

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Γαστρικό έλκος»

**Η παρέμβαση της Νοσηλευτικής
στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου»**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΑΛΙΓΚΑΡΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΒΙΒΛΙΟΤΗΤΗΣ

2697

*Στους γονείς μου
με ευγνωμοσύνη
και σεβασμό*

*Στους νοσηλευτές και
σ' όσους μοχθούν για την
σωματική και ψυχική υγεία του
ανθρώπου*

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Γαστρικό έλκος»

**Η παρέμβαση της Νοσηλευτικής
στην ψυχοσωματική υποστήριξη του ατόμου»**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΣΑΛΙΓΚΑΡΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1999

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1 Πρόλογος	4
1.2 Ανατομία του στομάχου	5
α. Μορφολογία του στομάχου	5
β. Μέρη του στομάχου	6
γ. Στήριξη του στομάχου	6
δ. Κατασκευή του στομάχου	6
1.3 Νεύρωση στομάχου	8
α. Νευρική και αρμονική ρύθμιση της Γαστρικής Έκκρισης	8
β. Διέγερση της γαστρικής Έκκρισης από το πνευμονογαστρικό	8
γ. Διέγερση της γαστρικής έκκρισης από τη γαστρίνη	8
1.4 Κινητικές λειτουργίες του στομάχου	10
α. Εναποθηκευτικές λειτουργίες του στομάχου	10
β. Ανάμιξη της τροφής στο στόμαχο	10
γ. Προώθηση της τροφής διαμέσου του στομάχου	11
δ. Κένωση του στομάχου	11
ε. Ρύθμιση της κένωσης του στομάχου	12
ζ. Επίδραση της ορμόνης γαστρίνης στην κένωση του στομάχου	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1 Έλκος στομάχου	15
α. Ορισμός	15
β. Επίπτωση και ανατομική εντόπιση	15
γ. Αιτιολογία και παθογένεια	16
2.2 Κλινικές εκδηλώσεις	21
α. Θεραπεία έλκους - Συντηρητική θεραπεία	22
β. Χειρουργική θεραπεία έλκους στομάχου	28
γ. Επιπλοκές χειρουργικής αγωγής	31

δ. Διάγνωση	37
ε. Πρόγνωση	41
2.3 Επιπλοκές του γαστρικού έλκους	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Η Νοσηλευτική παρέμβαση στους ασθενείς με έλκος στομάχου	45
3.2 Χειρουργική αντιμετώπιση γαστρικού έλκους	51
α. Προεγχειρητική νοσηλευτική απρέμβαση	51
β. Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση	61
α. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες - Νοσηλευτική παρέμβαση	66
β. Μετεγχειρητικές επιπλοκές - Νοσηλευτική παρέμβαση	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Έξοδος από το νοσοκομείο αποκατάσταση - διδασκαλία του ασθενούς	76
4.2 Συμπεράσματα	79

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	80
◆ Η εφαρμογή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις με γαστρικό έλκος με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας	81
◆ Νοσηλευτική διεργασία	81
◆ Κλινική περίπτωση I	83
◆ Νοσηλευτική διεργασία	84
◆ Κλινική περίπτωση II	91
◆ Νοσηλευτική διεργασία	92
◆ Επίλογος	97
◆ Βιβλιογραφία	98

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την ιατρική με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκείνες της ιατρικής.

Οι σελίδες της εργασίας αυτής με θέμα το «Γαστρικό Έλκος» γράφτηκαν κυρίως για τις νέες και τους νέους που σπουδάζουν την επιστήμη της Νοσηλευτικής την επιστήμη που επίκεντρό της έχει τον άνθρωπο.

Στο Α. μέρος της εργασίας αναφέρονται στοιχεία από την Ανατομία και Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος. Ενώ στο Β' μέρος της αναλύονται τα εξής επιμέρους θέματα: Ορισμός Γαστρικού έλκους Αιτιολογία, Παθογένεια Επιδημιολογία- Κλινική Εικόνα- Διάγνωση - Πρόγνωση - Επιπλοκές - Θεραπεία.

Στόχος του πονήματος αυτού είναι να βοηθήσει τον αναγνώστη στην όσο το δυνατόν καλύτερη ενημέρωσή του με τη φιλοσοφία να αποδειχθεί το σύγγραμμα αυτό χρήσιμο εργαλείο γνώσεων. Γι' αυτό προσπαθήσαμε να μην επεκταθούμε, αλλά να περιλάβουμε κατά τρόπο σαφή και περιεκτικό όλα εκείνα τα στοιχεία και γνώσεις που κρίνονται απαραίτητα για την κατανόηση των σύγχρονων αντιλήψεων της Γαστρεντερολογίας.

Εκτός από την προσωπική εργασία το σύγγραμμα αυτό πραγματοποιήθηκε και με τη βοήθεια φίλων και συναδέλφων τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη από αυτή τη θέση να ευχαριστήσω.

Έτσι ευχαριστώ θερμά:

- Τους συγγραφείς βιβλίων αρθρογράφων και εκδότες επιστημονικών περιοδικών τα συγγράμματα των οποίων χρησιμοποιήσαμε.. Τους γιατρούς παθολόγους κ. Ι. Κοτσιανίδη και τις κα. Γτουλεμέ και Π. Παπαευθυμίου, για τις πολύτιμες ιατρικές επισημάνσεις και την ηθική συμπαράσταση σε όλα τα στάδια της συγγραφής αυτής της εργασίας.

- Τέλος, όλους όσους με οποιονδήποτε τρόπο συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του πονήματος.

Επίσης, η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την επιστημονική καθοδήγηση και την ηθική ενίσχυση της Καθηγήτριας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, κα. Φιδάνη Αικατερίνης, εισηγήτριας αυτής της εργασίας. Η επιστημονική κατάρτιση και η ανιδιοτελής προσφορά της στο Νοσηλευτικό έργο αποτελούν πηγή καθοδήγησης και παραδειγματισμού για μας τους νεώτερους νοσηλευτές. Την ευχαριστώ θερμά.

...Σ' ένα πόνημα, όλα

δεν μπορεί

να' ναι τέλεια...

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μεγάλη σημασία της νόσου του έλκους, φαίνεται από τη φυσική ιστορία της νόσου και την επίπτωσή του στο γενικό πληθυσμό.

Η φυσική ιστορία της νόσου χαρακτηρίζεται από πολλαπλά επεισόδια προσβολών κατά τη διάρκεια της ζωής, συχνά 2-3 φορές το χρόνο, με αυτόματη επούλωση και ενίοτε επιπλοκές. Οι τελευταίες μπορεί π.χ. να συμβούν στο 1% περίπου των ασθενών κατά τον πρώτο χρόνο της διάγνωσης ενός πεπτικού έλκους. Είναι συχνότερες στα ηλικιωμένα άτομα και μπορεί να προκαλέσουν το θάνατο σε έναν από τους δέκα ασθενείς. Η επίπτωση της νόσου στο γενικό πληθυσμό είναι μεγάλη, αφού το 5-10% θα προσβληθεί από τη νόσο του δωδεκαδακτυλικού έλκους σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Αν σκεφτεί κανείς ότι πολλοί ασθενείς νοσηλεύονται στα νοσοκομεία για αρκετές ημέρες τότε το πρόβλημα παίρνει και οικονομικές διαστάσεις. Σήμερα η νοσηλεία περιορίζεται μόνο σε ασθενείς με επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση, στένωση), ή σπανιότερα για γαστρικό έλκος που αργεί να επουλωθεί ή υπάρχει η υποψία καρκίνου. Αυτό βέβαια συμβαίνει χάρις στα νέα φάρμακα που άλλαξαν την πορεία της νόσου και στην ενδοσκόπηση, η οποία διεύρυνε τις γνώσεις μας γύρω από την επούλωση και την ιστολογία της περιοχής.¹¹

1.2 ANATOMIA ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι είναι ένα από τα κυριότερα όργανα της πέψης, η αποθήκη που μέσα της η τροφή αποκτά όλες τις απαραίτητες ιδιότητες, για τις παραπέρα φάσεις της πέψης στο λεπτό έντερο. Ο στόμαχος είναι, συνέχεια του οισοφάγου και αποτελεί ασκοειδή διεύρυνση του γαστρεντερικού σωλήνα βρίσκεται στην άνω κοιλιακή χώρα και ακριβέστερα στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο, στην ομφαλική χώρα και κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος.

Το μήκος, το πλάτος και η χωρητικότητα του στομάχου ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τις συνθήκες της ζωής κάθε ατόμου.
2,12,18,25

α. Μορφολογία του Στομάχου

Ο στόμαχος εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δυο χείλη. Τα άνω ή έσω χείλος, καλούμενο έλασσον τόξο του στομάχου, εμφανίζει στο κάτω τρίτημορο του τη γωνιαία εντομή, η οποία εσωτερικά σχηματίζει τη γωνιαία πτυχή, θεωρούμενη σαν όριο σώματος και πυλωρικού άντρου. Το κάτω ή έξω χείλος, καλούμενο μείζον τόξο του στομάχου προσβάλλει ακριβώς απέναντι από τη γωνιαία εντομή.

Επίσης το στομάχι εμφανίζει το οισοφαγικό στόμιο, το οποίο παριστάνει το όριο οισοφάγου και στομάχου. Μέσα από το στόμιο υπάρχει η καρδιακή πτυχή ή βαλβίδα, που συγκλίνει ελαφρά το στόμιο.

Το πυλωρικό στόμιο παριστάνει το όριο της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και της πρώτης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου. Μέσα στο στόμιο υπάρχει η πυλωρική βαλβίδα που ρυθμίζει τη μεταφορά του περιεχομένου του στομάχου στο λεπτό έντερο.⁶

β. Μέρη του Στομάχου

Ο στόμαχος διαιρείται σε δύο κύρια μέρη, τον ιδίως στόμαχο και τον πυλωρικό στόμαχο. Ο ιδίως στόμαχος υποδιαιρείται στο θόλο (ή πυθμένα) και το σώμα και σε μια μικρή μοίρα κοντά στο στόμιο του οισοφάγου, την καρδιακή μοίρα. Ο πυλωρικός στόμαχος υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα.^{12,21}

γ. Στήριξη του Στομάχου

Ο στόμαχος στηρίζεται στη θέση του προς τα άνω από την κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου, προς τα κάτω από την κατιούσα μοίρα του δωδεκαδάκτυλου. Εκτός από αυτά, στη στήριξη του στομάχου συμβάλλουν και τα παρακείμενα όργανά του, ο τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων και πτυχές του περιτοναίου, οι περιτοναϊκοί σύνδεσμοι. Οι σύνδεσμοι αυτοί είναι οι εξής: ο γαστροσπληνικός, που φέρεται από το μείζον τόξο στο σπλήνα, ο φρενοσπληνικός, που αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου προς το οπισθοτοιχωματικό περιτόναιο που καλύπτει το διάφραγμα, ο ηπατογαστρικός σύνδεσμος που φέρεται από το ήπαρ προς το έλασσον τόξο του στομάχου. Μαζί με το συνεχόμενο ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο απαρτίζουν το έλασσον επίπλουν. Τέλος υπάρχει ο γαστροκολικός σύνδεσμος, που εκτεινόμενος από το μείζον τόξο του στομάχου προς το εγκάρσιο κώλο αποτελεί την αρχική μοίρα του μείζονος επίπλουν.^{12,21}

δ. Κατασκευή του Στομάχου

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από χιτώνες (στρώματα), οι οποίοι από τα έξω προς τα μέσα είναι ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνος και ο βλεννογόνος.

Από αυτούς τους χιτώνες, ο ορογόνος είναι το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από κυκλικές επιμήκειες και λοξές λείες μυϊκές ίνες και επιτελεί ελαφρές τονικές συστολές και περισταλτικές κινήσεις.

Με τις κινήσεις αυτές το περιεχόμενο του στομάχου αναμιγνύεται και στέλνεται περιοδικά προς το δωδεκαδάκτυλο.

Ο βλεννογόνος του στομάχου παρουσιάζει ευμεγέθεις πτυχές, πολυάριθμες περιοχές μεγέθους χιλιοστομέτρου, τις γαστρικές άλω και σχισμοειδείς καταδύσεις, τα γαστρικά βοθρία, που φαίνονται μόνο με μεγεθυντικό φακό. Τα επιθηλιακά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου εκκρίνουν βλέννα που προστατεύει το επιθήλιο από την αυτοπυρκαγιά. Η προστατευτική δράση παύει μετά το θάνατο. Ο βλεννογόνος περιέχει τους αδένες του στομάχου που παράγουν το γαστρικό υγρό. Διακρίνονται σε ιδίως γαστρικούς, σε πυλωρικούς και σε καρδιακούς αδένες.^{12,18}

1.3 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι νευρούται από:

1) **Το ενδοτοιχικό πλέγμα:**

α) Μυεντερικό πλέγμα (Auerbach)

β) Υποβλεννογόνο πλέγμα (Meisner) και

2) **Το αυτόνομο νευρικό πλέγμα**

Παρασυμπαθητικό προκαλεί επιτάχυνση

Συμπαθητικό προκαλεί επιβράδυνση.^{1,7}

α. Νευρική και ορμονική ρύθμιση της γαστρικής έκκρισης

Η γαστρική έκκριση ρυθμίζεται με νευρικούς και ορμονικούς μηχανισμούς. Η νευρική ρύθμιση πραγματοποιείται με τις παρασυμπαθητικές ίνες των πνευμονογαστρικών νεύρων καθώς και με ενδογενή αντανακλαστικά των τοπικών νευρικών πλεγμάτων, και η ορμονική με τη γαστρίνη.^{6,9}

β. Διέγερση της γαστρικής έκκρισης από το πνευμονογαστρικό

Οι νευρικές ώσεις που προκαλούν γαστρική έκκριση ξεκινούν από τους ραχιαίους κινητικούς πυρήνες των πνευμονογαστρικών και οδεύουν με τα πνευμονογαστρικά νεύρα από ενδογενές νευρικό πλέγμα του στομάχου και από εκεί στους γαστρικούς και τους πυλωρικούς αδένες. Αντιδρώντας στη διέγερση οι αδένες αυτοί εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες πεψίνης και υδροχλωρικού οξέος αλλά με μεγαλύτερη αναλογία πεψίνης απ' ότι στο γαστρικό υγρό που παράγεται με άλλους

γ. Διέγερση της γαστρικής έκκρισης από τη γαστρίνη

Όταν η τροφή μπαίνει στο στόμαχο ή όταν διεγείρονται τα πνευμονογαστρικά νεύρα, ο βλεννογόνος της περιοχής του άντρου εκκρίνει την ορμόνη γαστρίνη, ένα μεγάλο πολυπεπτιδίο. Η τροφή προκαλεί απελευθέρωση της ορμόνης αυτής με δύο τρόπους. 1) Με διάταξη του στομάχου από τον όγκο της και 2) με ορισμένες από τις ουσίες που περιέχει

και ονομάζονται εκκριματαγωγοί - π. χ. εκχυλισματικές ουσίες της τροφής, πρωτεΐνες που έχουν υποστεί μερική πέψη, το οινόπνευμα (σε μικρή συγκέντρωση), η καφεΐνη κ.α. Και οι δυο αυτοί διεγερτικοί μηχανισμοί - η διάταση του στομάχου και η δράση των εκκριματαγωγών ουσιών - προκαλούν έκκριση, γαστρίνης με την παρεμβολή ενός τοπικού νευρικού αντανεκλαστικού που μεταβιβάζει ώσεις σε ειδικά επιθηλιακά κύτταρα «γαστρίνης» που εκκρίνουν τη γαστρίνη.

Η γαστρίνη μετά την είσοδο της στην κυκλοφορία μεταφέρεται στους γαστρικούς αδένες όπου διεγείρει τα καλυπτήρια κυρίως κύτταρα αλλά, σε κάποιο μικρό βαθμό, και τα θεμέλια. Τα καλυπτήρια κύτταρα επιταχύνουν το ρυθμό έκκρισης υδροχλωρικού οξέος ως τον οχταπλασιασμό του και τα θεμέλια το ρυθμό της έκκρισης γαστρικών ενζύμων κατά 2-4 φορές.

Οι τρεις πιο σημαντικές γαστρεντερικές ορμόνες που έχουν απομονωθεί είναι τα συστατικά αμινοξέα της γαστρίνης, της χολοκυστοκινίνης και της εκκριματίνης (σεκρετίνης). Πρέπει να σημειωθεί ότι και οι τρεις τους είναι πολυπεπίδια και ότι τα πέντε τελευταία αμινοξέα στις αλυσίδες των μορίων της γαστρίνης και της χολοκυστοκινίνης είναι ακριβώς τα ίδια. Η κύρια δράση τους εντοπίζεται ακριβώς στο τελικό τμήμα του μορίου αυτών των ορμονών.

Glu-Gly-Pro-Trp-Leu-Glu-Glu-Glu-Glu-Glu-Ala-Tyr-Gly-Trp-Met-Asp-Phe- NH₂

HSO²

ΓΑΣΤΡΙΝΗ

Lys-(Aca,Gly-Pro-Ser)-Arg-Val-(Ile, Met, Ser)-Lys-Asn-(Asn-Gin-His-Leu₂, Pro, Ser₂)
-Arg-Ile-(Asp, Ser)-Arg-Asp-Tyr-Met, Gly, Trp, Met, Asp, Phe, NH₂

HSO₃

ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΚΙΝΙΝΗ

His-Ser-Asp-Gly-Thr-Phe-Thr-Ser-Glu-Leu-Ser-Arg-Leu-Arg-Asp-Ser-

Ala-Arg-Leu-Cin-Arg-Leu-Leu-Gln-Gly-Leu-Val-VH²

ΣΕΚΡΕΤΙΝΗ

1.4 ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι κινητικές λειτουργίες του στομάχου είναι τρεις: 1) Εναποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων τροφής ώσπου να γίνει δυνατή η προώθηση και κατανομή τους στο κατώτερο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα, 2) ανάμιξη αυτής της τροφής με γαστρικές εκκρίσεις ώστε να σχηματιστεί ένα ημίρρευστο μίγμα, ο χυμός, και 3) βαθμιαία κένωση του στομάχου και προώθηση της τροφής στο λεπτό έντερο με ταχύτητα κατάλληλη για τη σωστή πέψη και απορρόφησή της.¹⁵

α. Εναποθηκευτική λειτουργία του Στομάχου

Η τροφή, καθώς μπαίνει στο στόμαχο, σχηματίζει ομόκεντρους κύκλους στο σώμα και τον πυθμένα, έτσι ώστε η καινούργια να βρίσκεται πιο κοντά στο οισοφαγικό στόμιο και η πιο παλιά πιο κοντά στο τοίχωμα του στομάχου. Φυσιολογικά το σώμα και ο πυθμένας έχουν σχετικά μικρό μυϊκό τόνο κι έτσι μπορούν να διαταθούν προοδευτικά και να δεχθούν όλο και μεγαλύτερες ποσότητες τροφής, σχεδόν ως 1 λίτρο.

β. Ανάμιξη της τροφής στο Στόμαχο

Τα πεπτικά υγρά του στομάχου εκκρίνονται από τους γαστρικούς αδένες οι οποίοι καλύπτουν ολόκληρο σχεδόν το εξωτερικό τοίχωμα του σώματος του στομάχου. Τα εκκρίματα αυτά έρχονται αμέσως σ' επαφή με την εναποθηκευμένη τροφή που επαλείφει την επιφάνειά του γαστρικού βλεννογόνου. Όταν ο στόμαχος είναι γεμάτος, το τοίχωμά του παρουσιάζει κάθε 20 περίπου δευτερόλεπτα ασθενή συσταλτικά κύματα, τα λεγόμενα και κύματα ανάμιξης, τα οποία μειοτοπίζουν βαθμιαία τα γαστρικά εκκρίματα και την περιφερικότερη στιβάδα της τροφής προς την περιοχή του άντρου του στομάχου.

Εκτός από την ανάμιξη με τα συσταλτικά κύματα του σώματος του στομάχου, ανάμιξη προκαλούν και περισταλτικές κινήσεις της περιοχής του άντρου. Οι κινήσεις αυτές αναμιγνύουν το γαστρικό περιεχόμενο με τον εξής τρόπο. Κάθε φορά που ένα περισταλτικό κύμα περνά από το άντρο, με

κατεύθυνση προς τον πυλωρό, βυθίζει το τοίχωμα βαθιά μέσα στο περιεχόμενο του άντρου. Το στόμιο, όμως, του πυλωρού είναι αρκετά μικρό κι έτσι με κάθε περισταλτικό κύμα μόνο λίγα κυβικά χιλιοστά από το περιεχόμενό του άντρου εξωθούνται προς το δωδεκαδάκτυλο. Αντίθετα, το μεγαλύτερο μέρος του περιεχομένου του άντρου ξαναγυρίζει με ορμή, μέσα από τον περισταλτικό δακτύλιο, στο σώμα του στομάχου. Έτσι, η κίνηση του περισταλτικού συσταλτικού δακτυλίου σε συνδυασμό με αυτή την ενέργεια παλινδρόμησης, αποτελεί σπουδαίο μηχανισμό ανάμιξης της τροφής που βρίσκεται στο στομάχο.^{7,10}

Χυμός. Το μίγμα που προέρχεται από την ανάμιξη της τροφής με τις γαστρικές εκκρίσεις το οποίο προχωρεί στο έντερο ονομάζεται χυμός. Η σύσταση του χυμού εξαρτάται από τις σχετικές ποσότητες τροφής και γαστρικών εκκρίσεων και από το βαθμό της πέψης που έχει συντελεστεί. Ο χυμός έχει την όψη σκοτεινόχρωμης γαλακτώδους, ημίρρευστης ή αλοιφοειδούς σύστασης μάζας.⁷

γ. Προώθηση της τροφής διαμέσου του στομάχου

Στο άντρο του στομάχου παρατηρούνται ισχυρά περισταλτικά κύματα. Τα κύματα αυτά, όπως και τα κύματα ανάμιξης, εμφανίζονται με ρυθμό ένα κάθε 20 δευτερόλεπτα περίπου. Καθώς στομάχος προοδευτικά κενώνεται, τα ισχυρά αυτά κύματα αρχίζουν διαρκώς πιο ψηλά στο σώμα του στομάχου και βαθμιαία εξωθούν τις πιο χαμηλά εναποθηκευμένες ποσότητες της τροφής και τις προσθέτουν στο χυμό που βρίσκεται στο άντρο.

Πολλές φορές τα περισταλτικά κύματα εξασκούν πίεση μέχρι και 50-70cm νερού είναι δηλαδή περίπου 6 φορές ισχυρότερα από τα συνηθισμένα κύματα ανάμιξης.

