

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**« ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

**ΛΑΖΑΡΑΚΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΛΙΟΥΚΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

**Επιλέγω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην εποπτεύουσα καθηγήτρια μου κυρία Μαλιούκη Μαριάννα για όλη την βοήθεια και τη συμπαράσταση της κατά τη διάρκεια δημιουργίας της πτυχιακής μου εργασίας. Ταυτόχρονα θα ήθελα να ευχαριστήσω την γαστρεντερολόγο κύρια Διαμαντοπούλου Γεωργία για την πολύτιμη συνδρομή της.**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της εκδήλωσης κιρσών οισοφάγου και στην συνέχεια η καταγραφή του νοσηλευτικού ρόλου.

Η εν λόγω πτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο κύρια μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά την βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με την οποία περιγράφεται με αναλυτικό τρόπο η ανατομία και η φυσιολογία του Πεπτικού Συστήματος προκειμένου να κατανοήσουμε στα επόμενα κεφάλαια τον τρόπο εξέλιξης των κιρσών οισοφάγου.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής εργασίας ξεκινάμε να αναφερόμαστε στον ορισμό της πάθησης, την αιτιοπαθογένεια, την κλινική εικόνα και τις επιπλοκές που ακολουθούν τον οργανισμό του ασθενή. Η ιστορική αναδρομή και τα επιδημιολογικά στοιχεία αποτελούν συμπληρωματικά στοιχεία στην ανασκόπηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Με την έννοια των κιρσών οισοφάγου αναφερόμαστε στην ανάπτυξη διατεταμένων, υποβλενογονίων φλεβών εντός της περιοχής του οισοφάγου που αποτελεί απόρροια εμφανιζόμενης πυλαίας υπέρτασης. Ακολουθία της αναφοράς αυτής είναι η παρουσία σοβαρής αιμορραγίας εντοπισμένη στο ανώτερο πεπτικό σύστημα.

Η συμπτωματολογία περιλαμβάνει τα σημεία εκείνα, τα οποία υποδηλώνουν εμφάνιση κίρσορραγίας δηλαδή αιματέμεση, μέλαινα κένωση, υπόταση, ταχυκαρδία, ψυχρό ή κολλώδες δέρμα όπως επίσης και διανοητική σύγχυση. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα μπορεί να ακολουθεί και την κλινική εικόνα που σχετίζεται με εμφάνιση ηπατικής βλάβης.

Η θεραπεία συνίσταται σε τρία σκέλη μεθόδων λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους που εφαρμόζονται στην σύγχρονη κοινωνία.

Αναφερόμαστε στην θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή πριν την έναρξη της αιμορραγίας, κατά την διάρκεια της εκδήλωσης της οξείας αιμορραγίας και τέλος στην θεραπεία που στοχεύει στην πρόληψη της υποτροπής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυπαραγοντικός, ανιχνεύεται στην φάση αντιμετώπισης της οξείας αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού, στην προετοιμασία του ασθενή για την πραγματοποίηση τόσο των διαγνωστικών όσο και των θεραπευτικών μεθόδων (γαστροσκόπηση – ενδοσκοπική σκληροθεραπεία) αλλά και κατά την πρόληψη της υποτροπής.

## **ABSTRACT**

The purpose of this thesis is the literature review of esophageal varices event and then recording the nursing role.

This thesis consists of two main parts. The first part deals with the literature review in accordance with the described analytically the anatomy and physiology of the Digestive System in order to understand the following chapters how development of oesophageal varices.

In the second part of this thesis we start talking about the definition of the disease, the pathogenesis, clinical presentation and complications that follow the body of the patient. The history and epidemiological data are complementary aspects of the review of our thesis work.

With the concept of oesophageal varices development-related stretches, submucosal veins in the region of the esophagus, which is a result of portal hypertension occurring. Sequence of reference this is the presence of severe localized bleeding in the upper digestive system.

The symptoms include those points, suggesting that appearance kirsorragias haematemesis, melaena, hypotension, tachycardia, cold or clammy skin, as well as mental confusion. In many cases may follow and the clinical picture associated with the occurrence of liver failure.

The treatment consists of three parts methods taking into account all the parameters applicable to modern society. We refer to the therapeutic approach to the patient before the onset of bleeding during the onset of acute bleeding and end the treatment aimed at preventing relapse.

The role of the nurse is multifactorial, the detected phase of treatment of acute upper gastrointestinal bleeding in patient preparation for performing both diagnostic and therapeutic methods (endoscopy - endoscopic sclerotherapy) and in preventing relapse.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε εκδήλωση πυλαίας υπέρτασης, αναπτύσσονται "αναστομώσεις", που λειτουργούν ως ένα παθολογικό δίκτυο ανάμεσα στους κλάδους της πυλαίας και της συστηματικής κυκλοφορίας. Οι πιο συχνές αναστομώσεις αναπτύσσονται στην περιοχή του οισοφάγου και του θόλου του στομάχου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία διογκωμένων φλεβών (κισμών).

Το 50% των ασθενών με κίρρωση του ήπατος, (το συχνότερο αίτιο πυλαίας υπέρτασης), αναπτύσσει κισμούς οισοφάγου ενώ τελικά μόνο το 1/3 των ασθενών με κισμούς του οισοφάγου, θα εκδηλώσουν αιμορραγία, με σημαντικά ποσοστά θνητότητας.

Στο πρώτο κεφάλαιο, αναλύουμε την ανατομία και την φυσιολογία του Πεπτικού Συστήματος αφού πρώτα έχει πραγματοποιηθεί η ιστορική αναδρομή και η καταγραφή των επιδημιολογικών στοιχείων.

Αντικείμενο του δεύτερου κεφαλαίου είναι η ανάλυση όλων των παραμέτρων που διέπουν την αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού όπως η αιτιολογία, η συμπτωματολογία, η διαγνωστική προσέγγιση του ασθενή και τέλος όλα τα απαραίτητα μέτρα θεραπευτικής αγωγής.

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, εισάγουμε την έννοια των κισμών οισοφάγου, συμπεριλαμβανόμενων της παθογένειας, της προληπτικής αγωγής και της κλινικής εικόνας που φέρει ο ασθενής .

Συνεχίζουμε στο τέταρτο κεφάλαιο όπου γίνεται περιγραφή της EST αναφέροντας στην πορεία τις επιπλοκές οι οποίες διακρίνονται σε περιοχικές και συστηματικές. Το κεφάλαιο κλείνει με την ενδοσκοπική περίδεση των κισμών.

Αντικείμενο του πέμπτου κεφαλαίου είναι η περιγραφή του νοσηλευτικού ρόλου κατά την προετοιμασία του ασθενή για την πραγματοποίηση της EST αλλά δεν περιορίζεται μόνο σε αυτό.

Δηλώνεται και η πραγμάτωση του νοσηλευτή για την μετέπειτα πορεία παρακολούθησης του ασθενή.

Στο κεφάλαιο έκτο παραθέτουμε δυο περιστατικά ασθενών μαζί με τη νοσηλευτική παρέμβαση για να δηλώσουμε άμεσα την υπόσταση και την εξέλιξη της νόσου στον οργανισμό του ανθρώπου. Τέλος, εξάγονται τα απαραίτητα από την πτυχιακή μας εργασία συμπεράσματα και καταγράφεται αριθμητικά η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ .....	3
ABSTRACT .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	10
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ- ΗΠΑΤΟΣ.....	10
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	10
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ .....	11
1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.....	12
1.4 ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	16
1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	24
ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	24
2.1 ΑΙΤΙΑ.....	24
2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ .....	25
2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	26
2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	31
ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ .....	31
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	31
3.2 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ .....	31
3.3 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	31
3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	36
3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ .....	40
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (EST).....	40
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	40
4.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ EST.....	44
4.2.1 ΤΟΠΙΚΕΣ.....	44
4.2.2 ΠΕΡΙΟΧΙΚΕΣ.....	46
4.2.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ .....	47
4.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΚΙΡΣΩΝ .....	49



<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....</b>	<b>52</b>
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>52</b>
<b>5.2 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ EST/EVL .....</b>	<b>52</b>
<b>5.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ .....</b>	<b>53</b>
<b>5.4 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΣΗ .....</b>	<b>56</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....</b>	<b>58</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....</b>	<b>58</b>
<b>6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1 .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2 .....</b>	<b>64</b>
<b>6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....</b>	<b>69</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>72</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>73</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ- ΗΠΑΤΟΣ

#### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μέχρι προ 20ετίας η αντιμετώπιση της αιμορραγίας των κιστών πραγματοποιούνταν με την τοποθέτηση του καθετήρα Sengstaken-Blakemore, με ταυτόχρονη χορήγηση διαφόρων αγγειοσυσπαστικών ουσιών. Μετά την επίσχεση της αιμορραγίας όμως προέκυπτε το πρόβλημα της υποτροπής (επανεμφάνιση αιμορραγίας). Έτσι η χειρουργική αντιμετώπιση θα ήταν αναπόφευκτη λύση προκειμένου να απαλλαχτεί ο ασθενής από μια νέα αιμορραγία η οποία θα απειλούσε άμεσα την ζωή του. Κατά τις εποχές εκείνες σχεδιάστηκε η αντιμετώπιση του οισοφαγικού φλεβικού πλέγματος με την αναστόμωση του πυλαίου συστήματος προς την συστηματική κυκλοφορία<sup>1</sup>. Την ίδια περίοδο ορισμένες μελέτες απέδειξαν ότι το ηπατικό κύτταρο έχει ανάγκη της φλεβικής ροής της πυλαίας φλέβας. Γι' αυτό το λόγο, με την ανάπτυξη των διαφόρων πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων έγινε προσπάθεια συντήρησης αυτής της υπόθεσης και έτσι φθάσαμε στην περιφερική σπληνονεφρική αναστόμωση, η οποία αποστερούσε σε πολύ λιγότερο ποσοστό την φλεβική ροή προς το ήπαρ και είχε επιτυχή αποσυμφόρηση των κιστών του οισοφάγου. Πέραν των πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων οι οποίες παρουσίαζαν μεγάλη θνητότητα και μεγάλη νοσηρότητα σχεδιάστηκαν οι περιβόητες απαγγειωτικές επεμβάσεις (δηλαδή, η καταστροφή των οισοφαγικών κιστών με διάφορους τρόπους). Η πλέον επιτυχής απ' αυτές τις επεμβάσεις ήταν η μέθοδος Sugiura. (King, 2001)<sup>2</sup>

## 1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι αιμορραγίες από το Ανώτερο Πεπτικό Σύστημα αποτελούν το 80% έως 90% των περιπτώσεων του γαστρεντερικού. Συνήθως το 70% - 80% των αιμορραγιών αυτοπεριορίζεται τα δυο πρώτα 24ωρα, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερή στο 10%. Παρά τις προόδους στην θεραπεία της ελκωτικής νόσου και την εισαγωγή νέων μεθόδων για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας από το ΑΠΣ, η ανάγκη για επείγουσα χειρουργική επέμβαση όπως και η θνητότητα (7-10%) που συνοδεύει την αιμορραγία από το ΑΠΣ παραμένει σταθερή κατά τα 50 τελευταία έτη. Το γεγονός ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των υπερηλίκων (>80 ετών) που νοσηλεύονται με αιμορραγία από το ΑΠΣ έχει σχεδόν τριπλασιαστεί, αποτελεί ίσως και την πιθανότερη εξήγηση.

Η αιμορραγία από το πεπτικό και ειδικότερα η αιμορραγία των κισσών του οισοφάγου αποτελε΄ι την βαρύτερη και συχνότερα θανατηφόρο επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης. Η συχνότητα ανεύρεσης οισοφαγικών κισσών σε κίρρωτικούς ασθενούς ανέρχεται στο 50% εκ των οποίων το 1/3 αναμένεται να αιμορραγήσει στα επόμενα δυο χρόνια με θνητότητα, συνεπεία της πρώτης κισσορραγίας να προσεγγίζει το 50%. Μόνο στους μισούς ασθενείς με κισσορραγία, η αιμορραγία σταματά αυτόματα. Μεταξύ των ασθενών που επιβιώνουν της πρώτης κισσορραγίας ο κίνδυνος υποτροπής της αιμορραγίας ανέρχεται σε 30% στις 6-8 εβδομάδες (μέγιστος τις πρώτες 48 ώρες) και περίπου 70% στο πρώτο έτος<sup>2</sup>.

### 1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ο οισοφάγος είναι ένας μυϊκός σωλήνας μήκους περίπου 25 εκατοστών, ο οποίος ξεκινά στο ύψος του βου αυχενικού σπονδύλου και φτάνει ως τον 11ο θωρακικό σπόνδυλο, περνώντας μέσα από το διάφραγμα, όπου και συνδέεται με τον στόμαχο (γαστροοισοφαγική συμβολή).

Ο οισοφάγος χωρίζεται σε 4 τμήματα:

- Ø Φαρυγγοοισοφαγικό τμήμα
- Ø Αυχενικό τμήμα
- Ø Θωρακικό τμήμα
- Ø Κοιλιακό τμήμα.

#### ΦΑΡΥΓΓΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Το φαρυγγοοισοφαγικό τμήμα είναι το τμήμα του οισοφάγου, το οποίο βρίσκεται μεταξύ του λαρυγγοφάρυγγα και του αυχενικού οισοφάγου. Οι μύες του φάρυγγα σχηματίζουν τον άνω, μέσο και κάτω φαρυγγικό σφιγκτήρα. Το κατώτερο σημείο του κάτω φαρυγγικού σφιγκτήρα (θυρεοφαρυγγικός μυς) αποτελεί τον άνω οισοφαγικό σφιγκτήρα (ΑΟΣ) και αναγνωρίζεται από την εγκάρσια κατεύθυνση των ινών. Η μετάβαση μεταξύ των πλάγιων ινών του θυρεοφαρυγγικού μυός και των εγκάρσιων μυών του κρικοφαρυγγικού μυός σχηματίζει ένα σημείο αδυναμίας στο φαρυγγοοισοφαγικό τμήμα (σημείο φαρυγγοοισοφαγικού εκκολπώματος και σύνηθες σημείο διάτρησης κατά την οισοφαγοσκόπηση). Ο άνω οισοφαγικός σφιγκτήρας είναι ο μοναδικός σφιγκτήρας στον γαστρεντερικό σωλήνα, ο οποίος δεν αποτελείται από κυκλοτερή μυϊκό δακτύλιο, αλλά αποτελεί ένα τόξο που συνδέει τις δύο πλάγιες πλευρές του κρικοειδούς χόνδρου<sup>4</sup>.

## ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο αυχενικός οισοφάγος βρίσκεται στη μέση γραμμή όπισθεν της τραχείας. Η διαδρομή που ακολουθεί φέρεται αριστερά της τραχείας και για το λόγο αυτό η προσέγγιση του αυχενικού οισοφάγου είναι πιο εύκολη με μία αριστερή τραχηλική τομή. Προς τα πίσω ο οισοφάγος έρχεται σε επαφή με την προσπονδυλική περιτονία, ενώ εκατέρωθεν αυτού φέρονται τα καρωτιδικά έλυτρα και οι λοβοί του θυρεοειδούς αδένα και τα παλίνδρομα λαρυγγικά νεύρα φέρονται αμφότερα στην τραχειοοισοφαγική αύλακα<sup>4</sup>.

## ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο θωρακικός οισοφάγος εισέρχεται στο οπίσθιο μεσοθωράκιο, περνά πίσω από το αορτικό τόξο και τα μεγάλα αγγεία και στρέφεται στην αριστερή μεριά της τραχείας, πίσω από τον αριστερό κύριο βρόγχο. Στη συνέχεια κατευθύνεται προς τα δεξιά για μερικά εκατοστά στην υποτροπιδική περιοχή και στη συνέχεια επανέρχεται στα αριστερά της μέσης γραμμής μπροστά από την θωρακική αορτή και το περικάρδιο. Στη συνέχεια ο οισοφάγος παρεκκλίνει προς τα εμπρός και αριστερά και εισέρχεται στο οισοφαγικό τρήμα του διαφράγματος στο ύψος του 11ου θωρακικού σπονδύλου. Στα πλάγια ο θωρακικός οισοφάγος έρχεται σε επαφή με το δεξί και αριστερό πέταλο του τοιχωματικού υπεζωκότα. Το διαφραγματικό οισοφαγικό τρήμα σχηματίζεται από ένα βρόγχο από μυϊκές ίνες, οι οποίες προέρχονται από το δεξιό και το αριστερό σκέλος του διαφράγματος, αν και σε μεγάλο ποσοστό ασθενών οι ίνες προέρχονται μόνο από το δεξιό σκέλος<sup>5</sup>.

## ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΤΜΗΜΑ

Ο κοιλιακός οισοφάγος εκτείνεται από το οισοφαγικό τμήμα μέχρι την συμβολή του οισοφάγου με τον στόμαχο (γαστροοισοφαγική συμβολή), έχει μήκος περίπου 1-2 εκατοστά.

