

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

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Του Σπουδαστή :

Καραϊσκού Επαμεινώνδα

Υπεύθυνος Καθηγητής :

Ν.Γ. ΚΟΥΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1989

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1148a
----------------------	-------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ πολύ τον καθηγητή μου κ. Ν.Γ. ΚΟΥΝΗ , για την βοήθεια που μου προσέφερε , καθώς επίσης και όλο το προσωπικό της Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής του "ΑΓΙΟΥ ΑΝΔΡΕΑ".

Επίσης ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	II
ΚΕΦ. Α.: ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ .....	1
1. Βιοχημεία και φυσιολογία της εξωκρινούς παγκρεατικής εκκρίσεως .....	3
ΚΕΦ. Β.: ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ .....	5
I. Γενικές Αρχές .....	5
II. Αίτια οξείας παγκρεατίτιδας - πίνακας 1..	6
III. Αιτιολογία και παθογένεια.....	8
B.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ .....	9
B.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	10
B.3. ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	15
B.3.I. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞ. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ - ΠΙΝΑΚΑΣ 3	16
B.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	17
ΚΕΦ. Γ.: ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΞΩΚΡΙΝΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙ- ΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ .....	20
I. Γενικές Αρχές .....	20
II. Αίτια εξωκρινούς παγκρ. ανεπάρκειας - πίνακας 4 .....	21
III. Παθοφυσιολογία .....	21
Γ.1. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ .....	22
Γ.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	23
Γ.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ .....	25
Γ.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	26

<b>ΚΕΦ. Δ.:</b> ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ	
ΣΟ .....	30
I. Γενικές Αρχές .....	30
II. Δοκιμασίες Χρήσιμες στην διάγνωση της παγκρεατικής νόσου - πίνακας 5 .....	32
Δ.1. ΜΖΛΕΤΕΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΑΚΡΕΑΤΟΣ .....	39
I. Ακτινολογικές Δοκιμασίες .....	39
II. Πίνακας 6- Αίτια υπεραμυλασαιμίας και υπεραμυλασουρίας .....	41
III. Ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοφαγία (ERCP) .....	42
<b>ΚΕΦ. Ε.:</b> ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....	44
I. Γενικά περί οξείας παγκρεατίτιδας .....	44
E.1. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου ..	45
E.2. Σκοποί της φροντίδας - παρέμβαση .....	49
E.3. Χειρουργική επέμβαση .....	51
E.4. Χρόνια Παγκρεατίτιδα - Νοσ. Φροντίδα ...	52
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	53
<b>ΚΕΦ. ΣΤ.:</b> ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ .....	60
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	82

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή είναι μια προσπάθεια προσέγγισης της παγκρεατικής νόσου. Μιας νόσου που ταλαιπωρεί με τις επιπλοκές της πολλούς συναθρώπους μας. Μιας νόσου που σχετίζεται τόσο άμεσα με τον τρόπο ζωής και διατροφής του ανθρώπου. Δύσκολη στην διάγνωση και ακόμα πιά δύσκολη στην αντιμετώπισή της, λόγω της μεγάλης πιθανότητας λάθους που υπάρχει. Οι κλινικές εξετάσεις είναι πάρα πολλές και τα εργαστηριακά ευρήματα δίνουν πολλά στοιχεία που δύσκολα ταξινομούνται.

Κύριο βοήθημα από ιατρικής πλευράς ήταν το εξαιρετικό βιβλίο του Harrison στην τελευταία και πιά ενημερωμένη έκδοσή του. Στην Νοσηλευτική πλευρά του θέματος το βιβλίο της κυρίας Σαχίνη στάθηκε ένα πολύ καλό βοήθημα.

Η απασχόλησή μου κατά την διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στην Πανεπιστημιακή Παθολογική του Νοσοκομείου "Αγ. Ανδρέας" της Πάτρας, με βοήθησε επίσης στην σύνταξη της εργασίας. Στην Κλινική αυτή είχαμε πολλά περιοριστικά με παγκρεατική νόσο και κάπου αυτό ήταν το ερέθισμα ν' ασχοληθώ με το θέμα αυτό. Οι περιπτώσεις που περιγράφω είναι προσωπικές και ασχολήθηκα ο ίδιος με την φροντίδα τους. Κατά ευτυχή συγκυρία και τα τρία περιστατικά που περιγράφω εξήλθαν από το Νοσοκομείο με καλή έκβαση της νόσου.

Πιστεύω ότι η εργασία αυτή θα μπορέσει να δώσει πλήρως την διάσταση της παγκρεατικής νόσου σε σχέση με τις δεδομένες καταστάσεις που την προκαλούν.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Μια συνοπτική περιγραφή της εργασίας "Παγκρεατίτιδες και Νοσηλευτική φροντίδα τους" θα μπορούσε να ήταν η εξής :

Η αρχή της περιλαμβάνει στοιχεία βιολογίας και φυσιολογίας της παγκρεατικής λειτουργίας και την σχέση τους με τα νοσήματα του παγκρέατος.

Μετά ξεκινά μια λεπτομερής περιγραφή της οξείας παγκρεατίτιδας όπου παραθέτω και τον σχετικό πίνακα με τα αίτιά της. Αιτιολογία και παθογένεια , στην συνέχεια για ν' ακολουθήσουν οι κλινικές της εκδηλώσεις, η διάγνωση, η πορεία της νόσου και οι επιπλοκές της (με τον σχετικό πίνακα). Η θεραπεία ένα ξεχωριστό κεφάλαιο αναφέρεται στις φροντίδες που πρέπει να παράσχουμε στον ασθενή.

Η περιγραφή της χρόνιας παγκρεατίτιδας δομικά ακολουθεί αυτήν της οξείας. Σε άλλες σελίδες περιγράφεται η προσέγγιση του ασθενούς με παγκρεατική νόσο, οι εργαστηριακές δοκιμασίες (σε πίνακα συγκεντρωμένες), οι μελέτες που αφορούν την δομή του παγκρέατος.

Στο κεφάλαιο της Νοσηλευτικής φροντίδας παραθέτω όλα τα Νοσηλευτικά μέτρα που παίρνουμε για να δώσουμε στον ασθενή μας το ποθητό αποτέλεσμα την ίαση.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα περιστατικά οξείας παγκρεατίτιδας και η Νοσηλευτική φροντίδα τους.

## ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

### ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΞΩΚΡΙΝΟΥΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΕΩΣ

**Γενικές Αρχές:** Το πάγκρεας εκκρίνει 1500-3000 ml ισοωσμωτικό αλκαλικό ( $pH > 8.0$ ) υγρό την ημέρα, που περιέχει 20 περίπου ένζυμα και ζυμογόνα. οι παγκρεατικές εκκρίσεις παρέχουν τα ένζυμα, που είναι απαραίτητα για να δώσουν την μέγιστη πεπτική δυνατότητα στο γαστρεντερικό και δημιουργούν το καλύτερο pH για την λειτουργία των ενζύμων.

**ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΕΩΣ.** Ορμονικοί και νευρικοί μηχανισμοί.

Το εξωκρινές πάγκρεας ευρίσκεται κάτω από ορμονικό και νευρικό έλεγχο, με σημαντικότερο τον ορμονικό. Το γαστρικό οξύ είναι το ερέθισμα για την έκκριση εκκριματίνης, ενός πεπτιδίου με 17 αμινοξέα. Οι ευαίσθητες ραδιοανοσολογικές μελέτες για την εκκριματίνη δείχνουν, ότι ο ουδός του pH για την έκκριση εκκριματίνης από το 12/λο και την νήστιδα είναι 4,5 . Η εκκριματίνη διεγείρει την έκκριση παγκρεατικού υγρού πλούσιου σε νερό και ηλεκτρολύτες. Η έκκριση χολοκυστοκινίνης - παγκρεατοζυμίνης (CCK-PZ) από το 12/λο και την νήστιδα προκαλείται σε μεγάλο βαθμό από τα λιπαρά οξέα μακράς αλυσίδας, από μερικά βασικά αμινοξέα, (τρυπτοφάνη, φαινυλαλανίνη βαλίνη, μεθειονίνη) και από αυτά τα ίδια τα οξέα. Η CCK-PZ (ένα πεπτίδιο με 33 αμινοξέα) διεγείρει μια έκκριση από το πάγκρεας, πλούσια σε ένζυμα. Η γαστρίνη, αν και διαθέτει μια παρόμοια τετραπεπτιδική ομάδα με την CCK-PZ, αποτελεί ασθενές ερέθισμα για παγκρεατική ενζυμική έκκριση. Το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (μέσω του πνευμονογαστρικού)



ασκεί κάποιον έλεγχο στην παγκρεατική έκκριση. Ορισμένα μέρη αυτής καθορίζονται από την έκκριση γαστρίνης και άλλα είναι δευτερογενή σε άμεση επίδραση ακτυλοχολίνης στα εκκριτικά παγκρεατικά κύτταρα. Επιπλέον, οι παρασυμπαθητικές διεγερτικές επιδράσεις ελευθερώνουν μια αγγειοδραστική εντερική ουσία (πεπτίδιο) (VIP), που συναγωνίζεται την εκκριματίνη. Ο παρασυμπαθητικός έλεγχος της παγκρεατικής εκκρίσεως φαίνεται να είναι σημαντικότερος, μετά την στελεχιαία βαγοτομή, αλλά και σ' αυτούς ακόμη τους ασθενείς δυσαπορρόφηση δεν προκύπτει. Τα χολικά άλατα διεγείρουν επίσης την παγκρεατική έκκριση, συνδέοντας έτσι τις λειτουργίες των χοληφόρων, του παγκρέατος και του λεπτού εντέρου.

#### Παγκρεατική έκκριση στο κυτταρικό επίπεδο

Φαίνεται ότι υπάρχουν δύο λειτουργικά διάφοροι τρόποι, με τους οποίους εκκριματαγωγά μπορούν να διεγείρουν την παγκρεατική έκκριση. Οι μελέτες, με απομονωμένα παγκρεατικά κύτταρα, έδειξαν ότι η εκκριματίνη, η VIP και η τοξίνη της χολέρας αντιδρούν με τους υποδοχείς των λοβιακών κυττάρων, οδηγώντας σε αύξηση του κυτταρικού κυκλικού AMP. Η CCK-PZ, η ακετυλοχολίνη, η γαστρίνη και διάφορα άλλα πεπτίδια, (π.χ. βομβεσίνη σερουλείνη, λιτορίνη, φουσαλαεμίνη και ελεντοϊσίνη) αντιδρούν με άλλους υποδοχείς στα λοβιακά κύτταρα, προκαλώντας έκκριση ασβεστίου της μεμβράνης και προκαλώντας έτσι αλλοιώσεις στις ηλεκτρικές ιδιότητες της επιφάνειας των λοβιακών κυττάρων και των συναπτικών μεμβρανών. Όταν ένα εκκριματαγωγό, που αυξάνει το κυκλικό AMP, προστεθεί σε ένα εκκριματαγωγό, που αυξάνει την έξοδο ασβεστίου, συμβαίνει ενίσχυση της ενζυμικής εκκρίσεως.

**ΕΚΚΡΙΣΗ ΝΕΡΟΥ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ.** Αν και το νάτριο, κάλιο, χλώριο, ασβέστιο, ψευδάργυρος, φώσφορος και θειικά ανευρίσκονται στις παγκρεατικές εκκρίσεις, τα διττανθρακικά είναι τα ιόντα πρωταρχικής φυσιολογικής σπουδαιότητας. Στα λόβια και τους πόρους η εκκριματίνη προκαλεί αύξηση εκκρίσεως νερού και διττανθρακικού. Στους πόρους γίνεται μια ανταλλαγή διαττανθρακικών και χλωρίου. Υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ της μέγιστης εξόδου διαττανθρακικού, μετά από διέγερση με εκκριματίνη και της παγκρεατικής μάζας. Η έξοδος διαττανθρακικού 120-300 mg την ημέρα εξουδετερώνει την παραγωγή γαστρικού οξέος και παρέχει το κατάλληλο pH για την ενεργοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων.

**ΕΚΚΡΙΣΗ ΕΝΖΥΜΩΝ:** Τα πάγκρεας εκκρίνει αμυλολυτικά, λιπολυτικά και πρωτεολυτικά ένζυμα. Τα αμυλολυτικά ένζυμα, όπως η αμυλάση, υδρολύουν το άμυλο σε ολιγοσακχαρίτες και στο δι-σακχαρίτη μαλτόζη. Στα λιπολυτικά ένζυμα περιλαμβάνεται η λιπάση, η φωσφολιπάση A και η εστεράση της χοληστερόλης. Τα χολικά άλατα αναστέλλουν την λιπάση, αλλά η συνλιπάση (colipase), ένα άλλο συστατικό της παγκρεατικής εκκρίσεως, συνδέεται με την λιπάση και περιλαμβάνει αυτή την αναστολή. Τα χολικά άλατα δραστηριοποιούν την φωσφολιπάση A και την εστεράση της χοληστερόλης. Στα πρωτεολυτικά ένζυμα περιλαμβάνονται ενδοπεπτιδάσες (θρυψίνη, χυμοθρυψίνη), που δρούν στους εσωτερικούς πεπτιδικούς δεσμούς των πρωτεϊνών και πολυπεπτιδίων, οι εξωπεπτιδάσεις (καρβοξυπεπτιδάσες, αμινοπεπτιδάσες), που δρούν στα ελεύθερα καρβοξυλικά άκρα και στα ελεύθερα αμινικά άκρα των πεπτιδίων αντίστοιχα και τέλος η ελαστάση. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα εκκρίνονται στην ανενεργή πρόδρομοι (ζυμογόνα). Οι ριβονουκλεάσες (δεοξυριβονουκλεάση και ριβονου-

κλεάση) εκκρίνονται επίσης. Η εντεροκινάση ένα ένζυμο που βρίσκεται στον βλεννογόνο του 12/λου, διασπά τον δεσμό λυσίνης ισολευκίνης του θρυψινογόνου προς παραγωγή θρυψίνης. Η θρυψίνη ενεργοποιεί εν συνεχεία άλλα πρωτεολυτικά ζυμογόνα σε ένα φαινόμενο "καταράκτη" . Όλα τα παγκρεατικά ένζυμα δρούν σε ρΗ αλκαλικό.

### Αυτοπροστασία του Παγκρέατος

Η αυτοπεψία του παγκρέατος προλαμβάνεται υπό την αποθήκευση των πρωτεασών σε πρόδρομη μορφή και από την σύνθεση αναστολέων της πρωτεάσης. οι αναστολείς αυτοί των πρωτεασών ανευρίσκονται στα κύτταρα των παγκρεατικών λοβίων, στις παγκρεατικές εκκρίσεις και στα κλάσματα άλαφα<sub>1</sub> και άλαφα<sub>2</sub> των σφαιρινών του πλάσματος.

### Σχέσεις Εξωκρινείς - Ενδοκρινείς

Η παγκρεατική γλυκαγόνη (29 αμινοξέα) έχει μεγάλο βαθμό ομοιότητας με την εκκριματίνη στην κατασκευή. Μειώνει τον όγκο των παγκρεατικών εκκρίσεων και των ενζύμων, όχι όμως την έκκριση διαττανθρακικού. Η γλυκόζη, σε μεγάλες συγκεντρώσεις, μπορεί επίσης να αναστείλει την εξωκρινή παγκρεατική έκκριση. Η χολεκκριτική και ινσουλινοτρόπος επίδραση της εκκριματίνης επηρεάζεται από την γλυκαγόνη.

## **Β. ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.** Η παγκρεατική φλεγμονώδης νόσος μπορεί να διαιρεθεί ως ακολούθως : (1) οξεία παγκρεατίτιδα, (2) υποτροπίζουσα οξεία παγκρεατίτιδα, (3) υποτροπιάζουσα χρόνια παγκρεατίτιδα και (4) χρόνια παγκρεατίτιδα.

Η ταξινόμηση βασίζεται κύρια σε κλινικά κριτήρια, με φανερή την διαφορά μεταξύ της οξείας και της χρονίας καταστάσεως · η αποκατάσταση φυσιολογικής λειτουργίας παρατηρείται στην πρώτη και μόνιμη υπολειμματική βλάβη συμβαίνει στην δεύτερη. Το παθολογοανατομικό εύρος της οξείας παγκρεατίτιδας κυμαίνεται από την **οιδηματώδη παγκρεατίτιδα**, που είναι συνήθως ήπια και αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, έως την βαριά **νεκρωτική παγκρεατίτιδα** όπου ο βαθμός παγκρεατικής νεκρώσεως σχετίζεται με την σοβαρότητα της προσβολής και τις συστηματικές της εκδηλώσεις. Η **αιμορραγική παγκρεατίτιδα** είναι λιγότερο αντιπροσωπευτική σαν όρος, επειδή ποικίλα μεγέθη διάμεσης αιμορραγίας ανευρίσκονται στην παγκρεατίτιδα, όπως και σε άλλες καταστάσεις, δηλαδή, στον τραυματισμό του παγκρέατος, στον καρκίνο του παγκρέατος και σε σοβαρή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Η επίπτωση της παγκρεατίτιδας, διαφέρει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τους αιτιολογικούς παράγοντες π.χ. το οινόπνευμα, τους χολολίθους, μεταβολικούς παράγοντες και φάρμακα (βλ. πιν. 4). Στις ΗΠΑ για παράδειγμα, η οξεία παγκρεατίτιδα σχετίζεται με την πρόσληψη οινοπνεύματος περισσότερο παρά από την χολολιθίαση. Στην Αγγλία συμβαίνει το αντίθετο. Επιδημιολογικές πληροφορίες, που βασίζονται σε υλικό νεκροτομικό, δείχνουν ότι η γενική επίπτωση οξείας παγκρεατίτιδας είναι 0,5% περίπου. Μια προς τα πάνω τάση έχει σημειωθεί στην θνησιμότητα από 1,0 στους 100.000 το 1955, σε 1,3 το 1965.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

- I. Οινόπνευμα (οξύς και χρόνιος αλκοολισμός)
- II. Νόσος χοληφόρων (χολόλιθοι)
- III. Μετεγχειρητικά (κοιλιακές και μη κοιλιακές επεμβάσεις)
- IV. Μεταενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP).
- V. Τραύμα (ιδιαίτερα θλαστικού τύπου).
- VI. μεταβολικά
  - A. Υπερλιπιδαιμία
  - B. Υπερασβεστιαιμία
  - B. Νεφρική ανεπάρκεια
  - Δ. μετά από μεταμόσχευση νεφρού<sup>1</sup>
  - E. Οξεία λιπώδης διήθηση της κυήσεως<sup>2</sup>
- VII. Κληρονομική παγκρεατίτιδα
- VIII. Λοιμώξεις
  - A. παρωτίτιδα
  - B. Ιογενής ηπατίτιδα
  - Γ. Άλλες ιογενείς λοιμώξεις (ιοί (OXSACKIE-ECHO)
  - Δ. Ασκαριδίαση
  - E. Μυκόπλασμα
- IX. Φαρμακευτικά
  - A. Σαφής σχέση
    - 1. Αζαθειοπρίνη
    - 2. Σουλφοναζίδες
    - 3. Διουρητικά θειαζίδης
    - 4. Φουροσενίδη
    - 5. Οιστρογόνα (αντισυληπτικά απ' το στόμα)
    - 6. Τετρακυκλίνη
  - B. Πιθανή Σχέση
    - 1. Χλωροθαλιδόνη
    - 2. Κορτικοστεροειδή
    - 3. Εθακρυνικό οξύ
    - 4. προκαΐναμίδη
    - 5. Ιατρογενής υπερασβεστιαιμία
    - 6. L-ασπαργινάση
    - 7. Βαλπροϊκό οξύ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 (συνέχεια)

ΑΙΤΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

X. Νοσήματα συνδετικού ιστού με παγκρεατίτιδα

A. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

B. νεκρωτική αγγειίτιδα

Γ. θρομβωτική θρομβοκυτοπενική πορφύρα

XI. Διατριταίνον έλκος 12/λου

XII. Απόφραξη της ληκύθου του Vater

A. Τοπική εντερίτιδα

B. Εκκόλπωμα 12/λου

XIII. Διαιρεμένο πάγκρεας

XIV. Υποτροπιάζουσες προσβολές οξείας παγκρεατίτιδας χωρίς  
φανερό αίτιο

A. Μη εμφανής νόσος των χοληφόρων

B. Φάρμακα

Γ. Υπερλιπιδαιμία

Δ. Διαίρεση παγκρέατος

XV. Άλλα αίτια

1. Παγκρεατίτιδα εμφανίζεται στο 3% των ασθενών με μεταμόσχευση νεφρού και οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η εγχείρηση, η υπερασβεστιαίμια, φάρμακα (κορτικοστεροειδή, αζαθειοπρίνη, L. asparaginase, διουρητικά) και ιογενείς λοιμώξεις.
2. Παγκρεατίτιδα επίσης αναπτύσσεται σε μη κατά τα άλλα επιπεπλεγμένη κύηση και συχνότερα συνδυάζεται με χολολιθίαση.

### Αιτιολογία και Παθογένεια

Υπάρχουν πολλοί αιτιολογικοί παράγοντες στην παθογένεια της οξείας παγκρεατίτιδας (βλ. πιν. 1), οι μηχανισμοί όμως με τους οποίους οι καταστάσεις αυτές πυροδοτούν την παγκρεατική φλεγμονή δεν έχουν ταυτοποιηθεί. Οι αλκοολικοί ασθενείς με παγκρεατίτιδα μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια ειδική υποομάδα, μιας και οι περισσότεροι αλκοολικοί δεν αναπτύσσουν παγκρεατίτιδα. Ο πίνακας των αιτίων που ανευρίσκονται αυξάνει συνεχώς και φαίνεται πιθανό ότι η παγκρεατίτιδα σχετίζεται με λογενείς λοιμώξεις και φάρμακα, πράγμα που αναγνωρίζεται συχνότερα από ότι στο παρελθόν.

