

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : "ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ  
ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ"**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :

ΛΙΩΛΗ ΒΕΝΕΔΙΚΤΗ

ΠΑΤΡΑ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1580
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' : ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	6
1. Στόμαχος.....	6
2. Δωδεκαδάκτυλο.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' : ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	15
1. Στόμαχος.....	15
2. Δωδεκαδάκτυλο.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' : ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ .....	18
1. Κινητική λειτουργία του στομάχου.....	18
2. Εκκριτική λειτουργία του στομάχου.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' : ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΚΟΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	24
1. Ορισμός.....	24
2. Διαφορές γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού έλκους.....	24
3. Τύποι γαστρικού έλκους.....	24
4. Ιστορική αναδρομή.....	25
5. Επιδημιολογία.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' : ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	29
Γαστρικό έλκος.....	29
Δωδεκαδακτυλικό έλκος.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' : ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ' : ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η' : ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....	37
1. Διάγνωση.....	37

2. Διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο.....	38
3. Διαφορική διάγνωση από άλλες ασθένειες.....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' : ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....</b>	<b>41</b>
1. Ανάπαυση.....	41
2. Διαιτητική θεραπεία.....	41
3. Φαρμακευτική θεραπεία.....	43
4. Καταπολέμηση του άγχους.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι : ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ.....</b>	<b>47</b>
1. Γαστρορραγία.....	47
2. Διάρρηση.....	48
3. Πυλωρική στένωση.....	48
4. Κακοήθης Εξάλλαγή.....	49
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ' : ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ .....</b>	<b>50</b>
1. Μερική γαστρεκτομή.....	50
2. Βαγοτομές.....	50
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΒ' : ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....</b>	<b>53</b>
1. Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	53
2. Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	53
<b>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>57</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....</b>	<b>58</b>
Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.....	59
Βασικά προβλήματα των ελκοπαθών.....	61
Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....</b>	<b>62</b>
Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών.....	64
Σκοποί της διδασκαλίας.....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....</b>	<b>67</b>
1. Γαστρορραγία.....	67

2. Διάρθρωση.....	69
3. Πυλωρική στένωση.....	70
4. Κακοήθης εξαλλαγή του έλκους.....	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' : ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ .....</b>	<b>73</b>
<i>A. Γενική προεγχειρητική φροντίδα. ....</i>	<i>73</i>
<i>B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.....</i>	<i>74</i>
<i>Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία. ....</i>	<i>75</i>
<i>Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....</i>	<i>76</i>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....</b>	<b>79</b>
<i>A. Περιστατικό .....</i>	<i>79</i>
<i>B. Περιστατικό .....</i>	<i>81</i>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' : ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....</b>	<b>89</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>93</b>
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>94</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>95</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου αποτελεί μια από τις πιο συχνές ασθένειες της εποχής μας, αποτέλεσμα ίσως του σύγχρονου, αγχώδους τρόπου ζωής.

Η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και η εύρεση αποτελεσματικών φαρμάκων για το έλκος, έχουν καταστήσει τη θεραπεία του κυρίως συντηρητική χωρίς όμως να είναι μικρό και το ποσοστό της χειρουργικής αντιμετώπισης. Παρά την πρόοδο σ' αυτόν τον τομέα, δεν έχουν ακόμη βρεθεί οι αιτίες που οδηγούν στο έλκος, όπως επίσης και οι παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή του ή στην εμφάνιση επιπλοκών.

Επέλεξα σαν θέμα για την πτυχιακή μου εργασία το "έλκος" γιατί μου προξενεί ενδιαφέρον η φύση της ασθένειας, αλλά και γιατί πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω πάσχουν από αυτήν.

Έτσι στην εργασία μου αυτή, θα κάνω μια προσπάθεια πολύπλευρης προσέγγισης του θέματος "έλκος", τόσο από την ιατρική πλευρά όσο και από την νοσηλευτική.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έλκος καλείται η περιγεγραμμένη απώλεια ιστού που αφορά στο βλεννογόνο, υποβλεννογόνιο ή ακόμη και μυϊκό χιτώνα που παρουσιάζεται σε περιοχές οι οποίες βρίσκονται σε επαφή με τη γαστρική έκκριση.

Είναι πάθηση ιδιοσυστατική παρόλα αυτά θεωρείται νόσος της σύγχρονης εποχής, που οφείλεται στις κακές διαπνητικές συνήθειες, τον τρόπο ζωής και στο άγχος, και παρουσιάζει επιδημιολογικά χαρακτηριστικά ως προς την εμφάνιση, εντόπιση, το φύλο και την ηλικία. Βλέπουμε λοιπόν ότι το έλκος εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στους άνδρες στην ηλικία των 30-35 ετών. Το γαστρικό έλκος είναι πιο συχνό σε άτομα της ομάδας Α, ενώ το δωδεκαδακτυλικό είναι πιο συχνό σε άτομα της ομάδας Ο.

Στην εργασία μου αναφέρομαι στο “γαστρικό” και “δωδεκαδακτυλικό” έλκος, εξετάζοντας τα άλλες φορές από κοινού, και άλλες φορές χωριστά, όταν παρουσιάζουν διαφορές.

Ξεκινώ αναφέροντας τα φυσιολογικά στοιχεία του στομάχου (ανατομία, ιστολογία, φυσιολογία) και του δωδεκαδακτύλου, συνεχίζω με την παθολογία του έλκους (επιδημιολογία, παθογένεια, αιτιολογία, κλινική εικόνα) και κλείνω το πρώτο μέρος με τη διάγνωση, την συντηρητική και χειρουργική αντιμετώπιση και τις επιπλοκές.

Ιδιαίτερο βάρος έδωσα στον ρόλο της νοσηλεύτριας/τή στο δεύτερο μέρος της εργασίας μου, γιατί εκτός από το σπουδαίο ρόλο της στη διάγνωση, στην συντηρητική και χειρουργική θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς, η νοσηλεύτρια είναι αυτή που μπορεί να βρίσκεται κοντά στον άρρωστο όταν την έχει ανάγκη, να λύνει τις απορίες του, να τον καθουχάζει και να καταστάλει τους φόβους του.

Αυτό είναι πολύ σημαντικό, γιατί σε κάθε ασθενή η μείωση του άγχους συμβάλλει στην καλύτερη αποδοχή απ'αυτόν των θεραπευτικών μέτρων, στον ελκοπαθή αυτό μπορεί να αποτελέσει το σημαντικότερο ίσως μέρος της θεραπείας του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το πεπτικό σύστημα περιλαμβάνει διάφορα όργανα, των οποίων η λειτουργία είναι η πέψη των τροφών.

Αποτελείται από τον πεπτικό ή γαστρεντερικό σωλήνα και από τους πεπτικούς αδένες. Ο πεπτικός σωλήνας έχει μήκος περίπου 9 μέτρα και αποτελείται από το στόμα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο.

Οι πεπτικοί αδένες περιλαμβάνουν τους σιελογόνους αδένες, το συκώτι και το πάγκρεας.

#### 1. Στόμαχος.

Ο στόμαχος αποτελεί τη συνέχεια προς τα κάτω του οισοφάγου και την πιο ανευρισμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα. Ανήκει στα όργανα της άνω κοιλιάς και βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο, στην ομφαλική χώρα και κάτω από το αριστερό θόλο του διαφράγματος.

Ο στόμαχος από περιγραφική άποψη εμφανίζει δύο στόμια, το οισοφαγικό (καρδιακό) και το πυλωρικό (δωδεκαδακτυλικό), δύο επιφάνειες (πρόσθια και οπίσθια) και δύο χείλη, το μικρό και το μεγάλο τόξο του.

**Οισοφαγικό στόμιο.** Το οισοφαγικό στόμιο, με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με τον οισοφάγο, αντιστοιχεί εξωτερικά στην καρδιακή εντομή. Η εντομή αυτή βρίσκεται αριστερά από το κάτω άκρο του οισοφάγου και χωρίζει αυτόν το θόλο από το θόλο του στομάχου.

**Πυλωρικό στόμιο.** Με το στόμιο αυτό, το οποίο αποτελεί το όριο της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, ο στόμαχος



επικοινωνεί προς τα κάτω με το λεπτό έντερο. Το στόμιο αυτό αφορίζεται εξωτερικά από κυκλωτερή αύλακα, την **πυλωρική αύλακα**, στην οποία πορεύεται η πυλωρική φλέβα.

**Επιφάνειες.** Οι επιφάνειες του στομάχου είναι δύο (πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια) και χωρίζεται η μια από την άλλη από δύο τοξοειδή χείλη, το μικρό και το μεγάλο τόξο του στομάχου.

**Μικρό (έλασσον) τόξο.** Αποτελεί τη συνέχεια προς τα κάτω και δεξιά του οισοφάγου και εκτείνεται από το καρδιακό άκρο του στομάχου μέχρι τον πυλωρό του. Κατά τη διαδρομή του περιγράφει τόξο του οποίου το βαθύτερο μέρος σχηματίζει τη **γωνιαία εντομή**.

**Μεγάλο (μείζον) τόξο.** Αποτελεί τη συνέχεια προς τα κάτω και αριστερά του οισοφάγου και εκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντομής μέχρι τον πυλωρό:

Ο στομάχος διαιρείται σε δύο, κύρια μέρη, τον **ιδίως στόμαχο** και τον **πυλωρικό στόμαχο**. Ο ιδίως στομάχος υποδιαιρείται στο θόλο και το σώμα. Το τμήμα του σώματος του στομάχου που βρίσκεται κοντά και γύρω από το οισοφαγικό στόμιο ονομάζεται **καρδιακή μοίρα του στομάχου**. Ο πυλωρικός στομάχος φέρεται προς τα δεξιά και υποδιαιρείται στο **πυλωρικό άντρο** και τον **πυλωρικό σωλήνα**. (Εικ.1)

#### Διαστάσεις και χωρητικότητα.

Οι διαστάσεις και η χωρητικότητα ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τις συνήθειες κάθε ατόμου. Το μήκος του ανέρχεται σε 25 μέχρι 30 εκατοστά, και το πλάτος της καρδιακής μοίρας του σε 8 μέχρι 10 εκατοστά και πυλωρικής σε 4 μέχρι 5 εκατοστά. Το μήκος του μικρού τόξου από 30 μέχρι 40 εκατοστά. Η χωρητικότητα του στομάχου κυμαίνεται από 500 μέχρι 2.500 κυβικά εκατοστά.

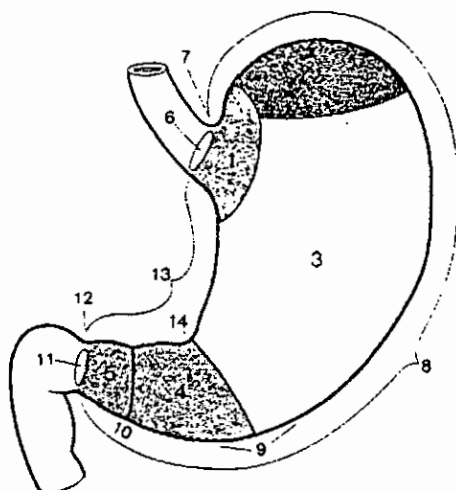
### Τύποι στομάχου.

Ανάλογα με το βαθμό του μυϊκού τόνου του στομάχου διακρίνουμε τρεις κύριους τύπους στομάχου. (Εικ.2)

α) Ο **ορθοτονικός τύπος**, σχήματος "J", είναι ο πιο συνηθισμένος. Τα δύο τόξα φέρονται σχεδόν παράλληλα αρχικά προς τα κάτω και μετά προς τα άνω και δεξιά.

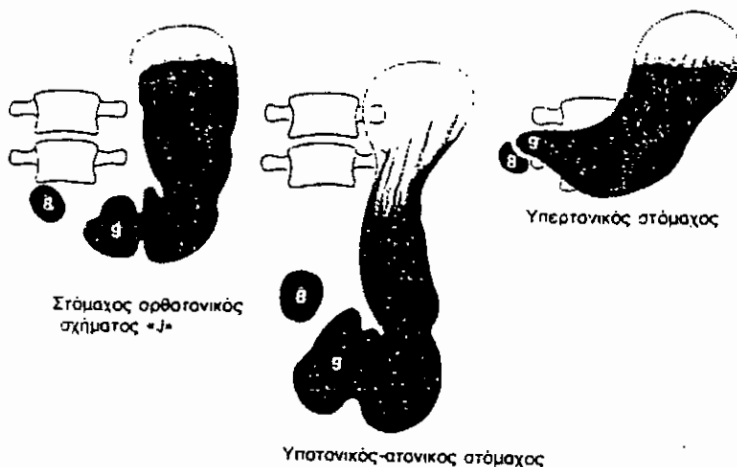
β) Ο **υποτονικός τύπος ή επιμήκης τύπος** φέρεται σχεδόν ολόκληρος προς τα κάτω αριστερά από τη μέση γραμμή. Η γωνιαία εντομή σχηματίζει οξεία γωνία. Ο τύπος αυτός είναι ο πιο συνηθισμένος στις γυναίκες και φτάνει προς τα κάτω μέχρι τον 4ο οσφυϊκό σπόνδυλο ή ακόμη χαμηλότερα.

γ) Ο **υπερτονικός ή εγκάρσιος τύπος** δε σχηματίζει γωνιαία εντομή. Το μείζον τόξο στρέφεται προς τα εμπρός και βρίσκεται υψηλά, αντίστοιχα προς το 2ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Ο εγκάρσιος τύπος συναντάται όταν υπάρχει τάση του κοιλιακού τοιχώματος και στην ύπια θέση.



Εικ. 1 Μορφή και διαίρεση του στομάχου, άποψη από εμπρός

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. καρδιακή μοίρα     | 8. μείζον τόξο                  |
| 2. θόλος              | 9. γόνα του στομάχου            |
| 3. σώμα               | 10. «πυλωρική (διάμεση) αύλακα» |
| 4,5 πυλωρική μοίρα    | 11. πυλωρικό στόμιο             |
| 4. πυλωρικό άντρο     | 12. πυλωρός                     |
| 5. πυλωρικός σφιγήνας | 13. ελασσον τόξο                |
| 6. καρδιακό στόμιο    | 14. γωνιαία έντομή              |
| 7. καρδιακή έντομή    |                                 |



Εικόνα 2. Τύποι στομάχου

### Στήριξη και σχέση του στομάχου με άλλα όργανα.

Το μείζον τόξο του στομάχου συνδέεται με το εγκάρσιο κόλο, τον σπλήνα και το διάφραγμα με πτυχές του περιτοναίου που αποτελούν το **γαστροκολικό, γαστροσπληνικό και γαστροφρενικό σύνδεσμο** αντίστοιχα. Από το μείζον τόξο κρέμεται και το μείζον **επίπλουν**, που αποτελεί τη συνέχεια προς τα κάτω του γαστροκολικού συνδέσμου.

Το μικρό επίπλουν συνδέει το έλασσον τόξο με το συκώτι, γι' αυτό και ονομάζεται και **γαστροηπατικός σύνδεσμος**.

Οι σύνδεσμοι αυτοί, μαζί με τον οισοφάγο και το δωδεκαδάκτυλο, στηρίζουν το στομάχι στη θέση του. Στη θέση αυτή το στομάχι βρίσκεται κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και τον αριστερό λοβό του συκωτιού, μπροστά από το πάγκρεας και πίσω από το αριστερό πλευρικό τόξο και το επιγάστριο. Πίσω από στομάχι και προς τα αριστερά βρίσκεται ο σπλήνας, το αριστερό νεφρό και το αριστερό επινεφρίδιο.

### Αγγεία και νεύρα.

Ο στομάχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες **αρτηρίες**.

- **Αριστερή γαστρική**, που εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία.
- **Δεξιά γαστρική**, που είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας.
- **Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή**, που είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής.
- **Αριστερή γαστροεπιπλοϊκή**, που είναι κλάδος της σπληνικής.

Οι φλέβες του στομάχου, **ομώνυμες με τις αρτηρίες**, εκβάλλουν στο πυλαίο φλεβικό σύστημα. Μερικές από τις φλέβες αυτές της καρδιακής μοίρας αναστομώνονται με τις κατώτερες οισοφαγικές φλέβες. Το αίμα των φλεβών αυτών φέρεται στην κυκλοφορία της άνω κοίλης φλέβας με την άζυγη φλέβα.

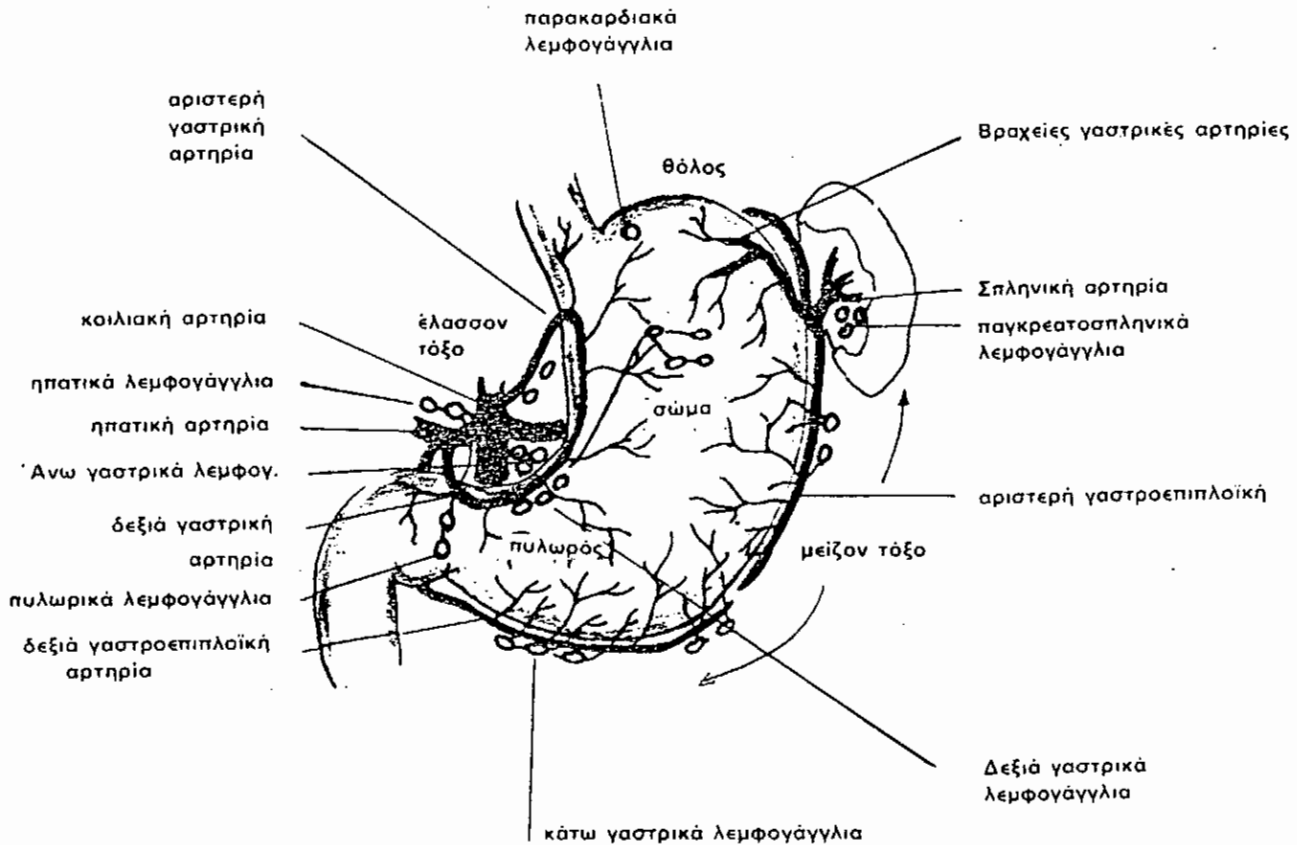
Τα **λεμφαγγεία** **απάγουν τη λέμφο** του στομάχου προς τρεις κατευθύνσεις.

