

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΙΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**  
**ΝΟΣΟΚΟΜΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ-ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΠΑΤΖΗ ΕΛΕΝΑ**  
**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΦΙΛΙΑ ΕΛΕΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ**

---

*Αφιερώνεται στην Καθηγήτριά μου κα. Ελενα Μπατζή  
για την πολύτιμη βοήθειά της,  
κατά την παρουσίαση της  
πτυχιακής μου εργασίας.*

---

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** .....Σελ. 7

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

##### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

1.1 ΣΤΟΜΑΧΟΣ .....Σελ. 9

1.2 ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ .....Σελ. 10

1.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ..Σελ.10

1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.Σελ. 11

1.5 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....Σελ. 12

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

##### **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

2.1 ΥΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ .....Σελ. 14

2.2 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ .....Σελ. 15

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

##### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

3.1 ΓΕΝΙΚΑ .....Σελ. 18

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....Σελ. 18

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

##### **ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

4.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....Σελ. 21

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....Σελ. 21

4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ .....Σελ. 22

1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ .....Σελ. 23

2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ .....	Σελ. 23
3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ .....	Σελ. 24
4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ .....	Σελ. 24

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ .....	Σελ. 27
2. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ .....	Σελ. 28
- Ενδείξεις	
- Αντενδείξεις	
3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ .....	Σελ. 29

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

6.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	Σελ. 32
1. ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ .....	Σελ. 32
2. ΦΑΡΜΑΚΑ .....	Σελ. 32
3. ΑΝΑΠΑΥΣΗ .....	Σελ. 35
6.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	Σελ. 35

### **- ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

1. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ .....	Σελ. 38
2. ΒΑΓΓΟΤΟΜΗ .....	Σελ. 38

### **- ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

## **ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

1. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ .....Σελ. 40
2. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΙΑ .....Σελ. 40
3. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΔΙΑΤΟΜΗ  
ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΩΝ .....Σελ. 40

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

#### **ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ**

1. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΛΚΟΥΣ .....Σελ. 43
2. ΓΑΣΤΡΟΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ .....Σελ. 43
3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΙΟΥΣΑΣ .....Σελ. 44
4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING .....Σελ. 44
5. ΔΙΑΡΡΟΪΚΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ .....Σελ. 45

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

- 1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....Σελ. 47
  - Άμεσοι Σκοποί .....Σελ. 47
  - Μακροπρόθεσμοι Σκοποί .....Σελ. 47
- 1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....Σελ. 47
  - 1.2.α Διαιτητική Θεραπεία .....Σελ.  
47
  - 1.2.β Φαρμακευτική Θεραπεία .....Σελ.  
48
  - 1.2.γ Σχεδιασμός Προγράμματος διδασκαλίας .....Σελ. 49
  - 1.2.δ Ενίσχυση ψυχικής & σωματικής ηρεμίας .....Σελ. 50

1.3	ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ .....	Σελ. 50
1.4	ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ .....	Σελ. 53

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

#### **ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

1.	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ .....	Σελ. 55
2.	ΔΙΑΤΡΗΣΗ .....	Σελ. 56
3.	ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ .....	Σελ. 56
4.	ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ .....	Σελ. 57

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

3.1	ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ .....	Σελ. 59
3.2	ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ .....	Σελ. 59

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

- 1ο	Περιστατικό .....	Σελ. 62
- 2ο	Περιστατικό .....	Σελ. 66

<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	Σελ. 69
-----------------------	---------

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	Σελ. 70
------------------------	---------

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	Σελ. 75
---------------------------	---------

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στην εργασία αυτή, προβάλλεται η μελέτη του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου, η οποία αναφέρεται στην Ανατομία, την Φυσιολογία, την Παθολογία, την Θεραπεία Χειρουργική και Συντηρητική, καθώς και στην διάγνωση, πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και ιδιαίτερα στη Νοσηλευτική Αντιμετώπιση.

Η παρουσίαση της εργασίας, είναι δομημένη ως εξής:

Στην αρχή περιγράφεται το Γενικό Μέρος, έπειτα ακολουθεί το Ειδικό Μέρος, το οποίο περιλαμβάνει την Νοσηλευτική Αντιμετώπιση - φροντίδα, καθώς επίσης και τη Νοσηλευτική Διεργασία.

Το πεπτικό έλκος παρουσιάζεται αρκετά συχνά, αλλά η αιτιολογία δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.

Βαδίζοντας στον 21ο αιώνα, συνεχώς εφευρίσκονται νέοι τρόποι και μέθοδοι θεραπείες, για την αντιμετώπιση της ασθένειας αυτής.

Συγχρόνως, το επίπεδο της Νοσηλευτικής φροντίδας, διαδραματίζει δημιουργικό ρόλο σ' όλους τους τομείς ζωής και δραστηριότητας των ανθρώπων, καθώς και στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

##### **1.1. ΣΤΟΜΑΧΟΣ**

##### **1.2 ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

##### **1.3 ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

##### **1.4 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

##### **1.5 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**



## **1.2. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

#### **ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

##### **1.1 ΣΤΟΜΑΧΟΣ**

Ο στόμαχος είναι συνέχεια του οισοφάγου και είναι το περισσότερο ανευρυσμένο τμήμα του εντερικού σωλήνα. Βρίσκεται στην άνω κοιλία και ακριβέστερα στο αριστερό υποχόνδριο στο ιδίως επιγάστριο, στην ομφαλική χώρα και κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος.

Ο στόμαχος, χρησιμεύει για την πέψη των τροφών, που γίνεται με τη βοήθεια του γαστρικού υγρού, που εκκρίνει, ενώ με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα, το περιεχόμενο του στομάχου, φέρεται προς το λεπτό έντερο.

Μορφολογία του στομάχου: Ο στόμαχος εμφανίζει το καρδιακό και πυλωρικό στόμιο, την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, το μεγάλο τόξο του στομάχου.

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

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

Μέρη του στομάχου: Ο στόμαχος διαιρείται σε δύο μέρη, τον ιδίως στόμαχο και τον πυλωρικό στόμαχο.

Από τα μέρη αυτά ο ιδίως στομάχος διακρίνεται στο θόλο και στο σώμα του στομάχου, ο δε πυλωρικός στομάχος στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα. **1.**

## **1.2. ΧΙΤΩΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τα έξω προς τα μέσα από τρία στρώματα χιτώνων: ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνος και ο βλεννογόνος.

- Ο ορογόνος αποτελεί το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

- Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από κυκλικές, επιμήκειες και λοξές λείες μυϊκές ίνες και επιτελεί ελαφρές τονικές συστολές και περισταλτικές κινήσεις. Με τις κινήσεις αυτές το περιεχόμενο του στομάχου αναμιγνύεται και στέλνεται περιοδικά προς το δωδεκαδάκτυλο.

- Ο βλεννογόνος, περιέχει τους αδένες του στομάχου που παράγουν το γαστρικό υγρό. Διακρίνονται σε ιδίως γαστρικούς, σε πυλωρικούς και σε καρδιακούς αδένες. **1.**

## **1.3. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Ο στομάχος και το δωδεκαδάκτυλο αιματώνονται από τις εξής αρτηρίες:

- Αριστερά γαστρική. Εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με τη δεξιά γαστρική.

- Δεξιά γαστρική. Είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας.

- Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή. Είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται δε κατά

μήκος του μείζονος τόξου με την αριστερή γαστροεπιπλοϊκή, που είναι κλάδος της σπληνικής.

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

- Το δωδεκαδάκτυλο αγγειώνεται από την άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, η οποία είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και την κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, η οποία εκφύεται από την άνω μεσεντέριο. **2.**

#### **1.4. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Ο στόμαχος νευρώνεται από 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 το αριστερό πνευμονογαστρικό διακλαδώνονται μεταξύ τους και στη συνέχεια σχηματίζουν δύο κύριους κλάδους: Το πρόσθιο και οπίσθιο πνευμονογαστρικό, που διανέμονται στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό δίνει τους ηπατικούς κλάδους και διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονα τόξου στο πρόσθιο τοίχωμα και το οπίσθιο δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στη συνέχεια διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονα τόξου, στο οπίσθιο τοίχωμα. **2.**

#### **1.5. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Το δωδεκαδάκτυλο έχει σχήμα « C » και περιβάλλει την κεφαλή του παγκρέατος. Βρίσκεται κυρίως δεξιά της σπονδυλικής στήλης. Στο δωδεκαδάκτυλο διακρίνουμε 4 μοίρες:

- Η άνω ή πρώτη μοίρα αντιστοιχεί δεξιά στο ύψος του Θ12 και του Ο1 σπονδύλου.

- Η δεύτερη μοίρα κατέρχεται μέχρι δεξιά του Ο3 - Ο4 σπονδύλου.

- Η οριζόντια ή τρίτη μοίρα φέρεται μέχρι το αριστερό πλάγιο του Ο2

- και η ανιούσα ή τέταρτη μοίρα καταλήγει στην νηστιδοδωδεκαδακτυλική καμπή στο αριστερό πλάγιο του Ο1-Ο2 σπονδύλου.

Η πρώτη μοίρα είναι διευρυσμένη και αποτελεί το βολβό του δωδεκαδάκτυλου, στο έσω τοίχωμα της δεύτερης μοίρας εκβάλουν ο χοληδόχος πόρος και ο παγκρεατικός πόρος. **3.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°**

### **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

#### **2.1 ΥΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

#### **2.2 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

#### **2.1. ΥΦΗ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Το σώμα του στομάχου μεταπίπτει στο πυλωρικό άντρο. το οποίο γίνεται στενό στον πυλωρό και οδηγεί στο δωδεκαδάκτυλο. Από λειτουργική άποψη ο στόμαχος μπορεί να διαιρεθεί σε εγγύς και άπω μοίρα.

Το μέγεθος του στομάχου εξαρτάται απ' την ποσότητα του περιεχομένου του, αυξάνει κυρίως στην εγγύς μοίρα, ενώ η πίεση στην κοιλότητα του οργάνου παρουσιάζει ελαφρές μόνο μεταβολές. Από άποψη υφής το τοίχωμα του στομάχου, μοιάζει με του εντέρου. Ο βλεννογόνος του σώματος και του πυθμένα περιέχει θεμέλια και καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν τα συστατικά του γαστρικού υγρού. Επιπλέον, ο γαστρικός βλεννογόνος περιέχει ενδοκρινή κύτταρα και βλεννογόνα κύτταρα. Η κινητικότητα του στομάχου ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα με δύο νευρικά πλέγματα, που εξαπλώνονται στο τοίχωμά του.

