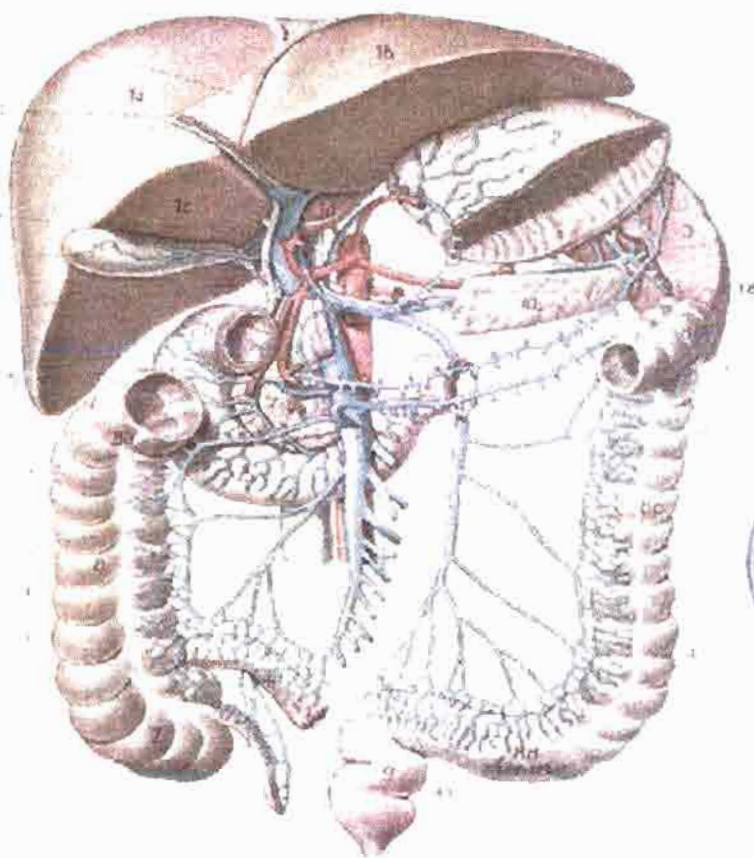


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ  
ΣΤΗΝ  
ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ



Εισηγήτρια:

Φιδάνη Αικατερίνη



Σπουδάστρια:

Συκά Μαρία

ΠΑΤΡΑ – ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2011

## Θέμα Πτυχιακής Εργασίας

### «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ»

#### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	8
Εισαγωγή.....	9

#### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

##### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

1.1	Εμβρυολογία.....	11
1.2	Στοιχεία Ανατομικής.....	12
1.3	Στοιχεία Φυσιολογίας.....	16

##### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

2.1	Παγκρεατίτιδα.....	20
2.2	Οξεία Παγκρεατίτιδα – Ορισμός.....	21
2.3	Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	22
2.4	Παθολογική Ανατομία.....	23
2.5	Παθογένεση.....	24
2.6	Πρόγνωση.....	25
2.7	Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	26
2.8	Κλινική Εικόνα.....	31
2.9	Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	33
	Α. Εργαστηριακά Ευρήματα.....	33
	Β. Ακτινολογικά και Απεικονιστικά Ευρήματα.....	35
2.10	Διαφορική Διάγνωση.....	38
2.11	Θεραπεία Οξείας Παγκρεατίτιδας.....	40

A. Συντηρητική Θεραπεία.....	40
B. Χειρουργική Θεραπεία.....	43
Γ. Επιπλοκές Χειρουργικής Θεραπείας.....	49
2.12. Επιπλοκές Οξείας Παγκρεατίτιδας.....	51

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

---

3.1 Χρόνια Παγκρεατίτιδα – Ορισμός.....	56
3.2 Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	58
3.3 Παθολογική Ανατομία.....	59
3.4 Παθογένεση.....	60
3.5 Πρόγνωση.....	61
3.6 Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	62
3.7 Κλινική Εικόνα.....	65
3.8 Διαγνωστικές Εξετάσεις.....	69
A. Εργαστηριακά Ευρήματα.....	69
B. Ακτινολογικά και Απεικονιστικά Ευρήματα.....	70
3.9 Διαφορική Διάγνωση.....	72
3.10 Θεραπεία Χρόνιας Παγκρεατίτιδας.....	73
A. Συντηρητική Θεραπεία.....	73
B. Χειρουργική Θεραπεία.....	75
Γ. Επιπλοκές Χειρουργικής Θεραπείας.....	81
Δ. Μεταμόσχευση Παγκρέατος.....	85
3.11 Επιπλοκές Χρόνιας Παγκρεατίτιδας.....	90

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

---

4.1 Υποδοχή του ασθενούς στο τμήμα.....	94
4.2 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά τη Συντηρητική Θεραπεία.....	96
4.3 Νοσηλευτική Φροντίδα κατά τη Χειρουργική Θεραπεία.....	98
A. Προεγχειρητική Φροντίδα.....	98

<b>B.</b>	<b>Μετεγχειρητική Φροντίδα.....</b>	<b>108</b>
<b>4.4</b>	<b>Ψυχολογική Προσέγγιση Ασθενούς κατά τη Χειρουργική Επέμβαση....</b>	<b>114</b>
<b>4.5</b>	<b>Νοσηλευτική Προσέγγιση Ασθενούς κατά τη Μεταμόσχευση του Παγκρέατος.....</b>	<b>116</b>
<b>4.6</b>	<b>Αποκατάσταση Ασθενούς.....</b>	<b>118</b>
<b>4.7</b>	<b>Ρόλος Νοσηλεύτριας – τη στην Πρόληψη.....</b>	<b>119</b>

#### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

---

<b>5.1</b>	<b>Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....</b>	<b>120</b>
<b>A.</b>	<b>Περίπτωση Ασθενούς με Οξεία Παγκρεατίτιδα.....</b>	<b>120</b>
	<b>Νοσηλευτική Διεργασία.....</b>	<b>123</b>
<b>B.</b>	<b>Περίπτωση Ασθενούς με Χρόνια Παγκρεατίτιδα.....</b>	<b>129</b>
	<b>Νοσηλευτική Διεργασία.....</b>	<b>132</b>
<b>5.2</b>	<b>Συμπεράσματα – Προτάσεις.....</b>	<b>152</b>

---

<b>Παράρτημα.....</b>	<b>154</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>159</b>

*Τα θεμέλια της Νοσηλευτικής στηρίζονται  
μόνον πάνω στα ιδεώδη της αγάπης, της  
συμπάθειας, των γνώσεων και του αληθινού  
πολιτισμού. Τα στοιχεία αυτά εκφράζονται  
κατά την άσκηση της νοσηλείας*

*V. Henderson*

Στην  
Οικογένειά μου Εισηγήτριά μου

Για την υπομονή, βοήθεια  
και συμπαράστασή τους

και σε όλους εκείνους που  
με παρότρυναν να ασχοληθώ  
και να συνεχίσω με την  
πτυχιακή μου εργασία.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά τη διάρκεια της ιστορίας, η νοσηλεύτρια, με πρώτη διδάξασα τη Florence Nightingale, απέδειξε ότι στέκεται δίπλα στον ανθρώπινο πόνο. Με κύρια όπλα της τη γνώση, την ανθρωπιά και την αγάπη, κατάφερε πολλές φορές, κάτω από αντίξοες συνθήκες να προασπίσει την ανθρώπινη υγεία και να συμβάλει στην πρόληψη της ασθένειας.

Με την πάροδο του χρόνου, πολλές ασθένειες αυξήθηκαν και συνεχίζουν μέχρι και σήμερα να αυξάνονται με συχνότητα, με αποτέλεσμα να θεωρείται αναγκαία η απόκτηση περισσότερων επιστημονικών γνώσεων και η πιο άρτια επαγγελματική κατάρτιση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών.

Σ' αυτές τις ασθένειες, ανήκει και η παγκρεατίτιδα (οξεία και χρόνια), η οποία προσβάλλει ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού της γης. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια – της να διαδραματίσει ένα πολύ σημαντικό και δύσκολο ρόλο, τόσο στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου, όσο και στην πρόληψή της.

Κατά την εκτέλεση του καθήκοντός της, η νοσηλεύτρια – τής κρίνεται αναγκαίο να θέτει άμεσους και μακροπρόθεσμους στόχους που θα τη βοηθήσουν στην καλύτερη προσέγγιση του ασθενούς. Στους άμεσους, συμπεριλαμβάνονται: η απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο, ο έλεγχος των εμέτων, η πρόληψη και η αντιμετώπιση του Shock, η μείωση έκκρισης και δράσης των παγκρεατικών ενζύμων, η πρόληψη μολύνσεων και η αντιμετώπιση λοιμώξεων καθώς επίσης η πρόληψη τετανίας και κετοξέωσης. Από τους μακροπρόθεσμους αξιοσημείωτοι είναι η διατήρηση επαρκούς θρέψης του ασθενούς και η πρόληψη υποτροπής της νόσου.

Θέτοντας αυτούς και συνειδητοποιώντας τη σπουδαιότητα του έργου της, η νοσηλεύτρια – τής σε συνεργασία με το γιατρό, θα συμβάλλει αποφασιστικά στη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς, βοηθώντας τον παράλληλα, ν' αποκτήσει και ποιότητα ζωής



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1925 ο Sir Berkeley Mogriban έγραψε ότι «η παγκρεατίτιδα είναι η χειρότερη απ' όλες τις νόσους που σχετίζονται με τα κοιλιακά σπλάχνα. Το αιφνίδιο της έναρξης, η απέραντη αγωνία που τη συνοδεύει και η θνησιμότητα που την ακολουθεί την καθιστούν την πιο φοβερή από τις κοιλιακές παθήσεις».

Αυτή η περιγραφή παραμένει και σήμερα επίκαιρη, αν και αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από ηπιότερες μορφές της νόσου. Ειδική θεραπεία δεν υπάρχει ακόμα, έχει όμως σημειωθεί κάποια πρόοδο στην κατανόηση των αιτιών και της παθογένεσης. Κατά την τελευταία δεκαετία έχουν σημειωθεί πρόοδοι στον τρόπο χειρισμού της πρώιμης φάσης προσβολής χωρίς όμως να επιτευχθεί βελτίωση της επιβίωσης, καθώς πολλοί ασθενείς πεθαίνουν από τις επιπλοκές. Σε πολλούς ασθενείς με βαριά παγκρεατίτιδα, ο αδένας είναι ήδη ανεμπανόρθωτα κατεστραμμένος τη χρονική στιγμή που αρχίζει η θεραπεία. Σημεία που θέλουν προσοχή στους χειρισμούς είναι η σωστή αντιμετώπιση της πρώιμης φάσης της νόσου που μοιάζει με Shock και η πρόληψη, αναγνώριση και θεραπεία των βαριών τοπικών επιπλοκών. Σ' αυτή τη νόσο δεν υπάρχουν περιθώρια για θεραπευτικό μηδενισμό, αφού οι ασθενείς που επιζούν, ακόμη και μετά από μακρά νοσηλεία, επιστρέφουν συνήθως σε καλώς αποδεκτή ποιότητα ζωής<sup>4</sup>.

**ΓΕΝΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

---

### 1.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Η γνώση της εμβρυολογικής ανατομικής του παγκρέατος είναι απαραίτητη προκειμένου να είναι σε θέση κανείς να κατανοήσει μερικές από τις συγγενείς ανωμαλίες οι οποίες μπορεί να έχουν κλινική σημασία.

Η καταβολή του παγκρέατος αρχίζει την 4η εβδομάδα της κύησης από δυο θυλάκους, το ραχιαίο και τον κοιλιακό θύλακο. Ο ραχιαίος θύλακος εντοπίζεται στο άνω και έσω τμήμα της καταβολής του δωδεκαδάκτυλου, ο δε κοιλιακός θύλακος εντοπίζεται στη γωνία της συμβολής των καταβολών του δωδεκαδάκτυλου και του χοληδόχου πόρου. Από το ραχιαίο θύλακο σχηματίζεται η ουρά, το σώμα και το άνω μέρος της κεφαλής του παγκρέατος, ενώ από τον κοιλιακό θύλακο σχηματίζεται το κάτω μέρος της κεφαλής του παγκρέατος. Κατά τη στροφή του δωδεκαδάκτυλου προς τα δεξιά, ο κοιλιακός θύλακος συμπαρασύρεται και ενώνεται με το ραχιαίο και σχηματίζεται έτσι το πάγκρεας σαν ενιαίο όργανο. Η παραμονή του κοιλιακού θυλάκου στην αρχική του θέση, δημιουργεί τη συγγενή ανωμαλία του δακτυλιοειδούς παγκρέατος.

Τα αδένια του παγκρέατος εκβάλλουν σε μικρούς πόρους, οι οποίοι συνενώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν μεγαλύτερους πόρους. Οι πόροι των αδενίων του σώματος και της ουράς του παγκρέατος συνενούμενοι σχηματίζουν τον πόρο του ραχιαίου θυλάκου. Ο πόρος αυτός συνενώνεται με τον πόρο του κοιλιακού θυλάκου και σχηματίζει τον κυρίως παγκρεατικό πόρο ή πόρο του Wirsung. Το τμήμα της κεφαλής του παγκρέατος, που προέρχεται από το ραχιαίο θύλακο, σχηματίζει τον δευτερεύοντα παγκρεατικό πόρο ή πόρο του Santorini <sup>1,2</sup>.

## 1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ

Το πάγκρεας είναι συμπαγές όργανο, το οποίο εντοπίζεται στην άνω κοιλία κατά τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, μπροστά από την σπονδυλική στήλη. Φέρεται δε εγκάρσια από την αγκύλη του δωδεκαδάκτυλου μέχρι την πύλη του σπληνός. Είναι ο δεύτερος μετά το ήπαρ σε μέγεθος αδένας του γαστρεντερικού συστήματος. Το μήκος του κυμαίνεται μεταξύ 12-15cm, ενώ το βάρος του είναι 70-100gr. Μακροσκοπικά έχει ηβώδη εμφάνιση και περιβάλλεται από λεπτή κάψα. Οι ηβώσεις σχηματίζονται από κυψελίδες, που με τη σειρά του σχηματίζονται από ορώδη εκκριτικά κύτταρα. Μεταξύ των κυψελίδων ανευρίσκονται νησίδια κυττάρων που εκκρίνουν ινσουλίνη (νησίδια Langerbans). Για καθαρά περιγραφικούς λόγους χωρίζεται σε κεφαλή, σώμα και ουρά.

Η κεφαλή του παγκρέατος εντοπίζεται μέσα στην αγκύλη του δωδεκαδάκτυλου. Το κάτω τμήμα της εμφανίζει μια προσεκβολή η οποία φέρεται πίσω από τα μεσεντέρια αγγεία και πάνω από την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα, και ονομάζεται αγκιστροειδής απόφυση<sup>2</sup>

Το όριο μεταξύ κεφαλής και σώματος του παγκρέατος ονομάζεται αυχένιας. είναι το λεπτότερο σημείο του οργάνου (διάμετρος 1,5cm) και κείται ακριβώς πάνω από την άνω μεσεντέρια φλέβα και τη συμβολή της με την σπληνική<sup>1</sup>.

Το σώμα του παγκρέατος φέρεται εγκαρσίως και διασταυρώνεται με την σπονδυλική στήλη. Αυτή η ανατομική σχέση έχει σαν αποτέλεσμα ώστε σε σοβαρό τραυματισμό στην άνω κοιλία να επέρχεται σύνθλιψη του οργάνου επί της σπονδυλικής στήλης.

Η ουρά του παγκρέατος φέρεται μέχρι την πύλη του σπληνός. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα σε σπληνεκτομές να προκαλείται συχνά τραυματισμός του οργάνου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία υποδιαφραγματικής συλλογής, ψευδοκύστης ή συριγγίου.

Πίσω από το πάγκρεας πορεύεται η κάτω κοίλη φλέβα, η αορτή με τα άνω μεσεντέρια αγγεία, το αριστερό σκέλος του διαφράγματος, το αριστερό επινεφρίδιο και ο αριστερός νεφρός. Στο άνω χείλος πορεύεται η σπληνική αρτηρία, ενώ

η σπληνική φλέβα πορεύεται πίσω από τον αδένα και δέχεται την κάτω μεσεντέριο φλέβα. Πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος, η σπληνική φλέβα συνενώνεται με την άνω μεσεντέριο φλέβα και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα. Λόγω της στενής ανατομικής σχέσης της πυλαίας φλέβας με την κεφαλή του παγκρέατος, είναι συχνή η διήθησή της από νεοπλάσματα που εντοπίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος. Στις περιπτώσεις αυτές ο όγκος θεωρείται μη εξαιρεσιμος.

Μπροστά από το πάγκρεας βρίσκεται το στομάχι και μεταξύ τους παρεμβάλλεται ο ελάσσων επιπλοϊκός θύλακος<sup>2</sup>.

Η **αιμάτωση** της κεφαλής του παγκρέατος γίνεται από δύο αρτηριακή τόξα, ένα εμπρός και ένα πίσω από αυτήν. Το πρόσθιο τόξο σχηματίζεται από την πρόσθια άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική αρτηρία (κλάδο της γαστροδωδεκαδακτυλικής) και της πρόσθιας κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (κλάδο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας). Το οπίσθιο τόξο σχηματίζεται από τους οπίσθιους κλάδους της άνω και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Το σώμα και η ουρά αιματώνονται από την άνω και κάτω παγκρεατική αρτηρία, κλάδους της σπληνικής αρτηρίας και της αριστερής γαστροεπιπλοϊκής αρτηρίας<sup>2</sup>.

Γενικά, οι φλέβες του παγκρέατος είναι δορυφόροι των αρτηριών του και βρίσκονται σε άμεση επικοινωνία με το στέλεχος της πυλαίας και με την άνω μεσεντέρια και σπληνική φλέβα.

Η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή φλέβα, φερόμενη στο μείζον τόξο του στομάχου, μεταξύ των πετάλων του γαστροκολικού συνδέσμου, υποδέχεται φλεβικούς κλάδους από την περιοχή του πυλωρού και την πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Η φλέβα αυτή, αναστομώνεται με την πρόσθια άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική φλέβα και με τις κολικές φλέβες, για να σχηματίσει πριν από την εκβολή της στην άνω μεσεντέριο φλέβα, το γαστροκολικό φλεβικό στέλεχος.

Η φλεβική αποχέτευση του άνω τμήματος της πρόσθιας επιφάνειας της κεφαλής του Παγκρέατος και της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, καλύπτεται από τις παραπάνω φλέβες. Το κάτω τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας της κεφαλής και το αντίστοιχο τμήμα του δωδεκαδακτύλου, καλύπτονται από την οπίσθια άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική φλέβα που εκβάλλει στην άνω μεσεντέριο φλέβα είτε άμεσα είτε με την παρεμβολή της εκβολής της πρώτης νησιδικής

φλέβας.

Η κάτω παγκρεατική φλέβα καλύπτει το σώμα και την ουρά του οργάνου, αναστομώνεται με την σπληνική φλέβα και εκβάλλει στην άνω μεσεντέριο, συχνά με την παρεμβολή, επίσης της πρώτης νησιδικής φλέβας.

Στο στέλεχος της πυλαίας εκβάλλει και η κεφαλική παγκρεατική φλέβα, που φέρεται στο κάτω χείλος της κεφαλής και στον ισθμό του αδένου. Η φλέβα αυτή είναι ασταθής<sup>3</sup>.

Τα λεμφαγγεία του παγκρέατος παροχετεύονται σε ομάδες λεμφαδένων που βρίσκονται: κατά μήκος του άνω χείλους του οργάνου και τους παρά την έκφυση της κοιλιακής και ηπατικής αρτηρίας, κατά μήκος της παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής σχισμής, και κατά μήκος των άνω μεσεντερικών αγγείων και τους παραορτικούς λεμφαδένες.

Η νεύρωση του παγκρέατος γίνεται δια μέσου του κοιλιακού πλέγματος από ίνες του συμπαθητικού (σπλαχνικά νεύρα) και του παρασυμπαθητικού (οπίσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο)<sup>2</sup>.

Οι φυγόκεντρες ίνες του δεξιού πνευμονογαστρικού φέρονται προς το κοιλιακό πλέγμα και από εκεί σε γάγγλια που βρίσκονται στα μεσολοβιακά διαφράγματα του παγκρέατος. Από αυτά αρχίζουν μεταγαγγλιακές ίνες που νευρώνουν το πυραμοειδή κύτταρα (αδενικά), τα κύτταρα των νησιδίων και των παγκρεατικών πόρων. Οι κεντρομόλες παρασυμπαθητικές ίνες φέρονται αντίστροφα από το πάγκρεας προς το κοιλιακό πλέγμα και από εκεί στο δεξιό πνευμονογαστρικό.

Η συμπαθητική νεύρωση του παγκρέατος προέρχεται από το δεξιό και αριστερό (μείζον) σπλαχνικό νεύρο, οι μεταγαγγλιακές (φυγόκεντρες) ίνες των οποίων προέρχονται από τα ημισεληνοειδή γάγγλια του κοιλιακού πλέγματος και σχηματίζουν τα περιπαγκρεατικά αγγειακά πλέγματα. Οι προγαγγλιακές (κεντρομόλες) συμπαθητικές ίνες που μεταφέρουν αίσθημα του πόνου ακολουθούν και αυτές τον ίδιο δρόμο.

Ιστολογικά το πάγκρεας αποτελείται από πολυάριθμες αδενοκυψέλες οι οποίες συνίστανται από πυραμοειδή επιθηλιακά κύτταρα, τα οποία συγκεντρώνονται σχηματίζοντας ένα κεντρικό αυλό. Η συνάθροιση αρκετών αδενοκυψελών παριστά ένα αδενικό λόβιο, ο δε κεντρικός αυλός κάθε αδενοκυψέλης συνδέεται

με ένα μικρό πόρο, ο οποίος αποχετεύει προς τους μικρούς και μεγάλους μεσολοβιακούς πόρους. Αυτοί σχηματίζουν τους παγκρεατικούς πόρους οι οποίοι αποχετεύουν το παγκρεατικό υγρό στο δωδεκαδάκτυλο<sup>1</sup>.

Ο κύριος παγκρεατικός πόρος ή πόρος του Wirsung πορεύεται κατά μήκος του παγκρέατος και εκβάλλει στο δωδεκαδάκτυλο. Συνήθως ένα εκατοστό πριν την είσοδό του στο δωδεκαδάκτυλο, συνενώνεται με το χοληδόχο πόρο και εμφανίζουν μαζί μικρή διεύρυνση (τη λήκυθο) πριν καταλήξουν στο φύμα του Vater. Σπανιότερα οι δυο πόροι καταλήγουν στο δωδεκαδάκτυλο ξεχωριστά. Η πορεία των πόρων κατά την είσοδό τους στο τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου είναι λοξή και το συνολικό μήκος κυμαίνεται από 0,5-3cm. Στο τμήμα αυτό αναπτύσσονται σφιγκτήρες από τις μυϊκές ίνες του τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου, το σύνολο των οποίων αποτελεί το σφιγκτήρα του Oddi.

Ο επικουρικός παγκρεατικός πόρος του Santorini φέρεται μπροστά από τον κύριο παγκρεατικό πόρο με τον οποίο επικοινωνεί και στη συνέχεια εκβάλλει στο δωδεκαδάκτυλο υψηλότερα από το πόρο του Wirsung. Σπάνια ο πόρος του Santorini μπορεί να είναι ο κύριος πόρος ή ακόμα και ο μοναδικός<sup>2</sup>.

Ο κατώτερος πόρος της κεφαλής παροχετεύει το μεγαλύτερο μέρος της κεφαλής του αδένος και το μικρό πάγκρεας του Winslow. Στην πραγματικότητα, είναι κλάδος του Wirsung, που απαντά τόσο περισσότερο συχνά όσο ο κύριος παγκρεατικός πόρος πορεύεται σε υψηλότερο επίπεδο από τη μέση γραμμή του αδένος. Ο πόρος αυτός κατά τον Lataste εκβάλλει στο δωδεκαδάκτυλο και επικοινωνεί παράλληλα με τον πόρο του Wirsung.

Διάσπαρτα ανάμεσα στις αδενοκυψέλες βρίσκονται μικρές ομάδες ενδοκρινικών κυττάρων που καλούνται νησίδια του Langerhans και εντοπίζονται κυρίως στο σώμα και την ουρά του παγκρέατος. Τα νησίδια αυτά σύγκεινται από διάφορους τύπους ενδοκρινικών ή νευροενδοκρινικών κυττάρων από τους οποίους οι γνωστότεροι είναι τα α-κύτταρα που παράγουν γλουκαγόνο, τα β-κύτταρα, που παράγουν ινσουλίνη και τα δ-κύτταρα, που παράγουν σωματοστατίνη<sup>3,1</sup>.

### 1.3 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η σύσταση του παγκρέατος από δυο ομάδες κυττάρων, τα επιθηλιακά (κυψελόκεντρα ή πυραμοειδή) και τα νευροενδοκρινικά, ορίζει και τη μικτή εξωκρινή και ενδοκρινή λειτουργία του οργάνου.

#### Εξωκρινής λειτουργία,

Η εξωκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελεί το 85% της παγκρεατικής μάζας, που συνθέτει, αποθηκεύει και εκκρίνει παγκρεατικά ένζυμα, διττανθρακικό νάτριο και ηλεκτρολύτες στο δωδεκαδάκτυλο. Η λειτουργία του συνίσταται αφενός στην πέψη των τροφών και αφετέρου στην εξουδετέρωση της οξύτητας του γαστρικού υγρού. Το παγκρεατικό υγρό είναι διαυγές, έχει αλκαλική αντίδραση (pH: 7,0-8,3) και παράγεται σε ποσότητα 1-2 λίτρων ημερησίως. Η συγκέντρωση των κατιόντων  $\text{Na}^+$  και  $\text{K}^+$  είναι περίπου ίδια με αυτή του πλάσματος. Όσον αφορά τα ανιόντα, τα  $\text{HCO}_3^-$  είναι αυξημένα σε συγκέντρωση, ενώ τα  $\text{Cl}^-$  είναι μειωμένα. Τα παγκρεατικά ένζυμα συντίθεται και αποθηκεύονται σαν ζυμογόνα κοκκία στα κυψελιδικά κύτταρα του Παγκρέατος. Περιλαμβάνουν πρωτεολυτικά, λιπολυτικά αμυλολυτικά ένζυμα. Τα πρωτεολυτικά ένζυμα (θρυψίνη, χυμοθρυψίνη, καρβοξυπεπτιδάση, ελαστάση) εκκρίνονται ως ανενεργά πρόενζυμα, τα οποία ενεργοποιούνται στον εντερικό ευλό από το δωδεκαδάκτυλο ένζυμο εντεροκινάση. Η λιπάση και η αμυλάση αποθηκεύονται και εκκρίνονται με την ενεργό μορφή τους. Από τα υπόλοιπα ένζυμα που εκκρίνονται από το πάγκρεας, σημαντικότερο είναι η φωσφολιπάση A, η οποία εκκρίνεται σαν αδρανές προένζυμο στο δωδεκαδάκτυλο δωδεκαδάκτυλο και ενεργοποιείται από τη θρυψίνη. Η φωσφολιπάση A καταλύει τη μετατροπή της λεκιθίνης της χολής σε λυσολεκιθίνη, η οποία μπορεί να προκαλεί βλάβη στη κυτταρική μεμβράνη. Όταν η ενεργοποίηση της φωσφολιπάσης γίνει μέσα στους παγκρεατικούς πόρους, μπορεί να έχει σα συνέπεια το σχηματισμό λυσολεκιθίνης από τυχόν παλινδρομούσα χολή προς τον παγκρεατικό πόρο. Η διαδικασία αυτή μπορεί να προκαλέσει διάσπαση του παγκρεατικού ιστού και νέκρωση του περιβάλλοντος λίπους (οξεία παγκρεατίτιδα)<sup>1,2</sup>

Φυσιολογικά η προστασία της αυτοπεψίας του παγκρέατος βασίζεται



στους εξής παράγοντες:

- α) Τα πρωτεολυτικά ένζυμα, τα οποία μπορούν να έχουν βλαπτική δράση στην κυτταρική μεμβράνη, συντίθεται με την ανενεργό μορφή, ενώ τα ένζυμα που εκκρίνονται σε ενεργό μορφή (αμυλάση και λιπάση) δεν προσβάλλουν την κυτταρική μεμβράνη.
- β) Τα ένζυμα συγκεντρώνονται σε διαχωριστικά διαμερίσματα μέσα στο κυτταρόπλασμα, που περικλείονται από μεμβράνες.
- γ) Το πάγκρεας περιέχει ενδοκυττάριο αναστολέα της θρυψίνης.
- δ) το ενεργοποιητικό ένζυμο εντεροκινάση είναι ανατομικά ανεξάρτητο από το πάγκρεας.

Οι φάσεις διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης είναι τρεις:

Η κεφαλική φάση περιλαμβάνει το 10% της παγκρεατικής έκκρισης και οφείλεται σε διέγερση των πνευμονογαστρικών από τη θέα, την οσμή και τη λήψη τροφής. Το εκκρινόμενο στη φάση αυτή παγκρεατικό υγρό προέρχεται από τα κυβοειδή κύτταρα του αδένου και είναι παχύρρευστο, μικρής ποσότητας και πλούσιο σε ένζυμα. Η κεφαλική φάση αναστέλλεται με τη χορήγηση παρασυμπαθητικολυτικών (ατροπίνη-προπανθίνη)<sup>2,3</sup>.

Η γαστρική φάση περιλαμβάνει το 25-50% της παγκρεατικής έκκρισης και διεγείρεται από τη δράση του γαστρικού τοιχώματος και τη γαστρίνη.

Η εντερική φάση της παγκρεατικής έκκρισης είναι κατά ποσοτική αναλογία η πλέον σημαντική (50-100%) και οφείλεται στην έκκριση σεκρετίνης και χολοκυστοκινίνης. Η σεκρετίνη προκαλεί άφθονη έκκριση λίαν αλκαλικού παγκρεατικού υγρού, πλούσιου σε διττανθρακικά και πτωχού σε ένζυμα. Αντίθετα η χολοκυστοκινίνη προκαλεί άφθονη έκκριση παγκρεατικού υγρού πλούσιου σε ένζυμα και πτωχού σε διττανθρακικά<sup>1</sup>.

### **Ενδοκρινής λειτουργία,**

Η ενδοκρινική λειτουργία του παγκρέατος είναι σύνθετη και για πολλούς ακόμη αδιευκρίνιστη λόγω της παραγωγής πολλών ορμονικών και παρακρινικών ουσιών. Οι κύριες όμως δράσεις της είναι η αποθήκευση των θρεπτικών ουσιών με την έκκριση της αναβολικής ορμόνης, ινσουλίνη και η κινητοποίησή τους

κατά την περίοδο της νηστείας, του stress κ.τ.λ με την έκκριση της καταβολικής ορμόνης, γλουκαγόνο.

Τα ενδοκρινικά νησιδία του παγκρέατος αποτελούνται από τέσσερις (4) διαφορετικούς τύπους κυττάρων. Τα α κύτταρα εκκρίνουν γλουκαγόνη, τα β κύτταρα ινσουλίνη και τα δ κύτταρα σωματοστατίνη και τα κύτταρα F παγκρεατικό πολυπεπτίδιο<sup>1,2</sup>.

Τα α κύτταρα των νησιδίων του Langerhans καλύπτουν το 20-25% της μάζας τους και εκκρίνουν το παγκρεατικό γλουκαγόνο και το γαστρεντερικό αγγειοδραστικό πολυπεπτίδιο (VIP). Τα ερεθίσματα για την έκκρισή τους είναι πολλά. Έτσι εκτός από την πτώση του επιπέδου της γλυκόζης του αίματος (υπογλυκαιμία), τα α κύτταρα διεγείρονται για την έκκριση γλουκαγόνου, από διάφορα αμινοξέα, από γαστρεντερικές ορμόνες, από την αυξητική ορμόνη και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Το γλουκαγόνο δρα εναντίον της υπογλυκαιμίας με πολλούς τρόπους:

- Διεγείρει τη γλυκογονόλυση στο ήπαρ συνδεδεμένο με ειδικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των ηπατοκυττάρων οπότε ενεργοποιεί τον κύκλο αδενυλοκυκλάσης – c – AMP.
- Αναστέλλει τη γλυκόλυση επιτείνοντας τη φωσφορυλίωση μέσω c – AMP και αναστέλλοντας την πυρουβική κινάση.
- Διεγείρει τη γλυκονεογένεση αυξάνοντας την ποσότητα γλυκόζης που εισέρχεται στο γλυκονεογενετικό κύκλο.

Τα β κύτταρα αποτελούν το 75-80% της μάζας των νησιδίων που παράγουν την ινσουλίνη. Πιο αναλυτικά, με τη διεργασία της πρωτεϊνοσύνθεσης, παράγονται αρχικά δυο πρόδρομες μορφές, η προ-προϊνσουλίνη και η προϊνσουλίνη, από τις οποίες προέρχονται τελικά η ινσουλίνη και το σύνθετο πεπτίδιο (με άγνωστη βιολογική δράση). Τα προϊόντα αυτά αποθηκεύονται ως εκκριτικά κοκκία στα κύτταρα. Υπολογίζεται ότι στο πάγκρεας του φυσιολογικού ενήλικα βρίσκονται αποθηκευμένες περίπου 200 διεθνής μονάδες (i.κ) ινσουλίνης, ενώ η ημερήσια έκκριση δεν υπερβαίνει τις 35-50 i.κ. Τα ερεθίσματα για την έκκριση της ινσουλίνης προέρχονται από την γλυκόζη, τα αμινοξέα, τα λίπη και από τις ορμό-

νες του γαστρεντερικού, γλυκαγόνη, χολοκυστοκίνη, γαστρίνη, G.I.P, που ενισχύουν τη διεγερτική δράση της γλυκόζης. Ως ανασταλτικά ερεθίσματα στην έκκριση συμβάλουν η σωματοστατίνη, αλλά και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Το τελευταίο, συντελεί άλλοτε ανασταλτικά (διέγερση α-αδρενεργικών υποδοχέων) και άλλοτε διεγερτικά (β-αδρενεργικοί υποδοχείς).

Η ινσουλίνη δρα ανασταλτικά στην έκκριση του γλυκαγόνου. Είναι γνωστή η αλληλεπίδραση των προϊόντων έκκρισης και μεταβολισμού των α και β κυττάρων των νησιδίων, όπως άλλωστε και των δ κυττάρων (παρακρινική λειτουργία), που, όπως υποστηρίζεται, αντιδρούν στους ίδιους παράγοντες ως «ρυθμιστική μονάδα α-β».

Τα δ κύτταρα αποτελούν το 3-5% της μάζας των νησιδίων που παράγουν τη σωματοστατίνη. Στα δ κύτταρα συμπεριλαμβάνονται και τα κύτταρα G, απ' όπου παράγεται η παγκρεατική γαστρίνη.

Τέλος, τα F ή X ή P.P. κύτταρα που είναι λιγότερο από 2% της μάζας των νησιδίων, παράγουν το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (P.P)<sup>1,3</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

#### Ταξινόμηση

Η παγκρεατίτιδα είναι φλεγμονώδης επεξεργασία του παγκρέατος, η οποία οφείλεται στην ενεργοποίηση, διάμεση απελευθέρωση και αυτοπεψία του οργάνου από τα δικά του ένζυμα. Αν και έχουν συσσωρευτεί αρκετές γνώσεις για την παθοφυσιολογία του οργάνου, εντούτοις ο ακριβής μηχανισμός της αυτοπεψίας παραμένει ακόμη και σήμερα σκοτεινός.

Ανάλογα με την κλινική συμπτωματολογία της νόσου, διακρίνουμε 4 κλινικές μορφές που έχουν σχέση με την πρόγνωση:

1. Η οξεία παγκρεατίτιδα που εμφανίζεται για πρώτη φορά σε ασυμπτωματικούς αρρώστους με δυνατό πόνο στο επιγάστριο και αύξηση της αμυλάσης του ορού, η οποία υποχωρεί πλήρως μετά από θεραπεία.
2. Η χρόνια παγκρεατίτιδα, η οποία εκδηλώνεται με χρόνιο πόνο που δεν υποχωρεί, εμφανίζει ασβεστώσεις του οργάνου και συχνά συνοδεύεται από σύνδρομο δυσαπορρόφησης (στεατόρροια) και ενδοκρινική ανεπάρκεια του παγκρέατος ( σακχαρώδης διαβήτης).
3. Η οξεία υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα, η οποία εμφανίζεται με τη μορφή επανειλημμένων κρίσεων οξείας παγκρεατίτιδας με ελεύθερα μεσοδιαστήματα. Εδώ κατατάσσεται η παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε χοληδοχολιθίαση .
4. Η χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από εργαστηριακές τιμές που δεν επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Εδώ κατατάσσεται η παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε χρόνια κατάχρηση αλκοόλης<sup>2</sup>.

## 2.2 ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

### Ορισμός:

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι η κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εισβολή κοιλιακού πόνου και αύξηση του επιπέδου και της δράσης των παγκρεατικών ενζύμων στο αίμα ή τα ούρα. Μορφολογικά χαρακτηρίζεται από διάσπαρτες περιοχές στεατονεκρώσεων και παγκρεατικό οίδημα, σε βαριές δε μορφές μπορεί να υπάρχει παρεγχυματική και περιπαγκρεατική νέκρωση, καθώς και αιμορραγίες<sup>1</sup>.

