

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ".

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

Μαρία Παπαδημητρίου

Σπουδάστρια

Γαλάτεια Μαχαίρα

Πάτρα 10 Σεπτεμβρίου 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

459

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
Πρόλογος	I
Εισαγωγή	II
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
- Ανατομία στομάχου	1
- Φυσιολογία	2
- Παθολογία	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
- Επιδημιολογία	6
- Αίτια του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους	6
- Κλινικές εκδηλώσεις έλκους και επιπλοκών	7
- Διάγνωση	10
- Θεραπεία	11
- Πρόληψη	19
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</u>	
Γενικά	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
A. - Στόχοι νοσηλευτικής παρέμβασης	24
B. - Προβλήματα των επιπλοκών	27
- Στόχοι για την αντιμετώπιση των προβλημάτων	29

	Σελίδα
- Προγραμματισμός των ενεργειών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων	30
- Νοσηλευτική παρέμβαση	30
- Προεγχειρητική φροντίδα	31
- Μετεγχειρητική φροντίδα	32
- Αξιολόγηση των ενεργειών	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας κατά την έξοδο του ασθενή, απ' το νοσοκομείο	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
Περιπτώσεις ασθενών με επιπλοκές έλκους	
Α. Ιστορικό ασθενούς με αιμορραγία από πεπτικό έλκος	36
Β. Ιστορικό ασθενούς με πυλωρική στένωση από πεπτικό έλκος.	49
... Επίλογος	58

Βιβλιογραφία

Αφιερώνω

αυτήν την εργασία, σ'όσους με
δίδαξαν, την προσφορά αγάπης και
συμπράτασης προς τον συνάνθρωπο
μέσα απ'την άσκηση του επαγγέλματος
της νοσηλεύτριας

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το έλκος στομάχου και οι επιπλοκές του, είναι θέμα που σήμερα, απασχολεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη εποχή την Ιατρική Επιστήμη, τους ερευνητές ακόμα και τα μέσα ενημέρωσης.

Και αυτό γιατί αποτελεί, μια απίτις πιο συχνές ασθένειες της εποχής μας, που απορρέουν απίτη ζωή στις σύγχρονες βιομηχανικές πόλεις ή ακόμα απίτη κακής ποιότητας διατροφή του σύγχρονου πολίτη.

Αφορμή για την συγγραφή αυτής της εργασίας στάθηκε, η εξάμηνη πρακτική μου άσκηση στο χειρουργείο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών και μέσω της ελάχιστης εμπειρίας μου σ' αυτό, θα προσπαθήσω να δώσω μια ευρύτερη εικόνα του θέματος.

Στόχος μου είναι, να επιστήσω την προσοχή των συναδέλφων μου, στη σημασία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενούς στο νοσοκομείο, με απώτερο σκοπό την ενημέρωση των νοσηλευτριών-τών, για την πρόληψη, την εγκαίρη διάγνωση και τη σωστή αντιμετώπιση της νόσου, ανεβάζοντας έτσι το θεωρητικό και τεχνικό επίπεδο της Νοσηλευτικής.

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας μου προσφέρει την ευκαιρία να δικαιολογήσω τη μικρή μου συμμετοχή στο χώρο της Νοσ/κής Επιστήμης επιλέγοντας το θέμα: "Επιπλοκές έλκους στομάχου".

Η επεξεργασία του θέματος βασίζεται στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλ. στην εντόπιση των αναγκών του αρρώστου, στο προσδιορισμό στόχων κατά προτεραιότητα, τον προγραμματισμό, καθηκόντων την παρέμβαση και την αξιολόγηση αυτής, από τον νοσηλευτή.

Η εργασία χωρίζεται σε Γενικό και Ειδικό Μέρος. Το Γενικό Μέρος περιλαμβάνει ιατρικά κυρίως στοιχεία που αναφέρονται: στη Παθολογανατομία, τα αίτια, τη διάγνωση, τα συμπτώματα, τη θεραπεία, την πρόγνωση και πρόληψη της νόσου.

Το Ειδικό Μέρος αναφέρεται στον τρόπο παροχής πλήρους και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς μεμονωμένα για κάθε περιστατικό, συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου χορήγησης κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής στον κάθε ασθενή.

Αναφερόμενοι στο πεπτικό έλκος, λέμε ότι είναι, μια περιγεγραμμένη διάβρωση, που περιλαμβάνει τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο ή και τον μυϊκό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η συνήθης εντόπισή του είναι στο στομάχι και στο 12δάχτυλο, μπορεί όμως να συμβεί και σε οποιαδήποτε περιοχή που εκτείθενται στο γαστρικό υγρό, όπως ο

οισοφάγος, η νήστιδα ή μετά από γαστρική χειρουργική. Το έλκος αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων, ξεπεράσει την βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννης.

Οι επιπλοκές του είναι, η αιμορραγία που είναι η συχνότερη επιπλοκή και συμβαίνει όταν ο πυθμένας του έλκους εξαιτίας της διαβρωτικής του τάσεως, φθάσει μέχρι τον υποβλεννογόνιο χιτώνα και διαβρώσει ένα αγγείο.

Η διάτρηση είναι η πιο επικύνδυνη επιπλοκή, και γίνεται όταν το έλκος διαβρώσει όλο το τοίχωμα του στομάχου μέχρι και τον ορογόνο.

Η Πυλωρική στένωση προκαλείται από ορισμένους παράγοντες, όπως ο σπασμός που προκαλείται από το έλκος, η μυϊκή υπερτοφία, η φλεγμονή και το οίδημα και ο σχηματισμός ουλώδους ιστού.

Τέλος η κακοήθης εξαλλαγή, που αφορά αποκλειστικά τα γαστρικά έλκη.

Η συγγραφή της εργασίας στηρίχθηκε σε δύο στοιχεία:

- 1) Η πρόληψη που αποκτά πρωταγωνιστικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των σύγχρονων ασθενειών και
- 2) Στό ότι η Νοσηλευτική σήμερα δεν αποτελεί απλή εφαρμογή θεραπευτικών πράξεων, αλλά συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις, τεχνική κατάρτιση, και ανθρωπιστική συμπεριφορά.

Στα πλαίσια αυτά πρέπει να οργανωθεί και η Νοσ/κή
δίνοντας σημασία στη χρησιμοποίηση νοσ/κής διεργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Ανατομία του στομάχου:

Ο στόμαχος είναι η πιο διευρυσιμένη μοίρα του γαστρεντερικού σωλήνα, και βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του 12δακτύλου. Το άνοιγμα προς το οισοφάγο λέγεται οισοφαγικό στόμιο και προς το λεπτό έντερο πυλωρικό στόμιο (πυλωρός).

Έχει δύο επιφάνειες πρόσθια και οπίσθια και δύο χείλη: το μείζον και το ελάσσον τόξο.

Ο στόμαχος χωρίζεται σε ιδίως στόμαχο με το θόλο και το σώμα και σε πυλωρικό στόμαχο με το πυλωρικό σωλήνα.

Το τοίχωμα αποτελείται από: α) βλεννογόνο, β) υποβλεννογόνιο, γ) μυϊκό και δ) ορογόνο χιτώνα.

Οι αδένες που βρίσκονται στον ιδίως στόμαχο περιέχουν διάφορα κύτταρα: α) βλενώδη κύτταρα, β) καλυπτήρια κύτταρα που παράγουν HCL και ενδογενή παράγοντα γ) ζυμογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο, δ) εντεροενδοκρινή κύτταρα που εκκρίνουν ορμόνες.

Απ'αυτές η ορμόνη γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στόμαχος και προκαλεί αύξηση της έκκρισης γαστρικού υγρού. Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλέγμα στον υποβλεννογόνιο απόπου και ξεκινούν τριχοειδή για το βλεννογόνο. Εξαίρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου που παίρνει αίμα με κατευθείαν κλάδους απ'την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και γι'αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται μεταχειρητικά προβλήματα ισχαιμίας.

Οι φλέβες του στομάχου φέρονται παράλληλα με τ'αρτηριακά τόξα. Από την αριστερή στεφανιαία όμως δημιουργείται μια αξιόλογη επικοινωνία του πυλαίου φλεβικού συστήματος με το σύστημα της άνω κοίλης. Έτσι αίμα από το στομάχο μπορεί να διαφύγει δια των οισοφαγικών φλεβών στο σύστημα της αζύγου.

Φυσιολογία του στομάχου.

Από τη φυσιολογία του στομάχου τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια είναι η κινητικότητα και η έκκριση.

A. Γαστρική έκκριση.

Τα κύτταρα των γαστρικών αδένων εκκρίνουν 2500 ML γαστρικού υγρού την ημέρα. Αυτό είναι μίγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών. Τα οργανικά συστατικά είναι:

α) Η βλέννα, που εκκρίνεται από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό τις γλυκοπρωτεΐνες. Λιπαίνει την τροφή. Η ποσοτική ή ποιοτική ανεπάρκεια της θα μπορούσε να οδηγήσει σε ελκογένεση. Πέρα από τη φυσική προστασία η βλέννα έχει και μικρή ικανότητα να εξουδετερώνει την όξινη έκκριση.

β) Η πεψίνη, που η απελευθέρωση και η δράση της γίνεται με την πτώση του pH κάτω από 4,5. Έχει άριστη δράση σε pH 2 και αναστολή σε pH κάτω από 1,5.

γ) Ενδογενής παράγοντας, που είναι απαραίτητος για τη προστασία της B12, αφού συνδεθεί μαζί της, όπου απελευθερώνεται και απορροφάται.

ΤΟ HCL που εκκρίνεται απ' τους αδένες στο σώμα του στομάχου, εξοντώνει πολλά απ' τα βακτήρια, βοηθά στη πέψη της πρωτεΐνης, παρέχει το απαιτούμενο pH και η πεψίνη διεγείρει την έκκριση χολής και παγκρεατικού υγρού. Ουσίες που τείνουν να προκαλέσουν γαστρικό ερεθισμό είναι μεταξύ άλλων, η ασπιρίνη, η αιθανόζη, το ξύδι και τα χολικά άλατα.

Η ρύθμιση της γαστρικής έκκρισης.

Το 1950 ο IVY διέκρινε την γαστρική έκκριση σε:

Περίοδο Α: Βασική έκκριση

Περίοδο Β: Έκκριση μετά από διέγερση

 φάση 1: Κεφαλική

 φάση 2: Γαστρική

 φάση 3: Εντερική

ΟΙ κεφαλικές φάσεις είναι επιδράσεις, που γίνονται μέσω του πνευμονογαστρικού νεύρου, προκαλούμενες από δραστηριότητα στο Κ.Ν.Σ.

