



"ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΟ ΕΛΚΟΣ"

Υπεύθυνος καθηγητής

*Κούνης Νικόλαος Γ.
Ιατρός: Παθολόγος Καρδιολόγος.*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

Τσανέτου Α. Ιωάννα

Τσόγια Χ. Αλεξάνδρα.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ	623 B
----------------------	-------



"Η ικανότητα της αληθινής
και συστηματικής εξέτασης
(έρευνας) με την παρατήρηση
στη ζωή, είναι η μεγαλύτερη
πηγή των γνώσεών μας".

ΜΑΡΚΟΣ ΚΥΡΗΑΙΟΣ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.	5
I. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	σελ.	6
2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	σελ.	9
3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΟΡΓΑΝΟΥ.....	σελ.	10
- Κεφαλική φάση.....	σελ.	11
- Γαστρική φάση.....	σελ.	11
- Εντερική φάση.....	σελ.	12
4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.	13
5. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ.....	σελ.	15
6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.	16
7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.	18
8. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.....	σελ.	19
- Κλινική εικόνα 12δακτυλικού έλκους.....	σελ.	19
9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.	21
10. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.	23
- Διαφορική διάγνωση 12δακτυλικού έλκους.....	σελ.	24
II. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.	25
- Συντηρητική θεραπεία.....	σελ.	25
α) Ανάπαυση του ασθενούς.....	σελ.	25
β) Διαιτητική θεραπεία.....	σελ.	25
γ) Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	σελ.	27
- Χειρουργική θεραπεία έλκους.....	σελ.	31
12. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.....	σελ.	33
- Σύνδρομο DUMPING.....	σελ.	33
- Αναστομωτικό έλκος.....	σελ.	34
13. ΠΡΟΑΝΨΗ.....	σελ.	35
14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	σελ.	36
- Προβλήματα ασθενούς.....	σελ.	40
- Παρέμβαση.....	σελ.	40
- Φάση ύφεσης.....	σελ.	41
15. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ.....	σελ.	43
1) Αιμορραγία.....	σελ.	43
2) Πυλωρική στένωση.....	σελ.	44
3) Διείσδυση του έλκους.....	σελ.	44
4) Καρκινωματώδης εξαλλαγή.....	σελ.	44
5) Διάτρηση.....	σελ.	45
- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.....	σελ.	45
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.....	σελ.	48

I6. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ.....	σελ. 52
- Νοσηλευτική φροντίδα για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών.....	σελ. 53
1) Αιμορραγία.....	σελ. 53
2) SHOCK.....	σελ. 54
3) Έκσπλάχνωση.....	σελ. 54
4) Σύνδρομο DUMPING.....	σελ. 55
5) Θρόμβωση - Εμβολή.....	σελ. 55
6) Αναπνευστική ανεπάρκεια.....	σελ. 55
7) Επιπλοκές από το τραύμα.....	σελ. 55
8) Εντερική απόφραξη.....	σελ. 56
9) Λόξιγκας.....	σελ. 56
I7. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	σελ. 58
- Δίαιτα ελμοπαθών.....	σελ. 60
I8. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ.....	σελ. 62
- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ. 74
- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	σελ. 78
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	σελ. 88
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ. 89

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία είναι ένα ζωτικό και αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου ανεξάρτητα από φυλή, φύλο, ηλικία, θρησκεία, πολιτικές πεποιθήσεις και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Υγεία καλείται η πλήρης σωματική - οργανική ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου.

Όταν έχουμε διαταραχή της υγείας του ανθρώπου έχουμε και μείωση στις συνηθισμένες δραστηριότητές του, στην εκτέλεση αυτών ή στην δημιουργία ενός ωφέλιμου έργου τόσο γι' αυτό όσο και για το κοινωνικό σύνολο.

Στην ιατρική υπάρχουν πολλά προβλήματα μεγάλα ή μικρά, οξεία ή χρόνια που το καθένα έχει ξεχωριστή μορφή. Μεταξύ των μεγάλων αυτών προβλημάτων είναι και το πεπτικό έλκος, και ιδιαίτερα με την μορφή του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους, το οποίο θα εξετάσουμε παρακάτω.

Η επιλογή μας σε αυτήν την πάθηση είναι από το γεγονός ότι το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου αποτελεί ένα συχνό και οξύ πρόβλημα στην υγεία του ανθρώπου.

Βασικός σκοπός της εργασίας μας είναι να παρουσιάσουμε το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, τόσο από σωματικής φθοράς του ανθρώπου, όσο και των επιπτώσεων που συμβάλλουν στην ψυχική και κοινωνική του κατάσταση.

Παρακάτω θα γίνει προσπάθεια να παρουσιάσουμε από διάφορες στατιστικές και έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια σε διάφορα νοσοκομεία για να δείξουμε πόσο οξύ πρόβλημα αποτελεί στην υγεία του ανθρώπου.

Θα αναφερθούμε στα αίτια που προκαλούν το έλκος, τα συμπτώματα, τις επιπλοκές, τους παράγοντες που επηρεάζουν το έλκος, και είναι επιβλαβείς στην υγεία του ανθρώπου καθώς και την αντιμετώπιση της νόσου τόσο από ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς.

Επίσης πρέπει να αναφέρουμε, πως στο τρίτο μέρος της εργασίας μας θα ασχοληθούμε με την διδασκαλία του αρρώστου με διάφορες νοσηλευτικές μεθόδους, καθώς και στην πρόληψη της νόσου του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

I. ANATOMIA ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το πεπτικό σύστημα περιλαμβάνει διάφορα όργανα των οποίων η λειτουργία είναι η πέψη των τροφών. Αποτελείται από τον πεπτικό σωλήνα ή γαστρεντερικό και τους πεπτικούς αδένες. Ο πεπτικός σωλήνας έχει μήκος περίπου 9 μέτρα και αποτελείται από το στόμα, φάρυγγα, οισοφάγο, στομάχι το λεπτό και παχύ έντερο. Οι πεπτικοί αδένες περιλαμβάνουν τους σιελογόνους αδένες, το συκώτι, και το πάγκρεας.

Το στομάχι είναι κοίλο όργανο, αποτελεί την συνέχεια του οισοφάγου και βρίσκεται στο αριστερό μέρος του άνω ημιμορίου της κοιλίας, και επικοινωνεί το καρδιακό στόμιο προς τα επάνω με τον οισοφάγο και με το πυλωρικό στόμιο προς τα κάτω με το δωδεκαδάκτυλο.

Οι διαστάσεις και η χωρητικότητα του στομάχου, ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τις συνήθειες κάθε ατόμου. Από τα διάφορα τμήματα του στομάχου, μόνο ο άνω πόλος βρίσκεται σε σταθερή θέση, από το αριστερό διάφραγμα. Η χωρητικότητα του στομάχου κυμαίνεται από 500 - 2.500 GR.

Ανατομικά το στομάχι χωρίζεται:

1.- Στο θόλο που σχηματίζει ένα σάκιο πάνω και αριστερά από το καρδιακό στόμιο. Στο μέρος αυτό μαζεύεται ο αέρας του στομάχου και λέγεται και αεροθάλαμος.

2.- Στο σώμα που είναι το μέρος του στομάχου μεταξύ του θόλου και της γωνιακής εντομής.

3.- Στο άντρο του στομάχου που είναι το μέρος που περιλαμβάνεται μεταξύ της εντομής και του πυλωρικού στομίου και αποτελεί το κατώτερο το 1/4 του στομάχου. Το τελευταίο στενότερο τμήμα του άντρου λέγεται και πυλωρικός σωλήνας.

Το σχήμα του στομάχου μοιάζει με το λατινικό γράμμα J διαφέρει όμως από άτομο σε άτομο ανάλογα με το μυϊκό τόνο του τοιχώματός του.

Όπως η θέση και η μορφή εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες στα διάφορα άτομα, το ίδιο συμβαίνει και στο ίδιο άτομο σε διαφορετικές ώρες και αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως: 1) Ο τόνος του στομάχου, όπου ανάλογα με το βαθμό του μυϊκού τόνου τον διακρίνουμε σε τρεις τύπους, τον ορθοτονικό, τον υπερτονικό και τον υποτονικό στομάχο, 2) ο βαθμός

πληρότητας του στομάχου. Το περιεχόμενό του επηρεάζει τις θέσεις, τις διαστάσεις και την μορφή του. Όσο μεγαλύτερη ποσότητα τροφής λαμβάνεται, το στομάχι θα τείνει να επεκταθεί προς τα εμπρός και προς τα κάτω, 3) η στάση του ατόμου. Στην ύπτια θέση το στομάχι γίνεται βραχύτερο και ο πυλωρός αντιστοιχεί στον 9ο δεξιό πλευρικό χόνδρο.

Επί πλέον διακρίνονται δύο επιφάνειες όπως η πρόσθια και η οπίσθια.

Το στομάχι είναι πλατύ από εμπρός προς τα πίσω και έχει δύο τοιχώματα το εμπρός και το πίσω, και δύο χείλη το αριστερό που είναι το μακρύτερο και ονομάζεται μείζον τόξο και το δεξιό που είναι το πιο κοντό και ονομάζεται έλασσον τόξο.

Το μείζον τόξο συνδέεται με το εγκάρσιο κόλο, τη σπλήνα και το διάφραγμα με πτυχές του περιτοναίου που αποτελούν το γαστροκολικό, το γαστροσπληνικό και γαστροφρενικό σύνδεσμο αντιστοίχως.

Από το μείζον τόξο κρέμεται και το μείζον επίπλουον που αποτελεί την συνέχεια προς τα κάτω του γαστροκολικού συνδέσμου.

Το έλασσον επίπλουον τόξο συνδέει το έλασσον τόξο με το συκώτι γι' αυτό και ονομάζεται γαστροηρωτικός σύνδεσμος. Οι σύνδεσμοι αυτοί μαζί με τον οισοφάγο και το δωδεκαδάκτυλο στηρίζουν το στομάχι στη θέση του και στο πάνω μέρος της κοιλίας.

Στη θέση αυτή το στομάχι βρίσκεται κάτω από τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και τον αριστερό λοβό του συκωτιού, μπροστά από το πάγκρεας και πίσω από το αριστερό πλευρικό τόξο και το επιγάστριο.

Πίσω από το στομάχι βρίσκεται το αριστερό νεφρό, η σπλήνα και το αριστερό επινεφρίδιο.

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερα στρώματα τα οποία είναι από έξω προς τα μέσα.

1. Ο ορογόνος χιτώνας, το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου που καύπτει το στομάχι.

2. Ο μυϊκός χιτώνας που αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών:

- α) την έξω επιμήκη
- β) την μέση κυκλωτερή
- γ) την έσω λοξή.

3. Ο υποβλενογόνιος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό που χωρίζει τον μυϊκό χιτώνα από το βλενογόνο.

4. Ο βλενογόνος που αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο από χόρτο, και αδένες που παράγουν υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη και βλέννα. Ο βλενογόνος χιτώνας καλύπτει το κοίλο του στομάχου και εμφανίζει πτυχωτή διάταξη. Οι πτυχές εξαφανίζονται κατά την πλήρωση ή διάταση του στομάχου. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου περιγράφονται 2-3 παράλληλες πτυχές αποτελούσες την καλούμενη γαστρική οδό.

Ο λίαν διαφοροποιημένος βλενογόνος του στομάχου δεν πρέπει να συγχέεται με απλή επένδυση άλλων κοίλων οργάνων, όπως του στόματος και του οισοφάγου, διότι αυτός αντιστοιχεί προς αδενικό παρεγχυματώδες όργανο με αριθμό αδένων υπολογιζόμενο σε 35.000.000. Η σημασία όλων των μοιρών του στομάχου δεν είναι τελείως γνωστή.

Το στομάχι έχει πλούσια αιμάτωση που προέρχεται από την δεξιά και αριστερή γαστρική αρτηρία, την δεξιά και αριστερή γαστρο - επιπλοϊκή αρτηρία και τις βραχίες γαστρικές αρτηρίες.

Οι φλέβες του στομάχου αρχίζουν από τον υποεπιθηλιακό τριχοειδές δίκτυο με στελέχια τα οποία πορεύονται στο υποβλενογόνο χιτώνα και εν συνεχεία πορεύονται από του ορογόνου όπως αναστομώνονται και σχηματίζουν τις κυρίως φλέβες του οργάνου. Αυτές εκβάλουν στην πυλαία φλέβα.

Τα νεύρα του στομάχου όπως σε όλα τα όργανα της πέψης προέρχονται από το φυτικό σύστημα. Μεγάλη σημασία έχουν οι παρασυμπαθητικές ίνες που φθάνουν στο στομάχι με τα δύο πνευμονογαστρικά νεύρα και είναι υπεύθυνος για την έκκριση των γαστρικών υγρών και την κινητικότητα του στομάχου. Οι συμπαθητικές ίνες προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα και φθάνουν στο στομάχι γύρω από τις αρτηρίες.

2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Είναι το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου που ενώνει τον πυλωρό με τη νήστη. Είναι το ευρύτερο, βραχύτερο και πλέον ακίνητο τμήμα του λεπτού εντέρου.

Περιγράφονται τέσσερες (4) μοίρες (1η, 2η, 3η και 4η) που σχηματίζουν μία αγκύλη γύρω από την κεφαλή του παγκρέατος.

Το πρώτο μισό της 1ης μοίρας περιβάλλεται πλήρως από περιτόναιο και είναι σχετικά ευκίνητο. Το υπόλοιπο 12δάκτυλο προσφύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα, έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα και είναι ακίνητο.

