

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ

ΜΠΕΜΠΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΜΕ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

ΤΟΥ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΙΧΑΗΛ

ΕΙΔΙΚΟΣ ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	338
----------------------	-----

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
1) ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-3
2) ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4-5
3) ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	6
α) Χωρητικότητα - μορφή - Μοίρες του στομάχου	7-8
β) Τύποι στομάχου	8-9
γ) Θέση - Μορφή του στομάχου και παράγοντες που την επηρεάζουν	10-11
δ) Στήριξη του στομάχου	12-13
ε) Σχέσεις του στομάχου με άλλα όργανα	13-16
4) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	17
α) ΦΑΣΕΙΣ	17
- Γαστρική φάση	17-19
- Φάσεις γαστρικής έκκρισης	20-21
β) Κινητικές λειτουργίες του στομάχου	21-24
γ) Κένωση του στομάχου	25-26
δ) Ρύθμιση της κένωσης του στομάχου	26-29
ε) Αναστολή της κένωσης του στομάχου	29-30
5) ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	31
α) Αδένες του στομάχου	31
β) Κύτταρα που αποτελούν το εκκριτικό επιθήλιο των αδένων	32-34
γ) Αγγεία του στομάχου	34-35
δ) Νεύρα του στομάχου	35-36

6) ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	37-42
7) ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ	43-51
8) ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ	52
α) ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	52-67
β) ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΕΛΚΟΣ	67-73
9) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	74
α) Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με γαστρικό έλκος κατά την συντηρητική του αγωγή	74-89
β) Προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ελκο- παθούς	89-113
γ) Νοσηλευτική διεργασία δύο αρρώστων που παρουσίασαν δύο διαφορετικές επιπλοκές του γαστρικού έλκους ο κάθε ένας. Γαστρορραγία ο ένας, πυλωρική στένωση ο άλλος	114-128
10) ΕΠΙΛΟΓΟΣ	129-130
11) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	131-132

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Καρδιοπάθειες, Καρκίνος, Διαβήτης, Άγχος, Έλκος. Αναρίθμητες είναι οι αρρώστιες. Πολλές από αυτές είναι από τα παλιά χρόνια. Αρκετές όμως είναι αρρώστιες της εποχής μας, γέννημα και θρέμμα του πολιτισμού και της κοινωνίας της αφθονίας στην οποία μας αρέσει να ζούμε. Αποτέλεσμα του ρυθμού της ζωής που μας επιβάλλεται, για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε στις ανάγκες που μας δημιουργεί η σύγχρονη ζωή. Όλοι γνωρίζουμε αυτές τις αρρώστιες, όμως εξακολουθούμε να αποφεύγουμε την λήψη προληπτικών μέτρων για να τις προλάβουμε.

Πόσο καλύτερα θα είμασταν πράγματι αν συνειδητοποιούσαμε ότι ένα γραμμάριο πρόληψης αξίζει χίλια κιλά θεραπείας.

Πόση σημασία δίνεται στην προληπτική ιατρική όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά γενικά σε όλες τις πολιτισμένες και οικονομικά αναπτυγμένες χώρες ;

Επικρατεί η αντίληψη ότι τίποτε το ιδιαίτερο δεν χρειάζεται να γίνει ή τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να προληφθούν οι ασθένειες έτσι τουλάχιστο πιστεύει ο πολύς κόσμος. Ο μέσος όρος των ανθρώπων συνηθίζει να επισκέπτεται τον γιατρό του μόλις εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα της αρρώστιας, αυτός με την σειρά του δίνει κάποια συνταγή για αντιβιοτικά και άλλα.

Και σε περίπτωση ανάγκης αφαιρείται από τον ασθενή με εγχείρηση κάποιο άχρηστο, συνήθως όργανό του.

Η δαπάνη θα καλυφθεί σχεδόν όλη από την ασφάλεια νοσοκομειακής περίθαλψης, θα πάρει κάποιο επίδομα ασθένειας μέχρι να γίνει καλά και μετά...έχει ο θεός !.

Έτσι χωρίς καμμία ουσιαστική προληπτική φροντίδα, με κακές διαειτητικές συνήθειες και γενικά λανθασμένο τρόπο ζωής, φτάνουμε στην αρρώστια. Όσο δεν της δίνουμε σημασία πριν αρρωστήσουμε τόσο πιο πολύ πανικοβαλλόμαστε όταν διαπιστώσουμε ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά και εύκολα όπως νομίζαμε. Περιμένουμε συχνά στην ουρά για να δούμε το γιατρό μας, για να κάνουμε τις αναγκαίες εξετάσεις στις κλινικές και στα νοσοκομεία, και μεγάλο διάστημα για να βρεθεί ένα κρεβάτι στο θάλαμο ενός νοσοκομείου.

Τότε αρχίζουμε να συνειδητοποιούμε πόσο δύσκολα, επώδυνο και δαπανηρό είναι να μπλεχτεί κανείς με αρρώστιες, γιατρούς και νοσοκομεία.

Κι όταν όλα τελειώσουν και γίνουμε καλά, σύμφωνα με το γιατρό μας, ξεχνάμε όσες σκέψεις κάναμε στο διάστημα της αρρώστιας μας για προσοχή, σωστό τρόπο ζωής στο μέλλον και γενικά πρόληψη.

Αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να σπαταλούμε δισεκατομμύρια δραχμές για την υγεία· όχι, όπως θα νόμιζε κανείς για να είναι ο κόσμος υγιής αλλά, για να θεραπεύσουμε προσωρινά τις πιο πολλές φορές, όσους εί-

ναι δυνατό, από αυτούς που αρρωσταίνουν.

Αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να υποφέρει όλο και πιο πολύς κόσμος στο κρεβάτι του πόνου και της αρρώστιας.

Αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να πεθαίνουν όλο και πιο πολλοί άνθρωποι, όχι στα βαθειά τους γεράματα, αλλά στο άνθος της νιότης τους, από αρρώστιες που ήταν άγνωστες πριν μερικές δεκαετίες.

Το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, είναι μία πολύ συνηθισμένη αρρώστια σε όλες τις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες.

Σύμφωνα με τις στατιστικές που δημοσιεύτηκαν πριν δύο περίπου χρόνια, τουλάχιστον 600.000 Έλληνες πάσχουν από γαστρικό έλκος - ο αριθμός αυτός γίνεται μεγαλύτερος κάθε χρόνο. Αυτές οι οδυνηρές και επικίνδυνες παθήσεις, κατατάσσονται τώρα ανάμεσα στις μεγαλύτερες μαστιγές της σύγχρονης εποχής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως πεπτικό έλκος εννοούμε την περιορισμένη διάβρωση των ιστών του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα που προέρχεται συνήθως από την πεπτική επίδραση του υδροχλωρικού οξέως και της πεψίνης.

Εμφανίζεται το πεπτικό έλκος μετά από την άμεση δράση της γαστρικής έκκρισης (του υδροχλωρικού οξέως και πεψίνης) επί του βλεννογόνου του στομάχου και με μείωση των αμυντικών μηχανισμών του τοιχώματος του γαστρικού σωλήνα που χαρακτηρίζεται από βλάβες, δηλαδή από απώλεια ουσίας με παρατεταμένη πορεία, αλλά και με πιθανή οξεία εμφάνιση, με περιοδικές οξύνσεις, περισσότερο εποχιακές με μοναδική έδρα εντόπισης, στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά καμμία φορά και πολυεδρική, περισσότερο όμως στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο, καμμία φορά στον οισοφάγο (τελευταίο τμήμα), σπάνια σε άλλα τμήματα του εντέρου.

Στον ορισμό του πεπτικού έλκους εννοείται ότι για να εκδηλωθεί είναι απαραίτητη η παραγωγή γαστρικού υγρού ο εντοπισμός του οποίου στις διάφορες θέσεις συνδέεται με αιτίες που είναι επακόλουθα παραγόντων γενικής και ειδικής φύσης.

Το έλκος είναι κυρίως απώλεια ιστού του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου, αλλά και των υποκείμενων

στρωμάτων, στρογγυλής κορφής ή ωοειδούς με καθαρά όρια, επίπεδα, με μυτερή κορφή, με πυθμένα χρώματος άσπρου ή ασπροκαφεοειδούς. Η βάση του έλκους αποτελείται από βλέννα και νευρωτικά κατάλοιπα και από ουλώδη ιστό ο οποίος περιλαμβάνει κάθε φορά άλλο βαθμό φλεγμονώδους αντιδράσεως. Έλκη τα οποία προέρχονται από την έκθεση στην επίδραση του γαστρικού υγρού έχουν την ίδια όψη είτε εμφανίζονται στο δωδεκαδάκτυλο, στο στομάχι, στη νήστιδα, ή στη βάση ευκολπώματος του ΜΕΙΚΕΛ, που περιέχει γαστρικό βλεννογόνο. Για το λόγο αυτό ο όρος οξεοπεπτική εξέλκωση ή οξεοπεατική νόσος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ορθά για όλες αυτές τις εξελκώσεις.

Στα πλαίσια όμως αυτής της πτυχιακής εργασίας παρουσιάζεται η μελέτη μόνο για το έλκος του στομάχου.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο οισοφάγος αφού διέλθει από το διάφραγμα, μεταπίπτει απότομα στο οισοφαγικό στόμιο (καρδιακό), στο ευρύτερο τμήμα του εντερικού σωλήνα, το στομάχι, μεταβαίνει δεξιά με το καρδιακό αυτό άκρο, στο ελάσσον τόξο ή στο άνω του στομάχου χείλος, αριστερά με οξεία γωνία, της καρδιακής εντομής, στο μείζον τόξο ή στο κάτω του στομάχου χείλος. Τα δύο αυτά χείλη, καθώς έρχονται από την καρδιά του στομάχου σχηματίζουν τόξο μέχρι το άλλο άκρο του πυλώρου και έτσι χωρίζονται οι επιφάνειες του στομάχου στην πρόσθια και στην οπίσθια.

Για το όριο του καρδιακού άκρου του στομάχου, χρησιμεύει εξωτερικά η καρδιακή εντομή, ενώ εσωτερικά η κυκλοτερής οδοντώτη γραμμή. Προς την καρδιακή εντομή εσωτερικά, παράγεται ελαφρώς το καρδιακό στόμιο που κλείνει την καρδιακή του στομάχου βαλβίδα.

Το πυλωρικό άκρο, εξωτερικά ορίζεται από αύλακες της πυλωρικής μοίρας, εσωτερικά της οποίας αντιστοιχεί αυτή που αφορά το πυλωρικό στόμιο του στομάχου, δηλαδή η πυλωρική βαλβίδα.

Το μήκος του στομάχου εμφανίζει ποικιλία στα διάφορα άτομα. Σε μέτρια πλήρωσή του είναι 25-30 ε.μ., το πλάτος του ίσο με την καρδιακή μοίρα 9-10 ε.μ., και ίσο με την πυλωρική 3-4 ε.μ.

Η χωρητικότητά του ποικίλει επίσης και κυμαίνεται από 500-2.500 γρ. ανάλογα με τις συνήθειες του κάθε ατόμου.

Η μορφή του στομάχου εμφανίζει ποικιλία στα διάφορα άτομα και μεταβάλλεται κατά άτομο και κατά τις διάφορες ώρες. Συνήθως μοιάζει με άγκριστο ή με το γράμμα J. Το επιμηκότερο τμήμα του βρίσκεται αριστερά της σπονδυλικής στήλης και αποτελεί την καρδιακή μοίρα του στομάχου, ενώ το βραχύτερο, μπροστά και δεξιά της σπονδυλικής στήλης και σχηματίζει την πυλωρική μοίρα.

Όριο χωρισμού μεταξύ τους χρησιμεύει στο ελάχιστον τόξο η γωνιαία εντομή που υπάρχει. Η εντομή αυτή σχηματίζεται και διαιρείται από δύο ισχυρές ινώδεις δεσμίδες, αυτές είναι παχύνσεις του υπορογονίου συνδετικού ιστού του στομάχου, και αποτελούν τον πρόσθιο και τον οπίσθιο σύνδεσμο αυτού.

Η καρδιακή μοίρα υποδιαιρείται στο θόλο (πυθμένα) και στο σώμα του στομάχου, μεταξύ των οποίων γίνεται η μετάβαση του στομάχου στον οισοφάγο.

Η πυλωρική μοίρα στο λεπτότοιχο πυλωρικό άντρο, το χαμηλότερο μέρος του στομάχου (πυθμένας των νεωτέρων) και στο παχύτοιχο πυλωρικό σωλήνα.

Κατά την μορφή αυτή ο θόλος, το σώμα και το πυλωρικό άντρο αποτελούν σακκοειδές μόρφωμα, που βαθμιαία στενεύει προς τον πυλωρό. Το χαμηλότερο μέρος του μείζονος τόξου βρίσκεται στο ίδιο ύψος με το υποπλευρικό επίπεδο,

ο πυλωρός αντιστοιχεί στην ακανθώδη απόφυση του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου, λίγο δεξιά της μέσης γραμμής.

Ο θόλος βρίσκεται σε πολύ ψηλό επίπεδο.

Από τις έρευνες όμως του ανατομικού παρασκευάσματος προκύπτουν διάφορα πορίσματα σχετικά με τη μορφή και τη θέση του στομάχου.

Χρησιμοποιήθηκαν οι ακτίνες Χ για τη μελέτη του στομάχου. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες επιδρούν σημαντικά στη μορφή και στην θέση του οργάνου αυτού, όπως ο τόνος του τοιχώματος του στομάχου, η γενική σωματική διάμρφωση, το περιεχόμενο του στομάχου, η πίεση των υποκείμενων οργάνων, η στάση του κορμού, οι αναπνευστικές κινήσεις, ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος και του διαφράγματος και οι ίδιες οι κινήσεις του στομάχου αποτελούν αξιόλογους παράγοντες εμφανίζοντας σημασία για τις αλλαγές που συμβαίνουν στην μορφή και στην θέση του στομάχου στον κάθε άνθρωπο.

Έτσι ανάλογα με το βαθμό του μυϊκού τόνου του στομάχου διακρίνουμε τρείς τύπους :

- α) Τον ορθοτονικό
- β) Τον υπερτονικό
- γ) Τον υποτονικό

Ο τόνος είναι δυνατόν να διαφέρει στο ίδιο άτομο κατά χρονικά διαστήματα.

Ο ορθοτονικός στόμαχος εμφανίζει σχήμα αγκιστροει-

δές ή παρεμφερές προς το γράμμα J, σε αυτόν τον τύπο το καρδιακό στόμιο αντιστοιχεί με τον 8ο αριστερό πλευρικό χόνδρο, το άνω όριο του θόλου στο ύψος του 5ου και 6ου πλευρικού χόνδρου, το μείζον τόξο επεκτείνεται 2,5 εκ. πιο κάτω του άνω λαγονίου επιπέδου. Ο πυλωρός είναι δυνατόν να είναι 2,5 εκ. περίπου δεξιά της μέσης γραμμής στο ίδιο ύψος του 10ου πλευρικού χόνδρου (2ου ή 3ου οσφυϊκού σπόνδυλου).

Ο υπερτονικός στόμαχος βραχύς, βρίσκεται εγκάρσια σχεδόν στο άνω τμήμα της κοιλίας, εμφανίζει συνήθως σχήμα παρεμφερές με το κέρατο βοδιού. Το μείζον τόξο βρίσκεται στο ψηλότερο επίπεδο.

Ο υποτονικός στόμαχος εξαιρετικά επιμήκης συνήθως βρίσκεται ολόκληρος σχεδόν αριστερά της μέσης γραμμής. Το κάτω μέρος του, το κατώτερο της γωνιαίας εντομής, είναι σχετικά ευρύ, το μείζοντος τόξο είναι δυνατόν να βρίσκεται πιο κάτω του συνηθισμένου επιπέδου. Εξαιρετικός βαθμός υποτονίας χαρακτηρίζει τον ατονικό στόμαχο.

Η γενική σωματική διάπλαση επιδρά συνήθως στη μορφή του στομάχου. Έτσι στα λεπτόσωμα άτομα παρατηρείται συνήθως ο επιμήκης (υποτονικός) τύπος, στα ευρύσωμα ο εγκάρσιος τύπος (υπερτονικός).

Το περιεχόμενο του στομάχου επηρεάζει τις διαστάσεις και τη μορφή του. Έτσι όσο πιο μεγάλη ποσότητα τροφής προσλαμβάνεται, το μείζον τόξο του στομάχου

κατεβαίνει, η μορφή και οι διαστάσεις του θόλου (πυθμένα) αυτού επηρεάζονται από την άθροιση αέρα μέσα σ' αυτό. Η πίεση που ασκείται από τα παρακείμενα όργανα στο στομάχι, προκαλεί μεταβολές στη μορφή του, αυτό συμβαίνει κατά την διάσταση του κόλου από αέρια, ή κατά την κύηση από την κυοφορούσα μήτρα.

Η θέση και η μορφή του στομάχου ποικίλλει κατά τις διάφορες στάσεις του κορμού. Έτσι κατά την όρθια στάση ο πυλωρός του ορθοτονικού στομάχου βρίσκεται στο ύψος του 2ου και 3ου οσφυϊκού σπονδύλου, ενώ κατά την υπτία θέση μετακινείται μετά του μείζονος τόξου προς τα άνω κατά ένα περίπου σπόνδυλο ή και περισσότερο. Ξαπλωμένο το άτομο στην αριστερή πλευρά προκαλεί μετακίνηση ολόκληρου του στομάχου προς τα αριστερά και τοξοειδή κύρτωσή του, ενώ όταν ξαπλώσει στην δεξιά πλευρά το στομάχι φέρεται λοξά προς τα δεξιά χωρίς κύρτωση, οπότε η κένωσή του γίνεται ευχερέστερα.

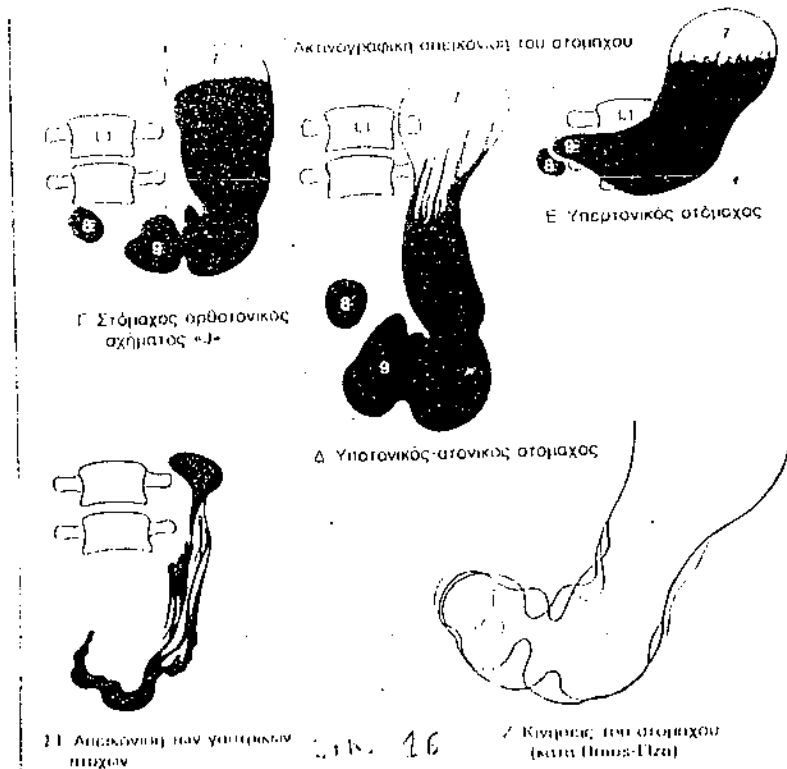
Επειδή κατά τη μεταβολή αυτής της στάσεως από την όρθια στη κατακεκλισμένη πολύ λίγο επηρεάζεται το ύψος του θόλου (πυθμένας) του στομάχου, είναι ευνόητο ότι κατά την υπτία θέση ο στομάχος είναι βραχύτερος.

Η θέση του υπερτονικού στομάχου, καθόλου η ελάχιστα επηρεάζεται από τη στάση του κορμού, δεδομένου ότι τόσο κατά την όρθια όσο και κατά την υπτία θέση του κορμού, ο πυλωρός του υπερτονικού στομάχου βρίσκεται στο ύψος του 12ου θωρακικού ή του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου.

Κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις ο στομάχος επιμηκύνεται κατά την εκπνοή και βραχύνεται κατά την εισπνοή, ο θόλος του στομάχου παρεκτοπίζεται περισσότερο ή η πυλωρική μοίρα του. Ο βαθμός της παρεκτοπίσεως αυτής εμφανίζει μεγάλη ποικιλία (2,5 - 10 εκ.) στα διάφορα άτομα και εξαρτάται από τον τύπο της αναπνοής (πλευρικό ή διαφραγματικό).

Στη θέση του στομάχου επιδρά επίσης και ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος, λόγω χαλαρώσεως των μυών του υφίσταται προώθηση που συνοδεύεται από πτώση του στομάχου και των εντέρων.

Η μορφή τέλος του στομάχου επηρεάζεται από τις ίδιες του τις κινήσεις. Εκτός από την γενική στο σύνολο, συστολή του στομάχου, εμφανίζεται στο όργανο αυτό και περισταλτισμός προς το κύμα συστολής του, ανέρχεται ως περίσφυξη στο μέσο περίπου του σώματος, και



φέρεται προς το πυλωρό. Το κύμα της γενικής συστολής του στομάχου εμφανίζει μεγάλη ποικιλία ανάλογα με τον τύπο.

ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος στηρίζεται από τις δύο άκρες της καρδιάς και του πυλωρού και των παρακείμενων οργάνων, με την συντονία του κοιλιακού τοιχώματος και με το περιτοναίο. Αυτό, καλύπτοντας τις δύο επιφάνειες, ανακάμπτει στα γειτονικά όργανα σχηματίζοντας τους παρακάτω συνδέσμους.:

- 1) Του ηπατογαστρικού ή ελάσσονος επιπλόου, που εκτείνεται μεταξύ του ελάσσονος τόξου του στομάχου και των πυλών του ήπατος. Η δεξιά του μοίρα περιγράφεται ως ίδιος σύνδεσμος, ηπατοδωδεκαδακτυλικός, περιέχει μεταξύ των δύο πετάλων, αριστερά την ηπατική αρτηρία, δεξιά, τον χοληδόχο πόρο και στο μέσο στο βάθος την πυλαία φλέβα.
- 2) Το μείζονος επιπλόου, επεκτείνεται από το μείζον τόξο του στομάχου μέχρι σε άλλο ύψος (ορισμένες φορές) από της ηβικής συμφύσεως. Η αρχική μοίρα του επιπλόου αυτού, η εκτεινόμενη μεταξύ

του στομάχου και του εγκάρσιου κόλου, περιγράφεται ως γαστροκολικός σύνδεσμος.

- 3) Του γαστροσπληνικού συνδέσμου, εκτείνεται μεταξύ του θόλου (πυθμένος) του στομάχου και των πυλών του σπλήνα αποτελείται από δύο πέταλα, το πρόσθιο και το οπίσθιο. Από αυτά το πρόσθιο μεταβαίνει στο περιτόναιο της πρόσθιας επιφάνειας του στομάχου, το οπίσθιο στο πέταλο του περιτόναιου, το οποίο καλύπτει την πίσω επιφάνεια του στομάχου. Μεταξύ των δύο πετάλων του συνδέσμου περνούν η αριστερά γαστροεπιπλοϊκή και οι βραχείες και οι γαστρικές αρτηρίες.
- 4) Του γαστροδιαφραγματικού συνδέσμου, εκτείνεται μεταξύ του θόλου του στομάχου και του διαφράγματος.

ΣΧΕΣΕΙΣ

Τα όργανα που αποτελούν την κοίτη του στομάχου είναι το ήπαρ, το πάγκρεας, το άνω άκρο του αριστερού νεφρού με το επινεφρίδιο, ο σπλήνας, η αριστερά κολική καμπή, το εγκάρσιο κόλον με το μεσόκολο.

Το ελάσσον τόξο του στομάχου συνδέεται με το ήπαρ

με το ηπατογαστρικό σύνδεσμο ή με το ελάσσον επίπλοο.

Το μείζον τόξο συνδέεται προς τα πάνω με το διάφραγμα με το γαστροδιαφραγματικό σύνδεσμο, λίγο πιο κάτω με τις πύλες του σπλήνα με το γαστροπληνικό σύνδεσμο και ακόμα κατώτερα με το εγκάρσιο κόλο με το γαστροκολικό σύνδεσμο.

Ο θόλος (πυθμένας) του στομάχου φέρεται προς τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και προς την βάση του αριστερού πνεύμονα και προς την καρδιά. Είναι δεδομένο ότι η μοίρα αυτή του στομάχου παριστά το αεροθάλαμο όπου μαζεύεται ο καταπινόμενος αέρας, εύκολα μπορεί να ερευνηθούν οι κυκλοφορικές και οι αναπνευστικές διαταραχές, που εμφανίζονται σε άτομα που καταπίνουν άφθονο αέρα (αεροφαγία).

Η πρόσθια επιφάνεια του στομάχου φέρεται δεξιά προς την επιφάνεια του αριστερού λοβού του ήπατος και αριστερά προς την πλευρική έκφυση του διαφράγματος και τον πλευροδιαφραγματικό χώρο αντίστοιχα προς τους χόνδρους της 5ης-9ης αριστερής πλευράς. Η περιοχή αυτή του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος, αντιστοιχεί στον καλούμενο χώρο του TRAUBE, αυτός επικρουόμενος, αποδίδει τον τυμπανικό ήχο του στομάχου. Η έκταση του χώρου αυτού, αντιστοιχεί στην σπληνοπνευμονική γωνία. Σ' αυτή μεταξύ του κάτω χείλους του πνεύμονα και του πρόσθιου χείλους του σπλήνα περιοχή, σμικρύνεται από μεγάλες αθροίσεις υγρών, στην αριστερά κοιλότητα του υπεζωκότα, σε παθήσεις του περικαρδίου.

Στον μέσον η πρόσθια επιφάνεια του στομάχου φέρε-

ται απ'ευθείας προς το κοιλιακό τοίχωμα (τρίγωνο του LABBE) . Το τρίγωνο αυτό ορίζεται δεξιά από το πρόσθιο χείλος του ήπατος, από την λοξή αυτή γραμμή, εκτείνεται από το 9ο πλευρικό χόνδρο δεξιά, μέχρι το πρόσθιο άκρο του 8ου αριστερού πλευρικού χόνδρου· από αριστερά από το αριστερό πλευρικό τόξο και προς τα κάτω από την εγκάρσια γραμμή που ενώνει τους χόνδρους της 9ης πλευράς από κάτω. Το μέγεθος του τριγώνου αυτού εξαρτάται από το μέγεθος της υποστέρνου γωνίας της σχηματισμένης από τα πλευρικά τόξα.

Η οπίσθια επιφάνεια φέρεται προς το διάφραγμα και το αριστερό του σκέλος προς τον σπλήνα, τον αριστερό νεφρό και επινεφρίδιο, το πάγκρεας και κατά μήκος του πορεύονται σπληνικά αγγεία.

Το καρδιακό στόμιο, βρίσκεται περίπου 3 εκ.αριστερά της μέσης γραμμής φέρεται προς τα πίσω με την αορτή, το αριστερό σκέλος του διαφράγματος και το σώμα του 11ου θωρακικού σπονδύλου και προς τον αριστερό λοβό του ήπατος.

Ο πυλωρός βρίσκεται λίγο δεξιά της μέσης γραμμής, εμφανίζει τοπογραφικές σχέσεις, προς τα πίσω με το πάγκρεας προς τα εμπρός καλύπτεται από το τετράγωνο λοβό του ήπατος.

Το εσωτερικό του στομάχου εμφανίζει, εκτός τις πτυχές οι οποίες εξφανίζονται με την πλήρωσή του, και μόνιμες πτυχές όπως την καρδιακή και την πυλωρική βαλβίδα

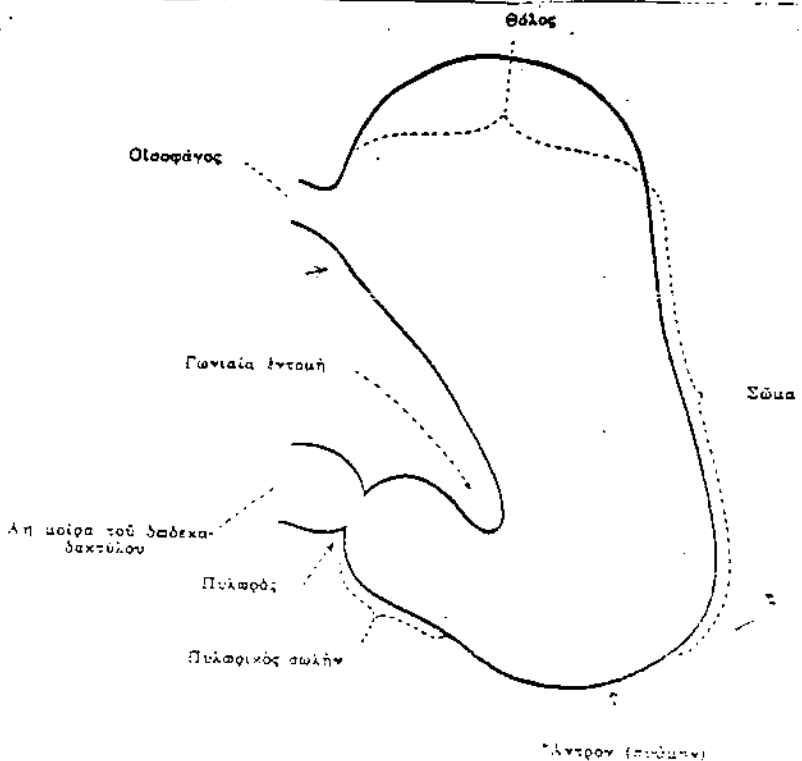
Η καρδιακή βαλβίδα (πτυχή), αντιστοιχεί στην καρ-

διακή έξω εντομή, απωθείται δεξιά όταν γεμίσει το στομάχι έτσι το καρδιακό στόμιο αποφράσσεται.

Η πυλωρική βαλβίδα, παριστάνει πάχυνση της κυκλοτερούς στιβάδας του μυϊκού χιτώνα του στομάχου (σφιγκτήρας του πυλωρού) εμφανίζεται ως διάτρητο κυκλοτερές διάφραγμα.

