

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ -
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Dr. Αντωνακόπουλος



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: Σταυρούλα Αποστολοπούλου

ΠΑΤΡΑ - ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3009

Περιεχόμενα

Πρόλογος	Σελ.	3
Εισαγωγή	Σελ.	5
A. Γενικά Περί Αιμορραγιών	Σελ.	5
B. Βασική διάκριση αιμορραγιών.....	Σελ.	5
Κεφάλαιο 1ο		
1α Ανατομία πεπτικού συστήματος	Σελ.	6
1β Φυσιολογία Πεπτικού Συστήματος	Σελ.	9
Γενικό Μέρος		
Κεφάλαιο 2ο		
2α Αρχική Εκτίμηση - Ανάνηψη	Σελ.	13
2β Κλινική εικόνα αιμορραγίας	Σελ.	14
2γ Αντιμετώπιση αιμορραγούντος (Γενικά)	Σελ.	15
Ειδικό Μέρος		
Κεφάλαιο 3ο		
3α Ταξινόμηση αιμορραγιών στο ΓΕΣ	Σελ.	16
3β Αιτιολογία Αιμορραγιών Α.Π. Συστήματος	Σελ.	19
3γ Διάγνωση αιμορραγιών	Σελ.	22
3δ Συνήθη αίτια αιμορραγίας Α.Π. Συστήματος	Σελ.	29

Κεφάλαιο 4ο

Αντιμετώπιση αιμορραγιών Α.Π. ΣυστήματοςΣελ. 35

Κεφάλαιο 5ο

5α Νοσηλευτική φροντίδα αιμορραγιώνΣελ. 41

5β Νοσηλευτική διεργασία - Περιστατικά Σελ. 48

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑΣελ. 60

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣελ. 61

Πρόλογος

Η υγεία είναι ένα ζωτικό και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα από φυλή - φύλο - ηλικία - θρησκεία - πολιτικές πεποιθήσεις και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Λέγοντας υγεία εννοούμε την πλήρη σωματική - οργανική - ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου.

Όταν έχουμε διαταραχή της υγείας του ανθρώπου έχουμε και μείωση στις συνηθισμένες δραστηριότητές του, στην εκτέλεση αυτών, ή στη δημιουργία ενός ωφέλιμου έργου γι' αυτόν όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Στην ιατρική υπάρχουν πολλά προβλήματα οξεία ή χρόνια, μικρά ή μεγάλα, που το καθένα έχει ξεχωριστή μορφή. Μεταξύ των μεγάλων αυτών προβλημάτων είναι οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος.

Η σύγχρονη εξέλιξη των Επιστημών και της τεχνολογίας επέφερε πλήρη αλλαγή στην προσέγγιση των προβλημάτων υγείας σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων.

Η Ελληνική κοινωνία ολοένα και περισσότερο συνειδητοποιεί τις ανάγκες υγείας της και απαιτεί Νοσηλευτικές Υπηρεσίες ανώτερης ποιότητας.

Τόσο στον τομέα της σωματικής υγείας όσο και της ψυχικής, η Νοσηλευτική Επιστήμη έχει χαράξει μία λαμπρή πορεία, η οποία φέρει διαρκώς το στοιχείο της εξέλιξης τεκμηριωμένης επιστημονικά και βασισμένης στον απόλυτο σεβασμό της ανθρώπινης οντότητας και αξιοπρέπειας. Έτσι, αισθανόμενη το βάρος του έργου που αναλαμβάνω να εκπληρώσω, προσπάθησα με την παράθεση της εργασίας αυτής να

προσεγγίσω όσο είναι δυνατό το συγκεκριμένο πρόβλημα της υγείας, τόσο από σημαντικής φθοράς του ανθρώπου όσο και τις επιπτώσεις που συμβάλλουν στην ψυχική και κοινωνική του κατάσταση.

ΕισαγωγήΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

Η αιμορραγία είναι μία από τις σοβαρότερες και σημαντικότερες εκδηλώσεις πολλών νοσημάτων.

Με τον όρο αιμορραγία χαρακτηρίζουμε κάθε λύση στη συνέχεια στο αγγειακό σύστημα και που έχει σαν αποτέλεσμα την εξώθηση αίματος έξω από τα αγγεία που συνθέτουν το κυκλοφοριακό σύστημα του οργανισμού.

Η αιμορραγία μπορεί να είναι τοπική ή γενικευμένη. Η αιμορραγία που οφείλεται σε τοπική βλάβη μπορεί να εμφανιστεί σε άτομο με φυσιολογικό ή παθολογικό αιμοστατικό μηχανισμό.

Αντίθετα, η γενικευμένη αιμορραγία σχετίζεται κατά κανόνα με αιμορραγική διάθεση αυτόματης αιμορραγίας και υποδηλώνει επίσης ελαττωμένη αιμόσταση.

ΒΑΣΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

αρτηριακή

1) Με βάση το είδος του αγγείου φλεβική

τριχοειδή

Αιμορραγία

2) Με βάση την προς τα έξω ή έσω στο σώμα έγχυση του αίματος

Εξωτερική : Μώλωπες

Εσωτερική : Αιμάτωμα - Εκχύμωση - Γενικευμένη

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το ανώτερο πεπτικό σύστημα αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, τους σιελογόνους αδένες τη μέση και την κάτω μοίρα του φάρυγγα.

Το τμήμα του πεπτικού συστήματος μέσα στον κορμό αποτελείται από το γαστρεντερικό σωλήνα : οισοφάγος - στόμαχος - λεπτό και παχύ έντερο και τους μεγάλους αδένες ήπαρ και πάγκρεας.

Ανώτερο πεπτικό σύστημα

Στοματική κοιλότητα.

Η στοματική κοιλότητα με τους φραγμούς των δοντιών χωρίζεται στο προστόμιο και το ιδίως κοίλο του στόματος. Το προστόμιο εξωτερικά εφορίζεται από τα χείλη και τις παρειές και εσωτερικά από τις φατνιακές αποφύσεις των γνάθων με τα ούλα και τα δόντια.

Μεγάλοι σιελογόνοι αδένες.

Υπάρχουν τρία ζεύγη μεγάλων σιελογόνων αδένων. Οι παρωτίδες, οι υπογνάθιοι, και οι υπογλώσσιοι αδένες. Η παρωτίδα είναι ο μεγαλύτερος σιελογόνος αδένας και βρίσκεται μπροστά από το πτερύγιο του αυτιού, πάνω από τον κλάδο της κάτω γνάθου και ένα μέρος της πάνω στο μαστήρα μυ.

Οι σιελογόνοι αδένες είναι εξωκρινείς αδένες. Δηλαδή το έκκριμα που παράγουν μέσα από τους εκφορητικούς τους πόρους το εκβάλλουν σε κοιλότητες του σώματος.

Φάρυγγας.

Ο φάρυγγας είναι ένας μυώδης σωλήνας μήκους 12 εκ. που αρχίζει στη βάση του κρανίου και τελειώνει στην αρχή του οισοφάγου.

Οισοφάγος.

Ο Οισοφάγος έχει μήκος 25-30 εκ. και εμφανίζει τέσσερα στενώματα : α) το κρικοειδές, β) το αορτικό, γ) Το βρογχικό και δ) το φρενικό. Ο οισοφάγος από μέσα προς τα έξω αποτελείται από τέσσερις χιτώνες : 1) Το βλεννογόνο, 2) Τον υποβλεννογόνο, 3) Το μυϊκό και 4) Τον ινώδη χιτώνα.

Στόμαχος.

Ο στόμαχος αρχίζει από το ύψος της λειτουργικής βαλβίδας της οισοφαγογαστρικής συμβολής και εκτείνεται μέχρι του πυλωρού.

Διακρίνεται σε τέσσερα μέρη, αναλόγως κυρίως του είδους των εκκριντικών κυττάρων που έχει ο βλεννογόνος.

- Η καρδιακή μοίρα είναι μία μικρή περιοχή κάτω από την οισοφαγογαστρική συμβολή, η οποία καλείται έτσι γιατί βλάβες που εντοπίζονται στο σημείο αυτό προκαλούν συμπτώματα που συχνά αποδίδονται σε παθήσεις της καρδιάς.

- Ο θόλος συνιστά το τμήμα που βρίσκεται πάνω από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.

- Το σώμα του στομάχου περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος και εκτείνεται από του κάτω ορίου του θόλου μέχρι του άνω ορίου του πυλωρικού άντρου.

- Το πυλωρικό άντρο καλύπτει τα τελευταία 5-6 εκ. του στομάχου και εκτείνεται μέχρι τον πυλωρικό σφικτήρα.

Ιστολογικώς ο στόμαχος αποτελείται από τρία στρώματα: 1) Τον ορογόνο που αποτελεί το περίσπλαχνο πέταλο του περιτόναιου.

2) Το μυϊκό, ο οποίος περιλαμβάνει δύο στιβάδες, την κυκλοτερή και την επιμήκη.

3) Το βλεννογόνο ο οποίος αποτελείται από επιθήλιο και περιλαμβάνει αδένες που τον χαρακτηρίζουν κατά περιοχές.

Αγγείωση στομάχου.

Ο στόμαχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες αρτηρίες:

1. Αριστερά γαστρική. Εκφύεται από την κυλιακή αρτηρία και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με τη δεξιά γαστρική.
2. Δεξιά γαστρική. Είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας.
3. Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή. Είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται δε κατά μήκος του μείζονος τόξου με την αριστερά γαστροεπιπλοϊκή, που είναι κλάδος της σπληνικής.

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

Νεύρωση στομάχου.

Ο στόμαχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

- Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το δεξιό και αριστερό σπλαχνικό νεύρο, δια μέσου του κοιλιακού γαγγλίου.

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

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το γαστρεντερικό σύστημα αποτελεί την είσοδο των θρεπτικών συστατικών στο σώμα. Τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε απορροφήσιμες μονάδες κυρίως στο λεπτό έντερο. Τα προϊόντα της πέψης, τα μέταλλα, οι βιταμίνες διαπερνούν το βλεννογόνο του στομάχου και του λεπτού εντέρου και εισέρχονται στο αίμα, ή στη λέμφο.

Πέψη.

Η πέψη είναι διαδικασία στην οποία παρεμβαίνει μεγάλος αριθμός ενζύμων. Μερικά από τα ένζυμα αυτά βρίσκονται στις εκκρίσεις των σιελογόνων αδένων, του στομάχου και της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Υπάρχουν και ένζυμα που βρίσκονται στη μεμβράνη των κυττάρων του λεπτού εντέρου.

Η δραστηριότητα των ενζύμων υποβοηθείται από το HCl που εκκρίνεται από το στομάχο και από τη χολή η οποία εκκρίνεται από το ήπαρ.

Οι θρεπτικές ουσίες διέρχονται από τον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα με διάφορους τρόπους α) διάχυση, β) Μη ιονική διάχυση, γ) διευκολυνόμενη διάχυση, δ) ενεργητική μεταφορά, ε) πινοκύττωση.

Γαστρική Έκκριση.

Τα κύτταρα των γαστρικών αγγείων εκκρίνουν περίπου 300 ml γαστρικού υγρού κάθε μέρα. Πέρα από τα γαστρικά ένζυμα οι αδένες του στομάχου και του πυλωρού εκκρίνουν και βλέννη. Η βλέννη ασκεί σπουδαίο προστατευτικό ρόλο. Το HCl εκκρίνεται από τους αδένες του στομάχου. Ο γαστρικός χυμός σε πείνα αποτελείται : α) από ιόντα Na^+ , K^+ , H^+ , Cl . Το PH του στομάχου σε πείνα είναι μικρότερο από 1 ($\text{PH} \cong 1$) β) από πεψίνες, γ) βλέννη, δ) γαστρική λιπάση, ε) ενδογενή παράγοντα (B_{12}) η έλλειψη των οποίων προκαλεί Μεγαλοβλαστική αναιμία, στ) ρενίνη, ζ) νερό.

Ορμόνες Γαστρεντερικού Συστήματος.

1) Γαστρίνη : Εκκρίνεται από κύτταρα του πυλωρικού άντρου του στομάχου. Εκκρίνεται μετά από διάτρηση του πυλωρικού άντρου, επί παρουσίας πρωτεϊνών και πολυπεπτιδίων, μετά από ενεργοποίηση του πνευμονογαστρικού, μετά από πόση αλκοόλ. Αναστολή της έκκρισης της γαστρίνης επέρχεται σε υπερδιάτρηση του άντρου του στομάχου και μετά από έκκριση οξέων.

2) Σεκκριτίνη ή Εκκριτίνη. Εκκρίνεται από κύτταρα που βρίσκονται στο βάθος των αδένων του ανιόντος τμήματος του λεπτού εντέρου. Εκκρίνεται σαν απάντηση στην παρουσία ελευθέρων λιπαρών οξέων στο δωδεκαδάκτυλο.

3) Χολοκυστοκινίνη - Παγκρεοενζυμίνη. Εκκρίνεται από το βλεννογόνο του ανιόντος τμήματος του λεπτού εντέρου. Προκαλείσυσπαση της χολυδόχου κύστεως για έκκριση χολής.

Άλλες ορμόνες του γαστρεντερικού συστήματος είναι η εντερογαστρώνη, η βιλλικινίνη ή κροσσοκινίνη και η εντεροκρινίνη.

