

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ: <<ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ
ΕΛΚΟΥΣ>>

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΡΓΑΣΤΗΚΑΝ: ΓΡΙΒΑ ΕΥΠΡΑΞΙΑ

ΜΑΣΤΡΟΓΙΑΝΝΗ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	268
----------------------	-----

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	σελ.
Αναγνώριση	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή	1
Ορισμοί όρων	4
Φυσική Ιστορία	9
Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Ανατομία	11
Φυσιολογία	18
Κλινικές εκδηλώσεις	25
Αιτιολογία	33
Επιδημιολογία	34
Συχνότητα	37
Θνησιμότητα	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Διάγνωση	41
Θεραπεία Συντηρητική-Χειρουργική	49
Επιπλοκές	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Νοσηλευτική φροντίδα	78
Νοσηλευτική διεργασία	90
Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
Είδος της έρευνας	93
Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας	93
Μεθοδολογία	95

	σελ.
Συλλογή στοιχείων	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI	
Αποτελέσματα της έρευνας	97
Συζήτηση	123
Συμπεράσματα μελέτης-Προτάσεις	126
Περίληψη μελέτης	134
Παράρτημα Α	135
Ερωτηματολόγιο	135
Βιβλιογραφία	143

Αφιερωμένη στους γονείς μας

Α Ν Α Γ Ν Ω Ρ Ι Σ Η

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Κ.Κούνη Νικόλαο, ως υπεύθυνο καθηγητή για τη βοήθεια που μας προσέφερε για την αποπεράτωση αυτής της εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε την κυρία Βάσω Νικολοπούλου ως Επίκουρο Καθηγήτρια γαστρεντερολογίας και τον κ.Τσιλίρα Ανδρέα ως ειδικευόμενο γιατρό του ενδοσκοπικού τμήματος του Π.Π.Γ.Ν. Ρίου Πατρών για τα στοιχεία και τις πολύτιμες πληροφορίες που μας προσέφεραν.

Τέλος ευχαριστούμε την Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι μία από τις συχνότερες παθήσεις στις χώρες του Δυτικού ημισφαιρίου και υπολογίζεται ότι περίπου 10% του πληθυσμού θα παρουσιάσει έλκος σε κάποια φάση της ζωής του.

Στην τελευταία δεκαετία έγιναν σημαντικές εξελίξεις στη μελέτη και έρευνα του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους και συνεπώς αναζωογόνηση του ενδιαφέροντος γι' αυτή την τόσο διαδεδομένη πάθηση.

Παρά τις εκτεταμένες έρευνες τόσων χρόνων η αιτιολογία του έλκους στον άνθρωπο είναι άγνωστη ακόμα. Παρ' όλα αυτά, πολλές πρόοδοι έγιναν προς πολλές κατευθύνσεις από διάφορους κλάδους της ιατρικής. Κάθε ένας είχε τη συμβολή του αλλά ακόμη δεν υπάρχει μια σταθερή υπόθεση που να ενοποιεί τις διάφορες απόψεις και να δώσει μια σαφή ή πραγματική αιτιολογία για το έλκος στον άνθρωπο.

Από τον περασμένο αιώνα έγινε παραδεκτό ότι το γαστρικό υγρό περιέχει HCL οξύ και στις αρχές του αιώνα, ότι περιείχε και ένα πρωτεολυτικό ένζυμο την πεψίνη. Διατυπώθηκε η άποψη ότι αυτοί οι δύο παράγοντες είναι οι πιο εμφανείς αιτίες του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Διάφορες τεχνικές εφαρμόστηκαν για την ακριβή μέτρηση αυτών των ουσιών τόσο στα ζώα όσο και στον άνθρωπο και έγιναν εκτενείς μελέτες για τη φυσιολογία και τον έλεγχο της

έκκρισής τους. Επειδή η γαστρική έκκριση βρίσκεται κάτω από νευροορμονικό έλεγχο και επίδραση, έγιναν πολυάριθμες έρευνες για να μελετηθούν η σχέση μεταξύ νευρολογικών διαταραχών και του πεπτικού έλκους στα πειραματόζωα και της ψυχικής κατάστασης και του έλκους στον άνθρωπο.

Η εξέλιξη της ακτινολογίας και η ευρεία χρήση του βάριου στην ακτινολογική εξέταση του στομάχου, επέτρεψε πιο συχνές και ακριβείς διαγνώσεις του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους και διευκόλυνε τον διαχωρισμό από τις άλλες αιτίες δυσπεψίας. Στη συνέχεια αυτό επέτρεψε την καλύτερη εκτίμηση της φύσης και επιδημιολογία της νόσου. Διατυπώθηκε η άποψη ότι υπάρχει ο συντελεστής κληρονομικότητας στην δημιουργία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Η ανακάλυψη της ορμόνης γαστρίνης και η συνάρτηση της στο σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON έκανε να σκεφτούμε ότι οι ορμονικές διαταραχές μπορεί επίσης να έχουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της πάθησης. Πολλές έρευνες έγιναν τα τελευταία χρόνια σ' αυτό τον τομέα αλλά, όπως και με άλλες έρευνες, έδωσε όμως μερική απάντηση στο ερώτημα. Ένας αριθμός νέων γαστρεντερικών ορμονών ανακαλύφθηκαν και ο ρόλος τους στην υγεία και της νόσου μένει να προσδιοριστεί ακόμη.

Παράλληλα μ' αυτές τις εξελίξεις προόδευσε επίσης η χειρουργική αντιμετώπιση του γαστρο12/κού έλκους. Ειδικά με την εφαρμογή της εκλεκτικής βαγοτομής αποκτήσαμε σημαντικές πληροφορίες και γνώσεις στην φυσιολογία αυτής της νόσου.

Τέλος προόδευσε πολύ και η θεραπευτική αγωγή του έλκους με τα φάρμακα. Διάφορες άσχετες μεταξύ τους ουσίες απο-

δείχτηκε ότι επιταχύνουν την επούλωση.

Σκοπός της μελέτης

Γενικός σκοπός μας από την στοιχειώδη ερευνητική μελέτη με την οποία θα ασχοληθούμε είναι να εντοπιστούν όσο το δυνατόν περισσότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση και ενέσχυση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Ορισμοί όρων της μελέτης

Πιο κάτω γίνεται μια ετυμολογική και εννοιολογική ανάλυση μερικών βασικών όρων, που χρησιμοποιούμε στην εργασία μας για την καλύτερη κατανόηση από τον αναγνώστη. Οι όροι δεν παραθέτονται με αλφαβητική σειρά και είναι οι εξής:

Πεπτικό έλκος: Είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση που περιλαμβάνει τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο ή και το μυϊκό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνήθης εντόπισή του είναι στο στομάχι και το 12-δάκτυλο, μπορεί όμως να συμβεί σ' οποιαδήποτε περιοχή που εκτίθεται στο γαστρικό υγρό, όπως ο οισοφάγος, η νήστιδα ή μετά γαστρική χειρουργική. Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει την βλεννογόνια άμυνα όπως σε υπερχλωρυδρία ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας της κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννης.

Γαστρικό έλκος: Το έλκος αυτό συνήθως εντοπίζεται πάνω ή κοντά στο έλασσον τόξο του στομάχου και πιο συχνά στο πίσω τοίχωμά του. Μπορεί να συμβεί σ' οποιαδήποτε ηλικία και στα δύο φύλα. Είναι όμως 2-3 φορές συχνότερο στους άνδρες που έχουν περάσει τα 40 χρόνια. Το γαστρικό έλκος συνοδεύεται από φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα παραγωγής του υδροχλωρικού οξέος.

Δωδεκαδακτυλικό έλκος: εντοπίζεται στην πρώτη μοίρα του βολβού του 12-δάκτυλου και συχνότερα στην πρόσθια επιφάνεια. Έχει σχέση με παραγωγή περίσσειας οξέος και συμβαίνει συχνότερα σε άνδρες νεαρής ή μέσης ηλικίας. Το STRESS μπορεί να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί την ανάπτυξή του.

Αναστομωτικό έλκος: είναι επιπλοκή των εγχειρήσεων κυρίως του 12-δακτυλικού έλκους και πολύ λιγότερο του γαστρικού όταν δεν επιτευχθεί επαρκής έλεγχος της γαστρικής οξύτητας. Είναι πολύ συνηθισμένο στους άνδρες σε αναλογία (6:1). Ο βλεννογόνος της νήστιδας εκτίθεται στη δράση του υδροχλωρίου. Το έλκος εμφανίζεται συνήθως στο στόμιο ή την απαγωγό έλικα μέχρι 5 CM πέρα της αναστομώσεως. Η συχνότητα αυτού ποικίλλει ανάλογα του είδους της γενόμενης εγχειρήσεως. Ο χρόνος επανεμφάνσεως του έλκους ποικίλει· αρκετά μεγάλος περίπου 7-8 χρόνια μετά από απλή γαστρεντεροαναστόμωση και πολύ μικρότερος περίπου 3 χρόνια μετά από εγχείρηση γαστρεκτομής ή εγχείρηση με βάση την βαγοτομή πεψίνη-HCL-γαστρεντεροαναστύλωση.

Γαστρορραγία: εννοούμε την αθρόα απώλεια αίματος από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα ανεξάρτητα από αιτιολογικό παράγοντα. Η αιμορραγία αυτή προέρχεται εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος ή πιο συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό.

Διάτρηση: είναι η διάβρωση όλων των χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος από το έλκος. Επέρχεται έκχυση του περιεχομένου του στομάχου εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και εμφανίζονται συμπτώματα οξείας διάχυτης περιτονίτιδας. Συμβαίνει σε 3-5% των ελκών του βολβού και 2-3% των ελκών του στομάχου. Κλινικά εσφαλμένος εισβάλλει απότομα και είναι ισχυρότατος. Εντοπίζεται στο επιγάστριο, ακτινοβολεί σε όλη την κοιλιά, επιτείνεται με τις αναπνευστικές κινήσεις αλλά και με κάθε κίνηση γι' αυτό και ο ασθενής μένει ακίνητος και η αναπνοή του είναι επιπόλαια. Πολλές φορές ο ασθενής βρίσκεται

σε κατάσταση SHOCK.

Γαστρίνη: είναι μία από τις πρώτες και σημαντικές ορμόνες που η δράση της προκαλεί μεγάλη έκκριση HCL οξέος. Παράγεται κυρίως από τα κύτταρα του βλεννογόνου του άντρου. Τα κύτταρα αυτά βρίσκονται στη μέση των αδένων και ονομάζονται G-κύτταρα. Χημικά διακρίνονται δύο μορφές γαστρίνης, η μεγαλύτερη G34 και η μικρομοριακή G37. Σήμερα η γαστρίνη προσδιορίζεται με ακρίβεια με την ραδιοανοσοβιολογική μέθοδο. Ένα συνθετικό ανάλογο της γαστρίνης είναι και η πενταγαστρίνη η οποία χρησιμοποιείται ευρέως ως διεγερτικό της γαστρικής έκκρισης.

Γαστροσκόπηση: είναι επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου με ειδικό όργανο το γαστροσκόπιο. Είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την έρευνα του στομάχου. Με την άμεση όραση ελέγχεται ο βλεννογόνος του στομάχου και του 12-δάκτυλου αποκαλύπτονται και εντοπίζονται οι βλάβες και λαμβάνονται τεμάχια για ιστολογική εξέταση. Τέλος, φωτογραφίζεται η ύποπτη περιοχή για μετέπειτα λεπτομερειακή μελέτη.

Βαγοτομή: είναι διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων. Η βαγοτομή μπορεί να είναι μερική ή ολική στην οποία διατηρούνται ο ηπατικός κλάδος των πρόσθιων νεύρων και ο κοιλιακός κλάδος του οπισθίου νεύρου. Επειδή όμως το πνευμονογαστρικό είναι υπεύθυνο για την κινητικότητα του στομάχου μετά τη διατομή δημιουργείται το πρόβλημα της παροχέτευσης του περιεχομένου του στομάχου. Για την παροχέτευση του στομάχου γίνεται μαζί με τη διατομή των πνευμονογαστρικών και πυλώροπλαστική ή γαστρεντερονησιδοστομία. Ένα άλ-

λο είδος βαγοτομής είναι εκείνη που συνδυάζεται με αντρε-
κτομή. Σε περιπτώσεις που η βαγοτομή γίνεται για μετεγχει-
ρητικό έλκος μπορεί να διενεργηθεί θωρακοτομή.

Πρώιμο σύνδρομο DUMPING: μετά από επέμβαση για έλκος
μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνολο αγγειοκινητικών συμ-
πτωμάτων μετά από το φαγητό. Αυτά είναι το αίσθημα παλμών,
ταχυκαρδία, ζάλη, εφίδρωση και λιγότερο συχνά ορθοστατική
υπόταση. Η ομάδα αυτή των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων, που
αναφέρεται ως πρώιμο σύνδρομο DUMPING συνήθως εκδηλώνεται
30 λεπτά μετά από το φαγητό και πιστεύεται, ότι αυτό οφεί-
λεται στην ταχεία δίοδο υπερωσμωτικού γαστρικού περιεχομέ-
νου στο λεπτό έντερο. Αυτό οδηγεί στην είσοδο ύδατος μέσα
στον αυλό του εντέρου και προκαλεί διάταση του αυλού και
μείωση του όγκου του πλάσματος. Άλλοι μηχανισμοί που ανα-
φέρονται για τα συμπτώματα αυτά, περιλαμβάνουν τη διέγερση
αυτόνομων αντανακλαστικών δευτεροπαθής στη διάτρηση του ε-
ντέρου και έκλυση ορμονών ή μόνο έκλυση ορμονών από το έντε-
ρο σε απάντηση στην ταχεία είσοδο γαστρικού περιεχομένου
στο 12-δάκτυλο ή τη νήστιδα.

Ώσιμο σύνδρομο DUMPING: αναφέρεται σε ένα σύμπλεγμα
συμπτωμάτων που αποτελείται από ιλίγγους, ζάλη, αίσθημα παλ-
μών, εφίδρωση, σύγχυση και σπάνια συγκόπτική προσβολή, επέρ-
χεται δε 90' ως 3 ώρες μετά το φαγητό. Τα συμπτώματα συχνά
μπορεί να προκληθούν από γεύμα πλούσιο σε υδατάνθρακες ιδι-
αίτερα ζαχαρόζη. Το σύνδρομο φαίνεται να οφείλεται στην υ-
πογλυκαιμία που προκαλείται από έκλυση ινσουλίνης. Και οι
δύο τύποι του συνδρόμου DUMPING αντιμετωπίζονται με διαιτη-
τικά μέτρα.

Γαστροεντεροαναστόμωση: η εγκατάσταση δηλ. άμεσης επικοινωνίας μεταξύ στομάχου και εντέρου σε τρόπο ώστε η τροφή να μην περνά καθόλου από την περιοχή του έλκους. Το μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχιών στην εγκατάλειψη της μεθόδου αυτής και στην καθιέρωση της γαστρεκτομής.

Πεψίνη: ένζυμο, δηλ. ουσία που σε ελάχιστη ποσότητα προκαλεί εκτεταμένες χημικές αντιδράσεις που προορίζεται για τη χώνευση των λευκωμάτων της τροφής όπως το κρέας. Από την πεπτική ικανότητα την επειτείνει όταν υπάρχει σε αφθονία στο ίδιο το τοίχωμα του στομάχου απ' το οποίο εκκρίνεται.

ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι μια καλοήθης νόσος, αλλά διαρκώς υποτροπιάζουσα και υποχωρούσα. Αφού λοιπόν δεν είναι θανατηφόρος η ποσοστιαία αναλογία θανάτων δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν δείκτης της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Επιπλέον, εφ'όσον παρατηρείται μείωση της βαρύτητας της νόσου δεν μπορούμε να κρίνουμε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, συγκρίνοντας το ρυθμό υποτροπής της νόσου μετά τη θεραπεία, με τα ευρήματα παλαιότερων μελετών.

Η μόνη αξιόλογη μέθοδος για την εκτίμηση της αποτελεσματικής θεραπείας είναι η διπλή τυφλή κλινική μελέτη. Σ'αυτά τα πειράματα οι ασθενείς επιλέγονται στην τύχη για να γίνει θεραπεία είτε με δραστικό φάρμακο είτε με μια αδρανή ουσία (PLACEBO). Η επιλογή σε ποιόν θα δοθεί το φάρμακο και σε ποιόν το PLACEBO είναι τυφλή τόσο για το γιατρό όσο και για τον ασθενή. Η πορεία της θεραπευτικής αυτής καταγράφεται λεπτομερώς, τα αποτελέσματα και οι παρατηρήσεις στις δύο ομάδες συγκρίνονται. Αν υπάρχουν διαφορές η σημασία τους εκτιμάται με στατιστικές μεθόδους. Είναι ουσιώδες ότι και στις δύο ομάδες θεραπείας η κατανομή των ασθενών να μοιάζει όσο το δυνατό περισσότερο μεταξύ τους. Τέτοια σύγκριση είναι γενικά εύκολη όσο αφορά την ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, τη λήψη οίνοπνευματωδών, το ιστορικό και διάρκεια της νόσου και το ρυθμό των επιπλοκών. Δεν έχει όμως δοθεί έμφαση στη σύγκριση του μεγέθους του έλκους στις δύο ομάδες ούτε, ήταν δυνατόν να συνδυαστούν ασθενείς με την ίδια βαρύτητα και ανθεκτικότητα του έλκους στην θεραπεία.

Ένα κρίσιμο, αλλά συχνά παραμελημένο πρόβλημα είναι ο αριθμός των υπό μελέτη ασθενών.

Ο ρυθμός της αυτόματης επούλωσης των ελκών ποικίλει σημαντικά. Αν οι μελέτες περιλάβουν λίγους ασθενείς είναι δυνατόν η πλειονότητα των ασθενών που χαρακτηρίζονται σαν <<ταχέως επουλωθέντες>> να θεωρηθούν σαν επιτυχίες της θεραπείας με το δραστικό φάρμακο και αυτοί που τους χορηγήθηκε PLACEBO να θεωρηθούν σαν <<βραδέως επουλωθέντες>>. Στην περίπτωση αυτή ο διαφορετικός ρυθμός της επούλωσης ν'αποδοθεί στην δράση του φαρμάκου και να εξαχθούν λανθασμένα συμπεράσματα. Αντίθετα όμως όταν η μελέτη περιλαμβάνει μεγάλο αριθμό ασθενών τα συνολικά αποτελέσματα θα δώσουν μια πιο σαφή εικόνα και η αποτελεσματική θεραπεία θα ελαττώσει το μέσο χρόνο επούλωσης.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ο στομάχος είναι η πιο ανευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα, που προς τα πάνω μεν επικοινωνεί με τον οισοφάγο (οισοφαγικό στόμιο ή καρδία) προς τα κάτω δε με το λεπτό έντερο (πυλωρικό στόμιο ή πυλωρός). Χρησιμεύει για την πέψη της τροφής, που γίνεται με το έκκριμα των αδένων του (γαστρικό υγρό), με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα ο όξινος χυμός του στομάχου φέρεται προς το λεπτό έντερο.

ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑ

Ο στομάχος ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας και βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα. Τόσο η θέση και το σχήμα του στομάχου ποικίλλουν από άτομο σε άτομο καθώς και στο ίδιο άτομο, εξαρτώμενο από πολλούς παράγοντες, οι κυριώτεροι απότους οποίους είναι οι εξής:

Ο τόνος του στομάχου. Ο ρρβοτονικός στομάχος έχει σχήμα αγγίστρου ή γράμματος ξ. Ο υπερτονικός στομάχος έχει σχήμα κέρατος βοδιού, φέρεται δε σχεδόν εγκάρσια. Ο υποτονικός στομάχος είναι εξαιρετικά επιμήκης και φέρεται σχεδόν ολόκληρος αριστερά από τη μέση γραμμή. Το κατώτερο μέρος αυτού είναι ανευρυσμένο και φτάνει πολύ κατώτερα από τον ομφαλό.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη θέση και το σχήμα του στομάχου είναι ο βαθμός της πληρότητας αυτού, η στάση

του ατόμου, οι αναπνευστικές κινήσεις του διαφράγματος, ο τόνος των κοιλιακών μυών, η θέση των παρακλειμένων οργάνων κ.α.

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος, από περιγραφική άποψη, εμφανίζει δύο στόμια, την καρδία και τον πυλωρό, δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και δύο χείλη, το έλασσον και το μείζον τόξο.

Το οισοφαγικό στόμιο (καρδία), με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με τον οισοφάγο, αντιστοιχεί εσωτερικά μεν στην οδοντωτή γραμμή, εξωτερικά δε στην καρδιακή εντομή, που χωρίζει τον οισοφάγο από το θόλο του στομάχου. Στην εντομή αυτή αντιστοιχεί εσωτερικά η καρδιακή πτυχή. Το πυλωρικό στόμιο (πυλωρός), με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με το δωδεκαδάκτυλο, αφορίζεται εξωτερικά μεν από κυκλωτερή αύλακα την πυλωρική, εσωτερικά δε από ένα κυκλωτερές έπαρμα του βλεννογόνου που λέγεται πυλωρική βαλβίδα. Η βαλβίδα αυτή έχει σαν απόθεμα μιαν πάχυνση της κυκλωτερούς μυϊκής στιβάδας του στομάχου, δηλ. των σφιγκτήρων του πυλωρού.

Οι επιφάνειες του στομάχου είναι δύο, η πρόσθια και η οπίσθια, οι οποίες χωρίζονται η μία από την άλλη με δύο τοξοειδή χείλη, το έλασσον και το μείζον τόξο του στομάχου. Από τα χείλη αυτά το έλασσον τόξο (άνω χείλος) εκτείνεται από την καρδία μέχρι τον πυλωρό και περιγράφει τόξο, του οποίου το βαθύτερο μέρος σχηματίζει τη γωνιαία εντομή. Κατά μήκος του χείλους αυτού προσφύεται η πτυχή του περιτοναίου, το λεγόμενο έλασσον επίπλον. Το μείζον τόξο (=κάτω χείλος) του στομάχου εκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντο-

μής μέχρι τον πυλωτό και είναι πολύ επιμηκότερο από το προηγούμενο. Κατά μήκος αυτού προσφύεται η πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μείζον επίπλουν.

ΜΕΡΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Με τη γωνιαία εντομή ο στομάχος χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, στον ιδίως στομάχο και στον πυλωρικό στομάχο. Ο ιδίως στομάχος, που φέρεται σχεδόν κάθετα και αριστερά από την σπονδυλική στήλη, υποδιαιρείται σε ένα ανώτερο μέρος, που λέγεται θόλος ή πυθμένας και στο υπόλοιπο που λέγεται σώμα.

Ο θόλος συνήθως γεμίζει από τον αέρα που καταπίνουμε με τις τροφές.

Ο πυλωρικός στομάχος φέρεται προς τα πάνω εν μέρει μπροστά και εν μέρει δεξιά από την σπονδυλική στήλη και υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα.

ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Τα κύρια στηρίγματα του στομάχου είναι η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου και η κατιούσα μοίρα του 12/λου που καλύπτονται από εμπρός από το περιτόναιο και ακινητοποιούνται έτσι επάνω στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Στην στήριξη του στομάχου συντελούν επίσης και οι εξής πτυχές του περιτοναίου: α) το έλασσον επίπλουν, β) το μείζον επίπλουν, γ) ο γαστροφρενικός σύνδεσμος και δ) ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος.

ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η εσωτερική επιφάνεια του στομάχου: α) πτυχές του βλεννογόνου. Από τις πτυχές αυτές οι περισσότερες εξαφανίζονται

κατά την πλήρωση του στομάχου, μερικές όμως είναι μόνιμες, φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αφορίζουν αύλακες. Κατά μήκος της οδού αυτής η υγρά τροφή φέρεται κατευθείαν στο 12/λο, β)ολικές πτυχές, που σχηματίζονται από πτύχωση όλων των χιτώνων του στομάχου, γ)τις γαστρικές άλω, οι οποίες είναι τετράγωνα ή εξάγωνα επάρματα του βλεννογόνου που σχηματίζονται από συσσώρευση αδένων.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες οι οποίοι από τα έξω προς τα μέσα είναι ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο αποβλεννογόνιος και ο βλεννογόνος. Ο στόμαχος έχει ακόμη αγγεία και νεύρα.

α) Ο ορογόνος χιτώνας προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου και περιβάλλει τον στόμαχο από παντού. Λείπει μόνο κατά μήκος της πρόσφυσης του ελάσσονος και του μείζονος επίπλου όπου πορεύονται τα αγγεία του στομάχου

β) Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και εμφανίζει 3 στιβάδες την έξω (επιμήκη), την μέση (κυκλωτερή) και την έσω λοξή. Οι δύο πρώτες παριστούν την συνέχεια των ομώνυμων στιβάδων του οισοφάγου και συνεχίζονται στο μυϊκό χιτώνα του εντέρου. Η κυκλωτερής στιβάδα αντίστοιχα προς τον πυλωρό παχύνεται και σχηματίζει τον σφιγκτήρα του πυλωρού.

Ενέργεια. Ο μυϊκός χιτώνας του θόλου και του σώματος κάνει ελαφριές τονικές συστολές ενώ αντίθετα προς τον πυλωρικό στόμαχο κάνει ισχυρές περισταλτικές κινήσεις, με τις οποίες το περιεχόμενο του στομάχου πηγαίνει περιοδικά στο 12/λο.

γ) Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται: α) από επιθήλιο, μονόστιβο κυλινδρικό, που παράγει βλέννα, β) από χόριο, γ) από αδένες, που παράγουν το γαστρικό υγρό και από βλεννογόνο μικρή στιβάδα που χωρίζει τον βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνο.

Οι αδένες του στομάχου διακρίνονται στους ιδίως γαστρικούς, στους πυλωρικούς και στους καρδιακούς.

ε) τα αγγεία και τα νεύρα του στομάχου.

Αρτηρίες είναι η αριστερή γαστρική, κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, η δεξιά γαστρική και η δεξιά γαστρεπιπλοική, κλάδοι της ηπατικής αρτηρίας, η αριστερή γαστρεπιπλοική και οι βραχείες γαστρικές κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας. Οι φλέβες του στομάχου εμβάλουν στην πυλαία φλέβα και εν μέρει στις κατώτερες οισοφαγιές. Τα λεμφαγγεία εμβάλλουν στα γαστρικά, ηπατικά και στα παγκρεατοσπληνικά λεμφογάγγλια.

Τα νεύρα του στομάχου προέρχονται από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Το συμπαθητικό αναστέλλει τις κινήσεις του στομάχου ενώ το παρασυμπαθητικό επιταχύνει τις κινήσεις και την έκκριση των αδένων.

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ

Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου και ενώνει τον πυλωρό και τη νήστιδα. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου. Ονομάστηκε έτσι από τον Ηρόφιλο, που το βρήκε να έχει μήκος όσο 12 εγιάροια δάκτυλα. Συνήθως έχει σχήμα αγκύλης, ανοικτής προς τα πάνω και αριστερά, στο κοίλο της οποίας περιλαμβάνεται η κεφαλή του παγκρέατος. Σύμφωνα με το σχήμα του μπορεί να θεωρηθεί ως η πρώτη έλικα του λεπτού εντέρου, η οποία όμως διαφέρει από τις

υπόλοιπες: α) γιατί είναι σχετικά ακίνητη, επειδή το περιτό-
ναιο την καλύπτει από εμπρός, β) γιατί σ' αυτή εκβάλλουν οι
εικφορητικοί πόροι του ήπατος και του παγκρέατος και γ) για-
τί έχει ιδιαίτερους αδένες, τους δωδεκαδακτυλικούς αδένες
(BRUNNER).

ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΜΟΙΡΕΣ

Το δωδεκαδάκτυλο αρχίζει δεξιά από τον 1ο οσφυϊκό σπόν-
δυλο και φέρεται προς τα πάνω, δεξιά και πίσω, κάτω από τον
τετράπλευρο λοβό του ήπατος. Ύστερα κατέρχεται κατά μήκος
του έσω χείλους του δεξιού νεφρού μέχρι του 3ου-4ου οσφυϊ-
κού σπονδύλου· ύστερα φέρεται αριστερά, σχεδόν οριζόντια,
μπροστά από την κάτω κοίλη φλέβα και την αορτή, τέλος από
εδώ πορεύεται λοξά προς τα πάνω μέχρι το αριστερό πλάγιο
του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου, όπου κάμπτεται απότομα προς τα
εμπρός και μεταπίπτει στη νύστη.

Εμφανίζει επομένως το δωδεκαδάκτυλο τέσσερις μοίρες:
την πρώτη (άνω ή ηπατική), τη δεύτερη (κατιούσα ή νεφρική)
την τρίτη (οριζόντια ή προαορτική) και την τέταρτη (ανιού-
σα). Η πρώτη μοίρα χωρίζεται από τη δεύτερη με την άνω καμ-
πή, η δεύτερη από την τρίτη με την κάτω καμπή, η τρίτη από
την τέταρτη με τα άνω μεσεντέρια αγγεία, που φέρονται μπρος
από το δωδεκαδάκτυλο και η τέταρτη από τη νήστιδα με την τε-
λική ή νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή.

ΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ

Το δωδεκαδάκτυλο βρίσκεται κατά βάθος επάνω στο οπίσθιο
κοιλιακό τοίχωμα, εκτός από την πρώτη μοίρα του, που βρίσκε-

ται επιπολής . Στη θέση αυτή στηρίζεται με το περιτόναιο και με τον κρεμαστήρα με του δωδεκαδακτύλου.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Η εσωτερική επιφάνεια του δωδεκαδακτύλου, εκτός από τα κοινά γνωρίσματα όλου του λεπτού εντέρου (λάχνες και κυκλωτερείς πτυχές), εμφανίζει στην κατιούσα μοίρα την επιμήκη πτυχή του δωδεκαδακτύλου, που παράγεται από την ενδοτοιχιική πορεία του χοληδόχου πόρου. Η πτυχή αυτή προς τα κάτω απολήγει σε έπαρμα του βλεννογόνου, που ονομάζεται μείζων θηλή του δεδεκαδακτύλου (φύμα του VATER) και στην κορυφή του οποιού βρίσκονται οι εκβολές του χοληδόχου πόρου και του μείζονος πόρου του παγκρέατος. Λίγο πιο πάνω από τη μείζονα θηλή βρίσκεται ένα άλλο μικρότερο έπαρμα, η ελάσσων θηλή του δωδεκαδακτύλου (φύμα του SANTARINI).

ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ

Οι αρτηρίες του δωδεκαδακτύλου είναι η άνω και η κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, από τις οποίες η πρώτη είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, η δεύτερη της άνω μεσεντέριας. Οι φλέβες εκβάλλουν στην σπληνική, στην πυλαία και στην άνω μεσεντέρια φλέβα. Τα νεύρα προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα.

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ

ΕΛΚΟΣ

Ο γαστρικός βλεννογόνος έχει πολύ μεγάλη ικανότητα να εκκρίνει οξύ. Τα τοιχωματικά (εκκρίνοντα οξύ, (ΟΧΥΝΤΙC) κύτταρα εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ με μηχανισμό που στηρίζεται στην οξειδωτική φωσφορυλίωση. Τα τοιχωματικά κύτταρα βρίσκονται στους αδένες του βλεννογόνου του σώματος και του θόλου του στομάχου και μπορούν να εκκρίνουν ιόντα υδρογόνου σε συγκέντρωση 3 εκατομμύρια φορές μεγαλύτερη από εκείνη που υπάρχει στο αίμα. Η υπολογισθείσα συγκέντρωσης HCL που εκκρίνεται κατ'ευθείαν από τα τοιχωματικά κύτταρα είναι περίπου 160 μΜ. Κάθε ιόν υδρογόνου (H^+) που εκκρίνεται συνοδεύεται από ένα ιόν χλωρίου (Cl^-). Με την αύξηση της εκκρίσεως υδρογονοϊόντων από το στόμαχο υπάρχει αντίστοιχη μείωση στην έκκριση ιόντων νατρίου. Για κάθε ιόν διττανθρακικού (HCO_3) ανταλλάσσεται μέσω τηςφλεβικής γαστρικής κυκλοφορίας και δημιουργείται έτσι το αλκαλικό κύμα (αλκαλική παλίρροια-ALKALINE TIDE), που αντικατοπτρίζει άμεσα το μέγεθος της γαστρικής εκκρίσεως H^+ . Το διττανθρακικό παράγεται από το ανθρακικό οξύ. Το τελευταίο δημιουργείται από το διοξείδιο του άνθρακα μετά από την επίδραση της καρβονικής ανυδράσης των τοιχωματικών κυττάρων. Η υπόθεση των δύο στοιχείων της εκκρίσεως γαστρικού υγρού υποθέτει, ότι τα τοιχωματικά κύτταρα εκκρίνουν αμιγές HCl που αναμιγνύεται (σε διάφορες αναλογίες) με το αλκαλικό έκκριμα των μη τοιχωματικών κυττάρων όμοιο σε ιοντική σύνθεση προς το εξωκυττάριο υγρό.

Πολλαπλοί χημικοί, νευρικοί και ορμονικοί παράγοντες συμμετέχουν στη ρύθμιση της εκκρίσεως γαστρικού οξέος. Η έκκριση του οξέος διεγείρεται από τη γαστρίνη και τις χολι-

νεργικές μεταγαγγλιακές ίνες του πνευμονογαστρικού μέσω των μουσκαρινικών υποδοχέων των τοιχωματικών κυττάρων. Η γαστρίνη η ισχυρότερη γνωστή ουσία διέγερσης της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος, βρίσκεται στα κυτταροπλασματικά εκκριτικά κοκκία των γαστρινικών κυττάρων (ή κυττάρων G) που είναι διεσπαρμένα ανάμεσα στα επιθηλιακά κύτταρα του μέσου και βαθύτερου τμήματος των αδένων του πυλωρικού άντρου. Η γαστρίνη, όπως και πολλά άλλα πεπτίδια, ανευρίσκεται σε πολλαπλούς μοριακούς τύπους. Ο σημαντικότερος τύπος ιστικής γαστρίνης είναι το δεκαεπταπεπτίδιο (G-17) που περιέχει 17 αμινοξέα. Ο τύπος της γαστρίνης II είναι εκείνος που στη θέση 12 της αλυσίδας η ρίζα πυροσύλ- έχει ένα μόριο θείου και η γαστρίνη I είναι το μη θειωμένο παράγωγο. Περίπου τα 2/3 της γαστρίνης που κυκλοφορεί αποτελείται από τα μεγάλα μοριακού βάρους είδη γαστρίνης, δηλαδή η <<μεγάλη γαστρίνη>> ή G-34. Τα είδη αυτά της γαστρίνης περιέχουν 34 αμινοξέα, τα τελευταία 17 των οποίων είναι ταυτόσημα προς τη δεκαεπταπεπτιδική γαστρίνη και μπορεί να είναι θειούχο παράγωγο ή μη θειούχο.

Περισσότερο από τα 90% της γαστρίνης του βλεννογόνου του άντρου είναι του τύπου G-17. Γαστρίνη υπάρχει επίσης και στο δωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο, η μεγαλύτερη συγκέντρωση της οποίας παρατηρείται στο εγγύς δωδεκαδάκτυλο (περίπου 10% της συγκέντρωσης του πυλωρικού άντρου). Η συγκέντρωση της γαστρίνης του βλεννογόνου και η αναλογία της G-17 μειώνονται προοδευτικά στη συνέχεια του δωδεκαδακτύλου. Η επίδραση της γαστρίνης και του πνευμονογαστρικού στην έκκριση γαστρικού οξέος σχετίζονται στενά. Η διέγερση του πνευμονογαστρικού αυξάνει την έκκριση γαστρικού οξέος (1) με την

άμεση διέγερση των τοιχωματικών κυττάρων, (2) διεγείρει την έκλυση γαστρίνης στην κυκλοφορία, (3) μειώνει την ουδό ερεθισμού των τοιχωματικών κυττάρων στη συγκέντρωση της κυκλοφορούσας γαστρίνης. Υπάρχει ένδειξη, ότι μερικοί πιθανώς μη χολινεργικοί κλάδοι ή ίνες του πνευμονογαστρικού μπορεί να αναστείλουν την έκκριση γαστρίνης.

Η ισταμίνη υπάρχει σε μεγάλες συγκεντρώσεις στα βασεόφιλα (MUST CELL) κύτταρα της βασικής μεμβράνης των περιοχών που έχουν τοιχωματικά κύτταρα. Τα κύτταρα που περιέχουν ισταμίνη βρίσκονται πολύ κοντά στα τοιχωματικά σε σχέση ένα βασεόφιλο προς τρία τοιχωματικά. Η σημασία της ισταμίνης στη διέγερση έκκρισης γαστρικού οξέος, άλλαξε ραγδαία μετά τη διατύπωση της υπόθεσης, ότι η ισταμίνη αποτελεί την τελική κοινή οδό για τη χολινεργική και δια γαστρίνης διέγερση των τοιχωματικών κυττάρων προς έκκριση γαστρικού οξέος, εν τούτοις πολλοί ερευνητές διατηρούν επιφυλάξεις για οποιαδήποτε συμμετοχή της ισταμίνης στην παραπάνω διαδικασία.

Το ενδιαφέρον για το λόγο της ισταμίνης ανανεώθηκε με την ανακάλυψη των ανταγωνιστών των H_2 -υποδοχέων, που αναστέλλουν τη δράση της ισταμίνης στους H_2 υποδοχείς (εντοπίζονται στο γαστρικό τοίχωμα, στους κόλπους της καρδιάς, στα λεία μυϊκά κύτταρα της μήτρας). Τα φάρμακα αυτά έχουν αδήμαντη επίδραση στους H_1 -υποδοχείς που αναστέλλονται εύκολα απ' τα συνήθη συμβατικά αντιϊσταμινικά. Οι αναστολείς των H_2 -υποδοχέων (π.χ.σιμετιδίνη) διακόπτουν τη βασική έκκριση του οξέος και την εκκριτική απάντηση στο φαγητό, τη γαστρίνη, την ισταμίνη, την υπογλυκαιμία και τη διέγερση των πνευμονογαστρικών. Οι περισσότερες από τις διαθέσιμες σήμερα πληροφο-

ρίες ενισχύουν τα συμπεράσματα, ότι (1) η ισταμίνη παίζει σημαντικό ρόλο στη διέγερση έκκρισης οξέος, (2) δρα αρμονικά με τη γαστρίνη και τη χολινεργική δραστηριότητα στα τοιχωματικά κύτταρα, τα οποία φέρουν υποδοχείς για την ισταμίνη, τη γαστρίνη και την ακετυλοχολίνη, (3) πιθανώς δεν είναι το τελικό κοινό δραστικό μόριο στη διέγερση των τοιχωματικών κυττάρων προς έκκριση.

Η πρόσληψη τροφής είναι το μέγιστο φυσιολογικό ερέθισμα για την έκκριση γαστρικού οξέος. Παραδοσιακή ή γαστρική έκκριση διαιρείται σε τρεις φάσεις -την κεφαλική, τη γαστρική και την εντερική. Η διαίρεση αυτή έχει κάποια αξία στη μελέτη των πολλαπλών παραγόντων που καθορίζουν τη γαστρική έκκριση. Η κεφαλική φάση περιλαμβάνει τη γαστρική εκκριτική απάντηση στη θέα, τη γεύση, την οσμή και τη σκέψη του φαγητού. Η γαστρική φάση αρχίζει με την είσοδο της τροφής στο στόμαχο. Η εντερική φάση οφείλεται στην είσοδο ή παρουσία φαγητού στον αυλό του λεπτού εντέρου. Αν και οι παραπάνω φάσεις σκοπό έχουν να εμφανίσουν τους παράγοντες που συμβάλουν στη γαστρική έκκριση, η κάθε φάση είναι σύνθετη και δεν οφείλεται απαραίτητα σε απλούς μηχανισμούς ελέγχου της διεγέρσεως.

Η κεφαλική φάση φαίνεται να εξασφαλίζεται κυρίως από τα πνευμονογαστρικά, τα οποία αυξάνουν την έκκριση γαστρικού οξέος με την άμεση διέγερση των τοιχωματικών κυττάρων και με την διέγερση εκλύσεως γαστρίνης στην κυκλοφορία.

Η γαστρική φάση περιλαμβάνει διέγερση των χημικών και μηχανικών υποδοχέων του γαστρικού τοιχώματος από το περιεχόμενο του αυλού. Η μηχανική διάταση του στομάχου διεγείρει

την έκκριση γαστρικού οξέος, όχι όμως γαστρίνης. Αυτή η μηχανική επίδραση αναστέλλεται από την ατροπίνη και φαίνεται, ότι ενισχύεται απ' τα πνευμονογαστρικά αντανακλαστικά. Η παρουσία τροφής στο στομάχο διεγείρει την έκκριση οξέος αυξάνοντας την έκκριση γαστρίνης κυρίως λόγω των πρωτεϊνών που περιέχονται σ' αυτή ή των προϊόντων της πρωτεϊνικής πέψης του γεύματος. Η γλυκόζη και τα λίπη προκαλούν ελαφρά αύξηση της γαστρίνης του ορού, αλλά δεν διεγείρουν την έκκριση γαστρικού οξέος. Η παρουσία τροφής στο εγγύς λεπτό έντερο διεγείρει την εντερική φάση παραγωγής γαστρικού οξέος. Ένα μείγμα πεπτινής που εισάγεται στο λεπτό έντερο διεγείρει την έκκριση γαστρικού οξέος, όχι όμως και της γαστρίνης. Μερικοί προτείνουν, ότι η τροφή στο λεπτό έντερο προκαλεί την έκκριση μιας εντερικής ορμόνης, πιθανώς ενός πολυπεπτιδίου, που διεγείρει τη γαστρική έκκριση. Αυτή η ουσία φαίνεται ότι είναι διαφορετική από τη γαστρίνη και σε αντίθεση με τη γαστρίνη καταστρέφεται βαθμιαία κατά τη διόδό της μέσω της πυλαίας κυκλοφορίας από το ήπαρ.

Η πρόσληψη καφέ, που περιέχει ή δεν περιέχει καφεΐνη, διεγείρει την έκκριση γαστρικού οξέος. Στον άνθρωπο η πρόσληψη αιθανόλης δεν διεγείρει την έκλυση γαστρίνης και την έκκριση γαστρικού οξέος. Στην πραγματικότητα σε συγκεντρώσεις επαρκείς για να διασπαστούν το φραγμό του βλεννογόνου (π.χ. μεγαλύτερη από 14%) η αιθανόλη μειώνει την ποσότητα γαστρικού οξέος. Η ενδοφλέβια χορήγηση ασβεστίου διεγείρει την έκκριση οξέος και προκαλεί ελάχιστη αύξηση των επιπέδων γαστρίνης του ορού. Εκτός από τους ασθενείς με γαστρίνωμα, η υπερασβεστιαϊμία συνήθως δεν συνοδεύεται από υπερέκκριση ο-

ξέος ή αύξηση της γαστρίνης του ορού.

Η αναστολή εκκρίσεως γαστρικού οξέος μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς μηχανισμούς. Η έκκριση αυτή μπορεί να εμποδίζεται από την ύπαρξη οξέος στο στόμαχο ή στο δωδεκαδάκτυλο, από την υπεργλυκαιμία, τα υπέρτονα διαλύματα και το λίπος στο δωδεκαδάκτυλο.

Η μείωση του ενδογαστρικού pH στο 3.0 προκαλεί μερική αναστολή της εκκρίσεως γαστρίνης· υπάρχει ένδειξη, ότι η αναστολή εκκρίσεως γαστρίνης από το ενδογαστρικό οξύ οφείλεται στη δράση της σωματοστατίνης που βρίσκεται σε υψηλή συγκέντρωση στα D κύτταρα του βλεννογόνου του άντρου. Η παρουσία λίπους στο δωδεκαδάκτυλο αναστέλλει επίσης την έκκριση γαστρικού οξέος. Το γαστρικό ανασταλτικό πεπτίδιο (GASTRIC-INHIBITORY PEPTIDE-GIP) θεωρείται υπεύθυνο γι' αυτή την εντερογαστρική δράση. Ο ρόλος εν τούτοις του GIP πρέπει να αποσαφηνισθεί. Ο μηχανισμός, με τον οποίο η υπεργλυκαιμία ή η ενδοδωδεκαδακτυλική υπερωσμωτικότητα δρουν ανασταλτικά στη γαστρική έκκριση, είναι άγνωστος.

Άλλα πεπτίδια που ανευρέθησαν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και έχουν την ιδιότητα να αναστέλλουν τη γαστρική έκκριση είναι τα ομοιάζοντα με την γλυκαγόνη πεπτίδια, τα αγγειοδραστικά εντερικά πεπτίδια και η ουραγαστρονίνη.

Η πρωτεολυτική δράση της πεψίνης (PEPSIN) και η διαβρωτική επίδραση του οξέος φαίνεται να είναι τα σπουδαιότερα στοιχεία της τραυματικής ιστικής βλάβης που οδηγεί στην εξέλιξη. Το οξύ προκαλεί με αυτοκαταλυτικό μηχανισμό τη διάσπαση του αδρανούς πεψιγόνου σε ενεργό πεψίνη και παρέχει ε-

πίσης το κατάλληλο pH που απαιτείται για τη δράση της πεψίνης.

Ο ακριβής μηχανισμός ή οι μηχανισμοί που συνθέτουν την αντίσταση του βλεννογόνου εξαιτίας της οποίας ο φυσιολογικός στομάχος και το δωδεκαδάκτυλο αντιστέκονται στη διαβρωτική επίδραση οξέος-πεψίνης, δεν είναι ξεκάθαροι. Η σημασία της γαστρικής βλέννας στην αντίσταση του βλεννογόνου δεν είναι σαφής. Η βλέννα που εκκρίνεται από τα βλενοπαράγωγα κύτταρα του βλεννογόνου του στομάχου είναι ένα ζελατινώδες υλικό, που επικαλύπτει την επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου.

Ο φραγμός αυτός του γαστρικού βλεννογόνου συμμετέχει στην ανθεκτικότητα του βλεννογόνου απέναντι στην ελκωτική δράση του οξέος-πεψίνης. Πολλοί παράγοντες μπορεί να διασπάσουν το φραγμό αυτό, μεταξύ των οποίων τα χολικά οξέα, τα σαλικυλικά, το οινόπνευμα και τα ασθενή οργανικά οξέα, επιτρέποντας έτσι την επαναδιάχυση των ιόντων υδρογόνου από τον αυλό σε μέσο- και ενδοκυττάριας περιοχές.

Άλλοι παράγοντες του βλεννογόνου, μερικοί των οποίων είναι γενετικοί, συμβάλλουν φανερά στην ικανότητα του γαστρικού βλεννογόνου να ανθίσταται ή επιτρέπουν την εμφάνιση της νόσου του έλκους.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα του 12/κού έλκους είναι η δυσφορία του ανώτερου πεπτικού συστήματος η οποία συχνά συνδυάζεται με συμπτώματα γαστροοισοφαγικής εισαγωγής (παλινδρόμησης) η οποία γενικά εξαφανίζεται με τη λήψη αντιόξινων ή και τροφής. Τούτο λαμβάνει χώρα κατά ένα υποτροπιάζοντα ή επαναλαμβανόμενο ρυθμό και διαρκεί λίγες μέρες ή εβδομάδες με ασυμπτωματικά μεσοδιαστήματα για περίοδο εβδομάδων ή μηνών.

Η ογκώδης βιβλιογραφία περί της συμπτωματολογίας του πεπτικού έλκους δίνει έμφαση περί του πως θα ξεχωρίσει κανείς το πεπτικό έλκος από άλλες καταστάσεις που το μιμούνται και πως γίνεται διαφορετική διάγνωση μεταξύ γαστρικού και 12/κού έλκους, κλινικώς.

Η διαφορική διάγνωση βάσει της κλινικής εικόνας είναι αναξιόπιστη και καθιστά επιτακτική ανάγκη ευρύτερης χρήσης άλλων μεθόδων πιο ακριβής διάγνωσης. Ελλείψει όμως άλλων πιο ειδικών μεθόδων επί του παρόντος η διάγνωση και η επιλογή των ασθενών βάσει μόνο της κλινικής εικόνας εξακολουθεί να είναι σημαντική.

Περιοχή του πόνου: Ο πόνος του 12/κού έλκους πάντα γίνεται αισθητός στην άνω κοιλιακή περιοχή, κυρίως στο επιγάστριο επί της μέσης γραμμής και μερικές φορές λίγο δεξιότερα. Σε μερικούς ασθενείς εντοπίζεται ψηλά στο επιγάστριο και αντανακλά πίσω απότην ξιφοειδή υπόφυση. Τούτο παρατηρείται στα 2/3 έως τα 3/4 των ασθενών με 12/κό έλκος. Ένας μικρός αριθμός ασθενών αισθάνονται δυσφορία ή πόνο ακριβώς

πάνω από τον ομφαλό ή εκατέρωθεν αυτού.

Άλλοι αισθάνονται τον πόνο αποκλειστικά στο δεξιό ή αριστερό υποχόνδριο. Σπάνια ο πόνος εντοπίζεται στο λαγόνιο βόθρο ή ακόμα στη βουβωνική χώρα. Γενικά η διάγνωση αυτών των ασθενών είναι δύσκολη. Η περιοδικότητα και η ανακούφιση του πόνου με την λήψη αντιόξινων είναι η μόνη σαφής ένδειξη της φύσης της νόσου.

Σε πολλούς ασθενείς η δυσφορία εντοπίζεται σε περισσότερο της μιας θέσης. Συνήθως ο ασθενής βάζει το χέρι του στην άνω κοιλιακή μοίρα, μια ασαφή περιοχή δυσφορίας, αλλά δείχνει με το δάκτυλο μια μόνο περιοχή για να δείξει που αισθάνεται το μεγαλύτερο πόνο.

Αντανάκλαση: αντανάκλαση του πόνου παρατηρείται στο 1/3μέχρι 1/2 των ασθενών με 12/κό έλκος. Η πιο συνήθης αντανάκλαση είναι η προς τα πάνω στην οπισθοστερνική χώρα είτε προς τα πίσω στο μέσο της ωμοπλατιαίας χώρας. Όταν ο πόνος είναι πιο έντονος επεκτείνεται και προς τα δύο υποχόνδρια ιδίως προς το δεξιό πλευρικό υποχόνδριο. Σπάνια όμως ο πόνος που εντοπίζεται στα υποχόνδρια αντανάκλαται στην ράχη ακριβώς στο αντίθετο συζυγές σημείο.

Τελικά σε λίγα περιστατικά ο πόνος στο επιγάστριο αντανάκλαται προς τα κάτω είτε σε μίαευρεία ακαθόριστη περιοχή ή σε μια συγκεκριμένη ζώνη που βρίσκεται ακριβώς κάτω από τον ομφαλό. Συχνά ο πόνος και η δυσφορία εντοπίζονται ταυτόχρονα σε διάφορες περιοχές δημιουργώντας δυσκολία στη διάκριση της μορφής της αντανάκλασης.

Η φύση του πόνου: η συνηθέστερη περιγραφή του πόνου που κατά καιρούς ενισχύεται και αναφέρεται σαν πόνος. Είναι δύ-

οκολο να περιγράψουμε ακριβώς τον πόνο γιατί τούτο εξαρτάται από τον ουδό του πόνου και την ικανότητα του ασθενή να τον περιγράψει. Η περιγραφή του πόνου ποικίλει ευρέως, από ήπια νωθρός και ενοχλητικός σε έντονα διαξιφιστικό. Άλλες περιγραφές είναι: Το βασανιστικό συναίσθημα ή ο πόνος στην κράμπα <<σαν κάτι να στρίβεται και να ξεσκίζει τα σώθια>>. Συχνά περιγράφεται σαν έντονος πόνος πείνας. Εντούτοις οι ελκοπαθείς μπορούν να ξεχωρίζουν αυτόν τον πόνο του έλκους από άλλο που προέρχεται από άλλες παθολογικές καταστάσεις π.χ. αρθρίτιδα και στηθάγχη.

Ενώ όμως ο πόνος είναι το κύριο γνώρισμα, η γενική δυσφορία παρατηρείται πολύ συχνότερα. Αυτή χαρακτηρίζεται από βάρος στο επιγάστριο, ένα γενικό αίσθημα καύσου, αεροφαγία που ανακουφίζεται με ερυγές και συνοδεύεται από ναυτία και μετεωρισμό.

Νυκτερινός πόνος: ενώ ο πόνος εμφανίζεται συχνότερα στο διάστημα της ημέρας, ο νυκτερινός πόνος εμφανίζεται στο 1/2-3/4 των ασθενών -μερικοί όμως ασθενείς εμφανίζουν πόνο μόνο την νύχτα. Η αιτιολογία του νυκτερινού πόνου δεν είναι γνωστή αλλά δυνατό να οφείλεται στη δράση του HCl οξύς όταν η εξουδετερωτική ικανότητα της τροφής λείπει από το στομάχι. Η ρύθμιση της ώρας του νυκτερινού γεύματος δεν φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση του νυκτερινού πόνου. Επιπλέον δεν υπάρχει σαφής σχέση της ώρας της κατάκλισης και της ώρας που ο ασθενής ξυπνά από την αίσθηση του πόνου. Μπορεί να εμφανιστεί σ' οποιαδήποτε ώρα μεταξύ 1.00 και 3.00 το πρωί. Αντίθετα προς την κοινή άποψη ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί κατά την πρωινή έγερση. Οι ασθενείς παραπονούνται

για ναυτία και δυσφορία, πολλές φορές έχουν αναούλα και κάνουν εμετό κατά το πρωινό βούρτσισμα των δοντιών τους ή το γαργαρισμό.

Η επίδραση της τροφής: Περίπου το 1/2-2/3 των ασθενών με 12/κό έλκος ανακουφίζονται από τον πόνο, μετά από ένα γεύμα αλλά αυτό το αποτέλεσμα είναι προσωρινό. Ο πόνος υποτροπιάζει σε διάφορα χρονικά διαστήματα από μισή ώρα μέχρι πολλές ώρες (σ' αυτή την περίπτωση φαίνεται σαν να προηγείται αμέσως του επόμενου γεύματος). Γενικά ο πόνος υποτροπιάζει μέσα σε 1-2 ώρες.

Η διακύμανση αυτή, αν και χαρακτηριστική δεν είναι κατά κανένα λόγο διαγνωστική για το έλκος του 12/λου. Σε πολλούς ασθενείς η τροφή δυνατό να έχει το αντίθετο αποτέλεσμα και να επιτείνει τον πόνο. Στην πρώτη περίπτωση -δηλ. λήψη τροφής ανακούφιση πόνου, συνιστάται η συχνή λήψη μικρών γευμάτων και δεν παρατηρείται απώλεια βάρους. Αντίθετα στη δεύτερη περίπτωση δηλ. γεύμα-πόνος, η αποφυγή τροφής έχει σαν επακόλουθο απώλεια σωματικού βάρους.

Τα αντιόξινα και ιδιαίτερα τα υγρά σκευάσματα συχνά αλλά όχι σταθερά, ανακουφίζουν τον πόνο του έλκους. Τα αποτελέσματά τους είναι περισσότερο εκσεσημασμένα από εκείνα της τροφής αλλά μικρής διάρκειας.

Περιοδικότητα: ένα χαρακτηριστικό, αλλά όχι διαγνωστικό στοιχείο του 12/κού έλκους είναι η υποτροπή και η ύφεση. Συχνά οι ασθενείς για πολλά χρόνια είχαν συμπτώματα πριν συμβουλευτούν τον γιατρό τους και γίνει η διάγνωση. Η χρονική διάρκεια των παροξυσμών ποικίλει. Περίπου στους μισούς ασθενείς τα συμπτώματα διαρκούν 2-4 εβδομάδες, ενώ σε άλλους για λίγες μόνο ημέρες ή μπορεί να φτάσουν τις 8-10 εβ-

δομάδες.

Συχνά η λήψη λεπτομερούς ιστορικού αποκαλύπτει ότι μικρά ενοχλήματα επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και σε μερικούς ασθενείς ότι είναι σχεδόν συνεχή.

Η ασυμπτωματική περίοδος ποικίλει. Σ'ένα ασθενή με διαπιστωμένο 12/κού έλκος η ύφεση διαρκεί 1-3 μήνες αλλά σε χρόνιες καταστάσεις η ασυμπτωματική περίοδος είναι λιγότερη του 1 μηνός. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν εποχιακή κατανομή των συμπτωμάτων τους ιδίως το φθινόπωρο και την άνοιξη.

Έμετος: η συχνότητα εμφάνισης έμετου εξαρτάται από την εντόπιση του 12/κού έλκους. Τα έλκη που βρίσκονται κοντά στον πυλωρό παρεμποδίζοντας τη διόδο του γαστρικού περιεχομένου προς το 12/λο συχνά προκαλούν έμετο. Τα συνήθη μη περιπλεγμένα έλκη του 12/κού βολβού προκαλούν έμετο μόνο στο 1/4 των περιπτώσεων. Ο έμετος εμφανίζεται κυρίως όταν ο πόνος είναι έντονος και ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς εσκεμμένα προκαλούν έμετο γιατί διεπίστωσαν πως η ανακούφιση διαρκεί περισσότερο από την θεραπεία που τους έγραψε ο γιατρός τους.

Ο προκλητός έμετος δεν έχει σχέση με την ναυτία. Αλλά ναυτία και ελαφρός έμετος, τυπικά εμφανίζονται το πρωί. Συμπτώματα αναγωγής παρατηρούνται στο 75% των ασθενών. Αυτά περιλαμβάνουν οπισθοστερνικό κάυσο, ο οποίος επιδεινώνεται από τη λήψη ζεστών ή αλκοολούχων ποτών και παλινδρόμηση γαστρικού περιεχομένου η οποία περιγράφεται σαν αίσθηση ξινού ή πικρού στο στόμα.