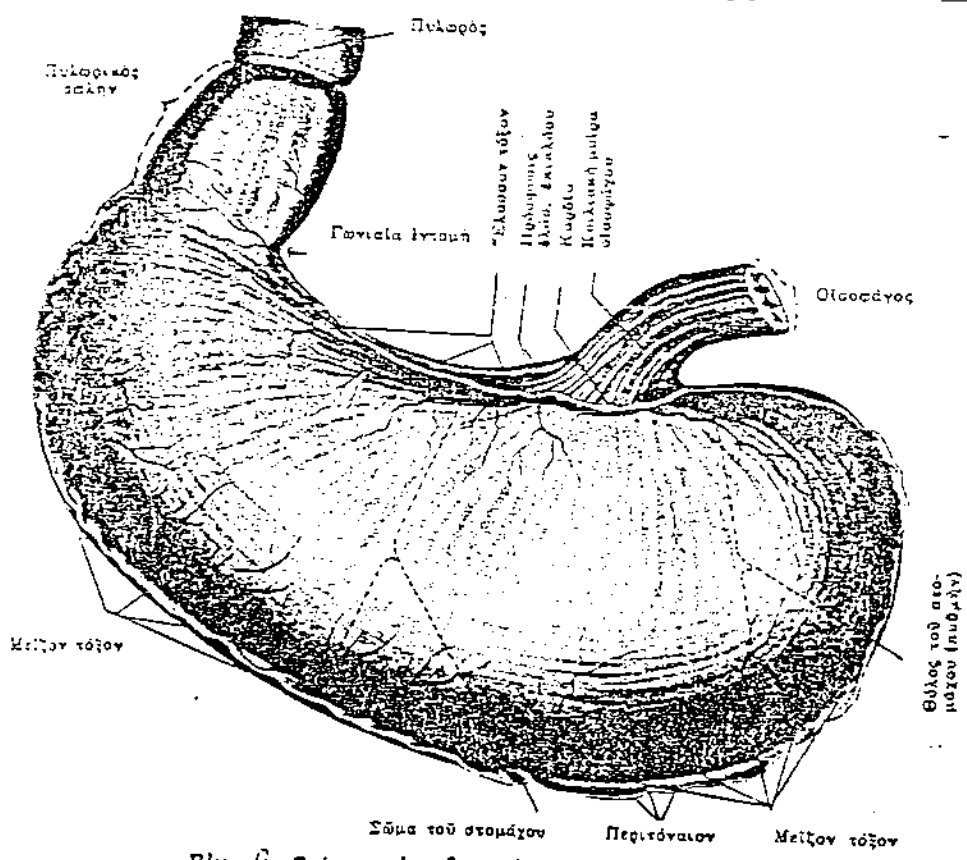
Εκτός των δύο αυτών μόνιμων πτυχών, υπάρχουν κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου 2-3 επίσης επιμήκεις πτυχές που αποτελούν την καλούμενη γαστρική οδό, από την οποία φέρονται απ'ευθείας από την καρδιά στο πυλώρο οι υγρές τροφές και το νερό.

Το εσωτερικό του στομάχου εμφανίζει τετράγωνες ή πολύγωνες περιοχές, τις γαστρικές παραγόμενες από την πρόωθηση του βλεννογόνου από τους αδένες του στομάχου. Επίσης υπάρχουν τα καλούμενα γαστρικά βοθρία στον πυθμένα των οποίων εκβάλλουν οι αδένες.

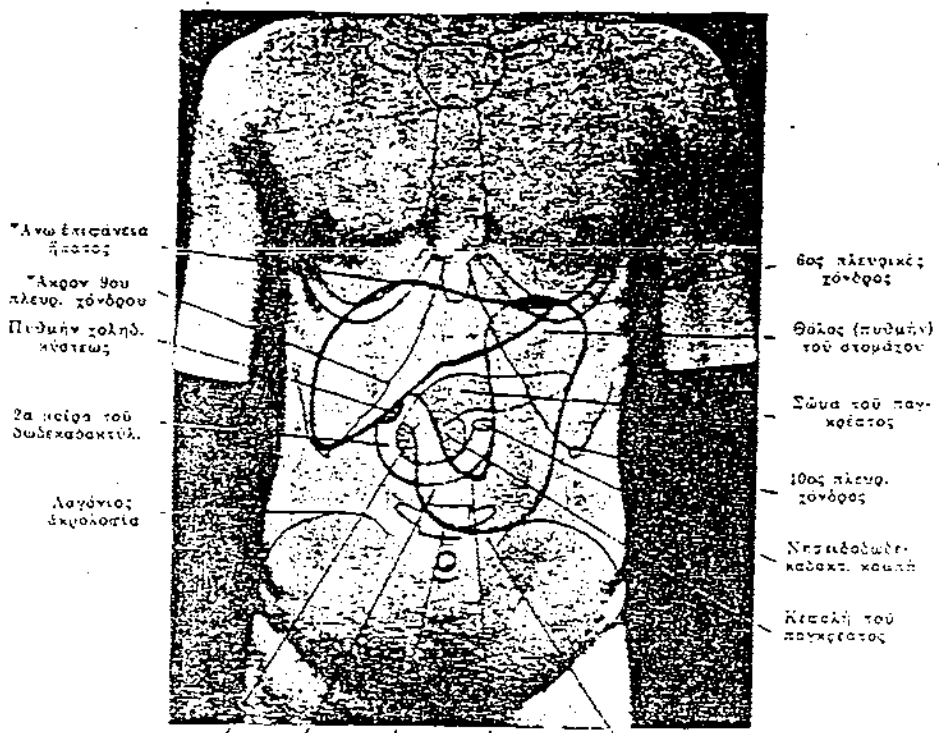


Είχ. 1 Μορφή του στομάχου. Ακτινωμένη εικόνα επί του ζώου, σχηματικά (Sobotta).

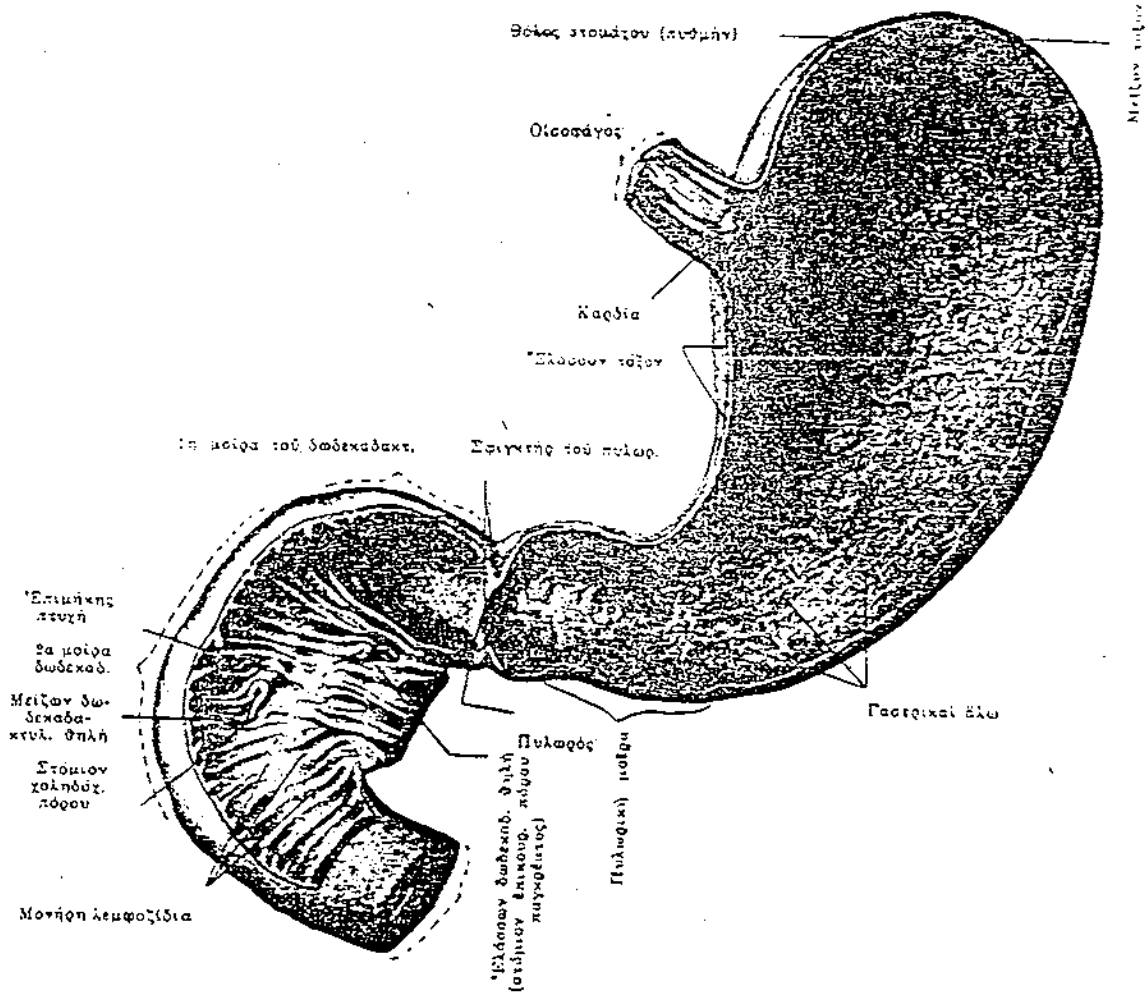
Αιχμή



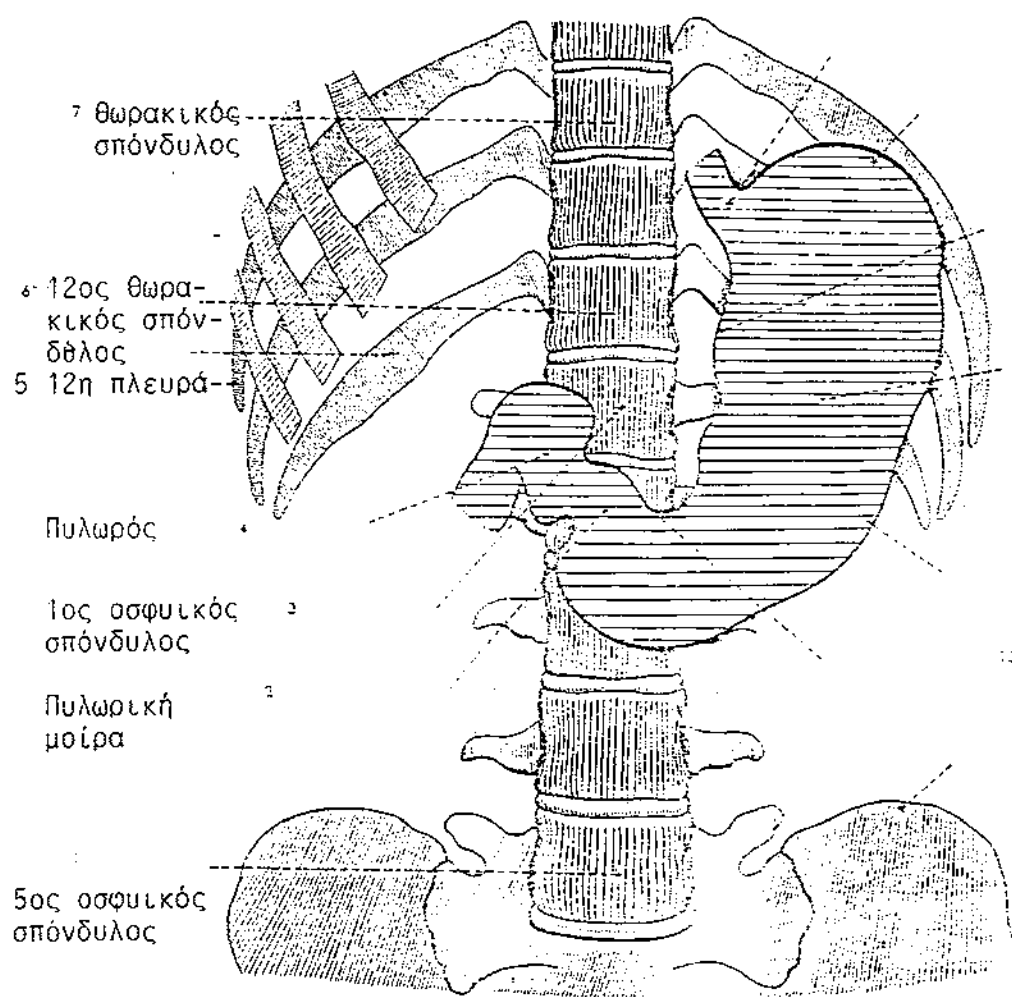
Είχ. 2 Στομάχος εκ των πρόσω και άνω. (Sobotta).



Εικ. 7 Προβολή των σπλάγγνων της άνω κοιλίας. (Appleton - Hamilton - Touberoiff).



Εικ. 8 Στομάχος και δωδεκαδάκτυλον, διηνοιχθήσαν έκ τών πρόσω. (Sobotta).



ΕΙΚ. 40: ΠΡΟΒΟΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1. 5ος οσφυϊκός σπόνδυλος, 2. Πυλωρική μοίρα, 3. 1ος οσφυϊκός σπόνδυλος, 4. Πυλωρός, 5. 12η Πλευρά, 6. 12ος θωρακικός σπόνδυλος, 7. 10ος θωρακικός σπόνδυλος, 8. Καρδιακό στόμιο στομάχου, 9. Θόλος του στομάχου, 10. Ελάσσον τόξο του στομάχου, 11. Σώμα του στομάχου, 12. Μείζον τόξο του στομάχου, 13. Γωνιαία εντομή του ελάσσον τόξο του στομάχου, 14. Λαγόνιος ακρόλοφια.

Fig. 40. VENTRICULUS (GASTER) I.
(projectio ventriculi)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

A. Γαστρική (έκκριση)

Τα κύτταρα του στομάχου εκκρίνουν στο αυλό του, υδροχλωρικό οξύ (HCl), ηλεκτρολύτες, πεψινογόνο, ενδογενή παράγοντα και βλέννα και στο αίμα γαστρίνη και πεψινογόνο.

Ο όγκος του γαστρικού υγρού που εκκρίνεται σ'ένα φυσιολογικό νηστικό άτομο κυμαίνεται από 1000 μέχρι 1500 ml τη μέρα.

1) Το HCl εκκρίνεται στον αυλό του στομάχου από τα τοιχώματα και κύτταρα. Σε φυσιολογικά άτομα, μετά από νηστεία μίας νύχτας η έκκριση γαστρικού οξέος (βασική έκκριση οξέος) είναι μεταξύ 0 και 5 mmol/ώρα. Οι τιμές ποικίλουν πάρα πολύ ακόμη και στο ίδιο άτομο. Η βασική έκκριση οξέος μειώνεται μετά από βαγοτομή ή αντρεκτομή.

Ο κυριότερος φυσιολογικός παράγοντας διέγερσης για έκκριση γαστρικού οξέος είναι η λήψη γεύματος.

Οι περισσότερες όμως μελέτες για έλεγχο της ικανότητας του γαστρικού βλενογόνου να εκκρίνει οξύ μετά από διέγερση έγιναν με τη χορήγηση ισταμίνης (χορηγείται σκεύασμα HISTOLOG που είναι συνθετικό παράγωγο της ισταμίνης) και γαστρίνης (χορηγείται πενταγαστρίνη που είναι συνθετικό πενταπεπτίδιο με δράσεις γαστρίνης). Έ-

τοι σε φυσιολογικά άτομα βρέθηκε ότι η μέση τιμή μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέος (μετά από διέγερση) είναι 25 MMOL/ώρα με εύρος τιμών (1-35 MMOL/ώρα).

Ενδογενώς τρεις ουσίες διεγείρουν την έκκριση γαστρικού οξέως από τα τοιχωματικά κύτταρα η ακετυλοχολίνη, η γαστρίνη και η ισταμίνη. Πιστεύεται ότι κάθε μία από τις ουσίες αυξάνουν την δραστηριότητα των υπολοίπων.

Η αλληλεπίδραση των ουσιών αυτών έχει πρακτική σημασία. Για παράδειγμα η χορήγηση κάποιου αναστολέα των H_2 υποδοχέων, που παρεμποδίζει την δράση της ισταμίνης στα τοιχωματικά κύτταρα μειώνει τη δραστηριότητα και των δύο υπολοίπων ουσιών της γαστρίνης και της ακετυλοχολίνης.

Η γαστρίνη είναι ορμόνη. Βρέθηκε ότι κυκλοφορεί σε τρία διαφορετικά μεγέθη : Ένα μόριο με 34 αμινοξέα (μεγάλη γαστρίνη ή G34), ένα δεύτερο μόριο με 17 αμινοξέα (μικρή γαστρίνη ή G17), και ένα τρίτο μόριο με 13 αμινοξέα (πολύ μικρή γαστρίνη ή G13). Από αυτές η πιο δραστική όσο αφορά την έκκριση γαστρικού οξέως, θεωρείται η G17. Η γαστρίνη εκκρίνεται από τα G-κύτταρα που βρέθηκαν ότι υπάρχουν στο πυλωρικό άντρο και στο 12/δάκτυλο.

Είναι πιθανό λίγα κύτταρα G να υπάρχουν και στο πάγκρεας. Τα ισχυρότερα φυσικά ερεθίσματα για την απελευθέρωση της γαστρίνης είναι τα αμινοξέα και πεπτίδια. Η πτώση του PH του στομάχου κάτω από 2,5 προκαλεί αναστολή της έκκρισης γαστρίνης.

2. Οι πεψίνες είναι πρωτεολυτικά ένζυμα γαστρικού υγρού. Στο κύτταρο όπου παράγονται αποθηκεύονται με τη μορφή ανενεργού ενζύμου (πεψινογόνο). Μετά την έκκρισή τους μετατρέπονται σε πεψίνη όταν το περιβάλλον είναι όξινο.

Υπάρχουν δύο ομάδες πεψινογόνων. Η ομάδα 1 των πεψινογόνων παράγεται από τα προηγούμενα και από κύτταρα αδένων του πυλωρού καθώς και από κύτταρα των αδένων του BRUNNER. Τα πεψινογόνα της ομάδας 1 μετρούνται στο αίμα με ραδιοανοσολογικές μεθόδους. Μετρήσεις έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέως και πεψινογόνου 1 του ορού.

3. Ο ενδογενής παράγοντας είναι μία βλεννοπρωτεΐνη απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης της B_{12} από τον τελικό ειλεό. Παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου σε ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από αυτές που απαιτούνται για την απορρόφηση της βιταμίνης B_{12} .

4. Ο γαστρικός βλεννογόμος καλύπτεται από ένα υλικό που ονομάζεται γαστρική βλέννα. Η βλέννα αυτή αποτελείται από πρωτεΐνες, γλυκοπρωτεΐνες, βλεννοπολυσακχαρίτες και αντιγόνα των ομάδων αίματος. Οι γλυκοπρωτεΐνες είναι το κυριώτερο συστατικό της γαστρικής βλέννας.

ΦΑΣΕΙΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

1. Κεφαλική Φάση : Διάφορα ερεθίσματα που δημιουργούνται στη διάρκεια του φαγητού, όπως η θέα, η γεύση και η οσμή της τροφής καθώς και η μάσηση και η κατάποση εύγεστων τροφών, προκαλούν διέγερση ορισμένων, άγνωστων ακόμα περιοχών του εγκεφάλου, μέσω του πνευμονογαστρικού. Από τις περιοχές αυτές μέσω του πνευμονογαστρικού και πάλι διεγείρονται τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου. Η διέγερση αυτή γίνεται με απελευθέρωση ακετυλοχολίνης. Η βαγοτομή καταργεί την εγκεφαλική φάση.

2. Γαστρική Φάση : Η γαστρική φάση ενεργοποιείται από μηχανικά και χημικά ερεθίσματα που δρουν στο στομάχι. Η διάταση του στομάχου από τις τροφές (μηχανικός ερεθισμός) προκαλεί αύξηση της γαστρικής οξύτητας πιθανόν μέσω του πνευμονογαστρικού. Τα αμινοξέα και τα πεπτίδια (χημικός ερεθισμός) είναι τα μόνα γνωστά προϊόντα πέψης των τροφών που διεγείρουν την έκκριση οξέως από το στομάχι. Οι ουσίες αυτές διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης και έτσι προκαλούν αύξηση γαστρικού οξέως. Είναι δυνατόν όμως να δρουν και απ'ευθείας στα τοιχωματικά κύτταρα.

3. Εντερική Φάση : Όταν οι τροφές εισέλθουν στο δωδεκαδάκτυλο αρχίζει η εντερική φάση που συνεχίζει για με-

ρικές ώρες μετά, αφού φύγουν οι τροφές από το στομάχι.

Ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται έκκριση γαστρικού οξέως στη διάρκεια της εντερικής φάσης είναι αδιευκρίνιστος. Πιθανόν να γίνεται απελευθέρωση γαστρίνης από τα 6 κύτταρα του δωδεκαδακτύλου, ή να απελευθερώνεται άλλη ορμόνη που διεγείρει την έκκριση του γαστρικού οξέως. Από το ανώτερο λεπτό έντερο όμως εκκρίνονται και άλλες ορμόνες όπως η χολοκυστοκινίνη που ενδεχομένως να αναστέλει την έκκριση γαστρικού οξέως και η πεψίνη και η σεκρετίνη που αναστέλουν την έκκριση γαστρικού οξέως. Άλλες ουσίες που διεγείρουν την γαστρική έκκριση είναι :

1. Η καφεΐνη : Προκαλεί ασθενή διέγερση της έκκρισης του γαστρικού οξέως. Ο μηχανισμός μέσω του οποίου δρά είναι άγνωστος.
2. Το οινόπνευμα : Προκαλεί ελάχιστη, αν όχι καθόλου διέγερση της έκκρισης του γαστρικού οξέως καθώς και απελευθέρωση γαστρίνης.
3. Το ασβέστιο : Προκαλεί διέγερση γαστρικού και αύξηση της γαστρίνης του ορού.

ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι κλητικέσ λειτουργίεσ του στομάχου είναι τρείσ :

1) Εναποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων τροφής ώσπου να γίνει δυνατή η προώθηση και κατανομή τους στο κατώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

2) Αναμείξη αυτής της τροφής με γαστρικές εκκρίσεις ώστε να σχηματιστεί ένα ημίρρευστο μείγμα, ο χυμός και

3) Βαθμαία κένωση του στομάχου και προώθηση της τροφής στο λεπτό έντερο με ταχύτητα κατάλληλη για τη σωστή πέψη και απορρόφησή της.

Από άποψη φυσιολογίας ο στομάχος μπορεί να διαιρεθεί σε δύο κύρια μέρη : (1) στο σώμα και (2) στο άντρο. Ο πυθμένας στο ανώτερο άκρο του σώματος του στομάχου, θεωρείται πολλές φορές από τους ανατόμους ως οντότητα ξεχωριστή από το σώμα, αλλά πρακτικά αποτελεί λειτουργικό τμήμα του σώματος.

Εναποθηκευτική λειτουργία του στομάχου

Η τροφή καθώς μπαίνει στο στομάχι σχηματίζει ομόκεντρους κύκλους στο σώμα και στον πυθμένα, έτσι ώστε η καινούργια να βρίσκεται πιο κοντά στο οισοφαγικό στόμιο και η παλιά κοντά στο τοίχωμα του στομάχου.

Φυσιολογικά το σώμα και ο πυθμένας έχουν σχετικά μικρό μυϊκό τόνο και έτσι μπορούν να διαταθούν προοδευτικά και να δεχθούν όλο και μεγαλύτερες ποσότητες τροφής, σχεδόν ως 1 λίτρο.

Ανάμειξη τροφής στο στομάχι

Τα πεπτικά υγρά του στομάχου εκκρίνονται από τους γαστρικούς αδένες, οι οποίοι καλύπτουν ολόκληρο σχεδόν το εξωτερικό τοίχωμα του σώματος του στομάχου. Τα εκκρίματα αυτά έρχονται αμέσως σε επαφή με την εναποθηκευμένη τροφή που επαλείφει την επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου.

Όταν το στομάχι είναι γεμάτο, το τοίχωμα του παρουσιάζει κάθε 20 περίπου δευτερόλεπτα ασθενή συσταλτικά κύματα, τα λεγόμενα κύματα ανάμειξης, τα οποία μετατοπίζουν βαθμιαία τα γαστρικά εκκρίματα και την περιφερικότερη στήβα τροφής προς την περιοχή του άντρου του στομάχου.

Εκτός από την ανάμειξη με τα συσταλτικά κύματα του σώματος του στομάχου, ανάμειξη προκαλούν και οι περισταλτικές κινήσεις της περιοχής του άντρου. Οι κινήσεις αυτές αναμειγνύουν το γαστρικό περιεχόμενο με τον εξής τρόπο.

Κάθε φορά που ένα περισταλτικό κύμα περνά από το άντρο με κατεύθυνση προς το πυλωρό, βυθίζει το τοίχωμα βαθιά μέσα στο περιεχόμενο του άντρου. Το στόμιο, όμως του πυλωρού είναι αρκετά μικρό και έτσι με κάθε περισταλτικό κύμα μόνο λίγα κυβικά χιλιοστά από το περιεχόμενο του άντρου εξωθούνται προς το δωδεκαδάκτυλο. Αντίθετα το μεγαλύτερο μέρος του περιεχομένου του άντρου ξαναγυρίζει με ορμή, μέσα από το περισταλτικό δακτύλιο, στο σώμα του στο-

μάχου. Έτσι η κίνηση του περισταλτικού συσταλτικού δακτυλίου σε συνδυασμό με αυτή την ενέργεια παλινδρόμησης αποτελεί σπουδαίο μηχανισμό ανάμειξης της τροφής που βρίσκεται στο στομάχι.

Χυμός : Το μείγμα που προέρχεται από την ανάμειξη της τροφής με τις γαστρικές εκκρίσεις, το οποίο προχωρεί στο έντερο, ονομάζεται χυμός. Η σύσταση του χυμού εξαρτάται από τις σχετικές ποσότητες τροφής των γαστρικών εκκρίσεων και από το βαθμό πέψης που έχει συντελεστεί. Ο χυμός έχει την όψη σκοτεινόχρωμης γαλακτώδους, ημίρρευστης ή αλοιφοειδούς σύστασης μάζας.

Πρώθηση της τροφής διαμέσου του στομάχου : Στο άντρο του στομάχου παρατηρούνται ισχυρά περισταλτικά κύματα. Τα κύματα αυτά, όπως και τα κύματα ανάμειξης εμφανίζονται με ρυθμό ένα κάθε 20 δευτερόλεπτα περίπου. Καθώς το στομάχι προοδευτικά κενώνεται, τα ισχυρά αυτά κύματα αρχίζουν διαρκώς από ψηλά στο σώμα του στομάχου και βαθμιαία εξωθούν τις πιο χαμηλά, εναποθηκευμένες ποσότητες τροφής και τις προσθέτουν στο χυμό που βρίσκεται στο άντρο.

Πολλές φορές τα περισταλτικά κύματα εξασκούν πίεση μέχρι και 50-70 cm νερού, είναι δηλαδή περίπου 6 φορές, ισχυρότερα από τα συνηθισμένα κύματα ανάμειξης.

ΚΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Βασικά η κένωση του στομάχου εμποδίζεται από την αντίσταση του πυλωρού στη διέλευση της τροφής και εννοείται από τα περισταλτικά κύματα του άντρου του στομάχου. Τα δύο αυτά φαινόμενα συνήθως αλληλοσυσχετίζονται, δηλαδή οι παράγοντες που αυξάνουν τον περισταλτισμό του άντρου μειώνουν συνήθως τον τόνο του πυλωρικού μυϊκού τοιχώματος.

Ρόλος του πυλωρού στην κένωση του στομάχου. Φυσιολογικά, ο πυλωρός μένει σχεδόν (όχι τελείως) κλειστός χάρη στην τοπική συστολή του μυϊκού χιτώνα. Η δύναμη σύγκλεισης του πυλωρού δεν είναι πολύ μεγάλη και έτσι το νερό και άλλα υγρά φεύγουν από το στομάχι με ευκολία. Αντίθετα όμως, η ίδια αυτή δύναμη είναι αρκετά μεγάλη για το ημίρρευστο χυμό, του οποίου επιτρέπει την μετακίνηση προς το δωδεκαδάκτυλο μόνο όταν το προωθούν ισχυρά περισταλτικά κύματα από το άντρο. Τέλος, η συστολή του πυλωρικού σφιγκτήρα είναι δυνατόν να αυξομειώνεται με την επίδραση σημάτων που προέρχονται, όπως εξηγείται στη συνέχεια, τόσο από το στομάχι, όσο και από το δωδεκαδάκτυλο.

- Ρόλος του περισταλτισμού του άντρου στη κένωση του στομάχου.

- Η πυλωρική αντλία

Η ένταση του περισταλτισμού του άντρου μεταβάλλεται

σημαντικά κάτω από διάφορες συνθήκες, ειδικά ως ανταπόκριση σε σήματα από το στομάχι και από το δωδεκαδάκτυλο. Γι' αυτό το λόγο αποτελεί τον άλλα κύριο καθοριστικό παράγοντα για την ταχύτητα της κένωσης του στομάχου. Όταν ο τόνος του πυλωρού είναι φυσιολογικός, κάθε ισχυρό περισταλτικό κύμα του άντρου προωθεί μερικά ML χυμού προς το δωδεκαδάκτυλο. Έτσι τα περισταλτικά κύματα ασκούν λειτουργία αντλίας που συχνά λέγεται "πυλωρική αντλία".

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΚΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η ταχύτητα με την οποία κενώνεται ο στομάχος ρυθμίζεται με σήματα τα οποία προέρχονται τόσο από το ίδιο το στομάχι, όσο και από το δωδεκαδάκτυλο. Τα σήματα από το στομάχι είναι κυρίως δύο ειδών :

1) νευρικά σήματα που προκαλούνται από την διάτασή του, από την τροφή και 2) η ορμόνη γαστρίνη της οποίας η απελευθέρωση από το βλεννογόνο του άντρου αποτελεί ανταπόκριση στην παρουσία τροφής μέσα στο στομάχι. Και τα δύο αυτά σήματα αυξάνουν τη δύναμη της " πυλωρικής αντλίας ", ενώ ταυτόχρονα αναστέλλουν τη σύσταση, του πυλωρικού σφιγκτήρα ευνοώντας έτσι την κένωση του στομάχου.

Αντίθετα, τα σήματα που προέρχονται από το δωδεκαδάκτυλο καταστέλλουν τη λειτουργία της πυλωρικής αντλίας και συνήθως αυξάνουν ταυτόχρονα τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα. Γενικά, όταν μπει στο δωδεκαδάκτυλο, υπέρμετρη ποσότητα χυμού ή περίσσια, διαφόρων τύπων χυμού, ισχυρά σήματα αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης τόσο νευρικά όσο και ορμονικά, καταστέλλουν την πυλωρική αντλία και αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα. Είναι φανερό ότι αυτά τα αρνητικά παλίνδρομα σήματα εμποδίζουν την είσοδο μεγαλύτερης ποσότητας χυμού στο δωδεκαδάκτυλο μέχρι ο προηγούμενος να υποβληθεί σε κατάλληλη επεξεργασία στο λεπτό έντερο.