δ. Κένωση του Στομάχου

Βασικά η κένωση του στομάχου εμποδίζεται από την αντίσταση του πυλωρού στη διέλευση της τροφής και ευνοείται από τα περισταλτικά κύματα του άντρου του στομάχου. Τα δύο αυτά φαινόμενα συνήθως

αλληλοσυσχετίζονται, δηλαδή οι παράγοντες που αυξάνουν τον περισταλτισμό του άντρου μειώνουν συνήθως τον τόνο του πυλωρικού μυϊκού τοιχώματος.¹⁷

ε. Ρύθμιση της κένωσης του Στομάχου

Η ταχύτητα με την οποία κενώνεται ο στόχος ρυθμίζεται με σήματα τα οποία προέρχονται τόσο από τον ίδιο το στόμαχο όσο και από το δωδεκαδάκτυλο. Τα σήματα από το στόμαχο είναι κυρίως δύο ειδών. 1) Νευρικά σήματα που προκαλούνται από τη διάτασή του από την τροφή και 2) η ορμόνη γαστρίνη, της οποίας η απελευθέρωση από το βλεννογόνο του άντρου αποτελεί ανταπόκριση στην παρουσία τροφής μέσα στο στόμαχο. Και τα δύο αυτά σήματα αυξάνουν τη δύναμη της «πυλωρικής αντλίας» ενώ ταυτόχρονα αναστέλλουν τη σύσπασση του πυλωρικού σφιγκτήρα ευνοώντας έτσι, την κένωση του στομάχου.

στ. Επίδραση της ορμόνης γαστρίνης στην κένωση του στομάχου

Η γαστρίνη ασκεί ισχυρή δράση στην έκκριση πολύ όξινου γαστρικού υγρού από τους γαστρικούς αδένες. Επίσης έχει ισχυρές διεγερτικές επιδράσεις στις κινητικές λειτουργίες του στομάχου. Και το πιο σπουδαίο, αυξάνει τη δραστηριότητα της πυλωρικής αντλίας ενώ ταυτόχρονα χαλαρώνει τον πυλωρικό σφιγκτήρα. Έτσι ευνοεί πολύ την κένωση του στομάχου.

Η ανασταλτική επίδραση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού του δωδεκαδακτύλου στη δραστηριότητα του πυλωρού: Κατά την είσοδο χυμού στο δωδεκαδάκτυλο μεταβιβάζονται προς το στόμαχο νευρικά αντανακλαστικά σήματα που αναστέλλουν τον περισταλτισμό του άντρου και αυξάνουν τον τόνο του πυλωρικού σφιγκτήρα. Αυτό είναι το λεγόμενο εντερογαστρικό αντανακλαστικό, που είναι φανερό ότι αναστέλλει την κένωση του στομάχου μέχρις ότου το λεπτό έντερο μπορέσει να απομακρύνει το χυμό. Είναι πιθανό ότι το αντανακλαστικό αυτό φέρεται κυρίως με προσαγωγές ίνες των πνευμονογαστρικών στο εγκεφαλικό σιέλεχος και από εκεί επιστρέφει στο

στόμαχο με απαγωγές ίνες -πάλι των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Αναστολή της κένωσης του στομάχου με ορμονική παλινδρομική ρύθμιση από το δωδεκαδάκτυλο-Ρόλος των λιπών. Η είσοδος υπέρμετρης ποσότητας χυμού στο δωδεκαδάκτυλο εξακολουθεί να αναστέλλει την κένωση του στομάχου ακόμα και σε περίπτωση αποκλεισμού του εντερογαστρικού ανιανακλαστικού. Η επίδραση αυτή, ιδιαίτερα έντονη όταν ο χυμός περιέχει μεγάλη ποσότητα λίπους, προκαλείται από διάφορες ορμόνες που εκκρίνονται από το βλεννογόνο του ανώτερου τμήματος του λεπτού εντέρου. Οι ορμόνες αυτές απορροφούνται στο αίμα με το οποίο μεταφέρονται στο στόμαχο όπου προκαλούν αναστολή του περισταλτισμού του άντρου και αύξηση του τόνου του πυλωρικού σφιγκτήρα. Μια από τις ορμόνες, η χολοκυστοκινίνη απελευθερώνεται από το βλεννογόνο της νήσιδας ως απάντηση στην παρουσία λιπαρών ουσιών μέσα στο χυμό. Η ορμόνη αυτή δρα ως ανταγωνιστικός αναστολέας εξουδετερώνοντας την αύξηση της κινητικότητας του στομάχου που προκαλεί η γαστρίνη. Μία άλλη ορμόνη η εκκριματίνη κυρίως από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου ως απάντηση στο γαστρικό οξύ που απελευθερώνεται από το στόμαχο και περνά από τον πυλωρό. Η ορμόνη αυτή ασκεί γενική δράση και ελαττώνει την κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα. Τέλος μια ορμόνη, το γαστρικό ανασταλτικό πεπτιδίο, που εκκρίνεται από το ανώτερο τμήμα του λεπτού εντέρου ως απάντηση κυρίως στο λίπος αλλά και στους υδατάνθρακες του χυμού είναι γνωστό ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες αναστέλλει και την κινητικότητα του στομάχου.

Συνοπτικά η κένωση του στομάχου ελέγχεται μέχρι ενός σημείου από γαστρικούς παράγοντες, όπως είναι ο βαθμός της πλήρωσής του και η διεγερτική επίδραση της γαστρίνης ή του περισταλτισμού του άντρου. Ωστόσο, ο σημαντικότερος ίσως έλεγχος της κένωσης του στομάχου βασίζεται σε παλίνδρομα σήματα από το δωδεκαδάκτυλο, δηλαδή στο εντερογαστρικό ανιανακλαστικό και σε ορμονική παλίνδρομη ρύθμιση. Τα δυο αυτά παλίνδρομα σήματα επενεργούν ταυτόχρονα και επιβραδύνουν το ρυθμό της κένωσης του στομάχου όταν α) στο λεπτό έντερο βρίσκεται ήδη πολύ μεγάλη ποσότητα χυμού, ή β) ο χυμός είναι υπερβολικά όξινος, περιέχει μεγάλη

ποσότητα πρωτεϊνών ή λίπους είναι υπότονος ή υπέρτονος ή ερεθιστικός. Μ' αυτό τον τρόπο ο ρυθμός κένωσης του στομάχου περιορίζεται στην ποσότητα του χυμού που μπορεί να επεξεργαστεί το λεπτό έντερο. ^{7,10}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 ΈΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

α. Ορισμός

Έλκος του στομάχου είναι η εξέλκωση κάποιας περιοχής του βλεννογόνου του στομάχου από την πεπτική όραση του γαστρικού υγρού. Αναπτύσσεται κυρίως όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει τη βλεννογόνο άμυνα όπως σε υπερχλωρυδρία ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννας.^{5,22,26}

β. Επίπτωση και Ανατομική Εντόπιση

Η μεγαλύτερη επίπτωση γαστρικού έλκους παρατηρείται στην έκτη δεκαετία της ζωής, περίπου 10 χρόνια αργότερα απ' ότι το έλκος του δωδεκαδακτύλου. Τα γαστρικά έλκη, όπως ακριβώς και τα δωδεκαδακτυλικά, είναι συχνότερα στον ανδρικό πληθυσμό. Είναι όμοια ιστολογικά με τα έλκη του δωδεκαδακτύλου.

Χαρακτηριστικά, το έλκος του στομάχου είναι βαθύ και εκτείνεται πέρα από το βλεννογόνο. Σχεδόν όλα τα καλοήθη έλκη εδράζονται στο άντρο, σε μια ζώνη αμέσως επί τα εκτός της συμβολής του βλεννογόνου του σώματος του στομάχου. Η εντόπιση της συμβολής αυτής ποικίλλει, ιδιαίτερα στο ελάσσων τόξο. Γενικά, το άντρο εκτείνεται περίπου στα δυο τρίτα του ελάσσονος τόξου και στο ένα τρίτο του μείζονος τόξου. Σπάνια τα καλοήθη έλκη εντοπίζονται στο θόλο του στομάχου. Τα καλοήθη έλκη συνοδεύονται σχεδόν κατά κανόνα από γαστρίτιδα και άλλοτε άλλης εκτάσεως ατροφία του βλεννογόνου του άντρου. Στα γαστρικά έλκη από πρόσληψη ασπιρίνης μπορεί να υπάρχει ή όχι γαστρίτιδα. Τα έλκη με αίτιο τη λήψη σαλικυλικών συνήθως εντοπίζονται στο άντρο, δεν αφορούν όμως τη συμβολή του βλεννογόνου του άντρου με το βλεννογόνο του σώματος όπως συμβαίνει στα συνήθη γαστρικά έλκη.

Έλκος παρατηρείται επίσης συχνά στα σημεία στα οποία δημιουργείται τεχνητή , επικοινωνία, π.χ. με γαστρονησιδοστομία, μεταξύ στομάχου και κάποιου τμήματος του λεπτού εντέρου, και τότε λέγεται αναστομωτικό έλκος.¹¹

γ. Αιτιολογία και Παθογένεια

Στην παθογένεια του γαστρικού έλκους σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει το σύμπλεγμα οξύ-πεψίνη. Σε αντίθεση όμως προς τους πάσχοντες από δωδεκαδακτυλικό έλκος, ο ρυθμός εκκρίσεως οξέος είναι φυσιολογικός ή και ελαττωμένος σε σχέση με άτομα που δεν έχουν έλκος. Παρόλο που πολλοί ασθενείς με γαστρικό έλκος έχουν μειωμένο βαθμό εκκρίσεως οξέος, αληθής αχλωρυδρία σε απάντηση διεγερτικού ερεθισμού ποτέ δεν παρατηρείται όταν το έλκος είναι καλοήθες. 10% έως 20% των ασθενών με γαστρικό έλκος έχουν επίσης και έλκος δωδεκαδάκτυλου. Οι ασθενείς με ταυτόχρονη ύπαρξη έλκους στομάχου και δωδεκαδάκτυλου τείνουν να έχουν χαρακτηριστικά έκκριση οξέος παρόμοια με εκείνη του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Πολλοί παράγοντες θεωρείται, ότι εμπλέκονται στην παθογένεια του γαστρικού έλκους. Πολλές ενδείξεις ενισχύουν τη σημασία της πρωτοπαθούς βλάβης της αντιστάσεως του γαστρικού βλεννογόνου και τον άμεσο ή μόνο τραυματισμό του γαστρικού βλεννογόνου, ως τα πλέον σημαντικά στοιχεία της παθογένεσης. Τα επίπεδα γαστρίνης του ορού αυξάνουν σε μερικούς ασθενείς που πάσχουν από γαστρικό έλκος, αυτές οι αυξήσεις όμως περιορίζονται στους ασθενείς, που έχουν μειωμένη έκκριση οξέος. Έχει αποδειχθεί επίσης, ότι ο χρόνος κενώσεως του στομάχου είναι παρατεταμένος. Άλλοι διατυπώνουν τη γνώμη, ότι η παλινδρόμηση στομάχου είναι υγρά του δωδεκαδακτύλου, ιδιαίτερα εκείνου που περιέχει χολή, μπορεί να συμβάλλει στον τραυματισμό του βλεννογόνου και στην συνέχεια γαστρική εξέλκωση. Οι ασθενείς με γαστρικό έλκος αποδείχθηκε, ότι έχουν αυξημένη γαστροδωδεκαδακτυλική παλινδρόμηση χολής και μεγαλύτερη συγκέντρωση χολής στο στόμαχο όταν συγκρίνονται με ασθενείς, που δεν πάσχουν από έλκος ή με ασθενείς που πάσχουν από έλκος -του δωδεκαδακτύλου. Έχει προταθεί, ότι τα χολικά οξέα τραυματίζουν το γαστρικό βλεννογόνο

διακόπτοντας το φραγμό του γαστρικού βλεννογόνου με αποτέλεσμα την είσοδο στο τοίχωμα των εκκρινόμενων ιόντων υδρογόνου. Οι παράγοντες που προκαλούν η γαστροδωδεκαδακτυλική παλινδρόμηση στους ασθενείς με γαστρικό έλκος δεν έχουν διευκρινηθεί πλήρως. Αναφέρεται η πιθανή της λειτουργίας του πυλωρικού σφιγκτήρα.

Το *H. Pylori* είναι ένας μικροαερόφιλος βλεφαριδοφόρος Gram (-) μικροοργανισμός σχήματος «S» με λεία και αποστρογγυλωμένα άκρα. Τα 4-0 ελυτροφόρα μαστίγια που φέρει στο ένα του άκρο, το καθιστούν λίαν ευκίνητο και ικανό να διεισδύει σε βιολογικά υλικά μεγάλου ιξώδους (π.χ. βλέννη) με «κίνηση τυρμπουσόν». Διαθέτει μια σειρά από μηχανισμούς και ένζυμα (όπως η ουρεάση, οι προσκολλητίνες, οι κυτταροτοξικές πρωτεΐνες CagA και VacA, Οι πρωτεΐνες θερμικής καταπληξίας, η καταλάση, η δεσμουτάση κ.λ.π.) που του επιτρέπουν ν' αποικίσει το «φυσικό» του περιβάλλον και να προκαλέσει χρόνια λοίμωξη και ιστική βλάβη. Έχουν τεκμηριωθεί και περιγραφεί δυο τουλάχιστον μείζονες τύποι στελεχών του *H.pylori* (2) (τύπος 1 και 2), με διαφορετικό παθογενετικό δυναμικό. Φαίνεται ότι ο τύπος 1 που παράγει κυτταροξίνες CagA και VacA είναι ο πλέον ελκογόνος και κυτταροτοξικά στελέχη *Hp* που εκφράζουν τις πρωτεΐνες CagA και VacA συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου (3).

Η αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και γαστρίτιδας είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη και οι αποδείξεις για τη συσχέτιση αυτή συνοψίζονται στο γεγονός ότι το σύνολο όλων των θετικών για τη λοίμωξη ατόμων εμφανίζουν γαστρίτιδα του άντρου. Η εκρίζωση της λοίμωξης οδηγεί στην εξάλειψη της γαστρίτιδας. Η γαστρίτιδα έχει επίσης αναπαραχθεί μέσα από ενδογαστρική έγχυση τόσο σε πειραματόζωα όσο και σε ανθρώπους. Η αιτιολογική σχέση μεταξύ βακτηριδίου και πεπτικού έλκους είναι δυσκολότερο να αποδεχθεί από τα υπάρχοντα δεδομένα επειδή όλα τα άτομα που φέρουν το μικρόβιο δεν αναπτύσσουν έλκος και διότι λείπει ένα πειραματικό μοντέλο. Ωστόσο υπάρχουν αρκετά πειστικά δεδομένα. Όλοι σχεδόν οι ασθενείς με δωδεκαδάκτυλο έλκος έχουν γαστρίτιδα που προκαλείται από το βακτηρίδιο. Θεωρείται ότι η λοίμωξη με ΕΠ αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για την ανάπτυξη δωδεκαδακτυλικού έλκους με την

απουσία άλλων παραγόντων, όπως η χρήση των μη-στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Η συσχέτιση με το γαστρικό έλκος είναι ελαφρώς ασθενέστερη καθώς ο επιδημιολογικός δείκτης της συσχέτισης είναι περίπου 80%. Όπως προαναφέρθηκε η πλειονότητα των ατόμων μολυσμένων με ΕΠ δεν θα αναπτύξουν πεπτικό έλκος. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι και άλλοι παράγοντες, όπως ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ξενιστή και του μικροβιακού στελέχους παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση του πεπτικού έλκους.

Όμως οι ισχυρότερες αποδείξεις για τον αιτιοπαθογόνο ρόλο του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στη νόσο του πεπτικού έλκους προέρχονται από το αναμφισβήτητο γεγονός της ελαχιστοποίησης ή μηδενισμού των υποτροπών του έλκους μετά από επιτυχή εκρίζωση της λοιμώξεως όπως προκύπτει από σωρεία ερευνητικών δεδομένων.

Συχνά εμφανίζεται πορεία νευρολογικών νοσημάτων, όπως εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλικοί όγκοι. Επίσης, διαμέσου μηχανισμών νευρικής προέλευσης φυσιολογικά ερεθίσματα όπως, τραύματα, σοκ, εγκαύματα, κατάγματα, χειρουργικές επεμβάσεις, μπορούν να προξενήσουν οξεία έλκη. Οι βλάβες αυτές που είναι συχνότερα πολλαπλές ανευρίσκονται συνηθέστερα στα σημεία του στομάχου που εκκρίνουν οξύ, μπορεί όμως να ανεβρεθούν και στο πυλωρικό άντρο και το δωδεκαδάκτυλο. Οι οξείες διαβρώσεις και εξελκώσεις από stress συνήθως είναι επιφανειακές και η νεύρωση περιορίζεται στο βλεννογόνο.

Έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου έχουν περιγραφεί ως αποτέλεσμα της λήψεως πολλών φαρμάκων. Η λήψη σαλικυλικών αποδείχθηκε ότι συνοδεύεται από αυξημένη επίπτωση γαστρικού έλκους και είναι συχνά αιτία αιμορραγικών διαβρώσεων του γαστρικού βλεννογόνου. Δεν υπάρχει ένδειξη αυξημένης συχνότητας έλκους του δωδεκαδακτύλου σε ασθενείς που λαμβάνει σαλικυλικά. Ο μηχανισμός με τον οποίο τα σαλικυλικά προκαλούν ή συνοδεύονται από έλκος στομάχου δεν έχει αποσαφηνισθεί. Έχει προταθεί, ότι τα σαλικυλικά συμβάλλουν στην εκδήλωση γαστρικού έλκους με το τραυματισμό του βλεννογόνου, κατά τον οποίο διασπάται ο βλεννογόνος

φραγμός του στομάχου και αυτός είναι ο κυριότερος μηχανισμός με τον οποίο τα σαλικυλικά φαίνεται να προκαλούν διαβρωτική γαστρίτιδα. Ένας άλλος μηχανισμός, με τον οποίο φαίνεται να τραυματίζουν τα σαλικυλικά το γαστρικό βλεννογόνο, είναι η ικανότητά τους να αναστέλλουν τη σύνθεση προσταγλανδινών, δεδομένου ότι πολλές προσταγλανδίνες αποδείχθηκε ότι έχουν κυτταροπροστατευτικές ιδιότητες, με τις οποίες προστατεύεται ο γαστρικός βλεννογόνος από τραυματισμό, που θα μπορούσαν να προκαλέσουν πολυάριθμοι φαρμακευτικοί παράγοντες. Οι ασθενείς με έλκος στομάχου θα πρέπει να αποφεύγουν τη λήψη σαλικυλικών, όπως και οι γιατροί θα πρέπει να αποφεύγουν επίσης να αναγράφουν σαλικυλικά σε ασθενείς με έλκος δωδεκαδακτύλου.

Επίσης η χορήγηση κορτικοστεροειδών περιγράφεται, ότι συνοδεύεται από την εμφάνιση έλκους του ανώτερου γαστρεντερικού.

Άλλα φάρμακα, που περιγράφεται ότι συνοδεύονται απ' την εμφάνιση έλκους του ανώτερου γαστρεντερικού περιλαμβάνουν την ιδομεθακίνη, τη φαινυλοβουταζόνη και τη ρεζερπίνη. Είναι αβέβαια αν τα φάρμακα αυτά είναι υπεύθυνα για το έλκος και εάν είναι, με ποιο μηχανισμό προκαλείται η εξέλκωση.

Επιπλέον, γαστρικά έλκη έχουν περιγραφεί μετά από τη λήψη και άλλων αντιφλεγμονωδών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της αρθρίτιδας και περιλαμβάνουν την *ibuprofen* και *paroxen*.

Σύνδρομο Zollinger - Ellison. Το σύνδρομο Zollinger - Ellison, που οφείλεται συνήθως σε λειτουργικό νεόπλασμα από κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος τα οποία εκκρίνουν γαστρίνη, είναι υπεύθυνο για σπάνιες (αρκετά λιγότερες του 1%) κλινικές περιπτώσεις πεπτικού έλκους. Η ενδεχόμενη ύπαρξη της σπάνιας αυτής πάθησης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σε μερικές περιπτώσεις:

1) Ελκών ασυνήθιστης εντόπισης, όπως στη δεύτερη ή τρίτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου, ή στη νησίδα.

2) Ασυνήθιστης βαρύτητας πεπτικού έλκους που δεν υποχωρεί με τη θεραπεία ή υποτροπιάζει μετά από χειρουργική επέμβαση.

3) Έλκος που συνοδεύεται από διάρροια και μερικές φορές από δυσσαπορρόφηση και

4) Οικογενειακού ιστορικού πολλών περιπτώσεων έλκους ιδιαίτερα αν υπάρχουν και ενδείξεις άλλων ενδοκρινών όγκων.

Παθογένηση: Τα μονήρη ή συχνά πολλαπλά ή πιο σπάνια άλλων έξω παγκρεατικών ενδοκοιλιακών εντοπίσεων, εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες γαστρίνης, η οποία προάγει όχι μόνο την έκκριση οξέος από τα καλυπτήρια κύτταρα του στομάχου αλλά και τον πολλαπλασιασμό τους (μέχρι και στο τριπλάσιο ή πενταπλάσιο). Μολονότι τα νεοπλασμάτα αυτά αναπτύσσονται με αργό ρυθμό. τα περισσότερα είναι ιστολογικά και βιολογικά κακοήγη και παρουσιάζουν πρώιμες μεταστάσεις, τοπικές και το ήπαρ. Το 1/4 περίπου, των περιπτώσεων το γαστρίνωμα συνδυάζεται με άλλα ενδοκρινή αδενώματα συχνότερα του τύπου που είναι γνωστός , σαν σύνδρομο πολλαπλής ενδοκρινικής νεοπλασίας τύπου II (MEN II), στο οποίο τα αδενώματα ή η υπερπλασία είναι δυνατό να αφορούν τα κύτταρα των νησιδίων του, παγκρέατος, τους παραθυρεοειδείς, το θυροειδή και την υπόφυση.

Ακόμη υπάρχει ισχυρά κληρονομική προδιάθεση. Συγγενείς ασθενών με γαστρικό έλκος υπάρχει σαφώς αυξημένη συχνότητα τέτοιου είδους. Πρέπει να προστεθεί ότι από το 1954 είναι γνωστό ότι άτομα ο ομάδος αίματος και περισσότερο μη εκκριτικού τύπου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα δωδεκαδακτυλικού έλκους αλλά όχι γαστρικού, εύρημα που ενισχύει την υπόθεση ότι δωδεκαδακτυλικό και γαστρικό έλκος μεταβιβάζονται κληρονομικός.