Δυσανεξία τροφών: η δυσανεξία σε ωρισμένες τροφές είναι χαρακτηριστικό ενεργού 12/κού έλκους. Η μεγαλύτερη δυσανεξία παρατηρείται στα τηγανητά και στις πάστες, αλλά το

αγγούρι, το κάρρυ (ινδικό καρύκευμα) και τα κρεμμύδια επιδεινώνουν την κατάσταση. Φαίνεται όμως ότι οι ελκοπαθείς ασθενείς εμφανίζουν ευαισθησία και σε άλλες τροφές. Ακόμα και μετά την επούλωση του έλκους, η δυσανεξία συχνά επιμένει και πολλοί ασθενείς περιορίζουν την δίαιτά τους.

Απώλεια βάρους: η απώλεια βάρους συχνά παρατηρείται όταν το έλκος είναι ενεργό και ειδικά στους ασθενείς που η λήψη τροφής προκαλεί πιο έντονα συμπτώματα και έμετο. Η απώλεια βάρους κυμαίνεται από λίγα μέχρι περισσότερα από 12 κιλά. Γενικά όμως η απώλεια αυτή του βάρους είναι μικρή και παροδική.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Όπως με το έλκος του 12/λου ο επιγαστρικός πόνος είναι το κυριώτερο σύμπτωμα. Εντούτοις το σύμπτωμα αυτό είναι λιγώτερο τυπικό και ενδεικτικό απ'ότι σε ασθενείς με έλκος του 12/λου ενώ ο πόνος μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του έλκους του 12/λου μερικοί ασθενείς με έλκος δεν ανακουφίζονται με την πρόσληψη τροφής αλλά αντίθετα ο πόνος επιδεινώνεται. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων με τα αντιόξινα είναι επίσης λιγότερη αποτελεσματική στο γαστρικό απ'ότι στο 12/κό. Τα γαστρικά έλκη έχουν τάση επούλωσης και όταν αυτό συμβεί, υποτροπιάζουν. Επεισόδια που αναγνωρίζονται ως υποτροπιάζουσα δραστηριότητα γαστρικού έλκους είναι λιγότερο συχνά σε σχέση με το έλκος του 12/λου.

Η ακριβής επίπτωση του γαστρικού έλκους είναι άγνωστη, γιατί αρκετοί ασθενείς με τη νόσο είναι ασυμπτωματικοί.

Αν και το έλκος του 12/λου αναγνωρίζεται κλινικά ως συχνότερο από το γαστρικό, η νεκροτομικές μελέτες δείχνουν ίση ή ακόμη και μεγαλύτερη αναλογία γαστρικού σε σύγκριση με το 12/κό έλκος. Αν και η ύπαρξη ναυτίας και εμέτου δείχνουν στην περίπτωση έλκους 12/λου, απόφραξη της γαστρικής εξόδου τα 6-8 δια συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν στο γαστρικό έλκος χωρίς να υπάρχει μηχανικό κώλυμα. Η ναυτία και ο έμετος επιφυλάσσονται για το έλκος του στομάχου. Μερικές φορές ο ασθενής αποζητά τον έμετο για την απαλλαγή από τις ενοχλήσεις που του παρουσιάζονται εδώ ακριβώς, την ώρα της πέψης. Ύστερα από τον έμετο τα δόντια είναι μουδιασμένα όπως όταν φάμε άγουρο φρούτο. Αυτό προέρχεται από το άφθονο υδροχλωρικό οξύ που υπάρχει στο γαστρικό υγρό.

Η απώλεια βάρους παρατηρείται στα 40% των ασθενών και οφείλεται στην ανορεξία ή την αποστροφή λόγω των ενοχλημάτων που προκαλεί η πρόσληψη τροφής. Η απόφραξη της γαστρικής εξόδου μπορεί να εκδηλωθεί στα έλκη του πυλωρικού σώληνα ή σε περιφερικότερα προς το άντρο έλκη. Η αιμορραγία είναι συνήθως επιπλοκή και συμβαίνει στα 25%. Η διάτρηση είναι λιγότερο συχνή από την αιμορραγία. Η θνησιμότητα είναι 3 φορές μεγαλύτερη στη διάτρηση γαστρικού έλκους από ότι του έλκους του 12/λου.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρόλο που η αιτία του έλκους στομάχου και 12δακτύλου δεν είναι γνωστή, μια απλή άποψη είναι να θεωρήσουμε ότι αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας περιοδικής διαταραχής του ισοζυγίου μεταξύ των επιθετικών και αμυντικών δυνάμεων εντός του βολβού του 12-δάκτυλου. Τα επιτιθέμενα στοιχεία είναι το γαστρικό οξύ, η πεψίνη και πιθανώς η χολή. Οι αμυντικές δυνάμεις συνίστανται από τη στιβάδα της βλέννης που επικαλύπτει τον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο και την ενδογενή αντίσταση του 12-δακτυλικού βλεννογόνου. Οι δύο αυτές αντιμέτωπες δυνάμεις θεωρητικά βρίσκονται σε ισορροπία. Στο έλκος η ισορροπία αυτή είναι δυνατόν να ανατραπεί από διάφορους παράγοντες π.χ. το περιβάλλον, την κληρονομικότητα, τη ψυχική κατάσταση και από τη λήψη φαρμάκων.

Επίσης έλκος παρουσιάζεται ως συνήθως στα σημεία που ενώνεται ο βλεννογόνος ενός οργάνου ή τμήματος αυτού με άλλο, π.χ.οισοφάγου-στομάχου, πυλωρού-πυθμένα, πυλωρού δωδεκαδακτύλου.

Άλλοι πιθανοί παράγοντες είναι: 1) Παθολογική κινητικότητα. Σε ασθενείς με έλκος 12δακτύλου βρέθηκε ταχύτερη κένωση του στομάχου, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη οξύτητα στο δωδεκαδάκτυλο. 2) Κληρονομικοί παράγοντες. Υπάρχει ισχυρή κληρονομική προδιάθεση. Αυτοί που πάσχουν από έλκος 40% έχουν τουλάχιστον κάποιο μέλος της οικογένειάς τους με έλκος στομάχου ή 12δακτύλου. Αξίζει να σημειωθεί ότι από το 1954 είναι γνωστό ότι άτομα ομάδας αίματος 0 έχουν μεγαλύτερη συχνότητα έλκους. 3) Επαγγελματικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλος είναι πάρα πολύ συχνό στην Ιαπωνία, στην Κεντρική Αμερική και στις Νοτιοαμερικανικές Άνδεις και σε περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης, στις ΗΠΑ, το Μεξικό και τη Μαλαισία. Στη διάρκεια των τελευταίων 40 ετών στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε μια αξιοσημείωτη, αλλά ανεξήγητη πτώση της ετήσιας θνησιμότητας από 30 σε 8 στους 100.000. Μια μικρότερη μείωση παρατηρήθηκε στη Δυτική Ευρώπη.

Οι Ιάπωνες μεταναστές στις ΗΠΑ εξακολουθούν να έχουν υψηλή επίπτωση, πράγμα που υποδηλώνει τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στην παθογένεια. Σε ολόκληρο τον κόσμο οι άνδρες προσβάλλονται δύο φορές περισσότερο απ'ό,τι οι γυναίκες. Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 41 έτη, αλλά οι ασθενείς σε ορισμένες σειρές απ'τη Νότια Αμερική είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Μόνο 5% των ασθενών είναι μικρότεροι των 40 ετών.

Υπάρχουν όμως σημαντικές δυσχέρειες για τη μελέτη της επιδημιολογίας του έλκους.

1. Ουσιαστικά είναι καλοήθης νόσος που συνήθως δεν απαιτεί παραμονή στο νοσοκομείο. Αυτό σημαίνει ότι οι στατιστικές των εξωτερικών ασθενών που χρησιμοποιούνται, μπορεί να μην είναι τόσο λεπτομερείς ή ακριβείς όσο αυτές των νοσηλευόμενων.

2. Τα στοιχεία για το έλκος στομάχου και 12δακτύλου συνήθως αρχελοθετούνται κάτω από τον τίτλο <<πεπτικό έλκος>> πράγμα που συγχέει δύο διαφορετικές καταστάσεις της νόσου.

3. Ακόμα και όταν υπάρχουν στοιχεία για το 12δακτυλικό

έλικος και μόνο, πολλές φορές είναι ελλειπή από πλευράς λεπτομερούς ανάλυσης των στοιχείων π.χ. φύλου και γεωγραφικής καταγωγής.

4. Οι μέθοδοι υπολογισμού της επικράτησης ή της συχνότητας από την καταγραφή ειδικών στοιχείων π.χ. θνησιμότητας κ.α. όλες έχουν κάποιο τρωτό σημείο.

5. Τα συμπτώματα του έλικους μπορεί ν' αποδοθούν σε άλλες νόσους και η διάγνωση μέχρι την εμφάνιση των ινσοπτικών καμπωμένων γαστροσκοπίων δεν ήταν πάντοτε ακριβής.

6. Οι ποικίλες γεωγραφικές κατανομές π.χ. στην Αγγλία, η νόσος είναι λιγώτερο συχνή και βαρειά στη Νότιο Αγγλία παρά στη Σκωτία. Στην Ινδία, η νόσος είναι συχνότερη στο Νότο παρά στο Βορρά και προσβάλλει νεαρά άτομα κυρίως άνδρες. Στην Αφρική παρατηρείται μεγάλη συχνότητα στις αγροτικές περιοχές της δυτικής ακτής, στα οροπέδια μεταξύ των ποταμών Νείλου και Κογκό, στη Βόρεια Τανζανία και στην Αιθιοπία. Σ' όλες τις περιοχές καθώς ο πληθυσμός σιγά-σιγά μεταναστεύει προς τα αστικά κέντρα, οι αλλαγές του περιβάλλοντος επηρεάζουν τα πρότυπα της νόσου.

7. Εκτός από τις γεωγραφικές παραλλαγές στη συχνότητα εμφάνισης έλικους και η συχνότητα των επιπλοκών ποικίλλει γεωγραφικά. Η πυλωρική στένωση είναι συνηθέστερη στη Νότιο Ινδία και στην Αφρική ενώ στην τελευταία η αιμορραγία και η διάτρηση είναι σπάνιες. Αυτό είναι τελείως διάφορο από τα πρότυπα της Μεγάλης Βρετανίας.

8. Η φύση της νόσου έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Στη Μεγάλη Βρετανία κατά τον 18ο αιώνα το 12-δακτυλικό έλικος ήταν πολύ σπάνιο. Έγινε συχνότερο κατά τον 19ο αιώνα και έφτασε στην αιχμή περί τα μέσα του 20ου αιώνα.

Έκτοτε, όπως και στις ΗΠΑ η συχνότητα φαίνεται ότι μειώθηκε.

Επιπλέον η μεγάλη βαθμού συχνότητα στους άνδρες που παρατηρήθηκε τα πρώτα χρόνια αυτού του αιώνα μειώθηκε σημαντικά και η νόσος που ήταν συνηθέστερη στους νέους, τώρα προσβάλλει τους ηλικιωμένους. Η νόσος είναι επικρατέστερη, και παρουσιάζει μεγαλύτερη θνησιμότητα στις χαμηλές τάξεις.

9. Παρατηρήθηκε μια μείωση των περιπτώσεων έλκους που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο για διάτρηση ή για βαρειά συμπτώματα. Αυτό επιτρέπει το συμπέρασμα ότι μειώθηκε η συχνότητα της νόσου όπως μπορεί επίσης να σημαίνει μείωση μάλλον της βαρύτητας παρά της συχνότητας.

10. Αφ'ότου κυκλοφόρησε η CIMETIDINE, η προσέλευση των ασθενών στα ιατρεία έγινε πιο συχνή. Αυτό συμβαίνει προφανώς γιατί οι ασθενείς προτιμούν να συμβουλευτούν τον γιατρό τους όταν η αναγραφόμενη από τους γιατρούς θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από εκείνη που έκαναν με αντιόξινα που αγόραζαν μόνοι τους απ'τα φαρμακεία.

11. Υποτίθεται ότι κάποιος ελκιογόνος παράγοντας ήταν επικρατέστερος στις αρχές αυτού του αιώνα και ο οποίος εξαφανίζεται σιγά-σιγά. Η φύση αυτού του υποθετικού παράγοντα δεν είναι γνωστή, αλλά μια από τις πιθανότητες της εξαφάνισής του είναι η αυξανόμενη μετακίνηση του πληθυσμού προς τα αστικά κέντρα κατά τις αρχές του αιώνα μας.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα: δείχνει τον αριθμό των ατόμων στο γενικό πληθυσμό, με ενεργό γαστροδωδεκαδακτυλικό σε ένα ορισμένο χρόνο.

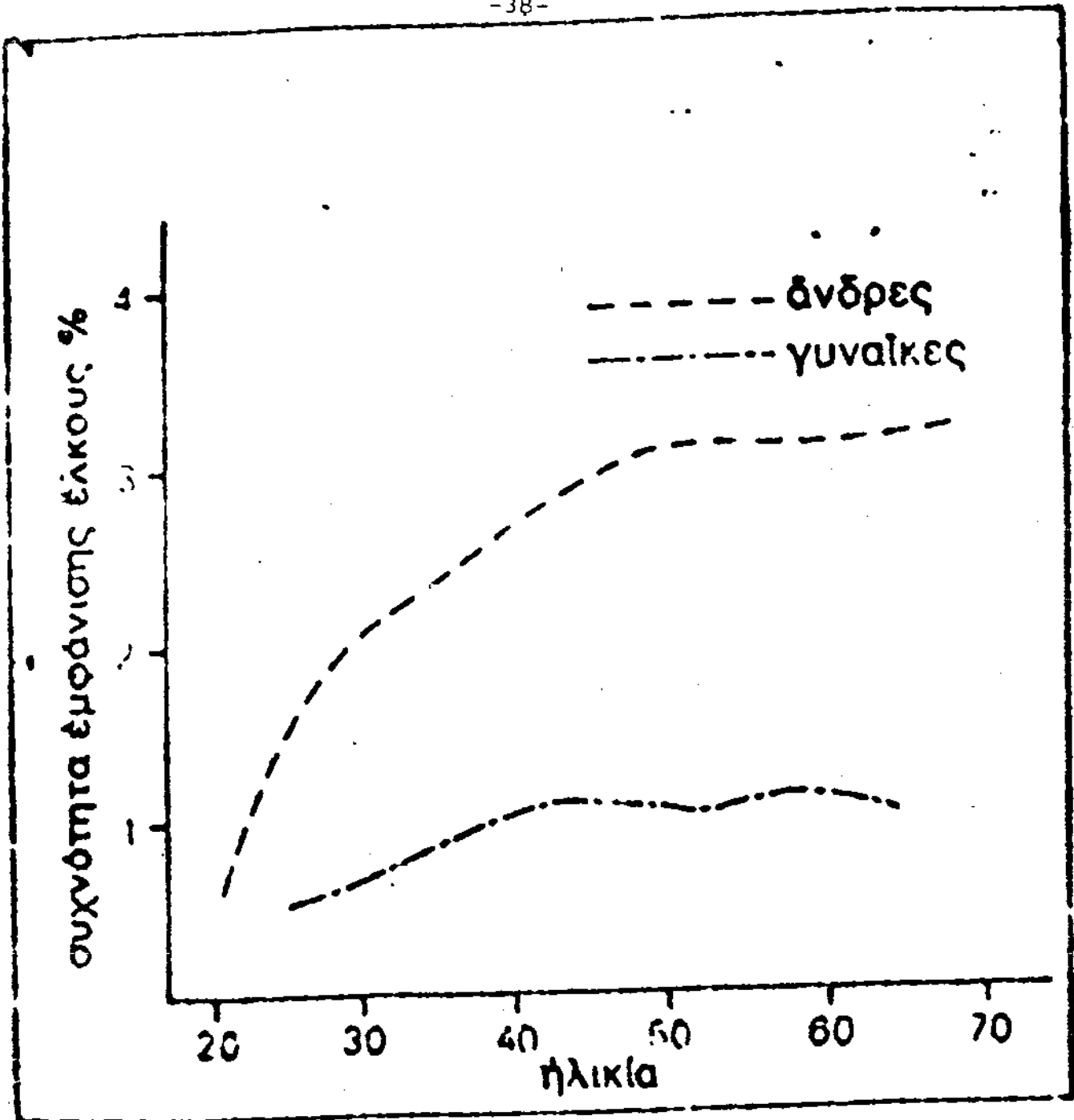
Η επικράτηση: αφορά το ποσοστό του πληθυσμού που υποφέρει από γαστρο12/κό έλκος είτε ενεργό ή αδρανές κατά την ίδια περίοδο.

Συνεπώς η επικράτηση του γ.δ. έλκους πρέπει να υπερβαίνει τη συχνότητα.

Το 1951 σε μια μεγάλη έρευνα επί 6.000 Λονδρέζων ο DOLL και οι συνεργάτες του βρήκαν ότι περίπου 6% των ανδρών και σχεδόν 2% των γυναικών ηλικίας 15-64 ετών είχαν ιστορικό πεπτικού έλκους, το 12/κό έλκος ήταν σε διπλάσια συχνότητα από το έλκος στομάχου.

Ο PULVERTAET (1959) αναφέρει τη συχνότητα νέων περιστατικών στην περιοχή του Γιόρκ (YORK) και που στην ηλικία πάνω από 15 ετών είναι 2,150/οο στους άνδρες και 0.620/οο στις γυναίκες (αντίστοιχα για το έλκος του στομάχου ήταν 0.53 και 0.31) και έκανε την υπόθεση ότι ένας άνδρας μέχρι τα 75 έχει 17% πιθανότητα να αναπτύξει ένα έλκος.

Ο WALKER συνδύασε στοιχεία από αυτοψίες και από διάφορες κλινικές εξετάσεις και απέδειξε ότι το γ.δ. έλκος εμφανίζεται με αυξανόμενη συχνότητα από την ηλικία των 20 ετών. Σ' αυτή την ηλικία η συχνότητα στους άνδρες είναι κάτω του 1% και αυξάνει σταθερά με την ηλικία. Στα 30 η συχνότητα είναι περίπου 2% και στα 50 είναι 3%. Μετά από αυτή την ηλικία δεν παρατηρείται περαιτέρω αύξηση.



Πρότυπα συχνότητας του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο.

Στις γυναίκες είναι πολύ μικρότερη με υψηλό ποσοστό συχνότητας 1% στην ηλικία των 40-50 ετών.

Όπως αναμένεται η επικράτηση δείχνει μια ταχεία αύξηση τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες γύρω στα 20 και 30 έτη. Η αιχμή του ποσοστού επικράτησης είναι πάνω από 10% στους άνδρες στην ηλικία των 50 ετών, ενώ για τις γυναίκες είναι 4% στην ηλικία των 40 ετών.

Απ'αυτά τα στοιχεία είναι σαφές ότι περίπου 10% των μεσηλίκων έχουν ή είχαν γαστρο12ικό έλκος. Πάντως αποδείχθη ότι το έλκος εμφανίζεται με λιγότερο συχνότητα τώρα. Η αιχμή επικράτησης έφτασε στο ανώτερο σημείο στη δέκαετία του '50 αλλά δεν υπάρχει καμιά εξήγηση γι'αυτή την αλλαγή των προτύπων της νόσου.

Άλλες αγγλικές στατιστικές μας πληροφορούν ότι το 2% των γυναικών και το 6% των ανδρών, της αποδοτικής ηλικίας υποφέρουν από έλκος και ότι προκειμένου για άνδρες μεταξύ 45 και 53 ετών, το 10% έχει προσβληθεί από τη νόσο.

Από τα στοιχεία αυτά, φαίνεται πόσο μεγάλη είναι η κοινωνική σημασία του έλκους: πάρα πολλές ημεραργίες, ανεπαρκής απόδοση στην εργασία, επηρεασμός της ψυχικής διαθέσεως του αρρώστου.

Το έλκος του 12/λου προσβάλλει, κατά μέσο όρο, περισσότερο τις νεώτερες ηλικίες και τα άτομα με το χαμηλότερο εισόδημα, είναι δε 3 έως 12 φορές συχνότερο από το έλκος του στομάχου.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Αντίθετα με την υψηλή επικράτηση, η θνησιμότητα είναι σχετικά χαμηλή. Είναι σπάνια στους νέους, ενώ αυξάνει η συχνότητα στους γηραιότερους και ιδιαίτερα στους άνδρες με κακές συνθήκες ζωής. Στη μεσαία τάξη η θνησιμότητα στην ηλικία των 20-25 ετών είναι στις 100.000 ενώ στην ηλικία των 65 και πάνω αυξάνει απότομα στους 18 θανάτους στις 100.000. Στην ανώτερη και μεσαία τάξη, η συνολική θνησιμότητα είναι 48 στις 100.000 ενώ στους φτωχούς είναι πολύ υψηλότερη 173 στις 100.000.

Στοιχεία από τις ΗΠΑ δείχνουν ότι οι θάνατοι από 12/ικό έλκος μειώθηκαν θεαματικά κατά την περίοδο 1970-1979 (μείωση 39% στους άνδρες και 27% στις γυναίκες) που προφανώς οφείλεται στη μείωση των ελκοπαθών και των θανάτων. Αλλά όπως έχει διαπιστωθεί το γαστρικό έλκος συνυπάρχει ή εμφανίζεται μετά το 12/ικό έλκος, η θνησιμότητα σχεδόν διπλασιάζεται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Στην πλειονότητα των ασθενών, η διάγνωση του έλκους του στομάχου και 12δακτύλου γίνεται με ακτινογραφία ή ενδοσκοπήση. Σ'ένα μικρό αριθμό ασθενών η διάγνωση γίνεται όταν παρουσιάσουν για πρώτη φορά αιμορραγία ή διάτρηση. Η μέτρηση της γαστρικής οξύτητας είναι μικρής σημασίας, εκτός για την περίπτωση του συνδρόμου ZOLLINGER-ELLISON όπου προσφέρει σημαντική βοήθεια.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η διάγνωση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους με ακτινολογικές μεθόδους δυνατό να επιτευχθεί με βεβαιότητα μόνο με την ανεύρεση ενός ελκωτικού κρατήρα η διάγνωση μπορεί να γίνει με την παρατήρηση μιας παραμόρφωσης.

Μια πολύ ακριβής ακτινολογική τεχνική είναι ουσιώδης και απαιτεί ικανοποιητική διάταση του 12δακτυλικού βολβού και επαρκή επικάλυψη της επιφάνειας του βλεννογόνου με βάριο ώστε όλες οι λεπτομέρειες της περιμέτρου του βολβού και η όψη του βλεννογόνου να μπορούν να μελετηθούν. Αυτά τώρα μπορούν να γίνουν με στερεότυπες εξετάσεις με την τεχνική της διπλής αντίθεσης αέρα-βαρίου. Αυτό έχει ιδιαίτερη επιτυχία όταν χρησιμοποιείται ενδοφλέβια χορήγηση αντιχοληνεργικών.

Δεν είναι πάντα δυνατό ν'αποδείξουμε την παρουσία ελκωτικού κρατήρα γιατί τα έλκη του 12δακτύλου είναι αβαθή και

επιπόλαια και ο περιβάλλον βλεννογόνο μπορεί να είναι τόσο οιδηματώδης ώστε να καλύπτει τον κρατήρα κι έτσι να εμποδίζει την επικάλυψή του με βάριο.

Μερικές φορές ένας κρατήρας έλκους που αρχικά δεν είναι εμφανής, ανιχνεύεται από τις πτυχές του βλεννογόνου που συγκλίνουν προς αυτόν. Μια άλλη πιθανή ένδειξη έλκους είναι ο παραμορφωμένος 12-δακτυλιός βολβός. Αυτή η παραμόρφωση που συχνά παρατηρείται ακτινολογικώς δημιουργείται από οίδημα, σπασμό, ίνωση ή συχνά από την παρουσία και των τριών αυτών συγχρόνως. Ο βαθμός της παραμόρφωσης δεν σχετίζεται αναγκαστικά με το μέγεθος του έλκους. Ο παραμορφωμένος βολβός, όσο εμφανής κι αν είναι εισηγείται μόνο, χωρίς να επιβεβαιώνει τη θέση του έλκους, ούτε αν το έλκος είναι ενεργό ή επουλωμένο.

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Με τα σύγχρονα καμπύμενα ινιοοπτικά ενδοσκόπια είναι δυνατό να γίνει μια ακριβής διάγνωση του έλκους, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις και την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου.

Αλλοιώσεις παρατηρούνται όχι μόνο στο 12-δάκτυλο αλλά ακόμα και στον πυλωρό, το άντρο και τον οισοφάγο.

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ

Τα έλκη του 12-δακτύλου συχνά εμφανίζονται σαν κίτρινες επιφανειακές βλάβες μικρές και διαφορετικού σχήματος, στρογγυλές ή ωοειδής 62%, ευθύγραμμες 16% ή ανώμαλες 6%. Μπορεί επίσης να είναι μεγάλα ή/και βαθιά με διογκωμένα φλεγμένα

προεξέχοντα χείλη. Πολλαπλά έλικη παρατηρούνται στο 1/4 των ασθενών. Τα χείλη των ελκών είναι ανώμαλα ή οδοντωτά.

Οι 12-δακτυλικές διαβρώσεις συνυπάρχουν με έλικη. Έχουν την ίδια εμφάνιση όπως το έλκος, αλλά είναι μικρότερες και επιφανειακές. Οι διαβρώσεις μπορεί να περιβάλλουν το έλκος, -δορυφόροι διαβρώσεις- να είναι σκορπισμένες ή να παρατηρούνται σαν ομάδες στον φλεγμένο βλεννογόνο μακριά από το έλκος.

Ένα 12-δακτυλικό έλκος μπορεί να μην ανευρεθεί για γύο κυρίως λόγους:

1. Το έλκος μπορεί να βρίσκεται έξω από το οπτικό πεδίο του κοινού μη καμπωμένου γαστροσκοπίου που χρησιμοποιείται συνήθως. Αυτή είναι η περίπτωση του έλκους που βρίσκεται στην αγκύλη του 12-δάκτυλου κοντά ή μόλις μετά τον πυλωρό και όταν το γαστροσκόπιο στοχεύει κατ'ευθείαν το έλκος δεν φαίνεται, αλλά μια μικρή κάμψη του ρύγχους μπορεί να βρει τη βλάβη. Η παρουσία 12-δακτυλίτιδας και/ή προπυλωρικού ή πυλωρικού οιδήματος ή διαβρώσεων χωρίς φανερό έλκος είναι ενδείξεις πιθανής ύπαρξης βλάβης.

2. Ένα ογκώδες οίδημα αποκρύπτει τελείως τα έλικη -αιόμα και τα μεγάλα- κάτω από τις διογκωμένες πτυχές. Ένα τέτοιο οίδημα είναι κατά κανόνα μια διαγνωστική ένδειξη του έλκους που υπάρχει από κάτω. Μετά από μερικές μέρες θεραπείας το οίδημα υποχωρεί και μια νέα εξέταση γενικά αποκαλύπτει το έλκος.

Κατά την επούλωση του έλκους, τα χείλη οριοθετούνται σαφέστερα και όσο περιβάλλον οίδημα ελαττώνεται τόσο το έλκος φαίνεται πιο ρηχό. Βαθμιαία το έλκος συρρικνώνεται και συχνά το χρώμα του επιχρίσματος αλλάζει από κίτρινο σε λευ-

κό ή φαλό. Στη συνέχεια το έλκος εξαφανίζεται αφήνοντας μια ωχρή κίτρινη ουλή. Η περιβάλλουσα φλεγμονή αργεί να εξαφανιστεί. Οι ουλές συχνά είναι γραμφοειδείς ή επιμήκεις αλλά μερικές φορές είναι ανώμαλες, διακλαδωτές ή πολύ μικρές. Είναι ενδιαφέρον ότι κατά την επούλωση ένα έλκος δυνατόν να αντικατασταθεί από την εμφάνιση διαβρώσεων. Ενώ επουλώνεται ένα έλκος, μπορεί να εμφανιστεί ένα νέο έλκος σε κάποια άλλη θέση ή οι διαβρώσεις να ενωθούν μεταξύ τους και να σχηματίσουν έλκος.

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΤΙΔΑ

Η 12-δακτυλίτιδα κατά κανόνα συνοδεύει ένα ενεργό 12-δακτυλικό έλκος και συχνά επιμένει μετά την επούλωση του έλκους. Όταν το οίδημα προεξάρχει οι πτυχές είναι διογκωμένες ελαφρά ροδόχρρες μέχρι βαθειά κόκκινες, δυνατόν δε να διογκωθούν περισσότερο ώστε ν'αποφράξουν τον αυλό. Καθώς το οίδημα ελαττώνεται οι φλεγμονώδεις αλλοιώσεις διακρίνονται καλύτερα. Αυτές μπορεί να περιορίζονται σε λίγες περιοχές του βλεννογόνου ή να ανευρίσκονται σε αρκετές θέσεις, με ή χωρίς ενδιάμεσο φυσιολογικό βλεννογόνο. Σε μερικές απ' αυτές εμφανίζονται μικρά οζίδια-οζόμορφος βλεννογόνος.