- Επίδραση της ορμόνης γαστρίνης στη κένωση του στομάχου. Αναφέρεται ότι η τάση του στομάχου, καθώς και η παρουσία ορισμένων τροφών - ιδιαίτερα κρέατος - σ' αυτόν, προκαλούν έκλυση μίας ορμόνης της γαστρίνης, από το βλενογόνο του άντρου. Η γαστρίνη ασκεί ισχυρή δράση 1) στην έκκριση πολύ όξινου γαστρικού υγρού από τους γαστρικούς αδένες. Επίσης 2) έχει ισχυρές διεγερτικές επιδράσεις στις κινητικές λειτουργίες του στομάχου. Και 3) το πιο σπουδαίο, αυξάνει τη δραστηριότητα της πυλωρικής αντλίας ενώ ταυτόχρονα χαλαρώνει τον πυλωρικό σφιγκτήρα. Έτσι ευνοεί πολύ την κένωση του στομάχου.

- Η ανασταλτική επίδραση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού του δωδεκαδακτύλου στη δραστηριότητα του πυλωρού. Κατά την είσοδο χυμού στο δωδεκαδάκτυλο, μεταβιβάζ-

ζονται προς το στομάχι νευρικά αντανακλαστικά σήματα που αναστέλλουν τον περισταλτισμό του άντρου και αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα. Αυτό είναι το λεγόμενο εντερογαστρικό αντανακλαστικό, που είναι φανερό ότι, αναστέλλει την κένωση του στομάχου μέχρι το λεπτό έντερο να μπορέσει να απομακρύνει το χυμό. Είναι πιθανό, ότι το αντανακλαστικό αυτό φέρεται κυρίως με προσαγωγές ίνες των πνευμονογαστρικών στο εγκεφαλικό στέλεχος και από εκεί επιστρέφει στο στομάχι με επαγωγικές ίνες πάλι των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Οι παράγοντες που ελέγχονται συνεχώς μέσα, στο δωδεκαδάκτυλό μπορούν να προκαλέσουν έκλυση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού είναι :

1. Ο βαθμός διάστασης του δωδεκαδακτυλου
2. Η ύπαρξη οποιουδήποτε ερεθισμού του δωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου
3. Ο βαθμός οξύτητας του δωδεκαδακτυλικού χυμού
4. Η ωσμωτικότητα του χυμού
5. Η παρουσία στο χυμό ορισμένων προϊόντων διάσπασης και ειδικότερα προϊόντων διάσπασης πρωτεϊνών και ίσως (σε μικρότερη έκταση) λιπών.

Το εντερογαστρικό αντανακλαστικό είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην ανίχνευση ερεθιστικών ουσιών και οξέων μέσα στο δωδεκαδακτυλικό χυμό. Όταν π.χ. το ΡΗ του δωδεκαδακτυλικού χυμού γίνεται χαμηλότερο από 3,3-4 περί-

που, εκλύεται αμέσως το εντερογαστρικό αντανακλαστικό του πυλωρικού σφιγκτήρα ελαττώνοντας ή και αναστέλλοντας την απελευθέρωση όξινου γαστρικού περιεχομένου στο δωδεκαδάκτυλο μέχρι να γίνει δυνατή η εξουδετέρωση του δωδεκαδακτυλικού χυμού από τα παγκρεατικά και άλλα εκκρίματα.

ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΚΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

- Με ορμονική παλίνδρομη, ρύθμιση από το δωδεκαδάκτυλο - ο ρόλος των λιπών.

Η είσοδος υπέρμετρης ποσότητας χυμού στο δωδεκαδάκτυλο εξακολουθεί να αναστέλλει την κένωση του στομάχου ακόμα και σε περίπτωση αποκλεισμού του εντερογαστρικού αντανακλαστικού. Η αντίδραση αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη όταν ο χυμός περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους, προκαλείται από διάφορες ορμόνες που εκκρίνονται από το βλεννογόνο του ανωτέρου τμήματος του λεπτού εντέρου. Οι ορμόνες αυτές απορροφούνται στο αίμα με το οποίο μεταφέρονται στο στομάχι όπου προκαλούν αναστολή του περισταλτισμού του άντρου και αύξηση του τόνου του πυλωρικού σφιγκτήρα.

Μία από τις ορμόνες είναι η 1η) χολοκυστοκινίνη, απελευθερώνεται από το βλεννογόνο της νήστιδας ως απάντηση στη παρουσία λιπαρών ουσιών μέσα στο χυμό. Η ορμόνη αυτή δρα ως αναστολέας εξουδετερώνοντας την αύξηση

της κινητικότητας του στομάχου που προκαλεί η γαστρίνη. Μία άλλη ορμόνη η 2η) εκκριματίνη (σεκρετίνη), εκκρίνεται κυρίως από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου ως απάντηση στο γαστρικό οξύ που απελευθερώνεται από το στομάχι, και περνά από το πυλωρό. Η ορμή αυτή ασκεί γενική δράση και ελαττώνει την κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα. Τέλος μία 3η) ορμόνη το γαστρικό ανασταλτικό πεπτίδιο, που εκκρίνεται από το ανώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου ως απάντηση κυρίως στο λίπος και τους υδατάνθρακες του χυμού, είναι γνωστό ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες αναστέλλει και την κινητικότητα του στομάχου.

- Σύνοψη : Η κένωση του στομάχου ελέγχεται μέχρι ενός σημείου από γαστρικούς παράγοντες, όπως είναι ο βαθμός πλήρωσης του και η διεργετική επίδραση της γαστρίνης ή του περισταλτισμού του άντρου. Ωστόσο ο σημαντικότερος ίσως έλεγχος της κένωσης του στομάχου βασίζεται σε παλίνδρομα σήματα από το δωδεκαδάκτυλο, δηλαδή στο εντερογαστρικό αντανακλαστικό και σε ορμονική παλίνδρομη ρύθμιση. Τα δύο αυτά παλίνδρομα σήματα επενεργούν ταυτόχρονα και επιβραδύνουν τον ρυθμό της κένωσης του στομάχου, όταν α) στα λεπτό έντερα βρίσκεται ήδη πολύ μεγάλη ποσότητα χυμού ή β) ο χυμός είναι υπερβολικά όξινος, περιέχει μεγάλη ποσότητα πρωτεϊνών, ή λίπους, είναι υπότονος ή υπέρτονος ή ερεθιστικός.

Με αυτό τον τρόπο ο ρυθμός της κένωσης του στομάχου περιορίζεται στη ποσότητα του χυμού που μπορεί να επεξεργαστεί το λεπτό έντερο.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Οι αδένες του στομάχου βρίσκονται αποκλειστικά στο χωρίο του βλεννογόνου. Είναι απλοί, συνήθως σχιστοί σωληνοειδείς αδένες οι οποίοι εκβάλλουν στον πυθμένα των γαστρικών βοθρίων.

Κάθε αδένας εμφανίζει τρία μέρη : α) τον αυχένα, που αποτελεί συνέχεια του γαστρικού βοθρίου, β) το σώμα και γ) τον πυθμένα. Οι αδένες του στομάχου ανάλογα με την υφή τους διακρίνονται σε τρεις τύπους στους καρδιακούς στους ιδίως γαστρικούς και στους πλωρικούς.

Οι καρδιακοί αδένες : Είναι σχιστοί και ελικοειδείς, σωληνοειδείς αδένες, των οποίων το εκκριτικό επιθήλιο αποτελείται από κυβοειδή βλεννογόνα κύτταρα που έχουν αποπλατυσμένο πυρήνα, απωθημένο στη βάση του κυττάρου. Ιστολογικά, τα κύτταρα αυτά είναι όμοια σχεδόν με τα βλεννογόνα κύτταρα του αυχένα των ιδίως γαστρικών αδένων και με τα κύτταρα των πλωρικών αδένων. Βρίσκονται στη μεταξύ οισοφάγου και στομάχου μεταβατική ζώνη.

Οι ιδίως γαστρικοί αδένες : Βρίσκονται σε όλη την έκταση του θόλου και του σώματος του στομάχου. Είναι απλοί ολιγόσχιστοι σωληνοειδείς αδένες ελαφρά ελικοειδείς, παράλληλοι μεταξύ τους και κάθετοι προς τη βλεννογόνα

μυϊκή στοιβάδα.

Το εκκριτικό επιθήλιο των αδένων αποτελείται από :

1) Τα βλεννογόνα κύτταρα του αυχένα, 2) τα θεμέλια κύτταρα, 3) τα καλυπτήρια κύτταρα και 4) τα εντεροενδοκρινή κύτταρα, τα οποία ταυτοποιούνται μόνο με ειδικές χρωστικές τεχνικές.

Τα βλεννογόνα κύτταρα απαντούν κυρίως στο επιθήλιο του αυχένα και μεμονωμένα στο σώμα του αδένου. Τα βλεννοσταγονίδια διανέμονται σε όλη την έκταση του κυτταροπλάσματος και περιέχουν όξινους βλεννοπολυσακχαρίτες. Σχετικά με το λειτουργικό ρόλο της εκκρίσεως των κυττάρων αυτών του αυχένα μόνο υποθέσεις υπάρχουν. Μερικοί συγγραφείς υποθέτουν ότι ο ρόλος αυτός σχετίζεται με τη αυτοπροστασία του αδένου από το HCl και τα πρωτεολυτικά ένζυμα που απελευθερώνουν οι άλλοι τύποι των αδενικών κυττάρων. Είναι επίσης δυνατό να αντιπροσωπεύουν πρόδρομες μορφές άλλων τύπων κυττάρων των ιδίων γαστρικών αδένων.

Τα θεμέλια (ζυμογόνα) κύτταρα είναι πολύ περισσότερα από τα άλλα κύτταρα των ιδίων γαστρικών αδένων. Έχουν κυβοειδές ή μόλις κυλινδρικό σχήμα και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των κυττάρων που συνθέτουν και εκκρίνουν πρωτεΐνες. Το κορυφαίο τους ημιμόριο περιέχει την πολύ καλά αναπτυγμένη συσκευή GOLGI και τα προζυμογόνα κυστίδια (κοκκία) στα οποία περιέχεται πεψινογόνο δηλ. το προστάδιο της πεψίνης, και άλλα ενδεχομένως πρωτεολυ-

τικά προένζυμα. Το πεψινογόνο των εκκριτικών κυστιδίων (κοκκίων) ενεργοποιείται μετά την απελευθέρωση του (αίτιο το HCl) και μετατρέπεται σε πεψίνη.

Τα καλυπτήρια κύτταρα : Είναι σφαιροειδή ή πυραμοειδή με μεγάλο υποστρόγγυλο πυρήνα και χωρίς εκκριτικά κοκκία. Το κυτταρόπλασμα των κυττάρων αυτών περιέχει ελεύθερα ριβοσωμάτια και στοιχεία κοκκώδους ενδοπλασματικού δικτυωτού, μεγάλο αριθμό μιτοχονδρίων με πολυπληθή εσωτερικά διαφράγματα και μία συσκευή GOLGI, στη βάση του κυττάρου.

Τα καλυπτήρια κύτταρα παράγουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού. Ο μηχανισμός εκκρίσεως του δεν είναι απόλυτα αποσαφηνισμένος.

Δεδομένου ότι δεν υπάρχει HCl μέσα στα καλυπτήρια κύτταρα, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι είτε βρίσκεται με τη μορφή άλατος είτε σχηματίζεται πιο κοντά στη κυτταρική μεμβράνη.

Φαίνεται λοιπόν ότι η κυτταρική μεμβράνη είναι κατά επιλογή οργανίδιο, του κυττάρου, που έχει το σημαντικό ρόλο να συγκεντρώνει και να εκκρίνει τόσο H^+ όσο και Cl^- . Τα δύο αυτά ιόντα, επειδή εκκρίνονται ταυτόχρονα μεταφέρονται διαμέσου της κυτταρικής μεμβράνης αυτοτελώς και ενώνονται έτσι στα ενδοκυττάρια εκκριματοφόρα τριχοειδή για να σχηματίσουν το υδροχλωρικό οξύ. Η έκκριση του υδροχλωρικού οξέως ενεργοποιείται από τις χολινεργικές νευρικές ίνες, καθώς και με την ισταμίνη και τη γα-

στρίνη που εκκρίνονται από το γαστρικό βλεννογόνο και αυξάνουν την παραγωγή του.

Έρευνες απέδειξαν ότι τα καλυπτήρια κύτταρα, τουλάχιστον στον άνθρωπο, είναι υπεύθυνα για την παραγωγή ενός ενδογενούς παράγοντα του οποίου η παρουσία είναι απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂. Η B₁₂ ενώνεται με το παράγοντα αυτό (που είναι μία γλυκοπρωτεΐνη) στο στομάχι και απορροφάται στη συνέχεια από τα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου του ειλεού.

Ο Μυϊκός Χιτώνας του στομάχου απαρτίζεται από τρεις στιβάδες : Μία εσωτερική, από λοξές ίνες, μία μέση από κυκλικές ίνες και μία εξωτερική από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες (βλέπετε εικόνα 43 μετά την 35 σελίδα).

ΑΓΓΕΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Για την αγγείωση του στομάχου μετέχουν διάφορες αρτηρίες.

Η αριστερά γαστρική (της κοιλιακής αρτηρίας) και η δεξιά γαστρική (της ηπατικής). Κατευθύνονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου. Η αριστερά γαστροεπιπλοϊκή (της γαστροδωδεκαδακτυλικής) κατευθύνεται κατά μήκος του μείζονος τόξου του στομάχου.

Οι βραχείες γαστρικές (4-5 της σπληνικής αρτηρίας) φέρονται δια μέσου του γαστροσπληνικού συνδέσμου στο θόλο και στην καρδιά του στομάχου.

Οι φλέβες του στομάχου εισβάλλουν πυλαία φλέβα εκτός από μερικές φλέβες που αναστομώνονται στις φλέβες του οισοφάγου και έρχονται στην κυκλοφορία της άνω κοίλης φλέβας με την άζυγο φλέβα.

Η λέμφος του στομάχου έχει τρεις κατεύθυνσεις στην περιοχή του ελάσσονος τόξου τα λεμφαγγεία φέρονται προς τα άνω γαστρικά λεμφογάγγλια, τα οποία συνοδεύουν την αριστερή γαστρική αρτηρία, στη περιοχή του μέιζον τόξου στα κάτω γαστρικά λεμφογάγγλια, συνοδεύουν την δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία. Και στα μπροστά και πίσω από τον πυλωρό λεμφογάγγλια. Στο θόλο του στομάχου λεμφαγγεία φέρονται στα σπληνικά λεμφογάγγλια. Μεταξύ τους τα λεμφαγγεία στις διάφορες περιοχές υφίστανται αναστομώσεις (βλέπετε σχήμα 51).

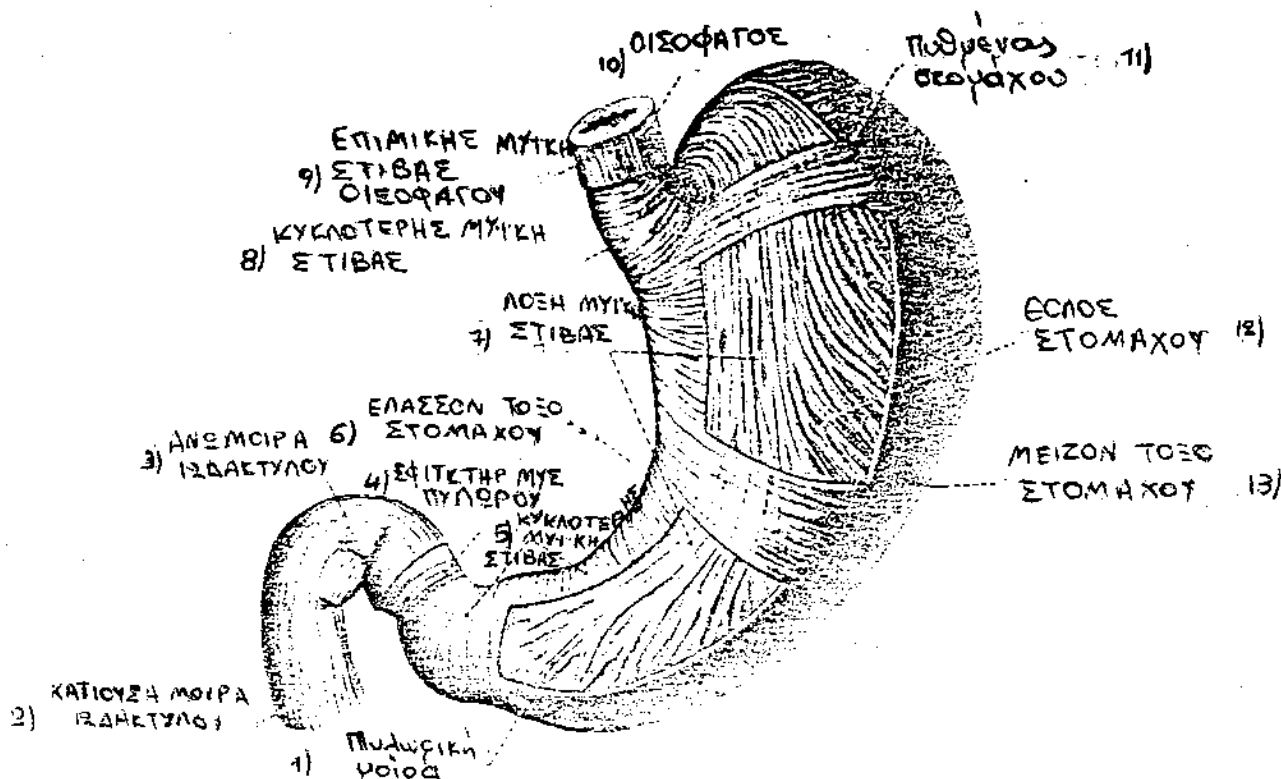
ΝΕΥΡΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Εκπορεύονται των πνευμονογαστρικών (παρασυμπαθητικές ίνες) και του κοιλιακού πλέγματος (συμπαθητικές ίνες).

Οι ίνες των νεύρων αυτών σχηματίζουν στα τοιχώματα του

στομάχου το πρόσθιο και το οπίσθιο γαστρικό πλέγμα (υπορογόνια) από τα οποία εκπορεύονται δύο ενδοτοιχία γαγγλιοφόρα πλέγματα, το μυϊκό χιτώνα του στομάχου και το υποβλεννογόνο για τους αδένες και εν μέρος τον βλεννογόνο του στομάχου.

Τα νεύρα αυτά, ρυθμίζουν τις κινήσεις και τον τόνο του τοιχώματος του στομάχου, το μεν πνευμονογαστρικό προκαλεί επιτάχυνση των περισταλτικών κινήσεως του στομάχου, το δε συμπαθητικό αναστολή αυτών

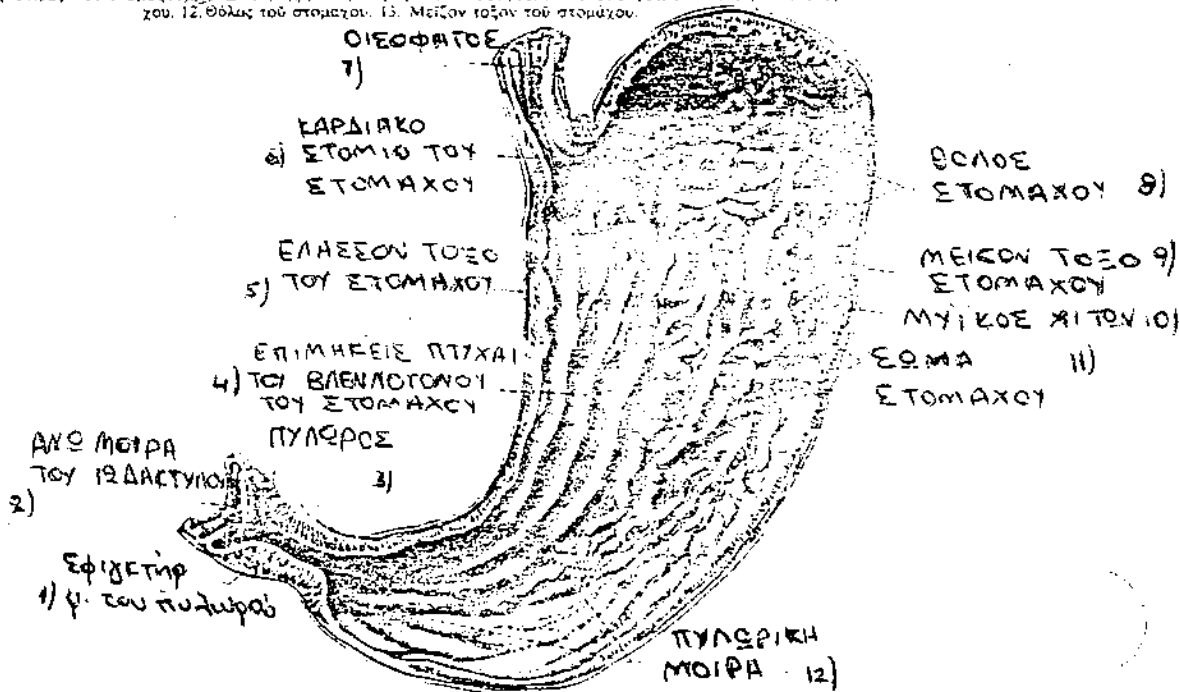


ΕΙΚ. 43. ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕΤΑ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΑΥΤΟΥ ΣΤΙΒΑΣΙΝ

Fig. 43. VENTRICULUS IV.

(tunica muscularis, stratum profundum)

1. Πυλωρική μοίρα. 2. Κατώσα μοίρα του 12δακτύλου. 3. Άνω μοίρα του 12δακτύλου. 4. Σφικτήρας του πυλωρού. 5. Κυκλωτερή μυική στίβα. 6. Ελασσον τόξον του στομάχου. 7. Λοπή μυική στίβα. 8. Κυκλωτερή μυική στίβα του στομάχου. 9. Επίμικη μυική στίβα του οισοφάγου. 10. Οισοφάγος. 11. Πυλωρικός σφραγιστήρας του στομάχου. 12. Θύλακος του στομάχου. 13. Μείζον τόξον του στομάχου.



ΕΙΚ. 44. ΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Fig. 44. VENTRICULUS V.

(tunica mucosa, sectio frontalis)

1. Σφικτήρας μ. του πυλωρού. 2. Άνω μοίρα του 12δακτύλου. 3. Πυλωρός. 4. Επίμικες κηλίδες του βλεννογόνου του στομάχου. 5. Ελασσον τόξον του στομάχου. 6. Καρδιακό στόμιον του στομάχου. 7. Οισοφάγος. 8. Θύλακος του στομάχου. 9. Μείζον τόξον του στομάχου. 10. Μυικός χιτών. 11. Σώμα του στομάχου. 12. Πυλωρική μοίρα.

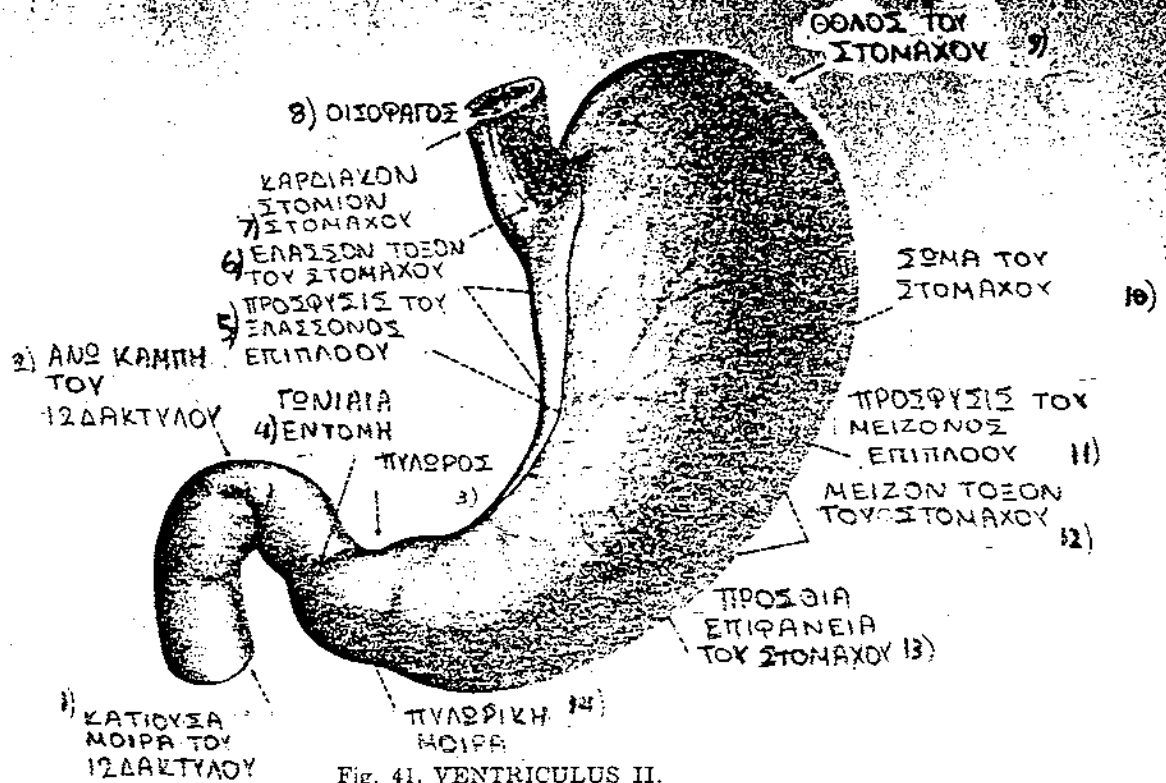


Fig. 41. VENTRICULUS II.
(aspectus anterior)

Fig. 41: Ο ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩ
1. Κατιόσα μοίρα του 12δακτύλου. 2. Άνω κάμψη του 12δακτύλου. 3. Πύλωρος. 4. Γωνία έντομη. 5. Προσφύσις του ελασσόνος επιπλόου. 6. Έλασσον τόξον του στομάχου. 7. Καρδιακόν στόμιον στομάχου. 8. Οίσοφαγος. 9. Κάτω του στομάχου. 10. Σώμα του στομάχου. 11. Προσφύσις του μεγάλου επιπλόου. 12. Μέγαν τόξον του στομάχου. 13. Προσθία επιφάνεια του στομάχου. 14. Πύλωρική μοίρα.

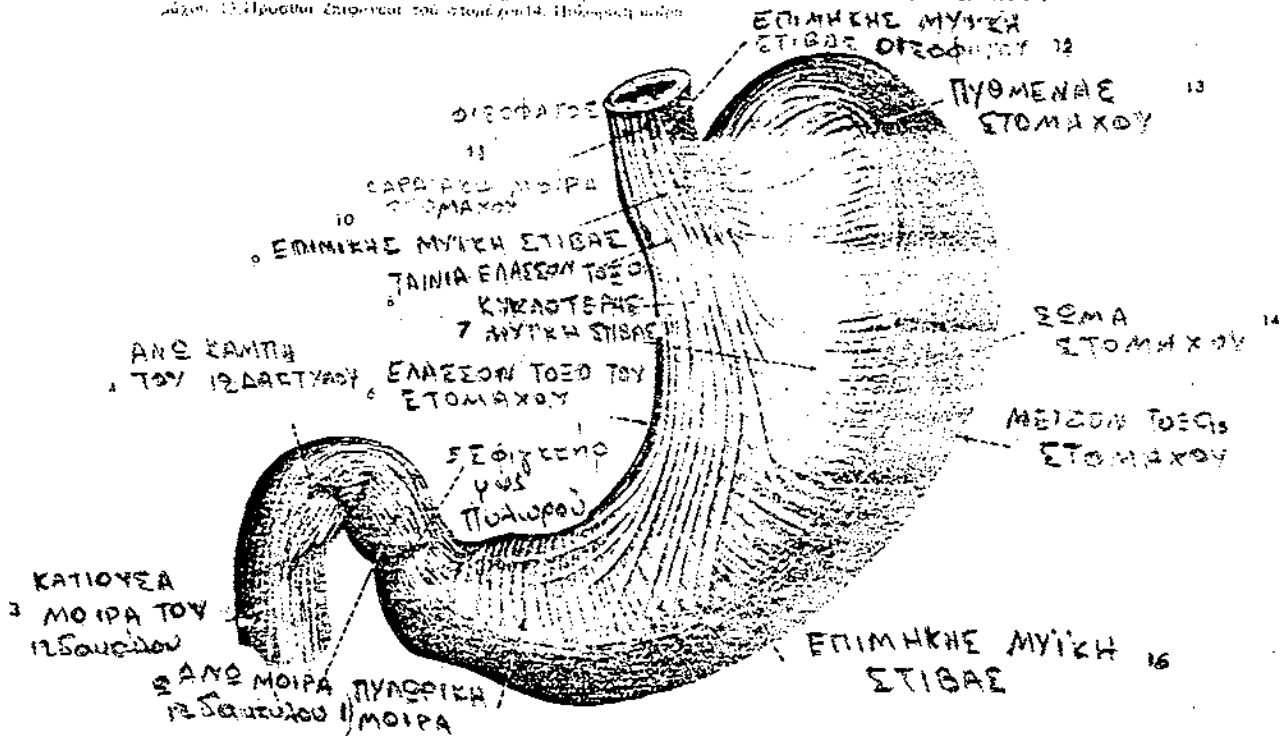
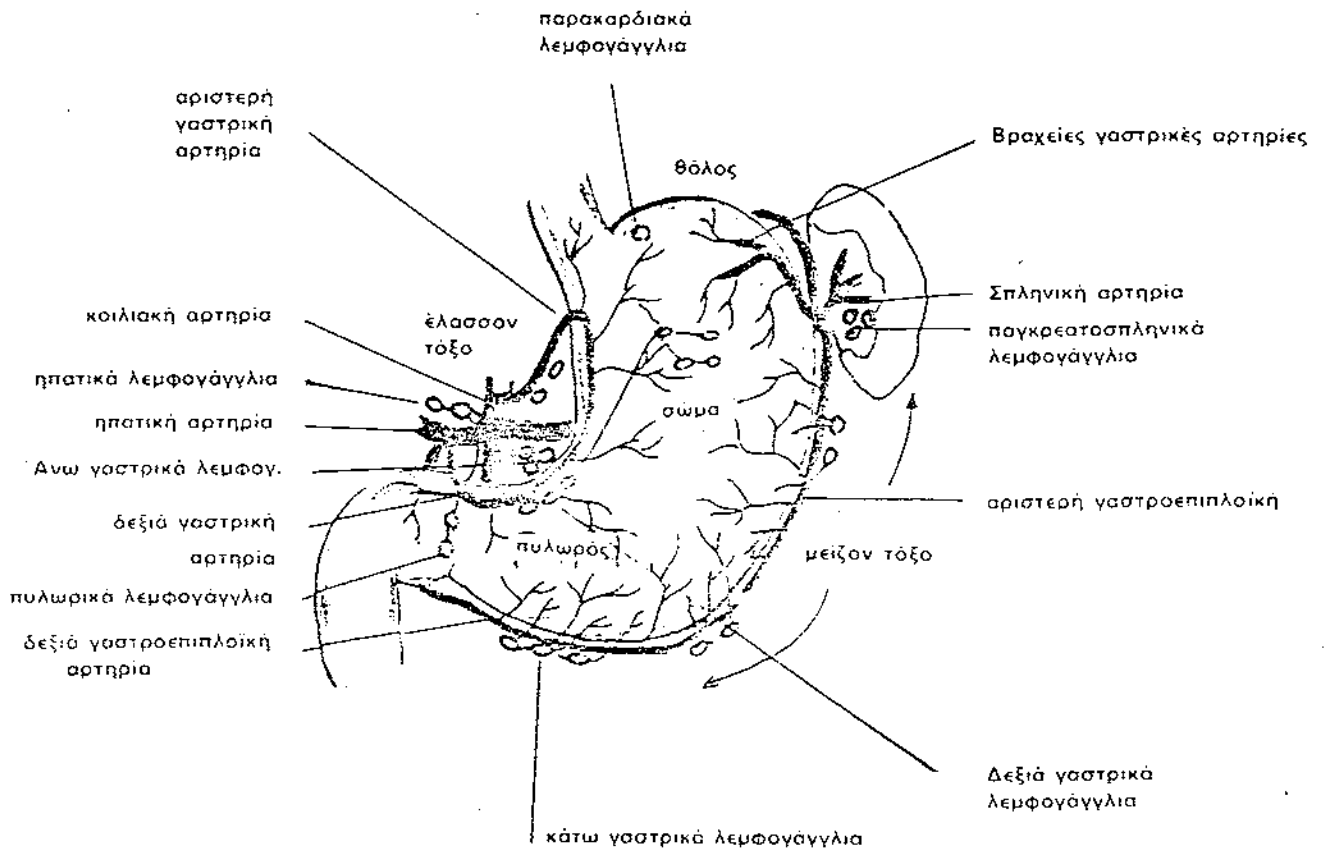


Fig. 42: ΜΥΪΚΟΣ ΧΙΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ (ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΤΕΡΗΣ ΣΤΙΒΑΣ)

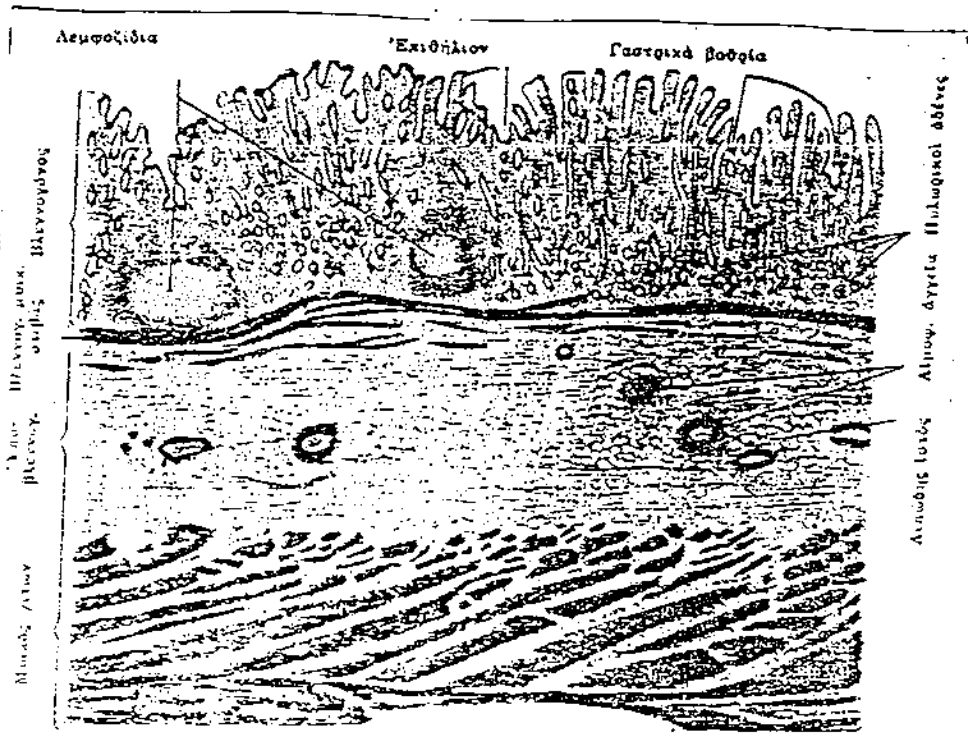
Fig. 42. VENTRICULUS III.