Έχει διαπιστωθεί ότι το ανδρικό φύλο προσβάλλεται περισσότερο από το γυναικείο σ' αυτό 10 τελευταίο έλκος που είναι λιγότερο σοβαρό σ' αυτές με μια θνητότητα μεγαλύτερη. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι οξείες διατρήσεις είναι λιγότερο συχνές στη γυναίκα. Ακόμη παρατηρείται μια εξαφάνιση του έλκους στην εγκυμοσύνη με επάνοδό του μετά τον τοκετό και την εμμηνόπαυση. Άλλος διαπλαστικός χαρακτήρας καθορίζεται από την αφθονία των γαστρικών κυττάρων. που έχουν την ιδιότητα να εκκρίνουν τα οποία είναι παρόντα στους ελκοπαθείς.^{8,11,14}

2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Όπως με το έλκος του δωδεκαδακτύλου ο επιγαστρικός πόνος είναι το κυριότερο σύμπτωμα. Ο πόνος είναι περιοδικός «τεσσάρων χρόνων» γεύμα-ηρεμία- πόνος-ηρεμία (περίοδος ηρεμίας μετά το γεύμα που διαρκεί από μισή μέχρι μιάμιση ώρα, ακολουθεί πόνος διάρκειας 1-2 ωρών). Ο πόνος εκτός από την εντόπισή του στο επιγάστριο αντανακλά ζωσθηροειδώς στην οσφυϊκή μοίρα. Εντούτοις το σύμπτωμα αυτό είναι λιγότερο τυπικό και ενδεικτικό απ' ότι σε ασθενείς με έλκος του δωδεκαδακτύλου. Ενώ ο πόνος μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του έλκους του δωδεκαδακτύλου, μερικοί ασθενείς με γαστρικό έλκος δεν ανακουφίζονται με την πρόσληψη τροφής, αλλά αντίθετα ο πόνος επιδεινώνεται. Η υποχώρηση των συμπτωμάτων με τα αντιόξινα είναι επίσης λιγότερο αποτελεσματική στο γαστρικό απ' ότι στο δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Τα γαστρικά έλκη έχουν τάση επουλώσεως και όταν αυτό συμβεί υποτροπιάζουν. Επεισόδια που αναγνωρίζονται ως υποτροπιάζουσα δραστηριότητα γαστρικού έλκους είναι λιγότερο συχνά σε σχέση με το έλκος του δωδεκαδακτύλου. Η ακριβής επίπτωση του γαστρικού έλκους είναι άγνωστη, γιατί αρκετοί ασθενείς με τη νόσο είναι ασυμπτωματικοί. Αν και το έλκος του δωδεκαδακτύλου αναγνωρίζεται κλινικά ως συχνότερο από το γαστρικό, οι νεκροτομικές μελέτες δείχνουν ίση ή ακόμη και μεγαλύτερη αναλογία γαστρικού σε σύγκριση με το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Αυτό οφείλεται πιθανώς εν μέρει στην οξεία προθανάτια εμφάνισή του, αντανακλά όμως τη συχνή ασυμπτωματική διαδρομή του γαστρικού έλκους. Αν και η ύπαρξη ναυτίας και εμετού δείχνουν στην περίπτωση του έλκους δωδεκαδακτύλου απόφραξη της γαστρικής εξόδου, τα ίδια συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν στο γαστρικό έλκος, χωρίς να υπάρχει μηχανικό κύκλωμα. Επίσης παρατηρούνται όξινες ερυγές, γαστρική πληρότητα μετά το φαγητό και δυσπεψία. Η απώλεια βάρους παρατηρείται στο 40% των ασθενών και οφείλεται στην ανορεξία ή την αποστροφή λόγω των ενοχλημάτων που προκαλεί η πρόσληψη τροφής.

Η απόφραξη της γαστρικής εξόδου μπορεί να εκδηλωθεί στα έλκη του πυλωρικού σωλήνα ή σε περιφερικότερα προς το άντρο έλκη. Η αιμορραγία

είναι συνήθης επιπλοκή και συμβαίνει σχεδόν στο 25%. Η διάτρηση είναι λιγότερο συχνή από την αιμορραγία. Επί διατήρησης όμως του έλκους του στομάχου υπάρχουν κραυγαλέα τοπικά ευρήματα πόνου και σανιδώδης σύσπαση του επιγάστριου. Όμως η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν είναι άσχημη. Πολλές φορές είναι δυνατό να ψηλαφηθεί στο επιγάστριο μάζα, η οποία ή όγκο κοιλιακού οργάνου ή πυλωρική στένωση επί έλκους στην οποία όμως συνυπάρχει και παφλασμός λόγω αδυναμίας προωθήσεως το δωδεκαδάκτυλο του στομαχικού περιεχομένου.

Η θνησιμότητα είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στη διάτρηση γαστρικού έλκους από ότι έλκος του δωδεκαδάκτυλου. Η αύξηση αυτή της θνησιμότητας οφείλεται αν μέρει μόνο στη μεγαλύτερη ηλικία των ασθενών που πάσχουν από γαστρικό έλκος. Η μεγαλύτερη θνησιμότητα οφείλεται επίσης στη μη σωστή ή αργοπορημένη διάγνωση όπως και στη μεγαλύτερη διάχυση υλικού στην περιτοναϊκή κοιλότητα στη διάτρηση γαστρικού έλκους. Η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη επί αιμορραγίας του έλκους του δωδεκαδάκτυλου.²⁶

α. Θεραπεία του έλκους

Οι περισσότερες περιπτώσεις έλκους μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία συντηρητικά. Η επούλωση ενός αρχόμενου έλκους έχει ανάγκη από τις ακόλουθες εφαρμογές:

α) Ανάπαυση (ή εισαγωγή στο νοσοκομείο) μέχρις ότου το έλκος αποδειχθεί ακτινολογικά, ότι είναι θεραπεύσιμο. Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι η μείωση απασχόλησης ή εάν είναι αναγκαίο η επικλινή ανάπαυση μειώνουν τη διάρκεια των συμπτωμάτων του έλκους. Η αγχώδης κατάσταση μπορεί να είναι ένας παράγοντας επιβάρυνσης, γι αυτό η απομάκρυνση των συγκινησιακών στρες μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα. Τα καταπραϋντικά μπορεί να δώσουν μια σημαντική βοήθεια, αν και φαίνεται ότι δεν είναι χρήσιμα για όλους τους ασθενείς.

β) Εξάλειψη των παραγόντων επιβάρυνσης. Διακοπή του καπνίσματος έχει αποδειχτεί ότι εάν σταματήσει η χρήση του τσιγάρου αυξάνεται η ταχύτητα επούλωσης του γαστρικού έλκους. Απαγορεύεται επίσης ο καφές,

οινοπνευματώδη ποτά ορισμένα φάρμακα, όπως η ασπιρίνη, γενικά τα αντιρρευματικά φάρμακα, η κορτιζόνη και τα παράγωγά της.

γ) Δίαιτα. Η δίαιτα στην ουσία κάποτε αποδιδόταν μεγάλη σημασίας για την επούλωση του έλκους, δεν έχει αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι επηρεάζει τη συχνότητα επούλωση της. Έτσι, είναι προτιμότερο να υποδεικνύεται στους ασθενείς να αποφεύγουν τις τροφές που από τη πείρα τους γνωρίζουν ότι προκαλούν δυσπεπτικά συμπτώματα και να περιορίσουν τη λήψη τροφών μεταξύ των γευμάτων και πριν από τη νυκτερινή κατάκλιση ώστε να μην αυξάνεται η έκκριση του γαστρικού υγρού.

δ) Αντιόξινα. Αποτελούν τη βάση της θεραπείας. Πρέπει να δίνονται συχνά και σε μεγάλες δόσεις. Προτιμάται η υγρή μορφή αυτών γιατί με τη μορφή αυτή έχουν μεγαλύτερη εξουδετερωτική δράση. Χορηγούνται κυρίως μη απορροφούμενα αντιόξινα όπως υδροξείδιο του αργιλίου ή μαγνησίου. Άλατα ασβεστίου, όπως ανθρακικό ασβέστιο, αποφεύγονται γιατί μπορεί να προκαλέσουν υπερασβεστιαμία. Το γάλα δεν είναι ικανοποιητικό αντιόξινο. Διεγείρει την έκκριση οξέος πιθανώς λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας αυτού σε πρωτεΐνες και ασβέστιο. Εξάλλου είναι δυνατόν να προκαλέσει το σύνδρομο γάλακτος-αλκαλέως, ιδίως όταν χορηγείται σε συνδυασμό με ανθρακικό ασβέστιο και το οποίο συνιστάται σε περιπτώσεις υπερασβεστιαμίας, αλκαλώσεως και ουραιμίας. Το διοξείδιο του αργιλίου προκαλεί δυσκοιλιότητα, γι αυτό και παρέχεται σε συνδυασμό με οξείδιο του μαγνησίου που προκαλεί διάρροια.

Τα διάφορα διαλύματα αντιόξινων χορηγούνται ανά 30ml μια και τρεις ώρες μετά το φαγητό και πριν τον ύπνο. Εάν ο πόνος ξυπνά τον ασθενή χορηγείται μια επιπλέον δόση.

Από τα διαλύματα που χρησιμοποιούνται κατά βάση αναφέρονται :

Aludrox: περιέχει υδροξείδιο του αργιλίου και μαγνησίου, 28,5 ml εξουδετερώνουν 80 meq οξέος

Maalox: περιέχει υδροξείδιο του αργιλίου και μαγνησίου σε συνδυασμό με τριπυριτικό νάτριο, 31 ml του διαλύματος εξουδετερώνουν 80 meq.

Gelusil M: περιέχει υδροξείδιο του αργιλίου και μαγνησίου 35,9 mί του διαλύματος εξουδετερώνουν 80 meq.

Δεν πρέπει ακόμα να λησμονείται ότι τα περισσότερα από τα αντιόξινα περιέχουν αλάτι, το οποίο μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση ούρων.

ε) Ανταγωνιστές των H₂-υποδοχέων. Πρότυπο προκαλεί η σιμετιδίνη. Αναστέλλει την έκκριση του HCL (την οποία προφανώς προκαλεί η ισταμίνη), με την ανταγωνιστική δράση επί των H₂-υποδοχέων των τοιχωματικών κυττάρων. Μετά από πολλές πειραματικές διεργασίες διαπιστώθηκε ότι η σιμετιδίνη χορηγούμενη από το στόμα ή ενδοφλεβίως αναστέλλει την βασική έκκριση σχεδόν τελείως. Με τη χορήγηση 400mg του φαρμάκου η νυχτερινή έκκριση καταργείται τελείως επί θώρου στους περισσότερους από τους ασθενείς με έλκος βόλβου.

Η σιμετιδίνη (Tagament) φέρεται σε μορφή δισκίων των 200 mg. Κατά την οξεία φάση χορηγείται ένα δισκίο τρεις φορές την ημέρα μετά τα γεύματα και δυο δισκία προ κατακλίσεως. Για μακροχρόνια θεραπεία συντηρήσεως χορηγούνται δύο δισκία πριν τον ύπνο ή δύο δισκία το πρωί και δύο πριν τη κατάκλιση. Συγκεκριμένα τώρα για γαστρικό έλκος διάφορες σειρές φανερώνουν ότι σύντομη θεραπεία προκαλεί επούλωση του έλκους επί 75% των περιπτώσεων. Το αντίστοιχο ποσοστό επούλωσης χωρίς θεραπεία είναι 25%-50% και με καρβενoxoθόνη είναι 50%. Η πείρα από τη μακροχρόνια θεραπεία γαστρικού έλκους με σιμετιδίνη είναι ακόμη περιορισμένη.

Αντιόξινα δεν πρέπει να χορηγούνται σε συνδυασμό με σιμετιδίνη κι αυτό γιατί ελαττώνουν την απορρόφηση αυτής. Εξάλλου η σιμετιδίνη παρατείνει τη δράση των βενζοδιαζεπινών.

Συμπερασματικά, η σιμετιδίνη αποτελεί μείζονα θεραπευτική πρόοδο. Δυστυχώς όπως και για πολλά άλλα φάρμακα χρησιμοποιείται πολλές φορές αλόγιστα από ασήμαντο αίσθημα καύσους και απειλητικής αιμορραγίας στομάχου. Όταν η ένδειξη χορήγησης είναι ορθή, το ενδεχόμενο παρενέργειας - τουλάχιστο σοβαρά- είναι πολύ μικρό και δεν πρέπει αυτό να μας αναστέλλει ως προς τη χορήγηση. Είναι όμως ασυγχώρητος ο ιατρός ο οποίος την αναγράφει εκεί όπου η ένδειξη δεν είναι απόλυτα σαφής.

Ρανιτιδίνη, ένας άλλος ανταγωνιστής των H₂- υποδοχέων έχει εισαχθεί τα τελευταία χρόνια (Zantac, Glaxo). Έχει μεγαλύτερη δράση, το οποίο αποτελεί προτέρημα για την καταστολή της νυκτερινής βασικής έκκρισης. Κυκλοφορεί ως δισκία των 150mg ή φύσιγγες των 5ml (10mg/ml). Χορηγείται σε δόσεις 150mg δύο φορές την ημέρα και 150mg πριν τη νυκτερινή κατάκλιση. Ως είδος συντήρησης συνιστώνται 150mg πριν τη κατάκλιση.

στ) Αντιχολινεργικά: Τα φάρμακα αυτά μειώνουν την έκκριση του γαστρικού οξέος. Ονομάζονται έτσι, επειδή μπλοκάρουν τις πνευμονογαστρικές ίνες που διευθύνουν την έκκριση. Αναστέλλουν τη δράση της ακετυλοχολίνης και ελαττώνουν την ευαισθησία των τοιχωματικών κυττάρων προς τη ισταμίνη και την ακετυλοχολίνη. Τα φάρμακα αυτά μεταξύ των οποίων θυμίζουμε την προπανθελίνη και τη βρωμιούχο γλυκοπυρολάτη, ασκούν μια εκλεκτική δράση στο στομάχι, αλλά έχουν και ορισμένες παρενέργειες όπως ξηρότητα στη στομαχική κοιλότητα, σκοτοδίνες, δυσκολία ούρησης ή και ανικανότητα.

Αυτά τα φάρμακα, για να είναι δραστικά πρέπει να προκαλέσουν τουλάχιστο κάποια από τις αναφερόμενες παρενέργειες, όπως π.χ. τη ξηρότητα στο στόμα. Με τις δόσεις των φαρμάκων η βασική έκκριση μειώνεται κατά 50% ή δε μετά το γεύμα κατά 30%. Χορηγούνται 30' πριν από κάθε κύριο γεύμα και πριν την κατάκλιση. Σήμερα η βοήθειά τους θεωρείται μικρή και σχεδόν δεν χρησιμοποιούνται πλέον. Αντενδείκνυται επί γλαυκώματος, υπερτροφίας προστάτου, πυλωρικής στένωσης, ανάρροιας, πρόσφατης αιμορραγίας και πριν βαριούχου γεύματος ή εγχειρήσεως.

ζ) Έκκριση του H. pylori. Με τον όρο εκρίζωση υπονοείται η απουσία H.pylori επί ένα μόνο μήνα ή 6 μήνες μετά τη διακοπή οποιασδήποτε θεραπείας, δηλαδή για χρονικό διάστημα τελείως ανεπαρκές. Και τούτο, διότι το H.pylori είναι διαβόητο για την ικανότητα του να υποτροπιάζει, όπως και για την ικανότητα του να εμφανίζει αντοχή στα αντιβιοτικά.

Για την εκρίζωση του H.pylori έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι συνδυασμοί φαρμάκων, οι οποίοι χορηγούνται για 1-2 εβδομάδες. Σήμερα έχουν επικρατήσει λόγω της αποτελεσματικότητάς τους, οι συνδυασμοί τουλάχιστον

3 φαρμάκων, στους οποίους περιέχονται ένας αναστολέας της αντλίας πρωτονίων και δυο αντιμικροβιακά. Η εμπειρία είναι σαφώς μεγαλύτερη με τη χορήγηση των συνδυασμών αυτών για διάστημα 2 εβδομάδων.

Οι περισσότεροι μελετημένοι συνδυασμοί φαρμάκων είναι εκείνοι οι οποίοι περιέχουν άλατα βισμούθιου+μετρονιδοζόλη + τετρακυκλίνη ή αμοξικιλίνη ή εκείνοι οι οποίοι περιέχουν ομεπραζόλη + μετρονιδαζόλη + αμοξικιλίνη ή παριθρομυκίνη.

Το ποσοστό εκρίζωσης είναι υψηλό (85-90%) ένα μήνα μετά το τέλος της θεραπείας.

Η «αντίσταση» του *H.pylori* στη μετρονιδαζόλη και στη παριθρομυκίνη, θεωρείται ο βασικός παράγοντας της θεραπευτικής αποτυχίας σε ορισμένες περιπτώσεις.

Έχει, όμως, ανακοινωθεί ότι η προσθήκη των ανταγωνιστών της αντλίας πρωτονίων (PPI) στο συνδυασμό αλάτων βισμούθιου + μετρονιδαζόλη + τετρακυκλίνη επιτυγχάνει υψηλά ποσοστά εκρίζωσης παρά την υπάρχουσα «αντίσταση» στη μετρονιδαζόλη. Σε περιπτώσεις «αντίσταση» στη μετρονιδαζόλη μπορούν να χορηγηθούν και άλλοι συνδυασμοί φαρμάκων, όπως: βισμούθι + κλαριθρομυκίνη + τετρακυκλίνη ή ομεπραζόλη + αμοξικιλίνη + κλαριθρομυκίνη φαίνεται ότι αποτελεί πρόβλημα καθόσον τα ανθεκτικά σ' αυτή στελέχη απαντούν πολύ φτωχά σε σχήματα τα οποία περιέχουν κλαριθρομυκίνη (0-25%). Σε τέτοιες περιπτώσεις φαίνεται ότι εναλλακτικές λύσεις είναι: βισμούθι + μετρονιδαζόλη + τετρακυκλίνη ή βισμούθιο + μετρονιδαζόλη + αμοξικιλίνη + PPI ή μετρονιδαζόλη + ομεπραζόλη + αμοξικιλίνη. Άλλη θεραπευτική προσέγγιση είναι ο συνδυασμός του παράγωγου ρανιτιδίνης - κιτρικού βισμούθιου με ένα αντιβιοτικό (αμοξικιλίνη ή κλαριθρομυκίνης). Η επούλωση των ελκών και ταυτόχρονα η εκρίζωση του *H.pylori* κυμαίνεται σε υψηλά ποσοστά αν και υποστηρίζεται ότι χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για τον ακριβή θεραπευτικό ρόλο αυτού του σχήματος.

η) Προστατευτικά του βλεννογόνου. Φάρμακο με προστατευτική δράση στο βλεννογόνο είναι η νατριούχος καρβενασολόνη, που εξάγεται από τη

γλυκόριζα. Ευνοεί την επούλωση των γαστρικών κυρίως ελκών. Δεν επιδρά επί της γαστρικής οξύτητας, αλλά πιθανόν ασκεί άμεση τοπική επίδραση 010 γαστρικό βλεννογόνο παρατείνοντας τη ζωή των βλεννωδών κυττάρων του επιθηλίου και ευνοεί τη σύνθεση της γλυκοπρωτεΐνης από τα κύτταρα του βλεννογόνου. Η καρβενασολόνη χορηγείται από το στόμα για δόση 100mg τρεις φορές την ημέρα για δυο εβδομάδες, έως και δόση 50mg τρεις με τέσσερις φορές την ημέρα για άλλες τέσσερις εβδομάδες. Έχει δράση ανάλογη με την αλδοστερόνη και σε ποσοστό 50% των ασθενών προκαλεί κατακράτηση νατρίου με επακόλουθο οίδημα και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Πρέπει να αποφεύγονται σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια και νεφροπάθεια. Το φάρμακο προκαλεί και υπερκαλιουρία. Τα προβλήματα με την κατακράτηση νατρίου και ύδατος και η ύπαρξη εναλλακτικών φαρμάκων οδήγησαν στη μείωση της χρήσεως της διεθνώς.

θ) Μονωτικά φάρμακα του έλκους. Είναι φάρμακα που περιέχουν κολλώδες βισμούθιο. Αυτά τα σκευάσματα διαφέρουν απλό τα αντιόξινα που περιέχουν βισμούθιο, επειδή αντί να εξουδετερώνουν την οξύτητα του στομάχου, δρουν επί των πρωτεϊνών σε όξινο περιβάλλον, σχηματίζοντας προστατευτικά συμπλέγματα βισμούθιου- πρωτεϊνών, σχεδόν σαν πήγματα που αποθηκεύονται στο κρατήρα του έλκους με τρόπο ώστε να προστατεύονται από τη πεπτική δράση του υδροχλωρικού οξέος.

ι) Καταπραϋντικά και αγχολυτικά. Είναι χρήσιμα επειδή μπορούν να δράσουν ενάντια στο άγχος και τον εκνευρισμό, που σχεδόν πάντα υπάρχουν στον ελκοπαθή.

Μεταξύ αυτών έχουμε φάρμακα που ασκούν τη δράση τους επί του φλοιού και των πυρήνων της βάσης του εγκεφάλου (υποθάλαμο). Υπενθυμίζεται η σουλπιρίδη, που διαμέσου της δράσης της, σ' αυτές τις νευρικές έδρες, ασκεί μια δραστηριότητα που διεγείρει ελαφρά το μυϊκό τόνο του γαστρικού άντρου και η χλωρμελανόνη που και αυτή διαμέσου των αναφερόμενων νευρικών δομών, μειώνει τα αποτελέσματα των ψυχικών στρες στο στομάχι.

Η αδυναμία του γαστρικού έλκους να μειωθεί ικανοποιητικά σε μέγεθος και

να επουλωθεί με την αντιόξινη αγωγή χρησιμοποιήθηκε ως κριτήριο γαστρικού καρκίνου. Τα καλοήγη έλκη επουλώνονται πλήρως μετά από τρεις μήνες θεραπείας με αντιόξινα. Η ακτινογραφία του ανωτέρου πεπτικού με βάριο και η ενδοσκόπηση θα πρέπει να γίνονται μετά από τέσσερις εβδομάδες αντιόξινης αγωγής, διάστημα στο οποίο οριστική επούλωση του έλκους μπορεί να αποδειχθεί (η διάμετρος του έλκους θα πρέπει να έχει μειωθεί κατά 50%). Εάν σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων δε μειωθεί το μέγεθος του έλκους, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα κακοήθειας και να γίνονται κατάλληλες βιοψίες και αποφυλιδωτικές κυτταρολογικές εξετάσεις.