Τα λεμφαγγεία από την περιοχή του μικρού τόξου φέρονται στα άνω γαστρικά λεμφογάγγλια. Τα λεμφαγγεία από την περιοχή του μεγάλου τόξου στα κάτω γαστρικά λεμφογάγγλια και τα λεμφαγγεία από το θόλο του στομάχου στα σπληνικά λεμφογάγγλια. (Εικ.3)

Όσον αφορά τα **νεύρα** του στομάχου, ο στόμαχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

Τα **συμπαθητικά** νεύρα προέρχονται από το δεξιό και το αριστερό σπλαχνικό νεύρο διαμέσου του κοιλιακού γαγγλίου.

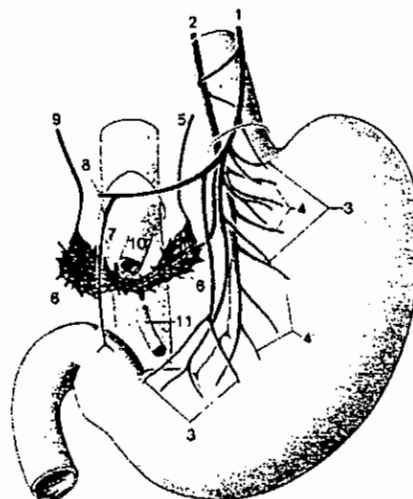
Η **παρασυμπαθητική** νεύρωση του στομάχου γίνεται δια μέσου των **πνευμονογαστρικών** νεύρων. Στο μεσοθωράκιο το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό διακλαδώνονται μεταξύ τους και στη συνέχεια σχηματίζουν δύο κύριους κλάδους : τον πρόσθιο και τον οπίσθιο πνευμονογαστρικό που διανέμονται στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό δίνει τους ηπατικούς κλάδους και διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο πρόσθιο τοίχωμα και το οπίσθιο δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στη συνέχεια διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, στο οπίσθιο τοίχωμα. (Εικ.4)



Σχήμα 3 Αγγείωση του στομάχου και ομάδες λεμφογαγγλίων.

Εικ. 4 Παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου, άποψη από εμπρός

1. πρόσθιο πνευμονογαστρικό στέλεχος
2. όπισθιο πνευμονογαστρικό στέλεχος
3. πρόσθιοι γαστρικοί κλάδοι
4. όπισθιοι γαστρικοί κλάδοι
5. άριστέρο μείζον σπλαγχνικό ν.
6. κοιλιακά (ήλιακά) γάγγλια
7. «πυλωρικός κλάδος»
8. ήπατικοί κλάδοι
9. δεξιό μείζον σπλαγχνικό ν.
10. κοιλιακή άρτ.
11. άνω μεσεντέρια άρτ.



## 2. Δωδεκαδάκτυλο.

Το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί την πρώτη, σχετικά ακίνητη, έλικα του λεπτού εντέρου και έχει μήκος περίπου όσο το πλάτος δώδεκα δακτύλων, δηλ. 25-30 εκατοστά. Εκτείνεται από τον πυλωρό μέχρι την τελική ή νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή, όπου μεταπίπτει στη νήσιδα.

Βρίσκεται στο βάθος επί του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος εκτός από την πρώτη μοίρα του, η οποία βρίσκεται μάλλον επιπολής.

### Μέρη του δωδεκαδακτύλου.

Στο δωδεκαδάκτυλο διακρίνουμε 4 μοίρες : την άνω ή πρώτη μοίρα (3-4 εκατ.), την κατιούσα ή δεύτερη μοίρα (8-10 εκατ.), την τρίτη ή κάτω ή οριζόντια ή προαρτική μοίρα (9 εκατ.) και την ανιούσα ή τέταρτη μοίρα που καταλήγει στη νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή. Η πρώτη μοίρα αποτελεί το βολβό του δωδεκαδακτύλου.

Από τις μοίρες αυτές η πρώτη χωρίζεται από τη δεύτερη με την άνω καμπή, η δεύτερη από την τρίτη με την κάτω καμπή, η τρίτη από την τέταρτη με τα άνω μεσεντέρια αγγεία, τα οποία φέρονται μπροστά από το δωδεκαδάκτυλο και η τέταρτη από τη νήσιδα με τη νησιδοδωδεκαδακτυλική καμπή.

### Σχήμα.

Το δωδεκαδάκτυλο κατά την πορεία του περιγράφει ποικίλο σχήμα, δηλαδή συνήθως αγκύλης (C) και σχήμα γωνιώδες ή πετάλου αλόγου ή ατελούς κρίκου.

Η αγκύλη αυτή είναι ανοικτή προς τα άνω και αριστερά και στο κοίλο της εφαρμόζεται η κεφαλή του παγκρέατος.

### Στήριξη και σχέσεις του δωδεκαδακτύλου με άλλα όργανα.

Το δωδεκαδάκτυλο στηρίζεται με το περιτόναιο και τον κρεμαστήρα μν του. Το περιτόναιο καλύπτει ατελώς το δωδεκαδάκτυλο από μπροστά και από πλάγια. Το έσω ημιμόριο της πρώτης μοίρας περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από περιτοναϊκή πτυχή, τον **ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο**.

**Σχέσεις :** η πρώτη μοίρα έρχεται σε σχέση μπροστά και άνω με το ήπαρ και με τη χοληδόχο κύστη. Η δεύτερη εφάπτεται στο έσω χείλος του δεξιού νεφρού και πορεύεται μπροστά από την αρχή του ουρητήρα. Στη δεύτερη μοίρα του 12δακτύλου εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο παγκρεατικός πόρος. Πάνω από την τρίτη μοίρα βρίσκεται η κεφαλή του παγκρέατος, κάτω από αυτήν οι εντερικές έλικες της νήστιδας. Η τέταρτη μοίρα έρχεται σε σχέση μπροστά με το εγκάρσιο μεσόκολο, προς τα δεξιά με το πάγκρεας και την αορτή και αριστερά με τον αριστερό νεφρό.

### Αγγεία και νεύρα.

Οι αρτηρίες που αιματώνουν το δωδεκαδάκτυλο είναι : η **άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική**, η **κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική**.

Οι φλέβες του εκβάλλουν στην **σπληνική**, στην **πυλαία** και στην **άνω μεσεντέρια**.

Τα λεμφαγγεία του φέρονται στα **παγκρεατοδωδεκαδακτυλικά λεμφογάγγλια**.

**Νεύρα :** Το 12δάκτυλο νευρώνεται από το κοιλιακό πλέγμα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑΣ

#### 1. Στόμαχος.

Το τοίχωμα του στομάχου έχει πλάτος 3-4 εκατ. και αποτελείται από 4 χιτώνες : τον ορογόνο, το μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και το βλεννογόνο.

**Ο ορογόνος χιτώνας** είναι το σπλαχνικό περιτόναιο που καλύπτει το στομάχι. Ο χιτώνας αυτός λείπει μόνο κατά μήκος του μικρού και του μεγάλου τόξου του στομάχου. Ακόμη λείπει σε μικρή περιοχή της οπίσθιας επιφάνειας του στομάχου, η οποία βρίσκεται στο θόλο, κοντά στο καρδιακό στόμιο και μεταξύ των δύο πετάλων, του γαστροφρενικού και γαστροσπληνικού συνδέσμου.

**Ο μυϊκός χιτώνας** αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών : έξω επιμήκης, μέση κυκλωτερής και έσω λοξή. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλωτερούς μυϊκής στοιβάδας που στο σημείο μετάβασης στο 12δάκτυλο χωρίζεται με τη μυϊκή στοιβάδα αυτού με διάφραγμα συνδετικού ιστού. Ο μυϊκός χιτώνας είναι ο κινητικός χιτώνας του στομάχου.

**Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας** αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες. Βρίσκεται κάτω από το μυϊκό χιτώνα και χωρίζεται από το βλεννογόνο με λεπτή μυϊκή στοιβάδα, τη βλεννογόνια.

**Ο βλεννογόνος** του στομάχου αφορίζεται σαφώς από το βλεννογόνο του οισοφάγου στην είσοδο του στομάχου. Μικρές νησίδες γαστρικού βλεννογόνου απαντώνται στο κάτω άκρο του οισοφάγου. Αντιθέτως, τα όρια με το βλεννογόνο του λεπτού εντέρου στην έξοδο του στομάχου είναι σαφή.

Ο βλεννογόνος καλύπτεται από **κυλινδρικό επιθήλιο**, είναι ροδόχρους και γίνεται παχύτερος προς τον πυλωρό. Έχει πτυχές στο θόλο και στο σώμα, όχι όμως στο άντρο, μεταξύ των οποίων σχηματίζουν **αύλακες**.

Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται από **επιθήλιο, χόριο** και από συνδετικό ιστό, ινώδη και δικτυωτό με ελαστικές και κολλαγόνες ίνες και περιέχει κατά θέσεις λεμφοξίδια, ιδιαίτερα στην πυλωρική μοίρα, και από γαστρικούς αδένες.

Οι αδένες διακρίνονται σε τρεις ομάδες : α) **καρδιακοί**, β) **γαστρικοί** και γ) **πυλωρικοί**.

Οι καρδιακοί αδένες βρίσκονται σε μικρή περιοχή γύρω από το καρδιακό στόμιο. Οι αδένες του θόλου βρίσκονται στο θόλο και στο μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου. Τέλος οι πυλωρικοί βρίσκονται στο πυλωρικό άντρο.

Στους αδένες υπάρχουν 5 είδη κυττάρων. Στους καρδιακούς υπάρχουν μόνο κύτταρα που παράγουν βλέννα, στους αδένες του θόλου υπάρχουν 3 είδη κυττάρων, τα κυλινδρικά αυχενικά, τα θεμέλια ή ζυμογόνα και τα τοιχωματικά ή οξυνογόνα κύτταρα. Στους πυλωρικούς αδένες υπάρχουν κύτταρα που παράγουν βλέννα διαφορετικά όμως από τα κύτταρα των καρδιακών αδένων, όπως επίσης και κύτταρα που παράγουν γαστρίνη.

## **2. Δωδεκαδάκτυλο.**

Το τοίχωμα του δωδεκαδάκτυλου (όπως και του στομάχου) αποτελείται από 4 χιτώνες : τον ορογόνο, τον μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και το βλεννογόνο.

Ο ορογόνος χιτώνας καλύπτει το δωδεκαδάκτυλο μόνο από μπροστά, εκτός από την πρώτη μοίρα, η οποία περιβάλλεται ολόκληρη από περπύοναιο.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώννας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και φέρει αιμοφόρα αγγεία, νεύρα και αδένες, τους ίδιους δωδεκαδακτυλικούς αδένες του Brunner, που είναι πολυσιχιδείς ομάδες αδένων του υποβλεννογόνιου χιτώνα.

Ο μυϊκός χιτώννας αποτελείται από την έσω στοιβάδα κυκλωτερών μυϊκών ινών και την έξω στοιβάδα επιμήκων μυϊκών ινών.

Ο βλεννογόνος αποτελεί την εσωτερική επιφάνεια του δωδεκαδακτύλου, στην οποία βρίσκουμε λάχνες και κυκλωτερείς πτυχές (Kerkring) του βλεννογόνου, οι οποίες αρχίζουν από τη δεύτερη μοίρα του. Η πρώτη μοίρα είναι χωρίς πτυχές.

Στο εσωτερικό της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, εκτός απ' τις πτυχές παρατηρούμε ακόμη :

- Την επιμήκη θηλή του δωδεκαδακτύλου, η οποία βρίσκεται κατά τα όρια μεταξύ έσω και οπίσθιου τεταρτημορίου του τοιχώματος της δεύτερης μοίρας. Παράγεται από την ενδοτοιχική πορεία του χοληδόχου πόρου.
- Τη μεγάλη θηλή του δωδεκαδακτύλου (φύμα του Vater), η οποία αποτελεί έπαρμα του βλεννογόνου στο οποίο καταλήγει η επιμήκης πτυχή. Το φύμα του Vater απέχει από τον πυλωρό 9-10 εκατ. Είναι αξιόλογο, γιατί στην κορυφή του εκβάλλει ο χοληδόχος πόρος και ο μεγάλος πόρος του παγκρέατος, ή με κοινό, ή με δικό του στόμιο κάθε πόρος.
- Τη μικρή θηλή δωδεκαδακτύλου (φύμα του Santorini), η οποία αποτελεί πιο μικρό έπαρμα του βλεννογόνου και βρίσκεται πιο πάνω και σε απόσταση 3 εκ. Από τη μεγάλη θηλή. Στη θηλή αυτή εκβάλλει ο επικουρικός πόρος του παγκρέατος.

Ο βλεννογόνος αποτελείται από επιθήλιο, χόριο και τη βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι κύριες φυσιολογικές λειτουργίες του στομάχου είναι η εκκριτική και η κινητική. Και οι δύο εντάσσονται, όπως είναι γνωστό, στη λειτουργία της πέψης, και βρίσκονται υπό νευρο-ορμονική ρύθμιση καθώς και σε στενή μεταξύ τους αλληλεξάρτηση και συντονισμό.

#### 1. Κινητική λειτουργία του στομάχου.

Με τις κινήσεις του στομάχου εξυπηρετούνται τρεις βασικοί στόχοι : Η αποθήκευση μεγάλης ποσότητας τροφής για όσο χρόνο απαιτείται για να παραληφθεί από το δωδεκαδάκτυλο, η ανάμιξη αυτής της τροφής με το γαστρικό υγρό, μέχρι το σχηματισμό ενός ημίρρευστου μείγματος που ονομάζεται χυμός, και η βραδεία απόδοση της τροφής από το στομάχι προς το λεπτό έντερο.

##### 1.1. Η αποθηκευτική λειτουργία.

Κατά την είσοδο της τροφής μέσα στο στομάχι, φυσιολογικά προκαλείται ελάττωση του τόνου του μυϊκού τοιχώματος του στομάχου, κατά τρόπο ώστε αυτό το τοίχωμα να μπορεί να διογκώνεται προοδευτικά προς τα έξω, για να χωρέσει ο στόμαχος ολοένα και μεγαλύτερη ποσότητα τροφής μέχρι το όριο του 1,5 λίτρου περίπου.

##### 1.2. Η ανάμιξη και η προώθηση.

Όταν ο στόμαχος είναι πλήρης παρατηρούνται ασθενή περισταλτικά κύματα τα οποία ονομάζονται και κύματα ανάμιξης. Όσο τα περισταλτικά κύματα προχωρούν από το σώμα του στομάχου προς το πυλωρικό άντρο καθίστανται εντονότερα. Όμως το άνοιγμα του πυλωρού είναι τόσο μικρό, ώστε μόνο λίγα κυβικά εκατοστόμετρα από το

περιεχόμενο του πυλωρικού άντρου μπορούν να προωθούνται προς το δωδεκαδάκτυλο με το κάθε περισταλτικό κύμα. Επίσης, όσο το κάθε περισταλτικό κύμα πλησιάζει προς τον πυλωρό, ο ίδιος ο πυλωρικός σφιγκτήρας συστέλλεται, γεγονός που αποτελεί άλλο ένα κώλυμα για τη διόδo του περιεχομένου μέσα από τον πυλωρό. Γι'αυτό το λόγο, το μεγαλύτερο μέρος από το περιεχόμενο του πυλωρικού άντρου συμπιέζεται και μετακινείται προς τα πίσω, μέσα από τον περισταλτικό δακτύλιο, προς την κατεύθυνση του στομάχου. Έτσι ο μετακινούμενος αυτός περισταλτικός δακτύλιος, αποτελεί ένα εξαιρετικά χρήσιμο μηχανισμό για την ανάμειξη του περιεχομένου του στομάχου.

### 1.3. Η κένωση του στομάχου.

Κατά κύριο λόγο, η κένωση του στομάχου προάγεται από την ένταση των περισταλτικών κινήσεων των πυλωρικών κινήσεων του πυλωρικού άντρου, οι οποίες δεν είναι πια ασθενείς κινήσεις ανάμειξης, αλλά ισχυρές περισταλτικές, δακτυλιοειδείς περισφιξεις. Συγχρόνως όμως, η κένωση παρεμποδίζεται, από αντίσταση διαφόρου βαθμού που προβάλλεται προς τη διοχέτευση του χυμού μέσα από τον πυλωρικό σφιγκτήρα.

Παρά την τονική συστολή του πυλωρικού σφιγκτήρα, ο πυλωρός διαπρεΐται συνήθως ελαφρά ανοικτός, τόσο ώστε το νερό και άλλα υγρά να διέρχονται με ευκολία προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η κένωση του στομάχου ελέγχεται σε κάποιο βαθμό από στομαχικούς παράγοντες, όπως είναι ο βαθμός της πλήρωσης του στομάχου και η διεγερτική επίδραση της γαστρίνης στην περισταλτικότητα του πυλωρικού άντρου. Εντούτοις πιθανώς ο σημαντικότερος παράγοντας ελέγχου της κένωσης του στομάχου συνίσταται σε ανατροφοδοτικά σήματα που προέρχονται από το 12δάκτυλο, δηλ. Τα εντερογαστρικά αντανakλαστικά και η ορμονική ανατροφοδότηση.

#### 1.4. Οι κινήσεις της πείνας.

Εκτός από τις περισταλτικές κινήσεις, οι οποίες εμφανίζονται όταν υπάρχει τροφή μέσα στο στομάχο, ένας άλλος τύπος έντονων κινήσεων, που ονομάζονται κινήσεις πείνας, εμφανίζονται όταν ο στομάχος παραμένει κενός για αρκετό χρονικό διάστημα. Πρόκειται για ρυθμικές περισταλτικές κινήσεις που αφορούν το σώμα του στομάχου. Όταν αυτές οι κινήσεις συνενώνονται μεταξύ τους γίνονται ισχυρές και προκαλούν μια συνεχή τετανική συστολή, η οποία διαρκεί χρονικό διάστημα 2 έως 3 λεπτά. Όταν επιτελούνται το άτομο αισθάνεται ένα αίσθημα πόνου στο επιγάστριο. Οι κινήσεις πείνας δεν αρχίζουν παρά μόνο 12 έως 24 ώρες μετά την τελευταία πρόσληψη τροφής.

## **2. Εκκριτική λειτουργία του στομάχου.**

### 2.1. Χαρακτηριστικά γαστρικού υγρού.

Εκτός από τα κύτταρα που εκκρίνουν βλέννα, με τα οποία επενδύεται όλη η έσω επιφάνεια του στομάχου, ο βλεννογόνος έχει δύο σημαντικούς τύπους από σωληνοειδείς αδένες που είναι οι οξινογόνοι αδένες (ή γαστρικοί) και οι πυλωρικοί.

Οι οξινογόνοι αδένες αποτελούνται από τρία διαφορετικά είδη κυττάρων : τα βλεννογόνα λαγννοειδή κύτταρα, από τα οποία εκκρίνεται κυρίως βλέννα και λίγο πεψινογόνο, τα πεπτικά ή θεμέλια από τα οποία εκκρίνονται μεγάλα ποσά πεψινογόνου, και τα καλυπτήρια ή οξινογόνα κύτταρα, από τα οποία εκκρίνεται υδροχλωρικό οξύ και ο ενδογενής παράγων.

Οι οξινογόνοι ή γαστρικοί αδένες βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια του σώματος και του πυθμένα και αποτελούν τα 80% περίπου του στομάχου.

Οι πυλωρικοί αδένες, από δομική άποψη μοιάζουν με τους οξινογόνους, όμως περιέχουν λίγα μόνα θεμέλια και σχεδόν καθόλου καλυπτήρια κύτταρα. Περιέχουν όμως κατά κύριο λόγο βλεννογόνα κύτταρα τα οποία είναι πανομοιότυπα με τα

όμως κατά κύριο λόγο βλεννογόνα κύτταρα τα οποία είναι πανομοιότυπα με τα βλεννογόνα λαγννοειδή κύτταρα των γαστρικών αδένων. Από αυτά τα κύτταρα εκκρίνονται μικρά ποσά πεψινογόνου και ιδιαίτερα μεγάλο ποσό από **λεπτόρρευστη βλέννα**. Επίσης από τους πυλωρικούς αδένες εκκρίνεται η ορμόνη **γαστρίνη**. Οι πυλωρικοί αδένες εντοπίζονται στο βλεννογόνο του πυλωρικού άντρου.