(tunica muscularis, stratum superficiale)

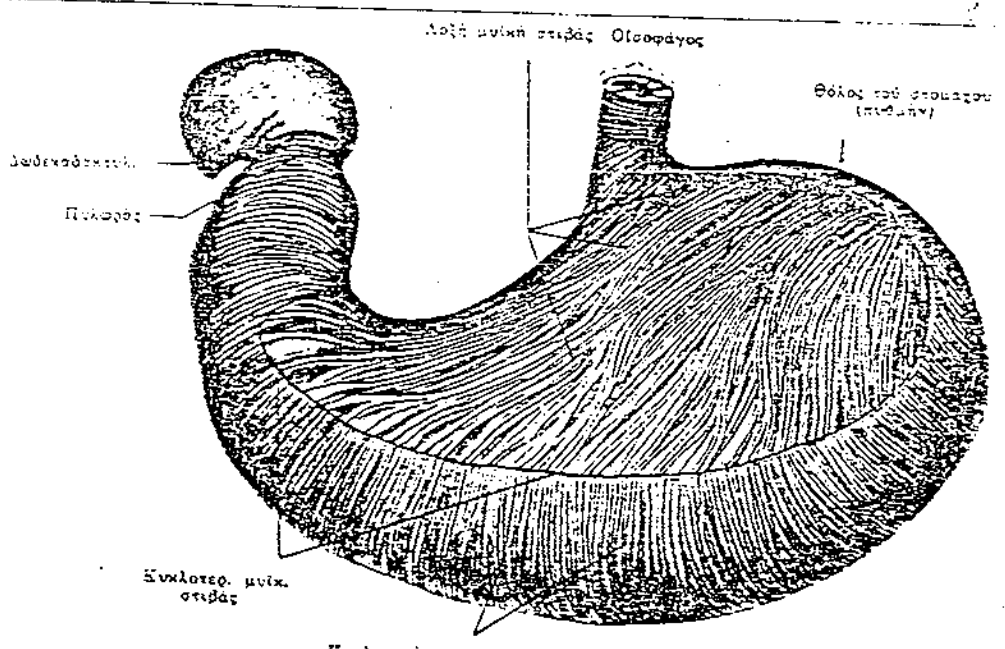
1. Πύλωρική μοίρα. 2. Άνω μοίρα του 12δακτύλου. 3. Κατιόσα μοίρα του 12δακτύλου. 4. Άνω κάμψη του 12δακτύλου. 5. Σφιγκτήρ μεσ πύλωρου. 6. Έλασσον τόξον του στομάχου. 7. Κυκλοτερής μυϊκή στιβάς (του στομάχου). 8. Ταινία του ελασσόνος τόξου. 9. Επιμηκής μυϊκή στιβάς (του στομάχου). 10. Καρδιακή μοίρα του στομάχου. 11. Οίσοφαγος. 12. Επιμηκής μυϊκή στιβάς του οίσοφαγου. 13. Πύθμη του στομάχου. 14. Σώμα του στομάχου. 15. Μέγαν τόξον του στομάχου. 16. Επιμηκής μυϊκή στιβάς (του στομάχου).



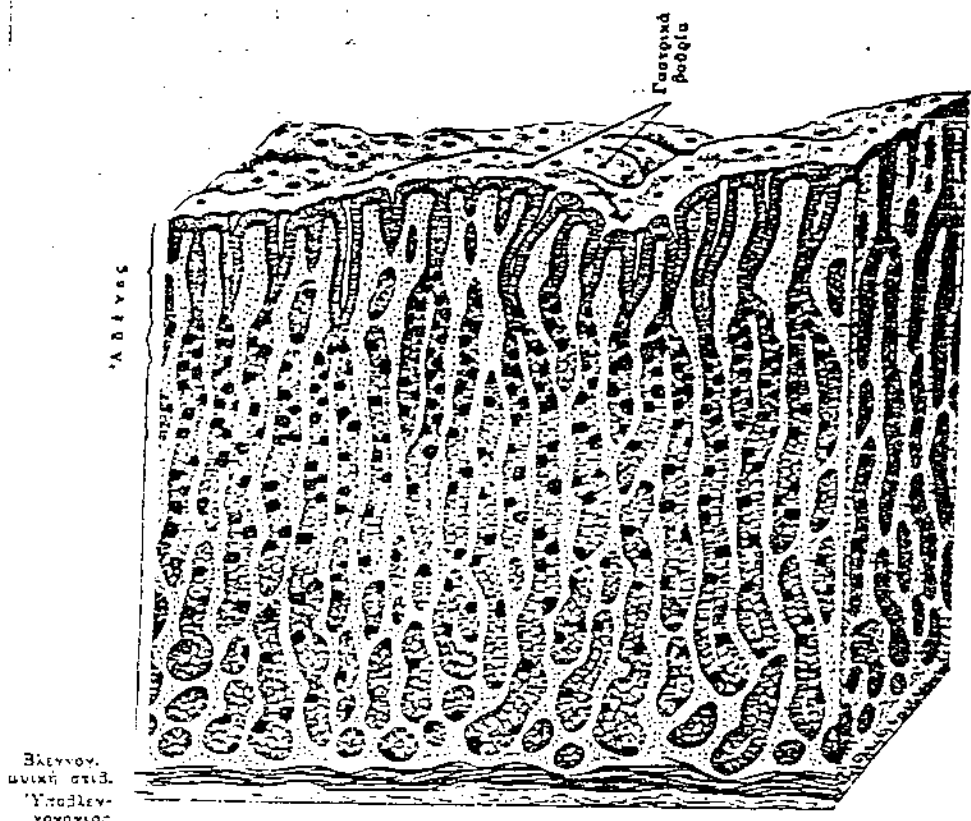
Σχήμα 51. Αγγείωση του στομάχου
 και ομάδες λεμφογαγγλίων.



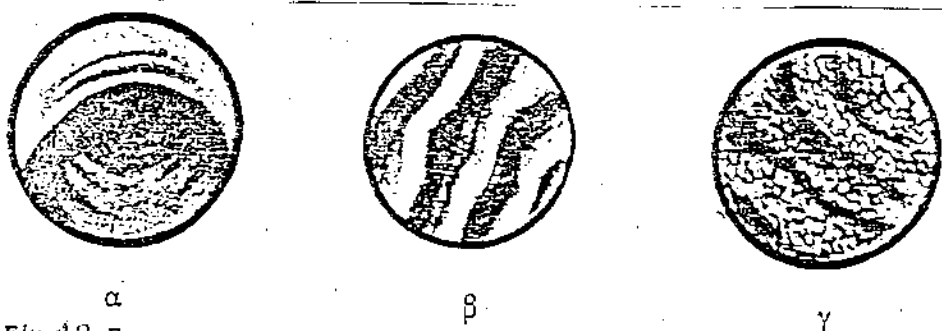
Είχ. 9 Κατασκευή τοιχώματος στομάχου. Μηγ. 25 : 1 (Sobotta).



Είχ. 10 Μυϊκός χιτών του στομάχου εκ των πρόσω. Ἡ ἐπιμήκης μυϊκή στήβας ἔχει ἀφαιρεθῆ. (Sobotta).



Είχ. 11 Βλεννογόνοσ του στομάχου ήμισχηματικώς. (Στόμα).



Είχ. 12 Γαστροσκοπία. α=Πυλωρικόν άντρον, β)=πτυχαι του όπισθίου τοιχώματος του στομάχου, γ=γαστρικαι άλω. (Appleton - Hamilton - Tchaperoff).

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Σήμερα παραδέχονται ότι για την ανάπτυξη του Γ.Δ έλκους είναι απαραίτητη η αύξηση του διαβρωτικού κλάσματος σε σχέση προς το προστατευτικό κλάσμα. Λέγοντας διαβρωτικό κλάσμα ή διαβρωτικό παράγοντα, εννοούμε την πεψίνη και το HCl του στομάχου. Λέγοντας προστατευτικό κλάσμα, εννοούμε την αντίσταση που προβάλλει το στομάχι ή ο δωδεκαδάκτυλος κατά του διαβρωτικού κλάσματος, δηλαδή εννοούμε :

α) Τον γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο , β) την βλέννη, γ) τις τροφές που εξουδετερώνουν την γαστρική οξύτητα. Οι δύο παραπάνω παράγοντες, αφ' ενός ο διαβρωτικός, αφ' ετέρου δε ο προστατευτικός, βρίσκονται σε μία ισορροπία, οποιαδήποτε διαταραχή αυτής, είτε λόγω αυξήσεως του πρώτου, είτε λόγω ελαττώσεως του δευτέρου (απόλυτη ή σχετική αύξηση του διαβρωτικού κλάσματος), οδηγεί στην δημιουργία έλκους. Και το μεν 12/κο έλκος οφείλεται στην αύξηση της γαστρικής εκκρίσεως, ενώ το γαστρικό στην ελάττωση της αντίστασης του βλεννογόνου. Η παραπάνω σχετική ή απόλυτη αύξηση του διαβρωτικού κλάσματος της γαστρικής εκκρίσεως γίνεται, για μεν τα έλκη του στομάχου κατά την γαστρική φάση, οφειλόμενη στην γαστρίνη (πλήρης στόμαχος) για τα έλκη του 12/λου κατά την κεφαλική φάση (κενός στόμαχος), οφειλόμενη σε ερεθίσματα που

προέρχονται μέσω του πνευμονογαστρικού. Για το λόγο αυτό τα γαστρικά έλκη καλούνται ορμονογενή (υπεύθυνη η γαστρίνη), ενώ τα 12/κα νευρογενή (υπεύθυνο το πνευμονογαστρικό). Οι ασθενείς με 12/κο έλκος παράγουν 2-4 φορές περισσότερο οξύ του φυσιολογικού ενώ οι ασθενείς με γαστρικό έλκος λιγώτερο του φυσιολογικού. Εκτός από τους παραπάνω παθογεννητικούς παράγοντες κατά καιρούς έχουν βρεθεί και άλλοι όπως : Η τοπική ισχαιμία του βλεννογόνου, οι μηχανικές κακώσεις, οι χημικοί παράγοντες, τα μικρόβια κ.τ.λ. Σήμερα αποδίδεται μεγάλη σημασία στην παλινδρόμηση 12/κου περιεχόμενου, εντός του στομάχου, ως αίτιο έλκους (" ελκογόνος χολή "). Γενικά παραδεκτό είναι το γεγονός, ότι το ψυχικό stress αποτελεί σημαντικό παθογενετικό παράγοντα π.χ. κατά την διάρκεια του πολέμου, αλλά και στην σύγχρονη πολύπλοκη κοινωνία έχουμε αυξημένη συχνότητα ΓΔ έλκους. Εκτός από τους παραπάνω τύπους χρόνιου έλκους στο στομάχι και το 12/λο, είναι δυνατό να αναπτυχθούν οξέα έλκη. Αυτά είναι δυνατόν να δημιουργηθούν :

α) Κατόπιν λήψεως φαρμάκων : ασπιρίνη, κορτιζόνη, φαινυλοβουταζώνη και ινδομεθακίνη, β) Μετά από έντονο stress, γ) ως επιπλοκή εγκαυμάτων, δ) Σε κακώσεις που έκαναν βλάβες στο ΚΝΣ (παραβλάπτεται ο τόνος των πνευμονογαστρικών). Για το παθογενετικό μηχανισμό των οξέων ελκών πιθανολογείται κινητοποίηση του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - επινεφριδίων.

Έλκος είναι δυνατόν επίσης να οφείλεται σε όγκο του Zollinger Ellison (από τα Β - κύτταρα του παγκρέατος).

β) Ενδοκρινικοί παράγοντες : Δεδομένου ότι το πεπτικό έλκος είναι πιο συχνό στους άνδρες, έχει εκφρασθεί η άποψη ότι τα οιστρογόνα μπορούν να προστατεύσουν από την εμφάνιση έλκους. Η γαστρική έκκριση δεν μεταβάλλεται όμως με την εγκυμοσύνη, ενώ η μικρότερη γαστρική έκκριση στις φυσιολογικές γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες μπορεί να δείχνει απλώς μία γενετικά προσδιορισμένη μάζα τοιχωματικών κυττάρων και όχι πρωτογενή επίδραση των οιστρογόνων.

Ο ρόλος των επινεφριδίων στεροειδών έχει γίνει αντικείμενο μεγάλης προσοχής. Σε απουσία των επινεφριδίων, όπως λ.χ. σε ασθενείς με νόσο του ADDISON, ή στον υποφουσισμό, εμφανίζεται ελάττωση της γαστρικής εκκρίσεως και το έλκος είναι σχεδόν ανύπρακτο.

Η αντιδραστικότητα των τοιχωματικών κυττάρων αποκαθίσταται μετά ολική επινεφριδιεκτομή, με την θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή αλλά όχι με αλατοκορτικοειδή. Είναι επομένως πιθανό ότι τα επινεφριδικά στεροειδή ασκούν επιτρεπτική επίδραση στη ρύθμιση της γαστρικής εκκρίσεως. Η βραχεία χορήγηση γλυκοκορτικοειδών ή ACTH δεν ασκεί καμμία επίδραση στη γαστρική έκκριση σε φυσιολογικούς ανθρώπους.

Σε ασθενείς που παίρνουν μεγάλες δόσεις στεροειδών για μεγάλα διαστήματα συχνά εμφανίζονται συμπτώματα που

μοιάζουν με εκείνα του έλκους, ενώ σε μερικούς αναπτύσσονται πεπτικά έλκη. Είναι αμφίβολο αν η πραγματική συχνότητα του γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού έλκους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μακροχρόνια θεραπεία με στεροειδή είναι μεγαλύτερη από εκείνη που εμφανίζεται στη νόσο για την οποία χορηγείται η θεραπεία.

Σε σηπτικές καταστάσεις ή εγκαύματα, που μπορεί από μόνα τους να είναι ελκογόνα, τα στεροειδή μπορεί να αποδειχθούν επικίνδυνα. Είναι πιθανό ότι τα στεροειδή δεν επηρεάζουν μόνο τη γαστρική έκκριση, αλλά μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στο βλεννογόνο επιθηλιακό φραγμό.

Υψηλή συχνότητα πεπτικού έλκους έχει αναφερθεί σε ασθενείς με υπερπαραθυρεοειδισμό και σε ορισμένες περιπτώσεις ή όξινη γαστρική υπερέκκριση επανήλθε στο φυσιολογικό μετά από χειρουργική θεραπεία του υπερπαραθυρεοειδισμού, αυτό όμως δεν συνέβαινε σ'όλες τις περιπτώσεις. Για τη φυσιολογική γαστρική λειτουργία θα πρέπει να υπάρχει ασβέστιο σε αρκετή ποσότητα. Επίσης μία αύξηση του ασβεστίου του ορού προκαλεί άνοδο του επιπέδου της γαστρίνης στον ορό.

γ) Έτεροι παράγοντες του περιβάλλοντος : Καφές, αναψυκτικά με COLA και κάπνισμα. Η λήψη αυτών ανεξάρτητα ή από κοινού μεταξύ τους φαίνεται να αυξάνουν την συχνότητα του έλκους στο στομάχι και δωδεκαδάκτυλο.

Το κάπνισμα φαίνεται πράγματι ότι επιβραδύνει την
επούλωση του έλκους του στομάχου.

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ του γαστρικού έλκους

Το πιο σταθερό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλ-
κους είναι το ΑΛΓΟΣ. Αυτό εντοπίζεται στο επιγάστριο
και αντανακλά στον θώρακα, τα υποχόνδρια, από την οπίσθια
όμως πλευρά εντόπισης του έλκους, αντανακλά ο πόνος στην
ράχη και πολλοί ασθενείς το περιγράφουν ως σπαστικό ή ως
καυστικό (κάψιμο).

Τα χαρακτηριστικά του άλγους είναι : α) Η περιοδι-
κοτητα κατά το 24ωρο : Όταν πρόκειται για γαστρικό έλ-
κος το άλγος εμφανίζεται αμέσως ή λίγο μετά την λήψη τρο-
φής, ενώ στο 12/κο έλκος εμφανίζεται 2-3 ώρες μετά το
γεύμα, δηλαδή όταν το στομάχι είναι κενό (άλγος πείνας).
Το άλγος του 12/κου έλκους εμφανίζεται στον ασθενή την
νύχτα, όταν πλέον έχει κενωθεί το στομάχι.

β) Η περιοδικότητα στο χρόνο : Η παραπάνω επώδυνη πε-
ρίοδος του έλκους διαρκεί 8-10 ώρες με διαστήματα ηρε-
μίας (ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός). Συνήθως οι κρί-
σεις των ελκοπαθών παρουσιάζονται την Άνοιξη ή το Φθινό-
πωρο.

γ) Η υποχώρηση του άλγους κατόπιν λήψεως ουσιών.

Ακόμη ο ασθενής είναι δυνατό να εμφανίζει, εμετούς, όξονες ερυγές, οπισθοστερνικό καύσο, δυσπεπτικά ενοχλήματα, διαταραχές της όρεξης (αν και συνήθως δεν διαταράσσεται η όρεξη, καμμία φορά είναι και αυξημένη) και δυσκοιλιότητα λόγω συνύπαρξης σπαστικής κολίτιδας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η διάγνωση του γαστρικού έλκους θα στηριχθεί αφ' ενός μεν στη κλινική εικόνα του ασθενούς, αφ' ετέρου στην εργαστηριακή διερεύνηση.

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού, η διερεύνηση των χαρακτήρων του πόνου και των λοιπών συμπτωμάτων του αρρώστου βοηθάει πάρα πολύ στη διάγνωση, όμως τελικά η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τις ακόλουθες εργαστηριακές εξετάσεις :

α. Ακτινολογική εξέταση : Μετά από χορήγηση βαρίουού γεύματος αναζητείται η χαρακτηριστική κρύπτη που σχηματίζεται από την είσοδο του βαρίου μέσα στον κρατήρα του έλκους και η οποία είτε προβάλλει από το εκτός του σκιερού εκμαγείου του στομάχου, είτε εμφανίζεται με τη μορφή κηλίδας στο ανάγλυφο εκμαγείο.

Η κρύπτη ανευρίσκεται στο 90% περίπου των περιπτώσεων έλκους του στομάχου. Αν δεν βρεθεί η κρύπτη τότε αναζητούνται τα δευτερεύοντα ακτινολογικά σημεία όπως η ακτινοειδής σύγκλιση των πυχών του βλεννογόνου προς το έλκος, η σπαστική εντομή στο μείζον τόξο (παρατηρείται στο έλκος του ελάσσονος τόξου) , η αλλοίωση των περισταλτικών κινήσεων στη περιοχή του έλκους ή εντοπισμένη ευαισθησία κατά την εξέταση κ.λ.π.

β. Γαστροσκόπηση : Είναι σήμερα η βασικότερη εξέταση στην οποία στηρίζεται και η διαφορική διάγνωση από ελκοκαρκίνο του στομάχου. Με τη γαστροσκόπηση ελέγχεται η μορφή του έλκους, το μέγεθος, ο πυθμένας (χρώμα, καθαρότητα), τα χείλη (οξέα υποσκασμένα), ο βλεννογόνο που το περιβάλλει (ομαλός οζώδης), οι βλεννογόνες πτυχές (συγκλίνουσες ή διακεκομμένες), ο περισταλτισμός. Με αυτήν διενεργούνται και οι απαραίτητες για τον καθορισμό της φύσης του έλκους εξετάσεις, δηλαδή η βιοψία και η κυτταρολογική εξέταση.

γ. Εξέταση γαστρικού υγρού : Αυτή αποδεικνύει συνήθως την ύπαρξη φυσιολογικής ή ελαφρά αυξημένης γαστρικής έκκρισης. Όταν συνυπάρχει όμως έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου και σε γαστρικά έλκη στην πυλωρική χώρα η γαστρική έκκριση μπορεί να βρεθεί αυξημένη.

Διαφορική εξέταση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους γαστρικού έλκους.

Απέναντι σ'έναν άρρωστο που το ιστορικό του υπονοεί έλκος στομάχου, δύο ερωτήματα πρέπει να απαντηθούν αμέσως : Υπάρχει ή όχι έλκος κι αν ναι, είναι αυτό καλοήθες ή είναι ελκωτικός καρκίνος.

Αν και η μεγάλη πλειονότητα των γαστρικών ελκών είναι καλοήθη, περίπου το 7% των ελκωτικών βλαβών του στομάχου, στις οποίες η αρχική διάγνωση ήταν ασαφής, θα αποδειχθούν ότι είναι καρκίνος του στομάχου. Η δια-

γνωστική ακρίβεια, η οποία είναι περίπου 90% μπορεί να βελτιωθεί με την αυστηρή εφαρμογή των κριτηρίων που θα αναφερθούν. Σε περίπτωση αμφιβολίας, το έλκος πρέπει να θεωρείται καλοήθες μέχρι να αποδειχθεί το αντίθετο. Το 5ετές ποσοστό επιβιώσεως σε ασθενείς με αρχικά απροσδιόριστα γαστρικά έλκη που αποδεικνύονται καρκινώματα κατά την εγχείρηση είναι περίπου 50% , πενταπλάσιο του γενικού ποσοστού επιβιώσεως στον καρκίνο του στομάχου.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ασθενών με εγχειρήσιμη και πιθανών ιάσιμη βλάβη, οι οποίοι δεν υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση για 2 ή 3 χρόνια και που αργότερα εμφανίζονται με ανεγχείρητες βλάβες ή με απομακρυσμένες μεταστάσεις. Επίσης, είναι ενδεχόμενη η εσφαλμένη διάγνωση γαστρικού καρκίνου σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει, το σφάλμα όμως αυτό συγχωρείται λόγω του υψηλού ποσοστού υποτροπής ενός συντηρητικά αντιμετωπιζόμενου έλκους. Σε περίοδο 5 ετών το 75-80% των ασθενών με καλοήθες γαστρικό έλκος θα εμφανίσουν υποτροπή της νοσηρής καταστάσεως ενώ στο 3-4% επέρχεται ο θάνατος από επιπλοκές του έλκους, ποσοστό ανάλογο με το ποσοστό θνησιμότητας της γαστρεκτομής για καλοήθες έλκος.

Δεδομένου ότι η χειρουργική θεραπεία του γαστρικού έλκους είναι συνήθως επιτυχής, είναι αυτονόητο ότι η καθυστέρηση της επεμβάσεως θα πρέπει σαφώς να αποφεύγεται, τούτο όμως δεν πρέπει να παρερμηνευθεί σαν ένδειξη ότι η πλειονότητα των ασθενών με γαστρικό έλκος θα πρέπει να

υποβάλλεται σε εγχείρηση. Αντίθετα, λογική και συνεχή αντιμετώπιση μπορεί να επιτευχθεί χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα κριτήρια :

A. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

α. Η ηλικία του αρρώστου . Τα έλκη εμφανίζονται σε μέσης ηλικίας άτομα, ο καρκίνος συνηθέστερα σε ηλικιωμένους.

β. Η διάρκεια των ενοχλημάτων. Μεγάλη επί έλκους μικρή επί καρκίνου.

γ. Η περιοδικότητα των ενοχλημάτων. Σαφής στο έλκος, λείπει στο καρκίνο.

δ. Η ανορεξία. Συνηθισμένη στον καρκίνο, σπάνια εμφανίζεται στο έλκος.

B. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

1) Ακτινολογική εξέταση του στομάχου. Ίσως είναι το σημαντικότερο διαγνωστικό βοήθημα. Στα χέρια του ειδικού ακτινολόγου η σωστή διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοήθους και κακοήθους βλάβης μπορεί να γίνει στο 80-85% των περιπτώσεων.

Ακτινολογικά κριτήρια :

α. Η εντόπιση του έλκους. Τα καλοήθη έλκη εντοπίζο-

νται συνήθως στη κάθετη μοίρα και στη γωνιαία εντομή του ελάσσονος τόξου. Τα έλκη που βρίσκονται μακριά από την περιοχή αυτή είναι ύποπτα για καρκινώματα.

β. Το μέγεθος της κρύπτης. Μικρά έλκη διαμέτρου ICM είναι κατά κανόνα καλοήθη.

γ. Η μορφολογία της κρύπτης. Αυτή έχει ομαλά όρια επί έλκους, ανώμαλα και οδοντωτά επί ελκοκαρκίνου.

δ. Η σκιερά προσεκβολή βρίσκεται έξω από το σκιερό εκμαγείο στο έλκος, ενώ μέσα συνήθως όταν πρόκειται για καρκίνο.

ε. Η συγκεντρωτική φορά των πτυχών του βλεννογόνου φθάνει μέχρι τα χείλη της κρύπτης στο έλκος, ενώ στο καρκίνο διακόπτεται σε αρκετή απόσταση λόγω της διήθησης του τοιχώματος.

στ. Ο επιμήκης άξονας της κρύπτης. Είναι συνήθως κάθετος προς τον επιμήκη άξονα του στομάχου στο έλκος, ενώ σε περίπτωση ελκοκαρκίνου είναι συνήθως παράλληλος.

ζ. Η κρύπτη του έλκους. Ενώνεται με μίσχο προς το σκιερό εκμαγείο του στομάχου ενώ αποχωρίζεται από αυτό κατόπιν πίεσης σε περίπτωση ελκοκαρκίνου με μία διαυγαστική μεμβράνη που αντιστοιχεί στη διήθηση γύρω από την κρύπτη.

2) Γαστροσκόπηση. Καθώς τα διαθέσιμα όργανα βελτιώνονται και μπορεί να επισκοπηθεί και να υποβληθεί σε βιοψία σχεδόν ολόκληρο το εσωτερικό τοίχωμα του στομάχου, το όργανο αυτο είναι σήμερα απαραίτητο. Πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχει αμφιβολία για την καλοήθεια της γαστρικής βλάβης.

Γαστροσκοπικά κριτήρια. Το καλοήθες έλκος εμφανίζει ομαλά χείλη, καθαρό πυθμένα και ο βλεννογόνος που το περιβάλλει είναι φυσιολογικός ή ελαφρά υπεραιμικός με τις πτυχές του να συγκλίνουν προς το έλκος. Επί ελκοκαρκίνου τα χείλη είναι ανώμαλα και εύκολα αιμορραγούν. Ο πυθμένας είναι ακάθαρτος και ανώματος και ο βλεννογόνος που τον περιβάλλει παρουσιάζει οζώδη υπερπλασία διαφόρου μεγέθους.

3) Κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού. Όταν γίνει σωστά παρέχει διαγνωστική ακρίβεια μέχρι 80-90%. Τα σφάλματα τα οποία γίνονται συνήθως, βρίσκονται προς την κατεύθυνση του ψευδούς αρνητικού αποτελέσματος. Τα ψευδή θετικά αποτελέσματα είναι σπάνια.

