

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Υπεύθυνη καθηγήτρια:
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ,



Πτυχιακή εργασία της:
ΜΠΟΥΣΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ,

ΠΑΤΡΑ 1992

APR 1968	558
REACTOR	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την δίδα Παρασκευή Γεωργοπού για την πολύτιμη συμβολή της κατά την διάρκεια της εγγραφής αυτής της εργασίας....

Ευχαριστώ.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	I
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	III
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α'	
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	1
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	5
ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	7
ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	9
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	11
Α. ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΧΥΜΟΣ.....	13
Β. ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑ- ΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	15
Γ. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ.....	16
Δ. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ.....	18
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β'	
ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	21
Α. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	24
Β. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	25
Γ. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	27
Δ. ΒΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	27
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	27
ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	27
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ.....	28
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	31
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Γ'	
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ...	35
Α. ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	35
Β. ΟΨΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	35
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α'	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑ- ΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	38
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	39
ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ.....	40
ΕΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	40
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	41
ΕΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ.....	44

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β΄

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	46
1. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ.....	46
2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ.....	49
3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ.....	52
4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΑΓΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	54

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ.....	56
Α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	56
Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.....	58
Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.....	58
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	59

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Δ΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	63
Α. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	63
Β. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο στόμαχος είναι η πιο διευρυσμένη μοίρα του γαστρεντερικού συστήματος .

Λαμβάνει τροφές από τον οισοφάγο και έχει τέσσερις λειτουργίες:

1) Λειτουργεί σαν "αποθήκη", η οποία επιτρέπει την λήψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε μεσοδιαστήματα πολλών ωρών.

2) Η τροφή που περιέχεται στο στομάχι αναμιγνύεται, πολτοποιείται και αποστέλλεται στο δωδεκαδάκτυλο σε ποσά που ρυθμίζονται από τη χημική τους υφή.

3) Τα πρώτα στάδια της πέψης των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων επιτελούνται στο στομάχι.

4) Ελάχιστοι μόνο παράγοντες απορροφούνται από τον γαστρικό βλεννογόνο.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ Α'

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος διαιρείται σε δύο κύρια μέρη: Τον ιδίως στόμαχο και τον πυλωρό.

Ο ιδίως στόμαχος υποδιαιρείται στον θόλο και στο σώμα, καθώς επίσης και σε μια πύλο μικρή μοίρα, την καρδιακή μοίρα.

Ο πυλωρός υποδιαιρείται στο πυλωρικό άνοιγμα και στον πυλωρικό σωλήνα.

Η καρδιά του στομάχου βρίσκεται στην γαστροοισοφαγική γωνία. Είναι λειτουργικός σφικτήρας (καρδιακός σφικτήρας). Η κύρια λειτουργία του είναι η αποφυγή παλινδρόμησης γαστρικού υγρού από το στομάχι στον οισοφάγο.

Ο θόλος του στομάχου είναι η περιοχή η οποία βρίσκεται γύρω από τον καρδιοοισοφαγικό σφικτήρα, στο πάνω μέρος του στομάχου.

Το σώμα του στομάχου είναι το ευρύχωρο κεντρικό μέρος του. Το σημείο, όπου το σώμα μεταπίπτει στον πυλωρό, βρίσκεται στη γωνιαία εντομή, μια γωνία που βρίσκεται στο ελάσσον τόξο του στομάχου. Το πυλωρικό άνοιγμα αποτελεί συνέχεια του σώματος του στομάχου, και ο πυλωρικός σωλήνας αποτελεί το όριο μεταξύ του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.

Ο στόμαχος εμφανίζει: Πρόσθια, οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη.

Το άνω ή έσω χείλος που ονομάζεται ελάσσον τόξο του στομάχου, εμφανίζει στο κάτω τριτημόριό του την γωνιαία εντομή, που θεωρείτο το όριο μεταξύ σώματος και πυλωρικού άνοιγματος.

Το κάτω ή έξω χείλος, που ονομάζεται μέγιστον τόξο του στομάχου, προβάλλει ακριβώς απέναντι από την γωνιαία εντομή.

Το σχήμα του στομάχου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως: η στάση του ατόμου, το περιεχόμενο του στομάχου, ο μυϊκός τόνος,

και τα παρακείμενα όργανα. Η χωρητικότητά του ανέρχεται σε 1200-1600 CM³. Στην εσωτερική του επιφάνεια παρουσιάζει μερικές μόνιμες επιμήκεις πτυχές (κατά μήκος του ελάσσονος τόξου) και πολλές εφήμερες πτυχές (εγκάρσιες, επιμήκεις και λοξές).

Ο στόμαχος καλύπτεται από το περιτόναιο, το οποίο σχηματίζει πτυχές, τους συνδέσμους οι οποίοι συγκρατούν τον στόμαχο στη θέση του.

Οι σύνδεσμοι του στομάχου είναι:

α) Ο γαστροσπληνικός που φέρεται από το μείζον τόξο στον σπλήνα.

β) Ο φρενοσπληνικός, ο οποίος αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου προς το οπισθοτοιχωματικό περίναιο που καλύπτει το διάφραγμα.

γ) Ο ηπατογαστρικός σύνδεσμος, που φέρεται από το ήπαρ προς το ελάσσον τόξο του στομάχου. Ο σύνδεσμος αυτός μαζί με τον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο, σχηματίζουν το ελάσσον επίπλου.

δ) Τέλος υπάρχει ο γαστροκολικός σύνδεσμος, ο οποίος εκτεινόμενος από το μείζον τόξο του στομάχου προς το εγκάρσιο κόλο, αποτελεί την αρχική μοίρα του μείζονος επίπλου.

Το τοίχωμα του στομάχου εμφανίζει και τους τέσσερις χιτώνες;

βλενογόνο

υποβλενογόνο

μυϊκό

ορογόνο

ενός τυπικού κοίλου οργάνου.

Ο βλεννογόνος του εμφανίζει αδένες σε όλη του την έκταση. Οι αδένες αυτοί είναι:

α) Οι καρδιακοί αδένες (CARDIAC GLAND AREA)

Η περιοχή των καρδιακών αδένων είναι ένα τμήμα, το οποίο βρίσκεται

στην γαστροοισοφαγική γωνία. Μεταβατική περιοχή μεταξύ οισοφαγικού βλεννογόνου και βλεννογόνου του στομάχου.

Ιστολογικά κυρίως περιέχει βλεννώδη εκκριτικά κύτταρα, αν και παρουσιάζονται μερικές φορές λίγα εμβόλιμα κύτταρα.

β) Ο λ ι δ ρ ω ς γ α σ τ ρ ι κ ο ς α δ έ ν ε ς. Απαντούνται σε όλη την περιοχή του θόλου και του σώματος του στομάχου.

Το εκκριτικό επιθήλιο των αδένων αυτών αποτελείται:

- I) Τα βλεννογόνα κύτταρα
- II) Τα θεμέλια κύτταρα
- III) Τα εμβόλιμα κύτταρα και τέλος
- IV) Τα εντεροενδοκρινή κύτταρα.

Ο λ λ ε ι τ ο υ ρ γ ρ ε ς αυτών των κυττάρων είναι:

Β λ ε ν ν ο γ ό ν α κ ύ τ τ α ρ α. Σχετικά με το ρόλο αυτών των κυττάρων μόνον υποθέσεις υπάρχουν. Από μερικούς υποστηρίζεται, ότι ο ρόλος τους σχετίζεται με την προστασία του στομάχου από το HCL και τα άλλα πρωτεολυτικά ένζυμα. Τα οποία απελευθερώνουν οι άλλοι τύποι των αδενικών κυττάρων.

Θ ε μ έ λ ι α κ ύ τ τ α ρ α. Αυτά περιέχουν πεψινογόνο και πιθανώς άλλα πρωτεολυτικά ένζυμα. Το πεψινογόνο που εκκρίνουν αυτά τα κύτταρα, ενεργοποιείται μετά την απελευθέρωσή του από το HCL και μετατρέπεται σε πεψίνη.

Ε μ β ό λ ι μ α κ ύ τ τ α ρ α. Τα κύτταρα αυτά είναι υπεύθυνα για την παραγωγή του υδροχλωρικού οξέος (HCL), στο στομάχι.

Ε ν τ ε ρ ο ε ν δ ο κ ρ ι ν ή κ ύ τ τ α ρ α. Από αυτόν τον τύπο κυττάρων πιστεύεται ότι παράγονται τέσσερα είδη ενδοκρίματα.

- I) Η σεροτονίνη
- II) Η ισταμίνη
- III) Η γλυκαγόνη (εντερογλυκαγόνη)

IV) και η γαστρίνη

Από αυτά η τελευταία διεγείρει την έκκριση του γαστρικού υγρού.

γ) Ο ι π υ λ ω ρ ι κ ο ι α δ έ ν ε ς. Η περιοχή των πυλωρικών αδένων αποτελεί το κατώτερο 30% του στομάχου. Τα κύτταρα των πυλωρικών αδένων μοιάζουν με αυτά των ιδίως γαστρικών αδένων και των καρδιακών αδένων. Και προφανώς έχουν την ίδια αποστολή.

Τα κυριότερα κύτταρα που υπάρχουν σ' αυτήν την περιοχή είναι τα εντεροενδοκρινή, τα οποία είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνα για την παραγωγή της γαστρίνης. Τέλος υπάρχουν σε μικρό ποσοστό και τυχαία καλυπτήρια κύτταρα

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Α Δ Ω Δ Ε Κ Α Δ Α Κ Τ Υ Λ Ο Υ

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί συνέχεια του πυλωρικού σωλήνα και είναι η φυσιολογική συνέχεια του πεπτικού σωλήνα μετά το στομάχι. Το δωδεκαδάκτυλο είναι το πρώτο βραχύ τμήμα του λεπτού εντέρου. Συνέχεια αυτού αποτελεί η νηστίδα και αυτής ο ειλεός. Το δωδεκαδάκτυλο είναι βραχύ σχεδόν ακίνητο και σχηματίζει αγκύλη, η οποία χωρίζεται σε τέσσερις μοίρες:

α) Η πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου ή πρόσθια μοίρα ή βολβός του δωδεκαδακτύλου (DUODENAL CAP). Είναι η οριζόντια περιοχή που αποτελεί συνέχεια του πυλωρού. Έχει μήκος κατά προσέγγιση 5CM και είναι όργανο μερικώς οπισθοπεριτοναϊκό στο απώτερο τμήμα του.

β) Η δεύτερη ή κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Έχει μήκος περίπου 7CM. Στη μοίρα αυτή του δωδεκαδακτύλου εκβάλλει ο κοινός χοληδόχος πόρος, ο παγκρεατικός πόρος, και ο επικουρικός παγκρεατικός πόρος.

γ) Η τρίτη ή εγκάρσια μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Έχει μήκος περίπου 12 CM. Εκτείνεται οριζοντίως προς τα αριστερά, και τελειώνει στα αριστερά του 3ου οσφυϊκού σπονδύλου.

β) Η τέταρτη ή ανιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Εκτείνεται άνωθεν και αριστερά για απόσταση 2 1/2 CM. Στο τελικό του τμήμα, στη δωδεκαδακτιλονηστιδική καμπή. Όπου αλλάζει διεύθυνση απότομα και μεταπίπτει στη νηστίδα. Αυτή η περιοχή του δωδεκαδακτύλου συγκρατείται στη θέση της από τον σύνδεσμο του TREITZ.

Το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου αποτελείται από τέσσερις χαρακτηριστικούς χιτώνες του γαστρεντερικού συστήματος:

Τον βλεννογόνο

Τον υποβλεννογόνιο

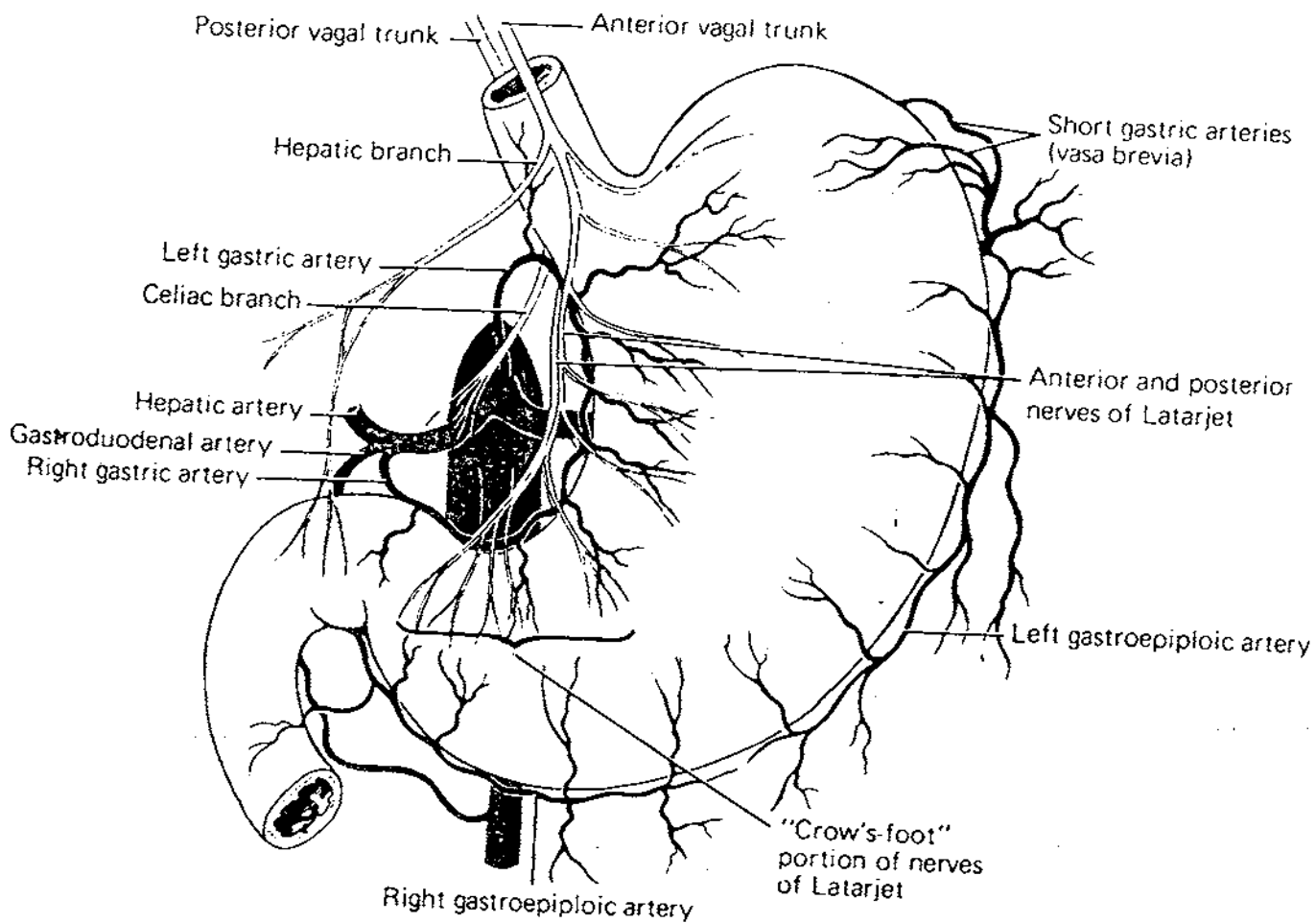
Τον μυϊκό και

Τον ορογόνο χιτώνα.

Στην αρχική μορφή του δωδεκαδακτύλου και στον υποβλεννογόνιο χιτώνα, υπάρχουν οι δωδεκαδακτυλικοί αδένες (του BRUNNER), η υφή των οποίων είναι όμοια με την υφή των πλωρικών αδένων του στομάχου.

Το αλκαλικό έκκριμα των δωδεκαδακτυλικών αδένων περιέχει πιθανώς ένα πρωτεολυτικό ένζυμο που ενεργοποιείται από το HCL του γαστρικού υγρού και εντεροκινάση. Η οποία μετατρέπει το θρυψινογόνο σε θρυψίνη.

Λόγω του ρυθμιστικού συστήματος των διτανθρακικών αλάτων που περιέχει, το δωδεκαδακτυλικό υγρό, προστατεύει το εντερικό επιθήλιο από την ενέργεια των παγκρεατικών ενζύμων και του γαστρικού υγρού.



Α Γ Γ Ε Ι Ω Σ Η Τ Ο Υ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ
Κ Α Ι Τ Ο Υ
Δ Ω Δ Ε Κ Α Δ Α Κ Τ Υ Λ Ο Υ

Η περιοχή του ελάσσονος τξου του στομάχου αιματώνεται από δυο κύριες αρτηρίες:

Από την μεγαλύτερη αριστερή γαστρική αρτηρία και από την πολύ μικρότερή της, δεξιά γαστρική αρτηρία. Η οποία αποτελεί κλάδο της κοινής ηπατικής αρτηρίας.

Στο 60% των ατόμων υπάρχει και μια τρίτη αρτηρία, η οπίσθια γαστρική αρτηρία. Η οποία εκφύεται από τα 2/3 της σπληνικής αρτηρίας και καταλήγει σε κλάδους της οπίσθιας επιφάνειας του σώματος και του θόλου.