## 2.2. Φάσεις της γαστρικής έκκρισης.

Η γαστρική έκκριση πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις : μια κεφαλική, μια γαστρική και μια εντερική.

**Η κεφαλική φάση.** Η κεφαλική φάση της έκκρισης του γαστρικού υγρού αρχίζει πριν ακόμα η τροφή εισέλθει στο στομάχο ή και πριν την εισαγωγή της στο στόμα. Προκαλείται με την όραση, την όσφρηση, την αναπόληση είτε και με τη γεύση της τροφής, όσο δε μεγαλύτερη είναι η όρεξη τόσο μεγαλύτερη είναι η διέγερση. Τα νευρικά σήματα με τα οποία προκαλείται η κεφαλική φάση της έκκρισης μπορούν να προέρχονται από τον εγκεφαλικό φλοιό, είτε από τα κέντρα όρεξης που βρίσκονται στους αμυγδαλοειδείς πυρήνες και τον υποθάλαμο. Αυτή η φάση της έκκρισης φυσιολογικά είναι υπεύθυνη για λιγότερο από το ένα πέμπτο της γαστρικής έκκρισης που συσχετίζεται με την πρόσληψη ενός γεύματος. Η κεφαλική φάση αναστέλλεται κάτω από την επίδραση φόβου και γενικής ψυχικής καταθλίψεως.

**Η γαστρική φάση.** Με την είσοδο της τροφής στο στομάχο, διεγείρονται τα μακρά αντανakλαστικά των πνευμονογαστρικών νεύρων, τα τοπικά τοιχωματικά αντανakλαστικά καθώς και ο μηχανισμός της γαστρίνης. Με όλα αυτά προκαλείται η έκκριση του γαστρικού υγρού, η οποία συνεχίζεται σε όλο το χρονικό διάστημα (μερικές ώρες), που η τροφή παραμένει μέσα στο στομάχο. Η γαστρική φάση της έκκρισης είναι υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσό της ημερήσιας γαστρικής έκκρισης περίπου στα 1500 ml.

υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσό της ημερήσιας γαστρικής έκκρισης περίπου στα 1500 ml.

**Η εντερική φάση.** Με την παρουσία της τροφής στο άνω τμήμα του λεπτού εντέρου, και ιδιαίτερα μέσα στο 12δάκτυλο, είναι δυνατό να προκαλείται η έκκριση από το στομάχο μικρού ποσού γαστρικού υγρού. Αυτό πιθανώς οφείλεται στην έκκριση μικρού ποσού γαστρίνης από το βλεννογόνο του 12δακτύλου με ερέθισμα τη διάταση του εντέρου, είτε με άλλα ερεθίσματα σαν αυτά που διεγείρουν το μηχανισμό της γαστρίνης στο στομάχο.

### 2.3. Η ρύθμιση της γαστρικής έκκρισης με νευρικούς και ορμονικούς μηχανισμούς.

Οι βασικές νευροδιαβιβαστικές ουσίες ή ορμόνες που διεγείρουν άμεσα την έκκριση από τους γαστρικούς αδένες είναι η **ακετυλοχολίνη, η γαστρίνη και η ισταμίνη**. Και οι τρεις αυτές ουσίες απενεργούν, αφού πρώτα συνδεθούν σε υποδοχείς που βρίσκονται στα εκκριτικά κύτταρα. Στη συνέχεια, οι υποδοχείς ενεργοποιούν τις εκκριτικές διεργασίες του κυττάρου. Η ακετυλοχολίνη διεγείρει την έκκριση από όλα τα εκκριτικά κύτταρα των γαστρικών αδένων, συμπεριλαμβανομένης και της έκκρισης του πεψινογόνου από τα θεμέλια κύτταρα, του HCL από τα καλυπτήρια κύτταρα, της βλέννας από τα βλεννογόνα, καθώς και της γαστρίνης από τα κύτταρα G. Εξάλλου τόσο η γαστρίνη, όσο και η ισταμίνη διεγείρουν εντονότατα την έκκριση του HCL από τα καλυπτήρια κύτταρα, ενώ εξασκούν μικρή μόνο διεγερτική επίδραση στα άλλα εκκριτικά κύτταρα.

Τα εκκριτικά κύτταρα των αδένων του στομάχου διεγείρονται επίσης και από ορισμένες άλλες ουσίες, όπως είναι τα αμινοξέα που κυκλοφορούνται στο αίμα, η καφεΐνη, και πιθανώς και το οινόπνευμα. Εντούτοις, η διεγερτική επίδραση των ουσιών



αυτών είναι πολύ μικρή σε σύγκριση με εκείνη της ακετυλοχολίνης, της γαστρίνης και της ισταμίνης.

#### 2.4. Η έκκριση μεταξύ των γευμάτων.

Από το στόμαχο εκκρίνονται μόνο ml γαστρικού υγρού ανά ώρα κατά τα χρονικά διαστήματα μεταξύ γευμάτων, κατά τα οποία ελάχιστη μόνο είτε και καμιά πεπτική διεργασία δεν επιτελείται στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Εντούτοις, τα έντονα συναισθηματικού τύπου ερεθίσματα συχνά προκαλούν αύξηση της έκκρισης, που επιτελείται στα μεταξύ των γευμάτων χρονικά διαστήματα σε 50 ml και περισσότερα ανά ώρα, ενώ σ'αυτό το έκκριμα περιέχονται σημαντικά ποσά υδροχλωρικού οξέος.

#### 2.5. Η αντίσταση του βλεννογόνου σε βλαπτικές επιδράσεις.

Ο γαστρικός βλεννογόνος είναι πολύ ανθεκτικός στις διάφορες βλαπτικές επιδράσεις. Δύο παράγοντες προστατεύουν φυσιολογικά τον στόμαχο από την αυτοπεψία : η γαστρική βλέννα και ο επιθηλιακός φραγμός.

Η εφαρμογή ερεθιστικής ουσίας στο γαστρικό βλεννογόνο ακολουθείται από έκκριση μεγάλων ποσοτήτων βλέννας, η προστατευτική ικανότητα της οποίας αποδίδεται σε μεγάλο ποσοστό στους φυσικοχημικούς χαρακτήρες. Οι ιδιότητες αυτές είναι πιο ωφέλιμες στην προστασία του βλεννογόνου από θερμικές ή μηχανικές κακώσεις παρά χημικές, γιατί τα οξέα και οι άλλες χημικές ουσίες εισχωρούν αμέσως στο φραγμό της βλέννας. Τα βλεννοπαραγωγά κύτταρα είναι κατανεμημένα με αφθονία σε ολόκληρο το γαστρικό βλεννογόνο. Η επιθηλιακή στοιβάδα έχει αξιόλογες ιδιότητες αναγεννήσεων και μπορεί να αναπλαστεί μέσα σε 36 έως 48 ώρες.

Όσον αφορά την αντίσταση του 12δακτύλου, το παχύ στρώμα των αδένων του Brunner παράγει ισχυρώς αλκαλικό βλεννοειδές έκκριμα, το οποίο έχει υψηλή ρυθμιστική ικανότητα και φαίνεται να ασκεί σημαντική προστατευτική επίδραση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΚΟΣ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### 1. Ορισμός.

Έλκος καλείται η περιγεγραμμένη απώλεια ιστού, που αφορά το βλεννογόνο, υποβλεννογόνιο ή και μυϊκό χιτώνα και παρουσιάζεται σε περιοχές που βρίσκονται σε επαφή με τη γαστρική έκκριση, και συγκεκριμένα με υδροχλωρικό οξύ και πεψίνη.

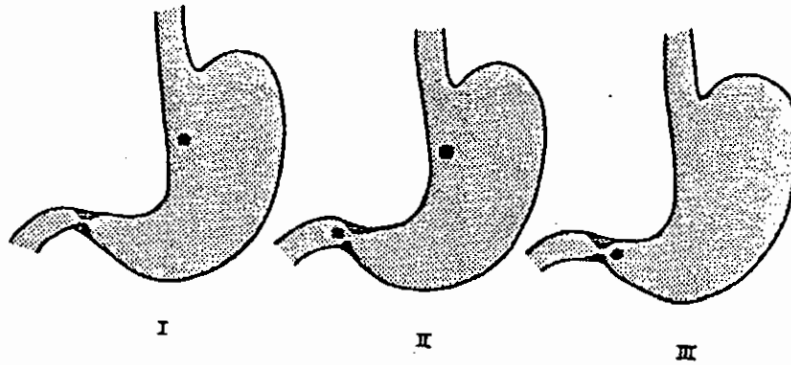
#### 2. Διαφορές γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Οι όροι “γαστρικό έλκος” και “δωδεκαδακτυλικό έλκος” έχουν καθιερωθεί στην κλινική πράξη και κατατοπίζουν άμεσα για τη θέση εντοπίσεως της βλάβης. Εξετάζονται από κοινού, όμως εκτός από τη διαφορά τους στην εντόπιση, εμφανίζουν και άλλες διαφορές μεταξύ τους, ώστε σε ορισμένες περιπτώσεις να εξετάζονται χωριστά. Οι διαφορές αυτές κυρίως είναι :

- Η εκκρινική ικανότητα του βλεννογόνου.
- Η αμυντική ικανότητα του βλεννογόνου.
- Η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό.
- Η κατανομή κατά φύλο και ηλικία.
- Η σχέση με ομάδες αίματος.

#### 3. Τύποι γαστρικού έλκους.

Γενικώς παρατηρούνται τρεις τύποι γαστρικού έλκους. (Εικ.5)



Έικ. 5 Οι τρεις τύποι γαστρικού έλκους.

**Τύπος I.** Είναι ο συχνότερος τύπος, εντοπίζεται στο έλασσον τόξο, συνήθως στο σημείο μεταπτώσεως της οξεοκρικής προς τη μη οξεοκρική μοίρα του βλεννογόνου, και συνοδεύεται από έντονη γαστρίτιδα. Είναι έλκος πρωτοπαθές, λόγω βλάβης του αμυντικού μηχανισμού του γαστρικού βλεννογόνου.

**Τύπος II.** Εντοπίζεται συνήθως στην ίδια θέση με τον πρώτο τύπο αλλά συνυπάρχει με έλκος του δωδεκαδακτύλου. Είναι έλκος δευτεροπαθές και σχηματίζεται λόγω γαστρικής στάσεως που προκαλεί η παραμόρφωση του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

**Τύπος III.** Εντοπίζεται στην προπυλωρική μοίρα και συνοδεύεται από φυσιολογική ή αυξημένη γαστρική έκκριση. Συμπεριφέρεται όπως το έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Συνήθως όταν μιλάμε για γαστρικά έλκη, αναφερόμαστε στα ΓΕ τύπου I, που αντιπροσωπεύουν το 60% περίπου του συνόλου των γαστρικών ελκών.

#### 4. Ιστορική αναδρομή.

Σημαντικές αλλαγές έχουν συμβεί στην εμφάνιση του έλκους κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων αιώνων. Στο 19ο αιώνα γαστρικά έλκη και έλκη δωδεκαδακτύλου ήταν

σπάνια και η σχέση μεταξύ των δύο τύπων ήταν αρκετά διαφορετική από αυτή μερικές δεκαετίες αργότερα με παρόμοιες διαφορές και στους τύπους των ασθενών που υπέφεραν από έλκος. Έλκη στο 19ο αιώνα ήταν συνήθως γαστρικά και εμφανίζονταν σε νέες γυναίκες, συχνά κάτω των 20 ετών και στις περισσότερες περιπτώσεις κάτω των 30, της κατώτερης κοινωνικής στάθμης. Έλκη του 12δακτύλου ήταν εξαιρετικά σπάνια μέχρι το δεύτερο τέταρτο του 20ου αιώνα.

## 5. Επιδημιολογία.

### α) Συχνότητα.

Πρόκειται για πάθηση που συχνή που θεωρείται σαν νόσος των πολιτισμένων λαών και ασθένεια της πρόωρης αστικοποίησης.

Από παλιά ευρήματα έβγαине το συμπέρασμα ότι το 6-16% των ανθρώπων παρουσίασαν έλκος σε κάποια περίοδο της ζωής τους. Σήμερα η αναλογία αυτή είναι μεγαλύτερη, αν και τελευταία σημειώνεται κάποια κάμψη της συχνότητας της νόσου ειδικά στις προηγμένες χώρες.

### β) Εντόπιση.

Κλινικά το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι πολύ συχνότερο του γαστρικού. Έτσι το δωδεκαδακτυλικό έλκος παρουσιάζεται στο 80% των περιπτώσεων, ενώ το γαστρικό στο υπόλοιπο 20%. Επίσης όχι σπάνια υπάρχει ταυτόχρονα γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος. Μερικές φορές βρίσκουμε δύο έλκη, το ένα απέναντι από το άλλο στο δωδεκαδάκτυλο, που το ένα βρίσκεται στο πρόσθιο και το άλλο στο οπίσθιο τοίχωμά του.

Τα έλκη του δωδεκαδακτύλου βρίσκονται συνήθως σε απόσταση 3 εκ. από τον πυλωρό και εμφανίζονται σχεδόν με την ίδια συχνότητα στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα.

Το έλκος του στομάχου εντοπίζεται στο έλασσόν τόξο (85%) και μάλιστα κοντά του πυλωρικού άντρου (12%). Το υπόλοιπο 3% αφορά εντοπίσεις στο υπόλοιπο τοίχωμα του στομάχου, κυρίως στην καρδιακή του μοίρα.

### γ) Ηλικία.

Παρουσιάζεται σε κάθε ηλικία, ακόμη και στα παιδιά κατά τα πρώτα δέκα χρόνια της ζωής τους. Ειδικά στα παιδιά η συχνότητά του αποδείχτηκε με την ενδοσκόπηση ότι είναι μεγαλύτερη από ότι πιστεύανε παλιότερα.

Η πιο συνηθισμένη ηλικία της νόσου είναι αυτή των 30-50 ετών. Η καμπύλη συχνότητας της νόσου παρουσιάζει την αιχμή της κατά την τέταρτη δεκαετία της ζωής για το δωδεκαδακτυλικό έλκος και κατά την πέμπτη δεκαετία για το γαστρικό.

### δ) Φύλο.

Γενικά το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι αρρώστια του ενήλικα άντρα. Για το γαστρικό έλκος η σχέση μεταξύ αρρώστων αντρών και γυναικών είναι 2-3:1, ενώ για το έλκος του δωδεκαδακτύλου η διαφορά είναι ακόμα μεγαλύτερη 5-6:1.

### ε) Οικογενειακή προδιάθεση.

Από πολλούς παρατηρήθηκε ότι υπάρχει οικογενειακή προδιάθεση που εκδηλώνεται με την εμφάνιση έλκους με μεγαλύτερη συχνότητα σε μερικές οικογένειες ελκοπαθών ή στους απογόνους.

Από τους πάσχοντες από έλκος του δωδεκαδακτύλου, 40% έχουν άλλο ένα μέλος της οικογένειας με το ίδιο έλκος. Επίσης και σε συγγενείς ασθενών με γαστρικό έλκος, υπάρχει σαφώς αυξημένη συχνότητα του ίδιου έλκους.

**στ) Σχέση έλκους και ομάδων αίματος.**

Διαπιστώθηκε η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ομάδων του αίματος και της επίπτωσης του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι πιο συχνό σε άτομα της ομάδας O, ενώ το γαστρικό, και κυρίως του ελάσσονος τόξου, σε άτομα της ομάδας A.

**ζ) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση.**

Φαίνεται ότι τα υπεραπασχολούμενα άτομα υπόκεινται σε ψυχική ένταση, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν 12δακτυλικό έλκος κυρίως. Οι φτωχότερες τάξεις, σε μεγαλύτερο ποσοστό πλήττονται από γαστρικό έλκος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

### ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η υπερέκκριση οξέος σε ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι η βασική παθοφυσιολογική διαταραχή, που προκαλεί αυξημένη “επιθετικότητα” του γαστρικού υγρού στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου. Στο γαστρικό έλκος η έκκριση οξέος είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων μειωμένη ή φυσιολογική και σε μικρότερο ποσοστό αυξημένη. Σ’ αυτό μεγαλύτερο ρόλο παίζει η μείωση της αμυντικής ικανότητας του βλεννογόνου του στομάχου έναντι της δράσης του οξέος.

#### Γαστρικό έλκος.

##### 1. Ελάττωση της γαστρικής εκκρίσεως - Μείωση αμυντικής ικανότητας του βλεννογόνου.

Μολονότι ο αριθμός των γαστρικών ελκών, στα οποία η γαστρική έκκριση είναι φυσιολογική ή και αυξημένη, δεν είναι ευκαταφρόνητος, εντούτοις είναι γεγονός ότι στο μεγαλύτερο μέρος των γαστρικών ελκών η όξινη γαστρική έκκριση είναι μειωμένη. Το γεγονός αυτό δε θέτει υπό αμφισβήτηση τη σημασία που έχει η όξινη γαστρική έκκριση στην ανάπτυξη γαστρικού έλκους. Αν η άμυνα του γαστρικού βλεννογόνου έχει ελαττωθεί σε αξιόλογο βαθμό, τότε η φυσιολογική ή ακόμα και η σημαντικά ελαττωμένη όξινη γαστρική έκκριση, μπορεί να ελκογόνος. Η άποψη αυτή άλλωστε δικαιολογεί τη χρησιμοποίηση φαρμάκων που ελατώνουν την όξινη γαστρική έκκριση, στη θεραπεία των γαστρικών ελκών.



## 2. Επιβράδυνση της κενώσεως του στομάχου.

Οι διαταραχές της κινητικής λειτουργίας του στομάχου και ιδιαίτερα του πυλωρικού τμήματος έχουν ιδιαίτερα σημασία και αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο της παθοφυσιολογίας του γαστρικού έλκους.

Έτσι έχει παρατηρηθεί σε γαστρικό έλκος συνήθως τύπου II, διαταραχή της κινητικής λειτουργίας, με συνέπεια την καθυστέρηση της ενώσεως του στομάχου, που οδηγεί σε διάταση του άντρου και έτσι σε υπερέκκριση γαστρίνης και οξέος.

## 3. Αναγωγή του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου.

Η διαταραχή της κινητικότητας του πυλωρικού τμήματος ή καλύτερα της πυλωροδωδεκαδακτυλικής περιοχής, οδηγεί στην αναγωγή του δωδεκαδακτυλικού υγρού με αποτέλεσμα να διασπά το βλεννογόνο φραγμό.

## **Δωδεκαδακτυλικό έλκος.**

### 1. Υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης.

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο δωδεκαδακτυλικό έλκος η γαστρική έκκριση βρίσκεται αυξημένη. Η πιο πιθανή ερμηνεία είναι η αύξηση του αριθμού των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου.

Η αυξημένη γαστρική έκκριση σ' ασθενείς με δωδεκαδακτυλικό έλκος μπορεί να μην οφείλεται σε αύξηση του αριθμού των εκκριτικών κυττάρων, αλλά σε αύξηση της ευαισθησίας τους στα διάφορα ερεθίσματα.

### 2. Η ταχεία κένωση του στομάχου.

Σε πολλές περιπτώσεις δωδεκαδακτυλικού έλκους, η κένωση του στομάχου είναι ταχύτερη από το φυσιολογικό. Η παθολογική αυτή κινητικότητα του στομάχου σε

δωδεκαδακτυλικό έλκος, μπορεί να θεωρηθεί ότι συμβάλλει στη δημιουργία χαμηλού pH στο δωδεκαδακτυλικό βολβό.

Στην εμφάνιση και τη διατήρηση χαμηλού pH στο δωδεκαδακτυλικό βολβό, μπορεί να συμβάλλει και διαταραχή της κινητικότητας του δωδεκαδακτύλου, με την έννοια της επιβραδύνσεως της περαιτέρω προώθησης του εισερχομένου στο βολβό όξινου περιεχομένου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

### ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Το έλκος του στομάχου είναι **ιδιοσυστατική νόσος**. Η αιτιολογία του είναι, ως επί το πλείστον, άγνωστη, όπως και οι λόγοι εμμονής, υποτροπής ή και εμφάνισης επιπλοκών του έλκους.

Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι σε υπάρχοντα δωδεκαδακτυλικά και γαστρικά έλκη, υπάρχει υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος και μείωση της άμυνας του γαστρικού βλεννογόνου αντίστοιχα. Διατυπώθηκε, λοιπόν η άποψη ότι αυτά είναι παθογενετικά στοιχεία που προϋπήρχαν της εμφάνισης της νόσου, χωρίς αυτό να έχει αποδειχθεί. Πάντως το μόνο σίγουρο είναι ότι, επί ακλωρυδρίας, έλκος δεν υφίσταται.

Παρακάτω αναφέρονται ορισμένοι "αιτιολογικοί" ή "προδιαθεσικοί" παράγοντες, που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση ή και επανεμφάνιση του έλκους.

#### Ψυχολογικοί παράγοντες.

Η άποψη ότι υπάρχει μεταξύ του ψυχικού στρες και του έλκους έχει διατυπωθεί από τότε που ο Παβλόφ έλεγε ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες προκαλούν υπερέκκριση γαστρικού υγρού και ο Freud ισχυριζόταν ότι η "ψυχή" μπορεί να προκαλεί σωματικά σύνδρομα.

Το έλκος ταξινομείται, σύμφωνα με την Ψυχιατρική σε μια ομάδα νόσων που ονομάζονται ψυχοσωματικές. Οι ψυχοσωματικές αυτές νόσοι είναι οργανικές διαταραχές που φαίνονται να έχουν κάποιον ψυχολογικό παράγοντα στην αιτιολογία τους.

Τα άτομα που πάσχουν από έλκος είναι κατά κανόνα φιλόδοξα, δραστήρια και ανταγωνιστικά, και τους αρέσει να αναλαμβάνουν ευθύνες. Αλλά η αυτοπεποίθηση και η ενεργητικότητα που τους χαρακτηρίζουν κρύβουν μια χρόνια νοσταλγία για μια

ενεργητικότητα που τους χαρακτηρίζουν κρύβουν μια χρόνια νοσταλγία για μια ξεκούραστη ζωή, επιθυμία για την οποία αισθάνονται ντροπή αφενός και θυμό αφετέρου, καθώς δεν μπορούν να την ικανοποιήσουν. Δημιουργείται λοιπόν μια κατάσταση συνεχούς ψυχικής εντάσεως, που κινητοποιεί τις γαστρικές λειτουργίες του ατόμου.

### Κακές διαιτητικές συνήθειες.

Τα μεγάλα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γευμάτων ή τα ακατάστατα γεύματα εκθέτουν το βλεννογόνο του στομάχου και δωδεκαδακτύλου στη μακροχρόνια επίδραση του γαστρικού υγρού.

### Υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καφέ.

Το οινόπνευμα αυξάνει τη γαστρική έκκριση και οξύτητα. Ομοίως η καφεΐνη αυξάνει τη γαστρική έκκριση. Παλαιότερα μάλιστα χρησιμοποιούνταν για τη διέγερση της γαστρικής έκκρισης.

### Κάπνισμα.

Ενώ δεν είναι αποδεδειγμένο ότι το κάπνισμα αυξάνει την γαστρική έκκριση, είναι γνωστό ότι ελαττώνει την έκκριση των διπανθρακικών στο δωδεκαδάκτυλο. Έχει παρατηρηθεί ότι σε καπνιστές, το pH του δωδεκαδακτύλου ήταν επί μακρότερο χρόνο μικρότερο του 3,5 συγκριτικά με μη καπνιστές.

### Μερικά φάρμακα.

- Ασπιρίνη (σαλικυλικό οξύ).
- Φαινολβουταζόνη.
- Ιντομεθακίνη (Indocid).
- Κορτιζόνη.

– και γενικά όλα τα αντιρρευματικά φάρμακα.

Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων είναι η αντιρρευματική και αντιφλεγμονώδης δράση. Εργαστηριακά αποδείχτηκε ότι μπορεί να προκαλέσουν μείωση της εκκρινόμενης βλέννας, άρα μείωση του προστατευτικού μηχανισμού του βλεννογόνου.

### Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*H.pylori*).

Τελευταία υποστηρίζεται πως η μετάδοση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού προκαλεί γαστρίτιδα, έλκος και καρκίνο στομάχου. Έρευνες υποστηρίζουν ότι στην παιδική ηλικία γίνεται η μετάδοση, κυρίως όταν μεγάλες οικογένειες ζουν σε περιορισμένο χώρο.

α. Το *H.pylori* είναι μια από τις κύριες αιτίες χρόνιας γαστρίτιδας του πυλωρικού άντρου.

β. Είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για δωδεκαδακτυλικό έλκος.

γ. Σχετίζεται με την υποτροπή του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Ο πόνος είναι το κυριότερο σύμπτωμα του έλκους και εντοπίζεται στο επιγάστριο ή στο άνω ήμισυ της κοιλιάς. Όχι σπάνια αντανακλά στη ράχη, κυρίως σε έλκος του οπίσθιου τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου. Στο έλκος του στομάχου ο πόνος αντανακλά πολλές φορές στο αριστερό υποχόνδριο.

Στο γαστρικό έλκος ο πόνος αναφέρεται σαν απλό αίσθημα επιγαστρικής δυσφορίας ή επώδυνης πλήρωσης του στομάχου ή έχει χαρακτηριστεί από ήπιοις έως οξύς, για παροξυσμό του έλκους.

Ο πόνος του δωδεκαδακτυλικού έλκους περιγράφεται από τον άρρωστο σαν οξύς και άλλοτε σαν βύθιος, άλλες φορές σαν αίσθημα επώδυνης διάτασης, σύσπασης ή ακόμα και σαν αίσθημα πείνας.

#### Περιοδικότητα του πόνου.

Στο δωδεκαδακτυλικό έλκος ο πόνος παρουσιάζει περιοδικότητα. Χαρακτηρίζεται από περιόδους επώδυνων κρίσεων μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται περίοδοι ηρεμίας κατά τις οποίες ο άρρωστος κανένα ή πολύ λίγα ενοχλήματα παρουσιάζει. Οι επώδυνες αυτές κρίσεις διαρκούν 8-20 ημέρες, και εμφανίζονται συνήθως το φθινόπωρο και την άνοιξη. Η κόπωση, η φύξη, οι ψυχικές διαταραχές, οι συγκινήσεις, οι οξείες λοιμώξεις κ.τ.λ. είναι δυνατό να δράσουν ελκυστικά αίτια παροξυσμού.

Όσο το έλκος γίνεται χρονιότερο, τόσο οι επώδυνες κρίσεις γίνονται πιο συχνές και πιο μεγάλης διάρκειας, ενώ οι περίοδοι ηρεμίας πιο αραιές και πιο μικρής διάρκειας. Σήμερα έχει διατυπωθεί και η άποψη πως δεν υπάρχει σαφής περιοδικότητα του πόνου και εποχιακή έξαρση υπάρχει την Άνοιξη και το Φθινόπωρο.

Ο πόνος στο δωδεκαδακτυλικό και το γαστρικό έλκος σχετίζεται με τη λήψη τροφής. Στο γαστρικό έλκος εμφανίζεται σε διαφορετικά διαστήματα από τη λήψη τροφής τόσο γρηγορότερα, όσο πιο κοντά στο καρδιακό στόμιο εντοπίζεται το έλκος. Αν το έλκος εντοπίζεται στο έλασσον τόξο, ο πόνος εμφανίζεται 30'-1 ώρα από την λήψη τροφής, ενώ αν εντοπίζεται στον πυλωρό ο πόνος εμφανίζεται μετά 2 ώρες και τότε συγχέεται με τον πόνο του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι στο γαστρικό έλκος τα ενοχλήματα δεν υποχωρούν μετά τη λήψη τροφής όπως στο δωδεκαδακτυλικό έλκος, αλλά ο πόνος υποχωρεί κατόπιν αυτόματου ή προκλητού εμέτου ή κατόπιν ερυγών.

Ο πόνος στο δωδεκαδακτυλικό έλκος εμφανίζεται 2-3 ώρες μετά το γεύμα, δηλαδή αργότερα από τον πόνο στο γαστρικό έλκος. Συχνά ο άρρωστος ανακουφίζεται από τον πόνο ύστερα από τη λήψη τροφής ή αλκαλικών φαρμάκων. Καμιά φορά εμφανίζεται και κατά την νύχτα και ξυπνάει τον άρρωστο. Απ'αυτά γίνεται σαφής ο πόνος επί δωδεκαδακτυλικού έλκους εμφανίζει **περιοδικότητα στο 24ωρο**.

**Καύσος** οπισθοστερνικός, **όξινες ερυγές, έμετοι, σιελόρροια** (ιδιαίτερα τη νύχτα) συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο. Μερικές φορές είναι οι μόνες εκδηλώσεις, ενώ ο πόνος απουσιάζει.

Γενικά τα ενοχλήματα του έλκους μπορεί να εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία έντασης και συχνότητας. Καμιά φορά είναι ελάχιστα ή λείπουν τελείως (ασυμπτωματικό έλκος). Σ'αυτές τις περιπτώσεις μια από τις επιπλοκές (διάτρηση-αιμορραγία) μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου. Αναφέρεται ότι ένα ποσοστό 20% περίπου των ελκών που παρουσίασαν διάτρηση και ένα 5-7% που αιμορράγησαν είχαν προγενέστερα ασυμπτωματική διαδρομή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

#### 1. Διάγνωση.

##### Ιστορικό - Αντικειμενική εξέταση.

Οι χαρακτήρες του πόνου του έλκους, κυρίως του δωδεκαδακτυλικού είναι τόσο τυπικοί, ώστε η διάγνωση είναι δυνατό να γίνει μόνο από το ιστορικό. Σε έλκος του δωδεκαδακτύλου, διαπιστώνεται ευαισθησία στο επιγάστριο ή παρομφαλικά δεξιά της μέσης γραμμής.

##### Ακτινολογικός έλεγχος.

Είναι η κυριότερη (μαζί με τη γαστροσκόπηση) μέθοδος και αποβαίνει θετική στο 90% των περιπτώσεων. Ύστερα από χορήγηση βαριούχου γεύματος αναζητούνται τα κύρια και δευτερεύοντα ακτινολογικά σημεία, με τα οποία επιτυγχάνεται η ακτινολογική διάγνωση.

Αναζητείται η χαρακτηριστική κρύπτη που σχηματίζεται από την είσοδο του βαρίου μέσα στον κρατήρα του έλκους και η οποία είτε προβάλλεται επί τα εκτός του σκιερού εκμαγείου του στομάχου, είτε εμφανίζεται υπό μορφή κηλίδας στο ανάγλυφο εκμαγείο.

##### Ενδοσκόπηση (γαστροσκόπηση).

Είναι εξαιρετικά σημαντική διαγνωστική μέθοδος και αποτελεί τη σημαντικότερη εξέταση στην οποία στηρίζεται και η διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο του στομάχου.



Με τη γαστροσκόπηση ελέγχεται η μορφή του έλκους, το μέγεθος, ο πυθμένας (χρώμα, καθαρότητα), τα χείλη, ο βλεννογόνος που το περιβάλλει (ομαλός, οξώδης), οι βλεννογόνιες πτυχές, ο περισταλτισμός.

Με αυτήν διενεργούνται και οι απαραίτητες για τον καθορισμό της φύσης του έλκους εξετάσεις, δηλαδή η βιοψία και η κυτταρολογική εξέταση. Επίσης η γαστροσκόπηση στο δωδεκαδακτυλικό έλκος μπορεί να μας διαφωτίσει, αν η ύπαρξη ενός παραμορφωμένου βολβού οφείλεται σε ενεργό ή επουλωμένο έλκος.

### Εξετάσεις για την έκκριση του οξέος.

Οι εξετάσεις αυτές βοηθούν να καθορίσουμε :

- Τη μάζα των τοιχωματικών κυτάρων.
- Εάν τα κύτταρα νευρώνονται από το παρασυμπαθητικό.
- Τον βαθμό της διέγερσης των τοιχωματικών κυτάρων από τη γαστρίνη.

## **2. Διαφορική διάγνωση από τον καρκίνο.**

Απέναντι σ'ένα άρρωστο που το ιστορικό του υπαινίσσεται, δύο ερωτήματα πρέπει να απαντηθούν : Υπάρχει ή όχι έλκος, κι αν ναι, είναι το έλκος καλόηθες ή είναι ελκωτικός καρκίνος.

Απάντηση σ'αυτή την ερώτηση θα δώσει η γαστροσκόπηση που είναι απολύτως απαραίτητη και στη διαφορική διάγνωση του γαστρικού έλκους από τον καρκίνο.

### Κλινικά κριτήρια.

- α) Η ηλικία του αρρώστου. Τα έλκη εμφανίζονται σε μέσης ηλικίας άτομα, ο καρκίνος συνηθέστερα σε ηλικιωμένους.
- β) Η διάρκεια των ενοχλημάτων. Μεγάλη διάρκεια στο έλκος, μικρή σε καρκίνο.
- γ) Η περιοδικότητα των ενοχλημάτων. Σαφής στο έλκος, λείπει στον καρκίνο.

δ) Η ανορεξία. Συνηθισμένη στον καρκίνο, σπάνια εμφανίζεται στο έλκος.

#### Ακτινολογικά κριτήρια.

α) Η εντόπιση του έλκους. Τα καλοήθη έλκη εντοπίζονται συνήθως στην κάθετη μοίρα και στη γωνιαία εντομή του ελάσσονος τόξου. Τα έλκη που βρίσκονται μακριά απ' την περιοχή αυτή είναι ύποπτα.

β) Το μέγεθος της κρύπτης. Μικρά έλκη διαμέτρου <1cm είναι κατά κανόνα καλοήθη.

γ) Η μορφολογία της κρύπτης. Έχει ομαλά όρια επί έλκους, ανώμαλα και οδοντωτά επί ελκωμαρκίνου.

#### Γαστροσκοπικά κριτήρια.

Το καλόηθες έλκος εμφανίζει ομαλά χείλη, καθαρό πυθμένα και ο βλεννογόνος που το περιβάλλει είναι φυσιολογικός ή ελαφρά υπεραϊμικός με τις πτυχές του να συγκλίνουν προς το έλκος. Επί ελκωμαρκίνου τα χείλη είναι ανώμαλα και εύκολα αιμορραγούν, ο πυθμένας είναι ακάθαρτος και ανώματος και ο βλεννογόνος που τον περιβάλλει οξώδεις παρουσιάζει οξώδεις υπερπλασίες διαφόρου μεγέθους.

### 3. Διαφορική διάγνωση από άλλες ασθένειες.

- Η **οισοφαγίτιδα**. Προκαλεί πόνο μόλις πάρει ο άρρωστος τροφή. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με τον ακτινολογικό έλεγχο και την οισοφαγοσκόπηση.
- Η **γαστρίτιδα**. Η διάγνωση θα σπριχτεί στην κλινική εικόνα και τον εργαστηριακό έλεγχο.
- Η **διαφραγματοκήλη**. Προκαλεί επιγαστρικό πόνο, που αυξάνει με την επίκλιση και την κατάκλιση. Η διάγνωση θα επιβεβαιωθεί με ακτινολογικό έλεγχο σε θέση Trendelenburg και γαστροσκοπικά.

- Οι παθήσεις της χοληδόχου κύστης, ιδιαίτερα η χολολιθίαση. Η διάγνωση θα στηριχτεί στην κλινική εικόνα και τον εργαστηριακό έλεγχο.
- Ο κολικός της νεφρολιθίασης. Από την ράχη ακτινοβολεί προς τον ουρητήρα.
- Ο πόνος του παγκρέατος. Γύρω από τον ομφαλό, συχνά ακτινοβολεί προς τα αριστερά, σε προσβολή της κεφαλής ου παγκρέατος, επίσης προς τα δεξιά και ζωνοειδώς.
- Οι καρδιακοί πόνοι. Μπορεί να ακτινοβολούν προς το επιγάστριο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

### ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Ο σκοπός της θεραπείας είναι να βοηθάει στην επούλωση του έλκους, και στην διατήρηση του επουλωμένου. Όμως το δεύτερο είναι σπάνιο, δυνατό να επιτευχθεί.

Αυτό που μπορεί να γίνει είναι να αντιμετωπιστεί ο πόνος και να επιτραπεί μια φυσιολογική ζωή. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο συνίσταται ως θεραπευτική αντιμετώπιση:

1. Ανάπαυση.
2. Διαιτητική θεραπεία.
3. Φαρμακευτική θεραπεία.
4. Καταπολέμηση του άγχους.

#### 1. Ανάπαυση.

Σε οξεία κρίση του έλκους συνιστούν την παραμονή στο κρεβάτι. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι η ανάπαυση επηρεάζει ευνοϊκά τη συμπτωματολογία του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Επί πλέον έχει παρατηρηθεί ότι η κατάκλιση του ασθενούς κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο υποβοηθά σημαντικά στην επούλωση του γαστρικού έλκους.

#### 2. Διαιτητική θεραπεία.

**Μικρά και συχνά γεύματα** είναι η σταθερή συμβουλή στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος. Αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι το pH του στομάχου ανέρχεται και παραμένει υψηλό με τη λήψη της τροφής. Παρατηρήθηκε ότι αυτό συμβαίνει όταν η τροφή χορηγείται ανά δύοωρα χρονικά διαστήματα και όχι ανά τετράωρα.

Πρόσφατα δεδομένα ως προς την αξία του γάλακτος, αποδεικνύουν ότι ίσως αυτό να μην είναι ο κατάλληλος τρόπος διατροφής των ελκοπαθών, λόγω της του περιεκτικότητας σε ασβέστιο, που αυξάνει τη γαστρική έκκριση. Εν τούτοις οι περισσότεροι ελκοπαθείς εμφανίζουν συμπτωματική ανταπόκριση στη γαλακτοθεραπεία.

Η “απαλή δίαιτα” που συνιστάται από τους περισσότερους σήμερα, περιλαμβάνει πολλές φορές διάφορες τροφές. Με τον όρο “απαλή δίαιτα” εννοούμε ότι αυτή δεν περιέχει ερεθιστικές τροφές που μπορούν να ερεθίσουν τον στομάχο.

Τροφές που μπορούν να προκαλέσουν δυσανεξία στους ελκοπαθείς :

- Γεύματα με μπαχαρικά.
- Τηγανητές τροφές.
- Λιπαρές τροφές.
- Τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες (ωμά λαχανικά κ.λ.π)
- Αεριούχα ποτά.
- Ξινές τροφές.
- Πολύ ζεστά ή πολύ κρύα γεύματα.

### Οινόπνευμα - Καφές.

Το οινόπνευμα αυξάνει τη γαστρική έκκριση και οξύτητα και επηρεάζει δυσμενώς την επούλωση του έλκους. Μέτρια όμως χρήση σε περιόδους υφέσεως δεν βλάπτει.

Ομοίως και η καφεΐνη αυξάνει τη γαστρική έκκριση και παλαιότερα χρησιμοποιούνταν για τη διέγερση της γαστρικής εκκρίσεως.

### Κάπνισμα.

Έχει παρατηρηθεί ότι το κάπνισμα καθυστερεί την επούλωση του έλκους και αυξάνει το ποσοστό υποτροπής του μετά τη διακοπή της θεραπείας. Επίσης, σε άτομα που

εξετάστηκαν ενδοσκοπικά, βρέθηκε μεγαλύτερο ποσοστό καπνιστών σε σχέση με μη καπνιστές που είχαν έλκος.

Ύστερα απ'αυτά γίνεται κατανοητό ότι το κάπνισμα πρέπει να απαγορεύεται στους πάσχοντες από γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

### **3. Φαρμακευτική θεραπεία.**

Η ανακάλυψη μιας μεγάλης σειράς αποτελεσματικών αντιελκωτικών φαρμάκων τα τελευταία 20 χρόνια, έχει ενισχύσει σημαντικά τη θέση φαρμακευτικής έναντι της χειρουργικής θεραπείας του έλκους.

