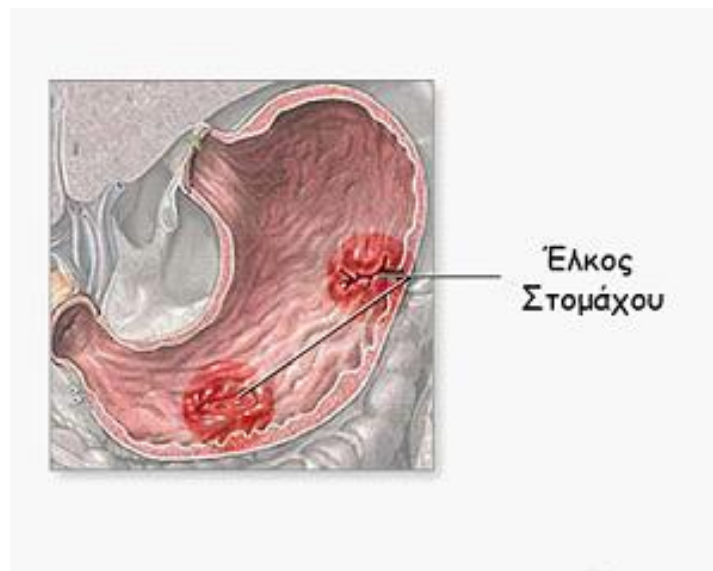


**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ»**



**ΚΡΙΕΛΕΣΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΚΟΤΣΟΡΩΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΡΝΕΡΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2014**



## Περίληψη

Στη σύγχρονη εποχή που ο άνθρωπος ζει μέσα στο στρες και η ζωή κινείται με απίστευτα γρήγορους ρυθμούς τα περιστατικά έλκους στομάχου χουν αυξηθεί σημαντικά. Αν και τα αίτια που προκαλούν τη νόσο δεν είναι πλήρως διασαφηνισμένα φαίνεται ότι το άγχος, η μεγάλη κατανάλωση καφέ και οινοπνευματωδών ποτών και πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για διάφορες παθήσεις ευνοούν τη δημιουργία έλκους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί η ασθένεια του έλκους στομάχου καθώς και να παρουσιαστεί ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή. Η εργασία έχει ταξινομηθεί σε επτά κεφάλαια μέσα από τα οποία αναπτύσσεται η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος, οι στιβάδες, οι αρτηρίες και οι φλέβες του στομάχου καθώς και η λεμφική παροχέτευση και νεύρωση του στομάχου. Εισάγει την έννοια του έλκους στομάχου και δίνεται ο ορισμός του η ταξινόμηση τα αίτια και οι παράγοντες η επιδημιολογία καθώς και οι παράγοντες κίνδυνου. Παρουσιάζεται το έλκος στομάχου και το έλκος δωδεκαδάκτυλου και αναφέρεται στη διάγνωση και στις επιπλοκές του έλκους. Τέλος αναλύονται οι ανάγκες του ασθενούς με έλκος στομάχου, ο ρόλος του και η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με έλκος στομάχου.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη .....	3
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1.....	7
Ανατομία στομάχου .....	8
1.1 Γενικά .....	8
1.2 Λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος .....	10
1.3 Στιβάδες στομάχου.....	13
1.4 Αρτηρίες στομάχου .....	14
1.5 Φλέβες στομάχου .....	15
1.6 Λεμφική παροχέτευση στομάχου.....	15
1.7 Νεύρωση στομάχου .....	16
Κεφάλαιο 2.....	17
Εισαγωγή στο έλκος στομάχου .....	18
2.1 Ορισμός .....	18
2.2 Ταξινόμηση .....	18
2.3 Αίτια – παράγοντες .....	19
2.4 Επιδημιολογία .....	21
2.5 Παράγοντες κίνδυνου .....	21
Κεφάλαιο 3.....	23
Πεπτικό έλκος (έλκος στομάχου - έλκος δωδεκαδάκτυλου) .....	24
3.1 Παθογένεια.....	24
3.2 Ο κυριότερες αιτίες που προκαλούν πεπτικό έλκος .....	24
3.3 Πρόληψη .....	25
3.4 Κλινική εικόνα .....	26
3.5 Επιπλοκές.....	27
3.6 Διάγνωση.....	27
3.7 Αντιμετώπιση .....	28
3.8 Αντιμετώπιση των επιπλοκών.....	29
Κεφάλαιο 4.....	30
Η διάγνωση .....	31
4.1 Ακτινολογική εξέταση .....	31
4.2 Γαστροσκόπηση .....	31
4.3 Εξέταση γαστρικού υγρού .....	32

4.4 Υπέρηχος.....	34
Κεφάλαιο 5.....	35
Επιπλοκές του έλκους .....	36
5.1 Εισαγωγή.....	36
5.2 Γαστρορραγία.....	36
5.3 Διάτρηση.....	37
5.4 Πυλωρική στένωση .....	37
5.5 Κακοήθης εξαλλαγή .....	38
5.6 Χειρουργική θεραπεία.....	38
Κεφάλαιο 6.....	43
Διαμόρφωση του τρόπου ζωής .....	44
6.1 Ενεργειακές και θρεπτικές μεταβολές του οργανισμού .....	44
6.2 Διατροφικά σημεία προσοχής .....	45
Κεφάλαιο 7.....	47
Φροντίδα ασθενούς – νοσηλευτική παρέμβαση.....	48
7.1 Συντηρητική φροντίδα ασθενούς .....	48
7.3 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	50
7.4 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	51
7.5 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς:.....	55
7.6 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τον συνδυασμό φαρμάκων .....	55
7.7 Παρακλινικός έλεγχος πεπτικού συστήματος.....	55
7.8 Ο νοσηλευτής στην οξεία φάση της νόσου .....	62
Κεφάλαιο 8.....	64
Νοσηλευτικές διεργασίες.....	65
8.1 Νοσηλευτική διεργασία 1.....	65
8.2 Νοσηλευτική διεργασία 2.....	68
Συμπεράσματα .....	71
Βιβλιογραφία- Διαδικτυακές πηγές.....	73

## **Εισαγωγή**

Το έλκος στομάχου οφείλεται στη λοίμωξη του βακτηρίου και ένα μικρόβιο που ονομάζεται ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Η χορήγηση κατασταλτικής φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή οξέων για χρονικό διάστημα 4 έως 8 εβδομάδων, μπορεί να επιφέρει θεραπεία του έλκους. Ταυτόχρονα, η χορήγηση αντιβιοτικών για μια εβδομάδα παράλληλα με τα κατασταλτικά φάρμακα των οξέων θεραπεύουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, γεγονός που εμποδίζει την επανεμφάνιση του έλκους. Το έλκος του στομάχου μπορεί να προκληθεί από τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία διαφόρων παθήσεων, όπως για παράδειγμα την αρθρίτιδα. Σε περίπτωση που η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων κρίνεται απαραίτητη, η μακροπρόθεσμη χορήγηση κατασταλτικών των οξέων αποτελεί μονόδρομο για τον ασθενή.

## **Κεφάλαιο 1**

## Ανατομία στομάχου

### 1.1 Γενικά

Το στομάχι προέρχεται εμβρυολογικά από το πρόσθιο έντερο. Συνδέεται με τον οισοφάγο καθώς και με το δωδεκαδάκτυλο. Είναι η πιο διευρυμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνα και έχει 3 κύριες λειτουργίες:

- η πρώτη αφορά την αποθήκευση της τροφής,
- η δεύτερη την ανάμειξή της με το γαστρικό υγρό προς τον σχηματισμό ημίρρευστου χυμού
- και η τρίτη τη ρύθμιση του ρυθμού προώθησης του περιεχομένου προς το λεπτό έντερο.<sup>1</sup>

Ο στόμαχος βρίσκεται τοποθετημένος στην άνω κοιλία και εκτείνεται από την αριστερή υποχόνδρια χώρα προς την επιγάστρια και ομφαλική χώρα. Ο στόμαχος έχει το σχήμα του λατινικού γράμματος J και έχει δυο στόμια το οισοφαγικό (γαστροοισοφαγική ή καρδιοοισοφαγική συμβολή) και το πυλωρικό (γαστροδωδεκαδακτυλική συμβολή ή πυλωρικός σφιγκτήρας), δυο χείλη που ονομάζονται έλασσον και μείζον τόξο και δυο επιφάνειες την πρόσθια και την οπίσθια. Η γαστροοισοφαγική συμβολή βρίσκεται αριστερά του 10<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου, περίπου δυο εκατοστά κάτω από το διάφραγμα. Το πυλωρικό στόμιο είναι τοποθετημένο δεξιά του 1<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου, όμως μπορεί να βρίσκεται και αρκετά χαμηλότερα αναλόγως της σωματικής διάπλασης του κάθε άτομου, της θέσης που λαμβάνει το σώμα καθώς και της τροφής που περιέχει. Ο στόμαχος βρίσκεται απαγκιστρωμένος σε δύο σημεία: στην γαστροοισοφαγική συμβολή και στο οπισθοπεριτοναϊκό δωδεκαδάκτυλο μέσω του πυλωρού.<sup>1</sup>

Διαιρείται για περιγραφικούς λόγους σε 5 μέρη:

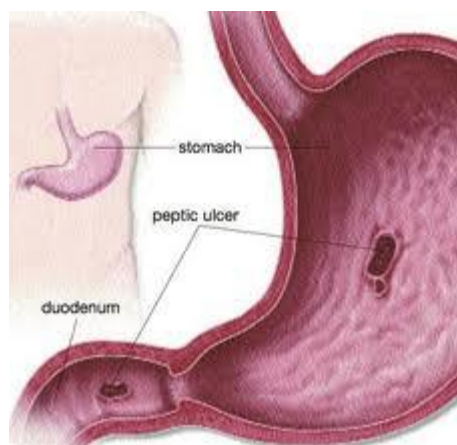
- την καρδία: δύσκολα αναγνωρίσιμη περιοχή δίπλα στην γαστροοισοφαγική συμβολή, ελαφρώς αριστερά της μέσης γραμμής.
- τον θόλο ή πυθμένα: βρίσκεται προς τα άνω και αριστερά της γαστροοισοφαγικής συμβολής και συνήθως εσωκλείει αέρα.



- το σώμα: εκτείνεται από την γαστροοισοφαγική συμβολή μέχρι την γωνιαία εντομή, μία σταθερή εντομή στο κατώτερο τμήμα του ελάσσονος τόξου
- το άντρο : εκτείνεται από την γωνιαία εντομή μέχρι τον πυλωρό
- και τον πυλωρό: είναι ένα κυλινδρικό τμήμα του στομάχου, το οποίο σχηματίζεται από τον πυλωρικό σφιγκτήρα.<sup>2</sup>

Το δεξιό χείλος του στομάχου σχηματίζεται από το έλασσον τόξο, και εκτείνεται από το καρδιακό στόμιο μέχρι τον πυλωρό. Από αυτό ξεκινά το έλασσον επίπλουν και καταλήγει στο ήπαρ. Το αριστερό χείλος του σχηματίζεται από μείζον τόξο και είναι περίπου 4 φορές μεγαλύτερο από το έλασσον.<sup>3</sup>

Η γαστροοισοφαγική ή καρδιοοισοφαγική συμβολή είναι το σημείο εκείνο επικοινωνεί το στομάχου με τον οισοφάγο. Στην γαστροοισοφαγική συμβολή το πλακώδες οισοφαγικό επιθήλιο μεταπίπτει στο κυλινδρικό επιθήλιο του στομάχου σχηματίζοντας έτσι το ενδοσκοπικό όριο των δύο οργάνων την επονομαζόμενη γραμμή Z. Από το διαφραγματικό τρήμα ξεκινά ένα ινοελαστικό στρώμα ιστού, η φρενοοισοφαγική μεμβράνη, η οποία εκτείνεται ως τον οισοφάγο. Πιθανολογείται ότι ο ρόλος της είναι η σταθεροποίηση της γαστροοισοφαγικής συμβολής.<sup>16</sup> Η γαστροοισοφαγική συμβολή λειτουργεί και ως σφιγκτήρας (κάτω οισοφαγικός σφιγκτήρας) χωρίς όμως να έχει πιστοποιηθεί ανατομικά η ύπαρξή του. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει αμφιβολία ότι υπάρχει ένας μηχανισμός που παρεμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου προς τον οισοφάγο. Το πυλωρικό στόμιο σχηματίζεται από τον πυλωρικό σωλήνα, ο οποίος έχει μήκος περίπου 2,5 εκατοστά. Σε αυτό το σημείο ο κυκλοτερής μυϊκός χιτώνας είναι παχύτερος σχηματίζοντας έτσι τον πυλωρικό σφιγκτήρα, ο οποίος ρυθμίζει την προώθηση του γαστρικού περιεχομένου προς το δωδεκαδάκτυλο.<sup>3</sup>



## 1.2 Λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος

Η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος ξεκινά λίγο πριν τη πρόσληψη τροφής. Όταν ο εγκέφαλος σχεδιάζει να φάει ο οργανισμός στο άμεσο μέλλον το γαστρεντερικό σύστημα ετοιμάζεται, οι αδένες προετοιμάζουν τις εκκρίσεις τους, ενώ οι σιελογόνοι τις αρχίζουν.<sup>1</sup>

Αφού η τροφή εξασφαλιστεί μπροστά στον οργανισμό εισέρχεται στο στόμα με δαγκωνιές από τον άνθρωπο. Εκεί τα μπροστινά δόντια αποσπούν από την τροφή ένα κομμάτι ενώ τα πίσω τη συνθλίβουν με περιοδικές κινήσεις. Ταυτόχρονα, η τροφή αναδεύεται με το σάλιο που εκκρίνεται από τους σιελογόνους αδένες. Το σάλιο σκοτώνει μερικά μικρόβια, ξεκινά τη διαδικασία της πέψης μερικών βασικών συστατικών, διαδικασία η οποία συμμετέχει και στην αίσθηση της γεύσης, και λιπαίνει την τροφή για κατάποση. Η γεύση ταυτοποιεί τις θρεπτικές ουσίες και στέλνει τις πληροφορίες κατευθείαν στο στομάχι, του οποίου το νευρικό σύστημα ρυθμίζει κατάλληλα με ποιον τρόπο θα επεξεργαστεί την τροφή. Μία άλλη λειτουργία είναι ο έλεγχος της καταλληλότητας της τροφής, η οποία αν είναι επικίνδυνη ή μπαγιάτικη αποβάλλεται με συσπάσεις της γλώσσας και αν χρειαστεί του στομάχου. Με το μάσημα η τροφή παίρνει μορφή κατάλληλη για κατάποση, συμπαγής, μαλακή και ρευστή.<sup>4</sup>

Ακολουθεί η κατάποση, η γλώσσα σπρώχνει τη μασημένη τροφή προς τα ενδότερα. Η μασημένη τροφή διοχετεύεται στον οισοφάγο. Στον άνθρωπο λόγω της ανατομίας του λαιμού του το στόμα οδηγεί στον οισοφάγο και στην τραχεία. Η επιγλωττίδα αναλαμβάνει να φράξει την τραχεία αποτρέποντας να οδηγηθεί εκεί η τροφή η οποία θα έπνιγε τον άνθρωπο. Αυτός είναι ο λόγος που συστήνεται να μη μιλάμε όταν τρώμε. Αν η τροφή έχει επεξεργαστεί σωστά θα κατέβει ομαλά στο στομάχι. Η διαδικασία της κατάποσης υποβοηθάτε από μυϊκές συσπάσεις του οισοφάγου, είναι δυνατό ένας άνθρωπος να καταπιεί ανάποδα.<sup>2</sup>

Μετά από αυτό η τροφή φτάνει στο στομάχι και περνά από μια λεπτή μεμβράνη. Αυτή η μεμβράνη είναι υπεύθυνη για τη ροή του στομαχικού υγρού εκτός του στομαχιού προς τον οισοφάγο. Η μη φυσιολογική λειτουργία της μπορεί να οδηγήσει σε καούρες, ενώ αποδυναμώνεται με το κάπνισμα.

