

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

“ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ”

ΘΕΜΑ: ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ



ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΠΑΤΡΑ - ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1994

ΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2301A

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος.....	
Εισαγωγή.....	1
Ανατομία.....	2
Φυσιολογία.....	4
α) Αγγείωση.....	
β) Νεύρωση.....	
γ) Γαστρική έκκριση.....	
Παθογένεια- Έλκος στομάχου.....	8
Παθολογία.....	10
Συχνότητα-Επιδημιολογία.....	11
Κλινική εικόνα-Συμπτωματολογία.....	12
Διαγνωστικές εξετάσεις.....	13
Δίαιτα ελκοπαθούς.....	16
Νοσηλευτική φροντίδα.....	21
Επιπλοκές.....	30
Νοσηλευτική διεργασία.....	33
Επίλογος.....	41
Βιβλιογραφία.....	42

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Αναρίθμητες είναι οι αρρώστιες. Πολλές από αυτές είναι από τα παλιά χρόνια. Αρκετές όμως είναι αρρώστιες της εποχής μας, γέννημα θρέμα του πολιτισμού και της κοινωνίας στην οποία ζούμε.

Αποτέλεσμα του ρυθμού της ζωής που μας επιβάλλεται για να μπορέσουμε να ανταποκριθούμε στις ανάγκες που μας δημιουργεί η σύγχρονη ζωή.

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

Επικρατεί η αντίληψη ότι τίποτε το ιδιαίτερο δεν χρειάζεται να γίνει, ή τίποτε δεν μπορεί να γίνει, για να προληφθούν οι ασθένειες, έτσι τουλάχιστον πιστεύει ο πολύς κόσμος. Ο μέσος όρος των ανθρώπων συνηθίζει να εμπιστεύεται τον γιατρό του μόλις εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα της αρρώστειας.

Έτσι χωρίς καμιά ουσιαστική προληπτική φροντίδα με κακές διατροφικές συνήθειες και γενικά λανθασμένο τρόπο ζωής, φτάνουνε την αρρώστεια. Όσο δεν της δίνουνε σημασία πριν αρρωστήσουνε τόσο πιο πολύ πανικοβάλλονται όταν διαπιστώσουνε ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο απλά και εύκολα όπως νόμιζαν.

Και όταν όλα τελειώσουν και γίνουν καλά, ξεχνάνε όσες σκέψεις κάνανε στο διάστημα της αρρώστειας, για προσοχή σωστό τρόπο ζωής στο μέλλον και γενικά πρόληψη.

Το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου είναι μια πολύ συνηθισμένη αρρώστεια σε όλες τις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες.

Στα πλαίσια αυτής της πτυχιαικής εργασίας παρουσιάζεται όσο το δυνατόν αναλυτικότερα η μελέτη για το έλκος του στομάχου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πεπτικό έλκος εννοούμε την ηερισρισμένη διάβρωση των ιστών του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα που προέρχεται συνήθως από την πεπτική επίδραση του υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης.

Εμφανίζεται μετά από την άμεση δράση της γαστρικής έκκρισης (του υδροχλωρικού οξέος και της πεψίνης) επί του βλεννογόνου του στομάχου και με μείωση των αμυντικών μηχανισμών του τοιχώματος του γαστρικού σωλήνα που χαρακτηρίζεται από βλάβες, δηλαδή από απώλεια ουσίας, με παρατεταμένη πορεία, αλλά και με πιθανή οξεία εμφάνιση, με περιοδικές οξύνσεις, περισσότερο εποχιακές με μοναδική έδρα εντόπισης, στις περισσότερες περιπτώσεις.

Στον ορισμό του πεπτικού έλκους εννοείται ότι για να εκδηλωθεί, είναι απαραίτητη η παραγωγή γαστρικού υγρού, ο εντοπισμός του οποίου στις διάφορες θέσεις συνδέεται με ουσίες που είναι επακόλουθα παραγόντων γενικής και ειδικής φύσης.

Το έλκος είναι κυρίως απώλεια ιστού βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου, αλλά και των υποκείμενων στρωμάτων.

Σύμφωνα με τις στατιστικές που δημοσιεύτηκαν πριν τρία περίπου χρόνια, τουλάχιστον 600.000 Έλληνες πάσχουν από γαστρικό έλκος. Ο αριθμός αυτός γίνεται μεγαλύτερος κάθε χρόνο. Αυτές οι οδυνηρές και επικίνδυνες παθήσεις, κατατάσσονται τώρα ανάμεσα στις μεγαλύτερες μάστιγες της σύγχρονης εποχής.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Είναι η πιο διευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα. Βρίσκεται στην άνω κοιλία, ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τα αριστερά της μέσης γραμμής. Το άνοιγμα προς τον οισοφάγο λέγεται οισοφαγικό στόμιο (καρδία). Το άνοιγμα προς το λεπτό έντερο λέγεται πυλωρικό στόμιο.

Έχει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και δύο χείλη, το μείζον και το ελλάσον τόξο. Το βαθύτερο τμήμα του ελλάσσονος τόξου λέγεται γωνιαία εντομή.

Ο στόμαχος χωρίζεται σε:

- |                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| α. Ιδίως στόμαχος   | : θόλο              |
|                     | : σώμα              |
| β. Πυλωρικό στόμαχο | : πυλωρικό άντρο    |
|                     | : πυλωρικός σωλήνας |

Το εσωτερικό του στομάχου εμφανίζει πτυχές του βλεννογόνου, οι περισσότερες εξαφανίζονται όταν γεμίζει ο στόμαχος, αλλά μερικές, αντίστοιχα προς το ελλάσον τόξο, είναι μόνιμες (ολικές πτυχές).

Το τοίχωμα αποτελείται από:

α) βλεννογόνο που αποτελείται από καλυπτικό επιθήλιο, χόριο και αδένες, β) υποβλεννογόνιο χιτώνα, γ) μυϊκό χιτώνα και δ) ορογόνο.

**ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ:** Το σύνολο των κυττάρων που καλύπτει τον γαστρικό βλεννογόνο, είναι αδενικά, γι' αυτό και το επιθήλιο φέρεται σαν αδενικό επιθήλιο. Οι αδένες που σχηματίζονται καταλαμβάνουν το χόριο και εκβάλλουν σε μικρές καταδύσεις του βλεννογόνου της επιφάνειας, τα γαστρικά βοθρία. Οι αδένες που βρίσκονται στον ιδίως στόμαχο περιέχουν διάφορα κύτταρα: α) βλεννώδη κύτταρα, β) καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν HCL και ενδογενή παράγοντα, γ) λομογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο (ανενεργός μορφή του ενζύμου πεψίνη). Το πεψινογόνο ενεργοποιείται με την επίδραση HCL και προϋπάρχουσας πεψίνης, δ) εντεροενδοκρινή κύτταρα που εκκρίνουν ορμόνες.

Οι αδένες της πυλωρικής μοίρας του στομάχου (καθώς επίσης και οι αδένες, που βρίσκονται στον βλεννογόνο κοντά στην καρδιά) παράγουν κυρίως βλέννα. Επίσης τα καλυπτήρια κύτταρα αραιώνουν και τελικά εξαφανίζονται στον πυλωρικό στόμαχο. Αλλά υπάρχουν στον βλεννογόνο της πυλωρικής μοίρας κύτταρα που παράγουν μια ορμόνη, την γαστρίνη. Αυτή έχει σχέση τόσο με την κινητικότητα, όσο και με την εκκριτική λειτουργία του στομάχου.

Ο ενδογενής παράγοντας που εκκρίνεται από τα καλυπτήρια κύτταρα είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης  $B_{12}$ . Παθήσεις στις οποίες καταστρέφονται τα καλυπτήρια κύτταρα συνοδεύονται όχι μόνο ελάττωση του HCL του γαστρικού υγρού, αλλά και από μία βαριά μορφή αναιμίας, διότι η  $B_{12}$  είναι απαραίτητη για την ωρίμανση των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η έκκριση του γαστρικού υγρού ρυθμίζεται από ορμονικούς και νευρικούς παράγοντες. Η ορμόνη γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στόμαχος, ή όταν προϊόντα της διάσπασης των πρωτεϊνών φθάσουν τον πυλωρικό στόμαχο. Η γαστρίνη προκαλεί αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.

## Φ Υ Σ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Ο στόμαχος δέχεται τις τροφές από τον οισοφάγο και χρησιμεύει για την ανάμειξη, πολτοποίηση, την προσωρινή εναποθήκευση και εν συνεχεία την προώθησή τους προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η εναποθήκευση γίνεται κυρίως στο θόλο και το σώμα, τα οποία και διατείνονται παθητικός και δύνανται να περιέχουν μέχρι 1000ML περιίπου.

