

Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Σχολή Επαγγελματών Υγείας Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Εργασία

με θέμα

"Έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου

Νοσηλευτική φροντίδα"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Νάνου Κυριακή

Σπουδαστής:

Αρχιμανδρίτης Ανδρέας

Πάτρα, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ	1297
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

Πρόλογος .....	1
----------------	---

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

##### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

A. ΣΤΟΜΑΧΟΣ .....	1
B. ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ .....	2
Γ. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....	5
Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....	6
Ε. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....	7

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

##### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

A. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ .....	9
B. ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΧΥΜΟΣ .....	11
Γ. ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΒΛΑΠΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	13
Δ. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΟΥ ΟΞΕΩΣ .....	14
Ε. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ .....	16

- Ανασταλτικοί μηχανισμοί του πυλωρικού άντρου .....	16
- Εντερικοί ανασταλτικοί μηχανισμοί .....	17

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

A. ΓΕΝΙΚΑ .....	19
B. ΚΥΡΙΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	20

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	22
B. ΕΠΙΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	25
- Γαστρορραγία .....	25
- Διάρρηση .....	25
- Πυλωρική στένωση .....	26
- Κακοήθης εξαλλαγή .....	27

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

A. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ .....	29
B. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ .....	31

-	Ενδείξεις .....	32
-	Αντενδείξεις .....	32
Γ.	ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ .....	33
-	Μορφολογικά .....	33
-	Χημικά .....	33
-	Μικροσκοπικά .....	33

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

A.	ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	34
1.	Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση του HCL .....	36
2.	Φάρμακα που εξουδετερώνουν το HCL .....	40
3.	Φάρμακα που αυξάνουν την αντίσταση του βλενογόνου ...	41
4.	Διάφορα άλλα φάρμακα .....	42
B.	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	43
α.	Είδη εγχειρήσεων για τη θεραπεία του έλκους του στομάχου .....	44
β.	Είδη εγχειρήσεων για τη θεραπεία του έλκους του δωδεκαδακτύλου .....	45

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

	Σελίδα
A. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING .....	47
B. ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ .....	48
Γ. ΑΝΑΙΜΙΑ .....	49
Δ. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΚΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ .....	49
Ε. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΙΟΥΣΗΣ ΕΛΙΚΟΣ .....	49
ΣΤ. ΔΙΑΡΡΟΙΑ .....	50
Ζ. ΓΑΣΤΡΟΝΗΣΤΙΔΟΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ .....	50

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....	51
A. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΗΡΕΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....	52
B. ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΥΔΕΤΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΘΞΕΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ .....	53
Γ. ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΑ ΖΗΣΕΙ ΜΕ ΤΟ ΕΛΚΟΣ .....	54
Δ. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ .....	54

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	
---	--

A.	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ .....	59
B.	ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....	60
Γ.	ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ .....	60

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

A.	ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ .....	62
B.	ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ .....	64

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

#### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

-	1ο περιστατικό .....	66
-	2ο περιστατικό .....	67
-	3ο περιστατικό .....	68
-	4ο περιστατικό .....	69

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

-	1ο περιστατικό .....	70
-	2ο περιστατικό .....	76

ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	87
----------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	88
--------------------	----

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην εργασία αυτή, παρουσιάζεται η μελέτη που πεπτικού έλκους και αναφέρεται στην Ανατομία, τη Φυσιολογία, την Παθολογία, τους τρόπους αντιμετώπισης, και ιδιαίτερα στη Νοσηλευτική Φροντίδα των ασθενών.

Το πεπτικό ή γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι μια συχνή πάθηση, η αιτιολογία της οποίας, ακόμα και σήμερα δεν είναι πλήρως διευκρινισμένη. Συνεχώς, νέες μέθοδοι θεραπείας εφευρίσκονται, νέα φάρμακα, ενώ όλο και περισσότεροι παράγοντες ενοχοποιούνται για την έναρξη της νόσου.

Παρ'όλα αυτά η σημερινή τεχνολογία, προσφέρει και στην ιατρική πολλές μεθόδους διάγνωσης και αντιμετώπισης της ασθένειας αυτής, ενώ παράλληλα το επίπεδο της Νοσηλευτικής Φροντίδας παίζει σπουδαίο ρόλο στην αποθεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

##### A. ΣΤΟΜΑΧΟΣ

Ο στόμαχος βρίσκεται στην άνω κοιλία, κάτω από το διάφραγμα και προς τα αριστερά της μέσης γραμμής, μεταξύ του οισοφάγου και του δωδεκαδακτύλου, είναι δε η πιό διευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα.

Το στόμιο επικοινωνίας του με τον οισοφάγο, ονομάζεται οισοφαγικό στόμιο ή καρδία και το στόμιο επικοινωνίας με το λεπτό έντερο ονομάζεται πυλωρικό στόμιο ή πυλωρός.

Ο στόμαχος εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια, καθώς επίσης και δύο χείλη, το μείζον και το ελάσσον τόξο. Το βαθύτερο δε τμήμα του ελάσσονος τόξου, το ονομάζουμε γωνιαία εντομή.

Ο στόμαχος διακρίνεται επίσης σε δύο μοίρες:

- Τον κυρίως στομάχο, όπου περιλαμβάνει το θόλο και το σώμα, και
- Τον πυλωρικό στομάχο, όπου περιλαμβάνει το πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα.

Στο εσωτερικό του στομάχου, βρίσκονται πτυχές που προέρχονται από το βλεννογόνο του στομάχου, οι οποίες όμως συνήθως εξαφανίζονται όταν γεμίσει ο στομάχος με περιεχόμενο.

## B. ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ιστολογικώς ο στομάχος αποτελείται από τρία στρώματα χιτώνων:

- Τον ορογόνο χιτώνα, ο οποίος αποτελεί το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου,
- Τον μυϊκό χιτώνα, ο οποίος αποτελείται από δύο στιβάδες: την κυκλοτερή και την επιμήκη και κατ'αυτόν τον τρόπο είναι ο πιο ισχυρός χιτώνας στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, και
- Τον βλεννογόνο, ο οποίος αποτελείται από χόριο και επιθήσιο και περιλαμβάνει αδένες που τον χαρακτηρίζουν κατά περιοχές.

Τον ορογόνο χιτώνα του στομάχου, σχηματίζουν δύο πέταλα, το πρόσθιο και το οπίσθιο πέταλο, τα οποία καλύπτουν την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια του στομάχου πλήρως, και συμφύονται μεταξύ τους, προς το μείζον και το ελάσσον τόξο αντίστοιχα, σχηματίζοντας έτσι το μείζον και το ελάσσον επίπλου αντίστοιχα.

Τον μυϊκό χιτώνα του στομάχου, αποτελούν τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών:

- Η εξωτερική στιβάδα (επιμήκης),
- Η μέση στιβάδα (κυκλοτερής), και
- Μια ατελής εσωτερική με λοξές μυϊκές ίνες (λοξή).

Οι λειτουργίες που επιτελεί ο μυϊκός χιτώνας είναι οι εξής:

- Δίνει τη δυνατότητα στο στομάχο, να αποθηκεύει μεγάλες ποσότητες τροφής, αφού μπορεί να διαταθεί λόγω του μικρού μυϊκού τόνου.
- Οι μυϊκές συσπάσεις του προκαλούν ανάμιξη της τροφής με τα υγρά του στομάχου, όταν αυτές είναι αδύνατες.
- Ισχυρότατες μυϊκές συσπάσεις του πυλωρικού στομάχου, προωθούν το περιεχόμενο του στομάχου προς τον πυλωρό (περισταλτικές κινήσεις). Εκεί η κυκλοτερής στιβάδα του μυϊκού χιτώνα παχύνεται σχηματίζοντας έτσι τον σφιγκτήρα του πυλωρού.

Τον ορογόνο χιτώνα του στομάχου, σχηματίζουν δύο πέταλα, το πρόσθιο και το οπίσθιο πέταλο, τα οποία καλύπτουν την πρόσθια και την οπίσθια επιφάνεια του στομάχου πλήρως και συμφύονται μεταξύ τους προς το μείζον και το ελάσσον τόξο αντίστοιχα, σχηματίζοντας έτσι το μείζον και το ελάσσον επίπλου αντιστοιχα.

Ο γαστρικός βλεννογόνος αποτελείται από επιθήλιο, τα κύτταρα του οποίου είναι αδενικά, έτσι το επιθήλιο αναφέρεται και ως αδενικό επιθήλιο. Στην επιφάνεια του βλεννογόνου εκβάλλουν οι αδένες του στομάχου, οι οποίοι βρίσκονται στο χόριο. Οι αδένες του κυρίως στομάχου αποτελούνται από διαφόρων ειδών κύτταρα όπως:

- Βλεννώδη κύτταρα,
- Καλυπτήρια κύτταρα για την παραγωγή του υδροχλωρίου (HCL) και του ενδογενούς παράγοντα. Ο ενδογενής παράγοντας που εκκρίνεται από τα καλυπτήρια κύτταρα χρησιμεύει για την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub>, η οποία δεν γίνεται στο στόμαχο, αλλά σε ένα τμήμα του λεπτού εντέρου που λέγεται ειλεός. Σε παθήσεις κατά τις οποίες επέρχεται καταστροφή των καλυπτήριων κυττάρων ελαττώνεται το HCL του γαστρικού υγρού ενώ παράλληλα εμφανίζεται και βαρυστάτης μορφής αναιμία, δεδομένου του ότι η βιταμίνη B<sub>12</sub> είναι απαραίτητος παράγοντας για την ωρίμανση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Για την έκκριση του γαστρικού υγρού είναι υπεύθυνοι ορμονικοί αλλά και νευρικοί παράγοντες. Όταν διαστέλλεται ο στόμαχος ή όταν τα προϊόντα της διάσπασης των πρωτεϊνών φτάσουν στον πυλωρικό στόμαχο εκκρίνεται η ορμόνη γαστρίνη, η οποία προκαλεί αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.

- Ζυμογόνα κύτταρα για την παραγωγή της ανενεργούς μορφής του ενζύμου "πεψίνη", του πεψινογόνου, το οποίο ενεργοποιείται με την σύγχρονη επίδραση πεψίνης και υδροχλωρίου.
- Εντεροενδοκρινή κύτταρα τα οποία εκκρίνουν διάφορες ορμόνες.

Οι αδένες της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και οι αδένες του βλεννογόνου που βρίσκεται κοντά στην καρδία, παράγουν κυρίως βλέννα. Στο βλεννογόνο της πυλωρικής μοίρας υπάρχουν κύτταρα που παράγουν μια ορμόνη τη γαστρίνη, η οποία έχει σχέση με την κινητικότητα και την εκκριτική λειτουργία του στομάχου.

## Γ. ANATOMIA ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί συνέχεια του πεπτικού σωλήνα μετά το στομάχι και συγκεκριμένα συνέχεια του πυλωρικού σωλήνα, είναι δε το πρώτο βραχύ τμήμα του λεπτού εντέρου. Συνέχεια του δωδεκαδακτύλου αποτελούν η νήστις και ο ειλεός.

Το δωδεκαδάκτυλο έχει σχήμα αγκύλης, την οποία και διακρίνουμε σε τέσσερις μοίρες:

- Η πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου η πρόσθια μοίρα ή βολβός του δωδεκαδακτύλου (duodenal cap), είναι η οριζόντια περιοχή που αποτελεί φυσική συνέχεια του πυλωρού, έχει μήκος περίπου 5 cm είναι δε όργανο μερικώς οπισθοπεριτοναϊκό, στο απώτερο τμήμα του.
- Η δεύτερη ή κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου έχει μήκος περίπου 7cm και εκβάλλουν σε αυτήν ο παγκρεατικός πόρος, ο κοινός χοληδόχος πόρος και ο επικουρικός παγκρεατικός πόρος.
- Η τρίτη ή εγκάρσια μοίρα του δωδεκαδακτύλου έχει μήκος περίπου 12 cm και εκτείνεται οριζόντια προς τα αριστερά, τελειώνοντας στο ύψος του 3ου οσφυϊκού σπονδύλου.
- Η τέταρτη ή ανιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου έχει μήκος 3cm και εκτείνεται προς τα άνω και αριστερά. Προς το τελικό της τμήμα, αλλάζει απότομα διεύθυνση, όπου και ξεκινά η νήστις (δωδεκαδακτυλονηστιδική καμπή). Ο σύνδεσμος του TREITZ είναι υπεύθυνος ώστε να συγκρατεί στη θέση της τη νήστι.

Το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου αποτελούν τέσσερις χιτώνες, χαρακτηριστικοί για το γαστρεντερικό σύστημα:

- Ο βλεννογόννος
- Ο υποβλεννογόννιος
- Ο μυϊκός, και
- Ο ορογόνος

Στην αρχική μοίρα του δωδεκαδακτύλου, και στον υποβλεννογόνο χιτώνια συγκεκριμένα, βρίσκονται οι δωδεκαδακτυλικοί αδένες (αδένες του Bruner), οι οποίοι μοιάζουν ως προς την υφή με τους πωλωρικούς αδένες του στομάχου. Το έκκριμα των αδένων του Bruner, το οποίο είναι αλκαλικό, περιέχει πρωτεολυτικά ένζυμα που ενεργοποιούνται από το HCL του γαστρικού υγρού, αλλά και εντεροκινάση, η οποία μετατρέπει το θρυψιγόνο σε θρυψίνη.

Τέλος, το δωδεκαδακτυλικό υγρό προστατεύει το εντερικό επιθήλιο από τα παγκρεατικά ένζυμα και το γαστρικό υγρό, με τη βοήθεια του ρυθμιστικού συστήματος των διττανθρακικών αλάτων που περιέχει.

#### Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ο στόμαχος και το δωδεκαδάκτυλο - αιματώνονται από τις εξής αρτηρίες:

- Από την αριστερή γαστρική, η οποία εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία (τρίποδας του HALLER) και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες

κλάδους. Οι κατιόντες κλάδοι διαμοιράζονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με τη δεξιά γαστρική.

- Από τη δεξιά γαστρική, η οποία είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας
- Από τη δεξιά γαστροεπιπλοϊκή, η οποία είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται δε κατά μήκος του μείζωνος τόξου με την αριστερή γαστροεπιπλοϊκή που είναι κλάδος της σπληνικής.
- Επίσης στο θόλο του στομάχου διανέμονται 1 έως 5 κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας, οι βραχείς γαστρικές αρτηρίες.

Η φλεβική κυκλοφορία ακολουθεί περίπου την αρτηριακή. Η πυλωρική φλέβα (αντίστοιχη με τη δεξιά γαστρική) συλλέγει το αίμα και μαζί με τη συλλογή του αίματος από το ελάσσον τόξο σχηματίζει τη στεφανιαία φλέβα του στομάχου, η οποία εισβάλλει στην πυλαία φλέβα στο ύψος της συμβολής της άνω μεσεντέριας και της σπληνικής.

Τέλος, τα λεμφαγγεία αποχετεύουν τη λέμφο σε διάφορες ομάδες λεμφογαγγλίων, οι οποίες βρίσκονται είτε επιπολής είτε εν τω βάθει.

## **Ε. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Ο στομάχος νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες. Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το αριστερό και το δεξιό σπλαγγνικό νεύρο, μέσω ενός κοιλιακού γαγγλίου. Η παρασυμπαθητική νευρώση

του στομάχου γίνεται μέσω των πνευμονογαστρικών νεύρων. Το δεξιό και το αριστερό πνευμονογαστρικό, διακλαδώνονται στο μεσοθωράκιο, σχηματίζοντας στη συνέχεια δύο κύριους κλάδους, τον πρόσθιο που διανέμεται στο δωδεκαδάκτυλο και τον οπίσθιο που διανέμεται στο στόμαχο.