Εάν το έλκος δεν έχει επουλωθεί πλήρως σε οχτώ εβδομάδες, οι ακτινογραφίες και η ενδοσκόπηση θα πρέπει να λαμβάνονται μέσα σε ένα μήνα, διάστημα στο οποίο το πλείστο των καλοηθών ελκών έχει επουλωθεί. Γενικά τα μεγάλα γαστρικά έλκη επουλώνονται βραδύτερα από τα μικρότερα. Θα πρέπει να έχει κανείς υπόψη του την «ευκαιριακή επούλωση» ενός ελκωτικού γαστρικού καρκίνου με τη θεραπεία με αντιόξινα ή σιμετιδίνη.

Η φαινομενική πλήρης επούλωση δεν εξασφαλίζει την καλοήγη φύση του γαστρικού έλκους αν σκεφθεί κανείς ότι το 70% των γαστρικών ελκών, που διαπιστώθηκε ότι είναι κακοήγη, υφίστανται σημαντική επούλωση με τη φαρμακευτική θεραπεία.

β. Χειρουργική θεραπεία έλκους στομάχου

Αν και είναι δυνατόν να δώσουμε ακριβή απαρίθμηση των περιπτώσεων που ενδείκνυται η χειρουργική επέμβαση, υποστηρίζεται ότι πρέπει να εφαρμοστεί στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Όταν υπάρχει συμπτωματολογία που υποτροπιάζει για δύο χρόνια σχεδόν και δεν ανταποκρίνεται στην ιατρική αγωγή, προξενώντας απώλεια απασχόλησης και οικονομική φθορά.

- Όταν στο ιστορικό του ασθενή υπάρχουν δύο ή περισσότερα επεισόδια αιμορραγίας από το έλκος.

- Στην οξεία διάτρηση σε πάσχοντα από έλκος, διαγνωστικός επικυρωμένη

από δύο χρόνια .

- Όταν το γαστρικό έλκος δεν επουλώνεται μετά από έξι μήνες θεραπείας και

- Όταν το γαστρικό έλκος είναι σε θέση άντρου.

Επειδή υποστηρίζεται ότι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες του έλκους είναι η δράση του υδροχλωρικού οξέος της γαστρικής έκκρισης και η μείωση αυτής είναι σημαντική για την επαναπόκτηση της υγείας του στομάχου, ανατρέχουμε σε δύο περιπτώσεις για τη μείωση της έκκρισης χειρουργικός: και γαστρεκτομή και διατομή του πνευμονογαστρικού με την πρώτη αφαιρείται η πηγή της έκκρισης, δηλαδή τα 2/3 ή 3/4 του κατωτέρου μέρους του στομάχου, με τη δεύτερη σταματάει η κανονισμένη έκκριση από το πνευμονογαστρικό διαμέσου της τομής του.

Γαστρεκτομή: υπάρχουν διάφοροι τύποι γαστρικής αφαίρεσης ή γαστρεκτομής για την ιστορική τους αξία και άλλους γιατί είναι πρόσφατοι. Στο παρελθόν εφαρμόζονταν η λεγόμενη γαστροεντεροαναστόμωση, δηλαδή μια άμεση σύνδεση του στομάχου με τη νηστίδα, αφήνοντας στη θέση του το δωδεκαδάκτυλο. Αυτή η επέμβαση είχε εγκαταλειφτεί από καιρό, εξαιτίας της συχνότητας νέων ελκών στα σημείο της αναστόμωσης, δηλαδή πάνω στη σύνδεση.

Γαστρεκτομή τύπου Billroth I. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1881 από τον Billroth σε καρκίνο του πυλωρού. Συνίσταται σε μερική αφαίρεση του στομάχου άμεση σύνδεση (αναστόμωση τελικό- τελική) αυτού στο δωδεκαδάκτυλο. Έγιναν ορισμένες τροποποιήσεις σ' αυτόν το τύπο επέμβασης όπως η αφαίρεση τύπου Reichel-Polya, που είτε στην αρχική της μορφή είτε σε ακόλουθες τροποποιήσεις είναι εκείνη που χρησιμοποιείται περισσότερο.

Στο στομάχι γίνεται μερική αφαίρεση. Το υπόλοιπο ακρωτηριασμένο τμήμα του συνδέεται με το τοίχωμα του πρώτου τμήματος της νηστίδας που έρχεται κονιά στο στομάχι ή εκ των έμπροσθεν (έμπροσθεν του παχέος εντέρου) ή εκ των όπισθεν (όπισθεν του παχέος εντέρου) του εγκάρσιου κώλου.

Με σκοπό να εξαλειφθούν ορισμένα συμπτώματα που προέρχονται από την αφαίρεση στομάχου όπως η εκκένωση ο Hofmeister χρησιμοποίησε μια παραλλαγή που συνίσταται στην αφαίρεση που ακολουθείται από σύνδεση με τη νηστίδα, αντί με ολόκληρο το υπόλοιπο ακρωτηριασμένο τμήμα με ένα μόνο μέρος του, στο τμήμα του μείζονος τόξου. Με το σκοπό αυτό εξαλείφει το χολώδη έμετο ο Balfair συμπλήρωσε στην επέμβαση τύπου PoLya μια σύνδεση (αναστόμωσης πλάγιο-πλάγια) μεταξύ προϊούσας και κατιούσας έλικας και νηστίδας.

Διατομή πνευμονογαστρικού. Η διατομή του πνευμονογαστρικού βασίζεται στη θεωρία μείωσης της γαστρικής έκκρισης, διαμέσου τομής, του πνευμονογαστρικού νεύρου, με σκοπό να ακολουθηθεί μια αγωγή λιγότερο αφαιρετική της διατομής. Έτσι, αποτελεί μια φυσιολογική επέμβαση.

Σήμερα χρησιμοποιείται "υπερεκλεκτική" διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων, στην οποία τέμνεται μία κάθε φορά, από τις νευρικές διακλαδώσεις του γαστρικού νεύρου, κλάδου του πνευμονογαστρικού, που υπεισέρχεται στο όργανο.

Μπορεί μ' αυτόν τον τρόπο να διατηρηθεί η γαστρική κινητικότητα. Η "υπερεκλεκτική" αυτή διατομή των πνευμονογαστρικών νεύρων δεν θα αποτελούσε μία εκλεκτική χειρουργική μέθοδο, εάν δεν υπήρχε η δυνατότητα να επιβεβαιωθεί κατά τη διάρκεια της επέμβασης όλη η διακοπή των νευρικών ινών του πνευμονογαστρικού νεύρου είναι πλήρης. Πράγματι μπορεί να υπάρχουν ίνες, ανώμαλες, ασταθείς, ονομαζόμενες "εγκληματικές ίνες", που εάν δεν ανακαλυφθούν και δεν γίνεται τομή τους, καθιστούν εντελώς άχρηστη την επέμβαση που αυτή καθαυτή είναι ερευνητική. Με τη δοκιμασία του Gressi διαπιστώνεται άμεσα εάν η εγχείρηση ήταν πλήρης. Η δοκιμασία αυτή συνίσταται στην εξακρίβωση με ένα ειδικό εργαλείο, της απολεσθείσας λειτουργικότητας των τοιχωματικών κυττάρων του στομάχου, που παράγουν το υδροχλωρικό οξύ.

Εάν κάποια διακλάδωση του πνευμονογαστρικού νεύρου δεν διατομηθεί, θα έχουμε μια ζώνη του βλεννογόνου που παράγει ακόμη υδροχλωρικό οξύ και που θα επισημανθεί αμέσως. Έχουμε έτσι τη δυνατότητα να φάξουμε τις

«εγκληματικές ίνες» και να τις διατομήσουμε. Με αυτό το τρόπο όλο το στομάχι ελέγχεται.

γ. Επιπλοκές της χειρουργικής αγωγής

Η σύγχρονη χειρουργική του γαστρικού έλκους είναι αποτελεσματική τόσο για τη θεραπεία των επιπλοκών του έλκους όσο και για τη πρόληψη των υποτροπών αυτού. Εντούτοις, πολυάριθμα μετεγχειρητικά επακόλουθα και σύνδρομα μπορεί να εμφανιστούν.

1. Αναστομωτικό έλκος. Με μια συχνότητα 3-5% στις γαστρεκτομές και από 10-20% στις γαστροεντεροαναστομώσεις, συμβαίνει στο στόμιο της αναστόμωσης ή πιο συχνά στο τμήμα της προϊούσας έλικας σε απόσταση 1cm από την αναστομωτική γραμμή. Είναι επακόλουθο μιας επίμονης αλλά χαμηλής έκρηξης του υδροχλωρικού οξέος.

Η εμφάνιση του άγχους μετά την εγχείρηση στο στομάχι για έλκος πρέπει να οδηγήσει στην υποψία αναστομωτικού έλκους. Ο πόνος συχνά είναι επιγαστρικός, όχι όμως, χαρακτηριστικός όπως στο έλκος του δωδεκαδάκτυλου. Συνήθως, αλλά όχι πάντα, υποχωρεί με τη λήψη τροφής ή αντιόξινων και γενικά έχει την τάση να είναι πιο επίμονος και προοδευτικά επιδεινούμενος με τον πόνο του έλκους του δωδεκαδάκτυλου που δεν έχει χειρουργηθεί. Η αιμορραγία και η αναιμία που οφείλονται στην απώλεια αίματος, η ναυτία και ο εμετός από απόφραξη ή από απώλεια βάρους ή συμπτώματος διατήσεως μπορεί να εμφανιστούν. Επιπλέον αίτια για την εμφάνιση υποτροπιάζοντος έλκους είναι μια κατά λάθος εκτελεσθείσα κλεογαστρική ή γαστροκοτική αναστόμωση, η κακή γαστρική παροχέτευση και η πρόσληψη ελκογόνων φαρμάκων. Λιγότερο συχνά το αναστομωτικό έλκος προκαλείται από γαστρίνωμα ή υπερέκκριση οξέος δευτεροπαθή σε υπόλειμμα γαστρικού άντρου. Εάν οι ασθενείς με γαστρίνωμα αντιμετωπισθούν με γαστροεντεροαναστόμωση, η εμφάνιση αναστομωτικού έλκους είναι βέβαιη.

Η ακτινογραφική εξέταση με βάριο είναι περιορισμένης διαγνωστικής αξίας και ανακαλύπτει μόνο το 50%-65% των αναστομωτικών ελκών. Μία

χειρουργική δυσμορφία στην περιοχή της αναστομώσεως μιμείται το αναστομωτικό έλκος, ενώ δεν υπάρχει ή το κρύβει όταν υπάρχει. Όταν υπάρχει υποψία για πεπτικό έλκος απαιτείται ενδοσκόπηση για την ανεύρεσή του. Η συντηρητική θεραπεία με αντιόξινα είναι κατά κανόνα μη ικανοποιητική στο αναστομωτικό έλκος. Η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη συνήθως για τη θεραπεία του αναστομωτικού έλκους και κατά κανόνα, όχι όμως πάντα, είναι επιτυχής. Σε ασθενείς με υποτροπιάζον έλκος οι δοκιμασίες θα πρέπει να γίνονται με εγγύηση ασβεστίου ή εκκριματίνης και να μετρούν το επίπεδο γαστρίνης πλάσματος προς αποκλεισμό ή επιβεβαίωση του γαστρινώματος.

2. Υποτροπή έλκους. Η υποτροπή έλκους οφείλεται σε παραμονή τμήματος του πυλωρικού άντρου. Υποτροπή του έλκους έχει περιγραφεί σε μικρό αριθμό ασθενών μετά από αντρεκτομή και γαστρονησιδική αναστόμωση στους οποίους η εκτομή του πυλωρικού άντρου δεν ήταν πλήρης. Σ' αυτούς τους ασθενείς το περιφερικό τμήμα του άντρου που από λάθος δεν έχει εκταμεί παραμένει σε συνέχεια με το δωδεκαδάκτυλο μετά από την επέμβαση. Οι ασθενείς αυτοί εκδηλώνουν εκ νέου ή συνεχίζουν να έχουν γαστρική επερέκκριση, που οφείλεται στη γαστρίνη που εκλύει το εναπομείναν τμήμα του βλεννογόνου του άντρου που δεν ευρίσκεται πλέον κάτω υπό την επίδραση του γαστρικού οξέος, του φυσιολογικού αναστολέα της εκκρίσεως της γαστρίνης. Στους παραπάνω ασθενείς το επίπεδο γαστρίνης πλάσματος σε νηστεία είναι φυσιολογικά λίγο αυξημένα. Οι ασθενείς με γαστρίνη εμφανίζουν παράδοξη αύξηση της γαστρίνης του πλάσματος, ενώ στους έχοντες υπόλειμμα γαστρικού βλεννογόνου τα επίπεδα γαστρίνης μειώνονται μετά από τη χορήγηση εκκριματίνης. Οι ασθενείς αυτοί θεραπεύονται με τη χειρουργική εκτομή του εναπομείναντα βλεννογόνου του άντρου

3. Γαστρίτιδα από παλινδρόμηση χολής. Μετά από επέμβαση για γαστρικό έλκος, ένα μικρό ποσοστό ασθενών εμφανίζει κορεσμό, κοιλιακή ενόχληση και έμετο, που πιστεύεται ότι οφείλεται στην παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στόμαχο. Η ενδοσκοπική εξέταση συχνά αποκαλύπτει παλινδρόμηση χολής στο στόμαχο και διάχυτη γαστρίτιδα, που συχνά προσβάλλει ολόκληρο το γαστρικό κολόβωμα. Πολλοί όροι χρησιμοποιούνται για το παραπάνω σύνδρομο όπως αλκαλική παλινδρόμη

γαστρίτιδα, παλίνδρομη χολική γαστρίτιδα, γαστροδωδεκαδακτυλική παλινδρόμηση και χολώδης έμετος. Οι μηχανισμοί ή τα υλικά του παλινδρομούντος εντερικού περιεχομένου, που ευθύνονται για τα συμπτώματα αυτά, δεν έχουν καθορισθεί. Αν και χρησιμοποιείται ο όρος παλίνδρομη χολική γαστρίτιδα δεν είναι βέβαιο αν η παλινδρομούσα χολή είναι υπεύθυνη για το σύνδρομο. Η χορήγηση χολεστυραμίνης με σκοπό τη σύζευξη των χολικών οξέων και τη διευκόλυνση της εκκρίσεως τους δεν έχει καλά αποτελέσματα. Μερικοί χειρουργοί αναφέρουν επιτυχή αντιμετώπιση της αλκαλικής γαστρίτιδας με την αλλαγή της πορείας του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου με την επαφή του με το στομάχο μέσω μιας αναστομώσεως Roux-en-Y.

4. Σύνδρομο Dumping. Μετά από επέμβαση για έλκος μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνολο αγγειοκινητικών συμπτωμάτων μετά από το φαγητό. Αυτά είναι το αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, ζάλη, εφίδρωση και λιγότερο συχνά ορθοστατική υπόταση. Η ομάδα αυτή των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων που αναφέρεται ως πρώιμο σύνδρομο Dumping συνήθως εκδηλώνεται 30 λεπτά μετά από το φαγητό και πιστεύεται ότι αυτό οφείλεται στη ταχεία δίοδο υπερωσμωτικού γαστρικού περιεχομένου στο λεπτό έντερο. Αυτό οδηγεί στην είσοδο ύδατος μέσα στον αυλό του εντέρου και προκαλεί διάταση του αυλού και μείωση του όγκου του πλάσματος. Άλλοι μηχανισμοί που αναφέρονται για τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν τη διέγερση αυτόνομων αντανακλαστικών δευτεροπαθώς στη διάταση του εντέρου και έκλυση ορμονών ή μόνο έκλυση ορμονών από το έντερο σε απάντηση στην ταχεία είσοδο γαστρικού περιεχομένου στο δωδεκαδάκτυλο ή τη νηστίδα.

5. Ώψιμο σύνδρομο Dumping. (σύνδρομο υπογλυκαιμικής κρίσης). Αναφέρεται σε ένα σύμπλεγμα συμπτωματικών που αποτελείται από ίλιγγους, ζάλη, αίσθημα παλμών, εφίδρωση, σύγχυση και σπάνια συγκοπτική προσβολή, επέρχεται σε 90 λεπτά ως και 3 ώρες μετά από το φαγητό. Τα συμπτώματα συχνά μπορεί να προκληθούν από γεύμα πλούσιο σε υδατάνθρακες, ιδιαίτερα σε σακχαρόζη. Το σύνδρομο φαίνεται να οφείλεται στην υπογλυκαιμία που προκαλείται από έκλυση ινσουλίνης, μια έκλυση που διεγείρεται από την απότομη αύξηση της γλυκόζης του αίματος δευτεροπαθώς

στη ταχεία δίοδο των σακχαρούχων γευμάτων στο εγγύ λεπτό έντερο.

Και οι δυο τύποι του συνδρόμου Dumping αντιμετωπίζονται με διαιτητικά μέτρα. Αυτά περιλαμβάνουν τον περιορισμό των σακχαρούχων υγρών και στερεών (γλυκά) τροφών, περιορισμό στην πρόληψη υγρών με τα γεύματα και συχνά και μικρά γεύματα. Η πλειονότητα των ασθενών δεν έχουν καλά αποτελέσματα με τη χειρουργική θεραπεία, όπως η τοποθέτηση ανεστραμμένης νησιτίδος και η ισοπερισταλτική νησιδική διαμετάθεση.

6. Πρώιμη μεταγευματική διάρροια. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών εμφανίζει διάρροια μετά από επέμβαση για γαστρικό έλκος, ιδιαίτερα σε επεμβάσεις που περιλαμβάνουν στελεχιαία βαγοτομή. Η διάρροια εμφανίζεται συνήθως 2 ώρες μετά το φαγητό. Αν και ο μηχανισμός της δεν είναι σαφής, η διακοπή της νευρώσεως των κοιλιακών σπλάγχχνων από το πνευμονογαστρικό φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στη πρόκληση της διάρροιας. Η διάρροια υπολογίζεται ότι υπάρχει στα 20%-30% των ασθενών μετά από στελεχιαία βαγοτομή και παροχετευτική ως επέμβαση και μόνο σε 1%-8% στην υπερεκλεκτική βαγοτομή (χωρίς παροχετευτική επέμβαση). Η ταχεία δίοδος του γαστρικού περιεχομένου στον αυλό του εντέρου έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου των υγρών εντός αυτού λόγω της οσμωτικής δράσεως των τροφών. Ο μηχανισμός αυτός μπορεί να συμβάλλει στην εκδήλωση της διάρροιας.

7. Σύνδρομο προϊούσης έλικος. Εδώ σε μεγάλο βαθμό κυριαρχεί η συμπτωματολογία του συνδρόμου χαλάρωσης του στομάχου, αλλά καταλήγει σε χολώδη έμετο. Οφείλεται σε λίμανση της και παγκρεατικής έκκρισης στην προϊούσα έλικα, που διατείνεται, επειδή εμποδίζεται η κένωση της κατιούσας έλικος και με ακόλουθη παλινδρόμηση στην υπόλοιπη γαστρική κοιλότητα. Τα ενοχλήματα αρχίζουν περίπου μετά τα 20 λεπτά από το γεύμα και χαρακτηρίζονται από ναυτία και κεφαλόπονο, αρκετές φορές συνοδεύονται από άγχος τύπου κράμπας στο επιγάστριο και στο δεξιό υποχόνδριο. Ακολουθεί αναγωγή και χολώδης έμετος που έχει απελευθερωτικό χαρακτήρα και ακολουθείται από την άμεση εξαφάνιση των ενοχλημάτων (χαρακτηριστική είναι η παρουσία χολής στο υλικό του έμετου). Όχι πάντα η κλινική εικόνα είναι τόσο ολοκληρωμένη κάθε μέρα και μετά από κάθε γεύμα. Καμιά φορά

έχουμε μια βαθμιαία αύξηση από το ένα γεύμα στο άλλο και από την μια μέρα στην άλλη, ένα αίσθημα τάσης στο δεξιό υποχόνδριο, μέχρι τη στιγμή της εκδήλωσης της κρίσης του χολώδους έμετου. Σε άλλες περιπτώσεις η εικόνα εμφανίζεται βαθμιαία σε λίγους από την εγχείρηση. Η διάγνωση μπορεί να θεωρηθεί βέβαιη, εάν η εξαγωγή από το στομάχι άφθονου χολώδους υγρού, δια μέσου εισαγωγής καθετήρα τη στιγμή που ο πάσχοντας αισθάνεται το μεταγευματικό άλγος εξαφανίζει αμέσως την αδιαθεσία. Η θεραπεία είναι η χειρουργική διόρθωση της ατελούς αποφράξεως της προϊούσης έλικας και μερικές φορές η μετατροπή της υπάρχουσας αναστομώσεως σε γαστροδωδεκαδακτυλική.

8. Αιματολογικές επιπλοκές. Ο ενδογενής παράγων που εκκρίνεται από τα τοιχωματικά κύτταρα είναι απαραίτητος για την ενεργό απορρόφηση της βιταμίνης B12 (5-10mg). Η μεγαλοβλαστική αναιμία, που οφείλεται στην ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 είναι σπάνια μετά από μερική γαστρεκτομή. Η μείωση όμως των επιπέδων B12 του πλάσματος παρατηρήθηκε στο 14% των παραπάνω ασθενών. Αντίθετα ασθενείς με έλκος που αντιμετωπίστηκαν με μερική γαστρεκτομή δεν εμφανίζουν ανεπάρκεια βιταμίνης B12 εξαιτίας του τμήματος του στομάχου που αφαιρέθηκε (επιπλέον το τμήμα του στομάχου που εκτείνεται είναι κατά κανόνα το πυλωρικό άντρο, που περιέχει λίγα τοιχωματικά κύτταρα).

Ο ακριβής μηχανισμός της δυσαπορροφήσεως της βιταμίνης B12 των τροφών δεν είναι γνωστός. Μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ταχεία δίοδο του γαστρικού περιεχομένου, με μειωμένη ικανότητα δεσμεύσεως του από τον ενδογενή παράγοντα της B12. Η αναιμία μετά από επέμβαση στο στομάχι για έλκος μπορεί να οφείλεται και στη κακή απορρόφηση του σιδήρου και του φυλλικού οξέος. Μία συνδυασμένη ανεπάρκεια βιταμίνης B12, σιδήρου και φυλλικού οξέος είναι συχνή σε ασθενείς μετά από μερική ή υφαλική γαστρεκτομή.