Η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου, ενώ ο πυλωρικός σφιγκτήρας χαλαρώνει. Οι περισταλτικές κινήσεις αρχίζουν από ένα ηλεκτρικό βηματοδότη που βρίσκεται στο σώμα του στομάχου, πλησίον του μείζονος τόξου, με ρυθμό 3 κατά λεπτό και ενισχύονται από διάφορους άλλους παράγοντες, όπως την ποσότητα των τροφών και το μέγεθος των τεμαχίων (κατά τρόπο αντιστρόφως ανάλογο) και την ωσμωτική τους πίεση. Επίσης υπάρχει άλλος βηματοδότης στο δωδεκαδάκτυλο με ρυθμό περισταλτικό 10-12/MIN.

### ΑΓΓΕΙΩΣΗ:

Ο στόμαχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες αρτηρίες:

Αριστερά γαστρική. Εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία, ( τρίποδας του HALLER) και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος του ελλάσσονος τόξου και αναστομώνονται με τη δεξιά γαστρική.

Δεξιά γαστρική. Είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας ( τρίποδας του HALLER).

Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή. Είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής (κλάδος και αυτή της ηπατικής) και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται δε κατά μήκος του μείζονος τόξου με την αριστερά γαστροεπιπλοϊκή, που είναι κλάδος της σπληνικής (από τον τρίποδα του HALLER).

Τέλος, στο θόλο του στομάχου διανέμονται 4-5 κλάδοι από τη σπληνική, οι βραχείες γαστρικές.



Η φλεβική απορροή ακολουθεί περίπου τις αρτηρίες. Η πυλωρική φλέβα, που αντιστοιχεί στη δεξιά γαστρική και μαζί με την απορροή από ολόκληρο το ελάσσον τόξο, σχηματίζει τη στεφανιαία φλέβα του στομάχου, η οποία εκβάλλει στην πυλαία, στο ύψος της συμβολής της σπληνικής και της άνω μεσεντερίας.

Η κάτω κοίλη φλέβα δε λαμβάνει αίμα από το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.

Τα λεμφαγγεία αποχετεύουν τη λέμφο σε διάφορες ομάδες λεμφογαγγλίων, που χωρίζονται σε δύο επίπεδα: το επιπολής και το εν βάθει.

Το επιπολής αποτελείται από έξι ομάδες λεμφογαγγλίων: τα παρακαρδιακά, που περιβάλλουν την καρδιακή μοίρα ως περιδέραιο, τα της αριστερής γαστρικής, τα σπληνικά, προς τις πύλες του σπληνός, τα της δεξιάς γαστρικής, τα της γαστροεπιπλοϊκής και τα υποπυλωρικά. Από το δωδεκαδάκτυλο οι κυρίως ομάδες είναι κατά μήκος της άνω και κάτω παγκρεοτοδωδεκαδακτυλικής.

Η εν τω βάθει στοιβάδα αποτελείται από την ομάδα της κοιλιακής αρτηρίας, τα περιηπατικά και τα άνω και κάτω παγκρεατικά.

#### ΝΕΥΡΩΣΗ:

Ο στόμαχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το δεξιό και αριστερό σπλαχνικό νεύρο, δια μέσου του κοιλιακού γαγγλίου. Η παρασυμπαθητική νευρώση 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: Το πρόσθιο και το 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.

## ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Η γαστρική έκκριση σε νηστικό άτομο κυμαίνεται από 500 ML έως 1500 ML ημερησίως.

Μετά το γεύμα εκκρίνονται περίπου 1500 ML υγρών που περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ηλεκτρολύτες, πεψινογόνο και ορισμένες άλλες ουσίες.

Υδροχλωρικό οξύ. Η έκκρισή του ερεθίζεται με τη θέα, οσμή ή λήψη τροφών και για λόγους διδακτικούς χωρίζεται σε τρεις φάσεις, αν και επικαλύπτονται.

1) Κεφαλική φάση. Δρα μέσω του πνευμονογαστρικού το οποίο έχει άμεση δράση στα τοιχωματικά-οξεοεκκριτικά κύτταρα, εκλύονται αιετυλοχολίνη και έχει μια δευτερεύουσα δράση στα κύτταρα του πυλωρικού άντρου για την έκκριση γαστρίνης.

2) Γαστρική φάση. Η άφιξη των τροφών στο στομάχι δρα με δύο τρόπους στην έκκριση γαστρίνης: Μηχανικώς, με τη διάταση του πυλωρικού άντρου και χημικώς, διότι ορισμένες ουσίες, όπως τα αμινοξέα και το αλκοόλ, ερεθίζουν το βλεννογόνο για έκκριση γαστρίνης.

Η παρουσία τροφών στο στόμαχο εκλύει αντανακλαστικό του πνευμονογαστρικού με απαγωγές-προσαγωγές ίνες μέσω του ΚΝΣ για τον περαιτέρω ερεθισμό των οξεοεκκριτικών κυττάρων.

3) Εντερική φάση. Πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η παρουσία τροφών στο έντερο ερεθίζει το βλεννογόνο, ο οποίος εκκρίνει ουσίες, όπως γαστρίνη από το δωδεκαδάκτυλο, που αυξάνουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος από το στομάχο. Ο εντερικός βλεννογόνος είναι υπεύθυνος και για την παραγωγή ουσιών που αναστέλλουν τη γαστρική έκκριση: Η σεκρετίνη και η χολοκυστοκινίνη εξουδετερώνουν την ερεθιστική δράση της γαστρίνης πάνω στα οξεοεκκριτικά του στομάχου, ενώ η σεκρετίνη μειώνει και την παραγωγή γαστρίνης. Έχει επίσης επισημανθεί η ύπαρξη δύο άλλων ουσιών, μιας που εκκρίνεται με την παρουσία λίπους και μιας άλλης, της βολβο-εντερογαστρονής, που επίσης αναστέλλουν

την έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Βλέννα. Η βλέννα είναι μια βλεννοπρωτεΐνη η οποία παράγεται από τα βλεννοεπιθηλιακά κύτταρα που βρίσκονται στο βλεννογόνο ολοκλήρου του στομάχου.

Πεψινογόνο. Έχουν βρεθεί επτά μορφές πεψινογόνου και κατατάσσονται σε δύο ομάδες: I (του θόλου) και II (άντρου και δωδεκαδακτύλου).

Η ομάδα I (Φ.Τ. 100KG/ML) αντιστοιχεί με τη βασική έκκριση και τη μέγιστη επιθηλιακή ικανότητα του στομάχου έτσι μπορεί να αποτελέσει δείκτη της γαστρικής επιθηλίωσης.

Το πεψινογόνο εκκρίνεται με χολινεργικά ερεθίσματα και ενεργοποιείται σε πεψίνη όπως το ΡΗ και γαστρικού είναι  $L_5$  και καταλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς.

Ηλεκτρολύτες. Η περιεκτικότητα σε  $K^+$  παραμένει σταθερή (5-10 MEQ/L) καθώς και του  $Cl^-$  (150 MEQ/L).

Το  $Na^+$  μειώνεται όσο αυξάνει το  $H^+$  και έτσι διατηρείται η ισοτονικότητα του γαστρικού υγρού.

Γαστρίνες. Η γαστρίνη αποτελεί τη μόνη επαρκώς μελετημένη ορμόνη που δρα στα οξεοεπιθηλιακά κύτταρα για έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Παράγεται από ειδικά κύτταρα (G-κύτταρα) που βρίσκονται στο βλεννογόνο του πυλωρικού άντρου αλλά και του δωδεκαδακτύλου, και υπάρχει σε τρεις μοριακές μορφές:

G 34 ή μεγάλη γαστρίνη (κυρίως του δωδεκαδακτύλου), G 17 ή μικρή γαστρίνη (κυρίως του πυλωρικού άντρου) και G 14 ή μίνι γαστρίνη.

## ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Ο αριθμός των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την δημιουργία των βλαβών του βλεννογόνου και των ελκών στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει μια σαφής θεωρία σχετικά με την παθογένεια των τραυματισμών των βλεννογόνων του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα.

Υπήρχε πάντα η θεωρία, ότι για τα έλκη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου κυρίως υπεύθυνη είναι η παραγωγή HCL, εδώ και αρκετά χρόνια έχει υποστεί μεταβολές και γενικά αμφισβητείται.

Διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών που παρουσιάζουν όγκο στο στομάχι, δεν εμφανίζουν αυξημένη αλλά φυσιολογική ή και μειωμένη παραγωγή HCL. Αυτό οδήγησε στην έρευνα, άλλων παραγόντων όπως η δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση των χολικών οξέων, η επίδραση των φαρμάκων, ή των γαστρεντερικών ορμονών όπως η γαστρίνη, η σωματοστατίνη, τα ενδογενή οπιοειδή, η σεκρετίνη και το αγγειοκινητικό εντερικό πολυπεπίδιο.