Ρύθμιση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας.

Ο ρυθμός με τον οποίο το περιεχόμενο του στομάχου μεταφέρεται στο δωδεκαδάκτυλο εξαρτάται από το είδος της διατροφής. Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες εγκαταλείπουν το στόμαχο μέσα σε λίγες ώρες. Οι πρωτεΐνες αργούν περισσότερο και τα λίπη ακόμα περισσότερο. Τα προϊόντα της πέψης των πρωτεϊνών και τα H^+ όταν φθάσουν στο δωδεκαδάκτυλο προκαλούν μείωση της κινητικότητας του στομάχου μέσω του εντερογαστρικού.

Τα λίπη και οι πρωτεΐνες φθάνοντας στο δωδεκαδάκτυλο προκαλούν την έκκριση εκκριτίνης και χολοκυστοκινίνης ορμόνες οι οποίες μειώνουν την εκκριτική ικανότητα και την κινητικότητα του στομάχου.

Αρχική εκτίμηση.

Αν υπάρχει βεβαιότητα ή υπόνοια αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα, αφού καταγραφούν οι σφύξεις και η πίεση του ασθενούς και πριν από οποιαδήποτε επιπλέον ερώτηση ή εξέταση,

ακολουθεί ενδοφλέβια έγχυση - από μεγάλου διαμετρήματος βελόνα - φυσιολογικού ορού και άλλου διαλύματος αύξησης του όγκου του πλάσματος. Ταυτόχρονα αποστέλλεται στο εργαστήριο αίμα του ασθενούς για προσδιορισμό της ομάδας και διασταύρωση, γενική εξέταση αίματος και μέτρηση του χρόνου της προθρομβίνης και των αιμοπεταλίων. Οι δύο τελευταίες εξετάσεις βοηθούν να αποκλεισθεί η παρουσία αιμορραγικής διάθεσης, η οποία συνοδεύει συχνά την αιμορραγία σε περιπτώσεις κίρρωσης, και αποτελούν τις βασικές τιμές σύγκρισης που θα χρησιμεύσουν για την εκτίμηση των διαταραχών της πήξης οι οποίες είναι δυνατό να παρατηρηθούν κατά τις αθρόες μεταγγίσεις.

Ο πιο αξιόπιστος τρόπος εκτίμησης του βαθμού απώλειας αίματος είναι ο προσδιορισμός των ζωτικών σημείων του ασθενούς. Η ελάττωση της αρτησιακής πίεσης κατά περισσότερο από 100 mmHg κατά τη μέτρησή της στην όρθια θέση είναι συνήθως σημείο απώλειας 20% και πλέον του όγκου του αίματος. Η υπόταση συνοδεύεται από ταχυκαρδία, αλλά από μόνη της η καρδιακή συχνότητα δεν αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη. Όταν η απώλεια πλησιάζει το 40% του όγκου του αίματος, συνήθως υπάρχουν σημεία καταπληξίας, ωχρότητα, ψυχρά άκρα, έντονη ταχυκαρδία και υπόταση.

Το μικρο μέγεθος της αιματέμμεσης ή μέλαινας είναι παραπλανητικό, γιατί μπορεί να αντιπροσωπεύει μικρό μόνο μέρος του αίματος που είχε εκχυθεί στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Εκτός όμως από αυτό, στην περίπτωση ηλικιωμένων ασθενών ή ατόμων που έχουν ήδη αναιμία ή αφυδάτωση ακόμα και μικρές απώλειες είναι δυνατό να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους.

Η χαμηλή τιμή του αιματοκρίτη ήδη από την αρχική φάση της αιμορραγίας είναι δυνατό να σημαίνει ότι προϋπήρχε χρόνια απώλεια αίματος που μπορεί να επιβεβαιωθεί από την παρουσία μικροκυττάρωσης.

Ανάνηψη.

Εκτός από τις περιπτώσεις μικρής ή χρόνιας αιμορραγίας οι ασθενείς με γαστρεντερική αιμορραγία εισάγονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Αν και η αρχική αντιμετώπιση είναι έργο των παθολόγων, σ' αυτό το στάδιο επιβάλλεται η εξέταση του ασθενούς από χειρουργό, γιατί μπορεί να υπάρχει ανάγκη άμεσης χειρουργικής επέμβασης.

Η ανάνηψη έχει ως σκοπό τη συντήρηση του ενδαγγειακού όγκου και την επαρκή οξυγόνωση των ιστών η οποία μπορεί να υποβοηθηθεί με τη χορήγηση οξυγόνου από ρινικούς καθετήρες, ιδιαίτερα σε ασθενείς με καρδιακές ή πνευμονικές παθήσεις.

Η αναπλήρωση των απωλειών σε περιπτώσεις ενεργού αιμορραγίας γίνεται με μετάγγιση πλήρους αίματος. Αν η αιματοδυναμική κατάσταση του ασθενούς έχει σταθεροποιηθεί με αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος με υγρά του εξωαγγειακού χώρου και με ενδοφλέβια χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, μπορούν να χορηγηθούν συμπυκνωμένα ερυθροκύτταρα.

Η χορήγηση του αίματος γίνεται σε συνάρτηση με την απώλεια όγκου, τη συνέχιση ή όχι αιμορραγίας, την προϋπαρξη ή όχι αναιμίας και την ικανότητα του ασθενούς να ανταπεξέλθει στην απώλεια αίματος.

Έτσι, σε περιπτώσεις έντονης ενεργού αιμορραγίας είναι δυνατό να απαιτηθεί η χορήγηση πλήρους αίματος υπό πίεση και από πολλές φλέβες ταυτόχρονα. Αντίθετα, τα νεαρής ηλικίας και κατά τα άλλα υγιή

άτομα με δωδεκαδακτυλικό έλκος, των οποίων η αιμοδυναμική κατάσταση είναι σταθερή και η αιμορραγία έχει σταματήσει, μπορούν να ανεχθούν πολύ καλά αιματοκρίτες της τάξης 25% και να υποβληθούν σε θεραπεία με την από στόματος χορήγηση σιδήρου.

Γενικά, ενδείξεις μετάγγισης αποτελούν τα σημεία υπότασης, ελάττωσης της αιμάτωσης των ιστών ή συνέχισης της αιμορραγίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ (Γενικά)

Η κλινική εικόνα της αιμορραγίας εξαρτάται κυρίως από την ποσότητα του αίματος που χάθηκε και από την ταχύτητα με την οποία συνέβη η απώλεια.

Στον ενήλικα η απώλεια 300 ml αίματος περνά σχεδόν απαρατήρητη, δεν συνοδεύεται από γενικά συμπτώματα. Όταν η απώλεια όμως φθάσει τα 1500 ml ή περίπου το 1/3 του συνολικού όγκου του αίματος, οι συνέπειες μπορεί να είναι σοβαρές. Αν δεν ενεργήσουμε γρήγορα για να σταματήσουμε τη βαρεία αιμορραγία, υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί καταπληξία (shock) ή ακόμη και θάνατος.

Τα συμπτώματα και τα σημεία από της ταχεία απώλεια μεγάλου όγκου αίματος συνεπάγεται με ελάττωση της φλεβικής επανόδου του αίματος προς την καρδιά. Ο σφυγμός γίνεται πιο γρήγορος αλλά και πιο αδύναμος.

Το πρόσωπο και τα χείλη γίνονται ψυχρά και το δέρμα κρύο και κολλώδες, επειδή τα αγγεία που το εφοδιάζουν με αίμα συσπώνται για να μεταστρέψουν την ροή του προς τα ζωτικά όργανα.

Αν η αιμορραγία συνεχιστεί μπορεί να ελαττωθεί η ροή αίματος προς τον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα θόλωση της όρασης, ζάλη, μείωση

του επιπέδου συνειδήσεως και λιποθυμία. Επιπλέον, για τον ίδιο λόγο ο ασθενής μπορεί να είναι φλύαρος, αγχώδης και ανήσυχος.

Η απώλεια αίματος μπορεί να προκαλέσει αίσθημα δίψας που οφείλεται στη φυσική ανάγκη του οργανισμού να αναπληρώσει τα υγρά που έχασε, καθώς και ένα αίσθημα "δίψας για άερα" που οφείλεται στην ανάγκη να αναπληρώσει το οξυγόνο που έχασε.

Ακόμα εμφανίζεται υποθερμία, πτώση φλεβικής πίεσης, ελάττωση της παραγωγής ούρων ανουρία, μείωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και του αιματοκρίτη.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝΤΟΣ (Γενικά).

Βασικός σκοπός σε κάθε αιμορραγία είναι να την σταματήσουμε όσο πιο έγκαιρα μπορούμε και αμέσως να αποκαταστήσουμε τον όγκο του αίματος και ύστερα τα έμμορφα στοιχεία του. Αυτό επιτυγχάβεται με τα εξής μέτρα:

1. Τοποθέτηση του αρρώστους σε ύπτια οριζοντιωμένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα.
2. Εξασφάλιση ανοικτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωσης
3. Χορήγηση υγρών μέσα από ενδοφλέβιες γραμμές μεγάλης διαμέτρου.
4. Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
5. Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας.
6. Χορήγηση αγγειοσυσπαστικών και αναλγητικών φαρμάκων.
7. Χορήγηση αίματος για την αναπλήρωση των απωλειών.
8. Χορήγηση πλάσματος και διαφόρων άλλων φαρμάκων αιμοποιητικών (σίδηρο, βιταμίνες κ.λ.π.).

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η ταχεία χορήγηση μπορεί να αυξήσει πολύ την πίεση και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.

Ταξινόμηση αιμορραγιών από το ΓΕΣ.

Η αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα αποτελεί σημαντικό και συχνό πρόβλημα, από το οποίο ο ασθενής κινδυνεύει.

Οι αιμορραγίες του ΓΕΣ χωρίζονται:

A. Αιμορραγίες ανωτέρου πεπτικού, δηλαδή αιμορραγίες που προέρχονται από μία περιοχή που βρίσκεται πάνω από το σημείο του Treitz.

B. Αιμορραγίες του κατώτερου πεπτικού, δηλαδή αιμορραγίες από το σημείο του Treitz και κάτω. Διακρίνονται **α)** σε οξείες και **β)** σε χρόνιες.

Εμείς θα ασχοληθούμε με την αιμορραγία που αφορά το ανώτερο πεπτικό σύστημα.

Η αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα εκδηλώνεται με αιματέμμεση ή μέλαινα κένωση ή σε συνδυασμό και των δύο.

Αιματέμμεση ονομάζεται η αποβολή με έμμετο αίματος με χρώμα ζωηρό ερυθρό ή "καφεοειδές" εξαιτίας της επαφής του με το υδροχλωρικό οξύ του στομάχου. Η αιματέμμεση αποτελεί πολύτιμο κλινικό στοιχείο, γιατί σημαίνει ότι η αιμορραγία προέρχεται από περιοχή υψηλότερα από το σύνδεσμο του Treitz και έτσι περιορίζεται σημαντικά το πεδίο της έρευνας.

Η αιματέμμεση διακρίνεται σε τρεις μορφές.

α) Μεγάλη αιματέμμεση.

Πρόκειται για αποβολή μέγιστης ποσότητας αίματος από το στόμα. Η μεγάλη αυτή αιματέμμεση χαρακτηρίζεται από την αποβολή σημαντικής ποσότητας ερυθρού αίματος. Σε κεραυνοβόλους περιπτώσεις ο Θάνατος επέρχεται ακαριαία.

Συνήθως αυτή η αιμορραγία συνοδεύεται και από προσβολή της γενικής κατάστασης. Έντονη ωχρότητα, ίλιγγο, λιποθυμία, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ψύξη των άκρων.

β) Αιματέμμεση μέσης ποσότητας.

Είναι η πλέον συχνή και συνίσταται στην εφ' άπαξ ή κατά διαλείμματα αποβολή ποσότητας αίματος. Κατά μέσο όρο η ποσότητα αυτή κυμαίνεται γύρω στα 500 κυβικά εκατοστά.

Στην αιματέμμεση αυτή τα συνοδά κλινικά συμπτώματα είναι ανάλογα με την απωλεσθείσα ποσότητα αίματος. Συνήθως δεν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του αρρώστου.

γ) Μικρή αιματέμμεση.

Πρόκειται περί εμμέτων μικρής ποσότητας αίματος γνωστών ως "καφετοειδών εμμέτων". Η εκδήλωσή τους δεν έχει το δραματικό χαρακτήρα των προηγούμενων.

Η επανάληψη των εμμέτων είναι δυνατόν να προκαλέσει αναιμία βαρειάς μορφής.

Το χρώμα της αιματέμμεσης ποικίλλει ανάλογα με την πυκνότητα του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου και την ανάμιξή του με το αίμα.

Αν ο έμμετος εμφανίζεται μετά από την έναρξη της αιμορραγίας, το περιεχομένο του είναι ερυθρό, αν υπάρχει καθυστέρηση το χρώμα θα είναι σκοτεινό ερυθρό, καστανό ή μαύρο, αυτό οφείλεται στην αναγωγή της αιμοσφαιρίνης σε μεθαιμοσφαιρίνη.

Μέλαινα. Είναι η αποβολή μάρων πισσωδών κοπράνων, συνήθως σημαίνει αιμορραγία από τον οισοφάγο, το στομάχο ή το δωδεκαδάκτυλο, βλάβες στην κηστίδα, τον ειλεό και ακόμα και στο ανιόν κόλον.

