ λ α - Π α θ ο γ έ ν ε λ α

Η αιτιολογία της διάτρησης δεν είναι γνωστή. Ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες. είναι η οξεία διάταση του στομάχου, ο τραυματισμός του έλκους, η υπερέκταση <<STRESS>>. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι άρρωστοι με διάτρηση είχαν ψυχική κόπωση ή άγχος της τελευταίες μέρες πριν την διάτρηση.

Ως καταλυτικός παράγοντας της διάτρησης όμως θεωρείται η αυτοπεψία του πυθμένα του έλκους από το γαστρικό υγρό του στομάχου. Έχει παρατηρηθεί αύξηση της συγκέντρωσης ελεύθερου HCL οξέος πριν την διάτρηση όπως αυτό συμβαίνει 2-3 ώρες μετά το γεύμα που είναι η φάση της υπεργαστριναιμίας, γαστρική υπερέκκριση.

#### Κ λ ι ν ι κ ή ε λ κ ό ν α

Η κλινική εικόνα έχει σχέση με την θέση του διατρηθέντος έλκους. Έτσι σε διάτρηση της πρόσθιας επιφάνειας προκαλείται διάσπαρτη επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας και της οπίσθιας συγκέντρωση του γαστρικού περιεχομένου στο τμήμα

του WISLOW ή κατ'επέκταση στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Επισημαίνεται ότι τα οπίσθια έλικη διατιτραίνονται συχνότερα προς τα πέρι όργανα (πάγκρεας, ήπαρ). Διάτρηση του πρόσθιου τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου μπορεί να συγκαληφθεί (συγκαλυμένη διάτρηση) τελείως από γειτονικούς ιστούς (επίπλουν, χοληδόχος κύστη). Αν η διάτρηση καλυφθεί και κλείσει τελείως τότε υπάρχουν δύο πιθανότητες. Η μία είναι η απορρόφηση του περιεχομένου του στομάχου εάν είναι μικρής ποσότητας. Η άλλη είναι σχηματισμός αποστήματος κατόπιν επιμόλυνσης. Στην περίπτωση αυτή αναπτύσσονται υφηπατικά και ενδοπυελικά αποστήματα. Φαίνεται ότι εκτός του η20 εκρέουν και άλλες ουσίες που αποτελούν ερεθιστικούς παράγοντες για τα εκτός στομάχου όργανα.

Μετά 6-12 ώρες από την διαφυγή υγρών στην περιτοναϊκή κοιλότητα συνέπεια της διάτρησης, η αύξηση μικροοργανισμών μετατρέπει την χημική περιτονίτιδα σε μικροβιακή. Συνήθως οι καλλιέργειες από την περιτοναϊκή κοιλότητα σε 6 ώρες από την διάτρηση είναι θετικές για μικροοργανισμούς. Οι συνηθέστεροι είναι STREPTOCOCCUS και ESCHERICHIA CVEI όπως τουλάχιστον έδειξε μια μελέτη.

Η συμπτωματολογία της ελεύθερης διάτρησης δύναται να ταξινομηθεί σε 3 φάσεις:

Στην 1η φάση ο ασθενής παραπονείται για δυνατό επιγαστρικό πόνο, τον οποίο συνήθως χαρακτηρίζει <<σαν μαχαιριά>>. Είναι ανήσυχος και το χρώμα του λευκωπό. Είναι έφιδρος με μικρό και αδύνατο σφυγμό με υποθερμία και επιπόλαια αναπνοή. Είναι δυνατό να παραπονείται και για πόνο στην μια ή και τις δύο ωμοπλάτες.

Η 2η φάση είναι η καλυμμένη περιτονίτιδα. Ο αρχικός πόνος υποχωρεί με βελτίωση της χροιάς και του σφυγμού που γίνεται φυσιολογικός. Το κοιλιακό τοίχωμα είναι ευαίσθητο και σε μεγάλη σύσπαση (σιαφοειδής κοιλία). Η άμβλυτητα της ηπατικής χώρας ελαττώνεται. Ο Δουγλάσιος είναι επώδυνος.

Η 3η φάση αποτελεί τις εκδηλώσεις της περιτονίτιδας, της τοξικής οξείας κυκλοφορικής ανεπάρκειας - τοξικό SHOCи. Χαρακτηρίζεται από εμέτους, το Ιπποκρατικό προσωπείο, μετωρισμό της κοιλίας, υψματοειδή σφυγμό, εργώδη αναπνοή και μικρή άνοδο της θερμοκρασίας.

Το πρώτο σύμπτωμα που περιγράφει κάθε άρρωστος με διάτρηση είναι οξαφνικός και δυνατός πόνος στο επιγάστριο που το χαρακτηρίζουν, όπως αναφέρθηκε <<σα μαχαιριά>>. Συμπίπτει ακριβώς με την έκχυση υγρού στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Η σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος είναι συνήθως διάχυτη ή περιορίζεται στο επιγάστριο. Η κοιλιά είναι σκληρή - σαυιδώδης. Σημειώνεται ότι λίγες ώρες από την διάτρηση (4-6) η αρχική εντόπιση του πόνου που είναι στο επιγάστριο, μετατίθεται στο λαγόνιο διότι τα υγρά του στομάχου ακολουθούν τη δεξιά κολοπαρειακή αύλακα. Έτσι συγκεντρώνονται σε αυτή τη θέση. Επισημαίνεται ότι ο επώδυνος Δουγλάσιος αποτελεί το σημαντικότερο εύρημα της δακτυλικής εξέτασης. Η απλή και μόνο πίεση του πυελικού περιτοναίου προκαλεί έντονο άλγος, που δεν μπορεί να το υποφέρει ο άρρωστος.

#### Εργαστηριακά ευρήματα

Από τα εργαστηριακά: Ήπια λευκοκυττάρωση έως 12.000 αρχικά. Μετά από 12-24 ώρες ίσως έως 20.000 ή και περισσότε-

ρα. Μικρή αύξηση της αμυλάσης από απορρόφηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου.

### Ακτινολογική εξέταση

Ακτινογραφίες κοιλίας σε όρθια και κατεκειλιμένη θέση αναδεικνύει ελεύθερο αέρα στο 85% των ασθενών

Αν δεν αναδεικνύεται ελεύθερος αέρας τότε δεν δίνεται σκιαγραφικό και λαμβάνονται ακτινογραφίες κοιλίας. Η διαφυγή σκιαγραφικού στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα αναδεικνύει την διάγνωση. Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει από την οξεία παγκρεατίτιδα και οξεία χολοκυστίτιδα.

Η διαφορική διάγνωση απ' την ύπαρξη ελεύθερου αέρα θα γίνει από τη διάτρηση εκκολπωματίτιδος παχέος ή διάτρηση οξεία σκωληκοειδίτιδος.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αρχικά τίθεται ρινογαστρικός σωλήνας να αδειάσει το στομάχι και να ελατρωθεί η παραπέρα επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας.

Δείγματα αίματος πρέπει να σταλούν για εργαστηριακό έλεγχο και παράλληλα να τεθεί ενδοφλεβίως αντιβίωση (π.χ. κεφαλοσπορίνη β' γενεάς) και παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.

Η απλούστερη χειρουργική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται και στο παρελθόν είναι η λαπαροτομία και η συρραφή της διάτρησης χωρίς να λύνει το πρόβλημα. Περίπου τα 3/4 των ασθενών αυτών συνεχίζουν να έχουν ενοχλήματα. Προτιμότερο θα είναι μια βαγοτομή και πυλωροπλαστική ή βαγοτομή και γαστρε-

ιτομή μερική. Αυτή βέβαια δεν θα πρέπει να επιχειρώνται σε κατάσταση SHOCK του ασθενούς, ή πυώδους περιτονίτιδας ή συνυπάρχουσα βαρεία άλλη νόσο.

Σε μη χειρουργήσιμες συγκαλυπτόμενες διατρήσεις συνεχής αναρρόφηση από το ρινογαστρικό καθετήρα (LEVIN) και υψηλές δόσεις αντιβιοτικών μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα. Προιούπτει λοιπόν ότι η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η χειρουργική εντός βέβαια ενδείνων με παραμελημένη διατροφή και εκτεταμένη περιτονίτιδα και σηψαιμία.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Περίπου το 15% των ασθενών με διατηθέν έλκος πεθαίνουν και περίπου το 1/3 είναι αδιάγνωστοι πριν το χειρουργείο.