Συγκεκριμένα, το πρόσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο δίνει τους ηπατικούς κλάδους και διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο πρόσθιο τμήμα, το οπίσθιο δε πνευμονογαστρικό νεύρο δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στη συνέχεια διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο οπίσθιο τοίχωμα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

#### A. ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο μυϊκός χιτώνας του στομάχου καθορίζει:

- Την αποθήκευση,
- Τον κατακερματισμό,
- Την ανάμιξη των τροφών, και
- Την ομαλή κένωση του στομάχου.

Από το σώμα του στομάχου, ξεκινούν τα περισταλτικά κύμματα και μεταδίνονται κατά μήκος του πυλωρικού άντρου, όπου το πάχος του τοιχώματος της λείας μυϊκής στοιβάδας που βρίσκεται εκεί, αυξάνεται έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ισχυρότερες συστολές που παρατηρούνται στο άνω τμήμα του στομάχου. Οι περισταλτικές αυτές συστολές στο πυλωρικό άντρο, είναι πολύ πιο ισχυρές από ότι στο σώμα του στομάχου και η μετάδοσή τους γίνεται όλα και πιο ταχύτερη όσο προχωρούν προς τα κάτω.

Ο πυλωρός που λειτουργεί σαν σφυγκτήρας, επιτρέπει φυσιολογικά τη διόδο γαστρικού υγρού προς το δωδεκαδάκτυλο.

Λόγω των περισταλτικών κινήσεων το γαστρικό περιεχόμενο εισέρχεται στο χινοειδές άντρο. Ο όγκος του γαστρικού περιεχομένου που με κάθε περισταλτικό κύμα εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο, εξαρτάται από τη δύναμη μετάδοσης του κύματος, και από την ένταση με την οποία κλείνει ο πυλωρικός

σφιγκτήρας.

Το μεγαλύτερο μέρος του γαστρικού περιεχομένου που προωθείται στο άντρο επανέρχεται πίσω καθώς κλείνει ο πυλωρικός σφιγκτήρας. Η πίεση μέσα στο πυλωρικό άντρο αυξάνεται με αποτέλεσμα την αύξηση της έντασης του επόμενου κύματος καθώς επίσης και την καλύτερη ανάμιξη του γαστρικού περιεχομένου. Με κάθε περισταλτικό κύμα εισέρχονται στο δωδεκαδάκτυλο περίπου 5-15 ml γαστρικού υγρού.

Η χωρητικότητα του στομάχου όταν είναι άδειο είναι μόλις 50 ml, μπορεί να χωρέσει όμως μέχρι και 1000 ml τροφής, πριν αρχίσει να αυξάνεται η ενδοκοιλιακή πίεση, χάρις σε ορισμένα αντανακλαστικά, τα οποία μειώνονται με τη δράση του πνευμονογαστρικού νεύρου και καταργούνται εντελώς με τη βογοτομή. Τα αντανακλαστικά που προκαλούνται από τη διέγερση του πνευμονογαστρικού διευκολύνουν την κένωση του στομάχου.

Υπάρχουν διάφοροι άλλοι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ένταση και τη συχνότητα των συσπάσεων και κατά συνέπεια τη συχνότητα της κένωσης του στομάχου. Για παράδειγμα η ποσότητα του γεύματος. Μικτές ποσότητες τροφής κενώνονται πιο γρήγορα από μεγαλύτερες ποσότητες, αφού ο στόμαχος προσπαθεί με την διάσπασή τους να τις μειώσει σε μέγεθος, πράγμα για το οποίο απαιτείται αρκετός χρόνος.

Η οσμωτικότητα του γαστρικού χυμού, καθώς και η χημική του σύσταση, καθορίζονται από την δίοδό τους στο δωδεκαδάκτυλο.

Ετσι, αν η οσμωτικότητα είναι μεγαλύτερη από 200 sm/l, ενεργοποιείται το εντερογαστρικό αντανακλαστικό, το οποίο επιβραδύνει την κένωση.

Η γαστρίνη είναι η μόνη ορμόνη που ανευρίσκεται στην κυκλοφορία του

αίματος και που έχει φυσιολογική δράση στην κένωση του στομάχου, καθώς την επιβραδύνει.

## B. ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΧΥΜΟΣ

Η ποσότητα του γαστρικού χυμού σε νηστικό άτομο, κυμαίνεται από 500 ως 1500 ml/ημέρα. Μετά από κάθε γεύμα όμως, 1000 περίπου ml γαστρικού χυμού εκκρίνονται από το στομάχι. Τα συστατικά του γαστρικού χυμού είναι:

- Βλέννα
- Πεψινογόνο
- Ενδογενής παράγοντας
- Παράγοντες της ομάδας αίματος
- Ηλεκτρολύτες.

Η βλέννα είναι ετερογενές μίγμα, αποτελούμενο από γλυκοπρωτείνες και εκκρίνεται από τα βλενογόνα κύτταρα της περιοχής των οξυντικών και των πυλωρικών αδένων του στομάχου. Έχει την ικανότητα να προστατεύει το βλενογόνο του στομάχου και να εμποδίζει τη διάχυση της πεψίνης.

Το πεψιγόνο συντίθεται κυρίως, από τα θελέμια κύτταρα των ιδίως γαστρικών αδένων του στομάχου και λιγότερο από την περιοχή των πυλωρικών αδένων, αποθηκεύεται δε με τη μορφή ορατών κοκκίων.

Η έκκριση του πεψιγόνου προκαλείται πιθανότερα από τη διέγερση των

χολινεργικών ινών του πνευμονογαστρικού ή των ενδοτοιχωματικών νεύρων, αλλά και από τη γαστρίνη και τη σεκρετίνη.

Το πεψιγόνο ενεργοποιείται, όταν η τιμή του pH πέσει κάτω από 5.0, πράγμα που συνεπάγεται τη διάσπαση πολυπεπτιδικών κλασμάτων μεγάλου μοριακού βάρους. Η πεψίνη διασπά τους δεσμούς των πεπτιδίων και ειδικά αυτούς που περιέχουν φαινυλαανίνη, τυροσίνη και λευκίνη. Το πιο ευνοϊκό πεδίο δράσης της πεψίνης είναι σε pH 2.0. Η δράση της καταργείται σε pH μεγαλύτερο του 5.0 και το μόριό της μετουσιώνεται αμετάκλητα σε pH μεγαλύτερο του 8.0.

Ο ενδογενής παράγοντας, είναι μια βλεννοπρωτεΐνη που εκκρίνεται από τα εμβόλιμα κύτταρα του στομάχου. Δεσμεύεται με τη βιταμίνη B<sub>12</sub> αυξάνοντας έτσι την απορρόφηση της βιταμίνης, όπου γίνεται στον τελικό ειλεό. Η έκκριση του ενδογενούς παράγοντα, ενεργοποιείται από ερεθίσματα τα οποία προκαλούν έκκριση H<sup>+</sup> από τα εμβόλιμα κύτταρα του στομάχου. Τυχόν αναστολή της έκκρισης του ενδογενούς παράγοντα, προκαλεί κακοήθη αναιμία του Biermer, η οποία χαρακτηρίζεται από ατροφία των εμβόλιμων κυττάρων του βλεννογόνου. Η κατάσταση αυτή διορθώνεται με τη χορήγηση ενδογενούς παράγοντα, καθώς επίσης και σε περίπτωση ολικής γαστρεκτομής.

Σε ποσοστό 75% των ατόμων, εκκρίνονται στον γαστρικό χυμό, αντιγόνα της ομάδας αίματος. Το γεγονός αυτό, καθορίζουν κληρονομικοί παράγοντες, και σχετίζεται με τη μειωμένη συχνότητα εμφάνισης δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Η υψηλή συγκέντρωση του υδροχλωρικού οξέως, είναι το κυριώτερο χαρακτηριστικό της γαστρικής έκκρισης. Το υδροχλωρικό οξύ, παράγεται από τα εμβόλιμα κύτταρα του στομάχου.

Όσο αυξάνεται η συγκέντρωση των ιόντων  $H^+$  κατά τη διάρκεια της έκκρισης, τόσο μειώνεται η συγκέντρωση του  $Na^+$  σε ανάλογο επίπεδο. Παράλληλα το  $K^+$  παραμένει πάντα σταθερό, και η συγκέντρωση του  $Cl^-$  κοντά στα 150 MEC/l. Κατ' αυτό τον τρόπο ο γαστρικός χυμός διατηρεί την ισοτονικότητά του άσχετα με την εκκριτική συχνότητα.

#### Γ . ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΒΛΑΠΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο βλεννογόνος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, προστατεύεται φυσιολογικά, με μηχανισμούς οι οποίοι τον βοηθούν να αντισταθεί στις βλαπτικές αντιδράσεις της υψηλής έκκρισης υδροχλωρικού οξέως. Τυχόν διακοπή των μηχανισμών αυτών, μπορεί να προκαλέσει οξεία ή χρόνια εξέλκωση.

Η έκκριση των προστατευτικών αυτών παραγόντων του στομάχου ( $HCO_3^-$ ) διεγείρεται από τις προσταλαγδίνες, τη γλυκανόλη, τη χολοκυστοκίνη, κ.λ.π. Οι παράγοντες αυτοί, αναστέλλονται από τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη : τους α-αδρενεργικούς ανταγωνιστές, τα χολικά οξέα, την αιθανόλη και την ακεταλολομίδη.

Ο γαστρικός χυμός αποτελείται από νερό και γλυκοπρωτεΐνες μεγάλου μοριακού βάρους. Σχηματίζοντας έτσι ένα λείο και αδιαπέραστο στρώμα επιτρέπει στο βλεννογόνο του στομάχου να διατηρεί pH μεγαλύτερο από το pH του γαστρικού χυμού. Οι πεπτικές κινήσεις του στομάχου προωθούν τη στοιβάδα του

βλεννογόνου του στομάχου προς τα κάτω, ενώ ταυτόχρονα αυτή συμπληρώνεται από τα βλενώδη κύτταρα.

Το γαστρικό οξύ, εισέρχεται στον στόμαχο μέσω μικρών πόρων που βρίσκονται κοντά στην περιοχή των γαστρικών αδένων.

Το οξύ του στομάχου και ίσως τα χολινεργικά ερεθίσματα διεγείρουν την έκκριση της βλέννης, το στρώμα της οποίας καταστρέφεται αν εκτεθεί σε στεροειδείς, μη αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, ενώ αυξάνεται σε πάχος με τη χορήγηση προσταγλαδίνης  $E_2$ . Τα ελλείματα του γαστρικού βλεννογόνου, συνέπεια χημικού ή μηχανικού τραύματος, αναπληρώνονται γρήγορα από τα παρακείμενα φυσιολογικά κύτταρα. Αυτά εξαπλώνονται για να καλύψουν την περιοχή της βλάβης, ενώ επιπρόσθετη χορήγηση ( $HCO_3^-$ ) ενισχύει αυτή την τεχνική.

Τις ίδιες ακριβώς ιδιότητες με αυτές του στομάχου, παρουσιάζει και ο βλεννογόνος του δωδεκαδακτύλου, αντιμετωπίζοντας έτσι τις βλάβες που προκαλούνται σ'αυτόν από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες.

#### Δ. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ

Οι παράγοντες οι οποίοι ρυθμίζουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος, διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- Σε αυτούς που προάγουν την έκκριση, και
- Σε αυτούς που καταστέλλουν την έκκριση.

Η ισορροπία των παραγόντων αυτών, καθορίζει τα επίπεδα της έκκρισης

του υδροχλωρικού οξέος, τόσο κατά τη διάρκεια της νηστείας όσο και μετά από κάθε γεύμα.

Η διαδικασία της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέος, αποτελείται από τρεις φάσεις οι οποίες συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αλλά και μετά από τη λήψη της τροφής.

- Κεφαλική φάση:

Διάφορα ερεθίσματα, τα οποία προέρχονται από την όραση, την όσφρηση, τη γεύση, αλλά και από την επιθυμία λήψεως τροφής, δρουν στον εγκέφαλο, οδηγώντας τις φυγόκεντρες νευρικές ίνες του πνευμονογαστρικού σε αυξημένη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα την αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Η εξ ολοκλήρου μεσολάβηση του πνευμονογαστρικού προκαλεί την παραπάνω διαδικασία ενώ η βαγοτομή, αντίθετα, την καταργεί.

Η διέγερση του πνευμονογαστρικού έχει άμεση επίδραση στα τοιχωματικά κύτταρα ακόμα έτσι ώστε να αυξήσουν την παραγωγή υδροχλωρικού οξέος.

- Γαστρική φάση

Η είσοδος της τροφής στο στομάχο, απελευθερώνει τη γαστρίνη, όπως επίσης και τα προϊόντα της πέψης της πρωτεΐνης όταν έρθουν σε επαφή με το άντρο. Το μείζον μηχανικό ερέθισμα είναι η διάταση του πυλωρικού άντρου. Η παρουσία ποσότητας τροφής στο στομάχι, προκαλεί πνευμονογαστρικά αντανακλαστικά τις ώσεις, οι οποίες δια μέσου των κεντρομόλων νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού, περνούν στο Κ.Ν.Σ. και στη συνέχεια επιστρέφουν και

διεγείρουν τα τοιχωματικά κύτταρα.

Μια άλλη όψη της γαστρικής φάσης, περιλαμβάνει τις αισθητικές επιδράσεις της διάτασης, της περιοχής των τοιχωματικών αδένων του στομάχου, ως προς τη γαστρίνη. Η διαδικασία αυτή πιθανότερα ενεργοποιείται από τα τοπικά χοληνεργικά αντανακλαστικά των νεύρων, του τοιχώματος του στομάχου.

#### - Εντερική φάση

Ο ρόλος της εντερικής φάσης στη γαστρική έκκριση, δεν είναι πλήρως εξακριβωμένος. Πολλά πειράματα που έχουν γίνει, έχουν δείξει ότι η παρουσία ποσότητας τροφής στο λεπτό έντερο, απελευθερώνει ένα χημικό παράγοντα τον εντεροοξυντικό παράγοντα, ο οποίος προκαλεί έκκριση γαστρικού οξέος από το στομάχο.

### E. ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΕΚΚΡΙΣΗΣ

Η ανεξέλεγκτη παραγωγή γαστρικού οξέως, είναι ικανή να δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα στον άνθρωπο. Για τον λόγο αυτό υπάρχουν μηχανισμοί οι οποίοι περιορίζουν τη γαστρική έκκριση.

#### - Ανασταλτικοί μηχανισμοί του πυλωρικού άντρου

Σε μικρότερο pH το 2,5 στο πυλωρικό άντρο αναστέλλεται μερικώς η έκκριση της γαστρίνης ανεξάρτητα από την ύπαρξη νευρικής διέγερσης. Σε pH



μικρότερο του 1,2 η έκκριση της γαστρίνης αναστέλλεται πλήρως. Η σωματοστατίνη που παράγεται από την περιοχή των πυλωρικών αδένων παίζει κάποιο φυσιολογικό ρόλο σαν αναστολέας της εκκρίσεως γαστρίνης.

- Έντερικοί ανασταλτικοί μηχανισμοί

Το έντερο συμμετέχει στον έλεγχο έκκρισης του γαστρικού οξέως, με την απελευθέρωση ορμονών, οι οποίες αναστέλλουν την έκκριση γαστρίνης. Οι ορμόνες αυτές επιδρούν στα τοιχωματικά κύτταρα.