## 2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η υψηλότερη συνολική συχνότητα της οξείας παγκρεατίτιδας στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ελλάδα οφείλεται ίσως στο υψηλότερο ποσοστό παγκρεατίτιδας αλκοολικής αιτιολογίας, που προστίθεται σ' αυτές που προέρχονται από άλλα αίτια όπως π.χ την οφειλόμενη σε χολόλιθους. Στατιστικές που δημοσιεύτηκαν από την κρατική στατιστική υπηρεσία δείχνουν ότι η νόσος είναι συχνότερη στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Η κατανομή ως προς το φύλο εξαρτάται από την αιτιολογία. Στο Bristol και το Leeds όπου πάνω από τις μισές προσβολές συνδέονται με χολολιθίαση, η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες είναι 1,5:1 και 1,3:1 αντιστοίχως. Αν και η αλκοολικής αιτιολογίας παγκρεατίτιδα είναι πιθανώς συχνότερη στην Ελλάδα από την Αγγλία, 60% των οξέων επεισοδίων είναι λιθιασικής αιτιολογίας με κατανομή φύλου 1,3:1. Αντιθέτως σε μελέτη από τη Νέα Υόρκη 74% των επεισοδίων συνδέονταν με την αιθανόλη και μόνο 21% ήταν γυναίκες. Το αποτέλεσμα του οιοπνεύματος ως προς την κατανομή του φύλου φαίνεται σε μια μακρόχρονη μελέτη από το Gothenberg : μεταξύ των ετών 1956 και 1960 το 68% των οξέων επεισοδίων συνδέθηκαν με χολολιθίαση και 47% των ασθενών ήταν γυναίκες. Έκτοτε έως το 1974 66% των επεισοδίων οξείας παγκρεατίτιδας συνδέθηκαν με αλκοολισμό και μόνο το 23% αφορούσε γυναίκες.

Η αιτιολογία επηρεάζει επίσης την κατανομή ως προς την ηλικία. Η μεγαλύτερη συχνότητα της αλκοολικής παγκρεατίτιδας απαντάται στην Πέμπτη δεκαετία της ζωής. παρόμοιες τάσεις έχουν καταγραφεί στη Βόρεια Αμερική όπου παρατηρήθηκε ότι η ηλικία με τη μεγαλύτερη συχνότητα οξείας παγκρεατίτιδας ήταν στη Νέα Υόρκη τα 44 έτη και στην Ελλάδα τα 38 έτη. Σε μια πολυκεντρική μελέτη από το Ηνωμένο Βασίλειο 57% των ασθενών ήταν άνω των 60 ετών. Σε ανασκοπήσεις που αφορούν στη θνησιμότητα της οξείας παγκρεατίτιδας ποικίλης αιτιολογίας, θεωρείται σημαντικό να ληφθεί υπόψη η επίδραση της ηλικίας. Έτσι, η θνησιμότητα από χολολιθιασικής αιτιολογίας παγκρεατίτιδα εμφανίζεται υψηλότερη αν οι ασθενείς είναι μεγάλης ηλικίας<sup>4</sup>.

## 2.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας χαρακτηρίζονται από: α) την πρωτεολυτική καταστροφή του παγκρεατικού παρεγχύματος, β) τη νέκρωση του τοιχώματος των αγγείων και την αιμορραγική διαπτόση του οργάνου, και γ) τη φλεγμονώδη αντίδραση. η έκταση και ο βαθμός των αλλοιώσεων αυτών εξαρτάται από τη διάρκεια και τη βαρύτητα του επεισοδίου.

Στα αρχικά στάδια παρατηρείται οίδημα του διαμέσου ιστού, διάταση των λεμφαγγείων και συμφορητική διάγνωση του αδένου (οξεία οιδηματώδης παγκρεατίτιδα). Το πάγκρεας έχει χρώμα ωχρο και κατά την ψηλάφηση είναι υπόσκληρο. Στην επιφάνειά του ανευρίσκονται οι χαρακτηριστικές κιτρινόλευκες πλάκες της στεατονέκρωσης.

Με την νέκρωση των αγγείων παρατηρείται αιμορραγική διαπτόση του αδένου (αιμορραγική παγκρεατίτιδα). Τα παγκρεατικά ένζυμα μπορεί να διαβρώσουν τα μεγάλα αγγεία που περιβάλλουν το πάγκρεας, με συνέπεια την πρόκληση εκτεταμένων αιμορραγιών στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ή την περιτοναϊκή κοιλότητα. Ακολουθούν οι εστιακές νεκρώσεις της ενδοκρινούς και εξωκρινούς μοίρας του οργάνου. Ενίστε οι εστιακές αυτές νεκρώσεις συρρέουν, καταλαμβάνοντας μεγάλα τμήματα του αδένου (νεκρωτική παγκρεατίτιδα). Η διαδοχή νεκρώσεων και φλεγμονής δίνει την εικόνα του παγκρεατικού φλέγμονος.

Η ρευστοποίηση των νεκρωμένων ιστών οδηγεί στην ανάπτυξη των ενδοπαγκρεατικών ψευδοκύστεων, που όταν επιμολυνθούν (συνήθως από αναερόβια μικρόβια) σχηματίζουν παγκρεατικά αποστήματα. Όταν η φλεγμονή του οργάνου επεκταθεί προς την περιτοναϊκή κοιλότητα αναπτύσσεται ο παγκρεατικός φλεγμονώδης ασκίτη.

## 2.5 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Παρά τις επιμέρους ανεπαρκείς θεωρίες θεωρείται σήμερα ευρέως αποδεκτό ότι πρόκειται για αυτοπεψία του οργάνου μέσω ενεργοποίησης των παγκρεατικών ενζύμων. Η άποψη της αγγειακής ανεπάρκειας, λεμφικής συμφόρησης και ενεργοποίησης του συστήματος καλλικρεΐνης- κινίνων έχουν προταθεί επίσης. Εντούτοις ο μηχανισμός της ενεργοποίησης των ενζύμων δεν είναι πλήρως γνωστός δεδομένου ότι τα πεπτικά αυτά ένζυμα πρέπει να βρίσκονται μέσα στους εκφορητικούς πόρους υπό μορφή αδρανών προενζύμων ή ζυμογόνων.

Η απόφραξη του παγκρεατικού πόρου και η αύξηση της πίεσης μέσα στους εκφορητικούς πόρους αποτελούν στοιχεία που πιθανότατα ακολουθούν τη δίοδο χολολίθων. Εντούτοις, ούτε η θεωρία της απόφραξης – υπερέκκρισης, ούτε η θεωρία της κοινής εκβολής δικαιολογούν την ενεργοποίηση των ενζύμων, παρά μόνο αν συνυπάρχει ανάρροια δωδεκαδακτυλικού υγρού που περιέχει θρυψίνη και χολικά άλατα, κάτι όμως που δεν έχει διαπιστωθεί στους ανθρώπους. Πιθανότατα η συνύπαρξη διαταραχής του επιθηλιακού φραγμού των πόρων να ευθύνεται για την τοξική επίδραση διαφόρων βλαπτικών παραγόντων, όπως το αλκοόλ, τα χολικά άλατα και το ασβέστιο.

Σε πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε η σύζευξη υδρολασών των λυσοσωματίων και ζυμογόνων κοκκίων των πεπτικών ενζύμων μέσα στα ίδια τα πυραμοειδή κύτταρα σε καταστάσεις που ακολουθούνται από παγκρεατίτιδα. Η σύζευξη αυτή πιθανότατα οδηγεί σε ενδοκυττάρια ενεργοποίηση των ενζύμων, ένα σημαντικό γεγονός στα αρχικά στάδια της παγκρεατίτιδας. Όποιος όμως και να είναι ο πρωταρχικός παθογενετικός μηχανισμός, το τελικό αποτέλεσμα είναι η ενεργοποίηση αρχικά της θρυψίνης υπό την επίδραση της δωδεκαδακτυλικής εντεροκινάσης ή των λυσοσωματικών υδρολασών. Η θρυψίνη ενεργοποιεί όλες τις άλλες πρόδρομες μορφές των παγκρεατικών ενζύμων, ιδίως δε τη φωσφολιπάση (ιδίως επί παρουσίας χολικών αλάτων) προσβάλλει τα ελεύθερα φωσφολιπίδια και τα φωσφολιπίδια των κυτταρικών μεμβρανών με αποτέλεσμα τη δημιουργία ιδιαίτερα τοξικών λυσο-παραγώγων, όπως η λυσολεκιθίνη, τα οποία ευθύνονται για τις νεκρωτικές μορφές της νόσου. Η αιμορραγική μορφή αποδίδεται στην ενεργο-



ποίηση της προελαστώσεως προς ελαστώση η οποία καταστρέφει τα τοιχώματα των αγγείων. Τέλος, εξαγγειούμενα τοπικά λόγω της αιμορραγίας χολικά άλατα ενεργοποιούν την παγκρεατική λιπάση η οποία προκαλεί τη νέκρωση του λίπους δίνοντας τις χαρακτηριστικές στεατονεκρώσεις. Από όλα τα παγκρεατικά ένζυμα φαίνεται ότι μόνο η αμυλάση δεν εμπλέκεται στη διαδικασία αυτή της αυτοπεχίας του οργάνου<sup>1</sup>.

## 2.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Είναι ευτύχημα που σε ένα μεγάλο ποσοστό περιπτώσεων (70-80%) η οξεία παγκρεατίτιδα ελέγχεται μόνη της, από άγνωστους ενδογενείς μηχανισμούς, που επεμβαίνουν, περιορίζουν και υποστρέφουν αυτόματα την πάθηση. Η θεραπευτική υποστήριξη σ' αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται πως διαδραματίζει ρόλο συμπληρωματικά. Ένα άλλο ποσοστό (20-35%) θα εκδηλώσει τις βαρύτερες μορφές της πάθησης, και είναι αυτές που δίνουν και τις επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας. Η πορεία των καταστάσεων αυτών σχετίζονται με τις νεκρωτικές βλάβες που δημιουργούνται στον αδένα αλλά και στους γειτονικούς ιστούς και όργανα και με τη συντηρητική ή και εγχειρητική τακτική που εφαρμόζεται.

Για την χειρουργική αντιμετώπιση, η εκλογή, σε κάθε περίπτωση, του ιδανικού χρόνου, όπως και η επιθετικότητα, είναι Παράγοντες που η εκτίμησή τους δεν πρέπει να μας διαφεύγει.

Περιορισμένες επεμβάσεις, στην κατάλληλη χρονική περίοδο, παρουσιάζουν θνησιμότητα 12-23%. Ριζικές επεμβάσεις επιχειρούμενες νωρίς, έχουν μια θνησιμότητα που κυμαίνεται από 34 έως και 60%<sup>3</sup>.

Στο 90% των περιπτώσεων ενοχοποιούνται η χολολιθίαση, η κατάχρηση οινόπνεύματος ή είναι άγνωστης αιτιολογίας (ιδιοπαθής οξεία παγκρεατίτιδα).

Η χολολιθίαση είναι η πιο συχνή πάθηση και σχετίζεται με την οξεία παγκρεατίτιδα. Στη χώρα μας, το 90% των οξείων παγκρεατίτιδων συνυπάρχει με χολολιθίαση ενώ το 5% των ασθενών με χολολιθίαση φαίνεται, σύμφωνα με την ίδια στατιστική, να εμφανίζουν κάποια μορφή οξείας παγκρεατίτιδας. Στα 95% των περιπτώσεων, αποκαλύπτεται η παρουσία χολολίθων στα κόπρωνα των πάσχοντων. Το αντίστοιχο ποσοστό στους πάσχοντες από συμπτωματική χολολιθίαση είναι μόνο 15%. Φαίνεται λοιπόν πιθανό, ότι κατά τη δίοδο των χολολίθων προς το δωδεκαδάκτυλο είτε αποφράσσεται μηχανικά η κοινή εκβολή του φύματος και του παγκρεατικού πόρου στο ύψος του φύματος του Vater από την ενσφήνωση του χολολίθου, είτε προκαλείται σπασμός του σφικτήρα του Oddi. Η χολή που παράγεται στο ήπαρ φέρεται προς τον παγκρεατικό πόρο και ενεργοποιεί τα πρωτεολυτικά ένζυμα του παγκρεατικού υγρού.

Το πάγκρεας παρά την απόφραξη του πόρου του Wirsung, εξακολουθεί να παράγει παγκρεατικό υγρό. Οι ενδοαυλικές πιέσεις του εκφορητικού συστήματος του οργάνου αυξάνονται, με συνέπεια τη ρήξη των μικρών εκφορητικών πόρων, λόγω του λεπτότερου τοιχώματός τους και την έξοδο του «ενεργοποιημένου» παγκρεατικού υγρού προς το διάμεσο ιστό, με συνέπεια τη φλεγμονή του οργάνου<sup>3,5</sup>.

Η χολολιθιασικής αιτιολογίας οξεία παγκρεατίτιδα συνοδεύεται από θνησιμότητα 10-20%, για την πρώτη προσβολή. Όταν αφαιρεθούν οι χολόλιθοι σπάνια υποτροπιάζει, και η νέα προσβολή συνοδεύεται από εξαιρετικά χαμηλή θνητότητα. Αν δεν αφαιρεθούν οι χολόλιθοι το ποσοστό υποτροπής ανέρχεται στα 50% των περιπτώσεων. Μετά το τέλος του επεισοδίου και κάθε υποτροπής, το πάγκρεας αποκτά τη φυσιολογική του αρχιτεκτονική δομή. Κατά την επούλωση του παγκρέατος μετά το τέλος το τέλος του επεισοδίου ή μετά από την τυχόν ανάπτυξη ψευδοκύστης, είναι δυνατό λόγω της χρόνιας πίεσης ή ρίκνωσης του παγκρεατικού πόρου να αναπτυχθεί χρόνια παγκρεατίτιδα κεντρικά της απόφραξης.

Η κατάχρηση οινόπνεύματος αποτελεί συχνή αιτία οξείας παγκρεατίτιδας (15% του συνόλου). Συνοδεύεται από χαμηλή θνητότητα (<5%) αλλά υπο-

τροπιάζει συχνά. Η οξεία παγκρεατίτιδα από κατάχρηση οινοπνεύματος δε μεταπίπτει σε χρόνια. Αποδίδεται σε μεταβολικές διαταραχές των κυττάρων των αδενοκυψελών (συγκέντρωση σταγονιδίων λίπους, υπερτροφία και υπερπλασία του ενδοπλασματικού δικτύου και παραμόρφωση της αρχιτεκτονικής των μιτοχονδρίων). Αποδείχθηκε πρόσφατα, ότι με τη λήψη οινοπνεύματος αυξάνονται τα επίπεδα της εντεροκινάσης τα οποία περνούν από την πυλαία στη χολή που εκκρίνεται από το ήπαρ, λόγω αδυναμίας των ηπατοκυττάρων να τη μεταβολίσουν, με συνέπεια την ενεργοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων στον αδένα. Η οξεία αλκοολική παγκρεατίτιδα θεωρείται ότι είναι η βαρύτερη μορφή της νόσου με την υψηλότερη θνησιμότητα. Μερικοί ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα εμφανίζουν υπερλιπιδαιμία οφειλόμενη στη συσσώρευση ελεύθερων λιπαρών οξέων, τα οποία έχουν τοξική δράση επί του παγκρέατος με την παρεμβολή ελεύθερων ριζών οξυγόνου<sup>5,4</sup>.

Στην **ιδιοπαθή οξεία παγκρεατίτιδα** αποδίδονται σήμερα τα 30% των περιπτώσεων της νόσου. Το ποσοστό αυτό περιορίζεται όσο αυξάνει η διαγνωστική ακρίβεια των διαγνωστικών μεθόδων.

Η **μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα** (0,7-2% του συνόλου) αναπτύσσεται συνήθως μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας και αποδίδεται στον άμεσο τραυματισμό ή στη διαταραχή της αιμάτωσης του οργάνου. Συνοδεύεται από μεγάλη θνητότητα (25-42%). Η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα που αναπτύσσεται μετά από επεμβάσεις ανοικτής καρδιάς (5-10%) αποδίδεται στη σχετική ισχαιμία του οργάνου κατά τη διάρκεια της εξωσωματικής κυκλοφορίας και συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα (36%).

Γενικά, η αιτιολογία της οξείας παγκρεατίτιδας μετά από επεμβάσεις σε όργανα μακριά από το πάγκρεας είναι άγνωστη. Αποδίδεται σε αλλεργικούς ή αυτοανασολογικούς μηχανισμούς, ή ακόμα και σε μεταβολή των φυσικοχημικών ιδιοτήτων του παγκρεατικού υγρού (αύξηση της γλοιότητας, τροποποίηση των βλεννοπρωτεϊνών κ.λ.π).

Η **μικροβιακή οξεία παγκρεατίτιδα** είναι σχεδόν πάντοτε ήπιας μορφής, και οφείλεται στην προσβολή του αδένα, είτε άμεσα, από τον παθογόνο μικροοργανισμό, είτε έμμεσα, από τις τοξίνες του.

Η μεταβολικής αιτιολογίας οξεία παγκρεατίτιδα αποδίδεται σε διαταραχή των ηλεκτρολυτών ή του μεταβολισμού των λιπών ή των πρωτεϊνών, ή στην καθίζηση συμπλόκων ενώσεων του σιδήρου (αιμοχρωμάτωση) ή πρωτεϊνών (υπερασβεστιαμία) που αποφράσσουν τους εκφορητικούς πόρους του αδένα.

Η αγγειακής και αλλεργικής αιτιολογίας παγκρεατίτιδα αποδίδεται σε βλάβη των αγγείων του αδένα.

Η παγκρεατική εγκεφαλοπάθεια, που παρατηρείται στην οξεία παγκρεατίτιδα και προκαλείται από την εστιακή απομυελίνωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, πιθανών να οφείλεται στην επίδραση της ενεργοποιημένης λιπάσης στο νευρικό ιστό.

Η υπεργλυκαιμία που παρατηρείται, αποδίδεται στην υπερέκκριση της γλυκαγόνης και όχι σε ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης. Είναι πρόσκαιρη, και η γλυκαιμία επανέρχεται στα φυσιολογικά όρια μετά την πτώση των επιπέδων της γλυκαγόνης.

Η υπασβεστιαμία, που πρακτικά ουδέποτε προκαλεί ατονία ή διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, παλαιότερα αποδιδόταν στην κατακρήμνιση  $Ca^{++}$  λόγω της σαπωνοποίησης των λιπών, κατά τη νέκρωση του λιπώδους ιστού. Το ποσό του  $Ca^{++}$  που εγκλωβίζεται με αυτό το μηχανισμό είναι πρακτικά ασήμαντο (1-2 gr , δηλαδή το 1% του συνολικού ποσού  $Ca^{++}$  του οργανισμού). Η πτώση αυτή της τιμής του  $Ca^{++}$  δε σχετίζεται με αυξημένη δραστηριότητα της καλσιτονίνης, αλλά αποδίδεται σε πολλούς παράγοντες όπως:

- τη μείωση των επιπέδων της λευκωματίνης του ορού,
- τη δυσλειτουργία ή τη μειωμένη έκκριση της παραθορμόνης, και
- την πτώση των επιπέδων του  $Mg^{++}$  του αίματος<sup>5</sup>.

## 2.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα συνήθως έχει ήπια εξέλιξη, αλλά σε ένα ποσοστό 10-30% εμφανίζονται σοβαρές συστηματικές ή ανατομικές επιπλοκές ενώ η θνητότητα κυμαίνεται στο 10%. Συνήθως προσβάλλονται ασθενείς μέσης ηλικίας, παχύσαρκοι και κυρίως γυναίκες.

Η οξεία παγκρεατίτιδα αρχίζει με τα κλινικά σημεία της τοπικής φλεγμονής του οργάνου αλλά και με γενικευμένες εκδηλώσεις από άλλα συστήματα του οργανισμού, που εμφανίζονται σχεδόν ταυτόχρονα με την κρίση.

Ο κοιλιακός πόνος, η ναυτία και οι έμετοι, ο μετεωρισμός της κοιλίας, ο σχετικά χαμηλός πυρετός και το shock είναι τα κύρια κλινικά σημεία της πάθησης.

Ο κοιλιακός πόνος συνοδεύει την οξεία παγκρεατίτιδα σ' ένα ποσοστό γύρω στο 97% των περιπτώσεων. Είναι αιφνίδιος και σε ό,τι αφορά στην αλκοολικής αιτίας οξεία παγκρεατίτιδα, αφόρητος και στη μεγαλύτερή του ένταση ήδη από την έναρξή του.

Σπάνια, μπορεί να εμφανίζεται σταδιακά και πιο σπάνια ακόμη, σε δυο χρόνους, με μεσοδιάστημα ήρεμο μερικών ωρών. Ο πόνος αυτός ξεκινά από το επιγάστριο και την περιομφαλική χώρα, αντανακλώμενος γρήγορα προς τα υποχόνδρια (κύρια αριστερά), τους ώμους (επίσης αριστερά), το θώρακα, τη ράχη και την οσφύ. Οφείλεται στη διάσταση της παγκρεατικής κάψας, στη σύσπαση ή και την απόφραξη των πόρων (παγκρεατικού αλλά και χοληδόχου), στη χημική περιτονίτιδα που ακολουθεί αμέσως μετά την κρίση (που είναι δυνατό να περιπλέξει τη διάγνωση προσανατολίζοντάς την προς όποια άλλη αιτία οξείας χειρουργικής κοιλίας) και στα εξαγγειούμενα στοιχεία προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Ο πόνος συνοδεύεται από ναυτία, εμέτους, διάταση του επιγαστρίου, πυρετό μέχρι και 38,5°C. Η σύσπαση όμως των κοιλιακών τοιχωμάτων δεν είναι τυπικά περιτοναϊκή, ενώ ο περισταλτισμός του εντέρου μειώνεται ή και εξαφανίζεται (παραλυτικός ειλεός, απουσία εντερικών ήχων). Η γενικευμένη ευαισθησία της κοιλίας και η θετική δακτυλική εξέταση από το ορθό υποδηλώνουν την βαρύτητα της κατάστασης και δημιουργούν τεράστια διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα.

Η εικόνα αυτή, στις ήπιες μορφές της οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί να υποχωρήσει σε 2 έως 3 ημέρες.

Σε βαριές όμως περιπτώσεις επακολουθεί το shock, σχεδόν ταυτόχρονα και σ' ένα ποσοστό γύρω στο 40-60%. Το shock αυτό είναι τυπικό για την οξεία παγκρεατίτιδα, αφού δεν είναι τόσο άμεση η εγκατάστασή του σε πολλές άλλες περιπτώσεις χειρουργικής κοιλίας. Η άμεση αυτή εγκατάσταση της εικόνας του (κρύα άκρα, χαρακτηριστική ταχυσφυγμία συνεχώς επιτενόμενη, αρρυθμία και πτώση της πίεσης) οφείλεται στην απώλεια ύδατος και ηλεκτρολυτών στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, αλλά και στις αγγειοδραστικές αμίνες. Παρά την μείωση των περιφερικών αντιστάσεων, με το αυξημένο καρδιακό έργο, η καρδιακή ανεπάρκεια ακολουθεί γρήγορα και η ανάταξη του shock αυτού γίνεται προβληματική, παρά τις καταβαλλόμενες προσπάθειες, έτσι που να είναι η κύρια αιτία θανάτου μέσα στα πρώτα ίσως 24ωρα από την εκδήλωση της κρίσης<sup>6,2,3</sup>.

Το αναπνευστικό σύστημα προσβάλλεται αρκετά συχνά. Στα 50-70% των περιπτώσεων παρατηρείται συμπτωματική υποξαιμία, που εισβάλλει ύπουλα και εκδηλώνεται με υπέρπνοια, από την πρώτη ημέρα της νόσησης, χωρίς ακτινολογικά ευρήματα από τους πνεύμονες. Όταν η προσβολή του αναπνευστικού είναι βαριά, αναπτύσσεται εικόνα οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας, κατάσταση που ευθύνεται για το 30% των θανάτων. Η ανάγκη διασωλήνωσης του αρρώστου και η υποστήριξη της αναπνοής με αναπνευστήρα αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη (τα 75% αυτών των αρρώστων πεθαίνει).

Άλλες εκδηλώσεις από το αναπνευστικό σύστημα αποτελούν τα πλευριτικά εξιδρώματα, που όταν είναι άφθονα συνήθως περιέχουν μεγάλες ποσότητες παγκρεατικών ενζύμων, οι ατελεκτασίες και οι πνευμονικές διηθήσεις, ιδίως των κάτω λοβών.

Συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας αναπτύσσονται στο 10% των αρρώστων. Αποδίδονται στη μείωση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Όταν η νεφρική λειτουργία παραβλάπεται χωρίς να έχει προηγηθεί περίοδος υπότασης, μπορεί να μη βελτιωθεί με τη χορήγηση υγρών.

Δυσανεξία στη γλυκόζη παρατηρείται στα 50% των περιπτώσεων και εκδηλώνεται με επεργλυκαιμία<sup>7,5</sup>.

## 2.9 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

### A. Εργαστηριακά ευρήματα

Δεν υπάρχει αξιόπιστη εργαστηριακή δοκιμασία για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Είναι όμως αρκετές οι δοκιμασίες, οι οποίες, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, βοηθούν στη σωστή διάγνωση.

Η αμυλάση του ορού αποτελεί το χρησιμότερο δείκτη για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας: η αύξησή της αποτελεί ευαίσθητο, όχι όμως ειδικό δείκτη οξείας φλεγμονής του οργάνου. Βρίσκεται αυξημένη στο 95% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα, δεν αποτελεί όμως απόλυτο διαγνωστικό δείκτη καθόσον μόνο το 75% των ασθενών με κοιλιακό πόνο και αμυλασαιμία πάσχουν από παγκρεατίτιδα. Η μέτρηση των ισοαμυλασών (παγκρεατική και σιαλική), εφόσον μπορεί να γίνει, είναι περισσότερο ακριβής. Η αύξηση της τιμής της αμυλάσης παρατηρείται μέσα σε 6 ώρες από την εισβολή και μπορεί να επιστρέψει στο φυσιολογικό μέσα σε 48 ώρες (στις ήπιες μορφές). Τιμές πάνω από 1000 ικ% ή 1000 Somogyi% ή 200 Woiq % είναι ενδεικτικές οξείας παγκρεατίτιδας συνήθως οφειλόμενης σε χολολιθίαση. Σε αλκοολική παγκρεατίτιδα η αύξηση είναι συνήθως μικρότερη (200-500 ικ%).

Η αμυλάση των ούρων είναι επίσης ένας χρήσιμος δείκτης. Στην οξεία παγκρεατίτιδα η απέκκρισή της ξεπερνά τις 5000 Somogyi (ικ) στα ούρα 24ώρου. Χρήσιμος είναι επίσης ο προσδιορισμός του λόγου της clearance αμυλάσης προς την clearance κρεατινίνης. Δεν είναι αναγκαίο να συλλεγούν τα ούρα ενός 24ώρου: αν ληφθούν ίσοι όγκοι ούρων και αίματος, οι όγκοι απαλείφονται στην εξίσωση, οι δε τιμές εκφράζονται ως συγκέντρωση:

$$\frac{\text{αμυλάση ούρων (όγκου V)}}{\text{αμυλάση ορού αίματος (όγκου V)}} \times \frac{\text{κρεατίνη ορού (V)}}{\text{κρεατίνη ούρων (V)}} \times 100$$

Η παγκρεατίτιδα αποτελεί το πιθανότερο αίτιο αμυλασαιμίας αν ο λόγος είναι 5-10% ή περισσότερο<sup>1,5</sup>.

Η λιπάση του ορού: Ο προσδιορισμός της λιπάσης του ορού, από μόνος του ή σε συνδυασμό με την αμυλάση, βελτιώνει την ακρίβεια της εργαστηριακής διάγνωσης της οξείας παγκρεατίτιδας. Ως δείκτης είναι πιο ειδικός και πιο ευαίσθητος από την αμυλάση.

Η λιπάση του ορού αυξάνεται μέσα σε 12-24 ώρες από την εισβολή (αργότερα απ' ότι η αμυλάση) διατηρείται όμως επί μικρότερο υψηλή.

Η θρυψίνη του ορού: Είναι ένζυμο αποκλειστικά του παγκρέατος. Αυξημένες τιμές παρατηρούνται στην οξεία παγκρεατίτιδα, ακόμα και όταν η αμυλάση είναι φυσιολογική.

Η ειδική παγκρεατική ριβονουκλεάση (RNase): Η τιμή του ισοενζύμου αυτού αυξάνεται λίγες ημέρες μετά την έναρξη της νόσου και παραμένει αυξημένη μόνο σε περιπτώσεις νέκρωσης του παγκρέατος. Όταν δεν υπάρχει νέκρωση, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της πάθησης, οι τιμές παραμένουν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι τρανσαρινάσες (SGOT, SEPT), η αλκαλική φωσφατάση και η χολορυθρίνη: Η αύξηση αυτών των παραγόντων φανερώνει οξεία παγκρεατίτιδα χολολιθιασικής αιτιολογίας. Τιμές SGOT μεγαλύτερες των GOZU/ml παρατηρούνται στο 88% των περιπτώσεων αυτών και τιμές SEPT διπλάσιες του φυσιολογικού στο 92%.

Μη ειδικά εργαστηριακά ευρήματα που συνοδεύουν την οξεία παγκρεατίτιδα είναι: η λευκοκυττάρωση (συνήθως  $10.000-25.000 /mm^3$ ), υπασβεστιαίμια (30%), υποπρωτεϊναιμία, η υπολευκωματιναιμία και η αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη λόγω αιμοσυμπύκνωσης<sup>1,5</sup>.



## **B. Ακτινολογικά και απεικονιστικά ευρήματα.**

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας είναι χρήσιμη για τη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Στα 50-60% των περιπτώσεων παρατηρούνται τα εξής ευρήματα, που συνηγορούν υπέρ της οξείας φλεγμονής του οργάνου:

Το σημείο της συνοδού έλικας (41%). Πρόκειται για διάταση της έλικας της νήστιδας που βρίσκεται κοντά στο πάγκρεας, λόγω παραλυτικού ειλεού από τη φλεγμονή του αδένου.

Το σημείο της απότομης διακοπής του κόλου (22)%. Κατ' αυτό σκιαγραφείται ο αέρας του εγκάρσιου αλλά όχι του κατιόντος κόλου. Αποδίδεται στο σπασμό του κόλου στο ύψος της αριστεράς κολικής καμπής.

Εξαφάνιση του προγράμματος του ψοΐτου και του νεφρού (14%), λόγω του οιδήματος του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Αύξηση της σκιαγράφησης των μαλακών μορίων του επιγαστρίου του παγκρέατος.

Διάχυτη θολερότητα της κοιλίας (4%), όταν υπάρχει ασκίτης.

Ασβεστοποίηση στην περιοχή του παγκρέατος (3%), όταν υπάρχει χρόνια παγκρεατίτιδα.

Περιπαγκρεατική παρουσία φυσαλίδων αέρα (3%).

Η ακτινολογική μελέτη του ανώτερου πεπτικού μετά από λήψη ακτινολογικής ουσίας μπορεί να αποκαλύψει : παρεκτόπιση του μείζονος τόξου του στομάχου (14%) και καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης (7%)<sup>5</sup>.

Η απλή ακτινογραφία θώρακος (παθολογική στο 30 – 60%) αποκαλύπτει την παρουσία πλευριτικού εξιδρώματος (11%), άνωσης των δύο ή του ενός των ημιδιαφραγμάτων (10%), ατελεκτασίας πνευμονικής πύκνωσης, διήθησης των κάτω λοβών ή πνευμονικού οιδήματος.

Όλα αυτά τα ευρήματα βέβαια δεν είναι αποδεικτικά της οξείας παγκρεατίτιδας. Αποκτούν όμως ουσιαστική σημασία όταν συνεκτιμηθούν με το ιστορικό και την κλινική εικόνα του αρρώστου.

Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι έχουν προσφέρει αρκετά βοήθεια στη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος με τους υπερήχους αποτελεί ουσιώδη διαγνωστική μέθοδο όχι μόνο για την επιβεβαίωση της διάγνωσης, αλλά για την παρακολούθηση της εξέλιξης της οξείας παγκρεατίτιδας θεωρείται επιβεβλημένο σήμερα αμέσως μετά την άφιξη του ασθενούς η λήψη υπερηχοτομογραφήματος της άνω κοιλίας, το οποίο θα χρησιμεύει ως σημείο αναφοράς για τη μετέπειτα παρακολούθηση. Με τους υπερήχους γίνεται κατορθωτή η μελέτη των μεταβολών της μορφολογίας του παγκρέατος καθώς επίσης και ορισμένων οδηγών αγγειακών σημείων. Στην οξεία παγκρεατίτιδα παρατηρείται διόγκωση του παγκρέατος κατά το πρόσθιο – οπίσθιο άξονα του, καθώς επίσης και εξάλειψη της γραμμής οριοθέτησής ανάμεσα στο πάγκρεας και τη σπληνική φλέβα. Μπορεί επίσης να παρατηρηθούν μεταβολές του μεγέθους του παγκρεατικού πόρου ή παρουσία μέσα σ' αυτόν.

Η παρουσία ενδοπαγκρεατικής συλλογής υγρού υποδηλώνει κύστη ή απόστημα ή ακόμη και λέμφωμα. Η διαγνωστική αυτή επίσης μέθοδος είναι χρήσιμη εφόσον μπορεί να διαγνώσει την ύπαρξη παθολογικών βλαβών από τα χοληφόρα που πολλές φορές, αποτελούν την αιτία της παγκρεατίτιδας. Υπάρχει όμως περιορισμός στην εφαρμογή τους σε ύπαρξη αέρος μέσα στα έντερα, γεγονός ατυχώς που είναι πολύ σύνηθες στην οξεία παγκρεατίτιδα λόγω της αναπτύξεως παραλυτικού ειλεού.<sup>7,5</sup>

Με την αξονική τομογραφία παρακάμπτουν τα προβλήματα της απεικόνισης του παγκρέατος από την παρουσία του ειλεού, η διαγνωστική της όμως ακρίβεια είναι περιορισμένη στις περιπτώσεις απλής οιδηματώδους παγκρεατίτιδας στις οποίες το πάγκρεας, σε σημαντικό ποσοστό (30 – 70%), απεικονίζεται φυσιολογικό. Αντίθετα, στην αιμορραγική και τη νεκρωτική παγκρεατίτιδα η διαγνωστική ακρίβεια είναι απόλυτη.

Η αξία της αξονικής τομογραφίας βρίσκεται στη διάγνωση των επιπλοκών της νόσου (νέκρωση του παγκρέατος σχηματισμός ψευδοκύστης ή αποστήματος κ.λ.π.) και στην κένωση των κύστεων με βελόνη που εισάγεται σ' αυτές διαδερμικά, υπό την καθοδήγηση του αξονικού τομογράφου.

Η διαγνωστική ικανότητα της αξονικής τομογραφίας μπορεί να αυξηθεί με τη χορήγηση γαστρογραφικής που μπορεί να καθορίσει επακριβώς τα όρια του παγκρέατος.

Συνεπώς, η αξονική τομογραφία θα πρέπει να εφαρμόζεται σε αρρώστους με αμφισβητούμενα κλινικά και υπερηχογραφικά ευρήματα, ή όταν υπάρχει υποψία ανάπτυξης παγκρεατικού αποστήματος.<sup>7,5</sup>

Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγείο – παγκρεατογραφία ( ERCP) φαίνεται χρήσιμη στην οξεία παγκρεατίτιδα. Διενεργείται όμως με προσοχή διότι υπάρχει η πιθανότητα πρόκλησης παγκρεατίτιδας ή μικροβιακής λοίμωξης της παγκρεατικής κύστης. Η εξέταση αναδεικνύει τυχόν χαλολίθους ή τη χρονίως πάσχουσα χοληδόχο κύστη. Όταν διαπιστώνεται παγκρεατική ψευδοκύστη ή παγκρεατικός ασκίτης, η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγείο – παγκρεατιογραφία καταδεικνύει το σημείο της διαφυγής ή το σημείο της απόφραξης του μείζονος παγκρεατικού πόρου, γεγονός που βοηθά στη λήψη απόφασης για παγκρεατική εκτομή ή παροχέτευσης του πόρου. Επομένως είναι λογική η διενέργεια της ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγείο – παγκρεατογραφίας σε όλους τους ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα, στους οποίους η αιτία του πρώτου επεισοδίου δε συνδέεται με χαλολιθίαση.

Η εμφάνιση ικτέρου κατά τη διάρκεια ή μετά από επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί να καταστήσει αναγκαία τη διαδερμική χολαγγειογραφία ή την ERCP με ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή εφόσον διαπιστωθούν λίθοι στο χοληδόχο πόρο<sup>4</sup>.

Πρόσφατα, για τη διάγνωση τη οξείας παγκρεατίτιδας και, ιδιαίτερα, για την ταξινόμηση της βαρύτητας της νόσου, προστέθηκε το σπινθηρογράφημα του παγκρέατος μετά τη χορήγηση λευκοκυττάρων σημασμένων με ραδιενεργό ιώδιο. Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατή η κατάδειξη αποστημάτων ή περιοχών φλεγμονής του παγκρέατος, ο διαχωρισμός του αποστήματος από την ψευδοκύ-

στη και η επιλογή των αρρώστων που πάσχουν από παγκρεατίτιδα βαριάς μορφής.

Στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει διαγνωστική αμφιβολία, σημαντική βοήθεια προσφέρει η διαγνωστική παρακέντηση της κοιλίας ή ο περιτοναϊκός διακλυσμός, με την προϋπόθεση ότι γίνεται έγκαιρα (στις πρώτες 8-10 ώρες από την έναρξη του επεισοδίου). Η αναρρόφηση τουλάχιστον 10ml περιτοναϊκού υγρού, με οποιοδήποτε χρώμα στη διαγνωστική παρακέντηση, ή σκοτεινόχρωμου υγρού μετά από την ενδοπεριτοναϊκή έγχυση 1 λίτρου φυσιολογικού ορού, υποδηλώνει οξεία νεκρωτική παγκρεατίτιδα (στο 72% των περιπτώσεων).