Ο οισοφάγος διαθέτει 3 περιοχές ανατομικών στενωμάτων. Το αυχενικό στένωμα βρίσκεται στο ύψος του κρικοφαρυγγικού σφιγκτήρα και είναι το στενότερο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα (14 χιλιοστά). Το βρογχοαορτικό στένωμα (15-17 χιλιοστά) βρίσκεται στο ύψος του 4ου θωρακικού σπονδύλου, πίσω από το διχασμό της τραχείας, όπου ο αριστερός κύριος βρόγχος και το αορτικό τόξο διασταυρώνονται με τον οισοφάγο. Η διαφραγματική στένωση (16-19 χιλιοστά) βρίσκεται στο σημείο όπου ο οισοφάγος περνάει μέσα από το διάφραγμα.

Ο οισοφάγος αποτελείται από 3 χιτώνες: βλεννογόνος, υποβλεννογόνιος, μυϊκός χιτώνας . Ο οισοφάγος δεν καλύπτεται εξωτερικά από ορογόνο αλλά περιβάλλεται από μία στιβάδα χαλαρού ινώδους ιστού. Ο οισοφαγικός βλεννογόνος αποτελείται από πλακώδες επιθήλιο, εκτός από τα άπω 1-2 εκατοστά που καλύπτονται από μεταβατικό κυλινδρικό επιθήλιο. Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας είναι ένας λιπόδης και σχετικά παχύς συνδετικός ιστός, ο οποίος διευκολύνει την κινητικότητα του βλεννογόνου του οισοφάγου. Περιέχει βλεννογόνους αδένες, αιμοφόρα αγγεία, το νευρικό πλέγμα του Meissner και εκτενές δίκτυο λεμφαγγείων. Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από μία εξωτερική επιμήκη μυϊκή στιβάδα και από μία εσωτερική κυκλωτερή μυϊκή στιβάδα. Μεταξύ των δύο στιβάδων υπάρχει ένα λεπτό ενδομυϊκό διάφραγμα από συνδετικό ιστό, το οποίο περιέχει λεπτά αιμοφόρα αγγεία και το πλέγμα του Auerbach. Και οι δύο μυϊκές στιβάδες (επιμήκης και κυκλωτερής) στο άνω τριτημόριο του οισοφάγου αποτελούνται από γραμμωτές ίνες, ενώ στο

μέσο και κάτω τριτημόριο αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες. Εξωτερικά υπάρχει χαλαρός συνδετικολιπώδης ιστός<sup>6</sup>.

### ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ο οισοφάγος τρέφεται από πολυάριθμες τμηματικές τροφοφόρες αρτηρίες. Ο αυχενικός οισοφάγος αιματώνεται από την άνω θυρεοειδική αρτηρία αλλά και από την κάτω θυρεοειδική αρτηρία (κλάδος του θυρεοαυχενικού στελέχους). Μεταξύ των δύο αρτηριών υπάρχει δίκτυο αναστομωτικών αγγείων. Ο θωρακικός οισοφάγος αιματώνεται από 4 έως 6 οισοφαγικές αρτηρίες κλάδους της θωρακικής αορτής, οι οποίες συμπληρώνονται με παράλληλα αγγεία από την κάτω θυρεοειδική αρτηρία, τις μεσοπλεύριες, την βρογχική, την κάτω φρενική και την αριστερή γαστρική αρτηρία. Το φλεβικό δίκτυο είναι ανάλογα τμηματικό<sup>7</sup>.

### ΝΕΥΡΩΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Η νεύρωση του οισοφάγου προέρχεται από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Στον τράχηλο οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού, τα άνω λαρυγγικά νεύρα, νευρώνουν αυτή τη μοίρα του οισοφάγου. Οι κλάδοι του παλίνδρομου λαρυγγικού παρέχουν παρασυμπαθητική νεύρωση στην αυχενική μοίρα του οισοφάγου, ενώ η συμπαθητική νεύρωση του προέρχεται από τα άνω και κάτω συμπαθητικά γάγγλια. Οι γραμμωτές μυϊκές ίνες του θωρακικού οισοφάγου νευρώνονται από το πνευμονογαστρικό, ενώ οι λείες μυϊκές ίνες του οισοφάγου νευρώνονται από τις προγαγγλιακές παρασυμπαθητικές ίνες<sup>6</sup>.

## ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Ο οισοφάγος έχει ένα εκτενές λεμφικό δίκτυο. Έχει δύο λεμφικά πλέγματα ένα στον βλεννογόνο και ένα στο μυϊκό χιτώνα. Η λεμφική ροή τείνει να είναι ανοδική στα δύο άνω τριτημόρια του οισοφάγου, ενώ στο κάτω τριτημόριο τείνει να είναι καθοδική<sup>8</sup>.

### **1.4 ΗΠΑΤΟΧΟΛΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Το ήπαρ είναι στενά συνδεδεμένο με τη χοληδόχο κύστη. Αυτή είναι ένα ελαστικό όργανο σε σχήμα αχλαδιού ακριβώς κάτω από το ήπαρ και στενά προσαρτημένη σε αυτό. Είναι κοίλο όργανο (δηλαδή έχει κοιλότητα στο εσωτερικό της, όπου αποθηκεύεται η χολή που παράγεται στο συκώτι). Η χολή που παράγεται στο ήπαρ, συλλέγεται σε πολλαπλούς μικροσκοπικούς αγωγούς που ονομάζονται χοληφόρα σωληνάκια, τα οποία συνενώνονται για να σχηματίσουν τους χοληφόρους πόρους ή χοληφόρα αγγεία. Μέσα στο ήπαρ αυτοί οι πόροι ονομάζονται ενδοηπατικοί χοληφόροι πόροι ή “ενδοηπατικά χοληφόρα” (αγγεία), ενώ όταν εξέλθουν από αυτό αναφέρονται ως εξωηπατικοί ή “εξωηπατικά χοληφόρα”. Τα ενδοηπατικά χοληφόρα τελικά συνενώνονται και αποδίδουν τη χολή στους δύο ηπατικούς πόρους – (αριστερό και δεξιό) που μαζεύουν τη χολή από τα ενδοηπατικά χοληφόρα των αντίστοιχων λοβών του ήπατος). Οι δύο ηπατικοί πόροι αποτελούν τους πρώτους κλάδους των εξωηπατικών χοληφόρων. Συνενώνονται στην πύλη του ήπατος για να σχηματίσουν τον κοινό ηπατικό πόρο. Από τη χοληδόχο κύστη ξεκινά και ο κυστικός πόρος που συμβάλλει με τον κοινό ηπατικό για να σχηματίσουν μαζί τον (κοινό) χοληδόχο πόρο<sup>8</sup>.



Η χολή ρέει και αποθηκεύεται στη χοληδόχο κύστη μέσω του κυστικού πόρου, για να αποθηκευτεί όταν κρίνεται αναγκαίο να γίνει αποθήκευσή της. Κατόπιν και όταν χρειαστεί θα χυθεί στο δωδεκαδάκτυλο για την πέψη των τροφών. Το δωδεκαδάκτυλο είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, αμέσως μετά το στομάχι και ονομάστηκε έτσι από το μήκος του που παλιά το μετρούσαν εμπειρικά σε δάκτυλα. Η χολή πάντως είναι δυνατόν να αποχετευτεί από τον κοινό ηπατικό πόρο κατευθείαν στο δωδεκαδάκτυλο μέσω του χοληδόχου πόρου, χωρίς να έχει αποθηκευτεί στη χοληδόχο κύστη. Όταν όμως έχει αποθηκευτεί προσωρινά εκεί και χρειαστεί για την πέψη, τότε διοχετεύεται μέσω του κυστικού πόρου στον κοινό χοληδόχο πόρο και από εκεί στο δωδεκαδάκτυλο<sup>9</sup>.

Ο κοινός χοληδόχος πόρος εκβάλλει στο δεύτερο τμήμα (αγκύλη) του δωδεκαδάκτυλου, σε ένα σημείο, στις περισσότερες περιπτώσεις μετά από συνένωση με τον παγκρεατικό πόρο. Ο παγκρεατικός πόρος προέρχεται από το γειτονικό πάγκρεας και μεταφέρει και αυτός πεπτικά υγρά με ένζυμα για την πέψη. Στο σημείο εκβολής τους περιβάλλονται από έναν μυϊκό σφιγκτήρα το λεγόμενο σφιγκτήρα του Oddie και σχηματίζεται μία έπαρση του εντερικού βλεννογόνου σε σχήμα θηλής που λέγεται “φύμα” ή “θηλή του Vater”. Οι ονομασίες προέρχονται από τους γιατρούς που περιέγραψαν πρώτοι τα ανατομικά αυτά στοιχεία. Η έξοδος της χολής προς το δωδεκαδάκτυλο προϋποθέτει πως ο σφιγκτήρας του Oddie θα χαλαρώσει. Άρα είναι μία ελεγχόμενη λειτουργία (από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που ελέγχει τις μυϊκές ίνες των σπλάγγων).

Το ήπαρ με τη χοληδόχο κύστη και τους χοληφόρους πόρους (ηπατικοί πόροι, κυστικός πόρος και χοληδόχος πόρος – που όλοι αυτοί μαζί ονομάζονται και χοληφόροι οδοί ή χοληφόρο δέντρο) συλλογικά είναι γνωστά ως ηπατοχολικό σύστημα. Το πάγκρεας εκκρίνει, επίσης, πεπτικά

υγρά στο δωδεκαδάκτυλο και μερικές φορές θεωρείται ότι είναι δευτερεύον τμήμα του ηπατοχολικού συστήματος<sup>10</sup>.

## ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΑ

Τα βασικά και πιο κοινά κύτταρα του ήπατος (που αποτελούν το 90 τοις εκατό των κυττάρων του ήπατος) ονομάζονται ηπατοκύτταρα. Αυτά τα πολύ εξελιγμένα κύτταρα διεξάγουν το μεγαλύτερο μέρος από τις πολλές λειτουργίες που εκτελεί το συκώτι. Τα ηπατοκύτταρα είναι όλα ίδια. Δεν διαχωρίζουν ή κατανέμουν μεταξύ τους τις πολλαπλές λειτουργίες που εκτελεί το ήπαρ. Τα ηπατοκύτταρα είναι σε θέση να εκτελέσουν την ίδια λειτουργία.

Τα ηπατοκύτταρα χωρίζονται σε ομάδες ή δέσμες για να σχηματίσουν λόβια. Τα ηπατικά λόβια είναι οι λειτουργικές μονάδες του ήπατος. Υπάρχουν μέχρι και ένα εκατομμύριο λόβια στο ήπαρ. Κάθε λόβιο βρίσκεται γύρω από μια κεντρική φλέβα – κλάδο των ηπατικών φλεβών. Πλάκες ή ταινίες των ηπατοκυττάρων ακτινοβολούν σε μια επιφάνεια έξω και γύρω από την κεντρική αυτή φλέβα, σαν τις ακτίνες ενός τροχού. Στο εξωτερικό του κάθε λόβιου υπάρχουν κλάδοι τόσο της πυλαίας φλέβας όσο και της ηπατικής αρτηρίας, που θα εισέλθουν διακλαδιζόμενοι στο λόβιο<sup>11</sup>.

Τα τριχοειδή κανάλια αίματος που ονομάζονται κολποειδή είναι η κατάληξη από αυτές τις διακλαδώσεις της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας μέσα στα λόβια. Κάθε κύτταρο στο λόβιο δέχεται με τη μορφή διάχυσης αυτή τη ροή του αίματος των κολποειδών. Υπάρχουν πάνω από ένα δισεκατομμύριο κολποειδή στο ήπαρ. Η συνέπεια αυτού του “στοιβαγμένου” αγγειακού συστήματος είναι ότι το αίμα ρέει πολύ αργά διαμέσου αυτών των τριχοειδών αιμοφόρων αγγείων. Αυτό παρέχει χρόνο στα ηπατικά κύτταρα ώστε να λάβουν αυτό που χρειάζονται από

την κυκλοφορία του αίματος και να εξάγουν αίμα με άχρηστα προϊόντα που θα διοχετευτεί στην κεντρική φλέβα του λόβιου και κατόπιν στις ηπατικές φλέβες.

Τα κολποειδή είναι εσωτερικά επενδυμένα από ιστό που αποτελείται από τα λεγόμενα ενδοθηλιακά κύτταρα. Άλλα κύτταρα των κολποειδών είναι τα κύτταρα Kupffer, τα κύτταρα Pitt και τα Ηπατικά Αστεροειδή κύτταρα ή λιπώδη κύτταρα. Τα κύτταρα Kupffer απομακρύνουν τα ηλικιωμένα και κατεστραμμένα ερυθρά κύτταρα του αίματος, ενώ επιτίθενται και καταστρέφουν τα βακτηρίδια και τους ιούς. Τα κύτταρα Pitt είναι ένας τύπος κυττάρων του ανοσοποιητικού που ονομάζονται «φυσικά φονικά κύτταρα». Υπό ορισμένες περιστάσεις τα Ηπατικά Αστεροειδή κύτταρα μπορούν να παράγουν ίνες κολλαγόνου που προκαλούν ουλές ή ίνωση<sup>12</sup>.

## ΛΕΜΦΟΣ

Το ήπαρ παράγει επίσης τη λέμφο, η οποία ρυθμίζει την ισορροπία των υγρών στο σώμα. Η λέμφος είναι ένα άχρωμο υγρό που ρέει μέσα από ένα δίκτυο καναλιών που ονομάζονται λεμφικό αγγειακό σύστημα. Περίπου το ήμισυ της λέμφου που υπάρχει στο σώμα σχηματίζεται στο ήπαρ. Ο χώρος με υγρό που υπάρχει μεταξύ των κολποειδών και των ηπατοκυττάρων, ονομάζεται χώρος του Disse, και εκεί σχηματίζεται η λέμφος. Στη συνέχεια ρέει μέσω μικρών λεμφικών καναλιών προς τα έξω, στο κύριο λεμφικό σύστημα του σώματος<sup>12</sup>.

Συνδετικός ιστός (πώς συγκρατείται το ήπαρ)  
Τα κολποειδή, τα λεμφικά αγγεία και οι χοληφόροι πόροι περιέχονται και υποστηρίζονται από το συνδετικό ιστό του ήπατος. Αυτός ο ιστός διακλαδίζεται και εκτείνεται σε όλο το ήπαρ. Αυτός ο ιστός παρέχει το σκελετό που περιβάλλει όλα αυτά τα διάφορα κανάλια και τους πόρους

που δημιουργούν σπειροειδείς σχηματισμούς. Επίσης επεκτείνεται έξω από τα λόβια και διαχωρίζει κάθε λόβιο από τα γειτονικά του<sup>13</sup>.

## ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Επειδή το ήπαρ είναι κορεσμένο με αίμα έχει ένα καφεκόκκινο χρώμα. Κάθε δύομισι λεπτά ένα γαλόνι αίμα περνά από το ήπαρ, μέσω του πολύπλοκου αγγειακού δικτύου του ήπατος από αρτηρίες, φλέβες και τριχοειδή αγγεία. Σε αντίθεση με οποιοδήποτε άλλο όργανο του σώματος, το ήπαρ έχει δύο τροφοδοσίες αίματος:

- ▼ Η μεγαλύτερη ποσότητα του αίματος (περίπου το 70%) προέρχεται μέσα από το σύστημα της πυλαίας φλέβας. Αυτό είναι ένα δίκτυο αιμοφόρων αγγείων που μεταφέρουν το αίμα από το λεπτό έντερο, το στομάχι, τον σπλήνα και το πάγκρεας, στην πυλαία φλέβα και στη συνέχεια εντός του ήπατος. Όλα τα προϊόντα της πέψης που έχει συντελεστεί στο λεπτό έντερο, από θρεπτικά συστατικά μέχρι τοξίνες, περνούν στο ήπαρ μέσω της οδού αυτής. Ο σπλήνας απελευθερώνει σίδηρο, ο οποίος λαμβάνεται από την καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων που γίνεται μέσα σ' αυτόν, προκειμένου ο σίδηρος να χρησιμοποιηθεί από το ήπαρ.
- ▼ Η δεύτερη τροφοδοσία αίματος στο ήπαρ (κατά 30% περίπου) προέρχεται μέσω της ηπατικής αρτηρίας που παρέχει εξαιρετικά οξυγονωμένο αίμα από τους πνεύμονες. Μόλις το ήπαρ αποοξυγονώσει και επεξεργαστεί αυτό το αίμα, το μεταφέρει στην κεντρική ηπατική φλέβα του ήπατος. Αφήνει στη συνέχεια το ήπαρ και ταξιδεύει μέχρι την καρδιά<sup>14</sup>.