Σαν προστατευτικοί παράγοντες αναφέρονται η γαστρική βλέννη, η έκκριση διτανθρακικών όπως επίσης η σύνθεση προσταγλανδινών στο ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα.

Σχετικά με την παθογένεια του έλκους του στομάχου, υπάρχει μια καινούργια άποψη που ενοχοποιεί το μικρόβιο πυλωρικό καμπυλοβακτηρίδιο.

Βέβαια κατά πόσο συντείνει από πλευράς αιτιολογίας στη γέννηση του έλκους ή εμφανίζεται απλώς στο έδαφος των βλαβών του βλεννογόνου είναι ένα θέμα που δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί.

### ΚΥΡΙΟΙ ΒΛΑΠΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Σχετικά με την παθογένεια διακρίνουμε τις βλάβες του βλεννογόνου σε δύο κύριες ομάδες: α) βλάβες οφειλόμενες σε αλκαλικότητα στις οποίες εμφανίζεται ελλειπτική έκκριση HCL και αφορούν το στομάχι, έλκος του στομάχου και γαστρίτιδα, β) βλάβες που οφείλονται στην

υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού, έλκος του δωδεκαδάκτυλου.

Οι δύο αυτές ομάδες συνδυάζονται και με διαταραχή της κινητικότητας. Δηλαδή η μειωμένη κινητικότητα του στομάχου συνδυάζεται με δωδεκαδακτυλογαστρική παλινδρόμηση και βλάβη του βλεννογόνου του στομάχου, ενώ η αυξημένη κινητικότητα με ταχεία διέλευση του γαστρικού υγρού και έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Όσον αφορά το έλκος του δωδεκαδακτύλου το ενδεχόμενο να είναι το HCL ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται πολύ πιθανό, ενώ αντίθετα φαίνεται να παίζει μικρό ρόλο στη δημιουργία του έλκους του στομάχου. Το έλκος του στομάχου δημιουργείται κατά κανόνα στα πλαίσια μιας χρόνιας φλεγμονής του βλεννογόνου.

Η παραγωγή του HCL είναι κατά κανόνα μέσο όρο χαμηλότερη σε ασθενείς με γαστρικό έλκος από ότι σ' ένα υγιές άτομο και μόνο ένα περίπου 10% ποσοστό των ασθενών που πάσχουν από έλκος του στομάχου εμφανίζουν υπερχλωρυδρία.

Π Α Θ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Περιγραφή της νόσου

Πεπτικό έλκος καλείται μια περιγεγραμμένη βλάβη (εξέλιωση) που αφορά τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο και τον μυϊκό χιτώνα του στομάχου και του δωδεκαδακτυλικού και εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος και προέρχεται συνήθως από την πεπτική επίδραση του HCL οξέος και της πεψίνης.

Το πεπτικό έλκος εμφανίζεται κυρίως στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο γιατί αυτά τα τμήματα του πεπτικού σωλήνα βρίσκονται σε άμεση επαφή με τα γαστρικά υγρά.

Έχουμε τρεις τύπους πεπτικού έλκους:

- 1) Δωδεκαδακτυλικό: το οποίο εντοπίζεται στα πρώτα 5,5 CM του δωδεκαδακτύλου, σε μια περιοχή που ονομάζεται βολβός του δωδεκαδακτύλου.
- 2) Γαστρικό: αυτό εντοπίζεται συνήθως στα κατώτερα τμήματα του στομάχου, συχνά κοντά στην συμβολή με το δωδεκαδάκτυλο.
- 3) Οισοφαγικό: αυτό εντοπίζεται στον κατωτέρο οισοφάγο, κοντά στο άνοιγμα προς το στομάχι.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα του έλκους του στομάχου έχει παρουσιάσει μείωση κατά τα τελευταία χρόνια, γύρω στο 30%, που είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη μείωση στη συχνότητα του έλκους του δωδεκαδακτύλου. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζεται στις ηλικίες 40 έως 60 χρόνων και σε άτομα κατά μέσον όρο 10 χρόνια μεγαλύτερης ηλικίας από εκείνης του έλκους του δωδεκαδακτύλου.

Το 90% των κακοήθων ελκών παρουσιάζεται στο ελάχιστον τόξο του στομάχου. Γενικώς, παρατηρούνται τρεις τύποι γαστρικού έλκους.

**Τύπος I.** Είναι ο συχνότερος τύπος, εντοπίζεται στο ελάχιστον τόξο, συνήθως στο σημείο μεταπτώσεως οξεοεγκριτικής προς τη μη οξεοεγκριτική 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 προηγούμενο 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 συνήθως όπως το έλκος του δωδεκαδακτύλου.

## Κ Λ Ι Ν Ι Κ Η Ε Ι Κ Ο Ν Α - Σ Υ Μ Π Τ Ω Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Α

Χαρακτηριστικό της εξέλιξης της νόσου είναι η συνεχής αύξηση εντάσεως των ενοχλημάτων καθώς και η περιοδικότητα της εμφάνισέως αυτών.

Το πεπτικό έλκος στην αρχική του μορφή παρουσιάζει αδιαθεσία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, αναθόριστα επιγαστρικά ενοχλήματα και αίσθημα πιέσεως κατά την στομαχική περιοχή.

Η συμπτωματολογία αυτή αποδίδεται στην δυσπεπτική ανωμαλία η οποία περνά απαρατήρητη και εμφανίζεται μετά από λίγους μήνες, με εντονότερα ενοχλήματα.

Το πιο σταθερό και χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλκους είναι το άλγος. Συνήθως όμως ο ασθενής από μόνος του κάνει κάποια δίαιτα και τα γαστρικά ενοχλήματα δυνατόν να υποχωρήσουν και να επαναμφανιστούν αργότερα, οπότε το άλγος κυριαρχεί της όλης κλινικής εικόνας.

Η περιοδικότητα των ενοχλημάτων αυτών εμφανίζεται εντονότερα κατά την άνοιξη και το φθινόπωρο, εποχές κατά τις οποίες οι επιπλοκές του έλκους είναι συχνότερες.

Τα κυριότερα συμπτώματα του έλκους είναι :

**Α. ΑΛΓΟΣ.** Όπως είπαμε το άλγος είναι το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα του έλκους. Το οποίο διακρίνεται σε πρωΐμο, όψιμο και νυκτερινό.

Το πρωΐμο άλγος, εμφανίζεται αμέσως μετά τα γεύματα ή μετά από 1-1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ώρες. Γι' αυτό το λόγο οι ασθενείς αποφεύγουν την λήψη της τροφής, για να μην προκαλέσουν το άλγος αυτό, ενώ σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν την λήψη ορισμένων μόνο φαγητών που ερεθίζουν το έλκος και προκαλούν το άλγος.

Το πρωΐμο άλγος συναντάται κυρίως στο έλκος στομάχου, επεκτείνεται μερικές φορές προς την καρδιακή χώρα και χαρακτηρίζεται ως στηθαγχικό άλγος.

Το όψιμο άλγος, εμφανίζεται 1-3 ώρες μετά τα γεύματα, στην αρχή είναι ασθενές, και η έντασή του αυξάνεται βαθμιαία. Συνοδεύεται από



ερυγή και αίσθημα καύσου που μπορεί να υποχωρήσει μετά από τη λήψη θερμών ροφημάτων ή τροφής. Αυτό πιθανώς οφείλεται σε σπαστικές κινητικές καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται προς την εικένωση ή τον αυξημένο περισταλτισμό του κενού στομάχου.

Το νυκτερινό άλγος, παρουσιάζεται 2-6 ώρες μετά τα γεύματα, είναι αρκετά έντονο και μπορεί να υποχωρήσει μετά από την λήψη τροφής ή αλκαλικών ή σπασμολυτικών φαρμάκων. Το άλγος αυτό εμφανίζεται όταν στο στομάχι υπάρχει μεγάλη ποσότητα όξινου γαστρικού υγρού.

Ο προκαλούμενος εμετός από τον ασθενή του φέρνει ανακούφιση. Το νυκτερινό άλγος είναι χαρακτηριστικό του έλκους του δωδεκαδακτύλου, χωρίς αυτό να είναι βέβαιο, γιατί εμφανίζεται και σε γαστρικά έλκη σε συχνότητα 60%.

