

Τ.Ε.Ι Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ Ε Μ Α : " Ε Λ Κ Ο Σ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ "

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:

ΚΑΤΣΑΟΥΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



ΠΑΤΡΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1994

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	886
----------------------	-----

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΕΣ
1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-2
2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3-4
3. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	4
α) Χωρητικότητα-μορφή-μολρες	5
β) Τύπος στομάχου	6-7
γ) Θέση-μορφή	7-8
δ) στήριξη στομάχου	8-9
4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	10
α) Γαστρική φάση	10-12
φάσεις γαστρικής έκκρισης	12-13
β) κινητικές λειτουργίες	14
γ) κένωση στομάχου	14-15
δ) ρύθμιση κένωσης	15-18
ε) αναστολή κένωσης	18
5. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	19
α) αδένες	19
β) κύτταρα που αποτελούν το επιθήλιο των αδένων	19-20
γ) αγγεία στομάχου	20-21
δ) νεύρα στομάχου	21-22
6. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	22-23
7. ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	24-25
8. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	25-26
9. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	27
α) Συντηρητική θεραπεία	27-29
β) Τρόποι χειρουργικής επέμβασης	29-31
10. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	32
α) προβλήματα ελκοπαθούς	32

β) Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	33
γ) Προγραμματισμός ενεργειών	33
δ) Νοσηλευτική παρέμβαση	34-36
ε) Επιπλοκές έλκους	37-41
στ) Προεγχειρητική φροντίδα και μεταγχειρητική φροντίδα	42-52
11. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ (ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ)	53-60
12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	61-62
13. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	63-64

Α' Μ Ε Ρ Ο Σ

---

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

---

Καρδιοπάθειες, Καρκίνος, Διαβήτης, Άγχος, Έλκος.

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

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

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

Επικρατεί η αντίληψη ότι τίποτε το ιδιαίτερο δεν χρειάζεται να γίνει ή τίποτε δεν μπορεί να γίνει για να προληφθούν οι ασθένειες, έτσι τουλάχιστον πιστεύει ο πολύς κόσμος. Ο μέσος όρος των ανθρώπων συνηθίζει να επισκέπτεται τον γιατρό του, μόλις εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα της αρρώστιας, αυτός με την σειρά του δίνει κάποια συνταγή για αντιβιοτικά και άλλα και σε περίπτωση ανάγκης, αφαιρείται από τον ασθενή με εγχείρηση κάποιο άχρηστο συνήθως όργανό του.

Η δαπάνη θα καλυφθεί σχεδόν όλη από την ασφάλεια νοσοκομειακής περίθαλψης, θα πάρει κάποιο επίδομα ασθενείας μέχρι να

γίνει καλά και μετά... έχει ο Θεός !

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

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

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

Αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να σπαταλούμε δισεκατομμύρια δραχμές για την υγεία, όχι, όπως θα νόμιζε κανείς για να είναι ο κόσμος υγιής, αλλά για να θεραπεύσουμε προσωρινά της πιο πολλές φορές, όσους είναι δυνατόν, από αυτούς που αρρωσταίνουν. Αποτέλεσμα αυτής της νοοτροπίας είναι να υποφέρει όλο και πιο πολύς κόσμος στο κρεβάτι του πόνου και της αρρώστιας.

Το έλκος του στομάχου και του 12δακτύλου είναι μια πολύ συνηθισμένη αρρώστια σε όλες τις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες. Σύμφωνα με τις στατιστικές που δημοσιεύθηκαν πριν δύο περίπου χρόνια, τουλάχιστον 600.000 Έλληνες πάσχουν από γαστρικό έλκος-ο αριθμός αυτός γίνεται μεγαλύτερος κάθε χρόνο. Αυτές οι οδυνηρές και επικίνδυνες παθήσεις, κατατάσσονται τώρα ανάμεσα στις μεγαλύτερες μάστιγες της σύγχρονης εποχής.

## Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

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

Στον ορισμό του πεπτικού έλκους, εννοείται ότι για να εκδηλωθεί είναι απαραίτητη η παραγωγή γαστρικού υγρού, ο εντοπισμός του οποίου σε διάφορες θέσεις συνδέεται με αιτίες που είναι επακόλουθα παραγόντων γενικής και ειδικής φύσης. Το έλκος είναι κυρίως απώλεια ιστού του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου, αλλά και των υποκείμενων στρωμάτων, στρογγυλής κορφής ή ωοειδούς, με καθαρά όρια, επίπεδα, με μυτερή κορφή, με πυθμένα χρώματος άσπρου ή ασπροκαφεοειδούς. Η βάση του έλκους αποτελείται από βλέννα και νευρωτικά κατάλοιπα και από ουλώδη ιστό ο οποίος περιβάλλεται κάθε φορά από άλλο βαθμό φλεγμονώδους αντιδράσεως. Ελκη, τα οποία προέρχονται από την έκθεση στην επίδραση του γαστρικού υγρού, έχουν την ίδια όψη, είτε εμφανίζονται στο δωδεκαδάκτυλο, στο στομάχι, στη νησίδα ή στη

βάση εκκολπώματος του MEIKEL, που περιέχει γαστρικό βλεννογόνο. Για το λόγο αυτό ο όρος οξεοπεπτική εξέλκωση ή οξεοπεατική νόσος, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ορθά για όλες αυτές τις εξελκώσεις.

### ANATOMIA ΣΤΟΜΑΧΟΥ.

Ο οισοφάγος αφού διέλθει από το διάφραγμα, μεταπίπτει απότομα στο οισοφαγικό στόμιο (καρδιακό), στο ευρύτερο τμήμα του εντερικού σωλήνα, το στομάχι.

Είναι η πιο διευρυμένη μοίρα του γαστρεντερικού σωλήνα και βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του 12δακτύλου. Το άνοιγμα προς τον οισοφάγο λέγεται οισοφαγικό στόμιο και προς το λεπτό έντερο πυλωρικό στόμιο (πυλωρός).

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

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

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

Οι αδένες που βρίσκονται στον ιδίως στόμαχο περιέχουν διάφορα κύτταρα: α) βλεννώδη κύτταρα, β) καλυπτήρια κύτταρα που παράγουν HCL και ενδογενή παράγοντα, γ) ζυμογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο, δ) εντεροενδοκρινή κύτταρα που εκκρίνουν ορμόνες. Από αυτές η ορμόνη γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στόμαχος και προκαλεί αύξηση της έκκρισης γαστρικού υγρού.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλέγμα στον υποβλενογόνιο απ' όπου και ξεκινούν τριχοειδή για το βλενογόνο. Εξαίρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου που παίρνει



αίμα με κατευθείαν κλάδους από την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και γι' αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται μετεγχειρητικά προβλήματα ισχαιμίας.

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

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

Η μορφή του στομάχου αποτελείται από τρεις μοίρες: την καρδιακή μοίρα όπου είναι το επιμηκότερο τμήμα και βρίσκεται αριστερά της σπονδυλικής στήλης, πυλωρική μοίρα, είναι το βραχύτερο, βρίσκεται μπροστά και δεξιά της σπονδυλικής στήλης και τέλος η γωνιαία εκτομή ή ελλάσον τόξο, όπου αποτελεί όριο χωρισμού μεταξύ τους.

Η καρδιακή μοίρα υποδιαιρείται στο θόλο (πυθμένα) και στο σώμα του στομάχου.

Η πυλωρική μοίρα διακρίνεται στο πυλωρικό άντρο και στο πυλωρικό σωλήνα

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

Χρησιμοποιήθηκαν οι ακτίνες X για την μελέτη του στομάχου. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες επιδρούν σημαντικά στην μορφή και στην θέση του οργάνου αυτού, όπως ο τόνος του τοιχώματος του στομάχου, η γενική σωματική διαμόρφωση, το περιεχόμενο του στομάχου, η πίεση των υποκείμενων οργάνων, η στάση του κορμού, οι αναπνευστικές κινήσεις, ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος και

του διαφράγματος και οι ίδιες οι κινήσεις του στομάχου αποτελούν αξιόλογους παράγοντες, εμφανίζοντας σημασία για τις αλλαγές που συμβαίνουν στην μορφή και στη θέση του στομάχου στον κάθε άνθρωπο.

Έτσι, ανάλογα με τον βαθμό του μυϊκού τόνου του στομάχου διακρίνουμε τρεις τύπους:

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

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

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

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

Ο υποτονικός στόμαχος, εξαιρετικά επιμήκης, συνήθως βρίσκεται ολόκληρος σχεδόν αριστερά της μέσης γραμμής.

Το κάτω μέρος του, το κατώτερο της γωνιαίας εντομής, είναι σχεδόν ευρύ, το μείζον του τόξο είναι δυνατόν να βρίσκεται πιο κάτω του συνηθισμένου επιπέδου. Εξαιρετικός βαθμός υποτονίας χαρακτηρίζει το ατονικό στομάχο.

Η γενική στοματική διάπλαση επιδρά συνήθως στη μορφή του

στομάχου. Έτσι, στα λεπτόσωμα άτομα παρατηρείται, συνήθως, ο επιμήκης (υποτονικός) τύπος, στα ευρώσωμα ο εγκάρσιος τύπος (υπερτονικός).

Το περιεχόμενο του στομάχου επηρεάζει τις διαστάσεις και την μορφή του. Έτσι, όσο πιά μεγάλη ποσότητα τροφής προσλαμβάνεται, το μείζον τόξο του στομάχου κατεβαίνει, η μορφή και οι διαστάσεις του θόλου (πυθμένα) αυτού επηρεάζονται από την άθροιση αέρα μέσα σ' αυτό. Η πίεση που ασκείται από τα παρακείμενα όργανα στο στομάχι, προκαλεί μεταβολές στην μορφή του, αυτό συμβαίνει κατά την διάσπαση του κόλον από αέρια ή κατά την κύηση από την κυοφορούσα μήτρα.

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

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

Κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις ο στόμαχος επιμηκύνεται κατά την εκπνοή και βραχύνεται κατά την εισπνοή, ο θόλος

του στομάχου παρεκτοπίζεται περισσότερο ή η πλωρική μοίρα του. Ο βαθμός παρεκτόπισης αυτής εμφανίζει μεγάλη ποικιλία (2,5 - 10 εκατ.) στα διάφορα άτομα και εξαρτάται από τον τύπο της αναπνοής (πλευρικό ή διαφραγματικό).

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

Η μορφή, τέλος, του στομάχου επηρεάζεται από τις ίδιες του τις κινήσεις. Εκτός από την γενική στο σύνολο, συστολή του στομάχου, εμφανίζεται στο όργανο αυτό και περισταλτισμός προς το κύμα συστολής, ανέρχεται ως περίσφυξη στο μέσο περίπου του σώματος και φέρεται προς τον πλωρό. Το κύμα της γενικής συστολής του στομάχου εμφανίζει μεγάλη ποικιλία, ανάλογα με τον τύπο.

#### ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

1) Του ηπατογαστρικού ή ελάσσονος επιπλόου, που εκτείνεται μεταξύ του ελάσσονος τόξου του στομάχου και των πλωρών του ήπατος. Η δεξιά του μοίρα περιγράφεται ως ίδιος σύνδεσμος, ηπατοδωδεκαδακτυλικός περιέχει μεταξύ των δύο πετάλων, αριστερά την ηπατική αρτηρία, δεξιά, το χοληδόχο πόρο και στο μέσο στο βάθος την πυλαία φλέβα.

2) Το μείζονος επιπλόου, επεκτείνεται από το μείζον τόξο του

στομάχου μέχρι σε άλλο ύψος (ορισμένες φορές) από της ηβικής συμφύσεως. Η αρχική μοίρα του επιπλόου αυτού, η εκτεινόμενη μεταξύ του στομάχου και του εγκάρσιου κόλου, περιγράφεται ως γαστροκολικός σύνδεσμος.

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

4) Του γαστροδιαφραγματικού συνδέσμου, εκτείνεται μεταξύ του θόλου του στομάχου και του διαφράγματος.

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

A. ΓΑΣΤΡΙΚΗ (ΕΚΚΡΙΣΗ).

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

Ο όγκος του γαστρικού υγρού που εκκρίνεται σ' ένα φυσιολογικό νηστικό άτομο, κυμαίνεται από 1.000 μέχρι 1.500 Ml τη μέρα.

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

Ο κυριότερος φυσιολογικός παράγοντας διέγερσης για έκκριση γαστρικού οξέος είναι η λήψη γεύματος. Οι περισσότερες όμως μελέτες για έλεγχο της ικανότητας του γαστρικού βλεννογόνου να εκκρίνει οξύ μετά από διέγερση, έγιναν με την χορήγηση ισταμίνης (χορηγείται σκεύασμα HISTOLOG, που είναι συνθετικό παράγωγο της ισταμίνης) και γαστρίνης (χορηγείται πενταγαστρίνη που είναι συνθετικό πενταπεπτίδιο με δράση γαστρίνης). Έτσι, σε φυσιολογικά άτομα βρέθηκε ότι η μέση τιμή μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέος (μετά από διέγερση είναι 25 MMOL/ώρα με εύρος τιμών (1-35 MMOL/ώρα).

Ενδογενώς, τρεις ουσίες διεγείρουν την έκκριση γαστρικού οξέος από τα τοιχωματικά κύτταρα, η ακετυλοχολίνη, η γαστρίνη -

και η ισταμίνη. Πιστεύεται ότι κάθε μια από τις ουσίες αυξάνουν την δραστηριότητα των υπολοίπων.

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

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

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

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

Υπάρχουν δύο ομάδες πεψινογόνων. Η ομάδα 1 των πεψινογόνων, παράγεται από τα προηγούμενα και από κύτταρα αδένων του πυλωρού καθώς και από κύτταρα των αδένων του BRUNNER. Τα πεψινογόνα της

ομάδας 1 μετρούνται από αίμα με ραδιοανοσολογικές μεθόδους. Μετρήσεις έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέως και πεψιγόνου 1 του ορού.

3) Ο ενδογενής παράγοντας είναι μια βλεννοπρωτεΐνη απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης B12 από τον τελικό ειλεό. Παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου σε ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από αυτές που απαιτούνται για την απορρόφηση της B12.

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

#### ΦΑΣΕΙΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

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

2. Γαστρική φάση: Η γαστρική φάση ενεργοποιείται από μηχανικά και χημικά ερεθίσματα που δρουν στο στομάχι. Η διάστα-



ση του στομάχου από τις τροφές (μηχανικός ερεθισμός) προκαλεί αύξηση της γαστρικής οξύτητας, πιθανόν μέσω του πνευμονογαστρικού. Τα αμινοξέα και τα πεπτιδία (χημικός ερεθισμός) είναι τα μόνα γνωστά προϊόντα πέψης των τροφών που διεγείρουν την έκκριση οξέος από το στομάχι. Οι ουσίες αυτές διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης και έτσι προκαλούν αύξηση γαστρικού οξέος. Είναι δυνατόν όμως να δρουν και απ' ευθείας στα τοιχωματικά κύτταρα.

3. Εντερική φάση: Όταν οι τροφές εισέλθουν στο δωδεκαδάκτυλο, αρχίζει η εντερική φάση που συνεχίζει για μερικές ώρες μετά αφού φύγουν οι τροφές από το στομάχι.

Ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται έκκριση γαστρικού οξέος κατά την διάρκεια της εντερικής φάσης, είναι αδιευκρίνιστος. Πιθανόν να γίνεται απελευθέρωση γαστρίνης από τα 6 κύτταρα του 12δακτύλου ή να απελευθερώνεται άλλη ορμόνη που διεγείρει την έκκριση του γαστρικού οξέος.