Η αυτοπεψία είναι μια παθογενετική θεωρία, που προτείνει ότι το πρωτοελυτικά ένζυμα (π.χ. θρυψινογόνο, χυμοθρυψινογόνο, προελαστάση, και φωσφολιπάση A) ενεργοποιούνται μέσα στο πάγκρεας και όχι στον εντερικό αυλό. Μια ποικιλία παραγόντων (όπως ενδοτοξίνες, εξωτοξίνες, λογενείς λοιμώξεις, ισχαιμία, ανοξία και άμεσος τραυματισμός) πιστεύεται ότι ενεργοποιούν αυτά τα προένζυμα, ιδιαίτερα η θρυψίνη, δεν πέπτουν μόνον τον παγκρεατικό και τους περιπαγκρεατικούς ιστούς, αλλά ενεργοποιούν και άλλα ένζυμα όπως την ελαστάση και την φωσφολιπάση. Τα ενεργοποιημένα ένζυμα διασπούν πεπτικά τις κυτταρικές μεμβράνες και προκαλούν πρωτεόλυση, οίδημα, διάμεση αιμορραγία, αγγειακή βλάβη, θρομβωτική νέκρωση, λοιπώδη νέκρωση και παρεγχυματική κυτταρική νέκρωση. Η κυτταρική βλάβη και νέκρωση οδηγούν στην απελευθέρωση ενεργοποιημένων ενζύμων. Επιπλέον, η ενεργοποίηση και απελευθέρωση πεπτιδίων βραδυκινίνης και αγγειοδραστικών ουσιών (π.χ. ισταμίνη) πιστεύεται ότι προκαλούν αγγειοδιαστολή, αυξημένη αγγειακή

διαπερατότητα και οίδημα. υπάρχει έτσι μια αλυσίδα γεγονότων, που οδηγούν στην οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Η θεωρία της αυτοπεψίας έχει κατά πολύ παρεντοπίσει δύο παλαιότερες θεωρίες. Την θεωρία του "κοινού αγωγού", κατά την οποία η κοινή εκβολή διευκολύνει την παλινδρόμηση χολής στον παγκρεατικό πόρο, με επακόλουθο την ενεργοποίηση των ενζύμων. Την δεύτερη θεωρία, όπου η απόφραξη και υπερέκκριση ευθύνονται για την εμφάνιση παγκρεατίτιδος.

### Κλινικές Εκδηλώσεις

Ο κοιλιακός πόνος είναι το σημαντικότερο σύμπτωμα της οξείας παγκρεατίτιδας. Ο πόνος μπορεί να κυμαίνεται από ήπια και άνεκτη ενόχληση έως σοβαρός, επίμονος και μη ανεκτός. Χαρακτηριστικά, ο πόνος που είναι σταθερός και συνεχής σε χαρακτήρα εντοπίζεται στο επιγάστριο και την περιομφαλική περιοχή και συχνά αντανakλάται στην οσφυϊκή χώρα, όπως και στον θώρακα στα λαγόνια και την κάτω κοιλία. Ο πόνος είναι συχνότερα πιο έντονος, όταν ο ασθενής είναι ύπτιος και οι ασθενείς ανακουφίζονται καθίζοντας με τον κορμό κεκαμμένο και τα γόνατα προς την κοιλιά. Ναυτία, εμετός και διάταση της κοιλίας, που φοείλονται σε γαστρική και εντερική υποκινητικότητα και χημική περιτονίτιδα, είναι συμπάρχοντα συμπτώματα.

Η φυσική εξέταση συχνά αποκαλύπτει έναν αιγώδη, πάσχοντα ασθενή. Χαμηλός πυρετός, ταχυκαρδία και υπόταση είναι συνήθη. Το Shock δεν είναι ασυνήθες και μπορεί να προκύψει από : (1) υποογκαιμία δευτεροπαθή σε έξοδο αίματος και πλάσματος στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ("οπισθοπεριτοναϊκό έγκαυμα"), (2) αυξημένο σχηματισμό και απελευθέρωση κινινών, που προκαλούν αγγειοδιαστολή και αυξημένη αγγειακή διαπερατότητα, (3)



συστηματικές επιδράσεις των πρωτεολυτικών και λιπολυτικών ενζύμων, που ελευθερώνονται στην κυκλοφορία και (4) ελάττωση της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου από κινίνες και άλλα μη καλά αναγνωρισμένα πεπτίδια. Συχνά συνυπάρχει ίκτερος. Όταν υπάρχει, οφείλεται σε οίδημα της κεφαλής του παγκρέατος, που συμπίεζει το ενδοπαγκρεατικό τμήμα του χοληδόχου πόρου. Ερυθρηματώδη οξίδια του δέρματος, που οφείλονται σε λιπώδη νέκρωση, μπορεί να παρατηρηθούν. Στο 10-20% των ασθενών υπάρχουν πνευμονικά ευρήματα, στα οποία περιλαμβάνονται ρόγχοι στις βάσεις, ατελεκτασία και υπεζωκοτική συλλογή, ιδιαίτερα αριστερά. Ευαισθησία και μυϊκή αντίσταση υπάρχουν σε άλλοτε διάφορο βαθμό, συγκρινόμενα όμως με την ένταση του πόνου τα σημεία αυτά είναι λιγότερο εντυπωσιακά. Οι εντερικοί ήχοι είναι συνήθως περιορισμένοι ή ελλείπουν. Μια παγκρεατική ψευδοκύση μπορεί να είναι ψηλαφητή στην άνω κοιλία. Κυανή χρώση περιομφαλικά (σημείο Gullen) μπορεί να φανεί σαν αποτέλεσμα αιμοπεριτοναίου και μια ανανέρυθρη κηλίδα ή φαιοπράσινη υπέρχρωση μπορεί να εμφανισθεί στην οσφυϊκή χώρα (σημείο Turner) και παριστά την αποδόμηση της αιμοσφαιρίνης στους ιστούς. Τα δύο τελευταία σημεία είναι σπάνια και δείχνουν πάντα την ύπαρξη σοβαρής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας.

#### Εργαστηριακά Ευρήματα

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας τίθεται συνήθως με την ύπαρξη αυξημένων τιμών αμυλάσης στο αίμα, που ξεπερνούν τις 200 μονάδες Somogyi. Εντούτοις δεν φαίνεται να υπάρχει καθορισμένος συσχετισμός μεταξύ της σοβαρότητας της παγκρεατίτιδας και του ύψους των τιμών αμυλάσης αίματος. Μετά από 48-72 ώρες, ακόμα και με υπάρχουσα ένδειξη συνεχιζόμενης παγκρεατίτιδας, οι τιμές αμυλάσης τείνουν να επιστρέψουν στο

φυσιολογικό. Η σχέση (am/Ccr (αμυλάση - κρεατινίνη)), είναι συνήθως αυξημένη σε ασθενείς με σοβαρή παγκρεατίτιδα. Η λιπάση αυξάνει παράλληλα με την αμυλάση και οι μετρήσεις και των δύο ενζύμων αυξάνουν το διαγνωστικό εύρος. Σημαντικά αυξημένα επίπεδα αμυλάσης περιτοναϊκού ή υπεζωκοτικού υγρού (>5000 μονάδες ανά dl) είναι χρήσιμες διαγνωστικές πληροφορίες, αν υπάρχουν.

Η λευκοκυττάρωση (15.000 - 20.000 λευκοκύτταρα κατά  $MM^3$ ) παρατηρείται συχνά. Πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να εμφανίσουν αιμοσυμπύκνωση, με τιμές αιματοκρίτη που περνούν το 50% λόγω απώλειας πλάσματος στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και την περιτοναϊκή κοιλότητα. Η υπεργλυκαιμία είναι συχνή και οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων, η περιορισμένη απελευθέρωση ινσουλίνης, η αυξημένη έκκριση γλυκαγόνης και η αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών, και κορτικοστεροειδών.

Υπασβεστιαιμία παρατηρείται στο 25% περίπου των περιπτώσεων και η παθογένεσή της δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ενώ σε προηγούμενες μελέτες αναφέρεται ότι η απάντηση των παραθυρεοειδών αδένων στην μείωση του ασβεστίου είναι περιορισμένη, επόμενες παρατηρήσεις απέτυχαν να το αποδείξουν. Η ενδοπεριτοναϊκή σαπωνοποίηση του ασβεστίου από τα λοιπαρά οξέα, στα σημεία νεκρώσεως, είναι εμφανή, καθώς και αύξηση της καλσιτονίνης και της γλυκαγόνης. Παρ' όλα αυτά, η υπασβεστιαιμία δεν ερμηνεύεται επαρκώς από τα παραπάνω. Η υπεροχολερυθριναιμία (χολερυθρίνη ορού 4.0 mgr/dl) παρατηρείται στο 10% των ασθενών. Ο ίκτερος είναι παροδικός και τα επίπεδα χολερυθρίνης επιστρέφουν στο φυσιολογικό σε 4-7 ημέρες. Η αλκαλική

φωσφατάση του ορού και η SGOT εμφανίζουν παροδική ανύψωση και ακολουθούν τις τιμές της χολερυθρίνης. Η λευκωματίνη ορού ελαττώνεται σε  $\leq 3.0$  gr/dl στο 10% περίπου των ασθενών και συνοδεύει βαριά παγκρεατίτιδα και συνδέεται με αυξημένη θνησιμότητα. Η μεθαιμοσφαιρίνη, που είναι μεταβολίτης της αίμης που συνδέεται με λευκωματίνη, θεωρείται σαν ένα χρήσιμος δείκτης σοβαρής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Η χρησιμότητά της εντούτοις περιορίζεται από την έλλειψη ειδικότητας προς την παγκρεατίτιδα (ανευρίσκεται για παράδειγμα σε κοιλιακό τραυματισμό, κατάγματα οστών τραύματα μαλακών μορίων και οπισθοπεριτοναϊκά αιματώματα), όπως επίσης και από το ότι ελλείπει από την πλειονότητα των περιπτώσεων σοβαρής, νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Η υπερτριγλυκεριδαιμία απαντά στο 15-20% των περιπτώσεων και τα επίπεδα αμυλάσης στους ασθενείς αυτούς είναι κατά παράξενο τρόπο χαμηλά. Οι περισσότεροι ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία και παγκρεατίτιδα, όταν μελετηθούν στην συνέχεια, δείχνουν υποκείμενη διαταραχή στον μεταβολισμό των λιπιδίων, που πιθανώς προϋπάρχει της παγκρεατίτιδας. Περίπου το 25% των ασθενών έχουν υποξαιμία (αρτηριακό  $PO_2 \leq 60$  mm Hg), που μπορεί να σημαίνει την έναρξη οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων). Τέλος το ΗΚΓ μπορεί να εμφανίζει διαταραχές στο ST και T. (Ισχαιμία μυοκαρδίου).

### Διάγνωση

Κάθε ισχυρός, οξύς πόνος της κοιλίας ή της οσφύος θα πρέπει να θεωρείται ύποπτος παγκρεατίτιδας. Η διάγνωση, συνήθως, γίνεται πιθανότερη, όταν ένας ασθενής με πιθανή προ-

διάθεση για παγκρεατίτιδα εμφανίζεται με σοβαρό επίμονο κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετο, πυρετό ταχυκαρδία και παθολογικά ευρήματα στην εξέταση της κοιλίας. Οι εργαστηριακές μελέτες συχνά δείχνουν λευκοκυττάρωση, παθολογική ακτινογραφία κοιλίας και θώρακα, υπασβεστιαϊμία και υπεργλυκαιμία. Η διάγνωση, συνήθως, επιβεβαιώνεται με την ανεύρεση αυξημένης αμυλάσης στο αίμα. Προφανώς, δεν απαιτούνται όλα τα παραπάνω προκειμένου να τεθεί η διάγνωση.

Στην διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται τα παρακάτω : (1) διάτρηση κοίλου σπλάγχνου, ιδιαίτερα πεπτικού έλκους, (2) οξεία χολοκυστίτιδα και ηπατικός κωλικός, (3) οξεία εντερική απόφραξη, (4) μεσεντέρια αγγειακή απόφραξη, (5) νεφρικός κωλικός, (6) έμφραγμα μυοκαρδίου, (7) διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής, (8) νοσήματα του συνδετικού ιστού με αγγειίτιδα, (9) πνευμονία και (10) διαβητική κετοξέωση. Ένα διατραίνον 12 δακτυλικό έλκος εύκολα ανευρίσκεται από την ακτινογραφία της άνω κοιλίας και/ή την ενδοσκόπηση, ή την παρουσία αέρα στον ενδοπεριτοναϊκό χώρο. Μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθεί η οξεία χολοκυστίτιδα από την οξεία παγκρεατίτιδα, επειδή αύξηση της αμυλάσης μπορεί να ευρεθεί και στις δύο. Ο πόνος, με προέλευση τα χοληφόρα, ευρίσκεται πιο δεξιά και είναι βαθμιαίας ενάρξεως, και συνήθως δεν υπάρχει ειλεός. η εντερική απόφραξη, που οφείλεται σε μηχανικούς παράγοντες, μπορεί να διακριθεί από το ιστορικό κωλικοειδούς πόνου και τα ευρήματα στην εξέταση της κοιλίας και στις ακτινογραφίες, όπου διαπιστώνονται τα χαρακτηριστικά ευρήματα της μηχανικής αποφράξεως. Η οξεία, μεσεντέρια, αγγειακή, απόφραξη συνήθως προσβάλλει ηλικιωμένους ασθενείς και τα ευρήματα είναι : η βαριά κατάσταση, η λευκοκυττάρωση, η διάταση

της κοιλίας και η αιματηρά διάρροια. Η παρακέντηση της κοιλίας δίνει οροαματηρό υγρό και η αγγειογραφία θέτει την διάγνωση. Η αμυλάση ορού, όπως και η αμυλάση του περιτοναϊκού ορού, είναι αυξημένες στην εμβολή μεσεντερίου. Ο συστηματικός ερυθρερυθρός λύκος και η οξεία πολυαρθρίτιδα μπορεί να μπερδευτούν με την παγκρεατίτιδα, ιδιαίτερα επειδή η παγκρεατίτιδα μπορεί να εμφανισθεί στην επιπλοκή των διαταραχών αυτών. Η διαβητική κετοξέωση συχνά συνοδεύεται από κοιλιακό πόνο και αυξημένη αμυλάση. Η λιπίαση δεν αυξάνει στην διαβητική κετοξέωση.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

- I. παράγοντες κινδύνου που διαπιστώνονται κατά την είσοδο στο Νοσοκομείο
- A. Μεγάλη ηλικία
  - B. υπόταση
  - Γ. Ταχυκαρδία
  - Δ. παθολογικά ευρήματα στον πνεύμονα
  - E. κοιλιακή μάζα
  - Στ. πυρετός
  - Z. Λευκοκυττάρωση
  - H. Υπεργλυκαιμία
  - Θ. Πρώτη προσβολή παγκρεατίτιδας
- II. Παράγοντες κινδύνου που διαπιστώνονται κατά την διάρκεια των πρώτων 48 ωρών νοσηλείας
- A. πτώση Ht>10% με ενδύατωση και/ή H+<30%
  - B. Ανάγκη μαζικής χορηγήσεως υγρών και κolloειδών
  - Γ. υπασβεστιαϊμία

- Δ. Υποξαιμία με ή χωρίς σύνδρομο αναπνευστικής ανεπάρκειας  
  ενηλίκου
- Ε. υπολευκωματιναιμία
- Στ. Αξωθαιμία

### Πορεία της Νόσου και Επιπλοκές

Παρατηρείται αυξημένη θνητότητα, όταν ευρεθούν τρεις ή περισσότεροι παράγοντες κινδύνου είτε κατά το χρόνο εισαγωγής στο Νοσοκομείο είτε κατά την διάρκεια των 48 πρώτων ωρών νοσηλείας. Είναι σημαντικό να ευρεθούν οι ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα, που έχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Σε μεγάλες σειρές ασθενών μια τέτοια υποομάδα. Χαρακτηρίζεται το λιγότερο από τρία από τα παρακάτω ευρήματα : (1) αναπνευστική ανεπάρκεια που ν' απαιτεί διασωλήνωση, (2) Shock, (3) μαζική χορήγηση κολλοειδών και (4) ασβέστιο ορού <8.0 mg/dl. Η επιβίωση είναι μόνο 29% στους ασθενείς που αντιμετωπίζονται συντηρητικά, αυξάνει όμως στο 64% με την χειρουργική θεραπεία. Η υψηλή θνητότητα των βαριά πασχόντων ασθενών, παρά την μέγιστη συντηρητική φροντίδα, πρέπει ίσως να θέσει υπόψη και άλλες εναλλακτικές θεραπείες, όπως η περιτοναϊκή πλύση ή η πρώιμη χειρουργική επέμβαση.

Οι τοπικές και συστηματικές επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας παρατίθενται στον πίνακα 6. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν μια φλεγμονώδη μάζα τις πρώτες 2-3 εβδομάδες, μετά την οξεία έναρξη. Η μάζα αυτή μπορεί να είναι φλέγμονας, απόστημα ή ψευδοκύστη. Στις συστηματικές επιπλοκές περιλαμβάνονται οι πνευμονικές, οι καρδιαγγειακές, οι αιματολογικές, οι νεφρικές, οι μεταβολικές και οι από το Κ.Ν.Σ., επιπλοκές. Η παγκρεατίτιδα, η υπερτριγλυκεριδαιμία και ο αλκοολισμός αποτελούν μια

τριάδα, όπου το αίτιο και το αποτέλεσμα δεν είναι πλήρως καταννοητά. Εντούτοις, μερικά συμπεράσματα μπορούν αν εξαχθούν. Πρώτον, η υπερτριγλυκεριδαιμία μπορεί να προϋπάρχει και ενδεχομένως να προκαλέσει παγκρεατίτιδα. Δεύτερον, η μεγάλη πλειονότητα (> 80%) των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα δεν έχουν υπερτριγλυκεριδαιμία. Τρίτον, σχεδόν όλοι οι ασθενείς με παγκρεατίτιδα και υπερτριγλυκεριδαιμία είναι είτε αλκοολικοί, που έχουν πιεί πολύ πριν από την εμφάνιση της παγκρεατίτιδας, ή έχουν υπερτριγλυκεριδαιμία που προϋπάρχει. Τέλος, πολλοί από τους ασθενείς με την τριάδα αυτή έχουν παραμένουσα υπερτριγλυκεριδαιμία, μετά την αποδρομή της παγκρεατίτιδας και την διακοπή του αλκοόλ.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

#### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

##### I. Τοπικές

A. παγκρεατικός φλέγμων

Δ. Παγκρεατικός ασκίτης

B. Παγκρεατικό απόστημα

1. Ρήξη του κύριου παγκρεατικού πόρου

Γ. παγκρεατική ψευδοκύση

I. πόνος            2. Ρήξη

E. προσβολή γειτονικών οργάνων από την νευρωτική παγκρεατίτιδα

3. Αιμορραγία    4. Λοίμωξη,

1. Μαζική ενδοπεριτοναϊκή αιμορραγία

2. θρόμβωση αιμοφόρων αγγείων

3. Έμφρακτο εντέρου

ΣΤ. Αποφρακτικός ίκτερος

II. Συστηματικές : A. πνευμονικές : 1. Υπεζωκοτική συλλογή

2. Ατελεκτασία, 3. Μεσοπνευμόνιο απόστημα, 4. Πνευμονίτιδα

5. Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας ενηλίκων.

**Β. Καρδιοαγγειακές :** 1. υπόταση : α. υποογκαιμία, β. υπολευκωματιναιμία , 2. Αιφνίδιος θάνατος, 3. Μη ειδικές αλλοιώσεις του ST-T στο ΗΚΓ που υποδύονται έμφραγμα μυοκαρδίου. 4. Περικαρδιακή συλλογή.

**Γ. Αιματολογικές :** 1. Διάσπαρτη ενδαγγειακή πήξη (DIC)

**Δ. Αιμορραγία από το γαστρεντερικό :** 1. πεπτικό έλκος  
2. Διαβρωτική γαστρίτιδα, 3. Αιμορραγική παγκρεατική νέκρωση με διάβρωση σε μείζονα αιμοφόρα αγγεία, 4. Θρόμβωση πυλαίας, αιρσορραγία.

**Ε. Νεφρικές:** 1. ολιγουρία, 2. Αζωθαιμία, 3. Θρόμβωση νεφρικής φλέβας ή αρτηρίας , **Στ. μεταβολικές :** 1. υπεργλυκαιμία, 2. Υπερτριγλυκεριδαιμία, 3. Υπασβεστιαίμια,

4. Εγκεφαλοπάθεια, 5. Αιφνίδια τύλωση

**Ζ. Κ.Ν.Σ.**

1. Ψύχωση, 2. λιπώδης εμβολή

**Η. λιπονέκρωση**

1. Υποδόριο ιστό (ερυθηματώδεις όζοι)

2. Οστά

3. Διάφορα (μεσοπνευμόνιο, υπεζωκότας, νευρικό σύστημα)

### Θεραπεία

Στους περισσότερους ασθενείς (περίπου 85-90%) με οξεία παγκρεατίτιδα, η νόσος υποχωρεί αφ' εαυτής, συνήθως μέσα σε 2-5 ημέρες αφού αρχίσει η θεραπεία. Η συντηρητική θεραπεία στρέφεται στην ελάττωση των παγκρεατικών εκκρίσεων και πλιό γενικά γίνεται προσπάθεια να τεθεί το πάγκρεας σε ηρεμία. Η παραδοσιακή θεραπεία περιλαμβάνει : (1) αναλγητικά, (2) ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και κολλοειδών για διατήρηση φυσιολο-



λογικού ενδοαγγειακού όγκου, (3) διακοπή σιτίσεως από το στόμα, (4) ρινογαστρική αναρρόφηση με σκοπό την μείωση εκκρίσεως γαστρίνης από τον στόμαχο και παρεμπόδιση διόδου γαστρικού περιεχομένου στα 12/λο. Οι πρόσφατες ελεγχόμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η ρινογαστρική αναρρόφηση με σκοπό την μείωση εκκρίσεως γαστρίνης, δεν προσφέρει κάποιο πλεονέκτημα στην θεραπεία της ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας οξείας παγκρεατίτιδας. Η χρήση της, ως εκ τούτου, θεωρείται εκλεκτική και όχι επιτακτική.