Η περιοχή του μέζονος τξου του στομάχου αιματώνεται:

α) Από την δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία. Η οποία αποτελεί κλάδο της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας.

β) Από την αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία. Η οποία αποτελεί κλάδο της σπληνικής αρτηρίας.

Η αναστόμωση των αρτηριακών κλάδων των δυο αυτών τξων γίνεται στον υποβλεννογόνιο χιτώνα του στομάχου, στα 2/3 της απόστασης από το ελάσσον προς το μέζον τξο.

Ο θόλος του στομάχου, κατά μήκος του μέζονος τξου, αιματώνεται:

α) Από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες (VASA BREVIA). Οι οποίες αποτελούν βραχείς κλάδους της σπληνικής και της αριστερής γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας.

Η αιμάτωση του δωδεκαδακτύλου γίνεται από τις: άνω και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικές αρτηρίες, οι οποίες αποτελούν κλάδο της γασ-

τριοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας και της άνω μεσεντέριας αρτηρίας αντιστοιχα.

Ο στόμαχος έχει ένα πλούσιο υποβλεννογόνιο αγγειακό τριχοειδικό δίκτυο. Το φλεβικό αίμα από τα τριχοειδή του στομάχου παροχετεύεται στην στεφανιαία φλέβα του στομάχου,

στην γαστροεπιπλοϊκή και

στην σπληνική φλέβα.

Πρίν εισέλθει στην πυλαία φλέβα τελικά.

Τα λεμφοφόρα αγγεία της περιοχής παροχετεύουν τη λέμφο και πορεύονται κυρίως παράλληλα με τις αρτηρίες. Η πορεία τους εν μέρει καθορίζει μερικώς και την πορεία εξάπλωσης των γαστρικών νεοπλασμάτων.

Ν Ε Υ Ρ Ω Σ Η Τ Ο Υ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ
Κ Α Ι Τ Ο Υ
Δ Ω Δ Ε Κ Α Δ Α Κ Τ Υ Λ Ο Υ

Η νεύρωση του στομάχου γίνεται κυρίως από το παρασυμπαθητικό σύστημα. Το κύριο νεύρο που δίνει κλάδους γι' αυτή την περιοχή είναι το πνευμονογαστρικό. Κατά κανόνα δυο μεγάλοι κλάδοι του πνευμονογαστρικού, περνούν το οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος και πορεύονται δεξιά και αριστερά του οισοφάγου, σε στενή σχέση με το μυικό του τοίχωμα.

Το δεξιό πνευμονογαστρικό νευρώνει, την οπίσθια περιοχή του στομάχου ενώ το αριστερό πνευμονογαστρικό νευρώνει, την πρόσθια επιφάνεια του στομάχου.

Το 90% των νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού είναι αισθητικές (κεντρομόλες). Το υπόλοιπο 10% είναι φυγόκεντρες.

Στην περιοχή της γαστροοισοφαγικής γωνίας, κάθε κλάδος του πνευμονογαστρικού διαιρείται:

Στο αριστερό πνευμονογαστρικό, το οποίο στέλνει έναν κλάδο στο ήπαρ. Και στο δεξιό πνευμονογαστρικό, το οποίο δίνει κλάδους που εισέρχονται στο κοιλιακό πλέγμα και είναι υπεύθυνοι για την παρασυμπαθητική νεύρωση του υπόλοιπου γαστρεντερικού σωλήνα, μέχρι το μέσον του εγκάρσιου κόλου.

Και τα δυο πνευμονογαστρικά, μετά τη διαίρεση των κλάδων που δεν έχουν σχέση με την νεύρωση του στομάχου, δίνουν μερικές νευρικές ίνες κατευθείαν πάνω στην επιφάνεια του στομάχου. Καθώς και άλλες κατά μήκος της περιοχής του ελάσσονος τόξου (πρόσθια και οπίσθια νεύρα του ΙΑΤΑΖΙΕΡ), για να νευρώσουν το κατώτερο μέρος του οργάνου.

Οι προγαγγλιακοί κινητικοί νευρώνες του πνευμονογαστρικού, συνάπτονται με τα γάγγλια στο μεντερικό πλέγμα του στομάχου (πλέγμα του AUEZBACH). Το οποίο βρίσκεται μεταξύ επιμήκους και κυκλωτερούς στοιβάδας του μυϊκού χιτώνα.

Οι μεταγαγγλιακές χολινεργικές ίνες διανέμονται στα:

- Τύπταρα της λείας μυϊκής στοιβάδας
- Και του βλεναγόνου

Η αδρενεργική νεύρωση του στομάχου γίνεται από μεταγαγγλιακές νευρικές ίνες, οι οποίες εκφύονται από το κοιλιακό πλέγμα και πορεύονται κατά μήκος των τοιχωμάτων των αρτηριών.

Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α Τ Ο Υ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ

ΜΙΝΗΡΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο μυικός χιτώνας του στομάχου καθορίζει:

- Την αποθήκευση
- Τον κατακερματισμό
- Την ανάμιξη των τροφών
- Και τέλος την ομαλή κένωση του στομάχου

Τα περισταλτικά κύματα, ξεκινούν από το σώμα του στομάχου και μεταδίδονται κατά μήκος του πυλωρικού άντρου. Το πάχος του τοιχώματος της λείας μυικής στοιβάδας αυξάνεται στο πυλωρικό άντρο. Επει ανταποκρίνεται στις ισχυρότερες συστολές που παρατηρούνται στο άνω τμήμα του στομάχου.

Ο πυλωρός λειτουργεί σαν σφικτήρας, αν και φυσιολογικά επιτρέπει και την διέοδο γαστρικού υγρού προς το δωδεκαδάκτυλο. Οι περισταλτικές συστολές είναι πολύ πιο ισχυρές στο πυλωρικό άντρο από ότι στο σώμα και μεταδίδονται ταχύτερα όσο προχωρούν προς τα κάτω.

Ο γαστρικός χυμός, αναγκάζεται να εισέλθει στο χωνοειδές άντρο από τις περισταλτικές κινήσεις. Ο όγκος του περιεχομένου που περνά στο δωδεκαδάκτυλο με κάθε περισταλτικό κύμα εξαρτάται από την δύναμη μετάδοσης του κύματος και από την ένταση με την οποία κλείνει ο πυλωρικός σφικτήρας.

Το πλειστο του γαστρικού περιεχομένου που προωθείται στο άντρο, ξαναγυρίζει πίσω, καθώς ο πυλωρικός σφικτήρας κλείνει. Η πίεση μέσα στο πυλωρικό άντρο αυξάνεται. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η ένταση του επόμενου κύματος, καθώς επίσης και επέρχεται καλύτερη ανάμιξη του γαστρικού περιεχομένου. Με κάθε περισταλτικό κύμα 5-15 ML γαστρικού υγρού, εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο.

Η χωριτικότητα του άδειου στομάχου είναι μόλις 50 ML. Ο στόμαχος όμως μπορεί να χωρέσει 1000 ML τροφής, πριν η ενδουλική του πίεση αρχίσει να αυξάνεται, χάρις σε ορισμένα αντανακλαστικά (RECEPTIVE RELATATION). Το αντανακλαστικό αυτό ελαττώνεται με την δράση του πνευμονογαστρικού νεύρου και καταργείται με την βαγοτομή. Οι περισταλτικές κινήσεις πυροδοτούνται μετά από ερέθισμα που προκαλείται μετά την λήψη τροφής.

Διάφοροι άλλοι παράγοντες έχουν θετικές ή αρνητικές επιδράσεις, πάνω στην συχνότητα και στην ένταση των συσπάσεων και κατά συνέπεια στην συχνότητα της κένωσης του στομάχου.

Τα αντανακλαστικά που προκαλούνται από την διέγερση του πνευμονογαστρικού διευκολύνουν την κένωση του στομάχου. Η υφή και η ποσότητα του γεύματος παίζουν ρόλο σημαντικό στη ρύθμιση της κένωσης. **Μειωτές** ποσότητες τροφής κενώνονται πιο γρήγορα απ' όσα οι μεγάλες. Αυτό γίνεται επειδή το όργανο προσπαθεί να τις μειώσει σε μέγεθος, πράγμα το οποίο απαιτεί περισσότερο χρόνο.

Η οσμωτικότητα του γαστρικού χυμού και η χημική του σύσταση καθορίζονται από την δίοδό τους στο δωδεκαδάκτυλο. Αν η οσμωτικότητα είναι μεγαλύτερη από 200 SM/L, ενεργοποιείται ένα αντανακλαστικό, το εντερογαστρικό αντανάκλαστικό, το οποίο επιβραδύνει την κένωση. Η γαστρίνη επίσης επιβραδύνει την κένωση του στομάχου.

Η γαστρίνη είναι η μόνη ορμόνη που ανευρίσκεται στην κυκλοφορία του αίματος και που έχει κάποια φυσιολογική δράση στην κένωση του στομάχου.

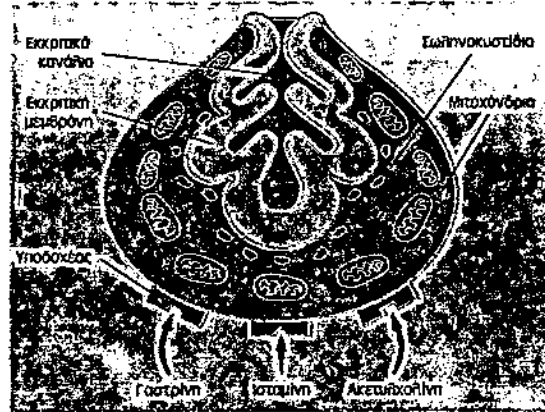
ΟΣΤΟΧΟΣ...

Ο ΟΞΥΝΤΙΚΟΣ ΑΔΕΝΑΣ



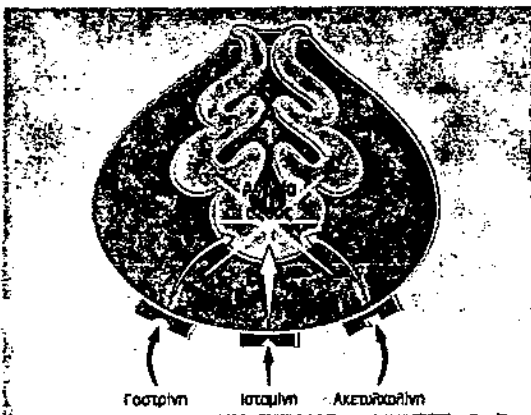
Το γαστρικό οξύ εκκρίνεται από τα τοιχωματικά κύτταρα που βρίσκονται στους οξύντικούς αδένες του γαστρικού βλεννογόνου.

Το Τοιχωματικό Κύτταρο



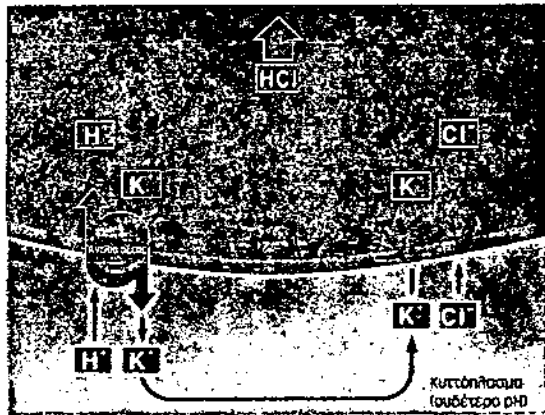
Το τοιχωματικό κύτταρο διεγείρεται προς έκκριση οξέος μέσω των τριών τύπων υποδοχέων. Υπάρχουν τουλάχιστον 1 δισεκατομμύριο (10^9) τοιχωματικά κύτταρα στον γαστρικό βλεννογόνο.⁽¹⁾

Η Αντλία Οξέος



Η αντλία οξέος $-H^+, K^+ ATP-ase-$ είναι ένα ένζυμο με μοναδικές ιδιότητες, βρίσκεται στην εκκριτική επιφάνεια του τοιχωματικού κυττάρου και αποτελεί το τελικό κοινό βήμα στη διαδικασία έκκρισης του γαστρικού οξέος. Κάθε τοιχωματικό κύτταρο περιέχει περίπου 1 δισεκατομμύριο (10^9) αντλίες οξέος.⁽²⁾

Η Παραγωγή Γαστρικού Οξέος



Όταν το τοιχωματικό κύτταρο διεγερθεί, η αντλία οξέος ανταλλάσσει ιόντα H^+ από το κυττοπλάσμα με ιόντα K^+ από τα εκκριτικά σωληνάκια. Αυτό οδηγεί στον σχηματισμό HCl . Η απαιτούμενη ενέργεια για την ανταλλαγή ιόντων παρέχεται από την διάσπαση του ATP .⁽³⁾

A. ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΧΥΜΟΣ

Η ποσότητα του γαστρικού χυμού σε περιπτώσεις νηστείας κυμαίνεται μεταξύ 500-1500 ML/ημέρα. Επειτα από κάθε γεύμα περίπου 1000 ML χυμού εκκρίνονται από το στομάχι. Τα συστατικά του χυμού είναι:

I). Β λ έ ν ν α

Η βλέννα είναι ένα ετερογενές μίγμα, από γλυκοπρωτεΐνες και εκκρίνεται από τα βλεννογόνα κύτταρα της περιοχής των οξυντικών και των πυλωρικών αδένων του στομάχου. Η βλέννη παρέχει έναν ελαφρό φραγμό, στην διάχυση του H^+ από το τοίχωμα του στομάχου, και πιθανώς προστατεύει τον βλεννογόνο του. Δρα επίσης και σαν λιπαντικό και εμποδίζει την διάχυση της πεψίνης.

II). Π ε ψ ι ν ο γ ό ν ο

Το πεψινογόνο συντίθεται κυρίως, από τα θεμέλια κύτταρα των ίδιως γαστρικών αδένων του του στομάχου και λιγότερο από την περιοχή των πυλωρικών αδένων. Και αποθηκεύονται με την μορφή ορατών κοκκίων.

Η διέγερση των χολινεργικών ινών, είτε του πνευμονογαστρικού, ή των ενδοτοιχωματικών νεύρων, είναι το πιο πιθανό ερέθισμα που προκαλεί την έκκριση πεψινογόνου, αν και η γαστρίνη και η σεκρετίνη είναι το ίδιο αποτελεσματικά.

Το προδρομο ζυμογόνο της ενεργοποιείται, όταν το PH πέφτει κάτω από 5,0. Πράγμα που συνεπάγεται την διάσπαση των πολυπεπτιδικών κλασμάτων μεγάλου μοριακού βάρους.

Η πεψίνη διασπά τους δεσμούς μεταξύ των πεπτιδίων και ειδικά αυτούς που περιέχουν:

- φαινυλολανίνη
- τυροσίνη

- και λευκίνη

Το πλέογ ευνοϊκό ΡΗ της είναι περίπου το 20. Η δράση της πεψίνης καταργείται σε ΡΗ>5.0. και το μδριό της μετουσιώνεται αμετάκλητα σε ΡΗ>8.0.

III). Ενδογενής παράγοντες

Ο ενδογενής παράγοντας, είναι μια βλεννοπρωτεΐνη που εκκρίνεται από τα εμβόλιμα κύτταρα του στομάχου. Δεσμεύεται με την βιταμίνη B₁₂ των τροφών και αυξάνει την απορρόφηση της βιταμίνης.

Η απορρόφηση γίνεται ενεργητικά στον τελικό ειλεό. Η έκκριση του ενδογενούς παράγοντα προάγεται από ερεθίσματα που προκαλούν έκκριση H⁺ από τα εμβόλιμα κύτταρα. Η αναστολή της έκκρισης του ενδογενούς παράγοντα συνοδεύεται από την εμφάνιση της κακοήθους αναιμίας του BIERMER. Η κακοήθης αναιμία χαρακτηρίζεται από ατροφία των εμβόλιμων κυττάρων του βλεννοφόρου. Καταστολή του ενδογενούς παράγοντα και αναιμία.

Η παρουσία τέτοιας κατάστασης διορθώνεται με την χορήγηση ενδογενούς παράγοντα. Η ολική γαστρεκτομή προκαλεί την ανάγκη παρεντερικής χορήγησης βιταμίνης B₁₂.

IV). Παράγοντες της ομάδας αίματος

Το 75% των ατόμων εκκρίνουν αντιγόνα της ομάδας του αίματος στον γαστρικό χυμό. Η κατάσταση αυτή καθορίζεται από κληρονομικούς παράγοντες και συνδέεται με την μειωμένη συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους. Σ' αυτούς τους ασθενείς, απ' ότι σ' εκείνους που δεν εκκρίνουν αυτά τα αντιγόνα.

V). Ηλεκτρολύτες

Το κυριότερο χαρακτηριστικό της γαστρικής έκκρισης είναι η υψηλή της συγκέντρωση υδροχλωρικού οξέως, το οποίο παράγεται από τα εμβόλιμα κύτταρα του στομάχου. Όσο η συγκέντρωση ιόντων H⁺ αυξάνε-

ται κατά την διάρκεια της έκκρισης, αυτή του Na^+ πέφτει σ' ένα ανάλογο επίπεδο. Το K^+ παραμένει σχετικά σταθερό στο 5-10 MEG/L.

