

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕ.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ: "ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 8-5-1992

Π Α Τ Ρ Α 1 9 9 2



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6438.
----------------------	-------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία στομάχου και δωδεκαδακτύλου

Αγγείωση - Νεύρωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φυσιολογία στομάχου και δωδεκαδακτύλου

Έκκριση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Παθογένεια έλκους - Βλαπτικοί Μηχανισμοί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Παθολογία - Κλινική εικόνα - Συμπτωματολογία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διάγνωση - Διαγνωστικές Μέθοδοι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Επιπλοκές πεπτικού έλκους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Θεραπεία πεπτικού έλκους

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

### ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με πεπτικό έλκος

A. Προεγχειρητική ετοιμασία

-Ψυχολογική προετοιμασία

-Σωματική "

B. Μετεγχειρητική φροντίδα

-Νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται για ασθενή με επιπλοκές πεπτικού έλκους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Δίαιτα ελκοπαθούς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ο Ρόλος της Νοσηλεύτριας κατά την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Μέθοδος Νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με πεπτικό έλκος

-Α' Ιστορικό (Παράδειγμα)

-B' Ιστορικό (Παράδειγμα)

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

## ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η μελέτη του πεπτικού έλκους και περιλαμβάνει στο Γενικό Μέρος της ιατρικές πληροφορίες σχετικές με το θέμα, ενώ στο Ειδικό Μέρος της περιλαμβάνει την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή καθώς και την Νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε συγκεκριμένους ασθενείς.

Σήμερα το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος αποτελεί μία από τις συχνότερες νοσολογικές οντότητες της οποίας η αιτιολογία παραμένει μέχρι και σήμερα ακόμη σε πολλές της πτυχές αδιευκρίνιστη.

Με συστηματική περιοδικότητα ανάκαλύπτονται νέες θεωρίες της γένεσής του, ενώ παλαιότερες επανέρχονται τροποποιημένες στην επιφάνεια. Τοπικοί, ψυχολογικοί, ανοσολογικοί, ορμονικοί και τελευταία μάλιστα βακτηριδιακοί παράγοντες, έχουν ενοχοποιηθεί για την δημιουργία του πεπτικού έλκους.

Ιδιαίτερα θα πρέπει να τονιστεί ότι η ευρεία χρήση και η τεχνολογική εξέλιξη των ενδοσκοπήσεων στην γαστρεντερολογία, αλλά και οι νεότερες ακτινολογικές μέθοδοι μέχρι της νεότατης ψηφιακής ακτινογραφίας του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου προσθέτουν συνεχώς καινούργιες γνώσεις τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπεία των νοσολογικών αυτών οντοτήτων.

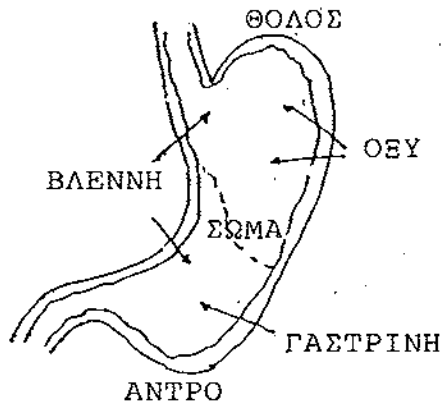
Οι εξελίξεις στην παθολογική ανατομική με την χρησιμοποίηση νέων τεχνικών χρώσεων όπως και ο ανοσοφθορισμός έχουν ουσιαστικά συμβάλλει στην διερεύνηση των ενδιαφερόντων των ασχολουμένων με το πεδίο αυτό και με τον τρόπο αυτό στην προώθηση της επιστήμης και στον τομέα αυτό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

A. ΣΤΟΜΑΧΙ



Ο στομάχος είναι ένα από τα όργανα του πεπτικού συστήματος και η πιο διευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα.

Βρίσκεται στην άνω κοιλία ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τ' αριστερά της μέσης γραμμής.

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

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

α) Καρδιακή μοίρα που εντοπίζεται κάτω από την οισοφαγογαστρική συμβολή και καλείται έτσι, διότι βλάβες που εντοπίζονται στο σημείο αυτό προκαλούν συμπτώματα που συχνά αποδίδονται σε παθήσεις της καρδιάς.

β) Θόλος ο οποίος συνιστά το τμήμα που βρίσκεται πάνω από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.

γ) Σώμα που περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος και εκτείνεται από του κάτω ορίου του θόλου μέχρι του άνω ορίου του πυλωρικού άντρου.

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

Ιστολογικώς ο στόμαχος αποτελείται από τρία στρώματα.

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

Η καρδιακή μοίρα περιλαμβάνει κυρίως αδένες που εκκρίνουν βλέννα και σπανιότερα οξεοεκκριτικά κύτταρα.

Ο θόλος και το σώμα περιλαμβάνουν κυρίως οξεοεκκριτικά κύτταρα και λιγότερο βλεννοπαράγωγα.

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

### Α γ γ ε ί ω σ η

Ο στόμαχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες αρτηρίες.

Αριστερά γαστρική. Εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία (τρίποδας του HALLER) και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος, του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με την δεξιά γαστρική.

Δεξιά γαστρική. Είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας (τρίποδας HALLED)

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

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

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

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

### Νεύρωση

Ο στομάχος πέρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

Τα συμπαθητικά νεύρα προέργονται από το δεξιό και το αριστερό σπλαχνικό νεύρο, διαμέσου κοιλιακού γαγγλίου.

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

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

## B. ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ

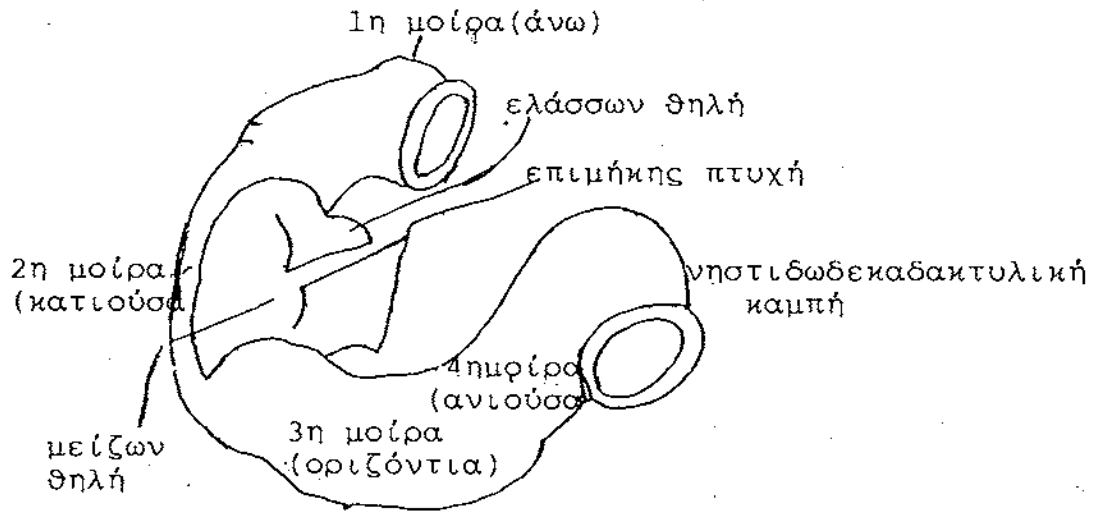
Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου και ενώνει τον πυλωρό με την νήστη. Είναι το βραχύτερο, ευρύτερο και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου. Περιγράφονται τέσσερις μοίρες, που σχηματίζουν μια αγκύλη γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος. Το πρώτο μισό της πρώτης μοίρας περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο και είναι σχετικά ευκίνητα. Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και είναι ακίνητο. Η πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου βρίσκεται μπροστά ανάμεσα στο ήπαρ και το πάγκρεας πίσω. Στην κλινική ονομάζεται και βολβός του δωδεκαδακτύλου. Ο βλεννογόνος του δεν έχει κυκλοτερείς πτυχές, οι οποίες εμφανίζονται αντίστοιχα προς την άνω δωδεκαδακτυλική καμπή, το όριο δηλαδή πρώτης και δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου. Περίπου στην μέση της δεύτερης μοίρας εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των δύο μεγαλύτερων εξωτοιχωματικών αδένων του πεπτικού συστήματος δηλ. ο κοινός χοληδόχος πόρος και ο μείζων παγκρεατικός πόρος από το πάγκρεας. Συνήθως οι δύο αυτοί πόροι ενώνονται πριν εκβάλλουν από κοινού αντίστοιχα προς ένα έπαρμα του βλεννογόνου του δωδεκαδακτύλου, που ονομάζεται μείζων θηλή ή (φύρμα του VATER).

Σπανιότερα, λίγο ψηλότερα από την μείζονα θηλή, υπάρχει η ελάσσων θηλή, όπου εκβάλλει ο ελάσσων παγκρεατικός πόρος. Λόγω της ενδοτοιχικής πορείας αυτών των πόρων, στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου παράγεται η επιμήκης πτυχή.

Το δωδεκαδάκτυλο τελειώνει μπροστά από τον δεύτερο οσφυϊκό σπόνδυλο. Στο σημείο αυτό, κρέμεται από την σπονδυλική στήλη με τον κρεμαστήριο μύ (του TREITZ).

Πρόκειται για μια μυϊκή ταινία, που προέρχεται από το διάφραγμα και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της νηστιδωδεκαδακτυλικής καμπής. Κοντά στο διάφραγμα αποτελείται από γραμμικές μυϊκές ίνες, που βαθμιαία αντικαθίστανται από λείες, όσο πλησιάζουμε προς το δωδεκαδάκτυλο.





ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟ. Πρόσθια όψη

Σχήμα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

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

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

Η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου ενώ ο πυλωρικός σφιγκτήρας χαλαρώνει. Οι περισταλτικές κινήσεις αρχίζουν απο ένα ηλεκτρικό σηματοδότη που βρίσκεται στο σώμα του στομάχου, πλησίον του μείζονος τόξου με ρυθμό 3 κατά λεπτό και ενισχύεται απο άλλους παράγοντες, όπως την ποσότητα των τροφών και το μέγεθος των τεμαχιδίων (κατά τρόπο αντιστρόφως ανάλογο) και την ωσματική τους πίεση. Επίσης υπάρχει άλλος σηματοδότης στο δωδεκαδάκτυλο με ρυθμό περισταλτισμών 10-12/λεπτό.

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

Σε κάθε κόμα προωθούνται 5-15 ml περίπου περιεχομένου.

### Έκκριση

Η γαστρική έκκριση κυμαίνεται απο 500 ml έως 1500 ml ημερησίως.

Μετά απο κάθε γεύμα εκκρίνονται περίπου 1500 ml υγρών που περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ηλεκτρολύτες, πεψινογόνα και ορισμένες άλλες ουσίες.

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

1) Κεφαλική φάση. Δρα μέσω του πνευμονόγαστρικού το οποίο έχει άμεση δράση στα τοιχωματικά-οξεοεκκριτικά κύτταρα εκλύοντας ακετυλοχολίνη και έχει μια δευτερεύουσα δράση στα κύτταρα του πυλωρικού άντρου για την έκκριση γαστρίνης.

2) Γαστρική φάση. Η άφιξη των τροφών στο στομάχι δρα με δυο τρόπους στην πίεση γαστρίνης: Μηχανικώς με την διάταση του πυλωρικού άντρου και χημικώς, διότι ορισμένες ουσίες, όπως τα αμινοξέα και το αλκυόλ ερεθίζουν τον βλεννογόνο για την έκκριση γαστρίνης.

Η παρουσία τροφών στο στόμαχο εκλύει αντανακλαστικό του πνευμονογαστρικού με απαγωγές-προσαγωγές ίνες μέσω του Κ.Ν.Σ. για τον περαιτέρω ερεθισμό των οξεοεκκριτικών κυττάρων.

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

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

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

Ηλεκτρολύτες. Η περιεκτικότητα σε  $K^+$  παραμένει σταθερή (5-10MEQ/L) καθώς και του  $Cl^-$  (150MEQ/L). Το  $Na^+$  μειώνεται όσο αυξάνει το  $H^+$  και έτσι διατηρείται η ισοτονικότητα του γαστρικού υγρού.

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

34 η μεγάλη γαστρίνη (κυρίως του δωδεκαδακτύλου)

17 η μικρή γαστρίνη (κυρίως του πυλωρικού άντρου)

14 η μίνι γαστρίνη.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ο μεγάλος αριθμός των μηχανισμών και των διαφόρων μεμονομένων παραγόντων που ενοχοποιούνται για την δημιουργία των βλαβών του βλεννογόνου και των ελκών στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι και σήμερα ακόμη δεν υπάρχει μια σαφής και απλή θεωρία σχετικά με την παθογένεια των τραυματισμών το βλεννογόνο του ανωτέρου γαστρεντερικού σωλήνα. Η παλαιά θεωρία που υποστήριζε ότι για τα έλκη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου κυρίως υπεύθυνη είναι η παραγωγή HCL εδώ και αρκετά χρόνια έχει υποστεί πολλές μεταβολές και γενικά αμφισβητείται. Η διαπίστωση εξ άλλου ότι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών με όγκους του στομάχου δεν εμφανίζουν αυξημένη αλλά φυσιολογική ή και μειωμένη παραγωγή HCL μας οδήγησε στην έρευνα πλήθους άλλων παραγόντων όπως η δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση των χολικών οξέων και η επίδραση της λυσολεικιθίνης, των φαρμάκων, ή των γαστρεντερικών ορμονών όπως η γαστρίνη, η σωματοστατίνη, τα ενδογενή οπιοειδή, η σεκρετίνη και το αγγειοκινητικό εντερικό πολυπεπίδιο. Σαν προστατευτικοί παράγοντες αναφέρονται η αιμάτωση το βλεννογόνο, η γαστρική βλέννη, η έκκριση διτανθρακικών όπως επίσης η σύνθεση προσταγλανδινών στον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.