Επιτρέπει τη ροή προς τον οισοφάγο στα ρεψίματα, δηλαδή απελευθέρωση αερίων που δημιουργήθηκαν κατά την πέψη στο στομάχι, και στον εμετό που συμβαίνει όταν το στομάχι κρίνει την τροφή αχώνευτη ή επικίνδυνη για την υγεία. Σε μερικά θηλαστικά η ροή της τροφής στον οισοφάγο επιτρέπεται και ανάποδα για *αναμάσηση*, η τροφή αποθηκεύεται σχεδόν αμάσητη στο στομάχι και όταν ο οργανισμός μπορεί να ασχοληθεί με τη σύνθλιψή της την επαναφέρει στο στόμα για περαιτέρω μάσηση, όπως στην αγελάδα.<sup>5</sup>

Το στομάχι διασπά την τροφή μηχανικά και χημικά και την αποθηκεύει, δεδομένου ότι η χώνευση είναι πιο αργή και πιο ομαλή από άποψη ταχύτητας διαδικασία από την κατανάλωση τροφής. Στο στομάχι εκκρίνεται υδροχλωρικό οξύ, ένα πολύ δραστικό οξύ που σκοτώνει όλα σχεδόν τα μικρόβια και πάρα πολλά κύτταρα του ίδιου του στομαχιού. Υπολογίζεται ότι περίπου 100000 κύτταρα την ημέρα πεθαίνουν στα εσωτερικά τοιχώματα του στομαχιού, ενώ δημιουργούνται άλλα τόσα για να τα αναπληρώσουν. Εκτός από το οξύ εκκρίνονται και πολλές άλλες ουσίες που συμβάλλουν συνολικά στη διάσπαση μερικών μακρομορίων. Ταυτόχρονα, το στομάχι συσπάται ασυνείδητα αναδεύοντας το στομαχικό υγρό και συμβάλλοντας στην περαιτέρω διάσπασης της τροφής, ώστε να γίνει σχεδόν υγρή. η διαδικασία που θα ακολουθήσει το στομάχι (εκκρίσεις που θα γίνουν, ρυθμός συσπάσεων και άλλα) εξαρτώνται από την τροφή που καταναλώθηκε, σκοπός είναι η μέγιστη δυνατή απορρόφηση θρεπτικών ουσιών.<sup>6</sup>

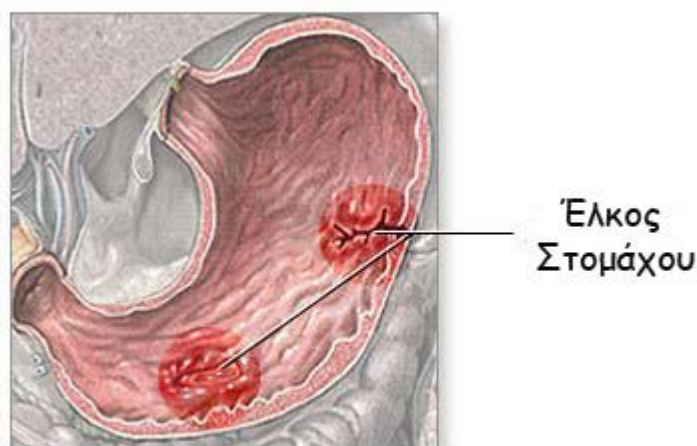
Αργότερα, η τροφή περνάει στο δωδεκαδάκτυλο, μέσω του σφιγκτήρα του πυλωρού. Καθώς διέρχεται από το δωδεκαδάκτυλο στο ρευστό εκκρίνονται η χολή και παγκρεατικά πεπτικά υγρά, τα οποία διασπούν σε όσο το δυνατόν απλούστερες τις θρεπτικές ουσίες. Ακολουθεί το υπόλοιπο λεπτό έντερο. Η τροφή πλέον διασπασμένη διυλίζεται μέσα από τις πτυχώσεις του εντέρου τις λάχνες, και από εκεί περνάει στην πυλαία φλέβα. Ταυτόχρονα, στο έντερο υπάρχουν πολλά μικρόβια, τα οποία συμβιών φυσιολογικά μέσα στο έντερο. Αυτά τα μικρόβια ελέγχονται από το ανοσοποιητικό σύστημα, ώστε να μην κινδυνεύσει ο οργανισμός. Ο ρόλος τους είναι να συνθέτουν θρεπτικές ουσίες που δε μπορεί ο οργανισμός, όπως η ερσέχια κόλι η οποία παράγει τη βιταμίνη B12 στο ανθρώπινο έντερο, και να ανταγωνίζονται άλλους βλαβερούς οργανισμούς για τους οποίους ο οργανισμός δε μπορεί να αμυνθεί

τόσο αποτελεσματικά. Η απορρόφηση της τροφής γίνεται σταδιακά κατά μήκος του εντέρου, περίπου επτά μέτρα.<sup>2</sup>

Οι ουσίες που μεταπήδησαν στην πυλαία φλέβα οδηγούνται κατευθείαν στο συκώτι, το οποίο ρυθμίζει την ποσότητα των θρεπτικών ουσιών στο αίμα, άρα και σε ολόκληρο τον οργανισμό. Για παράδειγμα ρυθμίζει τη γλυκόζη στο αίμα. Αποθηκεύει τις θρεπτικές ουσίες, τις επεξεργάζεται για να παράξει άλλες θρεπτικές ουσίες ή άλλες ορμόνες και εκκρίσεις, και αποθηκεύει κάποιες άλλες. Με αυτόν τον τρόπο το συκώτι συμβάλλει στη χημική ισορροπία του αίματος και γενικά του οργανισμού.<sup>7</sup>

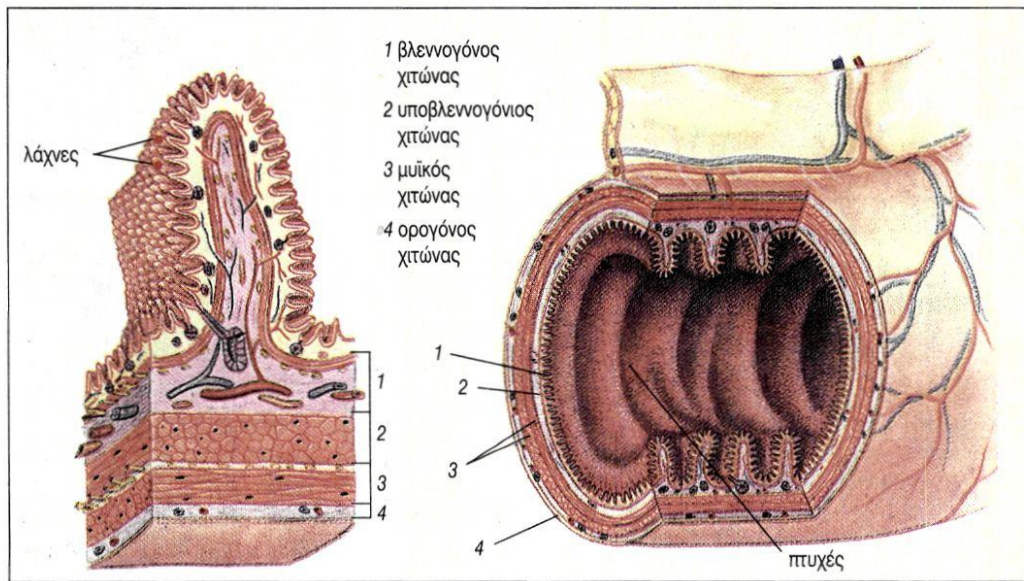
Ότι δε χωνεύεται στο λεπτό έντερο μεταπηδά στο παχύ με την ειλεοκολπική βαλβίδα. Στο παχύ έντερο γίνεται η απορρόφηση υγρών, όπως του νερού. Επιπλέον, το παχύ έντερο φιλοξενεί και αυτό πολλά μικρόβια. Τελικά, αυτά που μένουν στερεοποιούνται, γίνονται κόπρανα και οδηγούνται στο κόλον, όπου αποβάλλονται κατά βούληση. Είναι πιθανό σε ορισμένες περιπτώσεις να παραχθούν αέρια, κυρίως από τα μικρόβια τα οποία αποβάλλονται και αυτά. Μαζί με τα κόπρανα αποβάλλονται και πολλά μικρόβια του εντέρου.

Τελικά, το σύστημα εξασφαλίζει στον οργανισμό από την τροφή του θρεπτικές ουσίες για αρκετό καιρό προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Ο μεταβολισμός δεν ολοκληρώνεται με το πεπτικό σύστημα, αλλά συνεχίζεται στο κάθε κύτταρο του οργανισμού με τη διαδικασία του καταβολισμού.<sup>3</sup>



### 1.3 Στιβάδες στομάχου

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες: τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, τον μυϊκό και τον ορογόνο. Ο βλεννογόνος, ο οποίος αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, καλύπτει όλο τον αυλό του στομάχου είναι παχύς και αγγειοβριθής και υπό φυσιολογικές συνθήκες έχει απαλή βελούδινη εμφάνιση και ροζ χρώμα. Σχηματίζει πολυάριθμες επιμήκεις πτυχές, οι οποίες εμφανίζονται και στον υποβλεννογόνο, είναι κινητές και εξαλείφονται κατά την διάταση του στομάχου. Όμως, ο βλεννογόνος δεν αποτελείται μόνο από τα κυλινδρικά επιθηλιακά κύτταρα αλλά και από την υποκείμενη χοριακή στιβάδα (*lamina propria*), η οποία είναι ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού πλούσιο σε αιμοφόρα αγγεία, λεμφαγγεία και κύτταρα του ανοσοποιητικού (π.χ. μακροφάγα, λεμφοκύτταρα που εκκρίνουν ανοσοσφαιρίνες IgA και IgM). Στο χόριο επίσης ανευρίσκονται αδενικά εκκριτικά κύτταρα, τα οποία εκκρίνουν τις διάφορες ουσίες (π.χ. υδροχλωρικό οξύ από τα τοιχωματικά κύτταρα, πεψίνη από τα θεμέλια κύτταρα).<sup>7</sup> Τέλος στον βλεννογόνο ανήκει και η βλεννογόνος μυϊκή στιβάδα (*muscularis propria*), η οποία αποτελείται από μια λεπτή στιβάδα λείων μυϊκών ινών, με κυκλωτήρη διάταξη προς τα έξω και επιμήκη διάταξη προς τα έξω. Ο υποβλεννογόνος αποτελείται από ένα στρώμα χαλαρού συνδετικού ιστού, αμέσως κάτω από τον βλεννογόνο, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία μεγαλύτερου μεγέθους από ότι αυτά του βλεννογόνου. Στον υποβλεννογόνο βρίσκεται επίσης και το νευρικό πλέγμα του Meissner. Θεωρείται ότι αυτό ελέγχει την εκκριτική λειτουργία του στομάχου.<sup>3</sup> Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και είναι υπεύθυνος για την κινητικότητα του στομάχου. Διακρίνονται δύο στιβάδες μυϊκών ινών: μια κυκλωτήρη έσω στιβάδα και μία επιμήκης έξω στιβάδα. Μεταξύ των δύο αυτών στιβάδων βρίσκεται το μυεντερικό πλέγμα του Auerbach, το οποίο συμβάλλει στην κινητικότητα του στομάχου. Ο ορογόνος είναι η τελευταία προς τα έξω στιβάδα και αποτελείται από ένα στρώμα συνδετικού και λιπώδους ιστού μέσα από το οποίο διέρχονται διάφορα αιμοφόρα αγγεία και νεύρα.<sup>8</sup>



## 1.4 Αρτηρίες στομάχου

Οι αρτηρίες του στομάχου προέρχονται από κλάδους της κοιλιακής αρτηρίας. Η αριστερή γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, πορεύεται προς τα άνω και αριστερά μέχρι την κατώτερη μοίρα του οισοφάγου και στη συνέχεια κατέρχεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου, αιματώνοντας το κατώτερο τριτημόριο του οισοφάγου και τη δεξιά πλευρά του ανώτερου μέρους του στομάχου. Η δεξιά γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοινής ηπατικής αρτηρίας, εκφύεται από αυτήν κατά το άνω χείλος του πυλωρού και πορεύεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου. Αρδεύει την δεξιά πλευρά του κατώτερου μέρους του στομάχου.<sup>9</sup> Οι βραχείες γαστρικές αρτηρίες εκφύονται από την σπληνική αρτηρία (κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας) στην πύλη του σπλήνα και πορεύονται προς τα εμπρός μέσα στο γαστροσπληνικό σύνδεσμο. Διανέμονται στον θόλο του στομάχου. Η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, κλάδος της σπληνικής αρτηρίας, ξεκινά από την πύλη του σπλήνα και πορεύεται προς τα εμπρός μέσα στον γαστροσπληνικό σύνδεσμο. Διανέμονται στο τοίχωμα του στομάχου κατά μήκος του άνω μέρους του μείζονος τόξου. Η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας (κλάδος της κοινής ηπατικής αρτηρίας), πορεύεται προς τα αριστερά και αρδεύει το τοίχωμα του στομάχου κατά μήκος

του κατώτερου μέρους του μείζονος τόξου. Αυτά τα αγγεία αιματώνουν τους μυϊκούς χιτώνες, διακλαδώνονται στην υποβλεννογόνιο στιβάδα και τελικά καταλήγουν στον βλεννογόνο.<sup>4</sup>

### 1.5 Φλέβες στομάχου

Οι φλέβες του στομάχου απάγουν το αίμα προς την πυλαία κυκλοφορία. Η δεξιά και η αριστερή γαστρική φλέβα απάγουν το αίμα κατευθείαν στην πυλαία. Οι βραχείες γαστρικές φλέβες και οι αριστερές γαστροεπιπλοϊκές φλέβες εκβάλλουν στην σπληνική φλέβα, ενώ η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή φλέβα εκβάλλει στην άνω μεσεντέρια φλέβα.<sup>10</sup>

### 1.6 Λεμφική παροχέτευση στομάχου

Τα λεμφαγγεία του στομάχου βρίσκονται σε συνέχεια με εκείνα του οισοφάγου κατά την γαστροοισοφαγική συμβολή και με εκείνα του δωδεκαδακτύλου κατά τον πυλωρό. Η λέμφος από το άνω τμήμα του στομάχου κατά μήκος του ελάσσονος τόξου ρέει κατευθείαν προς τους άνω γαστρικούς λεμφαδένες, που περιβάλλουν την αριστερή γαστρική αρτηρία. Το κάτω τμήμα του στομάχου παροχετεύει την λέμφο προς τους υπερπυλωρικούς και επιπλοϊκούς λεμφαδένες και τελικά καταλήγει στους κοιλιακούς λεμφαδένες. Το άνω τμήμα του στομάχου κατά μήκος του μείζονος τόξου παροχετεύεται από τους παγκρεατικούς ή σπληνικούς λεμφαδένες και τελικά τους λεμφαδένες της κοιλιακής αρτηρίας.<sup>6</sup>



## 1.7 Νεύρωση στομάχου

Η νεύρωση του στομάχου προέρχεται από το κοιλιακό πλέγμα του συμπαθητικού συστήματος και από το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο. Το πρόσθιο σκέλος του πνευμονογαστρικού, το οποίο σχηματίζεται στον θώρακα από το αριστερό πνευμονογαστρικό, εισέρχεται στην κοιλία πορευμένο στην πρόσθια επιφάνεια του στομάχου, όπου και διαιρείται σε μικρότερους κλάδους (π.χ. προς το ήπαρ ή τον πυλωρό). Το οπίσθιο σκέλος του πνευμονογαστρικού, σχηματίζεται στον θώρακα από το δεξιό πνευμονογαστρικό και εισέρχεται στην κοιλία πορευόμενο στην οπίσθια επιφάνεια του οισοφάγου, όπου και διαιρείται σε μικρότερους κλάδους (π.χ. προς το πάγκρεας ή το έντερο μέχρι την κολική καμπή). Τα ερεθίσματα του πόνου μεταφέρονται με συμπαθητικές ίνες, ενώ οι παρασυμπαθητικές ίνες είναι εκκριτικές για τους γαστρικούς αδένες και κινητικές για το μυϊκό τοίχωμα του στομάχου.<sup>8</sup>



## **Κεφάλαιο 2**

## Εισαγωγή στο έλκος στομάχου

### 2.1 Ορισμός

Το έλκος είναι νόσημα του στομάχου – δωδεκαδακτύλου, που χαρακτηρίζεται από βαθιές διαβρώσεις βλεννογόνου μεγέθους πάνω από 5 mm. Η περίσσεια υδροχλωρικού οξέος που εκκρίνεται από το στομάχι προκαλεί γαστρικό ερεθισμό. Εάν η έκκριση γαστρικού οξέος δεν αναστέλλεται προκαλεί πεπτικό έλκος

Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη εντοπίζονται στο δωδεκαδάκτυλο ενώ τα γαστρικά έλκη στο στομάχι. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη σπάνια αντιπροσωπεύουν κακοήθεια σε αντίθεση με τα έλκη στομάχου.<sup>1</sup>

### 2.2 Ταξινόμηση

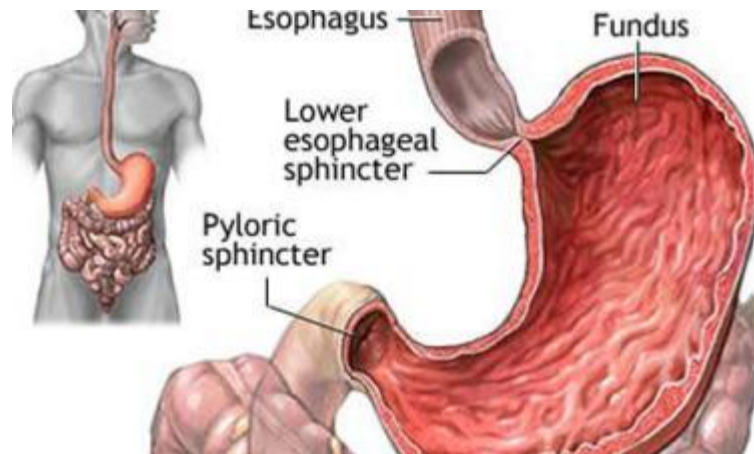
Το έλκος του στομάχου ταξινομείται με βάση την εντόπισή του σε 4 τύπους:

**Έλκος στομάχου τύπου I:** Είναι ο συχνότερος τύπος έλκος στομάχου. Εντοπίζεται στο έλασσον τόξο κοντά στη γωνιαία εντομή. Συνήθως συνυπάρχει με γαστρίτιδα του άντρου. Συνήθως οφείλεται σε βλάβη του αμυντικού μηχανισμού του βλεννογόνου του στομάχου, όπως αυτή συμβαίνει επί λοίμωξης με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.<sup>2</sup>

**Έλκος στομάχου τύπου II:** Συνήθως συνυπάρχει με δωδεκαδακτυλικό έλκος. Εντοπίζεται στο σώμα του στομάχου. Δημιουργείται δευτεροπαθώς, λόγω στάσης που προκαλείται από την παραμόρφωση του βολβού από το συνυπάρχον δωδεκαδακτυλικό έλκος.