ΠΑΡΑΜΟΡΦΩΣΗ

Η παραμόρφωση του 12-δακτυλικού και γαστρικού έλκους είναι πολύ συνηθισμένη. Οι πτυχές του βλεννογόνου εκτείνονται ακτινοειδώς προς την περιοχή του έλκους και παραμορφώνουν το 12-δάκτυλο. Αργότερα δυνατόν να δημιουργηθεί ψευδοεικιδόλωμα μεταξύ του πυλωρού και του έλκους, κυρίως στο πρό-

σθιο τοίχωμα. Κλινικά η σπουδαιότερη επιπλοκή είναι η πλω-
ρική στένωση ή στένωση του 12-δάκτυλου. Στην οξεία φάση, ι-
δίως όταν το έλκος είναι κοντά στον πλωρό ή εκτείνεται σ'
αυτόν, το οίδημα και η φλεγμονή μπορεί να αποφράξουν προσω-
ρινά τον πλωρικό σωλήνα.

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ, ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΚΑΙ ΠΥΛΩΡΟΣ

Το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου συχνά παρατηρείται συμ-
φορητικό και οιδηματώδες με κοικιωματώδη εμφάνιση. Χαρακτη-
ριστικές ραβδώσεις με ή χωρίς διαβρώσεις δυνατόν να παρατη-
ρηθούν αν υπάρχει βαρεία ανεπάρκεια του καρδιο-οισοφαγικού
σφιγκτήρα γιατί συχνά συνυπάρχει και διαφραγματοκίηλη. Οι πτυ-
χές του γαστρικού βλεννογόνου είναι συμφορητικές, το άντρο
γενικά είναι διάχυτα φλεγμένο ιδιαίτερα προς τον πλωρικό
σωλήνα και έχει μια λεπτή αποφλοιωμένη εμφάνιση. Μερικές φο-
ρές διακρίνονται οζώδεις περιοχές όμοιες προς αυτές που πα-
ρατηρούνται στο 12-δάκτυλο. Η πλωρική πτυχή που βρίσκεται
ακριβώς πάνω και κοντά στον πλωρικό σωλήνα εμφανίζεται στι-
κή και σε μια ή δύο περιοχές διογκωμένη. Αυτές οι περιοχές
είναι συνήθως οι θέσεις των διαβρώσεων οι οποίες έχουν μια
κίτρινη ή φαιά βάση και μια έντονη κόκκινη παρυφή. Ο πλω-
ρικός σωλήνας είναι συχνά ανώμαλος και οιδηματώδης. Πολλές
φορές το οίδημα και ο σπασμός είναι τόσο μεγάλου βαθμού ώ-
στε η είσοδος του ενδοσκοπίου να είναι σχεδόν αδύνατη.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

Τα σύγχρονα καμπύμενα ινο-οπτικά ενδοσκόπια επιτρέπουν
λεπτομερή επισκόπηση του οισοφάγου, του στομάχου και της εγ-

γύς μοίρας του 12-δάκτυλου και προσφέρουν μια πολύ ακριβή διαγνωστική μέθοδο. Αυτή η μέθοδος είναι πολύ καλύτερη από την κοινώς χρησιμοποιούμενη ακτινολογική εξέταση με βάριο. Η με διπλή σκιαγράφιση μέθοδος είναι ακριβής όσο και η ενδοσκοπία. Αλλά η γαστροσκοπηση, επιτρέπει την αποκάλυψη μικρών διαβρώσεων και σημείων έλκους που πρόσφατα επουλώθηκαν και τα οποία πολλές φορές δεν φαίνονται στην ακτινογραφία.

Το πρόβλημα όμως είναι, ότι στη Βρετανία όσο και σ'άλλα μέρη η ενδοσκοπηση δεν είναι τόσο διαδεδομένη όσο η ακτινογραφία και αυτή η ανομοιομορφία διαγνωστικών μέσων φαίνεται ότι θα διαρκέσει πολύ. Ένας όμως συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων επιτυγχάνει άριστα κλινικά αποτελέσματα.

Η ενδοσκοπηση είναι κατά μεγάλο λόγο η πρώτη διαγνωστική μέθοδος που θα χρησιμοποιηθεί αντί της ακτινογραφίας. Αυτό έγινε πολύ ευκολώτερο με τη χρήση πολύ λεπτών ενδοσκοπίων που μπορούν εύκολα, να εισέλθουν μετά την αναισθητοποίηση του φάρυγγα χωρίς να καταφεύγουμε στη χορήγηση διαζεπάμης. Συνεπώς η ενδοσκοπηση μπορεί να γίνει σε εξωτερικούς ασθενείς αμέσως μετά την εξέτασή τους στα εξωτερικά ιατρεία.

Επειδή η ενδοσκοπηση μιας δίνει την ευχέρεια ανεύρεσης μικρών και επιπόλαιων βλαβών του βλεννογόνου, η διαγνωστική της ωφελιμότητα διαρκώς αυξάνει.

Η ενδοσκοπηση χρησιμοποιείται αν τα ευρήματα της ακτινολογικής εξέτασης είναι αμφίβολα ή αρνητικά. Όταν η ακτινογραφία είναι φυσιολογική ή δείχνει μόνο ελάχιστη ή μέτρια παραμόρφωση του βολβού του 12-δακτύλου, είναι ανάγκη με την ενδοσκοπηση να επιβεβαιούμε την ύπαρξη έλκους, ακόμα και αν το ιστορικό συνηγορεί για την ύπαρξη έλκους του 12-δακτύλου.

Η ακτινολογική εξέταση και η ενδοσκοπηση είναι αποτελεσματικές όταν γίνουν κατά τον χρόνο των εντονότερων ενοχλημάτων. Αυτό αφορά κυρίως την ακτινολογική εξέταση γιατί με την ενδοσκοπηση η διόγκωση ενός έλκους γίνεται ακόμα καλύπτεται από πρόσφατη ουλή. Αν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός, τότε ούτε η ακτινολογική εξέταση ούτε και η ενδοσκοπηση θα χρησιμοποιήσουν σε τίποτα.

Άλλες διαγνωστικές εξετάσεις εκτός από την ακτινογραφία και την ενδοσκοπηση είναι η ανάλυση του γαστρικού υγρού, καθώς επίσης και εξέταση βενζιδίνης των κοπράνων και των γαστρικών εκκρίσεων για τυφλές αιμορραγίες. Η εξέταση των κοπράνων (MAYER) γίνεται αφού προηγουμένα (72 ώρες) ο άρρωστος παίρνει δίαιτα που δεν περιέχει κρέας και χόρτα. Ακόμα γίνεται διακοπή των φαρμάκων, που παίρνει από το στόμα, αν περιέχουν σίδηρο και των ηπατικών εκχυλισμάτων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το 12-δακτυλικό έλκος και το έλκος στομάχου δεν είναι εύκολο να διαχωριστούν μόνο με βάση την κλινική εικόνα. Η εντόπιση, η ποιότητα και η επέκταση του πόνου και στις δύο περιπτώσεις είναι ίδια, παρ'όλο ότι οι περισσότεροι ασθενείς με έλκος του στομάχου έχουν ισχυρότερο πόνο. Η σχέση του πόνου με τη λήψη τροφής είναι δύσκολο να εξακριβωθεί. Μερικοί ασθενείς ανακουφίζονται από την τροφή ενώ άλλοι χειροτερεύουν.

Τα έλκη στομάχου παρατηρούνται συχνότερα από τα 12-δακτυλικά έλκη, στους μεσήλικες και στους υπερήλικες και η επικράτηση στους άνδρες δεν είναι τόσο εκσεσημασμένη όσο η

συχνότητα του 12-δακτυλικού έλκους. Το μόνο κλινικό συμπέρασμα που βγαίνει από το τελευταίο αυτό είναι ότι μια γυναίκα μέσης ηλικίας είναι πιθανότερο να έχει έλκος στομάχου παρά ένας νέος με παρόμοια προβλήματα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σκοπός της θεραπείας είναι να ανακουφιστούν ταχέως τα συμπτώματα του ασθενή, να επουλωθεί το έλκος και να ανατρέψουμε την ελκιογόνο προδιάθεση του ασθενή ώστε να εμποδίσουμε νέες υποτροπές.

Εντούτοις, η θεραπευτική αγωγή δεν αναμένεται να αναστρέψει τις επιπλοκές που ήδη υπάρχουν όπως η ένωση και η διάτρηση.

Εφ'όσον το έλκος είναι μια καλοήθης νόσος, το κύριο πρόβλημα είναι ο πόνος που παρεμποδίζει την εργασία του ασθενή και τη χαρά της ζωής.

Έτσι, από τη σκοπιά του ασθενή, η γρήγορη ανακούφιση από τα συμπτώματα είναι το κύριο αντικείμενο της θεραπείας. Τα συμπτώματα όμως μπορεί ν'ανακουφιστούν και χωρίς την επούλωση του έλκους και εφ'όσον ένα έλκος είναι ενεργό υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να συμβούν επιπλοκές. Απ' την σκοπιά όμως του γιατρού η τέλεια επούλωση του έλκους έχει μεγάλη σπουδαιότητα. Η χειρουργική επέμβαση είναι η μόνη πραγματική θεραπεία του έλκους.

Αντίθετα, η χρήση της CIMETIDINE επουλώνει το έλκος αλλά παρά τη συνεχή χορήγησή της, το έλκος υποτροπιάζει σε μερικούς ασθενείς. Σε πολλούς ασθενείς η συνεχής ή, η κατά διαλείμματα χορήγηση της CIMETIDINE για την πρόληψη των υποτροπών του έλκους μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν εναλλακτική λύση μιας χειρουργικής επέμβασης.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Εφ' όσον πολλές πλευρές του έλικους δεν έχουν κατανοηθεί σαφώς, πολλά είναι τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την προσπάθεια εκτίμησης της αποτελεσματικότητας μιας θεραπείας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΑ

Δίαιτα:

Η σύσταση ειδικών τύπων δίαιτας υπήρξε ο ακρογωνιαίος λίθος θεραπείας των ελικοπαθών. Στους ασθενείς δίνονταν η συμβουλή να παίρνουν μικρά και συχνά γεύματα με μαλακές τροφές ενώ σε άλλους να πίνουν γάλα κάθε μία ώρα. Οι σκληρές τροφές απαγορεύονταν καθώς και οι χυμοί φρούτων για το όξινο περιεχόμενό τους. Αυτές οι συμβουλές φαινόταν λογικές τότε, αλλά οι νέες τεχνικές πειραματισμών απέδειξαν ότι τέτοιες διαιτητικές θεραπείες είναι αμφίβολες. Ο τύπος της δίαιτας δεν επηρεάζει την οξύτητα του στομάχου, η ανταπόκριση του στομάχου σε έκκριση HCl οξέος σε μια ελεύθερη δίαιτα είναι η ίδια μ' αυτή που προκαλεί και η κλασική δίαιτα ελικοπάθειας. Επιπλέον το γάλα και οι κρέμες κάθε ώρα, έχουν σαν αποτέλεσμα μια επίμονη υψηλή έκκριση HCl οξέος.

Δεν υπάρχει ένδειξη ότι η οξύτητα των χυμών εσπεριδοειδών προκαλεί πόνο στους ελικοπαθείς ή ότι τα καρυκεύματα επιδεινώνουν τα έλικη. Ούτε υπάρχει και καμιά ένδειξη ότι οι μαλακές τροφές είναι καλύτερες από τις σκληρές, π.χ. τα δημητριακά.

Αφού λοιπόν η βάση μιας τέτοιας διαιτητικής δεν είναι σωστή, δεν υπάρχει λόγος να υποβάλλουμε κάθε ασθενή με γαστροδωδεκατυλικό έλικος σε μια αυστηρή δίαιτα -μικρά και συχνά γεύματα σε κανονικά διαστήματα, πολλές φορές δεν είναι πρα-

κτικά, οι δίαιτες με τροφές υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες είναι δαπανηρές και τα λίπη συχνά επιδεινώνουν τα συμπτώματα.

Επιπλέον η κλινική εμπειρία έδειξε ότι πολλοί ασθενείς διαπίστωσαν ότι ένα ωρισμένο φαγητό αυξάνει τα συμπτώματά τους, η καλύτερη συμβουλή λοιπόν, είναι να αποφεύγουν αυτό που τους προκαλεί ενοχλήματα.

Ανάπαυση, Ψυχική Ηρεμία και Απόχή από Βλαβερούς Παράγοντες:

Η ανάπαυση στο κρεβάτι επιταχύνει την επούλωση του έλκους του στομάχου. Η κλινική εμπειρία έδειξε ότι συχνά ανακουφίζει και τα συμπτώματα του έλκους του 12-δακτύλου. Σε δύο μελέτες που έγιναν για την εκτίμηση της θεραπευτικής αξίας της CIMETIDINE στην επούλωση του έλκους του 12-δακτύλου, έμμεσα διαπιστώθηκε ότι η ανάπαυση ευνοεί την επούλωση. Η παραδοσιακή προσέγγιση της αναγκαστικής παραμονής στο κρεβάτι κατά τη διάρκεια μιας υποτροπής είναι δαπανηρή, αφού τώρα υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία. Γενικά η ανάπαυση δεν είναι πια απαραίτητη εκτός, στις πρώτες 2-3 μέρες μιας υποτροπής με σοβαρά ενοχλήματα. Ενώ χωρίς αμφιβολία πολλοί ασθενείς συσχετίζουν την υποτροπή του έλκους με ένα ειδικής φύσεως STRESS, εντούτοις δεν υπάρχει ένδειξη ότι η συστηματική χρήση ηρεμιστικών είναι ευεργετική στους περ/ρους ασθενείς με 12-δακτυλικό έλκος.

Οι <<βλαβεροί παράγοντες>> περιλαμβάνουν τον καπνό, το αλκοόλ και τον καφέ. Είναι γνωστό πως το κάπνισμα καθυστερεί την επούλωση του έλκους του στομάχου και το ίδιο ισχύει και για το 12_δακτυλικό έλκος άσχετα αν ο ασθενής παίρνει CIMETIDINE ή αντιόξινα.

Αρκετές μελέτες έδειξαν ότι η υποτροπή ενός έλκους είναι πιο συχνή στους καπνιστές. Η κλινική εμπειρία έδειξε πως μετά τη διακοπή του καπνίσματος μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν μια μείωση των συμπτωμάτων. Γι' αυτό το λόγο καθώς και το γενικό βλαβερό αποτέλεσμα του καπνίσματος, η χρήση καπνού πρέπει ν' αποφεύγεται. Πολλές φορές οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι η μεγάλη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών επιδεινώνει τα συμπτώματά τους. Δεν είναι γνωστό αν αυτό οφείλεται στην επίδραση του αλκοόλ στο έλκος ή στον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο. Κατά καιρούς, συνεστήθη η αποφυγή του καφέ από τους ελκοπαθείς.

Ακτινοβολία του Στομάχου:

Η ακτινοβολία του στομάχου προκαλεί βλάβη των κυττάρων και έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης HCl οξέος. Παρά τη βλάβη του βλεννογόνου, τα γαστροδωδεκαδακτυλικά επουλώνονται. Η μείωση έκκρισης HCl οξέος ποικίλει αλλά είναι όμοια με αυτή που επιτυγχάνεται με τη βαγοτομή δηλ. μειώνεται κατά 2/3. Σε μερικούς ασθενείς προκαλεί αχλωρυδρία η οποία διαρκεί για πολλούς μήνες, ενώ άλλοι φαίνεται ότι ανθιάτανται στην ακτινοβολία και η έκκριση του HCl οξέος δεν ελαττώνεται. Τ' αποτελέσματα είναι πραγματικά εντυπωσιακά. Σε μεγάλο αριθμό ασθενών (σε μεγάλες σειρές μελετών) με μακροχρόνια παρακολούθηση αυτών, η υποτροπή του πόνου μειώθηκε κατά 5/6 και η υποτροπή της αιμορραγίας κατά 2/3. Σε μια άλλη μεγάλη μελέτη οι πιο πάνω αναφερόμενοι ρυθμοί υποτροπής επιβεβαιώθηκαν: δεν υπήρχαν θάνατοι από κακοήγη υποτροπή.

Όμως υπάρχει μια σαφής απροθυμία για τη χρησιμοποίηση

μιας πιθανώς θανατηφόρου θεραπείας για τον έλεγχο μιας μη θανατηφόρου νόσου και, πραγματικά, υπάρχουν μεγάλοι κίνδυνοι για τον ασθενή, όπως βλάβη του δέρματος, του ήπατος, της καρδιάς και των νεφρών, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχει αύξηση των όγκων από ακτινοβολία. Όπως συμβαίνει και για άλλες πολύπλοκες τεχνικές ή προσεχτική επιλογή των περιστατικών και η προσοχή στις λεπτομέρειες, μειώνουν τους κινδύνους. Γενικά σήμερα, η ακτινοβολία του στομάχου δεν χρησιμοποιείται παρά μόνο σε ασθενείς με βαρεία συμπτώματα έλκους και οι οποίοι δεν μπορούν να χειρουργηθούν αλλά με την πρόοδο της φαρμακευτικής αγωγής, αυτή η κατηγορία ασθενών μειώθηκε κατά πολύ.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αντιόξινα

Τα αντιόξινα και οι διάφορες δίαιτες είναι τα παλαιότερα θεραπευτικά σχήματα για το γαστροδωδεκατυλικό έλκος. Η πρόοδος στον τομέα των αντιόξινων ήταν βραδεία, γιατί θεωρήθηκε ότι προσφέρουν μόνο συμπτωματική ανακούφιση και όχι αύξηση του ρυθμού της επούλωσης του έλκους. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι μεγάλες δόσεις ενός αντιόξινου -30 ML ισχυρού αντιόξινου 1 ώρα και 3 ώρες μετά τα γεύματα και επίσης πριν την κατάκλιση- προάγουν την επούλωση του έλκους. Μια τέτοια όμως θεραπευτική αγωγή είναι ενοχλητική για τον ασθενή και στην περίπτωση των αντιόξινων που περιέχουν μαγνήσιο μπορεί να προκαλέσουν διάρροια.

Τα αντιόξινα μπορούν σαφώς να κατανεμηθούν σε δύο κατηγορίες: τα απορροφούμενα και τα μη απορροφούμενα. Το διτ-

τανθρακικό νάτριο είναι το καλύτερο παράδειγμα των πρώτων. Ενώ είναι πολύ αποτελεσματικό, δεν χρησιμοποιείται πια τόσο πολύ, γιατί όταν παίρνεται σε μεγάλες δόσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα προκαλεί αλκάλωση και νεφρική βλάβη. Ενώ τούτοις συνδυάζεται ακόμα στη σύνθεση διαφόρων αντιόξινων. Τα πιο κοινώς χρησιμοποιούμενα σήμερα αντιόξινα είναι τα μη απορροφούμενα και περιέχουν κυρίως αργίλιο και μαγνήσιο, και υπάρχουν τόσα πολλά. Το συνηθέστερο αντιόξινο αργιλίου είναι η μορφή γέλης (GEL) του υδροξειδίου του αργιλίου, Από αυτά που περιέχουν μαγνήσιο είναι το οξειδίο, το υδροξειδίο κοινώς γάλα μαγνησίας, το ανθρακικό και το τριπυριτιικό άλας αυτού. Η χρήση των αντιόξινων που περιέχουν ασβέστιο είναι περιορισμένη γιατί μπορεί να προκαλέσει REBOUND-υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος εξ αναστολής.

Διάφορες ουσίες προστέθηκαν στα αντιόξινα για να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους. Ένα παράγωγο θαλάσσιου φυκιού, το αλγινικό οξύ ή φυκόζη, προκαλεί ένα αλκαλικό στρώμα που επιπλέει στην επιφάνεια του γαστρικού περιεχομένου και παλινδρομεί προς τον οισοφάγο ενισχύοντας τη δράση και την αποτελεσματικότητα των αντιόξινων στην θεραπεία της εξαναγωγής οισοφαγίτιδας που συνοδεύει το γαστρο12δακτυλικό έλκος. Η προσθήκη διμεθόνης (σιμεθιλόνης) πιστεύεται ότι ανακουφίζει, από τον μετεωρισμό.

Αν και γενικά πιστεύεται ότι όλα τα αντιόξινα έχουν την ίδια ισχύ, η διαφορά της εξουδετερωτικής ικανότητας των συνήθως χρησιμοποιούμενων αντιόξινων μπορεί να είναι τόσο μεγάλη, μέχρι και 18 φορές. Η ένταση και η διάρκεια της δράσης τους έχει στενή σχέση με τη σύνθεσή τους γιατί η

εξουδετέρωση του HCl οξέος είναι μια χημική αντίδραση. Το ανθρακτικό ασβέστιο δρα πολύ γρήγορα, σε αντίθεση με το τριπυριτικό μαγνήσιο το οποίο δρα αργά και γι' αυτό αναμειγνύεται με άλλα αντιόξινα ταχύτερης δράσης. Η κένωση του στομάχου έχει μεγάλη σχέση με τον καθορισμό της διάρκειας δράσης του αντιόξινου. Το αργίλιο αναστέλλει την κένωση του στομάχου και έτσι παρατείνεται η αντιόξινη δράση αυτών των φαρμάκων, αν και αυτά τα φάρμακα που καθυστερούν την κένωση του στομάχου γενικά έχουν την μικρότερη εξουδετερωτική ικανότητα.

Επειδή σκοπός της αντιόξινης θεραπείας είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, στη Μεγ.Βρετανία δεν δίνεται μεγάλη σημασία στο καθορισμό του σχήματος δοσολογίας. Μόνο στην εντατική θεραπεία (στις ΗΠΑ και την λοιπή Ευρώπη) ο καθορισμός της λήψης του φαρμάκου σε τακτικά χρονικά διαστήματα είναι ιδιαίτερης σημασίας. Η συμπτωματική θεραπεία εξαρτάται από δύο μηχανισμούς: πρώτον τη μείωση του HCl οξέος κάτω του κρίσιμου σημείου πυκνότητας, το οποίο ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και δεύτερον από τη διάρκεια της μείωσης της οξύτητας του στομάχου.

Αντιχοληνεργικά:

Τα φάρμακα αυτά μειώνουν την έκκριση του γαστρικού οξέος. Ο ακριβής μηχανισμός δράσεως δεν είναι γνωστός. Αναστέλλουν την δράση της ACH και ελαττώνουν την ευαισθησία των τοιχωματικών κυττάρων προς την ισταμίνη και την ACH. Τα φάρμακα για να δράσουν πρέπει να δίνονται με δόσεις. Με τις δόσεις η βασική έκκριση μειώνεται κατά 50% και μετά το

γεύμα κατά 30%. Χορηγούνται 30' πριν τα κυρίως γεύματα και πριν την κατάκλιση. Σήμερα η βοήθειά τους θεωρείται μικρή και σχεδόν δεν χρησιμοποιούνται. Αντενδείκνυται σε γλαύκωμα, υπερτροφία προστάτη, πλωρική στένωση, πρόσφατη αιμορραγία και πριν από βαριούχο γεύμα ή εγχείρηση. Συνήθως προτιμάται η βρωμιούχος προπανθελίνη.

Ανταγωνιστές των H₂-υποδοχέων

Πρότυπο είναι η σιμετιδίνη. Αναστέλλει την έκκριση του HCl (την οποία προφανώς προκαλεί η ισταμίνη) με την ανταγωνιστική δράση στους H₂-υποδοχείς των τοιχωματικών κυττάρων. Με πολλές πειραματικές εργασίες εξακριβώθηκε ότι όταν χορηγηθεί η σιμετιδίνη από το στόμα ή IV αναστέλλει τη βασική έκκριση σχεδόν τελείως. Αποδεικνύεται ότι σε περιπατητικούς ασθενείς η οξύτητα ελαττώνεται κατά μέσο όρο κατά 70%. Αντιόξινα δεν πρέπει να χορηγούνται σε συνδυασμό με τη σιμετιδίνη γιατί ελαττώνουν την απορρόφηση αυτής. Η σιμετιδίνη αποτελεί μεγάλη θεραπευτική πρόοδο.

Η ρανιτιδίνη είναι ένας άλλος ανταγωνιστής των H₂-υποδοχέων που έχει εισαχθεί τα τελευταία χρόνια (ZANTAC, GLARO). Έχει μακρά δράση, το οποίο αποτελεί προτέρημα για την καταστολή της νυκτερικής βασικής έκκρισης,

Πιθανά μελλοντικά φάρμακα

Αρκετά φάρμακα, όπως αποδείχτηκε σε μερικές μελέτες, βοηθούν την επούλωση του έλκους του 12-δακτύλου ή του στομάχου. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να γίνουν διαθέσιμα για γενική χρήση. Το κολλοειδές βισμούθιο πιστεύεται, ότι βοηθά την

επούλωση του έλκους του 12-δακτύλου ή του στομάχου. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να γίνουν διαθέσιμα για γενική χρήση. Το κολλοειδές βιομούθιο πιστεύεται, ότι βοηθά την επούλωση του έλκους σχηματίζοντας (σε όξινο περιβάλλον) ένα κολλώδες σύμπλοκο βισμούθι-πρωτεΐνη που απομονώνει το έλκος και το προστατεύει από παραπέρα διάβρωση. Το SUCRAIFATE, ένα βασικό άλας του αργιλίου (Al) με θειούχο δισακχαρίτη, σχηματίζει ένα χημικό σύμπλεγμα με πρωτεΐνες που έχει την ιδιότητα να προσκολλάται στη βάση του έλκους δημιουργώντας ένα προστατευτικό φραγμό στην πάρα πέρα επίδραση του όξεος και πεψίνης.

Η SULIRIDE είναι μια ορθοπραμίδη, που από άποψη δομής συγγενεύει με τη μετοκλοπραμίδη, έχει αντιεμετικές και αντικατασταλτικές και έχει χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του έλκους. Η DRUDHIMIDE, ένα παράγωγο του ισογλουταμινικού οξέος, πιστεύεται, ότι δεσμεύει τους υποδοχείς της γαστρικής μειώνοντας την έκκριση οξέος και αυξάνοντας την ανθεκτικότητα του βλεννογόνου. Υπάρχουν μελέτες σε εξέλιξη που ασχολούνται με την αξιολόγηση της επιδράσεως μερικών προσταγλανδινών στην επούλωση του έλκους. Η χρήση τους στηρίζεται στην κυτταροπροστατευτική ιδιότητα που έχουν και στην ικανότητα να μειώνουν την έκκριση γαστρικού οξέος.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Υπάρχει ένας αριθμός αρρώστων, που πράγματι δεν ανταποκρίνεται στην συντηρητική αγωγή και για τους οποίους έχει θέση η χειρουργική αντιμετώπιση. Ακόμη όταν τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα βασανιστικά και περιορίζουν την δραστηριότητα του ασθενούς και όταν παρατηρηθούν ορισμένες επιπλοκές (αικατάσχετη γαστρορραγία, πυλωρική στένωση, διάτρηση) έχει ένδειξη χειρουργικής θεραπείας. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η ιδανική παρακολούθηση και αντιμετώπιση του ελκοπαθούς γίνεται από <<ομάδα>> και όχι από μεμονωμένο γιατρό. Στην ομάδα πρέπει να μετέχει ο παθολόγος ή οικογενειακός γιατρός, ο γαστρεντερολόγος-ενδοσκόπος και ο χειρουργός, ώστε εάν και όταν φτάσει η ώρα της χειρουργικής θεραπείας ο χειρουργός είναι ήδη ενήμερος για όλο το φάσμα της κλινική διαδρομής της νόσου και μπορεί να σχεδιάσει καλύτερα την εγχειρητική θεραπεία.

Στην επιλογή πάντως της κατάλληλης εγχείρησης για τη θεραπεία οποιασδήποτε ομάδας γαστρικού ή 12/κίου έλκους, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη 4 βασικά κριτήρια. Η εγχείρηση που θα επιλεγεί πρέπει να εξασφαλίζει: α) χαμηλή θνητότητα, β) ασυποδεκτά χαμηλό ποσοστό υποτροπής για όσο το δυνατό σπάνια και κυρίως ήπια νοσηρότητα και δ) να αφήνει περιθώρια για μια εύκολη, ασφαλή και αποτελεσματική επανεγχείρηση σε περίπτωση υποτροπής ή γαστρικής αναπηρίας.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ ΓΙΑ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το έλκος στομάχου χειρουργείται:

1. Όταν δεν επουλούται μετά 3 μήνες συντηρητικής αγωγής
2. Όταν υποτροπιάζει μετά τη θεραπεία.

Τονίζουμε ιδιαίτερα ότι πρέπει πάντοτε να προηγείται γαστροσκόπηση και λήψη βιοψιών από πολλά μέρη του έλκους

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ ΓΙΑ 12/ΔΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Εκλεκτική εγχείρηση γίνεται:

1. Όταν η συντηρητική αγωγή αποτύχει
2. Μετά από επανειλημμένες αιμορραγίες ή διατρήσεις
3. Όταν συνυπάρχουν άλλες παθήσεις, όπως νεφρική ανεπάρκεια
4. Σε αρρώστους υψηλού κινδύνου (λήψη αντιπηκτικών)

Επείγουσα εγχείρηση γίνεται:

1. Σε περίπτωση διατρήσεως
2. Σε περίπτωση βαρειάς αιμορραγίας
3. Σε πυλωρική στένωση

ΕΙΔΗ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Επί έλκος στομάχου:

Περίπου από τα 80% των χειρουργών, ως επέμβαση εκλογής για το καλοήθες έλκος του στομάχου θεωρείται η γαστρεκτομή κατά BILLROTH I, δηλαδή η αφαίρεση του 50-60% του στομάχου με τελικοτελική αναστόμωση. Σε περίπτωση υπάρξεως τεχνικών δυσκολιών γίνεται αναστόμωση κατά BILLROTH II. Η αναστόμωση κατά BILLROTH II είναι προτιμότερο να γίνεται σε αρρώστους μετά το 60ο έτος της ηλικίας.