Μια τελείως καινούρια άποψη σχετικά με την παθογένεια του έλκους αφορά το ρόλο του πυλωρικού καμπυλοβακτηριδίου.

Το κατά πόσο το μικρόβιο αυτό συντείνει απο πλευράς αιτιολογίας στην γένεση του έλκους ή εμφανίζεται απλώς στο έδαφος των βλαβών του βλεννογόνου είναι ένα θέμα το οποίο ακόμα δεν έχει διευκρινισθεί. Κύριοι βλαπτικοί μηχανισμοί.

Σχετικά με την παθογένεια διακρίνουμε τις βλάβες του βλεννογόνου σε δυο κύριες ομάδες: α) βλάβες οφειλόμενες σε αλκαλικότητα στις οποίες κατά κύριο λόγο εμφανίζεται ελαττωμένη έκκριση HCL και αφορούν

το στομάχι (έλκος του στομάχου και γαστρίτιδα) β) βλάβες οφειλόμενες στην υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού. (έλκος του δωδεκαδακτύλου).

Οι δύο αυτές κύριες ομάδες συνδυάζονται και με διαταραχές της κινητικότητας. Η μειωμένη κινητικότητα του στομάχου με δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση και βλάβη του βλεννογόνου του στομάχου, ενώ η αυξημένη κινητικότητα με ταχεία διέλευση του γαστρικού υγρού και έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Στην περίπτωση του έλκους του δωδεκαδακτύλου το ενδεχόμενο να είναι HCL ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται πολύ πιθανό ενώ αντίθετα φαίνεται να παίζει πολύ μικρό ρόλο στην δημιουργία του έλκους του στομάχου.

Το έλκος του στομάχου δημιουργείται κατά κανόνα στα πλαίσια μίας χρόνιας φλεγμονής του βλεννογόνου.

Η παραγωγή HCL είναι κατά μέσο όρο χαμηλότερη σε ασθενείς με γαστρικό έλκος απ'ότι σ'ένα υγιές άτομο και μόνο ένα περίπου 10% των ασθενών που πάσχουν απο έλκος του στομάχου εμφανίζουν υπερχλωρυδρία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

#### A. Περιγραφή της νόσου

Πεπτικό έλκος καλείται μια περιγεγραμμένη βλάβη (εξέλκωση) που αφορά τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνιο και τον μυϊκό χειτώνα του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου και εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος και προέρχεται συνήθως από την πεπτική επίδραση του υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης. Το τυπικό πεπτικό έλκος αποτελείται από μια περιοχή (το μέγεθος της οποίας κυμαίνεται από ένα πεννηνταράκι μέχρι ένα εικοσάρικο) και η διάβρωση του βλεννογόνιου χειτώνα επιτρέπει στα πεπτικά υγρά να διαχέονται στους υποβλεννογόνιους ιστούς, όπου δημιουργούν φλεγμονή και έντονο άλγος. Εμφανίζεται ιδίως στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο, γιατί αυτά τα τμήματα του πεπτικού σωλήνα βρίσκονται σε άμεση επαφή με τα γαστρικά υγρά.

Εντοπίζονται κυρίως 3 τύπους πεπτικού έλκους:

- α) Δωδεκαδακτυλικό: που εντοπίζεται στα πρώτα 5,5cm του δωδεκαδακτύλου, σε μια περιοχή που καλείται βολβός του δωδεκαδακτύλου.
- β) Γαστρικό: που εντοπίζεται συνήθως στα κατώτερα τμήματα του στομάχου, συχνά κοντά στην συμβολή με το δωδεκαδάκτυλο.
- γ) Οισοφαγικό: που εντοπίζεται στον κατώτερο οισοφάγο, κοντά στο άνοιγμα προς το στομάχι.

Μια πολύ σπάνια περίπτωση είναι και το έλκος της νήστιδας.

#### Συχνότητα .Επιδημιολογία

Το έλκος είναι αρκετά συχνό. Η συχνότητα του έλκους σε άντρες ηλικίας 45-55 ετών υπολογίζεται περίπου στο 10%. Στις γυναίκες είναι γενικά σπανιότερο, μετά όμως την εμμηνόπαυσιν η συχνότητά του φτάνει το 6%.

Με έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου προσβάλλονται άτομα κάθε τάξεως, ιδιαίτερα όμως άτομα που ανήκουν σε ορισμένα επαγγέλματα όπως γιατροί και διευθυντές επιχειρήσεων.

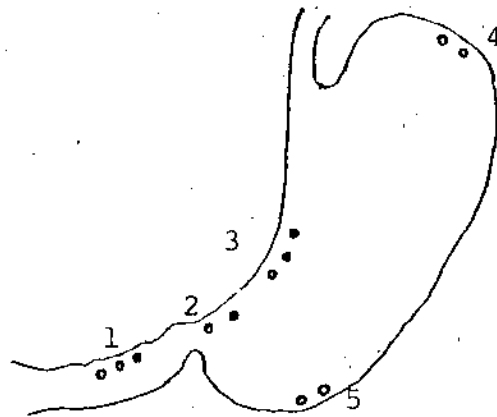
Το έλκος του στομάχου είναι συχνότερο στις πτωχότερες τάξεις.

Η κληρονομικότητα ασφαλώς παίζει σπουδαίο ρόλο. Σε συγγενείς ελκοπαθών το έλκος εμφανίζεται σε 2-3πλάσια συχνότητα.

Επίσης είναι γνωστό ότι απο το 1954 άτομα ομάδος Ο και μάλιστα μη εκκριτικού τύπου εμφανίζουν υπερδιπλάσια συχνότητα έλκους απο άτομα άλλων ομάδων.

Πιο συχνή είναι η εμφάνιση έλκους δωδεκαδακτύλου, ακολουθεί το στομάχι, ο οισοφάγος και σπανιότερα η νήστη.

Το 90% των περιπτώσεων του έλκους του στομάχου εντοπίζεται στο ελάσσον τόξο του στομάχου. Συνήθως είναι απλό, σπανιότατα διπλό ή τριπλό.



Σχήμα. Περιοχές εντοπίσεως έλκους στομάχου και δωδεκαδακτύλου. Η αρίθμηση είναι κατά σειρά συχνότητας.

1=δωδεκαδάκτυλο

2=πυλωρικός σωλήνας

3=ελάσσον τόξο.

4=θόλος στομάχου

5=μείζον τόξο

Παθολογοανατομικά διακρίνονται οι ακόλουθες διαβαθμίσεις:

1. Διάβρωση δηλ. εξέλκωση του βλεννογόνου.
2. Έλκος δηλ. εξέλκωση του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου.
3. Χρόνιο έλκος δηλ. εξέλκωση των 3 στοιβάδων (εκτός του ορογόνου) με στοιχεία επούλωσης της βλάβης.

Το πεπτικό έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου έχουν την ίδια πα-



θολογοανατομική εμφάνιση και την ίδια κλινική εικόνα και περιγράφονται σαν μια και η αυτή πάθηση.

Η διαφορά τους είναι ότι το έλκος του δωδεκαδακτύλου δεν εξελίσσεται εύκολα σε καρκίνο, όπως το έλκος στομάχου.

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Χαρακτηριστικό της εξέλιξης της νόσου είναι η συνεχής αυξανόμενη ένταση των ενοχλημάτων καθώς και η περιοδικότητα της εμφάνισέως αυτών. Το έλκος που βρίσκεται στην αρχή δεν παρουσιάζει χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα, εκτός απο αδιαθεσία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, ακαθόριστα επιγαστρικά ενοχλήματα και αίσθημα πιέσεως κατά την στομαχική χώρα.

Η συμπτωματολογία αυτή αποδίδεται στην δυσπεπτική ανωμαλία η οποία περνά απαρατήρητη, για να εμφανιστεί μετά απο λίγους μήνες, με εντονότερα ενοχλήματα. Το αρχικό δυσάρεστο αίσθημα πιέσεως στο στομάχι μετατρέπεται σε πόνο. Συνήθως όμως ο ασθενής απο μόνος του κάνει κάποια δίαιτα και τα γαστρικά ενοχλήματα δυνατόν να υποχωρήσουν και να επανεμφανισθούν αργότερα, οπότε το άλγος κυριαρχεί της όλης κλινικής.

Η περιοδικότητα αυτή των ενοχλημάτων εμφανίζεται εντονότερα κατά την άνοιξη και το φθινόπωρο, εποχές κατά τις οποίες οι επιπλοκές του έλκους είναι συχνότερες χωρίς βέβαια αυτό ν'αποτελεί κανόνα. Ο ΚΑΙΚ τις περιόδους τις οποίες ο ασθενής είναι απαλλαγμένος πλήρως απο τις γαστρικές ενοχλήσεις τις ονομάζει διαλείμματα της νόσου. Οι περίοδοι αυτοί είναι δυνατόν να θεωρηθούν ως ίαση του έλκους, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται περί μεταπτώσεως αυτού σε λανθάνουσα κατάσταση.

Το κυριώτερο σύμπτωμα του έλκους είναι:

Α. Το Άλγος, το οποίο συναντάται στις περισσότερες περιπτώσεις. Το άλγος του έλκους διακρίνεται σε πρωϊμο, όψιμο και νυχτερινό.

Το πρωϊμο άλγος εμφανίζεται αμέσως μετά τα γεύματα ή μετά απο 1-1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ώρες, οι ασθενείς αποφεύγουν την λήψη της τροφής, για τον φόβο μήπως

προκαλέσουν το άλγος αυτό ενώ σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν την λήψη ορισμένων μόνο φαγητών που ερεθίζουν το έλκος και προκαλούν το άλγος. Το πρώιμο άλγος συναντάται κυρίως στο έλκος στομάχου, επεκτείνεται μερικές φορές προς την καρδιακή χώρα και χαρακτηρίζεται ως στηθαγχικό άλγος.

Το όψιμο άλγος εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά τα γεύματα το οποίο στην αρχή είναι ασθενές, και η έντασή του αυξάνεται βαθμιαία συνοδεύεται από ερυγές και αίσθημα καύσου που μπορεί να υποχωρήσει μετά από τη λήψη θερμών ροφημάτων ή τροφής. Αυτό πιθανώς οφείλεται σε σπαστικές κινητικές καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται προς την εκκένωση ή τον αυξημένο περισταλτισμό του κενού στομάχου. Σπαστικές καταστάσεις δικαιολογούν το όψιμο άλγος, βρίσκονται σε περιπτώσεις τις οποίες το στομάχι περιέχει μεγάλες ποσότητες όξινου γαστρικού υγρού που αντιστοιχούν προς το σύνδρομο του REICHMANN.

Το νυχτερινό άλγος ή πυλωρικό σύνδρομο ή άλγος πείνης, παρουσιάζεται 2-6 ώρες μετά τα γεύματα, είναι αρκετά έντονο και μπορεί να υποχωρήσει μετά από την λήψη τροφής ή αλκαλικών ή σπασμολυτικών φαρμάκων. Το άλγος αυτό εμφανίζεται όταν στο στομάχι υπάρχει μεγάλη ποσότητα όξινου γαστρικού υγρού. Ο αυτόματος ή προκαλούμενος από τον ασθενή έμετος του φέρει ανακούφιση. Το νυχτερινό άλγος είναι χαρακτηριστικό του έλκους του δωδεκαδακτύλου, χωρίς αυτό να είναι βέβαιο γιατί εμφανίζεται και σε γαστρικά έλκη σε συχνότητα 60%.

Άλλα δευτερεύοντα συμπτώματα είναι:

Β. Καύσος

Γ. Όξινες ερυγές

Δ. Αναγωγές

Ε. Σιαλόρροια

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο κυρίως στο δωδεκαδακτυλικό έλκος. Μερικές φορές είναι οι μόνες εκδηλώσεις, ενώ ο πόνος μπορεί να λείπει. Οι έμετοι δεν είναι σπάνιοι και πολλές φορές ανακουφίζουν τον ασθενή. Σε περίπτωση πυλωρικής στενώσεως οι έμετοι είναι η προέχουσα εκδήλωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Δ ι ά γ ν ω σ η - Δ ι α γ ν ω σ τ ι κ έ ς Μ έ θ ο δ ο ι

Η διαγνωστική έρευνα του αρρώστου με υπόνοια έλκους περιλαμβάνει:

A. Ακτινολογική έρευνα του αρρώστου μετά απο λήψη βαριούχου πολτού (σκιογόνος ουσία). Η έρευνα του στομάχου αφορά το σχήμα, τις διαστάσεις, την περιφέρεια, τις πτυχές του τόνο του γαστρικού τοιχώματος, την κινητικότητα, την ικανότητα προς κένωση του στομάχου, την λειτουργία του καρδιακού και του πυλωρικού στόμιου, και την έκκριση του γαστρικού υγρού.

Η έρευνα του έλκους του δωδεκαδακτύλου, λόγω της κινητικότητας του βολβού παρουσιάζει διάφορα σχήματα όπως μήτρας, καθολικού επισκόπου, αχλαδιού, τριγώνου με υποστρόγγυλες γωνίες, σφαιρικό, με άξονα βολβού-πυλωρού, κάθετο, οριζόντιο, ανεστραμμένο σε στομάχι με σύσπαση.