Τα αντιχολινεργικά φάρμακα έχουν παλαιότερα θεωρηθεί σαν απαραίτητο θεραπευτικό μέσο, σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα, με σκοπό την διακοπή της παγκρεατικής διεγέρσεως. Δεν υπάρχουν όμως συγκριτικές μελέτες, που να δείχνουν ότι τα αντιχολινεργικά φάρμακα είναι καλύτερα από τα εικονικά (placebo) φάρμακα. Επί πλέον, τα αντιχολινεργικά φάρμακα είναι δύσκολο να επιτρέψουν την διάκριση αν μια ταχυκαρδία, η μειωμένη παροχή ούρων, η εντερική υποκινητικότητα είναι αποτέλεσμα της δράσεώς τους ή χρειάζεται χορήγηση υγρών, όπως επίσης και αν ορισμένα σημεία είναι αποτελέσματα τοξικότητας από το φάρμακο ή επιπλοκές παγκρεατίτιδας. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η χρήση τους δεν θεωρείται απαραίτητη. Αν και τα αντιβιοτικά έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας, δύο πρόσφατες προοπτικές μελέτες, με την μέθοδο τυχαίας επιλογής, δεν έχουν δείξει όφελος από την χρήση αντιβιοτικών στην οξεία παγκρεατίτιδα μικρής και μέτριας σοβαρότητας. Εν τούτοις, επειδή μπορεί να υπάρξει δευτερογενής επιμόλυνση των νεκρωμάτων (φλέγμονας, απόστημα, ψευδοκύστη) ή απόφραξη χοληφόρων (ανιούσα χολαγγειίτιδα που

επιπλέκει χοληδοχολιθίαση) που συμβάλλουν στην εμφάνιση της απώτερης θνησιμότητας, η κατάλληλη θεραπεία με αντιβιοτικά, της εγκατεστημένης λοιμώξεως είναι φυσικά σημαντική. Παλαιότερες εργασίες αναφέρουν ότι η γλυκαγόνη είναι χρήσιμη στην οξεία παγκρεατίτιδα, αλλά μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει την χρησιμότητά της. Παρομοίως και η απροτινίνη (Trusylol®) και η σιμετιδίνη δεν έχουν αποδειχθεί δραστικές.

Ο ασθενής, με ήπια ή μέτρια παγκρεατίτιδα απαιτεί συνήθως θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, διακοπή σιτίσεως από το στόμα και πιθανώς ρινογαστρική αναρρόφηση για 2-4 ημέρες. Αμιγής υδρική δίαιτα συνήθως χορηγείται την τρίτη έως πέμπτη ημέρα και κανονική δίαιτα την 5η-7η ημέρα. Ο ασθενής με μη υποχωρούσα κεραυνοβόλο παγκρεατίτιδα συνήθως έχει μεγάλη ανάγκη υγρών και θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στις επιπλοκές, όπως η καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια. Η αφαίρεση των τοξικών παγκρεατικών εξιδρωμάτων από την περιτοναϊκή κοιλότητα φαίνεται να επηρεάζει την πορεία της βαρύτερης αυτής καταστάσεως. Τούτο μπορεί να γίνει είτε με περιτοναϊκή πλύση, μέσω ενός καθετήρα διαδερμικά, είτε με λαπαροτομία και ευρεία παροχέτευση. Αν η περιτοναϊκή κάθαρση δεν επηρεάζει την κατάσταση του αρρώστου, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η επεμβαση. Η χρήση της παρεντερικής διατροφής κάνει εφικτή την θρέψη του ασθενούς με σοβαρή, οξεία ή εξελισσομένη παγκρεατίτιδα, όπου ο ασθενής δεν μπορεί να σιτισθεί κανονικά.

## Γ. ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΞΩΚΡΙΝΗΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

### Γενικές και αιτιολογικές παρατηρήσεις

Η χρόνια φλεγμονώδης νόσος του παγκρέατος μπορεί να πάρει την μορφή της υποτροπιάζουσας χρόνιας παγκρεατίτιδας ή της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Στην υποτροπιάζουσα χρόνια παγκρεατίτιδα υπάρχουν επεισόδια οξείας φλεγμονής, που επισυμβαίνουν σ' ένα προηγούμενα παθολογικό πάγκρεας. Τα αίτια της χρόνιας υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας είναι όμοια με εκείνα της οξείας παγκρεατίτιδας, αλλά υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις ασαφούς αιτιολογίας. Επιπλέον, η παγκρεατίτιδα, που συνοδεύεται από χολολιθίαση, προεξάρχει στην οξεία και οξεία υποτροπιάζουσα μορφή. Η χολοκυσστεκτομή σχεδόν πάντοτε εκτελείται σε ασθενείς μετά την πρώτη ή δεύτερη προσβολή της παγκρεατίτιδας, που συνοδεύεται από χολολιθίαση. Οι ασθενείς, με χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να εμφανισθούν με επίμονο κοιλιακό άλγος με ή χωρίς στεατόρροια και μερικοί μπορεί να εμφανίζονται με στεατόρροια χωρίς πόνο.

Οι ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, που εμφανίζουν εκτεταμένη βλάβη του παγκρέατος (δηλ. να υπάρχει λιγότερο από το 10% της εξωκρινούς λειτουργίας), εμφανίζουν στεατόρροια και αζωτόρροια. Στους ενήλικους στις ΗΠΑ, ο αλκοολισμός είναι η συχνότερη αιτία κλινικά εμφανούς παγκρεατικής εξωκρινούς ανεπάρκειας, ενώ η κυστική ίνωση είναι η συχνότερη αιτία στα παιδιά. Σε άλλα μέρη του κόσμου, η κακή διατροφή και ιδιαίτερα σε πρωτείνες είναι συχνή αιτιολογία. Ο πίνακας 4 εμφανίζει άλλα αίτια εξωκρινούς παγκρεατικής ανεπάρκειας, αλλά είναι σχετικά ασυνήθης.

## Παθοφυσιολογία

Ατυχώς οι αφορμές και τα γεγονότα που ευθύνονται για την έναρξη της φλεγμονώδους εξεργασίας δεν είναι ακόμη καλά κατανοητά και πολλές υποθέσεις έχουν γίνει. Στην περίπτωση της παγκρεατίτιδας από αλκοόλ εν τούτοις έχει διατυπωθεί η γνώμη, ότι η πρωτοπαθής βλάβη είναι η κατακρήμνιση των πρωτεϊνών (απ' τα ένζυμα) μέσα στους πόρους. Η προκύπτουσα απόφραξη αυτών οδηγεί σε διάταση, διάχυτη ατροφία των λοβιακών αδενικών κυττάρων, ίνωση και ενίοτε ασβεστοποίηση των πρωτεϊνικών βυσμάτων. Ενώ ο ασθενής με παγκρεατίτιδα, λόγω αλκοολισμού, γενικά καταναλίσκει μεγάλες ποσότητες οινοπνεύματος, μερικοί καταναλίσκουν πολύ λίγο (πχ. 50 GR. ή λιγότερο την ημέρα). Έτσι, η συνεχιζόμενη κατανάλωση "κοινωνικά αποδεκτών" ποσοτήτων οινοπνεύματος είναι συμβατή με εκδήλωση παγκρεατίτιδας. Επί πλέον, η ανεύρεση εκτεταμένης παγκρεατικής ίνωσης, σε ασθενείς που για πρώτη φορά εμφανίζουν προσβολή οξείας παγκρεατίτιδας, ενισχύει την αντίληψη ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ήδη χρόνια παγκρεατίτιδα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

#### **ΑΙΤΙΑ ΕΣΩΚΡΙΝΟΥΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

- I. Οινόπνευμα, χρόνιος αλκοολισμός
- II. Κυστική ίνωση
- III. Σοβαρή ελλάτωση της θρέψεως με υπολευκωματιναιμία
- IV. παγκρεατικά και 12/λικά νεοπλάσματα
- V. Παγκρεατική εκτομή
- VI. Χειρουργική στομάχου
  - A. Υφολική γαστρεκτομή - Billroth II
  - B. Υφολική γαστρεκτομή - Billroth I
  - Γ. Στελεχιαία Βαγοτομή - πυλωροπλαστική

- CII. Γαστρίνωμα (σύνδρομο Zollinger - Ellison)
- VIII. Κληρονομική παγκρεατίτιδα
  - IX. Τραυματική παγκρεατίτιδα
  - X. Αιμοχρωμάτωση
  - XI. Σύνδρομο Shwachman
  - XII. Ανεπάρκεια θρυψινογόνου
- XIII. Ανεπάρκεια εντεροκινάσης
- XIV. περιορισμένες ανεπάρκειες αμυλάσης, λιπάσης, πρωτεάσης
- XV. Ανεπάρκεια  $A_1$  - αντιθρυψίνης
- XVI. Ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα

### Κλινικές Εκδηλώσεις

Οι ασθενείς με χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα ταυτόσημα με κείνα που ανευρίσκονται στην οξεία παγκρεατίτιδα, ο πόνος όμως μπορεί να είναι διαρκής ή διαλείπων ή να απουσιάζει. Η παθογένεια του πόνου είναι ελάχιστα κατανοητή. Αν και η κλασική περιγραφή είναι εκείνη του επιγαστρικού πόνου, που αντανακλά στην οσφύ, τα χαρακτηριστικά του πόνου είναι συχνά άτυπα. Ο πόνος μπορεί να έχει την μεγαλύτερη έντασή του στο δεξιό ή αριστερό άνω τεταρτημόριο στην οσφύ ή διάχυτος στην άνω κοιλία. Μπορεί να εντοπίζεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ή στην πλάγια κοιλία. Χαρακτηριστικά ο πόνος είναι επίμονος, βαθύς και δεν υποχωρεί με τα αντιόξινα. Συχνά, αυξάνει σε ένταση με την πρόσληψη οινοπνεύματος και βαριών γευμάτων (ιδιαίτερα πλουσίων σε λιπαρά). Επίσης είναι τόσο σοβαρός, που απαιτεί την συχνή χορήγηση ναρκωτικών.

Η απώλεια βάρους, τα μη φυσιολογικά κόπρανα και άλλα σημεία και συμπτώματα, είναι συχνά ευρήματα στην χρόνια παγκρεατίτιδα. Εν τούτοις κλινικά εμφανείς ανεπάρκειες των λιποδιαλυτών βιταμινών είναι πολύ σπάνιες. Τα φυσικά ευρήματα στους ασθενείς αυτούς δεν είναι συνήθως εντυπωσιακά, όπως και η δυσαναλογία μεταξύ της σοβαρότητας του κοιλιακού πόνου και της έλλειψης φυσικών σημείων (μικρή ευαισθησία στην κοιλιά και μικρή ανύψωση της θερμοκρασίας).

### Διαγνωστική Αξιολόγηση

Αντίθετα με τους ασθενείς με υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα τα επίπεδα αμυλάσης και λιπάσης ορού δεν είναι αυξημένα. Οι αυξήσεις της χολερυθρίνης και της αλκαλικής φωσφατάσης μπορεί να δείχνουν χολόσταση, δευτεροπαθή στην χρόνια φλεγμονή, γύρω από τον χοληδόχο πόρο. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν ελαττωμένη ανοχή γλυκόζης και μερικοί έχουν αυξημένα επίπεδα γλυκόζης αίματος νηστείας.

Η κλασσική τριάδα της παγκρεατικής αβεστοποιήσεως, στεατόρροιας και σακχαρώδους διαβήτη συνήθως θέτει την διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας και της εξωκρινούς παγκρεατικής ανεπάρκειας, αλλά ανευρίσκεται μόνο στο 1/3 των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα. Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι συχνά απαραίτητη η δοκιμασία διεγέρσεως με εκκριματίνη, που γίνεται συνήθως παθολογική, όταν το 75% ή περισσότερο της παγκρεατικής λειτουργίας έχει απωλεσθεί. Περίπου το 40% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα έχει δυσαπορρόφηση της κοβαλαμίνης (βιταμίνης B<sub>12</sub>), η οποία διορθώνεται με την χορήγηση από το στόμα παγκρεατικών ενζύμων. Υπάρχει συνήθως σημαντική αποβο-

λή λίπους στα κύπρανα, που μπορεί να μειωθεί με την χορήγηση από το στόμα παγκρεατικού εκχυλίσματος. Η λειτουργική δοκιμασία τριπεπτιδίου και η έκκριση στα ούρα D-ξυλόζης είναι χρήσιμη δοκιμασία σε ασθενείς με "παγκρεατική στεατόρροια", επειδή η δοκιμασία τριπεπτιδίου είναι παθολογική, ενώ η δοκιμασία έκκρισης D-ξυλόζης στα ούρα είναι συνήθως φυσιολογική.

Η ακτινολογική ιδιομορφία της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η ύπαρξη στικών αποτιτανώσεων μέσα στο πάγκρεας. Η παγκρεατική αποτιτάνωση δείχνει ότι υπάρχει σημαντική βλάβη και δεν καθιστά απαραίτητη την δοκιμασία εκκριματίνης. Το οινόπνευμα είναι η συχνότερη αιτία παγκρεατικής αποτιτάνωσης, μπορεί όμως το ίδιο να συμβεί σε σοβαρή πρωτεϊνική - θερμιδική ανεπάρκεια, υπερπαραθυρεοειδισμό, κληρονομική παγκρεατίτιδα, μετατραυματική παγκρεατίτιδα και νησιδιακούς όγκους.

Ιδιαίτερες τεχνικές, όπως η υπερηχογραφία, η αξονική τομογραφία και η ERCP έχουν προσθέσει νέες διαστάσεις στην διάγνωση της παγκρεατικής νόσου. Επιπλέον αποκλείοντας τις ψευδοκύστες και τον παγκρεατικό καρκίνο, η υπερηχογραφία μπορεί να δείξει αποτιτανώσεις ή διατεταμένους πόρους, που συνοδεύουν την χρόνια παγκρεατίτιδα. Παρόμοια ωφέλη μπορεί να δώσει η αξονική τομογραφία, αλλά η ευκολία και το χαμηλό κόστος της υπερηχογραφίας την καθιστούν προτιμότερη επί του παρόντος. Η ERCP είναι η μόνη μη εγχειρητική τεχνική, που παρέχει άμεση σκιαγράφιση των παγκρεατικών πόρων. Σε ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα η ERCP μπορεί ν' αποκαλύψει ψευδοκύστη, που δεν έχει ανακαλύψει η ηχογραφία και η αξονική τομογραφία.

## Επιπλοκές της Χρόνιας Παγκρεατίτιδας

Δυσασπορρόφηση κοβαλαμίνης υπάρχει στο 40% των ασθενών με αλκοολική χρόνια παγκρεατίτιδα και πρακτικά σε όλους με κυστική ίνωση. Η δυσασπορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub> διορθώνεται με την χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων (που περιέχουν πρωτεάσες). Η δυσασπορρόφηση κοβαλαμίνης μπορεί να οφείλεται σε εκτεταμένη σύνδεση της κοβολαμίνης από μη ενδογενή παράγοντα της B<sub>12</sub> - συνδετικής πρωτεΐνης. Η τελευταία καταστρέφεται κύρια από παγκρεατική πρωτεάση, αλλά με την παγκρεατική ανεπάρκεια οι μη ειδικές συνδετικές πρωτεΐνες διαφεύγουν την αποδόμηση και συμβαδίζουν με τον ενδογενή παράγοντα για την σύνδεση της βιταμίνης B<sub>12</sub>, Αν και η πλειονότητα των ασθενών εμφανίζει μειωμένη ανοχή γλυκόζης, η εμφάνιση κετοξέωσης και κώματος είναι ασυνήθης. Κατά παρόμοιο τρόπο, η βλάβη τελικών οργάνων (αμφιβληστοπάθεια, νευροπάθεια, νεφροπάθεια) είναι επίσης ασυνήθεις και η εμφάνιση των επιπλοκών αυτών θα πρέπει να εγείρει το ερώτημα για την ύπαρξη του κλασσικού σακχαρώδους διαβήτη. Η μη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια περιφερικής εντοπίσεως και δευτεροπαθής ανεπάρκεια βιταμίνης A και ψευδαργύρου είναι συχνή στους ασθενείς αυτούς. Συλλογές στον υπεζωκότα στο περικάρδιο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα με υψηλά επίπεδα αμυλάσης, είναι συχνές. Αιμορραγία από το γαστρεντερικό μπορεί να συμβεί από ρήξη κισσών οισοφάγου, δευτεροπαθή στην θρόμβωση της σπληνικής φλέβας, λόγω της φλεγμονής στην ουρά του παγκρέατος. Ίκτερος μπορεί να εμφανισθεί και οφείλεται είτε σε οίδημα της κεφαλής του παγκρέατος, που συμπιέζει τον τελικό χοληδόχο πόρο, ή από χρόνια χολόσταση που είναι δευτεροπαθής σε χρόνια φλεγμονώδη αντίδραση, γύρω από το ενδοπαγκρεατικό τμήμα



του χοληδόχου πόρου. Αυτή η χρόνια απόφραξη μπορεί να οδηγήσει σε χολαγγειίτιδα και ενίοτε σε χολική κύρωση. Η υποδόρια νέκρωση λίπους μπορεί να εμφανισθεί με ευαίσθητα κόκκινα οξείδια στα κάτω άκρα. Οι οστικοί πόνοι μπορεί να είναι δευτεροπαθείς σε ενδομυελική λιπώδη νέκρωση. Φλεγμονή των μεγάλων και μικρών αρθρώσεων των άνω και κάτω άκρων, είναι δυνατόν να εμφανισθεί. Η επίπτωση του παγκρεατικού καρκίνου πιθανώς είναι αυξημένη.

### Αντιμετώπιση της Νόσου και Θεραπεία

Η θεραπεία των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα κατευθύνεται σε δύο μεγάλα προβλήματα, δηλαδή τον πόνο και την δυσαπορρόφηση. Οι ασθενείς με υποτροπιάζουσα χρόνια παγκρεατίτιδα αντιμετωπίζονται αρχικά όπως οι ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα. Οι ασθενείς με σοβαρό και επίμονο πόνο θα πρέπει να αποφεύγουν πλήρως το οινόπνευμα και τα πλούσια γεύματα, ιδιαίτερα τα λιπαρά. Επειδή ο πόνος είναι συχνά δυνατός και επίμονος και απαιτεί συχνή χρήση ναρκωτικών (και γι' αυτό και εθισμό) ένας αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων έχουν αναπτυχθεί για την άρση του πόνου. Η ERCP επιτρέπει στον χειρουργό να σχεδιάσει την χειρουργική προσπάθεια. Όταν υπάρχει στένωση στον παγκρεατικό πόρο, τότε η τοπική εκτομή μπορεί να περιορίσει τον πόνο. Ατυχώς, οι εντοπισμένες στενώσεις δεν είναι συχνές. Στους περισσότερους ασθενείς, με νόσο που οφείλεται στο οινόπνευμα, το πάγκρεας είναι διάχυτα προσβεβλημένο και οι χειρουργικά διορθώσιμες βλάβες του πόρου είναι σπάνιες. Όταν υπάρχει πρωτοπαθής απόφραξη του πόρου, η πλάγιο-πλάγια παγκρεατονηστιδική αναστόμωση μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου. Σε μερικούς από τους ασθενείς

αυτούς, εντούτοις, η καταστολή του πόνου μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την εκτομή του 50-95% του αδένα. Αν και η νόσος αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά στα 3/4 των ασθενών αυτών, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να εμφανισθεί ενδοκρινής και εξωκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια. Είναι σημαντικό να επιλεγούν προσεκτικά οι ασθενείς, γιατί η ριζική αυτή επέμβαση αντενδείκνυται στους ασθενείς αυτούς, που έχουν βαριά κατάθλιψη, τάση αυτοκτονίας ή συνεχίζουν να πίνουν. Επεμβάσεις, όπως η σφιγκτηροπλαστική, η σπλαχνικεκτομή, η κοιλιακή γαγγλιεκτομή και το block των νεύρων, συνήθως προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση και δεν ενδείκνυται.

Μεγάλες δόσεις παγκρεατικών εκχυλισμάτων, φαίνεται να επηρεάζουν ακόμη και να αναστέλλουν τον πόνο σε μερικούς ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα. Οι κλινικές αυτές παρατηρήσεις φαίνεται να συμφωνούν με τις πληροφορίες από πειραματόζωα που δείχνουν αρνητική παλίνδρομη αλληλορύθμιση της εξωκρινούς παγκρεατικής έκκρισης και της ποσότητας των πρωτεασών στον αυλό του εγγύς λεπτού εντέρου. Η προσέγγιση του ασθενούς με σοβαρό επίμονο ή συνεχή κοιλιακό πόνο, που πιστεύεται ότι είναι δευτεροπαθής σε χρόνια παγκρεατίτιδα, είναι η ακόλουθη. Αφού αποκλεισθούν άλλα αίτια κοιλιακού πόνου (πεπτικό έλκος, χολολιθίαση κλπ.) γίνεται υπερηχογράφημα του παγκρέατος. Εάν δεν ανευρεθεί μάζα, γίνεται δοκιμασία εκκριματίνης, επειδή σε ύπαρξη χρόνιας παγκρεατίτιδας με πόνο η δοκιμασία αποβαίνει παθολογική. Αν η δοκιμασία εκκριματίνης είναι παθολογική (π.χ. ελλειπτική συγκέντρωση διαττανθρακικού ή παραγωγής υγρού) δοκιμάζεται η χορήγηση παγκρεατικού εκχυλίσματος για 3-4 εβδομάδες. Αν δεν επιτυγχάνεται ύφεση του πόνου και ιδιαίτερα ότνα η έκκριση κατά την διάρκεια της δοκιμασίας εκκριμα-

τίνης είναι πολύ μικρή, θα πρέπει να γίνεται ERCP. Αν ανευρεθεί ψευδοκύστη ή εντοπισμένη απόφραξη του πόρου θα πρέπει να σκεφθεί κανείς την επέμβαση. Η ανεύρεση σημαντικής αποφράξεως ή στενώσεως στο 65% των ασθενών, που ήταν ελεύθεροι συμπτωμάτων περισσότερο από 1 χρόνο, συγκρίθηκε με το 79% της ομάδας με πόνο, και βρέθηκε ότι άλλοι παράγοντες εκτός από την απόφραξη ή στένωση του πόρου έχουν σημασία στην παθογένεια του πόνου. Μπορεί κανείς να πεί ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες στην άρση του πόνου είναι η διακοπή του οινοπνεύματος και η ελάττωση της παγκρεατικής δυσλειτουργίας παρά η χειρουργική επέμβαση αφ' εαυτής. Εάν δεν υπάρχουν χειρουργικά εξαιρέσιμες αλλοιώσεις και παραμένει ο σοβαρός πόνος παρά την αποχή απ' το οινόπνευμα μπορεί να θεωρηθεί απαραίτητη η παγκρεατική εκτομή.