Οι γαστρικές φάσεις είναι κυρίως τοπικές αντανακλαστικές αντιδράσεις και αντιδράσεις στη γαστρίνη.

Οι εντερικές φάσεις είναι αντανακλαστική και ορμονική αναδραστική επίδραση στη γαστρική έκκριση.

Β. Γαστρική κινητικότητα.

Τα πνευμονογαστρικά με φυγόκεντρες και κεντρομόλες ίνες είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την κινητικότητα του στομάχου. Σε φάση ηρεμίας ο στόμαχος παρουσιάζει εναλλαγές μη προωθητικής κινητικότητας με περιόδους

απόλυτης ηρεμίας. Με την είσοδο της τροφής αρχίζει ο περισταλτισμός, ο οποίος με την πάροδο του χρόνου γίνεται εντονότερος, ρυθμικός, συχνός και προκαλεί περιοδικά το πέρασμα μικρών ποσοτήτων κάθε φορά του περιεχομένου του στομάχου στο 12δάκτυλο.

Ο ρυθμός με τον οποίο το στομάχι κενώνεται στο 12δάκτυλο εξαρτάται απ' τον τύπο της τροφής που λαμβάνεται. Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες αφήνουν τον στομάχο σε λίγες ώρες. Η πλούσια σε πρωτεΐνες τροφή αφήνει το στομάχι πιο αργά και η κένωση είναι πιο βραδεία μετά από γεύμα που περιέχει λίπος.

Ο ρυθμός κενώσεως εξαρτάται επίσης απ' την ωσμωτική πίεση του υλικού που μπαίνει στο 12δάκτυλο. Η βαγοτομή που γίνεται στις εγχειρήσεις μπορεί να προκαλέσει σχετικά βαριά γαστρική ατονία και διάταση. Επειδή τα λίπη, όπως είπαμε παραπάνω δρούν αναστάλτικά στη γαστρική κένωση, μερικοί άνθρωποι πίνουν γάλα, κρέμα ή ελαιόλαδο πριν από ένα κοκτέιλ πάρτυ. Το λίπος διατηρεί το οινόπνευμα στο στομάχι για μεγάλο διάστημα, όπου η απορρόφησή του είναι βραδύτερη απ' ό,τι είναι στο λεπτό έντερο. Οι ψυχικές καταστάσεις επίσης είναι σημαντικές επιδράσεις στην έκκριση και την κινητικότητα. Ο θυμός και η εχθρότητα συσχετίζονται με συμφόρηση, υπεραϊμία και υπερέκκριση του γαστρικού βλεννογόνου. Ο φόβος και η κατάθλιψη ελατώνουν τη γαστρική έκκριση και αιμάτωση, και αναστέλλουν τη γαστρική κινητικότητα.

Παθολογία του στομάχου.

Ο γαστρικός βλεννογόνος έχει πολύ μεγάλη ικανότητα να εκκρίνει οξύ. Τα τοιχωματικά κύτταρα εκκρίνουν HCL με μηχανισμό που στηρίζεται στην οξειδωτική φωσφοφυλίωση. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν ιόντα H⁺ σε συγκέντρωση 3.000.000 μεγαλύτερη από κείνη που υπάρχει στο αίμα. Πολλοί χημικοί, νευρικοί και ορμονικοί παράγοντες συμμετέχουν στη ρύθμιση της έκκρισης γαστρικού οξέος. Η έκκριση του οξέος διεγείρεται απ' τη γαστρίνη και τις χολινεργικές μεταγαγγλιακές ίνες του πνευμονογαστρικού. Ο ακριβής μηχανισμός ή οι μηχανισμοί που συνθέτουν την αντίσταση του βλεννογόνου εξαιτίας της οποίας ο στόμαχος και το 12δάκτυλο αντιστέκονται στη διαβρωτική επίδραση οξέος - πεψίνης δεν είναι ξεκάθαροι. Φυσιολογικά, η επιφάνεια των γαστρικών κυττάρων με τις ισχυρές μεσοκυττάρειες συνδέσεις τους σχηματίζουν ένα πλήρως αδιαπέραστο φραγμό, ο οποίος συμμετέχει στην ανθεκτικότητα του βλεννογόνου απέναντι στην ελκωτική δράση του οξέος-πεψίνης. Πολλοί παράγοντες μπορούν να διασπάσουν το φραγμό αυτό, μεταξύ των οποίων τα χολικά άλατα, τα σαλικυλικά, το οινόπνευμα και τ' ασθενή οργανικά οξέα. Επίσης η διάσπαση του φραγμού μπορεί να είναι υπεύθυνη για την αιμορραγική διαβρωτική γαστρίτιδα. Η μειωμένη ροή του αίματος απ' το βλεννογόνο, φαίνεται επίσης να συμμετέχει στη βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Επιδημιολογία.

Το έλκος είναι αρκετά συχνό. Η συχνότητά του στους άνδρες ηλικίας 45-55 ετών υπολογίζεται στο 10%. Στις γυναίκες είναι σπανιότερο, μετά δε την εμμηνόπαυση, η συχνότητα φθάνει το 6%.

Από έλκος βολβού 12δακτύλου προσβάλλονται άτομα κάθε τάξης, σε μεγαλύτερη όμως συχνότητα άτομα που ανήκουν σε ορισμένα επαγγέλματα, όπως ιατροί και διευθυντές επιχειρήσεως. Το έλκος στομάχου είναι συχνότερο σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Η κληρονομικότητα ασκεί σίγουρα επίδραση και απ' το 1954 είναι γνωστό ότι άτομα Ο ομάδας αίματος εμφανίζουν υπερδιπλάσια συχνότητα έλκους, από άτομα άλλων ομάδων.

Αιτιολογία.

Τα αίτια της νόσου είναι άγνωστα. Μπορούμε όμως να πούμε ότι οφείλεται σε πολλές θεωρίες όπως:

- 1) Η νευρική, όσο αφορά την ιδιοσυστασία και την ιδιαίτερη ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος.
- 2) Η χημική, όσο αφορά την αύξηση της έκκρισης του στομάχου και ελάττωση της αντοχής του βλεννογόνου.
- 3) Η αγγειακή, όταν παρουσιάζονται δηλ. εμβολές και θρομβώσεις των αγγείων του βλεννογόνου.
- 4) Η ορμονική, όσο αφορά την υπερέκκριση του φλοιού των επινεφριδίων και άλλων ορμονών.

5) Η τραυματική, όταν δημιουργούνται τραυματισμοί από διάφορες τροφές.

Υπάρχουν όμως και διάφοροι παράγοντες και καταστάσεις που συνοδεύουν συχνά το πεπτικό έλκος και είναι:

- 1) Η κληρονομικότητα αφού παρατηρείται σε μέλη της ίδιας οικογένειας.
- 2) Οι χρόνιες φλεγμονές του στόματος ή των δοντιών κ.λ.π.
- 3) Το κάπνισμα
- 4) Το επάγγελμα με έντονη απασχόληση
- 5) Η διατροφή με πολύ κρέας και καρυκεύματα
- 6) Οι σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις
- 7) Η ομάδα αίματος O.

Κλινικές εκδηλώσεις έλκους και επιπλοκών.

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι κοινά, ανεξάρτητα αν η εντοπισή της είναι στο στομάχι ή στο 12δακτυλο.

Εμφανίζονται περιοδικά (φθινόπωρο-Άνοιξη) διάρκειας 10-20 ημερών και είναι ως εξής:

- 1) Πόνος: είναι το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα. Στο έλκος στομάχου είναι επιγαστρικός και εκλύεται 30' μετά απ' τη λήψη της τροφής, στα παραπυλωρικά έλκη 1-2 ώρες και στα 12δακτυλικά 3-5-6 ώρες μετά το φαγητό.
- 2) Καύσος, όξινες ερυγές: αυτά συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο, ιδίως στο 12δακτυλο, έλκος.
- 3) Έμετοι, σιελόρροια: αυτά ανακουφίζουν τον άρρωστο

απ' τον πόνο και γι' αυτό προκαλούνται απ' τον ίδιο με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.

4) Γαστρορραγία: το αίμα αποβάλλεται απ' το στόμα (αιματέμεση) ή με τα κόπρανα (μέλαινα κένωση).

5) Μετεωρισμός και δυσκοιλιότητα.

Οι εκδηλώσεις τώρα των επιπλοκών ειδικά, είναι:

Στην αιμορραγία, τα συμπτώματα εξαρτώνται απ' τη βαρυτητα της, δηλ. απ' το ποσό του αίματος που χάθηκε.

Αυτά είναι η τάση για λιποθυμία, η αδυναμία, η ωχρότητα, οι ίλιγγοι, οι ψυχροί ιδρώτες, τα κρύα άκρα, η δίψα, η δύσπνοια και το callapsus. Εμφανίζεται επίσης ταχυσφυγμία, αλλοίωση του σφυγμού και η πτώση της Α.Π.

Στην διάτρηση, είναι δύσκολη η διαγνωστική πλάνη. Κατά τη στιγμή της διάτρησης, ο άρρωστος παρουσιάζει οξύτατο πόνο στο επιγάστριο και έχει έντονη αγωνία. Γρήγορα ο πόνος επεκτείνεται σ' όλη την κοιλία, το πρόσωπο του αρρώστου γίνεται κάτωχρο, το βλέμα του γεμάτο αγωνία, οι αναπνευστικές κινήσεις πολύ περιορισμένες και επιπόλαιες, η αναπνοή γίνεται μόνο πλευρική, η διαφραγματική καταργείται

δεδομένου ότι το διάφραγμα και όλοι οι κοιλιακοί μύες ακινητοποιούνται. Ο άρρωστος παραμένει ακίνητος στο κρεβάτι με τα πόδια μαζεμένα. Οποιαδήποτε κίνηση μεγαλώνει τους πόνους. Η κοιλία είναι συσπασμένη, σκληρή σαν σανίδα. Η θερμοκρασία, ο σφυγμός και η Α.Π. φυσιολογικά.

Στην πλωρική στένωση, το κύριο σύμπτωμα είναι οι έμετοι, που είναι συνεχείς, τροφώδεις ή υδαρείς και δεν περιέχουν χολή. Μπορεί να περιέχουν τροφές προηγούμενων ημερών. Ανακουφίζουν τον ασθενή παροδικά απ' τα ενοχλήματα. Οι συνεχείς έμετοι πολύ γρήγορα επηρεάζουν τη γενική κατάσταση του αρρώστου. Έτσι εμφανίζεται διαταραχή της θρέψης με αποτέλεσμα το προοδευτικό αδυνάτισμα και την αφυδάτωση απ' τη συνεχή απώλεια υγρών. Συνυπάρχει αναιμία και τελικά μυϊκή αδυναμία, που οφείλεται στη συνυπάρχουσα διαταραχή των ηλεκτρολυτών.