Ο κίνδυνος θανάτου σε ενωρίς αντιμετωπιζόμενη διατροφή είναι χαμηλός. Καθυστέρηση όμως, προχωρημένη ηλικία και συνυπάρχουσα συστηματική νόσος αυξάνουν τους θανάτους.

#### Γ. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΟΦΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΣΕ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Οι επανειλημμένες φλεγμονές και η επιδιόρθωση του πεπτικού έλκους μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη στην γαστροδωδεκαδακτυλική συμβολή σαν αποτέλεσμα οιδήματος, μυϊκού σπασμού, αναπτύξεως ουλώδους ιστού. Οι δύο πρώτοι παράγοντες μπορεί να υποστραφούν με φαρμακευτική αγωγή. Η απόφραξη είναι συνήθως στο δωδεκαδακτυλικό έλκος και σανεπιπλοκή είναι λιγότερο συχνή απ' την αιμορραγία και την διατροφή.

Τα πιο πολλά γαστρικά έλκη που δημιουργούν απόφραξη είναι κοντά στον πυλωρό. Η απόφραξη η οφειλόμενη στο πεπτικό

έλικος πρέπει να διαφοροδιαγνώσεται από την προκालούμενη από καιοήθη όγκο του άντρου.

#### ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Πολλοί ασθενείς με απόφραξη έχουν μακρύ ιστορικό συμπτω-  
ματικού πεπτικού έλικους και περίπου 30% έχει αντιμετωπισθεί  
για διάτρηση ή απόφραξη στο παρελθόν. Ο ασθενής παρατηρεί  
βαθμιαία αύξηση του πόνου απ' το έλικος, κατά εβδομάδες ή μή-  
νες με τελική ανάπτυξη ανορεξίας, εμέτου και αδυναμίας ανα-  
κούφιση με αντιόξινα. Ο έμετος περιέχει τροφές που έχουν ληφ-  
θεί αρκετές ώρες πριν και η απώλεια χολής στο γαστρικό περιε-  
χόμενο αναδεικνύει την περιοχή της απόφραξης.

Εάν ο ασθενής δεν έλθει νωρίς στον ιατρό παρατηρείται  
απώλεια βάρους αφυδάτωση και κακή θρέψη.

Παφλασμός γίνεται αντιληπτός από τα εναπομείνοντα γαστρι-  
κά υγρά. Σπάνια γίνεται αντιληπτό και οι περισταλτικές κινή-  
σεις του στομάχου. Αρκετοί ασθενείς έχουν ευαισθησία στην  
πίεση της άνω κοιλίας ενώ είναι δυνατό τετανία να εκδηλώνε-  
ται με αυξημένη αλιάλωση (μεταβολική). Αναιμία διαπιστώνεται  
περίπου στο 25% των ασθενών ενώ η μέτρηση των ηλεκτρολυτών  
του ορού αναδεικνύει: υποχλωραιμία, υποκαλιαιμία, υπονατρι-  
αιμία, αυξημένα διττανθρακικά.

Η πρώτη λοιπόν αντιμετώπιση συνίσταται στην αναπλήρωση  
του νερού και του NaCl και KCl μέχρι να εγκατασταθεί ικανο-  
ποιητική διούρηση.

Έλεγχος μελέτης της βαρύτητας της απόφραξης είναι οι  
παρακάτω:

1) Μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα ρίχνονται 700 CC φυσιολογικού



ορού μέσα σε 3-5 λεπτά. Ο σωλήνας κλείνεται και αργότερα αναρροφάται το γαστρικό περιεχόμενο. Αν αυτό είναι πάνω από 35° CC είναι ενδεικτικό για απόφραξη.

2) Με Τεχνητό (T 99)

3) Αντινογραφίες κοιλίας (μεγάλο στομάχι, με μεγάλη ποσότητα υγρού)

4) Γαστροσκόπηση - Διαφοροδιάγνωση και από το νεόπλασμα που αποφράσσει την περιοχή.

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και κένωση του στομάχου, και εκπλυση αυτού. Εάν συνυπάρχει κακή θρέψη, ξεκινάμε και ολική παρεντερική διατροφή. Το αναρροφώμενο γαστρικό υγρό μπορεί να σταλεί για έλεγχο περιεκτικότητας HCL και ύπαρξης κακοήθων κυττάρων.

Εάν σε 5-7 ημέρες η γαστρική αναρρόφηση δεν υποστρέφει την απόφραξη ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπισθεί χειρουργικά.

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται είτε σε βαγοτομή και πυλωροπλαστική είτε σε γαστρεκτομή.

#### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Περίπου τα 2/3 των ασθενών με οξεία απόφραξη δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αντιμετώπιση και χρειάζονται χειρουργείο. Ένα ποσοστό επίσης που ανταποκρίνεται κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο παρουσιάζει υποτροπή του έλκους και τελικά χρειάζονται χειρουργείο.

#### Δ. ΔΙΕΙΣΔΥΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Είναι η επέκταση του κρατήρα του έλκους πέρα από το δωδεκαδακτυλικό τοίχωμα, μέσα σε γειτονικές δομές χωρίς να ανοίξει μέσα στον ανοιχτό περιτοναϊκό χώρο. Συμβαίνει συχνά στα δωδεκαδακτυλικά έλη και μάλιστα του οπίσθιου τοιχώματος και αποτελεί μια από τις σημαντικές αιτίες αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας. Η διείσδυση γίνεται συνήθως μέσας στο πάγκρεας μπορεί όμως να περιληφθούν το ήπαρ, οι χοληφόροι οδοί ή το γαστροηπατικό επίπλουν.

η νοσηλευτική εκτίμηση δείχνει πόνο που ακτινοβολεί στη ράχη νυχτερινή δυσφορία και μη ανακούφιση απ' τα συμπτώματα μετά την λήψη τροφής ή αντιόξινων.

Επιδείνωση του πόνου σε ορισμένες περιπτώσεις (κατά την υπερέκκριση και ανακούφιση, κατά την κάμψη του κορμού)

Όλα τα αυτά τα συμπτώματα σ' έναν άρρωστο με μακρύ ιστορικό δωδεκαδακτυλικού έλκους δείχνουν διείσδυση του έλκους.

#### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σήμερα για την θεραπεία των επιπλοκών πεπτικού έλκους είναι:

- Μερική γαστρεκτομή (γαστρικά έλη)
- Γαστροεντεροαναστόμωση
- Εκτομή τμήματος του άντρου του στομάχου και βαγγοτομή
- Βαγγοτομή και γαστρονηστιδοστομία.

Μερική γαστρεκτομή. Για την θεραπεία του γαστρικού έλκους γίνονται δύο είδη μερικής γαστρεκτομής ή BILLROTH I και POLYA. Στην BILLROTH I αφαιρείται το ελάχιστον τόξο του στομά-

χου που έχει το έλικος (2/3 περίπου του στομάχου) μαζί με το πυλωρικό άντρο και τον πυλωρό. Το δωδεκαδάκτυλο και ενώνεται με τον υπόλοιπο στομάχο. Στις POLYA αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομαχιού μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου τμήματος του δωδεκαδακτύλου. Το δωδεκαδάκτυλο κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με την υψιτιδα πέρα από το δωδεκαδακτυλο - υψιτιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο.

Βαγγοτομή. η υπερέκκριση του οξέος είναι αναμφίβολα ένας παράγοντας για την δημιουργία του δωδεκαδακτυλικού έλικους, Οι πνευμονογαστρικές νευρικές ώσεις προκαλούν αύξηση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος και πεψινογόνα. Έτσι σε δωδεκαδακτυλικά έλικη γίνεται διατομή πνευμονογαστρικών. Η βοφλοτομή μπορεί να είναι ολική ή μερική, στην οποία διατηρούνται ο ηπατικός κλάδος των πρόσθιων νεύρων και ο κοιλιακός κλάδος του πρόσθιου νεύρου. Επειδή όμως το πνευμονογαστρικό είναι υπεύθυνο για την κινητικότητα του στομάχου, μετά την διατομή του δημιουργείται το πρόβλημα της παροχέτευσης του περιεχομένου του στομάχου. Για την παροχέτευση του στομάχου γίνεται μαζί με την διάτρηση των πνευμονογαστρικών και πυλωροπλαστική ή γαστροεντερονηστιδοστομία. Σε πολλούς αρρώστους γίνεται διαμέσου της τομής της πυλωροπλαστικής, απολίνωση και του αιμορραγούντος αγγείου της βάσης του έλικους. Ένα άλλο είδος βαγγοτομής είναι εκείνη που συνδυάζεται με αντρεκτομή.