Στο έλκος στομάχου ακτινολογικώς παρατηρείται:

1. Φωλιά έλκους λόγω απώλειας των στοιχείων του γαστρικού τοιχώματος.
2. Φωλιά επιφάνειας, στρογγυλή, ωσειδή, άστεροειδής, ανώματος, που οφείλεται σε οίδημα του βλεννογόνου και περιβάλλεται απο διαφανή άλω.
3. Φωλιά του HAUDEK λόγω κατακρατήσεως βαρίου, υγρών και αέρα.
4. Κηλίδα που οφείλεται στην παραμονή του βαρίου μέσα στην κοιλότητα του έλκους μετά την κένωση του στομάχου.
5. Μόνιμη παραμόρφωση των στομάχου
  - α) Συστολή και βράχυνση του ελάσσονος τόξου.
  - β) Τοιχωματική ακαμψία στην περιοχή του έλκους όπου ανακόπτεται κάθε περισταλτική κίνηση.
  - γ) Αλλοίωση της φοράς των γαστρικών πτυχών στην περιοχή του έλκους, όταν το στομάχι εξετάζεται.
  - δ) Τομή κατά το μείζον τόξο.
6. Εικόνες μη χαρακτηριστικές του έλκους=έμμεσα σημεία του έλκους.

- α) υπερέκκριση του γαστρικού υγρού
- β) υπερπλαστικές πτυχές του βλεννογόνου
- γ) υπερκινητικότητα
- δ) σπασμός τμήματος του στομάχου
- ε) μεγάλο στομάχι και παραμόρφωση του βολβού, που σημαίνει έλκος μετά στενώσεως.
- στ) βραδεία κίνηση του βαρίου, που παραμένει μέσα στο στομάχι 6 ώρες και δηλώνει στένωση.

7. Με ένεση μορφίνης-ατροπίνης εικόνες μη χαρακτηριστικές..

Σε έλκος δωδεκαδακτύλου ακτινολογικώς παρατηρείται:

- α) Φωλιά στο βολβό
- β) Οξεία προβολή στο χείλος του βολβού
- γ) Φωλιά επιφάνειας
- δ) Κηλίδα απλή ή κηλίδα που περιβάλλεται από διαφανή άλω.
- ε) Μόνιμη παραμόρφωση του βολβού λόγω ρικνώσεως του τοιχώματος.
- στ) Τριφυλλοειδής βολβός ή και δίφυλλος.
- ζ) Σμίκρυνση ή και εξαφάνιση του βολβού.
- η) Ατονία του βολβού (μεγάλος βολβός).
- θ) Ακινήσια του βολβού (μόνιμος βολβός).
- ι) Γρήγορη κένωση (ακράτεια).

## B. Γαστροσκόπηση

Η έρευνα του σωτερικού του στομάχου με τον οφθαλμό επιτυγχάνεται δια μέσου του γαστροσκοπίου το οποίο ο KUSSMAUL το 1868 το πρότεινε και ο MIMULICH το 1881 το εισήγαγε.

Η γαστροσκόπηση είναι μέθοδος, εύκολη, ακίνδυνη, επιτρέπει βιοψία, έγχρωμη φωτογράφηση και κινηματογράφηση του εσωτερικού του στομάχου. Η γαστροσκόπηση εκτελείται με νάρκωση, με PENTOTHAL σε συνδυασμό μετά κουραρίου.

Αντενδείξεις: Η γαστροσκόπηση αντενδείκνυται: α) επί καρκίνου του οισοφάγου, β) εκκολπώματος, γ) στενώσεως του οισοφάγου ή λάρυγγος, δ) μεγάλη ανωμαλία της αυχενικής ή θωρακικής μοίρας της σπονδυ-

λικής στήλης, ε) παθήσεις του μεσοπνευμονίου, στ) ανευρύσματος της αορτής, ζ) καρδιακής ανεπάρκειας, η) και σε κίρωση του ήπατος.

Ενδείξεις: Με την γαστροσκόπηση αναζητούμε πάθηση του στομάχου της οποίας η ακτινολογική έρευνα άφησε υπόνοια. Με αυτή η βεβαίωση έλκους ή όγκου επιτυγχάνεται σε αναλογία 80%. Απο την γαστροσκόπηση διαφεύγουν παθήσεις του ελάσσονος τόξου, το καρδιακό στόμιο και οι παθήσεις του πυλωρού. Η γαστροσκόπηση επι γαστρικού έλκους ανακαλύπτει εξέγκωση στρογγυλή ή ωοειδή, μαζί με οίδημα στα χείλη του έλκους, διαστάσεων απο χιλιοστά μέχρι 4cm με χείλη σαφή και ομαλά.

#### Γ. Έρευνα του γαστρικού υγρού

Η έρευνα αυτή αφορά την μορφολογική, την χημική και μικροσκοπική εξέταση του γαστρικού υγρού.

α) Μορφολογική εξέταση: Το ποσό του γαστρικού υγρού το οποίο λαμβάνεται με LEVIN, είναι συνήθως 40-50 ml. Η χροιά του, εφόσον δεν υπάρχουν προσμίξεις αίματος ή χολής είναι όπως το νερό, άχρωμο, ή όψη διαυγής, η οσμή ιδιάζουσα και το ειδικό βάρος 1,002-1,010.

β) Χημική εξέταση: Το PH είναι 1,6-2. Το ελεύθερο υδροχλωρικό οξύ σε γραμμ. είναι 0,5-1 GR%. Μετά απο ένεση 1/2 χιλιοστ. υδροχλωρικής ισταμίνης υποδορίως, ανέρχεται σε 2-3GR.

Αριθμοί μεγαλύτεροι των 4GR δεικνύουν υπερχλωρυδρία, μικρότεροι των 1,50GR δεικνύουν υπορχλωρυδρία.

γ) Μικροσκοπική εξέταση: Του γαστρικού υγρού σε έλκος δεν αποκαλύπτει τίποτα, παρά ερυθρά αιμοσφαίρια αν το έλκος αιμοραγεί. Η κυτταρολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει καρκινωμάτωση κύτταρα επι καρκίνου του στομάχου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Οι σοβαρότερες επιπλοκές του έλκους είναι η διάτρηση, η αιμορραγία, η στένωση του πυλωρού και η κακοήθης εξαλλαγή και σπανιότερα διάτρηση προς παρακείμενα όργανα.

A. Διάτρηση. Στην περίπτωση αυτή το έλκος προκαλεί διάτρηση ολοκλήρου του τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου, οπότε το περιεχόμενό του χύνεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ο άρρωστος αισθάνεται ξαφνικά έντονο πόνο στην κοιλιά η οποία συσπάται, γίνεται ωχρός, περιλούεται από ιδρώτα και υπάρχει ταχυσφυγμία και ταχύπνοια. Η διάτρηση απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση (γαστρεκτομή ή συρραφή του έλκους) γιατί κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του πάσχοντα. Η διάτρηση εμφανίζεται στα 10% των ελκών και πάντοτε χωρίς να υπάρχουν ενοχλήματα προηγουμένως. Μπορεί να διευκολυνθεί η εμφάνισή του μετά από βαριά γεύματα, κούραση, συγκινήσεις, υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και η χρήση ορισμένων φαρμάκων.

B. Αιμορραγία: Αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή. Το αίμα αποβάλλεται υπο μορφή εμέτου (αιματέμεση) ή εμφανίζεται στα κόπρανα, που παίρνουν χρώμα μαύρο σαν πίσσα (μέλαινα κένωση). Η αιμορραγία μπορεί να προέρθει από διάβρωση μιας μικρής αρτηρίας, από ρήξη των τριχοειδών και λιγότερο συχνά, από σχίσσιμο φλεβικού αγγείου του βλεννογόνου.

Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη, ο πάσχων εμφανίζει αδυναμία, ανησυχία, ζάλη, λιποθυμία ή και απώλεια της συνειδήσεως. Το δέρμα είναι ψυχρό και υγρό υπάρχει ταχυσφυγμία, και η Αρτηριακή πίεση πέφτει. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρεντερική χορήγηση υγρών ή και μεταγγίσεις αίματος. Εάν η αιμορραγία δεν σταματά παρά τη θεραπευτική αγωγή γίνεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση (εκτομή του έλκους και απολίνωση των αγγείων που αιμορραγούν). Η συχνότητα των αιμορραγιών είναι 10-14%.

Γ. Πυλωρική στένωση: Οφείλεται α) σε οίδημα και σπασμό απο την ύπαρξη έλκους "εν ενεργεία", β) σε ουλή επουλωθέντος έλκους με αποτέλεσμα την κατακράτηση του γαστρικού περιεχομένου και την διατάση του στομάχου. Ο άρρωστος παραπονείται για αίσθημα πληρότητας και συχνά πόνο μετά το φαγητό. Ακολουθεί ανορεξία και έμετος με αποτέλεσμα κακή διατροφή, απώλεια βάρους και αφυδάτωση με διαταραχές των ηλεκτρολυτών (αλικάλωση).

Δ. Κακοήθης εξαλλαγή: Δεν συμβαίνει στο δωδεκαδακτυλικό έλκος, αντίθετα συμβαίνει στο γαστρικό έλκος. Ο ελκωτικός καρκίνος είναι ψηλότερα του γαστρικού τοιχώματος (επιερμένος) τα όρια του είναι ανώμαλα και η κοιλότητα είναι τύπου κρατήρα. Προσβάλλει συχνότερα τους άντρες απο τις γυναίκες σε αναλογία 10:1 και συνήθως εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα (50%-60%) και σπανιότερα στο ελάσσον τόξο (20%).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση ότι, αρχικά όσοι ανήκουν στην ομάδα αίματος Α κυρίως και κατόπιν όσοι ανήκουν στην ομάδα αίματος Ο είναι περισσότερο επιρρεπείς σ' αυτήν την πάθηση.

Φαίνεται ότι υπάρχει σχέση με την πρωτοπαθή κακοήθη αναιμία του Biermer, την ατροφική γαστρίτιδα και αχυλία, το αδένωμα, του πολύποδος του στομάχου, το πεπτικό έλκος και την ανάπτυξη κακοήθους εξαλλαγής.

Σε μερικές οικογένειες φαίνεται ότι υπάρχει ιδιαίτερη προδιάθεση για τον γαστρικό καρκίνο.

Οι μεταστάσεις απο τον καρκίνο αυτό γίνονται στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στον υπεζωκότα (λεμφογενής και αιματογενείς).

Η νόσος αυτή αρχικά είναι ύπουλη. Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία (απέχθεια προς το κρέας) καταβολή των δυνάμεων πτώση του σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές (επιγαστρικό βάρος, μετεωρισμός κοιλίας, ναυτία ή έμετοι, δυσφαγία κ.α.). Πόνος εμφανίζεται πολύ αργότερα όταν η πάθηση είναι πολύ προχωρημένη, πράγμα που εμποδίζει και την πρώιμη διάγνωση.

Τότε εμφανίζεται και σημαντική απώλεια βάρους. Το στάδιο αυτό μέχρι την εμφάνιση πιο διαφορετικών συμπτωμάτων είναι κρίσιμο, γιατί ο γιατρός και ο ασθενής δεν δίνουν σημασία στα ενοχλήματα.

Καθώς προχωρεί η νόσος, η επιφάνεια του νεοπλάσματος εξελκώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικρών αιμορραγιών, που συχνά επαναλαμβάνονται. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρουσιάζει μικρές αναγωγές καφεοειδούς χρώματος και μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα, που ανιχνεύεται εργαστηριακά με την αντίδραση Wember-Mayer (χημική ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα). Εξαιτίας της σταθερής αυτής αιμορραγίας προκαλείται μεγάλη αναιμία, που ποτέ δεν λείπει κατά την εξέλιξη του καρκίνου. Η επιφάνεια του νεοπλάσματος που εξελκώθηκε συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό. Στα τελικά στάδια μπορεί να εμφανισθεί ψηλάφητός όγκος στο επιγάστριο, που παρακολουθεί τις αναπνευστικές κινήσεις.

Η θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική και ανάλογα με την εντόπιση και έκτασή του, γίνεται είτε ευρεία κατώτερη γαστρεκτομή, είτε μερική ανώτερη, ή ολική γαστρεκτομή. Στην ολική ευρεία γαστρεκτομή, αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι, ο σπλήνας, το μείζον επίπλουον και τμήμα του παγκρέατος, αν αυτά έχουν διηθηθεί. Παράλληλα εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Όσο νωρίτερα διαγνωσθεί η πάθηση τόσο τα αποτελέσματα αποβαίνουν σωστικά για τον άρρωστο.

Η εγχείρηση τέλος δεν ενδείκνυται όταν υπάρχουν μεταστάσεις στο ήπαρ ή σε άλλα παρακείμενα όργανα.

#### Ε. Διάτρηση προς παρακείμενα όργανα.

Τα χρόνια ουλώδη έλκη του δωδεκαδακτύλου συμφύονται προς παρακείμενα όργανα και στην συνέχεια ανοίγουν μέσα σ'αυτά. Συχνότερα η διάτρηση γίνεται προς το πάγκρεας, την χοληδόχο κύστη ή το παχύ έντερο, με αποτέλεσμα τον σχηματισμό γαστροχολικού και γαστροκολικού συριγγίου αντίστοιχα. Η αντιμετώπιση των διαφόρων συριγγίων είναι μόνο εγχειρητική, αλλά παρουσιάζει μεγάλες δυσκολίες.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία του πεπτικού έλκους διακρίνεται σε συντηρητική και σε χειρουργική.

#### Α. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η συνήθως συντηρητική αγωγή του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους έχει ως σκοπό:

- α) Την ανακούφιση από τα συμπτώματα και κυρίως τον πόνο.
- β) Υποβοήθηση και επιτάχυνση των επουλώσεων του έλκους.
- γ) Πρόληψη των υποτροπών και επιπλοκών.

Η θεραπευτική τακτική της αντιμετώπισης του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους έχει αλλάξει εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια. Το κλασικό σχήμα Δίαιτα-Αντιόξινα-Αντιχολινεργικά, υποχωρεί και την θέση του παίρνουν τα νέα αντιελκωτικά φάρμακα που όπως έχει αποδειχθεί από πολλές κλινικές μελέτες έχουν σαφή επουλωτική δράση τόσο στο γαστρικό όσο και στο δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Η επουλωτική δράση των αντιελκωτικών φαρμάκων επιτελείται με τρεις μηχανισμούς:

#### α) Ελάττωση της οξύτητας του γαστρικού περιεχομένου ή της περιοχής που βρίσκεται το έλκος που επιτυγχάνεται.

- Με καταστολή της εκκρίσεως του υδροχλωρικού οξέος.
- Εξουδετέρωση του HCL που έχει παραχθεί με την χορήγηση εξωγενών αντιόξινων ουσιών.
- Εξουδετέρωση του HCL μέσω παραγωγής διπανθρακικών από τον ίδιο τον βλεννογόνο του στομάχου.