Η μέλαινα είναι δυνατό να εμφανισθεί ανεξαρτήτως ή σε συνδυασμό με την αιματέμμεση. Συνήθως η εξαγγείωση ποσότητας αίματος ικανής για την πρόκληση αιματέμμεσης συνοδεύεται και από μέλαινα. Η αλλοίωση της χροιάς του αίματος οφείλεται στην παρατεταμένη επαφή του με το γαστρικό υγρό. Σε αντίθεση με την αιματέμμεση, η μέλαινα δύναται να προέλθει και από αιμορραγία της κηστίδας ή του ειλεού, εφ' όσον η δίοδος του αίματος από το έντερο είναι βραδεία.

Για την πρόκληση μίας μοναδικής μέλαινας κενώσεως απαιτούνται περίπου 50-100 ml αίματος.

Οξεία απώλεια αίματος ενός λίτρου μπορεί να προκαλέσει μέλαινες που διαρκούν επί 1-3 ημέρες. Στην συνέχεια τα κόπρανα επανακτούν τη φυσιολογική τους χροιά αλλά οι αντιδράσεις ανίχνευσης λανθάνουσας αιμορραγίας παραμένουν θετικές επί 3-8 ημέρες.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η μέλαινα ή η ερυθρά χροιά των κοπράνων δεν οφείλεται πάντοτε στην παρουσία αίματος. Μέλαινα κένωση μπορεί να προέλθει από λήψη σιδήρου, βισμούθιου ή άνθρακα. Ερυθρά δε κόπρανα εμφανίζονται κατά τη βρώση τεύτλων (κοκκινογούλια) και τη λήψη τροφών που περιέχουν μέλαινα χρωστικά (σουπιές, καλαμπόκι κ.λ.π)

Η γαστρεντερική αιμορραγία ακόμη και όταν αποκαλύπτεται από την ανίχνευση αίματος στα κόπρανα ή μικροσκοπικώς αιματηρό γαστρικό

περιεχόμενο, πρέπει να ερευνείται πάντοτε προσεκτικά, διότι ενδέχεται να είναι ενδεικτική σοβαρής νόσου.

Γενικά, οι αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους, συνοδεύονται από πυρετό και αζωθαιμία.

Ο πυρετός εμφανίζεται, σε μεγάλες αιμορραγίες από το πρώτο 24ωρο διαρκεί περίπου μία βδομάδα και μπορεί να φτάσει 39° C ή 40° C.

Η παθογένεια του πυρετού δεν είναι ακριβώς γνωστή, ενοχοποιούνται κυρίως η απορρόφηση προϊόντων διασπάσεως του αίματος από το έντερο, η αναιμία, η γαστρίτιδα και η διαταραχή του θερμορρυθμιστικού κέντρου από την εξάντληση.

Η αύξηση της ουρίας του αίματος εμφανίζεται από την πρώτη ημέρα της αιμορραγίας και μπορεί να φτάσει σε επίπεδα 1-1,5 γραμ.

Η ουραιμία οφείλεται στην απορρόφηση προϊόντων διάσπασης του αίματος από το έντερο, στην αφυδάτωση, στη διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας από την ελάττωση της πίεσης και του όγκου του αίματος και στον αυξημένο καταβολισμό των λευκωμάτων των ιστών.

Η αιμορραγία από το Α.Π. πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντοτε σαν μία σοβαρή απειλή για τη ζωή του αρρώστου.

Αιτιολογία Αιμορραγιών Α.Π. Σύστημα.

Οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία από το Α.Π. σύστημα είναι πολλές. Βάσει της ταξινόμησης των Sleisenger-ford μπορούν να ταξινομηθούν σε 5 μεγάλες κατηγορίες:

1. Φλεγμονώδους αιτιολογίας όπου υπάγονται τα εξής:

- Έλκος γαστροδωδεκαδακτυλικό
- Έλκη οξεία

- Γαστρίτιδα
- Οισοφαγίτιδα.

Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και η γαστρίτιδα αποτελούν τα συχνότερα αίτια αιμορραγίας από το Α.Π.

Τα οξέα έλκη εμφανίζονται ύστερα από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, εγκαύματα κ.λ.π. και γενικά σε καταστάσεις που ο ασθενής βρίσκεται σε "στρες".

2. Μηχανικής αιτιολογίας, όπου υπάγονται:

- Διαφραγματοκήλη
- Σύνδρομο Mallory-Weiss

3. Αγγειακής αιτιολογίας, όπου υπάγονται:

- Αιμορραγία από ρήξη κιστών του οισοφάγου ή του στομάχου.
- Άλλες αγγειακές παθήσεις όπως:
- Αιμαγγειώματα
- Απόφραξη μεσεντερίων αγγείων
- Σύνδρομο Renduosler (τελαγγειεκκτησία)

4. Νεοπλάσματα

Καλοήθεις ή κακοήθεις όγκοι του Α.Π. μπορούν να προκαλέσουν αιμορραγία.

Συχνά το αίτιο της αιμορραγίας στα νεοπλάσματα του πεπτικού είναι η ανάπτυξη γαστρίτιδας ή οξέος έλκους ύστερα από χρήση χημειοθεραπευτικών σκευασμάτων ή ακτινοβολίας.

5. Συστηματικές νόσοι

- Κολλαγονώσεις
- Ουραιμία
- Γενικευμένα αιμορραγικά σύνδρομα

Τα αίτια που προκαλούν αιμορραγίες από το από το ανώτερο πεπτικό μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

A. Συνήθη αίτια.

1. Έλκη δωδεκαδακτύλου.
2. Έλκη στομάχου.
3. Κιρσοί οισοφάγου συνέπεια κυρρώσεως.
4. Γαστρίτιδες (ατροφικές, αλκοολικές, φαρμακευτικές).

B. Λιγώτερο συνήθη αίτια.

1. Διαφραγματοκήλη (είναι η διάμεση του τμήματος αυτού δίοδος του πυθμένα του στομάχου παράλληλα προς τον οισοφάγο).
2. Αορτοοισοφαγικό συρίγγιο.
3. Σύνδρομο Mallory-Weiss (ρήξη ή ρωγμή του οισοφαγικού τοιχώματος κατά τον έμετο) Οι ρωγμές αυτές αφορούν το βλεννογόνο επεκτείνονται στο υποβλεννογόνιο και σπανιότερα στο μυϊκό χιτώνα . Είναι συνηθισμένες σε ασθενείς που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος.
4. Κιρσοί οισοφάγου λόγω πρωτοπαθούς ή μεταστατικού καρκινώματος του ήπατος.
5. Παγκρεατίτιδα
6. Εκκολπώματα
7. Όγκοι.
8. Αγγειοδυσπλασίες (η κατάσταση αυτή έχει περιγραφεί πρόσφατα, μπορεί να αποδειχθεί μόνο με αγγειογραφία του εντέρου και προσεκτική ιστολογική εξέταση του τμήματος που αφαιρείται.
9. Αντιπηκτικά φάρμακα

10. Οισοφάγος Barrett. Αποτελεί μεταπλασία του πλακώδους επιθηλίου του κατώτερου οισοφάγου σε κυλινδρικό, λόγω οισοφαγίτιδας.
11. Πολύποδες.
12. Τραυματισμοί.
13. Ιατρογενή αίτια, επίσης, μπορούν να προκαλέσουν μία αιμορραγία Α.Π. κατά την οισοφαγοσκόπηση κατά την προσπάθεια τοποθέτησης γαστρικού σωλήνα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ Α.Π. ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό εκδηλώνονται με τη μορφή αιματέμμεσης ή μέλαινας κενώσεως ή και ταυτοχρονα. Ανάλογα με το ποσό του απωλεσθέντος αίματος και του χρόνου και ρυθμού απώλειας συνοδεύονται με όλα τα τυπικά συμπτώματα της αιμορραγικής καταπληξίας (πτώση αρτηριακής πίεσης, ωχρότητα, ταχυσφυγμία) ή με καταβολή δυνάμεων και αναιμία.

Η θετική διάγνωση της αιμορραγία του Α.Π. δεν είναι δύσκολη, γιατί ο τρόπος που εκδηλώνεται είναι σαφής.

Έτσι σπάνια ανακύπτουν αμφισβητήσεις. Τέτοιες μπορεί να προκύψουν από: κατάποση αίματος η από λήψη φαρμάκων όπως καρβουνο και σιδηρούχα σκευάσματα που δίνουν στα κόπρανα σκοτεινή χροιά ή από κακή λήψη ιστορικού που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση ανάμεσα σε αποβολή αίματος με έμμετο (αιματέμμεση) και αποβολή αίματος με βήχα (αιμόπτυση).

Είναι χαρακτηριστικό ότι το αποβαλλόμενο κατά την αιμόπτυση αίμα εξέρχεται με το βήχα, είναι ζωηρό ερυθρό και αφρώδες, στερείται

πηγμάτων και κατά την προσπάθεια βήχα εξέρχονται αιμόφυρτα πτύελα ή μικρές ποσότητες αίματος.

Σε αντίθεση το αίμα της αιματέμμεσης αποβάλλεται με έμμετο και είναι σκοτεινό ερυθρό ή καφεοειδές, δεν είναι αφρώδες και είναι συνήθως αναμεμιγμένο με τροφές και άφθονο σάλιο. Μπορεί να προϋπάρχουν και πηγάτια, έχει όξινη γεύση και κατά κανόνα μετά την αιματέμμεση ακολουθεί μέλαινα.

Πρέπει όμως να έχουμε υπόψη μας, ότι είναι δυνατόν, εαν η αιμορραγία είναι μεγάλη και ο έμμετος εξέλθει αμέσως μετά την αιμορραγία, η χροιά του αίματος της αιματέμμεσης να είναι ζωηρά κόκκινη.

Συγχύσεις είναι δυνατόν να προέλθουν σε περιπτώσεις κατάποσης του αίματος της αιμόπτυσης και αποβολής του αργότερα με έμμετο, αυτή όμως διευκρινίζεται από την καλή λήψη ιστορικού.

Αποβολή αίματος από το στομα (αιματέμμεση) σημαίνει ότι η πηγή της αιμορραγίας βρίσκεται σε σημείο του πεπτικού πάνω από το σύνδεσμο του TREITZ.

Στη μεμονωμένη μελαινα η πηγή της αιμορραγίας μπορεί, σε σπάνιες περιπτώσεις, να βρίσκεται σε κατώτερο σημείο από το σύνδεσμο του TREITZ.

Αν η θετική διάγνωση της αιμορραγίας από το Α.Π. δεν έχει δυσκολίες η αιτιολογία της αιμορραγίας αποτελεί συχνά δύσκολο διαγνωστικό πρόβλημα.

Το βασικό πρόβλημα είναι να προσδιορίσουμε την αιμορραγία. Η παρουσία ή η απουσία συνοδών συμπτωμάτων, μπορεί να βοηθήσει. π.χ. ο θωρακικός ή ο κοιλιακός πόνος δεν αποτελεί ειδικό σύμπτωμα των

κισρών, όπως και ένας αλκοολικός άρρωστος μπορεί να αιμοραγεί από κισσούς και ταυτόχρονα να πονα στο θώρακα λόγω οισοφαγίτιδας ή στην κοιλιά λόγω έλκους, γαστρίτιδας ή παγκρεατίτιδας.

Απαραίτητο είναι το σωστό ιστορικό και ιδίως όσο αφορά τη λήψη φαρμακων. Λήψη αλκοόλ ή ασπιρίνης βρίσκεται συχνά πριν από μία αιμορραγία από κισσούς, ενώ υπάρχει η άποψη ότι η αιμορραγία των κισρών οφείλεται στην έντονη οισοφαγίτιδα. Εκτός από τα οισοφαγικά αυτά αίτια της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού, η διαφορεική διάγνωση πρέπει να στραφεί και προς το δωδεκαδακτυλικό έλκος, το γαστρικό έλκος την αιμορραγική γαστρίτιδα και το καρκίνωμα. Ακόμα, πρέπει να ληφθεί υπόψη και η συσχέτιση άτομο με ιστορικό αιμορραγίας από έλκος, έχει πιά μεγάλη πιθανότητα να αιμοραγεί πάλι από έλκος, παρα από άλλη αιτία.

Από την επιμελή λήψη του ιστορικού μπορεί να προκύψουν πολύτιμα στοιχεία για την αιτία της αιμορραγίας.

1. Αποβολή αίματος με έμμετο είναι πολύ συχνότερη σε ρήξη κισρών του οισοφάγου ή του στομάχου παρά σε έλκος, οπωσδήποτε δεν αποκλείει αιμορραγία από περιοχή που βρίσκεται κάτω από το σύνδεσμο του Treitz.
2. Χρονική συσχέτιση της αιματεμμέσεως με προηγούμενη ισχυρή προσπάθεια για έμμετο κάνει πιθανό το Mallory-Weiss.
3. Συνδυασμός αιμορραγίας, άλγους στο δεξιό υποχόνδριο χαρακτηρίζουν την αιμοχολία.
4. Χειρουργικές επεμβάσεις, τραυματισμοί, εγκαύματα κ.λ.π. που έγιναν λίγες ημέρες πριν την αιμορραγία, πρέπει να μας βάλουν στη σκέψη οξέως έλκους.