Έτσι παρόλο που οι χειρουργικές τεχνικές έχουν επίσης εξελιχθεί, ωστόσο συνοδεύονται από χαμηλά ποσοστά θνητότητας, νοσηρότητας και υποτροπών γι'αυτό και τείνει να επικρατήσει η άποψη, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων του πεπτικού έλκους δικαιολογείται εμμονή στη συντηρητική θεραπεία.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη συντηρητική θεραπεία του έλκους διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες : στους αναστολείς της γαστρικής έκκρισης, στα αντιόξινα και στα προστατευτικά του βλεννογόνου.

#### **3.1. Αναστολές της γαστρικής έκκρισης**

##### **α) Ανταγωνιστές των $H_2$ υποδοχέων.**

Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής δεσμεύουν τους  $H_2$  υποδοχείς του βλεννογόνου, που είναι υπεύθυνοι για την παραγωγή του HCL, κι έτσι πετυχαίνεται μείωση τη παραγωγής του και δίνεται η ευκαιρία να επουλωθεί το έλκος. Χαρακτηρίζονται για το εύκολο δοσολογικό τους σχήμα (1-2 φορές την ημέρα), ενώ μπορούν να συνδυαστούν με τα αντιχολινεργικά, με τα οποία εμφανίζουν συνέργεια δράσης.

Τα φάρμακα αυτά είναι τα εξής :

- **Σιμετιδίνη (Tegamet).** Χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση κυρίως του δωδεκαδακτυλικού έλκους.
- **Ρανιτιδίνη (Zantac).**
- **Φαμοτιδίνη (Peptan).**
- **Νιζατιδίνη (Axid).**

### **β) Αντιχολινεργικά.**

Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν τη δράση της ακετυλοχολίνης στους μουσκαρινικούς υποδοχείς, με μειονέκτημα ότι, για να εμφανίσουν αντiekκριτική δράση στο γαστρικό βλεννογόνο θα πρέπει να χορηγούνται σε αρκετά υψηλές δόσεις. Τα αντιχολινεργικά χρησιμοποιούνται μόνο στη θεραπεία του δωδεκαδακτυλικού έλκους, γιατί όσον αφορά το γαστρικό έλκος, τα φάρμακα αυτά παρατείνουν τη γαστρική κένωση και μπορεί να συμβάλλουν στην ελκογένεση με τη διέγερση παραγωγής γαστρίνης.

### **3.2. Αντιόξινα.**

Τα φάρμακα της κατηγορίας αυτής δρουν εξουδετερώνοντας τη γαστρική οξύτητα, αυξάνοντας το pH του γαστρικού υγρού.

Στα αντιόξινα ανήκουν ανόργανα άλατα όπως τα :

- α) αντιόξινα του αργιλίου**
- β) αντιόξινα του μαγνησίου**
- γ) αντιόξινα του ασβεστίου**
- δ) διττανθρακικά**

Αυτά που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι το υδροξείδιο του αργιλίου ή μαγνησίου. Πρέπει να δίνονται συχνά και σε μεγάλες δόσεις. Η συνήθης δοσολογία είναι 15-30 ml ανά 3 ώρες.

Η επούλωση του γαστρικού έλκους με αντιόξινα είναι αβέβαιη ενώ αντίθετα, επιπυχάνεται σε μεγάλο βαθμό στο δωδεκαδακτυλικό έλκος.

### 3.3. Προστατευτικά του βλεννογόνου

α) Καρβονοξολόνη

β) Ενώσεις βισμούθιου

γ) Παράγωγα προσταγλαδίνης

### 3.4. Μια καινούργια κατηγορία φαρμάκων που δρα σε επίπεδο και προκαλεί αναστολή της έκκρισης γαστρικού οξέος.

Τέτοια φάρμακα είναι :

– Losec

– Laprazol

#### **Συμπεράσματα :**

Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, φαίνεται ότι δύο είναι τα κύρια μέσα φαρμακευτικής αγωγής του έλκους και κυρίως του δωδεκαδακτυλικού. Τα αντιόξινα και οι ανταγωνιστές των  $H_2$  υποδοχέων.

- Στη συμπτωματική θεραπεία (κυρίως του πόνου) του έλκους τα αντιόξινα σε μεγάλες δόσεις και οι  $H_2$  αποκλειστές είναι εξίσου αποτελεσματικά.
- Στην επούλωση του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι επίσης αποτελεσματικά, σε ποσοστό 75%. Για την επούλωση του γαστρικού τα αποτελέσματα είναι λιγότερο ευνοϊκά. Γενικά η θεραπεία του γαστρικού έλκους είναι κυρίως χειρουργική, λόγω της μεγάλης συχνότητας υποτροπών, των συχνών επιπλοκών και της πιθανότητας κακοήθειας.



- Στην πρόληψη υποτροπών του δωδεκαδακτυλικού έλκους, η σιμετιδίνη έχει αποδειχθεί αποτελεσματική, αλλά μετά τη διακοπή της θεραπείας οι υποτροπές εμφανίζονται, όπως και προηγουμένως.
- Ιδιαίτερα αποτελεσματικά έχουν αποδειχθεί τα αντιόξινα και η σιμετιδίνη στην πρόληψη της γαστρορραγίας σε βαριά πάσχοντες ασθενείς.

#### 4. Καταπολέμηση του άγχους.

Η θερμή στάση και αντιμετώπιση, η συμπάθεια, η καθυσύχαση και η ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου, αποτελούν σημαντικές πλευρές της θεραπευτικής αγωγής. Έχει αποδειχθεί από κλινικές έρευνες, ότι η ψυχολογική στήριξη του αρρώστου, σε συνδυασμό με κάποιο φάρμακο, έχει βοηθήσει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών σε πιο προχωρημένη φάση της θεραπείας τους, όχι μόνο στην κατάργηση του πόνου αλλά και στην επούλωση του έλκους.

Γενικότερα η ενασχόληση με τον ασθενή και η στήριξή του, για την καταπολέμηση του άγχους, αλλά και για την αποδοχή απ'αυτόν της διαιτητικής και φαρμακευτικής αγωγής και λήψης ειδικών μέτρων, είναι βασικό στοιχείο της θεραπείας του.

Αντίθετα η ψυχοθεραπεία δεν έχει αποδεδειγμένη ενεργητική επίδραση στην επούλωση του έλκους. Πράγματι η εντατική ψυχοθεραπεία αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια της οξείας φάσεως, ίσως διότι είναι πιθανό να προκαλέσει εξάρσεις. Αν υπάρχουν ειδικές ενδείξεις ψυχοθεραπείας είναι καλύτερα να διεξάγεται κατά τις φάσεις ηρεμίας της δραστηριότητας του έλκους.

Πιθανό και τα κατευναστικά να αποδειχθούν ωφέλιμα στον αγχώδη και εκνευρισμένο ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Τα ποσοστά των επιπλοκών του έλκους είναι περίπου 2,7% ανά έτος για άτομα χωρίς προηγούμενη επιπλοκή στο ιστορικό τους και 5% για άτομα που είχαν κάποια επιπλοκή σε κάποια στιγμή της ζωής τους.

Οι επιπλοκές του έλκους είναι η **γαστρορραγία**, η **διάτρηση**, η **πυλωρική στένωση** και η **καοήθης εξαλλαγή** των γαστρικών ελκών.

#### 1. Γαστρορραγία.

Είναι η συχνότερη επιπλοκή που συμβαίνει όταν το έλκος διαβρώσει ένα υποβλεννογόνιο αγγείο. Ανάλογα με το μέγεθος του αγγείου, η αιμορραγία μπορεί να μικρή, μέτρια ή μεγάλη.

**Κλινική εικόνα :** Η γαστρορραγία εμφανίζεται ή με τη μορφή μέλαινας κένωσης ή σαν αιματέμεση. Ένα από τα κυριότερα προβλήματα στην αποβολή αίματος, είναι να ξεχωρίσουμε αν πρόκειται για αιματέμεση ή για αιμόπτυση. Στην αιματέμεση το αίμα αποβάλλεται με έμετο και έχει χρώμα καφεοειδές. Στην αιμόπτυση το αίμα αποβάλλεται με βήχα και είναι κόκκινο.

Έτσι στη γαστρορραγία, ανάλογα με την απώλεια αίματος ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει ωχρότητα, ζάλη, τάση για λιποθυμία, αν και η απώλεια είναι μικρή και βαρύ ολιγαϊμικό shock αν η απώλεια είναι μεγάλη.

**Θεραπεία :** Προκειμένου για μικρή ή μέτρια αιμορραγία, γίνεται προσπάθεια συντηρητικής θεραπείας με ανάπαυση του αρρώστου, χορήγηση ηρεμιστικών και αναστολέων της γαστρικής έκκρισης. Στον άρρωστο τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας και γίνονται πλύσεις του στομάχου με κρύο ορό.

Αν υπάρχει ολιγαϊμικό shock, κορηγούνται οροί, γίνονται μεταγγίσεις αίματος με παρακολούθηση της πίεσεως και του αιματοκρίτη του αρρώστου. Στην περίπτωση που η συντηρητική θεραπεία δεν αποδώσει και η γαστρορραγία συνεχίζεται, αντιμετωπίζεται πλέον χειρουργικά.

## 2. Διάρρηση.

Είναι συχνή επιπλοκή του έλκους και η πλέον επικίνδυνη. Σ' αυτήν υπάρχει διάβρωση σε όλο το πάχος του τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου και εκροή περιεχομένου στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

**Κλινική εικόνα :** Στη διάρρηση έχουμε αιφνίδιο διαξιφιστικό πόνο στο επιγάστριο με σανιδώδη σύσπαση των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω ερεθισμού του περιτοναίου. Μετά από δύο ώρες περίπου, ο πόνος ελαπώνεται λόγω της εξουδετέρωσης των γαστρικών υγρών και η γενική κατάσταση του αρρώστου συνεχώς επιδεινώνεται.

**Θεραπεία :** Η θεραπεία της διάρρησης είναι χειρουργική και πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Ανάλογα με την περίπτωση, άλλοτε γίνεται απλή συρραφή της διάρρησης, οπότε ο άρρωστος πρέπει να υποβληθεί μελλοντικά σε κανονική εγχείρηση έλκους, άλλοτε γίνεται κανονική επέμβαση για την οριστική θεραπεία του έλκους.

## 3. Πυλωρική στένωση.

Είναι επιπλοκή των ελκών της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου. Τα έλκη αυτά από τη χρόνια φλεγμονή και την ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού, δημιουργούν συρρίκνωση των γύρω ιστών με αποτέλεσμα τη στένωση του αυλού της πυλωρικής μοίρας του στομάχου ή της αρχής του δωδεκαδακτύλου.

**Κλινική εικόνα :** Η πυλωρική στένωση αποτελεί ένα μηχανικό κώλυμα που το στομάχι προσπαθεί να υπερνικήσει. Αν το στομάχι κατορθώσει να αντιρροπήσει το κώλυμα ο άρρωστος δεν έχει σύμπτωμα. Αν όμως όχι, εμφανίζεται έντονος περισταλτισμός του στομάχου με κολλικοειδείς πόνους, ερυγές και εμέτους. Αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάσταση, επέρχεται ατονία του στομάχου, διάταση και αδυναμία προώθησης των τροφών και των υγρών.

**Θεραπεία :** Είναι χειρουργική και γίνεται γαστρεκτομή ή γαστρεντεροαναστόμωση.

#### **4. Κακοήθης Εξαλλαγή.**

Υπάρχει διχογνωμία, αν το γαστρικό έλκος εξαλλάσσεται σε καρκίνωμα. Άλλοι ισχυρίζονται ότι κάτι τέτοιο σίγουρα συμβαίνει και μάλιστα σε ποσοστό που ανέρχεται σε 9%, ενώ πιο σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι αυτό που φαινόταν σαν γαστρικό έλκος, ήταν από την αρχή καρκίνος εξελκωμένος και πως ένα καλόηθες γαστρικό έλκος, ουδέποτε εξαλλάσσεται σε καρκίνωμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ΄

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Στα έλκη του στομάχου γίνεται γαστρεκτομή (υφολική) με αφαίρεση του έλκους. Η αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα γίνεται με γαστροδωδεκαδακτυλο-αναστόμωση (Billroth I) ή γαστρονησιδοαναστόμωση (Billroth II).

Στα έλκη δωδεκαδακτύλου παλιότερα γινόταν γαστρεκτομή και αποκατάσταση με αναστόμωση της πεπτικής οδού. Σήμερα προτιμάται η διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων (βαγοτομή), που μπορεί να συνοδεύεται από αντρεκτομή και επίσης με μια παρυχετευτική επέμβαση.

#### 1. Μερική γαστρεκτομή.

Κατά τη μερική ή υφολική γαστρεκτομή γίνεται εκτομή του 60% περίπου του στομάχου από τον πυλωρικό σφιγκτήρα μέχρι το μέσο του μείζονος τόξου και ψηλότερα στο έλασσον. Η αποκατάσταση της συνέχειας γίνεται ή με αναστόμωση του γαστρικού κολοβώματος στο δωδεκαδάκτυλο ή προς την πρώτη μοίρα της νήσιτιδας (Billroth II).

Η επέμβαση αυτή αποτελεί εγχείρηση εκλογής για τον τύπο I γαστρικού έλκους. Παλιότερα εφαρμοζόταν και στα δωδεκαδακτυλικά έλκη, αλλά και σήμερα σε πυλωρική στένωση.

#### 2. Βαγοτομές.

##### - Στελεχιαία βαγοτομή με πυλωροπλαστική.

Η επέμβαση αυτή συνίσταται στη διατομή του πρόσθιου και οπίσθιου πνευμονογαστρικού στελέχους, ώστε να μειωθεί η έκκριση πεψίνης και HCL στο γαστρικό υγρό. Επειδή όμως με την παρασυμπαθητική απονεύρωση του στομάχου

ατονεί ο στομάχος, θα πρέπει η εγχείρηση αυτή να συνοδεύεται με μια παροχετευτική επέμβαση του τύπου της πυλωροπλαστικής.

#### - Εκλεκτική Βαγοτομή και Πυλωροπλαστική.

Κατά την επέμβαση αυτή, αντί να διατέμνονται τα στελέχη των πνευμονογαστρικών, διατέμνονται μόνο οι κλάδοι που διανέμονται στο στομάχο και μένουν άθικτοι οι ηπατικοί κλάδοι και οι κλάδοι του κοιλιακού πλέγματος.

#### - Υπερεκλεκτική Βαγοτομή.

Με την επέμβαση αυτή, η οποία αποσκοπεί σε πληρέστερο σεβασμό της φυσιολογίας του στομάχου, διατέμνονται μόνο οι ίνες εκείνου του πνευμονογαστρικού, που νευρώνουν την οξεοεκκριτική μοίρα του στομάχου, δηλαδή το θύλο και το σώμα. Διακρίνονται όμως οι δύο κύριοι κλάδοι, που διανέμονται στο πυλωρικό άντρο και το δωδεκαδάκτυλο.

#### - Στελεχιαία Βαγοτομή και Αντρεκτομή.

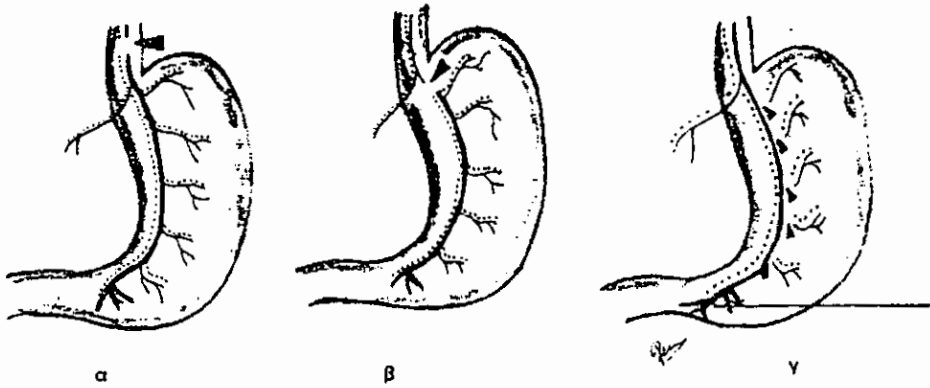
Στην επέμβαση αυτή γίνεται διατομή των κύριων κλάδων των πνευμονογαστρικών και εκτομή του πυλωρικού άντρου. Η συνέχεια της γαστρεντερικής οδού αποκαθίσταται με αναστόμωση του γαστρικού κολοβώματος είτε προς το δωδεκαδάκτυλο, είτε προς την πρώτη μοίρα.

#### - Εκλεκτική Βαγοτομή και Αντρεκτομή.

Η φιλοσοφία της επέμβασης αυτής είναι ίδια με τις άλλες, με τη διαφορά ότι αντί για στελεχιαία διατομή γίνεται διατομή των κλάδων που νευρώνουν το στομάχο.

Οι βαγοτομές εφαρμόζονται σε έλκη του δωδεκαδακτύλου και σε γαστρικά έλκη τύπου II και III.

### Είδη βαγοτομής

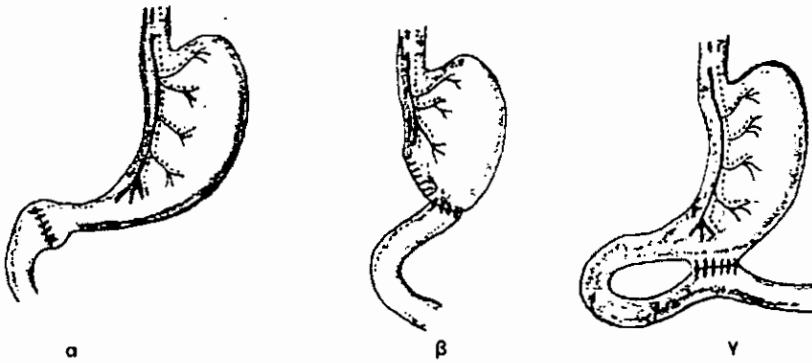


α. Στελεχιαία  
βαγοτομή

β. Εκλεκτική  
βαγοτομή

γ. Υπερεκλεκτική  
βαγοτομή

Διατηρείται  
το νεύρο  
του Latarjet



α) Βαγοτομή +  
πυλωροπλαστική

β) Βαγοτομή +  
αντρεκτομή

γ) Βαγοτομή + Γ.Ε.Α.

Συνδυασμός βαγοτομής και μιας  
παροχευτικής επέμβασης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΒ΄

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

#### 1. Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Μπορεί να εμφανιστούν μετά από οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, είναι :

- α. Αιμορραγία
- β. Shock
- γ. Από το αναπνευστικό : πνευμονία, ατελεκτασία, πνευμονική εμβολή, ασφυξία
- δ. Θρομβοφλεβίτιδες
- ε. Από το τραύμα : μόλυνση, ρήξη εκσπλάχνωση
- στ. Από το ουροποιητικό : ουρολοίμωξη, επίσχεση ούρων.

#### 2. Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

##### α. Σύνδρομο Dumping.

Παρατηρείται στο 30-50% των περιπτώσεων υφολικής γαστρεκτομής, αλλά και μετά τις βαγοτομές, που συνοδεύονται από καταστροφή ή παράκαμψη του πυλωρικού σφιγκτήρα.

Παρουσιάζεται 1-3 εβδομάδες μετά την εγχείρηση και συνήθως υποχωρεί μετά από μισό μέχρι ενάμισι χρόνο. Διακρίνεται σε πρώιμο και όψιμο Dumping ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης των συμπτωμάτων.

Στο πρώιμο Dumping τα συμπτώματα εκδηλώνονται 10-20 λεπτά μετά το γεύμα, ενώ το όψιμο 1-2 ώρες μετά το γεύμα.