Η πρώτη μοίρα του 12δάκτυλου βρίσκεται ~~ανάμεσα~~ στο ήπαρ, μπροστά και στο πάγκρεας πίσω. Ο βλεννογόνος της δεν έχει κυκλοτερείς πτυχές, οι οποίες εμφανίζονται αντίστοιχα προς την άνω 12δακτυλική κάμψη.

Περίπου στη μέση της 2ης μοίρας εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των δύο μεγαλύτερων εξωτοιχωματικών αδένων του πεπτικού συστήματος δηλ. ο κοινός χοληδόχος πόρος από το ήπαρ και ο μείζον παγκρεατικός πόρος από το πάγκρεας.

Το 12δάκτυλο τελειώνει μπροστά από το 2ο οσφυϊκό σπόνδυλο. Στο σημείο αυτό, κρέμεται από την σπονδυλική στήλη με το κρεμαστήριο μυ (του ΤΡΕΙΤΖ).

Πρόκειται για μια μυϊκή ταινία που προέρχεται από το διάφραγμα και καταφύεται στην άνω επιφάνεια της νησιδωδεκαδακτυλικής κάμψης. Κοντά στο διάφραγμα αποτελείται από γραμμικές μυϊκές ίνες, που βαθμιαία αντικαθίστανται από λείες όσο πλησιάζουμε προς το 12δάκτυλο.

Αγγεία και νεύρα του 12δακτύλου.

Αρτηρίες: άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική (κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας) και κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική (κλάδος της άνω μεσεντέριας).

Φλέβες: Εκβάλλουν στην σπληνική, πυλαία και την άνω μεσεντέρια φλέβα.

Νεύρα: Προέρχονται από το κοιλιακό πλέγμα.

3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΟΡΓΑΝΟΥ

Ο στόμαχος χρησιμεύει ως δέκτης των εισαγομένων από το στόμα τροφών διαφόρου είδους και ποσότητας για την τροποποίηση αυτών, με τέτοια τρόπο ώστε να γίνονται δεκτές από το λεπτό έντερο χωρίς να προκαλούν ερεθισμό αυτού και για την προπαρασκευή τους προς πλήρη πέψη και απορρόφηση.

Ο στομαχικός βλενογόνος καλύπτεται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, το οποίο παράγει βλέννα. Το επιθήλιο αυτό καταδύομενο σχηματίζει βοθρία του βλεννογόνου, μέσα στα οποία εκβάλλουν. Οι γαστρικοί αδένες, οι οποίοι ανάλογα της θέσεώς τους γιακρίνονται στους καρδιακούς και ιδίως γαστρικούς και τους πυλωρικούς, παράγουν το γαστρικό υγρό, το οποίον είναι και το δεύτερο πεπτικό υγρό με το οποίο αναμιγνύεται η προσλαμβανομένη τροφή. Αυτό περιέχει υδροχλωρικό οξύ (HCL) βλέννα και πεπτικά ένζυμα (πεψίνη, γαστρική λίπαση).

Το HCL οξύ εκρίνεται από τα καλυπτήρια κύτταρα, των οποίων το έκκριμα εμφανίζει τιμή PH 0,9 - 1,5. Το εκκρινόμενο ποσό εξαρτάται από το ολικό αριθμό των κυττάρων αυτών, ο οποίος σε ορισμένα άτομα είναι εκ γενετής μικρότερος του φυσιολογικού, ενώ σε άλλα άτομα, όπως σε κακοήθης αναιμία ελλατώνεται λόγω παθολογικού ανοσοποιητικού μηχανισμού (υποχλωρίδια).

Όταν υπάρχει μεγαλύτερη του φυσιολογικού περιεκτικότητα του γαστρικού υγρού σε HCL καλείται υπερχλωρυδρία. Μικρότερη λέγεται υποχλωρυδρία, και η απουσία HCL αχλωρυδρία.

Αχυλία λέγεται η κατάσταση κατά την οποία το γαστρικό υγρό δεν περιέχει HCL ούτε ένζυμα, και αυτό οφείλεται σε προχωρημένη ατροφία των γαστρικών αδένων.

Η παρουσία του HCL οξύ στο γαστρικό υγρό είναι απαραίτητη για την ενεργοποίηση των προτεολυτικών ενζύμων. Το σημαντικότερο ένζυμο του γαστρικού υγρού είναι η πεψίνη. Διασπά υδρολυτικούς ορισμένους μόνο πεπτιδικούς δεσμούς των λευκωμάτων της τροφής με αποτέλεσμα να μετατρέπει ένα μέρος αυτών σε πολυπεπίδια. Ο κύριος ρόλος του στομάχου είναι η αποθήκευση της τροφής η οποία προσλαμβάνεται με ρυθμό γρηγορότερο του επιτρεπομένου για την εισαγωγή αυτής στο έντερο.

Στο κενό στομάχι η έκκριση του γαστρικού υγρού είναι

ελάχιστη. Το στομάχι περιέχει μικρή ποσότητα καταποθέντος σιέλου, τα συνηθισμένο επίστρωμα βλέννης και σε ορισμένες περιπτώσεις, ελάχιστη ποσότητα ελαφρά όξινου γαστρικού υγρού.

Για την έκκριση του γαστρικού υγρού απαιτείται ερέθισμα το οποίο τελικά επιδρά στους γαστρικούς αδένες: α) με την μορφή νευρικών ώσεων του πνευμονογαστρικού, β) με την μορφή γαστρίνης, γ) με την μορφή εντερικής γαστρίνης.

Κατά την γαστρική έκκριση διακρίνονται τρεις φάσεις. 1) Την κεφαλική η οποία οφείλεται σε ερεθίσματα που δρουν στο στόμα (γευστικά, τα οποία χαρακτηρίζονται σαν ομόλογα), είτε δρουν σε άλλα αισθητήρια όργανα (οσφρητικά, ακουστικά κ.λ.π.), ενώ τα ερεθίσματα αυτά δρουν στο στομάχι διαμέσου του πνευμονογαστρικού νεύρου με γνήσια ή εξαρτώμενα αντανακλαστικά (ψυχική έκκριση). 2) Την γαστρική φάση, η οποία οφείλεται σε ερεθίσματα τα οποία δρουν στο στομάχι, τα οποία προκαλούν την έκκριση γαστρίνης και 3) την εντερική φάση, η οποία οφείλεται σε χημικά ερεθίσματα τα οποία δρουν στο εντερικό βλενογόνο και προκαλούν την έκκριση εντερικής γαστρίνης.

I) ΚΕΦΑΛΙΚΗ ΦΑΣΗ:

Κατά την επίδραση της τροφής στους ύποδοχείς γεύσεως, αποστέλλονται νευρικές ώσεις διαμέσου κεντρομόλου νευρικών ινών στον προμήκη μυελό δια του οποίου εγείρεται το κέντρο εκκρίσεως γαστρικού υγρού.

Από το κέντρο αποστέλλονται νευρικές ώσεις με φυγόκεντρες ίνες του πνευμονογαστρικού οι οποίες επιδρούν στα παρασυμπαθητικά γάγλια. Από εκεί ξεκινούν μεταγαγγλιακές ίνες οι οποίες νευρώνουν τα καλυπτήρια και θεμέλια κύτταρα.

Το κέντρο εκκρίσεως γαστρικού υγρού στο προμήκη διεγείρεται και με ώσεις προερχόμενες από τον φλοιό του εγκεφάλου. Η διάρκεια της κεφαλικής φάσης είναι 30 - 60 MIN, καταργείται με ατροπίνη καθώς και κατόπιν διατομής του πνευμονογαστρικού (βαγοτομή).

2) ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΦΑΣΗ:

Μετά την είσοδο της τροφής στο στομάχι αρχίζει η επίδραση άλλων ερεθισμάτων όπως: α) Η διάταση του στομάχου ενεργοποιεί τα σεοϋποδοχές του τοιχώματος, από τους οποίους αποστέλλονται

νευρικές ώσεις με κεντρομόλες ίνες. β) Τα προϊόντα μερικής διασπάσεως των λευκωμάτων (πολυπεπτίδια) ενεργοποιούν χημειοϋποδοχείς και τασεοϋποδοχείς από τους οποίους προκαλείται αντανάκλαστικά, διέγερση των κυττάρων G, από τα οποία εκκρίνεται η γαστρίνη. Χημικά είναι πολυπεπτίδιο που αποτελείται από 34 αμινοξέα, ενώ μετατρέπεται σε 17 πεπτίδια εμφανίζοντας δύο μορφές: την γαστρίνη I και γαστρίνη II. Η γαστρίνη κυκλοφορεί μέσω του αίματος επιδρά στους γαστρικούς αδένες και προκαλεί την έκκριση γαστρικού υγρού.

3) ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ:

Κατά την επίδραση των προϊόντων της πέψης στον βλενογόνο του δωδεκαδακτύλου και τις νήστιδος εκκρίνεται προς το αίμα η εντερική γαστρίνη, η οποία διεγείρει τους γαστρικούς αδένες. Όταν η τιμή του ΡΗ του περιεχομένου του στομάχου κατέλθει σε 3 έως 2 αναστέλλεται η παραγωγή γαστρίνης. Διάφορες ορμόνες όπως η εντερογαστρόνη η γλυκαγόνη επιδρούν ανασταλτικά στην γαστρική έκκριση.

4. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο παθογενετικός μηχανισμός του πεπτικού έλκους δεν έχει ακόμη καθορισθεί επακριβώς. Όσες υποθέσεις και θεωρίες διατυπώθηκαν κατά καιρούς καμιά δεν μπορεί να δώσει ικανοποιητικές εξηγήσεις και απαντήσεις σε ερωτήματα τα οποία γεννιώνται όσο αφορά την παθογένεια του έλκους. Όπως ξέρουμε έλκος είναι μια περιγεγραμμένη εξέλκωση του βλενογόνου και του υποβλενογόνιου χιτώνα του στομάχου που εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος. Έλκος αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει την βλενογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλενογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας κυστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλένης. Όσο αφορά την αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή. Η γαστρική υπερέκκριση δεν είναι ο μόνος παράγοντας ο οποίος ερμηνεύει την δημιουργία του.

Οι ασθενείς με έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου εκκρίνουν διπλάσια ποσότητα υδροχλωρικού οξέος. Η υπερέκκριση κατόπιν προκλήσεως, οφείλεται σε μεγαλύτερο αριθμό τοιχωματικών κυττάρων. Άλλος παράγοντας ενοχοποιήσεως του πεπτικού έλκους είναι η μείωση της τοπικής αντίστασης του βλενογόνου, η οποία αποδίδεται σε ανεπαρκή κυκλοφορία, σε προϋπάρχουσα φλεγμονή, σε ανεπαρκή ανανέωση των κυττάρων και σε άλλα αίτια.

Άλλοι παράγοντες ενοχοποιήσεως είναι:

1) Παθολογική κινητικότητα. Σε ασθενείς με έλκος δωδεκαδακτύλου ανευρέθη ταχύτερη κένωση του στομάχου με αποτέλεσμα μεγαλύτερη οξύτητα στο δωδεκαδάκτυλο.

2) Επαγγελματικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Επίσης η υπογλυκαιμία προκαλεί διέγερση της γαστρικής εκκρίσεως διαμέσου του πνευμονογαστρικού νεύρου. Η υπογλυκαιμία μετά την διατομή των πνευμονογαστρικών, για έλεγχο της πληρότητας της βαγοτομής, στελεχιαίας. Διαμέσου της διατομής του πνευμονογαστρικού κοντά στο στομάχι καταργείται η έκκριση των τοιχωματικών κυττάρων του σώματος του στομάχου. Μετά την συλλογή της γαστρικής εκκρίσεως, χορηγείται ενδοφλεβίως κρυσταλλική ινσουλίνη με δόση 0,1 - 0,2 μου/KG και δε συλλέγεται γαστρικό υγρό 2 ώρες.

Πάντως οι απαντήσεις πολλών ερευνητών με το θέμα αυτό συμφωνούν ότι για να προκύψει έλκος πρέπει η πεπτική ικανότητα του γαστρικού υγρού, η περιεκτικότητα δηλαδή σε πεψίνη και υδροχλωρικό οξύ να είναι αυξημένη και η προς αυτοπεψία αντίσταση του γαστροδωδεκαδακτυλικού βλενογόνου να έχει ελαττωθεί.

Σε φυσιολογικές συνθήκες υπάρχουν στο στομάχι ουσίες και παράγοντες που τείνουν να προκαλέσουν διάβρωση του βλενογόνου και επομένως σχηματισμό έλκους.

5. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Το πεπτικό έλκος είναι συνήθως στρογγυλό ή ωοειδές έλλειμμα μεγέθους φακής. Έχει συνήθως διάμετρο 1,5 - 2 CM άλλοτε και μεγαλύτερη μέχρι 4 - 6 CM.

Το βάθος του ποικίλλει και κυμαίνεται από 10 - 20 MM. Αυτό σημαίνει ότι ποικίλλει από την απλή επιπολή διάβρωση που αφορά μόνο το βλενογόνο, μέχρι την βαθιά εξέλκωση διηθούσα μέχρι τον υποβλεννογόνιο, τον μυϊκό ή και του ορογόνου χιτώνα. Σπανίως το βάθος του έλκους είναι τόσο ώστε η βάση να σχηματίζεται σε φλεγμονώδες συνδετικό ιστό ή και από παρακείμενα όργανα (πάγκρεας, χοληδόχου κύστεως, ήπαρ).

Κατά τις φάσεις ηρεμίας το έλκος έχει τάση για επούλωση διαμέσου αναπτύξεως συνδετικού ιστού, ενώ σε περίοδο παροξυσμού έχει τάση προς επέκταση. Το έλκος του στομάχου δεν συνοδεύεται από υπερχλωρύδρια. Αντίθετα όμως η έκκριση του υδροχλωρικού οξέος βρίσκεται μέσα σε φυσιολογικά όρια.