Όταν το έλκος εντοπίζεται στην καρδιακή μοίρα του στομάχου, κοντά στον οισοφάγο, γίνεται βαγοτομή και πυλωροπλαστική από πολλούς χειρουργούς. Μερικές ομάδες χειρουργών εκ-

τελούν βαγοτομή, αφαίρεση του έλκους και βιοψία με πυλωροπλαστική ή ακόμα και βαγοτομή χωρίς αφαίρεση του έλκους.

Η εγχειρητική θνητότητα είναι 0,5-1%. Τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα είναι σχετικά περιορισμένα και στο 90% των αρρώστων το αποτέλεσμα είναι εξαιρετο. Το ποσοστό υποτροπής είναι 0-5% ενώ τα λειτουργικά ενοχλήματα από 5-10% (αίσθημα πληρώσεως του στομάχου, ήπιο DUMPING).

Σε περίπτωση μαζικής αιμορραγίας από γαστρικό έλκος, προτιμότερη επέμβαση από τη γαστρεκτομή είναι η βαγοτομή, σε συνδυασμό με μια παροχετευτική επέμβαση και συρραφή του αγγείου που αιμορραγεί με ράμματα που δεν απορροφούνται. Αναφέρεται ότι η εγχειρητική θνητότητα είναι μικρότερη κατά 50% απ'ότι σε γαστρεκτομή και η πιθανότητα νέας αιμορραγίας δεν αυξάνει σε σύγκριση με τη γαστρεκτομή και οι περισσότεροι προτιμούν γαστρεκτομή.

Η υπερειλεκτική βαγοτομή έχει δώσει αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα όπως αναφέρουν πολλοί.

Επί έλκους δωδεκαδακτύλου:

Όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία του 12-δακτυλικού έλκους, με διάφορες τεχνικές έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα: τη σημαντική και μόνιμη ελάττωση της έκκρισης του HCl οξέος. Και συμπερασματικά, αυτό είναι το αποτέλεσμα που μετά στην ωφέλεια από τη χειρουργική επέμβαση.

Μερική γαστρεκτομή

Με αυτή την επέμβαση αφαιρούνται τα 2/3 - 3/4 του στομάχου. Στη συνέχεια το απομένον γαστρικό κολόβωμα αναστομώνεται είτε κατευθείαν με το 12-δάκτυλο ή με τη νήστιδα. Η

τελευταία αυτή τεχνική είναι η πιο συχνή. Ένα ουσιώδες μέτρο είναι να μην απομένει ιστός του πυλωρικού άντρου στο 12-δακτυλικό κολόβωμα αλλιώς παρατηρείται πολύ συχνός ρυθμός υποτροπίασης, γιατί επειδή μένει εκτεθειμένο στοαλκαλικό περιβάλλον του αυλού του 12-δακτύλου εξακολουθεί να εκκρίνει γαστρίνη αλλά αυτό προς το παρόν δεν έχει αποδειχθεί.

Στελεχιαία βαγοτομή και παροχέτευση

τα πνευμονογαστρικά νεύρα αποκόπτονται στην πορεία τους στα τοιχώματα του ενδοκοιλιακού τμήματος. Η παροχέτευση γίνεται είτε με πυλωριπλαστική ή με γαστροεντεροστομία. Και εδώ υπάρχουν διάφορες τροποποιήσεις των δύο αυτών τεχνικών. Η πυλωροπλαστική γίνεται όπου είναι δυνατό να γίνει αλλά αν οι ουλές και η παραμόρφωση του 12-δακτύλου είναι σοβαρές η παροχέτευση γίνεται με γαστροεντεροστομία.

Στελεχιαία βαγοτομή και Αντρεκτομή

Η επέμβαση αυτή εφαρμόζεται πολύ στις Η.Π.Α. και αποτελεί μια φυσιολογική προσέγγιση για τη μείωση της έκκρισης HCl οξέος γιατί επεμβαίνει στους νευροορμονικούς μηχανισμούς ελέγχου. Η βαγοτομή περιορίζει την ανάγκη μεγάλης αντρεκτομής και έτσι ελαττώνει τα μετεγχειρητικά προβλήματα.

Εκλεκτική βαγοτομή και παροχέτευση

Επειδή η στελεχιαία βαγοτομή απονευρώνει το άνω ήμισυ του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένων και του ήπατος και της χοληδόχου κύστης, αναπτύχθηκε μια πιο εκλεκτική τεχνική για να αποφευχθεί η αρνητική αντίδραση σ' αυτά τα όργανα. Επιπλέον πιστεύεται ότι η βαγοτομή αυξάνει πιθανό-

τητα δημιουργίας χολολίθων, η οποία όμως προλαμβάνεται μ' αυτή την πιο εκλεκτική μέθοδο.

Υπερ-εκλεκτική βαγοτομή

Αυτή είναι η τελευταία εξέλιξη στη χειρουργική του στομάχου και τα πρώτα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά. Στην υπερεκλεκτική βαγοτομή αποκόπονται μόνο οι νευρικές ίνες του πυθμένα και του σώματος του στομάχου ενώ διατηρούνται οι ίνες του άντρου καθώς και ο κοιλιακός και ο ηπατικός κλάδος του πνευμονογαστρικού. Κατά συνέπεια, το τμήμα του στομάχου που παράγει το HCl οξύ απονευρώνεται -γι' αυτό υπάρχει και η εναλλακτική ονομασία, βαγοτομή των τοιχωματικών κυττάρων-ενώ η κινητικότητα του αντροπυλωρικού τμήματος διατηρείται. Έτσι δεν υπάρχει ανάγκη παροχέτευσης που χρειάζεται σε άλλες χειρουργικές τεχνικές βαγοτομής. Στην πραγματικότητα, αυτή την υπερεκλεκτική βαγοτομή η παροχέτευση θα χειροτερέψει τα αποτελέσματα.

Όταν λαμβάνονται υπόψη τα 4 βασικά κριτήρια που αναφέρονται παραπάνω η χειρουργική θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους έχει σαν τελικό αποτέλεσμα την ίαση του έλκους χωρίς μετεγχειρητικά συμπτώματα σ' ένα μικρό ποσοστό 90% που είναι πολύ υψηλό σαν χειρουργικό αποτέλεσμα. Σ' ένα μέσο ποσοστό 10% το αποτέλεσμα δεν είναι καλό λόγω σοβαρής νοσηρότητας. Από το ποσοστό αυτό οι μισοί άρρωστοι (5%) θα απαλλαγούν ή θα παρουσιάσουν βελτίωση των συμπτωμάτων είτε αυτόματα είτε με συντηρητική αγωγή ενώ στους υπόλοιπους (5%) θα μείνει μόνιμη γαστρική αναπηρία. Σ' αυτούς τους τελευταίους αρρώστους, μια ορθώς επιλεγμένη επανορθωτική επέμβαση δίνει ανάλογα με τον τύπο της γαστρικής αναπηρίας αλλά και

τον τύπο της πρώτης εγχείρησης, ποσοστό επιτυχίας που κυμαίνεται από 40% μέχρι 80%.

ΕΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑΧΙ					
	Μερική γαστρεκτομή	Βαγοτομή και αντρεκτομή	Βαγοτομή και πυλωροπλαστική	Βαγοτομή και γαστροεντεροστομία	Υπερειλεκτική βαγοτομή
Συχνότητα Υποτροπής	2-5%	1-2%	5-10%	7-10%	10%
Θνησιμότητα	2-4%	1-2%	< 1%	< 1%	< 1%
Αίσθημα πληρότητας του επιγαστρίου	36%	36%	-	40%	33%
DUMPING- πρώιμο	22%	9%	14%	18%	6%
όψιμο	1%	4%	2%	2%	
Έμετος χολής	12%	14%	-	15%	5%
Σοβαρή διάρροια	1%	3%	4%	5%	<1%
Γαστρική στάση	±	+	+++	++	0
Ατελής διατροφή	++++	+++	++	+	0
Πενιχρά αποτελέσματα	6%	8%	14%	11%	8%

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

α. Πυλωρική Στένωση

Είναι η δημιουργία στενώσεως στην περιοχή του πυλωρικού στομίου με αποτέλεσμα τη δυσχέρεια της προωθήσεως του περιεχομένου του στομάχου προς το έντερο. Οφείλεται συνήθως στην ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού.

Παραπυλωρικά και δωδεκαδακτυλικά έληη έχουν σαν επιπλοκή πυλωρική στένωση με συχνότητα 0,5% τα πρώτα και 7% τα δεύτερα. Αποτέλεσμα της πυλωρικής στενώσεως είναι η διάταση του στομάχου και ο υπερπερισταλτισμός, ο οποίος οδηγεί στην υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα του στομάχου. Τέλος ο στόμαχος διατείνεται, μεταβάλλεται σε πελώριο χαλαρό σάκιο γεμάτο με υπολείμματα τροφών και υγρών που λιμνάζουν (μη αντιρροπούμενη γαστρική στένωση).

Τα κλινικά σημεία είναι: 1. Έμετοι απαντούνται σε 90% των ασθενών αλλά μόνο σε 70% είναι καθημερινοί. Σε 20% των ασθενών οι έμετοι είναι άτακτοι και αραιοί. Έμετοι κόκκοι με ή χωρίς τροφή από προηγούμενες ημέρες παρατηρούνται μόνο σε 30% των περιπτώσεων περίπου. 2. Πόνος, συνήθως χωρίς του χαρακτηριστικού ωραρίου, αλλά συνεχής που ανακουφίζεται κατά κανόνα, από τους εμέτους. 3. Ανορεξία σε 60% των περιπτώσεων. 4. Απώλεια βάρους. 5. Δυσκοιλιότητα είναι πολλές φορές επίμονη.

Αντικειμενικά: Απώλεια βάρους, αφυδάτωση, ευαισθησία του επιγαστρίου αλλά χωρίς ειδικούς χαρακτήρες. Παφλασμός παρατηρείται σε 40% των περιπτώσεων. Ο παφλασμός έχει σημειολογική αξία όταν έχουν περάσει τουλάχιστον 3 ώρες μετά το γεύμα ή 1 ώρα μετά τη λήψη νερού. Περισταλτικές κινήσεις εί-

ναι ορατές σε λίγες μόνο περιπτώσεις.

Εργαστηριακώς: Αλιάλωση υποχλωραιμική, υπονατριαιμική και υποκαλιαμική παρατηρείται σε 20% των περιπτώσεων. Είναι ανάλογη προς την βαρύτητα και τη διάρκεια της στενώσεως. Η πυλωρική στένωση θεωρείται σίγουρη όταν μετά από τριήμερη παραμονή ρινογαστρικού καθετήρα α) μετά 4 ώρες από το γεύμα αναρροφούνται με ρινογαστρικό σωλήνα > 300 ML γαστρικού περιεχομένου, β) μετά 4 ώρες από βαριούχο γεύμα διαπιστώνεται ακτινολογικώς παραμονή > 50% ποσότητα του βαρίου που χρησιμοποιήθηκε. γ) μετά από έγχυση 750 ML ισότονου αλατούχου διαλύματος ανασύρονται μετά από 30' πάνω από 400 ML. Τα αρχικά συμπτώματα της πυλωρικής στενώσεως μπορεί να οφείλονται σε οίδημα και σπασμό λόγω της δραστηριότητας του έλικους και είναι αναστρέψιμα. Αργότερα αναπτύσσεται ουλώδης ιστός και οι εκδηλώσεις της στενώσεως είναι μη αναστρέψιμες, οπότε η θεραπεία πρέπει να είναι χειρουργική αφού προηγουμένως διορθωθεί η θρέψη του ασθενούς, οι μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές αυτού, με καθημερινές πλύσεις υποχωρεί η φλεγμονή και αποκαθίσταται ο τόνος του στομάχου.

β. Διάτρηση

Είναι η διάβρωση όλων των χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος από το έλκος. Το περιεχόμενο του στομάχου εγχύεται εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας και εμφανίζονται συμπτώματα οξείας διάχυτης περιτονίτιδας. Συμβαίνει σε ποσοστό 3-5% των ελκών του βολβού και 2-3% των ελκών του στομάχου. Έλκη της πρόσθιας επιφάνειας του δωδεκαδακτύλου υφίστανται διάτρηση συχνότερα από την οπίσθια. Έλκος του ελάσσονος τόξου του στο-

μάχου υφίσταται διάτρηση συχνότερα από τα έλκη άλλων περιοχών. Η διάτρηση είναι συχνότερη επιπλοκή στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Κλινική εικόνα: Συνήθως εμφανίζεται πόνος αιφνίδιος, ισχυρός, διαξιφιστικός και εντοπίζεται στο επιγάστριο ενώ στη συνέχεια ακτινοβολεί προς όλη την κοιλιακή χώρα, δυναμώνει με τις αναπνευστικές κινήσεις, αλλά και με κάθε κίνηση, γι' αυτό και ο ασθενής μένει συχνά ακίνητος. Ακολουθεί δίψα, ναυτία, τάση προς έμετο και έμετοι τροφώδεις ή βλενώδεις, ψυχροί ιδρώτες όπως και αίσθημα φόβου και αγωνίας.

Αντικειμενικά: η κοιλιά είναι συσπασμένη σαν ξύλο και επώδυνη. Η ηπατική αμβλύτητα εξαφανίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις, επίσης διαπιστώνεται κατάργηση των εντερικών ήχων σε 90% των περιπτώσεων.

Ακτινολογικά, βρίσκεται συνήθως αέρας στο ένα ή και στα δύο ημιδιαφράγματα σε όρθια θέση.

Διάγνωση: Στηρίζεται στη χαρακτηριστική κλινική εικόνα, το αναμνηστικό προϋπάρχοντος έλκους και την ακτινογραφία κοιλίας.

Θεραπεία: Επιβάλλεται άμεση επέμβαση. Όσο μικρότερο είναι το διάστημα από την διάτρηση τόσο μικρότερη είναι η θνησιμότητα.

γ. Αιμορραγία (γαστρορραγία)

Γαστρορραγία εννοούμε την αθρόα απώλεια αίματος από το ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, ανεξαιρέτως αιτιολογικού παράγοντα. Περίπου 15-30% αυτών που πασχουν από έλκος εμφανίζουν μία ή περισσότερες αιμορραγίες.

Κλινική εικόνα: Είναι ανάλογη με την ποσότητα του αίματος που χάθηκε. Μικρού βαθμού αιμορραγία (λανθάνουσα), συνεχιζόμενη ή υποτροπιάζουσα, προκαλεί συμπτώματα χρόνιας μεθαιμορραγικής αναιμίας, όπως εύκολη κόπωση, αίσθημα ζάλης, καταβολή δυνάμεων κλπ. Σε αθρόα αιμορραγία, το πρώτο σύμπτωμα είναι συνήθως η αιματέμεση ή η μέλαινα κένωση. Συγχρόνως ή στη συνέχεια, ο ασθενής εμφανίζει αίσθημα ζάλης, θόλωση της διάνοιας, άκρα ψυχρά, ιδρώτες και τάση προς λιποθυμία. Όταν η αιμορραγία συνεχίζεται, επέρχεται κυκλοφορική ανεπάρκεια μαζί με απώλεια συνειδήσεως (COLLAPSUS), η οποία σε βαρείες περιπτώσεις οδηγεί στο θάνατο. Σε άτομα μεγάλης ηλικίας δυνατόν να εμφανιστούν συμπτώματα ανοξαιμίας των ευγενών οργάνων (καρδιάς, εγκεφάλου, νεφρών).

Αντικειμενικά ευρήματα: είναι ωχρότητα δέρματος και των βλεννογόνων, ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πίεσεως.

Εργαστηριακά ευρήματα: Διαπιστώνεται πτώση του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης. Οι χαρακτήρες των ερυθρών αιμοσφαιρίων και ο σίδηρος παραμένουν φυσιολογικά εφ'όσον η απώλεια αίματος είναι μόνο πρόσφατη.

Θεραπεία: απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα θεωρούνται τα εξής:

1. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο, απόλυτη ακινησία και συχνή παρακολούθηση του ασθενούς
2. Έλεγχος της ομάδας του αίματος, του αιματοκρίτου και της αιμοσφαιρίνης και μετάγγισης προσφάτου αίματος, όταν η τιμή αυτών κατέρχεται σε επίπεδο κάτω του 65% του φυσιολογικού ή όταν εμφανίζονται συμπτώματα κυκλοφορικής ανεπάρκειας.

3. Απόλυτη νηστεία για 1-2 ημέρες και χορήγηση υγρών παρεντερικώς
4. Αιμοστατικά φάρμακα αποτελεσματικά δεν υπάρχουν. Χορηγείται διάλυμα θρομβίνης από το στόμα και σε αιμορραγική διάθεση βιταμίνες K και C.
5. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και πλύσεις με ψυχρό νερό.

Συχνή παρακολούθηση του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσεως και του αιματοκρίτου μας πληροφορούν για εξέλιξη της αιμορραγίας.

δ. Καρκινωματώδης ή κακοήθης εξαλλαγή

Το έλκος του στομάχου, υποστηρίζεται ότι είναι δυνατόν να υποστεί κακοήθη εξαλλαγή σε αναλογία 5-10%. Αυτή παρατηρείται σε έλκη τα οποία εμφανίζουν χρόνια διαδρομή. Η ύπονοια εξαλλαγής τίθεται όταν κατά τον τακτικό ακτινολογικό και γαστροσκοπικό έλεγχο, η κρύπτη του έλκους δεν παρουσιάζει καμιάτάση για epούλωση ή τα χείλη της είναι ανώμαλα. Από πολλούς αμφισβητείται σήμερα η κακοήθης εξαλλαγή των ελκών του στομάχου. Πιστεύεται ότι τα περισσότερα από αυτά είναι από την αρχή καρκινωματώδη και η εξαλλαγή, αν πράγματι γίνεται, δεν υπερβαίνει το 1-2%.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Οι εγχειρήσεις οι οποίες γίνονται για διάφορες παθήσεις του στομάχου προκαλούν αλλαγή της φυσιολογίας του πεπτικού σωλήνα συχνά επιθυμητή για τη θεραπεία της βασικής νόσου, καθώς και μηχανικές βλάβες, οι οποίες απορρέουν από την εφαρμοζόμενη εγχειρητική τεχνική. Τα παραπάνω δημιουργούν μετεγχειρητικώς προβλήματα στους ασθενείς ποικίλης εντάσεως, τα οποία εκδηλώνονται σαν ομάδες κλινικών και εργαστηριακών συμπτωμάτων και καλούνται γενικά <<Σύνδρομα μετά γαστρεκτομή>>. τα σπουδαιότερα σύνδρομα είναι τα παρακάτω:

Σύνδρομο DUMPING

Σαν σύνδρομο DUMPING περιγράφεται ένα σύνολο υποκειμενικών αισθημάτων και αντικειμενικών ευρημάτων τα οποία επέρχονται αμέσως μετά τα γεύματα σε ασθενείς που έχουν υποστεί μια οποιουδήποτε τύπου εγχείρηση στο στομάχι, η οποία αφαιρεί μεγάλο τμήμα αυτού, ή αφαιρεί, παρακάμπτει ή αλλάζει τον μηχανισμό του πυλωρικού σφιγκτήρα ή τέλος, αλλάζει τη νεύρωση του στομάχου (VAGOTOMY), επηρεάζουσα έτσι τη γαστρική κένωση.

Τα παρουσιαζόμενα, υποκειμενικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται συνήθως 10' μετά το γεύμα και διαρκούν 40-60' συνίστανται σε ζάλη, αδυναμία, αίσθημα λιποθυμίας, αίσθημα κοπώσεως, αίσθημα επιγαστρικής πληρώσεως, αίσθημαεξάψεως και θερμότητας, παρ'ότι ο ασθενής φαίνεται ωχρός, ναυτία ή έμετοι, βορβορυγμούς ή διάρροια και τέλος, μεγάλη ανάγκη να ξαπλώσει.

Τα παραπάνω ενοχλήματα από τα οποία κατά περίπτωση πιθανόν να λείπουν ορισμένα, μπορούν να συνοδεύονται από τα ακόλουθα αντικειμενικά ευρήματα: ταχυκαρδία, ταχύπνοια, ωχρότητα, εφίδρωση, άνοδο της αρτηριακής πίεσεως, αύξηση της ενδοαυλικής πίεσεως της νήστεως, ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές στα T επάρματα και τα S-T διαστήματα, ελάττωση του όγκου του πλάσματος, αύξηση της ουρικής εκκρίσεως του ουρικού οξέος, υπεργλυκαιμία αρχικά και υπογλυκαιμία αργότερα (60-90' μετά το γεύμα), ελάττωση του καρδιακού όγκου παλμού, αύξηση της τριχοειδικής (δακτυλικής) ροής, αύξηση της νεφρικής ροής και, τέλος, ανωμαλίες της εντερικής κινητικότητας. Τα συμπτώματα περιγράφησαν αρχικά από τον HERTZ το 1913 η ονομασία όμως του συνδρόμου δόθηκε από το MIX το 1922.

Παθοφυσιολογία

Πολλές θεωρίες έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί και σε πολλές περιπτώσεις έχουν και πειραματικά επιβεβαιωθεί, για να εξηγήσουν την αιτία και τα συμπτώματα του συνδρόμου.

Έτσι, κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί το βάρος και η απότομη είσοδος άπεπτης τροφής στο λεπτό έντερο, η απότομη διάταση του λεπτού εντέρου από την είσοδο της τροφής η απότομη διάταση του λεπτού εντέρου συνεπεία εκκρίσεως μεγάλης ποσότητας υγρών εντός του αυλού του εντέρου συνεπεία εισόδου υπέρτονου τροφής, η έλλειψη περιφερικής αγγειοσυσπάσεως στη φάση της σπλαχνικής αγγειοδιάτασης που παρατηρείται κατά την πέψη, στην παρατηρούμενη υποκαλιαιμία κλπ.

Σήμερα, όμως, τρεις θεωρούνται οι ουσιώδεις παράγοντες δημιουργίας του DUMPING και αυτοί είναι:

1. Η απότομη και ταχεία είσοδος υπέρτονου υδατανθρακικού τροφής στο λεπτό έντερο

2. Η ταχεία και μεγάλη διάταση της αρχής της νήστεως και
3. Η προδιάθεση του ασθενούς

1. Η είσοδος υπέρτονου τροφής στο λεπτό έντερο

Η απότομη είσοδος άπεπτου υπέρτονου τροφής και κυρίως υδατανθρακικού στην αρχή της νήστεως προκαλεί ταχεία είσοδο μεγάλων ποσοτήτων υγρών από το πλάσμα που κυκλοφορεί και το μεσοκυττάριο χώρο μέσα στον εντερικό αυλό για να εξουδετερωθεί η μέσα σ' αυτόν αυξηθείσα ωσμωτική πίεση με συνέπεια ταχεία και μεγάλη ελάττωση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος, η οποία φαίνεται να είναι μεγαλύτερη του 10%. Πράγματι, η εισαγωγή στην αρχή της νήστεως υπέρτονου διαλύματος σε άτομα που έχουν υποστεί γαστρική εγχείρηση, όσο και σε φυσιολογικά δημιουργεί στην συμπτωματολογία του συνδρόμου.

2. Η εντερική διάταση

Η απότομη και μεγάλη διάταση της αρχής της νήστεως ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκαλεί, δημιουργεί συμπτωματολογία όμοια με αυτή του συνδρόμου DUMPING. Πράγματι η συμπτωματολογία διατηρείται σε ασθενείς στους οποίους διαφυλάσσεται ο φυσιολογικός όγκος του κυκλοφορούντος αίματος με συνεχή μετάγγιση και αναπαράγεται μετά από διάταση της νήστεως με μπαλόνι γεμάτο αέρα.

Χημικοί παράγοντες ενοχοποιήθηκαν για την εξήγηση του φαινομένου και συγκεκριμένα σαν αίτιο θεωρείται η έκκριση σεροτονίνης από τη διάταση, παρ' ότι δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί εργαστηριακά. Πράγματι, ενώ δεν έχει βρεθεί αύξηση στο πυλαίο αίμα της ελεύθερης ή δεσμευμένης σεροτονίνης κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, έχει παρατηρηθεί μείωση αυτών με τη χορήγηση ανταγωνιστών της σεροτονίνης.

3. Η προδιάθεση του ασθενούς

Σήμερα, έχει γίνει γενικώς παραδεκτό, ότι άτομα με ασταθή ψυχισμό και διανοητικώς υπολειπόμενα είναι επιρρεπή στην εμφάνιση του συνδρόμου ανεξάρτητα από το είδος της γαστρικής εγχειρήσεως που έχουν υποστεί. Υπέρ της απόψεως αυτής συνηγορούν:

- α. Ότι υπάρχουν διαστήματα μηνών ή ακόμη και ετών, που τα άτομα είναι ελεύθερα συμπτωμάτων και
- β. Ότι σπανίως εμφανίζουν το σύνδρομο άτομα κατά τα άλλα υγιή και διανοητικώς και ψυχικώς σταθερά.

Θεραπεία

Η θεραπεία είναι κατά το μάλλον και ήττον, όπως συνάγεται από τα παραπάνω, εμπειρική και συνίσταται:

1. Στην εξήγηση και διαβεβαίωση του ασθενούς ότι τα εμφανιζόμενα συμπτώματα δεν οφείλονται και δεν προκαλούν σοβαρή βλάβη στον οργανισμό
2. Στην διόρθωση υπάρχουσών διαταραχών ορισμένων εργαστηριακών παραμέτρων όπως η έλλειψη σιδήρου, η έλλειψη βιταμινών
3. Στην δίαιτα. Τα μικρά και συχνά γεύματα καθώς και η αποφυγή μεγάλων ποσοτήτων και πυκνών διαλυμάτων γλυκόζης ελαττώνουν ή και εξαφανίζουν τη συμπτωματολογία
4. Στα φάρμακα. Κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί ανταγωνιστές της σεροτίνης (4 MG CYRTOHEPTADINE) (SULLIVAN 1966) καθώς και νσουλίνη ή TOLBUTAMIDE 500 MG (LE QUESNE 1960) χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα
5. Στην εγχειρητική θεραπεία. Το σύνδρομο DUMPING είναι συχνότερο σε ασθενείς που υποβάλλονται σε BILLROTH II γαστρεκτομή με εμπροσθοκολική ΓΕΑ.

Έτσι κατά καιρούς έχει προταθεί η μετατροπή της BILLROTH II σε BILLROTH I ή η παρεμβολή κάποιου είδους αντιπερισταλτικού μηχανισμού στην αρχή της προσιούσης.

Ταχεία κένωση του εντέρου (διάρροια)

Ταχεία κένωση του εντέρου μπορεί να παρουσιαστεί υπό διάφορες μορφές μετά από μια γαστρική εγχείρηση, όπως π.χ. 3-4 κενώσεις σχηματισμένες ημερησίως, ή παροξυσμός διαρροϊκών επεισοδίων άλλοτε άλλης εντάσεως και διάρκειας.

Είναι βασικό να τονισθεί ότι η διάρροια είναι πιο συχνή μετά VAGOTOMY παρά μετά από γαστρεκτομή. Στις εργασίες του GOLIGHER και WATKINSON το ποσό της διάρροιας μετά γαστρεκτομή ανέρχεται σε 10.7%, μετά VAGOTOMY σε 27% και μετά VAGOTOMY και αντρεκτομή σε 20%.

Η μετά VAGOTOMY διάρροια οφείλεται σχεδόν αποκλειστικά στην διατομή των πνευμονογαστρικών, ενώ η μετά γαστρεκτομή διάρροια έχει σαν κύριους αιτιολογικούς παράγοντες τους παρακάτω:

1. Την αυξημένη διαβατότητα του εντέρου, που οφείλεται στην απώλεια της κανονικής γαστρικής κενώσεως συνέπεια αφαιρέσεως του πυλωρικού άντρου και του πυλωρικού σφιγκτήρα
2. Την ωσμωτική καθαρτική ενέργεια μεγάλων ποσοτήτων υπερτόνων και άπεπτων τροφών στο λεπτό έντερο.
3. Την παραγωγή μέσα στο παχύ έντερο ερεθιστικών του εντέρου ουσιών. Πιθανώς, ο πιοσπουδαίος μηχανισμός σ' αυτή τη διεργασία είναι η διάσπαση των χολικών αλάτων από βακτηρίδια, η οποία εκτελείται μέσα στην προσιούσα έλικα. Τα προϊόντα της διασπάσεως αυτής πιθανότητα εκλύουν ερεθιστικούς, του εντέρου, παράγοντες.