5. Λήψη οιοπνευματωδών ποτών, φαρμάκων (ασπιρίνες-αντιπηκτικά κ.λ.π.) υποχρεώνουν να σκεφθεί κανένας την αιμορραγική γαστρίτιδα ή το οξύ έλκος σαν αιτία αιμορραγίας.

Φυσική εξέταση.

Η φυσική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει την παρουσία σημείων "στιγμάτων" χρόνιας ηπατοπάθειας όπως γυναικομαστία, ατροφία των όρχεων, ίκτερος, ασκίτης και ηπατοσπληνομεγαλία, υποδηλώνει πυλαία εξάρτηση που είχε ως αποτέλεσμα αιμορραγία από οισοφαγικούς ή γαστρικούς κισσούς. Σημαντική διάγνωση λεμφαδενών ή ενδοκοιλιακής μάζας μπορεί να σημαίνουν ενδοκοιλιακή κακοήθη νόσο.

Κατά την εξέταση του δέρματος είναι δυνατόν να βρεθούν οι χαρακτηριστικές τελαγγειεκτασίες της νόσου των Osler-Weber-Reudu.

Εργαστηριακός έλεγχος.

Οι αρχικές μελέτες θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό του Ht, της Hb, προσεκτική εκτίμηση των χαρακτήρων της μορφολογίας των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η αρίθμηση των λευκών αιμοσφαιρίων, λευκοκυτταρικό τύπο και η αρίθμηση των αιμοπεταλίων. Ο χρόνος προθρομβίνης, ο χρόνος θρομβοπλαστικής και άλλες μελέτες πήξεως. Θα πρέπει να διενεργηθούν ώστε να αποκλεισθούν πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς διαταραχές της αιμοστιάσεως θρόμβου.

Ιδιαίτερα ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας και αιμορραγικής διαθέσεως είναι απαραίτητος για τη συμπλήρωση πληροφοριών όσο αφορά την πιθανή αιτιολογηση της αιμορραγίας.

Ρινογαστρικός σωλήνας.

Η εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα αποτελεί απλή και πρόσφορη διαγνωστική μέθοδο. Η αναρρόφηση διαυγούς υγρού αποκλείει την αιμορραγία από σημείο κεντρικότερο του πυλωρού. Με τη μέθοδο αυτή είναι δυνατό να μην εξακριβωθεί η ενεργός αιμορραγία ενός έλκους του δωδεκαδάκτυλου, η οποία όμως αποκλείεται αν αναρροφηθεί διαυγής χολή. Αν η αιμορραγία από το ανώτερο γαστρεντερικό δεν είναι συνεχής, το αποτέλεσμα της αναρρόφησης μπορεί να είναι αρνητικό.

Ο ρινογαστρικός σωλήνας είναι δυνατό να προκαλέσει βλάβες που κατά την ανδοσκόπηση μπορούν να εκληφθούν σαν πραγματικοί και να ευνοήσει την ανάπτυξη οισοφαγίτιδας από παλινδρόμηση.

Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις

A. Ενδοσκόπηση.

Η οισοφαγογαστροδωδεκαδακτυλοσκόπηση έχει γίνει η κύρια μέθοδος εξέτασης των αρρώστων με αιμορραγία της ανώτερης μοίρας του γαστρεντερικού λόγω της μεγάλης διαγνωστικής ακρίβειας και των μικρών κινδύνων της. Έχει προταθεί από 30 χρόνια, έγινε, όμως εφικτή μόνο τα τελευταία χρόνια.

Η ενδοσκόπηση θα διευκρινίσει επακριβώς το επίπεδο και τη φύση της βλάβης. Ο ρόλος της στην αιμορραγία του ανωτέρου πεπτικού είναι τριπλός:

1. Διαγνωστικός, ώστε να εντοπισθεί η υπευθυνη για την αιμορραγία βλάβη.

2. Προγνωστικός, δηλαδή με το συνδυασμό των ενδοσκοπικών δεδομένων και των κλινικών δεικτών θα διαπιστώσουμε εάν ο ασθενής είναι υψηλού κινδύνου για περαιτέρω αιμορραγία.

3. Θεραπευτικός, δηλαδή να ελέγξουμε ενδοσκοπικά μία ενεργό αιμορραγία, είτε στον ασθενή στον οποίο έχει μεν αυτόματα σταματήσει η αιμορραγία, αλλά βρίσκεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου υποτροπής, να προβούμε σε προληπτική θεραπεία προκειμένου να αποφευχθεί το χειρουργείο όπου η θνητότητας της επείγουσας επέμβασης είναι υψηλή (12-50% σε διάφορες σειρές).

Στο 65-70% των ασθενών με αιμορραγία από πεπτικό έλκος, η αιμορραγία έχει σταματήσει πριν την είσοδο στο νοσοκομείο ή σταματά λίγες ώρες μετά χωρίς υποτροπή. Οι υπόλοιποι αιμορραγούν σε 48-72 ώρες μετά την είσοδο. Το επεισόδιο της αιμορραγίας συνήθως διαρκεί περί τα 30 λεπτά και δημιουργεί απώλεια αίματος περί τα 1-2 L.

Επιλογή ασθενών για άμεση ενδοσκόπηση :

i) Ασθενείς >60 με καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια ή συνυπάρχουσα διαταραχή πήκτικότητας, οι οποίοι απειλούνται όταν συνεχίζεται η αιμορραγία.

ii) Ασθενείς που είναι σε υψηλό κίνδυνο υποτροπής της αιμορραγίας. Είναι πιθανότερο να επαναιμορραγήσουν ασθενείς με μαύτη αιματέμμεση και μέλαινα ή με κόκκινη αιματέμμεση με ή χωρίς μέλαινα, παρά ασθενείς με μαύρη αιματέμμεση μόνο ή με μέλαινα κένωση μόνο.

Αντενδείξεις της ενδοσκόπησης είναι : η έλλειψη συνεργασίας του αρρώστου και οι απειλητικές για τη ζωή του καρδιακές αρρυθμίες.

Β. Ακτινολογικός έλεγχος δια βαρίου ή γαστρογραφίνης.

Η ακτινολογική διερεύνηση ουσιαστικά δεν διαθέτει κανένα πλεονέκτημα έναντι της ενδοσκοπίσης, αντίθετα μειονεκτεί έναντι αυτής. Πρώτον χρειάζεται να είναι υψηλής ποιότητας διπλής αντίθεσης ακτινολογική μελέτη για να είναι αξιόπιστη, εξέταση η οποία δεν είναι εφικτή σε κάθε κέντρο. Δεύτερον είναι η έμμεση εξέταση, δηλαδή ανιχνεύει τη βλάβη του πεπτικού σωλήνα επί της οποίας πιθανολογείται ότι προέρχεται η αιμορραγία. Αυτό όμως είναι πρόβλημα π.χ. στους ασθενείς με πυλαία υπέρταση και κισσούς οισοφάγου οι οποίοι τουλάχιστον στο 1/3 αιμορραγούν από βλάβη άλλη πέραν των κισσών. Και εαν ακόμη η ακτινολογική μελέτη ανιχνεύσει τη 2η βλάβη, δεν διευκρινίζει από που προέρχεται η αιμορραγία. Τρίτον η ακτινολογική μελέτη είναι σημαντικά αναξιόπιστη στους ασθενείς με προηγηθείσα επέμβαση στομάχου.

Μπορεί να καταφύγει κανείς σ' αυτή εαν δεν διαθέτει ενδοσκοπικό τμήμα, εαν η ενδοσκόπηση αντενδείκνυται.

Γ. Αγγειογραφία και αρτηριογραφία.

Η αγγειογραφία ενδείκνυται μόνον όταν η αιμορραγία είναι σημαντική και η χειρουργική επέμβαση αντενδείκνυται. Τότε η εκλεκτική μεσεντεριογραφία μπορεί να θέσει και το επίπεδο της αιμορραγίας και να την ελέγξει δια φαρμακευτικού εμβολισμού. Ο ρυθμός απώλειας πρέπει να είναι μεγαλύτερος του 0,5 ml/min ώστε η εξαγγείωση της σκιεράς ουσίας να είναι αναγνωρίσιμη και διαγνωστική.

Η αγγειογραφία είναι μέθοδος που απαιτεί καλά οργανωμένο ακτινολογικό κέντρο και ειδικευμένο προσωπικό. Είναι, οπωσδήποτε,

μέθοδος που έχει δυσκολίες στην εφαρμογή της και θνησιμότητα όχι ευκαταφρόνητη.

Δ. Ραδιοϊσότοπα.

Σπινθηρογράφημα με TC - 99 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό της αιμορραγίας. Επειδή όμως το TC - 99 προσλαμβάνεται από το ήπαρ και το σπλήνα, η διαγνωστική αξία είναι περιορισμένη, γι' αυτό χρησιμοποιείται σπινθηρογράφημα με λευκωματίνες και ερυθρά σεσημασμένα TC - 99.

Η διαγνωστική της αξία είναι 60-70%.

Συνήθη αίτια αιμορραγίας Α.Π.

Πεπτικό έλκος.

Το πεπτικό έλκος είναι η συχνότερη αιτία αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού συστήματος.

Περίπου 20-30% των ασθενών με αποδεδειγμένα έλκη παρουσιάζουν σημαντική αιμορραγία κατά τη διάρκεια της νόσου τους.

Ως πεπτικό έλκος εννοούμε την περιορισμένη διάβρωση των ιστών του τοιχώματος του πεπτικού σωλήνα που προέρχεται συνήθως από την επίδραση του υδροχλωρικού οξέως και της πεψίνης.

Η πιο συχνή έδρα του πεπτικού έλκους είναι το στομάχι και η αρχική μοίρα του δωδεκαδάκτυλου, μιά και τα τμήματα αυτά του πεπτικού σωλήνα βρίσκονται σε άμεση επαφή με τα γαστρικά υγρά.

Το πεπτικό έλκος είναι πάθηση του ανδρικού κυρίως φύλου και της νεότερης ηλικίας.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη, μπορούμε να πούμε όμως ότι είναι πάθηση που οφείλεται στην ιδιοσυστασία και την ιδιαίτερη ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος, στον ανήσυχο τρόπο διαβίωσης, σε συνήθειες διατροφής, ψυχαγωγίας κ.λ.π. σε έντονες σωματικές και ψυχικές καταπονήσεις όπου έχουμε υπερέκκριση του φλοιού των επινεφριδίων, στη λήψη μερικών φαρμάκων όπως (κορτιζόνη, ασπιρίνη κ.λ.π.)

Κλινική εικόνα απαρτίζεται από ενοχλήματα συνήθως περιοδικά (φθινόπωρο, άνοιξη) διάρκειας 10-20 ημερών και παρουσιάζουν πόνο όξινες ορυγές, οπισθοστερνικό καύσωνα, μετεωρισμό και δυσκοιλιότητα.

Γαστρικό έλκος.

Όσο αφορά το γαστρικό έλκος, αν και η αιματέμμεση είναι σημαντικό σύμπτωμα τόσο της οξείας όσο και της χρόνιας μορφής, συμβαίνει σε λιγότερες από 20% των περιπτώσεων και στην πρώτη περίπτωση λόγω διάβρωσης μικρών αγγείων και στη δεύτερη λόγω επέκτασης της εξέλιξης σε μεγαλύτερα.

Το ποσό του αίματος ποικίλει. Εάν η ποσότητα είναι η μικρή ή εάν ρέει στο στομάχι μπορεί να παραμείνει για αρκετό διάστημα εκεί, ώστε το γαστρικό οξύ να μετατρέψει την αιμοσφαιρίνη σε αιματίνη προσδίδοντας στον έμμετο σκοτεινόχροη χροιά με εμφάνιση κόκκων χρώματος καφέ.

Σε μερικές περιπτώσεις το αίμα δεν βγαίνει με έμμετο, αλλά εμφανίζεται στα κόπρανα ως μέλαινα.

Μία άφθονη αιμορραγία προκαλεί ωχρότητα, αίσθημα λιποθυμίας ανησυχία, συγκοπή και ένα αδύνατο σφυγμό.

Ο πόνος γίνεται αντιληπτός στο επιγάστριο είτε ακριβώς κάτω από την ξιφοειδή απόφυση 3-6 εκατοστά χαμηλότερα και συνήθως εντοπίζεται με ακρίβεια, είτε στη μέση γραμμή είτε αριστερά της. Επίσης να γίνει αντιληπτός στη ράχη μεταξύ του θωρακικού και του οσφυϊκού σπονδύλου. Συνήθως αρχίζει μέσα σε μία ώρα από τη λήψη τροφής και παρέρχεται με έμμετο ή λήψη αλκαλικών.

Έλκος Δωδεκαδακτύλου.

Η αιματέμμεση επέρχεται όταν ένα δωδεκαδακτυλικό έλκος διαβρώσει ένα αγγείο στη βάση του και μέρος του αίματος παλινδρομήσει δια του πυλωρου στο στομάχο το υπόλοιπο αίμα διέρχεται μέσω του εντέρου προκαλώντας μέλαινα κένωση.

Η κατάσταση είναι συχνότερη στους άνδρες. Όπως και στην περίπτωση γαστρικού έλκους, η μέλαινα μπορεί να λάβει χώρα ανεξάρτητα αιματέμμεσης.