Είναι αξιοσημείωτο να πούμε ότι αν η διάβρωση των διαφόρων χιτώνων του στομάχου γίνει βαθμιαίως σε χρόνιο εξελισσόμενο έλκος, είναι δυνατόν λόγω των δημιουργημένων συμφύσεων να γίνει διάτρηση του έλκους χωρίς να επέλθει επικοινωνία της κοιλότητας του δωδεκαδακτύλου ή του στομάχου και έγχυση του περιεχομένου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα (περιγεγραμμένη διάτρηση).

Εάν όμως η εν τω βάθει ανάπτυξη του έλκους γίνει οξεία πριν ή προφθάσει να αναπτυχθεί αντιδραστική φλεγμονή και δημιουργία συμφύσεων, τότε είναι δυνατόν να γίνει διάτρηση προς την ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα και να προέλθει οξεία περιτονίτιδα.

Όπως αναφέραμε και πιο πάνω ότι το έλκος του δωδεκαδακτύλου εντοπίζεται στην αρχική του μοίρα τον βολβό.

Σπανίως η εντοπισή του γίνεται και σε άλλες μοίρες του δωδεκαδακτύλου. Η συνηθισμένη διάμετρος του δωδεκαδακτυλικού έλκους είναι 2 - 10 MM. Σε σχέση με το έλκος του στομάχου είναι αβαθέστερο αλλά έχει όμοιος παθολογοανατομικούς χαρακτήρες. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη συνοδεύονται από υπερέκριση και υπερχλωρύδρια.

6. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Τα σημεία τα οποία πρέπει να τονίσουμε στην παθολογική φυσιολογία του στομάχου είναι:

- α) Η φυσιολογία της γαστρικής εκκρίσεως
- β) Η φυσιολογία της γαστρικής κινητικότητας και
- γ) Ο μηχανισμός γαστρικής κενώσεως.

Οι διαταραχές της εκκρίσεως του γαστρικού υγρού στο γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος προκαλούνται από παρεκλήσεις στο ποσό της παραγωγής και στο βαθμό οξύτητας.

Η κανονική έκκριση του γαστρικού υγρού, κυμαίνεται περίπου τα 1 - 1,5 λίτρα ανά 24ωρον όταν βρίσκεται το άτομο σε κατάσταση νηστείας και σε 2,5 λίτρα στον χρόνον και κανονική διατροφή.

Όταν η ποσότητα εκκρίσεως είναι αυξημένη περισσότερο από τα ποσά αυτά τότε έχουμε υπερέκκριση η οποία προκαλεί το έλκος, με συνέπεια αύξηση του (HCL) υδροχλωρικού οξέως οπότε έχουμε υπερχλωρυδία.

Στην περίπτωση της υπερσθενικής γαστρικής διαθέσεως, παράγεται λιγότερη βλέννη. Η έλλειψη της βλέννης μειώνει την αντίσταση του γαστρικού βλενογόνου ως προς την αυτοπεψία του από το όξινο περιεχόμενό του στομάχου, ενώ επέρχεται και το έλκος του δωδεκαδακτύλου λόγω της γρήγορης διάβασης του περιεχομένου στο έντερο.

Εκτός από την υπεροξύτητα του γαστρικού υγρού έχουμε σε αντίθετη περίπτωση την υποχλωρυδρία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις έχουμε έλλειψη παραγωγής υδροχλωρικού οξέως οπότε έχουμε αχλωρυδρία και αχυλία.

Αχλωρυδρία χαρακτηρίζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία έχουμε τέλεια έλλειψη ελεύθερου HCL, παρότι έχουμε διατήρηση έκκρισης ύδατος και πεψιγόνου. Επίσης αχυλία χαρακτηρίζεται η κατάσταση κατά την οποία έχουμε τέλεια έλλειψη HCL, που συνοδεύεται από έλλειψη έκκρισης ύδατος και πεψιγογόνου.

Οι διαταραχές της γαστρικής εκκρίσεως στο έλκος μπορεί να οφείλονται, στο μηχανισμό νεύρωσης του στομάχου, καθώς και σε λήψη ορισμένων φαρμάκων ή ουσιών, όπως μορφίνη, οινόπνευμα, ινσουλίνη, δακτυλίτιδα, επίσης και η νικοτίνη που οφείλεται

στο κάπνισμα.

Όσον αφορά την κινητικότητα του στομάχου πρέπει να τονίσουμε την περισταλτική λειτουργία του.

Η υπερπερισταλτικότητα παρατηρείται κυρίως στην επιπλοκή έλκους όπως στην στένωση του πυλωρού ή του δωδεκαδακτύλου.

Ελάττωση της περισταλτικότητας (υποπερισταλτικότητα) συναντάται σε υποτονικό ή ατονικό στομάχι σε καχεκτικά άτομα.

Σχετικά με τον μηχανισμό της γαστρικής κενώσεως, ξέρουμε ότι ο χρόνος εκκενώσεως του στομάχου επιτελείται φυσιολογικά σε ομαλές συνθήκες, μέσα σε 3 - 4 ώρες.

Διαταραχές επί του χρόνου εκκενώσεως του στομάχου οι οποίες αφορούν την επιμήκυνσή του, παρατηρούνται σε περιόδους έντονης ψυχικής διαθέσεως.

Παθολογικές διαταραχές που αφορούν το έλκος, αναφέρονται σε επιβράδυνση κυρίως της εκκένωσης και εντοπίζεται σε πυλωρική στένωση. Μετά από υπερτροφία του μυϊκού χιτώνα, επέρχεται διάταση του στομάχου και μπορεί να μείνει υπόλλειμα στο στομάχι επί 6, 12, 24 ή και περισσότερες ώρες. Αντίθετα η εκκένωση του στομάχου επιβραδύνεται κατά την αχυλία με αυξημένη περισταλτικότητα και ανοικτό πυλωρό.

Σημαντικότερες διαταραχές είναι εκείνες της γαστρικής έκκρισης για αυτό και καταφεύγουμε στην λήψη γαστρικού υγρού.

7. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας μας η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή με ακρίβεια.

Φαίνεται όμως ότι το έλκος δημιουργείται λόγω αδυναμίας περιοχών του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου να αντιστέκονται στην επίδραση του γαστρικού υγρού.

Επίσης η διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος (αυξημένη δράση του πνευμονογαστρικού νεύρου) παίζει σημαντικό ρόλο στην έκκριση υδροχλωρικού οξέως και πεψίνης.

Η ιστοαμίνη αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλει στην έκκριση του υδροχλωρικού οξέως.

Στην αιτιολογία του έλκους αναφέρονται ως αίτια η αλλεργία, η κληρονομική επιβάρυνση, όπως και διάφορες ψυχονευρωτικές καταστάσεις.

Υπάρχουν και διάφοροι προδιαθεσιακοί παράγοντες για την δημιουργία του έλκους όπως είναι:

Οι συγκινησεις.

Το άγχος.

Οι απογοητεύσεις ή το STRESS.

Μερικά φάρμακα όπως είναι:

Η κορτιζόνη.

Η ασπιρίνη.

Η ιντομεθαζίνη.

Το κάπνισμα.

Υπερβολική λήψη οινοπνευματωδών ποτών.

Ο καφές.

Κακές διαιτητικές συνήθειες, τα μεγάλα χρονικά διαστήματα μεταξύ των γευμάτων ή τα ακατάστατα γεύματα εκθέτουν το βλεννογόνο του στομάχου στην μακροχρόνια επίδραση του γαστρικού υγρού. Γενικά είναι νόσος που οφείλεται στην ιδιοσυγκρασία και ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος.

8. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η συμπτωματολογία της κλινικής εικόνας του έλκους ποικίλει από άτομο σε άτομο εξαρτώμενη από την εντόπιση, το μέγεθος και την διάρκεια του έλκους.

Το κύριο σύμπτωμα του γαστρικού έλκους είναι το άλγος το οποίο εντοπίζεται συνήθως κατά το επιγάστριο στο μέσο ή αριστερά της μέσης γραμμής, οπισθοστερνικώς ή με αντανάκλαση προς την ράχη.

Το άλγος επέρχεται συνήθως 30 λεπτά μετά την λήψη τροφής, νωρίτερα σε παρακαρδιακά έλκη και βραδύτερα σε προπυλωρικά. Η ένταση του άλγους εμφανίζει διακυμάνσεις και εποχιακές εξάρσεις. Η περιοδικότητα των ενοχλημάτων είναι λιγότερο εμφανής παρότι σε έλκη του δωδεκαδακτύλου.

Ο ασθενής αναφέρει όξινους ερυγές, τροφώδεις εμέτους, μετεώριο καύσωνα, οπισθοστερνικό και δυσκοιλιότητα.

Οι περίοδοι των ενοχλημάτων εμφανίζονται κατά την Άνοιξη ή το Φθινόπωρο χωρίς να αποκλείονται και άλλες εποχές.

Σε περίπτωση έλκους του οισοφάγου και του καρδιακού στομίου ο πόνος εκδηλώνεται κατά την λήψη τροφής. Η κλινική εξέταση είναι συχνά αρνητική. Κατά τη διάρκεια του παροξυσμού παρατηρείται ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου.

Κλινική εικόνα 12δακτυλικού έλκους.

Το σημαντικότερο, στη κλινική εικόνα του έλκους 12δακτύλου είναι η ανακάλυψη της τυπικής ακολουθίας πόνος - τροφή - ανακούφιση.

Διάφορα μη ειδικά συμπτώματα, όπως το αίσθημα του καύσου, οι ερυγές, η δυσανεξία, ορισμένων τροφών και η ακαθόριστη κοιλιακή δυσφορία αποτελούν συνηθισμένα συμπτώματα στο γενικό πληθυσμό.

Η τυπική περιοδικότητα της ανακούφισης του πόνου με την λήψη τροφής ή αλκαλικών είναι συνήθως ωφέλιμη για τον αποκλεισμό άλλων νόσων.

Η παρουσία νυκτερινού πόνου και η απουσία του νωρίς το

πρωτῶν αποτελούν επίσης διαγνωστικά χαρακτηριστικά.

Ο έμετος δεν είναι συχνό σύμπτωμα του Ι2δακτυλικού έλκους εκτός αν ο πόνος είναι έντονος ή το έλκος εντοπίζεται στον πυλωρό οπότε επειδή υπάρχει φλεγμονή που τη συνοδεύει σπασμός αποφράσσεται το πυλωρικό στόμιο και προκαλείται στη συνέχεια έμετος.

Ο πόνος είναι σταθερός, δηκτικός καυσώδης ή παίρνει τη μορφή "πόνου πείνης" εντοπίζεται δε ψηλά στο επιγάστριο ή λίγο αριστερά ή δεξιά της μέσης γραμμής, ιδιαίτερα δεξιά.

Ο πόνος αρχίζει 2 ή 2 1/2¹/₂ μετά τα γεύματα, ή μπορεί να ξυπνήσει τον ασθενή ανάμεσα στο μεσονύκτιο και τις 3π.μ. αλλά, για άγνωστους λόγους δεν υπάρχει ποτέ στην αφύπνιση πριν από το πρόγευμα.

Ο οπισθοστερνικός καύσος είναι πολύ συχνός καθώς και οι όξινες ερυγές. Η όρεξη είναι καλή, ενώ η αύξηση του βάρους είναι συνήθης γιατί αυτοί οι άρρωστοί τρώνε συχνά για να ανακουφισθούν από τον πόνο.

Η αιμοραγία ή η διάτρηση αποτελούν συχνά την αρχική εκδήλωση.

Έλκη στη 2η μοίρα του Ι2δάκτυλου ή στο πυλωρικό σωλήνα μπορεί να εμφανίσουν ασυνήθεις χαρακτήρες του πόνου ή δε εναλλαγή πόνο - λήψη τροφής - ανακούφιση είναι λιγότερο συχνή.

Επίσης συχνά προκαλείται ναυτία, έμετος, ανορεξία, απώλεια βάρους και κράμπες λίγη ώρα μετά το φαγητό, δυσανεξία σε διάφορες τροφές οι οποίες προκαλούν επιδείνωση της νόσου.

9. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του γαστρικού έλκους θα στηριχθεί τόσο στην κλινική εικόνα του ασθενή, όσο και στην εργαστηριακή διερεύνηση.

Πρώτα από όλα θα πρέπει να προσέξουμε τα ιστορικά του ασθενή, διότι μόνο με την εξέταση του ασθενή δεν επιτυχαίνουμε στην ανεύρεση πολλών πραγμάτων. Έτσι η λεπτομερής λήψη του ιστορικού του ασθενή, τους χαρακτήρες του άλγους, καθώς και τα συμπτώματα βοηθούν στην διάγνωση.

Η διάγνωση του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους γίνεται με τις εξής εργαστηριακές εξετάσεις:

α) Ακτινολογική εξέταση. Είναι η σπουδαιότερη διαγνωστική μέθοδος του γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Στο έλκος στομάχου μετά από λήψη βαριούχου γεύματος αναζητείται η κρύπτη η οποία σχηματίζεται μέσα στον κρατήρα του έλκους. Η κρύπτη ανευρίσκεται περίπου στο 90% των περιπτώσεων γαστρικού έλκους. Επίσης αναζητούνται δευτερεύοντα ακτινολογικά σημεία όπως η σπαστική εντομή στο μείζον τόξο, η αλλοίωση των περισταλτικών κινήσεων, η εντοπισμένη ευαισθησία κατά την εξέταση.