4) Εξέταση του γαστρικού οξέος. Η εξέταση αυτή μπορεί να έχει κάποια διαγνωστική αξία.

Αν υπάρχει πραγματική ισταμινοάντοχη αχλωρυδρία, η διάγνωση του καρκινώματος δεν μπορεί να αποκλεισθεί όποια άλλα κριτήρια και αν υπάρχουν. Από την άλλη πλευρά, αν υπάρχει οξύ, δεν μπορεί να αποκλειστεί ο καρκίνος του

στομάχου, γιατί η γαστρική έκκριση διατηρείται σε πολλούς ασθενείς με καρκινώματα.

5) Ανταπόκριση στη συντηρητική θεραπεία. Αν ένα από τα τέσσερα κριτήρια που αναφέρθηκαν προηγουμένως δώσει ενδείξεις κακοήθους νόσου ή αν υπάρχουν ύποπτα ευρήματα σε δύο απ'αυτά, ενδείκνυται σαφώς η εγχείρηση. Πέρα απ' όλα αυτά αν όλες οι εξετάσεις είναι ενδεικτικές για το ότι η βλάβη είναι καλοήθης, τότε θα πρέπει να αρχίσει δοκιμαστική συντηρητική θεραπεία, η έκβαση της οποίας έχει τουλάχιστον ίση σημασία με τα άλλα κριτήρια. Πρέπει να εφαρμοσθούν αυστηροί κανόνες γι'αυτή τη δοκιμασία ώστε να μην γίνουν σοβαρά σφάλματα. Ο ασθενής πρέπει να υποβληθεί σε εντατική συντηρητική αγωγή.

Η ακτινολογική εξέταση πρέπει να επαναληφθεί μετά 2-3 εβδομάδες από την έναρξη της συντηρητικής θεραπείας. Στην περίοδο αυτή το καλοήθες έλκος πρέπει να έχει ελαττωθεί στο 50% του αρχικού του μεγέθους, ενώ ένα μικρό έλκος μπορεί να εμφανίσει σχεδόν πλήρη επούλωση. Αν έχει επέλθει μικρότερη ή καμμία βελτίωση, θα πρέπει να γίνει χειρουργική επέμβαση. Αν η επούλωση προχωρεί καλά, η συντηρητική αγωγή συνεχίζεται για άλλες 2-3 εβδομάδες, οπότε γίνεται δεύτερος ακτινολογικός έλεγχος στον οποίο η επούλωση πρέπει να είναι πλήρης. Αν δεν είναι, τότε θα πρέπει να συσταθεί εγχείρηση.

Αν εφαρμόσει κανείς αυστηρά αυτά τα κριτήρια, τα

διαγνωστικά σφάλματα θα παραμείνουν στο ελάχιστο δυνατό βαθμό. Η υπερβολική καθυστέρηση μπορεί να έχει ως συνέπεια ασθενείς καρκινώματα του στομάχου να παραμείνουν χωρίς αντιμετώπιση για μεγάλη χρονική περίοδο.

θα πρέπει να τονισθεί ότι ασθενείς με καρκίνωμα του στομάχου βελτιώνονται συμπτωματικά με τη συντηρητική αγωγή και ότι μπορεί να εμφανισθεί κάποια επούλωση ή μείωση του μεγέθους ενός κακοήθους έλκους. Δεν υπάρχει βέβαιη παθολογοανατομική απόδειξη της μεταπτώσεως ενός καλοήθους γαστρικού έλκους σε κακοήθες. Η κακοήθης εξαλλαγή είναι ίσως σπάνιο γεγονός. Τα διαγνωστικά όμως κριτήρια, τα οποία αναφέρθηκαν προηγουμένως πρέπει να ακολουθηθούν για να είναι κανείς βέβαιος πως δεν παραβλέπεται κάποια κακοήθεια στα αρχικά στάδια.

Άλλες παθήσεις από τις οποίες πρέπει να γίνει διαφορετική διάγνωση του γαστρικού έλκους είναι :

1. Οισοφαγίτιδα. Προκαλεί πόνο μόλις πάρει ο άρρωστος τροφή. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με τον ακτινολογικό έλεγχο και την οισοφαγοσκόπηση.

2. Η διαφραγματοκήλη. Προκαλεί επιγαστρικό πόνο που αυξάνει με την επίκυψη και την κατάκλιση. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με ακτινολογικό έλεγχο σε θέση TRENDEFEMDURG και γαστροσκοπικά.

3. Η γαστρίτιδα. Η διάγνωση θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα κυρίως όμως στον ακτινολογικό έλεγχο, και τη γα-

στροσκόπηση.

4. Οι παθήσεις της χοληδόχου κύστεως, ιδιαίτερα η χολολιθίαση. Η διάγνωση θα στηριχθεί στη κλινική εικόνα και στον εργαστηριακό έλεγχο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Στόχοι της θεραπευτικής αγωγής του έλκους είναι η ανακούφιση του πόνου, η επούλωση του έλκους, και η πρόληψη της υποτροπής. Μέχρι πρόσφατα υπήρχε η αντίληψη ότι η ανακούφιση του πόνου συσχετίζεται με την επούλωση του έλκους. Νεώτερες έρευνες έδειξαν ότι τα συμπτώματα του έλκους είναι δυνατό να υποχωρήσουν ακόμη κι αν το έλκος δεν έχει επούλωθεί.

I. Θεραπευτική αγωγή

A. Φαρμακευτική αγωγή

1) Αντιόξινα : Ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής αγωγής του γαστρικού έλκους είναι η μείωση της γαστρικής οξύτητας. Η μείωση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά με αντιόξινα.

Δοσολογία και καθορισμός του χρόνου χορήγησης της αγωγής. Ο σωστός καθορισμός του χρόνου χορήγησης των αντιόξινων στηρίζεται στις διακυμάνσεις του ΡΗ του γαστρικού υγρού με το χρόνο. Η παρουσία τροφής μέσα στο στομάχι προκαλεί αύξηση της παραγωγής γαστρικού υγρού, αλλά η τροφή ενεργεί σαν ρυθμιστικό μέσο. Περίπου 90 λεπτά μετά το γεύμα η τροφή έχει φύγει από το στομάχι

και, στο άτομο που πάσχει από έλκος, το γαστρικό υγρό που δεν εξουδετερώνεται προκαλεί πόνο. Αν ο άρρωστος πάρει κάποιο αντιόξινο 1 ώρα μετά το φαγητό, το γαστρικό υγρό θα εξουδετερωθεί για άλλες δύο ώρες, αν όμως το πάρει όταν είναι νηστικό, η δράση του θα διαρκέσει μόνο 30 λεπτά. Η κατάλληλη δόση του αντιόξινου είναι εκείνη που επαρκεί για την εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέως που εκκρίνεται στο στομάχι. Επειδή δεν είναι δυνατή η συνεχής παρακολούθηση του ΡΗ του γαστρικού υγρού, η κατάλληλη δοσολογία θα πρέπει να προσδιοριστεί κατ'εκτίμηση· έτσι 100mEq αντιόξινου, 1 και 3 ώρες μετά το φαγητό και πριν από το βραδυνό ύπνο θα πρέπει να διατηρήσουν το ΡΗ του γαστρικού υγρού μέσα στα αποδεκτά όρια. Σε άρρωστους που δεν μπορούν να ανεχθούν αυτή τη φόρτιση με αντιόξινα θα πρέπει να χορηγούνται οι ανεκτές δόσεις. Την επιλογή του αντιόξινου καθορίζουν η εξουδετερωτική του ικανότητα, η περιεκτικότητα του σε νάτριο και οι παρενέργειες του.

Γενικά, τα υγρά αντιόξινα είναι πιο αποτελεσματικά από τα δίσκια. Το υδροξείδιο του μαγνησίου ($Mg(OH)_2$) είναι ισχυρό αντιόξινο αλλά η συχνή χορήγησή του σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατό να προκαλέσει βαριά ωσμωτική διάρροια. Γι'αυτό το λόγο στα μεγάλης κυκλοφορίας σκεύασμα, το υδροξείδιο του μαγνησίου συνδυάζεται με υδροξείδιο του αργιλίου ($Al(OH)_3$). Σε αρρώστους που παρουσιάζουν διάρροια, όταν παίρνουν μεικτό σκεύασμα Mg

(OH)₂ και Al (OH)₃, πρέπει να χορηγείται, σε εναλλακτικές δόσεις, κάποιο αντιόξινο που προκαλεί δυσκοιλιότητα, δηλαδή αμιγές Al (OH)₃. Τα μαγνησιούχα αντιόξινα αντενδείκνυται σε αρρώστους με βαριά νεφροπάθεια. Το υδροξειδίο του αλουμινίου έχει μέτρια εξουδετερωτική ικανότητα και χρησιμεύει κυρίως για την αντιστάθμιση της υπακτικής δράσης του υδροξειδίου του μαγνησίου. Στον εντερικό αυλό το Al (OH)₃ συνδέει το φώσφορο και είναι δυνατό να προκαλέσει υποφωσφαταιμία. Επίσης συνδέει, μέσα στον αυλό του εντέρου, ορισμένα φάρμακα όπως την τετρακυκλίνη, την θυροξίνη και την χλωροπρομαζίνη, και έτσι μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της απορρόφησής τους.

Θεραπευτική αγωγή κατά την οξεία φάση. Οι άρρωστοι με πρόσφατο γαστρικό έλκος πρέπει να παίρνουν 100mEq υγρού αντιόξινου 1 και 3 ώρες μετά τα γεύματα και πριν από το βραδυνό ύπνο, και μία ακόμα δόση αν ξυπνήσουν τη νύχτα από πόνο. Το σχήμα αυτό θα πρέπει να συνεχιστεί για 4-6 εβδομάδες ή και περισσότερο, αν η επούλωση δεν είναι πλήρης. Πολλές φορές η αποτυχία της θεραπευτικής αγωγής με αντιόξινα είναι αποτέλεσμα χορήγησης ανεπαρκούς δόσης ή μη λήψης του φαρμάκου στη σωστή χρονική στιγμή.

Μακροχρόνια αγωγή. Δεν συνιστάται συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής με αντιόξινα και μετά την αρχική εφαρμογή της. Τα σποραδικά επεισόδια πόνου μπορούν να αντιμετωπιστούν με αντιόξινα ανάλογα με τις ανάγκες.

Η υποτροπή σημαντικών συμπτωμάτων έλκους θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν νέο έλκος.

2) Ανταγωνιστές των H_2 υποδοχέων (Σιμετιδίνη (Tagamet), Ρανιτιδίνη (Zantac) Φαρμοτιδίνη (Peptran)).

Η σιμετιδίνη (όπως και τα άλλα) αποκλείει τον υποδοχέα H_2 της ισταμίνης. Η κυριότερη θεραπευτική της επίδραση στο γαστρικό έλκος είναι η αναστολή της συνθέσεως γαστρικού οξέως. 300 mg σιμετιδίνης αναστέλλουν την νυκτερινή έκκριση οξέως κατά 90-95% και για διάστημα 5-7 ωρών. Αναστέλλει επίσης αποτελεσματικά την παραγωγή οξέως μετά απο λήψη τροφής, πενταγαστρίνης και ισταμίνης. Αν χορηγηθούν 300 mg σιμετιδίνης μαζί με γεύμα, θα αναστείλουν την έκκριση γαστρικού οξέως, που προκαλεί το γεύμα, κατά 70%.

Χορήγηση της σιμετιδίνης στο έλκος του στομάχου : Τα περισσότερα έλκη του στομάχου επουλώνονται χωρίς θεραπευτική αγωγή. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η σιμετιδίνη είναι καλύτερη από τα αντιόξινα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του έλκους του στομάχου. Στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν και πολλές αποδείξεις ότι τόσο τα αντιόξινα, όσο και η σιμετιδίνη, είναι καλύτερα από τα εικονικά φάρμακα (placebo).

Η ταξικότητα από τη χρησιμοποίηση σιμετιδίνης για μερικές περιόδους φαίνεται να είναι περιορισμένη. Σε μικρή συχνότητα παρατηρείται διέγερση και σύγχυση, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα.

Μπορεί να παρατηρηθεί μικρή αύξηση της κρεατίνης, που υποχωρεί όταν διακοπεί το φάρμακο. Η χρόνια χορήγηση σιμετιδίνης έχει προκαλέσει γυναικομαστία. Τα αποτελέσματα της μακροχρόνιας χορήγησης δεν έχουν εκτιμηθεί ακόμα πλήρως. Η σιμετιδίνη μειώνει την ηπατική ροή αίματος και, γι' αυτό, μειώνει την κάθαρση φαρμάκων που ο μεταβολισμός και η απέκκριση τους επηρεάζονται απ' αυτήν (π.χ. της διαζεπάμης και της προπρανολόλης).

Σε περίπτωση ταυτόχρονης χορήγησης σιμετιδίνης και αντιπηκτικών της κατηγορίας της κουμαρίνης (Warfarin) παρατηρήθηκε ενίσχυση της δράσης των τελευταίων. Γι' αυτό τον λόγο, όταν τα φάρμακα αυτά χορηγούνται ταυτόχρονα, ενδείκνυται η συνεχής παρακολούθηση του χρόνου προθρομβίνης.

Δοσολογία . Η συνηθισμένη δοσολογία της σιμετιδίνης είναι 300 mg/6ωρο ΡΟ (με τα γεύματα και πριν από το βραδινό ύπνο). Υπάρχουν και φύσιγγες των 300 mg για ενδοφλέβια χρήση. Σε περίπτωση νεφρικής ανεπάρκειας η δοσολογία θα πρέπει να μειώνεται στα 300mg/12ωρο.

3) Προστατευτικά του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλεννογόνου. Μερικά από αυτά είναι : Denol - dolisec - Losec - Cytotec. Το Denol - dolisec, το cytotec έχουν τοπική δράση ενώ το Losec έχει τοπική και γενική δράση.

Το Βισμούδο (Denol) ενδείκνυται σε γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Αντενδείκνυται σε ασθενείς που έχουν σοβαρή νεφρική ανε-

πάρκεια και σε εγκυμονούσες γυναίκες.

Δοσολογία. Τα δίσκια καταπίνονται με λίγα νερό. Ένα δίσκιο λαμβάνεται τρεις φορές την ημέρα με άδειο στομάχι, μισή ώρα πριν από τα γεύματα και μία τέταρτη δόση το βράδυ, δύο ώρες μετά το βραδινό γεύμα, ή δύο δίσκια το πρωί, μισή ώρα πριν από το πρωινό και 2 δίσκια το βράδυ, μισή ώρα πριν το δείπνο. Εάν ένα γεύμα παραληφθεί, η δόση πρέπει να ληφθεί οπωσδήποτε. Η διάρκεια θεραπείας με DENOL δισκία είναι τουλάχιστον 1 μήνας συνεχώς, μπορεί όμως να παραταθεί μέχρι 2 μήνες. Μετά τη θεραπεία των 2 μηνών, σε περίπτωση που πρέπει να επαναλάβουμε τη θεραπεία πρέπει να μεσολαβήσει ένα διάλειμμα περίπου 2 μηνών. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας συνιστάται η αποφυγή αλκοολούχων και αεριούχων ποτών. Γάλα (μέσα σε καφέ ήτσαϊ) και αντιόξινα μπορούν να ληφθούν σε μικρές ποσότητες, ποτέ όμως 1/2 ώρα πριν ή μετά της λήψης του DENOL. Επίσης πρέπει να αποφευχθεί κατά την περίοδο αυτή η λήψη γενικώς υγρών.

Παρενέργειες και ειδικές προφυλάξεις : Το DENOL μαυρίζει τα κόπρανα, μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πράγμα που οφείλεται στο σχηματισμό σουλφιδίων του βισμούθιου στο έντερο. Οι ασθενείς θα πρέπει να το γνωρίζουν και να καθησυχάζονται. Αντιόξινα και γάλα συνιστάται να μη λαμβάνονται συγχρόνως, γιατί είναι πιθανό να αναστείλουν τη δράση του DENOL.

Ανεπιθύμητες ενέργειες : Σε σπάνιες περιπτώσεις πόνος, ναυτία, και εμετός απαντούν κατά τη διάρκεια των αρχικών σταδίων της θεραπείας. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία πρέπει να σταματά για τρεις - τέσσερις μέρες. Μόλις τα συμπτώματα υποχωρήσουν ο άρρωστος μπορεί να ξαναρχίσει την θεραπεία με DENOL.

Συσκευασία : Κουτί 28 δισκίων

Το LOSEC (Omeprazole - Astra)

Κυκλοφορεί σε α) Κάψουλες εντεροδιαλυτές και β) Ενέσιμο λυόφιλο.

Ενδείκνυται : Σε δωδεκαδακτυλικό έλκος, Γαστρικό έλκος

Παρενέργειες : Το LOSEC γίνεται καλά ανεκτό. Σπάνια αναφέρονται ναυτία, κεφαλαλγία, διάρροια, δυσκοιλιότητα και μετεωρισμός. Σε λίγους ασθενείς έχει παρατηρηθεί εξάνθημα. Τα παραπάνω είναι συνήθως ήπιου χαρακτήρα, παροδικά, δεν έχει παρατηρηθεί σταθερή εμφάνισή τους παράλληλα με την θεραπεία.

Δοσολογία και χορήγηση στο Γαστρικό Έλκος : Η δοσολογία που συνίσταται σ'αυτήν την περίπτωση είναι 20 mg μία φορά την ημέρα. Η απαλλαγή από τα συμπτώματα είναι γρήγορη, και στους περισσότερους ασθενείς η επούλωση πραγματοποιείται μέσα σε 4 εβδομάδες. Για όσους ασθενείς δεν έχει επιτευχθεί πλήρης επούλωση μετά την αρχική θεραπεία αυτή παρατηρείται συνήθως μετά από άλλες 4 εβδομάδες ανγωγής. Σε

ασθενείς ανθεκτικούς σε άλλα θεραπευτικά σχήματα, το LOSEC σε δόση 40 mg μία φορά την ημέρα, επιτυγχάνει επούλωση του γαστρικού έλκους, συνήθως μέσα σε 8 εβδομάδες. Επειδή η εμπειρία από τη μακρόχρονη θεραπεία των ασθενών με γαστρικό έλκος είναι περιορισμένη, δεν συνιστάται θεραπεία διαρκείας, μέχρι να αποκτηθεί περισσότερη.

II. ΔΙΑΙΤΑ

Παρόλη την μεταστροφή στη θεραπευτική αγωγή των γαστρικών προβλημάτων, ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από αυτά εξακολουθεί να αυξάνεται με ταχύ ρυθμό. Τα γαστρικά προβλήματα είναι σήμερα μία μεγάλη μάστιγα, όσο ήταν παλιά η φυματίωση και η εκπαίδευση του κοινού στους διαιτολογικούς κανόνες της υγιεινής είναι απαραίτητη για την εξάλειψή τους.

Η συναισθηματική κατάσταση, ο τόνος του σώματος και η εξισορρόπηση της διατροφής είναι σημαντικοί παράγοντες σε αυτά τα προβλήματα. Ακόμα και η καλύτερη τροφή, εξισορροπημένη από κάθε πλευρά, είναι βλαβερή σε καταστάσεις συναισθηματικής έντασης ή όταν το σώμα δεν παρουσιάζει ανάγκη για τροφή.

1) Βλαβερές τροφές και υγρά : Ορισμένες τροφές δεν είναι σίγουρα κατάλληλες για περιπτώσεις γαστρικών προβλημάτων :

Τηγανητές και λιπαρές τροφές : Αυτές είναι πάντα δύσκο-

λες στη χώνεψη και απαιτούν πολύ καλή λειτουργία του στομάχου και του συκωτιού, θα πρέπει να αποφεύγονται τελείως σε όλες τις περιπτώσεις γαστρικών ενοχλήσεων, ακόμα και αν δεν υπάρχει κανονικό έλκος.

Κρεατικά : Αυτά απαιτούν μεγάλες ποσότητες οξέων για τη χώνεψή τους και τα οξέα προκαλούν πόνο και αέρια στο ευαίσθητο στομάχι. Είναι καλύτερα, επομένως να ελαττωθεί σιγά - σιγά το κρέας, ώσπου να διακοπεί κι αυτό τελείως σε δύο ή τρεις εβδομάδες.

Φρέσκα όξινα φρούτα : Τέτοια είναι τα μήλα, τα πορτοκάλια, τα αχλάδια, τα γκρέιφρουτ, τα λεμόνια, ο ανανάς, οι φράουλες, τα φραγκοστάφυλα και όλα τα μούρα. Αν και αυτά τα φρούτα έχουν αλκαλική αντίδραση στο υγιές στομάχι, είναι πολύ αμφίβολο αν αυτό ισχύει και στις περιπτώσεις γαστρικών προβλημάτων.

Η πείρα πάντως έχει δείξει ότι είναι βλαβερά, τουλάχιστον στην αρχή της αγωγής. Γι'αυτό θα μπορούσαν να φαγωθούν σε μεταγενέστερα στάδια της θεραπείας σε μειωμένες ποσότητες.

Μπαχαρικά, μαρμελάδες, Ζάχαρη : Το αλάτι, οι σάλτσες το ξύδι, η μαρμελάδα και η ζάχαρη, ερεθίζουν το στομάχι και καταστρέφουν τη γεύση των φυσικών τροφών θα πρέπει κι αυτά να μειωθούν γρήγορα σε ποσότητα.

Τσαϊ, καφές, οινοπνευματώδη και κρασιά : Αυτά τα υγρά σε όλες τις περιπτώσεις προκαλούν όξινη αντίδραση στο

στομάχι και θα πρέπει να μειωθούν. Όσοι αγαπούν πολύ το τσαϊ και τον καφέ θα το βρουν αυτό πολύ δύσκολο, για αυτό συμβουλεύονται για μία βαθμιαία μείωση αντί για μία απότομη ολοκληρωτική διακοπή. Κι αυτό γιατί, γρήγορα η επιθυμία για τέτοια υγρά θα εξαφανισθεί και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να γίνουν ακόμη και δυσάρεστα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος της επιθυμίας για την διέγερση που προσφέρουν, προέρχεται από την ύπαρξη λανθασμένων συνδυασμών τροφών στο διαιτολόγιο. Όταν αυτά τα λάθη διορθωθούν για τέτοιου είδους υγρά η επιθυμία μειώνεται. Αυτό είναι κοινή διαπίστωση όλων, αν και είναι δύσκολο να πεισθούν ορισμένοι ασθενείς ότι με τον καιρό δεν θα τους αρέσει το αγαπημένο τους ποτό.

2) Η τροφή πρέπει να μασιέται καλά : Η τροφή πρέπει να βρίσκεται σε ημι-υγρή κατάσταση πριν γίνει η κατάποση. Ιδιαίτερα πρέπει να προσέχετε η μάσηση των αμυλούχων τροφών στις οποίες περιλαμβάνονται όλα τα παράγωγα από αλεύρι, δημητριακά, ρύζι. Όλες οι αμυλούχες τροφές θα πρέπει να μασιούνται ώσπου να γλυκαίνεται το στόμα πριν γίνει η κατάποση.

Αυτό βοηθά στη χώνεψη, αποτρέπει την πολυφαγία, προετοιμάζει το στομάχι και αυξάνει τις αφομοιωτικές του δυνατότητες. Πολλοί θα έχουν διαβάσει για τον κίνδυνο που παρουσιάζεται κατά την χώνεψη των αμυλούχων τρο-

φών. Πρόκειται για το σχηματισμό καταρροής (συχνά το έλκος στομάχου αρχίζει από τη γαστρική καταρροή) και ο κίνδυνος αυτός μπορεί να αποφευχθεί σε μεγάλο βαθμό με την παραπεταμένη μάσηση. Όσο πιο πολύ μασάμε τόσο λιγότερο χρειαζόμαστε να φάμε και τόσο περισσότερο ωφελούμαστε.

3) Οι τροφές πρέπει να είναι ξηρές : Το γάλα δεν είναι όπως τα άλλα υγρά - θεωρείται τροφή - και επομένως δεν αντιβαίνει σε αυτόν τον κανόνα. Η ξηρή τροφή είναι λίγο πιο δύσκολο να χωνευτεί από τα μίγματα ξηρών και υγρών τροφών. Αυτή η δυσκολία ανατονώνει το στομάχι και το έντερο, εσωτερικά, γιατί σημαίνει ότι η υγρασία που απαιτείται για τη χώνευση προέρχεται από τους σιελογόνους αδένες και όχι από εξωτερικές πηγές. Η λήψη υγρών μαζί με το φαγητό εξασθενεί τα πεπτικά υγρά και έτσι περιορίζεται η αφομοίωση των μικροτέρων σωματιδίων τροφής.

4) Ποτέ λήψη τροφής όταν δεν υπάρχει αίσθημα πείνας : Όταν δεν υπάρχει το αίσθημα της πείνας, θα πρέπει να αποφεύγεται λήψη τροφής. Αυτό βέβαια είναι πολύ δύσκολο καθώς οικονομικοί λόγοι αναγκάζουν τους περισσότερους να τρώνε σε τακτικές ώρες και νιώθουν ένοχοι αν δεν φάνε κάποιο φαγητό που έχει ετοιμαστεί γι' αυτούς. Ακόμη το γεγονός ότι πολλοί λόγω φόρτου δουλειάς ακο-

λουθούντο διαιτολόγιο των αμαγείρευτων τροφών (σάντουιτς). Δυστυχώς όμως μία τέτοια δίαιτα συνήθως δεν προσφέρεται για τα πρώτα σημάδια θεραπείας του έλκους, οπότε δεν υπάρχει άλλη εκλογή από τα μαγειρευμένα φαγητά. Με την λήψη τροφής χωρίς να υπάρχει το αίσθημα της πείνας αρχίζουν οι περιπλοκές και το πεπτικό σύστημα ταλαιπωρείται, με αποτέλεσμα, τη δυσπεψία και το βαρύ στομάχι. Ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της θεραπείας, αυτό είναι εξαιρετικά ανεπιθύμητο, γιατί γίνεται μία προσπάθεια να δοθεί χρόνος στο στομάχι να θεραπευθεί, οπότε μία νέα διαταραχή παρεμποδίζει και καθυστερεί τη θεραπεία.

5) Δεν πρέπει να γίνεται υπερφόρτωση στο στομάχι: Όταν παραλείπεται ένα γεύμα και επιστρέφει η φυσιολογική πείνα δεν θα πρέπει στο επόμενο γεύμα να γίνει υπερφόρτωση στο στομάχι. Πολλοί το κάνουν αυτό για να αναπληρώσουν την ποσότητα φαγητού που έχασαν. Αυτό συχνά είναι αποτέλεσμα της διαδεδομένης πλάνης, ότι η δύναμη που νιώθει κανείς, είναι ανάλογη της ποσότητας τροφής που τρώει.

Σε σχέση όμως με αυτό το θέμα, πολύ πιο σημαντικοί παράγοντες είναι το είδος και η ποιότητα τροφής που αφομοιώνει κανείς, καθώς και η καλή λειτουργία του συστήματος αποβολής των αχρήστων του οργανισμού.

6) Δεν πρέπει να γίνεται λήψη τροφής όταν το στόμα είναι στεγνό : Όταν ο οργανισμός επιθυμεί πραγματικά τρο-

φή το στόμα υγραίνεται και τα υγρά αυξάνονται με τη θέα, τη γεύση και τη μυρωδιά ενός ορεκτικού γεύματος. Αν ο οργανισμός δεν επιθυμεί τροφή, όσο δειλεαστικό κι αν είναι το μαγεύρεμα και η εμφάνιση διακόσμηση της τροφής, το στόμα δεν υγραίνεται. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η τροφή πρέπει να αποφεύγεται.

Αυτοί είναι οι κανόνες του φαγητού που πρέπει να ακολουθούνται για καλή χώνεψη και που έχουν σχέση με τις ίδιες τις τροφές. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί και ένας ακόμη γενικός κανόνας που σχετίζεται περισσότερο με τα συναισθήματα. Η χώνεψη είναι μία περίπλοκη λειτουργία που επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες του διανοητικού, συναισθηματικού, φυσικού και χημικού συστήματος του οργανισμού.

Αν κάποιο από αυτά δεν είναι σε καλή κατάσταση εμφανίζονται συμπτώματα που αναγνωρίζονται εύκολα και που σημαίνουν ότι το πεπτικό σύστημα δεν είναι έτοιμο να δεχθεί τροφή. Για παράδειγμα, αν μετά από μία μέρα σκληρής δουλειάς νιώθει κανείς πολύ κουρασμένος, μπορεί να υπάρχει το αίσθημα της πείνας, αλλά ακόμα και η μάσηση της τροφής απαιτεί προσπάθεια. Σε τέτοιες περιπτώσεις δεν πρέπει να γίνει λήψη τροφής, γιατί το μυϊκό σύστημα του στομάχου είναι κουρασμένο και επομένως η χώνεψη ατελής. Αν όμως προηγηθεί ξεκούραση για λίγο, περίπου μισή ώρα, πριν σερβιριστεί το φαΐ, η χώνεψη θα γίνει ικανοποιητικά. Το ίδιο ισχύει όταν κάποιος είναι

συναισθηματικά αναστατωμένος. Μία παρατεινόμενη ανησυχία, μία έκρηξη θυμού, ένα σοκ από κάποιο ατύχημα, η οτιδήποτε άλλο μπορεί να διαταράξει τον συναισθηματικό έλεγχο του ατόμου. Όταν υπάρχει αναστάτωση και γίνεται λήψη λ.χ. τείου ή άλλου διεγερτικού για τυχόν αναζωογόνηση, μπορεί να έχει καταστροφικά αποτελέσματα για το στομάχι, γιατί τροφές ή υγρά που παίρνονται στη διάρκεια κάποιας συναισθηματικής αναστάτωσης, μέσα σε ένα πολύ μικρό χρονικό διάστημα γίνονται δηλητηριώδη μέσα στο στομάχι. Αν το στομάχι είναι σχετικά υγιές, το άτομο γρήγορα κάνει εμετό - μία σωτήρια αντίδραση. Από την άλλη μεριά όμως κάποιος που το στομάχι του δεν είναι και τόσο υγιές, δεν έχει αυτή την άμεση αντίδραση και τα δηλητηριώδη συστατικά απορροφούνται από τα έντερα.

Το φαγητό και το ποτό σε τέτοιες συνθήκες, είναι ένα από τα κύρια αίτια του έλκους. Οι στατιστικές έχουν δείξει ότι το φαγητό μετά από ένα σοβαρό έγκραμα προκαλεί κατευθείαν έλκος στομάχου. Και το ίδιο ισχύει για όλες τις μορφές συναισθηματικής αναστάτωσης.

Έτσι οι έξι βασικοί κανόνες που θα πρέπει να ξέρουν όλοι όσοι έχουν πεπτικά προβλήματα.

- 1) Ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής όταν υπάρχει κούραση ή αναστάτωση
- 2) Ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής όταν δεν υπάρχει το αίσθημα της πείνας, ακόμα κι αν είναι ώρα φαγητού.