Η θεραπεία της δυσαπορρόφησης στηρίζεται στην χρήση των παγκρεατικών ενζύμων σαν θεραπεία υποκατάστασης. Αν και η διάρροια και στετατόρροια ισυνήθως βελτιώνονται, τα αποτελέσματα είναι συχνή λιγότερο από ικανοποιητικά. Το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η παροχή ενζύμων στον αυλό του 12/λου. Η στεατόρροια μπορεί να διορθωθεί αν μπορέσει να λειτουργήσει το 10% της λιπάσης, που φυσιολογικά εισέρχεται στο 12/λο την κατάλληλη στιγμή. Η συγκέντρωση αυτή της λιπάσης δεν μπορεί να επιτευχθεί με τα παρασκευάσματα, που είναι προς το παρόν διαθέσιμα, ακόμα και όταν δοθούν σε μεγάλες ποσότητες. Τα πενιχρά αυτά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται σε αδρανοποίηση της λιπάσης από το γαστρικό οξύ, την ταχύτερη προώθηση της τροφής από τον στόμαχο και την διακύμανση της δραστηριότητας των ενζύμων των διαφόρων σκευασμάτων παγκρεατικού εκχυλίσματος. Η χρήση των H<sub>2</sub>-αναστολέων (σιμετιδίνης) αποδείχθηκε

ότι είναι επωφελής σε ασθενείς που αποτυγχάνουν ν' αντιδράσουν στην θεραπεία με παγκρεατικά εκχυλίσματα μόνο.

Για τον συνήθη ασθενή 6-8 δισκία ή κάψουλες ενός σκευάσματος ενζύμων θα πρέπει να χορηγούνται με τα γεύματα. Αν το σχήμα αυτό αποτύχει, τότε τα ένζυμα αυτά μπορούν να χορηγούνται συχνότερα (στην ίδια συνολική δόση, αλλά κάθε 2 H μετά την έγερση). Μερικοί ασθενείς απαιτούν υποβοηθητική θεραπεία για να βλετιώσουν την ενζυμική θεραπεία υποκαταστάσεως. Αν και αρχικά η σιμετιδίνη θεωρήθηκε χρήσιμο υποβοηθητικό φάρμακο, οι διάφορες μελέτες δεν κατάφεραν να επιβεβαιώσουν κάτι τέτοιο. Το διττανθρακικό νάτριο (1,3 GR. με τα γεύματα) είναι δραστικό, αλλά οι παρενέργειές του περιορίζουν την χρήση του. Τα αντιόξινα που περιέχουν ανθρακικό ασβέστιο, ή υδροξείδιο του μαγνησίου δεν έχουν επίδραση.

Οι ασθενείς με σοβαρή εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια, δευτεροπαθή στο οινόπνευμα, που συνεχίζουν να πίνουν, έχουν υψηλή θνητότητα (σε μια σειρά 50% αποθνήσκουν στα επόμενα 5-12 χρόνια) και σημαντική νοσηρότητα (απώλεια βάρους, ανεπάρκεια βιταμινών, και εθισμός στα ναρκωτικά). Εκείνοι που έχουν πόνο συνήθως δεν έχουν στεατόρροια και αντιμετωπίζονται όπως έχει ήδη περιγραφεί. Αν εκδηλωθεί στεατόρροια, ο πόνος συνήθως υποχωρεί. Αν η διακοπή των ουσιών, που επηρεάζουν την κατάσταση, είναι πλήρης και χρησιμοποιηθεί θεραπεία υποκαταστάσεως για κακή απορρόφηση και κακή πεπτική διάσπαση, ο ασθενής εμφανίζει βελτίωση.

#### Δ. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟ

##### Γενικές Αρχές

Η φλεγμονώδης νόσος του παγκρέατος, μπορεί να είναι οξεία, υποτροπιάζουσα ή χρόνια. Αν και υπάρχουν σαφείς πληροφορίες για την συχνότητα της οξείας παγκρεατίτιδας (περίπου 500 νέες περιπτώσεις στις ΗΠΑ κάθε χρόνο με θνητότητα 10%), ο αριθμός των ασθενών με υποτροπιάζουσα ή χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ασαφής. Η σχετικά δύσκολη προσέγγιση του παγκρέατος στην άμεση εξέταση και ο μη ειδικός χαρακτήρας του παγκρεατικού πόνου κάνουν την διάγνωση της παγκρεατίτιδας δύσκολη και συνήθως εξαρτώμενη από τα επίπεδα της αμυλάσης του αίματος.

Πολλοί ασθενείς με υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα και η πλειονότητα των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα εμφανίζουν σημεία και συμπτώματα εξωκρινούς παγκρεατικής ανεπάρκειας και μπορεί έτσι να υπάρχει μια αντικειμενική ένδειξη της νόσου. Εν τούτοις για να γίνει εμφανής η κακή πέψη λιπών και πρωτεϊνών, τμήμα μεγαλύτερο του 90% του παγκρέατος θα πρέπει να πάσχει. Προφανώς υπάρχει μια πολύ μεγάλη παρακαταθήκη εξωκρινούς παγκρεατικής λειτουργίας και τα σημεία και συμπτώματα εξωκρινούς ανεπάρκειας είναι αψότερες εκδηλώσεις, οφειλόμενες πρακτικά στην ολοσχερή σχεδόν καταστροφή του οργάνου. Ακόμα και η δοκιμασία διεγέρσεως με εκκριματίνη που είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος εκτιμήσεως της εξωκρινούς παγκρεατικής λειτουργίας, είναι παθολογική μόνο όταν περισσότερο από το 75% της εξωκρινούς λειτουργίας έχει απωλεσθεί. Έτσι ο αριθμός των ασθενών, που έχουν υποκλινική εξωκρινή δυσλειτουργία (δηλ. λιγότερη από το 90%) είναι άγνωστος.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας και παγκρεατικής ανεπάρκειας είναι άλλοτε άλλες. Έτσι οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν υπερλιπιδαιμία, δυσαπορρόφηση βιταμίνης Β<sub>12</sub>, υπερασβεστιαϊμία, υποασβεστιαϊμία, υπεργλυκαιμία, ασκίτη, υπεζωκοτικές συλλογές και χρόνια κοιλιακό άλγος με φυσιολογικά επίπεδα λιπάσης. πράγματι αν ο κλινικός θεωρήσει την παγκρεατίτιδα σαν πιθανή διάγνωση μόνο σε ασθενείς με κλασσική συμπτωματολογία (π.χ. σοβαρό, επίμονο επιγαστρικό πόνο, που αντανακλάται στην οσφύ σε συνδυασμό με αυξημένα επίπεδα αμυλάσης αίματος), θα διαγνώσει σωστά μια μικρή μόνο μειονότητα ασθενών με παγκρεατίτιδα.

Η αιτιολογία όπως και οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλλουν. Αν και είναι καλά τεκμηριωμένο, ότι η παγκρεατίτιδα είναι συχνά δευτεροπαθής στην κατάχρηση του αλκοόλ και νοσήματος των χοληφόρων, προκαλείται επίσης από φάρμακα, τραυματισμό, λογενείς λοιμώξεις και σχετίζεται με μεταβολικές διαταραχές και διαταραχές του συνδετικού ιστού. Επιπλέον, στο 10-20% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα η αιτιολογία είναι ασαφής.

Η επίπτωση του καρκίνου του παγκρέατος στις ΗΠΑ τριπλασιάστηκε από το 1930. Συσχετισμοί έχουν γίνει με το κάπνισμα, την έκθεση σε μερικά καρκινογόνα και το διαβήτη. Οι προσπάθειες για πρόιμη διάγνωση και δραστική θεραπεία είχαν απαγορευτικό αποτέλεσμα.

Η κυστική ίνωση θεωρείται συνήθως νόσος της παιδικής ηλικίας. Εν τούτοις, αξιόλογος αριθμός παιδιών φθάνει στην εφηβεία, εξ αιτίας της δραστικότερης θεραπείας των πνευμονο- νικών επιπλοκών. Το 85% των ασθενών με κυστική ίνωση έχουν εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια. Σε μερικούς ασθενείς, η παγκρεατική δυσλειτουργία μπορεί να αποτελεί την πρώτη κλινική

διαταραχή. Η νόσος αυτή, όπου η μεταβολική διαταραχή δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινιστεί, προσβάλλει πολλά οργανικά συστήματα εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα.

### Δοκιμασίες Χρήσιμες στη Διάγνωση Παγκρεατικής Νόσου

Μερικές δοκιμασίες έχουν αποδειχθεί πολύτιμες στην εκτίμηση της παγκρεατικής εξωκρινούς λειτουργίας (Παραδείγματα δοκιμασιών βλ. πιν. 5).

### Παγκρεατικά ένζυμα στα υγρά του σώματος

Η αμυλάση του ορού χρησιμοποιείται ευρέως στην καθοριστική δοκιμασία για την οξεία παγκρεατίτιδα, σε ασθενείς με οξύ κοιλιακό άλγος ή οσφυϊκό πόνο. Τιμή πάνω από 150 μον. Somogyi στα 100 ml θα πρέπει να εγείρει την υπόνοια της οξείας παγκρεατίτιδας. Επίπεδα μεγαλύτερα από 300 μονάδες καθιστούν πιθανότερη την διάγνωση. Στην οξεία παγκρεατίτιδα, η αμυλάση του ορού ανέρχεται συνήθως μέσα στις 24 πρώτες ώρες και παραμένει έτσι για 1-3 ημέρες. Οι τιμές επανέρχονται στο φυσιολογικό μέσα σε 3-5 ημέρες εκτός αν υπάρχει εκτεταμένη παγκρεατική νέκρωση, ατελής απόφραξη του πόρου ή σχηματισμός ψευδοκύστης. Περίπου το 75% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, έχουν αυξημένα επίπεδα αμυλάσης. Φυσιολογικές τιμές μπορεί εν τούτοις να παρατηρηθούν : (1) όταν η λήψη αίματος αργοπορήσει (2-5 ημέρες) (2) όταν η υποκείμενη νόσος είναι χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα παρά οξεία παγκρεατίτιδα και (3) όταν υπάρχει υπερτριγλυκεριδαιμία. Οι ασθενείς με υπερτριγλυκεριδαιμία και αποδεδειγμένη παγκρεατίτιδα έχουν χαμηλά επίπεδα αμυλάσης στο αίμα, πιθανώς επειδή κυκλοφορεί κάποιος αναστολέας του ενζύμου. Οι διαδοχικές

αραιώσεις του πλάσματος διορθώνουν την διαταραχή αυτή και επιτρέπουν την ανεύρεση της υπεραμυλασαιμίας .

Η αμυλάση του ορού συχνά ανεβαίνει και σε άλλες καταστάσεις (βλ. πιν. 5) εν μέρει επειδή το ένζυμο βρίσκεται και σε άλλα όργανα (σιελογόνοι αδένες, ήπαρ, λεπτό έντερο, νεφρός, ωαγωγός) και μπορεί να παραχθεί από διάφορους όγκους (καρκίωμα πνεύμονος, οισοφάγου και ωοθήκης). Τα ισο-ένζυμα της αμυλάσης ταξινομούνται σε δύο γενικές κατηγορίες : Εκείνα που προέρχονται από το πάγκρεας (P ισοαμυλάσεις) και τα μη παγκρεατικά (S ισοαμυλάσεις). Η μέτρηση των ισοαμυλασών έχει μεγάλη κλινική σημασία. Για παράδειγμα, σε μερικές καταστάσεις, όπως η μετεγχειρητική περίοδος, η οξεία αλκοολική τοξίκωση και η διαβητική κετοξέωση η αύξηση της αμυλάσης αποδίδοταν σε οξεία παγκρεατίτιδα. Εντούτοις αποδείχθηκε ότι η αμυλάση στις περιπτώσεις αυτές είναι του S τύπου. Το σχετικά περίπλοκο των μεθόδων για τον προσδιορισμό των ισοαμυλάσεων αποτελεί εμπόδιο στην ευρεία κλινική χρήση τους, με την ανάπτυξη όμως πᾶρισσότερο απλών μεθόδων θα καταστούν πιο εύχρηστες.

Η αμυλάση των ούρων αυξάνει στην οξεία παγκρεατίτιδα και μπορεί να παραμείνει αυξημένη για 7-10 ημέρες μετά την επιστροφή στο φυσιολογικό των τιμών της αμυλάσης του αίματος. Το γεγονός, ότι η νεφρική κάθαρση της αμυλάσης αυξάνει στην οξεία παγκρεατίτιδα, οδήγησε στην σκέψη ότι η σχέση καθάρσεως αμυλάσης/κρεατινίνης (Cam/Ccr) μπορεί να είναι πιο ειδική δοκιμασία για την διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ανεύρεση ασθενών με παγκρεατίτιδα, που δεν έχουν υπεραμυλασαιμία. Η σχέση υπολογίζεται με τον παρακάτω τύπο :



$$\frac{Cam}{Ccr} = \frac{\text{αμυλάση ούρων}}{\text{αμυλάση ορού}} \times \frac{\text{κρεατινίνη ορού}}{\text{κρεατινίνη ούρων}} \times 100$$

Η φυσιολογική σχέση Cam/Ccr είναι 1-5%. Στην οξεία παγκρεατίτιδα, η σχέση συνήθως περνά το 5% και φθάνει μέχρι 14%. Η εμπειρία εντούτοις με την Cam/Ccr απέδειξε ότι δεν είναι πιο ευαίσθητη μέθοδος από την αμυλάση του ορού. Επιπλέον η ειδικότητα της Cam/Ccr αμφισβητείται σοβαρά, επειδή η σχέση αυξάνει σημαντικά σε μεγάλο αριθμό άλλων διαταραχών, όπως π.χ. στην διαβητική κετοξέωση, στα εγκαύματα, στα παγκρεατικά νεοπλάσματα, στην νεφρική ανεπάρκεια και στην μετεγχειρητική περίοδο. Οι μηχανισμοί αυξημένης νεφρικής κάθαρσης της αμυλάσης στην οξεία παγκρεατίτιδα, είναι δευτεροπαθείς σε αναστρέψιμη νεφρική σωληναριακή διαταραχή, που οδηγεί σε μειωμένη επαναπορρόφηση αμυλάσης.

Οι αυξήσεις της αμυλάσης στο ασκитικό υγρό συμβαίνουν στην οξεία παγκρεατίτιδα όπως και σε (1) παγκρεατογενή ασκίτη που οφείλεται σε ρήξη του παγκρεατικού πόρου ή διαφυγή από ψευδοκύστη και (2) σε άλλες κοιλιακές διαταραχές που υποδύονται παγκρεατίτιδα (π.χ. εντερική απόφραξη, έμφρακτο εντέρου και διάτρηση πεπτικού έλκους). Αύξηση της αμυλάσης του πλευρικού υγρού συμβαίνει σε οξεία παγκρεατίτιδα, χρόνια παγκρεατίτιδα, καρκίνωμα του πνεύμονα και διάτρηση του οισοφάγου.

Στο παρελθόν τα επίπεδα της λιπάσης του ορού δύσκολα προσδιορίζονταν, εξ αιτίας μεθοδολογικών προβλημάτων. Εν τούτοις, σήμερα υπάρχουν ενότερες μέθοδοι σε χρήση. Σε μια αντιπροσωπευτική μελέτη, τα επίπεδα λιπάσης ήταν αυξημένα στο 63% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, τα επίπεδα αμυλάσης στο 70% και τα δύο ένζυμα στο 83%. Αυξημένα επίπεδα λιπάσης ανευρίσκονται επίσης σε ασκитικό υγρό, σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Χρήσιμες δοκιμασίες στην διάγνωση της οξείας/χρονίας  
παγκρεατίτιδας

ΔΟΚΙΜΑΣΤΕΑ	ΑΡΧΗ	ΣΧΟΛΙΟ
<b>I. Παγκρεατικά ένζυμα</b>		
στα σωματικά υγρά.		
<b>A. Αμυλάση</b>		
1) Ορού	Η παγκρεατική φλεγμονή οδηγεί στην αύξηση των εζύμων.	Απλό, αξιόπιστο με μευδώς θετικά, και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.
2) Ούρων	Η νεφρική κάθαρση αμυλάσης είναι αυξημένη στην οξεία παγκρεατίτιδα	Μπορεί να είναι παθολογική επί φυσιολογικών στο αίμα. Ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.
3) Σχέση κάθαρσης αμυλάσης / κρεατινίνης	Νεφρική κάθαρση αμυλάσης μεγαλύτερη απ' την κάθαρση της κρεατινίνης.	Όχι πιο ευαίσθητη από την αμυλάση ορού.
4) Ασπικό υγρό	Ρήξη του αδένου ή του κυρίου παγκρεατικού πόρου οδηγεί σε αύξηση της αμυλάσης	Μπορεί να θέσει την διάγνωση παγκρεατίτιδας ψευδώς θετική σε εντερική απόφραξη και διάτρηση έλκους.
5) Υπεζωκοτικό υγρό	Εξιδρωματική υπεζωκοτική διήθηση με παγκρεατίτιδα	Ψευδώς θετική σε καρκίνο πνεύμονα και διάτρηση οισοφάγου
6) Ισοένζυμα	Ρισσαμυλάσες προέρχονται από το πάγκρεας. Σ ισοαμυλάσες από άλλες εστίες	Χρήσιμες στην διαπίστωση μη παγκρεατικών αιτιών υπεραμυλασαιμίας.
<b>B. Λίπαση ορού</b>	Η παγκρεατική φλεγμονή οδηγεί σε αύξηση των τιμών	Νεώτερες μέθοδοι προσδιορισμού είναι πολύ απλοποιημένες θετική στο 60-70% των περιπτώσεων.

ΔΟΚΙΜΑΣΤΑΔΑ

ΑΡΧΗ

ΣΧΟΛΙΟ

II. μελέτες που αφορούν την κατασκευή του παγκρέατος

A.Ακτινολογικές και ραδιοϊσοτοπικές μελέτες

1) Απλή ακτ/φία κοιλίας

Παθολογική στην οξεία και χρονία παγκρεατίτιδα

Απλή φυσιολογική στο 50% των ασθενών με οξείκη χρονία παγκ/δα.

2) Ακτ/φίες ανωτέρου πεπτικού

Παρεκτόπιση στομάχου ή διεύρυνση της αγκύλης 12/λου είναι στοιχεία παγκρεατικής μάζας (φλεγμονώδους, νεοπλασματικής κυστικής)

Απλή συχνά φυσιολογική έχει αντικατασταθεί από την υπερηχογραφία /α7ου τομογραφία.

3) Υπερηχογραφία

Η ηχογραφική εικόνα μπορεί να δώσει πληροφορίες για οίδημα, φλεγμονή, αποτιτάνωση, ψευδοκύστη και μάζα.

Απλή με επεμβατική, τακτικές εξετάσεις εύκολες, μέθοδος εκλογής για την διάγνωση της ψευδοκύστεως.

4) υπολογιστική αξον. τομογραφία

Επιτρέπει λεπτομερή απεικόνιση του παγκρέατος και των γύρω ιστών

Χρήσιμη στην διάγνωση υποτιτανώσεως, διοτεταμένου παγκρεατικού πόρου και όγκων.

5) Εκλεκτική αγγειογραφία.

Μπορεί να διαγνώσει παγκρεατικούς όγκους.

Ενδείκνυται : σε υποψία νησιαδιακού όγκου. Εκτομή.

B.Ενδοσκοπική παλινδρομή παγκρεατοχολαγγειογραφία

Ο καθητηριασμός του παγκρεατικού και χοληδόχου πόρου επιτρέπει την απεικόνισή τους

Δίνει πληροφορίες στο 60-85% των περιπτώσεων.

Γ. Βιοψία παγκρέατος υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση.

Διαδερμική βιοψία με βελόνα καί καθοδήγηση από υπερηχογραφία

Υψηλή διαγνωστική αποδοτικότητα. Αποφυγή λαπαροτομίας. Απαιτεί ειδικές τεχνικές ευχέρειες.

ΔΟΚΙΜΑΣΤΑΑ

ΑΡΧΗ

ΣΧΟΛΙΟ

ΙΙΙ. Δοκιμασίες εξωκρινούς λειτουργίας

Α. Άμεση διέγερση του παγκρέατος με προσδιορισμό 12/λικού περιεχομένου

1) δοκιμασία εκκριματίνης-παγκρεατοενζυμίνης (CCK-PZ)

Η εκκριματίνη οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή παγκρεατικού υγρού και  $\text{HCO}_3$ . Η CCK-PZ οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή παγκρεατικών ενζύμων. Η παγκρεατική εκκριτική λειτουργία σχετίζεται με την λειτουργική μάζα παγκρεατικού ιστού.

Αρκετά ευαίσθητη για την διαπίστωση αφανούς νόσου. Διασωλήνωση 12/λου. Ακτινοσκόπηση. Κακός συσχετισμός φυσιολογικής ενζυμικής απάντησης. Υπερκάλυψη με χρόνια παγκρεατίτιδα. Μεγάλη εκκριτική παρακαταθήκη του παγκρέατος.

Β. Εμμεση διέγερση του παγκρέατος με μέτρηση παγκρεατικών ενζύμων.