Σε πειράματα που έχουν γίνει, η εκκριτική σεκρετίνη και η χολοκυστοκίνη (CCK-PZ) αναστέλλουν την έκκριση γαστρικού οξέως. Καμιά όμως απ'αυτές δεν είναι βέβαιο ότι έχει φυσιολογικό ρόλο στην αναστολή έκκρισης της γαστρίνης. Η παρουσία λίπους στο έντερο είναι η πιο πιθανή αιτία της αναστολής, επιδρώντας στην ρύθμιση της απελευθέρωσης της γαστρίνης και στην νευρική διέγερση που προκαλεί την έκκριση οξέως. Όμως ακόμη και η CCK-PZ, η οποία απελευθερώνεται από τη διάσπαση του λίπους, δεν εξηγεί τον τρόπο που γίνεται η αναστολή μετά από την επίδραση του λίπους.

Η τροφή που προσλαμβάνεται, αναμιγνύεται με την αμιλάση του σιέλου πριν εισέλθει στο καρδιοοισοφαγικό σφικτήρα και ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί της γαστρικής έκκρισης. Τα επίπεδα της γαστρίνης του ορού, από 50 PG/ml που βρίσκονται μετά από μια μέση περίοδο μεσογευμάτων, αυξάνονται σε 200 PG/ml, και η μέγιστη συγκέντρωση επιτυγχάνεται 30 περίπου λεπτά μετά το γεύμα.

Η τροφή μέσα στον αυλό του στομάχου, εκτίθεται σε υψηλές συγκεντρώσεις γαστρικού οξέως και πεψίνης, και καθιζάνει σε στοιβάδες που

καθορίζονται από τη συχνότητα της άφιξης της στο στομάχι. Το λίπος όμως παραμένει στην πιο πάνω στοιβάδα.

Το μεγαλύτερο μέρος της ανάμιξης γίνεται στο πυλωρικό άντρο, οπότε το περιεχόμενο του άντρου γίνεται ομοιόμορφα πιο όξινο, από αυτό του σώματος του στομάχου όπου ο κύριος όγκος της τροφής μένει πιο αλκαλικός για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, επιτρέποντας έτσι να συνεχιστεί η δραστηριότητα της αμύλασης η οποία καταργείται σε όξινο pH. Η απορρόφηση της πρωτεΐνης στο στόμαχο γίνεται σε ποσοστό 5-10%.

Τα διπτανθρακικά απορροφώνται σε ποσοστό 30-40%. Μια λιπάση που εκκρίνεται από την επιφάνεια της γλώσσας, ενεργοποιεί τα πρώτα στάδια της λιπόλυσης στο στόμαχο.

Το γαστρικό περιεχόμενο προωθείται προς το δωδεκαδάκτυλο με συχνότητα η οποία καθορίζεται από τον όγκο και την υφή της τροφής, αλλά και την οσμωτικότητα, την οξύτητα της και την περιεκτικότητά της σε λίπος. Ένα γεύμα από άπαχο κρέας, περνά στο έντερο μέσα σε 3 ώρες, ένα γεύμα όμως με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος παραμένει στο στόμαχο από 6 έως 12 ώρες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

#### A. ΓΕΝΙΚΑ

Το έλκος του στομάχου, είναι μια περιγεγραμμένη εξέλκωση του βλεννογόνιου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, η οποία εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος.

Οι μηχανισμοί, αλλά και οι διάφοροι μεμονωμένοι παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη δημιουργία του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, είναι πάρα πολλοί. Ετσι, ακόμα και σήμερα, δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία σχετικά με την παθογένεια της νόσου.

Παλιότερα επικρατούσε η άποψη ότι η υπερπαραγωγή HCL ήταν κυρίως υπεύθυνη για τη δημιουργία των ελκών στο βλεννογόνο του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Αργότερα όμως, η θεωρία αυτή αμφισβητήθηκε έντονα, ειδικότερα όταν διαπιστώθηκε ότι μεγάλο μέρος ασθενών με ογκους στομάχου, εμφανίζουν φυσιολογική ή και μειωμένη έκκριση HCL, οι έρευνες για να διευκρινιστούν τα αίτια της νόσου στράφηκαν αλλού. Παράγοντες όπως η δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση των χολικών οξέων και η επίδραση της λυσολεκιθίνης, των γαστρικών ορμονών (γαστρίνη), των φαρμάκων, τα ενδογενή οπιοειδή, το αγγειοκινητικό πολυπεπτίδιο, ενοχοποιούνται σήμερα για τη δημιουργία των ελκών του στομάχου.

Η πλέον σύγχρονη άποψη, αναφέρεται στο ρόλο του πυλωρικού καμπυλοβακτηριδίου. Δεν έχει όμως ακόμα σαφώς διευκρινισθεί, αν το παραπάνω μικρόβιο συμμετέχει στη γέννηση του έλκους, ή απλώς εντοπίζεται στον τραυματισμένο βλεννογόνο.

Τέλος, η ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος, στους ποικίλους παράγοντες προδιάθεσης, π.χ. στον ανήσυχο τρόπο διαβίωσης, στις κακές διατροφικές συνήθειες, σε έντονες σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις, φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση του έλκους του στομάχου. Τα λεγόμενα κεραυνοβόλα έλκη εμφανίζονται ύστερα από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή κάποια ψυχολογική καταπίεση.

## B. ΚΥΡΙΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το γαστρικό έλκος δημιουργείται ως επιπλοκή (ανεπιθύμητη εξέλιξη) μιας χρόνιας φλεγμονής του βλεννογόνου.

Ως προς την παθογένεια, μπορούμε να διακρίνουμε τις βλάβες του βλεννογόνου σε δύο κύριες κατηγορίες:

- Βλάβες που οφείλονται στην αλκαλικότητα, εμφανίζεται δηλαδή ελαττωμένη έκκριση HCL, και αφορούν το στόμαχο, και
- Βλάβες που οφείλονται στην υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού και αφορούν κυρίως το δωδεκαδάκτυλο.

Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με διάφορες διαταραχές της κινητικότητας επιβαρύνουν την κατάσταση. Συγκεκριμένα, μειωμένη κινητικότητα του στομάχου, σε συνδυασμό με δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση, προκαλεί βλάβη του βλεννογόνου του στομάχου.

Αντίστοιχα, αυξημένη κινητικότητα, σε συνδυασμό με γρήγορη διέλευση του γαστρικού υγρού, προκαλεί έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Είναι πολύ πιθανό, το HCL, να είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας για την ανάπτυξη του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Αντίθετα για την ανάπτυξη του έλκους του στομάχου φαίνεται να συμμετέχει πολύ λιγότερο.

Τέλος, σε ασθενείς με γαστρικό έλκος η παραγωγή HCL είναι χαμηλότερη, κατά μέσο όρο σε σύγκριση με υγιή άτομα, με εξαίρεση ένα 10% των ασθενών που πάσχουν από έλκος του στομάχου και εμφανίζουν υπερχλωριδρία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

#### A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Το έλκος εμφανίζεται σε όλες τις κατηγορίες των ανθρώπων ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, τη φυλή, το επάγγελμα, κ.ά. Εμφανίζεται συχνότερα στους ενήλικες από ότι στα παιδιά, αλλά η συχνότητα εμφάνισής του αυξάνει ανάλογα με την ηλικία.

Στατιστικά φαίνεται πως οι άντρες εμφανίζουν συχνότερα έλκος του στομάχου, από ότι οι γυναίκες, αν και το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από έλκος αυξάνεται συνεχώς. Τα άτομα ηλικίας 20-50 ετών εμφανίζουν συχνότερα έλκος του στομάχου, ενώ μεγαλύτερης ηλικίας άτομα εμφανίζουν συχνότερα έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Το πιο χαρακτηριστικό σημείο της πορείας της νόσου, είναι η συνεχής και αυξανόμενη ένταση των ενοχλημάτων, αλλά και η περιοδικότητα κατά την οποία αυτά εμφανίζονται. Το έλκος που βρίσκεται σε αρχόμενο στάδιο, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά συμπτώματα. Η ανωμαλία στην πέψη όμως, προκαλεί ανορεξία, αδιαθεσία, δυσκοιλιότητα, αίσθημα πύεσεως στη στομαχική χώρα και μη καθορισμένα επιγαστρικά ενοχλήματα. Τα παραπάνω περνούν απαρατήρητα αρχικά, επανέρχονται όμως αργότερα με εντονότερα ενοχλήματα (π.χ. το αίσθημα πύεσεως στο στομάχι, παίρνει τη μορφή πόνου).

Συνηθέστερα οι ασθενείς παίρνουν την πρωτοβουλία, και κάνοντας κάποια δίαιτα, αποφεύγουν ό,τι τους ενοχλεί. Έτσι οι ενοχλήσεις υποχωρούν αλλά

επανεμφανίζονται αργότερα και τότε ο πόνος είναι το κυριώτερο χαρακτηριστικό της κλινικής συμπτωματολογίας.

Η περιοδικότητα αυτή, κατά την οποία εμφανίζονται τα ενοχλήματα, παρουσιάζεται πιο έντονα το φθινόπωρο και την άνοιξη, και σε αυτές τις εποχές συνήθως οι ενοχλήσεις του έλκους είναι συχνότερες. Αντίθετα οι περίοδοι που ο ασθενής δεν ενοχλείται από το έλκος, μπορούν να θεωρηθούν ως ίαση του έλκους, αλλά στην πραγματικότητα πρόκειται για μετάπτωση του έλκους σε λανθάνουσα κατάσταση. Μάλιστα ο Kalk, τις συγκεκριμένες αυτές περιόδους τις ονομάζει "διαλείμματα της νόσου".

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, το κυριώτερο κλινικό σύμπτωμα του έλκους, είναι το άλγος. Το άλγος του έλκους το διακρίνουμε σε :

- Πρώιμο άλγος,
- Οψιμο άλγος, και
- Νυχτερινό άλγος.

Το πρώιμο άλγος εμφανίζεται αμέσως μετά από ένα γεύμα, ή ακόμα και 1-1 1/2 ώρα αργότερα. Οι ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη τροφής φοβούμενοι πιθανή πρόκληση άλγους, ή σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν ορισμένα μόνο φαγητά που ερεθίζουν το έλκος και προκαλούν άλγος.

Το πρώιμο άλγος, προέρχεται κυρίως από το έλκος του στομάχου, πολλές φορές όμως επεκτείνεται και προς την καρδιακή χώρα και χαρακτηρίζεται ως στηθαγχικό άλγος.

Το όψιμο άλγος, εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά από το γεύμα. Αρχικά δεν είναι έντονο, η έντασή του όμως αυξάνεται προοδευτικά, ενώ παράλληλα συνοδεύεται από ερυγές και αίσθημα καύσου που πολλές φορές υποχωρεί με τη λήψη θερμών ροφημάτων ή τροφής. Πιθανότερα αυτό οφείλεται σε σπαστικές κινητικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εκκένωση ή τον αυξημένο περισταλισμό του κενού στομάχου.

Τέτοιες σπαστικές καταστάσεις που σχετίζονται με το όψιμο άλγος, είναι οι περιπτώσεις οι οποίες το στομάχι περιέχει μεγάλες ποσότητες όξινου γαστρικού υγρού, που αντιστοιχούν στο σύνδρομο του Reichmann.

Το νυχτερινό άλγος ή άλγος πείνης ή πυλωρικό σύνδρομο, όπως αλλιώς ονομάζεται, παρουσιάζεται 2-6 ώρες μετά το γεύμα, όταν στο στομάχι υπάρχει μεγάλη ποσότητα όξινου γαστρικού υγρού. Είναι αρκετά έντονο και μπορεί να υποχωρήσει μετά από λήψη τροφής ή αλκαλικών ή σπασμολυτικών φαρμάτων. Επίσης ο αυτόματος ή προκαλούμενος από τον ασθενή έμετος επιφέρει κάποια ανακούφιση.

Το νυχτερινό άλγος προέρχεται συνηθέστερα από το έλκος του δωδεκαδακτύλου, εμφανίζεται όμως και σε γαστρικά έλκη.

Άλλο σύμπτωμα είναι οι ερυγές που εμφανίζονται σε ποσοστό 50% των ελκοπαθών, χωρίς όμως να είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα για την ύπαρξη έλκους. Παρομοίως οι έμμετοι δεν μπορούν να χαρακτηριστούν σύμπτωμα του έλκους εκτός της περίπτωσης ύπαρξης πυλωρικής στένωσης.



## B. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

### - Γαστρορραγία

Αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή του έλκους και εμφανίζεται κυρίως στην άνοιξη και το φθινόπωρο. Συχνότερα εμφανίζεται ως επιπλοκή του γαστρικού έλκους και σπανιότερα του δωδεκαδακτυλικού. Οφείλεται κυρίως στη διάβρωση κάποιας αρτηρίας από ρήξη των τριχοειδών, ή σε σχίσιμο κάποιου φλεβικού αγγείου του βλεννογόνου.

Εκδηλώνεται με συμπτώματα λιγγού, κόπωσης, αδυναμίας, δίψας, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία ως και λιποθυμία. Επίσης ο ασθενής κάνει αιματέμεση (σκοτεινέρυθρο ή καφεοειδές αίμα) ενώ η διόδος του αίματος από το έντερο προκαλεί μετεωρισμό και μέλαινα κένωση.

Αν η γαστρορραγία δεν σταματά παρά τη συντηρητική αγωγή, γίνεται χειρουργική επέμβαση κατά την οποία απολινώνονται τα αγγεία που αιμοραγούν. Η συχνότητα της γαστρορραγίας ως επιπλοκή από το έλκος στομάχου είναι 10-14%.

### - Διάρρηση

Η διάρρηση του έλκους, είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή του έλκους. Στην περίπτωση αυτή, το έλκος προκαλεί διάρρηση όλου του τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου, με αποτέλεσμα το περιεχόμενό του να χύνεται είτε στην

περιτοναϊκή κοιλότητα, είτε σε θήκη σχηματισμένη από συμφύσεις (συγκεκριμένη διάτρηση).

Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται, είναι ξαφνικός έντονος κοιλιακός-πόνος, σύσπαση της κοιλιάς, ωχρότητα, ιδρώτας, ταχυσφυγμία και ταχύπνοια. Τα παραπάνω συμπτώματα γίνονται εντονότερα με την πάροδο του χρόνου και αν δεν αντιμετωπιστούν, ο ασθενής κάνει εμέτους, η γενική του κατάσταση έχει επιβαρυνθεί και εμφανίζει το Ιπποκράτειο προσωπείο που υποδηλώνει αφυδάτωση και τοξίνωση του οργανισμού. Ο θάνατος επέρχεται από αφυδάτωση, διαταραχή ηλεκτρολυτών, επιδράσεις τοξινών στο μυοκάρδιο, τα νεφρά, το ήπαρ και τα ζωτικά κέντρα του προμήκη μυελού.

Η διάτρηση απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση κατά την οποία γίνεται γαστρεκτομή ή συρραφή του έλκους, και εμφανίζεται σε ποσοστό 10% των ελκοπαθών, χωρίς να υπάρχουν προηγούμενα ενοχλήματα.

Τα βαριά γεύματα, η κούραση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και ορισμένα φάρμακα ευνοούν την εμφάνιση διάτρησης του έλκους.

#### - Πυλωρική Στένωση

Η πυλωρική στένωση οφείλεται σε συρρίκνωση των γειτονικών ιστών του πυλωρού ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης ινώδους συνεκτικού ιστού για την επούλωση των ελκών ή από φλεγμονώδη διήθηση των ιστών γύρω από το έλκος οπότε η στένωση δημιουργείται αντανακλαστικά με σπασμό.

Η στένωση του πυλωρού περνά από δύο στάδια: το δυναμικό και το παραλυτικό. Κατά το δυναμικό στάδιο παρουσιάζεται υπερτροφία του γαστρικού τοιχώματος γιατί το στομάχι αυξάνει αναγκαστικά τον τόνο του, στην προσπάθεια του να υπερνικήσει το εμπόδιο. Κατά το παραλυτικό στάδιο, το γαστρικό τοίχωμα, κάμπτεται, παραλύει και διατείνεται λόγω της μακροχρόνιας ασθένειας.