Διάγνωση

Στόχος της διάγνωσης είναι η έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος, προς αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων, που έχουν σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση του άγχους και φόβου του ασθενή, από λανθασμένες κινήσεις των γιατρών, τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ψυχοσωματική του ηρεμία.

Η διάγνωση είναι εύκολη και γίνεται με τους ακόλουθους τρόπους:

A. Από το ιστορικό υγείας του ασθενή και το οικογενειακό του ιστορικό.

Απ' το πρώτο, εξετάζουμε για προηγούμενο ιστορικό πεπτικού έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος O.

Απ' το δεύτερο, εξετάζουμε αν υπάρχει μέλος της οικογένειας που πάσχει από έλκος.

Συζητούνται επίσης το επάγγελμα και η ρουτίνα εργασίας του αρρώστου. Τα άτομα που πάσχουν από έλκος είναι συνήθως νευρικά, ανταγωνιστικά, αγχώδεις εργαζόμενοι για κατάληψη θέσεων.

B. Απ' τα διάφορα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, όπως ο πόνος κατά διαστήματα, οι έμετοι, ο καύσος με τις όξινες ερυγές, το αίμα που αποβάλλεται, κ.λ.π.

Γ. Απ' τα εργαστηριακά ευρήματα, που είναι:

1) Η ακτινοσκόπηση του στομάχου, ύστερα από χορήγηση σκιαγραφικού μέσου (βάριο), με μια ακρίβεια που πλησιάζει το 90%.

2) Η κυτταρολογική εξέταση: διενεργείται εξέταση κατά Παπανικολάου του γαστρικού υγρού, για την ανεύρεση ή όχι καρκινικών κυττάρων σε περιπτώσεις έλκους.

3) Η γαστροσκόπηση, που είναι μια πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την έρευνα του στομάχου.

Με την άμεση όραση επιτρέπεται ο καθορισμός του μεγέθους και του σχήματος καθώς και ο βλεννογόνος του στομάχου και του 12δακτύλου. Έτσι αποκαλύπτονται και εντοπίζονται οι βλάβες και γίνεται λήψη βιοψίας, ώστε να διαπιστωθούν τα ιστολογικά του χαρακτηριστικά. Η γαστροσκόπηση παρέχει σημαντική βοήθεια κυρίως για τη διάκριση απλού έλκους του στομάχου και έλκος από ελκυστική μορφή καρκίνου.

Δίνει επίσης τη δυνατότητα στους γιατρούς να ελέγχουν την εφαρμοζόμενη θεραπεία και εγκαίρως να την μεταβάλλουν προς δραστικότερη εγχείρηση, αν τ' αποτελεσμάτά της δεν είναι τ' αναμενόμενα.

Θεραπεία

Σκοπός της θεραπείας είναι, η προσπάθεια θεραπευτικής αντιμετώπισης, είτε με συντηρητική αγωγή, είτε με χειρουργική επέμβαση, που συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την ανακούφιση του ασθενούς και για την επούλωση του έλκους.

Ακόμα βασικοί σκοποί είναι η αραίωση, η ελάττωση και εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για μείωση του ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας του στομάχου.

Η συντηρητική αγωγή εφαρμόζεται με τα εξής μέτρα:

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

Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών, βοηθά στη διατήρηση της ηρεμίας και στη πλήρη ανάπαυση του ασθενή καθώς και η αποφυγή πολλών επισκεπτών, που ξαναφέρουν προβλήματα στον ασθενή.

Η ικανοποίηση των αναγκών του απ' το προσωπικό του νοσοκομείου συντελεί επίσης στην ηρεμία του.

2) Βοήθεια για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου και τον περιορισμό της υπερκινητικότητας και εκκριτικότητάς του.

Λευκωματούχες τροφές, που ενώνονται με τα οξέα και αλκαλικά φάρμακα, είναι χρήσιμες για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου. Γι' αυτό συνιστάται να παίρνει ο-ασθενής σε συχνά διαστήματα μικρή-ποσότητα τροφής, όπως γάλα, κρέμα, κονάκερ, φάρμακα που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχολινεργικά και αντιόξινα φάρμακα που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

Δίνονται ακόμα αντισπασμολυτικά φάρμακα, σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Έτσι περιορίζεται η υπερκινητικότητα και η αύξηση της εκκρισης του γαστρικού υγρού. Καθώς ο πόνος υποχωρεί περιορίζεται η συχνότητα

των γευμάτων και αυξάνεται το διαιτολόγιο σε ποσότητα και ποικιλία. Προτιμώνται οι λευκές τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες) οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού. Το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Εγκριτικοί παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι ακόμα, το κάπνισμα, τα ποτά, ο καφές και το τσάϊ.

3) Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει με το έλκος και σε περίπτωση θεραπείας να μην εμφανισθεί πάλι. Αυτό συντελείται με το σχεδιασμό ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

Η θεραπεία ειδικά των επιπλοκών γίνεται με τους εξής τρόπους:

Για την διάτρηση, Η μόνη ασφαλής αντιμετώπιση είναι η εγχείρηση και πρέπει να γίνεται αμέσως. Μετά απ' αυτή χορηγούνται οπιούχα και αντιβιοτικά.

Αν η διάτρηση αφορά το 12δάκτυλο έλκος, εκτελείται απλή συρραφή του έλκους.

Αν πρόκειται για γαστρικό έλκος, πρέπει ν' αφαιρείται (γαστρεκτομή) ή αν δεν είναι δυνατόν ν' αφαιρεθεί, τότε συρράπτεται. Το αν θ' ακολουθήσει και θεραπευτική εγχείρηση για το

12δάκτυλικό έλκος είναι συζητήσιμο.

Η τάση σήμερα είναι υπέρ της βαγχοτομής με ή χωρίς παροχετευτική εγχείρηση.

Για την αιμορραγία, υπάρχει άμεση ένδειξη εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης.

Πολλοί συνιστούν την εισαγωγή LEVIN για την παρακολούθηση της αιμορραγίας και την εκτέλεση πλύσεων του στομάχου με παγωμένο φυσιολογικό ορό.

Η τηρητέα συντηρητική αγωγή συνίσταται σε:

- α) διατήρηση του όγκου αίματος
- β) διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών.
- γ) ενδοφλέβια χορήγηση αναστολέων της γαστρικής έκκρισης
- δ) ηρεμιστικά.

Εφόσον η αιμορραγία σταματήσει, επιβάλλεται η προοδευτική παροχή φαγητού και η συντηρητική θεραπεία του έλκους.

Όταν όμως δεν μπορεί να σταματήσει, ενδείκνυται η εγχείρηση.

Για γαστρικό έλκος πρέπει να γίνει γαστρεκτομή με συναφαίρεση του έλκους.

Αν το έλκος βρίσκεται ψηλά, τότε γίνεται απολίνωση της εστίας που αιμορραγεί με ραφές, και βιοψία

σε συνδυασμό με βαγγοτομή.

Για την πυλωρική στένωση, όταν υπάρχει παροδική μορφή

αρκεί η συντηρητική θεραπεία και συνίσταται σε συνεχή ρινογαστρική αναρρόφηση, διόρθωση των μεταβολικών διαταραχών με χορήγηση υγρών-ηλεκτρολυτών. Όταν οφείλεται σε ουλώδη στένωση, είναι απαραίτητη η χειρουργική θεραπεία, της οποίας προηγείται συντηρητική αγωγή προετοιμασίας του ασθενούς.

Συντελείται γαστρεκτομή, σαν η πιο σωστή επιλογή. Αν η αιτία της στένωσης είναι το 12δάκτυλο έλκος, η βαγγοτομή με παροχετευτική εγχείρηση δίνει άριστα αποτελέσματα. Σε πολύ προχωρημένες μορφές με υπερβολική διάταση του στομάχου και πλήρη μυϊκή ατονία, η γαστρεκτομή μπορεί να έχει θέση, σαν μέθοδος θεραπείας.

Σ' αυτό περιλαμβάνεται διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, προειδοποίηση των αρρώστων για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων, διδασκαλία που αφορά την υποτροπή της νόσου και προειδοποίηση του αρρώστου για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Η αδυναμία στη φαρμακευτική θεραπεία θέτει το ενδεχόμενο της χειρουργικής θεραπείας. Η απόφαση για χειρουργική θεραπεία ασθενών με επιπλοκές ελκους θα πρέπει να εξατομικεύεται.

Η ένταση των ενοχλημάτων, το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και της νοσηλείας, ο χαμένος χρόνος εργασίας, θα πρέπει να εκτιμηθούν σε σχέση με τη νοσηρότητα και τη πιθανή θνητότητα, που σχετίζονται με την επέμβαση και την αναισθησία, τους κινδύνους υποτροπής έλκους και τα μακροχρόνια μετεγχειρητικά ακόλουθα.

Παρ' όλα αυτά οι εγχειρητικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι πολλές. Οι κυριότερες είναι οι εξής:

- α) Μερική γαστρεκτομή (σε έλκος στομάχου)
- β) Γαστροεντεροαναστόμωση
- γ) Εκτομή τμήματος άντρου του στομάχου και βαγγοτομή.
- δ) Βαγγοτομή με πυλωροπλαστική με σύγχρονη συρραφή του αγγείου που αιμορραγεί, που είναι μια εγχείρηση όμως με μικρότερο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η μερική γαστρεκτομή, είναι η εγχείρηση εκλογής για το έλκος στομάχου. Διακρίνεται σε δύο είδη: Billroth I και Billroth II.

Στην πρώτη αφαιρείται το έλασσον τόξο του στομάχου μαζί με το πυλωρό. Το 12δακτυλο ενώνεται με το υπόλοιπο στομάχι. Στη δεύτερη, αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με το πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος

του 12δακτύλου. Το 12δάκτυλο κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με τη νήστιδα, πίσω απ' το κόλο.

Βαγγοτομή: Οι πνευμογαστρικές νευρικές ώσεις προκαλούν αύξηση της έκκρισης του HCL. Έτσι σε 12δακτυλικά έλκη γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Μετά από γαστρεκτομή είναι δυνατόν να εμφανισθούν επιπλοκές, όπως:

1) το σύνδρομο Dumping, που οφείλεται στη γρήγορη κένωση του στομάχου, με αύξηση της αιματικής ροής των σπλάχνων, ελάττωση του όγκου του αίματος, πτώση της Α.Π., ταχυκαρδία, διάταση του εντέρου με κοιλιακά άλγη, εμέτους και διάρροια.