Άλλα συμπτώματα:

**B. ΟΞΙΝΕΣ ΕΡΥΓΕΣ**

**Γ. ΚΑΥΣΟΣ**

**Δ. ΣΙΑΛΟΡΡΟΙΑ**

Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύουν πολλές φορές τον πόνο κυρίως το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Μερικές φορές εκδηλώνονται μόνο αυτά τα συμπτώματα χωρίς την παρουσία πόνου. Οι έμετοι δεν είναι σπάνιοι και πολλές φορές ανακουφίζουν τον ασθενή. Σε περίπτωση πυλωρικής στένωσης οι έμετοι είναι η προέχουσα εκδήλωση.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Τ Ι Κ Ε Σ Ε Ξ Ε Τ Α Σ Ε Ι Σ

Ε Ν Δ Ο Σ Κ Ο Π Η Σ Ε Ι Σ

Γαστροσκοπηση.Γίνεται για άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου με σκοπό την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό γαστρίτιδας, γαστρικού έλκους, γαστρικού καρκινώματος ή γαστρικής αιμορραγίας. Ακόμα για λήψη δειγμάτων βιοψίας του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.
- Τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση.
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών.
- Χορήγηση ατροπίνης, αν υπάρχει εντολή.
- Χορήγηση ελαφρού κατευναστικού ή ηρεμιστικού, αν υπάρχει εντολή.
- Μεταφορά στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με SPRAY.
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου, ενώ ο άρρωστος αναπνέει.
- Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φθάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.
- Λήψη δείγματος βιοψίας, αν είναι ανάγκη.

Μετά την εξέταση:

- Τίποτα από το στόμα ως την επιστροφή του φαρυγγικού αντανακλαστικού (2-4 ώρες μετά την εξέταση).
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως τη σταθεροποίησή τους.
- Διατήρηση προφυλακτήρων ως την παύση της δράσης των κατευναστικών.
- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης, (σπάνια), όπως πυρετός, πόνος, αιμορραγία ή υποδόριο εμφύσημα.
- Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού.

Ακτινολογικές εξετάσεις:

Ακτινολογικός έλεγχος ανώτερου πεπτικού με βαριούχο γεύμα. Γίνεται για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό γαστρίτιδας, πεπτικού έλκους, όγκων ή στενώσεων του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας.
- Τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση.
- Μεταφορά στο ακτινολογικό με καρότσι ή φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εξέταση της άδειας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση.
- Λήψη μικρής ποσότητας θετικού βαρίου και έλεγχος της πορείας της με ακτινοσκόπηση. Λήψη της υπόλοιπης ποσότητας και παρακολούθηση της πορείας της με λήψη σειράς ακτινογραφιών.
- Βοήθεια του αρρώστου να πάρει διάφορες θέσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης για πλήρωση όλων των τμημάτων του σωλήνα με βάριο.

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη υγρών για να βοηθήσουν στην αποβολή του βαρίου από τον γαστρεντερικό σωλήνα.
- Ενημέρωση του αρρώστου ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση.
- Χορήγηση καθαρτικού, όπως γάλα μαγνησίας, για αποβολή του βαρίου αν χρειαστεί.

Δ Ι Α Ι Τ Α Ε Λ Κ Ο Π Α Θ Ο Υ Σ

Η ρύθμιση του διαιτολογίου συνιστάται ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς.

Συχνά και μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις ανεχθεί. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθίσματα και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που προκαλούν θερμικό ερεθισμό ή και τροφές π.χ. τα POPCORN που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό. Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκισόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα.

Αν ο άρρωστος στη διάρκεια της νύχτας αισθάνεται πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο, του δίνεται γάλα ή αντιόξινο.

Συνιστούνται οι αμυλούχες τροφές, τα ξερά φρούτα, λαχανικά, το ωμό τριμμένο καρότο. Αποφεύγονται τα δαμάσκηνα, σύκα, σταφίδες, γιατί έχουν όξινη αντίδραση.

Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

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

## Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

### Συντηρητική θεραπεία:

Άμεσος σκοπός της συντηρητικής θεραπείας είναι η ανακούφιση του ασθενούς η οποία συνήθως επιτυγχάνεται. Απώτερος σκοπός είναι η εξαφάνιση του έλκους.

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

β) Δίαιτα: Σήμερα κανείς δεν τάσσεται υπέρ της αυστηρής δίαιτας. Πολλοί μάλιστα συμφωνούν ότι μονότονες και αυστηρές δίαιτες δεν έχουν θέση στη θεραπεία του έλκους.

Η λήψη μικρών συχνών γευμάτων π.χ. 6 γεύματα ημερησίως, η οποία άλλοτε θεωρείται βάση της δίαιτας επί έλκους δεν συνιστάται πλέον. Κάπνισμα αποθαρρύνεται. Ασπιρίνη και συγγενή φάρμακα όπως φαινυλοβουταλόνη και παράγωγα ρεζερπίνης απαγορεύονται.

γ) Αντιόξινα: Αποτελούν τη βάση της θεραπείας. Πρέπει όμως να δίνονται συχνά και σε μεγάλες δόσεις. Προτιμούνται τα φάρμακα σε υγρή μορφή, διότι υπό τη μορφή αυτή έχουν μεγαλύτερη εξουδετερωτική δράση. Χορηγούνται κυρίως μη απορροφούμενα αντιόξινα, όπως υδροξείδιον του αργιλίου ή μαγνησίου και τριπυριτικό μαγνήσιο. Άλατα ασβεστίου, όπως ανθρακικό ασβέστιο αποφεύγονται, γιατί είναι δυνατόν να προκαλέσουν υπερασβεταϊμία. Το γάλα δεν είναι ικανοποιητικό αντιόξινο. Διεγείρει την έκκριση οξέος πιθανώς λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες και ασβέστη.

Τα διάφορα αντιόξινα χορηγούνται ανά 30ML, 1 και 3 ώρες μετά το φαγητό και προ του ύπνου. Εάν ο πόνος ξυπνά τον ασθενή χορηγείται μια παραπάνω δόση.

Αυτά που χρησιμοποιούνται σήμερα αντιόξινα είναι :

ALUDROX - MAALOX - GELUSIL M.

Επίσης τα πιο πολλά αντιόξινα περιέχουν αλάτι, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κατακράτηση υγρών.

#### Χειρουργική θεραπεία:

Τα γαστρικά έλκη αναπτύσσονται πιο συχνά κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη, σχεδόν-πάντα, συμβαίνουν στο αμέσως μετά τον πυλωρικό σφιγκτήρα, τμήμα του δωδεκαδακτύλου. Ο πιο λογικός τρόπος θεραπείας του γαστρικού έλκους είναι επομένως η αφαίρεση του μεγαλύτερου δυνατού τμήματος του ελάσσονος τόξου και του παρακείμενου μέρους του στομάχου, όπου είναι πιθανότερο να ξανασυμβεί η εξέλιξη. Δυστυχώς, ενώ η αφαίρεση μέρους του στομάχου είναι σχεδόν πάντα αποτελεσματική για τα γαστρικά έλκη, η αφαίρεση του πρώτου μέρους του δωδεκαδακτύλου στους αρρώστους που είχαν δωδεκαδακτυλικό έλκος ακολουθείται συχνά από υποτροπή με σχηματισμό ελκών στο στομάχι ή στο σημείο της αναστόμωσης με το λεπτό έντερο.

Επομένως γίνεται μια προσπάθεια μείωσης της ικανότητας παραγωγής οξέος από το στομάχι με αφαίρεση όλου του πυλωρικού άντρου (που παράγει την γαστρίνη) και επίσης μέρος του βώματος του στομάχου. Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών για διακοπή της φυσιολογικής διεργασίας παραγωγής οξέος.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σήμερα για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους είναι :

- Μερική γαστρεκτομή.
- Γαστροεντεροαναστόμωση.
- Εκτομή τμήματος του άντρου του στομάχου και βαγγοτομή.
- Βαγγοτομή με πυλωροπλαστική.
- Βαγγοτομή με γαστρονηστιδοστομία.

Μερική γαστρεκτομή: Για τη θεραπεία του γαστρικού έλκους γίνονται δύο είδη μερικής γαστρεκτομής η BILLROTH και η POLYES (BILLROTH II). Στην BILLROTH I αφαιρείται το ελάχιστον τόξο του στομαχιού, που έχει το έλκος (2/3 περίπου του στομαχιού) μαζί με το πυλωρικό άντρο και τον πυλωρό. Το δωδεκαδάκτυλο ενώνεται με το υπόλοιπο στομάχι. Στην POLYES αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομαχιού μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου τμήματος του δωδεκαδακτύλου. Το δωδεκαδάκτυλο κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με τη νήστιδα πέρα από το δωδεκαδάκτυλο-νηστιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το πλέγμα.

