

Σ.Ε.Υ.Π.

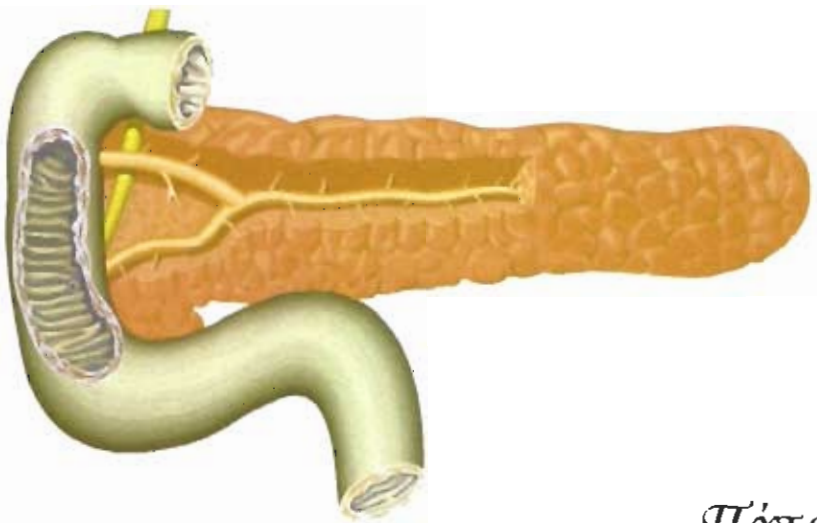
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Έργασία με θέμα:

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ

Υπέυθ. Καθηγητής: Αντωνακόπουλος Κων/νος

Σπουδάστρια: Σκορδαλή Ευφροσύνη



Πάτρα 2001-2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	11
ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	11
2.1. Ορισμός παγκρεατίτιδας γενικά	11
2.2. Ορισμός οξείας παγκρεατίτιδας	11
2.2.1. <i>Επιδημιολογία</i>	12
2.2.2. <i>Αιτιολογία</i>	12
2.3 Παθοφυσιολογία	13
2.3.1. <i>Κλινική εικόνα</i>	14
2.3.2. <i>Εργαστηριακά ευρήματα</i>	15
2.3.4. <i>Απεικονιστικές εξετάσεις</i>	16
2.4. Διάγνωση	18
2.4.1 <i>Διαφορική διάγνωση</i>	19
2.5. Θεραπεία	20
2.5.1 <i>Φαρμακευτική – Θεραπευτική αγωγή</i>	24
2.5.2. <i>Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης</i>	26
2.6. Πρόγνωση	27
2.6.1. <i>Πρόληψη</i>	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	28
ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	28
3.1. Ορισμός	28
3.2. Αιτιολογία	29
3.3 Παθολογική Ανατομία & Παθοφυσιολογία	33
3.4. Κλινική εικόνα	35
3.4.1. <i>Παγκρεατική ανεπάρκεια</i>	36
3.5. Διάγνωση	37
3.5.1. <i>Διαφορική διάγνωση</i>	41
3.6. Θεραπεία	41
3.7. Επιπλοκές	44
3.8. Πρόγνωση	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	46
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ	46
4.1.1. Επιδημιολογία – Συχνότητα	46
4.1.2. Παθολογική ανατομική	46
4.1.3 Κλινική εικόνα	47
4.1.4 Διάγνωση	48
4.1.5. Πρόγνωση	49
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	51
ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ	51
1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην οξεία παγκρεατίτιδα	51
1.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην χρόνια παγκρεατίτιδα	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	55
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	55
Α΄ Περιστατικό	55
Β΄ Περιστατικό	65
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Την τελευταία δεκαετία η παγκρεατίτιδα έχει πάρει τεράστιες διαστάσεις σε σημείο που να θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις για την ζωή των ανθρώπων.

Η χρονιότητα της νόσου δημιουργεί ποικίλα προβλήματα στους ασθενείς όπως όγκος, αγωνία, ανησυχία, για την εξέλιξη της νόσου καθώς και άλλα ψυχολογικά προβλήματα.

Το έναυσμα για τη μελέτη του θέματος αυτού δόθηκε από την παρατήρηση της αυξημένης συχνότητας της νόσου καθώς και των περιπτώσεων της στον πάσχοντα είτε κοινωνικοοικονομικές είναι αυτές είτε συναισθηματικές.

Η πτυχιακή αυτή εργασία στοχεύει στη μελέτη όλων των στοιχείων που έχουν σχέση με την παγκρεατίτιδα προκειμένου να συγκεντρώσω όλες τις γνώσεις που είναι αναγκαίες για το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νόσου όσον αφορά τόσο την πρόληψη όσο και την αντιμετώπισή της.

Η πτυχιακή εργασία αρχικά περιλαμβάνει τον πρόλογο όπου παρατίθενται οι λόγοι που με οδήγησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Στη συνέχεια αποτελείται από το πρώτο μέρος το οποίο περιλαμβάνει την ανατομία και τη φυσιολογία του παγκρέατος, τον ορισμό της νόσου την αιτιολογία της, την κλινική εικόνα, την πρόγνωση και τέλος τη θεραπεία της. Ακόμα, περιλαμβάνει το δεύτερο μέρος το οποίο περιέχει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζουμε σε άτομα που πάσχουν από παγκρεατίτιδα με σκοπό την αντιμετώπιση των

συμπτωμάτων της νόσου αλλά και την ψυχολογική και ηθική στήριξή τους. Τέλος, στο δεύτερο μέρος παρατίθενται με τη σειρά όλα τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας τα οποία ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης σε νοσοκομείο σε δύο άτομα που έπασχαν από τη συγκεκριμένη νόσο, προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τα δυσμενή συμπτώματα της νόσου αλλά και να προληφθούν διάφορες επιπλοκές της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πέψη των τροφών γίνεται μέσα στον πεπτικό σωλήνα ο οποίος ξεκινάει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό.

Καθώς η τροφή εισέρχεται στο στόμα, αμέσως αρχίζει να διασπάται με τη βοήθεια της μηχανικής και χημικής πέψης.

Στη στοματική κοιλότητα οι τροφές δέχονται την επίδραση του ενζύμου πτυαλίνη και οι υδατάνθρακες διασπώνται σε δεξτρίνες και σε μαλτόζη. Ο βλωμός από το στόμα με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων του οισοφάγου κατέρχεται στο στομάχι. Υ γαστρικό υγρό του στομάχου και κυρίως το ένζυμο πεψίνη διασπά τα λευκώματα σε πεπτές.

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 γαλακτοποιημένα 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.

Τα τελικά προϊόντα της πέψεως, δια της κάτω κοίλης φλέβας θα φτάσουν στο ήπαρ, όπου θα μεταβολιστούν για να μεταβληθούν σε οικοδομικό υλικό των ιστών του οργανισμού και σε διάφορες μορφές ενέργειας.

Το ήπαρ όπως και το πάγκρεας ανήκουν στο πεπτικό σύστημα.

Το ήπαρ παράγει τη χολή και τα παγκρεατικά κύτταρα εγκρίνουν το παγκρεατικό υγρό το οποίο περιέχει πολύτιμα ένζυμα για τη χημική πέψη των τροφών.

Το πάγκρεας και το ήπαρ δια μέσω κάποιων πόρων, εγκρίνουν το δικό τους υλικό, απευθείας στο δωδεκαδάκτυλο όπου συνεχίζεται η πέψη των τροφών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας είναι ένας από τους μεγαλύτερους αδένες του σώματος, που βρίσκεται μεταξύ του στομάχου και της κεφαλής της αγκύλης του δωδεκαδάκτυλου που στην ουσία λειτουργεί σαν δύο αδένες. Σχεδόν όλα τα κύτταρά του ασχολούνται με εκκρίσεις.¹

Έτσι λοιπόν είναι ενδοκρινής αδένας που εκκρίνει ορμόνες από τις οποίες η πιο σημαντική είναι η ινσουλίνη. Όμως είναι και εξωκρινής αδένας δηλαδή αδένας που εκκρίνει μέσα στα σπλάχνα (ή σε κάποια άλλη κοιλότητα του σώματος) αντί στο αίμα.

Το πάγκρεας συγκεκριμένα βρίσκεται κατά μήκος του πάνω τμήματος της κοιλιάς μπροστά από τη σπονδυλική στήλη και πάνω από την αορτή και την κοίλη φλέβα (τη σημαντικότερη αρτηρία και φλέβα του ανθρωπίνου σώματος). Το δωδεκαδάκτυλο στην ουσία είναι τυλιγμένο γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος.¹

Οι βασικές δομές που υπάρχουν στο πάγκρεας είναι οι αδεοκυψέλες, που είναι σύνολα εκκρινόσεων κυττάρων που βρίσκονται στο τυφλό άκρο ενός μικρού αγωγού. Κάθε αγωγός ενώνεται με αγωγούς από άλλες αδεοκυψέλες μέχρι που στο τέλος συνδέονται όλες με τον κύριο αγωγό που περνάει από το κέντρο του παγκρέατος. Ανάμεσα στις αδεοκυψέλες υπάρχουν μικρές ομάδες κυττάρων που ονομάζονται νησίδες του Λάγκερχανς². Αυτές αποτελούν την «άλλη ζωή» του παγκρέατος ως ενδοκρινούς οργάνου που εκκρίνει ινσουλίνη, απαραίτητη στο σώμα για το συνεχή έλεγχο της στάθμης του σακχάρου.¹

Οι νησίδες παράγουν επίσης μια ορμόνη που ονομάζεται γλυκογόνο και η οποία βοηθάει στην αύξηση παρά στη μείωση της στάθμης του σακχάρου στο αίμα. Ο σκοπός της ινσουλίνης είναι να διατηρήσει τη στάθμη του σακχάρου στο αίμα σε κάποια φυσιολογικά επίπεδα. Η έλλειψη της ορμόνης αυτής προκαλεί διαβήτη.³

Σε περίπτωση που η στάθμη των σακχάρων στο αίμα αρχίζει να ξεπερνάει κάποια όρια, οι νησίδες του Λάνγκερχανς αντιδρούν απελευθερώνοντας ινσουλίνη στην κυκλοφορία του αίματος.¹ Στη συνέχεια η ινσουλίνη επιδιώκει να ανακόψει τις επιπτώσεις των ορμονών για την άνοδο της στάθμης του σακχάρου στο αίμα.

Παράλληλα, εξίσου σημαντική είναι η λειτουργία απορρόφησης του παγκρέατος. όταν όλοι οι χυμοί και τα ένζυμα προστίθενται και ο χυμός περνά μέσα από τη κύστη η πέψη έχει προχωρήσει στο σημείο όπου μπορεί να αρχίσει η απορρόφηση κάποιων θρεπτικών ουσιών.²

Η απορρόφηση ολοκληρώνεται μέσω εκατομμυρίων μικροσκοπικών συνθέσεων των λάχνων. Οι λάχνες που προβάλλουν από το εσωτερικό του κυρίου μέρους του λεπτού εντέρου εξυπηρετούν ένα διπλό σκοπό. Από τη μία κινούνται συνεχώς μπρος πίσω διατηρώντας τους χυμούς σε ανάμειξη με τους πεπτικούς χυμούς και από την άλλη, κάθε προβολή, είναι εφοδιασμένη με αιμοφόρα αγγεία και ένα εντερικό λεμφικό αγγείο από το λεμφικό σύστημα. Τα εξωτερικά κύτταρα των λαχνών απορροφούν τα θρεπτικά συστατικά, μέταλλα και νερό από τους χυμούς.³

Κάποια λιπαρά και όλοι οι υδατάνθρακες και οι πρωτεΐνες με τη μορφή ζάχαρης και αμινοξέων απορροφούνται από τα τριχοειδή αγγεία

των λαχμών για αν σταλούν μέσω της πυλέας φλέβας στο ήπαρ.⁴ Εδώ τα προϊόντα τυγχάνουν επεξεργασίας και απελευθερώνονται από το σώμα ή αποθηκεύονται. Πολλά λιπαρά απορροφούνται από εντερικό λεμφικό αγγείο από το λεμφικό σύστημα για να τύχουν επεξεργασίας μέσω των λεμφαδένων και τέλος μπαίνουν στο κυκλοφορικό σύστημα για διανομή.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

2.1. Ορισμός παγκρεατίτιδας γενικά

Πρόκειται περί οξείας ή χρόνιας φλεγμονής του παγκρέατος που συνοδεύεται από καταστροφή του οργάνου. Μέχρι πριν από λίγα χρόνια οι όροι οξεία, χρόνια, οξεία υποτροπιάζουσα και χρόνια υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα χρησιμοποιούνταν κατά συγκεκριμένο τρόπο.⁶

Το 1963 όμως σε συμπόσιο στη Μασσαλία καθορίστηκε η έννοια των όρων ως εξής :

α) Οξεία υποτροπιάζουσα. Και στις δύο περιπτώσεις η ανατομία και η λειτουργία του οργάνου επανέρχονται στο φυσιολογικό μετά αποδρομή του οξέος επεισοδίου.

β) Χρόνια και χρόνια υποτροπιάζουσα. Σ' αυτήν την περίπτωση η ανατομία και η λειτουργία του οργάνου παραμένει μόνιμως παθολογική.⁶

Η ταξινόμηση αυτή είναι χρήσιμη λόγω της απλότητας, δεν χρησιμοποιείται όμως ευρέως. Οι περισσότεροι διακρίνουν απλώς οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα.

2.22. Ορισμός οξείας παγκρεατίτιδας

Ορισμός: Πιο συγκεκριμένα η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος και αύξηση των παγκρεατικών ενζύμων στον ορό (αμυλάση, λιπάση) που αποτελούν δείκτη παγκρεατικής βλάβης. Το

κλινικό φάσμα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ευρύ και κυμαίνεται από προσβολή ελαφρού βαθμού μέχρι θανατηφόρας έκβασης με ποσοστό θνησιμότητας 10 – 15%⁸

2.2.1. Επιδημιολογία

Η συχνότητά της κυμαίνεται από 7 μέχρι 23 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η αναλογία κατά φύλο κυμαίνεται σε σχέση με την αιτιολογία της νόσου. Στη λιθιακή παγκρεατίτιδα η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες, ενώ αλκοολική παγκρεατίτιδα η νόσος είναι συχνότερη στους άνδρες. Στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου είναι 13 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η λιθιακή αποτελεί τα 70% περίπου όλων των περιπτώσεων, 20% είναι αλκοολικής αιτιολογίας, ενώ το 10% αποτελεί υπόλοιπα αίτια.⁹

2.2.2. Αιτιολογία

Τα αίτια της οξείας παγκρεατίτιδας συνοψίζονται ως εξής :

- Οινόπνευμα
- Χολολιθίαση
- Ιδιοπαθής (μικρολιθίαση)
- Υπερλιπιδαιμία
- Κληρονομική παγκρεατίτις
- Διαχωρισμένο πάγκρεας
- Λοιμώδη αίτια όπως ιοί, παράσιτα, βακτήρια κ.τ.λ.
- Διάφορα αίτια όπως διαττραίνον έλκος, νόσος του Grohn κ.τ.λ.
- Παιδιατρικά νοσήματα όπως σύνδρομο Reye, κυστική ίνωση κ.τ.λ.