**Έλκος στομάχου τύπου III:** Εντοπίζεται προπυλωρικά. Οφείλεται στην αυξημένη γαστρική έκκριση οξέος.

**Έλκος στομάχου τύπου IV:** Εντοπίζεται στο σώμα, στο θόλο ή στην καρδιακή μοίρα του στομάχου. Συνυπάρχει με γαστρίτιδα. Οφείλεται σε βλάβη του αμυντικού μηχανισμού του βλεννογόνου και όχι σε υπερέκκριση οξέος.<sup>2</sup>



### 2.3 Αίτια – παράγοντες

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ακεραιότητα του βλεννογόνου είναι:  
 Μηχανικοί (μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμούς στο βλεννογόνο),  
 Χημικοί ή μικροβιακοί ή τοξινικοί (προκαλούν φλεγμονή του βλεννογόνου π.χ. παλινδρόμηση της χολής στο στομάχο.)<sup>2</sup>

Τοπική ισχαιμία

Επίσης η χρήση διαφόρων διαβρωτικών φαρμάκων, όπως η ασπιρίνη, η βουταζολιδίνη, η ιντομεθακίνη, η κορτιζόνη, αδυνατίζει το βλεννογόνο και προκαλεί έλκη.

Τα περισσότερα από τα πεπτικά έλκη προκαλούνται από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού λοίμωξης. *Helicobacter pylori* είναι βακτήρια που αναπτύσσονται στο όξινο περιβάλλον του γαστρικού υγρού.<sup>11</sup>

Το ελικοβακτηρίδιο συνήθως αποκτάται κατά την παιδική ηλικία. Το μικρόβιο διαθέτει μηχανισμό αντίστασης στα οξέα του στομάχου, τα οποία είναι τοξικά για πολλά μικρόβια. Ο οργανισμός παράγει αντισώματα για να εξαλείψει το μικρόβιο και κινητοποιεί τα λευκά αιμοσφαίριά του αλλά συνήθως η ανοσολογική του απάντηση είναι στα περισσότερα άτομα ανεπαρκής και ο ασθενής μεταπίπτει στην κατάσταση «της χρόνιας φορείας».

Τα επιδημιολογικά στοιχεία που συνδέουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι πολύ ισχυρά και συνοψίζονται παρακάτω:

(α) Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ανευρίσκεται σε πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με έλκος του δωδεκαδακτύλου.

(β) Η χρονική διάρκεια των υφέσεων του έλκους είναι μεγαλύτερη και η συχνότητα των υποτροπών του μικρότερη μετά από θεραπεία με φάρμακα που δρουν εναντίον του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και το εξαφανίζουν από την περιοχή του στομάχου

(γ) Το έλκος υποτροπιάζει συχνότερα σε αυτούς που επαναποικίζονται με ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Άλλες αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν έλκη είναι:

Η παρατεταμένη περίσσεια όξινο pH του στομάχου.

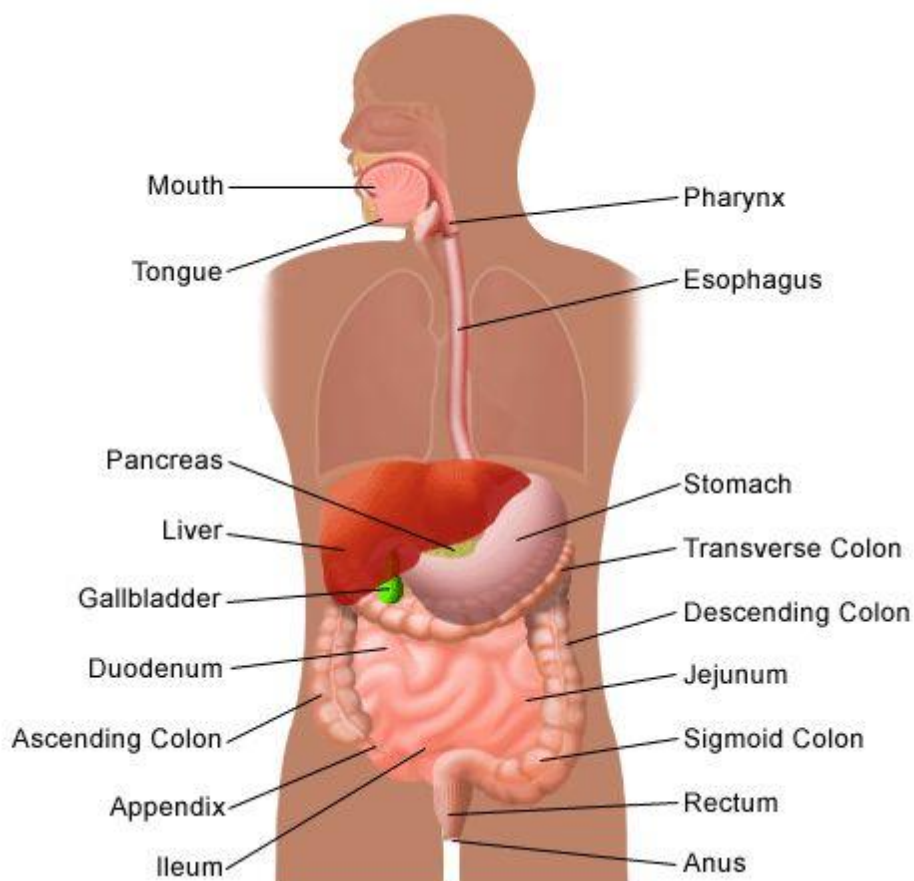
Η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)

Κληρονομική προδιάθεση. Γενετικοί παράγοντες και η αύξηση της ηλικίας είναι παράγοντες κινδύνου του πεπτικού έλκους.

Το κάπνισμα αποτελεί επίσης ένα από τα αίτια του πεπτικού έλκους

Η Ψυχολογική πίεση (Stress). Συναισθήματα όπως επιθετικότητα, μνησικακία, ενοχή, αναποφασιστικότητα κ.α. αυξάνουν την έκκριση οξέος, με αποτέλεσμα την δημιουργία του έλκους.<sup>4</sup>

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι σοβαρές και μεγάλες εγχειρήσεις, τα εγκαύματα, τα εμπύρετα νοσήματα που προκαλούν έντονο σωματικό και ψυχικό stress μπορούν να οδηγήσουν στη δημιουργία ελκών.



## 2.4 Επιδημιολογία

Παρόλο που παλαιότερα το πεπτικό έλκος εμφανιζόταν πιο συχνά σε άνδρες μέσης και νεαρής ηλικίας, πλέον εμφανίζεται εξίσου συχνά και στα δύο φύλα. Γενικά, το έλκος στομάχου εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία από ότι το δωδεκαδακτυλικό έλκος. Εκτιμήσεις δείχνουν ότι η ετήσια επίπτωση του πεπτικού έλκους είναι 0,1-0,9%. Τις τελευταίες δεκαετίες η επίπτωση του πεπτικού έλκους έχει μειωθεί κατά 3-4 φορές. Παρόλα αυτά η επίπτωση των επιπλοκών από το πεπτικό έλκος και η ανάγκη για νοσηλεία λόγω των επιπλοκών έχει παραμείνει σταθερή. Αν και η θνητότητα από τις επιπλοκές του πεπτικού έλκους έχει μειωθεί κατά πολύ από το 1960 μέχρι σήμερα, περίπου 9.000-10.000 ασθενείς πεθαίνουν ετησίως στις ΗΠΑ από τις επιπλοκές της νόσου.<sup>5</sup>

## 2.5 Παράγοντες κίνδυνου

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη πεπτικού έλκους είναι:

- Λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*)

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ανευρίσκεται στο 70-75% των ελκών του στομάχου και στο 90% των δωδεκαδακτυλικών ελκών. Το 10-20% των ασθενών που έχουν λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού θα αναπτύξουν κάποια στιγμή στη ζωή τους πεπτικό έλκος. Ο κίνδυνος αυτός είναι 6 φορές μεγαλύτερος από τον κίνδυνο του γενικού πληθυσμού.<sup>4</sup>

- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ)

Τα φάρμακα αυτά προκαλούν αναστολή της έκκρισης των προσταγλανδινών προκαλώντας μια ανισσοροπία των αμυντικών μηχανισμών του βλεννογόνου τους στομάχου. Ο κίνδυνος ανάπτυξης πεπτικού έλκους στους ασθενείς που λαμβάνουν ΜΣΑΦ είναι 5 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.<sup>9</sup>

*Ο κίνδυνος ανάπτυξης πεπτικού έλκους είναι 10-πλάσιος επί συνύπαρξης λοίμωξης με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και χρήσης ΜΣΑΦ.*

➤ **Συνήθειες και τρόπος ζωής**

Το κάπνισμα, το stress και η κατάχρηση αλκοόλ έχουν συσχετισθεί με τον αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη πεπτικού έλκους, χωρίς όμως να αποτελούν άμεσους παράγοντες κινδύνου.

➤ **Κληρονομικότητα**

Έχει βρεθεί με μελέτες ότι ασθενείς με ομάδα αίματος O έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη έλκος δωδεκαδακτύλου, ενώ ασθενείς με ομάδα αίματος A έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη έλκους στομάχου.<sup>9</sup>

## **Κεφάλαιο 3**

## **Πεπτικό έλκος (έλκος στομάχου - έλκος δωδεκαδάκτυλου)**

### **3.1 Παθογένεια**

Το δωδεκαδάκτυλο είναι η συνέχεια του στομάχου και αποτελεί το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου. Βλεννογόνος είναι η εσωτερική επικάλυψη του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, αλλά και όλων των κοίλων σπλάγγνων του σώματος.

Η πιθανότητα εμφάνισης πεπτικού έλκους είναι περίπου 10%. Το έλκος του δωδεκαδακτύλου είναι πέντε φορές συχνότερο από αυτό του στομάχου. Οι άντρες πάσχουν συχνότερα από τις γυναίκες. Το έλκος του δωδεκαδακτύλου είναι συχνότερο σε άτομα ηλικίας 30-55 ετών, ενώ το έλκος στομάχου σε άτομα ηλικίας 55-70 . Εμφανίζεται συχνότερα σε καπνιστές και ασθενείς που λαμβάνουν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Το αλκοόλ και διαιτητικοί παράγοντες δε φαίνεται να προκαλούν έλκος. Ίσως συμβάλλουν στην εμφάνισή του.<sup>6</sup>

### **3.2 Ο κυριότερες αιτίες που προκαλούν πεπτικό έλκος**

Ο κυριότερες αιτίες που προκαλούν πεπτικό έλκος είναι:

1. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter Pylori*). Συσχετίζεται κυρίως με το έλκος του δωδεκαδακτύλου (ανευρίσκεται στο 95% των ασθενών). Το μικρόβιο αυτό αποικίζει το στομάχι, κάτω από τις πτυχές του βλεννογόνου και καταφέρνει να επιβιώνει στο εξαιρετικά αφιλόξενο όξινο περιεχόμενό του χάρη στις ιδιαίτερες βιοσυνθετικές ικανότητές του. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η επίπτωση της μόλυνσης είναι 80-90%. Στις ανεπτυγμένες χώρες αυξάνεται με την ηλικία και φτάνει το 50-60% στην ηλικία των 70 ετών. Ο τρόπος μετάδοσής του δεν έχει διευκρινιστεί επακριβώς.<sup>7</sup> Η προσκόλληση του μικροοργανισμού στο βλεννογόνο του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, σε συνδυασμό με τα τοξικά προϊόντα που παράγει, προκαλούν το έλκος. Ο ένας στους 6 ασθενείς που θα μολυνθούν με το



ελικοβακτηρίδιο θα αναπτύξει έλκος του δωδεκαδακτύλου. Ο ρόλος του στο έλκος του στομάχου είναι λιγότερο σαφής. Το H. Pylori εκτός από το πεπτικό έλκος και τη χρόνια μη διαβρωτική γαστρίτιδα έχει ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο του στομάχου, για το MALT λέμφωμα του στομάχου και για τη μη ελκωτική δυσπεψία. Είναι σαφές ότι θεραπεία για την εκρίζωσή του πρέπει να γίνεται σε τεκμηριωμένο έλκος δωδεκαδακτύλου και σε MALT λέμφωμα, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις αυτό αμφισβητείται.<sup>10</sup>

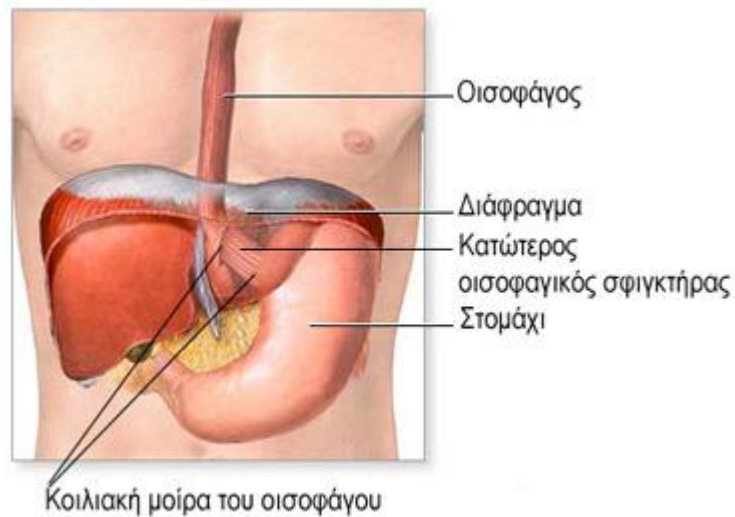
2. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Μ.Σ.Α.Φ.) που χρησιμοποιούνται συχνά σε επώδυνες καταστάσεις αρθρώσεων και οστών. Η ασπιρίνη είναι το πιο επικίνδυνο φάρμακο αυτής της κατηγορίας.

3. Καταστάσεις αύξησης της έκκρισης οξέος από το στομάχι όπως στο σύνδρομο Zollinger-Ellison.

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις διαταράσσεται ο μηχανισμός άμυνας του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.<sup>3</sup>

### 3.3 Πρόληψη

- Αποφυγή χρήσης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων χωρίς απόλυτη ένδειξη και οδηγία γιατρού
- Αποφυγή καπνίσματος
- Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ
- Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση σ. Zollinger-Ellison
- Προς το παρόν δε συνίσταται θεραπεία εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου σε ασυμπτωματικά άτομα για την πρόληψη του έλκους. Η θεραπεία αυτή γίνεται μόνο σε τεκμηριωμένο έλκος δωδεκαδακτύλου.<sup>8</sup>



### 3.4 Κλινική εικόνα

- Πόνος στο επιγάστριο (άνω τμήμα κοιλιάς) είναι το πιο συχνό σύμπτωμα (80-90% των ασθενών). Ο πόνος του έλκους του δωδεκαδακτύλου περιγράφεται σαν πόνος πείνας, ανακουφίζεται με τη λήψη τροφής ή αντιόξινων φαρμάκων και υποτροπιάζει 2-4 ώρες μετά. Ο πόνος του έλκους του στομάχου μπορεί να εμφανίζεται και με γεμάτο στομάχι, ή ακόμη να επιδεινώνεται με το γεύμα. Ο πόνος του έλκους του δωδεκαδακτύλου έχει ρυθμικότητα (συντά ξυπνάει τον άρρωστο το βράδυ) και περιοδικότητα (εξάρσεις συνήθως την άνοιξη και το φθινόπωρο διάρκειας εβδομάδων). Αλλαγή των τυπικών χαρακτήρων του έλκους μπορεί να σημαίνει επιπλοκή (π.χ. διάτρηση).<sup>8</sup>

- Ναυτία
- Δυσπεψία
- Έμετος

Είναι δυνατόν ο ασθενής να μην έχει συμπτώματα, ιδιαίτερα σε περίπτωση έλκους από Μ.Σ.Α.Φ και να ανακαλυφθεί τυχαία ή μετά από μια επιπλοκή.<sup>11</sup>

### 3.5 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές του πεπτικού έλκους είναι:

1. Αιμορραγία (γαστρορραγία) παρουσιάζεται στο 10-20% των ασθενών. Εκδηλώνεται με αιματηρούς εμέτους (αιματέμεση) ή με μαύρα, πολτώδη, δύσοσμα κόπρανα (μέλαινα κένωση). Χαρακτηριστικό είναι ότι ο πόνος του έλκους σταματάει μόλις αυτό αιμορραγήσει.

2. Διάτρηση (στο 5% των ασθενών), δηλαδή δημιουργία οπής του τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου στο σημείο του έλκους. Σαν αποτέλεσμα έχουμε περιτονίτιδα, με διάχυτο έντονο πόνο στην κοιλιά, που επιδεινώνεται με την κίνηση και σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος.

3. Πυλωρική στένωση (στο 2% των ασθενών). Ο πυλωρός είναι το τελευταίο τμήμα του στομάχου, αμέσως μετά το οποίο ξεκινά το δωδεκαδάκτυλο. Ένα χρόνιο έλκος στη περιοχή αυτή προκαλεί πάχυνση του τοιχώματος του πυλωρού με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η κένωση του στομάχου. Τα συμπτώματα της πυλωρικής στένωσης είναι επιγαστρική δυσφορία λόγω διάτασης του στομάχου, έμετοι, απώλεια βάρους, μεταβολικές διαταραχές.<sup>8</sup>

### 3.6 Διάγνωση

Παλαιότερα, αυτή στηριζόταν στον ακτινολογικό έλεγχο με βαριούχο γεύμα. Σήμερα, η γασροσκόπηση είναι η μόνη αξιόπιστη μέθοδος άμεσης διάγνωσης του πεπτικού έλκους. Προσφέρει επίσης τη δυνατότητα να ληφθούν βιοψίες και να αναζητηθεί το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού στις βιοψίες αυτές. Πρέπει να τονισθεί, ότι το έλκος στομάχου μπορεί να είναι κακόηθες, γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται βιοψίες κατά τη γαστροσκόπηση. Έχει βρεθεί ότι 3-5% ελκών του στομάχου που φαίνονταν καλοήθη αποδείχθηκαν με τη βιοψία κακοήθη. Με τη γαστροσκόπηση διαγιγνώσκονται άμεσα και οι επιπλοκές του έλκους (αιμορραγία, διάτρηση, πυλωρική στένωση).<sup>10</sup>

Η διάγνωση συμπληρώνεται με τις διάφορες μεθόδους αναζήτησης του ελικοβακτηριδίου, οι οποίες προς το παρόν έχει νόημα να διενεργούνται μόνο αν έχει διαπιστωθεί έλκος και γίνονται:

- Στο υλικό της βιοψίας (άμεση αναζήτηση, CLO test)
- Στον εκπνεόμενο αέρα μετά από κατάποση συγκεκριμένης ουσίας (test εκπνοής αέρα)
- Στο αίμα με αναζήτηση αντισωμάτων έναντι ελικοβακτηριδίου.