Στο πρώιμο Dumping τα συμπτώματα είναι αίσθημα πληρότητας, κωλικοειδή άλγη, ναυτία, διάρροια, αδυναμία, εφίδρωση, τάση λιποθυμίας, ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών. Τα ενοχλήματα είναι περισσότερα όταν το γεύμα είναι υδαρές και περιέχει πολύ σάκχαρο ή άμυλο. Το σύνδρομο προκαλείται από την ταχεία κένωση του περιεχομένου του στομάχου στη νήστιδα, ενώ παράλληλα μετακινείται υγρό από το πλάσμα προς το έντερο και μειώνεται ο όγκος του κυκλοφορούντος αίματος.

Στο όψιμο Dumping τα συμπτώματα είναι αίσθημα αδυναμίας, λιποθυμική τάση, ταχυκαρδία, τρόμος ίλιγγος (δηλαδή μόνο αγγειοκινητικές εκδηλώσεις). Οφείλεται σε αντιδραστική υπογλυκαιμία από υπερέκκριση ινσουλίνης λόγω της μαζικής απορρόφησης της γλυκόζης από τη νήστιδα.

Για τη θεραπεία του συνδρόμου Dumping οι άρρωστοι πρέπει να αποφεύγουν τα μεγάλα γεύματα, τις γλυκές και υδαρείς τροφές. Η τροφή τους πρέπει να είναι κατά προτίμηση ξηρή και πρωτεϊνούχος. Τα συχνά μικρά γεύματα χωρίς την λήψη υγρών μέχρι 30' μετά από το γεύμα είναι πολύ υποβοηθητικά.

Σε σοβαρές μορφές εκτελείται διορθωτική εγχείρηση.

### β. Αναιμία.

Εμφανίζεται συνήθως πολλά χρόνια μετά τη γαστρεκτομή και οφείλεται είτε σε κακή απορρόφηση του σιδήρου της τροφής (σιδηροπενική αναιμία), είτε σε έλλειψη του "ενδογενούς παράγοντα" (λόγω απουσίας του γαστρικού βλεννογόνου), που προάγει την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub> από το στομάχι. Χορηγείται ανάλογα σίδηρος ή βιταμίνη B<sub>12</sub>. Αναιμία παρατηρείται σε μικρό ποσοστό και μετά από στελεχειαία βαγοτομή.

### γ. Αναστομωτικό έλκος.

Είναι επιπλοκή των εγχειρήσεων κυρίως για δωδεκαδακτυλικό έλκος και πολύ λιγότερο για γαστρικό, όταν δεν επιτευχθεί επαρκής έλεγχος της γαστρικής οξύτητας. Είναι πολύ πιο συνηθισμένο σε άντρες 6:1. Ο βλεννογόνος της νήστιδας εκτίθεται στη δράση του HCL. Εμφανίζεται στο σημείο της αναστομώσεως ή μέχρι και 5cm πέραν αυτής.

Το αναστομωτικό έλκος προκαλεί πόνο 1-5 ώρες μετά τη λήψη της τροφής και συνήθως είναι άτυπος ως προς το χαρακτήρα και την εντόπισή του.

Εμφανίζεται επίσης ναυτία και έμετος. Η αντιμετώπιση είναι κυρίως χειρουργική.

### δ. Διάρροια.

Χρόνια διάρροια μπορεί να ακολουθήσει οποιαδήποτε εγχείρηση για έλκος. Συνήθως εμφανίζεται 1-2 ώρες μετά το φαγητό, συνηθέστερα μετά τη λήψη γάλακτος. Αποδίδεται στην ταχεία είσοδο υπέρτονων υγρών στο λεπτό έντερο, η οποία υπερκαλύπτει την απορροφητική ικανότητά του, με αποτέλεσμα την είσοδο μεγάλων ποσοτήτων υγρών στο παχύ έντερο.

Χορηγείται φωσφορική κωδεΐνη 15-30 mg δύο φορές την ημέρα ή υδροχλωρική διφαινοξυλάνη (Lomotil) 2,5 mg και θειική ατροπίνη 25 mg ανά δισκίο, τρία δισκία ημερησίως.

### ε. Απώλεια βάρους.

Επί 40% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση για έλκος παρατηρήθηκε σταθερή ελάττωση του σωματικού βάρους. Αίτια : α) Η πλημμελής απορρόφηση και β) η ελάττωση της τροφής. Πολλοί μετεγχειρητικά ελαττώνουν την προσλαμβανόμενη τροφή, είτε λόγω ταχέως επερχόμενου κορεσμού, είτε λόγω φόβου, ενοχλημάτων, που σχετίζονται με τη λήψη τροφής (πόνος, έμετοι, διάρροια, υπογλυκαιμία).

### στ. Σύνδρομο προσιούσης έλικος.

Αυτό συνίσταται σε αίσθημα επώδυνης πλήρωσης μετά το φαγητό και χολώδεις αποκλειστικά εμέτους. Οφείλεται σε άθροιση και στάση χολής και παγκρεατικής έκκρισης που αθροίζονται στην προσιούσα η οποία όμως δυσλειτουργεί. Η διάκριση του πραγματικού συνδρόμου προσιούσης έλικος από απόφραξη, από ουλή ή αναστομωτικό έλκος είναι απαραίτητη, για την επιλογή της κατάλληλης επεμβάσεως.

### ζ. Αλκαλική γαστρίτιδα.

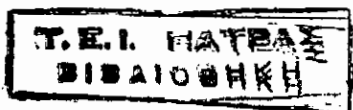
Χαρακτηρίζεται από εμέτους μετά το φαγητό και από επιγαστρικό πόνο. Αποδίδεται στη δράση της χολής και της παγκρεατικής έκκρισης στο βλεννογόνο του στομάχου. Η διάκρισή της από τους συνήθεις εμέτους των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή είναι δυσχερής.

### η. Γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο.

Το γαστρονηστιδοκολικό συρίγγιο είναι σπάνιο αφού η γαστροεντεροαναστόμωση σπάνια εκτελείται.

Χαρακτηρίζεται από έντονη διάρροια, μεγάλη απώλεια βάρους, καχεξία, βαριές ηλεκτρολυτικές διαταραχές, πολύ κάκοσμες ερυγές και καμιά φορά κοπρανώδεις εμέτους.

Μετά την αποκάλυψη του συριγγίου, η καλύτερη επέμβαση είναι η βαγοτομή και η εκτομή του γαστρικού άντρου και του συριγγίου και η σύγκλειση του κόλλου, σε ένα χρόνο.



## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Ανιχνεύει και ανευρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος φρονίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπον ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του.

Η Νοσηλευτική είναι κατ'εξοχήν εφαρμοσμένη επιστήμη, καθώς στηρίζει τις τεχνικές της εφαρμογές σε επιστημονικές γνώσεις και αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και άλλων επιστημών.

Η επιτυχημένη άσκηση της Νοσηλευτικής απαιτεί τεχνικές νοσηλειών και δεξιότητες καθώς επίσης και καλλιεργημένη προσωπικότητα με θέληση και ισχύ. Το πρόσωπο της νοσηλεύτριας είναι αυτό που πρέπει να αντικατοπτρίζει την ευγένεια, την αγάπη για το συνάνθρωπο και την υπομονή. Μόνο απέναντι σ'ένα πρόσωπο τέτοιο ο ασθενής θα μπορέσει να εκθέσει τα προβλήματά του και θα αποβάλλει το άγχος του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ

#### ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή αποσκοπεί στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για τη θεραπεία του έλκους.

Οι βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μείωση των εκκρίσεων, ο περιορισμός της υπερκινητικότητας του στομάχου και η μείωση του άγχους του ασθενή.

Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι πρέπει η νοσηλεύτρια-ής να έχει ένα πλήρες ιστορικό του αρρώστου και να γνωρίζει πολύ καλά το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενή, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του θεράποντος γιατρού.

Η ψυχολογική τόνωση του ασθενή είναι αυτή που θα παίξει επίσης σημαντικό ρόλο και ειδικά σε μια ασθένεια, όπως είναι το έλκος που έχει και ψυχολογική βάση.

Ο ασθενής ενισχύεται ώστε να παραμείνει στο κρεβάτι ώστε και η πέψη να βοηθείται και ο ασθενής να απομακρύνεται από κοινωνικές, οικογενειακές και επαγγελματικές προστριβές, ανησυχίες και εκνευρισμούς.

Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών βοηθά στη διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται όταν οι επισκέπτες τον ξαναφέρνουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής.

Η ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο συμβάλλει στην ηρεμία του. Ο ασθενής που περνάει την οξεία φάση του έλκους συνήθως είναι ευερέθιστος, εκνευρισμένος, απαιτητικός. Εδώ η νοσηλεύτρια-ής πρέπει να δείξει κατανόηση, υπομονή και ανοχή, γιατί ξέρει ότι η καλή συμπεριφορά στον άρρωστο, ασκεί θεραπευτική επίδραση πάνω του.

Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει με το έλκος και σε περίπτωση θεραπείας να μην εμφανιστεί πάλι.

### **Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.**

1. Από που μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες για τον ασθενή που εισέρχεται στο νοσοκομείο :

- α) Άρρωστος
- β) Μέλη της οικογένειας
- γ) Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του
- δ) Ιατρικά δελτία

2. Ιστορικό υγείας. Εξέταση ιατρικών φακέλων για προηγούμενο ιστορικό έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος.

α) Η χρησιμοποίηση από τον άρρωστο φαρμάκων που προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους. Τέτοια φάρμακα είναι τα σαλικυλικά, η φαινυλβουταζόνη, η ισταμίνη κ.α. Η χρήση αλκοόλης, τσιγάρου και καφέ, επίσης έχει σχέση με το έλκος.

β) Οικογενειακό ιστορικό για διαπίστωση ύπαρξης έλκους σε μέλος της οικογένειας.

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

δ) Ο πόνος είναι συχνό παράπονο του ασθενούς. Ρωτάτε επίσης ο ασθενής και για τη σχέση του πόνου με τη λήψη τροφής. Μετά δηλαδή από πόση ώρα εμφανίζεται ο πόνος.

ε) Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για ναυτία και εμέτους ή αίσθημα καύσου.

στ) Ερευνάται ο τρόπος ζωής του αρρώστου με τα προβλήματα της ζωής. Γίνεται προσπάθεια για διαπίστωση ύπαρξης καταστάσεων stress και της σχέσης τους με την εκδήλωση του πόνου.

### **3. Φυσική εκτίμηση**

α) Ο άρρωστος είναι συχνά νευρικός και αγχώδης.

β) Μπορεί να υπάρχει αξιοσημείωτη απώλεια βάρους.

γ) Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξέταση της κοιλιάς. Υπάρχει επιφανειακή ευαισθησία στο επιγάστριο.

## **Βασικά προβλήματα των ελκοπαθών.**

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

## **Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας.**

### **1. Βραχυπρόθεσμοι :**

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

### **2. Μακροπρόθεσμοι :**

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



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. **Διαιτητική θεραπεία** : Δίνονται στον ασθενή μικρά και συχνά γεύματα με μη ερεθιστικές ουσίες. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό όπως τα καρυκεύματα. Απαγορεύονται οι τροφές που είναι πλούσιες σε κυτταρίνη, τα γλυκά τρόφιμα, τα αλμυρά και οι αιχμηροί σπόροι. Αποκλείονται επίσης οι τροφές που προκαλούν έκκριση του γαστρικού υγρού όπως ο ζωμός κρέατος, οι σάλτσες, ο καφές, τα αεριούχα ποτά, το αλκοόλ και τα πολλά υγρά. Ομοίως τα πολύ ζεστά και πολύ κρύα φαγητά μπορεί να προκαλέσουν ερεθισμό του έλκους.

Σε περιπτώσεις οξείας φάσης του έλκους κατά την οποία ο πόνος είναι έντονος χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα. Συνήθως η διαιτητική θεραπεία που ακολουθείται στο πεπτικό έλκος περιλαμβάνει τέσσερα στάδια :

A. Στάδιο. Σε σοβαρό πεπτικό έλκος δίνουμε 90-120 GR γάλα κάθε 1 έως 2 ώρες από τις 7 το πρωί έως τις 9 το βράδυ. Η δίαιτα συνεχίζεται έως ότου περάσει ο πόνος ή περίπου μια εβδομάδα.

B. Στάδιο. Όταν ο πόνος σταματήσει προσθέτουμε μικρά γεύματα μαλακής τροφής. Τα ενδιάμεσα διαστήματα των γευμάτων αυξάνουν και έχουμε 5 γεύματα την ημέρα.

Γ. Στάδιο. Γεύματα 6 την ημέρα. Το έκτο γεύμα το δίνουμε βράδυ πριν τον ύπνο. Τροφές που επιτρέπονται σ' αυτό το στάδιο είναι του 1ου και 2ου σταδίου και κρέας κιμάς από τρυφερό ψαχνό κρέας, κοτόπουλο άπαχο χωρίς πέτσα. Αργότερα, κρέας μοσχαρίσιο ψητό ή βραστό. Ψάρια άπαχα βραστά ή στη σάρα, φρούτα, τυρί (μαλακό), λίπη (βούτυρο φρέσκο ή μαργαρίνη), κρέμες, ζελές.

Δ. Στάδιο. Η δίαιτα στο στάδιο αυτό περιλαμβάνει τροφές για αρρώστους που δεν είναι στο κρεβάτι. Περιλαμβάνει τρία γεύματα και γάλα ενδιάμεσα. Περιέχει 100 GR πρωτεΐνες, 100-110 GR λίπος, 230-250 GR υδατανθράκων, και 2300 θερμίδες. Επί πλέον αβγά, λαχανικά βρασμένα, καρότα, κολοκύθια, φρούτα και κομπόστες φρούτων.

**2. Φαρμακευτική θεραπεία** με στόχο την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και της κινητικότητας και τη μείωση του άγχους. Για τους σκοπούς αυτούς χορηγούνται :

**α. Αντιόξινα φάρμακα :** Αυτά δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού και ανακουφίζουν τον άρρωστο από τα συμπτώματα. Ορισμένα απ'αυτά μπορεί να προκαλέσουν στον ασθενή δυσκοιλιότητα όπως το υδροξειδίο του αλουμινίου (Amphogel), ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα μαγνησίου (Maalox) μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που είναι συνδυασμός των δύο αυτών ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Ένα επίσης χρήσιμο αντιόξινο που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα είναι το κολλοειδές εναιώρημα και οι ταμπλέτες του υδροξειδίου του αλουμινίου. Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων, γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου (Mylanta) και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

**β. Αντιχολινεργικά φάρμακα :** Για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Η νοσηλευτική παρέμβαση οφείλεται στο γεγονός ότι τα φάρμακα αυτά προκαλούν παρενέργειες όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία και εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Χρειάζεται προσοχή κατά τη χορήγησή τους. Δεν πρέπει να χορηγούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα, της ουροδόχου κύστης, πνευμονική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

γ. Ανταγωνιστές των H<sub>2</sub> υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλανδινών, και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκόριζας καθώς και το βισμούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. Ο μηχανισμός όμως της δράσης τους δεν είναι γνωστός.

δ. Κατευναστικά φάρμακα : Για μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνα τους ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

Η μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων επιτυγχάνεται επίσης με την :

- Συχνή επαφή με τον ασθενή ώστε να δημιουργηθεί μεταξύ νοσηλεύτριας και αρρώστου ένα κλίμα εμπιστοσύνης, όπου ο άρρωστος θα συζητήσει τα προσωπικά του προβλήματα και θα απαλλαγεί από το άγχος.
- Έμπρακτο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου.
- Κατανόηση του αρρώστου ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.
- Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου και με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας προκειμένου να λυθούν οι απορίες του αρρώστου. Ο ασθενής θα ενημερωθεί σωστά για την αρρώστια του καθώς επίσης και για τη μετέπειτα πορεία της.
- Βοήθεια του αρρώστου για να μην επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

### **Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών.**

- a. Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.

β. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν το έλκος και προειδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο αν αυτό δεν το έχει εγκρίνει πρώτα ο γιατρός.

Με την πιστή τήρηση της φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής, οι άρρωστοι απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα. Η διάρκεια της θεραπείας για την επούλωση του έλκους διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες.

γ. Καταβάλλεται προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως και σωματικής κοπώσεως. Προσπάθεια δημιουργίας προϋποθέσεων που προάγουν ένα τρόπο ζωής για ανάπαυση και ψυχαγωγία.

Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα, επαναλαμβάνεται ο ακτινολογικός έλεγχος για τη διαπίστωση επούλωσης του έλκους. Συνεπώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας δίνεται έμφαση στο σχεδιασμό ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας, για τη διασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου με απώτερο στόχο την αποφυγή του κινδύνου των επιπλοκών.

### **Σκοποί της διδασκαλίας.**

α. Αποιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας. Η νοσηλεύτρια δίνει στον ασθενή να καταλάβει ότι τα φάρμακα που παίρνει έχουν σαν σκοπό την ελάτπωση της γαστρικής έκκρισης, την εξουδετέρωση του HCL, τον περιορισμό της κινητικότητας του στομάχου, τη μείωση του άγχους.

β. Αποιολόγηση του προγράμματος εφαρμογής και των πιθανών παρενεργειών που πρέπει να αναφέρονται όταν θα συμβαίνουν. Η νοσηλεύτρια προειδοποιεί τον άρρωστο για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων. Ο άρρωστος πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η διατήρηση του θεραπευτικού προγράμματος επιτυγχάνεται μόνο όταν ακολουθείται σωστά και πιστά η δοσολογία και ο χρόνος των φαρμάκων.

γ. Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά τη δίαιτα. Ο ασθενής διδάσκεται ότι το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι'αυτό τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά και συχνά. Προτιμούνται οι λευκωματούχες τροφές (χωρίς σάλτσες και καρυκεύματα) οι οποίες δεν προκαλούν μεγάλη έκκριση ποσότητας γαστρικού υγρού. Το διαπολόγιο επειδή στερείται βιταμίνης (γι'αυτό συνιστάται στον ασθενή να πίνει χυμό πορτοκαλιού και να τρώει φρούτα). Ακόμη να αποφεύγει τις καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, χρήσης αλκοόλης, τσιγάρου, συγκινησιακό stress. Λοιμώξεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Η νοσηλευτική φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των επιπλοκών αλλά και ουσιαστικό ρόλο στην σωστή και άμεση αντιμετώπισή τους όταν αυτές επέλθουν. Η έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών θα είναι σωστή όταν ο ασθενής παρακολουθείται συχνά και γνωρίζει η νοσηλεύτρια την κατάστασή του.

Σε οποιοδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του έλκους ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει επιπλοκές που είναι.

#### 1. Γαστρορραγία.

Το 75% των περιπτώσεων αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού οφείλεται σε έλκος. Η αιμορραγία επέρχεται λόγω διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος ή διαρροής αίματος από κοκκιώδη ιστό.

Η γαστρορραγία εκδηλώνεται με τη μορφή αιματηρών εμεσμάτων ή με μέλαινες κενώσεις. Η αιματέμεση μπορεί να είναι μικρή με αναγωγή μικρής ποσότητας καφεοειδούς υγρού ή μεγάλη με έμετο ζωηρού ερυθρού χρώματος. Η αποβολή αίματος από το ορθό αν είναι μέτρια έχουμε μικρές μέλαινες κενώσεις. Αν είναι μεγάλη έχουμε άφθονες πολτώδεις μέλαινες κενώσεις. Η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι συνάρτηση του ποσού του αίματος που αποβάλλεται και της ταχύτητάς του. Σε ταχεία απώλεια αίματος εμφανίζεται SHOCK. Σε μικρή και χρόνια απώλεια αίματος έχουμε συμπτώματα όπως ζάλη και κόπωση.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις αποσκοπούν στον προσδιορισμό του Ht και της Hb του αίματος. Αυτά μειώνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης. Γίνεται επίσης

MAYER κοπράνων για να διαπιστωθεί αν υπάρχει αιμορραγία από τον ορθό. Και προσδιορισμό της ουρίας του αίματος η οποία αυξάνεται λόγω απορροφήσεως προϊόντων διασπάσεως του αίματος στο έντερο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορραγίας και την αντιμετώπιση του SHOCK. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK είναι :

α. Ο ασθενής τοποθετείται σε κατάρροπη θέση του κορμού και καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

β. Θέρμανση του ασθενούς με κουβέρτες και θερμοφόρες και περιορισμός των κινήσεων για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

γ. Χορήγηση αίματος ή πλάσματος για την αύξηση του όγκου του αίματος.