Στις ελαφρές εκδηλώσεις του συνδρόμου, αρκεί ο περιορισμός του μεγέθους των γευμάτων, αποφυγή σακχάρων, χορήγηση β-αδρενεργικών αναστολέων, που βοηθούν αρκετά.

Όταν τα ενοχλήματα είναι βαριά, η προσφυγή στην χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη.

2) Αιμορραγία, η οποία τις πρώτες ώρες είναι συχνή και χωρίς σημασία. Αν όμως είναι μεγάλη, επιβάλλεται η διάσπαση του τραύματος και η διενέργεια γαστροτομής, για τον έλεγχο του στομάχου. Κατά κανόνα η απλή αποξένωση του αγγείου που αιμορραγεί, είναι αρκετή.

3) Έμετοι, οι οποίοι είναι συνέπεια της μειωμένης κινητικότητας του στομάχου, λόγω του τραυματισμού του κατά την εγχείρηση. Η εφαρμογή συνεχούς αναρροφήσεως με το σωλήνα LEVIN, βοηθά στην ταχεία αποκατάσταση

της κινητικότητας.

4) Αναιμία, η οποία είναι συχνή μετά τη γαστρεκτομή, οφείλεται κυρίως στην κακή απορρόφηση του σιδήρου, σε συνδυασμό με ελαττωμένη πρόσληψή του και απώλεια αίματος.

5) Πνευμονικές επιπλοκές, όπως πνευμονία, ατελεκτασία, πνευμονική εμβολή.

6) Έλκος αναστομώσεως, το οποίο παρατηρείται στα 2-5% των περιπτώσεων. Αντιμετωπίζεται με συντηρητικά μέσα και κυρίως με χρησιμοποίηση σιμετιδίνης, και ρανιτιδίνης (Zantac). Αν η κατάσταση δεν βελτιώνεται γρήγορα και ο ασθενής υποφέρει, επιβάλλεται η επαν-εγχείρηση, όπου διενεργείται η διατομή των πνευμονογαστρικών ή γαστροεντεροαναστόμωση.

Πρόληψη: Σκοπός της πρόληψης είναι η σωστή καθοδήγηση των ατόμων που κινδυνεύουν να νοσήσουν, με την κατάλληλη διδασκαλία και πληροφόρηση τους, όσο αφορά τον τρόπο της ζωής τους, δηλ. τις καθημερινές συνήθειες στην εργασία τους, στη διατροφή τους ή ακόμα και στη διασκέδασή τους, καθώς και τα συμπτώματα και τις επιπλοκές της νόσου, προς αποφυγή έτσι των δυσάρεστων επιπτώσεων, που ενδεχομένως παρουσιαστούν, αν δεν δώσουν την απαιτούμενη προσοχή.

Τα νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται, είναι:

- 1) Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- 2) Συχνή ιατρική παρακολούθηση
- 3) Πιστή και ακριβή τήρηση των οδηγιών που του δόθηκαν με την εξοδό του απ' το νοσοκομείο σχετικά με το διαιτολόγιο, τη φαρμακευτική αγωγή, κ.α.
- 4) Προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως κ.λ.π.

Όσο αφορά την πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών ενεργούμε ως εξής:

- α) Η μετεγχειρητική αιμορραγία προλαμβάνεται με την:
 - Ακριβή μέτρηση του περιεχομένου των αποβαλλόμενων υγρών του αρρώστου (τραύματος, παροχετεύσεων κ.λ.π)
 - Συχνή και ακριβή λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων.
 - Επισταμένη παρακολούθηση της γενικής καταστάσεως του αρρώστου (χρώμα προσώπου, εφιδρώσεις, γενική ανησυχία κ.λ.π).

β) Η αναπνευστική ανεπάρκεια με την:

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

γ) Η θρόμβωση και η εμβολή προλαμβάνονται με την:

- Συχνή ενθάρρυνση του αρρώστου στην αυτοεξυπηρέτησή του.
- Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης του αρρώστου και άσκηση των άνω και κάτω άκρων.
- Χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα, όταν ο άρρωστος αρχίσει να σηκώνεται.
- Συνεχή παρακολούθηση της πηκτικότητας του αίματος.

δ) Η εκσπλάχνωση αποφεύγεται με την:

- Χρησιμοποίηση ελαστικής επίδεσης της κοιλίας
- Πρόληψη μολύνσεως του τραύματος
- Υποστήριξη του τραύματος, όταν βήχει ο άρρωστος
- Εμπλούτιση του διαιτολογίου του αρρώστου με ζωικά λευκώματα.

ε) Το σύνδρομο Dumping προλαμβάνεται με την:

- Ενημέρωση του αρρώστου, ν' αποφεύγει τη λήψη μεγάλων

γευμάτων, καθώς και ζεστών, παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών.

- Αποφυγή λήψεως υγρών, κατά τη διάρκεια του φαγητού
- Καλή μάσηση της λαμβανόμενης τροφής.
- Φυσική ανάπαυση του αρρώστου μετά το γεύμα.
- Αντιχολινεργικά πριν απ' το γεύμα για το περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

Πραγματοποιώντας όλα αυτά, ελπίζουμε ότι στο μέλλον, η ασθένεια αυτή θα εκλείψει όσο το δυνατόν περισσότερο, με αποτέλεσμα να υπάρχει μειωμένος αριθμός ατόμων, που να νοσεί, εφόσον τηρείται βέβαια με ακρίβεια η φαρμακευτική αγωγή, ώστε ν' αποφευχθεί τελείως ο κίνδυνος.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, η παραμονή του σ' αυτό, αποτελεί μέρος της όλης του ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή, ούτε πάντοτε και το τέλος της. Το γεγονός αυτο αποτελεί βασικό σημείο, το οποίο πρέπει η αδελφή να γνωρίζει. Ακόμη ο χρόνος παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο μικρός ή μεγάλος, δεν μεταβάλλει πάντα τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει η αδελφή προς αυτόν.

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

Σαν απαραίτητο εφόδιο της νοσηλεύτριας στο έργο της νοσηλείας θα πρέπει να είναι οι εμπεδωμένες γνώσεις της, αλλά και η αγάπη της προς τον πάσχοντα. Και αυτό γιατί, μόνο έτσι μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια.

Επίσης ένας απ' τους πρωταρχικούς της σκοπούς, είναι να ενισχύει με κάθε τρόπο, τη ψυχοσωματική ηρεμία του ασθενή για τη μείωση έτσι της επιδείνωσης της καταστάσεως του.

Άλλος σκοπός της είναι να παρατηρεί τη συμπεριφορά του, ώστε να καταλαβαίνει κάθε αλλαγή που του συμβαίνει. Όταν σέβεται και δίνει σημασία στα αισθηματά του, αποκτά το ενδιαφέρον και την εμπιστοσύνη του. Η προθυμία της να ακούσει τον άρρωστο όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει, τον βοηθά στη διατήρηση της

συγκινησιακής του σταθερότητας.

Όταν ο ασθενής πρόκειται να εγχειρηθεί η εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης, αποτελεί μια νοσηλευτική δραστηριότητα πολύ σημαντική, έτσι ώστε να επηρεάζει τη μετεγχειρητική του πορεία. Η προσεχτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει επίσης, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του. Επίσης η απαραίτητη ενημέρωση της ομάδας υγείας, απ' τον νοσηλευτικό δελτίο με τις κατάλληλες ενέργειες που έκανε η νοσηλεύτρια, είναι ένα πολύ καλό μέσο παρακολούθησης για κάθε τι σχετικό με το χειρουργημένο, και βοηθά στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό έργο της ομάδας. Τέλος η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στη πρόληψη και έγκαιρη διάγνωσή τους.

Παρακάτω αναπτύσσονται αναλυτικότερα τ' απαραίτητα νοσηλευτικά μέτρα, που πρέπει να λαμβάνονται γι' άρρωστο με επιπλοκές έλκους, αλλά και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην εκπαίδευσή του, τόσο προεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

A. Στόχοι νοσηλευτικής παρέμβασης

Τα βασικά προβλήματα που παρουσιάζουν οι ελκοπαθείς είναι:

- Πόνος και δυσπεψία
- Άγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις
- Κίνδυνος επιπλοκών

Οι ενέργειες του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, συνίστανται στα εξής:

- Η ανακούφιση του πόνου και της δυσπεψίας επιτυγχάνεται με την:
 - α) Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων, με εξουδετέρωση των εκκρίσεων του στομάχου και ανακούφιση απ' τα συμπτώματα.
 - β) Χορήγηση αντιχολινεργικών για μείωση της γαστρικής κινητικότητας και έκκρισης. Χρειάζεται όμως προσοχή, γιατί προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία και εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων.
 - γ) Επαρκής ενυδάτωση του αρρώστου, για εξουδετέρωση παρενεργειών απ' τα χολινεργικά φάρμακα.
 - δ) Χορήγηση διαιτολογίου ελκοπαθούς, δηλ. λευκωματούχες τροφές για εξουδετέρωση των οξέων. Συχνά και μικρά γεύματα για την απορρόφηση των οξέων. Αποφυγή ερεθιστικών τροφών, όπως καρυκεύματα, σάλτσες,

οινοπνευματώδη ποτά κ.λ.π.

Αποφυγή καπνίσματος.

- Η μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων, επιτυγχάνεται με την:

- α) Συχνή επαφή με τον άρρωστο και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης, όπου ο ασθενής θα συζητήσει προσωπικά του θέματα.
- β) Άνετη ακρόαση των προβλημάτων του και αποδοχή του τρόπου τοποθετήσεως και αντιμετώπισέως τους.
- γ) Έμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίηση φυσικών του αναγκών, οικονομικών, επαγγελματικών, κ.α.
- δ) Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου και με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας, για λύση αποριών και ανησυχιών του.
- ε) Κατανόηση του αρρώστου, ώστε ν' αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.
- στ) Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, που περιλαμβάνει χορήγηση κατευναστικών για μείωση του άγχους και της ανησυχίας. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνο ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.
- ζ) Βοήθεια του αρρώστου να μην επηρεάζεται απ' τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Υπάρχουν και κάποια μετεγχειρητικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο άρρωστος, και είναι:

- Τραυματικός πόνος και δυσφορία
- Ανεπαρκής θρέψη
- Κίνδυνος επιπλοκών

Αυτά αντιμετωπίζονται ως εξής:

- Η ανακούφιση του πόνου και της δυσφορίας επιτυγχάνεται με την:

- α) Πιστή και ακριβή τήρηση της χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων
- β) Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση
- γ) Συχνή αλλαγή θέσεως
- δ) Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παρεχόμενων (LEVIN, τραύματος, κ.λ.π)
- ε) Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη τραυματικών μολύνσεων
- στ) Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου φυσικού περιβάλλοντος
- ζ) Συνεχής συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου
- η) Δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στον άρρωστο.
- θ) Ικανοποίηση των αναγκών που εμφανίζει
- ι) Διδασκαλία του αρρώστου πως ν' αναπνέει βαθιά, να βήχει κ.λ.π.