#### β) Κάλυψη του έλκους από προστατευτική ουσία που χορηγείται εξωγενώς και εμποδίζει την επαφή του HCL και της πεψίνης με το έλκος.

#### γ) Την αύξηση των αμυντικών δυνάμεων του βλεννογόνου που επιτυγχάνεται με την χορήγηση "κυτταροπροστατευτικών ουσιών".

Σήμερα υπάρχουν αρκετά φάρμακα και διαρκώς προστίθονται νέα. Ανάλογα με τον τρόπο δράσεως τους, διακρίνονται σε φάρμακα που,

α) Αναστέλλουν την έκκριση του HCL, β) Εξουδετερώνουν το HCL και γ) Αυξάνουν την αντίσταση του βλεννογόνου (βλεννογόνο-προστατευτικά ή επικαλυπτικά) και δ) Διάφορα

A. Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση του HCL

1. Αντιχολινεργικά: Αυτά μειώνουν την έκκριση του γαστρικού υγρού και ονομάζονται αντιχολινεργικά επειδή μπλοκάρουν τις πνευμονογαστρικές νευρικές ίνες που διευθύνουν την έκκριση.

Για να επιτευχθεί όμως αξιόλογη ελάττωση της γαστρικής εκκρίσεως απαιτούνται μεγάλες δόσεις αντιχολινεργικών που προκαλούν δυσάρεστες παρενέργειες όπως (θάμβωμα των οφθαλμών, επίσχεση ούρων, ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας). Λόγω των παρενεργειών τους, δεν θεωρούνται σήμερα σαν φάρμακα εκλογής στην θεραπεία του έλκους τουλάχιστον σαν μονοθεραπεία.

Πάντως χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των ελκοπαθών από τον πόνο, ιδιαίτερα τον νυκτερινό, σε συνδυασμό συνήθως με άλλα φάρμακα.

2. Ανταγωνιστές των H<sub>2</sub> υποδοχέων: Είναι η πιο ενδιαφέρουσα ομάδα και περιλαμβάνει τα περισσότερα δραστικά φάρμακα σε κλινική χρήση, ως προς την ελάττωση της εκκρίσεως του HCL.

Δρούν παρεμποδίζοντας την δράση της ισταμίνης στην γαστρική έκκριση, δεσμεύοντας τους κατάλληλους υποδοχείς. Προκαλούν μεγάλη ελάττωση της γαστρικής οξύτητας μετά από χορήγηση πενταγαστρίνης και καφεΐνης καθώς και την βασική, την μεταγευματική και ιδιαίτερα την νυκτερινή έκκριση του HCL.

Στην ομάδα αυτή, δοκιμασμένα και σε κλινική χρήση φάρμακα είναι η σιμετιδίνη, η ρανιτιδίνη και φαμοτιδίνη.

Η σιμετιδίνη έχει χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιείται από πολλά εκατομμύρια ελκοπαθείς και έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα αρκετά αποτελεσματικό και ασφαλές φάρμακο για την θεραπεία του έλκους.

Τα καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με χορήγηση 1gr σιμετιδίνης ημερησίως σε τρεις δόσεις των 200mg με τα γεύματα και

μία δόση των 400mg πριν απο την νυχτερινή κατάκλιση. Σε μεγαλύτερες δόσεις προκαλούν παρενέργειες όπως (αύξηση της προλακτίνης στο αίμα, επίσης στους ηλικιωμένους έχει περιγραφεί διανοητική σύγχυση).

γ) Η ρανιτιδίνη συγκρινόμενη με την σιμετιδίνη: α) έχει διαφορετική μοριακή δομή (περιέχει φουρανικό αντιμιδαζολικό δακτύλιο), β) ελαττώνει κατά 5-7 φορές περισσότερο την γαστρική έκκριση γ) δρά πιο παρατεταμένα και δ) έχει λιγότερες παρενέργειες.

Η φαμοτιδίνη είναι η νεότερη προσθήκη στην σειρά των ανταγωνιστών των H<sub>2</sub> υποδοχέων της ισταμίνης. Σε σύγκριση με την σιμετιδίνη και την ρανιτιδίνη: α) έχει διαφορετική μοριακή δομή β) δρά παρατεταμένα γ) έχει λιγότερες και ήπιες παρενέργειες όπως (κεφαλαλγία, ζάλη, διάρροια ή δυσκοιλιότητα).

3. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά: Η χρησιμοποίηση των ηρεμιστικών και ειδικότερα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στηρίζεται στην ψυχοσωματική θεωρία της γεννέσεως του έλκους.

Η τριμιπραμίνη είναι το σημαντικότερο φάρμακο της κατηγορίας αυτής και προκαλεί ελάττωση του γαστρικού υγρού.

Η πιρενζεπίνη ανήκει στην κατηγορία αυτή των φαρμάκων και προκαλεί ελάττωση του γαστρικού υγρού. Η δράση περιορίζεται μόνο στο στομάχι και έτσι μειώνονται οι παρενέργειες.

4. Προσταγλανδίνες: Είναι η πιο πρόσφατη προσθήκη στην σειρά των αντιελκωτικών φαρμάκων. Ελαττώνουν την γαστρική έκκριση ενώ παράλληλα προστατεύουν τον βλεννογόνο από την επίδραση ερεθιστικών ουσιών (κυτταροπροστασία).

5. Προγλουμίδη: Αναστέλει την γαστρική έκκριση. Απορροφάται γρήγορα, αλλά δρά μετά από μερικές ημέρες και η δράσή της παρατείνεται αρκετά μετά την διακοπή της χορηγήσεως της. Είναι αποτελεσματικό φάρμακο στη θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, αλλά στην χώρα μας δεν κυκλοφορεί και έτσι δεν υπάρχει εμπειρία.

6. Εντερικές ορμόνες: Οι πιο ενδιαφέρουσες είναι: η σεκρετίνη και η σωματοστατίνη.

Η σεκρετίνη ελαττώνει την έκκριση του HCL, ενώ συγχρόνως αυξάνει την έκκριση του HOC<sub>3</sub> στο παγκρεατικό υγρό.

Η σωματοστατίνη δρά ανασταλτικώς και στην γαστρική έκκριση.

Όμως δεν παρουσιάζουν ενδιαφέρον πρακτικό για την συντηρητική αγωγή του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

7. Παράγωγα βενζομιδαζόλης: Αναστέλλουν την δράση του ενζύμου που υπάρχει μόνο στην εκκριτική μεμβράνη των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου και προκαλούν εκλεκτική και μέγιστη ελάττωση στην έκκριση HCL.

Η ομεπραζόλη ανήκει στην κατηγορία αυτή και χαρακτηρίζεται από μεγάλη και παρατεταμένη αναστολή της οξίνης γαστρικής εκκρίσεως.

#### B. Φάρμακα που εξουδετερώνουν το HCL

Αντιόξινα: Τα αντιόξινα χρησιμοποιούνται στην θεραπευτική του έλκους από πολύ παλαιά, μόνα τους ή σε συνδυασμό με τα αντιχολινεργικά και ήταν τα μοναδικά φάρμακα στην θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Η αποτελεσματικότητά ενός αντιόξινου στην ρύθμιση της γαστρικής οξύτητας εξαρτάται:

1) από την εξουδετερωτική του ικανότητα, 2) από τον χρόνο χορηγήσεως του σε σχέση με γεύματα, 3) από την εκκριτική κατάσταση του ασθενούς, 4) από τον ρυθμό της κενώσεως του στομάχου. Τα αντιόξινα εξουδετερώνουν τα χολικά άλατα που πιστεύεται ότι παίζουν ρόλο στην παθογένεση του γαστρικού έλκους.

Οι κύριες παρενέργειες των αντιόξινων είναι η δυσκοιλιότητα που προκαλείται από τα άλατα αλουμινίου και η διάρροια που προκαλούν τα άλατα μαγνησίου.

#### Γ. Φάρμακα που αυξάνουν την αντίσταση του βλεννογόνου

1. Καρβενοξολόνη: Είναι ουσία που προέρχεται από την γλυκόριζα και που η δράση της στην θεραπευτική του έλκους είναι γνωστή από παλαιά. Απορροφάται από τον βλεννογόνο του στομάχου, εκκρίνεται στην χολή και επαναρροφάται από το λεπτό έντερο.

2. Σουκραλφάτη: Είναι ένωση σουκρόζης και αλουμινίου που σε όξινο

περιβάλλον μεταβάλλεται σε πυκνή οξέωδη ουσία με μικρή ικανότητα εξουδετερώσεως οξέος. Επειδή η εξουδετέρωσή του HCL που προκαλεί η σουκραλφάτη συμβαίνει στην περιοχή του έλκους το φάρμακο αυτό έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τα αντιόξινα, των οποίων η εξουδετερωτική δράση συμβαίνει μέσα στον γαστρικό αυλό και αραιώνεται από την μεγάλη ποσότητα HCL.

3. Ενώσεις κολλοειδούς βισμούθιου: Η ένωση αυτή του βισμούθιου έχει την τάση να συνδέεται σταθερά με βλεννοπρωτείνες όταν το περιβάλλον είναι όξινο. Έτσι στο όξινο περιβάλλον του στομάχου του ελκωπαθούς συνδέεται με τις βλεννοπρωτείνες που βρίσκονται στον πυθμένα του έλκους και σχηματίζει ένα προστατευτικό επίπαγο που προσκολλάται πάνω στον κοκκιωματώδη ιστό της επιφάνειας του έλκους. Η μεμβράνη αυτή παρεμποδίζει την επίδραση του HCL και της πεψίνης πάνω στο έλκος. Το βισμούθιο προσκολλάται μόνο πάνω στο έλκος και όχι στην υπόλοιπη επιφάνεια του βλεννογόνου.

4. Προσταγλανδίνες: Είναι ακόρεστα λιπαρά οξέα που βρίσκονται σε πολλά όργανα και υγρά του σώματος. Η δράση της είναι κυτταροπροστατευτική και αντιεκκριτική. Η κυτταροπροστατευτική της δράση εξασφαλίζεται από: α) Αύξηση στην έκκριση βλέννης, β) Αύξηση στην έκκριση διττανθρακικού, γ) Βελτίωση της μικροκυκλοφορίας του στομάχου, δ) Προαγωγή της κυτταρικής ανανέωσης.

#### Δ. Διάφορα φάρμακα

1. Οξεθαζίνη: Είναι τοπικό αναισθητικό και αναστέλλει την απελευθέρωση της γαστρίνης από το πυλωρικό άντρο.

2. Εξουδετερωτικά της πεψίνης: Περιλαμβάνονται η αμυλοπηκτίνη και η πεπστατίνη.

Για την συντηρητική θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους υπάρχουν σήμερα αρκετά και αξιολογικά φάρμακα, τόσο για την εξουδετέρωση των επιθετικών, όσο και την ενίσχυση των αμυντικών παραγόντων του στομάχου. Το ποσοστό επουλώσεως του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους με τα διάφορα φάρμακα είναι αρκετά υψηλό. Ακόμη επιτυγχάνεται σε κάποιο βαθμό η μείωση των υποτροπών, επιπλοκών και αριθμού

χειρουργικών επεμβάσεων. Όμως θα πρέπει να τονιστεί ότι δεν θεραπεύουν την "νόσο έλκος" που συνεχίζει να αποτελεί πρόβλημα.

## **B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχει ένας αριθμός ασθενών που δεν ανταποκρίνονται στην συντηρητική αγωγή και για τους οποίους έχει θέση η χειρουργική αντιμετώπιση.

### Ενδείξεις εγχειρήσεως για έλκος στομάχου

Το έλκος στομάχου χειρουργείται:

1. Όταν δεν επουλώνεται μετά από 3 μήνες συντηρητικής αγωγής.
2. Όταν υποτροπιάζει μετά την θεραπεία. Θα πρέπει να τονισθεί ότι πάντοτε πρέπει να προηγείται γαστροσκόπηση και λήψη βιοψίας από πολλά μέρη του έλκους.

### Ενδείξεις εγχειρήσεως για δωδεκαδακτυλικό έλκος

Επείγουσα εγχείρηση γίνεται: α) Σε περίπτωση διατρήσεως, β) Σε περίπτωση βαρείας αιμορραγίας, γ) Σε πυλωρική στένωση.

Εκλεκτική εγχείρηση γίνεται: α) Όταν η συντηρητική αγωγή αποτυγχάνει, β) Μετά από επανειλημμένες αιμορραγίες ή διατρήσεις, γ) Όταν συνηπάρχουν άλλες παθήσεις, όπως νεφρική ανεπάρκεια, δ) Σε αρρώστους υψηλού κινδύνου (λήψη αντιπηκτικών).

### ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Όταν το έλκος εντοπίζεται στην καρδιακή μοίρα του στομάχου κοντά στον οισοφάγο, γίνεται βαγοτομή και πυλωροπλαστική.

Η εγχειρητική θνητότητα είναι 0,5-1%. Τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα είναι σχετικά περιορισμένα και το 90% των αρρώστων το αποτέλεσμα είναι εξαιρετικό. Το ποσοστό υποτροπής είναι 0-5%, ενώ τα λειτουργικά ενοχλήματα από 5-10%.

Σε περίπτωση μαζικής αιμορραγίας από γαστρικό έλκος, προτι-

μότερη επέμβαση από την γαστρεκτομή είναι η βαγοτομή, σε συνδυασμό με μία παροχετευτική επέμβαση και συρραφή του αγγείου που αιμορραγεί με ράμματα που δεν απορροφούνται.