Η σιδηροπενία είναι η πιο συχνή απλή αιματολογική διαταραχή μετά από επέμβαση για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε απώλειας αίματος (π.χ. επίμονο ή υποτροπιάζον έλκος), είτε δυσαπορροφήσεως σιδήρου. Οι ασθενείς με γαστρεκτομή δεν απορροφούν

σωστά το σίδηρο της συνήθους δίαιτας, απορροφούν όμως φυσιολογικά άλατα του σιδήρου και μπορούν να αντιμετωπισθούν θεραπευτικά με πολύ καλά αποτελέσματα με την *per os* χορήγηση σιδηρούχων σκευασμάτων.

Η ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος μπορεί να είναι είτε στη μειωμένη πρόληψη είτε στη μειωμένη απορρόφηση. Εκτός από την αναιμία, που συνοδεύει το πρόσφατο υποτροπιάζον έλκος, η εμφάνιση αναιμίας μετά από την επέμβαση στο στομάχο είναι βαθμιαία και εμφανίζεται συνήθως αρκετά χρόνια μετά από την επέμβαση.

Η φύση της αναιμίας μετά από επέμβαση στο στομάχο θα πρέπει να διερευνηθεί με τον καθορισμό της μορφολογίας των ερυθροκυττάρων και τον προσδιορισμό του σιδήρου, της βιταμίνης B12 και του φυλλικού του πλάσματος. Η ανεπάρκεια του σιδήρου ή του φυλλικού οξέος μπορεί να αντιμετωπισθεί με την *per os* χορήγησή τους. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με τη μηνιαία ενδομυϊκή χορήγηση της βιταμίνης.

9. Γενικευμένη δυσαπορρόφηση. Ήπια χημικά διαπιστούμενη στεατόρροια είναι συνήθως μετά από επέμβαση για έλκος. Η απώλεια του βάρους έγινε συχνότερη μετά από μερική γαστρεκτομή απ' ό τι μετά βαγοτομή χωρίς γαστρεκτομή και εμφανίζεται στο 60% περίπου των ασθενών που αφαιρέθηκε τμήμα του στομάχου. Η σημαντικότερη αιτία της απώλειας βάρους μετά από επέμβαση για έλκος είναι η μείωση της προλήψεως του φαγητού. Σε μια δίαιτα 100 gr λίπους σπάνια η απώλεια βάρους από τα κόπρανα ξεπερνά τα 15gr ημερησίως (στα φυσιολογικά άτομα λιγότερο από 7gr ημερησίως). Τα αίτια της δυσπεψίας και της δυσαπορροφήσεως μετά από επέμβαση για έλκος περιλαμβάνουν την ταχεία κένωση, τη μειωμένη διάσπαση των τροφών στο στομάχο, την μείωση της συγκεντρώσεως χολής στον εντερικό αυλό, αυξημένο ρυθμό διόδου των τροφών από το έντερο και μειωμένη ή παρατεταμένη παγκρεατική εκκριτική απάντηση στη τροφή. Η στερεατόρροια και η απώλεια βάρους συνοδεύονται ενίοτε από δυσαπορρόφηση βιταμίνης B12. Η δυσαπορρόφηση μπορεί να οφείλεται επιπλέον στη βακτηριακή αύξηση ιδιαίτερα σε ασθενείς που παρουσιάζουν στάση στην προσιούσα έλικα. Οι εκδηλώσεις της δυσαπορρόφησης μετά από επέμβαση για έλκος

μπορεί να οφείλεται σε προϋπάρχουσες αιτίες, μεταξύ των οποίων είναι και η χρόνια παγκρεατίτιδα.

10. Οστεοπόρωση και οστεομαλάκυνση. Η οστεοπόρωση και η οστεομαλακία μπορεί να εμφανισθούν μετά από μερική ή ολική γαστρεκτομή, αλλά σπάνια εμφανίζονται μετά από βαγοτομή και πυλωροπλαστική. Οι αλλοιώσεις στα οστά πιστεύεται ότι είναι αποτέλεσμα δυσαρραποφήσεως ασβεστίου και βιταμίνης D. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν οστικά άλγη και παθολογικά κατάγματα. Η επίπτωση των οστικών καταγμάτων σε άτομα που υποβλήθηκαν σε γαστρεκτομή, υπολογίζεται ότι είναι σχεδόν ατόμων της ίδιας ηλικίας. Η ελάττωση της ακτινοσκιερότητας των οστών απαιτεί χρόνια για να εμφανισθεί και να διαπιστώνεται ακτινογραφικά. Οι ασθενείς με οστεομαλακία έχουν συνήθως αυξημένα επίπεδα αλκαλικής φωσφάτωσης και μπορεί να έχουν μειωμένα επίπεδα ασβεστίου πλάσματος. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με θεραπεία υποκαταστάσεως με βιταμίνη D και ασβέστιο από το στόμα.

δ. Διάγνωση

Το ιστορικό είναι πολύτιμο στην υποψία της νόσου. Ο πόνος και η δυσπεψία είναι τα πιο κοινά ενοχλήματα του πεπτικού. Ο πόνος και η λειτουργία του γαστρεντερικού θα πρέπει να πρέπει απαραίτητα να συσχετιστούν χρονολογικά. Απαιτείται επίσης σχολαστική διερεύνηση της συχνότητας και της ειδικότητας των ενοχλημάτων. Το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να περιλαμβάνει τον εντοπισμό του πόνου και το εάν είναι περιγραμμένος ή διάχυτος. Είναι σημαντικό να καθορισθεί ποιοι παράγοντες επιδεινώνουν ή βελτιώνουν το ενόχλημα.

Μεγάλη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο ιστορικό λήψεως φαρμάκων. Ζούμε σε φαρμακευτική κοινωνία. Εάν δεν ερωτηθούν οι ασθενείς πιθανόν να ξεχάσουν να αναφέρουν ότι παίρνουν π.χ. ασπιρίνη καθημερινά για πονοκεφάλους και αυτό πράγματι πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη επί της παρουσίας μικροσκοπικής αιμορραγίας. Παρόλα αυτά όμως το ιστορικό δεν είναι τόσο χαρακτηριστικό, όπως το έλκος του δωδεκαδάκτυλου.

Οι δύο σημαντικότερες μέθοδοι για τη διάγνωση είναι η ακτινογραφική

εξέταση του ανωτέρου πεπτικού με βάριο και η ενδοσκόπηση.

Το γαστρικό έλκος μπορεί συνήθως να διαπιστωθεί με τις συνήθεις ακτινολογικές εξετάσεις με βάριο και με ακρίβεια που πλησιάζει το 90%. Οι επιπόλαιες εξελκώσεις και διαβρώσεις εντούτοις μπορεί να διαφύγουν ακτινογραφικά. Περίπου 4% των ελκών που ακτινογραφικά φαίνονται καλοήθη αποδεικνύονται ότι είναι κακοήθη (με την ενδοσκόπηση ή την εγχείρηση). Τόσο τα καλοήθη όσο και τα κακοήθη έλκη συνήθως εντοπίζονται στο έλασσον τόξο. Η ακτινωτή διάταξη των βλεννογόνων πτυχών του στομάχου από τα χείλη του κρατήρα του έλκους υποδηλώνει καλοήθη νόσο. Τα μεγάλα γαστρικά έλκη π.χ. αυτά που είναι άνω των 3cm διαμέτρου, συχνότερα είναι κακοήθη απ' ό,τι τα μικρότερα έλκη. Ένα έλκος επάνω σε μια μάζα που αποκαλύπτεται ακτινολογικά, επίσης υποδηλώνει κακοήθεια. Εξαιτίας των ψευδών θετικών και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων η ακτινογραφική εμφάνιση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόνο κριτήριο για την καλοήθη ή την κακοήθη φύση του έλκους.

Η ενδοσκοπική επισκόπηση του έλκους επιτρέπει τον καθορισμό του μεγέθους και του σχήματος και τη λήψη βιοψίας ώστε να διαπιστωθούν τα ιστολογικά του χαρακτηριστικά. Στη γαστροσκόπηση το λιγότερο έξι βιοψίες θα πρέπει να λαμβάνονται από το έσω χείλος του έλκους και από τον κρατήρα του. Εάν υπάρχει ευχέρεια κυτταρολογικής εξέτασης, λαμβάνεται κυτταρολογικό υλικό με την ψήκτρα προ της βιοψίας. Με την συνδυασμένη χρησιμοποίηση ακτινογραφικών ενδοσκοπικών και ιστολογικών τεχνικών ο διαχωρισμός του καλοήθη απ' τα κακοήθη έλκος του στομάχου είναι δυνατός σε ποσοστό μεγαλύτερο του 95%.

Γαστρικό έλκος με αχλωρύδια νηστείας μετά από τη χορήγηση ισταμίνης ή πενταγαστρίνης είναι σπάνιο. Ως αποτέλεσμα σχεδόν πάντοτε μια τέτοια κατάσταση είναι ένδειξη καρκίνου. Εντούτοις θα πρέπει να τονισθεί ότι πολλοί ασθενείς (2/3 -3/4) μπορεί να εκκρίνουν μικρή ποσότητα οξέος, συνήθως μικρότερη του φυσιολογικού.

Ειδικότερα: Αιματολογική- Βιοχημική εξέταση

Από την ανάλυση αίματος δεν υπάρχουν ιδιαίτερα ευρήματα. Αναιμία μπορεί να ανευρεθεί λόγω μικροαιμορραγιών από το έλκος ή καρκίνο του στομάχου, χωρίς ορατή μελαινακένωση. Τότε αναζητείται η αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα. Λευκοκυττάρωση υπάρχει μόνο αν το έλκος διαπιτραίνον προς το ορογόνο. Αν υπάρχει υπόνοια σημαντικού νοσήματος με έλκος, εξετάζεται το ποσό των ερυθρών (ερυθραιμία), το ασβέστιο και ο φώσφορος (υπερπαραθυρεοειδισμός), η ουρία (νεφρική ανεπάρκεια) κ.α.

Ανάλυση γαστρικής έκκρισης

Η αναζήτηση της βασικής και μέγιστης έκκρισης δεν γίνεται πλέον, γιατί δεν έχει να προσφέρει τίποτε στη διάγνωση ούτε στη διαφορική διάγνωση γαστρικού έλκους αλλά ούτε του καρκίνου, όπου μπορούν να βρεθούν όλες οι ποικιλίες οξύτητας.

Σήμερα γίνεται μόνο αν υπάρχει υπόνοια του συνδρόμου Zollinger-Ellison, όπου υπάρχει σαφής υπεροξύτητα π.χ. βασική έκκριση 20 mmo/h και MAO 60 mmo/h. Για τη διάγνωση του συνδρόμου αυτού γίνεται η μέτρηση της γαστρικής του ορού εν ηρεμία ή μετά από διέγερση. Και στις δύο περιπτώσεις είναι πολύ πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα.

Η διαφορική διάγνωση από νόσους του παγκρέατος, των χοληφόρων, του παχέος εντέρου, της καρδιάς γίνεται από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τον παρακλινικό έλεγχο. Η επιβεβαίωση της διάγνωσης του έλκους γίνεται με την ακτινολογική εξέταση ή την ενδοσκόπηση.

Η ακτινολογική εξέταση

Σήμερα γίνεται πλέον με τη μέθοδο της διπλής αντίθεσης (βάριο και αέριο CO₂), η οποία είναι μεγάλης ακρίβειας (ευαισθησία 92%, εξειδίκευση 85%), σε αντίθεση με την παλιά μέθοδο της απλής αντίθεσης.

Το έλκος του στομάχου φαίνεται ως εικόνα προσθήκης (κρατήρας) διαφόρου μεγέθους στην πλάγια ακτινογραφία ή ως δακτυλιοειδής σκίαση

(κρατήρας και το περιβάλλον οίδημα) όταν το έλκος βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα. Οι πτυχές συγκλίνουν αστεροειδώς στο κέντρο του κρατήρα ομαλά, χωρίς διακοπές.

Αντίθετα, στο κακόηθες έλκος οι πτυχές είναι μεγάλες και ανώμαλες και διακόπτονται πριν το έλκος με ανώμαλα χείλη, οξώδη πυθμένα. Με τη μέθοδο της διπλής αντίθεσης φαίνονται επίσης μικρές διαβρώσεις του στομάχου ή ακόμη και η οπή του έλκους που επουλώθηκε.

Η ενδοσκοπική εξέταση

Σήμερα η ενδοσκόπηση με τα εύκαμπτα ενδοσκόπια είναι πολύ καλά ανεκτή από τον ασθενή (με ή χωρίς ηρεμιστικό) και επιτρέπει την άμεση επισκόπηση του οισοφάγου - στομάχου - δωδεκαδακτύλου. Υπερέχει της ακτινογραφίας γιατί εκτός από την άμεση εκτίμηση των βλαβών προσφέρει το πλεονέκτημα της λήψης βιοψιών ή κυτταρολογικής εξέτασης της ύποπτης περιοχής π.χ. σε ανώμαλο έλκος του στομάχου, σε μικρές ανωμαλίες του βλεννογόνου.

Υπάρχει όμως και ένα πολύ μικρό ποσοστό επιπλοκών (0,05%), όπως αλλεργία από τα ηρεμιστικά φάρμακα που δίνονται ενίοτε ενδοφλεβίως πριν από την εξέταση, πνευμονία από εισρόφηση, διάτρηση οισοφάγου και σπανιότερα καρδιοαναπνευστικές αρρυθμίες ή ακόμη και ανακοπή.

Για το λόγο αυτό η μέθοδος όπως σε α) έλκος του στομάχου, ίσως ακόμη και σε καλοήθες ενδείξεις στην ακτινογραφία, για τη λήψη βιοψιών, β) σε ύποπτη βλάβη του στομάχου, γ) σε αρνητική για πεπτικό έλκος ακτινογραφία, αλλά με επίμονη συμπτωματολογία, δ) σε οποιοδήποτε ακτινογραφικά διαπιστωμένο έλκος που δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία, ε) σε αιμορραγία άγνωστης αιτιολογίας ή γνωστού έλκους που επιμένει να αιμορραγεί (θεραπευτική επέμβαση με ένεση αγγειοσυσπαστικών ουσιών) και στ) σε χειρουργημένο στόμαχο με συμπτωματολογία.

Ενδοσκοπικά εύκολα αναγνωρίζεται ο κρατήρας με κιτρινωπό πυθμένα και ομαλά οιδηματώδη χείλη. Εύκολα επίσης αναγνωρίζονται και διαβρωτικές βλάβες ή επιφανειακά έλκη. Το κακόηθες έλκος είναι ανώμαλο με ρυπαρό

πτυθμένα και πιθανό εκβλαστήσεις. Τεχνικές δυσκολίες υπάρχουν στη πυλωρική στένωση για τη δίοδο του γαστροσκοπίου ή στη μεγάλη παραμόρφωση του βόλβου.

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε ορισμένα κέντρα και η ενδοσκοπική Υπερηχοτομογραφία. Με τον τρόπο αυτό εκτός από την ενδοσκοπική εικόνα ελέγχεται και το τοίχωμα του στομάχου για πιθανή νεοπλασματική διήθηση ή ο γύρω χώρος για την ύπαρξη πιθανών λεμφαδένων.^{11,20}

ε. Πρόγνωση

Ένα πρόσφατο οξύ, έλκος μπορεί να θεραπευτεί. Κατά κανόνα το γαστρικό έλκος εξελίσσεται χρονίως με περιόδους εξάρσεως και υφέσεως των συμπτωμάτων. Η πρόγνωση είναι γενικώς καλή, επιβαρύνεται όμως επί αιμορραγίας και επί διατρήσεως¹⁴

2.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Οι επιπλοκές του γαστρικού έλκους είναι: αιμορραγία, διάτρηση, διήθηση ενός παρακείμενου οργάνου, όπως παγκρέατος, ήπατος, χοληφόρων οδών, χοληδόχου κύστης, στομάχου (από το δωδεκαδάκτυλο), παχέος εντέρου, θωρακικού τοιχώματος, ρίκνωση ουλώδης που προκαλεί στένωση στο μέσο του στομάχου, σμίκρυνση του ελάσσονος τόξου, στένωση του πυλωρού και του δωδεκαδάκτυλου, κακοήθης εξαλλαγή γαστρικού έλκους, εξασθένηση σοβαρής μορφής με ή χωρίς βιταμινική ανεπάρκεια.

Αιμορραγία: Η γαστρορραγία αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή του έλκους και εμφανίζεται κυρίως την άνοιξη και το φθινόπωρο. Τις περιόδους αυτές του έτους ο ελκοπαθής πρέπει να φροντίζει το διαιτολόγιό του ιδιαίτερα και να αποφεύγει κάθε παράγοντα που ερεθίζει το έλκος. Αυτή συμβαίνει, όταν ο πυθμένας του έλκους εξαιτίας της διαβρωτικής του τάσης, φθάσει μέχρι τον υποβλεννογόνο χιτώνα και διαβρώσει ένα αγγείο. Εκδηλώνεται με συμπτώματα της απότομης απώλειας αίματος, όπως ίλιγγοι, κόπωση, αδυναμία, δίψα, ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία (νηματοειδής σφυγμός) και κάποτε λιποθυμία.

Μετά από λίγο έρχεται αιματέμεση (σκοτεινέρυθρο αίμα ή καφεοειδές). Η δίοδος του αίματος από έντερο προκαλεί μετεωρισμό και μέλαινα κένωση. Εφόσον ο άρρωστος αιμορραγεί ή αιμορράγησε και υπάρχει κίνδυνος για νέα αιμορραγία, πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι και μόνο, όταν η απειλή της πάψει να υπάρχει επιτρέπεται να σηκωθεί.

Η μικρή αιμορραγία αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή- μετάγγιση αίματος, ακινησία, αιμοστατικά φάρμακα, παρεντερική χορήγηση υγρών - περιορισμένη λήψη τροφής και υγρών από το στόμα. Οι γαστρορραγίες όμως που επαναλαμβάνονται και θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς χρήζουν χειρουργικής θεραπείας κατά την οποία γίνεται γαστρεκτομή ή απολίνωση του αγγείου του έλκους που αιμορραγεί.

Διάτρηση: Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή του έλκους ανεξάρτητα από το εάν αυτή είναι προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, είτε μέσα σε θήκη που σχηματίστηκε από συμφύσεις, οπότε ονομάζεται συγκεκαλυμμένη

διάτρηση. Η διάτρηση γίνεται όταν το έλκος διαβρώσει ολόκληρο το τοίχωμα του στομάχου, μέχρι και του ορογόνου χιτώνα.

Είναι πιο συχνή στον άνδρα απ' ό τι στη γυναίκα στο 25% των περιπτώσεων αποτελεί την πρώτη εκδήλωση έλκους. Μπορεί να διευκολυνθεί η εμφάνιση του μετά από βαριά γεύματα, κούραση, συγκινήσεις, υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος, χρήση φαρμάκων όπως η κορτιζόνη, τα αντιρρευματικά, τη φαινιλβουταζόνη και ορισμένα αντιυπερτασικά όπως ρεσερπίνη.

Η κλινική συμπτωματολογία αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και το ποσοστό θνησιμότητας αυξάνει σε κάθε δώρο που περνά. Στην κλινική συμπτωματολογία του πρώτου δώρου περιλαμβάνεται:

- Πόνος εντονότατος, διαξιφιστικός στο επιγάστριο που αντανακλάται στη μέση .

- Σανιδώδης σύσπαση του επιγαστρίου από την περιτυναϊκή αντίδραση.

- Κατά τη δακτυλική εξέταση από το ορθό ή τον κόλπο ο δουλάσιος χώρος είναι ευαίσθητος ή ελαφρά επώδυνος εξαιτίας του ερεθισμού του περιτυναϊού από το γαστρικό περιεχόμενο (HCl).

Κατά το δεύτερο δωρο η σύσπαση είναι καθολική και έχουμε επιτάχυνση του σφυγμού (90-100 κατά λεπτό).

Κατά το τρίτο δωρο ο σφυγμός παρουσιάζει μεγάλη αύξηση (100-120 κατά λεπτό), η κοιλιά παρουσιάζεται ακόμα περισσότερο συσπασμένη και αρχίζει πλέον να επηρεάζεται η γενική κατάσταση του αρρώστου.

Το τέταρτο δωρο είναι το στάδιο κατά το οποίο έχει εγκατασταθεί η περιτονίτιδα.

Στο στάδιο αυτό παρουσιάζεται:

- Μεγάλη ταχυσφυγμία (130-140 κατά λεπτό).

- Κοιλιά μετεωρισμένη και σκληρή επειδή αναπτύχθηκε ο παραλυτικός ειλεός.

- Μερικές φορές πυρετός 39-40°C, συνήθως όμως παρατηρείται

απόθερμία που δηλώνει τη μεγάλη πτώση της αντιστάσεως του οργανισμού.

- Εμετοί αρχικά τροφώδεις κατόπιν χολώδεις και τέλος κοπρανώδεις.

- Η γενική κατάσταση έχει επιβαρυνθεί πολύ, ο ασθενής εμφανίζει το Ιπποκράτειο προσωπείο δείγμα τοξικώσεως και αφυδατώσεως του οργανισμού.

Αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα η κατάσταση καταλήγει σε θάνατο που επέρχεται από αφυδάτωση, διαταραχή ηλεκτρολυτών, επιδράσεις τοξικών στο μυοκάρδιο, τα νεφρά, το ήπαρ και τα ζωτικά κέντρα του προμήκους.

Η διάγνωση εκτός από τα αναμενόμενα συμπτώματα θα επικυρωθεί από τον ακτινολογικό έλεγχο, που παρουσιάζει την εξής εικόνα: παρουσία αερίων στο περιτόναιο (πνευμοθεριτόναιο), με διάταξη των αερίων κάτω από διάφραγμα με τον ασθενή σε όρθια στάση και παρουσία υδραερικών επιπέδων στα έντερα, με διάταξη σε διάφορα επίπεδα λόγω της ακινησίας των εντέρων. Επίσης αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων στο αίμα. Η διαφορική διάγνωση θα γίνει με άλλες παθήσεις της κοιλιάς που μοιάζουν με αυτή την εικόνα.

Κατά το πρώτο και δεύτερο δωρο τη πρώτη θέση στη θεραπεία έχει η χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία γίνεται γαστρεκτομή ή απλή συρραφή του έλκους ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς. Μετά την 12η-14η ώρα γίνεται απλή συρραφή. Από την 24η ώρα και πέρα έχει αναπτυχθεί περιτονίτιδα και η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει:

- Ρύθμιση των ηλεκτρολυτών, ενυδάτωση, χορήγηση αντιβιοτικών, περιφερειακή και κεντρική καρδιοτόνωση.