Τα συμπτώματα με τα οποία εμφανίζεται είναι πόνος μετά το φαγητό και αίσθημα πληρότητας, ανορεξία, έμετος, απώλεια βάρους, αφυδάτωση και διαταραχές των ηλεκτρολυτών (αλκάλωση).

Η θεραπεία της πυλωρικής στένωσης είναι χειρουργική, γίνεται γαστρεκτομή ή γαστρεντεροαναστόμωση.

#### - Κακοήθης Εξαλλαγή

Πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα το οποίο είναι συχνότερο από όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται σχεδόν πάντα πρωτοπαθώς. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες σε αναλογία 10:1 και συνήθως εντοπίζεται συχνότερα στην πυλωρική μοίρα (50%-60%) και σπανιότερα στο ελάσσον τόξο (20%).

Η αρχή της νόσου είναι ύπουλη με συμπτώματα ανορεξίας (απέχθεια προς το κρέας), αδυναμία, ελάτωση σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές (επιγαστρικό βάρος, μετεωρισμός κοιλιάς, ναυτία, έμμετοι). Στη συνέχεια εμφανίζονται μικρές και συχνές αιμορραγίες, αναγωγές καφεοειδούς χρώματος και αιμορραγία στα κόπρανα.

Λόγω των πολλών αιμορραγιών είναι δυνατόν να προκληθεί και αναιμία, ενώ ο ασθενής εμφανίζει πυρετό και όγκο ψηλαφητό στο επιγάστριο.

Σπανιώτερα στην αριστερή υποκλείδια χώρα ανευρίσκεται ο αδένας Vichrow, που υποδηλώνει προχωρημένη γενική κατάσταση, οπότε η χειρουργική επέμβαση αποκλείεται.

Η θεραπεία είναι χειρουργική, όπου γίνεται μερική ή ολική γαστρεκτομή και παράλληλα εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Είναι σημαντικό η διάγνωση να γίνει όσο νωρίτερα είναι δυνατόν γιατί ο καρκίνος του στομάχου δίνει μεταστάσεις, στο ήπαρ, στους πνεύμονες και τον υπεζωκότα λεμφογενών, αιματογενώς και κατά συνέχεια ιστού.

Ο καρκίνος του στομάχου δεν χειρουργείται όταν έχει κάνει πλέον μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ . 5ο

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του έλκους του στομάχου γίνεται με:

- Ακτινολογική εξέταση
- Γαστροσκόπηση
- Εξέταση του γαστρικού υγρού

#### A. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η ακτινολογική εξέταση του άρρωστου γίνεται ύστερα από λήψη σκιερής ουσίας και συγκεκριμένα βαριούζου πολτού. Ειδικότερα για το στόμαχο εξετάζεται αναλυτικά το σχήμα του, η περιφέρεια, οι διαστάσεις, οι πτυχές, ο τόνος του γαστρικού τοιχώματος, η κινητικότητα, η έκκριση του γαστρικού υγρού, η ικανότητα προς κένωση και η λειτουργία του καρδιακού και του πυλωρικού στομίου.

Ειδικότερα για το δωδεκαδάκτυλο, λόγω της κινητικότητας του βολβού, εμφανίζει διάφορα σχήματα όπως αχλαδιού, τριγώνου, σφαιρικό, με άξονα βολβού-πυλωρού, κάθετο, οριζόντιο, ανεστραμμένο σε στομάχι με σύσπαση.

Στο έλκος του στομάχου ύστερα από ακτινολογική εξέταση παρατηρούνται τα εξής:

- Φωλιά έλκους λόγω απώλειας στοιχείων του γαστρικού τοιχώματος
- Φωλιά επιφάνειας, στρογγυλή, ωσειδής, αστεροειδής, ανώμαλης υφής, λόγω του οιδήματος του βλεννογόνου που περιβάλλεται από διάφανη άλω
- Φωλιά του Haudek, λόγω κατακράτησης βαρίου, υγρών και αέρα
- Κηλίδα οφειλόμενη στο βάριο που παραμένει μέσα στην κοιλότητα του έλκους και μετά από την κένωση του στομάχου
  
- Μόνιμη παραμόρφωση του στομάχου, πιά συγκεκριμένα:
  - α) Βράχυνση και συστολή του ελάσσονος τόξου
  - β) Ακαμψία του τοιχώματος της περιοχής του έλκους, και ανακοπή κάθε περισταλτικής κίνησης
  - γ) Αλλοίωση της φοράς των γαστρικών πτυχών στην περιοχή του έλκους, κατά την εξέταση του έλκους
  - δ) Τομή κατά το μείζον τόξο
  
- Συμπτώματα και σημεία που φαίνονται ακτινολογικά στο έλκος δωδεκαδακτύλου, μετά από ένεση μορφίνης - ατροπίνης, χωρίς όμως να είναι χαρακτηριστικά:
  - α) Φωλιά στο βολβό
  - β) Προβολή οξεία του βολβού
  - γ) Φωλιά επιφάνειας
  - δ) Απλή κηλίδα ή περιβαλλόμενη από διάφανη άλω
  - ε) Μόνιμη παραμόρφωση του βολβού λόγω συρρίκνωσης του τοιχώματος

- στ) Τριφυλλοειδής ή διφυλλοειδής βολβός
- ζ) Σμίκρυνση ή ακόμα και εξαφάνιση του βολβού
- η) Ατονία του βολβού (μεγάλος βολβός)
- θ) Ακίνησια του βολβού (μόνιμος βολβός)
- ι) Γρήγορη κένωση (ακράτεια)

Αλλα γενικά συμπτώματα και σημεία μη χαρακτηριστικά για το έλκος:

- α) Υπερέκκριση γαστρικού υγρού
- β) Υπερπλασία των πτυχών του βλεννογόνου
- γ) Υπερκινητικότητα
- δ) Σπασμός τμήματος του στομάχου
- ε) Αύξηση του μεγέθους του στομάχου με ταυτόχρονη παραμόρφωση του βολβού (έλκος μετά στενώσεως)
- στ) Αργή κίνηση του βαρίου μέσα στο στομάχι (η παραμονή του βαρίου πέραν των 6 ωρών υποδηλώνει στένωση).

## B. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η γαστροσκόπηση είναι μια απλή και ακίνδυνη μέθοδος, με την οποία μας παρέχεται η δυνατότητα να ερευνήσουμε το εσωτερικό του στομάχου δια του οφθαλμού. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να κάνουμε βιοψία του βλεννογόνου, αλλά και να φωτογραφήσουμε και να κινηματογραφήσουμε ακόμα το εσωτερικό του στομάχου. Η γαστροσκόπηση εκτελείται μετά από τοπική νάρκωση, συνήθως με Pentothal και κουράριο.

### Ενδείξεις

Η γαστροσκόπηση ενδείκνυται σε υποψία πάθησης του στομάχου όταν και η ακτινολογική εξέταση δεν είναι σαφής. Με τη γαστροσκόπηση δεν είναι δυνατόν να ανιχνευθούν παθήσεις του ελάσσονα τόξου, του πυλωρού και το καρδιακό στόμιο. Στο έλκος του στομάχου κατά τη γαστροσκόπηση διαφαίνεται εξέλκωση στρογγυλή ή και ωοειδής η οποία συνοδεύεται με οίδημα στα χείλη του έλκους, διαστάσεως από λίγα χιλιοστά έως και 4 εκατοστά.

Η γαστροσκόπηση έχει ποσοστό επιτυχημένης διάγνωσης γύρω στο 80% όταν πρόκειται για έλκος ή όγκο του στομάχου.

### Αντενδείξεις

Η γαστροσκόπηση δεν ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- α) Επί ύπαρξης καρκίνου του οισοφάγου
- β) Επί στενώσεως του οισοφάγου ή του φάρυγγος
- γ) Παρουσία εγκολπώματος
- δ) Επί μεγάλης ανωμαλίας της αυχενικής ή θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης
- ε) Επί παθήσεων του μεσοπνευμονίου
- στ) Επί ανευρύσματος της αορτής
- ζ) Επί καρδιακής ανεπάρκειας
- η) Επί κίρρωσης του ήπατος



## Γ. ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Η εξέταση του γαστρικού υγρού περιλαμβάνει τρεις επί μέρους εξετάσεις. Το γαστρικό υγρό ερευνάται μορφολογικά, χημικά και μικροσκοπικά.

### - Μορφολογικά :

Σε 40-50 cc γαστρικού υγρού το οποίο λαμβάνεται με Levin εξετάζονται : η χροιά του, η όψη του, η οσμή του και το ειδικό βάρος. Το φυσιολογικό γαστρικό υγρό, χωρίς προσμίξεις αίματος ή χολής, είναι άχρωμο, διαυγές με ιδιόζουσα οσμή και ειδικό βάρος 1002 - 1010.

### - Χημικά :

Το pH του γαστρικού υγρού βρίσκεται μεταξύ 1,6 - 2. Το ελεύθερο υδροχλωρικό οξύ αποτελεί το 0,5 - 1% σε γραμμάρια και αυξάνεται σε 2-3% gr έπειτα από υποδόρια ένεση 1/2 χιλιοστόγραμμου υδροχλωρικής ισταμίνης. Αύξηση του ποσού αυτού άνω των 4% gr υποδηλώνει υπερχλωρυδρία, ενώ μείωση του ποσού κάτω των 1,5% gr υποδηλώνει υποχλωρυδρία.

### - Μικροσκοπικά :

Το γαστρικό υγρό του έλκους δεν παρουσιάζει κύτταρα εκτός από ερυθρά αιμοσφαίρια όταν μόνο αιμορραγεί. Αν όμως υπάρχει καρκίνος του στομάχου ανερίσκονται καρνινοματώδη κύτταρα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, συνίσταται στην συντηρητική και τη χειρουργική θεραπεία.

#### A. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συντηρητική αγωγή του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, αποσκοπεί:

- Στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τα υπόλοιπα συμπτώματα,
- Στην γρήγορη επούλωση του έλκους, και
- Στην πρόληψη τυχόν υποτροπών και επιπλοκών.

Μέχρι πρόσφατα, η συνηθέστερη συντηρητική αγωγή περιελάμβανε σχήμα αντιόξινων και αντιχολινεργικών φαρμάκων σε συνδυασμό με κατάλληλη διαίτα. Τα τελευταία όμως χρόνια το σχήμα αυτό χάνει έδαφος, με αποτέλεσμα σήμερα να χρησιμοποιούνται νέα φάρμακα με αντιελκωτική δράση. Βάσει πολλών κλινικών μελετών αποδείχθηκε πως τα νέα αυτά φάρμακα δρουν επουλωτικά στο γαστρικό και στο δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Η επουλωτική δράση των αντιελκωτικών φαρμάκων, επιτελείται με τρεις μηχανισμούς:

- α) Με ελάττωση της οξύτητας του γαστρικού περιεχομένου ή της περιοχής που βρίσκεται το έλκος.

Αυτό επιτυγχάνεται με καταστολή της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέως, με εξουδετέρωση του HCL που έχει παραχθεί (με τη χορήγηση εξωγενών αντιόξινων ουσιών) ή με την εξουδετέρωση του HCL, μέσω παραγωγής διττανθρακικών από τον βλεννογόνο του στομάχου.

- β) Με κάλυψη του έλκους από προστατευτική ουσία που χορηγείται εξωγενώς και εμποδίζει την επαφή του HCL και της πεψίνης με το έλκος.
- γ) Με αύξηση των αμυντικών δυνάμεων του βλεννογόνου που επιτυγχάνεται με τη χορήγηση κυτταροπροστατευτικών ουσιών.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα διακρίνονται ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους σε :

- 1) Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση του HCL
- 2) Φάρμακα που εξουδετερώνουν το HCL
- 3) Φάρμακα που αυξάνουν την αντίσταση του βλεννογόνου
- 4) Διάφορα άλλα φάρμακα.

1. Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση του HCL

α) Αντιχολινεργικά φάρμακα:

Οι ουσίες αυτές, μειώνουν σημαντικά την έκκριση του γαστρικού υγρού, μπλοκάροντας ουσιαστικά τις πνευμονογαστρικές νευρικές ίνες που ρυθμίζουν την έκκριση. Για να γίνει όμως αυτό, είναι απαραίτητες μεγάλες δόσεις αντιχολινεργικών φαρμάκων, που προκαλούν αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως επίσχεση ούρων, ξηρότητα του στόματος, θάμπωμα των οφθαλμών, κ.ά. Λόγω των παρενεργειών αυτών, χρησιμοποιούνται μόνο για την ανακούφιση των ασθενών από τους νυχτερινούς πόνους και σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα.

β) Ανταγωνιστές των H<sub>2</sub> υποδοχέων :

Η ομάδα αυτών των ουσιών περιλαμβάνει τα περισσότερο δραστικά φάρμακα ως προς την ελάττωση της έκκρισης του HCL. Συγκεκριμένα οι ουσίες αυτές, παρεμποδίζουν την τάση της ισταμίνης στο γαστρικό υγρό δεσμεύοντας τους κατάλληλους υποδοχείς. Μειώνουν σημαντικά τη γαστρική οξύτητα, ύστερα από χορήγηση καφεΐνης και πενταγαστρίνης, καθώς επίσης και τη βασική, την μεταγευματική και τη νυχτερινή έκκριση του HCL. Τέτοια φάρμακα είναι η σιμετιδίνη, η ρανιτιδίνη και η φαμοτιδίνη.

- Η σιμετιδίνη αποδεικνύεται αρκετά αποτελεσματικό φάρμακο, αφού αποτελεί τη βασική θεραπεία αρκετών ασθενών. Συνηθέστερα, χορηγείται 1 gr σιμετιδίνης το 24ωρο, διαιρούμενο σε τρεις δόσεις των 200 mg, μετά τα γεύματα, και 400 mg λίγο πριν το νυχτερινό ύπνο. Σε μεγαλύτερες από την προαναφερόμενη δόση, προκαλούνται παρενέργειες

όπως αύξηση της προλακτίνης στο αίμα και διανοητική σύγχυση στους ηλικιωμένους.

- Η ρανιτιδίνη, έχει διαφορετική μοριακή δράση από τη σιμετιδίνη (περιέχει φουρανικό αντιϊμιδαζολικό δακτύλιο), ελαττώνει ακόμα περισσότερο τη γαστρική έκκριση, δρα πιο παρατεταμένα και έχει λιγότερες παρενέργειες.
- Η φαμοτιδίνη αποτελεί το νεώτερο φάρμακο της ομάδας αυτής. Έχει διαφορετική μοριακή δομή από τις προηγούμενες ουσίες (είναι παράγωγο της γονανιδινοθειναζόλης) και δεν περιέχει τον ιμιδαζολικό δακτύλιο της σιμετιδίνης ή τον φουρανικό δακτύλιο της ρανιτιδίνης. Έχει παρατεταμένη δράση, καθώς επίσης και λιγότερες και ηπιότερες παρενέργειες, όπως κεφαλαλγία, ζάλη, δυσκοιλιότητα ή διάρροια.

γ) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά :

Τα ηρεμιστικά και ακόμη περισσότερο τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποτελούν τη θεραπεία του έλκους, σε ασθενείς με ψυχοσωματικές καταστάσεις (άγχος, στρες, έντονες συγκινήσεις, κ.ά.).

Τέτοια φάρμακα είναι η πιρενζεπίνη, η οποία δρα μόνο στο στομάχι ελαττώνοντας το γαστρικό υγρό, και η τριμιπραμίνη που προκαλεί επίσης ελάττωση του γαστρικού υγρού.