- Φάρμακα π.χ. Βαλποϊκό οξύ, σοθφλοναμίδες
- Αγγειακά αίτια (ισχαιμία, αγγειίτιδα)
- Τραύμα
- Μετεγχειρητική
- Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία.

Η χολολιθίαση και το αλκοόλ αποτελούν συνολικά τα 80% όλων των περιπτώσεων. Ένα ποσοστό 10 –15% είναι ιδιοπαθής. Το 70% των περιπτώσεων ιδιοπαθούς παγκρεατίτιδας αποδίδεται σε μικρολιθίαση, δηλαδή οι ασθενείς έχουν λιθογενή χολή με κρυστάλλους χοληστερόλης χωρίς σχηματισμό χολολιθών. Μεταβολικά αίτια είναι η υπερλιπιδαιμία και η υπερασβεσταιμία. Τα φάρμακα αποτελούν μικρό ποσοστό στην αιτιολογία της οξείας παγκρεατίτιδας αλλά ο αριθμός των αναφερομένων περιπτώσεων αυξάνει.⁷

2.3 Παθοφυσιολογία

Οι παθογενετικοί μηχανισμοί στην οξεία παγκρεατίτιδα ποικίλλουν ως προς την αιτιολογία. Στην περίπτωση της λιθιασικής παγκρεατίτιδας, η φλεγμονή προκαλείται από την παλινδρόμηση της χολής στο παγκρεατικό πόρο, την αύξηση της διαπεραστικότητας και την ενεργοποίηση των παγκρεατικών ενζύμων με την πρόκληση βλάβης στο παγκρεατικό παρέγχυμα, δηλαδή μια μορφή αυτοπεψίας. Η φλεγμονή επεκτείνεται στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο με την είσοδο κυτταροκινών και τοξινών στη συστηματική κυκλοφορία, με συνέπεια την ανάπτυξη επιπλοκών και το σύνδρομο ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων.⁵

Η αλκοόλη έχει άμεση τοξική δράση στο παγκρεατικό παρέγχυμα. Προκαλεί διέγερση της παγκρεατικής έκκρισης και συγχρόνως αύξηση του τόνου του σφιγκτήρα του Oddi.⁵ Η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα οφείλεται σε αιμοδυναμικές διαταραχές και υπόταση που προκαλούν ισχαιμία και συμβάλουν στην εξέλιξη της οιδηματώδους σε νεκρωτική παγκρεατίτιδα λόγω διαταραχών της μικροκυκλοφορίας και αιμάτωσης.

2.3.1. Κλινική εικόνα

Το κλινικό φάσμα της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ευρύ και η διάγνωση δυσχερής διότι οι κλινικές εκδηλώσεις είναι κοινές σε πολλά νοσήματα. Τα συνηθέστερα συμπτώματα και σημεία είναι :

1. Κοιλιακό άλγος που εντοπίζεται στο επιγάστριο. Είναι επίσης έντονο και διαξιφιστικό και αντανακλά στην οσφύ.⁸
2. Ναυτία και εμετός συνήθως συνοδεύουν το κοιλιακό άλγος.
3. Ο πυρετός είναι συχνή αρχική εκδήλωση και οφείλεται συνήθως στην ίδια νόσο, ιδιαίτερα στη νεκρωτική παγκρεατίτιδα και την απορρόφηση των τοξικών. Η λοίμωξη συνήθως επιπλέκει την οξεία παγκρεατίτιδα μετά από 10 –14 ημέρες από την έναρξη της νόσου.⁷
4. Ευαισθησία και αντίσταση κατά την ψηλάφηση της κοιλιάς, ιδιαίτερα στο επιγάστριο.
5. Ίκτερος. Σε περίπτωση λιθισιακής παγκρεατίτιδας και μετακίνησης του λίθου στο χοληδόχο πόρο, παρατηρείται ίκτερος από την απορρόφηση του χαλφόρου συστήματος.⁸

2.3.2. Εργαστηριακά ευρήματα

Τα συνήθη εργαστηριακά ευρήματα είναι η πτώση του αιματοκρίτη, η λευκοκυττάρωση με πολυμορφοπυρήνωση, αύξηση της ΤΚΕ, υπεργλυκαιμία, αύξηση των τσανσαμινασών, αύξηση της ουρίας, υπασβεστιαμία, και πτώση του PO₂. Ορισμένα από τα εργαστηριακά ευρήματα αποτελούν τα προγνωστικά κριτήρια του Ranson. Σύμφωνα με αυτά κατά την εισαγωγή έχουμε ⁹:

- ηλικία (>55 ετών)
- λευκά αιμοσφαίρια (>16,000/ml)
- γλυκόζη αίματος (>200mg/dl)
- γαλακτική δεϋδρογινάση (>350U/L)
- SGOT > 250 U/L

Ενώ μετά από 48 ώρες έχουμε :

- ↓ αιματοκρίτη (>10%)
- ↑ ουρίας (κατά >5 mg/dl)
- ↓ ασβεστίου (<8mg/dl)
- PO₂ < 60mm Hg
- Έλλειμμα βάσεως > 4 mEq/l

Απώλεια υγρών (>6l)

Αν υπάρχουν <3 προγνωστικών κριτηρίων Ranson, η θνησιμότητα ανέρχεται σε 10 – 20% και σε περίπτωση >6 θετικών σημείων, η θνησιμότητα υπερβαίνει τα 58%. Τα μειονεκτήματα των κριτηρίων Ranson είναι η αναγκαιότητα επαναξιολόγησης σε 48 ώρες και η

καταγραφή 6 επιπλέον σημείων. Στο διάστημα αυτό είναι δυνατό να παρατηρηθεί επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή που να απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Άλλοι προγνωστικοί βιομηχανικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη διάκριση μεταξύ οιδηματώδους και νεκρωτικής παγκρεατίτιδας είναι η C- αντιδρώσα πρωτεΐνη, η ελαστάση των λευκοκυττάρων και το πεπτίδιο του ενεργοποιητή του θρυψινογόνου.⁸ ένα άλλο σύστημα πρόγνωσης της οξείας παγκρεατίτιδας που χρησιμοποιείται σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και είναι σε κρίσιμη κατάσταση, είναι τα κριτήρια APACHE – II που είναι το ακρωνύμιο το όρου Acute Physiology Assesment and Chronic Health Evaluation. Το σύστημα αυτό αποτελείται από 12 σημεία (ηλεκτρολύτες, PO₂, διταυθρακικά, Hct, λευκά¹⁰) Τα σύστημα αυτό έχει μεγαλύτερη ευαισθησία, αλλά είναι πιο σύνθετο.⁹

2.3.4. Απεικονιστικές εξετάσεις

- 1) **Ακτινογραφία κοιλιάς :** Η απλή ακτινογραφία κοιλιάς στην οξεία παγκρεατίτιδα δίδει διαγνωστικές πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Εύρημα που συνηγορεί για διάτρηση σπλάχνου και όχι για παγκρεατίτιδα. Χαρακτηριστικά ευρήματα κατανομής του αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα αποτελούν: α) η δορυφόρος έλικα λεπτού εντέρου, β) εικόνα ειλεού και γ) εικόνα απόφραξης στο εγκάρσιο κόλον ή στη σπληνική καμπή.⁹
- 2) **Ακτινογραφία θώρακα:** Η ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας όπου παρατηρείται συλλογή πλευριτικού υγρού, ατελεγκτασία και εικόνα οξέος πνευμονικού οιδήματος με φυσιολογικό μέγεθος καρδιάς,

χαρακτηριστική του συνδρόμου οξέος πνευμονικά οιδήματος με φυσιολογικό μέγεθος καρδιάς, χαρακτηριστική του συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα.⁹

3) **Υπερηχογράφημα κοιλιάς:** Η κύρια ένδειξη και η διαγνωστική αξία της υπερηχογραφίας κοιλιάς στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι η ανίχνευση χολολιθών σε περιπτώσεις λιθιασικής παγκρεατίτιδας και στην απεικόνιση του χοληδόχου πόρου και των ενδοηπατικών φλαγγείων σε περίπτωση, απόφραξης. Η απεικόνιση του παγκρέατος είναι δυσχερής λόγω της αεροπλήθειας του εντέρου που παρατηρείται στην οξεία παγκρεατίτιδα.⁸ Η ηχογένεια του παγκρέατος είναι ελαττωμένη από το οίδημα που προκαλεί αύξηση του μεγέθους του οργάνου. Η υπερηχογραφία παγκρέατος είναι επίσης χρήσιμη στην ανίχνευση ψευδοκύστης του παγκρέατος που αποτελεί επιπλοκή της οξείας παγκρεατίτιδας και παρατηρείται 4 –6 εβδομάδες από την έναρξη της νόσου.

4) **Αξονική τομογραφία:** η αξονική τομογραφία κοιλιάς είναι η πλέον χρήσιμη απεικονιστική εξέταση του παγκρέατος στην οξεία παγκρεατίτιδα και στην σταδιοποίηση της βαρύτητας της νόσου. Ανάλογα με το βαθμό βαρύτητας και την ύπαρξη παγκρεατικής νέκρωσης, παρατηρούνται τα εξής ευρήματα :

α) αύξηση του μεγέθους του παγκρέατος σε περιπτώσεις οίδηματώδους παγκρεατίτιδας⁸

β) περιπαγκρεατική φλεγμονή

γ) συλλογή υγροί

δ) νέκρωση

Για τη σταδιοποίηση της οξείας παγκρεατίτιδας και τη διάκριση μεταξύ οιδηματώδους και νεκρωτικής παγκρεατίτιδας χρησιμοποιείται η δυναμική αξονική τομογραφία με ταχεία ενδοφλέβια έγχυση σκιαστικού.

Η αξονική τομογραφία χρησιμοποιείται για την παρακολούθηση των ασθενών και την ανάπτυξη επιπλοκών (απόστημα, ψευδοκύστες παγκρέατος, φλέγμονα παγκρέατος, παγκρεατικός ασκίτης⁹).

- 5) **Μαγνητική τομογραφία:** Η μαγνητική τομογραφία έχει συγκρίσιμη ευαισθησία με την αξονική τομογραφία και κατά συνέπεια δεν δικαιολογείται η χρήση της στην πλειονότητα των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα διότι έχει μεγαλύτερο κόστος από την αξονική τομογραφία και δεν προσφέρει σημαντικά πλεονεκτήματα.⁹

2.4. Διάγνωση

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας βασίζεται στην κλινική εικόνα και στη μέτρηση της αμυλάσης του ορού. Η μέτρηση της αμυλάσης έχει διαγνωστική αξία όταν διενεργείται τις πρώτες 24 – 48 ώρες μετά την εισβολή της νόσου, διότι μετά από το διάστημα αυτό επιστρέφει στα φυσιολογικά επίπεδα.¹¹ Η λιπάση έχει επίσης διαγνωστική αξία και παραμένει σε υψηλά επίπεδα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την αμυλάση, αλλά δεν αποτελεί εξέταση ρουτίνας στα περισσότερα εργαστήρια. Υπεραμυλασαιμία παρατηρείται και σε άλλα μη παγκρεατικά νοσήματα όπως το διαιτηραινόν πεπτικό έλκος, έκτοπη κύηση, έμβολη μεσευτερίου, περιτονίτιδα, σαλπινγίτιδα, αλλά ο συνδυασμός της κλινικής εικόνας με τη μέτρηση της αμυλάσης του ορού έχει διαγνωστική αξία.¹¹ Από τις απεικονιστικές διαγνωστικές εξετάσεις

ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η αξονική τομογραφία, ως προς τη σταδιοποίηση, την εξέλιξη της νόσου και την εμφάνιση επιπλοκών. Η μαγνητική τομογραφία δεν παρέχει ιδιαίτερα πλεονεκτήματα στη διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας, αν ληφθεί υπόψη και το μεγαλύτερο κόστος της εξέτασης. Η χρησιμότητα της υπερηχοτομογραφίας αφορά κυρίως στη διάγνωση της χολολιθίασης στη λιθισιακή παγκρεατιτιδα.

2.4.1 Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνει νοσήματα του θώρακα και της κοιλιάς που εκδηλώνονται με οξεία εισβολή και συνοδεύονται από κοιλιακό άλγος, που είναι η κύρια κλινική εκδήλωση της οξείας παγκρεατίτιδας. Τα νοσήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική διάγνωση είναι :

- 1) διατριτράινον πεπτικό έλκος
- 2) διάτρηση πεπτικού έλκους
- 3) οξεία παγκρεατίτιδα
- 4) ανιούσα χολαγγειίτιδα
- 5) οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου
- 6) κολικός νεφρού στη νεφρολιθίαση
- 7) αποφρακτικός ειλεός
- 8) θρόμβωση μεσεντερίων αγγείων
- 9) πνευμονία
- 10) διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής

- 11) οξεία διαλείπουσα πορφυρία
- 12) έκτοπη κύηση
- 13) σαλπινγίτιδα
- 14) νοσήματα του συνδετικού ιστού (οζώδης πολυαρτηρίτιδα, ερυθματώδης λύκος)

2.5. Θεραπεία

Η θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας έχει τρεις στόχους : α) την υποστηρικτική αγωγή που αποτελεί και το σημαντικότερο στόχο β) τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ελάττωση της φλεγμονής και γ) την αντιμετώπιση των επιπλοκών.

α) Υποστηρικτική αγωγή – Συντηρητική θεραπεία

Η υποστηρικτική αγωγή και η στρατηγική της θεραπείας εξαρτάται από το βαθμό βαρύτητας της οξείας παγκρεατίτιδας. Ως γενική αρχή, ασθενείς με οίδηματώδη παγκρεατίτιδα ελαφρού / μετρίου, βαθμού, χρειάζονται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, αναλγητικά και στενή παρακολούθηση.¹⁰ Ασθενείς με νεκρωτική παγκρεατίτιδα ιδανικά θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας από ομάδες ιδικών ιατρών, όπως γαστρεντερολόγων, χειρουργών, ακτινολόγων και αναισθησιολόγων. Έχει αποδειχθεί ότι αυτή η προσέγγιση δίνει τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας. Σε περίπτωση που δεν είναι εφικτή η αντιμετώπιση των ασθενών με βαρεία οξεία παγκρεατίτιδα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, θα πρέπει να υπάρχει συνεχής ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση με τη συνεχή καταγραφή των ζωτικών σημείων και εργαστηριακών εξετάσεων, όπως των ηλεκτρολυτών, Ηct,

ουρίας, κρεατινίνης, αερίων αίματος και οξεοβασικής ισορροπίας. Άμεση μέριμνα είναι η ταχεία ενδοφλέβια χορήγηση διαλυμάτων, όπως ισοτόνου φυσιολογικού ορού, διαλυμάτων ηλεκτρολυτών και δεξτρόζης για την ενυδάτωση των ασθενών, τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης και της νεφρικής λειτουργίας.¹¹

Υπολογίζεται ότι τις πρώτες 24 ώρες οι ασθενείς με βαρεία μορφή οξείας παγκρεατίτιδας χρειάζονται ημερησίως 4 –6 λίτρα υγρών. Για τη ακριβή αναπλήρωση του όγκου των υγρών πρέπει να τοποθετείται κεντρικός φλεβικός καθετήρας Swan – Ganz. Η χορήγηση αναλγητικών είναι απαραίτητη για τον έλεγχο του κοιλιακού άλγους που είναι ιδιαίτερα έντονο, ιδιαίτερα τις πρώτες ώρες της νοσηλείας. Η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα δεν έχει αποδειχθεί ότι επιταχύνει την αποδρομή της νόσου, ούτε ότι βραχύνει το χρόνο νοσηλείας. Συμβάλλει όμως στη βελτίωση των συμπτωμάτων και στην ανακούφιση των ασθενών που εμφανίζουν ατονία του στομάχου, εμετούς και συμπτώματα ειλεού.⁸

Ιδιαίτερη σημασία έχει η διατροφή των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα διότι η κλινική πορεία είναι δυνατόν να είναι παρατεταμένη. Σε περιπτώσεις που η νοσηλεία θα παραταθεί πέραν της εβδομάδας, υπάρχει ένδειξη για ολική παρεντερική διατροφή.

β) Θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ελάττωση της φλεγμονής :

Η επείγουσα σφιγκτηροτομή και αφαίρεση χολολιθών από το χοληδόχο πόρο και την ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία στη λιθιασική παγκρεατίτιδα έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ελάττωση της νοσηρότητας και

θνησιμότητας. Η μέθοδος έχει πλεονεκτήματα, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα στα οποία η χειρουργική αντιμετώπιση έχει υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁹

Άλλοι τρόποι για την ελάττωση της φλεγμονής είναι η χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών για τη δέσμευση των ελευθέρων ριζών οξυγόνου, η χορήγηση αναστολέων των πρωτεασών και πρόσφατα του ανταγωνιστή του ενεργοποιητή του παράγοντα των αιμοπεταλίων (lexipatart)

γ) Αντιμετώπιση επιπλοκών

Οι επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας απαιτούν άμεση αντιμετώπιση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, με υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των πνευμόνων, των νεφρών - και των αιμοδυναμικών διαταραχών της καταπληξίας.

Οι συνηθέστερες επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας διακρίνονται σε πρώιμες, όταν εμφανίζονται εντός 14 ημερών από την εισβολή της νόσου και σε όψιμες μετά από 14 ημέρες και είναι οι εξής :

A. Πρώιμες

- Κυκλοφορική ανεπάρκεια, καταπληξία
- Αναπνευστική ανεπάρκεια
- Ατελεκτασία, πλευριτική συλλογή
- Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Μεταβολικές διαταραχές (υπεργλυκαιμία, υπασβαιστηαιμία)

- Παγκρεατική αιμορραγία
- Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη

B. Όψιμες

- Συλλογή υγρού στον περιπαγκρεατικό χώρο
- Ψευδοκύστες
- Παγκρεατικό απόστημα
- Επιμόλυνση της νέκρωσης

Οι σοβαρότερες πρώιμες επιπλοκές που έχουν την υψηλότερη θνησιμότητα είναι η καταπληξία και το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα.⁸

Η καταπληξία οφείλεται στην ταχεία απώλεια υγρών από το πλάσμα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο. Στην καταπληξία η αρτηριακή πίεση είναι κάτω των 90 mmHg, στο σύνδρομο της αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα το PO_2 είναι κάτω των 60 mmHg και στη νεφρική ανεπάρκεια η κρεατινίνη του ορού είναι άνω των 2mg/dl.⁸ Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα χαρακτηρίζεται από α) βαρεία και προοδευτική αναπνευστική δυσχέρεια. Β) υποξία, γ) ακαμψία πνευμόνων που οδηγεί σε αναπνευστική ανεπάρκεια και δ) διάχυτες πνευμονικές διηθήσεις. Οι σοβαρότερες όψιμες επιπλοκές είναι η επιμόλυνση της παγκρεατικής νέκρωσης, το παγκρεατικό απόστημα και η επιμόλυνση των ψευδοκύστεων του παγκρέατος.⁸ Η θνησιμότητα στις περιπτώσεις αυτές υπερβαίνει το 30%. Από τις τοπικές επιπλοκές οι πιο συχνές είναι οι ψευδοκύστες του παγκρέατος και το παγκρεατικό απόστημα.

Οι ψευδοκύστες του παγκρέατος που δεν προκαλούν συμπτώματα, κυρίως κοιλιακό άλγος, χρειάζονται μόνο παρακολούθηση.⁹ Αν προκαλούν συμπτώματα, όπως κοιλιακό άλγος ή πυρετό τότε υπάρχει ένδειξη επέμβασης. Όταν η ψευδοκύστη δεν έχει επιμολυνθεί, η αντιμετώπιση είναι ενδοσκοπική ή με διαμετρική παροχέτευση. Όταν έχει επιμολυνθεί, όπως τεκμηριώνεται, με αναρρόφηση του υγρού και χρώση κατά Gram και καλλιέργεια, η αντιμετώπιση είναι χειρουργική.

Το παγκρεατικό απόστημα εμφανίζεται 4 – εβδομάδες μετά την έναρξη της νόσου και αποτελεί πυώδη συλλογή στον παγκρεατικό χώρο.⁸ Η αντιμετώπιση είναι διαμετρική ή κατά κανόνα χειρουργική παροχέτευση.

2.5.1 Φαρμακευτική – Θεραπευτική αγωγή

- 1) Καταπολέμηση του πόνου με πεθιδίνη (100mg) ή πενταζοκίνη (Sosegon 30 mg) ενδομυϊκά ανά σωρό. Η μορφίνη αποφεύγεται καθώς μπορεί να προκαλέσει σπασμό στο σφιγκτήρα του Oddi, αν και τούτο αμφισβητείται από πολλούς.
- 2) Καταπολέμηση του shock με ενδοφλέβια χορήγηση αλατούχου διαλύματος και πλάσματος. Σε κάποιες περιπτώσεις που η υποογκαιμία είναι τόσο βαρεία απαιτείται η χορήγηση 6 - 8 λίτρων υγρών κατά τις πρώτες 24 ώρες. Το πλάσμα προτιμάται συνήθως από το αίμα γιατί οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν υψηλό αιματοκρίτη λόγω μεγάλης απώλειας υγρών στο περιτόναιο.
- 3) Στο shock έχουν θέση τα κορτικοστεροειδή.

- 4) Ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα. Η παρευτερική χορήγηση σιμεδιδίνης έχει απόλυτη ένδειξη.
- 5) Εφαρμόζεται συνεχής, αναρρόφηση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα με σκοπό την αναστολή της διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης του HCl του γαστρικού υγρού, το οποίο διεγείρει την έκκριση σεκρετινης από το δωδεκαδάκτυλο.¹¹
- 6) Αναστολή της παγκρεατικής με θεική ατροπίνη ή βρωμιούχο προπανθειλίνη 30%mg (Probanthine) ενδομυϊκοί ανά σωρό. Κάποιοι τα αποφεύγουν επειδή ισχυρίζονται ότι προκαλούν εντερική πάρεση, ατονία στομάχου ή ταχυκαρδία.
- 7) Επιμελής μέτρηση ούρων 24ώρου και προσδιορισμός ουρίας αίματος με σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.¹⁰
- 8) Διόρθωση της υποκαλιαιμίας και υποασβεστιαμίας μέσω ενδοφλέβιας χορήγησης KCl ή γλυκονικού ασβεστίου αντίστοιχα.
- 9) Οι περισσότεροι χορηγούν αντιβιοτικά μόνο σε αποδεδειγμένη λοίμωξη. Αλλά και παρόλο της απουσίας εμφανούς λοιμώξεως μετά τις πρώτες ημέρες όταν παρατείνεται η βαρεία κατάσταση και η πιθανότητα λοίμωξης είναι μεγάλη.
- 10) Η χρήση ορμονών της γλυκαγόνης, σωματοστατίνης ή καλσιτονίνης παρόλο που προτάθηκε από κάποιους δεν φαίνεται να είναι γενικότερα αποδεκτή.¹⁰ Είναι γνωστό ότι η σωματοστατίνη αναστέλλει όλες τις εκκριτικές λειτουργίες του πεπτικού συστήματος, η δε καλσιτονίνη αναστέλλει την παγκρεατική έκκριση μετά από πρόκληση κατά 60 %.

11) Το ιδιοσκεύασμα Trasylol θεωρείται αναστολέας πρωτεολυτικών ενζύμων και μάλιστα θρυψίνης, κολλαγενάσης και καλλικρελίνης.¹²

12) Περιτοναϊκή πλύση με σκοπό την απομάκρυνση των τοξικών προϊόντων από το κατεστραμένο πάγκρεας. Ενδείκνυται σε βαρείες καταστάσεις.¹¹

2.5.2. Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης

Η οξεία παγκρεατίτιδα πρέπει να αντιμετωπίζεται συντηρητικά και μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις τίθενται οι ένδειξης χειρουργικής θεραπείας. Αυτές είναι :

- Διαγνωστική λαπαροτομή σε περίπτωση αβεβαιότητας της διάγνωσης.
- Ευσφήνωση λίθου στο χοληδόχο πόρο
- Επιπλεγμένη ψευδοκύστη
- Απόστημα παγκρέατος
- Επιμόλυνση παγκρεατικής νέκρωσης.

Η χειρουργική θεραπεία στην επιμόλυνση της παγκρεατικής νέκρωσης συνίστανται στην αφαίρεση του νεκρωτικού υλικού και παροχέτευση. Στην περίπτωση ευσφηνωμένου λίθου, στο χοληδόχο πόρο, τίθεται η ένδειξη άμεσης χειρουργικής θεραπείας. Η εναλλακτική λύση, ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου, είναι η επείγουσα ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή όταν υπάρχει η αντίστοιχη εμπειρία και δυνατότητα.

2.6. Πρόγνωση

Η πλειονότητα των ασθενών με οιδηματώδη παγκρεατίτιδα έχουν καλή πρόγνωση, η θνησιμότητα είναι κάτω του 1% και η αντιμετώπιση είναι συντηρητική. Στην περίπτωση της άσηπτης νεκρωτικής παγκρεατίτιδας που επιπλέκεται με βακτηριακή λοίμωξη, η θνησιμότητα ανέρχεται στα 30%. Η πρόγνωση στις περιπτώσεις αυτές επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την παρουσία συστηματικών επιπλοκών και είναι σημαντικά δυσμενέστερη σε περιπτώσεις σηπτικής παγκρεατικής νέκρωσης.⁸

2.6.1. Πρόληψη

Η πρόληψη των υποτροπών της οξείας παγκρεατίτιδας αφορά στην αιτιολογία της νόσου. Στην αλκοολική παγκρεατίτιδα, η αποχή από το οινόπνευμα εξασφαλίζει μακρά περίοδο ύφεσης. Στη λιθιασική παγκρεατίτιδα, η χολοκυστεκτομή είναι αποτελεσματική στην πρόληψη των υποτροπών, εκτός αν η λιθογενής χολή μελλοντικά προκαλέσει επανασχηματισμό των χολολίθων στο χοληδόχο πόρο. Στην περίπτωση της ιδιοπαθούς παγκρεατίτιδας, θα πρέπει, εφόσον είναι δυνατό, να τεκμηριωθεί η αιτία. Αν είναι μικρολιθιασικής αιτιολογίας, τότε ενδείκνυται λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή ή και χορήγηση χολικών αλάτων για την διαλυτότητα της χολής.⁸ Τέλος, στην οξεία παγκρεατίτιδα φαρμακευτικής και υπερλιπιδαιμικής αιτιολογίας ή στην παγκρεατίτιδα από υπερασβεσταιμία, πρέπει να αντιμετωπίζεται το πρωτογενές αίτιο για την πρόληψη των υποτροπών.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

3.1. Ορισμός

Η χρόνια παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του παγκρέατος, συνεχή και μη ανατάξιμη ίνωση με καταστροφή και απώλεια του παρεγχύματος της εξωκρινούς μοίρας και πιθανώς και της ενδοκρινούς. Οι ιστολογικές και λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα τμήματα του οργάνου πιστεύεται ότι είναι μη ανατάξιμες και δεν συμβαίνουν ομοιόμορφα. Χαρακτηρίζεται αρχικά από επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας και μετά από πολλά χρόνια εμφανίζεται ανεπάρκεια της εξωκρινούς και ενδοκρινούς μοίρας ενώ τα οξέα επεισόδια μπορεί να υποχωρήσουν.⁹

Από το 1963 έγιναν πολλά διεθνή συμπόσια για τον καθορισμό των ιστολογικών και λειτουργικών αλλαγών στη χρόνια παγκρεατίτιδα και στην κατάταξή του σε διάφορες κατηγορίες. Το 1988 το συμπόσιο Μασσαλίας – Ρώμης καθόρισε τρεις μεγάλες κατηγορίες :

1. Χρόνια λιθιασική παγκρεατίτιδα: χαρακτηρίζεται από σποραδική παρεγχυματική ίνωση, σχηματισμό ενδοαμβλυκών βυσμάτων πρωτεΐνης και λίθων και αποδιοργάνωση των πόρων. Είναι η μεγαλύτερη υποομάδα και η κύρια αιτία είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος. Εδώ περιλαμβάνονται επίσης η τροπική, η κληρονομική και η ιδιοπαθής χρόνια παγκρεατίτιδα.⁸

2. Χρόνια αποφρακτική παγκρεατίτιδα : είναι αποτέλεσμα απόφραξης του κύριου παγκρεατικού πόρου, διάταξης του εκφορητικού

συστήματος, ατροφίας και ίνωσης. Συνήθως συμβαίνει μετά από απόφραξη του κυρίου παγκρεατικού πόρου από όγκους και σπανιότερα από καλοήθειες στενώσεις του πόρου.¹³

3. Χρόνια φλεγμονώδης παγκρεατίτιδα : η ίνωση, η διήθηση από μονοπύρηννα λευκά αιμοσφαίρια και η ατροφία είναι τα χαρακτηριστικά της υποομάδας αυτής. Συνδέεται με αυτοάνοσα νοσήματα, όπως το σύνδρομο Sjogren και η πρωτοπαθής σκληρυντική χολοαγγειίτιδα.¹³

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες γύρω από τη συχνότητα της νόσου αλλά πιστεύεται ότι η επίπτωση είναι 3,5 – 4 ασθενείς ανά 100.000 πληθυσμού.