Η συγκέντρωση του χλωρίου παραμένει κοντά στα 150 MEG/L και ο γαστρικός χυμός διατηρεί την ισοτονικότητά του με ποικίλη εκκριτική συχνότητα.

B. ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ο φυσιολογικός βλεννογόνος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου προστατεύεται με μηχανισμούς, που του επιτρέπουν να αντισταθεί, στις βλαπτικές επιδράσεις, της υψηλής έκκρισης υδροχλωρικού οξέως από τους αδένες του στομάχου. Διακοπή αυτών των μηχανισμών μπορεί να οδηγήσει σε οξεία ή χρόνια εξέλκωση.

Η επιφάνεια του γαστρικού επιθηλίου επικαλύπτεται από βλέννη και εκκρίσεις (HCO_3^-) σε σχέση με H^+ , προστατευόμενο από το επίχρισμα βλέννης. Το pH του στομάχου είναι πολύ υψηλότερο σε σχέση με το pH του αυλού. Η έκκριση των προστατευτικών του στομάχου παράγοντων (HCO_3^-) διεγείρεται από τις:

- προσταγλαδίνες
- την γλυκαγόνη
- την χολοκυστοκίνη κ.τ.λ.

Η έκκριση αυτών των παραγόντων αναστέλλεται από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

- τους α-αδρενεργικούς αγωνιστές
- τα χολικά οξέα
- την αιθανόλη
- και την ακεταλολαμίδα

Ο γαστρικός χυμός είναι ένα πύκτωμα που αποτελείται από:

- γλυκοπρωτεΐνες (μεγάλου μοριακού βάρους)
- και νερό (κατά 95%)

Καθώς σχηματίζει ένα λείο και αδιαπέραστο στρώμα, επιτρέπει στην βλεννογόνο στοιβάδα του στομάχου, να παραμείνει σ' ένα ΡΗ μεγαλύτερο από αυτό του γαστρικού χυμού.

Στην επιφάνεια της βλεννώδους στοιβάδας, οι πεπτικές κινήσεις του στομάχου προωθούν, από την μια μεριά την στοιβάδα προς τα κάτω, ενώ από την άλλη μεριά, αυτή αναπληρώνεται συνεχώς από νέα βλεννώδη κύτταρα.

Το γαστρικό οξύ, πιστεύεται ότι, εισέρχεται στον αυλό του στομάχου διαμέσου μικρών πόρων, που βρίσκονται πάνω από την περιοχή των γαστρικών αδένων. Η έκκριση της βλέννης διεγείρεται από το οξύ του στομάχου και ίσως από χολινεργικά ερεθίσματα.

Το στρώμα της βλέννης κατασρέφεται μετά από έκθεση σε στεροειδείς, μη αντιφλεγμονώδες παράγοντες. Και αυξάνεται σε πάχος με την χορήγηση προσταγλαδίνης E_2 .

Τα ελλείματα, του γαστρικού βλεννογόνου, τα οποία είναι αποτέλεσμα μηχανικού ή χημικού τραύματος, γρήγορα αναπληρώνονται από τα παρακείμενα φυσιολογικά κύτταρα. Αυτά εξαπλώνονται για να καλύψουν την περιοχή της βλάβης. Αυτή η μέθοδος ενισχύεται με την επιπρόσθετη χορήγηση (HCO_3^-).

Ο βλεννογόνος του δωδεκαδακτύλου έχει τις ίδιες ιδιότητες με αυτές του στομάχου για την αντιμετώπιση των βλαβών που προκαλούνται σ' αυτών, από διαφόρους παράγοντες.

Γ. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΟΥ

ΟΞΕΩΣ

Η έκκριση της εκκρίσεως υδροχλωρικού οξέως γίνεται από διάφορους

παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να χωριστούν σε δυο κατηγορίες:

- σ' αυτούς που προάγουν την έκκριση και
- σ' αυτούς που την καταστέλλουν

Η ισορροπία αυτών των παραγόντων είναι αυτή που καθορίζει τα επίπεδα της έκκρισης οξέως, είτε κατά τη διάρκεια νηστείας, είτε μετά από γεύμα.

Η έκκριση υδροχλωρικού οξέως περιγράφεται συνήθως ως αποτέλεσμα 3 φάσεων, που συμβαίνουν κατά και μετά την λήψη τροφής.

I). Κ ε φ α λ ι κ ή φ ά σ η :

Ερεθίσματα που δρουν πάνω στον εγκέφαλο, οδηγούν σε αυξημένη δραστηριότητα των φυγόκεντρων νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού. Το αποτέλεσμα είναι η αυξημένη έκκριση οξέως. Η δράση, η όσφρηση, η γεύση, ακόμα και η επιθυμία λήψεως τροφής, μπορεί να προκαλέσει αυτήν την αντίδραση. Το αποτέλεσμα προκαλείται με την, εξ'ολοκλήρου, μεσολάβηση του πνευμονογαστρικού και καταργείται με την βαγοτομή. Η διέγερση του πνευμονογαστρικού, έχει μια άμεση επίδραση πάνω στα τοιχωματικά κύτταρα, ώστε να αυξήσουν την παραγωγή οξέως.

II). Γ α σ τ ρ ι κ ή φ ά σ η :

Η είσοδος τροφής στον στόμαχο απελευθερώνει την γαστρίνη. Η διάταση του πυλωρικού άντρου είναι το μείζον μηχανικό ερέθισμα. Τα προϊόντα της πέψης της πρωτεΐνης απελευθερώνουν επίσης γαστρίνη, μετά την επαφή τους με τον βλεννογόνο του άνδρου.

Η παρουσία τροφής στο στομάχι πυροδοτεί μείζονα πνευμονογαστρικά αντανακλαστικά, ώσεις, οι οποίες περνούν στο Κ.Ν.Σ., διαμέσου των κεντρομόλων νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού. Στη συνέχεια επιστρέφουν για να διεγείρουν τα τοιχωματικά κύτταρα.

Μια τρίτη όψη της γαστρικής φάσης. Περιλαμβάνει τις αισθητικές επιδράσεις της διάτασης, της περιοχής των τοιχωματικών αδένων του

στομάχου. Ως προς την γαστρίνη. Πράγμα το οποίο πιθανώς ενεργοποιείται από τα τοπικά χολινεργικά αντανακλαστικά των νεύρων, του τοιχώματος του στομάχου.

III) Εντερική φάση :

Ο ρόλος της εντερικής φάσης πάνω στην γαστρική έκκριση δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως. Πολλά πειράματα έχουν δείξει ότι, η παρουσία τροφής στο λεπτό έντερο, απελευθερώνει έναν χημικό παράγοντα. Ο οποίος ονομάζεται εντεροοξυντικός παράγοντας, που προκαλεί έκκριση γαστρικού οξέως από τον στομάχο.

Δ. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

Χωρίς συστήματα να περιορίζουν την γαστρική έκκριση, η ανεξέλεγκτη παραγωγή γαστρικού οξέως, θα μπορούσε να γίνει ένα σοβαρό πρόβλημα για τον ασθενή.

Τέτοια παραδείγματα μπορούν να βρεθούν σε καταστάσεις όπου, η παραγωγή οξέως, αυξάνει έπειτα από χειρουργικές προσεγγίσεις, οι οποίες σχετίζονται με αυτούς τους ανασταλτικούς μηχανισμούς.

I). Ανασταλτικός μηχανισμός του πυλωρικού άντρου

Σε ΡΗ μικρότερο του 2.5, στο πυλωρικό άντρο, αναστέλλεται η έκκριση γαστρίνης, ανεξαρτήτως αν υπάρχει νευρική διέγερση. Όταν το ΡΗ πέσει στο 1.2 η έκκριση γαστρίνης αναστέλλεται πλήρως.

Η σωματοστατίνη, η οποία, παράγεται από την περιοχή των πυλωρικών αδένων, παίζει κάποιο φυσιολογικό ρόλο σαν αναστολέας της εκκρίσεως γαστρίνης.

II). Εντερικοί ανασταλτικοί μηχανισμοί

Το έντερο συμμετέχει στον έλεγχο έκκρισης του γαστρικού οξέως.

Με την απελευθέρωση ορμονών, που αναστέλλουν την έκκριση γαστρίνης, και την επίδρασή της στα τοιχωματικά κύτταρα.

Η εκκριτική (σεκρετίνη) και η χολοκυστοκίνη (CCK-PZ) αναστέλλουν την έκκριση γαστρικού οξέως κάτω από πειραματικές συνθήκες. Αλλά καμιά από αυτές δεν πιστεύεται ότι έχει κάποιο φυσιολογικό ρόλο στην όλη υπόθεση.

Η παρουσία λίπους στο έντερο είναι η πιο πιθανή αιτία της αναστολής, επιδρώντας πάνω στην ρύθμιση της απελευθέρωσης γαστρίνης και στην νευρική διέγερση που προκαλεί την έκκριση οξέως.

Ούτε η (CCK-PZ) που απελευθερώνεται από την διάσπαση λίπους φαίνεται να είναι ικανή να εξηγήσει τον τρόπο που γίνεται η αναστολή μετά από επίδραση λίπους. Γι' αυτό και ο όρος εντερογαστροδίνη, χρησιμοποιείται για να δείξει την ακόμη άγνωστη ορμόνη, που είναι υποθετική υπεύθυνα.

Η τροφή που προσλαμβάνεται αναμιγνύεται με την αμύλαση του σιέλου πριν εισέλθει στον καρδιοοισοφαγικό σφικτήρα. Οι μηχανισμοί που ενεργοποιούν την γαστρική έκκριση ενεργοποιούνται. Τα επίπεδα της γαστρίνης του ορού αυξάνονται από 50 PG/ML που βρίσκονται μετά από μια μέση περίοδο μεσογευμάτων σε 200 PG/ML, η μέγιστη συγκέντρωση της οποίας επιτυγχάνεται περίπου 30 λεπτά μετά το γεύμα.

Η τροφή μέσα στον αυλό του στομάχου, εκτίθεται σε υψηλές συγκεντρώσεις γαστρικού οξέως και πεψίνης. Κατακάθεται σε στοιβάδες που καθορίζονται από την συχνότητα της αφιέξης της στο στομάχι. Αλλά το λίπος τείνει να παραμείνει στην πιο πάνω στοιβάδα. Το μέγιστο της ανάμιξης γίνεται στο πυλωρικό άντρο. Επομένως το περιεχόμενο του άντρου γίνεται ομοιόμορφα πιο όξινο, από αυτό του σώματος του στομάχου. Οπου ο κύριος όγκος της τροφής τείνει να μείνει πιο αλκαλικός για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, επιτρέποντας έτσι να συνεχι-

στεί η δραστηριότητα της αμυλάσης, η οποία καταργείται σε όξινο pH.

Η απορρόφηση της πρωτεΐνης στον στόμαχο γίνεται σε ποσοστό 5-10%. Τα διτανθάκικα, απορροφούνται σε ποσοστό 30-40%. Μια λιπάση που εκκρίνεται από την επιφάνεια της γλώσσας, ενεργοποιεί, τα πρώτα στάδια της λιπόλυσης στο στομάχι.

Το γαστρικό περιεχόμενο προωθείται προς το δωδεκαδάκτυλο με συχνότητα που καθορίζεται από τον όγκο και την υφή της τροφής, την οσμωτικότητα, την οξύτητά της και την περιεκτικότητά της σε λίπος.

Ένα γεύμα από άπαχο κρέας, πατάτες και λαχανικά αφήνει το στομάχι και περνά στο έντερο μέσα σε 3 ώρες.

Ένα γεύμα με πολύ μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος μπορεί να παραμείνει στο στομάχι για 6-12 ώρες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β'

Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Ε Λ Κ Ο Σ

Το πεπτικό έλκος είναι αποτέλεσμα της διαβρωτικής δράσης του όξινου γαστρικού χυμού πάνω στο ευπαθές προς αυτό επιθήλιο. Το πεπτικό έλκος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε τμήμα του ΓΕΣ. Αναλόγως των περιστάσεων το πεπτικό έλκος μπορεί να εμφανιστεί στον οισοφάγο, στο δωδεκαδάκτυλο, στον στόμαχο, στην νήστιδα (μετά από εγχειρήσεις γαστρονηστιγοστομίας), και στον ειλεό (σε συνάρτηση με την εμφάνιση έκτοπου γαστρικού επιθηλίου στην απόφυση του ΜΕΕΚΛ).

Όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε ο όρος πεπτικό έλκος, θεωρήθηκε ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας ήταν η πεπτική δραστηριότητα του γαστρικού οξέως. Από τότε οι διάφορες μαρτυρίες έχουν σχετίσει το γαστρικό οξύ με τον κύριο αιτιολογικό παράγοντα στην παθογένεια του έλκους.

Στην πραγματικότητα, είναι αυταπόδεικτο το ότι, αν ο γαστρικός χυμός δεν περιέχει υδροχλωρικό οξύ, δεν θα παρουσιαζόταν πεπτικό έλκος. Η εκτίμηση του ρόλου του υδροχλωρικού οξέως, έχει δώσει έμφαση στην θεραπεία με αντιόξινα και H_2 ισταμινικούς αποκλειστές.

Σαν την κυριότερη θεραπεία του έλκους, καθώς επίσης και σε χειρουργικές προσεγγίσεις οι οποίες μειώνουν την έκκριση του γαστρικού οξέως.

Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 2% του ενήλικου πληθυσμού στις ΗΠΑ παρουσιάζει ενεργό πεπτικό έλκος, και περίπου 10% του πληθυσμού πρόκειται να αποκτήσει αυτήν την ασθένεια κατά την διάρκεια της ζωής του.

Οι άντρες προσβάλλονται 3 φορές συχνότερα απ' ότι οι γυναίκες.

Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη είναι 10 φορές πιο συχνότερα απ' ότι τα γαστρικά σε νεαρούς ασθενείς. Αλλά σε μεγάλης ηλικίας ασθενείς, η

συχνότητα είναι περίπου η ίδια. Για αγνώστους λόγους, η συχνότητα του πεπτικού έλκους, έχει κατέβει περισσότερο από το 1/2 από ότι ήταν πριν 20 χρόνια.

Σε γενικές γραμμές, η ελκωτική επεξεργασία μπορεί να οδηγήσει σε 4 τύπους αναπηρίας, θα μπορούσαμε να πούμε:

1). Ο πόνος είναι το πιο συνηθισμένο φαινόμενο

2). Η αιμορραγία, η οποία είναι αποτέλεσμα της διάβρωσης των υποβλεννογόνιων ή των εξωεντερικών αγγείων, συμβαίνει καθώς η εξέλιξη προχωρεί σε βαθύτερες στοιβάδες.

3). Η διήθηση του έλκους διαμέσου όλων των στοιβάδων του πάσχοντος εντέρου, έχει σαν αποτέλεσμα την διάτρησή του, εάν άλλο υγιές επιθήλιο δεν επουλώσει το έλκος.

4). Η απόφραξη, μπορεί να συμβεί σαν αποτέλεσμα φλεγμονώδους διόγκωσης και φαίνεται να συμβαίνει συνήθως σε έλκη που εδράζονται στον πυλωρό ή στην γαστροοισοφαγική γωνία, όπου ο αυλός του εντέρου είναι στενότερος.

Οι αιτίες, οι κλινικές εκδηλώσεις και η πρόγνωση του γαστρικού και του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι διαφορετικές, έτσι ώστε να γίνεται κατανοητό ότι είναι διαφορετικές νόσοι των οποίων το μείζον κοινό χαρακτηριστικό, είναι η εξάρτησή τους από την έκκριση οξέως-πεψίνης.

Στο παραπάνω, πρέπει όμως να γίνει μια διευκρίνιση για την απόφυγη συγχύσεως. Το γαστρικό και το δωδεκαδακτυλικό έλκος μπορεί να είναι διαφορετικοί νόσοι (όπως αναφέραμε) δεν παύουν όμως να συσχετίζονται στενά μεταξύ τους.

Ο υ σ ι ώ δ η ε υ ρ ή μ α τ α γ ι α τ η ν
δ ι ά γ ν ω σ η

- Επιγάστριος πόνος, που ανακουφίζεται με την λήψη τροφής ή αντιόξινων.

- Επιγάστρια ευαισθησία

- Φυσιολογική ή αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέως

- Σημεία έλκους που εμφανίζονται σε ακτινογραφίες του ανώτερου γαστρεντερικού ή σε ενδοσκόπηση.

Γ ε ν ι κ έ ς θ ε ω ρ ί ε ς

Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη μπορούν να εμφανιστούν σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, αλλά είναι πιο συχνά σε άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας (20-25 ετών). Εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες. Περίπου το 95% των δωδεκαδακτυλικών ελκών εδράζονται συνήθως 2 CM από τον πυλωρό, στον βολβό του δωδεκαδακτύλου. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη έχουν προκύψει σαν μια μείζονα κλινική οντότητα, στην δυτική κοινωνία, μόλις από τις τελευταίες δεκαετίες του 19^{ου} αιώνα. Η συχνότητα εμφάνισης έχει φτάσει σε μια φάση αιχμής περίπου πριν από 25 χρόνια, έπειτα άρχισε να πέφτει σε συχνότητα 8% κατά έτος, μέχρι που πριν λίγα χρόνια, φαίνεται να φτάνει σ' ένα σταθερό επίπεδο.