- 3) Ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής όταν το στόμα είναι στεγνό
- 4) Μάσηση καλή για τις τροφές που περιέχουν άμυλο
- 5) Πρέπει να τρώγονται μόνο φυτικές τροφές
- 6) Πρέπει να τρώγονται οι τροφές όσο πιο ξηρές γίνονται.

Απαγορεύονται τα " όξινα " ποτά

Τα περισσότερα βιβλία υγιεινής συνιστούν να πίνουμε φρέσκους όξινους χυμούς το πρωί. Αυτό μπορεί να είναι καλό γενικά αλλά όχι και σε περιπτώσεις γαστρικού έλκους. Το άδειασμα ενός όξινου υγρού σε ένα ερεθισμένο στομάχι είναι λάθος, και συνήθως επιδεινώνει την κατάσταση. Έτσι αν το στομάχι παρουσιάζει οξύτητα, αποφεύγονται γενικά οι όξινοι φρουτοχυμοί από λεμόνι, μήλο, γκρεϊπφρουτ, πορτοκάλι και ανανά.

Από την άλλη μεριά, οι χυμοί χορταρικών εξάγονται κατευθείαν από το φυτό με εκχύμωση είναι έντονα αλκαλικοί, και μπορεί να πίνονται σε μικρές ποσότητες στην αρχή της αγωγής. Στην συνέχεια μπορούν να αυξηθούν καθώς προοδεύει η θεραπεία. (Η αλκαλικότητα τους ωστόσο μπορεί να είναι πολύ μεγάλη για ένα ευαίσθητο στομάχι. Ένα κουταλάκι του τσαγιού είναι αρκετό για αρχή, ώσπου να αποδειχθεί ότι οι χυμοί αυτοί είναι ανεκτοί στο στομάχι και μπορούν να πίνονται). Οι χυμοί από ξηρά φρούτα, όπως δαμάσκηνα, σύκα και σταφίδες, έχουν και αυτοί αλκαλι-

κή αντίδραση, με τον όρο να συνοδεύονται από μπόλικο νερό. Μπορούν να πίνονται σε μεγαλύτερες ποσότητες από τους χυμούς χορταρικών, γιατί γενικά είναι πιο εύγευστοι. Το τσαϊ και ο καφές στεγνώνουν το στομάχι και κάνουν το έλκος αναπόφευκτο. Πρέπει να αποφεύγονται τελείως.

ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

1) Γαστρεκτομή : Πρόκειται για την χειρουργική επέμβαση στα διαφορετικά τμήματα του στομάχου.

Ανάλογα με την έκταση διακρίνουμε ;

α) Τη αντρεκτομή : Σ' αυτή αφαιρείται το πυλωρικό άντρο και ακόμη καταργείται η γαστρική φάση της εκκρίσεως. Πάντοτε συνδυάζεται, όταν πρόκειται για 12/κο έλκος με βαγοτομή (διατομή των πνευμονογαστρικών) (βλέπετε σχήμα 56 μετά την σελίδα 73).

β) Την ευρεία γαστρεκτομή : Σ' αυτή αφαιρείται το 2/3 του στομάχου. Στην συνέχεια αποκαθίσταται η συνέχεια του πεπτικού σωλήνα με εγχείρηση κατά Billroth. Διακρίνουμε : Billroth I (σ' αυτή γίνεται τελικοτελική γαστρο-12/λοστομία) και Billroth II (σ' αυτή γίνεται γαστρο-

νησιτίδο - αναστόμωση). Ανάλογα με τα εύρος της αναστομωσης κατά την Billroth II έχουμε το τύπο polya (αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου τμήματος του δωδεκαδακτύλου) Ο δωδεκαδάκτυλος κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με τη νήστιδα πέρα από το δωδεκαδακτυλονηστιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο (βλέπετε σχήμα 56 και 57).

γ) Την υφαλική γαστρεκτομή. Σ' αυτή αφαιρείται σχεδόν ολόκληρο το στομάχι, εκτός από μία μικρή μοίρα προς το μείζον τόξο, αφ' ενός προς εξασφάλιση καλύτερης αναστόμωσης και αφ' ετέρου με την ελπίδα της πρόληψης εμφάνισης κακοήθους αναιμίας λόγω ελλείψεως του ενδογενή παράγοντα του Castle (σχήμα 56).

δ) Την ολική γαστρεκτομή. Σ' αυτή αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι και η συνέχεια αποκαθίσταται με οισοφαγονησιδοστομία. Η ενχείρηση αυτή για γαστρικό έλκος σήμερα δεν έχει θέση, εφαρμόζεται μόνο σε περίπτωση καρκίνου του στομάχου (βλέπετε σχήμα 56).

2) Βαγοτομή. Συνίσταται στην διατομή των Vagus (πνευμονογαστρικών) που κατά το στέλεχό τους ονομάζεται και στελεχιαία βαγοτομή. Σκοπός της είναι να καταργήσει την κεφαλική φάση της γαστρικής εκκρίσεως και για το λόγο αυτό προτιμάται σε έλκη του 12/λου (νευρογενή έλκη). Επει-

δή η στελεχιαία βαγοτομή αν εκτελεστεί μόνη της θα έχει σαν αποτέλεσμα το σπασμό και την στένωση του πυλωρού γι' αυτό συνδυάζεται είτε με γαστρο - εντερο - αναστόμωση (ΓΕΑ) είτε με πυλωροπλαστική είτε με αντρεκτομή. Η κύρια επιπλοκή των βαγοτομών είναι οι διάρροιες για το λόγο ότι στην βαγοτομή καταργείται η νεύρωση των χοληφόρων πόρων, της χοληδόχου κύστεως και του εντέρου. Για να το αποφύγουμε αυτό τελευταία, επιτελείται η εκλεκτική βαγοτομή όπου διατηρούνται οι κλάδοι του Vagus για την χοληδόχο και το έντερο. Προχώρησαν όμως περισσότερο και εκτελούν την υπερεκλεκτική βαγοτομή όπου διατηρείται η νεύρωση του πυλωρικού άντρου (πυλωρικός σφιγκτήρας). Σήμερα, συνήθως εκτελείται η βαγοτομή + πυλωροπλαστική ή βαγοτομή + αντρεκτομή + γαστρεντεροαναστόμωση (Billroth I ή II). Άρα βασικά για το 12/κο έλκος εκτελείται η διατομή των πνευμονογαστρικών, ενώ για το γαστρικό έλκος ή διατομή του πυλωρικού άντρου (μείωση της παραγόμενης γαστρίνης). (Βλέπετε σχήμα 53,54,55 και 68).

Επιπλοκές Γαστρεκτομής

Αυτές εμφανίζονται είτε τις πρώτες ημέρες μετά την εγχείρηση είτε μετά μία εβδομάδα είτε μετά από αρκετά χρόνια.

Οι εμφανιζόμενες τις πρώτες μετά την επέμβαση ημέρες είναι :

- 1) Αιμορραγία
- 2) Η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα
- 3) Η ρήξη του κολοβώματος ή η διάνοιξη της χειρουργικής ραφής.

Εμφανίζεται περί το τέλος της πρώτης μετεγχειρητικής εβδομάδος και εκδηλώνεται με σημεία περιτονίτιδας.

Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές μετά μερικές εβδομάδες από την επέμβαση είναι : 1) Το σύνδρομο της προσιούσης έλικος δηλαδή η αδυναμία κενώσεως της προσιούσης έλικος κατά την Billroth II επέμβαση. Οφείλεται στην στένωση του στομίου της παραπάνω έλικος. Οι κατά το γεύμα παραγομενες εκκρίσεις (παγκρεατικό υγρό - 12/κό υγρό - χολή), αθροιζόμενες διατείνουν την προσιούσα. Η αυξημένη όμως πίεση σ' αυτή, διανοίγει βίαια το στόμιο της και οι παραπάνω εκκρίσεις φέρονται στο στομάχι προκαλώντας βίαιο έμετο. Η συμπτωματολογία είναι :

- α) Επιγαστρικό άλγος, βάρος ή δυσφορία (μετά το γεύμα κυρίως)
- β) Ρουκετοειδείς, χολώδεις έμετοι, χωρίς καθόλου στοιχεία τροφής
- γ) Άμεση ανακούφιση μετά το έμετο

Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές μετά από αρκετά χρόνια από την επέμβαση.

1) Η υπότροπή του έλκους : Η συχνότητα αυτής είναι στην μερική γαστρεκτομή 2-3%, στην βαγοτομή + αντρεκτομή είναι περίπου το 1% στην γαστρεντεροαναστόμωση ή πυλωροπλαστική είναι περίπου 5%. Εμφανίζεται συνήθως στα μέσα της πρώτης διαιτίας από την επέμβαση. Η ακτινολογική και η γαστροσκοπική απόδειξη του έλκους της αναστομώσεως είναι συνήθως λίγο δυσχερής. Η θεραπεία είναι η νέα επέμβαση.

2) Το σύνδρομο Dumping. Αυτό είναι, κυρίως επιπλοκή της κατά Billroth II εγχειρήσεως (19%). Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων όπως επιγαστρική δυσφορία ή άλγος, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, αδυναμίας, τρόμου, πτώσεως της αρτηριακής πίεσεως, ψυχροί ιδρώτες, λιποθυμικές τάσεις και επομένως λιποθυμία. Τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται απευθείας ή αμέσως μετά την λήψη τροφής (κυρίως υδατάνθρακες). Σύμφωνα με τη σημερινή άποψη, τα συμπτώματα του συνδρόμου βασικά οφείλονται στην ταχεία κένωση του περιεχομένου του στομάχου προς το έντερο, λόγω ελλείψεως του ρυθμιστικού συστήματος του πυλωρού. Επομένως στο έντερο εισέρχεται ταχέως υπέρτονο διάλυμα (τροφές κλπ) το οποίο μετατρέπεται σε ισότονο με την μετακίνηση υγρού από το πλάσμα προς το αυλό του εντέρου. Έτσι όμως προκαλείται μία απότομη μείωση του όγκου του αίματος (κυκλοφορούντας αίματος) και έχουμε επομένως ολιγαϊμικό shock. Η θεραπεία είναι συντηρητική, εκτός των σοβαρών περιπτώσεων, όπου γίνονται διαφόρου τύπου επεμβάσεις που αποσκοπούν στην

επιβράδυνση της κενώσεως του στομάχου.

3) Υπογλυκαιμία. Αυτή παλαιότερα αναφέρονταν ως Dumping II ή άψιμο Dumping. Εκδηλώνεται 1 1/2 - 3 ώρες μετά το γεύμα τα συμπτώματα είναι αδυναμία, τρόμος, ταχυκαρδία, ψυχροί ιδρώτες. Η διάκριση του Dumping γίνεται ανάλογα με το χρόνο εμφάνισέως του. Ο μηχανισμός που το προκαλεί είναι άγνωστος. Η θεραπεία συνίσταται σε μικρά - συχνά γεύματα και περιορισμό των υδατανθράκων.

4) Η_στεατιόρροια. Εμφανίζεται στο 30% - 40% των γαστρεκτομηθέντων. Έχουν ενοχοποιηθεί όσον αφορά την αιτιολογία της η ταχεία κένωση του στομάχου και η ταχεία διάβαση των τροφών στο έντερο, η παράκαμψη περιοχών που έχουν μεγάλη απορροφητική ικανότητα (12/λο, τμήμα της νίστιδας) όπως και η κακή μείξη τροφών και πεπτικών υγρών.

5) Η_οστεομαλακία_ή_οστεοπόρωση. Είναι αποτέλεσμα της μειωμένης απορρόφησης βιταμίνης D, Ca και λευκωμάτων. Η βιταμίνη D όπως είναι γνωστό είναι λιποδιαλυτή. Επομένως, η μη καλή μείξη της χολής με τις τροφές έχει σαν αποτέλεσμα η βιταμίνη D να μην απορροφάται καλά.

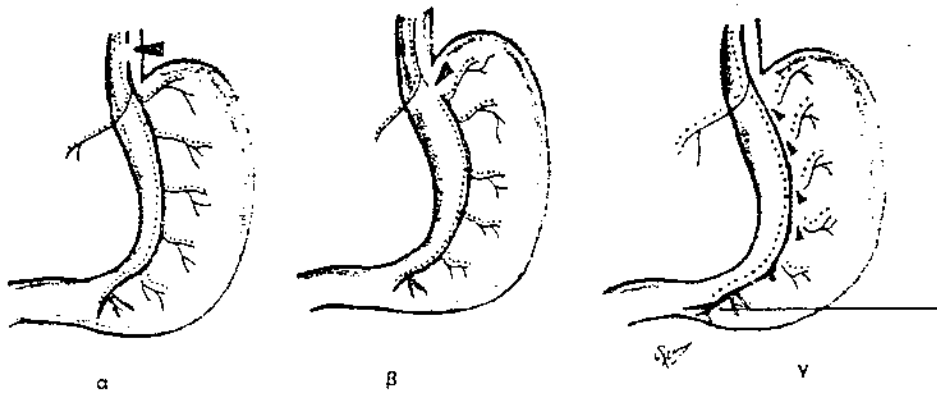
6) Η_αναιμία. Αυτή είναι α) Σιδηροπενική (κυρίως) λόγω πλημμελούς απορρόφησης του σιδήρου και λανθάνουσας απώλειας αίματος. Αυτά γιατί διαταράσσεται η μετατροπή του Fe^{+++} σε Fe^{++} από το HCl. Αφ' ετέρου σε εγχείρηση τύπου Billroth II παρακάμπεται το 12/λο, όπου γίνεται

κυρίως η απορρόφηση του σιδήρου.

β) Μεγαλοβλαστική : Παρατηρείται σε υφολική ή ολική γαστρεκτομή και οφείλεται στην μη απορρόφηση της B_{12} λόγω ελλείψεως του ενδογενή παράγοντα του Castle.

γ) Η απώλεια βάρους : Αποδίδεται σε μειωμένη λήψη τροφής, λόγω ανορεξίας ή στην εμφάνιση μετά τα γεύματα συνδρόμων, και στην ελαττωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών.

Είδη βαγοτομής



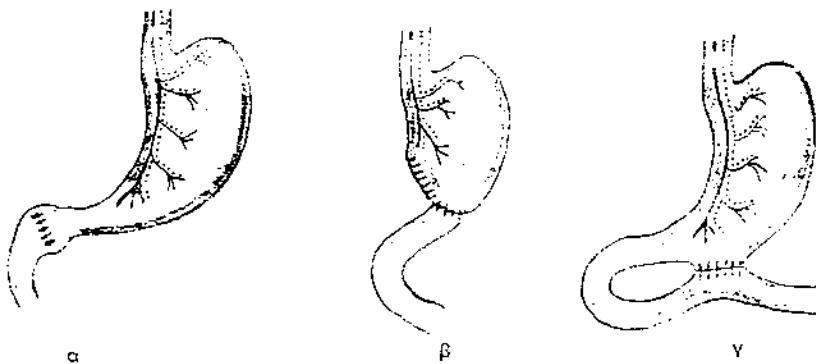
α. Στελεχιαία
βαγοτομή

β. Εκλεκτική
βαγοτομή

γ. Υπερεκλεκτική
βαγοτομή

Διατηρείται
το νεύρο
του Latarget

Σχήμα 53



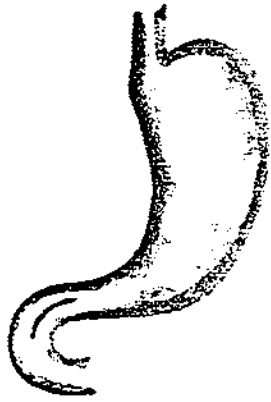
α) Βαγοτομή +
πυλωοπλαστική

β) Βαγοτομή +
αντρεκτομή

γ) Βαγοτομή + Γ.Ε.Α.

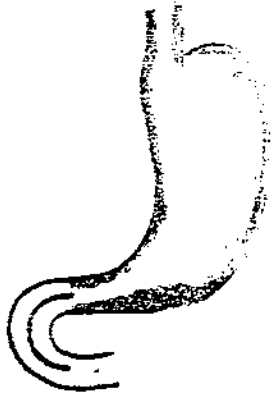
Σχήμα 54. Συνδυασμός βαγοτομής και μιας
παροχετευτικής επέμβασης

Είδη πλωροπλαστικής



Πλωροπλαστική
κατά
Heineke-Mikulitz

α/α



Πλωροπλαστική
κατά
Finney

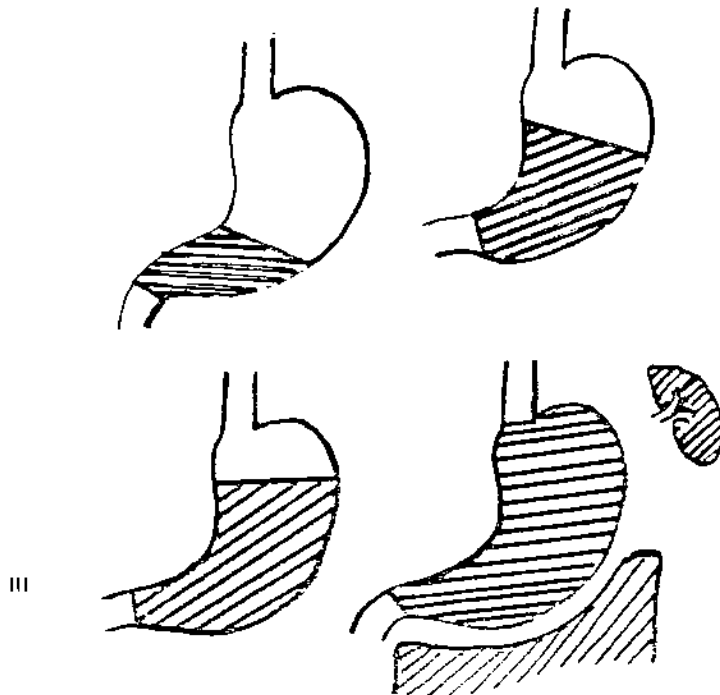
β/β



Πλωροπλαστική
κατά
Jaboulay

γ/γ

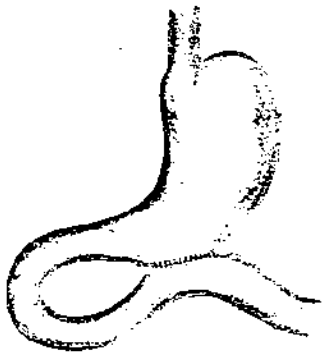
(Σχήμα 55)



- Γαστρεκτομές
 I. Αντρεκτομή
 II. Ευρεία
 γαστρεκτομή (2/3)
 III. Υφολική
 γαστρεκτομή (3/4)
 IV. Ολική
 γαστρεκτομή
 (συναφαίρεση
 σπλήνα και
 μείζονος επιπλόου)

Σχήμα 56

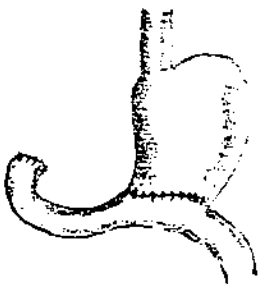
Απλή Γ.Ε.Α.
 (Γαστροεντερο-
 αναστόμωση)



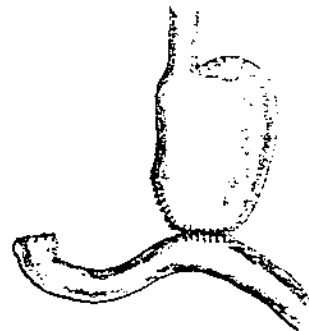
Γαστρεκτομή
 Billroth I



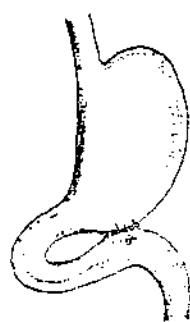
Γαστρεκτομή
 Billroth II
 με Γ.Ε.Α. κατά
 Reichel-Polya



Γαστρεκτομή
 Billroth II
 με Γ.Ε.Α. κατά
 Hoffmeister-
 Finsterer
 (το γαστρικό
 κολόβωμα
 συρράπτεται
 μερικώς και
 το υπόλοιπον
 αναστομύεται
 μετά της νήστιδος)



Σχήμα 57



Γ.Ε.Α.
34%



Βαγοτομή +
πυλωροπλαστική
2.5 - 25%



Υφολική
γαστρεκτομή
0.15 - 15%



Βαγοτομή +
αντρεκτομή
0.5-2%

Σχήμα 68. Συχνότητα ανάπτυξης αναστομωτικού έλκους ανάλογα με το είδος της προηγηθείσας επέμβασης.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από γαστρικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή συνίσταται στην 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 του στομάχου είναι οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.

Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ελκοπαθείς είναι :

- 1) Κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία).
- 2) Θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία, έμετοι).
- 3) Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δονητικά)
- 4) Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους)
- 5) Μείωση άνεσης (πόνος)

- 6) Πόνος, αγωνία
- 7) Προβλήματα προσωπικότητας
- 8) Προβλήματα χρονιότητας της νόσου

Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας

1) Άμεσοι :

- α) Απαλλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετοι)
- β) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
- γ) Διατήρηση επαρκούς θρέψης
- δ) Προαγωγή επούλωσης του έλκους

2) Μακροπρόθεσμοι

- α) Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής του ή επιπλοκών
- β) Μείωση καταστάσεων stress στο σπίτι και στον χώρο της δουλειάς.
- γ) Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγματεύσεως για χειρισμό του stress.

Νοσηλευτική Παρέμβαση

- α) Ανακούφιση από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμε-

τοι).

1) Διαιτητική θεραπεία : Συχνά και μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί ν'ανεχθεί ο άρρωστος. Για την απορρόφηση των οξέων που πλεονάζουν. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό, και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως τα πορτοκιά. Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σε ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά ανάμεσα τους και ένα μικρό πριν από τον ύπνο. Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυκτερινό πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

2) Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέως, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας.

- Χορηγούνται αντιόξινα φάρμακα : Αυτά δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού και ανακουφίζουν τον άρρωστο από τα συμπτώματα. Κύρια σκευάσματα που χρησιμοποιούνται είναι το Gelusil

και τα Deīcid όπου πρόκειται για συνδυασμό των ομάδων απο τα αντιόξινα που προκαλούν επιπλοκές (διάρροια - δυσκοιλιότητα). Τέτοια είναι το Amphogel και το Maalox, που αν χορηγηθούν το καθένα μόνο του προκαλούν δυσκοιλιότητα, το Amphogel, και διάρροια το Maalox μετά από συχνές δόσεις. Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων, γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου (Mylanta) και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

- Χορηγούνται αντιχολινεργικά φάρμακα για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία, εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Γι' αυτό γίνεται επαρκή ενυδάτωση του αρρώστου και μέτρηση ούρων 24ώρου για την εξουδετέρωση των παρενεργειών. Και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

- Χορηγούνται ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλανδινών, και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκάριζας, καθώς και το βισμούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. Ο μηχανισμός όμως της δράσης τους δεν είναι γνωστός.

β) Μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων

- Συχνή επαφή με τον άρρωστο και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου ο ασθενής θα συζητήσει προσωπικά του θέματα.

- Έμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίηση φυσικών του αναγκών, οικονομικών, επαγγελματικών κλπ.

- Κατανόηση του άρρώστου ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.

- Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress μαζί με τον άρρωστο και την οικογένεια του.

- Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress και βοήθεια του άρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους.

- Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων (σαλικυλικά - ρεζερπίνη - φαινυλβουταζόνη - ισταμίνη - ινδομεθακίνη και το σινχοφέν) που προδιαθέτουν το έλκος και προειδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο. αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένα από το γιατρό.

- Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του διαιτολογίου

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

Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνο ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν το ύπνο.

γ) Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων, για την πρόληψη επιπλοκών

Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μία εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, ώσπου να επουλωθεί το έλκος. Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα, γίνεται επανάληψη του ακτινολογικού ελέγχου για διαπίστωση της επούλωσης. Στο γαστρικό έλκος, η αποτυχία κλινικής βελτίωσης και ακτινολογικής βελτίωσης του κρατήρα του έλκους μέσα σε 3-4 εβδομάδες με προσεκτικό θεραπευτικό σχήμα, υποδηλώνει γαστρική κακοήθεια. Έτσι κατά την διάρκεια της θεραπείας του ελκοπαθούς γίνεται σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας του, για εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου με σκοπό να αποφύγει τον κίνδυνο των επιπλοκών.

- Διδασκαλία : α) αιτιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας. Δηλαδή όλα τα φάρμακα που παίρνει έχουν σκοπό την εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέως, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας του στομάχου και τη μείωση του άγχους, β) του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να ανα-

φέρονται όταν συμβαίνουν . Δηλαδή ο άρρωστος πρέπει να ξέρει ότι θα έχει κάποιο αποτέλεσμα η χρήση των φαρμάκων που παίρνει μόνο όταν ακολουθεί σωστά και πιστά την δοσολογία και το χρόνο χορήγησης τους, όπως ότι, όλα τα φάρμακα που αποβλέπουν στην εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέως που εκκρίνεται στο στομάχι πρέπει να παίρνονται μετά το φαγητό ή κατά την διάρκεια του φαγητού και πριν από το βραδινό ύπνο. Και στην κατάλληλη δόση, προειδοποίηση του αρρώστου για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων (διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας). γ) Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά τη δίαιτα : Όπως κατά κύριο λόγο το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Προτιμούνται οι λευκωματούχες τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες) οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού εφόσον δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου. Από την φύση του το διαιτολόγιο στρέφεται βιταμίνη C γι' αυτό συνιστάται στον ασθενή να πίνει χυμό πορτοκαλιού και να τρώει άλλα φρούτα, Ακόμη, προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως.

Να αποφεύγει τους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή δίαιτα και απρογραμματιστή λήψη των γευμάτων, ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλης ή τσιγάρου, συγκινησιακό stress

και λοιμώξεις, ειδικά των ανωτέρω αναπνευστικών οδών.
Έτσι εξηγείται στον άρρωστο η χρόνια και υποτροπιάζουσα φύση της νόσου και προειδοποιείται για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Υποτροπή και επιπλοκές του Γαστρικού Έλκους

Αν όμως ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η κατάσταση του αρρώστου κάνει την χειρουργική επέμβαση μεγάλη απειλή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του στομάχου γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτηρίων και θεμελίων κυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση της έκκρισης της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέως.

Σε οποιοδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του γαστρικού έλκους ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές που είναι :

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1. Γαστρορραγία : Είναι η συχνότερη επιπλοκή του γαστρικού έλκους και αυτή ευθύνεται για το 40% των θανάτων που έχουν γαστρικό έλκος.

Κλινική εικόνα : Η γαστρορραγία εκδηλώνεται είτε με

την μορφή αιματηρών εμεσμάτων είτε μέλαινες κενώσεις. Η αιματίμεση είναι δυνατόν να είναι μικρή με αναγωγή μικρής ποσότητας καφεοειδές υγρού είτε μεγάλη με έμετο, ζωηρού ερυθρού αίματος και πήγματα. Η αποβολή αίματος από το ορθό, αν είναι μικρή γίνεται διάγνωση με την αντίδραση Mayer (ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα). Αν είναι μέτρια έχουμε μικρές μέλαινες κενώσεις. Αν είναι μεγάλη έχουμε άφθονες πολτώδεις μέλαινες κενώσεις με ερυθρά παρυφή. Σε κατακλυσμιαία αιμορραγία, επειδή δεν δίνεται χρόνος στο πεπτικό σωλήνα να πέψει το αίμα, αυτό αποβάλλεται ερυθρό. Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι συνάρτηση του ποσού που αποβάλλεται το αίμα και την ταχύτητα που αποβάλλεται. Σε ταχεία απώλεια μεγάλης ή μέτριας ποσότητας έχουμε shock. Σε μικρή, μη επαναλαμβανόμενη αιμορραγία, ο ασθενής δεν την αισθάνεται. Σε μικρή και χρόνια απώλεια αίματος έχουμε συμπτώματα υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας (ζάλη, εύκολη κόπωση).

Παρακλινική διερεύνηση : α) Ο προσδιορισμός Ht και Hb αίματος. Αυτά μειώνονται αλλά όχι αμέσως. Η βαρύτητα της καταστάσεως δεν γίνεται απ'αυτά, εφ'όσον υφίσταται αιμοσυμπύκνωση, β) Mayer κοπράνων : Διαπιστώνεται αν συνεχίζεται η αιμορραγία, γ) Θυρία αίματος : Αυξάνεται λόγω απορροφήσεως αζωτούχων προϊόντων διασπάσεως του αίματος στο έντερο.

Διαφοροδιάγνωση : Θα γίνει από τις ακόλουθες παθήσεις :

- 1) Ρήξη κιστών οισοφάγου
- 2) Νεοπλάσματα στομάχου
- 3) Αιμορραγική γαστρίτιδα (από ουραιμία, ασπιρίνη)
και οξέα έλκη
- 4) Σύνδρομο Mallory - weiss (ρωγμές του βλεννόγονου
της καρδιοοισοφαγικής χώρας συνέπεια βίαιων ερυγών και
εμέτων)
- 5) Κύλες οισοφαγικού τρήματος
- 6) Ρήξη ανευρίσματος κοιλιακής αορτής μέσα στο πεπτικό
σωλήνα.
- 7) Γενικά νοσήματα (αμυλοείδωση, πολλαπλούν μυέλωμα,
αιμορραγική διάθεση).
- 8) Νοσήματα του αίματος (λευχαιμία, Hodgkin, πολυκυ-
τταραιμία).

Θεραπεία : Αν υπάρχει καταπληξία ο ελκοπαθής εμφανίζει
τα ακόλουθα συμπτώματα : Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αι-
σθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και
αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πιέ-
σεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς
ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων,
εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock
είναι : Ξάπλωμα του αρρώστου χωρίς μαξιλάρι στο κεφάλι

και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού 55° - 60° C, προς αποφυγή εγκαυμάτων) που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορισμός των κινήσεως του ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή Ιατρού.

Βασικά ακολουθείται η εξής αγωγή : Τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας (Levin) προς κένωση του στομάχου και πλύση αυτού με παγωμένο φυσιολογικό ορό. Χορηγούνται ηρεμιστικά για την καταστολή του άγχους και αρχίζει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Διατηρείται πάντα μία φλέβα ανοικτή (τοποθετούμε φλεβοκαθετήρα) και σε χαμηλό Ht χορηγούμε αίμα. Σε συνεχιζόμενη υποτροπιάζουσα αιμορραγία επιβάλλεται η χειρουργική επέμβαση.