Όταν παρά την εξάντληση όλων των διαγνωστικών μεθόδων και σκέψεων, η διάγνωση παραμένει αμφίβολη, η δε κατάσταση του αρρώστου επιδεινώνεται, ενδείκνυται η εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας.

Η επέμβαση αυτή καθαυτή δε φαίνεται να αυξάνει τη θνητότητα της πάθησης, βοηθάει όμως στον αποκλεισμό άλλης ενδοκοιλιακής καταστροφής<sup>5</sup>.

## 2.10 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διαγνωστική της οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνει πολλές ενδοκοιλιακές και θωρακικές παθήσεις μεταξύ των οποίων κύρια θέση καταλαμβάνουν η διάτρηση του πεπτικού έλκους η χοληδοχολιθίαση, η οξεία χολοκυστίτιδα, το εμπύημα της χοληδόχου, η εμβολή της μεσεντέριας αρτηρίας, ο ειλεός ο κωλικός του νεφρού, το διάχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής, η πνευμονία των βάσεων το έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλες παθήσεις.

Η διάγνωση στηρίζεται στην υπεραμυλασαιμία. Δυστυχώς σε μερικές από αυτές τις καταστάσεις η αμυλάση του ορού μπορεί να αυξηθεί αν και είναι ασύνηθες γι' αυτές να ανέλθει πάνω από 1000 I.U./litre. Μόνο στο 2% των ασθενών με κλινικός εμφανής οξεία παγκρεατίτιδα τίθεται τελικώς η διάγνωση κάποιας άλλης ενδοκοιλιακής νόσου. Η περιτοναϊκή έκπλυση με φυσιολογικό ορό μπορεί να α-

ποκαλύψει το διαγνωστικό λάθος με τη χροιά ή την οσμή του αναρροφούμενου υγρού (στην παγκρεατίτιδα το υγρό δεν έχει οσμή και σπανίως ανευρίσκονται μικρόβια κατά τη μικροσκόπηση).

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη σε ασθενείς που προέρχονται με υποθερμία και διαβητικό κώμα. Η παγκρεατίτιδα μιμείται επίσης στην αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια που οφείλεται σε έμφραγμα του μυοκαρδίου<sup>5,4</sup>.

## 2.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

### A. Συντηρητική θεραπεία

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι βασικά συντηρητική. Με τη σωστή υποστηρικτική θεραπεία ιώνται τα 75-90% των περιπτώσεων· πρέπει όμως αυτή να είναι εντατική ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας.

Η συντηρητική θεραπεία αποσκοπεί:

- Στην απαλλαγή του αρρώστου από τον πόνο.
- Στην καταστολή της παγκρεατικής λειτουργίας, και έτσι στην μείωση της παραγωγής και έκκρισης των ενζύμων του οργάνου.
- Στην υποστήριξη της κυκλοφορίας.
- Στην πρόληψη ή την έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών.
- Στην πρόληψη των υποτροπών της νόσου.

Θα πρέπει να τονιστεί, ότι μέχρι σήμερα τουλάχιστον δεν υπάρχει η δυνατότητα επηρεασμού των μηχανισμών γένεσης της οξείας παγκρεατίτιδας, ώστε να τροποποιηθεί η εξέλιξή της. Η καλή έκβαση της νόσου εξαρτάται αποκλειστικά από την επάρκεια των ενδογενών μηχανισμών αυτοπροστασίας του παγκρέατος, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων, εργάζονται προς όφελος του αρρώστου<sup>5</sup>.

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Γαστρική αναρρόφηση. Σε ήπιες περιπτώσεις διακόπτεται η πρόσληψη τροφών και υγρών από το στόμα ώστε να ανασταλεί η παγκρεατική έκκριση που ακολουθεί τη γαστρική φάση της πέψης. Συνήθως τοποθετείται ένας ρινογαστρικός καθετήρας (levin) ώστε να αποσυμφορείται το στομάχι και η εντερική διάταση (ειλεός) που ακολουθεί την οξεία παγκρεατίτιδα.

Ρύθμιση ισοζυγίου υγρών – ηλεκτρολυτών. Για την τεράστια απώλεια υγρών σε θέσεις «τρίτου χώρου» πρέπει να χορηγούνται στην αρχική φάση κρυσταλλοειδή διαλύματα ώστε να διατηρείται ο εξωκυττάριος χώρος. Η ρύθμιση της χορήγησης πρέπει να ελέγχεται με ρυθμό διούρησης και το ύψος της κεντρικής

φλεβικής πίεσεως (καθετήρας Swan-Ganz σε βαριές περιπτώσεις). Σε αρρώστους με βαριά παγκρεατίτιδα πρέπει να χορηγούνται διαλύματα λευκωμάτων (ολική παρεντερική διατροφή ή αλβουμίνη) ώστε να αντιμετωπίζεται η υπολευκωματαιμία λόγω της τριχοειδικής διαφυγής και να καλύπτονται οι θερμιδικές ανάγκες του αρρώστου. Μπορεί επίσης να χρειαστούν μεταγγίσεις αίματος (αιμορραγικές μορφές).

**Αναλγησία.** Προτιμούνται η πενταζοκίνη και η προκαϊναμίδη γιατί η μορφίνη και η μεπεριδίνη προκαλούν σπασμό του σφιγκτήρα του Oddi. Αν ο πόνος δεν ελέγχεται με 2 mg προκαϊναμίδης το 24ωρο, τότε μάλλον υπάρχει βαριά, προοδευτική φλεγμονώδης διεργασία. Μπορεί επίσης να επιχειρηθεί διήθηση των μεσοπλευρίων νεύρων με τοπικά αναισθητικά.

**Αντιβιοτικά.** Ενώ παλιότερα χρησιμοποιούνταν μόνο επί επιπλοκών, σήμερα συνιστάται η από την αρχή χορήγησή τους, γιατί φαίνεται έτσι να αυξάνεται το ποσοστό επιβίωσης. Τα αντιβιοτικά μειώνουν τον κίνδυνο σχηματισμού αποστημάτων από τις κατά τόπους συλλογές υγρών και προωθούν την εξέλιξή τους σε ψευδοκύστεις αντι για αποστήματα. Επιπρόσθετα, αποτελούν μια προφύλαξη έναντι της χολαγγειίτιδας, δεδομένου ότι σε παγκρεατίτιδες από χολολιθίαση η χολή είναι σχεδόν πάντα μικροβιοφόρος.

**Ασβέστιο και Μαγνήσιο.** Η εμφάνιση υπασβεστιαϊμίας απαιτεί την παρεντερική χορήγηση ασβεστίου (π.χ 10ml γλυκονικό ασβέστιο/12h) λόγω του κινδύνου καρδιακών δυσρυθμιών, ώστε το ασβέστιο του ορού να διατηρείται στα 9-10mg% ή 4-5mtg/lit. Σε αλκοολικούς συχνή είναι επίσης η υπομαγνησισαιμία που πρέπει και αυτή να διορθώνεται με παρεντερική χορήγηση.

**Υποστήριξη της αναπνοής.** Υποξαιμία κλινικά εμφανής εκδηλώνεται στο 30% των ασθενών, είτε υπό μορφή μείωσης της ζωτικής χωρητικότητας και της διάχυσης είτε ως ARDS. Η πτώση της PO<sub>2</sub> στα 60-70mmHg υποδηλώνει την ανάγκη συμπληρωματικής χορήγησης οξυγόνου (μάσκα 40% στα 3-5lt). Η επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας και η μεγαλύτερη μείωση της PO<sub>2</sub> αποτελούν ενδείξεις διασωλήνωσης και μηχανικού αερισμού.

**Σωματοστατίνη.** Πρόσφατα έχει αρχίσει να χρησιμοποιείται η συνεχής έγχυση σωματοστατίνης στις παγκρεατίτιδες μέσης ή υψηλής βαρύτητας σε μια

προσπάθεια αναστολής όλων των εκκρίσεων της περιοχής. Τα αποτελέσματα είναι ακόμη αμφιλεγόμενα.

Περιτοναϊκές πλύσεις. Η εφαρμογή των περιτοναϊκών πλύσεων αποτελεί μέθοδο που έχει εφαρμοστεί παλιότερα και τελευταία επανήλθε στο προσκήνιο. Υποτίθεται ότι απομακρύνει τα δραστικά ένζυμα και τις τοξίνες από το περιτόναιο. Τοποθετείται ένας περιτοναϊκός καθετήρας διύλισης και χορηγούνται γρήγορα 1-2 lt Ringer lactate το υγρό αφήνεται να επιστρέψει δια της βαρύτητας. Η έγχυση επαναλαμβάνεται κάθε 1-2 ώρες για 24-48 ώρες.

Οι περιτοναϊκές πλύσεις εφαρμόζονται σήμερα μόνο σε βαριές παγκρεατίτιδες που δε δίνουν σημεία βελτίωσης με την υπόλοιπη συντηρητική αγωγή μέσα σε 24-48 ώρες. Αν με τις πλύσεις παρουσιαστεί βελτίωση, τότε αυτή είναι συνήθως εμφανής μέσα στις πρώτες 8 ώρες. Επί αποτυχίας σχεδόν κανόνα θα χρειαστεί ερευνητική λαπαροτομή.

Άλλα φάρμακα. Έχει δοκιμαστεί η χορήγηση γλυκαγόνου (IV), H<sub>2</sub> – αναστολέων, αντιχολινεργικών (π.χ ατροπίνη), καλσιτονίνης, απροτινίνης (αντικαλλικρεΐνη) χωρίς όμως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα<sup>1</sup>.



## **B. Χειρουργική θεραπεία**

Η χειρουργική θεραπεία θα πρέπει να θεωρηθεί σαν συμπλήρωμα της συντηρητικής θεραπείας και όχι σαν εναλλακτική λύση με τα ίδια καλά αποτελέσματα. Οι ενδείξεις για μια χειρουργική επέμβαση είναι οι εξής:

- Όταν υπάρχει αμφιβολία διαγνώσεως.
- Σε περίπτωση παγκρεατίτιδας χολολιθιασικής αιτιολογίας.
- Σε περίπτωση εμφανίσεως σηπτικών επιπλοκών που οφείλονται σε νέκρωση του παγκρέατος ή σε ανάπτυξη ενδοκοιλιακών αποστημάτων.
- Σαν γενικός κανόνας, όταν η γενική κατάσταση επιβαρύνεται ή ο ασθενείς δεν ανταποκρίνεται στην εφαρμοζόμενη σωστή συντηρητική θεραπεία.

Σκοπός της χειρουργικής παρέμβασης είναι αφ' ενός μεν η απομάκρυνση νεκρωμένων παγκρεατικών ιστών και η παροχέτευση αποστημάτων, αφ' ετέρου δε, εάν είναι δυνατόν, η εξάλειψη αιτιολογικών παραγόντων όπως είναι η διενέργεια λόγου χάρη χολοκυστεκτομής ή η απόφραξη του χοληδόχου πόρου. Στην προκειμένη περίπτωση ο χρόνος της χειρουργικής παρέμβασης έχει ιδιαίτερη σημασία. Η απόφαση για χειρουργική επέμβαση δε βασίζεται, όπως στο παρελθόν, σε καθαρά χρονικά κριτήρια, δηλαδή μετά τη δεύτερη εβδομάδα. Σήμερα η χειρουργική παρέμβαση βασίζεται αφ' ενός μεν στην κλινική εικόνα και στην ανταπόκριση της ενδοκοιλιακής φλεγμονής στη συντηρητική θεραπεία, αφ' ετέρου δε στη διαχρονική παρακολούθηση των ασθενών, με την αξονική τομογραφία ή με τους υπερήχους. Συγκεκριμένα η κλινική εικόνα έχει ιδιαίτερη αξία, όπως η επίταση της αναπνευστικής ανεπάρκειας η ανάπτυξη ενζυμικής παγκρεατικής εγκεφαλοπάθειας, η επίταση ικτέρου, η ανάπτυξη επιγαστρικής μάζας, η επίταση της ολιγουρίας ή της νεφρικής ανεπάρκειας, η συνεχιζόμενη μεταβολική οξέωση, η υπογλυκαιμία που επιμένει, η συνεχώς αυξανόμενη λευκοκυττάρωση, αποτελούν στοιχεία που οδηγούν τελικά το χειρουργικό σε χειρουργική διερεύνηση της άνω κοιλίας<sup>7</sup>.

Η πρώιμη επέμβαση έχει περισσότερο διερευνητικό χαρακτήρα και κατά ένα μέρος παροχετευτικό. Η ευρεία προσπέλαση με ξιφοβική ή αμφοτερόπλευρο Kocher τομή είναι η καλύτερη επιλογή. Αρχικά εκτιμάται η βαρύτητα της οξείας

παγκρεατίτιδας από την ποσότητα και την ποιότητα του περιτοναϊκού υγρού εφ' όσον δεν έχει προηγηθεί έκπλυση, ενώ δείγμα από το υγρό αποστέλλεται για μικροβιολογικό και βιοχημικό έλεγχο. Το περιτοναϊκό υγρό μπορεί να είναι αχυρόχρουν, αιμορραγικό σκουρόχροο ή ακόμα και πυώδες, ανάλογα με την εξέλιξη και τη βαρύτητα των παθολογοανατομικών βλαβών του παγκρέατος. Οι στεατονεκρώσεις παρ'όλο που δεν αντιπροσωπεύουν απόλυτα την έκταση των βλαβών του οργάνου είναι κατά κάποιο τρόπο δείκτης της διαχύσεως και της δραστηκότητας των παγκρεατικών εντύπων κάτι που μπορεί να συνδυάζεται με τη συστηματική επιβάρυνση του οργανισμού. Προς πληρέστερο έλεγχο και ορθή εκτίμηση των βλαβών και της καταστάσεως του οργάνου πρέπει να γίνεται κινητοποίηση της κεφαλής του παγκρέατος με τη μέθοδο του Kocher όπως και διάνοιξη του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου με τη διαίρεση του γαστροκολικού συνδέσμου.

Η πλήρης επισκόπηση του οργάνου όπως και η ψηλάφησή του, ιδιαίτερα δε της κεφαλής, αφ' ενός μπορεί να αναδείξουν την αιτία της οξείας παγκρεατίτιδας, αφ' ετέρου να χαρτογραφήσουν την ένταση και τη βαρύτητα των βλαβών τόσο του παγκρέατος όσο και του οπισθοπεριτοναϊκού λίπους<sup>6,12</sup>.

Στις πρώιμες επεμβάσεις δεν είναι συνήθης η ανεύρεση παγκρεατικών αποπλυμάτων, αφού τα παγκρεατικά αποστήματα εμφανίζονται συνήθως μετά την 3η εβδομάδα και οι ψευδοκύστες μετά την 4η εβδομάδα.

Οι περαιτέρω ενέργειες αποσκοπούν στην κατά το δυνατόν καλύτερη παροχέτευση του περιπαγκρεατικού χώρου και την αντιμετώπιση της λιθιάσεως εφ' όσον συνυπάρχει. Η παροχέτευση του περιπαγκρεατικού χώρου αφορά σε όλο το μήκος του παγκρέατος. Τοποθετούνται παροχετευτικοί σωλήνες όπισθεν του δωδεκαδακτύλου και της κεφαλής του παγκρέατος και στον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο από τον αυχένα μέχρι την ουρά του παγκρέατος. Όταν συνυπάρχει μεγάλο οίδημα και τάση στον παγκρεατικό και περιπαγκρεατικό ιστό είναι χρήσιμο να γίνεται σχάση του οπίσθιου περιτοναίου αντιστοίχως προς το κάτω χείλος του παγκρέατος. Εάν το οίδημα και η φλεγμονώδης διήθηση έχουν επεκταθεί στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και προς τα κάτω, τότε αναγκαία είναι η διάνοιξη και

παροχέτευσή του από την δεξιά και την αριστερά παρακολησή αύλακα με αντίστοιχη κινητοποίηση του δεξιού και του αριστερού κόλου.

Στις περιπτώσεις ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα χολολιθιασικής αιτιολογίας, που η κατάστασή τους παραμένει σταθερή τα πρώτα 24ωρα δεν υπάρχει ομοφωνία για τον καταλληλότερο χρόνο που πρέπει κανείς να επέμβει για την αντιμετώπιση της χολολιθιάσεως αν και είναι γνωστό ότι αυτή συνδέεται άμεσα με την πιθανότητα εμφανίσεως υποτροπών τους επόμενους μήνες μετά το πρώτο επεισόδιο. Αναφέρεται ότι η πιθανότητα υποτροπής της οξείας παγκρεατίτιδας μετά το πρώτο επεισόδιο και εφ' όσον δεν έχει αντιμετωπιστεί η χολολιθίαση ανέρχεται στο 70-90% των περιπτώσεων τους επόμενους 6 μήνες, ενώ κατέρχεται στο 1-2% μετά από χολοκυστεκτομή. Υποστηρίζεται επίσης η άμεση επέμβαση είτε με εγχείρηση, είτε αφαίρεση των λίθων μετά από ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή με καλά αποτελέσματα. Οι περισσότεροι όμως, επειδή συνδέουν την ανωτέρω τακτική με υψηλή θνητότητα, συνιστούν η αντιμετώπιση της χολολιθιάσεως να επιχειρείται μόνο όταν υποχωρήσουν τα κλινικά ευρήματα της οξείας παγκρεατίτιδας και οπωσδήποτε κατά τη διάρκεια της ίδιας νοσηλείας του ασθενούς. Η χολοκυστεκτομή όταν γίνεται στα πρώιμα στάδια της νόσου συνοδεύεται από νοσηρότητα και θνητότητα υψηλή, 83% και 18% αντιστοίχως, ενώ όταν εκτελείται μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων έχει νοσηρότητα 48% και θνητότητα 11%.

Από τα ανωτέρω καταφαίνεται ότι ασθενείς που η κατάστασή τους επιδεινώνεται ταχέως από τις πρώτες ώρες εισβολής της νόσου, όταν παραμένει ενσφηνωμένος χολόλιθος καθώς επίσης και επί αμφιβολιών για τη διάγνωση είναι περιπτώσεις που η όποια επέμβαση πρέπει να εφαρμόζεται χωρίς καθυστέρηση.

Η προοδευτική επιβάρυνση της καταστάσεως του ασθενούς με οξεία παγκρεατίτιδα πολλές φορές συνδυάζεται με την παραμονή λίθου ενσφηνωμένου στο χοληδόχο πόρο. Στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ πιθανή η συνύπαρξη σηπτικής χολαγγειίτιδας που αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα των άμεσων επιπλοκών. Σε ανάλογες περιπτώσεις, η ένδειξη για επείγουσα επέμβαση είναι σαφής, δεν υπάρχει ομοφωνία όμως αν αυτή πρέπει να είναι εγχείρηση ή ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή (αιματηρή ή «αναίμακτη» μέθοδος).

Υπάρχουν προοπτικές κλινικές εργασίες που τα αποτελέσματά τους είναι υπέρ της ενδοσκοπικής σφιγκτηροτομής, η οποία με την ανάλογη εμπειρία έχει επιτυχία που κυμαίνεται μεταξύ 80 και 94% και με θνητότητα 2,2%. Η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή μπορεί να προηγηθεί της εγχειρήσεως για σηπτική κατάσταση, γιατί η αφαίρεση των λίθων εκ των προτέρων εκτός του ότι θα βελτιώσει τη γενική κατάσταση του ασθενούς μειώνει και το χρόνο της εγχειρήσεως, αφού δεν θα υπάρχει ανάγκη της διεγχειρητικής διερευνήσεως του χοληδόχου πόρου ή και η δημιουργία μιας χολοπεπτικής αναστομώσεως.

Η κυριότερη ένδειξη για εγχείρηση σε ένα απώτερο στάδιο στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι η επιμολυσμένη παγκρεατική νέκρωση ή το παγκρεατικό απόστημα και ακόμα πιο καθυστερημένα οι άλλες επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας, όπως είναι οι ψευδοκύστες, η αιμορραγία, οι στενώσεις ή οι ρήξεις παρακείμενων αυλοφόρων οργάνων.

Παγκρεατική νέκρωση αναπτύσσει το 20% των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα και η θνητότητα, η οποία εξαρτάται κυρίως από την έκταση των νεκρώσεων, κυμαίνεται από 5 έως 40% εφ' όσον επιπροστίθεται και λοίμωξη. Η σηπτική παγκρεατική νέκρωση αναμένεται στους ασθενείς όπου επιμένει ο κοιλιακός πόνος και ο πυρετός και υπάρχει ψηλαφητικό εύρημα. Η επιβεβαίωση της παγκρεατικής νεκρώσεως επιτυγχάνεται με τη βοήθεια της αξονικής τομογραφίας σε συνδυασμό με ενδοφλέβια έγχυση σκιαστικού.

Η πιθανότητα, σε αναδειχθείσα με απεικονιστικά μέσα παγκρεατική νέκρωση, να υπάρχει και επιμόλυνση της νεκρωτικής περιοχής, κυμαίνεται από 33% έως 55% και αυτό είναι ευθέως ανάλογο με την έκταση της νεκρώσεως, δηλαδή όσο μεγαλύτερη νεκρωτική περιοχή τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα επιμόλυνσεως της περιοχής.

Η ύπαρξη φυσαλίδων αέρος στον οπισθοπεριτοναϊκό – παγκρεατικό χώρο είναι σχεδόν βέβαιο ακτινολογικό σημείο αναερόβιας λοιμώξεως, εκτός και αν υπάρχει εντερικό συρίγγιο, το οποίο όμως μπορεί εύκολα να αποκλειστεί με τη διάβαση του πεπτικού σωλήνα. Η διάκριση μεταξύ άσηπτης και σηπτικής παγκρεατικής νεκρώσεως έχει πολύ μεγάλη σημασία, με την έννοια ότι: στη μεν πρώτη περίπτωση η χειρουργική επέμβαση μπορεί να καθυστερήσει μέχρι να

περιχαρακωθεί ο νεκρωμένος ιστός (παγκρεατικό απόλυμα) και να αφαιρεθεί ευκολότερα, ενώ στη δεύτερη περίπτωση της σηπτικής παγκρεατική νεκρώσεως – η επέμβαση θεωρείται λίαν επείγουσα.

Ο ασφαλέστερος τρόπος για τη διάκριση αυτή είναι η διαδερματική παρακέντηση της περιοχής με τη βοήθεια των υπερήχων ή της αξονικής τομογραφίας και η λήψη υλικού για μικροβιολογική εξέταση. Επιβάλλεται επίσης να γίνει διάκριση μεταξύ παγκρεατικής σηπτικής νεκρώσεως και άλλων σημαντικών επιπλοκών της οξείας παγκρεατίτιδας, όπως είναι το παγκρεατικό απόστημα και η επιμολυσμένη ψευδοκύστη, γιατί ενώ τα δυο τελευταία δύνανται να αντιμετωπιστούν και με διαδερματική παρακέντηση και παροχέτευση, η παγκρεατική νέκρωση αντιμετωπίζεται μόνο με χειρουργικό καθαρισμό.

Ο χειρουργικός καθαρισμός στην περίπτωση της παγκρεατικής νεκρώσεως δεν είναι πάντοτε ευχερής, γιατί τις περισσότερες φορές η νέκρωση και η διαπύηση αφορούν και το οπισθοπεριτοναϊκό λίπος, όπου δεν είναι εύκολος ο διαχωρισμός των νεκρωμένων ιστών χωρίς τον φόβο κακώσεων μεγάλων αγγείων της περιοχής.

Παρ' όλα ταύτα καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για αφαίρεση κατά των δυνατών περισσότερου νεκρωμένου ιστού. Η επέμβαση ολοκληρώνεται με έκπλυση και τοποθέτηση παροχετεύσεων (κλειστή μέθοδος), με την τοποθέτηση ειδικών καθετήρων για συνεχή έκπλυση του επιπλοϊκού θυλάκου (ημίκλειστη μέθοδος) ή με πωματισμό του επιπλοϊκού θυλάκου με γάζες για επανάληψη του χειρουργικού καθαρισμού τα επόμενα 24ωρα (μέθοδος ανοικτής κοιλίας).

Η κλειστή έκπλυση του ελάσσονος επιπλοϊκού θυλάκου γίνεται με 8 λίτρα περίπου υγρού το 24ωρο, η δε διαδικασία αυτή μπορεί να διαρκέσει μέχρι και ένα μήνα ανάλογα με την πορεία του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό απομακρύνονται τα σηπτικά εξιδρώματα και οι αγγειοκινητικές ουσίες που έχουν τοξική επίδραση στα ζωτικά όργανα καθώς και μικρά τεμάχια νεκρωμένου ιστού με αποτέλεσμα να μειώνεται η ανάγκη για επαναπεμβάσεις. Επανεπέμβαση συνήθως γίνεται σε περίπτωση κάποιας επιπλοκής, όπως εντερικό συρίγγιο (11,5%) ή αιμορραγία στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο (5,3%). Η περιεγχειρητική θνητότητα με τη μέθοδο αυτή κατέρχεται στο 10,6% σε σχέση με το 16% της ομάδας των ασθενών που

αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Σύμφωνα μάλιστα με τα αποτελέσματα του Beger σε ασθενείς με άσηπτη παγκρεατική νέκρωση η θνητότητα ήταν 7% ενώ με σηπτική νέκρωση 15,2%<sup>6,14</sup>.

Τα τελευταία χρόνια πολλοί χειρουργοί μετά από μια χειρουργική προσπέλαση του παγκρέατος σε οξεία παγκρεατίτιδα αφήνουν την κοιλία ελεύθερη, οι δε εντερικές έλικες καλύπτονται μόνο με επίπλουν ή επί ανυπαρξίας του, τοποθετούνται ειδικά πλαστικά φίλμ. Με την τεχνική αυτή η κοιλία παροχετεύεται ελεύθερα, ο δε χειρουργός μπορεί με επανειλημμένες παρεμβάσεις του να αφαιρεί τις νεκρώσεις.

Η μέθοδος της ανοικτής κοιλίας εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις σηπτικής νεκρωτικής παγκρεατίτιδας, αφού προηγουμένως γίνει η διάγνωση με την αξονική τομογραφία και ενδοφλέβια έγχυση σκιαστικού σε συνδυασμό με διαδερματική παρακέντηση και λήψη υλικού για καλλιέργεια και έλεγχο της ευαισθησίας στα αντιβιοτικά<sup>7,6</sup>.

## Γ. Επιπλοκές Χειρουργικής Θεραπείας

Οι κυριότερες επιπλοκές της χειρουργικής θεραπείας της οξείας παγκρεατίτιδας είναι οι ακόλουθες:

**Αναπνευστική ανεπάρκεια**, δηλαδή κατάσταση στην οποία η αναπνευστική λειτουργία δεν είναι επαρκής για να διατηρήσει φυσιολογικά τα αέρια του αρτηριακού αίματος, ακόμα και κατά την ανάπαυση .

**Αιμορραγία**, δηλαδή η διαφυγή αίματος ή από τα θωρακικά αγγεία ή από τα αγγεία της τομής.

**Διάταση του στομάχου**. Προκαλείται από:

- μείωση ανάγκης φυσιολογικής λειτουργικότητας του στόμαχου, λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς.
- υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού.
- μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της χειρουργικής επεμβάσεως.
- ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα εμφανιζόμενα στον ασθενή συμπτώματα κατά την επιπλοκή αυτή είναι:

- μετεωρισμός κοιλίας
- δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο
- λόξυγκας
- δύσπνοια, λόγω πίεσεως του διαφράγματος από το διατεταγμένο στομάχι.
- έμετοι αραιοί, χρώματος σκοτεινού πρασινόφαιου ή μαύρη με δυσάρεστη, όχι όμως κοπρανώδη οσμή (το υγρό των εμεσμάτων αποτελείται από γαστρικό υγρό, χολή, εκκρίσεις από το δωδεκαδάκτυλο και παγκρεατικό υγρό). Συχνά προκαλείται τριχοειδής αιμορραγία του στομάχου, λόγω της διατάσεώς του, οπότε τα εμέσματα είναι σκούρα καφέ. Τους εμέτους προκαλεί ή πλήρωση του στομάχου με υγρά.

Με τους εμέτους ο ασθενής χάνει σπουδαία υγρά και έτσι οδηγείται σε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

**Πνευμονία, ατελεκτασία**. Αυτές οφείλονται στον μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή του. Ακόμη, οι επιπλοκές αυτές οφείλονται σε κακό

αερισμό των πνευμόνων, ένεκα επιδράσεως του ναρκωτικού, στη μόλυνση αεροφόρου οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη και άλλα.

**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.

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

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του shock είναι: η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο 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 πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

**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 προφυλάξεως του ίδιου του ασθενούς και του περιβάλλοντός του<sup>9</sup>.



## 2.12 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΞΕΙΑΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑΣ

Οι επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας διακρίνονται στις γενικές και στις τοπικές.

**Οι γενικευμένες επιπλοκές** της οξείας παγκρεατίτιδας συνδέονται άμεσα με το shock αφού, σε ποσοστό 40-60% των περιπτώσεων, ακολουθεί ταυτόχρονα την κρίση. Εάν το shock αυτό επιμείνει, ο ασθενής παρουσιάζει μια χαρακτηριστική υποξαιμία ( $PO_2 < 66$  torr), αποτέλεσμα της καρδιακής κάμψης, σε ποσοστό 40-70%. Η κατάσταση αυτή εγκαθίσταται ύπουλα, χωρίς να προϋπάρχουν ακτινογραφικές αλλοιώσεις από τους πνεύμονες, στα πρώτα 2-3 24ωρα μετά την κρίση και, καθώς οφείλεται στην καρδιακή κάμψη, μπορεί να εξελιχθεί σε οξύ πνευμονικό οίδημα 3 έως 4 ημέρες αργότερα. Ως αιτία της αναπνευστικής ανεπάρκειας ενοχοποιούνται ίσως οι διαταραχές των κυψελιδικών μεμβρανών από τα ενεργοποιημένα και κυκλοφορούντα με τη συστηματική και λεμφική κυκλοφορία πρωτεολυτικά και λιπολυτικά ένζυμα, στις αγγειοδραστικές αμίνες και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα. Η κλινική αυτή εικόνα χειροτερεύει με την άνωση του διαφράγματος, της ατελεκτασίας και τις υποδιαφραγματικές αλλά και ενδοθωρακικές φλεγμονώδεις συλλογές. Η κατάσταση αυτή, όταν εμφανίζεται πρώιμα και δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Γι' αυτό το λόγο, ο έλεγχος των αερίων του αίματος, σε όλους τους ασθενείς, ήδη από το πρώτο 24ωρο και για 48 έως 72 ώρες, κρίνεται απαραίτητος. Η πρώιμη υποξαιμία ανατάσσεται συνήθως με τη χορήγηση οξυγόνου και τη στενή παρακολούθηση των ασθενών. Σε βαριές περιπτώσεις, η αναπνευστική ανεπάρκεια παρουσιάζεται με ανάλογη εικόνα, οπότε εφαρμόζεται διασωλήνωση και μηχανική αναπνευστική υποστήριξη με θετική τελοεκπνευστική πίεση (PEEP). Η αναπνευστική ανεπάρκεια ενοχοποιείται για το 30% των θανάτων της οξείας παγκρεατίτιδας.

**Η νεφρική ανεπάρκεια** που συνοδεύει την πάθηση κατά την πορεία της μπορεί να είναι αποτέλεσμα του shock. Ενοχοποιούνται όμως και ανεξάρτητες από αυτό βλάβες, όμως η ίνωση του αγγειώδους σπειράματος του νεφρού (ιστολογικά αποδεδειγμένη), που αποδίδεται στη διαταραχή των μηχανισμών της πηκτικότητας από τη δράση της ενεργοποιημένης και κυκλοφορούσης θρυψίνης.

Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, με ολιγουρία ή μη, πρέπει να αντιμετωπίζεται με περιτοναϊκή διάλυση ή και αιμοκάθαρση<sup>3</sup>.

**Ο αποφρακτικός ίκτερος**, που συνοδεύει την οξεία παγκρεατίτιδα με αιτιολογία τη λιθίαση της εξωηπατικής χολυφόρου οδού ή το οίδημα της κεφαλής του αδένου, πρέπει να αντιμετωπίζεται έγκαιρα με χολυδοχοτομή, αφαίρεση του κωλύματος, χολοκυστεκτομή και έλεγχο της υπάρχουσας χολαγγειίτιδας. στις περιπτώσεις αυτές, έχουν ανακοινωθεί ικανοποιητικά αποτελέσματα τόσο για την εξέλιξη της νόσου όσο και για τη μείωση της θνησιμότητας της από 16 σε 2%. Η δημιουργία ψευδοανευρυσμάτων, ρήξεων ή και θρομβώσεων των αγγείων του οργάνου και της γύρω περιοχής (κλάδοι της κολικής, άνω μεσεντερίου, σπληνικής και γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας) είναι επίσης μια σοβαρή επιπλοκή με μεγάλη θνησιμότητα, εξαιτίας των αιμορραγιών αλλά και των ισχαιμικών εκδηλώσεων (διατρήσεις δωδεκαδακτύλου – εντερικών ελίκων, εγκάρσιου κόλου, συρίγγια, στενώσεις). Η άμεση αντιμετώπιση των επιπλοκών αυτών με απολινώσεις των αιμορραγούντων αγγείων, εκτομές και εκστομώσεις των διατρηθέντων τμημάτων του εντέρου και απομάκρυνση των λευκωμάτων, έχει πιθανότητες μιας περιορισμένης μείωσης της θνησιμότητας, που βρίσκεται πάντα σε υψηλά επίπεδα.

**Οι στεατονεκρώσεις** του επιπλόου και της περιοχής γενικά, είναι γνωστές και δεν εξαντλούνται μόνο σ' αυτό το χώρο. Είναι δυνατό να βρεθούν σε εξωκοιλιακές περιοχές (οστά, περικάρδιο κ.α), αλλά και στο υποδόριο λίπος περιομφαλικά (σημείο Cullen) και στα άκρα, ως εκχυμώσεις ή κηλίδες χρώματος κυανοκοκκίνου (ιώδες). Η εμφάνιση των στεατονεκρώσεων οφείλεται στη δράση της λιπάσης και στη συγκέντρωση ιόντων  $Ca^{++}$ . Η παρουσία εκτεταμένων τέτοιων υποδόριων σχηματισμών έχει κακή πρόγνωση για τον ασθενή.

**Η υπογλυκαιμία** είναι παρούσα κατά τις πρώτες ημέρες μετά την κρίση. Τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα είναι συνήθως 200-300 mg/dl και είναι παροδικά. Η υπεργλυκαιμία αυτή αποδίδεται στην αύξηση του γλουκαγόνου στο πλάσμα παρά σε μείωση της ινσουλίνης. Τέλος, δεν πρέπει να μας διαφεύγουν τα προβλήματα από τις διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας της πηκτικότητας και της παγκρεατικής εγκεφαλοπάθειας<sup>3</sup>.

**Οι τοπικές επιπλοκές** της οξείας παγκρεατίτιδας συνδέονται άμεσα με τη δημιουργία ψευδοκύστεων οι οποίες αναπτύσσονται αρκετά συχνά κατά τη διαδρομή της οξείας παγκρεατίτιδας (25%). Οι κύστες αυτές συνήθως απορροφώνται αυτόματα (85%) σε διάστημα έξι εβδομάδων.

Η δημιουργία των ψευδοκύστεων οφείλεται στη νέκρωση του παγκρέατος και τη διαφυγή των ενεργοποιημένων παγκρεατικών ενζύμων στους γύρω ιστούς. Το τοίχωμά τους δεν καλύπτεται από επιθηλιακά κύτταρα, αλλά σχηματίζεται από την ινική και τα περιβάλλοντα σπλάχνα.

Ο παρατενόμενος πόνος, η ναυτία, οι έμετοι, ο πυρετός, η λευκοκυττάρωση και η παράταση της υπεραμυλασαιμίας για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας, βάζουν την υπόνοια της ανάπτυξης της ψευδοκύστης.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με μια από τις απεικονιστικές μεθόδους (υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία).

Οι ψευδοκύστες μπορεί να επιμολυνθούν, να ραγούν αυτόματα στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα, τον υπεζωκότα ή σε κάποιο κοίλο σπλάχνο, ή να αποφράξουν παρακείμενο κοίλο σπλάχνο λόγω πίεσης, ή, τέλος, διαβρώσουν το γαστρεντερικό σωλήνα και να προκαλέσουν αιμορραγία.

**Ο οπισθοπεριτοναϊκός φλέγμονας** που συνοδεύει την πάθηση, αναπτύσσεται σε ποσοστό 30-50%. Πρόκειται για ύπουλη επιπλοκή. Ο άρρωστος παρουσιάζει εικόνα βαριά πάσχοντα, με σημεία σηψαιμίας και τοξικότητας, χωρίς χαρακτηριστικά ευρήματα από τις απεικονιστικές εξετάσεις. Αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, υπάρχει ο κίνδυνος επέκτασής του προς το μεσοθωράκιο, το θώρακα ή την πύελο, ακόμη μέχρι και του οσχέου.

**Το παγκρεατικό απόστημα** αναπτύσσεται σε συχνότητα 4%. Η κλινική του εικόνα είναι θορυβώδης. Ο άρρωστος παρουσιάζει υπερπυρεξία (>39°C), επιγαστραλγία, λευκοκυττάρωση, ταχυκαρδία, υπόταση. Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας διαπιστώνεται ευαισθησία και η παρουσία ενδοκοιλιακής μάζας (15-25%), που εντοπίζεται συνήθως στην άνω κοιλία. Οι αιμοκαλλιέργιες συνήθως είναι θετικές.