Θεραπεία μάλλον εμπειρική, συνίσταται:

1. Σε δίαιτα. Μικρά γεύματα, αποφυγή προϊόντων γάλακτος
2. Φάρμακα. Αντιδιαρροϊκά, αντιβιοτικά, παγκρεατικά παράγωγα
3. Εγχειρήσεις. Σπάνια ενδείκνυνται.

Στεατόρροια

α. Πρώιμη στεατόρροια

Σε φυσιολογικά άτομα με κανονική δίαιτα, η ημερήσια αποβολή λίπους με τα κόπρανα φτάνει σε 2-3 GR. Σε άτομα που υποβλήθηκαν σε γαστρεκτομή τύπου BILLROTH I η απώλεια ανέρχεται σε 7-8 GR, ενώ σε άτομα τα οποία υπέστησαν γαστρεκτομή τύπου BILLROTH II σε 18 GR. Αυτά συμβαίνουν ανεξαρτήτως υπάρξεως ή μη συμπτωμάτων.

Ως παράγοντες της μεγάλης απώλειας λίπους επί γαστρεκτομών θεωρούνται οι παρακάτω:

1. Η παράκαμψη του 12δακτύλου, συνεπεία της οποίας είναι η απώλεια του ερεθίσματος εκκρίσεως παγκρεατικών υγρών, συμπεριλαμβανομένης και της λιπάσης, που δημιουργούν οι τροφές όταν διέρχονται από το 12δάκτυλο. Αυτό περιγράφηκε από τον BRAIN (1958) σαν «Παγκρεατοτροφική ασυγχρονία»

2. Η προσιούσα έλικα λειτουργεί πολλές φορές σαν τυφλή έλικα με αποτέλεσμα επιμόλυνση του περιεχομένου αυτής.

3. Η μακρά προσιούσα έλικα, η οποία ενεργεί σαν αποθήκη παγκρεατικών ενζύμων, τα οποία, έτσι, αργούν να αναμιχθούν και να δράσουν στις τροφές, ενώ συγχρόνως αποτελούν ανασταλτικό παράγοντα εκκρίσεως νέων παγκρεατικών ενζύμων,

β. Όψιμη Στεατόρροια

Η εμφάνιση στεατόρροιας μετά από μακρύ χρονικό διάστημα από την εγχείρηση έχει σαν κύριο αίτιο κυρίως τη συν τω χρόνω τεράστια ενίοτε διάταση της προσιούσης, συνέπεια συμφύσεων, οπότε αυτή ενεργεί σαν αποθήκη παγκρεατικών υγρών τα οποία επιμολύνονται από μικρόβια τύπου E. COLI.

Στις περιπτώσεις αυτές, σε αντίθεση με το κλασσικό σύνδρομο προσιούσης δεν υπάρχει δυσφορία μετά το φαγητό και χολώδης έμετος λόγω της έλλειψης κινητικότητας της έλικας πιθανώς από τη μεγάλη διάταση.

Θεραπεία : Συνήθως εγχειρητική ανάλογη με τα ευρήματα.

Σύνδρομο Μικρού Στομάχου

Μερικοί ασθενείς κυρίως εκείνοι που έχουν υποστεί γαστρεκτομή 7 ή 9/10 παραπονιούνται για αίσθημα τάσεως στο επιγάστριο και δυσφορίας αμέσως μετά τη λήψη και ελάχιστης τροφής, ενώ συγχρόνως, δυνατόν να εμφανίσουν και ορισμένα συμπτώματα που αναφέρονται στο DUMPING. Η αιτία του συνδρόμου που καταλήγει σε ορισμένες περιπτώσεις σε αθρεψία του οργανισμού οφείλεται στην απώλεια της λειτουργίας του στομάχου σαν αποθήκης. Η θεραπεία συνίσταται στην μετατροπή της BILLROTH I σε BILLROTH II και η δημιουργία τεχνητού στομάχου.

Πρωινού χολώδεις έμετοι

Μερικοί ασθενείς, το 15-20% κατά τον ORR (1962) παρουσιάζουν κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την εγχείρηση, νωρίς το πρωί ναυτία, η οποία ακολουθείται από αποβολή μικρής ποσότητας (30-60 ML) καθαρής χολής. Το γεγονός αυτό διαταράσει

έντονα την ψυχική διάθεση του ασθενούς λόγω της πικρής γεύσεως της χολής.

Ο μηχανισμός δημιουργίας του συνδρόμου δεν έχει διευκρινισθεί φαίνεται όμως, ότι παίζει ρόλο η θέση με την οποία κοιμάται ο ασθενής (αριστερή πλευρά) και οι κινήσεις του διαφράγματος που δρουν σαν αντλία αναρροφήσεως της συσσωρευμένης στην προσιούσα έλικα χολής, προς το γαστρικό κολόβωμα, του οποίου επηρεάζει την κινητικότητα.

Σύνδρομο Προσιούσης Έλικας

Αυτός ο τύπος χολώδους εμέτου είναι αρκετά πιο σοβαρός και ενοχλητικός από τον προηγουμένως περιγραφέντα και αναπτύσσεται σε αντίθεση με τον προηγούμενο μετά πάροδο μηνών ή και ετών από την εγχείρηση. Η όλη συμπτωματολογία του συνδρόμου συνίσταται σε αμβλύ βαθύ επιγαστρικό άλγος που συνοδεύεται από το αίσθημα επιγαστρικής πληρώσεως αμέσως μετά τα γεύματα, και ακολουθείται από άφθονο καθαρό χολώδη έμετο (300-500 mL), μετά τον οποίο επέρχεται πλήρης ανακούφιση του ασθενούς. Ο έμετος δεν περιέχει την προσφάτως ληφθείσα τροφή, αλλά μόνο χολή.

Το σύνδρομο οφείλεται σε αναπτυσσόμενες συμφύσεις γύρω ή κοντά στο στόμιο της προσιούσης που εμποδίζουν την έξοδο της χολής και των παγκρεατικών υγρών προς το γαστρικό κολόβωμα.

Σύνδρομο απιούσης έλικας

Σπάνιο σύνδρομο, που πολλές φορές συγχέεται με το προηγούμενο και συνίσταται σε επιγαστρικό άλγος και αίσθημα

πληρότητας αμέσως μετά το γεύμα, το οποίο ακολουθείται από χολώδη και τροφώδη έμετο, που ανακουφίζει τον ασθενή.

Η αιτιολογία του είναι μερική απόφραξη του στομίου της απιούσης έλικας είτε λόγω συμφύσεων είτε λόγω εγκολεασμού.

Χρόνια απώλεια βάρους

Αρκετοί ασθενείς χάνουν ή δεν μπορούν να κερδίσουν βάρος μετά από γαστρικές επεμβάσεις και ιδίως μετά γαστρεκτομή.

Τα αίτια της απώλειας βάρους μετά από γαστρικές επεμβάσεις είναι πολλά, εκ των οποίων τα σπουδαιότερα είναι:

Το μικρό γαστρικό κόλλωμα

Η ταχύτερη διόδος της τροφής από το έντερο, για λόγους που ήδη έχουν μνημονευθεί.

Η μη καλή πέψη της τροφής με συνέπεια μεγαλύτερη του φυσιολογικού απώλεια λίπους και λευκωμάτων και επομένως και θερμίδων.

Η έλλειψη ορέξεως και τέλος, η αποφυγή λήψεως μεγάλων ποσοτήτων τροφής από τους ασθενείς για τον φόβο εμφάνισης διαφόρων μετά γαστρεκτομή συνδρόμων.

Μεταβολικές διαταραχές μετά γαστρεκτομή.

Μετά από γαστρικές επεμβάσεις και κυρίως μετά γαστρεκτομή τύπου BILROTH II διαταράσσεται πολύ η απορροφητικότητα ορισμένων ηλεκτρολυτών και βιταμινών με αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την έλλειψη αυτή. Έτσι διαταράσσεται η απορροφητικότητα του Ca, η απορροφητικότητα της βιταμίνης D και τέλος αναστέλλεται η παραγωγή της βιταμίνης B₁₂.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ασθενής που πάσχει από έλκος στομάχου και 12δακτύλου αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά είναι η κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία), θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία, έμετος), υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυσηλεκτρολυτικά), μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους), μείωση άνεσης (πόνος), πόνος, αγωνία, προβλήματα προσωπικότητας, προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι άμεσοι που αφορούν:

- α. την απαλλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετοι)
- β. την διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
- γ. την διατήρηση επαρκούς θρέψεως και
- δ. την προαγωγή επούλωσης του έλκους.

Επίσης οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι και μακροπρόθεσμοι που αφορούν α.την πλήρη επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής του ή επιπλοκών, β.την μείωση καταστάσεων STRESS στο σπίτι και τον χώρο της δουλειάς και γ.ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγμάτευσης για χειρισμό των STRESS.

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με έλκος περιλαμβάνει:

1. νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που ακολουθεί κάποια συντηρητική αγωγή
2. νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή που θα ακολουθήσει κάποια χειρουργική θεραπεία και χωρίζεται σε:
 - α. προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

β. μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.

1. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με έλκος στομάχου και 12-δακτύλου που αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από πεπτικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση του έλκους. Η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για μείωση του ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως θα πρέπει να είναι καλά κατατοπισμένη και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται, καθώς και για το σκοπό της. Επίσης προκειμένου η νοσηλευτική φροντίδα να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη πρέπει οι νοσηλευτικές της δραστηριότητες να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις και παθολογοφυσιολογικά δεδομένα του νοσήματος του αρρώστου που νοσηλεύει.

Για το έλκος που βρίσκεται σε παροξυσμό εφαρμόζονται κάποια μέτρα για να αντιμετωπιστεί

1. Ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και αναπαύσεως του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται ο αποκλεισμός ή η μείωση των παραγόντων, που συμβάλλουν στην δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους και κατορθώνεται με ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι οπότε και η πέψη βοηθείται και ο ασθενής απομακρύνεται από κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, εκνευρισμούς και φροντίδες.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της αδερφής, όταν και οι δύο γνωρίζουν να τον

πείθουν και επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του. Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών, βοηθεί στην διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται καθώς και η πλήρης ανάπαυση του ασθενούς, όταν επισκέπτες πολλοί και ανεπιθύμητοι τον ξαναφέρουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής. Ακόμη δεν ηρεμεί ο άρρωστος, όταν οι πολλές ανάγκες του δεν ικανοποιούνται από το προσωπικό του ιδρύματος. Η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο συμβάλλει πολύ στην ηρεμία του. Ο ασθενής που περνάει την οξεία φάση του έλκους συνήθως είναι ευερέθιστος, εκνευρισμένος, απαιτητικός. Εδώ η αδελφή πρέπει να δείξει κατανόηση, υπομονή και ανοχή, γιατί ξέρει ότι η καλή συμπεριφορά της και η επαφή με τον άρρωστο, ασκούν θεραπευτική επίδραση πάνω του.

2. Βοήθεια για την εξουδετέρωση των οξέων στο στομάχο και τον περιορισμό της υπερκινητικότητας και εκκριτικότητάς του. Λευκωματούχες τροφές που ενώνονται με τα οξέα και αλκαλικά φάρμακα, είναι χρήσιμες για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου. Γι' αυτό συνιστάται να παίρνει ο ασθενής σε συχνά διαστήματα μικρή ποσότητα τροφής, όπως γάλα, κρέμα, κουάκερ και φάρμακα που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχοληνεργικά και αντιόξινα φάρμακα που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

Η λήψη όμως των φαρμάκων αυτών συχνά συνοδεύεται από δυσμενείς επιδράσεις, κυριότερες από τις οποίες είναι ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας και του λαιμού, μεγάλη δίψα, δυσκολία στην κατάποση κ.α. Δίνονται ακόμη αντισπασμολυτικά φάρμακα σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Η χορήγησή τους περιορίζει την υπερκινητικότητα και την αύξηση της εκ-

κρίσεως του γαστρικού υγρού και επομένως βοηθείται ο άρρωστος να ηρεμήσει.

Καθώς ο πόνος υποχωρεί περιορίζεται η συχνότητα των γευμάτων και αυξάνεται το διαιτολόγιο του ασθενούς σε ποσότητα και ποικιλία. Οπωσδήποτε προτιμώνται οι λευκές τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες) οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού, εφόσον δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου. Το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή.

Γι' αυτό τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Από τη φύση του το διαιτολόγιο στερείται βιταμίνη C, δίνεται όμως στον ασθενή με χυμό πορτοκαλιού και άλλα φρούτα. Εκκριτικοί παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι ακόμη το κάπνισμα, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, ο καφές, το τσάι.

3. Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει με το έλκος και σε περίπτωση θεραπείας να μην εμφανιστεί πάλι.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ
ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
1. Πόνος	<ul style="list-style-type: none"> -Εξουδετέρωση των εκκρίσεων του στομάχου και ανακούφιση από τα συμπτώματα -Μείωση της κινητικότητας του στομάχου και της εκκρίσεως των γαστρικών υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων -Χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων -Επαρκή ενυδάτωση του αρρώστου 	<ul style="list-style-type: none"> -Ανακούφιση του πόνου -Εξουδετέρωση παρενεργειών από τα χολινεργικά φάρμακα
2. Δυσπεψία	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση διαιτολογίου ελικοπαθούς 	<ul style="list-style-type: none"> -Λευκιματούχες τροφές -Συχνά και μικρά γεύματα -Αποφυγή ερεθιστικών τροφών όπως καρνεύματα, σάλτσες, οινοπνευματώδη ποτά κλπ -Αποφυγή καπνίσματος 	<ul style="list-style-type: none"> -Εξουδετέρωση των οξέων που πλεονάζουν -Αποφυγή υποτροπής έλκους -Ανακούφιση από την δυσπεψία
3. Άγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις	<ul style="list-style-type: none"> -Βοήθεια του ασθενή να απαλλαγεί από τις αγχώδεις καταστάσεις και τις συναισθηματικές καταπιέσεις 	<ul style="list-style-type: none"> -Συχνή επαφή με τον άρρωστο και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου ο ασθενής θα συζητήσει προσωπικά του θέματα 	<ul style="list-style-type: none"> -Ηθική και ψυχολογική ενίσχυση του ασθενή

-Βοήθεια του ασθενή ώστε να αιιο-
φεύγει παράγοντες που του δημι-
ουργούν υπερένταση και απαισιο-
δοξία

-Άνετη αιιρόαση των προβλημάτων του
και αποδοχή του τρόπου τοποθετήσεως
και αντιμετώπισέως τους.

-Έμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίη-
ση φυσικών του αναγκών, οικονομικών,
επαγγελματιικών κλπ

-Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου
και με άλλα μέλη της υγειονομικής
ομάδας, για λήψη αιιοριών και ανησυ-
χιών του

-Κατανόηση του αρρώστου

-Πιστή τήρηση φαρμακευτιικής αιιογήας
και του διαιτολογίου

-Ενημέρωση του αρρώστου να μην ε-
πιρεάζεται από τα ερεθίσματα του
περιβάλλοντος

-Χορήγηση κατευναστιικών για μείωση
του άγχους και της ανησυχίας και
προαγωγή της φυσικής και ψυχολογι-
κής χαλάρωσης

-Μείωση του άγχους και των
συναισθηματιικών καταπιέσεων

-Ικανοποίηση των αναγκών του
του αρρώστου

-Λύση των ανησυχιών και αιιο-
ριών του

4. Έμετοι

-Βοήθεια του ασθενούς για την
αποφυγή των εμέτων και αιιολλα-
γή αυτών

-Χορήγηση αντιεμετιικών πριν το φα-
γητό

-Χορήγηση μη ερεθιστιικών τροφών για
το γαστριικό βλεννογόνο

-Μείωση του αριθμού των εμ-
έτων

-Ανακούφιση του ασθενή από
τους εμέτους

5. Απώλεια βάρους

-Βελτίωση του βάρους του ασθενούς

- Λήψη συχνών και μικρών γευμάτων
- Λήψη ζωτικών σημείων
- Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο
- Παρατήρηση χαρακτηριστικών των εμεσμάτων για παρουσία αίματος
- Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα αιμοδατώσεως
- Παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών

- Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς ώστε να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες καθημερινά
- Ενισχύουμε τον ασθενή να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων
- Περιορισμός των δραστηριοτήτων του αρρώστου
- Συστηματική παρακολούθηση του βάρους του ασθενούς

6. Αιμορραγία

-Βοήθεια του ασθενούς για το στάθμημα της αιμορραγίας και την απαλλαγή αυτής

-Συχνή ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς

-Αποφυγή καιοσμίας και εστίας μόλυνσης

-Διόρθωση ισοζυγίου και αποφυγή αφυδάτωσης

-Αύξηση του σωματικού βάρους του ασθενούς

-Αναιούφιση των συμπτωμάτων και καλύτευση της κατάστασης του αρρώστου

-Μείωση της αγωνίας και του άγχους

-Εκτίμηση της ποσότητας του αίματος που χάθηκε σύμφωνα με τις τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης

-Μέλαι να κένωση

-Διαπίστωση για την κατάσταση της αιμορραγίας

-Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

-Λήψη ζωτικών σημείων σε συχνά χρονικά διαστήματα και του όγκου των ούρων

-Παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα SHOCK (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση επίδρωση)

-Χορήγηση πλήρους αίματος ή πλάσματος

-Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση του στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου

-Παρακολούθηση κάθε κένωσης για το χρώμα, την σύσταση και την ποσότητα

-Εκτέλεση οπωσδήποτε τοπικής καθαριότητας μετά από κάθε κένωση

-Επαναφορά των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης στα φυσιολογικά όρια

-Πρόκληση αγγειοσπασίας

-Καλύτερευση της κατάστασης του ασθενούς

2. Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με έλκος που θα ακολουθήσει κάποια χειρουργική θεραπεία

Σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας στην προεγχειρητική ετοιμασία αρρώστου για εγχείρηση έλκους στομάχου και 12-δακτύλου και στην μετεγχειρητική φροντίδα του, τόσο ο γιατρός όσο και η αδελφή, έχουν υπόψη τους ότι η <<ψυχή>> έχει μεγάλη επίδραση στο <<σώμα>> και γι' αυτό καταβάλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας και του φόβου του ασθενούς από την εγχείρηση.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, περιλαμβάνει:

1. Υγιεινή της στομαχικής κοιλότητας. Επιδιώκεται συχνή καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, πριν από την εγχείρηση.

2. Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου σε τροφή και υγρά.

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

4. Πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανή η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύρρευστου υπολείμματος.

5. Εγκένωση του στομάχου. Το πρωινό της μέρας της επέμβασης, εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα (LEVIN) για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού. Το δείπνο της μέρας της παραμονής της εγχειρήσεως είναι συνήθως γάλα.

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει:

- α. στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τη δυσφορία
- β. στην εξασφάλιση επαρκούς διατροφής
- γ. στην πρόληψη επιπλοκών

Έτσι περιλαμβάνει τα παρακάτω:

1. Παρεντερική χορήγηση των υγρών. Ο ασθενής μετά την εγχείρηση τρέφεται παρεντερικά, επιβάλλεται διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα LEVIN και ακριβής μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών. Ο σωλήνας LEVIN συνήθως παραμένει στο στομάχι του ασθενούς 3-4 μέρες, μετεγχειρητικά. Όταν δεν εφαρμόζεται συνεχής αναρρόφηση, συνιστώνται αναρροφήσεις από το LEVIN κατά διαστήματα με σύριγγα. Η παρατήρηση και ο χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματηρά, καφεοειδή, χολώδη), πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια και να αναφέρεται στον ιατρό. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθεί πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου. Η κακοσμία από το γαστρικό περιεχόμενο αντιμετωπίζεται με τη χρησιμοποίηση κλειστού συστήματος συλλογής υγρών.

2. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και διατήρηση καθαρής και υγρής. Τα παραπάνω ανακουφίζουν τον ασθενή και συμβάλλουν στην πρόληψη της μετεγχειρητικής παρωτίτιδας.

3. Βοήθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί στη νέα αυτή κατάσταση (ολική ή υπολική γαστρεκτομή) και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους. Εφόσον το στομάχι του ασθενούς δεν έχει πια τις φυσιολογικές διαστάσεις, τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά και σε μικρή ποσότητα. Αποφεύγεται έτσι η υπερ-

φόρτωση του στομάχου και η εξαιτίας της δυσπεψία. Η τροφή πρέπει να είναι εύπεπτη και όχι ερεθιστική. Επιβάλλεται η ανάπαυση του αρρώστου μετά από κάθε γεύμα, για διευκόλυνση της πέψης.

Η αδελφή εφοδιάζει τον ασθενή κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο με έντυπο, όπου αναφέρονται τα είδη τροφών που επιτρέπονται, ο κατάλληλος τρόπος παρασκευής τους καθώς και τα είδη τροφών που απαγορεύονται. Βοηθητική επίσης είναι και η ενημέρωση του ασθενούς για το σύνδρομο της ραγδαίας κενώσεως του στομάχου, DUMPING και για τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισής του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενούς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την απομάκρυνση κάθε φόβου.

4. Ενημέρωση του ασθενούς για τους ερεθιστικούς παράγοντες του στομάχου. Αυτοί δεν είναι μόνο οι τροφές, αλλά και ο τρόπος της ζωής και αντιμετώπισής της. Όταν υπάρχουν κοινωνικά ή οικογενειακά προβλήματα καλούνται οι ιερείς και η κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος να βοηθήσουν τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας για την αντιμετώπισή τους.

5. Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι

6. Χορήγηση αναλγητικών και ναρκοτικών

7. Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

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

9. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης) 2500-3000 ML για τις πρώτες 2-3 ημέρες.

10. Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση τους

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
<p>1. Μετεγχειρητικός πόνος και δυσφορία</p>	<p>-Μείωση του πόνου</p> <p>-Αποφυγή μολύνσεων</p> <p>-Μείωση της δυσφορίας</p>	<p>-Πιστή και ακριβή τήρηση της χορηγίας των αναλγητικών φαρμάκων</p> <p>-Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση</p> <p>-Συχνή αλλαγή θέσεως</p> <p>-Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παροχετεύσεων (LEVIN, τραύματος)</p> <p>-Εφαρμογή μέτρων για την αποφυγή των μολύνσεων</p> <p>-Εξασφάλιση ήσυχου και ήρεμου φυσικού περιβάλλοντος</p> <p>-Συνεχή συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου</p> <p>-Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη στοργή και αγάπη στον άρρωστο</p> <p>-Ικανοποίηση των αναγκών που εμφανίζει (φυσικών, συναισθηματικών ψυχικών κλπ)</p> <p>-Διδασκαλία του αρρώστου πως να αναπνέει βαθιά, να βήχει κλπ.</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο</p> <p>-Ανακούφιση του ασθενούς από τη δυσφορία</p> <p>-Ενίσχυση του ασθενούς</p>

2.Ανεπαρκής θρέψη

-Ενίσχυση επαρκούς θρέψης του αρρώστου

- Πιστή τήρηση της παρεντερικής χορήγησης των υγρών
- Ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- Χορήγηση υγρών από το στόμα, εφόσον λειτουργεί το έντερο
- Λήψη τροφής εμπλουτισμένης σε ζωικά λευκώματα και βιταμίνες, εφόσον αρχίσει να σιτίζεται
- Εξασφάλιση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη
- Εκτίμηση και ικανοποίηση των προσωπικών προτιμήσεων της διατροφής του αρρώστου

-Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης του ασθενή

-Εξασφάλιση ισοζυγίου των υγρών

3.Αναπνευστική ανεπάρκεια

-Αποβολή βρογχικών εκκρίματων

- Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές
- Βοήθεια του αρρώστου να βήχει και να αποβάλλει τα βρογχικά εκκρίματα
- Συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου και τοποθέτησή του σε αναπνευστική θέση
- Εφαρμογή αναπνευστικών ασιήσεων
- Ταχύτερη έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι μετά από ιατρική εντολή
- Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη αναπνευστικών μολύνσεων

-Βελτίωση της όρεξης του ασθενούς

-Βελτίωση της αναπνοής του αρρώστου

-Αποφυγή των μολύνσεων

4. Θρόμβωση-
εμβολή

-Πρόληψη θρόμβωσης-εμβολής

- Ενθάρρυνση του αρρώστου στην αυτοεξυπηρέτησή του
- Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης του αρρώστου και άσκηση των άνω+κάτω άκρων και μέσα στο κρεβάτι
- Χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα όταν ο άρρωστος αρχίσει να σηκώνεται
- Συνεχής παρακολούθηση της πηκτικότητας του αίματος του αρρώστου

-Αποφυγή θρόμβωσης-εμβολής

5. Εκσπλάχνωση

-Πρόληψη εκσπλάχνωσης

- Χρησιμοποίηση ελαστικής επίδεσης της κοιλιάς κατόπιν ιατρικής εντολής
- Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος
- Υποστήριξη του τραύματος
- Υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ο άρρωστος
- Εμπλούτιση του διαιτολογίου του αρρώστου με ζωικά λευκώματα

-Αποφυγή εκσπλάχνωσης

-Αποφυγή μόλυνσεως

-Εξασφάλιση επαρκούς διαιτολογίου του ασθενούς

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

<<Σκοπός της επιστημονικής έρευνας είναι να δώσει απάντηση σε μερικά ερωτήματα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων>> (Β.Φίλιας σελ.17, 1977).

Το θέμα της έρευνάς μας είναι: <<Οι προδιαθεσικοί παράγοντες του γαστρο12δακτυλικού έλκους>>. Σύμφωνα με τον Φίλια υπάρχουν τρία είδη ερευνών: α)Περιγραφικές, β)Πειραματικές και γ)Διερευνητικές (σελ.27, 1977).

Η έρευνά μας ανήκει στις διερευνητικές έρευνες.

Στις διερευνητικές έρευνες ο πρωταρχικός σκοπός είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για την ακριβέστερη εξέταση ή διατύπωση υποθέσεων, ή η ιεράρχηση προτεραιοτήτων για παραπέρα έρευνα.

Ως σπουδάστριες δεν διαθέταμε ούτε εξειδικευμένες γνώσεις ούτε την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή για μια πιο ολοκληρωμένη διερεύνηση.

Πληθυσμός και δείγμα της έρευνας

Πληθυσμός της μελέτης μας αποτέλεσαν οι ασθενείς με έλκος που νοσηλεύονταν στο Π.Π.Γ.Ν.Ψ.ΡΙΟΥ στις παθολογικές κλινικές καθώς επίσης και αυτοί που νοσηλεύονταν στην Παθολογική και χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών <<Άγιος Ανδρέας>>

Επειδή οι ασθενείς με έλκος στομάχου και 12-δακτύλου ακολουθούν κάποια συντηρητική θεραπεία στο σπίτι τους και ει-

σάγονται στο νοσοκομείο σε περίπτωση επιπλοκής και για χειρουργική θεραπεία ήταν αρκετά δύσκολο να συγκεντρωθεί μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων. Γι' αυτό το λόγο ο αριθμός των ερωτηθέντων καθορίστηκε στους 105.

Το δείγμα μας είναι τυχαίο, δηλαδή δεν το περιορίσαμε από άποψη φύλου, ηλικίας, επαγγέλματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΣΥΛΛΟΓΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η συλλογή στοιχείων αυτής της έρευνας ολοκληρώθηκε σε μία φάση, στην οποία χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους πάσχοντες με έλκος στομάχου και 12δακτύλου οι οποίοι νοσηλεύονταν στα δύο νοσοκομεία των Πατρών και θεωρήθηκαν ικανοί να μας δώσουν τις σωστές πληροφορίες. Εφ'όσον καθορίσαμε το θέμα της ερευνητικής μελέτης μας και διατυπώσαμε το ερωτηματολόγιο αποσκοπούσαμε μ'αυτό να συγκεντρώσουμε πληροφορίες σχετικά με τους ενισχυτικούς παράγοντες του πεπτικού έλκους.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις. Γιατί λόγω ανυπαρξίας τεχνικών μέσων, χρειαζόταν να γίνει εύκολα η κωδικογράφηση των ερωτήσεων.

Επειδή δεν ήταν δυνατό να σταλεί το ερωτηματολόγιο ταχυδρομικά και να συμπληρωθεί από τους ελκοπαθείς, γι'αυτό κρίναμε πιο σωστό να ερχόμαστε σε προσωπική επαφή μαζί τους και να γίνεται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με τη μορφή συνέντευξης. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγούσαμε τον σκοπό της επισκέψεώς μας, επίσης εξηγούσαμε σε κάθε ερωτώμενο ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, τον σκοπό της ειπώνησης αυτής της μελέτης καθώς και για τον φορέα της έρευνας-σχολή φοίτησής μας.

Σε περίπτωση που ο ασθενής με έλκος ήταν αδύνατο να μας απαντήσει μας βοηθούσανε (καμιά φορά) στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου άτομα α' βαθμού συγγένειας που παρευρίσκονταν.