Η διάγνωση πρέπει να γίνεται μόνο από το γιατρό, γιατί τα συμπτώματα του έλκους είναι δύσκολο να αξιολογηθούν από τον ασθενή και μπορεί να υποκρύπτεται άλλη νόσος.<sup>10</sup>

### 3.7 Αντιμετώπιση

Σήμερα το πεπτικό έλκος αντιμετωπίζεται εξ' ολοκλήρου με φάρμακα, ενώ χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται μόνο σε υποτροπιάζουσες καταστάσεις, (που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία), ή σε επιπλοκές. Ακόμη και σε επεισόδια γαστρορραγίας, οι ενδοσκοπικές μέθοδοι (καυτηρίαση υπεύθυνου αγγείου) έχουν μεγάλη επιτυχία κι έχουν μειώσει τον αριθμό των περιπτώσεων που αντιμετωπίζονται χειρουργικά.

#### Φάρμακα

1. που μειώνουν την όξινη έκκριση του στομάχου
  - αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη) για 4-6 εβδομάδες, αναλόγως του είδους του έλκους
  - αναστολείς των υποδοχέων H<sub>2</sub> της ισταμίνης
2. που ενισχύουν την άμυνα του βλεννογόνου
  - σουκραλφάτη
  - βισμούθιο
  - ανάλογα προσταγλανδινών (μισοπροστόλη)
  - αντόξινα
3. που εκριζώνουν το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού
  - αναστολείς της αντλίας πρωτονίων (ομεπραζόλη) και
  - αντιβιοτικά (αμοξικιλίνη, κλαριθρομυκίνη, μετρονιδαζόλη, κ.α).<sup>3</sup>

Μετά την αρχική θεραπεία, πρέπει πάντα να επαναλαμβάνεται η γαστροσκόπηση αν πρόκειται για έλκος του στομάχου, ώστε να τεκμηριωθεί η επούλωσή τους. Αυτό δεν είναι υποχρεωτικό σε έλκος δωδεκαδακτύλου. Μετά τη θεραπεία εκρίζωσης του ελικοβακτηριδίου, γίνεται εκ νέου αναζήτηση, ώστε να τεκμηριωθεί η εκρίζωση και να αποφευχθούν οι υποτροπές.

### **3.8 Αντιμετώπιση των επιπλοκών**

1. Αιμορραγία: ενδοσκοπικά με ηλεκτροκαυτηρίαση, ή χειρουργικά, σε περίπτωση υποτροπής της αιμορραγίας (το 10% τελικά χειρουργείται)
2. Διάτρηση: χειρουργική αντιμετώπιση
3. Πυλωρική στένωση: κένωση του στομάχου και αντιμετώπιση του οιδήματος με ρινογαστρικό σωλήνα. Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής χρειάζεται χειρουργική αντιμετώπιση (στα 2/3 των περιπτώσεων).<sup>8</sup>

## **Κεφάλαιο 4**

## **Η διάγνωση**

### **4.1 Ακτινολογική εξέταση**

Είναι η κυριότερη (μαζί με τη γαστροσκόπηση) μέθοδος και αποβαίνει θετική στο 90% των περιπτώσεων. Ύστερα από χορήγηση βαριούχου γεύματος αναζητούνται ακτινολογικά σημεία, με τα οποία επιτυγχάνεται η ακτινολογική διάγνωση.

Το έλκος του στομάχου φαίνεται ως κρύπτη (κρατήρας) διαφόρου μεγέθους στην πλάγια ακτινογραφία ή ως δακτυλοειδής σκίαση (κρατήρας και περιβάλλον οίδημα) όταν το έλκος βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα. Οι πτυχές συγκλίνουν αστεροειδώς στο κέντρο του κρατήρα ομαλά χωρίς διακοπές.<sup>2</sup>

### **4.2 Γαστροσκόπηση**

Η γαστροσκόπηση είναι η εσωτερική εξέταση του στομάχου, του οισοφάγου και του δωδεκαδάχτυλου. Η εξέταση γίνεται με τη ενός χρήση λεπτού, ευλύγιστου εργαλείου με οπτικές ίνες, το οποίο περνάει μέσα από το στόμα και επιτρέπει στο ιατρό να δει αν υπάρχει οποιαδήποτε βλάβη στα τοιχώματα του οισοφάγου ή του στομάχου, ή αν υπάρχει έλκος στο στομάχι ή στο δωδεκαδάκτυλο. Ο ιατρός θα αποφασίσει για το αν είναι απαραίτητη κάποια φαρμακευτική αγωγή.<sup>2</sup>

Η εξέταση είναι ανώδυνη, θεωρείται διαδικασία ρουτίνας και γίνεται, συνήθως, με τη βοήθεια μίας πολύ μικρής δόσης αναισθητικού σε ειδική μονάδα ενδοσκόπησης.

Μερικές φορές, η εξέταση μπορεί να γίνει χωρίς νάρκωση. Εάν χρησιμοποιηθεί νάρκωση, ο ασθενής δεν θα είναι σε θέση να οδηγήσει ή να χειριστεί μηχανήματα για το υπόλοιπο της μέρας.<sup>4</sup>

Έχοντας εξηγήσει τη διαδικασία στον ασθενή, ο ιατρός που θα κάνει την γαστροσκόπηση, χρησιμοποιώντας τοπική αναισθησία στο πίσω μέρος του λαιμού. Η νάρκωση αυτή είναι ίδια με αυτή που χρησιμοποιεί ο οδοντίατρος. Με αυτό τον τρόπο ο λαιμός θα ναρκωθεί, ώστε να δυσκολευθεί η κατάποση. Καθώς χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία, ο ασθενής θα έχει τις αισθήσεις

του και θα γνωρίζει τι γίνεται κατά την διαδικασία. Ο νοσηλευτής θα ξαπλώσει τον ασθενή στην αριστερή του πλευρά, ενώ ο ιατρός θα τοποθετήσει την άκρη του εργαλείου στο στόμα του ασθενή και θα του ζητήσει να το καταπιεί.

Ο ιατρός μπορεί να χρειαστεί να βάλει λίγο αέρα στο στομάχι, ώστε να είναι πιο αποτελεσματική η εξέταση. Η πρακτική αυτή μπορεί να δημιουργήσει κάποια δυσφορία ή αίσθημα φουσκώματος στον ασθενή.<sup>4</sup>

Ο ιατρός θα εξετάσει προσεκτικά την επένδυση του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδάχτυλου για να προσδιορίσει τα αίτια των συμπτωμάτων. Η διαδικασία θα διαρκέσει 10 με 15 λεπτά.<sup>11</sup>

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο ιατρός μπορεί να πάρει δείγματα ή να τραβήξει κάποιες φωτογραφίες από τη βλεννογόνο. Η πιο σύγχρονη μορφή γαστροσκόπησης δείχνει τα μέρη του στομάχου σε μία οθόνη, έτσι ώστε να μπορεί να εξεταστεί η βλεννογόνος πιο αποτελεσματικά. Η εικόνα θα καταγραφεί και θα χρησιμοποιηθεί αργότερα για σύγκριση.

Οι ασθενείς συνήθως εξετάζονται μέσω γαστροσκόπησης όταν έχουν συμπτώματα δυσπεψίας (τα οποία μπορούν να θεραπευτούν και με δισκία).

Μερικές φορές, ένα από τα αίτια της δυσπεψίας μπορεί να είναι και το έλκος. Όπως είναι γνωστό, το έλκος μπορεί να οφείλεται και σε βακτηριακή μόλυνση στο στομάχι.<sup>5</sup>

Η βιοψία (ένα κομμάτι από την επιφάνεια του στομάχου) μπορεί να αφαιρεθεί κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, ώστε να εξεταστεί σε εργαστήριο και να εντοπιστεί όποια πιθανή μόλυνση.

Ένα πολύ μικρό ποσοστό ασθενών με προβλήματα δυσπεψίας μπορεί να εκτιμηθεί ότι πάσχει από καρκίνο, αλλά η διαπίστωση θα γίνει με τη λήψη βιοψίας. Για να καθοριστεί η κατάλληλη αγωγή, θα πρέπει να γίνουν περεταίρω εξετάσεις.<sup>4</sup>

### **4.3 Εξέταση γαστρικού υγρού**

Της εξέτασης προηγείται μία περίοδος νηστείας 8-10 ωρών και ο ασθενής ενημερώνεται να μην καπνίσει καθώς το κάπνισμα διεγείρει τη γαστρική έκκριση. Η χορήγηση αντιχολινεργικών φαρμάκων σταματά ένα 24ωρο πριν την εξέταση καθώς εμποδίζουν την ισταμινική διέγερση της



έκκρισης γαστρικού οξέος. Τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας (Levin) και το γαστρικό περιεχόμενο αναρροφάται με μία σύριγγα. Ο όγκος του υγρού από την αναρρόφηση σημειώνεται και καταγράφεται για καθορισμό της περιεκτικότητας του σε οξέα.

Μετά το αρχικό δείγμα μπορεί να δοθούν οδηγίες να λαμβάνεται γαστρικό υγρό ανά 15 λεπτά για μία ώρα. Κάθε δείγμα τοποθετείται σε ξεχωριστό φιαλίδιο και αριθμείται ανάλογα με τη σειρά λήψης. Αυτά τα δείγματα παρέχουν πληροφορίες για την βασική εκκριτική δραστηριότητα (basal secretory activity) του στομάχου.<sup>11</sup>

Σε κάποιες περιπτώσεις αυτή η τμηματική αναλυτική διαδικασία για την εκτίμηση της εκκριτικής λειτουργίας περιλαμβάνει την παρεντερική χορήγηση ενός διεγερτικού της έκκρισης όπως η πενταγαστρίνη (pentagastrin), χορηγούμενη ενδομυϊκά, ή (λιγότερο συχνά) ινσουλίνη, χορηγούμενη υποδόρια. Το φάρμακο χορηγείται μετά την αρχική αναρρόφηση. Τα υπόλοιπα δείγματα λαμβάνονται τότε ανά διαστήματα 15 λεπτών για μία ώρα.

Μετά τη χορήγηση της ινσουλίνης ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται στενά για σημάδια υπογλυκαιμίας. Ο γιατρός μπορεί να διατάξει τη χορήγηση 0,9% N/S (φυσιολογικού ορού) ενδοφλεβίως πριν τη χορήγηση της ινσουλίνης έτσι ώστε να μπορεί να δοθεί διάλυμα γλυκόζης 50% χωρίς καθυστέρηση σε περίπτωση ανάπτυξης υπογλυκαιμίας.

Η φυσιολογική βασική γαστρική έκκριση είναι 30-70 ml/h και η παραγωγή υδροχλωρικού οξέος είναι 2-5 mmol/h κατά την ανάπαυση. Η μέγιστη φυσιολογική παραγωγή οξέος μετά τη χορήγηση διεγερτικού της έκκρισης είναι 10-20 mmol/h.<sup>8</sup>

Σκοπός της εξέτασης του γαστρικού υγρού είναι να βρεθεί το ποσό του υδροχλωρικού οξέος που υπάρχει μέσα σε αυτό. Σε περίπτωση αύξησης του υδροχλωρικού οξέος έχουμε υπερχλωρυδρία, που τη συναντάμε σε ασθενείς με έλκος στομάχου. Σε περίπτωση ελαττώσεως του ποσού του ελεύθερου υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό έχουμε την υποχλωρυδρία που τη συναντάμε σε ασθενείς με καρκίνο στομάχου, ατροφική γαστρίτιδα, υπόχρωμες και υπέρχρωμες αναιμίες και χρόνιο αλκοολισμό. Η τέλεια έλλειψη ελεύθερου υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό

υγρό ονομάζεται αχυλία ή αχλωρυδρία και παρατηρείται στον καρκίνο στομάχου.

Μετά τη λήψη των αναγκαίων δειγμάτων γαστρικού υγρού, αφαιρείται ο ρινογαστρικός καθετήρας, γίνεται καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας και φροντίδα της ρινικής και τέλος προσφέρεται πρόγευμα, αφού ο ασθενείς ηρεμήσει μετά τη δυσάρεστη αυτή νοσηλεία.<sup>12</sup>

#### **4.4 Υπέρηχος**

Ηχητικά κύματα υψηλής συχνότητας κατευθύνονται στην περιοχή που εξετάζεται και η ηχώ που προκύπτει μετατρέπεται σε ηλεκτρικό ερέθισμα που εμφανίζεται στην οθόνη σαν μια απεικόνιση αποτελούμενη από ακίδες ή κουκίδες. Η εικόνα αυτή ποικίλει ανάλογα με την πυκνότητα των ιστών και αντικατοπτρίζει το μέγεθος, το σχήμα και τη θέση του οργάνου που εξετάζεται. Η εικόνα του υπέρηχου μοιάζει με την εικόνα ακτινογραφίας, αλλά μία πιο προσεκτική ματιά αποκαλύπτει τις κουκίδες ή τις ακίδες που τη συνθέτουν. Όταν βρεθεί μία ικανοποιητική εικόνα του οργάνου που εξετάζεται παίρνονται φωτογραφίες για περαιτέρω μελέτη. Κατά την εξέταση δεν υπάρχει έκθεση σε ακτινοβολία. Αυτή η εξέταση είναι καλό να γίνεται για να αποκλειστούν άλλες παθήσεις όπως η χολολιθίαση που συχνά συνυπάρχουν και μοιράζονται κοινά συμπτώματα με το έλκος.<sup>12</sup>

Ένα υδατοδιαλυτό λιπαντικό απλώνεται στην επιφάνεια του άκρου που μεταδίδει τους υπέρηχους και παίρνονται εικόνες από την κατάλληλη (για το όργανο που εξετάζεται) γωνία. Μετά την εξέταση το λιπαντικό καθαρίζεται από το δέρμα και ο ασθενής μπορεί να συνεχίσει να σιτίζεται όπως πριν. Καμία άλλη ειδική φροντίδα δεν είναι απαραίτητη. Η παρουσία βαρίου στο γαστρεντερικό σωλήνα παρεμβαίνει στην εξέταση και γι' αυτό το λόγο ο υπέρηχος πρέπει να γίνεται πριν από οποιαδήποτε άλλη εξέταση που απαιτεί τη χρήση βαρίου ή τουλάχιστον 48 ώρες μετά από αυτήν.<sup>13</sup>

## **Κεφάλαιο 5**

## Επιπλοκές του έλκους

### 5.1 Εισαγωγή

Τα ποσοστά των επιπλοκών του έλκους είναι περίπου 2,7% ανά έτος για άτομα χωρίς προηγούμενη επιπλοκή στο ιστορικά τους και 5% για άτομα που είχαν κάποια επιπλοκή σε κάποια στιγμή της ζωής τους.

Οι επιπλοκές του έλκους είναι η **γαστρορραγία**, η **διάτρηση**, η **πυλωρική στένωση** και η **καοήθης εξαλλαγή** των γαστρικών ελκών.<sup>14</sup>

### 5.2 Γαστρορραγία.

Είναι η συχνότερη επιπλοκή που συμβαίνει όταν το έλκος διαβρώσει ένα υποβλεννογόνο αγγείο. Ανάλογα με το μέγεθος του αγγείου, η αιμορραγία μπορεί να είναι μικρή, μέτρια ή μεγάλη.

**Κλινική εικόνα** : Η γαστρορραγία εμφανίζεται ή με τη μορφή μέλαινας κένωσης ή σαν αιματέμεση. Ένα από τα κυριότερα προβλήματα στην αποβολή αίματος, είναι να ξεχωρίσουμε αν πρόκειται για αιματέμεση ή για αιμόπτυση. Στην αιματέμεση το αίμα αποβάλλεται με έμετο και έχει χρώμα στις αποχρώσεις του καφέ. Στην αιμόπτυση το αίμα αποβάλλεται με βήχα και είναι κόκκινο.<sup>15</sup>

Έτσι στη γαστρορραγία, ανάλογα με την απώλεια αίματος ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει ωχρότητα, ζάλη, τάση για λιποθυμία, αν η απώλεια είναι μικρή και βαρύ ολιγαιμικό shock αν η απώλεια είναι μεγάλη.

**Θεραπεία** : Προκειμένου για μικρή ή μέτρια αιμορραγία, γίνεται προσπάθεια συντηρητικής θεραπείας με ανάπαυση του αρρώστου, χορήγηση ηρεμιστικών και αναστολέων της γαστρικής έκκρισης. Στον άρρωστο τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας και γίνονται πλύσεις του στομάχου με κρύο ορό.

Αν υπάρχει ολιγαιμικό shock, χορηγούνται οροί, γίνονται μεταγγίσεις αίματος με παρακολούθηση της πίεσεως και του αιματοκρίτη του αρρώστου. Στην περίπτωση που η συντηρητική θεραπεία δεν αποδώσει και η γαστρορραγία συνεχίζεται, αντιμετωπίζεται πλέον χειρουργικά.<sup>15,13</sup>

### 5.3 Διάτρηση

Είναι συχνή επιπλοκή του έλκους και η πλέον επικίνδυνη. Σ' αυτήν υπάρχει διάβρωση σε όλο το πάχος του τοιχώματος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου και εκροή περιεχομένου στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

**Κλινική εικόνα** : Στη διάτρηση έχουμε αιφνίδιο διαξιφιστικό πόνο στο επιγάστριο με σανιδώδη σύσπασση των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω ερεθισμού του περιτοναίου. Μετά από δύο ώρες περίπου, ο πόνος ελαττώνεται λόγω της εξουδετέρωσης των γαστρικών υγρών και η γενική κατάσταση του αρρώστου συνεχώς επιδεινώνεται.