β) Γαστροσκόπηση. Με την γαστροσκόπηση η οποία θεωρείται αναγκαία επιτυγχάνεται η έρευνα ολόκληρου του γαστρικού τοιχώματος. Ελέγχεται η μορφή του έλκους, ο πυθμένας (χρώμα, καθαρότητα), το μέγεθος, ο βλεννογόνος, καθώς και οι βλεννογόνιες πτυχές.

Ενδείξεις της γαστροσκόπησης είναι όταν: 1) Σε γαστρικό έλκος υπάρχουν ακτινολογικές ενδείξεις ότι μπορεί να είναι κακοήθης, 2) σε περιπτώσεις που το άντρο του στομάχου εμφανίζεται στενωμένο και μη εκπτυσσόμενο.

Αντένδειξη της γαστροσκόπησης είναι οι κίρσοι οισοφάγου, το ανεύρυσμα της αορτής η περιτονίτιδα, το διατρηθέν πεπτικό έλκος. Γίνεται συνδυασμός ακτινολογικού ελέγχου και γαστροσκόπηση μετά βιοψίας.

γ) Γαστροφωτογράφιση. Αφορά την φωτόγράφιση του βλεννογόνου του στομάχου με ειδικές φωτογραφικές συσκευές.

δ) Ανάλυση γαστρικού υγρού. Η εξέταση αυτή γίνεται για

τον καθορισμό της περιεκτικότητας του στομάχου να παράγει υδροχλωρικό οξύ (HCL).

Για την εξέταση αυτή αναφέρονται τα ακόλουθα στοιχεία, Πρώτα πρέπει να τονίσουμε πως παίρνεται η εξέταση αυτή. Το δείγμα του γαστρικού και δωδεκαδακτυλικού υγρού παίρνεται με εισαγωγή σωλήνα LEVIN ή BINHORN από τη μύτη μέσα στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως η λήψη να γίνει και από τους εμέτους του ασθενή. Σε περίπτωση αύξησης του υδροχλωρικού οξέος έχουμε υπερχλωρυδρία που την συναντούμε σε αρρώστους με έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου. Καθώς την υποχλωρυδρία ελάττωση δηλαδή του υδροχλωρικού οξέος την συναντούμε σε καρκίνο στομάχου, ατροφική γαστρία, χρόνια αλκοολισμός.

Ο σωλήνας LEVIN μπαίνει από την μύτη στο στομάχι και από το ελεύθερο άκρο του με σύριγγα γίνεται αναρόφηση γαστρικού υγρού. Φυσιολογικά μετά την εισαγωγή του σωλήνα στο στομάχι και την αναρόφηση του γαστρικού περιεχομένου κάθε 15' το ποσό του εκκρινόμενου γαστρικού περιεχομένου είναι 60 - 80 κ.εκ. μέσα σε 1 ώρα. Μετά από υποδόρια ένεση ισταμίνης 0,5 MG το ποσό αυτό μέσα σε μία ώρα αυξάνεται στα 120 - 180 κ.εκ.

Η πιθανότητα εμφάνισης SHOCK μετά την ένεση ισταμίνης επιβάλλει να έχουμε υπόψη τα παρακάτω:

Η ισταμίνη γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού.

Απαιτείται συχνή και στενή παρακολούθηση του ασθενούς για συμπτώματα SHOCK.

Απαραίτητα να υπάρχει έτοιμη ένεση SUDO - CORTEF για άμεση χρήση σε περίπτωση SHOCK.

Για την συλλογή δείγματος δωδεκαδακτυλικού υγρού αφού καθετηριαστεί το στομάχι, προωθείται ο σωλήνας στον δωδεκαδάκτυλο από όπου παίρνουμε χολή Α. Κατόπιν μετά από έγχυση 20 κ.εκ. διαλύματος θειϊκής μαγνησίας 20% παίρνουμε την σκοτεινόχρωμη και πηκτή χολή Β.

Έτσι μετά την λήψη των αναγκαίων δειγμάτων γίνεται καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας του αρρώστου.

ΙΟ. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση του έλκους του στομάχου, αφορά τον διαχωρισμό μεταξύ καλοήθους γαστρικού έλκους και ελκώδους καρκίνου του στομάχου.

Η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί επάνω σε κλινικά, εργαστηριακά κριτήρια καθώς και στην κυτταρολογική εξέταση.

A. Κλινικά κριτήρια.

α) Η ηλικία του ασθενή. Τα έλκη εμφανίζονται σε άτομα μέσης ηλικίας, 45 - 55, ενώ ο καρκίνος σε ηλικιωμένους.

β) Η περιοδικότητα των ενοχλημάτων. Στο έλκος είναι αρκετά σαφής ενώ στο καρκίνο όχι.

γ) Η διάρκεια των ενοχλημάτων. Μεγάλη στο έλκος, μικρή στον καρκίνο.

δ) Η απώλεια της ορέξεως. Στα έλκη η απώλεια της ορέξεως εμφανίζεται πολύ σπάνια, ενώ στον καρκίνο αρκετά συνηθισμένη.

B. Εργαστηριακά κριτήρια.

α) Ακτινολογικά κριτήρια.

Η εντόπιση του έλκους. Τα έλκη εντοπίζονται στην κάθετη μοίρα και στην γωνιακή εντομή του ελάσσονος τόξου.

Το μέγεθος της κρύπτης.

Η μορφολογία της κρύπτης.

Οι διαστάσεις της κρύπτης σμικρύνονται κατόπιν συντηρητικής θεραπείας στο έλκος, ενώ στον καρκίνο είναι αναλλοίωτες.

Ο επιμήκης άξονας είναι κάθετος προς τον άξονα του στομάχου, ενώ στον ελκώδη καρκίνο παράλληλος.

β) Γαστροσκοπικά κριτήρια.

Σε καλοήθες έλκος ο πυθμένας είναι καθαρός, ο βλεννογόνος οι πτυχές συγκλίνουν προς το έλκος. Ενώ στον ελκώδη καρκίνο ο πυθμένας είναι ακάθαρτος, τα χείλη ανώμαλα και εύκολα αιμοραγούν.

Γ. Κυτταρολογική εξέταση.

Η κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού αποδεικνύει την ύπαρξη άτυπων κυττάρων στο 95% περιπτώσεων ελκώδη καρκίνου.

Άλλες παθήσεις προς τις οποίες γίνεται διαφορική διάγνωση του γαστρικού έλκους είναι:

- 1) Η γαστρίτιδα.
- 2) Η οισοφαγίτιδα: προκαλεί πόνο με τη λήψη της τροφής.
- 3) Διαφραγματοκήλη. Η διαφορική διάγνωση πρέπει να στηρίζεται στη λεπτομερή λήψη του ιστορικού, την προσεκτική εξέταση του ασθενή και την εργαστηριακή έρευνα.

Διαφορική διάγνωση του Ι2δακτυλικού έλκους.

Ο κατώτερος οισοφάγος, ο στόμαχος, το Ι2δάκτυλο, το χολικό δένδρο και το πάγκρεας, κατάγονται από το εμβρυϊκό αρχέγονο έντερο (πρόσθιο έντερο).

Η νεύρωση αυτών των οργάνων είναι παρόμοια και το σύνολο των οργάνων αυτών επιτελεί απλή και ολοκληρωμένη λειτουργία: τη μεταφορά και τη πέψη των τροφών.

Η πάθηση ενός οργάνου μπορεί να επηρεάσει τα άλλα π.χ. το Ι2δακτυλικό έλκος συχνά συνυπάρχει με την εξ αναγωγής οισοφαγίτιδα. Οι παθήσεις 2 οργάνων δυνατόν να εμφανίζονται ταυτόχρονα π.χ. Ι2δακτυλικό έλκος και χολύλιθοι.

Η ανατομική γειτνίαση ενός οργάνου μ' ένα άλλο επιτρέπει την επέκταση της παθολογικής διεργασίας σ' άλλα όργανα.

II. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η θεραπεία του πάσχοντος του έλκους εφόσον η διαταραχή οφείλεται σε ιδιοσυστατική βάση οφείλει να συνίσταται όχι μόνο σε τυπικά μέτρα αλλά ουσιαστικά σε γενική θεραπευτική αγωγή. Τα σπουδαιότερα βασικά μέτρα της γενικής θεραπευτικής αγωγής είναι: Ανάπαυση στο κρεβάτι, νευρική χάλαση, φαρμακευτική δίαιτα, καταπολέμηση ψυχικών καταστάσεων και ίσως ακόμα και θεραπεία της υπεροξύτητας.

Σκοπός της αγωγής δεν πρέπει να είναι μόνο ο παραμερισμός του έλκους αλλά και η πρόληψη υποτροπής διαμέσου μιας διαρκούς θεραπείας.

Η ίαση του έλκους μπορεί να επέλθει αυτόματα με συντηρητική αγωγή, εάν όμως τα συμπτώματα είναι τόσο έντονα ώστε να παρεμποδίζουν την ομαλή ζωή του ασθενούς, συνίσταται η χειρουργική θεραπεία.

Η συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνει:

α) Ανάπαυση του ασθενούς.

Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται η μείωση των παραγόντων που συμβάλλουν στην δημιουργία και την επιδείνωση του έλκους, που αυτό κατορθώνεται με την ενίσχυση του ασθενούς να παραμείνει στο κρεβάτι.

β) Διαιτητική θεραπεία.

Πρέπει ταυτόχρονα με την ανάπαυση να τηρείται ειδική δίαιτα. Η δίαιτα βασίζεται σε διάφορες αρχές όπως: Η τροφή πρέπει να μπορεί να εξουδετερώσει το οξύ και να μην είναι ερεθιστική. Εξουδετέρωση του οξέως. Η διαιτητική αυτή θεραπεία αρχίζει με γάλα και κρέμες κάθε μιά ώρα περίπου και αποβλέπει στην εξουδετέρωση του ελεύθερου γαστρικού οξέως από τις πρωτεΐνες του γάλακτος και στην καταστολή της εκκρίσεως του γαστρικού υγρού από τις κρέμες, που κατευνάζουν το έλκος με την επάλλειψη που κάνουν στο στομάχι. Σιγά - σιγά προσθέτουμε μαλακή τροφή σε χρονικά διαστήματα έτσι ώστε να υπάρχει πάντα μια ποσότητα στο στομάχι όλες τις ώρες, για να αναμιγνύεται με το οξύ και να εμποδίζει την διαβρωτική του ικανότητα πάνω στο έλκος.

Τέτοιες τροφές είναι φρυγανιές, ξηρά μπισκότα, αυγό, ελαφριά τυριά, κομποστες, φρούτα, λαχανικά.

Συνιστάται στον ασθενή να παίρνει την τροφή του σε τακτικά χρονικά διαστήματα και σε μικρά γεύματα γιατί ανακουφίζει από τα συμπτώματα του έλκους.

Οι μη ερεθιστικές τροφές αποσκοπούν στην αποφυγή χημικού, μηχανικού, θερμικού ερεθισμού.

1) Χημικός ερεθισμός.

Να αποφεύγονται τροφές που ερεθίζουν τον βλεννογόνο για την έκκριση γαστρικού υγρού όπως είναι: Καρυκευμένες τροφές, εκχυλίσματα κρέατος, καφές, αλκοόλη, τηγανιτές τροφές.

2) Μηχανικός ερεθισμός.

Πρέπει να αποφεύγονται τροφές που είναι διαβρωτικές πάνω στο έλκος όπως φρούτα που έχουν ίνες και λαχανικά, τροφές που παράγουν αέρια ή πολύ αρωματισμένες τροφές.

3) Θερμικός ερεθισμός.

Πρέπει να αποφεύγεται πολύ ζεστή ή κρύα τροφή που είναι δυνατόν να ερεθίζει την βλάβη του βλεννογόνου με την επίδρασή της στα αιμοφόρα αγγεία.

Μετά την χορήγηση κάθε ώρα μόνο γάλακτος και κρέμας η δίαιτα προοδευτικά αυξάνεται καθώς επουλώνεται το έλκος. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται γάλα και αντιόξινα σε ένα εναλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά και ανάμεσά του ένα μικρό πριν τον ύπνο.

Αυστηρή δίαιτα νοσοκομείου.

Χορηγούνται τρία γεύματα μικρά που αποτελούνται από υγρά, μαλακά και φτωχά σε στερεό υπόλλειμα τρόφιμα. Το κρέας αποφεύγεται και επιτρέπονται χυλός, χυμός φρούτων και λαχανικών, πουρές.

Επιτρέπονται:

- α) Κρέας και υποκατάστατα, όπως φρέσκια μυζήθρα, βούτυρο.
- β) Γάλα και κρέμες.
- γ) Σούπες με λιωμένα χορταρικά.
- δ) Γλυκά εκτός αυτών που πρέπει να αποφεύγονται.

ε) Ψωμί και άλλα δημητριακά φτιαγμένα με άσπρο αλεύρι.

ζ) Ποτά και ροφήματα, όπως καφές χωρίς καφεΐνη και ροφήματα που περιέχουν δημητριακούς καρπούς.

Αποφεύγονται:

α) Τηγανητά

β) Κρέας, ψάρι, κότα ή τυρί εκτός της φρέσκιας μυζήθρας.

γ) Χορταρικά όλα εκτός αυτών που επιτρέπονται.

δ) Λίπη, μπέικον, ξηροί καρποί.

ε) Γλυκά, όπως μαρμελάδα, γλυκά του κουταλιού.

ζ) Διάφορα, όπως πικάντικα φαγητά, σάλτσες, τουρσιά.

Βασικές αρχές της ρυθμίσεως δίαιτας με ελεύθερη διατροφή είναι ότι πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη όχι μόνο το έλκος ξεχωριστά αλλά τον ίδιο τον ελκοπαθή.