1) Δοκιμασία γεύματος LUNDH

Δοκιμαστικό γεύμα (λίπη, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες) προκαλούν αυξημένη έκκριση CCK-PZ που προκαλεί αυξημένη έκκριση ενζύμων. Μετράται η συγκέντρωση θρυψίνης.

Χρήσιμη σε ασθενείς με εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια. Ψευδώς αρνητική σε παρατεταμένη γαστρική εκένωση. Ψευδώς θετική σε ασθενείς με πρωτοπαθή βλάβη εντερικού βλεννογόνου και χοληδοχολιθίαση. Δεν μετρά την εκκριτική ικανότητα.

2) Δοκιμασία Βενζοΐλ-τροουσυλ-γ-αμινοβενζοϊκού-(υδρόλυση τριπεπτιδίου BZ-Ty-PABA)

Συνθετικό πεπτίδιο (BZ-Ty-PABA). Καθαίρεται εϊδικά από την χυμοθρυψίνη, απελευθερώνοντας PABA που απορροφάται και εκκρίνεται στα ούρα.

Απλή και αξιόπιστη δοκιμασία της εξωκρινούς παγκρεατικής λειτουργίας. Η ευαισθησία και η ειδικότητα δεν έχουν ακόμη πλήρως ξεκαθαρίσει.

Γ. μετρήσεις ενδοαυλικών προϊόντων της πεπτικής διάσπασης

Η μη ύπαρξη πρωτεολυτικών ενζύμων οδηγεί σε μειωμένη πεπτική διάσπαση των ζωϊκών ινών.

Απλή και αξιόπιστη. Όχι αρκετά ευαίσθητη στην ανίχνευση ελαφρών περιπτώσεων παγκρεατικής ανεπάρκειας

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ	ΑΡΧΗ	ΣΧΟΛΙΟ
1) Μικροσκοπική εξέταση κοπράνων για άπεπτες μυϊκές ίνες και λίπη		
2) Ποσοτικός προσδιορισμός λίπους κοπράνων	Η μη ύπαρξη λιπολυτικών ενζύμων δεν διασπά τα λίπη	Αξιόπιστη. Αποτελεί πρότυπο στην αξιολόγηση της δυσαπορρόφησης. Δεν ξεχωρίζει την δυσαπορρόφηση από την κακή πεπτική διάσπαση.
3) Άζωτο κοπράνων	Έλλειψη πρωτεολυτικών ενζύμων οδηγεί σε ατελή πέψη των πρωτεϊνών αυξάνοντας το άζωτο των κοπράνων.	Δεν ξεχωρίζει την δυσαπορρόφηση από την κακή πεπτική διάσπαση.
D. Μετρήσεις παγκρεατικών ενζύμων στα κόπρανα	Παγκρεατική παραγωγή πρωτεολυτικών ενζύμων	Μπορεί να είναι χρήσιμη στην εκτίμηση της κυστικής ινώσεως. 10% ψευδώς θετικά και ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα.
1) Χυμοθρυψίνη		

## Μελέτες που αφορούν την Δομή του Παγκρέατος

### Ακτινολογικές δοκιμασίες

Οι απλές ακτινογραφίες κοιλίας προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες στο 30-50% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα. Στις συχνότερες ανωμαλίες περιλαμβάνονται : (1) εντοπισμένος ειλεός που συνήθως αφορά την νήστιδα (έλικα φρουρός, sentinal loop)(2) γενικευμένος ειλεός με υδραερικά επίπεδα, (3) το "διαχωριστικό σημείο του παχέος εντέρου" (Colon cut off sign), που προκύπτει από μεμονωμένη διάταση του εγκαρσίου κόλου, (4) διάταση του δωδεκαδακτύλου με υδραερικά επίπεδα και (5) μια μάζα που συχνά είναι ψευδοκύστη. Στην χρόνια παγκρεατίτιδα σημαντικό ακτινολογικό εύρημα είναι η αποτιτάνωση, που εντοπίζεται χαρακτηριστικά στο ύψος του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου.

Οι ακτινογραφίες του ανωτέρου γαστρεντερικού αποκαλύπτουν απώθηση του στομάχου από οπισθοπεριτοναϊκή μάζα, η διεύρυνση της αγκύλης του 12/λου, που επίσης υποδηλώνει την ύπαρξη παγκρεατικής αιτιολογίας. Η χρήση της υποτονικής δωδεκαδακτυλογραφίας ή μια καλής ποιότητας ακτινογραφία, με διπλή σκιαγραφική αντίθεση, αυξάνει το διαγνωστικό εύρος των ακτινογραφιών του ανωτέρου γαστρεντερικού, σε ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος.

Η υπερηχογραφία μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα, χρόνια παγκρεατίτιδα, παγκρεατική αποτιτάνωση, ψευδοκύστη και καρκίνο του παγκρέατος. Οι ηχογραφικές εικόνες μπορεί να δείχνουν την ύπαρξη οιδήματος, φλεγμονής και αποτιτάνωσης (που δεν είναι εμφανείς στην απλή ακτινογραφία κοιλίας), όπως επίσης ψευδοκύστες και χωροκατακτητικές αλλοιώσεις. Στην οξεία παγκρεατίτιδα το

πάγκρεας είναι χαρακτηριστικά διογκωμένο. Στην ψευδοκύστη του παγκρέατος, η εικόνα είναι της ηχοδιαπερατής λείας, στρογγυλής, συλλογής υγρού. το παγκρεατικό καρκίνωμα αλλοιώνει τα συνήθη όρια και χωροκατακτητικές αλλοιώσεις μεγαλύτερες από 3 CM συνήθως διαπιστώνονται σαν εντοπισμένες ελεύθερες-ηχούς (echo-free) στερεές βλάβες.

Η υπερηχογραφία θα πρέπει να είναι η αρχική εξέταση για κάθε άρρωστο με υποψία παγκρεατικής νόσου. Παρ' όλα αυτά, η παχυσαρκία, η μεγάλη ποσότητα αέρα στο λεπτό και παχύ έντερο και οι πρόσφατες ακτινολογικές εξετάσεις με βάριο δυσχεραίνουν τις υπερηχογραφικές μελέτες.

Η αξονική υπολογιστική τομογραφία είναι χρήσιμη στην διάγνωση παγκρεατικών όγκων, αλλοιώσεων που περιέχουν υγρό, όπως οι ψευδοκύστες και τα αποστήματα και εναποθέσεις ασβεστίου. Οι περισσότερες αλλοιώσεις χαρακτηρίζονται από: (1) διέρυση του παγκρεατικού περιγράμματος, (2) ανωμαλίες της παρυφής του ή (3) αλλοιώσεις που περιέχουν υγρό και εμφανίζουν διαφορετική πυκνότητα απ' ότι το παγκρεατικό παρέγχυμα. Εν τούτοις, είναι δύσκολο καμιά φορά να γίνει διάκριση μεταξύ φλεγμονώδους και νεοπλασματικής βλάβης. Οι από το στόμα υδατοδιαλυτοί παράγοντες σκιαγράφησης, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για σκιαγράφηση του στομάχου και 12/λου κατά την διάρκεια της εξέτασης. Αυτό επιτρέπει την καλύτερη και ακριβέστερη διευκρίνηση των ορίων των διαφόρων οργάνων, όπως και των διαφόρων μαζών.

Ο εκλεκτικός καθετηριασμός της κοιλιακής και άνω μεσεντέριας αρτηρίας, σε συνδυασμό με υπερηχογραφικό καθετηριασμό της ηπατικής σπληνικής ή γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας, επιτρέπει την απεικόνιση του παγκρέατος και την διάγνωση των

νεοπλασμάτων ή των κύστερων. Τα νεοπλάσματα του παγκρέατος απεικονίζονται σαν περιγεγραμμένες αγγειακές μάζες. Οι ορμονοπαραγωγοί όγκοι του παγκρέατος συχνότερα εμφανίζουν αυξημένη αγγείωση και έχουν μεγαλύτερη ως εκ τούτου σκιερότητα. Αγγειογραφικά ευρήματα υπάρχουν στους περισσότερους ασθενείς με παγκρεατικό καρκίνο, ελλείπου όμως σε ασθενείς με μη παγκρεατική νόσο. Η αγγειογραφία συμπληρώνει την υπερηχογραφία και την ενδοσκοπική παλίνδρομη παγκρεατοχολαγγειογραφία (ERCP), στη μελέτη του αρρώστου με ύποπτη παγκρεατική νόσο και εκτελείται όταν η ERCP είναι είτε ανεπιτυχής ή μη διαγνωστική.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 6

#### **ΑΙΤΙΑ ΥΠΕΡΑΜΥΛΔΑΣΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΑΜΥΛΔΑΣΟΥΡΙΑΣ**

##### **I. Παγκρεατική νόσος**

- A. Παγκρεατίτιδα**
1. Οξεία
  2. Χρονία : απόφραξη παγκρεατικού πόρου
  3. Επιπλοκές παγκρεατίτιδος
    - α. Ψευδοκύστη παγκρέατος
    - β. Παγκρεατογενής ασκίτης
    - γ. Παγκρεατικό απόστημα

##### **B. Παγκρεατικός τραυματισμός. Γ. παγκρεατικός καρκίνος**

##### **II. Μη παγκρεατικά νοσήματα**

##### **A. Νεφρική Ανεπάρκεια**

##### **B. Αλλοιώσεις των σιελογόνων αδένων**

1. Παρωτίτιδα
2. Λιθίαση
3. Ακτινική σιελαδενίτιδα
4. Γναθοπροσωπική χειρουργική

##### **Γ. Υπεραμυλασαιμία από όγκο : 1. Καρκίνωμα πνεύμονος**

2. Καρκίνωμα οισοφάγου
3. Καρκίνωμα ωοθηκών

##### **Δ. μακροαμυλασαιμία, Ε. Εγκαύματα, Στ. κετοξέωση, Ζ. Κύστη**

##### **Η. Μεταμόσχευση νεφρού, Θ. Εγκεφαλικό τραύμα, Ι. Φάρμακα : Μορφίνη**



ΠΙΝΑΚΑΣ 6 (συνέχεια)

III. Άλλα κοιλιακά νοσήματα

A. νοσήματα χοληφόρων : Χολοκυστίτιδα, χοληδοχολιθίαση

B. Ενδοκοιλιακή νόσος

1. Διάτρηση ή διατριταίνον έλκος 12/λου

2. Εντερική απόφραξη ή έμφρακτο

3. Ρήξη εξωμήτριας κύησης

4. Περιτονίτιδα

5. Αορτικό ανεύρυσμα

6. Χρόνια ηπατική νόσος

7. Μετεγχειρητική υπερυμουλασαιμία

ΠΗΓΗ : W.B. Salt II, S. Schenker,

Medicine 55:269,1976

Ενδοσκοπική Παλίνδρομη Παγκρεατογραφία (ERCP)

Η ERCP παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση του παγκρεατικού πόρου και βοηθά έτσι στην διαφορική διάγνωση παγκρεατικής νόσου. Ο παγκρεατικός καρκίνος χαρακτηρίζεται από στένωση ή απόφραξη είτε του παγκρεατικού πόρου ή του χοληδόχου πόρου. Συνήθως και οι δύο οι πόροι παρουσιάζονται παθολογικοί. Στην χρόνια παγκρεατίτιδα, στα ευρήματα της ERCP περιλαμβάνονται : (1) η στένωση του αυλού, (2) οι ανωμαλίες στον πόρο με στένωση, διάταση, ανευρύσματα και εκτασία και (3) απόφραξη του παγκρεατικού πόρου από εναποθέσεις ασβεστίου. Ο διαχωρισμός από τον καρκίνο μπορεί να είναι δύσκολος, εξαιτίας πολλών στοιχείων που συνυπάρχουν και στις δύο καταστάσεις, π.χ. στένωση και ανωμαλίες του πόρου. Αύξηση της αμυλάσης, μετά την ERCP, περιγράφεται στο 25-75%

των ασθενών, αλλά κλινική παγκρεατίτιδα είναι ασυνήθης. Σε μια σειρά 300 ασθενών με παγκρεατίτιδα συνέβη σε 5 μόνο ασθενείς μετά την ERCP.

#### Παγκρεατική βιοψία υπό ακτινολογική καθοδήγηση

Η διαδερμική βιοψία δι' αναρροφήσεως, κάτω από υπερηχογραφική καθοδήγηση ή καθοδήγηση με αξονική τομογραφία, παρέχει μια οριστική διάγνωση παγκρεατικών νεοπλασμάτων.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7

#### **ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΥΠΟΨΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Υποπη νόσος	Αρχική διαγνωστική μελέτη	Συμπληρωματική μελέτη
I. Οξεία παγκρεατίτιδα		
A. μη επιπεπλεγμένη	ΥΧ(υπερηχογραφία)	ΑΞ. ΤΟΜ.
B. Ψευδοκύστη	ΥΧ	ΑΞ. ΤΟΜ.
C. Υποψία παγκρεατικού αποστήματος	ΑΞ.ΤΟΜ.	
II. Χρόνια Παγκρεατίτιδα	ΑΜ.ΤΟΜ.	Ε.Π.Π.Χ. (ERCP) (Ενδοσκοπική παλινδρομή παγκρεατογολαγγειογραφία)

## Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

### Οξεία Παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια βαριά κοιλιακή ανωμαλία που προκαλείται από οξεία φλεγμονή του παγκρέατος, η οποία χαρακτηρίζεται από διαφυγή των παγκρεατικών ενζύμων από τα μυσελιδικά κύτταρα στους γύρω ιστούς.

Η γένεση της περιλαμβάνει ενεργοποίηση των πρωτεολυτικών και λιπολυτικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας και αυτοψία του παγκρεατικού ιστού.

Αρχικά, η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα. Καθώς όμως αναπτύσσεται φλεβική συμφόρηση, προκαλείται νέκρωση του παγκρέατος. Με την ενζυματική καταστροφή του ιστού ανοίγουν τα αγγεία με αποτέλεσμα την αιμορραγία. Οι λιπάσες που απελευθερώνονται από το πάγκρεας, επιφέρουν νέκρωση του λιπώδους ιστού. Αυτή η νέκρωση, συχνότερα, περιλαμβάνει το πάγκρεας και τον λιπώδη ιστό που τον περιβάλλει, μπορεί όμως να επεκταθεί και σε άλλο λιπώδη ιστό. Με την αύξηση των νεκρωμένων ιστών η λοίμωξη γίνεται μια μεγάλη απειλή.

Η βασική αιτία της νόσου δεν είναι γνωστή. Πολλοί παράγοντες όμως μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την πρόκλησή της. Η απόφραξη των χοληφόρων οδών είναι συχνή και η είσοδος της χολής στο πάγκρεας μέσω του παγκρεατικού πόρου, είναι ο πρώτος μηχανισμός που προτάθηκε. Το γεγονός ότι ο αλκοολισμός και η πολυφαγία μπορεί να προκαλέσουν παγκρεατίτιδα συνηγορεί για την ύπαρξη ενός εκκριτικού διεγερτικού παράγοντα. Στους αιτιολογικούς παράγοντες ακόμα συμπεριλαμβάνονται : μόλυνση, ισχαιμία, ορισμένα φάρμακα, αντιδράσεις υπερευαισθησίας,

αυτοανοσία, επιδημική παρωτίτιδα και τραύμα. Στο 15% των περιπτώσεων δεν υπάρχει εμφανής αιτία. Συμβαίνει σε κάθε ηλικία είναι όμως συχνότερη μετά το 40ο έτος. Προσβάλλει και τα δύο φύλα με την ίδια αναλογία.

### Εκτίμηση της Κατάστασης του Αρρώστου

#### 1. Πηγές Πληροφοριών

- α. Άρρωστος
- β. Οικογένεια
- γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- δ. Ιατρικά και νοσηλευτικά δελτία.

#### 2. Ιστορικό υγείας

Το κύριο χαρακτηριστικό του ιστορικού θγείας είναι ο πόνος.

α. Έντονος κοιλιακός πόνος στην άνω κοιλία (επιγαστριο, αριστερό ή δεξιό υποχόνδριο). Είναι σταθερός με ακτινοβολία στη ράχη (περιοχή 12ου θωρακικού σπονδύλου). Αρχικά εντοπισμένος, μπορεί όμως κατόπιν να γίνει διάχυτος. Παρουσιάζεται απότομα, συχνά μετά από ένα μεγάλο γεύμα ή λήψη μεγάλης ποσότητας αλκοόλης.

β. Η ναυτία και οι έμετοι είναι το δεύτερο κοινό σύμπτωμα. οι έμετοι είναι βίαιοι και συνεχίζονται ακόμα και με άδειο στομάχι.

γ. Χρησιμοποιούνται ο άρρωστος, η οικογένεια και το ιατρικό ιστορικό για διαπίστωση ύπαρξης νόσου των χοληφόρων οδών, αλκοολισμού, τραύματος ή παρωτίτιδας. Ακόμα αναγράφεται κάθε φάρμακο που τυχόν χρησιμοποίησε στο πρόσφατο παρελθόν.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

### 3. Φυσική εκτίμηση

Η εξέταση θα δείξει ένα άτομο ανήσυχο και γεμάτο αγωνία.

α. Ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πόνο, όταν μαζεύεται με τους βραχίονες του πάνω στην κοιλιά, πράγμα που κάνει δύσκολη την εξέταση. . . Η κοιλιά είναι διατεταμένη και ευαίσθητη στην βαθιά ψηλάφηση. Με την εξάπλωση της φλεγμονής αναπτύσσεται σανιδώδες κοιλιακό τοίχωμα. Οι κοιλιακοί ήχοι μειώνονται και, αν έχει αναπτυχθεί ειλεός, απουσιάζουν.

β. Με την αύξηση της απώλειας υγρών στον οίδηματικό ιστό, γίνονται καταφανή σημεία υπογκαιμίας ή Shock. Το δέρμα συχνά είναι κατάστικτο, κρύο και υγρό. Η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή και ο σφυγμός μικρός και συχνός.

γ. Αιμορραγία συμβαίνει 3-6 ημέρες μετά την εκδήλωση της παγκρεατίτιδας. Διαπιστώνεται από το σημείο Turner (κίτρινο - μπλέ - καφέ χρωματισμός στους γλουτούς) ή το σημείο Cullen (όμοιος χρωματισμός γύρω από τον ομφαλό), που οφείλονται στην συλλογή αίματος στις χώρες αυτές.

δ. Οι αναπνοές μπορεί να είναι επιπόλαιες και συχνές και να υπάρχουν ρόγχοι στους κάτω λοβούς. Ακόμα μπορεί να δημιουργηθεί υπεζωκοτικό εξίδρωμα στο αριστερό ημιθώρακιο.

ε. Η θερμοκρασία παρουσιάζει άνοδο (38,3-38,9°C) μερικές μέρες μετά την εκδήλωση της νόσου.

στ. Αν το οίδηματικό πάγκρεας πιέζει και κλείνει τον χοληδόχο πόρο, αναπτύσσεται ίκτερος, .

### 4. Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Λευκοκυττάρωση (10.000-30.000 λευκά αιμοσφαίρια).

β. Πρωτεΐνουρία, κύλινδροι (25% των περιπτώσεων) γλυκοζουρία (10-20% των περιπτώσεων).

γ. Υπεργλυκαιμία και ανώμαλη σακχαραιμική καμπύλη (50% των περιπτώσεων).

δ. Μπορεί να υπάρχει αύξηση της χολερυθρίνης του ορού.

ε. Μπορεί να δείξουν αύξηση : το μη πρωτεϊνικό άζωτο και η αλκαλική φωσφατάση.

στ. Ακόμα μπορεί να είναι παθολογικές οι δοκιμασίες του ήπατος.

ζ. Μείωση του ασβεστίου του ορού που έχει σχέση με την βαρύτητα της διεργασίας της νόσου. Η ελλάτωση είναι μεγαλύτερη την 6η μέρα.

η. Η αμυλάση του ορού υψώνεται πρώιμα (90% των περιπτώσεων ) και επανέρχεται στα φυσιολογικά πείπεδα την τρίμη ημέρα. Η λιπάση του ορού ανεβαίνει βραδύτερα και επιμένει μερικές ημέρες παραπάνω. Ο τίτλος αντιθρομβίνης (ένα μέτρο της θρυψίνης του πλάσματος) ανεβαίνει πρώιμα και μπορεί να παραμείνει σε ψηλά επίπεδα και μετά την επάνοδο της αμυλάσης στα φυσιολογικά επίπεδα.

θ. Η αμυλάση των ούρων, καθώς και η δραστηκότητα της αμυλάσης του περιτοναϊκού υγρού (μπορεί να είναι πολύ υψηλά) παραμένουν σε υψηλά επίπεδα πολύ περισσότερο χρόνο από την αμυλάση του ορού. Η δυσκοιλιότητα κάνει δύσκολη την εξέταση των κοπράνων.

ι. Η ακτινογραφία θώρακα δείχνει ανύψωση του αριστερού διαφράγματος, υγρό στο αριστερό ημιθωράκιο και ατελεκτασία του πνευμονικού παρεγχύματος.

ια. ΗΚΓ φικά ευρήματα μπορεί να υπάρχουν, που συνήθως διαφέρουν από εκείνα του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

ιβ. Το περιτοναϊκό υγρό είναι κίτρινο ως καφέ κοκκινωπό με μικροσκοπικά σταγονίδια λίπους. Το επίπεδο των ενζύμων που περιέχει, είναι πολύ υψηλό.