3.2. Αιτιολογία

Η κύρια αιτιολογία της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η κατάχρηση οινοπνεύματος και ευθύνεται για το 70 – 80% των περιπτώσεων. Το υπόλοιπο 10 – 80% χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής και 5 – 10% οφείλεται, σε διάφορες άλλες αιτίες. Συγκεκριμένα πιο συχνά αίτια της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι :

- Αλκοολική
- Τροπική
- Κληρονομική
- Αποφρακτική
- Ιδιοπαθής

Τα πιο σπάνια όμως είναι :

- Υπερπαραθυρεοειδισμός

- Υπερτριγλυκεριδαμία
- Μετά από ακτινοβολία
- Σύνδρομο Sjogeen
- Πρωτοπαθής χολική κύρωση
- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος¹³

Πιο συγκεκριμένα :

Αλκοολική παγκρεατίτιδα

Στις χώρες με μεγάλη κατανάλωση οινοπνεύματος, όπως οι ΗΠΑ, η Βόρεια Ευρώπη, η Αυστραλία κ.λ.π.η νόσος είναι συχνή. Δεν φαίνεται να παίζει ρόλο ο τύπος του οινοπνεύματος (π.χ. μύρα, κρασί, ούισκι, ούζο κ.λ.π.) ούτε ο τρόπος της κατανάλωσης, όπως καθημερινή χρήση ή 2 – 3 φορές την εβδομάδα, αλλά η χρονική διάρκεια και το ποσό οινοπνεύματος που καταναλώνεται.⁹

Θεωρείται ότι κατανάλωση 75 – 150g καθαρού οινοπνεύματος καθημερινά (δηλαδή 200 – 400ml περιεκτικότητας 40% οινοπνεύματος) για 10 – 15 χρόνια (πιθανόν και σε 4 –5 χρόνια) απαιτείται για την εμφάνιση της νόσου, η οποία μπορεί να εξελίσσεται και μετά τη διακοπή του ποτού. Όμως μόνο το 5 – 10% των ανθρώπων που πίνουν πολύ, παρουσιάζουν χρόνια παγκρεατίτιδα και από την άλλη μεριά σε μικρά περιστατικά της ονομαζόμενης ιδιοπαθούς παγκρεατίτιδας, υπάρχει ιστορικό ελαφριάς κατανάλωσης οινοπνεύματος.⁹

Έτσι πιστεύεται, αλλά δεν έχει ξεκαθαριστεί, ότι ίσως παίζουν ρόλο κάποιοι γενετικοί ή διαβητικοί παράγοντες, π.χ. τροφή πλούσια σε λίπη

και πρωτεΐνες ή έλλειψη ιχνοστοιχείων, όπως σεληνίου και ψευδαργύρου.

Ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα

Υπάρχουν δύο υποομάδες ασθενών με χρόνια ιδιοπαθή παγκρεατίτιδα : στη μία, η ασθένεια εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία (10 – 20 ετών) με επεισόδια έντονου άλγους τα οποία ελαττώνονται με το χρόνο και εξελίσσονται αργά και προοδευτικά σε επασβέστωση του αδένου και εξωκρινή και ενδοκρινή ανεπάρκεια.⁹ Στη δεύτερη υποομάδα, η ηλικία των ασθενών είναι 50 – 60 ετών, τα επεισόδια του πόνου είναι ηπιότερα και μόνο στα 3/4 των ασθενών, με βραδεία πάλι επασβέστωση και παγκρεατική ανεπάρκεια. Η νόσος προσβάλλει με την ίδια συχνότητα και τα δύο φύλα ενώ στην αλκοολική κυρίως τους άνδρες.

Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες, όπως η υπερευαισθησία στο λίγο οινόπνευμα, αύξηση των ενδοαυλιακών πιέσεων των παγκρεατικών πόρων, δυσλειτουργία του φύματος του Vatec (αύξηση των πιέσεων)¹³

Κληρονομική παγκρεατίτιδα

Σε μερικές οικογένειες η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται κατά τον αυτοσωματικό επικρατούσα χαρακτήρα. Εμφανίζεται σε νεαρά ηλικία (πριν από τα 20) και εξελίσσεται σε παγκρεατική λιθίαση και ανεπάρκεια τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης.⁸ Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Σε μερικούς ασθενείς βρέθηκε στο χρωμόσωμα 7 μετατροπή ενός γονιδίου που είναι υπεύθυνο για την αδρανοποίηση της θρυψίνης.

Τροπική παγκρεατίτιδα

Σε τροπικές χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Αμερικής αλλά ιδιαίτερα στην Ινδία, εμφανίζεται σε νεαρά κυρίως άτομα η χρόνια τροπική παγκρεατίτιδα. Χαρακτηρίζεται ιστολογικώς από μεγάλη διάταση των παγκρεατικών πόρων, μεγάλους λίθους ενδοαυλικώς, ατροφία του παρεγχύματος και ίνωση.⁹ Κλινικώς οι ασθενείς παρουσιάζουν επεισόδια σοβαρού κοιλιακού πόνου, βαρύ σακχαρώδη διαβήτη και στεατόρροια. Συνήθως προσβάλλει τα αγόρια εφηβικής ηλικίας και η αιτιολογία είναι άγνωστη. Πιστεύεται ότι σχετίζεται με κακή διατροφή φτωχή σε πρωτεΐνες, έλλειψη ουσιωδών συστατικών, όπως βιταμινών (ασκορβικό οξύ, βήτα – καροτίνη) και μετάλλων (ψευδάργυρος, χαλκός, μαγνήσιο και σελήνιο).⁶ Ένα τροπικό φρούτο (cassava) που είναι συνηθισμένο στη διατροφή των ασθενών αυτών, περιέχει κυανογόνες ουσίες οι οποίες είναι τοξικές για το πάγκρεας. Για τη νόσο επίσης ενοχοποιούνται η φλεγμονή και γενετικοί παράγοντες (18% είναι οικογενειακοί).

Αποφρακτική παγκρεατίτιδα

Η αποφρακτική χρόνια παγκρεατίτιδα είναι αποτέλεσμα συγγενούς ή επίκτητης στένωσης ή απόφραξης του παγκρεατικού πόρου. Παράδειγμα συγγενούς στένωσης είναι το διαχωρισμένο (ή divisum) πάγκρεας. Στη νόσο αυτή ο κύριος παγκρεατικός πόρος εκβάλλει στο βοηθητικό φύμα του Santocini ενώ η κεφαλή έχει ξεχωριστό μικρό πόρο ο οποίος εκβάλλει στο κύριο φύμα.⁶

Αυτό γίνεται γιατί στην ενδομήτρια ζωή δεν γίνεται η στένωση των δύο πόρων. Απαντάται στο 7 – 10% των Ευρωπαίων. Συνέπεια αυτού είναι η αύξηση των πιέσεων στον κύριο παγκρεατικό πόρο.

Οι ασθενείς παρουσιάζουν επεισόδια οξείας Παγκρεατίτιδας, συνήθως ήπιας. Ενδοσκοπική ή χειρουργική σφιγκτηροτομή του βοηθητικού φύματος θεραπεύει ένα μέρος των ασθενών αυτών. Επίκτητη στένωση συμβαίνει μετά από τραύμα του παγκρέατος κατά την επούλωση μιας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας ή νεκρωτικής ψευδοκύστης και απόφραξη από όγκο, όπως αδenoκαρκίνωμα ή όγκος του φύματος του Vater.⁶ Αν η απόφραξη ελευθερωθεί, τότε η διάταση του παγκρεατικού πόρου υποχωρεί και η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας βελτιώνεται.

Διάφορες άλλες σπάνιες μορφές χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι :

Χρόνια παγκρεατίτιδα σπάνια εμφανίζεται σε ασθενείς με υπερπαραθυρεοδισμό (<2%). Η υπερτριγλυκεριδαιμία μπορεί να εμφανίζει επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας και σπάνια χρόνια. Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ακτινοβολία της κοιλιάς μπορεί να παρουσιάσουν χρόνια παγκρεατίτιδα, πιθανώς από βλάβη των αγγείων και ίνωση. Αναφέρθηκαν περιστατικά της νόσου με συστηματικά νοσήματα, όπως σύνδρομο ερυθρηματώδους λύκου, σύνδρομο Sjogren και πρωτοπαθή χολική κύρωση.⁸

3.3 Παθολογική Ανατομία & Παθοφυσιολογία

Η ιστολογική εικόνα της χρόνιας παγκρεατίτιδας χαρακτηρίζεται από περιοχές με ίνωση, απόφραξη των πόρων και ελάττωση του αριθμού των εκκριτικών κυττάρων και των νησιδίων του Langerhans. Υπάρχει φλεγμονώδης διήθηση με λεμφοκύτταρα και πλασματοκύτταρα στις περιοχές της ίνωσης και των εκκριτικών κυττάρων που απέμειναν. Οι παγκρεατικοί πόροι έχουν ποικιλόμορφες εικόνες με στενώσεις, διατάσεις, επιθηλιακή μεταπλασία, βύσματα πρωτεϊνών και ασβεστίου.

Η βαρύτητα της εικόνας είναι ανάλογη της χρονιότητας της νόσου και είναι η ίδια περίπου για όλες τις μορφές παγκρεατίτιδας.¹³

Η παθοφυσιολογία της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι ακριβώς γνωστή. Ιδιαίτερη προσοχή και μελέτη έγινε για την ερμηνεία της αλκοολικής παγκρεατίτιδας. Υπάρχουν τρεις θεωρίες γι' αυτήν : Η πρώτη θεωρία είναι ότι το οινόπνευμα προκαλεί έκκριση παγκρεατικού υγρού πλούσιου σε πρωτεΐνες. Το ίδιο προκαλεί και τροφή πλούσια σε πρωτεΐνες και λίπη. Οι πρωτεΐνες του παγκρεατικού υγρού καθιζάνουν και σχηματίζουν βύσματα τα οποία αποφράσσουν μικρούς εκφορητικούς πόρους και στη συνέχεια μεγαλύτουν έως και τον κύριο πόρο.⁶ Τα βύσματα αυτά αποτελούν τον πυρήνα πάνω στον οποίο επικάθεται ασβέστιο και έτσι σχηματίζονται λίθοι. Αυτά τα βύσματα βρέθηκαν σε διάφορες μορφές χρόνιας παγκρεατίτιδας, όπως η αλκοολική, η τροπική, η κληρονομική και η ιδιοπαθής. Η δεύτερη θεωρία αναφέρει ότι η αιθανόλη ή κάποιος μεταβολίτης έχει απευθείας τοξική βλάβη στο πάγκρεας, όπου ενεργοποιώντας τη θρυψίνη και με τη σειρά της άλλα παγκρεατικά ένζυμα εντός του εκκριτικού κυττάρου, προκαλεί τη φλεγμονή. Τελικά και η ακεταλδεΐδη, το πρώτο προϊόν του μεταβολισμού της αιθανόλης, είναι το ίδιο τοξικό για το πάγκρεας.⁸ Η τρίτη θεωρία αναφέρει ότι τα σοβαρά επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας προκαλούν κατά περιοχές νέκρωση και περιλοβιακή ίνωση. Αυτοί προκαλούν αποδιοργάνωση των ενδολοβιακών πόρων με στενώσεις και διατάσεις, ένεκα των οποίων η ροή του παγκρεατικού υγρού επιβραδύνεται και έτσι καθιζάνουν λευκώματα και σχηματίζονται τα βύσματα και ακολούθως οι λίθοι.⁹ Με κάθε νέο επεισόδιο οξείας

προσβολής οι βλάβες επεκτείνονται και γίνεται εκτεταμένη εξαφάνιση των εκκριτικών κυττάρων και ίνωση.

Όσον αφορά το μηχανισμό του σχηματισμού λίθων, έχει καταδειχθεί από πολλούς ερευνητές 'ότι από τα εκκριτικά κύτταρα εκκρίνεται μια πρωτεΐνη. Που ονομάζεται λιθοσταθίνη, η οποία εμποδίζει την κατακρήμνιση ανθρακικού ασβεστίου στο παγκρεατικό υγρό. Σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα η λιθοσταθίνη βρίσκεται πολύ ελαττωμένη και έτσι γίνεται κατακρήμνιση ανθρακικού ασβεστίου και σχηματισμός λίθων. Υπάρχουν δύο ειδών λιθοσταθίνες, η μία ανενεργός που περιέχεται στους λίθους και η άλλη ενεργός που περιέχεται στο παγκρεατικό υγρό. Τελευταία αναφέρθηκε ακόμη μία πρωτεΐνη η GP2 η οποία βρίσκεται στη μεμβράνη των ζυμογόνων κοκκίων και εκκρίνεται στο παγκρεατικό υγρό. Όταν τα δητανθρακικά του παγκρεατικού υγρού είναι ελαττωμένα, τότε κατακρημνίζεται και έτσι παίζει ρόλο στο σχηματισμό βυσμάτων.⁶

3.4. Κλινική εικόνα

Το κυριότερο κλινικό σύμπτωμα των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ο πόνος, ο οποίος είναι ελαφρός έως πολύ δυνατός, είναι βαθύς και διατιτραίνων, μπορεί να αυξάνεται με τα γεύματα, να συνοδεύεται από ναυτία και εμετό και συχνά είναι νυχτερινός. Εντοπίζεται στο επιγάστριο και πολλές φορές αντανακλά στην πλάτη. Μερικές φορές ο πόνος υποχωρεί όταν ο ασθενής κάθεται και κλίνει το σώμα του προς τα εμπρός ή φέρνει τα γόνατα στο στήθος.⁹

Αν η φλεγμονή είναι περισσότερο στην κεφαλή ή υπάρχει ψευδοκύστη εκεί, τότε ο πόνος εντοπίζεται δεξιότερα της μέσης

γραμμής, ενώ αν φλεγμαίνει η ουρά προς τα αριστερά. Στα πρώτα στάδια της χρόνιας παγκρεατίτιδας ο πόνος είναι κατά αραιά χρονικά διαστήματα (παλαιά ονομαζόταν υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα) αλλά με την πάροδο του χρόνου γίνεται πιο συχνός και μπορεί να γίνει συνεχής.⁹ Γενικά ο πόνος είναι πιο δυνατός και συνεχής αν υπάρχει επιπλοκή, όπως ψευδοκύστη η οποία αυξάνεται, απόφραξη του πόρου, έντονη φλεγμονή και καρκίνος. Ο πόνος σε μερικούς ασθενείς υπάρχει για χρόνια παρά την καταστροφή του παγκρέατος (εμφάνιση στεατόρροιας) ενώ σε πολλούς μπορεί να εξαφανιστεί ξαφνικά, χωρίς να υπάρχει σαφής εξήγηση γι' αυτό. Επίσης υπάρχουν ασθενείς με βαρεία χρόνια παγκρεατίτιδα με λιθίαση διάταση των πόρων και ψευδοκύστη χωρίς ποτέ να έχουν πόνο.⁶ Ο πόνος είναι το πιο σοβαρό πρόβλημα στη νόσο. Βασανίζει ιδιαίτερα τον ασθενή, ελαττώνει την όρεξη ή ο ασθενής αποφεύγει το φαγητό με συνέπεια την απώλεια βάρους.⁸

Είναι η κυριότερη αιτία για εγχείρηση στη χρόνια παγκρεατίτιδα. Ο μηχανισμός του πόνου είναι άγνωστος. Πιθανολογούνται διάφορα προϊόντα της φλεγμονής. Επίσης βρέθηκαν ιστολογικά αύξηση των απομυελωμένων νευρικών ιών, διήθηση με μονοκύτταρα γύρω από νεύρα και αύξηση διαβιστών του πόνου, όπως η ουσία P και πεπτίδιο που σχετίζεται με το γονίδιο της καλσιτονίνης.⁹

3.4.1. Παγκρεατική ανεπάρκεια

Περίπου 15% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα παρουσιάζουν σημεία και συμπτώματα ανεπάρκειας της εξωτερικούς και ενδοκρινούς μοίρας. Η κλασική τριάδα της στεατόρροιας, του σακχαρώδους διαβήτη και της παγκρεατικής λιθίασης βρλίσκεται μόνο στο 1/3 των ασθενών. Για να εμφανισθεί κλινικά σημαντικό έλλειμμα λευκωμάτων

και λίπους, λόγω των διαταραχών πέψης και απορρόφησης, χρειάζεται απώλεια 90% της λειτουργικής ικανότητας του αδένου.⁸ Οι ασθενείς, λόγω κακής απορρόφησης του λίπους, παρουσιάζουν μεγάλες, μαλακές γκριζοπές κενώσεις, που μυρίζουν άσχημα, γυαλίζουν και κολλούν στην τουαλέτα. Δυσαπορρόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών (A, D, E, K) είναι σπάνια όπως και της B₁₂. Σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται μετά από πολλά χρόνια νόσου (20 έτη) και όταν το 80% και περισσότερο του αδένου έχει καταστραφεί. Είναι ινσουλινοεξαρτώμενος.⁶ Λόγω βλάβης και των α-κυττάρων και της έλλειψης γλυκογόνου οι ασθενείς παθαίνουν εύκολα υπογλυκαιμία.

