

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΦΕ.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ 12/ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ
ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Της σπουδάστριάς: Χαϊμανά Παναγιώτας

Υπεύθυνος Καθηγητής

Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως

Πτυχιακής Εργασίας

1)

2)

3)



ΠΑΤΡΑ 1989

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1216a
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

Πρόλογος

ΜΕΡΟΣ I

ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Εισαγωγή: Ορισμός

1

Παθολογοανατομικοί χαρακτήρες

2

Φυσιολογία του γαστρικού έλκους

3

Φυσιολογία του 12/δακτυλικού έλκους

5

Αιτιολογία (της νόσου)

8

Κλινική Εικόνα

12

Διάγνωση

16

Θεραπεία

18

Επιπλοκές της νόσου

24

ΜΕΡΟΣ II

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Κεφάλαιο Α'

Εισαγωγή στην διατροφή του ανθρώπου

30

Διατροφή και υγεία

31

Βασικά συστατικά της Τροφής

33

Υδατάνθρακες

33

Πρωτεΐνες

35

Λίπη

38

Βιταμίνες

40

Κεφάλαιο Β'

Δίαιτα ελκοπαθούς

42

Χαρακτηριστικά δίαιτας ελκοπαθούς

43

Διαιτοθεραπεία έλκους σε 4 στάδια

45

Δεκάλογος συμβουλών για τους ελκοπαθείς

47

ΜΕΡΟΣ LII

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
ΚΑΙ 12/ΔΑΝΤΥΛΟΥ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής
διεργασίας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών

49

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

66

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

67

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

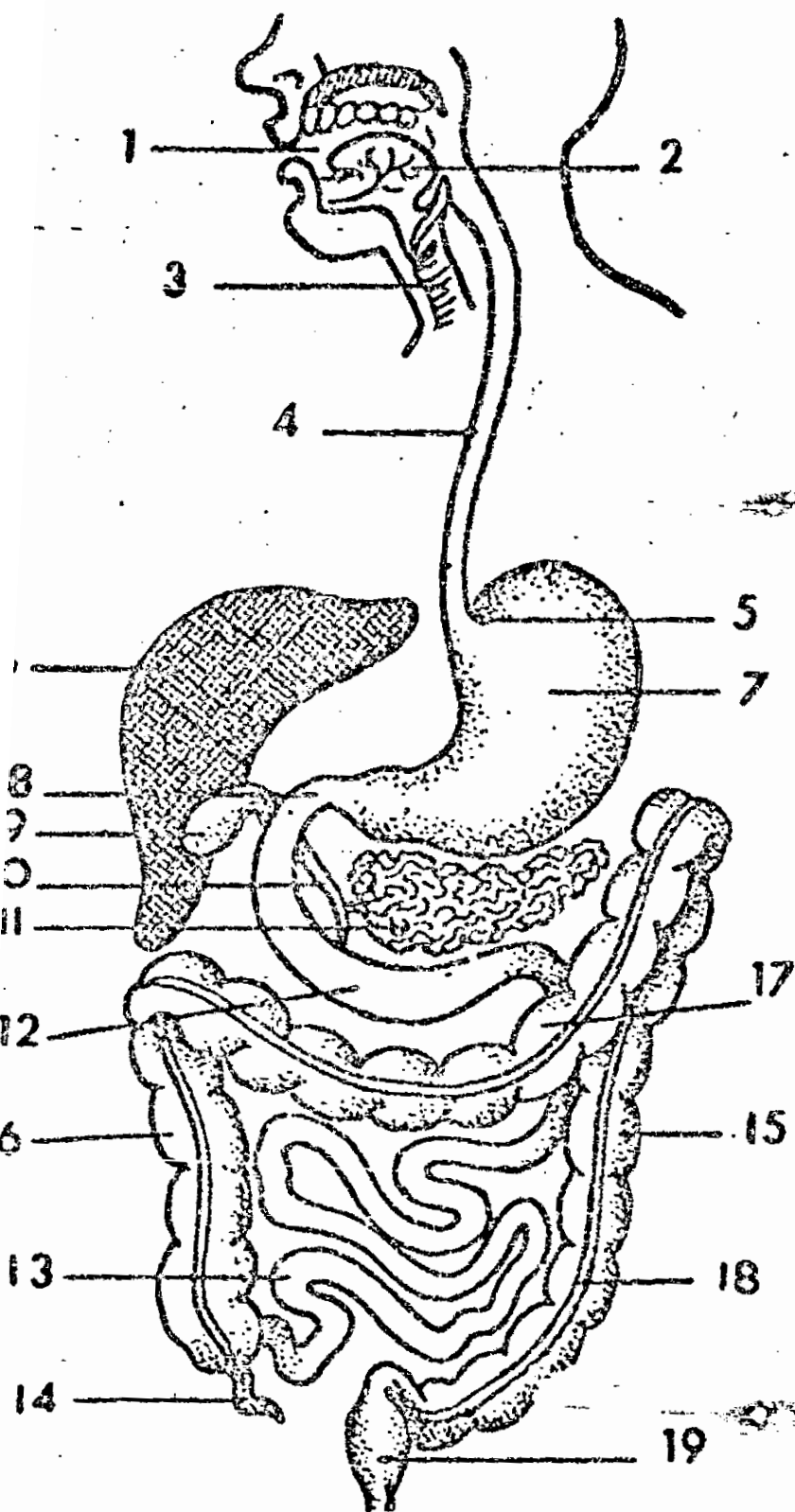
Το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου αποτελεί μια από τις συχνότερες νοσολογικές οντότητες της οποίας η αιτιολογία παραμένει μέχρι και σήμερα σε πολλές της πτυχές αδιευκρίνιστη.

Με την πάροδο του χρόνου <<ανακαλύπτονται>> νέες θεωρίες της γενέσεώς του, ενώ παλαιότερες επανέρχονται τροποποιημένες στην επιφάνεια, σαν καινούργιες. Ψυχολογικοί, τοπικοί ανοσολογικοί, ορμονικοί και τελευταία μάλιστα βακτηριδιακοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την δημιουργία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ευρεία χρήση και η τεχνολογική εξέλιξη των ενδοσκοπήσεων στην γαστρεντερολογία, αλλά και οι νεώτερες ακτινολογικές μέθοδοι ακτινογραφίας του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου έχουν προσθέσει και προσθέτουν συνεχώς καινούργιες γνώσεις τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπεία της νόσου αυτής.

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται η μελέτη του πεπτικού έλκους η οποία αναφέρεται στην αιτιολογία παθογένεια και τελική αντιμετώπιση της νόσου, καθώς επίσης και στην διαιτητική αγωγή του ελκοπαθούς, η οποία παίζει σπουδαίο ρόλο -τον σπουδαιότερο ίσως- για την καλή έκβαση της νόσου. ○

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι

ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ



- 1: Στόμα
- 2: Σιελογόνοι αδένες
- 3: Λάρυγξ
- 4: Οισοφάγος
- 5: Καρδιακόν στόμιον
- 6: Ήπαρ
- 7: Στόμαχος
- 8: Πυλωρός
- 9: Κοληδόχος κύστις
- 10: Ἄγωγος χολῆς
- 11: Πάγκρεας
- 12: Δωδεκαδάκτυλος
- 13: Λεπτὰ ἔντερα
- 14: Σκωληκοειδῆς ἀπόφυσις
- 15: Παχὺ ἔντερο
- 16: Ἄνιδόν κώλον
- 17: Ἐγκάρσιον κώλον
- 18: Κατιδόν κώλον
- 19: Ἄπτευσμένον

Εἰκ. 1: Τὸ πεπτικὸ σύστημα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμός: Έλκος καλείται μια περιγεγραμμένη απώλεια ιστού η οποία αφορά τον βλεννογόνο του υποβλεννογόνιου και τον μυϊκό χιτώνα, και παρουσιάζεται σε περιοχές, οι οποίες βρίσκονται σε επαφή προς τη γαστρική έκκριση. Παρουσιάζεται κυρίως στο στομάχι και το βολβό του 12/κτύλου, σπανιότερα δε στο κάτω τμήμα του οισοφαγού και το υπόλοιπο έντερο.

Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται, όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει την βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννης.

Τα έλκη του στομάχου και του βολβού εξετάζονται από κοινού αν και διαφέρουν από πολλές απόψεις. Αν και μερικές φορές τα έλκη είναι οξεία και εκουλώνονται γρήγορα, το χαρακτηριστικό των ελκών είναι η χρονιότητα. Το έλκος είναι αρκετά συχνό. Η συχνότητα του έλκους στους άνδρες ηλικίας 45-55 ετών υπολογίζεται στο 10%. Στις γυναίκες είναι γενικά σπανιότερο μετά δε την εμμηνόπαυση η συχνότητα φθάνει τα 6%. Από έλκος βολβού 12/κτύλου προσβάλλονται άτομα πάσης τάξεως με μεγαλύτερη όμως συχνότητα άτομα που ανήκουν σε ωρισμένα επαγγέλματα, όπως γιατροί και διευθυντές επιχειρήσεων. Το έλκος του στομάχου είναι συχνότερο στις φτωχότερες τάξεις. Η κληρονομικότητα ασφαλώς ασκεί επίδραση του έλκους εμφανίζονται 2-3πλάσια συχνότητα επί συγγενών ελκοπαθών ή μη ελκοπαθών. Συγγενείς που πάσχουν από έλκος βολβού του 12/κτύλου εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα έλκους βολβού, όχι όμως στομάχου και αντιθέτως. Επίσης από το 1954 είναι γνωστό ό,τι άτομα 0 ομάδος αίματος εμφανίζουν υπερδιπλάσια συχνότητα έλκους από άτομα άλλων ομάδων.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ

Τα πεπτικά έλκη εντοπίζονται συνηθέστερα κατά το έλασσον τόξο του στομάχου και τον βολβό του 12/κτύλου, δεν σπανίζουν όμως και τα έλκη της προπυλωρικής και μεταπυλωρικής μοίρας, ενώ τα έλκη του μείζονος τόξου του στομάχου είναι πιο σπάνια. Σε σπάνιες περιπτώσεις παρατηρούνται πεπτικά έλκη της κατώτερης μοίρας του οισοφύγου όπως και της νήστιδος επί γαστρεντεροαναστομώσεως και εξαιρετικά σπάνια δημιουργείται έλκος σε άλλα σημεία του λεπτού εντέρου. Συνήθως το έλκος είναι απλό, πολλές φορές όμως υπάρχουν πολλαπλά, που εντοπίζονται είτε στο ίδιο όργανο είτε ταυτόχρονα στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο. Το έλκος σε αντίθεση προς την διάβρωση, χαρακτηρίζεται από την τοπική καταστροφή όχι μόνο του βλεννογόνου αλλά και του υποβλεννογόνιου χιτώνα και μιας ή περισσότερες από τρεις στιβάδες του μυϊκού χιτώνα, ή ακόμη, σε σπάνιες περιπτώσεις και του ορογόνου χιτώνα, οπότε επέρχεται διάτρηση του οργάνου. Τα χείλη του έλκους είναι απότομα, ο γύρω βλεννογόνος φυσιολογικός ή ελαφρώς φλεγμαίνων, μερικές φορές λίγο επημέμενος λόγω οιδήματος του υποβλεννογόνιου χιτώνα ή λόγω αναπτύξεως συνδετικού ιστού. Ο πυθμένας του έλκους αποτελείται από λεπτό στρώμα πυοϊνώδους εξιδρώματος και καλύπτει ζώνη νεκρώσεως, κάτω από την οποία παρατηρείται ανάπτυξη κοκκιώδους και συνδετικού ιστού. Πολλές φορές σε χρόνιο έλκος παρατηρείται ανάπτυξη άφθονου συνδετικού ιστού εντός του αντίστοιχου τμήματος του μυϊκού χιτώνα καθώς και θρομβώσεις των αιμοφόρων αγγείων. Η διάμετρος του έλκους κυμαίνεται στο μεν δωδεκαδάκτυλο μεταξύ 2 και 15 σπανίως ως 30 χλστμ. στο δε στομάχι είναι δυνατόν να φθάσει μέχρι και 6 εκ.μ. Το βάθος αυτού ποικίλλει από 10 έως 20 χλστμ. στο στομάχι από 2-6 χλστμ. στο δωδεκαδάκτυλο.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η φυσιολογία του γαστρικού έλκους χαρακτηρίζεται από διαταραχή και των δύο βασικών λειτουργιών του στομάχου, τόσο της εκκριτικής όσο και της κινητικής. Εκείνο όμως που ιδιαίτερα χαρακτηρίζει την φυσιολογία του ΓΕ, και ουσιαστικά το διαφοροποιεί από το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι η διαταραχή και συγκεκριμένα η μείωση της αμυντικής ικανότητας του γαστρικού βλεννογόνου απέναντι στην πεπτική δράση του γαστρικού υγρού.

Στο μεγαλύτερο μέρος των γαστρικών ελκών η όξινη γαστρική έκκριση είναι μειωμένη. Αντίθετα, η γαστρίνη του ορού στους πάσχοντες από ΓΕ είναι συχνά αυξημένη. Έτσι σε δεδομένη περίπτωση ΓΕ δεν έχουν σημασία οι απόλυτες τιμές της γαστρικής έκκρισης αλλά η σχέση μεταξύ αυτής και των τοπικών συνθηκών άμυνας του γαστρικού βλεννογόνου. Είναι φανερό πως αν οι τοπικές αυτές συνθήκες έχουν ελαττωθεί σ'αξιόλογο βαθμό, τότε η φυσιολογική ή ακόμα και η σημαντικά ελαττωμένη όξινη γαστρική έκκριση, μπορεί να είναι αναλογικά πολύ υψηλή και κατά συνέπεια ελκογόνος. Όσο αφορά την αιτία της μειωμένης εκκρίσεως σε μεγάλο αριθμό ΓΕ, μόνο υποθέσεις μπορούν να γίνουν. Κατά τον DAVENPORT αυτό σχετίζεται με το ότι ο βλεννογόνος του στομάχου των πασχόντων από ΓΕ εμφανίζει αυξημένη διαβατότητα στα ιόντα του υδρογόνου, εμφανίζει δηλ. διάσπαση του βλεννογόνιου φραγμού. Ιδιαίτερη επίσης σημασία στο σημείο αυτό αποδίδεται και στον περιορισμό που παρατηρείται επό ΓΕ της εκτάσεως της περιοχής της όξινης εκκρίσεως, και την αντίστοιχη αύξηση της περιοχής της αλκαλικής εκκρίσεως. Οι διαταραχές της κινητικής λειτουργίας του στομάχου και ιδιαίτερα του πυλωρικού του τμήματος έχουν λ-

διαίτερη σημασία και μπορεί να ευπλέκονται με διάφορους τρόπους στον παθογενετικό μηχανισμό αναπτύξεως του έλκους. Έτσι, έχει υποστηριχθεί ότι η διαταραχή της κινητικής λειτουργίας με συνέπεια την καθυστέρηση της κενώσεως του στομάχου, οδηγεί περαιτέρω σε διάταση του άντρου και σε υπερέκκριση γαστρίνης, υπερέκκριση οξέος και ανάπτυξη έλκους. Άλλη διαταραχή της κινητικής λειτουργίας του στομάχου με ιδιαίτερη σημασία στην φυσιοπαθολογία και την παθογένεια του ΓΕ είναι η διαταραχή της κινητικότητας του πυλωρικού τμήματος του στομάχου ή καλύτερα της πυλωροδωδεκαδακτυλικής περιοχής, η οποία οδηγεί στην αναγωγή του δωδεκαδακτυλικού υγρού.

Το αναγόμενο 12/κτυλικό υγρό πιστεύεται ότι προκαλεί γαστρίτιδα, κυρίως λόγω διασπάσεως του βλεννογόνιου φραγμού από τα χολικά άλατα και προδιαθέτει έτσι στην ανάπτυξη του έλκους παρότι η όξινη γαστρική έκκριση τελικά μειούται. Όπως γίνεται φανερό από τα παραπάνω, η φυσιοπαθολογία του ΓΕ χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο, από ελάττωση των προστατευτικών παραγόντων του γαστρικού βλεννογόνου, ενώ οι ελκογόνοι παράγοντες και συγκεκριμένα η πεπτική δράση του γαστρικού υγρού, δεν είναι σπάνιο να είναι ακόμα και ελαττωμένη σε σύγκριση με τα φυσιολογικά επίπεδα.

Όσον αφορά τους λόγους που καθορίζουν την εντόπιση και τον περιορισμό του ΓΕ σε συγκεκριμένη μικρή πάντοτε περιοχή του γαστρικού βλεννογόνου, παρότι η αμυντική του ικανότητα είναι διάχυτα ελαττωμένη, έχουν υποστηριχθεί πολλές απόψεις. Μεταξύ αυτών η περισσότερο συζητούμενη είναι η άποψη της τοπικής λοχαιμίας χωρίς όμως και να έχει βεβαιωθεί κατά τρόπο απόλυτα πειστικό με πειραματικά και ιστολογικά δεδομένα. Αντίθετο στην άποψη

αυτή είναι επίσης και το γεγονός ότι σημαντικό ποσοστό των πεπτικών ελκών γενικά εμφανίζεται σε ηλικίες που η αγγειοσλήρυνση, που θα ευνοούσε την ανάπτυξη τοπικών συστηματικών ισχαιμίας, δεν είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένη.

ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ 12/ΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Η αιτιοπαθογενετική σχέση του ΔΕ με την όξινη γαστρική έκκριση είναι πολύ στενότερη ή τουλάχιστο πολύ περισσότερο εμφανής, απ'όσο του ΓΕ. Έτσι σε αντίθεση προς το ΓΕ, στο ΔΕ η έκκριση του HCl και της πεψίνης είναι σταθερά, είτε φυσιολογική είτε αυξημένη, σε σημαντικό πολλές φορές βαθμό. Υποστηρίζεται ότι στο ΔΕ υπάρχει αύξηση του πληθυσμού ή της ευαισθησίας των τοιχωμάτων κυττάρων ή και τα δύο ή ότι είναι συζητημένη η δράση της γαστρίνης κ.ο. Καμία όμως από τις υποθέσεις αυτές δεν έχει ακόμα επαρκώς λογική πειραματική θεμελίωση. Εκείνο που αντίθετα φαίνεται πολύ καλά θεμελιωμένο είναι ότι, στην πλειονότητα τουλάχιστο των ΔΕ κι ανεξάρτητα από την ακριβή φύση της βασικής διαταραχής, ο βλεννογόνος του 12/δακτύλου κι ιδιαίτερα του εγγύς τμήματός του, βρίσκεται υπό την επίδραση αυξημένων ποσοτήτων οξέος. Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία αυτής της καταστάσεως είναι, κατά κύριο λόγο οι ακόλουθοι:

α) Η υπερέκκριση HCl και πεψίνης: Όπως ήδη αναφέρθηκε πολλές φορές, σε σημαντικό αριθμό ασθενών με ΔΕ η γαστρική έκκριση βρίσκεται αυξημένη. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει επίσης ότι πολλοί ασθενείς με ΔΕ απαντούν σε εξωγενή ερεθίσματα με έκκριση μεγαλύτερης ποσότητας οξέος απότι τα φυσιολογικά άτομα. και επί πλέον, ότι εμφανίζουν όξινη έκκριση και μεταξύ των γευμάτων. Όσον αφορά την αιτία της γαστρικής υπερεκκρίσεως σε αρ-

ρώστους με ΔΕ, η πιο πιθανή ερμηνεία είναι η αύξηση του αριθμού των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου. Παρ'όλα αυτά, όπως σημειώνεται από πολλούς συγγραφείς, τα στοιχεία που συνηγορούν υπέρ αυτής της «υπερπλασίας» των τοιχωματικών κυττάρων δεν επιτρέπουν ακόμα απολύτως ασφαλή συμπεράσματα και το όλο θέμα πιθανόν να χρειαστεί να επανεκτιμηθεί. Κατά την άποψη των συγγραφέων αυτών η συσχέτιση γαστρικής υπερεκρισίσεως πληθυσμού τοιχωματικών κυττάρων και ΔΕ, δεν έχει πλήρως διευκυνθεί και δεν είναι ακόμα δυνατό να λεχθεί με βεβαιότητα ποιο είναι το πρωτογενές φαινόμενο.

Σημειώνεται ότι ορισμένα πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι η αυξημένη γαστρική έκκριση σε ασθενείς με ΔΕ μπορεί να μην οφείλεται σ'αύξηση του αριθμού των ενκριτικών κυττάρων αλλά σε αύξηση της ευαισθησίας τους στα διάφορα ερεθίσματα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει επίσης η άποψη ότι η αυξημένη γαστρική έκκριση και η παρουσία μεγάλων ποσοτήτων οξέος στο 12/δάκτυλο επί ασθενών με ΔΕ, είναι δυνατό να οφείλεται σε ανεπάρκεια των μηχανισμών που δρουν ανασταλτικά στη γαστρική έκκριση.

β) Η ταχεία κένωση του στομάχου

Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι σε περιπτώσεις ΔΕ η κένωση του στομάχου είναι ταχύτερη από το φυσιολογικό. Η παθολογική αυτή κινητικότητα του στομάχου, επί ΔΕ, μπορεί, όπως είναι φανερό, να θεωρηθεί ότι συμβάλλει στη δημιουργία χαμηλού ΡΗ στο 12/δακτυλικό βολβό. Σημειώνεται ότι στην εμφάνιση και τη διατήρηση χαμηλού ΡΗ στο 12/δακτυλικό βολβό μπορεί να συμβάλλει και διαταραχή της κινητικότητας του 12/δακτύλου με την έννοια της επιβραδύνσεως της περαιτέρω προώθησής του ει-

σερχομένου στο βολβό όξινου γαστρικού περιεχομένου.

γ) Η ελαττωμένη εξουδετέρωση της γαστρικής έκκρισεως στο 12/δάκτυλο

Πολυάριθμα πειραματικά δεδομένα κάνουν πιθανό ότι στο ΔΕ δεν επιτελείται φυσιολογικά η εξουδετέρωση της όξινης γαστρικής έκκρισεως. Όπως είναι γνωστό η εξουδετέρωση αυτή γίνεται στο 12/δακτυλικό αυλό από το εκκρινόμενο διττανθρακικό νάτριο από το πάγκρεας, το ηπατο-χολικό σύστημα και το βλεννογόνο του 12/δακτύλου. Σημειώνεται επίσης ότι δεν είναι σαφές αν η μείωση της ευαισθησίας για έκκριση διττανθρακικών είναι φαινόμενο δευτεροπαθές που οφείλεται στη συνεχή έκθεση του λεπτού εντέρου σε μεγάλη ποσότητα οξέος. Εκτός από τις παραπάνω διαταραχές, δεν πρέπει να λησμονούμε και την πιθανότητα ελαττώσεως των αμυντικών ικανοτήτων του βλεννογόνου του 12/δακτύλου στην πεπτική δράση της γαστρικής έκκρισεως.

Σε αντίθεση πάντως με ότι συμβαίνει στο γαστρικό έλκος, δεν υπάρχουν σήμερα αρκετά στοιχεία που να συνηγορούν υπέρ της απόψεως ότι η μείωση της αντιστάσεως του 12/δακτυλικού βλεννογόνου είναι μεταξύ των περισσότερο ουσιαστικών παραγόντων ανάπτυξεως του ΔΕ. Οποσδήποτε όμως, παρά τις στενές σχέσεις του ΔΕ με την όξινη γαστρική έκκριση (το ΔΕ ποτέ δε σχηματίζεται αν ο στόμαχος δεν εκκρίνει επαρκείς ποσότητες οξέος - πειραματική πρόκληση ΔΕ με αύξηση της γαστρικής έκκρισεως - κατά μέσο όρο υψηλές τιμές γαστρικής έκκρισεως στους αρρώστους με ΔΕ - ταχεία επούλωση του έλκους αν ελαττωθεί η γαστρική έκκριση με φάρμακα ή με χειρουργική επέμβαση), που, όπως τονίστηκε, το χαρακτηρίζουν, δε θα πρέπει να λησμονούμε ότι υπάρχουν και παράμετροι της νόσου, όπως π.χ. η αυτόματη

ίαση, που δύσκολα μπορούν να ερμηνευτούν μόνο με αυτή τη συσχέτιση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία του έλκους δεν είναι γνωστή με ακρίβεια. Φαίνεται ότι το έλκος δημιουργείται λόγω αδυναμίας περιοχών του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου να ανθίσταται στην επίδραση του γαστρικού υγρού.

Διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες όπως:

- α) Η νευρική: υπερλειτουργία του παρασυμπαθητικού συστήματος (αυξημένη δράση του πνευμονογαστρικού νεύρου) η οποία παίζει σημαντικό ρόλο, στην έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης. Επίσης στη νευρική αιτιολογία υπάγεται και η ευαισθησία η ιδιαίτερη και η ιδιοσυστασία του φυτικού νευρικού συστήματος.
- β) Η χημική: υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού, η υπερπαραγωγή υδροχλωρικού οξέος, από τον βλεννογόνο χιτώνα του στομάχου. Η παραγωγή της βλέννας από τα γαστρικά αδενίδια φυσιολογικά εμποδίζει το οξύ, από το να καταστρέφει το στομαχικό βλεννογόνο, και ο συνδυασμός παρόμοιων βλεννοπαραγωγών αδένων, με την εξουδετερωτική του οξέος δράση του αλκαλικού ηπατικού και παγκρεατικού υγρού, έχει την ίδια δράση στον 12/δάκτυλο. Αυτό επιτρέπει να προχωρήσει ταχέως η πέψη του γαστροδωδεκαδακτυλικού περιεχομένου, ενώ συγχρόνως αποφεύγεται η εξέλιξη του εντέρου. Φαίνεται ότι τα άτομα, τα ύποπτα για δημιουργία 12/δακτυλικού έλκους, παράγουν πολύ μεγαλύτερες ποσότητες οξέος εν σχέσει με άτομα, χωρίς την ελκωτική νόσο. Αυτό υποδηλώνει, ότι οι ενδογενείς προστατευτικοί μηχανισμοί του 12/δακτυλικού βλεννογόνιου χιτώνα δεν έχουν την δυνατότητα να

αντιμετωπίσουν αυτήν την αυξημένη παραγωγή οξέος και ότι, όταν η καταστροφική δράση του οξέος υπερβαίνει τις προστατευτικές ικανότητες του 12/δακτύλου, το αποτέλεσμα είναι μια εντοπισμένη περιοχή αυτοπεψίας το 12/δακτυλικό έλκος.

Αυτοπεψία: είναι παθολογικό φαινόμενο, κατά το οποίο η έσω επιφάνεια του στομάχου, υπό την επίδραση κακώσεως θερμικής ή χημικής, απογυμνούνται σε μεγάλη ή μικρή έκταση από το επιθηλίο που την προστατεύει και τότε η μυϊκή στιβάδα του στομάχου πέπτεται και αυτή δια των γαστρικών οξέων και διαβιβώσεται. Από την αυτοπεψία καμιά φορά γεννάται το έλκος του στομάχου.

Παρά το γεγονός όμως, της αυξημένης παραγωγής οξέος, στο έλκος του στομάχου, οι περισσότεροι άρρωστοι, έχουν φυσιολογική γαστρική οξύτητα. Συχνά και υποχλωρυδρία. Σε αυτούς συνυπάρχει διάχυτη χρόνια γαστρίτιδα συχνά και είναι πιθανόν σε αυτήν να οφείλεται και η ανάπτυξη του έλκους του στομάχου.

γ) Η αγγειακή θεωρία (VITCHOW): ευβολές και θρομβώσεις των αγγείων του βλεννογόνου. Η τοπική πάθηση των αγγείων, δημιουργεί αγγειόσπασμα και ισχαιμία, με επακόλουθο τη νέκρωση των βλεννογόνων, λόγω αυτοπεψίας του στομάχου από το γαστρικό υγρό και σχηματισμό τοπικής εξελκώσεως.

δ) Η ορμονική: υπερέκκριση ορμονών. Η ισταμίνη αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην έκκριση του υδροχλωρικού οξέος.

ε) Η τραυματική: μικροτραυματισμοί από τις τροφές

στ) Η θεωρία της φλεγμονώδους αιτιολογίας του CRUVEILHIER, κατά την οποία, λόγω της φλεγμονώδους εξοιδήσεως, συμβαίνει αποκόλληση των ανωτάτων στρωμάτων του επιθηλίου με επακόλου-

θο τη δημιουργία δυσμενών συνθηκών θρέψεως του βλεννογόνου, στις οποίες προστίθεται και η βλαπτική πεπτική επίδραση του γαστρικού υγρού με συνέπεια την πρόκληση εν αρχή διαβρώσεως και ακολούθως, λόγω επεκτάσεως αυτής κατά βάθος, του έλκους.

Οι παραπάνω όμως θεωρίες δεν μπορούν να ερμηνεύσουν όλες τις κάθε φορά παρουσιαζόμενες ιδιοτυπίες του έλκους, ούτε τα οξέα δημιουργούμενα έλη του στομάχου, τα οποία σχετίζονται αιτιολογικώς ήρος τον υποσιτισμό και την έλλειψη λευκωμάτων. Τέτοιες περιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί και από μας κατά την διάρκεια του τελευταίου πολέμου. Επίσης τα έλη τα οποία εμφανίζονται κατόπιν εγχειρήσεως του εγκεφάλου, ιδιαίτερα της περιοχής του υποθαλάμου, τα επιπλέοντα τα εκτεταμένα εγκαύματα του δέρματος και αποδιδόμενα σε φλεγμονώδη αλλοίωση σαν συνέπεια απελευθερώσεως λευκωματούχων ουσιών, όλα αυτά δεν μπορούν να ερμηνευθούν με τις παραπάνω θεωρίες.

Στην αιτιολογία του έλκους ενοχοποιείται επίσης η αλλεργία, διότι έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση ελκών κατά την εκδήλωσή της.

Πέρα όμως από αυτές τις αιτίες, υπάρχουν και πολλοί ενισχυτικοί και προδιαθετικοί παράγοντες που συνοδεύουν το έλκος.

1. Η κληρονομικότητα: Παρατηρείται συχνά σε μέλη της αυτής οικογένειας.
2. Οι χρόνιες φλεγμονές του στόματος, των δοντιών κ.λ.π.
3. Τα κάπνισμα-οινοπνευματώδη ποτά-καφές
4. Επάγγελμα με έντονη απασχόληση, έντονη σωματική και ψυχική καταπόνηση, όπου έχουμε υπερέκκριση του φλοιού των επινεφριδίων, επίδραση των γλυκοκορτικοειδών, αύξηση της εκκρίσεως του στομάχου, ελάττωση της αντοχής του βλεννογόνου.
5. Η διατροφή με πολύ κρέας και καρικεύματα

6. Η συγκίνηση, το άγχος, η απογοήτευση, το STRESS

7. Η ομάδα αίματος 0, (IV) τετάρτη

8. Μερικά φάρμακα όπως:

- Ασπιρίνη

- Φαινυλμουταζόνη

- Ιντομεθαζίνη

- Κορτιζόνη

9. Κακές διαιτητικές συνήθειες λ.χ. μεγάλα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γευμάτων, ή ακατάσταση γεύματα, εκθέτουν τον βλεννογόνο του στομάχου και του 12/δακτύλου στην μακροχρόνια επίδραση του γαστρικού υγρού.

10. Ψυχογενείς παράγοντες φαίνεται ότι παρεμβαίνουν ιδιαίτερα επί έλκους βολβού 12/δακτύλου. Άτομα με πολλές φροντίδες και άγχος έχουν μεγαλύτερη συχνότητα έλκους.

Ικανοποιητική ερμηνεία του μηχανισμού προκλήσεως του έλκους δεν υπάρχει. Πιθανώς μικρές διαβρώσεις του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου συμβαίνουν συχνά, αλλά κατά κανόνα θεραπεύονται. Το κύριο έτσι πρόβλημα είναι η δημιουργία του χρονίου έλκους. Πιθανώς μεσολαβούν παράγοντες που εμποδίζουν την οριστική επούλωση. Ποιεί είναι οι παράγοντες αυτοί δεν είναι γνωστό με ακρίβεια. Πάντως το HCL είναι απαραίτητο για την δημιουργία του έλκους.

Σήμερα, δεν υπάρχει τίποτε το βέβαιο ούτε ως προς την αιτιολογία του έλκους, ούτε ως προς το εάν το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου αποτελούν διαφορετικές νόσους, Πιθανώς για μεν το 12/δακτυλικό έλκος, η περίσσεια HCL - πεψίνης αποτελεί τον πρωτεύοντα παράγοντα, ενώ η ελαττωμένη αντίσταση του βλεννογόνου δευτερεύοντα, ενώ αντιθέτως για το γαστρικό έλκος, η

ελαττωμένη αντίσταση του βλεννογόνου αποτελεί τον πρωτεύοντα παράγοντα.

Επί διαφόρων νοσημάτων όπως: κίρρωσεως του ήπατος, υπερ- παραθυροειδισμού, χρονίας αναπνευστικής ανεπάρκειας και πολυ- κυτταραιμίας, η συχνότητα του έλκους του βολβού 12/δακτύλου είναι μεγαλύτερη.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα κύρια συμπτώματα είναι συχνά ανεξάρτητα αν η εντόπιση είναι το στομάχι ή το δωδεκαδάκτυλο. Χαρακτηριστική της εξέλιξης της νόσου είναι η συνεχώς αυξανόμενη ένταση των ενοχλημάτων, όπως και η περιοδικότητα της εμφάνισης αυτών. Το αρχόμενο έλκος δεν παρουσιάζει χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα, εκτός από αδισθεσία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, ακαθόριστα επιγαστρικά ενοχλήματα και αίσθημα πύσεως κατά την στομαχική χώρα. Η συμπτωματολογία αυτή αποδιδόμενη συνήθως σε δυσπεπτική ανωμαλία, περνά απαρατήρητη για να επανεμφανισθεί και πάλι, μετά από λίγους μήνες με εντονότερα ενοχλήματα. Το αρχικό δυσάρεστο αίσθημα πύσεως κατά το στομάχι μετατρέπεται πλέον σε πόνο. Και πάλι όμως, δια των διαιτητικών μέτρων, τα οποία συνήθως ο ασθενής λαμβάνει, από μόνος του, τα γαστρικά ενοχλήματα είναι δυνατόν να υποχωρήσουν, για να ξαναεμφανισθούν αργότερα, οπότε πλέον ο πόνος κυριαρχεί σε όλη την κλινική συμπτωματολογία. Η περιοδικότητα αυτή των ενοχλημάτων εμφανίζεται εντονότερη κατά την άνοιξη και το φθινόπωρο, εποχές κατά τις οποίες είναι συχνότερες και οι επιπλοκές του έλκους, χωρίς βέβαια τούτο να αποτελεί κανόνα. Το κύριο σύμπτωμα του έλκους είναι:

1. Ο πόνος: Εμφανίζεται στο επιγαστριο. Εξαρτάται από το

χρόνο λήψεως της τροφής και παρατηρείται μετά από 1-2 ώρες στο έλκος του στομάχου και μετά από 2-4 ή και 6 ώρες στο έλκος του 12/δακτύλου. Στο έλκος του 12/δακτύλου παρατηρείται πόνος και όταν το στομάχι είναι άδειο (άλγος από πείνα, που καταστέλλεται μετά τη λήψη μικρής ποσότητας επείγουσ τροφής: παξιμάδι, ή αντιόξινα φάρμακα ή γάλα). Μερικές φορές ο πόνος από έλκος στομάχου, μπορεί να εκδηλώνεται προς τα πίσω στην οσφύ. Ο πόνος του έλκους γενικά περιγράφεται σαν καύσος, ή πίεση, ή ενόχληση, μικρής ή μεγάλης σοβαρότητας. Έχει την τάση να υποτροπιάζει πολλές φορές την ημέρα και διαρκεί 15'-60'. Χειροτερεύει με την λήψη ασπιρίνης, καφέ και οινοπνευματωδών ποτών, ιδίως μπύρας. Επίσης μπορεί να εμφανίζεται στο μέσον του πρωίνου και να ανακουφίζεται από το μεσημεριανό γεύμα, να επαναεμφανίζεται το απόγευμα και να ανακουφίζεται από το βραδυνό φαγητό, Μπορεί να εμφανίζεται μια φορά πριν από την κατάκλιση ή κατά τη νύχτα αλλά πάλι ανακουφίζεται από την λήψη ενός ποτηριού γάλακτος. Αυτός ο πόνος προκαλείται διότι το περίσσιο γαστρικό οξύ, ερεθίζει το εξελκωμένο τοίχωμα του 12/δακτύλου και η ανακούφιση μετά την λήψη τροφής επέρχεται διότι η τροφή, το γάλα, και το αντιόξινο στο στομάχι, εξουδετερώνουν το ερεθιστικό οξύ.