Καταρχήν ο ασθενής πρέπει να θεωρείται σαν άτομο στην θεραπεία του. Από το ιστορικό θα δούμε τις καθημερινές του δραστηριότητες, συνήθειες, αντιδράσεις στις τροφές και την ανεκτικότητα του σ' αυτές. Η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το έλκος επηρεάζει το πρόγραμμα διαίτης. Σε περιόδους παροξύνσεως του έλκους χρειάζεται πιο δραστηική θεραπεία.

Όταν περάσει ο πόνος η χορήγηση των τροφών θα είναι πιο ελεύθερη σύμφωνα με την ανεκτικότητα και επιθυμία του αρρώστου, χρησιμοποιώντας μία ποικιλία τροφών.

Στα διαστήματα ηρεμίας αυτού, όταν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός και για μελλοντική προφύλαξη τότε κανονίζει και προσαρμόζει με λογική περισσότερο επιλογή, την τροφή του και υιοθετεί συνήθεια όπως τα κανονικά, τακτικά και μη βιαστικά γεύματα.

γ) Φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Τα φάρμακα τα οποία χορηγούμε είναι: τα αντιόξινα, οι ανταγωνιστές των Η - υποδοχέων της ισταμίνης, τα αντιχοληλεργικά, η καρβενoxολόνη και άλλα.

I. Αντιόξινα.

Υπάρχουν πολλά είδη αντιόξινων φαρμάκων όπως το ALDROX, PERSAMAR, GELUSIO, SIMECO και άλλα. Χορηγούνται μη αποροφούμενα όπως το υδροξείδιο του αργιλίου ή μαγνησίου και

το τριπυριτικό μαγνήσιο. Το γάλα δεν είναι τόσο ικανοποιητικό αντιόξινο. Αυτό διεγείρει την έκκριση οξέως, λόγω της μεγάλης περιεκτικότητάς του σε πρωτεΐνες και ασβέστιο. Τα διάφορα διαλύματα αντιόξινων φαρμάκων, χορηγούνται κατά 30ml μιά και τρεις ώρες μετά το φαγητό.

Ορισμένα από τα αντιόξινα προκαλούν δυσκοιλιότητα όπως το ανθρακικό ασβέστιο, και το υδροξείδιο του Αλουμινίου (AMPHOGEL) ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου (MAALOX) μπορεί να προκαλέσουν διάρροια. Αντιόξινα που είναι συνδυασμός αυτών των ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές. Τα σκευάσματα αυτά είναι: το GELUSIL και το DELCID.

Από τα πιο εν χρήση αναφέρονται.

- ALUDROX: Περιέχει $Al(OH)_3 + Mg(OH)_2$. 28,5 Ml του διαλύματος εξουδετερώνουν 8 mlg οξέος.
- MAALOX: Περιέχει $Al(OH)_3 + Mg(OH)_2$ σε συνδυασμό με τριπυριτικό νάτριο - 31 Ml του διαλύματος εξουδετερώνουν 80 mlg οξέος.
- GELUSID M: τα ίδια όπως το MAALOX 35,9 Ml του διαλύματος εξουδετερώνουν 80 mlg οξέος.

Ένα χρήσιμο αντιόξινο που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα είναι το κολλοειδές εναιώρημα, και οι ταμπλέτες υδροξειδίου του αλουμινίου και υδροξειδίου του μαγνησίου.

Χρειάζεται προσοχή στην σύσταση των αντιόξινων, γιατί μεγάλα περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου και μπορεί να επηρεάζουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος δίαιτα.

2. Αντιχοληνεργικά:

Με τη χορήγηση των φαρμάκων αυτών πετυχαίνουμε μείωση της γαστρικής οξύτητας και κινητικότητας του στομάχου. Ο ακριβής μηχανισμός της δράσης τους δεν είναι γνωστός. Χορηγούνται 30' λεπτά πριν από κάθε γεύμα. Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες όπως ξηρότητα του στόματος, ναυτία, εμέτους, μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων. Υποκατάστατα της ατροπίνης και τα διάφορα συνθετικά είναι τεταρτογενείς

αμίνες και δεν προκαλούν παρενέργειες από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Δεν πρέπει να χορηγούνται σε άρρωστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του αυχένα της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση. Επίσης τα σκευάσματα βάματος ή εκχυλίσματος όταν χρησιμοποιούνται σε σωστές δόσεις μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα αντιχοληνεργικά.

3. Ανταγωνιστές των Η - υποδοχέων της Ισταμίνης:

Χαρακτηριστικός εκπρόσωπος αυτών των φαρμάκων είναι η σιμετιδίνη (TAGAMET). Αναστέλλει την έκκριση του HCL με την ανταγωνιστική της δράση έναντι των Η - υποδοχέων των τοιχωματικών κυττάρων. Μετά την χορήγηση του φαρμάκου αυτού η νυκτερινή έκκριση καταργείται τελείως για 3 ώρες στους περισσότερους ασθενείς με έλκος βολβού του δωδεκαδακτύλου.

Η σιμετιδίνη είναι με την μορφή δισκίων των 200 . Σε οξεία φάση χορηγείται 1 δισκίο πριν τον ύπνο.

Παρενέργειες της σιμετιδίνης είναι: Εξάνθημα, διάρροια, ζάλη, αίσθημα κοπώσεως κ.α.

4. Καρβενοξολόνη:

Είναι συνθετικό παράγωγο, το οποίο αποτελεί δραστικό συστατικό της γλυκόριζας. Ο τρόπος δράσεως είναι άγνωστος. Δεν επιδράει στην γαστρική οξύτητα, αλλά πιθανώς ασκεί άμεσο τοπική επίδραση του γαστρικού βλεννογόνου. Το ναόριο άλας της καρβενοξολόνης BIOGASTRONE, δίνεται από το στόμα με δόση 100mg 3 φορές ημερησίως για 2 εβδομάδες. Στο 50% των ασθενών προκαλεί παρενέργειες όπως: κατακράτηση Na, με συνέπεια οίδημα και αύξηση της αρτηριακής πίεσεως, γι' αυτό αποφεύγεται σε ηλικιωμένα άτομα, σε πάσχοντες από καρδιακή ανεπάρκεια. Στους υπόλοιπους ασθενείς δίνεται σε συνδυασμό με άναλο δίαιτα.

5. Άλλα φάρμακα:

α) Το κολλοειδές παράγωγο βισμούθιου, το τρικαλιούχο δικιτρικό βισμούθιο. Χορηγείται 30' λεπτά πριν από κάθε ένα από τα 3 γεύματα και 2 ώρες μετά το τελευταίο γεύμα για 1 μήνα.

- β) Προσταγλαδίνες, αντιγαστρίνη και άλλα.
- γ) GAVEDS: Κυκλοφορεί με την μορφή δισκίων.

6. Χορήγηση κατευναστικών:

Χρησιμοποιούνται για την μείωση του άγχους, ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνα ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητα σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

Στο σημείο αυτό ολοκληρώνεται και η φαρμακευτική αντιμετώπιση του πεπτικού έλκους. Σε περίπτωση που δεν έχουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα με την συντηρητική αγωγή τόσο από πλευράς της διαιτητικής όσο και της φαρμακευτικής αγωγής, τότε προχωρούμε στην χειρουργική θεραπεία του ασθενή με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

Οι ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης σε ασθενείς με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι:

- α) Όταν το έλκος δεν επούλωνεται μετά από 3 μήνες με συντηρητική αγωγή.
- β) Όταν υποτροπιάζει μετά την θεραπεία.
- γ) Σε διατήρηση του έλκους.
- δ) Σε πυλωρική στένωση.
- ε) Σε ακατάσχετη αιμορραγία.

Για την εκλογή της καταλλήλου εγχειρήσεως πρέπει να λαμβάνονται υπόψη:

1. Η ηλικία του ασθενούς. Σε νεαρά άτομα κάτω των 30 ετών και επί μη υπάρξεως επιπλοκών συνίσταται η συντηρητική θεραπεία.

Σε άτομα ηλικίας 30 - 40 ετών) η ένδειξις χειρουργικής επεμβάσεως τίθεται μετά μεγάλης προσοχής και εφ' όσον υπάρξουν οι παραπάνω ενδείξεις.

Τέλος σε ηλικιωμένα άτομα (άνω των 60 ετών) η ένδειξη εγχειρήσεως τίθεται μετάπολλής προσοχής και εφ' όσον υπάρχει απολύτως ένδειξη γι' αυτήν, δεδομένου ότι τα εκ του έλκους ενοχλήματα στα ηλικιωμένα άτομα είναι αβληχρά.

Πλήν αυτών η χειρουργική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι αποδίδει τα καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα ηλικίας 40 - 50 ετών.

2. Η γενική κατάσταση του ασθενούς και η συνύπαρξη ετέρων παθήσεων.

3. Η διάρκεια των ενοχλημάτων. Σε ασθενείς με μακρύ ιστορικό της παθήσεως τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα εκ της συντηρητικής θεραπείας είναι πενιχρά. Το αντίθετο συμβαίνει σε ασθενείς με βραχύ ιστορικό. Επομένως σε ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρά ενοχλήματα χρονολογούμενα από μακρόν επιβάλλεται εγχείρηση.

4. Η ύπαρξη ή μη επιπλοκών του έλκους.

Χειρουργική θεραπεία έλκους

Οι χειρουργικές επεμβάσεις οι οποίες γίνονται για το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι:

1) Μερική γαστρεκτομή.

Για τη θεραπεία γαστρικού έλκους γίνονται 2 είδη μερικής γαστρεκτομής, η BILLROTH I και η BILLROTH II (POLVA).

Στη BILLROTH I αφαιρείται το ελάχιστον τόξο του στομάχου που έχει το έλκος (2/3 περίπου του στομάχου) μαζί με το πυλωρικό (στόμιο) άντρο και τον πυλωρό.

Στη BILLROTH II αφαιρείται το μεγαλύτερο τμήμα του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου τμήματος του Ι2δάκτυλου.

Το δωδεκαδάκτυλο κλείνεται και το στομάχι αναστομώνεται με τη νήστιδα πέρα από το δωδεκαδακτυλονηστιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κώλο.

2) Απλή γαστροεντεροαναστόμωση.

Γίνεται προπλάγια αναστόμωση της πρώτης έλικος της νήστιδος προς το στομάχι, διά της οποίας παροχετεύεται το γαστρικό περιεχόμενο προς τη νήστιδα μη διερχόμενο διά του Ι2δακτύλου. Η επέμβαση έχει σήμερα σχεδόν εγκαταλειφθεί διότι παρακολουθείται υπό σημαντικού ποσοστού υποτροπής (σχεδόν 50%). Παρά ταύτα επειδή δεν επιβαρύνει αξιολογικά την γενική κατάσταση του ασθενή εκτελείται σε ηλικιωμένα άτομα, που εμφανίζουν πυλωρική στένωση ή βαρεία γενική κατάσταση ή συνύπαρξη άλλων παθήσεων δεν επιτρέπουν την εκτέλεση βαρύτερης επεμβάσεως.

3) Διατομή των πνευμονογαστρικών (Βαγοτομή)

Εκτελείται σε νεαρά άτομα ηλικίας κάτω των 40 ετών, επί

νευροφυχικών εστιγματισμένων ατόμων ανεξαρτήτου ηλικίας, σε άτομα με συνύπαρξη άλλων παθήσεων.

Η επέμβαση αυτή συνίσταται σε διαθωρακική και διακοιλιακή υπερδιαφραγματική τομή των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Η επέμβαση καταργεί την κεφαλική φάση της γαστρικής εκκρίσεως ενώ ελαττώνει την νυχτερινή ή κατά περιόδου νηστείας έκκριση και επιφέρει ελάττωση του χρόνου της εκκενώσεως του στομάχου.

Η επέμβαση αυτή όμως καταργήθηκε γιατί πολλοί ασθενείς εμφάνιζαν μετεγχειρητικό γαστρικό έλκος. Αργότερα το 1967 ο TANNER αντικατέστησε την γαστροεντεροαναστόμωση με πυροπλαστική και ο JOHNOY με αντρέκτομή. Οι εγχειρήσεις αυτές βασίζονται σε συνδιασμό ολικής βαγοτομής και κάποιας παροχεντήριας επέμβασης προς αποτροπή της τάσεως του ασθενή που προκαλεί η βαγοτομή.

4) Ευρεία γαστροτομή με αποκατάσταση της συνέχειας του στομάχου με γαστροεντεροαναστόμωση. Εφαρμόζεται σε έλκη δωδεκαδακτύλου.

Σύνδρομο ZOLLINGER - ELLISON

Είναι απότοκον νεοπλασματικών όγκων (αδενωμάτων, κατά 60% κακοήθων) που προέρχονται από τα κύτταρα των νησιδίων του LANGERHAUS του παγκρέατος που εκκρίνουν γαστρίνη, η οποία διεγείρει τα γαστρικά κύτταρα προς υπερέκκριση.

Η σημασία του είναι στο γεγονός ότι ~~εξελίσσεται και αν~~ αφηθεί χωρίς θεραπεία, πολύ συχνά είναι θανατηφόρος λόγω επακολουθών μεταβολικών συνεπειών της υπερέκκρισης και της βαρειάς ελκοπάθειας.

Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική αύξηση της κυκλοφορίας στο αίμα γαστρίνης που εκκρίνονται από τους όγκους των νησιδίων του παγκρέατος.