Το παγκρεατικό απόστημα δημιουργείται συνήθως τη δεύτερη εβδομάδα της νόσησης, λόγω επιμόλυνσης των παγκρεατικών και περιπαγκρεατικών νε-

κρώσεων από Gram αρνητικά βακτηρίδια που προέρχονται από την εντερική μικροβιακή παγκρεατίτιδα. Ορισμένοι υποστηρίζουν, ότι η ανάπτυξη των παγκρεατικών αποστημάτων υποβοηθείται από την πρόωμη σίτιση αρρώστων (πριν από την ενδέκατη ημέρα νόσησης).

Κάθε άρρωστος που εξακολουθεί να παρουσιάζει πυρετό ή που αναπτύσσει έκτακτη πυρετική κίνηση στη δεύτερη εβδομάδα της νόσησης. Θα πρέπει να θεωρείται ότι πάσχει από παγκρεατικό απόστημα.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από μια από τις απεικονιστικές μεθόδους. Η παρουσία φυσαλίδων αέρα επιβεβαιώνει την παρουσία του αποστήματος.

Όταν υπάρχει διαγνωστικό πρόβλημα για την ύπαρξη παγκρεατικού αποστήματος επιβάλλεται η ανατομική παρακέντηση της κοιλότητας με τη βοήθεια των υπερήχων ή του αξονικού τομογράφου και η λήψη υλικού για καλλιέργεια. Όταν η μέθοδος αποτύχει, κρίνεται επιτακτική η χειρουργική επέμβαση, γιατί η θνητότητα του παγκρεατικού αποστήματος, όταν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, ανέρχεται στα 100%, ενώ με την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία η θνητότητα κατεβαίνει στα 30%<sup>5</sup>.

**Ο παγκρεατικός ασκίτης** αναπτύσσεται συνήθως ως επιπλοκή οξείας παγκρεατίτιδας, τραυματικής ή αλκοολικής αιτιολογίας. Χαρακτηρίζεται από πυρετό, αυξημένη λευκοκυττάρωση, απώλεια βάρους, κοιλιακό πόνο, χρόνια συλλογή πλευριτικού υγρού.

Οφείλεται σε ρήξη ψευδοκύστης ή σε απόφραξη λεμφαγγείων της περιοχής του παγκρέατος.

Το ασκίτικό υγρό περιέχει αυξημένη ποσότητα λευκωμάτων (>2,5mg/100ml). Οι τιμές της αμυλάσης και της λιπάσης είναι μεγαλύτερες από αυτές του αίματος, που κι αυτές είναι σχεδόν πάντοτε αυξημένες.

**Το έμφρακτο του παγκρέατος** που συνοδεύει την πάθηση μπορεί να εντοπίζεται σε οποιαδήποτε περιοχή του οργάνου· συνήθως όμως εντοπίζεται στα περιφερικά 2/3 ή σε ολόκληρο τον αδένα και επεκτείνεται προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ή το μεσεντέριο. Αποδίδεται στην ισχαιμική νέκρωση του οργάνου λόγω της μείωσης της αιμάτωσής του (από την ανακατανομή του αίματος) και της

επίδρασης του ενεργοποιημένων ενζύμων. Οι νεκρωμένοι ιστοί μπορεί να επιμολυνθούν.

Χαρακτηρίζεται από βαριά γενική κατάσταση, υψηλό πυρετό, ολιγαυμία και πόνο στο επιγάστριο. τα επίπεδα της αμυλάσης του αίματος είναι συνήθως φυσιολογικά. Αντίθετα αυξάνουν τα επίπεδα της ειδικής παγκρεατικής RNase του αίματος.

Στην αξονική τομογραφία απεικονίζονται ανώμαλες διαυγείς περιοχές (λόγω του ρευστοποιού νέκρωσης των ιστών) σε έδαφος παγκρεατικού φλέγμονος.

**Τα παγκρεατικά συρίγγια** δημιουργούνται μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση ψευδοκύστεων ή αποστημάτων του παγκρέατος, ή μετά από απλή παροχέτευση του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Χαρακτηρίζονται από την έκκριση παγκρεατικού υγρού που διαβιβρώσκει σε μεγάλη έκταση το δέρμα γύρω από το σημείο εξόδου του συριγγίου. Από το συρίγγιο αποβάλλονται συνήθως μεγάλες ποσότητες ύδατος και ηλεκτρολυτών.

Όταν το συρίγγιο γειτριάζει με εγχειρητική τομή υπάρχει ο κίνδυνος της διάσπασης του εγχειρητικού τραύματος.

**Η νέκρωση του εγάριου κόλου** οφείλεται στη θρόμβωση και τη διάβρωση των αγγείων του μεσοκόλου λόγω της επέκτασης της παγκρεατικής φλεγμονής.

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία απόφραξης, ή οξείας αιμορραγίας από το κατώτερο πεπτικό, από σηψαιμία από Gram αρνητικά βακτηρίδια ή από την έξοδο κοπρανώδους υλικού από σημείο προηγηθείσας παροχέτευσης<sup>5</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

#### Ορισμός:

Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι προοδευτικά εξελισσόμενη και μη αναστρέψιμη, συνήθως επώδυνη, φλεγμονώδης πάθηση του παγκρέατος. Χαρακτηρίζεται από μόνιμη και προοδευτικά επιδεινούμενη λειτουργική και δομική καταστροφή του αδένου, και από επεισόδια οξείας παρόξυνσης.

Η συχνότητά της στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 0,35%.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα κλινικό – παθολογοανατομικά διακρίνεται σε δυο μορφές: τη χρόνια υποτροπιάζουσα και τη χρόνια παγκρεατίτιδα. Η χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα αποτελεί την εξέλιξη της οξείας υποτροπιάζουσας παγκρεατίτιδας εφ' όσον τα αίτια τα οποία την προκαλούν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Στις περιπτώσεις αυτές δημιουργούνται μόνιμες βλάβες στο πάγκρεας και έτσι τα συμπτώματα διαιωνίζονται παρά την άρση του αιτίου που τα προκάλεσε.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι εξελικτική και θεωρείται από πολλούς σαν η εξέλιξη της χρόνιας υποτροπιάζουσας μορφής της παθήσεως μια και συνυπάρχει πολλές φορές με χολολιθίαση αλκοολισμό. Φαίνεται όμως ότι αποτελεί διαφορετική παθολογική οντότητα, που συνήθως οφείλεται σε αυτοανοσοβιολογικό μηχανισμό. Στον ορό των ασθενών αυτών έχουν εντοπιστεί ειδικά αυτοαντισώματα για τον παγκρεατικό ιστό και τα ευρήματα αυτά ενδεχομένως να ερμηνεύουν τη μη αναστολή της εξέλιξης της βλάβης μετά την αφαίρεση του αιτίου που συνυπάρχει, π.χ η χολολιθίαση ή αλκοολισμός. Τα χαρακτηριστικά παθολογοανατομικά ευρήματα της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η ινώσης (κίρρωση) βλάβη του παγκρέατος και η εναπόθεση ασβεστώσεων σε όλο τον αδένου. Οι αρχικές αλλοιώσεις πιθανών να είναι η εναπόθεση συγκριμάτων στους μικρούς παγκρεατικούς πόρους από μια πρωτεϊνική ουσία που περιέχει ηωσινόφιλα. Με την εξέλιξη της παθήσεως οι αποτιτανώσεις γίνονται εμφανείς και εμφανίζονται σε πολλές

περιοχές του παγκρέατος διατάσεις των παγκρεατικών πόρων. Στην τελική τους μορφή οι διατάσεις των παγκρεατικών πόρων έχουν μια μορφή που χαρακτηρίζεται σαν αλυσίδα από λίμνες. Απόφραξη του χοληδόχου πόρου ή στενώσεις του δωδεκαδακτύλου μπορούν να παρουσιαστούν σε προοδευμένες βλάβες της χρόνιας παγκρεατίτιδας εξαιτίας της φλεγμονής των ιστών που τις περιβάλλουν<sup>5,7</sup>.

## 3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε όλο τον κόσμο η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Κατάσταση που είναι ιδιαίτερος εμφανής στην αλκοολική χρόνια παγκρεατίτιδα. Στην Ευρώπη πάνω από 80% των ασθενών στη νότια Ινδία είναι γυναίκες.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα αρχίζει συνήθως στην ενήλικη ζωή (ηλικία 35-50 έτη) και προσβάλλει κυρίως άνδρες, οι οποίοι καταναλώνουν 150-200ml καθαρής αιθανόλης ημερησίως για 10 ή περισσότερα έτη.

Οι ερευνητικές μελέτες που αναφέρονται με ακρίβεια στη συχνότητα της νόσου είναι λίγες. Στο Rochester της Μινεσότα η χρόνια παγκρεατίτιδα εμφανίζεται με συχνότητα 3,5/100.000 κατοίκους ανά ενός ενώ ο αντίστοιχος αριθμός της παγκρεατίτιδας μη αλκοολικής αιτιολογίας στην Ελλάδα είναι 3,2. Η συχνότητα της αλκοολικής χρόνιας παγκρεατίτιδας στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά τρεις φορές μεταξύ των ετών 1970 και 1979 ενώ επίσης παρατηρήθηκε αύξηση για την ίδια αιτιολογία παγκρεατίτιδα και στην Αγγλία<sup>4</sup>.



### 3.3 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η βαθμιαία ατροφία της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος και η αντικατάστασή της από ινώδη ιστό οδηγεί σε διόγκωση του αδένου, ο οποίος έχει σκληρή σύσταση. Ο μείζον παγκρεατικός πόρος διατείνεται και εμφανίζει ελικοειδή πορεία και στενώσεις. Μικροσκοπικώς διαπιστώνεται ότι νησίδες της εξωκρινούς μοίρας του παρεγχύματος περιβάλλονται από περιοχές ινώδους ιστού. Οι πόροι διατείνονται και είναι δυνατό να ασβεστοποιηθούν οι συμπυκνωμένες παγκρεατικές εκκρίσεις. Στα αρχικά στάδια τα νησίδια παραμένουν ακέραια αλλά στη συνέχεια μειώνεται η αγγείωση με αποτέλεσμα την εμφάνιση ατροφίας. Αντιθέτως οι νευρικές απολήξεις προφυλάσσονται εντός του ινώδους παγκρέατος και έχουν μέση διάμετρο μεγαλύτερη του φυσιολογικού. Τα περινευρικά κύτταρα μειώνονται σε πάχος ή εξαφανίζονται. Ίσως αυτά τα «εκτεθειμένα» συμμετέχουν στην εμφάνιση του έντονου άλγους.

Η σκλήρυνση των ιστών του άμεσου περιβάλλοντος του παγκρέατος οδηγεί στη στένωση του κατώτερου τμήματος του χοληδόχου πόρου, της κατιούσης μοίρας του δωδεκαδακτύλου και του παχέως εντέρου. Η σπληνική, άνω μεσεντέριος και η πυλαία φλέβα μπορεί ν' αποφραχθούν από θρόμβους προκαλώντας πυλαία υπέρταση<sup>4</sup>.

### 3.4 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Η χρόνια αποφρακτική παγκρεατίτιδα προκαλείται από λιθίαση η φλεγμονώδη στένωση του μείζονος παγκρεατικού πόρου.

Καλοήθεις, κακοήθεις όγκοι η συγγενείς ανωμαλίες της περιοχής του φύματος είναι δυνατό να προκαλέσουν αλλοιώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας. Ασφαλώς σ' αυτό το είδος της παγκρεατίτιδας τα πρωτεϊνικά βύσματα και οι παγκρεατικοί λίθοι δεν είναι τα παθογνωμικά χαρακτηριστικά.

Στην ιδιοπαθή ασβεστοποιώ παγκρεατίτιδα και στη χρόνια παγκρεατίτιδα που συνδέεται με το αλκοόλ και στην υπερασβεστιαμία, το πρώτο στάδιο εξέλιξης της νόσου χαρακτηρίζεται από αύξηση των εγκρινόμενων προτείνον στον παγκρεατικό χυμό. Ακολουθεί η εναπόθεση πρωτεϊνικών βυσμάτων εντός των εκφορητικών πόρων. Αργότερα, τα βύσματα ασβεστοποιούνται προκαλώντας βλάβη στο παρακείμενο επιθήλιο, απόφραξη των πόρων και ατροφία της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος.

Η εναπόθεση ασβεστίου στο πάγκρεας εμφανίζεται συχνότερα όταν γίνεται εντονότερη η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας. Πάντως μπορεί να υφίσταται βαριά παγκρεατική ανεπάρκεια χωρίς να υπάρχει εναπόθεση ασβεστίου.

Παρομοίως 5% των ασθενών με εναποθέσεις ασβεστίου στο πάγκρεας έχουν φυσιολογική παγκρεατική λειτουργία. Εστιακές ασβεστώσεις του παγκρέατος απαντώντας μετά από τραυματισμούς, σε υπερασβεστιαμία και σε όγκους της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος.

Η μακρόχρονη παρακολούθηση αλκοολικών και μη αλκοολικών ασθενών έδειξε ότι η αυτόματη διάλυση παγκρεατικών λίθων είναι μάλλον κοινό φαινόμενο. Έχει παρατηρηθεί μια απάχικη φάση αυξημένος εναπόθεσης ασβεστίου μετά από μερικά χρόνια ένα στάδιο μέγιστης ασβεστοποίησης και ένα τρίτο κατά το οποίο 30% των αλκοολικών ή μη αλκοολικών ασθενών εμφανίζουν ελάττωση των εναποθέσεων ασβεστίου παρά την προοδευτική έκπτωση της λειτουργίας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος.

Πιστεύεται ότι το αλκοόλ συνεισφέρει στη δημιουργία χρόνιας παγκρεατίτιδας προκαλώντας είτε σπασμό του σφιγκτήρα του Oddi και αύξηση της ενδοπα-

γκρεατικής πίεσης, είτε χάλαση του σφιγκτήρα με αποτέλεσμα την παλινδρόμηση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου. Σε λίγες αλλά επιβεβαιωμένες περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας έγιναν μετρήσεις της ενδοαυλικής πίεσης του πόρου, οι οποίες έδωσαν αντιφατικά αποτελέσματα<sup>4</sup>.

### 3.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι μακροχρόνιες μελέτες για την πορεία της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι λιγοστές. Πάντως η καλώς τεκμηριωμένη δημοσίευση του Ammann θεωρεί ότι στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς με παγκρεατίτιδα παρουσιάζουν βελτίωση με μείωση της έντασης του άλγους μετά από πολλά χρόνια, προοπτική όμως που προσφέρει πολύ μικρή ανακούφιση στον ασθενή ως άτομο. Τόσο ο αλκοολικός όσο και ο μη αλκοολικός ασθενής τείνουν να υποστούν προοδευτική παγκρεατική λειτουργική έκπτωση με ενδεχόμενη αποτιτάνωση και στεατόρροια σε ποσοστό 30%. Σε μια Ιαπωνική μελέτη η συνεχής λήψη αλκοόλ ήταν ο κύριος λόγος που έκρινε την εμμονή του άλγους. Η ποιότητα και η διάρκεια της ζωής μειώνονται κατά πολύ στη χρόνια παγκρεατίτιδα και επιδεινώνεται ακόμη περισσότερο εάν συνεχιστεί η λήψη αλκοόλ<sup>4</sup>.

Το δακτυλιοειδές πάγκρεας είναι μια συγγενής ανωμαλία που αφορά περίπου μία περίπτωση ανά 2000 κατοίκους. Ο έκτοπος παγκρεατικός ιστός στρέφεται κυκλοτερώς περί την κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Η συγγενής αυτή κατάσταση είναι αποτέλεσμα ανωμαλίας της αριστερής παγκρεατικής εμβρυϊκής καταβολής. Η χρόνια παγκρεατίτιδα εμφανίζεται στο 50% των ενηλίκων με δακτυλιοειδές πάγκρεας.

Τα δωδεκαδακτυλικά εκκολπώματα διακρίνονται σε ενδοαυλικά και εξωαυλικά. Τα τελευταία είναι πιο συχνά στην περιοχή του φύματος. Εκκολπώματα πλησίον του φύματος φαίνεται να προδιαθέτουν στην εμφάνιση χρόνιας νόσου των χοληφόρων οδών και των παγκρεατικών πόρων. Σε έρευνα που έγινε διαπιστώθηκαν εκκολπώματα στο 6% των ασθενών με φυσιολογικούς πόρους και στο 52% με ανωμαλίες και των δύο πύρων. Ίσως το εκκόλπωμα ή τα υπολείμματα τροφών μέσα σ' αυτό εμποδίζουν την επαρκή παροχέτευση του πόρου.

Το έκτοπο πάγκρεας επί του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος οδηγεί ίσως σε σχηματισμό δωδεκαδακτυλικής κύστης με συνέπεια αποφρακτική παγκρεατίτιδα. Εξαιρετικά σπάνιες καταστάσεις που οδηγούν στη δημιουργία χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η μερική αγενεσία (συγγενές βραχύ πάγκρεας) και το διπλό κοιλιακό πάγκρεας.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε υπερασβεστιαϊμία εμφανίζεται σε 3% περίπου των ασθενών με υπερπαραθυρεοειδισμό ενώ υπερπλασία, αδένωμα ή κακοήθεια του παραθυρεοειδούς διαπιστώνεται στο 7% όλων των περιπτώσεων.

### 3.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα της χρόνιας παγκρεατίτιδας για το 85 – 95% των αρρώστων. Είναι δυνατό στο ιστορικό τους να υπήρξε κάποτε μικροεπεισόδιο από πόνους, μιμούμενο ελαφρές κρίσεις οξείας παγκρεατίτιδας. Με την εξέλιξη όμως της πάθησης ο πόνος αυτός εμφανίζεται πιο συχνά, διαρκεί περισσότερο και στα τελικά στάδια εγκαθίσταται μόνιμα και σταθερά. Σ' ένα ποσοστό 76% εντοπίζεται στο επιγάστριο και επεκτείνεται κυρίως προς το δεξιό υποχόνδριο (44%) και στη δεξιά προσθιοπλάγια επιφάνεια του θώρακα με αντανάκλαση στην προσθιοπλάγια επιφάνεια του θώρακα με αντανάκλαση στην κατώτερη οσφυϊκή χώρα (56%) και στη ράχη. Πόνος επεκτεινόμενος προς τα αριστερά, είναι ενδεικτικός ουραίας παγκρεατικής βλάβης. Εμφανίζεται μετά τα γεύματα ή και 12 έως 24 ώρες μετά τη λήψη αλκοόλ και έχουν περιγράψει διάρκειες του από 6 ώρες μέχρι και 30. Η ένταση του πόνου αυξάνει με την κόπωση και ανακουφίζεται με τον ενετό και με ειδικές στάσεις του σώματος (όρθια με κλίση προς τα εμπρός).

Ο πόνος της χρόνιας ο παγκρεατίτιδας οφείλεται στην πίεση των ενδοπαρρεγχυματικών νευρικών πλεγμάτων αλλά ίσως και στην αύξηση της ενδοαυλικής πίεσης από τις στενώσεις των πόρων και την παρεμπόδιση της αποχέτευσης του παγκρεατικού υγρού. Ορισμένοι ασθενείς ανακουφίζονται με τη λήψη ήπιων αναλγητικών και αντισπασμωδικών. Τα αντιόξινα Δε φαίνεται να μετριάζουν τον πόνο, που αντιμετωπίζεται μόνο με ισχυρά αναλγητικά (πεθιδίνη, μορφίνη), με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να γίνονται ναρκομανείς. Ανεξάρτητα όμως από τα παραπάνω παρατηρούνται περιπτώσεις όπου ο πόνος μπορεί να λείπει και η χρόνια παγκρεατίτιδα να συνοδεύεται από ακαθόριστα επιγαστρικά ενοχλήματα και να ανακαλύπτεται τυχαία από τις αποιτανώσεις στις σε ακτινογραφίες, στη διάρκεια μιας λαπαροτομίας για άλλη αιτία ή και από τις διαταραχές της πέψης γενικά.

Η απώλεια βάρους είναι κατά σειρά συχνότητας το δεύτερο σύμπτωμα. Σε περιόδους κρίσεων, μπορεί να περνάει τα 15 κιλά το μήνα ή τα 40 κιλά στην τριετία. Η απώλεια βάρους είναι κατά σειρά συχνότητας το δεύτερο σύμπτωμα. Σε

περιόδους κρίσεων, μπορεί να περάσει τα 15 κιλά στην τριετία. Η απώλεια αυτή είναι ανάλογη με την ανορεξία αλλά και την αποφυγή λήψης τροφής, και με αυτό τον τρόπο πιστεύουν οι πάσχοντες ότι μπορούν να αποφύγουν τις κρίσεις. Η στεατόρροια και ο διαβήτης φαίνεται να παίζουν δευτερεύοντα ρόλο. Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων, παρ' ότι η στεατόρροια δεν ανατάσσεται, οι ασθενείς ανακτούν βάρος.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι παρών σε ποσοστό 30-50%. Το ότι ακολουθεί χρονικά την ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας αποδίδεται στην μεγαλύτερη αντίσταση των νησιδίων του Langerhans στην ίνωση και στις ενδοπαρεγχυματικές φλεγμονές. Έτσι, όταν οι ασθενείς αυτοί εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη, θα έχει ήδη προηγηθεί η στεατόρροια. Σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα και σε περίοδο νηστείας έχουν βρεθεί στον ορό, εκτός από τριγλυκαιμία, και αύξηση της ινσουλίνης. Μετά την λήψη τροφής όμως, το πάγκρεας δεν επαρκεί στις αυξημένες απαιτήσεις ινσουλίνης.

Ο διαβήτης αυτό φαίνεται ότι μπορεί να προκαλέσει όλες τις γνωστές επιπλοκές (αμφιβληστροειδής, νεφροί, περιφερικά αγγεία), αλλά σε χαμηλότερα ποσοστά από τον κληρονομικό. Το γεγονός αυτό, χωρίς να έχει αποδειχθεί, αποδίδεται στην μικρότερη χρονική του διάρκεια, αφού οι ασθενείς αυτοί δε ζουν τελικά περισσότερο από 20 χρόνια μετά την εκδήλωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας.

Οι φλεγμονώδεις υποτροπές της χρόνιας παγκρεατίτιδας μπορεί να προκαλέσουν περιοδικό ίκτερο. Επιμένων ίκτερος εμφανίζεται όταν ο ινώδης ιστός

περισφίγγει το κατώτερο τμήμα του χοληδόχου πόρου. Μικρότερου βαθμού αποφράξεις προκαλούν αύξηση των επιπέδων της αλκαλικής φωσφάτασης χωρίς ίκτερο. Στοιχεία απόφραξης των χοληφόρων ακόμη και επί απουσίας ικτέρου μπορεί να διαπιστωθούν με τη βιοψία ήπατος. Τυχόν επιμένουσα διαταραχή των δοκιμασιών ηπατικής λειτουργίας σε έδαφος χρόνιας παγκρεατίτιδας πρέπει να προκαλέσει τον προσεκτικό έλεγχο των χοληφόρων. Ο διαχωρισμός μεταξύ καλοήθους και κακοήθους απόφραξης του κατώτερου τμήματος του χοληδόχου πόρου είναι ιδιαίτερος δυσχερής.<sup>4</sup>

Το σύνδρομο της δυσασπορρόφησης παρουσιάζεται, όταν μειωθεί η εξωκρινής λειτουργία κάτω από 10% των φυσιολογικών της επιπέδων. Απαντά στο 30-50%

των ασθενών και οφείλεται στην μειωμένη λιπόλυση, που είναι ανάλογη με την έκταση της παγκρεατικής ανεπάρκειας αλλά και με την ποσότητα και τη σύσταση των λιπών της τροφής. Η κατάσταση αυτή, μαζί με την ανορεξία, αυξάνει την απώλεια του βάρους, προκαλεί υποπρωτεϊναιμία, οιδήματα στα κάτω άκρα, ατροφία των μυών τους και αβιταμινώσεις κυρίως των B<sub>2</sub>, B<sub>12</sub> και D<sup>3</sup>.

Η σπληνική, η άνω μεσεντέριος και η πυλαία φλέβα είναι πλησίον του παγκρέατος και είναι πιθανό να θρομβωθούν εάν εμπλακούν στην περιπαγκρεατική φλεγμονή. Πάντως δεν είναι συχνή ή έκδηλη πυλαία υπέρταση απ' αυτή την αιτία.

Σε όλα τα στάδια εξέλιξης της χρόνιας παγκρεατίτιδας ο παγκρεατικός πόρος μπορεί να ραγεί σε οποιοδήποτε σημείο του. Η επακόλουθη διάφυση υγρών οδηγεί σε συλλογή προς τον ελάσσονα επιπλοϊκό θύλακο (ψευδοκύστη) ή σε κάποια θέση παρακείμενη του πόρου (κύστη). Οι κύστες μπορεί να είναι ανώδυνες ή επώδυνες και η παρουσία τους να γίνεται αντιληπτή από τα αποτελέσματα της τοπικής πίεσης που προκαλούν στα παρακείμενα όργανα. Είναι δυνατόν μέσω ελλειμμάτων του διαφράγματος να δημιουργηθούν πλευριτικές αντιδράσεις και κύστες του μεσοθωρακίου.

Ο παγκρεατικός ασκίτης είναι μια μαζική ενδοπεριτοναϊκή συλλογή παγκρεατικών εκκρίσεων, υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη και αμυλάση που προκλήθηκαν από άμεση διαφυγή μετά από ρήξη του μείζονος παγκρεατικού πόρου. Έτσι ο συνδυασμός του αλκοολισμού, της πυλαίας υπέρτασης και του ασκίτη προκαλούν διαγνωστική σύγχυση με χρόνια ηπατική νόσο. Επομένως είναι σωστό να μετράται η περιεχόμενη στο ακριτικό υγρό αμυλάση οποτεδήποτε γίνεται διαγνωστική παρακέντηση.

Η αιμορραγία αποτελεί επιπλοκή της χρόνιας παγκρεατίτιδας και μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να είναι το κύριο σύμπτωμα. Η αιμορραγία προέρχεται από οισοφαγικούς κισσούς αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης, από ψευδοανευρύσματα οφειλόμενα σε βλάβες που προκάλεσε η παγκρεατίτιδα ή σε αυξημένη αγγείωση του στομάχου του δωδεκαδακτύλου ή του παχέως εντέρου λόγω περιπαγκρεατικής φλεγμονής. Τα ψευδοανευρύσματα μπορεί να αιμορραγήσουν εντός του μείζονος παγκρεατικού πόρου (αιμορραγία που συνήθως συνοδεύεται από επεισό-

διο υπεραμυλασαιμίας) ή εντός μιας κύστεως. Η αιμορραγία μπορεί επίσης να οφείλεται σε δωδεκαδακτυλικό έλκος, το οποίο είναι πιο συχνό σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα.

Η λιπώδης νέκρωση μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος του παγκρέατος σε σχέση με τις υποτροπές της χρόνιας παγκρεατίτιδας ή σε ασθενείς με παγκρεατικό ασκίτη. Στο δέρμα παρουσιάζεται συνήθως με επώδυνα οζία, ιδιαίτερος στα κάτω άκρα, τα οποία δεν πρέπει να συγχέονται με το οζώδες ερύθημα. Εάν η λιπώδης νέκρωση εμφανιστεί σε οστό κοντά στην άρθρωση, τότε μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα φλεγμονώδη μονοαρθροπάθεια.

Η αλκοολική κίρρωση είναι περιέργως σπάνιο εύρημα σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, αν και η βιοψία ήπατος αποκαλύπτει συχνά άλλου είδους βλάβες που προκαλούνται από το αλκοόλ. Η κατάσταση αυτή μπορεί να οφείλεται σε κληρονομούμενες διαφορές επιδεκτικότητας και στην πρόκληση βλάβης των δυο αυτών οργάνων ή σε μια τάση για ταχύτερη εμφάνιση παγκρεατίτιδας σε βαρείς πότες από ό,τι εμφάνιση κίρρωσης του ήπατος.

Η αποφρακτική παγκρεατίτιδα είναι συχνό εύρημα άνω της κακοήθους στένωσης. Σπανίως το καρκίνωμα αναφέρεται ως επιπλοκή της χρόνιας ασβετοποιού παγκρεατίτιδας εκτός από την κληρονομούμενη παγκρεατίτιδα στην οποία συμβαίνει στο 5-30% των ασθενών<sup>4</sup>.



### 3.8 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### A. Εργαστηριακά ευρήματα

Η διάγνωση και η εκτίμηση της χρόνιας παγκρεατίτιδας γίνεται τόσο με βιοχημικές εξετάσεις και λειτουργικές δοκιμασίες, όσο και με απεικονιστικές εξετάσεις.

Από τις βιοχημικές εξετάσεις, ο προσδιορισμός της λιπάσης ή της αμυλάσης του ορού ελάχιστα βοηθούν στη γενικότερη εκτίμηση του ασθενούς με χρόνια παγκρεατίτιδα, αφού αυξάνονται παροδικά μόνο στα οξέα επεισόδια με τάση προοδευτικής μείωσης καθώς εξελίσσεται η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας.

Η αναζήτηση της τιμής της παγκρεατικής ισοαμυλάσης του ορού έχει μεγαλύτερη διαγνωστική αξία. Στη χρόνια παγκρεατίτιδα οι τιμές του ενζύμου είναι μειωμένες. Αύξηση των τιμών τους παρατηρείται όταν η χρόνια παγκρεατίτιδα επιπλακεί με ψευδοκύστεις.

Η αύξηση των επιπέδων της λακτοφερίνης στις παγκρεατικές εκκρίσεις είναι χαρακτηριστική και συνοδεύει το 82% των χρόνιων παγκρεατίτιδων. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται επίσης για τη διάγνωση της πάθησης<sup>5</sup>.

Η εκτίμηση της λειτουργικής καταστάσεως του παγκρέατος στην κλινική πράξη, γίνεται με διάφορες λειτουργικές διαδικασίες, όπως είναι το Lundh test, η μέτρηση του λίπους των κοπράνων, η μέτρηση του αζώτου των κοπράνων και η δοκιμασία του παρααμινοβενζοϊκού οξέος (PABA).

Μετά από διέγερση του παγκρέατος με ειδικό γεύμα (Lundh test) ή με εκκριματίνη και παγκρεοζυμίνη, συλλέγεται το παγκρεατικό υγρό – με καθετήρα που τοποθετείται στο δωδεκαδάκτυλο- και αναλύεται για προσδιορισμό της περιεκτικότητάς του σε παγκρεατικά ένζυμα.

Η μέτρηση του λίπους των κοπράνων γίνεται για τρία συνεχή 24ωρα μετά από δίαιτα με περιεκτικότητα 100gr λίπους την ημέρα. Η ημερήσια αποβολή λίπους, σε φυσιολογική κατάσταση, θα πρέπει να είναι μικρότερη από 5-7gr. Η η-

μερήσια αποβολή αζώτου στα κόπρανα θα πρέπει να είναι μικρότερη από 2 gr την ημέρα μετά από λήψη 70 gr πρωτεϊνών το 24ωρο.

Η μέγιστη έκκριση διττανθρακικών, σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, είναι μικρότερη από 90mEq/l, με όγκο παγκρεατικού υγρού από 2ml/Kg βάρους την ώρα και η παραγωγή των παγκρεατικών ενζύμων είναι μικρότερη από το 10% του φυσιολογικού.<sup>6</sup>

Η δοκιμασία του παρααμινοβενζοϊκού οξέος(PABA) περιλαμβάνει τη λήψη 1gr συνθετικού διπεπτιδίου παρααμινοβενζοϊκού οξέος μαζί με γεύμα γνωστής περιεκτικότητας σε λίπος, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες για τη διέγερση της παγκρεατικής εκκρίσεως. Η παγκρεατική χυμοθρυψίνη διασπά το μόριο παράγοντας ελεύθερο PABA, το οποίο απορροφάται, συνδέεται στο ήπαρ και απεκκρίνεται στα ούρα. Μετά από εξάωρη συλλογή ούρων μετράται το ποσό του PABA που έχει απεκκριθεί.<sup>4</sup>

## **B. Ακτινολογικά και απεικονιστικά ευρήματα.**

Από τις απεικονιστικές εξετάσεις εκτός από την απλή ακτινογραφία, το υπερηχογράφημα και την ηλεκτρονική αξονική τομογραφία, η εξέταση που παρέχει πληρέστερη εικόνα είναι η ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP).

Η απλή ακτινογραφία κοιλίας είναι χρήσιμη στην ανάδειξη επασβεστώσεων στην περιοχή του παγκρέατος, που ανταποκρίνονται στους παγκρεατικούς λίθους που βρίσκονται μέσα στους παγκρεατικούς πόρους. Το εύρημα αυτό σχετίζεται άμεσα με τη διάρκεια της νόσου και τη βαρύτητα, που εκδηλώνεται συνήθως με ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας και ανευρίσκεται συχνότερα στην αλκοολική παγκρεατίτιδα, στο 30-50% των ασθενών.

Έχει παρατηρηθεί ότι η προοδευτική εξαφάνιση των επασβεστώσεων σε διαδοχικές ακτινογραφίες, συνήθως σημαίνει την ανάπτυξη καρκινώματος σε έδαφος αλλοιώσεων χρόνιας λιθισιακής παγκρεατίτιδας.

Το υπερηχογράφημα παρέχει πληροφορίες για την αδρή ανατομική του παγκρέατος, τυχόν διάταση του παγκρεατικού ή χοληδόχου πόρου καθώς και την ύπαρξη ψευδοκύστεων.

Η ηλεκτρονική αξονική τομογραφία, συνήθως, δίνει λεπτομερέστερη εικόνα του ατροφικού παγκρέατος με τον ανώμαλα διατεταμένο παγκρεατικό πόρο, ενώ οι επασβεστωμένοι παγκρεατόλιθοι μπορεί να αναδειχθούν καλύτερα απ' ότι στην απλή ακτινογραφία κοιλίας. Επίσης, παρέχει στοιχεία για τη διαφορική διάγνωση από το αδενοκαρκίνωμα του παγκρέατος, καθώς το τελευταίο διηθεί συνήθως το λίπος γύρω από την άνω μεσεντέριο φλέβα, ενώ ο συνδετικός ιστός που αναπτύσσεται γύρω από το πάγκρεας στη χρόνια παγκρεατίτιδα το αφήνει ελεύθερο.

Όταν υπάρχουν σαφείς κλινικές ενδείξεις παγκρεατικής νόσου και τα ευρήματα από τις παραπάνω απεικονιστικές εξετάσεις δεν είναι αποδεικτικά, επιβάλλεται να γίνει η ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία, η οποία θεωρείται εξέταση εκλογής για τη διερεύνηση της μορφολογίας του παγκρέατος.

Η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) παρέχει πληροφορίες για τη μορφολογία των παγκρεατικών πόρων, αναδεικνύει τους παγκρεατικούς λίθους που φαίνονται σαν ελλείμματα πληρώσεων μέσα στο σκιαστικό που γεμίζει τους ακανόνιστα διατεταμένους και στενωμένους κατά τόπους πόρους, καθώς επίσης σκιαγραφεί μικρές ψευδοκύστες που επικοινωνούν με τους πόρους. ο χοληδόχος πόρος μπορεί επίσης να σκιαγραφηθεί συγκεντρικά στενωμένος, στην ενδοπαγκρεατική του μοίρα, λόγω στραγγαλισμού του από συνδετικό ιστό ή από πίεση από κύστη της κεφαλής του παγκρέατος. Οι πληροφορίες αυτές δεν είναι μόνο χρήσιμες για τη διάγνωση αλλά και καθοριστικές για το σχεδιασμό της χειρουργικής επεμβάσεως.

Η ERCP παράλληλα προσφέρει τη δυνατότητα της επισκοπήσεως της περιοχής της θηλής του Vater και της λήψεως παγκρεατικού υγρού, για βιοχημική και κυτταρολογική εξέταση.

Η αγγειογραφία, στις περιπτώσεις που σχεδιάζεται εκτεταμένη παγκρεατεκτομή, βοηθάει στην αναγνώριση της αγγειώσεως της περιοχής και στην απεικό-

νιση ανευρυσμάτων στις παγκρεατικές αρτηρίες που δεν είναι σπάνια στη χρόνια παγκρεατίτιδα.<sup>6</sup>

Η χρησιμοποίηση της διαδερμικής βιοψίας του παγκρέατος θεωρήθηκε επικίνδυνη λόγω πρόκλησης αιμορραγίας και παγκρεατίτιδας. Επιτυχής και ασφαλής παγκρεατική βιοψία έχει περιγραφεί με την τροποποιημένη Tru-cut βελόνα που εισέρχεται και εξέρχεται ταχέως στο σημείο βιοψίας. Χρησιμοποιείται συνήθως βελόνα 18-gauge και οι επιπλοκές είναι σπάνιες. Μ' αυτή τη μέθοδο επιτυγχάνεται η λήψη καλύτερων δειγμάτων από αυτά που λαμβάνονται για κυτταρολογική εξέταση αναρρόφησης δια της λεπτής βελόνας. Επιπλέον πλεονέκτημα είναι ότι η ταχύτητα με την οποία κινείται η βελόνα προκαλεί κοιλότητα στον ιστό, η οποία διακρίνεται στο υπερηχογράφημα ως η δίοδος της βελόνας. Έτσι μπορεί να διαπιστωθεί η ακριβής θέση της βιοψίας. Η εφαρμογή αυτής της τεχνικής βοηθά ιδιαίτερα στη διάγνωση παγκρεατικών νοσημάτων και στην παρακολούθηση της πορείας των ασθενών.<sup>4</sup>

### 3.9 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η χρόνια παγκρεατίτιδα πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλα αίτια πρόκλησης άλγους της άνω κοιλίας (πεπτικό έλκος, καρκίνος στομάχου, παγκρεατικός καρκίνος, μεσεντέριος ισχαιμία), δυσαπορρόφηση (μικροβιακή υπερανάπτυξη, νόσος Crohn), πυλαία υπέρταση, ίκτερο, ασκίτη και σακχαρώδη διαβήτη. Απ' όλα αυτά ο παγκρεατικός καρκίνος παρουσιάζει τις μεγαλύτερες διαφοροδιαγνωστικές δυσχέρειες.<sup>4</sup>

### 3.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα κύρια προβλήματα στη χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ο πόνος, η δυσαπορρόφηση και ο σακχαρώδης διαβήτης, επομένως προς την κατεύθυνση αυτή στοχεύει τόσο η συντηρητική όσο και η χειρουργική θεραπεία.