Το άλγος το οποίο συχνά είναι σοβαρό και αξιοσημείωτο, είναι δυνατό να απουσιάζει εντελώς. Γενικά το άλγος απαντά βαθειά στο άνω μέρος της κοιλιάς.

Εμφανίζεται δύο με τρεις ώρες μετά τη λήψη τροφής αν και οι χρονικές συσχετίσεις ποικίλλουν και δεν επιτρέπουν διαφοροποίηση από το γαστρικό έλκος.

Το κύριο χαρακτηριστικό είναι η υποχώρηση του πόνου με τη λήψη τροφής. Έμμετος είναι δυνατό να επέλθει αν και σε πολλές περιπτώσεις λείπει εντελώς. Παρουσιάζεται συνήθως αν ο πόνος είναι έντονος.

Τα κύρια συμπτώματα είναι ο οπισθοστρνικός καύσος καθώς και οι όξινες ερυγές.

Αιμορραγία από κισσούς.

Η αιμορραγία από κισσούς είναι απότομη και μαζική. Η χρόνια γαστρεντερική απώλεια αίματος είναι ασυνήθης.

Η αιμορραγία από κισσούς είναι συνήθως το αποτέλεσμα πυλαίας υπέρτασης, που αναπτύσσεται σε έδαφος ηπατικής κίρρωσης.

Μολονότι η αλκοολική κίρρωση είναι η επικρατούσα αιτία κισσών, κάθε κατάσταση που δημιουργεί πυλαία υπέρταση ακόμα και όταν δεν συνοδεύει ηπατική νόσο, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αιμορραγία από κισσούς. Ακόμα, ενώ η παρουσία κισσών προϋποθέτει συνήθως πυλαία υπέρταση μακράς διάρκειας, η οξεία ηπατίτιδα ή η βαριά λιπώδης διήθηση του ήπατος μπορεί να προκαλέσουν μερικές φορές κισσούς.

Οι κισσοί οισοφάγου αποτελούν την πιο συχνή αιτία θανάτου των κίρρωτικών. Είναι οι μόνιμες κισσοειδείς ανευρύνσεις του υποβλεννογόνου φλεβικού δικτύου του κάτω 3/μυρίου του οισοφάγου. Οι ανευρυσμένες φλέβες προβάλλουν σαν κομπολόι στον αυλό του οισοφάγου, πράγμα που έχει μεγάλη διαγνωστική σημασία ακτινολογική και ενδοσκοπική.

Ακόμη θρομβώσεις της σπληνικής φλέβας ή παθήσεις του σπληνός μπορούν να προκαλέσουν κισσούς του οισοφάγου.

Το μοναδικό σύμπτωμα ή επιπλοκή των κισσών, είναι η αιμορραγία, η οποία όχι σπάνια είναι ραγδαία, ώστε να επιφέρει το θάνατο. Το αίμα εφόσον δεν έχει υποστεί την επίδραση του υδροχλωρικού οξέως του στομάχου (το υδροχλωρικό οξύ μετατρέπει την αιμοσφαιρίνη σε υδροχλωρική αιματίνη) διατηρεί τη χροιά του φλεβικού αίματος. Με τη βοήθεια του χρώματος γίνεται εύκολη η διαφορική διάγνωση μεταξύ αιμοπτύσεως - αιματεμμέσεως και αιμορραγίας κισσών οισοφάγου. Ο

καθορισμός του είδους της αιμορραγίας βοηθείται από τη συνύπαρξη συμπτωμάτων κίρρωσεως ήπατος.

Οξεία γαστρίτιδα.

Στην οξεία γαστρίτιδα εμφανίζεται υπεραιμία και οίδημα του βλεννογόνου και όχι σπάνια αλλοίωση των επιθηλιακών κυττάρων. Ο βλεννογόνος του στομάχου είναι σε συμφόρηση και μικρές αιμορραγίες και διαβρώσεις είναι ορατές με το γαστροσκόπιο. Η επερχόμενη αιμορραγία είναι ελαφρά, εκτός αν η βλάβη είναι συνήθως σοβαρή, οπότε μπορεί να είναι άφθονη.

Σαν αιτία της φλεγμονής αυτής αναφέρονται τα οινοπνευματώδη ποτά, οι τροφικές δηλητηριάσεις, οι δηλητηριάσεις με βαρεία μέταλλα, όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, ο χαλκός κ.ά. Φάρμακα όπως η ασπιρίνη, αντιπυρετικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη. Δύσπεπτες τροφές, που ερεθίζουν το βλεννογόνο του στομάχου προκαλούν γαστρίτιδα εξαιτίας υπερεκκρίσεως υδροχλωρικού οξέως. Ακόμη μικρόβια και τοξίνες μικροβίων, μηχανικοί και χημικοί παράγοντες, όπως τα συντηρητικά τροφίμων μπορούν να προκαλέσουν γαστρίτιδα.

Το προεξέχον σύμπτωμα είναι αίσθημα δυσανεξίας και ευαισθησίας στο επιγάστριο, ναυτία, έμμετο, ερυγές, δυσκοιλιότητα και για μικρά παιδιά, διάρροια.

Χρόνια γαστρίτιδα.

Η χρόνια γαστρίτιδα δεν είναι σαφώς καθορισμένη όπως της οξείας. Διακρίνουμε δύο μορφές : α) Υπερτροφική, β) Τροφική .

Στην υπερτροφική, έχουμε πάχυνση των πτυχών του βλεννογόνου και υπεραιμία μερικές φορές με διάχυτες αιμορραγικές διαβρώσεις. Συνήθως ο έμμετος συνίσταται κυρίως από βλέννα με λίγο αίμα.

Η χρόνια δυνατό να ακολουθήσει την οξεία γαστρίτιδα, αλλά συνηθέστατα προκαλείται από διαρκή και υπερβολική λήψη οινοπνεύματος, καπνού ή ερεθιστικής και δύσπεπτης τροφής, ακόμα αναφέρεται η προδιάθεση του ατόμου.

Τα κύρια συμπτώματα είναι ευαισθησία στο επιγάστριο που αυξάνει με τη λήψη τροφής, ναυτία, έμμετος - ειδικά το πρωί, εαν οφείλεται σε οινόπνευμα - μετεωρισμός, δύσοσμη αναπνοή, επίχριστος οδοντωτή γλώσσα, δυσκοιλιότητα, συμπυκνωμένα ούρα και ελαφρός πυρετός.

Η γαστρίτιδα μπορεί να οφείλεται σε πρόσφατη χρήση φαρμάκων και διαβρωτικών δηλητηρίων. Ισχυρά οξέα και αλκάλια καταστρέφουν τους επιφανειακούς ιστούς του στόματος, φάρυγγος, οισοφάγου και στομάχου, προκαλώντας έντονο πόνο και ευαισθησία όπισθεν του κάτω τμήματος του στέρνου ή στο επιγάστριο, διάταση της κοιλιάς, collapsus, ταχύ, αδύνατο σφυγμό, αιματηρό έμμετο και βλέννα αιμόφυρτη.

Στη δηλητηρίαση με αρσενικό ο βλεννογόνος του στόματος είναι ερυθρός, φλεγμαίνει μερικώς αποκολλημένος και σκεπασμένος με βλέννα αιματηρή. Επίσης ο φωσφορος, το αντιμόνιο και άλλα ερεθιστικά δηλητήρια μπορεί να προκαλέσουν αιματέμμεση.

Γαστρικές διαβρώσεις αναπτύσσονται επίσης συχνά σε αρρώστους με σοβαρό τραυματισμό, χειρουργική επέμβαση και βαριά συστηματική νόσο, ιδίως εγκαυματίες και αρρώστους με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ Α.Π.

Όπως αναφέρθηκε από την αρχή, η οξεία αιμορραγία από το Α.Π. πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται σαν άμεση και σοβαρή απειλή για τη ζωή του αρρώστου.

Εκείνο που δεν πρέπει να ξεχνάμε είναι ότι κάθε αιμορραγία από το Α.Π., όσο μικρή και αν φαίνεται στην αρχή της, είναι ενδεχόμενο αιφνίδια, να γίνει μεγάλη και απειλητική. Το γεγονός αυτό δικαιώνει απόλυτα το αξίωμα ότι κάθε αιμορραγία από το Α.Π. πρέπει να εισάγεται σε Νοσοκομείο γιατί έτσι εξασφαλίζεται η δυνατότητα της ταχείας εφαρμογής οποιουδήποτε θεραπευτικού μέτρου που θα κρινόταν αναγκαίο σε περίπτωση υποτροπής ή εξέλιξης της αιμορραγίας προς το χειρότερο.

Εκτός από το αξίωμα αυτό, τη συντομότερη δυνατή μεταφορά του αρρώστου στο Νοσοκομείο και ένας άλλος κανонаς δεν θα πρέπει να ξεχνιέται. Οι άρρωστοι με αιμορραγία από το Α.Π. πρέπει να παρακολουθούνται από κοινού από παθολόγο και χειρουργό. Τα πλεονεκτήματα μιάς τέτοιας παρακολούθησης είναι ιδιαίτερα σημαντικά, γιατί μόνο έτσι, εξασφαλίζονται, στον ανώτερο δυνατό βαθμό, οι προϋποθέσεις ώστε σοβαρές αποφάσεις, όπως η χειρουργική αντιμετώπιση της αιμορραγίας, να ληφθούν την κατάλληλη στιγμή.

Όπως είναι γνωστό η αντιμετώπιση των αιμορραγιών από το Α.Π. είναι συντηρητική και χειρουργική.

Συντηρητική αντιμετώπιση

α) Αντιμετώπιση του ολιγαιμικού shock: Η πρόσληψη ή η έγκαιρη αντιμετώπιση του ολιγαιμικού shock είναι ο κύριος στόχος της συντηρητικής αγωγής και το πρώτο μέλημα του γιατρού όταν βρεθεί κοντά σε άρρωστο με αιμορραγία από το Α.Π.

Το καλύτερο μέσο για το σκοπό αυτό είναι, η αντικατάσταση του απωλεσθέντος όγκου αίματος με ολικό πρόσφατο αίμα, γενικά όμως το είδος και η ποσότητα των υγρών που θα χορηγηθούν καθώς και ο ρυθμός χορηγήσεώς τους θα εξαρτηθούν κάθε φορά από διάφορους παράγοντες και κύρια από το μέγεθος της αιμορραγίας.

Στην προσπάθεια για την πρόληψη και τη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση του ολιγαιμικού shock και επιπλέον για να υπάρχει κάθε στιγμή η δυνατότητα λήψεως των ορθών αποφάσεων, είναι απαραίτητη η συχνή, στην αρχή κάθε 15 λεπτά παρακολούθηση των ασθενών και η καταγραφή του ύψους της αρτηριακής πίεσεως, του αριθμού των σφυγμών και του ποσού των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

β) Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα: Η τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα έχει πολλά πλεονεκτήματα, όπως είναι η συνεχής πληροφόρηση για τη συνέχιση ή όχι της αιμορραγίας, η απομάκρυνση του γαστρικού περιεχομένου, η ελάττωση των εμμέτων, η δημιουργία δυνατοτήτων για εφαρμογή γαστρικών λύσεων. Ο ρινογαστρικός καθετήρας είναι σκόπιμο να εφαρμόζεται αν όχι αυστηρά σε κάθε περίπτωση, τουλάχιστον με την πρώτη ένδειξη ότι η αιμορραγία εξακολουθεί να γίνεται σοβαρότερη.

γ) Εφαρμογή ειδικών μεθόδων επίσχεσης της αιμορραγίας - χορήγηση φαρμάκων. Στις ειδικές μεθόδους αντιμετώπισεως των

αιμορραγιών του Α.Π. περιλαμβάνονται η ψύξη, η εφαρμογή σκληρυντικών ουσιών, οι ακτίνες λέιζερ, η εφαρμογή ειδικών καθετήρων, γαστρικές πλύσεις κ.α.

Ιδιαίτερη θεραπευτική και η διαγνωστική είναι η προσφορά ειδικών καθετήρων που εφαρμόζεται στην επίσχεση των αιμορραγιών από κισσούς του οισοφάγου ή του στομάχου καθώς και οι γαστρικές πλύσεις με παγωμένο νερό και φυσιολογικό ορό, που εφόσον γίνονται σωστά σταματούν τουλάχιστον για μερικές ώρες.

Οι ακτίνες Nd YACr-LASER με την ιδιότητά τους να μεταδίδονται μέσω οπτικής ίνας, έδωσαν τη δυνατότητα να ελευθερώνουν της υψηλής ισχύος ενέργειά τους δια του ενδοσκοπίου στο επίπεδο της βλάβης. Εν τούτοις όμως δεν συνιστώνται σαν μέσο πρώτης επιλογής στην ενδοσκοπική αιμόσταση λόγω του κόστους, του προβλήματος της μεταφοράς τους και της εξειδίκευσης που απαιτεί η χρήση τους.

Τέλος στη συντηρητική αντιμετώπιση των αιμορραγιών, περιλαμβάνεται η χορήγηση διαφόρων φαρμάκων.

Επίσης τα τελευταία χρόνια χορηγούνται αναστάλτες H_2 υποδοχέων της ισταμίνης.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Όταν αποτύχει η συντηρητική θεραπεία και ο άρρωστος εξακολουθεί να αιμορραγεί με ρυθμό μεγαλύτερο των 1.000 κ.εκ. το 24ωρο ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο. Η επέμβαση θα πρέπει να είναι εκλεκτικότερη. Προτιμάται η βαγοτομή σε συνδυασμό με την πυλωροπλαστική και με συρραφή του αιμορραγούντος αγγείου όταν πρόκειται για έλκος του δωδεκαδακτύλου.