Η προσωπική αυτή επαφή με τα άτομα του δείγματός μας έδινε τη δυνατότητα να συγκεντρωθούν επιπλέον πληροφορίες

απ'αυτές που θα έδιναν μόνο οι συγκεκριμένες απαντήσεις στις ερωτήσεις. Αυτό ήταν πολύ σημαντικό γιατί τα επιπλέον στοιχεία ήταν ενδιαφέροντα και έτσι δόθηκε μια ολοκληρωμένη εικόνα για την έρευνά μας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, παρατίθεται στο παράρτημα Α.

Ανάλυση στοιχείων

Η έλλειψη δυνατότητας της χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή δυσκόλεψε σε πολύ μεγάλο βαθμό την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας. Στο βαθμό όμως που ήταν δυνατόν αναλύθηκαν και συσχετίστηκαν όλα τα ουσιαστικά ευρήματα της έρευνας που έχουν να κάνουν με τις βασικές της υποθέσεις, για την κάθε μία ξεχωριστά.

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες που περιείχαν όλα τα ευρήματα ξεχωριστά ανά ερώτηση.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων δόθηκαν και με αριθμητικά ποσοστά και με εκατοστιαίες μονάδες.

Οι πίνακες των στοιχείων που συλλέχθηκαν και τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας παρατίθενται στα κεφάλαια που ακολουθούν.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V I

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ερευνητική προσπάθειά μας διεξήχθη με μέσα σε πολύ ζεστό κλίμα.

Η συνεργασία μας με τους ερωτηθέντες υπήρξε πολύ ικανοποιητική και δεν αντιμετωπίσαμε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα στη λήψη του δείγματός μας.

Η συμμετοχή των ελικοπαθών που απάντησαν στα ερωτηματολόγια ήταν ολοκληρωτική χωρίς να συναντήσουμε από μέρους τους άρνηση ή δισταγμό.

Στις ερωτήσεις που απαντήθηκαν, οι ερωτώμενοι πρόσφεραν πληροφορίες ουσιαστικής σημασίας για την έρευνα.

Επίσης κατά την κωδικογράφηση και ανάλυση των συλλεχθέντων στοιχείων δεν δυσκολευτήκαμε ιδιαίτερα, αν εξαιρέσουμε την έλλειψη ηλεκτρονικού υπολογιστή και των άλλων τεχνικών μέσων που θα μας διευκόλυναν στην όλη προσπάθειά μας, μειώνοντας τον κόπο και τον χρόνο μας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι εδώ καταβάλλαμε περισσότερες προσπάθειες στην κωδικογράφηση των ερωτήσεων που έχουν δύο και τρεις απαντήσεις.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι η απλή μέθοδος των τριών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που προέκυψαν από τη συμπλήρωση των 105 ερωτηματολογίων από τους ασθενείς με έλκος που νοσηλεύονταν στο Π.Π.Γ.Ν. Ρίου Πατρών στις παθολογικές κλινικές καθώς επίσης και αυτοί που νοσηλεύονταν στην Παθολογική και Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών << Άγιος Ανδρέας >> παραπέπονται στους παρακάτω πίνακες.

Συγκεκριμένα παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία κατά ερώτηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με το φύλο

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ %
ΑΝΔΡΕΣ	63	60
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	42	40
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι από τους ερωτηθέντες ελκοπαθείς το μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι άνδρες με ποσοστό 60%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
18-30	27	25,71
31-40	37	35,24
41-50	19	18,09
51-άνω	22	20,96
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας αυτός δείχνει καθαρά ότι οι ελκιοπαθείς που κυμαίνονται μεταξύ 31-40 χρονών κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι 35,24%

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με το επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	30	28,58
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ	10	4,53
ΕΛΕΥΘΕΡΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜ.	36	34,28
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ	9	8,57
ΕΠΟΥΔΑΣΤΕΣ	12	11,42
ΟΙΚΙΑΚΑ	8	7,62
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ως απάντηση στην ερώτηση αυτή ήταν αρκετά διαφορετικά επαγγέλματα. Επειδή όμως ήταν αδύνατο να γίνει πίνακας με όλα αυτά τα επαγγέλματα τα ομαδοποιήσαμε σε ένα περιορισμένο αριθμό κατηγοριών όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα.

Από τον πίνακα αυτό λοιπόν βλέπουμε ότι οι περισσότεροι ελκιοπαθείς είναι: Δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες με ποσοστό 28,58% και 34,28% αντίστοιχα.

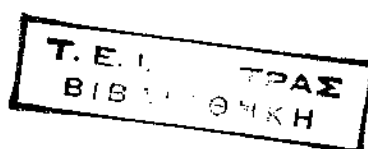
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με το οικογενειακό ιστορικό έλκους

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΛΚΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	73	69,52
ΟΧΙ	32	30,48
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με το κάπνισμα

ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	79	75,23
ΟΧΙ	26	24,77
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα αυτόν βλέπουμε ότι από τους 105 ερωτηθέντες ελκοπαθείς οι 79 απάντησαν ναι σε ποσοστό 75,23% ενώ οι 26 απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 24,77%



ΠΙΝΑΚΑΣ 6.:Κατανομή των 79 ασθενών με έλκος από τους 105 σε σχέση με την έναρξη καπνίσματος

ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
κάτω των 18	42	53,17
18-15	23	29,11
25-30	10	12,65
30-άνω	4	5,07
ΣΥΝΟΛΟ	79	100

Ο πίνακας 6 μας δείχνει ότι από τους 79 καπνιστές του δείγματός μας οι περισσότεροι δηλ. 42 άτομα που καλύπτουν ποσοστό 53,17% άρχισαν το κάπνισμα σε πολύ νεαρά ηλικία κάτω των 18 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.:Κατανομή των 79 ασθενών με έλκος σε σχέση με τον αριθμό τσιγάρων ημερησίως

ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΣΙΓΑΡΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
1-20	6	7,59
10-20	20	25,32
20-40	44	55,70
40-άνω	9	11,39
ΣΥΝΟΛΟ	79	100

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από τους 79 καπνιστές οι 44 από αυτούς κάπνιζαν 20-40 τσιγάρα την ημέρα σε ποσοστό 55,70%

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.: Κατανομή των 79 ασθενών με έλκος σε σχέση με το αν ήταν γνώστες των βλαβερών επιπτώσεων του καπνίσματος στο ΓΕΣ

ΓΝΩΣΤΗΣ ΒΛΑΒΕΡΩΝ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ Γ.Ε.Σ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	70	89,61
ΟΧΙ	9	11,39
ΣΥΝΟΛΟ	79	100

Παρατηρώντας τον πίνακα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλ. 88,61% απάντησαν ΝΑΙ, ενώ το 11,39% απάντησαν ΟΧΙ.

Συμπεραίνουμε ότι αν και οι περισσότεροι γνώριζαν τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος παρ'όλα αυτά εξακολουθούσαν το κάπνισμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.: Κατανομή των 79 ασθενών με έλκος σε σχέση με τη διακοπή, ελάττωση ή συνέχιση του καπνίσματος μετά την εμφάνιση του έλκους

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΛΚΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	41	51,89
ΕΛΑΤΤΩΣΗ	23	29,12
ΣΥΝΕΧΙΣΗ	15	18,99
ΣΥΝΟΛΟ	79	100

Από τον πίνακα 9 παρατηρούμε ότι από τους 79 καπνιστές μετά την εμφάνιση του έλκους οι 41 δηλ. 51,89% σταμάτησαν τελείως το κάπνισμα, οι 23 σε ποσοστό 29,12% ελάττωσαν το τσιγάρο και οι 15 δηλ. ποσοστό 18,99% εξακολούθουσαν να καπνίζουν όπως και πριν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ημερησίως

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	82	78,09
ΟΧΙ	23	21,91
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα από τους 105 ερωτηθέντες οι 82 σε ποσοστό 78,09% κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά ενώ οι 23 σε ποσοστό 21,91% δεν κατανάλωναν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.:Κατανομή των 82 ασθενών με έλκος από τους 105 σε σχέση με την ποσότητα οιν.ποτών ημερησίως

ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΟΙΝ.ΠΟΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
1-3	9	10,98
3-5	21	25,60
5-10	32	39,03
10-άνω	20	24,39
ΣΥΝΟΛΟ	82	100

Στον πίνακα 11 βλέπουμε ότι από τα 82 άτομα που κατανάλωναν οινοπνευματώδη ποτά τα 32 κατανάλωναν 5-10 ποτά ημερησίως ενώ τα 20 από 10 ποτά την ημέρα και πάνω σε ποσοστό 39,03% και 24,39% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.:Κατανομή των 82 ασθενών με έλκος σε σχέση με το είδος οινοπνευματωδών ποτών

ΕΙΔΟΣ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΩΝ ΠΟΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
Κρασί	22	26,84
Ούζο	27	32,93
Κονιάκ	8	9,75
Ηδίποτα	10	12,19
Εισαγόμενα	15	18,29
ΣΥΝΟΛΟ	82	100

Παρατηρώντας τον πίνακα βλέπουμε ότι από τους 82 ερωτηθέντες ασθενείς με έλκος έπιναν ούζο σε ποσοστό 32,93% καθώς και κρασί σε ποσοστό 26,84%

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την κατανάλωση καφέ ημερησίως

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	90	85,72
ΟΧΙ	15	14,82
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας 13 μας δείχνει ότι από τα 105 άτομα του δείγματος μας έπιναν καφέ τα 90 ενώ τα 15 δεν έπιναν καθόλου σε ποσοστό 85,72% και 14,28 αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.:Κατανομή των 90 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ποσότητα καφέ που έπιναν ημερησίως

ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΚΑΦΕ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
1-2	32	35,55
3-5	43	47,78
5-άνω	15	16,67
ΣΥΝΟΛΟ	90	100

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τους 90 ασθενείς με έλκος που έκαναν κατανάλωση καφέ οι 43 απ'αυτούς έπιναν 3-5 ημερησίως σε ποσοστό 47,78%

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.:Κατανομή των 90 ασθενών με έλκος σε σχέση με το είδος καφέ που προτιμούσαν

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ	NESCAFE	ΚΑΠΟΥΤΣΙΝΟ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ	43	7	2	52	
	47,78%	7,77%	2,22%		57,77
NESCAFE		28	4	32	
		31,11%	4,45%		35,56
ΚΑΠΟΥΤΣΙΝΟ			6	6	
			6,67		6,67
ΣΥΝΟΛΟ	43	35	12	90	
%	47,78	38,88	13,34		100

Από τον πίνακα 15 βλέπουμε τους 90 ασθενείς με έλκος που απάντησαν με μία και δύο προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 28 μας δείχνει ότι 28 άτομα έπιναν μόνο NESCAFE σε ποσοστό 31,11%, ο αριθμός 6 ότι 6 άτομα έπιναν μόνο καπουτσίνο, σε ποσοστό 6,67%. Με δύο προτιμήσεις είναι ο αριθμός 7 που δείχνει ότι 7 άτομα έπιναν και ελληνικό και NESCAFE σε ποσοστό 7,77% όπως και ο αριθμός 4 που δείχνει ότι 4 άτομα προτιμούσαν NESCAFE και καπουτσίνο, σε ποσοστό 4,45%. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό στον πίνακα είναι το 47,78% που αντιστοιχεί στα 43 άτομα από τα 90 όπου δηλώνει ότι προτιμούσαν περισσότερο τον ελληνικό καφέ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τον αριθμό γευμάτων ημερησίως

ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
1	8	7,62
2-3	62	59,04
άνω των 3	35	33,34
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Όπως φαίνεται στον πίνακα 16 οι περισσότεροι από τους 105 ερωτηθέντες δηλ. οι 62 σε ποσοστό 59,04% έπαιρναν 2-3 γεύματα ημερησίως.

ΠΙΝΑΚΑΣΜΕ17.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλικος σε σχέση με το είδος γευμάτων που προτιμούσαν

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΤΗΓΑΝΙΤΑ	ΨΗΤΑ	ΒΡΑΣΤΑ ΜΕ ΣΑΛΤΣΕΣ	ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΤΗΓΑΝΙΤΑ	21 20%	10 9,53%	29 27,62%		60	57,15
ΨΗΤΑ		7 6,67%	9 8,57%		16	15,24
ΒΡΑΣΤΑ ΜΕ ΣΑΛΤΣΕΣ			18 17,14%		18	17,14
ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ				11 10,47%	11	10,47
ΣΥΝΟΛΟ	21	17	56	11	105	
%	20	16,20	53,33	10,47		100

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τους 105 ερωτηθέντες που απάντησαν με μία και δύο προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 21, 1η σειρά, 1η στήλη δηλώνει ότι 21 άτομα του δείγματός μας προτιμούσαν μόνο τηγανιτά φαγητά. Ο αριθμός 18, 3η σειρά, 3η στήλη δείχνει ότι 18 άτομα προτιμούσαν μόνο βραστά φαγητά με σάλτσες. Ο αριθμός 9, 2η σειρά, 3η στήλη δείχνει ότι 9 άτομα προτιμούσαν και ψητά και βραστά με σάλτσες φαγητά. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό στον πίνακα αυτό είναι το 27,62% που αντιστοιχεί στους 29 ασθενείς με έλικος οι οποίοι προτιμούσαν τηγανιτά φαγητά και βραστά με σάλτσες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ομάδα αίματος στην οποία ανήκουν

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
A	23	21,91
B	16	15,24
AB	19	18,09
O	47	44,76
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 βλέπουμε ότι από τους 105 ερωτηθέντες ασθενείς με έλκος οι περισσότεροι δηλ. οι 47 σε ποσοστό 44,76% ανήκουν στην ομάδα αίματος O.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με το αν ήταν νευρικός ή αγχώδης τύπος στον χώρο της δουλειάς ή στο σπίτι τους

ΑΓΧΩΔΗΣ ή ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	86	81,91
ΟΧΙ	19	18,09
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα 19 προκύπτει ότι 86 από τα 105 άτομα απάντησαν ΝΑΙ σε ποσοστό 81,91%,ενώ τα 19 άτομα απάντησαν ΟΧΙ σε ποσοστό 18,09%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την προηγηθείσα φαρμακευτική αγωγή πριν την εμφάνιση της νόσου τους

ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	46	43,81
ΟΧΙ	59	56,19
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα αυτό βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 56,19% δεν ακολουθούσε κάποια φαρμακευτική αγωγή πριν την εμφάνιση του έλκους

ΠΙΝΑΚΑΣ 21.:Κατανομή των 46 ασθενών με έλκος που ακολουθούσαν κάποια φαρμακευτική αγωγή σε σχέση με το είδος αυτής

ΕΙΔΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΣΑΛΥΚΙΛΙΚΑ	17	36,96
ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ	5	10,87
ΑΝΤΙΡΕΥΜΑΤΙΚΑ	4	8,69
ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΑ	9	19,57
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	4	8,69
ΠΑΥΣΙΠΟΝΑ	7	15,22
ΣΥΝΟΛΟ	46	100

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι από τους 46 ασθενείς με έλκος που ακολουθούσαν κάποια φαρμακευτική αγωγή πριν την εμφάνιση της νόσου τους για κάποια άλλη ασθένεια που είχαν οι περισσότεροι έκαναν θεραπεία με σαλικυλικά σε ποσοστό 36,96%

ΠΙΝΑΚΑΣ 22.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την αύξηση του βάρους τους

ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	20	19,05
ΟΧΙ	85	80,95
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησαν ΟΧΙ δηλ. 80,95% ενώ το 19,05 απάντησαν ΝΑΙ

ΠΙΝΑΚΑΣ 23.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ύπαρξη δυσφαγίας

ΥΠΑΡΞΗ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	29	27,61
ΟΧΙ	76	72,39
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα 23 προκύπτει ότι από τα 105 άτομα που ρωτήθηκαν είχαν δυσφαγία τα 29 σε ποσοστό 27,61% ενώ τα 76 δεν είχαν σε ποσοστό 72,39%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την απώλεια βάρους τους

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	55	47,62
ΟΧΙ	50	52,38
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας 22 μας δείχνει ότι είχαν απώλεια βάρους τα 55 άτομα σε ποσοστό 47,62% ενώ δεν είχαν απώλεια βάρους τα 50 σε ποσοστό 52,38%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τον επιγαστρικό πόνο

ΕΠΙΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	93	88,58
ΟΧΙ	12	11,42
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Απ' τον πίνακα 25 βλέπουμε ότι τα 93 από τα 105 άτομα είχαν επιγαστρικό πόνο ενώ τα 12 δεν είχαν σε ποσοστό 88,58% και 11,42% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. :Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος που είχαν επι-
γαστρικό πόνο σε σχέση με την αντανάκλαση του
πόνου

ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	65	69,89
ΟΧΙ	28	50,11
ΣΥΝΟΛΟ	93	100

Απ' τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι από τους 93 ασθενείς με έλκος που είχαν επιγαστρικό πόνο στους 65 παρουσιάζονταν αντανάκλαση του πόνου σε ποσοστό 69,89%. Ενώ σε ποσοστό 30,11% δηλ. στους 28 ασθενείς δεν ανταναιλούσε ο επιγαστρικός πόνος σε άλλα σημεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. :Κατανομή των 65 ασθενών με έλκος σε σχέση με τα
σημεία αντανάκλασης του επιγαστρικού πόνου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	άνω κοιλ. περιοχή	κάτω κοιλ. περιοχή	στερνική περιοχή	ραχιαία περιοχή	ωμοπλατ. χώρα...	ΣΥΝΟΛΟ	%
άνω κοιλ. περιοχή	13 20%	3 4,62%	9 13,84%	10 15,38%	4 6,15%	39	59,99
κάτω κοιλ. περιοχή		7 10,77%				7	10,77
στερνική περιοχή		8 12,31%				8	12,31
ραχιαία περιοχή		6 9,24%				6	9,24
ωμοπλατ. χώρα		5 7,69%				5	7,69
ΣΥΝΟΛΟ	13	29	9	10	4	65	
%	20	44,63	13,84	15,38	6,15		100

Ο πίνακας 27 μας δείχνει τους 65 ασθενείς με έλκος που απάντησαν με μια και δύο προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 7, 2η σειρά, 2η στήλη δηλώνει ότι σε 7 άτομα ο πόνος αντανakλούσε στην κάτω κοιλιακή περιοχή σε ποσοστό 10,77%. Ο αριθμός 4, 1η σειρά, 5η στήλη δηλώνει ότι σε 4 άτομα ο πόνος αντανakλούσε σε δύο σημεία στην άνω κοιλιακή περιοχή και στην ωμοπλατιαία χώρα.

Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 20% που αντιστοιχεί σε 13 ασθενείς με έλκος και μας δείχνει ότι ο πόνος που είχαν αντανakλούσε μόνο στην άνω κοιλιακή περιοχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28.: Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος σε σχέση με τη χρονική σχέση πόνου-γεύματος

ΧΡΟΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΠΟΝΟΥ-ΓΕΥΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΠΡΙΝ ΤΟ ΓΕΥΜΑ	50	53,77
ΜΙΑ ΩΡΑ ΜΕΤΑ	27	29,03
ΔΥΟ ΩΡΕΣ ΜΕΤΑ	16	17,20
ΣΥΝΟΛΟ	93	100

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από τους 93 ασθενείς με έλκος οι 50 από αυτούς σε ποσοστό 53,77% πονούσαν πριν το γεύμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29.:Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος σε σχέση με τη διάρκεια πόνου

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΟΝΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
0-15'	13	13,98
15-30'	25	26,89
30'-1 ώρα	31	33,33
2 ώρες-5 ώρες	19	20,43
1 ημέρα-άνω	5	5,73
ΣΥΝΟΛΟ	93	100

Ο πίνακας 29 μας δείχνει ότι από τους 93 ασθενείς με έλκος στο μεγαλύτερο ποσοστό 33,33% ο πόνος διαρκούσε 30'-1 ώρα

ΠΙΝΑΚΑΣ 30.:Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος από τους 105 σε σχέση με την κατανομή πόνου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΜΕΡΑ	ΝΥΧΤΑ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΜΕΡΑ	67	9	76	
	72,05%	9,67%		81,72
ΝΥΧΤΑ		17	17	
		18,28		18,28
ΣΥΝΟΛΟ	67	26	93	
%	72,05	27,95		100

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τους 93 ασθενείς με έλκος από τους 105 που απάντησαν με μία και δύο προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 17, 2η σειρά, 2η στήλη δηλώνει ότι 17 άτομα σε ποσοστό 18,28% πονούσαν μόνο τη νύχτα. Ο αριθμός 9, 1η σειρά, 2η στήλη δείχνει τα 9 άτομα σε ποσοστό 9,67% που πονούσαν και τη μέρα και τη νύχτα. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό είναι το 72,05% που αντιστοιχεί σε 67 ασθενείς οι οποίοι πονούσαν μόνο την ημέρα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31.: Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος από τους 105 σε σχέση με την εποχιακή κατανομή του πόνου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΑΝΟΙΞΗ	ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ	ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ	ΧΕΙΜΩΝΑΣ	ΑΝΟΙΞΗ ΚΑΛΟΚ.	ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ ΧΕΙΜΩΝΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΑΝΟΙΞΗ	9 9,68%	11 11,83%	48 51,61%	4 4,31%			72	77,43
ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ		2 2,17%	3 3,22%	1 1,07%			6	6,46
ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ			1 1,07%	1 1,07%			2	2,14
ΧΕΙΜΩΝΑΣ				3 3,22%			3	3,22
ΑΝΟΙΞΗ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ						10 10,75%	10	10,75
ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ ΧΕΙΜΩΝΑΣ								
ΣΥΝΟΛΟ	9	13	52	9			93	
%	9,68	14	55,9	9,67		10,75		100

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τους 93 ασθενείς με έλκος από τους 105 που απάντησαν με μία, δύο και τέσσερις προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 2, 2η σειρά, 2η στήλη δείχνει ότι 2 άτομα σε ποσοστό 2,17% πονούσαν μόνο το καλοκαίρι. Ο αριθμός 11, 1η σειρά, 2η στήλη μας δείχνει ότι 11 άτομα σε ποσοστό 11,83% πονούσαν και την άνοιξη και το καλοκαίρι. Ο αριθμός 10, 5η σειρά, 6η στήλη μας δείχνει ότι 10 άτομα σε ποσοστό 10,75% πονούσαν και τις τέσσερις εποχές του έτους. Συγκεκριμένα ο αριθμός 48 αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό δηλ. 51,61% και ο δείχνει ότι τα περισσότερα άτομα δηλ. 48 πονούσαν την άνοιξη και το φθινόπωρο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32.: Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ανακούφιση του πόνου

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΦΑΓΗΤΟ	ΑΝΤΙΟΞΙΝΑ	ΑΝΑΠΑΥΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΦΑΓΗΤΟ	21	18	4	43	
	22,58%	19,35%	4,31%		46,24
ΑΝΤΙΟΞΙΝΑ		39	5	44	
		41,94%	5,37%		47,31
ΑΝΑΠΑΥΣΗ			6	6	
			6,45%		6,45
ΣΥΝΟΛΟ	21	57	15	93	
%	22,58	61,29	10,13		100

Ο πίνακας 32 μας δείχνει τους 93 ασθενείς με έλκος που απάντησαν με μία και δύο προτιμήσεις π.χ. ο αριθμός 6,3η σειρά, 3η στήλη δηλώνει ότι τα 6 άτομα σε ποσοστό 6,45% ανακουφίζονταν από τον πόνο με την ανάπαυση. Ο αριθμός 18,1η σειρά, 2η στήλη δείχνει ότι τα 18 άτομα σε ποσοστό 19,35% ανακουφιζόταν με το φαγητό και τα αντιόξινα. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 41,94% που αντιστοιχεί σε 39 άτομα με έλκος που ανακουφιζόταν από τον πόνο με αντιόξινα φάρμακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33.:Κατανομή των 93 ασθενών με έλκος από τους 105 ερωτηθέντες σε σχέση με τι συνοδευόταν ο πόνος

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΚΑΨΙΜΟ	ΕΥΝΙΑΕΣ	ΟΞΙΝΕΣ ΕΡΥΓΕΣ	ΚΑΨΙΜΟ ΕΥΝΙΑΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΚΑΨΙΜΟ	29 31,18%	20 21,51%	8 8,61%		57	61,30
ΕΥΝΙΑΕΣ		7 7,53%	10 10,75%		17	18,28
ΟΞΙΝΕΣ ΕΡΥΓΕΣ			14 15,05%		14	15,05
ΚΑΨΙΜΟ ΕΥΝΙΑΕΣ			5 5,37%		5	5,37
ΣΥΝΟΛΟ	29	27	37		93	
%	31,18	29,04	34,78			100

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τους 93 ασθενείς με έλκος που απάντησαν με μία, δύο και τρεις προτιμήσεις. Ο αριθμός 7, 2η σειρά, 2η στήλη σε ποσοστό 7,53% δείχνει ότι 7 άτομα είχαν συγχρόνως με τον πόνο ξυνίλες. Ο αριθμός 8, 1η σειρά, 3η στήλη σε ποσοστό 8,61% δηλώνει ότι 8 άτομα είχαν συγχρόνως με τον πόνο κάψιμο και όξινες ερυγές. Ο αριθμός 5, 4η σειρά, 3η στήλη σε ποσοστό 5,37% δείχνει ότι 5 άτομα είχαν παράλληλα με τον πόνο κάψιμο, ξυνίλες και όξινες ερυγές. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό στον πίνακα αυτόν είναι το 31,18% που αντιστοιχεί σε 29 άτομα με έλκος οι οποίοι παράλληλα με τον πόνο είχαν και κάψιμο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34.: Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τους εμέτους

ΕΜΕΤΟΙ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	67	63,81
ΟΧΙ	38	36,19
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι από τους 105 ερωτηθέντες απάντησαν ΝΑΙ οι 67 ενώ οι 38 απάντησαν όχι σε ποσοστό 63,81% και 36,19% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35.:Κατανομή των 67 ασθενών με έλκος που είχαν εμέτους από τους 105 σε σχέση με τους εμέτους μετά από γεύμα

ΕΜΕΤΟΙ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΓΕΥΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΕΛΑΦΡΥ	11	16,41
ΒΑΡΥ	37	55,23
ΜΕΤΡΙΟ	19	28,36
ΣΥΝΟΛΟ	67	100

Ο πίνακας 35 δείχνει ότι από τα 67 άτομα με έλκος είχαν εμέτους μετά από ένα βαρύ γεύμα σε ποσοστό 55,23%. Στη συνέχεια τα 19 είχαν έμετο μετά από ένα μέτριο γεύμα ενώ τα 11 μετά από ένα ελαφρύ σε ποσοστό 28,36% και 16,91 αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τη ναυτία

ΝΑΥΤΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	57	54,28
ΟΧΙ	48	45,72
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι από τα 105 άτομα με έλκος απάντησαν ΝΑΙ στα 57 ενώ τα 48 απάντησαν ΟΧΙ σε ποσοστό 34,28% και 45,72% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ύπαρξη γαστρορραγίας

ΥΠΑΡΞΗ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	74	70,47
ΟΧΙ	31	29,53
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον πίνακα 37 βλέπουμε ότι από τα 105 άτομα με έλκος είχαν γαστρορραγία τα 74 σε ποσοστό 70,47% ενώ τα υπόλοιπα 31 σε ποσοστό 29,53% δεν παρουσίασαν γαστρορραγία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ύπαρξη μέλαινας κένωσης

ΥΠΑΡΞΗ ΜΕΛΑΙΝΑΣ ΚΕΝΩΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	71	67,61
ΟΧΙ	34	32,39
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας 38 δείχνει ότι από τα 105 άτομα με έλκος τα 71 σε ποσοστό 67,61% είχαν μέλαινα κένωση ενώ τα 34 σε ποσοστό 32,39% δεν είχαν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με την ευκοιλιότητα που παρουσίαζαν

ΥΠΑΡΞΗ ΕΥΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	25	23,81
ΟΧΙ	80	76,19
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι τα 80 άτομα με έλκος απάντησαν ΟΧΙ σε ποσοστό 76,19% ενώ απάντησαν ΝΑΙ τα 25 σε ποσοστό 23,81%

ΠΙΝΑΚΑΣ 40.:Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τη δυσκοιλιότητα που παρουσίαζαν

ΥΠΑΡΞΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	40	38.09
ΟΧΙ	65	61,91
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας 40 δηλώνει ότι τα 65 άτομα με έλκος δεν είχαν δυσκοιλιότητα ενώ τα 40 είχαν σε ποσοστό 61,91% και 38,04% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 41. :Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με τις πρόσφατες λοιμώξεις του Γ.Ε.Σ.

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ Γ.Ε.Σ.	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	33	31,45
ΟΧΙ	72	68,57
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Ο πίνακας 41 μας δείχνει ότι τα 72 άτομα με έλκος από τα 105 σε ποσοστό 68,57% δεν έπαθαν πρόσφατες λοιμώξεις του ΓΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. :Κατανομή των 105 ασθενών με έλκος σε σχέση με προηγούμενες εγχειρήσεις του πεπτικού συστήματος

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	%
ΝΑΙ	53	55,23
ΟΧΙ	47	44,77
ΣΥΝΟΛΟ	105	100

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι τα 53 άτομα έχουν κάνει εγχείρηση πεπτικού συστήματος σε ποσοστό 55,23%.