Κατά την κατάποση της τροφής ανοίγει αντανακλαστικά ο καρδιακός σφικτήρας και ο ερεθισμός των ανασταλτικών ινών του πνευμονογαστρικού, προκαλεί προσωρινή χάλαση της εγγύς μοίρας του στομάχου. Ακολουθεί τοπικός ερεθισμός του γαστρικού τοιχώματος που οδηγεί σε ενεργοποίηση της άπω μοίρας του στομάχου. Η τονική συστολή της εγγύς μοίρας του στομάχου εξασφαλίζει τη βαθμιαία προώθηση του γαστρικού περιεχομένου στην άπω μοίρα, στο άνω όριο της οποίας βρίσκεται μία περιοχή βηματοδότη απ' όπου εξαπλώνονται προς τον πυλωρό περισταλτικά κύματα συστολής. Η συστολή είναι ιδιαίτερα ισχυρή στο άντρο: Το περιεχόμενο του στομάχου πιέζεται προς την κατεύθυνση του πυλωρού, συμπιέζεται και απωθείται πάλι προς τα πίσω μετά τη σύγκλιση του πυλωρού. Μ' αυτό τον τρόπο η τροφή

ρευστοποιείται και αναμειγνύεται τελείως με το γαστρικό υγρό και τα λίπη γαλακτωματοποιούνται.

Ο χρόνος παραμονής της τροφής στο στόμαχο ποικίλει σημαντικά: Οι στερεές τροφές, για παράδειγμα, μπορούν να μπουν στο δωδεκαδάκτυλο μόνο ως σπός, δηλαδή μόνο ως εναιώρημα σωματιδίων διαμέτρου περίπου 0,3 mm. Ο χρόνος που παρέρχεται για να εγκαταλείψει το στόμαχο το 50% του νερού που εισέρχεται σ' αυτό είναι 10-20 min. και εξαρτάται κυρίως από τον τόνο της εγγύς μοίρας.

Για τις στερεές τροφές ο χρόνος κυμαίνεται από 1-4 ώρες, ανάλογα με την ευκολία της ρευστοποίησής τους και την ένταση του περισταλισμού του στομάχου. Η ταχύτητα εκκένωσης του στομάχου για τα τρία βασικά είδη θρεπτικών ουσιών είναι:

Υδατάνθρακες - πρωτεΐνες - λίπη. Ελάττωση της ταχύτητας εκκένωσης, που προκύπτει κατά την ελάττωση του PH και την αύξηση της ωσμωτικότητας του εξωθούμενου σπός, επέρχεται κάτω από την επίδραση της διέγερσης υποδοχέων του δωδεκαδακτύλου, εντερογαστρικών αντανακλαστικών και πεπτιδικών ορμονών. **4.**

## **2.2. ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ**

Ο στόμαχος εκκρίνει γαστρικό υγρό σε ποσότητα μέχρι 3 L. την ημέρα. Τα κύρια συστατικά του υγρού είναι πεψίνες, βλέννα, υδροχλωρικό οξύ, ενδογενής παράγων και γαστροφερρίνη. Οι πεψίνες σχηματίζονται από πρόδρομες ουσίες, τα πεψιγόνα.

Τα πεψιγόνα σχηματίζονται στα θεμέλια κύτταρα του πυθμένα του στομάχου. Τα βλεννογόνα κύτταρα παράγουν τη βλέννα, που χρησιμεύει κυρίως για την προστασία εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου από τα

πεπτικά υγρά. Το υδροχλωρικό οξύ σχηματίζεται από τα καλυπτήρια κύτταρα του πυθμένα και του σώματος του στομάχου.

Στην έκκριση του φυσιολογικού υγρού μπορούν να διακριθούν τρεις φάσεις διέγερσης:

α) Κεφαλική φάση:

Η παρουσία της τροφής στο στόμα προκαλεί αντανακλαστική διέγερση της έκκρισης του γαστρικού υγρού. Το αντανακλαστικό, είναι επίσης δυνατό, να εκλυθεί με την έλλειψη γλυκόζης στον εγκέφαλο.

β) Γαστρική φάση:

Όταν το περιεχόμενο του στομάχου έρχεται σ' επαφή με την κατώτερη μοίρα του, απελευθερώνεται γαστρίνη ως αποτέλεσμα μηχανικού και χημικού ερεθισμού. Η γαστρίνη μεταφέρεται στα ανώτερα τμήματα του στομάχου με το αίμα και αυξάνει την έκκριση γαστρικού υγρού.

γ) Εντερική φάση:

Καθώς ο οπός εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο, η διάταση του εντερικού τοιχώματος ασκεί θετική επίδραση στην έκκριση γαστρικού υγρού, στην οποία μεσολαβούν ενδοκρινείς οδοί. **4.**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

#### **3.1 ΓΕΝΙΚΑ**

#### **3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

#### **3.1. ΓΕΝΙΚΑ**

Το έλκος στομάχου, είναι εξέλκωση του βλεννογόνου, η οποία αρχικά είναι επιφανειακή, αργότερα όμως προχωρεί σε βάθος και καταλαμβάνει τον υποβλεννογόνο και τους άλλους χιτώνες του στομάχου. Εντοπίζεται συνήθως στο ελάχιστον τόξο του στομάχου ή του βολβού του δωδεκαδακτύλου, σπανιότερα στο κάτω τμήμα του οισοφάγου του λεπτού εντέρου εγγύς γαστρεντεροαναστομώσεως και σε πολλά σημεία της νήσιδος. Επί συνδρόμων Zollinger - Ellison και επί μεκκελείου εκκολπώματος.

Οι παράγοντες, οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη δημιουργία του έλκους του στομάχου είναι πάρα πολλοί. Ετσι, ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία σχετικά με την παθογένεια της νόσου. **5.**

#### **3.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η αιτιολογία του έλκους ακόμη και σήμερα δεν είναι αρκετά σαφής. Η γαστρική υπερέκκριση HCL δεν είναι ο μόνος παράγοντας που συμβάλλει στη δημιουργία έλκους του στομάχου.

Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη δημιουργία των ελκών του στομάχου είναι:

- Διάφοροι μύκητες.
- Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου, π.χ. άτομα με ψυχοσωματικά προβλήματα και κατάθλιψη είναι επιρρεπή στη δημιουργία του έλκους.

- Διάφορα φάρμακα, π.χ. ασπιρίνη και αντιρευματικά προκαλούν επίσης εξέλκωση.

- Η διατροφή παίζει σπουδαίο ρόλο στη διατήρηση της ακεραιότητας του βλεννογόνου.

- Κακές διαιτητικές συνήθειες, όπως μεγάλα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γευμάτων, ακατάστατα γεύματα, εκθέτουν το βλεννογόνο του στομάχου στη μακρά επίδραση του γαστρικού υγρού.

- Το κάπνισμα, ο αλκοολισμός και η καφεΐνη, αυξάνουν την έκκριση του γαστρικού υγρού. **6.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

### **ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

4.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

4.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

4.3 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ

1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ
3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ
4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

## **2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

### **ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

#### **4.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Το πεπτικό έλκος είναι συνήθως πάθηση των πολιτισμένων χωρών. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες, υπολογίζεται ότι το 10% των ενηλίκων ανδρών και 6% των γυναικών νοσούν ή νόσησαν από έλκος του στομάχου. Το έλκος του στομάχου και στα δύο φύλα είναι πολύ σπανιότερο από το έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Το έλκος του στομάχου, που παρουσιάζεται πιο συχνά στους άνδρες, σχετίζεται κατά πολλούς ερμηνευτές με την ψυχική και συναισθηματική κατάσταση των πασχόντων, που συνδέεται με την ιδιαίτερα επαγγελματική απασχόλησή τους.

Το άγχος, ο υπερβολικός φόβος, η υπερένταση, οι επαγγελματικές απογοητεύσεις, το αίσθημα ευθύνης και όλες οι ανησυχίες της καθημερινής ζωής, είναι σίγουρο ότι έχουν σημασία, στην εξέλιξη και τις υποτροπές του έλκους.

#### **4.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Κύριο σύμπτωμα του έλκους του στομάχου, είναι ο πόνος στο επιγάστριο, ο οποίος είναι περιοδικός και έχει τους εξής χαρακτήρες:

Ο πόνος εκτός από την εντόπισή του στο επιγάστριο αντανακλά ζωστηροειδώς στην οσφυϊκή μοίρα, συνυπάρχει ανορεξία, τάση προς έμετο και απώλεια βάρους. Ο πόνος επέρχεται μία περίπου ώρα μετά το φαγητό (εξαιτίας της υπερέκκρισης του γαστρικού υγρού κατά την πέψη).

Επί διατήρησης του έλκους του στομάχου, υπάρχουν κραυγαλέα τοπικά ευρήματα πόνου και σύσπαση του επιγαστρίου. Όμως η γενική κατάσταση του αρρώστου δεν είναι άσχημη. Πολλές φορές όμως είναι

δυνατό να ψηλαφηθεί στο επιγάστριο μάζα, η οποία υποδηλώνει ή όγκο κοιλιακού οργάνου ή πυλωρική στένωση επί έλκους λόγω αδυναμίας προωθήσεως προς το δωδεκαδάκτυλο του στομαχικού περιεχομένου. **6.**

Οι τροφώδεις έμετοι αποτελούν ένα ακόμη σύμπτωμα του έλκους του στομάχου σε ανάπτυξη πυλωρικής στένωσης. Πολλές φορές όμως προκαλούνται απ' τους ίδιους τους ασθενείς, προκειμένου να τους ανακουφίσουν από τον πόνο, με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.

Ο πόνος που παρουσιάζεται σε περίπτωση έλκους του στομάχου έχει τους εξής χαρακτηριστές:

- Περιοδικότητα. Ο πόνος παρουσιάζεται κατά περιόδους 8-20 ημερών, σπάνια περισσότερους. Οι επώδυνοι περίοδοι εναλλάσσονται με περιόδους πλήρους ηρεμίας. Πολλές φορές οι επώδυνοι περίοδοι εμφανίζονται μόνο την Άνοιξη και το Φθινόπωρο. Συνεχής πόνος σημαίνει επιπλοκή, πυλωρική στένωση. Τα ενοχλήματα εξαφανίζονται πολλές φορές σε περιόδους κύησης και επανεμφανίζονται κατά τη λοχεία.