δ. Χορηγούνται στον ασθενή κατευναστικά για μείωση της αγωνίας και του άγχους και στη συνέχεια αρχίζει η ενδοφλέβια χορήγηση ορών και ηλεκτρολυτών για διατήρηση του ισοζυγίου.

ε. Εισάγεται ρινογαστρικός σωλήνας και γίνεται πλύση στομάχου με παγωμένο ορό για πρόκληση αγγειοσπασίας. Συχνά χορηγούνται από το σωλήνα γάλα ή αντιόξινα μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας.

στ. Συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και του όγκου των ούρων και καταγραφή των τιμών τους.

Εάν η απώλεια αίματος δεν διορθωθεί με μεταγγίσεις μετά από 12 ώρες, η επιμονή της αιμορραγίας μετά από 24 ώρες, ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμη στο νοσοκομείο, επιβάλλουν χειρουργική επέμβαση.

## 2. Διάτρηση.

Συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά σε άντρες ηλικίας 25-40 ετών. Τα σημεία και τα συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα. Ο άρρωστος παραπονιέται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο, που ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία ή εμέτους. Μετά από δύο ώρες ο πόνος ελαπώνεται και η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα στομαχικά υγρά αραιώνουν από το εκκρινόμενο περιτοναϊκό υγρό.

Η θεραπεία περιλαμβάνει χειρουργική επιδιόρθωση. Συνήθως χρησιμοποιείται ένα κομμάτι του επίπλου για το κλείσιμο της διάτρησης. Πριν όμως τη χειρουργική επέμβαση γίνεται ρινογαστρική διασωλήνωση και αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου.

Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται :

α. Ακριβής μέτρηση των υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται με τον LEVIN.

β. Ακριβής μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων του αρρώστου για να εκτιμηθεί η κλινική του εικόνα.

γ. Αντιμετώπιση των εμέτων. Σε λιγότερο επιβαρυσμένους ασθενείς ακολουθείται συντηρητική αγωγή και η εγχείρηση αναβάλλεται για αργότερα.

δ. Για την καλή παρακολούθηση τον ασθενή η νοσηλεύτρια-τής οφείλει να γνωρίζει ακριβώς την εργαστηριακή και κλινική του εικόνα.

ε. Χορήγηση στον άρρωστο ορών και παυσίπων και ο άρρωστος στηρίζεται παρεντερικά.



### 3. Πυλωρική στένωση.

Η παρουσία ενός ενεργού έλκους κοντά στον πυλωρό οδηγεί σε σπασμό και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στη δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό.

Η στένωση του πυλωρού περνά από δύο στάδια : το δυναμικό και το παραλυτικό.

Κατά τη νοσπλευτική εκτίμηση ο άρρωστος παραπονείται για κλασικό πόνο, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές. Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

Η νοσπλευτική φροντίδα έγκειται :

α. Προσπάθεια για βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς με διόρθωση υδατικών και ηλεκτρολυτικών διαταραχών.

β. Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από τη διάταση. Γίνονται αναρροφήσεις για άδειασμα του στομάχου.

γ. Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας λόγω της κακοσμίας των εμέτων.

δ. Μέτρηση των ζωτικών σημείων και των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

ε. Χορηγούνται συμπληρώματα βιταμινών επειδή ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ελλείψεις εξαπίας των εμέτων.

Στη συνέχεια γίνεται χειρουργική επέμβαση εάν η απόφραξη δε λυθεί ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι μικρό.

#### 4. Κακοήθης εξαλλαγή του έλκους.

Πρόκειται για επιπλοκή που αφορά το έλκος στομάχου. Σπάνια καλοήθη χρόνια έλκη στομάχου εξαλλάσσονται σε καρκίνωμα. Κατά κανόνα όμως όταν το έλκος στομάχου αποδεικνύεται κακόηθες, τότε πρόκειται περί καρκινώματος.

Υπάρχουν διαφωνίες εφ'όσον από πολλούς πιστεύεται ότι το έλκος στομάχου δεν εξελίσσεται σε κακοήθη όγκο, αλλά ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται από την αρχή κατευθείαν ως καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται από την αρχή κατευθείαν ως καρκίνος, ο οποίος όταν έχει ελκωτική μορφή είναι δύσκολο να διακριθεί από το έλκος. Το ποσοστό εξαλλαγής του γαστρικού έλκους σε καρκίνο, ανέρχεται σε 9,2%. Προσβάλλει συχνότερα τους άντρες από τις γυναίκες σε αναλογία 10:1 και συνήθως εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα.

Παθολογοανατομικά διακρίνουμε τέσσερις μορφές : διηθητική, ελκωτική, κρμβοειδής και μεικτή.

Η αρχή της νόσου είναι ύπουλη. Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία, καταβολή δυνάμεων, μείωση σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές (επιγαστρικό βάρος, μετεωρισμός κοιλίας, ναυτία ή έμετοι και δυσφαγία).

Το στάδιο αυτό είναι το πιο κρίσιμο, γιατί ο ασθενής και ο γιατρός δεν δίνουν σημασία στα συμπτώματα. Καθώς όμως η νόσος προχωρεί, η επιφάνεια του νεοπλάσματος εξελκώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικρών αιμορραγιών. Η επιφάνεια του νεοπλάσματος που εξελκώθηκε συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό.

Η διάγνωση του καρκίνου του στομάχου θα γίνει με ακτινολογική εξέταση, εξέταση γαστρικού υγρού, τη γαστροσκόπηση και την εξέταση κοπράνων κατά Mayer.

Η θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική και ανάλογα με την εντόπιση και την έκταση του, γίνεται είτε ευρεία κατώτερη γαστρεκτομή, είτε μερική ανώτερη ή ολική γαστρεκτομή.

Στον ανεγχείρητο καρκίνο η θεραπεία είναι συμπτωματική και συνίσταται σε χορήγηση διεγερτικών της ορέξεως, κατάλληλης εύπεπτης τροφής και καταπραϋντικών του πόνου. Επίσης χορηγούνται ανπεμετικά.

Όταν η θεραπεία είναι χειρουργική η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται :

α. Παρατηρεί συνεχώς τον άρρωστο και αξιολογεί τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα.

β. Τοποθετείται σωλήνας LEVIN στο στομάχι από τον οποίο ο ασθενής τρέφεται.

γ. Ο ασθενής σπρίζεται και παρεντερικά γιατί μπορεί να υπάρξει διαταραχή του ισοζυγίου εξαπίας των εμέτων και της ανορεξίας.

δ. Αν υπάρχουν προβλήματα λήψεως τροφής λόγω στενώσεως του οισοφάγου ή του καρδιακού στομίου και του πυλωρικού στομίου, γίνεται γαστροστομία ή δωδεκαδακτυλοστομία. Από το πρώτο ή το δεύτερο στόμιο ανάλογα με την περίπτωση, τρέφουμε τον άρρωστο. Τα στόμια αυτά αποτελούν για τον άρρωστο μια σοβαρή αναπηρία και τον κάνουν εξαρτημένο για κάλυψη και αυτής της βασικής του ανάγκης.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μια επιτυχή εγχείρηση καρκίνου του στομάχου, να παρακολουθείται περιοδικά από το γιατρό.

Η ηθική τόνωση είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στον καρκινοπαθή, έστω κι αν έχει άγνοια της νόσου του και η χειρουργική επέμβαση χαρακτηρίστηκε επιτυχής, διότι η μείωση των φυσικών του δυνάμεων εξαπίας της διαβρωτικής νόσου, δίνει σ'αυτόν έντονο το αίσθημα της ελαττώσεως των μερών της ζωής του.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ

### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Όσοι ασθενείς υποφέρουν από τις επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται άμεσα. Σ'αυτούς τους ασθενείς δεν αρκεί η συντηρητική θεραπεία. Ακόμα εγχείρηση συνίσταται σε αρρώστους που ενοχλούνται από τα συμπτώματα του έλκους και στους οποίους η συντηρητική αγωγή δεν έχει άμεση επίδραση.

#### **A. Γενική προεγχειρητική φροντίδα.**

**1. Τόνωση σωματική :** Η σωστή θρέψη του ασθενούς θα παίζει αποφασιστικό ρόλο στην επέμβαση. Για το λόγο αυτό η νοσηλεύτρια-τής παρακολουθεί την εφαρμογή δίαιτας του ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν την επέμβαση. Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν τίποτα από το στόμα μέχρι τη στιγμή της επέμβασης. Πιθανή λήψη από το στόμα 2000mg βιταμίνης (την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης).

Το προηγούμενο βράδυ της χειρουργικής επέμβασης γίνεται πλύση στομάχου, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Το πρωινό της επέμβασης γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση των υπολειμμάτων. Δίνει μεγάλη έμφαση στην επάρκεια του αρρώστου σε υγρά για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών. Εξασφαλίζει αίμα για μετάγγιση.

**2. Καθαριότητα σωματική.** Γίνεται στον ασθενή την παραμονή της επέμβασης λουτρό καθαριότητας για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος.

Γίνεται καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού.

Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα με τη χορήγηση καθαρτικών φαρμάκων ή καθαρτικού υποκλυσμού. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής και ο άλλος 6 ώρες πριν την επέμβαση.

**3. Τόνωση του ηθικού.** Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για να μειωθούν το άγχος, οι ανησυχίες και ο φόβος που δημιουργούνται στον άρρωστο, λόγω των σκέψεων που κάνει ότι θα αποτύχει η επέμβαση και τι θα απογίνουν τα παιδιά του και η οικογένειά του.

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

Η τόνωση του ηθικού επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της αδελφής να : α) ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή και να τις ικανοποιήσει και β) να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του.

Για να μην ανησυχήσει ο ασθενής, όταν κατά την αφύπνισή του βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον με πολλά μηχανήματα, γι' αυτό γίνεται προσανατολισμός του ασθενή στο νέο χώρο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση.

**4. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου.** Πάντοτε η αναμονή της εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Η αϋπνία και η κόπωση από αυτήν προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία.

Για την αποφυγή της αϋπνίας και την εξασφάλιση ύπνου χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό χάπι.

## **B. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.**

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Γίνεται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου ώστε να καταστεί ακίνδυνο στις μολύνσεις.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου σε επεμβάσεις στομάχου ή κοιλιάς περιλαμβάνει από τη θωρακική περιοχή μέχρι το στήθος έως τις μηροβουβωνικές πτυχές και το περίναιο.

### **Γ. Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.**

1. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια της καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενή και παρατηρεί τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά. Ακόμη προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα ή κρυολογήματος.

2. Κατάλληλη ένδυση του ασθενή μισή ώρα πριν την εγχείρηση, αφού προηγουμένως κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Αφαιρούνται όλα τα ρούχα ακόμη και τα εσώρουχα καθώς επίσης κοσμήματα, οδοντοστοιχίες κ.τ.λ. τα οποία φυλάγονται. Κατόπιν ο ασθενής φορά τα ρούχα του χειρουργείου που είναι ο σκούφος, η μπλούζα και τα ποδονάρια.

3. Προνάρκωση. Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν την εγχείρηση. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο. Λόγω της δράσης των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι του. Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται για να παρακολουθείται η τυχόν κυάνωση κατά τη νάρκωση. Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

## Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηριξεί την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς. Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει :

- α. Στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τη δυσφορία.
- β. Προστασία του ασθενούς στις διάφορες φάσεις της ανάνηψής του.
- γ. Παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.
- δ. Βοήθεια του ασθενή να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.
- ε. Πρόληψη επιπλοκών.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει :

α. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

β. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι είναι η ύπτια και το κεφάλι του στραμμένο στο πλάι χωρίς μαξιλάρι.

γ. Έλεγχος της καταστάσεως του τραύματος και των παροχετεύσεων.

δ. Σχολαστική υγιεινή του στόματος.

ε. Χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών.

στ. Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.

ζ. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης) 2500-3000 ml για τις πρώτες 2-3 ημέρες.

η. Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα, στην αρχή κάθε μισή ώρα και τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μια ώρα. Το υγρό της αναρρόφησης ελέγχεται για τη σύστασή του.

θ. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξησή τους ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου.

ι. Συμπληρωματική σιδηροβιταμίνη για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών και

ια. Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών :

### **I. SHOCK:**

- Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης.
- Συχνή μέτρηση ζωτικών σημείων.
- Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων, αίματος και υποκαταστάτων του.

### **II. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ:**

- Επισκόπηση υγρού παροχέτευση για παρουσία κόκκινου αίματος.
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμορραγίας.
- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγάστριο, χορήγηση αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα αν έχει αφαιρεθεί.
- Μετάγγιση αίματος.

### **III. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ:**

- Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα, αλλαγή θέσεως.
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι.

### **IV. ΘΡΟΜΒΩΣΗ - ΕΜΒΟΛΗ:**

- Ασκήσεις κάτω άκρων.



- Έγκαιρη έγερση.
- Χρησιμοποίηση αντιεμβολικών καλτσών.

### V. ΕΚΣΠΛΑΧΝΩΣΗ.

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

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος.
- Πρόληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης.
- Υποστήριξη τομής κατά τον βήχα.
- Συχνός έλεγχος του τραύματος.
- Καλή διατροφή.

### VI. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING.

- Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων.
- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών ή τροφών που περιέχουν συμπυκνωμένους υδατάνθρακες.
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα.
- Τακτικά μικρά γεύματα και καλή μάσηση.
- Κατάκλιση μετά το γεύμα.
- Αντιχολινεργικά πριν το γεύμα, για περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### Α. Περιστατικό

Όνομα ασθενούς : Κ.Ν.

Ηλικία ασθενούς : 60 ετών

Διάγνωση εισόδου : Αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού

Ασθενής προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών επειδή έχει αιματέμεση καφεοειδούς χρώματος. Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι η εξής : το δέρμα του είναι θερμό και ξηρό, παρουσιάζει ευαισθησία στο επιγάστριο με την ψηλάφηση και έχει ήπιους εντερικούς ήχους.

Τα ζωτικά του σημεία είναι Α.Π. 110/70 mm Hg, θερμοκρασία 36,9° C, σφύξεις 88/min, αναπνοές 16/min.

**Νοσηλευτικό ιστορικό :** Κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος εμφανιζόταν μια ώρα μετά το φαγητό και ότι κατά τη χρονική περίοδο που είχε αυτά τα προβλήματα έχασε πέντε κιλά. Όσον αφορά τα φάρμακα που έπαιρνε, αναφέρει ότι μόνος του έπαιρνε ένα αντιόξινο και ότι συχνά έπαιρνε ασπιρίνη για να ανακουφιστεί από τον πόνο της αρθρίτιδας. Ο συγκεκριμένος ασθενής παρόλο που δεν καπνίζει και δεν κάνει χρήση αλκοόλ, τονίζει ότι συχνά έχει συναισθηματικό stress λόγω του θανάτου της συζύγου προ βμήνου.

Αμέσως τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας και καθετήρας κύστης (Foley) και φλεβοκαθετήρας από τον οποίο χορηγούνται, N/S 3000 ml μαζί με κλωριούχο κάλιο, χωρίς να παίρνει από το στόμα.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν Ht=30%, και Hb=11gr που είναι τα πιο χαμηλά. Δύο ώρες μετά την εισαγωγή του και ενώ ο ρινογαστρικός σωλήνας είχε δώσει 75 ml υγρά με λίγο αίμα, ο ασθενής αιμορραγεί ξανά και ο γιατρός δίνει εντολή να γίνει πλύση στομάχου με παγωμένο ορό. Αφού ελεγχθεί η αιμορραγία ξαναστέλνεται αίμα για Ht και Hb και ο ασθενής μπαίνει σε 3ωρη παρακολούθηση.

Τα αποτελέσματα της γαστροσκόπησης δείχνουν ότι υπάρχει ένα μικρό έλκος στο μείζον τόξο και φαίνεται να είναι καλόηθες.

Στα τελευταία εργαστηριακά αποτελέσματα και ο Ht και η Hb είναι πολύ κάτω από τα φυσιολογικά γι'αυτό και ο γιατρός δίνει εντολή για μετάγγιση δύο μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών.

Η θεραπεία του ασθενούς καθορίζεται συντηρητική και περιλαμβάνει :

- Αντιόξινα, Maalox 1x3
- Ρανιτιδίνη (Zantac) 1x2 και σιμετιδίνη (Tegamet) 800mg πριν τον ύπνο
- Αντιχολινεργικά Pro-Banthine.

Το διαπολόγιο του ασθενούς περιλαμβάνει υδρική δίαιτα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Θρεπτικό ανισοζύγιο - απώλεια βάρους	- Διόρθωση του ανισοζυγίου. - Διατήρηση επαρκούς θρέψης.	- Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. - Λήψη των απαραίτητων μέτρων για επίλυση του προβλήματος.	- Παρενεργική χορήγηση υγρών και θρεπτικών ουσιών. - Χορήγηση διαλυμάτων Ringer's, Dextrose 5% + 2 Amp KCl. - Συχνή παρακολούθηση ώστε να παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες ο άρρωστος.	- Ικανοποιητική πορεία του ισοζυγίου. - Αύξηση του σωματικού βάρους του ασθενούς, τόνωση σωματική.
Άγχος και φόβος.	- Μείωση του άγχους και του φόβου.	- Χορήγηση ηρεμιστικών. - Ήθικη τόνωση του ασθενούς.	- Χορήγηση διαζεπάμης 10 mg. - Συζήτηση με τον ασθενή για ψυχολογική του υποστήριξη. - Εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενούς με μείωση των εξωτερικών θορύβων.	- Μείωση του άγχους και του φόβου.
Πόνος	Ανακούφιση από τον πόνο.	- Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου για μείωση του πόνου. - Χορήγηση αντιδίνων για μείωση των γαστρικών εκκρίσεων.	- Τέθηκε υπόθετο Lonarid για μείωση του πόνου. - Χορηγήθηκε αντιδίνιο Simeco sic 1x3.	- Ο πόνος ελατρώθηκε. - Ο ασθενής ανακουφίστηκε και ηρέμησε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΑΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Αιμορραγία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- αντιμετώπιση της αιμορραγίας.</li> <li>- Εξισορρόπηση του ισοζυγίου υερών και ηλεκτρολυτών για την αποφυγή shock.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ακινησία του ασθενούς.</li> <li>- Γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις.</li> <li>- Μετάγγιση αίματος.</li> <li>- Λήψη των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής τοποθετείται σε αναπαυτική θέση και περιορίζονται οι κινήσεις του.</li> <li>- Γίνεται λήψη αίματος για προσδιορισμό του Ht και της Hb.</li> <li>- Τοποθέτηση LEVIN και πλήση στομάχου με παγωμένο ορό για αγγειοσύσπαση.</li> <li>- Γίνεται μετάγγιση αίματος με δύο μονάδες συμπυκνωμένα ερυθρά γιατί ο ασθενής είχε Ht=33%.</li> <li>- Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς λαμβάνονται συχνά και ειδικά κατά της μετάγγισης.</li> </ul>	<p>Η αιμορραγία σταμάτησε και ο ασθενής απέφυγε το shock.</p>

## Β. Περιστατικό

Όνομα Ασθενούς : Ζ.Θ.

Ηλικία ασθενούς : 54 ετών

Διάγνωση εισόδου : Γαστρορραγία - Πυλωρική στένωση.

Εισήλθε στις 30/3/95 στη χειρουργική κλινική νέος ασθενής που από 15ετία αναφέρει έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου που περιοδικά παροξυνόταν. Έπαιρνε αντιόξινα, αλλά προ 15μηνου αναφέρει υποτροπή της συμπτωματολογίας και έπαιρνε ρανιτιδίνη per os όλο αυτό το διάστημα. Προ 20ημέρου αναφέρει έναρξη εμέτων γαστρικού περιεχομένου και τροφοδών (έως τρεις ώρες μετά το φαγητό).