**Θεραπεία** : Η θεραπεία της διάτρησης είναι χειρουργική και πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Ανάλογα με την περίπτωση, άλλοτε γίνεται απλή συρραφή της διάτρησης, οπότε ο άρρωστος πρέπει να υποβληθεί μελλοντικά σε κανονική εγχείρηση έλκους, άλλοτε γίνεται κανονική επέμβαση για την οριστική θεραπεία του έλκους.<sup>4</sup>

### 5.4 Πυλωρική στένωση

Είναι επιπλοκή των ελκών της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και της πρώτης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου. Τα έλκη αυτά από τη χρόνια φλεγμονή και την ανάπτυξη ουλώδους συνδετικού ιστού, δημιουργούν συρρίκνωση των γύρω ιστών με αποτέλεσμα τη στένωση του αυλού της πυλωρικής μοίρας του στομάχου ή της αρχής του δωδεκαδακτύλου.

**Κλινική εικόνα** : Η πυλωρική στένωση αποτελεί ένα μηχανικό κώλυμα που το στομάχι προσπαθεί να υπερνικήσει. Αν το στομάχι κατορθώσει να αντιρροπήσει το κώλυμα ο άρρωστος δεν έχει σύμπτωμα. Αν όμως όχι, εμφανίζεται έντονος περισταλτισμός του στομάχου με κολικοειδείς πόνους, ερυγές και εμέτους. Αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάσταση, επέρχεται ατονία του στομάχου, διάταση και αδυναμία προώθησης των τροφών και των υγρών.

**Θεραπεία** : Είναι χειρουργική και γίνεται γαστρεκτομή ή γαστρεντεροαναστόμωση.<sup>7</sup>

## 5.5 Κακοήθης εξαλλαγή

Υπάρχει διχογνωμία, αν το γαστρικό έλκος εξαλλάσσεται σε καρκίνωμα. Άλλοι ισχυρίζονται ότι κάτι τέτοιο σίγουρα συμβαίνει και μάλιστα σε ποσοστό που ανέρχεται σε 9%, ενώ πιο σύγχρονες απόψεις υποστηρίζουν ότι αυτό που φαινόταν σαν γαστρικό έλκος, ήταν από την αρχή καρκίνος εξελκωμένος και πως ένα καλοήθες γαστρικό έλκος, ουδέποτε εξαλλάσσεται σε καρκίνωμα.<sup>16</sup>

## 5.6 Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική θεραπεία για μη επιπλεγμένο έλκος πεπτικού είναι πολύ σπάνια στις μέρες μας. Οι ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης του πεπτικού έλκους είναι:

- Η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής (μετά από τουλάχιστον 8 εβδομάδες θεραπείας)
- Η υποτροπή του έλκους κατά τη διάρκεια συντηρητικής αγωγής ή εντός 2 ετών
- Η αδυναμία να αποκλειστεί η κακοήθεια
- Η εμφάνιση επιπλοκών (π.χ. διάτρηση, αιμορραγία, απόφραξη)

Οι επεμβάσεις που σήμερα χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην χειρουργική αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους βασίζονται στην βαγοτομή. Κατά τη βαγοτομή διατέμνονται οι κλάδοι του πνευμονογαστρικού νεύρου με σκοπό τη μείωση βασικής έκκρισης γαστρικού οξέος, τη μείωση τη μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέος και τη μείωση της έκκρισης γαστρίνης. Όμως, η διατομή των πνευμονογαστρικών προκαλεί απώλεια της χάλασης του πυλωρικού σφιγκτήρα και παρεμπόδιση της γαστρικής κένωσης. Γι' αυτό η βαγοτομή συνοδεύεται πάντα από μια παροχετευτική του στομάχου επέμβαση όπως η πυλωρομυοτομή.<sup>17</sup>

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα χειρουργεία για την εκλεκτική αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους είναι:

- Στελεχιαία βαγοτομή με πυλωροπλαστική

Στην στελεχιαία βαγοτομή διατέμνονται το πρόσθιο και το οπίσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο κατά τη διαδρομή τους δίπλα στην κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου, δηλαδή πάνω από την έκφυση των εξωγαστρικών κλάδων. Η επέμβαση αυτή πρέπει να συνοδεύεται από μια παροχετευτική επέμβαση του στομάχου, με πιο συχνό εκπρόσωπο την πυλωροπλαστική, για να προληφθεί η πυλωρική στένωση που θα προκαλέσει ο σπασμός του πυλωρικού σφιγκτήρα μετά τη διατομή των πνευμονογαστρικών.<sup>12</sup>

- Εκλεκτική βαγοτομή με ή χωρίς πυλωροπλαστική

Στην εκλεκτική βαγοτομή διατέμνονται το πρόσθιο και το οπίσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο μετά την έκφυση των ηπατικών και ηλιακών κλάδων.

- Υπερεκλεκτική βαγοτομή

Στην υπερεκλεκτική βαγοτομή γίνεται διατομή των ινών του πρόσθιου και οπίσθιου πνευμονογαστρικού νεύρου κατά μήκος του ΕΤ. Δηλαδή διατέμνονται οι ίνες που νευρώνουν το σώμα και το θόλο του στομάχου. Με αυτήν διατηρούνται οι εξωγαστρικοί κλάδοι και το νεύρο του Latarjet.

- Οπίσθια στελεχιαία βαγοτομή και πρόσθια ορογονομοτομή (μέθοδος Taylor)

Η επέμβαση αυτή αποτελεί μια απλοποιημένη υπερεκλεκτική βαγοτομή, κατά την οποία διατέμνεται το οπίσθιο στέλεχος του πνευμονογαστρικού και ο ορογόνος και μυϊκός χιτώνας του πρόσθιου τοιχώματος του στομάχου –μέσα στον οποίο βρίσκονται τελικοί νευρικοί κλάδοι του πρόσθιου πνευμονογαστρικού.

- Στελεχιαία βαγοτομή και αντρεκτομή

Η επέμβαση αυτή αποτελεί έναν συνδυασμό διατομής πνευμονογαστρικών και εκτομής άντρου. Είναι η δραστικότερη επέμβαση στη μείωση της οξύτητας του στομάχου και την μείωση της επανεμφάνισης του πεπτικού έλκους(0-2%). Η αποκατάσταση της συνέχειας του ανωτέρου πεπτικού γίνεται με γαστρεντεροαναστόμωση κατά Billroth I ή Billroth II. Η επέμβαση αυτή ενδείκνυται για δωδεκαδακτυλικά έλκη και έλκη στομάχου τύπου I, II, III.

- Υφολική γαστρεκτομή

Στην επέμβαση αυτή αφαιρείται το πυλωρικό άντρο και το σώμα του στομάχου. Η αποκατάσταση της συνέχειας του ανωτέρου πεπτικού γίνεται με

γαστροεντεροαναστόμωση κατά Billroth I ή Billroth II. Ενδείκνυται για έλκη στομάχου τύπου IV.<sup>17</sup>

#### Αντιμετώπιση επιπλοκών πεπτικού έλκους

- Αιμορραγία

Η αιμορραγία αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου από πεπτικό έλκος, με θνητότητα 5-10%, ενώ ένα 15-20% των ασθενών με πεπτικό έλκος θα εμφανίσουν τουλάχιστον ένα επεισόδιο αιμορραγίας. Τα έλκη που αιμορραγούν εντοπίζονται συχνότερα στο οπίσθιο τοίχωμα του βολβού του δωδεκαδακτύλου πυλωρό και τυπικά η αιμορραγία προέρχεται από την γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία.<sup>14</sup>

Ο ασθενής παρουσιάζεται με αναφερόμενη απώλεια αίματος είτε με τη μορφή αιματέμεσης ή με τη μορφή μέλαινας και με πιθανά σημεία και συμπτώματα υπογκαιμίας και αιμοδυναμικής αστάθειας (ταχυσφυγμία, υπόταση, ταχύπνοια, ολιγουρία, ζάλη, απώλεια συνείδησης).

Το 80% των αιμορραγιών ανωτέρου πεπτικού σταματούν αυτόματα, χωρίς καμία θεραπευτική παρέμβαση.

Η αντιμετώπισή της αιμορραγίας ξεκινάει με την ανάνηψη και αναζωογόνηση του ασθενούς με τη χρήση ενδοφλέβιων υγρών. Απαραίτητη θεωρείται η χορήγηση αναστολέων της γαστρικής έκκρισης (π.χ. αναστολής αντλίας πρωτονίων) καθώς έχει βρεθεί ότι μειώνουν την πιθανότητα επαναιμορραγίας. Οποιαδήποτε προϋπάρχουσα διαταραχή πήκτικότητας θα πρέπει να διορθώνεται άμεσα με σκοπό την επίσχεση της αιμορραγίας.

Ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε ενδοσκοπηση ανωτέρου πεπτικού εντός 24 ωρών από την έναρξη της αιμορραγίας με σκοπό την ανεύρεση του σημείου της αιμορραγίας και την επίσχεση αυτής. Οι ενδοσκοπικές θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την έγχυση διαλύματος επινεφρίνης στο αιμορραγούν έλκος (προκαλείται αγγειοσύσπαση) και τον καυτηριασμό του αγγείου.<sup>12</sup>

Στις περιπτώσεις που η αιμορραγία δεν δύναται να επισχεθεί με την ενδοσκοπική μέθοδο με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η αιμορραγία ή η αιμορραγία υποτροπιάζει (10-40%) ή επί ιστορικού επαναλαμβανομένων (>2) αιμορραγιών στο παρελθόν ή οι ανάγκες σε μετάγγιση υπερβαίνουν τις 6



μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών μέσα σε 24 ώρες, τότε ενδείκνυται η επείγουσα χειρουργική παρέμβαση.

Χειρουργικά για αιμορραγούντα δωδεκαδακτυλικά έλκη και έλκη στομάχου τύπου II και III διενεργείται απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου. Για έλκη στομάχου τύπου I και IV διενεργείται στελεχιαία βαγοτομή και αντρεκτομή ή υφολική γαστρεκτομή.<sup>10</sup>

- Διάτρηση πεπτικού έλκους

Η διάτρηση συμβαίνει στο 5-10% των ασθενών με πεπτικό έλκος και είναι υπεύθυνη για το 70% των θανάτων από πεπτικό έλκος. Η μέση ηλικία των ασθενών που εμφανίζονται με διάτρηση έλκους είναι τα 40-60 χρόνια. Στο 35-65% των ασθενών η διάτρηση συμβαίνει στο πρόσθιο τοίχωμα του βολβού του δωδεκαδακτύλου, στο 20% στο άντρο του στομάχου και στο 20% στο έλασσον τόξο του στομάχου. Η θνητότητα της διάτρησης αγγίζει το 6-10%. Η διάτρηση του έλκους στομάχου έχει διπλάσια έως τριπλάσια θνητότητα σε σχέση με τη διάτρηση έλκους δωδεκαδακτύλου. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι η ηλικία του ασθενούς, ιδίως όταν αυτός είναι πάνω από 60ετών, η καθυστέρηση στην θεραπεία (>24h), η ύπαρξη καταπληξίας κατά την εισαγωγή του ασθενούς και η συνύπαρξη συμπαρομαρτούντων νοσημάτων.<sup>10</sup>

Η διάτρηση του πεπτικού έλκους τυπικά παρουσιάζεται με αιφνίδια έναρξη οξέος κοιλιακού άλγους, αλλά σε ανοσοκατεσταλμένους ή ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να εμφανιστεί με ήπια κλινική εικόνα. Η διάτρηση συνήθως οδηγεί σε διάχυτη περιτονίτιδα, αλλά η διάτρηση μπορεί να περιχαρακωθεί από τα παρακείμενα όργανα και δομές (π.χ. επίπλουν). Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει επίσης ταχυκαρδία, υπόταση, πυρετό και σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού (σύσπαση κοιλιακών τοιχωμάτων, αναπηδώσα ευαισθησία, απουσία εντερικών ήχων). Ο εργαστηριακός έλεγχος συνήθως δείχνει λευκοκυττάρωση. Η απλή ακτινογραφία κοιλίας δείχνει ελεύθερο αέρα υποδιαφραγματικά στο 80-85% των περιπτώσεων.

Η αντιμετώπιση της διάτρησης του πεπτικού έλκους μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.<sup>18</sup>

Η συντηρητική αντιμετώπιση επιλέγεται για ασθενείς με ήπια συμπτωματολογία, με έναρξη συμπτωμάτων εντός 24h, οι οποίοι είναι αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν παρουσιάζουν σημεία σηπτικής καταπληξίας.

Η αντιμετώπιση αυτή περιλαμβάνει την αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα, την χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών και αντιβιοτικών και την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Έχει συγκρίσιμα αποτελέσματα με τις επεμβατικές μεθόδους. Στο 40-80% των διατρήσεων, η περιοχή της ρήξης συγκαλύπτεται από το γειτονικό επίπλου. Όμως, σε ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 70 ετών, η συντηρητική αυτή μέθοδος εμφανίζει ποσοστά αποτυχίας έως και 67%. Τα πλεονεκτήματά της είναι ότι αποφεύγονται οι κίνδυνοι και οι επιπλοκές μιας χειρουργικής επέμβασης και της αναισθησίας και ότι μπορεί να προγραμματισθεί ένα εκλεκτικό χειρουργείο σε δεύτερο χρόνο με μεγαλύτερη ασφάλεια. Το μειονέκτημα είναι ο μεγαλύτερος χρόνος νοσηλείας των ασθενών αυτών.<sup>19</sup>

Η χειρουργική αντιμετώπιση της διάτρησης του πεπτικού έλκους χρησιμοποιείται στην περίπτωση όπου η έναρξη των συμπτωμάτων ξεπερνά τις 24h ή όπου ο ασθενής προσέρχεται με οξεία κοιλία ή αιμοδυναμική αστάθεια και σημεία σηπτικής καταπληξίας ή όπου η συντηρητική αντιμετώπιση έχει αποτύχει. Η χειρουργική αντιμετώπιση διακρίνεται στην απλή συρραφή της ρήξης και στη συρραφή με χρήση επίπλου. Στην δεύτερη περίπτωση υπάρχουν διάφορες μέθοδοι επιδιόρθωσης όπως η συρραφή και η απλή επικάλυψη με επίπλου, η επιδιόρθωση κατά Cellan- Jones και η επιδιόρθωση κατά Graham.<sup>19</sup>

## **Κεφάλαιο 6**

## Διαμόρφωση του τρόπου ζωής

### 6.1 Ενεργειακές και θρεπτικές μεταβολές του οργανισμού

Οι απαιτήσεις σε ενέργεια, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λιπίδια προσδιορίζονται με βάση τις συστάσεις για υγιεινή διατροφή, και διαφοροποιούνται για κάθε ασθενή ανάλογα με τις δυσανεξίες του.

Έτσι:

**Ενέργεια**: Σύμφωνα με το βάρος, το ύψος, την ηλικία και το φύλο. Σε περίπτωση που υπάρχει ανάγκη για απώλεια βάρους, περιορίζεται η πρόσληψη θερμίδων με στόχο τη μείωση του βάρους κατά 10% του παρόντος.

**Υδατάνθρακες**: 50-60% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης

**Πρωτεΐνες**: 15-18% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης

**Λίπη**: 25-35% της συνολικής πρόσληψης

**Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα**. Η κατανάλωσή τους οδηγεί σε αυξημένη παραγωγή προσταγλαδινών, ορμόνες οι οποίες προστατεύουν το βλεννογόνο από το αλκοόλ, την ασπιρίνη και τα χολικά οξέα. Πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα είναι τα ψάρια, τα φυτικά έλαια και οι ξηροί καρποί.