- Η ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του ασθενούς επιτυγχάνεται με την:

- α) Πιστή τήρηση της παρευτερικής χορήγησης υγρών
- β) Ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών
- γ) Χορήγηση υγρών απ' το στόμα, εφόσον λειτουργεί το έντερο.
- δ) Λήψη τροφής εμπλουτισμένης σε ζωϊκά λεικώματα και βιταμίνες, εφόσον αρχίσει να σιτίζεται

- ε) Εξασφάλιση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη.
- στ) Εκτίμηση και ικανοποίηση των προσωπικών προτιμήσεων της διατροφής του αρρώστου.

Β. Ακολουθώντας τις επιπλοκές του έλκους, εντοπίζουμε σημαντικά προβλήματα που παρουσιάζονται στον ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα:

Η νοσηλευτική εκτίμηση στην αιμορραγία θα δείξει έναν βαριά πάσχοντα με:

- Αιματέμεση
- Μέλαινα κένωση
- Ενδείξεις ανάπτυξης SHOCK (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση, εφίδρωση).

Η νοσηλευτική εκτίμηση στη διατροφή εντοπίζεται

με:

- Πόνος εντονότατος, διαξιφιστικός στο επιγάστριο, που αντανακλάται στη μέση.
- Σπασμωδική σύσπαση του επιγαστρίου απ' την περιτοναϊκή αντίδραση.
- Κατά τη δακτυλική εξέταση απ' το ορθό, ο δουγλάστος χώρος είναι ευαίσθητος ή ελαφρά επώδυνος, εξαιτίας ερεθισμού του περιτοναίου απ' το γαστρικό περιεχόμενο HCL.
- Τα παραπάνω συμπεριλαμβάνονται στη συμπτωματολογία του 1^{ου} βωρου.
- Κατά το 2^ο βωρο η σύσπαση είναι καθολική με επιτάχυνση του σφυγμού 90-100/λεπτό.
- Κατά το 3^ο βωρο μεγάλη αύξηση σφυγμού 100-120/λεπτό.

- Κατά το 4^ο βωρο εγκατάσταση περιτονίτιδας.
- Ο σφυγμός αυξάνεται 150-140/λεπτό.
- Κοιλία μετεωρισμένη και σκληρή, λόγω ανάπτυξης παραλυτικού ειλεού.
- Πυρετός 39-40^ο, συνήθως παρατηρείται υποθερμία που υποδηλώνει τη μεγάλη πτώση της αντίστασης του οργανισμού.
- Έμετοι τροφώδεις, κατόπιν χολώδεις και τέλος κοπρανώδεις.
- Η γενική κατάσταση έχει επιβαρυνθεί, ο ασθενής εμφανίζει το ιπποκράτειο προσωπείο, δείγμα τοξικόσεως και αφυδάτωσης του οργανισμού.

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

Τέλος, πολλοί ασθενείς με στένωση έχουν μακρύ ιστορικό πεπτικού έλκους.

Ο άρρωστος παραπονείται:

- Κλασικός πόνος, έλκος στομάχου κατά βδομάδες ή μήνες με τελική ανάπτυξη ανορεξίας και εμέτου και αδυναμία ανακούφισης με αντιόξινα.
- Αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές.
- Εξέταση κοιλίας δείχνει διάταση με ορατό περισταλισμό.
- Ο έμετος περιέχει τροφές που έχουν ληφθεί αρκετές

ώρες πριν και η απώλεια χολής στο γαστρικό περιεχόμενο αναδεικνύει την περιοχή της απόφραξης.

Οι στόχοι, στους οποίους αποσκοπεί η νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή της συνίστανται στα εξής:

- Όσο αφορά ειδικά την αιμορραγία, ο σπουδαιότερος στόχος είναι το σταμάτημά της και η αντιμετώπιση του SHOCK. Έτσι αυξάνει τον όγκο του αίματος με χορήγηση αίματος ή πλάσματος. Χορηγεί LEVIN και κάνει πλύση στομάχου με παγωμένο φυσιολογικό ορό για πρόκληση αγγειοσύστασης.

Γενικότεροι στόχοι στην αντιμετώπιση των επιπλοκών.

- Χορήγηση αντιόξινων, τα οποία δεν απορροφώνται και εξουδετερώνουν το HCL του γαστρικού υγρού.
- Χρήση αντιχολινεργικών, για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας.
- Χορήγηση κατευναστικών για μείωση της αγωνίας και του άγχους.
- Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση απ' το πόνο.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε αναπαυτική θέση και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής του χαλάρωσης.
- Ικανοποίηση των αναγκών που εμφανίζει (φυσικών και ψυχικών).
- Ακριβή μέτρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών.
- Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για την εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του ασθενή.

- Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων STRESS μαζί με τον άρρωστο και την οικογενειά του.

Ανεύρεση τρόπων μείωσης του STRESS, στοχεύοντας έτσι στην ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική του χαλάρωση.

Ο προγραμματισμός των ενεργειών, που προβαίνει η νοσηλεύτρια-τής είναι απαραίτητος, για να μπορεί να τις επιτελεί ανάλογα με τη βαρύτητα των αναγκών που παρουσιάζονται, όπως π.χ. πρώτα θ' αντιμετωπίσει μια βαριά αιμορραγία - λόγω της επείγουσας ανάγκης της - και έπειτα μια στένωση.

Επίσης ο προγραμματισμός βοηθά, ώστε οι παρεμβάσεις να γίνονται με το σωστότερο και πιο ανώδυνο τρόπο για τον ασθενή και να καλυφθούν όλες του οι ανάγκες, δίχως τον κίνδυνο να ξεχαστεί κάτι που είναι απαραίτητο να γίνει, και να παρουσιαστούν έτσι δυσάρεστες επιπτώσεις σ' αυτόν.

Η νοσηλευτική παρέμβαση, που χωρίζεται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, αποσκοπεί στην ανακούφιση του αρρώστου, απ' τον πόνο και τις άλλες δυσχέρειες, που εμφανίζονται εξαιτίας της νόσου, με αποτέλεσμα τη φυσική και διανοητική του χαλάρωση.

Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

Τις ειδικές εξετάσεις που γίνονται πριν από κάθε επέμβαση:

- Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν απ' τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό

αιμορραγίας ή θρόμβωσης, ελέγχεται η πήκτικότητα. Εξαιτίας του STRESS ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν απ' την εγχείρηση, προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

- Επίσης γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.
- Η ακτινογραφία και το ΗΓΚ αποτελούν επίσης εξετάσεις ρουτίνας.

Στην άμεση προεγχειρητική ετοιμασία, η νοσηλεύτρια: Εφαρμόζει τη δίαιτα ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν απ' την επέμβαση. Στο δείπνο της παραμονής της επέμβασης χορηγεί υγρή δίαιτα με γάλα.

Τη βδομάδα που προηγείται της εγχείρησης, πιθανώς χορηγεί 2000 MG βιταμίνης C απ' το στόμα, και εξασφαλίζει αίμα για τη μετάγγιση.

Επίσης φροντίζει για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας. Επιδιώκει συχνή καθαριότητα και αντισηψία σ' αυτή τη περιοχή.

Αν υπάρχει πυλωρική στένωση, κάνει πλύση στομάχου, το βράδυ της προηγούμενης, με άφθονο χλιαρό νερό.

Σταμάτα τη πλύση, όταν το νερό βγαίνει τελείως καθαρό.

Το πρωινό της επέμβασης εισάγει το σωλήνα LEVIN γι' αναρρόφηση του υπολειματικού υγρού.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, εκτός απ' την ετοιμασία του προεγχειρητικού πεδίου, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη κένωση της ουροδόχου

κύστης, και ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά του σημεία, πριν και μετά τη προνάρκωση, που έχει ήδη χορηγήσει κατ' εντολή του αναισθησιολόγου.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Λήψη σε συχνά διαστήματα των ζωτικών σημείων.
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, ώστε να διατηρείται καθαρή και υγρή.
- Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, στο σωλήνα LEVIN. Έτσι επιβάλλεται διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα και ακριβής μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών. Ο σωλήνας παραμένει 3-4 ημέρες μετεγχειρητικά. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθά στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
- Γίνονται μετακινήσεις του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Χορηγούνται αναλγητικά και ναρκωτικά για την ανακούφιση απ' τον πόνο.
- Χορηγείται ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη των επιπλοκών και παρακολουθείται ο άρρωστος για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπισή τους.
- Βοηθείται ο άρρωστος να προσαρμοστεί στη νέα του κατάσταση και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους. Ενημερώνεται επίσης για τους ερεθιστικούς

παράγοντες του στομάχου. Αυτά' δεν είναι μόνο τροφές, αλλά και ο τρόπος ζωής και αντιμετώπισεώς της. Όταν υπάρχουν οικογενειακά ή κοινωνικά προβλήματα, καλούνται ο ιερέας και η κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος, να βοηθήσουν τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας τους.

Τέλος, έπειτα απ' όλες τις παρεμβάσεις της το τελευταίο βήμα της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του αρρώστου της είναι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ενεργειών της, για να μπορέσει έτσι να βεβαιωθεί ότι ενήργησε με κάθε επιστημονική ακρίβεια, ότι συνέβαλε με κάθε δυνατό τρόπο, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση του αρρώστου πίσω στο κοινωνικό του περιβάλλον, και στην αντίθετη περίπτωση που ο ασθενής δεν θεραπεύτηκε όπως έπρεπε, να ελέγξει τα λάθη της και ν' αλλάξει τις μεθόδους της, ώστε ν' αποφευχθεί το δυσάρεστο αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

Η μέρα αποχώρησής του ασθενή απ' το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ίδιου και του περιβάλλοντός του.

Κατά την αποχώρησή του ο ασθενής απ' το νοσοκομείο, δυνατό να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής.

Έτσι η νοσηλεύτρια τον εφοδιάζει κατά την εξοδό του, με έντυπα που αναφέρονται σ' αυτά όλα τα είδη τροφών που επιτρέπονται καθώς και στο κατάλληλο τρόπο κατασκευής τους.