#### A. Συντηρητική θεραπεία

Ο πόνος στη χρόνια παγκρεατίτιδα, με την εξέλιξη και επιδείνωση των βλαβών, συνεχίζεται και μεταξύ των οξέων επεισοδίων, έχει δε άμεση σχέση με την αύξηση της πίεσεως μέσα στους παγκρεατικούς πόρους και τις βλάβες των νευρικών ινών.

Η διακοπή της χρήσεως οινοπνεύματος οπωσδήποτε βοηθάει στα αρχικά στάδια της παθήσεως, όταν υπάρχει ακόμα ένα μέρος φυσιολογικού παρεγχύματος, ενώ στα τελικά στάδια αυτό δεν έχει πια καμία σημασία. Αντίθετα, μάλιστα, πολλοί από τους ασθενείς αυξάνουν τη χρήση οινοπνεύματος για να αισθανθούν ανακούφιση. Από τα αναλγητικά, μόνο τα ναρκωτικά φαίνεται ότι έχουν κάποια επίδραση, αλλά σύντομα οδηγούν στον εθισμό. Έτσι, ένα ακόμα πρόβλημα επισυνδέεται στο σοβαρό πρόβλημα του αλκοολισμού.

Όταν υπάρχει ακόμα ένα μέρος της εκκριτικής ικανότητας του παγκρεατικού παρεγχύματος, η χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων για την αντιμετώπιση της δυσαπορροφήσεως βοηθάει και στη μείωση του πόνου καθώς καταστέλλει την παγκρεατική έκκριση και μειώνει επομένως την πίεση μέσα στους παγκρεατικούς πόρους. Αναφέρεται μείωση του πόνου στο 75% των ασθενών με μέτριο πόνο και μόνο στο 25% με ισχυρό πόνο.

Η χορήγηση των παγκρεατικών ενζύμων για την αντιμετώπιση της δυσπεψίας και της δυσαπορροφήσεως από την ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, παρουσιάζει αρκετά προβλήματα, γιατί πρέπει αυτά να μην αδρανοποιούνται από το γαστρικό υγρό. Η χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων σε μικροσφαιρίδια που καλύπτονται με κάψουλα ζελατίνης, σε συνδυασμό με τον έλεγχο της γαστρικής εκκρίσεως με χορήγηση των αναστολέων των H<sub>2</sub> υποδοχέ-

ων, φαίνεται ότι αποτελούν ικανοποιητική λύση. Η δυσσαπορρόφηση αφορά κυρίως τα λίπη (στεατόρροια) και λιγότερο τις πρωτεΐνες (κρεατόρροια ή αζωτόρροια) και αυτό γιατί η μείωση της εκκρίσεως αφορά κυρίως τη λιπάση και λιγότερο τις πρωτεάσες. Η εμφάνιση στεατόρροιας προϋποθέτει μείωση της λιπάσης κατά 90% και αυτό συμβαίνει στα προχωρημένα στάδια της παγκρεατικής ανεπάρκειας. Η αμυλόρροια εμφανίζεται μόνο στα τελικά στάδια της νόσου. Ένδειξη για χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων τίθεται όταν η αποβολή λίπους στα κόπρανα υπερβαίνει τα 15gr το 24ωρο. Το αποτέλεσμα από τη χορήγηση ενζύμων είναι η μείωση του όγκου των κοπράνων, της συχνότητας των κενώσεων καθώς επίσης και η σημαντική αύξηση του βάρους των ασθενών, που σε συνδυασμό με την ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί προσφορά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η δοσολογία των παγκρεατικών ενζύμων θα πρέπει να εξατομικεύεται και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας να ελέγχεται με τη μέτρηση του λίπους των κοπράνων, τη μέτρηση των ενεργών ενζύμων στο δωδεκαδακτυλικό υγρό και οπωσδήποτε με τη βελτίωση της θρέψεως του ασθενούς. Έχει υπολογιστεί ότι, για τη φυσιολογική πέψη απαιτείται τουλάχιστον το 10% της ποσότητας των ενζύμων που εκκρίνονται κατά τη μέγιστη διέγερση του παγκρέατος. Επομένως, η δοσολογία των ενζύμων θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 10.000 και 20.000 διεθνών μονάδων σε κάθε γεύμα.

Τα περισσότερα σκευάσματα, σήμερα, περιέχουν λιπάση, αμυλάση και θρυψίνη, ενώ σε μερικά απ' αυτά προστίθενται και τα χολικά άλατα.

Εκτός από τη χορήγηση των παγκρεατικών ενζύμων θα πρέπει να ρυθμίζεται και η διαίτα των ασθενών, η οποία θα περιέχει ελάχιστα λίπη και αυτά να είναι κυρίως τριγλυκερίδια μεσαίας αλύσου.

Η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, στη χρόνια παγκρεατίτιδα, σε αλκοολικούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω μη τηρήσεως ειδικής διαίτας και ορθής δοσολογίας ινσουλίνης. Αυτό είναι, άλλωστε, η κύρια ένδειξη για παγκρεατική μεταμόχευση.<sup>6</sup>

## **B. Χειρουργική θεραπεία**

Οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα αποσκοπούν, κατά κύριο λόγο, στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της χρόνιας παγκρεατίτιδας ή της ανεπάρκειας της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Είναι αυτονόητο ότι, πριν από κάθε επέμβαση, πρέπει να γίνει ορθή αξιολόγηση του κάθε ασθενούς ώστε με την εκλογή της κατάλληλης εγχειρήσεως να προκύψει το μεγαλύτερο δυνατό όφελος.

Είναι απαραίτητο να διερευνηθεί η αιτιολογία της χρόνιας παγκρεατίτιδας και να εκτιμηθεί αν και κατά πόσο αυτή είναι θεραπεύσιμη, όπως πχ στην περίπτωση του υπερπαραθυρεοειδισμού ή της υπερλιπιδαιμίας. Ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα θα πρέπει προκαταβολικά να διακόψουν το οινόπνευμα γιατί διαφορετικά η όποια χειρουργική επέμβαση όχι μόνο δεν θα είναι ωφέλιμη αλλά μπορεί, πολλές φορές, να αποβεί και επικίνδυνη.

Η γνώση της καταστάσεως του παγκρέατος, από λειτουργικής όσο και από παθολογοανατομικής απόψεως, είναι επίσης βασικής σημασίας για τον σχεδιασμό της εγχειρήσεως. Σ' αυτό θα βοηθήσουν οι λειτουργικές δοκιμασίες του παγκρέατος αλλά και κυρίως η ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία με την οποία θα αναδειχθεί η ακριβής μορφολογία των παγκρεατικών πόρων. Η πιθανότητα με τις βλάβες της χρόνιας παγκρεατίτιδας να υποκρύπτεται κάποιο νεόπλασμα είναι πολύ δύσκολο ακόμα και διεγχειρητικά να αποκλειστεί. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι σε έδαφος χρόνιας παγκρεατίτιδας, είναι δυνατό να αναπτυχθεί καρκίνωμα, όπως και το ότι το καρκίνωμα του παγκρέατος περιβάλλεται από αλλοιώσεις που προσομοιάζουν με αυτές της χρόνιας παγκρεατίτιδας.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται για την αντιμετώπιση του παγκρεατικού πόνου κατατάσσονται σε δυο κατηγορίες: στις παροχτετευτικές των παγκρεατικών πόρων και στις εκτομές του παγκρεατικού παρεγχύματος.

Οι παροχτετευτικές επεμβάσεις βασίζονται στη γνώση ότι ο πόνος στη χρόνια παγκρεατίτιδα οφείλεται κατά κύριο λόγο στην αύξηση της πίεσεως μέσα στους παγκρεατικούς πόρους και λιγότερο στην ανάπτυξη συνδετικού ιστού περιπαγκρεατικά, όπως επίσης και στις βλάβες των σπλαχνικών νεύρων. Το είδος

της παροχέτευτικής επεμβάσεως θα εξαρτηθεί από τη μορφολογία των παγκρεατικών πόρων, όπως αυτή θα αναδειχθεί από την ενδοσκοπική ή τη διεγχειρητική παγκρεατογραφία. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ότι το εύρος του παγκρεατικού πόρου δεν πρέπει να είναι λιγότερο από ένα εκατοστό. Εάν ο παγκρεατικός πόρος έχει πολλές στενώσεις και διατάσεις, όπως συμβαίνει τις περισσότερες φορές, τότε θα πρέπει να γίνει η επιμηκής πλαγιοπλάγια Roux-en-Y παγκρεατονησιτιδοστομία (εγχείρηση Puestow). Στις ελάχιστες περιπτώσεις όπου υπάρχει μια μόνο στένωση με περιφερική διάταση του παγκρεατικού πόρου, η ουραία παγκρεατονησιτιδοστομία είναι η καλύτερη λύση.

Η επέμβαση Puestow ή καλύτερα η τροποποίηση αυτής, όπως έχει περιγραφεί από τους Partington και Rochelle το 1960, συνίσταται σε επιμήκη διάνοιξη του παγκρεατικού πόρου σε όλο του το μήκος, από την κεφαλή του παγκρέατος μέχρι την ουρά του, που αναστομώνεται στη συνέχεια πλαγιοπλάγια με απομονωμένη έλικα νήστιδος κατά Rouxen – Y (Εικ.3,4). Τα καλύτερα αποτελέσματα στην υποχώρηση του πόνου επιτυγχάνονται όταν ο πόρος είναι διατεταμένος και έχει εύρος τουλάχιστον 8 mm. Στις περιπτώσεις αυτές, όταν οι ασθενείς έχουν διακόψει τη χρήση οιοπνεύματος, ο πόνος υποχωρεί στο 88% των ασθενών, ενώ στους αλκοολικούς που συνεχίζουν τη χρήση οιοπνεύματος, μόνο στο 65%. Η επανεμφάνιση του πόνου υποδηλώνει συνήθως στένωση και δυσλειτουργία της αναστομώσεως, οπότε απαιτείται επανεκτίμηση με ενδοσκοπική ανάστροφη παγκρεατογραφία για να αποφασιστεί το ενδεχόμενο της βελτιώσεως του ασθενούς με επανεπέμβαση. Η επανεπέμβαση συνίσταται είτε σε νέα παροχέτευση είτε σε εκτομή του παγκρεατικού παρεγχύματος.

Μετά από παροχέτευτικές επεμβάσεις του παγκρεατικού πόρου, η ανεπάρκεια της ενδοκρινούς ή της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος δεν βελτιώνεται, αντίθετα μάλιστα μακροχρόνια παρατηρείται επιδείνωση τόσο της δυσαπορροφήσεως όσο και του διαβήτη σε μια αναλογία 20% των ασθενών περίπου, στα πλαίσια της συνεχιζόμενης καταστροφής του παγκρεατικού παρεγχύματος. Η επέμβαση Puestow, όταν γίνεται με σαφείς ενδείξεις και ειδικά και εξοικειωμένα με τη χειρουργική του παγκρέατος κέντρα, έχει πολύ καλά αποτελέσματα και χωρίς θνησιμότητα. Όταν το εύρος του παγκρεατικού πόρου είναι μικρότερο των 2mm



τότε αντί των παροχευτευτικών επεμβάσεων, για την αντιμετώπιση του πόνου, προτιμώνται οι εκτομές του παγκρεατικού παρεγχύματος. Αυτές, όταν σχεδιαστούν ορθά, έχουν συγκρίσιμα αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση του πόνου, με τις παροχευτευτικές, έχουν όμως υψηλότερο ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επίσης, συνοδεύονται από μεγαλύτερου βαθμού επιδείνωση της ανεπάρκειας της εξωκρινούς και της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος που σχετίζεται με το μέγεθος της εκτομής και των αλλοιώσεων του τμήματος που εναπομένει.

Ο τύπος της παγκρεατεκτομής εξαρτάται από τα ευρήματα της ηλεκτρονικής αξονικής τομογραφίας, της ανάστροφης παγκρεατογραφίας αλλά και κυρίως από την διεγχειρητική εκτίμηση. Κατά την επέμβαση εκτός από την επισκόπηση και την ψηλάφηση του οργάνου θα πρέπει, σε ορισμένες περιπτώσεις, να χρησιμοποιηθεί η διεγχειρητική παγκρεατογραφία- με παρακέντηση του παγκρεατικού πόρου ή καθετηριασμό της θηλής του Vater- η διεγχειρητική υπερηχογραφία όπου είναι διαθέσιμη και οπωσδήποτε η ιστοληψία και ταχεία βιοψία όταν υπάρχει υπόνοια νεοπλασματος, αν και είναι αρκετά δύσκολο αυτό να επιβεβαιωθεί ή να αποκλειστεί.<sup>6,11</sup>

Η **περιφερική παγκρεατεκτομή**, του 80% του παρεγχύματος, εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου οι αλλοιώσεις περιορίζονται στο σώμα και την ουρά του παγκρέατος ή συνυπάρχουν ψευδοκύστεις, ψευδοανευρύσματα ή αριστερή πυλαία υπέρταση από θρόμβωση της σπληνικής φλέβας.(Εικ. 5)

Η περιφερική παγκρεατεκτομή κατά 95% σπάνια ενδείκνυται, γιατί όχι μόνο δεν υπερτερεί στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο αλλά συνοδεύεται και από μεγαλύτερη συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη, που μπορεί να φτάσει (σ' αυτούς που δεν είχαν προηγουμένως) στο 74% των ασθενών (Εικ.6).

Η υποχώρηση του πόνου μετά από περιφερική παγκρεατεκτομή 80% ανέρχεται στο 80%, ενώ στο 10% των ασθενών παρατηρείται απλώς μείωση του πόνου για 4-5 χρόνια μετά την επέμβαση, με εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη στο 30% των ασθενών. Η εγχειρητική θνητότητα της περιφερικής παγκρεατεκτομής κυμαίνεται στο 4%.

Η **παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή**, για τον έλεγχο του παγκρεατικού πόνου, ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου οι σοβαρότερες βλάβες της χρόνιας παγκρεατίτιδας εντοπίζονται στην κεφαλή του παγκρέατος και μάλιστα όταν συνυπάρχει στένωση της ενδοπαγκρεατικής μοίρας του χοληδόχου πόρου ή υπάρχει και υπόνοια νεοπλασματος στην περιοχή αυτή (Εικ.7). Η παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομή έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στη μείωση του πόνου (53-82%), συνοδεύεται όμως από αρκετά υψηλή θνητότητα (6%) σε σχέση με τις παραχρηματικές επεμβάσεις και την περιφερική παγκρεατεκτομή. Επίσης, συνοδεύεται από μεγαλύτερη επιδείνωση της δυσασποροφήσεως, ιδίως στις περιπτώσεις που δε διατηρείται ο πυλωρός.

Η υποτροπή του πόνου ή η επιδείνωση της παγκρεατικής ανεπάρκειας σημαίνει στένωση ή απόφραξη της παγκρεατονησιτιδικής αναστομώσεως από κακή τεχνική. Έχει αποδειχθεί ότι η αναστόμωση παραμένει ανοικτή μόνο όταν γίνεται βλεννογόνος προς βλεννογόνο, αυτό δε συνεπάγεται άνετη εκροή του παγκρεατικού υγρού αλλά και διατήρηση της ιστολογικής ακεραιότητας του παγκρεατικού κολοβώματος.

Όταν αποτύχουν όλες οι ανωτέρω εγχειρήσεις, η **ολική παγκρεατεκτομή** αποτελεί λύση και προσφέρει μακροχρόνια ανακούφιση από τον πόνο. Είναι, δυνατόν, σε ορισμένες περιπτώσεις, με προσεκτική Παρασκευή των αγγείων να διατηρηθεί και το δωδεκαδάκτυλο. Μετά από ολική παγκρεατεκτομή απαιτείται υποκατάσταση των παγκρεατικών ενζύμων σε επαρκείς δόσεις, για την αντιμετώπιση της δυσασποροφήσεως, καθώς επίσης και χορήγηση ινσουλίνης. Στους αλκοολικούς ασθενείς η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη είναι αρκετά δύσκολο πρόβλημα λόγω της έλλειψης συνεργασίας των ασθενών. Διαφορετικά τα επίπεδα του σακχάρου, μετά από ολική παγκρεατεκτομή, ρυθμίζονται ευκολότερα με μικρότερες δόσεις ινσουλίνης κι αυτό δεν εκκρίνεται το γλουκαγόνο που, ως γνωστόν, ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης.

Υπάρχει η τάση, τα τελευταία χρόνια, για εκτέλεση όλο και πιο περιορισμένων εκτομών για την αντιμετώπιση του πόνου και αυτό γιατί, έχουν μικρότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα και δεν επιδεινώνουν ιδιαίτερα την ανεπάρκεια της έσω και έξω παγκρεατικής εκκρίσεως. Οι επεμβάσεις αυτές εφαρμόζονται στις

περιπτώσεις όπου υπάρχει μεγάλη ίνωση κυρίως στην κεφαλή του παγκρέατος και συνδυάζουν την τοπική εκτομή με την παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου.

Κατά την **επέμβαση Warren** που συνίσταται στο σχηματισμό απονευρωμένου σπληνοπαγκρεατικού μίσχου, διαχωρίζεται το πάγκρεας στον αυχένα του και απολινώνονται η σπληνική αρτηρία και φλέβα για να απονευρωθεί το σώμα και η ουρά του παγκρέατος. (Εικ.8)

Κατά την **επέμβαση Bager** εκपुरηνίζεται η κεφαλή του παγκρέατος από τον ινώδη ιστό που την περιβάλλει, ώστε να αποκαλυφθεί ο παγκρεατικός πόρος ο οποίος και διαχωρίζεται στο σημείο αυτό. Ακολουθεί αναστόμωση του κεντρικού και περιφερικού κολοβώματος του παγκρεατικού πόρου προς απομονωμένη έλικα νήστιδος κατά Roux – en – Y (Εικ.9).

Η **επέμβαση Frey** εφαρμόζεται στις περιπτώσεις όπου ο παγκρεατικός πόρος δεν είναι αρκετά διατεταμένος ώστε να καταστεί δυνατή η επιμήκης παγκρεατονηστιδοστομία. Γι' αυτό προηγείται εκपुरήνιση του συνδετικού ιστού από την κεφαλή του παγκρέατος και αφού αφαιρεθούν οι λίθοι από τους μικρότερους κυρίως πόρους, στη συνέχεια διανοίγονται αυτοί προοδευτικά μέχρι την ουρά έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η επιμήκης αναστόμωση του όλου συστήματος των πόρων προς απομονωμένη έλικα νήστιδος, σε δυο στρώματα, κατά Roux – en – Y. Επειδή στην επέμβαση Frey δε διαιρείται ο αυχέννας του παγκρέατος, όπως στις προηγούμενες επεμβάσεις, το ποσοστό των μετεγχειρητικών συλλογών και συριγγίων είναι μικρότερο (Εικ.10).

Οι περιορισμένες αυτές εκτομές του παγκρεατικού παρεγχύματος σε συνδυασμό με την παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου φαίνεται ότι έχουν καλά άμεσα αποτελέσματα, όσον αφορά τον έλεγχο του πόνου, αλλά οι σειρές που έχουν εφαρμοστεί είναι ακόμα μικρές για να εξαχθούν ασφαλή και χρήσιμα συμπεράσματα. Το ότι όμως η θνητότητα είναι πολύ χαμηλότερη σε σχέση με τις εκτεταμένες εκτομές έχει πολύ μεγάλη σημασία.

Ο έλεγχος του πόνου στους ασθενείς όπου η πίνωση του παγκρέατος έχει επεκταθεί και στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και υπάρχουν σοβαρές βλάβες στα σπλαχνικά νεύρα, που μέχρι ένα βαθμό ενοχοποιούνται στην πρόκληση του πό-

νου, είναι πολύ δύσκολο πρόβλημα. Στις περιπτώσεις αυτές η εκτομή του παγκρεατικού παρεγχύματος και η παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου δεν αρκούν. Σ' αυτές τις περιπτώσεις θα μπορούσε να δοκιμασθεί η διοσφυϊκή διήθηση του κοιλακού πλέγματος με οινόπνευμα ή ακόμα και διεγχειρητικά όπως επίσης και η εγχειρητική διατομή των σπλαχνικών νεύρων (σπλαχνικεκτομή). Τα αποτελέσματα όμως δεν είναι ενθαρρυντικά. Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμοστεί αρχικά το 1943 από τον Mallet – Guy καλά αποτελέσματα, τα οποία όμως δεν στάθηκε δυνατόν να αναπαραχθούν και από άλλους. Η διατομή των σπλαχνικών νεύρων γίνεται διαθωρακικά ή διακοιλιακά.

Κατά τη διακοιλιακή σπλαχνικεκτομή διατέμνεται ο ηπατογαστρικός σύνδεσμος για να αποκαλυφθεί η έκφυση της κοιλιακής αρτηρίας κάτω από την οποία βρίσκονται τα δυο ημισεληνοειδή γαγγλία και τα σπλαχνικά νεύρα μεταξύ των κελιών του διαφράγματος. Η προσπέλαση αυτή επιτρέπει την αφαίρεση τμήματος των σπλαχνικών νεύρων και εκτομή των γαγγλίων (γαγγλιεκτομή).

Οι επεμβάσεις αυτές προτιμούνται από πολλούς γιατί, παρά τα πτωχά τους αποτελέσματα, ελάχιστα διαταράσσουν τη λειτουργία του παγκρέατος.<sup>6,10</sup>

## Γ. Επιπλοκές χειρουργικής θεραπείας

### Άμεσες επιπλοκές

Στις επιπλοκές περιλαμβάνονται όλες εκείνες που συνδέονται με κάθε μείζονα χειρουργική επέμβαση στην κοιλία πχ ενδοκοιλιακή λοίμωξη μετά από τραυματισμό, εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, μετεγχειρητική αιμορραγία, καρδιοπνευμονικές επιπλοκές καθώς και εκείνες που αφορούν ειδικά τη μέθοδο αυτή καθ' εαυτή. Είναι σημαντικό και πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η χειρουργική επέμβαση για χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ιδιαίτερος δυσχερής λόγω της βαριάς φλεγμονής και ίνωσης και γι' αυτό το λόγω θα πρέπει να εκτελείται μόνο από χειρουργούς με βαθιά γνώση αυτών των προβλημάτων.

#### Αιμορραγία

Αποτέλεσμα της φλεγμονής και της ίνωσης που συνοδεύει τη χρόνια παγκρεατίτιδα είναι η απώλεια της φυσιολογικής δομής του παγκρέατος. Κατά τη διάρκεια παρασκευής του παγκρέατος δεν είναι ασυνήθης η διαπίστωση ότι η πυλαία φλέβα, η άνω και η κάτω μεσεντέριος και η μέση κολική αρτηρία έρχονται σε επαφή κατά τέτοιο τρόπο με τον αδένα ώστε να είναι εύκολη η εμφάνιση βλαβών σ' αυτά τα αγγεία. Για την αποφυγή ή την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος απαιτείται υψηλού βαθμού εμπειρία. Η ανεξέλεγκτη αιμορραγία είναι μια από τις συχνότερες αιτίες θνησιμότητας.

Καθυστερημένη γαστρική κένωση ή διέλευση από τον ειλεό.

Μετά από μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις στο πάγκρεας δεν είναι ασυνήθης η καθυστερημένη κένωση του στομάχου ή η επιβράδυνση της διέλευσης από τον ειλεό. Πιθανώς σχετίζεται με τους εκτεταμένους οπισθοπεριτοναϊκούς και ενδοκοιλιακούς χειρισμούς για την παρασκευή των οργάνων και επιτείνεται από την κακή θρέψη των περισσότερων από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της επέμβα-

σης. Γι' αυτούς τους λόγους είναι ζωτικής σημασίας η πλήρης θερμιδική κάλυψη κατά τη διάρκεια της πρώτης μετεγχειρητικής περιόδου.

### Σήψη

Οι σηπτικές επιπλοκές και ιδιαίτερα τα υποδιαφραγματικά αποστήματα είναι συνήθεις μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στο πάγκρεας. Ο κίνδυνος των σηπτικών επιπλοκών είναι αυξημένος από την κακή θρεπτική κατάσταση των περισσότερων ασθενών, η οποία από διοργανώνει την ανοσολογική τους απάντηση στη λοίμωξη. Ο κίνδυνος είναι επίσης αυξημένος αν έχει εκτελεστεί σπληνεκτομή. Η μικροβιολογική λοίμωξη είναι συνήθως ενδογενούς τύπου και γενικώς οφείλεται στα ίδια είδη βακτηριδίων μ' αυτά που απομονώνονται στα χοληφόρα. Για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος πρέπει όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις του παγκρέατος να αρχίζουν προφυλακτικώς θεραπεία με αντιβιοτικά ταυτόχρονα με την χορήγηση της αναισθησίας και την οποία συνεχίζουν για τουλάχιστον 48 ώρες μετεγχειρητικώς.

### Εν τω βάθει θρόμβωση / πνευμονική εμβολή

Είναι δύσκολη η πλήρης προφύλαξη των ασθενών από την επιπλοκή αυτή, αφού οι περισσότεροι έχουν μείνει κλινήρεις για κάποιο χρονικό διάστημα πριν ληφθεί η απόφαση για χειρουργική επέμβαση. Συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι η ανάπτυξη θρόμβωσης πριν τη χειρουργική επέμβαση. Συνιστάται πάντως η χορήγηση μικρών δόσεων ηπαρίνης προφυλακτικώς σε όλους τους ασθενείς που θα υποβληθούν σε εγχείρηση παγκρέατος, ακόμη και αν αυτό αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο αιμορραγίας. Το νέο χαμηλού βάρους παράγωγο της ηπαρίνης προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα, αφού απαιτεί μικρότερο αριθμό ενώσεων και συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο αιμορραγίας.

### Παγκρεατικό συρίγγιο

Εάν η χειρουργική επέμβαση έχει επιλεγεί προσεκτικά και κάθε κύστη έχει παροχετευτεί εντός του γαστρεντερικού σωλήνα, τότε είναι απίθανη η δημιουργία παγκρεατικού συριγγίου. Για να μειωθεί ο κίνδυνος παγκρεατικής διαφυγής, χο-

ρηγούνται 500.000 μονάδες aprotinin κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και κάθε 8 ώρες για 5 ημέρες μετεγχειρητικώς. Εάν δημιουργηθεί παγκρεατικό συρίγγιο υψηλής παροχής, τότε η octreotide 100mg τρεις φορές ημερησίως έχει αποδειχθεί πολύ χρήσιμο βοήθημα στην αντιμετώπισή του αφού ελαττώνει σημαντικά τον όγκο και την περιεκτικότητα σε ένζυμα της παροχέτευσης και επιταχύνει το αυτόματο κλείσιμο του συριγγίου.

### Θνησιμότητα

Η χειρουργική του παγκρέατος συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας από άλλες επεμβάσεις στην κοιλία. Η συνολικά αναμενόμενη χειρουργική θνησιμότητα είναι περίπου 5% ακόμη και στα πιο έμπειρα χέρια. Οι μέθοδοι εκτομής συνοδεύονται από μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας απ' ό,τι οι παραχτευτικές.

## Όψιμες επιπλοκές

### Σακχαρώδης διαβήτης

Είναι η πιο συνήθης όψιμη επιπλοκή των επεμβάσεων επί του παγκρέατος και μπορεί να παρουσιαστεί πολλά έτη μετά την επέμβαση. Η εμφάνισή του συνδέεται με την παγκρεατική μάζα που αφαιρείται χωρίς αυτό να είναι μόνιμη διαπίστωση. Μερικοί ασθενείς είναι ήδη διαβητικοί την ώρα της επέμβασης και άλλοι μπορεί να νοσήσουν μετά από την αφαίρεση ενός μικρού παγκρεατικού τμήματος. Ο αποφασιστικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι ο αριθμός των κατεστραμμένων νησιδίων του παγκρέατος που είναι αποτέλεσμα της φλεγμονώδους διεργασίας και της επίδρασής της στην αγγείωση των νησιδίων του Langerhans. Τα αποτελέσματα στην αγγείωση των νησιδίων μπορεί να συνεχιστούν ακόμη και μετά από επιτυχή παγκρεατική εγχείρηση. Γι' αυτό το λόγο όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μείζονα παγκρεατική επέμβαση θα πρέπει να παρακολουθούν ανα τακτά χρονικά διαστήματα τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης για το υπόλοιπο της ζωής τους, ώστε να ανιχνευτεί ο διαβήτης πριν γίνει συμπτωματικός.

### Δυσασπορρόφηση

Αν και αυτή είναι μια δυνητική επιπλοκή της παγκρεατικής επέμβασης, είναι σχετικά ασυνήθης εκτός εάν έχει πραγματοποιηθεί ολική παγκρεατεκτομή ή εάν υφίσταται προεγχειρητικά βαριά παγκρεατική ανεπάρκεια. Συνήθως το αποτέλεσμα της εγχείρησης είναι μια μικρή βελτίωση στην απορρόφηση όπως επιβεβαιώνεται από την αύξηση του βάρους σε πολλούς ασθενείς. Εάν εμφανιστεί δυσασπορρόφηση, απαιτείται η χορήγηση από του στόματος συμπληρωματικών παγκρεατικών ενζύμων.

### Επανεμφάνιση παγκρεατίτιδας

Εάν έχει εκτελεστεί η σωστή επέμβαση, είναι σπάνιο φαινόμενο η επανεμφάνιση της παγκρεατικής εκτός εάν η υποκείμενη αιτιολογία πχ κατάχρηση αλκοόλ, συνεχίζεται. Όταν ένας ασθενής επανέρχεται με συμπτωματολογία υποτροπής της παγκρεατίτιδας, τότε πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητα κρυφής κατάλυσης αλκοόλ, η οποία συνήθως αποκαλύπτεται με τον προσδιορισμό σε τυχαίο δείγμα της συγκέντρωσης του αλκοόλ στον ορό. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις σχηματίζεται νέος παγκρεατικός λίθος στο σημείο της παγκρεατικής αναστόμωσης ή αποφράσσεται κάποια παράκαμψη. Εάν ο παγκρεατικός πόρος είναι προσιτός για καθετηριασμό τότε η διάγνωση μπορεί να τεθεί με την ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγείο - παγκρεατογραφία (ERCP).

### Όψιμη θνησιμότητα

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν υψηλή όψιμη θνησιμότητα μετά από επέμβαση στο πάγκρεας. Συχνά οι θάνατοι αυτοί οφείλονται σε αυτοκτονία ή κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών. Διαφαίνεται έτσι η πιθανότητα ύπαρξης υποκείμενης ψυχιατρικής νόσου, η οποία οδήγησε με την πρώτη ευκαιρία σε εκσεσημασμένη κατάχρηση αλκοόλ. Η ολική και η υφολική παγκρεατεκτομή συνδέονται με όψιμη θνησιμότητα από ανεξέλεγκτη υπογλυκαιμία.<sup>4</sup>



## Δ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Παρόλο που η κύρια ένδειξη μεταμοσχεύσεως του παγκρέατος είναι η πρόληψη των επιπλοκών από το νεανικό διαβήτη (μικροαγγειοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, αμφιβληστροειδοπάθεια), η ανεπάρκεια της έσω παγκρεατικής εκκρίσεως σε ασθενής με χρόνια παγκρεατίτιδα – ιδίως στις περιπτώσεις που επιβάλλεται ολική ή υφολική παγκρεατεκτομή – είναι μια άλλη έστω και περιορισμένη ένδειξη. Η παγκρεατική μεταμόσχευση στις περιπτώσεις αυτές δεν αποφασίζεται αν δεν εκτιμηθούν τα πιθανά πλεονεκτήματα ή / και οι επιπλοκές της επεμβάσεως σε σχέση με τις επιπλοκές του διαβήτη.

Στους διαβητικούς ασθενείς με εκδηλωμένη διαβητική νευροπάθεια η μεταμόσχευση του παγκρέατος γίνεται, συνήθως, στον ίδιο χρόνο με τη νεφρική μεταμόσχευση.

Αναφέρονται, από το 1984 μέχρι το 1988, 1167 περιπτώσεις μεταμοσχεύσεως και παγκρέατος από τις οποίες οι 924 έγιναν συγχρόνως<sup>36</sup>. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η σύγχρονη νεφρική και παγκρεατική μεταμόσχευση υπερτερεί της διαδοχικής σε ότι αφορά την επιβίωση των μοσχευμάτων, αν και υστερεί ως προς τη θνητότητα<sup>37</sup>.

Παρόλο που η απόρριψη του παγκρεατικού μοσχεύματος είναι συχνότερη από την απόρριψη του νεφρικού μοσχεύματος, της καρδιάς ή του ήπατος, τα νεότερα δεδομένα είναι ενθαρρυντικότερα αφού δίνουν επιβίωση του παγκρεατικού μοσχεύματος σε αναλογία 77% τον πρώτο χρόνο. Φαίνεται επομένως ότι η παγκρεατική μεταμόσχευση είναι μια αποδεκτή μέθοδος για την αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της έσω εκκρίσεως του οργάνου, ιδίως στις περιπτώσεις εκείνες που επίκεινται ή έχουν εκδηλωθεί σοβαρές επιπλοκές από τη διαβητική μικροβιοπάθεια ή τη ρύθμιση του σακχάρου είναι προβληματική, όπως συμβαίνει στους αλκοολικούς ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα<sup>37.38</sup>.

Η πρώτη επιτυχής μεταμόσχευση παγκρέατος έγινε το 1966 από τον Kelly από τότε δε ο αριθμός των περιπτώσεων αυξάνεται προοδευτικά, αφού έχουν αντιμετωπισθεί με επιτυχία μερικά από τα πολλά τεχνικά και ανοσοβιολογικά προβλήματα.

Μετά την επιτυχή πειραματική μεταμόσχευση του παγκρέατος σε πειραματόζωα το 1972<sup>39</sup>, φάνηκε ξαφνικά ότι απλοποιείται το πρόβλημα της παγκρεατικής μεταμοσχεύσεως. Η συνέχεια όμως δεν ήταν τόσο αισιόδοξη αφού η απλή και ιδανική αυτή μέθοδος με τα ελάχιστα τεχνικά προβλήματα, αφού έφτανε η έγχυση νησιδίων στην πυλαία φλέβα ή η εμφύτευσή τους, στον σπλήνα, ενώ είχε καλά αποτελέσματα στα πειραματόζωα δεν είχε τα ίδια αποτελέσματα και στον άνθρωπο<sup>40</sup>. Η αιτία της αποτυχίας έγκειται κυρίως στην αδυναμία της επιβιώσεως των Β κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος σε σημείο ώστε να μη παράγεται επαρκής ποσότητα ινσουλίνης.

Η καταστροφή των κυττάρων Β οφείλεται μια αλληλουχία από δυσεπίλυτα προβλήματα, από το στάδιο της λήψεως και της απομονώσεως των νησιδίων μέχρι την επιτυχή επαναγγείωσή τους στο χώρο της εμφύτευσης, όπως και την αντοχή τους στη συνέχεια στους μηχανισμούς της απορρίψεως<sup>41</sup>. Εάν και κατά πόσο στην επιβίωση και την ανάπτυξη των μεταμοσχευμένων νησιδίων εμπλέκονται και διάφοροι ειδικοί αυξητική παράγοντες, ώστε να μπορέσουν να γίνουν κάποιοι χειρισμοί προς την κατεύθυνση αυτή, δεν είναι ακόμα γνωστό<sup>42</sup>.

Τα νησίδια λαμβάνονται συνήθως από πάγκρεας ενηλίκων ή εμβρύων (αλλομοσχεύματα) ή μερικές φορές και από ζώα (ξενομοσχεύματα), αλλά στην κάθε περίπτωση υπάρχουν προβλήματα της μεταμοσχεύσεως του παγκρέατος.

Το εμβρυϊκό πάγκρεας είναι μια καλή πηγή Β κυττάρων του παγκρέατος, αλλά αυτά δεν έχουν ακόμα οργανωθεί σε νησίδια και είναι αρκετά ανώριμα για να ανταποκριθούν στο ερέθισμα της υπογλυκαιμίας και την επαρκή παραγωγή ινσουλίνης<sup>42</sup>. Παρόλα αυτά έχει δειχθεί σε πειραματόζωα, ότι είναι ικανά για την αντιμετώπιση του διαβήτη<sup>43</sup>. Η σκέψη της καλλιέργειας των Β κυττάρων πριν από την εμφύτευσή τους, ώστε να τους δοθεί ο χρόνος να αυξηθούν και να ωριμάσουν, βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της πειραματικής διερευνήσεως<sup>44</sup>.

Προβλήματα επίσης υπάρχουν και στον τρόπο της απομονώσεως των νησιδίων ιδίως από το ανθρώπινο πάγκρεας, όπου το υπόστρωμα είναι αρκετά ινώδες ώστε να μπορέσει να διασπασθεί με την επίδραση των κολλαγενασών, έτσι ώστε ο αριθμός των που λαμβάνεται είναι μικρός για ικανοποιητική μεταμόσχευση.

Οι συνηθέστεροι τόποι μεταμοσχεύσεως είναι το σπληνικό παρέγχυμα ή το ήπαρ με έγχυση στην πυλαία φλέβα. Κατά την έγχυση στην πυλαία φλέβα υπάρχει ο άμεσος κίνδυνος της αναπτύξεως ενδαγγειακής πήξεως και ο απώτερος της πυλαίας υπερτάσεως.