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι σπάνιο στις Αφρικανικές φυλές, αν και στις ΗΠΑ το ποσοστό εμφάνισης είναι ίσο ή και μεγαλύτερο στους μαύρους απ' ότι στους λευκούς.

Οι δυσλειτουργίες που εμφανίζονται στο δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι οι ακόλουθες:

1). Αυξημένος αριθμός εμβόλιμων και θεμέλιων κυττάρων. Έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη παροχή οξέως και αυξημένα επίπεδα πεψινογόνου στον ορό.

- 2). Αυξημένη ευαισθησία των εμβόλιμων κυττάρων στην γαστρίνη.
- 3). Αυξημένη έκκριση γαστρίνης μετά από ένα γεύμα.
- 4). Μειωμένη αναστολή της απελευθέρωσης γαστρίνης από τον βλεννογόνο του άντρου.
- 5). Αυξημένη συχνότητα της γρήγορης κένωσης του στομάχου.

Μια άλλη θεωρητική αιτία του πεπτικού έλκους είναι η μειωμένη αντίσταση του βλεννογόνου, στην δράση του γαστρικού οξέως και της πεψίνης. Αρκετοί άλλοι κλινικοί παράγοντες, που είναι γνωστοί, έχουν κάποια σχέση με την αυξημένη υποψία εμφάνισης έλκους.

Η νόσος είναι περισσότερο συχνή σε άτομα που ανήκουν στην ομάδα αίματος (Ο) και σ' αυτά που δεν εκκρίνουν αντιγόνα της ομάδας (Η, Α, ή Β) στον γαστρικό χυμό.

Η χρόνια ηπατική ανεπάρκεια, οι χρόνιες νόσοι του πνευμονικού παρεγχύματος και η χρόνια παγκρεατίτιδα, έχουν κάποια ανάμιξη στην αύξηση, της πιθανότητας της δωδεκαδακτυλικής εξέλιξης.

Εκτός από τους ασθενείς, με ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, οι οποίοι έχουν μειωμένη έκκριση διττανθρακικών στο δωδεκαδακτυλικό, ο μηχανισμός δεν είναι αρκετά γνωστός.

Α. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Ι). Σ η μ ε λ α κ α ι σ υ μ π τ ώ μ α τ α :

Το γαστρικό και το δωδεκαδακτυλικό έλκος, εμφανίζουν τα ίδια συμπτώματα. Εδώ θα αναφερθούν τα συμπτώματα του δωδεκαδακτυλικού έλκους, επειδή εμφανίζονται σε εντονότερη μορφή.

Ο π ό ν ο ς , το σύμπτωμα που εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς, συνήθως εδράζεται στο επιγάστριο και περιγράφεται με ποικίλους τρόπους. Σαν συνεχής και σταθερός και σαν καύσος.

Μελέτες όμως έδειξαν ότι, μερικοί ασθενείς με ενεργό δωδεκαδα-

κυκλικό έλκος δεν έχουν παράπονα από το έντερο.

Ο ημερήσιος κύκλος του πόνου, είναι συχνά χαρακτηριστικός. Ο ασθενής συνήθως δεν πονά το πρωί μέχρι μια ή περισσότερες ώρες μετά το πρόγευμα. Ο πόνος ανακουφίζεται με το μεσημεριανό γεύμα, για να επανέλθει αργά το απόγευμα. Ο πόνος μπορεί να εμφανιστεί αργά το βράδυ και περίπου στις μισές περιπτώσεις ξυπνάτον ασθενή.

Όταν το έλκος διηθεί την κεφαλή του παγκρέατος από την οπίσθια επιφάνεια, παρατηρείται, αντανάκλαση του πόνου στη ράχη.

Μερικές φορές το κυκλικό ωράριο του πόνου μπορεί να μεταφραπεί σε σταθερή δυσφορία και μείωση της ανέσεως του ασθενή, με λιγότερη ανακούφιση του με την λήψη τροφής και αντιόξινων.

Η εμφάνιση ναυτίας και εμέτου είναι ένα άλλο συχνό σύμπτωμα. Ο έμετος μπορεί να είναι ένα μείζον σύμπτωμα, ακόμα και σε απουσία αποφράξεως.

Για άγνωστους λόγους, ασθενείς που υποφέρουν από εμέτους, ανταποκρίνονται σε μικρότερο ποσοστό στην συντηρητική ή χειρουργική αγωγή.

Η εξέταση της κοιλιάς μπορεί να αποκαλύψει εντοπισμένη επιγαστρία ευαισθησία, στα δεξιά της μέσης γραμμής, όχι όμως σ'όλες τις περιπτώσεις.

Η δράση του πεπτικού έλκους και τα συνοδά συμπτώματα τυπικά μειώνονται και επαναλαμβάνονται σε μεσοδιαστήματα πολλών ετών. Οι υποτροπές διαρκούν 2-4 μήνες, αλλά οι διακυμάνσεις είναι μεγάλες.

B. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1). Εξετάσεις για μικροσκοπική αιμορραγία : Τα κόπρανα πρέπει να εξετάζονται για μικροσκοπική αιμορραγία. Ακόμα και σε απουσία κλινικής ή εργαστηριακής ένδειξης γαστρεντερικής αιμορραγίας.

2). Ανάλυση γαστρικού οξέος : Η ανάλυση γαστρικού οξέος ενδείκνυται αν υπάρχει υποψία για σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON.

α) Κοινή ανάλυση γαστρικού οξέος. Συνίσταται στα εξής:

- Μέτρηση της παραγωγής οξέος, από τον ανερέθιστο στομάχο κάτω από συνθήκες νηστείας. Το αποτέλεσμα εκφορρίζεται σαν έκκριση H^+ σε MEG/L και ονομάζεται βασική παροχή HLL. BAO (BASAL ACID OUTPUT).

- Μέτρηση της παραγωγής οξέος κατά την διέγερση του στομάχου με ισταμίνη. Το αποτέλεσμα εκφράζεται σαν έκκριση H^+ σε MEG/L και ονομάζεται μέγιστη παροχή HLL, MAO (MAXIMAL ACID OUTPUT). Πάνω από τους μισούς ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος, έχουν αύξηση της MAO σε σχέση με άτομα χωρίς έλκος.

Α χ λ ω ρ υ δ ρ ι α : Ο όρος αυτός σημαίνει την έλλειψη HCL (PH >6.0) μετά από την επίτευξη μέγιστης διέγερσης. Η αχλωρδρία είναι ασυμβίβαστη με την διάγνωση κακοήθους πεπτικού έλκους. Σε ασθενείς στους οποίους ο ακτινογραφικός έλεγχος, έχει δείξει γαστρικό έλκος αυτό είναι εύρημα που υποδεικνύει την παρουσία υποκρίπτοντας γαστρικού καρκίνου.

β) Ανάλυση κατά HOLLANDER (περιεκτικότητα γαστρικού οξέος σε ινσουλίνη)

Η δοκιμασία HOLLANDER συνίσταται στην ενδοφλέβιο χορήγηση ινσουλίνης και μετρήσή της έκκρισης γαστρικού οξέος. Η τεχνική στηρίζεται, στο ότι, το οξύ που βρίσκεται μετά υπογλυκαιμίας, είναι εξολοκλήρου αποτέλεσμα ώσεων του παρασυμπαθητικού, που φτάνουν μετά από διέγερση του Κ.Ν.Σ. Η δοκιμασία HOLLANDER χρησιμοποιείται στη βαγοτομή, μετεγχειρητικά.

3). Γαστρίνη ορού : Τα επίπεδα της γαστρίνης είναι από 50-100 PG/ML φυσιολογικά. Πάνω από 200 PG/ML θεωρούνται υψηλά.

Οι συγκεντρώσεις γαστρίνης στον ορό μπορούν να αυξηθούν σε καφα-

στάσεις υπερέκκρισης και μειωμένης έκκρισης.

Περισσότερο σημαντικό κλινικώς είναι τα αυξημένα επίπεδα γαστρίνης με συνακόλουθα υπερέκκριση, όπου τα υψηλά επίπεδα γαστρίνης είναι υπεύθυνα για την αυξημένη έκκριση οξέος. Σαν τελικό αποτέλεσμα έχουμε την πεπτική εξέλκωση.

Γ. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Το έλκος φαίνεται σε ακτινογραφία PROFILE ή FACE. Οι αλλοιώσεις που εμφανίζονται, συνίστανται σε δωδεκαδακτυλικές και σε στρογγυλή ελκωτική φωλέα. Η αξιοπιστία της είναι μεγάλη. Όμως η ανταπόκριση της θεραπείας πρέπει να κρίνεται βάσει των συμπτωμάτων ή των αποτελεσμάτων της ενδοσκοπησης, παρά των ακτινολογικών ευρημάτων.

Δ. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η γαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση: Όταν η διάγνωση είναι αβέβαιη. Όταν ανευρίσκεται αιμορραγία ή απόφραξη του γαστροδωδεκαδακτυλικού τμήματος του πεπτικού.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ

Οι κυριότερες επιπλοκές του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι:

- Η αιμορραγία
- Η διάτρηση
- Η δωδεκαδακτυλική απόφραξη.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Συνεπάγεται αποφυγή των φαρμάκων με ελκογενή δράση ή άλλων παραγόντων σε άτομα που είναι ύποπτα για εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους όπως: νικοτίνη, αλκοόλ, καφεΐνη, ρεζερπίνη και άλλες ξανθί-

νες που βρίσκονται στα ανθρακούχα ποτά. Ακόμη και η αποφυγή στρεσογόνων παραγόντων μπορεί να είναι χρήσιμη.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ

Το πεπτικό έλκος μπορεί να θεραπευτεί με συντηρητική αγωγή στους περισσότερους ασθενείς, αλλά η μακροχρόνια θεραπεία της νόσου (που έχει σαν συνέπεια την μεγάλη συχνότητα υποτροπών και επιπλοκών) δεν είναι αποτελεσματική, εκτός αν η φαρμακευτική αγωγή συνεχίζεται επ'αορίστου.

Η χειρουργική θεραπεία συνίσταται, σε ασθενείς κατά την οξεία φάση της νόσου, σε ασθενείς με υποτροπιάζοντα έλκη, σε διάτρηση, σε αιμορραγία κ.τ.λ.

I). Σ υ ν τ η ρ η τ ι κ ή α γ ω γ ή

Οι στόχοι της είναι η απομάκρυνση των ελκογενών παραγόντων, και η αύξηση του ΡΗ έτσι ώστε να επουλωθεί το έλκος.

Οι παράγοντες που σχετίζονται με φτωχή ανταπόκριση στην συντηρητική αγωγή περιλαμβάνουν: α. οικογενειακό ιστορικό δωδεκαδακτυλικού έλκους, β. πρώιμη εισβολή νόσου. γ. υπερέκκριση οξέος. δ. κάπνισμα. ε. κατάχρηση αλκοόλ και αναλγητικών. στ. χειρωνακτικά επαγγέλματα.

II). Δ ί α ι τ α

Η τροφή προφυλάσσει τον γαστρικό βλεννογόνο και θα πρέπει ο ασθενής να διδαχτεί την σπουδαιότητα των συχνών γευμάτων, τα οποία είναι εύπεπτα και διατροφικού χαρακτήρα. Ένα κολατσιό ανάμεσα στα τρία κύρια γεύματα της ημέρας και ένα αργά το απόγευμα, είναι ένα πρόγραμμα κατά την διάρκεια θεραπείας του έλκους.

Μια μαλακή δίαιτα όπως: κρέμες, γάλα, κ.τ.λ. δεν έχει ιδιαίτερη ωφέλεια.

III). Φ α ρ μ α κ ο θ ε ρ α π ε ί α

Υπάρχουν σήμερα επτά κατηγορίες φαρμάκων με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα όπως: Τα αντιόξινα, οι αποκλειστές των H_2 ισταμινικών υποδοχέων, το SUCRALFATE, τα σκευάσματα βισμούθου, οι αποκλειστές της αντλίας του πρωτονίου, μερικά αντιχολινεργικά (PIRENZEPINE), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (τριμεπραπίνη). Περίπου το 75% των ελκών θα επουλωθούν μετά από ένα μήνα θεραπείας με κάποιον από αυτούς τους παράγοντες.

α). Α ν τ ι ό ξ ι ν α : Τα αντιόξινα δίνονται για 1-3 ώρες μετά από κάθε γεύμα. Η θεραπεία θα συνεχίζεται για 6 εβδομάδες περίπου. Το όξινο του μαγνησίου που συνδυάζεται με το υδροξείδιο του Αργιλίου (MAALOX, MYLANTA) είναι το φάρμακο εκλογής αυτής της κατηγορίας. Το ανθρακικό ασβέστιο, το οποίο είχε ευρεία χρήση στο παρελθόν, δεν χρησιμοποιείται γιατί προκαλεί επαναφορά της υπερέκκρισης οξέος, καθώς η ικανότητά του να ουδετεροποιεί το PH καταργείται, μπορεί να προκαλέσει υπερκοιλιαϊμία.

β). Α ν τ α γ ω ν ι σ τ έ ς τ ω ν H_2 υ π ο δ ο χ έ ω ν : Οι ανταγωνιστές των H_2 υποδοχέων μειώνουν την έκκριση οξέος όλων των τύπων. Τα φάρμακα εκλογής είναι:

- Σιμετιδίνη: 300 MG X 4 φορές ημερησίως

- Ρανιτιδίνη: 150 MG X 2 φορές ημερησίως

Η ρανιτιδίνη διαφέρει από την σιμετιδίνη γιατί δεν έχει έναν ιμιδαζολικό δακτύλιο και έτσι έχει λιγότερες παρενέργειες (γυναικομαστία, διανοητική σύγχυση, αύξηση επιπέδων κρεατινίνης κ.τ.λ.

Αν δεν επουλωθεί σε 4-6 εβδομάδες, τότε συνδιάζονται με SUCRALFATE ή υποκίτρινο βισμούθιο. Το ποσοστό υποτροπών μετά την θεραπεία είναι 75% ένα χρόνο μετά. Το ετήσιο ποσοστό μειώνεται στο 30% αν μια δόση του φαρμάκου δοθεί την νύχτα πριν την κατάκλιση.

γ). S U C R A L F A T E : Το φάρμακο αυτό είναι ένα άλας του αργιλίου με οκτασουλφική σουκρόζη, το οποίο προσκολλάται στον νεκρωτικό ιστό του έλκους.

Το επικαλυμένο έλκος αναπτύσσει αντίσταση στην δράση της πεψίνης και η πεπτική της δραστηριότητα μειώνεται.

Η δόση είναι 1 GR X 4 φορές ημερησίως.

δ). Σ κ ε υ ά σ μ α τ α β ι σ μ ο υ θ ί ο υ : Το υποκιτρικό κολοειδές βισμούθιο 5ML σε 15 ML νερού επί 4 φορές ημερησίως, προκαλεί πήξη των αλάτων του βισμούθιου σε συνδιασμό με την δράση της βλέννης και των αμινοξέων, σε όξινο περιβάλλον.

Το πύκτωμα επικαλύπτει και προστατεύει το έλκος έτσι ώστε να επουλωθεί. Η απορρόφησή του είναι ελάχιστη. Το ποσοστό υποτροπών μετά από επιτυχή θεραπεία με σιμετιδίνη είναι 50%.

ε). Α π ο κ λ ε ι σ τ έ ς τ η ς α ν τ λ ί α ς π ρ ω τ ο ν ί ο υ : Η ομεπραζόλη, ένα υποκατάστατο της βενζιμιδαζόλης, καταργεί την έκκριση γαστρικού οξέος, αποκλείοντας τα H^+/K^+ -ATPASE, δηλαδή την αντλία πρωτονίων των τοιχωματικών κυττάρων.

Η έκκριση οξέος μειώνεται κατά 99%, πολύ περισσότερο απ'ότι μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση H_2 αποκλειστών. Τα αποτελέσματα θεραπείας του κοινού δωδεκαδακτυλικού έλκους και του έλκους που σχετίζεται με το σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON είναι περίφημα.

IV). Α κ τ ι ν ο β δ λ η σ η τ ο υ σ τ ο μ ά χ ο υ

Η ακτινοβόληση των τοιχωματικών κυττάρων του βλεννογόνου μειώνει την έκκριση οξέος και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία των πεπτικών ελκών σε ορισμένους ασθενείς.

Μια ολική δόση 1600-2000 RADS δίνεται στον στόμαχο, πάνω από 10 ημέρες. Η μέση καταστολή του 50% περίπου, συνήθως εμφανίζεται 3-6 εβδομάδες μετά την συμπλήρωση της θεραπείας και οδηγεί στην επού-

λωση του έλκους στις περισσότερες περιπτώσεις.

Η ιστολογική εικόνα και λειτουργεία του βλεννογόνου αναλαμβάνει σε μια μεγάλη περιοχή του στομάχου του ασθενούς σε διάστημα πάνω από αρκετά χρόνια. Επανεμφάνιση του έλκους αναπτύσσεται σε 30% σε 5 έτη.