Από το ανώτερο λεπτό έντερο, όμως, εκκρίνονται και άλλες ορμόνες, όπως η χολοκυστοκινίνη, που ενδεχομένως να αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος και η πεψίνη και η σεκρετίνη που αναστέλλουν την έκκριση γαστρικού οξέος. Άλλες ουσίες που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, είναι:

1. Καφεΐνη: προκαλεί ασθενή διέγερση της έκκρισης του γαστρικού οξέος. Ο μηχανισμός που δρα είναι άγνωστος.
2. Το οινόπνευμα: προκαλεί ελάχιστη, αν όχι καθόλου διέγερση της έκκρισης του γαστρικού οξέος, καθώς και απελευθέρωση γαστρίνης.
3. Το ασβέστιο: προκαλεί διέγερση γαστρικού και αύξηση της γαστρίνης του ορού.

### ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι κινητικές λειτουργίες στομάχου είναι 3:

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

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

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

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

### ΚΕΝΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Ρόλος του πυλωρού στην κένωση του στομάχου. Φυσιολογικά, ο πυλωρός σχεδόν μένει (όχι τελείως) κλειστός, χάρη στην τοπική συστολή του μυϊκού χιτώνα. Η δύναμη σύγκλισης του πυλωρού δεν είναι πολύ μεγάλη και έτσι το νερό και άλλα υγρά φεύγουν από το στομάχι με ευκολία.

Αντίθετα όμως, η ίδια αυτή δύναμη είναι αρκετά μεγάλη για το ημίρευστο χυμό, του οποίου επιτρέπει την μετακίνηση προς το δωδεκαδάκτυλο μόνο όταν το προωθούν ισχυρά περισταλτικά κύματα από το άντρο.

Τέλος, η συστολή του πυλωρικού σφικτήρα είναι δυνατόν να αυξομειώνεται με την επίδραση σημάτων που προέρχονται, όπως εξηγείται στη συνέχεια, τόσο από το στομάχι, όσο και από τον 12δάκτυλο.

- Ρόλος του περισταλτισμού του άντρου στην κένωση του στομάχου.
- Η πυλωρική αντλία.

Η ένταση του περισταλτισμού του άντρου μεταβάλλεται σημαντικά κάτω από διάφορες συνθήκες, ειδικά ως ανταπόκριση σε σήματα από το στομάχι και από το 12δακτυλο. Γιαυτό το λόγο αποτελεί τον άλλο κύριο καθοριστικό παράγοντα για την ταχύτητα της κένωσης του στομάχου. Όταν ο τόνος του πυλωρού είναι φυσιολογικός, κάθε ισχυρό περισταλτικό κύμα του άντρου, προωθεί μερικά ML χυμού προς το 12δάκτυλο. Έτσι, τα περισταλτικά κύματα ασκούν λειτουργία αντλίας που συχνά λέγεται "πυλωρική αντλία".

#### ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η ταχύτητα με την οποία κενώνεται ο στομάχος, ρυθμίζεται με σήματα τα οποία προέρχονται τόσο από το ίδιο το στομάχι, όσο και από το 12δάκτυλο. Τα σήματα από το στομάχι είναι κυρίως δύο ειδών:

- 1) νευρικά σήματα, που προκαλούνται από την διάτασή του, από την τροφή και
- 2) η ορμόνη γαστρίνη, της οποίας η απελευθέρωση από το

βλεννογόνο του άντρου αποτελεί ανταπόκριση στην παρουσία τροφής μέσα στο στομάχι.

Και τα δύο αυτά σήματα αυξάνουν τη δύναμη της "πυλωρικής αντλίας", ενώ ταυτόχρονα αναστέλλουν τη σύσταση του πυλωρικού σφικτήρα ευνοώντας έτσι την κένωση του στομάχου.

Αντίθετα, τα σήματα που προέρχονται από το 12δάκτυλο, καταστέλλουν τη λειτουργία της πυλωρικής αντλίας και συνήθως αυξάνουν ταυτόχρονα τον τόνο του πυλωρικού σφικτήρα. Γενικά, όταν μπει στον 12δάκτυλο υπέρμετρη ποσότητα χυμού ή περίσσια διάφορων τύπων χυμού, ισχυρά σήματα αρνητικής παλίνδρομης ρύθμισης τόσο νευρικά, όσο και ορμονικά, καταστέλλουν την πυλωρική αντλία και αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφικτήρα. Είναι φανερό ότι αυτά τα αρνητικά παλίνδρομα σήματα, εμποδίζουν την είσοδο μεγαλύτερης ποσότητας χυμού στο 12δάκτυλο μέχρι ο προηγούμενος να υποβληθεί σε κατάλληλη επεξεργασία στο λεπτό έντερο.

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

- Η ανασταλτική επίδραση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού του 12δακτύλου στην δραστηριότητα του πυλωρού.

Κατά την είσοδο χυμού στο 12δάκτυλο, μεταβιβάζονται προς το στομάχι νευρικά αντανακλαστικά σήματα που αναστέλουν τον περισταλιτισμό του άντρου και αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφικτήρα. Αυτό είναι το λεγόμενο εντερογαστρικό αντανακλαστικό, που είναι φανερό ότι αναστέλλει την κένωση του στομάχου μέχρι το λεπτό έντερο να μπορέσει να απομακρύνει το χυμό. Είναι πιθανόν ότι το αντανακλαστικό αυτό φέρεται, κυρίως, με προσαγωγές ίνες των πνευμονογαστρικών στο εγκεφαλικό στέλεχος και από εκεί επιστρέφει στο στομάχι με απαγωγές ίνες πάλι των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Οι παράγοντες που ελέγχονται συνεχώς μέσα στο 12δάκτυλο, μπορούν να προκαλέσουν έκλυση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού, είναι:

1. Ο βαθμός διάστασης του 12δακτύλου
2. Η ύπαρξη οποιουδήποτε ερεθισμού του 12δακτυλικού βλεννογόνου.
3. Ο βαθμός οξύτητας του 12δακτυλικού χυμού.
4. Η ωσμωτικότητα του χυμού.
5. Η παρουσία στο χυμό ορισμένων προϊόντων διάσπασης και ειδικότερα προϊόντων διάσπασης πρωτεϊνών και ίσως (σε μικρότερη έκταση) λιπών.

Το εντερογαστρικό αντανακλαστικό είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στην ανίχνευση ερεθιστικών ουσιών και οξέων μέσα στο 12δακτυλικό χυμό. Όταν π.χ. ΡΗ του δωδεκαδακτυλικού χυμού, γίνεται χαμηλότερο από 3,3 - 4 περίπου, ελκύεται αμέσως το εντερογαστρικό αντανακλαστικό του πυλωρικού σφικτήρα, ελαττώνοντας ή και αναστέλλοντας την απελευθέρωση όξινου γαστρικού περιεχομένου

στο 12δάκτυλο, μέχρι να γίνει δυνατή η εξουδετέρωση του 12δακτυλικού χυμού από τα παγκρεατικά και άλλα εκκρίματα.

#### ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΚΕΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Με ορμονική παλλίνδρομη ρύθμιση από το 12δάκτυλο - ο ρόλος των λιπών.

Η είσοδος υπέρμετρης ποσότητας χυμού στο 12δάκτυλο, εξακολουθεί να αναστέλλει την κένωση του στομάχου, ακόμα και σε περίπτωση αποκλεισμού του εντερογαστρικού αντανακλαστικού. Η αντίδραση αυτή είναι ιδιαίτερα έντονη όταν ο χυμός περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους, προκαλείται από διάφορες ορμόνες που εκκρίνονται από το βλενογόνο του ανώτερου τμήματος του λεπτού εντέρου. Οι ορμόνες αυτές απορροφούνται στο αίμα και μεταφέρονται στο στόμιο, όπου προκαλούν αναστολή του περισταλτισμού του άντρου και αύξηση του τόνου του πυλωρικού σφικτήρα.

Οι ορμόνες αυτές είναι: 1) χολοκυστοκίνη, η οποία απελευθερώνεται από το βλενογόνο της νηστίδας ως απάντηση στην παρουσία λιπαρών ουσιών μέσα στο χυμό, 2) η εκκριματίνη (σεκρετίνη), η οποία εκκρίνεται από το βλενογόνο του 12δακτύλου ως απάντηση στο γαστρικό οξύ που απελευθερώνεται από το στομάχι και τέλος 3) μια ορμόνη, το γαστρικό ανασταλτικό πεπτίδιο που εκκρίνεται από το ανώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου, ως απάντηση στο λίπος και τους υδατάνθρακες του χυμού.

## Ι Σ Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

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

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

Οι καρδιακοί αδένες: είναι σχιστοί και ελικοειδείς, σωληνοειδείς αδένες, των οποίων το εκκριτικό επιθήλιο αποτελείται από κυβοειδή βλεννογόνα κύτταρα, που έχουν αποπλατυσμένο πυρήνα, απωθημένο στη βάση του κυττάρου.

Βρίσκονται στην μεταξύ οισοφάγου και στομάχου μεταβατική ζώνη.

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

Το εκκριτικό επιθήλιο των αδένων αποτελείται από:

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

Τα βλεννογόνα κύτταρα.

Απαντούν, κυρίως, στο επιθήλιο του αυχένα και μεμονωμένα στο σώμα του αδένος.

Σχετικά με το λειτουργικό ρόλο της εκκρίσεως των κυττάρων αυτών

του αυχένα, μόνο υποθέσεις υπάρχουν. Μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ο ρόλος αυτός συσχετίζεται με την αυτοπροστασία του αδένου από το HCL και τα πρωτεολυτικά ένζυμα.

#### Τα θεμέλια κύτταρα (ζυμογόνα).

Είναι πολύ περισσότερα από τα άλλα κύτταρα των ιδίως γαστρικών αδένων.

Έχουν κυβοειδές ή μόλις κυλινδρικό σχήμα και τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των κυττάρων που συνθέτουν και εκκρίνουν πρωτεΐνες. Το κορυφαίο τους ημιμόριο, περιέχει την πολύ καλά αναπτυγμένη συσκευή GOLGI και τα προζυμογόνα κυστίδια (κοκκία) στα οποία περιέχεται πεψινογόνο, δηλαδή, το προστάδιο της πεψίνης και άλλα ενδεχομένως πρωτεολυτικά προένζυμα. Το πεψινογόνο των εκκριτικών κυστιδίων (κοκκίων) ενεργοποιείται μετά την απελευθέρωσή του (αίτιο το HCL) και μετατρέπεται σε πεψίνη.

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

Τα καλυπτήρια κύτταρα παράγουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού.

#### ΑΓΓΕΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Για την αγγείωση του στομάχου μετέχουν διάφορες αρτηρίες. Η αριστερή γαστρική (της κοιλιακής αρτηρίας) και η δεξιά



γαστρική (της ηπατικής). Κατευθύνονται κατά μήκος του ελλάσσονος τόξου. Η αριστερά γαστροεπιπλοϊκή (της γαστροδωδεκαδακτυλικής) κατευθύνεται κατά μήκος του μείζονος τόξου του στομάχου.

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

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

Η λέμφος του στομάχου έχει τρεις κατευθύνσεις στην περιοχή του ελλάσσονος τόξου τα λεμφαγγεία φέρονται προς τα άνω γαστρικά λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν την αριστερή γαστρική αρτηρία, στην περιοχή του μείζονος τόξου στα κάτω γαστρικά λεμφογάγγλια, συνοδεύουν την δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία. Στο θόλο του στομάχου, λεμφαγγεία φέρονται στα σπληνικά λεμφογάγγλια.

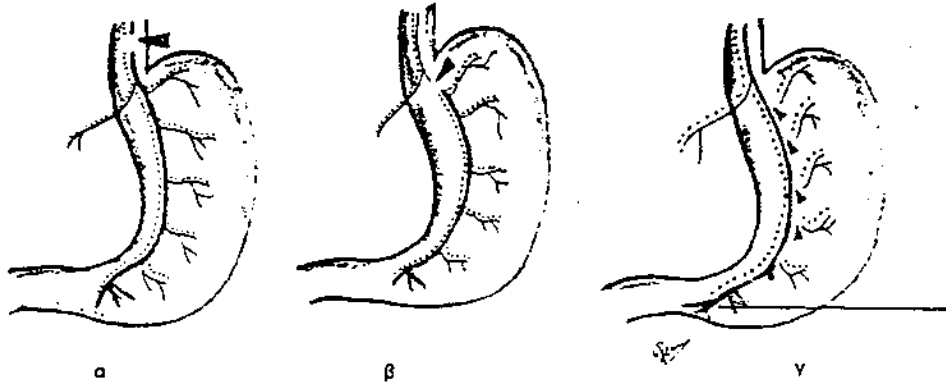
#### ΝΕΥΡΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Οι ίνες των νεύρων αυτών σχηματίζουν στα τοιχώματα του στομάχου το πρόσθιο και το οπίσθιο γαστρικό πλέγμα (υπορογόνια) από τα οποία εκπορεύονται δύο ενδοτοιχία γαγγλιοφόρα πλέγματα, το μυϊκό χιτώνα του στομάχου και το υποβλεννογόνο για τους αδένες και εν μέρος τον βλεννογόνο του στομάχου.

Τα νεύρα αυτά ρυθμίζουν τις κινήσεις και τον τόνο του

### Είδη βαγοτομής



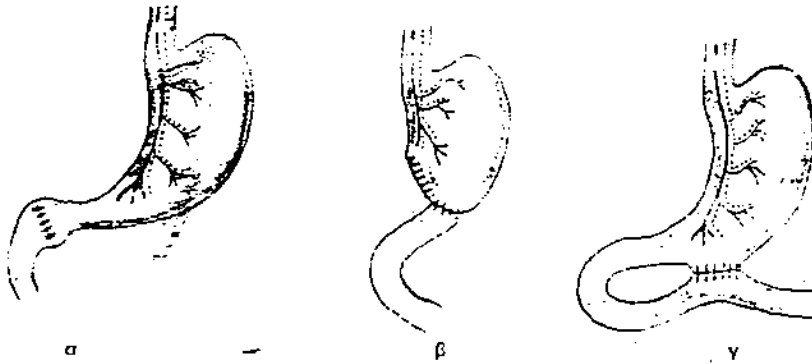
α. Στελεχιαία  
βαγοτομή

β. Εκλεκτική  
βαγοτομή

γ. Υπερεκλεκτική  
βαγοτομή

Διατηρείται  
το νεύρο  
του Latarjet

Σχήμα 53



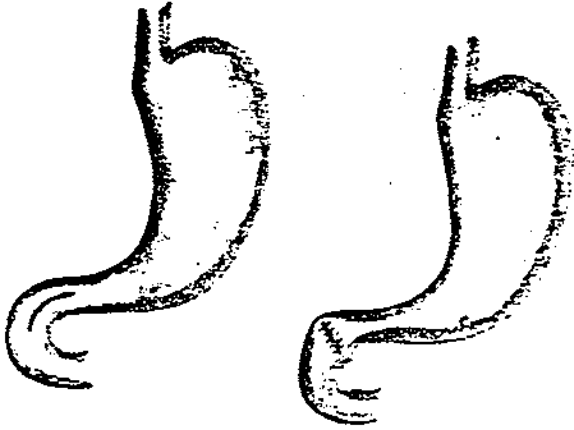
α) Βαγοτομή +  
πυλωσπλαστική

β) Βαγοτομή +  
αντρεκτομή

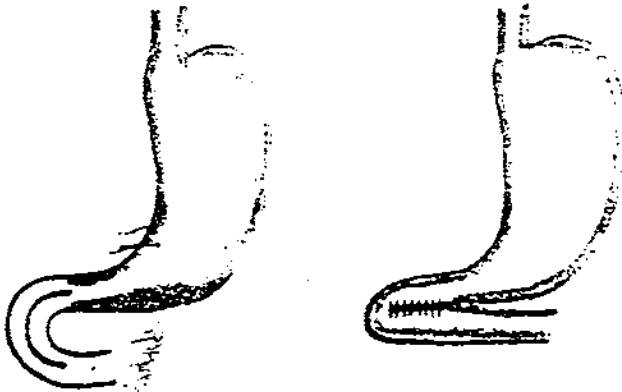
γ) Βαγοτομή + Γ.Ε.Α.