Βαγγοτομή: Η υπερέκκριση του οξέος είναι αναμφίβολα ένας παράγοντας για τη δημιουργία του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Οι πνευμονογαστρικές νευρικές ώσεις προκαλούν αύξηση της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέος και του πεψινογόνου. Έτσι σε δωδεκαδακτυλικά έλκη γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών. Η βαγγοτομή μπορεί να είναι ολική ή μερική, στην οποία διατηρούνται ο ηπατικός κλάδος των πρόσθιων νεύρων και ο κοιλιακός κλάδος του οπίσθιου νεύρου. Επειδή το πνευμονογαστρικό είναι υπεύθυνο και για την κινητικότητα του στομάχου, μετά τη διατομή του δημιουργείται το πρόβλημα της παροχέτευσης του περιεχομένου του στομάχου. Για την παροχέτευση του στομάχου γίνεται μαζί με την διατομή των πνευμονογαστρικών και πυλωροπλαστική ή γαστρεντερονηστίδοστομία. Σε πολλούς αρρώστους γίνεται, δια μέσου της τομής της πυλωροπλαστικής, απολίνωση και του αιμορραγούντος αγγείου της βάσης του έλκους.

Ένα άλλο είδος βαγγοτομής είναι εκείνη που συνδυάζεται με αντρεκτομή. Σε περιπτώσεις που η βαγγοτομή γίνεται για μετεγχειρητικό έλκος μπορεί να διενεργηθεί θωρακοτομή.



Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Α Σ Θ Ε Ν Ο Υ Σ

Μ Ε Ε Λ Κ Ο Σ Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από πεπτικό έλκος αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή, συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την epούλωση του έλκους.

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

Για να πετύχει αυτό ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι κατατοπισμένος για τις λεπτομέρειες της θεραπείας και πάνω απ'όλα να τηρεί με ακρίβεια τις οδηγίες του γιατρού.

Ενισχύουμε την ψυχοσωματική ηρεμία και ανάπαυση του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκουμε να μειώσουμε ή να αποκλείσουμε τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία του έλκους.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και του νοσηλευτή/τριας, όταν βέβαια αυτοί είναι ικανοί να του δώσουν την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα.

Η χορήγηση φαρμάκων, βοηθά στη διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται καθώς και η πλήρης ανάπαυση του ασθενούς. Η διαταραχή αυτή δημιουργείται όταν πολλοί και παράλληλα ανεπιθύμητοι επισκέπτες τον ξαναφέρνουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής. Ακόμη ο ασθενής δεν ηρεμεί, όταν οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται πλήρως από το προσωπικό του Ιδρύματος.

Ο ασθενής ο οποίος περνάει την οξεία φάση του έλκους είναι συχνά απαιτητικός, εκνευρισμένος και ευερέθιστος. Στη φάση αυτή η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να δείξει υπομονή, κατανόηση, γιατί ξέρει ότι η κατάλληλη συμπεριφορά και η επαφή με τον ασθενή, ασκούν θεραπευτική επίδραση πάνω του.

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς με πεπτικό έλκος δέχονται συντη-

ρητική θεραπεία με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται.

Συνήθως επιπλοκές του πεπτικού έλκους είναι η γαστρορραγία, η διάτρηση, η πυλωρική στένωση και η κακοήθης εξαλλαγή του έλκους. Ακόμα εγχείρηση συνιστάται σε αρρώστους που ενοχλούνται πολύ από τα συμπτώματα του έλκους και στους οποίους η συντηρητική αγωγή δεν έχει άμεση επίδραση.

#### **ΒΑΣΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ**

- 1.Κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο).
- 2.Θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής).
- 3.Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους).
- 4.Πόνος και δυσπεψία.
- 5.Αγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις.
- 6.Προβλήματα προσωπικότητας.
- 7.Κίνδυνος επιπλοκών.

#### **ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Ανακούφιση της δυσπεψίας και του πόνου.

Διόρθωση τυχόν ανιεύσεων.

Διατήρηση επαρκούς θρέψης.

Προαγωγή epούλωσης του έλκους.

Μείωση καταστάσεων STRESS στο σπίτι, στο χώρο της δουλειάς.

Ανάπτυξη κατάλληλων διαπραγματεύσεων για χειρισμό του STRESS.

Αποκατάσταση.

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

A.Φαρμακευτική θεραπεία, για εξουδετέρωση των εκκρίσεων του στομάχου, μείωση κινητικότητας και εκκρίσεως γαστρικών υγρών.

-Χορήγηση αντιόξινων. Εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού. Χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγησή τους, γιατί μπορεί να επιδεινώσουν την υπάρχουσα κατάσταση του ασθενούς.

Ορισμένα προκαλούν δυσκοιλιότητα και διάρροια. Ελέγχεται επίσης η

σύστασή τους, γιατί ορισμένα περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

-Χορήγηση αντιχολινεργικών για τη μείωση της κινητικότητας του στομάχου και της εκκρίσεως των γαστρικών υγρών.

Τα φάρμακα αυτά προκαλούν πολλές φορές ξηρότητα στομάτος, έμετους, ναυτία. Η νοσηλευτική φροντίδα ενδείκνυται στην πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα σόδας. Γι' αυτό χρειάζεται προσοχή κατά τη χορήγησή τους, και να μη χρησιμοποιούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα, της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση, μεγάλου ρυθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

**Β. Διαιτητική θεραπεία.** Η ρύθμιση του διαιτολογίου συνίσταται ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενούς.

Συνήθως προτιμούνται συχνά και μικρά γεύματα, με μη ερεθιστικές τροφές. Αποκλείουμε από τη δίαιτα χημικά ερεθίσματα και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερέθισμα, όπως καρυκεύματα, πολύζεστα φαγητά, που προκαλούν θερμικό ερεθισμό, ή και τροφές όπως είναι τα POPCORN που προκαλούν και αυτά μηχανικό ερεθισμό.

Περιορισμός του αλκοόλ και του καφέ, που διεγείρουν την γαστρική έκκριση. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σε ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, ανάμεσα στα μικρά γεύματα. Επίσης γάλα ή αντιόξινα δίνουμε στον άρρωστο, αν παρουσιάσει πόνο κατά την διάρκεια του ύπνου.

Συνιστούνται τα ξερά φρούτα, τα λαχανικά, το καρότο. Αποφεύγονται τα δαμάσκηνα, σύκα, σταφίδες γιατί έχουν όξινη αντίδραση. Τα δημητριακά με την άπεπτη ύλη και τα ξερά φρούτα είναι ένας καλός συνδυασμός.

**Γ. Μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων.**

Αυτό επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους:

α. Καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τον ασθενή, δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης.

- β. Ακρόαση των προβλημάτων του ασθενούς και κατάλληλη αντιμετώπιση.
- γ. Εμπρακτο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση φυσικών, οικονομικών και επαγγελματιών αναγκών κλπ.
- δ. Επικοινωνία με τα άλλα μέλη από το περιβάλλον του ασθενούς, για λύση αποριών και ανησυχιών του.
- ε. Κατανόηση του αρρώστου είναι να αποφεύγονται παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.
- στ. Τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του διαιτολογίου.
- ζ. Βοήθεια του αρρώστου να μην επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
- η. Χορήγηση κατευναστικών για τη μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και φυσιολογικής χαλάρωσης.
- θ. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του STRESS, και βοήθεια του ασθενούς για εναλλακτικές λύσεις.
- Δ. Διδασκαλία και ενημέρωση, μέσω νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη των επιπλοκών.
  - α. Ενημέρωση του ασθενή για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
  - β. Πληροφόρηση για τη χορήγηση των φαρμάκων που προδιαθέτουν το έλκος, και μη χρησιμοποίηση φαρμάκων αν αυτά δεν έχουν εγκριθεί από τον ιατρό.

Με την σωστή τήρηση της φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα σε μικρό χρονικό διάστημα.

Ενώ η διάρκεια της επούλωσης του έλκους είναι πολύ μεγαλύτερη.

δ. Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην διανοητική και φυσική κατάσταση του ασθενή. Προσπάθεια δημιουργίας ενός καινούργιου τρόπου ζωής, ενώ παράλληλα μειώνονται οι καταστάσεις, ψυχικών εντάσεων, σωματικής κόπωσης, άγχους κλπ.

Βάσει όλων των παραπάνω, δίνεται έμφαση στο σχεδιασμό ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας, για τη διασφάλιση της κατανόησης και

**Ευεργασία** του αρρώστου με απώτερο σκοπό την αποφυγή του κινδύνου των επιπλοκών.

### **ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ**

1) Κατανόηση από την πλευρά του αρρώστου ότι τα φάρμακα που λαμβάνει έχουν ως σκοπό την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης, την εξουδετέρωση του HCL, τον περιορισμό της κινητικότητας του στομάχου, τη μείωση του άγχους.

2) Προειδοποίηση του αρρώστου για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι η διατήρηση των θεραπευτικών μέτρων επιτυγχάνεται, μόνον όταν ακολουθείται σωστά η δοσολογία και ο χρόνος χορήγησης των φαρμάκων.