Το άλγος του έλκους είναι: πρωίμο, όψιμο ή νυκτερινό (άλγος πείνης).

Το πρωίμο άλγος: εμφανίζεται αμέσως μετά τα γεύματα ή μετά από 1-1½ ώρες από αυτά και ως εκ τούτου οι ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη τροφής από φόβο προκλήσεως του άλγους αυτού, ενώ σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν ορισμένα μόνο φαγητά, τα οποία ερεθίζουν αυτό το ίδιο το έλκος και προκαλούν το άλγος. Το πρωίμο άλγος συναντάται κυρίως επί ελκών του στομάχου, επεκτείνε-

ταί· δε καιιά φορά προς την καρδιακή χώρα και είναι δυνατό να χαρακτηρισθεί ως στηθαγχιτικός πόνος.

Το όψιμο άλγος: εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά τα γεύματα, στην αρχή είναι αβληχρό και αυξάνεται βαθμιαία ως προς την ένταση, συνοδεύεται δε από ερυγές και αίσθημα καύσου και μπορεί να υποχωρήσει μετά από τη λήψη θερμών ροφημάτων ή τροφής. Τούτο πιθανότατα οφείλεται σε σπαστικές κινητικές καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με την ενκένωση ή τον αυξημένο περισταλτισμό του κενού στομάχου. Σπαστικές καταστάσεις που δικαιολογούν το όψιμο άλγος, ανευρίσκονται και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το στομάχι περιέχει μεγάλες ποσότητες εντόνως όξινου γαστρικού υγρού.

Το νυκτερινό άλγος ή πυλωρικό σύνδρομο ή άλγος πείνης παρουσιάζεται 3-6 ώρες μετά τα γεύματα, είναι αρκετά έντονο και μπορεί να κατασταλεί μετά τη λήψη τροφής ή αλκαλικών ή σπασμολυτικών φαρμάκων. Το άλγος αυτό σχετίζεται με την παρουσία μέσα στο στομάχι μεγάλης ποσότητας όξινου γαστρικού υγρού.

2. Έμετοι: Οι έμετοι είναι συχνοί σε παρόξυνση της νόσου, και σταθεροί στο πυλωρικό έλκος, επειδή υπάρχει εκεί φλεγμονή που την συνοδεύει σπασμός, οπότε αποφοράσσεται το πυλωρικό στόμιο και στην συνέχεια προκαλείται έμετος. Στην περίπτωση αυτή αποβάλλονται τροφές και από προηγούμενα γεύματα. Το άτομο σε πρέμια ενισχύεται με λόγια, για να ανακουφισθεί από το άγχος και την δυσμορφία. Μετά τον έμετο, περιπολούμεθα την στοματική κοιλότητα για να αισθάνεται άνετα ο άρρωστος.

3. Οπισθοστερνικός καύσωνας, όξινες ερυγές, αναγωγές τροφών, σιαλόρροια, μετεωρισμός και δυσκοιλιότητα συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο, ιδιαίτερα στο δωδεκαδακτυλικό έλκος. Καμιά φορά είναι οι μόνες εκδηλώσεις, ενώ ο πόνος λείπει.

Συνήθως η όρεξη δεν μεταβάλλεται, αν και μερικές φορές παρατηρείται ανορεξία. Ανορεξία παρατηρείται σταθερά επί πθ-λωρικής στενώσεως. Μερικές φορές παρατηρείται απώλεια βάρους λόγω μη λήψεως επαρκούς τροφής, σαν συνέπεια των πόνων, είναι όμως χαρακτηριστική της πυλωρικής στενώσεως.

4. Περιοδικότητα των ενοχλημάτων: Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα ενοχλήματα εμφανίζουν μεγάλη περιοδικότητα. Διαρκούν 2-5 εβδομάδες με πλήρη έξαρση την άνοιξη και το φθινόπωρο. Στα μεσοδιαστήματα παρατηρείται απόλυτη ηρεμία παρά τις διαιτητικές και λοιπές παρεκτροπές.

5. Γαστρορραγία: Ιδιαίτερη από διαγνωστικής απόψεως σημασία πρέπει να αποδίδεται στην ύπαρξη του ιστορικού του ασθενούς γαστρορραγίας υπό μορφήν αιματεμέσεως (το αίμα αποβάλλεται από το στόμα και τα εμέσματα έχουν χρώμα καφετί) ή μελαίνης (τα κόπρανα έχουν χρώμα μαύρο σαν πίσσα και το χρώμα αυτό οφείλεται στην πέψη του αίματος από τα πεπτικά ένχυμα), χωρίς όμως και το είδος της αιμορραγίας αυτής να χαρακτηρίζει την εντόπιση του έλκους, διότι είναι δυνατόν το 12/δοκτυλικό έλκος να προκαλεί τόσο μέλαινα, όσο και αιματέμεση, το δε γαστρικό να προκαλεί μόνο μέλαινα κένωση. Απαραίτητο, βεβαίως, είναι να γίνεται η διαφορική διάγνωση από των αιμορραγιών οι οποίες οφείλονται σε άλλα αίτια, όπως είναι οι κερσοί του οισοφάγου, ο καρκίνος του στομάχου και του εντέρου, οι πολυποειδείς όγκοι όπως και οι αιμορραγίες από νόσους του αίματος, επίσης να λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψιν ότι διάφορες τροφές ή φάρμακα όπως το βισμούθιο, ο σίδηρος κ.α. είναι δυνατόν να προκαλέσουν την εμφάνιση υπομελαίνων κενώσεων. Μετά την αιμορραγία του έλκους εξακολουθεί πολλές φορές μικρή τριχοειδική αι-

μορραγία, η οποία παύει κατόπιν ανασπαύσεως και διαιτητικής αγωγής.

6. Υπογλυκαιμία: Πρώιμη και λίαν χαρακτηριστική εκδήλωση του έλκους του 12/δακτύλου αποτελεί η εμφάνιση υπογλυκαιμικού συνδρόμου κατά τις απογευματινές ώρες. Τέτοιο σύνδρομο δεν παρατηρείται επί έλκους του σώματος του στομάχου. Το σύνδρομο αυτό αποδίδεται σε ερεθισμό λόγω γελτνιάσεως του παγκρεάτος και σε έκκριση, έτσι, μεγαλύτερης ποσότητας ινσουλίνης.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση είναι εύκολη και γίνεται με βάση το ιστορικό και πιο συγκεκριμένα το είδος του πόνου και την περιοδικότητα των ενοχλημάτων. Η επιβεβαίωση της κλινικής διαγνώσεως γίνεται:

1. Με την ακτινοσκόπηση στομάχου, ύστερα από τη χορήγηση σκιαγραφικού μέσου (βαριούχου γεύματος). Το βέβαιο άμεσο ακτινολογικό σημείο του έλκους του 12/δακτύλου, είναι η φωλιά ή κράτηρ με συρρέουσες βλεννογόνιες πτυχές. Έπιμεσα σημεία είναι η παραμόρφωση της α' μοίρας του 12/δακτύλου, το ψευδοεγκόλπωμα του μείζονος τόξου, η καθυστέρηση της διαβάσεως του πυλωρού και η έντονη γαστρίτις.

Η ακτινολογική επιβεβαίωση του έλκους στομάχου είναι πιο δύσκολη και απαιτεί επανειλημμένες ακτινοσκοπήσεις και τη συνδρομή άλλων διαγνωστικών μεθόδων (γαστροσκόπηση, κυτταρολογική εξέταση).

2. Με την κυτταρολογική εξέταση: Διενεργείται εξέταση κατά Παπανικολάου του γαστρικού υγρού, για την ανεύρεση ή όχι καρμινικών κυττάρων σε περιπτώσεις έλκους του στομάχου. Για το έλκος του 12/δακτύλου δεν απαιτείται γιατί αυτό ποτέ δεν

εξαλλάσσεται.

Δια της εξετάσεως του γαστρικού υγρού, εξακριβούται ο βαθμός της οξύτητας, η κινητικότητα του στομάχου, ο ρυθμός της εκκινώσεώς του και η ποσότης του εκκρινόμενου γαστρικού υγρού.

3. Με την γαστροσκόπηση: Είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος για την έρευνα του στομάχου. Με την άμεση όραση, ελέγχεται ο βλεννογόνος του στομάχου και του 12/δακτύλου, αποκαλύπτονται και εντοπίζονται οι βλάβες και λαμβάνονται τεμάχια για ιστολογική εξέταση. Παρέχει σημαντική βοήθεια κυρίως προς διάκριση απλού έλκους του στομάχου και έλκους εξ ελκωτικής μορφής καρκίνου. Επί του δευτέρου η γαστροσκόπηση αποκαλύπτει εικόνα εξηλωμένου όγκου με επηρμένη παρυφή.

Η προετοιμασία του αρρώστου για γαστροσκόπηση περιλαμβάνει:

- α. Αποφυγή λήψεως τροφών ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμέτους.
- β. Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών
- γ. Ενημέρωση του αρρώστου γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξετάσεως, καθώς και της δυνατότητας βοήθειας από μέρος του, για την σωστή εκτέλεσή της
- δ. Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση
- ε. Σε αγχώδεις αρρώστους πριν από την γαστροσκόπηση μια ώρα περίπου δίνονται κατευναστικά, με εντολή γιατρού
- στ. Γίνεται ένεση ατροπίνης μισή ώρα πριν από την εξέταση.

Ο άρρωστος μετά την παραπάνω προετοιμασία, οδηγείται στο τμήμα των ενδοσκοπήσεων. Η γενίκευση της γαστροσκοπήσεως που

εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια, απήλαξε τους ασθενείς από επανειλημμένες ακτινολογικές εξετάσεις, αμφίβολες δοκιμασίες (όπως η δοκιμασία της γαστρικής οξύτητας για επιβεβαίωση υπόπτου στομαχικού καρκίνου) και άναίτιες εγχειρήσεις. Τέλος, η γαστροσκόπηση, δίνει την δυνατότητα στους γιατρούς να ελέγχουν την εφαρμοζόμενη θεραπεία και εγκαίρως να την μεταβάλλουν σε δραστικότερη, αν τα αποτελέσματά της δεν είναι τα αναμενόμενα.

Εκτός αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων θα αναζητηθεί επίσης, μήπως υπάρχει λαθραία αιμορραγία στα κόπρανα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αποτελεσματική θεραπεία μιας παθολογικής κατάστασης προϋποθέτει κατά κανόνα γνώση της αιτιολογίας της. Προκειμένου όμως για την αιτιολογία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους (ΓΔΕ), ελάχιστα είναι γνωστά μέχρι σήμερα. Αντίθετα έχει επιτευχθεί μεγάλη πρόοδος στην αναγνώριση ορισμένων παθοφυσιολογικών διαταραχών. Η υπερέκκριση οξέος σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι η βασική παθοφυσιολογική διαταραχή που προκαλεί αυξημένη «επιθετικότητα» του γαστρικού υγρού στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου. Στο γαστρικό έλκος η έκκριση οξέος είναι μειωμένη, φυσιολογική ή και αυξημένη ανάλογα του τύπου του. Η θεραπεία επομένως του ΓΔΕ παραμένει ακόμα και σήμερα σχεδόν εμπειρική και κατευθύνεται κυρίως στην ελάττωση της γαστρικής οξύτητας σπριζόμενη στο «όχι οξύ-όχι έλκος». Για να επιτευχθεί ικανοποιητικό αποτέλεσμα είναι αναγκαίο το ΡΗ του στομάχου να υπερβεί το 4,5 σημείο δηλ. στο οποίο ενεργοποιούνται τα πεψινογόνα του στομάχου σε πεψίνη και να είναι

δυνατή η εξουδετέρωση του οξέος στο 12/δάκτυλο, από τα αλκαλικά υγρά της χολής και του παγκρέατος.

Η θεραπεία που συνίσταται είναι είτε συντηρητική, είτε σε οξείες και δύσκολες περιπτώσεις χειρουργική.

Το ΓΔΕ, όπως είναι γνωστό, μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να προκαλεί επώδυνες κρίσεις κι επιπλοκές. Έτσι η θεραπεία. Έτσι η θεραπεία του αποβλέπει:

- α) στην επούλωση του έλκους
- β) στην ανακούφιση από τα συμπτώματα
- γ) στην παρεμπόδιση υποτροπής του, δηλ. να μειωθεί η παρουσία περίσσιου οξέος, στην γαστροδωδεκαδακτυλική μονάδα και να περιορισθεί η κινητικότητα και η έκκριση του στομάχου.

Η συντηρητική θεραπεία (δίαιτα-φάρμακα) περιλαμβάνει:

1. Ανάπαυση: Κατά τις επώδυνες περιόδους ενδείκνυται ανάπαυση. Εάν η πλήρης ανάπαυση είναι δυσχερής, επιβάλλεται περιορισμός τουλάχιστον της δραστηριότητας. Ηρεμιστικά βοηθούν κατά τις επώδυνες περιόδους και διευκολύνουν την τήρηση της αναπαύσεως.

2. Δίαιτα: - Συχνά μικρά γεύματα για να βρισκείται ο στομαχικός βλεννογόνος σε συνεχή επαφή με εξουδετερωτικές τροφές κατά την ημέρα

- Απλά και όχι ερεθιστικά φαγητά, αποφυγή καρκευμάτων, οινοπνευματωδών ποτών, καφέ που αυξάνουν την γαστρική έκκριση

- Αποφυγή καπνίσματος, γιατί αυξάνει την γαστρική έκκριση και την κινητικότητα του στομάχου και εμποδίζει την επούλωση του έλκους.

3. Φαρμακευτική θεραπεία:

- Αντιόξινα: Είναι πολύτιμο-θεραπευτικό μέσον. Δεν υπάρχει ένδειξη ότι συντελούν στην επούλωση του έλκους, αλλά ασφα-

λώς παρέχουν πολύτιμη βοήθεια στην ανακούφιση των ενοχλημάτων. Ενδιαφέρον είναι ότι πολλές φορές καταργούν τον πόνο χωρίς να εξουδετερώνουν την οξύτητα του γαστρικού υγρού. Χορηγούμε κυρίως μη απορροφούμενα αντιόξινα, όπως υδροξείδιο του αργιλίου, κηκαυμένη ή ανθρακική μαγνησία, ανθρακικό ασβέστιο, τριπυριτικό μαγνήσιο κ.λ.π. Τα αντιόξινα πρέπει να χορηγούνται δυο ώρες μετά τα γεύματα 5-6 φορές ημερησίως. Η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται 1-2 μήνες μετά την κατάπαυση των ενοχλημάτων.

Μερικά από τα αντιόξινα (υδροξείδιον αργιλίου ή ανθρακικό ασβέστιο), προκαλούν δυσκοιλιότητα και άλλα (κηκαυμένη μαγνησία) προκαλούν διάρροια. Ανθρακικό ασβέστιο σε μεγάλες δόσεις είναι δυνατόν να προκαλέσει υπερσοβεστιαϊμία.

- Αντιχολινεργικά: Μειώνουν την έκκριση του ΗCΖ δια αναστολής της δράσεως του πνευμονογαστρικού. Εν τούτοις έχει αποδειχθεί ότι η απορρόφηση τους από το γαστρεντερικό σωλήνα είναι πολύ ασταθής, και κατά κανόνα πολύ μικρή. Χορηγούνται η ατροπίνη και τα διάφορα συνθετικά ανάλογα φερόμενα υπό διάφορα εμπορικά ονόματα. Η θεραπευτική εφαρμογή των αντιχολινεργικών στο έλκος του στομάχου πιθανώς να αντενδείκνυται λόγω της παρέσεως που προκαλούν, δεδομένου ότι είναι γνωστό πως στο ΓΕ υπάρχει γαστρική ατονία, που σχετίζεται με την αυξημένη γαστροίνη στους ασθενείς αυτούς. Άλλη σημαντική παρενέργεια είναι η μείωση του τόνου του καρδιακού σφίγκτηρα και η εμφάνιση επομένως γαστροοισοφαγικής παλινδρομήσεως. Τέλος αντενδείκνυται σε περιπτώσεις πυλωρικής στενώσεως, γλαυκώματος, υπερτροφίας προστάτου, προσφάτου αιμορραγίας και προ βαριούχου γεύματος ή εγχειρήσεως.

- Καρβеноξολόνη: Αυτή είναι συνθετικό παράγωγο, το οποίο

αποτελεί δραστικό συστατικό της γλυκυρορίζης. Ευνοεί την επούλωση των γαστρικών κυρίως ελκών. Ο τρόπος δράσεως είναι άγνωστος. Δεν επιδρά επί της γαστρικής οξύτητας, αλλά πιθανώς ασκεί άμεση τοπική επιδράση επί του γαστρικού βλεννογόνου, παρατείνοντας τη ζωή των βλενωδών κυττάρων του επιθηλίου και ευνοώντας την σύνθεση της γλυκοπρωτεΐνης υπό των κυττάρων του βλεννογόνου.

Κύρια παρενέργεια του φαρμάκου είναι η κατακράτηση νατρίου με επακόλουθο οίδημα και αύξηση της αρτηριακής πίεσεως γι' αυτό και πρέπει να απαφεύγεται σε αυτούς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και νεφροπάθεια.

- Μετιαμίδη: Αυτή αποδείχτηκε προσφάτως ότι αναστέλλει την έκκριση γαστρικού υγρού εις απάντηση προς διάφορα ερεθίσματα.

Αποδείχθη ακόμα ότι ελαττώνει σημαντικώτατα τη νυκτερινή γαστρική έκκριση σε ασθενείς με έλκος βολβού.

Άλλα σημεία που αφορούν στη θεραπεία του γαστρικού έλκους

Τα έλκη του στομάχου έχουν το χαρακτηριστικό ότι κατά το μεγαλύτερο ποσοστό επουλώνονται γρήγορα με μικρά και συχνά γεύματα, διακοπής του καπνίσματος και καρβενολόνης. Εάν μετά 6 εβδομάδες με αυτήν τη θεραπεία το γαστρικό έλκος δεν υποχωρεί υπάρχουν υπόνοιες κακοήθειας. Ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο για να εξετασθεί το ενδεχόμενο κακοήθειας (γαστροσκόπηση, βιοψία κλπ). Πρέπει να σημειωθεί ότι 40% των γαστρικών ελκών επουλώνονται αυτομάτως. Εξ άλλου τα γαστρικά έλκη έχουν την τάση να υποτροπιάζουν, ώστε από μεγάλες στατιστικές αποδεικνύεται ότι 50% των γαστρικών ελκών τελικά χειρουργούνται.