3.5. Διάγνωση

A. Φυσική εξέταση

Στους ασθενείς με ελαφρά ακόμη νόσο δεν ανευρίσκονται παθολογικά κλινικά σημεία εκτός από ήπια ευαισθησία στο επιγάστριο. Σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο και δυσαπορρόφηση, υπάρχει καχεξία με απώλεια βάρους, πιθανώς ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο από ψευδοκύστη ή νεόπλασμα, πιθανώς ψηλαφητός σπλήνας από θρόμβωση της σπληνικής και ίσως ίκτερος από στένωση της ενδοπαγκρεατικής μοίρας του χοληδόχου πόρου (ίνωση). Αν ο ασθενής είναι πότης, τότε είναι πιθανό να ανευρίσκονται ηπατικά στίγματα. Ενίοτε υπάρχει ερυθρότητα στο δέρμα του επιγαστρίου, από τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων.¹³

B. Εργαστηριακά ευρήματα

Τα λευκά αιμοσφαίρια, η αμυλάση και η λιπάση είναι φυσιολογικά εκτός αν υπάρχει οξύ επεισόδιο ή ο παγκρεατικός πόρος είναι

αποφραγμένος ή συνυπάρχει ψευδοκύστη (αύξηση ενζύμων), Η αλκαλική φωσφατάση και η χολερυθρίνη μπορεί να είναι αυξημένα, εφόσον ο χοληδόχος πόρος στραγγαλίζεται. Μπορεί να υπάρχει ελάττωση των λευκωματινών του ορού όπως και του ασβεστίου και αύξηση του σακχάρου. Ποιοτική ανίχνευση λίπους στα κόπρανα με χρώση Sudan μπορεί να είναι θετική σε προχωρημένη νόσο.

Ποσοτική μέτρηση λίπους γίνεται μετά από 72 ώρες συλλογής κοπράνων και χορήγησης 100g λίπους ημερησίως.

Η αποβολή λίπους είναι πάνω από 5 – 7g την ημέρα σε ασθενείς με στεατόρροια.⁸

Γ. Δοκιμασίες ελέγχου παγκρεατικής λειτουργίας

Η εξωκρινής λειτουργία του παγκρέατος μπορεί να εκτιμηθεί με δοκιμασίες άμεσες ή έμμεσες.

α. Άμεσες δοκιμασίες: Στηρίζονται στη διέγερση του παγκρέατος και απευθείας εκτίμηση της εκκριτικής του ικανότητας, με τη συλλογή και μέτρηση των διτανθρακικών, των ενζύμων ή και των δύο ή της κατανάλωσης αμινοξέων. Η δοκιμασία σεκρετίνης – παγκρεοζυμίνης γίνεται με τη χορήγηση των ουσιών αυτών ενδοφλεβίως και τη συλλογή της παγκρεατικής έκκρισης, είτε με καθετήρα στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου είτε με καθετήρα στο παγκρεατικό πόρο κατά τη διάρκεια της ERCP.⁹ Η δοκιμασία αυτή αποτελεί την πλέον ευαίσθητη εξέταση της παγκρεατικής λειτουργίας. Μετά την διασωλήνωση του δωδεκαδάκτυλου, χορηγείται ενδοφλεβίως σεκρετίνη και χολοκυστοκινίνη και συλλέγονται δείγματα δωδεκαδακτυλικού υγρού, όπου μετράται η συγκέντρωση των διτανθρακικών και τα παγκρεατικά

ένζυμα. Συγκέντρωση διτανθρακικών κάτω των 80mC-gll σημαίνει διαταραχή της παγκρεατικής λειτουργίας και είναι διαγνωστική της χρόνιας παγκρεατίτιδας.⁹

Η δοκιμασία Lundh προσομοιάζει με την προηγούμενη, μόνο που η διέγερση γίνεται με προκαθορισμένο γεύμα και μετράται η έκκριση θρυψίνης και λιπάσης. Εξαρτάται από την ενδογενή έκκριση ορμονών (σεκρετίνης και CCK) και την κατάσταση του βλεννογόνου του δωδεκαδάκτυλου. Δεν είναι τόσο αξιόπιστη 'πως η προηγούμενη. Η δοκιμασία κατανάλωσης αμινοξέων στηρίζεται στη μη πτώση των αμινοξέων του πλάσματος μετά από διέγερση με σεκρετίνη και CCK, στους ασθενείς με παγκρεατική ανεπάρκεια.⁸ Δεν είναι αξιόπιστη μέθοδος.

β. Έμμεσες δοκιμασίες: Στις δοκιμασίες αυτές μετρώνται είτε ένζυμα στο πλάσμα ή τα κόπρανα είτε οι δράσεις των ενζύμων. Η αμυλάση και η λιπάση του ορού συνήθως είναι φυσιολογικές. Η ισοαμυλάση και η ανοσοαντιδρώσα θρεψίνη μπορεί να είναι χαμηλές σε βαρεία χρόνια παγκρεατίτιδα. Η μέτρηση στα κόπρανα της χυμοθρυψίνης μπορεί να είναι χαμηλές σε βαρεία παγκρεατίτιδα. Η μέτρηση στα κόπρανα της χυμοθρυψίνης και της ελαστάσης δίνει χαμηλές τιμές σε βαρεία νόσο. Η δοκιμασία της βεντιρομίδης (ή PABA) στηρίζονται στην χορήγηση της ουσίας από το στόμα. Αυτή διασπάται σε PABA (παρααμινο-βενζοϊκό οξύ) από τη χυμοθρυψίνη.¹³ Απορροφάται από το λεπτό έντερο, μεταφέρεται στο ήπαρ και τα μεταβολικά της προϊόντα αποβάλλονται στα ούρα. Πολύ μικρή ποσότητα της ουσίας αποβάλλεται σε όλους τους ασθενείς με βαρεία παγκρεατίτιδα και στους και στους μισούς περίπου με ελαφρά ή μέσης

βαρύτητας νόσο. Αντίστοιχη δοκιμασία είναι και της παγκρεολορίλης που μετράει ελεύθερη φλονορεσκεΐνη στα ούρα.⁹ Γενικά σε ελαφρά και μέσης βαρύτητας νόσο, η χυμοθριψίνη στα κόπρανα, η δοκιμασία βεντιρομίδης και παγκρεολορίλης είναι θετικές στο 25 – 88% των ασθενών και σε περιπτώσεις βαρείας παγκρεατίτιδας στο 90%.

Άλλες ακτινολογικές μέθοδοι

Η απλή ακτινογραφία κοιλιάς μπορεί να δείξει επασβεστώσεις στο πάγκρεας, μεμονωμένες ή κατά συρροή από παγκρεατικούς λίθους. Στο υπερηχογράφημα είναι δύσκολο να απεικονισθεί όλο το πάγκρεας λόγω των εντερικών ελίκων όμως μπορεί φανούν επασβεστώσεις, διάταση του παγκρεατικού κα χοληδόχου πόρου, αλλαγές του παρεγχύματος και παγκρεατική κύστη.⁸

Η ηλεκτρονική τομογραφία (CT) είναι πιο ευαίσθητη από το υπερηχογράφημα, δείχνει όλα τα ανωτέρω πιο παραστατικά και επιπλέον διάφορες επιπλοκές, όπως θρόμβωση της πυλαίας και της σπληνικής κισσούς οισοφάγου και συλλογές υγρού. Η ERCP είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος για τη νόσο, με άμεση απεικόνιση των ανωμαλιών του παγκρεατικού πόρου (στενώσεις, διατάσεις, λίθους) και ομαλή στένωση του τελικού τμήματος του χοληδόχου πόρου.⁹ Επίσης έχει το πλεονέκτημα της «θεραπευτικής» αντιμετώπισης, με τοποθέτηση ελαστικών προθέσεων στις στενώσεις για καλύτερη παροχέτευση και αφαίρεση παγκρεατικών λίθων, είτε απευθείας είτε μετά από λιθοτρυψία με εξωσωματικό λιθοτρυπτή. Επίσης έχει τη δυνατότητα βιοψίας ή κυτταρολογικής εξέτασης. Η μαγνητική τομογραφία (MRI και MR-CP) προσφέρει το μεγάλο πλεονέκτημα της απεικόνισης των δύο πόρων, σχεδόν εφάμιλλης της ERCP, χωρίς να είναι επεμβατική. Το

ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα χρησιμοποιείται τελευταία και έχει ίσως πλεονεκτήματα στη διαφορική διάγνωση του καρκίνου από χρόνια παγκρεατίτιδα (είτε με απεικόνιση λεμφαδένων είτε με βιοψία).¹³

3.5.1. Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση είναι εύκολη σε αλκοολικό ασθενή με χρόνια άλγος και υπεραμυλασαιμία. Σε διαφορετική περίπτωση η διαφορική διάγνωση θα γίνει από όλα τα νοσήματα με χρόνια άλγος, όπως πεπτικό έλκος, χολολιθίαση, ευερέθιστο έντερο και ενδομητρίωση. Αν υπάρχει στεατόρροια, τότε η ηλεκτρονική τομογραφία η ERCP, και η βιοψία της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου θα λύσουν το πρόβλημα.⁹

Το δυσκολότερο είναι η διαφορική διάγνωση χρόνιας παγκρεατίτιδας και καρκίνου του παγκρέατος που μερικές φορές συνυπάρχουν. Αν με την ηλεκτρονική τομογραφία, την ERCP, την MR-CP, ή την ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία η διαφορική διάγνωση δεν είναι εύκολη, τότε η βιοψία με λεπτή βελόνη διαδερμικά, με οδηγό, μια από τις απεικονιστικές μεθόδους (στην ουσία κυτταρολογική) ή άμεσα κατά την ERCP βοηθάει την κατάσταση. Επίσης οι πολύ υψηλές τιμές CA 19 – 9 και CEA μπορούν να βοηθήσουν, αν και πολλές φορές είναι υψηλές και σε προχωρημένη νόσο ή ακόμα σε άλλες καλοήθεις παθήσεις.

3.6. Θεραπεία

Η θεραπεία στοχεύει στην ανακούφιση από τον πόνο, στην αντιμετώπιση της στεατόρροιας και του σακχαρώδους διαβήτη και την αποκατάσταση των επιπλοκών.

Ο πόνος οφείλεται στην οξεία φλεγμονή, τη φλεγμονή των νεύρων, την αύξηση της πίεσης στον παγκρεατικό πόρο από τις στενώσεις και

στη στένωση του δωδεκαδάκτυλου και του χοληδόχου πόρου. Για τη θεραπεία του πόνου δίνονται αναλγητικά, αντιμετωπίζονται τα επεισόδια των οξειών προσβολών και συνιστάται η διακοπή του οινοπνεύματος, που σε ασθενείς που δεν έχουν προχωρημένη νόσο, ίσως ελαττώνει τα επεισόδια. Η ελάττωση της πίεσης στον πόρο επιτυγχάνεται με την καταστολή της παγκρεατικής έκκρισης και την παροχέτευση της απόφραξης.¹³ Η καταστολή της έκκρισης επιτυγχάνεται είτε με ελάττωση της γαστρικής έκκρισης με H₂ αποκλειστές ή αναπολείς τις αντλίας πρωτονίων, είτε με παγκρεατικά ένζυμα, ή οκρεοτίδη. Υπάρχουν αντικρουόμενες αναφορές ως προς την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών στον πόνο. Ίσως βοηθούν στις περιπτώσεις ελαφριάς και μέσης βαρύτητας νόσου.

Η παροχέτευση του αποφραγμένου παγκρεατικού πόρου γίνεται ενδοσκοπικώς με τοποθέτηση ελαστικών προθέσεων στη στένωση για κάποιο χρονικό διάστημα. Η ανακούφιση από τον πόνο επιτυγχάνεται σε πάνω από τους μισούς ασθενείς. Επίσης με τη μέθοδο αυτή αφαιρούνται οι παγκρεατικοί λίθοι.⁹ Τα μακροχρόνια όμως αποτελέσματα της τοποθέτησης προθέσεων (stents) δεν φαίνονται τόσο ευνοϊκά και ίσως οι ασθενείς χρειάζονται χειρουργική παροχέτευση. Η χειρουργική επέμβαση αποσκοπεί στην παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου, την εκτομή μέρους του παγκρέατος, την παροχέτευση της παγκρεατικής κύστης και του εστενωμένου χοληδόχου πόρου. Αναφέρεται 70 – 80% ανακούφιση από τον πόνο. Τέλος χρησιμοποιήθηκαν η διαμετρική διήθηση του κοιλιακού πλέγματος, με παροδικά καλό αποτέλεσμα και η χορήγηση αντιοξειδωτικών ουσιών με ελπιδοφόρα μηνύματα.

Η θεραπεία της στεατόρροιας επιτυγχάνεται με τη χορήγηση παγκρεατικής λιπάσης, 30.000 μονάδων μαζί με τα γεύματα. Αν η απάντηση δεν είναι ικανοποιητική τότε αυξάνεται η δόση ή συνιστώνται πολλά μικρά γεύματα ή χορηγούνται ανασταλτικά της γαστρικής έκκρισης ή άλλο σκεύασμα ενζύμων ή τέλος συνιστάται ελάττωση του λίπους τροφής στα 50 – 75 γραμμάρια ημερησίως.⁶ Η θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη γίνεται βέβαια με ινσουλίνη αλλά απαιτούνται μικρότερες δόσεις από αυτές των ασθενών σακχαρώδη διαβήτη διότι εύκολα εμφανίζουν υπογλυκαιμία λόγω ανεπαρκούς έκκρισης γλυκογόνου και απουσίας αντισωμάτων έναντι ινσουλίνης.