- Καθετηριασμό του στομάχου και εντέρου και συνεχή αναρρόφηση των υγρών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από γαστρικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συστηματική 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 πρέπει να είναι καλά προσανατολισμένη και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται 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 το τρόπο αυτό επιδιώκεται ο αποκλεισμός ή η μείωση των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους και κατορθώνεται με την ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι οπότε και η πέψη βοηθείται και ο ασθενής απομακρύνεται από τις κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, εκνευρισμούς και φροντίδες.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρού και της νοσηλεύτριας, όταν και οι δυο γνωρίζουν να τον πείθουν να επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του. Η χορήγηση φαρμάκων ηρεμιστικών, βοηθάει 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. Ακόμη δεν ηρεμεί ο άρρωστος, όταν οι πολλές ανάγκες του δεν ικανοποιούνται από το

προσωπικό του ιδρύματος.

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

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 χρήσιμα για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου. Γι' αυτό συνιστάται να παίρνει ο ασθενής σε συχνά διαστήματα μικρή ποσότητα τροφής όπως γάλα, κρέμα, καυάκερ και φάρμακα που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχολιεργικά και αντιόξινα φάρμακα που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

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

Δίνονται ακόμη σπασμολυτικά φάρμακα, σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Η χορήγηση 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 το κάπνισμα, η χρήση οινόπνευματων ποτών, ο καφές και το τσάι.

3) Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει με το έλκος και σε περίπτωση θεραπείας να μην εμφανισθεί πάλι.

Το περιεχόμενο της διαδικασίας περιλαμβάνει:

- ◆ Το είδος των τροφών που επιλέγονται. Οι τροφές να είναι εύπεπτες: να μην ερεθίζουν το βλεννογόνο και να καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά.
- ◆ Τον τρόπο ετοιμασίας των τροφών. Συνιστώνται ψητά και βραστά και αποφεύγονται τα τηγανιστά κ.α.
- ◆ Την κατανόηση από μέρος του ασθενούς και των οικείων του για την σπουδαιότητα διατηρήσεως σταθερών γευμάτων και τη δυσμενή επίδραση εάν δεν υπάρξουν αυτά.
- ◆ Την ανάγκη αργής και ήρεμης λήψεως τροφής, καθώς και της καλής μασήσεώς του.
- ◆ Τις δυσμενείς επιδράσεις του καπνού και επομένως την αποφυγή του

Ο τομέας αυτός της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς δίνει στη νοσηλεύτρια ενεργό συμμετοχή τόσο στο θεραπευτικό όσο και στον προληπτικό ρόλο της ως μέλους της ομάδας υγείας.

Αν και οι περισσότεροι άρρωστοι με γαστρικό έλκος δέχονται συντηρητική θεραπευτική αγωγή με ικανοποιητικά αποτελέσματα, όμως όσοι υποφέρουν από επιπλοκές του έλκους πρέπει να χειρουργούνται.

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 να χρησιμοποιήσει.

Βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ελκοπαθείς είναι:

- ◆ Πόνος και δυσπεψία.
- ◆ Άγχος και συναισθηματικές καταπιέσεις.
- ◆ Κίνδυνος επιπλοκών.

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. Ορισμένα, όμως από αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα, όπως το ανθρακικό ασβέστιο και το υδροξείδιο του αλουμινίου (Amphogel), ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου (Maalox) μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που είναι συνδυασμός αυτών των ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Τα σκευάσματα αυτά είναι το Gelusil και το Delcid. Ένα επίσης χρήσιμο αντιόξινο που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα είναι το κολλοειδές εναιώρημα και οι ταμπλέτες υδροξειδίου του αλουμινίου και υδροξειδίου του μαγνησίου

β) Χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων για τη μείωση της κινητικότητας του στομάχου και της εκκρίσεως των γαστρικών υγρών. Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία και εμετούς, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων.

Τα σκευάσματα βάμαιοις ή εκχυλίματος μπελλαντόνας, όταν χρησιμοποιούνται σε σωστές δόσεις μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα αντιχολινεργικά και έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι φθηνά.

γ) Επαρκή ενυδάτωση του αρρώστου, για εξουδετέρωση παρενεργειών από τα χολινεργικά 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, οινοπνευματώδη ποτά.
- ◆ Αποφυγή καπνίσματος.

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 αντιμετώπισής του.

γ) Έμπρακτο ενδιαφέρον, για ικανοποίηση φυσικών του αναγκών, οικονομικών, επαγγελματικών κ.α.

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.

η) Εάν οι παραπάνω προσπάθειες δεν αποφέρουν σημαντικά αποτελέσματα τότε μπορούμε να χορηγήσουμε κατευναστικά για μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνα ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων, για την πρόληψη επιπλοκών.

Αυτό επιτυγχάνεται με την:

α) Πληροφόρηση, από την νοσηλεύτρια, 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.α.

δ) Προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κόπωσης.^{22,23}

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

3.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

Σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας στην προεγχειρητική ετοιμασία αρρώστου , για Εγχείρηση έλκους στομάχου και στη μετεγχειρητική φροντίδα του, τόσο ο ιατρός, όσο και ο νοσηλευτής, έχουν υπόψη τους ότι η «ψυχή» έχει μεγάλη επίδραση στο «σώμα» και γι' αυτό καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας και του φόβου του ασθενούς από την εγχείρηση.

Η χειρουργική αντιμετώπιση του γαστρικού έλκους απαιτεί εξατομικευμένη και υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό μπορεί να γίνει τότε μόνο όταν η νοσηλεύτρια είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για να αντιμετωπίσει την προεγχειρητική ετοιμασία και την μετεγχειρητική φροντίδα αυτών των αρρώστων.

Ο άρρωστος που ετοιμάζεται για χειρουργική επέμβαση ή νοσηλεύεται μετά από αυτή έχει ιδιαίτερα νοσηλευτικά προβλήματα και εμφανίζει πολλές νοσηλευτικές ανάγκες τις οποίες αποκλειστικά η νοσηλευτική ομάδα μπορεί και έχει την ευθύνη να ικανοποιήσει.

Μέρος της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου προσφέρει η νοσηλευτική ομάδα στις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περιθάλψεως αλλά και στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, όταν το σύστημα υγείας της χώρας προσφέρει τη δυνατότητα αυτή.

α. Προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση

Εάν κάθε ασθενής, που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτός, που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξελίξεως της κατάστασεως του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Η αδελφή με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).

Η προετοιμασία της αδερφής, ώστε να απαντά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κλπ, καθώς και η προετοιμασία του ασθενούς από την αδελφή με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο. Ακόμη, η νοσηλεύτρια μπορεί να ζητήσει τη βοήθεια άλλων υπηρεσιών, όπως του ιερέα του ιδρύματος, της κοινωνικής υπηρεσίας κ.α., όταν θέματα οικογενειακά, οικονομικά κλπ προκαλούν ανησυχία στον ασθενή.

Φόβοι, ανησυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και στους οικείους των ασθενών. Η νοσηλεύτρια, περιοριζόμενη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της, οφείλει να πλησιάσει τους οικείους του ασθενούς, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Θα ήταν ευχής έργο να διέθεταν τα ιδρύματα υπηρεσία απασχολήσεως των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους, για να μη μένουν μόνοι, χωρίς απασχόληση, με συνέπεια να οδηγούνται σε σκέψεις που δημιουργούν ανησυχίες.

Η διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας εξαρτάται από το είδος, τη σοβαρότητα της εγχείρησης και την κατάσταση του αρρώστου. Εξασθενημένα άτομα, ακόμη και για μικρές εγχειρήσεις, έχουν ανάγκη προετοιμασίας, για να τις υποστούν χωρίς κίνδυνο.

Προκειμένου να γίνει η χειρουργική επέμβαση, είναι απαραίτητη η γραπτή συγκατάθεση της ασθενούς ή των οικείων του, για τον κίνδυνο να προκύψουν

νομικά προβλήματα.

Σε εγχειρήσεις επείγουσας ανάγκης, εάν ο ασθενής δε συνοδεύεται από οικείους, τους ειδοποιεί απαραίτητα η νοσηλεύτρια.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- ◆ Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- ◆ Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- ◆ Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Γ ενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- Τόνωση του ηθικού: Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης και τότε σκέψεις, που αφορούν την οικογένεια, τα παιδιά κλπ. δημιουργούν αισθήματα καταθλίψεως.

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

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας:

1) Να ανακαλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς και να τις ικανοποιήσει.

2) Να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του.

3) Να αναπτύξει θεραπευτικές σχέσεις που βοηθούν στη μείωση της αγωνίας.

- Τόνωση σωματική: Η θρέψη του αρρώστου ενισχύεται λαμβάνοντας υπόψη προσωπικές του προτιμήσεις. Η νοσηλεύτρια χορηγεί τη διαιτητική αγωγή που καθόρισε ο ιατρός.

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η αδελφή παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

Η νοσηλεύτρια βοηθά στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

- 1) Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής
- 2) Γνωρίζει την επίδραση της εγχειρήσεως στις λειτουργίες του μεταβολισμού και
- 3) Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής. Όλα αυτά βοηθούν και στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις, καθώς και στην εκλογή τροφών στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά. Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock, ναυτία, δίψα κ.α.

Συνήθως εφαρμόζεται δίαιτα ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν, τίποτα από το στόμα ως τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή λήψη από το στόμα 2000 mg βιταμίνης (την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης). Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς.

• Ιατρικές εξετάσεις (κλινικές, εργαστηριακές). Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

- 1) Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασής του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.

- 2) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και

αντιμετώπιση της καταστάσεως: Εάν πρόκειται για εγχείρηση καρδιάς, καρδιολόγοι θα παρακολουθήσουν και προετοιμάσουν τον ασθενή.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1) Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος κ.α.

2) Γενική ούρων.

Το είδος της εγχείρησης και η κατάσταση του ασθενούς ρυθμίζουν την ανάγκη συμπληρωματικών εξετάσεων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κλπ) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Παρενθετικώς σημειώνεται ότι το έργο και η ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά πόσο ο ασθενής μπορεί ακίνδυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.

• Καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε:

1) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθορισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

• Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.

• Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό σε εγχειρήσεις κοιλιάς και πυέλου, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων και

• Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

• Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων Σήμερα σε συνίσταται η λήψη

καθαρτικών γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.

- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Η αδερφή παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και, εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη του τμήματος ή τον ιατρό.

Η εκτέλεση υποκλυσμών ή η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα.

Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίφτη και νερό, αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Αυτό γίνεται με βούρτσα ωυχιών και αντισηπτική σαπωνούχο ουσία όπως Phisohex κ.α. Αυτό το είδος του λουτρού συνιστάται στις εγχειρήσεις, κατά τις οποίες μια ενδεχόμενη μόλυνση μπορεί να στοιχίσει και τη ζωή του ασθενούς π.χ. γαστρεκτομή.

Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτικότερη καθαριότητα ορισμένων σημείων, όπως ομφαλού κ.α. Τέλος γίνεται περιποίηση νυχιών.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου: Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Αυτά μπορεί να είναι έντονα και να

διώχνουν τον ύπνο. Η αύπνία και η κόπωση από αυτή προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών.

Για την αποφυγή αύπνίας, και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχείρησης ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

- Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κλπ.

Η προεγχειρητική διδασκαλία, που αφορά μετεγχειρητικές δραστηριότητες του αρρώστου σε σχέση με το βήχα και τις βαθιές αναπνοές, τα ενδοφλέβια υγρά, το μόνιμο καθετήρα, τον πόνο, τις ενεργητικές κινήσεις μέσα στο κρεβάτι, την έγερση κλπ. συμβάλει στην ομαλή μετεγχειρητική πορεία και την πρόληψη επιπλοκών.

- Προσανατολισμό ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί αυτός σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης. Αυτό γίνεται, για να μην ανησυχήσει ο ασθενής, όταν κατά την αφύπνιση βρεθεί σε άγνωστο περιβάλλον, εξοπλισμό με πολλά και περίεργα γι' αυτόν μηχανήματα.

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχειρήσεως και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η αδελφή κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση παρατηρεί την τυχόν παρέκκλισή τους από τα φυσιολογικά όρια. Ακόμη, προσέχει τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει ύπαρξη κρυολογήματος. Πρέπει όλες οι σχετικές παρατηρήσεις να αναφέρονται στην προϊστάμενη ή τον ιατρό του τμήματος.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Καταστρώνεται πρόγραμμα σειράς εγχειρήσεων, το οποίο ανακοινώνεται στις νοσηλευτικές μονάδες. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορεί την κατάλληλη ενδυμασία, αφού προηγουμένως ουρήσει, για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί να εκκενωθεί στο χειρουργικό τραπέζι. Η ενδυμασία του χειρουργείου αποτελείται από τα ποδονάρια (είδος καλτσών) που σκεπάζουν τα κάτω άκρα, υποκάμισο (κοινό νυχτικό, ανοιχτό στο πίσω μέρος), σκούφο ή τρίγωνο από λεπτό βαμβακερό ύφασμα (για την κάλυψη του τριχωτού του κεφαλιού).

Η αδελφή φορεί τα ρούχα αυτά στον άρρωστο, αφού προηγουμένως αφαιρέσει όλα τα είδη εσωρούχων και το νυχτικό ή τις πυτζάμες του ασθενούς. Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουρκέτες κ.λ.π. Επίσης

αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαιρέση μπορεί να γίνει μόνο στη βέρα την οποία ασφαρίζει η νοσηλεύτρια με ένα επίδεσμο στον καρπό). Τα κοσμήματα τοποθετούνται σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Την ώρα αυτή η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου. Η αδελφή υπενθυμίζει στον ασθενή για τις μετεγχειρητικές ασκήσεις, τις αναπνευστικές, καθώς και των άκρων.

γ) Προνάρκωση: Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Κατά την προνάρκωση η νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής, εφόσον βρίσκονται στο νοσοκομείο, τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται ο ασθενής στο φορείο και παραμένει στο θάλαμο. Η μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από το νοσοκόμο και τη νοσηλεύτρια, εφόσον οι συνθήκες προσωπικού στο ίδρυμα επιτρέπουν.

Εάν είναι δυνατόν, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο της αναμονής. Το πέρασμα κάθε λεπτού γι' αυτούς παίρνει διαστάσεις ωρών. Η ενημέρωση και καθησύχασή τους για την πορεία της

εγχειρήσεως ελαττώνει την αγωνία τους και χαλαρώνει την ένταση. Το συχνό και κατάλληλο πλησίασμα, όπως και ο καλός τρόπος της νοσηλεύτριας προς τους συγγενείς είναι δυνατόν να τους ανακουφίσει.

Τέλος όλες οι βασικές ενέργειες της νοσηλεύτριας, που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η αδελφή αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς. Το κρεβάτι, που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

1) Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2) Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3) Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει. Ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4) Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.

5) Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής. Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος προς το μέρος του κομοδίνου τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχείρησης, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π). Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με

δροσερό νερό, Port cotton, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του. Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του, κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και αφού ρίξουμε μια τελευταία ματιά και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς, απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επάνοδό του από το χειρουργείο.^{23,24}

β. Μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση της νοσηλεύτριας.

Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια αδελφή, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια αυτή θα συντελέσει:

- 1) Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
- 2) Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθένειάς του.
- 3) Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.
- 4) Στην πρόληψη επιπλοκών και,
- 5) Στη βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

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

- 1) Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

2) Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας.

3) Τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.

4) Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και

5) Την ανακούφιση του αρρώστου, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.

Ο ασθενής μετά την εγχείρηση τρέφεται παρεντερικά, Επιβάλλεται διατήρηση, ελεύθερου του αυλού του σωλήνα Levin και ακριβής μέτρηση και χαρακτηρισμός του είδους των υγρών. Ο σωλήνας Levin συνήθως παραμένει στο στομάχι του ασθενούς 3-4 ημέρες, μετεγχειρητικά. Όταν δεν εφαρμόζεται συνεχής αναρρόφηση συνιστώνται αναρροφήσεις από το Levin κατά διαστήματα με σύριγγα. Η παρατήρηση και ο χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματήρα, καφεοειδή, χολώδη) πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια και να αναφέρεται στο γιατρό. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθάει πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών του αρρώστου. Η κακοσμία από το γαστρικό περιεχόμενο αντιμετωπίζεται με τη χρησιμοποίηση κλειστού συστήματος συλλογής υγρών.

Η αλλαγή θέσεως του ασθενούς πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή ώστε να μην επηρεάζεται η λειτουργικότητα των παροχετευτικών σωλήνων.

Ακόμη πρέπει να γίνονται συχνές αλλαγές του τραύματος για την προστασία του δέρματος από τα αποβαλλόμενα υγρά και συνεχής παρακολούθησή του για πρόληψη αιμορραγίας η οποία θα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του αρρώστου.

Η καθορισμένη φαρμακευτική αντιφλεγμονώδη αγωγή πρέπει να τηρείται πιστά και να αναφέρεται κάθε ανεπιθύμητη ενέργεια.

Ως προς το χρόνο εγέρσεως του αρρώστου οι ιατρικές αντιλήψεις ποικίλουν και εξαρτάται και από το είδος της εγχείρησης. Συνήθως σηκώνεται

μετά το πρώτο 24ωρο.

ο άρρωστος πριν από την αναχώρησή του από το νοσοκομείο ενημερώνεται για τη θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει.

Εάν κατά την έξοδο φέρει παροχευτικούς σωλήνες, πρέπει και ο ίδιος και κάποιο μέλος της οικογένειάς του να γνωρίζουν και εφαρμόζουν ακριβώς την πλύση τους καθώς και τη γενική φροντίδα του τραύματος.

Πάνω όμως από όλες τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες είναι ο θεραπευτικός ρόλος της νοσηλεύτριας τόσο στην προεγχειρητική ετοιμασία όσο και στη μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου. Ο ρόλος αυτός έχει επίκεντρο το ανθρωπιστικό κυρίως στοιχείο. Εάν διαθέτει κατανόηση, αγάπη, σεβασμό και εκτίμηση στην προσωπικότητα του αρρώστου, αγαθή διάθεση για την ικανοποίηση των ποικίλων φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του και τέλος, δημιουργική δραστηριότητα για την επίλυση των ποικιλόμορφων προβλημάτων του, πράγματι θα συμβάλει στην κατά το δυνατό επιτυχέστερη και ομαλότερη έκβαση της εγχείρησης.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας καθημερινά, συχνή αλλαγή νυχτικού και λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαβαίνουν σιοματίτιδες και παρωτίτιδες.

Οι συχνές εντριβές, η αλλαγή θέσεως του αρρώστου βοηθούν στην ανακούφιση και άνεσή του και την πρόληψη επιπλοκών.^{23,24}

3.3 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχειρήσεως, η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και η παρατήρηση του χρώματος του ασθενούς βοηθούν στην εκτίμηση της καταστάσεως του. Ακόμη η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τους εμετούς (ποιόν, ποσόν), τους οποίους δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής, καθώς και τα ούρα.

Βασικό επίσης καθήκον της νοσηλεύτριας αποτελεί η προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, σχετικά με την καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητα τους, και τέλος για παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής καταστάσεως του ασθενούς.

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με τον χειρουργημένο πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο, για ενημέρωση της ομάδας υγείας ή και να αναφέρονται στο αρμόδιο πρόσωπο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της καταστάσεως του ασθενούς βοηθάει πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό της έργο.

Μετά από μία εγχείρηση μεγάλη ή μικρή, επικίνδυνη ή ακίνδυνη, αντιμετωπίζει ο ασθενής στην εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας η προσπάθεια να

προφυλάξει από αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων που συντελούν στην Εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στη προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών βοηθάει στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους.

α. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

Πόνος: Ο ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια, για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, εκτελεί πιστά και με ακρίβεια τη χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων δίνει αναπαυτική θέση, η οποία προκαλεί χαλάρωση των μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους έμετους, προσπαθεί να του εξασφαλίσει ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον, επίσης δίνει τη δυνατότητα επαφής και επικοινωνίας με άτομα που εμπνέουν εμπιστοσύνη, στοργή και αγάπη στον άρρωστο και τέλος ικανοποιεί τις ανάγκες που εμφανίζει (φυσικές, συναισθηματικές και ψυχικές)

Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό, και με τη χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

Έμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει έμετους, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα του αρρώστου να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λ.π.), πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

Επαρκής θεραπεία: Αυτό επιτυγχάνεται όταν η νοσηλεύτρια τηρεί την παρεντερική χορήγηση υγρών. Χορηγούνται ηλεκτρολυτικά διαλύματα και διαλύματα γλυκόζης 2500-3000 mg για τις πρώτες 2 -3 ημέρες. Επίσης χορηγεί υγρά από 10 στόμα μετά, βέβαια, την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Εκτελεί συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών. Ακόμη η νοσηλεύτρια προσπαθεί να εξασφαλίσει τους παράγοντες που διεγείρουν την όρεξη ενώ παράλληλα εκτιμά και ικανοποιεί τις προσωπικές προτιμήσεις της διατροφής του αρρώστου.

β. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες:

Αιμορραγίες: Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

1. Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.

2. Η μόλυνση του τραύματος αυτή αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

3. Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Με αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάνε ράμματα ή ράμμα, με αποτέλεσμα μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.

4. Η μη πήκτικότητα του αίματος.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Ευπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, ωχρότητα του δέρματος πτώση της θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσεως, εφίδρωση αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα, ανησυχία και εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Ο άρρωστος που υποβλήθηκε σε εγχείρηση γαστρικού έλκους πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά για συμπτώματα επερχόμενης αιμορραγίας. Η συχνή παρακολούθηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων πολύ έγκαιρα θα πληροφορήσουν τυχόν αιμορραγία που θα συμβεί καθώς και ο έλεγχος του υγρού της παροχέτευσης.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής: Θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό, για την παροχή βοήθειας. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί αν είναι δυνατό, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος που αιμορραγεί. Χορηγεί μορφίνη και εφαρμόζει παγοκύστη στο επιγάστριο, ακόμη χορηγεί αδρεναλίνη μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει

αφαιρεθεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική, δε δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, για τον ασθενή που αιμορραγεί. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

Shock ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση shock είναι:

Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του Shock είναι: Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού 55°C - 60°C προς αποφυγή εγκαυμάτων) που τοποθετούνται πάνω από την πρώτη κουβέρτα. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει. Τέλος, ενθαρρύνεται ο ασθενής, και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία.

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό στην ανακούφισή του από τον πόνο, στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στη

χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της αδελφής.

