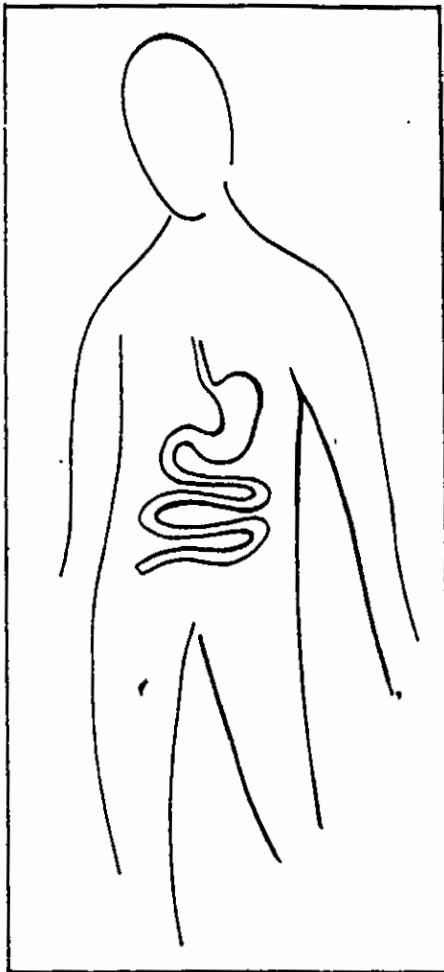


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ  
ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ  
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**



Υπεύθυνη καθηγήτρια:  
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία



Σπουδαστές:

Αθανασίου Κων/νος  
Αποστολόπουλος Παύλος

ΠΑΤΡΑ 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2597A

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	8
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	10
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	13
ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	13
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	36
ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	56
ΝΟΣΟΣ CROHN	66
ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ (ΟΞΕΙΑ - ΧΡΟΝΙΑ)	75
ΔΥΣΠΕΨΙΑ	81
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	84
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ	84
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	86
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	97
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ	104
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	116
ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	134
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	140
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	143
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	144

## **ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η πτυχιακή αυτή εργασία αφιερώνεται:

- Στους γονείς μας που μας στήριξαν στα δύσκολα αυτά σπουδαστικά χρόνια.
- Σε όλους αυτούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στη φροντίδα των ασθενών.
- Στους ασθενείς που βρίσκονται πάντοτε στο κέντρο όλης της προσπάθειας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές/τριές μας που με τις γνώσεις και την εμπειρία τους μας έδωσαν τα απαραίτητα εφόδια, έτσι ώστε να ανταποκριθούμε στο δύσκολο έργο της νοσηλευτικής.

Τέλος, ιδιαίτερος ευχαριστούμε την καθηγήτρια Dr. κ. Παπαδημητρίου Μαρία για την συμβολή της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, καθώς και τον γαστρεντερολόγο ιατρό κ. Κατσακούλη για την βιβλιογραφική υποστήριξη.

« Το μεγαλύτερο λάθος στη θεραπεία των ασθενειών είναι ότι το σώμα και η ψυχή χωρίζονται πολύ μεταξύ τους, ενώ δεν μπορούν να χωρίζονται - αλλά αυτό ακριβώς παραβλέπουν οι έλληνες γιατροί, και γι' αυτό τους ξεφεύγουν τόσες πολλές αρρώστιες, δεν προσέχουν, δηλαδή, ποτέ το σύνολο. Την προσοχή τους πρέπει να τη δώσουν στο σύνολο, γιατί εκεί όπου το σύνολο είναι άρρωστο, είναι αδύνατο να είναι υγιές ένα μέρος»<sup>1</sup>.

Πλάτων, 427-347 π.Χ. .

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Λέγεται ότι πάνω από τους μισούς ανθρώπους που επισκέπονται το γιατρό για κάποια οργανική αρρώστια πάσχουν από ψυχική αρρώστια, χωρίς να το ξέρουν, γιατί η αρρώστια στην οργανική της μορφή, και αυτοί τη βλέπουν μόνο έτσι, είναι έκφραση ψυχικών ανωμαλιών και κατά συνέπεια μία ψυχική αρρώστια σε σωματική εμφάνιση, πρόκειται δηλαδή περί ψυχοσωματικής ασθένειας.

Με αυτό εγκαταλείπουμε το μονόπλευρο προσανατολισμό της ιατρικής όπου το ενδιαφέρον στρεφόταν κυρίως στο άρρωστο όργανο και όχι στον άρρωστο άνθρωπο.

Η ψυχοσωματική έρευνα έχει αποδείξει εντυπωσιακά ότι η σωματική αρρώστια προετοιμάζεται στον ψυχικό τομέα. Οι ψυχικές ανωμαλίες αλλάζουν την οργανική λειτουργία και δημιουργούν με αυτό την προδιάθεση για αρρώστια.

Ιδιαίτερα στις χρόνιες αρρώστιες οι ψυχικοί παράγοντες παίζουν πάντα ένα ρόλο ώστε η θεραπεία τους να εξαρτάται ουσιαστικά από το αν θα συμπεριληφθούν και αυτοί στη θεραπεία.

Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο ένα σωματικό σύστημα αλλά και ολότητα με σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές διαστάσεις που έχουν συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους<sup>1</sup>.

Σ' αυτή την εργασία θα αναφερθούμε στους κυριότερους παράγοντες ψυχολογικούς, οργανικούς, περιβαλλοντικούς, διαιτητικούς κ.ά. που ενέχονται στη δημιουργία αρκετών παθήσεων του πεπτικού συστήματος. Από τα πολλά και ποικίλα νοσήματα του πεπτικού συστήματος, θα αναφερθούμε στα πιο συνηθισμένα που έχουν και ιδιαίτερο ενδιαφέρον από νοσηλευτικής άποψης.

Τέτοια είναι:

Πεπτικό έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου

Σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου

Ελκώδης Κολίτιδα - Νόσος Crohn

Γαστρίτιδα Οξεία - Χρονία

Δυσπεψία

Παχυσαρκία

Καρκίνος ισοφάγου

Καρκίνος στομάχου

Καρκίνος παχέος εντέρου

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσαγωγή νέων ουσιών στον οργανισμό είναι απαραίτητα για τη συνεχή επιτέλεση των λειτουργιών του. Τις ουσίες αυτές τις παίρνει ο οργανισμός από τις τροφές. Οι τροφές όμως, για να χρησιμοποιηθούν, πρέπει πρώτα να υποστούν μια σειρά μηχανικών και βιοχημικών επεξεργασιών.

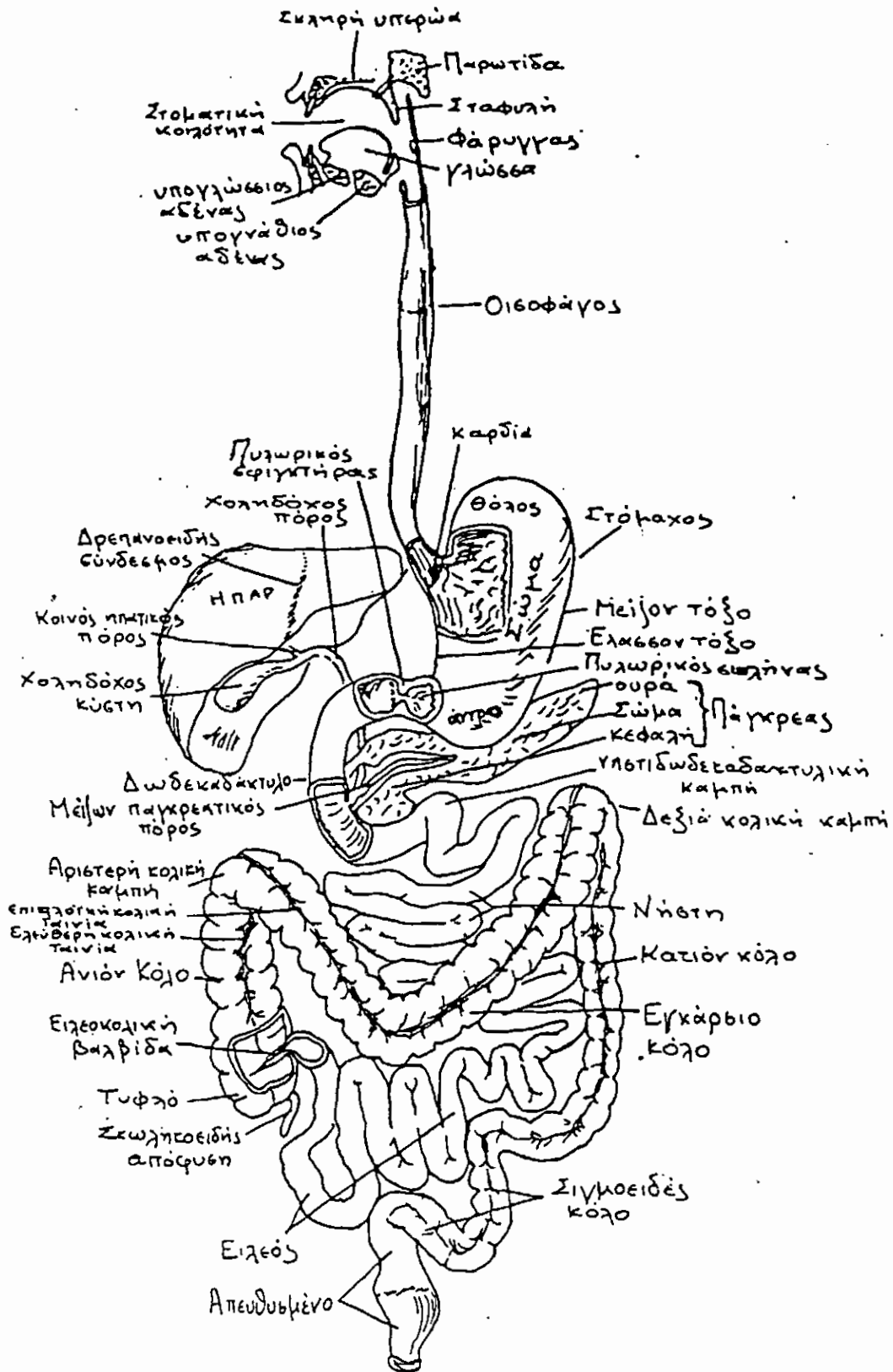
Το σύνολο των οργάνων, που συμβάλλουν στην επιτέλεση αυτής της λειτουργίας, αποτελούν το πεπτικό σύστημα. Στα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκει ο γαστρεντερικός σωλήνας και τα παρακείμενα του όργανα.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας είναι βασικά ένας σωλήνας εννέα μέτρων του οποίου η κύρια λειτουργία είναι η προώθηση των σιτίων και η διάσπαση των θρεπτικών ουσιών σε μορφές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Τα παρακείμενα όργανα εξασφαλίζουν ένζυμα ή άλλες ουσίες απαραίτητες για την τέλεια διάσπαση, απορρόφηση, χρησιμοποίηση και εναποθήκευση των βασικών θρεπτικών ουσιών.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αποτελείται από τις δομές του στοματοφάρυγγα (στόμα, δόντια, σιελογόνοι αδένες, υπερώα, γλώσσα), την επιγλωτίδα, τον οισοφάγο, το στομάχι, το λεπτό και το παχύ έντερο, το ορθό και το απευθυσμένο. Τα παρακείμενα όργανα, εξάλλου, είναι το ήπαρ με την χοληδόχο κύστη και το πάγκρεας<sup>2</sup>.



Η νωσπλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος



ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ & ΟΙ ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΕΝΟΙ ΑΔΕΝΕΣ.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Αναλυτικότερα τα μέρη του πεπτικού συστήματος είναι:

**ΣΤΟΜΑ:** χείλη, παρειές, προστόμιο, δόντια, γνάθος, στοματική κοιλότητα, υπερώα, γλώσσα, σιελογόνοι αδένες.

**ΦΑΡΥΓΓΑΣ:** Ρινική, στοματική και λαρυγγική μοίρα, φαρυγγικός λεμφικός δακτύλιος, ακουστική σάλπιγγα.

**ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ:** Τραχηλική, θωρακική και κοιλιακή μοίρα, κρικοειδές, αορτικό και υπερφρενικό στένωμα.

**ΣΤΟΜΑΧΟΣ:** Καρδία, Θόλος, σώμα, άντρο, πυλωρικός σωλήνας, πυλωρός, μείζον και ελάσσων τόξο.

**ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ:** Δωδεκαδάκτυλο, νύστη, ειλεός, ήπαρ, χοληδόχος κύστη, πάγκρεας.

**ΠΑΧΥ ΕΝΤΕΡΟ:** Τυφλό - σκωληκοειδής απόφυση, ανιόν - εγκάρσιο - κατιόν - σιγμοειδές κόλο, απευθυσμένο, πρωκτός.

Τέσσερις χιτώνες αποτελούν το τοίχωμα των κοίλων σπλάχνων του πεπτικού συστήματος.

α) Ο βλεννογόνος που αποτελείται από καλυπτήριο επιθήλιο, χόριο (συνδετικός ιστός), εξωκρινείς αδένες και (σε μερικά σπλάχνα) βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα.

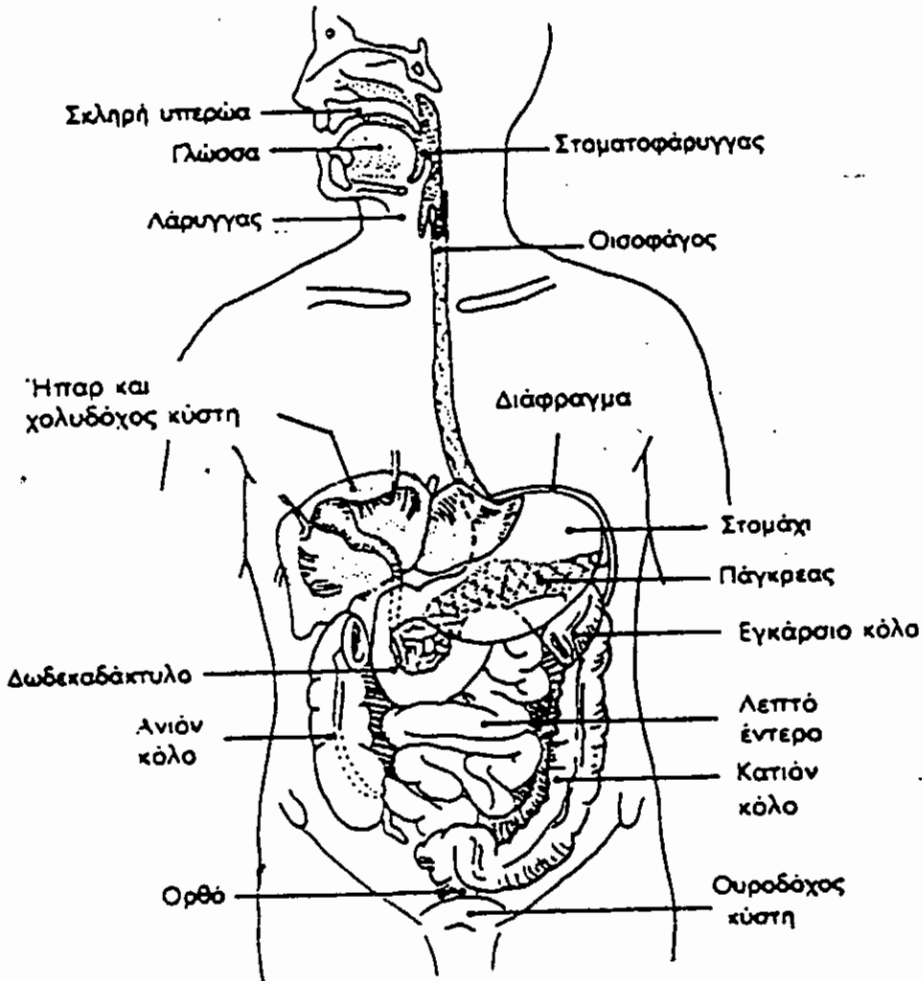
β) Ο υποβλεννογόνος από χαλαρός συνδετικό ιστό, μέσα στον οποίο πορεύονται μεγάλα, σχετικά, αγγεία και νεύρα.

γ) Ο μυϊκός χιτώνας, από λείες μυϊκές ίνες που χρησιμεύει για τις κινήσεις του τοιχώματος των σπλάχνων και

δ) Ο ορογόνος χιτώνας που περιβάλλει ολόκληρη ή μέρος μόνον της επιφάνειας του σπλάχνου.

*Η γαστρεντερική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Οι αδένες του πεπτικού συστήματος διακρίνονται σε τοιχωματικούς, όπως είναι οι αδένες του οισοφάγου, του στομάχου κ.λπ. και εξωτοιχωματικούς, οι οποίοι είναι οι μεγάλοι σιελογόνοι (παρωτίτιδα, υπογλώσσιος, υπογνάθιος), το ήπαρ και το πάγκρεας<sup>3</sup>.



**Εικόνα 1.** Γενική όψη των οργάνων του πεπτικού συστήματος.

## **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Η πέψη των τροφών γίνεται μέσα στον πεπτικό σωλήνα που αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό. Η τροφή προωθείται στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων των οργάνων του· έτσι δέχεται την επίδραση των διαφόρων πεπτικών υγρών που βοηθούν τη διάσπασή της στα τελικά της προϊόντα. Καθώς η τροφή εισέρχεται στο στόμα, αμέσως αρχίζει να διασπάται με την βοήθεια της μηχανικής και χημικής πέψεως. Αυτό σημαίνει ότι οι διάφορες τροφές χάνουν το σχήμα και την μορφή με την οποία μπαίνουν στον πεπτικό σωλήνα και μεταβάλλονται σε υλικό τέτοιο, που να μπορεί ο οργανισμός να το χρησιμοποιήσει για τις ανάγκες του.

Στη στοματική κοιλότητα οι τροφές δέχονται την επίδραση του ενζύμου πτυαλίνη και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε δεξτρίνες (πολυσακχαρίτες μικρότερου μοριακού βάρους από το άμυλο) και σε μαλτόζη (δισακχαρίτες).

Ο βλωμός από το στόμα με την βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων του οισοφάγου κατέρχεται στο στομάχι. Το γαστρικό υγρό του στομάχου και κυρίως το ένζυμο πεψίνη διασπά τα λευκώματα σε πεπτές (μικρότερα μόρια από τα μόρια του λευκώματος).

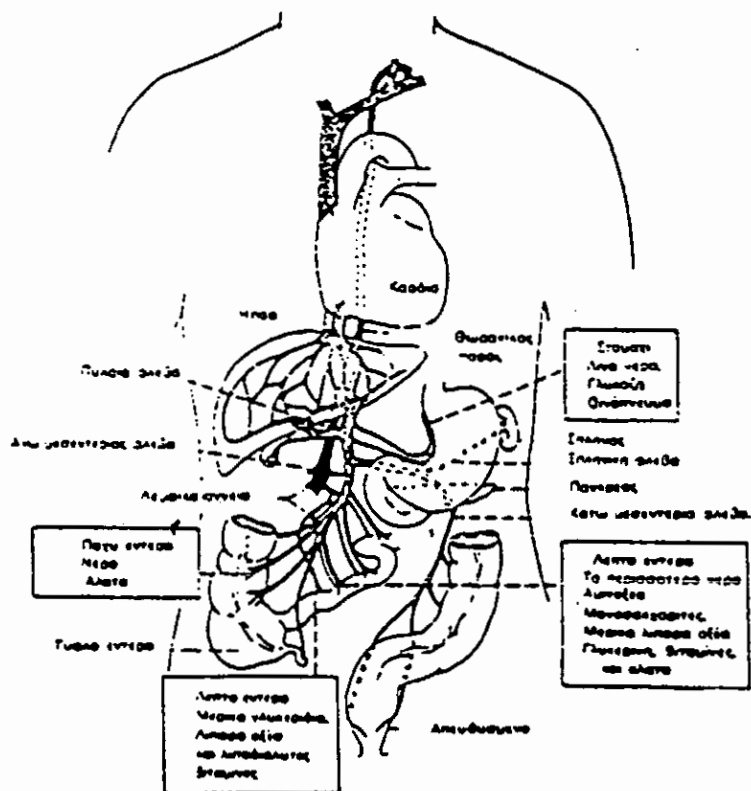
Η πολτοποιημένη τροφή προωθείται από το στομάχι προς το δωδεκαδάκτυλο, όπου δέχεται την επίδραση των ενζύμων του παγκρέατος και των χολικών αλάτων της χολής.

Οι υδατάνθρακες με την επίδραση του παγκρεατικού ενζύμου αμυλάση διασπώνται σε μαλτόζη και τα λευκώματα με την επίδραση του ενζύμου θρυψίνη σε πολυπεπίδια. Το παγκρεατικό ένζυμο λιπάση δρα πάνω στα γαλακτοποιημένα από τα χολικά άλατα λίπη και τα διασπά σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.

Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος

Η μερική αυτή διάσπαση των τροφών ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο με τη βοήθεια του εντερικού υγρού, που περιέχει πολλά ένζυμα τα οποία στο σύνολό τους ονομάζονται ερειψίνη. Έτσι οι υδατάνθρακες απορροφώνται από τις λάχνες του λεπτού εντέρου με μορφή μονοσακχαριτών, τα λευκώματα απορροφώνται με μορφή αμινοξέων και τέλος τα λίπη με μορφή λιπαρών οξέων και γλυκερίνης (εικόνα 2).

Τροφές, όπως η κυτταρίνη, που δεν διασπώνται επομένως και δεν απορροφώνται, αφού περάσουν όλο τον πεπτικό σωλήνα αποβάλλονται με την κένωση προς το εξωτερικό περιβάλλον.



**Εικόνα 2.** Ανατομική διαγραμματική απορρόφηση των τροφών

Τα τελικά αυτά προϊόντα της πέψεως δια της κάτω κοίλης φλέβας θα φθάσουν στο ήπαρ, όπου θα μεταβολισθούν για να μεταβληθούν σε οικοδομικό υλικό των ιστών του οργανισμού και σε διάφορες μορφές ενέργειας.

Το ήπαρ όπως και το πάγκρεας ανήκουν στο πεπτικό σύστημα. Το ήπαρ παράγει τη χολή, η οποία μεταφέρεται με το σύστημα των χολαγωγών αγγείων στη χοληδόχο κύστη, όπου και αποθηκεύεται, μέχρις ότου χρειαστεί για την πέψη των λιπών. Τα παγκρεατικά κύτταρα εκκρίνουν το παγκρεατικό υγρό, το οποίο περιέχει πολύτιμα ένζυμα για τη χημική πέψη όλων των τροφών. Τόσο το ήπαρ, όσο και το πάγκρεας εκκρίνουν το υλικό τους, διαμέσου πόρων, απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο, όπου η πέψη των τροφών συνεχίζεται.

Τα αδενικά κύτταρα στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες υγρών ανά 24ωρο, που είναι απαραίτητες για την πέψη των τροφών. Ανωμαλίες στην εκκρινόμενη ποσότητα οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις.

Το πεπτικό σύστημα είναι εκείνο που κυρίως επηρεάζεται από την εναλλαγή των διαφόρων καταστάσεων του θυμικού. Μπορούμε να πούμε ότι, όσο πιο μεγάλη είναι η ευαισθησία του ατόμου και η επίδραση του πολιτιστικού περιβάλλοντος πάνω του, τόσο περισσότερο αυξημένη είναι η εξάρτηση του πεπτικού συστήματος από την ψυχική του σφαίρα και το συναισθηματικό του τόνο. Συναισθήματα όπως ευαρέσκεια, ευθυμία, επιτυχία στις επαγγελματικές ή άλλες κοινωνικές απασχολήσεις, αισιόδοξη διάθεση, ευχάριστη συναναστροφή κ.λπ., συντελούν στην αύξηση της ορέξεως και διευκολύνουν την πέψη. Αντίθετα κακή διάθεση, απαισιοδοξία, εκνευρισμός κ.ά. ακολουθούνται από ελάττωση της ορέξεως για τροφή και επηρεάζουν δυσμενώς την πέψη. Έντονες συγκινήσεις, όπως ο φόβος ή το άγχος, είναι δυνατό να προκαλέσουν εμέτους ή και διάρροιας<sup>4</sup>.

# **ΑΔΡΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

## **ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

### **1). ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Ο στόμαχος έχει σχήμα J, αποτελεί την πιο ανευρυσμένη μοίρα της πεπτικής οδού και επικοινωνεί με τον οισοφάγο και το λεπτό έντερο μέσω του καρδιακού και του πυλωρικού στομίου, αντίστοιχα. Αποτελεί διατατό σάκο για την αποθήκευση και τη μετατροπή της τροφής σε ημίρρευστη μορφή με την επίδραση εκκριτικών παραγόντων. Υπό φυσιολογικές συνθήκες, ο στόμαχος έχει χωρητικότητα έως 1500ml. Μορφολογικώς, εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη: το έλασσον και το μείζον τόξο έχει μεγαλύτερη δυνατότητα διάτασης και σχετικά μεγάλες ποσότητες τροφής περιέχονται σ' αυτό με μικρή αύξηση της εσωτερικής πίεσης. Αντίθετα, μικρές ποσότητες τροφής, υγρών και εκκρίσεων προωθούνται μέσω του ελάσσονος τόξου<sup>5,6</sup>.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Οι μοίρες του στομάχου είναι τέσσερις:

Η καρδιακή μοίρα που αντιστοιχεί στην μετάπτωση του οισοφάγου στο στόμαχο.

Ο θόλος, που αποτελεί το τμήμα του στομάχου που είναι πάνω από το επίπεδο του καρδιακού στομίου.

Το σώμα, που αποτελεί τα 2/3 του στομάχου.

Το πυλωρικό άντρο που αποτελεί το κατώτερο τρίτο του στομάχου και καταλήγει στον πυλωρικό σφυγητήρα.

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες εκ των έσω προς τα έξω:

- (α) βλεννογόνο χιτώνα,
- (β) υποβλεννογόνο χιτώνα,
- (γ) μυϊκό χιτώνα και
- (δ) ορογόνο.

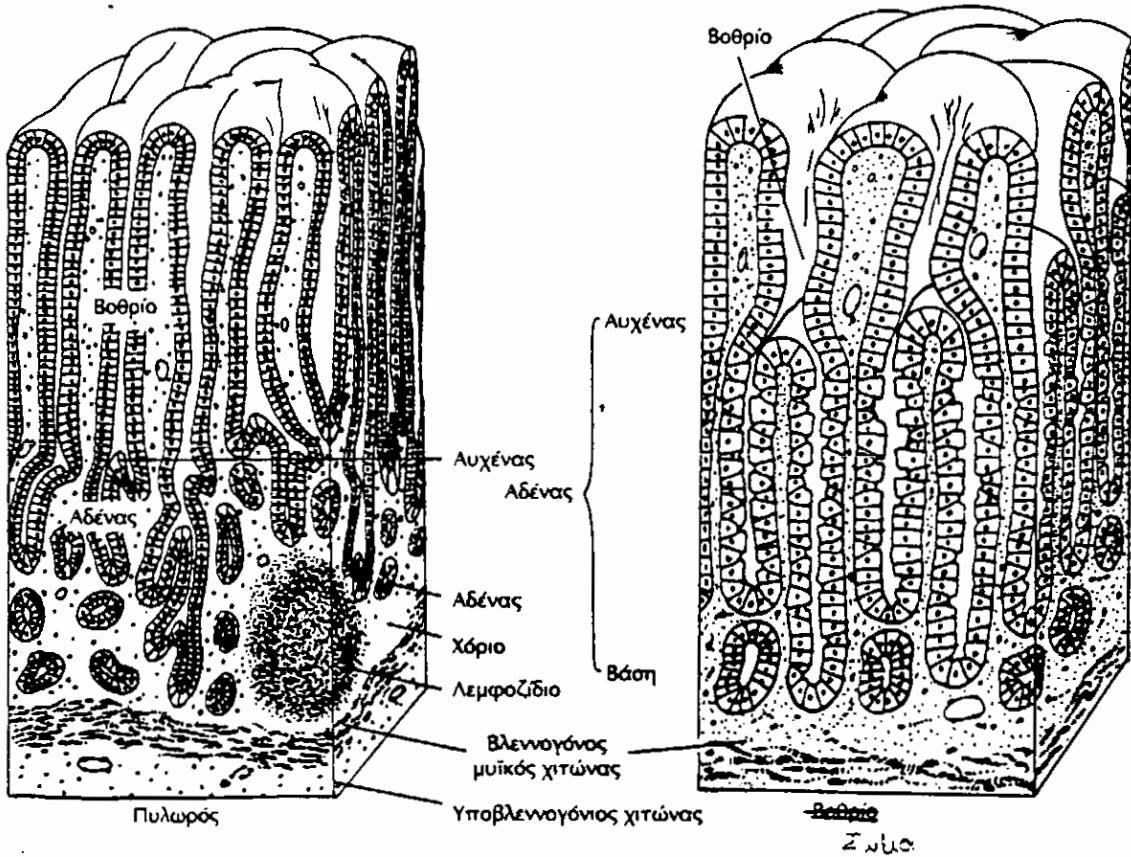
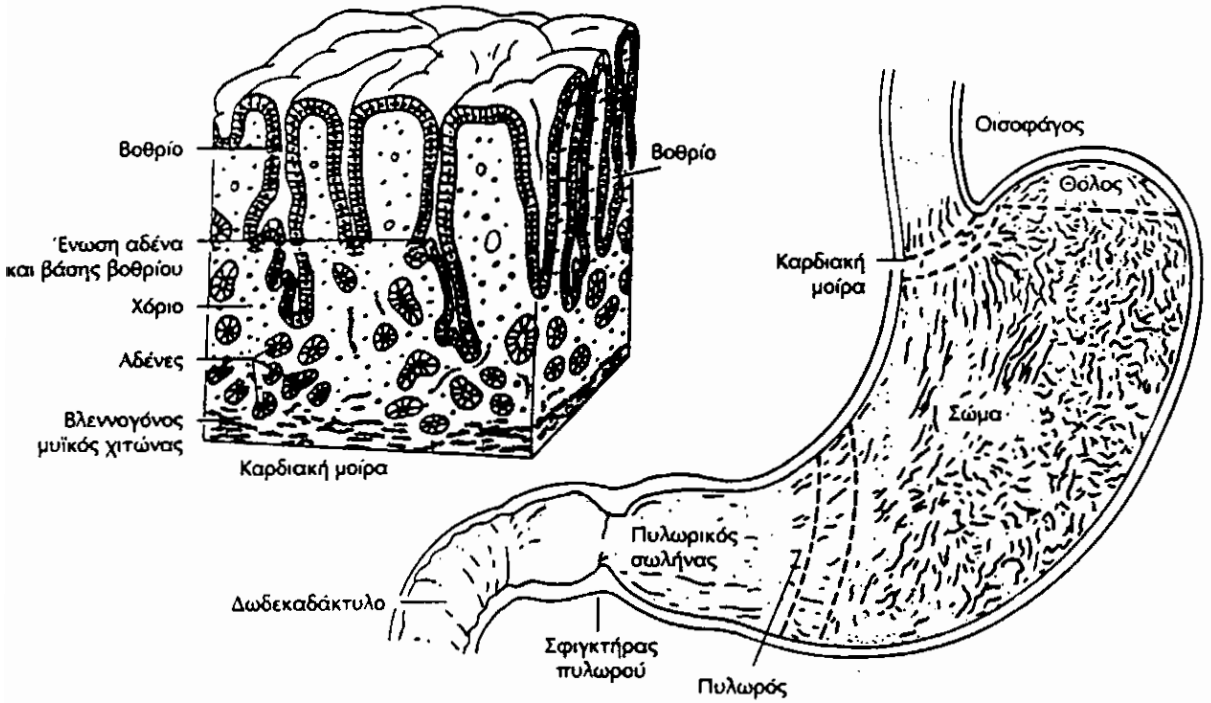
Ο στόμαχος έχει πλούσια αιμάτωση που προέρχεται από κλάδους της κοιλιακής, ηπατικής και σπληνικής αρτηρίας με πολλές αναστομώσεις και με απουσία τελικών αρτηριών<sup>7,5</sup>.