Η μη επιτυχής προσπάθεια της νησιδικής μεταμοσχεύσεως έστρεψε το ενδιαφέρον προς την τμηματική και την παγκρεατοδωδεκαδακτυλική μεταμόσχευση. Η πρώτη επιτυχής τμηματική μεταμόσχευση παγκρέατος στον άνθρωπο έγινε το 1966 από τον Kelly και τους συνεργάτες του<sup>45</sup>. Παρόλο που τεχνικά η μέθοδος είναι αρκετά απλή, αφού συνίσταται στην εκτομή του σώματος και της ουράς του παγκρέατος μαζί με την σπληνική αρτηρία και φλέβα και στη συνέχεια την αναστόμωσή τους στα λαγόνια αγγεία του λήπτη, υπάρχουν αρκετά προβλήματα όπως ο χειρισμός της έξω παγκρεατικής εκκρίσεως, η θρόμβωση των αγγείων του μοσχεύματος ή η μείωση της μάζας των ενδοκρινικών κυττάρων από την ίνωση του παρεγχύματος. Έγιναν αρκετές προσπάθειες για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων με ή και χωρίς επιτυχία.

Η έξω παγκρεατική έκκριση αντιμετωπίσθηκε με διάφορους τρόπους, όπως την απολίνωση του παγκρεατικού πόρου<sup>45,46</sup>, την απόφραξη αυτού με πολυμεριζόμενες ουσίες<sup>47</sup> ή την παραμονή ανοικτού του παγκρεατικού πόρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα<sup>48</sup>. Καμία όμως από αυτές τις μεθόδους δεν αποδείχθηκε απόλυτα ικανοποιητική, αφού η κάθε μια έχει τα δικά της προβλήματα, όπως η δημιουργία συριγγίων και παγκρεατικού ασκίτη, τις οπισθοπεριτοναϊκές συλλογές – όταν το μόσχευμα τοποθετείται οπισθοπεριτοναϊκά – την επιμόλυνση του μοσχεύματος και το κυριότερο την προοδευτική ίνωση του μοσχεύματος και την καταστροφή των νησιδίων.

Η αναστόμωση του παγκρεατικού πόρου προς τον εντερικό σωλήνα ή την ουροδόχο κύστη είναι η φυσιολογικότερη λύση. Η αναστόμωση, συνήθως, γίνεται προς απομονωμένη έλικα νήσιδος κατά Roux-en-Y, με την μέθοδο του εγκολεασμού του παγκρεατικού κολοβώματος μέσα στην έλικα. Η διαφυγή παγκρεατικών υγρών και μ' αυτή τη μέθοδο οδηγεί πολλές φορές στην αναγκαστική αφαίρεση του μοσχεύματος. Άλλες επιπλοκές είναι τα αποστήματα και ο αποφρακτικός ειλεός. Οι κατά καιρούς απόπειρες παροχετεύσεως του μοσχεύματος προς τον

στόμαχο ή το ουροποιητικό σύστημα δεν έτυχαν γενικής αποδοχής λόγω των τεχνικών δυσχερειών<sup>46,49</sup>. Το μόνο, ίσως, πλεονέκτημα της αναστομώσεως του παγκρεατικού κολοβώματος προς τον στόμαχο ή την ουροδόχο κύστη είναι ότι είναι προσπελάσιμο ενδοσκοπικά και μπορεί να ελέγχεται και με βιοψίες.

Παρόλα αυτά τα παγκρεατικά συρίγγια δεν είναι σπάνια και σ' αυτόν τον τρόπο μεταμοσχεύσεως όπως επίσης και οι μεταβολικές διαταραχές (μεταβολική οξέωση από την απώλεια των διττανθρακικών του παγκρεατικού υγρού προς το ουροποιητικό σύστημα). Επίσης αν και φυσιολογικά τα παγκρεατικά ένζυμα δεν ενεργοποιούνται στα ούρα, η ουρολοίμωξη είναι δυνατόν να οδηγήσει στην ενεργοποίησή τους και στη δημιουργία ουρηθρίτιδας ή βαλανοποσθίτιδας<sup>50</sup>.

Η θρόμβωση των αγγείων του μοσχεύματος είναι πολύ σοβαρή επιπλοκή. Η ορθολογικότερη αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής φαίνεται ότι είναι δημιουργία αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας στην ουρά του παγκρέατος μεταξύ σπληνικής αρτηρίας και φλέβας, ώστε λόγω της αυξημένης ροής να μειώνεται η πιθανότητα της θρομβώσεως.

Την τμηματική μεταμόσχευση, μετά από το 1980, αντικατέστησε η παγκρεατοδωδεκαδακτυλική γιατί παρουσιάζει ορισμένα πλεονεκτήματα, τόσο τεχνικά όσο και μεταβολικά<sup>51</sup>. Οι αναστομώσεις των αγγείων είναι ευκολότερες γιατί γίνονται με μεγαλύτερα αγγειακά στελέχη, οπότε λόγω της αυξημένης ροής η θρόμβωση είναι σπανιότερη. Επίσης η μάζα των νησιδίων που μεταμοσχεύονται είναι μεγαλύτερη και επομένως ελέγχονται καλύτερα τα επίπεδα του σακχάρου.

Στην ολική παγκρεατική μεταμόσχευση διατηρείται ολόκληρο το δωδεκαδάκτυλο ή μόνο η θηλή του Vater για να αναστομωθεί προς εντερική έλικα ή την ουροδόχο κύστη. Η μεταμόσχευση του δωδεκαδακτύλου έχει το μειονέκτημα ότι υφίσταται τον κίνδυνο της ισχαιμικής νεκρώσεως.

Είναι αυτονόητο ότι στην τμηματική μεταμόσχευση το μόσχευση είναι δυνατό να ληφθεί από ζώντα συγγενή δότη, ενώ στην ολική παγκρεατοδωδεκαδακτυλική μεταμόσχευση υπάρχει η δυνατότητα μόνο της πτωματικής μεταμοσχεύσεως.

Μετεγχειρητικά για τη διατήρηση του μοσχεύματος απαιτείται ανοσοκαταστολή με κυκλοσπορίνη Α, αζαθειοπρίνη, πρεδνιζολόνη και αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη.

Η παρακολούθηση της καλής λειτουργίας του μοσχεύματος γίνεται με τη μέτρηση της γλυκόζη του μοσχεύματος γίνεται με τη μέτρηση της γλυκόζης του ορού του αίματος, της αμυλάσης του ορού ή των ούρων και των επιπέδων του C – πεπτιδίου<sup>51</sup>.

Οι συχνότερες επιπλοκές μετά από παγκρεατική μεταμόσχευση είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, οι παγκρεατικές συλλογές και τα συρίγγια ή η θρόμβωση των αναστομωθέντων αγγείων<sup>51,52</sup>.

Οι παγκρεατικές μεταμοσχεύσεις γίνονται σήμερα όλο και με μεγαλύτερη συχνότητα. Στη δεκαετία 1960-70 γίνονταν 10 μεταμοσχεύσεις το χρόνο, μετά το 1985 ο αριθμός αυξήθηκε σε 350 περίπου το χρόνο. Η επιβίωση του μοσχεύματος για ένα χρόνο παρουσιάζει μετά το 1985, προοδευτική αύξηση, από το 56% στο 77,9% ή και σε ορισμένες σειρές και στο 82%<sup>53,54</sup>. Η επιβίωση των ασθενών τον πρώτο χρόνο ανέρχεται στο 90-100%.

Πιστεύεται ότι με την τελειοποίηση της τεχνικής της μεταμοσχεύσεως του παγκρέατος και το καλύτερο χειρισμό της ανοσοβιολογικής αντιδράσεως του οργανισμού στο πλαίσιο της απορρίψεως του μοσχεύματος θα υπάρξουν στο άμεσο μέλλον καλύτερα αποτελέσματα. Έτσι θα καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση της ανεπάρκειας της έσω και έξω εκκρίσεως όπως συμβαίνει στην ολική παγκρεατεκτομή για χρόνια παγκρεατίτιδα και φυσικά στο νεανικό διαβήτη που αποτελεί την κύρια ένδειξη για παγκρεατική μεταμόσχευση<sup>6</sup>.

### 3.11 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι δυνατό να παρουσιάσει στη διαδρομή τις παρακάτω επιπλοκές:

Ψευδοκύστεις αναπτύσσονται σε ποσοστό 10%. Το τοίχωμά τους αποτελείται από κοκκιωματώδη και ινώδη ιστό και δεν καλύπτεται από επιθήλιο. Σχηματίζονται μέσα στον αδένα ή περιπαγκρεατικά. Η διάμετρός τους κυμαίνεται από 1 μέχρι 20 cm. Σε σπάνιες περιπτώσεις καταλαμβάνουν ολόκληρη την περιτοναϊκή κοιλότητα, δίνοντας την εντύπωση ασκίτη.

Ορισμένες από αυτές σχηματίζονται μετά από έξαρση της φλεγμονής στο έδαφος της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Άλλες από ρήξη του παγκρεατικού πόρου προς τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Στην πλειονότητα όμως των περιπτώσεων αποτελούν συνέπεια της άθροισης των εκκρίσεων του μερικώς αποφραγμένου παγκρεατικού πόρου.

Κλινικά χαρακτηρίζονται από επιγαστρικό πόνο ή κοιλιακή διάγνωση. Άλλοτε πάλι εκδηλώνονται με μια από τις επιπλοκές τους (ρήξης στην περιτοναϊκή κοιλότητα ή σε κοίλο σπλάχνο, ραγδαία αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα, επιμόλυνση και σχηματισμό αποστήματος, αποφρακτικό ίκτερο λόγω πίεσης του χοληδόχου πόρου, διάβρωση μεγάλων αγγείων, πυλωρική στένωση). Λόγω της πληθώρας των επικίνδυνων επιπλοκών, προτείνεται η παροχέτευσή τους, όταν έχουν διάμετρο μεγαλύτερη των 5cm<sup>5</sup>.

Αποφρακτικός ίκτερος. Η ίνωση του παγκρέατος αλλά και οι ψευδοκύστεις μπορεί να πιέζουν και στη συνέχεια να αποφράσσουν την ενδοπαγκρεατική μοίρα του χοληδόχου πόρου. Η κατάσταση αυτή, που συναντάται σε ποσοστό μέχρι και 33% στις χρόνιες παγκρεατίτιδες και έχει ως αποτέλεσμα την απλή χολόσταση, στην αρχή, αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει με το χρόνο σε χολοστατική κίρρωση. Οι τιμές της άμεσης χοληλυθρίνης του ορού στη διάρκεια της ομαλής διαδρομής της πάθησης παρουσιάζουν διακυμάνσεις, ενώ η τιμή της αλκαλικής φωσφατάσης παραμένει αυξημένη σταθερά. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ανώδυνος αυτός ίκτερος μπορεί εύκολα να αποδοθεί σε καρκίνο της κεφαλής του αδένα.

Η ανάπτυξη ασκίτη μπορεί να αποδοθεί σε ηπατική κίρρωση (αλκοολισμούς). Ανεξάρτητα όμως απ' αυτό, ο ασκίτης στη χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να οφείλεται σε ραγείσα κύστη ή ψευδοκύστη, που επικοινωνεί με τον παγκρεατικό πόρο και την περιτοναϊκή κοιλότητα, ή σε συρίγγια του πόρου. Ανευρίσκεται συνήθως τυχαία (60% των περιπτώσεων). Άλλωτε πάλι προκαλεί κοιλιακό πόνο, προοδευτική αύξηση της περιμέτρου της κοιλίας, δύσπνοια ή κοιλικό επιπωματισμό.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την παρακέντηση της κοιλίας και τον έλεγχο του ασκίτικου υγρού το οποίο είναι πλούσιο σε αμυλάση και λευκωματίνη (>3g%). Ο αριθμός των λευκωκυττάρων του ασκίτη είναι μεγαλύτερος των 1000/mm<sup>3</sup>. Η ενδοσκοπική ανάστροφη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) βοηθάει στον καθαρισμό της θέσης της διαφυγής.

Πλευριτικό υγρό, πλούσιο σε αμυλάση και πολυμορφοπύρρηνα, συνυπάρχει με τον ασκίτη και εντοπίζεται στο αριστερό ημιθώρακιο αλλά και δεξιά δίνοντας συμπτώματα δύσπνοιας και βήχα. Όπως και στην οξεία παγκρεατίτιδα (στη φάση των νεκρώσεων) έτσι και στη χρόνια παγκρεατίτιδα, το πλευριτικό υγρό οφείλεται στις παγκρεατικές εκκρίσεις (ρήξη ψευδοκύστεων, παγκρεατικού πόρου) και στην ανάπτυξη συριγγίων μεταξύ του παγκρέατος και του αριστερού πλευροδιαφραγματικού χώρου ή και στην άμεση δίοδο του υγρού αυτού από τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και το οισοφαγικό τμήμα του διαφράγματος, μέσα στο θώρακα.

Στη χρόνια παγκρεατίτιδα, το πλευριτικό υγρό παράγεται εύκολα, ανεξάρτητα από τις κρίσεις, και επιμένει παρά τις αλλεπάλληλες παρακεντήσεις του θώρακα. Εάν το αίτιο που προκάλεσε το πλευριτικό υγρό οφείλεται σε συρίγγιο, η ενδοσκοπική ανάστροφη χοληδοχοπαγκρεατογραφία είναι σε θέση να το εντοπίσει.

Όταν οι εκκρίσεις της διαφυγής του παγκρεατικού πόρου ή της ραγείσης ψευδοκύστεως φέρονται δια του οισοφαγικού τμήματος στο θώρακα (συνήθως αριστερά), σχηματίζονται τα χρόνια παγκρεατικά πλευριτικά εξιδρώματα. Κλινικά εκδηλώνονται με βήχα και δύσπνοια. Δεν υποχωρούν αυτόματα, μετά δε την παρακέντησή τους υποτροπιάζουν ταχύτατα.

Η διάγνωση γίνεται με την ανάλυση του πλευριτικού υγρού.

Ο περικαρδιακός επιπωματισμός έρχεται σαν επακόλουθο της ρήξης της παγκρεατικής ψευδοκύστης προς την περικαρδιακή κοιλότητα.

Στενώσεις και αποφράξεις του ανώτερου πεπτικού, μπορούν επίσης να δημιουργούν προβλήματα στη δίοδο των τροφών και κυρίως από τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Η επιπλοκή αυτή παρουσιάζεται σπανιότερα σε σύγκριση με τις στενώσεις του χοληδόχου πόρου.

Αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό έχουν ως αιτιολογία τους το συνυπάρχον δωδεκαδακτυλικό έλκος, τη ρήξη κιστών του οισοφάγου (μετά από πυλαία υπέρταση). Η πυλαία υπέρταση οφείλεται σε θρόμβωση της σπληνικής φλέβας από την παγκρεατική φλεγμονή ή και του στελέχους της ίδιας της πυλαίας από επέκταση των θρόμβων της σπληνικής αλλά και από την πίεση που εξασκεί σ' αυτή και στις μεσεντέριες φλέβες η οίδηματώδης κεφαλή του αδένου.

Η σπληνική αρτηρία, η γαστροδωδεκαδακτυλική και η παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, είναι δυνατό να παρουσιάσουν ψευδοανευρήσματα, οφειλόμενα σε καταστροφή και ρήξη του αγγειακού τοιχώματος από τη φλεγμονή και τη δράση των ενζύμων. Στη διάρκεια της οξείας παγκρεατίτιδας οι αιμορραγίες αυτές παρουσιάζονται στη νεκρωτική φάση της πάθησης. Στη χρόνια παγκρεατίτιδα προηγούνται οι σχηματισμοί των ψευδοκύστεων και ακολουθεί η αιμορραγία στο εσωτερικό τους. Επειδή οι ψευδοκύστες επικοινωνούν συχνά με τους πόρους και από αυτούς, στη συνέχεια με το έντερο, η αιμορραγία μπορεί να θεωρηθεί ότι προέρχεται από το γαστρεντερικό σωλήνα.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα, επίσης προδιαθέτει στην ανάπτυξη καρκίνου του παγκρέατος<sup>3,5</sup>.



**ΕΙΔΙΚΟ**

**ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

### 4.1 Υποδοχή του ασθενούς στο τμήμα.

Σημαντική προϋπόθεση της γρήγορης και ομαλής προσαρμογής του ασθενούς στο τμήμα, είναι η σωστή αντιμετώπισή του από το νοσηλευτικό προσωπικό από τις πρώτες κι' όλες ώρες της νοσηλείας. Η ύπαρξη ενδιαφέροντος και κατανόησης των προβλημάτων του ασθενούς βοηθούν στην ανάπτυξη ιδανικού θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Απαραίτητο και εξίσου σημαντικό με το ιατρικό, είναι το νοσηλευτικό ιστορικό από την ασχή της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η συμπλήρωσή του πρέπει να αποτελεί βασική μέριμνα των νοσηλευτών, αφού δίνει τις κατευθυντήριες γραμμές στη νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Οι πληροφορίες δίνονται από:

- τον ίδιο τον ασθενή.
- τους συγγενείς ή τους συνοδούς του.
- ιατρικά ή άλλα δελτία του ασθενούς.

Η ευστροφία και η παρατηρητικότητα του νοσηλευτή επιστρατεύονται κατά την συμπλήρωση του ιστορικού, αφού κάποια από τα προβλήματα του ασθενούς είτε αποκρύπτονται εσκεμμένα είτε δεν γίνονται γνωστά από παραμέληση.

Εξίσου σημαντική στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς είναι η **Νοσηλευτική Διεργασία**. Πρόκειται για μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- η διατήρηση της υγείας του ατόμου
  - η πρόληψη της νόσου
  - η προαγωγή της ανάρρωσης
  - η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου
- Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα ακόλουθα.
- η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου

- ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
- η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας

Με τον όρο λοιπόν νοσηλευτική διεργασία, εννοείται η συστηματική και επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη, η οποία κρίνεται απαραίτητη κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο.<sup>8</sup>

## 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη συντηρητική θεραπεία έγκειται στη διατήρηση φυσιολογικού όγκου αίματος με χορήγηση ανθρώπινης λευκωματίνης, πλάσματος και ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων. οι ποσότητες υπολογίζονται με βάση τον αιματοκρίτη, την κεντρική φλεβική πίεση και το ποσό των ούρων, που μετρούνται συχνά. Είναι απαραίτητη η συχνής και ακριβής μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και του σφυγμού για εκτίμηση της υπογλυκαιμίας. Αν υπάρχουν αιμορραγίες χορηγείται πλήρες αίμα. Για στενότερη παρακολούθηση, ο άρρωστος συχνά συνδέεται με μηχανήμα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (monitor).

Ο πόνος ελέγχεται με τη χορήγηση πενταζοκίνης και προκαϊδαμίδης. Η τοποθέτηση του αρρώστου στο ένα πλάγιο με τα γόνατα και τη ράχη σε κάμψη βοηθά πολύ στη μείωση του πόνου. Ακόμα, βοηθά η χορήγηση κατευναστικού σε συνδυασμό με τα αναλγητικά.

Η πνευμονική συμφόρηση και η ατελεκτασία αποφεύγεται με βαθιές αναπνοές, βήχα και συχνή αλλαγή θέσης. Για την απαλλαγή από τη διάταση και τη μείωση της διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης από το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού, εφαρμόζεται ρινογαστρικός σωλήνας με διαλείπουσα αναρρόφηση. Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και μέσα από το σωλήνα του χορηγούνται αντιόξινα φάρμακα.

Για τη μείωση της παγκρεατικής έκκρισης χορηγείται Diamox που, επειδή ανταγωνίζεται την καρβονική αντίδραση, μειώνει τον όγκο και την περιεκτικότητα του παγκρεατικού υγρού σε διττανθρακικό νάτριο. Ακόμη, χορηγούνται και αντιχολινεργικά για τη μείωση της παγκρεατικής έκκρισης. σε ερευνητικό στάδιο βρίσκεται η χρησιμοποίηση Trasylol, αντιπρωτεολυτικής ουσίας, που αναστέλλει τη δράση της καλλιкреΐνης, της χυμοθρυψίνης και της θρυψίνης.

Αντιβιοτικά χορηγούνται για τον κίνδυνο της λοίμωξης. Επιπλέον, παρακολουθείται στενά το επίπεδο του ασβεστίου του ορού. Σε υπασβεστιαμία χορηγεί-

ται γλουκονικό ασβέστιο ενδοφλέβια. αν το Shock δεν αποκρίνεται στην ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δίνονται, ενδοφλέβια, κορτικοστερινοειδή,

Παρακολουθείται στενά το επίπεδο της γλυκόζης του αίματος και των ουρών και αν χρειασθεί, χορηγείται ινσουλίνη. Μπορεί να χορηγηθεί γλυκαγόνη, γιατί καταστέλλει την παγκρεατική έκκριση και αυξάνει την αιματική ροή στο έντερο. Επίσης, στο ερευνητικό στάδιο είναι η χορήγηση ινσουλίνης και γλυκόζης για τον ίδιο σκοπό.

Μετά τη βελτίωση της κατάστασής του, ο άρρωστος επιτρέπεται να παίρνει μικρές ποσότητες νερού. Αν τις ανέχεται, η δίαιτα προχωρεί σε υδατανθρακούχα υγρά. Μια εβδομάδα, τουλάχιστον, μετά την υποχώρηση του πόνου, η δίαιτα γίνεται υπολιπούχα και χορηγείται σε μικρά, συχνά γεύματα. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλης και καφέ. Αν η κατάστροφή του παγκρεατικού ιστού είναι εκτεταμένη μπορεί να χορηγηθούν παγκρεατικά ένζυμα σε ταμπλέτες με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

Γίνεται ενημέρωση των αρρώστων για τον κίνδυνο του σακχαρώδη διαβήτη και διδασκαλία των σημείων και συμπτωμάτων, για τα οποία πρέπει να παρακολουθούν τον εαυτό τους και για την αποφυγή της υπερδαιτανθρακούχας δίαιτας.

### 4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την χειρουργική θεραπεία διακρίνεται στην προεγχειρητική φροντίδα και στη μετεγχειρητική φροντίδα.

#### A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο προεγχειρητικός κλινικός και εργαστηριακός έλεγχος και η προετοιμασία του αρρώστου για την εγχείρηση του αρρώστου για την εγχείρηση, καθώς και η προεγχειρητική του φροντίδα έχουν την ίδια μεγάλη σπουδαιότητα με τα όσα συμβαίνουν στο χειρουργείο. Η εγχείρηση από μόνη της δεν είναι παρά μια από τις φάσεις της θεραπευτικής διαδικασίας η οποία αρχίζει από την πρώτη επίσκεψη του αρρώστου στο χειρουργό και συνεχίζεται μέχρις ότου αφαιρεθεί και το τελευταίο ράμμα.

#### Νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς

Πρωταρχικός σκοπός του προεγχειρητικού ελέγχου της κατάστασης του αρρώστου είναι ο προσδιορισμός των καταστάσεων εκείνων που επηρεάζουν (αυξάνουν) τον εγχειρητικό κίνδυνο. Επιπρόσθετα δε, η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο επιτρέπει τη διαπίστωση και άλλων προβλημάτων υγείας που τυχόν συνυπάρχουν, άσχετα με το αν έχουν σχέση με τη σχεδιαζόμενη εγχείρηση ή όχι.<sup>1</sup>

- Ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου:
  - Κοιλιακό άλγος
  - Ναυτία, έμετοι
  - Μετεωρισμός κοιλίας

- Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια
- Shock
- Πυρετός
- Ιδιοπαθής στεατόρια
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- Αίσθημα κοπώσεως
- Καταβολή δυνάμεων
- Παγκρεατικός ασκίτης
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Αποφρακτικός ίκτερος

Στοχεύονται στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, χορηγούνται στον ασθενή παυσίπονα και ναρκωτικά, σε περίπτωση έντονου πόνου, καθώς επίσης και σπασμολυτικά φάρμακα, μετά από εντολή ιατρού. Παρακολουθείται η ενέργεια των φαρμάκων που δίνονται και οι τυχόν παρενέργειες τους, καθώς και η πιθανή εμφάνιση σημείων εξαρτήσεως του αρρώστου από το φάρμακο.

Μειώνεται σε λίπη η περιεκτικότητα της τροφής που λαμβάνει ο ασθενής ο οποίος τοποθετείται σε ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι, δηλαδή είναι καθιστός έχοντας σκυμμένο το σώμα προς τα εμπρός ενώ ταυτόχρονα φέρει τους μηρούς προς την κοιλία. Επιπλέον, ενισχύεται το ηθικό του αρρώστου και αποφεύγεται ερεθίσματα που του προκαλούν συγκίνηση.

Για την αντιμετώπιση των εμέτων, είναι απαραίτητη η μέτρηση και η παρατήρηση του χαρακτήρα τους, η περιποίηση της στοματικής κοιλότητας καθώς και η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα (levin). Αναγκαία είναι η παρακολούθηση της υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας, οι ενδοφλέβιες εγχύσεις υγρών για την πρόληψη αφυδάτωσης και η χορήγηση αντιεμετικών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Η ανακούφιση του ασθενούς από το σύμπτωμα αυτό περιλαμβάνει ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια και τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο απευθυσμένο, με τον οποίο βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή στην αύ-

ξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα. Τοποθετείται, ακόμη, θερμοφόρα στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.

Εάν οι προηγούμενες προσπάθειες αποβούν άκαρπες, χορηγούνται φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων.

Η οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια αντιμετωπίζεται με συχνή λήψη των ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας (υπόταση, εφίδρωση, άκρα ψυχρά, κυάνωση, απώλεια αισθήσεων κ.α). όταν εμφανιστούν συμπτώματα περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας, τοποθετείται ο ασθενής σε οριζόντια θέση με τα άκρα σε αντίρροπη, διατηρείται ζεστός, χορηγούνται φάρμακα που προκαλούν σύσπασση των περιφερικών αγγείων με εντολή ιατρού, καθώς επίσης δίνονται παρεντερικώς υγρά και απαραίτητοι ηλεκτρολύτες με σκοπό τη ρύθμιση του ισοζυγίου.

Για την αντιμετώπιση του πυρετού ενισχύεται η λήψη υγρών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, μειώνεται η θερμοκρασία της ατμόσφαιρας, αποφεύγεται η υπεραιμία του δέρματος (με εντριβές) καθώς επίσης και κρίνεται αναγκαία η αποβολή θερμότητας με υψηλές περιτυλίξεις, χλιαρό μπάνιο και άλλα. Είναι απαραίτητη η συχνή λήψη της θερμοκρασίας του σώματος και η χορήγηση αντιπυρετικών μετά από ιατρική εντολή.

Η ιδιοπαθής στεατόρροια αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση δίαιτας φτωχής σε λίπη και υδατάνθρακες και πλούσιας σε λευκώματα καθώς και τη χορήγηση συμπληρωματικών βιταμινών Α, Β, D και Κ. Γίνεται, επίσης, προσεκτική μέτρηση και καταγραφή του ποσού των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.

Σε περίπτωση ανορεξίας, χορηγούνται τροφές της προτιμήσεως του ασθενούς σε μικρά τακτά γεύματα και φροντίζουμε για τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών στο δωμάτιό του που να αυξάνουν την όρεξή του.

Κατά την απώλεια βάρους, παρακολουθείται ο άρρωστος εάν λαμβάνει τις απαραίτητες θερμίδες κάθε μέρα και ενισχύεται να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων. Χορηγούνται σκευάσματα βιταμινών Α, Β, C και Κ και παρακολουθείται συστηματικά το βάρος του αρρώστου.



Η καταβολή δυνάμεων και το αίσθημα κοπώσεως αντιμετωπίζεται με τη χορήγηση τροφών πλούσιας θερμιδικής αξίας και θρεπτικών συστατικών καθώς και με τη μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων του ασθενούς.

Στην αντιμετώπιση του παγκρεατικού ασκίτη συντελούν η ρύθμιση του ισοζυγίου των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών, η φροντίδα του δέρματος, η τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση καθώς και η ψυχολογική του ενίσχυση.

Σε περίπτωση σακχαρώδους διαβήτη γίνεται συχνή μέτρηση του σακχάρου του αίματος, χορήγηση τροφών φτωχών σε λίπη και σάκχαρο, χορήγηση ινσουλίνης υποδορίως μετά από ιατρική εντολή και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Ο αποφρακτικός ίκτερος αντιμετωπίζεται με παρακολούθηση και καταγραφή του βαθμού του ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού. Ακόμη, απαλλάσσεται ο ασθενής από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα αυτού. Παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων και των ούρων καθώς επίσης ενισχύεται ψυχολογικά ο ασθενής.

Κατά τη διάρκεια των συμπτωμάτων, η νοσηλεύτρια – τής οφείλει να είναι στο πλευρό του ασθενούς, να τον υποστηρίζει ψυχολογικά και να τον καθησυχάζει, ενημερώνοντάς τον ότι μετά τη χειρουργική θεραπεία, τα περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα δεν θα τον ταλαιπωρούν.<sup>9,17</sup>

- Λήψη προσεκτικού διαιτητικού ιστορικού και μέτρηση σωματικού βάρους και ύψους.
- Ιστορικό καπνίσματος του ασθενούς. Αν καπνίζει σήμερα.
- Παρατήρηση της καρδιοπνευμονικής του αντοχής όταν κάνει μπάνιο, όταν τρωει, όταν περπατά κ.τ.λ.
- Παρατήρηση της γενικής του όψης, της διανοητικής εγρήγορσης και της συμπεριφοράς του.
- Φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού συστήματος.
- Ύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων και αντιμετώπιση αυτών σε συνεργασία με το γιατρό.<sup>8</sup>

## Αξιολόγηση και διόρθωση καταστάσεων του κυκλοφορικού συστήματος για πρόληψη επιπλοκών

- Παρακολούθηση του ασθενούς και των αντιδράσεών του στις διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.
- Χορήγηση καρδιοτονωτικών σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σύμφωνα με ιατρική εντολή.
- Διόρθωση αναιμίας, αφυδάτωσης και υποπρωτεϊναιμίας, ενδοφλέβιες εγχύσεις, τεχνητή σίτιση (παρεντερική, μέσω ρινογαστρικού καθετήρα), μεταγγίσεις αν χρειάζονται ανάλογα με τις οδηγίες.

Ο ρινογαστρικός καθετήρας χρησιμοποιείται για την αφαίρεση αερίων και υγρών από το στομάχι. Αρχικά, ενημερώνεται ο ασθενής. Έπειτα, υπολογίζεται το κατάλληλο μήκος που θα εισαχθεί ως εξής: η νοσηλεύτρια – τής κρατά το περιφερικό άκρο στην ξιφοειδή απόφυση, το δε κεντρικό το φέρει κυκλικά γύρω από το αυτί και μετά μπροστά, στην άκρη της μύτης και σημειώνει το σημείο αυτό. Επαλείφει το σωλήνα με λιπαντική ουσία (βαζελίνη ή παραφίνη). Καθώς ο άρρωστος κάθεται με το κεφάλι σε ελαφρά υπερέκταση, εισάγεται ο σωλήνας με απαλές κινήσεις από το ένα ρουθούνι με κατεύθυνση προς τον φάρυγγα ( το έδαφος της ρινικής κοιλότητας κατευθύνεται προς τα πίσω και κάτω· αν η άκρη του σωλήνα κατευθυνθεί προς τα πάνω, θα τραυματίσει τις κόγχες).

η νοσηλεύτρια – τής τονίζει στον άρρωστο να καταπίνει (του δίνουμε λίγο νερό) ενώ ο σωλήνας με αργές και ήπιες κινήσεις προωθείται στον οισοφάγο. Ο συγχρονισμός έχει μεγάλη σημασία. Η εισαγωγή του σωλήνα σταματά όταν το σημειωμένο σημείο του φτάσει στην άκρη της μύτης. Το γαστρικό περιεχόμενο αναρροφάται εύκολα όταν ο σωλήνας έχει τοποθετηθεί κατάλληλα. Αν εισαχθεί αέρας από το σωλήνα θα ακουστούν βορβορυγμοί πάνω από το στομάχι, αν και αυτό δεν είναι τόσο αξιόπιστο. Ένα καλύτερο τεστ της ορθής τοποθέτησης του σωλήνα είναι η εισαγωγή λίγων ml Saline, οπότε, αν ο σωλήνας έχει τοποθετηθεί σωστά, το υγρό επαναρροφάται εύκολα με τη βοήθεια σύριγγας και τον άρρωστο σε ύπτια θέση. Στερεώνεται ο σωλήνας στη μύτη· να αποφεύγεται η σφιχτή συ-

γκόλληση του λευκοπλάστ για να μην προκληθεί νέκρωση εκ πίεσεως και να μην αποκλειστεί ο αυλός του σωλήνα.

- Χορήγηση αντιπηκτικών προφυλακτικών (χαμηλές δόσεις ηπαρίνης), σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, για μείωση της πιθανότητας σχηματισμού θρόμβων στις βαθιές φλέβες, και πνευμονικής εμβολής.

### **Προετοιμασία ασθενούς για τη χειρουργική εμπειρία παρέχοντάς του εξηγήσεις και επιδέξια φροντίδα**

- Διόρθωση ελλειμμάτων ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Εκτίμηση νεφρικής λειτουργίας του ασθενούς.
- Εξασφάλιση απαραίτητων μέτρων που θα χρησιμοποιηθούν για μείωση της δυσχέρειας μετά την επέμβαση.
- Προσανατολισμός ασθενούς όσον αφορά τη μετεγχειρητική περίοδο. Του εξηγείται ότι θα πονά, ωστόσο η νοσηλεύτρια – τής θα κάνει τα πάντα για να τον απαλλάξει από τον πόνο και σε καμία περίπτωση δεν θα τον αφήσει χωρίς υποστήριξη.
- Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης.

### **Προεγχειρητική ετοιμασία**

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

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

- Η Γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

### **Τόνωση του ηθικού**

Απαραίτητο είναι η ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τις ψυχολογικές του ανάγκες. Συνήθως η νοσηλεύτρια – τής έχει χρόνο και ευκαιρίες να το επιτύχει αυτό, επειδή η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα της εγχείρησης είναι μεγάλη. Η συνεργασία με ειδικά άτομα της υγειονομικής ομάδας όπως τον φυσιοθεραπευτή, την κοινωνική λειτουργό, συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση των φόβων και των ανησυχιών του.

### **Τόνωση σωματική**

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση, ή εγχείρηση κατά την οποία ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λ.π) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών κ.λ.π).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της αδελφής είναι αποφασιστική. Ενώ ο ιατρός περιορίζεται στον καθορισμό του διαιτολογίου, η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν από τον τρόπο αντιμετώπισεώς του

Η νοσηλεύτρια βοηθάει στη σωματική τόνωση του ασθενούς εάν:

- Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
- Γνωρίζει την επίδραση της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
- Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.<sup>9,8</sup>

## Ιατρικές εξετάσεις

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από:

- Χειρουργό, για εκτίμηση της κατάστασής του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
- Παθολόγο, για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.
- Αναισθησιολόγο, για την εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.
- Καρδιολόγο, για εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας του ασθενούς.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

- Γενική αίματος
- Γενική ούρων
- Σάκχαρο ορού
- Ουρία ορού
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ομάδα αίματος, Rhesus
- Κρεατινίνη ορού και ούρων
- Σπυρομέτρηση
- Αέρια αίματος
- Χρόνος προθρομβίνης
- Χρόνος ατελούς θρομβοπλαστίνης
- Πλήρης έλεγχος αιμόστασης.<sup>9,15</sup>

## **Ρόλος Νοσηλεύτριας – τή στις διαγνωστικές εξετάσεις**

Ο ρόλος Νοσηλεύτριας – τή στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι σημαντικός. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της εξέτασης και ταυτόχρονα βοηθά τον γιατρό στην εξέταση. Στις εργαστηριακές καθώς και στις ακτινολογικές εξετάσεις όπως είναι οι ακτινογραφίες κοιλίας και θώρακα, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία, η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγείο – παγκρεατογραφία (RECP), το σπινθηρογράφημα και η διαδερμική χολαγγειογραφία, η νοσηλεύτρια πρέπει να ενημερώνει και να παρέχει σωστή πληροφόρηση στον ασθενή σχετικά με την εξέταση. Σ' αυτού του είδους τις διαγνωστικές εξετάσεις δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία. Αυτό που πρέπει όμως να γνωρίζει η νοσηλεύτρια – τής, είναι ότι πρέπει να στέκεται στο πλευρό του ασθενούς, να τον ενημερώνει και να προσπαθεί να μειώσει το άγχος και το φόβο για το άγνωστο. Μόνο έτσι θα καταφέρει να εξασφαλίσει τη συνεργασία του.

### **Καθαριότητα του ασθενούς**

Αυτή συνίσταται σε:

- Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων ή με καθαρτικό υποκλεισμό.
- Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς.

### **Δίαιτα**

Αυτή περιλαμβάνει στέρηση στερεάς τροφής 12 ώρες και υγρών 8 ώρες πριν την εγχείρηση.

## Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

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

**Προετοιμασία και εκπαίδευση** ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π

**Προσανατολισμό** ασθενούς στο νέο δωμάτιο, στο οποίο θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση.

### ▪ Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Η 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 τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

- Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς
- Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς
- Προνάρκωση: Είναι καθήκον του αναισθησιολόγου και εξαρτάται από το είδος της νάρκωσης που θα επιλεγεί. Συνήθως χορηγείται ένα ήπιο ηρεμιστικό το προηγούμενο βράδυ. Πριν την επέμβαση η χορήγηση ενός παρασυμπαθητικού φαρμάκου βοηθάει στη μείωση των εκκρίσεων από το στόμα και τις αναπνευστικές οδούς. Ισχυρότερα κατασταλτικά (πεθιδίνη) χορηγούνται πάντα υπό ιατρική παρακολούθηση γιατί είναι δυνατό να προκαλέσουν καταστολή της αναπνοής.<sup>9,15</sup>

## B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

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

Η νοσηλεύτρια – τής θα συντελέσει:

- Στην προστασία του ασθενούς από τις διάφορες φάσεις της ανανήψεως.
- Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.
- Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.
- Στην πρόληψη επιπλοκών και,
- Στην βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το 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:

- Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
- Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι, η οποία είναι η ύπτια με το κεφάλι γυρισμένο προς τα δεξιά, για αποφυγή πνιγμονής λόγω εμέτων.
- Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του,
- Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Η προφύλαξη του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις αποτελεί καθήκον της αδελφής.
- Τη συνεχή νοσηλευτική επίβλεψη του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει:
  - Λήψη αρτηριακής πίεσεως, σφυγμών και αναπνοών κάθε 15' ή συχνότερα.
  - Αραιότερα όταν η κατάσταση του ασθενούς σταθεροποιείται.
  - Αξιολόγηση χαρακτήρα αναπνοών και χρώματος του ασθενούς.
  - Παρακολούθηση της συχνότητας και του ρυθμού του καρδιακού παλμού μέσω ακρόασης και παρακολούθησης του Η.Κ.Γ.

Αρρυθμίες μπορεί να σημειωθούν οποιοδήποτε χρόνο και συμβάλλουν στη μετεγχειρητική θνησιμότητα. Οι αρρυθμίες εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα



άνω των 50 χρόνων και σε εκείνα που έκαναν επέμβαση στο πάγκρεας. Αρχίζει αμέσως η λήψη αντιαρρυθμικών μέτρων σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

- Διατήρηση μιας αρτηριακής γραμμής για διευκόλυνση συχνών προσδιορισμών των αερίων αίματος, των ηλεκτρολυτών του ορού, της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη και της άμεση (κεντρικής) αρτηριακής πίεσεως.
  - Παρακολούθηση κεντρικής φλεβικής πίεσεως.
  - Ανύψωση της κεφαλής κατά 30° – 40° αφού ανανήψει ο ασθενής.<sup>9,8</sup>
- Τη ρύθμιση του ισοζυγίου προσλαβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.
- 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.

Η ένταση του πόνου εξαρτάται από το είδος της τομής και την αντίδραση του ασθενούς σ' αυτόν καθώς και την ικανότητά του να τον αντιμετωπίζει.

Χορηγούνται ναρκωτικά (συνήθως σε μικρές συχνές δόσεις μορφίνης ή μεπεριδίνης) για απαλλαγή από τον πόνο ώστε να μπορεί ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να βήχει πιο αποτελεσματικά. Γίνεται αντικατάστασή τους από το στόμα (κωδεΐνης) αναλγητικά το συντομότερο δυνατό.

Αποφεύγεται η καταστολή της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας με μεγάλη δόση ναρκωτικών.

Τοποθετείται ο ασθενής καθιστός στο κρεβάτι έχοντας σκυμμένο το σώμα προς τα εμπρός, ενώ συγχρόνως φέρει τους μηρούς προς την κοιλιά.

Γίνεται παρακολούθηση της κυριαίας αποβολή ούρων, για άμεσο έλεγχο του όγκου του παλμού και της αιμάτωσης των οργάνων. Ο ασθενής πρέπει να αποβάλλει τουλάχιστον 30ml ούρων ανά ώρα. Το ειδικό βάρος των ούρων δείχνει την ενυδάτωση του ασθενούς.

- Χορήγηση εφυγρασμένου οξυγόνου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο για εξασφάλιση μέγιστης οξυγόνωσης και παρακολούθηση αερίων αίματος.

- Εκτίμηση ασθενούς για αναπνευστική δυσχέρεια στο συσφιγκτικό αίσθημα στο θώρακα.
- Παρακολούθηση για ανησυχία. Συχνά είναι το πρώτο σημείο υποξίας.
- Ενθάρρυνση και προαγωγή αποτελεσματικού βήχα. Ο επίμονος μη αποτελεσματικός βήχας εξαντλεί τον ασθενή και οι εκκρίσεις οδηγούν σε ατελεκτασία και πνευμονία.
- Βαθιά αναπνοή, σύσπαση των κοιλιακών μυών και βίαιος βήχας.
- Βοήθεια ασθενούς να βήχει κάθε μια έως δύο ώρες κατά τη διάρκεια του πρώτου 24ώρου και μετά, όταν είναι ανάγκη.
- Χρησιμοποίηση προωθητικού σπιρόμετρου αν υπάρχει ένδειξη ή υπερηχητικού ομιχλοποιητή, αν συνεχίζουν να ακούγονται ρόγχοι, η βρογχοσκοπική αφαίρεση των εκκρίσεων κρίνεται απαραίτητη.<sup>9,8</sup>
- Την περιποίηση του τραύματος η οποία περιλαμβάνει:
  - Φροντίδα τραυματικής χώρας.
  - Καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα, και
  - Επίδεση του τραύματος.

Η φροντίδα της τραυματικής χώρας συνίσταται στην καθαριότητα και αντισηψία του τραύματος, καθώς και στην εφαρμογή σ' αυτό θεραπευτικών μέσων ή φαρμάκων. Κατά την καθαριότητα του τραύματος απομακρύνονται νεκρωμένοι ιστοί, παροχετεύεται συγκέντρωση πύου ή άλλων υγρών από το τραύμα και καθαρίζεται με φυσιολογικό ορό ή άλλα υγρά μέσα.

Η απολύμανση της τραυματικής χώρας συνίσταται στην επάλειψή της με αντισηπτικό διάλυμα. Η εφαρμογή θεραπευτικών ή ανακουφιστικών μέσων περιλαμβάνει τοποθέτηση αντιβιοτικού φαρμάκου ή έγχυση φαρμάκου.

Η καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στον καθαρισμό του δέρματος γύρω από αυτό με βενζίνη ή αιθέρα με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του.

Η επίδεση του τραύματος αποσκοπεί:

- Στην προφύλαξη του τραύματος από μολύνσεις.
- Στην απορρόφηση των εκκρίσεων του τραύματος.

- Στον περιορισμό των κινήσεων, οι οποίες αναστέλλουν την επούλωση του τραύματος.
- Στην αιμόσταση, όταν η επίδεση είναι πιεστική, και
- Στην κάλυψη του αντιαισθητικού τραύματος.

Η ασφαλής για τον ασθενή εκτέλεση όλης της εργασίας της επιδέσεως αποτελεί εξολοκλήρου καθήκον της αδελφής.

Αν και για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές η περιποίηση του τραύματος αποτελεί συχνά απλή και συνήθη νοσηλεία, δεν συμβαίνει το ίδιο και για τον ασθενή. Γι αυτό, κατά την περιποίηση του τραύματος πρέπει να έχουμε υπόψη την ανάγκη της προφυλάξεως:

- του ασθενούς από βλέμματα άλλων ασθενών.
- του ίδιου του ασθενούς από τη θέα του τραύματός του και,
- του ασθενούς από τους πόνους που προκαλούνται κατά τη φροντίδα και περιποίηση του τραύματος.
- Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές:
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.

Καθίσταται αναγκαία η μέτρηση pH και αερίων αίματος καθώς και η χορήγηση οξυγόνου.

- Αιμορραγία από την τομή.

Σ' αυτή την περίπτωση, γίνεται έλεγχος του τραύματος, ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών, καθώς επίσης, και διατήρηση του αρρώστου θερμού.

- Καθυστερημένη γαστρική κένωση.

Αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση από τον ιατρό Levin στο στομάχι και τη ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Καρδιακές αρρυθμίες, έμφραγμα μυοκαρδίου, πνευμονικό οίδημα.

Απαραίτητη κρίνεται η διατήρηση του αρρώστου ζεστού και ήρεμου για να βελτιωθεί η περιφερική κυκλοφορία και να ελαττωθεί η παροχή αίματος στις κεντρικές φλέβες. Μετά από ιατρική εντολή, χορηγούνται αντιαρρυθμικά, αντισηπτι-

κά και βρογχοδιασταλτικά φάρμακα, όπως η αμινοφυλίνη, καθώς και διουρητικά για την αντιμετώπιση του πνευμονικού οιδήματος.

#### 5. Πνευμονική εμβολή

Κρίνεται αναγκαία η ανέγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, με ιατρική εντολή καθώς και η συχνή αλλαγή των ενδοφλέβιων καθετήρων. Εφαρμόζεται τρίωρη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων και γίνεται συχνή παρακολούθηση των κάτω άκρων κυρίως για ερυθρότητα και πόνο.

##### ▪ Νεφρική ανεπάρκεια.

Για την πρόληψη της νεφρικής ανεπάρκειας, απαιτείται έλεγχος των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και συχνές εξετάσεις ουρίας, κρεατινίνης. Συνίσταται συντηρητική θεραπεία μέχρις ότου η νεφρική λειτουργία φτάσει στα τελικά στάδια, η οποία διαιρείται σε διαιτητική και φαρμακευτική. Όταν ο ασθενής καταλήξει στο τελικό στάδιο, γίνεται εξωνεφρική κάθαρση, αιμοκάθαρση και μεταμόσχευση νεφρού.

##### ▪ Γαστροπληγία.

Αντιμετωπίζεται με γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών και συμπτωματική αγωγή.

##### ▪ Ρήξη τραύματος.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη τραύματος με τα ακόλουθα μέτρα:

- υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
  - Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
  - Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα, όταν βήχει.
- ##### ▪ Shock ή καταπληξία.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του Shock είναι: αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφαλή του άρρωστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Εξασφαλίζεται θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών, ζεστών κλι-

νοσκεπασμάτων και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού 40°C – 45°C προς αποφυγή εγκαυμάτων).

Περιορίζονται οι κινήσεις του ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού, η καρδιοτόνωση και η χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού, καθώς και επίσης και η χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει. Τέλος, ενθαρρύνεται ο ασθενής, και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία.

▪ Μετεγχειρητική ψύχωση.

Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο.<sup>9,8</sup>

### Σχέδιο εξόδου και διδασκαλία ασθενούς

- Θα υπάρχει κοιλιακό άλγος για ένα χρονικό διάστημα που μπορεί να αντιμετωπιστεί με τοπική εφαρμογή θερμού και με από του στόματος αναλγητικά.
- Αδυναμία και αίσθημα κοπώσεως είναι συχνά κατά τις πρώτες 2 εβδομάδες μετά την επέμβαση.
- Τακτική επίσκεψη στο γιατρό για την κατάλληλη περιποίηση του τραύματος.
- Περιποίηση στόματος και δοντιών.
- Οι κοιλιακοί μύες θα έχουν μια αδυναμία για 3-6 μήνες. Αποφυγή άρσης βαρών πάνω από 9 κιλά ώσπου να γίνει πλήρης επούλωση.
- Πρόγραμμα ανάπαυσης, δραστηριότητας και βάρδισης με μέτριο ρυθμό με προοδευτική αύξηση χρόνου και αποστάσεως.
- Παύση κάθε δραστηριότητας που προκαλεί κόπωση, βράχυνση αναπνοής ή κοιλιακό πόνο.
- Συχνή μετανοσοκομειακή παρακολούθησή του.<sup>8</sup>

#### 4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Για τον Έλληνα ασθενή, η χειρουργική επέμβαση είναι συνήθως το αποκορύφωμα μιας Οδύσσειας που ξεκινάει από το αγροτικό ιατρείο της περιοχής του και περνώντας από το περιφερειακό νοσοκομείο καταλήγει σε ένα μεγάλο νοσοκομείο. Ο ασθενής βρίσκεται σε ένα περιβάλλον ξένο, μακριά από το σπίτι του, με ελάχιστους συγγενείς να του συμπαρασταθούν και με σοβαρή οικονομική θυσία. Είναι φανερό ότι το υγειονομικό σύστημα υπεισέρχεται ως παράγοντας ψυχολογικής επιβάρυνσης του χειρουργικού ασθενούς.

Οι συνθήκες νοσηλείας είναι ένας δεύτερος επιβαρυντικός παράγοντας. Θάλαμοι με πολλά κρεβάτια, επαφή με βαριά πάσχοντες ασθενείς, έλλειψη προσωπικής ζωής, αλλαγή στις συνθήκες ύπνου και διατροφής του επιτείνουν το άγχος και την ανησυχία του.

Στους παράγοντες αυτούς πρέπει να προστεθούν οι συνθήκες διεξαγωγής της διαγνωστικής διαδικασίας, ο πόνος από τις παρακλινικές εξετάσεις, η ανησυχία για την αναισθησία και την έκβαση της εγχείρησης και άλλοι.

Ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενούς πρέπει να εξασφαλίζεται ακόμα και στις πιο αντίξοες συνθήκες νοσηλείας.

Η λήψη του ιστορικού πρέπει να γίνεται σε συνθήκες που να εξασφαλίζουν το νοσηλευτικό απόρρητο και την προσωπική επαφή του ασθενούς με τη νοσηλεύτρια – τή.

Ο ασθενής έχει απόλυτο δικαίωμα να γνωρίζει τη φύση της πάθησής του και τις προοπτικές ίασής του με τη χειρουργική επέμβαση. Εναπόκειται στη νοσηλεύτρια – τή να κάνει αυτή την ενημέρωση με τον πιο πειστικό, διακριτικό και ήπιο τρόπο ή και να την αναβάλλει όταν νομίζει ότι η απόλυτη αλήθεια μπορεί να έχει δυσμενείς ψυχολογικές επιπτώσεις.

Ο ασθενής έχει απόλυτο δικαίωμα, εφόσον βρίσκεται σε ικανοποιητική νοητική κατάσταση, να αρνηθεί μια διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, εφόσον αυτή αντιβαίνει σε θρησκευτικές ή φιλοσοφικές του πεποιθήσεις. Με εξαίρεση ίσως ορισμένες εντελώς ακραίες περιπτώσεις (άρνησης μετάγγισης αίματος απο-

λύτως αναγκαίου για τη ζωή) η νοσηλεύτρια – τής οφείλει να σέβεται τις θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ασθενούς. Η έγγραφη συγκατάθεση του ασθενούς για τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη χειρουργική επέμβαση πρέπει να είναι αποτέλεσμα μιας ολοκληρωμένης ενημέρωσής του από τη νοσηλεύτρια – τή και όχι μια τυπική διοικητική πράξη.

Στον άρρωστο πρέπει να εξασφαλίζεται η απαραίτητη ψυχική ηρεμία για την αντιμετώπιση του Stress της χειρουργικής επέμβασης. Η στάση της νοσηλεύτριας – τή στην ενημέρωση του ίδιου και του περιβάλλοντός του είναι καθοριστικός παράγοντας.

Σε περιπτώσεις που σοβαρά οικογενειακά, κοινωνικά ή οικονομικά προβλήματα δημιουργούν συνθήκες ψυχολογικής ανασφάλειας στον ασθενή, η νοσηλεύτρια πρέπει να καταφύγει στη βοήθεια κοινωνικών λειτουργών για να εξασφαλίσει τη διευθέτησή τους.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο ασθενής, η νοσηλεύτρια – τής πρέπει να σκύψει πάνω σ' αυτόν και τα προβλήματατά του με αγάπη και κατανόηση. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται, να μιλά για τα συναισθήματά του. Η νοσηλεύτρια πρέπει να τον ακούει με προσοχή και σοβαρότητα. Απλές σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεις, σταθερό ενδιαφέρον, ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Η προσφορά μας, λοιπόν, θα είναι επιτυχής μόνο όταν συνειδητοποιήσουμε πως η «ποιότητα ζωής» παράλληλα με τη «διάρκεια ζωής», πρέπει να είναι ο στόχος μιας ολοκληρωμένης προσέγγισής μας στους ασθενείς αυτού.<sup>15</sup>

## 4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Στις περιπτώσεις όπου η παγκρεατίτιδα είναι σε προχωρημένο στάδιο, ο ασθενής υποβάλλεται σε μεταμόσχευση του παγκρέατος για θεραπευτικό σκοπό.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που υποβάλλεται σε μεταμόσχευση αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια – τής θα έρθει σε επαφή με τον ασθενή της. Από τη στιγμή αυτή η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του ασθενή της και τις γνώσεις, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Η νοσηλευτική φροντίδα στοχεύει σε:

- ενημέρωση του ασθενούς για τη μεταμόσχευση (κλίμα εμπιστοσύνης).
- προετοιμασία και βοήθεια ασθενούς για τη μεταμόσχευση
- ψυχολογική τόνωση αρρώστου.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς κατά τη μεταμόσχευση διακρίνεται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική φροντίδα που ακολουθεί είναι η ίδια με κείνη που εφαρμόζεται πριν τη χειρουργική επέμβαση.

Επιπλέον, η νοσηλεύτρια – τής παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή σχετικά με τη μεταμόσχευση του παγκρέατος, τον στηρίζει ψυχολογικά και απαντά σε τυχόν ερωτήματά του, όπως:

- αν θα είναι επιτυχής η μεταμόσχευση
- αν θα πονάει μετά την μεταμόσχευση
- αν θα μπορεί να εκπληρώσει όλες τις δραστηριότητες μετά την επέμβαση.

Μετά την επέμβαση, η νοσηλεύτρια – τής παραμένει στο πλευρό του ασθενούς και, σε συνεργασία με το γιατρό φροντίζει για τη διατήρηση του μοσχεύματος, όπου απαιτείται ανοσοκαταστολή με κυκλοσπορίνη Α, αζαθειοπρίνη, πρεδνιζολόνη και αντιθυμοκυτταρική σφαιρίνη.

Η παρακολούθηση της καλής λειτουργίας του μοσχεύματος γίνεται με τη μέτρηση της γλυκόζης του αίματος, της αμυλάσης του ορού ή των ούρων και των επιπέδων του C – πεπτιδίου.



Οι κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές που εμφανίζονται είναι ο αποφρακτικός ειλεός και η θρόμβωση των αγγείων του μοσχεύματος οι οποίες αντιμετωπίζονται σε συνεργασία με τον γιατρό ως εξής:

- Σε περίπτωση αποφρακτικού ειλεού συνιστάται η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Müller – Abbott ο οποίος και συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση. Η εφαρμογή του Müller – Abbott συνήθως επιφέρει καλά αποτελέσματα.
- Η θρόμβωση των αγγείων του μοσχεύματος αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, για ανακούφιση του αρρώστου, κατόπιν ιατρική εντολής καθώς και έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, με ιατρική οδηγία. Η ανέγερση του ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται επίσης από τον γιατρό.

Εκτός από τις παραπάνω, υπάρχουν και οι επιπλοκές γενικής αντίδρασης που είναι οι ακόλουθες: γενική καταβολή δυνάμεων, ναυτία, έμετοι, ανορεξία, απώλεια βάρους.

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή – αν αυτό δεν είναι δυνατόν – δίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα, πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμιδικής αξίας).
- Επίσης, φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν αυτός είναι κλινήρης.
- Καταβολή προσπάθειας για ανύψωση ηθικού που συμβάλλει στη μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.<sup>6.9</sup>

## 4.6 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Σήμερα, όταν μιλάμε για αποκατάσταση, ενοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις βιοψυχολογικές ικανότητές του, όσο κι αν αυτές φαίνονται μικρές, για να ζήσει ποιοτικά, δηλαδή να μη λυπάται για το χθές και να μη φοβάται για το αύριο. Για να γίνει όμως αυτό η ασθένεια και, στην προκειμένη περίπτωση, η παγκρεατίτιδα, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά, αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή.

Επειδή στη φάση της αποκατάστασης ασκεί μεγάλη επίδραση η οικογένεια του ασθενούς και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με την διπλή τους όψη:

- (1) το θτικό και υποστηρικτικό ρόλο τους στον ασθενή και
- (2) την ανάγκη του ασθενούς για υποστήριξη.

Για να υλοποιηθεί αυτή η φιλοσοφία της αποκαταστάσης, θα πρέπει οι ασθενείς να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην ψυχολογία του ασθενούς με τέτοιου είδους πάθηση.

Απαραίτητα είναι τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως του ασθενούς. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται στο σπίτι με τη βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς.<sup>11</sup>

## 4.7 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ – ΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας – τή στην πρόληψη της παγκρεατίτιδας έγκειται στην προφύλαξη από νοσήματα που μπορούν να προκαλέσουν τη νόσο αυτή, όπως είναι η χολολιθιασική παγκρεατίτιδα, η υπεργλυκαιμία και η υπασβεστιαίμια.

Η προφύλαξη από τις παθήσεις αυτές στηρίζεται στην προσεκτική διατροφή του ασθενούς (φτωχή σε λίπος και σάκχαρα και πλούσια σε ασβέστιο και γενικά σε ηλεκτρολύτες) καθώς και στο συχνό εργαστηριακό έλεγχο.

Είναι εξίσου σημαντική η αποχή από το αλκοόλ, αφ' όσον ο αλκοολισμός αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες της παγκρεατίτιδας. Χρέος λοιπόν της νοσηλεύτριας – τή είναι να συμβουλευσει τον ασθενή να αποφεύγει την υπερβολική χρήση αλκοόλ και να τον ενημερώσει για τη σοβαρότητα και τις επιπλοκές της παγκρεατίτιδας.

Επιπρόσθετα, η νοσηλεύτρια πρέπει να διαφωτίσει το κοινό μεταφέροντας το μήνυμα του αναπόφευκτου θανάτου εξαιτίας της παγκρεατίτιδας, εάν δεν θεραπευτεί εγκαίρως, καθώς και της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

#### Α. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	Τ.Τ
Ημερομηνία γεννήσεως:	10-11-1934
Φύλλο:	Θήλυ
Επάγγελμα:	Οικιακά
Τόπος καταγωγής:	Λέσβος
Ημερομηνία εισαγωγής:	2-8-99
Νοσοκομείο:	Γ.Ν.Ν.Μ.Β
Διάγνωση:	Οξεία παγκρεατίτιδα

Η ασθενής προσήλθε στην Α' παθολογική κλινική του Γ.Ν.Ν.Μ.Β στις 2-8-99 με έντονο κοιλιακό άλγος και πόνο στο δεξιό υποχόνδριο με αντανάκλαση στη ράχη. Η ασθενή αναφέρει μετεωρισμό της κοιλίας, εμέτους, υψηλό πυρετό και λιποθυμικό επεισόδιο που οφείλεται σε οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια.

Η κλινική εικόνα που παρουσίασε η ασθενής ήταν η εξής: ωχρότητα δέρματος με διάταση του στομάχου. Α.Π: 160/90mmHg, σφίξεις: 75/min, θερμοκρασία: 38°C.

Κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής αναφέρει κύστη στο δεξιό νεφρό. Πριν 7 χρόνια είχε πέτρα στους νεφρούς και έγινε η αφαίρεσή τους. Αναφέρει, ακόμη, αρτηριακή υπέρταση χωρίς φαρμακευτική αγωγή, δυσκοπία καθώς επίσης και ψυχρό όζο στους δυο λοβούς του θυρεοειδούς αδένα (δεξιό και αριστερό)

Σχετικά με το οικογενειακό της ιστορικό αναφέρει ότι η μητέρα της παρουσίασε πέτρα στη χολή.

Δόθηκε ιατρική εντολή για εισαγωγή στην κλινική και εργαστηριακές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν:

Γενική αίματος: Hb: 10,4gr%

Hct: 29,9%

Λευκά: 18.300

Ουρία: 52

Κρεατίνη: 1,3

Σάκχαρο: 139

Άμεσος χολερυθρίνη: 0,8

Έμμεσος χολερυθρίνη: 0,45

SGOT : 151

SGPT: 99

Υπέρηχος άνω κοιλίας: Πολλαπλοί μικροί χολόλιθοι και λάσπη. Μικρή διάταση κάτω χοληδόχου πόρου ως 6,5mm

Χολαγγειογραφία: Υποτροπιάζοντα άλγη επιγαστρίου και δεξιού υποχονδρίου.

Ενδοσκοπική στομάχου: Διαφραγματοκλήλη, ασκίτης, προπυλωρικό έλκος.

Ο ιατρός διέγνωσε οξεία παγκρεατίτιδα χολολιθιασικής αιτιολογίας.

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**  
**ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

## Προβλήματα ασθενούς με Οξεία Παγκρεατίτιδα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Κοιλιακό άλγος.	Ανακούφιση της ασθενούς από το άλγος.	<p>Ανακουφιστική θέση της ασθενούς στο κρεβάτι.</p> <p>Μείωση της περιεκτικότητας της τροφής σε λίπη.</p> <p>Ενίσχυση του ηθικού της άρρωστης.</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων και ναρκωτικών, σε περίπτωση έντονου πόνου, με εντολή ιατρού.</p> <p>Παρακολούθηση της ενέργειας των φαρμάκων που δίνονται και τις τυχόν παρενέργειές τους</p>	<p>Η ασθενής είναι καθισμένη στο κρεβάτι, έχει συμμένο το σώμα προς τα εμπρός, ενώ συγχρόνως φέρει τους μηρούς προς την κοιλιά.</p> <p>Χορηγείται ελαφρά τροφή, έτσι ώστε να μειώνονται τα παγκρεατικά υγρά.</p> <p>Αποφεύγονται τα ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση στην άρρωστη.</p> <p>Χορηγήθηκε 1amp Zideron 75mg X 11.M, μετά από ιατρική εντολή.</p>	<p>Μείωση της δραστηριότητας των μυών και της περιοχής γύρω από το πάγκρεας.</p> <p>Μετά την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Φροντίδας ελαττώθηκε ο πόνος και η ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Εμφάνιση εμέτων.	Αντιμετώπιση των εμέτων.	<p>Ενημέρωση του θεράποντος ιατρού για την κατάσταση του ασθενούς και οδηγίες για την αντιμετώπιση με αντιεμετικά φάρμακα.</p> <p>Χορήγηση τροφών της αρεσκείας της ασθενούς.</p> <p>Παρακολούθηση της άρρωστης για σημεία αφυδάτωσης.</p>	<p>Με ιατρική οδηγία χορηγήθηκε 1amp. Primoregan 10mg x 1l.v</p> <p>Χορηγήθηκε ορός Dextrose 5% 1000cc x 2 με 2amp. KCL 1.V με 21 σταγόνες περίπου το λεπτό, σύμφωνα με ιατρική εντολή.</p> <p>Η νοσηλευτική φροντίδα του σημείου της φλεβοκέντησης συνεχίζεται με αυστηρώς άσηπτη τεχνική.</p>	<p>Μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας οι έμετοι μειώθηκαν ενώ η ασθενής δεν παρουσίασε σημεία αφυδάτωσης.</p> <p>Σημεία μόλυνσης δεν εμφανίστηκαν.</p>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Τοποθέτηση ρινοαστρί- κού καθετήρα (Levin).	Ανακούφιση της ασθενούς από τους εμέτους.	Μείωση της παγκρεατικής εκκρίσεως.  Παρακολούθηση αποβαλλο- μένων υγρών.  Ανάριση δελτίου προσ- λαμβανομένων και αποβαλ- λομένων υγρών στην κλίνη της ασθενούς, καθώς και ακριβή μέτρηση των προσ- λαμβανομένων υγρών ανά 24ωρο	Εφαρμογή συνεχούς α- ναρρόφησης μετά από ιατρική εντολή.  Σημειώνονται τα υγρά που αποβάλλονται από το σωλήνα Levin στο δελτίο.  Δεν χορηγήθηκε στην ασθενή τίποτε από το στόμα, σύμφωνα με ια- τρική οδηγία.	Η εφαρμογή του ρινογα- στρικού καθετήρα προκα- λεί δυσφορία στην ασθενή.  Παρατηρείται μείωση των εμέτων.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Μετεωρισμός κοιλίας	Αντιμετώπιση του μετεωρισμού της κοιλίας.	<p>Ελαφρά στροφή της ασθενούς προς τα πλάγια.</p> <p>Τοποθέτηση σωλήνα αερίων στο απευθυσμένο προς δεξιά ευκόλυνη της ασθενούς, με εντολή ιατρού.</p> <p>Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο.</p> <p>Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων με τα από εντολή του θεράποντος ιατρού.</p>	<p>Τέθηκε η ασθενής σε πλάγια θέση.</p> <p>Τοποθετήθηκε σωλήνας αερίων στο απευθυσμένο με το νεφροειδές στην άκρη για 10 λεπτά, με ιατρική εντολή.</p> <p>Χορηγήθηκε σιρόπι Duphalac 3,335gr/5ml 1occ x 3, με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Μετά την εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας αυξήθηκε η περισταλτικότητα του εντέρου.</p> <p>Η ασθενής δέχτηκε ευχάριστα το σιρόπι Duphalac.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Εμφάνιση πυρετικής κίνησης 38,5°C.	Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα (36,8° C) προς ανακούφιση της ασθενούς.	<p>Χορήγηση άφθονων υγρών ενδοφλεβίως, με ιατρική εντολή, προς αποφυγή αφυδάτωσης.</p> <p>Λουτρό με δροσερό νερό και εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων.</p> <p>Προετοιμασία υλικού για το λουτρό.</p> <p>Τρίωρη θερμομέτρηση και καταγραφή στο διάγραμμα.</p> <p>Συχνή αλλαγή των ενδυμάτων της άρρωστης.</p> <p>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων, με ιατρική οδηγία</p>	<p>Ειθέη ενδοφλεβίως 1-Ringers 1000cc x 2 με 21 σταγόνες περίπου το λεπτό σύμφωνα με ιατρική εντολή.</p> <p>Έγινε λουτρό με δροσερό νερό κ' τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα.</p> <p>Άρχισε η τρίωρη θερμομέτρηση κ' η καταγραφή της στο διάγραμμα.</p> <p>Έγινε αλλαγή των ενδυμάτων ενδυμάτων της ασθενούς.</p> <p>Με εντολή ιατρού χορηγήθηκε 1amp. Aprotel 6.00 mg I.M, εφόσον προηγούμενος έγινε λήψη της αρτηριακής πίεσως κ' ήταν 120/80mmHg.</p>	<p>Η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας σε συνδυασμό με τη συνεργασία της ασθενούς είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της θερμοκρασίας σε ικανοποιητικά επίπεδα (36,8° C).</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Νευροψυχικές διαταραχές (άγχος, ανησυχία, αγωνία)	Εξασφάλιση ηρεμίας της ασθενούς.	<p>Ψυχολογική υποστήριξη της άρρωστης.</p> <p>Προγραμματισμός συναντήσεώς της με ψυχολόγο.</p> <p>Διδασκαλία συγγενών αναφορικά με την συμπεριφορά τους προς την άρρωστη.</p>	<p>Ενισχύεται η ασθενής όπi σύντομα θα αποκατασταθεί η υγεία της και θα αισθάνεται πολύ καλύτερα.</p> <p>Ενθαρρύνεται ψυχολογικά όπi η νοσηλεύτρια – τής θα βρίσκεται στο πλευρό της οποιαδήποτε στιγμή.</p> <p>Η άρρωστη επισκέφθηκε την ψυχολόγο του Νοσοκομείου.</p> <p>Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για τη σωστή συμπεριφορά τους απέναντι στην ασθενή.</p>	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα και δείχνει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

**B. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ**

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	Ε.Σ
Ημερομηνία γεννήσεως:	2-12-1940
Φύλλο:	Άρρεν
Επάγγελμα:	Ιδιωτικός υπάλληλος
Τόπος καταγωγής:	Λέσβος
Ημερομηνία εισαγωγής:	28-8-99
Νοσοκομείο:	Γ.Ν.Ν.Μ.Β
Διάγνωση:	Χρόνια παγκρεατίτιδα

Ο ασθενής προσήλθε στην Β' χειρουργική κλινική του Γ.Ν.Ν.Μ.Β στις 28-8-99 με έντονο κοιλιακό πόνο από 20ήμερου στο δεξιό υποχόνδριο. Ο ασθενής αναφέρει ανορεξία και απώλεια βάρους(10 Kgr σε διάστημα ενός μηνός) ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζει ιδιοπαθή στετόρροια, αποφρακτικό ίκτερο και παγκρεατικό ασκίτη.

Η κλινική εικόνα που εμφάνισε ο ασθενής ήταν η εξής: ωχρότητα δέρματος, αίσθημα κόπωσης και ήπιος σακχαρώδης διαβήτης. Α.Π: 90/60mmHg, σφίξεις: 80/min, θερμοκρασία: 37°C.

Κατά τη λήψη του ιστορικού ο ασθενής αναφέρει διόγκωση ήπατος και αφαίρεση πέτρας στη χολή πριν από 5 χρόνια. Σχετικά με το οικογενειακό του ιστορικό δεν αναφέρει κάτι ιδιαίτερο.

Συνήθειες: Ο ασθενής είναι καπνιστής εδώ και 38 χρόνια και κάνει χρήση μεγάλης δόσης αλκοόλ.

Δόθηκε ιατρική εντολή για εισαγωγή στην κλινική και εργαστηριακές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν:

Γενική αίματος: Hct: 26%

Hb: 9gr%

Κρεατίνη: 1,3

Σάκχαρο: 200mg/dl

Άμεσος χολερυθρίνη: 0,90

Έμμεσος χολερυθρίνη: 1,40

SGOT : 155

SGPT: 110

Παρατηρείται ακόμη, μείωση της καρατίνης του ορού, παράταση του χρόνου προθρομβίνης (λόγω διαταραχής στην απορρόφηση της βιταμίνης K), μείωση  $Ca^{++}$ ,  $Mg^{+}$  του ορού ( λόγω διαταραχής στην απορρόφηση της βιταμίνης D), μείωση της βιταμίνης B<sub>12</sub> και του φυλικού οξέος, υπολευκωματιναιμία και ωσμωτικό χάσμα στα κόπρανα.

Οι δοκιμασίες διέγερσης έδειξαν τα ακόλουθα: μείωση του όγκου του παγκρεατικού υγρού, μείωση της περιεκτικότητάς του σε  $HCO_3^-$ , ελάττωση της παραγωγής της αμυλάσης και μείωση της δραστηριότητας της θρυψίνης.

Στην ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειογραφία παρατηρείται στένωση του χοληδόχου πόρου στην ενδοπαγκρεατική του μοίρα.

Το υπερηχογράφημα του παγκρέατος αναφέρει την ύπαρξη ψευδοκύστεων στον παγκρεατικό πόρο.

Ο ιατρός διέγνωσε χρόνια παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε χρόνια αλκοολισμό.

Έπειτα από απόφαση του θεράποντος ιατρού, ο ασθενής υπέστη σε ερευνητική λαπαροτομίας όπου έγινε επιμήκης διάνοιξη του παγκρεατικού πόρου σε όλο του το μήκος. Πριν την επέμβαση, εφαρμόστηκε η κατάλληλη προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Μετά την εγχείρηση ο ασθενής παρουσίασε έντονο κοιλιακό άλγος, αιμορραγία στην περιοχή του τραύματος, καθυστερημένη γαστρική κένωση και συμπτώματα πνευμονικής εμβολής λόγω ακινησίας.