<<Ελκιογόνα>> φάρμακα: Η ασπιρίνη, τα κορτικοειδή, η λιδομεθακίνη, η φαινυλβουταζόνη, η ρεσερπίνη καθώς και διάφορα

νεώτερα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, έχουν ενοχοποιηθεί σε διάφορο βαθμό το καθένα για την πρόκληση γαστρορραγίας και πρέπει ν'αποφεύγεται η χορήγησή τους σε ασθενείς που πάσχουν από έλκος.

Χειρουργική θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται, επί: α)Πυλωρικής στενώσεως, β)Διατρήσεως, γ)Ακατασχέτου αιμορραγίας ή κατόπιν επανειλημμένων αιμορραγιών, δ)Εντόνων ενοχλημάτων παρά την οποιαδήποτε θεραπεία εξ Αδυναμίας εφαρμογής δίαιτας και λοιπής αγωγής, στ)Γαστρικού έλκους μη υποχωρούντος εντός 1-1½ μηνός, ζ)Ασθενών που ζουν σε απομονωμένες περιοχές μακριά από ιατρική περίθαλψη.

Οι εγχειρητικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι πολλές. Οι κυριότερες είναι οι εξής:

1.Γαστροεντεροαναστόμωση: Εφαρμόζεται σπάνια ιδίως σε έλκος βολβού 12/δακτύλου, σε εξασθενημένους ασθενείς, ή σε πάσχοντες από ανεγχείρητο καρκίνο του στομάχου, και μάλιστα και σε ηλικιωμένα άτομα, λόγω της σπλότητάς της.

2.Μερική γαστρεκτομή: Αφαιρείται κυρίως το άντρο, το οποίο παράγει γαστρίνη, με αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής της εκκρίσεως του οξέος κατά 70%. Εν συνεχεία εκτελείται κατά προτίμηση αναστόμωση κολοβώματος του στομάχου και νήστιδος (POLYA). Αυτή εμφανίζει μικρότερη συχνότητα αναστομωτικού έλκους (2%) ή η BILROTH I, όπου έχουμε αποκατάσταση της συνέχειας του στομάχου-12/δακτύλου (7%). Εφαρμόζεται κυρίως σε έλκη στομάχου. Η εκτομή του στομάχου γίνεται αμέσως πάνω από το έλκος. Η θνητότητα ανέρχεται σε 2% περίπου.

3.Ευρεία γαστρεκτομή: με αποκατάσταση της συνέχειας του στομάχου με γαστροεντεροαναστόμωση (BILLROTH II).-Εφαρμόζεται κυρίως στα έλκη του 12/δακτύλου. Εκτέμνονται τα 2/3 του στο-

μάχου και αφαιρούνται οι αδένες που παράγουν την γαστρίνη, και οι περισσότεροι αδένες που παράγουν γαστρικό υγρό.

4. Διατομή των πνευμονογαστρικών (βαγοτομή): Η ελάττωση, μέχρις εξαφανίσεως της οξύτητας του γαστρικού υγρού, επιτυγχάνεται και με την διατομή των πνευμονογαστρικών (VAGUS) νεύρων. Η εγχείρηση συμπληρώνεται με την βοηθητική παροχετευτική μέθοδο (γαστροεντεροαναστόμωση, διάφορες πυλωροπλαστικές). Η εγχείρηση αυτή κατά τα τελευταία χρόνια εκτελείται σε μεγάλη κλίμακα. Αυτή καταργεί την νευρογενή φάση, μειώνει την παραγωγή γαστρίνης και ελαττώνει την αντίδραση των τοιχωματικών κυττάρων προς εξωτερικά ερεθίσματα. Ανάλογα με την εφαρμοζόμενη τεχνική διενεργείται διατομή του στελέχους του νεύρου, εκλεκτική διατομή μόνο των κλώνων που νευρώνουν τον στόμαχο. Η απλή διατομή των νεύρων έχει το μειονέκτημα, ότι ευνοεί την στάση στο στόμαχο, με αποτέλεσμα την αύξηση αντί για την ελάττωση της παραγωγής γαστρίνης. Γι' αυτό και σε έλκος βολβού εκτελείται διατομή σε συνδυασμό με γαστροεντεροαναστόμωση, αντρεκτομιά ή συνηθέστερα πυλωροπλαστική. Εκτομή των νεύρων μόνο, ενδείκνυται όταν μετά από γαστρεκτομή εμφανισθεί έλκος κατά την αναστόμωση.

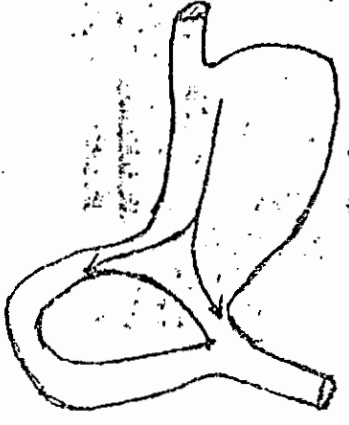
Στην στελεχιαία βαγοτομή, αποκόπτονται όλοι οι κλάδοι των πνευμονογαστρικών (γαστρικοί, ηπατικοί, εντερικοί).

Στην εκλεκτική βαγοτομή κόβονται μόνο οι γαστρικοί κλάδοι και αφήνονται οι λοιποί (ηπατικοί, εντερικοί κ.λ.π.).

Η διατομή των κυρίων πνευμονογαστρικών Υποδιαφραγματικών τείνει κατά τα τελευταία χρόνια να αντικατασταθεί από πολλούς χειρουργούς από την υπερκλεκτική διατομή των ινών που νευρώνουν το άντρο.

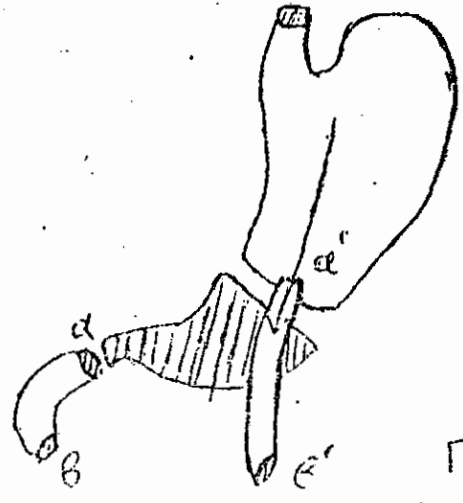
Τα πλεονεκτήματα είναι:

Χειρουργικές μέθοδοι



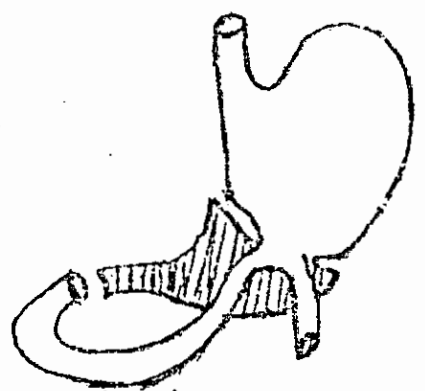
Εικόνα: 2

σπρενιέρροναστώριση.



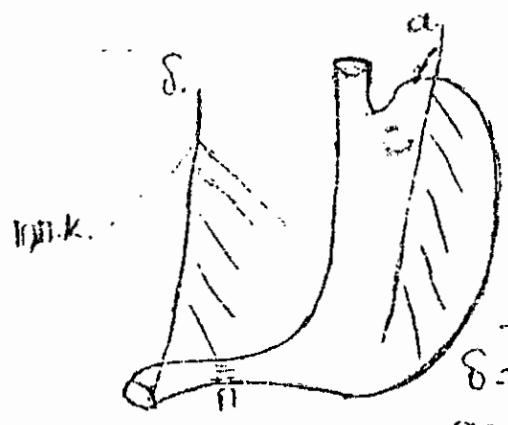
Εικόνα: 3

Γαστρεκτομή
τύπου Billroth I



Εικόνα: 4

ασπρεκτομή τύπου Billroth II



Εικόνα: 5

Σεξτεχιαία βαχτομή

δ = δεξιό πνευμονοχαστρο.

α = αριστερό

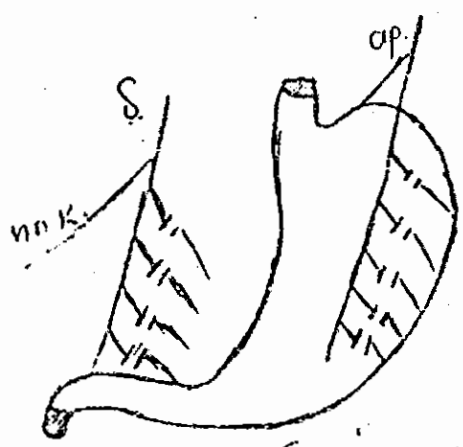
π = πύλωρη γαστρίνη

ηπ.κ. = ηπατικός αίθρας πνευμονοχαστρική



Εικόνα: 6

Επιγαστρική βαχτομή



Εικόνα: 7

Υπεργαστρική
βαχτομή

α) ελαττώνει μέχρι καταργήσεως την μετεγχειρητική εμφάνιση της διάρροιας, η οποία είναι συχνή και πολλές φορές πολύ δυσάρεστη επιπλοκή, της ολικής διατομής των πνευμονογαστρικών και

β) μειώνει σημαντικά την στάση, χωρίς να είναι αναγκαία η εκτέλεση συγχρόνως παροχετεύσεως.

Αυτή η εγχείρηση εκτελείται σήμερα από μερικούς και για έλκος στομάχου και μάλιστα πολλές φορές με συγχρόνως εξαίρεση του έλκους (για τό ενδεχόμενο κακοήθειας).

Στην υπερεκλεκτική βαγεκτομή κόβονται μέρος των γαστρικών κλάδων (παραμένει ο κλάδος που πηγαίνει στον πυλωρό) ενώ παραμένουν ανέπαφοι οι υπόλοιποι κλάδοι, για τούτο και δεν χρειάζεται παροχετευτική εγχείρηση (πυλωροπλαστική ή γαστροεντεροαναστόμωση).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι επιπλοκές στο πεπτικό έλκος γενικά είναι είτε παθολογικής φύσεως, είτε μετεγχειρητικές σε ένα άτομο που έχει υποστεί χειρουργική επέμβαση.

Α. Επιπλοκές έλκους παθολογικής φύσεως:

1. Γαστρορραγία: Αποτελεί την πιο συχνή επιπλοκή. Το αίμα αποβάλλεται υπό μορφή εμέτου (αιματέμεση) ή εμφανίζεται στα κόπρανα, που παίρνουν χρώμα μαύρο σαν πίσσα (μέλαινα). Η αιμορραγία μπορεί να προέλθει από διάβρωση μιας μικρής αρτηρίας, από ρήξη των τριχοειδών και λιγότερο συχνά, από σχίσσιμο φλεβικού αγγείου του βλεννογόνου. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη ο πάσχων εμφανίζει αδυναμία, ανησυχία, ζάλη, λιποθυμία, ή και απώλεια της συνειδήσεως. Το δέρμα είναι ψυχρό και υγρό, υπάρχει ταχυσφυγμία και η Α.Π. πέφτει. Στις περιπτώσεις αυτές α-

παιτείται άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρεντερική χορήγηση υγρών ή και μεταγγίσεις αίματος. Εάν η αιμορραγία δε σταματά παρά τη θεραπευτική αγωγή, γίνεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση (εκτομή του έλκους και απολίνωση των αγγείων που αιμορραγούν). Η συχνότητα των αιμορραγιών είναι 10-14%.

2. Διάτρηση: Στην περίπτωση αυτή το έλκος προκαλεί διάτρηση ολόκληρου του τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου, οπότε το περιεχόμενό του χύνεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο άρρωστος αισθάνεται ξαφνικά έντονο πόνο στην κοιλιά η οποία συσπάται, γίνεται ωχρός, περιλούεται από ιδρώτα και υπάρχει ταχυσφυγμία και ταχύπνοια. Η διάτρηση απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση (γαστρεκτομή ή συρραφή του έλκους) γιατί κινδυνεύει σοβαρά η ζωή του πάσχοντα. Η διάτρηση εμφανίζεται στα 10% των ελκών και πάντοτε χωρίς να υπάρχουν ενοχλήματα προηγουμένως. Μπορεί να διευκολυνθεί η εμφάνισή του μετά από βαριά γεύματα, κούραση, συγκινήσεις, υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος και η χρήση ορισμένων φαρμάκων.

3. Πυλωρική στένωση: Οφείλεται α) σε οίδημα και σπασμό από την ύπαρξη έλκους <<εν ενεργεία>>, β) σε ουλή επουλωθέντος έλκους με αποτέλεσμα την κατακράτηση του γαστρικού περιεχομένου και την διάταση του στομάχου. Ο άρρωστος παραπονείται για αλισθημα πληρότητας και συχνά πόνο μετά το φαγητό, ακολουθεί ανορεξία και έμετος με αποτέλεσμα κακή διατροφή, απώλεια βάρους και αφυδάτωση με διαταραχές των ηλεκτρολυτών (αλιάλωση).

4. Κακοήθης εξαλλαγή: Δεν συμβαίνει στο 12/δακτυλικό έλκος αντίθετα συμβαίνει στο γαστρικό έλκος. Ο ελκωτικός καρκίνος είναι ψηλότερα του γαστρικού τοιχώματος (επηρεμένος), τα όριά του είναι ανάμεσα και η κοιλότητα είναι τύπου κρατήρα. Έλκος του πυλωρικού άντρου είναι πολλές φορές ελκωτικός καρ-

κίνος, ενώ έλικη του ελάσσονος τόξου είναι κατά κανόνα καλοή-
θη. Η ακτινολογική διάκριση είναι πολλές φορές δυσχεδής. Η
γαστροσιόπηση και η κατ'αυτήν βιοψία αποτελούν πολύτιμα μέ-
σα διακρίσεως. Επί αμφιβολιών ο ασθενής υποβάλλεται σε συ-
ντηρητική αγωγή επί 1-1½ μήνα. Εάν νέος ακτινολογικός έλεγ-
χος δεν δείξει υποχώρηση του έλικους, ο ασθενής πρέπει να χει-
ρουργείται.

Β. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Σύνδρομο DUMPING: Είναι μια ομάδα δυσάρεστων εκδηλώ-
σεων και εμφανίζονται από 10'-2 ώρες μετά το φαγητό και έχου-
με:

α) Πρώιμες εκδηλώσεις DUMPING: Το άτομο αμέσως 10'-30' με-
τά το φαγητό είναι ωχρό, παρουσιάζει αίσθημα αδυναμίας, τάση
για λιποθυμία και ταχυσφυγμία. Ακόμα υπάρχουν βορβορυγμοί και
διάταση κοιλίας. Το σύνδρομο αυτό παρατηρείται κυρίως μετά α-
πό γαστρεκτομή, αλλά και μετά από κάθε εγχείρηση με έλικος. Ο-
φείλεται στην γρήγορη είσοδο των τροφών στην νήστιδα, η οποία
διατείνεται, ενώ συγχρόνως η γρήγορη είσοδος του υπερτονικού
υγρού στο έντερο έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του εξωκυτ-
τάριου υγρού από το πλάσμα στο έντερο προς αποκατάσταση ισο-
τονίας. Η μείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος φέρνει
τα παραπάνω φαινόμενα.

β) Όψιμοι εκδηλώσεις DUMPING: Εμφανίζονται 1-2 ώρες μετά
το φαγητό, το άτομο αισθάνεται αδυναμία, τάση για λιποθυμία
και έχει επιδρώσεις. Οφείλεται στην αντιδραστική υπογλυκαιμία
από την αυξημένη έκκριση ινσουλίνης λόγω της υπεργλυκαιμίας
την οποία προκαλεί η απότομη είσοδος των τροφών στη νήστιδα.

2. Αναιμία: Είναι συχνή μετά από γαστρεκτομή και οφείλε-

ται στην κακή απορρόφηση του σιδήρου σε συνδυασμό με την ελαττωμένη πρόσληψη Fe και απώλεια αίματος.

3. Σύνδρομο κακής εντερικής απορρόφησης: Εμφανίζεται μετά από γαστρεκτομή κυρίως και οφείλεται στην ανεπαρκή ανάμιξη των τροφών, της χολής και του παγκρεατικού υγρού, λόγω της αναστομώσεως, κολοβώματος στομάχου και της νήστιδας, σε συνδυασμό προς γρήγορη δίοδο των τροφών. Η κακή αυτή απορρόφηση ανευρίσκεται σχεδόν πάντοτε εργαστηριακώς μετά από αναστόμωση ROLYA, σπανίως προκαλεί κλινικές εκδηλώσεις, όπως διάρροια, απώλεια βάρους, αναιμία κ.λ.π.

4. Αναστομωτικό έλκος: Είναι επιπλοκή των εγχειρήσεων κυρίως του 12/δακτυλικού έλκους και λιγότερο του γαστρικού, όταν δεν επιτευχθεί ο επαρκής έλεγχος της γαστρικής οξύτητας. Ο βλεννογόνος της νήστιδος εκτίθεται στη δράση του HCl. Το αναστομωτικό έλκος προκαλεί πόνο 1-5 ώρες μετά την λήψη της τροφής. Έχουμε συχνά αιμορραγία, σπάνια συμβαίνει να έχουμε διάτρηση. Η θεραπεία είναι πάντοτε χειρουργική. Εάν είχε προηγηθεί μερική γαστρεκτομία, γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών. Εάν είχε προηγηθεί διατομή, γίνεται αντρεκτομία προς μείωση της οξύτητας.

5. Σύνδρομο προσιούσης έλκος: Ο ασθενής αισθάνεται αίσθημα πλήρωσεως μετά το φαγητό και κάνει χολώδεις εμέτους. Πρόκειται για λειτουργική διαταραχή της προσιούσης έλκος. Θεραπευτικά απαλευθερώνεται η προσαγωγός έλικα και αναστομώνεται από το λεπτό έντερο περίπου 8 εκ. από του στομάχου.