Τα λεμφαγγειακά στελέχη του στομάχου ακολουθούν τις κύριες αρτηρίες και φλέβες. Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα ακολουθεί καθορισμένο πρότυπο. Στο στόμαχο, η παρασυμπαθητική χολινεργική νεύρωση προέρχεται από τους τελικούς κλάδους των δύο πνευμονογαστρικών νεύρων: το δεξιό πνευμονογαστρικό διαιρείται στον ηπατικό και τον πρόσθιο γαστρικό κλάδο και το οπίσθιο στον κοιλιακό και τον οπίσθιο γαστρικό κλάδο<sup>8</sup>.



Η γαστρεντερική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος

## ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ



**Εικόνες του στομάχου και ιστολογική δομή τους**

*Η νοσπλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### Μικροσκοπική περιγραφή

Ο γαστρικός βλεννογόνος αποτελείται από (α) το καλυπτήριο επιθήλιο που καταδύεται, σε ποικίλη έκταση, προς το χορίο σχηματίζοντας (β) τα γαστρικά βοθρία. Σε κάθε βοθρίο εκβάλλουν περίπου τέσσερις γαστρικοί αδένες. (γ) Τους σωληνοειδείς αδένες (καρδιακούς, γαστρικούς, πυλωρικούς) που χαρακτηρίζουν κάθε περιοχή του στομάχου, διακλαδίζονται και εκβάλλουν στα γαστρικά βοθρία.

(δ) Το χόριο αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, πλούσιο σε δικτυωτές και κολλαγόνες ίνες.

(ε) Την βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Η στιβάδα αυτή μπορεί να διασπασθεί και με γαστρικό ερεθισμό και να οδηγήσει σε έλκος. Παράγοντες που ενοχοποιούνται: συγκινησιακή ένταση (stress), ψυχοσωματικές διαταραχές ή φαρμακευτικές ουσίες, όπως η ασπιρίνη. Η αρχική εξέλκωση μπορεί να επουλωθεί ή να επιδεινωθεί ακόμη περισσότερο εξαιτίας της τοπικής δράσης της πεμίνης και του υδροχλωρικού οξέως, με επακόλουθο τη δημιουργία γαστρικού έλκους<sup>8</sup>.

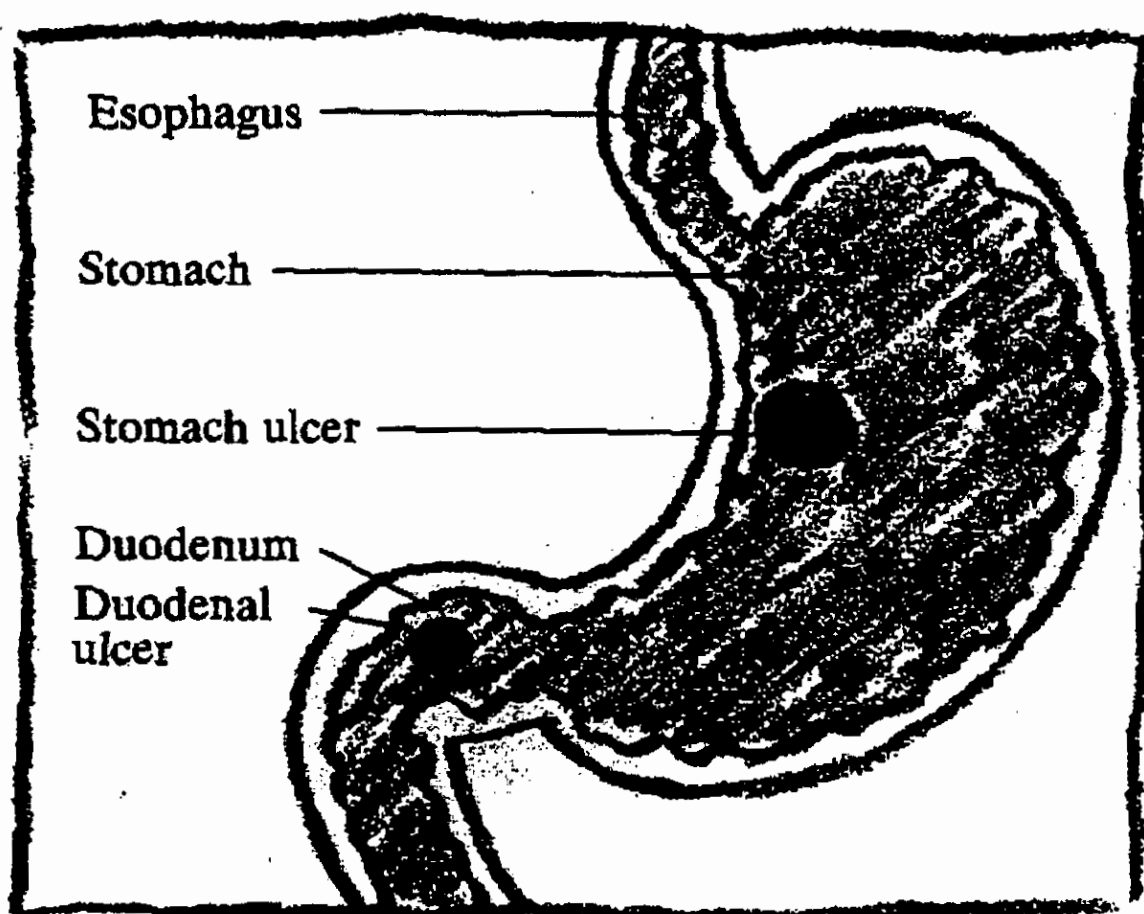
### 2) ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΛΚΟΥΣ

Κατά τη διάρκεια της φυσικής πέψης η τροφή κινείται απ' το στόμα στη συνέχεια οισοφάγο και καταλήγει στο στομάχι<sup>9</sup>. Το στομάχι παράγει υδροχλωρικό οξύ και ένα ένζυμο που ονομάζεται πεψίνη για την πέψη της τροφής. Απ' το στομάχι η τροφή περνάει στο ανώτερο τμήμα του Λεπτού εντέρου που ονομάζεται δωδεκαδάκτυλο όπου η πέψη και η απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών συνεχίζεται.

Το έλκος είναι μια πληγή η οποία σχηματίζεται στο εσωτερικό του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου όπου το οξύ και η πεψίνη παρουσιάζονται. Το έλκος στο στομάχι ονομάζεται γαστρικό και στο δωδεκαδάκτυλο ονομάζεται δωδεκαδακτυλικό. Γενικά το έλκος στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο ονομάζονται πεπτικά έλκη<sup>10</sup>.

Έλκος είναι μία περιγεγραμμένη εξέλκωση του βλεννογόνιου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα του στομάχου και δωδεκαδακτύλου που εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος<sup>4</sup>. Το πεπτικό έλκος παρουσιάζεται σε περιοχές που βρίσκονται σε επαφή με γαστρική έκκριση.

Αντιπροσωπεύει διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ της έκκρισης υδροχλωρικού οξέως - πεψίνης και των αμυντικών μηχανισμών του βλεννογόνου<sup>11</sup>.



**Stomach and Duodenal Ulcers**

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Κάθε χρόνο το έλκος επηρεάζει περίπου 4.000.000 ανθρώπους. Περισσότεροι από 40.000 άνθρωποι χειρουργούνται εξ' αιτίας επίμονων συμπτωμάτων ή προβλημάτων απ' το έλκος. Περίπου 6.000 άνθρωποι πεθαίνουν από επιπλοκές του έλκους.

Το έλκος μπορεί ν' αναπτυχθεί σε κάθε ηλικία, αλλά είναι λιγότερο συχνό σε ενήλικες και πολύ περισσότερο σε παιδιά. Το δωδεκαδακτυλικό συνήθως σε ηλικία 30-50. Το στομαχικό έλκος συνήθως αναπτύσσεται σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών το δωδεκαδακτυλικό έλκος συμβαίνει πιο συχνά σε άνδρες παρά γυναίκες ενώ τό στομαχικό συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες παρά στους άνδρες<sup>9,10</sup>.

*Η γαστρεντερική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Εντοπίζεται κατά προτίμηση στο έλασσον τόξο του στομάχου και την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι συχνότερο από το γαστρικό<sup>4</sup>.

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η αιτιολογία του έλκους δεν είναι γνωστή μετ' ακριβείας. Για περισσότερο από ένα αιώνα οι γιατροί πίστευαν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως το stress και η δίαιτα προκαλούσαν έλκος. Αργότερα οι ερευνητές ανακάλυψαν μια ανισορροπία μεταξύ πεπτικών υγρών (υδροχλωρικού οξέως και πεψίνης) και της ικανότητας του στομάχου να υπερασπίζεται ενάντια σ' αυτές τις ισχυρές ουσίες που είχαν ως αποτέλεσμα την δημιουργία του έλκους. Σήμερα οι έρευνες δείχνουν ότι περισσότερα έλκη αναπτύσσονται σαν αποτέλεσμα μόλυνσης από ένα βακτήριο που ονομάζεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Παρ' όλο που καθένας απ' αυτούς τους τρεις παράγοντες:

—Τρόπος ζωής

—οξύ και πεψίνη

—Ελικοβακτηρίδιο πυλωρού,

παίζουν ρόλο στη δημιουργία του έλκους, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού θεωρείται η πρωταρχική αιτία έλκους<sup>9</sup>.

Σε μερικές περιπτώσεις πεπτικού έλκους, φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο γενετικοί παράγοντες. Έτσι παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα έλκους μεταξύ του πρώτου βαθμού συγγενών με έλκος δωδεκαδάκτυλου. Συσχέτιση παρατηρείται επίσης μεταξύ πεπτικού έλκους δωδεκαδάκτυλου, πεπτικού έλκους και καπνίσματος<sup>12</sup>. Μελέτες δείχνουν ότι το κάπνισμα τσιγάρων αυξάνει την πιθανότητα ν' αναπτύξει κάποιος έλκος. Το κάπνισμα επιβραδύνει τη θεραπεία (επούλωση) του έλκους και συμβάλλει επίσης στην επάνοδο του έλκους<sup>9</sup>.

**Βλαπτικοί παράγοντες**

Οξύ και πεψίνη  
 Αλκοόλη  
 Φάρμακα

Μικρόβια  
 Χολή

**Προστατευτικοί**

Βλέννα και διττανθρακικά  
 Κυτταρική μεμβράνη  
 Ανανέωση/μετανάστευση  
 κυττάρων

Αιματική ροή  
 Προσταγλανδίνες

Συσχέτιση παρατηρείται με την εθνική προέλευση (η Ιαπωνία είναι η χώρα με τη μεγαλύτερη συχνότητα ελκοπαθών).

Οι γεωγραφικές διαφορές που παρατηρούνται στις διάφορες περιοχές του πλανήτη, σχετικά με τη συχνότητα των παθήσεων του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, αποτελούν ισχυρή ένδειξη ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες υπεισέρχονται στην αιτιολογία των παθήσεων αυτών· μεταξύ αυτών των παραγόντων, σημαντική θέση κατέχουν οι διαιτητικοί.

Απο παλαιά, έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα πεπτικού έλκους και επίσης ότι είναι δυνατόν να επηρεάσουν το ρυθμό επουλώσεως και τις υποτροπές του. Υπέρ της πρώτης παρατηρήσεως συνηγορεί το φαινόμενο ότι παρατηρείται αυξημένη συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους στη Νότιο Ινδία, σε σχέση με τη Βόρειο<sup>13,14</sup>, δύο περιοχές με διαφορετικές διαιτητικές συνήθειες, καθώς και σε ορισμένες περιοχές της Αφρικής (Νότιος Νιγηρία σε σχέση με τη Βόρειο), όπου επίσης παρατηρούνται διαφορές στις διαιτητικές συνήθειες<sup>15</sup>.

## **Καφές**

Ο καφές είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσπεπτικά ενοχλήματα σε πολλά άτομα σε έρευνα στις ΗΠΑ μόνο 5% των γαστρεντερολόγων επέτρεπαν την κατανάλωση καφέ στους ασθενείς τους<sup>16</sup>. Η καφεΐνη προάγει την έκκριση οξέος στο στομάχο.

Επίσης, άλλα ποτά που περιέχουν καφεΐνη, όπως η Coca Cola, που συνήθως αποκλείεται από τη δίαιτα των ελκοπαθών, αποτελούν ισχυρά ερεθιστικά της γαστρικής εκκρίσεως<sup>8</sup>.

## **ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ**

Στις ΗΠΑ, μικρό ποσοστό (5%) ομάδας ερωτηθέντων γαστρεντερολόγων επέτρεπε την κατανάλωση αλκοόλης από τους ελκοπαθείς, ενώ η πλειονότητα συνιστούσε αποφυγή<sup>16</sup>. Η σύσταση αυτή υποστηρίζεται από αρκετά πειραματικά δεδομένα και γνώσεις.

Επίσης μπαχαρικά, λιπαρά οξέα και το αλάτι επιφέρουν αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού οξέος και ερεθισμό του γαστρικού βλεννογόνου ασκώντας έτσι κάποια επίδραση στην εμφάνιση πεπτικού έλκους<sup>8</sup>.

## **ΟΞΥ ΚΑΙ ΠΕΨΙΝΗ**

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η ανικανότητα του στομάχου να υπερασπίζεται ενάντια σ' αυτές τις ισχυρές ουσίες (οξύ-πεψίνη) συμβάλλει στη δημιουργία έλκους. Το στομάχι αμύνεται σ' αυτά τα υγρά με διάφορους τρόπους. Ένας τρόπος είναι παράγοντας βλέννα. Άλλος τρόπος είναι παράγοντας ένα χημικό που ονομάζεται διττανθρακικό. Αυτό το χημικό

εξουδετερώνει και μετατρέπει αυτές τις ουσίες σε λιγότερο οδυνηρές για το στομάχι. Τελικά η κυκλοφορία του αίματος στο εσωτερικό του στομάχου, η ανανέωση των κυττάρων και η ανακατασκευή των κυττάρων βοηθούν στην προστασία του στομάχου. Μή στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα κάνουν το στομάχι ευπρόσβλητο στις οδυνηρές επιδράσεις του οξέως και της πεψίνης.

Μή στεροειδή φάρμακα όπως η ασπιρίνη ανευρίσκονται σε πολλές χωρίς συνταγή ιατρικές εντολές που χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν τον πυρετό, πονοκεφάλους και μικρότερους πόνους. Όπως και συνταγές για να θεραπεύσουν μια πληθώρα αρθρικών καταστάσεως παρεμβαίνουν στην ικανότητα του στομάχου να παράγει βλέννα και διττανθρακικά και επηρεάζουν τη ροή του αίματος στο στομάχι και την ανανέωση των κυττάρων. Όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν την αποτυχία των μηχανισμών άμυνας του στομάχου έχοντας ως αποτέλεσμα μια αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως στομαχικού έλκους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις αυτά τα έλκη εξαφανίζονται μόλις το άτομο κάνει χρήση των μή στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων<sup>9,10</sup>.

### **ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΠΥΛΩΡΟΥ**

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι ένα σπειροειδούς σχήματος βακτήριο που ανευρίσκεται στο στομάχι. Οι έρευνες δείχνουν ότι αυτό το βακτήριο καταστρέφει τον ιστό του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου προκαλώντας φλεγμονή και έλκη. Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι αυτή η καταστροφή συμβαίνει εξ αιτίας του σχήματος και του χαρακτήρα του

ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού επιζεί στο στομάχι γιατί παράγει το ένζυμο ουρίαση. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επιρροή του ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στις ΗΠΑ ποικίλει ανά ηλικία, εθνικές ομάδες και κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Το βακτήριο είναι πιο κοινό στους μεγαλύτερους ενήλικες και στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Το μικρόβιο αναπτύσσεται όταν μολυσμένα αντικείμενα έρχονται σ' επαφή με τα χέρια και με το νερό. Τα περισσότερα άτομα δείχνουν ότι μολύνθηκαν κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και η μόλυνση αυτή συνεχίζεται σέ όλη της τη ζωή<sup>9, 10</sup>.

Επίσης σχετικά με την παθογένεια του πεπτικού έλκους μπορούμε να πούμε ότι είναι μια πάθηση που οφείλεται αφ' ενός μεν στην ιδιοσυστασία και την ιδιαίτερη ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος, αφ' ετέρου στους ποικίλους παράγοντες προδιαθέσεως, στον ανήσυχο τρόπο διαβίωσης, σε συνήθειες διατροφής, ψυχαγωγίας κ.λπ., σε έντονες σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις όπου έχουμε υπερέκκριση του φλοιού των επινεφριδίων, επίδραση των γλυκοκορτικοειδών, αύξηση της εκκρίσεως του στομάχου, ελάττωση της αντοχής του βλεννογόνου. Τα λεγόμενα κεραυνοβόλα έλκη εμφανίζονται μετά από εγκεφαλικό συμβάν, σε έγκαυμα και ψυχολογική καταπίεση<sup>4</sup>.

Το κεντρικό ψυχολογικό πρόβλημα των ανθρώπων που πάσχουν από έλκος στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου είναι η ύπαρξη παθητικών επιθυμιών που δεν μπορούν να θρουν ικανοποίηση σε ομαλές διαπροσωπικές σχέσεις. Άτομα που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή, είναι κατά κανόνα φιλόδοξα, δραστήρια και ανταγωνιστικά, που για την επιτυχία του σκοπού τους δίνουν ολο



Η γαστρεντερική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος

κληρο τον εαυτό τους. Η διαταραχή εμφανίζεται όταν η ένταση των εξαρτητικών επιθυμιών του ατόμου αυξάνεται είτε γιατί προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει με ένα αμυντικό τρόπο, αναλαμβάνοντας μεγαλύτερες ευθύνες και δραστηριότητες, είτε γιατί οι εξωτερικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την ικανοποίησή τους. Η εξωτερική στέρηση μπορεί να προκύψει από την απώλεια ενός προσώπου με το οποίο ο άρρωστος είχε δημιουργήσει μια εξαρτητική σχέση, με την απώλεια μιας θέσης που του έδινε ένα συναίσθημα ασφάλειας, με την απομάκρυνση από ένα προστατευτικό οικογενειακό περιβάλλον. Η αύξηση της ευθύνης μπορεί να αντιστοιχεί σε ένα γάμο, στην απόκτηση ενός παιδιού ή στην ανάληψη μιας πιο υπεύθυνης εργασίας. Όταν οι εξαρτητικές τάσεις του ατόμου δεν βρίσκουν ικανοποίηση δημιουργείται μια κατάσταση συνεχούς ψυχικής εντάσεως που κινητοποιεί τις γαστρικές του λειτουργίες καθώς υπάρχει μια μακροχρόνια συνάρτηση της διατροφής με την τρυφερή φροντίδα από τον καιρό που ως νήπιο ήταν κάτω από την επίβλεψη της μητέρας του. Η όξινη αντίδραση και η υπερκινητικότητα του στομάχου μπορούν να λιγοστέψουν με την έκλυση συναισθημάτων ευαρέσκειας και ευεξίας<sup>17</sup>.

Σημαντικός λοιπόν παράγοντας για την εμφάνιση έλκους είναι η προσωπικότητα του ατόμου. Η ψυχική συμπεριφορά του ελκοπαθούς είναι το κλειδί για την εξήγηση της ανωμαλίας του γαστρικού υγρού με την οποία «αυτός τρώει μόνος του» τον εαυτό του εσωτερικά<sup>1</sup>.

## **STRESS**

Πολλοί ασθενείς με έλκος κατηγορούν το STRESS για τα ενοχλήματά τους. Τα συγκινησιακά προβλήματα, οι οικονομικές στενοχώριες ή η πυρετική κίνηση φαίνεται να προκαλούν δυσπεψία σε ωρισμένους, όπως είναι οι συγκεκριμένοι ασθενείς των περιπτώσεών μας. Η αδρεναλίνη, η ορμόνη "μάχης ή φυγής", αυξάνει την έκκριση οξέος στο στομάχι και αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ένα αίσθημα καύσου. Επίσης, είναι αλήθεια ότι το πολύ έντονο STRESS, συμπεριλαμβανομένου και του STRESS από σωματική αρρώστεια, μπορεί να προκαλέσει οξύ έλκος στο στομάχι ή το δωδεκαδάκτυλο.

Όπως αναφέραμε προηγούμενα τα πεπτικά έλκη έχουν την τάση "να έρχονται και να φεύγουν" και το STRESS φαίνεται, συχνά, πως έχει σαν αποτέλεσμα μια νέα έξαρση στον ασθενή με πεπτικό έλκος<sup>18</sup>.

## **ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ:**

Καταστάσεις STRESS θεωρήθηκαν σαν ψυχολογικές επιβαρύνσεις που επιδρούν συγχρόνως στις σωματικές και ψυχικές λειτουργίες. Η ψυχική κόπωση είναι δυνατό να επιφέρει διαταραχές σε προδιατεθειμένα άτομα, όπως και αντίστοφα: εντατική σωματική προσπάθεια διαμέσου του ενδοκρινολογικού συστήματος μπορεί να έχει μια επίδραση στις λειτουργίες άμυνας του ΕΓΩ.

Ψυχίατροι, παθολόγοι όπως οι WEISS, FERRIS, G PACE, κατά τα έτη 1960-70 απέδειξαν ότι πολλές σωματικές ασθένειες επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Αυτές ανάλογα με την ψυχολογική και κοινωνική κρίση ενός ατόμου, εμφανίζονται π.χ. σε περιπτώσεις επαγγελματικής αποτυχίας, σε ένταση συζυγικής ζωής, σε απώλεια οικονομικής ή συναισθηματικής φύσης, καθώς και σε θάνατο.

Επίσης την εμφάνιση της νόσου μπορεί να την ευνοήσουν η κοινωνική αδικία, η μετακίνηση σε νέο περιβάλλον, ο χωρισμός, η φτώχεια, η βία, ο κίνδυνος, το άγχος και η οργή. Αυτά συμπεραίνονται από σημαντικά στατιστικά στοιχεία, όσο αφορά τις ψυχοσωματικές παθήσεις. Οι ασθενείς εκδηλώνονται συχνά κατά την διάρκεια τέτοιων παθήσεων, ενώ υποχωρούν σε περίοδο ήρεμης ζωής, καθώς απέδειξαν κατ' επανάληψη στατιστικά μεγάλοι Αμερικανοί ερευνητές.

Το κοινωνικό γεγονός φαίνεται να ασκεί μια διπλή επιρροή στην ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Από την μια μεριά υπάρχουν ατομικοί παράγοντες δημιουργίας STRESS, δηλαδή βαρύνοντα γεγονότα, που είναι στατιστικά σημαντικά, από την άλλη η κοινωνία επιδρά στην υγεία του καθενός σαν σύνολο. Ψυχοσωματικά συμπτώματα εμφανίζονται συχνότερα σε αστικά κέντρα παρά στην επαρχία, καθώς και σε κοινωνικά στρώματα που βρίσκονται σε διάλυση παρά σε εκείνα που έχουν σύνδεσμο μεταξύ τους<sup>18</sup>.

## **ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ (ΚΥΡΙΩΣ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ)**

Η αύξηση των ψυχοσωματικών ασθενειών είναι μεγαλύτερη στις περιοχές όπου παρουσιάζεται το φαινόμενο της μετανάστευσης και της αστυφιλίας. Ακόμη παρατηρήθηκε το ίδιο σε ανθρώπους που δεν συνήθιζαν να γίνονται αντικείμενο σκέψης και αυτοπαρατήρησης που ζουν πρωτόγονα και είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένοι και ταυτισμένοι με την δική τους σωματική εικόνα ή ζουν σε ένα πολιτισμό που δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην σωματική έκφραση των συναισθημάτων<sup>18</sup>.

Παρόμοιοι είναι και οι παράγοντες που ενοχοποιούνται στη δημιουργία δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Όπως: Υδροχλωρικό οξύ

Πεψίνη

Βλεννογονικός φραγμός

Διττανθρακικά

Ορμόνες

Χολή

Προσταγλανδίνες

Γενετική προδιάθεση

Διατροφή

Φάρμακα

Λοιμώδεις παράγοντες

Ψυχολογικοί παράγοντες

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η κλινική εικόνα απαρτίζεται από ενοχλήματα συνήθως περιοδικά (φθινόπωρο, άνοιξη), διάρκειας 10-20 ημερών και παρουσιάζουν πόνο, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικό καύσιμα, μετεωρισμό και δυσκοιλιότητα<sup>4</sup>.

Τυπικοί είναι οι πόνοι στο πάνω μέρος της κοιλιάς αριστερά από τον ομφαλό κατά το έλκος στομάχου και δεξιά κατά το έλκος δωδεκαδακτύλου. Αυτοί οι έντονοι πόνοι μπορούν να παρουσιαστούν λίγο πριν ή αρκετά μετά από το φαγητό. Η λήψη της τροφής καταπραΰνει συνήθως τους πόνους γιατί καταναλώνει το γαστρικό οξύ στην πέψη. Κάθε ελκοπαθής γνωρίζει μια ολόκληρη σειρά από φαγητά που του κάνουν κακό, και κυρίως αυτά που ευνοούν την έκκριση του υγρού, όπως π.χ. κρασί, καφές, μπαχαρικά, τηγανητά, κρεατόζουμο κ.λπ<sup>1</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η φαρμακευτική θεραπεία του έλκους έχει σημειώσει αξιόλογη πρόοδο τα τελευταία 15 χρόνια. Πληθώρα φαρμάκων, λίαν αποτελεσματικών και αξιοσημειώτως ασφαλών, επιτρέπουν τον ισχυρισμό ότι σήμερα δεν υφίσταται έλκος ανθεκτικό στη φαρμακευτική αγωγή.

Αναλυτικότερα, η στρατηγική αντιμετώπισης του έλκους συνίσταται στην επίτευξη τεσσάρων στόχων, που προκύπτουν από τα σύγχρονα δεδομένα της παθοφυσιολογίας της νόσου:

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

1. Μείωση της παραγωγής οξέως. Ο ευχερέστερος στόχος.
2. Βελτίωση των αμυντικών ικανοτήτων του βλεννογόνου του στομάχου.

Δυσχερής, αλλά αρκετά επιτεύξιμος στόχος.

3. Εκρίζωση του *Helicobacteri pylori*, το οποίο, ανεξαρτήτως της ευθύνης του ή μη για τη δημιουργία του έλκους, πιθανότατα ευθύνεται για τις υποτροπές του έλκους.

4. Μείωση ή εξάλειψη των υποτροπών του έλκους. Ο δυσχερέστερος -και σχεδόν ανέφικτος- στόχος σήμερα<sup>8</sup>.

Η θεραπεία μπορεί να έλθει αυτόματα με συντηρητική αγωγή (υγιεινοδιαιτητική αγωγή και φάρμακα) και τέλος με χειρουργική αφαίρεση του.

Η υγιεινοδιαιτητική αγωγή συνίσταται:

- στην αποφυγή ερεθιστικών τροφών π.χ. λιπαρές, αλμυρές, πικάντικες τροφές
- στη λήψη μικρής ποσότητας τροφής, αλλά πολλές φορές το 24ωρο.
- καθώς επίσης και στο σταμάτημα του καπνίσματος

Στα φάρμακα υπάγονται:

- α) Τα αντιόξινα: Simeco, Alydrox, Oxaine, Maalox, Riopan (μετά φαγητού).
- β) Τα φάρμακα που αποκλείουν τους H<sub>2</sub> ισταμινικούς υποδοχείς π.χ. Zantac, Tagamet, Peptan.
- γ) Φάρμακα που αναστέλλουν την έκκριση του γαστρικού υγρού δρώντας σε κυτταρικό επίπεδο π.χ. Losec, Laprasol<sup>12</sup>.