Υπέρταση, που είναι αποτέλεσμα της νεφρίτιδας από την ακτινοβολία, έχει παρουσιαστεί σε μερικούς ασθενείς, οι οποίοι έχουν θεραπευτεί 5 χρόνια νωρίτερα μ'αυτή τη αγωγή. Η χρήση αυτής της θεραπείας είναι περιορισμένη.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν η συντηρητική αγωγή έχει γίνει με τον πλέον ευνοϊκό τρόπο, ένα έλκος που ανθίσταται στην θεραπεία θα κριθεί ως ανίατο. Σ' αυτήν την περίπτωση ενδείκνυται η χειρουργική θεραπεία. Υπάρχουν αναπάντητες ερωτήσεις, όσον αφορά τον ακριβή καθορισμό της κλινικής κατάστασης της ανθεκτικότητας του έλκους, επειδή είναι δύσκολο να καθορίσουμε π.χ. πόσα επεισόδια υποτροπής είναι αντίστοιχα με τους κινδύνους μιας επέμβασης. Πριν αποφασιστεί η επέμβαση θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν, η ποιότητα ζωής του ασθενή με το έλκος και οι ωφέλειες, οι κίνδυνοι της επέμβασης να αντισταθμίζονται.

Όλες οι επιτυχείς επεμβατικές τεχνικές έχουν σκοπό την μείωση παραγωγής γαστρικού οξέος.

Οι 5 χειρουργικές μέθοδοι στην θεραπεία του έλκους είναι:

- υφολική γαστρεκτομή
- βαγοτομή
- αντρεκτομή
- γαστρονηστιδοστομία
- ολική γαστρεκτομή

Εκτός ειδικών περιστάσεων, οι επεμβάσεις σε πολλούς ασθενείς περιλαμβάνουν:

1. Εκτομή κλάδων του πνευμονογαστρικού.
2. Εκτομή των κλάδων του πνευμονογαστρικού που νευρώνουν την περιοχή των τοιχωματικών κυττάρων.
3. Βαγοτομή και αντρεκτομή.
4. Υφολική γαστρεκτομή.

I). Β. α γ ο τ ο μ ή : Η εκτομή κλάδων του πνευμονογαστρικού συνίσταται στην εξαίρεση ενός τμήματος 1-2 CM από τον κάθε κλάδο, όπως αυτό εισέρχεται στην κοιλιά, στον άνω οισοφάγο. Η κατάργηση επίσης της νεύρωσης του γαστρικού μυϊκού χιτώνα προκαλεί μείωση της κένωσης του στομάχου, εκτός αν εκτελεστεί μία παροχέτευση. Η μέθοδος αυτή είναι η πυλωροπλαστική (HEINEKE-MIKULICZ). Η γαστρονηστιδοστομία είναι σπάνια.

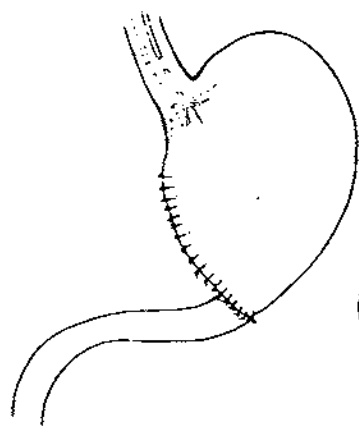
Στην εκλεκτική βαγοτομή, κάθε κοιλιακός κλάδος εκτείνεται σ' ένα σημείο, πίσω από την διακλάδωσή του σε γαστρικούς και μη γαστρικούς κλάδους. Έτσι παραμένουν ο ηπατικός κλάδος του πρόσθιου και ο κοιλιακός του οπίσθιου πνευμονογαστρικού.

Η βαγοτομή της περιοχής των τοιχωματικών κυττάρων ονομάζεται βαγοτομή των τοιχωματικών κυττάρων, εγγύς γαστρική ή υπερκλεκτική.

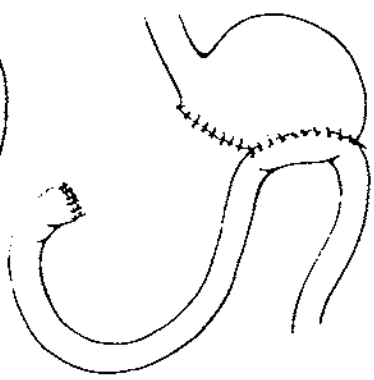
Με την τεχνική αυτή διατηρείται η νεύρωσή του από 1/3 του στομάχου, έτσι η γαστρική κένωση διατηρείται. Έχει τα πλεονεκτήματα της απλής τεχνικής και της διατήρησης ολόκληρης της χωριτικότητας του στομάχου. Το κύριο μειονέκτημα είναι η υποτροπή του έλκους κατά 10%. Το ποσοστό υποτροπής σε υπερκλεκτική βαγοτομή είναι περίπου διπλάσιο.

II). Α ν τ ρ ε κ τ ο μ ή κ α ι β α γ ο τ ο μ ή : Η επέμβαση αυτή σηνεπάγεται στην εκτομή εκτομή του 50% του άνω άκρου του στο-

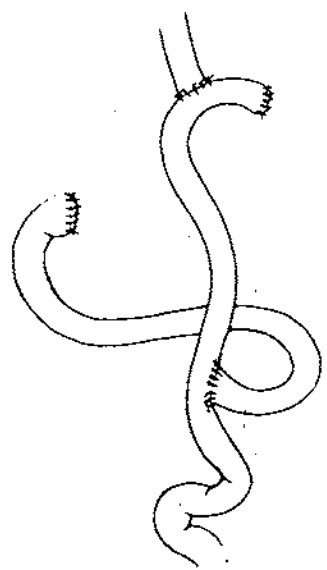
Antrectomy and vagotomy
(Billroth I)



Subtotal gastrectomy
(Billroth II)

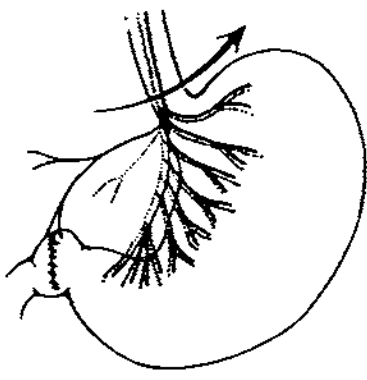


Total gastrectomy

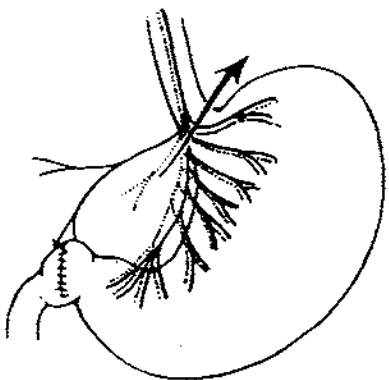


Types of vagotomy

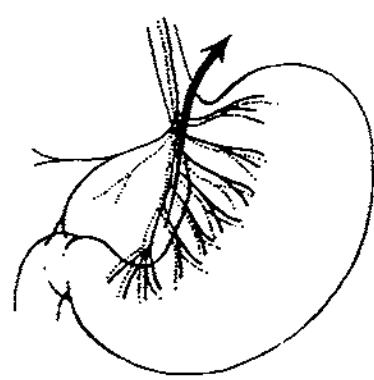
Truncal



Selective



Parietal cell



μάχου, με την γραμμή του εξαιρεθέντος γαστρικού τμήματος, φηλά στο ελάσσον τόξο, για να ενωθεί με τα όρια του γαστρινοπαραγωγού βλενογόνου. Το κολόβημα μπορεί να αναστομωθεί με το δωδεκαδάκτυλο (γαστρεκτομή BILLROTH I) ή με το πλάγιο τμήμα της εγγύς νήστιδος (γαστρεκτομή BILLROTH II).

Ταυτόχρονα εκτελείται και βαγοτομή, γιατί η αντρεκτομή μόνη της δεν προλαμβάνει τα υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η τεχνική αυτή έχει χαμηλή συχνότητα εμφάνισης επιχειλίας εξέλκωσης (2%) και έχει καλή συνολική έκβαση.

Μειονέκτημα: Σε σχέση με την υπερεκλεκτική βαγοτομή ή την απλή με παροχέτευση, χρειάζεται μεγαλύτερος χρόνος και προσπάθεια για την εκτέλεση γαστρικής εκτομής. Επίσης υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών διαρροής λόγω αναστόμωσης.

III). Υ φ ο λ ο γ ι κ ή γ α σ τ ρ ε κ τ ο μ ή : Η επέμβαση αυτή συνεπάγεται την εξαίρεση των $\frac{2}{3}$ με $\frac{2}{4}$ του στομάχου.

IV). Ο λ ι κ ή γ α σ τ ρ ε κ τ ο μ ή : Τέλεια εξαίρεση του στομάχου δεν είναι απαραίτητη, στην θεραπεία ασύνηθων μορφών του πεπτικού έλκους. Μετά ολικής εξαίρεσης του στομάχου, παρουσιάζονται διατροφικές διαταραχές σε πολλούς ασθενείς.

Σημασία δίνεται για την πρόληψη οισοφαγίτιδας. Αυτό επιτυγχάνεται με μια ROUX-EN-Y, οισοφαγονησιτιδοαναστόμωση ή με παρεμβολή ενός τμήματος της νήστιδος ανάμεσα στον οισοφάγο και δωδεκαδάκτυλο. Η ολική γαστρεκτομή είναι επέμβαση εκλογής για ασθενείς με σύνδρομο (ZOLLINGER-ELLISON). Περιστασιακά πρέπει να εκτελούνται για να σώσουν την ζωή ενός ασθενούς από την αιμορραγία ή διαβρωτική γαστρίτιδα.

V). Γ α σ τ ρ ο ν η σ τ ι δ ο σ τ ο μ ί α : Αυτή η επέμβαση έχει απορριφθεί σαν οριστική θεραπεία επειδή, το 20% των ασθενών εμφα-

ΥΪΖΕΙ ΕΠΙΧΕΪΛΙΟ ΕΛΛΗΟΣ.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ Γ'

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ
ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ
ΕΛΚΟΣ

Α. ΠΡΩΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

I). Διάρροη από το δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα : Ρήξη του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος είναι η συνήθως αιτία θανάτου μετά γαστρεκτομής, κατά BILLROTH II

Τοποθετείται καθετήρας για την παροχέτευση του δωδεκαδακτύλου εάν υπάρχει φλεγμονή. Κλινική εικόνα: Ξαφνικός, σοβαρός πόνος στην άνω κοιλιά κατά την 3η-6η ημέρα της επέμβασης. Ο πόνος ακτινοβολεί στην ωμοπλάτη. Ο ασθενής εμφανίζει υψηλό πυρετό και λευκοκυττάρωση. Η άμεση επανενχείρηση είναι ζωτικής σημασίας.

II). Γαστρική κατακράτηση : Ένας ασθενής δεν ανέχεται τροφή από το στόμα 4-5 ημέρες μετά την επέμβαση και μπορεί να παρουσιάσει ναυτία, έμετο, πόνο στην κοιλιά κ.άλλα. Σε μικρές περιπτώσεις πίσω από αυτά τα συμπτώματα κρύβεται οργανική απόφραξη, που μπορεί να οφείλεται σε μικρή αναστομωτική διάρροη από περιαναστομωτικό αιμάτωμα.

Β. ΟΥΙΜΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

I). Υποτροπιασμός του έλκους : (επιχείλιο, στομιακό έλκος). 10% των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος που θεραπεύεται με βαγοτομή συμβαίνει υποτροπή του έλκους. 2-3% μετά βαγοτομής-αντρεκτομής ή υφολικής γαστρεκτομής και 15-20% μετά γαστροντεροστομίας. Ο υποτροπιασμός είναι συνήθως μετά από γαστρεκτομή. Το σύνηθες σύμπτωμα είναι ο πόνος που μεγαλώνει με την λήψη τροφής.

Αίτια της υποτροπής:

α. Αποτυχία της επέμβασης να ελέγξει το έλκος.

β. Ανεπαρκής γαστρική εκτομή.

γ. Κατακράτηση υγρών στο έντρο.

δ. Σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON.

ε. Ανεπαρκής παροχέτευση του στομάχου μετά την επέμβαση.

στ. Ημιτελής βαγοτομή.

II). Γ α σ τ ρ ο ν η σ τ ι δ ο κ ο λ ι κ ό κ α ι γ α σ τ ρ ο -
κ ο λ ι κ ό σ υ ρ ί γ γ ι ο .

III). Σ ύ ν δ ρ ο μ ο D U M P I N G .

Τα συμπτώματα ανήκουν σε δύο κατηγορίες: Καρδιαγγειακές και γαστρεντερικές . Μετά το φαγητό ο ασθενής εμφανίζει: αίσθημα παλμών, εφίδρωση, αδυναμία, δύσπνοια, ερυθρότητα, ναυτία, κοιλιακές κράμπες, ερυγές, έμμετο, διάρροια. Ο βαθμός σοβαρότητας ποικίλλει και δεν αναφέρονται όλα τα συμπτώματα σ' όλους τους ασθενείς.

Ο ασθενής πρέπει να ξαπλώσει για 30-40 λεπτά, να περάσουν όλα τα συμπτώματα. Η θεραπεία με δίαιτα πολλές φορές έχει επιτυχία. Το σύνδρομο αυτό βελτιώνεται και με χειρουργική επέμβαση.

IV). Α λ κ α λ ι κ ή γ α σ τ ρ ί τ ι δ α : Η παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στον στόμαχο, είναι συνήθως μια αβλαβής κατάσταση, αλλά σε μερικούς ασθενείς μπορεί να δημιουργήσει γαστρίτιδα.

Κύριο σύμπτωμα είναι ο πόνος μετά από γεύμα. Ο επίμονος σοβαρός πόνος είναι ένδειξη για χειρουργική επέμβαση.

V). Α π ώ λ ε ι α β ά ρ ο υ ς κ α ι δ υ σ α π ο ρ ρ ό φ η -
σ η : Οι μείζονες παράγοντες που οδηγούν σε δυσαπορρόφηση και απώλεια βάρους είναι:

- μικρή χωριτικότητα του στομάχου
- περιαναστομωτική απόφραξη
- κακή ή ελλειπής απορρόφηση τροφής από το έντερο

Η βελτίωση συμβαίνει με χορήγηση αντιβιοτικών ώστε να μειωθεί η συγκέντρωση βακτηριδίων στο έντερο. Χορηγούνται τετρακυκλίνες, και η από το στόμα αναπλήρωση των παγκρεατικών ενζύμων.

VI). **Α ν α ι μ ί α :** Σιδηροπενική αναιμία αναπτύσσεται στο 30% περίπου των ασθενών μέσα σε 5 χρόνια από μερική γαστρεκτομή.

Προκαλείται από αδυναμία απορρόφησης σιδήρου από την τροφή. Χορήγηση σιδήρου ενδοφλεβίως ή από το στόμα ενδείκνυται για την θεραπεία της.

VII). **Δ ι ά ρ ρ ο ι α π ο υ α κ ο λ ο υ θ ε ί τ η ν β α γ ο τ ο μ ή :** Αυξηση της συχνότητας των κινήσεων του εντέρου κατά 2/3 στους ασθενείς που υπέστησαν βαγοτομή.

Α ν τ ι δ ι α ρ ρ ο ÷ κ ή α χ ω γ ή :

Πολλές περιπτώσεις θεραπεύονται με σκευάσματα καολίνης, κωδεΐνης κ. άλλων. Εάν τα μέτρα είναι ελλιπή τότε εκτελείται πυλωροπλαστική ή τοποθέτηση ενός αντίστροφου τμήματος νήστιδος 10 CM στην έξοδο του στομάχου ή στην νήστιδα 100 CM πέρα από τον σύνδεσμο του TREITZ.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Α'

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ Μ Ε Ε Λ Κ Ο Σ
Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ Κ Α Ι Δ Ω Δ Ε Κ Α Δ Α Κ Τ Υ Λ Ο Υ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή, συνίσταται στην δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση του έλκους.

Αντικειμενικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για τη μείωση του ερεθισμού του έλκους, περιορισμό της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως του στομάχου, καθώς επίσης και η μείωση του άγχους των ασθενών και η εξομάλυνση της συναισθηματικής τους καταπίεσης.

Για να το πετύχει αυτό ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι καλά κατατοπισμένος και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται και για το σκοπό της.

Φροντίζει να τηρούνται οι οδηγίες του Ιατρού με ακρίβεια.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της νοσηλεύτριας/τού όταν και οι δυο γνωρίζουν να τον πείθουν και επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του.

Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών, βοηθούν στη διατήρηση της ηρεμίας του, που διαταράσσεται καθώς και η πλήρης αναπαυσή του, όταν επισκέπτες πολλοί και ανεπιθύμητοι τον ξαναφέρνουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής. Ακόμη δεν ηρεμεί όταν οι πολλές ανάγκες του δεν ικανοποιούνται από το προσωπικό του ιδρύματος.

Ο ασθενής που περνά την οξεία φάση του έλκους συνήθως είναι ευερέθιστος, εκνευρισμένος, απαιτητικός. Εδώ η νοσηλεύτρια/τής θα πρέπει να δείξει κατανόηση, υπομονή και ανοχή, γιατί ξέρει ότι η καλή

συμπεριφορά της και η επαφή με τον άρρωστο ασκούν θεραπευτική δράση πάνω του.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πηγές που μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες είναι:

α. Ο άρρωστος

β. Τα μέλη της οικογένειάς του

γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του

δ. Τα ιατρικά δελτία

ε. Ιστορικό υγείας. Εξέταση των ιατρικών φακέλων για προηγούμενο ιστορικό έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος.