### Προβλήματα του αρρώστου

1. Πλημμελής οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πόνος, διάταση κοιλιάς, υπεζωκοτικό εξίδρωμα, ατελεκτασία)
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (πυρετός, ελλιπής μεταβολισμός υδατανθράκων).
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτίο, έμετοι, πλημμελής πέψη και απορρόφηση θρεπτικών ουσιών ).
4. Υδατοηλεκτρικά ανισοζύγια, (εξίδρωμα, οίδημα, ειλεός, έμετοι).
5. Οξεοβασικά ανισοζύγια (έμετοι, SHOCK, διαβήτης)
6. Μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων
7. Προβλήματα κένωσης εντέρου (η ίδια η πάθηση και τα αντιχολινεργικά)
8. Κίνδυνοι επιπλοκών (λοιμώξεις, τετανία, διαβήτης)
9. πόνος, αγωνία

### Σκοποί της φροντίδας

1. Άμεσοι
  - α. Απαλλαγή από τον πόνο
  - β. Έλεγχος εμέτων
  - γ. πρόληψη, αντιμετώπιση SHOCK
  - δ. Μείωση έκκρισης και δράσης των παγκρεατικών ενζύμων
  - ε. Πρόληψη μολύνσεων, αντιμετώπιση λοιμώξεων
  - στ. Πρόληψη τετανίας
  - ζ. Πρόληψη κετοξέωσης.
2. Μακροπρόθεσμοι
  - α. Διατήρηση επαρκούς θρέψης
  - β. Πρόληψη υποτροπής

## παρέμβαση

### 1. Νοσηλευτική φροντίδα

α. Διατήρηση φυσιολογικού αίματος με χορήγηση ανθρώπινης λευκωματίνης, πλάσματος και ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων. Οι ποσότητες υπολογίζονται με βάση τον αιματοκρίτη, την κεντρική φλεβική πίεση και το ποσό των ούρων που μετριούνται συχνά. Συχνή και ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού για εκτίμηση της υπογκαιμίας. Αν υπάρχουν αιμορραγίες χορηγείται πλήρες αίμα. Για στενότερη παρακολούθηση, ο άρρωστος συχνά συνδέεται με μηχανήμα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (monitor) .

β. Ο πόνος ελέγχεται με ~~την~~ peridone, που προκαλεί μικρότερο σπασμό του σφυγκτήρα του Oddi από τα οπιούχα. Αν όμως δεν φέρνει αποτέλεσμα χορηγείται μορφίνη. Η τοποθέτηση του αρρώστου στο ένα πλάγιο με τα γόνατα και την ράχη σε κάμψη βοηθά πολύ στην μείωση του πόνου. Ακόμα, βοηθά η χορήγηση κατευναστικού σε συνδυασμό με τα αναλγητικά.

γ. Η πνευμονική συμφόρηση και κατελεκτασία αποφεύγεται με βαθειές αναπνοές, βήχα και συχνή αλλαγή θέσης. Πολύ βοηθά και η IPPB\*.

δ. Για την απαλλαγή από την διάταση και την μείωση της διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης από το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού, εφαρμόζεται ρινογαστρικός καθετήρας με διαλείπουσα αναρρόφηση. Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και μέσα από τον καθετήρα του χορηγούνται αντιόξινα φάρμακα.

ε. Για την μείωση της παγκρεατικής έκκρισης χορηγείται Diamox που, επειδή ανταγωνίζεται την καρβονική ανυδράση, μειώνει τον όγκο και την περιεκτικότητα του παγκρεατικού



υγρού σε διττανθρακικό νάτριο. Ακόμα χορηγούνται και αντιχολινεργικά για την μείωση της παγκρεατικής έκκρισης. Σε ερευνητικό στάδιο βρίσκεται η χρησιμοποίηση Trasylol, αντιπρωτεολυτικής ουσίας, που αναστέλλει την δράση της καλλιкреΐνης, της χυμοθριψίνης και της θρυψίνης.

στ. Αντιβιοτικά χορηγούνται για τον κίνδυνο της λοίμωξης.

ζ. Παρακολουθείται στενά το επίπεδο του ασβεστίου του ορού. Σε υπασβεστιαϊμία χορηγείται γλυκονικό ασβέστιο ενδοφλέβια.

η. Αν το Shock δεν αποκρίνεται στην ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δίνονται ενδοφλέβια, κορτικοστεροειδή.

θ. Παρακολουθείται το επίπεδο της γλυκόζης του αίματος και των ούρων και αν χρειασθεί, χορηγείται ινσουλίνη.

ι. Μπορεί να χορηγηθεί γλυκαγόνη, γιατί καταστέλλει την παγκρεατική έκκριση και αυξάνει την αιματική ροή στο έντερο. Επίσης στο ερευνητικό στάδιο είναι η χορήγηση ινσουλίνης και γλυκόζης για τον ίδιο σκοπό.

ια. Μετά την βελτίωση της κατάστασής του, ο άρρωστος επιτρέπεται να παίρνει μικρές ποσότητες νερού. Αν τις ανέχεται, η δίαιτα προχωρεί σε υδατανθρακούχα υγρά. Μία εβδομάδα τουλάχιστον, μετά την υποχώρηση του πόνου, η δίαιτα γίνεται υπολιπούχα και χορηγείται σε μικρά, συχνά γεύματα. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλης και καφέ. Αν η καταστροφή του παγκρεατικού ιστού είναι εκτεταμένη μπορεί να χορηγηθούν παγκρεατικά ένζυμα σε ταμπλέτες με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

ιβ. Γίνεται ενημέρωση των αρρώστων για τον κίνδυνο του σακχαρώδη διαβήτη και διδασκαλία των σημείων και συμπτωμάτων, για τα οποία πρέπει να παρακολουθούν τον εαυτό τους,

και για την αποφυγή της υπερυδατανθρακούχας δίαιτας.

## 2. Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική παρέμβαση αποφεύγεται, εκτός αν η κατάσταση του αρρώστου δεν βελτιώνεται, ή παρουσιάζονται επιπλοκές.

Οι χειρουργικές τεχνικές περιλαμβάνουν :

α. Καθαρισμό της περιτοναϊκής κοιλότητας και παροχέτευση της περιοχής του παγκρέατος, ή αποσυμπίεση του χοληδόχου πόρου.

β. Άνοιγμα του παγκρεατικού πόρου και αναστόμωσή του με νηστίδα ή αφαίρεση μέρους ή σχεδόν όλου του παγκρέατος.

## 3. Μετέπειτα παρακολούθηση

Αυτή χρησιμεύει στην πρόληψη υποτροπής με συμμόρφωση του αρρώστου στους διοικητικούς περιορισμούς και την προαγωγή επαρκούς θρέψης. Αν ο άρρωστος έχει χάσει μεγάλο μέρος του παγκρεατικού ιστού, παρακολουθείται για διαβήτη, .

### Αξιολόγηση

1. θετική απόκριση στην θεραπεία και την νοσηλευτική φροντίδα
2. Αρνητική απόκριση - επιπλοκές
  - α. Τρεις ως τέσσερις εβδομάδες μετά την εκδήλωση της νόσου, μπορεί να σχηματισθούν αποστήματα από μόλυνση ή ψευδοκύστεις.
  - β. Μπορεί να παρουσιασθεί κλινικός διαβήτης σε οποιονδήποτε χρόνο και μπορεί να είναι παροδικός ή μόνιμος.
3. οι μικρές ψευδοκύστεις μπορεί να διαλυθούν αυτόματα, ενώ μεγαλύτερες ψευδοκύστεις και αποστήματα απαιτούν χειρουργική παροχέτευση.

### Χρόνια Παγκρεατίτιδα

Είναι μια μακροχρόνια φλεγμονή του παγκρέατος. Συνήθως αρχίζει μετά τα 30 ή 40 χρόνια και είναι συχνότερη στους άνδρες. Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί. ο πιο κοινός από αυτούς είναι ο χρόνιος αλκοολισμός, άλλοι παράγοντες, είναι η αποφρακτική νόσος των χοληφόρων και το τραύμα.

Τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως σε δύο στάδια. Αρχικά η φλεγμονή προκαλεί οξύ επεισόδιο με κρίσεις κοιλιακού πόνου. Με την ανάπτυξη της χρονιότητας ο πόνος γίνεται σταθερό. Καταστρέφεται μεγάλο μέρος του παγκρεατικού ιστού και βλάπτεται τόσο η εξωκρινής όσο και η ενδοκρινής λειτουργία του. Η πέψη είναι ατελής, με αζωτόρροια και στεατόρροια, που χαρακτηρίζεται από κόπρανα πολλά σε ποσότητα, αφρώδη, γλιστερά και κάκοσμα. Μειώνεται το βάρος του σώματος και ο άρρωστος παραπονιέται για ναυτία, εμέτους αίσθημα πληρότητας, και κοιλιακή διάταση. Τέλος εμφανίζεται κλινικός διαβήτης.

#### Προβλήματα του αρρώστου

1. θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ατελής πέψη και απορρόφηση)
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (διαβήτης)
3. Υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο (έμετοι)
4. Πόνος
5. προβλήματα χρονιότητας της νόσου

**Παρέμβαση:** Η νοσηλευτική φροντίδα και η θεραπεία είναι όμοιες με εκείνες της οξείας παγκρεατίτιδας (κατά την οξεία κρίση).

1. Η φροντίδα στην χρόνια παγκρεατίτιδα πρέπει να στοχεύει στην αποφυγή της αλκοόλης.

2. Η δίαιτα είναι υπολιπούχα και για την βελτίωση της πέψης χρησιμοποιούνται παγκρεατικά εκχυλίσματα.
3. Αποφεύγεται η πολυφαγία. Τα αντιχολινεργικά μπορεί να μειώσουν τον πόνο.
4. Εξαιτίας της χρονιότητας της νόσου , αποφεύγεται η χρήση ναρκωτικών
5. Ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου, μπορεί να χορηγηθούν συμπληρώματα βιταμινών και ηλεκτρολυτών
6. Ρυθμίζεται ο σακχαρώδης διαβήτης, αν υπάρχει
7. Η μετέπειτα φροντίδα είναι μεγάλης σημασίας

#### Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Ι Σ

Η παγκρεατική νόσος είναι μια νόσος, ουσιαστικά αγνώστου αιτιολογίας. Σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και ειδικά τον τρόπο διατροφής του σύγχρονου ανθρώπου. Η υπερβολική κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη και άλλα ουσιαστικά ,επιβλαβή για τον οργανισμό στοιχεία, είναι κύρια υπεύθυνη για την ύπαρξη αυτών των ανωμαλιών στις πεπτικές διαδικασίες.

Όπως ξέρουμε, οι παγκρεατικές εκκρίσεις, παρέχουν τα ένζυμα, που είναι απαραίτητα για να δώσουν την μέγιστη πεπτική δυνατότητα στο γαστρεντερικό και δημιουργούν το καλύτερο pH για την λειτουργία των ενζύμων. Ως εκ τούτου , η καλή λειτουργία του παγκρέατος είναι πολύ σημαντική για τον οργανισμό του ανθρώπου.

Η φλεγμονώδης νόσος του παγκρέατος είναι οξεία, χρονία ή υποτροπιάζουσα. Σύμφωνα με στατιστικές των ΗΠΑ, υπάρχουν 5000 νέες περιπτώσεις το χρόνο, με οξεία παγκρεατίτιδα, με

θνητότητα 10%. Αντίθετα ο αριθμός των ασθενών με χρόνια ή υποτροπιάζουσα νόσο είναι ασαφής. Λόγω της δύσκολης προσέγγισης του παγκρέατος στην άμεση εξέταση και ο μη ειδικός πόνος της παγκρεατικής νόσου, η διάγνωση είναι δύσκολη και συνήθως εξαρτάται από τα επίπεδα της αμυλάσης αίματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις της οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδος είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους. Γι' αυτό και δύσκολα μπορούμε να θέσουμε διάγνωση χωρίς να παραγνωρίσουμε την πιθανότητα λάθους. Πραγματικά, αν ο γιατρός θεωρήσει την παγκρεατίτιδα σαν πιθανή διάγνωση μόνο σε ασθενείς με κλασσική συμπτωματολογία, όπως π.χ. σοβαρό, επίμονο επιγαστρικό άλγος που αντανακλάται στην οσφύ σε συνδυασμό με αυξημένα επίπεδα αμυλάσης αίματος, θα διαγνώσει σωστά μια μικρή μόνο μειονότητα ασθενών με παγκρεατίτιδα.

Η αιτιολογία όπως και οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλλουν. Αν και έχει καλά τεκμηριωθεί, ότι η παγκρεατίτιδα είναι συχνά δευτεροπαθής νόσος σε ασθενείς αλκοολικούς και με νοσήματα των χοληφόρων. Προκαλείται παγκρεατίτιδα από φάρμακα επίσης, τραυματισμό, ιογενείς λοιμώξεις. Επιπλέον σ' ένα ποσοστό 10-20% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα τα αίτια είναι ασαφή.

Η ταξινόμηση βασίζεται κύρια σε κλινικά κριτήρια, με φανερή την διαφορά μεταξύ της οξείας και της χρόνιας καταστάσεως. Η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας είναι δυνατή στην πρώτη, και η μόνιμη υπολειμματική βλάβη συχνή στην δεύτερη.

Η επίπτωση της παγκρεατίτιδας, διαφέρει από χώρα σε χώρα, ανάλογα με τους αιτιολογικούς παράγοντες π.χ. το αλκοόλ, τους χολόλιθους κλπ. Στις ΗΠΑ για παράδειγμα η οξεία παγκρεατίτιδα σχετίζεται με το αλκοόλ παρά με την χολολιθίαση. Στην

Στην Αγγλία συμβαίνει το αντίθετο.

Τα αίτια της οξείας παγκρεατίτιδος είναι άμεσα συσχετισμένα με τον τρόπο διατροφής, όπως αναφέραμε παραπάνω. Ο αλκοολισμός φαινόμενο δυστυχώς συχνό στις σύγχρονες βιομηχανικές χώρες και κοινωνίες είναι υπεύθυνος για ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με οξεία νόσο. Η νόσος των χοληφόρων επίσης απορρέει και συνδέεται με την διαφοροποίηση των διατροφικών συνηθειών του ανθρώπου παράλληλα με την εξέλιξη της τεχνολογίας και την εμφάνιση τροφών που κάθε άλλο παρά καλό κάνουν στον οργανισμό. Άλλα αίτια με μικρότερη συμμετοχή στο ποσοστό ασθενών με οξεία νόσο είναι τα μεταβολικά, τα φαρμακευτικά, όπως και τα νοσήματα του συνδετικού ιστού. (Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, νεκρωτική αγγειίτιδα και άλλα).

Σχετικά με την διάγνωση θα πρέπει να πούμε, ότι κάθε ισχυρός, οξύς πόνος της κοιλιάς ή της οσφύος, θα πρέπει ύποπτος παγκρεατίτιδος. Η διάγνωση, συνήθως, γίνεται πιθανότερη όταν ο ασθενής εμφανίζεται με επίμονο κοιλιακό άλγος, ναυτία, έμετο, πυρετό, ταχυκαρδία και παθολογικά ευρήματα στην εξέταση της κοιλιάς. Ακριβώς τα ίδια συμπτώματα παρουσίασαν και οι ασθενείς που αναφέρω στα περιστατικά μου. Η διάγνωση μετά και τις εργαστηριακές εξετάσεις που έδειξαν λευκοκυττάρωση, παθολογική ακτινογραφία κοιλιάς, υπασβεστιαϊμία και υπεργλυκαιμία. Η αυξημένη αμυλάση του αίματος έθεσε οριστικά την διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδος. Οι ασθενείς των περιστατικών μου, μετά την σωστή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα εξήλθαν σε αρκετά καλή κατάσταση. Οι οδηγίες για την δίαιτά τους και η σωστή αντίληψη της ζωής τους από την νόσο και έπεται θα βοηθήσουν στο μέγιστο δυνατό την καλή πορεία τους. Ο επανέλεγχος κρίνεται σκόπιμος μετά από ένα χρονικό διάστημα.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι : η μεγάλη ηλικία, η υπόταση, η ταχυκαρδία, τα παθολογικά ευρήματα του πνεύμονος, ο πυρετός, η υπεργλυκαιμία και άλλα. Όπως καταλαβαίνουμε ο σωστός και προσεκτικός τρόπος ζωής μετά μια ορισμένη ηλικία είναι αυτονόητος. Τα μεγάλα σε ηλικία άτομα έχουν τις πιά πολλές πιθανότητες προσβολής από την οξεία μορφή.

Παρατηρείται αυξημένη θνητότητα, όταν βρεθούν τρεις ή περισσότεροι παράγοντες κινδύνου. Είναι σημαντικό να βρεθούν οι ασθενείς, που έχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Η επιβίωση είναι μόνο 29% με συντηρητική θεραπεία, αυξάνει όμως στο 64% με χειρουργική θεραπεία.

Στους περισσότερους ασθενείς (85-90%) με οξεία παγκρεατίτιδα, η νόσος υποχωρεί συνήθως σε 2 ως 5 ημέρες αφότου αρχίσει η θεραπεία. Τα αντιχολινεργικά φάρμακα έχουν θεωρηθεί σαν απαραίτητο θεραπευτικό μέσο, με σκοπό την διακοπή της παγκρεατικής διεγέρσεως. Όμως είναι δύσκολο αυτά τα φάρμακα να επιτρέψουν την διάρκιση αν μια ταχυκαρδία, η μειωμένη παροχή ούρων, η εντερική υποκινητικότητα είναι αποτέλεσμα της δράσης τους ή επιπλοκές της παγκρεατίτιδος. Τα αντιβιοτικά επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία της οξείας νόσου, δύο πρόσφατες όμως μελέτες, δεν έχουν δείξει όφελος από την χρήση τους. Ο ασθενής, απαιτεί συνήθως θεραπεία με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, διακοπή σίτισης από το στόμα και ρινογαστρική αναρρόφηση για 2-4 ημέρες. Χορηγείται υδρική δίαιτα την 3-5η ημέρα και μετά κανονική.

Η χρόνια παγκρεατίτις συμβαδίζει ως προς την αιτιολογία με την οξεία. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ασαφούς αιτιολογίας.

Η στεατόρροια είναι μια βασική ένδειξη σε ασθενείς με χρόνια νόσο. Στους ενηλίκους στις ΗΠΑ ο αλκοολισμός είναι η συχνότερη αιτία της κλινικά διαγνωσμένης χρόνιας νόσου.

Σε άλλα μέρη του κόσμου, η κακή διατροφή ιδιαίτερα σε πρωτεΐνες είναι συχνή αιτιολογία. Η συνεχιζόμενη κατανάλωση "κοινωνικά αποδεκτών" ποσοτήτων αλκοόλ, κάτι συχνό στις αναπτυγμένες χώρες και κοινωνίες είναι συμβατή με εκδήλωση παγκρεατίτιδας. Επί πλέον η ανεύρεση εκτεταμένης παγκρεατικής ίνωσης, σε ασθενείς που για πρώτη φορά εμφανίζουν οξεία νόσο, ενισχύει την εντύπωση ότι αυτοί έχουν ήδη χρόνια παγκρεατίτιδα.

Τα κλινικά συμπτώματα είναι ταυτόσημα μ' εκείνα της οξείας. Ενώ στην οξεία νόσο έχουμε συγκεκριμένα συμπτώματα, στην χρόνια αυτά είναι άτυπα και πολλές φορές ασαφή. Για παράδειγμα, ο πόνος που είναι τόσο έντονος στην οξεία νόσο, στην χρόνια είναι διαλλείπων ή και τελείως απών ή ακόμα και διαρκής.

Η θεραπεία κατευθύνεται σε δύο μεγάλα προβλήματα, δηλαδή στον πόνο και στην δυσαπορρόφηση. Η αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια νόσο είναι ίδια με των ασθενών της οξείας. Πρέπει να αποφεύγεται πλήρως το οινόπνευμα και τα πλούσια γεύματα ιδιαίτερα τα λιπαρά. Η χειρουργική επέμβαση μπορεί ν' αποδειχθεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου. Σε μερικούς ασθενείς, η καταστολή του πόνου, μπορεί να επιτευχθεί, μόνο με την εκτομή του 50-90% του αδένου. Είναι σημαντικό να επιλεγούν προσεκτικά οι ασθενείς, γιατί η ριζική αυτή επέμβαση αντενδείκνυται στους ασθενείς, που έχουν βαριά κατάθλιψη, τάση αυτοκτονίας ή συνεχίζουν το ποτό. Ο παράγοντας Νοσηλευτής επεισέρχεται εδώ βοηθώντας στον εντοπισμό αυτών των ασθενών και στην προσεκτική ενημέρωση και ψυχολογική βοήθεια.



Η θεραπεία της δυσαπορρόφησης στηρίζεται στην χορήγηση των παγκρεατικών ενζύμων. Για τον συνήθη ασθενή 6-8 δισκία ή κάψουλες ενζύμων θα πρέπει να χορηγούνται με τα γεύματα. Μερικοί ασθενείς απαιτούν και υποβοηθητική θεραπεία. Η σιμετιδίνη θεωρήθηκε χρήσιμο υποβοηθητικό των ενζύμων αλλά μελέτες δεν απέδειξαν τίποτε τέτοιο. Το διττανθρακικό νάτριο είναι δραστικό, αλλά έχει παρενέργειες .

Οι ασθενείς με παγκρεατική εξωκρινή ανεπάρκεια, δευτεροπαθή στο οινόπνευμα, έχουν υψηλή θνητότητα (50% στα επόμενα 5-12 χρόνια). Αν διακοπή των ουσιών, που επηρεάζουν την κατάσταση είναι πλήρης και χρησιμοποιηθεί θεραπεία υποκαταστάσεως για κακή απορρόφηση και κακή πεπτική διάσπαση, ο ασθενής παρουσιάζει βελτίωση.

Πέρα από το καθαρά ιατρικό πεδίο δράσης, η Νοσηλευτική Επιστήμη έχει κι' αυτή τον σημαντικό της ρόλο στην καλή έκβαση της παγκρεατικής νόσου. Η προσεκτική προσέγγιση του ασθενούς και η περιβολή αυτού με την φροντίδα μας, θα τον κάνει περισσότερο συνεργάσιμο. Ο ασθενής είναι ανήσυχος και γεμάτος αγωνία. Οι ενέργειες μας πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένες και με προσδιορισμένα τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Ένα σχέδιο Νοσηλευτικής φροντίδας είναι ικανό να δώσει ανακούφιση στον ασθενή, με την συνειδητή εφαρμογή του. Ένα τέτοιο σχέδιο περιλαμβάνει πολλά στοιχεία όπως π.χ. Διατήρηση φυσιολογικού αίματος με την χορήγηση, πλάσματος και ηλεκτρολυτών. Η μέτρηση των αποβαλλομένων υγρών είναι σημαντική. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σφυγμού. Χορήγηση φαρμάκων για τον έλεγχο του πόνου. Η τοποθέτηση του αρρώστου στην θέση που του παρέχει άνεση και μείωση του κίνου (Στο ένα πλάι με τα γόνατα και την ράχη σε κάμψη). Η εφαρμογή ρινο...