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς παρουσιάζουν έναν μόνο όγκο στην κεφαλή ή στην ουρά του παγκρέατος. Σε άλλους οι όγκοι είναι πολλαπλοί, μικροί και διάχυτοι. Τα περισσότερα απ' αυτά τα νεοπλασμάτα είναι κακοήθη και δίνουν μεταστάσεις.

Στους ασθενείς αυτή η κατάσταση αναφέρεται σαν σύνδρομο ZOLLINGER - ELLISON τύπο II.

12. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

1. Σύνδρομο κακής εντερικής απορροφήσεως.

Αυτή η επιπλοκή εμφανίζεται μετά την γαστρεκτομή POLYA, και προκαλεί κλινικά συμπτώματα όπως αναιμία, διάρροια, απώλεια βάρους. Επίσης εμφανίζεται και μετά από μερική γαστρεκτομή.

2. Σύνδρομο υπογλυκαιμίας μετά από γεύμα.

Αυτό εμφανίζεται μετά από φαγητό και ο ασθενής αισθάνεται τάση για λιποθυμία, καταβολή δυνάμεων, αδυναμία. Παρατηρείται μετά από μερική γαστρεκτομή BILLROTH II.

3. Διάρροια.

Η διάρροια μπορεί να ακολουθήσει οποιαδήποτε εγχείρηση για το έλκος. Πιο συχνά η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται μετά από διατομή των πνευμονογαστρικών ή μετά από γαστρεκτομή.

4. Σύνδρομο DUMPING.

Εμφανίζεται 10' λεπτά έως 2 ώρες μετά το φαγητό. Ο ασθενής είναι ωχρός, παρουσιάζει αίσθημα αδυναμίας, αφανισμού, τάση προς λιποθυμία. Το σύνδρομο του πρώιμου DUMPING παρατηρείται μετά από γαστρεκτομή POLYA και μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση για έλκος. Οφείλεται στην γρήγορη είσοδο των τροφών στην νήστιδα, ενώ η είσοδος υπερτονικού υγρού στο έντερο έχει σαν αποτέλεσμα την μετακίνηση εξωκυτταρικού υγρού από το πλάσμα στο έντερο προς αποκατάσταση ισοτονίας.

5. Αναιμία.

Είναι συχνή μετά από γαστρεκτομή και οφείλεται κυρίως στην κακή απορρόφηση του σιδήρου σε συνδυασμό κατά δεύτερο λόγο σε ελαττωμένη πρόσληψη Fe και απώλεια αίματος.

6. Γαστρονηστιδικό σπρίγγιο.

Η επιπλοκή αυτή χαρακτηρίζεται από έντονες διάρροιες μεγάλη απώλεια βάρους, καχεξία, βαρείες ηλεκτρολυτικές διαταραχές, εμέτους. Ηθεραπεία είναι χειρουργική.

7. Αναστομωτικό έλκος.

Είναι το έλκος που εμφανίζεται στο σημείο αναστομώσεως του εντέρου με το στομάχι και εμφανίζεται συνήθως όταν μετά τη γαστρεκτομή έχει παραμείνει αρκετό τμήμα του στομάχου το οποίο συνεχίζει να εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πόνο ο οποίος μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του Ι2δακτυλικού έλκους, συχνά όμως είναι άτυπος ως προς το χαρακτήρα και την εντοπισή του.

Εμφανίζει επίσης ναυτία και έμετο· συχνά τα έλκη αιμοραγούν.

Το έλκος εμφανίζεται στο στόμιο ή την απαγωγό έλικα μέχρι 5 εκ. πέρα της αναστομώσεως.

Μετά από εγχείρηση BILLROTH I η συχνότητα είναι περίπου 5 - 10% και μικρότερη 2% μετά από εγχείρηση BILLROTH II.

Μετά από διατομή των πνευμονόγαστρικών η συχνότητα είναι 5%. Η θεραπεία του Α.Ε. είναι πάντοτε χειρουργική.

Αν έχει προηγηθεί μερική γαστρεκτομή γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών.

Εάν έχει γίνει διατομή εκτελείται αντρεκτομία προς μείωση της οξύτητας.

13. ΠΡΟΛΗΨΗ

Όσον αφορά την πρόληψη θα πρέπει να γίνονται διάφορες ενέργειες, με σκοπό την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με το έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου. Πρέπει η πολιτεία να πάρει διάφορα μέτρα έτσι ώστε όλος ο κοινωνικός λαός τόσο στις αστικές πόλεις όσο και στο πιο απομακρυσμένο χωριό να είναι ενημερωμένος.

Αυτό επιτυγχάνεται με τα διάφορα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πρέπει να υπάρχουν διάφορες ενημερωτικές εκπομπές στο ραδιόφωνο και στην τηλεόραση, να γίνονται διάφορες συνδιαλέξεις και σεμινάρια σχετικά με την νόσο.

Επίσης θα πρέπει το κοινωνικό σύνολο να αποφεύγει τους παράγοντες που ενοχοποιούν το έλκος όπως:

1. STRESS.
2. Κάπνισμα.
3. Ακατάστατες συνήθειες ζωής.
4. Λήψη φαρμάκων.
5. Κακή διατροφή.

Τα άτομα τα οποία είναι επιρρεπή σε έλκος ή αναφέρουν κάποιο ιστορικό που διαπιστώνεται η ύπαρξη μέλους της οικογένειας που πάσχει από έλκος, πρέπει να βρουν ένα τρόπο που θα προάγει την φυσική και διανοητική χαλάρωση. Πιστεύουμε ότι όταν το κοινωνικό σύνολο αποφεύγει τις παραπάνω συνήθειες ίσως γίνει δυνατή η πρόληψη της νόσου.

14. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από γαστροδωδεκαδακτυλικό 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 του στομάχου είναι οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.

Για να πετύχει αυτό θα πρέπει η νοσηλεύτρια να είναι καλά κατατοπισμένη και για τις λεπτομέρειες της θεραπείας που εφαρμόζεται καθώς και για το σκοπό της, να γίνεται σωστή εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Πως γίνεται η εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

1. Πηγές πληροφοριών που θα πάρει η Νοσηλεύτρια είναι:

- α) Ο ίδιος ο άρρωστος.
- β) Τα μέλη της οικογένειάς του.
- γ) Στενοί συγγενείς.
- δ) Ιατρικό δελτίο.

2. Ιστορικό υγείας: η νοσηλεύτρια οφείλει να εξετάσει λεπτομερώς τους ιατρικούς φακέλλους για προηγούμενο ιστορικό έλκους στομάχου 12δακτύλου ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος.

α) Πρέπει να γνωρίζει αν ο ασθενής έχει χρησιμοποιήσει ή χρησιμοποιεί φάρμακα που προδιαθέτουν στην εμφάνιση έλκους στομάχου ή 12δακτύλου με μείωση της αντίστασης του βλεννογό-νου του. Τέτοια φάρμακα είναι τα σαλικολικά, η ρεζερπίνη, η φαινολβουταζόνη, η ισταμίνη, η ιντομεθακίνη και το σινχοφέν. Η χρήση επίσης αλκοόλης ή τσιγάρου.

β) Αναγκαίο είναι το οικογενειακό ιστορικό για τη διαπίστωση ύπαρξης μέλους της οικογένειας που πάσχει από έλκος διότι για την την πρόκληση έλκους έχουν ενοχοποιηθεί και γενετικοί παράγοντες.

γ) Συζητούνται το επάγγελμα και η ρουτίνα εργασίας του αρρώστου. Τα άτομα που πάσχουν από έλκος είναι συχνά νευρικά, ανταγωνιστικά, αγχώδεις εργαζόμενοι για κατάληψη θέσεων.

δ) Ο πόνος είναι συχνό παράπονο του αρρώστου. Μπορεί να περιγράφεται σαν καυστικός, οξύς, διαξιφιστικός με εντόπιση στο επιγάστριο και αντινοβολία στο δεξιό υποχόνδριο και επεκτείνεται ζωνοειδώς προς την οσφύ ή διαχέεται προς την κάτω κοιλία.

Ο άρρωστος ρωτιέται για ωράριο του πόνου για τη σχέση του δηλ. με λήψη τροφής. Ο πόνος του έλκους του Ι2δακτύλου παρουσιάζεται 2 - 6 ώρες μετά τη λήψη τροφής. Το γαστρικό έλκος προκαλεί πόνο όταν το στομάχι είναι άδειο και συχνά ξυπνά τον άρρωστο την νύκτα. Ακόμα διερευνάται τυχόν περιοδικότητα του πόνου μέσα στο χρόνο.

ε) Ο άρρωστος μπορεί να παραπονιέται για ναυτία και εμέτους ή αίσθημα καύσου που συνοδεύεται από αναγωγή του όξινου υγρού στο λαιμό.

στ) Ερευνάται ο τρόπος ζωής του αρρώστου και οι μηχανισμοί διαπραγματεύσεώς του με προβλήματα της ζωής. Προσπαθούμε να διαπιστώσουμε αν ο άρρωστος διακατέχεται από STRESS.

3) Διαγνωστικές εξετάσεις.

α) Ακτινολογικός έλεγχος ανώτερου πεπτικού με βαριούχο γεύμα. Διαγνωστική μελέτη στομάχου - Ι2δακτύλου για επιβεβαίωση διαφόρων παθολογικών καταστάσεων (γαστρίτιδας, στενώσεων κ.α.).

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας.

- Τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση.

- Μεταφορά στο ακτινολογικό με καρότσι ή φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εξέταση άδειας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση.

- Λήψη μικρής ποσότητας θειϊκού βαρίου και έλεγχος της πορείας του με λήψη σειράς ακτινογραφιών.

- Βοήθεια του αρρώστου να πάρει διάφορες θέσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης για πλήρωση όλων των τμημάτων του σωλήνα με βάριο.

- Ένεση γλυκαγόνης (μπορεί να γίνει) για χαλάρωση του στομάχου και του Ι2δακτύλου. Για λεπτομερέστατη εξέταση του στομάχου και του Ι2δακτύλου δίδεται ταμπλέτα ή σκόνη που ελευθερώνει αέριο (CO_2) μετά τη λήψη του θειϊκού βαρίου.

Μετά την εξέταση.

- Ενθαρύνουμε τον άρρωστο να παίρνει αρκετά υγρά, ώστε να αποβληθεί το βάριο από το γαστρεντερικό σωλήνα.

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση.

- Χορηγούμε καθαρτικό, όπως γάλα μαγνησίας για την αποβολή του βαρίου, αν χρειαστεί.

Εδώ να σημειώσουμε ότι ο σχεδιασμός των εξετάσεων πρέπει να γίνεται έτσι, ώστε εκείνες που δεν χρειάζονται βάριο για να γίνουν να προγραμματίζονται πρώτες.

β) Για την άμεση επισκόπηση του έλκους, γίνεται γαστρεντερική ενδοσκόπηση. Η γαστροσκόπηση γίνεται με σκοπό την άμεση επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό γαστρίτιδας, γαστρικού καρκινώματος ή γαστρικής αιμοραγίας.

Ακόμα για τη λήψη δείγματος για βιοψία του βλεννογόνου του στομάχου και του Ι2δακτύλου.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.
- Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για 6 ώρες τουλάχιστον πριν από την εξέταση.

- Αφαιρούμε τεχνητές οδοντοστοιχίες.

- Χορηγούμε ατροπίνη, αν υπάρχει εντολή.

- Χορηγούμε ελαφρύ κατευναστικό ή ηρεμιστικό αν υπάρχει εντολή.

- Η μεταφορά του αρρώστου στο δωμάτιο των ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.

Η διδασκαλία περιλαμβάνει:

- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με SPRAY.

- Εισαγωγή γαστροσκοπίου, ενώ ο άρρωστος ανεπνέει.

- Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φθάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.

- Λήψη δειγμάτων βιοψίας, αν είναι ανάγκη.

Μετά την εξέταση.

- Τίποτα από το στόμα μέχρις ότου επιστρέψει το φαρυγγικό αντανακλαστικό (2 - 4 ώρες μετά την εξέταση).

- Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως τη σταθεροποίησή τους.

- Διατήρηση προφυλακτήρων μέχρις ότου παύσει η δράση των κατευναστικών.

- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης (σπάνια) όπως πυρετός, πόνος, αιμοραγία ή υποδόριο εμφύσημα.

- Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξ αιτίας ερεθισμού του λαιμού.

γ) Ανάλυση έκκρισης γαστρικού υγρού.

Μ' αυτή προσδιορίζεται αρχικά η βασική έκκριση του γαστρικού υγρού, σε συνθήκες ηρεμίας και στη συνέχεια μετά από διέγερση (δοκιμασία ισταμίνης, αυξημένη δοκιμασία ισταμίνης, - KAY TEST, δοκιμασία πενταγαστρίνης, δοκιμασίες καφεΐνης, ινσου- λίνης κ.α.).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άρρωστοι με γαστρο- δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι:

1) Θρεπτικό ανισοζύγιο. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλές φορές οι άρρωστοι δεν λαμβάνουν κανονική τροφή λόγω της ναυτίας και των εμμέτων.

2) Κακή οξυγόνωση των ιστών. Πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναιμία.

3) Πόνος, αγωνία, άγχος καθώς και για τον κίνδυνο των επιπλοκών.

4) Προβλήματα προσωπικότητας του αρρώστου. Πολλές φορές η παραμονή των αρρώστων μέσα στο νοσοκομείο μεταβάλλει την συμπεριφορά τους και τις αντιδράσεις τους.

5) Μείωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων λόγω απώλειας βάρους.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας διακρίνονται σε άμεσους και μακροπρόθεσμους σύμφωνα με τα προβλήματα των αρρώστων.

1) Άμεσοι.