Πνευμονία, ατελεκτασία: Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή του. Για το λόγο αυτό αποφεύγεται η εγχείρηση σε ασθενείς που πρόσφατα κρυσολόγησαν ή παρουσιάζουν οξεία βρογχίτιδα, εάν δεν προηγηθεί κατάλληλη θεραπεία. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό χειρισμό των πνευμόνων ένεκα επιδράσεως του ναρκωτικού στη μόλυνση αεροφόρας οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη κ.α. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα, είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη της εκδηλώσεως αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει:

1. Στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.
2. Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
3. Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστό, προστασία του ασθενούς από ρεύματα αέρα.
4. Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
5. Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς , για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.
6. Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος,
7. Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Πνευμονική εμβολή: Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι: Απροσδόκητος και έντονος πόνος στο θώρακα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος.

Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται από ιατρό (ο οποίος πρέπει να ειδοποιηθεί επείγοντως) με παροχή μορφίνης και αντισηπτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι:

1. Καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι.
2. Αναπνευστικές κινήσεις.
3. Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο.
4. Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάστασή του το επιτρέπει.
5. Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλιάς για να περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής για την έγκαιρη ειδοποίηση του ιατρού αλλά και για την πρόληψη της εμφανίσεώς της

Ασφυξία: Κατ' αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι: εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό, πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει την επιγλωττίδα του λάρυγγα, και τέλος, επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής.

Αυτή εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωσης η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου (O₂). Για την προφύλαξη του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή, η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα:

1. Τοποθετεί το κεφάλι του αρρώστου σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της αποναρκώσεως, για την αποφυγή εισροής εμεσμάτων.

2. Καθαρίζει από καιρό σε καιρό το στόμα του ασθενούς με υγρό βαμβάκι το οποίο τυλίγει με μία λαβίδα ή port cotton και έτσι απαλλάσσει τη στοματική

κοιλότητα από τις εκκρίσεις.

3. Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, η αδελφή πιέζει τις γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάχτυλα των δύο χεριών, ενώ με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός.

4. Συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για την απονάρκωσή του.

5. Σε εμφάνιση δυσπνοιικών φαινομένων χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγεί στον ασθενή οξυγόνο (O₂) και

6. Τέλος διατηρεί καλό αερισμό του δωματίου.

Θρομβοφλεβίτιδες: Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι του μηρού. Συνίσταται στο σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται «εν τω βάθει» ή «επιπολής».

Τα αίτια που προκαλούν τη θρομβοφλεβίτιδα είναι τα ίδια που προκαλούν το σχηματισμό θρόμβου κατά την πνευμονική εμβολή, καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων λόγω πίεσεως των αγγείων του μηρού ή της κνήμης.

Αυτή εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Η πρόληψη συνίσταται σε

1. Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες.

2. Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης και άσκηση των άνω και κάτω άκρων και μέσα στο κρεβάτι.

3. Αποφυγή των εντριβών των άκρων.

4. Συνεχή παρακολούθηση της πήκτικότητας του αίματος του αρρώστου.

5. Έναρξη αντισηπτικής αγωγής, σύμφωνα με εντολή ιατρού.

Το σήκωμα του ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται επίσης από τον ιατρό. .

Παρωτίτιδα: Αυτή εμφανίζεται μετά από παρέλευση 3 - 4 ημερών από την εγχείρηση και είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

1. Αφυδάτωση.
2. Έλλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.
3. Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής διαίτας κ.α.

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι όπως στη φλεγμονή, δηλαδή πόνος, οίδημα, πυρετός.

Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλλουν σ' αυτή.

Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς: Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Αίτια που προκαλούν τον τυμπανισμό είναι:

1. Επίδραση ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία των μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου.
2. Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση.
3. Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη των κοπράνων που απέμεναν και δημιουργία αερίων από τη σήψη).
4. Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς, ένεκα της χειρουργικής επεμβάσεως.
5. Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια, όπως γάλα, γλυκά, υγρά κ.λ.π.

Τα εμφανιζόμενα συμπτώματα είναι:

Μετεωρισμός κοιλιάς.

Κωλικοί πόνοι που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να υποβάλλει. Η προφύλαξη του ασθενούς από το μετεωρισμό συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών, που τον προκαλούν, δηλαδή:

1. Έγκαιρη αποβολή ναρκωτικού.
2. Καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα.

3. Έγκαιρο σήκωμα του αρρώστου από το κρεβάτι, εφόσον αυτό ενδείκνυται ιατρικώς.
4. Αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια.
5. Η ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει:
6. Ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια.
7. Τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο, με τον οποίο βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα (ο σωλήνας αερίων δρα σαν ξένο σώμα το οποίο προσπαθεί ο οργανισμός να αποβάλει με περισταλτικές κινήσεις, που έχουν σαν αποτέλεσμα την αποβολή αερίων).
8. Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες. Όταν περάσουν περίπου 20 λεπτά της ώρας από την εκτέλεση της ενέσεως, τοποθετείται πάλι σωλήνας αερίων ή γίνεται μικρός υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου (NaCl) 15-20% για αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου και βοήθεια για την αποβολή των αερίων.

Μόλυνση του τραύματος: Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσεως είναι: αυξημένος πόνος, θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματά της είναι: πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία και ανορεξία.

Ρήξη τραύματος: Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα, αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν.

1. Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
 2. Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
 3. Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα όταν βήχει.
 4. Εμπλουτισμό του διαιτολογίου του αρρώστου με ζωικά λευκώματα.
- Η αδελφή προσπαθεί να μη θορυβήσει τον ασθενή, αλλά να τον καθησυχάσει.

Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο. **Σύνδρομο «Dumping»:** Αυτό προλαμβάνεται με την:

1. Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων.
2. Ενημέρωση του αρρώστου να αποφεύγει τη λήψη ζεστών, παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών.
3. Αποφυγή λήψεως υγρών μαζί με το γεύμα.
4. Τακτικά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περιβάλλον.
5. Κατάκλιση μετά το γεύμα.
6. Αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα (αν υπάρχει εντολή) για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας..

Μετεγχειρητική ψύχωση: Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι: η προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της. Σε περίπτωση εμφάνισης μετεγχειρητικής ψυχώσεως πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.

Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν την εγχείρηση προλαβαίνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1 ΞΕΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

Παράλληλα όμως είναι διστακτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση. Η νοσηλεύτρια του δίνει ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματά του.

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

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

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

Η νοσηλεύτρια βεβαιώνεται πως τα πιο πάνω έγιναν κατανοητά σε ικανοποιητικό βαθμό από τον άρρωστο και το μέλος του άμεσου

περιβάλλοντός του. Εκμεταλλεύεται τέλος την ευκαιρία αυτή, για να κατανοήσει ο άρρωστος και το άμεσο περιβάλλον του πως δεν πρέπει να αυτοσχεδιάζουν τη δόση των φαρμάκων. Επίσης ότι απαγορεύεται να παίρνει ο ασθενής οποιοδήποτε φάρμακο χωρίς εντολή γιατρού και κυρίως φάρμακα που προδιαθέτουν στο έλκος και προκαλούν υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος.

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

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

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

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

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

Στο χειρουργημένο άρρωστο γίνεται ενημέρωση από τη νοσηλεύτρια για το σύνδρομο Dumping και τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισής του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενούς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για

την απομάκρυνση κάθε φόβου. Ενημερώνεται ο άρρωστος να αποφεύγει τα άφθονα και πλούσια σε σάκχαρο γεύματα. Συνιστάται η τμηματική διατροφή σε μικρά γεύματα 4-5 φορές την ημέρα, με ηρεμία και κατάκλιση μετά το φαγητό και με την αποφυγή υγρών τροφών.

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

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

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

Η νοσηλεύτρια/της της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας είναι το άτομο που θα απευθυνθεί ο άρρωστος και το άμεσο περιβάλλον για οποιαδήποτε βοήθεια σχετικά με την περιποίηση του τραύματος και θα παρακολουθεί περιοδικά την εξέλιξη της επούλωσης του τραύματος του αρρώστου στο σπίτι.

4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ◆ Από το γαστρικό έλκος θα προσβληθεί περίπου 10 100/0 του πληθυσμού και το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι 3 έως 4 φορές πιο συχνό από το γαστρικό.
- ◆ Η μεγαλύτερη συχνότητα ανάλογα με την ηλικία είναι η τρίτη ή τέταρτη δεκαετία για το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Το γαστρικό έλκος τείνει να επηρεάζει τον γηραιότερο πληθυσμό.
- ◆ Η συχνότητα της χειρουργικής επέμβασης για το δωδεκαδακτυλικό έλκος έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η μείωση αυτή οφείλεται στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της φαρμακευτικής θεραπείας.
- ◆ Παρόλο που δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τα καλοήθη γαστρικά έλκη μπορεί να γίνουν κακοήθη, υπάρχει περίπτωση να μην βρεθεί κακοήθεια ακόμα και με πολλαπλές βιοψίες, ειδικά στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Έτσι λοιπόν η επούλωση του γαστρικού έλκους πρέπει να επιβεβαιώνεται και ενδοσκοπικά και να λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες.
- ◆ Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του έλκους γι' αυτό και η κοινοτική νοσηλεύτρια θα πρέπει να επισημάνει την ανάγκη της ισορροπημένης δίαιτας για την υγεία του ανθρώπου, καθώς και ποια είδη τροφών περιλαμβάνει αυτή.
- ◆ Η προσπάθεια ελέγχου του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους πρέπει να επικεντρωθεί στην πρόληψη εμφάνισέως του, καθώς και στην έγκαιρη διάγνωση, έτσι ώστε να ανατραπεί και ο κίνδυνος επιπλοκών του.
- ◆ Ο τρόπος ζωής, το stress, οι γρήγοροι ρυθμοί ζωής και οι υποχρεώσεις που δημιουργεί, είναι παράγοντες που δημιουργούν άγχος, το οποίο συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη έλκους. Γι' αυτό και το έλκος χαρακτηρίζεται σαν ασθένεια της σύγχρονης ζωής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με Ca γαστρικού έλκους, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Νοσηλευτική Διεργασία

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Οι κλινικές εκδηλώσεις που καταγράφονται για κάθε ιατρικό πρόβλημα μπορούν να παράσχουν τη δυνατότητα στο νοσηλευτή, μαζί με όλα τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση του ασθενούς, να κατανοήσει την όλη κατάσταση του και να έχει μια πλήρη εκτίμηση του αντίστοιχου οργανικού συστήματος.

Έτσι, μετά τη συλλογή των δεδομένων, ο/η νοσηλευτής είναι σε θέση να καθορίσει τη νοσηλευτική διάγνωση και να προστρέξει στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να καθορίσει τις ειδικές και πρακτικές δράσεις οι οποίες θα αυξήσουν τις πιθανότητες της επιθυμητής εκβάσεως του ασθενούς.

Επομένως, η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές 11 ακριβώς θέλει να επιτύχει νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου.

Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας χρησιμοποιείται από όλους τους επιστήμονες στο χώρο της υγείας. Ο/η νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια αλλά κυρίως στη σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια

αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή οποιοδήποτε άλλοτε πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στη κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο.

Νοσηλευτική διεργασία διακρίνεται σε 4 στάδια: την διαπίστωση των αναγκών του αρρώστου (αξιολόγησης), την τοποθέτηση αντικειμενικών σκοπών (προγραμματισμός φροντίδας), τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στη συνέχεια του ειδικού μέρους της πτυχιακής μου εργασίας, θα παραθέσω δύο κλινικές περιπτώσεις ασθενών με γαστρικό έλκος και θα βασιστώ στο μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας, προκειμένου να παρέχω εξατομικευμένη και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς αυτούς.

Α' Περιστατικό

Στις 19-10-98 εισήλθε στη Β' ΠΡΧ του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, ο Ζ.Θ. 54 ετών, συνταξιούχος, κάτοικος Δράμας.

Από τα στοιχεία του ιστορικού που συνελέχθησαν, βρέθηκε ότι ο ασθενής έχει διεγνωσμένο προ 10ετίας έλκος του μείζονος τόξου του στομάχου που περιοδικά παροξυνόταν. Έπαιρνε αντιόξινα, αλλά προ 15μήνου αναφέρει υποτροπή της συμπτωματολογίας και έπαιρνε ρανιτιδίνη per os όλο αυτό το διάστημα. Προ 20 ημέρου αναφέρει έναρξη εμέτων γαστρικού περιεχομένου.

Ατομικό αναμνηστικό: Ο ασθενής είναι καπνιστής και αναφέρει πνευμονία προ ετών. Έχει κάνει εγχείρηση της σκωληκοειδούς απόφυσης πριν 1 χρόνο. Ο κ. Ζ.Θ. έχει υπέρταση και παίρνει Adalat 1X1.

Οικογενειακό αναμνηστικό: Ο πατέρας και η μητέρα του ασθενούς είχαν υπέρταση, ο πατέρας του πέθανε σε ηλικία 85 ετών από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Ιατρικό ιστορικό: Ο κ. Ζ.Θ. παρουσιάζει ανορεξία, εύκολη κόπωση, έντονο γαστρικό πόνο. Τα ζωτικά σημεία είναι:

Α.Π: 100/70 mmHg

Θερμ: 36,5°C

Σφ: 88/min

Αναπν: 20/min

Επίσης ο ασθενής έχει τάση για εμετό. Αμέσως τοποθετείται ουροκαθετήρας Foley και περιφερική φλέβα από την οποία χορηγούνται NIS 1000cc, DIW 5% 1000cc, 2amp KCl και Losec amp 1X2. Δεν παίρνει τίποτε από το στόμα και είναι σε τρίωρη παρακολούθηση.

Η γαστροσκόπηση δείχνει πυλωρική στένωση. Στα εξωτερικά ιατρεία προσήλθε σταθερός αιμοδυναμικά.

Αποφασίστηκε η διενέργεια επέμβασης για την εξαίρεση της πάσχουσας περιοχής. Το είδος της επέμβασης καθορίστηκε σε γαστρεκτομή.

Η επέμβαση προγραμματίστηκε για τις 21-10-98.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Στις 20-10-98 ο ασθενής εμφάνισε συμπτώματα άγχους και φόβου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του άγχους και του φόβου. • Απομάκρυνση όλων των αρνητικών σκέψεων του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής του ασθενούς σχετικά με την εγχείρηση, τη μετεγχειρητική πορεία, τη θεραπεία και νοσηλεία. • Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους του. • Να εξηγηθεί στον ασθενή η ανάγκη εκτέλεσης της εγχείρησης και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης για το ίδιο το ίδρυμα. • Να βοηθήσει ο ασθενής να επιστρέψει στο αισιότερο δυνατό επίπεδο υγείας και στη θέση του μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. • Να επιτευχθεί ψυχική ηρεμία και ισορροπία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την επέμβαση. Αξιολογήθηκε η κατανόηση και η αποδοχή του ασθενούς. Ρωτήθηκε για το πως αισθάνεται για την εγχείρηση. • Ο ασθενής μέσα από τη συζήτηση εξέφρασε φόβο για το αν θα επιτύχει η εγχείρηση. • Δόθηκε η εξήγηση με απλά λόγια, ότι κατά την εγχείρηση, ο χειρουργός, ένας εξαιρετικός άνθρωπος, θα κόψει το τμήμα του στομάχου που πάσχει, προκειμένου να επέλθει η σωματική υγεία του. • Ο ασθενής ήρθε σε επαφή με άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος και συζήτησε για λίγο μαζί τους. • Προσπαθήσαμε να εξασφαλίσουμε ένα ήρεμο περιβάλλον με την απομάκρυνση του επισκεπτηρίου και τη μείωση των εξωτερικών θορύβων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αγανακτισμένος εξέφρασε την απορία «Γιατί όλα αν συμβαίνουν σε μένα; Τι θα πετύχουμε και με την επέμβαση;» • Ο ασθενής δέχτηκε με ευχαρίστηση την ενημέρωση. Η γνώση για το τι πρόκειται να συμβεί διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προάγει τη συνεργασία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ανάνηψως και μειώνει την πιθανότητα μετεγχειρητικού shock. • Μειώθηκε ο φόβος της εγχείρησης. Ο ασθενής ευχαρίστησε το νοσηλευτικό προσωπικό για τη συμπαράστασή του.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Προεγχειρητική ετοιμασία του εντέρου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Καθαρισμός του εντερικού σωλήνα προς ανακούφιση του ασθενούς. Αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες. 	<ul style="list-style-type: none"> Εξήγηση στον ασθενή ότι η εκκένωση του εντέρου γίνεται για να αποφευχθεί η τρώση του κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και η επιμόλυνση του χειρουργικού πεδίου. Να αποφευχθεί η εκκένωση του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι. Να γίνει ευχέστερα η διενέργεια της επέμβασης από τον χειρουργό λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελκών. Να ενημερωθεί ο ασθενής ότι θα γίνουν 2 υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Να εξασφαλιστεί άνετο περιβάλλον και να γίνει σεβαστή η προσωπικότητα του ασθενούς. Να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του νερού για να είναι ανεκτή από τον ασθενή. Να γίνουν προσεκτικές και ήπιες κινήσεις κατά την εκτέλεση του υποκλυσμού για αποφυγή τραυματισμού του εντέρου. 	<ul style="list-style-type: none"> Δόθηκαν εξηγήσεις για ποιο σκοπό επιβάλλεται ο καθαρισμός του εντέρου. 	<p>Ο ασθενής υπομονετικά δέχτηκε να συνεργαστεί για την εκτέλεση της νοσηλείας. Λίγο μετά τη νοσηλεία ο ασθενής είχε 1 κένωση. Ενημερώθηκε η λογοδοσία και ο γιατρός.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη νοσηλεία. <p>Πραγματοποιήθηκε ο υποκλυσμός λίγες ώρες πριν την εγχείρηση. Η κατανόηση και η συνεργασία του ασθενούς ήταν απαραίτητη.</p> <ul style="list-style-type: none"> Απομακρύνθηκε το επισκεπτήριο ενώ τοποθετήθηκε παραβάν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η θερμοκρασία του νερού διατηρήθηκε στους 38°C. Ο υποκλυσμός έγινε με ήπιες κινήσεις και με όσο το δυνατό πιο ήπιους χειρισμούς. 	

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>3. Καθαριότητα του σώματος (λουτρό καθαριότητας).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσώς του χειρουργικού τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη νοσηλεία που θα του γίνει και να ενθαρρυνθεί για συνεργασία. Να τοποθετηθεί παραβάν για την αποφυγή δημιουργίας αισθημάτων ντροπής από τον ασθενή. Να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του νερού για να είναι ανεκτή από τον ασθενή και να μην κρυώνει ή καίγεται. Καλό σαπουνισμα του σώματος και απολύμανση με αντισηπτική σαπουνούχα ουσία. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη νοσηλεία και συνεργάστηκε άψογα. Τοποθετήθηκε παραβάν προκειμένου να εξασφαλιστεί άνεση για τον ασθενή. Η θερμοκρασία του νερού ρυθμίστηκε σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενούς. Η καθαριότητα έγινε με την σαπωνούχο ουσία PhisoHex. Ο ασθενής ξεπλύθηκε με άφθονο νερό. 	<p>Πραγματοποιήθηκε το λουτρό καθαριότητας στους 21-10-98 και ώρα 6 μ.μ. Ο ασθενής κοιμήθηκε έτοιμος για το αυριανό χειρουργείο.</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>4. Προνάρκωση του ασθενούς πριν την επέμβαση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος. • Ελάττωση εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος κατά την πρόκληση υπνηλίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη νοσηλεία που θα του γίνει. • Επιλογή του σημείου εκτέλεσης της ένεσης. • Ετοιμασία υλικού, σύριγγα 10 ml, τούπια με οινόπνευμα. • Τήρηση των αρχών ασηψίας κατά τη φλεβοκέντηση. • Να ετοιμαστεί το κατάλληλο φάρμακο σύμφωνα με τις οδηγίες του αναισθησιολόγου. • Να εξασφαλιστεί ήσυχο περιβάλλον για την αποφυγή ανησυχίας του αρρώστου και συμβουλή αποφυγής ένεσης μετά τη χορήγηση του φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκαν εξηγήσεις στον ασθενή για ποιο σκοπό γίνεται η προνάρκωση. • Αφού συγκεντρώθηκε το υλικό, επιλέχτηκε το άνω έξω τεταρτημόριο του δεξιού γλουτού. • Έγινε αντισψία με οινόπνευμα και εκτελέστηκε η προνάρκωση. • Ετοιμάστηκε και χορηγήθηκε μετά από οδηγία αναισθησιολόγου ½ Pentitine διαλυμένη σε 10 cc φυσιολογικού ορού. • Έχει απομακρυνθεί το επισκεπτήριο, ελαπώνουμε το φωτισμό και διατηρούμε ήσυχο περιβάλλον προσέχοντας της οποιοσδήποτε κινήσεις μας για να αποφύγουμε την πρόκληση θορύβου. 	<p>Ο ασθενής παραμένει ήσυχος στο φορείο, και μέσα σε λίγα λεπτά διαπιστώνουμε ότι το φάρμακο έχει ενεργήσει. Ο άρρωστος αναφέρει ότι «Νυστάζω, δεν μπορώ να κρατήσω τα μάτια μου ανοιχτά».</p>

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>5. Ο ασθενής εμφάνισε κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα τάση για έμετο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να αντιμετωπιστεί ο έμετος και οι επιπλοκές του. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τοποθετηθεί ο ασθενής στη σωστή θέση. • Να συμβουλευθεί ο ασθενής να αναπνέει βαθιά για την αποδρομή της δόσης του αναισθητικού φαρμάκου. • Να αναγραφούν στη λογοδοσία το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων. • Σε κάθε έμετο να γίνεται σωστή πλύση της στοματικής κοιλότητας για την αποφυγή ανάπτυξης παθογόνων. • Να χορηγηθεί αντιεμετικό φάρμακο μετά από ιατρική εντολή. • Να αρχίσει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης του οργανισμού. • Να μην πάρει ο ασθενής τίποτα από το στόμα (per os) 	<ul style="list-style-type: none"> • Το κεφάλι του ασθενούς τοποθετείται προς τα πλάγια. • Συμβουλευτήκε ο ασθενής κα'θε 1 ώρα περίπου να παίρνει 10 βαθιές αναπνοές. • Έχει καταγραφεί η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων στη λογοδοσία. Απομακρύνεται το νεφροειδές. • Έγινε πλύση στομάχου με αντισηπτική διάλυση Hexalen. • Χορηγήθηκε 1 amp Primorepan I.V. κατόπιν ιατρικής εντολής. • Ξεκίνησε η ενδοφλέβια χορήγηση ορών. Ringers-Lactated 1000cc 1X1 και DW 5% 1000c 1X1. • Προστέθηκαν την επόμενη 3 amp K* 	<ul style="list-style-type: none"> • Η τοποθέτηση του κεφαλιού προς τα πλάγια προλαμβάνει την εισρόφηση του έμετου και συμβάλλει στην ευκολότερη αποβολή του γαστρικού περιεχομένου. • Το διάλυμα Hexalen χρησιμοποιείται για πλύσεις σώματος σε ήπιες μικροβιακές λοιμώξεις. • Το Primorepan είναι κατάλληλο για την αντιμετώπιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και εμέτων μετεγχειρητικά. • Ο ασθενής ενυδατώνεται επαρκώς και προλήφθηκε το ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών.