ΕΥΖΗΤΗΣΗ

Ο όρος γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος χρησιμοποιείται για μια ομάδα ελκωτικών διεργασιών στον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα, που έχουν κοινό γνώρισμα στην παθογένειά τους, τη δράση του HCl οξέος-πεψίνης. Κυριότεροι τύποι αυτής της ομάδας είναι το έλκος του δώδεκαδακτύλου και το έλκος του στομάχου.

Αν και οι μέχρι σήμερα γνώσεις μας για την αιτιολογία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους δεν είναι πλήρης οι πληροφορίες και οι μελέτες σε ανθρώπους και πειραματόζωα απέδειξαν ότι ο ρόλος της δράσεως οξέος-πεψίνης είναι θεμελιώδης στην εκδήλωση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Η παρουσία ή η απουσία της νόσου καθορίζεται από τη λεπτή ισορροπία μεταξύ εκκρίσεως HCl οξέος και αντιστάσεως του βλεννογόνου. Το έλκος εκδηλώνεται, όταν η έντονη επίδραση οξέος-πεψίνης υπερνικά την αντίσταση του βλεννογόνου του στομάχου και 12δακτύλου.

Τα πεπτικά έλκη αποτελούν πολύ συχνά αίτια νοσηρότητας αλλά σπάνια αιτία θανάτου. Περίπου το 1/4 των ανδρών και το 1/6 των γυναικών αναπτύσσουν έλκος σε κάποια περίοδο της ζωής τους, αλλά πολύ λιγότερα άτομα (5-10%) παρουσιάζουν και τα συμπτώματα του έλκους. Τα έλκη του 12δακτύλου είναι συχνότερα από τα έλκη του στομάχου και παρατηρούνται συχνότερα στους άνδρες, ενώ η συχνότητα του έλκους του στομάχου είναι η ίδια και στα δύο φύλα. Στους μηχανισμούς πρόκλησης του έλκους μπορούν να συμμετέχουν πολλοί παράγοντες τόσο στο ίδιο όσο και σε διαφορετικά άτομα. Έτσι παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα έλκους μεταξύ των πρώτου βαθμού συγγενών

των ασθενών με έλκος του 12δακτύλου και θετική συσχέτιση της νόσου που φαίνεται ότι κληρονομούνται με επικρατικό γονίδιο και ενδέχεται να ανταναικλούν τη συνολική μάζα των θεμελίων κυττάρων.

Συσχετίσεις παρατηρούνται επίσης μεταξύ έλκους και ομάδας αίματος 0. Ισχυρή συσχέτιση παρατηρείται επίσης μεταξύ πεπτικού έλκους και καπνίσματος. Επίσης ενοχοποιούνται η χρησιμοποίηση μη στερεοειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και των γλυκοκορτικοειδών στην παθογένεση του χρόνιου πεπτικού έλκους. Επίσης σε μερικές περιπτώσεις έλκους του στομάχου υποστηρίζεται ότι κάποιο ρόλο παίζει η παλινδρόμηση χολής και παγκρεατικού υγρού από το δωδεκαδάκτυλο. Ακόμη ο ενδεχόμενος ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων είναι ασαφής, αλλά είναι γνωστό ότι τα δυσάρεστα συναισθήματα μπορούν να αυξήσουν την γαστρική έκκριση. Επίσης έχει ενοχοποιηθεί το αλκοόλ και η πρόσληψη καφέ ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση του πεπτικού έλκους.

Από τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας σε 105 ασθενείς με έλκος στομάχου και 12δακτύλου απ'τους οποίους συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια φάνηκε ότι πράγματι οι προαναφερθέντες παράγοντες συμβάλλουν έντονα στην εμφάνιση-ενίσχυση του γαστρο12δακτυλικού έλκους. Σύμφωνα με τα δικά μας αποτελέσματα το πρωτεύον ποσοστό είναι 85,72% που αντιστοιχεί στην κατανάλωση καφέ. Ακολουθεί με υψηλό ποσοστό ο ψυχολογικός παράγοντας (STRESS) όπου είναι 81,91%. Κατόπιν ακολουθεί η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε ποσοστό 78,09%. Στη συνέχεια το κάπνισμα στο ίδιο περίπου ποσοστό δηλ. 75,23% και μετά ο κληρονομικός παράγοντας σε ποσοστό 69,52%

Από τα αποτελέσματα της μικρής μας ερευνητικής μελέτης βλέπουμε ότι οι σημερινοί Έλληνες παρόλο που γνωρίζουν τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος, των οινοπνευματωδών ποτών, του καφέ, της κακής διατροφής, και μπορεί να έχουν σε περισσότεροι και κληρονομική προδιάθεση, εξακολουθούν να κάνουν κατάχρηση αυτών των παραγόντων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος αποτελεί μια πολύ κοινή ασθένεια, αλλά ταυτοχρόνως πρόκληση για την Ιατρική επιστήμη. Επίσης είναι μια ασθένεια με σχετικά μεγάλη νοσηρότητα αλλά μικρή θνησιμότητα. Είναι πάθηση του ανδρικού κυρίως φύλου (1 γυναίκα - 2 άνδρες) και της νεώτερης ηλικίας (20-40 ετών). Η συχνότητά του υπολογίζεται πάνω από 10% στο σύνολο των ανδρών της ηλικίας αυτής. Εντοπίζεται κατά προτίμηση στο <<έλασσον>> τόξο του στομάχου και την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του βολβού του 12/λου. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι συχνότερο από το γαστρικό.

Συγκεκριμένα από την έρευνά μας βρίσκουμε ότι το έλκος προσβάλλει κυρίως τους άνδρες σε ποσοστό 60% ενώ αντιθέτως τις γυναίκες σε λιγότερο ποσοστό 40%. Παρουσιάζει έξαρση σε ηλικία που κυμαίνεται μεταξύ 31-40 ετών.

Το επάγγελμα παίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση του έλκους. Συνήθως παρατηρείται σε άτομα εργαζόμενα κυρίως όπως είναι οι γιατροί, οι διευθυντές επιχειρήσεων. Αυτό αποδεικνύεται και στην έρευνά μας όπου το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το επάγγελμα (34,28%) αντιστοιχεί στους ελεύθερους επαγγελματίες.

Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας σχετικά με τους προδιαθεσικούς παράγοντες προκύπτει ότι η κατανάλωση καφέ συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι 85,72%. Από το ποσοστό αυτό μόνο το 47,78% αντιστοιχεί στα άτομα που κατανάλωναν 3-5 καφέδες ημερησίως και προτιμούσαν τον ελληνικό καφέ.

Ο καφές έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του πεπτι-

κού έλκους πράγμα όμως που δεν έχει αποδειχθεί μέχρι σήμερα. Η επίδραση της καφεΐνης στην γαστρική οξύτητα ήταν γνωστή από πολλά χρόνια και είχε χρησιμοποιηθεί για μακρό χρονικό διάστημα για την μελέτη της εκκρίσεως του HCl οξέος (δοκιμασία καφεΐνης) και μέχρι την αντικατάστασή της από άλλες ουσίες, όπως η ισταμίνη κλπ. Επομένως συνιστάται η αποφυγή της χρήσεώς του, κατά τη διάρκεια των παροξυσμών επειδή επιδεινώνουν τα ενοχλήματα.

Δεύτερος κατά σειρά προδιαθεσικός παράγοντας σύμφωνα με την έρευνά μας είναι η ψυχική υπερένταση (STRESS) σε ποσοστό 81,91%.

Η ψυχική υπερένταση έχει ενοχοποιηθεί, ως γνωστόν, για τη δημιουργία του οξέος έλκους (ULCER-STRESS) και γενικά των οξείων αλλοιώσεων του βλεννογόνου του στομάχου και του 12/λου. Ο μηχανισμός με τον οποίο δημιουργούνται οι αλλοιώσεις αυτές δεν είναι απόλυτα γνωστός. Σε σχετική έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ψυχική υπερένταση, την οποία προκαλούσαν με το θόρυβο, δεν είχε επίδραση στην έκκριση του γαστρικού οξέος, ούτε και στην κυκλοφορία του αίματος του γαστρικού βλεννογόνου. Από ορισμένους συγγραφείς υποστηρίζεται ότι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος σχετίζεται προς τις ανωμαλίες της προσωπικότητας το άγχος και τη νεύρωση, από άλλους, όμως, αυτό δεν είναι παραδεκτό. Παρά ταύτα έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλούς ασθενείς η υποτροπή της νόσου ή ακόμη η επιδείνωση των συμπτωμάτων τους συμβαίνει μετά από κάποια ψυχική αντίδραση. Σε πολλούς ανθρώπους το άγχος και το STRESS προκαλούν συμπτώματα ελκιοπάθειας άσχετα προς τη δημιουργία νέου κρατήρα. Όμως φαίνεται ότι είναι αναγκαία και η παρουσία άλλων παραγόντων, αφού λίγοι άνθρωποι αναπτύσσουν έλκος

από την επίδραση ψυχικού STRESS. Όπως κι αν έχει οι ασθενείς αυτοί έχουν συνήθως ανάγκη ειδικής μεταχείρισης τόσο από το μέρος των θεραπευόντων γιατρών όσο και από το μέρος του περιβάλλοντός τους προκειμένου να αντιμετωπισθεί επιτυχώς η θεραπεία του πεπτικού έλκους δηλ. η εγκατάσταση ψυχικής ηρεμίας θα πρέπει να επιχειρείται με κάθε μέσο.

Τρίτος κατά σειράπροδιαθεσικός παράγοντας έρχεται το κάπνισμα σε ποσοστό 75,23%. Από την έρευνά μας βλέπουμε ότι από το ποσοστό αυτό τα 53,17 άρχισε το κάπνισμα σε νεαρά ηλικία κάτω δηλ. των 18 ετών. Επίσης από την έρευνά μας διαπιστώνουμε ότι ο σημερινός Έλληνας αν και γνωρίζει τις βλαβερές επιπτώσεις που έχει το κάπνισμα στο Γ.Ε.Σ. (σε ποσοστό 88,61%) εντούτοις εξακολουθεί να καπνίζει και μάλιστα κάνει μεγάλη κατανάλωση τσιγάρων ημερησίως (20-40 τσιγάρα ημερησίως σε ποσοστό 55,70%).

Από πολλά χρόνια έχει ενοχοποιηθεί το κάπνισμα τσιγάρων μόνον ότι ασκεί δυσμενή επίδραση στην εξέλιξη του πεπτικού έλκους, αλλά συμβάλλει και στην ανάπτυξη αυτού. Πράγματι, έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα του έλκους αυτού, είναι 2,1 φορές μεγαλύτερη στους καπνιστές άνδρες και γυναίκες, από τους μη καπνιστές. Υπάρχει δε κάποια συσχέτιση της ποσότητας των τσιγάρων, τα οποία καπνίζουν και της αυξήσεως της ελκωτικής νόσου. Υποστηρίζεται επίσης ότι τα άτομα τα οποία καπνίζουν, έχουν περισσότερα έλκη από εκείνα που δεν καπνίζουν, έχουν αυξημένη θνητότητα από τα έλκη αυτά και μειωμένη συχνότητα ιάσεως αυτών.

Ο μηχανισμός με τον οποίο το κάπνισμα προκαλεί την ανάπτυξη πεπτικού έλκους δεν είναι γνωστός. Έχουν υποδειχ-

θεί διάφοροι μηχανισμοί με τους οποίους το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει πεπτικό έλκος, αλλά κανείς από αυτούς δεν έχει τεκμηριωθεί.

Η δυσμενής επίδραση του καπνίσματος στην εξέλιξη του πεπτικού έλκους έχει επισημανθεί από πολλά χρόνια γι' αυτό θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό να πείθουν τους ασθενείς να το διακόψουν. Τα αποτελέσματα μετά τη διακοπή του καπνίσματος είναι θεαματικά τόσο ως προς το ποσοστό της αυξήσεως της ιάσεως, όσο και της μειώσεως της υποτροπής της αρρώστιας τους και ιδιαίτερα του έλκους του στομάχου, ανεξάρτητα από το φάρμακο ή το σχήμα της θεραπευτικής αγωγής.

Τέταρτος κατά σειρά προδιαθεσικός παράγοντας από την έρευνά μας είναι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών σε ποσοστό 78,09%. Από το ποσοστό αυτό το 39,03% κατανάλωναν 5-10 ποτά ημερησίως και συνήθως προτιμούσαν ούζο και κρασί σε ποσοστό 32,98% και 26,84% αντίστοιχα.

Η χρήση της αλκοόλης επιφέρει διέγερση στο βλεννογόνο του στομάχου όπου ανάλογα με την ποσότητα της αλκοόλης ελαττώνει την κινητικότητα του στομάχου, προκαλεί υπερευαισθησία, διαβρώσεις ή εξελκώνει το βλεννογόνο, προκαλεί διαταραχή της αιμάτωσης με σοβαρή επιπλοκή κάποια αιμορραγία. Επίσης το οινόπνευμα επιβραδύνει την πέψη.

Έχει διαπιστωθεί ότι η αλκοόλη αυξάνει την έκκριση της γαστρικής οξύτητας και επηρεάζει δυσμενώς την ίαση του πεπτικού έλκους. Έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη του πεπτικού έλκους, για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω,

θεωρείται λοιπόν φρόνιμο να ενημερώνουμε τους πάσχοντες να αποφεύγουν την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών κατά τη διάρκεια κρίσεως του έλκους τους, ενώ κατά τις περιόδους ηρεμίας μπορούν να απολαμβάνουν μέτριες ποσότητες.

Πέμπτος κατά σειρά προδιαθεσικός παράγοντας από την έρευνά μας αποτελεί η κληρονομικότητα σε ποσοστό 59,72%. Παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα έλκους μεταξύ του πρώτου βαθμού συγγενών των ασθενών με έλκος.

Έτσι παιδιά ασθενών με έλκος έχουν τριπλάσιες πιθανότητες ανάπτυξης πεπτικού έλκους. Η παρατήρηση ότι η συχνότητα γαστροδωδακτυλικού έλκους είναι μεγαλύτερη στους μονοζυγώτες παρά στους διζυγώτες άρρενες διδύμους επιβεβαιώνει την σπουδαιότητα της κληρονομικότητας. Παρ'όλα αυτά η κληρονομική αυτή ανωμαλία δεν μπορεί να διαπιστωθεί εκ των προτέρων ώστε να είναι δυνατό να αναγνωριστούν άτομα επιρρεπή να αναπτύξουν ένα έλκος προτού εμφανιστεί η κλινική εικόνα.

Η μεγαλύτερη συχνότητα έλκους παρατηρείται σε άτομα της ομάδας 0. Από τα 105 άτομα της έρευνάς μας όντως τα περισσότερα ανήκαν σε αυτή την ομάδα σε ποσοστό 44,76%.

Μεγάλος αριθμός φαρμάκων καθημερινής κυρίως χρήσεως, βρέθηκε ότι επηρεάζουν δυσμενώς την ίαση του πεπτικού έλκους ή προκαλούν επιπλοκές σ'αυτό ή ακόμη συμβάλλουν κι αυτά στην ανάπτυξη της <<νόσου έλκος>>. Στην έρευνά μας βρέθηκε ότι σε ποσοστό 43,81% ακολουθούσαν κάποια φαρμακευτική αγωγή πριν την εμφάνιση της νόσου τους.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με σαλικυλικά (36,96%) και ακολουθούν τα αντιυπερτασικά (19,57%).

Τα αναλγητικά, τα αντιπυρετικά, τα αντιφλεγμονώδη και τα κορτικοειδή όπως είναι γνωστό μπορούν να προκαλέσουν οξείες γαστροδωδεκαδακτυλικές αλλοιώσεις όπως έλκη, διαβρώσεις και γαστρίτιδες. Έχουν γίνει αξιόλογες μελέτες της σχέσεως μεταξύ της χρόνιας λήψης των φαρμάκων αυτών και του πεπτικού έλκους. Οι εργασίες αυτές έδειξαν ότι οι περιπτώσεις αυτές είναι σπάνιες, αυτό ισχύει για την τόσο ευρέως χρησιμοποιούμενη ασπιρίνη. Η εκατοστιαία αναλογία των ελκών από ασπιρίνη κυμαίνεται μεταξύ 0,01 και 0.05%, το ποσοστό αυτό μειώνεται όταν η λαμβανόμενη ασπιρίνη διασπάται στο λεπτό έντερο.

Η συχνή και χρόνια χρήση της ασπιρίνης, όπως στην ρευματοειδή αρθρίτιδα, συνδέεται με την ανάπτυξη έλκους του στομάχου παρά με έλκος του 12/λου.

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι η ασπιρίνη καθυστερεί την ίαση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Ο μηχανισμός με τον οποίο η ασπιρίνη συμβάλλει στην ανάπτυξη του έλκους αυτού είναι άγνωστος. Πιστεύεται ότι, διασπά το φράγμα του γαστρικού βλεννογόνου και αναστέλλει τη σύνθεση των προσταγλανδινών κλπ. Οι μηχανισμοί αυτοί ενεργούν και προκαλούν τη γαστρική εξέλκωση.

Για τα περισσότερα μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα πιστεύεται επίσης ότι σχετίζονται προς την ανάπτυξη πεπτικού έλκους ή γαστρορραγίας. Η λήψη αναλγητικών -αντιπυρετικών φαρμάκων δεν αποτελεί επικίνδυνο παράγοντα για την ανάπτυξη έλκους, είναι όμως περισσότερο βλαπτικά σε ασθενείς πάσχοντες από τη <<νόσο έλκος>>. Από τα φάρμακα αυτά όπως αναφέρθηκε η ασπιρίνη είναι λιγότερη ανεκτή από

τους ασθενείς αυτούς και ενοχοποιείται για τις υποτροπές της νόσου. Έχει παρατηρηθεί ότι τα 2/3 των πασχόντων από έλκος του βολβού του 12/λου εμφανίζουν οπισθοστερνικό κάυσο όταν παίρνουν ασπιρίνη, αυτό θεωρείται σαν ένα χαρακτηριστικό διαγνωστικό σύμπτωμα αυτού του έλκους.

Έτσι, οι πασχόντες από πεπτικό έλκος πρέπει να αποφεύγουν τα προαναφερθέντα φάρμακα και μάλιστα να μην τα παίρνουν σε μεγάλες δόσεις και για μακρό χρονικό διάστημα, ιδιαίτερα δε την ασπιρίνη, η οποία όχι σπάνια υποκρύπτεται σε ορισμένα ιδιοσκευάσματα και τα οποία κυκλοφορούν ελεύθερα και πολλές φορές για διαφορετική χρήση. Είναι επίσης πιστευτό σε μεγάλη κλίμακα ότι τα κορτικοστεροειδή σχετίζονται προς αυξημένη συχνότητα πεπτικού έλκους και τις επιπλοκές του, αλλά δεν υπάρχει απόδειξη. Εν τούτοις όμως υποστηρίζεται από ορισμένους ερευνητές ότι τα γλυκοκορτικοειδή μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο έλκους, σε κάποια έκταση σε ευαίσθητα άτομα, όταν χορηγούνται σε υψηλές δόσεις και για μακρό χρονικό διάστημα.

Στην έρευνά μας που έγινε βρέθηκε ότι τα περισσότερα άτομα σχετικά με τη διατροφή προτιμούσαν κυρίως τα φαγητά με σάλτσες και τα τηγανιτά σε ποσοστό 17,62%.

Εφόσον οι κλάσσιμες αυστηρές δίαιτες δεν έχουν σήμερα θέση στην θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους συστήνουμε στον ελκοπαθή τα παρακάτω:

α) Όχι διαιτητικές υπερβολές, β) Αποφυγή λήψεως τροφής κατά τη νυχτερινή κατάκλιση που αποδεδειγμένα αυξάνει την νυχτερινή γαστρική έκκριση, γ) τροφή μη ερεθιστική σε συχνά και μικρά γεύματα με βάση μαλακής συστάσεως φαγητά, είναι

αναγκαία μόνο κατά τη διάρκεια οξείας παροξύνσεως, δίδονται <<ελευθέρα>> θρεπτική βιταμινούχος και με περιορισμένο πίνακα απαγορευμένων για τις περιόδους ηρεμίας, δηλ. αποφυγή των πικάντικων τροφών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εργασία αυτή έχει σαν γενικό σκοπό την μελέτη των προδιαθεσικών παραγόντων του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Το θέμα το προσεγγίσαμε μέσα από την ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας και των άλλων στοιχείων που συλλέχθηκαν και παρουσιάζει γενικά στοιχεία γύρω από την εμφάνιση του έλκους.

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος αποτελεί μία από τις συχνότερες νοσολογικές οντότητες της οποίας η αιτιολογία παραμένει μέχρι και σήμερα ακόμη σε πολλές της πτυχές αδιευκρίνιστη. Με συστηματική περιοδικότητα <<ανακαλύπτονται>> νέες θεωρίες της γενέσεώς του, ενώ παλαιότερες επανέρχονται τροποποιημένες στην επιφάνεια σαν καινούργιες. Τοπικοί, ψυχολογικοί, ανοσολογικοί, ορμονικοί και τελευταία μάλιστα βακτηριδιακοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για τη γένεση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Από τους προαναφερθέντες παράγοντες σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης σε πιο σημαντικοί είναι το κάπνισμα, ο καφές, η ψυχική υπέρταση (STRESS) και ακολουθούν η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, η κληρονομικότητα και άλλα.

Θα πρέπει να τονίσουμε ότι η ευρεία χρήση και η τεχνολογική εξέλιξη των ενδοσκοπήσεων των γαστρεντερολογίας αλλά και οι νεώτερες ακτινολογικές μέθοδοι μέχρι της νεωτάτης ψηφιακής ακτινογραφίας του στομάχου και του 12/λου έχουν προσθέσει και προσθέτουν συνεχώς καινούργιες γνώσεις τόσο στη διάγνωση όσο και στην θεραπεία των νοσολογικών αυτών οντοτήτων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

1. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Προλογικό σημείωμα

Αγαπητέ κύριε, κυρία,

Είμαστε σπουδάστριες Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πάτρας και ετοιμάζουμε την πτυχιακή μας εργασία που έχει ως θέμα της «Οι προδιαθεσικοί παράγοντες γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους». Στα πλαίσια αυτής της εργασίας θέλουμε να μελετήσουμε τι είναι αυτό που ενισχύει, προδιαθέτει την εμφάνιση του έλκους.

Επειδή εσείς πάσχετε από αυτή τη νόσο πιστεύουμε ότι θα συμβάλλετε σημαντικά στη διεξαγωγή αυτής της μελέτης. Γι' αυτό επικοινωνούμε μαζί σας για την συμπλήρωση του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου.

Επίσης θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι το ερωτηματολόγιο θα είναι ανώνυμο.

Σας ευχαριστούμε πολύ
για τη συνεργασία

Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο

1. Φύλο

Άνδρας γυναίκα

2. Ηλικία: 18-30

31-40

41-50

51-άνω

3. Επάγγελμα

4. Οικογενειακό ιστορικό έλκους

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Καπνίζατε πριν την εμφάνιση της νόσου σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Σε ποιά ηλικία αρχίσατε το κάπνισμα;

κάτω των 18

18-25

25-30

30-άνω

7. Αριθμός τσιγάρων ημερησίως

1-10

10-20

20-40

40-άνω

8. Γνωρίζετε τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος στο
ΨΕΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Αφού διαπιστώσατε ότι πάσχετε από έλκος:

σταματήσατε το κάπνισμα τελείως

το ελαττώσατε

συνεχίσατε να καπνίζετε όπως και πριν

10. Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών ημερησίως

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών ημερησίως

1-3

3-5

5-10

10-άνω

12. Είδος οινοπνευματωδών ποτών ημερησίως

κρασί

σώζο

κονιάκ

ηδύποτα

εισαγόμενα

13. Κατανάλωση καφέ ημερησίως

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Ποσότητα καφέ

1-2

3-5

5-άνω

15. Είδος καφέ

ελληνικός

NESCAFE

καπουτσίνο

16. Αριθμός γευμάτων ημερησίως

1

2-3

άνω των 3

17. Τι φαγητά συνήθως προτιμείτε;

τηγανιτά

ψητά

βραστά με σάλτσες

γαλακτοκομικά

18. Σε ποιά ομάδα αίματος ανήκετε;

A

B

AB

O

19. Είστε νευρικός ή αγχώδης τύπος στο χώρο της δουλειάς ή στο σπίτι σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Πριν την εμφάνιση της νόσου σας ακολουθούσατε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. Εάν ακολουθούσατε, ποιά ήταν αυτή;

σαλικυλικά

κορτικοστεροειδή

αντιρευματικά

αντιϋπερτασικά

ηρεμιστικά

παισίπονα

22. Έχετε χάσει βάρος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

23. Έχετε πάρει βάρος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

24. Έχετε δυσφαγία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25. Έχετε επιγαστρικό πόνο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Ανταναιλούσε κάπου ο πόνος;

27. Εάν ανταναιλούσε κάπου, σε ποιά σημεία;

άνω κοιλιακή περιοχή

- κάτω κοιλιακή περιοχή
- στερνική περιοχή
- ραχιαία περιοχή
- ωμοπλατιαία περιοχή

28.Χρονική σχέση πόνου γεύματος

- πριν το γεύμα
- 1 ώρα μετά
- 2 ώρες μετά

29.Πόσο διαρκούσε ο πόνος;

- 0-15'
- 15-30'
- 30'-1 ώρα
- 2-3 ώρες
- 1 ημέρα-άνω

30.Κατανομή πόνου

- Μέρα Νύχτα

31.Εποχιακή κατανομή πόνου

- άνοιξη
- καλοκαίρι
- φθινόπωρο
- χειμώνα

31.Ανακούφιση του πόνου

- φαγητό

αντιόξινα

ανάπαυση

33. Συνοδεύετε με κάτι ο πόνος;

κάψιμο

ξυνίλες

όξινες ερυγές

34. Έχετε εμέτους

ΝΑΙ ΟΧΙ

35. Οι έμετοι ακολουθούν μετά από γεύμα

ελαφρύ

βαρύ

μέτριο

36. Έχετε ναυτία

ΝΑΙ ΟΧΙ

37. Γαστρορραγία στο παρελθόν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

38. Μέλαινα κένωση στο παρελθόν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

39. Έχετε ευκοιλιότητα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

40. Έχετε δυσκοιλιότητα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

41. Μικροβιακές λοιμώξεις προσφάτου ενάρξεως του ΓΕΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

42. Προηγούμενες εγχειρήσεις πεπτικού συστήματος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

BARDHAN K.D.: Απόψεις επί του Δωδεκαδακτυλικού έλικους. Επίτομος Έκδοση 2η. Μετάφραση από την SMITH KLINE και FRENCH LABORATORIES, Σεπτέμβριος 1981

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.: Ειδική Νοσολογία. Τόμος Β'. Έκδοση Β' Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1984

CECIL: Παθολογία, Τόμος Β', Έκδοση 1η, Μετάφραση από τον Μουτσόπουλο, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985

GUYTON A.: Φυσιολογία του ανθρώπου. Επίτομος έκδοση 3η. Μετάφραση από τον Ευαγγέλου Α., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1984

ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Α. : Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Γαστρεντερολογίας Τόμος Ε', Έκδοση 4η. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π. Αθήνα 1986

FRICK H.-LEONHARDT H.-STARLK D.: Ειδική Ανατομική ΙΙ, Τόμος Β', Έκδοση 1η. Μετάφραση από τον Μουτσόπουλο. Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ. Αθήνα 1985

HARRISON: Εσωτερική παθολογία. τόμος Γ'. Έκδοση 10η, Εκδόσεις Παρισιάνος Γρ, Αθήνα 1988

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: Νοσηλευτική Γενική Πα-

θολογική Χειρουργική. Τόμος Α', Έκδοση ενάτη, Εκδόσεις
Ιεραποστολικής Ενώσεως Ιεραποστολικών νοσοκόμων <<Η ΤΑ-
ΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1986

ΡΑΠΤΗΣ Σ - ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ Δ.: Παθογενετικοί μηχανισμοί και θερα-
πευτικές εξελίξεις του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους
Επίτομος, Έκδοση Α', εκδόσεις Παρσιάνος Γρ. Αθήνα 1987

READ A. - BARRIT D. - HEWER R.: Σύγχρονη Παθολογία. Επίτομος.
Έκδοση δεύτερη, Μετάφραση από τον Μουτσόπουλο. Ιατρι-
κές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1984

ΣΑΒΒΑ Α.: Επίτομη ανατομική του ανθρώπου και άτλας. Τόμος Α',
Έκδοση Α'. Εκδόσεις εκδοτικός οίκος αφών Κυριακίδη,
Θεσσαλονίκη 1975

ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΚΑΡΔΑΞΗ - ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. τόμος Β', Έκδο-
ση πρωτότυπη, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985

ΤΣΟΥΡΟΥΚΤΟ ΓΛΑΟΥ Γ.: Ειδική Νοσολογία. Τόμος Α', Έκδοση 1η,
Εκδόσεις Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1978

ΧΑΤΖΗΜΗΝΑ Ι.: Επίτομη φυσιολογία. Επίτομος, Έκδοση δεύτερη
Εκδόσεις Παρσιάνος Γρ., Αθήνα 1987