**Φυτικές ίνες**: Έχουν προστατευτική δράση στο βλεννογόνο του πεπτικού, αποτρέποντας το σχηματισμό έλκους. Συστήνεται πρόσληψη φυτικών ινών σε επαρκείς ποσότητες, περίπου 20 ως 30 γραμμάρια ημερησίως.<sup>20</sup>

## 6.2 Διατροφικά σημεία προσοχής

**Γάλα.** Το γάλα παρόλο που δεν θεωρείται όξινο τρόφιμο, έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει την έκκριση γαστρικών οξέων 2-3 ώρες μετά τη λήψη του. Αυτό ίσως οφείλεται στην πρωτεΐνη του γάλακτος ή και στο ασβέστιο που περιέχει. Αντίθετα, τα γαλακτοκομικά που έχουν υποστεί ζύμωση, δηλαδή το γιαούρτι και το τυρί, δεν αυξάνουν την έκκριση οξέος. Σε έξαρση της νόσου συστήνεται η αντικατάσταση του γάλακτος με γιαούρτι, εάν το πρώτο δεν είναι ανεκτό.<sup>8</sup>

**Όξινα τρόφιμα.** Η οξύτητα του τροφίμου έχει μικρή σημασία στην αντιμετώπιση του έλκους, αφού τα περισσότερα τρόφιμα είναι λιγότερο όξινα από τον βαθμό οξύτητας (pH) του στομάχου, που κυμαίνεται από 1 έως 3. Για παράδειγμα το pH του χυμού πορτοκαλιού και του γκρέιπφρουτ είναι 3,2 - 3,6 και των αναψυκτικών κυμαίνεται από 2,8 - 3,5. Έτσι λοιπόν, συστήνεται μόνο η αποφυγή του χυμού λεμονιού (pH=2) και του ξυδιού (pH=3) σε φάση έξαρσης της νόσου, και των όξινων τροφίμων (εσπεριδοειδών, ντομάτας και των προϊόντων τους) όταν υπάρχουν βλάβες στη στοματική κοιλότητα ή τον οισοφάγο.<sup>8</sup>

**Καρυκεύματα και μπαχαρικά.** Η κανέλλα, το μοσχοκάρυδο, το θυμάρι και η σκόνη μουστάρδας δεν επηρεάζουν την έκκριση γαστρικού οξέος. Αντίθετα, το καυτερό πιπέρι και η ξερή κόκκινη πιπεριά προκαλούν ερυθρότητα, οίδημα και βλάβη στο βλεννογόνο, επιτείνοντας την δυσφορία. Το αλάτι επίσης φαίνεται ότι επιδεινώνει το έλκος. Για τους παραπάνω λόγους συστήνεται περιορισμός των καυτερών μπαχαρικών και περιορισμένη κατανάλωση αλατιού.<sup>21,8</sup>

**Καφεΐνη.** Ο κανονικός καφές, ο ντεκαφεϊνέ, και τα ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη, όπως το τσάι και τα αναψυκτικά, διεγείρουν την έκκριση οξέος. Συστήνεται λοιπόν περιορισμένη κατανάλωση τέτοιων ροφημάτων.<sup>8</sup>

**Αλκοόλ.** Μεγάλες ποσότητες αλκοόλ μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στο βλεννογόνο του πεπτικού συστήματος, ιδίως τα ποτά με μεγάλη περιεκτικότητα σε αλκοόλη (40 %). Η μπίρα και το κρασί αυξάνουν σημαντικά

την έκκριση οξέος. Η αποχή από το αλκοόλ συστήνεται μόνο κατά την έξαρση της νόσου, ενώ μέτρια κατανάλωση φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση του ελικοβακτηριδίου. Καλό είναι η πρόσληψη αλκοόλ να συνοδεύεται πάντα με το γεύμα και να μην ξεπερνά τις 1-2 μερίδες ημερησίως.<sup>8</sup>

**Πλήθος Γευμάτων.** Μερικές φορές οι ασθενείς με πεπτικό έλκος ανέχονται καλύτερα τα μικρά και συχνά γεύματα, γιατί μειώνουν τη διάταση του στομάχου και το συναίσθημα δυσφορίας που ακολουθεί. Από την άλλη, διεγείρουν συνεχώς την έκκριση οξέος στο στομάχι, πιθανώς επιδεινώνοντας την κατάσταση. Ο διαιτολόγος σχεδιάζει τα γεύματα για κάθε ασθενή ξεχωριστά ανάλογα με τις ανάγκες του και κατά τη φάση έξαρσης της νόσου συστήνει 4 έως 6 γεύματα ημερησίως.<sup>8</sup>

**Σχεδιασμός Γευμάτων.** Καλό θα ήταν να αποφεύγονται τα μεγάλα σε ποσότητα γεύματα. Οι μαγειρικές τεχνικές που θα πρέπει να προτιμώνται είναι απλές όπως το βράσιμο, το ψήσιμο και το μαγείρεμα στον ατμό. Καλό είναι να αποφεύγονται τα περίπλοκα μαγειρεμένα φαγητά, με σάλτσες καθώς και τα τηγανητά. Τέλος, συστήνεται το γεύμα να καταναλώνεται με αργούς ρυθμούς και να γίνεται καλό μάσημα της τροφής, ώστε να μην επιβαρύνεται το στομάχι.<sup>8,22</sup>

**Κάπνισμα.** Το κάπνισμα συμβάλλει στο σχηματισμό έλκους, αυξάνει τη συχνότητα υποτροπής και επιβραδύνει την επούλωση των ελκών, αφού αναστέλλει την δράση των προστατευτικών προσταγλαδίνων. Για το λόγο αυτό συστήνεται η διακοπή του καπνίσματος.<sup>8,23</sup>

## **Κεφάλαιο 7**

## **Φροντίδα ασθενούς – νοσηλευτική παρέμβαση**

### **7.1 Συντηρητική φροντίδα ασθενούς**

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς που πάσχει, από πεπτικό έλκος και αντιμετωπίζεται, με συντηρητική αγωγή συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση του έλκους. Η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για μείωση του ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως είναι οι σκοποί της παρέμβασης και ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι καλά κατατοπισμένος και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται, καθώς και για το σκοπό της. Επίσης προκειμένου η νοσηλευτική φροντίδα να είναι ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη πρέπει οι νοσηλευτικές δραστηριότητες να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις και παθολογοφυσιολογικά δεδομένα του νοσήματος του ασθενούς που νοσηλεύεται.

Για το έλκος που βρίσκεται σε παροξυσμό εφαρμόζονται κάποια μέτρα για να αντιμετωπιστεί:

1. Ενίσχυση της ψυχοσωματικής ηρεμίας και αναπαύσεως του ασθενούς. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται ο αποκλεισμός ή η μείωση των παραγόντων, που συμβάλλουν στην δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους και κατορθώνεται με ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι οπότε και η πέψη βοηθείται και ο ασθενής απομακρύνεται από κοινωνικές, επαγγελματικές, οικογενειακές προστριβές, ανησυχίες, και εκνευρισμούς.

Ο ασθενής ηρεμεί με την ψυχοθεραπευτική επίδραση του νοσηλευτικού προσωπικού όταν μπορούν να τον πείσουν για τις ανάγκες της θεραπείας.

Η ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο συμβάλλει πολύ στην ηρεμία του. Ο ασθενής που περνάει την οξεία φάση του έλκους συνήθως είναι ευερέθιστος, εκνευρισμένος, απαιτητικός. Εδώ ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει κατανόηση, υπομονή και ανοχή, γιατί ξέρει ότι η καλή συμπεριφορά της και η επαφή με τον άσθενή, ασκούν θεραπευτική επίδραση πάνω του.

2. Βοήθεια για την εξουδετέρωση των οξέων στου στομάχου και τον περιορισμό της υπερκινητικότητας και εκκριτικότητάς του. Λευκωματούχες



τροφές που ενώνονται με τα οξέα και αλκαλικά φάρμακα, είναι χρήσιμες για την εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου. Γι'αυτό συνιστάται να παίρνει ο ασθενής σε συχνά διαστήματα μικρή ποσότητα τροφής, όπως γάλα, κρέμα, κουάκερ και φάρμακα που μειώνουν την έκκριση των γαστρικών υγρών, όπως αντιχολινεργικά και αντιόξινα φάρμακα που απορροφούν τα οξέα του στομάχου.

Η λήψη όμως των φαρμάκων αυτών συχνά συνοδεύεται από δυσμενείς επιδράσεις, κυριότερες από τις οποίες είναι ξηρότητα της στοματικής κοιλότητας και του λαιμού, δίψα, δυσκολία στην κατάποση κ.α. Δίνονται ακόμη αντί σπασμολυτικά φάρμακα σε περίπτωση μεγάλης κινητικότητας του στομάχου. Η χορήγησή τους περιορίζει την υπερκινητικότητα και την αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού υγρού.

## **7.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

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

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

Στην ενίσχυση της ψυχικής και σωματικής ηρεμίας και ανάπαυση του ασθενή ο ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει:

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

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

### **7.3 Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς**

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

#### Τόνωση του ηθικού:

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

#### Σωματική τόνωση:

Μία ημέρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής τρέφεται ελαφρά με τροφές που δεν αφήνουν υπολείμματα. Έξι (6) ώρες πριν την εγχείρηση, παύει να σιτίζεται από το στόμα, για την αποφυγή του κινδύνου μετεωρισμού της κοιλιάς και εμετών. Αν επιβάλλεται να συνεχιστεί λήψη υγρών, αυτά χορηγούνται παρεντερικά.

#### Καθαριότητα του ασθενή:

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

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

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

## 7.4 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Ο ασθενής πληροφορείται σχετικά με τις ουσίες που αυξάνουν τον κίνδυνο πεπτικού έλκους (π.χ. ΜΣΑΦ, παράγωγα του καπνού) και του παρέχονται ειδικές οδηγίες για την αποφυγή τους. Η εκπαίδευση του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνει την σημασία των φαρμακευτικών θεραπειών και την ανάγκη παρακολούθησης. Στον ενδονοσοκομειακό ασθενή με αιμορραγία, η προσεκτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, του ισοζυγίου των υγρών, του επιπέδου αιμοσφαιρίνης και των απωλειών αίματος, μπορεί να αυξήσει την πρώιμη αναγνώριση επιδείνωσης της νόσου. Οι ενδοσκοπικές και άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες επεξηγούνται στον ασθενή και αξιολογούνται τα αποτελέσματα των φαρμάκων ή των μεταγγίσεων. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές θα πρέπει να βοηθούν τον ασθενή να αναπτύξει μηχανισμούς αντιμετώπισης για την μείωση του άγχους.<sup>8</sup> Οι ασθενείς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν σημεία και συμπτώματα υποτροπής της νόσου (π.χ. αιματέμεση, μέλαινα κένωση, επιγαστραλγία). Ο ασθενής, που εισέρχεται στο νοσοκομείο, υπάρχει περίπτωση να κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας, αυτός, που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχειρήσεως και τη νευροψυχική του κατάσταση.<sup>11</sup>

Ο φόβος και η ανησυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεως του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.

Ο νοσηλευτής με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό).<sup>11</sup>

Η προετοιμασία του νοσηλευτή πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να απαντά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως ιατρών κλπ, καθώς και η προετοιμασία του ασθενούς από την αδελφή με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για

το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξάλειψη των συναισθημάτων φόβου και ανησυχίας που προέρχονται από το άγνωστο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ικανοποιήσει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή και να εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη του για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό επιτυγχάνεται με το να απαντιούνται όλα τα ερωτήματα του αρρώστου, καθώς και με την προετοιμασία του ασθενούς με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν την εγχειρητική και μετεγχειρητική περίοδο.<sup>8,24</sup>

Η σωστή θρέψη του ασθενούς θα παίξει αποφασιστικό ρόλο στην επέμβαση. Για το λόγο αυτό ο νοσηλευτής παρακολουθεί την εφαρμογή δίαιτας του ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν την επέμβαση. Υγρή διαίτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν τίποτα από το στόμα μέχρι τη στιγμή της επέμβασης.

Το προηγούμενο βράδυ της χειρουργικής επέμβασης γίνεται πλύση στομάχου, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Το πρωινό της επέμβασης γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση των υπολειμμάτων. Δίνει μεγάλη έμφαση στην επάρκεια του αρρώστου σε υγρά για την αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών. Εξασφαλίζει αίμα για μετάγγιση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση του νοσηλευτή. Αυτή πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτή, ο οποίος κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς. Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει:

**α.** Στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τη δυσφορία,

**β.** Προστασία του ασθενούς στις διάφορες φάσεις της ανάνηψής του.

**γ.** Παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης.

**δ.** Βοήθεια του ασθενή να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση,

**ε.** Πρόληψη επιπλοκών.<sup>8</sup>

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

**α.** Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.

**β.** Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η θέση του ασθενούς στο κρεβάτι είναι η ύπτια και το κεφάλι του στραμμένο στο πλάι χωρίς μαξιλάρι,

**γ.** Έλεγχος της καταστάσεως του τραύματος και των παροχετεύσεων,

- δ. Σχολαστική υγιεινή του στόματος,
- ε. Χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών,
- στ. Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.<sup>10</sup>

Στο χειρουργημένο ασθενή γίνεται ενημέρωση από το νοσηλευτή για το σύνδρομο Dumping και για τον τρόπο προλήψεως ή αντιμετώπισης του. Στις ενημερωτικές αυτές πληροφορίες του ασθενούς δίνεται ιδιαίτερη προσοχή για την απομάκρυνση κάθε φόβου. Ενημερώνεται ο ασθενής να αποφεύγει τα άφθονα και πλούσια σε σάκχαρο γεύματα. Συνιστάται η τμηματική διατροφή σε μικρά γεύματα 4-5 φορές την ημέρα, με ηρεμία και κατάκλιση μετά το φαγητό και με την αποφυγή υγρών τροφών.<sup>7</sup>

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής δίνει στον ασθενή κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, έντυπο που περιλαμβάνει τις επιτρεπόμενες τροφές για το έλκος, τον τρόπο παρασκευής τους, καθώς και τις απαγορευμένες.

Δίνεται έμφαση κυρίως στη :

- α) Καλή μάσηση της προσλαμβανομένης τροφής
- β) Καθιέρωση μικρών και συχνών γευμάτων
- γ) Τρόπος μαγειρέματος των τροφών
- δ) Προσθήκη λευκωματούχων τροφών
- ε) Αποφυγή αλκοόλ, καφέ
- στ) Αποφυγή ή απαγόρευση καπνίσματος

Ο νοσηλευτής διδάσκει τον ασθενή για τις υποτροπές της νόσου. Του εξηγείται η περιοδικότητα των συμπτωμάτων καθώς και η χρονιότητα και η υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου. Επίσης προειδοποιεί τον ασθενή για την εμφάνιση επιπλοκών εξαιτίας απρόσεκτης και μη σωστής θεραπείας.<sup>7</sup>

Ο νοσηλευτής επισημαίνει την ανάγκη συχνών ιατρικών επισκέψεων και εργαστηριακών εξετάσεων προκειμένου να αποφευχθούν ανεπιθύμητες επιπλοκές και διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του οργανισμού.<sup>25</sup>

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχειρήσεως, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών η λήψη της θερμοκρασίας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και η παρατήρηση του χρώματος του ασθενούς βοηθούν στην εκτίμηση της καταστάσεως του. Ακόμη ο νοσηλευτής παρακολουθεί τους εμετούς (ποιόν, ποσόν), τους οποίους δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής, καθώς και τα ούρα. <sup>17</sup>

Βασικό επίσης καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή υποστατικής πνευμονίας, οι κινήσεις των κάτω άκρων για αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, σχετικά με την καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητα τους, και τέλος για παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής καταστάσεως του ασθενούς. <sup>17</sup>

Πάνω όμως από όλες τις γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή τόσο στην προεγχειρητική ετοιμασία όσο και στη μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου. Ο ρόλος αυτός έχει επίκεντρο το ανθρωπιστικό κυρίως στοιχείο. Εάν διαθέτει κατανόηση, αγάπη, σεβασμό και εκτίμηση στην προσωπικότητα του αρρώστου, αγαθή διάθεση για την ικανοποίηση των ποικίλων φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του και τέλος, δημιουργική δραστηριότητα για την επίλυση των ποικιλόμορφων προβλημάτων του, πράγματι θα συμβάλει στην κατά το δυνατό επιτυχέστερη και ομαλότερη έκβαση της εγχείρησης. <sup>12</sup>

Ο ασθενής που νοσεί από αυτή την πάθηση λαμβάνει φαρμακευτική υποστήριξη η οποία είναι «πλούσια» σε εκδήλωση παρενεργειών στον οργανισμό. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι συνεπής στα καθήκοντα και τις ιατρικές οδηγίες και να γνωρίζει το έλκος σε όλες τις εκφάνσεις. <sup>10</sup>

Κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση χορηγούνται φάρμακα διαφορετικών κατηγοριών ως προς την δραστική ουσία που περιλαμβάνουν και αποτελούν κίνδυνο στην ζωή του ασθενή διότι έχουν την ικανότητα να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. <sup>18</sup>

## 7.5 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς:

Ο νοσηλευτής:

- ✓ Καθησυχάζει τον ασθενή
- ✓ Φροντίζει για την σωστή χορήγηση του φαρμάκου (δόση- τρόπος λήψης)
- ✓ Εκπαιδεύει τον ασθενή
- ✓ Παρακολουθεί και καταγράφει την αναμενόμενη βελτίωση
- ✓ Παρατηρεί για παρενέργειες
- ✓ Εξηγεί το σκοπό χρήσης και τη δράση του φαρμάκου καθώς και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα <sup>17</sup>

## 7.6 Νοσηλευτική παρέμβαση κατά τον συνδυασμό φαρμάκων

- ✓ Ενημέρωση ασθενούς για τη δράση, το σκοπό χρήσης και τις πιθανές παρενέργειες
- ✓ Σωστή δοσολογία ανάλογα
- ✓ Προφύλαξη για καταστολή
- ✓ Μέτρα προστασίας του ασθενή
- ✓ Έλεγχος για πιθανή συνεργική δράση με άλλα φάρμακα <sup>17</sup>

## 7.7 Παρακλινικός έλεγχος πεπτικού συστήματος

### α. Ενδοσκοπικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα.

Οισοφαγοσκόπηση - Γαστροσκόπηση.

A. Πριν την εξέταση.

Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος, το σκοπό και το χώρο της εξέτασης.  
Παρότρυνση για συνεργασία κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Αποφυγή λήψης τροφής ή υγρών από το άτομο 8-10 ώρες πριν την εξέταση, ενώ το πρωί της ίδιας ημέρας ο ασθενής πρέπει να είναι νηστικός.

Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.

Παρακαλείται ο άρρωστος να ουρήσει πριν την εξέταση.

Χορήγηση ήπιων ηρεμιστικών σε άριστους με άγχος μετά από ιατρική οδηγία.

Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή.<sup>21</sup>

B. Κατά την εξέταση.

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

Κοντά του πρέπει να υπάρχει νεφροειδές στην περίπτωση εμετών ή εκκρίσεων από τη στοματική κοιλότητα.

Γίνεται τοπική αναισθησία στο στοματοφάρυγγα με ψεκασμό τοπικού αναισθητικού (ξυλοκαΐνη 29%) για μείωση των τοπικών αντανάκλαστικών και της δυσφορίας του αρρώστου κατά την είσοδο του οισοφαγοσκοπίου ή γαστροσκοπίου (από τον γιατρό ή τον νοσηλεύτη μετά από ιατρική οδηγία).