2. Διάρτηση : Γίνεται, όταν το έλκος διαβρώσει ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου, μέχρι και τον ορογόνο χιτώνα. Ακόμα το πάχος και η εκκροή του περιεχομένου στην περιτοναϊκή κοιλότητα λέγεται ελεύθερη διάρτηση. Πολλές φορές όμως η εκκροή του περιεχομένου παρεμποδίζεται όπως σε περίπτωση χρόνιου έλκους, από την δημιουργία συμφύσεων και το υγρό που εκκρίνεται περιορίζεται σε ένα μικρό χώρο (συγκεκαλυμμένη διάρτηση)

Κλινική εικόνα : Συμπτώματα : Ο ασθενής παρουσιάζει αιφνίδιο - έντονο και συνεχή άλγος στο επιγάστριο. Αυτό οφείλεται στο χημικό ερεθισμό του περιτόναιου από το όξινο γαστρικό υγρό. Είναι δυνατόν να έχουμε ναυτία ή και εμέτους. Μετά από δύο ώρες από την εμφάνιση του πόνου ο πόνος μικραίνει και η γενική κατάσταση βελτιώνεται (αυτό οφείλεται στο ότι τα στομαχικά υγρά αραιώνουν από το αντιδραστικό εκκρινόμενο περιτοναϊκό υγρό). Τέλος, μετά το στάδιο της ελάττωσης του πόνου, εγκαθίσταται το στάδιο της γενικευμένης περιτονίτιδας με διάχυτους κοιλιακούς πόνους και αλλεπάλληλους εμέτους.

Με αντικειμενική εξέταση βρίσκουμε τα ακόλουθα σημεία :

α) Στο στάδιο του περιτοναϊκού ερεθισμού (κατά την ώρα της διάτρησης)

- Κατά την επισκόπηση παρατηρείται ότι : Ο ασθενής έχει όψη βαριά πάσχοντα, αγωνιώδη έκφραση και παραμένει ακίνητος με τους μηρούς λυγισμένους (μία οποιαδήποτε κίνησή του αυξάνει τον πόνο). Παρατηρούμε ωχρότητα, εφίδρωση. Η κοιλιά εμφανίζεται σκαφοειδής (γίνεται σύσπαση των κοιλιακών μυών) και η κοιλιακή αναπνοή είναι πεσμένη.

- Ακροαστικά : Τίποτε το αξιόλογο

- Επικρουστικά : Εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας,

συνέπεια η άθροιση αέρα από τα ημιδιαφράγματα.

- Ψηλάφηση : Η κοιλιά είναι επώδυνη (ιδίως στο επιγάστριο), σανιδώδης, τα άκρα ψυχρά, σφυγμός μικρός και βραδύς, ο βραδύς σφυγμός είναι το αποτέλεσμα ερεθισμού του πνευμονογαστρικού, το οποίο ερεθίζεται από τα εκκρίνοντα στομαχικά υγρά.

β) Στη φάση ηρεμίας τα επιγαστρικά ευρήματα είναι δυνατό να ελαττωθούν. Κατά το στάδιο αυτό είναι δυνατό να βρεθεί ευαισθησία ή και σύσπαση στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, που οφείλεται στη κάθοδο του γαστρικού περιεχομένου στη δεξιά παρακολική αύλακα και τη συσσώρευση του στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

γ) Στο στάδιο της γενικευμένης περιτονίτιδας η κοιλιά διατείνεται και καθίσταται μαλακή και οι εντερικοί ήχοι εξαφανίζονται (παραλυτικός ειλεός - σιγή τάφου).

Παρακλινική διερεύνηση: Με την απλή ακτινογραφία κοιλίας στη ορθή θέση διαπιστώνεται αέρας από το δεξιό ημιδιάφραγμα, ως μηνοειδή διαύγαση.

Θεραπεία : Συνίσταται η άμεση χειρουργική επέμβαση όπου συνήθως περιλαμβάνει και εγχείρηση ταυτόχρονη για το έλκος. Σε λιγότερο επιβεβαρωμένους ασθενείς ακολουθείται συντηρητική αγωγή (αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου με Levin, παυσίπονα, οροί και παρεντερική σίτιση) και η εγχείρηση αναβάλλεται για αργότερα.

3. Πυλωρική Στένωση : Είναι αποτέλεσμα της ρίχνωσης και ουλοποίησης του πυλωρού. Η παρουσία ενός ενεργού έλκους κοντά στο πυλωρό οδηγεί σε σπασμό του και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στη δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό. Πυλωρική στένωση μπορεί να προκαλέσει και η εμφάνιση νεοπλάσματος στο σώμα του στομάχου ή στον πυλωρό. Αρχικά το στομάχι με αύξηση του περισταλτισμού του κατορθώνει να υπερνικήσει την στένωση και να προωθήσει το περιεχόμενό του, αργότερα όμως το στομάχι διατείνεται μη μπορώντας να νικήσει την στένωση.

Κλινική εικόνα : Η εγκατάσταση της στένωσης εκδηλώνεται με αλλαγή του ρυθμού των ενοχλημάτων του ασθενή. Ο ασθενής εμφανίζει αίσθημα πληρώσεως κατά το επιγάστριο που επιτείνεται με την λήψη τροφής. Επίσης εμφανίζει εμετους τροφοειδείς, με τροφές της προηγούμενης μέρας. Έχει το αίσθημα της δίψας (λόγω αφυδάτωσης) και μυϊκή αδυναμία

Πρόκειται για άτομα ισχνά, καχεκτικά, ως και λίγο αφυδατωμένα. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου παρατηρείται έντονος περισταλτισμός του στομάχου (από αριστερά προς τα δεξιά και κάτω), διάταση του επιγάστριου ή και ολόκληρης της κοιλιάς ανάλογα με το βαθμό διάτασης του στομάχου. Επίσης η απότομη μετακίνηση του ασθενή προκαλεί παφλασμό από τα άφθονα υγρά που βρίσκονται στο στομάχι. Εμφανίζεται αυξημένη νευρομυϊκή διέγερση που φθάνει

μέχρι τετανισμό, λόγω της αλκαλικότητας ή διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, λόγω της καλιοπενίας.

Παθοφυσιολογία : Λόγω των εμετών ο ασθενής χάνει H_2O , H^+ , Cl^- , K^+ και N^+ . Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η δημιουργία ισότονης αφυδάτωσης, ολιγαιμίας και μεταβολικής αλκάλωσης. Συνέπεια της ολιγαιμίας έχουμε μείωση της διούρησης, μέτρια αύξηση της ουρίας του αίματος, αύξηση του ειδικού βάρους των ούρων. Συνέπεια της ολιγαιμίας και αφυδάτωσης έχουμε ενδοκυττάρια αφυδάτωση λόγω του ότι το H_2O στα κύτταρα μετακινείται προς το εξωκυττάριο χώρο. Επίσης προκύπτει καλιοπενία, εφόσον χάνεται

κάλιο όχι μόνο με τους εμετούς αλλά και με τα ούρα που περιέχουν αρκετούς διττάνθρακες. (Ένωση ούρων και διττανθρακικών).

Παρακλινική διερεύνηση : Βρίσκουμε αύξηση του αιματοκρίτη (αιματοσυμπύκνωση), υποχρωμία, υποκαλιαιμία, υπονατρίαίμια, ούρα λίγα, πυκνά, υψηλό ειδικό βάρος.

Ακτινολογικά εξεταζόμενο το στομάχι. Βρίσκεται πλήρης υγρών και τροφής, διατεταμένο μπορεί να φθάνει μέχρι την ηβική σύμφυση. Παρατηρείται καμμία ή μικρή διάβαση της σκιεράς ουσίας από το πυλωρό.

Θεραπεία : Αρχικά προσπαθούμε να βελτιώσουμε την γενική κατάσταση του ασθενή (διόρθωση υδατικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών) και στην συνέχεια προβαίνουμε σε χειρουργική αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου. Οι σπουδαιό-

τεροι τύποι επεμβάσεως είναι :

α) Διατομή του Vagus μετά γαστρεκτομής και γαστρο -
12/κής αναστόμωσης

β) Βαγοτομή και πυλωροπλαστική κατά Mikulitz,

γ) Αντρεκτομή κ.α.

4) Κακοήθης εξαλλαγή : Πρόκειται για επιπλοκή που αφο-
ρά το γαστρικό έλκος. Υπάρχουν διαφωνίες εφ'όσον από πολ-
λούς πιστεύεται ότι το έλκος στομάχου δεν εξελίσσεται σε
κακοήθη όγκο, αλλά ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται
από την αρχή κατευθείαν ως καρκίνος, ο οποίος όταν έχει
ελκωτική μορφή είναι πολύ δύσκολο να διακριθεί από το έλ-
κος. Το ποσοστό εξαλλαγής του γαστρικού έλκους σε καρκί-
νο ανέρχεται σε 9,2%.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι με γαστρικό έλκος
δέχονται συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ικανοποιητικά
αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλ-
κους πρέπει να χειρουργούνται (Οι επιπλοκές είναι αυτές
που αναφέρονται παραπάνω όπως : η γαστρορραγία, η διάτρη-
ση, η πυλωρική στένωση και η κακοήθης εξαλλαγή του έλκους).

Ακόμα εγχείρηση συνίσταται σε αρρώστους που ενοχλούνται πολύ από τα συμπτώματα του έλκους και στους οποίους η συντηρητική αγωγή δεν έχει άμεση επίδραση.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

A. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

1) Τόνωση του ηθικού :

- Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας, του φόβου και των αισθημάτων κατάθλιψης που δημιουργούνται στον άρρωστο, λόγω των σκέψεων που κάνει σχετικά με το ότι η επέμβαση θα αποτύχει και το τι θα απογίνει η οικογένεια του τα παιδιά του κ.τ.λ. Ακόμη ο φόβος και η ανησυχία οφείλονται σε άγνοια και προκατάληψη σχετικά με την επέμβαση.

- Ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών του ασθενή και εξασφάλιση της εμπιστοσύνης του για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται, αυτό επιτυγχάνεται με το να απαντιούνται όλα τα ερωτήματα του αρρώστου, καθώς και με την προετοιμασία του ασθενούς με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλίες.

- Κατανόηση και συμερισμό της θέσης του ασθενή.

2) Τόνωση σωματική :

Εφαρμογή δίαιτας ελκοπαθούς μέχρι 24ώρες πριν απο την επέμβαση (διαιτολόγιο πλούσιο σε λευκώματα και υδατάνθρακες χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες για την εξουδετέρωση των οξέων).

Συμπληρώματα βιταμινών ειδικά στον άρρωστο που θα υποστεί επέμβαση λόγω πυλωρικής στένωσης γιατί παρουσιάζει σοβαρές ένδειες εξαιτίας των εμετών. Και για το λόγο ότι το διαιτολόγιο στερείται βιταμίνη C γίνεται λήψη από το στόμα 2000 mg βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης. Σε περίπτωση που το άτομο είναι αρκετά εξασθενημένο, γίνεται για την τόνωση του οργανισμού, παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκώματα - βιταμίνες) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος - ηλεκτρολυτών). Για το λόγο ότι ο ασθενής χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους εμετούς δίνεται μεγάλη προσοχή κατά την προεγχειρητική ετοιμασία στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

Την προηγούμενη της ενχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά (τροφές χωρίς πολλά υπολείμματα). Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά ενδοφλέβια. Όπως και σε ασθενή που δεν παίρνει τίποτε από το στόμα ως την στιγμή της

χειρουργικής επέμβασης (ασθενής με γαστροραγία). Ακολουθεί πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανόν να χρησιμοποιηθεί ειδική αντλία για την αφαίρεση παχύρρευστου υπολείμματος. Το πρωί της ημέρας της επέμβασης, γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού.

3) Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές) :

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από :

α) Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

β) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

γ) Λήψη καρδιογραφήματος και κατόπιν η εκτίμηση του από καρδιολόγο.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από την επέμβαση είναι :

α) Εξέταση αίματος : Γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος,

ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και

β) Γενική ούρων

- Αφού παρθεί οριστική απόφαση για την επέμβαση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

Με την εξέταση αυτή που κάνει ο αναισθησιολόγος την απογευματινή ώρα της παραμονής της ενχειρήσεως αποβλέπει στο να καθορίσει το είδος της νάρκωσης (τοπική, γενική) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών που θα χρησιμοποιηθούν καθώς και την λήψη αποφάσεως, κατά πόσο ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση.

Ακόμη το test πενικιλίνης που γίνεται στον άρρωστο για το αν είναι αλλεργικός στα διάφορα φάρμακα (αντιβιώσεις - ναρκωτικά).

4) Καθαριότητα του ασθενούς :

α) Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα

Αποβλέπει :

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.

- Στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα όμως δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού, καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου. Συνήθως δίνεται ως καθαρτικό το Εξ-πρέπ που είναι σε υγρή μορφή.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέως εντέρου. Σαν υποκλυσμός συχνά χρησιμοποιείται ο χαμηλός υποκλεισμός το Ένεμα αλλά αυτό εξαρτάται συνήθως από το είδος της επεμβάσεως, σε επέμβαση ελκοπαθούς γίνεται Ένεμα συνήθως .

β) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς

- Λουτρό καθαριότητας : Το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαυτο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος έτσι ώστε να μην κρυώσει. Το λουτρό προ της εγχειρήσεως αποβλέπει όχι μόνο στην καθαριότητα του δέρματος αλλά συγχρόνως και στην απολύμανσή του. Αυτό γίνεται με βούρτσα νυχιών και αντισηπτική σαπουνούχο ουσία όπως phisohex κ.α.

Κατά το διάστημα του λουτρού γίνεται προσεκτική κα-

θαριότητα ορισμένων σημείων, όπως του ομφαλού.

- Υγιεινή του στόματος : Αυτό επιτυγχάνεται με την καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

5) Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου :

Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί στον άρρωστο φόβο και αγωνία, που μπορεί να είναι τόσο έντονα ώστε ο άρρωστος να έχει αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτει στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή αϋπνίας, και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

6) Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών

B. Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Πρόκειται για προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου έτσι ονομάζεται η κοιλιακή χώρα σε όλη την έκτασή της γύρω από το σημείο της τομής, όπου γίνεται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνα για μολύνσεις.

Γ. Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Περιλαμβάνει :

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασως του ασθενούς

Γίνεται το πρωί θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση του ασθενή για τυχόν παρέκκλιση τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενή

Μισή ώρα πριν από την επέμβαση ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να κενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι.

Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοικτό στο πίσω μέρος) και σκούφο (για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής).

Αφού ο αρρωστος βγάλει ή του αφαιρεθούν όλα τα ρούχα του (νυχτικό ή πυζάμες) καθώς και τα εσώρουχα του, φοράει τα ρούχα του χειρουργείου. Πριν φορέσει το σκούφο αφαιρούνται οι φουρκέτες, κοκαλάκια, τσιμπίδια κτλ. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα του ασθενή και τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊστάμενη του τμήματος.

Υπενθυμίζονται στον ασθενή οι μετεγχειρητικές ασκήσεις

που πρέπει να κάνει, κυρίως τις αναπνευστικές, καθώς και των άκρων.

γ) Προνάρκωση

Γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της ενχειρήσεως . Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο.

Όλες οι βασικές ενέργειες που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του Ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο αερίζεται ο θάλαμος, ετοιμάζεται το κρεβάτι και το κομοδίνο του ασθενή.

Όσο αφορά το κρεβάτι

- Πρέπει να είναι ζεστό για την αποφυγή μετεγχειρητικής πνευμονίας. Γι' αυτό χρησιμοποιούνται δύο κουβέρτες κατά το στρώσιμο του κρεβατιού ενώ συγχρόνως τοποθετεί-

ται θερμοφώρα, αν κάνει κρύο.

- Δεν χρησιμοποιείται μαξιλάρι στο κεφάλι του ασθενή για το λόγο ταχύτερης αποβολής του ναρκωτικού. Και χρησιμοποιείται το μαξιλάρι στο πάνω κινκλίδωμα του κρεβατιού, για την αποφυγή χτυπήματος του ασθενή από τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

- Είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενή από το φορείο.

- Στρώνεται αδιάβροχο στη μέση του κρεβατιού και αδιάβροχο κεφαλής, καθώς και πετσέτα προσώπου στα κλινοσκεπάσματα για τυχόν εμετούς.

Όσο αφορά το κομοδίνο .

Τοποθετείται ποτήρι με port cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι και μία χάρτινη σακκούλα κολλημένη στο μπροστινό άκρο του κομοδίνου, δίπλα στο κρεβάτι.

Η Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα στοχεύει :

α) Στην ανακούφιση του αρρώστου από το μετεγχειρητικό πόνο και δυσφορία

Αυτό επιτυγχάνεται :

- Με τη χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών
- Με τη χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη τραυματικών μολύνσεων.

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση

- Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι

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

- Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παρεντέψεων (Levin, τραύματος, καθετήρας) και ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών γιατί βοηθά πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου. Ακόμη γίνεται αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα στην αρχή, κάθε μισή ώρα και μετά, τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μία ώρα, αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στοιβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη, αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.

- Ικανοποίηση των φυσικών, συναισθηματικών και ψυχικών αναγκών του αρρώστου.

- Διδασκαλία του αρρώστου να αναπνέει βαθιά, να βήχει.

β) Στην ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του αρρώστου

Αυτό επιτυγχάνεται :

Με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης 2500 - 3000 ml) για

τις πρώτες 2-3 ημέρες. Και ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Με χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξηση τους ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου.

Με ελαφρά δίαιτα εμπλουτισμένη σε ζωικά λευκώματα και βιταμίνες, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου εφόσον φυσικά αρχίζει να σιτίζεται. Και συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για την κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

γ) Στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών

1) Μετεγχειρητική αιμορραγία - shock

Προλαμβάνεται :

- Ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών παροχέτευσης (τραύματα, Levin, καθετήρας).

- Εισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος (Από το Levin και παροχέτευση τραύματος).

- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων (αρτηριακής πίεσης, σφυγμού, αναπνοών και θερμοκρασίας) και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας (χρώμα προσώπου αν είναι ωχρό, εφιδρώσεις, γενική ανησυχία, κόπωση, δύσπνοια, ταχυκαρδία, πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης, σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, άκρα

ψυχρά).

Αντιμετωπίζεται :

Κατ'αρχήν ο ασθενής τοποθετείται σ'ακίνητη θέση. Στην συνέχεια γίνεται αναπλήρωση των απωλειών του σε υγρά με ενδοφλέβια έγχυση ορού. Ακόμη χορηγείται μορφίνη, εφαρμόζεται παγοκύστη στο επιγάστριο, χορηγείται αδρεναλίνη μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl, από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει αφαιρεθεί. Και μετάγγιση αίματος και υποκαταστάτων του. Απαλλάσσεται από οποιαδήποτε περίσφυξη, διατηρείται ζεστός, γίνεται τόνωση του ηθικού του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

2) Πνευμονικές επιπλοκές

Είναι συχνές μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας, εξαιτίας των επιπόλαιων αναπνοών. Οι πιο συχνές από αυτές είναι :

α) Πνευμονία, ατελεκτασία. Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωση του. Για το λόγο αυτό αποφεύγεται η εγχείρηση σε ασθενείς που πρόσφατα κρουολόγησαν ή παρουσιάζουν οξεία βρογχίτιδα, εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό αερισμό των

πνευμόνων, εξαιτίας της επίδρασης του ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρας οδού από εισρόφηση, εμεσμάτων ή εκκρίσεων σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει ψύξη. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Προλαμβάνονται :

Με τη στενή παρακολούθηση του ασθενούς, μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.

Με την ταχεία απονάρκωση του ασθενή. Με την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι που είναι συνήθως υπτία με το κεφάλι, στραμμένο πλάγια (όπου η κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση των μυών). Ακόμη το δωμάτιο να είναι καλά φωτισμένο και επίσης αεριζόμενο.

- Το κρεβάτι που θα υποδεχθεί τον ενχειρισμένο ασθενή πρέπει να είναι ζεστό και ακόμη να προστατεύεται ο ασθενής από ρεύματα αέρα.

- Με την έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση. Και συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενή, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

- Με την ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να αποβάλλει βρογχικά εκκρίματα.

- Με την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και αντισηψία ρινοφάρυγγα. Καθώς και συχνή αλλαγή του ίδιου

του αρρώστου όταν τα ρούχα του είναι βρεγμένα από τον ιδρώτα για την αποφυγή του κρυολογήματος ή ψύξης.

β) Πνευμονική εμβολή. Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο, που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό, που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι :

Απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

Προλαμβάνεται :

Με καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι. Ενθάρρυνση του ασθενή να κάνει αναπνευστικές κινήσεις.

- Ενίσχυση του ασθενή να κάνει ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο.

- Με την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, εφόσον φυσικά το επιτρέπει η κατάσταση του.

- Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς, για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών

και του διαφράγματος.

Ασφυξία

Σ' αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι : Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου, κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα, τον λάρυγγα, και τέλος, επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση, η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου (O_2).

Προλαμβάνεται :

- Με την τοποθέτηση της κεφαλής του αρρώστου σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της αποναρκώσεως, για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων.

- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με υγρό βαμβάκι τυλιγμένο σε μία λαβίδα ή port cotton και έτσι απαλλάσσεται η στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις.

- Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, πιέζονται οι γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάκτυλα και των δύο χεριών ενώ παράλληλα με τους αντίχειρες ανοίγεται το στόμα και τραβιέται η γλώσσα προς τα εμπρός.

- Ενθαρρύνεται και πάλι ο ασθενής να παίρνει βαθιές αναπνοές για τη γρήγορη απονάρκωσή του.

- Αν ο άρρωστος εμφανίσει δυσπνοϊκά φαινόμενα, χωρίς να υπάρχει απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγείται στον ασθενή οξυγόνο (O_2) και τέλος υπάρχει καλός αερισμός στο δωμάτιο.

3) Επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφορικό σύστημα. Οι πιο συχνές από αυτές είναι :

Οι θρομβοφλεβίτιδες : Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται " εν τω βάθει " ή " επιπολής ". Κύρια αιτία που προκαλεί την θρομβοφλεβίτιδα είναι η μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πύεσης των αγγείων του μηρού ή της κνήμης.

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα (πρήξιμο) και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Προλαμβάνεται :

- Με την αποφυγή πύεσης πάνω στις κνήμες
- Με έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι
- Με ασκήσεις των κάτω άκρων και μέσα στο κρεβάτι για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

- Χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα όταν ο ασθενής αρχίσει να σηκώνεται.

- Συνεχή παρακολούθηση της πήκτικότητας του αίματος του αρρώστου.

Αντιμετώπιση :

- Γίνεται απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος

- Τοποθετείται το άκρο σε ανάρροπη θέση (πάνω σε ένα μαξιλάρι) για διευκόλυνση της κυκλοφορίας.

- Τοποθετείται στεφάνη για να σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων.

- Τοποθετούνται μετά από εντολή του γιατρού, υγρά θερμά επιθέματα για την ανακούφιση του ασθενή.

- Η έναρξη της αντιπηκτικής αγωγής (ιπαρίνη) γίνεται σύμφωνα με εντολή γιατρού.

4) Εκσπλάχνωση

Είναι συχνή σε τραύματα της κοιλιάς. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

Προλαμβάνεται :

1) Με την χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος μετά από εντολή του γιατρού και αποφυ-

γή στενής επίδεσης με κίνδυνο τον περιορισμό των κινήσεων του θώρακα και του διαφράγματος και επομένως την εμφάνιση πνευμονικής εμβολής.

2) Με την πρόληψη μολύνσεως του τραύματος που γίνεται ως εξής :

Η χρήση του ιματισμού κατά το στρώσιμο του κρεβατιού με απαλές και σταθερές κινήσεις. Στη διάρκεια της αλλαγής του τραύματος απαγορεύεται η παρουσία επισκεπτών στο θάλαμο, καθώς και η κυκλοφορία μη απαραίτητου προσωπικού. Ακόμη κλείνουν παράθυρα και πόρτες, όλοι εκτός των ασθενών φορούν μάσκες, απαγορεύονται οι συζητήσεις μεταξύ των ασθενών. Τα χέρια δεν αποστειρώνονται αλλά πλύνονται αρκετά καλά πριν και μετά από κάθε αλλαγή για την απομάκρυνση των μικροβίων, ενώ κατά το διάστημα της αλλαγής δεν πρέπει τα χέρια να έρχονται σε επαφή με το τραύμα. Στην καθαριότητα των χεριών σπουδαίο ρόλο παίζουν τα κομμένα νύχια. Η ασφαλής περιποίηση του τραύματος, εκτός από την κατάλληλη εκτέλεση της (άσηπτη τεχνική) απαιτεί και προετοιμασία του επιδεσμικού και άλλου υλικού, το οποίο θα χρειαστεί σ'αυτήν. Για την περιποίηση του τραύματος απαιτείται ένα χωριστό πακέτο, το οποίο περιέχει αποστειρωμένες γάζες σε διάφορα μεγέθη, τολύπια βαμβάκι, υλικό παροχετεύσεως, εφόσον χρειάζεται και εργαλεία. Αυτό το πακέτο τοποθετείται με διάφορα άλλα αντικείμενα στο " τροχήλατο αλλαγών ". Στο δωμάτιο αλλαγής

γίνεται η προετοιμασία και η τοποθέτηση στο τροχήλατο αλλαγών των αντικειμένων, που απαιτούνται γι' αυτή, αφού προηγουμένως του γίνει καθαριότητα με ζεστή σαπουνάδα με ιδιαίτερη φροντίδα στα πόδια και τους τροχούς.

Η περιποίηση του τραύματος περιλαμβάνει :

- Φροντίδα τραυματικής χώρας και του δέρματος γύρω από το τραύμα. Γίνεται καθαριότητα και απολύμανση του τραύματος με φυσιολογικό ορό, κυρίως οξυζενέ και Betadine και έγχυση φαρμάκου. Η καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στο καθαρισμό του δέρματος γύρω από αυτό με αιθέρα.

- Επίδεση του τραύματος που αποσκοπεί :

- α) Στην προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις
- β) Στην απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος

γ) Στον περιορισμό των κινήσεων, οι οποίες αναστέλλουν την επούλωση του τραύματος.

3) Με τον συχνό έλεγχο του τραύματος

Για το αν υπάρχει ρήξη ραμμάτων, αν έχει πολλές εκκρίσεις το τραύμα όπως συγκέντρωση πύου ακόμη και αίμα. Οι κύριες επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα είναι : α) Μόλυνση του τραύματος, όπου τα συμπτώματα είναι : αυξημένος πόνος στην περιοχή του τραύματος, θερμοτητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα είναι : πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

β) Ρήξη τραύματος, αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρ-

κα άτομα, αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμετούς ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν :

- Υποστήριξη του τραύματος με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης

- Καταστέλλεται ο εμετός και ο βήχας

- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός, ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

4) Με την πρόληψη της κοιλιακής διάτασης

Η επιπλοκή αυτή οφείλεται στην συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο

Αίτια που προκαλούν κοιλιακή διάταση είναι :

- Επίδραση του ναρκωτικού που προκαλεί υποτονία μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου.

- Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την επέμβαση

- Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την

προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη των κοπράνων που απέμειναν και δημιουργία αερίων από τη σήψη).

- Μείωση της κινητικότητας του ασθενή λόγω της επεμβάσεως.

- Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, όπως γάλα, γλυκά, υγρά.

Συμπτώματα που παρουσιάζει είναι :

- Κοιλιακή διάταση (Μετεωρισμός - φούσκωμα κοιλιάς)
- Κωλικοί πόνοι : Που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει.

Προλαμβάνεται :

- Έγκαιρη αποβολή ναρκωτικού
- Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα
- Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι εφόσον το επιτρέψει ο γιατρός.
- Αποφυγή τροφών και υγρών που προκαλούν αέρια

Ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή

- Ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια
- Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στον απευθυσμένο, με τον οποίο βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή η αύξηση

των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα (ο σωλήνας αερίων δρά σαν ξένο σώμα, το οποίο προσπαθεί ο οργανισμός να αποβάλλει με περισταλτικές κινήσεις, που έχουν σαν αποτέλεσμα την αποβολή των αερίων).

- Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων (κάθε σώμα θερμαινόμενο διαστέλλεται), καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.

- Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται, εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες. Όταν περάσουν περίπου 20 λεπτά της ώρας από την εκτέλεση της ενέσεως, τοποθετείται πάλι σωλήνας αερίων ή γίνεται μικρός υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα (NaCl) χλωριούχου νατρίου 15-20% για αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου και βοήθεια για την αποβολή των αερίων.

5) Καλή διατροφή : Εμπλουτίζεται το διαιτολόγιο του αρρώστου με ζωικά λευκώματα.

5ο Σύνδρομο Dumping : Βοήθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση (δηλαδή όταν έχει κάνει ολική ή υπολική γαστρεκτομή) και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους. Εφόσον το στομάχι του ασθενούς δεν έχει πιά τις φυσιολογικές διαστάσεις, τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά και σε μικρή ποσότητα.

Αποφεύγεται έτσι η υπερφόρτωση 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.

Έτσι εφοδιάζεται ο άρρωστος κατά την έξοδο 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. Ακόμη ενημερώνεται ο ασθενής για το σύνδρομο της ραγδαίας κενώσεως του στομάχου, Dumping, και για τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισεως του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενή δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την απομάκρυνση κάθε φόβου. Το σύνδρομο Dumping, εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά την επέμβαση. Κατά το σύνδρομο αυτό έχουμε ραγδαία κένωση του περιεχομένου του στομάχου μετά τη λήψη της τροφής έτσι, ώστε να διατείνεται απότομα το λεπτό έντερο και γίνεται έξοδος υγρού από τα τοιχώματα του για την αραίωση του υπερτονικού περιεχομένου. Αυτό οδηγεί στην ελάττωση του όγκου του πλάσματος και τη σύσπαση των αγγείων.

Τα συμπτώματα είναι αγγειοκινητικά (έξαψη, εφίδρωση, αδυναμία, κεφαλαλγία, τάση για λιποθυμία) και δυσπεπτικά (ναυτία, διάρροια). Αργότερα εμφανίζονται και συμπτώματα υπογλυκαιμίας, εξαιτίας της απότομης αυξήσεως της γλυκόζης στο αίμα και εξαιτίας της υπερεκκρίσεως ιν-

σουλίνης.

Η πρόληψη του συνδρόμου αυτού κατορθώνεται :

- Με την αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων καθώς και ζεστών, παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών.
- Αποφυγή λήψεως υγρών κατά την διάρκεια του φαγητού
- Τακτικά μικρά γεύματα, 4-5 φορές την ημέρα, καλή μάσηση της λαμβανομένης τροφής και σε ήσυχο περιβάλλον.
- Φυσική ανάπαυση του αρρώστου μετά το γεύμα
- Αντιχολινεργικά πριν απο το γεύμα (αν υπάρχει εντολή) για το περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας
- Αποφυγή συγκινήσεως . Ενημερώνεται ο ασθενής ότι οι ερεθιστικοί παράγοντες του στομάχου, δεν είναι μόνο οι τροφές, αλλά και ο τρόπος της ζωής και αντιμετώπισεως της.