I. Η χρησιμοποίηση από τον άρρωστο φαρμάκων που προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους. Τέτοια φάρμακα είναι τα σαλικυλικά, ισταμίνη κ.τ.λ. Η χρήση αλκοόλης, καφέ, τσιγάρου.

II. Οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη μέλους της οικογένειας που πάσχει από έλκος.

III. Συζητούνται το επάγγελμα και η ρουτίνα εργασίας του αρρώστου. Τα άτομα που πάσχουν από έλκος δωδεκαδακτύλου είναι συχνά νευρωτικά, ανταγωνιστικά, αγχώδεις.

IV. Ο πόνος είναι συχνό παράπονο του ασθενούς. Ο άρρωστος ρωτιέται για ωράριο του πόνου. Για τη σχέση του δηλαδή με τη λήψη τροφής.

V. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για ναυτία και εμέτους ή αίσθημα καύσου.

VI. Ερευνάται ο τρόπος ζωής του. Διαπίστωση καταστάσεως STRESS και της σχέσης τους με την εκδήλωση του πόνου.

στ. Φυσική εκτίμηση

Β Α Σ Ι Κ Α Π Ρ Ο Β Λ Η Μ Α Τ Α Π Ο Υ
Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Ζ Ο Υ Ν
Ο Ι Ε Λ Κ Ο Π Α Θ Ε Ι Σ

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο και ίσως και αναιμίας).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία και έμετος).
3. Υδατοηλεκτρικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυσητικά).
4. Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους).
5. Μείωση άνεσης (πόνος).
6. Πόνος, αγωνία.
7. Προβλήματα προσωπικότητας.
8. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.
9. Κίνδυνος επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΝΤΙΑΣ

I. Α μ ε ι σ ο ι (βραχυπρόθεσμοι).

- α. Απαλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετος)
- β. Διδόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
- γ. Διατήρηση επαρκούς θρέψης
- δ. Προαγωγή επούλωσης του έλκους

II. Μ α κ ρ ο π ρ ο θ ε σ μ ο ι .

- α. Πλήρης επούλωση έλκους και αποφυγή υποτροπής του ή επιπλοκών.
- β. Μείωση καταστάσεων STRESS στο σπίτι, τον χώρο της δουλειάς.
- γ. Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγματεύσεων για χειρισμό των STRESS.
- δ. Αποκατάσταση.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Π Α Ρ Ε Μ Β Α Σ Η

Ανακούφιση από τα συμπτώματα (πόνου, δυσπεψίας, ναυτίας, εμέτου). Αυτό επιτυγχάνεται με τν :

Ι). Φ α ρ μ α κ ε υ τ ι κ ή θ ε ρ α π ε ί α με στόχους την εξουδετέρωση του οξέως, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινιτικότητας.

α. Χορηγούνται αντιόξινα. Δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού.

Κατά την χορήγησή τους χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή γιατί μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση του ασθενούς. Ορισμένα προκαλούν δυσκοιλιότητα ή διάρροια π.χ. το (AMPHOGEL) και το (MAALOX) αντίστοιχα. Αντιόξινα συνδιασμού αυτών των δυο ομάδων προκαλούν ελάχιστες επιπλοκές.

Αναφέρονται τα σκευάσματα GELUSIL και DELCID.

Ελέγχεται επίσης η σύστασή τους, γιατί ορισμένα περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

β. Χορηγούνται αντιχολινεργικά φάρμακα για την μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση ενδείκνυται στογεγονός ότι :

Τα φάρμακα αυτά προκαλούν παρενέργειες όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία, εμέτους, Αντιμετώπιση αυτών με πλύσεις στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας. Επίσης μείωση της οπτικής οξύτητας, και επίσχεση ούρων. Γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγησή τους. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα, της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

γ. Χρήση ανταγωνιστών των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλαν-

δινών και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκόριζας, καθώς και το βισμοούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. Ομως ο μηχανισμός που δρούν είναι άγνωστος.

II). Δ ι α ι τ η τ ι κ ή θ ε ρ α π ε ί α . Ηρύθμιση του διαιτολογίου συνίσταται ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς. .. Συχνά και μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις ανεχθεί. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που προκαλούν θερμικό ερεθισμό ή και τροφές π.χ. τα POPCORN που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό. 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 μικρά γεύματα την ημέρα, δυο μικρά ανάμεσά τους και ένα πριν από τον ύπνο.

Αν ο άρρωστος στην διάρκεια της νύχτας αισθάνεται πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο, του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

Συνιστούνται οι αμυλούχες τροφές, τα ξερά φρούτα, λαχανικά, το ωμό τριμμένο καρτό. Αποφεύγονται τα δαμάσκηνα, σύκα, σταφίδες γιατί έχουν όξινη αντίδραση. Τα δημητριακά με την άπεκτη ύλη και τα ξερά φρούτα είναι ένας καλός συνδιασμός. Οι τροφές SLIPPERY ELM, ο χυλός κουάκερ είναι πολύ ωφέλιμα για το πεπτικό σύστημα.

III). Μ ε ί ω σ η τ ο υ ά γ χ ο υ ς κ α ι τ ω ν σ υ ν α ι σ θ η μ α τ ι κ ώ ν κ α τ α π ι έ σ ε ω ν τ ο υ ε λ - κ ο π α θ ο ύ ς . Αυτό 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 τοποθέτησης και αντιμετώπισεώς τους,
- γ. Εμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίηση των φυσικών του αναγκών, οικονομικών, επαγγελματικών κ.τ.λ.
- δ. Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου και με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας, για λύση αποριών και ανησυχιών του.
- ε. Κατακόμιση του αρρώστου ώστε να αποφύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.
- στ. Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του διαιτολογίου.
- ζ. Βοήθεια του αρρώστου να μην επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
- η. Χορήγηση κατευναστικών για την μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης.
- θ. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του STRESS και βοήθεια του αρρώστου για την ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους.

IV). Ε φ α ρ μ ο γ ή ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ώ ν μ έ τ ρ ω ν
γ ι α τ η ν π ρ ό λ η ψ η τ ω ν ε π ι π λ ο κ ώ ν. (διδα-
σκαλία- ενημέρωση)

- α. Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- β. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν το έλκος και προηδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένα από τον ιατρό.

Με την πιστή τήρηση της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα. Ενώ η διάρκεια της θεραπείας για την επούλωση του έλκους ανέρχεται στις έξι εβδομάδες περίπου.

γ. Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην φυσική και διανοητική του χαλάρωση. Προσπάθεια δημιουργείας προϋποθέσεων που προάγουν έναν τρόπο ζωής για ανάπαυση και ψυχαγωγία ενώ αντίστοιχα μετριάζονται οι καταστάσεις, ψυχικών εντάσεων, σωματικής κόπωσης, άγχους κ.τ.λ.

Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα, επαναλαμβάνεται ο ακτινολογικός έλεγχος για διαπίστωση της επούλωσης. Εάν η κλινική και ακτινολογική βελτίωση-μέσα σε 3-4 εβδομάδες-του έλκους, με προσεκτικό θεραπευτικό σχήμα, αποτύχει υποδηλώνεται γαστρική κακοήθεια.

Συνεπώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ελκοπαθούς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας του, για τη διασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου με απώτερο στόχο την αποφυγή του κινδύνου των επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

1). Αιτιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας.

Κατανόηση από την πλευρά του αρρώστου ότι τα φάρμακα που λαμβάνει έχουν ως σκοπό την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης, την εξουδετέρωση του HCL (υδροχλωρικού οξέος), τον περιορισμό της κινητικότητας του στομάχου, τη μείωση του άγχους.

2). Του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της που πρέπει να αναφέρονται όταν θα συμβαίνουν.

Προειδοποίηση του αρρώστου για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων (διαταραχές οξεοβασικής ισορροπίας). Αναλυτικότερα ο άρρωστος χρειάζεται να συνειδητοποιήσει ότι η διατήρηση του θεραπευ-

τικού πλατώ. Επιτυγχάνεται, μόνον και εφόσον, ακολουθείται σωστά και πιστά η δοσολογία και ο χρόνος χορήγησης των φαρμάκων, π.χ. όλα τα φάρμακα που αποβλέπουν στην εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέος που εκκρίνεται στο στομάχι, πρέπει να λαμβάνονται μετά το φαγητό ή κατά τη διάρκεια της λήψης τροφής και πριν τον βραδινό ύπνο.

3). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που έχει σχέση με τη δίαιτα.

Όπως κατά κύριο λόγο το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά και μικρά. Προτιμούνται οι λευκωματούχες τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες) οι οποίες δεν προκαλούν μεγάλη έκκριση ποσότητας γαστρικού υγρού και δεν ερεθίζεται ο βλεννογόνος του στομάχου.

Το διαιτολόγιο από τη φύση του στερείται βιταμίνης C γι' αυτό συνιστάται στον ασθενή να πίνει χυμό πορτοκαλιού και άλλα φρούτα.

Να αποφεύγει τους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή δίαιτα και απρογραμμάτιστη λήψη των γευμάτων, ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλ ή τσιγάρου, συγκινησιακό STRESS, λοιμώξεις των ανωτέρω αναπνευστικών οδών.

Έτσι εξηγείται στον άρρωστο η χρόνια υποτροπιάζουσα φύση της νόσου και προειδοποιείται για τις επιπλοκές της εξαιτίας της απόρροιας ή μη σωστής θεραπείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Β'

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η Κ Α Ι Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η
Τ Ω Ν Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ω Ν Τ Ο Υ
Ε Λ Κ Ο Υ Σ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ Κ Α Ι Τ Ο Υ
Δ Ω Δ Ε Κ Α Δ Α Κ Τ Υ Λ Ο Υ

Στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας εφίσταται ιδιαίτερη προσοχή. Εάν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η γενική κατάσταση του αρρώστου κάνει την χειρουργική επέμβαση μεγάλη απειλή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του στομάχου γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτήριων και θεμελιωδών κυττάρων, με αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος.

Σε οποιαδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του έλκους ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει επιπλοκές που είναι:

1. Γ Α Σ Τ Ρ Ο Ρ Ρ Α Γ Ι Α

Το 75% των περιπτώσεων αιμορραγίας του ανώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα οφείλεται σε έλκος.

Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος ή, πιο συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώιστο. Είναι η συχνότερη επιπλοκή και ευθύνεται για το 40% των θανάτων.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ε κ τ έ μ η σ η κ α ι φ ρ ο ν τ ί -
δ α τ η ς γ α σ τ ρ ο ρ ρ α γ ί α ς .

Η γαστρορραγία εκδηλώνεται με τη μορφή αιματηρών εμεσμάτων ή με μέλαινες κενώσεις.

Η αιματέμεση μπορεί να είναι μικρή με αναγωγή μικρής ποσότητας καφεοειδούς υγρού ή μεγάλη με έμετο, ζηρού ερυθρού αίματος και πήγματα. Η αποβολή αίματος από το ορθό αν είναι μέτρια έχουμε μι-

κρές μέλαινες κενώσεις. Αν είναι μεγάλη έχουμε άφθονες πολτώδεις μέλαινες κενώσεις. Σε κατακλυσμιαία αιμορραγία, το αίμα αποβάλλεται ερυθρό, γιατί δεν δίνεται ο απαιτούμενος χρόνος στον πεπτικό σωλήνα να πέσει.

Η γενική κατάσταση του ασθενούς, είναι συνάρτηση του ποσού του αίματος που αποβάλλεται και της ταχύτητάς του. Σε ταχεία απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος εμφανίζεται SHOCK. Σε μικρή μή επαναλαμβανόμενη αιμορραγία, ο ασθενής δεν την αισθάνεται.

Σε μικρή και χρόνια απώλεια αίματος έχουμε συμπτώματα όπως (ζάλη, κόπωση).

Π α ρ α κ λ ι ν ι κ ή δ ι ε ρ ε ύ ν η σ η .

α. Προσδιορισμός HT και HB αίματος. Αυτά μειώνονται αλλά όχι αμέσως. Η βαρύτητα της κατάστασης δεν γίνεται απ' αυτά, εφ' όσον υφίστανται αιμοσυμπύκνωση.

β. MAYER κοπράνων. Διαπίστωση αν συνεχίζεται η αιμορραγία.

γ. Ουρία αίματος. Αυξάνεται λόγω απορρόφησης προϊόντων διασπάσεως του αίματος στο έντερο.

Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορραγίας και την αντιμετώπιση του SHOCK.

Τα συμπτώματα της καταπληξίας είναι τα εξής: Αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, πτώση της θερμοκρασίας και της Α.Π., βλέμμα απλανές και αδιάφορο, 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: Ο άρρωστος τοποθετείται σε κατάρραξη θέση κορμού με τοποθέτηση τάκων στο κάτω μέρος του κρεβατιού, για καλύτερη αιμάτωση του εγκε-

φάλου. Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού $55^{\circ}-60^{\circ}\text{C}$, προς αποφυγή εγκαυμάτων) που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορίζονται οι κινήσεις του ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος για την αύξηση του όγκου του αίματος. Καρδιοτόνωση. Χρησιμοποίηση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης για εκτίμηση του αίματος που χάνθηκε.

Χορηγούνται κατευναστικά για την μείωση της αγωνίας και του άγχους και στη συνέχεια ακολουθεί η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Ακολουθείται η εξής αγωγή: Εισαγωγή και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα (LEVIN) και πλύση του στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασίας. Συχνά, χορηγείται μέσα από τον σωλήνα γάλα ή αντιόξινα, μετά τον έλεγχο της αιμοραγίας. Πλύση στομάχου με διάλυμα νοραδρεναλίνης μετά την αφαίρεση των θρόμβων, 200ML.

Διατηρείται πάντα μια φλέβα ανοικτή (τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα). Συχνά μετρούνται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου, καθώς και ο όγκος των ούρων.

Η μη διόρθωση απώλειας του αίματος με μεταγγίσεις, (2000-2500ML) επιβάλλεται χειρουργική επέμβαση. Γίνεται γαστρεκτομή ή απολίνωση του αγγείου του έλκους που αιμορραγεί. Ενώ επί αιμορραγούντος έλκους του βολβού εκτελείται συνήθως απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου, διατομή των πνευμονογαστρικών και πυλωροπλαστική.

Δ ι α ι τ ο λ ό γ ι ο γ α σ τ ρ ο ρ ρ α γ ί α ς.

Η γαστρορραγία εμφανίζεται κυρίως την άνοιξη και το φθινόπωρο. Αυτές τις περιόδους πρέπει να φροντίζει ιδιαίτερα το διαιτολόγιο, ο ελκοπαθής, και να αποφεύγει κάθε παράγοντα που ερεθίζει το έλκος.

Ο άρρωστος το πρώτο 24ωρο δεν παίρνει τίποτα από το στόμα ή κατά διαστήματα παίρνει λίγο γάλα. Όταν η αιμορραγία σταματήσει το διαιτολόγιο εμπλουτίζεται.

Δ ι α φ ο ρ ο δ ι ά γ ν ω σ η

Από τις ακόλουθες παθήσεις:

1. Ρήξη κισών οισοφάγου.
2. Νεοπλάσματα στομάχου.
3. Αιμορραγική γαστρίτιδα (από ουραιμία, ασπιρίνη) και οξέα έλκη.
4. Σύνδρομο MALLORY-WEISS (ρωγμές του βλεννογόνου της καρδιοοισοφαγικής χώρας συνέπεια βίαιων ερυγών και εμέτων).
5. Αυτόματη ρήξη οισοφάγου μετά από έμετο.
6. Ρήξη ανευρίσματος κοιλιακής αορτής μέσα στον πεπτικό σωλήνα.
7. Νοσήματα αίματος (λευχαιμία, HODGKIN, πολυκυτταραιμία).
8. Κοίλες οισοφαγικού τρήματος.
9. Γενικά νοσήματα (αιμορραγική διάθεση).

2. Δ Ι Α Τ Ρ Η Σ Η

Γίνεται σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25-40 ετών. Το έλκος έχει διαβρώσει ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου έως και τον ορογόνο χιτώνα. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα.

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή ε κ τ ί μ η σ η .

Ο άρρωστος παραπονιέται για αιφνίδια, εντονότατο πόνο στο επιγάστριο που ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς. Αυτό οφείλεται στο χημικό ερεθισμό του περιτοναίου από το γαστρικό υγρό. Πολλές φορές από την μείωση της έντασης του πόνου, συνοδεύεται με ναυτία ή και εμέτους. Μετά δυο ωρών ο πόνος μικραίνει και η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, τα στομαχικά υγρά αραιώνουν από το εκκρινόμενο περιτοναϊκό υγρό.