6. Διάρροια: Η διάρροια έχει διάφορες αιτιολογίες (σύνδρομο κακής απορρόφησης, γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο, λειτουργικούς παράγοντες κ.λ.π.). Μετά από γαστρεκτομή η διάρροια οφείλεται στο σύνδρομο κακής απορρόφησης. Μετά από δια-

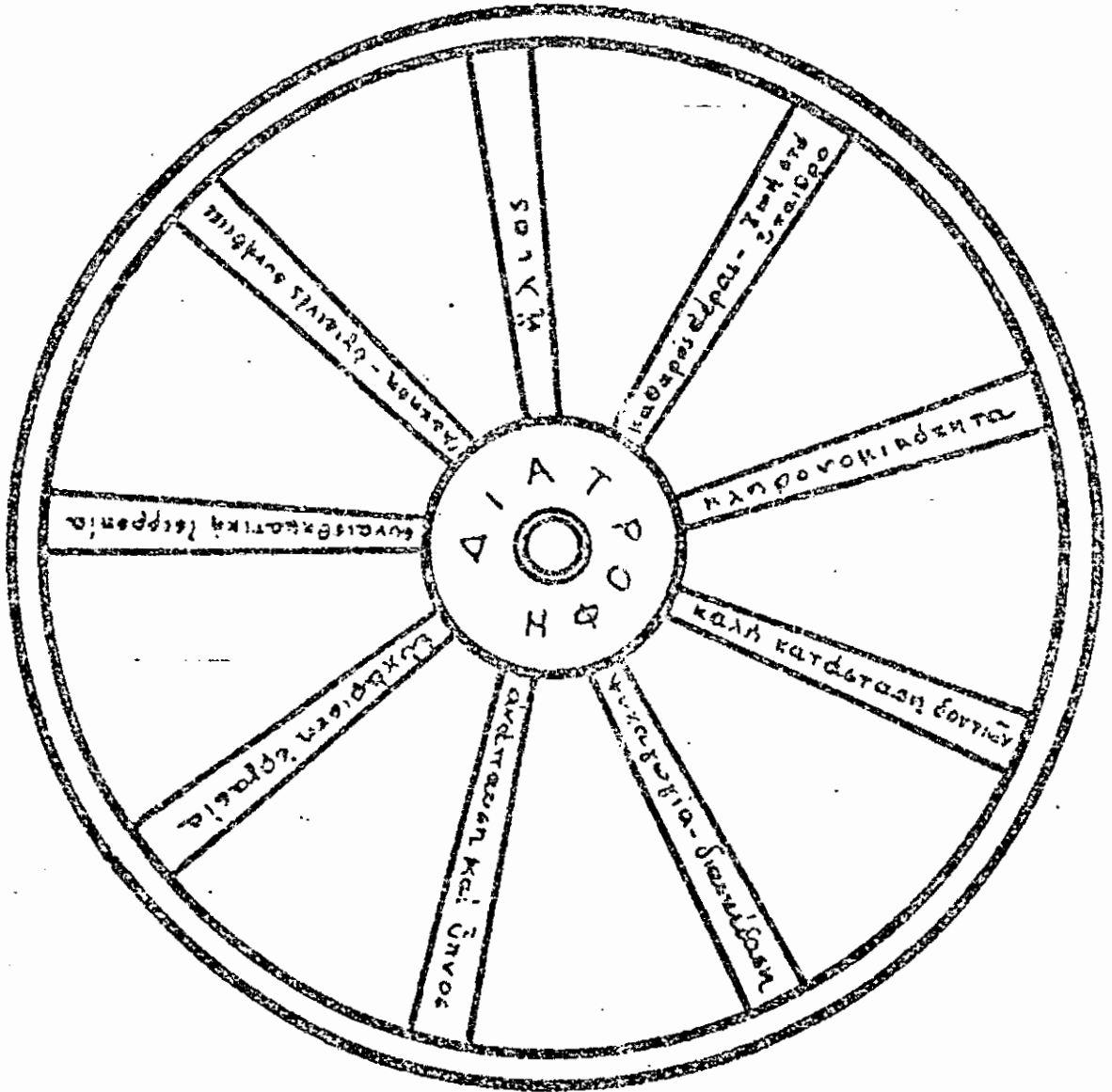
τομή, ήπια διάρροια εμφανίζεται σε 20-50% των ασθενών.

7.Γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο: Αναστομωτικό έλκος είναι δυνατό να διατρήσει το εγκάρσιο κόλο, οπότε υπάρχει επικοινωνία με το παχύ έντερο. Χαρακτηρίζεται από έντονες διάρροιες, μεγάλη απώλεια νάρους, καχεξία και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Το συρίγγιο αποκαλύπτεται με βαριούχο υποκλυσμό καθ'όσον το βάριο εισέρχεται στο στομάχι και το λεπτό έντερο.

Θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση.

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι Ι

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΕΛΚΟΠΛΘΟΥΣ



Εἰκ. 8: Ἡ διατροφή κεντρικῆς ἀξίας τῆς ὑγείας, τῆς δραστηριότητος καὶ τῆς μακροζωίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Ο ανθρώπινος οργανισμός, για να διατηρηθεί στη ζωή, να αναπτυχθεί, να αντικαταστήσει τους φθαρμένους ιστούς του, να εξασφαλίσει την κανονική λειτουργία των πολύπλοκων συστημάτων του και για να παράγει έργο, έχει ανάγκη από διάφορες ουσίες, που αποτελούν την διατροφή του. Η επιστήμη της διατροφής μελετά τους κανόνες που καθορίζουν τη διατροφή του ανθρώπινου οργανισμού, ο όρος δίαιτα σημαίνει τη λήψη τροφής σε σχέση με τις ημερήσιες δραστηριότητες και τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Η διατροφή συνδέεται άμεσα με τις έννοιες: τρόφιμο, θρεπτικές, συμπληρωματικές ουσίες. Το τροφιμο είναι ένα φυσικό (ζωϊκό ή φυτικό) προϊόν ή παρασκεύασμα που χρησιμεύει στη διατροφή του ατόμου. Οι θρεπτικές ουσίες είναι χημικές ουσίες που εισαγόμενες στον οργανισμό: α) του δίνουν την απαιτούμενη ενέργεια για την διατήρηση σταθερής της θερμοκρασίας του, την κίνηση και γενικά για την παραγωγή έργου, και β) χρησιμεύουν μεταβολιζόμενες στη δόμηση και στην ανάπλαση των φθαρμένων ιστών. Στις θρεπτικές ουσίες ανήκουν τρεις μεγάλες ομάδες χημικών ουσιών: οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη και λιποειδή. Οι συμπληρωματικές ουσίες: είναι χημικές ουσίες που παρόλο ότι στερούνται από δυναμική ενέργεια, δηλ. μεταβολιζόμενες δεν παράγουν θερμότητα, κίνηση ή άλλη μορφή ενέργειας, συμμετέχουν στις διάφορες διεργασίες του οργανισμού κατά την ανταλλαγή της ύλης. Στην ομάδα αυτή των ουσιών ανήκουν βασικά τα ανόργανα άλατα, το νερό, οι βιταμίνες και η κυτταρίνη. Οι επτά αυτές ομάδες θρε-

πτικών και συμπληρωματικών ουσιών έχουν ονομασθεί τα επτά θαύματα του κόσμου.

Ο άνθρωπος παίρνει με τις τροφές ενέργεια και δομικά υλικά. Η απελευθέρωση της ενέργειας των τροφών συνδέεται με τον καταβολισμό των συστατικών τους. Οι υδατάνθρακες και τα λίπη δίνουν σαν τελικό προϊόν H_2O και CO_2 ενώ οι πρωτεΐνες δίνουν εκτός των ανωτέρω και ζωτούχες ενώσεις κυρίως δε την ουρία. Διακρίνονται τρεις φάσεις στο μεταβολισμό των τροφών:

1. Πέψη και απορρόφηση, π.χ. οι πολυσακχαρίτες πέπτονται σε εξόζες, τα λίπη σε γλυκερίνη και λιπαρά οξέα, οι πρωτεΐνες σε αμινοξέα.

2. Οξειδωση (καύση) με τελικά προϊόντα διοξείδιο του άνθρακα, νερό, ουρία όπως και οξικό οξύ, α-κετογλουταρικό οξύ και οξαλαξικό οξύ. Με τον τρόπο αυτό απελευθερώνονται περίπου το 1/3 της εγχειλιόμενης ενέργειας.

3. Πλήρης διάσπαση των τριών ανωτέρω οξέων δια του κύκλου του KREBBS και απελευθέρωση των υπόλοιπων 2/3 της ενέργειας. Και τα τρία ενεργειακά συστατικά των τροφών (υδατάνθρακες, λίπη πρωτεΐνες) συμπλέκονται μέσω κύκλου του KREBBS.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται στενά με την υγεία του και την επηρεάζει. Η επιλογή καλής και ισορροπημένης διατροφής δηλ. της σωστής διατροφής, αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία του ατόμου και βελτιώνει τις δραστηριότητές του, ενώ παράλληλα συντελεί στη μακροζωία και στην ευτυχία του.

Έτσι υγιεινά διατρεφόμενο άτομο εμφανίζεται μακροσκοπικά ζωρό, σωματικά και πνευματικά διακατέχεται από αισιοδοξία.

για τη ζωή και συγχρόνως ανθίστανται πιο αποτελεσματικά στις διάφορες λοιμώξεις, με αποτέλεσμα την παράταση της φυσιολογικής του δραστηριότητας. Αντίθετα, όταν το άτομο παίρνει ελαττωμένες ποσότητες θρεπτικών ουσιών είναι δυνατόν να δημιουργηθούν συνθήκες υποσιτισμού, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι διατροφή κάτω από ένα βέλτιστο επίπεδο αποτελεί και υποσιτισμό του ή ότι το άτομο δε διατηρείται καλά στην υγεία του. Ως ένδειξη ότι υπάρχει σωστή διατροφή θεωρείται ένα καλά αναπτυγμένο σώμα, που έχει κανονικό βάρος σε σχέση με την επιφάνειά του και γερούς μύες, με δέρμα απαλό και καθαρό, τρίχες στιλπνές, μάτια καθαρά και λαμπερά, στάση καλή, έκφραση προσώπου ζωηρή, έρεξη, πέψη και συνήθειες αποπάτησης φυσιολογικές.

Μια σωστή διατροφή, δηλ. μια διατροφή που περιέχει όλες τις θρεπτικές και συμπληρωματικές ουσίες (:καλή διατροφή) και στις αναγκαίες ποσότητες (:ισορροπημένη τροφή), απαιτεί και τον κατάλληλο σχεδιασμό των γευμάτων, που πρέπει απαραίτητα να παίρνει υπόψη του τις ιδιαίτερες συνθήκες ζωής του ατόμου (εργασία, περιβάλλον, συνήθειες κ.λ.π.) και τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού σε συνδυασμό με την ηλικία και τη σωματική διάπλασή του. Έτσι, ένα άτομο που παίρνει, π.χ. το πρωί ένα σωστό πρόγευμα μπορεί και εργάζεται πιο αποδοτικά και χωρίς αίσθημα κοπώσεως.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

1. ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Μαζί με τις πρωτεΐνες και τα λίπη οι υδατάνθρακες αποτελούν τις κυριότερες θρεπτικές ουσίες για τον άνθρωπο και τα ζώα. Προμηθεύουν θερμότητα, κίνηση και ενέργεια και μπορούν να ονομασθούν «τα καύσιμα» του οργανισμού. Είναι πιο διαδεδομένα στη φύση απ'ότι οι πρωτεΐνες και τα λίπη και βρίσκονται κατά κύριο λόγο στα φυτά και λιγότερο στα ζώα. Στα φυτά σχηματίζονται με την φωτοσύνθεση, ενώ στα ζώα βρίσκονται σαν γλυκόζη που αποτελεί συστατικό του αίματος και σαν γλυκογόνο.

Χημική σύσταση: Οι υδατάνθρακες αποτελούνται από άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο, το δε υδρογόνο και οξυγόνο βρίσκονται στην ίδια αναλογία όπως και στο νερό, δηλ. δυο μόρια υδρογόνου και ένα οξυγόνο. Όταν καίγονται αποδίδουν θερμότητα (1 GR= 4 θερμίδες) και αφήνουν σαν υπολείμματα διοξείδιο του άνθρακος και νερό. Ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων άνθρακος που περιέχουν, και τον τρόπο που συνδέονται μεταξύ τους χωρίζονται σε τρεις ομάδες: τους μονοσακχαρίτες, τους δισακχαρίτες και τους πολυσακχαρίτες.

α) Μονοσακχαρίτες: περιλαμβάνουν την γλυκόζη, που βρίσκεται στα σταφύλια, φρούτα, μέλι και αλλού. Αύξηση ή ελάττωση της συγκέντρωσης της στο αίμα μπορεί να προκαλέσει υπεργλυκαιμία, ή υπογλυκαιμία αντίστοιχα. Η γλυκόζη οξειδούμενη στον οργανισμό παράγει ενέργεια.

Την φρουκτόζη, γαλακτόζη και μαννόζη.

β) Δισακχαρίτες: περιλαμβάνουν το καλομοσάκχαρο ή σακχαρόχη, το γαλακτοσάκχαρο ή λακτόζη και την μαλτόζη.

γ) Πολυσακχαρίτες: περιλαμβάνουν το άμυλο, την κυτταρίνη το γλυκογόνο, την ινσουλίνη και της πηκτίνες,

Μεταβολισμός των υδατανθράκων

Όλες οι μορφές των υδατανθράκων εκτός από την κυτταρίνη διασπώνται με την πέψη και καταλήγουν σε γλυκόζη. Η γλυκόζη περιέχεται στο αίμα σε ποσοστό που κυμαίνεται από 80-100 MG σε κάθε 100 CC αίματος. Μόνο με τα γεύματα το ποσοστό αυτό ανεβαίνει ελαφρά, Ένα μέρος της γλυκόζης πηγαίνει στους λιστούς, όπου ενώνεται με το οξυγόνο καίγεται, αποδίδει θερμότητα, κίνηση και ενέργεια και αφήνει σαν κατάλοιπα διοξείδιο του άνθρακος και νερό, που αποδίδεται και πάλι στη φύση με τις απεκκρίσεις. Άλλο ένα μέρος περνάει στα κύτταρα και με την βοήθεια των κυτταρικών ενζύμων μεταβάλλεται σε γλυκογόνο και αποθηκεύεται για να χρησιμοποιηθεί για καύση και μυϊκή ενέργεια, μόλις χρειαστεί. Ένα τρίτο μέρος από τη γλυκόζη του αίματος μεταβάλλεται σε γλυκογόνο και αποθηκεύεται στο ήπαρ για να χρησιμοποιηθεί στο χρόνο που μεσολαβεί ανάμεσα στα γεύματα και γενικά όταν υπάρξει ανάγκη. Όταν το ποσό του γλυκογόνου είναι μεγαλύτερο απ'ότι πρέπει, το περίσσειμα μετατρέπεται σε λίπος και αποθηκεύεται σαν λιπώδης ιστός. Πολλές ορμόνες παίρνουν μέρος στον μεταβολισμό των υδατανθράκων. Η κυριότερη είναι η ινσουλίνη, η οποία σχηματίζεται στο πάγκρεας. Ελέγχει την ποσότητα της γλυκόζης, το περίσσειμα σε γλυκογόνο. Επίσης η αδρεναλίνη και η υδροκορτιζόνη έχουν σχέση με τον μεταβολισμό των υδατανθράκων.

Πηγές: Οι υδατάνθρακες βρίσκονται κυρίως σε 4 ομάδες τροφών: α) στα δημητριακά και στα προϊόντα τους, β) στα λαχανικά, γ) στα φρούτα και δ) στα γλυκύσματα. Από τα λαχανικά και τα φρούτα υπερτερούν οι πατάτες, τα όσπρια, οι μπανάνες, τα κάστανα, τα σταφύλια, οι χουρμάδες τα σύκα.

2. ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι πρωτεΐνες που είναι γνωστές και ως λευκώματα αποτελούν το βασικότερο συστατικό κάθε ζωντανού κυττάρου. Μετά το νερό είναι το συστατικό που περιέχεται στο σώμα στη μεγαλύτερη αναλογία 16-20%. Από αυτό το ποσοστό το $\frac{1}{2}$ βρίσκεται στους μυς, το $\frac{1}{5}$ στα οστά, το $\frac{1}{10}$ στο δέρμα και το υπόλοιπο στους άλλους ιστούς και στα υγρά του οργανισμού. Βασική λειτουργία των πρωτεϊνών είναι η αποκατάσταση φθαρμένων ή κατεστραμμένων ιστών και η σύνθεση καινούργιων. Από άποψη διατροφής οι πρωτεΐνες εξασφαλίζουν στον άνθρωπο καλύτερη ανάπτυξη, μικρότερη νοσηρότητα και υψηλότερο διανοητικό επίπεδο.

Χημική σύσταση: Οι πρωτεΐνες αποτελούνται από άνθρακα, υδρογόνο, οξυγόνο και άζωτο, συχνά περιέχουν επίσης σίδηρο, θείο, φώσφορο, ιώδιο. Όλα αυτά τα στοιχεία σχηματίζουν τις μονάδες που λέγονται αμινοξέα, δηλ. σώματα που περιέχουν στο μόριό τους καρβοξύλιο και αμινομάδα.