Τα φάρμακα που αποβλέπουν στην εξουδετέρωση του υδροχλωρικού οξέος, πρέπει να λαμβάνονται μετά το φαγητό ή κατά τη διάρκεια της λήψης τροφής και πριν το βραδινό ύπνο.

3) Ενημέρωση του αρρώστου για το διαιτολόγο του και τη σημασία του. Ότι το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται αλλά ούτε να μένει άδειο. Γι αυτό τα γεύματα πρέπει να είναι συχνά και μικρά. Προτιμούνται οι λευκωματούχες τροφές, χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες που ερεθίζουν το στομάχι.

Το διαιτολόγιο του ελκοπαθούς δεν περιέχει βιταμίνη C γι' αυτό συνιστάται στον ασθενή να πίνει χυμό πορτοκαλιού και άλλα φρούτα. Να αποφεύγει ακατάστατες συνήθειες ζωής, απρογραμματίστη λήψη γευμάτων, χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και καφέ, STRESS.

Έτσι εξηγούμε στον άρρωστο, για τις επιπλοκές που μπορεί να παρουσιαστούν αν δεν εφαρμοσθούν η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και δίαιτα.

### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ**

Αν και τις περισσότερες φορές η συντηρητική θεραπεία έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται.

Οι επιπλοκές του έλκους είναι η γαστρορραγία, διάτρηση, πυλωρική στένωση και η κακοήθης εξαλλαγή του έλκους.

Ακόμα η χειρουργική επέμβαση επιβάλλεται σε ασθενείς που ενοχλούνται από τα συμπτώματα του έλκους και στους οποίους η συντηρητική θεραπεία δεν έχει θετικά αποτελέσματα.

Επίσης τόσο ο ιατρός όσο και η νοσηλεύτρια/της έχουν υπόψη τους ότι η "Ψυχή" έχει μεγάλη επίδραση στο "Ωμα" και γι' αυτό καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας και του φόβου του ασθενούς από την εγχείρηση.

#### **Α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρτικών ή καθαρτικού υποκλυσμού. Οι υποκλυσμοί είναι δύο, ο ένας γίνεται την παραμονή της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση.

Επίσης γίνεται λουτρό καθαριότητας, για την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή, μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, περιποίηση νυχιών, εξασφάλιση επαρκούς ύπνου, χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου. Προσανατολισμό του αρρώστου στο νέο δωμάτιο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, για ψυχολογικούς λόγους.

Τόνωση του ηθικού, για μείωση της ανησυχίας και των αισθημάτων αγωνίας που δημιουργούνται στον άρρωστο λόγω των σιέψεων που κάνει σχετικά με την επέμβασή του.

Ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών και εξασφάλιση της εμπιστοσύνης του για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό επιτυγχάνεται απαντώντας στα ερωτήματα του αρρώστου και λύνοντας τις απορίες του για τις διάφορες νοσηλείες που του γίνονται.

Υπάρχει κατανόηση και συμμερισμός εκ μέρους της νοσηλεύτριας/της. Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι σημαντική, η οποία εφαρμόζει σωστά τη διαιτητική αγωγή του ελκοπαθούς.

Εφαρμόζει τη δίαιτά του 24 ώρες πριν από την επέμβαση.Χορηγούνται υγρά 12 ώρες πριν.

Δίνει έμφαση στην επάρκεια του αρρώστου σε υγρά για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για αποφυγή εμέτων και μετεωρισμού της κοιλιάς.

Γίνεται χορήγηση υγρών παραντερικά, και εξασφαλίζεται αίμα για τυχόν μετάγγιση.

#### **Β.ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή το μέρος όπου θα γίνει η επέμβαση.Γίνεται αντισηψία της περιοχής αυτής, αποτρίχωση, καθαριότητα, ώστε να καταστεί αδύνατο να παρουσιαστούν μολύνσεις. Η ετοιμασία αυτή πειλαμβάνει μεγάλη έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

#### **Γ.ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Ειτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.Λήψη ζωτικών σημείων.Επίσης προσέχουμε τυχόν εμφάνιση βήχα.

Φορούμε στον ασθενή την ειδική ενδυμασία του χειρουργείου αφού βγάλουμε όλα τα ρούχα, αφαιρέσουμε κοσμήματα, τυχόν οδοντοστοιχίες, τα οποία όλα αυτά φυλάγονται.

Η προνάρκωση γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση.Λόγω της δράσης του φαρμάκου συνιστούμε στον ασθενή να μην σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Πάνω απ'όλα κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια/της πρέπει να δώσει το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη ώρα και φυσικά την κατάλληλη δόση.

Μετά την προνάρκωση πρέπει να εξασφαλίζεται ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

Επίσης ξεβάφουμε τα νύχια του ασθενούς, για να μπορούμε να παρακολουθήσουμε τυχόν εμφάνιση κυάνωσης κατά τη νάρκωση.

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Ανακούφιση μετεγχειρητικού πόνου και δυσφορίας.
- Προστασία του ασθενούς κατά την παραμονή του στο χώρο της ανανήψης.
- Παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.
- Βοήθεια του ασθενή να επανέλθει γρήγορα στην φυσιολογική του κατάσταση.
- Πιστή τήρηση της χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων.
- Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση.
- Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας των παροχετεύσεων (LEVIN, τραύματος κλπ.).
- Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.
- Διδασκαλία του αρρώστου πως να αναπνέει βαθιά, να βήχει.

Επίσης έχουμε την ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του αρρώστου:

- Ακριβής τήρηση της παρεντερικής χορήγησης υγρών.
- Χορήγηση υγρών από το στόμα, εφόσον λειτουργεί το έντερο.
- Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες κάθε αρρώστου.
- Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

### **ΠΡΟΛΗΨΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ**

Παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των διαφόρων επιπλοκών.

α) Αιμορραγία: Επισταμένη παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Συχνή και ακριβή λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου.



Επισκόπηση υγρού παροχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος.

Μετάγγιση αίματος.

β) Αναπνευστική ανεπάρκεια: Ενισχύουμε τον άρρωστο να παίρνει βαθιές ανάσες, επίσης βοηθούμε τον άρρωστο να βήχει και να αποβάλλει βρογχικά εκκρίματα. Συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου και τοποθέτησή του σε αναπνευστική θέση.

γ) Θρόμβωση-Εμβολή: Ενθάρρυνση του αρρώστου και άσκηση των άνω και κάτω άκρων και μέσα στο κρεβάτι. Χρησιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα, όταν ο άρρωστος αρχίσει να σηκώνεται.

Συνεχή παρακολούθηση της πηκτικότητας του αίματος του αρρώστου.

δ) Εκσπλάχνωση: Χρησιμοποίηση ελαστικής επίδεσης της κοιλιάς κατόπιν ιατρικής εντολής. Πρόληψη μολύνσεως του τραύματος. Υποστήριξη του τραύματος, όταν ο άρρωστος βήχει. Εμπλούτιση του διαιτολογίου του αρρώστου με ζωϊκά λευκώματα.

ε) Σύνδρομο 'DUMPING'. Ενημέρωση του αρρώστου να αποφεύγει την λήψη μεγάλων γευμάτων καθώς και ζεστών, παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών. Αποφυγή λήψεως υγρών κατά τη διάρκεια του φαγητού. Φυσιική ανάπαυση του αρρώστου μετά το γεύμα.

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ Ε Λ Κ Ο Υ Σ

Στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας εφίσταται ιδιαίτερη προσοχή. Εάν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η γενική κατάσταση του ασθενή χειροτερεύει τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία.

Η ακτινοβολία του στομάχου γίνεται με σκοπό την καταστροφή καλυπτηρίων και Θεμελιωδών κυττάρων με αποτέλεσμα τη μείωση έκκρισης της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος.

Σε οποιοδήποτε χρόνο κατά τη διάρκεια της πορείας του έλκους ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει επιπλοκές, οι οποίες είναι οι εξής:

1) ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑ

Το 75% των περιπτώσεων αιμορραγίας του ανωτέρου τμήματος του πεπτικού σωλήνα οφείλεται σε έλκος.

Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος.

Είναι η συχνότερη επιπλοκή και ευθύνεται για το 40% των θανάτων.

Η γαστρορραγία εκδηλώνεται με τη μορφή αιματηρών εμεσμάτων ή με μέλαινες κενώσεις.

Η αιμετέμεση μπορεί να είναι μικρή με καφεοειδή υγρό ή μεγάλη με έμετο ζηρού ερυθρού αίματος και η γήματα. Η αποβολή αίματος από το ορθό αν είναι μέτρια έχουμε μικρές μέλαινες κενώσεις. Αν η αποβολή είναι μεγάλη έχουμε άφθονες πολτώδεις μέλαινες κενώσεις.