Πιο συγκεκριμένα οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται για την αντιμετώπιση της χρόνιας παγκρεατίτιδας διακρίνονται σε επεμβάσεις εμμέσου δράσεως επί του παγκρέατος και σε αμέσου επεμβάσεως σ' αυτό.¹³

Στις έμμεσες επεμβάσεις περιλαμβάνονται :

- Η αφαίρεση των λίθων από τη χοληδόχο κύστη (χολοκυστεκτομή) ή από τον χοληδόχο πόρο.
- Η αφαίρεση τυχών υπαρχόντων αδενωμάτων των παραθυρεοειδών αδένων και ή παραθυρεοειδών με υπερπλασία.
- Η βαγοτομή και η αστρεκτομή σε ασθενείς με ευμεγέθη, βαθέως κείμενα έλκη του δωδεκαδάκτυλου τα οποία διατιτραίνουν προς το πάγκρεας και προκαλούν φλεγμονή της κεφαλής και πίεση του πόρου. Η βαγοτομή και η αστρεκτομή μπορεί να επιφέρουν αναστολή των περαιτέρω υποτροπών με ίαση του έλκους.

- Οι εγχειρήσεις στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως είναι η στελεχιαία σπλαγχιεκτομή ή η διατομή όλων των μεταγαγγλιακών ινών από το κοιλιακό γάγγλιο και το άνω μειεντέριο πλέγμα προς το πάγκρεας. Οι εγχειρήσεις αυτές παρέχουν ανακούφιση προς το άλγος, καμιά όμως επίδραση φαίνεται να έχουν στην εξέλιξη των παθολογοανατομικών βλαβών του παγκρέατος.

* Οι άμεσης επεμβάσεις επί του παγκρέατος διακρίνονται σε μεθόδους που αποβλέπουν στην παροχέτευση των παγκρεατικών πόρων και σε εκτομές του οργάνου :

1. Παροχετευτικές επεμβάσεις : Είναι εγχειρήσεις παροχετεύσεως επί των παγκρεατικών πόρων.

2. Επεμβάσεις εκτομής. Οι εκτομές μπορεί να αφορούν :

- α) την κεφαλή

- β) το σώμα και την ουρά

- γ) το μεγαλύτερο τμήμα της κεφαλής σώμα και ουρά (εκτομή 95% του παγκρέατος).

- δ) Όλο το πάγκρεας

Οι διάφορες εγχειρήσεις δεν μπορούν πάντως να αποκαταστήσουν τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις του παγκρέατος, το οποίο, εκτός των άλλων, έχει και το μεγαλύτερο μειονέκτημα ότι δεν αναγεννάται .

3.7. Επιπλοκές

Στη χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να δημιουργηθεί παγκρεατικό απόστημα, ψευδοκύστη, αιμορραγία λόγω έλκους ή ψευδοκύστης ή ψευδοανευρίσματος ή πυλαίας και σπληνικής θρόμβωσης. Μπορεί να

δημιουργηθεί ψευδοανέβρισμα λόγω διάβρωσης του τριχώματος αρτηριών από ένζυμα, θρόμβωση της πυλαίας ή σπληνικής φλέβας και ανάπτυξη καρκίνου σε περίπου 4% των ασθενών.⁹ Η στένωση του τελικού χοληδόχου πόρου συμβαίνει στο 5 – 10% των ασθενών, η στένωση του δωδεκαδάκτυλου στο 5% και σπάνια εξωτερικά ή εσωτερικά συρίγγια.

3.8. Πρόγνωση

Η πρόγνωση της χρόνιας αλκοολικής παγκρεατίτιδας δεν είναι καλή. Αν και ο πόνος μπορεί να ελαττωθεί σε μερικούς ασθενείς με την πάροδο των ετών, οι περισσότεροι συνεχίζουν να πονούν και πάνω από 10 χρόνια ασθένειας και χρειάζονται χειρουργική επέμβαση. Η θνησιμότητα είναι αυξημένη (50% επιβίωση στα 10 χρόνια) και οφείλεται στο οινίπνευμα, την κίρρωση, τον διαβήτη, τους μετεγχειρητικούς θανάτους, τις επιπλοκές και τον καρκίνο.⁹ Σε μια μικρή ομάδα ασθενών η νόσος δεν εξελίσσεται σε παγκρεατική ανεπάρκεια και υπάρχει αυτόματη διακοπή του πόνου. Η πρόγνωση της ιδιοπαθούς και τροπικής παγκρεατίτιδας είναι κάπως από της αλκοολικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Ο καρκίνος του παγκρέατος στο 90% των περιπτώσεων είναι αδενοκαρκίνωμα, εξορμώμενο από το επιθήλιο των παγκρεατικών πόρων. Μόνο το 5% των καρκίνων προέρχεται από τα κύτταρα των νησιδίων. Πολύ σπανιότερες μορφές είναι από τα εκκριτικά κύτταρα, γιγάντια κύτταρα, επιδερμοειδή, αδενοσαρκώματα, σαρκώματα, λεμφώματα και κυσταδενοκαρκινώματα.

4.1.1. Επιδημιολογία – Συχνότητα

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι τέταρτος στη σειρά ως αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και πέμπτος στις γυναίκες. Η σχέση ανδρών γυναικών είναι 2:1 και η συχνότερη ηλικία είναι μεταξύ 70 – 80 ετών. Η συχνότητά του αυξάνει τα τελευταία χρόνια στις δυτικές χώρες Η.Π.Α., όπου υπολογίζεται 15 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί επιδημιολογικοί και αιτιολογικοί παράγοντες, όπως το κάπνισμα, το οινόπνευμα, η χολολιθίαση, η μεγάλη κατανάλωση ζωικού λίπους, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια παγκρεατίτιδα. Τελευταία βρέθηκε ότι μεταλλάξεις στο κατασταλτικό των όγκων γονίδιο P₁₆ και στον κωδικό του Ki-ras ογκογονιδίου, συνδέονται με την ανάπτυξη του καρκίνου του παγκρέατος.¹¹

4.1.2. Παθολογική ανατομική

Εξορμάται από τα επιθηλιακά κύτταρα των εκφορητικών πόρων, είναι αδενοκαρκίνωμα και αναπτύσσει πυκνό ινώδη ιστό δημιουργώντας σκληρή μάζα, η οποία επεκτείνεται προς τα γύρω όργανα

(δωδεκαδάκτυλο, χοληδόχο πόρο, στόμαχο και κοίλου). Η συχνότερη εντόπιση (60%) είναι στην κεφαλή του παγκρέατος και από 20% στο σώμα ή την ουρά.¹³

4.1.3 Κλινική εικόνα

Δεν υπάρχουν δυστυχώς ειδικά συμπτώματα και όταν εμφανίζονται αυτά, ο καρκίνος είναι ήδη σε προχωρημένο στάδιο. Αν εντοπίζεται στο φύμα Vater, τότε παρουσιάζει συμπτώματα ενωρίτερα, όπως ίκτερο ή αιμορραγία. Το άλγος είναι κοινό σύμπτωμα, αν και σπάνια υπάρχουν ασθενείς με καρκίνο χωρίς καθόλου πόνο. Είναι συνήθως στο επιγάστριο, με αντανάκλαση στην πλάτη ή το αριστερό υποχόνδριο όταν εντοπίζεται στην ουρά. Είναι βύθιος, επεκτείνεται με τη λήψη τροφής και όταν ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση, υποχωρεί ελαφρά σε καθιστή θέση με κλίση του σώματος προς τα εμπρός. Πολλές φορές είναι κυρίως τη νύχτα. Άλλα συμπτώματα είναι η ανορεξία, δυσπεψία, ενίοτε εμετοί, απώλεια βάρους και ψυχιατρικά προβλήματα με αϋπνία. Μερικές φορές η πρώτη εκδήλωση είναι ο σακχαρώδης διαβήτης.¹³

Πολλά συμπτώματα και κλινικά σημεία εξαρτώνται από την εντόπιση του όγκου. Αν είναι η κεφαλή, εμφανίζεται ανώδυνος και προοδευτικός ίκτερος με κνησμό στο σώμα και ψηλαφητή ανώδυνη χοληδόχο κύστη, χωρίς πυρετό. Μπορεί να εμφανιστεί αιμορραγία από διήθηση του φύματος ή της δεύτερης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου, με στενωτικά φαινόμενα και στεατόρροια από απόφραξη του παγκρεατικού πόρου. Υπάρχει ενίοτε διόγκωση του ήπατος από μεταστάσεις, του σπληνός από θρόμβωση της σπληνικής φλέβας και ασκίτης. Σπάνια η πρώτη εκδήλωση μπορεί να είναι η οξεία παγκρεατίτιδα. Ψηλαφητή μάζα στο επιγάστριο ανευρίσκεται στο 1/4 περίπου των ασθενών.

4.1.4 Διάγνωση

Κατά τα αρχικά στάδια ενέχει πολλές δυσχέρειες, τα δε ασαφή επιγαστρικά ενοχλήματα εκλαμβάνονται λειτουργικά ή νευρωσικά, υπόθεση την οποία ενισχύει το αρνητικό του συνήθους ακτινολογικού ελέγχου του πεπτικού. Υποστηρίζεται από σοβαρές κλινικές ότι καρκίνος του παγκρέατος θα ήταν χειρουργήσιμος κατά το 60% των περιπτώσεων αν η διάγνωση γινόταν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες από την έναρξη των συμπτωμάτων.⁹

Το ιστορικό δεν είναι ειδικό, όμως ανώδυνος αποφρακτικός ίκτερος, επίμονος επιγαστρικός πόνος με τα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν, απώλεια βάρους και ψηλαφητή μάζα θέτουν την υπόνοια του καρκίνου παγκρέατος. Αιματολογικές ή βιοχημικές εξετάσεις δεν υπάρχουν ειδικές, όμως μπορεί να βρεθεί αυξημένη άμεση χολερυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση γ-GT, αναιμία, υπεργλυκαιμία, υπολευκωματαιμία και αμυλάση σε επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας. Ειδικοί καρκινικοί δείκτες δεν υπάρχουν, όμως το καρκνοεμβρυικό αντιγόνο (CEA) μπορεί να είναι αυξημένο όπως και η άλφα-φετοπρωτεΐνη.⁸ Οι κυριότερες απεικονιστικές εξετάσεις είναι η αξονική τομογραφία, η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία και η ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία. Κατευθυνόμενη βιοψία αστιακών βλαβών του παγκρέατος με λεπτή βελόνη και λήψη κυτταρολογικού υλικού κατά τη διάρκεια αξονικής τομογραφίας συμβάλλει στη διάγνωση, αλλά το ποσοστό-επιτυχίας είναι 40 – 50%.

4.1.5. Πρόγνωση

Η πρόγνωση με τα σημερινά δεδομένα είναι δυσμενέστατη. Κατά την εγχείρηση μόνο τα 25% των καρκινωμάτων της κεφαλής είναι εξαιρεσιμα, πολύ λιγότερα του σώματος ή της ουράς. Η 5ετής επιβίωση χωρίς εγχείρηση είναι 1%. Όταν γίνει εγχείρηση Whipple η 5ετής επιβίωση είναι γύρω στα 10%.¹³

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΕΣ

1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στην οξεία παγκρεατίτιδα

Η καλή επιστημονική κατάρτιση της νοσηλεύτριας, οι ακριβείς παρατηρήσεις και κυρίως το ενδιαφέρον της για τον άρρωστο, θα αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες για την παροχή της κατάλληλης φροντίδας και θα βοηθήσουν τόσο στην έγκαιρη και ακριβή διάγνωση, όσο και στην επιτυχία της καλής εκβάσεως της νόσου.¹⁴

Έτσι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που συνήθως χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των αντίστοιχων προβλημάτων είναι οι εξής :

*** Πόνος**

- _ Χορήγηση στον ασθενή παυσίπονα και ναρκωτικά, σε περίπτωση έντονου πόνου καθώς και σπασμολυτικά ύστερα από εντολή του γιατρού.
- _ Παρακολούθηση της ενέργειας των φαρμάκων που δίνονται και τις τυχόν παρενέργειές τους.
- _ Παρακολούθηση της πιθανής εμφάνισης σημείων εξάρτησης του ατόμου από το φάρμακο.
- _ Τοποθέτηση του ασθενή σε ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι.
- _ Ενίσχυση του ηθικού του αρρώστου και διαφώτισή του ώστε να αποφεύγει τα ερεθίσματα που προκαλούν συγκίνηση.

*** Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια – shock**

- _ Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου.
- _ Παρακολούθηση του ασθενή για συμπτώματα περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας που είναι τα εξής :
 1. Πτώση της αρτηριακής πίεσης.
 2. Σφυγμός ταχύς και νηματοειδής.
 3. Δέρμα υγρό και ψυχρό.
 4. Εφίδρωση.
 5. Άκρα ψυχρά.
 6. Ανησυχία.
 7. Κυάνωση.
 8. Απώλεια αισθήσεων.

Όταν εμφανιστούν τα συμπτώματα αυτά απαιτείται :

- _ Τοποθέτηση του ασθενή σε οριζόντια θέση με τα άκρα σε αντίρροπη.¹⁵
- _ Επιτάχυνση των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια (με εντολή γιατρού)
- _ Χορήγηση φαρμάκων που προκαλούν σύσπαση των περιφερειακών αγγείων.
- _ Διατήρηση του ασθενούς ζεστού.
- _ Μέτρηση των ούρων με μεγάλη ακρίβεια.
- _ Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο.

- _ Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.¹¹
- _ Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς.

*** Εμετοί**

- _ Ακριβής παρατήρηση και μέτρηση του είδους της συχνότητας των εμετών.¹⁴
- _ Τοποθέτηση σωλήνα Levin.
- _ Δεν συνιστάται η χορήγηση φαρμάκων – υγρών ή φαγητών από το στόμα.¹⁵

*** Πυρετός**

- _ Απαραίτητη κρίνεται η αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία.

1.2. Νοσηλευτική παρέμβαση στην χρόνια παγκρεατίτιδα

Η νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα έχει σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της νόσου, την πρόληψη υποτροπών και τέλος την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, με τα μέτρα και μέσα, που η Νοσηλεύτρια χρησιμοποιεί.¹²

Έτσι λοιπόν όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα επικεντρώνεται κυρίως στα εξής σημεία :

- Ενίσχυση των σωματικών δυνάμεων του αρρώστου που είναι πολύ μειωμένες. Γι' αυτό πρέπει ο ασθενής να παίρνει μικρά και συχνά γεύματα, πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες και φτωχά σε λίπη και να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια για ενίσχυση της ελάττωσης ορέξεως για φαγητό. Σε περίπτωση που ο αρρώστος

εμφανίζει σακχαρώδη διαβήτη ή δυσπεπτικά ενοχλήματα, ρυθμίζεται κατάλληλα το διαιτολόγιό του.¹⁴

- Λήψη προληπτικών μέτρων , ώστε ο ασθενής να αποφεύγει τα οινοπνευματώδη ποτά, τις δύσπεπτες τροφές, την κόπωση κ.α. Ενίσχυση του ασθενή να επισκέπτεται συχνά τον γιατρό και να κάνει εργαστηριακές εξετάσεις για τον έλεγχο της κατάστασής του.¹⁵

Συνοπτικά η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια παγκρεατίτιδα είναι η εξής :

- Παρακολούθηση του ασθενούς για :

- Εμφάνιση πιθανών συμπτωμάτων shock.
- Εμφάνιση συμπτωμάτων σακχαρώδη διαβήτη.
- Εμφάνιση ίκτερου, πόνου.
- Για τυχόν κενώσεις πλούσιες σε λίπη.
- Για εμφάνιση σημείων ερεθισμού στα ναρκωτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Παρακάτω παρατίθενται 2 περιστατικά που έπασχαν από παγκρεατίτιδα καθώς και όλα τα βήματα της νοσηλευτικής φροντίδας που ακολουθήθηκαν προκειμένου να αντιμετωπιστούν και οι δυο περιπτώσεις αποτελεσματικά.

Α' Περιστατικό

A. Περίπτωση ασθενούς με οξεία παγκρεατίτιδα – χολολιθίαση και νοσηλευτική φροντίδα αυτής.

Επώνυμο : Ο Όνομα : Α

Ηλικία : 70ετών Διανομή : Ζαχάρω Ηλίας

Ημ. Εισόδου : 10/9/01 Κλινική : Υπρ/κή Κλινική Γ.Ν.Ν. Πύργου.

Ο ασθενής κατέφθασε στα τμήματα επειγόντων περιστατικών παραπονούμενος για έντονο άλγος στο επιγάστριο και δεξιό υποχόνδριο. Κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού ο ασθενής ανέφερε ότι ο πόνος είχε ξεκινήσει προ μηνός με μικρότερη ένταση αλλά με πιθανή αντανάκλαση και στη δεξιά ωμοπλάτη.

Η εξέταση επιβεβαίωσε τα ίδια συμπτώματα ενώ εμφάνισε ευαισθησία σε όλη την κοιλιά η οποία έδειξε διατεταμένη. Κατά την δακτυλική εξέταση δεν ανευρεθεί τίποτε παθολογικό.

Ο ασθενής υπεβλήθει σε u/s δεξιού υποχονδρίου όπου εμφάνισε χολολιθίαση χωρίς διάταση του χοληδόχου πόρου.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν τα εξής αποτελέσματα :

Αιματοκρίτης	: 36%
Σάκχαρο	: 129 mg/ml
Νάτριο	: 14 mg/ml
Κάλιο	: 3,4 mg/DT
Αμυλάση	: 38 /u
Αλκαλική φωσφατάση	: 760 /u
Λευκά αιμοσφαίρια:	13500 /ml

Έτσι λοιπόν ο ασθενής εισήχθη στην χειρουργική κλινική με πιθανή διάγνωση χολολιθίαση – οξεία παγκρεατίτιδα.

Την ίδια ημέρα έγινε Ro κοιλιάς και θώρακος ενώ πάρθηκε και αίμα για αέρια αίματος και εργαστηριακές εξετάσεις.

Κατά την ακτινογραφία άνω και κάτω κοιλιάς ανερεύθη το πάγκρεας διογκωμένο και ύπαρξη λίθων στο χοληδόχο πόρο.

Στις 11-9-01 ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εκτός νοσοκομείου όπου εμφάνισε την ύπαρξη ασκίτικού υγρού και διόγκωση του παγκρέατος.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής του ο ασθενής ακολούθησε κατάλληλη συντηρητική θεραπεία η οποία αναφέρεται αναλυτικά παρακάτω και η οποία ήταν αρκετά αποτελεσματική καθώς ο ασθενής δεν παρουσίασε επιπλοκές.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>1. Έντονο επιαστροικό άλγος και άλγος δεξιού υποχονδρίου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Καταπολέμηση του άλγους και ανακούφιση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για την μείωση του πόνου. • Χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων σε περίπτωση που ο πόνος δεν παρουσιάζει ύφεση. • Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι ώστε να ανακουφίζει τον ασθενή. • Ενίσχυση του ηθικού του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ύστερα από ιατρική εντολή 1/b Lonalgal. • Με ιατρική εντολή έγινε στην ασθενή 1 AMP PETHIDINE 0,05 /M • Ο ασθενής τοποθετήθηκε με το σώμα σκυμμένο προς τα εμπρός ενώ συγχρόνως έφερε τους μηρούς της προς τη κοιλιά. Η θέση αυτή προκαλεί χαλάρωση των μυών της περιοχής γύρω από το πάγκρεας. • Εμπύχωση του ασθενούς ώστε να υπομένει τον πόνο που προέρχεται από τη νόσο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος δεν υποχώρησε • Ο πόνος υποχώρησε • Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα αλλά δεν μπορεί να παραμείνει για πολύ στη θέση αυτή. • Το ηθικό του ασθενή παραμένει πεσμένο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
2. Πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> Καταπολέμηση του πυρετού 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη ζωτικών σημείων (σφυγμών, αναπνοών, ΑΠ, και θερμοκρασίας) και αναγραφή αυτών στο θερμομετρικό διάγραμμα. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων σε περίπτωση υψηλού πυρετού. Εφαρμογή αντιμικροβιακής θεραπείας, ύστερα από εντολή γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων. Ο ασθενής τέθηκε σε τρίωρη θερμομέτρηση ενώ έγινε ενημέρωση του θερμομετρικού διαγράμματος. Έγινε ένα amp Aprotel 1 Μ Δόθηκε αντιβίωση Clazoran F/1 Gr 1x3 1M και Zantac Amp 1x3. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πυρετός συνεχίστηκε. Ο πυρετός υποχώρησε.
3. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση του ισοζυγίου των υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση υγρών παρεντερικά. Συχνή και ακριβής μέτρηση των προσβαλλόμενων και 	<ul style="list-style-type: none"> Οι όροι του ετέθησαν στον ασθενή καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο ήταν : DEXTROSE 5% 1000cc, 	<ul style="list-style-type: none"> Ικανοποιητική διόρθωση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

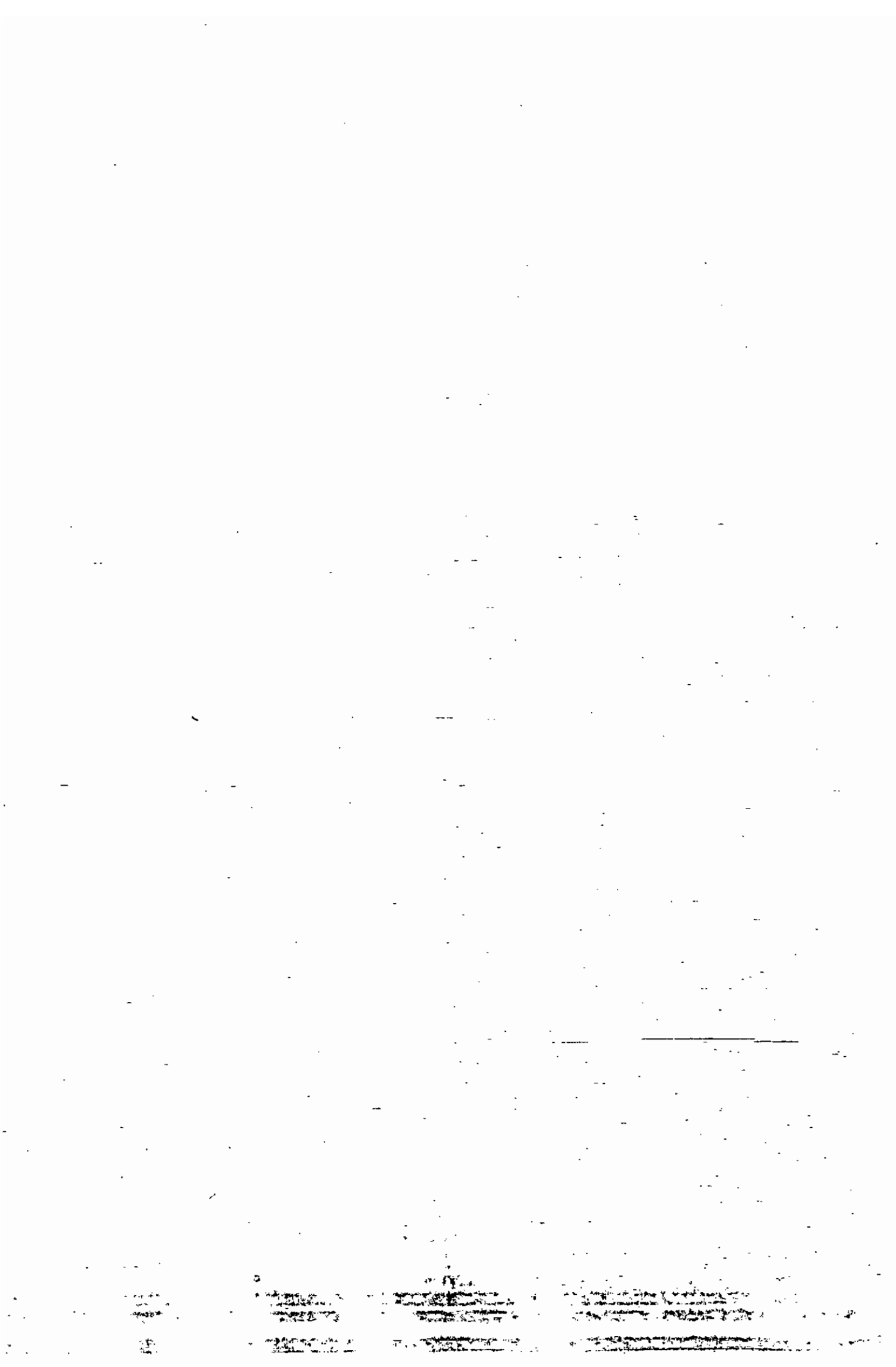
ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς.	RINGERS 1000cc, και SODIUM CHLORIDE 1000cc. Τις 2 πρώτες ημέρες πήρε αυτούς τους ορούς ενώ στη συνέχεια οι οροί εμπλουτίστηκαν για να αντιμετωπισθούν τα άλλα προβλήματα που παρουσιάστηκαν. • Έγινε μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Τα προσλαμβανόμενα ήταν 3000cc και αποβαλλόμενα 600cc.	
4.Ταχύπνοια, ταχυσφυγμία, δύσπνοια.	• Καταπολέμηση των συμπτωμάτων και καταβολή προσπάθειας για επαναφορά της	• Τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση η οποία επιβροηθά την αναπνοή.	• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. • Χορηγήθηκε O ₂ με μάσκα.	• Η κατάσταση βελτιώθηκε καθώς αντιμετωπίστηκε σταδιακά και η δύσπνοια αλλά και η

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂ για την καταπολέμηση της δύσπνοιας και της ταχύπνοιας. • Χορήγηση βροχοδιασταλτικών φαρμάκων για την καταπολέμηση της δύσπνοιας. 	<p>μάσκα.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε THEOPHULLINE 6AMP στους ορούς καθημερινά. 	ταχυσφυγμία και η ταχύπνοια.
5. Διάταση της κοιλιάς και τάση για εμετό.	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενή από τα συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση ρινιγαστρικού (σωλήνα Levin) με εντολή γιατρού και εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης. • Συχνή παρακολούθηση της λειτουργίας του 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενούς γύρω από τη νοσηλεία και τοποθέτηση του Levin με γρήγορες και επιδέξιες κινήσεις. • Έγινε τακτική παρακολούθηση του Levin για τυχόν απόφραξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση του ασθενούς από τους εμετούς και την διάταση της κοιλιάς. • Άριστη λειτουργία του Levin. • Σωστή μέτρηση των αποβαλλόμενων-

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>6. Κατακράτηση ούρων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εκκένωση της ουροδόχου κύστης και ανακούφιση του ασθενούς. 	<p>σωλήνα Levin για αποφυγή απόφραξης αυτού.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αναγραφή των υγρών που αποβάλλονται από το Levin με τη συνεχή αναρρόφηση για την σωστή παρακολούθηση του ισοζυγίου υγρών. • Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αναγραφή των αποβαλλόμενων υγρών από το σωλήνα Levin για τον έλεγχο της κατάστασης του ασθενούς. • Μετά από ιατρική εντολή δεν χορηγήθηκε τίποτα στο ασθενή από το στόμα. 	<p>προσβαλλόμενων υγρών.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Εκκένωση της ουροδόχου κύστης με άσηπτη τεχνική. • Έλεγχος της λειτουργίας του καθετήρα Foley επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης αυτού από άλατα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση καθετήρα της ουροδόχου κύστης με άσηπτη τεχνική. • Έλεγχος της λειτουργίας του καθετήρα Foley επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης αυτού από άλατα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley από τον ιατρό κάτω από άσηπτες συνθήκες. • Ο καθετήρας ελέγχθηκε και η λειτουργία του ήταν κανονική. • Έγινε μέτρηση και 	<ul style="list-style-type: none"> • Η λειτουργία της ουροδόχου κύστης αποκαταστάθηκε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		<ul style="list-style-type: none"> Μέτρηση και αναγραφή των ούρων που αποβάλλονται για τη σωστή παρακολούθηση των αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς. Συχνή αλλαγή του καθετήρα για την πρόληψη ουρολοιμώξεων. 	<p>αναγραφή των αποβαλλόμενων υγρών.</p> <ul style="list-style-type: none"> Έγινε αλλαγή του καθετήρα εφαρμόζοντας άσηπτη τεχνική. 	
7. Έλεγχος υπεργλυκαιμίας	<ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη αναγνώριση και σωστή αντιμετώπιση αυτής. 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη Stick σακχάρου ανά δωρο. Test ούρων ανά δωρο για την έγκαιρη αναγνώριση σακχαρουρίας αυτής. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε Stick σακχάρου για τον έλεγχο σακχάρου στο αίμα. Πάρθηκαν ούρα για τον έλεγχο του σακχάρου σ' αυτά. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής δεν παρουσίασε υπεργλυκαιμία. Οι τιμές του σακχάρου του αίματος ήτα φυσιολογικές ενώ εμφάνισε μόνο μία φορά σακχαρουρία. Ο ασθενής δεν
8. Παρακολούθηση και	<ul style="list-style-type: none"> Πρόληψη και 	<ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη έγερση από το 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής σηκώθηκε 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής δεν

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
πρόληψη εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας.	έγκαιρη αντιμετώπιση αυτής.	κρεβάτι. • Αντιπηκτική αγωγή ύστερα από εντολή γιατρού.	από το κρεβάτι. Έγιναν ασκήσεις των κάτω άκρων. • Τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. • Ο ασθενής πήρε Heparino AMP 5000/u 1x3.	εμφάνισε θρομβοφλεβίτιδα.



B' Περιστατικό

B. Περίπτωση ασθενούς με οξεία παγκρεατίτιδα και νοσηλευτική φροντίδα αυτής.

Επώνυμο : Π Όνομα : Ο

Ηλικία : 75 ετών Διαμονή : Ανδρίτσaina Ηλείας

Ημ. Εισόδου : 20/9/01 Κλινική : Παθολογική κλινική I.N.N.
Πύργου.

Η ασθενής προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παραπονούμενη για έντονο πόνο και ευαισθησία στο επιγάστριο, ναυτία και εμετό.

Κατά τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού η ασθενής είχε ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό ενώ αναφέρεται χολοκυστεκτομή προ 20ετίας και επέμβαση στο πάγκρεας προ δετίας.

Η ασθενής εισήχθε στο Παθολογικό τμήμα με πιθανή διάγνωση, οξεία παγκρεατίτιδα.

Ενδεικτικά μερικές από τις εργαστηριακές της εξετάσεις ήταν :33000/ml, πολυμορφοπύρηνα : 89%, αμυλάση ορού : 1700/u.