Βοηθητική επίσης είναι η ενημέρωση του ασθενή για το σύνδρομο DUMPING και για τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισής του. Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά την εγχείρηση. Αργότερα εμφανίζονται και συμπτώματα, υπογλυκαιμίας. Μαζί μ' αυτές τις πληροφορίες η αδελφή δίνει την ευκαιρία να εκφράσει ο ασθενής τους φόβους του, να κάνει ερωτήσεις, και αυτή με τη σειρά της, του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του και του απομακρύνει κάθε ανηχυσία.

Επίσης ενημερώνεται ο άρρωστος για τους ερεθιστικούς παράγοντες του στομάχου που δεν είναι μόνοι οι τροφές, αλλά και ο τρόπος ζωής και αντιμετώπισής της.

Γίνεται διδασκαλία και αιτιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας του προγράμματος εφαρμογής της σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεώς τους. Για τα φάρμακα που μπορεί να έχουν παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και κάθε υπεύθυνο μέλος της οικογένειας, για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν.

Ακόμα προειδοποιείται ο άρρωστος για τις συνέπειες κατάχρησης των αντιόξινων και δίνεται έμφαση στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή έλκους, όπως η μη σωστή δίαιτα και η απρογραμμάτιστη λήψη γευμάτων, οι ακατάστατες συνήθειες ζωής, η χρήση αλκοόλης, τσιγάρων και το STRESS.

Εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις γι' ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση. Και ακόμη ανευρίσκονται τρόποι μείωσης του STRESS και βοηθείται ο άρρωστος στην ανάπτυξη μηχανισμών του χειρισμού της μείωσης.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ
ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

A. Ιστορικό ασθενούς με Αιμορραγία από πεπτικό έλκος

Νοσηλευτικό Ιστορικό.

Στις 24/6/91 ήρθε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο του Ρίου Πατρών, ασθενής με αναμνηστικό έλκος βολβού, το οποίο διαπιστώθηκε προ 2μήνου με ακτινογραφία. Είναι ηλικίας 40 ετών, κάτοικος Αμαλιάδος. Η περιπτωσή του θεωρήθηκε επείγουσα, λόγω της γαστρορραγίας που διαπιστώθηκε απ' την εξέταση, και απ' τη χαμηλή τιμή του αιματοκρίτη (H =23,5%).

Ο ασθενής αναφέρει:

- Αιματέμεση
 - Μέλαινες κενώσεις
- } από 4ημέρου περίπου.

Ο κ. ρτ εστάλη επειγόντως για Γαστροσκόπηση, η οποία έδειξε έλκος βολβού με φρέσκο θρόμβο, όπου αποδώθηκε η αιμορραγία, και θρόμβο καθώς και πήγμα στο θόλο του στομάχου. Αξιοσημείωτο είναι ότι, οι θρόμβοι δεν έφευγαν με την πλύση που έγινε.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ- Οισοφάγος: Κ. Φ.

- Οισοφάγος : Κ. Φ.

- Κεφαλή - Τράχηλος: Θυροειδής: Κ.Φ.

χωρίς φύσημα καρωτίδας

- Θώρακας: φυσιολογική λειτουργία των πνευμόνων
αναπνευστικό ψιθύρισμα
Καρδιακός ρυθμός: Κ. Φ.

- Κοιλία: Μαλακή με έντονους εντερικούς ήχους
ήπαρ - σπλήνας: Κ. Φ.

Απ' τη δακτυλική εξέταση, διαπιστώθηκε μέλαινα κένωση
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Έλκος βολβού 12/λου "Γαστρορραγία"

Αφού τέθηκε υποκλείδιος, ο pt προγραμματίζεται
για χειρουργείο επειγόντως.

24/6/91: Ο pt υποφέρει από έντονο άλγος στο επιγάστριο
και εμφανίζει μεγάλη αιμορραγία, όπου του χορηγούνται
2 μονάδες αίμα, λόγω του χαμηλού αιματοκρίτη (23%).

Εμφανίζει επίσης δυσκοιλιότητα και μέλαινες κενώσεις.

Είναι άπυρετος και το LEVIN, που του χορηγήθηκε ελεγκτικού-
ργεί και δεν παροχετεύει μεγάλη ποσότητα.

Έγιναν πλύσεις και στις 2 π.μ. ανέβηκε στο χειρουργείο.
Γύρισε στις 6.30 π.μ. Γίνεται 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών
σημείων, παίρνει ορρούς απ' την υποκλείδιο.

Έχει ακόμα 1 Red- o - rack, το LEVIN και ουροκαθετήρα.

25/6/91: Ο pt είναι ήσυχος, παίρνει ορρούς, δεν
παίρνει τίποτα απ' το στόμα και έγινε 1 amp pethidine.
Αφαιρέθηκε η υποκλείδιο και τέθηκε ο ορός από
περιφερική φλέβα.

Τα ζωτικά σημεία του είναι καλά.

26/6/91: Ο pt ήσυχος παίρνει ορρούς, και του αφαιρέθηκε
ο ουροκαθετήρας Folley.

Μετά την αφαίρεσή του, ο pt ούρησε κανονικά.

27/6/91: Όλη τη μέρα ο ασθενής είναι ήσυχος, και
παίρνει τους ορρούς. το βράδυ με αντολή του εφημε-
ρεύοντα ιατρού, άρχισε να παίρνει υγρά, αφού βέβαια

αφαιρέθηκε το LEVIN πρώτα.

28/6/91: Από αυτή τη μέρα και μέχρι την εξοδό του ο pt ήταν και παρέμενε ήσυχος, έπαιρνε τους ορρούς, και αργότερα έπαιρνε 1 lit ορρό για διατήρηση μόνο.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντιμετωπιζόμενοι σκοποί. Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

24/6/91

Αιμορραγία	Αντιμετώπιση αιμορραγίας. Εξισορρόπηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών Αντιμετώπιση ανααιμίας.	Χορήγηση αναλγητικών Ακινησία Μετάγγιση αίματος. Εργαστηριακές εξετάσεις για έλεγχο του εντέρου. Ανακούφιση απ' την αιμορραγία.	Χορήγηση IV Petlidine 1 amp -Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση. --Τοποθέτηση LEVIN και πλύση στομάχου με παγωμένο NaCl για προήγηση αγγειοσυσπασσης. -Χορήγηση αντιόξι-νων μετά τη πλύση. -Επιτελείται γενική αίματος, δακτυλική εξέταση και επείγουσα γαστροσκόπηση.	Μείωση του πόνου - Ανακούφιση του ασθενή απ' τα συμπτώματα ειδικά μετά τη πλύση. - Μείωση της αιμορραγίας και συνεχής έλεγχος αυτής. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων έδειξαν επείγουσα γαστρορραγία.
------------	---	---	---	---

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτ. ενεργειών	Νοσηλ. Παρέμβαση	Λεξιολόγηση ενεργειών
Κάπνισμα	Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.	Ενημέρωση του αρρώστου για τις επικύνδυνες επιπτώσεις του καπνίσματος.	Υπόδειξη τρόπων αποφυγής του καπνίσματος.	Αποφυγή καπνίσματος.
Αδυναμία καταβολής δυνάμεων.	Προσπάθεια ανάκτησης σωματικής δύναμης.	Χορήγηση υγρών παρεντερικώς.	Χορήγηση ορρών και αίματος.	Συνεχής αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών.
ΑΓΧΟΣ	Μείωση του άγχους και του φόβου.	Ήθική τόνωση του αρρώστου.	Χορήγηση κατευαστικών IV και συζήτηση με τον άρρωστο για ψυχολογική του υποστήριξη.	Μείωση του άγχους και εκδήλωση ψυχικής ηρεμίας.
Προγραμματισμός για χειρουργική αντιμετώπιση.	Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επέμβαση.	Προεγχειρητική ετοιμασία για την επέμβαση.	-Σχολαστική υγιεινή του στόματος. -Τοπική καθαριότητα και απολύμανση της περιοχής της επέμβασης. -Χορήγηση αντιόξινων για να υποχωρήσει ο παροξυσμός.	

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ.

Προγραμματισμός :

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Λεξιολογηση ενεργειών

24/6/91

Τραυματικός : Ανακούφιση απ' τον πόνο.
Πόνος.
Κατάλληλη τοποθέτηση - Χορήγηση lamp Ανακούφιση απ' τον πόνο.
του αρρώστου, επί Pethidine.
κλίνης (χάλαση των - Αφάρεση της σταβιακή αύξηση
κοιλιακών μυών). υποκλειδίου. ΑΠ και σφύξεων.
Ζωρη παρακολούθηση - Συχνή λήψη ΑΠ σταβιακή αύξηση
των ζωτικών σημείων. και σφύξεων. ΑΠ και σφύξεων.
Πτώση ΑΠ και Έλεγχος ζωτικών σημείων. - Χορήγηση ορρών ενδοφλεβίως.

Τραύμα Αποφυγή μόλυνσης

Επούλωση τραύματος.
- Ακινησία. Ομαλή εξέλιξη
- Συχνές αλλαγές επούλωσης.
τραύματος με

Ουροκαθετήρας πρόληψη ουρρολοί-
μωξης.

Παρακολούθηση ουρο-
δόχου κύστης για
φλεγμονή και μέτρη-
ση αποβαλλομένων
υγρών.
Συχνή τοπική καθα- Καμμία ένδειξη
ριότητα και λήψη φλεγμονής στην
ούρων για καλλιέρ- ουροδόχο κύστη.
γεια.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Λξιολόγηση ενεργειών

25/6/91

Δύσπνοια

Ενίσχυση αναπνοής

- Κατάλληλη θέση του αρρώστου επί κλίνης.
- Αναπνευστικές κινήσεις.

- Ημικαθιστική θέση με το θώρακα σε έκταση.

Φυσιολογική αναπνοή χωρίς εμφάνιση αναπνευστικών μολύνσεων.

Πόνος

Αντιμετώπιση του πόνου.

- Χορήγηση αναλγητικών.

- Χορήγηση O2
- Χορήγηση IV Pethidine.

Μείωση του πόνου.

Άγχος

Μείωση του άγχους και του φόβου.

- Ηθική τόνωση του αρρώστου.

- Χορήγηση κατεν-ναστικών IV και συζήτηση με τον άρρωστο για ψυχολογική του υποστήριξη.

Μείωση του άγχους και εκδήλωση ψυχικής ηρεμίας.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί

Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

Κίνδυνος επιπλοκών

Α. Υπότροπή Πρόληψη της αιμορραγίας (SHOCK).

Συχνή παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα της αιμορραγίας.

- Λήψη ζωτικών σημείων.

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

- Πλύσεις με

διάλυμα NaC .