Ενδείξεις για χειρουργική επέμβαση είναι:

1. Ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν διορθώνεται μετά από χορήγηση 6 μονάδων αίματος.
2. Ασθενείς επί των οποίων η αιμορραγία παρατείνεται πέρα του 48/ώρου. Εάν ο ασθενής είναι άνω των 50 ετών ο χρόνος αναμονής περιορίζεται εις το 24/ωρο.
3. Ασθενείς με γαστρικό έλκος και αξιόλογη αιμορραγία, επειδή η πιθανότητα νέας αιμορραγίας είναι τριπλάσια.
4. Ασθενείς με ασυνήθη ομάδα αίματος.
5. Ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν συγχρόνως πόνο ή απόφραξη.

Τέλος δεν πρέπει να λησμονούμε ότι ορισμένες παθολογικές καταστάσεις όπως η μεγάλη ηλικία, η ανεπάρκεια του ήπατος, η ανεπάρκεια των στεφανιαίων κ.λ.π. όχι μόνο δεν αποτελούν απαγορευτικές αντενδείξεις για χειρουργική θεραπεία των αιμορραγιών του Α.Π. αλλά αντίθετα, πολλές φορές επιβάλλουν την ταχύτερη λήψη της απόφασης για εγχείριση.

Θεραπεία αιμορραγιών (πεπτικού έλκους).

1. Φαρμακευτική θεραπεία.
 - α. Αντιόξινα.
 - Η αυξημένη οξύτητα είναι η κύρια αιτία αιμορραγίας στα πεπτικά έλκη.
 - Η πεψίνη, η οποία εμποδίζει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων αδρανοποιείται σε υψηλό PH.

- Η πήξη γίνεται καλλύτερα ότα το ΡΗ είναι υψηλό. Έτσι τα αντιόξινα σε μεγάλες δόσεις ώστε να αυξηθεί το ΡΗ έχουν κύρια θέση στα πεπτικά έλκη.

β. Σιμετιδίνη.

Χορηγείται αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι ανεβάζει τόσο πολύ το ΡΗ ώστε να σταματήσει η αιμορραγία. Όταν σταματήσει η ενεργός αιμορραγία η σπετιδίνη σε συνδυασμό με τη χορήγηση αντιόξινων κάθε μία ώρα μπορεί να ωφελήσει στην πρόληψη της υποτροπής.

γ. Σωματοστατίνη.

Αυξάνει το ΡΗ και έχει καλύτερα αποτελέσματα από τη Σιμετιδίνη στην αιμορραγία πεπτικού έλκους.

2. Χειρουργική επέμβαση.

Θεωρείται γενικά ως θεραπεία εκλογής σε συνέχιση ή υποτροπή της αιμορραγίας του πεπτικού έλκους.

ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Το 1/3 των αρρώστων ή και περισσότεροι θα πεθάνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Τουλάχιστον 1/3 θα ξανααιμορραγήσουν μέσα σε 6 εβδομάδες και 1/3 θα ζήσουν ένα χρόνο.

Η αντιμετώπιση χωρίζεται σε συντηρητική και χειρουργική.

1. Συντηρητική αντιμετώπιση.

Υπάρχουν 3 βασικοί τρόποι συντηρητικής αντιμετώπισης της αιμορραγίας: Η πιπρεσίνη, το μπαλόνη και η ψύξη.

Η πιπρεσίνη είναι ένα ισχυρό αγγειοσυσταλτικό που κατεβάζει την πίεση στην πυλαία, ελαττώνοντας τη σπλαχνική αιματική ροή. Χορηγείται

με συνεχή έκχυση από κάποια περιφεριακή φλέβα ή και κατευθείαν στην άνω μεσεντέριο. Ο ρυθμός που χορηγείται είναι 0,3 ν/λεπτό, σε περίπτωση όμως συνέχισης της αιμορραγίας μπορεί να αυξηθεί προοδευτικά. Η διακοπή της είναι επίσης προοδευτική, υποτριπλασιάζοντας τη δόση, κάθε 24ωρο.

Σαν παρενέργειες αναφέρονται βραδυκαρδία, φλεβίτιδα, καρδιακή ή εγκεφαλική ισχαιμία.

Το μπαλόني είναι η πιό γρήγορη και πρακτική λύση. Υπάρχουν 2 είδη μπαλονιού : α) Το Senstaken - Blakemove β) Linton-Natilas

Το Senstaken - Blakemove αποτελείται από ένα μπαλόني οισοφαγικό, ένα γαστρικό και τρεις σωλήνες: ένα για κάθε μπαλόني και ένα τρίτο για γαστρική αναρρόφηση. Η εφαρμογή οποιουδήποτε από τους δύο καθετήρες θα πρέπει να επιχειρείται μόνο από έμπειρο προσωπικό.

Χειρουργικές μέθοδοι παράκμψης.

Η πυλαιοφλεβική αναστόμωση μειώνει πολύ αποτελεσματικά την πίεση στην πυλαία φλέβα και εμποδίζει την αιμορραγία από κίρσους.

Μία συχνή όμως επιπλοκή της θεραπείας με χειρουργική παράκμψη είναι η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, που πολλές φορές αντικαθιστά την αιμορραγία σαν οξύ αίτιο θανάτου. Με σκοπό τη διατήρηση της ηπατικής κυκλοφορίας και τη μείωση της συχνότητας της μετεγχειρητικής εγκεφαλοπάθειας έχουν προταθεί άλλες μέθοδοι χειρουργικής παράκμψης, όπως η σπληνονεφρική αναστόμωση.

α. Επείγουσα αναστόμωση πυλαίας κάτω κνίλης: Έχει θνητότητα 25-50% που μπορεί κάπως να ελαττωθεί αν η αιμορραγία αντιμετωπισθεί ποροσωρινά με έγχυση βαζοπρεσίνης ή επιπωματισμό του οισοφάγου.

β. Θεραπευτικές πυλαιοφλεβικές αναστομώσεις: Μπορούν να γίνουν "εν ψυχρώ" σε αρρώστους που έχουν παρουσιάσει αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου.

Αντένδειξη στην επέμβαση αποτελεί η επιδείνωση της κλινικής κατάστασης με ενδείξεις ηπατικού προσώματος.

γ. Προφυλακτική πυλαιοφλεβική αναστόμωση : Σε αρρώστους με διαπιστωμένους κίρσους οισοφάγου, που δεν έχουν αιμορραγήσει, δεν πρέπει να γίνεται προφυλακτική αναστόμωση.

Με έγκυρες κλινικές μελέτες αρρώστων με αλκοολική κίρρωση έχει πειστικά αποδειχθεί ότι, παρόλο που η συχνότητα της αιμορραγίας ελαττώνεται, η γενική θνητότητα των αρρώστων που υποβάλλονται σε τέτοια επέμβαση αυξάνει, κυρίως από την εγκατάσταση εγκεφαλοπάθειας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑΣ.

Φαρμακτική θεραπεία: Η σιμετιδίνη δεν βρέθηκε να έχει θεραπευτική αξία στη διάρκεια της οξείας αιμορραγικής φάσης.

Μη αξιόπιστες μελέτες αναφέρουν ότι με τη διατήρηση του γαστρικού ΡΗ στο 7.0 με αντιόξινα, επιτυγχάνεται η ανάσχεση της αιμορραγίας από οξεία γαστρίτιδα. Με τη διακοπή της αιμορραγίας ο συνδυασμός χορήγησης σιμετιδίνης και χορήγησης αντιόξινων κάθε μία ώρα, μπορεί να μειώσει την συχνότητα της επανάληψης της αιμορραγίας κατά τις επόμενες 72 ώρες, που είναι οι πιο επικίνδυνες.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΑΣΤΡΟΡΡΑΓΙΑΣ

Με το γενικό τίτλο "Γαστρορραγία" συμπεριλαμβάνουμε όλες τις αιορραγίες από το στομάχι, ανεξαρτήτου αιτίας και τρόπου εκδηλώσεως, είτε υπό μορφή αιματεμμέσεως, είτε μέλαινες.

Το κύριο σύμπτωμα μίας μεγάλης γαστρορραγίας είναι το Shock, το οποίο εκδηλώνεται είτε αμέσως μετά τη γαστρορραγία είτε μετά από λίγη ώρα, οπότε ο όγκος του αίματος ελαττώνεται αιφνιδίως χωρίς να συνεχίζεται η αιμορραγία.

Η γαστρορραγία αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή του έλκους και εμφανίζεται κυρίως την άνοιξη και το φθινόπωρο. Τις περιόδους αυτές του έτους ο ελκοπαθής πρέπει να φροντίζει το διαιτολόγιό του ιδιαίτερα και να αποφεύγει κάθε παράγοντα που ερεθίζει το έλκος.

Είναι συνηθέστερη στο γαστρικό παρά στο 12/δακτυλικό έλκος και συμβαίνει όταν ο πυθμένας του έλκους, εξαιτίας της διαβρωτικής του τάσης, φτάσει μέχρι το βλεννογόνο χιτώνα και διαβρώσει ένα αγγείο.

α. Νοσηλευτική εκτίμηση - ανίχνευση αιμορραγίας.

- Αιματέμμεση
- Μέλαινα κένωση
- Ναυτία και μείωση του πόνου
- Shock (ταχυκαρδία-υπόταση-εφίδρωση-ωχρότητα).

β. Μέτρα για την πρόληψη του Shock : Οι νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορραγίας και στην αντιμετώπιση του Shock όπως:

- Αφού ο ασθενής αιμορραγεί ή αιμορράγησε και υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας, πρέπει να παραμεινει στο κραβάτι. Στη φάση αυτή όλες οι φυσικές ανάγκες του ασθενούν ικανοποιούνται από την αδελφή.

- Χορήγηση κατευναστικών για μείωση αγωνίας και άγχους.
- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασσης.
- Μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας, αφού περάσει το πρώτο 24ωρο, χορηγούμε μεσα από το ρινογαστρικό σωλήνα γάλα και αντιόξινα.
- Μέτρηση ζωτικών σημείων για να εκτιμηθεί ο όγκος του αίματος και επομένως πόσο αίμα χάνει ο άρρωστος.
- Χορήγηση διαλύματος θρομβίνης από το στόμα βιταμίνης Κ και C.
- Παρακολούθηση κενώσεων του αρρώστου για παρουσία αίματος.
- Παρακολούθηση τιμών του PH και αν χρειαστεί τοποθετείται αίμα.
Εαν ο άρρωστος παρουσιάζει μόνο αιματέμμεση χρειάζεται επιμελημένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Βοηθάμε τον ιατρό για την εισαγωγή του Levin
- Μετράμε και γράφουμε το χαρακτήρα, το χρόνο και την ποσότητα των εμμέτων.
- Τέλος ο ασθενής που αντιλήφθηκε ότι αιμορραγεί έχει ανάγκη ηθικής τόνωσης και ενίσχυσης.
Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του Shock είναι:
- Αφαίρεση του μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους για καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.
- Θέρμανση του ασθενούν με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφορών.
- Χορήγηση υγρών από το στόμα αν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.
- Μέτρηση του όγκου των ούρων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΙΡΣΩΝ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.

Το μοναδικό σύμπτωμα ή επιπλοκή των κίρσων οισοφάγου είναι η αιμορραγία.

Αν η απώλεια αίματος είναι βραδεία, η πρώτη ένδειξη μπορεί να είναι μέλαινα κένωση. Αν όμως η αιμορραγία είναι μεγάλη, εκδηλώνεται με αιμετέμμεση.

Γίνονται μεταγγίσεις αίματος και χορηγείται αγγειοτενσίνη ενδοφλέβια και βιταμίνη Κ.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου σε ρήξη κίρσων οισοφάγου περιλαμβάνει:

- Ακριβή ως συχνή λήψη και αναγραφή ζωτικών σημείων
- Παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μετάγγισης ή ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών.
- Μέτρηση και αναγραφή του χαρακτήρα του χρόνου και της ποσότητας του αίματος που αποβάλλεται.
- Σχολαστική περιποίηση του στόματος.
- Αποφυγή λήψεως τροφών και υγρών από το στόμα. Ο ασθενής τρέφεται παρεντερικά.
- Εκκένωση του στομάχου, με αναρρόφηση από το σωλήνα Sengestaten-Blakemore για να διατηρηθεί αυτός ελεύθερος από περιεχόμενο.
- Αντιμετώπιση του έντονου αισθήματος δίψας με πλύση στοματος με δροσερό νερό.
- Παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα περιφερικής καταπληξίας, από την απώλεια του αίματος.

- Συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια επεισοδίων αιμορραγίας.
- Περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενούς.
- Διατήρηση αθορύβου και ηρεμου περιβάλλοντος του ασθενούς για μείωση της ανησυχίας του.
- Χορήγηση κρύων υγρών από το στόμα μετά την κατάπαυση της αιμορραγίας (με εντολή ιατρού).
- Παρακολούθηση του χρώματος των κενώσεων.