Νοσηλευτική διεργασία δύο αρρώστων που παρουσίασαν δύο διαφορετικές επιπλοκές του γαστρικού έλκους ο κάθε ένας. Γαστρορραγία ο ένας, πυλωρική στένωση ο άλλος.

ζωητηρητική θεραπεία

Επιπλοκή

Βασικά Προβλήματα

Νοσηλευτική Φροντίδα

Αποτέλεσμα

α) Γαστρορραγία

Ο ασθενής που εισήλθε στο νοσοκομείο

1η μέρα νοσηλείας στις 8 η ώρα το πρωί

Παρουσίαζε Αιματέμεση

- Τοποθετήθηκε στο κρεβάτι του ανάλογου θαλάμου που θα νοσηλευόταν και του συστήθηκε να μείνει ακίνητος

- Για το λόγο ότι έκανε εμετό του δόθηκε ένα νεφροειδές και χαρτοβάμβακα

- Την ώρα που του τον επισκέφτηκε ο γιατρός λίγο μετά την εισαγωγή του. Ο ασθενής έκανε εμετό και το χρώμα των εμεσμάτων ήταν σκοτεινέρυθρο αίμα

α) Γαστρορραγία

- Ενιαχύεται ο άρρωστος και κάνει εμετό και να μην φοβάται την αιματέ-
 μιση για το λόγο ότι βρίσκεται πλέον
 στο νοσοκομείο και θα αντιμετωπισθεί
 η κατάστασή του.
 Στην συνέχεια γίνεται καθαριότητα της
 στοματικής κοιλότητας από τα εμέσματα.
 Ενώ ταυτόχρονα δίνεται εντολή από τον
 γιατρό να ετοιμαστεί ο δίσκος για εισα-
 γωγή στον άρρωστο ρινογαστρικού σωλήνα.
 Και παράλληλα γίνεται λήψη αίματος για
 αιματολογική εξέταση με σκοπό την εύρε-
 ση των τιμών του αιματοκρίτη και της αι-
 μοσφαιρίνης για την εκτίμηση του αίματος
 που χάθηκε. Ενώ για διατήρηση ανοικτής
 φλέβας γίνεται χορήγηση Φ.Ο.

α) Γαστρορραγία

Η ετοιμασία του δίσκου για την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα γίνεται στο δωμάτιο αλλαγής. Περιέχει ο δίσκος : α) Ένα μπόλ με τολύπια βαμβάκι και χαρτοβάμβακα, β) Ένα ρινογαστρικό σωλήνα (Ο σωλήνας είναι μεγάλης διατομής (σωλήνας Ewald) για να διευκολυνθεί η αφέρση θρόμβων από το στομάχι), γ) Μία σύριγγα των 20 ml, δ) ένα νεφροειδές, ε) Λευκοπλάστ και ψαλίδι, στ) αδιάβροχο και πετσέτα, η) γάντια.

Εκτέλεση : Τοποθετείται στο θώρακα του αρρώστου αδιάβροχο και πετσέτα για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων. Δίνονται γάντια στο γιατρό. Ανοίγεται η πλαστική σακούλα που περιέχει τον ρινογαστρικό σωλήνα, όπου ο γιατρός παίρνει τον σωλήνα από το ένα άκρο του, κατόπιν αφού πιάνει 7,5 cm τον ρινογαστρικό σωλήνα από το άκρο που θα εισαχθεί στον άρρωστο γίνεται επάλειψη του σωλήνα με χυλοσαϊνε 2% Jelly και τον τοποθετεί μέσα στο ρουθούνι προχωρώντας τον προς τα εμπρός και κάτω. Όταν όλα τα 7,5 cm μπουν μέσα στο ρουθούνι το άκρο του σωλήνα, έχει φτάσει στο φάρυγγα. Παροτρύνεται ο άρρωστος να καταπίνει και προωθείται ο σωλήνας καθώς ο άρρωτος καταπίνει, μέχρι όπου φτάσει στο προκαθορισμένο σημείο (στόμαχος). Στην συνέχεια ελέγχεται η θέση του σωλήνα αν έχει μπει στο προκαθορισμένο σημείο με αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου με σύριγγα των 20 ml. Το συνολικό μήκος του σωλήνα που έχει μπει είναι 15-20 cm. Μετά την επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι στερεώνεται με λευκοπλάστ και συνδέεται το ελεύθερο άκρο του με τον αναρροφητήρα. Και γίνεται ενημέρωση στο φύλλο νοσηλείας του αρρώστου για την διασωλήνωση.

α) Γαστροοραγία

Σύμφωνα με την εξέταση που έγινε ο αιματοκρίτης είχε τιμή μικρότερη από την φυσιολογική και κρίθηκε απαραίτητο από τον γιατρό να γίνει μετάγγιση αίματος στον άρρωστο. Έτσι ειδοποιήθηκε η αιμοδοσία να ετοιμάσει μία φιάλη αίματος. Αφού έφεραν το αίμα έγινε έλεγχος της ομάδας αίματος, του αριθμού συμβατικότητάς του, ημερομηνία λήξεως και το όνομα του ασθενή για τον οποίο προορίζεται ή μετάγγιση. Κατόπιν έχουμε την ετοιμασία του δίσκου.

Ο δίσκος περιέχει : Φιάλη αίματος, συσκευή μετάγγισης και τούλπια βαμβάκι με οινόπνευμα.

Εκτέλεση : Πριν την εφαρμογή του αίματος γίνεται πρώτα μία εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενή. Γίνεται μέτρηση των ζωτικών του σημείων (σφυγμός, Α.Π., θερμοκρασία αναπνοή) αν έχει πυρετό πρέπει να ειδοποιηθεί ο γιατρός για το αν θα γίνει μετάγγιση ή όχι και αν γίνει θα είναι υπό την ευθύνη του γιατρού και ακόμη για το ενδεχόμενο να παρουσιάζει ενδείξεις για shock (για αυτό γίνεται όλο και πιο συχνά η μέτρηση ζωτικών σημείων και όγκου ούρων, και αναγράφονται σε ειδική καρτέλα νοσηλείας). Κατόπιν τοποθετείται η συσκευή μετάγγισης στην φιάλη, βγαίνει ο αέρας από την συσκευή, σταματά η ροή του Φ.Ο. και συνδέεται η συσκευή της μετάγγισης με το θρόγγυο και ρυθμίζεται η ροή του αίματος που είναι 20 σταγόνες κατά 1 λεπτό.

Στην συνέχεια παρακολουθείται ο ασθενής όσο πιο συχνά γίνεται για την εμφάνιση τυχόν συμπτωμάτων αντίδρασης. Φυσικά ο ασθενής είχε λίγο πυρετό συνοδευόμενο από ρίγος που αντιμετώπιστηκε αμέσως με ζεστά σκεπάσματα και αλλαγή ρούχων όταν ιδρώσε και αποφυγή από τα ρεύματα.

Αυτό ήταν στην αρχή μετά στην πορεία δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα.

α) Γαστρορραγία

- Μέλαινα κένωση
(Η δίοδος του αίματος από το έντερο προκαλεί μετωρισμό και μέλαινα κένωση)

Έτσι παρακολουθούνται οι κενώσεις του αρρώστου για παρουσία αίματος.

Σύμφωνα με εντολή του γιατρού κατά την μεσημβρινή ώρα γίνεται η ετοιμασία για πλύση του στομάχου με παγωμένο ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσυσπάσης.

Φυσικά το πρώτο 24ωρο δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται κατά την πλύση είναι : Σύριγγα (30 ή 50 ml), Ογκομετρικό δοχείο (500 ml) για το διάλυμα της πλύσης, νεφροειδές, τετράγωνο.

Εκτέλεση : Ενημερώνεται ο άρρωστος για την πλύση. Τοποθετείται τετράγωνο στην περιοχή του κρεβατιού που θα αποσυνδεθεί ο σωλήνας και θα γίνει η έγχυση του διαλύματος. Επιβεβαιώνεται ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι, για την αποφυγή έγχυσης υγρού στους πνεύμονες και το κίνδυνο πνευμονίας. Γίνεται αναρρόφηση στην σύριγγα τόσο όγκου διαλύματος όσο χρειάζεται και βγαίνει ο αέρας. Το ισότονο διάλυμα προλαβαίνει τη διαταραχή του νερού και ηλεκτρολυτών. Η αφαίρεση του αέρα γίνεται για να μη προκληθεί γαστρική διάταση. Αποσυνδέεται ο ρινογαστρικός σωλήνας από τον αναρροφήτηρα και εφαρμόζεται το μπέκ της σύριγγας στον αυλό του. Η έγχυση του διαλύματος γίνεται αργά και ήπια, κρατώντας τη σύριγγα γα κάθετα προς το δάπεδο. Η βραδεία και ήπια εισαγωγή του υγρού ελαχιστοποιεί το αίσθημα δυσχέρειας που μπορεί να αισθανθεί ο άρρωστος στον ρινοφάρυγγα. Κρατώντας τη σύριγγα κάθετα προς το δάπεδο, αποφεύγεται η εισαγωγή αέρα που μπορεί να προκαλέσει γαστρική διάταση και πόνο. Η διαδικασία της έγχυσης και αναρρόφησης γίνεται δύο φορές και η δεύτερη κυρίως για πλύση και καθαρισμό του σωλήνα, όπου τελικά το υγρό επιστρέφει ελεύθερα από το στομάχι προς τα έξω με τον ρινογαστρικό σωλήνα, όπου απομακρύνετε η σύριγγα και επανασυνδέεται με τον αναρροφήτηρα. Στην συνέχεια παρακολουθείται η λειτουργία του αναρροφήτηρα και εάν η παροχέτευση του υγρού είναι συνεχής.

Επιπλοκή Βασικά Προβλήματα	Νοσηλευτική Φροντίδα	Αποτελεσμα
α) Γαστρορραγία	Αναγράφονται το ποσό και τα χαρακτηριστικά του αναρραφόμενου υγρού (σκούρο κόκκινο) το είδος του διαλύματος που χρησιμοποιήθηκε για την πλύση, την ώρα της πλύσης και τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις του αρρώστου που δεν υπήρχαν στον συγκεκριμένο άρρωστο παρά μόνο μία μικρή δυσφορία.	Η αιμορραγία συνεχίζεται παρόλη την συντηρητική αγωγή που έγινε για το σταμάτημα της και ενδείκνυται χειρουργική θεραπεία.
Βασικό πρόβλημα	Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	Αποτελεσμα

Γαστρορραγία

2η μέρα νοσηλείας στις 8 π.μ.
 Εξακολουθεί ο άρρωστος να παίρνει αίμα δυστυχώς η αιμορραγία συνεχίζεται παρόλο ότι έχουν περάσει 24 ώρες οπότε βγήκε η απόφαση να πάει για χειρουργική επέμβαση.
 Το πρωί που είδα τον άρρωστο ήξερε τι επρόκειτο να συμβεί και όπως, ήταν φυσικό είχε στο πρόσωπό του την έκφραση της αγωνίας.

Γαστρορραγία

Ενθαρρύνθηκε ο άρρωστος για την επέμβαση που θα κάνει κατά τη διάρκεια της ετοιμασίας του για το χειρουργείο να ηρεμήσει λίγο. Φόρεσε τα ρούχα του χειρουργείου με την βοήθεια μας. Ενώ μετά από λίγο έγινε η προνάρκωση του. Του ευχηθήκαμε καλή επιτυχία στην επέμβαση που θα κάνει. Στις 9 π.μ. ήρθε το φορείο και πήρε τον άρρωστο για το χειρουργείο.

Στη συνέχεια στρώθηκε το κρεβάτι του και τακτοποιήθηκε το κομοδίνο του.

Τα επιπλέον της προεγχειρητικής ετοιμασίας είχαν γίνει το απόγευμα της προηγούμενης μέρας και είναι αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Όπως και οι εργαστηριακές του εξετάσεις: Βιοχημικές (Σάκχαρο, Ουρία, Κρεατινίνη, S.G.O.T.). Ακόμη αιματολογικές (αιματοσφαιρίνη, αιμοπετάλια, αιματοκρίτης).

Φυσικά ο άρρωστος ήταν διακομιστήριο από την Παθολογική όπου του έγιναν όλες οι εξετάσεις εκεί και μετά ήρθε στην χειρουργική.

Ο άρρωστος είναι έτοιμος για το χειρουργείο. Όπως και οι συγγενείς του μετά από εξήγησή τους αφού πληροφορήθηκαν ότι η επέμβαση πρέπει να γίνει.

Γαστρορραγία

Την ημέρα της επεμβάσεως στις 1 η ώρα το μεσημέρι ο άρρωστος μέσω του φορείου μεταφέρεται στο κρεβάτι του θαλάμου που ήταν και πριν.

Κατά την παραλαβή του αρρώστου, παίρνεται η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός του καθώς και η αναπνοή του. Όπου αναγράφονται σε μία ημερήσια καρτέλα που βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου. Ακόμη σ' αυτή την καρτέλα αναγράφεται και η θερμοκρασία που παίρνεται εκείνη την στιγμή. Καθώς και η φιάλη αίματος που φέρει μαζί του από το χειρουργείο. Επίσης δροσίζεται το στόμα του αρρώστου με πόρτ κών βουτηγμένο στο νερό.

1η Μετεγχειρητική Μέρα : 7 η ώρα το πρωί : Στρώσιμο του κρεβατιού του αρρώστου και λουτρό επί κλίνης χωρίς ιδιαίτερο ταρακούνημα του για αποφυγή ταλαιπωρίας και πόνου του αρρώστου. Συνίσταται στον άρρωστο να κινεί όσο μπορεί έστω και ελάχιστα τα κάτω άκρα και να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει όχι βίαια και πολύ δυνατά αλλά από λίγο και συχνά. Γίνεται μέτρηση και καταγραφή των αποβαλλομένων υγρών (καθετήρας - ρινογαστρικός σωλήνας) στην κάρτα της προηγούμενης μέρας όπου μαζεύεται και το σύνολό τους. Ακόμη γίνεται παρατήρηση του χρώματος του υγρού του ρινογαστρικού σωλήνα για τυχόν εμφάνιση αιμορραγίας. Αλλά ευτυχώς ο ασθενής δεν παρουσιάζει τέτοια ένδειξη.

-121-
Πρόληψη επιπλοκών.
όπως πνευμονικές,
θρόμβωση και εμβολή.
Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθά πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου.

Γαστρορραγία

8 ώρα το πρωί . Χορηγείται στον ασθενή η κατάλληλη αντιβίωση που παίρνει μετά από εντολή του γιατρού. Ενδοφλέβια χορηγείται η αντιβίωση (Mandokef 1X3)
Χορήγηση ναρκωτικού για το λόγο ότι ο άρρωστος πονά. Ο άρρωστος ήδη παίρνει διάλυμα ηλεκτρολυτών (Ringer's) που αντικαθίσταται με διάλυμα γλυκόζης (Dextroze 10% 1000 ml).
Μπαίνει νέα κάρτα στο ντισιέ του αρρώστου όπου αναγράφεται και το διάλυμα που θα παίρνει μέχρι την μεσημβρινή ώρα.
Λήψη αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας δεν παρουσίασε καμία αύξηση.

12 ώρα το πρωί. Γίνεται και πάλι λήψη της αρτηριακής πίεσης δεν παρουσιάζει καμία αύξηση. Ο άρρωστος είναι ήρεμος λόγω του ότι δεν πονά προς στιγμή. Χορηγείται και πάλι διάλυμα ηλεκτρολυτών (Ringer's) με εμπλουτισμό μία amp Tagamet. Το Τροχήλατο αλλαγής τραύματος ετοιμάζεται δωμάτιο αλλαγής. Το τροχήλατο αλλαγής τραύματος περιέχει : Οινόπνευμα - οξυζενέ - αιθέρα - γάζες Fucidin - Λευκοπλάστ σε όλα τα μεγέθη - ψαλίδι - νυστέρια - KEMICETINE (αντιβιοτική σκόνη) - βελόνες - αμπούλες με Φ.Ο. - ράψματα - Αλοιφές διάφορες - orpsite (αυτοκόλλητο για το τραύμα) - Αποστειρωμένα εργαλεία - Αποστειρωμένο set με γάζες και λαβίδες - γάντια - κουτί με νερό και αντισηπτικό για τις λερωμένες λαβίδες μετά την αλλαγή του τραύματος.

Κουβάς απορριμάτων και κουτί για τις χρησιμοποιημένες βελόνες
Σπρέϊ : PULVO - Betadine - Cetavlon - Επίδεσμοι - σύριγγες -

Πρόληψη μολύνσεως του ασθενή

Εξασφάλιση διατροφής σε (νερό, θερμίδες και ηλεκτρολύτες).

Γαστρορραγία

2η Μετεγχειρητική μέρα :

Το πρωί γίνεται η ίδια διαδικασία με την πρώτη μέρα. Βοηθείται ο άρρωστος να κινηθεί πολύ λίγο ανάλογα με την δύναμή του. Αφού δεν μπορεί να ανακαθήσει, σηκώνεται το ερεισίνωτο του κρεβατιού λίγο, για να νιώσει πιο ανακουφισμένος. Παρατηρείται το τραύμα του και γίνεται αλλαγή μόνο του χαρτοβάμβακα που σκεπάζει εξωτερικά το τραύμα και τοποθετείται καθαρό χαρτοβάμβακα. Για να μην λερώσουν τα κλινοσκεπάσματα μέχρι να γίνει αλλαγή του τραύματος από τον γιατρό. Χορηγείται στον άρρωστο Perifusin ένα διάλυμα που περιέχει (αμινοξέα και υδατάνθρακες - ηλεκτρολύτες και βιταμίνες). Γίνεται όμως μία διακοπή του Perifusin για το λόγο ότι ο άρρωστος πρέπει να πάρει πλάσμα μετά από εξέταση που έκανε για αιματοκρίτη και η τιμή του ήταν χαμηλή. Εξαντλημένος ο οργανισμός του αρρώστου από την αιμορραγία που είχε πριν την επέμβαση και την ταλαιπωρία της επέμβασης που πέρασε ο ασθενής.

Πέρα από την παροχέτευση που γίνεται στο τραύμα για την συγκέντρωση των υγρών του, εξωτερικά το τραύμα βγάζει και άλλα υγρά που αν αυτά μείνουν πάνω στο τραύμα υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

Ο ασθενής δείχνει να δυναμώνει μετά την μετάγγιση πλάσματος. Αφού το πλάσμα αντιπροσωπεύει το 5% του σωματικού βάρους. Είναι πολύ σύνθετο υγρό και αποτελείται κυρίως από νερό στο οποίο είναι διαλυμένες διάφορες οργανικές και ανόργανες ουσίες : όπως πρωτεΐνες υδατάνθρακες, λιπίδια, ηλεκτρολύτες και παράγοντες πήξης.

Γαστροραγία

3η Μετεγχειρητική μέρα : Γίνεται λήψη της αρτηριακής πίεσης χωρίς καμία μεταβολή αυτής. Καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλομένων υγρών στη νέα κάρτα. Δεν παρουσιάζει καμία επιπλοκή. Ενώ με βοήθεια του νοσοκόμου σηκώθηκε από το κρεβάτι και κάθισε για λίγο στην πολυθρόνα. Με την αλλαγή του τραύματος έγινε και κινητοποίηση της παροχέτευσης πράγμα που διευκολύνει την μετέπειτα σφαίρεση της παροχέτευσης ώστε να μην γίνει πολύ σπύτομα. Ακόμη παρακολουθείται το υγρό της παροχέτευσης να μην είναι χλωδή ούτε αιματηρό γιατί υπάρχει περίπτωση να αιμορραγεί ο ασθενής σε κάποιο άλλο σημείο της κοιλιάς. Και αλλάζει η συσκευή της συγκέντρωσης του υγρού της παροχέτευσης όπου καταμετρείται και καταγράφεται στην κάρτα του ντισιέ του ασθενή που βρίσκεται μέσα στο θάλαμο.

4η Μετεγχειρητική μέρα : Ο ασθενής βρίσκεται σε καλή κατάσταση. Με την βοήθεια του νοσοκόμου σηκώνεται από το κρεβάτι για λίγο και βοηθείται να πλύνει το πρόσωπό του και τα δόντια του. Ο ασθενής συνεχίζει να παίρνει ενδοφλέβια Prefusin για συμπλήρωμα βιταμινών ενώ αρχίζει να εφαρμόζει υγρή διαίτα από το στόμα. Η λήψη αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας δεν παρουσιάζει καμία αύξηση.

Γαστρορραγία

5η Μετεγχειρητική μέρα : Ο ασθενής σηκώνεται από το κρεβάτι για λίγο μέσα στο θάλαμο με την βοήθεια συνοδού. Συνεχίζει να παίρνει ενδοφλέβια Perifusin. Εφαρμόζεται η υγρή διαίτα Κανονική Αρτηριακή Πίεση - Θερμοκρασία και σφυγμός. Διακοπή αντιβίωσης.

6η και 7η Μετεγχειρητική μέρα : Συνεχίζεται η υγρή διαίτα Ο ασθενής επίσης συνεχίζει να παίρνει ένα υγρό σκεύασμα από το στόμα το ENSURE (είναι τροφή με ελάχιστο υπόλειμμα που περιέχει πλήρη και ισορροπημένη διατροφή. Κατανομή θερμίδων : Πρωτεΐνες 16,7% λίπη 30,1% υδατάνθρακες 53,2%. Περιέχει επαρκή διατροφή σε ασθενείς με αυξημένες ανάγκες). Την 7η μετεγχειρητική μέρα αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας.

8η και 9η Μετεγχειρητική μέρα : Ο ασθενής είναι σε πολύ καλή κατάσταση. Δεν παρουσιάζει καμία αύξηση στην Αρτηριακή πίεση και θερμοκρασία. Διακόπτεται κάθε ενδοφλέβια έγχυση ορού, γίνεται αφαίρεση του καθετήρα. Αφού πλέον ο ασθενής περπατά μόνος του με μία μικρή βοήθεια της συνοδού και μπορεί να πάει στην τουαλέτα παίρνει ελαφρά διαίτα και το υγρό σκεύασμα από το στόμα το ENSURE.

Βασικό
Πρόβλημα

Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Αποτέλεσμα

Γαστρορραγία

10η και 11η μετεγχειρητική μέρα : Ο ασθενής βρίσκεται προς το τέλος της ανάρρωσης του στο νοσοκομείο. Αισθάνεται ψυχικά και σωματικά αρκετά καλά. Την 10η μετεγχειρητική μέρα γίνεται αφαίρεση της παροχέτευσης και αρχίζει η δίαιτα ελκοπαθούς για τον άρρωστο.

Τις επόμενες μετεγχειρητικές μέρες ο ασθενής βρίσκεται σε πολύ καλή κατάσταση όπου την 15η μετεγχειρητική μέρα είναι έτοιμος να φύγει από το νοσοκομείο αφού πρώτα του έχουν αφαιρεθεί μερικά από τα ράμματα (κάτι σαν σιδερένιοι συνδετήρες). Δίνονται οδηγίες στον ασθενή σχετικά με την δίαιτα του. Με την προσφορά ενός φυλλαδίου που αναφέρει " οδηγίες και διαιτολόγιο ελκοπαθών " .

Ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο σε αρκετά καλή κατάσταση και ευχαριστεί γι' αυτό το Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό για τις υπηρεσίες που του πρόσφεραν. Υποσχόμενος ότι θα τηρήσει με ακρίβεια την δίαιτα που του δόθηκε να εφαρμόσει και να παίρνει τα φάρμακα που του όρισε ο γιατρός.

Ενημερώνεται ο άρρωστος ότι η δίαιτα και οι οδηγίες πάνω σε αυτή πρέπει να ακολουθούνται αυστηρά επί 6 μήνες μέχρι επανεξέτασης.

2η Περίπτωση	Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με πυλωρική στένωση συντηρητική αγωγή.	Αποτέλεσμα
Βασικό Πρόβλημα	Νοσηλευτική φροντίδα	

β) Πυλωρική στένωση 1η μέρα Νοσηλείας :

- Νέα ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο, όπου τακτοποιείται στο κρεβάτι. Γίνεται λήψη καρδιογραφήματος (τακτική του νοσοκομείου).
- Γίνεται εξέταση από τον γιατρό για την λήψη ιστορικού και εκτίμηση της αρρώστου η οποία, παραπονιέται ότι πονά το στομάχι της, δεν έχει όρεξη, αισθάνεται πληρότητα και βαρύ το στομάχι της, και κάνει εμετούς που περιέχουν άπεπτες τροφές. Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.
 - Η ασθενή κάνει εμετό και γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας για το λόγο ότι οι εμετοί είναι κάκοσμοι. Γίνεται εξέταση των εμεσμάτων και ενημερώνεται ο γιατρός. (Για το αν είναι τροφώδεις).
 - Σύμφωνα με εντολή του γιατρού γίνεται εφαρμογή ρινοαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από τη διάταση
 - Ενδοφλέβια χορήγηση νερού και θρεπτικών ουσιών χορηγούνται στην άρρωστη.
 - Από το στόμα δεν παίρνει τίποτε μόνο μετά την λύση της απόφραξης.

Πυλωρική στένωση

2η μέρα Νοσηλείας :

Το πρωί η άρρωστη δεν παίρνει τίποτε από το στόμα, ακόμη συνεχίζει η ενδοφλέβια έγχυση ορού (ηλεκτρολύτες) (Iso-lyte). Γίνεται λήψη αίματος για βιοχημικές και Αιματολογικές εξετάσεις της αρρώστου. Γίνεται λήψη αρτηριακής πίεσης και θερμοκρασίας. Είναι λίγο αυξημένη η Α.Π. για το λόγο ότι η άρρωστη είναι πολύ ανήσυχη ψυχολογικά. Γίνεται κάθε προσπάθεια να ενθαρρυνθεί ώστε να μην φοβάται και να μην ανησυχεί πολύ.

3η μέρα Νοσηλείας :

Η άρρωστη συνεχίζει την ενδοφλέβια έγχυση ορού με εμπλουτισμό φαρμάκων (amp Zantac) και εφαρμόζεται υγρή δίαιτα για το λόγο ότι υποχώρησε η απόφραξη. Έχει αφαιρεθεί ο ρινογαστρικός σωλήνας.

Η ασθενής κάθεται ακόμη μερικές μέρες στο νοσοκομείο και με σπόφαση του γιατρού φεύγει. Μετά από κάποιο διάστημα ενώ θα έχει ενθαρρυνθεί αρκετά ψυχικά και σωματικά, θα τον επισκεφθεί και πάλι για παρατέρα οδηγίες και για μία πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης.

Η ασθενής δεν ήταν στην κατάλληλη θέση για χειρουργείο αρνήθηκε και η ίδια περιμένοντας να δει πως θα πάει η κατάσταση της και μετά. Προσέχοντας το δαιτολόγιο της και την λήψη φαρμάκων που της είπε ο γιατρός.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η ηλικία των ανθρώπων που παρουσιάζουν γαστρικό έλκος σύμφωνα με στατιστικές πληροφορίες έχει μεγάλο εύρος αφού υπάρχουν άτομα απο ηλικίας 19 ετών μέχρι και 70 ετών.

Η συχνότητα του έλκους διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Οι ηλικίες κάτω από 25 ετών που έχουν γαστρικό έλκος βρίσκονται σε ποσοστό 30%, από 25-45 ετών 56%, και από 45 και πάνω ετών ποσοστό 14%. Διαπιστώνεται ότι από το τέλος της εφηβείας και μετά υπάρχουν πολλές πιθανότητες να εμφανιστεί έλκος, αφού υπάρχουν τα κατάλληλα αίτια και τα αίτια αυτά είναι πολλά με αποτέλεσμα να αυξάνονται και οι πιθανότητες. Τέτοια κύρια αίτια είναι : οι παράγοντες περιβάλλοντος (γεωγραφική κατανομή, κοινωνικές τάξεις και επαγγέλματα) και οι παράγοντες διάπλασης, όπως η ομάδα αίματος, το φύλο, η γαστρική δραστηριότητα έκκρισης.

Οι θάνατοι λόγω έλκους είναι λίγοι σε σχέση με τη συχνότητα της νόσου, έτσι κι όταν συμβαίνουν επιπλοκές όπως η αιμορραγία και η διάτρηση πολύ σπάνια υπερβαίνουν το 8% της ολικής θνησιμότητας.

Από την μελέτη που έγινε σχετικά με το γαστρικό έλκος διαπιστώνονται οι συνέπειες που προκαλεί το έλκος με αποτέλεσμα οι συνέπειες, αυτές, να είναι πολύ σοβα-

ρές και για τον ίδιο ταν άρρωστο αλλά και την οικογένεια του.

Το έλκος είναι μία πάθηση της σύγχρονης εποχής και προτιμότερη από όλες τις θεραπείες είναι η πρόληψη. Η πρόληψη σε όλες τις παθήσεις και ειδικότερα στο έλκος απαιτεί εντατική ενημέρωση του πληθυσμού όχι μόνο στις πόλεις αλλά και στα περίχωρα κάθε τόπου, σχετικά με την διατροφή, το άγχος της καθημερινής ζωής και την ανάπαυση που είναι ένας καλός τρόπος για την πρόληψη του έλκους.

Η διασκέδαση, ο ρυθμός και η ρουτίνα της ζωής χωρίς άγχος, η ανάπαυση και κυρίως η διατροφή, είναι οι σπουδαιότεροι παράγοντες για τους οποίους όμως χρειάζεται ενημέρωση για να έχουμε σωστή πρόληψη με αποτέλεσμα να μειωθούν τα ποσοστά νοσηρότητας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΒΑΣΩΝΗΣ Δ: Χειρουργική

Έκδοση 5η

Αθήνα 1986

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία

Τόμος Α' Έκδοση Δ'

ΓΙΤΣΟΥ Θ.: Νοσολογία

Έκδοση Β'

ΓΚΟΥΜΑΣ : Υγεία

Τόμος 5^{ος} Εκδόσεις Δομική Ο.Ε.

ΚΟΝΚΟΥΡΗΣ Α: Εσωτερική Παθολογία

Τόμος 2^{ος}

Θεσσαλονίκη 1974

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑ: Γενική παθολογική και Χειρουργική

Νοσηλευτική

Τόμος Α'

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ.: Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας

Εκδόσεις Λίτσας

Αθήνα 1984

ΣΑΧΙΝΗ Α.: Παθολογία και χειρουργική Νοσηλευτική

Εκδόσεις ΒΗΤΑ

Αθήνα 1985

ΓΟΥΤΟΜ Μ.Ο.: Φυσιολογία του ανθρώπου

Εκδόσεις Λίτσας

Αθήνα 1984

HARISON: Εσωτερική Παθολογία

Τόμος Γ' Έκδοση 8^η

HELMUT LEONHARDT: Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου
Τόμος Β΄ Εκδόσεις Λίτσας

MANUAL: Θεραπευτικής
Νέα έκδοση Εκδόσεις Λίτσας

ROHEN - YOKOCHI: Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου
Εκδόσεις Λίτσας

WILLIAM F. GANONE: Ιατρική φυσιολογία
Εκδόσεις Παρισίανος.