Σχήμα 54. Συνδυασμός βαγοτομής και μιας  
παροχευετικής επέμβασης

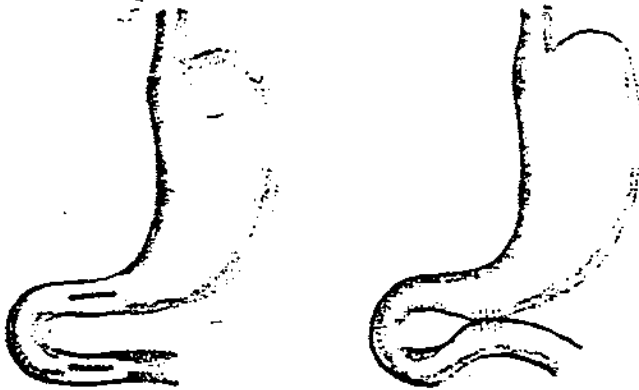
Είδη πυλωροπλαστικής



Πυλωροπλαστική  
κατά  
Heineke-Mikulitz

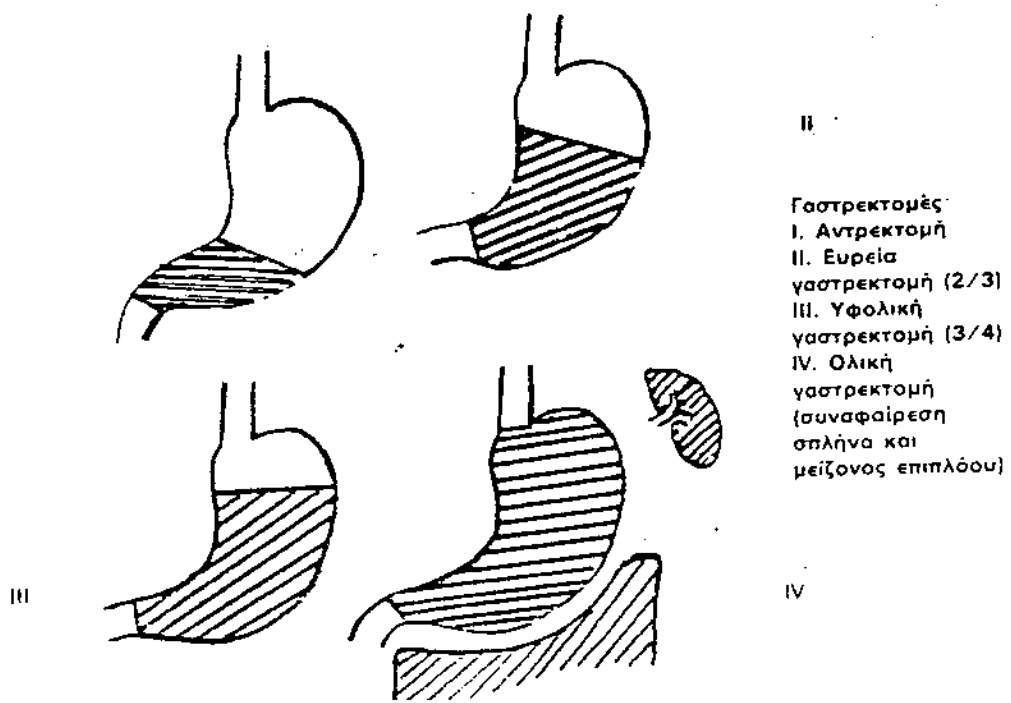


Πυλωροπλαστική  
κατά  
Finney



Πυλωροπλαστική  
κατά  
Jaboulay

(Σχήμα 55)



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

Σχήμα 56

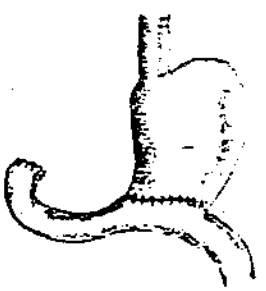
Απλή Γ.Ε.Α.  
 (Γαστροεντερο-  
 αναστόμωση)



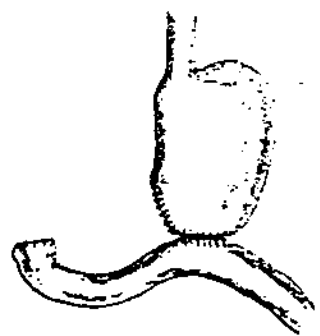
Γαστρεκτομή  
 Billroth I



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



Γαστρεκτομή  
 Billroth II  
 με Γ.Ε.Α. κατά  
 Hoffmeister-  
 Finsterer  
 (το γαστρικό  
 καλόβωμα  
 συρράπτεται  
 μερικώς και  
 το υπόλοιπον  
 αναστομούται  
 μετά της νήστιδας)



Σχήμα 57

τοιχώματος του στομάχου, το μεν πνευμονογαστρικό προκαλεί επιτάχυνση των περισταλτικών κινήσεων του στομάχου, το δε συμπαθητικό αναστολή αυτών.

### Π Α Θ Ο Γ Ε Ν Ε Ι Α

Σήμερα, παραδέχονται ότι για την ανάπτυξη του Γ.Δ έλκους, είναι απαραίτητη η αύξηση του διαβρωτικού κλάσματος σε σχέση προς το προστατευτικό κλάσμα.

Λέγοντας διαβρωτικό κλάσμα ή διαβρωτικό παράγοντα, εννοούμε την πεψίνη και HCL του στομάχου. Λέγοντας προστατευτικό κλάσμα, εννοούμε την αντίσταση που προβάλλει το στομάχι ή ο δωδεκαδάκτυλος κατά του διαβρωτικού κλάσματος: Δηλαδή εννοούμε:

α) Το γαστροδωδεκαδακτυλικό βλεννογόνο, β) την βλέννη, γ) τις τροφές που εξουδετερώνουν την γαστρική οξύτητα.

Οι δύο παραπάνω παράγοντες, βρίσκονται σε μια ισορροπία, οποιαδήποτε διαταραχή αυτής, είτε λόγω αύξησεως του πρώτου, είτε λόγω της ελλαττώσεως του δεύτερου, οδηγεί στην δημιουργία έλκους. Και τον μεν 12δακτυλικό οφείλεται στην αύξηση της γαστρικής εκκρίσεως, ενώ το γαστρικό στην ελλάττιση της αντίστασης του βλεννογόνου. Η παραπάνω σχετική απόλυτη αύξηση του διαβρωτικού κλάσματος της γαστρικής εκκρίσεως γίνεται, για μεν τα έλκη του στομάχου κατά την γαστρική φάση, οφειλόμενη στην γαστρίνη, για τα έλκη του 12δακτύλου κατά την κεφαλική φάση οφειλόμενη σε ερεθίσματα που προέρχονται μέσω του πνευμονογαστρικού. Για το λόγο αυτό, τα γαστρικά έλκη καλούνται ομογενή (υπεύθυνη η γαστρίνη), ενώ τα 12δακτυλικά νευρογενή (υπεύθυνο το πνευμονο-

γαστρικό).

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στην δημιουργία έλκους είναι η τοπική ισχαιμία του βλεννογόνου, οι μηχανικές κακώσεις, οι χημικοί παράγοντες, τα μικρόβια κλπ.

Σήμερα αποδίδεται μεγάλη σημασία στην παλινδρόμηση 12/κου περιεχομένου, εντός του στομάχου, ως αίτιο έλκους ("ελκογόνος χολή"). Γενικά, αποδεκτό είναι το γεγονός ότι το ψυχικό stress αποτελεί σημαντικό παθογεννητικό παράγοντα π.χ. στην διάρκεια πολέμου.

Επίσης, εκτός από τους τύπους χρόνιου έλκους, είναι δυνατόν να αναπτυχθούν και οξεία έλκη. Αυτά είναι δυνατόν να δημιουργηθούν:

α) Κατόπιν λήψεως φαρμάκων: ασπιρίνη, κορτιζόνη, φαινυλοβουταζώνη και ινδομεθακίνη, β) μετά από έντονο stress γ) ως επιπλοκή εγκαυμάτων, δ) σε κακώσεις που έκαναν βλάβες στο Κ.Ν.Σ (παραβλάπτεται ο τόνος των πνευμονογαστρικών).

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

β) Ενδοκρινικοί παράγοντες: δεδομένου ότι το πεπτικό έλκος είναι πιο συχνό στους άνδρες, έχει εκφρασθεί η άποψη ότι τα οιστρογόνα μπορούν να προστατεύσουν από την εμφάνιση έλκους.

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

Η αντιδραστικότητα των τοιχωματικών κυττάρων αποκαθίσταται μετα ολική επινεφριδιεκτομή, με την θεραπεία με γλυκοκορτι-

κοειδή αλλά όχι με αλατοκορτικοειδή. Είναι επομένως πιθανόν ότι τα επινεφριδικά στεροειδή ασκούν επιτρεπτική επίδραση στη ρύθμιση της γαστρικής εκκρίσεως.

Η βραχεία χορήγηση γλυκοκορτικοειδών ή ACTH δεν ασκεί καμία επίδραση στη γαστρική έκκριση σε φυσιολογικούς ανθρώπους.

Σε ασθενείς που παίρνουν μεγάλες δόσεις στεροειδών για μεγάλα διαστήματα συχνά εμφανίζονται συμπτώματα που μοιάζουν με εκείνα του έλκους, ενώ σε μερικούς αναπτύσσονται πεπτικά έλκη.

Είναι αμφίβολο αν η πραγματική συχνότητα του γαστρικού ή 12δακτυλικού έλκους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε μακροχρόνια θεραπεία με στεροειδή είναι μεγαλύτερη από εκείνη που εμφανίζεται στη νόσο για την οποία χορηγείται η θεραπεία.

Υψηλή συχνότητα πεπτικού έλκους, έχει αναπτυχθεί σε ασθενείς με υπερπαραθυρεοειδισμό, η όξινη γαστρική υπερέκκριση επανήλθε στο φυσιολογικό μετά από χειρουργική θεραπεία του υπερπαραθυρεοειδισμού, αυτό όμως δεν συνέβαινε σε άλλες περιπτώσεις.

γ) Ετεροι παράγοντες του περιβάλλοντος: καφές, αναψυκτικά με COLA και κάπνισμα. Η λήψη αυτών ανεξάρτητα ή από κοινού μεταξύ τους φαίνεται να αυξάνουν την συχνότητα του έλκους στο στομάχι και 12δάκτυλο.

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

#### ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το πιο σταθερό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλκους, είναι το άλγος. Αυτό, εντοπίζεται στο επιγάστριο και αντανakλά στον θώρακα την υποχόνδρια από την οπίσθια όμως πλευρά εντόπισης του έλκους, αντανakλά ο πόνος στην ράχη και πολλοί ασθενείς το

περιγράφουν ως σπαστικό ή ως καυστικό (κάψιμο).

Τα χαρακτηριστικά του άλγους είναι: α) περιοδικότητα κατά το 24ωρο: Όταν πρόκειται για γαστρικό έλκος, το άλγος εμφανίζεται αμέσως ή λίγο μετά την λήψη τροφής, ενώ στο 12/κο, εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά το γεύμα.

β) Η περιοδικότητα στο χρόνο: Η παραπάνω επώδυνη περίοδος του έλκους διαρκεί 8-10 ώρες, με διαστήματα ηρεμίας. Συνήθως, οι κρίσεις των ελκοπαθών παρουσιάζονται την Άνοιξη ή το φθινόπωρο.

γ) Η υποχώρηση του άλγους, κατόπιν λήψεως ουσιών.

Ακόμη, ο ασθενής είναι δυνατόν να εμφανίσει εμετούς, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικό καύσο, δυσπεπτικά ενοχλήματα, διαταραχές της όρεξης και δυσκοιλιότητα, λόγω συνύπαρξης σπαστικής κολίτιδας.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

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

Η διάγνωση γίνεται με τους ακόλουθους τρόπους:

Α) Από το ιστορικό υγείας του ασθενή και το οικογενειακό του ιστορικό.

Απ' το πρώτο, εξετάζουμε για προηγούμενο ιστορικό πεπτικού έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος 0.

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



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

Β) Από τα διάφορα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, όπως ο πόνος κατά διαστήματα, οι έμμετοι, ο καύσος με τις όξινες ερυγές, το αίμα που αποβάλλεται κλπ.

Γ) Από τα εργαστηριακά ευρήματα που είναι:

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

2) Η γαστροσκόπηση: Είναι σήμερα η βασικότερη εξέταση στην οποία στηρίζεται και η διαφορική διάγνωση από ελκοκαρκίνο του στομάχου. Με την γαστροσκόπηση, ελέγχεται η μορφή του έλκους, το μέγεθος, ο πυθμένας (χρώμα, καθαρότητα), τα χείλη, ο βλεννογόνος, οι βλεννογόνες πτυχές (συγκλίνουσες ή διακεκομμένες), ο περισταλτισμός.

Με αυτήν, διενεργούνται και οι απαραίτητες για τον καθορισμό της φύσης του έλκους εξετάσεις, δηλ. η βιοψία και η κυτταρολογική εξέταση.

3) Η κυτταρολογική εξέταση, με την οποία διενεργείται εξέταση του γαστρικού υγρού, για την ανεύρεση ή όχι καρκινικών κυττάρων σε περιπτώσεις έλκους.

#### A. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

α. Η ηλικία του αρρώστου.

β. Η διάρκεια των ενοχλημάτων.

γ. Η περιοδικότητα.

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

έλκος.

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

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

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

Η συντηρητική αγωγή, εφαρμόζεται με τα εξής μέτρα:

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

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

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

2) Βοήθεια για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου και τον περιορισμό της υπερκινητικότητας και εκκριτικότητάς του. Λευκωματούχες τροφές, που ενώνονται με τα οξέα και αλκαλικά φάρμακα, είναι χρήσιμες για την εξουδετέρωση των οξέων του

στομάχου. Γι' αυτό, συνίσταται να παίρνει ο ασθενής, σε συχνά διαστήματα, μικρή ποσότητα τροφής, όπως γάλα, κρέμα, κουάκερ, φάρμακα, που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχολινεργικά και αντιόξινα φάρμακα, που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

Δίνονται, ακόμα, αντισπασμολυτικά φάρμακα, σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Έτσι, περιορίζεται η υπερκινητικότητα και η αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού. Καθώς ο πόνος υποχωρεί, περιορίζεται η συχνότητα των γευμάτων και αυξάνεται το διαιτολόγιο σε ποσότητα και ποικιλία. Προτιμώνται οι λευκές τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες), οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού. Το στομάχι, δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Εκκριτικοί παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι ακόμα το κάπνισμα, τα ποτά, ο καφές και το τσάι.

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

Οι βασικοί κανόνες που θα πρέπει να ξέρουν όλοι όσοι έχουν πεπτικά προβλήματα είναι:

- 1) ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής, όταν υπάρχει κούραση ή αναστάτωση.
- 2) ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής, όταν δεν υπάρχει το αίσθημα της πείνας, ακόμα κι αν είναι ώρα φαγητού.
- 3) ποτέ να μην γίνεται λήψη τροφής, όταν το στόμα είναι στεγνό.
- 4) μάσηση καλή για τις τροφές που περιέχουν άμυλο.

- 5) πρέπει να τρώγονται μόνο φυτικές τροφές.
- 6) πρέπει να τρώγονται οι τροφές όσο πιο ξηρές γίνεται.

### ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

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

Ανάλογα με την έκταση διακρίνουμε:

α) Την αντρεκτομή: Σ' αυτήν αφαιρείται το πυλωρικό άντρο και ακόμη καταργείται η γαστρική φάση της εκκρίσεως. Συνδυάζεται, όταν πρόκειται για 12/κό έλκος με βαγοτομή.