δ) Προσταγλαδίνες :

Είναι μια νέα σειρά φαρμάκων που πρόσφατα προστέθηκαν στα υπόλοιπα αντιελκωτικά φάρμακα. Έχουν την ιδιότητα να ελαττώνουν τη γαστρική έκκριση και παράλληλα να προστατεύουν το βλεννογόνο από την επίδραση διάφορων ερεθιστικών ουσιών (κυτταροπροστασία).

ε) Εντερικές ορμόνες :

Τέτοιες είναι η σεκρετίνη, η οποία μειώνει την έκκριση του HCL και παράλληλα αυξάνει την έκκριση του  $\text{HCO}_3$  στο παγκρεατικό υγρό, και η σωματοστατίνη η οποία επίσης δρα ανασταλτικά στη γαστρική έκκριση. Οι εντερικές ορμόνες δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ως προς τη συντηρητική αγωγή του έλκους.

στ) Προγλουμιδη :

Είναι από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για τη θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Αναστέλλει τη γαστρική έκκριση απορροφάται γρήγορα, όμως δρα ύστερα από μερικές μέρες και συνεχίζει να δρα αρκετά μετά τη διακοπή της χορήγησής της.

ζ) Παράγωγα βενζομιδαζόλης :

Οι ουσίες αυτές αναστέλλουν τη δράση του ενζύμου που υπάρχει στην εκκριτική μεμβράνη των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου, και έτσι προκαλούν

εκλεκτική και μέγιστη ελάττωση της έκκρισης του HCL. Μια τέτοια ουσία είναι η ομεπραζόλη, η οποία προκαλεί μεγάλη και παρατεταμένη αναστολή της όξινης γαστρικής εκκρίσεως.

Η ομεπραζόλη (Losec) εγκρίθηκε πρόσφατα, στην Αγγλία για χρήση σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος σε συνδυασμό με αμοξικιλίνη.

Στην έγκριση από την Αγγλία αναφέρεται ότι σε κλινικές μελέτες χρησιμοποιήθηκε ημερήσια δοσολογία 1,5-2 g αμοξικιλίνης, και ότι σε ασθενείς αλλεργικούς στην αμοξικιλίνη, ο συνδυασμός του Losec με κλαριθρομυκίνη μπορεί να είναι μια καλή εναλλακτική λύση.

Η έγκριση αυτή αποτελεί σημαντική εξέλιξη στη θεραπεία του πεπτικού έλκους, καθώς το 95% περίπου των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος και το 75% των ασθενών με γαστρικό έλκος είναι θετικοί στο *H.pylori*. Επίσης σε πρόσφατη Consensus Development Conference που διοργάνωσε το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. (7 - 9 Φεβρουαρίου 1994) ανακοινώθηκε ότι, όλοι οι ασθενείς με ενεργό δωδεκαδακτυλικό ή γαστρικό έλκος, που είναι θετικοί στο *H.pylori*, θα πρέπει να λαμβάνουν από την αρχή θεραπεία εκρίζωσής του.

Η θεραπεία περιλαμβάνει αντιεκκριτικά φάρμακα, ανεξάρτητα από το εάν πρόκειται για πρωτοεμφανιζόμενο έλκος, ή για υποτροπή.

Η ίδια ερευνητική ομάδα ανακοίνωσε ότι, ασθενείς με πεπτικό έλκος που είναι θετικοί στο *H. pylori*, και λαμβάνουν συντηρητική θεραπεία με αντιεκκριτικά φάρμακα, θα πρέπει οπωσδήποτε να λάβουν θεραπεία για την εκρίζωσή του. Από έρευνες βρέθηκε ότι, εάν το έλκος επουλωθεί και εκριζωθεί το *H.pylori*, μειώνεται σημαντικά ο κίνδυνος υποτροπής.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι, επτά χρόνια μετά την αρχική θεραπεία ασθενών στους οποίους είχε επίσης εκριζωθεί το *H.pylori*, το 92% των ασθενών που

ήταν αρνητικοί για το *H.pylori* ήταν ελεύθεροι έλκους χωρίς καμία επιπλέον θεραπεία.

2. Φάρμακα που εξουδετερώνουν το HCL

α) Αντιόξινα :

Παλαιότερα τα αντιόξινα αποτελούσαν την μοναδική συντηρητική θεραπεία του έλκους, σε συνδυασμό με τα αντιολινεργικά. Η αποτελεσματική δράση ενός αντιόξινου φαρμάκου, εξαρτάται:

- Από την εξουδετερωτική του ικανότητα,
- Από το χρόνο χορήγησής του (ως προς τα γεύματα),
- Από την εκκριτική κατάσταση του ασθενούς, και
- Από το ρυθμό κένωσης του στομάχου.

Συγκεκριμένα, τα αντιόξινα εξουδετερώνουν τα χολικά άλατα τα οποία, είναι υπεύθυνα για την πάθογένεση του έλκους του στομάχου.

Οι κυριότερες παρενέργειες που προκαλούν τα αντιόξινα, είναι δυσκοιλιότητα, λόγω των αλάτων αλουμινίου, και διάρροια λόγω των αλάτων μαγνησίου.



3. Φάρμακα που αυξάνουν την αντίσταση του βλεννογόνου

α) Καρβενοξόλη :

Προέρχεται από τη γλυκόριζα και χρησιμοποιείται για τη θεραπεία του έλκους από παλαιά. Απορροφάται από το βλεννογόνο του στομάχου, εκκρίνεται στη χολή και επαναπορροφάται από το λεπτό έντερο.

β) Σουκραλφάτη :

Αποτελεί μείγμα σουκρόζης και αλουμινίου σε όξινο περιβάλλον, όπου μεταβάλλεται σε πυκνή ιξώδη ουσία και έχει την ικανότητα να εξουδετερώνει μερικώς τα οξέα. Έχει όμως μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τα αντιόξινα, γιατί η εξουδετέρωση του HCL γίνεται στην περιοχή του έλκους, και όχι στο γαστρικό αυλό όπως γίνεται με τα αντιόξινα όπου η αραιώση σε HCL είναι μεγάλη.

γ) Προσταγλαδίνες :

Είναι ακόρεστα λιπαρά οξέα, βρίσκονται ελεύθερα σε πολλά υγρά και όργανα του σώματός μας, και ασκούν κυτταροπροστατευτική και αντιεκκριτική δράση.

Συγκεκριμένα προκαλούν:

- Αύξηση στην έκκριση διπτανθρακικού,
- Αύξηση στην έκκριση βλέννης,
- Βελτίωση της μικροκυκλοφορίας του στομάχου, και
- Προαγωγή της κυτταρικής ανανέωσης.

δ) Ενώσεις κολλοειδούς βισμούθιου :

Η ένωση αυτή του βισμούθιου όταν βρεθεί σε όξινο περιβάλλον, έχει την τάση, να συνδέεται σταθερά με βλενοπρωτείνες. Στο όξινο περιβάλλον του στομάχου, συνδέεται με τις βλενοπρωτείνες που βρίσκονται στον πυθμένα του έλκους με αποτέλεσμα το σχηματισμό προστατευτικού καλύματος, το οποίο προσκολλάται στον ιστό της επιφάνειας του έλκους.

Το κάλυμα αυτό (μεμβράνη), παρεμποδίζει με αυτόν τον τρόπο την βλαπτική επίδραση του HCL και της πεψίνης πάνω στο έλκος μόνο, αφήνοντας ελεύθερη όλη την υπόλοιπη επιφάνεια του βλεννογόνου.

4. Διάφορα άλλα φάρμακα

α) Οξεθαζίνη :

Είναι τοπικό αναισθητικό και χρησιμοποιείται για την αναστολή της απελευθέρωσης της γαστρίνης από το πυλωρικό άντρο.

β) Εξουδετερωτικά της πεψίνης (αμυλοπηκτίνη και πεψατατίνη) :

Σήμερα υπάρχει πληθώρα φαρμάκων για την συντηρητική θεραπεία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, τα οποία αποσκοπούν τόσο στην εξουδετέρωση των επιθετικών παραγόντων, όσο και στην ενίσχυση των αμυντικών παραγόντων του στομάχου.

Επίσης επιτυγχάνεται ως κάποιο σημείο, η μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης επιπλοκών. Έτσι οι χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία του έλκους έχουν μειωθεί σημαντικά.

## B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρ'όλη τη σημαντική αναμφισβήτητα πρόοδο της συντηρητικής αντιμετώπισης του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, υπάρχει ένα ποσοστό αρρώστων, οι οποίοι δεν θεραπεύονται πλήρως και η περίπτωση τους απαιτεί χειρουργική επέμβαση.

Οι περιπτώσεις όπου ένας ασθενής με έλκος στομάχου θα πρέπει απαραίτητως να χειρουργηθεί, είναι οι εξής:

- Όταν το έλκος δεν επούλωναται, ύστερα από τρίμηνη συντηρητική αγωγή.
- Όταν το έλκος υποτροπιάζει μετά τη θεραπεία.

Πριν τη χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει απαραίτητως να προηγηθεί γαστροσκόπηση και λήψη βιοψίας από πολλά μέρη του έλκους.

Οι περιπτώσεις όπου ένας ασθενής με έλκος δωδεκαδακτύλου θα πρέπει να χειρουργηθεί είναι οι εξής:

- Πιθανή διάτρηση του έλκους,
- Πιθανή περίπτωση βαρειάς αιμορραγίας,
- Πυλωρική στένωση.

Οι παραπάνω περιπτώσεις χαρακτηρίζονται επείγουσες και απαιτούν άμεση χειρουργική αντιμετώπιση. Εκτός όμως από τα επείγοντα αυτά περιστατικά, το έλκος του δωδεκαδακτύλου χειρουργείται όταν :

- Έχει αποτύχει η συντηρητική αγωγή,
- Υπάρχουν αλληπάλληλες διατρήσεις ή αιμορραγίες,
- Συνυπάρχουν άλλες σοβαρές ασθένειες (π.χ. νεφρική ανεπάρκεια), και
- Σε ασθενείς υψηλού κινδύνου, όπως ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτικά.

α. Είδη εγχειρήσεων για τη θεραπεία του έλκους του στομάχου

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χειρουργών, χρησιμοποιούν τη μέθοδο γαστρεκτομής κατά Billroth I. Κατά αυτήν αφαιρείται το 45-60% του στομάχου με ταυτόχρονη τελικοτελική αναστόμωση.

Αν υπάρξουν τεχνικές δυσκολίες γίνεται αναστόμωση κατά Billroth II, είναι όμως προτιμότερο να γίνεται μετά από το 60<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του ασθενούς. Όταν το έλκος έχει εντόπιση, στην καρδιακή μοίρα του στομάχου και κοντά στον οισοφάγο, γίνεται βαγοτομή και πυλωροπλαστική.

Η θνησιμότητα μετά την επέμβαση αγγίζει το 0,5-1%, τα μετεγχειρητικά προβλήματα είναι ελάχιστα και σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν θετική εξέλιξη. Μετά την επέμβαση, οι ασθενείς παρουσιάζουν κάποια υποτροπή σε ποσοστό 0-5% , ή κάποια μικρά λειτουργικά προβλήματα σε ποσοστό 5-10%.

Στις περιπτώσεις βαριάς αιμορραγίας από το έλκος του στομάχου, συνηθίζεται η βαγοτομή, σε συνδυασμό με μια παροχετευτική επέμβαση και συρραφή του αγγείου που αιμορραγεί. Έχει αναφερθεί ότι μη εγχειρητική

θνησιμότητα στη βαγοτομή είναι κατά 50% μικρότερη απ'ότι στη γαστρεκτομή, ενώ η πιθανότητα νέας αιμορραγίας δεν είναι ιδιαίτερα συχνή.

### β. Είδη εγχειρήσεων για τη θεραπεία του έλκους του δωδεκαδακτύλου

Οι συνηθέστερες μέθοδοι για τη χειρουργική επέμβαση στο έλκος του δωδεκαδακτύλου, είναι τρεις:

- Γαστρεκτομή με αφαίρεση τμήματος του στομάχου και αναστόμωση κατά Billroth.
- Βαγοτομή και αντρεκτομή με αναστόμωση κατά Billroth II.
- Βαγοτομή - διατομή των πνευμονογαστρικών, στελεχιαία, εκλεκτική ή υπερεκλεκτική με ή χωρίς παροχτετευτική επέμβαση (πυλωροπλαστική ή γαστρεντεροαναστόμωση).

Η βαγοτομή σε συνδυασμό με αντρεκτομή είναι πιο αποτελεσματική γιατί καταργεί και τη νευρική και τη γαστρική φάση της εκκρίσεως του στομάχου με αποτέλεσμα να μειώνονται σημαντικά οι πιθανότητες υποτροπής του έλκους. Αντίθετα η απλή βαγοτομή καταργεί μόνο τη νευρική φάση της εκκρίσεως του στομάχου.

Κατά τη γαστρεκτομή, καταργείται επίσης μόνο η γαστρική φάση της εκκρίσεως του στομάχου, γι'αυτό συνηθέστερα χρησιμοποιείται η μέθοδος της στελεχιαίας βαγοτομής με παροχτετευτική επέμβαση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

#### A. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING

Εμφανίζεται 10 λεπτά ως και 2 ώρες μετά το φαγητό και αποτελείται από πολλές δυσάρεστες και ενοχλητικές εκδηλώσεις, οι οποίες διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

· Πρώιμες εκδηλώσεις συνδρόμου Dumping:

Ο ασθενής με την πάροδο 10 λεπτών ως μισής ώρας από το φαγητό, παρουσιάζει ωχρότητα, αδυναμία, τάση για λιποθυμία και ταχυσφυγμία. Εμφανίζει διάταση κοιλίας και βορβορυγμούς.

Τα παραπάνω συμπτώματα είναι δυνατόν να εμφανιστούν μετά από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση έλκους, αλλά κυρίως μετά από γαστρεκτομή, και οφείλεται στην γρήγορη είσοδο των τροφών στην νήστιδα η οποία διατείνεται. Ταυτόχρονα, η γρήγορη είσοδος του υπερτονικού υγρού στο έντερο, προκαλεί τη μετακίνηση του εξωκυττάριου υγρού από το πλάσμα στο έντερο για την αποκατάσταση της ισοτονίας. Έτσι η μείωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος προκαλεί τα παραπάνω συμπτώματα.

· Όψιμες εκδηλώσεις του συνδρόμου Dumping:

Ο ασθενής μετά την πάροδο 1-2 ωρών από το φαγητό εμφανίζει αίσθημα αδυναμίας, τάση για λιποθυμία, και εφίδρωση.

Η απότομη είσοδος των τροφών στη νήστιδα, προκαλεί υπεργλυκαιμία με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης, ως αντίδραση για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας οπότε απότομα προκαλείται υπογλυκαιμία που είναι υπεύθυνη για τα παραπάνω συμπτώματα.

Όταν τα συμπτώματα είναι σε ελαφριά μορφή, θα πρέπει να περιοριστούν τα γεύματα, ο ασθενής να διατηρείται ήρεμος και να αποφεύγει τα σακχαρούχα ποτά. Σε βαριές όμως καταστάσεις, όπου τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με συντηρητικά μέσα, είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση.

## B. ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Αποτελεί επιπλοκή των χειρουργικών επεμβάσεων κυρίως του δωδεκαδακτυλικού έλκους, όταν δεν επιτυγχάνεται επαρκής έλεγχος της γαστρικής οξύτητας. Ο βλεννογόνος της νήστιδος εκτίθεται στο HCL, και στο στόμιο εμφανίζεται έλκος.