Αναφέρεται ότι η εγχειρητική θνητότητα είναι μικρότερη κατά 50% απ'ότι σε γαστρεκτομή και η πιθανότητα νέας αιμορραγίας δεν αυξάνει σε σύγκριση με την γαστρεκτομή και οι περισσότεροι προτιμούν γαστρεκτομή.

#### ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΓΙΝΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΛΚΟΣ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν κυρίως μέθοδοι που θεωρούνται οι πιο κλασσικές και παραδεικτές από τους περισσότερους χειρουργούς.

1. Βαγοτομή διατομή των πνευμονογαστρικών στελεχιαία, εκλεκτική ή υπερεκλεκτική με ή χωρίς παροχετευτική επέμβαση (πυλωροπλαστική ή ΓΕΑ).
2. Βαγοτομή και αντρεκτομή με αναστόμωση κατά BILLROTH II.
3. Γαστρεκτομή με αφαίρεση των 2/3 του στομάχου και κατά BILLROTH αναστόμωση.

Η βαγοτομή καταργεί την νευρική φάση της εκκρίσεως του στομάχου, ενώ η βαγοτομή και αντρεκτομή καταργεί και την νευρική και την γαστρική φάση, επομένως είναι η πιο ριζική από απόψεως υποτροπής του έλκους.

Η γαστρεκτομή καταργεί μόνο την γαστρική φάση εκκρίσεως του στομάχου. Η στελεχιαία βαγοτομή με παροχετευτική επέμβαση εφαρμόζεται, με πολύ καλά αποτελέσματα.



## ΜΕΤΑΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μεταγχειρητικές επιπλοκές είναι αυτές οι οποίες μπορούν να προκύψουν μετά από την χειρουργική επέμβαση στο έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου και είναι οι εξής:

### 1. Σύνδρομο Dumping:

Με τον όρο αυτόν περιλαμβάνεται ομάδα δυσάρεστων εκδηλώσεων που εμφανίζονται από 10' έως 2 ώρες μετά το φαγητό. Υπάρχουν πρώιμες και όψιμες εκδηλώσεις.

α) Πρώιμες εκδηλώσεις: Το άτομο γρήγορα (10'-30' μετά το φαγητό) γίνεται ωχρό, παρουσιάζει αίσθημα αδυναμίας, αφανισμού, τάση για λιποθυμία, γρήγορο σφυγμό και αίσθημα παλμών. Συνυπάρχουν πολλές φορές βομβορυγμοί και αίσθημα διατάσεως της κοιλίας.

Το σύνδρομο του πρώιμου dumping παρατηρείται συνήθως μετά από γαστρεκτομία Polya (υπό την βαρεία του μορφή σε συχνότητα 2% , υπό την ελαφρά σε συχνότητα 10%) αλλά και μετά από κάθε εγχείρηση για έλκος. Οφείλεται στην γρήγορη είσοδο των τροφών στην νήστιδα, η οποία διατείνεται, ενώ συγχρόνως η ταχεία είσοδος υπερτονικού στο έντερο υγρού, έχει σαν αποτέλεσμα την μετακίνησή εξωκυττάριου υγρού από το πλάσμα στο έντερο για αποκατάσταση ισοτονίας. Η μείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος, επιφέρει τα προαναφερθέντα γενικά φαινόμενα.

β) Όψιμες εκδηλώσεις: Εμφανίζονται 1-2 ώρες μετά το φαγητό.

Παρατηρείται αίσθημα αδυναμίας, τάση προς λιποθυμία και ιδρώτας. Οφείλεται σε αντιδραστική υπογλυκαιμία από την αυξημένη έκκριση ινσουλίνης λόγω της υπεργλυκαιμίας, την οποία προκαλεί η απότομη είσοδος των τροφών στην νήστιδα.

Μπορεί να προληφθεί ως εξής:

1. Ενημέρωση του αρρώστου να αποφεύγει την λήψη μεγάλων γευμάτων καθώς και ζεστών, παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών.
2. Αποφυγή λήψεως υγρών κατά την διάρκεια του φαγητού.
3. Καλή μάσηση της λαμβανόμενης τροφής.

4. Φυσική ανάπαυση του αρρώστου μετά το γεύμα.

Όταν τα ενοχλήματα είναι απλά και βρισκόμαστε στην πρώιμη εκδήλωση, εκτός από τα παραπάνω μέτρα χορηγούμε β'αδρενεργικούς αναστολείς (προπανόλη), τολβουταμίδη (500 mg) πριν από κάθε γεύμα ή ανταγωνιστές της σεροτονίνης όπως η κυκλοεπταδίνη (4 mg) βοηθάει πολλές φορές.

Όταν τα ενοχλήματα είναι βαριά και δεν υποχωρούν με τα συντηρητικά μέσα, προστρέχουμε σχεδόν πάντα σε εγχειρητική επέμβαση. Έτσι η εγχείρηση Polya μετατρέπεται σε Billroth I ενώ άλλωτε ο χειρουργός παρεμβάλλει τμήμα της νήστιδος μεταξύ κολοβώματος στομάχου και δωδεκαδακτύλου κατ'αντίθετη φορά περισταλτισμού.

## 2. Αναιμία:

Είναι συχνή μετά από γαστρεκτομή. Οφείλεται κυρίως σε κακή απορρόφηση του σιδήρου σε συνδυασμό, κατά δεύτερο λόγο βέβαια, με ελαττωμένη πρόσληψη σιδήρου και απώλεια αίματος. Αν και καθαρή μεγαλοβλαστική αναιμία από έλλειψη Βιταμίνης B<sub>12</sub> ή φυλλικού οξέος είναι πολύ σπάνια, σιδηροπενική αναιμία, είναι δυνατόν να υπάρχει μαζί με έλλειψη βιταμίνης B<sub>12</sub> ή φυλλικού οξέος.

## 3. Σύνδρομο κακής εντερικής απορροφήσεως:

Εμφανίζεται μετά από γαστρεκτομή κυρίως και οφείλεται στην ανεπαρκή ανάμειξη των τροφών, της χολής και του παγκρεατικού υγρού, λόγω της αναστομώσεως κολοβώματος στομάχου και νήστιδας, σε συνδυασμό προς γρήγορη δίοδο των τροφών.

Η κακή αυτή απορρόφηση ανευρίσκεται σχεδόν πάντοτε εργαστηριακώς μετά από αναστόμωση POLYA, σπανίως προκαλεί κλινικές εκδηλώσεις όπως διάρροια, απώλεια βάρους, αναιμία κ.α.

## 4. Αναστομωτικό έλκος:

Είναι επιπλοκή των εγχειρήσεων κυρίως του δωδεκαδακτυλικού έλκους και λιγότερο του γαστρικού, όταν δεν επιτευχθεί επαρκής έλεγχος της γαστρικής οξύτητας. Ο βλεννογόνος της νήστιδας εκτίθεται στην δράση του HCL. Το έλκος εμφανίζεται στο στόμιο.

Το αναστομωτικό έλκος προκαλεί πόνο 1-5 ώρες μετά την λήψη της τροφής. Έχουμε αιμορραγία συχνά, ενώ σπάνια συμβαίνει να έχουμε διάτρηση. Η ακτινολογική εξέταση αδυνατεί πολλές φορές να αποκαλύψει το αναστομωτικό έλκος, ενώ η γαστροσκόπηση προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες. Η θεραπεία είναι πάντοτε χειρουργική. Εάν είχε προηγηθεί μερική γαστρεκτομία, γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών. Εάν είχε προηγηθεί διατομή γίνεται αντρεκτομία προς μείωση της οξύτητας.

#### 5. Σύνδρομο προσιούσης έλικος:

Ο ασθενής αισθάνεται αίσθημα πληρώσεως μετά το φαγητό και κάνει χολώδεις εμέτους. Πρόκειται για λειτουργική διαταραχή της προσιούσης έλικος. Θεραπευτικά απελευθερώνεται η προσαγωγός έλικα και αναστομώνεται από το λεπτό έντερο περίπου 8CM από του στομάχου.

#### 6. Διάρροια:

Η διάρροια έχει διάφορες αιτιολογίες (σύνδρομο κακής απορρόφησης, γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο, λειτουργικούς παράγοντες κλπ). Μετά από γαστρεκτομή, η διάρροια οφείλεται στο σύνδρομο κακής απορρόφησης. Μετά από διατομή, ήπια διάρροια εμφανίζεται σε 20-50% των ασθενών. Για τη θεραπεία χορηγούμε φωσφορική κωδεΐνη 15-30 mg δύο φορές την ημέρα ή LOMOTIL 1-2 δίσκια 2-3 φορές την ημέρα.

#### 7. Γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο:

Αναστομωτικό έλκος είναι δυνατόν να διατρήσει το εγκάρσιο κόλο, οπότε υπάρχει επικοινωνία με το παχύ έντερο. Χαρακτηρίζεται από έντονες διάρροιες, μεγάλη απώλεια βάρους, καχεξία και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Το συρίγγιο αποκαλύπτεται με βαριούχο υποκλιισμό, καθ'όσον το βάριο εισέρχεται στο στομάχι και το λεπτό έντερο. Θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση.

#### 8. Μετεγχειρητική αιμορραγία

Η αποβολή μικρής ποσότητας αίματος, τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες είναι συχνή και χωρίς σημασία. Παύει απο μόνη της.

Αν όμως η αιμορραγία είναι μεγάλη και δεν καταστέλλεται παρά την αθρόα μετάγγιση, επιβάλλεται η διάσπαση του τραύματος και η διενέργεια γαστροτομής για τον επιμελημένο έλεγχο του στομάχου και ιδίως της περιοχής της αναστομώσεως απ' όπου συνήθως προέρχεται η αιμορραγία. Κατά κανόνα η απλή απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί είναι αρκετή.

### 9. Έμετοι

Είναι συνέπεια της μειωμένης κινητικότητας του στομάχου, λόγω του τραυματισμού του κατά την εγχείρηση. Η συνεχής αναρρόφηση των γαστρικών υγρών με σωλήνα Levin, βοηθάει στην ταχεία αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου.

Αν η αναστολή της προωθήσεως των γαστρικών υγρών συνεχιστεί και μετά την 4η μέρα, προφανώς πρόκειται για απόφραξη της αναστομώσεως από οίδημα, γαστροπληγία ή άλλες σπανιότερες επιπλοκές. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην συνεχή αναρρόφηση υγρών, ρύθμιση ηλεκτρολυτών και όχι σπάνια επανεγχείρηση.

### 10. Ρήξη δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος:

Είναι βαρύτερη επιπλοκή που καταλήγει συχνά στο θάνατο. Για την αντιμετώπιση της επιβάλλεται διατήρηση κατά το δυνατόν της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, με χορήγηση των κατάλληλων διαλυμάτων πλάσματος και αίματος, έντονη αντιβίωση με αντιβιοτικά ευρέος φάσματος και παροχέτευση της περιοχής εφ' όσον οι συνθήκες το επιτρέπουν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με πεπτικό έλκος κατά την συντηρητική αγωγή.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από πεπτικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή συνίσταται στην δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση του έλκους. Η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου για την μείωση του παραπέρα ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως του στομάχου είναι οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.

Για να επιτευχθούν τα παραπάνω η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι πλήρως κατατοπισμένη στις λεπτομέρειες της θεραπείας που γίνεται και στα αποτελέσματα της. Οι οδηγίες του γιατρού πρέπει να τηρούνται με κάθε ακρίβεια. Η επίδραση είναι διπλή στον ασθενή: η καλή επίδραση της ακρίβους θεραπείας και η ηρεμία δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στον ασθενή, πρὸς το Νοσοκομείο και το προσωπικό.

Η καθημερινή επίδραση της θεραπείας πάνω στον ασθενή πρέπει να παρατηρείτε απο την νοσηλεύτρια και με κάθε προσοχή να αναγράφεται στο δελτίο των νοσηλευτικών παρατηρήσεων.

Ο ασθενής κατά την οξεία φάση του πεπτικού έλκους έχει τα εξής βασικά προβλήματα:

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο
3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυσνητικά)
4. Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους)
5. Μείωση άνεσης (πόνος)
6. Πόνος, αγωνία
7. Προβλήματα προσωπικότητας
8. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου

## Σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας

### Άμεση

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

### Μακροπρόθεσμοι

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

### Νοσηλευτική παρέμβαση

A. Ανακούφιση απο τα συμπτώματα

1. Διαιτητική θεραπεία

Συχνά και μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις ανεχθεί. Αποκλείονται απο την δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως τα porcorn. Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σε ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δυο μικρά ανάμεσά τους και ένα μικρό πριν απο τον ύπνο.

Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυχτερινό πόνο, που τον ξυπνά απο τον ύπνο, του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

2. Φαρμακευτική θεραπεία

â. Χορήγηση αντιόξινων. Δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού. Ορισμένα απο αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα, όπως το ανθρακικό ασβέστιο, και τó υδροξείδιο του αλουμινίου ενω εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου μπορεί να

προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που είναι συνδυασμός αυτών των ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Τα σκευάσματα αυτά είναι το Gelusil και το Delcid.

Το Gelusil είναι ταμπλέτες ή διάλυμα υδροξειδίου του αλουμινίου και τριπυριτικού μαγνησίου. Η προσθήκη τριπυριτικού μαγνησίου αυξάνει την εξουδετερωτική ισχύ και την προστατευτική δράση της γέλης του υδροξειδίου του αλουμινίου. Προσοχή χρειάζεται στην σύσταση των αντιόξινων, γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

β. Χρήση αντιχολινεργικών για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία, εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων.

