

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Θέμα:** Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς με διαταραχές γαστρεντερικού σωλήνα. Πεπτικό έλκος. (Μη χειρουργηθέν)

**Σπουδάστρια**

Ζαμπακόλα Αγαθή

**Εισηγήτρια**

Μόσχου-Κάκκου Αθηνά

Πάτρα, 2004

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	4008
----------------------	------

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα:** Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς με διαταραχές γαστρεντερικού σωλήνα. Πεπτικό έλκος. (Μη χειρουργηθέν)

**Σπουδάστρια**

Ζαμπακόλα Αγαθή

**Εισηγήτρια**

Μόσχου-Κάκκου Αθηνά

Πάτρα, 2004



Πρόλογος.....	σελ.02
Εισαγωγή.....	σελ.03

### Γενικό Μέρος

#### **1° Κεφάλαιο :**

Ανατομία .....	σελ.04
----------------	--------

Φυσιολογία.....	σελ.11
-----------------	--------

#### **2° Κεφάλαιο :**

Ορισμός .....	σελ.20
---------------	--------

Επιδημιολογία .....	σελ.21
---------------------	--------

Παθοφυσιολογία .....	σελ.21
----------------------	--------

Αιτιολογία - παθογένεια.....	σελ.22
------------------------------	--------

#### **3° Κεφάλαιο :**

Πρόληψη.....	σελ.24
--------------	--------

#### **4° Κεφάλαιο :**

Κλινική εικόνα.....	σελ.27
---------------------	--------

Διαφορική διάγνωση .....	σελ.28
--------------------------	--------

Διαγνωστικές – εργαστηριακές εξετάσεις .....	σελ.30
--	--------

#### **5° Κεφάλαιο :**

Υγιεινοδιαιτητική θεραπεία.....	σελ.41
---------------------------------	--------

Φαρμακευτική θεραπεία.....	σελ.44
----------------------------	--------

Χειρουργική θεραπεία.....	σελ.47
---------------------------	--------

#### **6° Κεφάλαιο :**

Επιπλοκές.....	σελ.50
----------------	--------

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε νοσηλεύόμενο με έλκος στομάχου... ..	σελ.56
--	--------

#### **7° Κεφάλαιο :**

Η επίσκεψη στο σπίτι .....	σελ.63
----------------------------	--------

Κλινικό περιστατικό .....	σελ.68
---------------------------	--------

### Ειδικό Μέρος

Ιστορικά με πεπτικό έλκος .....	σελ.70
---------------------------------	--------

Παράρτημα .....	σελ.78
-----------------	--------

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στις μέρες μας το πεπτικό έλκος είναι μια ασθένεια που απασχολεί όλο και περισσότερο τους γαστρεντερολόγους, καθώς η αύξηση του είναι φανερή , ενώ τα αίτιά του ποικίλα.

Γι αυτή την εργασία θέλω να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια της πτυχιακής Κ. Μόσχου Αθηνά, καθώς με βοήθησε για την κατανόηση του θέματος και τον τρόπο και τόπο εύρεσης της βιβλιογραφίας. Επίσης ευχαριστώ πολύ τους Δημήτρη, Κωνσταντίνο, Μαίρη και Δημήτρη που με βοήθησαν με την δακτυλογράφηση της εργασίας. Τέλος, ευχαριστώ τον σύζυγό μου για τη στήριξή του όλες αυτές τις ημέρες διεκπεραίωσης της εργασίας.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το πεπτικό έλκος είναι μια ασθένεια που απασχολεί την ιατρική αρκετές δεκαετίες. Στο πέρασμα αυτών των χρόνων έχουν έρθει στην επιφάνεια πολλές θεωρίες σχετικά με τα αίτια και την αντιμετώπιση του έλκους, από τις οποίες άλλες συνεχίζουν να ισχύουν και άλλες έχουν αναθεωρηθεί.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιαστούν όσα είναι γνωστά και ισχύουν μέχρι σήμερα για το πεπτικό έλκος.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο :

#### **Ανατομία :**

Το στομάχι είναι ένα ανεύρυσμα του πεπτικού σωλήνα που μοιάζει με ασκό. Βρίσκεται στο ανώτερο τμήμα της κοιλιάς κάτω από το αριστερό υποχόνδριο και στο ιδίως επιγάστριο. Μέσα στο στομάχι αθροίζονται οι τροφές που κατεβαίνουν από τον οισοφάγο οι οποίες, εδώ, ρευστοποιούνται με την ανάμειξή τους με το γαστρικό υγρό, και στη συνέχεια, ένα μικρό μέρος από αυτές απορροφάται από τα τοιχώματα του οργάνου, ενώ το μεγαλύτερο μέρος προωθείται προς το λεπτό έντερο μέσω του πυλωρού.

Το σχήμα του στομαχιού παρομοιάζεται με κυνηγετικό κέρατο (κέρας) και μεταβάλλεται ανάλογα με το περιεχόμενό του, τη λειτουργικότητα, την κατάσταση των γύρω οργάνων και τις παθήσεις που τον προσβάλλουν. Σ' αυτό διακρίνουμε δύο στόμια, το καρδιακό και το πυλωρικό, δύο τόξα, το μείζον και το ελάσσον, δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια και τέσσερα τμήματα, το θόλο, το σώμα, το άντρο και τον πυλωρικό σωλήνα.

Ο θόλος είναι το ανώτερο τμήμα του στομαχιού (άνω πόλος), βρίσκεται πάνω από το καρδιακό στόμιο και περιέχει ποσότητα αέρα (αεροθάλαμος).

Το σημείο ανάκαμψης του ελάσσονος τόξου από την επιφάνεια του σώματος στην επιφάνεια του πυλωρικού σωλήνα ονομάζεται γωνιαία εντομή.

Το σώμα του στομαχιού περικλείεται μεταξύ καρδιακού στομίου και γωνιαίας εντομής και συνεχίζεται προς τα κάτω με το άντρο (κάτω πόλος).

Η ευθεία που ενώνει τον άνω με τον κάτω πόλο του στομαχιού ονομάζεται ύψος του.

Ο πυλωρικός σωλήνας έχει μήκος 3 εκ. περίπου και φέρεται προς τα δεξιά και πίσω. Στην περιοχή αυτή δημιουργούνται συχνά στενώσεις και σπασμοί.

Το στομάχι στηρίζεται στη θέση του κυρίως με την καρδιακή περιοχή του και την κατιούσα μοίρα του δωδεκαδάκτυλου.

Στη Στήριξη του συμβάλλουν επίσης το ελάσσον επίπλου που ενώνει το ελάσσον τόξο με τις πύλες του ήπατος, το μείζον επίπλου που συνάπτεται με το μείζον τόξο και το εγκάρσιο κόλον, ο γαστροφρενικός και ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος.

Συνολικά το στομάχι προς τα μπρος μεν έρχεται σε επαφή με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, το αριστερό πλευρικό τόξο, το διάφραγμα και την κάτω επιφάνεια του αριστερού λοβού του ήπατος όπου σχηματίζει το γαστρικό εντύπωμα, προς τα πίσω δε με τον επιπλοϊκό θύλακο, ο οποίος χωρίζεται από το πάγκρεας με το εγκάρσιο μεσόκολο, το σπλήνα τον αριστερό νεφρό και το σύστοιχο επινεφρίδιο.

Ο θόλος έρχεται σε επαφή άμεσα μεν με τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και έμμεσα με τον αριστερό πνεύμονα και την καρδιά.

Το τοίχωμα του στομαχιού έχει πάχος 2-3 χιλιοστά και αποτελείται από τους εξής χιτώνες από τα έξω προς τα μέσα : τον ορογόνο, το μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο.

Ο ορογόνος χιτώνας καλύπτει όλο το στομάχι εκτός του μείζονος και του ελάσσονος τόξου ως και της περιοχής του γαστροφρενικού συνδέσμου.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από 3 στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την επιπολής (επιμήκη), τη μέση (κυκλοτερή) και την έσω (λοξή). Η κυκλοτερής στιβάδα πυκνώνει στην περιοχή του πυλωρού όπου σχηματίζει το σφιγκτήρα του πυλωρού.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες και λίπος.

Ο βλεννογόνος του στομαχιού αποτελείται από επιθήλιο, χόριο, βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και αδένες.

Οι αδένες του στομαχιού ανάλογα με τη φύση του εκκρίματός τους και την τοπογραφία τους διακρίνονται σε αδένες του σώματος και αδένες του πυλωρού.

Οι αδένες του σώματος διαθέτουν θεμέλια κύτταρα που παράγουν πεψίνη (διάσπαση λευκωμάτων), καλυπτήρια κύτταρα που παράγουν υδροχλωρικό οξύ και βλενώδη κύτταρα που παράγουν βλέννα η οποία προστατεύει το γαστρικό βλεννογόνο από το υδροχλωρικό οξύ.

Οι αδένες του πυλωρού παράγουν αλκαλικό βλενώδες έκκριμα και την ορμόνη γαστρίνη, η οποία διεγείρει τους αδένες του σώματος στην παραγωγή υδροχλωρικού οξέος.

Το εσωτερικό του στομαχιού παρουσιάζει πολλές πτυχές, τις οποίες διακρίνουμε σε βλεννογόνιες και ολικές.

Οι βλεννογόνιες πτυχές είναι εμφανής σε άδειο στομάχι και παράγονται από την πτύχωση του βλεννογόνου που προκαλεί η συστολή της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας.

Οι ολικές πτυχές αντιστοιχούν σε παχύνσεις ή περισφύξεις του μυϊκού χιτώνα και είναι τρεις : η καρδιακή, η παγκρεατογωνιαία και η πυλωρική.

Οι αρτηρίες του στομαχιού σχηματίζουν τα κύρια αρτηριακά τόξα το ένα κατά μήκος του ελάσσονος και το άλλο κατά μήκος του μείζονος τόξου. Το πρώτο σχηματίζεται από την αναστόμωση των δύο γαστρικών (στεφανιαίων) αρτηριών εκ των οποίων η μεν δεξιά εκφύεται από την ηπατική αρτηρία η δε αριστερή κατ' ευθείαν από την κοιλιακή αορτή και το δεύτερο από την αναστόμωση της αριστερής και της δεξιάς γαστρεπιπλοϊκής εκ των οποίων η μεν πρώτη εκφύεται από την σπληνική η δε δεύτερη από τη γαστροδωδεκαδακτυλική.



Εκτός από τα δύο αυτά αρτηριακά τόξα, το στομάχι αγγειώνεται και από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της σπληνικής.

Τόσο οι αρτηρίες όσο και οι φλέβες του στομαχιού (οι οποίες εκβάλλουν στην πυλαία) εξαπλώνονται στον υποβλεννογόνο χιτώνα.

Τα λεμφαγγεία του στομαχιού συνοδεύουν τα αιμοφόρα αγγεία του και κατανέμονται σε τρεις περιοχές με διαφορετική αποχέτευση.

Η πρώτη περιλαμβάνει τα δύο πάνω τριτημόρια του οργάνου όπου τα λεμφαγγεία συνοδεύουν την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και αποχετεύονται στους αορτικούς λεμφαδένες.

Η δεύτερη περιοχή περιλαμβάνει τα 2/3 του δεξιού κάτω τριτημορίου του οργάνου, περιοχή στην οποία τα λεμφαγγεία συνοδεύουν τη δεξιά γαστρεπιπλοϊκή αρτηρία και αποχετεύονται στους υποπυλωρικούς λεμφαδένες και από κει στους αορτικούς.

Η τρίτη περιοχή περιλαμβάνει το αριστερό 1/3 του κάτω τριτημορίου του στομαχιού. Τα λεμφαγγεία της περιοχής αυτής συνοδεύουν τα βραχέα γαστρικά και τα σπληνικά αγγεία τα οποία πορεύονται μεταξύ των πετάλων του γαστροσπληνικού και του γαστροφρενικού συνδέσμου για να αποτευθούν στους υπερπαγκρεατικούς λεμφαδένες και τελικά στους αορτικούς.

Το στομάχι νευρώνεται από ίνες των δύο πνευμονογαστρικών νεύρων και ίνες του ηλιακού πλέγματος.

Το αριστερό πνευμονογαστρικό (πρόσθιο ή γαστροηπατικό νεύρο) διχάζεται κάτω από το καρδιακό στόμιο σε καρδιακό κλάδο για την πρόσθια επιφάνεια του στομαχιού και ηπατικό κλάδο για το ήπαρ και τη χοληδόχο κύστη.

Το δεξιό πνευμονογαστρικό (οπίσθιο ή κοιλιακό πνευμονογαστρικό) κατέρχεται με την αορτή στην πίσω επιφάνεια του καρδιακού στομίου και συμβάλλει στη δημιουργία του ηλιακού και του άνω μεσεντέριου πλέγματος.

Το ηλιακό (ή κοιλιακό) πλέγμα βρίσκεται στο ύψος του 1<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου πίσω από το πάγκρεας και μπροστά από την αρχή της κοιλιακής αορτής.

Σχηματίζεται από τα δύο μείζονα σπλαχνικά νεύρα και (μερικώς) από τα δύο ελάσσονα το οπίσθιο (δεξιό) πνευμονογαστρικό και κλάδους του αριστερού από κλάδους των κατώτερων θωρακικών και των ανώτερων οσφυϊκών συμπαθητικών γαγγλίων και από τα κοιλιακά (μηνοειδή) γάγγλια.

Οι ίνες των πνευμονογαστρικών νεύρων (παρασυμπαθητικές) και του ηλιακού πλέγματος (συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές) καταλήγουν στα τρία ενδοστοιχικά γαγγλιοφόρα πλέγματα : το υπορογόνιο, το μυϊκό ή πλέγμα του Auerbach και το υπερβλεννογόνιο ή πλέγμα του Meissner και νευρώνουν τους αδένες και το βλεννογόνο του στομαχιού.

Το συμπαθητικό σύστημα στο στομάχι προκαλεί μείωση του τόνου του, αναστολή των περισταλτικών κινήσεων, σύγκλειση του πυλωρού και αναστολή των γαστρικών εκκρίσεων. Το παρασυμπαθητικό σύστημα στο στομάχι προκαλεί αύξηση του τόνου και των περισταλτικών κινήσεων, διάνοιξη του πυλωρικού σωλήνα και γαστρική υπερέκκριση.

Η χωρητικότητα του στομαχιού είναι μεγάλη και στους ενήλικες είναι περίπου 1.500 – 2.000 ml.

### **Μικροσκοπική ανατομική του στομάχου**

Η επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο και έχει όψη κερήθρας διότι παρουσιάζει μικρές πολυγωνικές ή σχισμοειδείς

εμβαθύνσεις διαμέτρου 2mm, τα γαστρικά βοθρία. Στον πυθμένα των γαστρικών βοθρίων εκβάλλουν οι γαστρικοί αδένες. Υπάρχουν περίπου 3,5 εκατομμύρια γαστρικών βοθρίων στα οποία εκβάλλουν περίπου 15 εκατομμύρια αδένων. Οι γαστρικοί αδένες είναι διακλαδούμενοι και σωληνωτοί και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες : τους καρδιακούς, τους ιδίως γαστρικούς ή οξυντικού και τους πυλωρικούς ή του άντρου. Το κυλινδρικό επιθήλιο της επιφάνειας του βλεννογόνου σχηματίζει μια απλή στιβάδα, που καλύπτει το βλεννογόνο από τον οισοφάγο έως το λεπτό έντερο και εισέρχεται μέσα στα γαστρικά βοθρία. Τα κύτταρα συνδέονται μεταξύ τους με ισχυρές συνάψεις, έχουν μικρολάχνες και περιέχουν κοκκία βλέννης. Ανανεώνονται πλήρεις σε μια έως τρεις ημέρες.

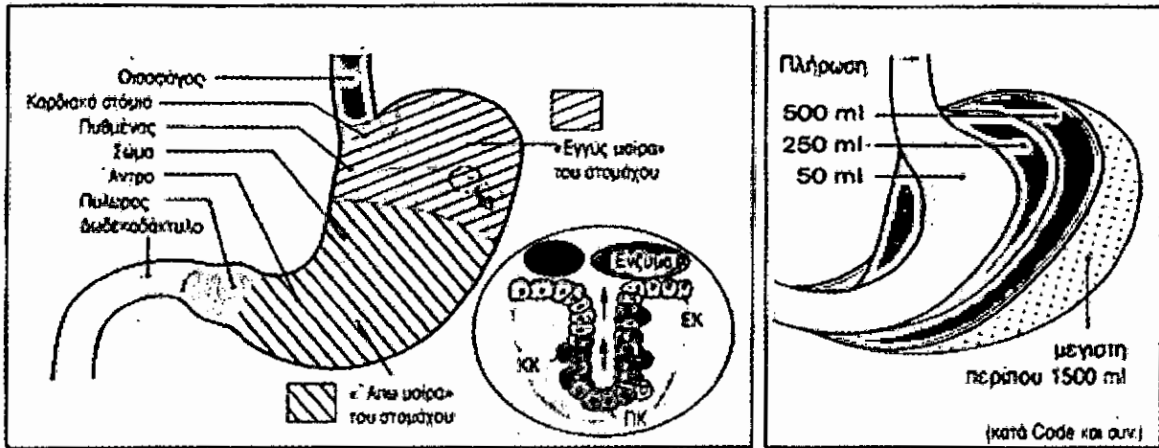
Οι γαστρικοί ή οξυντικοί αδένες εκβάλλουν, ένας ή περισσότεροι, στον πυθμένα των γαστρικών βοθρίων, είναι σωληνωτοί και έχουν τρία μέρη , τον ισθμό, τον αυχένα και τον πυθμένα. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι κυττάρων που βρίσκονται στους αδένες : α) τα βλεννώδη κύτταρα του αυχένα, β) τα ζυμογόνα ή κύρια, γ) τα οξυντικά ή καλυπτήρια (parietal) τοιχωματικά και δ) ενδοκρινικά κύτταρα.

Τα βλεννώδη κύτταρα ευρίσκονται περισσότερο στον ισθμό και τον αυχένα του αδένος και έχουν πολλά κοκκία που περιέχουν όξινη βλέννη (διαφέρει από αυτή του κυλινδρικού επιθηλίου η οποία είναι ουδέτερη). Επίσης ανευρίσκονται και ζυμογόνα κοκκία πεψιγόνου I και II όπως στα κύρια κύτταρα. Τα οξυντικά ή καλυπτήρια κύτταρα ευρίσκονται συνήθως στον ισθμό και τον αυχένα των αδένων, αποτελούν το 1/3 των κυττάρων που υπάρχουν σ' αυτούς και σχεδόν απουσιάζουν από τους αδένες του άντρου. Το μορφολογικό χαρακτηριστικό των κυττάρων αυτών είναι το εκτεταμένο σωληνώδες δίκτυο που διαθέτουν. Η επιφάνεια του σωληνώδους δικτύου καλύπτεται από μικρολάχνες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την έκκριση και μεταφορά του υδροχλωρικού οξέος. Σε αυτές ευρίσκεται η αντλία πρωτονίων ( $H^+ / K^+$

ATPase) που αποδίδει ιόντα  $H^+$  σε ανταλλαγή με ιόντα  $K^+$ . Τα κύρια κύτταρα ευρίσκονται στο βαθύτερο τμήμα των οξυντικών αδένων και απουσιάζουν από τους αδένες της καρδιάς και του θόλου. Στο κυτταρόπλασμά τους υπάρχει μεγάλος αριθμός ζυμογόνων κοκκίων τα οποία με εξωκύτωση εκκρίνουν τα πεψιγόνα I και II.

Στους οξυντικούς αδένες του στομάχου υπάρχει επίσης μια ποικιλία ενδοκρινικών ή εντεροενδοκρινικών κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά περιέχουν εκκριτικά κοκκία τα οποία χρωματίζονται στο παρασκεύασμα, είτε με άργυρο και ονομάζονται αργυρόφιλα κύτταρα, είτε με διχρωμικό κάλιο και ονομάζονται εντεροχρωμόφιλα κύτταρα (EC=enterochromaffin cells). Τα κύτταρα αυτά βρίσκονται διάσπαρτα στο γαστρικό βλεννογόνο και περιέχουν σεροτονίνη. Τα ECL (enterochromaffin – like cells) κύτταρα περιέχουν μεγαλύτερα κοκκία στο κυτταρόπλασμα και περιέχουν ισταμίνη. Η τελευταία εκκρίνεται και από τα μαστοκύτταρα. Η σωματοστατίνη παράγεται από τα D κύτταρα των ίδιων γαστρικών αδένων αλλά κυρίως των αδένων του άντρου. Σπάνια ανευρίσκονται και κύτταρα που παράγουν το παγκρεατικό πολυπεπτίδιο.

Οι αδένες του άντρου ή πυλωρικοί ομοιάζουν με αυτούς του δωδεκαδακτύλου του (Brunner) και περιέχουν μόνο πεψιγόνο II (όχι I). Τα ενδοκρινικά κύτταρα που περιέχονται σε αυτούς παράγουν είτε γαστρίνη και ονομάζονται G κύτταρα, είτε σωματοστατίνη (D κύτταρα) σε σχέση 3:1. Οι καρδιακοί αδένες περιέχουν κυρίως βλενώδη κύτταρα αλλά και νευροενδοκρινικά και αδιαφοροποίητα.

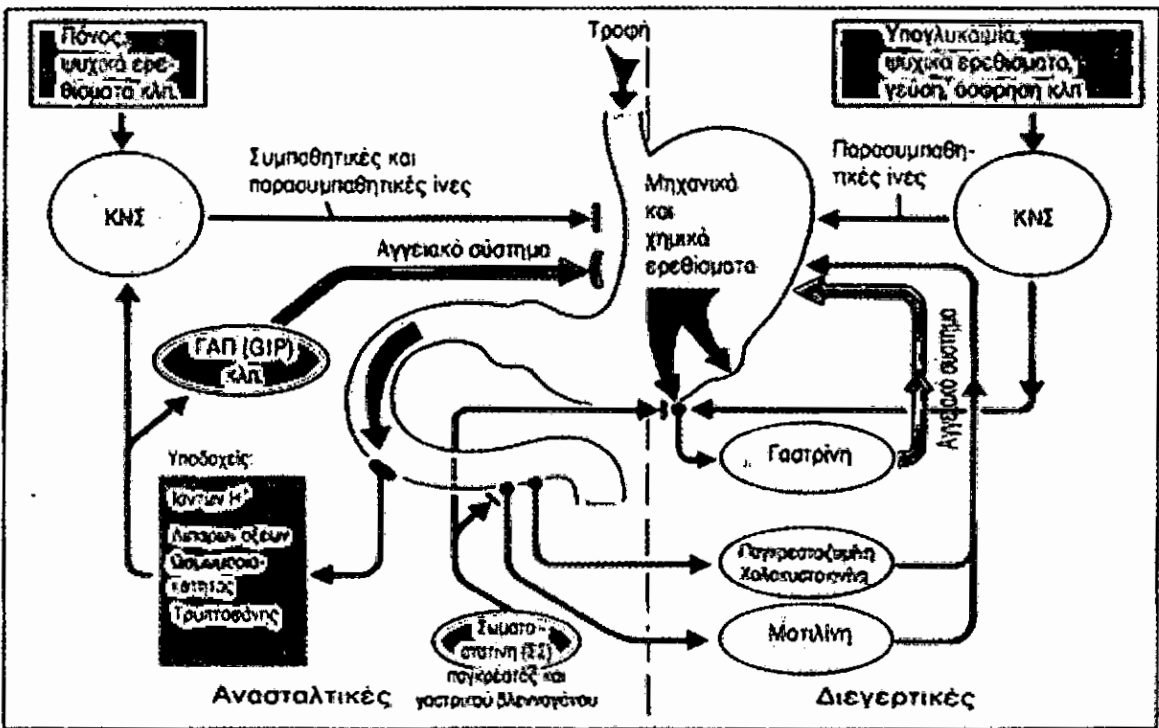


**A. Ανατομία του στομάχου**

**B. Καταστάσεις πλήρωσης του στομάχου**



**Γ. Κύκλοι του πυλωρικού άντρου (ακτινοκινηματογραφία)**



**Δ. Επιδράσεις στην κινητικότητα του στομάχου**

**Εικ. 1**

**Φυσιολογία**

**Εκκριτική λειτουργία του στομάχου**

**ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ**

Η επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου καλύπτεται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο το οποίο εκκρίνει βλέννη και αλκαλικό υγρό που το προστατεύουν από ενδογενείς επιθετικούς παράγοντες (π.χ. υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη, χολικά άλατα κτλ.) και εξωγενείς παράγοντες (π.χ. φάρμακα). Επίσης διατηρεί ένα αρνητικό ενδοαυλικό ηλεκτρικό δυναμικό. Στην επιφάνεια του βλεννογόνου υπάρχουν πολυάριθμες χωνοειδείς καταδύσεις, τα γαστρικά βοθρία, στον πυθμένα των οποίων εκβάλλουν οι γαστρικοί αδένες. Οι αδένες είναι τριών ειδών, ανάλογα με τα κύτταρα που τους απαρτίζουν και την εκκριτική τους λειτουργία :

1. Οι καρδιακοί αδένες (5%) με κύτταρα που εκκρίνουν βλέννη και πεψιγόνα (ομάδα II).

2. Οι οξυντικοί ή ιδίως γαστρικοί (75%) του συνόλου των γαστρικών αδένων οι οποίοι περιέχουν :

α) τα τοιχωματικά ή καλυπτήρια ή οξυντικά κύτταρα που παράγουν το υδροχλωρικό οξύ και τον ενδογενή παράγοντα,

β) τα κύρια ή θεμέλια κύτταρα που παράγουν τα πεψιγόνα I και II,

γ) τα βλεννώδη κύτταρα του αυχένα που εκκρίνουν βλέννη και πεψιγόνα,

δ) τα εντεροχρωμαφινικά που εκκρίνουν σεροτονίνη και

ε) διάφορα "ενδοκρινικά" κύτταρα που δρουν κυρίως παρακρινικά, όπως τα D (κυρίως στους αδένες του πυλωρού) που εκκρίνουν σωματοστατίνη και τα ECL (enterochromaffin - like) που εκκρίνουν ισταμίνη.

3. Επίσης υπάρχουν διάφορα ρυθμιστικά πεπτιδία στα νεύρα του στομάχου (νευροκρινική έκκριση), όπως αγγειοδραστικό εντερικό πεπτιδίο (VIP), σωματοστατίνη, το πεπτιδίο που ελευθερώνει τη γαστρίνη (GRP) και εγκεφαλίνες.

## Η γαστρική έκκριση.

Ο ημερήσιος όγκος του γαστρικού υγρού στον άνθρωπο είναι 2-3 λίτρα και παρουσιάζει ημερήσιες διακυμάνσεις, με την ελάχιστη έκκριση μεταξύ 5-11πμ. Και τη μεγαλύτερη μεταξύ 2-11πμ. Τα κυριότερα συστατικά του είναι το HCL οξύ, ηλεκτρολύτες, ένζυμα, ο ενδογενής παράγοντας, γαστροφερίνες καθώς και βλέννη.

Ο ρόλος του γαστρικού υγρού είναι με το HCL οξύ να διασπά τις πρωτεΐνες, να ενεργοποιεί τα πεψιγόνα και να παρέχει το μεγαλύτερο pH για τη δράση των πεψινών. Παρεμποδίζει την ανάπτυξη μικροβίων και παρασίτων στο ανώτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα και συμβάλλει, με τη δημιουργία ευδιαλύτων αλάτων, στην απορρόφηση του ασβεστίου, του σιδήρου και της βιταμίνης B<sub>12</sub>. Το HCL οξύ παράγεται από τα τοιχωματικά ή καλυπτήρια κύτταρα των αδένων με ενεργητική μεταφορά των ιόντων H<sup>+</sup> Cl<sup>-</sup> με κατανάλωση ενέργειας (1.500 cal/l γαστρικού υγρού). Το H<sup>+</sup> εκκρίνεται με την αντλία πρωτονίων, της H<sup>+</sup> /K<sup>+</sup> ATPάσης η οποία εξωθεί ένα H<sup>+</sup> προς τους ενδοκυττάριους μικροπόρους για κάθε K<sup>+</sup> που εισάγει στο κύτταρο. Τα ιόντα Cl<sup>-</sup> εξωθούνται προς τον αυλό του μικροπόρου, διαμέσου ενός ηλεκτρογόνου διαύλου με τη βοήθεια του cAMP, σε ανταλλαγή με HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>. Παράγονται 160mmol/L υδροχλωρικού οξέος με pH=0,8 που είναι τρία εκατομμύρια φορές μεγαλύτερο από ό,τι στο αίμα. Σε κατάσταση ηρεμίας (νηστείας), η βασική έκκριση (BAO) είναι περίπου 7-10% της μέγιστης δυνατής έκκρισης (MAO) π.χ. μετά από διέγερση με τροφή. Υπάρχει και η κορυφαία έκκριση (PAO) μετά από διέγερση π.χ. με ισταμίνη ή πενταγαστρίνη.

## Η ρύθμιση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.

Οι κύριοι διεγέρτες των τοιχωματικών κυττάρων είναι τρεις, η ακετυλοχολίνη, η ισταμίνη και η γαστρίνη που συνδέονται με τους ανάλογους υποδοχείς στην επιφάνεια του κυττάρου.

1. Η ακετυλοχολίνη προέρχεται από τις απολύξεις των χολινεργικών νευρώνων (πνευμονογαστρικό) και συνδέεται με τους  $M^3$  μουσκαρινικούς υποδοχείς, προκαλώντας μέσω του  $Ca^{++}$  τη διέγερση του κυττάρου.
2. Η ισταμίνη εκλύεται από τα ECL κύτταρα του βλεννογόνου, τα μαστοκύτταρα και τους νευρώνες. Η διέγερση αυτών γίνεται πιθανώς από την ακετυλοχολίνη και τη γαστρίνη. Με παρακρινική δράση η ισταμίνη συνδέεται με τους  $H_2$  υποδοχείς του τοιχωματικού κυττάρου και μέσω του cAMP προκαλεί τη διέγερση της έκκρισης HCL.
3. Η γαστρίνη εκλύεται από τα G κύτταρα και, συνδεδεμένη με τους αντίστοιχους υποδοχείς προκαλεί τη διέγερση για έκκριση μέσω του  $Ca^{++}$ .

Εξωγενείς παράγοντες που αναστέλλουν τους τρεις αυτούς διεγέρτες είναι : η ατροπίνη για την ακετυλοχολίνη, η σιμεθιδίνη (ή άλλοι  $H_2$  αποκλειστές πχ. Ρανιτιδίνη κλπ.) για την ισταμίνη και η προγλουμίνη για τη γαστρίνη. Ενδογενείς παράγοντες είναι :

- α) Το χαμηλό ενδοαυλικό pH (2,5-3) που αναστέλλει την έκκριση γαστρίνης.
- β) οι προσταγλαδίνες E και I (PGE και PGI) που δρουν αναστέλλοντας έμμεσα την ενεργοποίηση της αδενυλικυκλάσης,
- γ) η σωματοστατίνη που δρα με πολλούς μηχανισμούς,
- δ) ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας (EGF) που αναστέλλει τη δράση της ακετυλοχολίνης και της γαστρίνης.



Η έκκριση πεψιγόνου διεγείρεται από το HCL οξύ με τοπικό αντανακλαστικό. Η έκκριση  $\text{HCO}_3^-$  διεγείρεται κυρίως από χολινεργικούς αγωνιστές και τις προσταγλανδίνες, ενώ οι αδρενεργικοί αγωνιστές την ελαττώνουν (π.χ. αδρεναλίνη).

### **Οι φάσεις έκκρισης του γαστρικού υγρού.**

Μετά από γεύμα ο ρυθμός έκκρισης αυξάνει σε μεγάλο βαθμό. Διακρίνονται τρεις φάσεις έκκρισης : κεφαλική, γαστρική και εντερική, οι οποίες αλληλεπικαλύπτονται. Μετά το γεύμα το μέγιστο της έκκρισης παρατηρείται μετά από 90 λεπτά και επανέρχεται στα αρχικά επίπεδα μετά 4-5 ώρες.

1. Κεφαλική φάση: διάφορα οπτικά, οσφρητικά και γευστικά ερεθίσματα, διεγείρουν τους πυρήνες των πνευμονογαστρικών και δια των νεύρων αυτών τα τοιχωματικά κύτταρα. Είναι υπεύθυνη για το 5-25% της γαστρικής έκκρισης.
2. Γαστρική φάση: αυτή αρχίζει με την είσοδο τροφής στο στόμαχο, διαρκεί πολύ (3-4 ώρες) και ευθύνεται για το 40-70% της γαστρικής έκκρισης. Προκαλείται από τη διάταση του στομάχου (μακρά και τοπικά χολινεργικά αντανακλαστικά) και τη δράση των πεπτιδίων και των αμινοξέων των τροφών που διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης.
3. Εντερική φάση: αρχίζει με την είσοδο της τροφής στο δωδεκαδάκτυλο και όταν το pH είναι γύρω στο 3, ενώ αν κατέλθει στο 2 αναστέλλει τη γαστρική έκκριση. Η έκκριση στη φάση αυτή οφείλεται επίσης στη διάταση του εντέρου καθώς και σε έκκριση γαστρίνης.

Οι φάσεις αυτές αναστέλλονται από συναισθηματικό stress, από την πτώση του pH, από τη διάταση του άντρου και την είσοδο λιπών, ή υδατανθράκων στο δωδεκαδάκτυλο, μέσω νευρικών ή ορμονικών ερεθισμάτων. Εκτός από το HCL οξύ

στο γαστρικό υγρό υπάρχουν επίσης τα ένζυμα, η βλέννη, τα  $\text{HCO}_3^-$ , ο ενδογενής παράγοντας, οι γαστροφerrίνες και οι γλυκοπρωτεΐνες. Τα κυριότερα ένζυμα είναι οι πεψίνες, που προέρχονται από τα πεψιγόνα I και II. Ενεργοποιούνται σε χαμηλό pH και χρησιμεύουν για τη διάσπαση των πρωτεϊνών (15-20%). Άλλα ένζυμα είναι η λιπάση, η αμυλάση, η γελατινάση και η ουρεάση. Η βλέννη εκκρίνεται από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου και από τα βλεννώδη κύτταρα των γαστρικών αδένων και αποτελείται από γλυκοπρωτεΐνες. Η βλέννη, μαζί με τα  $\text{HCO}_3^-$  που παράγονται, σχηματίζουν στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων ένα βλεννώδες στρώμα πάχους 5-200  $\mu\text{m}$  που εμποδίζει την καταστροφή του επιθηλίου από το HCL και την πεψίνη (προστατευτικός φραγμός).

### **Κινητικότητα του στομάχου.**

Η τροφή αποθηκεύεται στο στόμαχο και με την επίδραση του γαστρικού υγρού, με το οποίο αναμειγνύεται, μετατρέπεται σε γαστρικό χυμό που στη συνέχεια προωθείται στο λεπτό έντερο με κατάλληλο ρυθμό για την περαιτέρω πεπτική επεξεργασία του. Διακρίνουμε τρεις λειτουργικές μονάδες του στομάχου :

1. Ο εγγύς στόμαχος (θόλος και πρώτο τριτημόριο του σώματος).
2. Ο άπω στόμαχος (το υπόλοιπο σώμα και το άντρο).
3. Ο πυλωρός, με διαφορετικές κινητικές λειτουργίες.

### **Γαστρική πλήρωση – χάλαση υποδοχής**

Ο όγκος του γαστρικού περιεχομένου σε νηστικό άτομο είναι περίπου 50ml και η ενδογαστρική πίεση είναι ίδια με την ενδοκοιλιακή (~7mmHg). Με την έναρξη της

καταπόσεως της τροφής, εκλύεται νευρικός μηχανισμός ο οποίος αναστέλλει το μυϊκό τόνο στον εγγύες στομάχο, αυξάνοντας έτσι τη χωρητικότητά του στο 1,5L. Το φαινόμενο αυτό λέγεται χάλαση υποδοχής και μπορεί να προκληθεί από τη διάταση του οισοφάγου, του στομάχου και με τη θέα, οσμή ή γεύση της τροφής. Οφείλεται κυρίως στο μακρό αντανακλαστικό των πνευμονογαστρικών, λιγότερο σε τοπικό αντανακλαστικό, στη γαστρίνη, στη CCK και στη διέγερση του συμπαθητικού. Αύξηση του τόνου προκαλεί η μοτιλίνη. Κατόπιν αρχίζουν βραδείες τονικές συσπάσεις (κινήσεις μίξεως) που εξασκούν σταθερή πίεση στην αποθηκευμένη τροφή και την προωθούν προς τον άνω στομάχο.

### **Γαστρική κινητικότητα.**

Η χάλαση υποδοχής συνεχίζεται έως ότου σταματήσουν οι καταποτικές κινήσεις, οπότε αρχίζουν τα περισταλτικά κύματα. Αυτά αρχίζουν από το σημείο του "βηματοδότη" ο οποίος ευρίσκεται στο μείζον τόξο, στα όρια θόλου σώματος και αποτελείται από λεία μυϊκά κύτταρα, των οποίων ο ρυθμός της αυτόματης σύσπασης, ελέγχει την κινητικότητα του άνω στομάχου. Υπάρχουν τρεις τύποι κυμάτων :

1. Ο τύπος I, τα οποία είναι βραδέα ηλεκτρικά κύματα διάρκειας 5-10sec με μικρού εύρους διακυμάνσεις της ενδογαστρικής πίεσης (3-10mmHg).
2. Ο τύπος II, με ομοβροντίες ολιγάριθμων δυναμικών δράσεις, διάρκειας 12-60sec που προκαλούν μεγαλύτερες διακυμάνσεις της ενδογαστρικής πίεσης (8-40mmHg).
3. Ο τύπος III, με πολυάριθμες ομοβροντίες κυμάτων, διάρκειας και έως λίγων λεπτών, με μεγάλες διακυμάνσεις της ενδογαστρικής πίεσης. Έχουν ταχύτητα 0,5-4cm/sec και συχνότητα 3/min. Οι περισταλτικές κινήσεις επιτείνονται από το

παρασυμπαθητικό ενώ ελαττώνονται από το συμπαθητικό. Επίσης αυξάνονται με τη γαστρίνη, τη μοτιλίνη και την CCK ενώ ελαττώνονται με την εκκριματίνη, το GIP και τη σωματοστατίνη. Η τροφή, με τα περισταλτικά κύματα προωθείται στο άντρο και τον πυλωρικό σφιγκτήρα που όπου περνάει μικρή ποσότητα χυμού. (έως 7ml). Ακολούθως ο σφιγκτήρας κλείνει, το άντρο συσπάται ισχυρά ούτως ώστε οι τροφές προσκρούουν στο σφιγκτήρα και στη συνέχεια παλινδρομούν στο άντρο. Έτσι επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη ανάμειξη και θρυμματισμός σε τεμαχίδια μικρότερα των 2mm. Μετά από κάθε περισταλτικό κύμα, που διαρκεί 1.5sec, το τελικό άντρο και ο πυλωρικός σφιγκτήρας υφίστανται χάλαση.

Η λειτουργία του πυλωρικού σφιγκτήρα συνίσταται :

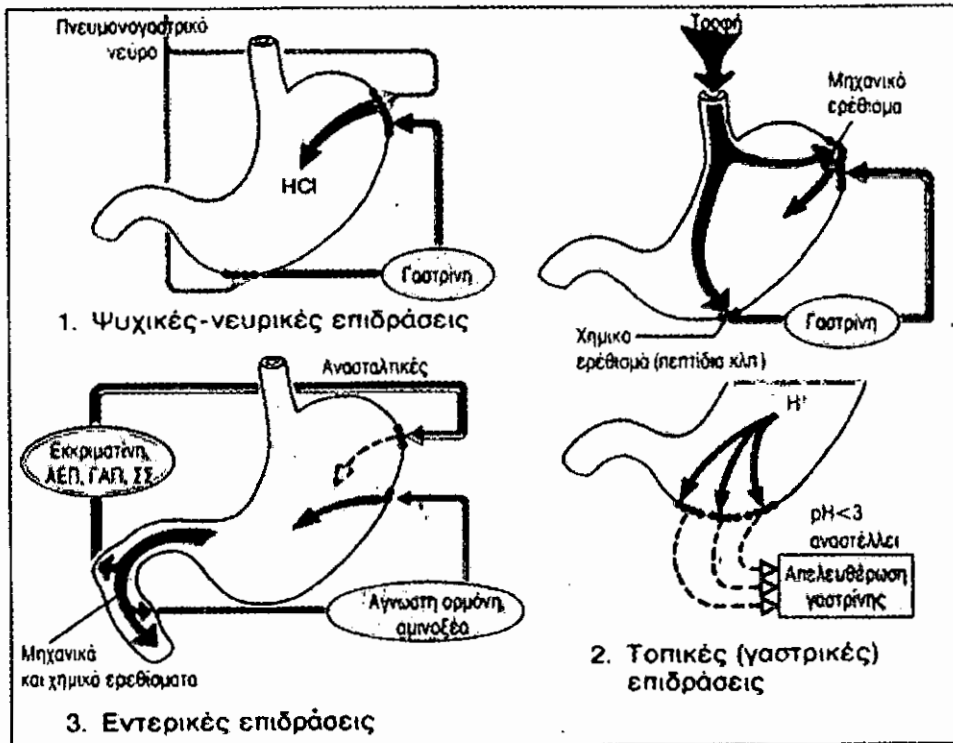
1. Στη συμβολή στην κένωση του γαστρικού περιεχομένου με ελεγχόμενο ρυθμό, ούτως ώστε το δωδεκαδάκτυλο να προλαμβάνει την περαιτέρω προώθηση.
2. Στην πρόληψη της παλινδρόμησης του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στον στόμαχο.

Το συμπαθητικό προκαλεί αύξηση του τόνου του σφιγκτήρα ενώ το παρασυμπαθητικό προκαλεί διέγερση και χάλαση. Οι γαστρεντερικές ορμόνες προκαλούν σύσπαση.

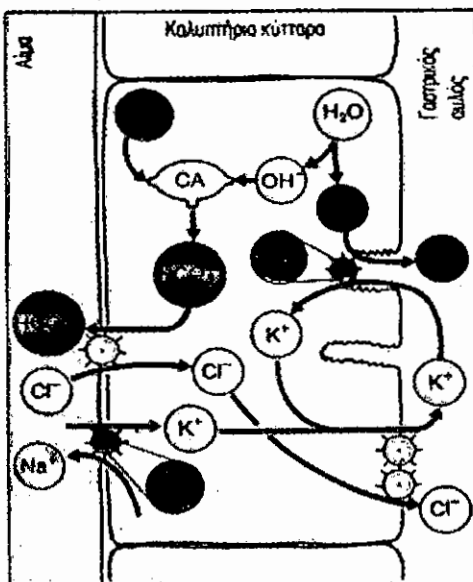
### **Γαστρική κένωση.**

Ο χρόνος κένωσης του στομάχου επηρεάζεται από την ποσότητα και τη σύσταση του γεύματος. Τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες εγκαταλείπουν το στομάχο σε λίγες ώρες, ενώ πρωτεϊνικές τροφές αργούν περισσότερο. Η βραδύτερη κένωση γίνεται μετά από λιπαρό γεύμα. Επίσης, η κένωση επιβραδύνεται από την οξύτητα (<3,5) και την υπερωσμωτικότητα του γαστρικού περιεχομένου. Η κένωση

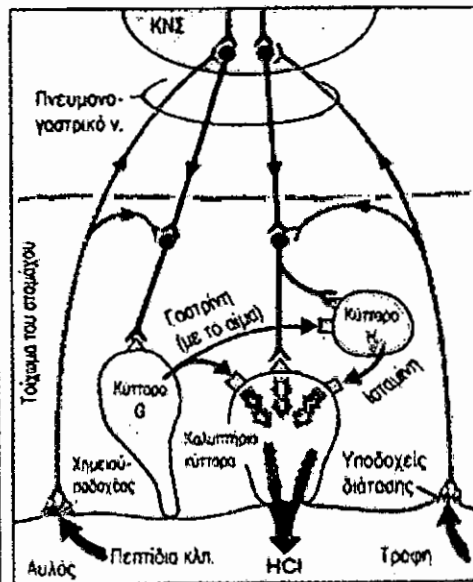
των υγρών γίνεται ανάλογα με την τετραγωνική ρίζα του όγκου των υγρών που παραμένουν. Η διέγερση των πνευμονογαστρικών αυξάνει τη συσταλτικότητα του άντρου ενώ του συμπαθητικού επιβραδύνει την κένωση. Όλη η δραστηριότητα της κένωσης βασίζεται γενικά στη διέγερση των ανάλογων υποδοχέων (τάσεως, θερμότητας, ωσμωτικότητας κτλ.) που οδηγεί στο εντερογαστρικό αντανακλαστικό.



**A. Έκκριση γαστρικού υγρού**



**B. Έκκριση HCl**



**Γ. Έλεγχος της έκκρισης HCl**

## 2° Κεφάλαιο.

### Ορισμός έλκους στομάχου.

Πεπτικό έλκος είναι περιγραμμένη λύση της συνέχειας στην επιφάνεια του γαστρεντερικού βλεννογόνου. Απαντάται σε περιοχές του γαστρεντερικού σωλήνα που διαβρέχονται από HCL - πεψίνη.

Θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ των επιθετικών δυνάμεων (HCL - πεψίνη) και των αμυντικών δυνάμεων (αντίσταση βλεννογόνου).

Το πεπτικό έλκος μπορεί να είναι οξύ ή χρόνια, επιφανειακό ή βαθύ. Σχεδόν κάθε επιφανειακό έλκος είναι οξύ. Όταν η λύση της συνέχειας στην επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου δεν εκτείνεται κάτω από τη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα ονομάζεται διάβρωση. Τέτοιες διαβρώσεις παρατηρούνται στην οξεία αιμορραγική γαστρίτιδα. Τα βαθιά έλκη είναι συνήθως χρόνια.

Τα πεπτικά έλκη διακρίνονται ανάλογα με τη θέση εμφάνισής τους σε :

- Οισοφαγικά (στο κάτω μέρος του οισοφάγου)
- Γαστρικά.
- Δωδεκαδακτυλικά.
- Νησιδικά (σε περιπτώσεις γαστροεντεροαναστομώσεων).
- Έλκη του ειλεού (σπάνια είναι δυνατό να αναπτυχθεί πεπτικό έλκος στον ειλεό στην περίπτωση αυτή σχετίζεται με έκτοπο γαστρικό βλεννογόνο σε εκκόλπωμα του Meckel που εκκρίνει HCL - πεψίνη).

## Επιδημιολογία

Το πεπτικό έλκος είναι ένα από τα συχνότερα καλοήθη νοσήματα. Το πεπτικό έλκος προσβάλλει όλες τις ηλικίες. Η σχέση ανδρών προς γυναίκες για το έλκος στομάχου είναι 1/1 και είναι συχνότερο στην ηλικία 40-60. Το έλκος δωδεκαδάκτυλου είναι συχνότερο από το έλκος στομάχου (σχέση 4/1 περίπου). Η θνητότητα από το πεπτικό έλκος είναι επίσης σημαντική. Στη Γερμανία, Αγγλία και Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπολογίζεται ότι 4-6/100.000 κατοίκους κάθε χρόνο πεθαίνουν από κάποια επιπλοκή πεπτικού έλκους, δηλαδή από αιμορραγία ή διήθηση.

## Παθοφυσιολογία

Σε αρρώστους με έλκος στομάχου παρατηρούνται.

1. Μειωμένη βασική και μέγιστη έκκριση HCL (<2 mmoi και <15 mmoi την ώρα αντίστοιχα). Η μειωμένη αυτή έκκριση HCL αποδόθηκε στην αυξημένη διαπερατότητα του βλεννογόνου με αποτέλεσμα την προς τα πίσω διάχυση (back diffusion) ιόντων υδρογόνου.
2. Συχνή συνύπαρξη γαστρίτιδας του βλεννογόνου του θόλου του στομάχου. Η γαστρίτιδα αυτή παραμένει και μετά την επούλωση του έλκους.
3. Τα επίπεδα γαστρίνης του ορού σε νηστεία βρέθηκαν αυξημένα σε αρρώστους με έλκος του σώματος του στομάχου. Αυτό θεωρείται σαν αποτέλεσμα της μειωμένης έκκρισης HCL.
4. Σε ιστούς από το πυλωρικό άντρο αρρώστων με έλκος σώματος στομάχου βρέθηκαν μειωμένα επίπεδα γαστρίνης. Αντίθετα σε αρρώστους με προπυλωρικό έλκος βρέθηκαν φυσιολογικά. Στη δεύτερη αυτή περίπτωση οι άρρωστοι έχουν συνήθως αυξημένη έκκριση HCL.

5. Άρρωστοι με έλκος στομάχου έχουν συχνότερα αυξημένη συγκέντρωση χολής στο περιεχόμενο του στομάχου, λόγω αυξημένης δωδεκαδακτυλογαστρικής αναγωγής χολής. Τα χολικά άλατα είναι γνωστό ότι αυξάνουν τη διαπερατότητα του γαστρικού βλεννογόνου. Η δράση όμως των χολικών αλάτων δεν εξηγεί την εστιακή φύση του έλκους.

6. Διαταραχές της γαστρικής κινητικότητας :

- α) Μείωση του μεγάλου εύρους συσπάσεων στο πυλωρικό άντρο και
- β) Υποτονία του πυλωρικού σφιγκτήρα.

Αποτέλεσμα αυτού είναι αναγωγή χολικών αλάτων και λυσολεκιθίνης στο στομάχι.

#### **Αιτιολογία – Παθογένεια.**

Η παθογένεια του πεπτικού έλκους δεν έχει πλήρως διευκρινισθεί. Είναι όμως βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που δρουν βλαπτικά στο γαστρικό βλεννογόνο, όπως το υδροχλωρικό οξύ, η πεψίνη, τα χολικά άλατα, οι διαταραχές της κινητικότητας του στομάχου, η νικοτίνη, το οινόπνευμα, τα μη στεροειδή αναλγητικά φάρμακα και τα κορτικοειδή, ενώ άλλοι παράγοντες όπως η γαστρική βλέννα, οι προσταγλανδίνες και τα διιτανθρακικά συμβάλλουν στην άμυνα του βλεννογόνου. Οποιαδήποτε διαταραχή της ισορροπίας ανάμεσα στους αμυντικούς και τους βλαπτικούς παράγοντες είναι δυνατό να οδηγήσει στη δημιουργία πεπτικού έλκους. Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι στο έλκος στομάχου η διαταραχή της κινητικότητας του στομάχου και η μειωμένη παραγωγή προσταγλανδίνων αποτελούν βασικούς βλαπτικούς παράγοντες σχετιζόμενους με την αιτιολογία της νόσου. Η κληρονομικότητα φαίνεται επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία του



πεπτικού έλκους. Είναι γνωστό, ότι οι πρώτου βαθμού εξ' αίματος συγγενείς ασθενών με έλκος έχουν 2-4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν και ότι τα άτομα ομάδος αίματος O έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες από τις υπόλοιπες ομάδες αίματος να αναπτύξουν έλκος.

Είναι γνωστό ότι άτομα με ατροφική γαστρίτιδα δεν πάσχουν από πεπτικό έλκος. Οι διαταραχές της κένωσης του στομάχου με την έννοια της γαστρικής στάσης παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία έλκους στομάχου, γιατί εκθέτουν το γαστρικό βλεννογόνο στο υδροχλωρικό οξύ και την πεψίνη για μακρότερο χρονικό διάστημα, ενώ στα άτομα αυτά συχνά παρατηρείται αυξημένη παλινδρόμηση της χολής στο στομάχι. Τα χολικά άλατα και η λυσολεικθίνη που περιέχονται στη χολή έχουν επίσης βλαπτική επίδραση στο γαστρικό βλεννογόνο. Η δράση της νικοτίνης και του αλκοόλ στο βλεννογόνο του στομάχου δεν έχει αποσαφηνισθεί. Είναι όμως γνωστό, ότι στους καπνιστές τα έλκη δωδεκαδάκτυλου επουλώνονται πιο δύσκολα και υποτροπιάζουν συχνά από τους μη καπνιστές.

Σε ασθενείς με γαστρικό έλκος το *H.Pylori* ανευρίσκεται στο 70% των περιπτώσεων και παρατηρείται στενή σχέση μεταξύ *H.Pylori* λοίμωξης και γαστρίτιδας. Η χρόνια αυτή γαστρίτιδα καθιστά το βλεννογόνο ευάλωτο στην επίδραση άλλων επιθετικών παραγόντων, όπως είναι το HCL και η πεψίνη, με αποτέλεσμα τη γένεση του γαστρικού έλκους. Εξάλλου, σημαντικό ποσοστό ασθενών (30% περίπου είναι *H.Pylori* αρνητικοί). Στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει να αναζητηθούν άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες, όπως είναι η εντερογαστρική παλινδρόμηση χολής, αλλά κυρίως η χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ) και ασπιρίνης. Τα τελευταία έλκη αποτελούν μια ξεχωριστή ομάδα με ήπια συμπτωματολογία και ενίοτε παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές.

Παράλληλα ασθενείς με χρόνια αναπνευστικά νοσήματα παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα έλκους στομάχου, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό.

Μια άλλη κατηγορία ελκών είναι τα οξέα έλκη και οι διαβρώσεις του βλεννογόνου του στομάχου, που αναπτύσσονται συχνά σε καταστάσεις "stress". Έτσι είναι γνωστά τα έλκη του Curling που παρατηρούνται σε ασθενείς με εγκαύματα ή τα έλκη του Cushing μετά από νευροχειρουργικές επεμβάσεις. Επομένως, δύναται να λεχθεί ότι, από απόψεως αιτιοπαθογενετικής, τα γαστρικά έλκη κατατάσσονται σε δυο μεγάλες ομάδες : α) γαστρικά έλκη θετικά στο h.Pylori και β) γαστρικά έλκη που έχουν σχέση με τη λήψη ΜΣΑΦ. Η ταξινόμηση αυτή είναι χρήσιμη στην εφαρμογή της θεραπευτικής στρατηγικής.

### 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο :

#### Χρήσιμες συμβουλές για καλή υγεία

- Πρέπει να μάθετε να τρώτε σωστά, αφού αυτό θα γίνεται σ' όλη σας τη ζωή, όλες τις μέρες και πολλές φορές τη μέρα.
- Πρέπει να ξέρετε τι να τρώτε, πόσο να τρώτε, πότε να τρώτε και πώς να τρώτε.
- Τρώτε απ' όλες τις τροφές. Η διαίτα πρέπει να είναι μικτή φυτική και ζωϊκή.
- Η διαίτα με φυτικές τροφές (χορταρικά, δημητριακά, όσπρια, φρούτα) συμπληρωμένη με ζωϊκές ίνες είναι η καλύτερη.
- Τρώτε φρούτα, χορταρικά, όσπρια, δημητριακά, γαλακτερά, ψάρια, πουλερικά.
- Περιορίστε τα λίπη, τα τηγανητά, τα παχιά κρέατα, τα γλυκά και τα αλάτια.
- Κόψτε τα πολλά και τα ισχυρά οινόπνευματώδη. Τα πολύ καυτερά και ερεθιστικά, τα πολύ ζεστά και τα πολύ παγωμένα ροφήματα.
- Τρώτε ελαφρά με ορισμένη τάξη, με ηρεμία και ευχαρίστηση, χωρίς βιασύνη για να γίνεται καλά η πέψη και η αφομοίωση της τροφής.
- Τρώτε τρία μέτρια γεύματα την ημέρα και αποφεύγετε τα λίγα (1-2) και μεγάλα γεύματα. Μην τρώτε λιχουδιές και μεζέδες στα ενδιάμεσα εκτός από φρούτα.

#### Προληπτική διαιτητική αγωγή για την αποφυγή δημιουργίας πεπτικού έλκους.

Αυτή η διαιτητική αγωγή περιλαμβάνει την κατανομή της τροφής σε τρία τουλάχιστον γεύματα (ενισχυμένο πρωινό, κανονικό μεσημεριανό, ελαφρό βραδυνό),

την αποφυγή ερεθιστικών τροφών, τοξικών ουσιών(οινόπνευμα, νικοτίνη) και φαρμάκων (αντιφλεγμονώδη, κορτικοειδή).

Ωστόσο, έχει μεγαλύτερη σημασία η συχνότητα και η κατανομή των γευμάτων παρά το είδος της τροφής. Η παραμονή του στομάχου κενού για πολλές ώρες εκθέτει το γαστρικό βλεννογόνο στη δράση του όξινου γαστρικού υγρού και δημιουργεί τις προϋποθέσεις εμφάνισης πεπτικού έλκους.

Επιπλέον, για την πρόληψη του έλκους καλό είναι να αποφεύγονται τα πικάντικα φαγητά, οι ερεθιστικές σούπες, οι σάλτσες, τα αλμυρά, τα ξινά, τα αλίπαστα, τα οينوπνευματώδη, τα αεριούχα ποτά, οι πολλοί καφέδες, τα τηγανιτά, τα κρεμμύδια, τα σκόρδα, τα διαχριστά, τα τσιγαριστά, τα πολύ παχιά και τα λιπαρά φαγητά. Λίγο κρασί στη διάρκεια του γεύματος και 1-2 καφέδες την ημέρα δε βλάπτουν.

## 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο :

### Κλινική εικόνα

Κυριότερο σύμπτωμα του έλκους στομάχου είναι ο πόνος στο επιγάστριο με αντανάκλαση συχνά στο αριστερό υποχόνδριο, τη ράχη, το δεξιό ώμο. Ο πόνος είναι καυστικός και σφυκτικός. Καύσος, οξίνες ερυγές (ρεψίματα), αναγωγές συνοδεύουν συχνά τον πόνο. Μερικές φορές είναι οι μόνες εκδηλώσεις και ο πόνος λείπει. Έμετοι δεν είναι σπάνιοι που ανακουφίζουν τον ασθενή. Σε περίπτωση ανάπτυξης πυλωρικής στένωσης οι εμετοί είναι η κυριότερη εκδήλωση.

Συνήθως η όρεξη δε μεταβάλλεται αν και μερικές φορές παρατηρείται ανορεξία. Ανορεξία παρατηρείται σταθερά σε πυλωρική στένωση. Απώλεια βάρους παρατηρείται μερικές φορές λόγω μη επαρκούς τροφής εξαιτίας των πόνων, είναι όμως χαρακτηριστική της πυλωρικής στένωσης.

Άλλο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε ένα μικρό ποσοστό (5-10%) ασθενών με πεπτικό έλκος είναι η σιελόρροια. Χαρακτηριστικά οι ασθενείς αναφέρουν ότι ξαφνικά αισθάνονται να πλημμυρίζει το στόμα τους από ένα υφάλμυρο υγρό, που δεν προλαβαίνουν να το καταπιούν ή να το συγκρατήσουν.

Ακόμη, σε ασθενείς με έλκος στομάχου παρατηρούνται σπασμοί του στομάχου και δυσπεψία με αίσθημα πληρότητας.

**Χαρακτήρες του πόνου. Περιοδικότητα :** Ο πόνος παρουσιάζεται κατά περιόδους 8-20 ημερών, σπανίως περισσότερων, ενώ οι επώδυνες περίοδοι εναλλάσσονται με περιόδους πλήρους ηρεμίας. Συχνά οι επώδυνες περίοδοι εμφανίζονται μόνο την άνοιξη και το φθινόπωρο. Συνεχής πόνος χωρίς

περιοδικότητα σημαίνει επιπλοκή. Τα ενοχλήματα εξαφανίζονται συχνά στην κύηση και επανεμφανίζονται κατά τη λοχεία.

**Ωράριο :** α) Ο πόνος εμφανίζεται μετά τη λήψη τροφής, μετά από μια ώρα και ο ασθενής ανακουφίζεται συχνά με προκλητό έμετο ή με τη λήψη αντιόξινων φαρμάκων. β) Ο πόνος εμφανίζεται τη νύχτα, ιδιαίτερα μεταξύ 1<sup>ης</sup> -3<sup>ης</sup> π.μ., αφυπνίζοντας τον ασθενή. γ) Πόνος πείνας. Ο ασθενής συνήθως εμφανίζει δυσάρεστο αίσθημα πείνας, το οποίο υποχωρεί με τη λήψη τροφής ή αλκαλικών.

### **Διαφορική διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση θα περιλαμβάνει την πεπτική οισοφαγίτιδα, το γαστρικό καρκίνο, τη χολολιθίαση, τη χρόνια παγκρεατίτιδα, τον καρκίνο του παγκρέατος και του παχέως εντέρου, το ευερέθιστο παχύ έντερο και τη στηθάγχη. Οι ασθενείς με πεπτική οισοφαγίτιδα παραπονούνται για οπισθοστερνικό καύσο ή πόνο , που μπορεί να έχει νυκτερινό χαρακτήρα και να αφυπνίζει τον ασθενή. Τα ενοχλήματα υποχωρούν με τη λήψη τροφής, αντιόξινων φαρμάκων ή ανταγωνιστών των H<sub>2</sub> ισταμινικών υποδοχέων δεν παρουσιάζουν όμως τη χαρακτηριστική περιοδικότητα στο χρόνο που υπάρχει στο πεπτικό έλκος. Οι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου , εκτός από τον επίμονο γαστρικό πόνο, παρουσιάζουν ανορεξία, εμέτους και σιδεροπενική αναιμία από τη λανθάνουσα (χρόνια) απώλεια αίματος. Στους ασθενείς αυτούς ο πόνος είναι συνεχής και δεν ανακουφίζεται συνήθως με τη λήψη τροφής . Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ασθενείς με πρώιμο γαστρικό καρκίνο που μακροσκοπικά μοιάζει με έλκος στομάχου και μπορεί να διαδράμει με τη μορφή 1 με 2 χρόνια. Τα συμπτώματα των ασθενών είναι ίδια με εκείνα του έλκους στομάχου. Όμως το έλκος του πρώιμου γαστρικού καρκίνου δεν επουλώνεται πλήρως με τη συντηρητική θεραπεία ή αν επουλωθεί υποτροπιάζει σύντομα. Η διαφορική διάγνωση

από τον κολικό δεξιού υποχονδρίου που οφείλεται σε χολολιθίαση στηρίζεται στην αιφνίδια εμφάνιση του ισχαιμικού πόνου στο δεξιό υποχόνδριο που συχνά αντανακλά στη δεξιά ωμοπλάτη ή τη μεσοπλάτια χώρα και συνοδεύεται από εμέτους, πυρετό (οξεία χολοκυστίτιδα) και υπικτερική χρώση επιπεφυκότων και υπέρχρωση ούρων. Στην χρόνια παγκρεατίτιδα και τον καρκίνο του παγκρέατος ο επιγαστρικός πόνος όχι μόνο δεν ανακουφίζεται από τη λήψη τροφής αλλά επιδεινώνεται. Οι ασθενείς φοβούνται να λάβουν τροφή λόγω του μεταγευματικού πόνου ή παρουσιάζουν ανορεξία (καρκίνος παγκρέατος) με αποτέλεσμα προοδευτική απώλεια σωματικού βάρους σε διάστημα λίγων μηνών.

Η διαφορική διάγνωση του πόνου που οφείλεται σε νοσήματα του παχέως εντέρου, όπως καρκίνο ή ευερέθιστο παχύ έντερο στηρίζεται στον κωλικοειδή χαρακτήρα του πόνου και στις διαταραχές των κενώσεων που παρουσιάζουν οι ασθενείς. Απαιτείται όμως προσοχή γιατί ορισμένοι ασθενείς με πεπτικό έλκος παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα κατά την υποτροπή του έλκους ή σπανιότερα επεισοδιακές διάρροιες όταν πάσχουν από πυλωρική στένωση. Τέλος, ασθενείς με ισχαιμία των στεφανιαίων μπορεί να παρουσιάσουν πόνο που εντοπίζεται ή αντανακλά στο επιγάστριο. Ο πόνος όμως αυτός δεν παρουσιάζει περιοδικότητα και εκλύετε κατά την κόπωση.

Δυσκολία στην διαφορική διάγνωση παρουσιάζεται σε ασθενείς με νυκτερινή στηθάγχη. Οι ασθενείς αυτοί αφυπνίζονται από προκάρδιο ή επιγαστρικό πόνο που υποχωρεί συνήθως με την έγερση από το κρεβάτι δεν ανακουφίζεται με την λήψη φαγητού ή αντιόξινων φαρμάκων και δεν παρουσιάζει την τυπική περιοδικότητα του έλκους

Παρά τις πιο πάνω διαφορές στους χαρακτήρες του πόνου από πεπτικό έλκος και εκείνους του πόνους που οφείλονται σε άλλα νοσήματα του πεπτικού συστήματος, πρέπει να τονιστεί ότι μόνο 60% με 70% από τους ασθενείς που πάσχουν από το πεπτικό έλκος παρουσιάζει τους τυπικούς χαρακτήρες της ελκοπάθειας. Για το λόγο αυτό η διαφορική διάγνωση πρέπει να στηριχθεί, εκτός από το ιστορικό του ασθενούς, στην ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος, στο ηλεκτροκαρδιογράφημα και υπερηχογράφημα των χοληφόρων και του παγκρέατος.

### **Διαγνωστικές εξετάσεις-Εργαστηριακές εξετάσεις**

Χρήσιμες εξετάσεις για τη διάγνωση είναι : α) ο ακτινολογικός έλεγχος του στομάχου, β) η ενδοσκόπηση, γ) οι εργαστηριακές εξετάσεις που αφορούν τον Hct, Hb, Fe ορού, σιδηροδεσμευτική ικανότητα του ορού, μορφολογία ερυθρών, φερριτίνη ορού, ανίχνευση Hb στα κόπρανα και δ) αναλυτικές εξετάσεις.

Η ακτινογραφία διπλής σκιαγράφησης του ανώτερου πεπτικού συστήματος έχει χαμηλότερη ειδικότητα και ευαισθησία που δεν ξεπερνά το 80% με τις καλύτερες προϋποθέσεις. Επειδή η ακτινογραφία έχει υψηλό ποσοστό ψευδώς θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων, τείνει να υποκατασταθεί πλήρως σήμερα από την ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος στα περισσότερα γαστρεντερολογικά κέντρα της Ευρώπης, Αμερικής και Ιαπωνίας.

Η γαστροσκόπηση γίνεται για άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου, με σκοπό την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό γαστρίτιδας γαστρικού έλκους, γαστρικού καρκινώματος ή γαστρικής αιμορραγίας. Ακόμη, για λήψη δειγμάτων βιοψίας του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου.



Οι εκκριντικές λειτουργίες του γαστρεντερικού σωλήνα και των παρακείμενων οργάνων μπορούν να εκτιμηθούν με ανάλυση του γαστρεντερικού περιεχομένου ή με διέγερση των οργάνων πέψης που εκκρίνουν ορμόνες ή ένζυμα. Οι εξετάσεις περιλαμβάνουν συλλογή δειγμάτων γαστρικού και εντερικού υγρού, χολής, ούρων και εξέταση αίματος.

**Ανάλυση γαστρικού υγρού.** Από την εξέταση του γαστρικού υγρού μπορεί να εκτιμηθεί :

1. Η εκκριντική δραστηριότητα του βλεννογόνου του στομαχιού.
2. Η παρουσία και ο βαθμός κατακράτησης γαστρικού περιεχομένου.
3. Η περιεκτικότητά του σε υδροχλωρικό οξύ (HCL).
4. Η παρουσία καρκινικών κυττάρων.
5. Η παρουσία βακτηριδίων του Koch.

Ο άρρωστος μένει νηστικός 6-8 ώρες πριν από την εξέταση.

Λαμβάνεται υγρό βασικής έκκρισης μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα. Στη συνέχεια, γίνεται ένεση ισταμίνης για διέγερση του βλεννογόνου προς παραγωγή HCL. Επειδή η ισταμίνη προκαλεί συχνά ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ταχυκαρδία, έξαψη, πονοκέφαλο), αντί γ' αυτή μπορεί να χορηγηθεί Histalog.

Μετά τη λήψη όλων των δειγμάτων, αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και γίνεται πλύση στόματος και φροντίδα μύτης. Ο άρρωστος παρακολουθείται για ναυτία και εμετούς.

### **Γαστρική ανάλυση χωρίς διασωλήνωση.**

Ένας έμμεσος τρόπος για διαπίστωση παρουσίας HCL στο γαστρικό υγρό, είναι με τη βοήθεια Diagnex Blue ή Azuresin. Ο άρρωστος δεν παίρνει φάρμακα για 24

ώρες πριν από την εξέταση και τροφή για 6-8 ώρες πριν από αυτή. Του χορηγούνται ένα πακέτο κρύσταλλοι της χρωστικής με ένα ποτήρι νερό. Τα ούρα φυλάσσονται για δύο ώρες και προσδιορίζεται η ποσότητα της χρωστικής. Η παρουσία της χρωστικής στα ούρα δείχνει την ύπαρξη, όχι την ποσότητα, υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό. Οι κρύσταλλοι Azuresin είναι χρωστική συνδεδεμένη με αδιάλυτη ρητίνη. Για την απορρόφηση της χρωστικής από το γαστρεντερικό βλεννογόνο είναι απαραίτητος ο αποχωρισμός της από τη ρητίνη, που γίνεται μόνο με τη δράση υδροχλωρικού οξέος.

Γίνεται γνωστό στον άρρωστο ότι τα ούρα του θα είναι μπλε για δυο ή τρεις ημέρες, ώσπου να απεκκριθεί τελείως το φάρμακο.

### **Παρέμβαση και μόλος των νοσηλευτών στις διαγνωστικές εξετάσεις**

#### **Γαστροσκόπηση.**

Στη γαστροσκόπηση η προετοιμασία του ασθενή από το νοσηλευτή περιλαμβάνει :

- Ενημέρωση του αρρώστου γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξέτασης, καθώς και της δυνατότητας βοήθειας από μέρος του για την σωστή εκτέλεσή τους.
- Αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμέτους.
- Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.
- Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν την εξέταση.

- Σε αγχώδεις αρρώστους, μια ώρα πριν τη γαστροσκόπηση δίνονται κατευναστικά με εντολή ιατρού.
- Γίνεται ένεση ατροπίνης μισή ώρα πριν από την εξέταση.

Ο άρρωστος μετά την παραπάνω προετοιμασία οδηγείται στο τμήμα των ενδοσκοπήσεων.

Δέκα λεπτά, πριν την είσοδο του γαστροσκοπίου στο στομάχι ο ιατρός κάνει τοπική αναισθησία του στοματοφάρυγγα με ψεκασμό χρησιμοποιώντας τοπικό αναισθητικό, όπως ξυλοκαΐνη 2% για να μειώσει τόσο τα τοπικά αντανακλαστικά όσο και τη δυσφορία του αρρώστου από την είσοδο του γαστροσκοπίου. Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές, που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμέτων ή αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας. Η θέση του ασθενούς στη γαστροσκόπηση είναι πλάγια, ύπτια ή καθιστή.

Μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο, απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεή τροφή από το στόμα, πριν να εμφανισθούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη. Και τα δυο φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου ή του στομάχου. Ο ασθενής είναι αρκετά κουρασμένος και έχει ανάγκη από ανάπαυση. Όταν περάσει η τοπική αναισθησία, ο ασθενής πονάει κατά την κατάποση, ο πόνος είναι παροδικός, εξαιτίας του τοπικού ερεθισμού. Αν εμφανισθεί δυνατός πόνος πρέπει να ειδοποιηθεί ο ιατρός.

**Για την ανάλυση βασικής έκκρισης (γίνεται ρινογαστρική διασωλήνωση)**

**Διδασκαλία**

Εξηγείστε στον άρρωστο το σκοπό της διασωλήνωσης, εξηγήστε πως θα μπει ο σωλήνας, πείτε στον άρρωστο ότι η εισαγωγή του σωλήνα είναι ενοχλητική, αλλά διαβεβαιώστε τον ότι θα είστε ήπιος στους χειρισμούς, όσο είναι δυνατό, εξηγήστε του πόσο θα μείνει ο σωλήνας και πως θα αισθάνεται.

### **Αντικείμενα**

1. Δίσκος που περιέχει :

α) Μπολ με τολύπια βαμβακιού ή χαρτοβάμβακου.

β) Τοπικό αναισθητικό (Xylocaine spray), αν υπάρχει οδηγία .

γ) Ρινογαστρικό σωλήνα, συνήθως Levin, προτιμώνται οι μιας χρήσης (οι πλαστικοί σωλήνες είναι λιγότερο ερεθιστικοί από τους ελαστικούς).

δ) Υδατοδιαλυτή γλισχραντική ουσία.

ε) Μπολ με παγάκια για τους ελαστικούς σωλήνες.

στ) Νεφροειδές.

ζ) Λευκοπλάστ (υποαλλεργικός και ψαλίδι).

η) Σύριγγα των 20ml και των 5 ή 10ml.

θ) Λαβίδα Kocher ή πίεστρο.

2. Χαρτομάνδηλα.

3. Νεφροειδές πλαστικό (για τυχόν εμετό).

4. Τετράγωνο ή πετσέτα.

5. Στηθοσκόπιο.

6. 6 δοκιμαστικά σωληνάρια για λήψη γαστρικού υγρού.

7. Βάση με υποδοχές για τα σωληνάρια.

8. Ετικέτες.

## Διαδικασία

### Φάσεις προετοιμασίας.

1. Μη δίνετε τροφή και υγρά στον άρρωστο μετά τα μεσάνυχτα (για 8-10 ώρες).
2. Μη χορηγείτε αντιχολινεργικά για 12-14 ώρες (αν παίρνει).
3. Παρακαλέστε τον άρρωστο να μη καπνίσει.
4. Διαλέξτε τον κατάλληλο σωλήνα Νο 12 έως 18 γαλλικό σωλήνα είναι ικανοποιητικό. Το ακριβές Νο εξαρτάται από το άτομο.
5. Αν ο σωλήνας είναι ελαστικός, βάλτε τον μέσα σε ένα μπολ με πάγο. Αν είναι πλαστικός, βάλτε τον μέσα σε ζεστό νερό, για να ελαττώσετε τις πιθανότητες μικροτραυματισμών.
6. Εξηγήστε στον άρρωστο τι και γιατί πρόκειται να του γίνει και πως μπορεί αυτός να βοηθήσει στην εισαγωγή του σωλήνα (να αναπνέει από το στόμα και να καταπίνει).
7. Καθορίστε με τον άρρωστο σημεία άφωνης συνεννόησης, π.χ. όταν ο άρρωστος αισθανθεί δυσχέρεια, να σηκώσει το δείκτη του χεριού του, που σημαίνει «περιμένετε λίγα λεπτά».
8. Αφαιρέστε οδοντοστοιχίες, αν υπάρχουν και δεν εφαρμόζουν καλά.
9. Τοποθετήστε τον άρρωστο στη σωστή. Αρχικά, μια σωστή καθιστή ή ψηλή Fowler είναι η καλύτερη. Αν δεν μπορεί να τοποθετηθεί σ' αυτή τη θέση, τότε ο σωλήνας εισάγεται έχοντας τον άρρωστο σε ύπτια ή πλάγια θέση.
10. Δώστε στον άρρωστο χαρτομάνδηλα.
11. Προστατέψτε τα λευχίματα του αρρώστου τοποθετώντας στο θώρακα το τετράγωνο ή πετσέτα.

12. Καθαρίστε τα ρουθούνια και ψεκάστε το ρινοφάρυγγα με ξυλοκαΐνη (μόνο αν υπάρχει ιατρική οδηγία).
13. Υπολογίστε το μήκος του σωλήνα που πρέπει να εισαχθεί για να φτάσει στο στομάχι. Το μήκος της τεθλασμένης από τη γέφυρα της μύτης ως το λοβό του αυτιού και από αυτό ως το άκρο της ξιφοειδούς απόφυσης, είναι κατά προσέγγιση ίσο με το μήκος του σωλήνα που χρειάζεται για να μπει στο στομάχι. Σημειώστε την απόσταση αυτή στο σωλήνα με μια μικρή ταινία λευκοπλάστ.

### **Φάση εκτέλεσης**

1. Επαλείψτε με γλισχραντική ουσία το άκρο του σωλήνα περίπου 15 - 20 cm, περιστρέφοντάς τον σε μια μικρή ποσότητα υδατοδιαλυτής γλισχραντικής ουσίας. Αν πρόκειται να γίνει κυτταρολογική εξέταση του υγρού, για ελάττωση της τριβής χρησιμοποιήστε ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου ή νερό.
2. Κρατήστε το σωλήνα σε απόσταση 7,5cm από το άκρο του και τοποθετήστε τον μέσα στο ρουθόφι, προχωρώντας τον προς τα εμπρός και κάτω. Ο σωλήνας έχει την τάση να αναδιπλώνεται. Ενδέχεται ο άρρωστος να προβάλλει αντίσταση και να δακρύσουν τα μάτια του.
3. Όταν όλα τα 7,5cm μπουν μέσα στο ρουθόφι, το άκρο του σωλήνα έχει φτάσει στο φάρυγγα. Πείτε στον άρρωστο να κάμψει το κεφάλι, να ακουμπήσει το πηγούνι στο θώρακα και να πάρει πολλές επιπόλαιες αναπνοές. Ο σωλήνας τείνει να μαζευτεί στο στόμα ή να μπει στην τραχεία.
4. Όταν ο σωλήνας φτάσει στο φάρυγγα, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει έντονο φaryγγικό αντανακλαστικό. Αφήστε τον να ξεκουραστεί για λίγα λεπτά.

5. Ελέγξτε τη στοματική κοιλότητα για τυχόν αναδίπλωση του σωλήνα. Αν είναι ανάγκη, αφαιρέστε το σωλήνα και ξανατοποθετήστε τον.

6. Παροτρύνετε τον άρρωστο να καταπίνει.

7. Συνεχίστε την προώθηση του σωλήνα ήπια, κάθε φορά που ο άρρωστος θα καταπίνει, μέχρις ότου φτάσετε στο προκαθορισμένο σημείο.

8. Αν αισθανθείτε αντίσταση κατά την προώθηση του σωλήνα, μην ασκήσετε βία. Ανεβάστε σε μικρή απόσταση το σωλήνα, περιστρέψτε τον ήπια και προωθήστε τον προς τα κάτω. Αν συνεχίζετε να αισθάνεστε αντίσταση, συμβουλευτείτε το γιατρό. Προσοχή, αν ο άρρωστος εμφανίσει δυσφορία, δύσπνοια, βήχα, κυάνωση, είναι ενδεικτικό ότι ο σωλήνας μπήκε στην τραχεία. Αφαιρέστε τον αμέσως.

9. Ελέγξτε τη θέση του σωλήνα, αφού αυτός έχει εισέλθει μέχρι το προκαθορισμένο σημείο.

α) Αναρροφήστε περιεχόμενο του στομαχιού με σύριγγα των 20ml.

β) Τοποθετήστε το στηθοσκόπιο στο επιγάστριο και προωθήστε στο σωλήνα 5-10ml αέρα με ταχύ ρυθμό, χρησιμοποιώντας σύριγγα.

γ) Τοποθετήστε το ελεύθερο άκρο του σωλήνα μέσα σε νερό, αλλά απομακρύνετε τον γρήγορα, γιατί ο άρρωστος μπορεί να βήξει ξαφνικά και να εισροφήσει νερό, αν ο σωλήνας είναι στην τραχεία.

10. Όταν γίνει η επιβεβαίωση ότι ο σωλήνας βρίσκεται στο στομάχι, στερεώστε τον με υποαλλεργικό λευκοπλάστ. Περιβάλλετε από κάτω το σωλήνα με μια στενή λωρίδα λευκοπλάστ και κολλήστε τα ελεύθερα άκρα της στη μύτη, αφού προηγουμένως στεγνώσετε το δέρμα. Προσέξτε μην εξασκήσετε πίεση στη μύτη, θα το πετύχετε αν ο σωλήνας βγαίνει σε ευθεία γραμμή από το ρουθούνι.

11. Αναρροφήστε το πρώτο δείγμα. Αναγράψτε στην ετικέτα «υπολειπόμενο»

12. Αναρροφήστε το δεύτερο δείγμα μετά με τα 30min. Σημειώστε ποσότητα και χρόνο συλλογής.
13. Αναρροφήστε 4 επιπλέον δείγματα ανά 15min. Σημειώστε ποσότητα και χρόνο συλλογής.

### **Φάση παρακολούθησης**

1. Εκτιμήστε τα αισθήματα του αρρώστου πριν από την αφαίρεση του σωλήνα και εξηγήστε του τι πρόκειται να κάνετε.
2. Κλείστε το σωλήνα πριν από την αφαίρεσή του, αφού προηγουμένως τον ξεπλύνετε με 10ml διαλύματος NaCl 0,9%.
3. Αφαιρέστε κάθε λωρίδα λευκοπλάστ που χρησιμοποιήθηκε για στερέωση.
4. Τοποθετήστε ένα τετράγωνο κάτω από το σωλήνα
5. Τοποθετήστε το χέρι με το οποίο δε δουλεύετε κάτω από το τετράγωνο, ώστε καθώς βγάζετε τον σωλήνα να τον σκουπίζετε.
6. Η αφαίρεση γίνεται με ήπιες κινήσεις ως το σημείο που ο σωλήνας (το τελικό του τμήμα) θα είναι στον οισοφάγο. Κατόπιν, πείτε στον άρρωστο να πάρει μια βαθιά αναπνοή και μετά να εκπνεύσει αργά.
7. Αφαιρέστε το σωλήνα με μια συνεχή, γρήγορη κίνηση, ενώ ο άρρωστος εκπνέει.
8. Μόλις βγει ο σωλήνας, καλύψτε τον με το τετράγωνο και απομακρύνάτε τον.
9. Καθαρίστε τη ρινική κοιλότητα και κάντε πλύση στόματος.
10. Τοποθετήστε τον άρρωστο σε αναπνευστική θέση.



11. Μετρήστε την ποσότητα του υγρού των δειγμάτων, σημειώστε τα χαρακτηριστικά και αναγράψτε τα. Αν το υγρό περιέχει παθολογικά στοιχεία, ενημερώστε το γιατρό.

**Κατά την ανάλυση μετά από διέγερση έκκρισης (και εδώ απαιτείται εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα)**

**Αντικείμενα:**

Είναι τα ίδια με αυτά που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση γαστρικού υγρού από το 1 μέχρι το 5.

Επιπλέον χρειάζονται :

- Δοκιμαστικά σωληνάρια για λήψη γαστρικού υγρού (ο αριθμός τους εξαρτάται από το είδος της εξέτασης).
- Βάση με υποδοχές για τα σωληνάρια (για ασφαλή τοποθέτηση).
- Φάρμακα : Βηταζόλη (Histalog) ή πενταγαστρίνη.
- Δυο σύριγγες των 5 ml.
- Οινόπνευμα και μαχαιρίδια.

**Διαδικασία**

**Φάση προετοιμασίας :**

1. Μη δίνετε τροφή και υγρά στον άρρωστο μετά τα μεσάνυχτα
2. Χρησιμοποιήστε σωλήνα με μεταλλική ελαία (No 12 με 18 Fr).

3. Ακολουθείστε τη διαδικασία της φάσης προετοιμασίας της ανάλυσης βασικής έκκρισης από το 5 μέχρι 13.

#### **Φάση εκτέλεσης :**

1. Ακολουθήστε τη διαδικασία της φάσης εκτέλεσης της ανάλυσης βασικής έκκρισης από το 1 μέχρι το 10. Ο σωλήνας τοποθετείται στο πυλωρικό άντρο κάτω από ακτινολογικό έλεγχο. Δε χορηγείται νερό στον άρρωστο για να διευκολυνθεί η προώθηση του σωλήνα προς τα κάτω, αλλά μόνο παροτρύνεται να καταπίνει.
2. Αναρροφήστε το γαστρικό περιεχόμενο και απορρίψτε το.
3. Αναρροφήστε τη βασική έκκριση ανά 15min σε 1 ώρα και τοποθετήστε τα δείγματα υγρού στα αριθμημένα σωληνάρια που έχουν την ένδειξη «ΒΕ» (βασική έκκριση).
4. Προς το τέλος της πρώτης ώρας χορηγήστε, σύμφωνα με ιατρική οδηγία, υποδόρια, βηταζόλη ή πενταγαστρίνη (υπολογίζεται με βάση το βάρος του σώματος).
5. Μετά την ένεση, κάθε 15min και για 90min αναρροφάτε τη μέγιστη έκκριση και τοποθετήστε τα δείγματα του υγρού στα αριθμημένα σωληνάρια με την ένδειξη «ΜΕ» (μέγιστη έκκριση).

#### **Φάση παρακολούθησης :**

1. Μετά το πέρας της δοκιμασίας αφαιρέστε το σωλήνα όπως αναφέρεται στην φάση παρακολούθησης της ανάλυσης της βασικής έκκρισης.

2. Στείλτε τα δείγματα της «ΒΕ» και της «ΜΕ» στο εργαστήριο.
3. Ενημερώστε το φύλλο νοσηλείας του αρρώστου : είδος δοκιμασίας, ώρα, αριθμός δειγμάτων, αντίδραση αρρώστου.

## 5° Κεφάλαιο :

### Θεραπεία έλκους:

Η θεραπεία του έλκους διακρίνεται σε υγιεινοδietetική, φαρμακευτική-συντηρητική και σε χειρουργική.

#### *α) Υγιεινοδietetική θεραπεία.*

Η υγιεινοδietetική αγωγή περιλαμβάνει τις γενικές διαιτητικές οδηγίες και την ειδική δίαιτα. Οι γενικές οδηγίες εφαρμόζονται σε όλους τους ελκοπαθείς και είναι οι ακόλουθες :

α) Σωματική ανάπαυση και ψυχική ηρεμία ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των επώδυνων φάσεων.

β) Εξασφάλιση καλής θρέψης με επαρκή πρόσληψη θερμιδογόνων θρεπτικών ουσιών και κυρίως πρωτεϊνών, συμπληρωματικών θρεπτικών ουσιών και κυρίως βιταμίνης C και ινωδών στοιχείων. Οι πρωτεΐνες της τροφής δρουν κατά αμφιλεγόμενο τρόπο, αφού αυξάνουν την έκκριση του γαστρικού υγρού αλλά και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού.

γ) Κατανομή των γευμάτων σε τρία έως έξι το 24ωρο. Υπέρ των τριών γευμάτων τάσσονται οι υποστηρίζοντες ότι τα συχνά γεύματα αποτελούν ερέθισμα παραγωγής γαστρικού υγρού. Αντίθετα υπέρ των έξι γευμάτων τάσσονται οι υποστηρίζοντες ότι τα συχνά και μικρά γεύματα εξουδετερώνουν σε συνεχή βάση το όξινο γαστρικό υγρό και ταυτόχρονα αποφεύγεται η διάταση του στομάχου και η δυσπεψία.

δ) Απόκτηση υγιεινών συνηθειών σίτισης, όπως καλή μάσηση της τροφής, αποφυγή της ομιλίας κατά τη διάρκεια του φαγητού και ανάπαυση μικρή τουλάχιστον διάρκειας προ και μετά από αυτό.

ε) Αποφυγή ερεθιστικών τροφών, τοξικών ουσιών και φαρμάκων.

στ) Εξατομίκευση της διαίτας.

Ειδική διαίτα για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους εφαρμόζεται ουσιαστικά από τις αρχές του αιώνα με τη γνώση γαλακτική διαίτα του Sippy, αργότερα με την ελεύθερη του Meulengracht και τελευταία με την εξατομικευμένη διαίτα του Ingelfinger.

Σήμερα η ειδική διαίτα του πεπτικού έλκους είναι σχετικά ελεύθερη και σ' αυτό συντέλεσε η ταυτόχρονη χρησιμοποίηση αποτελεσματικών φαρμάκων. Χαρακτηριστικό της διαίτας αυτής είναι ότι δεν υπάρχουν τροφές που απαγορεύονται αλλά τροφές που αποφεύγονται ή περιορίζονται.

Στην επώδυνη φάση του πεπτικού έλκους μπορεί να εφαρμοσθεί η γαλακτική διαίτα σε πέντε έως έξι γεύματα το 24ωρο. Η επιφύλαξη για πιθανή ερεθιστική δράση και δυσανεξία του γάλακτος ίσως αίρεται από την υποχώρηση του πόνου και τη θρεπτική αξία της τροφής αυτής.

Με την ύφεση του πόνου μπορεί να εφαρμοστεί η ελαφρά διαίτα του πεπτικού συστήματος σε τρία ή περισσότερα γεύματα που περιλαμβάνει :

Ροφήματα : αραιό τσάι, αραιός καφές χωρίς καφεΐνη, κακάο, φυσικό γλυκός χυμός φρούτων.

Γαλακτερά : Γάλα πλήρες ή αποβουτυρωμένο, γιαούρτι γλυκό, τυριά απαλά.

Δημητριακά : Άσπρο ψωμί, φρυγανιά, μπισκότο, ρύζι, μακαρόνια.

Κρεατικά : Άπαχα κρέατα και ψάρια βραστά ή ψητά.

Αυγά : Μεγάλα.

Λαχανικά : Πατάτα βραστή.

Φρούτα : Κομπόστα χωρίς σπόρους.

Γλυκά : Μέλι, μαρμελάδα, ζελέ, κρέμα καραμελέ.

Η χρήση καλοβρασμένων οσπρίων και λαχανικών και ωρίμων φρούτων εξαρτάται από την ανεκτικότητα του ελκοπαθή,

Στη φάση της ηρεμίας του πεπτικού έλκους εφαρμόζεται σχεδόν ελεύθερη δίαιτα και δίδεται προσοχή στις διατροφικές ιδιαιτερότητες του πάσχοντος και τις τροφές που είναι καλό να αποφεύγει.

Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται είναι όσες προκαλούν θερμικό ερεθισμό όπως οι καυτές και παγωμένες, και όσες προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως το πιτυρούχο ψωμί, τα σκληρά όσπρια και λαχανικά, τα ανώριμα φρούτα και οι ξηροί καρποί. Ιδιαίτερα ορισμένα όσπρια (φασόλια, μπιζέλια) και ορισμένα λαχανικά (λάχανο, κουνουπίδι, κρεμμύδι) δημιουργούν αέρια και προκαλούν δυσπεψία. Τέλος, πρέπει να αποφεύγονται τροφές που προκαλούν χημικό ερεθισμό, όπως τηγανιτές, τσιγαριστές, ξινές, σούπες κρεατικών, μπαχαρικά, σάλτσες, δυνατός καφές, πυκνό τσάι, αεριούχα αναψυκτικά και οινοπνευματώδη.

Οι λιπαρές τροφές μειώνουν την έκκριση του γαστρικού υγρού και την κινητικότητα του στομάχου με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσπεψίας.

Ουσίες ερεθιστικές για το γαστρικό βλεννογόνο, όπως οι ξινές (λεμόνι, ξύδι), τα μπαχαρικά (αλάτι, πιπέρι) και τα καρυκεύματα (σκόρδο, πικάντικες σάλτσες) μπορούν να εξουδετερωθούν σε μεγάλο βαθμό αν αναμειχθούν με την τροφή.

Τα οινοπνευματώδη ερεθίζουν το γαστρικό βλεννογόνο και ιδιαίτερα τα πλούσια σε αλκοόλη (ούζο, ουίσκι, βότκα, κονιάκ) και μπύρα. Το γνήσιο και χωρίς συντηρητικά κρασί σε μικρές ποσότητες, και κατά προτίμηση μετά το φαγητό δεν προκαλεί ενοχλήσεις και μπορεί να χρησιμοποιείται από τον ελκοπαθή.

Ο καφές προκαλεί ερεθισμό του στομάχου που αποδίδεται εξίσου στην καφεΐνη και σε άλλες ουσίες που περιέχει ή παράγονται κατά το ψήσιμο των σπερμάτων του καφέ. Η ερεθιστική του δράση μειώνεται όταν συνδυάζεται με γάλα ή με το φαγητό.

Συμπερασματικά στη δίαιτα του πεπτικού έλκους ισχύει ένας πρακτικός κανόνας σύμφωνα με τον οποίο ο ελκοπαθής πρέπει να αποφεύγει κάθε τροφή που τον ενοχλεί έστω και αν ανήκει στις επιτρεπόμενες, και αντίθετα μπορεί να χρησιμοποιεί με μέτρο κάθε τροφή που δέχεται ευχάριστα έστω και αν ανήκει στις αποφευγομένες.

### **β) Φαρμακευτική –Συντηρητική θεραπεία.**

Το πεπτικό έλκος είναι χρόνιο νόσημα που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Σκοπός της συντηρητικής θεραπευτικής αγωγής είναι : 1) Η ύφεση του πόνου, 2) Η ταχεία επούλωση του έλκους, 3) Η μείωση του ρυθμού των υποτροπών και 4) η πρόληψη των επιπλοκών. Τα αντιελκωτικά φάρμακα χορηγούνται στην οξεία φάση με σκοπό την επούλωση του έλκους και στη χρόνια φάση (δόση συντήρησης) με σκοπό την πρόληψη των υποτροπών.

Τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους διακρίνονται στις ακόλουθες ομάδες : αντιόξινο, αντιχολινεργικά, προσταγλανδίνες, κολλοειδές. Βισμούθιο, σουκραλφάτη, ανταγωνιστές των  $H_2$  ισταμινικών υποδοχέων και αναστολείς της αντλίας υδρογόνου-καλίου. Επιτυγχάνουν εππούλωση του έλκους στομάχου ή δωδεκαδακτύλου σε ποσοστό 70-95% με διάρκεια θεραπείας 4-8 εβδομάδων. Η δεύτερη γενιά των ανταγωνιστών  $H_2$  ισταμινικών υποδοχέων. (Ranitidine, Famotidine, Nizatidine) και οι αναστολείς της αντλίας υδρογόνου-καλίου παρουσιάζουν ελάχιστες παρενέργειες, ενώ βοηθούν στην ταχεία ύφεση του πόνου και επιτυγχάνουν υψηλό ποσοστό εππούλωσης του πεπτικού έλκους (>85%) με διάρκεια θεραπείας 4-6 εβδομάδων. Η δράση τους συνίσταται στη μείωση της έκκρισης ιόντων υδρογόνου, ώστε το γαστρικό pH να είναι υψηλότερο από 3 για αρκετές ώρες το εικοσιτετράωρο.

**Φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του πεπτικού έλκους****(Πίνακας 1)****ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ**

- Αντιόξινα	
Magneisum-Aluminium hydroxide salts	30 ml x 3
- Αντιχολινεργικά	
Pinenzepine	50 mg x 3
- Κυτταροπροστατευτικά βλεννογόνου στομάχου	
Κολλοειδές Βισμούθιο (De Nol)	1 tabl x 4
Sucralfate	1 g x 4
- Συνθετικές προσταγλανδίνες	
Misoprostol	200 mg x 4
- Ανταγωνιστές H <sub>2</sub> ισταμινικών υποδοχέων	
Cimetidine	400 mg x 3
Ranitidine	150 mg x 2
Nizatidine	150 mg x 2
Famotidine	40 mg x 1
- Αναστολείς της αντλίας H <sup>+</sup> /K <sup>+</sup>	
Omeprazole	20 mg x 1
Lansoprazole	30 mg x 1
Pantoprazole	40 mg x 1



Η πλειοψηφία των αρρώστων μετά από την πρώτη εβδομάδα θεραπείας είναι ασυμπτωματικοί, όμως το έλκος δεν έχει επουλωθεί πλήρως. Η θεραπεία πρέπει να ολοκληρωθεί για την πλήρη επιθηλιοποίηση του ελκοκρατήρα. Σε ορισμένους από τους ασθενείς που παρουσιάζουν συχνές υποτροπές της νόσου μπορεί να χορηγηθεί θεραπεία συντήρησης (6-48 μήνες) σε νυκτερινή δόση. Η δόση συντήρησης χορηγείται πριν από τη νυκτερινή κατάκλιση με σκοπό την καταστολή της νυκτερινής (βασικής έκκρισης) υδροχλωρικού οξέος.

Η θεραπευτική, όμως, στρατηγική, υπό το πρίσμα των σημερινών δεδομένων, θα πρέπει να βασίζεται στην αιτιολογία του γαστρικού έλκους με βάση την οποία, όπως έχει λεχθεί, τα γαστρικά έλκη ταξινομούνται: α) στα έλκη που σχετίζονται με *H. Pylori* λοίμωξη και β) σε αυτά που οφείλονται στα ΜΣΑΦ. Στην πρώτη κατηγορία, στόχος της θεραπείας θα πρέπει να είναι η εκρίζωση του *H. Pylori*, που επιτυγχάνεται με τη συνδυασμένη χορήγηση αντιεκκριτικών και αντιβιοτικών ( $H_2$  - αναστολείς/ αναστολείς της αντλίας πρωτονίων και δυο προαντιβιοτικών, π.χ. Μετρονιδαζόλη - Αμαξυκιλλίνη). Κλινικές παρατηρήσεις έδειξαν ότι η θεραπεία της *H. Pylori* λοίμωξης μειώνει δραματικά τις υποτροπές του γαστρικού έλκους. Η θεραπεία των γαστρικών ελκών που προκαλούνται από τα ΜΣΑΦ περιλαμβάνει τα εξής:

α) Τα ΜΣΑΦ θα πρέπει, αν είναι δυνατό, να διακόπτονται ή να μειώνεται η δράση τους.

β) Διερεύνηση πιθανής συνύπαρξης *H. Pylori* λοίμωξης και, επί θετικού αποτελέσματος, εφαρμογή θεραπείας εκρίζωσης.

γ) Όταν η συνέχιση της χορήγησης των ΜΣΑΦ κρίνεται επιβεβλημένη, συνίσταται η χορήγηση  $H_2$  - αναστολέων της ισταμίνης ή αναστολέων της αντλίας πρωτονίων που αποτελεί και τη θεραπεία εκλογής, με την οποία επιτυγχάνεται επούλωση των γαστρικών ελκών στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Η μεγάλη

ηλικία (>70 έτη), προηγούμενο ιστορικό έλκους ή επιπλοκών και συγχορήγηση κορτικοστεροειδών ή αντιπηκτικών φαρμάκων αποτελούν παράγοντες κινδύνου που προδικάζουν την εμφάνιση επιπλοκών από έλκη σχετιζόμενα με ΜΣΑΦ. Η μισοπροστόλη με δόση 200 mg τέσσερις φορές την ημέρα, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για την πρόληψη ελκωτικών βλαβών του στομάχου που οφείλονται σε ΜΣΑΦ. Γαστρικά έλκη που δεν επουλώνονται με την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή σε 8 – 12 εβδομάδες, θεωρούνται “ανθεκτικά” στη θεραπεία.

Ο αριθμός των ελκών αυτών έχει μειωθεί σημαντικά με την εφαρμογή των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων και ιδιαίτερα με την εκρίζωση του *H. Pylori*, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων σχετίζεται αιτιολογικά με το γαστρικό έλκος.

Στο έλκος στομάχου πριν από την έναρξη θεραπείας είναι απαραίτητο να γίνει ενδοσκόπηση και λήψη βιοψιών. Στο τέλος της θεραπείας πρέπει να επαναληφθεί η ενδοσκόπηση και η λήψη κυτταρολογικής εξέτασης και βιοψιών από την περιοχή του έλκους, έστω και αν είναι πλήρως επουλωμένο, γιατί ο πρώιμος γαστρικός ελκοκαρκίνος μπορεί να επουλωθεί με τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους.

Επί αποτυχίας της συντηρητικής θεραπείας, η εκλεκτική χειρουργική επέμβαση αποτελεί εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση.

### **γ) Χειρουργική θεραπεία.**

Σκοπός της χειρουργικής θεραπείας είναι η μείωση της έκκρισης του υδροχλωρικού οξέος. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με τους διάφορους τύπους γαστρεκτομής, οπότε με την αφαίρεση του άντρου του στομάχου μειώνεται η μάζα των G – κυττάρων και η έκκριση γαστρίνης, είτε με τους διάφορους τύπους

βαγοτομής οπότε μειώνεται η βασική και η κεφαλική φάση έκκρισης υδροχλωρικού οξέος. Επειδή κατά τη στελεχιαία και την εκλεκτική βαγοτομή επηρεάζεται η κινητικότητα του στομάχου και δημιουργείται γαστρική στάση, οι δύο αυτοί τύποι βαγοτομών συνδυάζονται με παροχευτική επέμβαση στο στομάχι, δηλαδή με πυλωροπλαστική ή γαστρεντεροαναστόμωση.

Οι τύποι των χειρουργικών επεμβάσεων που εφαρμόζονται για τη θεραπεία του έλκους του δωδεκαδάκτυλου είναι η στελεχιαία, η εκλεκτική βαγοτομή με πυλωροπλαστική ή γαστρεντεροαναστόμωση η υπερεκλεκτική βαγοτομή.

Η αντρεκτομή με βαγοτομή εφαρμόζεται τόσο σε έλκος στομάχου, όσο και σε έλκος δωδεκαδάκτυλου. Τέλος, οι παλαιού τύπου γαστρεκτομές Billroth I ή II εφαρμόζονται τόσο στο έλκος στομάχου όσο και στο έλκος του δωδεκαδάκτυλου.

Η χειρουργική θεραπεία του πεπτικού έλκους δεν είναι άμοιρη υποτροπών της νόσου και απώτερων επιπλοκών. Υποτροπή έλκους δωδεκαδάκτυλου συμβαίνει σε 4 - 15% των ασθενών ανάλογα με τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης αρκετοί από τους ασθενείς (5 – 15%) μπορεί να παρουσιάσουν μετεγχειρητικά σύνδρομο Dumping, διάρροια μετά βαγοτομή, σύνδρομο “μικρού στομάχου” ή χολώδεις εμέτους.

Οι επιπλοκές αυτές είναι πιο συχνές στη στελεχιαία βαγοτομή και τις γαστρεκτομές κατά Billroth. Ορισμένοι από τους ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν σιδηροπενική ή μεγαλοβλαστική αναιμία λόγω ανάπτυξης ατροφικής γαστρίτιδας 10 – 15 χρόνια μετά από την επέμβαση, ενώ υπάρχουν ενδείξεις για αυξημένη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του γαστρικού κολοβώματος μετά τα πρώτα 20 χρόνια σε επεμβάσεις τύπου Billroth.

Για τους λόγους αυτούς μετά από την ανακάλυψη των ανταγωνιστών των  $H_2$  ισταμινικών υποδοχέων, την τελευταία δεκαετία έχει παρατηρηθεί μια εντυπωσιακή στροφή στη θεραπεία του πεπτικού έλκους υπέρ της συντηρητικής – φαρμακευτικής θεραπείας. Σήμερα οι ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας του πεπτικού έλκους έχουν περιορισθεί στις επιπλοκές, όπως διάτρηση, ουλώδης στένωση πυλωρού ή βολβού και οξεία αιμορραγία, που δεν ελέγχεται με ενδοσκοπική θεραπεία ή συχνές υποτροπές αιμορραγίας σε ασθενείς που αρνούνται να λάβουν χρόνια συντηρητική θεραπεία ή ζουν σε απομονωμένες περιοχές μακριά από ιατρική φροντίδα.

## 6° Κεφάλαιο.

### Επιπλοκές:

Οι επιπλοκές του πεπτικού έλκους περιλαμβάνουν: την πυλωρική στένωση, τη διάτρηση και την αιμορραγία. Συμβαίνουν στο 25 – 30% περίπου των ασθενών.

### Πυλωρική στένωση:

Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει σε πυλωρικά έλκη σε συχνότητα 1% σε διάρκεια 5 - 10 ετών. Η στένωση μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη. Συνήθως είναι προσωρινή και οφείλεται στο οίδημα που προκαλεί στο βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο το έλκος. Η μόνιμη στένωση οφείλεται σε ουλώδη ρίκνωση της περιοχής από τη διαδικασία επούλωσης του πεπτικού έλκους. Δηλαδή, επειδή το έλκος υποτροπιάζει και επουλώνεται κατ' επανάληψη, η περιοχή του κρατήρα ρικνώνεται, και ο αυλός του δωδεκαδάκτυλου στενεύει προοδευτικά. Η στένωση θεωρείται ότι είναι σημαντική και μόνιμη, όταν το έλκος είναι επουλωμένο μετά από θεραπεία και το ενδοσκόπιο δεν μπορεί να περάσει από τον πυλωρικό σωλήνα.

Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της πυλωρικής στένωσης είναι οι τροφώδεις έμετοι, που εμφανίζονται μισή με μία ώρα μετά τα γεύματα και υποδηλώνουν την αδυναμία του στομάχου να κενώσει το περιεχόμενό του στο δωδεκαδάκτυλο. Αποτέλεσμα των εμέτων είναι η υποκαλιαίμια, η μεταβολική αλκάλωση και η επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας. Παράλληλα, ο ασθενής παρουσιάζει τον τυπικό πόνο της ελκοπάθειάς του. Λόγω της σήψης των τροφών στο στομάχι πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν κάκοσμη απόπνοια ή επιγαστρικό φόρτο και ανακουφίζονται

με προκλητό έμετο, που συχνά περιέχει τροφές προηγούμενων ημερών. Πολλοί ασθενείς λόγω του πόνου και των εμέτων περιορίζουν την πρόσληψη τροφής και παρουσιάζουν άλλοτε άλλου βαθμού απώλεια σωματικού βάρους. Στην αντικειμενική εξέταση παρατηρείται χαρακτηριστικός παφλασμός στο επιγάστριο, που οφείλεται στη στάση του περιεχομένου του στομάχου.

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει το νεόπλασμα του άντρου του στομάχου, που μπορεί να προκαλέσει παρόμοια συμπτώματα. Όμως, στον καρκίνο του στομάχου συχνά συνυπάρχει ανορεξία και σιδηροπενική αναιμία. Επίσης, η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλάβει τον καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος που αποφράσσει τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου και την παραμελημένη αχλασία του οισοφάγου, που επίσης παρατηρούνται τροφώδεις έμετοι. Η ακτινογραφία στομάχου δείχνει πολύ διατεταμένο στομάχι με σημαντικό υπόλειμμα τροφής και στένωση στην περιοχή του πυλωρού. Το βαριούχο γεύμα παραμένει πολλές ώρες στο στομάχι. Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος είναι η εξέταση εκλογής για να εκτιμηθεί ο βαθμός της στένωσης. Όταν η στένωση οφείλεται σε οίδημα από ενεργό έλκος, η θεραπεία είναι συντηρητική. Τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας, και παροχετεύεται το περιεχόμενο του στομάχου. Η θερμιδική κάλυψη και η ενυδάτωση του ασθενούς γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων γλυκόζης και ηλεκτρολυτών, ενώ χορηγούνται ενδοφλέβια ανταγωνιστές  $H_2$  ισταμινικών υποδοχέων ή αναστολείς της αντλίας καλίου – υδρογόνου. Όταν η στένωση είναι αποτέλεσμα ουλώδους ρίκνωσης (μόνιμη), η θεραπεία είναι χειρουργική. Τα τελευταία χρόνια έχει δοκιμαστεί η ενδοσκοπική διαστολή της στένωσης με αρκετή επιτυχία.

## **Διάτρηση:**

Διάτρηση συμβαίνει στο 5% των ασθενών με πεπτικό έλκος. Το κύριο σύμπτωμα του ασθενούς είναι αιφνίδιος, οξύς πόνος στο επιγάστριο που γενικεύεται γρήγορα σε όλη την κοιλιά. Μπορεί να αντανακλά στη μέση ή στο δεξιό ώμο. Στην αντικειμενική εξέταση υπάρχει σύσπασση και ευαισθησία σε όλη την κοιλιά, χαρακτηριστική εξαφάνιση της υπατικής αμβλύτητας στην επίκρουση, ενώ στην ακρόαση διαπιστώνεται απουσία εντερικών ήχων (παραλυτικός ειλεός). Ο ασθενής είναι ωχρός, εμφανίζει ταχυσφυγμία, χαμηλή αρτηριακή πίεση και μπορεί να πυρέσσει (περιτονίτιδα). Η διάγνωση στηρίζεται στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια ή αριστερή πλάγια θέση, όπου διαπιστώνεται η παρουσία αέρα κάτω από τα διαφράγματα, που είναι χαρακτηριστικό διάτρησης κοίλου σπλάχνου. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη ρήξη εκκολπώματος του παχέως εντέρου και στηρίζεται στο μακρό ιστορικό ελκοπάθειας του ασθενούς. Η υποψία διάτρησης πεπτικού έλκους αποτελεί αντένδειξη ενδοσκόπησης του ανώτερου πεπτικού συστήματος, γιατί κατά την ενδοσκόπηση εμφυσάται αέρας στο στομάχι και επιδεινώνονται τα συμπτώματα του ασθενούς. Η θεραπεία συνίσταται σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση και συρραφή του έλκους.

## **Αιμορραγία.**

Αιμορραγία είναι κάθε οξεία απώλεια αίματος από πεπτικό έλκος, που εκδηλώνεται με αιματέμεση ή μέλαινα κένωση και μπορεί να συνοδεύεται από αιμοδυναμικές διαταραχές.

Αιμορραγία παρουσιάζει το 20% περίπου των ασθενών που πάσχουν από πεπτικό έλκος. Μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση της νόσου. Παρατηρείται συχνότερα σε ελκοπαθείς που λαμβάνουν θεραπεία με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Το μέγεθος της αιμορραγίας εξαρτάται από τη διάμετρο του αγγείου που έχει διαβρωθεί στον πυθμένα του πεπτικού έλκους. Όταν το έλκος γίνει αρκετά βαθύ και διαβρώσει το τοίχωμα μικρού ή μέσου μεγέθους αγγείου που περνάει από τον πυθμένα του, η αιμορραγία εκδηλώνεται με μέλαινα κένωση ή αιματέμεση, αλλά δεν είναι συνήθως σημαντική, γιατί οι μηχανισμοί θρόμβωσης του αγγείου εμποδίζουν τη συνέχιση και την υποτροπή της αιμορραγίας. Στο σημείο διάβρωσης του τοιχώματος του αγγείου αθροίζονται αιμοπετάλια και αρχίζει η διαδικασία πολυμερισμού του ινωδογόνου, ώστε να σχηματισθεί θρόμβος αίματος και να κλείσει η σπή στο τοίχωμα του αγγείου. Όταν όμως διαβρωθεί μεγαλύτερο αγγείο, οι μηχανισμοί αιμόστασης δεν επαρκούν και η αιμορραγία συνεχίζεται. Το όξινο pH του στομάχου και η παρουσία πεψίνης παρεμποδίζουν το φυσιολογικό σχηματισμό θρόμβου αίματος.

Η κλινική εικόνα εξαρτάται από την ταχύτητα απώλειας αίματος. Αν η απώλεια αίματος είναι μαζική, ο ασθενής παρουσιάζει ολιγαιμικό Shock και μπορεί να πεθάνει πριν μεταφερθεί στο νοσοκομείο. Αν η απώλεια αίματος είναι μικρότερη, ο ασθενής παρουσιάζει συνήθως μέλαινες κενώσεις ή αιματέμεση. Παράλληλα, παρουσιάζει συμπτώματα ολιγαιμικού Shock, δηλαδή πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυσφυγμία και κρύους ιδρώτες.

Κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς μπορεί να υπάρχει ευαισθησία στο επιγάστριο, που οφείλεται στην παρουσία ενεργού πεπτικού έλκους. Στην αντικειμενική εξέταση πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην τυχόν παρουσία σπληνομεγαλίας ή αγγειοματώδων στο θώρακα, που είναι ενδεικτικά χρόνιας



ηπατικής ανεπάρκειας. Απαραίτητο συμπλήρωμα της κλινικής εξέτασης είναι η δακτυλική εξέταση του ορθού, για να διαπιστωθεί το χρώμα των κοπράνων (μαύρο). Επίσης, πρέπει να τοποθετηθεί ρινογαστρικός καθετήρας και να αναρροφηθεί γαστρικό περιεχόμενο για να διαπιστωθεί η παρουσία αίματος καθώς και το χρώμα του. Αν η αιμορραγία είναι ενεργός, το χρώμα του αίματος που αναρροφάται είναι ερυθρό, ενώ αν είναι ήπια ή έχει σταματήσει, το γαστρικό περιεχόμενο έχει συνήθως σκούρο καφέ χρώμα.

Η ακριβής διάγνωση θα στηριχθεί στην ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος. Όταν υπάρχει μαζική απώλεια αίματος (αρτηριακή αιμορραγία) και το στομάχι είναι γεμάτο από πύγματα αίματος, η ενδοσκόπηση είναι δυσχερής. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να προηγηθεί πλύση του στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα δύο αυλών για να ακολουθήσει αμέσως η ενδοσκόπηση. Η διαφορική διάγνωση της αιμορραγίας από πεπτικό έλκος πρέπει να περιλάβει την αιμορραγία από κισσούς του οισοφάγου, τον καρκίνο του στομάχου, την αιμορραγική γαστρίτιδα, καθώς και άλλα σπανιότερα αίτια όπως το σύνδρομο Mallory – Weiss και τις αγγειοδυσπλασίες του στομάχου.

Ευτυχώς η αιμορραγία σταματά μόνη της στο 80% των ασθενών σε 12 – 14 ώρες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

- 1 Αντιμετώπιση του ολιγαιμικού Shock με ενδοφλέβια χορήγηση ισότονων χλωριονατριούχων ορών πλάσματος ή ολικού αίματος.
- 2 Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα δύο αυλών ώστε να παρακολουθείται ο ρυθμός της γαστρορραγίας.
- 3 Επείγουσα ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος για την εντόπιση της εστίας της αιμορραγίας και αν είναι δυνατό ενδοσκοπική θεραπευτική αντιμετώπιση με ηλεκτροπληξία ή θερμοπληξία του

αιμορραγούντος αγγείου στον πυθμένα του έλκους ή τοπική ένεση σκληρυντικών ουσιών ή διαλύματος αδρεναλίνης.

- 4 Αν με αυτά τα θεραπευτικά μέτρα η αιμορραγία δεν ελέγχεται και οι ανάγκες του ασθενούς σε μεταγγίσεις υπερβαίνουν τις 4 μονάδες το 24ωρο, ώστε να διατηρηθούν σταθερά τα ζωτικά σημεία, ο άρρωστος οδηγείται στο χειρουργείο.

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη μη εμφάνιση υποογκαιμικού shock σε  
γαστρορραγία.**

Επιθυμητό Αποτέλεσμα	Επιλεγμένοι στόχοι / αιτιολογία
<p>Ο ασθενής δεν θα αναπτύξει υποογκαιμικό shock, όπως φαίνεται από</p> <p>1. τη συνηθισμένη διανοητική του κατάσταση</p>	<p>1. Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό (αιματέμεση, ζωηρό κόκκινο ή καφεοειδές παροχτευόμενο υγρό από το ρινογαστρικό καθετήρα, έντονη επιγαστραλγία, αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, μείωση της αρτηριακής πίεσης, αύξησης του αριθμού των σφύξεων).</p>
<p>2. τα σταθερά ζωτικά του σημεία</p>	<p>2. Καταγράψτε τον αριθμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τον αιματοκρίτη και την αιμοσφαιρίνη. Αναφέρατε αποκλίσεις από τις φυσιολογικές τιμές.</p>
<p>3. το ζεστό, ξηρό δέρμα με το συνηθισμένο χρώμα</p>	<p>3. Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock:</p> <p>α) ανησυχία, σύγχυση, διέγερση  β)σημαντική μείωση της αρτηριακής πίεσης  γ) ορθοστατική υπόταση  δ) ταχύς, νηματοειδής σφυγμός  ε) ταχύπνοια  στ) ψυχρό και υγρό δέρμα  ζ) ωχρότητα, κυάνωση  η) μείωση ή απώλεια των περιφερικών σφύξεων  θ) παραγωγή ούρων μικρότερη από 30 ml/ώρα.</p>

<p>4. Τις ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις</p>	<p>4. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του πρόσθετου ερεθισμού των ιστών και τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για να εμποδίσετε την αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό.</p>
<p>5. Την ωριαία παραγωγή ούρων πάνω από 30ml/ώρα</p>	<p>5.Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό:</p> <p>α) τοποθετήστε ρινογαστρικό σωλήνα εάν δεν έχει ήδη τοποθετηθεί και διατηρήστε την αναρρόφηση σύμφωνα με οδηγίες</p> <p>β) βοηθήστε στους τρόπους ελέγχου της αιμορραγίας (π.χ. πλύσεις στομάχου, ενδοσκοπική ηλεκτροπληξία, εκλεκτικό αρτηριακό εμβολισμό, ενδοφλέβια ή ενδοαγγειακή χορήγηση vasopressin) σύμφωνα με τις οδηγίες</p> <p>γ) χορηγήστε παράγωγα του αίματος και ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες.</p> <p>δ) προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση (π.χ. απολίνωση των αιμορραγούντων αγγείων, υφολική γαστρεκτομή) εάν δεν έχει προγραμματιστεί.</p>
	<p>6. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα υποογκαιμικού shock:</p> <p>α) Συνεχίστε τα πιο πάνω μέτρα ελέγχου της αιμορραγίας.</p>

β) τοποθετήστε τον ασθενή στο κρεβάτι με τα κάτω άκρα ανυψωμένα εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.

γ) καταγράφετε συχνά τα ζωτικά σημεία.

δ) χορηγήστε οξυγόνο σύμφωνα με τις οδηγίες.

ε) χορηγήστε παράγωγα του αίματος και / ή παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος σύμφωνα με τις οδηγίες.

στ) προετοιμάστε τον ασθενή για τοποθέτηση συσκευών καταγραφής αιμοδυναμικών παραμέτρων (π.χ. καθετήρα μέτρησης της κεντρικής φλεβικής πίεσης, ενδοαρτηριακό καθετήρα) εάν έχει προγραμματιστεί.

ζ) υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και το περιβάλλον του.

### Νοσ/κές παρεμβάσεις σε διάτρηση

Επιθυμητό αποτέλεσμα	Επιλεγμένοι στόχοι / αιτιολογία
Ο ασθενής δε θα αναπτύξει περιτονίτιδα, όπως φαίνεται από:	
1. την απουσία παραπόνων για αύξηση της έντασης του πόνου και την απουσία ευαισθησίας	1. Αναζητήστε και αναφέρετε: α) σημεία και συμπτώματα διάτρησης τους έλκους (στομάχου, π.χ. αιφνίδιος, οξύς, έντονος πόνος στην άνω κοιλία, έντονη ευαισθησία στην κοιλιά, ακτινογραφία της κοιλίας που δείχνει την ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα). β) σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας (π.χ. αύξηση της έντασης του κοιλιακού πόνου, αναπηδώσα ευαισθησία, επώδυνη συσπασμένη κοιλιά, αύξηση της θερμοκρασίας, ταχυκαρδία, ταχύπνοια, υπόταση, ναυτία, εμετός, μείωση ή απουσία των εντερικών ήχων). γ) αύξηση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.
2. τη μαλακή χωρίς διάταση κοιλιά	2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού των ιστών και τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για την αποφυγή της διάτρησης.
3. την απουσία πυρετού 4. τα σταθερά ζωτικά σημεία 5. την απουσία ναυτία και εμετού 6. τους φυσιολογικούς εντερικούς ρυθμούς 7. τα φυσιολογικά επίπεδα λευκών	3. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα περιτονίτιδας : α) σταματήστε την κατανάλωση τροφής και υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες β) τοποθετήστε τον ασθενή στο

αιμοσφαιρίων.

κρεβάτι σε θέση ημι-Fowler για να διευκολυνθεί η συγκέντρωση του διαφυγόντος περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα στην πύελο και όχι υποδιαφραγματικό.

γ) τοποθετήστε ένα ρινογαστρικό καθετήρα εάν δεν υπάρχει και διατηρήστε την αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες.

δ) χορηγήστε αντιβιοτικά σύμφωνα με τις οδηγίες.

ε) χορηγήστε ενδοφλέβια υγρά και παράγοντες που αυξάνουν τον όγκο του κυκλοφορούντος αίματος για την προληψη ή την αντιμετώπιση του shock

στ) προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση σύμφωνα με τις οδηγίες.

ζ) υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και το περιβάλλον του.

**Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε πυλωρική στένωση.**

Επιθυμητό αποτέλεσμα	Επιλεγμένοι στόχοι / αιτιολογία
Ο ασθενής δε θα παρουσιάσει πυλωρική στένωση, όπως φαίνεται από:	
1. το μαλακό, χωρίς διάταση επιγάστριο	1. Αναζητήστε και αναφέρατε σημεία και συμπτώματα πυλωρικής στένωσης (π.χ. διάταση στο επιγάστριο, αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο ή εριγές, ανορεξία, ναυτία, εμετός, δύσοσμα εμέσματα που περιέχουν τεμάχια τροφής που ελήφθησαν πολλές ώρες νωρίτερα)
2. την απουσία παραπόνων για αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο ή εριγές.	2. Λάβετε μέτρα για την πρόληψη του επιπλέον ερεθισμού των ιστών και τη βελτίωση της επούλωσης του έλκους για να μειωθεί ο κίνδυνος της στένωσης του αυλού του πυλωρού, εάν το έλκος είναι κοντά στον πυλωρό.
3. την απουσία ανορεξίας, ναυτίας και εμέτων	3. Εάν υπάρχουν σημεία και συμπτώματα πυλωρικής στένωσης:



α) σταματήστε την κατανάλωση τροφής και υγρών σύμφωνα με τις οδηγίες

β) τοποθετήστε ένα ρινογαστρικό καθετήρα εάν δεν υπάρχει και διατηρήστε την αναρρόφηση σύμφωνα με τις οδηγίες.

γ) χορηγήστε ενδοφλέβια, υγρά και ηλεκτρολύτες σύμφωνα με τις οδηγίες

δ) προετοιμάστε τον ασθενή για χειρουργική επέμβαση σύμφωνα με τις οδηγίες.

ε) υποστηρίξτε συναισθηματικά τον ασθενή και τα άτομα του περιβάλλοντός του.

## 7° Κεφάλαιο

### Η επίσκεψη στο σπίτι.

Πριν από οποιαδήποτε αρχική επίσκεψη στο σπίτι είναι απαραίτητο να υπάρχουν κάποιες βασικές πληροφορίες που αφορούν την οικογένεια και τα μέλη που την αποτελούν. Όσο περισσότερες είναι οι πληροφορίες που μπορούν να συγκεντρωθούν σχετικά με την οικογένεια από διάφορες γραπτές πηγές ή και προφορική ενημέρωση τόσο καλύτερα προετοιμασμένος μπορεί να είναι ο νοσηλευτής για την επίσκεψη. Η εκ των προτέρων γνώση του οποιουδήποτε ειδικού προβλήματος που αντιμετωπίζει η οικογένεια, βοηθά στην καλύτερη προετοιμασία για τη διερεύνηση και αντιμετώπισή του. Επομένως είναι απαραίτητο να αξιοποιηθούν όποιες πηγές διατίθενται για τις πληροφορίες που αφορούν στην οικογένεια.

Ανάλογα με τις πληροφορίες που διατίθενται σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και την οικογένεια, διαμορφώνει κάποιο σχέδιο προσέγγισης και προγραμματίζει τον τρόπο, με τον οποίο νομίζει ότι θα βοηθήσει την οικογένεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Αυτό είναι το προσωρινό σχέδιο. Οι αντικειμενικοί σκοποί που τίθενται με βάση αυτές τις πληροφορίες είναι δυνατό να ανατραπούν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, εάν διαπιστωθεί ότι οι απόψεις των μελών της οικογένειας είναι διαφορετικές ή η πραγματική εικόνα μεταβάλλει την προηγούμενη εντύπωση στην οποία στηρίχτηκε ο σχεδιασμός. Οι πληροφορίες που προστίθενται κατά την επίσκεψη διαφοροποιούν την εικόνα ή διευκρινίζουν σκοτεινά σημεία οφειλόμενα στην περιορισμένη πληροφόρηση.

Οι περισσότερες και πιο σημαντικές πληροφορίες συγκεντρώνονται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στο σπίτι. Οι δύο βασικές πηγές πληροφοριών είναι:

- Οι απόψεις και οι τοποθετήσεις των μελών της οικογένειας.
- Οι παρατηρήσεις και εντυπώσεις του νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Οι πεποιθήσεις και διαθέσεις των ατόμων δεν εξωτερικεύονται μόνο λεκτικά. Ο τρόπος που ανοίγει η πόρτα, η ενδυμασία και η γενική εξωτερική εμφάνιση των ατόμων, η στάση και οι κινήσεις, οι εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα, ο τόνος της φωνής. Όλα αυτά δίνουν πληροφορίες σχετικά με το πως αισθάνεται το άτομο αυτό και πως αντιμετωπίζει τη ζωή.

Οι τέσσερις πηγές πληροφοριών που απαιτούνται για να διεκπεραιωθεί με επιτυχία μια επίσκεψη:

1. Γενικές πληροφορίες και γνώσεις που συγκεντρώνονται από τον νοσηλευτή συνέχεια, τις οποίες αποκτά με την πάροδο του χρόνου και μελέτη. Το σύνολο των γνώσεων του νοσηλευτή που αφορούν συνήθειες, στατιστικά δεδομένα, έρευνες κλπ. Και αποκτήθηκαν από προσωπική μελέτη και την εμπειρία του.
2. Πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν πριν από την επίσκεψη, προφορικές ή γραπτές, οι οποίες σχετίζονται με τα συγκεκριμένα άτομα και την οικογένεια. Οι πληροφορίες αυτές συγκεντρώνονται από τις γραπτές πηγές που υπάρχουν στο Κέντρο Υγείας ή τις άλλες υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς και προφορικές πληροφορίες από άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας που γνωρίζουν την οικογένεια.

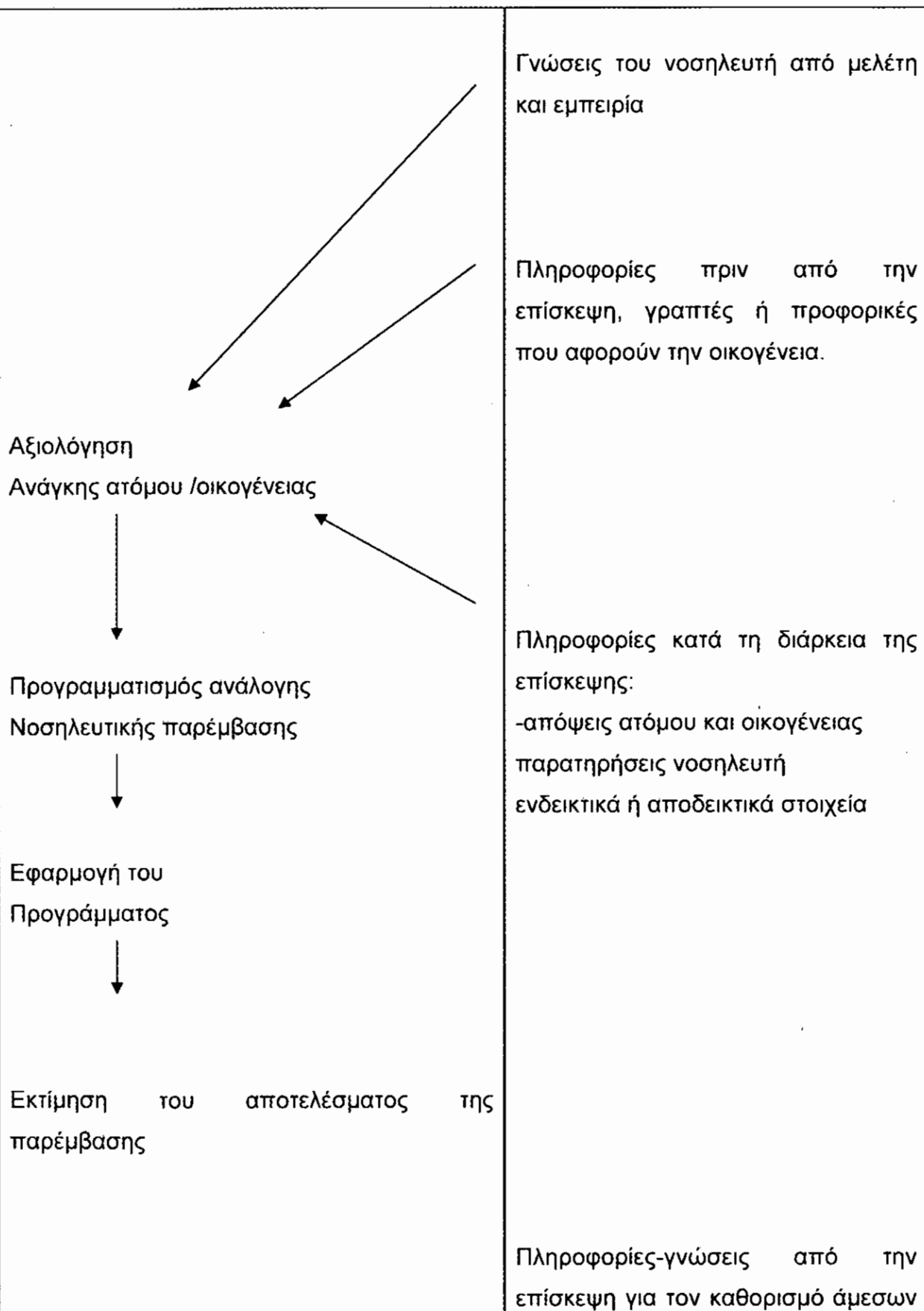
3. Πληροφορίες που προσφέρονται κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και τις οποίες παρέχει το ίδιο το άτομο προφορικά ή συμπεραίνει ο νοσηλευτής από την επικοινωνία που είχε μαζί του και από την παρατήρηση του κάθε ατόμου και του περιβάλλοντός του, τόσο του φυσικού όσο και του ψυχοκοινωνικού.

Οι τρεις αυτές ομάδες πληροφοριών αποτελούν τη βάση της αξιολόγησης των αναγκών υγείας του ατόμου και της οικογένειας και του προγραμματισμού της νοσηλευτικής παρέμβασης κατά την επίσκεψη.

4. Η τέταρτη πηγή είναι οι πληροφορίες που προκύπτουν μετά την επίσκεψη και οι οποίες καταλήγουν σε καλύτερη γνωριμία της οικογένειας, των συνθηκών ζωής της και των συγκεκριμένων αναγκών της, έτσι ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης.

Αυτή η αξιολόγηση θα βοηθήσει το μελλοντικό προγραμματισμό για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής φροντίδας στην οικογένεια. Με τις πληροφορίες που προστίθενται συνέχεια από τις επόμενες επισκέψεις, ο νοσηλευτής οδηγείται σε συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της φροντίδας που προσφέρει. Αυτός είναι ένας συνεχής κύκλος συλλογής πληροφοριών, προγραμματισμού, εφαρμογής προγράμματος και εκτίμησης του αποτελέσματος, που αποτελεί ουσιαστικά το σκελετό της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

## Αξιολόγηση και Προγραμματισμός επίσκεψης στο σπίτι (Πίνακας 2)



	<p>και μακροπρόθεσμων αντικειμενικών σκοπών.</p> <p>Πρόληψη-κατεύθυνση</p>
--	--

## Κλινικό περιστατικό

Η πρώτη επίσκεψη σε κύριο 47 ετών μετά από πρόσφατη γαστρορραγία λόγω έλκους στομάχου πριν από 1 μήνα. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει και ενημερώνεται σχετικά με τα γενικά προβλήματα και την ψυχολογία του ατόμου βρίσκεται στο στάδιο της ανάρρωσης μετά από γαστρορραγία. Ενημερώνεται ακόμη ότι ο κύριος Κ.Σ. απολύθηκε από την εργασία του λόγω παρατεταμένης απουσίας του λόγω της ασθένειάς του. Ο κύριος Κ.Σ. είναι πατέρας 3 παιδιών και η σύζυγός του εργάζεται. Με τη νοσηλευτική υπηρεσία και το Κέντρο Υγείας δεν είχαν επικοινωνία παρά μόνο 2 εβδομάδες μετά την επιστροφή του κυρίου Κ.Σ. από το νοσοκομείο στο σπίτι. Ο κύριος Κ.Σ. ζει με την οικογένειά του σε ένα ιδιόκτητο σπίτι. Η επίσκεψη στον κύριο Κ.Σ. πραγματοποιήθηκε μετά από πρόταση της συζύγου του σε κάρτα που εστάλη στο σπίτι τους από τη νοσ/κή υπηρεσία.

Η κυρία Ε.Σ. παρουσιάστηκε στην πόρτα θλιμμένη και δέχτηκε με προθυμία και ευγένεια τη νοσηλεύτρια η οποία κάθισε άνετα και προσπάθησε να δείξει ότι έχει την άνεση να συζητήσει μαζί τους. Σε λίγο ήρθε και κάθισε μαζί τους ο κύριος Κ.Σ. συστήθηκαν και άρχισαν να συζητούν για την ασθένεια του κυρίου Κ.Σ. και την πορεία της. Ο κύριος Κ.Σ. εκτός από το πρόβλημα υγείας που τον απασχολεί και τον αγχώνει, στενοχωριέται και για το γεγονός ότι έχασε τη δουλειά του λόγω του προβλήματος υγείας που του παρουσιάστηκε. Έτσι, η νοσηλεύτρια τους ενίσχυσε να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, ακούγοντας με προθυμία και ενδιαφέρον και το πέτυχε. Ο κύριος Κ.Σ. τόνισε ότι σε περίπτωση που η οικογένειά του φτάσει σε οικονομικό τέλμα αιτία θα είναι ο ίδιος. Τη στιγμή εκείνη η σύζυγός του ξέσπασε σε κλάματα. Η νοσηλεύτρια προσπάθησε να ενθαρρύνει την κυρία Ε.Σ. ώστε να συνεχίσουν τη συζήτηση. Έτσι σε ένα ήρεμο και πάλι περιβάλλον συνεχίστηκε η

συζήτηση. Ο κύριος Κ.Σ. τόνισε ότι δεν μπορεί να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού για την πλήρη ανάρρωσή του, γιατί δε θέλει να γίνεται βάρος στη σύζυγό του για την ιδιαίτερη διατροφή που πρέπει να έχει. Επίσης, για πρώτη φορά (όπως τόνισε η σύζυγός του) εξέφρασε το φόβο του ότι μπορεί το έλκος του να υποτροπιάσει και πάλι, και δε θέλει να φορτώνει οικονομικά και ψυχικά την οικογένειά του. Η κυρία Ε.Σ. σημείωσε ότι μετά τη γαστρορραγία του συζύγου της έχουν απομακρυνθεί από συγγενείς και φίλους, καθώς αυτή είναι η επιθυμία του κυρίου Κ.Σ.

Η νοσηλεύτρια είπε στο ζευγάρι κάτω από ποιες συνθήκες και τι πιθανότητες υπάρχουν, ώστε να υποτροπιάσει το έλκος. Τόνισε, επίσης, ότι πρέπει να προσπαθήσουν να αποβάλλουν το άγχος και τη θλίψη που τους έχει καταβάλλει, γιατί αυτό μπορεί να λειτουργήσει σε βάρος του κυρίου Κ.Σ. Παράλληλα, σημείωσε ότι η διαίτα που έχει δοθεί στον κύριο Κ.Σ. είναι απαραίτητο να ακολουθηθεί απ' αυτόν προκειμένου να είναι ομαλή η ανάρρωσή του. Δήλωσε, επιπλέον, ότι ο κύριος Κ.Σ. σύμφωνα με το γιατρό δε θα έχει πρόβλημα ώστε να εργαστεί στο άμεσο μέλλον, γεγονός που χαροποίησε το ζευγάρι και ιδιαίτερα τον κύριο Κ.Σ.

Η νοσηλεύτρια υποσχέθηκε ότι θα επισκεφτεί και πάλι το ζευγάρι σε 2 εβδομάδες. Στο χρονικό αυτό διάστημα θα κάνει προσπάθειες να εξασφαλίσει για τον κύριο Κ.Σ. κάποια οικονομική ενίσχυση. Έδωσε το τηλέφωνό της και συνέστησε στον κύριο Κ.Σ. και στην κυρία Ε.Σ. να τηλεφωνήσουν ελεύθερα, όποτε αισθανθούν την ανάγκη.



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜ/ΜΟ: Κ.Λ.

ΗΛΙΚΙΑ: 60

ΝΟΣΟΣ: Γαστρορραγία

### ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΕΤΟΣ	ΑΙΤΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
1988	Σκωληκοειδεκτομή	Σωτηρία
1993	Γαστρορραγία	Ευαγγελισμός
2001	Γαστρορραγία	Σισμανόγλειο

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ: ΟΧΙ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔ.

### ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:

ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΕΝΑΡΞΗ	ΔΙΑΚΟΠΗ
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	1 πακέτο ημέρα	20ετία	-
ΑΛΚΟΟΛ	1-2 ποτήρια κρασί ημερησίως	30ετία	-
ΚΑΦΕΪΝΗ	2 καφέδες ελληνικούς ημερησίως	30ετία	-

**ΔΙΑΙΤΑ:** Ελκοπαθούς

**ΔΕΡΜΑ:**

ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΘΕΣΗ				

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΒΗΧΑΣ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΠΟΝΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΠΤΥΕΛΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΟΡΘΟΠΝΟΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΑΛΛΟ				

**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΙΣΤ. ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΑΛΛΟ				

**ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ:**

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ	ΝΑΙ
ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΟΧΙ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΣ	ΟΧΙ

**ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΟΙΔΗΜΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΑΛΛΟ				

**ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΕΛΚΟΣ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ	
ΔΙΑΡΡΟΙΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΝΑΥΤΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΕΝΩΣΗ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΕΜΕΤΟΣ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ	
ΑΙΜΟΡΡΟΙΔΕΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΑΛΛΟ				

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
Σ.Δ.	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΑΛΛΟ				

**ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΙΛΙΓΓΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ	
ΑΙΜΩΔΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΑΛΛΟ				

**ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ:**

ΟΡΑΣΗ		ΑΚΟΗ		ΓΕΥΣΗ		ΟΣΦΡΗΣΗ	
Κ.Φ.		Κ.Φ.		Κ.Φ.	x	Κ.Φ.	x
ΓΥΑΛΙΑ	x	ΜΕΙΩΜΕΝΗ	x	ΑΛΛΟ	ΑΛΛΟ		
ΚΑΤΑΡΑΚΤΗΣ		ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ					

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΔΥΣΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ	x	ΟΧΙ		ΚΑΘΗΤΗΡΑΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x
ΑΝΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	x	ΆΛΛΟ				

**ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΚΥΗΣΕΙΣ				
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ		ΝΑΙ		ΟΧΙ
Τελευταίο Test pap				

**ΠΟΝΟΣ:**

ΕΝΤΟΠΙΣΗ		ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡ.	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡ.	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ			

**ΦΑΡΜΑΚΑ:**

ΕΙΔΟΣ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΟΣ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
Losec	1 x 1		
Mesulid	Επί πόνου		
Depon	Επί πόνου		

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ****ΟΝΟΜ/ΜΟ:** Μ.Ι.**ΗΛΙΚΙΑ:** 47**ΝΟΣΟΣ:** Διάρρηση στομάχου**ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:**

ΕΤΟΣ	ΑΙΤΙΑ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
1970	Τραυματισμός κάτω άκρου	Γεν. Παναρκαδικό Τρίπολης
1979	Οξεία σκωληκοειδίτις	«»

**ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΠΕΙΣΟΔ.

**ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ:**

ΤΟΞΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ	ΕΝΑΡΞΗ	ΔΙΑΚΟΠΗ
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	25 τσιγάρα πλήρες	1964	
ΑΛΚΟΟΛ	1 ποτήρι κρασί ημερησίως	1964	
ΚΑΦΕΪΝΗ	4 Νες ημερησίως	1984	

**ΔΙΑΙΤΑ:** Ε.

**ΔΕΡΜΑ:**

ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΑ	ΝΑΙ	Χ	ΟΧΙ		ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΘΕΣΗ				

**ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΒΗΧΑΣ	ΝΑΙ	Χ	ΟΧΙ		ΠΟΝΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΠΤΥΕΛΑ	ΝΑΙ	Χ	ΟΧΙ		ΟΡΘΟΠΝΟΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΔΥΣΠΝΟΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΑΛΛΟ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	

**ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΙΣΤ. ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΑΛΛΟ				

**ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ:**

ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ	ΝΑΙ
ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΟΧΙ
ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟΣ	ΟΧΙ

**ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΥΠΕΡΤΑΣΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΠΡΟΚΑΡΔΙΟ ΑΛΓΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΟΙΔΗΜΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ
ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	Χ	ΑΛΛΟ				

**ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΕΛΚΟΣ	ΝΑΙ	χ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΡΡΟΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΝΑΥΤΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΜΕΛΑΙΝΑ ΚΕΝΩΣΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΕΜΕΤΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΕΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΆΛΛΟ				

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
Σ.Δ.	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΆΛΛΟ				

**ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΙΛΙΓΓΟΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ	ΝΑΙ	χ	ΟΧΙ	
ΑΙΜΩΔΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΕΠΙΛΗΨΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΆΛΛΟ				

**ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ:**

ΟΡΑΣΗ		ΑΚΟΗ		ΓΕΥΣΗ		ΟΣΦΡΗΣΗ	
Κ.Φ.	χ	Κ.Φ.	χ	Κ.Φ.	χ	Κ.Φ.	
ΓΥΑΛΙΑ		ΜΕΙΩΜΕΝΗ		ΆΛΛΟ:		ΆΛΛΟ: Μειωμένη	
ΚΑΤΑΡΑΚΤΗΣ		ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ					

**ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΑΙΜΑΤΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΣΥΧΝΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΔΥΣΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ
ΑΝΟΥΡΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	χ	ΆΛΛΟ				

**ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:**

ΚΥΗΣΕΙΣ				
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	ΝΑΙ		ΟΧΙ	
Τελευταίο Test pap				

**ΠΟΝΟΣ:**

ΕΝΤΟΠΙΣΗ		ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡ.	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡ.	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ			

**ΦΑΡΜΑΚΑ:**

ΕΙΔΟΣ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΕΙΔΟΣ	ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ
Atarax 0,25 mg	1 x 1		



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ**

**(ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ ΚΑΙ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ)**

## **ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ**

### **ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ:**

1. Άρτος : Παξιμάδια, φρυγανιές, άρτος της προηγούμενης ημέρας.
2. Γαλακτερά : Γάλα, κρέμα, ρυζόγαλο(με λίγη ζάχαρη), τυρί.
3. Αυγά : Μεγάλα
4. Κρέατα : Βόιον, μόσχου κοτόπουλο, ψάρια (ψητά, βραστά άπαχα),μυελός βραστός.
5. Ζυμαρικά : Γενικώς ρύζι.
6. Λαχανικά : Κολοκυθάκια, αντίδια, αγκινάρες, καρότα, (καλοβρασμένα) πατάτες πουρέ ή βραστές ή χορτοπουρέ.
7. Φρούτα : Μήλα, αχλάδια, ροδάκινα(χωρίς τις φλούδες), μπανάνες, (όλα ώριμα)  
πορτοκάλια, μανταρίνια, κομπόστες με λίγη ζάχαρη.

### **ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ:**

1. Όσπρια : Γενικώς
2. Φαγητά : Τηγανιτά, σάλτσες, μπαχαρικά.
3. Κρέατα : Παχύ χοιρινό και όλα τα είδη κυνηγιού.
4. Σούπες : Γενικώς τα πολλά υγρά.
5. Κυτταρίνη : Πράσινα και ωμά χόρτα.
6. Φρούτα : Ξινά πορτοκάλια, ξινά μήλα, σταφύλια, σύκα.
7. Γλυκά : τα πολύ γλυκά , τα σιρόπια κλπ.
8. Άρτος ζεστός :
9. Οινοπνευματώδη ποτά :
10. Καφές κακάο :
11. Κάπνισμα :

#### ΟΔΗΓΙΕΣ :

Μην τρώγετε μεγάλες ποσότητες, λίγο φαγητό σε περισσότερά γεύματα.

Το βράδυ πριν κοιμηθείτε πίνετε ένα φλιτζάνι γάλα. Όλα τα φαγητά με λίγο αλάτι.

Καλή μάσηση της τροφής.

Ο ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Β' Π.Ε.Σ.Υ. ΑΤΤΙΚΗΣ Ν.Π.Δ.Δ.**

**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**151 26 ΜΑΡΟΥΣΙ – ΤΗΛ. 80.39.911 - FAX 61.37.328**

## ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

### ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

#### **ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΒΑΣΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΔΙΑΙΤΑ**

Ο ασθενής με πεπτικό έλκος πρέπει να ακολουθεί τις παρακάτω οδηγίες:

Μικρά και συχνά γεύματα, τουλάχιστον κάθε τρεις ώρες, για να αποφεύγεται η διάταση του στομάχου.

Απλή μαγειρική παρασκευή των τροφών.

Καθημερινά λήψη ποικιλίας τροφών, που επιτρέπονται, από όλες τις ομάδες τροφίμων, για να εξασφαλίζεται ικανοποιητική θρέψη.

Η επιλογή της τροφής πρέπει να προσαρμόζεται στην ατομική ανεκτικότητα.

Τροφές που αρχικά προκαλούν ενοχλήσεις μπορεί αργότερα να συμπεριληφθούν στα γεύματα, εφ' όσον η ανοχή τους καλυτερεύσει.

Αποφυγή από υγρά και σούπες, που προκαλούν δυσπεψία.

Τα γεύματα να γίνονται σε ήρεμο και ευχάριστο περιβάλλον.

## **ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΙΣΤΟΥΜΕ:**

Το γάλα και τα προϊόντα του, εφ' όσον είναι ανεκτά.

Οι χυμοί των λαχανικών. Τα ωμά ή μαγειρεμένα λαχανικά χωρίς ίνες.

Άσπρο ψωμί, φρυγανιά, πατάτα, ζυμαρικά.

Κρέατα, πουλερικά, ψάρια.

Βούτυρο, λάδι, μαργαρίνη.

## **ΤΡΟΦΕΣ ΚΑΙ ΠΟΤΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΣΥΝΙΣΤΟΥΜΕ:**

Πικάντικες σούπες.

Πικάντικες γαρνιτούρες, σαλάτες και σάλτσες.

Όσπρια.

Ξηροί καρποί.

Καφές, τσάι, αλκοολούχα ποτά, αναψυκτικά που περιέχουν cola.

Μπαχαρικά, καρυκεύματα, τουρσιά, ελιές.

Αλλαντικά, παστά, καπνιστά.

Οι τηγανισμένες τροφές.

Υπεραλατισμένες λιχουδιές (γαριδάκια, πατατάκια)

Γλυκά με σιρόπι, ξηρούς καρπούς.

Παχιά τυριά.

Πιτυρούχο ψωμί, σκληρά δημητριακά.

Λαχανικά που σχηματίζουν αέρια μπρόκολα, λάχανα, κρεμμύδια, κουνουπίδι, γογγύλια.

Πιπεριές, σκόρδο, μουστάρδα, ξύδι.

#### **ΜΗΝ ΞΕΧΝΑΤΕ ΟΤΙ:**

Η καλή θρέψη είναι σημαντική για την πρόοδο της επούλωσης του έλκους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανάτου Ελευθερία, Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική, Αθήνα 1995.
2. Γαρδίκια Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία, Εκδόσεις Μαρία Παρισιάνου, Αθήνα.
3. Desporoulos Agamemnon, Stefan Silbermagl, Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
4. Κακλαμάνη Νικήτα, Κάμμα Αντώνη, «Η ανατομική του ανθρώπου» - εκδόσεις «Μ. – Edition, Αθήνα 1998.
5. Κάσιμος Χρίστος Δ., Κάσιμος Δημήτριος Χ., διατροφή Αθήνα 1988
6. Κυριακίδου Ελένη. Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Ταβιθά», Αθήνα 2000.
7. Μαλγαρινού Μ.Α. – ΣΦ Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική, Εκδόσεις «Ταβιθά», Αθηνά 2001.
8. Μουτσόπουλος, ΧΜ, Εμμανουήλ, βασικές αρχές παθοφυσιολογίας, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
9. Οικονόμου Ξενοφών, Ειδική Διαιτητική Προληπτική και θεραπευτική (βασικές αρχές), Αθήνα 1996.
10. Παπαδημητρίου Μ. Εσωτερική Παθολογία, Τόμος Α.
11. Πετρίδη Α. Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Εκδόσεις «Έλλη», Αθήνα 1998.
12. Ράπτης Σωτήριος Α., εσωτερική παθολογία 2<sup>ος</sup> τόμος εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 2001.
13. Σαχίνη – Καρδάση Άννα – Μαρία Πάνου, Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997.
14. Ulrich – Canale – Wendell, Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Τρίτη Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 1997.