Κατόπιν, η κοιλιά γίνεται σανιδώδης, τα άκρα ψυχρά, σφυγμός μικρός και βραδύς, που είναι αποτέλεσμα ερεθισμού του πνευμονογαστρικού, το οποίο ερεθίζεται από τα εκκρίνιντα στομαχικά υγρά. Παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση.

Κ α τ ά τ η ν ε π ι σ κ ό π η σ η π α ρ α τ η -
ρ ε ί τ α ι ό τ ι :

Ο ασθενής έχει όψη βαριά πάσχοντα, αγωνιώδη έκφραση και παραμένει ακίνητος με τους μηρούς λυγισμένους (οποιαδήποτε κίνησή του αυξάνει τον πόνο).

Η κοιλιακή αναπνοή είναι πεσμένη, και γίνεται σύσπαση των κοιλιακών μυών. Παρατηρείται ωχρότητα και επίδρωση.

Συχνά, μετά το στάδιο της ελλάτωσης του πόνου εγκαθίσταται το στάδιο της γενικευμένης περτονίτιδας (παραλυτικός ειλεός-σιγή τάφου).

Γίνεται καταφανής από τους διάχυτους κοιλιακούς πόνους, την απουσία εντερικών ήχων. Η κοιλιά διατείνεται και καθίσταται σανιδώδης. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές.

Π α ρ α κ λ ι ν ι κ ή δ ι ε ρ ε ύ ν η σ η .

α. Με την απλή ακτινογραφία κοιλιάς στην όρθια θέση διαπιστώνεται αέρας από το δεξιό ημιδιάφραγμα ως μηνοειδή διαύγαση.

β. Επικρουστικά, εξαφάνιση της ηπατικής αμβλύτητας, άθροιση αέρα από τα ημιδιαφράγματα.

Η διάτρηση σε ποσοστό 5% συνοδεύεται με αιμορραγία.

Θ ε ρ α π ε ί α τ η ς δ ι ά τ ρ η σ η ς .

Είναι πάντα χειρουργική επιδιόρθωση, κατά την οποία γίνεται γαστρεκτομή ή απλή συρραφή του έλκους, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς. Μετά τη 12η-24η ώρα γίνεται απλή συρραφή. Από την 24η ώρα

και πέρα, έχει αναπτυχθεί περιτονίτιδα και η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

α. Ρύθμιση των ηλεκτρολυτών, ενυδάτωση, χορήγηση αντιβιοτικών, περιφερική και κεντρική καρδιοτόνωση.

β. Καθετηριασμό του στομάχου και εντέρου και συνεχή αναρρόφηση υγρών.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται:

Στην ενσυνείδητη και στενή παρακολούθηση του αρρώστου, που συμβάλλει άμεσα στη διάσωσή του.

Εξαιτίας της απώλειας υγρών από το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο διαταράσσεται το ισοζύγιο τόσο των υγρών όσο και των ηλεκτρολυτών.

Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών που προσλαμβάνονται κι αποβάλλονται με τον LEVIN, βοηθά πολύ στη ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών.

Καταγράφονται οι σφιγμοί και η αρτηριακή πίεση και παρακολουθείται συνεχώς ο ασθενής, για να χαρακτηριστεί και εκτιμηθεί η κλινική του εικόνα.

Για την καλή παρακολούθηση του ασθενούς η νοσηλεύτρια/τής οφείλει να γνωρίζει ακριβώς την κλινική και εργαστηριακή του εικόνα.

Αντίμετώπιση των εμέτων. Σε λιγότερο επιβαρυσμένους ασθενείς ακολουθείται συντηρητική αγωγή (αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου με LEVIN, οροί, παυσίπονα, παρεντερική σίτιση) και η εγχείρηση αναβάλλεται για αργότερα.

Αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως η κατάσταση, καταλήγει στο θάνατο, που επέρχεται από αφυδάτωση, διαταραχή ηλεκτρολυτών, επιδράσεις τοξινών στο μυοκάρδιο, τα νεφρά, το ήπαρ, τα ζωτικά κέντρα του προμήκους.

3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Είναι αποτέλεσμα της ρίκνωσης και ουλοποίησης του πυλωρού. Η παρυσία ενός ενεργού έλκους κοντά στον 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 νεοπλασματος στο σώμα του στομάχου ή στον πυλωρό. Η στένωση του πυλωρού περνά από δυο στάδια: το δυναμικό

το παραλυτικό

Κατά το δυναμικό στάδιο έχουμε υπερτροφία του γαστρικού τοιχώματος, αφού το στομάχι αναγκάζεται να αυξήσει τον τόνο του, για να υπερνικήσει το κώλημα. Κατά το παραλυτικό, το γαστρικό τοίχωμα κάμπτεται, παραλύει και διατείνεται μη μπορώντας να νικήσει τη στένωση.

Νοσηλευτική εκτίμηση

και φροντίδα

Τα συμπτώματα που θα παρουσιάσει ο ασθενής είναι ανάλογα με το στάδιο που περνάει.

Στο δυναμικό στάδιο ο ασθενής εμφανίζει: αίσθημα επιγαστρίας πληρότητας που επιτείνεται με τη λήψη τροφής. Περιοδικό πόνο στο επιγάστριο με τη μορφή κωλικού. Ανορεξία, απώλεια βάρους, τροφοειδής εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές. Έχει το αίσθημα της δίψας (λόγω αφυδάτωσης) και μυική αδυναμία.

Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό. Πρόκειται για άτομα ισχνά, καχεκτικά, ως και λίγο αφυδατωμένα.

Κατά το παραλυτικό στάδιο, κλινικά οι πόνοι λείπουν ή έχουν χάσει την αρχική τους ένταση. Οι έμετοι είναι αραιότεροι και άφθονοι. Επίσης η απότομη μετακίνηση του ασθενή προ-

καλεί παφλασμό από τα άφθονα υγρά που βρίσκονται στο στομάχι, και τη μεγάλη ατονία του. Λόγω των εμέτων ο ασθενής χάνει H_2O , H^+ , Cl^- , K^+ , N^+ . Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η δημιουργεία ισότονης, αφυδάτωσης, ολιγαυμίας και μεταβολικής αλκάλωσης. Συνέπεια της ολιγαυμίας, παρατηρείται μείωση της διούρησης, αύξηση της ουρίας του αίματος και του ειδικού βάρους των ούρων.

Από νοσηλευτική πλευρά η νοσηλεύτρια/τής καλείται να βοηθήσει στη διάγνωση με ανεύρεση και εκτίμηση των συμπτωμάτων όπως περιοδικότητα του πόνου, τροφοειδής έμετοι, περισταλτικές κινήσεις του τοιχώματος του επιγαστρίου και απώλεια βάρους. Συνίσταται συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, επειδή οι έμετοι είναι κάκοσοι.

Προσπάθεια για βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς (διόρθωση υδατικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών. Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από τη διάταση. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για άδειασμα του στομάχου. Η απόφραξη συχνά υποχωρεί σε 48 ώρες. Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση διουρητικών. Μέτρηση των ζωτικών σημείων και των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Η χορήγηση υγρών από το στόμα γίνεται μετά τη λύση της απόφραξης.

Στη συνέχεια προβαίνουμε σε χειρουργική επέμβαση, εάν η απόφραξη δεν λυθεί ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι πολύ στενό. Η προεγχειρητική ετοιμασία, Περιλαμβάνει ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή του στόματος. Χορηγούνται συμπληρώματα βιταμινών, επειδή ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ένδειες εξαιτίας των εμέτων.

Οι σπουδαιότεροι τύποι επέμβασης είναι:

α. Διατομή του VOGUS μετά γαστρεκτομής και γαστροδωδεκαδακτυλικής αναστόμωσης.

β. Βαγοτομή και πυλωροπλαστική κατά MIKULITZ.

γ. Αντρεκτομή κ.άλλα.

Π α ρ α κ λ ι ν ι κ ή δ ι ε ρ ε δ ν η σ η .

Βρίσκουμε αύξηση του αιματοκρίτη (αιματοσυμπύκνωση), υποχλωμία, υποκαλιαιμία, υπονατριαίμία, ούρα λίγα, πυκνά με υψηλό ειδικό βάρος.

Ακτινολογικά εξεταζόμενο το στομάχι βρίσκεται πλήρης υγρών και τροφής, διατεταμένο μπορεί να φτάσει έως την ηβική σύμφιση. Παρατηρείται καμία ή μικρή διάβαση της σκληρής ουσίας από τον πυλωρό.

4. Κ Α Κ Ο Η Θ Η Σ

Ε Ε Α Λ Α Γ Η Τ Ο Υ Ε Λ Κ Ο Υ Σ

Πρόκειται για επιπλοκή που αφορά το έλκος στομάχου. Σπάνια καλοήγη χρόνια έλκη του στομάχου εξαλλάσσονται σε καρκίνωμα. Κατά κανόνα όμως όταν το έλκος του στομάχου αποδεικνύεται κακοήθες, τότε πρόκειται περί καρκινώματος. Επί αμφιβολιών, ο ασθενής υποβάλλεται 1-1 1/2 μήνα σε συντηρητική αγωγή.

Προσβάλλει συχνότερα τους άντρες από τις γυναίκες σε αναλογία 10:1 και εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα (50%-60%) και σπάνια στο ελάσσον τόξο (20%).

Ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή π α ρ έ μ β α σ η
κ α ι φ ρ ο ν τ ι δ α

Η αρχή της νόσου είναι ύπουλη. Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία (απέχθεια προς το κρέας), καταβολή των δυνάμεων, πτώση του σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές (επιγαστρικό βάρος, μετεωρισμός κοιλιάς, ναυτία, έμετοι, δυσφαγία κ. άλλα.).

Το στάδιο αυτό είναι κρίσιμο γιατί ο ασθενής και ο ιατρός δεν δίνουν σημασία στα ενοχλήματα. Η νοσηλεύτρια/τής καλείται να αξιολογήσει τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο. Παρατηρεί για την εμφάνιση

νιση αιμορραγιών στα κόπρανα και τις αναγωγές καφεοειδούς χρώματος.

Εξαιτίας της σταθερής αυτής αιμορραγίας προκαλείται μεγάλη αναιμία, που ποτέ δεν λείπει από την εξέλιξη του καρκίνου. Καθώς η επιφάνεια του νεοπλάσματος εξελκώνεται προκαλώντας αιμορραγίες, συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό.

Στον γαστρικό καρκίνο χορηγούνται κυτταροστατικά. Στον ανενχέρητο καρκίνο η θεραπεία είναι συμπτωματική. Δηλαδή χορηγούνται διεγερτικά της ορέξεως. Κατάλληλη εύπεπτη τροφή με καταπραϋντικά του πόνου. Χορήγηση αντιεμετικών με ενίσχυση της αισιοδοξίας.

Όταν η θεραπεία είναι χειρουργική, η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και μετεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου.

Ο άρρωστος διασωληνώνεται, χορήγηση τεχνητής διατροφής. Στους ανενχέρητους όγκους του στομάχου, αν υπάρχουν πρόβλήματα λήψης τροφής, λόγω στένωσης του οισοφάγου και του πυλωρικού στομίου, γίνεται γαστροστομία ή δωδεκαδακτυλοστομία. Από το πρώτο ή το δεύτερο στόμιο, ανάλογα, τρέφουμε τον άρρωστο. Τα στόμια αυτά, αποτελούν για τον άρρωστο μια σοβαρή αναπηρία και τον κάνουν εξαρτημένο για κάλυψη της βασικής του ανάγκης δηλαδή λήψεως τροφής. Αυτό αποτελεί έντονη συναισθηματική εμπειρία, επώδινη. Η αδελφή καλείται να τον βοηθήσει να δεχθεί με λιγότερες αντιδράσεις αυτή την αναπηρία.

Η ηθική τόνωση είναι απαραίτητη. Ιδιαίτερα στον καρκινοπαθή θα πρέπει η νοσηλεύτρια/τής να προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μια επιτυχή εγχείρηση καρκίνου του στομάχου να παρακολουθείται περιοδικά από τον γιατρό. Για έγκαιρη εντόπιση τυχόν μεταστάσεως του όγκου.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Γ'

Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Κ Α Ι
Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α
Ε Λ Κ Ο Π Α Θ Ο Υ Σ

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι με έλκος δέχονται συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται. Οι επιπλοκές είναι αυτές που ήδη έχουν αναφερθεί. Γαστρορραγία, διάτρηση, πυλωρική στένωση και η κακοήθης εξαλαγή του έλκους.

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

Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει:

Α. Γ Ε Ν Ι Κ Η Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η
Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

1. Ψύχωση του ηθικού: Καταβάλεται 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 οικογένειά του, τα παιδιά του κ.τ.λ. Ακόμη και η ανησυχία οφείλονται σε άγνοια και προκατάληψη σχετικά με την επέμβαση.

Ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών 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 ακόμη με οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες.

Κατανόηση και συμμερισμό της θέσης του ασθενούς.

2. Ψύχωση του σωματικής: Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας/τή είναι αποφασιστική.

Η αδελφή παρακολουθεί την εφαρμογή της δίαιτας του ελκιοπαθούς, και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Εφαρμόζει την δίαιτά του 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Χορήγηση υγρής δίαιτας 12 ώρες πριν. Πιθανόν να λαμβάνει από το στόμα 200 MG βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης.

Δίνει έμφαση στην επάρκεια του αρρώστου σε υγρά για την πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών (δίψα, SHOCK, κ.άλλα). Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν λαμβάνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων, μετεωρισμού της κοιλιάς. Χορήγηση υγρών παρεντερικώς, εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

3. Κ α θ α ρ ι ό τ η τ α τ ο υ α σ θ ε ν ο ύ ς : Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρτικών ή καθαρτικού υποκλισμού. Γίνονται δυο υποκλισμοί: ένας το απόγευμα παραμονή της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση.

Η καθαριότητα του ίδιου του ασθενή, εξασφαλίζεται με λουτρό καθαριότητας, για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, περιποίηση νυχιών, εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου, χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου. Προσανατολισμό του ασθενούς στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για ψυχολογικούς λόγους, όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον.

Β. Τ Ο Π Ι Κ Η Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η

Ε Τ Ο Ι Μ Α Σ Ι Α

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Το μέρος εκείνο του σώματος που θα γίνει η επέμβαση. Γίνεται καθαριότητα, αποτρίχωση, αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο στις μολύνσεις. Περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Γ. Τ Ε Λ Ι Κ Η Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η

Ε Τ Ο Ι Μ Α Σ Ι Α

I. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Λήψη ζωτικών σημείων. Τυχόν παρέκλιση από τα φυσιολογικά όρια. Προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα.

II. Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς μισή ώρα πριν την εγχείρηση, αφού κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Η αδελφή φορεί στον κάρρωστο, αφού αφαιρέσει όλα τα είδη των εσωρούχων, πυτζάμες, κ.τ.λ. Τοποθετείται σκούφος, αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, τα οποία φυλάγονται. Ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος και υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, αναπνευστικές, άκρων.

III. Προνάρκωση. Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν της εγχείρησης. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μην συκωθεί από το κρεβάτι του.

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή ώρα και δόση. Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Εάν έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται για να παρακολουθείται η κυάνωση που τυχόν θα εμφανιστεί κατά την νάρκωση.

Μ Ε Τ Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α
Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει:

- α. Στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τη δυσφορία.
- β. Προστασία του ασθενούς στις διάφορες φάσεις της ανάνηψής του.
- γ. Παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.
- δ. Βοήθεια του ασθενή να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.
- ε. Πρόληψη επιπλοκών.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο, και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτησή του στο κρεβάτι σε ύπτια θέση και το κεφάλι στραμμένο πλάγως. Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι. Η κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, προκαλεί χαλάρωση των μυών.
3. Σχολαστική υγιεινή του στόματος.
4. Χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών.
5. Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.
6. Έλεγχος παροχетеύσεων, λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχος του τραύματος.
7. Αναρρόφηση από τον ριμογαστρικό σωλήνα, στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δυο πρώτες ώρες, κάθε μια ώρα αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στοίβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέν-

νη, αλλοιωμένο αίμα (καφέ), και χολή.

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

Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού, κι αύξησή τους με την ανοχή του αρρώστου.

Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες κάθε αρρώστου.

Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών:

Παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών:

I. S H O C K :

- α. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών.
- β. Παροχετεύσεις.
- γ. Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού, αναπνοών.
- δ. Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων, αίματος, υποκαταστάτων του.

II. Α ι μ ο ρ ρ α γ ί α :

- Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσίες κόκκινου αίματος.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας.
- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστριο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα αν έχει αφαιρεθεί.
- Μετάγγιση αίματος.

III. Σ ύ ν δ ρ ο μ ο D U M P I N G :

- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών.
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα.
- Τακτικά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περιβάλλον.
- Κατάκλιση μετά το γεύμα.
- Αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα, για περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

IV. Ε κ σ π λ ά χ ν ω σ η :

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος.
- Πρόληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης.
- Υπόσθληξη τομής κατά το βήχα.
- Συχνός έλεγχος του τραύματος.
- Καλή διατροφή.