6. Τη 2^η μετεγχειρητική μέρα εμφανίστηκε αιμορραγία στο σημείο τομής.

- Αντιμετώπιση αιμορραγίας.
- Εξισορρόπηση ισοζυγίου υγρών ηλεκτρολυτών για αποφυγή shock.

- Να εξασφαλιστεί ακινησία του ασθενούς και να ειδοποιηθεί επείγοντως ο γιατρός.
- Να τοποθετηθεί, όσο βέβαια αυτό είναι εφικτό, πιεστικός επίδεσμος στο σημείο της αιμορραγίας.
- Να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποια κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής.
- Να προγραμματισθεί μετάγγιση αίματος σε περίπτωση που υπάρχει μεγάλη απώλεια.
- Τα ζωικά σημεία επιβάλλεται να λαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα προκειμένου να ελέγξουμε τη γενική του κατάσταση.
- Προσπάθεια διατήρησης ζεστού περιβάλλοντος για τον ασθενή και τόνωση του ηθικού του για την απομάκρυνση κάθε ανησυχίας.

- Ο ασθενής τοποθετείται σε αναπαικτική θέση και παραμένει ειδοποιηθεί.
- Εφαρμόζεται προσεχτικά πιεστικός επίδεσμος στο σημείο τομής προκειμένου να περιορισουμε την αιμορραγία.
- Γίνεται λήψη αίματος για προσδιορισμό του αιματοκρίτη Ht και της αιμοσφαιρίνης Hb. Τα αποτελέσματα δείχνουν Ht=33%, Hb=12.5%.
- Γίνεται μετάγγιση αίματος με δυο μονάδες με εντολή και υπογραφή ιατρού. Η πρώτη μονάδα αίματος ετέθη στις 12 π.μ. με Νο 12483 RH 0 (+) και ημερ/μία λήξης 25/10/99. Η δεύτερη μονάδα αίματος ετέθη στις 12:30 μ.μ. με Νο 1248 RH 0 (+) και λήξη 25/10/99.
- Έχουν ληφθεί τα ζωικά σημεία με:

Σφ: 110/min

Θερμ: 35,5°C

Α.Π. 100/80 mmHg και

λαμβάνονται κάθε ½ ώρα.

- Διατηρούμε ζεστό τον ασθενή προσθέτοντας και δεύτερη κουβέρτα προκειμένου να αποφευχθεί το shock. Εξηγούμε στον ασθενή ότι δεν είναι τίποτα το ανησυχητικό, ότι συμβαίνει συχνά μετά από μια εγχείρηση κι έτσι αποφεύγουμε τον πανικό.

- Με την ακινητοποίηση του ασθενούς περιορίστηκε η αιμορραγία.
- Με την εφαρμογή πιεστικού επίδεσμου η αιμορραγία σταμάτησε.
- Έγινε επανάλυση αιματολογικών εξετάσεων μετά σωρού αφού μεταγίσθηκε και τα αποτελέσματα ήταν τα εξής:
Ht= 40%
Hb=14mg%

- Ο ασθενής ήρεμος πλέον αναπαύεται.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>7. Ο ασθενής την 3^η μέρα μετεγχειρητική παρουσίασε μόλυνση το τραύμα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι ενοχοποιητικοί παράγοντες για την μόλυνση. • Να απαλλαγεί ο ασθενής από δυσάρεστα συμπτώματα μόλυνσης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να τηρούνται άσηπτες τεχνικές και να χρησιμοποιούνται εργαλεία αποστειρωμένα κατά τις αλλαγές. • Να παρακολουθείται το τραύμα για εμφάνιση σημείων φλεγμονής. • Να αλλάζεται το επιδεσμικό υλικό. • Να γίνονται εδρόλουτρα 2 φορές την ημέρα. • Να εξασφαλίζεται άνετη θέση στον ασθενή. • Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων. • Να απομακρυνθούν οι εστίες μόλυνσης από τον ασθενή και να χορηγηθεί ειδικό αντιβιοτικό μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Σε κάθε αλλαγή τηρούνται αυστηρά οι αρχές ασηψίας. Καλό πλύσιμο χεριών και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων. • Κατά την επισκόπηση το τραύμα έγινε οιδηματώδες και ζεστό. • Το επιδεσμικό υλικό αλλάσσεται δυο φορές την ημέρα. • Έγινε εδρόλουτρο το μεσημέρι. Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. <p>Χορηγήθηκε αντιβιοτικό Briklin 1X2 επίσης και χρήση αντιβιοτικής αλοιφής Fucidin στο τραύμα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Με την τήρηση άσηπτων τεχνικών προλαμβάνεται η περαιτέρω επέκταση της μόλυνσης. • Τα συμπτώματα της φλεγμονής υποχώρησαν την 5^η μετεγχειρητική ημέρα. • Τα εδρόλουτρα ανακουφίζουν από τον πόνο. • Τα δυο αντιβιοτικά Briklin και Zinacef χορηγούνται σε λοιμώξεις από ψευδομονάδα, σταφυλόκοκκο και εντεροβακτηρίδια που μπορεί να κάνουν μόλυνση σε χειρουργικό τραύμα.

Β' Περιστατικό

Στις 12-11-1998 εισήλθε στη ΒΠΠΓ του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Θεσσαλονίκης η Σ.Γ., ηλικίας 60 ετών επειδή παρουσίασε έντονο επιγαστρικό πόνο.

Κατά η λήψη του ιστορικού ο ασθενής αναφέρει ότι προ σμήνου παρουσίασε επιγαστρικό άλγος, διαλείπον, συσφιγκτικό με βαθμιαία επιδείνωση και δυσκοιλιότητα. Αναφέρει επίσης ανορεξία, κόπωση, έρυγες, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, τάση προς έμετο και απώλεια βάρους (περίπου 5 κιλά σε 6 μήνες). Διαπιστώθηκε αναιμία (Ht 30%) και χορηγήθηκε σίδηρος Fe χωρίς περαιτέρω διερεύνηση.

Από 7 ήμερου παρατήρησε μέλαινες, κενώσεις, αδυναμία, ζάλη και κόπωση.

Αμέσως τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας από τον οποίο χορηγούνται, N/S 1000ml μαζί με χλωριούχο κάλιο, χωρίς να παίρνει τίποτα από το στόμα.

Μετά από γαστροσκόπηση φανερώνεται ελκωτική διηθητική βλάβη στη γωνία του άνδρου.

Στα τελευταία εργαστηριακά αποτελέσματα ο αιμοτακρίτης είναι Ht=33% και η αιμοσφαιρίνη Hb= 13% , που είναι χαμηλά γι' αυτό και ο γιατρός δίνει εντολή για μετάγγιση δυο μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών. Η θεραπεία του ασθενούς καθορίζεται συντηρητική και περιλαμβάνει:

Αντιόξινα, Maalox 1X3.

Ρανιτιδίνη (Zantac) 1X2 και σιμετιδίνη (Tegament) 800 mg πριν τον ύπνο.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>1. Μετά την εισαγωγή του στο τμήμα από τα εξωτερικά ιατρεία ο ασθενής παραπονέθηκε για πόνο.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει προσπάθεια να μειωθεί π πόνος και να ανακουφιστεί ο ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να ρωτηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου, δηλαδή αν είναι οξύ, αμβλύ, συνεχής ή διαλείπων. • Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κατάλληλη θέση που να τον αναπαύει και να μειώνει το αίσθημα του πόνου. • Να χορηγηθούν αναλγητικά φάρμακα για τη μείωση του πόνου. • Να χορηγηθούν αντιόξινα για μείωση των γαστρικών εκκρίσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής μετά από ερωτήσεις που του υπεβλήθησαν απάντησε ότι πονάει στην κοιλιακή χώρα όταν βήχει. • Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση Fowler. • Τέθηκε υπόθετο Lonarid, μετά από οδηγία ιατρού για μείωση του πόνου. • Χορηγήθηκε αντιόξινο Simeco sic 1X3 	<ul style="list-style-type: none"> • Με την τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση μειρώσθηκε ο πόνος αλλά δεν απομακρύνθηκε. • Μετά τη χορήγηση του υπόθετου ο πόνος σταμάτησε. • Ο ασθενής ανακουφίσθηκε και ηρέμησε.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>2. Ανάγκη τοποθέτησης καθετήρα Levin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να παροχέτευτεί γαστρεντερικό υγρό και αίμα από το στομάχι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς για τη νοσηλεία που θα γίνει και προσπάθεια εξασφάλισης της υπομονής του. • Συγκέντρωση και τακτοποίηση όλων των απαραίτητων υλικών για την τοποθέτηση Levin. <p>Συγκεκριμένα καθετήρας Levin No 1, gel xylocaine, αναρρόφηση, συλλέκτης, σύριγγα 60ml.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ο άρρωστος συμφώνησε και με μια κρυφή δυσπιστία συμφώνησε για την εκτέλεση αυτής. • Η τοποθέτηση του καθετήρα έγινε από το δεξιό ρουθούνι της μύτης αφού πριν το άκρο του καθετήρα απαλείφθηκε με gel xylocaine για τη διευκόλυνση της διόδου του Levin. <p>Έγινε αναρρόφηση αιματηρού περιχομένου. Ο καθετήρας στερεώθηκε με λευκοπλάστη ενώ από την άλλη το Levin συνδέθηκε με ουροσυλλέκτη για την αποβολή του περιχομένου του.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ο άρρωστο στην αρχή δυσανασχέτησε και για λίγο δεν επέτρεπε την εισαγωγή του καθετήρα. • Αργότερα όμως μολόγησε ότι είχε ανακουφιστεί, αφού ήδη είχε αφαιρεθεί το αιματηρό περιεχόμενο του στομάχου \approx150ml. • Με το gel xylocaine διευκολύνθηκε η είσοδος του Levin και έγινε εύκολα η εισαγωγή του, χωρίς να πληγωθεί το εσωτερικό της μύτης.

Αξιολόγηση αναγκών	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή Νοσ. φροντίδας	Εκτίμηση
<p>3. Ο ασθενής παρουσίασε πυρετική κίνηση 38,9°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να ανακαλυφθεί και να αντιμετωπισθεί ο πρωτόγονος παράγοντας. • Να ανακουφιστεί ο ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνεται θερμομέτρηση ανά ώρα. • Να γίνεται στην αρχή εφαρμογών ψυχρών επιθεμάτων στον άρρωστο. • Να γίνει λήψη αίματος για καλλιέργεια από το γιατρό. • Να χορηγηθεί αντιπυρετικό φάρμακο, με οδηγία, βέβαια ιατρού. • Να χορηγηθεί αντιβιοτικό, πάλι σύμφωνα με ιατρική οδηγία. • Να χορηγηθούν ενδοφλέβια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτελείται η ωριαία θερμομέτρηση και τα αποτελέσματα της αναγράφονται στη λογοδοσία. • Εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα ανά ώρα. • Η αιμοληψία πραγματοποιήθηκε από το γιατρό. • Στις 15.00 μ.μ δόθηκε 1amp Αρτελ των 60mg μέσα σε ορό NIS των 100ml. • Χορηγήθηκε αντιβιοτικό Flagyl ενώ παράλληλα προστέθηκε Βriklin 1X3 IV. • Χορηγούνται οροί ringers Lactated 1000cc 1X1, NIS 0,9% 1000cc 1X1 και προστέθηκε Kadalex 1000ml 1X1 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πυρετός συνεχίσθηκε μέχρι την 4^η μέρα νοσηλείας. Την 5^η μέρα υποχώρησε. • Τα ψυχρά επιθέματα πρόσφεραν παροδική ανακούφιση στον άρρωστο. • Η amp Αρτελ χορηγείται και σε εμπύρετες καταστάσεις όταν δυσανέξια στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ. • Το Flagyl χορηγείται για ανασρόβια μικρόβια, ενώ το Βriklin για εντεροβακτήρια. • Με τη χορήγηση ορών η αφυδάτωση του οργανισμού αποφεύχθηκε.

<p>4. Αδυναμία ούρησης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Να διευκολύνουμε τον ασθενή να ουρήσει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να χρησιμοποιηθούν πρώτα συντηρητικά μέτρα προκειμένου ο ασθενής να ουρήσει. • Να συμβουλευτεί ο άρρωστος να αποφεύγει την ακινησία. • Να γίνει καθετηριασμός κύστεως. • Να προληφθεί ο κίνδυνος ουρολοίμωξης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσπαθήσαμε να προσθέσουμε το αντανακλαστικό της ούρησης με το άνοιγμα της βρύσης και τη γρήγορη ροή αυτής. • Ο άρρωστος υποβοηθείται να πηγαίνει ως το μπάνιο. • Αφού τοποθετήθηκε παραβάν και έγινε η σχετική ενημέρωση στον ασθενή για την νοσηλεία, μετά από αντισήψια στην περιοχή έγινε η τοποθέτηση του καθετήρα. Επιβεβαιώθηκε η σωστή θέση με την εμφάνιση ούρων στον ουροσυλλέκτη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν μπόρεσε να ουρήσει, αφού δεν προκλήθηκε χάλαση στον σφιγκτήρα μη της ουρήθρας. • Ο καθετήρας τέθηκε σε σωστή θέση και ο άρρωστος ανακουφίστηκε. Έδωσε περίπου 150ml. • Το Flagyl χορηγείται από λοιμώξεις από αναερόβια ενώ το Briclin σε λοιμώξεις από ψευδομονάδα.
-----------------------------	---	---	---	--

5. Άγχος κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο. Φόβος για την ομαλή επανένταξη του στο κοινωνικό περιβάλλον

• Πλήρης αποκατάσταση της ψυχосоσωματικής υγείας του ασθενή.

• Να ενημερωθεί ο ασθενής και τα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος για το πως πρέπει να τον φροντίζουν και να του συμπεριφέρονται.

• Να γίνει διευκρίνιση για το ποιες τροφές πρέπει να επιλέγονται από το μέρος του ασθενούς καθώς και τον τρόπο ετοιμασίας αυτών.

• Να επισημανθεί η ανάγκη αποφυγής του άγχους και των στρεσογόνων γενικά καταστάσεων.

• Να επισημανθεί η ανάγκη τακτικών επισκέψεων στον ιατρό που τον παρακολουθεί τουλάχιστον στην αρχή.

• Ενημερώνεται ο ασθενής και οι οικείοι του, ότι δεν αλλάζει ουσιαστικά τίποτα στη ζωή του. Θα εξακολουθεί να απολαμβάνει τις χαρές της ζωής, όπως ο κάθε φυσιολογικό άνθρωπος.

• Συστήνονται οι εύπεπτες τροφές, οι οποίες δεν ερεθίζουν τον βλεννογόνο και καλύπτουν τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά. Συνιστώνται βραστά και ψητά. Τονίζεται ιδιαίτερα η σπουδαιότητα διατήρησης σταθερών γευμάτων και η δυσμενή επίδραση εάν δεν τηρηθούν πάντα.

• Συμβουλεύεται να αποφεύγει τους εκνευρισμούς και τις εντάσεις προκειμένου να διατηρηθεί ομαλή η λειτουργία του στομάχου.

• Επισημαίνεται η ανάγκη συχνών ιατρικών επισκέψεων και εργαστηριακών εξετάσεων προκειμένου να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιπλοκές και διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού.

• Ο ασθενής ήρεμος και φανερά πεπεισμένος για αυτήν καλή έκβαση της κατάστασης του, αποχωρεί ικανοποιημένος, ευχαριστώντας, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πλήρως ενημερωμένος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε πως το γαστρικό έλκος αποτελεί συνηθισμένη κατάσταση συνδυαζόμενη με υψηλή νοσηρότητα (όσον αφορά την εισαγωγή στα νοσοκομεία και την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης) και χαμηλή αλλά οπωσδήποτε υπαρκτή θνησιμότητα.

Η συχνότητα του έλκους στο γενικό πληθυσμό ποικίλλει από 5.9-9%. Όπως ήδη έχει αναφερθεί το έλκος ανευρίσκεται στην ηλικία των 50 - 60 ετών και κυρίως στους άνδρες, ενώ μετά η συχνότητά του ελαττώνεται.

Πέρα όμως της σημαντικής νοσηρότητας προκαλεί και αύξηση των δαπανών νοσηλείας. Αρκεί να σκεφθεί κανείς ότι πολλοί ασθενείς νοσηλεύονται στα νοσοκομεία για αρκετές ημέρες με αρκετές ημεραργίες, ειδικές δίαιτες και φάρμακα.

Η ανάρρωση των ασθενών αυτών φαίνεται να είναι γρήγορη και αποτελεσματική αφού οι ασθενείς επιστρέφουν πίσω στην επαγγελματική και κοινωνική τους δραστηριότητα χωρίς κανένα πρόβλημα, εφαρμόζοντας απλώς τη διαιτητική και ορισμένες φορές τη φαρμακευτική αγωγή που τους υπέδειξε ο γιατρός τους. Το γαστρικό έλκος αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική παθολογική κατάσταση κι επειδή η κατάλληλη συντηρητική θεραπεία της ελαττώνει σε μεγάλο βαθμό τις υποτροπές δεν πρέπει να αγνοείται από τους γιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας.

Ακόμα, σήμερα, αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι η υποβολή ασθενών με γαστρικό έλκος σε έρευνα. Η έρευνα μπορεί να αποκαλύψει αδιάγνωστες παθολογικές διαταραχές, να βοηθήσει την επιλογή της αποτελεσματικής θεραπείας και συνεπώς να βελτιώσει την πρόγνωση της νόσου. Ωστόσο στην προσπάθειά μας να αναζητήσουμε κάποια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Παθολογική Κλινική ήταν αδύνατη, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη συμβολή όλων μας στην προώθησή αυτής.

Εδώ, βέβαια, σημαντικός είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην αναγνώριση μεθόδων νοσηλευτικής φροντίδας που βελτιώνουν την κατάσταση υγείας, στην σωματική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και τέλος στη διδασκαλία για πρόληψη της υγείας. Γι' αυτό επιβάλλεται πάντα στενή παρακολούθηση, ώστε να καθορίζεται οποιαδήποτε ανάγκη πρόσθετων και θεραπευτικών μέσων.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

1. Αγγελόπουλος Β. , Κλινική Παθολογική Φυσιολογία, Τόμος Α', Εκδόσεις
Παρισιανός, Αθήνα 1971
2. Αλεξάνδρου Π. , Ανατομική του Ανθρώπου, Τόμος Β', Εκδόσεις Αφοί
Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1980
3. Ανδρουλάκης Ι. , Είκοσι χρόνια τεχνητής διατροφής, Περιοδικό Ιατρικής
Εταιρίας Αθηνών 14^ο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα 1989
4. Βασώνης Δ. , Χειρουργική, Επίτομος, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Βασώνη Αθήνα 1986
5. Γαρδίκας Κ. , Ειδική Νοσολογία, Τόμος Α', Έκδοσις Δ', Εκδόσεις Παρισιανός,
Αθήνα 1984
6. Cecil, Παθολογία , Μετάφραση- Επιμέλεια Μουτσόπουλος, Τόμος Β',
Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991
7. Desporoulos A.- Silbernagl S. , Εγχειρήδιο Φυσιολογίας, Μετάφραση-
Επιμέλεια Κωστόπουλος Γ. , Επίτομος , Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989
8. Δημητρίου Ι. , Στοιχεία Εσωτερικής Παθολογίας, Τόμος Β', Θεσσαλονίκη 1972
9. Ganong F. William, Ιατρική Φυσιολογία, Μετάφραση Βαγγέλη Σπανού, Τόμος
Β', Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα 1985
10. Guyton M. D. , Φυσιολογία του ανθρώπου, Μετάφραση- Επιμέλεια
Ευαγγέλου Α. , Επίτομος, Έκδοση Γ', Εκδόσεις Πίτσας, Αθήνα 1990
11. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Εκδόσεις Παρισιανός
Αθήνα 1988
12. Kahle W.- Leonhart H.- Platzer W. , Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου,
Μετάφραση-επιμέλεια Παπαδόπουλος Ν., Τόμος 2^{ος}, Εκδόσεις Λίτσας
Αθήνα 1985
13. Μαλγαρινού Μ.-Κωσταντινίδου Σ. , Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Α',
Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 1994

14. Μεταξάς Π. , Θέματα Παθολογίας, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996
15. Μουτσόπουλος Χ. Μ. , Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984
16. Μπάλλας Π. , Χειρουργική, Τόμος Α', Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987
17. Ξανθόπουλου Σ. , Στοιχεία Φυσιολογίας, Επίτομος, Έκδοση Β', Εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 1991
18. Παπαδημητρίου Κ. , Ειδική Παθολογική Ανατομική, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990
19. Ραγιά Α. , Βασική Νοσηλευτική, Επίτομος, Αθηνών 1987
20. Ρήγας Μ. Αναστάσιος, Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985
21. Ρίζου Σ. , Εγχειρήδιο Ανατομικής, Επίτομος, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1993
22. Ρωσσώνης Γ. - Ρωσσώνης Στ. - Αντωνίου Π.- Καράμανώλης Δ. , Ελληνική Γαστρεντερολογία, Τόμος Ε', Τεύχος 1^ο , Αθήνα 1992
23. Σαχίνη Καρδάση Α.- Πάνου Μ. , Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τεύχος 1^ο, Επανέκδοση ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994
24. Σαχίνη Καρδάση Α.- Πάνου Μ. , Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική; Τεύχος 2^ο, Αθήνα 1994
25. Τώνη Ν.- Χατζηγιάνη Α. , Ειδική Παθολογική Ανατομική, Επίτομος, Εκδόσεις Γαρταγάνη, Θεσσαλονίκη 1954
26. Υγεία, Εγκυκλοπαίδεια Υγείας, Τόμος 5^{ος}, Εκδόσεις Δομική
27. Yokochi Rohen, Έγχρωμος Άντλαντας Ανατομικής του Ανθρώπου, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994.