γαστρικού καθετήρα.

Τέλος η σωστή ενημέρωση και διδασκαλία για τον κίνδυνο των επιπλοκών (π.χ. Σακχαρώδης Διαβήτης). Όλα τα παραπάνω αφορούν κυρίως την οξεία παγκρεατίτιδα.

Στην χρονία η Νοσηλευτική παρέμβαση στοχεύει κυρίως στην αποφυγή από τον ασθενή του αλκοόλ. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να διακόψει αυτήν την επιβλαβή συνήθεια. Δίνεται προσοχή στην διαίτα . Χορηγούνται βιταμίνες και ηλεκτρολύτες. Σημασία πάντως έχει η κατανόηση από τον ίδιο τον ασθενή της κατάστασής του και η διακοπή των βλαβερών γι' αυτόν τρόπων διατροφής διαβίωσης και κοινωνικής συμπεριφοράς.

ΣΤ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΘΕΣΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Όνοματεπώνυμο : Ε.Γ.

Ετών : 20

Περιγραφή

**Ημερομηνία** : 2/6/88. Η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου μας με πάσχον προσωπείο, σαφώς καταβεβλημένη από τους εμέτους και την έντονη επιγαστραλγία.

**Αντικειμενικά**: Σφύξεις : 72/min

Α.Π. : 140/90mm Hg

Θερμ. : 37,0°C

**Από την φυσική εξέταση**

Θώρακας: Συμμετρικός χωρίς προπέτεια ή παραμόρφωση. Φυσιολογικό βάθος και συχνότητα αναπνοής. Θέση τραχείας στην μέση γραμμή . Φυσιολογική κινητικότητα διαφράγματος. Κατά την επίκρουση ήχος σαφής πνευμονικός.

Κοιλία: Συμμετρική, χωρίς ραβδώσεις, ορατός περισταλτισμός, ορατές κήλες.

Κατά την ακρόαση σχετικά αραιοί ήχοι.

Κατά την ψηλάφηση παρατηρείται ελαφρά σύσπαση και αντίσταση των τοιχωμάτων. Παρατηρείται κατά την ψηλάφηση διάχυτη ευαισθησία στην κοιλία με ιδιαίτερα αυξημένη ευαισθησία στο επιγάστριο και το δεξιό υποχόνδριο. Δεν ψηλαφώνται μάζες.

Κατά την επίκρουση ήχος τυμπανικός με αμβλύτητα στις θέσεις ήπατος - σπληνός Rembound (+).

Καρδιά : S<sub>1</sub> και S<sub>2</sub> δεν ακούγονται. S<sub>3</sub> και S<sub>4</sub> : Δεν ακούγονται φυσήματα.

**Από τον Εργαστηριακό έλεγχο :**

Κ : 3,9	Hct: 40%	Αέρια αίματος
Na : 138	Λευκά : 12.500	PCO <sub>2</sub> : 24,9
Ουρία : 33	Π : 93	PO <sub>2</sub> : 109,6
Σάκχαρο : 103	Λ: 4	HCO <sub>3</sub> : 16
Αμυλάση ορού : 666	MM : 3	Be : -6.5
Αμυλάση ούρων : 3000	AMT : Κ.Φ.	

Στα εξωτερικά Ιατρεία έγιναν ακτινογραφίες θώρακος και κοιλίας που δεν έδειξαν κάτι το παθολογικό.

Έγινε ΗΚΓ που ήταν φυσιολογικό.

Στο Νοσοκομείο του πύργου έγιναν επίσης ακτινογραφίες θώρακος και κοιλίας καθώς και καρδιογράφημα που όπως μας ενημέρωσαν, παρατηρήθηκε κολπική μαρμαρυγή που ανατάχθηκε μόνη της. Μετά έγινε γυναικολογική εξέταση που δεν έδειξε ευρήματα όπως αναφέρει η ασθενής.

Εκτίμηση: Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκε αμυλάση ούρων 3.0000 I.V. και ορού 666. Πράγμα ενδεικτικό, αλλά όχι αποδεικτικό οξείας παγκρεατίτιδας. Η κλινική της εικόνα συμβαδίζει με παγκρεατίτιδα χωρίς όμως να αποκλείεται και κάποια άλλη νόσος.

Κατόπιν αυτών γίνεται η εισαγωγή στην κλινική μας, της ασθενούς για περαιτέρω έλεγχο και παρακολούθηση.

Χορηγούνται στην ασθενή :

Ορός	Normal 0,9%	1X1
"	Glucose 5%	1X1
amp.	Zantac	1X4
	Κεφαμανδόλη	1gr. X 4
	Susp. Aladrox	30ccX8

Ημερομηνία : 3/6/88

Υποκειμενικά : Η ασθενής αναφέρει ότι πονάει διάχυτα στην κοιλιακή χώρα, όπου εμφανίζονται κολικοειδή διαξιφιστικά

άλγη στο επιγάστριο και στο δεξιό υποχόνδριο.

Αντικειμενικά : Α.Π. : 130/70 mmHg, Σφύξεις : 84/min

**Από την φυσική εξέταση :**

Κοιλιά : μαλακή με ελαφρά σύσπαση και αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων. Κατά την ψηλάφηση παρατηρείται ευαισθησία στο δεξιό υποχόνδριο και στο επιγάστριο, καθώς και μειωμένη ευαισθησία διάχυτα στην κοιλιακή χώρα. Κατά την ακρόαση ακροούνται σχετικά αραιοί εντερικοί ήχοι.

Θώρακας: Κατά την επίκρουση ακούγεται σαφής πνευμονικό ήχος. Κατά την ακρόαση ακούγεται αναπνευστικό ψιθύρισμα με ελάττωση όμως στην δεξιά βάση.

Εκτίμηση: Θα γίνει σήμερα πάλι ακτινογραφία θώρακος για ανάδειξη πιθανής πλευριτικής συλλογής στα πλαίσια των επιπλοκών μιας οξείας παγκρεατίτιδας.

Από το εργαστήριο βρέθηκαν οι εξής τιμές αερίων αίματος.

PH : 7,444

PCO<sub>2</sub> : 33,1                      PO<sub>2</sub> : 112,5

HCO<sub>3</sub> : 22,5                      SAT : 97,8

Ημερομηνία : 6/6/88

Απύρετη από 3/μερου, δεν πονάει, δεν αναφέρει κένωση.

Σφύξεις : 92/min                      θερμο.: 36,3°C                      Α.Π.: 115/75 mmHg

**Αντικειμενικά ευρήματα :**

Αναπνευστικό ψιθύρισμα κυψελιδικό.

Κοιλιά μαλακή χωρίς ευαισθησία, αραιοί εντερικοί ήχοι, όχι μετακινούμενη αμβλύτητα, ~~όχι~~ οίδημα στην οσφύ.

Αέρια αίματος : PH : 7,534

PCO<sub>2</sub>: 29,5                      PO<sub>2</sub> : 121,3

HCO<sub>3</sub>: 24,8                      SAT : 98,6

Ημερομηνία : 7/6/88. Δεν πονά, καλή διούργηση, μια κένωση φυσιολογική, θερμο.: 37,2°C , ΑΠ: 140/75 mmHg Σφύξεις: 88/min

Αναπνευστικό ψιθύρισμα μειωμένο στην αριστερή βάση, χωρίς επιπρόσθετους ήχους. Κοιλιά μαλακή, χωρίς ευαισθησία.

Από την μέχρι τώρα πορεία της ασθενούς φαίνεται η προοδευτική αποδοχή της παγκρεατικής νόσου.

Ημερομηνία: 8/6/88

Η ασθενής αναφέρει, οξύ επιγαστρικό άλγος χωρίς κολικοειδή χαρακτήρα (το απόγευμα της 7/6), που διήρκεσε περίπου 2 ώρες. Ο πόνος αντανakλούσε στην ανωτέρα οσφυϊκή χώρα. Δεν συνοδεύονταν από ναυτία ή έμετο. Συγχρόνως διαπίστωση ερυθρότητα ούρων, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα από το ουροποιητικό.

Ο εφημερεύων έδωσε εντολή για χορήγηση I.M. παυσίπνου. Σήμερα δεν πονά και αισθάνεται καλά. Η γενική της κατάσταση είναι πολύ καλή. Αιμοδυναμικά είναι σταθερή. Απύρετη. Οι πνεύμονες και η καρδιά χωρίς παθολογικά ευρήματα. Κοιλιά μαλακή χωρίς ψηλαφητές μάζες. Δεν υπάρχουν σημεία φλεβοθρόμβωσης. Ούρα : ερυθρού χρώματος => Multi stic : αιματουρία, κetonουρία, αμυλάση ούρων (χθές το πρωί) : 1727 μον.

αίματος: 95 μον.

Εκτίμηση: Σε καλή κατάσταση. Δεν υπάρχει η επιγαστραλγία και αύξηση της αμυλάσης θα έδινε υποψίες για υποτροπή. Αλλά το ενδεχόμενο αυτό μάλλον αποκλείεται γιατί η μέτρηση αμυλάσης έγινε πρωί, ενώ η εμφάνιση των συμπτωμάτων απόγευμα, διήρκεσε δε μικρό χρονικό διάστημα χωρίς έμετο και καταστάλθηκε με παυσίπνο. Η εμφάνιση συγχρόνως αιματουρίας δίνει υποψίες για κωλικό νεφρού (νεφρολιθίαση).

Χθές έγινε ECHO άνω κοιλιάς. Δεν αναδείχθηκε η Χ.Κ. Δεν παρατηρείται διάταση χολαγγείων. Πάγκρεας μη προσπελάσιμο. Κρίνεται σκόπιμη η επανάληψη του ECHO λόγω αναξιοπιστίας του υπερηχογράφου. Συγχρόνως θα ελεγχθούν και οι αμφοτέροι οι νεφροί. Παρ' ότι φαίνεται απίθανο το ενδεχόμενο της υποτροπής, στάλθηκε παραπεμπτικό για αμυλάση ούρων - αίματος (σήμερα το πρωί). Ζητήθηκε από την ασθενή να μην φάει σήμερα και να ειδοποιήσει αμέσως τον εφημερεύοντα εάν πονέσει και πάλι.

Ημερομηνία : 9/6/88

Ζωτικά σημεία : ΑΠ: 130/70 mm Hg Σφύξεις : 62/min , αναπνοές : 24/min T: 36,8°C

Αντικειμενικά: καλή γενική κατάσταση, αιμοδυναμικά σταθερή, αναπνευστικό ψιθύρισμα κυψελιδικό. Κοιλιά μαλακή, χωρίς αντίσταση , χωρίς ευαισθησία : Καρδιακοί τόνοι ευκρινείς.

Αγωγή : Διακοπή ορών, σίτιση με υδρική δίαιτα.

-tabl. ρανιτιδίνης 150 mgX2

Amp. κεφαμανδόλης 1gr. ανά 6ωρο

Αναφέρει αιμορραγία από τον κόλπο, ενώ η περίοδός της τελειώσε προ ημερών. Συστήθηκε γυναικολογικός έλεγχος.

Ημερομηνία : 10/6/88

Απύρετη. Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Από την εξέταση του θώρακος της κοιλιάς και της καρδιάς δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα. Αναφέρεται αιματουρία που μάλλον οφείλεται σε αιμορραγία από τον κόλπο. (Δοκιμασία τριών ποτηριών : αίμα μόνο στο πρώτο). Άλλωστε αναφέρει ότι λεκιάζει με αίμα το εσώρουχό της. Θα γίνει γυναικολογική και ουρολογική εξέταση. Ήδη από χθές έχει ραντεβού για τις 20/6/88 για υπερηχογράφημα άνω κοιλιάς. Το προηγούμενο ECHO άνω κοιλιάς δεν έδειξε τίποτα.

Γυναικολογική εκτίμηση: (Από την Κρατική Μαιευτική Γυναικολογική): Πρόκειται μάλλον για διαταραχή περιόδου μετά τον τοκετό. Θα εξετασθεί εκ νέου την Δευτέρα 11-6-88.

Ημερομηνία : 13/6/88

Έγινε γυναικολογική εξέταση και αποδόθηκαν τα προβλήματα στον πρόσφατο τοκετό.

Άριστη γενική κατάσταση, ζωτική σημεία φυσιολογικά. Από την κατά συστήματα εξέταση δεν ευρέθησαν παθολογικά ευρήματα από τον θώρακα, την καρδιά και την κοιλιά. Εξέρχεται από την κλινική μας με την εξής διάγνωση : Οξεία Παγκρεατίτιδα αποδραμούσα.

Συστάσεις : Επανέλεγχος, νέο Υπερηχογράφημα στις 20/6/88.

Δίαιτα χολοκυστοπαθούς άλιπος.

Αγωγής : Ρανιτιδίνη 150 mg.X2

#### Νοσηλευτική Φροντίδα

Ελήφθη το ιστορικό της ασθενούς και έγινε μια φυσική εκτίμησή της. Ήταν ανήσυχη και αγωνιούσε. Σαν υπεύθυνοι Νοσηλευτές - τρεις, προσπαθήσαμε να την βοηθήσουμε ψυχολογικά. Το νεαρό της ηλικίας της ήταν ανασταλτικός παράγοντας λόγω του φόβου και του πόνου που ένοιωθε. Συστήθηκε στην ασθενή να καταλαμβάνει την σωστή θέση στο κρεβάτι ούτως ώστε να ανακουφίζεται από τον πόνο. Σκοπός της φροντίδας μας είναι και η μείωση ή εξαφάνιση του πόνου. Όταν αυτός ήταν έντονος της εδίδετο μάλλον της ενφοντο amp. ~~Pethidine~~ ενδομυϊκώς. Η αγωγή μας επίσης αποσκοπούσε και στον έλεγχο των εμέτων. Γι' αυτό χορηγήσαμε amp. Primperan συστηματικώς ήταν όταν είχε τάσεις προς έμετο. Κατά την εισαγωγή της στην κλινική της



θέσαμε ορό Normal 0,9% 1X1 και ορό Glyco5e 5% 1X1 . Έτσι φροντίσαμε ώστε το ισοζύγιο των υγρών να είναι σταθερό. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε επίσης ένα κατ' εξοχήν φάρμακο των νοσημάτων του πεπτικού την ρανιτιδίνη. Χορηγείτο στην μορφή ενέσιμου διαλύματος 1 amp. Zantac X4. Επειδή και τα αντιβιοτικά παίζουν κάποιον ρόλο στην καλή πορεία της παγκρεατίτιδας χορηγήσαμε στην ασθενή κεφαμανδόλη Mandokel 1gr X 4. Για την οξύτητα του στομάχου που ήταν μεγάλη όπως ανέφερε και η ασθενής είχε τις λεγόμενες "καψίλες" χορηγήσαμε Susp. Aludrox.

Ο έλεγχος του πόνου είναι βασικός στην Νοσηλευτική φροντίδα της οξείας παγκρεατίτιδας. Στην συγκεκριμένη περίπτωση η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε το αναλγητικό φάρμακο.

Αυτό ήταν αρκετό να της ανακουφίσει τον πόνο. Όπως ανέφερα παραπάνω η σωστή θέση της ασθενούς βοηθά στην μείωση του πόνου. Έτσι τοποθετήσαμε την ασθενή στο πλάι με τα γόνατα κεκκαμένα, όπως και την ράχη το ίδιο.

Η εφαρμογή ρινογαστρικού καθετήρα είναι απαραίτητη. Έτσι τοποθετήσαμε στην ασθενή Levin και η φαρμακευτική αγωγή σχετικά με τα αντιόξινα π.χ. : Aludrox της χορηγείτο από εκεί. Κάθε δύο ώρες μια ποσότητα 50-60 ml Aludrox ανακούφιζε την ασθενή από την οξύτητα του γαστρικού υγρού. Προσωπικά κατέβαλα πολλές προσπάθειες να μάθω στους συγγενείς τον τρόπο χορήγησης του αντιόξινου. Αυτό θα βοηθούσε την αποδέσμευση του Νοσηλευτικού προσωπικού και την καλύτερη χρησιμοποίηση του σε καταστάσεις πιο επείγουσες π.χ. εφημερίες, πολλές εισαγωγές ασθενών.

Σιγά - σιγά η ασθενής πήγαινε καλύτερα και της αφαιρέθηκε το Levin και οι όροι και άρχισε η σίτισή της από το στόμα με υδρική διαίτα. Της έγινε εξιτήριο και της δόθηκαν εντολές ώστε να έχει καλή πορεία. Επίσης της δόθηκε φαρμακευτική αγωγή ακτ' οίκον σε χάπια Zantac (Ρανιτιδίνης).

Περιστατικό αρ. 2

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : 3/7/88 Ονοματεπώνυμο : Θ.Ι.

**Πορεία Νόσου**

Ο ασθενής ηλικίας 75 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου μας παραπονούμενος για πόνο στο επιγάστριο και τάση προς έμετο. Από το ιστορικό του διαπιστώθηκε χρόνια αναπνευστική νόσος και υπέρταση.

Τα εργαστηριακά ευρήματα κατά την είσοδό του ήταν :

H+: 55 Λευκά : 13.500

Σακχ. : 146 , αμυλάση ούρων : > 2000

Αέρια αίματος : PH : 7,43 , PO<sub>2</sub> : 58,4

PCO<sub>2</sub> : 37,3 , HCO<sub>3</sub> : 24,8 SAT : 89,9

Ο ασθενής πάσχει από παγκρεατίτιδα και από τα μέχρι στιγμής εργαστηριακά ευρήματα υπέρ της εκδοχής αυτής είναι η ηλικία του >50, το χαμηλό PO<sub>2</sub>, το οποίο στον συγκεκριμένο ασθενή αποδίδεται και στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Για την εκτίμηση του ασθενούς αναμένονται τα SGOT-SGPT-Σάκχαρο - νέα γενική αίματος.

**Φαρμακευτική αγωγή**

amp. Zantac	1X4
susp. Aludrox	30ccX8
ser. Normal 0,9%	1X1
Ser. Glycose 5%	1X1
JuJ. Mandokef	2X4
amp. Lasix	1X1
amp. Catapresan	1X2
amp. Bisolvon	3X2
amp. Aminophyline	2X2
amp. MVI	

Ημερομηνία : 4/7/88

Ο ασθενής αναφέρει δύο διααρροϊκές κενώσεις οι οποίες μπορούν να αποδοθούν στην λήψη γαστρογραφίνης.

Ζωτ. σημεία : ΑΠ -180/100 mmHg      Σφύξεις : 140/min      Θερμ. :  
απύρετος .

Εκτίμηση :

Θώρακας - Συρίζοντες σε αμφοτέρα τα πνευμονικά πεδία.

Μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην Δεξιά βάση.

Στην αριστερά βάση τρίζοντες.

Επίκρουση : ήχος τυμπανικό στην Δεξιά βάση

Υπαμβλύτης στην αριστερά βάση

Φωνητικές : μειωμένες στην αριστερά βάση

Κοιλία : επισκόπηση διατεταμένη

Ψηλάφηση : αδύνατος η εν τω βάθει ψηλάφηση, με ευαισθησία στο επιγάστριο.

Εντερικοί ήχοι : Μειωμένοι

Εργαστηριακά : Γενική αίματος

H+ : 54      Λευκά : 15.000      Λεμφοκύτταρα : 25      MM:2

AMT : Φυσιολογικά,      Αμυλάση ούρων : 2.232

ουρία : 68      Σάκχαρο : 208      Na : 143      K : 2,5

Αέρια αίματος      PH : 7.49 ,      PCO<sub>2</sub> : 37

PO<sub>2</sub>: 56      HCO<sub>3</sub>: 28.3      SAT : 90.3

Ro θώρακος (F-P): Άνωση του Δεξιού ημιδιαφράγματος, μεσολαβίτις Δεξιά. Άμβλυση Δεξιάς πλευροδιαφραγματικής γωνίας.

Άμβλυση αριστεράς πλευροδιαφραγματικής γωνίας.

Παρακέντηση πλευριτικού υγρού : αρνητική

Το ΗΚΓ έδειξε φλεβοκομβική ταχυκαρδία

Είναι πλέον δεδομένο ότι ο ασθενής πάσχει από την παγκρεατική νόσο (οξεία μορφή). Τα αίτια είναι τα εξής :

Ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα

Χολολιθίαση

Φάρμακα - Αντιπηκτικά - Φουροσεμίδη - στεροειδή.

Η κατάσταση του κρίνεται βαρεία λόγω :

- I) Ηλικίας άνω των 55
- II) Χαμηλού PO<sub>2</sub> 56% (χρ. αναπνευστική νόσος)
- III) Αυξημένων Λευκών > 15.000
- IV) Αυξημένου Σακχάρου αίματος > 200

Ημερομηνία : 5/7/88

Ο ασθενής αναφέρει ότι αισθάνεται καλύτερα σε σύγκριση με την προηγούμενη μέρα. Το άλγος στο επιγάστριο έχει μειωθεί. Αναφέρει κένωση.

Αντικειμενικά: ΑΠ: 160/90 mmHg Σφύξεις : 120/min. Αναπνοές : 45 /min Θερμ.: 37,5°C

Θώρακος : εκπνευστικοί συρρίζοντες σε αμφοτέρα τα πνευμονικά πεδία. Στην δεξιά βάση μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος . Αριστερή βάση : τρίζοντες.

Κοιλιά : Αδύνατος, η ψηλάφηση λόγω διατάσεως. κατά την ψηλάφηση παρουσιάζει ευαισθησία στο επιγάστριο.