Με την εφαρμογή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας αντιμετωπίστηκαν οι παραπάνω επιπλοκές και ο άρρωστος αισθάνεται ήδη πολύ καλύτερα

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

## Προβλήματα ασθενούς με Χρόνια Παγκρεατίτιδα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Έντονος κοιλιακός πόνος	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο	<p>Ανακουφιστική θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.</p> <p>Μείωση της περιεκτικότητας της τροφής σε λίπη.</p> <p>Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου.</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων και ναρκωτικών, σε περίπτωση έντονου πόνου, με εντολή ιατρού.</p> <p>Παρακολούθηση της ενέργειας των φαρμάκων που δίνονται και τις τυχόν παρενέργειές τους.</p>	<p>Ο ασθενής είναι καθαίμενος στο κρεβάτι, έχει σκυμμένο το σώμα προς τα εμπρός, ενώ συγχρόνως φέρει τους μηρούς προς την κοιλιά.</p> <p>Χορηγείται ελαφρά τροφή, έτσι ώστε να μειώνονται τα παγκρεατικά υγρά.</p> <p>Αποφεύγονται τα ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση στον άρρωστο.</p> <p>Χορηγήθηκε 1amp Zid-rox 75mg x 1 I.M, μετά από ιατρική εντολή.</p>	<p>Μείωση της δραστηριότητας των μυών και της περιοχής γύρω από το πάγκρεας.</p> <p>Μετά την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Φροντίδας ελαττώθηκε ο πόνος και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Εμφάνιση ανορεξίας.	Καταπολέμηση της ανορεξίας.	<p>Χορήγηση τροφών της προτιμήσεως του ασθενούς (εφόσον επιτρέπονται) σε μικρά τακτά γεύματα.</p> <p>Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών στο δωμάτιο που αυξάνουν την όρεξη του ασθενούς.</p>	<p>Χορηγήθηκαν τροφές της προτιμήσεως του ασθενούς σε μικρά συχνά γεύματα.</p> <p>Το φανitó του ασθενούς προσεφέρθη σε περιποιημένο δίσκο.</p>	Η όρεξη του αρρώστου άρχισε να βελτιώνεται.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Απώλεια βάρους.	Αντιμετώπιση της απώ- λειας βάρους.	<p>Παρακολούθηση του ασθεν- νους αν λαμβάνει τις απα- ραίτητες θερμίδες κάθε μέρα.</p> <p>Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδαταν- θράκων.</p> <p>Χορήγηση συμπληρωματι- κών βιταμινών (Α, Β σύ- μπλεγμα, C και Κ).</p> <p>Παρακολούθηση συστηματι- κά του βάρους του αρρώ- στου.</p>	<p>Το διατολόγιο του ασθεν- νους εμπλουτίστηκε με τροφές πλούσιες σε λευ- κώματα και υδατάνθρα- κες.</p> <p>Χορηγήθηκαν σκευάσμα- τα βιταμινών Α, Β, C και Κ.</p> <p>Παρακολουθείται και κα- ταγράφεται το βάρος του αρρώστου.</p>	Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε αύξηση του βάρους σώμα- τος του ασθενούς.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ιδιοπαθής στεατόρροια.	Καταπολέμηση ιδιοπαθούς της στεατόρροιας	<p>Δίαιτα φτωχή σε λίπη και υδατάνθρακες και πλούσια σε λευκώματα.</p> <p>Χορήγηση συμπληρωματικών βιταμινών Α, Β, D, Κ.</p> <p>Ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Το διατολόγιο του ασθενούς είναι φτωχό σε λίπη και υδατάνθρακες και πλούσιο σε λευκώματα.</p> <p>Χορηγούνται σκευάσματα βιταμινών Α, Β, D και Κ.</p> <p>Γίνεται μέτρηση και καταγραφή του ποσού των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	Βελτίωση της λειτουργίας του λεπτού εντέρου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Αποφρακτικός ίκτερος.	Καταπολέμηση του ικτέρου.	<p>Παρακολούθηση και κατα- γραφή του βαθμού του ικτέ- ρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του σφθαλ- μού.</p> <p>Απαλλαγή του ασθενούς από τον έντονο κνησμό του δέρματος με συστηματική φροντίδα.</p> <p>Παρακολούθηση του χρώ- ματος των κενώσεων και ούρων.</p>	<p>Παρατηρείται και κατα- γράφεται στο φύλλο νο- σηλείας του αρρώστου ο βαθμός του ικτέρου του δέρματος και του σκλη- ρού χιτώνα του σφθαλ- μού.</p> <p>Περιποίηση του δέρματος του αρρώστου με λουτρό καθαριότητας χωρίς σα- πούνι και μασάζ με ειδική λοσιόν.</p> <p>Παρακολουθείται το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.</p>	<p>Ο ίκτερος συνεχίζει να υ- φίσταται.</p> <p>Ο ασθενής αισθάνεται κα- λύτερα γιατί φιλοδοξεί ότι μετά την επέμβαση ο ίκτε- ρος θα υποχωρήσει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
		<p>Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς.</p>	<p>Ο άρρωστος ενθαρρύνεται ότι με την εγχείρηση ο ίκτερος θα καταπολεμηθεί.</p>	

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Παγκρεατικός ασκίτης	Αντιμετώπιση του παγκρεατικού ασκίτη.	<p>Ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Φροντίδα δέρματος.</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς.</p>	<p>Μέτρηση και καταγραφή της ποσότητας των υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται στο δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Γίνεται περιποίηση του δέρματος του αρρώστου με συχνό πλύσιμο αυτού και επάλειψή του με αντισηπτικό διάλυμα Betadine. Ο ασθενής τοποθετείται σε ανάρροπη θέση έτσι βοηθείται η αναπνοή του.</p> <p>Ο ασθενής ενθαρρύνεται ότι μετά την επέμβαση ο ασκίτης θα υποχωρήσει.</p>	<p>Συνεχίζεται η ίδια κατάσταση χωρίς βελτίωση.</p> <p>Ο ασθενής νοιώθει καλύτερα γιατί γνωρίζει ότι η κατάσταση αυτή είναι παροδική και όχι μόνιμη.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Καταβολή δυνάμεων και αίσθημα κοπώσεως.	Σωματική τόνωση του α- σθενούς.	Χορήγηση τροφών πλούσιες θερμιδικής αξίας και θρεπτι- κών συστατικών.  Μείωση φυσικών δραστη- ριοτήτων.	Το διαπολόγιο του ασθεν- ούς εμπλουτίστηκε με τροφές πλούσιες θερμι- δικής και θρεπτικής αξίας.  Μειώθηκαν οι δραστηριό- τητες του ασθενούς.	Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε κάποια τόνωση του οργα- νισμού.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Σακχαρώδης διαβήτης	Αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη.	<p>Συχνή μέτρηση σακχάρου του αίματος.</p> <p>Χορήγηση τροφών φτωχών σε λίπη και σάκχαρο.</p> <p>Χορήγηση ινσουλίνης υποδορίως μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</p>	<p>Μετράται το σάκχαρο του αίματος τέσσερις φορές την ημέρα.</p> <p>Το διαητολόγιο του ασθενούς Περιέχει τροφές φτωχές σε σάκχαρο και λίπη.</p> <p>Χορηγούνται 15 I.U. Humulin NRH υποδορίως μετά από κάθε μέτρηση του σακχάρου κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Προσοχή στη χορήγηση ινσουλίνης. Η ινσουλίνη χορηγείται μετά το γεύμα. Ενθαρρύνεται ψυχολογικά ο ασθενής και γίνεται μια προσπάθεια ηρεμίας και χαλάρωσής του.</p>	Η τιμή του σακχάρου του αίματος έχει μειωθεί αισθητά. (125 mg/dl)



<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Άγχος για την επέμβαση.	Εξασφάλιση ψυχικής ηρεμίας του ασθενούς.	Εξασφάλιση εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Επίσκεψη του αρρώστου σε ψυχολόγο. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, με ιατρική οδηγία.	Ενθάρρυνση του αρρώστου ότι τα αποτελέσματά της επέμβασης θα είναι θετικά και πως η νοσηλεύτρια - τής θα είναι συνεχώς στο πλευρό του. Ο ασθενής επισκέφτηκε τον ψυχολόγο όπου και έτυχε άρτιας ψυχολογικής υποστήριξης. Χορηγήθηκε 1 tabl Lexotanil 3 mg x 1 κατόπιν ιατρικής εντολής.	Ο ασθενής έχει ηρεμίσει αισθητά και εκφράζει την εμπιστοσύνη του προς το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Αιμορραγία στην περιοχή του τραύματος.	Αντιμετώπιση της αιμορραγίας.	<p>Συχνός έλεγχος του τραύματος.</p> <p>Διατήρηση του αρρώστου θερμού.</p> <p>Ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.</p>	<p>Γίνεται συχνός έλεγχος και περιποίηση του τραύματος.</p> <p>Ο ασθενής καλύπτεται με ζεστά κλινοσκεπέσματα και εφαρμόζονται θερμά επιθέματα.</p> <p>Γίνεται προσεκτική μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p> <p>Χορηγούνται ενδοφλεβίως 2 – Ringers 1000cc x 2 με σταγόνες περίπου το λεπτό και Dextrose 5% 1000cc x 1 με 11 σταγόνες περίπου το λεπτό.</p>	Ελάττωση της αιμορραγίας του τραύματος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
			Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κάθε τρεις ώρες.	

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Κοιλιακό άλγος.	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.	<p>Ανακουφιστική θέση του ασθενούς στο κρεβάτι. Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου .</p> <p>Χορήγηση σπασμολυτικών φαρμάκων και ναρκωτικών, σε περίπτωση έντονου πόνου, με εντολή ιατρού.</p>	<p>ο ασθενής είναι καθισμένη στο κρεβάτι, έχει σκυμμένο το σώμα προς τα εμπρός, ενώ συγχρόως φέρει τους μηρούς προς την κοιλιά. Αποφεύγονται τα ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση στον άρρωστο. Χορηγήθηκε 1amp Zideron 75mg X 1l.M, μετά από ιατρική εντολή.</p>	<p>Μείωση της δραστηριότητας των μυών και της περιοχής γύρω από το πάγκρεας.</p> <p>Μετά την εφαρμογή της Νοσηλευτικής Φροντίδας ελαττώθηκε ο πόνος και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Καθυστερημένη γαστρική κένωση.	Επαναφορά της λειτουργικότητας του στομάχου.	<p>Τοποθέτηση σωλήνα Levin από τον γιατρό.</p> <p>Μείωση της παγκρεατικής εκκρίσεως.</p> <p>Ρύθμιση ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών.</p>	<p>Εφαρμογή συνεχούς αναρρόφησης μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Δε χορηγείται στον ασθενή τίποτε από το στόμα, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Διατηρούμε τη συσκευή κλειστή και καθαρή.</p> <p>Γίνεται ακριβής μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών και ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται ενδοφλεβίως 1 – Ringers 1000cc x 2 με 21 σταγόνες περίπου το λεπτό και Dextrose 5% 1000cc x 1 με 11 σταγόνες περίπου το λεπτό.</p>	Βελτίωση της λειτουργικότητας του στομάχου.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Πνευμονική εμβολή.	Αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής.	<p>Ανέγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, με ιατρική εντολή.</p> <p>Ενεργητικές κινήσεις του ασθενούς.</p> <p>Συχνή αλλαγή των ενδοφλέβιων καθετήρων.</p> <p>Συχνή μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων.</p> <p>Εργαστηριακές εξετάσεις: χρόνος προθρομβίνης, χρόνος ροής πήξεως.</p>	<p>Σηκώνεται συχνά ο ασθενής από το κρεβάτι, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Γίνεται συχνή αλλαγή των φλεβοκαθετήρων.</p> <p>Τρίωρη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων στο θερμομετρικό διάγραμμα.</p> <p>Τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων έδειξαν: χρόνο προθρομβίνης: 10" και χρόνο ροής πήξεως: 4".</p>	<p>Βελτίωσης της κατάστασης του αρρώστου.</p> <p>Υποχώρησε η ερυθρότητα και ο πόνος από το δεξιό κάτω άκρο.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
		<p>Συχνή παρακολούθηση των κάτω άκρων, κυρίως για ερυθρότητα και πόνο.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς ( βήχας, αιμόπτυση, κ.λ.π )</p>	<p>Ο ασθενής παρακολουθείται συνεχώς για συμπτώματα πνευμονικής εμβολής.</p>	

<b>ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Εμφάνιση αναιμίας	Άνοδος του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης σε ικανοποιητικά επίπεδα.	<p>Χορήγηση τροφών πλούσιων σε σίδηρο και φυλικό οξύ.</p> <p>Χορήγηση σκευάσματος Legofer 40mg/15ml x2 από το στόμα με ιατρική εντολή.</p> <p>Χορήγηση 1 μονάδας συμπτυκτικών (350cc) σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p>	<p>Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε σίδηρο, βιταμίνη B12 και φυλικό οξύ.</p> <p>Χορηγήθηκε σκεύασμα Legofer 40mg/15ml x2 φορές, με ιατρική οδηγία.</p> <p>Μετά τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο, η αιμοδοσία έστειλε στη Β' Χειρουργική κλινική 1 μονάδα αίματος (350cc) με έντυπη εργαστηριακή απάντηση.</p>	<p>Η μετάγγιση ολοκληρώθηκε σε 2 ώρες. Ο ασθενής δεν παρουσίασε καμιά αντίδραση.</p> <p>Διατηρήθηκε ανοικτή φλέβα με φλεβοκαθετήρα 19 G Και ορό L-Ringers 1000cc Με ροή 10 σταγόνες το λεπτό.</p> <p>Εγινε λήψη αίματος και έδειξε άνοδο της αιμοσφαιρίνης (Hb: 11%) Και του αιματοκρίτη (Hct: 30%)</p>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
		<p>Ενημέρωση του ασθενούς.</p> <p>Έγινε λήψη αίματος και στάθηκε στην αιμοδοσία για έλεγχο ομάδας, Rhesus και αντίδρασης Coombs.</p> <p>Προετοιμασία δίσκου μετάγ-γισης (συσκευή αίματος με φίλτρο, φλεβοκαθετήρας 19G, με τολύπια βάμβακος, οινόπνευμα, περιχειρίδα)</p> <p>Συχνός έλεγχος και καταγραφή των ζωτικών σεριρών.</p>	<p>Ενημερώθηκε ο ασθενής σχετικά με τη μετάγγιση αίματος.</p> <p>Έγινε ο έλεγχος στην κλινική (διασταύρωση στοιχείων όπως ονοματεπώνυμο ασθενούς ομάδα αίματος, Rhesus, ημερομηνία λήξεως, κλινική, υπογραφή ιατρού)</p> <p>Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων.</p> <p>Α.Π. 90/60 mmHg Θ 36,8 C</p>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
			<p>Δόθηκε ιατρική εντολή να αρχίσει η μετάγγιση.</p> <p>Έγινε νέα φλεβοκέντηση με φλεοκαθετήρα 19G ( η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών γινόταν στον ασθενή με φλεοκαθετήρα 21G )</p> <p>Συνδέθηκε ο φλεβοκαθετήρας</p> <p>με τη συσκευή αίματος και τη μονάδα αίματος.</p> <p>Ρύθμιση των σταγόνων αρχικά στις 15-20/min</p>	

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b>
Μετεγχειρητική ψύχωση	Εξασφάλιση ψυχικής ηρεμίας του ασθενούς.	<p>Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου.</p> <p>Προγραμματισμός συναντήσεως του με ψυχίατρο.</p> <p>Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή.</p> <p>Διδασκαλία συγγενών αναφορικά με τη συμπεριφορά τους προς τον άρρωστο.</p>	<p>Ενισχύεται ο ασθενής ότι σύντομα θα αποκατασταθεί η υγεία του και αισθάνεται πολύ καλύτερα. Ενθαρρύνεται Ψυχολογικά ότι η νοσηλεύτρια -της θα είναι κοντά του οποιαδήποτε στιγμή.</p> <p>Ο ασθενής επισκέπτεται τακτικά τον ψυχίατρο.</p> <p>Χορηγήθηκε 1 tabl Lexotanil 3mg x1 μετά από ιατρική οδηγία</p> <p>Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για τη σωστή συμπεριφορά τους απέναντι στον ασθενή.</p>	Ο άρρωστος αισθάνεται καλύτερα και δείχνει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

## 5.2 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Η παγκρεατίτιδα, οξεία και χρόνια, είναι μια βαριά κοιλιακή ανωμαλία που αρχίζει συνήθως μετά τα 30 - 40 χρόνια και είναι συχνότερη στους άνδρες.

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικοί.

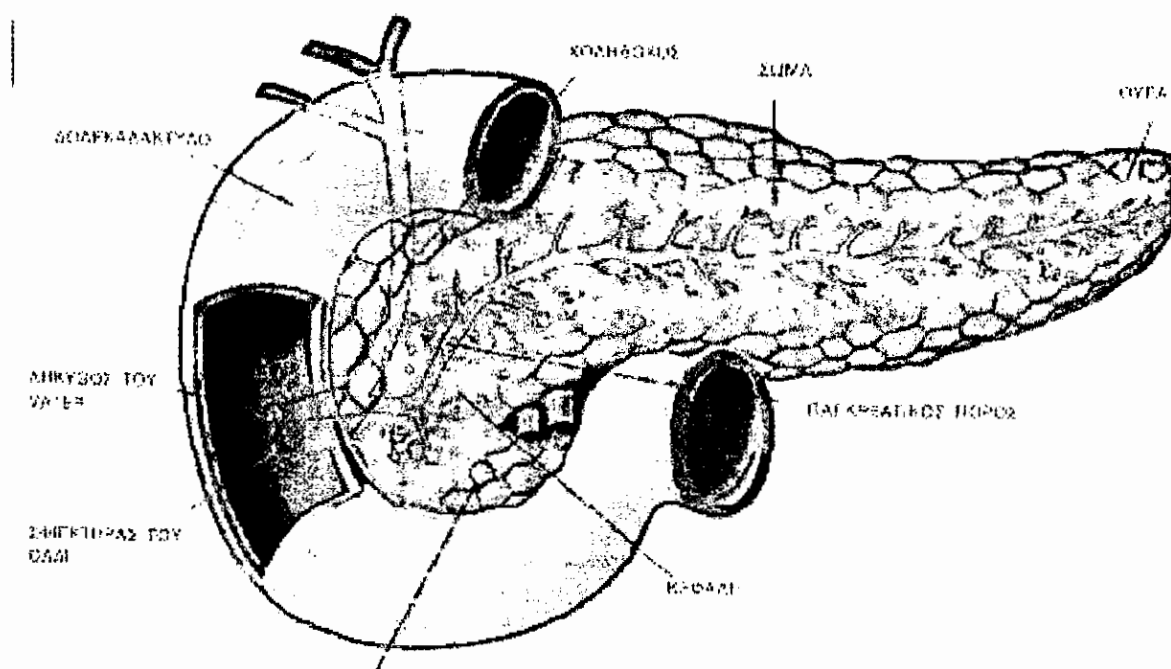
Ο πιο κοινός από αυτούς είναι ο χρόνιος αλκοολισμός άλλοι παράγοντες είναι η αποφρακτική νόσος των χοληφόρων και το τραύμα.

Με τη βοήθεια των διαγνωστικών εξετάσεων, καθορίζονται η κατάλληλη θεραπεία, η οποία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία. Η πορεία της ασθένειας, μετά τη θεραπεία, εξαρτάται κυρίως, από το στάδιο της παγκρεατίτιδας, στο οποίο έγινε η έναρξη της θεραπείας.

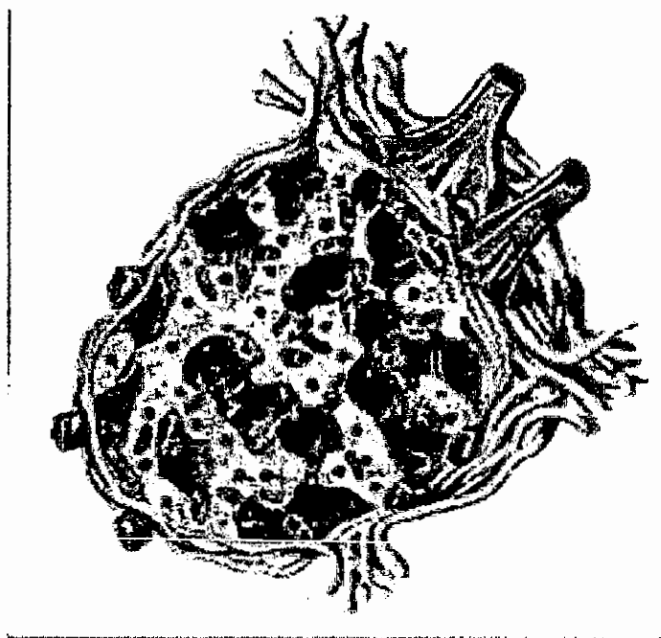
Εκτός από την ιατρική παρέμβαση, σημαντικός είναι και ο ρόλος της νοσηλεύτριας, ο οποίος συνίσταται στην ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της νόσου, στην πρόληψη και αντιμετώπιση των παρενεργειών της θεραπείας και την ψυχολογική υποστήριξη του, καθώς οι ασθενείς αυτοί βιώνουν έντονα συναισθήματα φόβου και ανησυχίας.



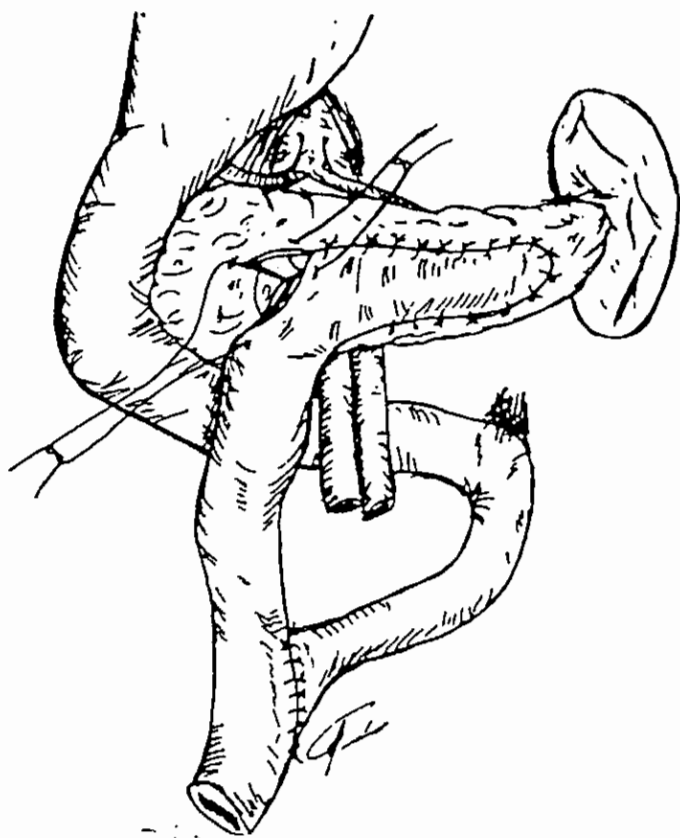
## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



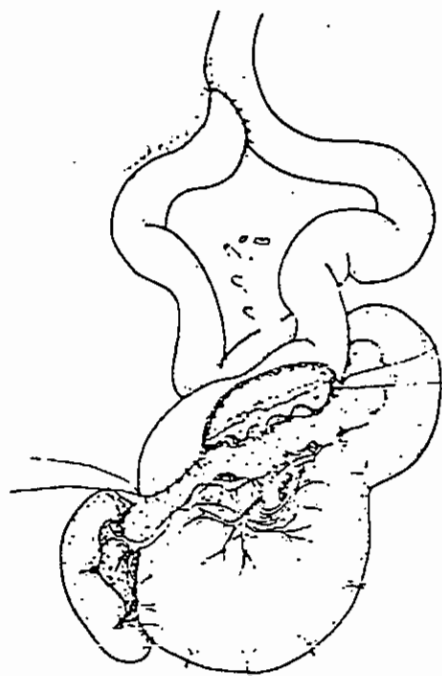
Εικόνα 1. Σχηματική παράσταση του παγκρέατος



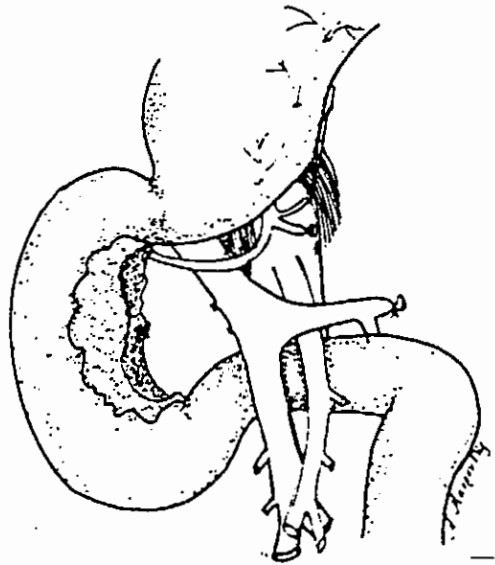
Εικόνα 2. Σχηματική απεικόνιση παγκρεατικού νησιδίου (τόπος παραγωγής ινσουλίνης και γλυκαγόνης)



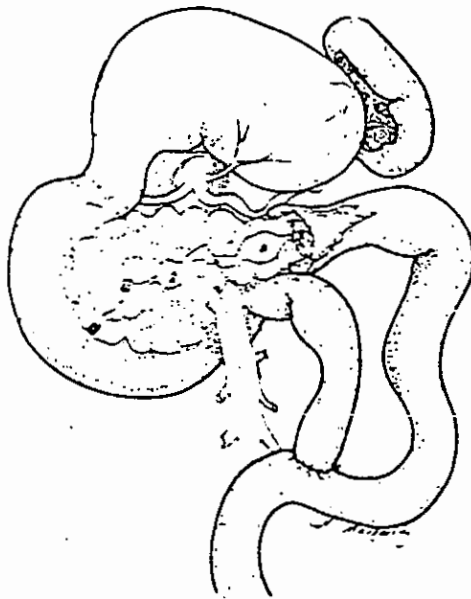
Εικόνα 3: Επιμήκης παγκρεατο – νηστιδόανοστόμωση (εγχείρηση Puestow)



Εικόνα 4 : Σχηματογραφική απεικόνιση της εγχειρήσεως Puestow (πλαγία επιμήκης παγκρεατονηστιδοστομία)

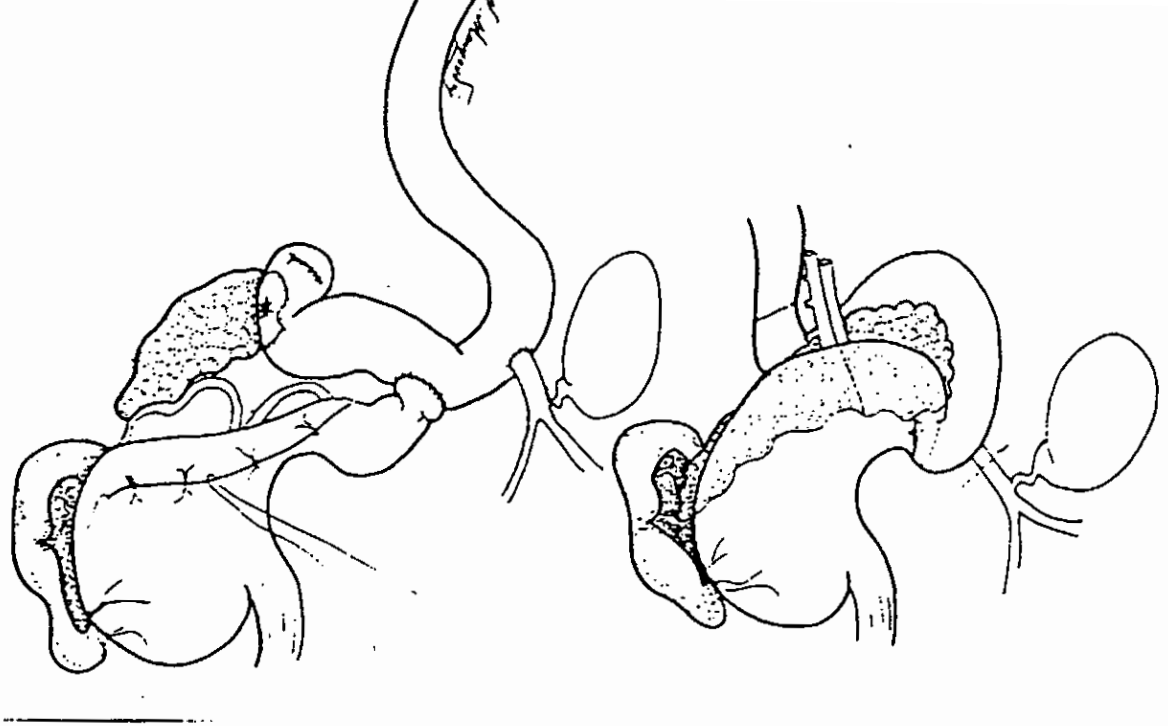


Εικόνα 5: Σχηματογραφική απεικόνιση περιφερικής παγκρεατεκτομής και παγκρεατονηστιδοστομίας

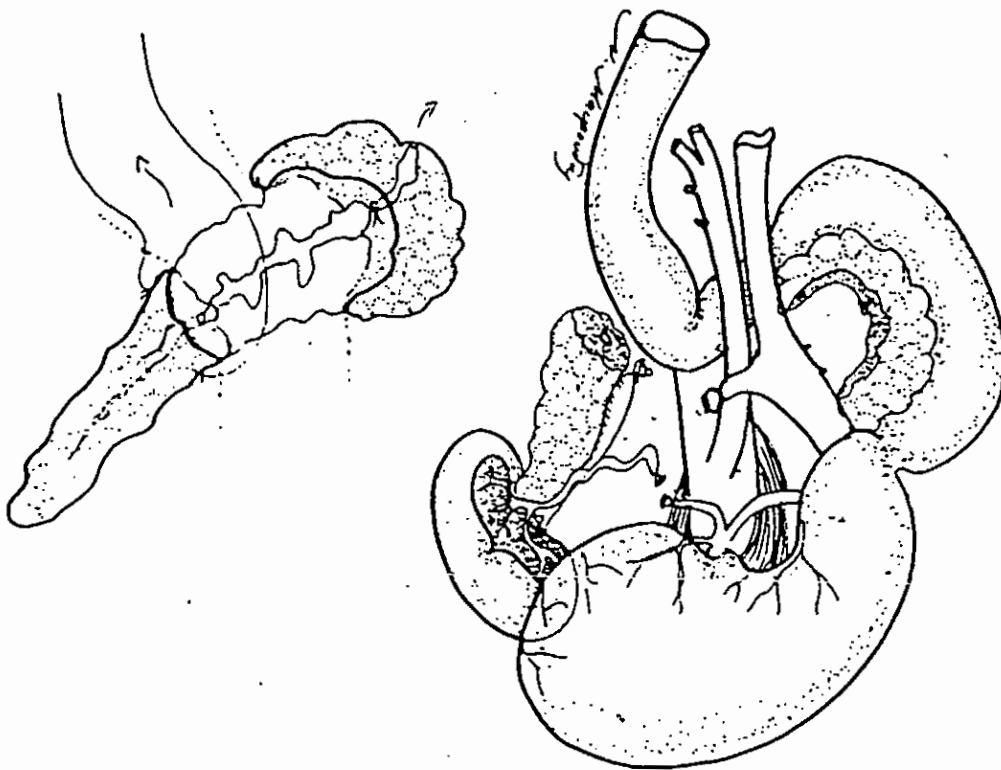


Εικόνα 6 : Σχηματογραφική απεικόνιση παγκρεατεκτομής 95%

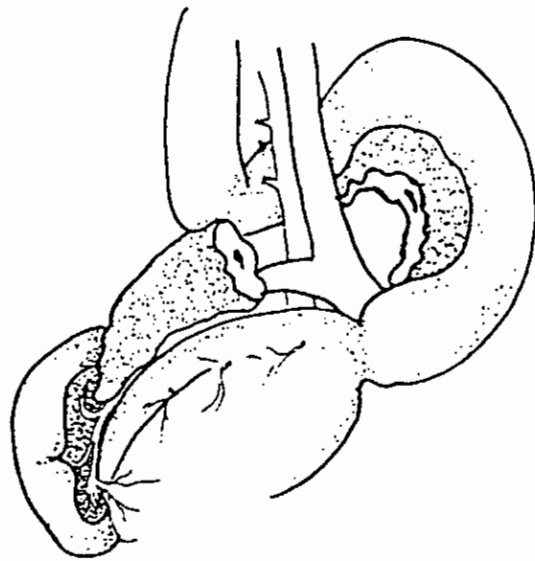
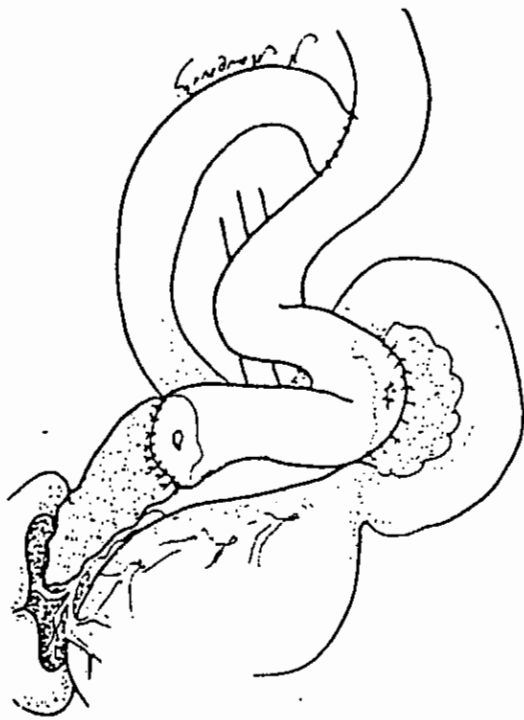




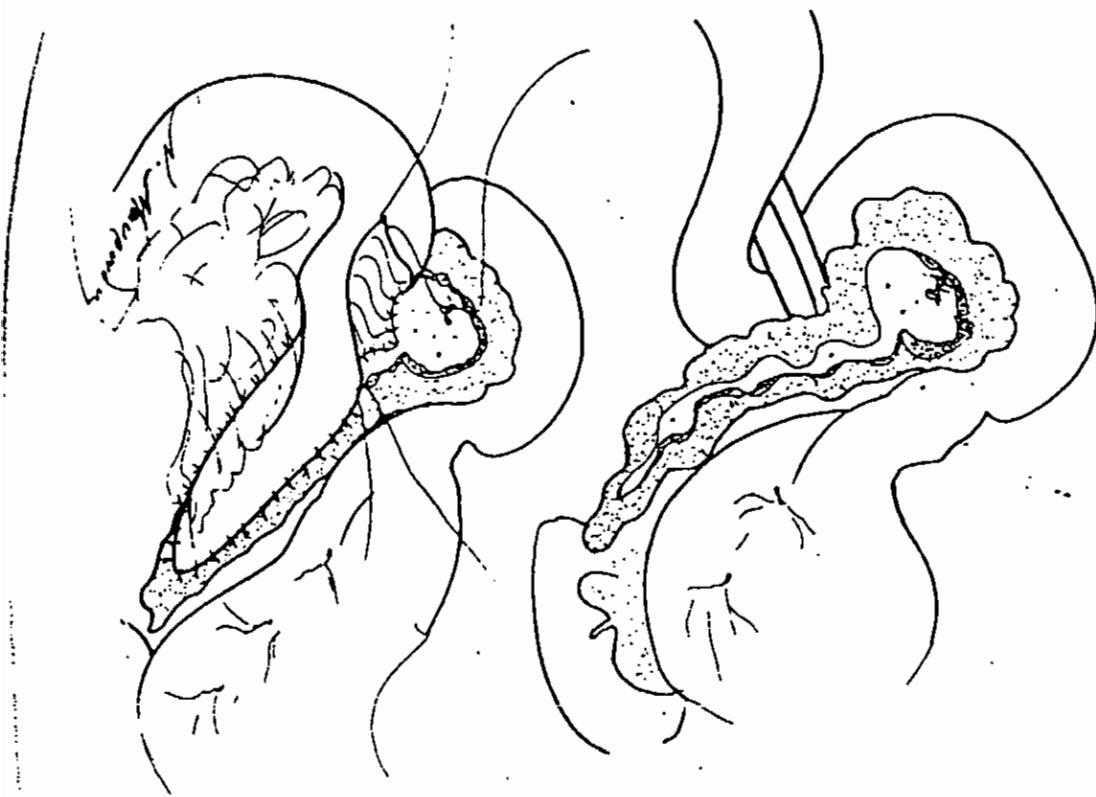
Εικόνα 7: Σχηματογραφική απεικόνιση της παγκρεατοδωδεκαδακτυλεκτομής με διατήρηση του πилωρού (εγχείρηση Whipple)



Εικόνα 8 : Σχηματογραφική απεικόνιση της εγχειρήσεως Warren



Εικόνα 9: Σχηματογραφική απεικόνιση της εγχείρησης Bager



Εικόνα 10 : Σχηματογραφική απεικόνιση της εγχείρησης Frey

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παναγιωτόπουλος Ι. – Παπαλάμπρος Στ: **”Χειρουργική”**. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 147, 771 – 784
2. Σέχα Μ: **”Χειρουργική”** Τόμος ΙΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1996, σελ. 1181 – 1185.
3. Α’ Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Διευθυντής: Καθηγητής Μπαλάς Π. **”Χειρουργική”** . Τόμος Β’, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1987, σελ. 637 – 667
4. J.J. Misiewicz, R.E. Pounder & C.W. Venables: **”Νοσήματα του εντέρου και του παγκρέατος”** Έκδοση 2<sup>η</sup> (1η ελληνική), Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1997, σελ. 469 – 493
5. Γολεμάτης Β **”Χειρουργική Παθολογία”**. Τόμος Β’, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 983 – 1010
6. Λαζαρίδης Π.Δ.: **”Μεταπτυχιακή Χειρουργική”**. Τομος Β Εκδόσεις University Studio Press, 1η Έκδοση, Θεσσαλονίκη 1993, σελ. 1662 – 1688
7. Παπαδημητρίου Ι. – Ανδρουλάκης Γ: **”Αρχές Γενικής Χειρουργικής”** Τόμος Β’, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989, σελ. 665 – 674
8. Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ: **”Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες”**. Τόμος 1ος, Δ’ Επανεκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1994, σελ. 184 – 187

9. Μαλγαρινού Μ.Α – Κωνσταντινίδου Σ.Φ: **“Νοσηλευτική – Γενική Παθολογική Χειρουργική”**. Τόμος Α', Έκδοση 18η , Έκδοσις “ Η ΤΑΒΙΘΑ”, Αθήνα 1994, σελ. 242 – 264, 385 – 403
10. Αποστολίδης Ν: **“Συνοπτική Γενική Χειρουργική”**. Εκδόσεις Επτάλοβος Α.Β.Ε.Ε, Αθήνα 1987, σελ. 197 – 294
11. Traelone C. – Reynell C: **“Νοσήματα του Πεπτικού Συστήματος”** Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1979, σελ. 510 – 522
12. Ρηγας Μ.Α.: **“Χειρουργικές Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος”**. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1983, σελ. 185 – 197
13. Σαββοπούλου Γ.: **“Βασική Νοσηλευτική”**. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, σελ. 195 – 202.
14. Φαρδέλλας Ι., Σμπαρούνης Χ.: **“Η χειρουργική προσέγγιση της οξείας παγκρεατίτιδας”**, Περιοδικό **“Ελληνική Ιατρική”** 62,4, Αθήνα 1996, σελ. 293 – 300.
15. Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Διευθυντής Μπαλάς Π.: **“Χειρουργική”**, 2η Έκδοση Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1994, σελ. 84 – 85.
16. Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ.: **“Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες”**. Τόμος 2ος, Μέρος Β', Ε' Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 1996, σελ. 523 – 527
17. Αθανάτου Ε.Κ: **“Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες”**. 5η Έκδοση, Αθήνα 1995, σελ. 212 – 217, 458

18. Μαλγαρινού Μ.Α – Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική". Τόμος Β', Μέρος 2ο, Έκδοση 17η, Έκδοσις "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1995, σελ. 150 – 151

19. Lippert Hebert : "Ανατομική". Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1992, σελ. 112 – 113

20. Dr. Τσίπρας Η : "Η σύγχρονη Ιατρική – Παθολογία". Εκδόσεις Π. Φυκίρης, Αθήνα 1995, σελ. 68 – 69

21. Christail Derroede: "Constipation". W.B Saunderw Co, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993, σελ. 295 – 297