Η πυλαία φλέβα και η ηπατική αρτηρία εισέρχεται στο ήπαρ μέσω μιας σχισμής που ονομάζεται Ηπατική Πύλη (Porta Hepatis), πριν διαιρεθούν σε διακλαδώσεις στο δεξιό και αριστερό λοβό του ήπατος. Στην πύλη του ήπατος πορεύονται παράλληλα με τον κοινό ηπατικό πόρο και σχηματίζεται έτσι μία τριάδα μεγάλων αγγείων που ονομάζεται “πυλαία τριάδα”. Οι διαιρέσεις της πυλαίας φλέβας και της ηπατικής αρτηρίας εντός του ήπατος, δημιουργούν ένα πολύ πλούσιο αγγειακό δίκτυο (αρτηριακό και πυλαίο) που καταλήγει σε πολύ μικρές διακλαδώσεις από τριχοειδή αγγεία που ονομάζονται “κολποειδή” ή “κολπώδη τριχοειδή” (sinusoids) του ήπατος. Αυτά είναι υπεύθυνα για την άρδευση των ηπατοκυττάρων με αίμα. Αφού “αιματωθούν” τα ηπατοκύτταρα αποδίδουν κατόπιν το αίμα σε αντίστοιχα φλεβικά τριχοειδή των ηπατικών φλεβών. Αυτές συγκεντρώνουν αυτό το χρησιμοποιημένο (“ακάθαρτο”) αίμα και το διοχετεύουν στη μεγάλη φλέβα της κοιλιάς, την κάτω κοίλη φλέβα η οποία θα το στείλει στην καρδιά για να οξυγονωθεί ξανά<sup>15</sup>.

## **1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΗΠΑΤΟΣ**

Το ήπαρ είναι το μεγαλύτερο όργανο στο σώμα. Είναι διαμορφωμένο σαν σφήνα και ζυγίζει από 1200 έως 1500 γραμμάρια (περίπου 1,5 κιλό). Έχει περίπου 12,7 εκατοστά μήκος και περίπου 17,78 εκατοστά διάμετρο διαγωνίως. Διαιρείται σε δύο κύριους λοβούς, το δεξιό και τον αριστερό. Οι ινώδεις σύνδεσμοι του ήπατος διαχωρίζουν τους δύο λοβούς στην κάτω πλευρά. Ο δεξιός λοβός είναι ο μεγαλύτερος από τους δύο και έχει δύο δικούς του μικρότερους λοβούς. Όλοι οι λοβοί του ήπατος εκτελούν τις ίδιες λειτουργίες. Ολόκληρο το ήπαρ εσωκλείεται σε ένα προστατευτικό ινο-ελαστικό μανδύα που ονομάζεται «κάψουλα του

Glisson». Ο μανδύας αυτός περιέχει και νευρικές απολήξεις, που πιέζονται όταν το ήπαρ διογκώνεται, γι' αυτό και τότε συνήθως πονάει. Το ίδιο το όργανο δεν περιέχει νεύρα.

Θα ήταν δύσκολο να εκτιμηθεί η πραγματική σημασία του ήπατος για την υγιή λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Πρόκειται για ένα πραγματικά αξιοθαύμαστο όργανο. Το ήπαρ λειτουργεί ως μονάδα επεξεργασίας, μπαταρία αποθήκευσης ενέργειας, φίλτρο καθαρισμού, αποθήκη των πιο σημαντικών για το σώμα βιοχημικών ουσιών και ως κέντρο διανομής, όλα σε ένα. Είναι όπως λέγεται, το βιοχημικό εργαστήριο του οργανισμού. Ο αριθμός και το εύρος των καθηκόντων και των λειτουργιών που εκτελεί είναι σημαντικός<sup>16</sup>:

- ✓ Μετατρέπει την τροφή που τρώμε σε ενέργεια για να ανανεώσει τα κύτταρα και τους ιστούς στο σώμα μας.
- ✓ Αποτοξινώνει όλες τις δηλητηριώδεις χημικές ουσίες που εισάγονται στον οργανισμό, όπως αλκοόλ, φάρμακα και ρύπους.
- ✓ Αποθηκεύει βιταμίνες, λίπος, σάκχαρα, και μέταλλα και προμηθεύει με αυτά το σώμα όταν τα χρειάζεται.
- ✓ Παράγει ένα πεπτικό υγρό που ονομάζεται χολή και το οποίο διασπά τα λίπη, ώστε να μπορούν να απορροφηθούν από το σώμα.
- ✓ Παράγει ορμόνες, μεταξύ τους και αυτές που ρυθμίζουν τη σεξουαλική επιθυμία και λειτουργία.
- ✓ Διεκπεραιώνει τόσες πολλές δραστηριότητες με αποτέλεσμα η ενέργεια που δημιουργεί να θερμαίνει το αίμα που διέρχεται από αυτό, γεγονός που βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος.
- ✓ Το ανοσοποιητικό σύστημα, το πεπτικό σύστημα, οι νεφροί, ο εγκέφαλος και το καρδιαγγειακό σύστημα εξαρτώνται όλα από την υγιή και καλή λειτουργία του ήπατος. Αυτός είναι ο λόγος που μια

σοβαρή ηπατική ασθένεια όπως η ηπατίτιδα C μπορεί να έχει τέτοια ποικίλα συμπτώματα. Ένα άρρωστο συκώτι μπορεί δυνητικά να επηρεάσει όλα τα μεγάλα συστήματα και όργανα του σώματος γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να κατανοήσουμε πώς λειτουργεί και πώς να το φροντίσουμε<sup>17</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

#### 2.1 ΑΙΤΙΑ

Η αιμορραγία του ΑΠΣ αποτελεί μια από τις πλέον συνήθεις αιτίες εισαγωγής για νοσηλεία και επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό χαρακτηρίζονται αυτές που αφορούν το τμήμα εκείνο του πεπτικού σωλήνα που εκτείνεται από τη στοματική κοιλότητα μέχρι το σύνδεσμο του Treitz. Πρόκειται δηλαδή για τις αιμορραγίες που προέρχονται από τη στοματική κοιλότητα, τον οισοφάγο, το στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο.

Οι αιμορραγίες από το ανώτερο πεπτικό αποτελούν το 80% - 90% των περιπτώσεων του γαστρεντερικού. Συνήθως το 70% - 80% των αιμορραγιών αυτοπεριορίζεται τα δύο πρώτα 24ωρα, ενώ η θνητότητα παραμένει σταθερά στο 10%.

Παρά τις προόδους στη θεραπεία της ελκωτικής νόσου και την εισαγωγή νέων μεθόδων για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας από το ΑΠΣ, η ανάγκη για επείγουσα χειρουργική επέμβαση όπως και η θνητότητα (7-10%) που συνοδεύει την αιμορραγία από το ΑΠΣ παραμένει σταθερή κατά τα 50 τελευταία έτη. Το γεγονός ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των υπερηλίκων (> 80 ετών) που νοσηλεύονται με αιμορραγία από το ΑΠΣ έχει σχεδόν τριπλασιαστεί, αποτελεί ίσως και την πιθανότερη εξήγηση<sup>14</sup>.

**Û Η ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΣ Η ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΗ ΓΑΣΤΡΙΤΙΣ :**  
χαρακτηρίζεται από συνήθως πολλαπλές διαβρώσεις του γαστρικού βλεννογόνου που εντοπίζονται κυρίως στο θόλο και το σώμα του στομάχου και σχετίζεται με τοξική επίδραση διαφόρων



ουσιών και φαρμάκων (κοκαΐνη, αλκοόλ, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη). Μια παρεμφερής νόσος (stress ulcers) μπορεί επίσης να εμφανιστεί σαν επιπλοκή σε βαριές καταστάσεις (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, εγκαύματα, σήψη, shock). Στην περίπτωση αυτή όμως ως αίτιο θεωρείται η σπλαγχνική ισχαιμία συνεπεία του παρατεταμένου αγγειακού σπασμού των σπλαγχνικών αγγείων<sup>12</sup>.

Û Η ΟΙΣΟΦΑΓΙΤΙΣ ΚΑΙ ΤΟ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΕΛΚΟΣ: σχετίζεται με χρόνια γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και οισοφάγο Barrett. Συνήθως προκαλεί ήπια και χρόνια απώλεια αίματος. Ωστόσο, σε περίπτωση διάβρωσης κάποιου αγγειακού κλάδου μπορεί να εκδηλωθεί με σημαντική αιμορραγία.

Û ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ MALLORY-WEISS: χαρακτηρίζεται από γραμμοειδείς ρήξεις του βλεννογόνου περιοχής της γαστροοισοφαγικής συμβολής και συνήθως προκαλείται μετά από έντονους εμετούς. Η αιμορραγία αρχικά είναι σοβαρή αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις σταματά αυτόματα.

Û ΟΙ ΚΙΡΣΟΙ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία αιμορραγίας (50-75%) από το ΑΠΣ στους ασθενείς με ηπατική κίρρωση. Η αιμορραγία συνοδεύεται από αιματέμεση και συχνά είναι μαζική και επίμονη. Στην περίπτωση αυτή η κατάσταση επιπλέκεται από τη συνυπάρχουσα ηπατική ανεπάρκεια και τις διαταραχές του μηχανισμού πήξης του αίματος<sup>16</sup>.

## 2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πολλές φορές η αιμορραγία θα εκδηλωθεί με αιματέμεση, δηλαδή εμετό που περιέχει αίμα. Όσο μεγαλύτερη είναι η αιμορραγία, τόσο πιθανότερο είναι ο ασθενής να έχει αιματέμεση. Μερικές ώρες μετά από την αρχή

της αιμορραγίας και ανεξάρτητα από το εάν ο ασθενής είχε αιματέμεση, θα εμφανισθούν μαύρα κόπρανα κατά την αφόδευση (μέλαινα κένωση), που εάν η αιμορραγία είναι μεγάλη, μπορεί να είναι υδαρή (διάρροια) και δύσοσμα. Ανάλογα με την ποσότητα του αίματος, που θα χάσει ο άρρωστος, μπορεί να παρουσιάσει ταχυκαρδία, χαμηλή πίεση, αδυναμία ή ζάλη και εάν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, μπορεί να καταλήξει σε ολιγαιμικό shock. Επίσης θα είναι χλωμός, ιδρωμένος και με κρύα χέρια<sup>17</sup>.

### **2.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Αρχικά λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό, γίνεται κλινική εξέταση, μετρώνται τα ζωτικά σημεία και τέλος ακολουθεί εργαστηριακός έλεγχος (γενική αίματος, ουρία, διασταύρωση και χρόνοι πήξης). Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε εάν ο ασθενής πάσχει από χρόνια νόσημα, εάν λαμβάνει φάρμακα και συγκεκριμένα NSAIDS, εάν έχουν προηγηθεί θεραπευτικές παρεμβάσεις ή εάν σημειώνεται απώλεια βάρους. Η εκτίμηση των χαρακτήρων της αιμορραγίας (χρώμα, σύσταση και ποσότητα αίματος) έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί αποκαλύπτει σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά στην εστία, στον ρυθμό απώλειας αίματος αλλά και εάν είναι πρόσφατη ή όχι. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει ακόμη: γενική εξέταση αίματος, εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας και ηπατικής λειτουργίας<sup>18</sup>.

### **ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ**

Τα τελευταία χρόνια, οι πρόοδοι στην ενδοσκόπηση (ή αλλιώς γαστροσκόπηση όπως συνηθίζεται να λέγεται) έδωσαν τη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης του αιτίου της αιμορραγίας, είτε αυτή εμφανίζεται με τη μορφή αιματέμεσης, μέλαινας κένωσης, αιματοχεσίας, είτε στο

πλαίσιο ελέγχου αναιμίας, που αποδίδεται σε χρόνια απώλεια αίματος από το γαστρεντερικό σύστημα. Η διαγνωστική ενδοσκόπηση του ανώτερου (οισοφάγος, στομάχι, δωδεκαδάκτυλο) ή του κατώτερου (παχύ έντερο) πεπτικού συστήματος γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς και δεν χρειάζεται νοσηλεία. Η ευαισθησία και η ειδικότητα της ενδοσκόπησης, δηλαδή η ικανότητα για ανίχνευση και αναγνώριση υπάρχουσας βλάβης φθάνει το 98-100%. Η ενδοσκόπηση πλεονεκτεί των ακτινολογικών μεθόδων, γιατί κατά τη διάρκειά της ο ενδοσκόπος βλέπει την ίδια τη βλάβη, μπορεί να πάρει βιοψίες και να επιβεβαιώσει ιστολογικά τη διάγνωση.

Η διαγνωστική ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος είναι μία γρήγορη (διαρκεί 3-5 λεπτά) και ανώδυνη εξέταση. Η μόνη προετοιμασία που απαιτεί εκ μέρους του ασθενούς είναι νηστεία 7-8 ωρών. Στους πιο πολλούς ασθενείς η εξέταση είναι καλά ανεκτή με τοπική αναισθησία του φάρυγγα με ξυλοκαΐνη. Σε ορισμένους ασθενείς με έντονα φαρυγγικά αντανακλαστικά είναι αναγκαία η χορήγηση ενδοφλέβιας καταστολής με ηρεμιστικά φάρμακα<sup>18</sup>.

Σε δεύτερη γραμμή διαγνωστικής διερεύνησης ακολουθούν οι παρακάτω εξετάσεις:

- Ø Η ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ: αποτελεί μία πολύτιμη πραγματικά εξέταση η οποία μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο διαγνωστικά αλλά και θεραπευτικά. Παρουσιάζει μία αρκετά υψηλή ευαισθησία αλλά υπάρχουν και σημαντικοί περιορισμοί, όπως παράδειγμα ότι ο ρυθμός της αιμορραγίας πρέπει να είναι τουλάχιστον 0.5-2.0 ml/min<sup>19</sup>.
- Ø Η ΕΚΛΕΚΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ: του κοιλιακού άξονα ή της μεσεντέριας αρτηρίας συνήθως πραγματοποιείται μετά από θετικό

σπινθηρογράφημα. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα της μεθόδου είναι οι διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες που προσφέρει, όπως η εκλεκτική έγχυση βαζοπρεσσίνης και ο εμβολισμός του αιμορραγούντος αγγείου.

- Ø ΤΟ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ με  $^{99m}\text{Tc}$  Sulfur colloid ή  $^{99m}\text{Tc}$ .
- Ø Η ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ έχει ένδειξη μόνο στην περίπτωση αορτοεντερικού συριγγίου και συμπληρωματικά της αγγειογραφίας καθώς μπορεί να αναδείξει βλάβες που δε φαίνονται στην τελευταία.
- Ø Σε περιπτώσεις σοβαρής αιμορραγίας, το σπινθηρογράφημα με ενδοφλέβια έγχυση κολλοειδούς τεχνητίου ( $^{99m}\text{Tc}$ ) μπορεί να αναδείξει αδρά την περιοχή που αιμορραγεί, με την εξαγγείωση του ραδιοφαρμάκου και τη συγκέντρωσή του στο σημείο της αιμορραγίας. Επίσης, το δυναμικό σπινθηρογράφημα με ραδιενεργό τεχνητίο χρησιμοποιείται για την εντόπιση έκτοπου γαστρικού βλεννογόνου σε μεκέλεια απόφυση, που μπορεί να εξαγκωθεί και να αιμορραγήσει. Σε βαριά αιμορραγία, που ο ρυθμός εξαγγείωσης του αίματος ξεπερνά τα 1-2ml το λεπτό, η διενέργεια αγγειογραφίας παρέχει διαγνωστικά ευρήματα αναδεικνύοντας δυσπλαστικά αγγεία ή εξαγγείωση αίματος προς τον εντερικό αυλό.
- Ø ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ, επικεντρωνόμαστε κυρίως στα ακόλουθα: αμινοτρανσφεράσες, αλκαλική φωσφατάση, GGT, χολερυθρίνη, αλβουμίνη, χρόνος προθρομβίνης, νάτριο ορού, διαταραχές πήξης<sup>20</sup>.