Εντερικοί ήχοι : φυσιολογικοί

Εργαστηριακά : Η+: 48 Λευκά : 15.000, Πολ.: 76, Λεμφ. :22

ΜΜ : 2. ΑΜΤ : Φυσιολογικά , ΤΚΕ : 23, Ουρία : 69 , Σάκχαρο:

117 , Να: 141, Κ : 2,4 , Αέρια αίματος : ρΗ: 7,5, PCO<sub>2</sub>:29,5

PO<sub>2</sub> : 63.3, HCO<sub>3</sub>: 23,7 SAT : 92,8

Σίγουρη πλέον η οξεία παγκρεατίτιδα λόγω :

- I) Αυξημένων λευκών (15.000)
- II) Ηλικία >55

III) Χαμηλό PO<sub>2</sub> (63.3)

IV) H<sup>+</sup> (48)

Ο ασθενής αφαίρεσε μόνος του το Levin και δεν συνεργάζεται για την επανατοποθέτησή του.

Από την Ro κοιλίας δεν κατορθώσαμε να πάρουμε πληροφορίες. Η θεραπεία είναι ίδια με την ημέρα της εισαγωγής.

Ημερομηνία : 6/7/88

Ο ασθενής δεν αναφέρει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Το άλγος στο επιγάστριο έχει υποχωρήσει. Κένωση δεν αναφέρει.

Ζωτικά σημεία : ΑΠ : 160-80 , Σφύξεις : 120/min, Θερμ: 37,6°C  
αναπνοές : 44 min

Θώρακας : δεν παρατηρήθηκαν νέα ευρήματα

Κοιλία : ο ασθενής δεν χαλαρώνει τους κοιλιακούς μύες οπότε και είναι αδύνατος η ψηλάφηση. Εντερικοί ήχοι : φυσιολογικοί.

Επίκρουση : ύπαρξη μετακινούμενης αμβλύτητας

Εργαστηριακά

H <sup>+</sup> : 52	Λευκά : 15.000	Πολ. : 80
Λεμφ. : 18	ΜΜ : 2	ΑΜΤ : φυσιολογικά
Ουρία : 48	Σάκχ. : 120	Να : 146 Κ : 2,9
Ca : 8,5	Κρεατινίνη : 1,4	Λεύκωμα : 6,8

Αμυλάση 35, αμυλάση ούρων : 122, ACP : 61, SGOT : 36,  
SGPT : 25.

Αέρια αίματος : πιθανή είσοδος φουσαλλίδας στην σύριγγα έδωσε αύξηση του PO<sub>2</sub> : 120.

Τα διττανθρακικά ήταν φυσιολογικά. Η πρωινή μέτρηση δεν έγινε λόγω βλάβης του μηχανήματος.

Ro κοιλίας : άνωση Δεξιού ημιδιαφράγματος. Αύξηση του μεγέθους του παγκρέατος. Στοιχεία φλεγμονής περίε της κεφαλής του παγκρέατος.

Ro θώρακος : Μεγάλη συλλογή υγρού δεξιά

Άνωση του δεξιού ημιδιαφράγματος.

Εκτίμηση : ο ασθενής πάσχει από οξεία παγκρεατίτιδα (οιδηματώδης).

Παρουσία υγρού δεξιά

Παρακέντηση πλευριτικού υγρού δεξιά .

Ημερομηνία : 7/7/88

Ο ασθενής δεν αναφέρει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

Αντικειμενικά : ΑΠ.: 140/80 mmHg, Σφύξεις : 120/min , θερμ.: 37,6°C

Από την φυσική εξέταση δεν υπάρχουν νέα ευρήματα.

Εργαστηριακά :

Ουρία : 45 , Σακχ. : 147, Χρόνος QUICK: 15,3, Να : 136 ,  
Κ:3,4 , Ca : 7,7 , κρεατινίνη : 1,1 , αμυλάση ούρων : 124  
SGOT : 18, SGPT : 14 LDH : 236 , χοληστερίνη : 130.

H+:45 Λευκά : 12.000, Πολ.: 61 Λεμφ. : 33, MM: 6

AMT : φυσιολογικά.

Αέρια αίματος : pH : 7,49 PCO<sub>2</sub>: 26,5 PO<sub>2</sub>: 80,1 HCO<sub>3</sub>:20,2  
SAT : 95,9

Εκτίμηση : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση, βελτιώνεται κλινικά και εργαστηριακά. Σήμερα γίνεται διακοπή του ενός λίτρου υγρών που χορηγείται ενδοφλέβια.

Αρχίζει να σιτίζεται με ελαφρά δίαιτα.

Ημερομηνία : 9/7/88

Ο ασθενής αναφέρει δύσπνοια

Ζωτ. Σημεία : ΑΠ.: 165-100 mm Hg , σφύξ. : 108/min, θερμ.:37,6°C

Αντικειμενικά από τον θώρακα : Παράταση εκπνοής, συρρίζοντες μαφ.

Μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην δεξιά βάση. Τρίζοντες

Αριστεράς βάσης.

Κοιλιά : Δεν είναι δυνατή η εκτίμηση λόγω μη συνεργασίας του ασθενούς.

Αέρια αίματος :  $PCO_2$ : 35  $PO_2$ : 48,6,  $HCO_3$ : 20.9 PH:7.38

Τοποθετείται καθετήρας ούρων από Νοσηλεύτη. Εστάλη γενική αίματος .

Ημερομηνία : 11/7/88

Ο ασθενής αναφέρει μικρού βαθμού αναπνευστική δυσχέρεια. Κένωση αναφέρει μόνο μετά από χαμηλό υποκλυσμό.

Ζωτ. Σημεία : ΑΠ : 170/100 mmHg , Σφυξ.: 120/min θερμ.:37,5°C

τις δύο προηγούμενες μέρες ο ασθενής παρέμεινε απύρετος.

Από την εκτίμηση του θώρακα : παράταση εκπνοής, εκπνευστικοί συρρίζοντες.

Μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην ΔΕΞΙΑ βάση.

Κοιλιά : Δεν συνεργάζεται για να γίνει η εξέταση. Εντερικοί

ήχοι : φυσιολογικοί. Επίκρουση : τυμπανικότητας.

Γενική εκτίμηση : Ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση όσον αφορά την παγκρεατίτιδα που ήταν και η αιτία εισαγωγής του στην κλινική μας. παρουσιάζει όμως μια επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας τις τελευταίες τρεις ημέρες.

Φαρμακευτική αγωγή

Susp. Aludrox 30ccX4

Inj. Mandokef 2X4

amp. synacten-depot 1X1

tabl. Digoxin 1X1

tabl. Catapresan 1X2

tabl. Tiaden 1X1

sir. Cholelyl 10ccX3



Δίαιτα χολοκυστοπαθού.

θα γίνει εργαστηριακός έλεγχος και Ro θώρακος.

Ημερομηνία : 12/7/88

Ο ασθενής δεν αναφέρει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα.

Ζωτ. Σημεία : 140-90 mm Hg Σφυξ.: 104/min Θερμ.: απύρετος

Από τον θώρακα : Εκπνευστικοί συρρίζοντες. μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην Δεξιά βάση.

Κοιλιά : χωρίς νέα ευρήματα

Εργαστηριακά : K: 3 Na : 146 Ca: 7,8

ουρία : 31 Κρεατινίνη : 1,2

SGOT : 38 SGPT:17 LDH:226

Αμυλάση ορού : 145 , Ro θώρακος : Συλλογή πλευριτικού υγρού Δεξιά και πιθανόν αριστερά.

Εκτίμηση : Ο ασθενής σε καλή γενική κατάσταση. Συνεχίζεται η αγωγή της προηγούμενης ημέρας.

θα γίνει υπερηχογράφημα Δεξιού υποχονδρίου.

Έγινε Μανδoux: θα γίνει επίσης και παρακέντηση πλευριτικού υγρού.

Ημερομηνία : 13/7/88

Ο ασθενής αναφέρει μικρού βαθμού αναπνευστική δυσχέρεια:

Ζωτ. σημεία : ΑΠ: 145-90 mm/Hg, σφυξ.: 100/min, θερμ.: απύρετος .

θώρακας : Εκπνευστικοί συρρίζοντες σε αμφότερα τα πνευμονικά παιδιά.

Μείωση αναπνευστικού ψιθυρίσματος στην Δεξιά βάση

Κοιλιά : Χωρίς νέα ευρήματα.

Εκτίμηση : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση

Λόγω του οιδήματος των κάτω άκρων που αποδίδονται σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Προσετέθη φουροσεμίδη στην α-

γωγής του. Όσον αφορά την πλευριτική συλλογή υγρού, αυτή μπορεί να αποδοθεί στην παγκρεατίτιδα. Υπέρ της παγκρεατικής αιτιολογίας είναι η ύπαρξη κυττάρων στο υγρό. Το υγρό μπορεί να είναι αριστερά και σπάνια δεξιά. Έχει χαρακτήρα εξιδρώματος και σπάνια διϊδρώματος. Στην περίπτωση του συγκεκριμένου ασθενούς υπάρχουν κύτταρα στο πλευριτικό υγρό. Η συλλογή είναι αμφοτερόπλευρη και είναι διϊδρωμα. (Μειωμένα Λευκώματα  
Μειωμένος λόγος LDH)

Ημερομηνία : 14/7/88

Ο ασθενής είναι αρκετά καλά. Σήμερα θα του γίνει εξιτήριο.  
Ζωτ. Σημεία : ΑΠ: 135-80 mmHg σφύξ.: 100/min  
Θώρακας : Συρρίζοντες σε αμφοτέρα τα πνευμονικά πεδία. Ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος της δεξιάς βάσης.  
Κοιλιά : Δεν παρατηρείται μετακινούμενη αμβλύτης.  
Εντερικοί ήχοι : φυσιολογικοί  
Παρατηρείται οίδημα κάτω άκρων  
Η Mandux ήταν αρνητική

### Διάγνωση Εξόδου

Οξεία παγκρεατίτις αποδραμούσα.  
Συμφ. καρδιακή ανεπάρκεια : Χ.Α.Β.  
Συστάσεις : Επανελέγχος στις 25/7/88

Δίαιτα χολοκυστοπαθούς

Φαρμακευτική αγωγή

tabl. Lumaren	1X2	Sir. Sopa-K	1X3
tabl. Digoxin	1X1	Sir. Mucothioli	1X3
tabl. Moduretic	1X1	Aerosol Berodual	
tabl. Lasix 1/2	κάθε δεύτερη μέρα.	tabl. Catapresan	1X2

### Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο ασθενής αυτός, σε σχετικά μεγάλη ηλικία, παρουσίασε οξεία παγκρεατίτιδα. Με την λήψη του ιστορικού του διαπιστώθηκε η ύπαρξις χρονίας αναπνευστικής νόσου και υπέρτασης. Κύριο χαρακτηριστικό ο έντονος πόνος και η τάση προς έμετο. Ο ασθενής αυτός ήταν ιδιαίτερα δύστροπος και μη συνεργάσιμος. Ως Νοσηλευτές όμως είχαμε την υποχρέωση να κάνουμε το καθήκον μας. Η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενούς βοήθησε στην καλύτερη εφαρμογή της φροντίδας. Ετέθη Levin και από εκεί γινόταν η αναρρόφηση των γαστρικών υγρών και η χορήγηση αντιοξινών.

Σκοποί της φροντίδας μας. πρώτιστα η ανακούφιση από τον πόνο. Με την εφαρμογή της σωστής θέσης και την χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκής, περιορίσαμε τον πόνο. Η Ρανιτιδίνη χρησιμοποιήθηκε ευρέως (amp. Zantac 1X4). Αντιεμετική αγωγή με amp. Primorep αν εδίδετο όταν παρίστατο ανάγκη. Για την μείωση της γαστρικής οξύτητας χορηγήσαμε susp. Aludrox από το Levin. Διδάξαμε και τους συνοδούς του ασθενούς να δίνουν και αυτοί το αντιόξινο από το Levin.

Όπως ανέφερα πιο πάνω ο ασθενής είχε και υπέρταση. Αυτή αντιμετωπίσθηκε με την χορήγηση του αντιυπερτασικού φαρμάκου Catapresan amp. 1X2, με καλά αποτελέσματα.

Επιβαρυντικός παράγοντας η χρονία αναπνευστική νόσος του ασθενούς. Δεν επέτρεπε την για αρκετή ώρα τοποθέτηση του ασθενούς στο πλάι ώστε ν' ανακουφίζεται από τον πόνο, διότι γινόταν δύσκολη η αναπνοή του. Αντιμετωπίσθηκε με την προσθήκη στους ορούς που έπαιρνε (Normal 0,9%, Glycose 5%) των φαρμάκων Bisolphon amp. 3X2 και Aminophyline 2X2. Επίσης χορηγήσαμε και αντιβίωση (Κεφαμανδόλη στην μορφή Mandokef 2X4).

Στην αντιμετώπιση της αναπνευστικής νόσου βοήθησε πολύ συχνή αλλαγή της θέσης και η ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές εισπνοές, και να βήχει ώστε ν' αποβάλλει τα φλέγματα.

Η κατάσταση του ασθενούς κρίνεται βαριά γιατί είναι μεγάλης ηλικίας πάσχει από την αναπνευστική νόσο και υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να πάθει διαβήτη. Με την χορήγηση ινσουλίνης αντιμετωπίζουμε τον κίνδυνο αυτό, σε σχέση πάντα με τις μετρήσεις του σακχάρου στο αίμα και στα ούρα.

Ο ασθενής αφαίρεσε μόνος του Levin και δεν στάθηκε δυνατόν να ξαναμπει λόγω της μη συνεργασίας του. Τελικά μετά από προσπάθειες το Levin τέθηκε ξανά ώστε να μην διακοπεί η χορήγηση των αντιοξίνων.

Επίσης έγινε και παρακέντηση πλευριτικού υγρού. Μια καλή ευκαιρία να εκπαιδευτούν και οι σπουδαστές. Σιγά - σιγά η κατάσταση του ασθενούς βελτιώνονταν, οπότε και διακόψαμε την παροχή των ορών και άρχισε η σίτισή του με ελαφρά δίαιτα και χορήγηση ενζύμων παράλληλα με την προφυλακτική αγωγή από τον διαβήτη.

Επειδή είχε πρόβλημα με την διούρηση, του τοποθέτησα καθετήρα κύστεως κατόπιν βέβαια εντολής του Ιατρού που τον παρακολουθούσε. Επίσης του έγινε και χαμηλός υποκλυσμός για την κένωση του εντέρου. Το μόνο που δυσχαιραίνει την φροντίδα μας είναι η αναπνευστική νόσος που προϋπήρχε.

Η παγκρεατίτιδα υποχώρησε και ο ασθενής ως προς αυτήν είναι αρκετά καλά. Θα πρέπει όμως η αγωγή να συνεχιστεί και να προσεχτεί η δίαιτά του όπως και ο κίνδυνος να πάθει διαβήτη. Του εδόθησαν οδηγίες και κατ'οίκον φαρμακευτική αγωγή.

Περιστατικό Νο 2

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΑΜ.

ΕΤΩΝ : 68

Ημερομηνία : 26/7/88

Ο ασθενής αυτός εισήχθη στην κλινική μας με οξύ επιγάστριο άλγος το οποίο αντανακλούσε προς την οσφυϊκή χώρα. Το άλγος παρουσιάσθηκε λίγες ώρες μετά από λούσιο γεύμα συνοδευόμενο από οινοποσία. Φέρει Levin από τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Εργαστηριακός έλεγχος : Η+:43, Λευκά : 3.200 , Πολυμορφοπύρρ-  
να : 60, Λεμφοκύτταρα :26, Μ.Μ. : 12

Ουρία : 44 Σάκχαρο : 95 Να : 144

Αμυλάση ούρων : 2.500 Αμυλάση ορού : 150

Ro θώρακος : Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Ro κοιλίας : Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Αέρια αίματος : ρΗ : 7.36 PCO<sub>2</sub>: 34.4 PO<sub>2</sub>: 75.2

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> : 19.4 , SAT : 93.3

Φαρμακευτική αγωγή

Οροί : s. Normal 0,9% 1X1 Μέτρηση υγρών

s. Glycose 5% 1X1 Μέτρηση ούρων

amp. Zantac 1X4 Τρίωρη

sups. Aludrox 30ccX12

Προγραμματισμός : Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος

Αμυλάση ούρων

Υπέρηχος Δεξιού υποχονδρίου

Ημερομηνία 27/7/88

Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. Αφαιρέθηκε το Levin.

Ζωτ. Σημεία : ΑΠ : 150-90 mm Hg, Σφύξ.: 76/min, Θερμ.: απύρετος

αναπνοές : 25/min

Θώρακας : φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Καρδιά : S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub> : ευκρινείς

Κοιλιά : Μαλακή, ευπίεστη, χωρίς ψηλαφητή μάζα. Στο επιγάστριο παρατηρείται μετρίου βαθμού άλγος. Συνεχίζεται η ίδια αγωγή.

Ημερομηνία : 28/7/88

Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση.

Ζωτ. σημεία : ΑΠ : 160/100 mmHg Σφύξ. : 76/min Θερμ. : απύρετος

Θώρακας : φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα

Καρδιά : S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub> ευκρινείς

Κοιλιά : Μαλακή, ευπίεστος, χωρίς ψηλαφητές μάζες. Στο επιγάστριο παρατηρείται μετρίου βαθμού άλγος.

Εργαστηριακά

Ουρία : 44	Σάκχαρο : 80	ΤΚΕ : 48	Να : 148
Κ : 4,4	Ψα : 9,4	Κρεάτιν. : 0,7	αμυλάση ούρων : 979
SGOT : 37	SGPT : 95	LDH : 120	
Χολ. αλ. : 1,79	Χοληστερίνη : 187	τριγλυκερίδια : 116	
Γεν. αίματος	H+ : 44	Λευκά : 8.500	πολ. : 52
Λεμφ. : 37 μ	M.M. : 10,	H : 1	
Αέρια αίματος : ρΗ : 7,39	PCO <sub>2</sub> : 29,4	PO <sub>2</sub> : 80,9	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : 17,7
	SAT : 94,5		

Εκτίμηση : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. Φαίνεται ότι παρουσίασε μια οιδηματώδη παγκρεατίτιδα, η οποία έχει βελτιωθεί. Η θεραπεία ίδια με την ημέρα εισαγωγής.

Ημερομηνία : 29/7/88

Ο ασθενής είναι σε πολύ καλή γενική κατάσταση. Από σήμερα γίνεται διακοπή της παρεντερικής χορηγήσεως υγρών, και αρχίζει σίτιση από το στόμα (υδρική δίαιτα). Θα γίνουν : εργαστηριακός έλεγχος - Αμυλάση ούρων .

Ημερομηνία : 31/7/88

Ο ασθενής σε καλή κατάσταση. Από σήμερα σιτίζεται με δίαιτα χολοκυστοπαθούς. Δεν αναφέρει πόνους στο επιγάστριο.

Κοιλιά : Μαλακή , ευπίεστος, χωρίς επώδυνη εαισθησία στην ψηλάφηση.

Θώρακας : Φυσιολογικό απανευστικό ψιθύρισμα.

Του γίνεται εξιτήριο με διάγνωση οξεία παγκρεατίτιδα σε αποδρομή.

Αγωγή : tabl. Lumaren 1X2

### Νοσηλευτική Φροντίδα

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική μας με τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Δηλαδή έντονο πόνο στο δεξιό επιγάστριο. Από το ιστορικό του δεν βρέθηκε κάποια άλλη παθολογική κατάσταση. Η παγκρεατίτιδα προκλήθηκε από ένα πλούσιο γεύμα συνοδευόμενο από οινοποσία. Όπως βλέπουμε είναι φανερό ότι η κακή διατροφή συμβάλλει αποφασιστικά στην νόσο του παγκρέατος.

Του ετέθη Levin και του χορηγήθηκε αντιόξινη αγωγή .  
Susp. Aludrox. Παράλληλα έγιναν και αναρροφήσεις γαστρικών υγρών.

Λόγω της καλής γενικής κατάστασής του, η φροντίδα μας κατευθύνεται κύρια στην αντιμετώπιση της παγκρεατίτιδας. Η φαρμακευτική αγωγή συνίσταται στην χορήγηση μέσω των ορών - Normal 0,9% - Dextrose 5% - amp. Zantac για την αντιμετώπιση της στομαχικής υπερέκκρισης. Ο πόνος ελέγχθηκε με την χορήγηση I.M. αναλγητικού. Έμετοι δεν αναφέρθηκαν έτσι η αντιεμετική αγωγή δεν εφαρμόστηκε.

Η κατάσταση του ασθενούς είναι πολύ καλή. Διακόψαμε την χορήγηση των ορών και αρχίσαμε την χορήγηση υδρικής διαίτας. Του συνεστήθη να προσέχει την διατροφή και του έγινε εξιτήριο. Επίσης του δόθηκε αγωγή για το σπίτι σε tabl. Lumaren.



Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ARVANITAKIS C. et all: Diagnostic tests of exocrine pancreatic Function and disease Gastroenterology 74 :932, 1978.
2. BRADLEY El. et all : The natural history of pancreatic pseudocysts : A unifying concept of Management. Am J Surg 137 : 135, 1979.
3. FERRUCCI JT Jr, WITTENBERG J.: Radiologic imaging of the pancreas : 1982, in Update 11: Harrison's Principles of Internal Medicine, KJ. Isselbacher et al (eds) New York, Mc Graw-Hill 1982.
4. FOULIS AK et all : Endotoxemia and complement activation in acute pancreatitis. Gut 23:656, 1982.
5. FRIESEN SR.: Tumors of the endocrine pancreas N. Engl. J Med. 306 : 580, 1982
6. GOYTON A.M.D.:ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, 3η ΕΚΔΟΣΗ , Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
7. HARRISON G.A. : Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Γ', 10η ΕΚΔΟΣΗ, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
8. LANKISCH P.G.: Exocrine pancreatic Function tests . Gut 23:177, 1982
9. MALLORY A, KERN F.: Drug - induced pancreatitis : A critical review. Gastroenterology 78 : 813, 1980
10. RANSON JHG et all : Diagnostic signs in the role of operative management in acute pancreatitis. Surg Gynecol obstet: 139:67. 1974

11. SARLES H: Chronic calcifying pancreatitis - chronic alcoholic pancreatitis. Gastroenterology 66:604, 1974.
12. ΣΑΧΙΝΗ - καρδαση α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Τόμος 2ος - μέρος Β' - Εκδόσεις Βήτα - Αθήνα 1985