Αυτά όμως τα υποκατάστατα της ατροπίνης είναι τεταρτογενείς αμίνες και δεν προκαλούν παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα, της ουροδόχου κύστης, πνευμονική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

Τα σκευάσματα βάματος ή εκχυλίσματος μελλαντόνας όταν χρησιμοποιούνται σε σωστές δόσεις, μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα αντιχολινεργικά και έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι φθηνά.

γ. Χορήγηση κατευναστικών για μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνα ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

δ. Χρήση ανταγωνιστών των  $H_2$  υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλανδινών και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκόριζας, καθώς και το βισμούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. Ο μηχανισμός όμως της δράσης τους δεν είναι γνωστός.

Β. Μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων.

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 τοποθέτησής και αντιμετώπισής τους.
- γ) Έμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίηση 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) Κατανόηση του αρρώστου ώστε να αποφεύγει 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.

Γ. Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη των επιπλοκών.

Επιτυγχάνεται με την:

- α) Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- β) Συχνή ιατρική παρακολούθηση
- γ) Πιστή και ακριβή τήρηση των οδηγιών που του δόθηκαν με την έξοδό του από το νοσοκομείο σχετικά με το διαιτολόγιο, τη φαρμακευτική αγωγή κ.α.
- δ) Προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως κ.α.
- ε) Διδασκαλία που αφορά την υποτροπή της νόσου. Εξήγηση στον άρρωστο της χρόνιας και υποτροπιάζουσας φύσης της νόσου και προειδοποίησή του για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Νοσηλευτικά μέτρα που λαμβάνονται σε περιπτώσεις επιπλοκών του έλκους

Σε οποιονδήποτε χρόνο κατά την διάρκεια της πορείας του πεπτι-



κού έλκους ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές που είναι:

1. Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου απο το έλκος ή πιο συχνά διαρροής αίματος απο τον κοκκιώδη ιστό.

A. Νοσηλευτική εκτίμηση για ανίχνευση της αιμορραγίας.

- Αιματέμεση

- Μέλαινα κένωση

- Ναυτία

- Μείωση πόνου (το αίμα εξουδετερώνει το οξύ με τα αλκάλια των κα-  
νονιστικών του συστημάτων).

- Ενδείξεις ανάπτυξης shock (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπό-  
ταση, εφίδρωση).

B. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορ-  
ραγίας και την αντιμετώπιση του shock.

- Αύξηση του όγκου αίματος με χορήγηση πλήρους αίματος ή πλάσμα-  
τος. Χρησιμοποίηση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης  
για εκτίμηση του αίματος που χάθηκε.

- Πιθανή η χορήγηση κατευναστικών για μείωση της αγωνίας και του  
άγχους.

- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση του στομάχου με παγωμέ-  
νο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσυσπάσης. Συχνά,  
χορήγηση μέσα απο τον σωλήνα γάλακτος και αντιόξινων μετά τον έλεγ-  
χο της αιμορραγίας. Ο σωλήνας που χρησιμοποιείται για την ρινογα-  
στρική διασωλήνωση είναι μεγάλης διατομής για να διευκολυνθεί η  
αφαίρεση θρόμβων απο το στομάχι.

- Συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και του όγκου  
των ούρων και λήψη των απαραίτητων μέτρων για την αντιμετώπιση του  
shock.

- Ένδειξη γαστρικής χειρουργικής αποτελεί η μη διόρθωση της απώ-  
λειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμονή της αιμορρα-  
γίας μετά 24 ώρες ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρί-

ασκεται ακόμα στο νοσοκομείο.

#### Διάτρηση

α. Νοσηλευτική εκτίμηση θα δείξει έναν βαριά πάσχοντα άρρωστο που παραπονιέται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο, που ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται απο ναυτία και εμέτους, που ακολουθούνται απο μείωση της έντασης του πόνου, για μερικές ώρες. Κατόπιν η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Συχνά συμβαίνει παραλυτικός ειλεός που γίνεται καταφανής απο την απουσία εντερικών ήχων. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές και παρουσιάζει συμπτώματα υπογλυκαιμίας.

β. Κατά την νοσηλευτική παρέμβαση εφαρμόζεται ρινογαστρική διασωλήνωση και αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου.

Λόγω της απώλειας υγρών απο το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο διαταράσσεται το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών. Γι' αυτό αναγράφεται το ποσό των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, γιατί αυτό βοηθά στην ρύθμιση του ισοζυγίου.

Τέλος πρέπει να γίνεται συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων και παρακολούθηση της κλινικής εικόνας του ασθενούς.

Η ευσυνείδητος και σωστή παρακολούθηση του αρρώστου απο την νοσηλεύτρια, συμβάλλει στην διάσωση της ζωής του.

#### Πυλωρική στένωση

α. Κατά την νοσηλευτική εκτίμηση ο άρρωστος θα παραπονιέται για κλασσικό πόνο έλκους στομάχου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές.

Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται απο την παρουσία νυκτερινού γαστρικού υπολείμματος μεγαλύτερου των 50ml, που περιέχει άπεπτες τροφές και ακτινογραφία.

β. Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται στην εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από τη διάταση.

Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για άδειασμα του στομάχου. Η απόφραξη συχνά υποχωρεί σε 48 ώρες. Κάλυψη των αναγίων του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την λύση της απόφραξης.

Αν δεν λυθεί η απόφραξη ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι πολύ στενό, γίνεται χειρουργική επέμβαση. Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή του στόματος.

Συμπληρώματα βιταμινών, γιατί ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ένδειες εξαιτίας των εμέτων.

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με πεπτικό έλκος κατά την χειρουργική αγωγή.

#### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Εάν ο ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτός, που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από την σοβαρότητα της εγχείρησης και την νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και την κατάσταση του αρρώστου.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έλκους στομάχου συνίσταται σε:

- Γενική Προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

#### Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει τα εξής:

##### 1. Τόνωση του ηθικού

Οι περισσότεροι ασθενείς εισάγονται στο νοσοκομείο με φόβους

και ανησυχίες. Θεωρούν την αποτυχία της εγχειρήσεως βέβαιη και τότε σκέψεις που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά κ.α. δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανησυχίας, φόβου ή καταθλίψεως παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως shock κ.α.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας.

α. Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.

β. Να καταλάβει τον ασθενή και να συμπεριστεί τη θέση του.

## 2. Σωματική τόνωση.

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση, ή εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δε θα τρέφεται απο το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών.).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. Ενώ ο γιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισέως τους.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να βοηθήσει στην σωματική τόνωση του ασθενούς εαν:

1. Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
2. Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού.
3. Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις,

καθώς και στην εκλογή τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού, σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock, ναυτία, δίψα.

Τέλος, την προηγούμενη της εγχειρήσεως μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές χωρίς υπολείμματα όπως γάλα.

### 3. Ιατρικές εξετάσεις

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

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

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

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται πριν από κάθε επέμβαση είναι:

- Εξέταση αίματος: γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

- Γενική ούρων

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος.

Η εξέταση αυτή αποσκοπεί στο να καθορίσει το είδος της νάρκωσης καθώς και το είδος του αναισθητικού.

Γ. Ακτινογραφία θώρακος, επειδή η απλή κλινική εξέταση δεν αποκλύπτει πάντα την ύπαρξη ενεργού πνευμονικής ή καρδιακής νόσου.

Δ. Ηλεκτροκαρδιογράφημα, για την αξιολόγηση της καρδιάς προκειμένου να αποφευχθούν ανεπιθύμητα προβλήματα κατά την νάρκωση.

Και τέλος πρέπει να γίνει προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσης.

#### 4. Καθαριότητα του ασθενούς

##### A. Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα.

Γίνεται με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων ή με την χρήση καθαρτικού υποκλιισμού. Συνήθως γίνονται δυο υποκλιισμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξη ώρες προ της εγχειρήσεως.

Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως απο τον χειρουργό, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες απο την σήψη του περιεχομένου τους.

##### B. Καθαριότητα του σώματος

1. Γίνεται λουτρό καθαριότητας απο την παραμονή της εγχειρήσεως. Αυτό αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και στην αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος απο το ακάθατο δέρμα.

##### 2. Υγιεινή της στοματικής κοιλότητας

Επιδιώκεται συχνή καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

##### Γ. Εκκένωση του στομάχου με σωλήνα Levin

Ο στόμαχος πρέπει να είναι άδειος κατά την επέμβαση γι' αυτό εκκενώνεται με σωλήνα Levin και καθαρό νερό, μέχρις ότου το νερό βγαίνει τελείως καθαρό.

#### 5. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Η αύπνία και η κόπωση απο την αναμονή της εγχειρήσεως προδιαθέτουν στην μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση

επιπλοκών.

Για την αποφυγή αύπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

6. Εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων για την αποφυγή θρομβοφλεβίτιδας, καθώς και του αναπνευστικού ώστε να αποβληθεί πιο εύκολα η νάρκωση. Η προετοιμασία αυτή βοηθά στην συντομότερη αποκατάσταση του ασθενούς και στην αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών.

#### Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλ. του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

#### Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

- α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς.
- β) Κατάλληλη ένδυση: Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ένδυμασία αφού προηγουμένως ουρήσει.

Επίσης πριν από την ένδυση αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα και τα κοσμήματα του ασθενούς.

γ. Προνάρκωση. Γίνεται μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δυο σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά τη νάρκωση.

#### Προετοιμασία Κλίνης και Θαλάμου του Ασθενούς

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση

ασθενή πρέπει :

- Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου απο ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία.
- Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.
- Να είναι ανοικτό απο όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς απο το φορείο σ' αυτό.

Τέλος πάνω στο κομοδίνο τοποθετούνται διάφορα αντικείμενα (port cotton, νεφροειδές, ποτήρι με νερό κτλ.) για την καλύτερη εξυπηρέτηση του ασθενούς και την ταχύτερη απονάρκωσή του.

#### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μεταγχειρητική παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς αποτελεί εξίσου σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας και πρέπει να γίνεται απο έμπειρο και επιδέξιο άτομο το οποίο θα κατέχει επαρκείς γνώσεις.

Η ειδική αυτή νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει κυρίως στα εξής:

- Προστασία του ασθενούς, κατά τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
- Παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξέως του.
- Ανακούφισή του απο ενοχλήματα.
- Πρόληψη επιπλοκών.
- Βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική του κατάσταση.

Η μεταγχειρητική φροντίδα αρχίζει απο την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται απο το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Συνοπτικά αυτή περιλαμβάνει.

- α. Έλεγχο των ζωτικών σημείων του ασθενούς.
- β. Έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος.
- γ. Προφύλαξη απο τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές.
- δ. Ανακούφιση απο τον πόνο ιδιαίτερα κατά τις πρώτες 48 ώρες.

Ειδικώτερα, κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση η νοσηλεύτρια προσέχει τα εξής σημαντικά σημεία.



- Παρεντερική χορήγηση υγρών.

Ο ασθενής μετά την εγχείρηση τρέφεται παρεντερικά. Χορηγούνται οι κατάλληλοι οροί και προσέχεται ιδιαίτερα το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ο σωλήνας αναρρόφησης Levin.

Πρέπει να γίνεται ακριβής μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών. Το Levin παραμένει συνήθως 24-48 ώρες μετεγχειρητικά. Εάν ο άρρωστος δεν έχει συνεχή αναρρόφηση η αδελφή κάνει κατά διαστήματα αναρρόφηση από το Levin με σύριγγα. Η παρατήρηση και ο χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματηρά, καφεοειδή, χολώδη) πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια και να αναφέρεται στον γιατρό. Έτσι επιτυγχάνουμε ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

Ο σωλήνας Levin συνήθως αφαιρείται όταν τα υγρά που αποβάλλονται έχουν ελαττωθεί τουλάχιστον στα 300-400cc ανα 24ωρο.

- Πρόληψη τραυματικών μολύνσεων.

Απαιτείται μεγάλη προσοχή κατά την αλλαγή του τραύματος. Πρέπει να γίνεται κάτω από αυστηρούς όρους ασηψίας και αντισηψίας και σε περιβάλλον καθαρό.

- Σωστή και επιμελημένη σίτιση.

Η διατροφή αρχίζει κυρίως μετά την αφαίρεση του σωλήνα Levin. Θα πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι για να προσαρμοστεί ο ασθενής στην νέα αυτή κατάσταση και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους πρέπει να τηρεί σωστή διατροφή. Γι' αυτό χρειάζεται ενημέρωση όχι μόνο για την τροφή αλλά και για τους ερεθιστικούς παράγοντες του στομάχου.

Οι παράγοντες αυτοί εκτός από τις τροφές είναι και ο τρόπος που ο ασθενής βλέπει την ζωή και αντιμετωπίζει τόσο τα κοινωνικά όσο και τα οικογενειακά προβλήματά του. Η επαναφορά του ασθενή στην προηγούμενή του (εργασία κτλ) πρέπει να γίνει σταδιακά.

Πρέπει να αναπαύεται ο άρρωστος μετά απο κάθε γεύμα για την διευκόλυνση της πέψης και να επισκέπτεται τον γιατρό κατά χρονικά διαστήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΔΙΑΙΤΑ ΕΔΚΟΠΑΘΟΥΣ

Διαιτολόγιο έλκους στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

#### Επιτρέπονται:

1. Κρέας τρυφερό μοσχαρακι ή αρνάκι ψητό στο φούρνο ή στην σχάρα ή βραστό χωρίς την σούπα του (εκτός αν είναι πηκτή). Επίσης μπιφτέκι στον ατμό ή σηκίωτι μοσχάρισιο ψητό στην σχάρα. Κοτόπουλο τρυφερό, ψητό ή βραστό χωρίς την σούπα του. Μυαλά βραστά.
2. Ψάρι μικρό στην σχάρα ή βραστό χωρίς την σούπα του (εκτός αν είναι πηκτή), λιθρίνι, μπαρμπούνι, τσιπούρα, γόπα, γλώσσα, φρέσκο βακαλάο.
3. Γάλα κατά προτίμηση νωπό (χλιαρό), κρέμες γάλακτος (με ριζάλευρο, κόρν φλάουερ, κουάκερ κτλ.), ριζόγαλο χωρίς καννέλα.
4. Αυγό μελάτο ή ποσέ ή ομελέτα βραστή.
5. Ζυμαρικά όλων των ειδών άσπρα με φρέσκο βούτυρο ατσιγάριστο ή βιτάμ.
6. Ρύζι κατά προτίμηση πιλάφι (ή σούπα πηκτή) άσπρο με φρέσκο βούτυρο ατσιγάριστο ή βιτάμ.
7. Πατάτες βραστές ή ψητές ή στο φούρνο με φρέσκο βούτυρο ή πουρέ.
8. Χορταρικά γενικά καλοβρασμένα και περασμένα από μηχανή του πουρέ. Απο ζαρζαβατικά, αγκινάρες μόνο τον καρπό τους βραστές ή σωτέ, φασολάνια φρέσκα τρυφερά βραστά, αρακάς τρυφερός βραστός σαλάτα, καρότα καλοβρασμένα. Και τα ζαρζαβατικά αν είναι δυνατόν να είναι περασμένα απο την μηχανή του πουρέ.
9. Σαλάτες, ντομάτα ξεφλουδισμένη, κολοκυθάκι φρέσκο, παντζάρι καλά βρασμένο.
10. Πολτοί απο βρώμη, ταπίοια, σιμιγδάλι ή κουάκερ.
11. Όσπρια με προσοχή λίγα στην ποσότητα, καλοβρασμένα και πάντοτε περασμένα από την μηχανή πουρέ για να αποφεύγουμε τις φλοίδες.

12. Φρούτα, αχλάδι, μήλο γλυκό, καρπούζι, μπανάνα, βερύκοκκο, όλα πολύ ώριμα ξεφλουδισμένα χωρίς ίνες και εάν είναι δυνατόν τριμμένα. Επίσης τα πιο πάνω φρούτα σαν κομπόστες και φρουτοσαλάτα. Οι γλυκείς χυμοί του πορτοκαλιού και του μανταρινιού σε μικρές ποσότητες.

13. Γλυκά, κομπόστες, γλυκά κουτάλιού, μαρμελάδες, λίγο μέλι.

14. Ποτά, νερό σε περιορισμένες μικρές δόσεις στην φυσική του θερμοκρασία, όχι πολύ παγωμένα, ούτε πολύ ζεστά. Κρασί αρετσίνωτο λευκό ελάχιστο.

Απαγορεύονται:

1. Ο μηχανικός ερεθισμός, επομένως απαγορεύεται η κυτταρίνη.

2. Ο χημικός ερεθισμός όπως των φυσικών ή άλλων οξέων και των καρυκευμάτων γενικά.

3. Τα γλυκά, τα αλμυρά, οι αιχμηροί σπόροι, τα κόκκαλα των ψαριών, τα οποία τρώγονται συνήθως ολόκληρα, όπως στην ψιλή μαρίδα ή σαρδέλλα, τα τηγανιτά, τα γιαχνί τσιγαριστά και τα οινοπνευματώδη ποτά. Επίσης τροφές οι οποίες προκαλούν έκκριση του γαστρικού υγρού όπως ο ζωμός κρέατος (διότι περιέχει εκχυλισματικές ουσίες) οι σάλτσες, ο καφές, το δυνατό τσάι, τα αεριούχα ποτά, τα πολλά υγρά, το καμμένο λάδι, ομοίως τα πολύ κρύα φαγητά και τα πολύ ζεστά μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του έλκους.

4. Κάπνισμα

ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

1. Τρώτε καθορισμένες ώρες την ημέρα και όχι ακατάστατα.
2. Μασάτε καλά και αργά την τροφή σας και αποφεύγετε να πίνετε πολύ νερό ή ποτό ή και να μιλάτε κατά την διάρκεια του φαγητού σας.
3. Προτιμώτερο να τρώτε πολλές φορές την ημέρα και μικρές ποσότητες φαγητού παρά να αφήνετε πολλές ώρες το στομάχι άδειο.
4. Αποφεύγετε την επίδραση ψύχους στην στομαχική χώρα, δηλαδή κρύα λουτρά, επιδρώσεις, τα θαλασσινά λουτρά ιδίως τις ώρες της πέψης.
5. Αποφεύγετε την ώρα της πέψης να σηκώνετε βάρος ή να κάνετε γυμναστικές ασκήσεις.
5. **ΠΡΟΣΟΧΗ** ν'αποφεύγετε κάθε εκνευρισμό και ερεθισμό του νευρικού συστήματος. Αποφεύγετε να συζητάτε δυσάρεστα τις ώρες των γευμάτων ή της πέψης.
7. Ακολουθείτε πιστά και πειθαρχικά τις συμβουλές του γιατρού σας, όσο αφορά την φαρμακευτική σας αγωγή.
8. Παρακολουθείτε κάθε σύμπτωμα απο το στομάχι σας, το χρώμα και τη σύσταση των κενώσεων και αναφέρατε σχετικά στο γιατρό σας.
9. Το διαιτολόγιο που σας προσφέρουμε αφορά γενικά όλους τους ελκοπαθείς και γι'αυτό απ'όσα φαγητά σας επιτρέπουμε να σας ενοχλούν ορισμένα. Τούτο βέβαια οφείλεται στην ιδιόσυγκρασία κάθε οργανισμού, στο επάγγελμα, στο περιβάλλον, στην παρασκευή του φαγητού, στην οικονομική ευχέρεια, στις εποχές του χρόνου και σε πολλούς άλλους παράγοντες.
10. Αν διαπιστώσετε ότι κάποιο φαγητό σας ενοχλεί, συμβουλευτείτε τον γιατρό σας, ο οποίος θα τροποποιήσει το διαιτολόγιο σας όπου χρειάζεται.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Όπως και κατά την είσοδο έτσι κατά την έξοδο του ασθενή απο το νοσοκομείο, ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι εξίσου σημαντικός.

Εφοδιάζει τον ασθενή κατά την έξοδο του από το Νοσοκομείο με έντυπα που αναφέρονται όλα τα είδη τροφών που επιτρέπονται καθώς και ο κατάλληλος τρόπος κατασκευής τους.

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

### ΜΕ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραιώσεως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Βασικός σκοπό της είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Τέλος βοηθά ώστε οι νοσηλευτές να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των νοσηλευτικών ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου.

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

#### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΒΟΛΒΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Στις 18/2/1992 προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία της χειρουργικής κλινικής, του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αιγίου ασθενής ηλικίας 58 ετών κάτοικος του χωριού Σελινούντας, αγρότης στο επάγγελμα. Ο ασθενής παρουσίαζε οξύ πόνο στο άνω ήμισυ της κοιλιάς, χωρίς ο πόνος να αντανακλά στην ράχη. Εκτός από το άλγος, ο ασθενής είχε ρέψιμο, καούρες, αναγωγές και σιελόρροια. Ο πόνος εμφανιζόταν κατά περιόδους 8-20 ημέρες εναλλάξ, με περίοδο ηρεμίας. Επίσης εμφάνισε ευαισθησία στο επιγάστριο και παραομφαλικά. Έγινε εισαγωγή στην Χειρουργική Κλινική. Έκανε ακτινογραφία και παρατηρήθηκε παραμόρφωση του βολβού του δωδεκαδακτύλου.

Επειδή υπήρχε στένωση και ο ασθενής είχε εμφανίσει συμπτώματα αντικειμενικά στο παρελθόν όπως απώλεια βάρους, αφυδάτωση, ευαισθησία στο επιγάστριο καθώς και εργαστηριακά επιβαρυντικά για την κατάστασή του, διαγνώσθηκε έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου. Επει-

δή πολλές φορές είχε νοσηλευτεί σε νοσοκομεία και έκανε συντηρητική αγωγή, αποφάσισε να χειρουργηθεί. Έγινε μερική γαστρεκτομή κατά BILLROTH I. Η επέμβαση κράτησε 2,5 ώρες. Πήρε 2 φιάλες αίμα κατά την διάρκεια της επεμβάσεως. Έγινε αιματολογικός έλεγχος πριν και μετά το χειρουργείο και είχε Ht 37%. Η θεραπεία που έπαιρνε ήταν BRILIN 1x2 8πρ.-8βρ. ZINACEF 1x3 6πρ.- 2μεσ. 10βρ. και PETHIDINE επι πόνου. Συνολικά παρέμεινε στο νοσοκομείο 13 ημέρες.



Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστ.εκτίμηση
Πόνος	Μείωση του πόνου	Εξουδετέρωση των εικρίσεων του στομάχου για ανακούφιση από τον πόνο.	Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων. Χορήγηση αντιχολινεργικών. Επαρκή ευυδάτωση	Ανακούφιση πόνου
Αυστηρία	Ανακούφιση από την δυσπεψία	-Μείωση της κινητικότητας του στομάχου και της εκκρίσεως των γαστρικών υγρών. -Χορήγηση διαιτολογίου ελκοπαθούς. Χορήγηση διαιτολογίου ελκοπαθούς	Δευκοματούχες τροφές. Συχνά-μικρά γεύματα Αποφυγή ερεθιστικών τροφών. Αποφυγή καπνίσματος. Μείωση της Α.Π και των σφυγμών ανα 1/2 ώρα. Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.	Εξουδετέρωση των οξέων. Απορόφηση των γλεοναζόντων οξέων.
Πτώση Α.Π και μείωση των σφυγμών	Επιναφορά των ζωτικών σημείων στα φυσιολογικά όρια.	Συχνή λήψη και έλεγχος των ζωτικών σημείων.	Συνεχή επαφή με τον άρρωστο. Συζητηση και επικοινωνία μαζί του. Ακρόαση των προβλημάτων του καθώς και απόδοχή του τρόπου αντιμετώπισής τους. Κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών του.	Σταδιακή αύξηση Α.Π και σφυγμών.
Άγχος	Απαλαγή από το άγχος και ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς	Λήψη μέτρων που βοηθούν στην άμση επικουρώνια νοσηλεύτριας-ασθενή ώστε ο τελευταίος να τονωθεί ψυχικά για την καλύτερη έκβαση της πορείας της νόσου.		Ο ασθενής φαινόταν ήρεμος και ανακουφισμένος.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΑΚΟΣ ΒΟΑΒΟΧ ΒΟΑΒΟΧ ΑΔΑΦΚΑΔΑΚΤΥΛΑΟΥ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστημονική εκτίμηση
Έμετοι	Απαλλαγή από το σύμπτωμα	Βοήθεια του ασθενούς για την αποφυγή των εμέτων και απαλάγην από αυτούς	Χορήγηση αντιεμετικών πριν από το φαγητό Χορήγηση μη ερεθιστικών τροφών για το γαστρικό βλεννογόνο. Αψη συχνών και μικρών γευμάτων. Αψη ζωτικών σημείων Πλύση στοματικής κοιλότητας μετά τον έμετο. Παρατήρηση χαρακτηριστικών των εμεμάτων για παρουσία αίματος. Παρακολούθηση για συμπτώματα αφυδάτωσης Παρακολούθηση λοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών.	Μείωση του αριθμού των εμέτων. Ανακούφιση του ασθενούς από του εμέτους Αποφυγή κακοσμίας και εστίας μόλυνσης Διόρθωση λοζυγίου και αποφυγή αφυδάτωσης Η λειτουργικότητα του εντέρου επανήλθε
Αυσκούλιό-τητα	Κένωση του εντερικού σωλήνα και ανακούφιση του ασθενούς	Να δώσει καθαρτικό υπόθετο και επι αποτυχίας αυτό να γίνει υποκλισημός	Κατόπιν μη εκκένωσης του εντέρου με υπόθετο καθαρτικό (florizan) έγινε καθαρτικός υποκλισημός.	Η λειτουργικότητα του εντέρου επανήλθε

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΑΚΟΣ ΒΟΑΒΟΥ ΔΗΛΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

<p>Προβλήματα ασθενή</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων &amp; επιστημονική επίλυση</p>
<p>Μετεγχειρητικός πόνος</p>	<p>Μείωση ή τελεία εξάλειψη του πόνου</p>	<p>Εφαρμογή όλων των δυνατών μέσων για τη μείωση του πόνου και σε περίπτωση αποτυχίας αυτών να ενημερωθεί ο γιατρός για το είδος του παυσίτου που πρέπει να χορηγηθεί.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση Συχνές αλλαγές της θέσεως του. Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου φυσικού περιβάλλοντος.</p>	<p>Ο ασθενής έδειχνε ανακουφισμένος και ήρεμος</p>
<p>Ανοσφορία</p>	<p>Απαλλαγή από την δυσφορία και ανακούφιση του ασθενούς</p>	<p>Έλεγχος των παρεχόμενων δόσεων των απαραίτητων μέτρων.</p>	<p>Συχνές αναρροφήσεις από το Levin. Παρακολούθηση των παρεχόμενων του τραύματος. Εξασφάλιση ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος.</p>	<p>Ανακούφιση από την δυσφορία. Ήρεμία του ασθενούς</p>
<p>Πυρετός</p>	<p>Η θερμοκρασία να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Έλεγχος των ζωτικών σημείων και συχνή παρακολούθηση αυτών.</p>	<p>Τρίωρη θερμομέτρηση. (Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. Όταν η θερμοκρασία ξεπέρασε τους 38,60C έγινε κατόπιν εντολής του γιατρού αντιπυρετική ένεση IM Apotel).</p>	<p>Η θερμοκρασία μειώθηκε εντός φυσιολογικών ορίων.</p>
<p>Δυσπνοια</p>	<p>Ενίσχυση της αναπνοής</p>	<p>Κατάλληλη θέση επί κλίσης Αναπνευστικές κινήσεις</p>	<p>Ηλικιωστική θέση με με τον θώρακα σε έκταση.</p>	<p>Φυσιολογική αναπνοή χωρίς εμφάνιση αναπνευστικών μολύνσεων</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΒΟΒΟΥ ΔΕΚΑΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επισημωτική επίληψη.
Δίψα	Ανακούφιση από την δίψα.	Δήψη όλων των δυνατών μέτρων ώστε να απαλλαγεί από την Ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλεί η ένεση αιμορίνης.	Συχνές γλώσσες της στοματικής κοιλότητας Υγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό. Χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.	Η δίψα του ασθενούς περιορίστηκε.
Αγχος και συναισθηματική κατάσταση για την εξέλιξη τη μετεγχειρητικής του πορείας	Μείωση του άγχους	Ψυχική τόνωση του ασθενούς και επικοινωνία μαζί του	Δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου συζητήθηκαν προσωπικά θέματα. Ικανοποίηση των φυσικών του αναγκών, καθώς και των κοινωνικών. Επαφή με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας για λύση αφοριών και ανησυχιών του. Κατανόηση του αρρώστου ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία	Ψυχική ηρεμία του ασθενούς. Ανακούφιση του από τα διάφορα προβλήματα που τον απασχολούσαν.

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΛΕΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Στις 15/1/1992 έγινε εισαγωγή στην Χειρουργική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αιγίου, ασθενής ηλικίας 63 ετών, δημόσιος υπάλληλος στο επάγγελμα, κάτοικος Αιγίου με αιτία εισόδου "πυλωρική στένωση".

Ο ασθενής αναφέρει ότι εδώ και αρκετά χρόνια (10) είχε ενοχλήματα από το πεπτικό δηλαδή καύσος και άλγος στο επιγάστριο το οποίο μετά την λήψη τροφής ή σκευασμάτων από αντιόξινα υποχωρούσε.

Προ επταετίας έκανε βαριούχο γεύμα ανωτέρου πεπτικού το οποίο έδειξε έλκος βολβού 12/δακτύλου. Έκτοτε ο ασθενής έως και τον Δεκέμβριο του 1991 έκανε συντηρητική αγωγή με Η<sub>2</sub> αναστολείς. Στις αρχές του Ιανουαρίου αισθανόταν πληρότητα στο επιγάστριο (μετά την λήψη τροφής), άλγος, καύσος και ερυγές. Προκαλούσε μόνος του έμμετο και έβρισκε ανακούφιση. Υποβλήθηκε στις 4/1/1992 σε βαριούχο γεύμα ανωτέρου πεπτικού και ανευρέθη πυλωρική στένωση με σχετικά μεγάλο βαθμό διάτασης του στομάχου. Εκ τούτου χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση.

Επίσης στο ατομικό αναμνηστικό του ιστορικό αναφέρεται: Γλαύκωμα στον αριστερό οφθαλμό (χειρουργήθηκε το 1988). Είναι καπνιστής 2 πακέτων τσιγάρα την ημέρα. Και τέλος έχει και χρόνια βρογχίτη.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστημονική επίλυση
Πόνος  Αίσθημα ελλοσ- τοικής πλήρση- τας και βάρους μετά το φαγητό	Ανακούφιση από τον πόνο  Απαλαγή από τα δυσά- ρεστα αυτά συμπτώματα	Χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων ώστε ο ασθενής να απαλαγεί από τον πόνο  Αύξη όλων των δυνα- τών μέτρων για την ανακούφιση του ασθενούς	Χορηγήθηκαν αντιόξινα για την εξουδετέρωση των εκρί- σεων του στομάχου και αντι- χολινεργικά για την μείωση της κινητικότητας του στο- μάχου. Έγινε ταυσίτιση ένεση IM (Pethidine 0,05mg)  Τίθεται ρινογαστρικός σωλή- νας Levin. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρ- ρόφησης για άδειασμα του στομάχου.	Ελάττωση του πόνου Ο ασθενής πήμψε και ανακούφισθηκε  Ο πόνος σταμάτησε  Ανακούφιση του ασθενούς
Ανορεξία  Απώλεια βάρους	Θερμική κάλυψη του ασθενούς  Βελτίωση του βάρους του ασθενή	Κάλυψη των αναγκών του ασθενούς σε θερμίδες με ενδο- φλέβιες χορηγήσεις	Παραντερική χορήγηση νερού και θρεπτικών ουσιών.  Χορήγηση διαλυμάτων RINGERS, DEXTROZE 5% +2Amp KCl  Συχνή παρακολούθηση ώστε να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες καθημερινά.  Ενίσχυση του ασθενούς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων διαστηματική παρακολούθηση του βάρους.	Ικανοποιητική πορεία ισοζυγίου υγρών και θερμίδων  Αύξηση του σωματικού βάρους

ΠΡΟΓΡΑΦΗ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΟΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

<p>Προβλήματα ασθενή</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστημονική εκτίμηση</p>
<p>Έμετος φόβος και αγωνία του ασθενούς για το άγνωστο της επεμβάσεως</p>	<p>Απαλλαγή από τους εμέτους Μείωση του φόβου και του άγχους</p>	<p>Να βοηθηθεί ο ασθενής για την αποφυγή των εμέτων Ηθική τόνωση και ενημέρωση του ασθενούς</p>	<p>Συχνές τάλυξεις της στοματικής κοιλότητας ώστε αυτή να διατηρείται καθαρή μετά από κάθε έμετο. Έγινε διασωλήνωση στομάχου από την μήτη με σωλήνα Levin Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα αφυδάτωσης Συζήτηση με τον άρρωστο ώστε να ληθούν όλες οι αποφάσεις του για το θέμα της επεμβάσεως. Κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών του Χορήγηση κατευναστικών I.V. Επαφή του αρρώστου με άλλα άτομα που έχουν υποβληθεί στην ίδια χειρουργική επέμβαση και η έμβαση της μετεγχειρητικής τους πορείας είναι πολύ καλή.</p>	<p>Μείωση κακοσμίας Απαλλαγή από τους εμέτους Επιτεύχθηκε ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς Τα δυσάρεστα συναισθήματα του μειώθηκαν και με ελιπίδα τλέον και κουράγιο ανέμενε την χειρουργική επέμβαση.</p>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΟΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

<p>Προβλήματα ασθενή</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Επέλεξε νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστημονική επίλυση</p>
<p>Μετατραυματικός πόνος και δυσφορία</p>	<p>Μείωση πόνου</p>	<p>Αύξη όλων των μέτρων που είναι δυνατά για την ανακούφιση από τα συγκεκριμένα συμπτώματα</p>	<p>Πιστή και ακριβή τήρηση της χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων Τοποθέτηση σε αναπαυτική θέση Συχνή αλλαγή θέσεως Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παρεχόμενων (Levin, τραύματος)</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο</p>
<p>Ανεπαρκής θρέψη</p>	<p>Ενίσχυση επαρκούς θρέψης του ασθενούς</p>	<p>Αποφυγή μολύνσεων</p>	<p>Επιλογή παρακολούθηση και έλεγχος των αποβαλλόμενων και προσλαμβανόμενων υγρών Παρακολούθηση του διαιτολογίου του ασθενούς</p>	<p>Ανακούφιση από την δυσφορία Ενίσχυση του ασθενούς</p>
			<p>Πιστή τήρηση της παρεντερικής χορήγησης υγρών Ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών Χορήγηση υγρών από το στόμα εφόσον λειτουργεί το έντερο</p>	<p>Εξασφάλιση επαρκούς θρέψης Εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών</p>



ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΑΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

<p>Προβλήματα ασθενή</p>	<p>Αντικειμενικοί σκοποί</p>	<p>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Εκτέλεση νοσηλευτικής φροντίδας</p>	<p>Αξιολόγηση αποτελεσμάτων και επιστημονική εκτίμηση</p>
<p>Αναπνευστική δυσχέρεια</p>	<p>Αποκατάσταση φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας</p>	<p>Κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι Αναπνευστικές ασκήσεις</p>	<p>Λεύκωματα και βιταμίνες εφόσον αρχίσει να συλλέγεται Εξασφάλιση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη Εκτίμηση και ικανοποίηση των προσωπικών προτιμήσεων της διατροφής του αρρώστου Ημικαθιστική θέση με θωρακικό τοίχωμα σε έκταση Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να βήχει και να παίρνει βαθιές αναπνοές</p>	<p>Φυσιολογική αναπνοή Αποφυγή αναπνευστικών μολύνσεων  Πρόληψη πνευμονικής εμβολής Μη εμφάνιση αναπνευστικής δυσχέρειας και θωρακικού πόνου μετεγχειρητικά κατά την έγερση του ασθενούς.</p>
<p>Θρόμβωση</p>	<p>Πρόληψη θμβωφλεβίτιδας κάτω άκρων</p>	<p>Εγκαθιστηση και σταθεροποίηση ένεσης στο κρεβάτι</p>	<p>Ασκήσεις των κάτω άκρων Εφαρμόζονται ελαστικοί επίδεσμοι στα κάτω άκρα όταν ο ασθενής μετά από εντολή γιατρού μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι</p>	

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία εξετάσθηκε λοιπόν, όσο ήταν δυνατόν, ή νόσος του πεπτικού έλκους.

Μετά απο μια σύντομη εισαγωγή, έγινε αναφορά στην ανατομία και φυσιολογία του στομάχου και δωδεκαδακτύλου, γνώσεις απαραίτητες για την περαιτέρω μελέτη και κατανόηση της νόσου.

Στην συνέχεια έγινε λόγος για τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις της νόσου, καθώς επίσης και για τις επιπλοκές.

Ασχοληθήκαμε μετά, με τους τρόπους διάγνωσης, κάνοντας αναφορά στην σύγχρονη τεχνολογία και την συμβολή της, στην μελέτη και διάγνωση της νόσου, για να μπούμε μετά στο κεφάλαιο της θεραπείας και να τονίσουμε ότι χωρίζετε σε συντηρητική και χειρουργική.

Τελευταίο αφήσαμε το κεφάλαιο της Νοσηλευτικής φροντίδας που είναι και το κύριο μέρος της παρούσας εργασίας. Σ' αυτό αναφέρεται η μεγάλη σημασία και η τεράστια συμβολή της Νοσηλεύτριας αδερφής, στην αντιμετώπιση κάθε ασθενή και συγκεκριμένα εδώ του πάσχοντα από πεπτικό έλκος.

Γι' αυτό κι εμείς σαν μέλη της υγειονομικής ομάδας πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι για να μπορέσουμε να προσφέρουμε σωστή και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, αλλά και σε κάθε άρρωστο ξεχωριστά πρέπει να κατέχουμε γνώσεις και να μας χαρακτηρίζουν το πνεύμα αγάπης προς τον ασθενή που πάσχει απο οποιαδήποτε νόσο και η ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος του.

Πρέπει επίσης εμείς οι Νοσηλεύτριες να γνωρίζουμε ότι η βαθειά γνώση του αντικειμένου (νοσηλείας) εκ μέρους της αδελφής και η μετάδοση του αισθήματος σιγουριάς και εμπιστοσύνης στον ασθενή είναι μέρος της θεραπείας και έχει σχέση με την ψυχική διάθεση του ασθενή και τον βοηθά στην αντιμετώπιση της νόσου του.

Τέλος θέλω να πιστεύω ότι με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας μου, να πάρω το πτυχίο το οποίο θα με ανταμείψει για την

προσπάθεια που κατέβαλα κατά την διάρκεια των σπουδών μου και να συνεχίσω την καριέρα μου ευσυνείδητα, προσφέροντας με βάση τις γνώσεις που αποκόμισα όλο αυτό το διάστημα, αέραια, σωστή, νοσηλευτική φροντίδα στον πάσχοντα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αποστολίδη Δ. "Συνοπτική Γενική Χειρουργική" Επίτομος, έκδοση πρώτη, εκδόσεις Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1987.
- Βασώνη Δ. "Επίτομη Χειρουργικής και Ορθοπεδικής" Επίτομος, έκδοση πέμπτη, Εκδόσεις Β.Δ.Βασώνης, Αθήνα 1987.
- Γαρδίκια Κ. "Ειδική Νοσολογία" Επίτομος, έκδοση τρίτη, επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισιανός, Αθήνα 1981.
- Γίτσιου Κ. "Νοσολογία" έκδοση δεύτερη, οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων, Αθήνα 1988.
- Harrison G. Μετάφραση Κοικέλης "Εσωτερική Παθολογία" τόμος Α', έκδοση όγδοη, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ.Παρισιανός, Αθήνα 1987.
- Μπάλλας Π. "Χειρουργική" τόμος, Α', Ιατρικές εκδόσεις Π.Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
- Μαργαρινού Μ.-Κωνσταντινίδου Φ.Νοσηλευτική "Γενική Χειρουργική-Παθολογική" τόμος Α', έκδοση δέκατη, εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- Μούσουρα Α. Σημειώσεις "Ειδικές δίαιτες" Τ.Ε.Ι., Πάτρα 1990.
- Παπαδημητρίου Γ.-Ανδρουλάκης Γ."Αρχές Γενικής Χειρουργικής" τόμος Β', εκδόσεις Γρ.Παρισιανός, Αθήνα 1989
- Ράπτης Σ.-Αυγερινός Α. "Παθογενετικοί μηχανισμοί και θεραπευτικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους" Εκδόσεις Γρ.Παρισιανός, Αθήνα 1987.
- READ, BORRIT, HEWER. Μετάφραση Μουτσόπουλος "Σύγχρονη Παθολογία" Επίλογος, έκδοση δεύτερη, Ιατρικές και εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- Σαχίνη-Καρδάση Α.-Πάνου Μ."Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική" τόμος Β', έκδοση πρώτη, μέρος Β' εκδόσεις "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS 1985, Αθήνα 1985