Σκοποί χρησιμοποίησης σωλήνα Sengestaten-Blakemore

1. Να εξασκήσει πίεση στο καρδιακό στόμιο του στομάχου και του οισοφάγου.
 2. Να εμποδίσει τη συλλογή αίματος στο γαστρεντερικό σωλήνα που μπορεί να επιταχύνει την εμφάνιση κώματος.
 3. Να ελαττώσει τις απαιτήσεις σε μετάγγιση αίματος.
- Ενίσχυση του ηθικού του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας.

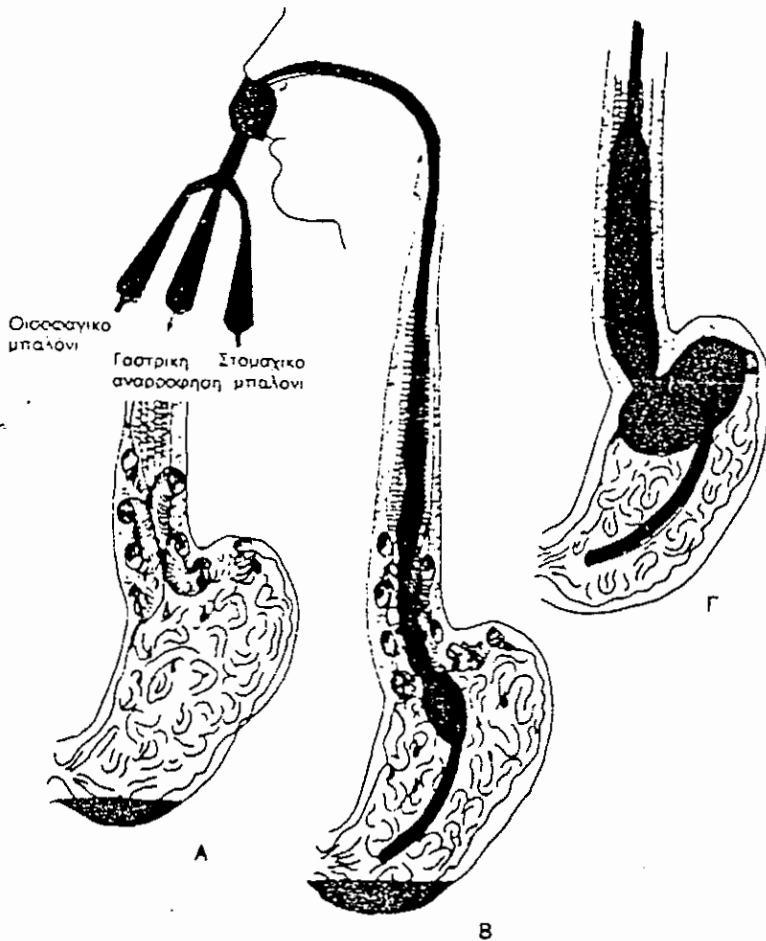
Η θεραπεία με το σωλήνα Sengestaten-Blakemore γίνεται σε άρρωστο που είναι επιβεβαιωμένο ότι αιμορραγεί από ρήξη κιστών οισοφάγου και στους οποίους απέτυχαν όλα τα είδη συντηρητικής θεραπείας.

Αφού τοποθετηθεί ο σωλήνας από το γιατρό, εμείς αναλαμβάνουμε τις εξής νοσηλευτικές ευθύνες, (σπάνια όμως σήμερα χρησιμοποιείται).

1. Διατήρηση επαγρύπνησης, όταν τα μπαλόνια είναι φουσκωμένα.
2. Διατήρηση της πίεσης των μπαλονιών στο απαιτούμενο επίπεδο για έλεγχο της αιμορραγίας.
3. Παρακολούθηση και αναγραφή ζωτικών σημείων

4. Πλύση σωλήνα σύμφωνα με εντολή ιατρού. Παρατήρηση και αναγραφή του χρώματος του αναρροφηθέντος υλικού.
5. Διατήρηση θρεπτικών και ηλεκτρολυτικών επιπέδων παρεντερικά.
6. Στενή παρακολούθηση της φύσης της αναπνοής. Αν ο σωλήνας μαζευτεί στο στομαχοφάρυγγα ο άρρωστος πορεί να πάθει ασφυξία.

Γι' αυτό πρέπει να υπάρχει στο κομοδίνο του αρρώστου ένα ψαλίδι, όπου σε περίπτωση αναπνευστικής δυσφορίας, χρησιμοποιούμε το ψαλίδι και κόβουμε εγκάρσια το σωλήνα και τον αφαιρούμε.



Νοσηλευτική φροντίδα οξείας και χρόνιας γαστρίτιδας.

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

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

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

- Χορήγηση φαρμάκων, που μειώνουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέως.
- Χορήγηση τροφών μη ερεθιστικών για το βλεννογόνο του στομάχου, όπως τηγανητά, καρυκεύματα κ.ά.
- Αποφυγή χρήσης καπνού, οινοπνευματωδών ποτών, καφά και τέλος
- Αποφυγή παραγόντων που διαταράσσουν την ηρεμία του ασθενούς

Ο τελευταίος τομέας της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή ενημέρωση του ασθενούς είναι πολύ ουσιώδης.

Το περιεχόμενο της διδασκαλίας περιλαμβάνει.

- Το είδος των τροφών που επιλέγονται.
- Περιφρούρηση της ασφάλειας του ασθενούς.
- Βοήθεια για την εφαρμογή του σωλήνα Sengestaten-Blakemore.
- Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας.

Περιγραφή Χαρακτηριστικών Περιπτώσεων ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ.**1η Περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας.**

Νέος, ασθενής ηλικίας 86 ετών, από την Καλόγρια Πατρών εισήλθε στην Κρατική Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» στις 13.11.1999 με πιθανή διάγνωση Γαστρορραγία - Αιματέμμεση.

Ιστορικό νοσηλείας: Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του «Αγίου Ανδρέα» με έντονο πόνο στο επιγάστριο, εργώδη τροφώδη έμμετο και μέλαινα κένωση.

Αναφέρεται λήψη ασπιρινών προ ημερών.

Ατομικό Ιστορικό: Βάσει της εξέτασης των ιατρικών φακέλλων παρατηρούμε ότι πριν από ένα χρόνο ο ασθενής προσήλθα στο Γ.Ν.Π. με μέλαινες κενώσεις. Διαπιστώθηκε τότε από τον έλεγχο έλκος.

Ο ασθενής χρησιμοποιούσε φάρμακα που προδιαθέτουν την εμφάνιση έλκους. Ακόμα ο ασθενής έκανε χρήση καφέ και τσιγάρου.

Ο ασθενής αναφέρει ότι έχει έντονο άλγος στο επιγάστριο καυστικό. Πονά όταν το στομάχι είναι άδειο και ο πόνος υποχωρεί μετά τη λήψη τροφής.

Στα εξωτερικά ιατρεία έγινε α/α ΗΚΓ και τέθηκε ορρός και Levin στομάχου. Προγραμματίστηκε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

Ο άρρωστος είναι νευρικό και αγχώδες άτομο.

Φαρμακευτική αγωγή.

N/S 0,9% 100 cc. 1X1, D/w 5% 1000 cc 1X2, Losec amp. 1X2, Solvetan 1 gr. 1X3, Dalacin amp. Spray Aerolin, Sir Bisolvon 10X3.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

ΑΠ: 105/70 mmHg. Σφύξεις: 100/λεπτό και Αναπνοές 45/λεπτό.

Πορεία νόσου.

13/11/1999.

Ο ασθενής προσήλθε στην Κλινική της Παθολογικής στις 11.30' π.μ. Έγινε 1 amp. Lasix (iv) λόγω ανουρίας. Με Θερμ. 38° C τέθηκε 1 amp. Arotel σε ογκομετρικό. Το απόγευμα χορηγήθηκε 1 μον. αίμα κάτω από στενή παρακολούθηση. Γίνεται στενή παρακλούθηση ζωτικών σημείων.

14/11/1999

Τέθηκε 2η περιφερική φλέβα με Ringers ορρό. Τέθηκε σε μέτρηση υγρών Levin. Στις 5.30' τέθηκε 1 μον. αίμα. Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρειά. Στις εξετάσεις βρέθηκαν :

Ht = 27%

Ουρία = 129 gr%

Na⁺ = 139 meg/l

K⁺ = 5,3 meg/l

Κρεατινίνη 0,8 gr

15/11/1999

Ίδια βαρειά κατάσταση. Πάρθηκε γενική ούρων. Στις 9.50' ετέθηκε 1 μον. συμπεπυκνωμένων ερυθρών με εντολή κ. Μαυρομάτη (ιατρού). Λήφθηκαν ζωτικά σημεία ΑΠ: 125/80 mmHg.

16/11/1999

Ίδια βαρειά κατάσταση, ο ασθενής φέρει κατακλίσεις, γίνεται περιποίηση των κατακλίσεων και ο ασθενής παρακολουθείται συχνά.

17/11/1999

Περιποίηση κατακλίσεων. Έγινε α/α κοιλίας και νεφρού. Στον ορρό τέθηκαν 3 Kcl amp. Στον ασθενή έγινε χαμηλός υποκλισμός. Συνεχίζεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

18/11/1999

Ο ασθενής θα σταλεί για γαστροσκόπηση, γίνεται η κατάλληλη προετοιμασία. Επίσης έγινε και α/α θώρακος. Ο ασθενής έχει τρίωρη θερμοκρασία και τρίωρη μέτρηση ΑΠ.

19/11/1999

Ο ασθενής επί τάσεως για έμμετο πήρε 1 amp. Primperan. Στις 12.30' μ.μ. με θερμοκρασία 38° C τέθηκε 1 amp. Arotel σε ογκομετρικό. Επί δύσπνοιας έγινε 1 amp. Solumeudrol 125 mg. Τρίωρη παρακολούθηση θερμοκρασίας και ΑΠ.

20/11/1999

Λήφθηκαν ζωτικά σημεία ΑΠ: 140/80 mHg, σφυγμοί : 80/λεπτό. Εστάλει έλεγχος βιοχημικός και αιματολογικός. Ελήφθησαν αέρια αίματος. Συνεχίζεται η περιποίηση των κατακλίσεων.

21/11/1999

Η κατάσταση του αρρώστου αλλάζει προς το καλύτερο. Γίνεται διδασκαλία των συγγενών για την περιποίηση των κατακλίσεων. Του δόθηκε λίγο γάλα. Έγιναν πάλι βιοχημικές και μικροβιολογικές εξετάσεις. Εστάλει δείγμα ούρων για έλεγχο.

22/11/1999

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων. Συνεχίζεται περιποίηση των κατακλίσεων που έχει βελτιωθεί σε ένα μικρό βαθμό. Η εξέταση των ούρων ήταν φυσιολογική. Δόθηκε εξιτήριο στον ασθενή, η φαρμακευτική αγωγή συνεχίστηκε στο σπίτι. Η διαίτα του αρρώστου είναι ελαφρά.

Αξιολόγηση στόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Φόβος ανησυχία που οφείλεται στην εξέλιξη της νόσου, τα συνοδά προβλήματα και το άγνωστο περιβάλλον του Νοσοκομείου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Τόνωση του ηθικού του ασθενούς. - Ψυχολογική υποστήριξη. <p>Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Δημιουργία ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. - Εξωτερίκευση σκέψεων κ' των ανησυχιών ασθενούς. - Ικανοποίηση των φυσικών αναγκών του. - Εκτίμηση των δυσκολιών προσαρμογής στο νοσοκομείο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορίζονται όσο το δυνατόν οι θόρυβοι και ο έντονος φωτισμός. - Ο νοσηλευτής/τρια αναπτύσσει διάλογο και διαπροσωπική επικοινωνία για εκτίμηση των αναγκών του. - Ο ασθενής μένει καθαρός και σε αναπαυτική θέση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής φανέρωσε πως ανησυχίες και τους φόβους του. - Τονώθηκε το αίσθημα εμπιστοσύνης του προς το νοσηλευτικό προσωπικό.
<p>2. Πόνος στο επιγάστριο όταν ο στόμαχος είναι άδειος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση ασθενή από τον πόνο στο επιγάστριο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιόξινων και αντιχολινεργικών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του ασθενή για το σκοπό των φαρμάκων που θα χορηγηθούν. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά από τον πόνο. -Επετεύχθει αναλγησία

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
3. Πυρετός 38° C	<ul style="list-style-type: none"> - Επαναφορά της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών. - Χορήγηση ψυχρών επιθεμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ενημέρωση του ασθενούς -Χορηγήθηκε 1 απρ. Aprotel σε ογκομετρικά. Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από 1/2 h τοποθετήθηκε θερμόμετρο και διαπιστώθηκε ότι η θερμοκρασία έφθασε σε φυσιολογικά επίπεδα. Θερμ. 37° C.
4. Χαμηλός αιματοκρίτης (Ht:2,7%)	<ul style="list-style-type: none"> -Ανοδος του Ht στα φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> -Καταμέτρηση απωλεσθέντος αίματος. -Ενημέρωση αιμοδοσίας για ετοιμασία 3 μον. αίματος προς χορήγηση-αποστολή δείγμα αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> Έλεγχος κενώσεων-έμμετοι -Μετάγγιση 3 μον. αίματος (13-14-15/11). Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> -Αρκετή απώλεια αίματος. -Μετά τη χορήγηση της τρίτης φιάλης αίματος ο αιματοκρίτης επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.