V. Π ν ε υ μ ο ν ι κ έ ε ε π ι π λ ο κ έ ε :

- Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα, αλλαγή θέσης.
- Εγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

VI. Θ ρ ό μ β ω σ η - Ε μ β ο λ ή :

- Ασκήσεις κάτω άκρων.
- Εγκαιρη έγερση.
- Χρησιμοποίηση αντιεμβολικών καλτσών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ Δ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

A. Περιστατικό

ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Σ.Ν.
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : 32 ετών
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ : πεπτικό έλκος

Αιτία εισόδου: Η ασθενής παρουσίασε πριν 2 μήνες άτυπα επιγαστρικά άλγη. Το ποιόν του πόνου ήταν συνεχές με μεσοδιαστήματα καυστικού άλγους, το οποίο ανακουφιζόταν μετά την λήψη τροφής. Η χρήση αντιόξινων επέφερε ανακούφιση της από τον πόνο. Προ 3 ημερών, ο πόνος έγινε εντονότερος και έτσι ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση. Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στο επιγάστριο. Το ήπαρ φυσιολογικό. Ο σπλήνας φυσιολογικός.

Ζωτικά σημεία: Σφύξεις 85/min, Α.Π. 140/80 mmHg, θερμοκρασία 37,4°C. Η ασθενής εισήχθη στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση, επειδή υπάρχει η υποψία ύπαρξης πεπτικού έλκους. Συνίσταται στην ασθενή να μείνει νηστική για την λήψη ακτινογραφιών μετά από λήξη βαριούχου γεύματος.

Ευρήματα βαριούχου: έλλειμμα πλήρωσης σκιαγραφικού σε μικρό βαθμό, στην περιοχή του άντρου στο ελλάσον τόξο. Η ακτινογραφία δεν δίνει τη δυνατότητα διάγνωσης έλκους του άντρου γι' αυτό και συνίσταται η διάγνωσή του με την διενέργεια της γαστροσκοπησης.

Γαστροσκοπικά ευρήματα: Εξελκωτική επεξεργασία του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου στο ελλάσον τόξο του στομάχου. Η διάβρωση, καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα και δεν φαίνεται να έχει προχωρήσει στον μυϊκό χιτώνα. Αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως. Ελήφθησαν δείγματα γαστρικού υγρού για εργαστηριακές εξετάσεις.

Το τεστ έδειξε αυξημένη Β.Α.Ο. Η ασθενής άρχισε αγωγή με αντιόξινα και Ηg αποκλειστές, Zantac: 1x3. Συνίστάται η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών εκ μέρους της ασθενούς.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Πόνος	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο, επειδή η υπερβολική έκκριση οξέως είναι αυτή που προκαλεί πόνο και θα πρέπει να μειωθεί.	Χορήγηση αντιόξινων και ανταγωνιστών των Ηg ισταμινικών υποδοχών για μείωση της έκκρισης από τα τοιχωματικά κύτταρα	Χορήγηση αντιόξινου Simco sir. 1x3 καθώς επίσης και μετά από κάθε γεύμα. Χορήγηση ρατινιδίνης Zantac 1x3 για την μείωση της δράσης των Ηg υποδοχέων.	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο
Υπερχλωρυδρία	Μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέως	Χορήγηση Ηg ισταμινικών αποκλειστών για την μείωση της έκκρισής του από τα τοιχωματικά κύτταρα	Χορήγηση ραντινιδίνης Zantac 1x3	Αποκατάσταση του pH σε φυσιολογικά επίπεδα
Αίσθημα καύσου	Μείωση του καύσου του στομάχου Μείωση της έκκρισης οξέως, επειδή αυτό προκαλεί το αίσθημα αυτό	Χορήγηση φαρμάκων που ελαττώνουν την έκκριση οξέως	Χορήγηση αντιόξινου (simco) 1x3	Ελάττωση του αισθήματος του καύσου
Stress	Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων εκ μέρους της ασθενούς	Υποστηρικτική χορήγηση ηρεμιστικών-κατευναστικών αν η μείωση του άγχους δεν είναι ικανοποιητική	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς - Ενημέρωση της ασθενούς για το είδος των εξετάσεων που πρόκειται να γίνουν. Την αναγκαιότητά τους, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τα ωφέλη που θα προσκομίσουμε από αυτές και την πιθανή πορεία της θεραπείας. 	Μείωση του άγχους ως και εξάλειψη του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
			<p>Επειδή όλα αυτά τα αναπάντητα ερωτήματα της και ο φόβος του άγνωστου είναι δυνατό να της δημιουργήσουν κάποιο άγχος.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση της ασθενούς για τις βλαβερές συνέπειες του άγχους πάνω στην έκκριση του ΗCl και κατά συνέπεια πάνω στον γαστρικό, αλλά βλεννογόνο και ιδιαίτερα πάνω στον δικό της βλεννογόνο του στομάχου που είναι ελκωτικός - Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου κατά την διάρκεια της νύχτας. - Χορήγηση υπνωτικών για την εξασφάλιση της ηρεμίας στην διάρκεια του ύπνου - Μείωση των εξωτερικών θορύβων και των παραγόντων που προκαλούν άγχος - Χορήγηση αγχολυτικών (διαζεπάμης). <p>Επειδή η ασθενής έχει πολλά προβλήματα, συνιστάται η επαφή της με κάποιο κοινωνικό λει-</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ- ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
			τουρνό, έτσι ώστε να την βοηθήσουμε με τα τυχόν προβλήματα της στην προσωπική της ζωή.	

B. Περιστατικό

ΌΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Σ.Κ.
ΗΛΙΚΙΑ : 38 ετών

Αιτία εισόδου: Νέος ασθενής, ο οποίος εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για πόνο στο επιγάστριο. Η λήψη τροφής προσφέρει μια προσωρινή του ανακούφιση. Η πρώτη εμφάνιση του πόνου γίνεται το μεσημέρι 1-2 ώρες μετά το φαγητό, για να ανακουφισθεί το απόγευμα. Ο ασθενής εμφανίζει πόνο αργά τη νύχτα, ο οποίος τον αφυπνίζει. Προ 2 ημερών ο ασθενής παραπονέθηκε για ναυτία και εμέτους. Η χροιά των εμέτων είναι τροφώδης. Ο έμετος εμφανίζεται συνήθως 2 ώρες μετά το γεύμα.

Οικογενειακό και Ατομικό Ιστορικό: Ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής. Καπνίζει περίπου 30-40 τσιγάρα την ημέρα. Αναφέρεται επίσης και ιστορικό αλκοολισμού, όχι όμως σε πολύ βαρεία μορφή. Ο άρρωστος αναφέρει επίσης κατάχρηση καφέ και κόκα-κόλα, και πικάντικων τροφών. Αναφέρει επίσης και ιστορικό πεπτικού έλκους σε άτομα της οικογένειάς του (πατέρας).

Πορεία της νόσου: Προετοιμασία του αρρώστου για ενδοσκοπήση 2 ημέρες μετά την εισαγωγή. Προ της ενδοσκοπήσης προηγήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις. η γαστρική ανάλυση έδειξε αυξημένη ΒΑΟ και αυξημένη ΜΑΟ (5.5 Meq/L και 40 Meq/L αντίστοιχα). Τέστ για αίμα στα κόπρανα έδειξε μικροαιμορραγία η οποία όμως δεν είναι βέβαιο ότι προέρχεται από τον στόμαχο.

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα δείχνουν έλκος της πρώτης μοίρας του 12/δακτύλου (βολβού του 12/δακτύλου). Αποφασίστηκε η διενέργεια λειτουργικής επέμβασης για την εξαίρεση της πάσχουσας περιοχής. Το είδος της επέμβασης καθορίστηκε σε γαστρεκτομή κατά Billroth II. Κατά την επέμβαση γίνεται εκτομή του πυλωρικού άντρου και τμήματος του 12/δακτύλου και το κολόβωμα του στομάχου. Ενώνεται side-to-side με το αρχικό τμήμα της νήστιδος (γαστρονηστιδοστομία), αφήνοντας το τελευταίο τμήμα του 12/δακτύλου σε τεχνική Roux-en-Y. Ταυτόχρονα, με την αντρεκτομή και γαστρονηστιδοστομία εκτελείται και υπερεκλεκτική βαγοτομή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
<p>Δυσασπορόφηση του εντέρου</p>	<p>Υποβοήθηση του εντέρου</p>	<p>Παρεντερική χορήγηση των θρεπτικών συστατικών Αναπροσαρμογή του ασθενή στην μικρή χωρικήτικότητα σε τροφή του στομάχου Χορήγηση αντιβιοτικών για την εμύση της διασπασέως των θρεπτικών συστατικών από τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου Αντιμετώπιση της στεατορροίας που εμφανίζεται λόγω της κακής απορρόφησης των λιπών Χορήγηση ουσιών που δυσασποροφούνται με άλλον τρόπο</p>	<p>Τοποθέτηση σωλήνα (Levin) από το στόμα ή την μύτη με κένωση και πλύση του στομάχου από το περιεχόμενό του Χορήγηση διαλυμάτων λίπους ενδοφλεβίως, επειδή στις επεμβάσεις Billroth II, η δυσασπορόφηση λίπους συμβαίνει συχνά. Χορήγηση ενδοφλεβίων υγρών και ηλεκτρολυτών Γεύματα συχνά καθ' όλη την διάρκεια της νύχτας. Επειδή η χωρητικότητα του ενασπείναντος στομάχου δεν επιτρέπει την λήψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής Χορήγηση τετρακυκλίνης και λινκομυκίνης (Pacilacin) για την προαγωγή της απορρόφησης των θρεπτικών συστατικών Χορήγηση βιταμινών, λιποδιαλυτών Α, D, E και Κ.</p>	<p>Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών ουσιών</p>
<p>Μετεγχειρητική σιδηροπενική αναμία Ht = 30%</p>	<p>Ρύθμιση Ht του ασθενούς</p>	<p>Έλεγχος για απώλεια αίματος από το γαστροεντερικό Αποκατάσταση του σιδήρου που έχει χαθεί</p>	<p>Συχνή λήψη ζωτικών σημείων για την ανακάλυψη τυχόν αιμορραγίας Εξέταση κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία</p>	<p>Άνοδος του Ht και διόρθωση της αναμίας Ht = 39,7%</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μετεγχειρητική διάρροια	Μείωση του περισταλτισμού του εντέρου και θεραπεία της διάρροιας	Αποκατάσταση της βιταμίνης Β12 για να μην εμφανιστεί μεγαλοβλαστική αναιμία Χορήγηση αίματος της ομάδας του ασθενούς Ενημέρωση της αιμοδοσίας	Χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου από του στόματος δεν είναι επαρκής τότε χορηγούνται παρεντερικά σκευάσματα (IM ή IV) Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο για την αποκατάσταση αυτού που έχει χαθεί Σε χορήγηση σιδήρου από το στόμα τα κήτρινα θα είναι μαύρα οπότε καθυστερούμε τον ασθενή να μην ανησυχεί αν δει μέλαινα κένωση Χορήγηση βιταμινών Β12 Χορήγηση 450 ml αίματος Α(+)	Αποκατάσταση λειτουργίας εντέρων
		Συντηρητική αγωγή χειρουργική θεραπεία : κάταλληλη δίαιτα	Χορήγηση αντιδιάρροϊκών φαρμάκων. Χορηγούνται σκευάσματα καολίνης-πηκτίνης (caoprecitate). Σε επιμονή της διάρροιας χορηγούνται σκευάσματα (medamol) και λοπεραμίδης Επειδή η μετεγχειρητική διάρροια είναι ανθεκτική στην συντηρητική αγωγή γίνεται χειρουργική επέμβαση όπου	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Μετεγχειρητική αιμορραγία	Διακοπή της αιμορραγίας	Έλεγχος για ύπαρξη αιμορραγίας Αντιμετώπιση αυτής	<p>τοποθετείται ανάστροφα ένα κομμάτι της νήστιδος μήκους 10 cm στην έξοδο του στομάχου προς την νήστιδα</p> <p>Αποφυγή λήψης τροφής πλούσιας σε λίπος. Η κυτταρίνη αποφεύγεται. Λήψη τροφών ξηρών και στεγνών. Αποφυγή λήψης μεγάλων ποσοτήτων υγρών</p> <p>Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων. (ΑΠ αναπνοές) για την έγκαιρη ανίχνευση της αιμορραγίας</p> <p>Εξέταση κοπράνων κατά Mayer για την ύπαρξη τυχόν μικροσκοπικής αιμορραγίας</p> <p>Έλεγχος των κοπράνων του ασθενούς για την εμφάνιση μαζικής μέλαινας κένωσης. Προσοχή χρειάζεται ώστε να μην γίνει σύγχυση σε ασθενείς που λαμβάνουν σίδηρο, επειδή χρωματίζει τα κόπρανα μαύρα</p> <p>Επομένως, μαύρα κόπρανα σε άρρωστο που παίρνει σίδηρο είναι μέλαινα κένωση.</p>	Διακοπή της αιμορραγίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
			<p>Απαγόρευση λήψης τροφής και υγρών Τοποθέτηση (Levin) και πλύση στομάχου με παγωμένο νερό. Η πλύση συνεχίζεται έως ότου σταματήσει η αιμορραγία. Οπότε ο ορός γίνεται διαυγής. Σε αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας μ' αυτόν τον τρόπο ο ασθενής ει-σάγεται στο χειρουργείο για επανεγχείρηση το αιμορραγέν αγγείο εν-τοπίζεται και απολινώ-νεται χειρουργικά.</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Επιγαστραλγία	Ανακούφιση από τον πόνο Ελάττωση της έκκρισης του HCl από τον στομάχο με αποτέλεσμα την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο	Χορήγηση αντιόξινων Aludrox, Simco Περιορισμός λήψης τροφής	Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων Aludrox 1x3 Simco sig 1x3 Ο πόνος οφείλεται στη διαβρωτική δράση του υδροχλωρικού οξέως πάνω στον πάσχοντα βλεννογόνο	Ανακούφιση από την επιγαστραλγία
Ναυτία - Έμετος	Ανακούφιση του αισθηματός της ναυτίας - εμέτου	Αποφυγή λήψης βαρειών γευμάτων Χορήγηση αντιεμετικού	Χορήγηση γευμάτων μικρών και συχνών Προτιμάται η υγρή και πολτώδης τροφή Καλός καθαρισμός στόματος μετά από κάθε γεύμα και κυρίως μετά από κάθε έμετο Σε καταστάσεις που ο έμετος αποτρέπει σοβαρό πρόβλημα, χορηγείται αντιεμετικό με τουλοπραμίδη (primpelan) Αποφυγή υπερβολικής πλήρωσης του στομάχου.	Ανακούφιση από τα συμπτώματα
Μετεγχειρητική γαστροπληγία	Υποβόθρεια του στομάχου να κενωθεί από το περιεχόμενό του	Πρώθηση του περιεχομένου του στομάχου, είτε προς την νήστιδα, είτε προς το εξωτερικό περιβάλλον με παροχέτευση.	Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων Έλεγχος μήπως τυχόν απόφραξη του εντέρου, είναι η αιτία της στάσης του γαστρικού περιεχομένου Αποφυγή λήψης τροφής Αποφυγή λήψης νερού	Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου και κένωση αυτού

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ANDERSON E. JAMES : Grant's Atlas of Anatomy, Eighth Edition International Student Edition, Baltimore Maryland 1983.

CAMPELL WILLIAM, FRISSE MARK: Manual Θεραπευτική, 24^η Έκδοση, Μετάφραση Μαυρικήου, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.: Ειδική Νοσολογία, 3^η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός, Αθήνα 1981.

DAVENPORT HORACE W.: Physiology of the digestive tract "an Introductory text", 4th Edition, Year Book Medical Publishers Incorporated Chicago U.S.A. 1977.

GUYTON: Φυσιολογία του ανθρώπου 3^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

HARRISON: Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α', 10^η έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Αθήνα 1986.

KAHLE WERNER - LEONHARDT HELMUT - PLATZER WERNER: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα. Τόμος 2ος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ: Γενική Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος Α', Αθήνα 1986.

MATTHEWS SHENOY MARTHA: "The stomach Puodenum" from Jarrell E. Bruce Carabasi R. Anthony III Surgery. The National Medical Series for Independent Study. A Wiley Medical Publication John Wiler, sons Harwal Publishing Company, Medios, Pennsylvania 1986.

ΜΙΧΑΗΛ ΣΩΤΗΡΙΟΣ: Ιστολογία, 2^η Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1986.

ΜΙΧΑΗΛ Γ. ΣΩΤΗΡΙΟΣ: Συγκριτική ανατομική των κατοικιδίων θηλαστικών, Θεσ/νίκη 1975.

READ E. ALAN, BARRITT W.D.: Σύγχρονη παθολογία, 2^η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

RUSSELL - SNEDDON: Ελκος στομάχου και 12/δακτύλου. Πρόληψη + Θε-
ραπεία χωρίς φάρμακα. Β' έκδοση, Εκδόσεις Διδότρα.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος
2^{ος}, Μέρος Β', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988.

ΤΟΥΝΤΑ Κ. Ι. : Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος 3, Έκδοση Β, Επιστη-
μονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

ΤΡΑΚΑΤΕΛΛΗΣ ΑΝΤΩΝΗΣ: Βιοχημεία Τόμος Α', Μέρος 2, έκδοση 2η, Εκ-
δοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσ/νίκη 1984.