Σε περιπτώσεις που η βαγγοτομή γίνεται για μετεγχειρητικό έλικος μπορεί να διενεργηθεί θωρακοτομή.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ι. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ  
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η φροντίδα κάθε αρρώστου πρέπει να στηρίζεται στις ατομικές του ανάγκες οι οποίες και πρέπει κάθε φορά να καθορίζουν το είδος της παρεχόμενης σ' αυτόν φροντίδα.

Για να πετύχει αυτή η νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένη και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται καθώς και για τον σκοπό της.

Απαραίτητο εφόδιο της νοσηλείας στο έργο της είναι οι ευπεδωμένες γνώσεις της αλλά και η αγάπη για τον πάσχοντα. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να είναι σωστή στο έργο της και να προσφέρει ουσιαστική βοήθεια.

Η ενίσχυση της ψυχοσωματικής προεμίας και αναπαύσεως του αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των παραγόντων που συμβάλλουν στην δημιουργία και την επιδείνωση της κατάστασώς του. Σημειώνεται πως παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προηαλέσουν φόβο και αγωνία εκτός από τον παράγοντα χειρουργική επέμβαση είναι το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια με τον ειδικό μοναδικό της ρόλο έχει την δυνατότητα να παρατηρεί την συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης. Θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο όταν η νοσηλεύτρια έχει πραγματικό εν-

διαφέρον γι' αυτόν, σέβεται και δίνει σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μία εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου. Το αίσθημα της ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η νοσηλευτική τεχνική γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά επίσης στην διατήρηση της συγκινησιακής σταθερότητας. Για ένα χειρουργικό άρρωστο η εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης αποτελεί σπουδαία νοσηλευτική δραστηριότητα και η στάση του αρρώστου απέναντι στην χειρουργική επέμβαση επηρεάζει την μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία για τη επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Παρακάτω αναπτύσσονται αναλυτικότερα τα απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται για τον νοσηλευόμενο με επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, αλλά και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην εκπαίδευση του αρρώστου τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.

II. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Υποτροπή αιμορραγίας σε νοσοκομείο οδηγεί το 30% σε θάνατο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις έγκαιρη χειρουργική επέμβαση βελτιώνει το παραπάνω νούμερο.

Περίπου (3) φορές παρουσιάζουν υποτροπή αιμορραγίας οι έχοντες πεπτικό έλκος σπ' αυτούς με 12/δαιτυλιό.

- α. Νοσηλευτική επίτηψη για ανίχνευση της αιμορραγίας
  - Αιματέμεση
  - Μέλαινα
  - Ναυτία
  - Μείωση πόνου
  - Ενδείξεις ανάπτυξης SHOCK (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση, εφίδρωση).

β. Σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι το σταμάτημα της αιμορραγίας και η αντιμετώπιση του SHOCK.

-Αύξηση του όγκου αίματος με χορήγηση αίματος ή πλάσματος. Δύο φορές το 24ωρο πρέπει να ελέγχεται ο αιματοκρίτης για τον έλεγχο αργής συνεχούς αιμορραγίας.

-Χρησιμοποίηση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης για επίτηψη του αίματος που χάθηκε.

2. Χορήγηση κατενυσστικών για μείωση της αγωνίας και του άγχους.

3. Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατοίου για πρόληψη σπασμού σπασσης.

-Συχνή χορήγηση αντιόξινων και γάλακτος μέσα από τον σωλήνα μετά από τον έλεγχο της αιμορραγίας. Ο σωλήνας που χρησιμοποιείται για την ρινογαστρική διασωλήνωση είναι μεγάλης διατομής για να διευκολυνθεί η σφαίρεση θρόμβων από το στομάχι.

-Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσεως του αίματος για να επιτηθηεί ο όγκος αίματος και επομένως το πόσο αίμα χάνει ο άρρωστος.

-Τα κόπρανα θα ελέγχονται καθημερινά αν και θα δίνουν θετικά τα αποτελέσματα για περιεκτικότητα σε αίμα για αρκετές ημέρες μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας.

-Ένδειξη γαστρικής χειρ/κής αποτελεί η μη διόρθωση της απώλειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμωνή της αιμορραγίας μετά 24 ώρες ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο.

#### Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

α. Τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα για μέτρηση φλεβικής πίεσης και χορήγηση αίματος ή στην αρχική υποκαταστάτων (πλάσμα στην ανάγκη και μονο ορρό). Τα υγρά χορηγούνται με γρήγορο ρυθμό μέχρι αποκαταστάσεως φλεβικής και αρτηριακής πίεσεως, του σφυγμού και μετά με αργό ρυθμό.

β. Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύσεις στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% για να απομακρύνουμε το αίμα και τους θρόμβους που η παραμονή τους στο στομάχι εμποδίζει το σχηματισμό θρόμβου στο αγγείο που αιμορραγεί εάν συνεχίζεται η αιμορραγία.

-Αναρροφήσεις από το ρινογαστρικό σωλήνα

-Τοποθέτηση κυστικού καθετήρα (FOLLEY) για τον έλεγχο

-Συχνή χορήγηση αντιόξινων και γάλακτος μέσα από τον σωλήνα μετά από τον έλεγχο της αιμορραγίας. Ο σωλήνας που χρησιμοποιείται για την ρινογαστρική διασωλήνωση είναι μεγάλης διατομής για να διευκολυνθεί η σφαίρεση θρόμβων από το στομάχι.

-Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσεως του αίματος για να εκτιμηθεί ο όγκος αίματος και επομένως το πόσο αίμα χάνει ο άρρωστος.

-Τα κόπρανα θα ελέγχονται καθημερινά αν και θα δίνουν θετικά τα αποτελέσματα για περιεκτικότητα σε αίμα για αρκετές ημέρες μετά το σταμάτημα της αιμορραγίας.

-Ένδειξη γαστρικής χειρ/ικής αποτελεί η μη διόρθωση της απώλειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμονή της αιμορραγίας μετά 24 ώρες ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο.

#### Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

α. Τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα για μέτρηση φλεβικής πίεσης και χορήγηση αίματος ή στην αρχική υποκαταστάτων (πλάσμα στην ανάγκη και μονο ορρό). Τα υγρά χορηγούνται με γρήγορο ρυθμό μέχρι αποκαταστάσεως φλεβικής και αρτηριακής πίεσεως, του σφυγμού και μετά με αργό ρυθμό.

β. Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύσεις στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% για να απομακρύνουμε το αίμα και τους θρόμβους που η παραμονή τους στο στομάχι εμποδίζει το σχηματισμό θρόμβου στο αγγείο που αιμορραγεί εάν συνεχίζεται η αιμορραγία.

-Αναρροφήσεις από το ρινογαστρικό σωλήνα

-Τοποθέτηση κυστιικού καθετήρα (FOLLEY) για τον έλεγχο



διούρησης.

### Μετεγχειρητική νοσηλεύτική φροντίδα

Στοχεύει:

α. Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την δυσφορία.

-Λήψη ζωτικών σημείων

-Εχολαστική υγιεινή στόματος

-Χορήγηση αναλγητικών νωροκωτικών φαρμάκων.

-Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών

-Ακριβής αναγραφή και μέτρηση υγρών παροχέτευσης

-Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων αίματος και υποκαταστατών του.

β. Αποφυγή επιπλοκών.

1. Πνευμονικές εμβολές. Είναι συχνές μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας εξαιτίας των επιπλοκών αναπνοών.

Η νοσηλεύτρια στην περίπτωση αυτή:

-Ενθάρρυνση αρρώστου για βαθιές αναπνοές, βήχα, αλλαγή θέσης (με εντολή γιατρού).

2. Θρόμβωση - Εμβολή

Η νοσηλεύτρια παροτρύνει τον ασθενή για:

-Ασκήσεις κάτω άκρων

-Έγκαιρη έγερση

-Χρήση αντιβιοτικών

3. Εκσπλάχνωση: Είναι συχνή σε τραύματα κοιλίας. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και κοιλιακή διάταση.

-Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη τραύματος.

- Πρόληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης
- Υποστήριξη τομής κατά του βήχα
- Συχνός έλεγχος τραύματος

γ. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες.

δ. Ψυχολογική υποστήριξη, μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων.

Αυτό επιτυγχάνεται με την:

-Συχνή επαφή με τον άρρωστο και την δημιουργία ατιμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου ο άρρωστος θα συζητήσει προσωπικά του θέματα.

-Άνετη αιρόαση των προβλημάτων και αποδοχή του τρόπου αντιμετώπισής τους.

-Έμπρακτο ενδιαφέρον για την υλιανοποίηση φυσικών, οικονομικών και επαγγελματικών αναγκών.

-Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου και με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για την λύση των αποριών και της ανησυχίας που διακατέχεται.

-Κατανόηση του αρρώστου ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία, προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής που να μειώνει τις καταστάσεις άγχους, ψυχικής έντασης, σωματικής κόπωσης κ.λ.π..

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η νοσηλευτική εντίμηση θα δείξει ένα βαριά πάσχοντα που παραπονείται για:

-Πόνος εντονότατος, διαξιφιστικός στο επιγάστριο που αντανάλλεται στη μέση.

-Σανιδώδης σύσπαση του επιγαστρίου από την περιτοναϊκή αντίδραση.

-Κατά την δακτυλική εξέταση από το ορθό ο δουγλάσιος χώρος είναι ευαίσθητος ή ελαφρά επώδυνος, εξαιτίας ερεθισμού του περιτοναίου από το γαστρικό περιεχόμενο HCL.

-Αυτή η συμπτωματολογία του πρώτου βωρου.

-Κατά το 2ο βωρο η σύσπαση είναι καθολική με επιτάχυνση του σφυγμού 90-100/λεπτό.

-Κατά το 3ο βωρο μεγάλη αύξηση σφυγμού 100-120/λεπτό

-Κατά το 4ο βωρο εγνατάσταση περιτονίτιδος

-Μεγάλη ταχυσφυγμία 150-140/λεπτό

-Κοιλία μετεωρισμένη και σιληρή->λόγω ανάπτυξης παραλυτικού ειλεού.

-Πυρετός 39-40<sup>o</sup> συνήθως παρατηρείται υποθερμία που υποδηλώνει την μεγάλη πτώση της αντιστάσεως του οργανισμού.

-Έμμετοι τροφώδεις, κατόπιν χολώδεις και τέλος κοπρανώδεις.

-Η γενική κατάσταση έχει επιβαρυνθεί ο ασθενής εμφανίζει το ιπποκράτειο προσωπείο, δείγμα τοξινώσεως και αφυδάτωσης του οργανισμού.

Αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα η κατάσταση καταλήγει στο θάνατο, που επέρχεται διαταραχή ηλεκτρολυτών, επιδράσεις τοξινών στο μυοκάρδιο, τα νεφρά, ήπαρ, αφυδάτωση.

#### Η νοσηλευτική παρέμβαση

α) Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τα συμπτώματα. Αυτό επιτυγχάνεται με τα εξής:

-Ακριβή τήρηση της χορηγήσεως αναλγητικών φαρμάκων.

-Τοποθέτηση ασθενούς σε αναπαυτική θέση.

-Εξασφάλιση ήρεμου, φυσικού περιβάλλοντος.

-Συνεχρή συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου.

-Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στον άρρωστο.

-Ικανοποίηση των αναγνών που αντιμετωπίζει (φυσικών, ψυχικών).

β) Εξαιτίας της απώλειας υγρών από το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο διαταρράσσεται το ισοζύγιο τόσο των υγρών όσο και των ηλεκτρολυτών.

-Ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται με το LEVIN βοηθά στη ρύθμιση ισοζυγίου των υγρών.

-Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων για την επίμηση της κλινικής εικόνας του αρρώστου.

Η ευσυνείδητη και στενή παρακολούθηση του αρρώστου, από την νοσηλεύτρια μπορεί πολλές φορές να συμβάλλει στην διασωστή του.

#### Προεγχειρητική φροντίδα

Νοσηλευτικές διεργασίες (δραστηριότητες) πριν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι:

-Ενυδάτωση του αρρώστου με χορήγηση υγρών ενδοφλέβια για την αποκατάσταση ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

-Τίθεται ρινογαστρικός σωλήνας και γίνονται αναρροφήσεις του περιεχομένου του στομάχου για μείωση παραπέρα επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας.

-Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών. Η τυφλή προφυλακτική αντιβίωση είναι ενδεδειγμένη και πρέπει να αρχίζει αμέσως.

-Δείγματα αίματος πρέπει να σταλούν για εργαστηριακό έλεγχο και παράλληλα να τεθεί ενδοφλεβίως αντιβίωση π.χ. κεφαλοσπορίνη β' γενεάς.

Η απλούστερη χειρουργική αντιμετώπιση που εφαρμόζεται και στο παρελθόν είναι η λαπαροτομία και η συρραφή της διατρήσεως χωρίς να αλλάζει το πρόβλημα του έλκους. Περίπου το 3/4 των ασθενών αυτών συνεχίζουν να έχουν ενοχλήματα.

Προτιμότερο η βάλλοτομή και πυλωροπλαστική ή βαλλοτομή και γαστρεκτομή μερική.

#### Μετεγχειρητική φροντίδα

Περιλαμβάνει τα εξής:

-Ανακούφιση του σπαστικού από τον πόνο και την δυσφορία.

-Μέχρι την εγχείρηση ο ασθενής τρέφεται παρεντερικά.

-Επιβάλλεται διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα LEVIN για ακριβή μέτρηση και χαρακτηρισμό του είδους των υγρών.

-Ο σωλήνας LEVIN παραμένει στο στομάχι του ασθενούς 3-4 ημέρες μετεγχειρητικά.

-Όταν δεν εφαρμόζεται συνεχής ανασρόφηση, συνιστώνται αναρροφήσεις από το LEVIN κατά διαστήματα με σύριγγα.

-Παρατήρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματηρά, καφεοειδή, χολώδη) με κάθε ακριβεία και να αναφέρεται στον Ιατρό.

-Η ακριβής μέτρηση και αναρροφή των υγρών βοηθεί πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του σπαστικού.

-Η κακοσμία από το γαστρικό περιεχόμενο αντιμετωπίζεται με την χρησιμοποίηση κλειστού συστήματος συλλογής υγρών.

-Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και διατήρηση αυτής καθαράς και υγρής. Συμβάλλουν στην ανακούφιση του ασθενή και την πρόληψη μετεγχειρητικής παρωτίτιδας.

-Βοήθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί στην νέα αυτή κατάσταση.

Νοσηλεύτρια και Ιατρός πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι η ψυχή έχει μεγάλη επίδραση στο σώμα και γι' αυτό καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας, του φόβου του ασθενούς από την εγχείρηση.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.

Πολλοί ασθενείς με απόφραξη έχουν μακρό ιστορικό συμπτωματικού πεπτικού έλκους.

-Ο άρρωστος παραπονείται: για κλασσικό πόνο έλκους στομάχου κατά βδομάδες ή μήνες με τελική ανάπτυξη ανορεξίας και εμέτου, και αδυναμίας ανακούφισης με αντιόξινα.

-Αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές.

-Εξέταση κοιλίας δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

-Ο έμετος περιέχει τροφές που έχουν ληφθεί αρκετές ώρες πριν και η απώλεια χολής στο γαστρικό περιεχόμενο α-

ναδεινύει την περιοχή της απόφραξης.

-Παφλασμός γίνεται αντιληπτός από τα εναπομείνοντα γαστρικά υγρά. Σπάνια γίνεται αντιληπτό και οι περισταλτικές κινήσεις του στομάχου.

### Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με πυλωρική στένωση.

#### Σκοποί:

-Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την δυσφορία.

2.Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

-Ενίσχυση ψυχοσωματικής ηρεμίας και αναπαύσεως του αρρώστου. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται ο αποικλεισμός και η μείωση παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδείνωση της κατάστασής του.

-Ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι οπότε απομακρύνεται από κοινωνικές επαγγελματικές, οικογενειακές προοπτικές, ανησυχίες, εικνευρισμούς και φροντίδες.

-Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών βοηθούν στην διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται καθώς και η πλήρης ανάπαυση του ασθενούς όταν επισκέπτες πολλοί και ανεπιθύμητοι τον ξαναφέρνουν στα ποικίλλα προβλήματα της ζωής.

-Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία που προκαλούν την φυσική χαλάρωση.

-Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων STRESS μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωση του STRESS.

### Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

-Φαρμακευτική θεραπεία με σκοπό την εξουδετέρωση του οξέος, ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και την μείωση του άγχους.

-Χρήση αντιχολινεργικών για την μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Χρειάζεται προσοχή γιατί προιαλούν ξηρότητα στόματος, ναυτία, εμετους, μείωση οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων.

-Χορήγηση κατευναστικών για μείωση άγχους και ανησυχίας και προαγωγή φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης.

-Εφαρμογή δίαιτας ελιόπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν τίποτα από το στόμα ως την στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή λήψη 2000 MG βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης. Εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

-Πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης αν υπάρχει πολυριική στένωση. Πιθανή η χρήση ειδικής αντλίας για την αφαίρεση παχύρευστου υπολείμματος.

-Το πρωί της μέρας της επέμβασης, εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση υπολλειματικού υγρού.

### Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

#### Σιγοποιί:

α.Ανσιούφιση του σπρώστου από τον πόνο και την δυσφορία.



β. Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.

γ. Στην πρόληψη επιπλοκών.

Δραστηριότητες για την επιτυχία τους

- Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι.

- Σχολαστική υγιεινή στοματικής κοιλότητας.

- Χρήση αναλγητικών και ναρκοτικών.

- Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.

- Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δύο πρώτες ώρες κάθε μία ώρα αν υπάρχει στο υγρό ανοιχτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από εσωτερική στιβάδα της αναστόμωσης. Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη, σπλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης/ 2000-3000 ML για τις πρώτες 2-3 ημέρες.

- Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκλιμάκωση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξησή τους ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου.

- Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.

- Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγίων.

Κίνδυνος επιπλοκών

1. Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπισή τους.

α. SHOCK

-Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης.

-Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού και αναπνοών.

-Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων αίματος και υποκαταστατών του.

### β. Αιμορραγία:

-Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος.

-Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αορώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας.

-Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστρο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από το ρινογαστροικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει αφαιρεθεί.

-Μετάγγιση αίματος.

γ. Πνευμονικές Εμβολές: Είναι συχνές μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας εξαιτίας επιπλοκών αναπνοών.

-Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα, αλλαγή θέσης.

-Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

### δ. Θρόμβση + Εμβολή

-Ασκήσεις κάτω άκρων

-Έγκαιρη έγερση

-Χρησιμοποίηση αντιεμβολικών καλτσών

ε. Εκσπλάχνωση: Είναι συχνή σε τραύματα κοιλίας. Οφείλεται σε ρήξη ραυμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

-Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη τραύματος.

-Πρόληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης.

-Υποστήριξη τομής κατά του βήχα

-Συχνός έλεγχος τραύματος

-Καλή διατροφή

στ. Σύνδρομο DUMPING

-Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων

-Αποφυγή αλμυρών τροφών ή τροφών που περιέχουν συμπυκνωμένους υδατάνθρακες.

-Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα

-Ταιτινά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περιβάλλον.

-Κατάκλιση μετά το γεύμα

-Αντιχοληνεργικά πριν από το γεύμα (εάν υπάρχει εύκολη) για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΕΙΣΔΥΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Συμπτώματα

-Πόνος που ακτινοβολεί στην ράχη

-Νυχτερινή δυσφορία

-Μη ανακούφιση από τα συμπτώματα μετά την λήψη τροφής ή αντιόξινων.

-Επιδείνωση του πόνου κατά την υπερένταση και ανακούφιση κατά την κάμψη του κορμού.

Θεραπεία: Χειρουργική

ΙΙΙ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας τόσο κατά την είσοδο του ασθε-

νή όσο και κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο είναι εξίσου σημαντικός.

Εφοδιάζει τον ασθενή κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο με έντυπα που αναφέρονται όλα τα είδη τροφών που επιτρέπονται, ο κατάλληλος τρόπος κατασκευής τους.

Βοηθητική επίσης είναι και η ενημέρωση του ασθενούς για το σύνδρομο DUMPING και τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισής του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενούς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την απομάκρυνση κάθε φόβου. Το σύνδρομο DUMPING εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεντομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά την εγχείρηση. Αργότερα εμφανίζονται και συμπτώματα υπογλυκαιμίας.

Ενημέρωση του αρρώστου για τους ερεθιστικούς παράγοντες του στομάχου. Αυτοί δεν είναι μόνο οι τροφές, αλλά και ο τρόπος ζωής και αντιμετώπισής της.

Διδασκαλία και αιτιολόγηση φαρμακευτικής θεραπείας του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν.

Προειδοποίηση του αρρώστου για τις συνέπειες κατάχρησης των αντιόξινων (δυσταραχή οξεοβασικής ισορροπίας). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά την δίαιτα αιόμη, προειδοποίηση για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Έμφαση δίνεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή έλκους όπως μη σωστή δίαιτα και απρογραμμάτιστη λήψη γευμάτων ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλης, τσιγάρων, συγκινησιακό STRESS και λοιμώξεις ειδικά α-

ναπνευστικών οδών.

Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν την φυσική και διανοητική χαλάρωση.

Διεύρυνση των καθημερινών STRESS μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης STRESS και βοήθεια του αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού της.

Και τέλος ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν το έλκος και προειδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί από τον γιατρό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡ/ΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Α. Ιστορικό Ασθενούς με Αιμορραγία από πεπτικό έλκος

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Στις 26/8/1989 ήρθε στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών <<Άγιος Ανδρέας>> στα Ε.Ι.η κ.Ρε. με αναμνηστικό αιματηρής κένωσης το πρωί της ίδιας ημέρας με αδυναμία και ζάλη. Είχε ξανανοσηλευτεί στο ίδιο νοσοκομείο πριν από 6 χρόνια με αιμορραγία από το πεπτικό χωρίς να βρεθεί αιτία. Είναι ηλικίας 55 ετών, κάτοικος Ν.Ηλείας.

Το πρωί παρουσίασε μία μέλαινα κένωση με αδυναμία και νομάρες. Δεν αναφέρει λήψη φαρμάκων. Αναφέρει:

- > Απώλεια βάρους το τελευταίο χρόνο
- > Όχι δύσπνοια και παλμούς
- > Λίγες διάρροιες τελευταία
- > Όχι δυσουρία ή τσούξιμο

Η μέτρηση ζωτικών σημείων έδειξε Σφ.:90/λεπτό, Αναπνοές 20/λεπτό και Α.Π. 110-70 ΜΜΗΓ.

Δέρμα: Ψυχρότητα δέρματος-ψυχρότητα επιπεφυκιδίων-ψυχρότητα βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας-γλώσσα γλωκώδης

Λεμφαδένες: Όχι ψηλαφητοί

Η κα Ρε εστάλη για Γαστροσκόπηση

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

-Οισοφάγος: Κ.φ.

-Στόμαχος: Θόλος αίμα, γωνία χωρίς ευρήματα

Άντρο: με λίγες μικρές διαβρώσεις

-Πυλωρικό στόμιο: Κ.φ.

-Βολβός 12/700: Με ευμεγέθη θρόμβο και προς το οπίσθιο τοίχωμα

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Έλκος βολβού 12/λου <<Γαστρορραγία>>

Γίνεται εισαγωγή στην Παν/κή Παιδ/κή με διάγνωση Γαστρορραγίας.  
Προγραμματίζεται για να χειρουργηθεί στις 6/9/89. Διάγνωση Έλκος βολβού 12/λου.

26/8: Η κ.Ρέ είναι λίγο αδύνατη και χλωμή. Το μεσημέρι πήρε δύο φιάλες αίμα.

27/8: 130/80 MMHG Σφ.:85 MIN - Απύρετη

-Ο ρινογαστρικός σωλήνας δεν έδωσε αιματηρές προσμίξεις.

-Μέλαινα κένωση δεν αναφέρει

-Πνευμ.: Κφ S<sub>1</sub> S<sub>2</sub> ευκρινείς

-Κοιλία:Μαλακή υπέρση

-Λοιπά σπυστήματα: (-)

28/8: Σταθερή η κατάσταση της ασθενούς. Εκφράζει έντονη την επιθυμία να φύγει από το νοσοκομείο. Αισθάνεται υγιής.