- Χορήγηση αντι-όξινων μέσα

απ' το LEVIN.

- Παρακολούθηση

των υγρών του

LEVIN.

- Γίνονται αναρ-

ροφήσεις των

υγρών του στομά-

χου στην αρχή

κάθε μισή ώρα

και μετά κάθε

μία ώρα αν δεν

υπάρχει στο υγρό

ανοικτό κόκκινο

αίμα.

- Αν η αιμορραγία

- Αναστολή αιμορραγίας.

- Τα ζωτικά σημεία επανέρχονται στα

φυσιολογικά τους

όρια.

- Αποφεύγεται η εκ-

δοχή μιας δεύτερης

χειρουργικής επέμ-

βασης.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντιπνευμονικοί σικοποι Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

δεν υποχωρήσει, γίνεται χορήγηση αίματος.

- Συχνή παρακολούθηση του αρρώστου και ενημέρωση του ιατρού.

Εγκαιρη έγερση απ' το κρεβάτι.

Πρόληψη δημιουργίας θρομβοφλεβίτιδας κάτω άκρων.

Ασκήσεις κάτω άκρων. - Πρόληψη πνευμο- Εμφυμίζονται ελαστικοί νικής εμβολής.

επίδεσμοι στα κάτω άκρα, όταν ο ασθενής, μετά από εντολή ιατρού, μπορεί να σηκωθεί απ' το κρεβάτι. - Δεν εμφανίζονται αναπνευστική δυσχέρεια και θωρακικός πόνος μετά την έγχεί- ρση, κατά την έγερση του ασθενή.

Ενημέρωση του ασθενή γι' αποφυγή του συνδρόμου.

Πρόληψη του συνδρόμου.

Αποφυγή εμφάνισης του συνδρόμου.

Γ. Σύνδρομο DUMPING (ραγάδα κένωση του περιεχομένου του στομάχου μετά τη λήψη τροφής, έτσι ώστε να διατείνεται από-

Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου γ' αποφεύγει τη λήψη μεγάλων γευμάτων, αλμυρών τροφών, παγωμένων καδώς και σακχάρων. - Επίσης να αποφεύγει τη λήψη υγρών κατά τη διάρκεια του

Προβλήματα ασθενή Αντιεπιμενιόλιού σκοποί Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Λξιολόγηση ενεργειών

τομα το λεπτό έντερο και γίνεται έξοδος υγρού απ' τα τοιχώματά του).

φαγητού, να γίνονται καθή μάσηση της τροφής, και ανάπαυση μετά το γεύμα. Χορηγούμε αντι-χολινεργικά για τον περιορισμό της γαστρ-εντερικής δραστηριότητας.

Α. Εκσπλάχνωση (συχνή σε τραύματα κοιλίας & οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση).

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων της κοιλίας.
- Πρόληψη μόλυνσης του τραύματος, καλή διατροφή και υποστήριξη τραύματος όταν βήχει ο άρρωστος και έλεγχος αυτού.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Λξιολόγηση ενεργειών

26/6/91

Λήψη τροφής	Λήψη θρεπτικών συστατικών	Ετοιμασία χορή- γησης παρεντερι- κής διατροφής.	-Χορήγηση βιταμι- νών και πρωτεϊνών IV. -Δεν χορηγείται τύποτα PPSI.	Αποκατάσταση σωμα- τικής δύναμης λόγω του σωστού διαίτο- λογίου.
LEVIN	Επαναφορά της φυσι- κής λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα.	Έλεγχος αποβο- λής υγρών.	Αφαίρεση του LEVIN.	Αποκατάσταση της λειτουργίας του γαστρεντερ. σωλήνα.
Ουροκαθετήρας	Επαναφορά της φυσι- κής κατάστασης της ουροδόχου κύστης.	Έλεγχος αποβολής υγρών.	Αφαίρεση του ουροκαθετήρα.	Αποκατάσταση της λειτουργίας της κύστης.

Προγραμματισμός
 Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλ. Παρέμβαση Λεξιλόγηση ενεργειών

27/6/91

Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.	Αποκατάσταση ισοζυγίου.	Έλεγχος φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, χωρίς IV χρήση υγρών.	Αφαίρεση ορρών Αποφυγή επιπλοκών.
Διατροφή	Επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, με τη λήψη κανονικής τροφής.	Χορήγηση υδαρής τροφής στον ασθενή αρχικά, και αργότερα πιο στερεής, για τη καλύπτει αποκατάσταση καλή τροφή.	Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, με αποτέλεσμα την ενδιάθεση του ασθενή προς την τροφή.
Ακινησία.	Αποκατάσταση του μυοσκελετικού συστήματος.	Συνεχείς ασκήσεις με βραδύ ρυθμό αρχικά και αύξηση του μετέπειτα.	Ανάκτηση δυνάμεων απ' τον ασθενή και προσπάθεια για μεγαλύτερη κινητικότητα και ανάληψη των δραστηριοτήτων του.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικού σκοπού Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

2876/91

Έξοδος του ασθενή:

Άγχος για την ομαλή ενταξή του στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Πλήρης αποκατάσταση ψυχοσωματικής υγείας του ασθενή.

Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών του για την κατάστασή του και για το πως πρέπει να τον φροντίζουν και να του συμπεριφέρονται, ώστε να του δημιουργούν μία ατμόσφαιρα ευφορίας, και να τον αποτρέψουν έτσι από δυσάρεστες καταστάσεις, που μπορεί να τον επηρεάσουν, μη καλές επιπτώσεις για την υγεία του.

- Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών του για μικρά-συχνά γεύματα, για αποφυγή αλκοόλ καφέ και καπνού για αποφυγή ερεθιστικών τροφών (σάλτσες, καρυκεύματα κ.λ.π). Προσπάθεια για μείωση του άγχους. λήψη φαρμάκων σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες.

- Διδασκαλία για συχνές ιατρικές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Τελικά ο ασθενής ήρεμος, αποχωρεί σε καλή φυσική κατάσταση, κατάλληλα ενημερωμένος, και υποσχόμενος ότι θα τηρήσει όλες τις οδηγίες που του δόθηκαν -

B. Ιστορικό ασθενούς με Πυλωρική Στένωση

Νοσηλευτικό Ιστορικό.

Στις 15/4/91 έγινε εισαγωγή στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου Πατρών ασθενούς ηλικίας 56 ετών, οικοδόμος στο επάγγελμα, κάτοικος Άνω Οβρυάς Αχαΐας, με αιτία εισόδου "Πυλωρική Στένωση".

Ο pt αναφέρει ότι από 5ετίας είχε οπισθοσθερνικό καύσο και τάση προς έμετο, συμπτώματα δηλ. που εμφανίζονται κυρίως άνοιξη και φθινόπωρο, μετά τη λήψη γεύματος.

Επίσης αναφέρει ότι πρό 12ημέρου είχε έντονα κωλικοειδή άλγη, που συνοδεύτηκαν από αναστολή αερίων και κοπράνων.

Ο pt εστάλη για Γαστροσκόπηση, η οποία έδειξε οισοφαγίτιδα, γαστρίτιδα και χρόνια πυλωρο12δακτυλικό έλκος οπισθίου τοιχώματος.

Έτσι εισάγεται στην Παν/κή χειρ/κή κλινική για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση με τελικό συμπέρασμα "πυλωρική στένωση".

ΑΤΟΜΙΚΟ -ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

- Ελεύθερο
- Καπνιστής 25 τσιγάρων/di επί 35ετία
- 3-4 καφέδες/di

ΕΥΡΗΜΑΤΑ.

Κεφαλή - Τράχηλος: Κ.Φ. . Δεν ψηλαφώνται λεμφαδένες

Θώρακας: Φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

φυσιολογικοί καρδιακού ήχοι

Δεν ακροώνται φυσήματα, ούτε πρόσθετοι ήχοι.

Κοιλία: Πόνος στο επιγάστριο. Αίσθημα παφλασμού.

Εντερικοί ήχοι αυξημένοι.

Τυμπανικότητα επικρουστικά.

Ψυλαφητή μάζα στο επιγάστριο.

Τελικό συμπέρασμα:

Πυλωρική στένωση και ως εκ τούτου χρειάζεται
χειρουργική αντιμετώπιση.

15/4/91: Ο pt εισάγεται στη κλινική με καλά ζωτικά
σημεία. Του δίνεται Urobox για γενική ούρων, και
παίρνει ορρούς.

16/4/91: Γίνεται προεγχειρητική ετοιμασία, γιατί την
επομένη θα μπει στο χειρουργείο. Συνεχίζει να παίρνει
ορρούς και του έγινε και 1/2 amp Stedon.

17/4/91: Επιστρέφει απ' το χειρουργείο στις 4:30 μ.μ.
με καλά ζωτικά σημεία. Έχει LEVIN, Red - o - pack
και μία σφαγίτιδα. Παίρνει ορρούς Dextrose 5%
και Ringer's.

Το φαρμακευτικό σχήμα που του δόθηκε είναι:

Fraxiparine 1X1,

Bisolvon 1X3

Pethidine 1X3

Rorepline 1X2

Μετά το χειρουργείο, ο pt ούρπησε κανονικά.

18/4/91: Ο pt είναι ήσυχος και συνεχίζει τους ορρούς.

19/4/91: Το βάρος του pt είναι 46 kg, και η κατάστασή του παραμένει ήρεμη.

20/4/91: Του αφαιρείται το Red-ο -rach , και έγινε διακοπή του ζυγίσματος.

23/4/91: Ο pt είναι και παραμένει ήσυχος, και σήμερα έγινε διακοπή των ορρών.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

15/4/91

Ζωτικά σημεία

Έλεγχος ζωτικών σημείων.

Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.

Τα ζωτικά σημεία κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ούρα

Έλεγχος της ποσότητας και ποιότητας των ούρων.

Παρακολούθηση των ούρων, μετά την ούρηση.

Τ' αποτελέσματα της γενικής εξέτασης των ούρων είναι ικανοποιητικά.

Καύσος,

Ανακούφιση απ' τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα.

Χορήγηση αναλγητικών και απαλλαγής απ' τη γαστρική πληρότητα που αισθάνεται ο ασθενής.

Μείωση του πόνου.

Πόνος στο στομάχο, Ανορεξία,

Έμετοι που περιέχουν άπεπτες τροφές.

Ανακούφιση απ' τα συμπτώματα, ειδικά μετά την αναρρόφηση.

Ανακούφιση απ' τα συμπτώματα, ειδικά μετά την αναρρόφηση. Ικανοποιητικό ιστορικό υγρών και ηλεκτρολυτών.