- Ωράριο. α) Ο πόνος εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής, αφού περάσει περίπου μία ώρα.

β) Ο πόνος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της νύχτας 2-6 ώρες μετά το γεύμα, όταν στο στομάχι υπάρχει μεγάλη ποσότητα όξινου γαστρικού υγρού και τέλος,

γ) Ο πόνος εμφανίζεται σε περίπτωση πείνας του ασθενή. Οι ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη τροφής φοβούμενοι πιθανή πρόκληση του άλγους ή σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν ορισμένα μόνο φαγητά που ερεθίζουν το έλκος και προκαλούν άλγος. **7.**

#### **4.3. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ**

## 1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Αιμορραγία συμβαίνει σε περίπτωση διάβρωσης από το έλκος αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδούς. Μεγάλες αιμορραγίες οφείλονται στη διάβρωση αρτηρίας, ιδιαίτερα της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας από έλκος του οπίσθιου τοιχώματος του δωδεκαδακτύλου.

Κλινικές εκδηλώσεις: Αιματέμεση και σκοτεινόχρωμες κενώσεις. Το μέγεθος της αιμορραγίας ποικίλλει από 1-2 σκοτεινόχρωμες κενώσεις, μέχρι άφθονη αιμορραγία με ωχρότητα, ταχυκαρδία, μικρό και συχνό σφυγμό, υπόταση, λιποθυμία και shock. Σε μεγάλη αιμορραγία, η ουρία του αίματος είναι αυξημένη λόγω ελάτωσης της σπειραματικής διήθησης του νεφρού. Συνυπάρχει συχνά μετρίου ύψους πυρετός και λευκοκυττάρωση.

Θεραπεία: Η θεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι συντηρητική. Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο και υποβάλλεται σε απόλυτη ανάπαυση και ελαφρά τροφή, επίσης είναι σκόπιμη η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και επανειλημμένες πλύσεις με παγωμένο νερό. Αν η αιμορραγία είναι απειλητική και η κατάσταση δεν αποκαθίσταται, επιβάλλεται εγχείρηση. **8.**

## 2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ

Συμβαίνει σε 3-5% των ελκών του βολβού και 2-3% των ελκών του στομάχου. Το περιεχόμενο του στομάχου διαφεύγει στο περιτόναιο, αν και διάτρηση έλκους του βολβού καλύπτεται συχνά από το επίπλουν οπότε πρόκειται για συγκαλυμμένη διάτρηση.

Κλινικές εκδηλώσεις: Ο πόνος εισβάλλει απότομα και είναι ισχυρότατος. Εντοπίζεται στο επιγάστριο, ακτινοβολεί σε όλη την κοιλία, επιτείνεται κατά τις αναπνευστικές κινήσεις, αλλά και σε κάθε κίνηση, γι' αυτό ο ασθενής μένει ακίνητος, ενώ η αναπνοή είναι επιπόλαια. Ο πόνος είναι συνεχής, αργότερα

όμως μειώνεται, οπότε εμφανίζονται οι βαριές εκδηλώσεις της καθολικής περιτονίτιδας. Συχνά ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση shock.

Θεραπεία: Επιβάλλεται άμεση επέμβαση. Όσο πιο σύντομη από τη στιγμή της διάτρησης μέχρι την επέμβαση, τόσο μικρότερη είναι η θνησιμότητα. Σε πολύ ηλικιωμένα και εξασθενημένα άτομα, συνίσταται συντηρητική αγωγή με συνεχή αναρρόφηση, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών. **8.**

### **3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ**

Παραπυλωρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη επιπλέκονται μερικές φορές από στένωση. Εξάλλου χρόνια έλκη του σώματος του στομάχου δημιουργούν μερικές φορές ουλώδη επεξεργασία, που οδηγεί σε μεσογαστρική στένωση και σχηματισμό δίλοβου στομάχου που μοιάζει με κλεψύδρα. Οίδημα και σπασμοί επιτείνουν την στένωση. Αποτέλεσμα της πυλωρικής στένωσης είναι η διάταση του στομάχου και ο υπερπερισταλισμός, ο οποίος οδηγεί σε υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα του στομάχου. Τέλος, ο στόμαχος διατείνεται υπερβολικά και μεταβάλλεται σε πελώριο χαλαρό σάκο γεμάτο υπολείμματα τροφών και υγρά.

Κλινικές εκδηλώσεις: Τα κλινικά σημεία είναι έμετοι με κάκοσμο υγρό, ελάττωση της όρεξης και απώλεια βάρους. Συχνά συνυπάρχει πόνος, χωρίς ωράριο αλλά συνεχής, όπως και δυσκοιλιότητα. Αντικειμενικά το άτομο είναι ισχνό και αφυδατωμένο, και παρουσιάζει διάταση του στομάχου με ορατές περισταλτικές κινήσεις.

Θεραπεία: Χειρουργική επέμβαση, αφού προηγουμένως διορθωθεί η θρέψη του ασθενούς και οι μεταβολικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές του. **8.**

### **4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ**



Σπανιότατα καλοήθη χρόνια έλκη του στομάχου εξαλλάσσονται προς καρκίνωμα. Ελκος του πυλωρικού άντρου, είναι συχνά ελκώδης καρκίνος, ενώ έλκη του ελάσσονος τόξου είναι κατά κανόνα καλοήθη. **8.**

Κλινική εικόνα: Αδυναμία, ελάττωση σωματικού βάρους, μετεωρισμός κοιλιάς, ναυτία, έμετοι και στη συνέχεια εμφανίζονται μικρές και συχνές αιμορραγίες.

Θεραπεία: Η θεραπεία στην καλοήθη εξαλλαγή είναι χειρουργική, όπου γίνεται μερική ή ολική γαστρεκτομή και παράλληλα εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. **9.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
2. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ
  - Ενδείξεις
  - Αντενδείξεις
3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται με σκοπό τη διάγνωση του έλκους του στομάχου είναι:

1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
2. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ
3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

#### **1. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Ο ασθενής στον οποίο διαπιστώθηκε έλκος στομάχου, πρέπει να παρακολουθείται ακτινολογικά. Η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται μετά από 4 εβδομάδες, αν το μέγεθος του έλκους παρέμεινε το ίδιο ή έχει αυξηθεί ή αν το έλκος δείχνει ακτινολογικά σημεία κακοήθειας, ο ασθενής πρέπει να χειρουργείται. Αν το έλκος ελαττώθηκε μεν, αλλά δεν εξαφανίστηκε τελείως, η εξέταση επαναλαμβάνεται μετά από 6 εβδομάδες από την αρχική διάγνωση. Αν το έλκος δεν έχει ελαττωθεί τουλάχιστον κατά 90%, ο ασθενής πρέπει να χειρουργείται. Αν το έλκος έχει ελαττωθεί μεν σημαντικά, αλλά δεν έχει εξαφανιστεί τελείως επαναλαμβάνεται η εξέταση μετά από τρεις μήνες απ' την αρχική διάγνωση. Αν το έλκος δεν έχει εξαφανιστεί, ο ασθενής χειρουργείται, εκτός αν έχει σοβαρά ιατρικά προβλήματα, τα οποία αυξάνουν τη νοσηρότητα και θνητότητα της εγχείρησης. **7.**

Η ακτινολογική εξέταση του ασθενούς, γίνεται μετά από λήψη βαριούχου γέυματος, κατά το οποίο επί υπάρξεως έλκους παρατηρείται η επονομαζόμενη κρύπτη του έλκους (δηλαδή η είσοδος της βαριούχου χρωστικής μέσα στον κρατήρα του έλκους), η οποία δίνει την εντύπωση ανωμαλίας του τοιχώματος του στομάχου. **6.**

## 2. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η γαστροσκόπηση είναι μία απλή και ακίνδυνη μέθοδος, που σκοπό έχει τη διερεύνηση του εσωτερικού τμήματος του στομάχου.

Είναι μία απλή εξέταση που διαρκεί λίγα λεπτά. Απαιτεί όμως την προετοιμασία του ασθενή. Ο ασθενής, δηλαδή, πρέπει να είναι νηστικός 5-6 ώρες. Πριν την εξέταση εφαρμόζεται τοπική φαρυγγική αναισθησία με Xilocaine Spray και σπάνια μικρή δόση κατασταλτικού φαρμάκου ενδοφλεβίως (συνήθως διαζεπάμη).

- Ενδείξεις

Η γαστροσκόπηση ενδείκνυται σε υποψία πάθησης του στομάχου όταν η ακτινολογική εξέταση δεν είναι σαφής. Πρέπει να γίνεται γαστροσκόπηση για τη λήψη πολλαπλών βιοψιών και επιχρίσματος για κυτταρολογική, γιατί μέχρις 15% των γαστρικών ελκών είναι κακοήθη. Η διαγνωστική ικανότητα του συνδυασμού βιοψίας και κυτταρολογικής με την ενδοσκόπηση φτάνει το 95%.

Όταν ο ενδοσκόπος υποψιάζεται κακοήθεια και οι βιοψίες είναι αρνητικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται.

- Αντενδείξεις

Η γαστροσκόπηση δεν ενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις:

1. Ασθενείς με κατάσταση shock.
2. Ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου (3-4 εβδομάδες).
3. Μετά τη λήψη καυστικών ουσιών (κίνδυνος διάτρησης).
4. Μη συνεργάσιμος άρρωστος.
5. Χρειάζεται προσοχή σε ασθενείς με ανεύρυσμα της αορτής (κίνδυνος ρήξεως), εκκόλπωμα φαρυγγικής μοίρας οισοφάγου (κίνδυνος διάτρησης), μεγάλοι κίρσοι οισοφάγου (κίνδυνος αιμορραγίας). 2.

### 3. ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Το δείγμα του γαστρικού υγρού παίρνεται με εισαγωγή σωλήνα Levin από τη μύτη μέσα στο στομάχι, μπορεί όμως να γίνει λήψη γαστρικού υγρού και από τους εμέτους του αρρώστου.

Σκοπός της εξέτασης του γαστρικού υγρού, είναι να βρεθεί το ποσό του HCL οξέως που υπάρχει μέσα σ' αυτό. Σε περίπτωση αυξήσεως του HCL οξέως έχουμε την υπερχλωρυδρία, που τη συναντούμε σε αρρώστους με έλκος στομάχου. Σε περίπτωση ελαττώσεως του ποσού του ελεύθερου HCL οξέως στο γαστρικό υγρό, έχουμε την υποχλωρυδρία, που τη συναντάμε σε αρρώστους με καρκίνο στομάχου, ατροφική γαστρίτιδα, υπόχρωμες και υπέρχρωμες αναιμίες, χρόνια αλκοολισμός.

Η τέλεια έλλειψη ελεύθερου υδροχλωρικού οξέως στο γαστρικό υγρό ονομάζεται αχυλία ή αχλωρυδρία.

Αχυλία παρατηρείται σε καρκίνο του στομάχου, σε κακοήγη αναιμία του Biermer. Για την εξέταση αυτή, ο άρρωστος μένει νηστικός οκτώ (8) περίπου ώρες, πριν την εφαρμογή της.

Ο σωλήνας Levin μπαίνει στη μύτη, στο στομάχι και από το ελεύθερο άκρο του, με σύριγγα, γίνεται αναρρόφηση του γαστρικού υγρού.

Φυσιολογικά, μετά την εισαγωγή του σωλήνα στο στομάχι και την αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου κάθε 15' το ποσό του εκκρινόμενου γαστρικού υγρού μέσα σε μία ώρα είναι 60-80 κ.εκ. Μετά από υποδόρια ένεση ισταμίνης 0,5 mg, το ποσό αυτό μέσα σε μία ώρα ανεβαίνει 120-180 κ.εκ. Επίσης αυξάνεται και η ελεύθερη οξύτητά του.

Η χρήση ή όχι της ισταμίνης γίνεται πάντα μετά από εντολή γιατρού και σκοπό έχει τον έλεγχο της φυσιολογικής ή μη εκκρίσεως του γαστρικού υγρού και του υδροχλωρικού οξέως HCL.

Η πιθανότητα εμφάνισης shock (ανεπιθύμητη ενέργεια) μετά την ένεση της ισταμίνης, επιβάλλει να έχουμε υπόψη μας και τα παρακάτω:

- Η ισταμίνη να γίνεται με εντολή γιατρού.

- Απαιτείται συχνή και στενή παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα shock.

- Απαραίτητο να υπάρχει έτοιμη ένεση solu - cortef για άμεση χρήση σε περίπτωση shock.

Μετά τη λήψη των αναγκαίων δειγμάτων γαστρικού υγρού, αφαιρείται ο σωλήνας, γίνεται καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και φροντίδα της ρινικής και τέλος προσφέρεται πρόγευμα, αφού ο ασθενής ηρεμήσει μετά τη δυσάρεστη αυτή νοσηλεία.

Στη μικροσκοπική εξέταση, η ανεύρεση λευκών αιμοσφαιρίων, δηλώνει τη λοίμωξη των χοληφόρων αγγείων. Μερικές φορές, κατά τη μικροσκοπική εξέταση ευρίσκονται λάμβλιες, ιστολυτικές αμοιβάδες ή ωάρια ασκαρίδων σαν παθολογικά αίτια χολοκυστίτιδας. **10.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **6.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

1. ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
2. ΦΑΡΜΑΚΑ
3. ΑΝΑΠΑΥΣΗ

#### **6.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο**

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

#### **6.1 ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Σκοπός της συντηρητικής αγωγής του έλκους του στομάχου είναι:

- Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο και τα συμπτώματα.
- Επούλωση του έλκους.
- Πρόληψη υποτροπής του έλκους.

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει τα εξής:

1. ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ
2. ΦΑΡΜΑΚΑ
3. ΑΝΑΠΑΥΣΗ

#### **1. ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Η υγιεινοδιαιτητική αγωγή συνίσταται:

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

#### **2. ΦΑΡΜΑΚΑ**

Η φαρμακευτική αγωγή είναι η ακόλουθη:

- Αρρωστοι με λήψη ανιόξινων φαρμάκων: Simeco, Aludrax, Oxaine, Maalox, Riopan (μετά το φαγητό).

Τα φάρμακα αυτά, χορηγούνται στο έλκος στομάχου. Τα αντιόξινα εξουδετερώνουν την οξύτητα του HCL οξέως και ανακουφίζουν από τον πόνο. Η συνηθέστερη ανεπιθύμητη ενέργειά τους είναι η δυσκοιλιότητα.

#### **Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου**



Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν ότι όλα σχεδόν τα σκευάσματα των αντιόξινων φαρμάκων περιέχουν κάποια ποσότητα νατρίου. Το στοιχείο αυτό, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε περιπτώσεις που ο άρρωστος έχει πτωχή σε Νάτριο (Να) δίαιτα ή άναλη.

Αντιμετωπίζεται η δυσκοιλιότητα του αρρώστου με τροφές που αφήνουν υπόλειμμα, π.χ. χόρτα κ.ά, ή φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

Συστήνεται στον άρρωστο να παίρνει το φάρμακό του, χωρίς νερό και μετά μία ώρα τουλάχιστον από το γεύμα για να καθυστερεί η απόρριψη και να παρατείνεται η τοπική δράση.

#### **- Άρρωστοι με λήψη αντιδιαρροϊκών φαρμάκων**

Τα περισσότερα οξέα διαρροϊκά σύνδρομα υποχωρούν με τα συνήθη διαιτητικά μέτρα και σπάνια απαιτούν ειδική θεραπεία. Βασικό κριτήριο για τη χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων θεωρείται η παράταση της διάρροιας πέρα του 24ώρου και όταν δημιουργεί σοβαρά προβλήματα της ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.

Τα αντιδιαρροϊκά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ναυτία, εμέτους, ανορεξία, κεφαλαλγία, ξηρότητα στόματος, εξανθήματα, κ.λ.π.

#### **Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου:**

\* Οι νοσηλευτές πρέπει να παρακολουθήσουν τις κενώσεις του αρρώστου και να εκτιμούν τη σύσταση, το χρώμα και τον αριθμό των κενώσεων.

\* Να φροντίζουν για τη ρύθμιση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών ανάλογα με τις απώλειες.

\* Να αντιμετωπίζουν τις πιθανές παρενέργειες από το αντιδιαρροϊκό φάρμακο που παίρνει ο άρρωστος, ναυτία, εμετοί, κ.λ.π.

\* Να μη παραμελούν την ατομική υγιεινή του αρρώστου, καθαριότητα σώματος, φροντίδα στόματος, ανάπαυση και διατροφή.

#### **- Άρρωστοι με λήψη καθαρτικών φαρμάκων**

Η χρήση καθαρτικών δικαιολογείται κυρίως σε περιπτώσεις όπως είναι:

\* Η αντιμετώπιση οξείας δυσκοιλιότητας παθολογικής αιτιολογίας ή μη, καθώς και χρόνιας δυσκοιλιότητας.

\* Οξείες καταστάσεις, που επιβάλλεται αποφυγή προσπάθειας κατά την κένωση του εντέρου.

\* Διαγνωστικές εξετάσεις πριν και μετά από επεμβάσεις για τον καθαρισμό του εντέρου.

\* Διάγνωση ορισμένων παρασιτώσεων.

\* Κλινήρεις ασθενείς για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου.

Ανάλογα με το είδος του καθαρτικού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει μετεωρισμό, αποβολή αερίων, κοιλιακούς πόνους, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διάρροια, ορθοστατική υπόταση.

#### **Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου:**

\* Οι νοσηλευτές να εξηγούν στον άρρωστο τον τρόπο λήψεως του καθαρτικού και τις πιθανές παρενέργειες.

\* Όταν τα φάρμακα έχουν δυσάρεστη γεύση και οσμή, ή είναι ελαιώδη, να τα συνοδεύουν με παγωμένο νερό ή χυμό λεμονιού ή άλλο φρούτο. Το παγωμένο νερό αναισθητοποιεί τους γευστικούς κάλυκες της γλώσσας, στους οποίους καταλήγουν οι νευρικές απολήξεις της αίσθησης της γεύσης. Έτσι, ο άρρωστος αισθάνεται λιγότερο την κακή γεύση του φαρμάκου.

\* Να αξιολογούν πιθανή υπερβολική απώλεια υγρών με τις κενώσεις που απαιτούν αντικατάσταση και να ενεργούν ανάλογα.

\* Να φροντίζουν για την ατομική καθαριότητα του αρρώστου.

\* Να γνωρίζουν ότι η χρήση των καθαρτικών γενικά δεν συνιστάται για διάρκεια περισσότερη από μία εβδομάδα. Η μακροχρόνια χρήση καθαρτικών μπορεί να επιδεινώσει τη δυσκοιλιότητα, να προκαλέσει εξάρτηση και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η εφαρμογή κατάλληλης διαίτας με προσθήκη αρκετής ποσότητας φυτικών ινών και υγρών, καθώς και η άσκηση και ο φυσιολογικός τρόπος ζωής συμβάλλουν στην αποκατάστασή της.

### **3. ΑΝΑΠΑΥΣΗ**

Η ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και ανάπαυσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενή.

Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται ο αποκλεισμός ή η μείωση των παραγόντων, που συμβάλλουν στη δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους και επιτυγχάνεται με την ενίσχυση του ασθενή να παραμείνει στο κρεβάτι, οπότε και η πέψη βοηθείται και ο ασθενής απομακρύνεται από κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, εκνευρισμούς και φροντίδες.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όταν και οι δύο γνωρίζουν να τον πείθουν και να επιδίδονται στην κατάλληλη φροντίδα του.

Η χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων, βοηθάει στη διατήρηση της ηρεμίας, η οποία διαταράσσεται, καθώς και η πλήρης ανάπαυση του ασθενή, όταν επισκέπτες πολλοί και ανεπιθύμητοι τον ξαναφέρουν στα ποικίλα προβλήματα της ζωής. Επίσης, ο ασθενής δεν ηρεμεί, όταν οι ανάγκες του δεν ικανοποιούνται απ' το προσωπικό του νοσοκομείου. **10.**

## **6.2 ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παρ' όλη την οργανωμένη συντηρητική θεραπεία που παρέχεται, το έλκος του στομάχου δεν εξαλείφεται και ένα ποσοστό αρρώστων δεν θεραπεύεται πλήρως με συνέπεια η περίπτωση τους να απαιτεί χειρουργική θεραπεία.

Οι ενδείξεις κατά τις οποίες ένας ασθενής με έλκος στομάχου οδηγείται στη χειρουργική επέμβαση είναι οι εξής:

- Όταν εμφανίζονται επιπλοκές.

- Όταν το έλκος δεν επουλώνεται με τη συντηρητική θεραπεία εντός 3 μηνών, λόγω του κινδύνου εξαλλαγής ή λόγω της πιθανότητας, το έλκος να είναι εξαρχής καρκίνος.

- Όταν το έλκος υποτροπιάζει μετά τη συντηρητική θεραπεία. **2.**

**ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

1. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ
2. ΒΑΓΓΟΤΟΜΗ

## **ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

### **1. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ**

Σ' αυτή την περίπτωση γίνεται εκτομή του 60% περίπου του στομάχου από τον πυλωρικό σφιγκτήρα μέχρι τη μεσότητα του μείζονος τόξου και ψηλότερα στο ελάσσων τόξο. Ακολουθεί σύγκλιση του μεγαλύτερου μέρους του κολοβώματος του στομάχου και αναστόμωση του υπολοίπου, που πρόσκειται στο μείζον τόξο, με το δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα (αναστόμωση Billroth I).

Τα αποτελέσματα της επεμβάσεως αυτής είναι άριστα. **2.**

### **2. ΒΑΓΓΟΤΟΜΗ**

Η εκτέλεση στελεχιαίας διατομής του πνευμονογαστρικού και πυλωροπλαστικής Heinecke - Mikugitz κατά την οποία κόβουμε στον πυλωρό επιμήκως και τον συρράπτουμε εγκαρσίως, ακολουθείται από υψηλό ποσοστό υποτροπής και πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος να παραμείνει καρκίνος ιδιαιτέρως in Sity στο στόμαχο.

Γι' αυτό η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται μόνο σε ασθενείς που βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο και υπό την προϋπόθεση ότι θα γίνει λεπτομερής, ανοικτή βιοψία του έλκους.**2.**

- ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ  
ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**
1. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ
  2. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΙΑ
  3. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΔΙΑΤΟΜΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΩΝ

## **ΤΥΠΟΙ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

### **1. ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΟΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ**

Εκτελείται σπανιότατα και μόνο σε ηλικιωμένα ή εξασθενημένα άτομα, λόγω της απλότητάς της.

### **2. ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΙΑ**

Αφαιρείται κυρίως το άντρο, το οποίο παράγει γαστρίνη, με αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής της έκκρισης του οξέως κατά 70%.

Στη συνέχεια εκτελείται κατά προτίμηση αναστόμωση κολοβώματος του στομάχου και νήστιδος (Polga).

Η θνησιμότητα ανέρχεται σε 2% περίπου.

### **3. ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΔΙΑΤΟΜΗ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΩΝ**

Αυτή η εγχείρηση τα τελευταία χρόνια εκτελείται σε μεγάλη κλίμακα. Καταργεί τη νευρογενή φάση, μειώνει την παραγωγή γαστρίνης και ελαττώνει την αντίδραση των τοιχωματικών κυττάρων προς τα εξωτερικά ερεθίσματα.

Η απλή διατομή των νεύρων, έχει το μειονέκτημα ότι ευνοεί τη στάση στο στομάχι, με αποτέλεσμα την αύξηση της ελάττωσης της παραγωγής γαστρίνης.

Γι' αυτό και σε περίπτωση έλκους βολβού, εκτελείται διατομή σε συνδυασμό με γαστροεντεροαναστόμωση, αντρεκτομία ή συνηθέστερα πυλωροπλαστική.

Η ίδια εγχείρηση εκτελείται σήμερα από μερικούς και για έλκος του στομάχου. Είναι ακόμα νωρίς να αποφανθεί κανείς, αν υπερεκλεκτική



διατομή του πνευμονογαστρικού χωρίς παροχέτευση μπορεί να θεωρηθεί ως η καλύτερη εγγείρηση για το δωδεκαδακτυλικό έλκος. **8.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

#### **ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ**

1. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΛΚΟΥΣ
2. ΓΑΣΤΡΟΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ
3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΙΟΥΣΑΣ
4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING
5. ΔΙΑΡΡΟΪΚΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο**

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

#### **ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ**

##### **1. ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΕΛΚΟΥΣ**

Μπορεί να εμφανισθεί μετά από οποιαδήποτε επέμβαση για τη θεραπεία του έλκους.

Τα 96% των υποτροπιαζόντων ελκών αφορούν εγχειρήσεις για έλκος του δωδεκαδακτύλου και μόνο το 2-4% για έλκος του στομάχου.

Συνήθως, η υποτροπή εμφανίζεται από 1 έως 6 χρόνια μετά την αρχική επέμβαση. Ο πόνος είναι το κυριότερο ενόχλημα, η αιμορραγία είναι συχνή και απαντά στο 50% έως 70% των υποτροπιαζόντων ελκών, ενώ η διάτρηση του έλκους και η στένωση της περιοχής μπορεί να αναπτυχθούν σε μικρό ποσοστό των αρρώστων.

Η διάγνωση γίνεται με τη βοήθεια της ενδοσκόπησης, ενώ με την ακτινολογική εξέταση δεν είναι αντιληπτό.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και χειρουργική. **2.**

##### **2. ΓΑΣΤΡΟΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ**

Είναι επιπλοκή του έλκους υποτροπής, κυρίως μετά από εκτέλεση γαστροεντεροαναστομόσεως.

Απαντά σε συχνότητα 5% των ελκών υποτροπής και, συνήθως παρουσιάζεται 5-6 χρόνια μετά την αρχική εγχείρηση. Τα κύρια κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι διάρροια, καχεξία, απώλεια βάρους και εμετούς.

Η διάγνωση γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό και η θεραπεία είναι χειρουργική. **2.**

### **3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΙΟΥΣΑΣ**

Πρόκειται για σύνδρομο, που οφείλεται σε παρακώλυση της ομαλής κενώσεως υγρών της προσιούσας έλικας. Μετά το γεύμα, η έντονη παραγωγή παγκρεατικών υγρών και χολής έχει ως συνέπεια την άθροισή τους στην προσιούσα, η οποία όμως δυσλειτουργεί.

Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος, ο οποίος εκδηλώνεται μετά το γεύμα, και έμετος μία ώρα περίπου μετά τη λήψη τροφής, ο οποίος είναι αιφνίδιος, ρουκετοειδής και περιέχει χολή.

Η θεραπεία είναι χειρουργική. **2.**

### **4. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING**

Αναλόγως του χρόνου εμφάνισης από τη λήψη τροφής, διακρίνεται σε πρώιμο Dumping και όψιμο Dumping, με διαφορετική παθοφυσιολογία.

- Πρώιμο Dumping:

Τα συμπτώματα εμφανίζονται 10 έως 20 λεπτά μετά το γεύμα και είναι συμπτώματα από το γαστρεντερικό και το κυκλοφορικό.

Από το γαστρεντερικό, παρατηρείται αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας, ναυτία και διάρροια.

Από το κυκλοφορικό, παρατηρείται ταχυκαρδία, ιδρώτες και λιποθυμική τάση.

Ο περισσότερο πιθανός μηχανισμός, θεωρείται ο ακόλουθος: Λόγω της ταχείας κενώσεως του στομάχου, τροφές εισέρχονται σε μεγάλη ποσότητα στη νήσιδα. Εκεί διασπώνται κυρίως τα αμυλώδη σε απλά σάκχαρα και δρουν υπερωσμωτικώς, με συνέπεια την είσοδο μεγάλης ποσότητας υγρών

στη νήστιδα, που έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση του όγκου του κυκλοφορικού αίματος.

Η θεραπεία περιλαμβάνει συντηρητική αγωγή, σε βαριές όμως καταστάσεις, όπου τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με συντηρητικά μέσα, είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση.

- Όψιμο Dumping

Ο ασθενής εμφανίζει συμπτώματα μετά την πάροδο μίας ώρας μετά το φαγητό, και αυτά είναι εφίδρωση, τάση για λιποθυμία και διαταραχές του επιπέδου συνείδησης.

Η απότομη είσοδος των τροφών στη νήστιδα, προκαλεί αύξηση στα επίπεδα της ινσουλίνης και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπογλυκαιμίας.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και συνιστάται η χορήγηση ειδικού διαιτολογίου στον ασθενή. **2.**

## **5. ΔΙΑΡΡΟΪΚΕΣ ΚΕΝΩΣΕΙΣ**

Αποτελεί μετεγχειρητική επιπλοκή του 20-50% των ασθενών με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

Ως πιθανά αίτια έχουν αναφερθεί:

1) Η γρήγορη κένωση του στομάχου, 2) η μεταβολή της εντερικής χλωρίδας και 3) η μεταβολή της κινητικότητας του εντέρου.

Η θεραπεία είναι συντηρητική και περιλαμβάνει δίαιτα με στερεές τροφές, αντιβιοτικά και αντιδιαρροϊκά. **2.**

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

#### **1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

- Αμεσοι Σκοποί
- Μακροπρόθεσμοι Σκοποί

#### **1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

- 1.2<sup>α</sup> Διαιτητική Θεραπεία
- 1.2<sup>β</sup> Φαρμακευτική Θεραπεία
- 1.2<sup>γ</sup> Σχεδιασμός Προγράμματος Διδασκαλίας
- 1.2<sup>δ</sup> Ενίσχυση ψυχικής & σωματικής ηρεμίας

#### **1.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

#### **1.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**

#### **1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Στον ασθενή που πάσχει από έλκος στομάχου, η Νοσηλευτική φροντίδα αποσκοπεί στη δημιουργία των παραγόντων που θα επιφέρουν την επούλωση του έλκους.

Συγκεκριμένα, οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας είναι:

##### **- Άμεσοι σκοποί**

- \* Απαλλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετοι).
- \* Διόρθωση τυχόν ανισοζυγιών.
- \* Διατήρηση επαρκούς θρέψης.
- \* Προαγωγή επούλωσης του έλκους.

##### **- Μακροπρόθεσμοι σκοποί**

\* Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής του ή επιπλοκών.

- \* Μείωση καταστάσεων stress στο σπίτι και το χώρο της δουλειάς.
- \* Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγμάτευσης για χειρισμό του stress.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να είναι ενημερωμένο για την κατάσταση του κάθε ασθενή και για τη θεραπεία που ακολουθεί.

Επίσης, να υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους ιατρούς για την καλύτερη δυνατή και αποτελεσματική αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. **11.**

#### **1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**1.2α.** Διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου.

Συχνά, μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές, που μπορεί να τις ανεχτεί. Αποκλείονται από τη δίαιτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκαλέσουν θερμικό ερεθισμό και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως τα ποπ - κόρν.

Περιορισμός των τροφών και των υγρών, που διεγείρουν τη γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου, χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα σ' ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά ανάμεσά τους και ένα μικρό πριν απ' τον ύπνο.

Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυχτερινό πόνο, που τον ξυπνά απ' τον ύπνο, χορηγείται γάλα ή ένα αντιόξινο. **11.**

**1.2β.** Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέως, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και τη μείωση του άγχους.

\* Χορήγηση αντιόξινων. Δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το HCL οξύ του γαστρικού υγρού. Ορισμένα από αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα όπως το ανθρακικό ασβέστιο, ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του Μαγνησίου, μπορεί να προκαλέσουν διάρροια.

Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων που περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση των αρρώστων, στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

\* Χορήγηση αντιχολινεργικών. Συμβάλλουν στη μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας. Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες, όπως ξηρότητα στόματος, ναυτία και εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε



αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα, της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

\* Χορήγηση κατευναστικών. Χορηγούνται για τη μείωση του άγχους και της ανησυχίας και για την προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης.

\* Χορήγηση ανταγωνιστών. Η χρήση ανταγωνιστών των H<sub>2</sub> υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλαδινών και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκόρριζας, καθώς και το βισμούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. **11.**

**1.2γ.** Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης και της συνεργασίας του αρρώστου.

\* Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της. Προειδοποίηση των αρρώστων για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων. Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά τη δίαιτα.

\* Διδασκαλία που αφορά την υποτροπή της νόσου. Εξήγηση στον άρρωστο της χρόνιας και υποτροπιάζουσας φύσης της νόσου και προειδοποίησή του για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας. Η έμφαση δίνεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή δίαιτα και απρογραμμάτιστη λήψη των γευμάτων, ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλης ή τσιγάρου, συγκινησιακό stress και λοιμώξεις ειδικά των ανώτερων αναπνευστικών οδών. **11.**

**1.25.** Ενίσχυση της ψυχικής και σωματικής ηρεμίας και ανάπαυση του ασθενή.

\* Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση.

\* Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων stress, μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του stress και βοήθεια του αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους.

\* Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων, που προδιαθέτουν στο έλκος και προειδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένα από το γιατρό. **11.**

### **1.3 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Πριν οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο, η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα εξής:

#### **- Τόνωση του ηθικού:**

Ο ασθενής νιώθει φοβία για το άγνωστο αποτέλεσμα της εγχείρησης, ανασφάλεια και κατάθλιψη. Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της εξέλιξης της υγείας του ασθενή. Έτσι, ο νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια, θα πρέπει να τονώσει το ηθικό του ασθενή, να επιλύσει τυχόν απορίες που θα έχει και με κάθε τρόπο να κάνει τον ασθενή να αποβάλει κάθε φόβο και ανησυχία για την εγχείρηση.

#### **- Σωματική τόνωση:**

Μία ημέρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα. Έξι (6) ώρες πριν την εγχείρηση, παύει να σιτίζεται από το στόμα, για την αποφυγή του κινδύνου μετεωρισμού της

κοιλιάς και εμέτων. Αν επιβάλλεται να συνεχιστεί λήψη υγρών, αυτά χορηγούνται παρεντερικά.

**- Ιατρικές εξετάσεις:**

Πριν οδηγηθεί ο ασθενής στο χειρουργείο υποβάλλεται σε ορισμένες εξετάσεις, ώστε να εκτιμηθεί η γενικότερη κατάστασή του.

Συγκεκριμένα, οι εξετάσεις που πρέπει να γίνουν είναι:

1) Γενικές αίματος, χρόνος ροής, χρόνος πήξης, ομάδα και Rhesus, σάκχαρο και ουρία αίματος.

2) Γενική ούρων.

Επίσης, πριν την εγχείρηση ο ασθενής εξετάζεται από τον αναισθησιολόγο, για να εκτιμηθεί αν και κατά πόσο ο ασθενής μπορεί να δεχθεί τη νάρκωση, αλλά και για τον καθορισμό του είδους της νάρκωσης.

**- Καθαριότητα του ασθενή:**

Η καθαριότητα του ασθενή, περιλαμβάνει την καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και την καθαριότητα του σώματος του ασθενή. Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, γίνεται με καθαρτικό υποκλεισμό ή με καθαρτικά φάρμακα, και σκοπό έχει την αποφυγή εκκένωσης του περιεχομένου του στομάχου, μέσα στο χειρουργείο και την ευκολότερη διενέργεια της επέμβασης, λόγω μη διάτασης των εντέρων.

Η καθαριότητα του ασθενή, σκοπεύει στην αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα.

Έτσι, την παραμονή της εγχείρησης, ο ασθενής υποβάλλεται σε λουτρό καθαριότητας, ενώ παράλληλα γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα.

**- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου:**

Ο επαρκής και καλός ύπνος θα βοηθήσει τον ασθενή να αποβάλλει τα αισθήματα φόβου και αγωνίας, που ίσως να έχει και να νιώσει πιο ήρεμος και ήσυχος.

**- Προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενή:**

Σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών, κ.ά.

**- Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία:**

Σ' αυτή τη φάση, καθορίζεται το εγχειρητικό πεδίο και καθαρίζεται από τυχόν τρίχες ή ακαθαρσίες για την αποφυγή μόλυνσης.

**- Τελική προεγχειρητική προετοιμασία:**

Η τελική φάση της προεγχειρητικής φροντίδας, περιλαμβάνει την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, την ένδυση και την προνάρκωση.

Για την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή, λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία. Οτιδήποτε παρεκκλίνει από τα φυσιολογικά όρια ή άλλες παρατηρήσεις, θα πρέπει να αναφέρονται στο θεράποντα ιατρό.

Στη συνέχεια ο ασθενής φορά την κατάλληλη ενδυμασία, η οποία περιλαμβάνει ποδονάρια, ειδική ρόμπα μιας χρήσεως και σκούφο για την κάλυψη του τριχωτού της κεφαλής. Επίσης αφαιρούνται τυχόν κοσμήματα, τεχνητά μέρη, τεχνητές οδοντοστοιχίες κ.λ.π.

Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να ουρήσει, έτσι ώστε να προληφθεί η εκκένωση της ουροδόχου κύστεως μέσα στο χειρουργείο.

Η προνάρκωση γίνεται μισή ώρα πριν την εγχείρηση και το είδος της αποφασίζεται από τον αναισθησιολόγο. Η προνάρκωση αποβλέπει στη χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, τη μείωση των εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Μετά την προνάρκωση ο ασθενής δεν σηκώνεται από το κρεβάτι και δεν επιτρέπονται οι επισκέψεις.

Στη συνέχεια ο ασθενής είναι έτοιμος να οδηγηθεί στο χειρουργείο. **12.**

#### **1.4 ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενή συνίσταται:

- 1) Στην προστασία του κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.
- 2) Στην παρακολούθηση της εξέλιξης της ασθένειάς του, μετεγχειρητικά.
- 3) Στην ανακούφισή του από τυχόν ενοχλήματα.
- 4) Στην πρόληψη των επιπλοκών.
- 5) Στη βοήθεια του ασθενή να επανέλθει στο φυσικό του περιβάλλον.

Μετά την έξοδο του ασθενή από το χειρουργείο, οδηγείται στο θάλαμο ανάνηψης ή στη χειρουργική κλινική, αν έχει επανακτήσει πλήρως τις αισθήσεις του. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή, ώστε ο ασθενής να προφυλαχθεί από ρεύματα αέρος κατά τη μεταφορά του. Ο ασθενής καταλαμβάνει ύπτια θέση στο κρεβάτι, με το κεφάλι στραμμένο προς το πλάι.

Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια, παρακολουθεί στον ασθενή την κατάσταση του τραύματος, τις αντιδράσεις του και τις παροχετεύσεις που ίσως φέρει από το χειρουργείο.

Η καθαριότητα και η περιποίηση του τραύματος αποτελούν βασικές νοσηλευτικές διεργασίες σε ένα χειρουργημένο ασθενή. Συνιστάται καθημερινό λουτρό και συχνή αλλαγή ιματισμού, ενώ οι εντριβές ξεκουράζουν και ανακουφίζουν τον ασθενή.

Τέλος, η δίαιτα του ασθενή είναι υγρή. Βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρά πολτώδη τροφή, αναλόγως της κατάστασης του ασθενή. Όταν δεν μπορεί να πάρει τίποτα από το στόμα, τότε χορηγούνται ενδοφλέβια οροί. **12.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

### **ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ
3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ
4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

#### **1. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ**

Η αιμορραγία αποτελεί την πιο συνηθισμένη επιπλοκή του έλκους και εμφανίζεται κυρίως την Άνοιξη και το Φθινόπωρο. Εκδηλώνεται με συμπτώματα της απότομης απώλειας αίματος, όπως ίλιγγοι, κόπωση, αδυναμία, δίψα, ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία και λιποθυμία. Μετά από λίγο έρχεται η αιματέμεση (σκοτεινοέρυθρο αίμα ή καφεοειδές). Η δίοδος του αίματος από το έντερο προκαλεί μετεωρισμό και μέλαινα κένωση. Εφόσον, ο άρρωστος αιμορραγεί ή αιμορράγησε και υπάρχει κίνδυνος για νέα αιμορραγία, πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι και μόνο όταν η απειλή της πάψει να υπάρχει, επιτρέπεται να σηκωθεί. Στη φάση αυτή της ασθένειας όλες οι φυσικές ανάγκες του ασθενή ικανοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης του αίματος, για να εκτιμηθεί ο όγκος του αίματος και επομένως πόσο αίμα χάνει ο άρρωστος. Ο άρρωστος το πρώτο 24ωρο δεν παίρνει τίποτα από το στόμα ή παίρνει κατά διαστήματα λίγο γάλα. Όταν η αιμορραγία σταματήσει το διαιτολόγιο πλουτίζεται.

Παρακολουθούνται οι κενώσεις του αρρώστου για παρουσία αίματος, εφόσον ενδεικτικό του αρρώστου που αιμορραγεί είναι η «μέλαινα κένωση».

Χρειάζεται επιμελημένη καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας με πλύσεις μετά από χορήγηση τροφής και μάσησης μαστίχας. Ο ασθενής που αντιλήφθηκε ότι αιμορραγεί έχει ανάγκη ηθικής τονώσεως και ενίσχυσης.

Η μικρή αιμορραγία αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή - μετάγγιση αίματος, ακινησία, αιμοστατικά φάρμακα, παρεντερική χορήγηση υγρών - περιορισμένη λήψη τροφής και υγρών από το στόμα. **10.**

## **2. ΔΙΑΤΡΗΣΗ**

Είναι η πιο επικίνδυνη επιπλοκή του έλκους. Ο ασθενής παραπονείται για έντονους πόνους στο υπογάστριο και σύσπαση του υπογαστρίου.

Εξαιτίας της απώλειας υγρών από το στομάχι διαταράσσεται το ισοζύγιο τόσο των υγρών, όσο και των ηλεκτρολυτών. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται με το Levin, βοηθά πολύ στη ρύθμιση του ισοζυγίου των υγρών. Καταγράφονται οι σφυγμοί και η αρτηριακή πίεση, και παρακολουθείται συνεχώς ο ασθενής για να χαρακτηριστεί και να εκτιμηθεί η κλινική εικόνα του. Για την καλή παρακολούθηση του ασθενή το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να γνωρίζει ακριβώς την κλινική και εργαστηριακή εικόνα του.

Η ευσυνείδητη και στενή παρακολούθηση του αρρώστου από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλλει στη διάσωσή του. **10.**

## **3. ΠΥΛΩΡΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ**

Σ' αυτή την περίπτωση, ο ασθενής παρουσιάζει έντονο πόνο, χαρακτηριστικό του έλκους, αίσθημα πληρότητας και βάρους, ύστερα από το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους και εμέτους.

Από νοσηλευτική πλευρά οι νοσηλευτές, καλούνται να βοηθήσουν στη διάγνωση με ανεύρεση και εκτίμηση των συμπτωμάτων, που με την πάροδο του χρόνου γίνονται περισσότερο έντονα, πρέπει να απασχολήσουν τους νοσηλευτές και να τους οδηγήσουν σε αναζήτηση τρόπου για την αντιμετώπισή τους. Συνιστάται συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, επειδή οι έμετοι είναι κάκοσμοι. **10.**



#### **4. ΚΑΚΟΗΘΗΣ ΕΞΑΛΛΑΓΗ**

Όπως έχει σημειωθεί η θεραπεία για τη συγκεκριμένη επιπλοκή είναι χειρουργική. Επομένως η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και τη μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Οι Νοσηλευτές έχοντας υπόψη την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, καλούνται να αξιολογήσουν τα ενοχλήματα που νιώθει ο άρρωστος και να τον οδηγήσουν στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο.

Οι νοσηλευτές προτρέπουν τον άρρωστο, που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μία επιτυχή εγχείρηση κακοήθους εξαλλαγής να παρακολουθείται περιοδικά από τον ιατρό. Ο σκοπός της περιοδικής αυτής εξέτασης, είναι η έγκυρη εντόπιση τυχόν μεταστάσεως του όγκου. **10.**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

3.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ  
& ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

3.2 ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο**

### **3.1 ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΗ**

#### **ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ & ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ**

Η δίαιτα που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής που πάσχει από έλκος στομάχου, απαγορεύει τα εξής:

- Τις τροφές που προκαλούν χημικό ερεθισμό στο βλεννογόνο του στομάχου, όπως τα καρυκεύματα και τα διάφορα οξέα.

- Αποφυγή τροφών, οι οποίες προκαλούν δυσφορία, όπως είναι η σοκολάτα, καφεΐνη, τηγανητά φαγητά, ασπιρίνη, διότι διεγείρουν τη γαστρική έκκριση και προδιαθέτουν στην ανάπτυξη δυσφορίας. Η ασπιρίνη προδιαθέτει την αιμορραγία.

- Αποφυγή λήψης γευμάτων με γάλα, διότι η υπερβολική λήψη ασβεστίου και λευκώματος από τη λήψη γάλακτος διεγείρει την έκκριση οξέως από το στομάχι.

- Ενθάρρυνση του ασθενή να διακόψει το κάπνισμα, διότι η νικοτίνη διεγείρει την έκκριση του γαστρικού οξέως, το οποίο επιδρά στην επούλωση του έλκους.

- Αποφυγή οινοπνεύματος, διότι διεγείρει τη γαστρική έκκριση και προκαλεί δυσφορία.

- Αποφυγή τροφών ερεθιστικών, π.χ. λιπαρές, αλμυρές, γλυκές, πικάντικες.

- Αποφυγή πολύ κρύων ή ζεστών φαγητών που προκαλούν ερεθισμό του έλκους. **13.**

### **3.2 ΠΟΛΥΤΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ**

- Προσπαθήστε να τρώτε μικρές ποσότητες και σε συχνά γεύματα.

- Μη μένετε πολλές ώρες νηστικός, διότι ο στομάχος δεν πρέπει να μένει κενός για να μην ερεθίζεται η περιοχή του έλκους από το εκκρινόμενο υδροχλωρικό οξύ.

- Επιβάλλεται ανάπαυση μετά από κάθε γεύμα, διότι έτσι επιτελείται σωστά η λειτουργία της πέψης.

- Πρέπει να μασάτε καλά και αργά τις τροφές.

- Οι τροφές πρέπει να είναι εύπεπτες και να περιέχουν όλα τα θρεπτικά συστατικά, επίσης να προτιμάτε βραστά ή ψητά και καλομαγειρεμένες τροφές, καθώς και σαλάτες.

- Προσπαθήστε να αποφεύγετε την ένταση και το stress.

- Αποφεύγετε τη γυμναστική και τα βάρη κατά την ώρα της πέψης.

- Να ακολουθείτε τους όρους διατροφής που σας επιβάλλει η πάθησή σας, καθώς και τις οδηγίες του ιατρού σας. **5.**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο**

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

- 1<sup>ο</sup> Περιστατικό
- 2<sup>ο</sup> Περιστατικό

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

#### 1ο Περιστατικό

Όνομα Ασθενούς: Φ.Σ.

Ηλικία: 58 ετών

Διάγνωση: Έλκος Βολβού Δωδεκαδακτύλου

- Αιτία εισόδου:

Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενος για οξύ πόνο στο άνω ήμισυ της κοιλιάς, καθώς και στο επιγάστριο. Ο πόνος εμφανιζόταν για διάστημα δέκα ημερών εναλλάξ, με περίοδο ηρεμίας.

Ο ασθενής παραπονείται για εμέτους, ναυτία, σιελόρροια, συμπτώματα που εμφανίζονται μετά το φαγητό.

- ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

Σφύξεις: 75/min

Αρτηρ. Πίεση: 100/60 mmHg

Θερμοκρασία: 37,5 °C

- Ιστορικό Ασθενούς:

Ο ασθενής είναι καπνιστής και καπνίζει 30-40 τσιγάρα ημερησίως, ενώ ανέφερε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα αλκοολισμού και θεραπεύθηκε πριν δύο χρόνια. Κληρονομικότητα πεπτικού έλκους δεν υπάρχει, όπως επίσης και δεν αντιμετωπίζει άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας.

Ο ασθενής προετοιμάστηκε για ενδοσκόπηση, ενώ προηγήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις.

Από τα ενδοσκοπικά ευρήματα, διαπιστώθηκε έλκος του βολβού του δωδεκαδακτύλου και η θεραπεία είναι χειρουργική, κατά την οποία θα αφαιρεθεί η πάσχουσα περιοχή του δωδεκαδακτύλου.

Συγκεκριμένα, έγινε μερική γαστρεκτομή κατά Billroth I. Η επέμβαση κράτησε τρεις ώρες κατά την διάρκεια της οποίας ο ασθενής χρειάστηκε δύο φιάλες αίμα.

Πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση, του έγινε αιματολογικός έλεγχος και η τιμή του αιματοκρίτη ήταν 33%.

Ο ασθενής παρέμεινε στο Νοσοκομείο στην Χειρουργική Κλινική για 15 ημέρες.

<b>Προβλήματα Ασθενή</b>	<b>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Προγραμματισμός της Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή του Προγραμματισμού</b>	<b>Εφαρμογή αποτελεσμάτων</b>
<b>Πόνος</b>	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση του πόνου.</li> <li>- Μείωση της κινητικότητας του στομάχου.</li> <li>- Εξουδετέρωση της έκκρισης των γαστρικών υγρών του στομάχου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιόξινου φαρμάκου.</li> <li>- Χορήγηση παυσίπνου.</li> </ul>	Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.
<b>Άγχος</b>	Βοήθεια και υποστήριξη του ασθενή για να ξεπεράσει το άγχος	Επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή, με σκοπό την καλύτερη πορεία της νόσου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συζήτηση με τον ασθενή.</li> <li>- Ενημέρωση για ότι τον προβληματίζει.</li> <li>- Ανάπτυξη διαλόγου του νοσηλευτή με τον ασθενή και κατανόηση των φόβων του.</li> </ul>	Ο ασθενής μετά το διάλογο και το σεβασμό που αποκόμισε από τον νοσηλευτή, δείχνει πιο ήρεμος και σίγουρος.
<b>Αίσθημα καύσου</b>	Ανακούφιση του ασθενή από το συγκεκριμένο σύμπτωμα.	Χορήγηση σωστού διαιτολογίου.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνά - μικρά γεύματα.</li> <li>- Αποφυγή ερεθιστικών τροφών.</li> </ul>	Μείωση του αισθήματος του καύσου.
<b>Πτώση Α.Π.</b>	Ρύθμιση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συνεχή μέτρηση και έλεγχο της Α.Π.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Αποφυγή καπνίσματος &amp; φόβου.</li> <li>- Χορήγηση υγρών</li> </ul>	Σταδιακή αύξηση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα.



			ενδοφλεβίως	
--	--	--	-------------	--

<b>Προβλήματα Ασθενή</b>	<b>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή του Προγραμματισμού</b>	<b>Εκτίμηση - Αποτελέσματα</b>
<b>Έμετος (Μετεγχειρητικά)</b>	Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο.	Βοήθεια του ασθενή για να σταματήσει ο έμετος.	- Χορήγηση αντιεμετικού. - Παρατήρηση των εμεσμάτων για παρουσία αίματος και βλέννας. - Πλύση της στοματικής κοιλότητας. - Παρακολούθηση και ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών - ηλεκτρολυτών.	Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο.
<b>Πόνος (Μετεγχειρητικά)</b>	Αντιμετώπιση του πόνου, με σκοπό την ανακούφιση του ασθενή.	Λήψη των μέτρων για την μείωση του πόνου. - Ενημέρωση του ιατρού. - Χορήγηση παυσίπονου.	- Τοποθέτηση του ασθενή σε σωστή και αναπαυτική θέση. - Χορήγηση παυσίπονης ένεσης I.M. - Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος.	Η ένταση του πόνου μειώθηκε και ο ασθενής είναι λιγότερο ανήσυχος.
<b>Σιδηροπενική Αναιμία (Μετεγχειρητικά)</b>	Ρύθμιση του αιματοκρίτη	- Ελεγχος για απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό - Αποκατάσταση του επιπέδου του σιδήρου. - Ενημέρωση της αιμοδοσίας για διασταύρωση αίματος. - Χορήγηση αίματος στον ασθενή.	- Συχνή λήψη και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. - Χορήγηση σιδήρου από το στόμα. - Διαιτολόγιο πλούσιο σε τροφές που περιέχουν σίδηρο.	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα.
<b>Δύσπνοια (Μετεγχειρητικά)</b>	Αποκατάσταση της αναπνευστικής κίνησης και ενίσχυση της	- Σωστή θέση στον ασθενή. - Εκτέλεση αναπνευστικών κινήσεων.	- Θέση ημικαθιστική με τον θώρακα σε έκταση. - Εφαρμογή αναπνευστικών κινήσεων - Χορήγηση οξυγόνου	Ο ασθενής σταδιακά ξεπέρασε την δύσπνοια.

	αναπνοής.			
--	-----------	--	--	--

## 2ο Περιστατικό

Όνομα Ασθενούς: Κ.Ν.

Ηλικία: 50 ετών

Διάγνωση: Διάτρηση

- Αιτία εισόδου:

Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για ισχυρότατο πόνο, που εκδηλώθηκε απότομα. Ο πόνος εντοπίζεται στο επιγάστριο και ακτινοβολεί σε όλη την περιοχή της κοιλιάς.

Επίσης, αναφέρει ναυτία, τάση για έμετο και δυσκολία στην αναπνοή.

- ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ:

Σφύξεις: 80/min

Αρτηρ. Πίεση: 150/70 mmHg

Θερμοκρασία: 37,5 °C.

- Ιστορικό Ασθενή:

Ο ασθενής εδώ και δέκα (10) χρόνια, μετά από έντονα ενοχλήματα στο πεπτικό, και έπειτα από την διενέργεια όλων των εξετάσεων, γνωρίζει ότι πάσχει από έλκος του στομάχου.

Η θεραπεία που ακολουθεί είναι συντηρητική. Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο στα εξωτερικά ιατρεία παραπονούμενος για έντονο πόνο, και αναφέροντας όλα τα παραπάνω συμπτώματα, υποβλήθηκε σε όλες τις εξετάσεις.

Με βάση τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την περιγραφή των συμπτωμάτων από τον ίδιο τον ασθενή διαγνώσθηκε διάτρηση του στομάχου.

Η θεραπεία είναι χειρουργική και επιβάλλεται άμεση επέμβαση.

Να αναφερθεί ότι ο ασθενής είναι χρόνια καπνιστής, περίπου δύο πακέτα τσιγάρα την ημέρα.

Ο ασθενής παρέμεινε στην Χειρουργική Κλινική για 13 ημέρες.

<b>Προβλήματα Ασθενή</b>	<b>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή του Προγραμματισμού</b>	<b>Εκτίμηση - Αποτελέσματα</b>
<b>Πόνος</b>	Μείωση του πόνου και ανακούφιση του ασθενή.	Χορήγηση παυσίπονης ένεσης I.M.	- Χορήγηση ένεσης I.M. (Aprotel). - Τοποθέτηση του ασθενή σε σωστή θέση.	Μείωση ή και εξάλειψη του πόνου. Ανακούφιση του ασθενή.
<b>Ναυτία - έμετος</b>	Απαλλαγή του ασθενή από το σύμπτωμα της ναυτίας και του εμέτου.	Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων.	- Χορήγηση αντιεμετικού (PRIMPERAN). - Σωστή ενυδάτωση. - Πλύση της στοματικής κοιλότητας.	Απαλλαγή του ασθενή από την ναυτία και τον έμετο.
<b>Αγωνία του ασθενή για την διαδικασία της επέμβασης</b>	Μείωση της αγωνίας.	Υποστήριξη ηθική και ενημέρωση του ασθενή.	- Διάλογος νοσηλεύτη και ασθενή για λύση στις απορίες του. - Βοήθεια προς τον ασθενή μέσω της συζήτησης για να ξεπεράσει την αγωνία και τον φόβο που νοιώθει.	Ο ασθενής δείχνει πιο ήρεμος και σίγουρος. Η ψυχολογική του κατάσταση είναι καλή.

<b>Προβλήματα Ασθενή</b>	<b>Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>Εφαρμογή του Προγραμματισμού</b>	<b>Εκτίμηση - Αποτελέσματα</b>
<b>Πυρετός (Μετεγχειρητικά)</b>	Πτώση του πυρετού	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασίας.</li> <li>- Παρακολούθηση της πυρετικής κίνησης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τρίωρη θερμομέτρηση.</li> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</li> <li>- Εδώθη αντιπυρετικό επί 38,5 °C</li> </ul>	Επιτεύχθη ο σκοπός. Η θερμοκρασία επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.
<b>Στρές (Μετεγχειρητικά)</b>	Μείωση των στρεσογόνων παραγόντων.	Υποστηρικτική χορήγηση ηρεμιστικών.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενή.</li> <li>- Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου.</li> </ul>	Μείωση του στρές.
<b>Αναπνευστική δυσχέρεια (Μετεγχειρητικά)</b>	Αντιμετώπιση και αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.	Λήψη όλων των μέτρων για την φυσιολογική λειτουργία της αναπνοής.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ημικαθιστική θέση του ασθενή στο κρεβάτι.</li> <li>- Συμβουλευεται ο ασθενής να παίρνει βαθιές αναπνοές.</li> <li>- Χορήγηση οξυγόνου.</li> </ul>	Φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία.

## **ΕΠΙΛΟΓΟΣ**

Όπως, λοιπόν, όλοι διαπιστώσαμε, στην πτυχιακή αυτή εργασία, παρουσιάστηκε και αναλύθηκε μια αρκετά συχνή πάθηση του πεπτικού μας συστήματος, το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Μια νόσος που, όπως φαίνεται από την παθογένεια, έχει άμεση σχέση με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, με τους παράγοντες διάπλασης (ομάδα αίματος, γαστρική δραστηριότητα έκκρισης) και φυσικά με την ψυχοσύνθεση του ατόμου, γιατί όπως γνωρίζουμε αγχώδεις καταστάσεις επηρεάζουν τη γαστρική έκκριση και συμβάλλουν στην εμφάνιση έλκους στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Η τεχνολογία έχει συμβάλλει σημαντικά στη διάγνωση, μελέτη και θεραπεία του έλκους στομάχου και δωδεκαδακτύλου, η οποία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική, ανάλογα πάντα με την περίπτωση και το βαθμό εκδήλωσης της νόσου.

Η συμβολή της Νοσηλευτικής στα πάσχοντα αυτά άτομα, αποτελεί μέρος της θεραπείας της νόσου.

Εμείς οι νοσηλευτές πρέπει να έχουμε γνώση του αντικειμένου, να μεταδίδουμε στον ασθενή το αίσθημα σιγουριάς, ασφάλειας, εμπιστοσύνης, να βλέπουμε το κάθε άτομο σαν άνθρωπο με ανάγκες και όχι σαν έναν ακόμη ασθενή, γιατί κάθε άνθρωπος έχει ιδιαιτερότητες και μόνο αν κατανοήσουμε αυτές θα μπορέσουμε να προσφέρουμε τη βοήθειά μας ουσιαστικά.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ









## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **Ε. Δ. Κατρίτση - Δ. Κελέκη:** «Ανατομία - Φυσιολογία», Τόμος 1ος - Αθήνας 1986.
2. **Γ. Παπαδημητρίου - Γ. Ανδρουλάκης:** «Αρχές Γενικής Χειρουργικής», Τόμος 2ος - Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα 1989.
3. **Ν. Παπαδόπουλος - Μετάφραση, επιμέλεια:** «Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου», Τόμος 2ος - Ιατρικές Εκδόσεις Πίτσας, Αθήνα 1985.
4. **Γ. Κωστόπουλος - Μετάφραση, επιμέλεια:** «Εγχειρίδιο Φυσιολογίας» - Ιατρικές Εκδόσεις Πίτσας, Αθήνα 1989.
5. **Γ. Ι. Αραπάκης - Κ. Δ. Γαρδίκας:** «Στοιχεία Παθολογίας» - Αθήνα 1968.
6. **Ν. Γ. Κούνης:** «Διαλέξεις Νοσολογίας» - Πάτρα 1997.
7. **Κ. Δ. Γαρδίκας:** «Ειδική Νοσολογία» - Εκδοση Δ' , Αθήνα 1984.
8. **Κ. Δ. Γαρδίκας:** «Ειδική Νοσολογία» - Νέα Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισσιανός, Αθήνα.
9. **Μ. Μουτσόπουλος - Μετάφραση:** «Cecil Παθολογία» - Ιατρικές Εκδόσεις Πίτσας, Αθήνα 1981.
10. **Μ. Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου:** «Γενική και Παθολογική Χειρουργική», Τόμος 1ος - Έκδοση δεκάτη ογδόη - Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1994.
11. **Α. Σαχίνη - Καρδάση - Μ. Πάνου:** «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Τόμος 2ος - Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.

**12. Μ. Α. Μαλγαρινού - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου:** «Νοσηλευτική Γενική Χειρουργική Παθολογική» - Έκδοση δέκατη - Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 1987.

**13. Ν. Τσίκου - Σ. Καραγεωργοπούλου:** «Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής II» - Εκδόσεις Έλλην.