Την επόμενη μέρα η ασθενής υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία άνω κοιλιάς (σε διαγνωστικό κέντρο εκτός νοσοκομείου) της οποίας τα ευρήματα ήταν παγκρεατική συλλογή με μείωση των ενδοκοιλιακών συλλογών που συνηγορούν υπέρ οξείας φλεγμονής του παγκρέατος.

Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην Παθολογική κλινική όπου αντιμετώπισθηκε συντηρητικά.

Σε αξονική τομογραφία που έγινε μετά από 8 ημέρες απεικονίζεται η παγκρεατική φλεγμονή ενώ συγχρόνως δεν διαφαίνεται καμία βελτίωση.

Η ασθενής μεταφέρεται με ασθενοφόρο στο εφημερεύον Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Άγιος Ανδρέας» και εισάγεται στην Χειρ/κή Κλινική.

Συνεχίζεται η συντηρητική αντιμετώπιση της ασθενούς. Την επόμενη μέρα εισάγεται υποκλείδιος φλεβικός καθετήρας ενώ η ασθενής ξεκίνησε Ο.Π.Δ τύπου Β. Στις 12/10/01 η ασθενής παρουσίασε ασθματική κρίση η οποία ανατάχθηκε προσωρινά με theophylline αλλά η ασθενής εξακολουθεί να παραμένει ταχυπνοϊκή και δυσπνοϊκή. Οι Ρο θώρακος δεν είναι τόσο καθαρές.

Στις 13/10/01 έγινε αξονική τομογραφία κοιλιάς η οποία ανέδειξε ελάττωση του όγκου του παγκρέατος και εξαφάνιση του παγκρεατικού υγρού.

Στις 14/10/01 η ασθενής εισέρχεται σε συγχυτική κατάσταση με αέρια αίματος $PO_2 = 60$ mmHg, $PCO_2 = 45$ mmhg και τίθεται σε O_2 με μάσκα Venturi.

Στις 15/10/01 η ασθενής βρίσκεται σε άσχημη γενική κατάσταση και μεταφέρεται στη Μ.Ε.Θ. Η ασθενής συνδέθηκε με το monitor ενώ συγχρόνως της χορηγείται O_2 με τραχειοσωλήνα και ακολουθεί την προηγούμενη συντηρητική αγωγή. Η ασθενής στις 16/10/01 εμφανίζει συμπτώματα περιφερικής ανεπάρκειας όπου παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονται συνέχισε να βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση και τελικά απεβίωσε.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
1. Πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> Καταπολέμηση των δευτερογενών διαπυρήσεων αφού ο πυρετός της νόσου τις πρώτες ημέρες είναι άσηπτος. 	<ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη θερμοκρασίας και αναγραφή αυτής στο θερμομετρικό διάγραμμα. Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων επί υψηλού πυρετού. Χορήγηση αντιμικροβιακών φαρμάκων μετά από εντολή γιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής τέθηκε σε τρίωρη θερμομέτρηση. Χορηγήθηκε 1 am Aprotel I.M ύστερα από εντολή γιατρού. Ο ασθενής πήρε αντιβίωση σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Τριπλή αγωγή : SOLVETAN FI 1G 1x3, BRIKLIN FI 1x3, DALACIN FL 1x3. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής παρούσισε πυρετό συνέχεια ο οποίος έπεφτε μόνο μετά την χορήγηση αντιπυρετικών.
2. Έντονος πόνος και ευαισθησία του επιγαστρίου.	<ul style="list-style-type: none"> Καταπολέμηση του πόνου του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση ναρκωτικών φαρμάκων ύστερα από εντολή γιατρού επί έντονου πόνου. Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε στον ασθενή 1 Amp Pethidine 0,05mg IM ύστερα από εντολή γιατρού. Η ασθενής τοποθετήθηκε στο κρεβάτι με σκυμμένο το σώμα 	<ul style="list-style-type: none"> Προκλήθηκε αναλγησία. Η ασθενής άλλαξε συχνά θέση επειδή κουραζόταν λόγω της βαρύτητας της κατάστασής της.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
3. Διαταραχή ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> Παρακολούθηση του ασθενή για σημεία εξάρτησης. Ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς και ενθάρρυνση για υπομονή. 	προς τα εμπρός ενώ έφερε συγχρόνως τους μηρούς προς την κοιλιά. Με τη θέση αυτή προκαλείται μείωση της δραστηριότητας των μυών γύρω από το πάγκρεας. <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής παρακολούθηθηκε για σημεία εξάρτησης. Ύστερα από συζήτηση με την ασθενή γύρω από τη νόσο δόθηκαν διάφορες πληροφορίες με σκοπό την ανύψωση του ηθικού της. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής δεν εμφάνισε σημεία εξάρτησης. Η ασθενής βρέθηκε σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση.
	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση υγρών παρεντερικά. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκαν στην ασθενή οι εξής οροί: Ringers 1000cc 1x1, DEXTROSE 5% 1000cc + 	<ul style="list-style-type: none"> Ικανοποιητική η ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
4. Μετεωρισμός κοιλιάς και δυσκοιλότητα.	<ul style="list-style-type: none"> • Εκκένωση του εντέρου και απαλλαγή της ασθενούς από τον μετεωρισμό κοιλιάς. 	<p>προσβαλλόμενων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενούς καθημερινά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμογή υποθέτου. • Εφαρμογή καθετήρα και υποκλεισμού. • Εφαρμογή σωλήνα αερίων. 	<p>3 amp Kcl + 2 amp Nacl.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών της ασθενούς. • Τοποθέτηση 2 υποθέτων dulcolax. • Έγινε καθαρτικός υποκλεισμός • Τέθηκε σωλήνας αερίων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν επιτεύχθηκε εκκένωση του εντέρου. • Επιτεύχθηκε εκκένωση του εντέρου και το έντερο συνέχισε να λειτουργεί φυσιολογικά.
5. Αιμορραγία.	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση σταθερού του όγκου του αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αίματος στο ασθενή. • Παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν 2 μονάδες πλήρους αίματος. • Παρακολούθηθηκε για τυχόν αντιδράσεις από τη 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν παρουσίασε αντιδράσεις από τη χορήγηση αίματος,

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
6. Υπασθαστιαμία.	<ul style="list-style-type: none"> Επαναφορά του Ca στα φυσιολογικά επίπεδα. 	<p>αντιδράσεων που οφείλονται στη χορήγηση αίματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> Συχνή λήψη και αναγραφή των ζωτικών σημείων της ασθενούς. 	<p>χορήγηση αίματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής τέθηκε σε τρίωρη λήψη των ζωτικών σημείων. 	<p>ενώ στις εργαστηριακές εξετάσεις ο αιματοκρίτης ανεβρέθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα.</p> <ul style="list-style-type: none"> Η υπασθαστιαμία αρχικά αντιμετωπίστηκε. Η ασθενής όμως στη συνέχεια παρουσίασε πάλι το ίδιο πρόβλημα το οποίο όμως δεν μπορούσε να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά.
7. Ακράτεια ούρων.	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων. 	<ul style="list-style-type: none"> Τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Έλεγχος της 	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε στην ασθενή ύστερα από εντολή γιατρού 1 amp γλυκονικό ασβέστιο μέσα στους ορούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Ικανοποιητική λειτουργία του καθετήρα Foley.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
8. Υπεργλυκαιμία.	<ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη αντιμετώπιση αυτής. 	<p>Λειτουργίας του καθετήρα Foley επειδή υπάρχει κίνδυνος απόφραξης αυτού.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Τοπική καθαριότητα και συχνή αλλαγή του καθετήρα για πρόληψη των ουρολοιμώξεων. 	<p>Λειτουργίας του καθετήρα Foley.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε αλλαγή του καθετήρα κάτω από άσηπτες τεχνικές καθώς και τοπική καθαριότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής δεν εμφάνισε ουρολοίμωξη.
8. Ταχύπνοια,	<ul style="list-style-type: none"> • Καταπολέμηση των 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη Stick σακχάρου ανά 3ωρο. • Συχνή λήψη ούρων για τον έλεγχο της τιμής σακχάρου στα ούρα. • Χορήγηση ινσουλίνης. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής τέθηκε σε τρίωρη λήψη Stick σακχάρου όπου το σάκχαρο ήταν αυξημένο. • Πάρθηκαν ούρα όπου η ασθενής εμφάνισε σακχαρουρία. • Χορηγήθηκε στην ασθενή 15 /u κρυσταλλικής ινσουλίνης. • Η ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιητική αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας.
8. Ταχύπνοια,	<ul style="list-style-type: none"> • Καταπολέμηση των 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση της 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Η κατάσταση δεν

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ – ΑΡΡΩΣΤΟΥ <i>(προβλήματα, ανάγκες)</i> ταχυσφυγμία.	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
	συμπτωμάτων αυτών.	ασθενούς σε ανάρρωση θέση που βοηθά στην αναπνοή. <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση O₂ για την καταπολέμηση της δύσπνοιας. • Χορήγηση βροχοδιασταλτικών. • Συχνή λήψη και αναγραφή των ζωτικών σημείων. 	τοποθετήθηκε σε ανάρρωση θέση. <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε 6 LT O₂ στην αρχή της νοσηλείας ενώ στη συνέχεια χρειάστηκε να πάρει O₂ με τραχειοσωλήνα. 	παρουσίασε βελτίωση. Η ασθενής συνέχισε να είναι δυσπνοϊκή.
9. Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια (Shock).	<ul style="list-style-type: none"> • Έγκαιρη αντιμετώπιση του Shock και αποκατάσταση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων. • Παρακολούθηση για συμπτώματα Shock. • Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάρροπη θέση του κορμού με σκοπό την προσφορά 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής τέθηκε σε τρίωρη λήψη των ζωτικών σημείων. • Η ασθενής παρακολούθηθηκε για συμπτώματα Shock και εμφάνισε κούωση, πτώση Α.Π και ανησυχία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν υπήρχε ικανοποιητική ανταπόκριση της ασθενούς σε όλες τις ενέργειες αυτές. Λίγο μετά η ασθενής απεβίωσε.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ - ΑΡΡΩΣΤΟΥ (προβλήματα, ανάγκες)	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		αίματος στα ζωτικά όργανα. <ul style="list-style-type: none"> • Επιτάχυνση της ροής των υγρών με σκοπό την αύξηση του όγκου του αίματος. • Χορήγηση αίματος. • Χορήγηση φαρμάκων που προκαλούν σύσπαση των περιφερικών αγγείων. • Παρακολούθηση και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε κατάρροπη θέση. • Επιταχύνθηκε ο ρυθμός ροής των ορών. • Χορηγήθηκε Δ ομάδα πλήρες αίμα. • Χορηγήθηκε με εντολή γιατρού νοραδρεναλίνη I.V. • Έγινε μέτρηση και αναγραφή των προσ/μενων και απο/νων . • ενώ χορηγήθηκε Dextrose 5% 1000cc + 3 amp Kcl + 2amp Nacl. • Χορηγήθηκε και κορτιζόνη λόγω μη θετικής ανταπόκρισης στα προηγούμενα. 	

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μετά λοιπόν απ' όσα προαναφέρθηκαν όσον αφορά τις παγκρεατίτιδες μπορεί εύκολα να διαπιστώσει κανείς ότι η πρόληψη πάνω απ' όλα αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα για την αντιμετώπιση της οξείας φάσης της νόσου.

Εξίσου σημαντικό παράγοντα επίσης αποτελεί η έγκαιρη διάγνωσή της και η κατάλληλη θεραπεία της.

Απ' όλες τις μορφές της η αλκοολική παγκρεατίτιδα καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό ενώ όσον αφορά τη θνησιμότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων οδηγούνται σε θάνατο.

Έτσι λοιπόν ο σωστός Νοσηλεύτης/τρια πρέπει να κατέχει όλες εκείνες τις γνώσεις και τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες τόσο για την πρόληψη όσο και τη θεραπεία της νόσου αλλά και για την διαφώτιση του ασθενούς σχετικά με την πάθηση.

Εξίσου σημαντική είναι η συμβολή του Νοσηλεύτή/τριας στην ενημέρωση – διαφώτιση του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει τυχόν προβλήματα και επιπλοκές.

Έτσι λοιπόν μπορεί εύκολα να καταλάβει κανείς πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλεύτη/τριας σε όλες τις φάσεις της νόσου, γι' αυτό λοιπόν το λόγο αυτός πρέπει να κατέχει όλες εκείνες τις γνώσεις, δεξιότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί να ανταποκριθεί στον τόσο σπουδαίο ρόλο του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sobotta : «Άτλαντας Ανατομικής του ανθρώπου». Τόμος Β΄ Έκδοση 4^η Εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός». Αθήνα 1995
2. Lucille Keir, Barbara A. Wise – Connie Krebs : «Ανατομία και Φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος» Επιμέλεια έκδοσης Γ. Παρίκος, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1996
3. William F. Ganong MD: «Ιατρική Φυσιολογία» Μετάφραση – Επιμέλεια Ιωάννου, Χατζημηνά Τόμος Α΄, Επιστημονικές Εκδόσεις Κ. Παρισιανός Αθήνα 1975
4. Μαυρικάκη Ευαγγελία «Άτλας Ανατομίας» Εκδόσεις «Πατάκης» Αθήνα 2001
5. Μπατρινού «Σύγχρονη Ενδοκρινολογία» Τόμος Α΄ Εκδόσεις «Studio Press ΑΕ» Αθήνα 1982
6. Κ.Δ Γαρδικας «Ειδική νοσολογία» Τόμος Α΄ Έκδοση 4^η Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παρισιανός» Αθήνα 1984
7. Ganoc F.W : «Ιατρική Φυσιολογία» Μετάφραση: Βαγγέλη Σπανού Τόμος Β΄ Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγ. Κ. Παρισιανός» Έκδοση XI Αθήνα 1985
8. Βασώνης Δ. «Επίτομη Χειρουργική» Έκδοση 5^η Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγ. Κ. Παρισιανός» Αθήνα 1987
9. Σωτήριος Α΄ Ράπτης «Εσωτερική Παθολογία» Β΄ Τόμος Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρ. Παριανός» Αθήνα 1996
10. Δρ. Κων/νος Αθ. Τσόχας «Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία» Εκδόσεις Λύχνος Αθήνα 1988

11. Kathy V. Gettrust – Paula D. Brabec: «Νοσηλευτική διαγνωστική και κλινική πρακτική» Επιμέλεια Γιώργος Καραχάλιος Εκδόσεις «Έλλην» Αθήνα 1997
12. G Carey, H. Lee, K. Woultge: «Manual θεραπευτικής» Έκδοση 29^η Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 2000
13. Πετρίδης Α. «Εγχειρίδιο Χειρουργικής» Έκδοση Β' Εκδόσεις «Έλλην» Αθήνα 1998
14. Σαχίνη – Καρδάση Α. – ΠΑΝΟΥ Μ. «Παθολογική και Χειρουργική» Νοσηλευτική Τόμος Β' Έκδοση Β' Εκδόσεις «Βήτα» Αθήνα 1997
15. Μαλγαρινού – Κωνσταντινίδου «Γενική Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος Α' Αθήνα 1995