Χορήγηση, ενδοφλέβια, ήπιων αναισθητικών σε πολύ μικρές δόσεις.

Παραμονή δίπλα στον ασθενή και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.

Φροντίδα για την αποστολή εργαστηριακών εξετάσεων (ιστού βιοψίας, Glu test για το ελικοβατηρίδιο) στο μικροβιολογικό ή κυτταρολογικό εργαστήριο, μετά από ιατρική οδηγία.<sup>26</sup>

Μετά την εξέταση.

1. Αποφυγή λήψης υγρών ή στερεών, μέχρι να επανέλθουν τα αντανάκλαστικά και παρακολούθηση για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη, λόγω πιθανού τραυματισμού του βλεννογόνου του οισοφάγου ή του στομάχου.
2. Τερματισμός λήψης ορού ενδοφλέβια και αφαίρεση του φλεβοκαθετήρα 1/2 ώρα έως 1 ώρα μετά και λήψη υγρών από το στόμα ή ελαφρός τροφή.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.
4. Αν εμφανιστεί αιφνίδια πόνος, ειδοποιείται ο γιατρός.



Κολονοσκόπηση - Σιγμοειδοσκόπηση - Ορθοσκόπηση.

A. Πριν την εξέταση.

1. Ενημέρωση του ασθενούς, όπως και παραπάνω. Τονίζεται η ιδιαιτερότητα της εξέτασης.
2. Αποφυγή λήψης τροφής 8-10 ώρες πριν, ενώ 3 ημέρες έως και την προηγούμενη της εξέτασης ακολουθείται ειδική ελαφρά δίαιτα χωρίς υπόλειμμα. Το πρωί της ίδιας ημέρας ο άρρωστος παραμένει νηστικός.
3. Απαιτείται εκκένωση του πεπτικού σωλήνα με δύο (2) υψηλούς υποκλυσμούς, που γίνονται την προηγούμενη ημέρα ή με λήψη καθαρτικών από το στόμα (π.χ. X-prep, klean prep) με νερό, που λαμβάνονται το μεσημέρι της προηγούμενης ημέρας. Η λήψη καθαρτικών από το στόμα απαιτεί δίαιτα χωρίς υπόλειμμα μόνο την προηγούμενη της εξέτασης.
4. Τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή και ακολουθείται η ίδια σειρά ενεργειών, όπως και στις προηγούμενες εξετάσεις. Επιπλέον, γίνεται τοπική καθαριότητα.<sup>21</sup>

B. Κατά την εξέταση.

1. Η θέση του ασθενούς είναι πλάγια, με τα πόδια λυγισμένα προς την κοιλιά.
2. Παραμονή κοντά στον άρρωστο και ενθάρρυνση για την ολοκλήρωση της εξέτασης.
3. Φροντίδα και αποστολή στο κατάλληλο εργαστήριο των τεμαχιδίων ιστού για βιοψία μετά από ιατρική οδηγία.<sup>27</sup>

Γ. Μετά την εξέταση .

1. Γίνεται τοπικός καθαρισμός στον άρρωστο και μεταφέρεται στο δωμάτιο.
2. Τερματισμός λήψης ορού και αφαίρεση φλεβοκαθετήρα μια ώρα μετά την εξέταση.
3. Λήψη ζωτικών σημείων.
4. Ακολουθείται ελαφρά δίαιτα και παροτρύνεται ο άρρωστος να ξεκουραστεί μετά την επώδυνη και δυσάρεστη αυτή εξέταση.<sup>4</sup>

## **β. Εξέταση γαστρικού υγρού - Νοσηλευτική φροντίδα.**

Γίνεται με την εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα (levin) από τη μύτη στο στομάχι και την αναρρόφηση γαστρικού υγρού από το ελεύθερο άκρο του σωλήνα με σύριγγα που έχει μεγάλο μπεκ. Η εξέταση διακρίνεται σε μικροσκοπική και κυτταρολογική.

## **Γ. Εξέταση κοπράνων.**

Η εξέταση κοπράνων διακρίνεται σε:

### **α) Μακροσκοπική εξέταση κοπράνων**

### **β) Μικροσκοπική εξέταση κοπράνων**

Για τη σωστή αξιολόγηση της εξέτασης, θα πρέπει τα κόπρανα να είναι πρόσφατα, να προέρχονται από φυσιολογική κένωση, χωρίς προηγούμενη λήψη καθαρικών.<sup>4</sup>

## **δ. Ακτινολογικός έλεγχος πεπτικού συστήματος - Νοσηλευτική φροντίδα.**

1. Απλή ακτινογραφία κοιλιάς.

Γίνεται με τον άρρωστο σε όρθια θέση χωρίς να απαιτείται κάποια ειδική προετοιμασία. Δίνει πληροφορίες για τη μορφολογία του πεπτικού σωλήνα και την ύπαρξη υδραερικών επιπέδων σε περιπτώσεις ειλεού.

2. Διάβαση εντέρου (ή βαριούχος υποκλυσμός).

Η ακτινοσκοπική ουσία δίνεται από το ορθό με υποκλυσμό για έλεγχο κυρίως του παχέος εντέρου. Λαμβάνονται ακτινογραφίες κατά τα στάδια πλήρωσης του εντέρου με βάριο και κατά τα στάδια κένωσης. Παράλληλα γίνονται και λήψεις ακτινογραφιών, όπως η μετά από εμφύσηση αέρα δημιουργία διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης (double contrast).

Νοσηλευτική φροντίδα:

-Απαιτείται πολύ καλός καθαρισμός του πεπτικού σωλήνα την προηγούμενη της εξέτασης, είτε με υψηλούς υποκλυσμούς, είτε με λήψη καθαρικών από το στόμα.

-Νηστικός πρέπει να είναι ο άρρωστος το πρωί της εξέτασης, ενώ την προηγούμενη να έχει ακολουθήσει υδρική διαίτα χωρίς υπόλειμμα.

-Ο άρρωστος μεταφέρεται στο ακτινολογικό εργαστήριο, όπου γίνεται ο βαριούχος υποκλυσμός και ο έλεγχος μέσω των ακτινογραφιών.

### 3. Βαριούχο γεύμα.

Με την εξέταση αυτή αποτυπώνεται το πεπτικό σύστημα σε φιλμ.

Νοσηλευτική φροντίδα:

Ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός από το προηγούμενο βράδυ.

Για να γίνει η εξέταση, δίνεται στον άρρωστο, στο ακτινολογικό εργαστήριο, η ακτινοσκιερή ουσία «Βάριο» από το στόμα και ελέγχεται μέσω ακτινογραφιών σε 6 ώρες η φυσιολογική ή μη πορεία του στο στομάχι και στο λεπτό έντερο, με κάλυψη των τοιχωμάτων των οργάνων που ελέγχονται.

Ελέγχεται η κένωση του εντέρου και γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός για την απομάκρυνση της ουσίας.

### 4. Αξονική τομογραφία άνω-κάτω κοιλίας.

Ελέγχονται όλα τα όργανα του πεπτικού συστήματος με μεγάλη ακρίβεια για την εύρεση παθολογικών αλλοιώσεων. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, παρά μόνο, ο άρρωστος πρέπει να λάβει 2 ώρες πριν την εξέταση την ειδική σκιαγραφική ουσία γαστρογραφίνη, ενώ μπορεί να έχει και ένα ελαφρό γεύμα.<sup>4,28</sup>

### **ε. Έλεγχος ήπατος, χοληφόρων, παγκρέατος - Νοσηλευτική φροντίδα.**

Ο ηπατικός έλεγχος περιλαμβάνει ένα σύνολο βιοχημικών αιματολογικών εξετάσεων.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω αιματολογικές εξετάσεις: τρανσαμινάσες (SGOT, SGPT), γGT, αλκαλική φωσφατάση, λευκώματα, ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων, χρόνος προθρομβίνης, χολερυθρίνη οι οποίες σε παθολογικές καταστάσεις, όπως ηπατίτιδα, αποφρακτικός ίκτερος, κίρρωση, καρκίνος, είναι επηρεασμένες.

Σημειώνεται ότι ο άρρωστος πρέπει να είναι νηστικός το πρωί της αιμοληψίας. Επίσης, ο ηπατικός έλεγχος περιλαμβάνει ειδικότερες εξετάσεις, όπως η βιοψία ήπατος, το σπινθηρογράφημα, η λαπαροσκοπική εξέταση, το υπερηχογράφημα.<sup>31</sup>

Έλεγχος των χοληφόρων οδών και αγγείων.

1. Χολοκυστογραφία: είναι η σκιαγράφιση της χοληδόχου κύστης μετά από λήψη ακτινοσκιετικής ουσίας από το στόμα (tabl Biloptin).

Νοσηλευτική φροντίδα:

3. Την προηγούμενη της εξέτασης ο άρρωστος λαμβάνει ελαφρύ άπαχο γεύμα, για το μεσημέρι, ενώ το βράδυ μόνο τσάι-φρυγανιά.
4. Γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός και λήψη του φαρμάκου 12 ώρες πριν την εξέταση.
5. Το πρωί παραμένει νηστικός.

2. Χολαγγειογραφία: είναι η σκιαγράφιση των χοληφόρων αγγείων μετά από ενδοφλέβια ή διαδερμική-διηπατική έγχυση σκιετικής ουσίας (Billigralin). Γίνεται σπάνια και διεγχειρητικά.<sup>8, 34</sup>

Νοσηλευτική φροντίδα:

1. Απαιτείται η ίδια προετοιμασία, όπως και παραπάνω, χωρίς λήψη της ουσίας από το σώμα και με την πραγματοποίηση test ευαισθησίας για αποφυγή αλλεργικής αντίδρασης του οργανισμού στην ενδοφλέβια έγχυση.

Έλεγχος παγκρέατος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση παθήσεων παγκρέατος, είναι κυρίως αιματολογικές, όπως: διάσταση ή αμυλάση αίματος, λίπανση αίματος, σάκχαρο αίματος, εξετάσεις ούρων για αμυλάση και σάκχαρο, εξέταση κοπράνων και ακτινογραφικός έλεγχος.<sup>11</sup>

Νοσηλευτική φροντίδα:

Ο άρρωστος να είναι νηστικός το πρωί της αιμοληψίας. Συλλέγονται τα πρωινά ούρα για εξέταση σε ειδικό δοχείο (urobox)

Ενδοσκοπική παλίνδρομη χοληδοχοπαγκρεατογραφία (ERCP).

Με τη βοήθεια ευκάμπτου 12δακτυλοσκοπίου, εισάγεται καθετήρας στο χοληδόχο ή και τον παγκρεατικό πόρο, γίνεται έγχυση σκιαγραφικού και επιτυγχάνεται η απεικόνιση του χοληφόρου ή παγκρεατικού συστήματος των πόρων. Είναι μέθοδος καθημερινής πρακτικής, αλλά απαιτεί οργανωμένη ενδοσκοπική και ακτινολογική μονάδα.<sup>11, 31</sup>

### **Νοσηλευτική φροντίδα:**

- Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, εκτός της αποφυγής λήψης υγρών και στερεών 8-10 ώρες πριν την εξέταση.
- Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή μετά το τέλος της εξέτασης λόγω πιθανών επιπλοκών, όπως η παγκρεατίτιδα ή η μικροβιαίμια. Απαραιτήτως να λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία ανά 2 ώρες και να παρακολουθείται στενά ο άρρωστος. Λαμβάνει ενδοφλεβίως υγρά και δε σιτίζεται άμεσα.<sup>18, 20</sup>

### **στ. Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας.**

Ελέγχονται κυρίως το ήπαρ, τα χοληφόρα, το πάγκρεας. Δεν απαιτείται ιδιαίτερη προετοιμασία, παρά μόνο ο άρρωστος να είναι νηστικός το πρωί της ημέρας που γίνεται η εξέταση.<sup>29, 30</sup>

### **ζ. Κιρσοί Οισοφάγου - Νοσηλευτική Φροντίδα**

Πρόκειται για διάταση του υποβλεννογόνιου οισοφαγικού πλέγματος στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, που αναπτύσσεται ως παράπλευρη κυκλοφορία, λόγω υπέρτασης ή θρόμβωσης της πυλαίας φλέβας.

Κυριότερη και σοβαρότερη επιπλοκή είναι η ρήξη των κιρσών του οισοφάγου, που εκδηλώνεται με σοβαρή αιμορραγία με τη μορφή της αιματέμεσης ή μέλαινας κένωσης που ακολουθεί ή όχι. Στην αιματέμεση το αίμα έχει κόκκινο βαθύ χρώμα και στη μέλαινα κένωση μαύρο, γι' αυτό και τα κόπρανα έχουν μαύρο χρώμα.<sup>1</sup>

### **Νοσηλευτική φροντίδα.**

Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1 ώρα για τον έλεγχο της αιμορραγίας.

Τοποθέτηση περιφερικής φλεβικής γραμμής, αν ο άρρωστος δεν έχει ή δεύτερης, αν έχει ήδη. Το τροχήλατο εκτάκτου ανάγκης να είναι έτοιμο.

Μέτρηση και καταγραφή της ποσότητας αίματος που αποβάλλεται, είτε με τη μορφή αιματέμεσης, είτε με τις μέλαινες κενώσεις.

Αν τοποθετηθεί αιμοστατικός σωλήνας, (sengstaken blakemore) λόγω της ειδικής κατασκευής του, είναι εύκολη η μέτρηση του αποβαλλόμενου αιμορραγικού υγρού, είτε με αναρρόφηση με σύριγγα 60 cc με μεγάλο μπεκ, είτε σε δοσομετρητή υγρών.<sup>31</sup>

-Λήψη της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και παρακολούθηση της ενδοφλέβιας χορήγησης ορών.

Περιποίηση στοματικής κοιλότητας με πλύσεις.

Αποφυγή λήψης τροφής ή υγρών από το στόμα.

Προσπάθεια να διατηρηθεί η ψυχραιμία όλων και κυρίως των συνοδών, οι οποίοι απομακρύνονται διακριτικά.

Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος και ενθάρρυνση του ασθενούς. Περιορισμός δραστηριοτήτων.

Συχνή παρακολούθηση και ενημέρωση της προϊσταμένης και του γιατρού για οποιαδήποτε αλλαγή της κατάστασης.<sup>1,35</sup>

## **7.8 Ο νοσηλευτής στην οξεία φάση της νόσου**

Ο νοσηλευτής αρχικά οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή και να περιορίσει τους παράγοντες που θα δυσχεράνουν την ήδη νοσούσα κατάσταση.

- ✓ Ενημέρωση ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο
- ✓ Αιτιολόγηση της θεραπείας
- ✓ Αναφορά τυχόν παρενεργειών
- ✓ Αναγνώριση ενδείξεων υποτροπών
- ✓ Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος
- ✓ Ελαχιστοποίηση άγχους και στρες
- ✓ Μεταβολή διατροφικών συνηθειών.<sup>5,15, 36</sup>

### Ο ρόλος του νοσηλευτή στην οξεία φάση:

- ✓ Δίαιτα ελκοπαθούς 24 ώρες πριν
- ✓ Υδρική δίαιτα 12 επόμενες ώρες
- ✓ Τίποτα από το στόμα προ χειρουργείου
- ✓ Πλύση στομάχου προ χειρουργείου εάν υπάρχει πυλωρική στένωση
- ✓ Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση περιεχομένου στομάχου
- ✓ Διαιτητική θεραπεία
- ✓ Χορήγηση αντιόξινων αντιχολινεργικών
- ✓ Μείωση γαστρικής έκκρισης
- ✓ Καθυστέρηση γαστρικής κένωσης
- ✓ Χορήγηση ανταγωνιστών H<sub>2</sub>- υποδοχέων (σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη, φαμοτιδίνη)
- ✓ Χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων.<sup>30, 37</sup>

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Τακτική μετακίνηση του ασθενή επί της κλίνης του
- Εκτίμηση ζωτικών σημείων
- Εκμάθηση περί υγιεινής σώματος
- Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων επί πόνου
- Σωστός τρόπος χορήγησης αντιβιοτικών ουσιών
- Χορήγηση διαλυμάτων ενδοφλέβια (ηλεκτρολύτες)
- Ισοζύγιο υγρών
- Μέτρηση αποβαλλομένων υγρών μέσω των παροχετεύσεων που φέρει ο ασθενής.<sup>5, 15</sup>

## **Κεφάλαιο 8**



## Νοσηλευτικές διεργασίες

### 8.1 Νοσηλευτική διεργασία 1

Ο ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου "Παναγία η βοήθεια" παραπονούμενος για οξύ πόνο στο άνω μέρος της κοιλιακής χώρας, καθώς και στο επιγάστριο. Ο πόνος εμφανιζόταν για διάστημα δέκα ημερών εναλλάξ, με περίοδο ηρεμίας.

#### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:05/10/1950 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Έλκος του δωδεκαδάκτυλου

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμος

#### **ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

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

Ο ασθενής είναι καπνιστής και καπνίζει 35-45 τσιγάρα ημερησίως, ενώ ανέφερε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα αλκοολισμού και θεραπεύθηκε πριν δύο χρόνια. Κληρονομικότητα πεπτικού έλκους δεν υπάρχει, όπως επίσης και δεν αντιμετωπίζει άλλο σοβαρό πρόβλημα υγείας.

Ο ασθενής προετοιμάστηκε για ενδοσκόπηση, ενώ προηγήθηκαν εργαστηριακές εξετάσεις.