α) Απαλαγή από τα διάφορα κλινικά συμπτώματα όπως πόνος, ναυτία, έμμετος.

β) Διατήρηση επαρκούς θρέψης.

γ) Επούλωση του έλκους.

δ) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων.

2) Μακροπρόθεσμοι.

α) Πλήρη επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής του.

β) Μείωση καταστάσεων STRESS και άγχους τόσο στο σπίτι όσο και στο χώρο της δουλειάς.

Παρέμβαση.

1) Αρχικά στην οξεία φάση της νόσου φροντίζουμε την διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενή. Χορηγούμε συχνά και μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις ανεχθεί. Περιορίζουμε την χορήγηση τροφών και υγρών που διεγείρουν την γαστρική έκκριση, ειδικά του καφέ και των οινοπνευματωδών ποτών. Σε έντονο πόνο χορηγούνται στον άρρωστο, γάλα και αντιόξινα κάθε μισή ώρα

προτού εφαρμοστεί δίαιτα με τρία κύρια γεύματα την ώρα.

2) Φροντίζουμε για την σωστή φαρμακευτική θεραπεία καθώς και την σωστή εφαρμογή της από τον άρρωστο με στόχους την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας καθώς και για την μείωση του άγχους. Χορηγούνται με προσοχή τα διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα όπως έχουν αναφερθεί στο κεφάλαιο της θεραπείας.

Φάση Ύφεσης.

Όσο αφορά την φάση ύφεσης γίνεται κάποια αξιολόγηση του ασθενή μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης.

1) Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μία βδομάδα. Η διάρκεια της θεραπείας γίνεται 6 βδομάδες ώπου να επουλωθεί το έλκος.

Όταν ο άρρωστος απαλλαγεί από τα κλινικά συμπτώματα γίνεται επανάληψη ακτινολογικού ελέγχου για την διαπίστωση του έλκους. Στο γαστρικό έλκος η αποτυχία κλινικής βελτίωσης και ακτινολογικής βελτίωσης του κρατήρα του έλκους μέσα σε 3 - 4 εβδομάδες με προσεχτικό θεραπευτικό σχήμα υποδηλώνει γαστρική κακοήθεια.

2) Κατόπιν γίνεται σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

α) Του παρέχουμε διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, του προγράμματος εφαρμογής της καθώς και τις τυχόν παρενέργειες που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν. Εξηγούμε κάθε λεπτομέρεια που αφορά την δίαιτα.

β) Εξηγούμε στον άρρωστο για την υποτροπή της νόσου, καθώς και προειδοποίησή του για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας, όπως ακατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση αλκοόλης, μη σωστή δίαιτα και απρογραμμάτιστη λήψη των γευμάτων, συγκινησιακό STRESS κ.α.

3) Φροντίζουμε για την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία που προάγουν την φυσική και διανοητική χαλάρωση, καθώς την μείωση του άγχους και των συναισθηματικών καταπιέσεων. Αυτό επιτυγχάνεται με την:

- Πληροφόρηση του αρρώστου για τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών.

- Συχνή ιατρική παρακολούθηση.

- Πιστή και ακριβή τήρηση των οδηγιών που του δόθηκαν με την εξοδό του από το νοσοκομείο σχετικά με το διαιτολόγιο, την φαρμακευτική αγωγή κ.τ.λ.

- Προσπάθεια δημιουργίας τρόπου ζωής που να μειώνει καταστάσεις άγχους, ψυχικής εντάσεως, σωματικής κοπώσεως κ.λ.π.

15. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΛΚΟΥΣ

Σε οποιονδήποτε χρόνο κατά την διάρκεια της πορείας του πεπτικού έλκους ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει επιπλοκές, που είναι:

I) Αιμορραγία.

Εξαιτίας διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό.

α) Η νοσηλευτική εκτίμηση για ανίχνευση της αιμορραγίας είναι:

- Αιματέμεση.
- Μέλαινα κένωση (η μέλαινα χροιά των κοπράνων οφείλεται στη μετατροπή της αιμοσφαιρίνης από το HCL σε υδροχλωρική αιματίνη).
- Ναυτία και μείωση του πόνου.
- SHOCK (ταχυκαρδία, υπόταση, εφύδρωση, ωχρότητα).

Οι νοσηλευτικές μας παρεμβάσεις στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορραγίας και στην αντιμετώπιση του SHOCK. Όπως:

- Πιθανή χορήγηση κατευναστικών για την μείωση της αγωνίας και του αγχους.

- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασσης.

Μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας χορηγούμε μέσα από τον σωλήνα γάλα και αντιόξινα.

- Μέτρηση των ζωτικών σημείων και ούρων καθώς και λήψη απαραίτητων μέτρων για αντιμετώπιση του SHOCK.

Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK είναι:

- Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση) για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

- Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού 55° - 60°C προς αποφυγή εγκαυμάτων).

- Περιορισμός των κινήσεων του αρρώστου, για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή

πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.

- Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει.

- Ενθάρρυνση του ασθενούς και απομάκρυνση κάθε ανησυχίας.

2) Πυλωρική στένωση.

Η παρουσία ενός ενεργού έλκους κοντά στον πυλωρό οδηγεί σε σπασμό του και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στην δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό και οδηγεί σε επίμονους εμετούς που μπορεί να υποχωρήσει κάτω από αυστηρή θεραπεία. Ο άρρωστος παραπονιέται για πόνο έλκους στομάχου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους, εμετούς.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την παρουσία νυχτερινού γαστρικού υπολλείματος μεγαλύτερου των 50Με. Εφαρμόζουμε ρινογαστρικό σωλήνα για απαλλαγή από την διάταση. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για άδειασμα του στομάχου.

Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την λύση της απόφραξης. Κάλυψη των αναγκών του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβια χορήγηση. Αν δεν λυθεί η απόφραξη γίνεται χειρουργική επέμβαση. Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει προσοχή στην υγιεινή του στόματος.

3) Διείσδυση του έλκους.

Είναι η επέκταση του κρατήρα του έλκους πέρα από το δωδεκαδακτυλικό τοίχωμα, χωρίς να ανοίξει μέσα στον περιτοναϊκό χώρο. Η διείσδυση γίνεται μέσα στο πάγκρεας μπορεί να περιληφθούν το ήπαρ, οι χοληφόροι οδοί.

Ο άρρωστος νιώθει πόνο που ακτινοβολεί στην ράχη, νυχτερινή δυσφορία. Επιδείνωση του πόνου σε ορισμένες περιπτώσεις κατά την υπερέκταση και ανακούφιση κατά την κάμψη του κορμού.

4) Καρκινοματώδης εξαλλαγή.

Το έλκος του στομάχου υποστηρίζεται ότι είναι δυνατόν να υποστεί κακοήγη εξαλλαγή σε αναλογία 5 - 10%. Αυτή παρατηρείται συνήθως σε έλκη που εμφανίζουν χρόνια συνδρομή.

Η υπόνοια εξαλλαγής τίθεται όταν κατά τον διαρκώς διεξαγόμενο ακτινολογικό και γαστροσκοπικό έλεγχο ή κρύπτη του έλκους δεν παρουσιάζει καμιά τάση για επούλωση ή τα χείλη αυτής καθίστανται ανώμαλα.

Θεραπεία. Γαστρεκτομή επί υπονοίας εξαλλαγής.

5) Διάτρηση.

Συμβαίνει αποκλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25 - 40 ετών. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα. Ο άρρωστος παραπονιέται για έντονο πόνο στο επιγάστριο που συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους. Η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές. Η θεραπεία είναι χειρουργική. Γίνεται αναρρόφηση και ρινογαστρική διασωλήνωση του περιεχομένου του στομάχου χορήγηση αναλγητικών και αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας.

Σε περίπτωση χειρουργικής θεραπείας στην προεγχειρητική ετοιμασία αρρώστου για εγχείρηση με έλκος και στην μετεγχειρητική φροντίδα του, τόσο ο ιατρός όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό καταβάλλουν κάθε προσπάθεια για μείωση της ανησυχίας και το φόβο του ασθενούς από την εγχείρηση.

Η προεγχειρητική νοσηλευτική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

Η γενική προεγχειρητική περιλαμβάνει:

α) Τόνωση του ηθικού: Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανησυχίες, αλλά προβλέπουν και στην αποτυχία της εγχειρήσεως. Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας του νοσηλευτικού προσωπικού. Η στάση του αρρώστου στην χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος για την χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλει στην έναρξη της φάσης STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες εκτός από την χειρουργική επέμβαση που μπορεί

να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι το άγνωστο, η ανασφάλεια, η αναισθησία. Η προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να ακούσει τον άρρωστο, όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον βοηθά πολύ στην διατήρησή της συγκινησιακής του σταθερότητας.

β) Τόνωση σωματική. Η κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το αρνητικό ισοζύγιο αζώτου χωρίς συνέπειες στον οργανισμό του. Αυτό επιτυγχάνεται σε διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, βιταμίνες. Το νοσηλευτικό προσωπικό την προηγούμενη μέρα της εγχείρησης προσέχει ο άρρωστος να τρέφεται ελαφρά, και να τρώει τροφές χωρίς υπολείματα. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πρέπει να παίρνει τίποτα από το στόμα για αποφυγή εμέτων.

γ) Ειδικές ιατρικές εξετάσεις. Ο άρρωστος ο οποίος πρόκειται να χειρουργηθεί θα πρέπει να έχει όλες τις απαιτούμενες εξετάσεις τόσο ιατρικές όσο και εργαστηριακές. Η εξέταση αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν την γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος. Σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις που ο άρρωστος μπορεί να χρειασθεί αίμα γίνεται προσδιορισμός ομάδας και διασταύρωση.

δ) Καθαριότητα του ασθενούς. Η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα όσο αφορά τον ελκοπαθή άρρωστο και που φροντίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι:

- Χορηγείται δίαιτα ελκοπαθούς, περίπου 24 ώρες πριν την χειρουργική επέμβαση.

- Λαμβάνονται μέτρα για την εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

- Γίνεται καθαρισμός και υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.

- Φροντίζουμε 6 ώρες πριν την εγχείρηση να μην παίρνει τίποτα από το στόμα.

Το πρωί της επέμβασης γίνεται εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για την αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου.

- Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται πριν από την χειρουργική επέμβαση.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας (βήχας, δυσφορία). Ορός που περιέχει κάλιο χορηγείται αργά γιατί το κάλιο επιβραδύνει την καρδιακή λειτουργία.

Εμπλουτισμός του ορού με άλλα φάρμακα όπως βιταμίνες γίνεται μετά από εντολή Ιατρού.

Ο εμπλουτισμένος ορός πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε 4 ώρες αλλιώς αχρηστεύεται. Στη φιάλη αναγράφεται το φάρμακο που προστέθηκε.

Όταν προκληθεί αντίδραση από μεγάλη ποσότητα ορού στη κυκλοφορία, διακόπτεται η ροή του ορού και ειδοποιείται ο γιατρός. Ακόμη είναι δυνατόν να εμφανισθεί αντίδραση από την καλή αποστείρωση των αντικειμένων που χρησιμοποιήθηκαν (λάστιχο ορού, βελόνα, σύριγγα). Ο άρρωστος νιώθει ενοχλήσεις στη μέση, ρίγος με υψηλό πυρετό. Σε εμφάνιση κρύου ανακουφίζουμε τον ασθενή βάζοντας την θερμοφόρα.

Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξησή τους ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.

Ελαφρά δόματα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.

Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη επιπλέον αναγκών.

- Βοήθεια του ασθενή να προσαρμοσθεί στην νέα του κατάσταση και να προλάβει την επανεμφάνιση του έλκους.

- Έγερση του αρρώστου. Σήμερα όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι σηκώνονται μέσα στις πρώτες 24 ως 48 ώρες. Η έγκαιρη έγερση συνίσταται: α) Για την πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών, β) Για την γρήγορη επούλωση του τραύματος, γ) μείωση του πόνου, δ) μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή πρέπει να γίνονται διάφορες ασκήσεις στο κρεβάτι όπως:

α) Αναπνευστικές ασκήσεις, β) ασκήσεις κάτω άκρων ποδιών, γ) ασκήσεις άκρων χεριών κ.λ.π.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος, ειδικά με κορτικοστεροειδή, οδιουρητικά, αντιβιοτικά, αντιπηκτικά πρέπει να σημειώνονται.

Μεγάλη προσοχή δίδεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύση, τραύματος και εκσπλάχνωση, θρομβοφλεβίτιδα. Τα παχύσαρκα άτομα αντιδρούν λιγότερο έντονα στο STRESS, δεν αντέχουν στην αφυδάτωση, παρουσιάζουν ευκολότερα SHOCK. Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στην μετεγχειρητική πορεία του άρρωστου. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο STRESS. Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση γιατί για τον υπερήλικα γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλομένων ούρων.

Γίνονται ειδικές εξετάσεις όπως: εξέταση αίματος, ακτινογραφία θώρακος, ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσής του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται στην παραμονή της εγχείρησης και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει. Δηλαδή γίνεται προετοιμασία του χειρουργικού πεδίου που σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται μια μεγάλη περιοχή γύρω από το χειρουργικό πεδίο με καθαρισμό και ξύρισμα. Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφαλός, τα νύχια και τα μαλλιά.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία ή τελική.

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Συγκεκριμένα:

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση κατευναστικού μετά από εντολή ιατρού.