Το αναστομωτικό έλκος προκαλεί πόνο 1 έως 5 ώρες μετά τη λήψη τροφής, εμφανίζει αιμορραγία, ενώ σπανιότερα και διάρρηξη. Η διάγνωση γίνεται με τη βοήθεια της γατροσκόπησης, ενώ με την ακτινολογική εξέταση δεν γίνεται αντιληπτό. Η θεραπεία είναι μόνο χειρουργική.

### Γ. ΑΝΑΙΜΙΑ

Οφείλεται στην κακή απορρόφηση του σιδήρου σε συνδυασμό με την ελαττωμένη πρόσληψη σιδήρου και απώλεια αίματος. Είναι αρκετά συχνή επιπλοκή ύστερα από γαστρεκτομή.

### Δ. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΚΗΣ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ

Παρουσιάζεται κυρίως, μετά από γαστερεκτομή, και οφείλεται στην μη επαρκή ανάμειξη της τροφής, της χολής και του παγκρεατικού υγρού, λόγω της αναστόμωσης του κολοβώματος στομάχου και νήστιδας, σε συνδυασμό με τη γρήγορη είσοδο των τροφών.

Τα συμπτώματα είναι, διάρροια, αναιμία, απώλεια βάρους, κ.ά. Η διάγνωση γίνεται εργαστηριακά ύστερα από αναστόμωση Polya.

### Ε. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΙΟΥΣΗΣ ΕΛΙΚΟΣ

Είναι λειτουργική διαταραχή της προσιούσης έλικος, κατά την οποία ο ασθενής νιώθει υπερπλήρωση μετά το φαγητό και αναγκάζεται σε χολώδεις εμέτους. Η θεραπεία είναι χειρουργική.



## ΣΤ. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Μπορεί να οφείλεται σε σύνδρομο κακής απορρόφησης, σε γαστρονηστιδικό συρίγγιο ή άλλους λειτουργικούς παράγοντες. Αποτελεί μετεγχειρητική επιπλοκή του 20-50% των ασθενών με έλκος, θεραπεύεται συντηρητικά με τη χορήγηση φωσφορικής κωδεΐνης ή Lomotil.

## Ζ. ΓΑΣΤΡΟΝΗΣΤΙΔΟΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ

Ο ασθενής παρουσιάζει έντονες διάρροιες, απώλεια βάρους, καχεξία και διαταραχές των ηλεκτρολυτών. Πρόκειται για αναστομωτικό έλκος, το οποίο είναι δυνατόν να προκαλέσει διάτρηση του εγκάρσιου κόλου, οπότε υπάρχει επικοινωνία με το παχύ έντερο.

Η διάγνωση γίνεται με βαριούχο υποκλισμό και η θεραπεία απαιτεί χειρουργική επέμβαση.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στον ασθενή που πάσχει από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, η Ιατρική αλλά και η Νοσηλευτική Φροντίδα αποσκοπούν στη δημιουργία εκείνων των παραγόντων που θα επιφέρουν την επούλωση του έλκους.

Συγκεκριμένα, οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας, είναι η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και έκκρισης του στομάχου.

Οπωσδήποτε για την επιτυχία των παραπάνω, η συμβολή του Νοσηλευτικού προσωπικού κρίνεται απαραίτητη, γι'αυτό ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για την κατάσταση του κάθε ασθενούς αλλά και για την θεραπεία την οποία ακολουθεί.

Η άψογη συνεργασία με τους θεράποντες Ιατρούς δρα αποτελεσματικά στην πορεία της υγείας του ασθενούς τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Έτσι ο/η νοσηλευτής/η ή η Νοσηλεύτρια ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του Ιατρού, παρατηρεί και καταγράφει στο βιβλίο νοσηλείων τις καθημερινές δραστηριότητες, και αναφέρει οτιδήποτε σημαντικό έχει σχέση με τον ασθενή. Πράγματι, ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην πρόσοδο της υγείας του ασθενούς με έλκος αν εφαρμόσει τα παρακάτω μέτρα:

## A. ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΗΡΕΜΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το ήσυχο, ήρεμο και απροβλημάτιστο περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην μη επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς. Η πλήρης ησυχία στο θάλαμο, και η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών βοηθάει τον ασθενή να ξεφύγει από τα προβλήματα και το άγχος της καθημερινότητας, από τις κοινωνικές, επαγγελματικές και οικογενειακές του ανησυχίες, και επιπλέον η παραμονή του στο κρεβάτι βοηθά η πέψη των τροφών να γίνεται ομαλότερα.

Η συνεργασία του ιατρού με το Νοσηλευτικό προσωπικό, αποπνέει ένα ευχάριστο αίσθημα εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας για το μέλλον με αποτέλεσμα και ο ίδιος ο ασθενής να συνεργάζεται μαζί τους.

Ο ασθενής θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί την ηρεμία του. Όταν όμως άλλοι παράγοντες τον εμποδίζουν, όπως για παράδειγμα πολύωρες και πολυάριθμες επισκέψεις, επισκέψεις ανεπιθύμητων προσώπων που τον επαναφέρουν στα καθημερινά προβλήματα, ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια οφείλει να παρέμβει, να καθοδηγήσει τους συγγενείς και τους επισκέπτες και να τους εξηγήσει πως δεν βοηθούν τον ασθενή με αυτό τον τρόπο, αντίθετα επιβαρύνουν την κατάστασή του. Και το Νοσηλευτικό προσωπικό όμως, θα πρέπει να είναι προσεκτικό απέναντι στον ασθενή έτσι ώστε ικανοποιώντας όλες του τις ανάγκες, αυτός να παραμένει ήρεμος και ήσυχος. Σε αντίθετη περίπτωση, καταφεύγουμε στη χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, τα οποία ηρεμούν τον ασθενή και τον βοηθούν να κοιμηθεί.

Ο πόνος από το έλκος, όταν αυτό βρίσκεται στην οξεία φάση είναι έντονος και οδυνηρός. Αυξάνει την ανυσυχία και το άγχος του ασθενή και τον κάνει ευέξαπτο, ευερέθιστο και απαιτητικό ως προς τη φροντίδα που του παρέχεται. Ο

Νοσηλεύτης ή η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να κατανοήσει πως η συμπεριφορά αυτή οφείλεται στην ασθένεια του και θα πρέπει να υπομείνει με ευγένεια τις απαιτήσεις του ασθενή, γνωρίζοντας πάντα πως η δική του / της συμπεριφορά, μπορεί να επηρεάσει την υγεία του, είτε θετικά είτε αρνητικά.

#### B. ΒΟΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΥΔΕΤΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΚΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Όπως προαναφέρθηκε η θεραπεία για το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, συνίσταται στην προστασία του έλκους, όταν αυτό βρίσκεται στην οξεία φάση, από τα οξέα του γαστρικού υγρού.

Έτσι ο ασθενής συνιστάται να λαμβάνει λευκωματούχες τροφές, οι οποίες αναμειγνύονται με τα αλκαλικά φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής και τα οξέα του στομάχου, με αποτέλεσμα την εξουδετέρωση των οξέων αυτών. Συχνά γεύματα αποτελούμενα από μικρή ποσότητα τροφής (γάλα, κουάκερ, κρέμες), συμβάλλουν στην εξουδετέρωση των οξέων.

Τα φάρμακα που χορηγούνται στον ασθενή, αποσκοπούν στην απορρόφηση των οξέων (αλκαλικά), στη μείωση της έκκρισης των γαστρικών υγρών (αντιχολινεργικά) και στη μείωση της κινητικότητας του στομάχου (αντισπασμωδικά).

## Γ. ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΝΑ ΖΗΣΕΙ ΜΕ ΤΟ ΕΛΚΟΣ

Ο ασθενής θα πρέπει να διδαχθεί, τους τρόπους με τους οποίους θα αντιμετωπίσει το έλκος, με αποτέλεσμα να μην του ξαναπαρουσιαστεί. Η συντηρητική θεραπεία, η κατάλληλη διαίτα, ο ήρεμος και μη αγχώδης τρόπος ζωής, είναι στοιχεία που συμβάλλουν στην αποθεραπεία και ο ασθενής θα πρέπει να τηρεί πιστά.

Η ειδικότερη φροντίδα από τον Νοσηλευτή ή τη Νοσηλεύτρια, τόσο στον ψυχολογικό κόσμο όσο και στο σώμα του ασθενούς. Ψυχολογικά προετοιμάζεται ο ασθενής να δεχθεί την εγχείρηση και να κατανοήσει το πόσο θετικά θα είναι τα αποτελέσματα. Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνος/η για την ψυχολογική στήριξη του ασθενούς, έτσι ώστε αυτός να αποβάλλει το άγχος, την ανησυχία του και την ένταση που ασφαλώς θα έχει.

## Δ. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πριν οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, η Νοσηλευτική Φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

### - Τόνωση του ηθικού:

Ο ασθενής, νιώθει φοβία για το άγνωστο αποτέλεσμα της εγχείρησης, ανασφάλεια και κατάθλιψη. Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της εξέλιξης της υγείας του ασθενούς. Έτσι ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια, θα πρέπει να τονώσει το ηθικό του ασθενούς, να επιλύσει τυχόν απορίες που θα έχει, και με κάθε τρόπο να κάνει τον ασθενή να αποβάλλει κάθε φόβο και ανησυχία για την εγχείρηση.

- Σωματική τόνωση

Μια μέρα πριν από την εγχείρηση, ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση, παύει να σιτίζεται από το στόμα για την αποφυγή του κινδύνου μετεωρισμού κοιλιάς και εμέτων. Αν επιβάλλεται να συνεχισθεί η λήψη υγρών, αυτά χορηγούνται παρεντερικά.

- Ιατρικές εξετάσεις:

Πριν οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, υποβάλλεται σε ορισμένες εξετάσεις ώστε να εκτιμηθεί η γενικότερη κατάσταση του.

Συγκεκριμένα οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν είναι:

- 1) Γενικές αίματος, χρόνος ροής, χρόνος πήξης, ομάδα και Rhesus, σάκχαρο και ουρία αίματος.
- 2) Γενική ούρων

Επίσης πριν την εγχείρηση ο ασθενής εξετάζεται από τον αναισθησιολόγο, για να εκτιμηθεί αν και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να δεχθεί τη νάρκωση, αλλά και για τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως.

- Καθαριότητα του ασθενούς:

Η καθαριότητα του ασθενούς, περιλαμβάνει την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, και την καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, γίνεται με καθαρτικό υποκλισμό ή με καθαρτικά φάρμακα, και

σκοπό έχει την αποφυγή εκκένωσης του περιεχομένου του στομάχου, μέσα στο χειρουργείο, και την ευκολότερη διενέργεια της επέμβασης λόγω μη διάτασης των εντέρων.

Η καθαριότητα του ασθενούς, σκοπεύει στην αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

Έτσι την παραμονή της εγχείρησης, ο ασθενής υποβάλλεται σε λουτρό καθαριότητας, ενώ παράλληλα γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα.

- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου:

Ο επαρκής και καλός ύπνος, θα βοηθήσει τον ασθενή να αποβάλλει τα αισθήματα φόβου και αγωνίας που ίσως να έχει, και να νιώσει πιο ήρεμος και ήσυχος.

- Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς: σε μετεγχειρητικές ασκήσεις, άκρων, αναπνευστικών μυών, κ.ά.

- Προσανατολισμός του ασθενούς στο νέο χώρο: που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, έτσι ώστε να μην ανησυχήσει κατά την αφύπνιση όταν αντικρύσει ένα νέο περιβάλλον.

- Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία:

Σε αυτήν την φάση, καθορίζεται το εγχειρητικό πεδίο και καθαρίζεται από τυχόν τρίχες ή ακαθαρσίες για την αποφυγή μόλυνσης.

- Τελική προεγχειρητική προετοιμασία:

Η τελική φάση της προεγχειρητικής φροντίδας, περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, την ένδυση και την προνάρκωση.

Για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία. Οτιδήποτε παρεκκλίνει από τα φυσιολογικά όρια ή άλλες παρατηρήσεις, θα πρέπει να αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό.

Στη συνέχεια ο ασθενής φορά την κατάλληλη ενδυμασία, η οποία περιλαμβάνει ποδονάρια, ειδική ρόμπα μιάς χρήσεως και σκούφο για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής. Επίσης αφαιρούνται τυχόν κοσμήματα, τεχνητά, μέλη, τεχνητές οδοντοστοιχίες, κ.ά.

Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να ουρήσει έτσι ώστε να προληφθεί η εκκένωση της ουροδόχου κύστης μέσα στο χειρουργείο.

Η προνάρκωση γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση, και το είδος της αποφασίζεται από τον αναισθησιολόγο. Η προνάρκωση αποβλέπει στην χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, τη μείωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Μετά την προνάρκωση ο ασθενής δεν σηκώνεται από το κρεβάτι, και δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις.

Στη συνέχεια ο ασθενής είναι έτοιμος να οδηγηθεί στο χειρουργείο.

- Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς, συνιστάται:

- α) Στην προστασία του κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης,
- β) Στην παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειάς του, μετεγχειρητικά,



- γ) Στην ανακούφιση του από τυχόν ενοχλήματα,
- δ) Στην πρόληψη των επιπλοκών, και
- ε) Στη βοήθεια του ασθενούς, να επανέλθει στο φυσικό του περιβάλλον.

Μετά την έξοδο του ασθενούς από το χειρουργείο, οδηγείται στο θάλαμο ανάνηψης, ή στη χειρουργική κλινική, αν έχει επανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις του. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή, ώστε ο ασθενής να προφυλαχθεί από ρεύματα αέρια κατά τη μεταφορά του. Ο ασθενής καταλαμβάνει ύπτια θέση στο κρεβάτι, με το κεφάλι στραμμένο προς το πλάι.

Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια παρακολουθεί στον ασθενή την κατάσταση του τραύματος, τις αντιδράσεις του και τις παροχτεύσεις που ίσως φέρει από το χειρουργείο.

Η καθαριότητα και η περιποίηση του τραύματος αποτελούν βασικές νοσηλευτικές διεργασίες σε ένα χειρουργημένο ασθενή. Συνιστάται καθημερινό λουτρό και συχνή αλλαγή ιματισμού, ενώ οι εντριβές ξεκουράζουν και ανακουφίζουν τον ασθενή.

Τέλος, η διαίτα του ασθενούς είναι υγρή, βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρά πολτώδη τροφή, αναλόγως της κατάστασης του ασθενούς. Όταν δεν μπορεί να πάρει τίποτα από το στόμα, τότε χορηγούνται ενδοφλέβιοι οροί.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

#### A. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Στην περίπτωση που ο ασθενής αιμορραγεί θα πρέπει οπωσδήποτε να παραμείνει κλινήρης μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία. Το ίδιο θα πρέπει να συμβεί αν ο ασθενής παρουσίασε αιμορραγία προηγουμένως και ελέγχεται για νέα αιμορραγία. Όσο καιρό λοιπόν ο ασθενής παραμένει κλινήρης, ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια αναλαμβάνει να του ικανοποιήσει <sup>φυσικές</sup> τις φυσικές του ανάγκες.

Παρακολουθούνται αρκετά συχνά οι συσφύξεις και η αρτηριακή πίεση για να εκτιμηθεί η ποσότητα του αίματος που χάνεται με την αιμορραγία.

Παρακολουθούνται επίσης οι κενώσεις του ασθενούς για την παρουσία αίματος (μέλαινα κένωση). Ο ασθενής δεν σιτίζεται καθόλου κατά το πρώτο 24ωρο ή παίρνει κατά διαστήματα μικρές ποσότητες γάλακτος. Η στοματική κοιλότητα καθαρίζεται τακτικά, ειδικότερα έπειτα από τη λήψη γάλακτος, με συχνές πλύσεις και με μάσηση μαστίχας.