Πολύ πιο ριζικά στη διαδικασία του έλκους επεμβαίνει η ψυχοθεραπεία που αλλάζει τη στάση του χαρακτήρα του αρρώστου. Του δίνει τη δυνατότητα για συναισθηματικό χαλάρωμα και εσωτερικό νέο προσανατολισμό και διορθώνει έτσι τον αυτοκαταστρεπτικό τρόπο της ζωής του. Ο κάθε ελκοπαθής λοιπόν έχει ανάγκη από ψυχοθεραπεία, γιατί η σωματική του πάθηση είναι έκφραση μιας ψυχικής βλάβης<sup>1</sup>.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από πεπτικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση 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 επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.

Για να πετύχει αυτό η νοσηλεύτρια/της πρέπει να είναι καλά κατατοπισμένη/ος και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που καθώς και για το σκοπό της. Οι οδηγίες του ιατρού πρέπει να τηρούνται με κάθε ακρίβεια.

Το έλκος που βρίσκεται σε παροξυσμό θεραπεύεται αποτελεσματικότερα με την εφαρμογή των εξής μέτρων:

1. Ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και αναπαύσεως του ασθενούς.

Με τον τρόπο αυτό επιδιώκται ο αποκλεισμός ή η μείωση των

παραγόντων, που συμβάλλουν στη δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους και κατορθώνεται με ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι οπότε και η πέψη βοηθείται και ο ασθενής απομακρύνεται από κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, εκνευρισμούς και φροντίδες.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της νοσηλεύτριας/τη, όταν και οι δύο γνωρίζουν να τον πείθουν και επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του. Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών, βοηθεί στη διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται, καθώς και η πλήρης ανάπαυση του ασθενούς, όταν επισκέπτες πολλοί και ανεπιθύμητοι τον ξαναφέρουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής. Ακόμα δεν ηρεμεί ο άρρωστος, όταν οι πολλές ανάγκες του δεν ικανοποιούνται από το προσωπικό του ιδρύματος.

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

2. Βοήθεια για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου και τον περιορισμό, της υπερκινητικότητας και εκκριτικότητας του. Λευκωματούχες τροφές που ενώνονται με τα οξέα και αλκαλικά φάρμακα, είναι χρήσιμες για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου. Γι' αυτό συνιστάται



να παίρνει ο ασθενής σε συχνά διαστήματα μικρή ποσότητα τροφής, όπως γάλα, κρέμα, κουάκερ και φάρμακα που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχοληνεργικά και αντιόξινα φάρμακα που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

Η λήψη όμως των φαρμάκων αυτών συχνά συνοδεύεται από δυσμενείς επιδράσεις, κυριότερες από τις οποίες είναι ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας και του λαιμού, μεγάλη δίψα, δυσκολία στην κατάποση κ.ά.

Δίνονται ακόμη σπασμολυτικά φάρμακα, σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Η χορήγησή τους περιορίζει την υπερκινητικότητα και την αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού υγρού και επομένως βοηθείται ο άρρωστος να ηρεμήσει.

Καθώς ο πόνος υποχωρεί περιορίζεται η συχνότητα των γευμάτων και αυξάνεται το διαιτολόγιο του ασθενούς σε ποσότητα και ποικιλία. Οπωσδήποτε προτιμώνται οι λευκές τροφές (χωρίς καρυκεύματα και σάλτσες) οι οποίες δεν προκαλούν έκκριση μεγάλης ποσότητας γαστρικού υγρού, εφόσον δεν ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου. Το στομάχι δεν πρέπει να υπερφορτώνεται, ούτε να μένει άδειο από τροφή. Γι' αυτό τα γεύματα είναι μικρά, και συχνά. Από τη φύση του το διαιτολόγιο στερείται βιταμίνης C, δίνεται όμως στον ασθενή με χυμό πορτοκαλιού και άλλα φρούτα. Εκκριτικοί παράγοντες του γαστρικού υγρού είναι ακόμα το κάπνισμα, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, ο καφές, το τσάι.

3. Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει με το έλκος και σε περίπτωση θεραπείας να μην επαναεμφανισθεί.

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι με πεπτικό έλκος δέχονται συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται. Στις επιπλοκές αναφέρονται 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 ή συντηρητική αγωγή δεν έχει άμεση επίδραση.

Στη συνέχεια αναφέρονται επιγραμματικά τα βασικά προβλήματα του ελκοπαθούς αρρώστου, οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, καθώς και τα μέσα που μπορεί η νοσηλεύτρια/της να χρησιμοποιήσει<sup>4</sup>.

#### **Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ελκοπαθείς είναι:**

- Πόνος και δυσπεψία.
- Αγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις.
- Κίνδυνος επιπλοκών<sup>4</sup>.

## **Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας και Δραστηριότητες για την Επιτυχία τους.**

Ανακούφιση του πόνου και της δυσπεψίας.

Αυτό επιτυγχάνεται με την:

α) Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων, για εξουδετέρωση των εκκρίσεων του στομάχου και ανακούφιση από τα συμπτώματα.

β) Χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων, για τη μείωση της κινητικότητας του στομάχου και της εκκρίσεως των γαστρικών υγρών.

γ) Επαρκή ενυδάτωση του αρρώστου, για εξουδετέρωση παρενεργειών από τα χοληνεργικά φάρμακα.

δ) Χορήγηση διαιτολογίου ελκοπαθούς, δηλαδή:

Λευκωματούχες τροφές για εξουδετέρωση των οξέων.

Συχνά και μικρά γεύματα για την απορρόφηση των οξέων που πλεονάζουν.

Αποφυγή ερεθιστικών τροφών, όπως καρυκεύματα, σάλτσες οίνοπνευματώδη ποτά κ.λπ.

Αποφυγή καπνίσματος<sup>4</sup>.

**Μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων**

Αυτό επιτυγχάνεται με την:

- α) Συχνή επαφή με τον άρρωστο και δημιουργία ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης όπου ο ασθενής θα συζητήσει προσωπικά του θέματα.
- β) Άνετη ακρόαση των προβλημάτων του και αποδοχή του τρόπου τοποθετήσεως και αντιμετώπισεως τους.
- γ) Έμπρακτο ενδιαφέρον για ικανοποίηση φυσικών του αναγκών, οικονομικών, επαγγελματικών κ.λπ.
- δ) Επικοινωνία και επαφή του αρρώστου και με άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας, για λύση αποριών και ανησυχιών του.
- ε) Κατανόηση του αρρώστου ώστε να αποφεύγει παράγοντες που του δημιουργούν υπερένταση και απαισιοδοξία.
- στ) Πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και του διαιτολογίου.
- ζ) Βοήθεια του αρρώστου να μην επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών.

Αυτό επιτυγχάνεται με την:

- α) Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.
- β) Συχνή ιατρική παρακολούθηση.
- γ) Πιστή και ακριβή τήρηση των οδηγιών- που του δόθηκαν με την έξοδό του από το νοσοκομείο σχετικά με το διαιτολόγιο τη φαρμακευτική αγωγή κ.ά.
- δ) Προσπάθεια δημιουργία τρόπου ζωής, που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως κ.λπ.

**ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ****ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ**

Ο Ελκοπαθής πρέπει:

- Να τρώει καθορισμένες ώρες την ημέρα και όχι ακατάπαυστα.
- Να μασά καλά και αργά την τροφή του και να αποφεύγει να πίνει πολύ νερό ή ποτό ή και να μιλά κατά την διάρκεια του φαγητού του.
- Πρωτιμώτερο να τρώει πολλές φορές την ημέρα και μικρές ποσότητες φαγητού παρά να αφήνει πολλές ώρες το στομάχι του άδειο.
- Να αποφεύγει την επίδραση ψύχους στην στομαχική χώρα, δηλαδή κρύα λουτρά, εφιδρώσεις, τα θαλασσινά λουτρά ιδίως τις ώρες της πέψης.
- Να αποφεύγει την ώρα της πέψης να σηκώνει βάρη ή να κάνει γυμναστικές ασκήσεις.
- Να αποφεύγει να συζητά δυσάρεστα τις ώρες των γευμάτων ή της πέψης.
- Να ακολουθεί πιστά και πειθαρχικά τις συμβουλές του γιατρού, όσον αφορά την φαρμακευτική του αγωγή.
- Να παρακολουθεί κάθε σύμπτωμα από το στομάχι του, το χρώμα και την σύσταση των κενώσεων και να το αναφέρει στον γιατρό του.
- Αν διαπιστώσει ότι κάποιο φάρμακο τον ενοχλεί, ας συμβουλευτεί τον γιατρό του, ο οποίος θα τροποποιήσει το διαιτολόγιό του, όπου χρειάζεται<sup>18</sup>.

**ΠΡΟΣΟΧΗ**

- Να αποφεύγει κάθε εκνευρισμό και ερεθισμό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

## **ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ**

### **ΟΡΙΣΜΟΣ**

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου (Irritable Bowel Syndrome, IBS) καταλαμβάνει σημαντικό μέρος του φάσματος των λειτουργικών διαταραχών του εντέρου, αλλά και του όλου πεπτικού συστήματος.

Ως λειτουργική διαταραχή του πεπτικού συστήματος έχει καθοριστεί ένας μεταβαλλόμενος συνδυασμός χρόνιων ή υποτροπιαζόντων συμπτωμάτων του πεπτικού που δεν εξηγούνται ανατομικώς ή βιοχημικώς και που προέρχονται από το φάρυγγα, τον οισοφάγο, τον στόμαχον, τα χοληφόρα, το λεπτό και παχύ έντερο και την ορθοπρωκτική περιοχή. Στις λειτουργικές διαταραχές του εντέρου περιλαμβάνονται το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, ο μετεωρισμός, η λειτουργική διάρροια, η λειτουργική δυσκοιλιότητα και η αταξινόμητη λειτουργική διαταραχή του εντέρου. Στις διαταραχές αυτές υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη συμπτωμάτων.

Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου συγκεκριμένως αποτελεί κινητική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από μεταβολή των συνηθειών του εντέρου, με ή χωρίς την παρουσία κοιλιακού άλγους και χωρίς την ύπαρξη οργανικής νόσου. Η διάγνωσή του βασίζεται στη συμπτωματολογία, που επηρεάζεται από ψυχολογικούς παράγοντες ή καταστάσεις stress.

Οι παλιότεροι χαρακτηρισμοί “νευρικό κόλον”, “ασταθές κόλον”, “σπαστικό σύνδρομο εντέρου”, “νευρική κολίτις”, “σπαστική κολίτις”, “βλενωδής κολίτις”, έχουν εγκαταλειφθεί γιατί δεν αποδίδουν με ακρίβεια τη νοσολογική αυτή οντότητα<sup>19,20,21</sup>.

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Δεν είναι γνωστό το ποσοστό των ατόμων στον γενικόν πληθυσμό, που υποφέρουν από το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Το 20- 50% των ατόμων, που προσέρχονται στο εξωτερικό γαστρεντερολογικό ιατρείο, πάσχουν από το σύνδρομο αυτό. Συμπτώματα, που υποδηλώνουν το σύνδρομο, ανευρίσκονται στο 15% περίπου του πληθυσμού που δε ζητά ιατρική βοήθεια.

Υπάρχει σαφής επικράτηση στα άτομα της λευκής φυλής, ενώ φαίνεται να υπάρχει ελαφρά υπεροχή στις γυναίκες. Στη Νοτιοανατολική Ασία και σε αγροτικές περιοχές η επικράτηση είναι μικρότερη. Στο 50% των ασθενών τα συμπτώματα αρχίζουν πριν από την ηλικία των 35 ετών, ενώ στο 40% μεταξύ των ηλικιών 35 έως 50 ετών<sup>22,23</sup>.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου παρατηρούνται σε πολλά μέλη της ίδιας οικογενείας.

## **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Ο μηχανισμός ή οι μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου δεν έχουν διευκρινισθεί. Δεν έχουν επίσης διαπιστωθεί βιοχημικές, μικροβιολογικές ή ιστολογικές διαταραχές. Σήμερα πιστεύεται ότι στην παθογένεια του συνδρόμου εμπλέκονται διαταραχές της κινητικότητας του πεπτικού συστήματος, διαταραχές της σπλαγχνικής αντίληψης των ερεθισμάτων, ψυχολογικές επιβαρύνσεις και ενδαυλικοί παράγοντες που ερεθίζουν το λεπτό ή το παχύ έντερο<sup>24</sup>, φαρμακολογικοί και ορμονικοί παράγοντες.

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Η αιτιολογία του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου απασχολεί την Ιατρική πάνω από 150 χρόνια. Παρά την επίμονη ή πολύπλευρη ερευνητική προσπάθεια δεν υπάρχει σήμερα μια πειστική αιτιολογική ερμηνεία. Υπάρχουν διάφορες σχολές. Ορισμένοι πιστεύουν ότι η αιτία βρίσκεται σε διαιτητική δυσανεξία, άλλοι θεωρούν το ευερέθιστο έντερο ως μια καθαρά ψυχολογική διαταραχή ενώ υπάρχει και η άποψη της μεταλοιμώδους αιτιολογίας. Για την πλειονότητα πάντως των περιπτώσεων ενοχοποιούνται τα εξής αίτια:

- Ψυχογενή αίτια
- Διαιτητική δυσανεξία
- Μεταδυσεντερική ευερεθιστότης του εντέρου<sup>25</sup>.



## **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ**

Σ' όλη τη διάρκεια των πολλών ετών που γίνονται συστηματικές προσπάθειες για την διευκρίνηση των αιτίων του σύνδρομου ευερέθιστου εντέρου, κεντρική θέση κατέχει η άποψη ότι συμμετέχουν ψυχικοί παράγοντες στην πρόκληση των κλινικών εκδηλώσεων του συνδρόμου. Μάλιστα ένα από τα πρώτα ονόματα που του δόθηκαν ήταν εκείνο της “νευρογενούς κολίτιδος” (nervous colitis).

Πιστεύεται ότι η κλινική εικόνα είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασεως των επιπτώσεων που προκαλεί το άγχος στις διανοητικές λειτουργίες, με την προσωπικότητα του ασθενούς (Avery Jones και Gummer 1960). Η σημασία του παράγοντος “προσωπικότης του ασθενούς” καταφαίνεται από την παρατήρηση ότι ένα συγκεκριμένο ψυχοπιεστικό γεγονός μπορεί να περάσει τελείως ανώδυνα για ορισμένους, προκαλώντας ασήμαντες ενοχλήσεις όπως λ.χ. αϋπνία ή ήπια παροδικά ενοχλήματα του πεπτικού ή κυκλοφορικού συστήματος ενώ για άλλους γίνεται η αφετηρία έντονης και χρόνιας συμπτωματολογίας που μετατρέπεται σε κεντρικό πρόβλημα της ζωής του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η ιστορία της μελέτης των ψυχικών παραγόντων στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου έχει δύο φάσεις: α) την ψυχαναλυτική περίοδο και β) τη σύγχρονη εποχή που στηρίζεται σε μεθόδους συγκρίσεως και ποσοτικών προσδιορισμών<sup>25</sup>.

## Ψυχαναλυτική περίοδος

Οι εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διαρροίας αποδίδονται σε διακυμάνσεις της ψυχικής καταστάσεως του ασθενούς. Στη φάση αυτοελέγχου, όποτε επιδιώκεται η κατακράτηση των κекτημένων, παρατηρείται δυσκοιλιότης. Αντίθετα όταν επικρατεί η υποσυνείδητη ροπή για εγκατάλειψη που χαρακτηρίζεται από επιθετικότητα, παρατηρείται διάρροια.

Alexander (1960)

Σημαντικός σταθμός στην ιστορία της ψυχολογικής προσεγγίσεως του ευερεθίστου εντέρου καθώς και των άλλων διαταραχών του πεπτικού σωλήνος θεωρείται η διατύπωση των απόψεων του , Alexander (1941, 1950) περί των “νευρώσεων” του πεπτικού σωλήνος. Η ψυχαναλυτική αυτή θεώρηση του ρόλου των ψυχικών επιδράσεων στις λειτουργίες του πεπτικού σωλήνος προσπαθεί να ερμηνεύσει τις ψυχοσωματικές αλληλεπιδράσεις που οδηγούν στις λειτουργικές διαταραχές και την κλινική εικόνα του ευερεθίστου εντέρου.

Κατά τον Engel (1969), η ψυχαναλυτική προσέγγιση αναλύει και περιγράφει υποσυνείδητες νοητικές διαδικασίες και αναγνωρίζει ειδικές ψυχοδυναμικές τάσεις που συνδέονται άμεσα με τη γαστρεντερική λειτουργία τόσο από πλευράς αναπτύξεως όσο και από πλευράς λειτουργίας<sup>25</sup>.

**Πίνακας IV.1: Γενική ψυχοπαθολογία, άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με ευερέθιστο έντερο και φυσιολογικούς μάρτυρες**

	Ευερέθιστο Έντερο	Μάρτυρες	Στατιστική σημαντικότητα
22 συμπτώματα (Γενική ψυχοπαθολογία)	8.31 ± 4.87	3.82 ± 3.73	p < 0.001
Περιστασιακό άγχος	45.5 ± 14.4	37.9 ± 13.1	p < 0.05
Άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	48.9 ± 13.3	40.0 ± 10.4	p < 0.01
Άγχος (με την βαθμολογική κλίμακα Zung)	41.7 ± 9.2	33.1 ± 9.2	p < 0.001
Κατάθλιψη (με την βαθμολογική κλίμακα Zung)	42.0 ± 9.0	34.1 ± 10.0	p < 0.001

(Alevizos, Christodoulou 1987)

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη “νευρωτικών” ατόμων και που οδήγησε στις γνωστές αντιλήψεις της στοματικής και πρωκτικής φάσεως της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξεως, εφαρμόσθηκε και στην μελέτη των ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου. Έτσι οι αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των υποσυνειδήτων ψυχοδυναμικών επιδράσεων και της δυσλειτουργίας του πεπτικού σωλήνος έγιναν κατανοητές σε κάποιο βαθμό. Δυστυχώς η αδυναμίες επιβεβαιώσεως των ευρημάτων αυτών με βιοχημικές μετρήσεις είναι ανυπέρβλητες. Εν πάσει περιπτώσει, σύμφωνα με την άποψη της ψυχαναλυτικής σχολής, οι πάσχοντες από σύνδρομο ευερεθίστου εντέρου είναι γενικώς ψυχαναγκαστικά άτομα που προσπαθούν να ελέγχουν τις παρορμήσεις των.

Συνήθως είναι μεθοδικοί, ευσυνείδητοι, ακριβείς, σχολαστικοί με την καθαριότητα και την τάξη. Είναι άτομα συνεπή και κατευθύνονται σε επαγγέλματα όπου οι παραπάνω ιδιότητες εκτιμώνται ιδιαίτερα όπως η τήρηση λογιστικών βιβλίων, εργασία σε βιβλιοθήκες κ.λπ. Προσπαθούν να ελέγχουν τις συγκινήσεις των, ευχάριστες ή δυσάρεστες. Συνήθως είναι αυστηροί όταν κρίνουν τις συναισθηματικές εκρήξεις των άλλων αλλά είναι εξαιρετικά ευάλωτοι όταν οι ίδιοι γίνουν στόχος εχθρικής ή απορριπτικής συμπεριφοράς. Η πικρία που αισθάνονται και το βάθος του ψυχικού τραυματισμού που τους προκαλούν, όχι μόνο σοβαρά, αλλά και ασήμαντα καθημερινά γεγονότα παίρνει δυσανάλογα μεγάλες διαστάσεις ώστε πολλές φορές να οδηγούνται σε παρανοϊκή καχυποψία. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι οι εσωτερικές των συγκρούσεις σχετικά με τις έννοιες της προσφοράς και της αποδοχής καθώς και για τον έλεγχο της επιθετικότητας. Είναι δύσπιστοι και πάντοτε ανήσυχοι για πιθανή απόρριψη, ιδίως όταν επικρατούν επιθετικές σεξουαλικές παρορμήσεις, προσπαθούν να κατακρατούν τα κεκτημένα και δεν παραχωρούν τίποτε. Μερικοί είναι ιδιαίτερα φιλάργυροι, πείσμονες, συντηρητικοί, ενώ άλλοι υπερβάλλουν σε φαινομενική γενναιοδωρία με αποτέλεσμα να αισθάνονται διαρκώς αδικημένοι και απογοητευμένοι από τον χαμηλό βαθμό ευγνωμοσύνης εκείνων τους οποίους ευεργέτησαν. Αισθήματα μελαγχολίας είναι συνήθη και υπάρχει μεγάλο ποσοστό σημαντικής κλινικής καταθλίψεως μεταξύ των ασθενών αυτών.

Η φάση του αυτοελέγχου χαρακτηρίζεται από την δυσκοιλιότητα και συνοδεύεται συχνά από κεφαλαλγία ενώ η διάρροια είναι συχνότερη σε φάσεις συναισθηματικής αναστατώσεως ή εγκαταλείψεως (Engel 1969). Όπως αναγνωρίζεται και από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές της ψυχοδυναμικής θεωρίας, οι διαπιστώσεις και οι υποθέσεις των δεν είναι δυνατόν να επιβεβαιωθούν με κλασικές επιστημονικές μεθόδους και έτσι δεν φαίνεται δυνατή μια γεφύρωση του χάσματος με την “βιολογική” ψυχιατρική μεθοδολογία και άποψη.

Εντούτοις αν και οι ψυχαναλυτικές απόψεις δεν γίνονται γενικώς αποδεκτές, η συμβολή της ψυχοδυναμικής θεωρήσεως στη μελέτη και ερμηνεία των φυσιολογικών λειτουργιών και των συμπτωμάτων του ευερεθίστου εντέρου υπήρξε ανεκτίμητη<sup>25</sup>.

### **Σύγχρονη μελέτη ψυχολογικών αιτιών στο Σ.Ε.Ε.**

(Σ.Ε.Ε. συντομογραφία για Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου)

Οι Chaudhary και Truelove (1962) διεπίστωσαν την ύπαρξη ψυχολογικών προδιαθεσικών παραγόντων σε 80% των ασθενών με ευερέθιστο έντερο στην Αγγλία προ 30 ετών. Οι κυριότεροι από αυτούς είχαν προβλήματα γάμου, οικογένειας, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, άγχος σχετικό με την σταδιοδρομία και την οικονομική κατάσταση, καρκινοφοβία και άλλες ψυχαναγκαστικές ιδέες. Οι άρρωστοι με Σ.Ε.Ε. παρουσιάζουν γενικώς μεγαλύτερο βαθμό ψυχοπαθολογίας από τα φυσιολογικά άτομα αλλά ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην παθογένεια

του συνδρόμου δεν είναι πολύ σαφής (Drossman και συν 1988).

Τα κυριότερα πορίσματα των σχετικών μελετών είναι τα εξής:

Ο Young (1976) διεπίστωσε ότι 72% των ασθενών έπασχαν από ψυχιατρική νόσο (άγχος, κατάθλιψη, υστερία) ενώ μόνο το 18% των μαρτύρων παρουσίαζε ανάλογη διαταραχή. Συχνές ψυχιατρικές καταστάσεις που παρατηρούνται στο Σ.Ε.Ε. είναι: εχθρική συμπεριφορά, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, υποχονδριακή σωματοποίηση (Whitehead και συν 1988).

Οι Mendeloff και συν (1970) διεπίστωσαν ότι η ύπαρξη ψυχοπιεστικών γεγονότων ήταν πιο συχνή σε αρρώστους με ευερέθιστο έντερο παρά σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα ή φυσιολογικούς μάρτυρες. Οι περισσότεροι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα ψυχιατρικά προβλήματα προϋπάρχουν των κοιλιακών ενοχλημάτων ή εμφανίζονται ταυτοχρόνως με αυτά, σε μεγάλα ποσοστά, ευρήματα που ενισχύουν την άποψη ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα δεν προκαλούνται από τα συμπτώματα του ευερεθίστου εντέρου (Creed Gythrie 1987).

Ο Palmer (1974) διεπίστωσε ότι σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό οι πάσχοντες από ευερέθιστο έντερο είναι περισσότερο ψυχικά ασταθείς. Στους ασθενείς που μελέτησε ο Hislop (1971) και ο Heefner (1978) παρατηρήθηκε κατάθλιψη σε μεγάλη αναλογία.

Οι παρατηρήσεις αυτές επιβεβαιώθηκαν και σε Έλληνες ασθενείς με ευερέθιστο έντερο. Σε συνεργασία με την ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (Christodoulou και συν 1984, Christodoulou και Alevizos 1987) μελετήθηκαν 40 ασθενείς πάσχοντες από ευερέθιστο έντερο και 40 κατάλληλοι φυσιολογικοί μάρτυρες με συγκριτικό τρόπο. Χρησιμοποιήθηκαν: το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, το

ερωτηματολόγιο εχθρικότητας του Foulds, το ερωτηματολόγιο αλεξιθυμίας των Schalling-Sifneos, το ερωτηματολόγιο του Langner -22-items, για την εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογίας, οι κλίμακες αυτοεκτιμήσεως του άγχους και της καταθλίψεως του Zung , άγχους του Spielberger και των βιωματικών εμπειριών -Life events- των Holmes και Rahe.

Τα αποτελέσματα που εκτίθενται στον πίνακα IV.1 δείχνουν ότι οι ασθενείς είχαν υψηλότερο δείκτη γενικής ψυχοπαθολογίας, άγχους και καταθλίψεως σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Είχαν επίσης υψηλότερο δείκτη νευρωτισμού και αισθήματος ενοχής αλλά είχαν χαμηλότερο δείκτη αλεξιθυμίας από τους φυσιολογικούς μάρτυρες σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό. Το συμπέρασμα είναι ότι το ευερέθιστο έντερο φαίνεται ότι έχει στενή σχέση με τα ισοδύναμα καταθλίψεως.

Τα ευρήματα της εργασίας δείχνουν ότι το βάρος της θεραπευτικής προσπάθειας πρέπει να δίδεται περισσότερο στην αντιμετώπιση της καταθλίψεως με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και λιγότερο σε ψυχοθεραπευτικές και ψυχοκοινωνικές μεθόδους θεραπείας.

Οι Walker και συν (1990) διεπίστωσαν σε ομάδα ασθενών με Σ.Ε.Ε. συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής στο υψηλό ποσοστό του 93% και συγκεκριμένα, μείζονος καταθλίψεως, διαταραχής σωματοποίησης, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, διαταραχής πανικού και φοβικής διαταραχής. Οι ερευνητές υπελόγισαν τη συχνότητα της καταθλίψεως στη διάρκεια της ζωής σε ποσοστό 61%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η παλαιότερη διάγνωση της υστερίας ταυτίζεται σήμερα με τις διαταραχές σωματοποίησης φόβου και πανικού.

Γενικά μπορεί να ειπωθεί με θετικότητα (Editorial 1984) πως ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές είναι συχνότερες στους αρρώστους με ευερέθιστο έντερο παρά στο γενικό πληθυσμό. Αυτό ισχύει όχι μόνο για το άγχος και την κατάθλιψη αλλά και για άλλα ψυχικά συμπτώματα όπως ορισμένες ιδεοληψίες καθώς και η λεγόμενη “μαθημένη συμπεριφορά νόσου” (Learned illness behaviour) που σημαίνει ότι οι ασθενείς που έχουν ορισμένα σωματικά ενοχλήματα επισκέπτονται το γιατρό πολύ πιο συχνά από ό,τι δικαιολογούν τα ευρήματα της φυσικής εξέτασεως και της διαγνωστικής διερευνήσεως (Drossman 1991)<sup>25</sup>.

### **Εντερική κινητικότητα και ψυχισμός**

Η σχέση των ψυχολογικών διαταραχών με τη λειτουργία του εντέρου έχει μελετηθεί. Α.χ. έχει εξετασθεί η κινητικότητα του περιφερικού τμήματος του παχέος εντέρου με καταμέτρηση ενδοαυλικών πιέσεων κάτω από συνθήκες ηρεμίας και ύστερα από πρόκληση ψυχοπιεστικών συνθηκών.

Ο Cannon (1902) είχε μελετήσει τη λειτουργία του εντέρου πειραματοζώων και είχε διαπιστώσει ότι το stress προκαλεί χαλάρωση ολόκληρου του πεπτικού σωλήνος πλην του σιγμοειδούς. Στα κλασικά του πειράματα ο Almy (1947, 1949, 1950) κατέγραψε με πρωτοποριακό τρόπο τις επιδράσεις των συναισθηματικών μεταβολών στο σιγμοειδές. Ο Almy και οι συνεργάτες του εμελέτησαν σιγμοειδοσκοπικώς και



μανομετρικώς τις μεταβολές του βλεννογόνου του σιγμοειδούς σε εθελοντές φοιτητές της Ιατρικής. Στη διάρκεια της μελέτης οι εξεταζόμενοι υπεβάλλοντο σε στρεσογόνους και οδυνηρούς χειρισμούς (βύθιση του χεριού σε παγωμένο νερό, εφαρμογή στενής συσφικτικής ζώνης γύρω από την κεφαλή, υπογλυκαιμία και “ενοχλητική” συνέντευξη).

Τα οδυνηρά ερεθίσματα προκαλούσαν υπεραιμία του σιγμοειδούς, αύξηση του τόνου και υπερέκκριση. Οι επιδράσεις στο έντερο ήταν το αποτέλεσμα της συναισθηματικής συγκρούσεως και όχι του πόνου. Όπως είχε παρατηρήσει και ο Cannon στα πειραματόζωα, ο τόνος του σιγμοειδούς των ατόμων που μελετούσε ο Almy αυξανόταν στη διάρκεια της επιδράσεως του stress. Στη διάρκεια ενός πειράματος δόθηκε στον εξεταζόμενο η εντύπωση ότι η σιγμοειδοσκόπηση είχε αποκαλύψει την παρουσία καρκινώματος. Το αποτέλεσμα ήταν μεγάλη υπεραιμία και αυξημένος τόνος του σιγμοειδούς. Στα άτομα που έπασχαν από ευερέθιστο έντερο του τύπου σπαστικού κόλου οι αντιδράσεις στα συγκινησιακά ερεθίσματα ήταν μεγαλύτερες από ότι στα φυσιολογικά άτομα. Ο Almy διετύπωσε την άποψη ότι όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει συνθήκες συγκρούσεως ή μάχης, το ορθοσιγμοειδές συσπάται προς αποφυγής της αυτόματης κενώσεως που θα δυσκόλευε περισσότερο τα πράγματα!