Δεν ενεργήθηκε. Το LEVIN είχε χολώδη υγρά με ελάχιστες προσμίξεις αίματος. Α.Π.:130-85 MMHG. Σφ.:80 MIN - Απύρετη

29/9:Σταθερή η κατάσταση. Δεν αναφέρει κένωση. Ζωτικά σημεία: Α.Π. 120-90 MMHG. Σφ.:80 MIN. Η Ίδια δεν αναφέρει κάποιο άλλο πρόβλημα.

30/9:Η ασθενής σε καλή γενική κατάσταση. Α.Π.:130/70 MMHG, Σφ.:76 MIN, Απύρετη.

31/9:Η ασθενής δεν αναφέρει κάποια ιδιαίτερη ενόχληση ή πρόβλημα. Αναφέρει κένωση σχηματισμένη φυσιολογικού χρώματος.

1/10:Παρουσίασε αιματέμεση και λιποθυμία επεισόδιο το απόγευμα στις 3 μ.μ. χορηγήθηκαν δύο όροι και έλαβε τρεις φιάλες αίμα.

2/10:Η ασθενής μεταφέρθηκε στην Παν/κή Χειρ/κή με διάγνωση <<Γαστρορραγία>>. Είχε λάβει 8 μονάδες αίμα. Το Σάββατο ήταν

αιμοδυναμικά σταθερή-χωρίς μελαινες κενώσεις-χωρίς αιματέμεση. Ετέθη σε χορήγηση υγρών και παρακολούθηση. Αιμοδυναμικά την επομένη μέρα είναι σταθερή-λειτουργεί φυσιολογικά το έντερο-αφαιρέθηκε το LEVIN.



ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΛΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σιοποί	Προγραμματισμός νοσ. ενεργειών	Εκτέλεση νοσπλ. φροντίδων	Αξιολόγηση και επιστημονική επίτευση
Αδυναμία, λιποθυμία και ρίγος, δίψα. Αιματέμεση. Μέλαινα κένωση. Ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδία.	Αντιμετώπιση αιμορραγίας.	Αιινησία.	-Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα. Πλύσεις με παγωμένο NaCl για προήγηση αγγειοσύσπασης. Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα για την αφαίρεση θρόμβων. Επανάληψη πλύσεων μέχρι έλεγχο αιμορραγίας. Χορήγηση αντιόξινων μετά. Χορήγηση κατευναστικών παρεντερικώς.	Έλεγχος αιμορραγίας
SHOCK.	Πρόληψη SHOCK.	Αύξηση όγκου αίματος.	Παρεντερική χορήγηση υγρού πλάσματος, πλήρες αίματος. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων των όγκων των ούρων.	Αποκατάσταση SHOCK. Εάν όχι, ένδειξη γαστρικής χειρουργικής αποτελεί η μη διόρθωση της σπώλειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμονή της αιμορραγίας μετά 24 ώρες ή υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται σκόμη στο νοσοκομείο.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Προβλήματα ασθενή.	Αντιμειμενικοί σιοποί	Προγραμματισμός Νοσ. ενεργειών	Επιτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
Τραυματικός πόνος.	Αναιούφιση από το πόνο.	Κατάλληλη θέση επί κλί- νης (για χάλασση μοι- λισιών μυών).	Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Έγινε 1 AMP APOTEL ενδομυϊκώς	Αναιούφιση από το πόνο.
Τραύμα.	Επούλωση τραύματος.	Ακινησία συχνές αλλα- γές τραύματος και χειρ/μός καθαρισμός.	Παρατρύνεται ο ασθε- νής για μη έγερση από το κρεβάτι. Παραμονή επί κλίνης. Γίνονται πλύσεις με α- ντισηπτικά διαλύματα. Καθαρίζεται το εγχει- ρητικό πεδίο. Αλλάζονται οι γάζες.	Ομαλή εξέλιξη στην επού- λωση του τραύματος με- τεγχειρητικά.  Αποφυγή φλεγμονώδους εστίας.
Αναπνευστική δυσχέ- ρεια.	Αποκατάσταση φυσιολο- γικής αναπνευστικής λειτουργίας.	Κατάλληλη θέση αρώστου επί κλίνης. Αναπνευστικές ασκήσεις.	Ημιμαθιστική θέση με θωρακικό τοίχωμα σε ένταση.  Ευθαρρύνεται ο άρω- στος να βήχει και να παίρνει βαθιές ανα- πνοές.	Φυσιολογική αναπνοή. Μη εμφάνιση αναπνευ- στικών μολύνσεων.

Προβλήματα ασθενή	Αντιμειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσ. ενεργειών	Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
Κίνδυνος επιπλοκών α.Υποτροπή αιμορραγίας. (SHOCK)	Πρόληψη	Συχνή παρακολούθηση ασθενούς για συμπτώματα αιμορραγίας.	<p>Λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.</p> <p>Πλύσεις με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου.</p> <p>Χορήγηση αντιόξινων μέσα από το LEVIN</p> <p>Παρακολούθηση των υγρών του ρινογαστρικού σωλήνα.</p> <p>Γίνονται αναρροφήσεις των υγρών του στομάχου στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δύο πρώτες ώρες κάθε μία ώρα αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα.</p> <p>Εάν η αιμορραγία δεν υποχωρήσει γίνεται χορήγηση πλήρους αίματος.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση αρρώστου και συγχρόνως ενημέρωση του θεράποντος ιατρού.</p>	<p>Αναστολή αιμορραγίας.</p> <p>Φυσιολογικά ζωτικά σημεία</p> <p>Αποφυγή δεύτερης χειρ/μής επέμβασης.</p>

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σιγοποί	Προγραμματισμός νοσ. ενεργειών	Ειτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
-------------------	------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--

β. Θρόμβωση.

Πρόληψη δημιουργίας φλεβοθρομβώσεως κάτω άκρων.

Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

Ασκήσεις των κάτω άκρων. Εφαρμόζονται ελαστικοί επίδεσμοι στα κάτω άκρα όταν ο ασθενής μετά από εντολή Ιατρού μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι.

Πρόληψη πνευμονικής εμβολής.  
Μη εμφάνιση αναπνευστικής δυσχέρειας και θωρακικού πόνου μετεγχειρητικά, κατά την έγερση του ασθενούς.

γ. Σύνδρομο DUMPING.  
(έχουμε ραγδαία κένωση του περιεχομένου του στομάχου μετά από την λήψη της τροφής έτσι ώστε να διατείνεται απότομα το λεπτό έντερο και γίνεται έξοδος υγρού από τα τοιχώματα του).

Πρόληψη

Ενημέρωση ασθενούς.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο να αποφεύγει την λήψη μεγάλων γευμάτων αλμυρών τροφών ζεστών και παγωμένων καθώς και σακχαρούχων.  
Αποφυγή λήψεως υγρών κατά την διάρκεια του φαγητού, καλή μάσηση της λαμβανόμενης τροφής φυσική ανάπαυση του άρρωστου μετά το γεύμα.  
Χορηγούμε αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

Αποφυγή εμφάνισης συνδρόμου.

Προβλήματα αρρώστου

Αντιμειμενικοί σιμπού

Προγραμματισμός νοσ.  
φροντίδας

Νοσηλευτική παρέμβαση

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων  
& επιστημονική εκτίμηση

δ. Εισπλάγχυση (είναι συχνή σε τραύματα της κοιλίας και οφείλεται σε ρήξη, ραιμμάτων, μόλυνση βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση)

Πρόληψη.

Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσιων της κοιλίας. Πρόληψη μολύνσεων τραύματος, καλή διατροφή (κυρίως ζωικά λευκώματα), υποστήριξη τραύματος όταν βήχει ο άρρωστος και έλεγχος αυτού.

Β. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Νέα εισαγωγή έγινε στις 17/4/1989 στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών Αγ. Ανδρέας στην Παν/κή χειρ/κή.