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι αιμορραγεί ή ότι έχει τάση για αιματέμεση από τα πρώτα συμπτώματα (κόπωση, αδυναμία, τάση για λιποθυμία), γι' αυτό θα πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια του Νοσηλευτή ή της Νοσηλεύτριας. Εκείνη τη στιγμή έχει ανάγκη από ηθική τόνωση, υποστήριξη και ηρεμία. Συνηθέστερα, η

γαστρορραγία παρουσιάζεται το φθινόπωρο και την άνοιξη. Αυτές τις περιόδους, ο ασθενής θα πρέπει να προσέχει το διαιτολόγιό του, να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες, και να αποφεύγει οποιοδήποτε παράγοντα προκαλεί ερεθισμό του έλκους.

## Β. ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Ο ασθενής παραπονείται για έντονους πόνους στο υπογάστριο, και σύσπαση του υπογαστρίου. Οι πόνοι είναι έντονοι, όμως η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων δεν επιτρέπεται γιατί είναι δυνατόν να επιδεινώσει την κατάσταση. Επίσης δεν χορηγείται τίποτα στον ασθενή από το στόμα, παρά μόνο εισάγεται ειδικός σωλήνας μέσα στο στομάχο και το δωδεκαδάκτυλο ο οποίος συλλέγει τα υγρά.

Η ποσότητα των υγρών αυτών, θα πρέπει να μετράται με κάθε ακρίβεια, γιατί η απώλεια υγρών, διαταράσσει το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών, και να καταγράφεται το ποσό των αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών.

Τέλος, θα πρέπει κατά τακτά χρονικά διαστήματα, να λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, και να ελέγχεται και η γενική κλινική του εικόνα.

## Γ. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

Σε αυτή την περίπτωση, ο ασθενής παρουσιάζει έντονο πόνο, χαρακτηριστικό του έλκους, αίσθημα πληρότητας και βάρους ύστερα από το

φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι αποβαλλόμενες τροφές από τους εμέτους είναι άπεπτες. Για την απαλλαγή του ασθενούς από τη διάταση, εφαρμόζεται ρινογαστρικός σωλήνας. Επίσης εφαρμόζεται περιοδική αναρρόφηση για την εκκένωση του στομάχου. Οι ανάγκες του ασθενούς σε νερό και θρεπτικές ουσίες, καλύπτονται με ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

Υγρά από το στόμα μπορούν να χορηγηθούν μετά την υποχώρηση της απόφραξης, η οποία συνήθως γίνεται μέσα στις επόμενες 48 ώρες. Τέλος, οι συχνοί έμετοι προκαλούν έντονη κακοσμία του στόματος, γι' αυτό θα πρέπει συχνά να καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Α. ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Η διαίτα η οποία θα πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής που πάσχει από έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου, απαγορεύει ρητά τα εξής:

- Τις τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, όπως η κυτταρίνη.
- Τις τροφές που προκαλούν χημικό ερεθισμό στο βλεννογόνο του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, όπως τα καρυκεύματα και τα διάφορα οξέα.
- Τα αλμυρά, τα γλυκά, τα κόκκαλα των ψαριών όταν αυτά τρώγονται ολόκληρα, οι αιχμηροί σπόροι, τα τσιγαριστά, τα τηγανητά, και τα οينوπνευματώδη.
- Τροφές, οι οποίες προκαλούν έκκριση του γαστρικού υγρού όπως ο ζυμός κρέατος, οι σάλτσες, ο καφές και το τσάϊ, τα αεριούχα ποτά, το καμμένο λάδι και η μεγάλη ποσότητα υγρών.
- Τα πολύ κρύα ή πολύ ζεστά φαγητά, τα οποία προκαλούν ερεθισμό του έλκους.
- Το κάπνισμα.

Αντίθετα επιτρέπονται:

- Το τρυφερό κρέας, μοσχάρι ή αρνί, ψητό φούρνου ή στη σχάρα ή βραστό. Η σούπα του επιτρέπεται μόνο αν είναι αρκετά πηκτή. Επίσης επιτρέπεται το μπιφτέκι, το μοσχαρίσιο σικώτι στη σχάρα, το κοτόπουλο όταν είναι τρυφερό, ψητό ή βραστό χωρίς όμως τη σούπα του.
- Τα μικρά ψάρια βραστά (χωρίς τη σούπα) ή στη σχάρα όπως μπαρμπούνη, λιθρίνη, τσιπούρα, φρέσκος βακαλάος.
- Γάλα, νωπό κατά προτίμηση και σε χλιαρή θερμοκρασία, κρέμες γάλακτος, ριζόγαλο, (χωρίς κανέλλα).
- Αυγό μελάτο, ποσέ ή ομελέτα βραστή.
- Ολων των ειδών τα ζυμαρικά ασιγάριστα, με φρέσκο βούτυρο και χωρίς σάλτσες.
- Ρύζι κατά προτίμηση πιλάφι ή πηκτή σούπα, άσπρο με φρέσκο βούτυρο ή βιτάμ και ασιγάριστο.
- Βραστές ή ψητές στο φούρνο πατάτες, με φρέσκο βούτυρο ή πουρέ.
- Χορταρικά καλοβρασμένα και αλεσμένα σε μηχανή του πουρέ.

Από ζαρζαβατικά επιτρέπεται ο καρπός της αγκινάρας, φρέσκα τρυφερά φασολάκια, αρακάς τρυφερός και καλοβρασμένα καρότα. Καλό θα είναι και τα ζαρζαβατικά να είναι αλεσμένα στη μηχανή του πουρέ.

- Ντομάτα ξεφλουδισμένη, φρέσκα κολοκυθάκια, παντζάρια καλά βρασμένα.
- Λίγα όσπρια, καλοβρασμένα και αλεσμένα σε μηχανή του πουρέ.

- Από φρούτα επιτρέπονται αχλάδια, μήλα, καρπούζι, μπανάνες, βερύκοκκα, όταν αυτά είναι ώριμα, ξεφλουδισμένα χωρίς ίνες και αν είναι δυνατόν τριμμένα. Επίσης κομπόστες ή φρουτοσαλάτες από τα παραπάνω φρούτα, γλυκά κουταλιού, μαρμελάδες, και μικρές ποσότητες χυμού πορτοκαλιού ή μανταρινού.
- Τέλος το νερό θα πρέπει να είναι στη φυσική του θερμοκρασία όχι πολύ παγωμένο καθώς επίσης και κρασί λευκό αρετσίνωτο σε περιορισμένες μικρές δόσεις.

## **B. ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ**

- Προσπαθείστε να τρώτε συγκεκριμένες ώρες της ημέρας και όχι ακατάστατα.
- Μασάτε πολύ καλά και αργά τις τροφές.
- Αποφεύγετε να πίνετε νερό, αναψυκτικό ή ποτό κατά τη διάρκεια του φαγητού, και να μιλάτε.
- Προτιμάτε να τρώτε πολλές φορές την ημέρα από μικρές ποσότητες για να μην μένει το στομάχι πολλές ώρες άδειο.
- Αποφεύγετε τα κρύα λουτρά, την θάλασσα και γενικότερα κάθε επίδραση ψύχους στη στομαχική χώρα, κυρίως την ώρα της πέψης.
- Αποφεύγετε τις γυμναστικές ασκήσεις και τα βάρη κατά την ώρα της πέψης.

- Αποφεύγετε να συζητάτε δυσάρεστα γεγονότα την ώρα του γεύματος ή την ώρα της πέψης και γενικότερα αποφεύγετε κάθε εκνευρισμό και ερεθισμό του νευρικού συστήματος.
- Ακολουθείτε πιστά και με ακρίβεια τις συμβουλές του θεράποντος ιατρού.
- Αναφέρατε κάθε τι που σας κίνησε την περιέργεια, σχετικά με το στομάχι σας (κενώσεις, κ.λ.π.).
- Τροποποιήστε και προσαρμόστε το διαιτολόγιό σας, σύμφωνα με την ιδιοσυγκρασία σας, το επάγγελμα, το περιβάλλον, την οικονομική ευχέρεια κ.ά.
- Αποφεύγετε τα φαγητά που παρατηρήσατε πως σας ενοχλούν.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### - 1ο Περιστατικό

Ανδρας Κ.Β. ηλικίας 58 ετών, ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενος για οξύ πόνο στο άνω ήμισυ της κοιλιάς.

Ο ασθενής παρουσίασε επίσης καούρες, σιελόρροια και αναγωγές. Ο πόνος, ο οποίος δεν αντανakλούσε στη ράχη, εμφανιζόταν περιοδικά κάθε 10-20 ημέρες με περιόδους ηρεμίας εναλλάξ. Επίσης εμφάνισε ευαισθησία στο επιγάστριο.

Έκανε εισαγωγή στη Χειρουργική Κλινική και ύστερα από α/α παρατηρήθηκε παραμόρφωση βολβού δωδεκαδακτύλου, σε προχωρημένη μορφή. Βάσει των συμπτωμάτων που ανέφερε ο ασθενής όπως απώλεια βάρους, αφυδάτωση, ευαισθησία στο επιγάστριο, και ύστερα από τα εργαστηριακά ευρήματα, διαγνώστηκε έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου.

Ο ασθενής αποφάσισε να χειρουργηθεί. Του έγινε μερική γαστρεκτομή κατά Billroth I και η επέμβαση διήρκεσε 3 ώρες, κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής πήρε 2 φιάλες αίμα. Πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση του έγινε αιματολογικός έλεγχος και η τιμή του αιματοκρίτη ήταν 33%. Η θεραπεία που ακολούθησε ήταν:

- Briklin 1X2 8-8
- Mandoket 1X3 6-2-10
- Pethodinc επί πόνου

Ο ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο για 15 ημέρες.

- 2ο Περιστατικό

Ανδρας Μ.Χ., ηλικίας 49 ετών, ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για οξύ πόνο στο επγάστρο, ο οποίος αντανakλούσε στην κοιλιακή χώρα, και κατά την ψηλάφηση γινόταν πιο έντονος. Ο ασθενής ανέφερε πως είχε πάρει ασπιρίνη πριν 1,5 ώρα και πως δεν είχε φάει. Επίσης ανέφερε πως έκανε αιματέμεση.

Έκανε εισαγωγή στη χειρουργική κλινική. Του τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας Levin, όπου και διαπιστώθηκε πως είχε εσωτερική αιμορραγία. Κατά την αιματολογική εξέταση που ακολούθησε, η τιμή του αιματοκρίτη ήταν 34%.

Ακολούθησε γατροσκόπηση, κατά την οποία εντοπίστηκε έλκος στο θόλο του στομάχου. Ο ασθενής ανέφερε πως ο πόνος επαναλαμβανόταν συνέχεια ύστερα από ένα βαρύ γεύμα, με μικρότερη όμως ένταση.

Αφού σταμάτησε η αιμορραγία, και ο νέος αιματολογικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός, η κατάσταση αντιμετωπίστηκε με συντηρητική θεραπεία.

Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν:

- Aludrox sir. 1X4 6-12-6-12
- Zondac amp 2X2 8-8

Ο γιατρός συνέστησε στον ασθενή, ανάπαυση και κατάλληλη διαίτα. Ο ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο για 6 ημέρες υπό τη συνεχή παρακολούθηση των γιατρών και του Νοσηλευτικού προσωπικού.

- 3ο Περιστατικό

Ανδρας Σ.Γ. 66 ετών, ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενος για έντονο πόνο στο επιγάστριο, εμέτους, ανορεξία, και απώλεια βάρους. Σε ακτινοσκοπικό και ακτινογραφικό έλεγχο του στομάχου, παρατηρήθηκε τεράστιος ελκωτικός κρατήρας του ελάσσονος τόξου με περιελκωτικό οίδημα και παρουσία υγρών. Επίσης, άφθονη ποσότητα γαστρικού υγρού και υπολείματα τροφών.

Υπήρχε σημαντικού βαθμού παραμόρφωση του αυλού του στομάχου στο οπίσθιο τοίχωμα, προς το ελάσσον τόξο. Η κατάσταση αυτή, απαιτούσε άμεση χειρουργική επέμβαση, έτσι ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Η επέμβαση διήρκεσε 5 1/2 ώρες και περιελάμβανε υφολική γαστρεκτομή και γαστρεντεροαναστόμωση Brown και τοποθετήθηκαν παροχτεύσεις για την συλλογή των υγρών.

Κατά τη διάρκεια της επέμβασης ο ασθενής πήρε 4 φιάλες αίμα.

Η θεραπεία που ακολούθησε ήταν:

- Albumine Fl. 1X4 6-12-6-12
- Solvetan Fl 1X3 6-2-10
- Briklin Fl 1X2 8-8
- Pethidine επί πόνου

Ο ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο για 24 ημέρες.

- 4ο Περιστατικό

Ανδρας Θ.Α. ηλικίας 49 ετών, ήρθε στα εξωτερικά Ιατρεία παραπονούμενος για οξύ αιφνίδιο επιγαστρικό άλγος. Η κοιλιά του ήταν συσπασμένη και ο ασθενής παρουσίαζε συμπτώματα ταχυσφυγμίας και ταχύπνοιας. Μετά από ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε υποδιαφραγματικός αέρας δεξιά, και με δεδομένα τα παραπάνω συμπτώματα, διαγνώστηκε διάτρηση του στομάχου.

Εγινε προεγχειρητική προετοιμασία, και ο ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο. Η διάτρηση είχε προκληθεί από το έλκος, με αποτέλεσμα το περιεχόμενο του στομάχου να διαχυθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα, και ο ασθενής να έχει αφόρητους πόνους.

Εγινε συρραφή της διατρήσεως κατά εγκάρσιο άξονα, και παράλληλα καθαρισμός της περιτοναϊκής κοιλότητας και της υψιπατικής και υποδιαφραγματικής χώρας δεξιά. Επίσης έγινε τοποθέτηση Redobac για την παροχέτευση των υγρών.

Η θεραπεία που ακολούθησε, ήταν η εξής:

- Mandokej 1 gr. 6-2-10
- Flagul 1 Fl. 6-2-10
- Briklin 1 Fl. 8-8
- Zandac amp. 1X2 9-9
- Stendon επί πόνου

Ο ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο για 14 ημέρες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 1ο Περιστατικό

- Ονομα ασθενούς : Β.Π.
- Ηλικία : 57 ετών
- Διάγνωση : πεπτικό έλκος

#### - Αιτία εισόδου :

Ο ασθενής παρουσίασε πριν από διάστημα 3 ημερών άτυπα επιγαστρικά άλγη. Ο πόνος ήταν συνεχής, με παρουσία καυστικού άλγους, που ανακουφιζόταν ύστερα από τη λήψη τροφής. Ο ασθενής έπαιρνε αντιόξινα φάρμακα, με θετικά αποτελέσματα, μέχρι πριν από 4 ημέρες όπου ο πόνος έγινε πιο έντονος και αναγκάστηκε να έρθει στα εξωτερικά ιατρεία. Κατά τη φυσική εξέταση που ακολούθησε, διαπιστώθηκε ευαισθησία στο επιγάστριο, ενώ το ήπαρ και ο σπλήνας ήταν σε φυσιολογική κατάσταση.

- Ζωτικά σημεία :
- Σφύξεις : 82 /minm
- Αρτηριακή πίεση : 140/80 mmHg
- Θερμοκρασία : 37,5° C

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική, γιατί υπάρχει η υποψία ύπαρξης πεπτικού έλκους. Συνίσταται στον ασθενή να λάβει βαριούχο γεύμα για να γίνει ακτινογραφικός έλεγχος.