Στους ασθενείς με ευερέθιστο έντερο η κύρια μέθοδος προκλήσεως συναισθηματικής εντάσεως ήταν η “ενοχλητική” συνέντευξη. Όταν

τελικά κατόρθωσαν να εκνευρίσουν τον εξεταζόμενο και να του προκαλέσουν συναισθήματα εχθρότητας, θυμού και άγχους παρατηρούσαν αυξημένη αιμάτωση και τόνο στο σιγμοειδές.

Αντιθέτως, συναισθήματα απελπισίας, ανεπάρκειας, αυτοεξευτελισμού προκαλούσαν υποτονία και ελάττωση της αιματώσεως του βλεννογόνου του παχέος εντέρου.

Ο Almy υποστήριξε ότι οι διαταραχές της εντερικής κινητικότητας στο σύνδρομο του ευερεθίστου εντέρου ανήκουν στο πλαίσιο της φυσιολογικής αντιδράσεως στο stress. Κατά την άποψή του η διαφορά μεταξύ ευερεθίστου εντέρου και φυσιολογικής αντιδράσεως στο stress είναι κυρίως ποσοτική.

Ανάλογη είναι και η θέση που παίρνει ο Lennard- Jones (1983) που πιστεύει ότι στο σύνδρομο του ευερεθίστου εντέρου δεν υπάρχει διαχωριστική γραμμή μεταξύ καταστάσεως υγείας και νόσου παρά μόνο μεταξύ των ατόμων που αδιαφορούν για τα ενοχλήματά τους και εκείνων που επηρεάζονται σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό από τη δυσλειτουργία του πεπτικού σωλήνος και ζητούν ιατρική βοήθεια. Στην κλινική πράξη πάντως, ενδιαφέρουν ακριβώς οι ασθενείς αυτοί με τη χρόνια υποτροπιάζουσα συμπτωματολογία, οι πάσχοντες από ευερέθιστο έντερο που ζητούν ιατρική βοήθεια.

Τα περισσότερα από τα άτομα με τα παραπάνω ενοχλήματα δεν επισκέπτονται τον γιατρό επειδή πιστεύουν ότι τα συμπτώματά τους είναι μέσα στο πλαίσιο του φυσιολογικού. Τότε, και μόνο τότε, που κάποιος

πηγαίνει στον γιατρό με αυτά τα συμπτώματα για να ζητήσει βοήθεια γίνεται “ασθενής”.

Έτσι εξακολουθεί πάντοτε να αιωρείται το ερώτημα: “Πρόκειται για φυσιολογική αντίληψη παθολογικής εντερικής κινητικότητας ή για παθολογική αντίληψη φυσιολογικής εντερικής κινητικότητας;”. Είναι δηλαδή εντερικό ή εγκεφαλικό το πρόβλημα; Το μικρό σχετικά ποσοστό των ατόμων με διαταραχές των εντερικών κενώσεων και επεισόδια κοιλιακού πόνου, που ζητά ιατρική βοήθεια, φαίνεται πως αποτελεί μια συγκεκριμένη υποομάδα ψυχολογικώς ασταθών ατόμων.

Συχνά, της επισκέψεως στον γιατρό ή το Νοσοκομείο, έχει προηγηθεί σοβαρό δυσάρεστο γεγονός (διαζύγιο, θάνατος στην οικογένεια, οικονομική ή συναισθηματική αναστάτωση ή εκδήλωση σοβαρής νόσου του εντέρου σε άτομο του περιβάλλοντός του).

Φαίνεται ότι τα γεγονότα αυτά είναι αρκετά για να ανατρέψουν μια ευαίσθητη ψυχική ισορροπία και να μετατρέψουν το άτομο που μέχρι τότε αδιαφορούσε για τις “ήπιες εντερικές διαταραχές” σε ασθενή που κυριαρχείται από άγχος, βιώνει τα συμπτώματα σε πολλαπλάσια ένταση και αναζητά λύση του προβλήματός του απευθυνόμενος σε διάφορους ειδικούς (λ.χ. γαστρεντερολόγους, ψυχιάτρους, γυναικολόγους, ουρολόγους κ.λπ.)<sup>25</sup>.

## **Διαιτητική Δυσανεξία**

Πρόκειται για δύο κατηγορίες ασθενειών:

1) άτομα που δεν ανέχονται κανενός είδος παρεκτροπές ως προς την ποσότητα της τροφής. Ογκώδη γεύματα ανεξαρτήτως συστάσεως προκαλούν συμπτώματα και

2) ασθενείς που παρουσιάζουν δυσανεξία σε ορισμένες τροφές λ.χ. σοκολάτα, γάλα, ξηρούς καρπούς, πορτοκάλια κ.α. Πολλοί θεωρούν ότι σε μεγάλο ποσοστό ασθενών της τάξεως 30- 50% ευθύνονται οι παράγοντες διατροφής<sup>25</sup>.

## **Μεταδυσεντερική διαταραχή της εντερικής κινητικότητας**

Σημαντικό ποσοστό των ασθενών (περί τα 30%) αναφέρουν ότι τα συμπτώματα αναφέρονται ύστερα από ένα επεισόδιο εντερικής λοίμωξης. Τα συμπτώματα συνήθως ανταποκρίνονται στη θεραπεία αν και σε μερικές περιπτώσεις επιμένουν για πολλά χρόνια<sup>25</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η συμπτωματολογία του συνδρόμου δεν περιορίζεται μόνο σε όσους έχουν βαρύνουσα θέση στην κοινωνία ή σπουδαίες επαγγελματικές ενασχολήσεις αλλά παρατηρείται σε όλα τα κοινωνικά και επαγγελματικά επίπεδα. Φοιτητές, εργάτες, νοικοκυρές μαζί με επιχειρηματίες, πνευματικούς ανθρώπους ή πολιτικούς, όλοι όσοι έχουν δυσκολίες να προσαρμοσθούν στις συνθήκες ζωής και εργασίας μπορούν να παρουσιάσουν τα συμπτώματα του Σ.Ε.Ε.

Σύμφωνα με την τρέχουσα άποψη το ευερέθιστο έντερο ορίζεται ως: λειτουργική διαταραχή του πεπτικού σωλήνος που εκδηλώνεται με 1) κοιλιακό πόνο (60-90 min μετά το γεύμα) και/ή 2) διαταραχές του ρυθμού κενώσεως του εντέρου (τάση για κένωση, μεταβολή της συστάσεως των κοπράνων, μεταβολή του ρυθμού κενώσεως, είτε σε αριθμό, είτε στον χρόνο), 3) μετεωρισμό.

Επίσης πολύ συχνά είναι τα συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό. Ναυτία, έμετος, πρῶιμος κορεσμός και οπισθοστερνικός καύσος παρατηρούνται στο 25 έως 50% των ασθενών, ενώ δυσπεψία αναφέρεται σε ποσοστό 87%. Συμπτώματα από τον οισοφάγον παρατηρούνται στο 50% των ασθενών, ενώ στον μανομετρικόν έλεγχο καταδεικνύονται διαταραχές της κινητικότητας, τόσο του οισοφάγου όσο και του στομάχου.

Ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου εμφανίζουν και συμπτώματα από το ουροποιογεννητικό σύστημα, όπως συχνουρία, νυκτουρία, ατελή κένωση ουροδόχου κύστης, δυσπαρεύνια, αυξημένη συχνότητα δυσμηνόρροιας και ανικανότητας.

Το σύνδρομο συνοδεύουν επίσης και μη ειδικά συμπτώματα, όπως αίσθημα κόπωσης, ελαττωμένη συγκέντρωση, αϋπνία, αίσθημα παλμών, οσφυαλγία και αίσθημα πικρού στόματος<sup>26,27</sup>.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση του συνδρόμου στηρίζεται στο λεπτομερές ιστορικό και στα αρνητικά κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Είναι κυρίως διάγνωση “εξ αποκλεισμού”<sup>28</sup>.

Η κλινική εξέταση είναι συνήθως αρνητική εκτός από ευρήματα που προκαλούνται απ’ το stress όπως υγρά και ψυχρά άκρα, ερύθημα προσώπου και τραχήλου και έντονα τενόντια αντανακλαστικά. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση αποκαλύπτει φυσιολογικό βλεννογόνο που συνήθως έχει μια στιλπνή εμφάνιση λόγω της παρουσίας λεπτόρρευστης βλέννης<sup>25</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης θα πρέπει να είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η αναγνώριση και τροποποίηση των παραγόντων που επιδεινώνουν τα συμπτώματα και η υποβοήθηση του ασθενούς να κατανοήσει την κατάστασή του. Σε γενικές γραμμές όμως η θεραπεία έχει απογοητευτικά αποτελέσματα και για τον ασθενή και για τον γιατρό.

Πρωταρχικό πάντως ρόλο διαδραματίζει η καλή σχέση γιατρού, νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς, οι σύντομες ιατρικές επισκέψεις σε περιόδους εξάρσεων, η επιβεβαίωση για την καλοήθη φύση του συνδρόμου και η απόδοσή του σε ψυχολογικούς μόνο λόγους. Διάφορα φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί ή χρησιμοποιούνται, χωρίς όμως

κάποια από αυτά να έχουν σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Σε μία μελέτη η ύφεση με ανενεργό αγωγή ήταν και μέχρι 70% ενώ τα διάφορα φάρμακα δεν είχαν σημαντική ύφεση<sup>29</sup>. Η ψυχολογική υποστήριξη και η ψυχιατρική προσέγγιση συμπληρώνουν τη θεραπευτική προσπάθεια.

Θεωρείται σωστό η θεραπευτική αγωγή να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα, ανθεκτικούς στη διαιτητική αγωγή και στην ψυχολογική υποστήριξη. Τα θεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται περιγράφονται στη συνέχεια<sup>28</sup>.

## **ΔΙΑΙΤΑ**

Το πρώτο θεραπευτικό βήμα είναι ο προσδιορισμός των υπεύθυνων τροφών, ακολούθως η αποφυγή τους και τέλος η σταδιακή τους επαναχορήγηση.

- Παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων
- Ανιχολινεργικά-Σπασμολυτικά
- Οπιούχα
- Αντικαταθλιπτικά και Αγχολυτικά<sup>30</sup>
- Διάφορα άλλα φάρμακα
  - Ανταγωνιστές υποδοχέων ντοπαμίνης.
  - Ελαιο μέντας.
  - Αναστολείς διαύλων ασβεστίου.
  - Ανταγωνιστές των βιαδρενεργικών υποδοχέων.
  - Παρασκευάσματα σιμεθικάνης - ενεργοποιημένου άνθρακα.
  - Εκλυτική της γοναδοτραπίνης ορμόνης. (Leuprolide)<sup>30,26</sup>

## **Ψυχοθεραπεία, Αυτοκατανόηση (Biofeedback), Ύπνωση**

Η ψυχιατρική παραπομπή έχει ένδειξη σε ασθενείς με σαφή ψυχολογικά προβλήματα που δεν ανταποκρίνονται στη συνήθη αγωγή. Με την “αυτοκατανόηση” γίνεται προσπάθεια αντίληψης της λειτουργίας του εντέρου (με το στηθοσκόπιο) και απόπειρα επηρεασμού της κινητικότητάς του. Η ύπνωση προσφέρει προσωρινή φυγή από τα καθημερινά ερεθίσματα<sup>26</sup>.

Η μεγάλη σημασία που έχει η αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων του αρρώστου για τον έλεγχο των συμπτωμάτων από το πεπτικό σύστημα τονίζεται με έμφαση και από τους Kingham και Dawson (1985), που πιστεύουν ότι “παρ’ όλο που δεν είναι γνωστό αν η κατάθλιψη διαιωνίζει τα κοιλιακά ενοχλήματα ή αντιστρόφως, ο μόνος τρόπος για να σπάσει ο φαύλος κύκλος είναι ν’ αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η κατάθλιψη”. Η διαπίστωση από τους Walker και συν (1990) ότι σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών με Σ.Ε.Ε παρατηρείται κατάθλιψη και, σε ακόμη μεγαλύτερο, υπάρχει γενικώς αυξημένη ψυχοπαθολογία οδηγεί τους συγγραφείς αυτούς στο εξής συμπέρασμα: το άγχος προκαλεί δυσλειτουργία του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος του εντέρου με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών της κινητικότητας.



Η κινητική διαταραχή προκαλεί τα συμπτώματα του Ευερεθίστου Εντέρου. Αυτά με τη σειρά τους αυξάνουν το άγχος που επιτείνει τη δυσλειτουργία του Αυτόνομου νευρικού συστήματος του εντέρου και έτσι κλείνει ο "φαύλος κύκλος": άγχος-διαταραχή κινητικότητας-συμπτώματα Ευερεθίστου Εντέρου-άγχος. Τα ευρήματα και οι συλλογισμοί αυτοί εδραιώνουν την άποψη ότι ασθενείς με Σ.Ε.Ε είναι σκόπιμο να υποβάλλονται σε συστηματική ψυχιατρική αξιολόγηση και να αντιμετωπίζονται θεραπευτικώς με τις τρέχουσες ψυχοθεραπευτικές και ψυχοφαρμακολογικές πρακτικές<sup>31</sup>.

## ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σήμερα έχουμε περισσότερες γνώσεις για τις φλεγμονές του παχέος εντέρου που συγκεντρώνονται επιστημονικά κάτω από το γενικό όνομα «κολίτιδα». Το κόλον ή παχύ έντερο είναι το τελευταίο τμήμα του εντέρου αφού η τροφή μασηθεί στο στόμα και διαλυθεί χημικά στο στομάχι και στο δωδεκαδάκτυλο απορροφάται στο λεπτό έντερο. Αυτό το έντερο, που είναι αρκετά μέτρα μακρύ, φροντίζει για τη μεταβολή της τροφής σε αίμα και λέμφο. Στο παχύ έντερο οι αχώνευτες, άχρηστες ύλες πήζουν γιατί το σώμα αφαιρεί από αυτές το νερό που χρειάζεται για δικά του χρήση. Η λειτουργία του παχέως εντέρου είναι λοιπόν ειδική και περιορισμένη. Η κυριότερη λειτουργία του είναι η απέκκριση, με την οποία αποβάλλει τα περιττώματα από το σώμα. Στα πλαίσια της γενικής πέψης στο Παχύ έντερο πέφτει ένας σημαντικός ρόλος. Το ενάμιση μέτρο μακρύ τμήμα του εντέρου έχει για το σώμα σπουδαίες λειτουργίες.

Αυτές συνδέονται ουσιαστικά με το πρόβλημα της απέκκρισης. Κανονικά ο άνθρωπος έχει 1 ή 2 κενώσεις των περιττωμάτων την ημέρα. Σαν κυριότερη φλεγμονή του παχέως εντέρου, «κολίτιδα» είναι γνωστή μία αρρώστια που ονομάζεται ελκώδης κολίτιδα. Σ' αυτή την περίπτωση οι άρρωστοι κενώνουν 10-20 φορές την ημέρα με δυνατούς πόνους που

μπορεί να γίνουν ανυπόφοροι. Η απώλεια των θρεπτικών υλών και του νερού, καθώς και η εξασθένιση του οργανισμού από τη φλεγμονική πάθηση του παχίου εντέρου κάνουν την αρρώστια πολύ επικίνδυνη που μπορεί να καταλήξει και στο θάνατο. Το αιτιολογικό σε αυτές τις φλεγμονές του παχέος εντέρου είναι ότι δεν γνωρίζουμε καμία νοσογόνα αφορμή<sup>1</sup>.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

1. Η συχνότητα της νόσου είναι χαμηλή σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 20 ετών και είναι υψηλότερη μεταξύ της 3ης και 6ης δεκαετίας της ζωής<sup>32</sup>.
2. Η κατανομή κατά φύλο είναι περίπου ίση, ενώ τελευταία στοιχεία δείχνουν μικρή υπεροχή στους άνδρες<sup>33</sup>.
3. Η συχνότητα της νόσου διαφέρει κατά γεωγραφική περιοχή. Είναι συχνότερη στην Δύση και τον Βορρά παρά στην Ανατολή και τον Νότο. Οι διαφορές αυτές έχουν καταγραφεί, τόσο στην Ευρώπη (οι ασθενείς με Ελκώδη Κολίτιδα προέρχονται συχνότερα από την Βόρεια ή την Ανατολική Ευρώπη), όσο και στις ΗΠΑ (η νόσος είναι συχνότερη στα βόρεια τμήματα της χώρας).
4. Η Ελκώδη Κολίτιδα συχνότερη σε άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές.
5. Η Ελκώδη Κολίτιδα είναι συχνότερη σε λευκούς.
6. Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα κατά οικογένειες, παρά κατά μεμονωμένα περιστατικά<sup>34,33</sup>.

## ΟΡΙΣΜΟΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι συχνή νόσος αγνώστου αιτιολογίας που χαρακτηρίζεται από φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέως εντέρου και κλινικώς από διάρροια και αιματηρές κενώσεις. Διατρέχει κατά κανόνα χρονίως<sup>35</sup>.

Εμφανίζεται κυρίως στο μισό τμήμα του παχέος εντέρου αριστερά και μάλιστα στο σιγμοειδές και το απευθυσμένο χωρίς να αποκλείεται σε μερικές περιπτώσεις η επέκτασή της.

Η αιτία της παθήσεως όπως είπαμε παραμένει άγνωστη και κανένα μικρόβιο ή ιός δεν αποδείχθηκε σαν συγκεκριμένη αιτία της.

Σήμερα πιστεύεται ότι το αίτιο είναι ανοσοβιολογικό (υπάρχουν περιπτώσεις που ο οργανισμός δεν αναγνωρίζει τα κύτταρά του και αναπτύσσει αντισώματα εναντίον των ιδίων των κυττάρων του). Άλλες θεωρίες λένε ότι οφείλεται σε μόλυνση, σε έλλειψη επαρκής ποσότητας πρωτεΐνης μεγάλης βιολογικής αξίας, σε έλλειψη βιταμινών ιδίως της Β1 είναι αλλεργικής φύσεως, βακτηρίδια και ιούς<sup>36</sup>.

Η ελκώδης κολίτιδα συνυπάρχει πολλές φορές με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις όπως θυρεοειδίτιδα, χρόνια ενεργός ηπατίτιδας, πολύ αρθρίτιδα. Εξάλλου στον ορό ασθενών βρίσκονται όχι σπάνια αντισώματα εναντίον αντιγόνου παχέως εντέρου<sup>35</sup>.

Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν οι γενετικοί παράγοντες, παράγοντες του περιβάλλοντος, ψυχολογικά αίτια<sup>11</sup>, αγγειακοί παράγοντες, διαιτητικοί, κάπνισμα.

Οι ασθενείς είναι συνήθως άτομα ευαίσθητα ψυχικά, προσυμπαθητικοτονικά και η νόσος αρχίζει να επιβαρύνεται συχνά με συγκινήσεις κάθε είδους<sup>4</sup>.

Άγχος, συναισθήματα ενοχής και δυσαρέσκεια χαρακτηρίζουν τη χρόνια μορφή της αρρώστιας. Ο άνθρωπος που πάσχει από ελκώδη κολίτιδα είναι υπερβολικά ευσυνείδητος, εξαρτημένος από τη γνώμη των άλλων<sup>17</sup>.

Φαίνεται σίγουρο ότι το Παχύ έντερο αντιδρά με ευαισθησία σε ψυχικούς επηρεασμούς. Ο φοιτητής που στις εξετάσεις τον πιάνει διάρροια μιλάει για «τρακ». Ανάμεσα στο φόβο και τη διάρροια υπάρχει πάντως τέτοια στενή σχέση ώστε η διάρροια στην κολίτιδα απαιτεί ψυχολογική εξέταση. Σε ένα μέρος των αρρώστων από κολίτιδα μπορεί να παρατηρηθεί ψυχική αδυναμία και ετοιμότητα για φόβο. Αυτό είναι ένα γενικό σημάδι της αστάθειάς τους που εξ' αιτίας δυσμενών παιδικών εντυπώσεων δεν μπόρεσαν να αναπτύξουν την ικανότητα για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων της ζωής. Η φλεγμονή του παχέος εντέρου είναι λοιπόν μία ψυχοσωματική αρρώστεια, δηλαδή μια πάθηση που οι ρίζες της βρίσκονται σε ανεπαρκείς στάσεις του χαρακτήρα και της ζωής. Αυτές οι εσφαλμένες τάσεις προέρχονται από ορισμένες παιδικές καταστάσεις όταν το παιδί δεν μπόρεσε να αποκτήσει εσωτερική σταθερότητα. Φροντίδες, αγωνία, επαγγελματικές δυσκολίες, απώλεια χρημάτων, συναισθηματικοί ερεθισμοί και χίλιες δύο άλλες ψυχικές αιτίες μπορούν να προκαλέσουν σε ένα ορισμένο τύπο ανθρώπου διάρροια<sup>1</sup>.

Η γνωστή επίδραση του stress στη λειτουργικότητα του πεπτικού σωλήνα, σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι δυνατό να προκαλέσουν παρόξυνση της Ελκώδους Κολίτιδας, οδήγησαν στη διερεύνηση του ρόλου των παραγόντων αυτών στην αιτοπαθογένεια της νόσου<sup>28</sup>.

### **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Η πρώτη συστηματική υποστήριξη της ψυχοσωματικής αιτιολογίας της ελκώδους κολίτιδος έγινε από τον Murray (1930). Σύμφωνα με την άποψη αυτή, υπάρχει χαρακτηριστικός τύπος προσωπικότητας που είναι προδιατεθειμένος στην εκδήλωση ελκώδους κολίτιδος. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι άτομα συναισθηματικώς ανώριμα, εξηρημένα, με παθητική συμπεριφορά, ιδιαίτερως ευαίσθητα σε καταστάσεις αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα, μπορεί κάτω από επίμονο stress να παρουσιάσουν ελκώδη κολίτιδα. Οι γνωστές παρατηρήσεις των μεταβολών της αιματώσεως του εντερικού βλεννογόνου και της εντερικής κινητικότητας κάτω από συνθήκες stress (Almy 1951), έδωσαν ώθηση στις απόψεις αυτές, εν όψει μάλιστα των πολυπλόκων ορμονο-νευρικών σχέσεων μεταξύ κεντρικού νευρικού συστήματος και εντέρου. Εντούτοις, συστηματικές συγκριτικές μελέτες δεν έδειξαν την ύπαρξη χαρακτηριστικής προσωπικότητας στην ελκώδη κολίτιδα (Mendeloff και συν 1970, Monk και συν 1970).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία (North 1991), που περιλαμβάνει κυρίως σύγκριση πασχόντων από ελκώδη κολίτιδα με α) ασθενείς παθολογικών κλινικών, β) υγιείς μάρτυρες και γ) δείγματα γενικού πληθυσμού, συμπεραίνει ότι σε ορισμένους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα, ψυχοπιεστικά γεγονότα προκαλούν υποτροπή της παθήσεως αλλά δεν υποστηρίζεται ότι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν το γενεσιουργό αίτιο της νόσου<sup>25</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

### **Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα**

Τα συμπτώματα της νόσου είναι: αιμορραγία από το ορθό, διάρροια, κοιλιακό άλγος, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετός. Από τη φυσική εξέταση τα ευρήματα είναι από ανύπαρκτα έως ποικίλα αναλόγως της μορφής της νόσου. Έτσι είναι δυνατό να παρατηρηθούν ωχρότητα, αδυναμία, απώλεια βάρους, ευαισθησία της κοιλίας κατά την ψηλάφηση, ψηλαφητά ήπαρ, αφυδάτωση, ταχυκαρδία, υπόταση.

Τα εργαστηριακά ευρήματα δεν είναι χαρακτηριστικά και δυνατό να ανευρεθούν: αναιμία, λευκοκυττάρωση, αύξηση της ΤΚΕ, υπολευκωματιναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές αλλά και διαταραχές της ηπατικής βιολογίας.

Με βάση τα κλινικοεργαστηριακά ευρήματα η ΕΚ, από άποψη βαρύτητας, διακρίνεται σε τρεις μορφές: ελαφρά, μέσης βαρύτητας και βαρεία<sup>28</sup>.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση της ΕΚ τίθεται με βάση τα συμπτώματα, την ενδοσκοπική εικόνα και την ιστολογική εξέταση. Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος του ακτινολογικού ελέγχου<sup>32,33</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα, γενική αντιμετώπιση της διατροφής, των ψυχολογικών προβλημάτων, της αναιμίας και άλλων συστηματικών διαταραχών του ασθενούς<sup>11</sup>.

Η διαίτα πρέπει να είναι πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες, παράλληλα όμως πτωχή σε άπεπτα υπολείμματα τροφών και λίπη.

Σκόπιμη και αποδοτική αποδείχθηκε η παρεντερική χορήγηση βιταμινών του συμπλέγματος Β, βιταμίνες C, Κ και Α. Στην περίπτωση ελαττώσεως της θρέψεως και αφυδατώσεως κάνουμε ενδοφλέβια έγχυση σκευασμάτων από αμινοξέα, ηλεκτρολύτες και σταφυλοσάκχαρο ή πλάσμα, πολλές φορές και αίμα. Συνιστώνται φαρμακευτικά υποκλυσμοί με αντισηπτικά του εντερικού βλεννογόνου, φάρμακα (Σαλικυλικά, ανοσοκατασταλτικά, αντιβιοτικά) και βιταμίνες.

Η χρήση της κορτιζόνης πολλές φορές είναι σημαντική. Σε αρρώστους, στους οποίους η νόσος προκλήθηκε μετά από έντονη συγκίνηση και η ψυχολογική του κατάσταση συμβάλλει στη διατήρηση της, η ψυχοθεραπεία αποδίδει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Η χειρουργική θεραπεία κρίνεται κατάλληλη στις περιπτώσεις που η συντηρητική δεν είναι αποτελεσματική και δημιουργείται πρόσκαιρη ή μόνιμη μερικές φορές παρά φύσιν έδρα<sup>4</sup>.



## Ψυχολογική Υποστήριξη

Οι άρρωστοι δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ψυχικά ασθενείς αλλά ως άτομα που πάσχουν από μια σοβαρή σωματική νόσο που προκαλεί ψυχική κατάπτωση και δυσκολίες στην προσαρμογή.

Ο στόχος είναι να βοηθηθούν οι ασθενείς ώστε να αποφεύγουν ψυχοπιεστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, να προσαρμοσθούν στην πραγματικότητα της νόσου, να διατηρήσουν θετική άποψη για τον εαυτό τους (positive self -image), ψυχική ισορροπία και ικανοποιητικές σχέσεις με το περιβάλλον (Cohen Lazarus 1979). Οι ασθενείς πρέπει να υποστηριχθούν ψυχικά για να πεισθούν ότι δεν είναι τελείως αβοήθητοι στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους αλλά εκ των πραγμάτων πρέπει να δειχθούν ότι όταν κανείς πάσχει από μια χρόνια πάθηση άγνωστης αιτιολογίας είναι λογικό να φροντίζει ο ίδιος τον εαυτό του και να παίρνει όλα τα μέτρα που υποδεικνύουν οι θεράποντες.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικών προβλημάτων και ψυχικής καταστάσεως είναι ιδιαίτερος σημαντική στις εξής 6 περιπτώσεις:

- 1) αντιμετώπιση του Stress
- 2) επίπεδο δραστηριότητας (εργασία κ.λπ.)
- 3) διατροφή
- 4) ψυχολογική ευεξία
- 5) διαπροσωπικές σχέσεις
- 6) σκοπός και στόχοι στη ζωή.

Για όλα αυτά τα επιμέρους προβλήματα χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση γιατρού και οικογενειακού περιβάλλοντος. Υπάρχουν ειδικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του stress που ίσως πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής. Επίσης, ορισμένοι ειδικοί (ψυχολόγοι ή ψυχίατροι) με επίδοση σε αυτά τα ζητήματα μπορεί να χρειασθεί να εκπαιδεύσουν τον άρρωστο για τον καλύτερο χειρισμό προβλημάτων σχέσεων με το περιβάλλον του.

Ο στόχος της ψυχολογικής υποστηρίξεως είναι να γίνει ο ασθενής ικανός όχι μόνο να προσαρμοσθεί στο πρόβλημα του αλλά να εκτιμήσει και τις θετικές πλευρές που έχει ακόμη και η χειρότερη κακοτυχία (ουδέν κακόν αμιγές καλού!) ώστε ει δυνατόν να αντλήσει διδάγματα που θα ευρύνουν την προσωπικότητά του και τη φιλοσοφική του τοποθέτηση στη ζωή.

Δυστυχώς πρόκειται για πολύ δύσκολο έργο. Οι ασθενείς συνήθως προσδοκούν άμεσα αποτελέσματα, αποκαρδιώνονται γρήγορα και γίνονται εριστικοί προς το περιβάλλον και τον γιατρό. Βεβαίως όλοι οι ασθενείς δεν ανήκουν στην ίδια κατηγορία από ψυχολογικής απόψεως. Ασθενείς με ψυχοπαθολογία που προσβάλλονται από ΙΦΕΝ παρουσιάζουν επιδείνωση του ψυχικού προβλήματος όπως λ.χ. σχιζοφρενικοί ασθενείς (Karysh και συν 1969).

Σε άτομα με ασταθή προσωπικότητα που δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που τους προκαλεί η νόσος μπορεί να χρησιμοποιηθούν αγχολυτικά ή αντικαταθλιπτικά (Stokes 1978) αλλά ως γενική αρχή είναι προτιμότερο να εφαρμόζεται η ψυχοθεραπεία παρά η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων των ασθενών με ΙΦΕΝ (Kurlauder και O'Brien 1990).

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Ο ασθενής με σοβαρή μορφή ελκώδους κολίτιδας, πρέπει να μένει για πολλές ώρες στο κρεβάτι και να παίρνει ηρεμιστικά φάρμακα. Τα ηρεμιστικά συμβάλλουν στη μείωση της υπερπερισταλτικότητας του εντέρου και στην καλύτερη σωματική ανάπαυση. Τόσο η ψυχική ηρεμία, όσο και η σωματική ανάπαυση, αποτελούν δύο σπουδαίους παράγοντες που συμβάλλουν πολύ στη θεραπεία του ασθενούς.

Στην ψυχική ηρεμία συμβάλλει η ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της νοσηλεύτριας/τη. Η νοσηλεύτρια/της έχοντας υπόψη ότι οι ασθενείς από ελκώδη κολίτιδα είναι ψυχικά ευαίσθητα άτομα και ότι ο ψυχισμός τους επιδρά αποφασιστικά στην πορεία της νόσου, πρέπει να δίνει μεγάλη σημασία στον εκφραστικό της ρόλο. Ο ρόλος αποβλέπει στη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ο ασθενής θα έχει αναπτυγμένο το αίσθημα της ασφάλειας και θα αισθάνεται άνετα.

Στα βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας/τη για τη φροντίδα του αρρώστου με ελκώδη κολίτιδα είναι η σωματική τόνωση. Αυτή επιτυγχάνεται με τη χορήγηση πολλών, αλλά μικρών γευμάτων τροφής πλούσιας σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και σίδηρο και μαγειρεμένης με τρόπο που να γίνεται εύπεπτη. Η νοσηλεύτρια/της πάντοτε θυμάται ότι η όρεξη για τροφή βελτιώνεται, όταν και ψυχικά ο άρρωστος αισθάνεται καλά. Όταν η τροφή δε συμβάλλει στη σωματική τόνωση, τότε καταφεύγομε στην παρεντερική χορήγηση διαφόρων φαρμάκων και σε μεταγγίσεις αίματος. Απαιτείται μεγάλη προσοχή

στην προετοιμασία του αρρώστου και στην εκτέλεση του φαρμακευτικού υποκλυσμού. Η κακή προετοιμασία και εκτέλεση του υποκλυσμού μπορεί να ερεθίσει, αντί να θεραπεύσει. Η απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών, εξαιτίας των διαρροϊκών κενώσεων, οδηγεί την νοσηλεύτρια/τη στην παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν συμπτώματα αφυδατώσεως και διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών<sup>4</sup>.

## ΝΟΣΟΣ CROHN

Η δεύτερη σπουδαιότερη μορφή φλεγμονώδους εντερικής νόσου είναι η νόσος του Crohn. Η νόσος του Crohn μαζί με την ελκώδη κολίτιδα ονομάζονται “ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι”. Η νόσος του Crohn παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την ελκώδη κολίτιδα αλλά η ουσιώδεις διαφορές τρεις από τις οποίες είναι:

α) Ενώ η Ελκώδη Κολίτιδα ιάται οριστικά μετά την ολική κολεκτομή, στη νόσο του Crohn υπάρχει πάντα ο κίνδυνος υποτροπής.

β) Ενώ η Ελκώδη Κολίτιδα προσβάλλει συνήθως μή καπνιστές ή τέως καπνιστές, η νόσος του Crohn προσβάλλει συνήθως καπνιστές.

γ) Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει ολόκληρο το πεπτικό σωλήνα ενώ η Ελκώδη Κολίτιδα προσβάλλει μόνο το παχύ έντερο<sup>25</sup>.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος του Crohn είναι συχνότερη στους λευκούς παρά στους μαύρους και ιδιαιτέρως συχνή στους Εβραίους.

Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με νόσο Crohn έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να νοσήσουν απ' την ίδια νόσο<sup>25</sup>.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

### Ψυχολογικοί παράγοντες:

Υπάρχουν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ νόσου του Crohn και,

α) καταθλίψεις, β) άγχους και γ) καταστάσεων πανικού.

**Αγγειακοί παράγοντες:** η μικροκυκλοφορία του εντέρου συμμετέχει ενεργώς και ουσιαστικώς στην παθογένεια της νόσου του Crohn.

**Διαιτητικοί παράγοντες:** Τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει ισχυρές ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με νόσο του Crohn καταναλώνουν περισσότερη ζάχαρη και λιγότερα φρούτα από τους φυσιολογικούς μάρτυρες.

— Σε ασθενείς με νόσο του Crohn έχει παρατηρηθεί αυξημένη διαπερατότητα του εντερικού επιθηλίου.

— **Κάπνισμα:** Η νόσος του Crohn προσβάλλει συνήθως καπνιστές.

— **Ανοσολογικοί μηχανισμοί:** Υπάρχουν αδιαφιλονίκητες ενδείξεις ότι στη νόσο του Crohn διεγείρεται το ανοσολογικό σύστημα του εντέρου το χόριο του βλεννογόνου διηθείται από λεμφοκύτταρα μακροφάγα και άλλα κύτταρα του ανοσοποιητικού ιστού.

— Λοιμώδη αίτια.

— Αντισυλληπτικά δισκία<sup>25</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η κλινική εικόνα της νόσου του Crohn χαρακτηρίζεται από τρία κεντρικά συμπτώματα: τη διάρροια, τον κοιλιακό πόνο και την απώλεια βάρους (σε άνω του 90% των ασθενών). Τα επόμενα τρία συμπτώματα κατά σειρά συχνότητας είναι: αιμορραγία, περιορθικές φλεγμονές και αρθρίτις. Παρατηρείται επίσης σε 50% των περιπτώσεων χαμηλή πυρετική κίνηση. Η αρχική εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι πολύ ύπουλη και η διαδρομή τόσο ήπια ώστε πολλές περιπτώσεις να διαφεύγουν τη διάγνωση για μακρύ χρονικό διάστημα<sup>25</sup>.

Άλλες εκδηλώσεις είναι: πυρετός, ανορεξία, κακουχία, έμετοι, εντερορραγία και καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης στα παιδιά, μάζα κοιλίας.

Οι ασθενείς με Crohn κολίτιδα συνήθως έχουν προσβολή ολοκλήρου του παχέως εντέρου, αν και είναι δυνατόν να υπάρχουν τμηματικές βλάβες κυρίως στο ανιόν και το σιγμοειδές<sup>28</sup>.

Οι κύριες θέσεις εντοπίσεως της νόσου είναι: α)τελικός ειλεός και η περιοχή του τυφλού, β) Λεπτό δεξιό λαγόνιο βόθρο και εκδηλώνεται μετά τα γεύματα<sup>25</sup>.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση της Crohn κολίτιδας βασίζεται πάντα σε κλινικά, ενδοσκοπικά ή και ακτινολογικά καθώς και ιστολογικά κριτήρια. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει κυρίως από την ελκώδη κολίτιδα καθώς και από πολλά νοσήματα που έχουν παρεμφερείς κλινικές εκδηλώσεις ή παρόμοια ενδοσκοπικά και ακτινολογικά ευρήματα<sup>25</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **Γενικά**

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς με ν. Crohn είναι η εμπιστοσύνη και η αισιοδοξία που θα εμπνεύσει ο γιατρός στον ασθενή. Θα πρέπει να του αναλύσει τη χρονιότητα της νόσου, την ανάγκη στενής ιατρικής παρακολούθησης και το γεγονός ότι ενώ δεν υπάρχει ριζική θεραπεία, υπάρχει δυνατότητα αντιμετώπισης των μηχανικών επιπλοκών και διατήρησης μιας κατάστασης ικανοποιητικής υγείας. Ο γιατρός πρέπει να είναι διαθέσιμος στον ασθενή για την έγκαιρη αντιμετώπιση των υποτροπών ή επιπλοκών της νόσου, παρακάμπτοντας πολλές φορές τα γραφειοκρατικά προβλήματα που απορρέουν από τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου.

Η πολυπλοκότητα της νόσου, η μεγάλη πιθανότητα καταφυγής σε χειρουργική θεραπεία σε κάποια φάση, και τα ψυχολογικά επακόλουθα της χρονιότητας καθιστούν απαραίτητη την καλή συνεργασία εξειδικευμένων γαστρεντερολόγων, χειρουργών, διαιτολόγων και ψυχιάτρων στη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς με ν. Crohn.

Ο θεραπευτικός στόχος πρέπει να επικεντρώνεται κάθε φορά στο συγκεκριμένο πρόβλημα που απορρέει από τη νόσο. Η αντιμετώπιση διαφέρει αναλόγως με το αν κυριαρχεί η φλεγμονή, η αποφρακτική συμπτωματολογία, οι δευτερογενείς λοιμώξεις, οι συνυπάρχουσες συστηματικές εκδηλώσεις, οι τοπικές επιπλοκές, τα προβλήματα διατροφής και τα ψυχιατρικά προβλήματα του ασθενούς.

Είναι πολύ σημαντικό οι θεραπευτικές παρεμβάσεις να αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου και όχι στην αποκατάσταση των παθολογικών εργαστηριακών ευρημάτων. Όπως λέει χαρακτηριστικώς ο Lennard Jones: "Μη θεραπεύετε την ακτινολογική εικόνα. Θεραπεύετε τον άρρωστο"<sup>28</sup>.

## **Διατροφή**

Δεν έχει αποδειχθεί ότι συγκεκριμένοι διαιτητικοί περιορισμοί συμβάλλουν στη βελτίωση της κλινικής πορείας της ν. Crohn ειδικώς του παχέος εντέρου. Τα ευρήματα μιας περιορισμένης μελέτης αποκλεισμού ορισμένων τροφίμων με αποτέλεσμα την παράταση της ύφεσης δεν έχουν επιβεβαιωθεί. Η δυσανεξία σε διάφορα τρόφιμα



ποικίλει από ασθενή σε ασθενή, ενώ συνήθως αναφέρονται ως προκαλούντα ενοχλήματα τα δημητριακά, γαλακτομικά, ωμά φρούτα, ντομάτες, καρύδια και οينوπνευματώδη<sup>37</sup>.

Τόση η ολική παρεντερική (TPN) όσο και η ολική εντερική διατροφή (TEN) έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικές όχι μόνο ως συμπληρωματική αλλά και ως βασική θεραπεία στη ν. Crohn.

Πάντως πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερος ο ρόλος της θρεπτικής υποστήριξης των ασθενών με ν. Crohn και μάλιστα όπου η υποθρεψία οδηγεί σε σημαντική καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης<sup>38</sup>.

### **Ψυχοκοινωνική υποστήριξη**

Οι ασθενείς με ν. Crohn πάσχουν από μια σοβαρή χρόνια νόσο που συνεπάγεται σημαντικό πόνο, συχνές εισαγωγές στο νοσοκομείο, παρενέργειες από την εφαρμοσμένη φαρμακευτική ή χειρουργική θεραπεία και πολλές φορές περιορισμό των καθημερινών ή επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση άγχους ή κατάθλιψης σε σχέση με φυσιολογικά άτομα ή πάσχοντες από άλλα χρόνια νοσήματα<sup>39</sup>. Επίσης ασθενείς, με προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία, που προσβάλλονται από ν. Crohn δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ψυχιατρικοί ασθενείς αλλά ως άτομα με ειδικές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που χρειάζονται ιδιαίτερη υποστήριξη είτε από τον θεράποντα γιατρό, είτε από κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχαιάτρους. Ο

στόχος είναι να βοηθηθούν ώστε να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα της νόσου, να αποφεύγουν τα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα, να διατηρήσουν θετική άποψη για τον εαυτό τους και ικανοποιητικές σχέσεις με το περιβάλλον, τόνωση ηθικού ασθενών και έμπρακτο ενδιαφέρον γι' αυτούς.

Σημαντικό ρόλο σ' αυτό μπορεί να διαδραματίσει και ο σύλλογος πασχόντων από ΙΦΕΝ που ιδρύθηκε προσφάτως και στην Ελλάδα με έδρα στην Αθήνα (τηλ. 01/7244785). Ως γενική αρχή σε ασθενείς με ν. Crohn είναι καλύτερο να εφαρμόζεται ψυχοθεραπεία παρά φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχολογικών προβλημάτων<sup>40</sup>. Σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χρήση αγχολυτικών ή τρικυκλινών αντικαταθλιπτικών<sup>41</sup>.

### **Φαρμακευτική θεραπεία**

Τα κυρίως χρησιμοποιούμενα φάρμακα στη θεραπεία της ν. Crohn είναι τα κορτικοειδή, η σουλφασαλαζίνη και τα νεότερα σαλκυλικά παράγωγα, τα ανοσοκατασταλτικά, τα αντιβιοτικά και τα αντιδιωροϊκά.

### **Χειρουργική θεραπεία**

Σε 20% των ασθενών λόγω οξέων φαινομένων (διάτρηση, μεγάλη αιμορραγία) εντερικής απόφραξης, συριγγίων, αποστημάτων ή επίμονων ενοχλημάτων που δεν ανταποκρίνονται στην κατάλληλη συντηρητική θεραπεία<sup>25</sup>.

## ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Από το υλικό της γαστρεντερολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Κρήτης στο διάστημα 1990-95 η ετήσια επίπτωση της ν. Crohn στο νομό Ηρακλείου υπολογίστηκε σε 3/10 και η αναλογία ανδρών - γυναικών σε 2, 4/1. Παρατηρήθηκε μία αιχμή επίπτωσης στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών σε άνδρες, ενώ παρόμοιο εύρημα δεν υπήρχε στις γυναίκες. Η επίπτωση της ν. Crohn ήταν μεγαλύτερη σε άτομα με αστική διαμονή, υψηλό μορφωτικό επίπεδο και σε καπνιστές<sup>25</sup>.

Από μεγάλη κλινικοεπιδημιολογική μελέτη 155 περιπτώσεως ν. Crohn σε 4 νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας και του Πειραιά<sup>42</sup> προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

1. Η νόσος προσβάλλει συχνότερον άτομα 20-40 ετών, κατοίκους αστικών κέντρων, ανώτερα κοινωνικά στρώματα και καπνιστές.
2. Παρατηρείται ελαφρά υπεροχή των ανδρών.
3. Προσβολή σε ίση αναλογίας του παχέος, του λεπτού, ή του λεπτού και του παχέος εντέρου συγχρόνως. Ελαφρά υπεροχή των γυναικών στην αποκλειστική εντόπιση στο παχύ.
4. Κυριότερα συμπτώματα: διάρροια, απώλεια βάρους και πυρετός. Αιματηρές κενώσεις: ιδιαιτέρως συχνές επί προσβολής του παχέος εντέρου.

5. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπήρχαν εξάρσεις και υφέσεις και μόνο σπανίως υπήρχαν μακρές χρονικές περίοδοι χωρίς συμπτώματα.

6. Συχνότητα εξωεντερικών εκδηλώσεων: παρόμοια με την ανεφερόμενη διεθνώς.

7. Χειρουργική θεραπεία απαιτήθηκε στο 50% των περιπτώσεων συνολικώς και στο 33% των περιπτώσεων αποκλειστικής εντόπισης στο παχύ έντερο.

8. Κυριότερες αιτίες χειρουργικής επέμβασης σε 51 ασθενείς με Crohn κολίτιδα ήταν : Μη ανταπόκριση σε συντηρητική αγωγή: 3, ραγδαία αιμορραγία: 1, περιεδρικά συρίγγια - αποστήματα: 8, λανθασμένη διάγνωση σκωληκοειδίτιδας: 3, αποφρακτικός ειλεός: 0, διάτρηση - περιτονίτιδα: 0<sup>42</sup>.

## **ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ (ΟΞΕΙΑ-ΧΡΟΝΙΑ)**

Οι γαστρίτιδες χαρακτηρίζονται από διάχυτες βλάβες του γαστρικού βλεννογόνου, καθολικές ή εντοπισμένες σε ορισμένες περιοχές του στομάχου, και περιλαμβάνουν βλάβες των επιθηλιακών κυττάρων και των γαστρικών αδένων, καθώς και ποικίλου βαθμού διήθηση του βλεννογόνου από φλεγμονώδη κύτταρα.

Οι γαστρίτιδες διακρίνονται σε: (α) Οξείες γαστρίτιδες ή οξείες γαστρικές βλάβες ως αποτέλεσμα οξείας απευθείας βλάβης του γαστρικού βλεννογόνου. Οι βλάβες αυτές είναι αναστρέψιμες, υποχωρούν εντός 24-48 ωρών από την άρση του παθογόνου αιτίου και ο βλεννογόνος αποκαθίσταται στο ακέραιο λόγω της μεγάλης αναγεννητικής του ικανότητας.

(β) Χρόνιες γαστρίτιδες, που αποτελούν χρόνιες φλεγμονώδεις βλάβες με την παρουσία διαφόρων φλεγμονωδών κυττάρων, όπως πλασματοκυττάρων, λεμφοκυττάρων, ιστιοκυττάρων και πολυμορφοπυρήνων, μεταξύ του επιθηλίου, των βοθρίων, των γαστρικών αδένων και ιδιαιτέρως του χορίου, καθώς και με ή χωρίς άλλες αλλοιώσεις, όπως ποικίλου βαθμού ατροφία των γαστρικών αδένων, εντερική μετάπλαση και άλλες σπανιότερες βλάβες (ηωσινοφιλική διήθηση, κοκκιώματα κ.ά.).

Οι χρόνιες γαστρίτιδες είναι σχεδόν πάντοτε ασυμπτωματικές, γι' αυτό η μελέτη τους είναι δυσχερής, ενώ η διάγνωσή τους στηρίζεται κυρίως σε ιστοπαθολογικά κριτήρια<sup>8</sup>.

**Οξεία γαστρίτιδα:** Σ' αυτή εμφανίζεται -υπεραιμία και οίδημα του βλεννογόνου και, όχι σπάνια αλλοίωση των επιθηλιακών κυττάρων, που μπορεί να φθάσει τη μορφή της εκτεταμένης διαβρώσεως. Σαν αίτια της φλεγμονής αυτής αναφέρονται τα οινοπνευματώδη ποτά, οι τροφικές δηλητηριάσεις, ως και δηλητηριάσεις με βαριά μέταλλα, όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, ο χαλκός κ.ά. φάρμακα διάφορα, όπως ασπιρίνη, αντιπυρετικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, δύσπεπτες τροφές, που ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου και προκαλούν γαστρίτιδα εξαιτίας υπερεκκρίσεως υδροχλωρικού οξέως. Ακόμη μικρόβια και τοξίνες μικροβίων και τέλος, μηχανικοί ή χημικοί παράγοντες, όπως τα συντηρητικά τροφών κ.λπ. μπορούν να προκαλέσουν γαστρίτιδα. Τα συμπτώματα της οξείας γαστρίτιδας είναι ανορεξία, απέχθεια προς το φαγητό, βάρος στο στομάχι, πόνος και τάση για εμετό.

Η διάγνωση γίνεται από τα ενοχλήματα και από τον ακτινολογικό έλεγχο. Στην ακτινογραφία στομάχου εμφανίζεται κατακερματισμός της σκιερής ουσίας και πιθανόν πλάτυνση των πτυχών του βλεννογόνου.

Η θεραπεία περιλαμβάνει καταπολέμηση του αιτίου, ρύθμιση του διαιτολογίου και χορήγηση φαρμάκων.

**Χρόνια γαστρίτιδα:** Η ύπαρξή της δεν είναι σαφώς καθορισμένη, όπως της οξείας. Διακρίνουμε δύο μορφές: την υπερτροφική, που έχουμε πάχυνση των πτυχών του βλεννογόνου και την ατροφική, στην οποία οι πτυχές είναι ατροφικές. Σαν αιτιολογία της χρόνιας γαστρίτιδας αναφέρεται η προδιάθεση του ατόμου, η κακή μάσηση των τροφών,

αταξία στις ώρες του φαγητού, η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών και καπνού. Τα συμπτώματα της νόσου είναι επιγαστρικός πόνος, που αντανακλά στη μέση, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικός καύσωνας, μετεωρισμός κοιλιάς, δυσκοιλιότητα, λείπει όμως ή περιοδικότητα των ενοχλημάτων που είναι κλασσική για το έλκος.

Η διάγνωση θα στηριχθεί στην κλινική εικόνα, το ιστορικό του αρρώστο, και τον ακτινολογικό έλεγχο. Η βιοψία είναι η ιδανική μέθοδος διαγνώσεως, δεν είναι όμως προσιτή πάντοτε.

Η Θεραπεία περιλαμβάνει ρύθμιση του διαιτολογίου έτσι, ώστε να πετύχουμε μεγαλύτερη δυνατή οικονομία του βλεννογόνου. Ο πόνος, ο καύσωνας και οι σπασμοί του στομάχου αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Η διακοπή του καπνίσματος και η ανάπαυση μετά του φαγητό αποτελούν βοηθητικούς παράγοντες<sup>4</sup>. Είναι δυνατή η εκρίζωση ή καταστολή του Έλκους του Πυλωρού με τη χορήγηση τριπλού αντιμικροβιακού σχήματος από κολλοειδές βισμούθιο, μετρονιδαζόλη και αμοξυκιλλίνη και άλλων συνδυασμών (δεν χορηγείται σε ασυμπτωματικούς με Χρόνια γαστρίτιδα ούτε σε άτομα με λειτουργική δυσπεψία)<sup>8</sup>.

## **ΑΙΤΙΑ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΩΝ**

### **A. Οξεία γαστρίτιδα**

- Φυσικά
- Χημικά
- Φαρμακευτικά
- Παθογόνοι μικροοργανισμοί
- Γενικά νοσήματα
- Βαρέως πάσχοντες

**B. Χρονία γαστρίτιδα (μη ειδική)**

- Ελικοβακτηρίδιο πυλωρού κ.ά.
- Αυτοάνοση
- Ιδιοπαθής

**Γ. Ειδικές μορφές χρονίας γαστρίτιδας**

- Αντιδραστική
- Λεμφοκυτταρική
- Φυματιώδης
- Συφιλιδική
- Άλλοι μικροοργανισμοί
- Σαρκοείδωση
- Νόσος του Crohn
- Νόσος του Ménétrier κ.ά<sup>8</sup>.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα, τόσο της οξείας όσο και της χρόνιας γαστρίτιδας, περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

- Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα.
- Βοήθεια του ασθενούς στην ταχύτερη θεραπεία, και
- Ενημέρωση του ασθενούς για το ενδεχόμενο επανεμφάνισης της νόσου, μετά την ίαση, ή και επιδεινώσεώς της.



Βασικοί παράγοντες ανακούφισης του ασθενούς από τα συμπτώματα είναι η προσπάθεια για τη μείωση ή απομάκρυνση των παραγόντων που συνέβαλαν στην εμφάνιση της γαστρίτιδας, όπως:

- Χορήγηση φαρμάκων, που μειώνουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέως ή το απορροφούν
- Χορήγηση τροφών μη ερεθιστικών για το βλεννογόνο του στομάχου, όπως τηγανητά, καρκεύματα κ.λπ.
- Αποφυγή χρήσεως καπνού, οινοπνευματωδών ποτών, καφές και τέλος,
- Αποφυγή παραγόντων που διαταράσσουν την ηρεμία του ασθενούς

Για την αντιμετώπιση την αντιμετώπιση της ανορεξίας, της απέχθειας προς το φαγητό και του αισθήματος της αηδίας, φροντίζουμε:

- Τον τρόπο προετοιμασίας του φαγητού, και
- Την ελκυστική ετοιμασία του δίσκου. Σ' αυτό βοηθεί ακόμη η επιλογή τροφών της αρεσκείας του αρρώστου και η ποικιλία τους.

Η χορήγηση των φαρμάκων με ακρίβεια και η χρησιμοποίηση κατάλληλου διαιτολογίου συντελούν στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, τις όξινες ερυγές και το οπισθοστερνικό άλγος. Ο μετεωρισμός αντιμετωπίζεται τόσο με το κατάλληλο διαιτολόγιο, όσο και με τα γνωστά νοσηλευτικά μέτρα, που έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Το κατάλληλο διαιτολόγιο, η χρησιμοποίηση υπακτικών φαρμάκων ή η εκτέλεση υποκλυσμού ανακουφίζουν τον ασθενή από τη δυσκοιλιότητα. Όλα δε τα μέτρα που παίρνονται για την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα συμβάλλουν και στην ταχύτερη θεραπεία του.

Ο τελευταίος τομέας της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή ενημέρωση του ασθενούς, για το ενδεχόμενο να ξαναεμφανισθεί η νόσος σε περίπτωση ίασεως ή να επιδεινωθεί, είναι πολύ ουσιώδης.

Το περιεχόμενο της διδασκαλίας περιλαμβάνει:

- Το είδος των τροφών που επιλέγονται. Οι τροφές πρέπει να είναι εύπεπτες, να μην ερεθίζουν το βλεννογόνο και να καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά. Αποφεύγονται οινοπνευματώδη ποτά και καφές.

- Τον τρόπο ετοιμασίας των τροφών. Συνιστώνται βραστά και ψητά και αποφεύγονται τα τηγανητά, τα γιαχνιστά, τροφές με καρυκεύματα κ.λπ.

- Την κατανόηση από μέρος του ασθενούς και των οικείων του για την σπουδαιότητα διατηρήσεως σταθερών γευμάτων και τη δυσμενή επίδραση, αν δεν υπάρξουν αυτά.

- Την ανάγκη αργής και ήρεμης λήψεως τροφών, καθώς και της καλής μασήσεώς τους.

- Τη δυσμενή επίδραση του άγχους, των εκνευρισμών κ.λπ. στην ομαλή λειτουργία του στομάχου, και

- Τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνού και επομένως την αποφυγή του.

Ο τομέας αυτός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς δίνει στην νοσηλεύτρια/τη ενεργό συμμετοχή τόσο στο θεραπευτικό, όσο και στον προληπτικό ρόλο της, σαν μέλος της ομάδας υγείας<sup>4</sup>.

## ΔΥΣΠΕΨΙΑ

Η λέξη δυσπεψία συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει οποιαδήποτε ανωμαλία στο πεπτικό σύστημα. Η ανωμαλία αυτή μπορεί να βρίσκεται στο στομάχι ή να είναι αντανακλαστικό σύμπτωμα ενός άλλου οργάνου π.χ. όπως συμβαίνει στη χρόνια σκωληκοειδίτιδα ή στο διαβήτη.

Συχνά είναι αποτέλεσμα ψυχονευρωτικών καταστάσεων. Πολλές φορές αποδίδεται σε κακή μάσηση, πολυφαγία, πτωχή διαίτα.

Διαιτητική αγωγή. Πρέπει να ζητηθεί η αιτία η οποία την προκαλεί Θεραπευτική αγωγή. Σπάνια είναι απαραίτητη.

Μία καλοϊσοζυγισμένη διαίτα, και σωστές διατροφικές συνήθειες είναι αρκετά<sup>36</sup>.

## ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η Παχυσαρκία είναι μία πάθηση, που δεν μπορεί να υποτιμάται καθόλου. Οι παχιοί άνθρωποι έχουν σωματικές και ψυχικές δυσκολίες. Το βάρος που πρέπει να κουβαλάνε μαζί τους, τους κάνει βραδυκίνητους. Το αυξημένο βάρος του σώματος αποτελεί επίσης επιβάρυνση και για την κυκλοφορία του αίματος. Οι πιθανότητες ζωής των παχύσαρκων ανθρώπων είναι αισθητά μειωμένες.

Μελέτες με την ψυχολογία του βάθους μπόρεσαν να αποδείξουν ότι η τάση που έχουν αυτοί οι άνθρωποι να τρώνε πολύ προϋπήρχε και στην παιδική τους ηλικία. Η ιδιοσυγκρασία είναι εδώ πολύ πιο

ασήμαντη από τον τρόπο της παιδικής διατροφής. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η παχυσαρκία συνδέεται με τις συνήθειες διατροφής της οικογένειας. Έχει επίσης ανακαλυφθεί ότι υπάρχουν ορισμένοι τύποι μητέρων, που με ασυνείδητες προϋποθέσεις διαπαιδαγωγούν τα παιδιά σε παχυσαρκία<sup>1</sup>.

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Αίτια που προκαλούν αυτή. Μπορεί να οφείλεται: 1) στους εξωγενείς παράγοντες όπως πολυφαγία. Στατιστικές απόδειξαν ότι για να διατηρηθεί η ζωτικότητα και η λειτουργία του οργανισμού σε καλή κατάσταση πρέπει να υπάρχει κανονικό βάρος. Η παχυσαρκία μειώνει το χρόνο ζωής. Από στατιστικές αποδειχθεί ότι το 60% από τους παχύσαρκους φθάνουν σε ηλικία 60 ετών, ενώ 90% από αυτούς που έχουν κανονικό βάρος, σε ηλικία 60 ετών. 10% από τους παχύσαρκους σε ηλικία 80 ετών, 30% από τους έχοντες κανονικό βάρος σε ηλικία 80 ετών.

Η Παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται: 2) σε ενδογενή παράγοντα δηλ. α) σε ανωμαλία του μεταβολισμού και β) επίσης η κληρονομικότητα θεωρείται ως ενδογενής παράγοντας.

Γενικά πιστεύεται ότι παιδιά από Παχύσαρκους γονείς αποκτούν βάρος διότι έχουν τις ίδιες διατροφικές συνήθειες με τους γονείς. Η Παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται 3) σε ενδοκρινείς ανωμαλίες, είτε του θυροειδή αδένου ή της υπόφυσης αλλά διευκολύνεται η ανωμαλία με

πρόσληψη τροφής περισσότερη της κανονικής και 4) μπορεί να είναι νευρικής φύσεως παχυσαρκία. Πολλοί καταλήγουν στο φαγητό όταν ευρίσκονται σε υπερένταση ή όταν αισθάνονται μόνοι.

Η τροφή γίνεται σύμβολο ασφαλείας αγάπης και ικανοποίησης.

Ένας αμερικανός διαιτολόγος STUNKARD περιγράφει την παχυσαρκία ως σύνδρομο νυκτερινού φαγητού. Ο άρρωστος τρώει λίγο την ημέρα και ικανοποιεί το αίσθημα της πείνας κατά τη νύκτα.

Η θεραπευτική αγωγή ανεξάρτητα από την αιτία είναι η ελάττωση των τροφών που εισάγονται και στην αύξηση των δαπανών του οργανισμού έτσι που να χρησιμοποιεί το αποθηκευμένο λίπος. Η δίαιτα γίνεται κατόπιν συστάσεως του γιατρού.

Η Νηστιοθεραπεία. Χρησιμοποιείται σε εξαιρετικά παχύσαρκους έτσι ώστε η ελάττωση του βάρους να γίνει σε λίγο χρονικό διάστημα. Δίνονται κατά τη διάρκεια της δίαιτας βιταμινούχα πρασκευάσματα ως και τροφές πολύ χαμηλές σε KCAL και αρκετό νερό προς αποφυγή αφυδάτωσης. Η δίαιτα της νηστιοθεραπείας εφαρμόζεται σε νοσοκομεία και κατόπιν ελέγχου των γιατρών.

Η καλύτερη δίαιτα είναι η δίαιτα η οποία βασίζεται σε μείωση των θερμίδων με βάση τον οδηγό καλή διατροφής και στηρίζεται σε απώλεια βάρους 1 κιλό την εβδομάδα<sup>36</sup>.

## **ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού σωλήνα αποτελούν μερικούς από τους πιο συχνούς κακοήθεις όγκους. Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται τα πιο συχνά νεοπλάσματα του οισοφάγου, του στομάχου και του παχέος εντέρου.

### **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ**

Η επίπτωση του καρκινώματος του οισοφάγου έπεσε κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών σε 5:100.000. Οι νέγροι ιδιαίτερα οι άνδρες προσβάλλονται 4-5 φορές περισσότερο από τους λευκούς ενώ η χαμηλότερη επίπτωση παρατηρείται στις λευκές γυναίκες<sup>11</sup>.

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ**

Το αίτιο του επιδερμοειδούς καρκινώματος του οισοφάγου δεν είναι γνωστό, ο όγκος όμως αυτός παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές συσχετίσεις. Οι παράγοντες του περιβάλλοντος ενοχοποιούνται συχνά, ειδικά σε περιοχές που υπάρχει αυξημένη επίπτωση. Επίσης το καρκίνωμα του οισοφάγου παρατηρείται συχνότερα μεταξύ ατόμων που καπνίζουν ή πίνουν υπερβολικά και σε άτομα που έχουν ή είχαν

επιδερμοειδείς όγκους της κεφαλής και του τραχήλου. Τη συχνότητα αυξάνουν ακόμα οι βλάβες του οισοφάγου που οφείλονται σε κατάποση απορρυπαντικών, ακτινοβολία ή μακροχρόνια στάση (συνήθως εξ αιτίας αχαλασίας). Συσχέτιση τέλος με τον καρκίνο του οισοφάγου παρουσιάζει με άγνωστους μηχανισμούς η σπάνια κληρονομική πάχυνση του δέρματος, των παλαμών και των πελμάτων<sup>11</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Το συχνότερο και σπουδαιότερο σύμπτωμα του καρκινώματος του οισοφάγου είναι η δυσφαγία, που συχνά συνοδεύεται από ανορεξία και απώλεια βάρους. Εξ αιτίας της αναγωγής και της εισρρόφησης που είναι δυνατό να προκαλούνται, ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει βήχα ή επεισόδια βρογχοπνευμονίας.

Σημαντικού βαθμού αιμορραγία σπάνια παρατηρείται. Κατά την επέκταση του όγκου είναι δυνατόν να προκληθεί βράγχος της φωνής. Τέλος έχουν περιγραφεί περιπτώσεις ανάπτυξης πληκτροδακτυλίας και ενδοκρινικών διαταραχών<sup>11</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Χειρουργική επέμβαση, διαστολή της κακοήθους στένωσης, τοποθέτηση, πλαστικού προσθετικού σωλήνα στην περιοχή της απόφραξης και θερμοπηξία του νεοπλάσματος<sup>11</sup>.

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Είναι ένας από τους συνηθέστερους καρκίνους του ανθρώπου, προσβάλλει άντρες συχνότερα παρά γυναίκες και κυρίως άτομα 50-70 ετών<sup>35</sup>.

## **ΑΙΤΙΑ**

Σήμερα, μεγάλο ποσοστό των κακοήθων όγκων του ανθρώπου αποδίδεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μεταξύ των παραγόντων αυτών κεντρική θέση κατέχουν οι διαιτητικοί παράγοντες και, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για 50% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων των γυναικών και για περισσότερα από 30% των ανδρών.

Ο ακριβής προσδιορισμός του ρόλου που διαδραματίζουν οι διαιτητικοί παράγοντες στη διαδικασία της καρκινογένεσεως είναι δύσκολος.

Επιδημιολογικές μελέτες σε ευρύ φάσμα πληθυσμών υποδεικνύουν ότι η μεγάλη κατανάλωση άλατος με τις τροφές, η υπερκατανάλωση



καπνιστών τροφών· καθώς και η συχνή κατανάλωση σύνθετων υδατανριθάκων και αμυλούχων τροφών αυξάνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου<sup>43,44</sup>. Η σημασία του άλατος των τροφών στη γαστρική καρκινογένεση ενισχύεται από επιδημιολογικές μελέτες που αποδεικνύουν παράλληλη μείωση των θανάτων από γαστρικό έλκος και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Η αυξημένη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών έχει αναγνωρισθεί στις περισσότερες επιδημιολογικές εργασίες ως προστατευτικός παράγων και αυτό, πιθανότατα, σχετίζεται με την πρόσληψη βιταμινών Α, C και Ε.

Μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον αφιερώθηκε στη σημασία των νιτρωδών και των νιτρικών αλάτων στη διαδικασία της καρκινογένεσεως. Τα νιτρώδη αποτελούν αρκετά συχνά συστατικό των τροφών κυρίως, βρίσκονται στα λαχανικά, στο συντηρημένο κρέας και, σε κάποιο βαθμό, στο πόσιμο νερό.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, οι ουσίες που προαναφέρθηκαν (αλάτι κ.λπ.) δεν επηρεάζουν το γαστρικό βλεννογόνο, αλλά, όταν διάφορες καταστάσεις διαταράξουν την ακεραιότητα του βλεννογόνιου φραγμού, οι ουσίες αυτές μπορεί να δώσουν έναυσμα σε μια σειρά διεργασιών που αρχικά οδηγούν σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, αργότερα σε εντερική μεταπλασία και, τελικά, σε γαστρικό καρκίνο<sup>45</sup>.

Πρόσφατα, επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν σχέση μεταξύ λοιμώξεως με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*) και γαστρικού καρκίνου.

Επιπροσθέτως, διαιτητικοί παράγοντες πιθανότητα κατέχουν κεντρικό ρόλο στη διεργασία καρκινογένεσης, στην οποία εμπλέκεται το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Έχει πρόσφατα ανακοινωθεί<sup>33</sup> ότι στη λοίμωξη με το μικρόβιο αυτό τα επίπεδα της βιταμίνης C του γαστρικού υγρού βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα και επανέρχονται στο φυσιολογικό μετά την εκρίζωση του μικροβίου με κατάλληλη θεραπεία<sup>46</sup>.

Γενετικοί παράγοντες παρεμβαίνουν:

α) Συγγενείς πασχόντων από καρκίνο του στομάχου προσβάλλονται σε μεγαλύτερη αναλογία παρά ο λοιπός πληθυσμός.

β) Άτομα ομάδας αίματος A προσβάλλονται συχνότερα.

γ) Άτομα με ατροφική γαστρίτιδα ή κακοήθη αναιμία προσβάλλονται σε ποσοστό 10% περίπου, ενώ άτομα με γαστρικούς πολύποδες σε ποσοστό 25-30%<sup>35</sup>.

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι: Το περιβάλλον, οι γεωγραφικές διαφορές. Ο καρκίνος του στομάχου είναι πιο συχνός σε άτομα με θετικό οικογενειακό ιστορικό, ηλικιωμένα ή χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής θέσης και μετά από γαστρεκτομή. Ενδεχόμενος παράγοντας κινδύνου θεωρείται επίσης και η διατροφή<sup>11</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Συμπτώματα: Η αρχή της νόσου είναι ύπουλη. Ο ασθενής παραπονείται για ανορεξία (απέχθεια προς το κρέας), καταβολή των δυνάμεων, πτώση του σωματικού βάρους και δυσπεπτικές διαταραχές (επιγαστρικό βάρος, μετεωρισμός κοιλίας, ναυτία ή εμετοί, δυσφαγία κ.ά). Το στάδιο αυτό είναι το πιο κρίσιμο, γιατί και ο ασθενής και ο ιατρός δεν δίνουν σημασία στα ενοχλήματα.

Καθώς προχωρεί η νόσος, η επιφάνεια του νεοπλάσματος εξελκώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικρών αιμορραγιών, που συχνά επαναλαμβάνονται. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρουσιάζει μικρές αναγωγές καφεοειδούς χρώματος και μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα, που ανιχνεύεται εργαστηριακά με την αντίδραση Wember - Mayer (χημική ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα). Εξαιτίας της σταθερής αυτής αιμορραγίας προκαλείται μεγάλη αναιμία, που ποτέ δε λείπει κατά την εξέλιξη του καρκίνου. Η επιφάνεια του νεοπλάσματος που εξελκώθηκε συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό. Στα τελικά στάδια μπορεί να εμφανιστεί ψηλαφητός όγκος στο επιγάστριο, που παρακολουθεί τις αναπνευστικές κινήσεις. Σπάνια στην αριστερή υποκλείδια χώρα βρίσκεται ο αδένας Virchow. Ή εμφάνιση του αδένου φανερώνει κατάσταση προχωρημένη και η χειρουργική επέμβαση αποκλείεται.

Ο πόνος ποικίλλει σε χρόνο εμφάνισεως και έντασης. Η στένωση από τη διήθηση του πυλωρού είναι συνηθισμένη.

Διάγνωση: Αυτή βοηθείται με:

- Την ακτινολογική εξέταση
- Την εξέταση του γαστρικού υγρού
- Την εξέταση των κοπράνων κατά Mayer και των υπόλοιπων εργαστηριακών ευρημάτων, και,
- Τη γαστροσκόπηση

Η ακτινολογική εξέταση είναι η πιο προσιτή μέθοδος και στα χέρια έμπειρου εξεταστή πολύ αποδοτική, και δίνει την διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων. Με αυτή διαπιστώνεται σκιαγραφικό έλλειμμα και εξάλειψη του περισταλτισμού στην περιοχή του στομάχου, όπου υπάρχει το νεόπλασμα.

Με την εξέταση του γαστρικού υγρού διαπιστώνεται έλλειψη ελάττωση υδροχλωρικού οξέως (HCl) δηλαδή υποχλωρυδρία, ή αχυλία (λόγω της καταστροφής των γαστρικών αδένων εξαιτίας της διηθήσεως) και η ύπαρξη γαλακτικού οξέος, που οφείλεται στη ζύμωση των υδατανθράκων από μικροοργανισμούς.

Η εξέταση κοπράνων κατά Mayer είναι θετική, εμφανίζεται συνήθως αναιμία και αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων με τη μέθοδο Παπανικολάου (λήψη υγρού με πλύση του στομάχου), επιβεβαιώνει την ύπαρξη καρκίνου στα 90% των περιπτώσεων. Η γαστροσκόπηση επίσης συμβάλλει αποτελεσματικά στη διάγνωση του καρκίνου, καθώς και η βιοψία που την συνοδεύει.

Η μετάσταση του καρκίνου του στομάχου γίνεται λεμφογενώς, αιματογενώς και κατά συνέχεια ιστού.

Η Θεραπεία είναι καθαρά χειρουργική και ανάλογα με την εντόπιση και την έκτασή του, γίνεται είτε ευρεία κατώτερη γαστρεκτομή, είτε μερική ανώτερη ή ολική γαστρεκτομή. Στην ολική ευρεία γαστρεκτομή αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι, ο σπλήνας, το «μείζον» επίπλου και

τμήμα του παγκρέατος (αν αυτά έχουν διηθηθεί). Παράλληλα εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Όσο νωρίτερα διαγνωσθεί η πάθηση, τόσο τα αποτελέσματα αποβαίνουν σωστικά για τον άρρωστο. Ο καρκίνος του στομάχου δεν μπορεί να εγχειριστεί, όταν έχει κάνει μετάσταση στο ήπαρ ή σε άλλα όργανα.

Τα κυτταροστατικά δε φαίνεται να ασκούν επίδραση στο γαστρικό καρκίνο. Γι' αυτό στον ανεγχείρητο καρκίνο η θεραπεία είναι συμπτωματική, δηλαδή με διεγερτικά της ορέξεως και χορήγηση κατάλληλης εύπεπτης τροφής με καταπραϋντικά του πόνου, αντιεμετικά και με ενίσχυση της αισιοδοξίας<sup>4</sup>.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Όπως έχει σημειωθεί. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια/της, έχοντας υπόψη την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, καλείται να αξιολογεί τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο. Τόσο στην προεγχειρητική περίοδο, όσο και στη μετεγχειρητική ο άρρωστος μπορεί να χρειάζεται τεχνητή διατροφή (τοποθέτηση σωλήνα Levin στο στομάχι από τη μύτη).

Στους ανεγχείρητους όγκους του στομάχου, αν υπάρχουν προβλήματα λήψεως τροφής λόγω στενώσεως του οισοφάγου και του καρδιακού ή 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 δηλαδή της λήψεως της τροφής. Αυτό αποτελεί έντονη συναισθηματική επώδυνη εμπειρία γι' αυτό, τόσο ο ιατρός όσο και η νοσηλεύτρια/της καλούνται να βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί, με όσο δυνατόν λιγότερες αντιδράσεις, την αναπηρία αυτή.

Η νοσηλεύτρια/της προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μία επιτυχή εγχείρηση καρκίνου του στομάχου, να παρακολουθείται περιοδικά από ιατρό. Ο σκοπός της περιοδικής αυτής εξετάσεως, γνωστός για τον άρρωστο, είναι η έγκαιρη εντόπιση τυχόν μεταστάσεως του όγκου.

Η ηθική τόνωση, αναγκαία για κάθε είδους ασθενή, είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στον καρκινοπαθή, έστω κι αν έχει άγνοια της νόσου του και η χειρουργική επέμβαση χαρακτηρίστηκε επιτυχής, διότι η μείωση των δυνάμεων εξαιτίας της διαβρωτικής νόσου, δίνει σ' αυτόν έντονο το αίσθημα της ελαττώσεως των ημερών της ζωής του<sup>4</sup>.

## **ΑΔΡΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

### **Παχύ έντερο**

Το παχύ έντερο εμφανίζει τα εξής μέρη: το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το ανιόν κόλο, το εγκάρσιο κόλο και το σιγμοειδές κόλο. Η κυρία λειτουργία του παχέος εντέρου είναι η απορρόφηση ύδατος και ηλεκτολυτών και η συσσώρευση του άπεπτου υλικού μέχρις ότου αποβληθεί από το σώμα ως κόπρανα<sup>47</sup>.

### **Τυφλό**

Το τυφλό είναι το τμήμα εκείνο του παχέος εντέρου που βρίσκεται κάτω από το σημείο εκβολής του ειλεού. Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, έχει μήκος περίπου 6cm και περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο. Εμφανίζει σημαντική κινητικότητα παρόλο ότι δεν έχει μεσεντέριο. Η παρουσία περιτοναϊκών πτυχών στην περιοχή του τυφλού δημιουργεί το άνω ειλεοτυφλικό, το κάτω ειλεοτυφλικό και το οπισθοτυφλικό κόλπωμα.

Η αγγείωση του τυφλού γίνεται με την πρόσθια και την οπίσθια τυφλική αρτηρία.

Τα νεύρα του τυφλού προέρχονται από συμπαθητικά νεύρα και τα πνευμοναγαστικά νεύρα του άνω μεσεντέριου πλέγματος<sup>47</sup>.

### **Σκωληκοειδής απόφυση**

Η σκωληκοειδής απόφυση βρίσκεται στη δεξιά λαγόνια χώρα και ως προς το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα η βάση της βρίσκεται στο όριο μεταξύ του πρώτου και δεύτερου τριτημορίου νοητής γραμμής, η οποία συνδέει τη δεξιά πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα με τον ομφαλό (σημείο του Mc Burney).

Η αγγείωση της σκωληκοειδούς γίνεται από τη σκωληκοειδή αρτηρία η οποία είναι κλάδος της οπίσθιας τυφλικής αρτηρίας.

Τα νεύρα της σκωληκοειδούς απόφυσης προέρχονται από τα συμπαθητικά και πνευμονογαστρικά νεύρα του άνω μεσεντερίου πλέγματος<sup>47</sup>.

### **Ειλεοτυφλική (ειλεοκολική) βαλβίδα**

Βρίσκεται στην εκβολή του ειλείου προς το κόλο. Αποτελείται από 2 οριζόντιες πτυχές του βλεννογόνου που προβάλλουν γύρω από το στόμιο του ειλεού. Οι πτυχές αυτές ενώνονται στα πλάγια του στομίου και σχηματίζουν δύο επιμήκη επάρματα, τους χαλινούς της ειλεοκολικής βαλβίδας. Ο ρόλος της βαλβίδας αυτής στην παρεμπόδιση της παλινδρόμησης του περιεχομένου του κόλου προς τον ειλεό είναι ασήμαντος. Οι κυκλοτερείς μύικες ίνες του τελικού τμήματος του ειλεού χρησιμεύουν ως σφιγκτήρας και ελέγχουν τη ροή του εντερικού περιεχομένου από τον ειλεό προς το κόλο<sup>47</sup>.

### **Ανιόν κόλο**

Το ανιόν κόλο έχει μήκος περίπου 13 cm και βρίσκεται στη δεξιά λαγόνια χώρα. Εκτείνεται προς τα άνω από το τυφλό μέχρι την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος όπου ανακάμπει προς τα αριστερά, σχηματίζοντας τη *δεξιά κολική (ηπατική) καμπή*, και μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλο.

Η αγγείωση του ανιόντος κόλου γίνεται από την ειλεοκολική και τη δεξιά κολική, κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας<sup>47</sup>.



## **Εγκάρσιο κόλο**

Το εγκάρσιο κόλο έχει μήκος περίπου 38cm και διατρέχει εγκάρσια την κοιλία καταλαμβάνοντας την υπογάστρια και ομφαλική χώρα.

## **Κατιόν κόλο**

Το κατιόν κόλο έχει μήκος περίπου 25cm και βρίσκεται στην αριστερή λαγόνια χώρα. Αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή και φέρεται προς τα κάτω μέχρι το στόμιο της ελάσσονος πυέλου όπου μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο<sup>47</sup>.

## **Ορθό (απευθυσμένο ή ευθύ)**

Το ορθό έχει μήκος περίπου 13cm και αρχίζει μπροστά από τον 3ο ιερό σπόνδυλο ως συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου. Πορεύεται προς τα κάτω, ακολουθώντας την καμπύλη του ιερού οστού και του κόκκυγα και κατλήγει περίπου 2,5cm μπροστά από την κορυφή του κόκκυγα, διαπερνώντας το πυελικό διάφραγμα και μεταπίπτοντας στον πρωκτικό σωλήνα. Το κατώτερο μέρος του ορθού, που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το πυελικό διάφραγμα, διευρύνεται και σχηματίζει τη λήκυθο του ορθού (κοπροδόχο λήκυθο).

Η αιμάτωση του ορθού γίνεται από την άνω αιμορροϊδική, τις μέσες αιμορροϊδικές και τις κάτω αιμορροϊδικές αρτηρίες.

Η νεύρωση του ορθού προέρχεται από τα κάτω υπογάστρια πλέγματα<sup>47</sup>.

## **Πρωκτικός σωλήνας**

Ο πρωκτικός σωλήνας έχει μήκος περίπου 4cm και πορεύεται προς τα κάτω και πίσω, από την κοπροδόχο λήκυθο ως τον πρωκτό. Ο ανελκτήρας του πρωκτού μυς και οι σφιγκτήρες του πρωκτού κρατούν τα τοιχώματα του πρωκτικού σωλήνα το ένα κοντά στο άλλο.

Στη θέση όπου το ορθό μεταπίπτει στον πρωκτικό σωλήνα, η ανάμειξη των ινών του έσω σφιγκτήρα με τις ίνες της εν τω βάθει μοίρας του έξω σφιγκτήρα και με τους ηβοορθικούς μυς σχηματίζει τον ορθοπρωκτικό δακτύλιο που μπορεί να ψηλαφηθεί κατά τη δακτυλική εξέταση του ορθού.

Η αγγείωση του πρωκτικού σωλήνα προέρχεται από τη μονοφυή άνω και τις διφυείς μέση και κάτω αιμορροϊδική αρτηρία<sup>47</sup>.

## **ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου αποτελεί και τη συχνότερη κακοήγη νεοπλασία του.

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Στους άνδρες ο καρκίνος είναι ο τρίτος σε συχνότητα μετά το καρκίνωμα του πνεύμονος και του προστάτη, ενώ στις γυναίκες ο δεύτερος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση και η θνησιμότητα απ' τη νόσο αυτή, παρατηρούνται αυξημένες σε αναπτυγμένης οικονομικώς χώρες<sup>48</sup>.

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Τα αίτια του καρκινώματος του παχέος εντέρου είναι άγνωστα, έχουν όμως διαπιστωθεί ορισμένες συσχετίσεις. Οι γεωγραφικές διαφορές της συχνότητας και οι μεταβολές της στις ομάδες που μεταναστεύουν αποτελούν ισχυρές ενδείξεις επίδρασης παραγόντων του περιβάλλοντος. Με ιδιαίτερη προσοχή εξετάζεται και η διατροφή. Εκτός από τους πιθανούς διαιτητικούς παράγοντες έχουν γίνει γνωστοί και μερικοί ατομικοί: Με την πρόοδο της ηλικίας, φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, ιστορικού καρκίνου ή αδενώματος παχέος εντέρου (οικογενειακό, ατομικό), σύνδρομα οικογενούς πολυποδίασης, ιστορικό καρκίνου του μαστού ή των γυναικείων γεννητικών οργάνων. Σπουδαίο λοιπόν ρόλο είναι δυνατόν να παίζουν και οι κληρονομικοί παράγοντες<sup>11</sup>. Ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες και stress ενδέχεται να παίζουν κάποιο ρόλο στη δημιουργία καρκίνου του παχέος εντέρου.

Η αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων σε υπερδιατρεφόμενες κοινωνικές ομάδες και η διάσπασή τους από τα αναερόβια βακτηρίδια του κόλου σε ενώσεις καρκινογόνες, φαίνεται να είναι ο κύριος παθογενετικός μηχανισμός πρόκλησης καρκίνου παχέος εντέρου, περιβαλλοντολογικής προέλευσης<sup>48</sup>.

## **ΕΝΤΟΠΙΣΗ**

Στην περιοχή του ορθοσιγμοειδούς εντοπίζεται το 62% των όγκων, στο κατιόν το 6%, στο εγκάρσιο το 12%, στο ανιόν το 9% και στο τυφλόν το 11%<sup>49</sup>.

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντίθεσης και την ενδοσκόπηση καθώς και τη λήψη ιστοτεμαχιδίων για διενέργεια βιοψίας. Η αξονική ή η μαγνητική τομογραφία και το ενδοορθικό υπερηχογράφημα έχουν σημαντική θέση κυρίως στη σταδιοποίηση της νόσου.

Δακτυλική εξέταση ορθού. Ενδοσκόπηση βαριούχος υποκλυσμός παχέος εντέρου<sup>50</sup>.

Η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, συνίσταται στην απομόνωση των αιτιολογικών παραγόντων και στην παρεμπόδιση της δράσης τους. Η δευτερογενής πρόληψη συνίσταται στη διάγνωσή του σε πρώιμο στάδιο ή στη διάγνωση και αντιμετώπιση γνωστών προκαρκινικών καταστάσεων όπως:

α) Σχέση αδενώματος-καρκίνου.

β) Σχέση οικογενούς πολυποδίασης-καρκίνου.

γ) Σχέση φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου και καρκίνου.

δ) Άτομα που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα, θεωρούνται άτομα ή ομάδες υψηλού κινδύνου.

ε) Άτομα άνω των 50 ετών, φορείς αδενωμάτων διαμέτρου μεγαλύτερου των 15mm, με δυσπλασία<sup>28</sup>.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Όταν η εντόπιση του όγκου είναι στο Δεξιό τμήμα του παχέος εντέρου έχουμε τα εξής συμπτώματα:

Αναιμία, ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο στο 10% των περιπτώσεων. Ήπιο σταθερό άλγος, απώλεια βάρους, αδυναμία.

Όταν η Εντόπιση του όγκου είναι στο Αριστερό τμήμα του παχέος εντέρου έχουμε τα εξής συμπτώματα:

Πρώιμο σύμπτωμα είναι η απόφραξη του αυλού του εντέρου και ο αποφρακτικός ειλεός, μετά από περίοδο με συμπτώματα δυσκοιλιότητας, ενώ στο ορθό οι βλεννοαιματηρές κενώσεις είναι πολύ πιο συχνές σε σχέση με την εντόπιση του όγκου στο σιγμοειδές.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Αλλαγή στη λειτουργία του εντέρου, διάρροια, δυσκοιλιότητα, κοιλιακά άλγη, δυσπεπτικά ενοχλήματα και μετεωρισμός, αποτελούν κοινά συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου και ορθού ανεξαρτήτως εντόπισής του<sup>48,49</sup>.

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Οι μέθοδοι θεραπείας είναι: η χειρουργική<sup>11</sup> επέμβαση, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία (κυτταροστατικά φάρμακα)

Η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η κύρια θεραπευτική επιλογή σε όλους σχεδόν τους όγκους του παχέος εντέρου.

Η εκτομή του πάσχοντος τμήματος με το ανατομικώς συνοδό τμήμα του μεσοκόλου και ακολούθως η αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου με αναστόμωση μεταξύ κεντρικού και περιφερικού κολοβώματος, αποτελεί τον σχεδιασμό και τη στρατηγική κάθε επέμβασης<sup>28</sup>.

## **Υποτροπή της νόσου**

Τουλάχιστον το ήμισυ από τους χειρουργημένους ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου θα καταλήξουν από τη δυσμενή εξέλιξη της νόσου.

Στις τοπικές υποτροπές του καρκίνου του ορθού έχουν επισημανθεί τα εξής:

Το 38% των υποτροπών εμφανίζεται τον πρώτο χρόνο μετά από την εγχείρηση, το 35% τον δεύτερο χρόνο και το 14% τον τρίτο χρόνο.

Οι ηπατικές μεταστάσεις είναι οι πιο συχνές σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (21,5%)<sup>28</sup>.

## **ΕΠΙΒΙΩΣΗ**

Η μέση πενταετής επιβίωση στις περισσότερες σειρές ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Είναι γύρω στο 50-60%<sup>50</sup>.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας/τη αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιο της αποκατάστασης ή του θανάτου. Σε όλα τα στάδια ο ρόλος της είναι ο εξής:

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή της θεραπείας.
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.
- Βοήθεια του αρρώστου για να υποστεί την κολοστομία και να ζει με αυτήν.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

Ζωτικό ερώτημα που υπάρχει και σήμερα μεταξύ των ανθρώπων και που απασχόλησε και απασχολεί την Εκκλησία, τους ψυχιάτρους και όλους όσους βρίσκονται κοντά στον καρκινοπαθή, είναι: Πρέπει να

είχαν γίνει πολλές συζητήσεις όσον αφορά τις δυσμενείς επιδράσεις που έχει για τον ασθενή η ενημέρωσή του, ότι πάσχει από καρκίνο, ενώ δεν εκτιμήθηκε σωστά η βαρύτητα σχετικά με τις δυσμενείς επιδράσεις που έχει για τον ασθενή, η άγνοια της παθήσεώς του.

Πρέπει λοιπόν να γνωρίζει ο ασθενής τη διάγνωση της νόσου ή όχι; Και εμείς οι νοσηλεύτριες/τες τι θα απαντήσουμε; Θα του πούμε ότι έχει καρκίνο ή θα του κρύψουμε την αλήθεια;

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής δέχεται την πληροφορία συχνά εξαρτάται από τη φιλοσοφία και τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Διαπιστώθηκε ότι οι αντιδράσεις των ασθενών μετά από την επιβεβαίωση της νόσου εγκατέλειψαν τελείως τον εαυτό τους στον αναπόφευκτο θάνατο, άλλοι αισθάνθηκαν να παραλύουν τέλεια με έλλειψη πρωτοβουλίας, άλλοι βοήθησαν θετικά και πίστεψαν στη θεραπεία και άλλοι επιδόθηκαν στην προετοιμασία για την καλύτερη αντιμετώπιση του σοβαρού θέματος «του θανάτου». Η ρεαλιστική αντιμετώπιση της νόσου από τον ασθενή εξαρτάται και από τη νοοτροπία των διαφόρων χωρών αλλά κυρίως από τά άτομα που επωμίζονται την ευθύνη αυτή.

Οι απαντήσεις της νοσηλεύτριας/τη στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντα να βαδίζουν σύμφωνα με το πνεύμα του ιατρού. Στην νοσηλεύτρια/τη δίνεται μια ασυνήθιστη ευκαιρία ανάμεσα στον καρκινοπαθή και το περιβάλλον του. Πρέπει να είναι ανεξάντλητη πηγή για να προσφέρει, να συμπαθεί, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή ή στο θάνατο.



Οι ασθενείς, των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτε δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά μια μόνιμη κολοστομία. Η νοσηλεύτρια/της με την όλη διδασκαλία και την στάση της κοντά στον καρκινοπαθή συμβάλλει τα μέγιστα ώστε ο άρρωστος να αποκατασταθεί όσο γίνεται ανώδυνα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Πρέπει να κατορθώσουμε να νοσηλεύσουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατό να θεραπευθούν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους και με πεποίθηση ότι η αρρώστια, όσο σκληρή κι αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας<sup>4</sup>.

## **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

### **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η**

Η πρώτη περίπτωση είναι ένας άνδρας ηλικίας 30 ετών, καθηγητής. Ο κύριος Σ.Α εισήχθη στην Β΄ Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 12.8.98 με διάγνωση παραμόρφωση βολβού δωδεκαδακτύλου επί χρονίου έλκους.

### **ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό ο ασθενής έπασχε από επιγάστρια ενοχλήματα πρωί και απόγευμα κατά των εποχών της Ανοιξέως και του Φθινοπώρου. Ο ασθενής παρουσίαζε και πόνο στο στομάχι, εύκολη κόπωση, αδυναμία πέψης, απώλεια βάρους και κατά τα πρωϊνά μια λυγούρα. Παρουσίασε έντονα στομαχικά άλγη που είχαν ως αποτέλεσμα να έλθη στο νοσοκομείο για εξέταση. Προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για να υποβληθεί σε διαγνωστικές μεθόδους.

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής έπασχε από Υπέρταση (δύσκολα ρυθμιζόμενη) από 10ετίας, βρογχικό άσθμα από πολλά χρόνια (20 περίπου), και καπνιστής 1-1,5 πακέτο την ημέρα από 10ετίας. Σαν άτομο παρουσιάζει

τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας Α' (φιλόδοξος, δραστήριος, ανταγωνιστικός) και είναι ιδιαίτερα αγχώδης λόγω οικογενειακών και επαγγελματικών προβλημάτων. Καταναλώνει αρκετούς καφέδες την ημέρα και δεν προσέχει τη διατροφή του. Επίσης αναφέρει λήψη παυσίπονων-αντιφλεγμονωδών φαρμάκων λόγω εντόνων πονοκεφάλων.

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται: Υπέρταση, εγκεφαλικό

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**ΚΟΙΛΙΑ:** Μαλακή, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΚΑΡΔΙΑ:** Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΘΩΡΑΚΑΣ:** Αναπνευστικό ψιθύρισμα Κ.Φ.

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Κ.Φ.

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

Σφ: 65/min, Α.Π: 160/100 mmHg, Θερμοκρασία: 37.1°C.

**ΛΕΜΦΙΚΟ:** Κ.Φ.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

## **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 12

Αιματοκρίτης: 45

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.000.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 8.000

SGOT: 26

SGPT: 13

### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 90

Ουρία: 12

Κάλιο: 4,6

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

Τέλος βρέθηκε αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο κύριος Σ.Α. εισήλθε στην Β' Χειρουργική στις 10.8.98 μαζί με τη σύζυγό του. Ήταν παρα πολύ εξαντλημένος και με πόνους.

Τα ζωτικά του σημεία ήταν:

Αρτηριακή πίεση: 160/100 mmHg, Σφύξεις: 65/min,

Θερμοκρασία: 37.1°C.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Lozec	1x2
Zantac	1x2
Riopan	1x3
Clopir 20	1x3
Risordan 50cc	1x3

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η**

Η δεύτερη περίπτωση είναι ένας άνδρας ηλικίας 55 ετών, οικοδόμος. Ο κύριος Α.Μ εισήχθη στην Β΄ Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 11.7.98 με διάγνωση επιγαστραλγία.

**ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό ο ασθενής παρουσιάζει επίμονη επιγαστραλγία, απώλεια βάρους 6kg το εξάμηνο, όξινες ερυγές και εύκολη κόπωση. Καθημερινά ο ασθενής αναφέρει χρόνια διαρροϊκό σύνδρομο (5-10 ημερησίως) χωρίς πρόσμιξη αίματος και βλέννας.

Προ δεκαημέρου ο ασθενής παρουσίασε εμέτους (χολώδη) και διάρροια, άλγος σ' όλη την κοιλιακή χώρα. Την ημέρα της εισαγωγής του στην Β΄ Χειρουργική κλινική αισθάνθηκε αδυναμία ζάλη.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής είναι καπνιστής 1-2 πακέτα την ημέρα από 20ετίας.

Ο ασθενής είναι ψυχολογικά φορτισμένος λόγω προσφάτου απώλειας στενού του συγγενικού του προσώπου από τροχαίο. Έπειτα από αυτό το συμβάν αναφέρει συχνή κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης κάνει λήψη υπνωτικών φαρμάκων λόγω έντονης ανησυχίας κατά τη διάρκεια του ύπνου.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**ΚΟΙΔΙΑ:** Μαλακή, ευπίεστη.

**ΚΑΡΔΙΑ:** Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΘΩΡΑΚΑΣ:** Αναπνευστικό ψιθύρισμα Κ.Φ.

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Κ.Φ.

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

Σφ: 85/min, Α.Π: 175/110 mmHg, Θερμοκρασία: 36.8°C.

**ΔΕΜΦΙΚΟ:** Κ.Φ.

## **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 14

Αιματοκρίτης: 48

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.600.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 8.000

SGOT: 26

SGPT: 13

### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 93

Ουρία: 14

Κάλιο: 4,6

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο κύριος Α.Μ. εισήλθε στην Β' Χειρουργική στις 11.7.98 μαζί με τη σύζυγό του. Ήταν ζαλισμένος και αδύναμος.

Τα ζωτικά του σημεία ήταν:

Αρτηριακή πίεση: 175/110 mmHg, Σφύξεις: 85/min,

Θερμοκρασία: 36.8°C.

### **ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Zantac	1x2
Lozec	1x2
Castor oil	1x2
Capoten 50cc	1x2
Lasix tabl.	1x1



**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3η****ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Ν.Σ.****ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 30 ετών****ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ: πεπτικό έλκος****ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Ο ασθενής παρουσίασε πριν 3 μήνες επιγαστρικά άλγη.

Ο πόνος ήταν συνεχής με μεσοδιαστήματα καυστικού άλγους, ο οποίος ανακουφιζόταν μετά την λήψη τροφής. Η χρήση αντιόξινων επέφερε ανακούφιση από τον πόνο. Πρό 3 ημερών, ο πόνος έγινε εντονότερος και έτσι ήρθε στα εξωτερικά ιατρεία για εξέταση. Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε ευαισθησία στο επιγάστριο. Το ήπαρ φυσιολογικό. Ο σπλήνας φυσιολογικός.

**ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:** Σφύξεις 80/min, Α.Π. 140/80mmHg, θερμοκρασία 37,4°C.

Ο ασθενής εισήχθηκε στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση, επειδή υπάρχει η υποψία ύπαρξης πεπτικού έλκους. Συνίσταται στον ασθενή να μείνει νηστικός για την λήψη ακτινογραφιών μετά από λήξη βαριούχου γεύματος.

Ευρήματα βαριούχου: έλλειμμα πλήρωσης σκιαγραφικού σε μικρό βαθμό, στην περιοχή του άντρου στο ελλάσον τόξο. Η ακτινογραφία δεν δίνει τη δυνατότητα διάγνωσης έλκους του άντρου γι' αυτό και συνίσταται η διάγνωσή του με την διενέργεια της γαστροσκόπησης.

Γαστροσκοπικά ευρήματα: Εξελκωτική επεξεργασία του βλεννογόνου του πυλωρικού άντρου στο ελλάσον τόξο του στομάχου. Η διάβρωση, καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα και δεν φαίνεται να έχει προχωρήσει στον μυϊκό χιτώνα. Αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως. Ελήφθησαν δείγματα γαστρικού υγρού για εργαστηριακές εξετάσεις.

Το τέστ έδειξε ευαισθησία στο ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Ο ασθενής άρχισε αγωγή με αντιόξινα και Hg αποκλειστές, Zantac: 1x3. Συνιστάται η αποφυγή των ερεθιστικών ουσιών εκ μέρους του ασθενούς.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** 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 καπνίζει 1-2 πακέτα την ημέρα κάνει χρήση αλκοόλ, τονίζει ότι συχνά έχει συναισθηματικό stress λόγω του θανάτου της συζύγου προ 6μήνου.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4η****ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Κ.Α.****ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 32 ετών**

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Νέος ασθενής, ο οποίος εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για πόνο στο επιγάστριο. Η λήψη τροφής προσφέρει μια προσωρινή του ανακούφιση. Η πρώτη εμφάνιση του πόνου γίνεται το μεσημέρι 1-2 ώρες μετά το φαγητό, για να ανακουφισθεί το απόγευμα. Ο ασθενής εμφανίζει πόνο αργά τη νύχτα, ο οποίος τον αφυπνίζει. Προ 2 ημερών ο ασθενής παραπονέθηκε για ναυτία και εμέτους. Η χροιά των εμέτων είναι τροφώδης. Ο έμετος εμφανίζεται συνήθως 2 ώρες μετά το γεύμα.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ο ασθενής διακατέχεται από έντονο stress για επαγγελματικές υποθέσεις. Είναι βαρύς καπνιστής. Έχει επίσης και ιστορικό αλκοολισμού, όχι όμως σε πολύ βαρεία μορφή. Ο άρρωστος αναφέρει κατάχρηση καφέ και κόκα-κόλα, και πικάντικων τροφών. Αναφέρει ότι έκανε χρήση αντιφλεγμονωδών, αντιϊσταμικών φαρμάκων. Υπάρχει ιστορικό πεπτικού έλκους σε άτομα της οικογένειάς του (πατέρας). Τέλος παλαιότερες εξετάσεις δείχνουν ότι ήταν ευαίσθητος στο ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

**ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ:** Προετοιμασία του αρρώστου για ενδοσκόπηση 2 ημέρες μετά την εισαγωγή. Προ της ενδοσκόπησης προηγήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις. Η γαστρική ανάλυση έδειξε αυξημένη ΒΑΟ και αυξημένη ΜΑΟ (5.5 Meg/L αντίστοιχα). Τέστ για αίμα στα κόπρανα έδειξε μικροαιμορραγία η οποία όμως δεν είναι βέβαιο ότι προέρχεται από τον στόμαχο.

Τα ενδοσκοπικά ευρήματα δείχνουν έλκος της πρώτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου (βολβού του δωδεκαδακτύλου). Αποφασίστηκε η διενέργεια λειτουργικής επέμβασης για την εξαίρεση της πάσχουσας περιοχής. Το είδος της επέμβασης καθορίστηκε σε γαστρεκτομή κατά Billroth II.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 5η****ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Κ.Α.****ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: 32 ετών****ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΟΔΟΥ: Αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού- γαστρορραγία**

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Ο ασθενής προσέρχεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών επειδή έχει αιματέμεση καφεοειδούς χρώματος. Η κλινική εικόνα που παρουσιάζει ευαισθησία στο επιγάστριο με την ψηλάφηση και έχει ήπιους εντερικούς ήχους.

Τα ζωτικά του σημεία είναι Α.Π. 110/70 mmHg, θερμοκρασία 36,9<sup>ο</sup> C, σφύξεις 88/min, αναπνοές 16/min.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Ο ασθενής Κ.Ν. εμφάνισε γαστρορραγία. Η διάλυση της οικογένειας καθώς και οι γεμάτες ένταση στιγμές της συζυγικής ζωής του οδήγησαν στο χωρισμό. Με αποτέλεσμα να αποχωριστεί το ένα από τα 3 παιδιά, να αλλάξει περιβάλλον και επιπλέον να ψάξει για δουλειά. Η προσωρινή απώλεια της ψυχολογικής και οικονομικής του κατάστασης, τον οδήγησαν σε διαταραχές και αρνητικές επιδράσεις του ΕΓΩ με αποτέλεσμα την συναισθηματική κρίση.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:** Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας και καθετήρας κύστης (Foley) και φλεβοκαθετήρας από τον οποίο χορηγούνται, N/S 3000ml μαζί με χλωριούχο κάλιο, χωρίς να παίρνει από το στόμα.

Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων δείχνουν Ht= 28%, Hb= 10gr που είναι χαμηλότερα από τις φυσιολογικές τιμές.

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

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** 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 διαιτολόγιο του ασθενούς περιλαμβάνει υδρική δίαιτα.

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

Η πρώτη περίπτωση είναι μία κυρία ηλικίας 55 ετών, ιδιωτικός υπάλληλος από την Πάτρα. Η κυρία Α.Κ. εισήχθη στην Α΄ Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 8.7.98 με διάγνωση καρκίνο ορθού.

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για να υποβληθεί σε εξέταση με τα εξής συμπτώματα:

- απώλεια βάρους
- εύκολη κόπωση και αδυναμία
- αιματηρές κενώσεις από το ορθό.

Το τελευταίο σύμπτωμα ήταν και ο σπουδαιότερος λόγος που την ανησύχησε και ήλθε για εξέταση.

Κατά τη δακτυλική εξέταση διαπιστώθηκε από το γιατρό μάζα στην περιοχή του ορθού. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης έγινε με βαρουόχο υποκλυσμό. Ο υποκλυσμός έδειξε καρκίνο στο ορθό και αποφασίστηκε εισαγωγή της ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση (κοιλιοπερινεϊκή εκτομή).

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η ασθενής δεν έχει περάσει κάποια σοβαρή νόσο κατά το παρελθόν, ούτε επίσης κάποια προδιαθεσική νόσο. Η ασθενής αναφέρει κάπνισμα (2pkt την ημέρα). Επίσης φαίνεται πολύ αγχωμένη και σε κακή ψυχολογική κατάσταση αφ' ενός μεν λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως και της κολοστομίας την οποία θα έχει, και αφ' ετέρου λόγω της προσφάτου συγκινησιακής ταραχής εξ αιτίας θανάτου πολύ στενού συγγενή της (του αδελφού της προ ενός έτους).

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό υπήρχε προδιάθεση καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον. Ένα άτομο του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος κατά τό παρελθόν πέθανε από καρκίνο ήπατος.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**ΚΟΙΛΙΑ:** Μαλακή, ευπίεστη.

**ΚΑΡΔΙΑ:** Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΘΩΡΑΚΑΣ:** Κυψελιδικό ψιθύρισμα φυσιολογικό.

**ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** Μάζα στην περιοχή του ορθού, αίμα στα κόπρανα

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ****ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 11

Αιματοκρίτης: 30

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.000.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 7.500

SGOT: 27

SGPT: 13

**ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 90

Ουρία: 14

Κάλιο: 4,7

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

**ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

Από την γενική αίματος φαίνεται ότι ο αιματοκρίτης ήταν μειωμένος λόγω της απώλειας αίματος από τα κόπρανα ενώ η αιμοσφαιρίνη και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων ήταν στις χαμηλότερες φυσιολογικές τιμές.

Η ακτινογραφία θώρακος ήταν αρνητική. Ο βαριούχος υποκλυσμός, η σιγμοειδοσκόπηση και το σπινθηρογράφημα ήπατος έδειξαν ότι υπήρχε καρκίνος στο ορθό και δεν υπήρχαν μεταστάσεις σε πνεύμονα και ήπαρ αντίστοιχα.



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η κυρία Α.Κ. εισήλθε στην Α΄ Χειρουργική στις 8.7.98 μαζί με το σύζυγό της. Ήταν παρα πολύ ανήσυχη.

Τα ζωτικά της σημεία ήταν φυσιολογικά:

Αρτηριακή πίεση: 130/80 mmHg, Σφύξεις: 90/min,

Θερμοκρασία: 37°C.

Παρέμεινε στο νοσοκομείο 30 μέρες. Έγινε προγραμματισμός για χειρουργική επέμβαση στις 15.7.98. Την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου της έγινε προεγχειρητική προετοιμασία και καθαρτικός υποκλυσμός. Την ημέρα του χειρουργείου και με την προϋπόθεση ότι η ασθενής δεν έφαγε τίποτε, έγινε λήψη των ζωτικών σημείων, ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά από το προσωπικό και οδηγήθηκε στο χειρουργείο στις 11.00πμ.

Μερικές ώρες μετά επέστρεψε από το χειρουργείο και παρελήφθη από το προσωπικό. Έγινε λήψη των ζωτικών της σημείων: Α.Π: 110/70mmHg, Σφ: 80/min, Θ: 35,8°C.

Έγινε έλεγχος της περιοχής του τραύματος και τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου. Έφερε ορό Ringers, Levin και παροχέτευση τραύματος.

Συστήθηκε η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς ανά τρίωρο, μέτρησης ισοζυγίου υγρών και τακτική επίβλεψη της περιοχής του τραύματος.

Τέσσερις μέρες μετά το χειρουργείο αφαιρέθηκε το Levin, ο ορός, η παροχέτευση και η ασθενής τέθηκε σε ελαφρά δίαιτα.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Sodium Chloride 0,9%, 1000 ml	1x1
Dextrose 5%, 1000ml	1x1
Flagyl fl	1x3
Septin amp	1x3

Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 8.8.98 αφού προηγουμένως έγινε η κατάλληλη διδασκαλία για περιποίηση της κολοστομίας, φαρμακευτική αγωγή και περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση.

## **ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η**

Η δεύτερη περίπτωση είναι ένας άνδρας ηλικίας 72 ετών, συνταξιούχος ΟΓΑ από το Αγρίνιο. Ο κύριος Δ.Σ. εισήχθη στην Β' Χειρουργική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10.8. 98 με διάγνωση καρκίνο σιγμοειδούς.

### **ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό ο ασθενής έπασχε από ελκώδη κολίτιδα εξ αιτίας της οποίας παρουσίαζε δυσπεπτικά ενοχλήματα. Πριν από τρεις εβδομάδες παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης. Ο ασθενής παρουσίαζε δυσκοιλιότητα και βλεννοαιματηρές κενώσεις. Επίσης παρουσίασε έντονα κωλικοειδή άλγη που είχαν ως αποτέλεσμα να έλθη στο νοσοκομείο για εξέταση. Προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για να υποβληθεί σε διαγνωστικές μεθόδους: την σιγμοειδοσκόπηση και τον βαριούχο υποκλυσμό. Με τις διαγνωστικές μεθόδους φάνηκε καθαρά ότι ο ασθενής παρουσίαζε καρκίνο στο σιγμοειδές τμήμα του παχέος εντέρου. Αποφασίστηκε λοιπόν η εισαγωγή του ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα σιγμοειδική κολοστομία.

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής έπασχε από χρόνια ελκώδη κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με τη παρουσία δυσπεπτικών ενοχλημάτων. Τα αντιμετώπιζε με λήψη κατάλληλης διαίτας και με λήψη κάποιων ηρεμιστικών φαρμάκων.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Ο ασθενής αναφέρει ότι κάπνιζε μέχρι και προ ενός έτους όπου και το σταμάτησε (1pkt την ημέρα). Επίσης φαίνεται σε κακή ψυχολογική κατάσταση αφ' ενός μεν λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως και της σιγμοειδικής κολοστομίας στην οποία θα υποβληθεί και αφ' ετέρου λόγω προσφάτου διαταραχής των συναισθημάτων του εξ αιτίας της απώλειας πολύ στενού συγγενή του και (του αδελφού του λόγω τροχαίου προ ενός έτους). Ο ασθενής αναφέρει στον ύπνο τη νύκτα (αϋπνίες). Ένα εξίσου σημαντικό στοιχείο για το ιστορικό του ασθενούς είναι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (αυτή την περίοδο έχει διακόψει τη λήψη τους).

### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται: Υπέρταση, έμφραγμα και σακχαρώδες διαβήτης.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ**

**ΚΟΙΛΙΑ:** Μαλακή, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΚΑΡΔΙΑ:** Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΘΩΡΑΚΑΣ:** Σαφής πνευμονικός ήχος, αναπνευστικό ψιθύρισμα Κ.Φ.

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Κ.Φ.

**ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

Σφ: 80/min, Α.Π: 120/75 mmHg, Θερμοκρασία: 37.2°C.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

## **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 13

Αιματοκρίτης: 47

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.500.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 8.000

SGOT: 27

SGPT: 14

### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 92

Ουρία: 14

Κάλιο: 4,5

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο κύριος Δ.Σ. εισήλθε στην Β' Χειρουργική στις 10.8.98 μαζί με τη σύζυγό του και το γιό του. Ήταν παρα πολύ εξαντλημένος και αγχωμένος.

Τα ζωτικά του σημεία ήταν φυσιολογικά:

Αρτηριακή πίεση: 120/75 mmHg, Σφύξεις: 80/min,

Θερμοκρασία: 37.2°C.

Ο ασθενής βρισκόταν σε πολύ άσχημη ψυχολογική κατάσταση και παρουσίασε ιδιαίτερο πρόβλημα αποδοχής της κολοστομίας. Με την συμπαράσταση, τη ψυχολογική τόνωση του νοσηλευτικού προσωπικού και της οικογένειάς του εξοικειώθηκε με την αλλαγή αυτή της ζωής του και δέχτηκε τη κολοστομία. Έγινε προγραμματισμός για χειρουργική επέμβαση στις 18.8.98. Την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου του, έγινε προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην προετοιμασία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλυσμούς και αντιβίωση. Την ημέρα του χειρουργείου και με την προϋπόθεση ότι η ασθενής δεν έφαγε τίποτε, έγινε λήψη των ζωτικών σημείων, ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά από το προσωπικό και οδηγήθηκε στο χειρουργείο στις 10.00πμ.

Μερικές ώρες μετά επέστρεψε από το χειρουργείο και παρελήφθη από το νοσηλευτικό προσωπικό. Έγινε λήψη των ζωτικών του σημείων: Α.Π: 130/80mmHg, Σφ: 70/min, Θ: 36,1°C.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου. Έφερε ορό Ringers, Levin και καθετήρα κύστεως.

Εγινε ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών/ 24ωρο και χορηγήθηκαν αντιβιοτικά ακολούθησε πλήρης παρακολούθηση του ασθενούς με 3ωρη λήψη ζωτικών σημείων.

### **ΚΑΡΤΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

Sodium Chloride 0,9%, 1000 ml	1x2
Dextrose 5%, 1000ml	1x1
Flagyl fl	1x3
Fraxiparine	1x2
Claforan fl	1x3

Μετά από τρεις ημέρες αφαιρέθηκε το Levin και μετά από δέκα ημέρες ο καθετήρας κύστεως. Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 8.9.98 αφού προηγουμένως έγινε η κατάλληλη διδασκαλία για περιποίηση της κολοστομίας, φαρμακευτική αγωγή, διαιτολόγιο και περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 3η****ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η κυρία Π.Ρ. ηλικίας 70 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 12.7.98 να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με τα εξής συμπτώματα: ζάλη, αδυναμία, αίσθημα εύκολης κόπωσης, μικρή απώλεια βάρους τριμήνου και προ δεκαπενθημέρου μικρή παρουσία αίματος στα κόπρανα. Αυτό ήταν το σύμπτωμα που την ανησύχησε και την έφερε στα εξωτερικά ιατρεία.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η ασθενής δεν είχε κάποια σοβαρή συστηματική νόσο κατά το παρελθόν, ούτε επίσης είχε εμφανίσει κάποια προδιαθεσική νόσο. Αναφέρει ότι καπνίζει 1 πακέτο τσιγάρα και ότι καταναλώνει πέντε καφέδες ημερησίως. Ακόμη κάνει λήψη ηρεμιστικών χαπιών και παυσίπονων λόγω δυνατών πονοκεφάλων.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Διαπιστώθηκε ιστορικό καρκίνου του πεπτικού συστήματος σε συγγενικό της πρόσωπο.



*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Κατά τη φυσική εξέταση τα ζωτικά της σημεία ήταν: χαμηλή αρτηριακή πίεση 85-55cm Hg, αναπνοές 17/min, Σφύξεις 72/min, Θερμοκρασία 36.8°C.

**ΚΟΙΔΙΑ:** Μαλακή, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΚΑΡΔΙΑ:** Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί.

**ΘΩΡΑΚΑΣ:** Σαφής πνευμονικός ήχος, αναπνευστικό ψιθύρισμα Κ.Φ.

**ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** παρουσία αίματος στα κόπρανα.

### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 12

Αιματοκρίτης: 30

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.100.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 10.000

χρόνος καθίζησης: 17mm

#### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 90

Ουρία: 13

Κάλιο: 4,6

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

Νάτριο: 140mg/L

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:**

Ο σπουδαιότερος παρακλινικός έλεγχος ήταν η ακτινογραφία εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Έγινε προετοιμασία δύο ημέρες πριν, με διακοπή στη λήψη τροφής και με καθαρτικούς υποκλυσμούς. Την τρίτη ημέρα έγινε ο βαριούχος υποκλυσμός που απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμα περιορισμένης έκτασης στην ορθοσιγμοειδική καμπή.

**ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:** Η άρρωστη υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση και ακόμη έγινε βιοψία η οποία έδειξε μέτριες διαφοροποίησης κακοήθεια, με μικρές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Έτσι αποφασίσθηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου (23.7.98) και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας. Τρεις ημέρες μετά το χειρουργείο εξήλθε από το νοσοκομείο αφού πήρε τις κατάλληλες οδηγίες για την περιποίηση της κολοστομίας και περαιτέρω ιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 4η****ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η κύριος Γ.Δ. ηλικίας 61 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10.8.98 παραπονούμενος για προβλήματα στην κοιλιά και το παχύ έντερο. Προ 4 εβδομάδων παρουσίασε διαταραχές στις συνήθειες αφόδευσης. Οι κενώσεις του ήταν θλενοαιματηρές και διαρροϊκές. Επίσης ο άρρωστος είχε ανορεξία, απώλεια βάρους και άλγη σ' όλη την κοιλιακή χώρα τα οποία έγινε στις τρεις τελευταίες ημέρες εντονότερα με αποτέλεσμα να έλθη ο άρρωστος στο νοσοκομείο.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής ανέφερε ότι είχε προ αρκετών ετών δυσπεπτικά ενοχλήματα που ποτέ όμως δεν ήταν τόσο ισχυρά όπως τώρα για να οδηγηθεί στο νοσοκομείο. Τα αντιμετώπιζε με δίαιτα και συμπτωματική λήψη ηρεμιστικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Εμφανίζει επίσης ελαφράς μορφής βρογχίτιδας γιατί ήταν καπνιστής (έχει σταματήσει το κάπνισμα προ 6 μήνες). Καταναλώνει 5 καφέδες την ημέρα και πίνει συστηματικά.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής αναφέρει παρουσία σπαστικής κολίτιδας σε ένα άτομο του στενού του συγγενικού του περιβάλλοντος.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Κατά την εισαγωγή του στη Β' Χειρουργική Κλινική τα ζωτικά του σημεία ήταν: αρτηριακή πίεση 125-85cm Hg, αναπνοές 17/min, Σφύξεις 65/min, Θερμοκρασία 37°C.

**ΚΟΙΛΙΑ:** Διατεταμένη με τυμπανικούς ήχους.

**ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** παρουσία αίματος στα κόπρανα.

### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 15

Αιματοκρίτης: 45

Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.500.000

Λευκά αιμοσφαίρια: 9.000

Αιμοπετάλια: 200.000/mm<sup>3</sup>

χρόνος καθίζησης: 8mm

#### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 90

Ουρία: 14

Κάλιο: 4

Χολερυθρίνη άμεσος: 0,15

Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5

Νάτριο: 140mg/L

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη

Όψη: Διαυγής

Αντίδραση: όξινη

Οσμή: ιδιάζουσα

Λεύκωμα: όχι

Σάκχαρο: όχι

Πυοσφαίρια: όχι

Μικροοργανισμοί: όχι

Τέλος ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων.

**ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:**

Ο κυριότερος παρακλινικός έλεγχος στον οποίο υπεβλήθη ο άρρωστος ήταν η ορθοσεγμοειδοσκόπηση. Έγινε προετοιμασία εντέρου με διακοπή χορήγησης τροφής για 3 ημέρες και καθαρτικό υποκλυσμό για την απομάκρυνση κάθε υπολείμματος εντερικού περιεχομένου από το παχύ έντερο. Τα αποτελέσματα της ενδοσκόπησης έδειξαν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέος εντέρου από το ύψος του σιγμοειδούς έως την αριστερή κολική καμπή.

Ετέθει η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας και αποφασίσθη η εκτομή του φλεγμαιοδούς τμήματος του εντέρου και η δημιουργία πρόσκαιρης κολοστομίας, έτσι ώστε να απαλλαγεί για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα το έντερο από τη λειτουργία του και να επέλθει ίασή του. Η κολοστομία αποφασίσθη να γίνει στο τοίχωμα του εγκαρσίου κόλου. Η εγχείρηση έγινε στις 18/8/98 στις 10.00πμ. Ο ασθενής επέστρεψε από το χειρουργείο 3 ώρες αργότερο.

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: 120/70mm/Hg, Σφ. 70/min, Θερμοκρασία: 36°C.

Έφερε ορό Ringers 1000ml, Levin, παροχέτευση. Ο ασθενής τέθηκε σε 3ωρη μέτρηση ζωτικών σημείων. Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 24/8/98 αφού του αφαιρέθηκε το Levin, και η παροχέτευση και του δόθηκαν οι κατάλληλες φαρμακευτικές και διαιτητικές οδηγίες.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 5η****ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής Μ.Κ. 70 ετών, εισήλθε στις 5.6.98 στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών με συμπτώματα ανορεξία, αδυναμία το τελευταίο δίμηνο και διαρροϊκές αιματηρές κενώσεις από 20 ημέρου.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής λαμβάνει συμπτωματικά Zantac όταν έχει πόνο στο στομάχι και κάνει λήψη ηρεμιστικών-υπνωτικών φαρμάκων γιατί παρουσιάζει συχνά διαταραχές στον ύπνο. Καταναλώνει 5-6 καφέδες την ημέρα και δεν προσέχει την διατροφή του.

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Ο ασθενής δεν αναφέρει προδιάθεσι καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον του.

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε διαγνωστικές εξετάσεις: Κολονοσκόπηση-βαριούχο υποκλυσμό στον οποίο φαίνεται κεντρική στένωση σιγμοειδούς.

**ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στη Α΄ Χειρουργική Κλινική τα ζωτικά του σημεία ήταν: αρτηριακή πίεση 120-80cm Hg, αναπνοές 16/min, Σφύξεις 65/min, Θερμοκρασία 37.2°C.

**ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:** παρουσία αίματος στα κόπρανα.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

### **ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Αιμοσφαιρίνη: 14  
Αιματοκρίτης: 47  
Ερυθρά αιμοσφαίρια: 4.500.000  
Λευκά αιμοσφαίρια: 8.500  
Αιμοπετάλια: 200.000/mm<sup>3</sup>  
χρόνος καθίζησης: 8mm

#### **ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ**

Γλυκόζη: 88  
Ουρία: 14  
Κάλιο: 4,5  
Χολερυθρίνη άμεσος: 0,2  
Χολερυθρίνη έμμεσος: 0,5  
Νάτριο: 140mg/L

#### **ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ**

Χροιά: κίτρινη  
Όψη: Διαυγής  
Αντίδραση: όξινη  
Οσμή: ιδιαίζουσα  
Λεύκωμα: όχι  
Σάκχαρο: όχι  
Πυοσφαίρια: όχι  
Μικροοργανισμοί: όχι

Τέλος ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων.  
Στις 12/6/98 ο ασθενής χειρουργήθηκε με διάγνωση καρκίνο ορθοσιγμοειδούς. Πραγματοποιήθηκε σιγμοειδεκτομή. Επέστρεψε 4ώρες αργότερα και έγινε λήψη ζωτικών σημείων: 120/80mm/Hg, Σφ. 65/min, Θερμοκρασία: 35,5°C.

Έφερε ορό Ringers 1000ml, Levin, και καθετήρα Folley. Ο ασθενής τέθηκε σε 3ωρη μέτρηση ζωτικών σημείων. Τις επόμενες μέρες η γενική κατάσταση του αρρώστου ήταν καλή. Εξήλθε από το νοσοκομείο στις 20/6/98 αφού του αφαιρέθηκε το Levin, ο Folley και διακόπηκε η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Πριν την έξοδό του από το νοσοκομείο του δόθηκαν οι κατάλληλες φαρμακευτικές και διαιτητικές οδηγίες.

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ Ca ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ & ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Μελετώντας την ελληνική και την διεθνή βιβλιογραφία σε θέματα Ca παχέως εντέρου και έλκους δωδεκαδακτύλου απομονώσαμε τους παρακάτω αιτιολογικούς παράγοντες σαν τους κυριότερους.

Ακολουθώντας προσπαθήσαμε στα 10 περιστατικά στα οποία αναφερθήκαμε προηγούμενα (5 με άτομα που έπασχαν από Ca παχέως εντέρου και 5 με έλκος στομάχου) να συσχετίσουμε την παρουσία ή όχι αυτών των παραγόντων.

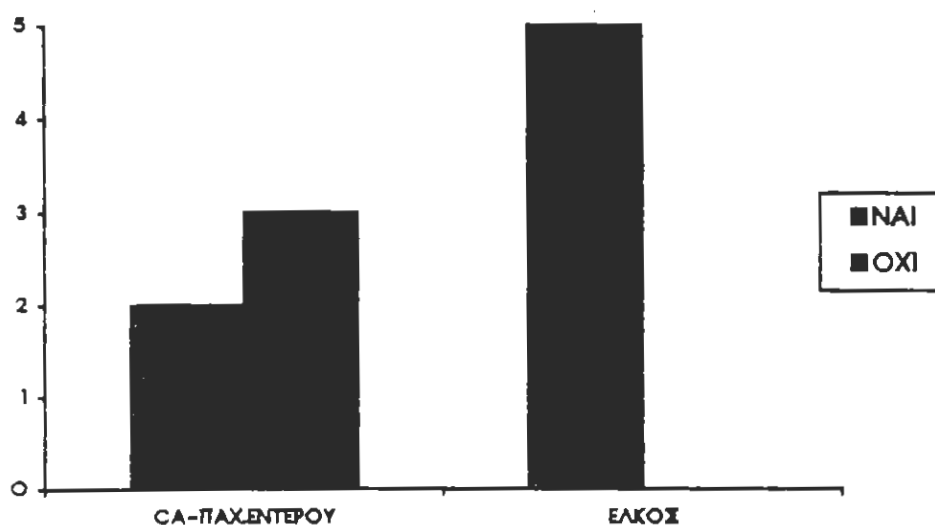
		CA-ΠΑΧ	ΕΛΚΟΣ	
Αγχος - Ψυχολογικοί παράγοντες	ΝΑΙ	2	5	p=0,083
	ΟΧΙ	3	0	
Κάπνισμα	ΝΑΙ	4	3	NS
	ΟΧΙ	1	2	
Διατροφικοί παράγοντες (καφές, αλκοόλ κλπ)	ΝΑΙ	4	4	NS
	ΟΧΙ	1	1	
Γενετικοί παράγοντες	ΝΑΙ	3	1	NS
	ΟΧΙ	2	4	
Φάρμακα	ΝΑΙ	4	4	NS
	ΟΧΙ	1	1	
Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (μικρόβια, βακτηρίδια)	ΝΑΙ	4	2	NS
	ΟΧΙ	1	3	

Οι στατιστικοί έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν με την μέθοδο του Fisher's exact test για πίνακες 2x2. Τα αποτελέσματα που πρέκυψαν όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες αναφέρονται παρακάτω αν και το δείγμα ήταν πολύ μικρό για να προκύψουν αξιόλογες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

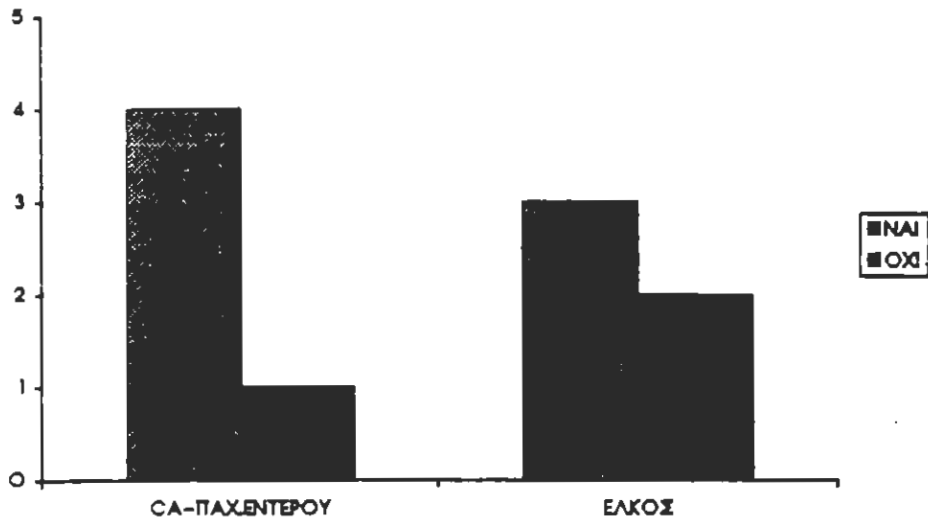


**α. Άγχος - ψυχολογικοί παράγοντες**

Σε 2 περιστατικά με Ca - παχέως εντέρου από τα 5 συνολικά υπήρχε παρουσία του ψυχολογικού παράγοντα (προσωπικά προβλήματα, απώλεια συγγενούς κλπ) ενώ στα υπόλοιπα 3 δεν αναφερόταν. Αντίθετα και στις 5 περιπτώσεις έλκους στομάχου η παρουσία του ψυχολογικού παράγοντα ήταν εμφανής. Παρατηρούμε ότι υπάρχει συσχέτιση του ψυχολογικού παράγοντα (άγχος κλπ) με την ύπαρξη έλκους στομάχου στατιστικά σημαντική ( $p=0,083$ ).

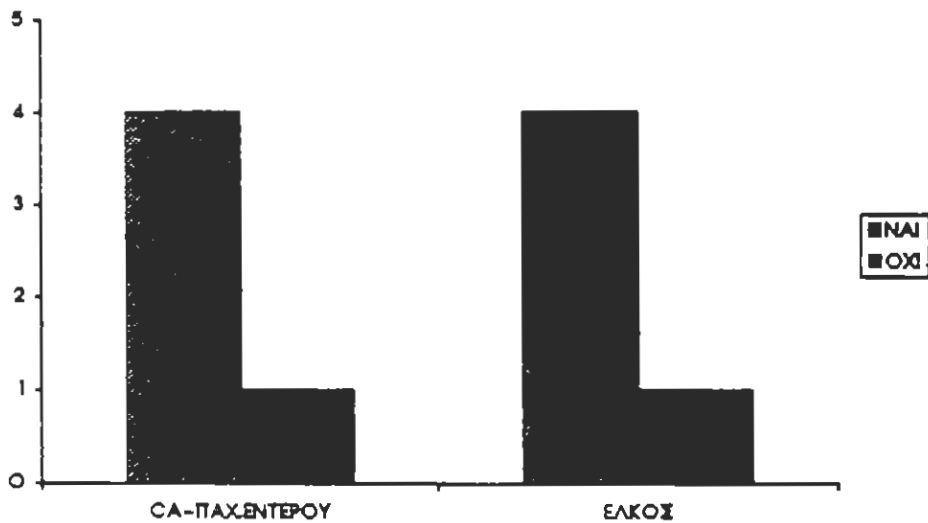
**β. Κάπνισμα**

Σε 4 από τις 5 περιπτώσεις καρκίνου του παχέως εντέρου και σε 3 στις 5 περιπτώσεις με έλκος στομάχου οι πάσχοντες ήταν καπνιστές. Αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι τόσο η ύπαρξη του καρκίνου του παχέως εντέρου περισσότερο αλλά και το έλκος του στομάχου σχετίζονται με την συνήθεια του καπνίσματος χωρίς όμως αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.



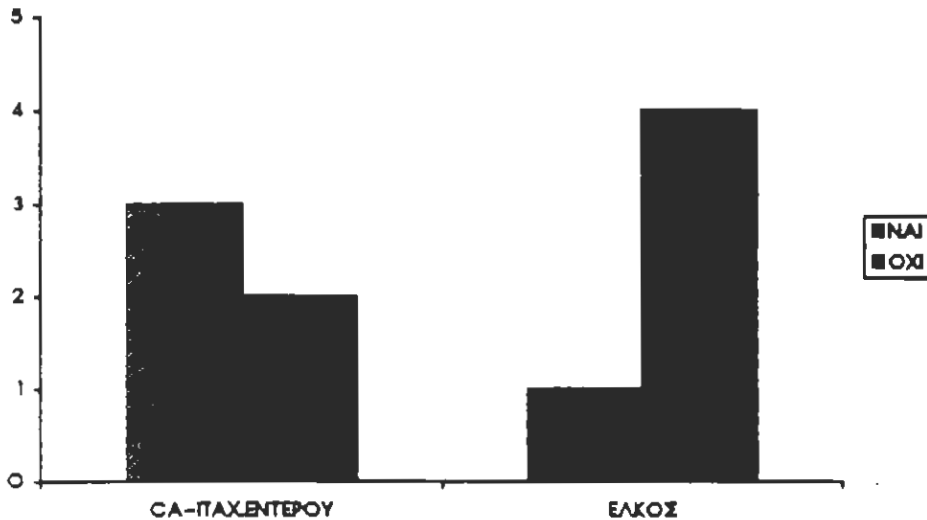
#### γ. Διατροφικοί παράγοντες (καφές, αλκοόλ κλπ)

Σε 4 από τις 5 περιπτώσεις τόσο καρκίνου του παχέως εντέρου όσο και έλκους στομάχου οι πάσχοντες είχαν συνήθειες να πίνουν καφέ, αλκοόλ κλπ. Αυτό αποτελεί επίσης ισχυρή ένδειξη ότι τόσο η ύπαρξη του καρκίνου του παχέως εντέρου όσο και του έλκους του στομάχου σχετίζονται με διατροφικές συνήθειες χωρίς όμως και αυτή να είναι στατιστικά σημαντική.



### δ. Γεννητικοί παράγοντες

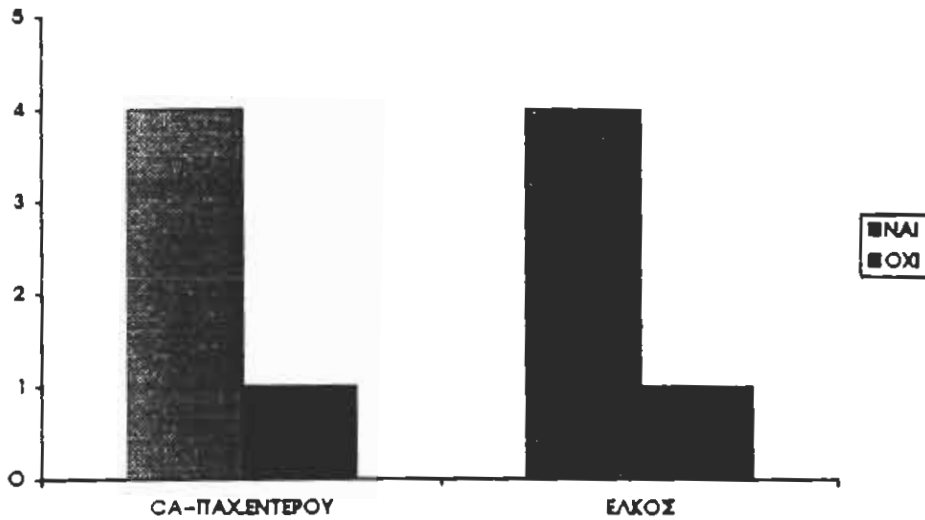
Σε 3 από τις 5 περιπτώσεις καρκίνου του παχέως εντέρου υπήρχε προδιαθεσικός γεννητικός παράγοντας ενώ αντίθετα μόνο σε 1 στις 5 περιπτώσεις με έλκος στομάχου υπήρχε προδιαθεσικός γεννητικός παράγοντας. Αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι η ύπαρξη του καρκίνου του παχέως εντέρου σχετίζεται με γεννητικούς παράγοντες ενώ αντίθετα το έλκος του στομάχου δεν φαίνεται να σχετίζεται χωρίς όμως ούτε αυτή ούτε η άλλη να είναι στατιστικά σημαντικές.



### ε. Φάρμακα

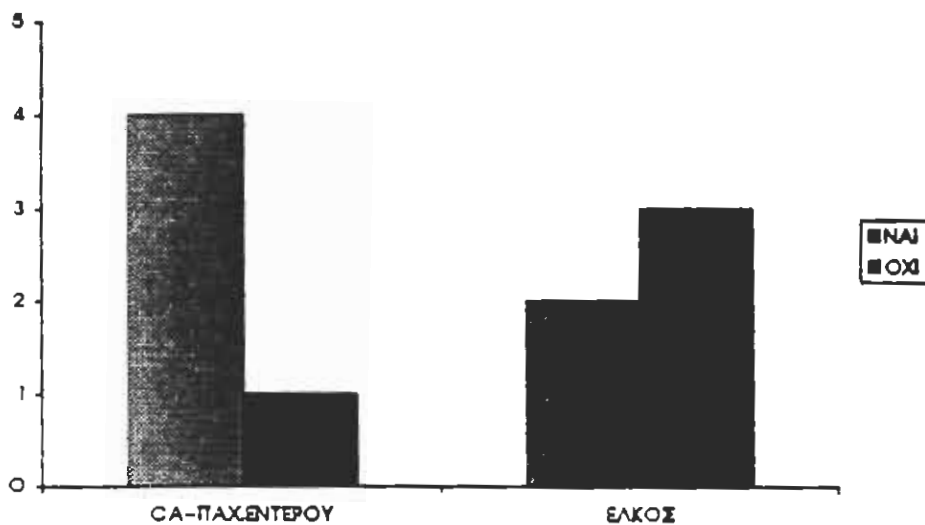
Σε 4 από τις 5 περιπτώσεις τόσο καρκίνου του παχέως εντέρου όσο και έλκους στομάχου οι πάσχοντες επαιρναν για διάφορους λόγους φάρμακα συχνά. Αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι ο παράγοντας κατανάλωση φαρμάκων σχετίζεται τόσο με την ύπαρξη του καρκίνου του παχέως εντέρου όσο και με την ύπαρξη του έλκους του στομάχου αλλά χωρίς να είναι στατιστικά σημαντική.

*Η γαστρεμική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*



#### στ. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (μικρόβια, βακτηρίδια)

Σε 4 από τις 5 περιπτώσεις καρκίνου του παχέως εντέρου ήταν έκδηλοι παράγοντες όπως μικρόβια ενώ σε 2 από τις 5 περιπτώσεις με έλκος στομάχου εμφανίστηκαν παράγοντες όπως βακτηρίδια. Αυτό αποτελεί ισχυρή ένδειξη ιδιαίτερα για την ύπαρξη του καρκίνου του παχέως εντέρου ότι σχετίζεται με την συνύπαρξη μικροβίων αλλά και το έλκος του στομάχου σχετίζεται με την συνύπαρξη βακτηριδίων ίσως όχι τόσο ισχυρά. Ούτε οι προηγούμενες συσχετίσεις μας έδωσαν ήταν στατιστικά σημαντικές.



Συμπερασματικά η παρούσα εργασία μας έδωσε ενδείξεις που σχετίζουν τους σημαντικότερους αιτιολογικούς παράγοντες με την παρουσία ή απουσία τόσο του Ca - παχέως εντέρου όσο και του έλκους στομάχου που συμφωνούν με τα αναγραφόμενα στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία χωρίς όμως να μπορούμε τα παραπάνω συμπεράσματα να τα υποστηρίξουμε στατιστικά λόγω του πολύ μικρού δείγματος.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ — ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν θα μπορούσαμε να πούμε ότι στη δημιουργία σημαντικών παθήσεων του πεπτικού συστήματος συμβάλλουν αρκετοί παράγοντες που φαίνονται να έχουν κάποιο ψυχολογικό ερέθισμα στην αιτιολογία τους. Η παθολογία τους αφορά είτε ένα σωματικό όργανο όπως το στομάχι είτε μια σωματική λειτουργία όπως η πέψη. Γεγονότα ή συνθήκες που προκαλούν μια σοβαρή εσωτερική πίεση {stress} παίζουν έναν εκλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής. Σχετικές έρευνες έχουν πράγματι δείξει ότι ισχυρά συναισθήματα μπορεί να δημιουργήσουν σωματικές και λειτουργικές αλλοιώσεις. Δυσάρεστα συναισθήματα όπως ο θυμός, ο φόβος, η θλίψη προκαλούν διαφορετικές αντιδράσεις στο βλεννογόνο του στομάχου<sup>17</sup>.

Επίσης οι εντάσεις οδηγούν το σώμα μας σε μια κατάσταση «σφιξίματος». Όσο μεγαλώνει το ψυχολογικό πρόβλημα τόσο αυξάνει η σωματική υπερένταση. Ακόμη και η πιο μικρή ψυχική ένταση οδηγεί πολλές φορές σε μυϊκές συστολές.

Πολύ ευεργετικές εδώ θα ήταν για το σώμα μας εκτός από τις άλλες προληπτικές και θεραπευτικές ενέργειες, οι ασκήσεις για σταδιακή νευρομυϊκή χαλάρωση που μπορούν να εφαρμοστούν όχι μόνο από ψυχιάτρους αλλά και από άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Γι' αυτό η καλύτερη αντιμετώπιση των παθήσεων του πεπτικού συστήματος, 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 του νοσηλευτή/τριας στη διαπαιδαγώγηση της κοινότητας σ' αυτά τα ζητήματα είναι πολύ σημαντικός.

Ως νοσηλευτές/τριες και στελέχη της υγείας είναι στα καθήκοντά μας η ενημέρωση του κόσμου για την πρόληψη και θεραπεία των παθήσεων του πεπτικού συστήματος.

Πρέπει η αρμόδιες υπηρεσίες του Κράτους, να οργανώσουν την Σχολική Υγιεινή από στελέχη νοσηλευτικού προσωπικού για να διδάξουν στα Δημοτικά σχολεία και στα Γυμνάσια την Υγιεινή και να ενημερώσουν τα παιδιά να μάθουν να προφυλάσσονται και να προλαβαίνουν τις αρρώστιες.

Θα πρέπει η πολιτεία να μας μεταχειρισθεί στην προληπτική Υγιεινή περισσότερο παράλληλα με τη θεραπεία της νόσου, διότι η θεραπεία στοιχίζει περισσότερο στην οικονομία του Κράτους απ' ότι η προληπτική Υγιεινή.

**Αν θέλετε να έχετε υγιές πεπτικό σύστημα αποφύγεται τους παρακάτω επιβλαβείς παράγοντες.**

- Άγχος
- Έντονες σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις
- Καθιστική και χωρίς ασκήσεις ζωή
- Ανήσυχος τρόπο διαβρώσεως
- Οινοπνευματώδη ποτά
- Κάπνισμα
- Κατάχρηση φαρμάκων
- Διαιτολόγιο (τροφές λιπαρές, αλμυρές, τηγανητές, πικάντικες)
- Ακανόνιστα γεύματα - κακή μάσηση
- Πολυφαγία



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πολλές λοιπόν από τις ασθένειες πρέπει να ιδωθούν σε σχέση με το περιβάλλον, με τα προβλήματα της ζωής, με τα συναισθήματα, τις σκέψεις και πεποιθήσεις μας. Οι γιατροί μας λένε ότι είμαστε γεροί όταν διάφορες εξετάσεις βρίσκονται στα φυσιολογικά όρια. Δεν συμπεριλαμβάνουν ακόμα στις μετρήσεις τους αν είμαστε εκνευρισμένοι, μελαγχολικοί, αν νοιώθουμε μοναξιά, αν καπνίζουμε πολύ ή πίνουμε, αν δεν τρώμε φρέσκιες τροφές, αν δεν κινούμαστε αρκετά, αν δεν βρίσκουμε στη ζωή μας νόημα.

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

Το καινούργιο μήνυμα λοιπόν είναι ότι μαζί με τις γνωστές εξετάσεις-που πρέπει να γίνονται- πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες, ο τρόπος της ζωής μας και οι συνθήκες που ζούμε<sup>51</sup>.

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

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. RATTNER J: *Ψυχοσωματικές αρρώστιες*, Μετάφραση: Γεώργιου Βαμβαλή, Εκδόσεις Ηλία Μανιατέα, Αθήνα 1969.
2. ΚΑΡΔΑΣΗ ΣΑΧΙΝΗ ANNA-ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος Β΄, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Δ΄ Επανεκδοση, Αθήνα 1994.
3. ΠΕΤΡΟΥ Μ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ: *Σημειώσεις Συστηματικής Ανατομικής*, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1983.
4. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ.Σ: *Γενική Παθολογική Χειρουργική*, τόμος Α΄, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1989.
5. MOORE JG, DUBOIS A, CHRISTIAN PE, ELGIN D, A PATRAKI, N. EVIDENCE : *Evidence for a midgastric transverse band in humans*. Gastroenterology 1986.
6. CHRISTENSEN J, RICK JA: *Shunt fascicles in the gastric myenteric plexus in five species*. Gastroenterology 1985.
7. JOHNSON LR: *Gastrointestinal Physiology*. 3rd ed, Mosby, St. Luis, 1985.

8. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: *Στόμαχος*  
*Γαστρεντερολογία*, τόμος Β΄, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΕΠΕ, Αθήνα 1994.
9. FEDOTIN MS. HELIXOBACTER: *Pylori and Peptic ulcer disease: Reexamining the therapeutic approach*. Postgraduate Medicine, 1993.
10. GILBERT G, CHAN CH, THOMAS E: *Peptic ulcer disease. How to treat it now*. Postgraduate Medicine, 1991 p. 89 (4).
11. CECIL: *Παθολογία*, Μετάφραση-Επιμέλεια: Χ. Μουτσόπουλος,  
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996.
12. ΚΟΥΝΗΣ Γ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ: *Σημειώσεις Νοσολογίας II*, Πάτρα 1995.
13. TOVEY F I. PEPTIC *Ulcer in India and Bangladesh*. Gut 1979.
14. JAYARAJ P, TOVEY FI, CLARK CG, *Possible dietary protective factors in relation to the distribution of duodenal ulcer in India and Bangladesh*. Gut 1980.
15. TOVEY. FL, TUNSTALL M. *Duodenal ulcer in black population in Africa South of the Sahara*. Gut 1975.
16. Mc HARDY GG, *Diet therapy: Perspective and current statut*. In: *Peptic Ulcer Disease: an Update*. Biomedical information, New York, 1979.

17. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Πάτρα 1986
18. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΛΙΣΑΒΡΕΤ: *Πτυχιακή εργασία "ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ"*, Πάτρα, 1989.
19. THOMPSON WG: *Symptomatic presentations of the irritable bowel syndrome*. Gastroent Clin North Am, 1991.
20. DROSSMAN DA, FUNCH-JENSEN P et al: *Identification of subgroups of functional bowel disorders*. Gastroenterol Int, 1990.
21. SCHUSTER MM: *Irritable bowel syndrome*. In: SLEISENGER MH AND FORDRAN JS (eds): *Gastrointestinal Disease*. Pathophysiology, Diagnosis Management. Fourth Edition, WB Saunders, Co, 1989.
22. MENDELOFF AL: *Epidemiology of the irritable bowel Syndrome*. Practical Gastroenterol, 1979.
23. THOMRSON WG, HEATON KW: *Functional bowel disorder in appasently healthy people*. Gastroenterology, 1980.

24. CAMILLERI M, PRATHER CM: *The irritable bowel syndrome: Mechanisms and a practical approach to management*. Ann Int Med, 1992.

25. ΜΑΝΟΥΣΟΣ Ν. ΟΡΕΣΤΗΣ: *Κολιτιδες και "Κολιτιδες", Φλεγμονώδεις και Λειτουργικές παθήσεις του εντέρου*. Δετοράκης Α.Ε. Ηράκλειο, 1994.

26. HASLER WL, OWYANG C: *Irritable bowel syndrome*. In: YAMADA T, ALPENW DH, OWYANG C, POWELL DW, SILVERSTEIN FE (eds): *Textbook of Gastroenterology*. First edition, HB Lippincott Co, 1991, p.1696.

27. WHORWELL PJ, Mc GALLUM M, CREED FH et al: *Non-colonic features of irritable bowel syndrome*. Gut. 1986.

28. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: *Παχύ έντερο*. τόμος γ' εκδόσεις Glaxo αεβε Αθήνα 1995.

29. KLEIN KB: *Controlled clinical trials in the irritable bowel syndrome*. A critique. Gastroenterology, 1988.

30. DROSSMAN DA: *Irritable bowel syndrome*. In: Bayless TM (ed): *Current Therapy in Gastroenterology and Liver Disease- 3*, B Decker Inc, 1990, p.166.

*Η νοσηλευτική στην διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος*

31. DAWSON AM: *Origin of pain in the irritable bowel syndrome*. In: *Irritable bowel syndrome*. Read NW (ed). Crune.Stratton 155-162, 1985.

32. CULL JP, SCHNEIDERMAN DJ: *Ulcerative Colitis*. In SCHNEIDER and FORDTRAN (eds): *Gastrointestinal Disease*, 4th ed, Saunders, Philadelphia, 1989.

33. EKBOM A, ADAMI HO: *The eridemiology of inflammatory bowel disease*. *Current Opinion in bastroenterology*, 1991.

34. FARMER RG, HAMILTON SR, MORSON BC et al: *Ulcerative Colitis*. In: Berk (ed), *Bockuw Gastroenterology*, 4th ed, Saunders, Philadelphia, 1985.

35. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Δ.Κ: *Ειδική Νοσολογία*, Έκδοση Γ', Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

36. ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α: *Σημειώσεις Ειδικές Δίαιτες*, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1996.

37. Mc DONALD PJ, Fatio VW: *What can Crohn's patients eat.?* *Europ J Clin Nutr.* 1988.

38. LASHNER BA, EVANS AA, HANAUER SB: *Preoperative total parenteral nutrition for bowel resection in Chron's Disease*. *Dig Dis Sci* 1989.

39. HELZER JE, CHAMMALS, NORLAND CC, STILLINGS WA, ALPERS DH: *A study of association between Crohn's disease and psychiatric illness.* Gastroenterology 1984.

40. KURLANDER KA, O' BRIEN NF: *Psychological issues* In: *Therapy of Inflammatory Bowel Disease.* Peppercorn M.A. (e.d) M. Dekker, inc. 1990.

41. STENSON WF, MAC DERWOTT RP: *Inflammatory Bowel Disease.* In: YAMADA T et al (eds) Lippucott, 1992.

42. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ ΙΚ (κ.ά.): *Νόσος Crohn στην Ελλάδα: κλινικοεπιδημιολογική μελέτη και παρακολούθηση 155 περιπτώσεων. Πρακτικά ημερίδος για την ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.* Αθήνα 28-5-1994.

43. HOWSON LP, HIRAYAMA T, WYNDER EL: *The decline of gastric cancer: epidemiology of an unplanned triumph, epidemiol. Rev.* 1986.

44. JEKRYCHOWSKI W, WAHENDORF J, POPIELA T ET AL: *A case controlled study of dietary factor and stomach cancer risk in Poland.* Int J. Cancer, 1986.

45. CORREA P, HAENZEL W, CUELLO W, TANNENBAUMS, ARCHER M: *A model for gastric cancer epidemiology.* Lancet 1975.

46. ROKHAS T et al: *Helicobacter pylori* eradication restore vitamin C levels in gastric juice? *Gastroenterology*, 1993.

47. SHELL S. RICHARD: *Clinical Anatomy for Medical Students*. Vol. 1. μετάφραση Βαράκης. Γ.-Παπαδόπουλος.Ν. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992.

48. COLIGHER JC: *Recent trends in the practice of sprinctor-saving excision for carcinoma of the rectum*. *Adr. Surg.* 1979.

49. ΑΝΤΣΑΚΛΗΣ Γ: *Κακοήθειες νόσοι του παχέος εντέρου και του ορθού*. Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα Γαστρεντερολογίας της Ελληνική Γαστρεντερολογικής Εταιρίας, 1991.

50. WILLIAMS NS: *The rationale for presenesion of the anala sprinctor in patients with low rectal cancer*. *Br. J Surg*, 1984.

51. ΚΑΝΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ: *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Γ΄ έκδοση, Αθήνα 1990.