Τις πρωτεΐνες τις κατατάσσουμε:

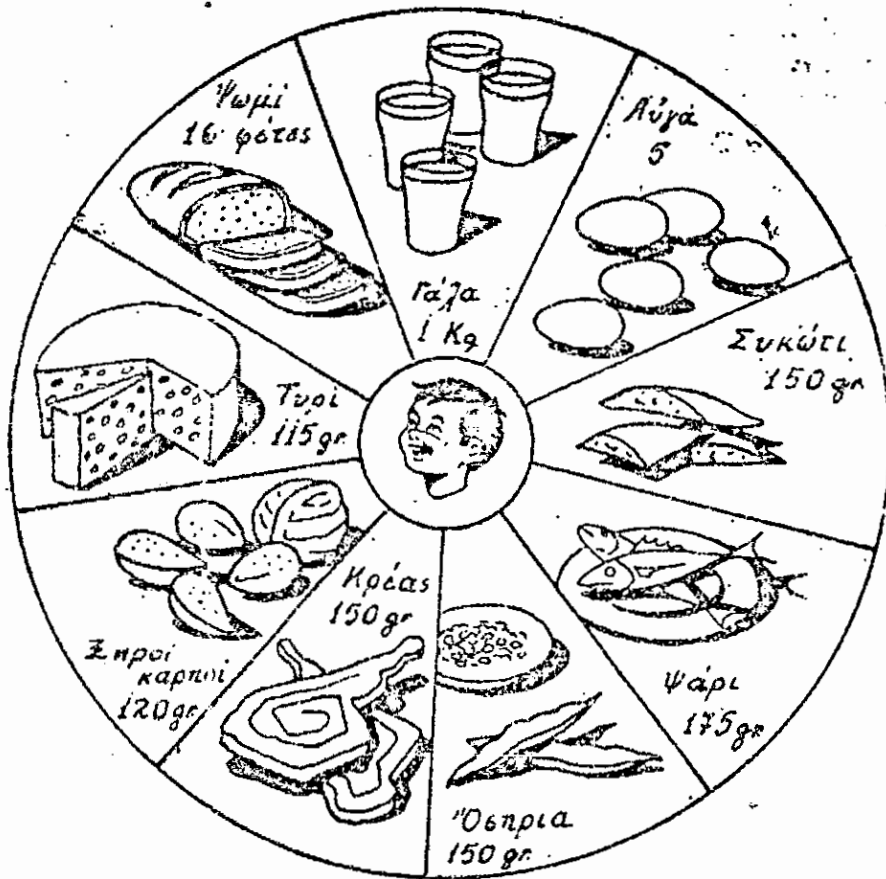
- α) Απλές πρωτεΐνες που υποδιαιρούνται σε: λευκωματίνες, σφαιρίνες, γλουτελίνες, προλαμίνες, πρωταμίνες, ιοτόνες, και λευκωματοειδή
- β) Σύνθετες πρωτεΐνες: σε αυτές κατατάσσονται πυρηνοπρωτεΐνες, γλυκοπρωτεΐνες, φωσφοπρωτεΐνες, χρωμοπρωτεΐνες, λιποπρωτεΐνες.
- γ) Παράγωγα πρωτεϊνών: πρωτεόζες, πεπτόνες, πεπτίδια, δικετοπεπεραζίνες

Μεταβολισμός των πρωτεϊνών

Η διάσπαση της πρωτεΐνης στον πεπτικό σωλήνα γίνεται με την επίδραση των πρωτεολυτικών ενζύμων της πεψίνης, της τρυψίνης και της αμινοπολυπεπτιδάσης. Τα τελικά προϊόντα από την

ενζυμική αυτή υδρόλυση είναι στα λεπτά έντερα τα 22 γνωστά αμινοξέα που με την απορρόφηση περνούν στο αίμα και από εκεί στο ήπαρ απ' όπου διανέμονται σε όλους τους ιστούς και τα όργανα. Η βασική αποστολή τους είναι η ανάπτυξη νέων κυττάρων που χρειάζονται για όλους τους ιστούς, καθώς ο οργανισμός αναπτύσσεται και η αντικατάσταση εκείνων που καθημερινά καταστρέφονται. Ο οργανισμός κάνει τους συνδυασμούς των αμινοξέων που είναι αναγκαία για το πρωτεϊνικό μόριο του κάθε ιστού, όταν έχει όλα τα αμινοξέα, ιδιαίτερα τα <<ουσιώδη>> και σε επαρκή ποσότητα. Κανένας ιστός δεν έχει τον ίδιο τύπο πρωτεΐνης και έτσι τα 22 αμινοξέα είναι απαραίτητα και το καθένα προορίζεται για μία ιδιαίτερη πρωτεΐνη. Τα αμινοξέα που δεν χρησιμοποιούνται συγκεντρώνονται και πάλι με το αίμα στο ήπαρ κι εκεί μπαίνουν σε μία νέα φάση μεταβολισμού που είναι γνωστή σαν αποαμίνωση. Στη φάση αυτή διαχωρίζονται σε δύο μέρη το αζωτούχο και το μη αζωτούχο. Το αζωτούχο διασπάται με την επίδραση ειδικών ενζύμων και είτε ένα μέρος του χρησιμοποιείται για να ανασυνθέσει κάποιο από τα <<επουσιώδη>> αμινοξέα ή μεταβάλλεται σε αμμωνία και ουρία, μεταφέρεται στα νεφρά και αποβάλλεται με τα ούρα. Το μη αζωτούχο μέρος, που είναι άνθραξ, υδρογόνο και οξυγόνο χρησιμοποιείται σαν καύσιμο, αφού πρώτα μεταβληθεί σε γλυκόζη.

Πηγές: Τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες είναι το γάλα και τα προϊόντα του εκτός από το βούτυρο, τα αυγά, τα κρέατα και τα ψάρια που περιέχουν πρωτεΐνες <<μεγάλης βιολογικής αξίας>>. Τα δημητριακά, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί είναι επίσης τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες αλλά <<μικρής βιολογικής αξίας>>.



Εικόνα 5 Όλες αυτές οι τροφές είναι απαραίτητες για ανάπτυξη και συντήρηση και προμηθεύουν την ίδια ποσότητα πρωτεΐνης.

3. ΛΙΠΗ

Με τον όρο «λίπη» εννοούνται όλα τα λίπη, τα έλαια, καθώς και κάποιες άλλες ουσίες που μοιάζουν με λίπη και λέγονται «λιποειδή». Τα λίπη είναι ή «μορφή ενέργειας» που αποταμιεύουν οι ζωϊκοί οργανισμοί όπως οι φυτικοί αποταμιεύουν το άμυλο. Τα λίπη, ανάλογα με την προέλευσή τους διαιρούνται σε ζωϊκά λίπη (βούτυρο γάλακτος, λίπη ζώων) και φυτικά (ελαιόλαδο, διάφορα σπορέλαια). Ακόμη διακρίνονται από την άποψη της διατροφής σε ορατά (τα λίπη που χρησιμοποιούνται αυτούσια) και αόρατα (αυτά που περιέχονται στις τροφές).

Χημική σύσταση: Η μοριακή τους σύσταση περιλαμβάνει άνθρακα, υδρογόνο και οξυγόνο, με μεγαλύτερη αναλογία σε άνθρακα και υδρογόνο και μικρότερη σε οξυγόνο, αντίθετα από ότι συμβαίνει στους υδατάνθρακες. Αυτή η διαφορά τα κάνει να έχουν και μεγαλύτερη θερμιδική απόδοση στην καύση.

Χωρίζονται σε: Απλά λίπη και Σύνθετα λίπη.

Επίσης στα παράγωγα λιπών περιλαμβάνονται: α) τα λιπαρά οξέα, β) τα μονο-ή διγλυκερίδια, γ) αλκοόλες λιπών και δ) τα στεροειδή.

Μεταβολισμός των λιπών: Τα λίπη διασπώνται με την επίδραση των πεπτικών υγρών στα συστατικά που τα αποτελούν, λιπαρά οξέα και γλυκερίνη. Είναι από τις ουσίες που παραμένουν περισσότερο στο στομάχι και δημιουργούν αίσθημα κορεσμού. Τα λίπη όπως και οι υδατάνθρακες είναι ουσίες που χρησιμεύουν να προμηθεύουν ενέργεια. Ένα μεγάλο μέρος τους χρησιμοποιείται στις καύσεις, ενώ το υπόλοιπο σχηματίζει το απόθεμα λίπους του σώματος. Όταν τα λίπη καίγονται, σχηματίζουν, πριν από τα τελικά τους προϊόντα που είναι το διοξειδίο του άνθρακος και το νερό, πολλά ενδιάμεσα προϊόντα όπως ασετόνες, βουτυ-

ρικό οξύ κ.α. Όταν ο μεταβολισμός λιπών είναι άτελής, τα ενδιάμεσα αυτά προϊόντα περιέχονται στο αίμα και δημιουργούν ενοχλήσεις. Το απόθεμα λίπους είναι η ενέργεια που αποταμιεύεται για μελλοντική χρήση. Πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα λίπη προέρχονται από τον λιπώδη ιστό και ότι αυτός με την σειρά του καθημερινά αναπληρώνεται από τα λίπη των τροφών. Τα λίπη εκτός από τη μορφή του λιπώδους ιστού, βρίσκονται στο σώμα με την μορφή των «λιποειδών» (φωσφολιπίδες και στερόλες) και παίρνουν μέρος στη σύνθεση των κυττάρων καθώς και στο μεταβολισμό των λιπών. Ειδικότερα ο ρόλος της χοληστερόλης είναι πολύπλοκος και σημαντικός παρόλο ότι δεν έχει ακόμη ερευνηθεί.

4. ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Είναι οργανικές ενώσεις που δεν έχουν θερμιδική απόδοση αλλά είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και συντήρηση του οργανισμού.

Δεν παράγονται μέσα στον οργανισμό αλλά πρέπει να τις παίρνουμε με τις τροφές. Οι βιταμίνες σαν οργανικές ενώσεις, καταστρέφονται από την θέρμανση, την οξείδωση και άλλες χημικές αντιδράσεις. Η κατανομή τους στις τροφές είναι σε μικρά ποσά και κάθε τροφή περιέχει διάφορα είδη βιταμινών και σε διαφορετικές αναλογίες. Η βασική προέλευσή τους είναι φυτική. Τα φυτά σχηματίζουν τις βιταμίνες με την επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας.

Πλουσιώτατες βιταμινούχες πηγές είναι το κρέας των ζώων, το γάλα και τα αυγά. Επίσης τα ψάρια και τα θαλασσινά.

Οι βιταμίνες διαφέρουν μεταξύ τους και στην σύσταση και στις ιδιότητες. Τις χωρίζουμε με βάση το διαλυτικό τους μέσο σε:

- α) Λιποδιαλυτές βιταμίνες και
- β) Υδατοδιαλυτές βιταμίνες

Οι σημαντικότερες λειτουργίες των βιταμινών αφορούν:

- 1) την ανάπτυξη
- 2) την κανονικότητα αναπαραγωγής και
- 3) την διατήρηση της υγείας και της ζωτικότητας

Το τρίτο επίτευγμα που αφορά την διατήρηση της υγείας και της ζωτικότητας, έχει τέσσερις υποδιαίρεσεις που όλες απαιτούν τη βιταμινική συνδρομή και αυτές είναι:

- α) Η κανονική λειτουργία του πεπτικού συστήματος
- β) Η πραγματοποίηση της κανονικής διατροφής
- γ) Η ισορροπία και η σταθερότης του νευρικού συστήματος
- δ) Η υγεία των ιστών και η αντίσταση στις βακτηριδικές μολύν-

5. ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Συνήθως διακρίνονται σε μακροστοιχεία: ασβέστιο, φωσφόρος, μαγνήσιο, νάτριο, κάλιο, χλώριο και θείο (κύρια στοιχεία) και μικροστοιχεία από τα οποία βασικότερα είναι: ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, ο χαλκός, το ιώδιο και το φθόριο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

ΔΙΑΙΤΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Στην δημιουργία του έλκους εκτός των άλλων συμβάλλουν κακές διατροφικές συνήθειες όπως ακανόνιστες ώρες γευμάτων και γρήγορη μάσηση, υπερβολικό κάπνισμα, συναισθηματικές διαταραχές, άγχος, αγωνία.

Με την δίαιτα επιδιώκεται η ελάττωση της κινητικότητας του στομάχου και της υπερεκκρίσεως του υδροχλωρικού οξέος, όπως και η κατά το δυνατόν μικρή παραμονή των τροφών εντός του στομάχου. Αυτό επιτυγχάνεται με την χορήγηση υδαρών και πολτώδων τροφών.

Σήμερα κανείς δεν τάσσεται υπέρ αυστηρών ειδικών διαιτών. Μερικές μάλιστα από αυτές πλούσιες σε γάλα και πρωτεΐνες αυξάνουν πιθανώς την έκκριση του γαστρικού υγρού. Συνιστώνται: συχνά, μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις ανεχθεί ο άρρωστος. Αποκλείονται από την δίαιτα χημικά ερεθίσματα και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεία, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό, και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό όπως τα POPCORN. Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν την γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σε ένα εναλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά ανάμεσά τους και ένα μικρό πριν από τον ύπνο. Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυκτερινό πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο, του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

Εκτός από την συνηθισμένη διαιτητική αγωγή, εφαρμόζεται από μερικούς η διατροφή της νήστιδος με μόνιμο ρινογαστρικό καθετήρα, ο οποίος εισάγεται στη νήστιδα από την μύτη και παραμένει στην θέση αυτή 30-35 ημέρες. Η διατροφή διενεργείται με την έγχυση υδαρών τροφών, περιλαμβάνοντας κυρίως υδατάνθρακες, βούτυρο, γάλα, σακχαρούχα διαλύματα, βιταμίνες, κατά μικρά και συχνά γεύματα, επιδιώκοντας την χορήγηση 30 θερμίδων κατά χιλιόγραμμο σωματικού βάρους ημερησίως. Η θεραπεία αυτή υπερέχει από τις άλλες κατά το ότι συντελεί στην ελάττωση -εις το ελάχιστο- του περισταλτισμού και της γαστρικής εκκρίσεως, και είναι η περισσότερο ενδεδειγμένη στα χρόνια έλκη. Ο τρόπος όμως αυτός της διατροφής είναι λίγο δυσεφάρμοστος και απαιτεί θέληση και υπομονή από μέρος του ασθενή. Ακόμα το κάπνισμα απαγορεύεται αυστηρά στο πεπτικό έλκος. Έχει παρατηρηθεί -όσον αφορά το έλκος στομάχου- ότι η διακοπή του καπνίσματος υποβοηθά σημαντικά στην epούλωση του έλκους. Επίσης ασπιρίνη και λοιπά παυσίπονα, φαινυλοβουταζόνη και παράγωγα ρεζερπίνης απαγορεύονται.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Απαγορεύονται :

- 1) ο μηχανικός ερεθισμός, επομένως απαγορεύεται η κυτταρίνη
- 2) ο χημικός ερεθισμός όπως των φυσικών ή άλλων οξέων και των καρυκευμάτων γενικά
- 3) Τα γλυκά, τα αλμυρά, οι αιχμηροί σπόροι, τα κόκκοι των φασολιών, τα οποία τρώγονται συνήθως ολόκληρα, τα τηγανιτά, τα γιαχνί, τσιγαριστά και τα οινοπνευματώδη ποτά. Επίσης οι τροφές οι οποίες προκαλούν έκκριση του γαστρικού υγρού ό-

πως ο ζωμός κρέατος (διότι περιέχει εκχυλισματικές ουσίες) οι σάλτσες, ο καφές, το δυνατό τσάι, τα πολλά υγρά, το καμμένο λάδι, ομοίως τα πολύ κρύα φαγητά και τα πολύ ζεστά μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του έλκους.

4) Κάπνισμα

Επιτρέπονται :

- 1) Κρέας τρυφερό μοσχαράκι ή αρνάκι ψητό στο φούρνο ή στη σχάρα ή βραστό, χωρίς την σούπα του (εκτός αν είναι πηκτή). Επίσης μπιφτέκι στον αχνό ή μπριζόλα, σικώτι μοσχαρίσιο ψητό στην σχάρα. Κοτόπουλο τρυφερό, ψητό ή βραστό χωρίς την σούπα του. Μυαλά βραστά
- 2) Ψάρι μικρό στην σχάρα ή βραστό χωρίς την σούπα του, λιθρίνι, μπαρμπούνι, γλώσσα φρέσκο, βακαλάο, τσιπούρα, γόπα
- 3) Γάλα κατά προτίμηση νοπό (χλιαρό), κρέμες γάλακτος (με ριζάλευρο, κορν φλάουερ, κουάκερ, κ.λ.π.), ριζόγαλο χωρίς κανέλλα.
- 4) Αυγό μελάτο ή ποσέ ή ομελέτα βραστή
- 5) Ζυμαρικά όλων των ειδών άσπρα με φρέσκο βούτυρο ατσιγάριστο ή βιτάμ
- 6) Ρύζι κατά προτίμηση πιλάφι (ή σουβίλα πηκτή) άσπρο με φρέσκο βούτυρο ή βιτάμ ατσιγάριστο
- 7) Πατάτες βραστές ή ψητές ή στο φούρνο με φρέσκο φούτυρο ή πουρέ
- 8) Χορταρικά γενικά καλοβρασιμένα και περασιμένα από μηχανή του πουρέ. Από ζαρζαβατικά, αγκινάρες μόνο τον καρπό τους βραστές, φασολάκια τρυφερά βραστά, αρακάς τρυφερός βραστός σαλάτα, καρότα καλοβρασιμένα. Και τα ζαρζαβατικά αν είναι δυνατόν να είναι περασιμένα από την μηχανή του πουρέ.
- 9) Σαλάτες, ντομάτα ξεφλουδισμένη, κολοκυθάκι φρέσκο, παντζά-

ρι καλά βρασμένο

10) Πολτοί από βρώμη, σιμιγδάλι ή κουάκερ

11) Όσπρια με προσοχή λίγα στην ποσότητα, καλοβρασμένα και πάντοτε περασμένα από την μηχανή του πουρέ για να αποφύγουμε τις φλοίδες

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

13) Γλυκά, κομπόστες, γλυκά κουταλιού, μαρμελάδες, λίγο μέλι

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

ΔΙΑΙΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΕ 4 ΣΤΑΔΙΑ

1ο Στάδιο: Σε σοβαρό πεπτικό έλκος δίνουμε 90-120 γρ.γάλα κάθε 1 έως 2 ώρες από τις 7 το πρωί έως τις 9-10 το βράδυ. (πολλές φορές και τη νύχτα, όταν ξυπνήσει ο άρρωστος). Η δίαιτα αυτή συνεχίζεται έως ότου περάσει ο πόνος ή περίπου μία εβδομάδα.

2ο Στάδιο: Όταν ο πόνος σταματήσει, προσθέτουμε μικρά γεύματα μαλακής τροφής. Το ενδιάμεσα διαστήματα των γευμάτων αυξάνουν και έχουμε 5 γεύματα την ημέρα. Συμπληρωματικές τροφές εκλέγουμε από τις εξής: Αυγά μελάτα, ή κρόκος κτυπητός. Σιταρικά κορν φλάουρ, ριζάλευρο. Φρυγανιά από σκληρό ψωμί, βούτυρο αγνό, κρακεράκια, κρέμα, σούπα πηχτή.

3ο Στάδιο: 6 γεύματα την ημέρα. Το 6ο το δίνουμε το βράδυ προ του ύπνου. Τροφές οι οποίες επιτρέπονται είναι του πρώτου και του δεύτερου σταδίου συν κρέας, κιμάς από τρυφερό ψαχνό κρέας, κοτόπουλο άπαχο στήθος ή πόδι χωρίς την πέτσα. Αργότερα κρέας μοσχαρίσιο βραστό ή ψητό.