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

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

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

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

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Πόνος	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο	1. Μείωση του πόνου. - Μείωση της κινητικότητας του στομάχου. 2. Εξουδετέρωση της έκκρισης των γαστρικών υγρών του στομάχου.	Χορήγηση αντιόξινου φαρμάκου. - Χορήγηση παυσίπνου.	Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο.
Άγχος	Βοήθεια και υποστήριξη του ασθενή για να ξεπεράσει το άγχος	Επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή, με σκοπό την καλύτερη πορεία της νόσου.	- Συζήτηση με τον ασθενή. Ενημέρωση για ότι τον προβληματίζει. Ανάπτυξη διαλόγου του νοσηλευτή με τον ασθενή και κατανόηση των φόβων του.	Ο ασθενής μετά το διάλογο και το σεβασμό που αποκόμισε από τον νοσηλευτή, δείχνει πιο ήρεμος και σίγουρος.
Αίσθημα καύσου	Ανακούφιση του ασθενή από το συγκεκριμένο σύμπτωμα.	Χορήγηση σωστού διαιτολογίου.	- Συχνά - μικρά γεύματα. - Αποφυγή ερεθιστικών τροφών.	Μείωση του αισθήματος του καύσου.
Πτώση Α.Π.	Ρύθμιση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα.	Συνεχή μέτρηση και έλεγχο της Α.Π.	-Αποφυγή καπνίσματος & φόβου. - Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως	Σταδιακή αύξηση της Α.Π στα φυσιολογικά επίπεδα.

## 8.2 Νοσηλευτική διεργασία 2

Ο ασθενής εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ρίου "Παναγία η βοήθεια" με έντονο πόνο στο επιγάστριο.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνομα ασθενούς: Ε.Μ.

Φύλλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:14/12/1949 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Ελκωτική, βλάβη στο πυλωρικό άντρο

Οικ. Κατάσταση: Έγγαμος

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κατά τη λήψη του ιστορικού ανέφερε ότι τον τελευταίο καιρό αισθάνεται πόνο στην κοιλιακή χώρα και παρουσιάζει ανορεξία, κόπωση, ερυγές, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και απώλεια βάρους. Προ επτά ημερών παρατήρησε μέλανες κενώσεις και αδυναμία.

Τοποθετήθηκε φλεβοκαθετήρας και ξεκίνησε η χορήγηση 1000cc N/S 0,9 % με Kcl 2 amp και σταμάτησε η λήψη τροφής και υγρών από το στόμα.

Μετά από γαστροσκόπηση που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε ελκωτική βλάβη στο πυλωρικό άντρο καθώς και αυξημένη έκκριση υδροχλωρικού οξέως.

Εργαστηριακά διαπιστώθηκε χαμηλός αιματοκρίτης 33 % και έγινε μετάγγιση 2 μονάδων συμπυκνωμένων ερυθρών.

Η θεραπεία καθορίστηκε να είναι συντηρητική με: αντιόξινα (Simeco) 1x3, ρανιτιδίνη (Zantac) 1x2 και σιμετιδίνη (Tagamet) 800 mg εφάπαξ πριν την κατάκλιση.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
-Ο ασθενής παραπονείται για πόνο στο επιγάστριο.	-Η μείωση ή εξάλειψη του πόνου και η ανακούφιση του ασθενούς.	-Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση. -Χορήγηση αναλγητικού με ιατρική οδηγία. -Χορήγηση αντιόξινων για μείωση των γαστρικών εκκρίσεων.	-Ο ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι σε θέση Fowler. -Τέθηκε Lonarid sup για την μείωση του πόνου. -Χορηγήθηκε Simeco 1 x3 για την μείωση της γαστρικής υπερέκκρισης.	-Ο ασθενής δηλώνει ότι αισθάνεται καλύτερα και ότι ο έντονος πόνος υποχώρησε.
-Ο ασθενής την τρίτη μέρα νοσηλείας παρουσίασε πυρετική κίνηση 38,8° C.	-Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα του πυρετού. -Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα. -Διερεύνηση της αιτίας του πυρετού.	-Τίθεται ο ασθενής σε τρίωρη θερμομέτρηση. -Γίνεται εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. -Ενημέρωση του γιατρού για λήψη αίματος για καλλιέργεια. -Χορήγηση αντιπυρετικών και αντιβιοτικών με ιατρική οδηγία. -Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως για αποφυγή αφυδάτωσης.	-Μετράται η θερμοκρασία κάθε τρεις ώρες και καταγράφονται οι τιμές στο διάγραμμα. -Τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα ανά μία ώρα -Γίνεται η αιμοληψία από το γιατρό και στέλνεται στο εργαστήριο για καλλιέργεια. -Χορηγείται	-Δυο μέρες αργότερα ο πυρετός υποχώρησε. -Τα επιθέματα πρόσφεραν περιοδική ανακούφιση στον ασθενή. -Το Aprotel ως αντιπυρετικό μείωσε τη θερμοκρασία του σώματος. -Η αντιβίωση αντιμετώπισε τον παράγοντα που προκάλεσε τη

			<p>αντιβιοτικό Briklin 1x3 I.V.          -Χορηγήθηκε Aprotel amp σε 100cc N/S 0,9 % I.V. μετά την καλλιέργεια. -Χορηγούνται ringers lactated 1000cc lxl και N/S 0,9 % 1000cc lxl για ενυδάτωση.</p>	<p>λοίμωξη. -Ο ασθενής χάρη στους ενδοφλέβιους ορούς παρέμεινε ενυδατωμένος και δεν ταλαιπωρήθηκε περαιτέρω.</p>
<p>-Ο ασθενής ανέφερε αίσθημα καύσου οφειλόμενο στην υπερέκκριση υδροχλωρικού οξέος από το στομάχι (υπερχλωρυδρία).</p>	<p>-Μείωση της γαστρικής υπερέκκρισης. - Ανακούφιση του ασθενούς από το αίσθημα καύσου.</p>	<p>-Χορήγηση ανταγωνιστών των H2 υποδοχέων της ισταμίνης με ιατρική οδηγία.</p>	<p>-Χορηγούνται ρανιτιδίνη 1 χ2 και σιμετιδίνη 800 mg lxl (πριν την νυχτερινή κατάκλιση).</p>	<p>-Αποκατάσταση του PH του στομάχου στα φυσιολογικά επίπεδα. -Μείωση του αισθήματος καύσου στον ασθενή.</p>
<p>-Αγχος κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο για τον τρόπο φροντίδας του και την εξέλιξη της νόσου.</p>	<p>-Πλήρης αποκατάσταση της ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς. - Ενημέρωση του ασθενούς για ότι αφορά την ασθένειά του.</p>	<p>-Ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του για τον τρόπο φροντίδας του. - Διευκρινίσεις σχετικά με το ποιες τροφές να καταναλώνει και ποιες να αποφεύγει και γενικά πώς να κάνει πιο υγιεινή ζωή-          -Επισημάνση της ανάγκης τήρησης των οδηγιών που πήρε για την φαρμακευτική του αγωγή και των συχνών επισκέψεων στον γιατρό του.</p>	<p>-Ενημερώνεται ο ασθενής και οι οικείοι του ότι οι αλλαγές που θα χρειαστεί να κάνουν θα είναι μικρές και ότι σε γενικές γραμμές θα μπορεί να κάνει ότι και πριν.          -Συμβουλευεται να αποφεύγει τις ερεθιστικές τροφές (π.χ. καφές, καρυκεύματα, αλκοόλ, λίπη), να διατηρεί σταθερά γεύματα και να μην καπνίζει.          -Προτρέπεται να παίρνει σε καθημερινή βάση τα φάρμακά του και να επισκέπτεται τακτικά το γιατρό του για την αποφυγή επιπλοκών.</p>	<p>-Ο ασθενής εξέρχεται πλήρως ενημερωμένος για την θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει και πιο ήρεμος και αισιόδοξος για την έκβαση της νόσου του.</p>

## Συμπεράσματα

Ο γαστρεντερικός μας σωλήνας καλύπτεται εσωτερικά σε όλη του την έκταση από ένα στρώμα κυττάρων που παράγουν βλέννα. Το στρώμα αυτό ονομάζεται βλεννογόνος και η εξωτερική του στοιβάδα καλείται επιθήλιο. Οποιαδήποτε «πληγή» του επιθηλίου του βλεννογόνου σε σημεία όπου αυτός εκτίθεται στα γαστρικά υγρά, ονομάζεται *πεπτικό έλκος*. Το έλκος είναι ένα πρόβλημα πολυπαραγοντικό, δηλαδή χρειάζεται την επίδραση πολλών παραγόντων για να κάνει την εμφάνισή του.

Το βλεννογόνο στο πεπτικό μας σύστημα διατηρείται σε καλή κατάσταση όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ των προστατευτικών και των βλαπτικών παραγόντων.

Μεταξύ των βλαπτικών παραγόντων συγκαταλέγονται το όξινο υδροχλωρικό οξύ των γαστρικών μας υγρών, η πεψίνη που είναι ένα ένζυμο που μεταβολίζει τις πρωτεΐνες της διατροφής μας, η αυξημένη έκκριση γαστρικών οξέων και τα άλατα που παράγονται στη χολή. Υπάρχουν και ορισμένοι εξωτερικοί βλαπτικοί παράγοντες όπως είναι το αλκοόλ, διάφορα φάρμακα, κυρίως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) και η ασπιρίνη, και τέλος η φλεγμονή από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Από την άλλη, *προστατευτικά* δρα η βλέννα, η οποία διατηρεί ουδέτερο το pH στην επιφάνεια των κυττάρων, η καλή αιματική ροή στο βλεννογόνο, τα διττανθρακικά ιόντα που παράγονται από το πάγκρεας και ο ρόλος τους είναι να εξουδετερώσουν το όξινο pH των υγρών που διέρχονται απ' το στομάχι, οι προσταγλαδίνες, οι οποίες είναι ορμόνες που παράγονται στο σώμα και επιτελούν σημαντικές λειτουργίες) και τα κύτταρα του επιθηλίου που είναι σφιχτά ενωμένα μεταξύ τους σχηματίζοντας φραγμό.

Το έλκος μπορεί να εντοπιστεί σε δυο περιοχές, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο. Τα συμπτώματα και στους δυο τύπους έλκους είναι κοιλιακοί πόνοι και ενοχλήσεις, ενώ μόνο στο έλκος του στομάχου μπορεί να παρουσιαστεί επιπλέον ανορεξία, απώλεια βάρους, ναυτία, έμετοι και κάψιμο στο στήθος κοντά στο ύψος της καρδιάς. Όταν υπάρχει αιμορραγία και διάτρηση του επιθηλίου τα συμπτώματα επιδεινώνονται. Ωστόσο, σε μερικούς

ασθενείς, τα έλκη είναι ασυμπτωματικά, δηλαδή δεν παρουσιάζουν κανένα προειδοποιητικό σύμπτωμα.

Η επούλωση του έλκους γίνεται με χορήγηση ανταγωνιστών αντλίας πρωτονίων. Αν κάποιος παίρνει αντιφλεγμονώδη πρέπει να τα διακόψει. Το κάπνισμα καθώς και η λήψη αλκοόλ καθυστερούν την επούλωση των ελκών.

Η χειρουργική αντιμετώπιση δεν έχει θέση στη θεραπεία των καλοηθών ελκών, παρά μόνο αν έχουμε διάτρηση, σοβαρή γαστρορραγία ή πυλωρική στένωση.



## **Βιβλιογραφία- Διαδικτυακές πηγές**

1. Ακριβιάδης Ευάγγελος, (2011), Κλινική ηπατολογία, University Studio Press , Αθήνα
2. Γρηγοράς Γεώργιος (2002), Επιτομή παθολογικής φυσιολογίας, Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
3. Τζιβράς Μιχαήλ (2009), Κλινική εξέταση πεπτικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
4. Gomez, Joan, (2008), Πεπτικό σύστημα και διατροφή, Κλειδάριθμος, Αθήνα
5. Jensen, Bernard, (2007), Η φροντίδα του εντέρου, Διόπτρα, Αθήνα
6. Sleisenger Silvester (2009), Γαστρεντερολογία και ηπατολογία, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
7. King John (2001), Πεπτικό σύστημα, Modern Times, Αθήνα
8. Γκούμας Κ, Κοντογιάννη Μ, Evison S.(2006) Διαταραχές του ανώτερου γαστρεντερικού συστήματος. Στο βιβλίο: Κλινική *Διαιτολογία και Διατροφή με στοιχεία Παθολογίας*. Ζαμπέλας Α. (εκδ), Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη
9. McKenna, John, (2004), Προβλήματα πέψης, Διόπτρα, Αθήνα
10. Συλλογικό έργο, (2008), Ενδοσκοπήσεις πεπτικού συστήματος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
11. Καραμανώλης Γ, Β. Σμυρνιώτης, Λ. Σαμανίδης, Α. Κόνδη-Παφίτη, Κ. Γεννατάς, Β Αγρογιάννης, Η. Μαλλάς.(2001) Μεταβολή στην ανατομική

κατανομή του αδενοκαρκινώματος του στομάχου σε Έλληνες ασθενείς σε διάστημα 20 ετών. Hellenic Journal of Surgery

12. Κόνδη-Παφίτη Α, Καραμανώλης Γ, Δ. Βώρος, Η. Μαλλάς. (2003) Ανοστοιοστοχημική μελέτη του τοπικού ανοσοαμυντικού συστήματος της IgA και του εκκριτικού παράγοντα στον στόμαχο. Ογκολογία πεπτικού
13. Καραμανωλης Γ, Σ.Δ. ΛΑΔΑΣ. (2007) Οπισθοστερνικός καύσος. Στο σύγγραμμα: Γαστρεντερολογία – Διαφορική Διάγνωση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας,.
14. Berne, Robert M. (2009), Αρχές φυσιολογίας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης
15. Holford, Patric (2003), Πώς να βελτιώσετε το πεπτικό σας σύστημα, Κέδρος, Αθήνα
16. Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Pricila, (2006), Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής, Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη
17. Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Pricila, (2006), Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής, Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη
18. Taylor Carol, Lillis Carol, LeMone Pricila, (2006), Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής, Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος ΙΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη

19. Lemone P., Burke K (2007) Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη φροντίδα ασθενούς. Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

20. Νοσήματα Πεπτ. Σωλήνα

Διαθέσιμο στο:

<http://www.clinicalnutrition.gr/public/2009-09-20-05-19-06/22-2009-09-18-08-01-23.html?start=1>

Προσπελάστηκε: 28/12/2012

21. Πεπτικό έλκος

Διαθέσιμο στο:

<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)

Προσπελάστηκε: 28/07/2014

22. John L. Cameron, Michael A. Choti, Keith D. Lillemoe, Mark A. Talamini, Stephen C. Yang, Charles J. Yeo, (2009), Άτλαντας χειρουργικής πεπτικού συστήματος, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, Αθήνα

23. Ανατομία Στομάχου

Μονάδα Χειρουργικής Ανώτερου Πεπτικού

Διαθέσιμο στο:

[http://www.esophagus.gr/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%84%CE%BF%](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](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)

Προσπελάστηκε: 15/12/2012

24. King John (2001), Πεπτικό σύστημα, Modern Times, Αθήνα
25. Πεπτικό έλκος (έλκος στομάχου - έλκος δωδεκαδακτύλου),  
Διαθέσιμο στο:  
<http://www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/d87c68a56bc8eb80/faa346cce8568de3/42b00af24372db5b.html>  
Προσπελάστηκε: 15/12/2012
26. Πεπτικό έλκος (έλκος στομάχου - έλκος δωδεκαδάκτυλο)  
Διαθέσιμο στο:  
<http://healthguide.gr/articleopen.php?id=6244&doctor=47&status=doctors&qury=&apo=profil&page=0>  
Προσπελάστηκε: 3/01/2013
27. Γαστρεντερικές διαταραχές  
Γιώργος Καρούτας  
Διαθέσιμο στο:  
<http://www.klinikidiatrofi.gr/GOP.html>  
Προσπελάστηκε: 22/11/2012
28. Έλκη στο στομάχι (γαστρικά) / δωδεκαδάκτυλο  
Διαθέσιμο στο:  
<http://www.iatropedia.gr/medical/malady/122>  
Προσπελάστηκε: 17/11/2012
29. Η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος  
Διαθέσιμο στο:  
<http://www.lifemag.gr/Default.aspx?id=1172&lang=1&t=6>  
Προσπελάστηκε: 12/12/2012
30. Μάθετε Για Τη Νεύρωση Στομάχου  
Βλογοσφαιρα - Ιατρικές Ειδήσεις  
Διαθέσιμο στο:  
<http://www.whatgr.com/ne/th-neyrwsh-stomaxoy.html>

Προσπελάστηκε: 12/10/2012

31. Έλκος στομάχου – δωδεκαδάκτυλου

Διαθέσιμο στο:

<http://www.palo.gr/cluster/articles/ygeia/706/?clid=3643173>

Προσπελάστηκε: 21/12/2012

32. Το ελικοβακτηρίδιο

Διαθέσιμο στο:

<http://anastasiamoschovaki1.blogspot.gr/2011/06/helicobacter-pylori.html>

Προσπελάστηκε: 11/12/2012

33. ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Διαθέσιμο στο:

<http://digitalschool.minedu.gov.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A105/321/2155,7805/>

Προσπελάστηκε: 03/01/2013

34. Γαστρίτιδα

Διαθέσιμο στο:

[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)

Προσπελάστηκε: 21/12/2012

35. Έλκος στομάχου – δωδεκαδάκτυλου

Διαθέσιμο στο:

[http://press-gr.blogspot.gr/2011/07/blog-post\\_7960.html](http://press-gr.blogspot.gr/2011/07/blog-post_7960.html)

Προσπελάστηκε: 30/11/2012

36. ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ ΕΝΑ ΣΥΧΝΟ ΝΟΣΗΜΑ

Διαθέσιμο στο:

<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/

Προσπελάστηκε: 26/12/2012'

37. Λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (*Helicobacter pylori*)

Γιώτα Καφρίτσα

Διαθέσιμο στο:

[http://www.euroclinic.gr/arthro.aspx?lang\\_id=1&article\\_id=207](http://www.euroclinic.gr/arthro.aspx?lang_id=1&article_id=207)

Προσπελάστηκε: 06/01/2013