Διαπιστώθηκε έλλειμα πλήρωσης του σκιαγραφικού, σε μικρό βαθμό στην περιοχή του άντρου, στο ελάσσον τόξο. Επειδή όμως βάσει της ακτινογραφίας και μόνο δεν υπάρχει η δυνατότητα διάγνωσης του έλκους, συνιστάται η διενέργεια γαστροσκόπησης.

Από τη γαστροσκόπηση διαπιστώθηκε εξέλκωση του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου στο ελάσσον τόξο του στομάχου. Η διάβρωση καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα, δεν έχει προχωρήσει όμως στον μυϊκό χιτώνα. Διαπιστώθηκε επίσης αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως. Τέλος ελήφθησαν δείγματα από το γαστρικό υγρό, για εργαστηριακές εξετάσεις.

Ο ασθενής ξεκίνησε συντηρητική θεραπεία με αντιόξινα και H<sub>2</sub> αποκλειστές. Επίσης συστήθηκε η αποφυγή κάθε ερεθιστικού παράγοντα.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Πόνος.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, δηλαδή μείωση της υπερβολικής έκκρισης οξέως που του προκαλεί.	Χορήγηση αντιδξινων και ανταγωνιστών των ΗG ισταμινικών υποδοχέων για τη μείωση της έκκρισης από τα τοιχωματικά κύτταρα.	Χορήγηση αντιδξινων ( SIMECO SIR. 1X3) ύστερα από κάθε γεύμα. Χορήγηση ρανιτιδίνης (ZANTAC 1X3) για τη μείωση της δράσης των ΗG υποδοχέων.	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.
Υπερχλωριούρα.	Μείωση της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέως.	Χορήγηση ΗG ισταμινικών αποκλειστών για τη μείωση της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέως από τα τοιχωματικά κύτταρα.	Χορήγηση ρανιτιδίνης (ZANTAC 1X3).	Αποκατάσταση του ΡΗ του στομάχου στα φυσιολογικά επίπεδα.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αίσθημα κάψασης	Μείωση του καύσου του στομάχου, δηλαδή μείωση της έκκρισης οξέως που προκαλεί το αίσθημα καύσου.	Χορήγηση φαρμάκων που ελαττώνουν την έκκριση οξέως.	Χορήγηση αντιόξινων (SIMECO 1X3).	Ελάττωση του αίσθηματος καύσου.
Στρες.	Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων από το περιβάλλον του ασθενή.	Υποστηρικτική χορήγηση ηρεμιστικών - κατευστικών όταν η μείωση του άγχους δεν είναι αρκετή.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενούς.</li> <li>- Ενημέρωση του ασθενούς για τις εξετάσεις που πρόκειται να γίνουν και τη σημασία τους για την πορεία της θεραπείας.</li> <li>Ο φόβος για το άγνωστο</li> </ul>	Μείωση ή ακόμα και εξάλειψη του άγχους.



Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
			<p>γερμίζει άγχος τον ασθενή, έτσι όλα του τα ερωτήματα θα πρέπει να απαντηθούν.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ενημέρωση του ασθενούς για τις βλαβερές συνέπειες του άγχους στην έκκριση HCL και κατά συνέπεια στο έλκος του βλεννογόνου.</li><li>- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου.</li><li>- Χορήγηση υπνωτικών για την εξασφάλιση ηρεμίας κατά τη διάρ-</li></ul>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
			<p>κεία του ύπνου.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Μείωση όλων των αγχογόνων παραγόντων.</li><li>- Χορήγηση αγχολυτικών (διαζεπάμη).</li></ul>	

## 2ο Περιστατικό

- Όνομα ασθενούς : Γ.Π.
- Ηλικία : 49 ετών
- Διάγνωση : πεπτικό έλκος

### - Αιτία εισόδου :

Ο ασθενής ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενος για πόνο στο επιγάστριο, ο οποίος ανακουφίζεται προσωρινά ύστερα από τη λήψη τροφής. Ο πόνος εμφανίζεται το μεσημέρι 1-2 ώρες μετά το φαγητό, και πάλι αργά τη νύχτα αρκετά έντονος και ενοχλητικός.

Ο ασθενής παραπονείται για εμέτους και ναυτία προ 2 ημερών, συμπτώματα που εμφανίζονται 2 ώρες μετά το φαγητό. Η χροιά των εμέτων ήταν τροφώδης, πράγμα που αποδεικνύει την κακή πέψη των τροφών.

### - Ιστορικό:

Ο ασθενής χαρακτηρίζεται ως βαρύς καπνιστής, αφού καπνίζει καθημερινώς 40-50 τσιγάρα. Επίσης ανέφερε κατάχρηση καφέ και κακής διατροφής. Τέλος είχε προηγούμενα προβλήματα αλκοολισμού, ενώ στην οικογένεια, υπάρχει κληρονομικότητα πεπτικού έλκους.

Πορεία της ασθένειας:

Ο ασθενής προετοιμάστηκε για ενδοσκόπηση. Προηγήθησαν εργαστηριακές εξετάσεις και τεστ για αίμα στα κόπρανα, το οποίο ήταν θετικό. Από τα ενδοσκοπικά ευρήματα διαπιστώθηκε έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου, κατάσταση η οποία απαιτεί άμεση χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία θα αφαιρεθεί η πάσχουσα περιοχή του δωδεκαδακτύλου.

Συγκεκριμένα η γαστρεκτομή κατά Billroth II κρίθηκε η πιο κατάλληλη. Κατά την επέμβαση αυτή γίνεται εντομή του πυλωρικού άντρου και τμήματος του δωδεκαδακτύλου.

Το κολόβωμα του στομάχου ενώνεται με το αρχικό τμήμα της νήστιδος (γαστρονήστιδοστομία), ενώ στο τελευταίο τμήμα του δωδεκαδακτύλου γίνεται τεχνική Roux-en-y. Παράλληλα με τα παραπάνω γίνεται και υπερεκλεκτική βαγοτομή.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Δυσασπορρόφηση του εντέρου.	Υπερβολή του εντέρου να επανέρθει στη φυσιολογική του λειτουργία.	Αναπροσαρμογή του διατολογίου του ασθενούς, σύμφωνα με τη μικρή χωρητικότητα του στομάχου, και παρεντερική χορήγηση των θρεπτικών συστατικών. Χορήγηση αντιβιοτικών για τη μείωση της διάσπασης των θρεπτικών συστατικών από τη μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου. Αντιμετώπιση της στεατόρροιας που εμφανίζεται λόγω κακής απορρόφησης	<ul style="list-style-type: none"><li>- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα LEVIN από το στόμα ή τη μύτη.</li><li>- Κένωση και πλύση του στομάχου από το περιεχόμενό του.</li><li>- Χορήγηση ενδοφλεβίως διαλυμάτων λίπους, γιατί κατά την επέμβαση BIL-LROTH II, η δυσασπορρόφηση λίπους είναι αρκετά συχνή.</li><li>- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών.</li><li>- Συχνά και μικρά γεύμα-</li></ul>	Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών ουσιών.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσµα
			<p>τα γιατί η μικρότερη χωρητικότητα του εναποµείναντος στομάχου, δεν επιτρέπει μεγάλες ποσότητες τροφής.</p> <p>- Χορήγηση τετρακυλίνης και PALACIN (λικομυκίνη) για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών .</p> <p>- Χορήγηση λιποδιαλυτών A, D, E, P, K.</p>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Σιδηροπενική αναιμία (ΜΕΤΕΥΧΕΙΡΗΤΙΚά) ΗΤ -&gt; 31%.</p>	<p>Ρύθμιση του αιματοκρίτη (ΗΤ) του ασθενούς.</p>	<p>- Ελεγχος για απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό.                      - Αποκατάσταση του επιπέδου του σιδήρου.                      - Αποκατάσταση του επιπέδου της βιταμίνης Β<sub>12</sub> για την πρόληψη μεγαλοβλαστικής αναιμίας.                      - Ενημέρωση της οικογένειας και χορήγηση κατάλληλης ποσότητας αίματος στον ασθενή.</p>	<p>- Λήψη ζωτικών σημείων κατά τακτά χρονικά διαστήματα, για να διαπιστωθεί τυχόν αιμορραγία.                      - Εξέταση των κοπράνων για να διαπιστωθεί τυχόν μικροσκοπική αιμορραγία.                      - Χορήγηση σιδήρου, από το στόμα ή παρεντερικά.                      - Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο, για την αποκατάσταση του επιπέδου του σιδήρου.                      - Χορήγηση βιταμινών Β<sub>12</sub> και 450 ΜL αίματος ομά-</p>	<p>Αύξηση του αιματοκρίτη σε φυσιολογική τιμή (42 %) και διόρθωση της αναιμίας.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
<p>Διάρροια (Μετεγχειρητικά)</p>	<p>Μείωση των περιστατικών κινήσεων του εντέρου και κατά συνέπεια, θέρια της διάρροιας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Συντηρητική αγωγή.</li> <li>- Χειρουργική θεραπεία.</li> <li>- Κατάλληλη διαίτα.</li> </ul>	<p>δας 0 RHEBUS +.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν σκευάσματα καολίνης - πηκτίνης (CAOPECTATE), ή λοπεραμίδης και MEDAMOL.</li> <li>- Σε τυχόν αποτυχία της συντηρητικής αγωγής, γίνεται χειρουργική επέμβαση κατά την οποία, τμήμα της νήστιδος μήκους 10 CM, τοποθετείται ανάστροφα στην έξοδο του στομάχου προς τη νήστιδα.</li> </ul>	<p>Αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.</p>



Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Αιμορραγία (ΜΕΙΤΕΥΧΕΙΡΗΤΙΚΑ)	Διακοπή της αιμορραγίας.	ΕΛΕΓΧΟΣ για ύπαρξη τυχόν αιμορραγίας και αντιμετώπιση της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Λήψη των ζωτικών σημείων, κατά τακτά χρονικά διαστήματα, για την έγκαιρη αναγνώριση τυχόν αιμορραγίας.</li> <li>- Εξέταση των κοπράνων κατά MAYER για ύπαρξη</li> </ul>	Διακοπή της αιμορραγίας.
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή λήψεως τροφής πλούσιας σε λίπος, και κυτταρίνης.</li> <li>- Συστήνονται τροφές ξηρές και στεγνές. Οι μεγάλες ποσότητες υγρών, αποφεύγονται.</li> </ul>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
			<p>τυχόν μικροσκοπικής αιμορραγίας.</p> <p>- Ελεγχος των κοπράνων του ασθενούς για εμφάνιση τυχόν μέλαινας κένωσης. (Προσοχή χρειάζεται στους ασθενείς που κάνουν χρήση σιδήρου, γιατί ο σίδηρος χρωματίζει μαύρα τα κόπρανα).</p> <p>- Συνίσταται στον ασθενή να μην φάει και να μην πάρει υγρά.</p> <p>- Τοποθέτηση ρινογατρικού σωλήνα LEVIN, πλύση</p>	

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
			<p>του στομάχου με παγωμένο νερό μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία.</p> <p>- Αν παρ'όλα αυτά η αιμορραγία συνεχίζεται ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο, όπου αποξενώνεται το αγγείο που αιμορραγεί.</p>	
<p>Επιγαστραλγία</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο</p> <p>Ελάττωση της έκκρισης HCP από το στομάχι,</p>	<p>- Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων.</p> <p>- Περιορισμός λήψης τροφής.</p>	<p>- Χορήγηση ALUDROX 1X3 ή SIMECO SIR. 1X3.</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από την επιγαστραλγία.</p>

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Ναυτία - Έμετος	Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα της ναυτίας και του εμέτου.	- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων. - Αποφυγή λήψης βαρειών γευμάτων.	- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων, κατά προτίμηση υγρών και πολτών τροφών. - Καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας μετά το έμετο. - Χορήγηση αντιεμετικού PRIMPERAN (μετουλοπραμίδη). - Αποφυγή υπερβολικής πλήρωσης του στομάχου.	Ανακούφιση του ασθενούς από τη ναυτία και τον έμετο.

Προβλήματα Ασθενούς	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή του Προγραμματισμού	Εκτίμηση Αποτελέσματα
Γαστροπληγία.	Υποβοήθηση του στομάχου να κενωθεί.	Πρωΐνη του περιχομένου του στομάχου προς τη νήστιδα ή προς το εξωτερικό περιβάλλον με παροχέτευση.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων.</li><li>- Έλεγχος για τυχόν απόφραξη του εντέρου η οποία ευθύνεται για τη στάση του γαστρικού περιχομένου.</li><li>- Αποφυγή λήψης τροφής και νερού.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Κένωση του στομάχου, και αποκατάσταση της κινητικότητάς του.</li></ul>

## Επίλογος

Στην παρούσα εργασία, παρουσιάστηκε αναλυτικά και με κάθε λεπτομέρεια, μια αρκετά συχνή πάθηση του πεπτικού συστήματος, το έλκος του στομάχου και δωδεκαδακτύλου. Μια νόσος που, όπως φαίνεται από την παθογένεια, έχει άμεση σχέση όχι μόνο με τις διατροφικές συνήθειες αλλά και με τον τρόπο ζωής του ανθρώπου.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, που επιβάλλει συνεχή εγρήγορση του ατόμου, βιαστικά και απρογραμματίστα γεύματα της ώρας, και αγχώδεις καταστάσεις, επηρεάζει οπωσδήποτε την εμφάνιση του έλκους του στομάχου.

Είναι γεγονός ότι οι σύγχρονες αντιλήψεις συσχετίζουν την εμφάνιση του έλκους του στομάχου, με τον αγχώδη τρόπο ζωής αλλά και την κακή διατροφή, ενώ ως προς την θεραπεία οι γιατροί συστήνουν ψυχική ηρεμία και ανάπαυση.

Και στην περίπτωση του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, η συμβολή της Νοσηλευτικής είναι τεράστια. Ο Νοσηλευτής θα είναι αυτός που θα απομακρύνει τον ασθενή από τα καθημερινά του προβλήματα και θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει με αισιοδοξία το πρόβλημά του.

Η γνώση του αντικειμένου από το Νοσηλευτή, το αίσθημα σιγουριάς και εμπιστοσύνης και η ψυχική και ηθική στήριξη του ασθενή, αποτελούν πλέον κομμάτια της θεραπείας της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αποστολίδη Δ., "Συνοπτική Γενική Χειρουργική", Επίτομος Έκδοση πρώτη, Εκδόσεις  
Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1987.

Βασώνη Δ., "Επιτομή Χειρουργικής και οροπιδινής", Έκδοση πέμπτη [Χ.Ε.], Αθήνα  
1987.

Γαρδίκας Κ., "Ειδική Νοσολογία", Επίτομος Έκδοση τρίτη, Επιστημονικές Εκδόσεις  
Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

Μανούσος Ορ., "Η Συντηρητική Θεραπεία του Γαστροδωδεκαδακτυλικού Έλκους",  
1ο τεύχος, Εκδόσεις CLAXO Α.Ε.Β.Ε., Αθήνα 1985.

Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ., "Νοσηλευτική Γενική Χειρουργική Παθολογική",  
Τόμος Α', Έκδοση δέκατη, Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.

Μούσουρα Α., Σημειώσεις "Ειδικές Δίαιτες", Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι., Πάτρα  
1990.

Ράπτης Σ.Α. και Αυγερινός, "Παθογενετικοί Μηχανισμοί και Θεραπευτικές  
Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση του Γαστροδωδεκαδακτυλικού Έλκους", Έκδοση  
Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

Ρήγας Μ. Α., "Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος", Έκδοση 1η, Ιατρικές  
Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983.

Σαχίνη - Καρδάση Δ. - Πάνου Μ., "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική -  
Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 1ος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ",  
Αθήνα 1985.

Υγεία: Οδηγός Υγιεινής Πεπτικό Έλκος, Τόμος 5ος, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1988.