Ψάρια: άπαχα στη σχάρα ή βραστά. Πατάτες πουρές, πατατόσουπα, βραστής. Ψωμί: κατά προτίμηση φουγανιά, παξιμάδι ή ψωμί ξερό.

Ζάχαρη: προσθέτουμε λίγη σε όλες τις τροφές για να αυξήσουμε την θρεπτική αξία.

Ζυμαρικά: μακαρόνια, μανέστρα με φρέσκο βούτυρο χωρίς σάλτσα και ρύζι.

Λίπη: βούτυρο φρέσκο, μαργαρίνη, λάδι καλής ποιότητας.

Τυρί: μαλακό όχι αλατισμένο

Λαχανικά: πουρές λαχανικών

Επιδόρπια: κρέμες, ζελέ.

Φρούτα: πουρές φρούτων και αραιωμένοι χυμοί φρούτων.

4ο Στάδιο: Η δίαιτα στο τέταρτο στάδιο περιλαμβάνει τροφές για αρρώστους που δεν είναι στο κρεβάτι. Περιλαμβάνει τρία γεύματα και γάλα ενδιάμεσα.

Η δίαιτα περιέχει 100 γρ. πρωτεΐνης, 100-110 γρ. λίπους, 230-250 γρ. υδατανθράκων και 2.300 θερμίδες. Περιλαμβάνει τις τροφές που περιέχονται στα 3 προηγούμενα στάδια και επί πλέον: Αυγά ομελέτα. λαχανικά βρασμένα με λίγη κυτταρίνη όπως τα καρότα, τα κολοκυθάκια κ.α.

Φρούτα: μπανάνες, κομπόστες φρούτων.

Ο ΔΕΚΛΑΔΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

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

Μ Ε Ρ Ο Σ Ι Ι Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ
ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ 12/ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗ
ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι

Ασθενής Π.Δ. 56 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά Ιατρεία με οξύ πόνο στο άνω ήμισυ της κοιλιάς χωρίς ο πόνος να αντανακλα στη ράχη. Εκτός από το άλγος, ο ασθενής είχε ρέψιμο, καούρες, αναγωγές και σιαλόρροια. Ο πόνος εμφανιζόταν κατά περιόδους 8-20 ημέρες εναλλάξ, με περίοδο ηρεμίας. Ο ασθενής εμφάνισε ευαισθησία στο επιγάστριο και παραομφαλικά. Εισήχθημε στην χειρουργική κλινική. Έκανε ακτινογραφία και παρατηρήθηκε παραμόρφωση του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Επειδή υπήρχε στένωση και ο ασθενής είχε εμφανίσει συμπτώματα αντικειμενικά στο παρελθόν όπως απώλεια βάρους, σφυδάτωση, ευαισθησία στο επιγάστριο καθώς και εργαστηριακά επιβαρυντικά για την κατάστασή του, διαγνώστηκε έλκος βολβού του 12δακτύλου. Επειδή πολλές φορές είχε νοσηλευτεί σε νοσοκομεία και έκανε συντηρητική αγωγή αποφάσισε να χειρουργηθεί. Του έγινε μερική γαστρεκτομή. Η επέμβαση κράτησε 2,5 ώρες. Πήρε δύο φιάλες αίμα κατά την διάρκεια της επεμβάσεως. Έγινε αιματολογικός έλεγχος πριν και μετά το χειρουργείο και είχε ΗΤ 37%. Η θεραπεία που έπαιρνε ήταν: BRIKLIN 1 X 2, 8 π.μ. - 8 μ.μ., MANDOKER 1 X 3 6-2-10 και PATHIDINE επί πόνου. Ο ασθενής έμεινε 15 ημέρες στο νοσοκομείο.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς

Βρισκόμαστε στο προεγχειρητικό στάδιο. Ο ασθενής έχει αποφασίσει για την επέμβαση και την έχει αποδεχτεί. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για την μετέπειτα πορεία του. Όπως είναι φυσικό διακατέχεται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας, για το ά-

γνωστο της χειρουργικής επέμβασης που πρόκειται να του γίνει. Η νοσηλεύτρια με την λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, βοηθά τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Με την πείρα που διαθέτει προσπαθεί να επιτύχει την τόνωση του ηθικού του αρρώστου. Εκθέτει -σε όρια επιτρεπτά- στον άρρωστο την κατάσταση του, την ανάγκη της εγχειρήσεως, και το τι θα επιτευχθεί με αυτήν. Καταστέλλει την ανησυχία και τον φόβο του, όσον αφορά την νάρκωση και το αναισθητικό, προβάλλοντός του την επιστήμη και τις προόδους της σε όλους τους τομείς, και στην αναισθησιολογία. Προσπαθεί λοιπόν η νοσηλεύτρια να ηρεμήσει τον άρρωστο πριν από το χειρουργείο για να αποφευχθούν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως SHOCK κ.τ.λ. Στο σημείο αυτό προσπαθεί να συμπαρασταθεί συγχρόνως όσο είναι δυνατόν και αναγκαίο και στους οικείους του ασθενή, διαλύει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και απαντά στα πολλά ερωτήματά τους.

Στη συνέχεια εφόσον ο άρρωστος τονώθηκε ηθικά και κατάλαβε την αναγκαιότητα της εγχειρήσεως και εφόσον την έχει αποδεχτεί του ζητείται γραπτά και ενυπόγραφα, να αποδεχθεί την αναισθησία και την εγχείρηση προς αποφυγή κάθε μετεγχειρητικής αμφισβητήσεως. Στη συνέχεια έρχεται η σωματική τόνωση του ασθενούς. Όπως πριν από κάθε επέμβαση έτσι και πριν από την εγχείρηση του στομάχου πρέπει να προσπαθήσει η αδελφή να καταστήσει τον ασθενή ικανό για να αντιμετωπίσει μια τέτοια επέμβαση. Έτσι και στον συγκεκριμένο ασθενή του χορηγούνται τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα,

βιταμίνες και φυσικά όχι ερεθιστικές, και φτωχές σε λίπη. Γίνεται η τόνωση του οργανισμού του και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών. Εφόσον ο ιατρός καθόρισε το διαιτολόγιο του ασθενούς η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την διατροφή του, την σωστή κατασκευή του διαιτολογίου του και παρακολουθεί για την εμφάνιση τυχόν προβλημάτων. Δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, γιατί με την εγχείρηση ο ασθενής θα χάσει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Κατ'αυτόν τον τρόπο ο ασθενής βοηθείται στην πόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως SHOCK, ναυτία, δίψα κ.τ.λ.. Καθ'όλη τη διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας και μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση εφαρμόζεται στον ασθενή η δίαιτα ελκοπαθούς: με ελαφρές τροφές χωρίς υπολείμματα, όπως: αυγά, ρυζόλευρο, φρυγανιά, βούτυρο αγνό, κρέμα, σούπα πηχτή, κρακεράκια, γάλα, κρέας τρυφερό ψαχνό, κοτόπουλο άπαχο στήθος, πουρέ κ.τ.λ.. Τις επόμενες 12 ώρες την παραμονή δηλαδή της εγχειρήσεως χορηγείται στον ασθενή υγρή δίαιτα, κυρίως γάλα. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν πήρε τίποτα από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλιάς. Εκτός από τα παραπάνω, και πριν ακόμα αρχίσει η σωματική προετοιμασία του ασθενούς, έγιναν οι απαραίτητες Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές εργαστηριακές). Καθ'όλη τη διάρκεια των εξετάσεων αυτών η νοσηλεύτρια ήταν δίπλα για να διευκολύνει αφ'ενός τον γιατρό και για να εξυπηρετεί αφ'ετέρου τον άρρωστο σε ότι θα χρειαζόταν. Κατ'αυτόν τον τρόπο ο ασθενής εξετάστηκε από χειρουργό ιατρό για εκτίμηση της καταστάσεώς του, και για τη λήψη του ιστορικού. Από παθολόγο για μια γενική εξέταση όλων των συστημάτων και τέλος εξετάστηκε από τον αναισθησιολόγο, ο οποίος κανόνισε την μέθοδο ναρκώ-

σεως και το είδος του αναισθητικού που θα χρησιμοποιούσε βάσει της ηλικίας του βάρους και της κατάστασης θρέψεως, και βέβαια βάσει του ιστορικού του ασθενούς.

Ακολούθησαν και οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες είναι απαραίτητες πριν από κάθε εγχείρηση. Όπως: εξέταση αίματος, γενική ούρων, ακτινογραφία θώρακος, για την πλήρη έρευνα του θώρακος, επειδή η απλή κλινική εξέταση δεν αποκλύπτει πάντα την ύπαρξη ενεργούς πνευμονικής ή καρδιακής νόσου, ηλεκτροκαρδιογράφημα και λεπτομερής καρδιολογική εξέταση, για να αξιολογηθεί η αντοχή της καρδιάς στα προβλήματα που τυχόν να δημιουργηθούν με τη νάρκωση. Γίνεται προσδιορισμός της αρτηριακής πίεσεως.

Στην συνέχεια έχουμε την καθαριότητα του ασθενούς, με πρώτα απ' όλα τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με την χρήση καθαρτικού και με υποκλυσμό σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού για να επιτευχθεί:

- αποφυγή εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι.
- η ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- αποφυγή δημιουργίας αερίων στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Έγιναν έτσι δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως.

Ένα δεύτερο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Γίνεται λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από

το αιάθατο δέρμα. Το λουτρό έγινε την παραμονή της εγχειρήσεως. Έγινε περιποίηση των νυχιών: πλένονται κόβονται και ξεβάφονται, γιατί από τα νύχια ο αναισθησιολόγος παρακολουθεί την καλή κυκλοφορία. Έγινε καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας για την πρόληψη μολύνσεων του ρινοφάρυγγα και των σιελογόνων αδένων. Τοποθετήθηκε σωλήνας LEVIN για την εκκένωση του στομάχου. Ο στόμαχος πρέπει να είναι άδειος κατά την επέμβαση γι' αυτό εκκενούται με σωλήνα LEVIN και καθαρό νερό, μέχρις ότου το νερό βγει τελείως καθαρό. Κατόπιν έγινε το εγχειρητικό πεδίο. Αφού πλύθηκε και τακτοποιήθηκε ο άρρωστος από κάθε άποψη όσον αφορά την καθαριότητά του η αδελφή αφείρεσε τις τρίχες και προετοίμασε ειδικότερα και επιμελέστερα την περιοχή που επρόκειτο να χειρουργηθεί και μάλιστα σε μια μεγάλη ακτίνα γύρω από την περιοχή αυτή. Έγινε και αντισηψία της περιοχής αυτής ώστε να καταστεί ακίνδυνη όσο το δυνατόν περισσότερο για τις μολύνσεις. Εκπαιδεύεται ο ασθενής σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων για να αποφευχθεί η θρομβοφλεβίτιδα, αναπνευστικού, πως να βήχει για να φύγει το ναρκωτικό κρατώντας συγχρόνως το τραύμα για να μην ανοίξει. Όλη αυτή η εκπαίδευση βοηθά τον άρρωστο στην συντομότερη αποκατάστασή του, χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές, και χωρίς πολλούς πόνους. Ζητείται από τον άρρωστο να επαναλάβει τις ασκήσεις.

Την παραμονή της εγχειρήσεως εξασφαλίζεται επαρκής και καλός ύπνος, χορηγείται στον ασθενή ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο. Η προεγχειρητική προετοιμασία συνεχίζεται και την ημέρα της εγχειρήσεως. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και ελέγχει την γενική κατάσταση του ασθενούς σφύξεις και θερμοκρασία.

Προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα ο οποίος φανερώνει κρυολόγημα και όλες οι παρατηρήσεις της αναφέρονται στην προϊσταμένη και στο γιατρό.

Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση και αφού ο ασθενής ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη (για να μην αδειάσει στο χειρουργικό τραπέζι) φορεί την κατάλληλη ενδυμασία: πουκαμίσια χειρουργείου, ποδονάρια, σκούφο. Αφαιρούνται από τη νοσηλεύτρια όλα τα ρούχα και τα κοσμήματα, όπως και όλα τα ξένα σώματα. Ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος και υπενθυμίζει (η νοσηλεύτρια) στον ασθενή τις μετεγχειρητικές ασκήσεις.

Ακολουθεί η προνάρκωση. Καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι του. Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό, και δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο. Κατόπιν μεταφέρεται στο φορείο και μετακομίζεται στο χειρουργείο. Βασικώτερο μέλημα της νοσηλεύτριας είναι τώρα να περιποιηθεί το θάλαμο του ασθενούς. Αερίζει, έτοιμο το θάλαμο, ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς. Το κρεβάτι ετοιμάζεται έτσι ώστε να είναι ζεστό, άνετο, να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού, να είναι ανοιχτό από την πλευρά της πόρτας, που πρόκειται να έρθει ο άρρωστος και να έχει τα απαραίτητα εξαρτήματα. Στο κομοδίνο τοποθετεί η νοσηλεύτρια όλα τα απαραίτητα αντικείμενα όπως: νε-

φροειδές για τον εμετό, ένα ποτήρι νερό, κομμάτια χαρτοβάμβακος, ένα ποτήρι με PORT-COTTON, και μια σύριγγα για αναρρόφηση από τις παροχетеύσεις σε περίπτωση που θα χρειαστεί. Την στιγμή αυτή το δωμάτιο είναι έτοιμο να δεχθεί τον άρρωστο. η επέμβαση κράτησε δύομιση ώρες και η έκβασή της ήταν καλή. Ο ασθενής βγαίνει από το χειρουργείο και οδηγείται πάλι στο θάλαμο για να δεχθεί την μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα: Η νοσηλεύτρια παραλαμβάνει τον άρρωστο από το χειρουργείο και προσπαθεί να τον προφυλάξει από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στον θάλαμο. Φροντίζει για την κατάλληλη τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Τοποθετείται συγκεκριμένα σε ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι, με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως. Παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου: σφύξεις, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία και ελέγχει την κατάσταση του τραύματος. Τον προφυλάσσει από την ύπαρξη τυχόν διεγέρσεων και από την εισρόφηση των εμεσμάτων. Ελέγχει και συνδέει τις παροχетеύσεις. Κάνει συχνές αναρροφήσεις από τον ρινογαστρικό καθετήρα στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μία ώρα. Ανακουφίζει τον άρρωστο από τον πόνο και τη δυσφορία, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα και την χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών φαρμάκων. Περιποιείται την στοματική κοιλότητα με μεγάλη επιμέλεια και την διατηρεί καθαρή και υγρή. Εκτελεί συχνές μετακινήσεις του αρρώστου στο κρεβάτι για να αποφευχθούν οι κατακλίσεις και έτσι ώστε να μην δυσκολεύεται η παροχетеυση και να μην εμποδίζεται το τραύμα. Φροντίζει για την παρεντερική χορήγηση υγρών. Ο ασθενής μετά την εγχείρηση, τρέφεται παρεντερικά. Χορηγούνται οι κατάλληλοι οροί που έχει ορίσει ο

γιατρός. Προσέχει ακόμα το ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών, με την ακριβή μέτρηση και αναγραφή των υγρών. Παρακολουθεί τον άρρωστο για την τυχόν εμφάνιση επιπλοκών και συμβάλλει στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Με την συνεχή συνασθηματική υποστήριξη βοηθά τον άρρωστο να προσαρμοστεί στη νέα αυτή κατάσταση και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους. Ικανοποιεί τις ανάγκες που εμφανίζονται (φυσικές, συναισθηματικές, ψυχικές κ.λ.π.) έτσι ώστε να κατασταλούν το άγχος, η αγωνία, παράγοντες που επιβραδύνουν την ίαση και θεραπεία ειδικά στην περίπτωση του έλκους. Διδάσκει στον άρρωστο, πως να αναπνέει βαθιά να βήχει για να αποβάλλει καλύτερα το αναισθητικό προσέχοντας συγχρόνως το τραύμα να μην ανοίξει.

Ένα άλλο βασικό μέλημα της νοσηλεύτριας είναι να ενισχύσει σωματικά τον άρρωστο με επιμελημένη και επαρκή σίτιση. Το πρώτο 24ωρο ο ασθενής τρέφεται παρεντερικά. Τις επόμενες μέρες και εφόσον αρχίζει να σιτίζεται, λαμβάνει τροφές εμπλουτισμένες σε ζωϊκά λευκώματα και βιταμίνες. Συγκεκριμένα η διατροφή αρχίζει μετά την αφαίρεση του στομαχικού καθετήρα (LEVIN). Στην αρχή δίνονται μικρές ποσότητες νερού και χαμομηλιού. Την επόμενη μέρα προστίθεται γάλα, αραιή σούπα και κρέμα. Την 3η ημέρες προστίθεται αυγό μελάτο και ζελέ. Την 5η-6η μέρα δίνεται κοτόπουλο, καλά βρασμένο και ακολουθεί διαιτολόγιο με τους ακόλουθους περιορισμούς. Επί δίμηνο απαγορεύονται τα ωμά λαχανικά και τα φρούτα, τα βαριά φαγητά και τα καρυκεύματα. Αποφεύγονται τα πολύ γλυκά και αλμυρά φαγητά καθώς και τα παγωμένα ή πολύ ζεστά φαγητά. Εφόσον το στομάχι του ασθενούς δεν έχει πιά τις φυσιολογικές διαστάσεις,

τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά, και σε μικρή ποσότητα. Αποφεύγεται έτσι η υπερφόρτωση του στομάχου και η εξαιτίας της δυσπεψία. Η τροφή πρέπει να είναι εύπεπτη και όχι ερεθιστική. Επιβάλλεται η ανάπαυση του αρρώστου μετά από κάθε γεύμα, για διευκόλυνση της πέψης. Η νοσηλεύτρια επίσης ενισχύει την επαρκή θρέψη του αρρώστου με την εξασφάλιση παραγόντων που διεγείρουν την όρεξη και παρακίνηση του ασθενούς για λήψη τροφής. Εκτιμά και ικανοποιεί τις προσωπικές του προτιμήσεις σχετικά με την διατροφή του. Ενημερώνει τον ασθενή για τους ερεθιστικούς παράγοντες του στομάχου. Αυτοί δεν είναι μόνο οι τροφές αλλά και ο τρόπος της ζωής και αντιμετώπισής της. Ακόμα καθ' όλη την διάρκεια της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας δίνεται ιδιαίτερο βάρος και στην καθαριότητα του ασθενή. Γίνεται λουτρό καθαριότητας καθημερινά, συχνή αλλαγή νυκτικού και λευκού ιματισμού, συχνές εντριβές.

- Έχουν περάσει ήδη αρκετές μέρες και η κατάσταση του αρρώστου είναι αρκετά καλή. Ο άρρωστος είναι έτοιμος να βγει από το νοσοκομείο.

Στην φάση αυτή η νοσηλεύτρια παρέχει στον άρρωστο μια τόνωση σωματική και αδιαίτερα μια ηθική και ψυχική τόνωση και φυσικά μια συναισθηματική αποκατάσταση. Και όσον αφορά την σωματική αποκατάσταση, η αδελφή εφοδιάζει τον άρρωστο κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο με ειδικό έντυπο στον οποίο αναφέρονται τα είδη των τροφών που επιτρέπονται, ο κατάλληλος τρόπος παρασκευής τους, η κατάλληλη δόση τους και ο χρόνος λήψεώς τους (συνήθως μικρή δόση κατά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε το στομάχι να μην μένει για πολύ ώρα αδει-

νό, ούτε βέβαια να υπερφορτώνεται). Επίσης αναγράφονται ένα προς ένα και τα φαγητά που απαγορεύονται.

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην προσοχή του τραύματος, συσταίνεται η ανάπαυση, οι όχι απότομες κινήσεις, να μην σηκώνει βάρη, να αποφεύγονται έντονες ψυχολογικές διακυμάνσεις και έντονα συναισθήματα. Σε εμφάνιση κάποιας επιπλοκής, τονίζεται στον ασθενή, ότι πρέπει να επισκεφθεί το γιατρό και φυσικά να τον επισκέπτεται συχνά για μια εξέταση. Εξηγούνται σαφώς είτε προφορικά είτε γραπτώς ο τρόπος και ο χρόνος λήψης των φαρμάκων που χορηγήθηκαν από τον γιατρό καθώς και η δοσολογία αυτών. Τονίζεται η σημασία της καθαριότητας του σώματος γενικά και ιδιαίτερα για το τραύμα και δίνονται σχετικές οδηγίες για το πότε μπορεί ο άρρωτος να αρχίσει να πλένεται και πως θα είναι οι κινήσεις του, έτσι ώστε να μην επηρεάσουν το τραύμα. Η νοσηλεύτρια προσπαθεί για τελευταία φορά να τονώσει το ηθικό του ασθενούς, και να τον κάνει να νιώσει υγιές πια μέλος της κοινωνίας, ικανό να βγει, για να εξυπηρετήσει και το κοινωνικό σύνολο γενικά και το οικογενειακό του περιβάλλον ειδικότερα.

Αφού λοιπόν δώσει τις οδηγίες που έχει να του δώσει ο γιατρός, ετοιμάζει το εξιτήριό του. Η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να διεκπεραιώσει τις τελευταίες προϋποθέσεις για την αναχώρησή του, ετοιμάζει τα τελευταία χαρτιά, και τον συνοδεύει μέχρι την πόρτα με ευχές για την πλήρη αποκατάστασή του.

Συνοπτική Εικόνα της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Αναγνώριση	Νοσηλευτική Αξιολόγηση (Ανάγκες του ασθενούς)	Νοσηλευτικές ενέργειες	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Παπαδόπουλος Δημήτριος	Γνωριμία με τον ασθενή Βοήθεια προς τον ασθενή να απαλλαγεί από το φόβο, το άγχος, την ανησυχία του χειρουργείου και της νάρκωσης Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη νάρκωση Διδασκαλία του ασθενή για τις μετεγχειρητικές του ενέργειες (βήχας, κίνηση)	Επίσκεψη στον ασθενή στο θάλαμό του με σκοπό την καλύτερη συνεργασία Συζήτηση και τόνωση του ρηθικού του αρρώστου Συζήτηση για το είδος της νάρκωσης Ενημέρωση του ασθενή για τις ασκήσεις μετεγχειρητι- κά.	Ο ασθενής δέχτηκε με χαρά, ήταν ευγενικός αλλά ανησυχούσε Ο ασθενής ηρέμησε, ευχαρίστησε για την βοήθεια να ξεπεράσει το πρόβλημά του Ο ασθενής χάρηκε ιδιαίτερα που του λήθηκαν οι απορίες Ο ασθενής συνεργάστηκε ευχάριστα

Αησυχία ασθενούς για την Ενημέρωση για την πρόνάρκωση. Ο ασθενής ηρέμισε μετά από μισή ώρα
πρόνάρκωση Εφαρμογή της πρόνάρκωσης και περίμενε την εισαγωγή του στο
VALIUM 5 MG με μια γουλιά νερό χειρουργείο.

Αησυχία των συγγενών για Ενημέρωση των συγγενών για το Οι συγγενείς ικανοποιήθηκαν και ευ-
την νάρκωση και την τελι- είδος της ναρκώσεως, και της ε- χαριστήθηκαν
κή έκβαση της επεμβάσεως πεμβάσεως

Μεταφορά του ασθενή στο Διατήρηση ήσυχου και ήρεμου πε- Ο ασθενής ήταν ήρεμος και συνεργά-
χειρουργείο ριβάλλοντος και επικουρωσίας σιωπος

Έλεγχος της ταυτότητας Έλεγχος του φακέλλου του αρ- Ο ασθενής απάντησε στα ερωτήματα
του ασθενούς ρώστου για την ταυτότητα του χωρίς να δυσαρεστηθεί. Τα στοιχεία
και την πληρότητα των στοιχείων ήταν σωστά και ακριβή
του. Ερωτήσεις προς τον ασθενή
για το όνομά του κ.λ.π.

Ξένα αντικείμενα Έλεγχος του ασθενή για Ξένα Πρόληψη
αντικείμενα, οδοντοστοιχίες, κοσμήματα.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Νοσηλευτική αξιολόγηση αναγκών	Νοσηλευτικές ενέργειες	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Μεταφορά ασθενή στο θάλαμο	Προσεκτική μεταφορά στον θάλαμο. Προσοχή στους ορούς, παροχτεύσεις, καθετήρα.	Ο ασθενής ήταν ανήσυχος
Παρέκλιση των ζωτικών σημείων από τη μεταφορά	Παρακολούθηση του σφυγμού, της Α.Π., αναπνοών, θερμοκρασίας, και του χρώματος του ασθενή	Φυσιολογικά ζωτικά σημεία
Στεγνό στόμα, χείλη	Επάλειψη των χειλέων με νερό	Ο ασθενής έγιωσε καλύτερα και ευχαρίστησε
Πόνος από την επέμβαση	Χορήγηση αναλγητικού, καταγραφή	Ο πόνος δεν υποχώρησε
Πονοκέφαλος	Χορήγηση SUP.LONARID	Ο πόνος υποχώρησε

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΙΙ

Γυναίκα Κ.Σ. ηλικίας 43 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με έντονο άλγος στο επιγάστριο και εμέτους, ανορεξία, απώλεια βάρους. Πριν από μερικούς μήνες είχε κάνει εξετάσεις έχοντας τα ίδια συμπτώματα που παρατηρήθηκαν. Ο ακτινοσκοπικός και ακτινογραφικός έλεγχος του στομάχου και του 12δακτύλου σε διάφορες λήψεις και προβολές έδειξε: γιγαντιαίο ελκωτικό κρατήρα του ελάσσονος τόξου με περιελκωτικό οίδημα και μεγάλη παρουσία υγρών. Το στομάχι παρουσίαζε εικόνα κοχλιοειδούς συσπειρώσεως. Επίσης υπάρχει άφθονη ποσότητα γαστρικού υγρού και υπολείμματα τροφών. Υπάρχει σημαντικού βαθμού παραμόρφωση του αυλού του στομάχου στο οπίσθιο τοίχωμα προς το έλασσον τόξο. Έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία και ο άρρωστος προσήλθε στο χειρουργείο. η επέμβαση κράτησε 6 ώρες. Του έγινε υφολική γαστρεκτομή, γαστροεντεροαναστόμωση-BROWN, τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις για την συλλογή υγρού. Επίσης κατά την διάρκεια της επέμβασης πήρε 4 φιάλες αίμα. Η θεραπευτική αγωγή που έπαιρνε είναι: ALBUMINE 1FL X 4, SOLVETAN 1FL X 3, BIKLIN 1FL X 2, PETHIDINE επί πόνου. Ο ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο 22 ημέρες και έφυγε σε αρκετά καλή κατάσταση. Η νοσηλευτική φροντίδα υπήρξε η ίδια αόπως και στο προηγούμενο περιστατικό.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΙΙΙ

Άνδρας Κ.Β. ηλικίας 35 ετών προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για οξύ άλγος στο επιγάστριο. Ο πόνος αντανάκλούσε στην κοιλιακή χώρα και γινόταν πιο έντονος κατά την ψηλάφηση. Κατά την εξέταση προέκυψε ότι ο ασθενής είχε πάρει πριν 1½ ώρα ασπιρίνη. Ρωτήθηκε αν είχε φάει και απάντησε όχι. Εκτός από το άλγος είχε και μέλαινα κένωση. Του έγινε αμέσως εισαγωγή στην χειρουργική κλινική και εφαρμόστηκε LEVIN. Στο ιστορικό του αναφέρεται μια παλιά γαστροραγία, κατόπιν λήψεως δύο σαλικυλικών και τέσσερις μεταγγίσεις αίματος.

Ο ασθενής που πάσχει εδώ και 1½ χρόνο από έλκος δωδεκαδακτύλου παρατήρησε ότι την Δευτέρα πέντε μέρες πριν από την εισαγωγή του, τα κόπρανά του ήταν μαύρα. Δεν έδωσε σημασία. Όμως οι μέλαινες κενώσεις συνεχίστηκαν 1 φορά την ημέρα τις δύο επόμενες ημέρες. Στο μεταξύ άρχισε να αισθάνεται κούραση, ζαλάδα και εξάντληση στο βαθμό που δεν πήγε για δουλειά (είναι οικοδόμος). Νομίζοντας ότι είναι κρύωμα πήρε μία ασπιρίνη και οι μέλαινες κενώσεις συνεχίστηκαν μέχρι το Σάββατο (χθες) που εισήχθη (δηλ. 5 ημέρες συνολικά). Σημειώνεται ότι ο ασθενής είναι βαρύς πότης και καπνιστής και κατά την διάρκεια των μελαινών κενώσεων εξακολουθούσε να πίνει 2-3 καφέδες την ημέρα και να καπνίζει 2 πακέτα την ημέρα.

Τα ευρήματα κατόπιν εξετάσεων ήταν: οισοφάγος, χωρίς ευρήματα παθολογικά, στόμαχος, χωρίς ευρήματα παθολογικά, μικρό χρόνιο έλκος στον βολβό που δεν αιμορραγεί. Άρα τελικό συμπέρασμα: μικρό χρόνιο έλκος βολβού του δωδεκαδακτύλου. Κατά την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του έγινε αιματολογικός έλεγχος

και είχε HT:22%. Είχε αδυναμία με ωχρο δέρμα αλλά ήταν περιπατιτικός χωρίς όψη βαρέως πάσχοντος. Του έγινε πλύση με LEVIN που ήταν αρνητική για αίμα. Η δακτυλική εξέταση έδειξε παλιά μέλαινα. Η αρτηριακή πίεση ήταν 110MM/HG και οι σφύξεις 80/SEC. Του έγινε παρεντερική χορήγηση υγρών και μετάγγιση αίματος. Την επόμενη μέρα ο αιματοκρίτης ήταν 35% το πρωί και 24% το απόγευμα, χωρίς αιματέμεση ή μέλαινα-κένωση. Μεταγγίστηκε 2 μονάδες αίματος κατά την διάρκεια των οποίων ο ασθενής έκανε ρίγος με πυρετό 39°C (αντίδραση στην μετάγγιση). Έγινε ένεση SOLU-CORTEF 250 και υποχώρησαν τα φαινόμενα, ενώ παράλληλα έχει αρχίσει συντηρητική θεραπεία του ασθενούς. Κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο χορηγήθηκε σε αυτόν διαιτολόγιο το οποίο θα μπορούσε να ακολουθηθεί από εδώ και πέρα.

Το διαιτολόγιο που του χορηγήθηκε ήταν:

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΝ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

(1) Κατά τις πρώτες 45 ημέρες από τις παροξύνσεως της νόσου:

Γάλα, κρέμα (καλά βρασμένα).

Ζυμαρικά (φιτές, μακαρόνια, χυλοπίτες, γλυκός τραχανάς) μαγειρευμένα με φρέσκο βούτυρο (όχι τσιγαρισμένα).

Κουάκερ με γάλα, νερόσουπες με φρέσκο βούτυρο.

Ψωμί λευκό (όχι φρέσκο ή φρυγανιές)

Πατάτες βραστές ή πουρέ

Αυγά βραστά μελάτα ή μάτι (στο νερό) ή ομελέτα ελαφρώς ψημένη.

Τυριά μαλακά όχι αλιυρά

Μυαλό και κιμάς μόσχου

Κρέας, ψάρι και κοτόπουλο βραστό χωρίς την σούπα τους ή ψητά στη σχάρα.

Κομπόστες.

(2) Μετά τις πρώτες 45 ημέρες:

Κρέας ψητό φούρνου, θα προστεθούν τα ακόλουθα:

Τομάτα νωπή.

Κολοκύθια βραστά, λαχανικά καλά βρασμένα ή υπό μορφήν πουρέ (καρότα, μπιζέλια, παντζάρια φρέσκα, φασολάκια κ.λ.π.).

Όσπρια ξεφλουδισμένα ως πουρέ.

Παγωτά.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΞΗΣ:

(α) Γενικώς τα τσιγαριστά, τηγανιτά, οι σάλτσες, τα καρυκεύματα (μουστάρδα, πιπέρια κ.λ.π.). Τα αλλαντικά, τα πασιά κρέατα και ψάρια, τα άβραστα χόρτα.

(β) Επίσης αυστηρώς απαγορεύονται:

Το κάπνισμα, ο καφές και τα οινοπνευματώδη ποτά. Τα φαγητά να μην περιέχουν πολύ αλάτι.

(3) Οδηγίες:

Το διαιτολόγιο να κατανέμεται απαραίτητως σε πολλά γεύματα. Ιδιαίτερα συνιστάται ανά 2 ή 3 ώρες η λήψη γάλακτος (κατά τις 10 το πρωί, τις 12 το μεσημέρι και κατά τις 6 το απόγευμα). Επιβάλλεται καλή μάσηση της τροφής και αποφυγή των πολύ θερμών και πολύ ψυχρών ποτών και τροφών (τουλάχιστον κατά σύστημα).

Συνιστάται ανάπαυση μετά το μεσημβρινό γεύμα. Επί ενοχλημάτων στομαχικών, έστω και ελαφρών το διαιτολόγιο να γίνεται αυστηρότερο όπως και επί παροξύνσεως της νόσου. Πάντοτε θα έχετε υπ' όψιν ότι είναι δυνατόν να απαιτηθεί εξατομίκευση του διαιτολογίου.

Εκ της Κλινικής

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κατά την διάρκεια της εργασίας αυτής μας δόθηκε η ευκαιρία να γνωρίσουμε καλύτερα, την τόσο συχνή και τόσο σημαντική νόσο του πεπτικού συστήματος.

Έγινε γνωστό πως τελικά, η κύρια αιτία πρόκλησης της νόσου είναι οι <<κακές>> συνήθειες της καθημερινής ζωής, οι <<κακές>> συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, η ανεξέλεγκτη σίτισή του η σλόγιστη χρήση των φαρμάκων, οινοπνευματωδών ποτών, καφέ, τσιγάρων κ.λ.π.

Μας έγινε επίσης γνωστό, πως η διαιτοθεραπεία συνίσταται στην τροποποίηση της κανονικής δίαιτας έτσι ώστε να δώσουμε τα απαραίτητα συστατικά στον οργανισμό υπό ειδικές συνθήκες. Με την κανονική δίαιτα δίνουμε στο σώμα, όλα τα θρεπτικά συστατικά σε σωστές ποσότητες και σε σωστές σχέσεις το ένα προς το άλλο, έτσι ώστε να επιτευχθεί η ανάπτυξη και η αντικατάσταση των φθαρμένων ιστών και η κανονική λειτουργία των οργάνων. Και όπως είδαμε στην περίπτωση του έλκους η δίαιτα παίζει έναν από τους πιο σημαντικούς ρόλους στην epούλωσή του.

Ευχαριστώ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλιβιζάτου-Μοσχοβάκη Ρεγγίνα.
"Στοιχεία Φυσιολογίας"
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός.
Αθήνα 1984
2. Γαρδίκια
"Ειδική Νοσολογία"
επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιανός.
Αθήνα 1981
3. Καρούτσος
"Φυσιοπαθολογία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους"
Σημειώσεις χειρουργικής
Πανεπιστήμιο Πατρών.
4. Κονδάρης Ξενοφών
"Σημειώσεις Δημόσιας Υγιεινής Ι"
Πανεπιστήμιο Πατρών.
5. Μαλγαρινού-Κωνσταντινίδου
"Γενική Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική"
Τόμος Α' Έκδοση όγδοη
Αθήνα 1985
6. Πούσουρα-Οικονόμου
"Σημειώσεις Ειδικές Δίαιτες"
Τ.Ε.Ι. Πάτρας.
7. Νικολόπουλος
"Συντηρητική θεραπεία του γαστροδωδεκ/ού έλκους"
Σημειώσεις χειρουργικής
Πανεπιστήμιο Πατρών.
8. Πλέσσα Σ.
"Διαιτητική του ανθρώπου"
Εκδόσεις: ΦΑΡΜΑΚΟΝ-ΤΥΠΟΣ
Αθήνα 1985
9. Σαχίνη Άννα-Πάνου Μαρία.
"Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική"
Εκδόσεις α βήτα.
Αθήνα 1985

10. Τούντα Κ.
"Επίτομος χειρουργική" Τεύχος 3ο
Εκδόσεις: Γρηγ. Παρισσιανός.
Αθήνα 1974
11. Τζάκου Πέπη
"Διατροφή και Υγεία"
Αθήνα 1967
12. Τσαμπούλης Νικόλαος
"Ειδική Νοσολογία"
Έκδοση Δευτέρα.
Αθήνα 1962