## 2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ασθενής πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Μετά από την εισαγωγή, γίνονται εξετάσεις αίματος για να καθοριστεί η ομάδα αίματος και να ετοιμαστεί αίμα για μετάγγιση. Επίσης με τη γενική αίματος (αιμοσφαιρίνη-αιματοκρίτης) εκτιμούμε πόσο αίμα έχει χαθεί. Ο ασθενής παίρνει αρκετά υγρά (ορούς) από τη φλέβα και παρακολουθείται στενά όσον αφορά την πίεση και τις σφύξεις. Τοποθετείται δε και ένα σωληνάκι (ρινογαστρικός καθετήρας) από τη μύτη στο στομάχι, για να το αδειάσουμε από το αίμα και να γίνουν πλύσεις. Αν κρίνουμε ότι η αιμορραγία είναι μεγάλη, χορηγούμε αίμα (μετάγγιση). Αν κατά τη διάρκεια της γαστροσκόπησης, η αιμορραγία δεν έχει σταματήσει, ο γιατρός μπορεί να τη σταματήσει μέσα από το γαστροσκόπιο, χρησιμοποιώντας φάρμακα, ή άλλους τρόπους (διαθερμία-laser). Αν όλα αυτά δεν αποδώσουν και ο ασθενής έχει χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος (πάνω από 1500ml το 24ωρο) ή συνεχίζει να αιμορραγεί πάνω από 24-48 ώρες ή η αιμορραγία υποτροπιάζει (σταματά και ξεκινά πάλι) τότε ενδεχομένως θα χρειαστεί εγχείρηση.<sup>21</sup>

### Ανάλογα με την αιτία της αιμορραγίας:

- Ø Αιμορραγία από έλκος: Ανοίγουμε το στομάχι, βρίσκουμε το σημείο της αιμορραγίας και το απολινώνουμε (το ράβουμε). Προχωρούμε σε θεραπευτική για το έλκος εγχείρηση
- Ø Κιρσορραγία (αιμορραγία από κιρσούς οισοφάγου).
  - Γίνεται ενδοσκόπηση (οισοφαγοσκόπηση) για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Στη συνέχεια ο εξεταστής μπορεί να κάνει έγχυση (ένεση) σκληρυντικών ουσιών στους κιρσούς για να σταματήσει η

αιμορραγία (σκληροθεραπεία) ή να δέσει τους κρισούς (απολίνωση) με ελαστικό δακτύλιο, μέσα από το ενδοσκόπιο.

Ø Φαρμακευτική αγωγή με σωματοστατίνη, πιτρεσίνη, φάρμακα που σταματούν την αιμορραγία πολλές φορές.

Ø Τοποθέτηση από τη μύτη ενός σωλήνα, που φτάνει στον οισοφάγο και στο στομάχι και έχει μπαλόνια (αεροθαλάμους) που φουσκώνουν, πιέζουν τους κρισούς και σταματούν την αιμορραγία (σωλήνας Sengstaken-Blakemore)

Αν όλα τα παραπάνω δεν αποδώσουν, ο ασθενής θα χρειασθεί να χειρουργηθεί. Ο χειρουργός μπορεί να δοκιμάσει να σταματήσει την αιμορραγία τοπικά (στο σημείο των κρισών) ή να αναστομάσει (να ενώσει) τη σπληνική φλέβα με τη νεφρική, ώστε το αίμα να φεύγει από τους κρισούς (που αιμορραγούν), να πηγαίνει στο σπλήνα και από εκεί μέσω της νεφρικής φλέβας, να πηγαίνει στην κάτω κοίλη φλέβα και την καρδιά από άλλη οδό (εγχείρηση Warren).

Ø Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η εγχείρηση είναι ανάλογη με την αιτία.<sup>22</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΚΙΡΣΟΙ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ**

#### **3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Διατεταμένες, υποβλεννογόνιες φλέβες του οισοφάγου, που αναπτύσσονται λόγω πυλαίας υπέρτασης και μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρή αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού.

#### **3.2 ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Σε ύπαρξη πυλαίας υπέρτασης, δημιουργούνται "αναστομώσεις", δηλαδή παθολογικές επικοινωνίες, ανάμεσα στους κλάδους της πυλαίας και της συστηματικής κυκλοφορίας. Μεταξύ άλλων, τέτοιες αναστομώσεις αναπτύσσονται στην περιοχή του οισοφάγου και του θόλου του στομάχου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία διογκωμένων φλεβών (κίρσων). Το πιο συχνό αίτιο είναι η πυλαία υπέρταση, (η αύξηση της πίεσης στην πυλαία φλέβα)<sup>23</sup>.

#### **3.3 ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης. Σε ασθενείς με κίρρωση ήπατος, το 70% των αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού αφορά επεισόδια κίρσορραγίας. Αν και παλαιότερα η θνητότητα της κίρσορραγίας ήταν 50%, τα τελευταία χρόνια έχει υποχωρήσει σημαντικά με την χρήση αγγειοδραστικών φαρμάκων και την εφαρμογή ενδοσκοπικής θεραπείας. Ακόμη όμως και σήμερα αποτυχία ελέγχου της αιμορραγίας ή πρώιμη επαναιμορραγία εντός 5 ημερών παρατηρείται στο 15-20% των ασθενών με οξεία

κίρσορραγία. Η πρόληψη της νόσου διακρίνεται σε δύο σκέλη, στην πρωτογενή πρόληψη και στην δευτερογενή πρόληψη<sup>24</sup>.

## Û ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι καθοριστικής σημασίας λόγω της σημαντικής νοσηρότητας και θνητότητας του επεισοδίου κίρσορραγίας. Παράγοντες κινδύνου για κίρσορραγία είναι το μεγάλο μέγεθος των κίρσων, η παρουσία ερυθρών στιγμάτων επί των κίρσων, η βαρεία ηπατική ανεπάρκεια (με βάση την Child-Pugh κλίμακα), η κατανάλωση αλκοόλ και η συνύπαρξη ηπατοκυτταρικού καρκίνου. Η ενδοσκοπική θεραπεία περιλαμβάνει είτε την σκληροθεραπεία είτε την περιίδεση των κίρσων (banding). Η προληπτική σκληροθεραπεία δεν συνιστάται λόγω του αυξημένου κινδύνου επιπλοκών. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ενδοσκοπική σκληροθεραπεία εμφανίζουν συχνά πυρετό, οπισθοστερνικό άλγος και παροδική δυσφαγία. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να επιπλακούν με πνευμονία από εισρόφηση και πλευριτική συλλογή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί στένωση του κατώτερου οισοφάγου και έλκη που μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια αιμορραγίας. Η προληπτική περιίδεση έχει εξίσου καλά αποτελέσματα με την προληπτική χορήγηση β-αναστολέων και αποτελεί την ενδοσκοπική μέθοδο εκλογής για την πρωτογενή πρόληψη. Η Αμερικάνικη Ενδοσκοπική εταιρεία στις κατευθυντήριες οδηγίες της συνιστά την χορήγηση των β-αναστολέων για την πρωτογενή πρόληψη των κίρσων και μόνο σε άτομα με αντένδειξη ή με δυσανεξία στην χορήγηση β-αναστολέων να γίνεται προληπτική περιίδεση<sup>25</sup>.



## ΟΞΕΙΑ ΚΙΡΣΟΡΡΑΓΙΑ

Μετά από την αιμοδυναμική σταθεροποίηση του ασθενούς και την λήψη των αναγκαίων μέτρων για την πρόληψη επιπλοκών (π.χ. εισρόφηση, λοίμωξη) πρέπει να γίνεται ενδοσκοπική θεραπεία. Σε περιπτώσεις ασθενών με διαταραχή του επιπέδου συνείδησης κρίνεται σκόπιμο να γίνεται διασωλήνωση του ασθενούς. Η ενδοσκοπική θεραπεία γίνεται είτε με έγχυση ουσίων, κυρίως αιθανολαμίνης, ενδο ή παρακίρσικά (σκληροθεραπεία) είτε με απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους (banding). Η αποτελεσματικότητα της σκληροθεραπείας στην επίσχεση της αιμορραγίας κυμαίνεται από 65-90% , αλλά έχει τις προαναφερθείσες επιπλοκές. Σήμερα φαίνεται να έχει θέση σε περιπτώσεις ασθενών με ενεργό αιμορραγία κατά την διάρκεια της ενδοσκόπησης. Η απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους υπερέχει ελαφρώς τη σκληροθεραπείας και αποτελεί την ενδοσκοπική θεραπεία εκλογής, ειδικά σε ασθενείς όπου η αιμορραγία έχει ελεγχθεί, είτε αυτόματα είτε με φαρμακευτική αγωγή, και το ενδοσκοπικό πεδίο είναι «καθαρό» (χωρίς παρουσία αίματος). Η Αμερικάνικη Ενδοσκοπική εταιρεία στις κατευθυντήριες οδηγίες της συνιστά τον συνδυασμό ενδοσκοπικής θεραπείας και χορήγησης φαρμάκων (σωματοστατίνη, τερλιπρεσσίνη, οκτρεοτίδη) γιατί υπερτερεί των μεμονωμένων μεθόδων. Επίσης, η χορήγηση φαρμάκων πριν από την ενδοσκοπική θεραπεία βοηθά στην επίτευξη καθαρού, αναίμακτου ενδοσκοπικού πεδίου και στην αποτελεσματικότερη και ευχερέστερη εφαρμογή της ενδοσκοπικής θεραπείας<sup>26</sup>.

## Û ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Το 60-80% των ασθενών με επεισόδιο κίρσορραγίας θα επαναιμορραγήσει εάν οι κίρσοι δεν εξαλειφτούν. Ο κίνδυνος επαναιμορραγίας είναι μεγαλύτερος κατά τις 10 πρώτες ημέρες, με το 50% των ασθενών να έχουν υποτροπή της αιμορραγίας εντός αυτού του χρονικού διαστήματος. Ο κίνδυνος επαναιμορραγίας μειώνεται στη συνέχεια σταδιακά και ένα ακόμη 10% των ασθενών θα υποτροπιάσει εντός των επόμενων 4 εβδομάδων. Μετά τις πρώτες 6 εβδομάδες ο κίνδυνος επαναιμορραγίας παραμένει σταθερός. Οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επαναιμορραγίας είναι η παρουσία ενεργού αιμορραγίας στην αρχική ενδοσκόπηση, η σοβαρότητα της αρχικής αιμορραγίας, η σοβαρότητα της ηπατικής νόσου και ο βαθμός της πυλαίας υπέρτασης. Η ενδοσκοπική μέθοδος εκλογής για την δευτερογενή πρόληψη των κίρσων είναι η απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους, καθώς πλεονεκτεί έναντι της σκληροθεραπείας (μικρότερο ποσοστό επαναιμορραγίας, λιγότερες επιπλοκές, αύξηση της συνολικής επιβίωσης). Το πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης περιλαμβάνει τακτικές (ανά 2-4 εβδομάδες) συνεδρίες ενδοσκοπικής θεραπείας μέχρι την πλήρη εξάλειψη των κίρσων. Η ενδοσκοπική θεραπεία θα πρέπει να συνοδεύεται από την χορήγηση β-αναστολέων, καθώς η συνδυασμένη θεραπεία φαίνεται να υπερτερεί της μεμονωμένης ενδοσκοπικής στην μείωση του κινδύνου επαναιμορραγίας<sup>27</sup>.

Ακόμη και μετά την πλήρη εξάλειψη των κίρσων είναι επιβεβλημένη η παρακολούθηση των ασθενών γιατί περίπου στο 20% των ασθενών οι κίρσοι υποτροπίασαν μετά από μέσο χρονικό διάστημα 4 μηνών. Έτσι, η ενδοσκόπηση πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά 3 μήνες για τον 1<sup>ο</sup> χρόνο μετά την εκρίζωση και στην συνέχεια ανά 6 μήνες<sup>28</sup>.

## ΓΑΣΤΡΙΚΟΙ ΚΙΡΣΟΙ

Η αιμορραγία από γαστρικούς κίρσους αποτελεί το 15-30% των επεισοδίων κίρσορραγίας και παρατηρείται συχνότερα σε εξωηπατική (θρόμβωσης πυλαίας ή σπληνικής φλέβας) πυλαία υπέρταση παρά σε κίρρωση ήπατος. Η αιμορραγία είναι βαρύτερη σε σχέση με την αιμορραγία από κίρσους οισοφάγου. Σε ενεργό αιμορραγία, η θεραπεία εκλογής είναι η σκληροθεραπεία με σκληρυντικές ουσίες όπως cyanoacrylate, αιθανολαμίνη, αλκοόλη, θρομβίνη. Από τις αναφερόμενες ουσίες καλύτερη αποτελεσματικότητα έχει η χορήγηση cyanoacrylate (αντιμετώπιση της αιμορραγίας σε ποσοστό έως και 80%). Η απολίνωση των κίρσων με ελαστικούς δακτυλίους έχει περιορισμένη αποτελεσματικότητα και δεν χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας από γαστρικούς κίρσους. Η ενδοσκοπική πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη δεν εφαρμόζεται σε περίπτωση ύπαρξης γαστρικών κίρσων<sup>28</sup>.

## ΠΥΛΑΙΑ ΓΑΣΤΡΟΠΑΘΕΙΑ

Η πυλαία γαστροπάθεια αποτελεί επιπλοκή της πυλαίας υπέρτασης είτε αυτή είναι ηπατικής είτε εξωηπατικής αιτιολογίας. Η διάγνωση γίνεται ενδοσκοπικά αν και δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια διάγνωσης. Η εμφάνιση του γαστρικού βλεννογόνου σαν μωσαϊκό που μοιάζει με δέρμα φιδιού και η παρουσία ερυθρών στιγμάτων επί του βλεννογόνου αποτελούν τα πιο χαρακτηριστικά ενδοσκοπικά ευρήματα της πυλαίας γαστροπάθειας. Η συχνότερη εντόπιση της πυλαίας γαστροπάθειας είναι το σώμα και το άντρο του στομάχου, αν και μπορεί να καταλαμβάνει όλη την έκταση του στομάχου. Η πυλαία γαστροπάθεια είναι συνήθως ασυμπτωματική. Το συχνότερο σύμπτωμα είναι η σιδηροπενική αναιμία

λόγω χρόνιας απώλειας αίματος και λιγότερο συχνά εμφανίζεται οξεία αιμορραγία. Η συχνότητα εμφάνισης οξείας αιμορραγίας λόγω πυλαίας γαστροπάθειας κυμαίνεται μεταξύ 2-7% και συμβαίνει κυρίως σε ασθενείς με σοβαρή πυλαία υπέρταση. Η ενδοσκοπική θεραπεία δεν φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο στην αντιμετώπιση της οξείας αιμορραγίας καθώς αυτή είναι διάχυτη. Η σκληροθεραπεία και κυρίως το argon plasma coagulation (APC) έχουν θέση σε περίπτωση εστιακής αιμορραγίας. Σε περιπτώσεις χρόνιας απώλειας αίματος έχει δοκιμαστεί με επιτυχία η εφαρμογή APC, αν και η σύσταση είναι να εφαρμόζεται ενδοσκοπική θεραπεία σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία με β-αναστολείς.<sup>28</sup>

### 3.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Από μόνη της, η ύπαρξη των κιρσών του οισοφάγου, είναι ασυμπτωματική. Δυστυχώς η κλινική εικόνα, αφορά την επικίνδυνη επιπλοκή τους, δηλαδή την αιμορραγία που εκδηλώνεται<sup>14</sup>:

- Ø Με αιματέμεση, αμιγούς, ζοηρού ερυθρού χρώματος αίματος, ή "καφεοειδούς" εμέτου. Ταυτόχρονα μπορεί να εμφανιστεί μέλαινα κένωση ή αιματοχεσία.
- Ø Σπάνια, μόνο με μέλαινα κένωση, χωρίς αιματέμεση.
- Ø Με συμπτώματα οξείας απώλειας αίματος: υπόταση, ταχυκαρδία, ψυχρό, υγρό κολλώδες δέρμα, σύγχυση. Μπορεί επίσης να είναι εμφανή τα συμπτώματα της υποκείμενης ηπατικής νόσου<sup>28</sup>.

### 3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΙΡΣΩΝ ΠΡΙΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΗΣΟΥΝ (ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ)

- Û Χορήγηση φαρμάκων που μειώνουν την πίεση στην πυλαία φλέβα, (β-αναστολείς: προπρανολόλη)
- Û Προσπάθεια αντιμετώπισης, όταν είναι δυνατόν των αιτίων που προκαλούν πυλαία υπέρταση.
- Û Η προφυλακτική σκληροθεραπεία, (έγχυση σκληροσκληρωτικών ουσιών στους κίρσους, που τους θρομβώνουν, δεν έδωσε καλά αποτελέσματα<sup>29</sup>.

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΚΙΡΣΩΝ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

- Û Ο ασθενής συνήθως νοσηλεύεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας.
- Û Εφαρμόζονται αρχικά θεραπευτικά μέτρα υποστήριξης των ζωτικών λειτουργιών του, με μεταγγίσεις αίματος, χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών.
- Û Ενδοσκοπική τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων για την απολίνωση των κίρσων (banding).
- Û Ενδοσκοπική σκληροθεραπεία.
- Û Ενδοφλέβια χορήγηση βασοπρεσσίνης, με ταυτόχρονη χορήγηση ενδοφλεβίως νιτρογλυκερίνης.
- Û Παλαιότερα γινόταν τοποθέτηση ενός ειδικού σωλήνα στον οισοφάγο, (Sengstaken-Blakemore). Σήμερα δε χρησιμοποιείται, λόγω της αυξημένης θνητότητας στην οποία συνέβαλλε.

- ü Σε αποτυχία των παραπάνω μέτρων, εφαρμόζονται χειρουργικά μέτρα αποσυμφόρησης της πυλαίας φλέβας, με τα οποία, επιχειρείται να γίνει χειρουργικά, αναστόμωση των κλάδων της πυλαίας φλεβας, με την κάτω κοίλη φλέβα, (πυλαιο-κοιλικές αναστομώσεις).
- ü Το ίδιο αποτέλεσμα, αλλά με μεθόδους επεμβατικής ακτινολογίας μπορεί να εφαρμοστεί με τη μέθοδο TIPS : Διασφαγιτιδική Ενδοηπατική Πυλαιοσυστηματική Αναστόμωση. Ένας δακτύλιος εισάγεται μέσω καθετήρα από τη σφαγίτιδα φλέβα και φθάνει στο ήπαρ. Εκεί, τοποθετείται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να ενώνει ένα κλάδο της ηπατικής με έναν κλάδο της πυλαίας φλέβας<sup>30</sup>.

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ SENGSTAKEN-BLAKEMORE

- Ø Ενημέρωση ασθενούς
- Ø Ψυχολογική ενθάρρυνση
- Ø Εκτίμηση αιμοδυναμικής κατάστασης
- Ø Καταγραφή και αξιολόγηση πίεσης στην πυλαία φλέβα
- Ø Έλεγχος υλικοτεχνικού εξοπλισμού
- Ø Επαρκή οξυγόνωση ασθενούς
- Ø Έλεγχος στοματικής κοιλότητας (αφαίρεση τεχνητής οδοντοστοιχίας, εκτίμηση στοματικού βλεννογόνου)
- Ø Λήψη ζωτικών σημείων
- Ø Τοποθέτηση φλεβικών γραμμών
- Ø Τοποθέτηση ασθενούς σε θέση ημι- fowler
- Ø Συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό- εφαρμογή Sengstaken-Blakemore
- Ø Παρακολούθηση για εμφάνιση επιπλοκών

- Ø Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων
- Ø Μείωση ναυτίας και φαρυγγικού αντανακλαστικού
- Ø Έλεγχος και απομάκρυνση εκκρίσεων<sup>21,31</sup>

### ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Ο κίνδυνος υποτροπής, επανεμφάνισης δηλαδή της αιμορραγίας, μετά το πρώτο επεισόδιο, είναι 60-80% και συχνότερα συμβαίνει στις έξι εβδομάδες, μετά το πρώτο επεισόδιο. Μέτρα πρόληψης:

- Ø Εφαρμογή ενδοσκοπικών τεχνικών, (σκληροθεραπεία ή απολίνωση των κιρσών).
- Ø Χορήγηση β-αναστολέων (προπρανολόλης), για τη μείωση της πυλαίας υπέρτασης.
- Ø Διασφαγιτιδικές Ενδοηπατικές Πυλαιοσυστηματικές Αναστομώσεις (TIPS).
- Ø Χειρουργικές πυλαιοσυστηματικές αναστομώσεις.
- Ø Μεταμόσχευση ήπατος: Η πιθανότητα αυτή, πρέπει να εξετάζεται, σε ασθενείς με χρόνια ηπατική νόσο και αιμορραγία από ρήξη κιρσών οισοφάγου, λόγω πυλαίας υπέρτασης<sup>32</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ**

### **ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΣΚΛΗΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (EST)**

#### **4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Για πολλά χρόνια, η ενδοσκοπική σκληροθεραπεία (EST) αποτελούσε αναμφισβήτητη την μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου κίρσοραγίας. Η πρώτη ενδοσκοπική σκληροθεραπεία (EST) πραγματοποιήθηκε το 1939 με τοπική ένεση σκληρυντικών ουσιών στους κίρσους του οισοφάγου για την αντιμετώπιση της οξείας κίρσικης αιμορραγίας μέσω άκαμπτου οισοφαγοσκοπίου. Η μέθοδος υποστηρίχθηκε από τους Johnston και Rodgers, που ανακοίνωσαν το 1955 τα εξαιρετικά τους αποτελέσματα σε μεγάλη σειρά ασθενών, ενώ από τις αρχές του 1970 σημειώθηκε βαθμιαία μετατόπιση από τα άκαμπτα στα εύκαμπτα ενδοσκόπια, τα οποία σήμερα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στην κλινική πράξη<sup>33</sup>.

Η αποτελεσματικότητα της EST είναι υψηλή, όσον αφορά στον έλεγχο της οξείας αιμορραγίας και της πρώιμης υποτροπής της σε ποσοστά που κυμαίνονται από 80-100%. Η αποτυχία της μεθόδου ανέρχεται σε ποσοστό 6% των ασθενών, οι οποίοι ανήκουν ως επί το πλείστον σε προχωρημένα στάδια κίρρωσης (Child C), όπου η θνητότητα υπερβαίνει το 90%.

Μετανάλυση σχετικών μελετών απέδειξε πως η EST υπερτερεί της μη θεραπείας, του επιπωματισμού με μπαλόνι ή/και της βασοπρεσσίνης στη διακοπή της αιμορραγίας, στην πρόληψη της υποτροπής της και στη θνητότητα, ενώ έχει παρόμοια αποτελέσματα με τη σωματοστατίνη, αλλά με περισσότερες επιπλοκές<sup>34</sup>.



Τα έως σήμερα δεδομένα που προέρχονται από μακροχρόνιες κλινικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει πλήρως και τεκμηριωμένα την κλινική υπεροχή και τον ευεργετικό ρόλο της στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών με κίρσορραγία, αν και πρόσφατα, η ενδοσκοπική περίδεση των κίρσων άλλαξε το τοπίο<sup>35</sup>.

Η EST γίνεται με την τεχνική της “ελεύθερης χειρός” (free hand technique) και συνίσταται στην ενδοκίρσική ή παρακίρσική έγχυση ειδικών σκληρυντικών ουσιών με ειδική βελόνα μέσω ενός εύκαμπτου ευρύαυλου ή διπλού αυλού ενδοσκοπίου, με σκοπό αντίστοιχα την ενδοκίρσική θρόμβωση ή την περικίρσική ίνωση των κίρσων. Η παρακίρσική τεχνική αποσκοπεί στην πρόκληση φλεγμονής και ίνωσης του βλεννογόνου του οισοφάγου και τελικά στη θρόμβωση του κίρσου (περικίρσική ίνωση).

Μερικοί ενδοσκόποι, προσπαθώντας να επωφεληθούν από τα πλεονεκτήματα και των δύο τεχνικών, εγχέουν σκληρυντική ουσία ταυτόχρονα ενδοκίρσικά και παρακίρσικά (συνδυασμένη τεχνική), με σκοπό την επίτευξη της ταχύτερης και ισχυρότερης ίνωσης του τοιχώματος του οισοφάγου. Ο θρόμβος δημιουργείται μέσα σε 24 ώρες, σε αντίθεση με την ίνωση που πρωτοεμφανίζεται μετά από πάροδο 15 έως 30 ημερών από την έγχυση της σκληρυντικής ουσίας. Εάν είναι αποτελεσματική, η δεύτερη συνεδρία της σκληροθεραπείας επαναλαμβάνεται στις πρώτες 4 έως 7 ημέρες, ενώ οι επόμενες γίνονται ανά 1-3 εβδομάδες.16-18 Οι σκληρυντικές ουσίες που χρησιμοποιούνται με ασφάλεια στην κλινική πράξη είναι: α) η πολιδοκανόλη 1% και 3% (polidocanol 1% και 3%), η οποία ως προς τη χημική της σύσταση είναι ένα λιπαρό οξύ. Ανάλογα με τη συγκέντρωση της, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για παρακίρσική ή για ενδοκίρσική έγχυση, β) η ολεϊκή αιθανολαμίνη 5% (ethanolamine oleate 5%) έχει την ασθενέστερη σκληρυντική δράση απ’ όλες τις σκληρυντικές ουσίες και

χρησιμοποιείται για ενδοκίρσική έγχυση, γ) το αλκυλιούχο υδροδιαλυτό άλας Sodium Tetradecyl Sulfate-STS 1% και 3% προορίζεται για ενδοκίρσική έγχυση και υπερέχει έναντι των άλλων σκληρυντικών ουσιών, γιατί είναι καλύτερο ανεκτό, έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και συνοδεύεται από λιγότερες επιπλοκές, δ) το sodium morhuate 5%, ένα μείγμα από άλατα του νατρίου και λιπαρά οξέα, το οποίο χορηγούμενο ενδοφλεβίως προκαλεί θρόμβωση, ε) η αιθυλική αλκοόλη έχει την ισχυρότερη σκληρυντική δράση και προκαλεί εκτεταμένη ιστική νέκρωση, όταν χορηγηθεί εξωαγγειακά. Χρησιμοποιείται στους αιμορραγούντες γαστρικούς κίρσους σε μικρές δόσεις και προτιμάται λόγω του χαμηλού της κόστους, στ) το N-Butyl-2-Cyanocrylate (Histoacryl blue), το οποίο τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πράξη για τους αιμορραγούντες κίρσους του οισοφάγου, ενώ αποτελεί και την καλύτερη επιλογή για τους κίρσους του θόλου του στομάχου. Είναι μία υδαρής ουσία, η οποία αποτελείται από βουτύλιο και κυανοκρίλικό. Πολυμερίζεται γρήγορα στους ιστούς και στερεοποιείται μέσα σε 20sec σε υγρό περιβάλλον και στιγμιαία στο αίμα. Σε κάθε κίρσο χορηγείται ποσότητα 0,5-1ml. Μετά από λίγες εβδομάδες, ο θρομβωμένος κίρσος αποξηραίνεται, νεκρώνεται και αποπίπτει Το σημαντικότερο μειονέκτημα από τη χρήση της είναι ο κίνδυνος καταστροφής του ενδοσκοπίου, ενώ άλλες σπάνιες αλλά σημαντικές επιπλοκές από την χρήση του συγκολλητικού των ιστών Histoacryl είναι η πρόκληση εμβολών, θρόμβωσης της πυλαίας ή/και έμφρακτου του σπληνός και ζ) η θρομβίνη δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική πράξη, ενώ έχουν ενσκήψει ζητήματα σχετικά με το κόστος, τη διαθεσιμότητα και την ασφάλεια της συγκεκριμένης ουσίας. Δεν υπάρχουν επαρκή βιβλιογραφικά δεδομένα που να δείχνουν ότι κάποια από τις προαναφερόμενες σκληρυντικές ουσίες υπερτερεί των υπολοίπων. Ομοίως, η ενδοκίρσική ή η παρακίρσική έγχυση της

σκληρυντικής ουσίας δεν φαίνεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα. Το συνολικό ποσό της εγχέομενης ουσίας υπαγορεύεται από το είδος της, τον αριθμό και το μέγεθος των κιρσών και την τεχνική που έχει επιλέξει το εκάστοτε ενδοσκοπικό κέντρο, δεν θα πρέπει όμως να υπερβαίνει τα 15ml σε κάθε συνεδρία σκληροθεραπείας, επειδή αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος των επιπλοκών, κυρίως των εξελκώσεων και της διάτρησης του οισοφάγου. Για την τεχνική της EST χρησιμοποιούνται εύκαμπτα ενδοσκόπια με ευρύ αυλό 3,2-3,8mm, ώστε να παρέχουν μεγαλύτερη δυνατότητα αναρροφήσεως και ασφαλέστερη έγχυση. Για τη διενέργεια της EST χορηγείται συνήθως ηρεμιστική αγωγή ενίοτε σε συνδυασμό με ένα αναλγητικό, ιδιαίτερα σε μη συνεργάσιμους ασθενείς, ενώ εφόσον η κίρσορραγία είναι μαζική, η EST επιχειρείται υπό γενική αναισθησία. Στο ένα άκρο του καθετήρα σκληροθεραπείας προσαρμόζεται σύριγγα που περιέχει τη σκληρυντική ουσία, ενώ υπάρχει μηχανισμός που επιτρέπει την έξοδο ή την απόσυρση από το περιφερικό άκρο του καθετήρα βελόνας διαμέτρου 23 Gauge<sup>36,20</sup>.

Το ενδοσκόπιο προωθείται στον κατώτερο οισοφάγο όπου γίνεται αναρρόφηση πήγματος αίματος και έκπλυση του βλεννογόνου. Η πιο κατάλληλη θέση για να γίνει η ένεση είναι δύο εκατοστά πάνω από τη γαστροοισοφαγική συμβολή, γιατί στην περιοχή αυτή οι διατιτραίνουσες φλέβες αρδεύουν τις παραοισοφαγικές. Ο ενδοσκόπος προωθεί τον καθετήρα σκληροθεραπείας μέσω του αυλού βιοψίας, μέχρι η κορυφή του καθετήρα να είναι μόλις ορατή στο οπτικό πεδίο, Στο σημείο αυτό ωθείται η βελόνα ώστε να εξέλθει από τον καθετήρα και ο ενδοσκόπος εισάγει τη βελόνα στο βλεννογόνο 0,5cm περιφερικά (δηλαδή, προς τη γαστροοισοφαγική συμβολή) του σημείου που αιμορραγεί. Ο βοηθός ενδοσκόπου –νοσηλευτής διενεργεί ένεση 1-2ml σκληρυντικής ουσίας. Η συνολική ποσότητα της σκληρυντικής ουσίας που εγχέεται ανά συνεδρία σκληροθεραπείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 15ml (δοσολογία που

θεωρείται η πιο ασφαλής, η πιο αποτελεσματική και η καλύτερα ανεκτή από τον ασθενή), επειδή αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος των επιπλοκών, κυρίως των εξελκώσεων και της διάτρησης του οισοφάγου. Πάντως, το συνολικό ποσό της εγγεόμενης ουσίας υπαγορεύεται από το είδος της, τον αριθμό και το μέγεθος των κισσών και την τεχνική που έχει επιλέξει το εκάστοτε ενδοσκοπικό κέντρο. Για την οριστική εκρίζωση των κισσών απαιτούνται κατά μέσο όρο 4-6 συνεδρίες σκληροθεραπείας<sup>37</sup>.

## **4.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ EST**

Οι επιπλοκές της EST απαντώνται με συχνότητα που κυμαίνεται μεταξύ 10-30% και εξαρτώνται από την εμπειρία του ενδοσκόπου, το είδος και την ποσότητα της ενιέμενης ουσίας, το είδος της τεχνικής (παρακισσική, ενδοκισσική), τη θέση των κισσών, τη γενική κατάσταση του ασθενούς, τη θέση του κισσού, τη βαρύτητα της υποκείμενης ηπατοπάθειας και από τον χρόνο και τον αριθμό των συνεδριών. Είναι κοινότοπη διαπίστωση ότι όσο μικρότερη ποσότητα σκληρυντικής ουσίας ενίεται, τόσο λιγότερες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες και οι επιπλοκές. Παράλληλα, όμως, μικρότερο είναι και το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι επιπλοκές είναι συχνότερες στη χρόνια EST συγκριτικά με την επείγουσα και διακρίνονται σε τοπικές, περιοχικές και συστηματικές<sup>38,39</sup>.