Αξιολόγηση στόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
5. Αιματέμμεση.	-Αντιμετώπιση αιματέμμεσης	-Καταγραφή ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα. -Καταγραφή, καταμέτρηση του χαρακτήρος του χρόνου και της ποσότητας των εμμέτων.	-Λήψη ζωτικών σημείων. -Καταμέτρηση, καταγραφή των εμμέτων. -Έγινε πλύση στόματος. -Ενημέρωση του ασθενούς να παραμένει κλινήρης έως ότου αισθανθεί καλύτερα.	-Ζωτικά σημεία σε χαμηλά επίπεδα. -Καταγραφή 2 εμμέτων. -Η στοματική κοιλότητα διατηρείται σε καλή κατάσταση. -Υπακοή του ασθενούς. Παρέμεινε ήρεμος. Συχνή παρακολούθηση αυτού, μέχρι τη στιγμή που αισθάνθηκε καλύτερα.
6. Μέλαινα κένωση.	-Αντιμετώπιση του προβλήματος.	-Παρακολούθηση κάθε κένωσης για το χρώμα, σύσταση και την ποσότητα. -Τοπική καθαριότητα μετά την κένωση. -Καθησυχασμός του ασθενούς ως προς το πρόβλημα.	-Καταγραφή των κενώσεων στο διάγραμμα. -Έγινε η τοπική καθαριότητα. -Ενημέρωση του ασθενούς για την κατάστασή του και απάντηση στις απορίες του.	Καταγράφηκαν 2 αιματηρές κενώσεις. -Ο ασθενής αισθάνθηκε άνετος και καθαρός. -Ο ασθενής ηρέμησε και η ψυχολογία του είναι σε καλή κατάσταση.

Αξιολόγηση απόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
7. Κατάκλιση εξαιτίας παρατεταμένης παραμονής επί κλίνης.	-Επούλωση της κατάκλισης.	-Καθημερινή περιποίηση κατάκλισης με άσηπτες τεχνικές.	-Εφαρμογή αποστειρωμένων γαντιών. Πλύση κατάκλισης με φυσιολογικό ορρό και Betadine (κυκλικά από έσω προς τα έξω). Χορήγηση spray κατακλίσεως. Κλείσιμο αυτής με αποστειρωμένες γάζες.	Σταδιακά η κατάκλιση καλυπτερεύει. Μέχρι την έξοδό του από την κλινική η κατάκλιση είχε επουλωθεί αρκετά.

2η Περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Στις 17/12/1999 εισήλθε νέος ασθενής, ηλικίας 62 ετών, από τα Ζαρουχλείικα Πάτρας στην Κρατική Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Άγιος Ανδρέας» με πιθανή διάγνωση Γαστρορραγίας.

Ιστορικό Νοσηλείας: Πριν από 48 ώρες όπως αναφέρει η ίδια η ασθενής παρατήρησε μέλαινες κενώσεις. Λόγω εμπειρίας της από προηγούμενα επεισόδια αντιμετώπισε μόνη της την κατάσταση παίρνοντας αντιόξινα και παραμένοντας στο κρεβάτι. Οι μέλαινες κενώσεις επαναλήφθηκαν μέχρι και 3 ώρες πριν την προσέλευσή της στο Νοσοκομείο. Επίσης ανέφερε ήπιο επιγαστρικό άλγος και παραπονέθηκε για κρύο ιδρώτα και ζάλη, ενώ ταυτόχρονα σημειώθηκε η 1η αιματέμμεση.

Πέντε ημέρες πριν το επεισόδιο αναφέρει λήψη ασπιρινών λόγω κεφαλαλγιών.

Τοποθετήθηκε Levin και έγιναν πλύσεις που ανέδειξαν αίμα ζωηρού σκοτεινού χρώματος.

Ατομικό ιστορικό. Μετά από εξέταση των ιατρικών φακέλλων παρατηρούμε πως η ασθενής έχει κάνει γαστρορραγία στο παρελθόν. Προ 5 ημερών πήρε μία ασπιρίνη και παρουσίασε προβλήματα δυσπεψίας. Αναφέρει ιδιαίτερη προσοχή στο διαιτολόγιό της. Ρητή αποφυγή λήψεως καφέ, αλκοόλ και τσιγάρου.

Αναφέρει κατά περιόδους κεφαλαλγίες οι οποίες εκδηλώνονται μετά από έντονο ψυχολογικό στρες.

Φαρμακευτική αγωγή.

N/S 0,9%, 1000 cc + 1 amp. 1X1 primperan, D/w 5% 1000 cc 1X1,

Zantac tab. 1X4, Aludrox 30 cc. X12, Ciproxin 7 l iv 2X2.

Πορεία νόσου.

17/12/1999

Η ασθενής προσήλθε στην Κλινική της Παθολογικής στις 12:15 μ.μ.

Ακολούθησε λήψη ιστορικού από την ίδια, η οποία φάνηκε αξιόπιστη. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος, λήψη ζωτικών σημείων και δαχτυλική εξέταση η οποία ήταν θετική. Τοποθετήθηκε Levin και έγινε πλύση στομάχου με παφωμένο φυσ. ορρό.

18/12/1999

Η ασθενής είναι σε καλή κατάσταση. Παραπονέθηκε για ήπιο πόνο στο επιγάστριο, από τη φυσική εξέταση των συστημάτων δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα. Χορηγήθηκε υπόθετο γλυκερίνης με εντολή ιατρού γιατί η ασθενής δεν είχε κενώσεις. Το υπόθετο γλυκερίνης δεν έφερε αποτέλεσμα.

19.12.1999

Με εντολή ιατρού η ασθενής υποβλήθηκε σε βαριούχο υποκλισμό. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ΑΠ 110/80 mmHg, Σφ. 84/λεπτό, αναπνοές 28/λεπτό. Εφαρμόζεται δίαιτα ελκοπαθούς.

20/12/1999

Έγινε λήψη ζωτικών σημείων, οι τιμές σταθερές. Έγινε εργαστηριακός έλεγχος με Ht : 32%. Το απόγευμα εδόθη εντολή να της χορηγηθεί 1 μον. αίμα. Ενημέρωση αιμοδοσίας να ετοιμασθεί το αίμα προς χορήγηση-αποστολή δείγματος για διασταύρωση.

21/12/1999

Έγινε ξανά εργαστηριακός έλεγχος με ευρήματα Ht 36% T.K.E. 38 mmHg. Μέτρηση ζωτικών σημείων που είναι σταθερά. Μετά από την επίσκεψη ιατρών εδόθη εντολή η ασθενής να πάρει εξιτήριο από το Νοσοκομείο και να εισέρχεται στο τακτικό παθολογικό ιατρείο για εργαστηριακό έλεγχο.

Αξιολόγηση στόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Φόβος ανησυχία για τα προβλήματα της νόσου, και το άγνωστο περιβάλλον του Νοσοκομείου.</p>	<p>- Τόνωση του ηθικού του ασθενούς. - Ψυχολογική υποστήριξη. Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας.</p>	<p>- Δημιουργία ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος. - Εξωτερίκευση σκέψεων κ' των ανησυχιών ασθενούς. - Ικανοποίηση των φυσικών αναγκών της ασθενούς.</p>	<p>-Περιορίζονται όσο το δυνατόν οι θόρυβοι και ο έντονος φωτισμός. -Έγινε διάλογος με την ασθενή για εκτίμηση των αναγκών της.</p>	<p>- Η ασθενής φανέρωσε τις ανησυχίες και τους φόβους της. - Η ασθενής απέκτησε εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό.</p>
<p>2. Πόνος στο επιγάστριο όταν ο στόμαχος είναι άδειος.</p>	<p>- Ανακούφιση ασθενή από τον πόνο στο επιγάστριο.</p>	<p>- Χορήγηση αναλγητικών και αντιόξινων φαρμάκων.</p>	<p>- Ενημέρωση της ασθενούς για τη νοσηλεία που θα γίνει. -Χορηγήθηκε 1 amp. Aprotel 1 M και Aludrox Sir 30 cc.</p>	<p>- Η ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά από τον πόνο.</p>

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
3. Κεφαλαλγία μετά από έντονο στρες.	-Αποφυγή του έντονου στρες για μείωση της κεφαλαλγίας. -Καθησυχασμός της ασθενούς.	-Συζήτηση μ την άρρωστη για τις ανησυχίες της. -Ενημέρωση για τα συμπτώματα του προβλήματος.	-Συχνή επίσκεψη στην άρρωστη. -Ενημέρωση με κατανοητούς όρους για τα προβλήματα. -Δείχνουμε κατανόηση στην άρρωστη ώστε να αποφύγει καταστάσεις που δημιουργ- γούν απαισιοδοξία.	-Η ασθενής έδειξε μείωση της αγωνίας και του στρες. -Άρχισε να μιλά και να κάνει ερωτήσεις που την έκαναν να αισθανθεί καλύτερα.
4.. Μέλαινα κένωση.	-Αντιμετώπιση του προβλήματος. -Ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς.	-Παρακολούθηση κάθε κένωσης για το χρώμα, σύσταση και την ποσότητα. -Τοπική καθαριότητα. -Ενημέρωση και συζήτηση πάνω στο σύμπτωμα.	-Καταγραφή των κενώσεων στο διάγραμμα. -Έγινε η τοπική καθαριότητα με κάθε λεπτομέρεια. -Ενημερώθηκε η ασθενής για το σύμπτωμα αυτό.	-Ο ασθενής ηρέμησε και η ψυχολογική της κατάσταση είναι καλή.

Αξιολόγηση ατόμου/αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
5. Αιματέμμεση.	-Αντιμετώπιση αιματέμμεσης	-Καταγραφή ζωτικών σημείων. -Καταγραφή και καταμέτρηση του χρόνου και της ποσότητας των εμμέτων. -Πλύση του στόματος.	-Λήψη ζωτικών σημείων. -Καταγραφή των εμμέτων. -Έγινε πλύση στόματος με πορ-κοτόν, αντιφλεγμονώδες διάλυμα.	-Ζωτικά σημεία σε χαμηλά επίπεδα. -Καταγραφή 2 εμμέτων. -Η στοματική κοιλότητα είναι σε καλή κατάσταση.
6. Αιματοκρίτης χαμη- λός (32%).	Άνοδος του Ht σε ικανοποιητικά επίπεδα.	Ενημέρωση της αιμοδοσίας για ετοιμασία 1 μον. αίματος προς χορήγηση. -Ενημέρωση της ασθενούς	Ενημέρωση της ασθενούς για τη μετάγγιση αίματος. -Μετάγγιση 1 μον. αίματος κάτω από στενή παρακολούθηση.	-Κατανοηση της ασθενούς για τη μετάγγιση. -Μετά από τη χορήγηση του αίματος ο αιματοκρίτης ανέβηκε.



Επίλογος.

Η αιμορραγία σε κάποιο σημείο του ΓΕΣ και κυρίως του ΑΠ αποτελεί μία οξεία κατάσταση από την οποία ο ασθενής κινδυνεύει και επιπλέον αρκετά συχνή.

Κάθε αιμορραγία του ΑΠ συστήματος πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα σαν μία σοβαρή απειλή για τη ζωή του αρρώστου και να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη σωστή αντιμετώπιση.

Οι κυριώτερες αιτίες που προκαλούν αιμορραγία από το ΑΠ είναι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και οι οξείες βλάβες του βλενογόνου. Κύρια αίτια των βλαβών είναι τα φάρμακα και κυρίως η ασπιρίνη.

Πρέπει να ληφθούν μέτρα πρόληψης γύρω από τις αιτίες, να υπάρχει το καταλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, να γίνεται συχνός ιατρικός έλεγχος στα άτομα που παρουσιάζουν προβλήματα ΑΠ και να τους δίνονται οι κατάλληλες ιατρικές οδηγίες.

Επίσης, πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση και διαφώτιση από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αραπάκη Γ.Ι. «Στοιχεία Παθολογίας δια Αδελφούς Νοσοκόμους».
2. Γάρδικας Κ.Δ. «Νοσολογία» Τόμος Α΄ Εκδόσεις Δ΄ Γ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1994.
3. Cecil «Παθολογία» Τόμος Α΄ Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
4. Εγκυκλοπαίδεια «Σύγχρονη Ιατρική», Τόμος 6^{ος}, Εκδόσεις Φυκίρης, Αθήνα 1995.
5. Ganong William «Ιατρική Φυσιολογία» Τόμος Β΄ Έκδοση Γ, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1997.
6. Καραγκουλάκης Δ.Γ. «Στοιχεία γενικής φαρμακολογίας» Επίτομος έκδοση Α΄, Εκδόσεις Καραγκουλάκης, Πάτρα 1989.
7. Μαλγαρινού Μ.Α., «Γενική Παθολογική - Χειρουργική», Τόμος Α΄, Έκδοση 18^η, Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ", ΣΑ, Αθήνα 1994.
8. Παπαδημητρίου Δ. Ιωάννης «Αρχές γενικής χειρουργικής», Τόμος Β΄, Ε, Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος Αθήνα 1989.
9. Ρούσσος. «Ένταπκή θεραπεία», Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1977.
10. Σαχίνη-Καρδάση Άννα «Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική», Τόμος 2^{ος}, Ε΄ Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
11. Σωτηρίου Α. «Εσωτερική Παθολογία» Τόμος Ε΄, Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος.