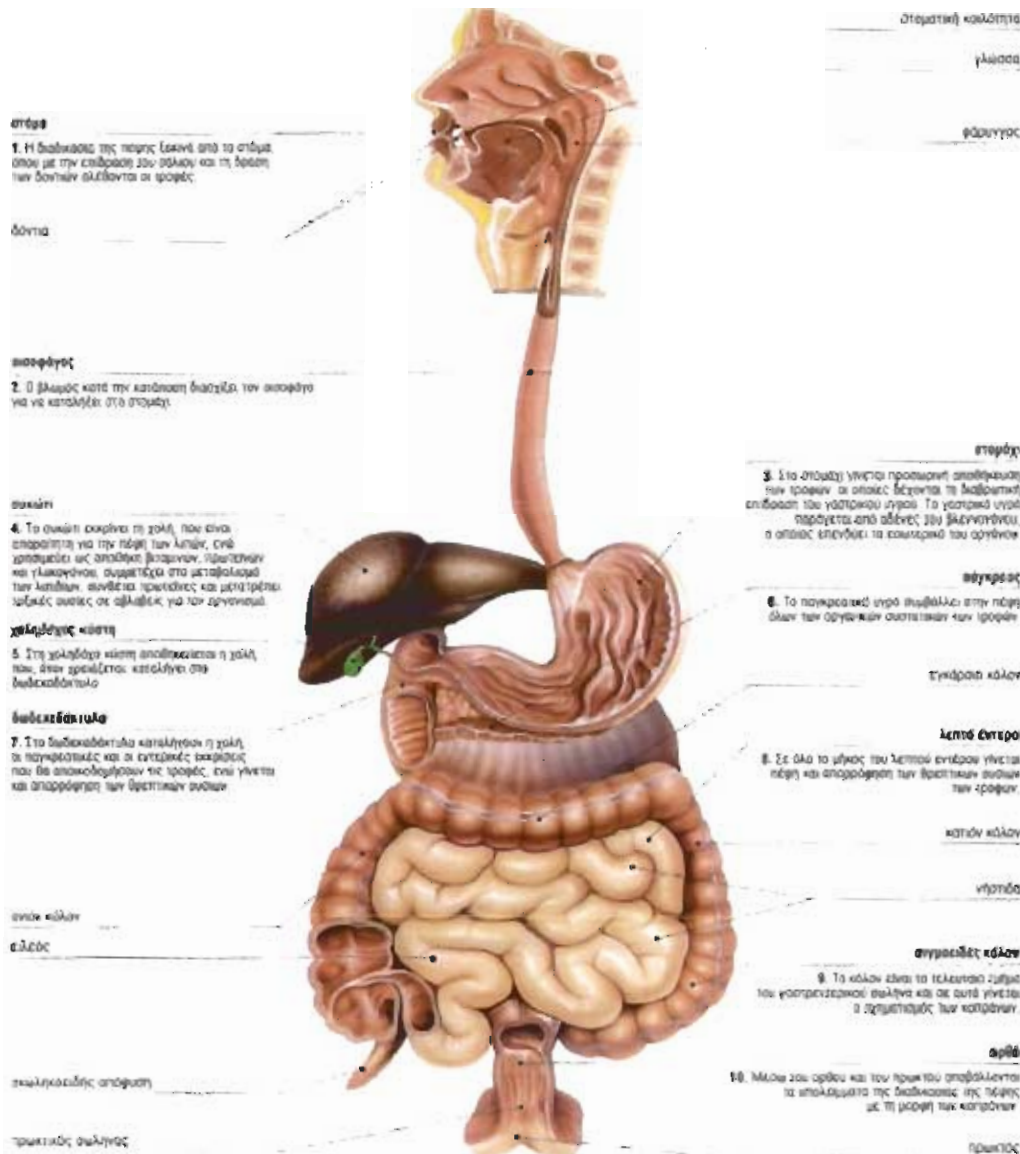


ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Η Νοσηλευτική στο διαγνωστικό και εργαστηριακό έλεγχο του Πεπτικού Συστήματος»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΜΠΑΤΖΗ ΕΛΕΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
1. ΠΡΕΖΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
2. ΜΗΤΣΗ ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

□ **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ** 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ 9

2.1 Οισοφαγοσκόπηση 11

12

2.2 Μανομετρία οισοφάγου 13

2.3 Προσδιορισμός ενδαυλικού ΡΗ. 14

2.4 Οξινοποίησης αυλού του οισοφάγου. 14

2.5 Ακτινολογικός έλεγχος του οισοφάγου 15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ 17

3.1 Σύσταση του γαστρικού υγρού 18

3.2 Μικροσκοπική εξέταση του γαστρικού υγρού 18

3.3 Κυτταρολογική εξέταση γαστρικού υγρού 19

3.4 Γαστροσκόπηση 21

3.5 Ρινογαστρική διασωλήνωση 23

3.6 Ακτινοσκόπηση 26

3.7 Ακτινογραφία 27

3.8 Ενδοσκοπική υπερηχογραφία 28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ 29

4.1 Εξέταση δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου 30

4.2 Ακτινολογικός έλεγχος λεπτού εντέρου 32

4.3 Ενδοσκόπηση με capsula	33
4.4 Αγγειογραφία λεπτού εντέρου	33
4.5 Αξονική άνω-κάτω κοιλίας	33
4.6 Διάβαση εντέρου	33
4.7 Εντερόκλιση	34
4.8 Ενδοκοιλιακή υπερηχογραφία	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	35
5.1 Αγγειογραφία παχέος εντέρου	36
5.2 Απλός βαριούχος υποκλυσμός	36
5.3 Βαριούχος με εμφύσηση	37
5.4 Ορθοσιγμοειδοσκόπηση	37
5.5 Πρωκτοσκόπηση	38
5.6 Κολονοσκόπηση	38
5.7 Μακροσκοπική εξέταση κοπράνων	40
5.8 Μικροσκοπική εξέταση κοπράνων	43
5.9 Χημική εξέταση κοπράνων	43
5.10 Παρασιτολογική κοπράνων	44
5.11 Δακτυλική εξέταση	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ	
6.1 Χολοκυστογραφία	46
6.2 Χολαγγειογραφία	47
6.3 Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)	47
6.4 Αρχές υπερηχογραφικής απεικόνισης	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ	
7.1 Υπερηχογράφημα ήπατος	54
7.2 Επεμβατική υπερηχογραφία	54
7.3 Περιτοναιοσκόπηση	55
7.4 Απλή ακτινογραφία ήπατος	55
7.5 Σπινθηρογράφημα ήπατος	56
7.6 Διηπατική διαδερματική χολαγγειογραφία	56

7.7 Αγγειογραφία ήπατος	57
7.8 Βιοψία ήπατος	57
7.9 Λαπαροσκόπηση	58
Εργαστηριακός έλεγχος ήπατος	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

8.1 Διασάση ή αμυλάση αίματος	63
8.2 Λιπάση αίματος	63
8.3 Ακτινογραφία παγκρέατος	64
8.4 Υπερηχογραφία παγκρέατος	64
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	69
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	76

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	89
-----------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
---------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για την επιτυχή εφαρμογή των εργαστηριακών δραστηριοτήτων είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενημερωμένου και άρτια καταρτισμένου επιστημονικού προσωπικού, που με την παράλληλη συνεργασία του θα συντελέσει στη σωστή εκτέλεση των εργαστηριακών εξετάσεων για την επιτυχή διάγνωση, συντελώντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση της υγείας των ασθενών.

Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνεται και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με το γιατρό είναι εξίσου υπεύθυνος για τη σωστή εκτέλεση επιστημονικών δραστηριοτήτων.

Ο νοσηλευτής παράλληλα με την επιστημονική του κατάρτιση πρέπει να έχει σαφή και εμπειριστατωμένη ενημέρωση του σκοπού και της τεχνικής του εργαστηριακού ελέγχου στο οποίο θα υποβληθεί το άτομο σε μια πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια υγειονομική υπηρεσία.

Θα πρέπει να είναι σε θέση να αιτιολογεί, συσχετίζει και ερμηνεύει τα εργαστηριακά ευρήματα σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα του ατόμου και τη συμπτωματολογία του.

Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να ανευρίσκει τα πραγματικά νοσηλευτικά προβλήματα του ατόμου θα προβαίνει σε ασφαλή νοσηλευτικό προγραμματισμό για επίλυση των αναγκών υγείας, θα χρησιμοποιεί αποτελεσματικές και ενδεδειγμένες ενέργειες και θα είναι σε θέση να αξιολογήσει τα αποτελέσματα του Νοσηλευτικού προγραμματισμού.

Στην εργασία μας θα αναφερθούμε στο σκοπό και την τεχνική των περισσότερων και κυριότερων διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων του πεπτικού συστήματος δίνοντας πολύτιμες πληροφορίες στο νοσηλευτή για να εφαρμοστεί εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Έχει λοιπόν σαν σκοπό αφενός μεν να προσφέρει γνώσεις στον ενδιαφερόμενο νοσηλευτή που θα πρέπει να τις εφαρμόσει στην καθημερινή του εργασία και θα τον βοηθήσει να επιτελέσει το νοσηλευτικό του έργο.

Αφ' ετέρου δε να αποτελέσει ερέθισμα για μια περαιτέρω έρευνα και ενημέρωση του σχετικά με τις διαγνωστικές εξετάσεις που εκτελούνται σε παθήσεις του πεπτικού συστήματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων είναι σημαντική για τη διάγνωση της νόσου και την εφαρμογή της θεραπείας.

Αυτό αναμφισβήτητα είναι έργο του ιατρού η γνώση όμως της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων απ' τον νοσηλευτή τον καθιστούν ικανό να μπορεί να παρέχει ασφαλή και υπεύθυνη νοσηλευτική φροντίδα στον άνθρωπο που πάσχει.

Έχοντας λοιπόν υπόψη τα παραπάνω αρχίζουμε τη μελέτη μερικών εργαστηριακών εξετάσεων που έχουν σχέση με τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.

Τονίζοντας περισσότερο τις ευθύνες και το ρόλο του νοσηλευτή θα πρέπει να οργανώσει τη νοσηλευτική φροντίδα με τέτοιο τρόπο ώστε να την εμπιστευτεί ο ασθενής αλλά και να ανακουφιστεί ψυχικά και σωματικά μέσα απ' αυτήν τη νοσηλευτική φροντίδα δημιουργώντας κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον ασθενή του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το πεπτικό σύστημα αποτελείται από το στόμα, φάρυγγα, οισοφάγο, στομάχι, μεγάλους αδένες παγκρέατος, ήπαρ, δωδεκαδάκτυλο, λεπτό έντερο, παχύ έντερο [ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, κόλον], σιγμοειδές, πρωκτό.

Η πέψη και η απορρόφηση των τροφών γίνεται στον πεπτικό σωλήνα αρχίζοντας από το στόμα και τελειώνοντας στον πρωκτό.

Η τροφή προωθείται στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων των οργάνων του, έτσι δέχεται την επίδραση των διαφόρων πεπτικών υγρών που βοηθούν τη διάσπαση της στα τελικά της προϊόντα.

Καθώς οι τροφές εισέρχονται στο στόμα. Δέχονται την επίδραση του ενζύμου πτυαλίνη και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε δεξτρίνες [πολυσακχαρίτες μικρότερου μοριακού βάρους από το άμυλο] και σε μαλτόζη [δισακχαρίτες]. Ο βλωμός από το στόμα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων του οισοφάγου κατέρχεται στο στομάχι.

Το γαστρικό υγρό του στομάχου και κυρίως το ένζυμο πεψίνη διασπά τα λευκώματα σε πεπτές (μικρότερα μόρια από τα μόρια του λευκώματος). Η πολτοποιημένη τροφή προωθείται από το στομάχι προς το δωδεκαδάκτυλο όπου δέχεται την επίδραση των ενζύμων του παγκρέατος και των χολικών αλάτων της χολής.

Οι υδατάνθρακες με την επίδραση του παγκρεατικού ενζύμου αμυλάση διασπώνται σε μαλτόζη και τα λευκώματα με την επίδραση του ενζύμου θρυψίνη σε πολυπεπίδια. Το παγκρεατικό ένζυμο λιπάση δρα πάνω στα γαλακτοματοποιημένα από τα χολικά άλατα λίπη και τα διασπά σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.

Η μερική αυτή διάσπαση των τροφών ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο με τη βοήθεια του εντερικού υγρού ,που περιέχει πολλά ένζυμα τα οποία στο σύνολο τους ονομάζονται ερειψίνη.

Έτσι οι υδατάνθρακες απορροφώνται από τις λάχνες του λεπτού εντέρου με μορφή μονοσακχαριτών τα λευκώματα απορροφώνται με μορφή αμινοξέων και τέλος τα λίπη με μορφή λιπαρών οξέων και γλυκερίνης.

Η κύρια ενέργεια του παχέος εντέρου είναι η επαναρρόφηση του νερού και των ηλεκτρολυτών που εισήλθαν στο έντερο με τα πεπτικά υγρά. Τροφές όπως η κυτταρίνη που δε διασπώνται, δεν απορροφώνται ,αφού περάσουν όλο τον πεπτικό σωλήνα αποβάλλονται με την κένωση προς το εξωτερικό περιβάλλον.

Τα τελικά προϊόντα της πέψεως δια της κάτω κοίλης φλέβας θα φθάσουν στο ήπαρ όπου θα μεταβολισθούν. Το ήπαρ και το πάγκρεας είναι αδένες που ανήκουν στο πεπτικό σύστημα. Το ήπαρ παράγει τη χολή η οποία μεταφέρεται με το σύστημα των χοληφόρων αγγείων στη χοληδόχο κύστη όπου και αποθηκεύεται μέχρις ότου χρειασθεί για την πέψη των λιπών.

Τα παγκρεατικά κύτταρα εκκρίνουν το παγκρεατικό υγρό το οποίο περιέχει ένζυμα για τη χημική πέψη όλων των τροφών.

Τόσο το ήπαρ όσο και το πάγκρεας εκκρίνουν το υλικό τους διαμέσου πόρων απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο όπου η πέψη των τροφών συνεχίζεται.

Τα αδενικά κύτταρα στα διάφορα τμήματα του πεπτικού σωλήνα εκκρίνουν μεγάλες ποσότητες υγρών ανά 24ωρό που είναι απαραίτητα για την πέψη των τροφών (2) & (4).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:

Ο οισοφάγος εξυπηρετεί δύο λειτουργίες στον άνθρωπο: λιπαίνει τα σιτία και τα περνά μέσα στο στομάχι. Όταν η τροφή καταπίνεται, η παρουσία του βλωμού στην οπίσθια περιοχή του στόματος ερεθίζει τους υποδοχείς πίεσης, που ενεργοποιούν το κέντρο κατάποσης στον προμήκη μυελό, μέσω κεντρομόλων νεύρων. Το κέντρο κατάποσης συντονίζει τη δραστηριότητα του φάρυγγα, λάρυγγα και οισοφάγου. Καθώς η τροφή φθάνει στο φάρυγγα η γλωττίδα κλείνει, η επιγλωττίδα αναδιπλώνεται επάνω της και ο βλωμός εισέρχεται στον οισοφάγο.

Ο οισοφάγος είναι σωλήνας μήκους 22 – 25 cm και διάμετρος 1.25 2.5cm. Το ανώτερο τρίτο του οισοφάγου αποτελείται από σκελετικούς μυς διαταγμένους κατά μήκος και κυκλοτερώς. Τα κατώτερα δύο τρίτα αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες. Εσωτερικά καλύπτεται από κολλαγόνο και ελαστικό δίκτυο, με κύτταρα που εκκρίνουν βλέννα. Η νεύρωση γίνεται μέσω συμπαθητικών και παρασυμπαθητικών ινών και οι κεντρομόλες ίνες μεταφέρουν αίσθηση από τον οισοφάγο.

Όταν ο οισοφάγος διατηρείται σε χαλάρωση, είναι κλειστός. Καθώς ο βλωμός της τροφής φθάνει στο φάρυγγα, το κέντρο κατάποσης αρχίζει το άνοιγμα του υποφαρυγγικού σφιγκτήρα και την είσοδο μέσα στον οισοφάγο του βλωμού με σύσπαση των σκελετικών μυών. Μετά το πέρασμα του βλωμού, οι μύες χαλαρώνουν και ο σφιγκτήρας κλείνει.

Από τον οισοφάγο ο βλωμός προωθείται με περισταλτικά κύματα.

Η σύσπαση αρχίζει ακριβώς κάτω από τη συμβολή φάρυγγα και οισοφάγου και φθάνει στο κατώτερο άκρο του οισοφάγου, 9 περίπου sec μετά την έναρξή της.

Αν η τροφή παραμείνει στον οισοφάγο και τον διατείνει, δημιουργείται ένα δευτερογενές περισταλτικό κύμα, που σπρώχνει το βλωμό μέσα στο στομάχι. Η σύσπαση του βλωμού και η θέση του ατόμου επηρεάζουν το ρυθμό με τον οποίο η τροφή περνά μέσα από τον οισοφάγο.

Ο περισταλτισμός του οισοφάγου, φυσιολογικά, μειώνεται στη γεροντική ηλικία. Τα τελευταία 4 cm του οισοφάγου είναι ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας.

Ο σφιγκτήρας αυτός κανονικά παραμένει συσπασμένος τονικά όταν ο οισοφάγος είναι άδειος, εμποδίζοντας έτσι την παλινδρόμηση τροφής από το στομάχι. Καθώς το περισταλτικό κύμα αρχίζει, ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας χαλαρώνει, για αφήσει την τροφή να περάσει μέσα στο καρδιακό στόμιο του στομαχιού, και κατόπιν ξανασυσπάται.

Η παλινδρόμηση εμποδίζεται επίσης από την περίσφιξη του οισοφάγου που προκαλείται από το διάφραγμα, μέσα από το οποίο διέρχεται το τελευταίο τμήμα του οισοφάγου. Εκείνο, ωστόσο, που πραγματικά εμποδίζει το βλωμό να ξαναμπεί στον οισοφάγο από το στομάχι, είναι η ψηλότερη πίεση που υπάρχει στον οισοφάγο η διαφορά πίεσης ανάμεσα στο στομάχι και στο τελευταίο τμήμα του οισοφάγου διατηρείται με διάφορους μηχανισμούς.

Επειδή το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου βρίσκεται κάτω από το διάφραγμα, η κοιλιακή διάταση που αυξάνει την πίεση στο στομάχι αυξάνει την πίεση και στον οισοφάγο. Ακόμα και η διάταση του στομαχιού με σιτία δεν αυξάνει την πίεση του πάνω από εκείνη του οισοφάγου. Με τη γαστρική διάταση απελευθερώνεται η ορμόνη γαστρίνη, που προκαλεί αύξηση της πίεσης στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, διατηρώντας έτσι την απαραίτητη για παρεμπόδιση παλινδρόμησης διαφορά πίεσης.

Ανωμαλίες στο μυϊκό τοίχωμα του οισοφάγου ή στο γαστροοισοφαγικό σφιγκτήρα και μεγάλου βαθμού αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης μπορούν να προκαλέσουν παλινδρόμηση. Αν το γαστρικό περιεχόμενο έχει ΡΗ κάτω από 4, το άτομο βιώνει αίσθημα καύσου στο επιγάστριο.(5)

ΟΙΣΟΦΑΓΟΣ

Ο παρακλινικός έλεγχος του οισοφάγου και η αξιολόγηση των ευρημάτων του έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση των παθήσεων του, επειδή το τμήμα αυτό του πεπτικού σωλήνα είναι το μόνο εντελώς απροσπέλαστο από οποιαδήποτε μέθοδο κλινικής εξέτασης.

Έτσι ο γιατρός χωρίς την αναντικατάστατη βοήθεια της κλινικής εξέτασης και με μοναδικό οδηγό τα συμπτώματα του ασθενούς, καλείται να βασίσει τη διάγνωση του στα δεδομένα των παρακλινικών εξετάσεων, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- α. Η μέτρηση των ενδαυλικών πιέσεων (μανομετρία).
- β. Ο προσδιορισμός του ενδαυλικού p H.
- γ. Οι δοκιμασίες οξινοποίησης του αυλού του οισοφάγου.
- δ. Η οισοφαγοσκόπηση, σε συνδυασμό με τη βιοψία, την κυτταρολογική εξέταση, τη φωτογράφιση, την κινηματογράφιση κ.α. τεχνικές.
- ε. Ο ακτινολογικός έλεγχος με βαριούχο γεύμα σε συνδυασμό με ακτινογράφιση και ακτινοκινηματογράφιση.

Από τις παραπάνω εξετάσεις οι α, γ και δ απαιτούν την καλή συνεργασία του ασθενούς και μόνο υπ' αυτό τον όρο τα αποτελέσματα τους θεωρούνται αξιόπιστα.

2.1 ΟΙΣΟΦΑΓΟΣΚΟΠΗΣΗ:

Με αυτήν ελέγχεται ο φυσικός περισταλισμός του οισοφάγου.

Είναι χρήσιμη στην εντόπιση εστιών αιμορραγίας του βλεννογόνου, και τη διάγνωση οισοφαγίτιδας(απλής, πεπτικής, μυκητιασικής, διαβρωτικής, μετακτινικής)τα τυχόν εκκολπώματα πολύποδες ή στενωτικές επεξεργασίες που υπάρχουν.

Με την άμεση επισκόπηση του οισοφάγου για επιβεβαίωση η αποκλεισμό γαστρεντερικής αιμορραγίας, διαφραγματοκήλης, αλλοιώσεων, φλεγμονής, εξέλκωσης, κισμών, ελκών, στενώσεων, όγκων η παρουσίας ξένων σωμάτων και για λήψη δείγματος βιοψίας. Καθώς και επεμβάσεις:π.χ. απολίνωση κισμών διάνοιξη πεπτικών στενώσεων με διαστολεις.

Ο παρακλινικός έλεγχος του οισοφάγου και η αξιολόγηση των ευρημάτων του έχει ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση των παθήσεων του, επειδή το τμήμα αυτό του πεπτικού σωλήνα είναι το μόνο εντελώς απροσπέλαστο από οποιαδήποτε μέθοδο κλινικής εξέτασης.

Έτσι ο γιατρός, χωρίς την αναντικατάσταση βοήθεια της κλινικής εξέτασης και με μοναδικό τα συμπτώματα του ασθενούς, καλείται να βασίσει τη διάγνωσή του στα δεδομένα των παρακλινικών εξετάσεων, οι κυριότερες των οποίων είναι:

Η οισοφαγοσκόπηση: η προετοιμασία του αρρώστου για την οισοφαγοσκόπηση 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 εκτέλεση της.

-Αποφυγή λήψεως τροφής η υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμετούς.

-Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.

-Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση.

-Σε αγχώδεις αρρώστους, μία ώρα πριν την οισοφαγοσκόπηση, δίνονται κατευναστικά με εντολή ιατρού.

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

-Δέκα λεπτά περίπου, πριν την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ο ιατρός κάνει τοπική αναισθησία στον στοματοφάρυγγα με ψεκασμό ξυλοκαΐνης 2%για να μειώσει τόσο τα τοπικά αντανεκλαστικά, όσο και τη δυσφορία του αρρώστου από την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου.

-Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμετών η αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας.

-Η θέση του ασθενούς είναι συνήθως πλάγια. Μπορεί, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, να τοποθετηθεί σε ύπτια ή καθιστή θέση.

-Σε συνδυασμό με κινηματογράφηση συμβάλει και στην αποτύπωση και διάγνωση λειτουργικών διαταραχών του οισοφάγου όπως η ανάρροια, η αχαλασία ή ο διάχυτος σπασμός.

-Μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο η στο σπίτι, απαγορεύεται να πάρει υγρά η στερεή τροφή από το στόμα, πριν να

εμφανισθούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη.

Και τα δύο φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου.

-Ο ασθενής είναι αρκετά κουρασμένος και έχει ανάγκη από ανάπαυση και ηρεμία.

-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.(12)

2.2 Μέτρηση των ενδουλικών πιέσεων (μανομετρία) του οισοφάγου

Γίνεται με διατάξεις διαφόρων τύπων κύρια μέρη των οποίων είναι ειδικά μπαλλόνια, που εισάγονται στον οισοφάγο, ειδικοί σωλήνες που συνδέονται με μανόμετρα και συστήματα καταγραφής υπό μορφή καμπύλης μεταβολών της ενδουλικής πίεσης συναρτήσεις του χρόνου. Σ' ένα φυσιολογικό οισοφάγο διακρίνονται τέσσερις τύποι ενδουλικής πίεσης, ανάλογα με το μηχανισμό παραγωγής τους είναι:

α. η βασική πίεση που είναι η πίεση του <<ηρεμούντος>> οισοφάγου.

β Οι μεταβολές της πίεσης καρδιαγγειακής προέλευσης.

γ Οι μεταβολές της πίεσης αναπνευστικής προέλευσης.

δ Οι πιέσεις που αναπτύσσονται κατά την κατάποση και την αυτόματη κινητική λειτουργία (περισταλισμός) του οισοφάγου. Η βασική πίεση κυμαίνεται σε επίπεδο χαμηλότερο της ατμοσφαιρικής πίεσης κατά μερικά cm στήλης H₂O. Οι <<καρδιαγγειακές πιέσεις>> κυμαίνονται σε λίγο υψηλότερες τιμές της βασικής (1.2-3.6cmH₂O), παρουσιάζουν διαφορές από άτομο σε άτομο και οφείλονται κυρίως στους καρδιακούς παλμούς και τις σφίξεις των αγγείων της θωρακικής κοιλότητας. Οι μεταβολές των πιέσεων κατά τις αναπνευστικές κινήσεις κυμαίνονται μεταξύ 4-8 cm H₂O. Τέλος δε, οι πιέσεις κατά την κατάποση παρέχουν χαρακτηριστικές σύνθετες καμπύλες με μέγιστα τελικά κύματα πίεσης κυμαινόμενα μεταξύ 75-100 cm H₂O. Κατά τη διάρκεια της μανομετρίας οι παραπάνω καταγραφόμενες τιμές μεταβάλλονται χαρακτηριστικά και έχουν σημαντική διαγνωστική συμβολή:

α). στην αχαλασία του οισοφάγου,

β). στο διάχυτο σπασμό,

γ)στη σκληροδερμία (όταν έχει προσβάλλει και τον οισοφάγο),
δ) σε ορισμένες περιπτώσεις:ανεπάρκειας του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, καθώς και διαφραγματοκήλης.(12)

2.3 Προσδιορισμός του ενδουλικού PH .

Είναι ίσως, η καλύτερη μέθοδος για τη διαπίστωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, εάν ο εξεταζόμενος έχει γαστρική οξύτητα φυσιολογική η αυξημένη στην περίπτωση που ο εξεταζόμενος έχει υποχλωρυδρία ή αχλωρυδρία, θα πρέπει να προηγηθεί η έγχυση απευθείας στο στόμαχο 200-300 ml 0,1N διαλύματος HCL.

Σε φυσιολογικά άτομα με κατώτερο οισοφαγικό σφιγκτήρα λειτουργικά επαρκή, το PH αυξάνει γρήγορα όταν το ειδικό ηλεκτρόδιο μέτρησης εισέρχεται στην περιοχή υψηλής πίεσης του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Στον κατώτερο οισοφάγο το PH συνήθως είναι 6 ή και υψηλότερο. Αντίθετα σε γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και σε απόσταση 4-5 εκατοστά από την γαστροοισοφαγική συμβολή το PH κατεβαίνει στο 4 ή και χαμηλότερα. Οι τιμές αυτές είναι διαγνωστικές.(12)

2.4 Δοκιμασίες οξινποίησης του αυλού του οισοφάγου.

Συνίστανται σε έγχυση με ρινογαστρικό σωλήνα 0,1N διαλύματος HCL με ρυθμό 5-10ml/min επί 30-50min. Ακολουθεί έγχυση διαλύματος 0,9%NaCL επί 10min και η έγχυση HCL επαναλαμβάνεται. Πριν τη δοκιμασία πρέπει πάντοτε να προηγηθεί κένωση του στομάχου από το περιεχόμενο του με ρινογαστρικό σωλήνα, τον ίδιο που θα γίνει και η έγχυση.

Η δοκιμασία οξινποίησης χαρακτηρίζεται θετική όταν σε χρόνο λιγότερο των 30min από την έναρξη της οξινποίησης εκδηλώνεται πόνος ή καύσος. Τα συμπτώματα επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου έγχυσης HCL και έχουμε ύφεση με τη χορήγηση του διαλύματος NaCL.

Σε εξειδικευμένα εργαστήρια η δοκιμασία οξινποίησης γίνεται και με εναλλάξ κατάποση από τον ασθενή ουδέτερου και όξινου βαρίου υπό σύγχρονη ακτινοκινηματογραφική καταγραφή και ανάλογη αξιολόγηση των αντίστοιχων ευρημάτων.

Η δοκιμασία συνεισφέρει στη διάγνωση της οισοφαγίτιδας, στην οποία αποβαίνει θετική και στη διαφοροδιάγνωση της από επώδυνα σύνδρομα ενδοθωρακικής ή ενδοκοιλιακής προέλευσης και ειδικότερα από τη στηθάγχη

και την κρίση του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στα πρώιμα στάδια της οισοφαγίτιδας, που η νόσος είναι ακόμη υποεπιθηλιακή και συνεπώς μη μακροσκοπικά ανιχνεύσιμη κατά την ενδοσκόπηση.

Είναι απαραίτητο να διευκρινισθεί ότι σε μερικές περιπτώσεις οισοφαγίτιδας, ο πόνος ή ο καύσος προβάλλονται μόνο στην κοιλιακή χώρα και όχι οπισθοστερνικά. Στις περιπτώσεις αυτές, με θετική δοκιμασία θα πρέπει να ακολουθεί και έγχυση HCL και στο στομάχι προκειμένου να γίνει ο σχετικός διαφορισμός.(12)

2.5 ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:

Ο ακτινολογικός έλεγχος του οισοφάγου γίνεται με κατάποση βαρίου αποτελεί σημαντικό μέσο της εργαστηριακής διαγνωστικής προσπέλασης του οισοφάγου και έχει υψηλή διαγνωστική αξία σε περιπτώσεις αναζήτησης οργανικών βλαβών(στενώσεις, έλκη, πολύποδες, εκκολπώματα, διαφραγματοκήλη, νεοπλάσματα, κισσοί).

Σε συνδυασμό επίσης με ακτινοκινηματογράφηση συμβάλλει σημαντικά και στην εντόπιση λειτουργικών διαταραχών του (ανάρροια, αχαλασία, διάχυτος σπασμός κ.α.).

Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο, τέλος, γίνεται εναλλάξ χορήγηση ουδέτερου (p H7.0) και όξινου (p H1.0) βαρίου, συμβάλλει στη διάγνωση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης σε ασθενείς με κλινική συνδρομή <<οισοφαγίτιδας>>.

Στην περίπτωση αυτή, στη φάση κατάποσης του όξινου βαρίου, προκαλούνται χαρακτηριστικές διαταραχές της κινητικότητας του κατώτερου, κυρίως, οισοφάγου.

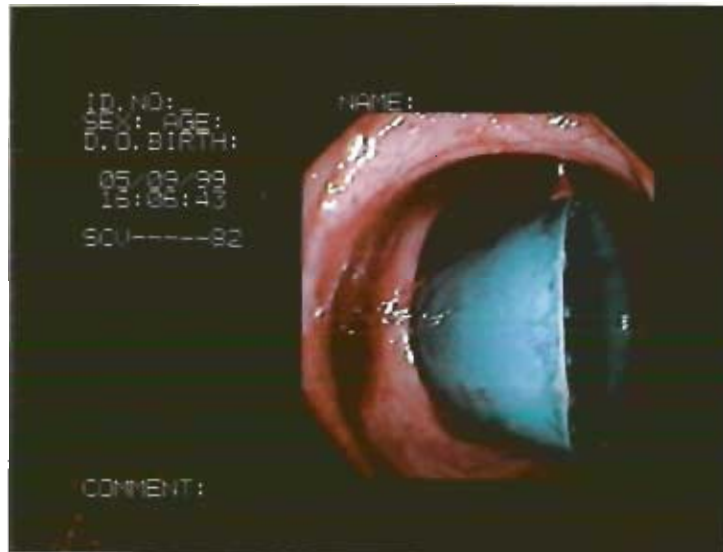
Το τμήμα του οισοφάγου που πρόκειται να ακτινογραφηθεί, πρέπει να είναι όσο το δυνατό κενό, έτσι ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.

Στην ακτινοσκόπηση του οισοφάγου απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών 6-8 ώρες πριν από την εξέταση.

Ο ασθενής στο ακτινολογικό εργαστήριο καταπίνει βάριο, γίνεται ακτινοσκοπικός και ακτινολογικός έλεγχος των διαμερισμάτων του ανωτέρου τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα.



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

36/05/00
09:20:20

NAME:



COMMENT:

UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

36/05/00
07:40:01

NAME:



COMMENT:

UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. No. :
Sex : Age :
D. O. Birth :

26/08/2001
17:57:33

Name :



SCV-----1

Comment :

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

NAME:

07/09/88
18:01:07

SCU-----82



COMMENT:

UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

NAME:

25/12/81
18:14:18

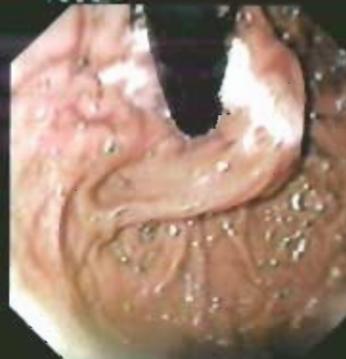


COMMENT:

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:

NAME:

28/12/80
06:01:47



COMMENT:

ID. NO:
SEX: AGE:
D.O. BIRTH:

NAME:

26/05/00
05:23:20



COMMENT:

UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. NO:
SEX: AGE:
D.O. BIRTH:

NAME:

26/05/00
07:40:01



COMMENT:

UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ID. No. :
Sex : Age :
D. O. Birth :

Name :

26/08/2001
17:57:33

SCV-----1



Comment :

Συνήθως το βάριο φεύγει από το στομάχι μέσα σε 6 ώρες.

Δυσάρεστο επακόλουθο της εξετάσεως αυτής είναι η δυσκοιλιότητα που εμφανίζει ο άρρωστος εξαιτίας του βαρίου που δεν απορροφάται από το έντερο.

Γι αυτό πρέπει να γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός, αν ο άρρωστος δεν έχει κένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι μοιάζει με μπαλόνι, κατά το ότι, όταν είναι άδειο, έχει χωρητικότητα περίπου 50ml, ενώ όταν διαταθεί πλήρως, μπορεί να χωρέσει υλικό όγκου μέχρι ένα λίτρο.

Στο περιφερικό άκρο του στομαχιού υπάρχει ο πυλωρικός σφιγκτήρας, που εμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του εντέρου στο στομάχι. Οι περιοχές των δύο σφιγκτήρων του στομαχιού είναι τα δύο σημεία στα οποία στερεώνεται και γι' αυτό αποτελούν τα οδηγία σημεία, όταν γίνεται εξέτασή του με ακτίνες Χ.

Ο μυϊκός χιτώνας του στομαχιού, που αποτελείται από δύο στιβάδες λείου μυός, είναι υπεύθυνος για την κένωση από το περιεχόμενό του. Όταν συστέλλεται η επιμήκης στιβάδα, προωθεί το περιεχόμενο προς τα εμπρός. Η μέση κυκλοτερής στιβάδα είναι υπεύθυνη για κινήσεις ανάμιξης και διαίρεσης του βλωμού σε μικρότερα κομμάτια. Η συνδυασμένη ενέργεια αυτών των δύο μυϊκών στιβάδων προκαλεί περισταλτισμό.

Οι περισταλτικές κινήσεις του στομαχιού μπορεί να επηρεαστούν από συγκινησιακές καταστάσεις. Η κατάθλιψη και ο φόβος προκαλούν μείωση της κινητικότητας, ενώ ο θυμός και η επιθετικότητα αύξησή της. Εντούτοις, πρέπει να τονιστεί ότι η κένωση του στομαχιού ελέγχεται κατά κύριο λόγο από τη χημική σύσταση και την ποσότητα του βλωμού που βρίσκεται στο δωδεκαδάκτυλο και όχι στο στομάχι.

Υπάρχουν τρεις ακόμη στιβάδες του τοιχώματος του στομαχιού:

(α) Η εξωτερική ορογόνος στιβάδα, το περίσπλαχνο περιτόναιο, που εκτείνεται από την κατώτερη μοίρα του στομαχιού ως διπλή πτυχή, (επιπλέουν), και σκεπάζει το έντερο. Η ορογόνος αυτή τη στιβάδα επιτρέπει να διηθείται υγρό μέσα στον περιτοναϊκό χώρο.

(β) Ο υποβλεννογόνος, που βρίσκεται ανάμεσα στο μυϊκό χιτώνα και το βλεννογόνο, επιτρέπει την κίνηση του βλεννογόνου με την περισταλτική ενέργεια του στομαχιού.

(γ) Το επιφανειακό επιθήλιο της τελευταίας στιβάδας, ο γαστρικός βλεννογόνος, περιέχει αδένες. Το γαστρικό υγρό εκκρίνεται από τους ιδίως γαστρικούς

αδένες. Οι αδένες αυτοί αποτελούνται από τα τρία είδη κυττάρων: τα καλυπτήρια, τα θεμέλια και τα αυχενικά θεμέλια κύτταρα. Τα καλυπτήρια εκκρίνουν ισότονο διάλυμα HCL, 0.16 N με PH<1. Τα θεμέλια εκκρίνουν ισότονο διάλυμα, που περιέχει όλους τους ηλεκτρολύτες του πλάσματος και ένζυμα (πεψίνη, γαστρική και γελαινώση).

Τα αυχενικά θεμέλια, τέλος, εκκρίνουν βλέννα, η οποία περιέχει την ενδογενή παράγοντα που είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂. (5)

3.1 Σύσταση του γαστρικού υγρού. Το γαστρικό υγρό παραγόμενο υπό φυσιολογικές συνθήκες σε ποσότητα 1,5L/24ωρο, περιέχει υδροχλωρικό οξύ, ηλεκτρολύτες, βλέννη, γαστρικά πεπτικά ένζυμα (πεψίνη, γαστρική, ρενίνη, λιπάση, γαστρική αμυλάση, ζελατινώση, ουρεάση).

Μη πεπτικά ένζυμα (καρβονική ανυδράση, γαλακτική δεϋδρογενάση, αμινοτρανσφεράσες ασπαρτική και αλανινική, ισοκιτρική δεϋδρογενάση αλκαλική φωσφατάση, ριβονουκλεάση) και διάφορες άλλες ουσίες (ενδογενής παράγον Castle, λευκωματίνη, γ-σφαιρίνη, συγκολλητίνες ομάδων αίματος).

3.2 Μικροσκοπική εξέταση του γαστρικού υγρού.

Για την καλύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της μικροσκοπικής εξέτασης του γαστρικού υγρού, συμβάλλει πολύ η μακροσκοπική του εξέταση, τόσο από τον κλινικό γιατρό όσο και από τον εργαστηριακό.

Η ποσότητα, η διαύγεια, το χρώμα, η οσμή, η πυκνότητα και η παρουσία υπολειμμάτων τροφής ή αίματος πρέπει πάντοτε να ελέγχονται και να συνεκτιμώνται.

Κατά τη μικροσκοπική εξέταση του φυσιολογικού γαστρικού υγρού μπορεί να εντοπισθούν ερυθροκύτταρα, λευκοκύτταρα, επιθηλιακά κύτταρα, βακτηρίδια και βλέννη. Το φυσιολογικό γαστρικό υγρό δεν έχει προκαθορισμένη βακτηριδιακή χλωρίδα. Τα διάφορα βακτηρίδια, που μπορεί να αναπτυχθούν σε καλλιέργειες που προέρχονται από τη χλωρίδα του στόματος. Στο γαστρικό υγρό τέλος, μπορεί να εντοπισθούν σπάνια και ορισμένα παράσιτα (λάμβλιες, ασκαρίδες, στρογγυλοειδείς και αγκυλόστομα) που φθάνουν στο στομάχι μέσω παλινδρομούστος δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου.(12)

3.3 Κυτταρολογική Εξέταση γαστρικού και υγρού.

Το δείγμα του γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού υγρού λαμβάνεται με εισαγωγή σωλήνα Levin ή Cantor ή Rehfuess από τη μύτη στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως να γίνει λήψη γαστρικού υγρού και από τους εμετούς του αρρώστου.

Σκοπός της εξετάσεως του γαστρικού υγρού είναι να βρεθεί το ποσό του υδροχλωρικού οξέος που υπάρχει μέσα σ' αυτό. Σε περίπτωση αυξήσεως του υδροχλωρικού οξέος έχουμε την υπερχλωρυδρία που την συναντούμε σε αρρώστους με έλκος στομάχου και δωδεκαδακτυλικού. Σε περίπτωση ελαττώσεως του ποσού του ελεύθερου υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό έχουμε την υποχλωρυδρία. Την συναντάμε σε καρκίνο στομάχου, ατροφική γαστρίτιδα, υπόχρωμες και υπέρχρωμες αναιμίες, χρόνια αλκοολισμό κ.λ.π.

Η τέλεια έλλειψη ελεύθερου υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό ονομάζεται αχυλία ή αχλωρυδρία. Αχυλία παρατηρείτε σε καρκίνο του στομάχου, σε κακοήγη αναιμία του Biermer κ.α. Για την εξέταση αυτή ο άρρωστος μένει νηστικός οκτώ (8) ώρες περίπου, πριν από την εφαρμογή της. Ο σωλήνας Levin μπαίνει από τη μύτη στο στομάχι και από το ελεύθερο άκρο του, με σύριγγα, γίνεται αναρρόφηση γαστρικού υγρού. Φυσιολογικά, μετά την εισαγωγή του σωλήνα στο στομάχι και την αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου κάθε 15', το ποσό του εκκρινόμενου γαστρικού υγρού μέσα σε μια ώρα είναι 60-80 εκ.

Μετά από υποδόρια ένεση ισταμίνης 0,5 mg το ποσό αυτό μέσα σε μια ώρα ανεβαίνει στα 120-180κ.εκ. Επίσης αυξάνεται και η ελεύθερη οξύτητα του.

Η χρήση ή όχι της ισταμίνης γίνεται πάντοτε μετά από εντολή ιατρού, με σκοπό τον έλεγχο της φυσιολογικής ή μη εκκρίσεως του γαστρικού υγρού και του υδροχλωρικού οξέος. Η πιθανότητα εμφανίσεως shock (ανεπιθύμητη ενέργεια) μετά την ένεση της ισταμίνης επιβάλλει να έχουμε υπόψη μας τα παρακάτω:

- 1) Η ισταμίνη γίνεται μετά την εντολή του ιατρού.
- 2) Απαιτείται να παρακολουθούμε συχνά τον ασθενή για συμπτώματα shock.
- 3) Απαραίτητο να υπάρχει έτοιμη ένεση salu-cortef για άμεση χρήση σε περίπτωση shock.

Για τη συλλογή δείγματος δωδεκαδακτυλικού υγρού, αφού καθετηριασθεί το στομάχι, προωθείται στο δωδεκαδάκτυλο ο σωλήνας Einhorn που φέρει

μεταλλικό άκρο, από όπου αρχικά παίρνουμε χολή Α (χολή υγρού). Μετά από έγχυση 20κ.εκ. διαλύματος θεϊκής μαγνησίας 20% ή μετά από υποδόρια ένεση 2κ.εκ. υποφυσίνης, γίνεται η κένωση της χοληδόχου κύστεως και παίρνουμε τη σκοτεινόχρωμη και πηκτή Β χολή. Η χρυσόχρωμη χολή Γ, που διαρρέει μετά προέρχεται από το ήπαρ. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται μικροβιολογική και μικροσκοπική εξέταση κάθε είδους χολής.

Μετά τη λήψη των αναγκαίων δειγμάτων γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού υγρού λέμε στον ασθενή να χαλαρώσει, να πάρει βαθιά αναπνοή και με μια γρήγορη και συνεχή κίνηση αφαιρούμε τον σωλήνα.

Στη συνέχεια καθαρίζουμε τη στοματική κοιλότητα και φροντίζουμε τη ρινική. Αφήνουμε τον ασθενή να ηρεμήσει σε θέση αναπαυτική και τέλος του προσφέρεται πρόγευμα.

Το υγρό αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Στο δοχείο αναγράφονται τα στοιχεία του αρρώστου (όνομα, δωμάτιο, κλινική, ημερομηνία, εξέταση) σε ετικέτα που τοποθετείται στο πλάι και όχι στο καπάκι του δοχείου. Στη μικροσκοπική εξέταση, η ανεύρεση λευκών αιμοσφαιρίων δηλώνει λοίμωξη των χοληφόρων αγγείων ή του δωδεκαδακτυλικού.

Μερικές φορές κατά τη μικροσκοπική εξέταση βρίσκουμε λάμβλιες, ιστολυτικές αμοιβάδες ή ωάρια ασκαριδών σαν παθολογικά αίτια χολοκυστίτιδας. Σήμερα η δοκιμασία αυτή έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί γιατί από τη μια μεριά αποτελεί βασανιστική εξέταση για τον άρρωστο και από την άλλη τις παθήσεις του γαστραιντερικού σωλήνα για τις διάγνωση των οποίων εξετάζεται η χημική σύνθεση των διαφόρων πεπτικών υγρών, μπορούμε να τις διαγνώσουμε ασφαλέστερα και ευκολότερα με άλλες παρακλινικές εξετάσεις όπως με ακτινολογικό έλεγχο, ενδοσκοπήσεις, κυτταρολογική εξέταση κατά ακτινολόγους κ.λ.π. Η συμβολή του νοσηλευτή είναι σημαντική και η επαγρύπνηση του για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων shock και άμεση αντιμετώπιση της κατάστασης.(12)(11)

3.4 ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ:

Η ενδοσκόπηση αυτή γίνεται με σκοπό την άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομαχίου, με σκοπό την επιβεβαίωση η τον αποκλεισμό γαστρίτιδας, γαστρικού έλκους, γαστρικού καρκινώματος η γαστρικής αιμορραγίας.

Ακόμα, για λήψη δειγμάτων βιοψίας του βλεννογόνου του στομαχίου και του δωδεκαδάκτυλου ανεύρεση έλκους, νεοπλασματικών εξεργασιών, καθώς και τον έλεγχο της υφής του βλεννογόνου.

Παρά το μικρό κίνδυνο μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων με τα ενδοσκόπια εφ' όσον τα χρησιμοποιούμενα σήμερα μικροβιοκτόνα και ιοκτόνα διαλύματα καθαρισμού θεωρούνται αρκετά αποτελεσματικά, καλό είναι να λαμβάνονται επιπρόσθετες προφυλάξεις (σαλμονέλα, ψευδομονάδα, HBsAg).

A. Πριν την εξέταση.

1. Κατά την προετοιμασία του αρρώστου για την γαστροσκόπηση, ενημερώνουμε τον άρρωστο γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξέτασης, καθώς και τη δυνατότητα βοήθειας από μέρους του για τη σωστή εκτέλεση της.

2. Επίσης τον ενημερώνουμε για την αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών από το στόμα 8-10 ώρες πριν την εξέταση, ενώ το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμετούς.

3. Πριν την ενδοσκόπηση να μην παραλείπεται η απομάκρυνση ξένων σωμάτων από τη στοματική κοιλότητα (γέφυρες, οδοντοστοιχίες) και από τους οφθαλμούς (γυαλιά, φακοί επαφής) και την χαλάρωση ενδυμάτων τον παρακαλείται να ουρήσει τον άρρωστο πριν από την εξέταση.

4. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή.

5. Σε αγχώδεις αρρώστους χορηγούμε κατευναστικά, μια ώρα πριν τη γαστροσκόπηση με εντολή ιατρού πάντα.

6. Τέλος, κάνουμε ένεση ατροπίνης μίση ώρα περίπου πριν από την εξέταση.

B. Κατά την εξέταση.

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

2. Δέκα λεπτά περίπου, πριν την είσοδο του γαστροσκόπιου στο στομάχι, ο ιατρός κάνει τοπική αναισθησία με ψεκάσμο στο στοματοφάρυγγα χρησιμοποιώντας τοπικό αναισθητικό, όπως ξυλοκαΐνη 2% για να μειώσει τόσο τα αντανακλαστικά, όσο και τη δυσφορία του αρρώστου από την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ή γαστροσκόπιου.

3. Κοντά στον ασθενή έχουμε νεφροειδές και χαρτοβάμβακο, που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμετών ή αποβολής εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.

4. Η θέση του ασθενούς στη γαστροσκόπηση είναι πλάγια, ύπτια ή καθιστή.

5. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

6. Φροντίδα για την αποστολή εργαστηριακών εξετάσεων (ιστού βιοψίας, Glu test για το ελικοβακτηρίδιο) στο μικροβιολογικό ή κυτταρολογικό εργαστήριο, μετά από ιατρική οδηγία

Γ. Μετά την εξέταση.

1. Μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο του.

Δεν του δίνουμε να πάρει στερεά–υγρά τροφή από το στόμα, πριν να εμφανισθούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη. Και τα δύο φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου ή του στομάχου.

Τερματισμός λήψης ορού ενδοφλέβια και αφαίρεση του φλεβοκαθετήρα ½ ώρα έως 1 ώρα μετά και λήψη υγρών από το στόμα ή ελαφράς τροφής.

Λήψη ζωτικών σημείων.

Όταν περάσει η τοπική αναισθησία, ο ασθενής πονάει κατά την κατάποση, ο πόνος αυτός είναι παροδικός, εξαιτίας του τοπικού ερεθισμού. 6. Αν όμως εμφανισθεί αιφνίδια πόνος δυνατός, πρέπει να ειδοποιήσουμε τον ιατρό (2) & (6).

3.5-Ρινογαστρική διασωλήνωση - Νοσηλευτική παρέμβαση:

Είναι η εισαγωγή καθετήρα από τη μύτη του αρρώστου στο στομάχι ή και προώθηση αυτού προς το έντερο (γαστραντερική διασωλήνωση).

Οι βασικότεροι σκοποί της ρινογαστρικής διασωλήνωσης είναι οι εξής:

Αφαίρεση υγρών και αέρα για τη μείωση της διάτασης η οποία εμποδίζει την απορρόφηση των υγρών.

Επιπλέον είναι απαραίτητη για την πλύση του στομάχου σε επείγοντα περιστατικά, σε μια δηλητηρίαση είτε από τοξικές ή άλλες χημικές ουσίες Επίσης σε μια γαστρορραγία ή πριν τη γαστροσκόπηση σε ειδικές περιπτώσεις όπως στένωση οισοφάγου.

Άλλος βασικός σκοπός είναι η τεχνητή διατροφή με σκοπό τη σίτιση του αρρώστου όπως: κωματώδης κατάσταση, επεμβάσεις στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου, νευρολογικές παθήσεις κ.α.

Παράλληλα είναι απαραίτητη για τη λήψη γαστρικού υγρού με σκοπό την εξέταση αυτού. Τέλος για την εφαρμογή εσωτερικής πίεσης σε αιμορραγία κιστών οισοφάγου. Όσον αφορά τη διαδικασία ρινογαστρικής διασωλήνωσης κρίνονται αναγκαίες μερικές βασικές αρχές όπως:

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την διαδικασία της νοσηλείας.
- Διδάσκουμε τον ασθενή ώστε να έχουμε μια καλή συνεργασία μαζί του.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση έτσι ώστε να πετύχουμε την εύκολη είσοδο του καθετήρα.
- Φροντίζουμε να έχουμε τον κατάλληλο για κάθε περίπτωση καθετήρα καθώς και τα απαραίτητα αντικείμενα.
- Μετράμε με ακρίβεια τις απώλειες των υγρών βάσει των οποίων ρυθμίζεται το μεταβολικό ισοζύγιο (ηλεκτρολύτες, νερό, θερμίδες).

Για την τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα όμως πρέπει να ακολουθείται μια σειρά από εργασίες:

- Πρώτα ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να γίνει, έτσι ώστε να εξασφαλίσουμε την καλύτερη συνεργασία του.
- Δίνουμε στον ασθενή αναπαυτική θέση, (δηλ.: ημικαθιστή) εκτός αν αντενδείκνυται.

- Στη συνέχεια προστατεύουμε τα κλινοσκεπάσματα τοποθετώντας το τετράγωνο – αδιάβροχο μπροστά στον άρρωστο έτσι ώστε να μην λερώσουν.
- Έπειτα φοράμε τα γάντια και καθαρίζουμε τους ρώθωνες με το φυσιολογικό ορρό για να ελευθερώσουμε τη μύτη από τις εκκρίσεις.
- Εφαρμόζουμε τοπικό αναισθητικό π.χ. (xilocaine).
- Ανοίγουμε το σωλήνα και υπολογίζουμε το μήκος που θα χρειαστεί για να φθάσει μέχρι το στομάχι (μετράμε την απόσταση από το ακρορίνιο μέχρι το λόβιο του αυτιού και από εκεί μέχρι το στέρνο). Τη δίοδο του σωλήνα διευκολύνει η επάλειψη του με γλυκερίνη.
- Συστήνουμε στον άρρωστο να παραμείνει σε θέση χαλαρή.
- Ωθούμε με ήπιες κινήσεις τον καθετήρα προς το ρινοφάρυγγα. Παράλληλα όμως παρακολουθούμε τον καθετήρα διότι έχει την τάση να αναδιπλώνεται.
- Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να παραμείνει χαλαρός στη θέση του και όταν ο καθετήρας φθάσει στο φάρυγγα να κάνει κλίση της κεφαλής προς τα εμπρός παίρνοντας βαθιές επιπόλαιες αναπνοές. Τέλος του συστήνουμε να βήχει. Με τη θέση αυτή της κεφαλής κλείνει προς το λάρυγγα και διευκολύνεται το πέρασμα του καθετήρα προς τον οισοφάγο. Με τις αναπνοές παρεμποδίζεται η κατεύθυνση του καθετήρα προς την τραχεία
- Απομακρύνουμε τους επισκέπτες και τους συνοδούς απ' το δωμάτιο και κλείνουμε την πόρτα.

- Αν χρειασθεί τοποθετούμε παραβάν γύρω απ' το κρεβάτι του αρρώστου.

Στη διάρκεια της νοσηλείας παρακολουθούμε τον άρρωστο μας και αν τυχόν παρατηρήσουμε δυσφορία ή έντονα φαρυγγικά αντανακλαστικά κάνουμε διακοπή. Παροτρύνουμε τον άρρωστο μας να καταπίνει διότι έτσι διακόπτεται προσωρινά η εισπνοή και αυτό βοηθάει στην προώθηση του καθετήρα, δίνοντας του να καταπίνει νερό με το κουταλάκι.

Αν συναντήσουμε αντίσταση σταματάμε την προώθηση του καθετήρα.

Δεν ασκούμε βία προς αποφυγή τραυματισμού και πρόκληση δυσφορίας.

Αν χρειάζεται μετακινούμαι ελαφρά προς τα έξω το σωλήνα και τον ωθούμαι ξανά. Παράλληλα παρακολουθούμε τον άρρωστο μήπως παρουσιάσει βήχα, δύσπνοια, κυάνωση διότι είναι πιθανά σημεία όταν ο σωλήνας προωθείται στην τραχεία επίσης ελέγχουμε τη στοματική κοιλότητα γιατί είναι πιθανόν ο καθετήρας να μαζεύεται στο στόμα αντί να προωθείται στο στομάχι.

Αναρροφούμε το περιεχόμενο του στομάχου με τη σύριγγα για τη επιβεβαίωση της θέσεως του καθετήρα στο στομάχι.

Μετά στερεώνουμε με αντιαλλεργικό λευκοπλάστ τον καθετήρα έτσι ώστε να μην εμποδίζει τις κινήσεις του αρρώστου και να μην μετακινηθεί από τη θέση του. Παράλληλα κλείνουμε το άκρο του καθετήρα με πίεστρο ή λαβίδα συνδέουμε τον σωλήνα με τον σάκο στο κρεβάτι του αρρώστου χαμηλά για να πέφτουν τα υγρά. Τέλος αφήνουμε τον ασθενή σε αναπαυτική θέση. Παρακολουθούμε τη λειτουργία του συστήματος.

Αν διαπιστώσουμε ότι δεν λειτουργεί, σημαίνει ότι ή δεν υπάρχουν υγρά ή έχει αποφραχθεί ο καθετήρας και χρειάζεται πλύση. Αφού τελειώσουμε τη διαδικασία της εφαρμογής του ρινογαστρικού σωλήνα τακτοποιούμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε αφαιρούμε το τετράγωνο αδιάβροχο νοσηλείας. Απομακρύνουμε τα άχρηστα και χρησιμοποιημένα υλικά.

Τέλος ενημερώνουμε το δελτίο νοσηλείας όσο αφορά τον τύπο του καθετήρα και τον λόγο που τον εφαρμόσαμε, την ποσότητα, το χρώμα τη σύσταση και την οσμή των υγρών. Ένας βασικός σκοπός που γίνεται η ρινογαστρική διασωλήνωση είναι όπως έχουμε αναφέρει πιο πάνω και η πλύση στομάχου. Αυτό γίνεται σε περιπτώσεις όπως είναι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις, γαστροπληγία, γαστρορραγία ή πριν τη γαστροσκόπηση σε ειδικές περιπτώσεις όπως στένωση οισοφάγου.

Χρησιμοποιούμε καθετήρα διάυλο (salem sump) όπου στο ένα άκρο του εφαρμόζεται η συσκευή διαλύματος φυσιολογικού ορού και στο άλλο ο σωλήνας σάκου συλλογής υγρών. Με το κλειστό αυτό σύστημα από το ένα μέρος μπαίνει ο φυσιολογικός ορός στο στομάχι και από το άλλο βγαίνουν τα υγρά του στομάχου στο σάκο συλλογής υγρών. Στην περίπτωση της γαστροπληγίας και γαστρορραγίας η φιάλη του φυσιολογικού ορού πριν χορηγηθεί μπαίνει στο ψυγείο να κρυώσει το διάλυμα για να προκληθεί αγγειοσύσπαση.

Η παραμονή και η αφαίρεση του ρινογαστρικού σωλήνα εξαρτάται από το σκοπό εφαρμογής του. Μπορεί να αφαιρεθεί αμέσως μετά τη νοσηλεία, π.χ. σε μια φαρμακευτική δηλητηρίαση ή να παραμείνει μέχρι να υποχωρήσουν οι εμετοί όπως σε μετεγχειρητικές περιπτώσεις ή να παραταθεί η παραμονή όταν πρόκειται για τεχνητή διατροφή.

Για την αφαίρεση του καθετήρα ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που πρόκειται να γίνει και του δίνουμε θέση καθιστή. Συστήνουμε να πάρει

βαθιά αναπνοή και να εκπνεύσει αργά. Με την εκπνοή προλαμβάνεται η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου προς τους πνεύμονες και χαλάρωση του φάρυγγα.

Σημειώνουμε στο δελτίο νοσηλείας την αφαίρεση του καθετήρα, πιθανές αντιδράσεις του αρρώστου και αν εστάλη υλικό για έλεγχο στα εργαστήρια.(2)

3.6-ΑΚΤΙΝΟΣΚΟΠΗΣΗ:

Η ακτινοσκόπηση είναι η αιτιολογική μέθοδος στην οποία το είδωλο δεν αποτυπώνεται πάνω σε φιλμ αλλά συγκεντρώνεται σε ακτινευαίσθητη πλάκα και οι σκιές άμεσα μελετούνται από τον ακτινολόγο π.χ. εξετάζεται η κίνηση του διαφράγματος η κινητικότητα του γαστραιντερικού σωλήνα.

Η λήψη της απλής ακτινογραφίας κοιλίας πρέπει να γίνεται μετά την παρέλευση 10 λεπτών με τον ασθενή σε όρθια θέση, για να μη διαφύγει η ύπαρξη μικρής ποσότητας αέρα.

Στην ακτινογραφία της κοιλίας (σε όρθια θέση),η απουσία αέρα κάτω από τα διαφράγματα δεν αποκλείει τη διάτρηση, ενώ η διάταση των εντερικών ελκών μπορεί να οφείλεται όχι μόνο σε ειλεό, αλλά και σε περιτονίτιδα ή κολικό του ουρητήρα. Η ύπαρξη αέρα στα χοληφόρα μπορεί να προέρχεται από επικοινωνία τους με το έντερο η από χολαγγειίτιδα από αεριογόνα μικρόβια.

3.7-ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ:

Η χρήση ουσιών που δεν είναι διαπερατές από τις ακτίνες τόσο στην ακτινοσκόπηση όσο και στην ακτινογραφία βοηθάει στην ακριβέστερη έρευνα του οργάνου ή του συστήματος που εξετάζεται.

Δόντια και στοματική κοιλότητα. Οι ακτινολογικές εξετάσεις των δοντιών και της στοματικής κοιλότητας γίνονται με σκοπό την αξιολόγηση τερηδοσιμένων δοντιών, της θέσης κάτω από τα ούλα, των μαλακών μορίων που τα περιβάλλουν και αποφράξεων των σιαλογόνων αδένων. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τοπική αναισθησία αν ο άρρωστος αισθάνεται άσχημα εξαιτίας του φαρυγγικού αντανακλαστικού.

Ακτινολογικός έλεγχος ανώτερου πεπτικού και λεπτού και παχέος εντέρου με βαριούχο γεύμα ή χορήγηση βαρίου (ουσία μη διαπερατή από τις ακτίνες X) από το στόμα ή με υποκλυσμό δίνει ολόκληρη την εικόνα του πεπτικού σωλήνα.

Το είδος της σκιεράς ουσίας που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από το όργανο ή το σύστημα που εξετάζεται.

Στην ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται θειικό βάριο (Barium-Sulfate). Το τμήμα ή το όργανο του γαστραιτερικού σωλήνα που πρόκειται να ακτινογραφηθεί, πρέπει να είναι όσο το δυνατό κενό έτσι ώστε η σκιερά ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.

Στην ακτινολογική μελέτη του ανώτερου τμήματος του γαστραιτερικού σωλήνα απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών οκτώ (8) ώρες πριν από την εξέταση. Ενώ ο ασθενής στο ακτινολογικό εργαστήριο καταπίνει βάριο, γίνεται ακτινολογικός και ακτινολογικός έλεγχος των διαμερισμάτων του ανώτερου τμήματος του γαστραιτερικού σωλήνα. Συνήθως το βάριο φεύγει από το στομάχι σε έξι (6) ώρες.

Μέσα σε έξι (6) ώρες ελέγχεται ακτινολογικά ή ακτινογραφικά στο στομάχι για ανεύρεση φυσιολογικής ή όχι λειτουργίας εκκενώσεως του στομάχου.

Στη συνέχεια ελέγχεται το δωδεκαδάκτυλο και το λεπτό έντερο.

Δυσάρεστο επακόλουθο της εξέτασης αυτής είναι η δυσκοιλιότητα που εμφανίζει ο άρρωστος εξαιτίας του βαρίου που δεν απορροφάται από το έντερο. Γι' αυτό χρειάζεται να γίνει καθαρτικός υποκλυσμός αν ο άρρωστος δεν έχει κένωση.

Μετά την εξέταση, συστήνουμε στον ασθενή να παίρνει πολλά υγρά για να αποβάλλει το βάριο. Χορηγούμε ήπιο καθαρτικό (γάλα μαγνησίας) για τη διευκόλυνση της αποβολής του.

Επίσης ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι τα κόπρανα θα έχουν λευκόγκριζο χρώμα από το βάριο για να μην ανησυχήσει_(5).

3.8 ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΚΑΙ ΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ:

Συμβολή της ενδοσκοπικής υπερηχογραφίας:

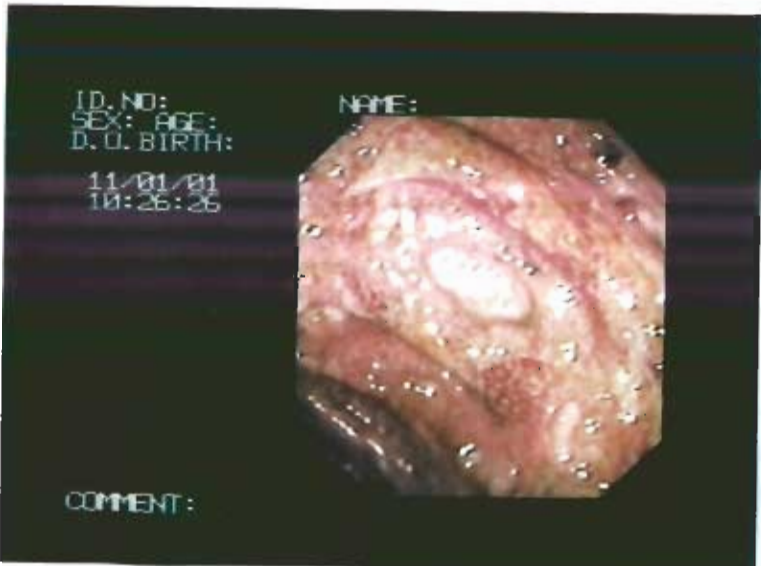
Η διαδερμική υπερηχογραφία δεν έχει ουσιαστικό διαγνωστικό ρόλο στη διάγνωση παθήσεων του γαστρικού ή εντερικού βλεννογόνου.

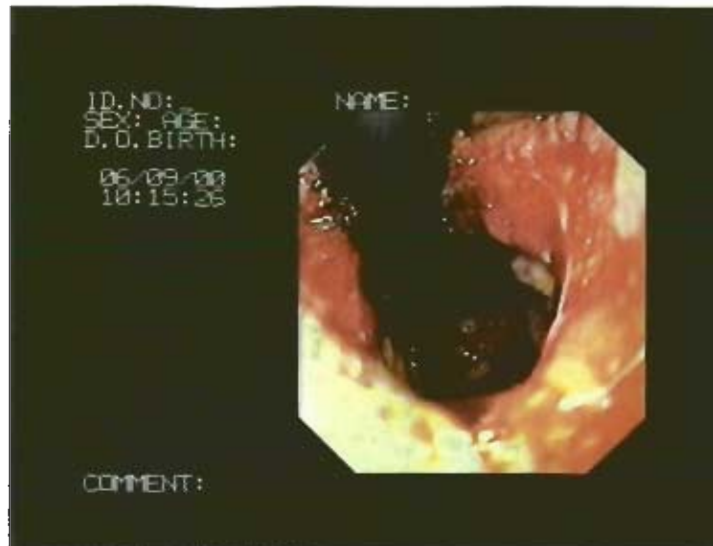
Το ετερογενές περιεχόμενο αυτών των οργάνων αποτελεί φραγμό στη διάδοση της δέσμης των υπερήχων.

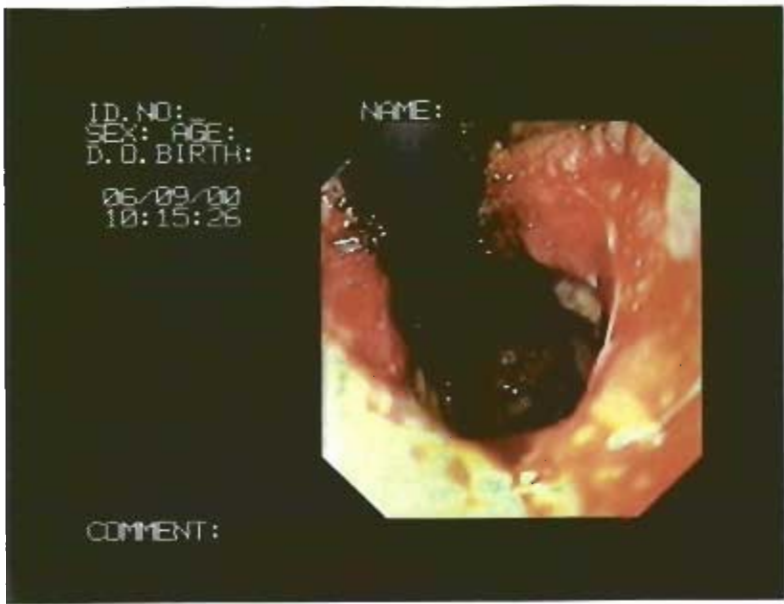
Η ενδοσκοπική υπερηχογραφία σημαίνει την είσοδο ενός μικροσκοπικού υψίσυχνου ηχοβολέα στον αυλό του στομάχου ή του εντέρου με τη βοήθεια και την οπτική παρακολούθηση ενδοσκοπίου.

Η μέθοδος αυτή είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα και προσκρούει σε πολλούς ανατομικούς φραγμούς για να αποτελέσει αξιόπιστη πρωτογενή μέθοδο απεικόνισης (screening) των νόσων του εντερικού βλεννογόνου. Αποτελεί αντίθετα μοναδικό τρόπο απεικόνισης όλων των στοιβάδων του γαστρικού και εντερικού τοιχώματος και βοηθά αποτελεσματικά τη σταδιοποίηση μιας ήδη γνωστής χωροκατακτητικής βλάβης.

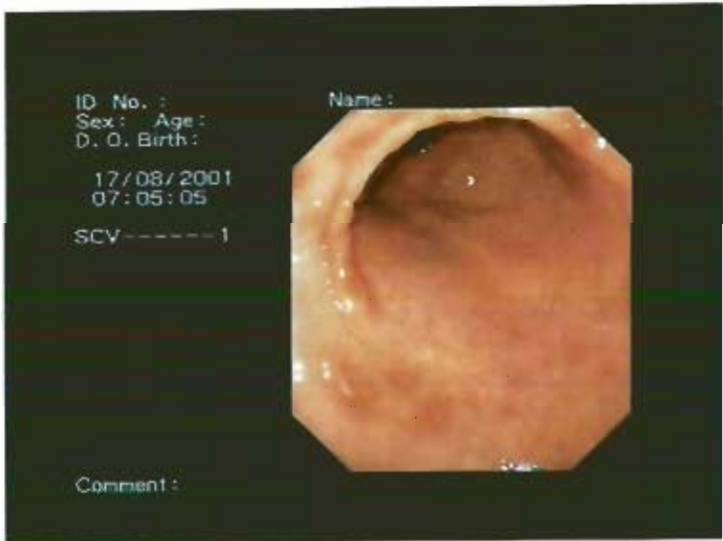
Ο ενδοαυλικός αυτός ηχοβολέας αν διευθύνεται σωστά, αποτελεί επίσης χρήσιμο συμπληρωματικό τρόπο απεικόνισης της τελικής μοίρας του χοληδόχου πόρου και του παγκρέατος, ιδιαίτερα όταν τμήματά του (π.χ. η κεφαλή) δεν είναι προσπελάσιμα με το διαδερμικό ηχοβολέα.(12)







UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

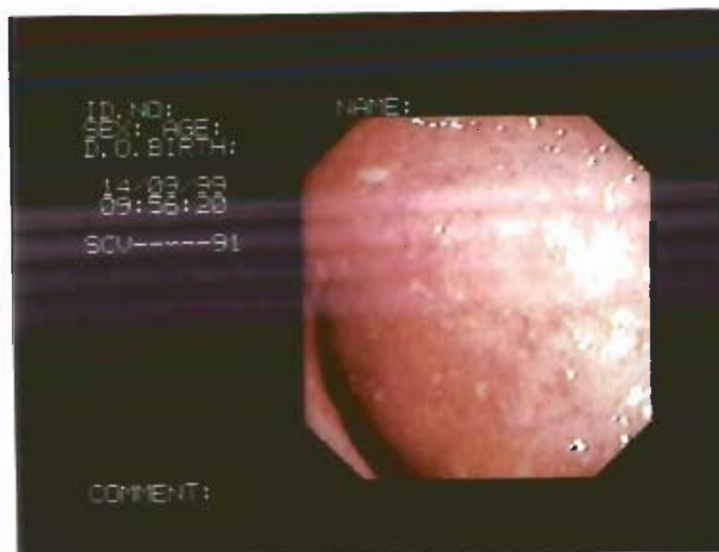




UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το λεπτό έντερο είναι σωλήνας μήκους περίπου 650 cm και διαμέτρου 2.5 - 3 cm. Είναι η συνέχεια του στομαχιού και εκτείνεται από τον πυλωρό ως το παχύ έντερο (ειλεοτυφλική βαλβίδα).

Το μεγαλύτερο μέρος του βρίσκεται μέσα στην κάτω κοιλία και περιβάλλεται από το παχύ έντερο, που σχηματίζει ατελή στεφάνη.

Το λεπτό έντερο διαιρείται σε δύο μέρη: Το δωδεκαδάκτυλο, που είναι προσκολλημένο σχεδόν αμετακίνητα στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, και το ελικώδες έντερο.

Το ελικώδες έντερο διαιρείται στη νήστιδα προς το πάνω και στον ειλεό προς τα κάτω και κρέμεται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με το μεσεντέριο.

Στο εσωτερικό της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδάκτυλου, που έχει σχήμα αγκύλης, υπάρχουν τα φύματα του Vater και του Santorini.

Στο φύμα του Vater εκβάλλουν ο χοληδόχος και ο μεγάλος (μείζων) παγκρεατικός πόρος, ενώ στο φύμα του Santorini ο μικρός (ελάσσων) παγκρεατικός πόρος.

Η νήστιδα έχει μεγαλύτερη διάμετρο από τον ειλεό, πυκνότερες πτυχές και η αιμάτωσή της από τους κλάδους της άνω μεσεντέριας αρτηρίας είναι πλουσιότερη από εκείνη του ειλεού. Οι έλικες της νήστιδας καταλαμβάνουν την ομφαλική και την αριστερή λαγόνια χώρα, ενώ του ειλεού την υπογάστρια χώρα. Τα υποβλεννογόνια λεμφοζιδια είναι μεμονωμένα στη νήστιδα, ενώ στον ειλεό είναι κατά ομάδες, τις παυέριες πλάκες.

Το λεπτό έντερο έχει τέσσερις χιτώνες:

1. Τον ορογόνο (περιτόναιο).
2. Το μυϊκό, που έχει δύο στιβάδες, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτή.
3. Τον υποβλεννογόνο.
4. Το βλεννογόνο.

Ο βλεννογόνος παρουσιάζει προσεκβολές, τις εντερικές λάχνες.

Στα διαστήματα ανάμεσα στις λάχνες εκβάλλουν οι αδένες.

Οι κινήσεις του εντέρου, που γίνονται για τη μηχανική πέψη, διακρίνονται σε ρυθμικές κινήσεις κατάτμησης, σε περισταλτικές κινήσεις ανάμιξης του χυλού με τα διάφορα πεπτικά υγρά του εντέρου.

Η χημική πέψη στο λεπτό έντερο γίνεται από το παγκρεατικό και εντερικό υγρό από τη χολή. (5)

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ:

Οι παρακλινικές εξετάσεις που διατίθενται για τον έλεγχο του λεπτού εντέρου είναι σχετικά λίγες, η δε διαγνωστική τους αξιοπιστία είναι, αρκετές φορές, περιορισμένη, εκτός βέβαια από τις περιπτώσεις διεξαγωγή τους σε κέντρα εξαιρετικά εξειδικευμένα οι εξετάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

A. Εξέταση του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου.

B. Λειτουργικές δοκιμασίες πέψης – απορρόφησης.

Γ. Ακτινολογικός έλεγχος.

Δ. Ενδοσκοπικός έλεγχος και βιοψία λεπτού εντέρου.

E. Αγγειογραφικός έλεγχος.

4.1 ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ

Το δωδεκαδακτυλικό περιεχόμενο αποτελείται από τα εκκρίματα των αδένων του δωδεκαδάκτυλου τη χολή και το παγκρεατικό υγρό, αναμεμιγμένα βέβαια με το γαστρικό υγρό.

Το παγκρεατικό υγρό παραγόμενο, υπό φυσιολογικές συνθήκες, σε ποσότητα 1.5L/24ωρο, είναι άρχουν αλκαλικό (PH=8) και αποτελείται από οργανικά, κυρίως και ανόργανο 1% συστατικά. Τα οργανικά συστατικά αποτελούνται από ένζυμα ή προένζυμα τα οποία είναι: αμυλάση, λιπάση, θρυψινογόνο, χυμοθρυψινογόνο, λευκίνοαμινοπεπτιδάση κ.α.

Στα ανόργανα συστατικά κυριαρχούν το νάτριο Na και HCO₃.

Το δωδεκαδακτυλικό υγρό παράγεται μάλλον σε μικρές ποσότητες, που ακόμη δεν έχουν προσδιορισθεί ακριβώς, αποτελείται δε κυρίως από πεπτικά ένζυμα, η δράση των οποίων είναι σχετικά ασθενή.

Η εξέταση του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου απαιτεί διασωλήνωση του δωδεκαδάκτυλου με ειδικούς διαυλικούς ή τριαυλικούς σωλήνες μέσω των οποίων γίνεται η συλλογή του, σε περιπτώσεις δε που απαιτείται και λήψη βιοψιών

χρησιμοποιούνται ειδικοί καθετήρες (Shiner, Quinton, Crosby – Krugler). Για τη συλλογή δείγματος δωδεκαδακτυλικού υγρού, αφού καθετηριασθεί το στομάχι, προωθείται στο δωδεκαδάκτυλο ο σωλήνας Einhorn που φέρει μεταλλικό άκρο, από όπου αρχικά παίρνουμε χολή Α (χολή υγρού). Μετά από έγχυση 20κ.εκ. διαλύματος θεικής μαγνησίας 20% ή μετά από υποδόρια ένεση 2κ.εκ. υποφυσίνης, γίνεται η κένωση της χοληδόχου κύστεως και παίρνουμε τη σκοτεινόχρωμη και πηκτή Β χολή. Η χρυσόχρωμη χολή Γ, που διαρρέει μετά προέρχεται από το ήπαρ. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται μικροβιολογική και μικροσκοπική εξέταση κάθε είδους χολής.

Μετά τη λήψη των αναγκαίων δειγμάτων γαστρικού ή δωδεκαδακτυλικού υγρού λέμε στον ασθενή να χαλαρώσει, να πάρει βαθιά αναπνοή και με μια γρήγορη και συνεχή κίνηση αφαιρούμε τον σωλήνα.

Στη συνέχεια καθαρίζουμε τη στοματική κοιλότητα και φροντίζουμε τη ρινική. Αφήνουμε τον ασθενή να ηρεμήσει σε θέση αναπαυτική και τέλος του προσφέρεται πρόγευμα. Το υγρό αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Στο δοχείο αναγράφονται τα στοιχεία του αρρώστου (όνομα, δωμάτιο, κλινική, ημερομηνία, εξέταση) σε ετικέτα που τοποθετείται στο πλάι και όχι στο καπάκι του δοχείου. Στη μικροσκοπική εξέταση, η ανεύρεση λευκών αιμοσφαιρίων δηλώνει λοίμωξη των χοληφόρων αγγείων ή του δωδεκαδακτυλικού. Μερικές φορές κατά τη μικροσκοπική εξέταση βρίσκουμε λάμβλιες, ιστολυτικές αμοιβάδες ή ωάρια ασκαριδών σαν παθολογικά αίτια χολοκυστίτιδας. Σήμερα η δοκιμασία αυτή έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί γιατί από τη μια μεριά αποτελεί βασανιστική εξέταση για τον άρρωστο και από την άλλη τις παθήσεις του γαστραιντερικού σωλήνα για τις διάγνωση των οποίων εξετάζεται η χημική σύνθεση των διαφόρων πεπτικών υγρών, μπορούμε να τις διαγνώσουμε ασφαλέστερα και ευκολότερα με άλλες παρακλινικές εξετάσεις όπως με ακτινολογικό έλεγχο, ενδοσκοπήσεις, κυτταρολογική εξέταση κατά ακτινολόγους κ.λ.π. Η συμβολή του νοσηλευτή είναι σημαντική και η επαγρύπνηση του για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων shock και άμεση αντιμετώπιση της κατάστασης.(12)

4.2 Ο ακτινολογικός έλεγχος του λεπτού εντέρου.

Ο ακτινολογικός έλεγχος του λεπτού εντέρου περιλαμβάνει τον έλεγχο του δωδεκαδάκτυλου και τον έλεγχο του υπόλοιπου εντέρου.

A. Ο ακτινολογικός έλεγχος του δωδεκαδάκτυλου γίνεται πάντοτε μαζί με τον αντίστοιχο έλεγχο του στομάχου μετά από βαριούχο γεύμα και συνιστάται σε λήψη ακτινογραφιών με ορισμένη συχνότητα (<<εν σειρά>>). Με την κατάλληλη σκιαγραφική αντίθεση που δημιουργεί το προερχόμενο από το στόμαχο βάριο απεικονίζεται και μελετάται η ανατομομορφολογική κατάσταση του δωδεκαδάκτυλου καθώς και η κινητική του συμπεριφορά.

Κυριότερα ελεγχόμενα σημεία είναι το σχήμα (ομαλό ή ανώμαλο) του βολβού, η παρουσία ή μη σταθερών κρυπτών (έλκη) ή ανώμαλων προβολών (εκκολπώματα), η <<ευερεθιστότητα>> του βολβού, η ικανοποιητική ή μη έκπτυξή του εν συνόλω ή εν μέρει, καθώς και το συνολικό εύρος της δωδεκαδακτυλικής αγκύλης και το φυσιολογικό ή μη του ελάσσονος, τόξου της.

Σε περιπτώσεις υποψίας νεοπλασματικής επεξεργασίας της κεφαλής του παγκρέατος η διενέργεια της υποτονικής δωδεκαδακτυλογραφίας μπορεί να δώσει σημαντικές, έμμεσες οπωσδήποτε, διαγνωστικές πληροφορίες.

Η χρήση της εξέτασης αυτής σήμερα έχει εξαιρετικά περιορισθεί και λόγω ορισμένων αντενδείξεων τις οποίες έχει, αλλά κυρίως λόγω της εκρηκτικής εξέλιξης των άλλων απεικονιστικών μεθόδων (υπέρηχοι, υπολογιστική αξονική τομογραφία) που έχουν πολύ μεγαλύτερη διαγνωστική ειδικότητα και ευαισθησία.

B. Ο ακτινολογικός έλεγχος του υπόλοιπου λεπτού εντέρου παρουσιάζει πολλές τεχνικές δυσκολίες και μόνο αν γίνει από εξειδικευμένο ακτινολόγο και μηχανήματα με μεγάλη διαγνωστική αξιοπιστία.(12)

4.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕ CAPSULA

Πρόσφατα η ανάπτυξη της ενδοσκοπήσης με κάψουλα μπορεί να μας δώσει πολύ χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την προσβολή του λεπτού εντέρου η προετοιμασία του αρρώστου για τον ενδοσκοπικό αυτό έλεγχο πρέπει να γίνεται ως εξής: ο άρρωστος δεν θα πρέπει να έχει φάει πριν 8 ώρες τουλάχιστον. Καταγράφονται φωτογραφίες όπου τις βλέπουμε μέσω υπολογιστή. Η μέθοδος αυτή είναι προσεγγίσιμη και μη επώδυνη για τον ασθενή.

4.4 ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο αγγειογραφικός έλεγχος του λεπτού εντέρου έχει σχετικά περιορισμένη εφαρμογή. Χρησιμοποιείται κυρίως στη διάγνωση ορισμένων νεοπλασμάτων (λειομύωματα, λειομυοσαρκώματα) στην εντόπιση της εστίας, αλλά και της αιτίας αιμορραγιών καθώς και στη διάγνωση παθήσεων που οφείλονται σε αγγειακές βλάβες. (12)

4.5 Αξονική τομογραφία άνω - κάτω κοιλίας:

Ελέγχονται όλα τα όργανα του πεπτικού συστήματος με μεγάλη ακρίβεια για την εύρεση παθολογικών αλλοιώσεων. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, παρά μόνο, ο άρρωστος πρέπει να λάβει πριν την εξέταση την ειδική σκιαγραφική ουσία γαστρογραφίνη, ενώ μπορεί να έχει και ένα ελαφρό γεύμα. (12)

4.6 ΔΙΑΒΑΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ:

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να ενημερώσει και να εξηγήσει στον ασθενή το είδος της εξέτασης και τον τρόπο τον οποίο θα γίνει.

Τον ενημερώνει ότι θα πρέπει να παραμένει νηστικός, ότι θα του γίνει καθαρτικός υποκλυσμός πριν τη λήψη βαριούχου γεύματος ή πριν την εφαρμογή του βαριούχου υποκλυσμού.

Ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο την προηγούμενη της εξέτασης, όπου θα γίνει η προετοιμασία του εντέρου έτσι ώστε η εξέταση να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει δίαιτα ελαφρά και χωρίς υπόλειμμα και δυο καθαρτικούς υποκλυσμούς, όπου ο ένας γίνεται το βράδυ της προηγούμενης ημέρας και ο δεύτερος το πρωί πριν την εξέταση.

Ο ασθενής παραμένει νηστικός από το βράδυ μέχρι μετά την εξέταση.
Η εξέταση πραγματοποιείται στο ακτινολογικό εργαστήριο και ονομάζεται διάβαση εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό.
Με την εξέταση αυτή παρατηρείται ο αυλός του εντέρου για τυχόν αλλοιώσεις αλλά και η κινητικότητα του εντέρου (2).

4.7 ENTEPOKΛIΣH:

Γίνεται για τον έλεγχο του λεπτού εντέρου με ειδικό διάλυμα βαρίου τύπου Neo-bar, εφαρμόζεται στον άρρωστο Levin που όταν φτάσει στο δωδεκαδάκτυλο εισάγεται το διάλυμα με υψηλή τάση και παίρνονται ακτινογραφίες.

Δύο ή τρεις ημέρες γίνεται δίαιτα υδρική, ώστε να καθαρίσει τελείως το έντερο και πριν από την εξέταση δεν δίνουμε στον άρρωστο τίποτα από το στόμα 6-8 ώρες περίπου.(12)

4.8 ENΔOKOΙΛIAKH YΠEPHXOΓPAΦIΔ:

Γίνεται ταυτόχρονα με τη χρήση ενδοσκοπίου στην άκρη του οποίου υπάρχει πομποδείκτης μεγάλης συχνότητας, που επιτρέπει την ακριβή σταδιοποίηση κυρίως του νεοπλάσματος του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου (1)&(6).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟ:

Το παχύ έντερο, που δεν έχει λάχνες, αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στον πρωκτό. Έχει τρεις μοίρες, το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές) και το ορθό ή ευθύ ή απευθυσμένο.

Το μήκος του είναι 150 cm και η διάμετρός του 2,5-8,5cm.

Οι κινήσεις του παχέως εντέρου είναι: κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για τη μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές, που είναι απόκριση στη διάτασή του. Οι μαζικές περισταλτικές κινήσεις γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχομένου σε μεγάλη απόσταση.

Ο βλεννογόνος του παχέως εντέρου εκκρίνει βλεννώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης. Αυτό επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακής του χλωρίδας.

Η εντερική χλωρίδα συνθέτει τη βιταμίνη Κ και βιταμίνες του συμπλέγματος Β, όπως θειαμίνη, κ.λ.π. Ακόμα, είναι υπεύθυνη για τις διεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο.

Η ζύμωση και η σήψη γίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε περίπτωση δυσκοιλιότητας και όταν ανεπαρκούν τα ένζυμα διάσπασης των θρεπτικών ουσιών στο λεπτό έντερο. Μια τέτοια περίπτωση είναι η απουσία λακτάσης από το λεπτό έντερο και η μη υδρόλυση, επομένως, της λακτόζης, η οποία φθάνει στο παχύ έντερο και ζυμώνεται για να δώσει γαλακτικό οξύ και αέρια.

Η μεγάλη αύξηση της μικροβιακής χλωρίδας προκαλεί μακροκυτταρική αναιμία και στεατόρροια, γιατί τα μικρόβια χρησιμοποιούν τη βιταμίνη Β₁₂ και υδρολύουν τα χολικά άλατα, αντίστοιχα.

Στο παχύ έντερο, και κυρίως στην κεντρικότερη μοίρα του, γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Η περιφερική του μοίρα είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανωδών μαζών ως την αποβολή τους.

Η παρακλινική και εργαστηριακή διερεύνηση των παθήσεων του παχέως εντέρου γίνεται με:

1. Τον ενδοσκοπικό έλεγχο, απλό ή σε συνδυασμό με βιοψία και κυτταρολογική εξέταση.
2. Τον ακτινολογικό έλεγχο.
3. Την εκλεκτική αγγειογραφία.
4. Εξέταση κοπράνων.(5)

5.1 ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο αγγειογραφικός έλεγχος του παχέος εντέρου επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ειδικού σκιαγραφικού υλικού, μέσω ειδικού καθετήρα εκλεκτικά στην άνω και κάτω μεσεντέριο αρτηρία. Έχει διαγνωστική χρησιμότητα στις αιμορραγίες του κατωτέρου πεπτικού σωλήνα, όπου μπορεί να έχει και θεραπευτική συμβολή. Στις περιπτώσεις αυτές, η εκλεκτική αρτηριογραφία μπορεί:

- α) Να μας προσδιορίσει το ύψος της αιμορραγίας.
- β) Να προσδιορίσει την αιτιολογία της αιμορραγίας.
- γ) Να συμβάλει στην ταχύτερη αντιμετώπισή της.

Η εκλεκτική αρτηριογραφία έχει αξιόλογη συμβολή στη διαγνωστική των αιμορραγιών από το παχύ έντερο, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου δεν είναι δυνατόν να γίνει ενδοσκόπηση και δεδομένου ότι σε ποσοστό 20% των αιμορραγιών αυτών ο βαριούχος υποκλυσμός αποτυγχάνει διαγνωστικά.(12)

5.2 Απλός βαριούχος υποκλυσμός:

Παίρνονται ακτινογραφίες του παχέος εντέρου μετά από εισαγωγή βαρίου στο έντερο με υποκλυσμό, έχοντας απεικόνιση των ανωμαλιών ή τοπικών βλαβών, όπως πολύποδες, νεοπλάσματα κ.α.

Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σε κάθε κλινική. Βασικός σκοπός είναι ο πλήρης καθαρισμός του εντέρου.

Η παραμονή περιεχομένου στο έντερο δυσκολεύει τη διάγνωση και ταλαιπωρεί τον άρρωστο με αναβολή και νέα ετοιμασία. Δίνουμε στον ασθενή ελαφρά τροφή και πολλά υγρά και αποφεύγουμε να δίνουμε τροφές με υπόλειμμα επί δύο ημέρες.

Κάνουμε καθαρτικό υποκλυσμό το απόγευμα της προηγούμενης και το πρωί την ημέρα της εξέτασης. Μερικοί χορηγούν καθαρτικό και ελαφρό πρωινό και άλλοι όχι. Τον συμβουλεύουμε να παίρνει βαθιές και αργές αναπνοές, αν δεν

μπορεί να κρατήσει το βάριο κατά την διάρκεια της εξέτασης και να ειδοποιήσουμε τον ακτινολόγο, αν αισθάνεται μεγάλη δυσχέρεια.

Επίσης, τον ενημερώνουμε ότι αμέσως μετά την λήψη των ακτινογραφιών, μπορεί να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα για την απομάκρυνση του βαρίου. Βέβαια, πριν απ' όλα τα παραπάνω, ενημερώνουμε τον ασθενή σχετικά με την εξέταση και τον καθησυχάζουμε.(5)

5.3 Βαριούχος υποκλυσμός με εμφύσηση:

Το διάλυμα του βαρίου είναι αραιότερο. Εισάγεται με τον υποκλυσμό και ωθείται με εισαγωγή αέρα (με πουάρ), ώστε να φτάσει σε όλες τις πτυχές του εντέρου. Η απεικόνιση είναι λεπτομερέστερη από τον απλό βαριούχο. Πριν από την εξέταση χορηγούμε ελαφρά τροφή χωρίς υπόλειμμα δυο ημέρες. Την προηγούμενη της εξέτασης χορηγούμε υδρική δίαιτα και πραγματοποιούμε καθαρτικό υποκλυσμό το απόγευμα.

Επίσης, κάνουμε υποκλυσμό την προηγούμενη 10 π.μ., 10 μ.μ. και το πρωί πριν την εξέταση. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος και τον τρόπο της εξέτασης, για την καλή συνεργασία, διότι με την εισαγωγή του αέρα διατείνεται το έντερο και ο άρρωστος πονάει, μετά την εξέταση. Για τους δύο τύπους βαριούχου, ισχύουν ότι και στην ακτινογραφία στομάχου με βάριο (1)

5.4 ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΟΣΚΟΠΗΣΗ:

Με την **ορθοσιγμοειδοσκόπηση** ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου, σε έκταση 25-30 εκ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων, η μορφολογία του τμήματος αυτού.

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με το ευθύ ορθοσιγμοειδοσκόπιο (μεταλλικό ή πλαστικό μιας χρήσης)μήκους 25-30 ε.κ. είναι εξέταση σχετικά απλή, ανώδυνη, χαμηλού κόστους και γι αυτό ευρείας εφαρμογής. Η εξέταση, εκτός της ενδοσκόπησης, παρέχει και τη δυνατότητα λήψης βιοψιών λήψης δείγματος από το εντερικό περιεχόμενο για βακτηριολογική, παρασιτολογική ή και κυτταρολογική εξέταση, αλλά και θεραπευτικών χειρισμών(ανάταξη συστροφής σιγμοειδούς, πολυπεκτομές κ.α.).

Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση με το εύκαμπτο ορθοσιγμοειδοσκόπιο δίνει τη δυνατότητα ελέγχου μεγαλύτερου τμήματος του παχέος εντέρου (60-70 ε.κ.), είναι εξέταση πιο πολύπλοκη από την προηγούμενη και έχει υψηλότερο κόστος. Οι ενδείξεις της είναι οι ίδιες με της προηγούμενης, εφαρμόζεται όμως, όταν πιθανολογούνται ευρήματα σε απόσταση μεγαλύτερη των 15-20 ε.κ από το δακτύλιο.(12)

5.5 Πρωκτοσκόπηση: ακολουθεί την επισκόπηση του πρωκτού και την δακτυλική εξέταση και γίνεται με μεταλλικό ή πλαστικό ορθοσκόπιο μια χρήσης. Η εξέταση είναι εύκολη, χαμηλού κόστους, ανώδυνη και συμβάλλει.

Στην άμεση επισκόπηση του ορθού, της ορθοσιγμοειδικής συμβολής και της κατώτερης μοίρας του σιγμοειδούς, για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό πολυπόδων, όγκων, εξελκώσεων ή φλεγμονών του πρωκτού, (κρυπτίτιδα, θηλίτιδα, αιμορροϊδών, ραγάδων, συριγγίων και νεοπλασμάτων) όταν παρατηρούνται μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου ή αιμορραγικές κενώσεις.(11)

5.6 Κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Η προετοιμασία του αρρώστου τόσο για την ορθοσκόπηση όσο και για τη σιγμοειδοσκόπηση περιλαμβάνει τα παρακάτω: δεν δίνουμε στον άρρωστο φαγητό 8-10 ώρες περίπου πριν από την ενδοσκόπηση. Κάνουμε υποκλυσμό την προηγούμενη μέρα από την ορθοσκόπηση για την εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του, καθώς και το πρωί της ίδιας μέρας, πάντοτε όμως δυο ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου.

Σε περίπτωση που η εκκένωση του δεν είναι ικανοποιητική ή μέρος από το υγρό του υποκλυσμού έμεινε μέσα στον εντερικό σωλήνα, ενημερώνουμε τον ιατρό, προτού αρχίσει η ενδοσκόπηση. Το υγρό του υποκλυσμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στο βλεννογόνο για να μη δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξετάσεως. Εάν ο άρρωστος έχει φυσιολογική εκκένωση του εντερικού σωλήνα, ο υποκλυσμός δεν γίνεται. Επίσης, ενημερώνουμε και προετοιμάζουμε τον ασθενή για τη νοσηλεία που πρόκειται να πραγματοποιηθεί, γιατί είναι επώδυνη και πολύ δυσάρεστη ακόμη γίνεται επίσκεψη στο χώρο που θα γίνει η εξέταση.

Τέλος, ο ασθενής ενημερώνεται να κάνει τοπική καθαριότητα αν είναι συνεργάσιμος και αν όχι τον βοηθάμε. Η εξέταση αυτή γίνεται στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται

σε γονατοαγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και σκεπάζεται με σεντόνι που να υπάρχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του ορθού.

Ο ιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο και εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές. Για να επιτύχει η ορθοσκόπηση, αρχικά απομακρύνουμε βλέννες, υπολείμματα κοπράνων κ.λ.π. από τα τοιχώματα του εντέρου, καθώς και τα υγρά.

Μετά την εξέταση αφαιρούμε το ενδοσκόπιο. Επίσης καθαρίζουμε την περιοχή του πρωκτού και βοηθάμε τον ασθενή να επιστρέψει στο κρεβάτι. Στη συνέχεια τακτοποιούμε τα αντικείμενα και απομακρύνουμε το άχρηστο υλικό που χρησιμοποιήθηκε. Κατά την ενδοσκόπηση του στομάχου, του οισοφάγου και του παχέος εντέρου, μπορεί να γίνει λήψη βλεννογόνου για βιοψία(2)&(6).

ΟΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

5.7 Μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων.

Πρέπει να γίνεται σε όλους τους ασθενείς με συμπτώματα από το πεπτικό τους σύστημα(ιδιαίτερα το κατώτερο),η δε απλότητα της επιβάλλει να γίνεται ακόμη και από μη ειδικό γιατρό.

Προκειμένου να αξιολογηθεί σωστά ο μακροσκοπικός έλεγχος, είναι απαραίτητο το δείγμα κοπράνων, που θα ελεγχθεί να είναι πρόσφατο, να προέρχεται από κένωση που έχει γίνει φυσιολογικά και όχι με προκλητό τρόπο (καθαρτικά κ.α.)και, δυνατόν να ελέγχεται ολόκληρη η κένωση.

Η επισκόπηση των κοπράνων μπορεί να οδηγήσει σε διάγνωση διάρροιας, δυσκοιλιότητας, παρασίτωσης, αποφρακτικού ίκτερου, δυσαπορρόφησης, δυσεντερίας, ελκώδους κολίτιδας, γαστρεντερικής αιμορραγίας και αποφρακτικής νόσου της ορθοσιγμοειδικής περιοχής του εντέρου.

Κατά την επισκόπηση πρέπει να ελέγχονται η ποσότητα των κοπράνων, η γενική τους εμφάνιση, το χρώμα (φυσιολογικό, αποχρωματισμένα, σαν στόκος κλπ.),η σύσταση και η συνοχή τους, η παρουσία (ή μη) βλέννης, πύου, αίματος, κοπρολίθων, χολολίθων ή παρασίτων (οξύουρων ή ταινιών συνήθως).

Σε διαρροϊκό σύνδρομο, έχουμε υδαρή κόπρανα με αυξημένο όγκο ο οποίος οφείλεται κυρίως στην αυξημένη περιεκτικότητα σε νερό.

Σε στεατόρροια αυξάνει επίσης ο όγκος των κοπράνων, τα οποία είναι πολτώδη, εξαιρετικά δύσσομα, φαιού χρώματος, επιπλέοντα στο ύδωρ.

Σε δυσκοιλιότητα τα κόπρανα είναι τεμαχισμένα σε μικρά, σκληρά περίπου στρογγυλά τεμάχια(σκύβαλα). Παρά το ότι τα συνηθέστερα αίτια της δυσκοιλιότητας είναι το ευερέθιστο έντερο και τα καθαρτικά, είναι απαραίτητος ο έλεγχος των κοπράνων για λανθάνουσα παρουσία αίματος, προκειμένου να εντοπίσουμε σπανιότερες μεν, αλλά σοβαρότερες παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος.

Οργανικές παθήσεις που προκαλούν στένωση του ορθού ή λειτουργικές διαταραχές συνοδεύονται συνήθως από ταινιοειδή, μικρής διαμέτρου κόπρανα. Αποχρωματισμένα (σαν στόκος) κόπρανα προέρχονται από έλλειψη χολής ή ανάμιξή τους με θειικό βάριο, που χρησιμοποιείται σαν σκιαγραφικό υλικό κατά την ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα.(14)

Η παρουσία αίματος στα κόπρανα:

Η παρουσία αίματος στα κόπρανα έχει πάντοτε παθολογική σημασία. Στο σύνολο των αιμορραγιών που εκδηλώνονται από τα κόπρανα, το 50% προέρχεται από τον οισοφάγο, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, το 45% από το παχύ έντερο και το 2-4% από εκτός του πεπτικού σωλήνα εστίες (π.χ.αιμοχολία).Οι αιμορραγίες από τη νήστιδα και τον ειλεό δεν αποτελούν υπολογίσιμο ποσοστό, αφού συμβαίνουν σπανιότατα.

Από το σύνολο των αιμορραγιών που εκδηλώνονται από τα κόπρανα, το 30% είναι νεοπλασματικής αιτιολογίας, ενώ είναι γνωστό ότι τα κακοήγη νεοπλασμάτα του πεπτικού σωλήνα αποτελούν το ήμισυ και πλέον των κακοήγη νεοπλασμάτα του οργανισμού. Είναι συνεπώς αυτονόητη η μεγάλη σημασία που αποδίδεται στην πρώιμη διαπίστωση οποιουδήποτε βαθμού απώλειας αίματος από τον πεπτικό σωλήνα, παρόλο ότι οι συνηθέστερες αιτίες που την προκαλούν είναι καλοήθειες(αιμορροϊδες, ραγάδες, φάρμακα, έλκη, εκκολπώματα, πολύποδες, αγγειοδυσπλασίες).

Αιμορραγία προερχόμενη από τον ανώτερο πεπτικό σωλήνα μεταβάλλει το χρώμα των κοπράνων, εφόσον η ποσότητα του περιεχομένου αίματος είναι>των 50ml. Στις περιπτώσεις αυτές η σύσταση των κοπράνων είναι συνήθως πολτώδης, το δε χρώμα τους κυμαίνεται από μαύρο σαν <<πίσσα>>(<<μέλαινα κένωση>>)όταν η αιμορραγία είναι μικρή, μέχρι βυσσινόχρωμο ή ακόμη και κόκκινο, όταν η αιμορραγία είναι μεγάλη και παρατεταμένη.

Η διατήρηση των πολτωδών μελαίνων κενώσεων επί 2-3 ημέρες συνολικά υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε απώλεια ποσότητας αίματος μεγαλύτερης του ενός λίτρου, η οποία δίδει θετικά αποτελέσματα χημικής ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα επί 5-10 ημέρες.

Μαύρη χρώση των κοπράνων μπορεί να προκαλέσουν το βισμούθιο, ο άνθρακας και τα σκευάσματα σιδήρου, όταν λαμβάνονται από το στόμα.

Τα τελευταία, εκτός από την άμεση χρωστική τους συμμετοχή στο μαύρο χρώμα των κοπράνων, είναι δυνατόν να έχουν και έμμεση, αλλά σοβαρότερη, λόγω αληθούς απώλειας αίματος, που μπορεί να προκαλέσει η ερεθιστική τους δράση στο γαστρεντερικό βλεννογόνο.

Πράσινη σκούρα χρώση των κοπράνων προκαλούν το σπανάκι, οι μεγάλες ποσότητες λαχανικών, καθώς και η παρουσία αυξημένης ποσότητας

χολοπρασίνης (μεταβολικό παράγωγο της αιμοσφαιρίνης), που προκαλείται από διαταραχές της εντερικής χλωρίδας, επιγενή δράση ορισμένων βιοθεραπευτικών λαμβανόμενων από το στόμα.

Απώλεια αίματος από τον ανώτερο γαστρεντερικό σωλήνα μικρότερη των 50ml δεν φαίνεται να επηρεάζει το χρώμα των κοπράνων και συνεπώς η διαπίστωση της επιτυγχάνεται μόνο με τις παρακάτω αναφερόμενες χημικές μεθόδους ανίχνευσης.

Αιμορραγία προερχόμενη από τον κατώτερο πεπτικό σωλήνα προκαλεί βυσσινόχρωμα ή ερυθρού χρώματος κόπρανα. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις περιπτώσεις αυτές η μεταβολή του χρώματος των κοπράνων γίνεται και με μικρές ποσότητες αίματος (50ml).

Εφόσον τα κόπρανα είναι σχηματισμένα, μπορούμε να κατατοπισθούμε αδρά για το ύψος της αιμορραγίας αξιοποιώντας αν το αίμα είναι αναμεμιγμένο με τα κόπρανα ή απλώς τα επαλείφει. Κόκκινη χρώση των κοπράνων, τέλος, μπορεί να έχουμε μετά από βρώση παντζαριών, φαινόμενο που παρατηρείται και στα ούρα.

Μετά από όλα όσα εξετάθησαν για τις μεταβολές του χρώματος των κοπράνων προκύπτει ότι τις περισσότερες φορές η μακροσκοπική διαπίστωση παρουσίας αίματος στα κόπρανα πρέπει να επιβεβαιώνεται και χημικά, όπως περιγράφεται παρακάτω, ώστε να αποκλείονται ψευδώς θετικά αποτελέσματα οφειλόμενα σε διαιτητικούς ή φαρμακευτικούς παράγοντες με χρωστικές ιδιότητες.(15)

Η παρουσία βλέννης στα κόπρανα είναι πάντοτε παθολογικής σημασίας. Βλέννη διαυγής, επαλείφουσα σχηματισμένα κόπρανα συνοδεύει δυσκοιλιότητα οφειλόμενη σε ευερέθιστο έντερο, διαταραχή που εκδηλώνεται σε άτομα με έντονες συγκινησιακές διαταραχές.

Βλέννη με αίμα που επαλείφουν την εξωτερική επιφάνεια των κοπράνων κατευθύνουν τη διάγνωση σε φλεγμονώδη ή νεοπλασματική επινέμηση του ορθού. Βλέννη με αίμα και πύον χαρακτηρίζουν τα κόπρανα πασχόντων από ελκώδη αιμορραγική κολίτιδα και εντερική φυματίωση.

Η αποβολή μετά των κοπράνων μεγάλων ποσοτήτων βλέννης (μέχρι και άνω των τριών λίτρων ημερησίως) είναι χαρακτηριστικό των θηλωδών αδενωμάτων του παχέος εντέρου, τα οποία προκαλούν έντονη αφυδάτωση με ηλεκτρολυτικές διαταραχές και ιδιαίτερα υποκαλιαιμία.

Η παρουσία πύου στα κόπρανα, που πρέπει πάντα να επιβεβαιώνεται και μικροσκοπικά, πρέπει να κατευθύνει στην αναζήτηση ελκώδους κολίτιδας, χρόνιας βακτηριδιακής δυσεντερίας συριγγίων και αποστημάτων επικοινωνούντων με τον πρωκτό, το ορθό ή το σιγμοειδές και σπανιότερα σε αμοιβαδική κολίτιδα, ιδιαίτερα όταν η ποσότητα του πύου είναι μεγάλη.(15)

5.8 Μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων:

Προκειμένου να αξιολογηθούν σωστά τα ευρήματα της εξέτασης, θα πρέπει, όπως και κατά τη μακροσκοπική εξέταση, τα κόπρανα να είναι πρόσφατα και να προέρχονται από φυσιολογική κένωση, χωρίς προηγούμενη λήψη καθαρτικών. Θα πρέπει, επίσης, να έχει προηγηθεί επί 4 ήμερο από της συλλογής των κοπράνων, σίτιση του ασθενούς με λίπος, υδατάνθρακες(κυρίως άμυλο)και πρωτεΐνες (κρέας)και να μην υπάρχει δυσκοιλιότητα.

Η μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων χρησιμεύει σαν αδρός δείκτης της πέψης και της απορρόφησης, συμβάλλει επίσης και στην τυχαία διαπίστωση ορισμένων παρασιτώσεων. Έτσι, μπορεί να μας αποκαλύψει την παρουσία ουδέτερου λίπους, ελεύθερων λιπαρών οξέων, αμύλου(σε άπεπτους κόκκους),άπεπτες μυϊκές ίνες, παράσιτα ή αυγά παρασίτων.(14)

5.9 Χημική Εξέταση κοπράνων:

Η εξέταση των κοπράνων περιορίζεται συνήθως στην αναζήτηση αιμοσφαιρίνης και εντερικών παρασίτων μέσα σ' αυτά.

Μπορούν όμως να βγουν πάρα πολλά συμπεράσματα από τη μακροσκοπική εξέταση της κενώσεως, προτού να αποσταλεί στο εργαστήριο για εξέταση.

Κατά τη μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων παρατηρούνται οι μεταβολές του όγκου, του σχήματος, της συστάσεως, της οσμής, του χρώματος και της παρουσίας ή όχι αίματος, βλέννας και ορατών παρασίτων.

Κατά τη μακροσκοπική εξέταση των κοπράνων σε φυσιολογική κένωση μετά από λήψη καθαρτικού, παρατηρούνται σπάνια πυοσφαίρια. Ερυθρά αιμοσφαίρια δεν παρουσιάζονται.

Η αύξηση ή η παρουσίαση των στοιχείων αυτών εκδηλώνει ελκωτικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο, μικροβιακής φύσεως δυσεντερία κ.λ.π.

Η παρουσία αναλλοίωτων ερυθρών αιμοσφαιρίων στα κόπρανα έχει πάντοτε σαν πηγή προελεύσεως τον κόλπο ή το απευθυσμένο. Επίσης, με την μικροβιακή εξέταση των κοπράνων πολλά συμπεράσματα, μπορούν να βγουν σχετικά με την πέψη των υδατανθράκων, των λευκωμάτων και των λιπών.

Κατά τη χημική εξέταση των κοπράνων είναι δυνατόν να παρατηρηθεί:

A. Θετική αντίδραση της αιμοσφαιρίνης. Αυτό φανερώνει αιμορραγία οποιοδήποτε τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα ή κατάποση αίματος που προέρχεται από τους πνεύμονες κ.λ.π. Για να έχουμε ακριβέστερα αποτελέσματα πριν από τη συλλογή δείγματος κοπράνων για Hb, δεν χορηγούμε τροφές στον άρρωστο που έχουν σίδηρο, όπως λαχανικά, κρέας κ.α. για δύο 24ωρα.

B. Αύξηση του ολικού λίπους των κοπράνων το φυσιολογικό ολικό λίπος κοπράνων κυμαίνεται από 8-25% του ξηρού βάρους των κοπράνων που αποβάλλονται μέσα σε 24 ώρες. (2)

5.10 Παρασιτολογική κοπράνων:

Γίνεται για ύπαρξη παρασιτικών νόσων για αναγνώριση ολόκληρου του παρασίτου, μορφών, τμημάτων του (κύστεις ωκύστεις, πρωγλωπίδες αμοιβάδες) ή αυγών του. Εξαιρετικά μεγάλη αξία για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της παρασιτολογικής εξέτασης των κοπράνων έχει ο έλεγχος και η εξασφάλιση των παρακάτω αναφερομένων συνθηκών:

A Προετοιμασία του ασθενούς για τη λήψη των δειγμάτων των κοπράνων. Πρέπει να έχει προηγηθεί επί 10 ημέρες τουλάχιστον διακοπή της λήψης από του στόματος ουσιών που αφήνουν κρυσταλλικό υπόλειμμα στα κόπρανα, βιοθεραπευτικών και σκιαγραφικών μέσων.

Οι ουσίες της πρώτης ομάδας είναι συνήθως αντιδιαρροϊκά, αντιόξινα και βισμούθιο. Ιδιαίτερα τα βιοθεραπευτικά και τα σκιαγραφικά μέσα (βάριο, γαστρογραφίνη) είναι δυνατόν να ελαττώνουν σημαντικά τον αριθμό των πρωτοζώων, κυρίως των κοπράνων και η διακοπή της λήψης τους πρέπει να προηγηθεί επί αρκετές εβδομάδες. Κατά την παρασιτολογική εξέταση των κοπράνων αναζητούνται διάφορα πρωτόζωα που ζουν μέσα στον εντερικό σωλήνα του ανθρώπου και από αυτά μόνον η ιστολυτική αμοιβάδα και το βαλαντίδιο του κώλου είναι παθογόνα.



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA



UNIVERSITY HOSPITAL OF PATRA

ΔΑΣΚΑΛΟΤΟΜΟΣ



ΔΑΣΚΑΛΟΤΟΜΟΣ

ID. NO:
SEX: AGE:
D. O. BIRTH:
08/04/99
08:31:59
SCV-----34

NAME:



COMMENT:



Η διάκριση της ιστολυτικής αμοιβάδας γίνεται με την ειδική κινητικότητα που παρουσιάζουν οι βλαστικές μορφές της αμοιβάδας ή με την ανεύρεση ερυθρών αιμοσφαιρίων μέσα στο πρωτόπλασμα τους.

Β. Η αμοιβάδα διατηρεί τη βλαστική της μορφή για μισή μέχρι μια ώρα, από την κένωση του αρρώστου και μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα πρέπει οπωσδήποτε να γίνει η εξέταση των κοπράνων. Εξηγούμε στον άρρωστο μας, ότι είναι σημαντική η βοήθεια του και η συνεργασία του για τη συλλογή των κοπράνων και ότι αυτό βοηθάει στη διάγνωση και στην ανεύρεση της αιτίας των ενοχλημάτων του, εξασφαλίζοντας έτσι την σχετική ψυχική ηρεμία και αίσθημα ασφάλειας. Πρέπει δε να προτιμώνται αλατούχα καθαρτικά(π.χ.θειικό νάτριο),οπωσδήποτε όμως θα πρέπει να ενημερώνεται το εργαστήριο για τη χρήση του καθαρτικού και το είδος του.

Πρέπει να προηγηθεί επιμελής καθαριότητα της πρωκτικής και περιπρωκτικής χώρας και να καταβληθεί προσπάθεια να μην αναμιχθούν καθόλου με τα κόπρανα ούρα. Η επαφή των κοπράνων με χαρτί τουαλέτας ή το έδαφος είναι δυνατόν να τα επιμολύνει με πρωτόζωα και πρέπει να αποκλείεται. Αν είναι για αμοιβάδες πηγαίνει ο άρρωστος στο εργαστήριο για κένωση, διότι η εξέταση πρέπει να γίνει το συντομότερο, επειδή η αμοιβάδα είναι ευαίσθητη στη θερμοκρασία του περιβάλλοντος (2)&(5)(7).

5.11 Δακτυλική εξέταση:

Γίνεται με το δάκτυλο από το ορθό με γάντι και αλοιφή ξυλοκαίνης για διαπίστωση αιμορραγίας ή όγκου ορθού.

Απαιτείται να ενημερώσουμε τον ασθενή για την διαδικασία της εξέτασης και να μην τον εκθέσουμε περισσότερο απ' ότι πρέπει, χρησιμοποιώντας παραβάν (1).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΧΟΛΗΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Η χοληδόχος κύστη έχει σχήμα αχλαδιού μήκους 8-12 εκ. και μέσου πλάτους περίπου 30 χιλ. εμφανίζει δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια και τρία μέρη, τον πυθμένα το σώμα και τον αυχένα.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΧΟΛΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Χολοκυστογραφία:

Είναι η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστεως με τη βοήθεια σκιερών ουσιών. Σκιερές ουσίες είναι ιωδιούχα σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα σε μορφή δισκίων (Telepaque, Oragrafin, Biloraque) που συγκεντρώνεται στη χοληδόχο κύστη καθιστώντας την ορατή στις ακτίνες Χ. Συνήθως δίνονται έξι δισκία το βράδυ πριν την εξέταση

Οι πρώτες ακτινογραφίες που γίνονται 12 ώρες περίπου μετά τη λήψη του φαρμάκου, μας δείχνουν τη χοληδόχο κύστη, η οποία φυσιολογικά έχει σχήμα αχλαδιού. Στη συνέχεια δίνουμε στον άρρωστο δυο αυγά (ερεθιστικό γεύμα) για σύσπαση της χοληδόχου κύστεως και προώθηση της χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Φυσιολογικά η χοληδόχος κύστη, μετά το ερεθιστικό γεύμα αδειάζει τουλάχιστον κατά τα 2/3 της.

Όταν δεν διαγράφεται η χοληδόχος κύστη, σημαίνει κυρίως ελλιπή έκκριση της σκιερής ουσίας από το ήπαρ, απόφραξη του κοινού ηπατικού πόρου ή απόφραξη κυστικού πόρου. Η προετοιμασία του ασθενούς για χολοκυστογραφία αρχίζει από την προηγούμενη από την εξέταση μέρα. Χορηγούμε γεύμα που αποτελείται από άπαχο στεγνό ψάρι ή κρέας, ρύζι και φρυγανιά. Επίσης το δείπνο που θα δώσουμε στον άρρωστο θα αποτελείται από τσάι και φρυγανιά. Ακόμη πραγματοποιούμε καθαρτικό υποκλυσμό την προηγούμενη, καθώς και την μέρα της εξέτασης για την κένωση του εντέρου. Στις 7-8μμ, δηλαδή 12ώρες περίπου πριν από τη χολοκυστογραφία και ανάλογα με το σωματικό βάρος του ασθενή του δίνουμε να πάρει το ακτινοσκιερό φάρμακο ανά 5 λεπτά της ώρας σε δισκία. Επί μια ώρα μετά τη

λήψη τους συνιστούμε στον άρρωστο να είναι ξαπλωμένος για καλύτερη απορρόφηση του φαρμάκου. Επίσης, το πρωί ο ασθενής μένει νηστικός, γι' αυτό δεν χορηγούμε τίποτα από το στόμα 6-8 ώρες περίπου μετά τα μεσάνυχτα. Πριν απ' όλα αυτά, όμως ενημερώνουμε τον ασθενή για το είδος και το σκοπό της εξέτασης και προσπαθούμε να τον χαλαρώσουμε. Η ευαισθησία του αρρώστου στο ιώδιο είναι η μόνη αντένδειξη για χολοκυστογραφία (2)&(5).

6.2 Χολαγγειογραφία:

Είναι η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστεως και του συστήματος των χοληφόρων αγγείων και γίνεται με ενδοφλέβια χορήγηση σκιερής ιωδιούχου ουσίας Billigratin. Με την ενδοφλέβια ένεση της σκιερής ουσίας αποκλείεται η απορρόφηση της από το έντερο και κατορθώνεται όχι μόνο η διαγραφή της χοληδόχου κύστεως αλλά και των χοληφόρων οδών. Πριν από την ενδοφλέβια χορήγησή της γίνεται test ευαισθησίας για τυχόν παρενέργειες του φαρμάκου, όπως αναφυλακτικό εξάνθημα κ.α.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την χολαγγειογραφία είναι η ίδια όπως και στη χολοκυστογραφία, διαφέρει μόνο στον τρόπο χορηγήσεως της σκιερής ουσίας, όπως έχει αναφερθεί (2).

6.3 Τι είναι η E.R.C.P.:

Σας συνέστησαν να κάνετε ERCP διότι έχετε πέτρα στον χοληδόχο πόρο, δηλαδή στο σωληνάκι από όπου ρέει η χολή στο έντερο, ή ίκτερο δηλαδή κίτρινη χρώση του δέρματος. Η ERCP είναι μια ενδοσκοπική εξέταση που κάνει δυνατή την μελέτη των χοληφόρων οδών δηλαδή των πόρων μέσα από τους οποίους ρέει η χολή προς το έντερο, καθώς και του πόρου ενός οργάνου που ονομάζεται πάγκρεας και το οποίο βοηθά με το υγρό που παράγει (παγκρεατικό υγρό) την πέψη των τροφών.

Η εξέταση πραγματοποιείται με γαστροσκόπιο, το οποίο διαφέρει από το συνηθισμένο γαστροσκόπιο μόνο στο ότι το τελικό του άκρο φωτίζει πλάγια και όχι σε ευθεία κατεύθυνση. Εκτελείται από ειδικό γιατρό αλλά απαιτείται και ακτινοσκόπηση, συνεπώς πρέπει να γίνεται σε αίθουσα κατάλληλη για να εκτελούνται ακτινολογικές εξετάσεις. Το όργανο περνάει από το στόμα

στον οισοφάγο και το στομάχι και μετά μπαίνει στο δωδεκαδάκτυλο όπου βρίσκεται το τελικό άκρο του χοληδόχου πόρου. Ειδικός λεπτός καθετήρας που περνάει μέσα από το ενδοσκοπιο εισάγεται μέσα στον χοληδόχο πόρο. Μέσα από τον καθετήρα ρίχνουμε ειδικό σκιαγραφικό υγρό και έτσι μπορούμε να πάρουμε ακτινογραφίες και να απεικονίσουμε, όχι μόνο τον χοληδόχο πόρο αλλά και το πάγκρεας. Εάν διαπιστωθεί ότι υπάρχουν πέτρες μέσα στο σωληνάκι της χολής μπορεί να γίνει μία τομή με ειδικό καθετήρα — σφιγκτηροτόμο στο τελικό άκρο του χοληδόχου πόρου και με κατάλληλους χειρισμούς να αφαιρεθούν οι πέτρες.

Τι πρέπει να περιμένετε πριν την εξέταση.(προετοιμασία).

Πρέπει να είστε νηστικός τουλάχιστον για έξι ώρες. Αρχικά ξαπλώνετε σε αριστερή πλάγια θέση, χορηγείται spray ξυλοκαίνης για την τοπική αναισθησία του φάρυγγα και ενδοφλέβια ηρεμιστικά και παυσίπονα.

Είναι απαραίτητο να έχουμε ελέγξει από τις προηγούμενες μέρες τον χρόνο προθρομβίνης (δηλαδή την καλή πήκτικότητα του αίματος) και την γενική αίματος. Εάν παίρνουμε ασπιρίνη, ή αντιπηκτικά πρέπει να τα διακόψουμε τις προηγούμενες τρεις ημέρες. Πριν φτάσετε στον χώρο που θα γίνει η εξέταση ένας γιατρός θα σας εξηγήσει την διαδικασία, τον σκοπό και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης και ενδεχομένως να σας ζητήσει να υπογράψετε σε μια τυποποιημένη φόρμα ότι δέχεστε να υποβληθείτε στην ενδοσκοπική αυτή επέμβαση. Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι να κατανοήσετε πλήρως τον σκοπό και τις συνέπειες της επέμβασης. Παρακαλούμε να αναφέρετε στον γιατρό ή στον νοσηλεύτη/τρια εάν έχετε υποβληθεί σε άλλες ενδοσκοπήσεις στο παρελθόν, εάν είστε *αλλεργικοί* σε κάποιο φάρμακο και τι είδους αντιδράσεις εμφανίσατε. Εάν έχετε απορίες μην διστάσετε να τις εκφράσετε

Κατά την διάρκεια της εξέτασης

Η εξέταση διαρκεί συνήθως από μισή μέχρι μιάμιση ώρα. Μία νοσηλεύτρια θα είναι μαζί σας κατά την διάρκεια της εξέτασης. Κατά την διάρκεια της ERCP ο γιατρός θα βάζει αέρα στο δωδεκαδάκτυλο για να διατείνονται τα τοιχώματα και να μπορεί άνετα να κάνει τους χειρισμούς που απαιτούνται.

Μετά την εξέταση

Θα παραμείνετε για τουλάχιστον μία ημέρα στο νοσοκομείο. Μπορεί να αισθάνεστε «φουσκωμένη» την κοιλιά σας από τον αέρα που έχει παραμείνει στο έντερο, ο οποίος σιγά-σιγά θα αποβληθεί. Δεν πρέπει να φάτε τις επόμενες έξι ώρες. (-)

. Συμβολή της Υπερηχογραφίας στην Παθολογία του Πεπτικού Συστήματος:

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ: Όταν στη δεκαετία του 1970 ήρθαν στη δημοσιότητα οι πρώτες υπερηχογραφικές <<στατικές>>εικόνες, κανείς δεν μπορούσε να προβλέψει τις δυνατότητες της υπερηχογραφίας που έγιναν προφανείς στη δεκαετία του 1980, όταν η τεχνολογία επέτρεψε την σε πραγματικό χρόνο (real time) μορφολογική και λειτουργική μελέτη ενός οργάνου: για πρώτη φορά γινόταν εφικτή η in vivo οπτική παρακολούθηση κινούμενου οργάνου και ιδιαίτερα της καρδιάς. Η τεχνολογία Doppler και η ιδιαίτερα θεαματική έκφραση της με την αιμοδυναμική μελέτη που προσφέρει το έγχρωμο Doppler, ήρθε στις αρχές της δεκαετίας 1990, να δώσει νέα διαγνωστική ώθηση στην υπερηχογραφία.

6.4 ΑΡΧΕΣ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΣ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η υπερηχογραφική εικόνα δημιουργείται από τη σύνθεση διαφορετικής εντάσεως και μεγέθους ανακλάσεων, που προέρχονται από τους ιστούς σαν απάντηση στη διάδοση δέσμης υπερήχων, που επιχειρεί να τους διαπεράσει.

Ο ηχοβολέας είναι μικρό ευέλικτο εξάρτημα του υπερηχογράφου που έρχεται σε επαφή με το ανθρώπινο σώμα και δρα περιοδικά ως πομπός της δέσμης των υπερήχων και δέκτης των ανακλάσεων που προέρχονται από τους ιστούς.

Η ένταση των ανακλάσεων εξαρτάται κυρίως από τις διάφορες αγωγιμότητας, δηλαδή τη διαφορετική ειδική αντίσταση των ιστών στο πέρασμα της δέσμης των υπερήχων.

Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής του υπερηχογράφου αναλαμβάνει να επεξεργασθεί και να κατατάξει ποσοτικά, αλλά και τοπογραφικά τις ανακλάσεις που προέρχονται από διαφορετικούς ιστούς του ανθρώπινου σώματος και βρίσκονται απέναντι από το σημείο επαφής του ηχοβολέα στο δέρμα.

Γίνεται έτσι εφικτή η οπτική αναγνώριση των διαφορετικών ιστών και οργάνων από την ανατομική τους θέση, αλλά κυρίως από τη διαφορετική συμπεριφορά τους (αντίσταση δηλαδή ανακλαστικότητα) στη δέσμη των υπερήχων.

Προκύπτει συγκεκριμένη υπερηχογραφική σημειολογία: το νερό και κάθε υδρική φυσιολογική ή παθολογική συλλογή (αίμα, χολή, ούρα, ασκητής, πύον) είναι καλός αγωγός των υπερήχων. Η ύπαρξη συμπαγούς περιεχομένου σε κοιλότητα που φυσιολογικά περιέχει μόνο υγρό (θρόμβος στην καρδιά, λίθος στη χοληδόχο κύστη) αναγνωρίζεται εύκολα και γρήγορα γιατί έχει τυπική ηχογραφική συμπεριφορά: ο θρόμβος παρουσιάζεται σαν άθροισμα ήπιων ανακλάσεων, ο λίθος παρουσιάζεται σαν έντονη ανακλαστική επιφάνεια με απόλυτη ακουστική σκιά πίσω του (επειδή ανακλάται όλη η δέσμη που προσκρούει σε αυτόν) και το θήλωμα φαίνεται σαν άθροισμα ανακλάσεων, όπως κάθε συμπαγής ιστός. Κάθε μικρή ή μεγάλη ανάκλαση, είναι αναπαράσταση των μικρών ή μεγάλων φυσιολογικών ή παθολογικών ιστικών επιφανειών που συναντά η υπερηχογραφική δέσμη στη διαδρομή της.

Προϋπόθεση για την υπερηχογραφική απεικόνιση ενός οργάνου είναι η προσπελασιμότητά του από τη δέσμη των υπερήχων υπάρχουν. Ιστοί και όργανα που ευνοούν τη διάδοση της δέσμης, δρουν σαν ακουστικά παράθυρα και επιτρέπουν την απεικόνιση οργάνων που βρίσκονται κοντά τους, όπως μύες του θωρακικού τοιχώματος, καρδιά, ήπαρ, χοληδόχος κύστη. Υπάρχουν όμως και πολλοί ακουστικοί φραγμοί, που εμποδίζουν τη διάδοση των υπερήχων και εμποδίζουν την απεικόνιση οργάνων που βρίσκονται πίσω τους.

Ο αέρας όπου και αν περιέχεται είναι εχθρός των υπερήχων. Σχεδόν πάντοτε είναι εφικτή η παρακάμψη του ακουστικού φραγμού με την αναζήτηση ενός άλλου ευνοϊκού ακουστικού παραθύρου, που επιτρέπει την προσπέλαση του οργάνου από άλλη γωνία, με τη μετακίνηση του ηχοβολέα σε άλλη θέση στο δέρμα του ασθενούς. Παράδειγμα εύκολης παρακάμψεως του εμποδίου, που αποτελεί το εντερικό περιεχόμενο για την απεικόνιση των έσω γεννητικών οργάνων είναι η πλήρωση της ουροδόχου κύστης αφού ο/η άρρωστος /η πιεί αρκετό νερό.

Με τον τρόπο αυτό απωθείται το έντερο από τη γεμάτη ουροδόχο κύστη και στη θέση του υπάρχει τώρα ένα μεγάλο καλής ποιότητας ακουστικό παράθυρο, που επιτρέπει τη λεπτομερή μελέτη της μήτρας, των ωοθηκών, των σαλπίγγων του προστάτη, των σπερματοδόχων κύστεων.

Τα ακουστικά εμπόδια για την υπερηχογραφική εξέταση εν τω βάθει ευρισκομένων οργάνων είναι πράγματι πολλά, ιδιαίτερα στην άνω κοιλία.

Για την αξιόπιστη μελέτη ολόκληρου του παγκρέατος ο εξεταστής, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την ευελιξία που του προσφέρει ο ελαφρύς και εύχρηστος ηχοβολέας, να αναζητήσει ακουστικό παράθυρο από το πρόσθιο το πλάγιο ή το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και να στείλει τη δέσμη των υπερήχων από κατάλληλη γωνία για να αντλήσει μορφολογικές και αιμοδυναμικές πληροφορίες από το παγκρεατικό παρέγχυμα.

Κύριο εφόδιο του εξεταστή είναι η εμπειρία του που συγκεράζεται στη συντονισμένη γρήγορη λειτουργία του άξονα χέρι – που οδηγεί τον ηχοβολέα, μάτι που βλέπει την εικόνα, νου που κρίνοντας την εικόνα διορθώνει κάθε στιγμή τη θέση του ηχοβολέα. Άλλος πολύτιμος συνεργάτης είναι το σύγχρονο αξιόπιστο μηχάνημα, με τα κατάλληλα προγράμματα και ηχοβολείς, που είναι ικανό να διακρίνει, αν κατευθύνεται σωστά, την αληθινή ανάκλαση από την ψεύτικη, την πραγματική εικόνα από την εικονική προβολή.

Τρίτη απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σχολαστική σωστή προετοιμασία του αρρώστου που προβλέπεται σε κάθε υπερηχογραφική εξέταση. Για την άνω κοιλία, αρκεί η τήρηση θωρής νηστείας. Έτσι παύουν να υπάρχουν τα ακουστικά εμπόδια που δημιουργούνται από το γαστρικό περιεχόμενο. Η κλινική αξιοποίηση του φαινομένου Doppler έδωσε τη δυνατότητα στους σύγχρονους υπερηχογράφους να προσθέσουν χρήσιμη αιμοδυναμική σημειολογία στην ήδη γνωστή μορφολογική και κινητική μελέτη των οργάνων.(7)(12)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ

ΗΠΑΡ:

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο όργανο του σώματος.

Ζυγίζει 1400-1800g. Βρίσκεται στη δεξιά άνω κοιλία κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος. Η κάτω επιφάνειά του καλύπτεται από περιτόναιο και ακουμπά πάνω στα σπλάγχνα της άνω κοιλίας. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, το ήπαρ δεν ψηλαφάτε στη φυσική εξέταση. Σχεδόν όλο το ήπαρ, εκτός από ένα μικρό μέρος της οπίσθιας επιφάνειάς του, καλύπτεται από περιτόναιο.

Το ήπαρ έχει τέσσερις λοβούς που υποδιαιρούνται σε λόβια.

Το λόβιο είναι η βασική λειτουργική και ανατομική μονάδα του ήπατος.

Κάθε ένα από τα 50.000-100.000 ξεχωριστά λόβια δομείται γύρω από μια κεντρική φλέβα, που δέχεται το αίμα της πυλαίας και αδειάζει μέσα στην υπολόβια φλέβα.

Το λόβιο αποτελείται από δικτυωτές ίνες συνδετικού ιστού που σχηματίζουν δίκτυο, μέσα στο οποίο βρίσκονται ηπατικά κύτταρα, κολποειδή πυλαία τριχοειδή, τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας και χοληφόρα σωληνάκια.

Τα ηπατικά κύτταρα έχουν μικρή αναπλαστική ικανότητα. Στις επιφάνειές τους φέρουν ένα αυλάκι, που συνενώνεται με το αντίστοιχο παρακείμενο και υποκείμενο και σχηματίζει το χοληφόρο τριχοειδές. Τα τριχοειδή της πυλαίας φλέβας εισέρχονται στο ηπατικό λόβιο και ενώνονται για να σχηματίσουν το φλεβώδες δίκτυο, που είναι και το λειτουργικό δίκτυο. Το ηπατικό κύτταρο τρέφεται από το δίκτυο που σχηματίζουν τα τριχοειδή της ηπατικής αρτηρίας, τα οποία καταλήγουν στο φλεβώδες δίκτυο. Το φλεβώδες δίκτυο, επομένως, βρίσκεται ανάμεσα στην πυλαία και την ηπατική φλέβα.

Τα χοληφόρα τριχοειδή ενώνονται και σχηματίζουν τους μεσολόβιους χοληφόρους πόρους, οι οποίοι στις πύλες του ήπατος ενώνονται και δίνουν τον αριστερό και δεξιό ηπατικό πόρο, από τη συμβολή των οποίων σχηματίζεται ο κοινός ηπατικός πόρος.

Οι λειτουργίες του ήπατος διακρίνονται σε:

- 1. Μεταβολικές**
- 2. Αιματολογικές**

3. Εξουδετερωτικές τοξικών ουσιών

4. Εκκριτικές

5. Δικτυοενοθηλιακές.

Μέσω της πυλαίας φλέβας το ήπαρ δέχεται όλο το αίμα από το λεπτό έντερο και από ένα μέρος του παχέος εντέρου.

Το αίμα αυτό περιέχει όλα τα προϊόντα πέψης των υδατανθράκων και των λευκωμάτων. Οι υδατάνθρακες μετατρέπονται στο ήπαρ σε γλυκογόνο και εναποθηκεύονται. Το γλυκογόνο, ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού, υδρολύεται σε γλυκόζη. Στο ήπαρ γίνεται και η μετατροπή των γλυκογονικών αμινοξέων σε γλυκογόνο (νεογλυκογένεση).

Το ήπαρ συνθέτει ορισμένα λευκώματα του ορού του αίματος, όπως το ινωδογόνο, την προθρομβίνη και τη λευκωματίνη. Οι διεργασίες απαμίνωσης (αφαίρεση αμινομάδας από αμινοξύ) και τρανσαμίνωσης (μεταφορά αμινομάδας από αμινοξύ σε κετοξύ), καθώς και η μετατροπή της αμμωνίας σε ουρία, γίνονται επίσης στο ηπατικό κύτταρο. Μέσα στο ήπαρ συντίθεται και το ουρικό οξύ.

Το ήπαρ συμμετέχει και στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Η β-οξειδωση και ο σχηματισμός των κετονικών σωμάτων γίνεται στα ηπατικά κύτταρα.

Το ήπαρ είναι το υπεύθυνο όργανο για την ομοιόσταση της χοληστερίνης, γιατί μπορεί να τη συνθέσει, αλλά και να την εστεροποιήσει και να την καταβολίσει.

Το ήπαρ είναι αποθήκη νερού του οργανισμού.

Οι αιματολογικές λειτουργίες του ήπατος αφορούν την αιμοποίηση και την πήξη του αίματος.

Κατά την εμβρυϊκή και νεογνική περίοδο το ήπαρ παράγει ερυθρά αιμοσφαίρια. Μέσα στο ήπαρ αποθηκεύεται ο αντιαναιμικός παράγοντας και μεγάλες ποσότητες σιδήρου και χαλκού. Εξάλλου, η σύνθεση του ινωδογόνου και της προθρομβίνης που είναι παράγοντες απαραίτητοι για την πήξη, γίνεται στο ήπαρ. Το ήπαρ, ακόμα, συνθέτει και ηπαρίνη.

Το ήπαρ εξουδετερώνει τα τοξικά προϊόντα της πέψης, την τοξική επίδραση ορισμένων βαριών μετάλλων, όπως του υδραργύρου, καθώς επίσης και ορισμένων φαρμάκων και μικροβίων.

Τα ηπατικά κύτταρα σχηματίζουν τη χολή, η οποία εκκρίνεται στο δωδεκαδάκτυλο και παίζει σπουδαίο ρόλο στην πέψη και την απορρόφηση των λιπών και των λιποδιαλυτών βιταμινών.

Τέλος, με τα κύτταρα Kupffer, που περιέχει, το ήπαρ εκτελεί και δικτυοενδοθηλιακές λειτουργίες.(13)(5)

7.1 Υπερηχογράφημα ήπατος.

Το φυσιολογικό ηπατικό παρέγχυμα φαίνεται στην οθόνη του υπερηχογράφου σαν σύνολο των μικρών ιστικών ανακλάσεων που χαρακτηρίζει τους συμπαγείς ιστούς. Τα αγγεία που το διασχίζουν αποτελούν άνηχες περιοχές που μπορούν να απεικονισθούν αξιόπιστα στο μεγαλύτερο μέρος της διαδρομής τους. Οι φυσιολογικές ή παθολογικές κατευθύνσεις και ταχύτητες ροής αναγνωρίζονται και παρουσιάζονται στην οθόνη του υπερηχογράφου με την αιμοδυναμική μελέτη του έγχρωμου και παλμικού Doppler. Το ήπαρ βρίσκεται σε ευνοϊκή για τους υπερήχους θέση και το παρέγχυμα του μπορεί να απεικονισθεί υπερηχογραφικά με μεγάλη αξιοπιστία και ακρίβεια. Το υπερηχογράφημα, αν γίνεται από μηχάνημα με καλή διακριτική ικανότητα, είναι η πρώτη και συχνά μοναδική απεικονιστική εξέταση για τις διάχυτες και τις εστιακές ηπατικές βλάβες. Αποκτά επίσης ιδιαίτερη σημασία στον προγραμματισμό και κυρίως στην κατεύθυνση της ηπατικής βιοψίας. Η υπερηχογραφικά καθοδηγούμενη παρακέντηση μπορεί να οδηγήσει τη βελόνα στο επιθυμητό τμήμα του ηπατικού παρεγχύματος, να αποφύγει μεγάλα αγγεία και τη χοληδόχο κύστη και να αναβάλει τη βιοψία σε περίπτωση υπάρξεως ασκίτικού υγρού. Η υπερηχογραφική καθοδήγηση ελαττώνει το χρόνο διεκπεραιώσεως της παρακεντήσεως και κυρίως ελαττώνει δραστικά τον αριθμό των επιπλοκών. Η υπερηχογραφική αναγνώριση μιας εστιακής βλάβης στο ηπατικό παρέγχυμα, οφείλεται στη διαφορά της ηχογένειας των ιστών που περιέχει σε σύγκριση με το υπόλοιπο ηπατικό παρέγχυμα. Η απλή κύστη αναγνωρίζεται εύκολα στην υπερηχογραφία από την άνηχη σφαιρική της εικόνα, το λεπτό της τοίχωμα και την τυπική ακουστική ενίσχυση που την ακολουθεί.(7)(12)

7.2 ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΑ.

Σε άτυπες μορφές εστιακής βλάβης στο ήπαρ, το πάγκρεας, σε διογκωμένους περιτοναϊκούς ή οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες ή σε άλλο κοίλο ή συμπαγές όργανο της άνω κοιλίας και της πυέλου, η σημειολογία της υπερηχογραφίας και των άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι δυνατόν να ανεπαρκή για να χαρακτηρίσει τη βλάβη. Η υπερηχογραφία πλεονεκτεί γιατί

δίνει τη δυνατότητα γνήσιας παρακολουθήσεως του άκρου της βελόνας σε ολόκληρη τη διαδρομή της, μέχρι να οδηγηθεί στη βλάβη – στόχο. Επιτρέπει επίσης χάρη στο έγχρωμο Doppler, την ταυτόχρονη απεικόνιση των αγγείων και δίνει τη δυνατότητα στον χειριστή να τα αποφύγει. Με τον τρόπο αυτό ανασύρεται με ασφάλεια μικρό τεμάχιο ιστού που είναι κατάλληλο για κυτταρολογική ή/ ιστολογική εξέταση και αποτελεί το πιο ισχυρό διαγνωστικό κριτήριο. Με αντίστοιχη τεχνική μπορεί να οδηγηθεί υπερηχογραφικά καθετήρας σε παθολογικές (φλεγμονώδεις) συλλογές στα όργανα της άνω κοιλίας και να τις παροχετεύσει, όπου και όταν αντενδείκνυται χειρουργική επέμβαση.

Είναι μια μη αιματηρή διαγνωστική τεχνική, στην οποία υπερηχητικά κύματα περνούν μέσα από τα κοιλιακά όργανα και η ανάκλασή τους (ηχώ) παρουσιάζεται στο ταλαντωσκόπιο. Το κύριο πλεονέκτημα του υπερηχογραφήματος κοιλίας είναι η τρισδιάστατη αναπαραγωγή μαζών σε εγκάρσιες και οριζόντιες κατευθύνσεις. Δεν υπάρχουν ανεπιθύμητες ενέργειες και είναι σχετικά μη δαπανηρό. Το υπερηχογράφημα είναι χρήσιμο στη μελέτη ήπατος, παγκρέατος, χοληδόχου κύστης και οπισθοπεριτοναϊκών ιστών. Πρόβλημα στη λήψη υπερηχογραφήματος αποτελούν τα οστά, τα αέρια του εντέρου και παχιές στιβάδες λιπώδους ιστού. (5)

B. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ:

7.3 ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟΣΚΟΠΗΣΗ: (λαπαροσκόπηση)

Η περιτοναϊοσκόπηση είναι ειδική διαδικασία, που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση της πρόσθιας επιφάνειας του ήπατος, της χοληδόχου κύστης και τμημάτων του μεσεντερίου. Με την εξέταση αυτή μπορούν να διαπιστωθούν όγκοι και αποφράξεις και να γίνει λήψη βιοψίας χωρίς ερευνητική λαπαροτομία. Μετά τον καθαρισμό, την αντισηψία και την ένεση τοπικού αναισθητικού εισάγεται ένα όργανο μέσα από τομή του κοιλιακού τοιχώματος, που επιτρέπει την άμεση επισκόπηση των κοιλιακών οργάνων. Για να αποχωριστούν οι εντερικές έλικες μεταξύ τους, ώστε να είναι δυνατή η εξέταση των σπλάγγων, η περιτοναϊκή κοιλότητα γεμίζεται με αέρα, που εισάγεται μέσα από ξεχωριστή κάνουλα. Μετά την εξέταση, ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο για αιμορραγία επί 24 ώρες και να παίρνει ζωτικά σημεία κάθε 15 min για τις πρώτες 4 ώρες και κατόπιν κάθε 4 ώρες ως τη σταθεροποίησή τους.

7.4 Απλή ακτινογραφία ήπατος:

Για καθορισμό των ορίων του σχήμα και μέγεθος (1)

7.5 Σπινθηρογράφημα ήπατος (Scanning):

Το σπινθηρογράφημα σκοπό έχει την απεικόνιση κάθε φύσεως όγκων μέσα στο ήπαρ, που δεν μπορούν να ψηλαφηθούν ή να εξακριβωθούν με άλλο τρόπο. Χρησιμοποιείται ο κολλοειδής ραδιενεργός χρυσός (Au 198) ή ερυθρό της Βεγγάλης (Rose Bengal) I131, τα οποία προσλαμβάνονται από τα δικτυοενδοθηλιακά κύτταρα του. Ο κολλοειδής χρυσός χορηγείται ενδοφλέβια σε δόση 100-150 μCi . Το ερυθρό της Βεγγάλης χρησιμοποιείται, όταν τα όρια του ήπατος είναι αυξημένα και συγχέονται με εκείνα του σπλήνα. Το σπινθηρογράφημα αρχίζει να λαμβάνεται μετά από μια ώρα. Κυρίως λαμβάνονται τρεις όψεις: πρόσθια, με τον άρρωστο σε ύπτια θέση, οπίσθια, με τον άρρωστο σε πρηνή θέση και δεξιά, με τον άρρωστο γυρισμένο σε πλάγια θέση.

Το σπινθηρογράφημα γίνεται για έλεγχο:

- α) Το μέγεθος του ήπατος
- β) Τη θέση του ήπατος
- γ) Το σχήμα του: το φυσιολογικό ήπαρ απεικονίζεται στο σπινθηρογράφημα με τριγωνικό περίπου σχήμα, σε ύπαρξη όμως κύστεως ή νεοπλασματικού όγκου στο σπινθηρογράφημα εμφανίζει κατά τόπους ελλείψεις ή μεγάλες αραιώσεις των στίξεων.
- δ) Την κατανομή της ραδιενεργού ουσίας σε αυτό. Η ανομοιογενής κατανομή δείχνει ύπαρξη πολλαπλών μικρών εξεργασιών ή βλάβη του παρεγχύματος. Η ελαττωμένη, εξάλλου, κατακράτησης του ραδιενεργού χρυσού, που οφείλεται σε καρκίνωμα, απόστημα, εχινόκοκκους κύστης παρουσιάζεται στο σπινθηρογράφημα ως έλλειμμα.
- ε) Επιπρόσθετη σκιαγράφηση του μυελού των οστών ή και παρουσία έντονης σκιαγράφησης του σπλήνα. Κατά την προετοιμασία ενημερώνουμε τον άρρωστο σχετικά με την εξέταση και φροντίζουμε να είμαστε στο πλάι του συμπαρασάτες του σε οτιδήποτε του προκαλεί απορία. (2)

7.6 Διηπατική διαδερματική χολαγγειογραφία:

Σκιαγραφούνται οι ηπατικοί πόροι μέσα στο ήπαρ, ο κοινός ηπατικός πόρος, ο κυστικός και η χοληδόχος κύστη (αν υπάρχει). Γίνεται με σκοπό

την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό χολολιθίασης, χολικού καρκινώματος, βλάβη του χοληδόχου πόρου ή στένωση, ηπατικής πάθησης καθώς και άλλων αιτιών που προκαλούν ίκτερο. (5)

7.7 Αγγειογραφία ήπατος:

Γίνεται με έγχυση σκιαγραφικής ουσίας.

Απεικονίζει:

- α) την ηπατική αρτηριακή κυκλοφορία σε κύρωση ήπατος, δευτεροπαθείς όγκου.
- β) την πυλαία κυκλοφορία για ενδείξεις φλεβικής απόφραξης, παράπλευρη κυκλοφορία κ.α. (1)

7.8 Βιοψία ήπατος:

Είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιείται για λήψη παρασκευάσματος ηπατικού ιστού με ειδική βελόνα. Παρά το μεγάλο αριθμό ηπατικών εξετάσεων η διάγνωση ηπατοπαθειών. Πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολίες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ηπατοπαθειών στις οποίες είναι απαραίτητη η βιοψία του ήπατος.

Οι κυριότερες αντενδείξεις, για να γίνει βιοψία του ήπατος είναι η ελάττωση της προθρομβίνης κάτω από το 50%, η αιμορραγική διάθεση, η παθητική υπεραιμία του ήπατος και η ύπαρξη φλεγμονής στη βάση του δεξιού ημιθωρακίου. Για την πρόληψη αιμορραγίας, που αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο, χορηγείται στον άρρωστο βιταμίνη Κ. Μισή ώρα πριν από την παρακέντηση χορηγείται στον άρρωστο κατευναστικό.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για την εξέταση, δηλαδή για το τι πρόκειται να γίνει κατά την διάρκεια της καθώς και το σκοπό που πρέπει να γίνει.(2),(5)

6.- Αποφολιδωτική κυτταρολογία. Τα καρκινικά κύτταρα του στομαχιού μπορούν εύκολα να χαλαρώσουν και να αναρροφηθούν για παθολογοανατομική εξέταση. Μετά από 8 ώρες νηστείας εισάγεται ρινογαστρικός σωλήνας. Με ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου αποπλένεται ο βλεννογόνος για χαλάρωση των κυττάρων του. Το υγρό έκπλυσης αναρροφάτε και στέλνεται στο εργαστήριο.(2)(11)

7.9 Λαπαροσκόπηση:

Κατά τη λαπαροσκόπηση εισάγεται μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα ενδοσκόπιο από τομή 3-4εκ. του μέτρου στη μέση γραμμή, μετά από τοπική αναισθησία.

Στη συνέχεια εισάγεται αέρας μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα ,για να κινείται ελεύθερα ο σωλήνας του εντεροσκοπίου προς όλες τις κατευθύνσεις και να μη καλύπτεται το οπτικό του σύστημα από επίπλοο και εντερικές έλικες. Σε περίπτωση ασκητή αφαιρείται αρκετή ποσότητα υγρού, πριν την ενδοσκόπηση. Με αυτήν αποκτούμε άμεση αντίληψη για τις επιφάνειες του ήπατος στο μεγαλύτερο μέρος τους, της χοληδόχου κύστεως, άλλων κοιλιακών οργάνων και του περιτοναίου . Σε εντοπισμένες βλάβες του ήπατος μπορεί να γίνει βιοψία στο ενδοσκοπικό τμήμα (2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΗΠΑΤΟΣ:

Προθρομβίνη πλάσματος:

Το ήπαρ είναι η πηγή της προθρομβίνης του αίματος .Για τη σύνθεση της είναι αναγκαία η λιποδιαλυτή βιταμίνη Κ, για την απορρόφηση της οποίας είναι απαραίτητη η παρουσία της χολής στο έντερο. Υποθρομβιναιμία εμφανίζεται επομένως στις ηπατοπάθειες είτε από ατελή σύνθεση της προθρομβίνης , εξαιτίας βλάβης του ηπατικού παρεγχύματος, η από κακή απορρόφηση της βιταμίνης Κ, εξαιτίας αποφράξεως των χοληφόρων οδών και αναστολής της ροής της χολής στο έντερο. Η παρεντερική χορήγηση βιταμίνης Κ χρησιμεύει για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ ηπατοκυτταρικού και μεθηπατικού αποφρακτικού ίκτερου (2).

Τρανσαμινάσες:

Δύο ένζυμα που μεταφέρουν την αμινομάδα των αμινοξέων σε κετοξέα είναι η γλουταμινική-οξαλοξική τρανσαμινάση (SGOT) και η γλουταμινική-πυροσταφυλική τρανσαμινάση (SGPT). Νεότερη ονομασία AST και ALT,αντίστοιχα. Αύξηση των τιμών τους υποδηλώνει καταστροφή ηπατοκυττάρων, όπως σε οξεία ηπατίτιδα, ενεργό φάση χρόνιας ηπατίτιδας

ή κίρρωσης κ.λ.π. Οι τρανσαμινάσες βρίσκονται κυρίως στο καρδιακό μυ, στο ήπαρ, στους μυς του σκελετού, στα νεφρά και στο πάγκρεας.

Οι φυσιολογικές τιμές φθάνουν τις 10-40 μονάδες. Αύξηση της πυκνότητας τους στο αίμα παρατηρείται, όσες φορές γίνεται διαρροή του ενζύμου από τους ιστούς που αναφέραμε. Σε περίπτωση ηπατοπάθειας έχουμε διαρροή των ενζύμων και έτσι αύξηση των τρανσαμινασών.

Για να μετρηθεί η πυκνότητα της τρανσαμινάσης στο αίμα, παίρνονται 4-5cc αίμα, από τον άρρωστο χωρίς καμία ιδιαίτερη προετοιμασία, αφού πρώτα έχουμε ενημερώσει τον άρρωστο.

Στο δοκιμαστικό σωλήνα, που μπαίνει το αίμα, δεν μπαίνει αντιπηκτική ουσία, όπως σε άλλες εξετάσεις.(2)

Χολερυθρίνη:

Η Χολερυθρίνη είναι το κύριο τελικό προϊόν αποσύνθεσης της αιμοσφαιρίνης και απεκκρίνεται με τη χολή στο δωδεκαδάκτυλο. Εκεί, το μεγαλύτερο μέρος της απεκκρίνεται ως κοπροχολίνη, προσδίδοντας το χαρακτηριστικό σκούρο καφέ χρώμα στα κόπρανα. Μια μικρή ποσότητα απεκκρίνεται από τους νεφρούς με τα ούρα ως ουροχολινογόνο.

Φυσιολογικές τιμές της ολικής χολερυθρίνης: 0,3-1,1mg/dL(5)

Ικτερικός δείκτης:

Δείχνει τη ποσότητα των χολοχρωστικών στο αίμα. Φυσιολογικές τιμές :2-4units/dl(5)

Η αλκαλική φωσφατάση ορού:

Σχηματίζεται στα οστικά και ηπατικά κύτταρα και απεκκρίνεται με τη χολή. Τα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού αυξάνουν σε περιπτώσεις αποφρακτικών ηπατικών νόσων εξαιτίας παλινδρόμησης της αλκαλικής φωσφατάσης στο αίμα. Φυσιολογικές τιμές: ενήλικες: 2-5 units Bodansky, παιδιά: 3-13 units Bodansky/L.(5) (2)

γ-γλουταμινική τρανσπεπτιδάση (γ-GT):

Αυξάνεται στο αίμα σε περιπτώσεις ηπατοκυτταρικής καταστροφής ή αποφρακτικών ηπατικών νόσων.(5)

Ουροχολινογόνο ούρων:

Για την εξέταση απαιτούνται ούρα 24ώρου ή ούρα που συλλέχθηκαν σε περίοδο 2ωρών το απόγευμα, όταν η απέκκριση του ουροχολιγόνου είναι η μέγιστη.(5)

Ποσοτικός προσδιορισμός χοληστερίνης πλάσματος:

Άρρωση που πάσχουν από παθήσεις ήπατος παρουσιάζουν ελάττωση των εστέρων χοληστερίνης σε σχέση προς την ολική της ποσότητα. Οι φυσιολογικές τιμές της χοληστερίνης του πλάσματος είναι 140-220 mg/dl. Από αυτή, το 50-60% βρίσκεται σε μορφή εστέρων. Σε παθήσεις του ήπατος, οι εστέρες χοληστερίνης μειώνονται κάτω από 40%. Σταθερή ελάττωσή τους δείχνει προοδευτική βλάβη του ήπατος με κακή πρόγνωση. Αντίθετα η αύξησή τους δείχνει βελτίωση. Για την εξέταση ο άρρωστος μένει νηστικός.(5)

α1-εμβρυϊκή σφαιρίνη:

Αυξάνεται σε ψηλά επίπεδα στο αίμα σε περιπτώσεις ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Μικρότερη αύξηση παρατηρείται σε διάφορες ηπατοπάθειες.(5)

Πρωτεΐνες ορού:

Η μέτρηση των πρωτεϊνών του ορού και ο λόγος λευκωματίνης / σφαιρίνες (Λ/Σ) δείχνουν την ικανότητα του ήπατος να συνθέτει πρωτεΐνες. Το επίπεδο των πρωτεϊνών του ορού του αίματος πέφτει σε περιπτώσεις παθήσεων του ήπατος.(5)

Αμμωνία ορού:

Τα επίπεδα της αμμωνίας του ορού αυξάνονται σε ηπατικές παθήσεις, γιατί το ηπατικό κύτταρο δεν μπορεί να μετατρέψει την αμμωνία σε ουρία. Φυσιολογική τιμή αμμωνίας: 20-50 mg αζώτου αμμωνίας ανά dl αίματος.(5)

Κροκύδωση κεφαλίνης – χοληστερίνης:

Χρησιμεύει στη διαφορική διάγνωση ανάμεσα σε ηπατοκυτταρικό και αποφρακτικό ίκτερο. Αν ο άρρωστος πάσχει από ηπατική νόσο, το κολλοειδές εναιώρημα κεφαλίνης – χοληστερίνης κροκυδώνεται και καθιζάνει, όταν προστεθεί σ' αυτό ορός του πάσχοντος ατόμου. Η κροκύδωση είναι αποτέλεσμα ελάττωσης των λευκωματίνων του ορού.(5)

Δοκιμασία γαλακτόζης:

Η δοκιμασία αυτή γίνεται για εκτίμηση της ικανότητας του ήπατος να μετατρέπει τη γαλακτόζη σε γλυκογόνο. Χορηγείται, από το στόμα ή ενδοφλέβια, καθορισμένη ποσότητα γαλακτόζης. Για την από το στόμα

χορήγηση, ο άρρωστος μένει νηστικός μετά τα μεσάνυχτα. Το πρωί ουρεί και του χορηγείται γαλακτόζη με βάση το βάρος του σώματος. Λαμβάνονται ωριαία δείγματα ούρων επί 5 ώρες. Απέκκριση γαλακτόζης πάνω από 3 g είναι ενδεικτική ηπατικής πάθησης. Στην ενδοφλέβια χορήγηση δίνονται 5 mg γαλακτόζης ανά kg βάρους σώματος και λαμβάνονται δείγματα αίματος μετά 15 και 45 min. Στο αίμα πρέπει να υπάρχουν λιγότερα από 5 γαλακτόζης μετά από 75 min.(5)

Δοκιμασία βρωμοσουλφοφθαλεΐνης (BSP):

Η δοκιμασία BSP μετρά το ρυθμό απομάκρυνσης της χρωστικής BSP από την κυκλοφορία, από τα ηπατικά κύτταρα. Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα. Το πρωί λαμβάνεται δείγμα αίματος και χορηγούνται στον άρρωστο ενδοφλέβια 5 mg χρωστικής ανά kg βάρους σώματος. Από φλέβα του άλλου βραχίονα λαμβάνεται δείγμα αίματος μετά από 45min. Η ποσότητα της χρωστικής που παραμένει στο αίμα πρέπει να είναι λιγότερη από 5%.(5)

Δοκιμασία ιππουρικού οξέος. Με τη δοκιμασία αυτή ελέγχεται η ικανότητα του ήπατος να εξουδετερώνει τοξικές ουσίες. Χορηγείται στον άρρωστο βενζοϊκό νάτριο 1.77 g ενδοφλέβια. Το βενζοϊκό νάτριο στο ηπατικό κύτταρο ενώνεται με γλυκίνη για να σχηματίσει ιππουρικό οξύ. Σε μια ώρα πρέπει να απεκκριθούν στα ούρα πάνω από 0.7 g ιππουρικού οξέος. Η ελαττωμένη απέκκριση ιππουρικού οξέος είναι ενδεικτική ηπατίτιδας, ηπατοκυτταρικού ίκτερου, κίρρωσης ήπατος ή κακοήθους νεοπλασίας ήπατος.(5)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το ανθρώπινο πάγκρεας είναι επιμήκης οπισθοπεριτοναϊκός αδένας μήκους περίπου 12,5 – 17,5 cm. Υποδιαιρείται σε τρία τμήματα: την κεφαλή, το σώμα και την ουρά. Η κεφαλή βρίσκεται μέσα στην αγκύλη του δωδεκαδακτυλικού, με την οποία μοιράζεται ένα μέρος της αιματικής προμήθειας. Το σώμα, που αποτελεί το κύριο τμήμα του αδένα, εκτείνεται οριζόντια πίσω από το στομάχι. Το μεγαλύτερο μέρος του καλύπτεται από το στομάχι και το εγκάρσιο κόλο.

Η ουρά του παγκρέατος βρίσκεται στο ύψος του 1^{ου} και 2^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου και σχεδόν εφάπτεται με το σπλήνα. Το πάγκρεας είναι μικτός αδένας. Οι αδενοκυψέλες της εξωκρινούς μοίρας του εκκρίνουν το παγκρεατικό υγρό, που φέρεται προς το έντερο με το μείζονα και τον ελάσσονα παγκρεατικό πόρο. Το παγκρεατικό υγρό περιέχει NaHCO_3 για εξουδετέρωση του HCL και αύξηση, επομένως, του pH του εντέρου, ώστε να μπορούν να δράσουν τα ένζυμα. Περιέχει ένζυμα για την υδρόλυση και των τριών θρεπτικών ουσιών. Επιπλέον, περιέχει ριβονουκλεάσες και δεσοξυριβονουκλεάσες.

Η έκκριση του παγκρεατικού υγρού προκαλείται:

1. Από διέγερση του κέντρου έκκρισης του παγκρεατικού υγρού, που βρίσκεται στον προμήκη. Η διέγερση γίνεται μέσω ώσεων από τους υποδοχείς γεύσης. Οι ώσεις από το κέντρο προς το πάγκρεας φέρονται με το πνευμονογαστρικό.
2. Η επίδραση στο βλεννογόνο του δωδεκαδακτυλικού των αμινοξέων, των πολυπεπτιδίων και των λιπαρών οξέων προκαλεί την έκκριση χολοκυστοκινίνης – παγκρεοενζυμίνης, που με την κυκλοφορία φέρεται στο πάγκρεας και προκαλεί έκκριση πυκνόρρευστου, πλούσιου σε ένζυμα παγκρεατικού υγρού.
3. Κάτω από την επίδραση του HCL, ο βλεννογόνος του δωδεκαδακτυλικού ελευθερώνει εκκριματίνη, που, μέσω της κυκλοφορίας, προκαλεί έκκριση

υδαρούς παγκρεατικού υγρού, φτωχού σε ένζυμα και πλούσιου σε NaHCO_3 .(5)

Η αιμάτωση του παγκρέατος γίνεται από την κοιλιακή και την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το φλεβικό αίμα αδειάζει μέσα στη σπληνική και την πυλαία φλέβα. Η αιμάτωσή του είναι πλούσια, γι' αυτό και η αιμορραγία παραμένει η κύρια αιτία θανάτου σε περίπτωση τραυματισμού του.

Το πάγκρεας σαν μεικτός αδένας δίνει το παγκρεατικό υγρό με την εξωκρινή έκκριση και την ινσουλίνη με την εσωκρινή.

Οι παρακλινικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται στον έλεγχο των παθήσεων του παγκρέατος (εξωκρινής μοίρα) είναι οι εξής:

8.1 Διασάση ή αμυλάση αίματος:

Η διασάση είναι ένζυμο του παγκρεατικού υγρού που προκαλεί μέσα στο έντερο υδρολυτική διάσπαση του αμύλου. Ο προσδιορισμός του ενζύμου στηρίζεται στην ικανότητα του να διασπά *in vitro*, σε ορισμένη θερμοκρασία και ορισμένο χρόνο το άμυλο σε δισακχαρίτες, τα αποτελέσματα εκφράζονται σε μονάδες. Τιμές πάνω από 64 μονάδες στο αίμα και 128 στα ούρα θεωρούνται παθολογικές.

Αύξηση της διασάσης παρατηρείται σε:

- α) Οξεία παγκρεατίτιδα.
- β) Απόφραξη του παγκρεατικού πόρου.
- γ) Ορισμένες περιπτώσεις διατρήσεως έλκους του δωδεκαδάκτυλου.
- δ) Υψηλή εντερική απόφραξη.

Η διασάση του αίματος, στην οξεία παγκρεατίτιδα αυξάνεται μέσα σε 2-4 ώρες από την έναρξη της νόσου, φθάνει τη μεγαλύτερη τιμή της μέσα σε 24-48 ώρες και υποχωρεί στα φυσιολογικά όρια μέσα σε 3-4 μέρες.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι τα παγκρεατικά υγρά στην οξεία παγκρεατίτιδα φθάνουν στην κυκλοφορία, χωρίς να χυθούν στο δωδεκαδάκτυλο και η παραγωγή τους ελαττώνεται βαθμιαία, οπότε μικρά ποσά διασάσης φθάνουν στο αίμα και στα ούρα.(2).

8.2 Λιπάση αίματος:

Η λιπάση παράγεται κυρίως και κατά το μέγιστο μέρος της από κύτταρα της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, βρίσκεται όμως και σε άλλα όργανα,

ιστούς και εκκρίματα, όπως ο στόμαχος, το έντερο, τα λιποκύτταρα, το ήπαρ και το γάλα όχι όμως στους σιελογόνους αδένες. Η παγκρεατική λιπάση είναι μια γλυκοπρωτεϊνη MB 45.000Daltons. Η εισερχόμενη στην κυκλοφορία του αίματος λιπάση, λόγω του χαμηλού MB της, υφίσταται σπειραματική διήθηση στους νεφρούς και εν συνεχεία πλήρη επαναρρόφηση στα εγγύς σωληνάρια, ώστε απουσιάζει τελικά από τα φυσιολογικά ούρα.

Είναι ένζυμο που εκκρίνεται από το πάγκρεας και προκαλεί υδρολυτική διάσπαση των λιπών.

Ο προσδιορισμός της λιπάσης in vitro στηρίζεται στην ικανότητα της να ελευθερώνει κάτω από ορισμένες συνθήκες λιπαρά οξέα από λάδι ελιάς.

Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται από 1-15 κ. εκ. N/20 NaOH. Αύξηση της λιπάσης του αίματος έχουμε στις ίδιες παθήσεις που παρατηρείται και η αύξηση της διαστάσης. Στην οξεία παγκρεατίτιδα η λιπάση αρχίζει να αυξάνει στο αίμα περίπου σύγχρονα με την αμυλάση, παραμένει όμως αυξημένη για πολύ περισσότερο χρονικό διάστημα, κυμαινόμενο μεταξύ 7-10 ημερών (2).

Εξέταση σακχάρου, αίματος και ούρων:

Αύξηση σακχάρου αίματος και παρουσία σακχάρου στα ούρα, φανερώνει βλάβη στην ενδοκρινή μοίρα του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την ελάττωση της παραγωγής της ινσουλίνης, που ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων.(2)

8.3 Ακτινογραφία παγκρέατος:

Στις περιπτώσεις λίθων πόρου ή όγκων της κεφαλής του παγκρέατος, παρουσιάζεται ακτινολογικά απώθηση και διεύρυνση της αγκύλης του δωδεκαδάκτυλου.(2)

8.4 Υπερηχογραφία παγκρέατος:

Η οπισθοπεριτοναϊκή ανατομική θέση του παγκρέατος, δημιουργεί προβλήματα στην υπερηχογραφική απεικόνισή του, ιδιαίτερα της ουράς και προϋποθέτει κατάλληλη προετοιμασία και εξάντληση της ευελιξίας του ηχοβολέα και της υπομονής του εξεταστή για να αποκομίσει αξιόπιστες πληροφορίες. Ο μετεωρισμός που συνοδεύει την παγκρεατίτιδα, αποτελεί ένα ακόμη ακουστικό εμπόδιο.

Φλεγμονές: Στην οξεία παγκρεατίτιδα το πάγκρεας εμφανίζεται διογκωμένο, υποηχογενές, με περιπαγκρεατική αντίδραση. Αργότερα στην πορεία της νόσου οργανώνονται υδρικές συλλογές (ψευδοκύστεις) σε επαφή με την κεφαλή, το σώμα ή την ουρά, στην περιτοναϊκή κοιλότητα και τον αριστερό παρανεφρικό χώρο. Στην αιμορραγική της μορφή αναγνωρίζονται μεγάλες περιπαγκρεατικές υδρικές συλλογές που περιέχουν πήγματα. Αν ο εξεταστής παρακάμψει τα πολλά εμπόδια στη διάδοση της δέσμης, τότε προκύπτει ειδική και αξιόπιστη σημειολογία που επιτρέπει την αναγνώριση των πολλών από τις επιπλοκές της νόσου. Η συνολική απεικόνιση της διασποράς των παγκρεατικών συλλογών γίνεται πάντως με καλύτερη ανατομική προσέγγιση στην υπολογιστική τομογραφία. Στη χρόνια παγκρεατίτιδα το πάγκρεας ρικνώνεται, γίνεται περισσότερο ηχογενές και αναγνωρίζονται οι τυπικές ασβεστώσεις. Όταν υπάρχει διάταση του παγκρεατικού πόρου, απεικονίζεται αξιόπιστα.

Καρκίνος: Όταν η υπερηχογραφική δέσμη φθάνει αναλλοίωτη στο πάγκρεας, τότε μπορεί να αναγνωρίσει και να χαρακτηρίσει νεοπλασματικό ιστό. Ο μικρός (<2 εκ.) καρκίνος του παγκρέατος φαίνεται ως υποηχογενής περιοχή, με πολύλοβα όρια, που προκαλεί συχνά διάταση του παγκρεατικού ή και του χοληδόχου πόρου. Μεγαλύτερος καρκίνος προκαλεί επιπλέον ύβωση στο περίγραμμα του οργάνου και διόγκωση των περιπαγκρεατικών λεμφαδένων. Στον ίδιο χρόνο μπορεί να γίνει εξέταση του ηπατικού παρεγχύματος και να απεικονισθούν – αν – υπάρχουν δευτερογενείς εστίες. Η υπερηχογραφική εικόνα και η σημειολογία Doppler τεκμηριώνει επίσης τη διήθηση και θρόμβωση της σπληνικής φλέβας, που επηρεάζει τη θεραπευτική απόφαση. Καλοήθη νεοπλασμάτα του παγκρέατος όπως το κυσταδένωμα, αναγνωρίζονται εύκολα στην υπερηχογραφία από τη μεγάλη συνήθως κυστική τους συνιστώσα. Αντιθέτως μικρότερα καλοήθη νεοπλασμάτα, όπως το ινσουλίνωμα, που συχνά έχουν διάμετρο λίγων χιλιοστών, δεν είναι δυνατόν να απεικονισθούν στη διαδερματική υπερηχογραφία. Η εκλεκτική ψηφιακή αγγειογραφία αναγνωρίζει εύκολα τα υπεραγγειωμένα αυτά νεοπλασμάτα. Η ενδοσκοπική και κυρίως η διεγχειρητική υπερηχογραφία που τοποθετούν τον ηχοβολέα σε επαφή με το παγκρεατικό παρέγχυμα, έχουν ρόλο στην καθοδήγηση της χειρουργικής επεμβάσεως, επειδή συχνά ο χειρουργός αδυνατεί να εντοπίσει τη βλάβη.(12).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ:

Ο νοσηλευτής οργανώνει και συντονίζει το πρόγραμμα των εργαστηριακών και παρακλινικών εξετάσεων βάση των ιατρικών οδηγιών για την κάθε περίπτωση. Για την επιτυχία των παραπάνω απαιτείται πλήρης γνώση του κάθε αρρώστου, καλές διαπροσωπικές σχέσεις που εξασφαλίζουν καλή συνεργασία, ακρίβεια και ταχύτητα διεκπεραίωσης.

Αναλυτικότερα:

- Εξασφαλίζουμε την ιατρική οδηγία για κάθε εξέταση.
- Επίσης, ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος της εξέτασης και τον τρόπο της εκτέλεσής της. Με υπομονή και με την βοήθεια των γνώσεών μας, που τις εκφράζουμε με λόγια απλά, του εξηγούμε όλη τη διαδικασία και τον προτρέπουμε να εκφράσει πιθανές ανησυχίες και απορίες του. Έτσι δημιουργείται μια φιλική ατμόσφαιρα και ένα κλίμα επικοινωνίας που βοηθούν τον άρρωστο, που βρίσκεται σε αγωνιώδη κατάσταση, τόσο εξαιτίας της εξέτασης που πρόκειται να γίνει όσο και των διαγνωστικών αποτελεσμάτων.
- Επιπλέον εξασφαλίζουμε το κατάλληλο υλικό για κάθε εξέταση και εξηγούμε για τον τρόπο χρήσης του στον ασθενή.
- Ακόμη συνεννοούμαστε με τα εργαστήρια για να κλείσουμε ημερομηνία, ημέρα ή και ώρα για την εξέταση.

Ο προγραμματισμός της εξέτασης θα γίνει ανάλογα πάντα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του αρρώστου και την σειρά προτεραιότητας.

Έτσι ο ασθενής δε θα ταλαιπωρηθεί με άσκοπη αναμονή.

Ετοιμάζουμε το παραπεμπτικό στο οποίο αναγράφουμε το όνομα του ασθενή, την ασθένειά του, το είδος της εξέτασης και την ημερομηνία.

Παράλληλα ενημερώνουμε τον άρρωστο για την ημέρα της εξέτασης, ώστε να είναι προετοιμασμένος.

- Επίσης, εξασφαλίζουμε απάντηση εξέτασης αίματος για Αυστραλιανό αντιγόνο (HBS Ag) πριν από την ενδοσκόπηση όταν το ζητάει το εργαστήριο. Διότι αν ο άρρωστος είναι θετικός λαμβάνονται ειδικά μέτρα για το προσωπικό του εργαστηρίου και για την αποστείρωση των οργάνων που χρησιμοποιήθηκαν.

-Φροντίζουμε το κατάλληλο διαιτολόγιο, ώστε ο ασθενής να πάρει ένα ελαφρό γεύμα, το βράδυ πριν από την εξέταση. Στις εξετάσεις που προαναφέρθηκαν πρέπει να φροντίζουμε ιδιαίτερα το διαιτολόγιο.

-Εξασφαλίζουμε αναπαυτική θέση του αρρώστου ανάλογα με την εξέταση. Ακόμη βοηθάμε να χαλαρώσει ο άρρωστος. Εξασφαλίζουμε μια ήρεμη νύχτα. Ένας ήρεμος ύπνος βοηθά τον ασθενή να εξασφαλίσει ένα μεγάλο μέρος την ψυχική και σωματική δύναμη που χρειάζεται για να ανταποκριθεί στις δοκιμασίες της εξέτασης. Επίσης φροντίζουμε για το σωστό αερισμό του δωματίου και την τακτοποίηση του κρεβατιού του αρρώστου με καθαρά λευχήματα. Συζητώντας μαζί του ένα ευχάριστο θέμα, βοηθάμε έτσι τον άρρωστο να ηρεμήσει.

Πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο ακτινολογικό εργαστήριο θα πρέπει να δώσουμε ορισμένες συμβουλές σε αυτόν. Τον προτρέπουμε να ηρεμήσει και του εξηγούμε ότι πρέπει να διατηρήσει την ψυχραιμία του και κατά τη διάρκεια της εξέτασης για την καλύτερη και γρηγορότερη εκτέλεση της.

-Πρέπει να ρυθμίσουμε τον τρόπο μεταφοράς του αρρώστου στο ακτινολογικό εργαστήριο την προγραμματισμένη ώρα.

Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να περπατήσει τον μεταφέρουμε με καρότσι ή με φορείο που θα πρέπει να έχει προφυλακτήρες, σε περίπτωση που ο ασθενής έχει πάρει κάποιο κατευναστικό τις βραδινές ώρες. Επίσης, αφαιρούμε και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες αν υπάρχουν. Συνοδεύουμε τον ασθενή στο εργαστήριο μαζί με το παραπτεμπτικό και το φάκελο των εξετάσεων.

-Προσπαθούμε να εξυπηρετήσουμε τον άρρωστο στο εργαστήριο, έτσι ώστε να μην ταλαιπωρηθεί και να μην εκτεθεί περισσότερο απ' ότι χρειάζεται, χρησιμοποιώντας παραβάν.

-Φροντίζουμε για το γεύμα του αρρώστου, όταν επιστρέψει, αν ήταν νηστικός καθώς και για τη χορήγηση των φαρμάκων του, αν δεν τα έχει πάρει λόγω της εξέτασης.

-Τέλος, παρακολουθούμε τον άρρωστο μετά από ορισμένες εξετάσεις, όπως η σκιερή ουσία που χορηγείται κατά την ενδοφλέβια χολαγγειογραφία είναι δυνατόν να δημιουργήσει παρενέργειες στον άρρωστο, όπως ναυτία, εμετό, ρίγος, πυρεταυχρότητα και έξαψη.

Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι πιθανόν να συμβεί καρδιαγγειακό COLLAPSE και αναφυλακτική αντίδραση. Πρέπει να γνωρίσουμε γι' αυτή την πιθανότητα και να

έχουμε τον άρρωστο σε συνεχή παρακολούθηση να τον ρωτάμε συχνά, για το πώς ο ίδιος αισθάνεται και να τον ενθαρρύνουμε ώστε να εκφράσει κάθε ενόχληση που τυχόν αισθάνεται. Η εμφάνιση οποιασδήποτε αντίδρασης, μεταβολής των ζωτικών σημείων και κάθε ενόχλησης για την οποία θα παραπονεθεί ο ασθενής, θα πρέπει να μας ανησυχήσουν και θα φροντίσουμε για την ανακούφιση του αρρώστου. Παράλληλα θα ειδοποιήσουμε αμέσως το γιατρό για την περαιτέρω αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Α΄ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Από την καταγραφή του ιστορικού παίρνουμε τις ακόλουθες πληροφορίες.

Όνοματεπώνυμο: Π.Γ.

Φύλο: Άρρεν.

Ηλικία: 54

Ημερομηνία Εισόδου: 16-9-2004

Ημερομηνία Εξόδου: 24-9-2004

Διάγνωση Εισαγωγής: Κοιλιακό άλγος-άλγος στο δεξιό κάτω άκρο

Συνυπάρχουσες παθήσεις:

Αιτία εισόδου και σύντομο ιστορικό αρρώστιας:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ : Στις 16-9-2004 και ώρα 10:30 π.μ ο ασθενής Π.Γ. προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου. Από τις πρώτες ερωτήσεις διαπιστώσαμε ότι παρουσίασε πριν δυο εβδομάδες αιφνίδιο άλγος στο δεξιό κάτω άκρο και συνοδεύτηκε με περιομφαλικό κοιλιακό άλγος και άλγος στη δεξιά οσφυϊκή χώρα. Το άλγος γινόταν εντονότερο κατά τη βόδιση και υποχωρούσε με την ανάπαυση. Εξετάσθηκε από ιδιώτη ιατρό ο οποίος συνέστησε (US κοιλίας)και μετά εισαγωγή σε νοσοκομείο. Όσον αφορά το ατομικό ιστορικό μάθαμε τα εξής: Πρόκειται για βαρύ καπνιστή 1 πακέτο τσιγάρα το 24 όρο ημερησίως. Αρχισε το κάπνισμα στα 16 του έως το 1999 . Από 14 ετών μέχρι σήμερα κάνει χρήση εβδομαδιαίας ποσότητας οιοπνεύματος άνω το 3 λίτρων.

Η διατροφή του είναι προφανώς πλούσια χωρίς περιορισμούς αφού το βάρος του έχει μια απόκλιση 10-15 κιλών από το κανονικό για την ηλικία και το ύψος του.

Ο λόγος που τον έφεραν στο νοσοκομείο είναι, ο περαιτέρω έλεγχος

Δεν αναφέρεται πυρετός, εμετοί η διάρροια

Δεν αναφέρεται αποβολή κοπράνων με πρόσμιξη βλέννης.

Δεν αναφέρεται απώλεια βάρους η ανορεξία.

Εξέταση κατά την είσοδο του ασθενή:

Ο ασθενής είχε όψη και θρέψη καλή, η θερμοκρασία του σώματος φυσιολογική .κατά την κλινική εξέταση δεν βρέθηκε κάτι το παθολογικό.

Η πίεση του ήταν 110\80 mmHg ενώ οι σφίξεις 87\min.

Η θερμοκρασία μέσα στα φυσιολογικά όρια 36,6C.

Έγινε δακτυλική εξέταση για μέλαινα όπου ήταν (-). Έγινε Η.Κ.Γ.

Πάρθηκε αίμα για γενικό και βιοχημικό έλεγχο. Ακρόαση φυσιολογικό αναπνευστικό ψιθύρισμα.

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στην παθολογική κλινική αφού πρώτα τοποθετήθηκε ορός 5%Dextrose,1000cc. Έγινε και ακτινογραφία θώρακος.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Το 1968 υπέστην εργατικό ατύχημα με παράλυση του ΑΡ άνω άκρου.

Το 1995 υπεβλήθη σε εμβολισμό (γιγαντιαίου) ανευρύσματος.

Ιστορικό ταχυκαρδίας από το 1995 λαμβάνει Inderal tab 40 mg1\4x3.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

16\9\2004: Η.Σ.Τ.:45,1%	Φ.Τ.400\54.0 άνδρες,37.0\42.0 γυναίκες
P.L.T:268 10 ³ \mm ³	Φ.Τ.150\500
Λευκά:13.18	Φ.Τ.4.8-10.8
Ερυθρά αιμοσφαίρια:5.16	Φ.Τ.4.7-6.1άνδρες 4.2-5.4 γυναίκες
Αιμοσφαιρίνη :15.1	Φ.Τ.14-18 άνδρες 12-16γυναίκες
Αιματοκρίτης :44.4	Φ.Τ.42-52 άνδρες 37-47 γυναίκες
Αιμοπετάλια = 239 K/ul,	Φ.Τ.130-400
Εύρος Κατανομής Ερυθρών = 12.8%,	Φ.Τ.11.5-14.5
Ουδετερόφιλα:87.5	Φ.Τ.40.0-74.0
Λεμφοκύτταρα .=11.1	Φ.Τ.19.0-48.0
Ηωσηνόφιλα :3.9	Φ.Τ.0.0-7.0
Μονοπύρηνα:10	Φ.Τ. 3.4-9.0
Σάκχαρο:91.MG\DL	Φ.Τ.70-110
Ουρία:40.MG\DL	Φ.Τ.10-55
Κρεατινίνη:0.9MG\DL	Φ.Τ.0.7-1.5
Ουρικό οξύ:5.4 MG\DL	Φ.Τ.3.0-7.0
SGOT\AST: 129 IU.\L	Φ.Τ.10-40

SGPT\ALT: 125 IU\L Φ.Τ.10-40
L.D.H.: 769IU/L Φ.Τ.120-230
G-G.T.: 272IU/L Φ.Τ.10-75
Αλκαλική φωσφατάση:223IU\L Φ.Τ.20-130
Ολική Χολερυθρίνη:1.0MG\DL Φ.Τ.0.1-1.1
Άμεση Χολερυθρίνη:0.42MG\DL Φ.Τ.0.01-0.30
Έμμεση Χολερυθρίνη:0.60 MG\DLΦ.Τ.0.10-0.80
Νάτριο: 138MEQ\L Φ.Τ.130-150
Κάλιο: 5.0 MEQ\L Φ.Τ.3.2-5.2
Καρκινικοί δείκτες:
C.E.A: 5,4 n l
A.F.P.: 8.1 n l
P.S.A.: 0,2 n l ml
C.A.: 65,3 n l

ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ:

Ειδικό βάρος:1015
PH :7,0
Χροιά:Κιτρίνη διαυγή
Πυοσφαίρια:1-2
Βλέννη:αρκετοί

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ</u>
1)Ο ασθενής αναφέρει πόνο στην κοιλιακή χώρα διαφόρου έντασης	Σκοπός μας είναι η καταστολή του πόνου για να ανακουφιστεί ο άρρωστος.	-Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση -Μείωση της αγωνίας -Περιορισμός δραστηριοτήτων -Χορήγηση παυσίπονων -Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	-Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση. -Παραμένουμε κοντά του για να μειώσουμε την αγωνία του -Προσπαθούμε να μειώσουμε τις δραστηριότητες του γιατί επιδεινώνουν την κατάσταση του. -Χορηγούμε μετά εντολή γιατρού 1amp Apotel IM για μείωση του πόνου.	Μετά την εφαρμογή των νοσηλευτικών μέτρων ο πόνος υποχώρησε ενώ η αγωνία του ασθενή μειώθηκε.
2)Ο ασθενής αισθάνεται φόβο, άγχος, ενώ δείχνει σημάδια μελαγχολίας.	Σκοπός μας είναι να εξαλείψουμε αυτά τα συναισθήματα, να δημιουργήσουμε ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, έτσι ώστε να ηρεμήσει ο άρρωστος.	Προγραμματίζουμε να πλησιάσουμε τον ασθενή να τον κάνουμε να μας εξηγήσει το λόγο που του προκαλεί αυτά τα συναισθήματα. Να του εξασφαλίσουμε ήρεμο και επαρκή ύπνο.	-Με ευχάριστο ύφος πλησιάζουμε τον ασθενή και του παρέχουμε πλήρη ηθική και ψυχολογική υποστήριξη για μείωση φόβου και αγωνίας. -Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας και διαβεβαιώνουμε ότι η κατάστασή του θα αλλάξει όταν θα υπάρξει όλως ο εργαστηριακός έλεγχος. -Εξασφαλίζουμε ήσυχο περιβάλλον, με μειωμένο φωτισμό τη νύχτα, μείωση των περιπτώων θορύβων και του αριθμού των επισκεπτών. -Χορηγούμε ηρεμιστικά Tb Vallium 1x3 P.O. για καταστολή του άγχους.	Η υποστήριξη που του προσφέρθηκε, ηθική και ψυχολογική σε συνδυασμό με καλό ύπνο και την επίδραση των ηρεμιστικών απέδωσαν το επιθυμητό αποτέλεσμα ο ασθενής είναι φανερά πιο ήρεμος.

<p>3)Ο ασθενής παραπονέθηκε για γαστρικά ενοχλήματα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.</p>	<p>Σκοπός μας είναι να ανακουφίσουμε τον ασθενή από τις ενοχλήσεις αυτές.</p>	<p>Προγραμματίζουμε: -να χορηγήσουμε αντιόξινο και (Maalox)-H2 ανταγωνιστής της ισταμίνης(Zantac)</p>	<p>Γράφουμε τις δόσεις του φαρμάκου στο βιβλίο νοσηλείας και χορηγούμε –Maalox 10cc 1x3 P.O Tb Zantac 1x2P.O</p>	<p>Μετά την χορήγηση των φαρμάκων ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.</p>
<p>4)Ο ασθενής αναφέρει κόπωση ανορεξία και καταβολή των δυνάμεών του από των συνεχή εργαστηριακό και ενδοσκοπικό έλεγχο.</p>	<p>-Μείωση της ανορεξίας.- Διατήρηση της ενυδάτωσης και της θρέψης του ασθενή. Μείωση των καθημερινών εξετάσεων.</p>	<p>-Φροντίδα για την καλή σίτιση και ενυδάτωση. -Προσφορά στον ασθενή τροφής της προτίμησής του.</p>	<p>Προσφέρουμε στον ασθενή τροφή της προτίμησής του ωραία σερβιρισμένη. -Η τροφή του ασθενή να είναι υψηλής θερμιδικής αξίας.</p>	<p>Μειώθηκε η ανορεξία του ασθενούς. Ο εργαστηριακός έλεγχος καθορίζεται ανά δεύτερη ημέρα.</p>

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ Β' ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Από την καταγραφή του ιστορικού του αρρώστου, παίρνουμε τις ακόλουθες πληροφορίες:

Όνοματεπώνυμο: Π. Α.

Φύλο : Άρρεν.

Ηλικία :61

Ημερομηνία Εισόδου:14\10\2004

Ημερομηνία Εξόδου:20\10\2004

Διάγνωση εισαγωγής: Μέλαινες κενώσεις.

Συνοπάρχουσες Παθήσεις: Αναφέρει δυο γαστρορραγίες και αναπνευστική ανεπάρκεια (Χ.Α.Π.).

Αιτία εισόδου και σύντομο ιστορικό αρρώστιας:

Ο ασθενής Π. Α. εισήλθε στο Γ.Ν.Ν.Α. στις 14\10\04 Επάγγελμα Αγρότης.

Βάρος 73 kg.

Ο ίδιος νοσηλεύτηκε προ 15 αιτίας στο νοσοκομείο για εγχείρηση σκωλικοειδεκτομής. Το 1998 υπέστη γαστρορραγία όπου χρειάστηκε και μετάγγιση αίματος. Από το χρόνιο πρόβλημα της Χ.Α.Π. βλέπουμε ότι ο ασθενής έχει μικρού βαθμού δύσπνοια. Βλέπουμε ότι έκανε κατάχρηση καφεΐνης και αλκοόλ και τσιγάρων.

Πριν τρεις εβδομάδες εμφάνισε πόνο στο δεξί ημιθωρακίου με επιδείνωση της κατάστασής του επί κίνησης. Επίσης εμφάνισε πυρετό κι ένιωθε αδυναμία και ανορεξία. Την τελευταία εβδομάδα έχασε 4 κιλά. Επίσης αναφέρεται ναυτία και εμετός καθώς και μια διαρροϊκή κένωση μέλαινας χρώσεως. Επίσης αναφέρεται ανορεξία και με την λήψη τροφής έντονο κοιλιακό άλγος στο επιγάστριο ..

Οι Αιματολογικές Εξετάσεις έδειξαν:

H.C.T: 28.7%

Φ.Τ. 400/54.0 άνδρες 37.0/42.0 γυναίκες

P.L.T: 166 10 /mm

Φ.Τ. 150/500

.Λευκά: 9.300

Φ.Τ. 5.000-10.000

Ερυθρά αιμοσφαίρια:4.900.000 κ.κ.χ.

Φ.Τ. 4.500.00-5.000.000κ.κ.χ.

Πολυμορφοκυττάρια 66%
Λεμφοκύτταρα: 26%
Ηωσινόφιλα: 5.50%
Μονοκύτταρα: 5%
Ουρία: 45mg/dl
Σάκχαρο: 97mg/dl
SGOT: 41 IU/L
SGPT: 38 IU/L
G-GT: 35 IU/L
L.D.H.: 322 IU/L
C.K.M.B.: 24 IU/L
C.P.K.: 83 IU/L
Κάλιο: 4.6 mmol/L
Νάτριο: 143 mmol/L
Χοληστερίνη: 190 mg/dl
Τριγλυκερίδια: 84 mg/dl
Ουρικό οξύ: 5.1 mg/dl
Καρκινικοί δείκτες :
C.E.A: 11
A.F.P: 9.1
P.S.A: 5.4
CA 19-9: 65.4
CA 15-3: 6.0
CA 125: 45

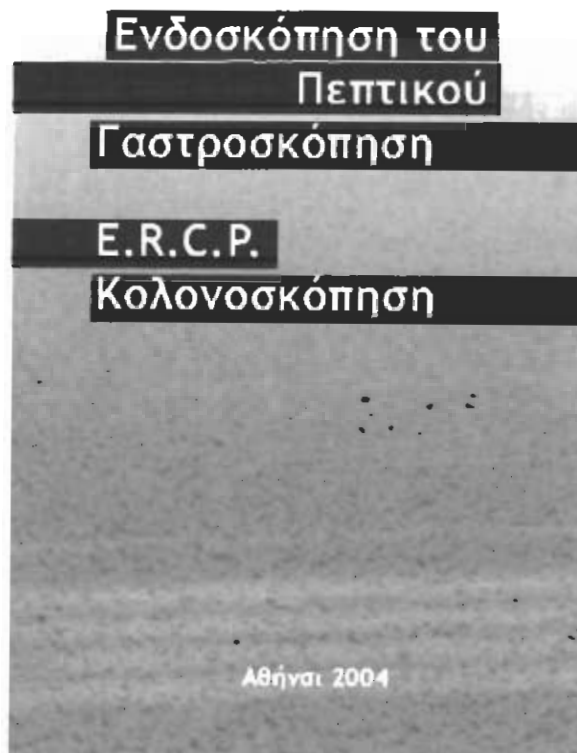
Φ.Τ. 45-70%
Φ.Τ. 20-40%
Φ.Τ. 2-6%
Φ.Τ. 40-10%
Φ.Τ. 10-50
Φ.Τ. 75-115
Φ.Τ. 10-34
Φ.Τ. 7-33
Φ.Τ. 7-35
Φ.Τ. 225-450
Φ.Τ. 4.0-25.0
Φ.Τ. 4.0-25.0
Φ.Τ. 3.3-5.3
Φ.Τ. 135-155
Φ.Τ. 120-240
Φ.Τ. 35-150
Φ.Τ. 2.3-6.1

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Πυρετός 37 – 38 °C	<ul style="list-style-type: none"> - Ρύθμιση της θερμοκρασίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών. - Τρίωρη θερμομέτρηση. - Χορήγηση υγρών. - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. - Έλεγχος ισοζυγίου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε αντιπυρετικό φάρμακο Deron. - Ο πυρετός δεν υποχώρησε κι έγινε Aprotel - Σημειώνεται η θερμοκρασία ανά 3ωρο. - Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. - Επίτευξη ισοζυγίου. 	<p>Η θερμοκρασία του αρρώστου επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>

Προβλήματα ασθενή	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτική παρέμβαση	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Πυρετός.	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του ασθενή από τον πυρετό. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιπυρετικών. - Ζωρη θερμομέτρηση. - Διατήρηση φυσιολογικών συνθηκών θερμοκρασίας. - Ψυχρά επιθέματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων. - Γίνεται συχνός έλεγχος της θερμοκρασίας του ασθενή. - Διατήρηση του περιβάλλοντος σε φυσιολογικά επίπεδα θερμοκρασίας. - Ετέθησαν ψυχρά επιθέματα. 	Ο πυρετός υποχώρησε.
Ναυτία, εμετός.	<ul style="list-style-type: none"> - Καταπολέμηση της ναυτίας και του εμετού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικών. - Μέτρηση και σημείωση των εμετών. - Παρατήρηση του χαρακτήρα των εμετών. - Περιορισμός των 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν αντιεμετικά. - Γίνεται μέτρηση και σημείωση των εμετών με ακρίβεια. - Παρατηρείται και σημειώνεται ο χαρακτήρας των εμετών. 	Αντιμετώπιστηκε η ναυτία και ο εμετός.

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:

Το ενημερωτικό υλικό δίνεται ώστε να ενημερωθεί ο ασθενείς για των τρόπο εξέτασης.

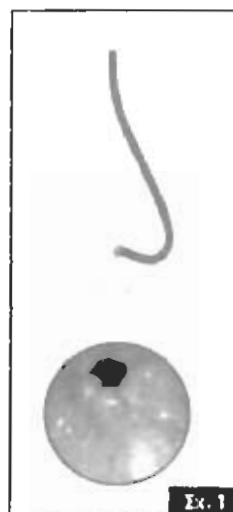


Γαστροσκόπηση

Ο θεράπων γιατρός σας συμβούλευσε να κάνετε μία ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού η οποία είναι γνωστή και σαν γαστροσκόπηση, με σκοπό να βρεθεί το αίτιο των συμπτωμάτων σας. Μολονότι οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες του ενδοσκοπικού εργαστηρίου όπου θα πραγματοποιηθεί η εξέταση θα σας εξηγήσουν την διαδικασία, οι παρακάτω οδηγίες σκοπό έχουν να σας δώσουν μια πλήρη και κατανοητή εικόνα.

Τι είναι

η γαστροσκόπηση ;
Η γαστροσκόπηση είναι μία εξέταση η οποία επιτρέπει τον γιατρό να διαπιστώσει το εσωτερικό του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδοκτύλου (του αρχικού δηλαδή τμήματος του λεπτού εντέρου). Για να γίνει η εξέταση ένα ενδοσκόπιο θα περάσει μέσω από το στόμα σας στο στομάχι. Το ενδοσκόπιο είναι ένας μακρύς και εύκαμπτος σωλήνας, ο οποίος έχει περίπου το πάχος του μικρού δακτύλου του χεριού



Η εκτύπωση του εντύπου έγινε με την ευγενική χορηγία της

A. & L. MEDICAL SUPPLIES LTD

σας με ένα δυνατό φως στην άκρη του. Κοιτώντας μέσω του σκλήννα ο γιατρός έχει μια πολύ καθαρή εικόνα του εσωτερικού του στομάχου και είναι σε θέση να εντοπίσει κάποια πάθηση, εάν υπάρχει (Σχ. 1). Μερικές φορές ο γιατρός θα χρειαστεί να πάρει βιοψίες, μικρά κομμάτια (συνήθως μικρότερα από 1 cm) για να αναλυθούν κάτω από το μικροσκόπιο. Τα μικρά αυτά κομμάτια παίρνονται ανώδυνα μέσω του ενδοσκοπίου με τη βοήθεια μιας πολύ μικρής λαβίδας βιοψίας.

Τι πρέπει να περιμένετε

Η προετοιμασία για την εξέταση.

Το στομάχι θα πρέπει να είναι άδειο έτσι ώστε να μπορέσει να δει ο γιατρός το εσωτερικό του. Γι' αυτό το λόγο θα σας ζητηθεί να μην φάτε και να μην πιείτε τίποτα για τουλάχιστον 6 ώρες πριν την εξέταση. Όταν θα φτάσετε στο ενδοσκοπικό εργαστήριο ένας γιατρός θα σας εξηγήσει την διαδικασία, τον σκοπό και τις πιθανές επιπλοκές της εξέτασης και συνήθως θα σας ζητήσει να υπογράψετε σε μια τυποποιημένη φόρμα ότι δέχεστε την ενδοσκοπική αυτή εξέταση. Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να κατανοήσετε πλήρως τον σκοπό και τις συνέπειες της εξέτασης. Παρακαλούμε να αναφέρετε στον γιατρό ή στην νοσηλεύτρια εάν έχετε υποβληθεί σε άλλες ενδοσκοπήσεις στο παρελθόν ή πιθανές αλλεργίες σας καθώς και παλαιότερες αντιδράσεις σας σε φάρμακα και φαρμακευτικές ουσίες. Εάν έχετε απορίες σε αυτή την φάση μην διστάσετε να τις εκφράσετε. Το προσωπικό του ενδοσκοπικού εργαστηρίου έχει σαν βασικό του στόχο την άνετη παραμονή σας και την ηρεμία σας κατά την διάρκεια της εξέτασης και για αυτό και δεν θα παρεξηγήσει τυχόν ερωτήσεις σας.

Όπως σας ζητηθεί να βγάλετε το πουκάμισο ή την μπλούζα σας και να φορέσετε μια ρόμπα νοσοκομείου. Θα είναι επίσης απαραίτητο να αφαιρέσετε τεχνητές οδοντοστοιχίες, καθώς και γυαλιά οράσεως, τα οποία θα κρατηθούν ασφαλώς από το προσωπικό του εργαστηρίου μέχρι το τέλος της εξέτασης.

Κατά την διάρκεια της εξέτασης.

Μέσα στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων θα ξαπλώσετε αναπαυτικά στο αριστερό σας πλευρό, σε ένα εξεταστικό κρεβάτι. Μία νοσηλεύτρια θα είναι μαζί σας καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης. Ο γιατρός στη συνέχεια θα ψακιάσει τον φάρυγγα σας με τοπικό αναισθητικό spray. Μπορεί ακόμα να σας χορηγήσει, ενδοφλέβια σε μία από τις φλέβες του καρπού σας, υπνωτικό φάρμακο για να είστε ήρεμος /η και ελαφρά ναρκωμένος /η, στη διάρκεια της εξέτασης, όμως πολλές φορές προτιμάται να γίνεται η εξέταση χωρίς υπνωτικά καθώς τα σύγχρονα ενδοσκόπια είναι πολύ μικρά σε πάχος και είναι εύκολο να προωθηθούν στο στομάχι. Για να κρατηθεί το στόμα σας ελαφρά ανοικτό, ένα πλαστικό επιαιτήσιο θα τοποθετηθεί μεταξύ των δοντιών σας. Όταν ο γιατρός προωθήσει το ενδοσκόπιο στο στομάχι σας δεν θα σας προκαλέσει πόνο ούτε θα σας εμποδίσει την αναπνοή (Σχ. 2).

Η εξέταση συνήθως διαρκεί από 5-10 λεπτά για να μπορέσει ο γιατρός να εξετάσει προσεκτικά όλα τα μέρη του οισοφάγου του στομάχου και της αρχικής μοίρας του λεπτού εντέρου (δωδεκαδάκτυλο) και να πάρει βιοψίες, εάν είναι απαραίτητο. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής ο γιατρός θα βάζει αέρα στο στομάχι για να διαεινεί τα τοιχώματα του και να μπορέσει να εντοπίσει κάποια πάθηση, εάν υπάρχει. Ο αέρας αυτός θα αναρροφηθεί μέσα από το ενδοσκόπιο στο τέλος της εξέτασης. Εάν το στόμα σας γεμίσει με σάλιο κατά τη διάρκεια της εξέτασης αφήστε το να κυλήσει προς τα έξω επάνω στον ειδικό χαρτοβάμβακα που έχει προσεκτικά τοποθετηθεί προηγουμένως κάτω από το κεφάλι σας.



Με το τέλος της εξέτασης το ενδοσκόπιο αποσύρεται από το στομάχι γρήγορα και ανώδυνα.

Μετά την εξέταση

Θα παραμείνετε για τουλάχιστον 30 λεπτά στο εργαστήριο. Θα μπορέσετε να πιείτε κάποιες μόνες περάσει η δράση του τοπικού αναισθητικού με το οποίο ψεκάστηκε ο φάρυγγας σας στην αρχή της εξέτασης. Συνήθως αυτό παίρνει 30 λεπτά μέχρι 1 ώρα και στη συνέχεια μπορείτε να φάτε και να πιείτε κανονικά. Ο φάρυγγας σας μπορεί να είναι ερεθισμένος για το υπόλοιπο της ημέρας και επίσης μπορεί να αισθανόσαστε το στομάχι σας "φουσκωμένο" εάν μικρή ποσότητα αέρα έχει παραμείνει σ' αυτό. Και τα δύο αυτά ενόχληματα θα περάσουν μόνα τους και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη αγωγή.

Επιτρέφοντας στο σπίτι

Εάν επιτρέψετε στο σπίτι σας μετά την ενδοσκόπηση είναι απαραίτητο κάποιος να σας συνοδεύσει. Όταν θα φτάσετε στο σπίτι σας είναι σημαντικό να ξεκουραστείτε για το υπόλοιπο της ημέρας. Η επίδραση της νάρκωσης (εάν σας δόθηκε) στη διάρκεια της εξέτασης είναι πιο μακροχρόνια από όσα φαντάζεστε.

Για αυτό το λόγο θα πρέπει να:

- αποφύγετε να οδηγήσετε αυτοκίνητο
- αποφύγετε τον χειρισμό μηχανημάτων
- αποφύγετε να πιείτε αλκοόλ

Οι επιδράσεις της νάρκωσης η οποία χορηγήθηκε κατά την ενδοσκόπηση, συνήθως έχουν περάσει την επομένη ημέρα και οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να επανέλθουν στις προ της εξέτασης συνθηκομένες τους δραστηριότητες.

Πότε θα μάθω το αποτέλεσμα της εξέτασης;

Σε πολλές περιπτώσεις ο γιατρός θα μπορέσει να σας δώσει το αποτέλεσμα αμέσως μετά το τέλος της εξέτασης ή σε περίπτωση που εσείς ναρκωμένος, μόλις ξυπνήσετε. Σε περίπτωση που έχει ληφθεί

βιοψία, το αποτέλεσμα της θα είναι έτοιμο σε μερικές ημέρες. Θα ήταν καλή ιδέα να συνοδεύεστε από κάποιον όταν μιλήσετε με τον γιατρό στο τέλος της εξέτασης, διότι εάν σας έχει χορηγηθεί πρεμιστικό φάρμακο μπορεί να ξεχάσετε τι σας είπε ο γιατρός. Μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να θυμηθούν καθόλου την ενδοσκόπηση. Λεπτομέρειες για το αποτέλεσμα της εξέτασης καθώς και την περαιτέρω αντιμετώπιση και θεραπεία εάν είναι απαραίτητη θα συζητήσετε με τον θεράποντα γιατρό σας.

Ποια είναι η χρησιμότητα της γαστροσκόπησης;

Η γαστροσκόπηση θεωρείται ως η οπουδαιότερη εξεταστική μέθοδος για την διάγνωση και θεραπεία των περισσότερων νοσημάτων του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. Και αυτό γιατί επιτρέπει την άμεση αποκόπηση του εσωτερικού των οργάνων αυτών καταδεικνύοντας και την παραμικρή λεπτομέρεια, ακόμη και την μεταβολή του χρώματος της εσωτερικής επιφάνειας των οργάνων αυτών, δηλαδή του λεγόμενου βλεννογόνου. Επί πλέον επιτρέπει την λήψη μέσω μιας ειδικής λαβίδας που διέρχεται από το κανάλι βιοψίας του ενδοσκοπίου, μικρών βιοψιών από τον βλεννογόνο του στομάχου, το οποίο αποστέλλονται για την λεγόμενη ιστολογική εξέταση (βιοψία). Επί πλέον επιτρέπει την λήψη μικρού βιοψιοβιοψίου για την διερεύνηση αμέσως μετά το τέλος της εξέτασης του ειδικού Test (CLO Test) για την ανίχνευση τυχόν ύπαρξης λοίμωξης από Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, ενός βακτηριδίου που εγκαθίσταται στο βλεννογόνο του στομάχου και το οποίο είναι το αίτιο της γαστρίτιδας και του έλκους του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου και το οποίο ενέχειται επίσης στην αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου.

Έτσι η γαστροσκόπηση προσφέρει την δυνατότητα γρήγορης και ασφαλούς διάγνωσης των παθήσεων του οισοφάγου (οισοφαγίτιδας και των διαβηθμώσεων της, του καρκίνου του οισοφάγου καθώς και καλοήθων όγκων του, των κιστών του οισοφάγου κλπ), του στομάχου (γαστρίτιδας, έλκους, πολυπόδων, καρκίνου, κλπ) και του δωδεκαδακτύλου

(κυρίως έλκους του βολβού του δωδεκαδακτύλου).

Όμως η γαστροσκοπία προσφέρει την δυνατότητα και θεραπευτικής παρέμβασης μέσω του ενδοσκοπίου. Για παράδειγμα αναφέρονται τα ακόλουθα:

α) Οισοφάγος

- Θεραπευτική αναμετώπιση των αιμορραγούντων καρών οισοφάγου (Επείγουσα αιμορραγία ή πρόγραμμα χρόνιας σκληροθεραπείας καρών)
- Αναμετώπιση σιενώσεων (διστολής οισοφάγου)
- Αποκατάσταση του αυλού του οισοφάγου που αποφράχθηκε από ξένο σώμα, βλωμό κλπ
- Τοποθέτηση ενδοπροθέσεων δηλαδή σωλήνων μεταλλικών ή πλαστικών για αποκατάσταση του συνέχειας του αυλού του οισοφάγου που αποφράχθηκε από καλοήγη ή κακοήγη αιτία (π.χ. καρκίνο οισοφάγου)

β) Στόμαχος

- Αναμετώπιση της αιμορραγίας που προέρχεται από έλκος στομάχου
- Τοποθέτηση διστολών σε περίπτωση απόφραξης της εξόδου του στομάχου προς το δωδεκαδάκτυλο
- Αναμετώπιση των "αιμαγγαωμάτων" που υπάρχουν στο εσωτερικό του στομάχου σε ορισμένους ασθενείς και οι οποίοι προκαλούν αιμορραγία
- Αφαίρεση μέσω του γαστροσκοπίου των πολυπόδων που ενδέχεται να υπάρχουν στο εσωτερικό του στομάχου
- Αφαίρεση ξένων σωμάτων που καταποθήκαν σποράκις ή τυχαία

γ) Δωδεκαδάκτυλο

- Αναμετώπιση του αιμορραγούντος έλκους του βολβού του δωδεκαδοκτύλου

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από την εξέταση;

Οι κίνδυνοι από την διαγνωσική εξέταση είναι γενικά ελάχιστα. Περιλαμβάνουν δυσφορία από την διάταση του στομάχου λόγω του αέρα που εισάγει ο ενδοσκόπος για να διευκολύνει την εξέταση του στομάχου, τάση προς έμετο, και μερικές φορές καρδιακή αρρυθμία.

Οι κίνδυνοι αφορούν κυρίως άτομα με συνυπάρχοντα χρόνια νοσήματα όπως καρδιασυναπνευκτικά, ηπασικά και νεφρικά νοσήματα. Σπανιότητα έχει περιγραφεί θάνατος από ανακοπή σε άτομα με σοβαρή υποκείμενη καρδιοπάθεια. Γενικά η γαστροσκοπία είναι μια πολύ ασφαλής εξέταση.

Ποιες είναι οι αντενδείξεις για την διενέργεια της εξέτασης;

Η εξέταση δεν πραγματοποιείται στις ακόλουθες περιπτώσεις

- Όταν ο ασθενής αρνείται την διενέργειά της και δεν δίδει την συγκατάθεσή του εγγράφως ιδιαίτερα όταν η εξέταση είναι αναγκαίο να γίνει εκτόκιως (π.χ. σε περιπτώσεις ενεργού αιμορραγίας από καρούς οισοφάγου ή έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου)
- Όταν υπάρχει πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου
- Όταν υπάρχει σοβαρή χρόνια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος
- Σε περίπτωση σοβαρής ψυχικής διαταραχής
- Η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αντένδειξη ουσιαστικά όμως η διενέργειά της στις έγκυες με μεγάλη προσοχή και μόνον όταν υπάρχει απόλυτη ένδειξη για την πραγματοποίησή της.

E.R.C.P.

Σας συνέστησαν να κάνετε ERCP διότι έχετε πέτρα στον χοληδόχο πόρο, δηλαδή στα σωληνάκια από όπου ρέει η χολή στο έντερο, ή ίκτερο δηλαδή κίτρινη χρώση του δέρματος.

Τι είναι η E.R.C.P.;

Η ERCP είναι μια ενδοσκοπική εξέταση που κάνει δυνατή την μελέτη των χοληφόρων αδών δηλαδή των πόρων μέσα από τους οποίους ρέει η χολή προς το έντερο, καθώς και του πόρου ενός οργάνου που ονομάζεται πάγκρεας και το οποίο βοηθά με το υγρό που παράγει (παγκρεατικό υγρό) την πέψη των τροφών. Η εξέταση πραγματοποιείται με γαστροσκόπιο, το οποίο διαφέρει από το συννηθισμένο γαστροσκόπιο μόνο στο ότι το τελικό του άκρο φωτίζει πλάγια και όχι σε ευθεία κατεύθυνση (2, 3).

Εκτελείται από ειδικό γιατρό αλλά απαιτείται και ακονοσκόπηση, συνεπώς πρέπει να γίνεται σε αίθουσα κατάλληλη για να εσπελούνται ακονολογικά εξετάσεις. Το όργανο περνάει από το στόμα στον οισοφάγο και το στομάχι και μετά μπαίνει στο δωδεκαδάκτυλο όπου βρίσκεται το τελικό άκρο του χοληδόχου πόρου.

Ειδικός λεπτός καθετήρας που περνάει μέσα από το ενδοσκόπιο εισάγεται μέσα στον χοληδόχο πόρο. Μέσα από τον καθετήρα ρίχνουμε ειδικό οπισγραφικό υγρό και έτσι μπορούμε να πάρουμε ακονογραφίες και να σπασκονίσουμε, όχι μόνο τον χολη-

δόχο πόρο αλλά και το πάγκρεας.

Εάν διαπιστωθεί ότι υπάρχουν πέτρες μέσα στο σωληνάκια στις χολές μπορεί να γίνει μία τομή με ειδικό καθετήρα - σφιγκτηροτόμο στο τελικό άκρο του χοληδόχου πόρου και με κατάλληλους χειρισμούς να αφαιρεθούν οι πέτρες.

Τι πρέπει να περιμένετε

Η προετοιμασία για την εξέταση

Πρέπει να είστε νηστικός τουλάχιστον για έξι ώρες. Αρχικά ζητάμε να σε αριστερή πλάγια θέση, χορηγείται sparg ζυλοκαΐνης για την τοπική αναισθησία του φάρυγγα και ενδοφλέβια ηρεμιστικά και παυσίπονα. Είναι απαραίτητο να έχουμε ελέγξει από τις προηγούμενες μέρες τον χρόνο προθρομβίνης (δηλαδή την καλή πήκτικότητα του αίματος) και την γενική αίματος. Εάν παίρνουμε ασπιρίνη, ή αναπνευστικά πρέπει να τα διακόψουμε τις προηγούμενες τρεις ημέρες.

Πριν φτάσετε στον χώρο που θα γίνει η εξέταση ένας γιατρός θα σας εξηγήσει την διαδικασία, τον σκοπό και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης και ενδεχομένως να σας ζητήσει να υπογράψετε σε μια τυποποιημένη φόρμα ότι δέχεστε να υποβληθείτε στην ενδοσκοπική αυτή επέμβαση.

Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι να κατανοήσετε πλήρως τον σκοπό και τις συνέπειες της επέμβασης. Παρακαλούμε να αναφέρετε στον γιατρό ή στον νοσηλεύτη/τρια εάν έχετε υποβληθεί σε άλλες ενδοσκοπήσεις στο παρελθόν, εάν είστε αλλεργικοί σε κάποιο φάρμακο και τι είδους αντιδράσεις εμφανίσατε.

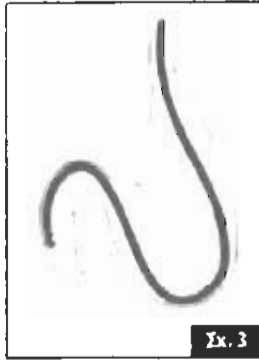
Εάν έχετε απορίες μην διστάσετε να τις εκφράσετε

Κατά την διάρκεια της εξέτασης

Η εξέταση διαρκεί συνήθως από μισή μέχρι μία ώρα. Μία νοσηλεύτρια θα είναι μαζί σας κατά την διάρκεια της εξέτασης. Κατά την διάρκεια της ERCP ο γιατρός θα βάζει αέρα στο δωδεκαδάκτυλο για να διατείνονται τα τοιχώματα και να μπορεί άνετα να κάνει τους χειρισμούς που απαιτούνται.

Μετά την εξέταση

Θα παραμείνετε για τουλάχιστον μία ημέρα στο νοσοκομείο. Μπορεί να αισθάνεστε "φουσκωμένη" στην κοιλιά σας από τον σέρα που έχει παραμείνει στο έντερο, ο οποίος οιγά-οιγά θα αποβληθεί. Δεν πρέπει να φάτε τις επόμενες 24 ώρες.



Σχ. 3

Πότε θα μάθω το αποτέλεσμα της εξέτασης;

Συνήθως, η ικανοποιητική έκβαση της ERCP ανακοινώνεται από τον γιατρό αμέσως μετά το τέλος της εξέτασης ή όταν ξυπνήσετε, εάν εσείς ναρκωμένοι. Θα ήταν καλή ιδέα να συνοδεύεστε από κάποιον στο τέλος της εξέτασης, διότι μπορεί να ξεχάσετε όσα σας είπε ο γιατρός σας. Μερικοί ασθενείς δεν θυμούνται καθόλου την ERCP. Εάν απαιτείται να κάνετε και άλλες εξετάσεις ή να πάρετε κάποια θεραπεία, θα το συζητήσετε με τον θεράποντα γιατρό σας.

Ποια είναι η χρησιμότητα της εξέτασης;

Η εξέταση διενεργείται για την διαπίστωση των παθήσεων των χοληφόρων οδών, των "σωληνών" δηλαδή μέσω των οποίων διοχετεύεται η χολή από το συκώτι όπου παράγεται στο έντερο (δωδεκαδάκτυλο) προκειμένου να βοηθήσει στην πέψη των λιπαρών τροφών. Οι παθήσεις που διαγιγνώσκονται είναι η χολολιθίαση (πέτρες στη χολή) η χοληδοχολιθίαση (δηλαδή πέτρες μέσα στο σωληνάκι που παροχετεύει τη χολή προς το έντερο), καθώς και παθήσεις του παγκρέατος, ενός οργάνου που βρίσκεται πίσω από στομάχι, ανάμεσα στο δωδεκαδάκτυλο, και το οποίο συμβάλλει επίσης στην καλή

πέψη των τροφών. Οι παθήσεις του παγκρέατος που διαγιγνώσκονται είναι οι χρόνιες και οξείες φλεγμονές του οργάνου (παγκρεατίτιδα) και ο καρκίνος του παγκρέατος. Διαγιγνώσκονται επίσης και άλλες καλοήθεις καταστάσεις όπως π.χ. κύστες του παγκρέατος.

Η εξέταση όμως αυτή δίνει την δυνατότητα θεραπευτικής παρέμβασης σε διάφορες παθήσεις των χοληφόρων.

Σε περιπτώσεις καλοήθων παθήσεων όπως π.χ. λίθων στα χοληφόρα αγγεία, η μέθοδος επιτρέπει την αφαίρεση των λίθων μέσω ειδικών καθετήρων και ειδικών εξαρτημάτων.

Σε περιπτώσεις κακοήθων παθήσεων των χοληφόρων (π.χ. καρκίνου του παγκρέατος ή των χοληφόρων) που προκάλεσαν απόφραξη στα σωληνάκια που παροχετεύουν την χολή (οιους χοληφόρους πόρους) επιτρέπει την εισαγωγή ενός καθετήρα (ενδοσφύγγου) που επιτρέπει παραδοικά την διέγερση της χολής προς το έντερο και την ανακούφιση του ασθενούς από τον ίκτερο (την κίτρινη χροιά του δέρματος) που τον βασανίζει, βελτώνοντας έτσι σημαντικά την ποιότητα της ζωής του αρρώστου.



Συσκευή που τραβά βγαίνοντας λίθους από τα χοληφόρα πόρα.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από την εξέταση ;

Οι κίνδυνοι από την εξέταση είναι παρόμοιοι με τους κινδύνους που αναφέρθηκαν για την γαστροσκόπηση.

Ποιες είναι οι αντενδείξεις για την διενέργεια της εξέτασης ;

Οι αντενδείξεις για την διενέργεια της εξέτασης είναι παρόμοιες με αυτές που αναφέρθηκαν και στη γαστροσκόπηση.

Κολonosκόπηση

Ο θεράπων γιατρός σας συμβούλευσε να κάνετε μία ενδοσκόπηση του παχέος εντέρου, η οποία είναι γνωστή και σαν κολonosκόπηση, με σκοπό να βρεθεί το αίμα των συμπτωμάτων σας. Θα ενημερωθείτε για τον τρόπο με τον οποίο θα πραγματοποιηθεί η εξέταση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές/νοσηλεύτριες του ενδοσκοπικού εργαστηρίου. Εάν έχετε απορίες παρακαλούμε μην διστάσετε να τις εκφράσετε.

Τι είναι κολonosκόπηση ;

Η κολonosκόπηση είναι μία εξέταση η οποία δίνει την δυνατότητα στον γιατρό να δει απευθείας το εσωτερικό του παχέος εντέρου και του τελικού αλσού, δηλαδή του τελικού τμήματος του λεπτού εντέρου. Για να γίνει η εξέταση ένα ενδοσκόπιο θα περάσει από τον πρωκτό στο παχύ έντερο.

Το ενδοσκόπιο είναι ένας μακρύς εύκαμπτος σωλήνας, ο οποίος έχει το πάχος του δείκτη του χεριού σας, με ένα δυνατό φως στην άκρη του. Ο γιατρός βλέποντας μέσα από τον σωλήνα έχει μια πολύ καθαρή εικόνα του εσωτερικού του εντέρου και είναι σε θέση να διαπιστώσει εάν υπάρχει κάποια πάθηση. Στα σύγχρονα ενδοσκόπια (Video-ενδοσκόπια) η εικόνα από το εσωτερικό του εντέρου προβάλλεται στην οθόνη της τηλεοράσεως. Με τον τρόπο αυτό τόσο ο εξεταστέος γιατρός, όσο και άλλα μέλη της ιατρικής ομάδας μπορούν να παρακολουθούν και να ακολουθούν τα ευρήματα.

Μερικές φορές ο γιατρός θα χρειαστεί να πάρει βιοψίες, (μικρά κομμάτια συνήθως μικρότερα από 1 cm) για να αναλυθούν κάτω από το μικροσκόπιο.

Τα μικρά αυτά κομμάτια παίρνονται ανώδυνα μέσω του ενδοσκοπίου με την βοήθεια μιας πολύ μικρής λαβίδας βιοψίας.

Τι πρέπει να περιμένετε

Η προετοιμασία για την εξέταση

Το έντερο θα πρέπει να είναι καθαρό έτσι ώστε να μπορεί να δει ο γιατρός το εσωτερικό του. Γι' αυτό τον λόγο θα σας ζητηθεί να ακολουθή-

σετε πιστά την προηγούμενη ημέρα μια διαδικασία καθορισμού του εντέρου σας και να προσέλθετε για να κάνετε την εξέταση χωρίς να έχετε φάει ή να έχετε πει για τουλάχιστον 6 ώρες. Όταν θα φτάσετε στο ενδοσκοπικό εργαστήριο ένας γιατρός θα σας εξηγήσει την διαδικασία, τον σκοπό και τις πιθανές επιπλοκές της εξέτασης και ενδεχομένως να σας ζητήσει να υπογράψετε σε μια τυποποιημένη φόρμα ότι δέχεστε να υποβληθείτε στην ενδοσκοπική αυτή εξέταση.

Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι να κατανοήσετε πλήρως τον σκοπό και τις συνέπειες της εξέτασης. Παρακαλούμε να αναφέρετε στον γιατρό ή στον νοσηλεύτη/τρια εάν έχετε υποβληθεί σε άλλες ενδοσκοπήσεις στο παρελθόν, εάν είστε αλλεργικοί σε κάποιο φάρμακο και τι είδους αντιδράσεις εμφάνισατε. Εάν έχετε απορίες μην διστάσετε να τις αφηράσετε. Το προσωπικό του ενδοσκοπικού εργαστηρίου φροντίζει για την άνεση παραμονή σας και την ηρεμία σας κατά την διάρκεια της εξέτασης, οπότε δεν πρόκειται να παρεξηγήσει τυχόν ερωτήσεις σας.

Θα σας ζητηθεί να βγάλετε όλα τα ρούχα που φοράτε από τη μέση και κάτω και είτε θα φορέσε-

τε κάποια ειδική ποδιά είτε θασκεπαστείτε με ειδικό ύφασμα κατάλληλο για τις ανάγκες της εξέτασης (Σχ. 4).

Κατά την διάρκεια της εξέτασης

Θα ξαπλώσετε αναπνευστικά στο αριστερό σας πλευρό σε ένα εξειαστικό κρεβάτι στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων. Μία νοσηλεύτρια θα είναι μαζί σας κατά την διάρκεια της εξέτασης. Ο γιατρός θα σας χορηγήσει ενδοφλέβια κάποιο προεμιστικό φάρμακο από κάποιο από τις φλέβες του κεφαλιού σας για να είστε ήρεμοι. Η εξέταση διαρκεί συνήθως 15- 30 λεπτά.

Κατά την διάρκεια της κολονοσκόπησης ο γιατρός θα βάλει οέρα στο έντερο για να διατείνονται τα τοιχώματα και να μπορεί να εντοπίσει κάποια πάθηση, εάν υπάρχει.

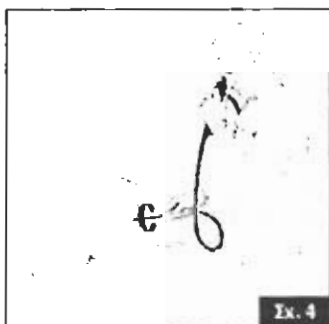
Μετά την εξέταση

Θα παραμείνετε για τουλάχιστον 30 λεπτά στο εργαστήριο. Μπορεί να αισθανόσαστε "φουσκωμένη" την κοιλιά σας από τον αέρα που έχει παραμείνει στο έντερο, ο οποίος σιγά-σιγά θα αποβληθεί.

Επιτρέφοντας στο σπίτι

Μετά την ενδοσκόπηση είναι απαραίτητο κάποιος να σας συνοδεύσει. Όταν θα φτάσετε στο σπίτι σας είναι σημαντικό να ξεκουραστείτε. Η επίδραση της νάρκωσης που δόθηκε κατά την διάρκεια της εξέτασης είναι πιο μακροχρόνια από όσα φαντάζεσαστε. Αποφύγετε λοιπόν να οδηγήσετε αυτοκίνητο, αποφύγετε τον κεραισμό μηχανημάτων και αποφύγετε να πείτε αλκοόλ. Οι επιδράσεις της νάρκωσης θα έχουν περάσει την επόμενη ημέρα και οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν πλέον να επανέλθουν στις προ της εξέτασης συνθηκομένες δραστηριότητές τους.

Πότε θα μάθω το αποτέλεσμα της εξέτασης; Συνήθως το αποτέλεσμα της εξέτασης δίδεται από τον γιατρό αμέσως μετά το τέλος της εξέτασης ή



Σχ. 4

όταν ζυγνήσετε, εάν είστε ναρκωμένοι. Εάν ένα ληφθεί βιοψία το αποτέλεσμα θα είναι έτοιμο σε μερικές μέρες. Θα ήταν καλή ιδέα να συνοδεύσετε από κάποιον όταν μιλήσετε με τον γιατρό στο τέλος της εξέτασης, διότι εάν σας έχει χορηγηθεί ηρεμιστικό φάρμακο μπορεί να ξεχάσετε όσα σας είπε. Μερικοί ασθενείς δεν θυμούνται καθόλου την ενδοσκόπηση. Εάν είναι αναγκαίο να κάνετε και άλλες εξετάσεις ή να πάρετε κάποια θεραπεία, θα το συζητήσετε με τον θεράποντα γιατρό σας.

Ποια είναι

η χρησιμότητα της κολονοσκόπησης ;

Όπως η γαστροσκόπηση σας παθήσεις του ανωτέρου πεπτικού, έτσι και η κολονοσκόπηση θεωρείται ότι είναι η οπουδαιότερη μέθοδος που διαθέτουμε σήμερα για την διάγνωση και θεραπεία των νοσημάτων που προσβάλλουν το παχύ έντερο. Η μέθοδος αποτέλεσε εντυπωσιακή πρόοδο αφού όπως και η ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού επιτρέπει όχι μόνο την λήψη βιοψιών, αλλά επί πλέον και την εφαρμογή θεραπευτικών μεθόδων για πολλές παθήσεις που θα αναφερθούν με συντομία στη συνέχεια.

Οι παθήσεις

που διαγιγνώσκονται

με την κολονοσκόπηση είναι:

- Πολύποδες παχέος εντέρου
- Καρκίνος παχέος εντέρου
- Φλεγμονές του παχέος εντέρου (μικροβιακές κολίτιδες, ελκώδης κολίτις κλπ)
- Εκατομώματα του παχέος εντέρου
- Αγγεοδυσπλασίες
- Διάγνωση της αιτίας αιμορραγίας προερχόμενης από το παχύ έντερο
- Διάφορες άλλες σπανιότερες καταστάσεις

Η κολονοσκόπηση δίνει την δυνατότητα

θεραπευτικής παρέμβασης για:

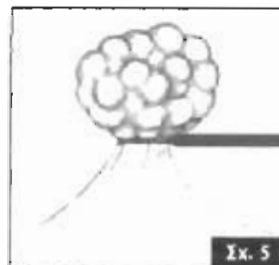
- Αφαίρεση πολύποδων
- Καυτηρίαση αγγεοδυσπλασιών
- Λήψη βιοψιών σε περιπτώσεις ύποπτης νοσημάτων που προδιαθέτουν σε εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου
- Εφαρμογή Laser ή άλλων παρόμοιων μεθόδων για διάνοιξη του αυλού του εντέρου σε ασθενείς με ανεγκάρητο καρκίνο του παχέος εντέρου.

Πολυπεκτομή

Ο θεράπων ιατρός σάς συνέστησε να κάνετε ενδοσκόπηση στο παχύ έντερο και κατά την ενδοσκόπηση βρέθηκε πολύποδας. Ο ενδοσκόπος σας θεωρεί ότι πρέπει ο πολύποδας να αφαιρεθεί. Συγκεκριμένα σας ανέφερε ότι ο πολύποδας που βρέθηκε μπορεί να αφαιρεθεί ενδοσκοπικά, χωρίς χειρουργική επέμβαση.

Τι είναι ενδοσκοπική πολυπεκτομή ;

Η ενδοσκοπική πολυπεκτομή εκτελείται αφού βεβαίως έχει προηγηθεί η γαστροσκόπηση, εάν ο πολύποδας είναι στο στομάχι, ή η κολονοσκόπηση, εάν ο πολύποδας είναι στο παχύ έντερο. Χρησιμοποιούνται τα ίδια ενδοσκοπικά όργανα με αυτά που χρησιμοποιούνται στην γαστροσκόπηση και κολονοσκόπηση.



Σκ. 5

ση μέσα από τα οποία διέρκονται ειδικοί καθετήρες. Το άκρο των καθετήρων έχει ακήμη βρόχου. Οι βρόχοι είναι μεταλλικοί και με κατάλληλους χειρισμούς του ενδοσκοπίου περιβροχίζουν τον πολύποδα στη βάση του. Οι πολύποδες τελικά κόβονται με την βοήθεια ηλεκτρικού ρεύματος που διέρχεται από το μεταλλικό πλαίσιο των βρόχων (Σχ. 5).

Η προετοιμασία για την εξέταση

Το έντερο θα πρέπει να είναι καθαρό έτσι ώστε να μπορέσει να δει ο γιατρός το εσωτερικό του. Για αυτό τον λόγο θα σας ζητηθεί να ακολουθήσετε πιστά την προηγούμενη ημέρα μια διαδικασία καθαρισμού του εντέρου σας και να προσέλθετε για να κάνετε την εξέταση χωρίς να έχετε φάει ή να έχετε πιει για τουλάχιστον 6 ώρες. Είναι απαραίτητο να έχουμε ελέγξει από τις προηγούμενες μέρες τον χρόνο προύδρομίνης και την γενική αίματος. Εάν παίρνουμε ασπιρίνη, ή αναπνευστικά πρέπει να τα διακόψουμε τις προηγούμενες τρεις ημέρες.

Πριν φτάσετε στον χώρο που θα γίνει η εξέταση ένας γιατρός θα σας εξηγήσει την διαδικασία, τον σκοπό και τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης και ενδεχομένως να σας ζητήσει να υπογράψετε σε μια τυποποιημένη φόρμα ότι δέχαστε να υποβληθείτε στην ενδοσκοπική αυτή επέμβαση.

Στόχος της διαδικασίας αυτής είναι να κατανοήσετε πλήρως τον σκοπό και τις συνέπειες της επέμβασης. Παρακαλούμε να αναφέρετε στον γιατρό ή στον νοσηλεύη/τρια εάν έχετε υποβληθεί σε άλλες ενδοσκοπήσεις στο παρελθόν, εάν έχετε αλλεργικοί σε κάποιο φάρμακο και τι είδους αντιδράσεις εμφανίσατε. Εάν έχετε απορίες μην διστάσετε να τις εκφράσετε. Το προσωπικό του ενδοσκοπικού εργαστηρίου φροντίζει για την άνετη παραμονή σας και την ηρεμία σας κατά την διάρκεια της εξέτασης, οπότε δεν πρόκειται να παρεξηγηθεί τυχόν ερωτήσεις σας.

Θα σας ζητηθεί να βγάλετε όλα τα ρούχα που φοράτε από τη μέση και κάτω (εάν πρόκειται για πολυτετακτομή στο παχύ έντερο) και είτε θα φορέσετε κάποια ειδικά ποδιά είτε θα σκεπαστείτε με ειδικό ύφασμα κατάλληλο για τις ανάγκες της εξέτασης.

Κατά την διάρκεια της εξέτασης

Θα ξαπλώσετε αναπαιστικά στο αριστερό σας πλευρό σε ένα εξειαστικό κρεβάτι στην αίθουσα ενδοσκοπήσεων. Μία νοσηλεύτρια θα είναι μαζί σας κατά την διάρκεια της εξέτασης. Ο γιατρός θα σας χορηγήσει ενδοφλέβια κάποιο ηρεμιστικό φάρμακο από μία από τις φλέβες του κερύου σας για να είστε ήρεμοι. Η εξέταση διαρκεί συνήθως 15-40 λεπτά ανάλογα με τη θέση που βρίσκεται ο πολύποδας. Κατά την διάρκεια της κολονοσκόπησης ο γιατρός θα βάζει αέρα στο έντερο για να διατείνονται τα τοιχώματα και να μπορεί να εντοπίσει και να αφαιρέσει τον πολύποδα.

Μετά την εξέταση

Θα παραμείνετε για τουλάχιστον 30 λεπτά στο εργαστήριο. Μπορεί να αισθανόστε "φουσκωμένη" την κοιλιά σας από τον αέρα που έχει παραμείνει στα έντερα, ο οποίος σιγά-σιγά θα αποβληθεί.

Επιστρέφοντας στο σπίτι

Μετά την ενδοσκόπηση είναι απαραίτητο κάποιος να σας συνοδεύσει. Όταν θα φτάσετε στο σπίτι σας είναι σημαντικό να ξεκουραστείτε. Η επίδραση της νάρκωσης που δόθηκε κατά την διάρκεια της εξέτασης είναι πιο μικροχρόνια από ότι φαντάζεστε. Αποφύγετε λοιπόν να οδηγήσετε αυτοκίνητο, αποφύγετε τον χειρισμό μηχανημάτων και αποφύγετε να πιείτε αλκοόλ. Οι επιδράσεις της νάρκωσης έχουν περάσει την επόμενη ημέρα. Για το επόμενο σκοσιετρόωρο πρέπει να φάτε ελαφρά, δηλαδή φιδέ, σουπα ή κρέμα. Σκόπιμο είναι να αποφύγετε την σωματική κόπωση για τρεις ημέρες. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν μετά την πόρδα του τριημέρου να επανέλθουν στις προς της εξέτασης συνθησιαμένες δραστηριότητές τους.

Πότε θα μάθω το αποτέλεσμα της εξέτασης;

Συνήθως, η κλονοποιισιακή έκβαση της ενδοσκοπικής πολυτετακτομής ανακοινώνεται από τον γιατρό αμέσως μετά το τέλος της εξέτασης ή όταν ξυπνήσετε, εάν έχετε νάρκωμένοι. Ο πολύποδας που

κόπηκε συλλαμβάνεται με την βοήθεια του βρόχου, αφαιρείται και αποστέλλεται στο εργαστήριο για ιστολογική εξέταση. Το αποτέλεσμα θα είναι έτοιμο σε μερικές μέρες.

Θα ήταν καλή ιδέα να συνοδεύσετε από κάποιον όταν μιλήσετε με τον γιατρό στο τέλος της εξέτασης, διότι εάν σας έχει χορηγηθεί ηρεμιστικό φάρμακο μπορεί να ξεχάσετε όσα σας είπε. Μερικοί ασθενείς δεν θυμούνται καθόλου την ενδοσκόπηση. Εάν απαιτείται να κάνετε και άλλες εξετάσεις ή να πάρετε κάποια θεραπεία, θα το συζητήσετε με τον θεράποντα γιατρό σας.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι από την επέμβαση ;
Οι κίνδυνοι από την επέμβαση είναι η αιμορραγία στη θέση της εκτομής του πολύποδα και η διατήρηση του εντέρου στο σημείο της πολυπεκτομής ή σε άλλο σημείο του εντέρου λόγω της καλονοσκόπησης. Οι κίνδυνοι αυτοί στη σημερινή εποχή είναι πάρα πολύ μικροί όμως είναι υπαρκτοί και πρέπει να τους γνωρίζει ο ασθενής προκειμένου να πάρει μια συνειδητή απόφαση σχετικά με την αντιμετώπιση του.

Πριν από την διενέργεια της πολυπεκτομής λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα και προφυλάξεις για το ενδεχόμενο εμφάνισης επιπλοκής (διασταύρωση αιμάτος, έλεγχος ηπικαιότητας του αίματος κλπ)

Ποιες είναι οι αντενδείξεις για την διενέργεια της πολυπεκτομής ;

- Η απουσία συγκατάθεσης του ασθενούς
- Διαταραχές της ηπικαιότητας του αίματος
- Σοβαρές καρδιοαναπνευστικές παθήσεις

Ποια είναι τα οφέλη από την διενέργεια της πολυπεκτομής ;

- Η μείωση της συχνότητας εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου
- Η αναμετάθεση αθρόας αιμορραγίας ή βαθμιαίας απώλειας αίματος από το παχύ έντερο.

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Όνομα:

Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Πόλη/Νομός:

Ταχ. Κώδικας:

Επάγγελμα:

Ειδικότητα:

Ιατροί/Διαιτολόγοι

e-mail:

Τηλέφωνο:

Fax:

Επιθυμώ να λαμβάνω
τα έντυπα του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

ΝΑΙ

Επιθυμώ να συμμετάσχω στις
Δραστηριότητες του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.

ΝΑΙ

Για να γίνειτε μέλος του ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.,
κόψτε και ταχυδρομήστε την αίτηση εγγραφής
στη διεύθυνση:

Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας
και Διατροφής
Πατριάρχου Ιωακείμ 30
106 75 Αθήνα

ή στείλτε την με fax στα: 210 7231332
*Αίτηση εγγραφής θα βρείτε και στο δικτυακό μας
τόπο www.eligast.gr • e-mail: info@eligast.gr

Το κοινωφελές και μη κερδοσκοπικό Ελληνικό Ίδρυμα Γαστρεντερολογίας και Διατροφής (ΕΛ.Ι.ΓΑΣΤ.) δημιουργήθηκε με βασικό σκοπό την ενημέρωση του κοινού, για την κατανόηση της σημασίας των νοσημάτων του πεπτικού και της υγιεινής διατροφής. Ευνοεί τη διοργάνωση σεμιναρίων για τα θέματα αυτά, την παραγωγή σχετικών εντύπων και δημοσιεύσεων, την υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων, τη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών και τη χορήγηση υποτροφιών για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς.

Όλα τα μέλη προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εθελοντική βάση και δεν έχουν καμία οικονομική υποχρέωση. Η υλοποίηση των στόχων του ιδρύματος στηρίζεται αποκλειστικά σε χορηγίες και δωρεές οι οποίες, μονολόγα ευπρόσδεκτες, είναι αυστηρά προαιρετικές.



Πατριάρχου Ιωακείμ 30 Αθήνα 10675
Τηλ.:/Fax: 210 7231332
www.eligast.gr
email: info@eligast.gr

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στις διαγνωστικές –εργαστηριακές εξετάσεις του πεπτικού είναι πολύ σημαντικός και απαραίτητος, αφού θα πρέπει να εφοδιαστεί εκτός από τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες με αγάπη, στοργή, κατανόηση και υπομονή, ώστε να μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων και δυσκολιών του αρρώστου. Η ικανότητα να προγραμματίζει και να κατευθύνει όλες τις νοσηλευτικές ενέργειες, για ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα στον άνθρωπο.

Σκοπός της εκπόνησης αυτής της εργασίας είναι να τονίσουμε την σπουδαία συμβολή του νοσηλευτή, σαν επιστήμονα και σαν άνθρωπο στις διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις του πεπτικού συστήματος τόσο στη φάση της προετοιμασίας και της διενέργειας των εξετάσεων καθώς και μετά από αυτές.

Ευελπιστούμε να συμβάλουμε έστω και αμυδρά σ' αυτήν την κατεύθυνση, καθώς και στη συνειδητοποίηση του ότι η αγάπη και ο σεβασμός προς τον εαυτό μας και τον συνάνθρωπο είναι αυτά που θα μας βοηθούν καθημερινά να είμαστε πραγματικά συμπαραστάτες στον άρρωστό μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: << Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. >> ΑΘΗΝΑ 1995
- 2.- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Α. Μ. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Φ. Σ.: << Νοσηλευτική γενική παθολογική χειρουργική. >> ΤΟΜΟΣ Α΄. Εκδόσεις Εικοστή. ΑΘΗΝΑ 1997
- 3.- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ. ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ: <<ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ Βασικές και ειδικές νοσηλείες.>> Έκδοση 8^η ΑΘΗΝΑ 1999
- 4.- ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ – ΜΟΣΧΟΒΟΛΑΚΗ ΡΕΓΓΙΝΑ: <<ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ. >> Επιστημονικές εκδόσεις. ΑΘΗΝΑ 1984
- 5.- ΣΑΧΙΝΗ –ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA – ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: <<Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. >> ΤΟΜΟΣ Β΄. Εκδόσεις Βήτα. ΑΘΗΝΑ 1997.
- 6.- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΤΜΗΜΑ Διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές ενδοσκόπησης ΑΘΗΝΑ 1990.
7. – Α΄ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ <<Αξιολόγηση εργαστηριακών εξετάσεων Αθήνα 1994.
8. – ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ <<Σ. Ι. Χατζηγιάννης 1994.
- 9.-.ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ <<Χ. Μ. Μουτσόπουλος – Δ.Σ.Εμμανουήλ. ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.>>
- 10.-.Ατλας Γαστρεντερολογίας <<Federico Pirgola>>Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης.

11.-ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ <<Αθανάσιος Ι. Αρχιμανδρίτης Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.>>ΑΘΗΝΑ 1999.

12.-Henry JB Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods. 18 th edition, 1991.

13 - Ravel R Clinical Laboratory Medicine 3 th edition 1989.

Bass NB and Van Dyke RW. Diseases of the liver and biliary system. In: Cecil, Essentials of Medicine. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Plum F, Smith LH (eds). W.D. Saunders Co., Philadelphia, 1990, pp 315 – 319.

14. Zakim D, Boyer TD Hepatology. A Textbook of Liver Disease. 2nd Ed., W.D. Saunders Co., Philadelphia, 1990.

15. McIntyre N, Benhamon JP, Biveler J et al. (eds). Oxford textbook of Clinical Hepatology. Oxford University Press, 1991.

16. Άτλας ανατομίας.

Μετάφραση-Επιμέλεια Ευαγγελία Θ. Μαυρικάκη εκδόσεις Πατάκη.