β) Την ευρεία γαστρεκτομή: Σ' αυτήν αφαιρούνται τα 2/3 του στομάχου. Στην συνέχεια, αποκαθίσταται η συνέχεια του πεπτικού σωλήνα με billroth.

γ) Την υφαλκή γαστρεκτομή: Σ' αυτήν αφαιρείται σχεδόν ολόκληρο το στομάχι, εκτός από μια μικρή μοίρα προς το μείζον τόξο.

δ) Την ολική γαστρεκτομή: Σ' αυτή αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι και η συνέχεια αποκαθίσταται με οισοφαγονηστιδοστομία.

2) ΒΑΓΟΤΟΜΗ: Συνίσταται στην διατομή των Vagus (πνευμονογαστρικών), που κατά το στέλεχός τους ονομάζεται και στελεχιαία βαγοτομή. Σκοπός της είναι να καταργήσει την κεφαλική φάση της γαστρικής εκκρίσεως και για το λόγο αυτό προτιμάται σε έλκη 12/λου (νευρογενή έλκη). Επειδή η στελεχιαία βαγοτομή, αν εκτελεστεί μόνη της θα έχει σαν αποτέλεσμα το σπασμό και την στένωση του πυλωρού, γι' αυτό συνδυάζεται είτε με γαστρο - εντερο -

αναστόμωση, είτε με πυλωρό πλαστική, είτε με αντρεκτομή.

Η κύρια επιπλοκή των βαγοτόμων είναι οι διάρροιες, για το λόγο ότι στην βαγοτομή καταργείται η νεύρωση των χοληφόρων πόρων, της χοληδόχου κύστης και του εντέρου. Για να αποφύγουμε το τελευταίο, επιτελείται η εκλεκτική βαγοτομή, όπου διατηρούνται οι κλάδοι του Vagus για την χοληδόχο και το έντερο.

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗΣ

Αυτές εμφανίζονται είτε μετά από μερικές μέρες, είτε μετά από μια βδομάδα, είτε μετά από αρκετά χρόνια.

Οι εμφανιζόμενες τις πρώτες μετά την επέμβαση ημέρες είναι:

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

Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές, μετά από μερικές βδομάδες είναι:

1) Το σύνδρομο της προσιούσης έλικος δηλ. η αδυναμία κένωσης της προσιούσης έλικος κατά τον Billroth II. Οφείλεται στην στένωση του στομίου της παραπάνω έλικος. Οι κατά το γεύμα παραγόμενες εκκρίσεις (παγκρεατικό υγρό - 12/κό υγρό - χολή), αθροιζόμενες διατείνουν την προσιούσα. Η αυξημένη όμως πίεση σ' αυτήν διανοίγει βίαια το στόμιό της και οι παραπάνω εκκρίσεις φέρονται στο στομάχι προκαλώντας βίαιο έμετο. Η συμπτωματολογία είναι:

- α) Επιγαστρικό άλγος, βάρος ή δυσφορία.
- β) Ρουκετοειδείς, χολώδεις εμέτους, χωρίς καθόλου στοιχεία τροφής.
- γ) Άμεση ανακούφιση μετά τον έμετο.

Οι εμφανιζόμενες επιπλοκές μετά από χρόνια είναι:

1) Η υποτροπή του έλκους: Εμφανίζεται συνήθως στα μέσα της πρώτης διετίας από την επέμβαση.

2) Το σύνδρομο Dumping: Το οποίο χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων, όπως επιγαστρική δυσφορία ή άλγος, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, αδυναμίας, τρόμου, πτώσεως της αρτηριακής πίεσης, ψυχροί ιδρώτες, λιποθυμικές τάσεις. Τα συμπτώματα αυτά, εμφανίζονται απευθείας ή μετά την λήψη φαγητού (κυρίως υδατάνθρακες).

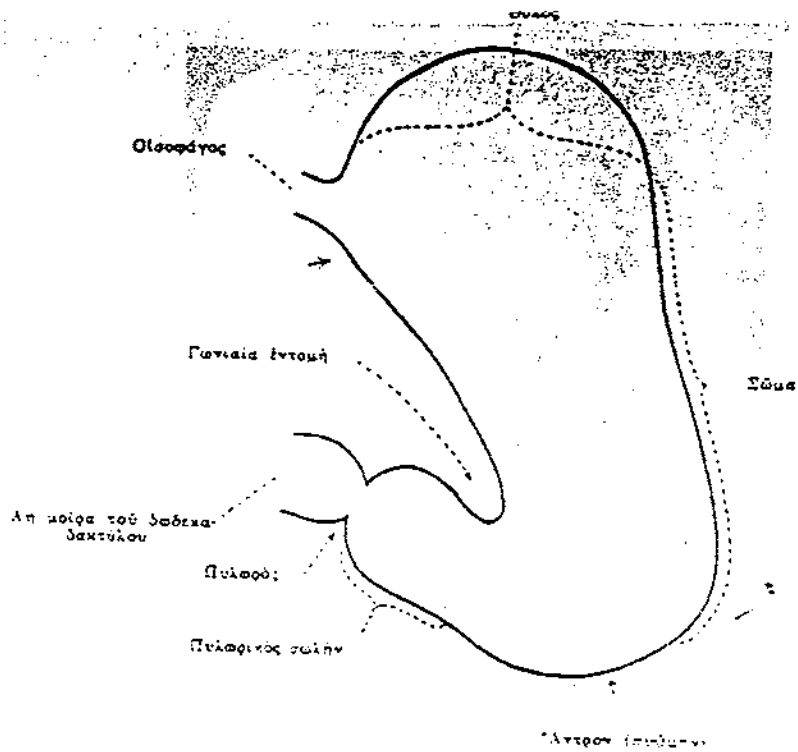
3) Υπογλυκαιμία: Αυτή παλιότερα αναφέρονταν ως Dumping II ή όψιμο Dumping. Εκδηλώνεται 1 1/2 - 3 ώρες μετά τα γεύματα. Τα συμπτώματά είναι αδυναμία, τρόμος, ταχυκαρδία, ψυχροί ιδρώτες.

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

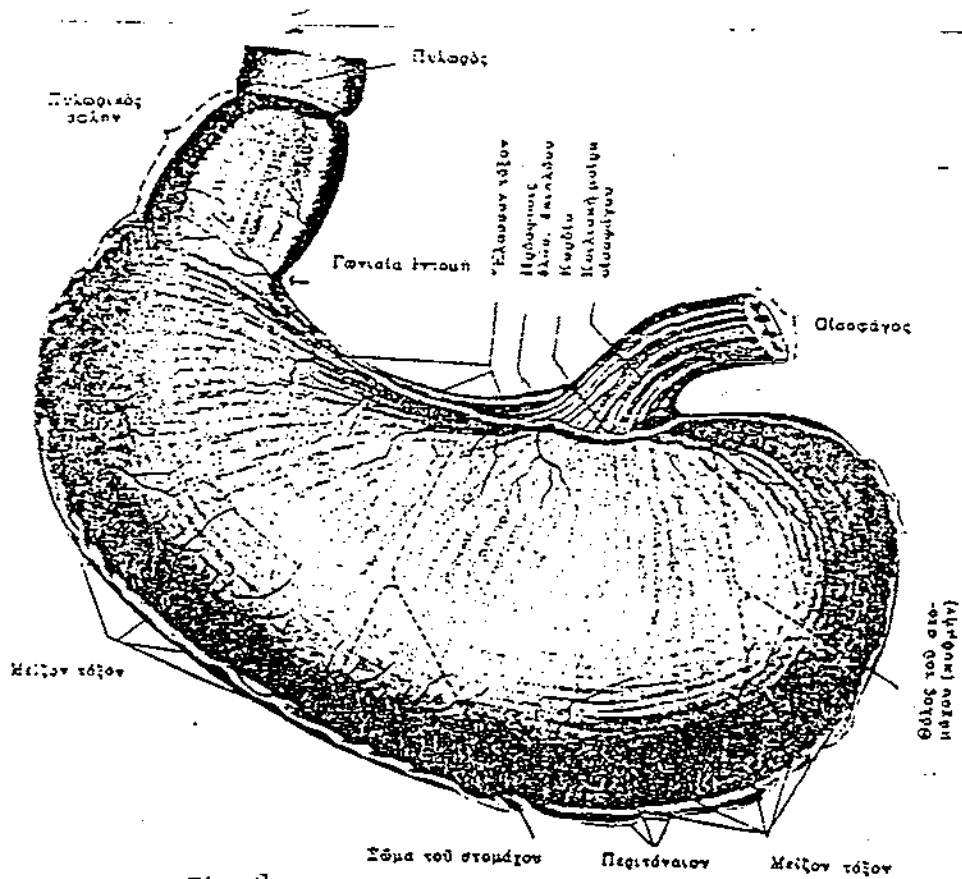
5) Η οστεομαλακία ή οστεοπόρωση: Είναι αποτέλεσμα της μειωμένης απορρόφησης βιταμίνης D, Ca και λευκωμάτων.

6) Η αναιμία: α) Σιδηροπενική (κυρίως), λόγω πλημμελούς απορρόφησης του σιδήρου και λανθάνουσας απώλειας αίματος β) Μεγαλοβλαστική, η οποία παρατηρείται σε υφολική ή ολική γαστρεκτομή και οφείλεται στην μη απορρόφηση της B12, λόγω ελλείψεως του ενδογενή παράγοντα του Castle.

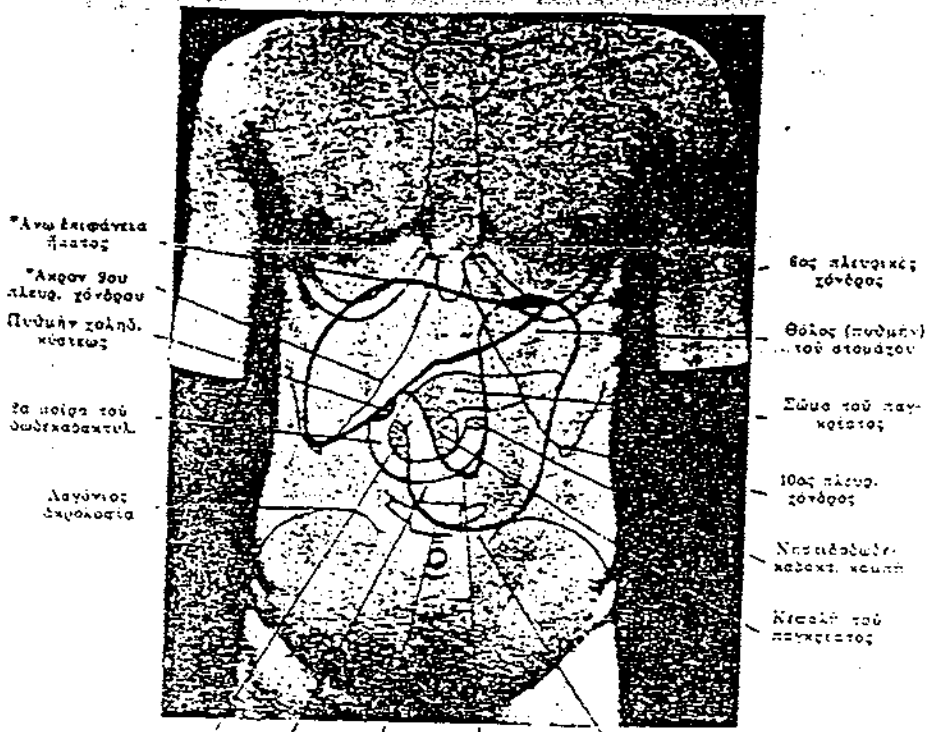
7) Η απώλεια βάρους: Αποδίδεται σε μειωμένη λήψη τροφής, λόγω ανορεξίας ή στην εμφάνιση, μετά τα γεύματα συνδρόμων, και στην ελαττωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών.



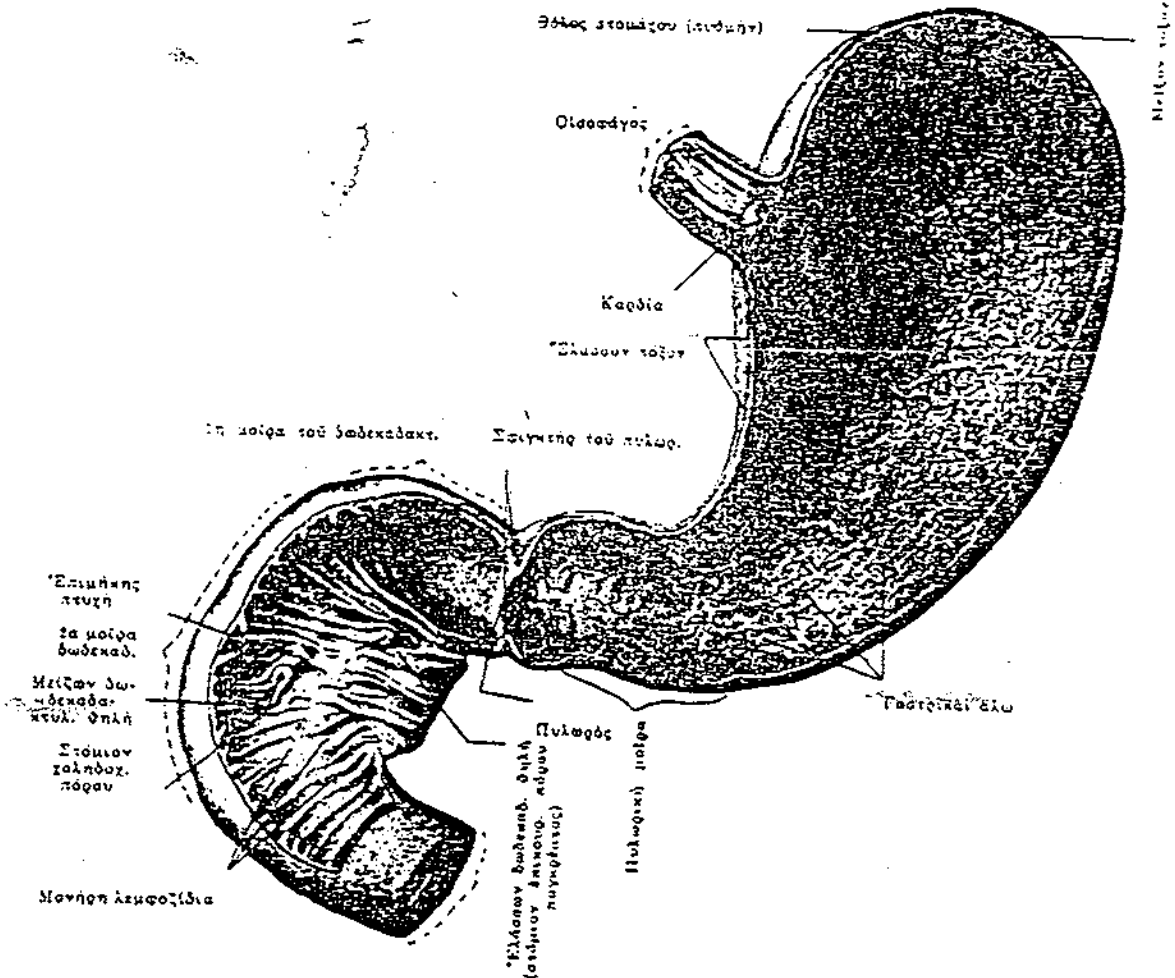
Είχ. 1 Μορφή του στομάχου. Ακτινολογική εικόνα επί του Σώμα, σχηματικά. (Sobotta).



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

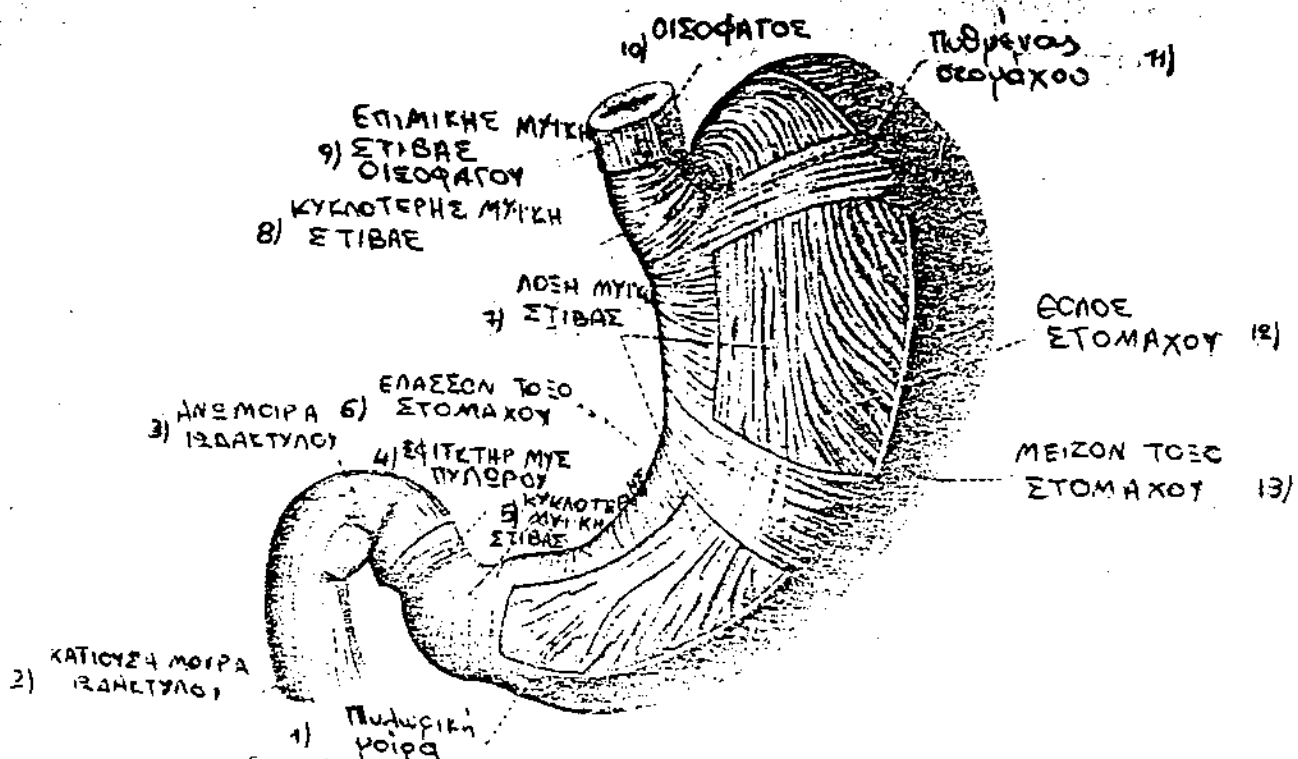


Εικ. 7 Προβολή των σπλάγχνων της άνω κοιλίας.  
(Arrietas - Hamilton - Τσαπαροίτ).



Εικ. 8 Στομάχος και δωδεκαδάκτυλον, διηνοιχθησαν εκ των πρόσω. (Sobotta).

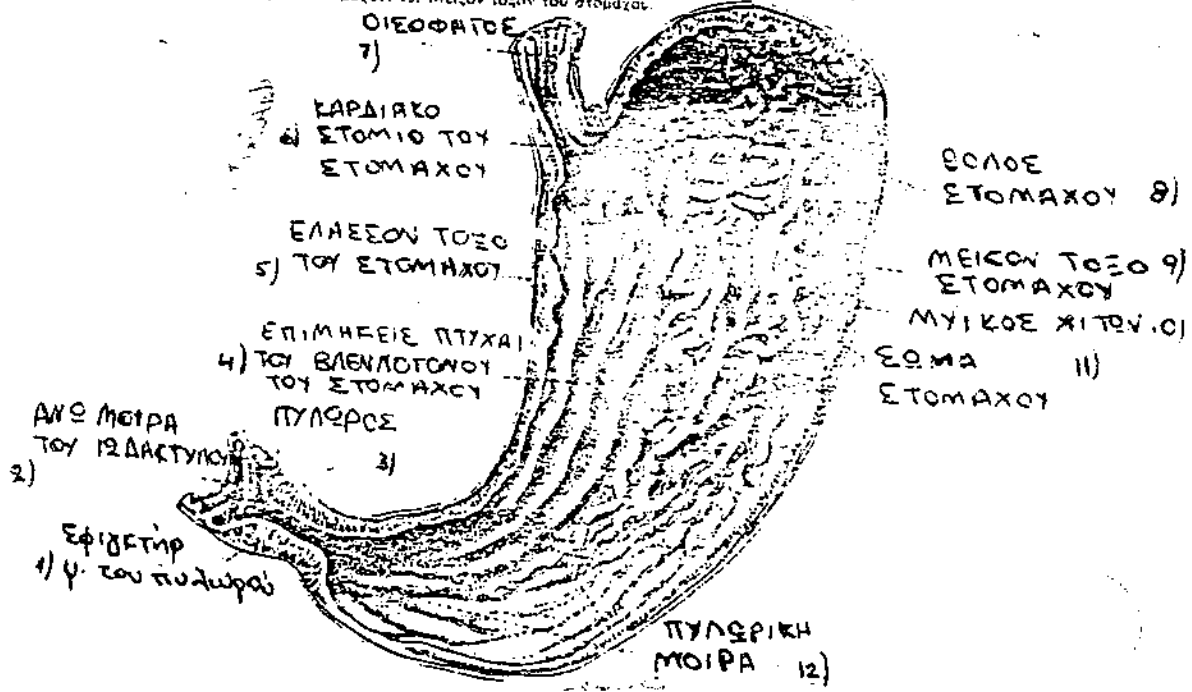




ΕΙΚ. 43: ΜΥΚΟΙ ΝΗΣΙΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕΤΑ ΤΙΝ ΤΡΙΩΝ ΑΥΤΟΥ ΣΤΙΒΑΣΙΝ  
 Fig. 43. VENTRICULUS IV.

(tunica muscularis, stratum profundum)

1. Πυλωρική μοίρα. 2. Κατιούση μοίρα του 12δακτύλου. 3. Άνω μοίρα του 12δακτύλου. 4. Σφιγκτήριος του πυλωρού. 5. Κυκλοτερής μυική στίβα. 6. Έλασσην τώων του στομάχου. 7. Ανώ μωρη στίβα. 8. Κυκλοτερής μυική στίβα του στομάχου. 9. Επμήκη μυική στίβα του στομάχου. 10. Οισοφάγος. 11. Πυλωρική μοίρα του στομάχου. 12. Θάλας του στομάχου. 13. Μείζον τώων του στομάχου.



ΕΙΚ. 44: ΤΟ ΕΣΠΤΕΡΙΚΟΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Fig. 44. VENTRICULUS V.

(tunica mucosa, sectio frontalis)

1. Σφιγκτήρ μ. του πυλωρού. 2. Άνω μοίρα του 12δακτύλου. 3. Πυλωρός. 4. Επιμήκης πτυχή. 5. Βλεννογόνου του στομάχου. 6. Καρδιακόν στομιο του στομάχου. 7. Οισοφάγος. 8. Θάλας του στομάχου. 9. Μείζον τώων του στομάχου. 10. Μυικός χιτών. 11. Σώμα του στομάχου. 12. Πυλωρική μοίρα.

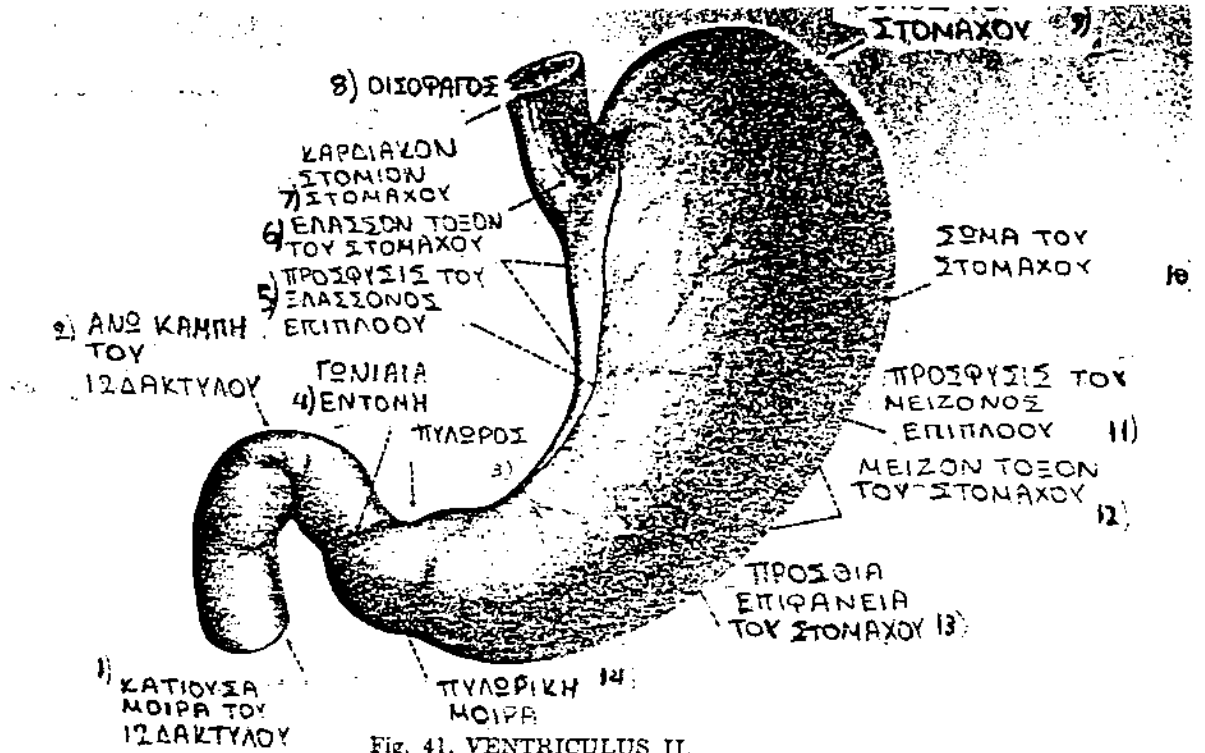


Fig. 41. VENTRICULUS II.  
(aspectus anterior)

Fig. 41: Ο ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩ.

1. Κατιώσα μοίρα του δωδεκατύλου. 2. Άνω κάμψη του δωδεκατύλου. 3. Πυλωρικός. 4. Γωνία έντονη. 5. Προσφυγίς του ελάσσονος επιπλάου. 6. Έλασσον τόσον του στομάχου. 7. Καρδιακόν στόμιον. 8. Οισοφάγος. 9. Άνω καμψη του δωδεκατύλου. 10. Σωμά του στομάχου. 11. Προσφυγίς του μείζονος επιπλάου. 12. Μέσον τόσον του στομάχου. 13. Τραχύτη άκρομήνη του στομάχου. 14. Πυλωρική μοίρα.

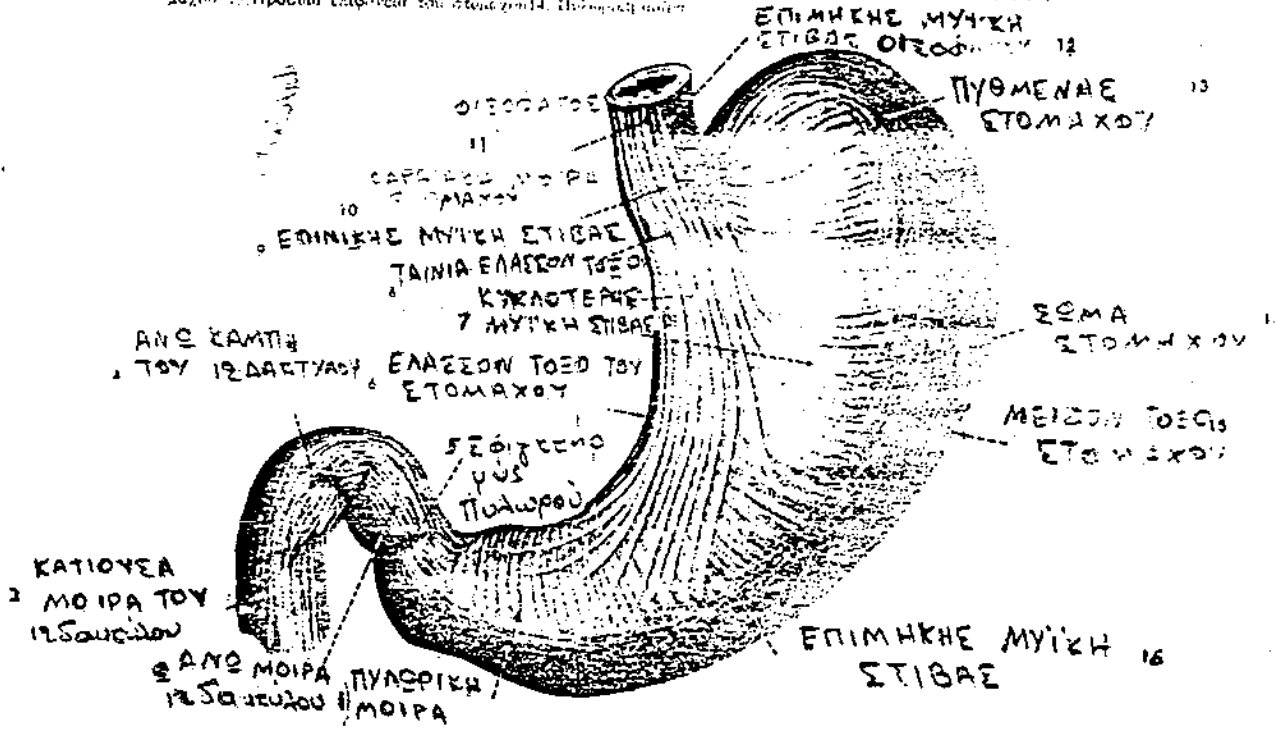
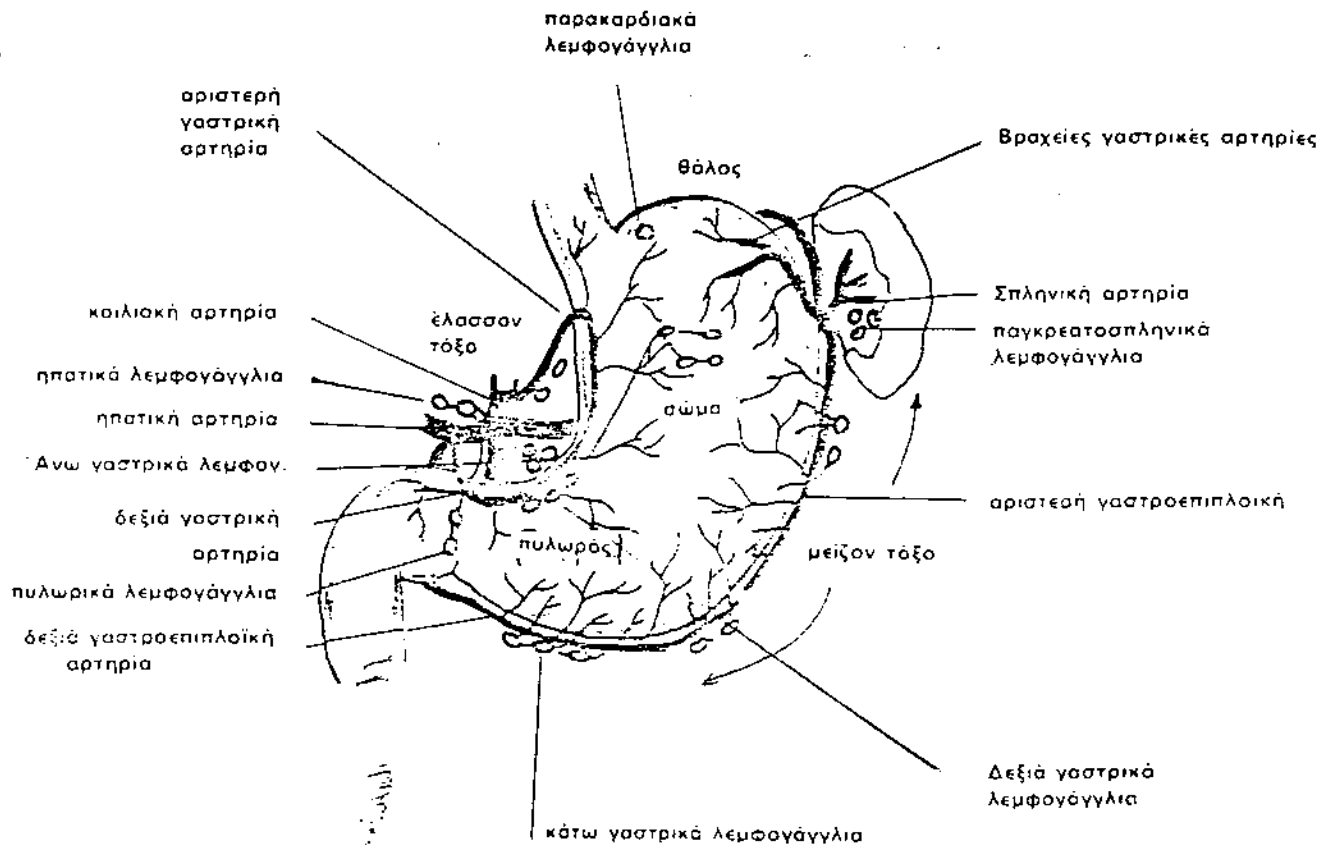


Fig. 42. VENTRICULUS III.  
(tunica muscularis, stratum superficiale)

Fig. 42: ΜΥΚΟΣ ΧΙΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ (ΕΠΙΜΗΚΗΣ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΓΕΡΗΣ ΣΤΙΒΑΣ)

1. Πυλωρική μοίρα. 2. Άνω μοίρα του δωδεκατύλου. 3. Κατιώσα μοίρα του δωδεκατύλου. 4. Άνω κάμψη του δωδεκατύλου. 5. Στενότερο μέρος του πυλωρού. 6. Τένον του τόσου του στομάχου. 7. Κυκλωτερής μυική στίβας (του στομάχου). 8. Τένον του ελάσσονος τόσου. 9. Έπιμηκής μυική στίβας (του στομάχου). 10. Καρδιακή μοίρα του στομάχου. 11. Οισοφάγος. 12. Έπιμηκής μυική στίβας (του οισοφάγου). 13. Σώμα του στομάχου. 14. Σώμα του στομάχου. 15. Μέσον τόσον του στομάχου. 16. Έπιμηκής μυική στίβας (του στομάχου).



Σχήμα 51. Αγγείωση του στομάχου και ομάδες λεμφογαγγλίων.

## Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

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

Η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για μείωση του ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως του στομάχου, είναι οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.

### ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

- 1) Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια σωματικού βάρους)
- 2) Μείωση άνεσης (πόνος)
- 3) Κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία)
- 4) Θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία, έμετοι)
- 5) Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δονητικά)
- 6) Πόνος, αγωνία
- 7) Προβλήματα προσωπικότητας
- 8) Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

### ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

#### 1) Άμεσοι:

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

#### 2) Μακροπρόθεσμοι:

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

### ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ

Ο προγραμματισμός των ενεργειών που προβαίνει ο νοσηλεύτης - τρια είναι απαραίτητος, για να μπορεί να τις επιτελεί ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης και των αναγκών που παρουσιάζονται, όπως π.χ. πρώτα θα αντιμετωπισθεί μια βαριά αιμορραγία και έπειτα μια στένωση.

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

α) Μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων.

- Συχνή επαφή με τον άρρωστο
- Εμπρακτο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των αναγκών του
- Κατανόηση του αρρώστου, ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία
- Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress
- Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν το έλκος, όπως τα (σαλικυλικά - ρεζερπίνη - φαινωλβουταζόνη - ισταμίνη - ινδομεθακίνη - και το σινχοφέν)
- Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του διαιτολογίου
- Χορήγηση κατευναστικών για μείωση του άγχους, ανησυχίας  
Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνο ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

β) Ανακούφιση από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετοι).

1) Διαιτητική θεραπεία:

A) στάδιο. Σε σοβαρό πεπτικό έλκος δίνουμε 90 - 120 GR γάλα κάθε 1 έως 2 ώρες από τις 7 το πρωί έως τις 9-10 το βράδυ (πολλές φορές και τη νύχτα, όταν ξυπνήσει ο άρρωστος). Η διαίτα αυτή συνεχίζεται έως ότου περάσει ο πόνος ή περίπου μια βδομάδα.

B) στάδιο. Όταν ο πόνος σταματήσει, προσθέτουμε μικρά γεύματα -

μαλακής τροφής. Τα ενδιάμεσα διαστήματα των γευμάτων αυξάνουν και έχουμε 5 γεύματα την ημέρα.

Γ) στάδιο. Γεύματα 6 την ημέρα. Το 6ο το δίνουμε το βράδυ προ του ύπνου. Τροφές οι οποίες επιτρέπονται είναι του 1ου και 2ου σταδίου συν κρέας κιμάς από τρυφερό ψαχνό κρέας, κοτόπουλο άπαχο χωρίς την πέτσα. Αργότερα, κρέας μοσχαρίσιο ψητό ή βραστό. Ψάρια άπαχα στην σχάρα ή βραστά, φρούτα, τυρί (μαλακό), λίπη (βούτυρο φρέσκο, μαργαρίνη) κρέμες, ζελές.

Δ) στάδιο. Η διαίτα στο στάδιο αυτό περιλαμβάνει τροφές για αρρώστους που δεν είναι στο κρεβάτι. Περιλαμβάνει τρία γεύματα και γάλα ενδιάμεσα. Περιέχει 100 GR πρωτεΐνη, 100 - 110 GR λίπους, 230 - 250 GR υδατανθράκων και 2.300 θερμίδες.

Επί πλέον, αυγά ομελέτα, λαχανικά βρασμένα, καρότα, κολοκύθια, φρούτα, μπανάνες και κομπόστες φρούτων.

2) φαρμακευτική θεραπεία: που στόχο έχει την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Έτσι, χορηγούνται:

- Αντιόξινα φάρμακα: Αυτά δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού και ανακουφίζουν τον άρρωστο από τα συμπτώματα π.χ. Amphogel και το Maalox.

- Αντιχολινεργικά φάρμακα: Για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Προκαλούν παρενέργειες όπως, ναυτία, εμέτους ξηρότητα στόματος, μείωση οπτικής οξύτητας και επίσχεσης ούρων.

- Ανταγωνιστής H<sub>2</sub> υποδοχέων της ισταμίνης: προσταγλανδινών και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, καθώς και το βισμόνθιο, προάγουν την επούλωση του έλκους. Ο μηχανισμός δράσης τους όμως δεν είναι γνωστός.

γ) Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών.

Κατά την διάρκεια της θεραπείας (διαρκεί 6 εβδομάδες) του ελκοπαθούς, γίνεται σχεδιασμός ενός προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου με σκοπό να αποφύγει τον κίνδυνο των επιπλοκών.

- Διδασκαλία:

α) αιτιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας.

Δηλαδή, όλα τα φάρμακα που παίρνει, έχουν σκοπό την εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας του στομάχου και τη μείωση του άγχους.

β) του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να ξέρει ότι θα έχει κάποιο αποτέλεσμα η χρήση των φαρμάκων που παίρνει μόνο όταν ακολουθεί σωστά και πιστά την δοσολογία και το χρόνο χορήγησής τους.

γ) Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά την διαίτα. Όπως, ότι το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό, τα γεύματα είναι μικρά και συχνά. Προτιμούνται οι λευκωματούχες τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες), οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού, εφόσον δεν ερεθίζουν τον βλεννογόνο του στομάχου. Από την φύση του το διαιτολόγιο στερείται βιταμίνη C, γι' αυτό συνίσταται στον ασθενή να πίνει χυμό πορτοκαλιού και να τρώει φρούτα. Ακόμη, να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως, χρήσης αλκοόλης, τσιγάρου, stress, λοιμώξεις.



ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1. ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ. Η νοσηλευτική εκτίμηση σε έναν πάσχοντα θα δείξει:

- Αιματέμεση
- Μέλαινα κένωση
- Ενδειξη ανάπτυξης Shock (ανησυχία, ταχυκαρδία, αδυναμία, υπόταση, εφίδρωση)

Είναι η συχνότερη επιπλοκή που ευθύνεται για το 40 % των θανάτων που έχουν γαστρικό έλκος.

Η γενική κατάσταση του ασθενούς, είναι συνάρτηση της ποσότητας αίματος που αποβάλλεται και της ταχύτητας που αποβάλλεται. Σε ταχεία απώλεια έχουμε shock. Σε μικρή, μη επαναλαμβανόμενη αιμορραγία, ο ασθενής δεν την αισθάνεται. Σε μικρή και χρόνια απώλεια αίματος, έχουμε συμπτώματα υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας (ζάλη, εύκολη κόπωση).

Παρακλινική διερεύνηση: α) Ο προσδιορισμός Ht και Hb αίματος.  
β) Mayer κοπράνων διαπιστώνεται, αν συνεχίζεται η αιμορραγία.  
γ) Ουρία αίματος: αυξάνεται

Διαφοροδιάγνωση: θα γίνει με τις ακόλουθες παθήσεις:

- 1) ρήξη κιστών οισοφάγου, 2) Νεοπλάσματα στομάχου. 3) Αιμορραγική γαστρίτιδα, 4) Σύνδρομο Mallory - weiss (ρωγμές του βλεννογόνου της καρδιοοισοφαγικής χώρας, συνέπεια βλαίων ερυγών και εμέτων), 5) κύλες οισοφαγικού τρήματος, 6) ρήξη ανευρίσματος κοιλιακής αορτής μέσα στο πεπτικό σωλήνα, 7) Γενικά νοσήματα (πολλαπλούν μυέλωμα, αμυλοείδωση, αιμορραγική διάθεση, 8) νοσήματα του αίματος (λευχαιμία, Hodgkin, πολυκυτταραιμία).

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Αν υπάρχει καταπληξία, ο ελκοπαθής εμφανίζει τα εξής συμπτώματα: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, δέρμα και βλεννογόνο ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρός ιδρώτας. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι: Σάπλωμα του αρρώστου χωρίς μαξιλάρι στο κεφάλι και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμόφορων, που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα.

Περιορισμός των κινήσεων, καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος.

Βασικά, ακολουθείται η εξής αγωγή:

Τοποθετείται σωλήνας Levin - χορηγούνται ηρεμιστικά - και αρχίζει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών - Σε χαμηλό Ht χορηγούμε αίμα. Σε υποτροπιάζουσα αιμορραγία επιβάλλεται η χειρουργική επέμβαση.

2) ΔΙΑΤΡΗΣΗ: Γίνεται, όταν το έλκος διαβρώσει ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου, μέχρι και τον ορογόνο.

Το πάχος και η εκροή του περιεχομένου στην περιτοναϊκή κοιλότητα, λέγεται ελεύθερη διάτρηση.

Πολλές φορές όμως η εκροή του περιεχομένου, παρεμποδίζεται,

όπως σε περίπτωση χρόνιου έλκους, από την δημιουργία συμφύσεων και το υγρό που εκκρίνεται, περιορίζεται σε ένα μικρό χώρο, συγκεκαλυμμένη διάτρηση.

Κλινική εικόνα - Συμπτώματα.

- Αιφνίδιο, έντονο και συνεχές άλγος στο επιγάστριο, ναυτία ή έμμετοι, σανιδώδης σύσπαση του επιγαστρίου απ' την περιτοναϊκή αντίδραση, κατά την δακτυλική εξέταση απ' το ορθό, ο δουγλάστος χώρος είναι ευαίσθητος ή ελαφρά επώδυνος εξαιτίας ερεθισμού του περιτοναίου απ' το γαστρικό περιεχόμενο HCL. Τα παραπάνω συμπεριλαμβάνονται κυρίως στην συμπτωματολογία του 1ου βώρου.

Κατά το 2ο βωρο, η σύσπαση είναι καθολική με επιτάχυνση του σφυγμού 90-100/λεπτό.

Κατά το 3ο βωρο, μεγάλη αύξηση του σφυγμού 100-120/λεπτό.

Κατά το 4ο βωρο, έχουμε την εγκατάσταση περιτονίτιδος. Ο σφυγμός αυξάνεται 130-140/λεπτό.

Κοιλία μετεωρισμένη και σκληρή, λόγω ανάπτυξης παραλυτικού ειλεού.

- Πυρετός 39 - 40, συνήθως παρατηρείται υποθερμία που υποδηλώνει τη μεγάλη πτώση της αντίστασης του οργανισμού.

- Έμμετοι τροφώδεις, κατόπιν χολώδεις και τέλος κοπρανώδεις. Η γενική κατάσταση έχει επιβραδυνθεί, ο ασθενής εμφανίζει το ιπποκράτειο προσώπειο δείγμα τοξικόσεως και αφυδάτσεως του οργανισμού.

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

Παρακλινική διερεύνηση:

Με απλή ακτινογραφία κοιλίας στην ορθή θέση, διαπιστώνεται

αέρας από το δεξιό ημιδιάφραγμα, ως μηνοειδή διαύγαση.

Θεραπεία: Άμεση χειρουργική επέμβαση. Σε λιγότερο επιβεβαρωμένους ασθενείς ακολουθείται συντηρητική αγωγή (αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου με Levin, παυσίπονα, οροί και παρεντερική σίτιση) και η εγχείρηση αναβάλλεται για αργότερα.

3) ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ: Είναι αποτέλεσμα της ρίκνωσης και ουλοποίησης του πυλωρού. Η παρουσία ενεργού έλκους κοντά στον πυλωρό, οδηγεί σε σπασμό του και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στην είσοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό. Επίσης, πυλωρική στένωση μπορεί να προκαλέσει και η εμφάνιση νεοπλάσματος στο σώμα του στομάχου ή στον πυλωρό.

Κλινική εικόνα: Ο άρρωστος παραπονείται:

- Κλασικός πόνος έλκους στομάχου κατά βδομάδες ή μήνες, με τελική ανάπτυξη ανορεξίας και εμέτου και αδυναμία ανακούφισης με αντιόξινα.

- Αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας, βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές.

- Εξέταση κοιλίας, δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

- Ο έμετος περιέχει τροφές που έχουν ληφθεί αρκετές ώρες πριν και η απώλεια χολής στο γαστρικό περιεχόμενο, αναδεικνύει την περιοχή της απόφραξης.

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

Ακτινολογικά εξεταζόμενο το στομάχι: Βρίσκεται πλήρες υγρών και τροφής, διατεταμένο μπορεί να φθάνει μέχρι την ηβική σύμφυση.

Παρατηρείται καμμία ή μικρή διάβαση της σκιεράς ουσίας από το πυλωρό.

Θεραπεία: Αρχικά, προσπαθούμε να βελτιώσουμε την γενική κατάσταση του ασθενούς (διόρθωση υδατικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών) και στην συνέχεια, προβαίνουμε σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου. οι τρόποι επεμβάσεως είναι:

- α) διατομή του Vogus μετά γαστρεκτομής και γαστρο12/κής αναστόμωσης.
- β) βαγοτομή και πυλωροπλαστική κατά Mikulitz.
- γ) αντρεκτομή κ.ά.

4) ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ. Πρόκειται για επιπλοκή που αφορά το γαστρικό έλκος. Υπάρχουν διαφωνίες εφ' όσον από πολλούς πιστεύεται ότι το έλκος στομάχου δεν εξελίσσεται σε κακοήθη όγκο, αλλά ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται από την αρχή, κατευθείαν ως καρκίνος, ο οποίος όταν έχει ελκωτική μορφή είναι πολύ δύσκολο να διακριθεί από το έλκος. Το ποσοστό εξαλλαγής του γαστρικού έλκους σε καρκίνο, ανέρχεται σε 9,2 %.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι, με γαστρικό έλκος δέχονται συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από τις επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται. Ακόμα, εγχείρηση συνίσταται σε αρρώστους που ενοχλούνται πολύ από τα συμπτώματα του έλκους και η συντηρητική αγωγή δεν έχει άμεση επίδραση.

## ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

### A. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.

#### 1. Τόνωση ηθικού.

- Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για μείωση ανησυχίας, φόβου κατάθλιψης, λόγω των σκέψεών του για την επέμβαση, τι θα γίνει η οικογένειά του κλπ.
- Ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών και εξασφάλιση της εμπιστοσύνης του για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.
- Κατανόηση και συμμερισμό της θέσης του ασθενή.

#### 2. Τόνωση σωματική.

- Εφαρμογή δίαιτας ελκοπαθούς 24 ώρες πριν την επέμβαση.
- Την εβδομάδα πριν την επέμβαση και επειδή το διαιτολόγιο στερείται βιταμίνης C, γίνεται λήψη από το στόμα 2000 mg βιταμίνης C.
- Παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων - βιταμινών) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως (αίματος -

ηλεκτρολυτών).

- Την προηγούμενη της εγχειρήσεως τρέφεται ελαφρά
- Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα (κίνδυνος εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς).
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, όταν πρέπει να του χορηγηθούν.
- Το βράδυ της προηγούμενης μέρας της χειρουργικής επέμβασης, ακολουθεί πλύση στομάχου, αν υπάρχει πυλωρική στένωση.
- Το πρωί της χειρουργικής επέμβασης γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού.

### 3. Ιατρικές εξετάσεις.

Οι κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται από:

- α) Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.
- β) Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων
- γ) Καρδιολόγο, που εξετάζει το καρδιογράφημα.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

- α) εξέταση αίματος: γενική αίματος, τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής, χρόνος πήξης αίματος, ομάδα και RHESUS σάκχαρο και ουρία.
- β) Γενική ούρων

Κατόπιν ακολουθεί η εξέταση από τον αναισθησιολόγο, το απόγευμα της προηγούμενης μέρας της επεμβάσεως για τον καθορισμό της ναρκώσεως (τοπική, γενική), καθώς και το είδος των φαρμάκων που θα χρησιμοποιήσει.

Γίνεται test πενικιλίνης μη τυχόν ο ασθενής είναι αλλεργικός στα φάρμακα.

4. Καθαριότητα του ασθενούς.

α) Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα: Αποβλέπει

- στην αποφυγή της κένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι

- στην αποφυγή της δημιουργίας αερίων στις εντερικές έλικες

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με:

- χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Συνήθως το καθαρτικό εξπρές που είναι σε υγρή μορφή.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Γίνονται δύο υποκλυσμοί. Ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο δεύτερος έξι ώρες από την επέμβαση.

β) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

- Λουτρό καθαριότητας. Γίνεται την παραμονή και αποβλέπει στην αποφυγή της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος και στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος.

- Υγιεινή του στόματος. Γίνεται για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

5. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου , για την αποφυγή επιπλοκών από τον φόβο και την αγωνία που του προκαλούν η αϋπνία και η κόπωση.

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

B. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.

Πρόκειται για προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, όπου γίνεται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος.



### Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασεως του ασθενούς.

Θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση το πρωί. Παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν εμφάνιση βήχα, που φανερώνει κρυολόγημα.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενή.

Μισή ώρα πριν την επέμβαση, ο ασθενής φοράει την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει και αδειάσει η ουροδόχος κύστη.

Η ενδυμασία περιλαμβάνει: τα ποδονάρια, υποκάμισο και σκούφο. Πριν φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου, αφαιρούνται όλα τα ξένα αντικείμενα (φουρκέτες, τσιμπίδια κτλ.).

Επίσης, αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, τοποθετούνται σε φάκελλο, καταγράφονται και φυλάγονται από την προϊσταμένη του τμήματος.

γ) Προνάρκωση.

Γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση. Το είδος καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων, συνίσταται στον ασθενή να μην σηκώνεται από το κρεβάτι του.

Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο, γίνεται από τον νοσοκόμο. Όλες οι βασικές ενέργειες που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς αναγράφονται στο δελτίο νοσηλείας.

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

Όσον αφορά το κρεβάτι:

- πρέπει να είναι ζεστό. Γι' αυτό χρησιμοποιούνται δύο κουβέρτες κατά το στρώσιμο του κρεβατιού, ενώ συγχρόνως τοποθετείται

θερμοφόρα.

- δεν χρησιμοποιείται μαξιλάρι στο κεφάλι για ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Χρησιμοποίηση μαξιλαριού στο πάνω κυγκλίδωμα για την αποφυγή χτυπήματος από τις τυχόν διεγέρσεις.
- είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενή από το φορείο.
- Στρώνεται αδιάβροχο, αδιάβροχο κεφαλής και πετσέτα για τυχόν εμέτους.

Όσον αφορά το κομοδίνο περιέχει:

- μια πετσέτα για να αποφεύγουμε τους θορύβους
- νεφροειδές
- καψάκι με τολύπια βάμβακος και χαρτοβάμβακος
- μια σύριγγα
- ποτήρι με νερό
- δοχείο με Fort - cotton
- μια χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα στο πλάι του κομοδίνου

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Περιλαμβάνει:

- α) Την ανακούφιση του αρρώστου από το μετεγχειρητικό πόνο και δυσφορία

Αυτό επιτυγχάνεται:

- Με την χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών
- Με την χορήγηση αντιβιοτικών για την πρόληψη τραυματικών μόλυνσεων
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση
- Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με μεγάλη επιμέλεια και διατήρηση αυτής υγρής και καθαρής. Τα παραπάνω ανακουφίζουν τον ασθενή και συμβάλλουν στην πρόληψη της μετεγχειρητικής παρωτίτιδας.
- Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παροχετεύσεων (Levin, τραύματος, καθετήρας) και ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών, γιατί βοηθά πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου. Ακόμη, γίνεται αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα στην αρχή, κάθε μισή ώρα και μετά τις δυο πρώτες ώρες, κάθε μια ώρα, αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στοιβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.
- Ικανοποίηση των φυσικών, συναισθηματικών και ψυχικών αναγκών του αρρώστου.
- Διδασκαλία του αρρώστου να αναπνέει βαθιά, να βήχει.

β) Στην ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του αρρώστου.

Αυτό επιτυγχάνεται:

- Με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης 2500 - 3000 ml) για τις πρώτες 2-3 ημέρες. Και ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Με χορήγηση υγρών από το στόμα, μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου.
- Με ελαφρά διαίτα, εμπλουτισμένη σε ζωτικά λευκώματα και βιταμίνες, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου, εφόσον φυσικά αρχίζει να σιτίζεται. Και συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

γ) Στην πρόληψη των μετεγχειρητικών επιπλοκών οι οποίες είναι:

1) Αιμορραγία - shock: Προλαμβάνεται - Αντιμετωπίζεται.

- Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας.
- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστριο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει αφαιρεθεί.
- Μετάγγιση αίματος
- Ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών παροχέτευσης (τραύματα, Levin, καθετήρας)
- Απαλλάσσεται από οποιαδήποτε περίσφυξη, διατηρείται ζεστός, γίνεται τόνωση του ηθικού, απομακρύνοντας κάθε αιτία

ανησυχίας και εκνευρισμού.

2. Αυτές που έχουν σχέση με το κυκλοφοριακό σύστημα.

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

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο.

προλαμβάνεται:

Με την αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες - Με έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι - Με ασκήσεις των κάτω άκρων - Αποφυγή εντριβών των άκρων - Χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων, όταν ο ασθενής αρχίζει να σηκώνεται - Συνεχής παρακολούθηση της πήκτικότητας του αίματος.

αντιμετωπίζεται:

Με απόλυτη ακινησία του άκρου - Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση - Στεφάνη για να σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων - Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής (ιπαρίνη).

3. Εκσπλάχνωση.

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

προλαμβάνεται:

α) Με την χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος, μετά από εντολή γιατρού και αποφυγή στενής επίδεσης με κίνδυνο τον περιορισμό των κινήσεων του θώρακα και του διαφράγματος και επομένως, την εμφάνιση πνευμονικής εμβολής.

β) Με την πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος, που επιτυγχάνεται με την άσηπτη τεχνική κατά την περιποίηση του τραύματος, αλλά και κατά την προετοιμασία του επιδεσμικού και άλλου υλικού.

γ) Με τον συχνό έλεγχο του τραύματος: Για το αν υπάρχει ρήξη ραμμάτων, αν έχει πολλές εκκρίσεις το τραύμα, όπως συγκέντρωση πύου, ακόμη και αίμα. οι κύριες επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα είναι:

- Μόλυνση του τραύματος
- ρήξη τραύματος

δ) Με την πρόληψη της κοιλιακής διάτασης: Η επιπλοκή αυτή οφείλεται στην συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Τα αίτια είναι: επίδραση του ναρκωτικού που προκαλεί υποτονία μυών και αδράνεια του εντέρου - Ερεθισμός του περιτόναιου - Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα - Μείωση της κινητικότητας του ασθενή - Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, όπως γάλα, γλυκά, υγρά.

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

#### 4. Πνευμονικές επιπλοκές.

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

α) Πνευμονία, ατελεκτασία: Οφείλεται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την

νάρκωση και προνάρκωσή του. Για τον λόγο αυτό αποφεύγονται οι εγχειρήσεις σε ασθενείς που πρόσφατα κρυστάλλωσαν ή παρουσίασαν οξεία βρογχίτιδα, εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία.

Ακόμη, οι επιπλοκές οφείλονται σε κακό αερισμό των πνευμόνων εξαιτίας της επίδρασης του ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρου οδού από εισρόφηση, εμεσμάτων ή εκκρίσεων σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

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

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι ο έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

γ) Ασφυξία: Ο ασθενής, εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή.

Τα αίτια είναι: Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου, κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωτίδα, τον λάρυγγα και τέλος, επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι: παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση.

προλαμβάνεται:

- Με την τοποθέτηση της κεφαλής του ασθενούς σε πλάγια θέση
- Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με υγρό βαμβάκι τυλιγμένο σε μια λαβίδα ή port cotton.
- Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, πιέζονται οι γωνίες της

κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάκτυλα και των δύο χεριών, ενώ παράλληλα με τους αντίχειρες ανοίγεται το στόμα και τραβιέται η γλώσσα προς τα εμπρός.

- Ενθαρρύνεται ο ασθενής να παίρνει βαθιές αναπνοές για την γρήγορη απονάρκωσή του.

- Αν ο άρρωστος εμφανίσει δυσπνοιικά φαινόμενα, χωρίς να υπάρξει απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγείται οξυγόνο και τέλος, υπάρχει καλός αερισμός στο δωμάτιο.

Σύνδρομο Dumping: Κατά το σύνδρομο αυτό έχουμε ραγδαία κένωση του περιεχομένου του στομάχου, μετά την λήψη τροφής έτσι ώστε να διατείνεται απότομα το λεπτό έντερο και γίνεται έξοδος υγρού από τα τοιχώματά του για την αραίωση του υπερτονικού περιεχομένου. Αυτό οδηγεί στην ελλάττωση του όγκου του πλάσματος και τη σύσπαση των αγγείων.

Το σύνδρομο αυτό εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά την επέμβαση.

Τα συμπτώματα είναι αγγειοκινητικά (έξαψη, εφίδρωση, αδυναμία, κεφαλαλγία, τάση για λιποθυμία) και δυσπεπτικό (ναυτία, διάρροια). Αργότερα εμφανίζονται συμπτώματα υπογλυκαιμίας.

Η πρόληψη του συνδρόμου γίνεται:

- Με την αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων
- Τακτικά μικρά γεύματα 4-5 φορές την ημέρα
- Φυσική ανάπαυση του αρρώστου
- Αντιχολινεργικά πριν το γεύμα.
- Αποφυγή συγκινήσεως.



ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ, ΟΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΟΝΤΑΙ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.

Εισαγωγή ασθενούς στο Γενικό Νοσοκομείο Αγρινίου με αναμνηστικό έλκος στομάχου. Είναι ηλικίας 53 χρονών περίπου.

Η περίπτωση του είναι επείγουσα λόγω της γαστρορραγίας και του χαμηλού αιματοκρίτη (H=23,5 %).

Ο ασθενής αναφέρει:

- Αιματέμεση
- Μέλανες κενώσεις

Οι εξετάσεις έδειξαν γαστρορραγία και αφού τέθηκε υποκλείδιος ορθ προγραμματίζεται για χειρουργείο επειγόντως.

ΠΡΩΤΗ ΗΜΕΡΑ: ο ασθενής υποφέρει από έντονο άλγος στο επιγάστριο και εμφανίζει αιμορραγία, όπου του χορηγείται 2 μονάδες αίμα. Εμφανίζει, επίσης, δυσκοιλιότητα και μέλανες κενώσεις. Είναι απύρετος και το Levin λειτουργεί και δεν παροχετεύει μεγάλη ποσότητα.

Εγιναν πλύσεις και την ίδια ημέρα μπήκε στο χειρουργείο. Γύρισε μετά από 4 ώρες. Γίνεται παρακολούθηση ζωτικών σημείων, παίρνει ορρούς από την υποκλείδιο. Έχει ακόμα 1 Red - o. - Pack, το Levin και ουροκαθετήρα.

ΔΕΥΤΕΡΗ ΗΜΕΡΑ: Ο ασθενής είναι ήσυχος, παίρνει ορρούς, δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και έγινε μια lamp Pethidine. Αφαιρέθηκε η υποκλείδιο και τέθηκε ο ορός από περιφερική φλέβα.

ΤΡΙΤΗ ΗΜΕΡΑ: Ο ασθενής, ήσυχος, παίρνει ορρούς και του αφαιρέθηκε ο ουροκαθετήρας. Ο ασθενής ούρησε κανονικά.

ΤΕΤΑΡΤΗ ΗΜΕΡΑ: Ο ασθενής είναι ήσυχος και παίρνει ορρούς. Αρχι-

σε να παίρνει υγρά, αφού αφαιρέθηκε το Levin.

ΠΕΜΠΤΗ ΗΜΕΡΑ: Από αυτή την ημέρα και μέχρι την έξοδό του, παρέμεινε ήσυχος, έπαιρνε ορρούς και αργότερα 1 λίτ ορρό για διατήρηση.

ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ ΚΑΙ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

ΠΡΟ ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ

Ανάγκες ή προβλήματα ασθενούς	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p><b>ΠΡΩΤΗ ΜΕΡΑ</b></p> <p>Αλγος επιγαστρίου</p>	<p>Αντιμετώπιση του πόνου</p>	<p>Χορήγηση αναλγητικών</p>	<p>Χορήγηση IV Petlidine 1 amp</p>	<p>Μείωση του πόνου</p>
<p>Αιμορραγία</p>	<p>-Αντιμετώπιση αιμορραγίας -Εξισορρόπηση ισοζυγίου υγρών &amp; ηλεκτρολυτών -Αντιμετώπιση αναιμίας</p>	<p>- Ακίνησις -Μετάγγιση αίματος -Εργαστηριακές εξετάσεις για έλεγχο του εντέρου -Ανακούφιση απ' την αιμορραγία</p>	<p>-Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση -Τοποθέτηση LEVIN και πλύση στομάχου με παγωμένο NaCl για προήγηση αγγειοσυστασης -Χορήγηση αντιόξινων μετά την πλύση -Εκτελείται γενική αίματος, δακτυλική εξέταση και επείγουσα γαστροσκόπηση</p>	<p>-Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα, ειδικά μετά την πλύση -Μείωση της αιμορραγίας και συνεχούς έλεγχος αυτής  Τα αποτελέσματα των εξετάσεων δείχναν γαστρορραγία</p>
<p>Κάπνισμα</p>	<p>Προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος</p>	<p>ενημέρωση για τις επικίνδυνες επιπλοκές του καπνίσματος</p>	<p>Υπόδειξη τρόπου αποφυγής του καπνίσματος</p>	<p>Αποφυγή καπνίσματος</p>
<p>Άγχος</p>	<p>Μείωση άγχους και φόβου</p>	<p>Ηθική τόνωση του αρρώστου</p>	<p>Χορήγηση κατευναστικών IV και συζήτηση με τον άρρωστο για ψυχολογική του υποστήριξη</p>	<p>Μείωση του άγχους και εκδήλωση ψυχικής ηρεμίας</p>
<p>Αδυναμία καταβολής δυνάμεων</p>	<p>Προσπάθεια ανάκτησης σωματικής δύναμης</p>	<p>Χορήγηση υγρών παρεντερικώς</p>	<p>Χορήγηση ορών και αίματος</p>	<p>Συνεχής αποκατάσταση υγρών και ηλεκτρολυτών</p>

1η Μετεγχειρητική

ΑΝΑΓΚΕΣ Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πόνος και δυσφορία</p>	<p>Ανακούφιση μετεγχειρητικού πόνου και της δυσφορίας</p>	<p>-Κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου επί κλίσης -Συχνή αλλαγή θέσεως -Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παρεχόμενων -Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος -Συνεχή συναισθηματική υποστήριξη του αρρώστου</p>	<p>-Χορήγηση 1 amp πενιδίνης -Αφαίρεση του υποκλυδίου</p>	<p>Ανακούφιση από τον πόνο</p>
<p>2η &amp; 3η μετεγχειρητική Διατροφή (ενίσχυση επαρκούς θρέψης του αρρώστου)</p>	<p>Επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού</p>	<p>-χορήγηση υγρών παρεντερικώς -τήρηση διατολογίου της όρεξης -ενίσχυση της προσπάθειας για σίτιση από το στόμα</p>	<p>-Χορήγηση ορρών -Ακριβή τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων υγρών και αποβαλλόμενων υγρών -Εκτίμηση και ικανοποίηση των προτιμήσεων της διατροφής του αρρώστου -Χορήγηση υγρών από το στόμα, εφόσον μπορεί να λειτουργήσει το έντερο</p>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού</p>
<p>Αναπνευστική ανεπάρκεια (Δύπνοια)</p>	<p>Ενίσχυση αναπνοής</p>	<p>-Κατάλληλη θέση του αρρώστου επί κλίσης -Αναπνευστικές κινήσεις -Εφαρμογή μέτρων για αποφυγή μολύνσεων</p>	<p>-Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές -Βοήθεια να βήχει και να αποβάλλει βρογχικά εκκρίματα -ταχύτερη έγερση του αρρώστου από το κρεβάτι μετά από ιατρική εντολή</p>	<p>Σταδιακή αύξηση Α.Π και σφυγμών</p>
<p>Πτώση σφυγμών και αρτηριακής πίεσης</p>	<p>Ελεγχος ζωτικών σημείων</p>	<p>Ώρα παρακολούθησης ζωτικών σημείων</p>	<p>-Συχνή λήψη Α.Π. και σφυγμών -Χορήγηση ορρών ενδοφλεβίως</p>	<p>Σταδιακή αύξηση Α.Π και σφυγμών</p>

5η ημέρα ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κίνδυνος μόλυνσης	Αποφυγή μόλυνσης	Συνεχής παρακολούθηση των ευαίσθητων περιοχών (τραύμα του ουροκαθετήρα) για την παρατήρηση τυχόν εμφανίσεως σημείων μόλυνσης	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνές αλλαγές του τραύματος</li> <li>- Προσοχή στους χειρισμούς και τα εργαλεία να μην είναι μη αποστειρωμένα (γάζες, λαβίδες, γάντια)</li> <li>- Συχνή τοπική καθαριότητα και λήψη ούρων για καλλιέργεια</li> </ul>	Ομαλή εξέλιξη επώλωσης του τραύματος και αποφυγή περαιτέρω επιπλοκών
Ακίνησία	Αποκατάσταση του μυοσκελετικού συστήματος	Συνεχείς ασκήσεις με βραδυ ρυθμό αρχικά και αύξησής τους μετέπειτα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παροχή βοήθειας στον άρρωστο, ώστε να εκτελεί με όσον το δυνατόν μεγαλύτερη άνεση τις ασκήσεις</li> </ul>	Ανάκτηση των δυνάμεων από τον ασθενή και προσπάθεια για καλύτερη κινητικότητα και ανάληψη των δραστηριοτήτων του
6η ημέρα Εξοδος του ασθενή Άγχος για την ομαλή ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο	Πλήρης αποκατάσταση ψυχοσωματικής υγείας του ασθενή	Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών για την κατάστασή του και για το πως πρέπει να τον φροντίζουν και να συμπεριφέρονται ώστε να του δημιουργούν μια ατμόσφαιρα ευφορίας και να αποφεύγουν έτσι από δυσάρεστες καταστάσεις που μπορούν να δημιουργήσουν δυσάρεστες επιπτώσεις για την υγεία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών του για μικρά γεύματα και αποφυγή αλκοόλ, καφέ, καπνού</li> <li>- Μείωση του άγχους</li> <li>- Λήψη φαρμάκων στο κατάλληλο χρόνο και την σωστή ποσότητα</li> <li>- Διδασκαλία για συχνές ιατρικές επισκέψεις</li> </ul>	Τελικά ο ασθενής, ήρεμος αποχωρεί σε καλή φυσική κατάσταση, κατάλληλα ενημερωμένος και υποσχόμενος ότι θα τηρήσει όλες τις οδηγίες που του δόθηκαν

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ.

Νέα εισαγωγή στο νοσοκομείο ασθενούς με συμπτώματα πυλωρικής στένωσης. Ο ασθενής αναφέρει οπισθοστερνικό καύσο και τάση προς έμετο, συμπτώματα που εμφανίζονται συνήθως μετά από την λήψη γεύματος. Επίσης, αναφέρει ότι προ 12ημέρου είχε έντονα κοιλιοκοιδική άλγη, που συνοδεύτηκαν από αναστολή αερίων και κοπράνων.

Εισαγωγή στην κλινική για περαιτέρω έλεγχο και αντιμετώπιση με τελικό συμπέρασμα "πυλωρική στένωση"

ΑΤΟΝΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ.

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

ΕΥΡΥΜΑΤΑ.

Κεφαλή - τράχηλος Κ.Φ.

Θώρακας: φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Φυσιολογικοί καρδιακοί ήχοι

Δεν ακροώνται φυσήματα, ούτε πρόσθετοι ήχοι.

Κοιλία: Πόνος στο επιγάστριο

Εντερικοί ήχοι αυξημένοι

Τυμπανικότητα επικρουστικά

Ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο

1η ημέρα

ΑΝΑΓΚΕΣ Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πτώση αρτηριακής πίεσης	Ελεγχος ζωτικών σημείων	3ωρη θερμομέτρηση	-Συχνή λήψη ζωτικών σημείων -Χορήγηση ενδοφλέβιως ορρών	Σιγά-σιγά επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα
Πόνος και καύσος	Αντιμετώπιση του πόνου και του καύσου	Χορήγηση αναλγητικών	- 1 amp πεθιδίνη	Ανακούφιση από τα συμπτώματα
Ανορεξία και έμετοι	- Αποφυγή των εμμέτων - Αποφυγή αφυδάτωσης	- Εφαρμογή Levin - Ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών	-Ενδοφλέβια χορήγηση νερού και ορού και θρεπτικών ουσιών -Χορήγηση βιταμινών -Συνεχείς πλύσεις	-Ανακούφιση από τα συμπτώματα -Ικανοποιητικό ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών
Άγχος για την μετέπειτα εξέλιξη της πορείας του	- Μείωση του άγχους και του φόβου.	Ήθικη τόνωση του αρρώστου	-Χορήγηση κατευναστικών IV -Συζήτηση για την ψυχολογική υποστήριξη του	-Μείωση του άγχους και του φόβου για την πορεία της νόσου -Εκδήλωση της ψυχικής ηρεμίας
1η μετεγχειρητική ημέρα  Τραυματικός πόνος	Ανακούφιση από τα συμπτώματα	-Τοποθέτηση σε αναπνευστική θέση & φροντίζουμε να του αλλάζουμε συχνά θέσεις -Χορηγούμε αναλγητικά & αντιβιοτικά -Χορήγηση O2 -Αναρρόφηση από το Levin	Για τον πόνο -1 amp πεθιδίνη 0,05 -Αντιβιοτικά, όπως Fraxiparine 1X1 Bisalvon 1X3 Rocceplin 1X2 Pethidine 1X3 -Για την δυσφορία συχνές αναπνευστικές κινήσεις	Ανακούφιση από τα συμπτώματα

<p>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Η ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΠΙΣΤΩΘΗΚΑΝ</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</p>
<p>2η &amp; 3η Μετεγχει- ρική ημέρα</p>	<p>Αποφυγή μόλυνσης</p>	<p>Λήψη μέτρων για να αποφευχθεί ο κίν- δυνος της μόλυνσης</p>	<p>-Κατάλληλος χειρι- σμός κατά την πε- ριποίηση του τραύ- ματος -Κατά την χρήση απο- στειρωμένων αντι- κειμένων στην αλλα- γή</p>	<p>Ομαλή εξέλιξη επού- λωσης του τραύματος</p>
<p>4η &amp; 5η ημέρα</p>	<p>Προσπάθεια για ανάκτηση σωματι- κής δύναμης</p>	<p>Χορήγηση υγρών και τροφής</p>	<p>-Χορήγηση ορρών -Χορήγηση βιταμινών -Χορήγηση πρωτεϊνών</p>	<p>Ανάκτηση των δυνά- μεων</p>
<p>Κατάθλιψη μελαγχολία (εμ- φάνιση σημείων)</p>	<p>Προσπάθεια για ψυχολογική τό- νωση</p>	<p>-Υπόδειξη ψυχιάτρου -Προσπάθεια για συ- ζήτηση για την αποφυγή του ιατρού</p>	<p>-Συζήτηση για τα προβλήματα που τον απασχολούν -Για την φύση της ασθένειάς του -Για την θεραπεία που του γίνεται -Για να του ξεκα- θαριστούν και τα πιο σκοτεινά ση- μεία, γύρω από την περίπτωση της ασ- θένειάς του</p>	<p>Τελικά ο ασθενής επανήλθε μόνος του και με την βοήθεια του προσωπικού του Νοσοκομείου, ξεπέ- ρασε το πρόβλημα</p>
<p>Εξοδος από το Νοσοκομείο</p>	<p>Πλήρης αποκατά- σταση ψυχροσφμα- τικής υγείας</p>	<p>Ενημέρωση του ασ- θενή και των συγ- γενών και την πε- ρίπτωση της κατά- στασης της υγείας του</p>	<p>Διδασκαλία για την σωστή θεραπεία, για το τί θα πρέπει να αποφεύγει, για την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει</p>	<p>Ο ασθενής εξήλθε του Νοσοκομείου υποσχόμενος ότι θα ακολουθήσει τις συμβουλές που του έχουν υποβληθεί</p>



## Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κατά την αποχώρησή του ο ασθενής από το Νοσοκομείο, δυνατόν να έχει θεραπευτεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής.

Έτσι, ο νοσηλευτής-τρια, τον εφοδιάζει κατά την έξοδό του, με έντυπα που αναφέρονται σ' αυτά όλα τα είδη των τροφών που επιτρέπονται, καθώς και στο κατάλληλο τρόπο κατασκευής τους.

Βοηθητική, επίσης, είναι και η ενημέρωση του ασθενή για το σύνδρομο Dumping και για τον τρόπο πρόληψής του, το οποίο εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά την εγχείρηση. Μαζί με αυτές τις πληροφορίες δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει ο ασθενής τους φόβους του, να κάνει ερωτήσεις και να του απομακρυνθεί κάθε ανησυχία.

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

Γίνεται διδασκαλία και αιτιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας του προγράμματος εφαρμογής της, σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεώς τους. Για τα φάρμακα που μπορεί να έχουν παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και κάθε υπεύθυνο μέλος της οικογένειας, για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν. Ακόμη, προειδοποιείται ο άρρωστος για τις συνέπειες κατάχρησης των αντιόξινων και δίνεται έμφαση στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως, η μη σωστή δίαιτα και η απρογραμματίστη λήψη γευμάτων, οι ακατάστατες συνήθειες ζωής, η χρήση

αλκοόλ, τσιγάρων και stress.

Εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για ανάπαυση και ψυχαγωγία που παράγουν την φυσική και διανοητική χαλάρωση. Και ακόμη, ανευρίσκονται τρόποι μείωσης του stress και βοηθείται ο άρρωστος στην ανάπτυξη μηχανισμών του χειρισμού της μείωσης.

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

Τέλος, η γνώση των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση των επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωσή τους.

Το έλκος είναι μια πάθηση που η προτιμότερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Αυτή απαιτεί ενημέρωση του πληθυσμού, όχι μόνο στις πόλεις, αλλά και στα περίχωρα, σχετικά με την διατροφή, το άγχος και την ανάπαυση.

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

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΒΑΣΩΝΗΣ Δ.

Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής  
Εκδοση 5η αναθεωρημένη  
Εκδόσεις Αθήνα 1987

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία  
Τόμος Α' Εκδοση Δ' ΑΘΗΝΑ 1985

ΓΙΤΣΟΥ Θ. Νοσολογία  
Εκδοση Β' Αθήνα

GANONG F. WILLIAM  
Ιατρική φυσιολογία  
Μετάφραση: Βαγγέλη Σπανού  
Τόμος Β' - Επιστημονικές εκδόσεις Γ. Παρισιάνος  
Αθήνα 1985

ΓΚΟΥΜΑΣ: Υγεία  
Τόμος 5ος. Εκδόσεις Δομική Ο.Ε.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΑΕ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ.  
Νοσηλευτική - Γενική και Χειρουργική. Τόμος Α.  
Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ - ΑΘΗΝΑ 1985

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ.: Βασικές αρχές παθοφυσιολογίας  
Εκδόσεις Λίτσας  
Αθήνα 1984

ΜΠΑΛΛΑΣ Π.  
Χειρουργική - Τόμος Α' - Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης  
Αθήνα 1987

ΡΗΓΑΣ Μ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ:  
Χειρουργικές παθήσεις Πεπτικού Συστήματος  
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας  
Αθήνα 1983

ΣΑΧΙΝΗ Α.  
Παθολογία και Χειρουργική Νοσηλευτική  
Εκδόσεις ΒΗΤΑ  
Αθήνα 1985

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α' , ΠΑΝΟΥ Μ.  
Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική  
Νοσηλευτικές διαδικασίες  
Τόμος 2ος, Μέρος Β' - Εκδόσεις ΒΗΤΑ  
MEDICAL ARTS 1985  
ΑΘΗΝΑ 1985

HARISON: Εσωτερική παθολογία  
Τόμος Γ' - Έκδοση 8η

HELMUT LEONHAROT: Εγχειρίδιο Ανατομικής του Ανθρώπου  
Τόμος Β' - Εκδόσεις Λίτσας

WILLIAM.T GANOWE - Ιατρική Φυσιολογία  
Έκδόσεις Παρισιανός