Ο ασθενής έχει αιματέμεση και έντονο επιγαστρικό πόνο. Τα ζωτικά σημεία είναι Α.Π. 100/70 mm Hg, θερμοκρασία 36,5°C, σφύξεις 88/min, αναπνοές 20/min. Επίσης ο ασθενής έχει τάση για έμετο.

Αμέσως τοποθετείται Levin, ουροκαθετήρας Foley και περιφερική φλέβα από την οποία χορηγούνται N/S 1000cc, D/W 5% 1000cc, 2 amp KCl και Losec amp 1x2. Δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και είναι σε 3ωρη παρακολούθηση.

Ο ασθενής επίσης αναφέρει ότι έχασε 5 κιλά το τελευταίο 20ήμερο και ότι κάπνιζε ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα.

Η γαστροσκόπηση δείχνει πυλωρική στένωση από έλκος βολβού δωδ/λου. Στα εξωτερικά ιατρεία προσήλθε σταθερός αιμοδυναμικά.

Αποφασίστηκε η διενέργεια λειτουργικής επέμβασης για την εξαίρεση της πάσχουσας περιοχής. Το είδος της επέμβασης καθορίστηκε σε γαστρεκτομή με διατομή κατά VOCUS και γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση.

Η επέμβαση κράτησε 3 ώρες και ο ασθενής πήρε στο χειρουργείο 3 μονάδες αίμα. Κατά την παραλαβή από το χειρουργείο έφερε το ρινογαστρικό σωλήνα και το Foley και είχε ζωτικά σημεία 100/70 mm Hg, σφύξεις 110 και αναπνοές 24/min. Μετά την επέμβαση ο ασθενής καθορίστηκε να παίρνει fl. BRIKLIN 500mg 1x2, ZINACEF 750 mg 1x3 και PETHIDINE επί πόνου. Η μετεγχειρητική του πορεία ήταν ομαλή και συνολικά παρέμεινε στο νοσοκομείο 15 μέρες.

## ΠΡΟΕΙΧΕΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΑΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος στο επιγάστριο.	Εξάλειψη του πόνου.	Χορήγηση αντιόξινων, για ελάττωση της έκκρισης HCl.	- Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων Simeco sir 1x3 και Aludrox sir 1x3.	Ανακούφιση από τον πόνο.
Καταβολή συνδέματων - απώλεια βάρους.	Προσοχή ανάκτησης των σωματικών συνδέματων.	Θερμιδική κάλυψη με χορήγηση διαλυμάτων και βιταμινών για τη στήριξη του ασθενούς.	- Χορήγηση ορών Dextroze 5% 1000cc και N/S 1000 + 2 amp KCl την ημέρα.	Κατανοητική πορεία ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
Αιμορραγία.	Αντιμετώπιση της αιμορραγίας.	- Ακτινοαία. - Εργαστηριακές εξετάσεις. - Μετάγγιση αίματος. - Συχνή λήψη των ζωικών σημείων.	- Τοποθέτηση του αρρωστικού σε αναπαυτική θέση. - Λήψη αίματος για προσδιορισμό του Ht και της Hb. - Εισαγωγή καθετήρα LEVIN και πλύση στομάχου με παγωμένο ορό για αγγειοσύσπαση. - Παίρνονται συχνά τα ζωικά σημεία του ασθενούς.	- Η αιμορραγία σταμάτησε. - Δεν χρειάστηκε να γίνει μετάγγιση.
Ασθμία επιγαστρικής πλήρωσης.	Απαλάφι του αρρώστου από αυτά τα δυσάρεστα συμπτώματα.	- Αναρροφήσεις από το στομάχι. - Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων.	- Τοποθέτηση πινογαστρικού καθετήρα LEVIN. - Γίνονται συχνές αναρροφήσεις από το LEVIN κάθε μία ώρα για άδειασμα του στομάχου. - Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων Simeco sir 1x3 και Aludrox sir 1x3.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από αυτά τα συμπτώματα και αισθάνθηκε καλύτερα.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Έμετος.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διακοπή των εμετών.</li> <li>- Μείωση της κακοσμίας του στόματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση πολλών υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης.</li> <li>- Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.</li> <li>- Παρακολούθηση του ασθενούς για σημεία αφυδάτωσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση ενδοφλέβια ορών Dextrose 5% 1000cc και N/S 1000cc, καθώς επίσης και ηλεκτρολυτών, όπως 2 amp KCl.</li> <li>- Τοποθέτηση πιννα-στρικού σωλήνα LEVIN από τη μύτη.</li> <li>- Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας ή άλλα στοματικά διαλύματα για αποφυγή κακοσμίας.</li> <li>- Παρακολούθηση του ασθενούς για σημεία αφυδάτωσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι έμετοι σταμάτησαν.</li> <li>- Η κακοσμία εξαφανίστηκε και ο ασθενής αισθάνεται πιο άνετα.</li> </ul>
Φόβος και άγχος για την επέμβαση.	Μείωση του άγχους και του φόβου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ψυχολογική τόνωση και συμπαράσταση του ασθενούς.</li> <li>- Ενημέρωση σχετικά με την επέμβαση και την αναγκασιμότητά της.</li> <li>- Χορήγηση κατευναστικών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να λυθούν όλες οι απορίες του για την επέμβαση.</li> <li>- Κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών του.</li> <li>- Χορήγηση ενδοφλέβια 10 mg διαπεραζόλης για να ηρεμήσει ο ασθενής και να κοιμηθεί.</li> <li>- Επαφή του αρρώστου με άλλα άτομα που έχουν υποβληθεί στην ίδια επέμβαση και η έκβασή της ήταν καλή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο φόβος και το άγχος μειώθηκαν.</li> <li>- Ο ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε.</li> </ul>

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΙΑ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Τραυματικός πόνος.	Μείωση του πόνου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αναπαιτική θέση του ασθενούς.</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικών και αντιβιοτικών φαρμάκων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι είναι αναπαιτική για να μην πιέζεται η τραυματική περιοχή.</li> <li>- Χορήγηση IV Iamp πεθιδίν 0,05mg.</li> <li>- Χορήγηση αντιβιοτικών, BRILIN 500mg 1x2 και ZINACEF 750mg 1x3.</li> <li>- Συχνή αλλαγή θέσεως.</li> </ul>	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.
Μόλυνση τραύματος.	Αντιμετώπιση μόλυνσης τραύματος και πρόληψη περαιτέρω επιπλοκών.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Έξοση χρήση των μέτρων αποστείρωσης κατά την αλλαγή του τραύματος.</li> <li>- Απομάκρυνση των επιών μόλυνσης από τον ασθενή.</li> <li>- Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κατάλληλος χειρισμός αποστειρωμένου υλικού κατά την αλλαγή του τραύματος.</li> <li>- Χορήγηση αντιβιοτικών, BRILIN 1x2 και ZINACEF 1x3 καθώς επίσης και χρήσης αντιβιοτικής αλοιφής FUCIDIN στο τραύμα.</li> <li>- Το δωμάτιο του ασθενούς καθαρίζεται συχνά και διατηρείται πάντα καθαρό.</li> </ul>	Το τραύμα επουλώθηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός.	Ρύθμιση θερμοκρασίας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τρίωρη θερμομέτρηση.</li> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικού και αντιβιοτικών φαρμάκων.</li> <li>- Χορήγηση υγρών ενδοφλέβια.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Λήψη θερμοκρασίας, ο ασθενής είχε πυρετό 38,5°C.</li> <li>- Χορηγήθηκε ενδομυϊκά 1amp Apotel.</li> <li>- Αύξηση της χορήγησης των υγρών.</li> <li>- Τέθηκαν στον ασθενή ψυχρά επιθέματα.</li> <li>- Αλλαγή του ματιομού του ασθενούς για αποφυγή πνευμονίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο πυρετός έπεσε. Ο ασθενής έχει θερμοκρασία 36,8°C.</li> </ul>
Αναπνευστική δυσχέρεια.	Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας και υποβοήθηση της αναπνοής.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αναπνευστικές κινήσεις.</li> <li>- Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</li> <li>- Χορήγηση O<sub>2</sub>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Γίνονται στον ασθενή αναπνευστικές ασκήσεις.</li> <li>- Ο ασθενής εθθαρπύεται να βήχει και να αποβάλλει τις εκκρίσεις.</li> <li>- Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi σταδιακά για υποβοήθεια της αναπνοής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φυσιολογική αναπνοή.</li> <li>- Αποφυγή αναπνευστικών λοιμώξεων.</li> </ul>
Διάρροια.	Μείωση του περισταλτισμού του εντέρου και σταμμάτημα της διάρροιας.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.</li> <li>- Χορήγηση πολλών υγρών και ηλεκτρολυτών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων κοσλίνης-πικτίνης (caopetete)</li> <li>- Χορήγηση ορών Dextroze 5% και N/S εμπλουτισμένων με K<sup>+</sup> και Na<sup>+</sup>.</li> <li>- Δίνουμε στον ασθενή να πει τοάι και να φάει ρύζι λαπαά.</li> <li>- Αποφυγή λήψης τροφής πλούσιας σε λίπος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η διάρροια σταμμάτησε.</li> <li>- Η λειτουργία του εντέρου αποκαταστάθηκε.</li> </ul>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

### ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

#### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μέρα της αποχωρήσεως του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Τα αισθήματα που δοκιμάζει που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποιήσεως, χαράς και ευγνωμοσύνης.

Παράλληλα όμως είναι διστακτικός, ανησυχείτε και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση.

Η νοσηλεύτρια του δίνει ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του.

Η νοσηλεύτρια κάνει ένα σχεδιασμό πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης του ασθενούς αυτών που πρέπει να κάνει μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Στον ασθενή που θα συνεχίσει τη φαρμακευτική θεραπεία μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια δίνει τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε υπεύθυνα να αναλάβει τη φροντίδα. Ειδικότερα ο ασθενής πληροφορείται για τα πιο κάτω :

α) Το χρόνο και τη δόση του φαρμάκου, β) αν το φάρμακο πρέπει να λαμβάνεται σε σταθερές ώρες, γ) τους όρους με τους οποίους πρέπει να λαμβάνει το φάρμακο, δ) τον λόγο για τον οποίο το παίρνει και τα αποτελέσματα που περιμένουμε απ'αυτό, ε) τις ανεπιθύμητες ενέργειες, ποια είναι τα πρώτα συμπτώματά τους, στ) το χρονικό διάστημα που θα παίρνει το φάρμακο.

Οι πληροφορίες αυτές δίνονται στον άρρωστο και γραπτός και ενημερώνεται και ένα τουλάχιστον μέλος του άμεσου περιβάλλοντός του.

Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται πως τα πιο πάνω έγιναν κατανοητά σε ικανοποιητικό βαθμό από τον άρρωστο και το μέλος του άμεσου περιβάλλοντός του. Εκμεταλλεύεται τέλος την ευκαιρία αυτή, για να κατανοήσει ο άρρωστος και το άμεσο περιβάλλον του πως δεν πρέπει να αυτοσχεδιάζουν τη δόση των φαρμάκων. Επίσης ότι απαγορεύεται να παίρνει ο ασθενής οποιοδήποτε φάρμακο, χωρίς εντολή γιατρού και κυρίως φάρμακα που προδιαθέτουν στο έλκος και προκαλούν υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Η νοσηλεύτρια δίνει στον ασθενή την ημέρα της εξόδου του από το νοσοκομείο, έντυπο που περιλαμβάνει τις επιτρεπόμενες τροφές για το έλκος, τον τρόπο παρασκευής τους, καθώς και τις απαγορευμένες. Δίνεται έμφαση στη :

- α) Καλή μάσηση της προσλαμβανομένης τροφής
- β) Καθιέρωση μικρών και συχνών γευμάτων
- γ) Τρόπος μαγειρέματος των τροφών
- δ) Προσθήκη λευκωματούχων τροφών
- ε) Αποφυγή αλκοόλ, καφέ
- στ) Αποφυγή ή απαγόρευση καπνίσματος

Η νοσηλεύτρια διδάσκει τον ασθενή για τις υποτροπές της νόσου. Του εξηγείται η περιοδικότητα των συμπτωμάτων καθώς και η χρονιότητα και η υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου. Επίσης προειδοποιεί τον ασθενή για την εμφάνιση επιπλοκών εξαπίας απρόσεκτης και μη σωστής θεραπείας.

Συζητείται τόσο με τον ίδιο, όσο και με το στενό οικογενειακό του περιβάλλον, η εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση. Γίνεται διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress και δίνεται βοήθεια στον ασθενή για ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού του.

Ενημερώνεται ο ασθενής από τη νοσηλεύτρια, ότι πρέπει να γίνει επανεξέταση μετά από 2-3 μήνες.

Στο χειρουργημένο άρρωστο γίνεται ενημέρωση από τη νοσηλεύτρια για το σύνδρομο Dumping και για τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισής του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενούς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την απομάκρυνση κάθε φόβου. Ενημερώνεται ο άρρωστος να αποφεύγει τα άφθονα και πλούσια σε σάκχαρο γεύματα. Συνιστάται η τμηματική διατροφή σε μικρά γεύματα 4-5 φορές την ημέρα, με ηρεμία και κατάκλιση μετά το φαγητό και με την αποφυγή υγρών τροφών.

Επίσης σε χειρουργημένο ασθενή, ο οποίος πρόκειται να φύγει από το νοσοκομείο με ανάγκη περιποίησης του τραύματός του, πρέπει ο ίδιος και ένα τουλάχιστον άτομο από το άμεσο περιβάλλον του να εκπαιδευτούν στα ακόλουθα :

- Να μην πλησιάζουν τα χέρια τους στο τραύμα ή στο επιδεσμικό υλικό.
- Επιλογή του κατάλληλου και απαραίτητου υλικού για την περιποίηση.
- Προετοιμασία του υλικού.
- Άσπιο χειρισμό του υλικού περιποίησης τραύματος και τον τρόπο διαφύλαξης του υλικού.
- Την διαδικασία και τεχνική περιποίησης τραύματος.
- Την ανάγκη ενημέρωσης του γιατρού για τις παρατηρήσεις σχετικά με το τραύμα, όπως ερυθρότητα, οίδημα, έκκριση, επώδυνη ευαισθησία.

Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται ότι ο άρρωστος και ένα τουλάχιστον μέλος του άμεσου περιβάλλοντός του κατανόησαν τις παραπάνω υποδείξεις και απέκτησαν τις αναφερόμενες δεξιότητες.

Η νοσηλεύτρια/τής της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας είναι το άτομο που θα απευθυνθεί ο άρρωστος και το άμεσό του περιβάλλον για οποιαδήποτε βοήθεια σχετικά

με την περιποίηση του τραύματος και θα παρακολουθεί περιοδικά την εξέλιξη της  
επούλωσης του τραύματος του αρρώστου στο σπίτι.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Από το γαστρικό έλκος θα προσβληθεί περίπου το 10% του πληθυσμού, και το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 3 έως 4 φορές πιο συχνό από το γαστρικό.
- Η μεγαλύτερη συχνότητα ανάλογα με την ηλικία είναι η τρίτη ή η τέταρτη δεκαετία για το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Το γαστρικό έλκος τείνει να επηρεάζει τον γηραιότερο πληθυσμό.
- Η συχνότητα της χειρουργικής επέμβασης για το δωδεκαδακτυλικό έλκος έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η μείωση αυτή οφείλεται στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της φαρμακευτικής θεραπείας.
- Παρόλο που δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τα καλοήθη γαστρικά έλκη μπορεί να γίνουν κακοήθη, υπάρχει περίπτωση να μην βρεθεί κακοήθεια ακόμα και με πολλαπλές βιοψίες, ειδικά στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Έτσι λοιπόν η επούλωση του γαστρικού έλκους πρέπει να επιβεβαιώνεται και ενδοσκοπικά και να λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες.
- Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του έλκους γι'αυτό και η κοινοτική νοσηλεύτρια θα πρέπει να επισημάνει την ανάγκη της ισορροπημένης διαίτας για την υγεία του ανθρώπου, καθώς και ποια είδη τροφών περιλαμβάνει αυτή.
- Η προσπάθεια ελέγχου του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως του, καθώς και στην έγκαιρη διάγνωση, έτσι ώστε να ανατραπεί και ο κίνδυνος επιπλοκών του.
- Ο τρόπος ζωής, το stress, οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής και οι υποχρεώσεις που δημιουργεί, είναι παράγοντες που δημιουργούν άγχος, το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη έλκους. Γι'αυτό και το έλκος χαρακτηρίζεται σαν ασθένεια της σύγχρονης ζωής.



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η καλύτερη αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους, όπως και κάθε άλλης πάθησης που σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του ατόμου, πρέπει να είναι κυρίως προληπτική. Σημαντικός είναι ο ρόλος της σωστής διατροφής, της αποφυγής του καπνίσματος και της λήψης αλκοόλ, αλλά κυρίως της καταστολής του άγχους. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διαπαιδαγώγηση της κοινότητας σ'αυτά τα ζητήματα είναι πολύ σημαντικός.

Ο ελκοπαθής θα χρειαστεί να βάλει ένα νέο προσανατολισμό στη ζωή του, όχι μόνο στις καθημερινές του συνήθειες ή στον τρόπο διατροφής του, αλλά γενικότερα να αντιμετωπίσει με μια άλλη νοοτροπία τα προβλήματα και τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής, ώστε να αποφεύγει καταστάσεις stress και έντονου άγχους. Η ήρεμη αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων, η αισιοδοξία, η αλλαγή του τρόπου σκέψης του ελκοπαθούς, αλλά και η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της επανεμφάνισης του έλκους και της παρουσίας των επιπλοκών.

Ελπίζω να έγινε κατανοητός ο σημαντικός ρόλος της νοσηλεύτριας/τή στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση του ελκοπαθούς, ρόλος που δεν περιορίζεται μόνο στις επαρκείς γνώσεις ή τις σωστές τεχνικές αλλά και στην ανθρώπινη προσέγγιση του ασθενούς.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαρδικας Κ.Δ., "Ειδική Νοσολογία", Τόμος Α', 4η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
- Γουλιά Ειρήνη, "Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική", εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1991.
- Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρία, "Μετεκπαιδευτικά μαθήματα γαστρεντερολογίας", Σειρά 1η, Τόμος Α', εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1980.
- Frick H. Leonhardt H. Starck O., "Ειδική Ανατομία II" Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1985.
- Guynton Arthur, "Ιατρική Φυσιολογία", Τόμος Γ', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1992.
- Harrison T.R., "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Α', 10η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1986.
- Kahle W., Leonhardt H., Platzer N., "Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου", Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1985.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., "Νοσηλευτική, Γενική, Παθολογική, Χειρουργική", Τόμος Α', εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1986.
- Μούσουρα Αδαμαντία, "Σημειώσεις Ειδικές Δίαιτες", εκδόσεις της Ειδικής Υπηρεσίας των Τ.Ε.Ι., Πάτρα 1984.
- Μπάλας Π., "Χειρουργική", Τόμος Β', 2η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1990.
- Overzier Claus, "Συστηματική της Εσωτερικής Παθολογίας", 7η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1993.
- Παπαδημητρίου Ιωάννης, Ανδρουλάκης Γεώργιος, "Αρχές Γενικής Χειρουργική", Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989.

Παπαδημητρίου Ιωάννης, "Επιπλοκές στη Χειρουργική", Επιστημονικές εκδόσεις  
Γρηγ. Παρισιάνου, Αθήνα 1986.

Ραγιά Αφροδίτη, "Βασική Νοσηλευτική", εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1987.

Ρήγας Αναστάσιος, Χιρουργικές Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος :

"Αλγοριθμικοί Πίνακες", Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1983.

Σαχίνη - Καρδάση Άννα "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος Α και  
Β', Μέρος Β', εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.

Χανιώτης Φραγκίσκος, "Παθολογία", Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1990.

Χαρτοκόλλης Πέτρος, "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", εκδόσεις "Θεμέλιο", Αθήνα  
1994.