Εξαιτίας των εμέτων ο άρρώστων τίθεται σε κίνδυνο να πάθει αφυδάτωση, γι' αυτό του χορηγούμε ορούς και θρεπτικές ουσίες.

Επίσης λόγω των εμέτων του χορηγούμε και βιταμίνες για την κάλυψη του οργανισμού.

Προγραμματισμός

Πρόβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί

16/4/91

Πρόβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτ. ενεργειών	Νοσηλ. Παρέμβαση	Αξιολόγηση ενεργειών
'Αγχος του ασθενή, για την μετέπειτα εξέλιξη της πορείας της νόσου του.	Μείωση του άγχους και του φόβου.	Ηθική τόνωση του αρρώστου.	Χορήγηση κατευ- ναστικών IV και συζήτηση με τον άρρωστο για την ψυχολογική του υποστήριξη.	Μείωση του άγχους και του φόβου για την πο- ρεία της νόσου, έπειτα από τη λύση κάθε απορίας του αρρώστου, απ' τη νοσηλεύτρια. Εκδήλωση της ψυχικής του πρεμίας. Αποφυγή καπνίσματος.
Κάπνισμα	Προσπάθεια διακοπής καπνίσματος.	Ενημέρωση του αρ- ρώστου για τις επικύνδινες επι- πτώσεις του τσι- γάρου στην υγεία του.	Υπόδειξη τρόπων αποφυγής του καπνίσματος.	
Προγραμματισμός για τη χειρουργική αντιμετώπιση.	Δημιουργία κατάλ- ληλων συνθηκών για την επέμβαση.	Προεγχειρητική ετοιμασία για την επέμβαση.	- Σχολαστική υγι- εινή του στόμα- τος. - Τοπική καθαριό- τητα και απολύ- μανση της περι- οχής. - Χορήγηση αντι- όξινων για να υποχωρήσει ο παροξυσμός.	Δημιουργία ιδανικότε- ρων συνθηκών για την χειρουργική επέμβαση, ώστε να τηρηθεί με τον ασφαλέστερο τρόπο.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντιμειμενιού σκοπού Νοσηλευτ. ενεργειών Νοσηλ. Παρέμβαση Λξιολόγηση ενεργειών
17/4/91

Τραυματικός πόνος Ανακούφιση του ασθενή απ' τα δυσάρεστα συμπτώματα.

-Τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση και φροντίζουμε να του αλλάζουμε συχνά τη θέση στο κρεβάτι.

-Για τον πόνο έγινε lamp Pethidine 0.05 Τα αντιβιοτικά που του δόθηκαν είναι:

-Χορηγούμε αναλγητικά για τον πόνο και αντιβιοτικά παρεντερικώς.
 -Για τη δυσφορία συνιστούμε στον ασθενή ν' αναπνέει βαθιά, του χορηγούμε O2 αν δυσκολεύεται στην αναπνοή και τουλέμε επίσης να βήχει.

Fraxiparine IX1
 Bisalvon IX3
 Rocerpin IX2
 Pethidine IX3

-Κάνουμε αναρρόφηση απ' το LEVIN αρκετά συχνά, του γαστρικού υπολείματος.

- Για τη δυσφορία κάνουμε συχνές αναπνευστικές ασκήσεις.

Τραύμα Αποφυγή μόλυνσης.

Συχνές αλλαγές με αποστειρωμένο υλικό.

Ομαλή εξέλιξη επούλωσης.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλ. Παρέμβαση Λεξιλόγηση ενεργειών

18-19/4/91

Γ' ΑΥΧΟΣ

Μείωση του άγχους και του φόβου.

Ηθική τόνωση του αρρώστου.

Χορήγηση κατευναστικών IV και συζήτηση με τον άρρωστο για τη ψυχολογική του υποστήριξη. Μείωση του άγχους και του φόβου για την ομαλή πορεία της νόσου.

Διατροφή

Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής παρεντερικάως.

Πιστή τήρηση της χορήγησης, των υγρών. Τήρηση δελτίου προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών απ' το στόμα.

Χορηγούμε ορρούς για 3-4 ημέρες. Στενή παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών, γι ακριβή τήρηση του ισοζυγίου. Αποφυγή μη καλής συντήρησης του ασθενούς όσο αφορά την διατροφή του και αποφυγή τυχόν επιπλοκών που δύναται να παρουσιαστούν.

Φροντίζουμε, ώστε η τροφή να είναι πλούσια σε βιταμίνες - λευκώματα και σίδηρο αν χρειαστεί. Εξασφαλίζουμε συνθήκες ώστε να διεγείρουν την όρεξη του αρρώστου.

Προγραμματισμός

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλ. Παρέμβαση Αξιολόγηση ενεργειών

20-22/4/91

Red-o-pack

Έλεγχος των υγρών του τραύματος.

Παρακολούθηση των υγρών.

Αφαίρεση του Red-o-pack έπειτα από ένδειξη καλής πορείας του τραύματος. Αποκατάσταση του τραύματος και αποφυγή των επιπλοκών.

Κίνδυνος επιπλοκών.

Πρόληψη των επιπλοκών.

Λήψη μέτρων για ν' αποφευχθεί ο κίνδυνος των επιπλοκών.

Η καταλληλή νοσηλευτική φροντίδα για τη κάθε επιπλοκή.

24 ώρες πριν την επέμβαση γίνεται η εφαρμογή δόξαινας ελκοπαδούς. Τις επόμενες 12 ώρες εφαρμόζεται υγρή δόξαινα. Έπειτα μέχρι την επέμβαση δεν δίνεται τίποτα από το στόμα.

Δεν ξεχνάμε να χορηγούμε στον άρρωστο βιταμίνες, επειδή λόγω των εμέτων κινδυνεύει να πάθει αβιταμίνωση.

Προβλήματα ασθενή Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλ. Παρέμβαση Νοσηλ. Αξιολόγηση ενεργειών

23/4/91

Ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών

Αποκατάσταση ισοζυγίου

Έλεγχος φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού, χωρίς IV πια χρήση ορρών.

Αφαίρεση ορρών. Αποφυγή των επιπλοκών και πλήρης αποκατάσταση του ισοζυγίου.

Έξοδος του ασθενή: Άγχος και φόβος για την φμαγή ενταξή του στο κοινωνικό περιβάλλον.

Πλήρης αποκατάσταση της ψυχοσωματικής υγείας του ασθενή.

Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών του για την κατάσταση του, συχνά μικρά-συχνά γεύματα συμπεριφέρονται για να δημιουργείται γύρω του μια ευχάριστη ατμόσφαιρα, γήρεση ατροφικών τροφών (σάλτσες, καρυκεύματα κ.λ.π.) αποφυγή ενημερωμένος και υποσεία του δόθηκαν - ιατρικές ώστε να τον αποτρέψουν από δυσάρεστες καταστάσεις, που μπορεί να του φέρουν άσχημα αποτελέσματα για την υγεία του.

-Διδασκαλία του τελικά, ο ασθενής ήρεμος, αποχωρεί απ' την κλινική σε καλή φυσική κατάσταση, κατάλληλα για να δημιουργείται αλκοόλ καφέ και χόμενος ότι θα τηρήσει όλες τις οδηγίες που του δόθηκαν - ιατρικές (σάλτσες, και νοσηλευτικές - ώστε να αποφευχεί κάθε τυχόν επιπλοκή που θ' αποβεί μείωση του άγχους δυσάρεστη για την υγεία του.

φωνα πάντα με τις καιρικές οδηγίες.

-Διδασκαλία για συχνές ιατρικές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εποχή του 20ου αιώνα, όπου τεχνολογία εξελίσσεται ραγδαία, η ποιότητα της ζωής παραμένει στάσιμη, διότι παρά την πρόοδο των θετικών επιστημών, η δημόσια υγεία απειλείται από πολλούς κινδύνους.

Οι κίνδυνοι, που επιφυλάσσει το έλκος στομάχου είναι πολλοί και ποικίλοι. Βέβαια δεν υπάρχει καμμία πληροφορία, ότι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος δεν θεραπεύεται, αρκεί ο ελκοπαθής να ρυθμίσει την αρρώστια με την τήρηση διαιτολογίου και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για ν' αποφευχθεί ο κίνδυνος των επιπλοκών.

Μέσα απ' αυτή την εργασία προσπάθησα να επιστήσω την προσοχή των αναγνωστών μου, στη σημασία της πρόληψης των επιπλοκών του έλκους, μέσω βέβαια των δραστηριοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού και της συμπεριφοράς του ίδιου του ασθενή.

Με βάση το γεγονός ότι, η πρόληψη είναι πάντα η καλύτερη θεραπεία, θα 'θελα να τονίσω ότι χρειάζεται πλήρως συναίσθηση της ευθύνης, το πνεύμα αγάπης και η ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος, απ' όλη την ομάδα-υγείας, στην-οποία έγκερται η θεραπεία και η ελπίδα των ασθενών.

Ελπίζω ότι, η εργασία αυτή θα συμβάλλει στην καλύτερη ενημέρωση των συναδέλφων μου, όσο αφορά την αντιμετώπιση του έλκους στομάχου, μέσα από μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική διεργασία.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. :
Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής.
Εκδοση 5^η αναθεωρημένη
Εκδόσεις Αθήνα 1987
2. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Δ.Κ. :
Ειδική Νοσολογία
Έκδοση 3^η
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος
Αθήνα 1981
3. GANONG F. WILLIAM
Ιατρική Φυσιολογία
Μετάφραση Βαγγέλη Σπανού
Τόμος Β' - Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος
Αθήνα 1985
4. HARRISON G. A. :
Εσωτερική παθολογία
Έκδοση 10^η
Τόμος Γ' - Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος
Αθήνα 1988
5. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α.Ε. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ.
Νοσηλευτική
Γενική παθολογική Χειρουργική
Τόμος Α' - Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως.
Αδελφών Νοσοκόμων " Η ΤΑΒΙΘΑ",
Αθήνα 1985

6. ΜΠΑΛΛΑΣ Π.

Χειρουργική

Τόμος Α' - Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Αθήνα 1987.

7. ΡΗΓΑΣ Μ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ:

Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος

Ιατρικές Εκδόσεις Αίτσας.

Αθήνα 1983

8. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. , ΠΑΝΟΥ Μ.

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική

Νοσηλευτικές Διαδικασίες

Τόμος 1ος, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS 1985,

Αθήνα 1985.

9. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. , ΠΑΝΟΥ Μ.

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική

Νοσηλευτικές Διαδικασίες

Τόμος 2ος/Μέρος Β - Εκδόσεις "ΒΗΤΑ"

MEDICAL ARTS 1985,

Αθήνα 1985.