Η γενική κατάσταση του ασθενή είναι συνάρτηση του ποσού του αίματος που αποβάλλεται και της ταχύτητάς του.

Σε ταχεία απώλεια μεγάλης ποσότητας αίματος εμφανίζεται SHOCK.

Σε μικρή μη επαναλαμβανόμενη αιμορραγία, ο ασθενής δεν την αισθάνεται. Σε μικρή και χρόνια απώλεια αίματος έχουμε συμπτώματα όπως ζάλη, κόπωση κλπ.

## 2) ΔΙΑΤΡΗΣΗ

Γίνεται αποικλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25-40 ετών. Το έλκος έχει διαβρώση ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου έως και τον ορογόνο χιτώνα. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα.

Ο άρρωστος παραπονείται για αιφνίδιο και εντονότατο πόνο στο επιγάστριο που αντανακλά στο δεξιό τεταρτημόριο της κοιλιάς. Αυτό οφείλεται στο χημικό ερεθισμό του περιτοναίου από το γαστρικό υγρό. Μετά από δύο ώρες περίπου ο πόνος μικραίνει και η κατάσταση του αρρώστου βελτιώνεται.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα στομαχικά υγρά αραιώνουν από το εκκρινόμενο περιτοναϊκό υγρό.

Η θεραπεία της διάτρησης είναι πάντα χειρουργική, κατά την οποία γίνεται γαστρεκτομή ή απλή συρραφή του έλκους ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς. Μετά την 12η-24η ώρα γίνεται απλή συρραφή. Από την 24η ώρα και πέρα η θεραπεία είναι συντηρητική, γιατί έχει αναπτυχθεί περιτονίτιδα. Η οποία συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει ενυδάτωση, χορήγηση αντιβιοτικών, και καθετηριασμό του στομάχου και εντέρου και συχνή αναρρόφηση υγρών.

## 3) ΑΝΑΙΜΙΑ

Είναι συχνή μετά την γαστρεκτομή, οφείλεται κυρίως σε κακή απορρόφηση του σιδήρου σε συνδυασμό ελλατωμένης πρόσληψης FE και απώλεια αίματος.

Αναιμία παρατηρείται και κατόπιν στελεχιαίας βαγγοτομής αλλά σε μικρό ποσοστό. Εντός 6 ετών μετά τη γαστρεκτομή το 1/3 των χειρουργημένων εμφανίζει αναιμία.

## 4) ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Σε ένα ποσοστό 40% των ασθενών που υποβάλλονται σε εγχείρηση πεπτικού έλκους παρατηρείται σταθερή ελλάτωση του σωματικού βάρους. Ένα αίτιο είναι η ελλάτωση τροφής. Πολλοί ασθενείς μετεγχει-

ρητικά περιορίζουν την τροφή τους.

Η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη επί γαστρεκτομής με γαστρεντεροαναστόμωση από ότι γαστρεκτομής με γαστροδωδεκαδακτυλοαναστόμωσης.

#### 5) ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING

Ο όρος αυτός περιλαμβάνει δυσάρεστες εκδηλώσεις οι οποίες εμφανίζονται 10΄με 30΄μετά το φαγητό.

Ο ασθενής παρουσιάζει ωχρότητα, αίσθημα αδυναμίας, λιποθυμικές τάσεις. Επίσης συνυπάρχει και διάταση κοιλίας.

#### 6) ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Χρόνια διάρροια είναι δυνατόν να ακολουθήσει κάθε είδους χειρουργικής επεμβάσεως του πεπτικού έλκους. Η διάρροια συνήθως εμφανίζεται 1-2 ώρες μετά το φαγητό, ειδικά μετά τη λήψη γάλακτος.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Δ Ι Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

**A. Περιστατικό**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Σ.Δ.

ΗΛΙΚΙΑ : 42 ετών

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ: πεπτικό έλκος

**Αιτία εισόδου:** Ο ασθενής εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, ο οποίος παρουσίαζε εντονότατο πόνο στο επιγάστριο.

Μας αναφέρει ότι ο πόνος παρουσιάστηκε 1-2 ώρες μετά το φαγητό. Το απόγευμα αισθάνθηκε ανακούφιση. Επίσης ο ασθενής παραπονέθηκε για ναυτία και εμέτους. Ο έμετος εμφανίζεται συνήθως 2 ώρες μετά το γεύμα.

**Ζωτικά σημεία:** Σφύξεις 72/MIN, Α.Π. 130/80MMHG, θερμοκρασία 36,9<sup>0</sup>C.

**Ατομικό ιστορικό:** Ο ασθενής είναι καπνιστής. Υπάρχει και χρόνιο ιστορικό αλκοολισμού. Επίσης αναφέρεται κατάχρηση καφέ. Αναφέρεται και κληρονομικός παράγοντας, η μητέρα του με ιστορικό πεπτικού έλκους.

**Πορεία της νόσου:** Γίνεται προετοιμασία του ασθενή για ενδοσκόπηση την επόμενη μέρα της εισαγωγής του. Πριν την ενδοσκόπηση προηγήθηκαν οι ανάλογες εργαστηριακές εξετάσεις. Τέστ για αίμα στα κόπρανα έδειξε μικροαιμορραγία η οποία όμως δεν είναι βέβαιο ότι προέρχεται από το στομάχι.

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα δείχνουν έλκος της πρώτης μοίρας του 12/δακτύλου (βολβού του 12/δακτύλου).

Αποφασίστηκε η διενέργεια χειρουργικής επεμβάσεως. Το είδος της επέμβασης καθορίστηκε σε γαστρεκτομή κατά BILLROTH II.

Συνιστάται η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών εκ μέρους του ασθενή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πόνος	Επειδή η υπερβολική έκκριση οξέως είναι αυτή που προκαλεί τον πόνο προσπαθούμε να ανακουφίσουμε τον ασθενή, μειώνοντας τον πόνο.	Χορηγούμε αντιόξινα (MAALOX, SIMECO) για μείωση της έκκρισης, από τα τοιχωματικά κύτταρα.	Χορήγηση αντιόξινων. Οι δόσεις είναι 1x3 καθώς επίσης, και μετά από κάθε γεύμα. Επίσης χορήγηση ραντιδίνης (ZANTAC).	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.
Υπερχλωρυδρία	Μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος.	Χορήγηση Ηισταμινικών αποκλειστών για την μείωση της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέος από τα τοιχωματικά κύτταρα.	Χορήγηση ραντιδίνης (ZANTAC). 1x3	Μείωση της έκκρισης και ρύθμιση σε φυσιολογικά όρια.
Δυσασπορρόφηση του εντέρου	Υποβοήθηση του εντέρου	Παρεντερική χορήγηση θρεπτικών ουσιών. Αναπροσαρμογή του ασθενή στην μικρή χωρητικότητα σε τροφή του στομάχου. Χορήγηση αντιβιοτικών. Αντιμετώπιση της <b>δυσασπορρίας</b> που εμφανίζεται λόγω της κακής απορρόφησης των λιπών.	Χορήγηση διαλυμάτων λιπών ενδοφλεβίως, επειδή στις επεμβάσεις BILROTH II, η δυσασπορρόφηση λιπών συμβαίνει συχνά. Χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και ηλεκτρολυτών. Γεύματα συχνά καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας. Χορήγηση τετρακυκλίνης και λινκομυκίνης για την προαγωγή	Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών ουσιών.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
STRESS	Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων εκ μέρους του ασθενούς.	Υποστηρικτική χορήγηση ηρεμιστικών-κατευναστικών αν η μείωση του άγχους δεν είναι ικανοποιητική.	της απορόφησης των θρεπτικών συστατικών. Χορήγηση βιταμινών λιποδιαλυτών Α, D, E και Κ.	Μείωση του άγχους ως και εξάλειψή του.
Εξοδος του ασθενή: άγχος για την ομαλή ένταξη του στο κοινωνικό περιβάλλον	Πλήρης αποκατάσταση ψυχοσωματικής υγείας του ασθενή.	Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών του για την κατάσταση του και για το πως πρέπει να τον φροντίζουν και να του συμπεριφέρονται, ώστε να του δημιουργούν μια ατμόσφαιρα ευφορίας.	Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών για μικρά συχνά γεύματα για αποφυγή αλιό-όλ, καφέ και καπνού. Διδασκαλία για συχνές ιατρικές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα.	Τελικά ο ασθενής ήρεμος, αποχωρεί σε καλή φυσική κατάσταση, πλήρως ενημερωμένος.

## **B. Περιστατικό**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Κ.Σ.  
ΗΛΙΚΙΑ : 29 ετών  
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ : πεπτικό έλκος

**Αίτια εισόδου:** Ο ασθενής παρουσίασε πριν 1 μήνα επιγάστρια άλγη. Ο πόνος ήταν συνεχής με μεσοδιαστήματα καυστικού άλγους, το οποίο ανακουφιζόταν μετά την λήψη τροφής. Η χορήγηση αντιόξινων επέφερε ανακούφιση από τον πόνο.

Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στο επιγάστριο.

**Οικογενειακό και ατομικό ιστορικό:** Υπάρχει ιστορικό αλκοολισμού και καπνίσματος, όχι σε βαριά μορφή.

Αναφέρεται και κληρονομικός παράγοντας, από τον πατέρα του ασθενή με ιστορικό πεπτικού έλκους.

### **Πορεία της νόσου:**

**Ζωτικά σημεία:** Σφύξεις 75/MIN, Α.Π. 150/80MMHG, θερμοκρασία 37,2<sup>0</sup>C.

Ο ασθενής εισήλθε στην κλινική, επειδή υπάρχει υποψία ύπαρξης πεπτικού έλκους. Συνιστάται στον ασθενή να παραμείνει νηστικός για περαιτέρω εργαστηριακές εξετάσεις.

**Γαστροσκοπικά ευρήματα:** Εξελικτική επεξεργασία του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου στο ελλάσον τόξο του στομάχου. Η διάβρωση καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Έχουμε αύξηση του υδροχλωρικού οξέος. Αρχίζει φαρμακευτική αγωγή. Συνιστάται η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών εκ μέρους του ασθενή.



ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗ-ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αίσθημα καύσου	Μείωση του καύσου του στομάχου. Μείωση της έκκρισης οξέος, επείδη αυτό προκαλεί το αίσθημα αυτό.	Χορήγηση φαρμάκων που ελαττώνουν την έκκριση οξέος.	Χορήγηση αντιόξιων (SIMCO-MALOX) 1x3	Ελλάτωση του αίσθηματος του καύσου.
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. Μείωση της έκκρισης υδροχλωρικού οξέος επειδή προκαλεί τον πόνο.	Χορήγηση αντιόξιων ανταγωνιστών των Η ισταμινικών υποδοχέων για μείωση της έκκρισης.	Χορήγηση ραντιδίνης (ZANTAC) 1x3 για τη μείωση της δράσης των ΗG υποδοχέων.	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.
Μετεγχειρητική σιδηροπενική αναιμία	Ρύθμιση του Η+ του ασθενούς.	Έλεγχος για απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό. Αποκατάσταση του σιδήρου. Αποκατάσταση της βιταμίνης Β12. Χορήγηση αίματος στον ασθενή.	Συχνή λήψη ζωικών σημείων για την αποκατάσταση τυχόν αιμορραγίας. Εξέταση κοπράνων μικροσκοπική αιμορραγία. Χορήγηση συσκευασμένου σιδήρου. Χορήγηση τροφών και ουσιών σε σίδηρο για την αποκατάσταση αυτού που έχει χαθεί.	Άνοδος του Η+ και διόρθωση της αναιμίας. Καθησύχηση του ασθενή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Μετεγχειρητική αιμορραγία	Διακοπή της αιμορραγίας.	Έλεγχος για ύπαρξη αιμορραγίας. Αντιμετώπιση αυτής με τα ανάλογα μέτρα.	Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων για την έγκαιρη αναγνώριση της αιμορραγίας. Έξταση κοπράνων. Έλεγχος των κοπράνων για τυχόν εμφάνιση μέλαινας κενώσεως.	Διακοπή της αιμορραγίας. Εξάλειψη της σύγχυσης του ασθενούς.
Ναυτία- Έμετος	Ανακούφιση του αισθήματος της ναυτίας και του εμέτου.	Αποφυγή λήψης βαρέων γευμάτων. Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.	Χορήγηση γευμάτων μικρών και συχνών. Προτιμάται η υγρή και πολύπρωτη τροφή. Αποφυγή υπερβολικής πλήρωσης του στομάχου.	Ανακούφιση από τα συμπτώματα.
Μετεγχειρητική γαστροπληγία	Υποβοήθηση του στομάχου να κενωθεί από το περιεχόμενό του.	Πρώθηση του περιεχομένου του στομάχου, είτε προς την νήστιδα είτε προς το εξωτερικό περιβάλλον με παροχέτευση.	Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων. Έλεγχος για τυχόν απόφραξη του εντέρου. Αποφυγή λήψεως νερού.	Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου και μέγιστη κενώση αυτού.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Μετεγχειρητική διάρροια	Μείωση του περι- σταλιτισμού του εντέρου και θερα- πεία της διάρ- ροιας.	Συντηρητική αγω- γή, κατάλ- ληλη δίαιτα.	Χορήγηση αντι- διαρροϊκών φαρμά- κων. Σε επιμονή της διάρροιας χο- ρηγούνται σιευά- σματα (MEDAMOL).  Αποφυγή τροφής πλούσια σε λίπος. Η κυτταρίνη αποφεύγεται. Λήψη τροφών ξερών και στεγνών. Αποφυγή λήψης μεγάλων πο- σοτήτων υγρών.	Αποκατάσταση λει- τουργίας εντέρου.

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗ- ΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</b>
<p>Άγχος κατά την έξοδο του ασθενή. Φόβος για την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό περιβάλλον</p>	<p>Πλήρης αποκατάσταση της ψυχολογικής υγείας του ασθενή.</p>	<p>Ενημέρωση του ασθενή και των συγγενών του για το πως πρέπει να του συμπεριφέρονται. Πως να δημιουργούν ευχάριστη και ήρεμη ατμόσφαιρα ,ωστε να αποτρέπουν τυχόν δυσάρεστες καταστάσεις.</p>	<p>Διδασκαλία του ασθενή και των συγγενών του για μικρά συχνά γεύματα, για αποφυγή αλκοόλ και καφέ. Αποφυγή ερεθιστικών τροφών (σάλτσες, καρυκεύματα). Προσπάθεια για μείωση άγχους. Λήψη φαρμάκων σύμφωνα πάντα με τις ιατρικές οδηγίες.</p>	<p>Τελικά ο ασθενής αποχωρεί ήρεμος από την κλινική σε καλή φυσική κατάσταση, κατάλληλα ενημερωμένος.</p>

### Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Σήμερα όπου η τεχνολογία εξελίσσεται ραγδαία, η ποιότητα της ζωής παραμένει στάσιμη, διότι παρά την πρόοδο των θετικών επιστημών, η δημόσια υγεία απειλείται από πολλούς κινδύνους.

Οι κίνδυνοι αυτοί που επιφυλάσσει το έλκος στομάχου είναι πολλοί και ποικίλλοι. Βέβαια δεν υπάρχει καμμία πληροφορία ότι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος δεν θεραπεύεται, αρκεί ο ελκιοπαθής να ρυθμίσει τη σωστή διαιτητική του, και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος των επιπλοκών.

Με βάση το γεγονός ότι η πρόληψη είναι πάντα η καλύτερη θεραπεία, θα ήθελα να τονίσω ότι χρειάζεται πλήρης συναίσθηση της ευθύνης, ετοιμότητα για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος, απ όλη την ομάδα υγείας, την οποία έγκειται η θεραπεία και η ελπίδα των ασθενών.

Ελπίζω ότι η εργασία αυτή θα συμβάλλει στην καλύτερη ενημέρωση όλων μας, όσο αφορά την αντιμετώπιση του έλκους στομάχου, μέσα από μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική διεργασία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ανδρουλάκης Γ., Παπαδημητρίου Γ., Αρχές Γενικής Χειρουργικής. Τόμος Α΄  
Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγ.Κ. Παρισσιανού, Αθήνα 1989

Ανδρουλάκης Γ., Παπαδημητρίου Γ., Αρχές Γενικής Χειρουργικής. Τόμος Β΄  
Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγ.Κ. Παρισσιανού, Αθήνα 1989

Γαρδίκας Κ., Ειδική Νοσολογία, Τόμος Α΄, Δ΄ εκδόσεις. Επιστημονικές  
εκδόσεις, Γρηγ.Κ. Παρισσιανού, Αθήνα 1989

DEGOWIN R., DEGOWIN E., Κλινική εξέταση και διαφορική διάγνωση. Ιατρι-  
κές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1981

Κωνσταντινίδου Σ.Φ. - Μαλγαρινού ΜΑ. Νοσηλευτική γενική παθολογική  
χειρουργική. Τόμος Πρώτος. Έκδοση δωδεκάτη. Έκδοσις "Η.Ταβιθά"  
Αθήνα 1989

Παναγόπουλος Κ. - Σπηλιώτης Ιωάν., Κλινικά προβλήματα χειρουργικής.  
Ιατρικές εκδόσεις Βούλγαρη, Αθήνα 1989

Σαχίνη Α. - Καρδάση, Πάνου Μαρία, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευ-  
τική, Τόμος Δεύτερος, Β΄ επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1988