Αιτία εισόδου: Οξύ κοιλιακό διαξιφιστικό άλγος στο επιγάστριο. Ο ασθενής αναφέρει ιστορικό έλκους 12/δακτύλου καθώς επίσης κ.ο.κ.οιμογενειακό ιστορικό έλκους. Από την νύχτα αναφέρει ενοχλήσεις στο επιγάστριο με την μορφή πόνου. Ο πόνος έγινε απότομα διαξιφιστικός το πρωί, ενώ λίγο αργότερα παρουσιάστηκε πόνος και στο (ΔΕ) λαγόνιο βόθρο. Εισάγεται στην Παν/κή χειρ/κή κλινική με πιθανή διάγνωση: διάτρηση έλκους 12/δακτύλου.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Αναφέρει ορθοστατική υπόταση  
Καπνίζει 25 τσιγάρα την ημέρα  
Αναφέρει δυσκοιλιότητα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

-ΚΕΦΑΛΗ-ΤΡΑΧΗΛΟΣ: Κεφαλή συμμετρική-ωχρότητα δέρματος-ελαφρά εφίδρωση  
τράχηλος συμμετρικός-ούτε ψηλαφητή διόγκωση λεμφαδένων.

ΘΩΡΑΚΑ: Συμμετρικός, έμπυξη θωρακικού τοιχώματος ομοιόμορφα συμμετρική.

S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>: Ευκοινείς με φυσιολογικό διχασμό

ΚΟΙΛΙΑ: Συσπασμένη με μεγάλη ευαισθησία στο επιγάστριο και το (ΔΕ) λαγόνιο βόθρο. Είναι αδύναμη η εν τω βάθει ψηλάφηση λόγω άλγους και της σύσπασης.

Ο ασθενής εισήλθε στις 17/4/89 στις 12 μ.μ. παίρνει οροόχει και LEVIN. Έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία θα πάει χειρουργείο.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σιποί	Προγραμματισμός νοσ. εργασίας	Ειτέλεση νοσ/ικής εργασίας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
Αιφνίδιος-έντονος πόνος στο επιγάστριο.	Ελάττωση του πόνου.	Προετοιμασία για χειρουργική αντιμετώπιση.	Τίθεται ρινογαστροϊκός σωλήνας για εικένωση γαστροϊκού περιεχομένου με αναρροφήσεις (LEVIN).	Ελάττωση παραπέρα επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας με αποτέλεσμα την μείωση του πόνου.
SHOCK	Μείωση υπογλαιμίας.	Χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και αντιβιοτικά ευρέως φάσματος.	Τίθεται διάλυμα χλωριούχου Νατρίου NaCl 0,9% ή RINGLES. Ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών π.χ. κεφαλοσπορίνη Β' γενεάς (MANDOKEF)	Βελτίωση της κλινικής εικόνας του ασθενή και χειρουργική αντιμετώπιση.
		Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων.	Ενδομυϊκά χορήγηση ναρκοτικών αναλγητικών (ROMIPON).	Μείωση του πόνου.
		Συχνή παρασιολούθηση ζωτικών σημείων.	Μέτρηση Αρτηριακής πίεσης (Α.Π.), Σφύξεων και αναπνοών.	Ελέγχεται η κλινική εικόνα του ασθενή.
Πόνος μετεγχειρητικός.	Μείωση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών ναρκοτικών φαρμάκων.	Έγινε I.M. 1 AMP ALGARHAN.	Μείωση του πόνου.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσ. ενέργειας	Επιτέλεση νοσηλευτικής εργασίας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
Πόνος μετεγχειρητικός.	Μείωση του πόνου.	Χορήγηση αναλγητικών ναρκοτικών φαρμάκων.	Έγινε 1.Μ. 1 AMP ALGAPHAN.	Μείωση του πόνου.
Διατροφή	Διατήρηση θετικού Ισοζυγίου ηλεκτρολυτών υγρών και θερμίδων.	Χορήγηση ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλυματικής γλυκόζης.	Χορήγηση 1000 CC NaCO 0,8% και χορήγηση 2000 CC γλυκόζης DEXTROSE 5%+2 OCM KCL 4000 CC.	Ικανοποιητικό ισοζύγιο υγρών και θερμίδων.
Κίνδυνος μόλυνσης.	Αποφυγή μόλυνσης.	Χορήγηση αντιβιοτικών Σχολαστική υγιεινή στόματος.	Το αντιβιοτικό σχήμα SOLVETAN 1X1, FTAZIDINE 1X3.	Υποχώρηση περιτοναϊκής μόλυνσης.
Αναπνευστική δυσχέρεια.	Βελτίωση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας.	Κατάλληλη θέση του ασθενή επί κλίνης. Αναπνευστικές ασκήσεις.	Ημικαθιστική θέση όταν δύναται. Ευθαρρύνεται ο ασθενής για βαθιές αναπνοές, βήχα και συχνές αλλαγές επί κλίνης.	Φυσιολογική αναπνοή. Μη εμφάνιση αναπνευστικών μόλυνσεων.
Μετεγχειρητική παρακολούθηση παροχетеύσεων.	Έλεγχος υγρών αναρρόφησης και υγρών παροχетеύσεων.	Διαρκής έλεγχος υγρών ρινογαστρικού σωλήνα και παροχетеύσεων.	Γίνεται αναρρόφηση υγρών από το ρινογαστρικό σωλήνα με σύριγγα LEVIN για έλεγχο των υγρών τα οποία μπορεί να περιέχουν βλέψη, χολή αίμα.	Ευνοϊκή μετεγχειρητική πορεία.



## Γ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

### Ιατρικό Ιστορικό

Στις 24/8/1989 έγινε εισαγωγή στο Γενικό Νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας στην Παν/κή χειρ/κή ασθενής τρίτης ηλικίας κάτοικος Ν. Αιτωλοακαρνανίας, αγρότης στο επάγγελμα με αιτία εισόδου <<πυλωρική στένωση>>.

Ο ασθενής αναφέρει ότι εδώ και αρκετά χρόνια (15) είχε ενοχλήματα από το πεπτικό δηλαδή καύσος και άλγος στο επιγάστριο το οποίο μετά την λήψη τροφής ή σκευασμάτων από αντιόξινα υποχωρούσε.

Προ οκτώ ετών (8) έκανε βαριούχο γεύμα ανωτέρου πεπτικού το οποίο έδειξε έλκος βολβού 12/δαιτύλου. Έκτοτε ο ασθενής έως και τον Ιούλιο του 1989 έκανε συντηρητική αγωγή με H<sub>2</sub> αναστολείς. Στις αρχές Αυγούστου αισθανόταν πληρότητα στο επιγάστριο (μετά την λήψη τροφής), άλγος, καύσος και ερυγές. Προκαλούσε μόνος του εμμετο και έβρισκε ανακούφιση. Υποβλήθηκε στις 4/8/ σε βαριούχο γεύμα ανωτέρου πεπτικού και ανευρέθη πυλωρική στένωση με σχετικά μεγάλο βαθμό διάτασης του στομάχου. Εισάγεται στην παν/κή χειρ/κή για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση.

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Γλαύκωμα στον αριστερό οφθαλμό: χειρουργήθηκε 1988
- Πολύποδες φωνητικών χορδών: χειρουργήθηκε 1983
- Καπνιστής 2 πακέτων τσιγάρα την ημέρα
- Χρόνια βρογχίτις

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

#### 1. ΚΕΦΑΛΗ - ΤΡΑΧΗΛΟΣ

- Τραχηλικού λεμφαδένες αψηλασπτοι

-Θυρεοειδής αφηλάφτος

-Καρωτιδικές σφύξεις ψηλαφητές χωρίς φυσήματα

#### ΘΩΡΑΚΑΣ

-Συμμετρικός

-Αιρόαση μέτριου βαθμού συρριμνοντες και ρεγχάζοντες άμφω των ημιθωραϊών.

-Φωνητικές δονήσεις άμφω: Κ.Φ.