### **4.2.1 ΤΟΠΙΚΕΣ**

Οι τοπικές επιπλοκές μπορεί να είναι:

- Ø **ΘΩΡΑΚΙΚΟ ΑΛΓΟΣ (10-25%):** εμφανίζεται αμέσως μετά τη θεραπεία και διαρκεί για λίγες ώρες. Η εξαγγείωση της σκληρυντικής ουσίας στο οισοφαγικό τοίχωμα συνοδεύεται από έντονο πόνο και παρατεταμένο σπασμό. Εάν ο πόνος επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και επιπλέον εκδηλωθεί δυσφαγία (25%) και οδυνοφαγία, η σκέψη οδηγείται στο ενδεχόμενο της διάτρησης του οισοφάγου. Ο ασθενής ανακουφίζεται με τη χορήγηση νιτρογλυκερίνης<sup>40</sup>.
- Ø **ΔΙΑΤΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ:** αποτελεί τη βαρύτερη επιπλοκή, η οποία εκθέτει σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς. Εκδηλώνεται συνήθως καθυστερημένα 5-7 ημέρες μετά τη συνεδρία με επιμένουσα ταχυκαρδία και ισχυρό, βαθμιαία επιδεινούμενο θωρακικό πόνο και οφείλεται πιθανώς στην επέκταση της οισοφαγικής εξελκώσεως<sup>40</sup>.
- Ø **ΠΥΡΕΤΟΣ (<38,9 0C):** εμφανίζεται σε 20% των ασθενών και διαρκεί μία έως δύο ημέρες και υφίεται από μόνος του, χωρίς θεραπεία. Μελέτες αναφέρουν παροδική μικροβιαμία μετά την EST, που όμως δεν φαίνεται να είναι η αιτία του πυρετού ή να προκαλεί άλλα προβλήματα<sup>40</sup>.
- Ø **ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ:** οφείλεται σε κισσούς που δεν έχουν θρομβωθεί, σε βαθιά έλκη που φθάνουν μέχρι τα υποβλεννογόνια φλεβικά πλέγματα και σπανιότερα (2.9%) σε αιμορραγία στο σημείο της εγχύσεως. Υποτροπή της αιμορραγίας παρατηρείται στο 30% των ασθενών πριν από την πλήρη εξάλειψη των κισσών. Συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από κισσό και αντιμετωπίζεται με εκ νέου ένεση σκληρυντικής ουσίας ή εναλλακτικά με ελαστική περίδεση του κισσού<sup>40</sup>.
- Ø **ΕΞΕΛΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΟΙΣΟΦΑΓΙΚΟ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟ:** αποτελούν επίσης μία συχνή (10-20%) επιπλοκή της EST που

εμφανίζονται σε 5 έως 7 ημέρες μετά από κάθε συνεδρία και επουλώνονται ευχερώς με τη χορήγηση αναστολέων της αντλίας πρωτονίων, π.χ. ομεπραζόλη. Η συχνότητα τους έχει άμεση σχέση με την εμπειρία του ενδοσκόπου, το ποσό και την πυκνότητα της σκληρυντικής ουσίας. Όσο πιο εύστοχη είναι η έγχυση μέσα στον κισσό, τόσο μικρότερη είναι η απαιτούμενη ποσότητα της σκληρυντικής ουσίας. Έχουν αναγνωριστεί δύο είδη εξελκώσεων: τα επιφανειακά και τα βαθέα έλκη. Τα επιφανειακά έλκη είναι το αποτέλεσμα της νέκρωσης του υποβλεννογονίου χιτώνα, επουλώνονται γρήγορα και δεν προκαλούν σοβαρές κλινικές επιπτώσεις. Αντίθετα, τα βαθέα έλκη προκύπτουν όταν νεκρωθεί και μέρος του μυϊκού χιτώνα, οπότε η κατάσταση είναι σοβαρότερη<sup>40</sup>.

Ø ΣΤΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ: εμφανίζεται σε 6.5% των ασθενών, αναπτύσσεται στη θέση όπου γίνεται η σκληροθεραπεία και είναι το αποτέλεσμα της υπέρμετρης ίνωσης του βλεννογόνου από την σκληρυντική ουσία. Η δημιουργία στενώσεως σχετίζεται με τη χημική οισοφαγίτιδα, την εξέλκωση και την παλινδρόμηση οξέος, ενώ συνεισφέρει και η διαταραχή του μηχανισμού καταπόσεως. Αντιμετωπίζεται με ενδοσκοπικές διαστολές του οισοφάγου, οι οποίες είναι συνήθως επιτυχείς, αν και μερικές φορές απαιτείται χειρουργική θεραπεία<sup>40</sup>.

#### **4.2.2 ΠΕΡΙΟΧΙΚΕΣ**

✓ ΜΕΣΟΘΩΡΑΚΙΤΙΔΑ: εκδηλώνεται 2-3 ημέρες μετά την διάτρηση του οισοφάγου. Η πρώτη ένδειξη είναι ο ισχυρός θωρακικός πόνος που βαθμιαία εντείνεται. Η οδυνοφαγία, η δυσφαγία, η σιελόρροια, η ταχυκαρδία, ο πυρετός και ο ελεύθερος

αέρας στο μασοθώρακιο, αποτελούν συμπτώματα και ευρήματα που οριστικοποιούν τη διάγνωση. Όταν η διάτρηση είναι μικρή, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με αντιβιοτικά, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και παρεντερική χορήγηση υγρών. Η θωρακοτομή είναι επιβεβλημένη, όταν η διαφυγή είναι μεγάλη και ο ασθενής έχει σοβαρή μεσοθωρακίτιδα.

**ΠΛΕΥΡΟΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ:** εμφανίζεται σε 50% των ασθενών και τα αίτια παραμένουν άγνωστα<sup>40,41</sup>.

### **4.2.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ**

Είναι ασυνήθιστες και πολύ σοβαρές, όπως:

- § Οι ασθενείς με ενεργό αιμορραγία διατρέχουν αυξανόμενο κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση κατά τη διάρκεια της ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας, η οποία μπορεί να αποφευχθεί με την ενδοτραχειακή διασωλήνωση των ασθενών για την προστασία των αεροφόρων οδών.
- § Σήψη
- § Βακτηριακή περιτονίτιδα
- § Σύνδρομο της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (ARDS): πιθανώς οφειλόμενο σε εμβολισμό αγγείων του πνεύμονος από τη σκληρυντική ουσία
- § Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας: εμφανίζεται στο 30% των ασθενών και αποκτά κλινική σημασία αν μελλοντικά χρειασθεί μεταμόσχευση ήπατος ή δημιουργία αναστομώσεως (shunt)
- § Πνευμονικό οίδημα
- § Εγκεφαλικό απόστημα
- § Περικαρδίτιδα/συμπιεστική περικαρδίτιδα

- § Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
- § Βρογχοοισοφαγικό συρίγγιο.<sup>1,12</sup>

Η κύρια αντένδειξη εφαρμογής της EST είναι η αδυναμία εντοπίσεως του αιμορραγούντος κισσού σε περιπτώσεις μαζικής, κατακλυσμαίας αιμορραγίας. Ως άλλες αντενδείξεις αναφέρονται:<sup>1</sup>

- § Ολιγαιμικό shock: όπως κάθε άλλη ενδοσκοπική θεραπευτική παρέμβαση, έτσι και η EST θα πρέπει να επιχειρείται μόνο εφόσον ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός
- § Αιμορραγία από έλκη οισοφάγου: μετά από EST επειδή συχνά επιτείνεται η νέκρωση και επαυξάνεται ο κίνδυνος της διάτρησης του οισοφάγου
- § Αλλεργική αντίδραση στη σκληρυντική ουσία: Η EST δεν φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε κισσούς του οισοφάγου που αιτιοπαθογενετικά οφείλονται σε θρόμβωση της σπληνικής φλέβας (αριστερά περιοχική πυλαία υπέρταση), ενώ σε ενεργό αιμορραγία από τους γαστρικούς κισσούς αποφεύγεται η σκληροθεραπεία των κισσών του οισοφάγου.
- § Διαταραχές πήκτικότητας: Η EST δεν φαίνεται να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής σε κισσούς του οισοφάγου που αιτιοπαθογενετικά οφείλονται σε θρόμβωση της σπληνικής φλέβας (αριστερά περιοχική πυλαία υπέρταση), ενώ σε ενεργό αιμορραγία από τους γαστρικούς κισσούς αποφεύγεται η σκληροθεραπεία των κισσών του οισοφάγου.<sup>1, 38</sup>



### 4.3 ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΠΟΛΙΝΩΣΗ ΚΙΡΣΩΝ

Η απολίνωση των κίρσων του οισοφάγου (EVL) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1986 από την ομάδα του Stiegman ως σύστημα ελαστικής περιδέσης των κίρσων, παρόμοιο με εκείνο που έως τότε χρησιμοποιείτο για την αντιμετώπιση της αιμορροϊδοπάθειας. Με την EVL επιτυγχάνεται αιμόσταση σε 90-95% των ασθενών και είναι η μέθοδος εκλογής στη χρόνια θεραπεία εκρίζωσης των κίρσων του οισοφάγου που έχουν αιμορραγήσει. Υπερτερεί της σκληροθεραπείας στην πρόληψη της επαναιμορραγίας, στην ταχύτητα επιτεύξεως της εκρίζωσης των κίρσων, στη συνολική θνητότητα και στις επιπλοκές. Η πιθανή ωφέλεια της προληπτικής περιδέσης δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη επαρκώς και επί του παρόντος, στα πλαίσια της πρόληψης του πρώτου επεισοδίου κίρσορραγίας η μέθοδος αυτή συνιστάται μόνο σε περιπτώσεις ασθενών στους οποίους αντενδείκνυται η φαρμακευτική θεραπεία<sup>15</sup>.

Σήμερα, για την εκτέλεση του EVL απαιτείται ένας εξωτερικός διάφανος κύλινδρος που εφαρμόζεται σταθερά στο άκρο του ενδοσκοπίου και ένας μικρότερος εσωτερικός κύλινδρος πάνω στον οποίο είναι οπλισμένοι πέντε ή επτά ελαστικοί δακτύλιοι περιδέσεως κίρσων. Ο εσωτερικός κύλινδρος είναι συνδεδεμένος με λεπτό σύρμα, που περνάει μέσα από τον αυλό βιοψίας του ενδοσκοπίου και καταλήγει σε ειδικό πλαστικό κοχλία. Σε κάθε περιστροφή του κοχλία από τον ενδοσκόπο απελευθερώνεται ένας ελαστικός δακτύλιος περιδέσεως. Όταν χρησιμοποιηθούν όλοι οι ελαστικοί δακτύλιοι, ο κύλινδρος αντικαθίσταται με νέο οπλισμένο κύλινδρο. Σήμερα, το σετ πολλαπλών δακτυλίων που κυκλοφορούν έχουν καταργήσει την ανάγκη για προστατευτικό σωλήνα-overtube (και τις επιπλοκές του), καθιστώντας τη μέθοδο ευκολότερη, ταχύτερη και περισσότερο ασφαλή. Η τεχνική της EVL είναι απλή στην εφαρμογή της. Με τον ασθενή σε καταστολή με

την ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης ή μιδαζολάμης, ο ενδοσκόπος προωθεί το ενδοσκόπιο, ώστε να πλησιάσει τον κισσό-στόχο και να επιτύχει πλήρη επαφή του κισσού με τον εσωτερικό κύλινδρο. Κατόπιν, εφαρμόζει σταθερή αναρρόφηση και όταν ο κισσός αναρροφηθεί στον εσωτερικό κύλινδρο, περιστρέφει τον κοχλία στο χειριστήριο, ώστε να τεντώσει το σύρμα. Με τον τρόπο αυτό ο εσωτερικός κύλινδρος έλκεται απότομα προς το ενδοσκόπιο και απελευθερώνει ένα ελαστικό δακτύλιο, που στραγγαλίζει τον κισσό. Ο κισσός που έχει περιδεθεί απελευθερώνεται από τον κύλινδρο με εμφύσηση αέρα και απόσυρση του ενδοσκοπίου κατά 2-3 cm. Η τοποθέτηση των ελαστικών δακτυλίων αρχίζει από τον κισσό που αιμορραγεί. Σε κάθε συνεδρία τοποθετούνται 5 έως 8 ελαστικοί δακτύλιοι, ανάλογα με το μέγεθος και τον αριθμό των οισοφαγικών κισσών. Λίγες μέρες μετά την περιδέση του κισσού ο δακτύλιος αποπίπτει και στη θέση της περιδέσεως παραμένει εξέλκωση του βλεννογόνου που επουλώνεται πλήρως σε δύο εβδομάδες και αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό, ο οποίος τελικά καλύπτεται από πλακώδες επιθήλιο. Οι συνεδρίες ενδοσκοπικής απολίνωσης επαναλαμβάνονται κάθε δύο εβδομάδες μέχρι να επιτευχθεί πλήρης εξάλειψη των κισσών. Η νεώτερη αυτή ενδοσκοπική μέθοδος παρουσιάζει περισσότερες τεχνικές δυσκολίες σε σχέση με τη σκληροθεραπεία και προϋποθέτει μεγαλύτερη εμπειρία, ιδίως όταν εφαρμόζεται σε περιπτώσεις αθρόας αιμορραγίας, όπου απαιτείται ιδιαίτερη δεξιοτεχνία για την τοποθέτηση του δακτυλίου στον κισσό που αιμορραγεί, καθώς το εξαγγειωμένο αίμα παρεμποδίζει την ευκρινή όραση και δυσχεραίνει την αναγνώριση της θέσεως του κισσού για την εύστοχη τοποθέτηση του ελαστικού δακτυλίου. Επίσης, τεχνικές δυσκολίες αναφύονται σε μικρού και μεσαίου μεγέθους κισσούς, επειδή η αναρρόφηση δεν επαρκεί για την πλήρη έλξη του κισσού στον εσωτερικό κύλινδρο, ώστε ο ελαστικός δακτύλιος να τοποθετηθεί στη βάση του.

Επιπλέον, παρά το ότι ορισμένοι ενδοσκόπιοι τοποθετούν έως και 8 ελαστικούς δακτυλίους σε μία συνεδρία, ένα τέτοιο εγχείρημα μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα δύσκολο, καθώς όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των κιρσών που «στραγγαλίζονται», τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος απόφραξης του οισοφαγικού αυλού που μπορεί σταδιακά να προκληθεί<sup>14</sup>.

#### Επιπλοκές της EVL:

Στο σύνολό τους οι επιπλοκές της EVL είναι λιγότερες και ήσσονος βαρύτητας σε σχέση με τη σκληροθεραπεία. Η συνηθέστερη επιπλοκή είναι η παροδική δυσφαγία, ενώ έχει αναφερθεί και βακτηριαιμία. Διάτρηση του οισοφάγου μπορεί να προκληθεί από τον οισοφάγειο σωλήνα (overtube). Στη θέση όπου έχει τοποθετηθεί ελαστικός δακτύλιος είναι δυνατόν να εμφανιστούν βαθιά οισοφαγικά έλκη (1.19%), ενώ η πρόωμη απόπτωση του δακτυλίου μπορεί να οδηγήσει σε κατακλυσμαία αιμορραγία (2.39%). Επίσης, έχουν αναφερθεί διαβρώσεις του οισοφαγικού βλεννογόνου στο 1.19% των περιπτώσεων<sup>19</sup>.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

#### **5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η EST και η EVL είναι δύο τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας των κισσών οισοφάγου και στομάχου. Η συνεχής εκπαίδευση, ενημέρωση και εμπειρία του προσωπικού των ενδοσκοπικών μονάδων συμβάλουν σημαντικά στην επιτυχή διεξαγωγή των μεθόδων αυτών. Τα αυξημένα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού απαιτούν εγρήγορση, γνώση, παρατηρητικότητα και υπευθυνότητα. Τα νοσηλευτικά καθήκοντα κατά την EST/EVL θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε τρία στάδια: <sup>5,24</sup>

- Û Προετοιμασία του ασθενούς για EST/EVL.
- Û Διαδικασία EST/EVL.
- Û Παρακολούθηση και οδηγίες μετά την EST/EVL

#### **5.2 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ EST/EVL**

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αξιολογήσει τον ασθενή σ' όλες τις διαστάσεις του: τη ψυχολογική, τη σωματική, τη διανοητική ή γνωστική, την κοινωνική και την πνευματική. <sup>5,21</sup>

##### Ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή:

Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είναι απαραίτητη γιατί ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας του για τη θεραπευτική επέμβαση, μειώνεται ο φόβος και το άγχος του και εξασφαλίζεται η καλή συνεργασία του που είναι σημαντική προϋπόθεση για την επιτυχή

έκβαση της θεραπείας. Σημαντικές προϋποθέσεις για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή είναι: <sup>21</sup>

- Û Η ενημέρωσή του σχετικά με την εξέταση, τη διαδικασία διεξαγωγής της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές της, επισημαίνοντας ιδιαίτερα ότι η διαδικασία αυτή είναι σχετικά ανώδυνη και τονίζοντας την σημασία της δικής του συμβολής και συμμετοχής στην αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής τεχνικής.
- Û Η χρησιμοποίηση στρατηγικών συμπεριφοράς για τη μείωση του άγχους του ασθενούς, όπως το να τον φέρουμε σε επαφή με άλλους ασθενείς που αντιμετώπισαν θετικά την θεραπεία και ωφελήθηκαν από αυτήν. <sup>21,41</sup>

### **5.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η προετοιμασία του ασθενούς πριν την ενδοσκοπική διαδικασία είναι ουσιώδη, προκειμένου να εξασφαλισθεί άριστο οπτικό πεδίο και να διασφαλισθεί η ασφάλεια του εξεταζόμενου και η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Για τη μείωση του κινδύνου αναγωγής και εισρόφησης από την ενδοσκοπική θεραπεία και την καταστολή συστήνεται ο ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε EST/EVL να αποφεύγει τη λήψη οποιασδήποτε στερεάς και υγρής τροφής για 6-8 ώρες. Πολλές φορές κρίνεται απαραίτητη η κένωση του οισοφάγου και του στομάχου, λόγω αιμορραγίας, είτε με οισοφάγειο σωλήνα είτε με ρινογαστρικό σωλήνα. Κατά την είσοδο του ασθενούς στην ενδοσκοπική αίθουσα, ζητείται η γραπτή συγκατάθεση του και υποβοηθείται για την τυχόν αφαίρεση των ενδυμάτων, των τεχνητών οδοντοστοιχιών και φακών επαφής. Κατόπιν, εξασφαλίζεται φλεβική

οδός με την τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα και ο ασθενής ελέγχεται εάν είναι αιμοδυναμικά σταθερός, εάν υπάρχει σοβαρή υποογκαιμία ή αναιμία, οπότε γίνεται αναπλήρωση αίματος και ακόμη γίνονται πλύσεις για απομάκρυνση θρόμβων ή τροφών. Επιπλέον ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει αιματοκρίτη, αιμοπετάλια, ομάδα και διασταύρωση αίματος, χρόνος προθρομβίνης και επίσης εξασφάλιση 2 μονάδων αίματος. Στη συνέχεια, ο ασθενής τοποθετείται σε κατάλληλη θέση (θέση του Sim), στην οποία ο ασθενής ακουμπά με την αριστερή πλευρά και το στήθος, το δεξί γόνατο και ο μηρός φέρονται προς τα άνω και το αριστερό άνω άκρο κατά μήκος της ράχης και με το κεφάλι σε ελαφρά κάμψη. Προκειμένου για τη EST, ελέγχονται και προετοιμάζονται οι σκληρυντικές ουσίες και ο καθετήρας σκληροθεραπείας (ειδική εύκαμπτη βελόνα) που θα χρησιμοποιηθούν για τη αιμόσταση των κισμών. Αντίστοιχα για την EVL, η ειδική συσκευή επί της οποίας είναι τοποθετημένοι (οπλισμένοι) οι ελαστικοί δακτύλιοι προσαρμόζεται από τον νοσηλευτή στο άκρο του ενδοσκοπίου. Ειδική προσοχή χρειάζονται οι ασθενείς με προσθετικές βαλβίδες, ιστορικό ενδοκαρδίτιδας και συγγενείς καρδιοπάθειας. Σ' αυτούς τους ασθενείς είναι απαραίτητη η χημειοπροφύλαξη. Τα καταλληλότερα αντιβιοτικά είναι η αμπικιλίνη, η γενταμικίνη, η βανκομικίνη και η τομπραμυκίνη. Πριν την έναρξη της EST ή της EVL απαιτείται η χορήγηση ηρεμιστικών, όπως η διαζεπάμη και η μιδαζολάμη και ναρκωτικά όπως η μεπεριδίνη. Σπάνια απαιτείται η χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων αρκετές ώρες πριν την θεραπεία. Επίσης, η χορήγηση τοπικού αναισθητικού σε μορφή spray (λιδοκαΐνη), στην είσοδο του φάρυγγα, βοηθάει στη μείωση του αντανακλαστικού του εμετού και της δυσφορίας κατά την είσοδο του ενδοσκοπίου. Τελειώνοντας την πρώτη φάση της προετοιμασίας, ο νοσηλευτής ελέγχει την ακεραιότητα του εξοπλισμού και των υλικών που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της

ενδοσκόπησης. Δηλαδή, τη λειτουργία όλου του εξοπλισμού (παροχή οξυγόνου, παλμικό οξύμετρο, αναρρόφηση, κτλ) και την επάρκεια του υλικού και επίσης, βοηθάει στη δημιουργία ασφαλέστερων συνθηκών για τον ασθενή και για όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της ενδοσκοπικής μονάδας<sup>17</sup>.

### Διαδικασία EST/EVL:

Με την εφαρμογή της τοπικής αναισθησίας στο φάρυγγα αρχίζει το δεύτερο στάδιο της ενδοσκοπικής EST/EVL. Τοποθετείται στο στόμα του ασθενούς το ειδικό επιστόμιο, που συγκρατείται ανάμεσα στους άνω και κάτω τομείς, γίνεται η εισαγωγή του ενδοσκοπίου, ενώ καλείται ο ασθενής να αναπνέει βαθιά και να συμμετέχει με καταποτικές κινήσεις.

Ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον ενδοσκόπο κατά την διάρκεια της διαδικασίας,. Υποστηρίζει τον ενδοσκόπο παρέχοντας τα υλικά και τον εξοπλισμό που απαιτείται κάθε φορά, αλλά και με τους κατάλληλους χειρισμούς του τον βοηθάει για την αποτελεσματική διεξαγωγή της επέμβασης. Ακόμη, οφείλει να παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενή και να δίνει πληροφορίες στον ενδοσκόπο όσον αφορά το σφυγμό, το ρυθμό αναπνοής του, τον κορεσμό του οξυγόνου και την τυχόν εμφάνιση ιδρώτα ή ωχρότητας. Η παρακολούθηση του ασθενή από το νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας γιατί ο ενδοσκόπος γιατρός είναι προσηλωμένος στην τεχνική και τα ευρήματα και συνήθως δεν είναι σε θέση να ελέγχει τον ενδοσκοπούμενο. Μετά το πέρας της ενδοσκοπικής διαδικασίας, ο νοσηλευτής ελέγχει τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές και παρενέργειες, ενώ ενημερώνει τον ενδοσκόπο για την κατάσταση του ασθενούς σε όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.<sup>17,38</sup>

## 5.4 ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΣΗ

Τα νοσηλευτικά καθήκοντα στο στάδιο αυτό περιλαμβάνουν: την παρακολούθηση του ασθενούς και τις οδηγίες προς αυτόν πριν την έξοδο του από την ενδοσκοπική μονάδα ή την κλινική.<sup>12</sup>

### Παρακολούθηση του ασθενή:

Μετά το πέρας της διαδικασίας, ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση για πρόληψη της εισρόφησης, παρακολουθούνται οι αντιδράσεις του και στηρίζεται ψυχολογικά. Παράλληλα, ο νοσηλευτής παρακολουθεί στενά την ανάνηψη του ασθενούς με τον έλεγχο των ζωτικών του σημείων (σφυγμός, ρυθμός αναπνοής, θερμοκρασία) και τον κορεσμό του οξυγόνου, σύμφωνα με το πρωτόκολλο του τμήματος, για την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών από την επέμβαση ή τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή και καταγράφει οποιαδήποτε μεταβολή στη γενική του κατάσταση, όπως την εμφάνιση ενδεχομένων σημείων αιμορραγίας, εμέτου, μεταβολής των ζωτικών σημείων, πόνου και κοιλιακής διάτασης. Καταγράφεται ο αριθμός της πραγματοποιούμενης συνεδρίας, καθώς και η σκληρυντική ουσία που χρησιμοποιήθηκε (τρόπος χορήγησης, δόση, ώρα, παρενέργειες) ή αντίστοιχα ο αριθμός των ελαστικών δακτυλίων που τοποθετήθηκαν. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η EVL πλεονεκτεί της EST, γιατί απαιτεί λιγότερες συνεδρίες για την πλήρη εξάλειψη των κισμών.<sup>14</sup>

Ελέγχεται το ενδεχόμενο αιμορραγίας και αποστέλλεται εργαστηριακή εξέταση αιματοκρίτη 6 ώρες μετά την επέμβαση και το επόμενο πρωί. Ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο νοσηλείας του, αφού έχει προηγηθεί ενημέρωση του θεράποντος ιατρού και του νοσηλευτή της κλινικής για



τυχόν περαιτέρω θεραπευτικές ενέργειες ή την αναγκαιότητα παρακολούθησής του.<sup>14</sup>

Πριν την έξοδο του ασθενούς από την ενδοσκοπική μονάδα ή την κλινική, στον ασθενή θα πρέπει να δοθούν οδηγίες από τον αρμόδιο νοσηλευτή:

Ο ασθενής θα πρέπει να ενημερωθεί και εκπαιδευτεί για τυχόν επιπλοκές και δυσχέρειες που ενδεχόμενα να επισυμβούν, όπως δυσφαγία ή παρουσία θωρακικού άλγους, επί τη εμφανίσει των οποίων θα πρέπει να ενημερώσει άμεσα τον θεράποντα ιατρό ή τον υπεύθυνο νοσηλευτή. Η EVL είναι ασφαλέστερη μέθοδος από την EST, αφού οι δημιουργούμενες εξελκώσεις είναι επιφανειακές, ενώ ασυνήθεις είναι οι κινητικές διαταραχές ή η ανάπτυξη στενώσεων του οισοφάγου. Ο νοσηλευτής επισημαίνει την αναγκαιότητα της αποφυγής λήψεως στερεάς τροφής από το στόμα για τις επόμενες 24 ώρες. Σημαντική πληροφορία είναι ο ασθενής να γνωρίζει τον αριθμό των συνεδριών που θα πρέπει να επακολουθήσουν μέχρις ότου επιτευχθεί το αναμενόμενο αποτέλεσμα (εξάλειψη των οισοφαγικών ή/και γαστρικών κισσών). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η EVL πλεονεκτεί της EST και στο σημείο αυτό, γιατί απαιτεί λιγότερες συνεδρίες για την πλήρη εξάλειψη των κισσών, ενώ επιπλέον η συχνότητα υποτροπής της αιμορραγίας πριν από την ολοκλήρωση της EVL είναι μικρότερη συγκριτικά με τη σκληροθεραπεία.<sup>14,39</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1**

Γυναίκα ασθενής Α.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 64 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην παθολογική κλινική, ύστερα από εκδήλωση κισσών οισοφάγου.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε αιματέμεση, ζάλη, υπόταση, σύγχυση, κολλώδες δέρμα, αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού (κισσορραγία).

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 23/09/2014 και ώρα 09:53 π.μ.

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.:05/10/1950 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κισσοί Οισοφάγου (κισσορραγία)

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Κατά την λήψη του ιστορικού, η ασθενής ανέφερε ότι τα τελευταία περίπου 2 χρόνια κάνει κατάχρηση κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών,

χωρίς όμως όπως υποστηρίζει να έχει εμφανίσει εξάρτηση, γεγονός που προϋδεάζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Τους τελευταίους μήνες ένιωθε έντονο πόνο στην κοιλιακή περιοχή, γενικευμένη αδυναμία και είχε εμφανίσει εξανθήματα ιδίως στα άνω άκρα. Η όρεξη για λήψη τροφής ήταν μειωμένη και η απώλεια βάρους γινόταν αισθητή. Τα οικογενειακά πρόσωπα επειδή έβλεπαν την σωματική κατάπτωση της ασθενούς την είχαν παροτρύνει να ζητήσει ιατρική γνωμάτευση. Όταν ρωτήθηκε αν έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα ανέφερε ότι δεν είχε εμφανίσει κάποιο νόσημα, πέραν από τις συχνές ιώσεις που την ταλαιπωρούσαν και υποχωρούσαν χωρίς ιατρική καθοδήγηση.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο θεράπων ιατρός που είχε αναλάβει την περίπτωση της ασθενούς αφού πραγματοποίησε ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις (βιοχημικός έλεγχος, γαστροσκόπηση, υπέρηχος κοιλίας κ.ά.) ζήτησε την άμεση επικοινωνία με την ασθενή. Κατά την συνάντησή τους, της είχε αναφέρει ότι θεωρείται επείγον περιστατικό η περίπτωση της και ότι όφειλε να πραγματοποιήσει την άμεση εισαγωγή της στην κλινική καθώς παρουσίαζε πυλαία υπέρταση (πίεση του αίματος στην πυλαία φλέβα μεγαλύτερη των 10 mm Hg).

Η κατάχρηση στο αλκοόλ της προκάλεσε φλεγμονή του ήπατος και η επιδείνωση της ήταν η ανάπτυξη πυλαίας υπέρτασης, ως επιπλοκή της πρώτης βλάβης (κίρρωση ήπατος). Για την πλήρη ενημέρωση της ασθενούς, ο ιατρός της είχε εξηγήσει πως κατά την πάθηση αυτή δημιουργήθηκαν «αναστομώσεις» μεταξύ πυλαίας και συστηματικής κυκλοφορίας και αυτό θα είχε στο μέλλον ως αποτέλεσμα την εκδήλωση

αιμορραγίας στο ανώτερο πεπτικό σύστημα. Ωστόσο η ασθενής δεν ακολούθησε τις οδηγίες έγκαιρης νοσηλείας της και παρουσιάζει τώρα διογκωμένες φλέβες στην περιοχή του οισοφάγου (κίρσοι).

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ασθενής κατά την εισαγωγή της στην παθολογική κλινική παρουσίαζε αιματέμεση, ζάλη, υπόταση, σύγχυση, κολλώδες δέρμα ενώ τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων υπέδειξαν οξεία ενεργό αιμορραγία. Η ασθενής εισήχθη στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για 24ωρη παρακολούθηση και ο θεράπων ιατρός ζήτησε πριν τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου να συνεργαστεί με την ασθενή για την πραγματοποίηση των παρακάτω εξετάσεων:

- § Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού (ανίχνευση και εντοπισμός σημείου αιμορραγίας)
- § Μέτρηση πίεσης πυλαίας φλέβας
- § Υπερηχογράφημα
- § Αξονική τομογραφία κοιλίας (ανίχνευση ασκίτικού υγρού, μέγεθος σπλήνα, ήπατος)
- § Triplex πυλαίας φλέβας (βατότητα ροής αίματος στο εσωτερικό της φλέβας)
- § Επιπλέον τιμές: χολερυθρίνης, χρόνος προθρομβίνης, αμινοτρανσφεράσες, A1- αντιθρυψίνη, επίπεδα ανοσοσφαιρίνης (IgG, IgM, IgA).

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Το θεραπευτικό πλάνο περιλαμβάνει τις παρακάτω ιατρικές οδηγίες:

- ∅ Χορήγηση ενδοφλεβίως, κολλοειδών υγρών (ενυδάτωση και θρέψη ασθενούς, ηλεκτρολυτική ισορροπία)
- ∅ Χορήγηση πλάσματος (υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών)
- ∅ Χορήγηση β- αναστολέων
- ∅ Ενδοφλέβια χορήγηση βασοπρεσσίνης (αρχική δοσολογία 0,2-0,4 IU/min, ενώ μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας θα μειωθεί η δόση στο 0,1 IU/min) με ταυτόχρονη χορήγηση νιτρογλυκερίνης
- ∅ Ενδοσκοπική τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων με σκοπό την απολίνωση των κισσών (επανάληψη διαδικασίας μέχρι την τελική εκρίζωση των κισσών)
- ∅ Χορήγηση οξυγόνου σε πυκνότητα 40-60%

1.Αξιολόγηση θενούς Ανάγκες- οβλήματα- νοσηλευτική άγνοση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αιματέμεση Υπόταση Κολλώδες δέρμα Σύγχυση Ζάλη Αιμορραγία άνωτερου πεπτικού Κιρσοί οισοφάγου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επίσχεση αιμορραγίας</li> <li>• Εξάλειψη κισσών</li> <li>• Πρόληψη επιπλοκών (αιμοδυναμική αστάθεια, Shock)</li> <li>• Αποφυγή υποτροπής κισσορραγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση ασθενούς</li> <li>• Εκτίμηση ζωτικών σημείων (Α.Π., ένδειξη πυρετού)</li> <li>• Καταγραφή Κ.Φ.Π.</li> <li>• Έλεγχος κορεσμού αιμοσφαιρίνης (οξύμετρο)</li> <li>• Μέτρηση ισοζύγιο υγρών</li> <li>• Παρακολούθηση παρενεργειών δραστικών ουσιών</li> <li>• Προετοιμασία ασθενούς για ενδοσκόπηση &amp; διαγνωστικές εξετάσεις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση πλάσματος</li> <li>• Χορήγηση βαζοπρεσίνης (αρχ. δόση 0,2-0,4 IU/min, τελική δόση 0,1 IU/min) &amp; νιτρογλυκερίνης</li> <li>• Χορήγηση β-αναστολέων</li> <li>• Λήψη O<sub>2</sub> (πυκνότητα 40-60%)</li> <li>• Ενδοσκοπική τοποθέτηση ελαστικών δακτυλίων</li> <li>• Χορήγηση κολλοειδών υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επίσχεση αιμορραγίας</li> <li>• Επιτυχή εκρίζωση κισσών οισοφάγου</li> <li>• Πρόληψη επανεμφάνισης κισσορραγίας</li> <li>• Αιμοδυναμική ή ισορροπία</li> <li>• Αποφυγή εκδήλωσης αιμορραγικού Shock</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Ανύψωση κεφαλιού κλίνης 45-60<sup>0</sup></li><li>• Τήρηση άσηπτης τεχνικής</li></ul>		
--	--	---	--	--

## **6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2**

Άνδρας ασθενής Δ.Ν., έγγαμος και άνεργος , ηλικίας 57 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην παθολογική κλινική, ύστερα από ανάπτυξη κισσών οισοφάγου.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής παρουσίαζε ζάλη, αιματέμεση, τάση λιποθυμίας, μέλαινα κένωση, υπόταση, ψυχρό δέρμα, άλγος στομάχου και ανησυχία.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 15/09/2014 και ώρα 10:45 πμ.

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Δ.Ν.

Φύλλο: άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.: 22/07/1957 Ηλικία: 57

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κισσοί Οισοφάγου

Οικ. Κατάσταση: έγγαμος

### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:**

Ο ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού δήλωσε ότι πριν ένα χρόνο λόγω κάποιων επίμονων συμπτωμάτων που τον ταλαιπωρούσαν κατέφυγε στο νοσοκομείο. Μετά την πραγματοποίηση ορισμένων



διαγνωστικών εξετάσεων ο ιατρός που τον παρακολουθούσε του ανέφερε ότι νοσεί από μια ασθένεια του ήπατος, ονομαζόμενη ως μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ). Ο ασθενής τα τελευταία χρόνια είχε αυξήσει το σωματικό του βάρος σε υψηλό ποσοστό και η κατάσταση επιδειωνόταν με την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Ο θεράπων ιατρός τον ενημέρωσε ότι η ασθένεια αυτή περιλαμβάνει ένα φάσμα εκδηλώσεων από την απλή παρουσία λίπους (στεάτωση) μέχρι την φλεγμονή (στεατοηπατίτιδα) και την καταστροφή του ήπατος από ουλές που λέγεται κίρρωση. Η καταβολή των δυνάμεων και το έντονο άλγος που εντοπιζόταν στην κοιλιακή περιοχή αποτελούσαν απόρροια της φλεγμονής του ήπατος. Παρόλα αυτά ο ασθενής δεν ακολούθησε τις ιατρικές οδηγίες που σχετίζονταν με άμεση απώλεια βάρους, διακοπή του αλκοόλ και φαρμακευτική υποστήριξη και οι παράγοντες που επηρέαζαν δραματικά την υγεία του εξακολουθούσαν να υπάρχουν.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο ασθενής τον τελευταίο καιρό παραπονιόταν για έντονο πόνο στο στομάχι που δεν υποχωρούσε κατά την λήψη αναλγητικών και εμφανίζονταν κυρίως τις ώρες μετά από κάθε γεύμα. Η εξέλιξη του συμπτώματος επιβαρύνθηκε με την εκδήλωση εμέτων σκούρο χρώματος, που του έδιναν την υποψία ότι υπάρχει απώλεια αίματος ενώ στην συνέχεια αυτό αποδείχθηκε και με την παρουσία μέλαινων κενώσεων. Ανέφερε μάλιστα στην σύζυγο του ότι νιώθει μια γενικευμένη αδυναμία που τον εμποδίζει να ανταποκριθεί στον εργασιακό του χώρο και έτσι κατέφυγε στην πραγματοποίηση λήψης μιας ιατρικής γνωμάτευσης.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο ασθενής πρόβηκε σε εμετό κατά την είσοδο του στην παθολογική κλινική και παραπονιόταν για έντονο άλγος στομάχου με αντανάκλαση του πόνου στον θώρακα. Παρουσίαζε ζάλη, αιματέμεση, τάση λιποθυμίας, μέλαινα κένωση, ψυχρό δέρμα και ανησυχία. Ο θεράπων ιατρός προχώρησε στην εκτέλεση γαστροσκόπησης και ζήτησε την άμεση εισαγωγή του στο νοσοκομείο και την πραγματοποίηση όλων των απαραίτητων συμπληρωματικών εξετάσεων.

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Η θεραπευτική προσέγγιση του ασθενή περιλαμβάνει τις ακόλουθες ενέργειες:

- Ø Την αποκατάσταση του αποβαλλόμενου αίματος μέσω της μετάγγισης αίματος
- Ø Την διατήρηση επαρκούς αναπνευστικής λειτουργίας μέσω της χορήγησης οξυγόνου
- Ø Την πρόληψη λοίμωξης πριν την εφαρμογή της ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας με την χορήγηση αντιβιοτικών
- Ø Την φαρμακευτική υποστήριξη του ασθενή με την λήψη β-αναστολέων και νιτρώδη φαρμάκων
- Ø Την εκτέλεση ενδοσκοπικής σκληροθεραπείας για εξάλειψη των κιρσών οισοφάγου.

1.Ιξολόγηση θενούς Ανάγκες- οβλήματα- σηλευτική ίγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ζάλη</li> <li>• Τάση λιποθυμίας</li> <li>• Αιματέμεση</li> <li>• Μέλαινα κένωση</li> <li>• Υπόταση</li> <li>• Ψυχρό δέρμα</li> <li>• Άλγος στομάχου</li> <li>• Ανησυχία</li> <li>• Κιρσοί οισοφάγου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• Επίσχεση αιμορραγίας</li> <li>• Επιτυχή αποκατάσταση</li> <li>• Πρόληψη υποτροπής του αίματος</li> <li>• Πρόληψη υποτροπής</li> <li>• Αποφυγή επιπλοκών (διάτρηση οισοφάγου, αιμορραγικό Shock)</li> <li>• Αντιμετώπιση κιρσών οισοφάγου</li> <li>• Σταθεροποίηση αιμοδυναμικής κατάστασης ασθενούς</li> <li>• Επαρκή οξυγόνωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση του ασθενούς</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> <li>• Λήψη ζωτικών σημείων (προσοχή για πυρετό)</li> <li>• Προετοιμασία διαγνωστικών εξετάσεων (γαστροσκόπηση )</li> <li>• Εκτίμηση εξετάσεων αίματος</li> <li>• Τήρηση άσηπτης τεχνικής (πρόληψη λοίμωξης)</li> <li>• Προετοιμασία ασθενούς για EST (τοποθέτηση σε κλίνη, τοπική</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνδυασμός χορήγησης β-αναστολέων-νιτρώδη</li> <li>• Μετάγγιση αίματος</li> <li>• Εφαρμογή Ενδοσκοπικής Σκληροθεραπείας (EST)</li> <li>• Χορήγηση οξυγόνου (ρινικοί καθετήρες)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιμετώπιση κίρσοραγίας</li> <li>• Εξάλειψη κίρσοι οισοφάγου</li> <li>• Πρόληψη υποτροπής (επανεμφάνιση αιμορραγίας)</li> <li>• Αποφυγή επιπλοκών EST (εξελκώσεις βλεννογόνου διάτρηση οισοφάγου)</li> <li>• Επιτυχή αιματική αποκατάσταση ασθενούς</li> </ul>

	οργανισμού	αναισθησία, λήψη ηρεμιστικών) <ul style="list-style-type: none"><li>• Νοσηλευτικές αρχές μετάγγισης αίματος (συμβατότητα, λήψη ζωτικών σημείων κ.ά.)</li><li>• Αναγνώριση παρενεργειών φαρμάκων</li><li>• Αξιολόγηση κορεσμού O<sub>2</sub></li></ul>		
--	------------	--	--	--

### 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η οξεία κίρσορραγία αποτελεί τη σημαντικότερη και ταυτόχρονα την πλέον επικίνδυνη για την ανθρώπινη ζωή επιπλοκή της κίρρωσης του ήπατος. Οφείλεται στη ρήξη των διογκωμένων κίρσων του οισοφάγου, ως αποτέλεσμα χρόνιας συμφόρησης του πυλαίου συστήματος εξαιτίας της κίρρωσης.<sup>14</sup>

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας κίρσορραγίας μπορεί να επιτευχθεί με γενικά μέτρα που αποσκοπούν στην αιμοδυναμική σταθερότητα του ασθενούς και με ειδικά μέτρα, όπως ο επιπωματισμός με μπαλόνη, η σκληροθεραπεία, η περίδεση, η διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική επικοινωνία καθώς και με χειρουργικές επεμβάσεις.<sup>14,22</sup>

Ο ασθενής που παρουσιάζει οξύ αιμορραγικό επεισόδιο είναι συνήθως αιμοδυναμικά ασταθής. Πρώτος στόχος στην αντιμετώπιση των ασθενών που προσέρχονται στο νοσοκομείο με οξεία κίρσορραγία είναι να υποστηριχθούν και να σταθεροποιηθούν αιμοδυναμικά, ώστε ο ενδοσκόπος ή/και ο χειρουργός

να μπορούν να παρέμβουν στη συνέχεια με μεγαλύτερη ασφάλεια. Η ανάνηψη των αιμοδυναμικά ασταθών ασθενών αρχίζει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ενώ τα πρώτα μέτρα επείγουσας αντιμετώπισης από μεριά των νοσηλευτών (και σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό) περιλαμβάνουν τα ακόλουθες ενέργειες:<sup>14</sup>

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση πλάγιας κατά την κλίνη για τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης.
- Τοποθέτηση δύο φλεβικών γραμμών

- Û Αποστολή δείγματος αίματος στην αιμοδοσία για προσδιορισμό ομάδας/Rh και διασταύρωση, ώστε να γίνει μετάγγιση χωρίς καθυστέρηση, αν απαιτηθεί.
- Û Αποστολή δείγματος αίματος στο αιματολογικό και το βιοχημικό εργαστήριο για εξετάσεις (αιματοκρίτη, χρόνο προθρομβίνης, αιμοπετάλια, ουρία, σάκχαρο, ηλεκτρολύτες κ.λπ.)
- Û Έγχυση φυσιολογικού ορού ή Ringer lactate τόσο γρήγορα, όσο το επιτρέπει η κατάσταση του καρδιαγγειακού συστήματος του ασθενούς, ώστε να σταθεροποιηθούν οι ζωτικές λειτουργίες.
- Û Μετάγγιση αίματος και παραγώγων.
- Û Τοποθέτηση καθετήρα στην υποκλείδιο φλέβα και μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης (ΚΦΠ).
- Û Προσδιορισμός αερίων και pH αρτηριακού αίματος.
- Û Τοποθέτηση καθετήρα κύστης και ωριαία μέτρηση της διούρησης.
- Û Χορήγηση οξυγόνου με ρινικό καθετήρα ή με μάσκα (4–6 λίτρα ανά min), ιδιαίτερα σε ασθενείς με ανεπαρκή οξυγόνωση.
- Û Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) και επί αιμορραγίας πλύσεις στομάχου
- Û Συνεχής παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων (συνεχές monitoring), ώστε να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα των μέτρων ανάνηψης και η ανταπόκριση του ασθενούς.
- Û Χορήγηση κατασταλτικών φαρμάκων του κεντρικού νευρικού συστήματος με ιδιαίτερη προσοχή (ναρκωτικά, υπνωτικά και αγχολυτικά), καθώς πολλά από τα φάρμακα αυτά μεταβολίζονται από το ήπαρ και μπορεί να προκληθεί ηπατικό κώμα. Αν απαιτηθεί η χορήγηση ηρεμιστικών, πρέπει να χρησιμοποιείται οξαζεπάμη.
- Û Αξιολόγηση και άμεση αναφορά σημείων και συμπτωμάτων υποογκαιμικού shock (ανησυχία, σύγχυση, σημαντική μείωση της

αρτηριακής πίεσης, ταχύς νηματοειδής σφυγμός, ταχείες αναπνοές, δέρμα ψυχρό και ωχρο, παροχή ούρων <30 mL ανά ώρα).

Û Ψυχολογική και συναισθηματική ενίσχυση του ασθενούς και των οικείων του.<sup>14.28</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Ø Οι κίρσοι οισοφάγου αποτελούν εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση που απειλή άμεσα τη ζωή του ασθενούς αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως και αποτελεσματικά.
- Ø Αποτελούν απόρροια μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ πυλαίας υπέρτασης και κίρρωσης του ήπατος (επιπλοκές)
- Ø Η κλινική εικόνα είναι ασυμπτωματική και συνδέεται με τα συμπτώματα της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού
- Ø Ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης του οξέος επεισοδίου κίρσορραγίας παραμένει η EST.
- Ø Παρά τις προόδους στην διάγνωση και θεραπεία η θνητότητα από το οξύ αιμορραγικό επεισόδιο παραμένει υψηλή, γεγονός που καθιστά ζωτικής σημασίας την πρόληψη της κίρσορραγίας στο πλαίσιο της συνολικής αντιμετώπισης της πυλαίας υπέρτασης.
- Ø Ανεξάρτητα πάντως από τη θεραπευτική μέθοδο που θα εφαρμοσθεί, σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της διαδραματίζει το νοσηλευτικό προσωπικό που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε ενδοσκοπικής ομάδας.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Netter, Frank, (2011), Βασική κλινική ανατομία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
2. Βασιλικός, Βασίλης, (2007), Μάθημα Ανατομίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
3. Λαζαρίδης, Στέφανος, (2000), Βασικές αρχές ανατομίας, Έλλην, Αθήνα
4. Drake, Richard, (2006), Ανατομία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
5. Burger, Bruce, (2006), Εσωτερική ανατομία του ανθρώπου, Εκδόσεις Πύρινος Κόσμος, Αθήνα
6. Ακριβιάδης, Ευάγγελος, (2011), Κλινική Ηπατολογία, University Studio Press, Αθήνα
7. Γκούμας Κ., Κοντογιάννη Μ., Evison S., (2006), Διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
8. Γρηγοράς, Γεώργιος, (2002), Επιτομή Παθολογικής Φυσιολογίας, Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
9. Ματάμης, Δημήτριος, (1997), Αιμοδυναμικές μετρήσεις στην ΜΕΘ, Εκδόσεις Universith Studio Press, Αθήνα
10. Συλλογικό έργο, (2008), Ενδοσκοπήσεις πεπτικού συστήματος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
11. Τζιβράς, Μιχαήλ, (2009), Κλινική εξέταση πεπτικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
12. Berne, Robert, (2009), Αρχές φυσιολογίας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης
13. Κατσαμούρης, Αστέριος, (2001), Αιμοδυναμική των αγγειακών παθήσεων, Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε., Αθήνα

14. Σπανός, Θεόδωρος, (1996), Αιμοδοσία, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Θεσσαλονίκη
15. Gomez, Joan, (2008), Πεπτικό σύστημα και διατροφή, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
16. Holford, Patric, (2003), Βελτίωση Πεπτικού Συστήματος, Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα
17. Jensen, Bernard, (2007), Η φροντίδα του εντέρου, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα
18. Cameron, John, (2009), Ατλάντας χειρουργικής πεπτικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα
19. King, John, (2001), Πεπτικό Σύστημα, Εκδόσεις Modern Times, Αθήνα
20. Mc Kenna, John, (2004), Προβλήματα πέψης, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα
21. Sleisenger, Silvester, (2009), Γαστρεντερολογία και Ηπατολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

22. <http://www.esophagus.gr/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AF%CE%B1-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AC%CF%87%CE%BF%CF%85>
23. [Blogosφαιρα - Ιατρικές Ειδήσεις](#)
24. <http://www.whatgr.com/ne/th-neyrwsh-stomaxoy.html>
25. <http://www.klinikidiatrofi.gr/GOP.html>
26. <http://www.lifemag.gr/Default.aspx?id=1172&lang=1&t=6>
27. [http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C\\_%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1)
28. <http://digitalschool.minedu.gov.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A105/321/2155,7805/>
29. <http://www.palo.gr/cluster/articles/ygeia/706/?clid=3643173>
30. [http://press-gr.blogspot.gr/2011/07/blog-post\\_7960.html](http://press-gr.blogspot.gr/2011/07/blog-post_7960.html)
31. <http://www.iatropedia.gr/medical/malady/122>
32. <http://anastamoschovaki1.blogspot.gr/2011/06/helicobacter-pylori.html>
33. <http://www.ygeiaoikologiamag.gr/ygeia/%CE%B3%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%81%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CE%B5%CE%BD%CE%B1-%CF%83%CF%85%CF%87%CE%BD%CE%BF-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BC%CE%B1/>
34. [http://www.euroclinic.gr/arthro.aspx?lang\\_id=1&article\\_id=207](http://www.euroclinic.gr/arthro.aspx?lang_id=1&article_id=207)
35. <http://healthguide.gr/articleopen.php?id=6244&doctor=47&status=doctors&query=&apo=profil&page=0>

36. <http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/d87c68a56bc8eb80/faa346cce8568de3/42b00af24372db5b.html>
37. [http://www.esoterica.gr/FORUMS/topic.asp?ARCHIVE=&whichpage=3&TOPIC\\_ID=3342](http://www.esoterica.gr/FORUMS/topic.asp?ARCHIVE=&whichpage=3&TOPIC_ID=3342)
38. <http://www.eumedline.eu/post/Gastroskophsh>
39. <http://www.clinicalnutrition.gr/public/2009-09-20-05-19-06/22-2009-09-18-08-01-23.html?start=1>
40. [http://iek-tripol.ark.sch.gr/noshleutikh%20frontida%20peptikou%20susthmatos%20\(2\).pdf](http://iek-tripol.ark.sch.gr/noshleutikh%20frontida%20peptikou%20susthmatos%20(2).pdf)
41. [http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/issues/2010/issue\\_4/issue\\_4\\_2010.html](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/issues/2010/issue_4/issue_4_2010.html)