-S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> ακουστοί, ευκρινείς σε όλες τις εστίες ακροάσεως. Χωρίς φυσήματα και πρόσθετους ήχους

#### ΚΟΙΛΙΑ

-Μαλακή, ανώδυνη και ευπίεστη

-Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

-Ήπαρ Σπλήνας αφηλάφτοι

-Κατά την αμείχληση πίεση του στομάχου παφλασμός

#### ΑΚΡΑ

-Τονικότητα, κινητικότητα, τροφικότητα ΚΦ

-Κίρσοι κάτω άκρων άμφω

#### ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Πυλωρική στένωση και ως εκ τούτου χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σιοποί	Προγραμματισμός νοσ. φροντίδας.	Εκτέλεση νοσηλ. φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων & επιστημονική εκτίμηση
Κλασσιμός πόνος έλγους στομάχου Αίσθημα επιγαστρι- κής πληρότητας και βάρους μετά το φα- γητό. Άνοσρξία, α- πώλεια βάρους και εμετώους που πε- ριέχουν άπεπτες τροφές.	Αναιούφιση από τον πό- νο και τα συμπτώματα.	Απαλλαγή από την διάταση και το αίσθη- μα γαστρικής πληρότη- τας.	Τίθεται ρινογαστρολιός σωλήνας. Εισαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για άδειασμα του στομάχου. Κάλυψη των αναγιών του άρρωστου σε νερό και θρεπτινές ουσίες με εν- δοσλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση διαλυμάτων RINGELS, DEXTROSE 50% NaCL + 2 AMP KCL. Χορήγηση βιταμινών για- τί ο άρρωστος παρουσιά- ζει σοβαρές ευδειες ε- ξαιτίας των εμετων.	Μείωση των συμπτωμάτων.  Ικανοποιητική πορεία ισοζυγίου υγρών και θερ- μίδων.
Προγραμματισμός για χειρουργική αντιμετώ- πιση.	Δημιουργία ιδανικών συνθηκών χειρ/ικής επέμβασης.	Μια βδομάδα προεχει- ρητική προετοιμασία για επέμβαση πυλωρικής στένωσης.	Σχολαστινή υγιενή στό- ματος. Πλύσεις με NaCL 0,9% δύο φορές την ημέρα. Οι πλύσεις μειώνονται σε μια ημερησίως όταν το	Δημιουργία ιδανικότερων συνθηκών για χειρουργι- κή επέμβαση.

Προβλήματα ασθενή

Αντιμειμενιοί σιοποί

Προγραμματισμός νοσ.  
φροντίδας

Ειτέλεση νοσηλ.  
φροντίδας

Αξιολόγηση αποτελεσμάτων  
& επιστημονική εντίμηση

γαστρικό υπόλειμμα  
μειωθεί.

Διορθώνονται: Επίσης  
οι ηλεκτρολυτιές  
διαταραχές.

Η αναιμία

Χορηγούνται αντιόξινα  
και δίαιτα ελικοπαθούς  
για να υποχωρήσει ο  
παροξυσμός έλκους

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσ. παρέμβασης	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
1. Τραυματικός πόνος και δυσφορία.	Ανακούφιση ασθενή από τα συμπτώματα.	1. Πόνος: Χορηγούμε αναλγητικά φάρμακα τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση και συχνή αλλαγή θέσης. Χορηγούμε παρεντερικά αντιβιοτικά εξασφαλίζουμε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον. 2. Δυσφορία: Ικανοποιούμε τις ανάγκες του αρρώστου. Του λέμε να αναπνέει βαθιά και να βήχει. Κάνουμε αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά κάθε μία ώρα.	Έγινε ενδομυϊκή ένεση 1 AMP PETHIDINE 0,05 Το αντιβιοτικό σχήμα είναι FEAGYL 1X3, FTAZIDINE 1X3 Εφαρμόζεται αναπνευστική γυμναστική Γίνεται αναρρόφηση γαστρικού υπολείμματος.	Ο πόνος υποχώρησε Ανακούφιση από τα συμπτώ-
2. Ανεπαρκής θρέψη.	Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.	Πιστή τήρηση παρεντερικής χορήγησης υγρών. Ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. Χορήγηση υγρών από το στόμα. Λήψη τροφής πλούσια σε	Χορήγηση υγρού για 2-3 ημέρες 2500-3000 CC. Στενή παρακολούθηση & έλεγχος των αποβαλλομένων και προσλαμβανόμενων υγρών για ακρι-	Αποφυγή επιπλοκών.

Προβλήματα ασθενή	Αντιμειμενιού σιοπού	Προγραμματισμός νοσ. παρέμβασης	Νοσηλευτική φροντίδα	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
-------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------

λευκώματα-βιταμίνες και συμπληρωματικό σίδηρο αν χρειαστεί.Εξασφάλιση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη.

βή τήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

3.Κίνδυνος επιπλοών

Πρόληψη επιπλοών.

Λήψη μέτρων για να αποφευχθεί ο κίνδυνος των επιπλοών.

Η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα για κάθε επιπλοή.

Αποφυγή επιπλοών.

Η εφαρμογή δίαιτας ελινοποθούς γίνεται μέχρι 24 ώρες πριν την επέμβαση.

Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες.

Κατόπιν τίποτα από το στόμα μέχρι την στιγμή της επέμβασης.

Συμπλήρωμα βιταμινών από το στόμα γιατί ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ευδειες εξαιτίας των εμετων που προηγήθηκαν

στο διάστημα αυτό. Η όλη προετοιμασία διαρκεί 7-10 μέρες.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Σήμερα δεν υπάρχει καμιά πληροφορία ότι το γαστροδω-  
δεκαδαιτυλικό έλκος δεν θεραπεύεται, αρκεί ο ελκιοπαθής να  
ρυθμίσει την αρρώστεια με την τήρηση διαιτολογίου και την  
κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για να αποφευχθεί ο κίνδυνος  
των επιπλοκών. Αν ο ασθενής ακολουθήσει με επιτυχία τους  
κανόνες αυτούς τότε η ζωή του δεν διατρέχει τον κίνδυνο των  
επιπλοκών..

Εμείς σαν μέλη υγειονομικής ομάδας πρέπει να συνειδη-  
τοποιήσουμε ότι για μπορέσουμε να προσφέρουμε σωστή και ολο-  
κληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με γαστροδω-  
δεκαδαιτυλικό έλκος, αλλά και σε κάθε άρρωστο ξεχωριστά πρέ-  
πει να κατέχουμε γνώσεις και να μας χαρακτηρίζουν το πνεύμα  
αγάπης προς τον ασθενή που πάσχει από οποιαδήποτε νόσο και  
η ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματός  
του.

Η ευσυνείδητη και στενή παρακολούθηση του αρρώστου από  
το νοσηλευτικό προσωπικό που παραμένει δίπλα στον ασθενή τις  
περισσότερες ώρες μπορεί πολλές φορές να συμβάλλει στην διά-  
σωσή του.

Πιστεύω ότι με την ολοκλήρωση της πτυχιαικής εργασίας να  
πάω το πτυχίο το οποίο θα με ανταμείψει για την προσπάθεια  
που κατέβαλα κατά την διάρκεια των σπουδών μου και να συνεχί-  
σω την καριέρα μου ευσυνείδητα προσφέροντας με βάση τις γνώ-  
σεις που αποκόμισα όλο αυτό το διάστημα, αμέριια, σωστή νο-  
σηλευτική φροντίδα στον πάσχοντα.

ΜΕ ΤΙΜΗ

ΤΣΕΠΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Ι. - ΣΠΗΛΙΩΤΗΣ Ι. - ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ. - ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Μ. -  
ΚΑΡΑΒΙΑΣ Δ.:  
Πρόοδοι στην Ιατρική Επιστήμη  
Τεύχος Α - Τόμος 2 - σελίς 36  
Εκδόσεις Αθήνα 1989
  
2. HARRISON G.A.  
Εσωτερική Παθολογία (Μετάφραση)  
Τόμος Α - Εκδόσεις Παρισιάνος  
Αθήνα 1986
  
3. KRUPP CHATTON WEREGAR:  
Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική (Μετάφραση)  
Τόμος Α' - Εκδόσεις Παρισιάνος  
Αθήνα 1986
  
4. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.  
Νοσηλευτική  
Γενική Παθολογική Χειρουργική  
Τόμος Α - Εκδόσεις Γεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων  
<< Η ΤΑΒΙΘΑ >>, Αθήνα 1985
  
5. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. - ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.  
Αρχές Γενικής Χειρουργικής  
Τόμος Β - Εκδόσεις Παρισιάνος  
Αθήνα 1989
  
6. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.  
Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική  
Νοσηλευτικές Διαδικασίες



Τόμος 1ος, Εκδόσεις <<Βήτα>> MEDICAL ARTS 1985  
Αθήνα 1985

7. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α., ΠΑΝΟΥ Μ.

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική  
Νοσηλευτικές Διαδικασίες

Τόμος 2ος/Μέρος Β - Εκδόσεις <<Βήτα>> MEDICAL ARTS 1985  
Αθήνα 1985

#### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WAY L.:

Current Surgical Diagnosis and treatment  
Lange - Edition - Los Altow - Ca 1985