Αν η εγχείρηση προγραμματιστεί για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά δίαιτα, ενώ το νερό

δίνεται άφθονο μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο το νοσηλευτικό προσωπικό ενεργεί τις ακόλουθες ενέργειες:

- Ντύνει τον ασθενή με τα ειδικά χειρουργικά ρούχα (μπλούζα ανοιχτή στο πίσω μέρος, ποδονάρια στα κάτω άκρα για την αποφυγή μολύνσεων, σκούφο στο κεφάλι).

- Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στην προϊσταμένη για φύλαξη αφού καταγραφούν.

- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.

- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.

- Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου.

- Χορηγεί προνάρκωση μισή ώρα πριν την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή αναισθησιολόγου. Το νοσηλευτικό προσωπικό προσέχει να δώσει το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, και ώρα. Το φάρμακο της προνάρκωσης καθορίζεται από την αναισθησιολόγο. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται:

α) Οπιούχα.

β) Παράγωγα της μπελλαντόνας.

γ) Βαρβιτουρικά.

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος και την αγωνία.

Τα παράγωγα της μπελλαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας. Αν η προνάρκωση δεν γίνει στην καθορισμένη ώρα αναφέρεται στην αναισθησιολόγο.

- Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να δοθεί η νάρκωση.

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του Ασθενούς: Αποτελεί μια βασική ενέργεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την αποχώρηση του ασθενή για το χειρουργείο ετοιμάζεται το κρεβάτι, το κομοδίνο, ο θάλαμος και γενικά το περιβάλλον του αρρώστου.

Το κρεβάτι που θα δεχθεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

1.- Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από φύξη και μετεγχειρητική πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων τους χειμερινούς μήνες.

2.- Να είναι χωρίς μαξιλάρι για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.

3.- Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγλίδωμα του κρεβατιού, για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διέγερσης στο στάδιο της αποναρκώσεως.

4.- Να είναι ανοικτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι.

5.- Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμέτους, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και τετράγωνο αδιάβροχο.

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακκούλα. Στο κρεβάτι μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό όμως ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

Πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ένα ποτήρι με δροσερό νερό, PORT COTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Επίσης αερίζεται καλά ο θάλαμος, φροντίζουμε να μην έχει έντονο φωτισμό και αφού ρίξουμε μια τελευταία ματιά στο θάλαμο και στο κρεβάτι του ασθενούς απομακρυνόμαστε για να επιστρέψουμε με την επάνοδο του από το χειρουργείο.

Συνεχίζοντας με την μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα η οποία αποτελεί σοβαρή απασχόληση, και που πρέπει να γίνεται από έμπειρο και επιδέξιο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και περιποίηση του ασθενούς.

Συγκεκριμένα το νοσηλευτικό προσωπικό θα συντελέσει:

1. Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάλυψης.

2. Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξελίξεως της ασθενειάς του.

3. Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.

4. Στην πρόληψη επιπλοκών.

5. Στην βοήθεια του ασθενούς, για να επανέλθει το ταχύτερο στην φυσιολογική του κατάσταση.

Έτσι η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Συχνές μετακινήσεις του αρρώστου στο κρεβάτι. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι πεπτικές, κυκλοφοριακές, ουροποιητικές κ.λ.π. Μέχρι την πλήρη αναπτυξη του αρρώστου μετά την εγχείρηση για την πλήρη αποβολή του ναρκωτικού, τοποθετείται σε ύπτια θέση.

- Σχολαστική υγιεινή της στοματικής κοιλότητας. Οι πλύσεις και η καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν τον ασθενή, αλλά και προλαβαίνουν στοματίτιδες και παρωτίτιδες, οι οποίες είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

- Χορήγηση αναλγητικών για την ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.

- Παρεντερική χορήγηση υγρών: Ο ασθενής μετά την εγχείρηση τρέφεται παρεντερικά. Επιβάλλεται διατήρηση ελεύθερου του αυλού του σωλήνα LEVIN. Ο σωλήνας LEVIN παραμένει στο στομάχι του αρρώστου 3 - 4 ημέρες μετεγχειρητικά. Όταν δεν εφαρμόζεται συνεχής αναρρόφηση, συνιστώνται αναρροφήσεις από το LEVIN κατά διαστήματα με σύριγγα. Η παρατήρηση και ο χαρακτηρισμός του είδους των υγρών του στομάχου (αιματηρά, καφεοειδή, χολώδη) πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια και να αναφέρεται στον ιατρό. Η ακριβής μέτρηση και αναγραφή των υγρών βοηθάει πολύ στην ακριβή ρύθμιση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών. Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις δεν επιτρέπουν την χορήγηση υγρών από το στόμα γι' αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν υπερβαίνουν τα 3.000 Ml, εφόσον ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες. Το ποσό, το είδος, και η ποσότητα των χορηγούμενων υγρών καθορίζεται από τον ιατρό. Η συνηθισμένη ταχύτητα ροής του ορού ρυθμίζεται σε 60 σταγόνες κατά 1' λεπτό της ώρας.

16. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

1. Πόνος:

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδουκνύει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Το νοσηλευτικό προσωπικό προβαίνει στις εξής ενέργειες:

1) Δίνει στον ασθενή θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση των μυών.

2) Γίνεται ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος.

3) Προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τον έμετο.

4) Χορηγεί αναλγητικά φάρμακά με μορφή ενέσεων, των οποίων η δόση και το είδος καθορίζεται από τον ιατρό, γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Συνήθως ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στην εγχείρηση, χωρίς όμως να αποκλείει και άλλους παράγοντες που να επιδεινώνουν τον πόνο όπως: καρφίτσα ασφαλείας, σωλήνας παροχέτευσης κ.λ.π.

2. Έμετος:

Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα από τις 24 ώρες από την απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει εμέτους, το νοσηλευτικό προσωπικό τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές. Σε συνεχιζόμενους εμέτους γίνεται διασωλήνωση στομάχου από την μύτη με σωλήνα LEVIN. Έτσι απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου. Το ποσό, ο χαρακτήρας των εμεσμάτων, η συχνότητα κ.λ.π. πρέπει να αναγράφονται στην λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

3. Δίψα:

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του

βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι). Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με νερό, και με χορήγηση υγρών.

Η χορήγηση ή όχι υγρών, καθώς και το είδος τους ρυθμίζεται από το είδος της εγχείρησης και της γενικής κατάστασις του ασθενούς.

4. Διάταση του εντέρου:

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Το αέρα και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται: σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλισμός ακόμα βοηθά και η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

5. Δυσκοιλιότητα:

Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας είναι:

α) Ερεθισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

β) Τοπική φλεγμονή.

γ) Περιτονίτιδα.

δ) Τοπικό απόστημα.

Όταν το άτομο έχει χρόνια δυσκοιλιότητα χορηγούμε υπαικτικά εξάλλου, μπορεί να βοηθήσει, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και χαμηλά υποκλισμοί.

Η ν ο σ η λ ε υ τ ι κ ή φ ρ ο ν τ ί δ α που εφαρμόζεται για την πρόληψη των μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ώ ν ε π ι π λ ο κ ώ ν είναι:

1.- Αιμορραγία: Αυτή προλαμβάνεται με την:

- Άκριβη εκτίμηση του περιεχομένου των αποβαλλόμενων υγρών του αρρώστου (τραύματος, παροχετεύσεων) κ.λ.π.

- Συχνή και ακριβή λήψη και εκτίμηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου.

- Επισταμένη παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου (χρώμα προσώπου, γενική ανησυχία, εφιδρώσεις κ.λ.π.).

- Μετάγγιση αίματος.

2. SHOCK:

Είναι μια από τις σοβαρότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η αντιμετώπισή του γίνεται με τα εξής νοσηλευτικά μέτρα.

- Ακριβή μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης.

- Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού και αναπνοών.

- Αναπλήρωση απωλειών σε υγρά, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων, αίματος και υποκαταστάτων του.

- Λήψη αίματος για ομάδα - διασταύρωση.

- Συχνός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών, αερίων αρτηριακού αίματος, καλλιεργειών και ευαισθησιών, ανάλυσης ούρων, κρεατίνη, σακχάρου αίματος, Ηb κ.λ.π.

- Χρήση αγγειοσυσπαστικών.

- Χορήγηση ηπαρινής αν υπάρχει ένδειξη διάχυτης ενδαγγειακής πήξης.

3. Εκσπλάχνωση:

Είναι συχνή σε τραύματα της κοιλίας. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους, που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμέτους, τυμπανισμό κοιλίας, ή πνευμονικές επιπλοκές. Αυτή η επιπλοκή αποφεύγεται με την:

- Χρησιμοποίηση ελαστικής επίδεσης της κοιλίας κατόπιν ιατρικής εντολής.

- Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος.

- Υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ο άρρωστος.

- Εμπλούτιση του διαιτολογίου του αρρώστου με ζωικά λευκώματα.

4. Σύνδρομο DUMPING:

Αυτή αποφεύγεται με την:

- Ενημέρωση του αρρώστου να αποφεύγει την λήψη μεγάλων γευμάτων, καθώς ζεστών παγωμένων, αλμυρών και σακχαρούχων τροφών.

- Καλή μάσηση της λαμβανομένης τροφής.
- Φυσική ανάπαυση του αρρώστου μετά το γεύμα.
- Αποφυγή λήψης υγρών μετά το γεύμα.

5. Θρόμβωση - εμβολή:

Αυτές οι επιπλοκές προλαμβάνονται με την:

- Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξυπηρετείται μόνος του.
- Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης του αρρώστου.
- Ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων.
- Χρήσιμοποίηση ελαστικών επιδέσμων στα κάτω άκρα, όταν ο άρρωστος αρχίζει να σηκώνεται.
- Συχνή παρακολούθηση της πήκτικότητας του αίματος του αρρώστου.

6. Αναπνευστική ανεπάρκεια:

Η επιπλοκή προλαμβάνεται με τα εξής νοσηλευτικά μέτρα:

- Ενίσχυση του αρρώστου να παίρνει βαθειές αναπνοές.
- Βοήθεια του αρρώστου να βήχει και να αποβάλει τις βρογχικά εκκρίματα.
- Συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου και τοποθέτησή του σε αναπνευστική θέση.
- Εφαρμογή αναπνευστικών ασκήσεων.
- Εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη αναπνευστικών μολύνσεων.

7. Επιπλοκές από το τραύμα:

α) Αιμάτωμα:

Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος

γίνεται υποδρεια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την εκούλωση του τραύματος αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.

β) Μόλυνση:

Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση της ασηψίας κατά τις αλλαγές. Η θεραπεία είναι διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση, και χορήγηση ειδικής αντιβίωσης.

8. Εντερική απόφραξη:

Ο άρρωστος νιώθει έντονο πόνο στην κοιλιά, σαν κωλικός. Παρουσιάζει πυρετό και αύξηση της συχνότητας των σφύξεων. Έχουμε διάταξη εντέρου.

Θεραπεία: Η διάταση πάνω από την απόφραξη προλαμβάνεται με συνεχή αναρρόφηση. Η φλεγμονή στο σημείο της απόφραξης μπορεί να υποχωρήσει. Γίνεται αντικατάσταση του νερού και των ηλεκτρολυτών που χάνονται με ενδοφλέβιες χορηγήσεις.

9. Λόξιγκας:

Ο λόξιγκας οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου σε οποιοδήποτε σημείο από την αρχή του (μέσα στο νωτιαίο μυελό) ως τις απόληξεις του.

Αν ο λόξιγκας επιμένει μπορεί να παρατηρηθούν συμπτώματα έπωσης δυσφορίας και σοβαρές διαταραχές όπως έμετοι, εξάντληση και πιθανή ρήξη τραύματος.

Θεραπευτική αντιμετώπιση: Απομακρύνεται κάθε αιτία που προκαλεί τον λόξιγκα όπως αναρρόφηση στομάχου, εντέρου κ.λ.π.

Άλλα θεραπευτικά μέτρα είναι:

1) Δήψη μισού ποτηριού νερού μέσα στο οποίο διαλύεται ένα κουταλάκι σόδα.

2) Κατάποση κομματιών πάγου.

3) Λήψη ξυδιού, αλατιού ή ζάχαρης και κατακράτηση αναπνοής με σύγχρονη λήψη κρύου νερού.

4) Απομύζηση λεμονιού.

Σ' αυτό το σημείο ολοκληρώνεται η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ελκοπαθή και γενικά χειρουργημένου αρρώστου.

17. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ένας βασικός στόχος τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού περισσότερο, όσο και του ιατρικού είναι ο σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατονόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

Το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθάει τον ασθενή να προσαρμοστεί στην νέα του κατάσταση, δίνοντας οδηγίες με σκοπό να υπάρξει υποτροπή ή επανεμφάνιση του έλκους. Εφοδιάζει τον άρρωστο κατά την εξοδό του από το νοσοκομείο με έντυπο, όπου θα αναφέρονται τα είδη τροφών που επιτρέπονται, καθώς και αυτών που απαγορεύονται και ο κατάλληλος τρόπος παρασκευής τους.

Μερικές γενικές οδηγίες οι οποίες δίνονται στους αρρώστους με γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι:

1) Να γίνεται τακτική ζωή με διανοητική και φυσική ανάπαυση.

2) Να τρώνε πάντα σε ορισμένες ώρες.

3) Να μασούν καλά την τροφή τους.

4) Να φροντίζουν για την τακτική κένωσή τους.

5) Να αποφεύγουν τα πολλά υγρά, τα πολύ ζεστά ή κρύα φαγητά.

6) Να αποφεύγουν την κούραση μετά το φαγητό.

7) Να αποφεύγουν το κάπνισμα, τα οινοπνευματώδη ποτά, καθώς και τις ερεθιστικές τροφές.

8) Να τρώνε λίγο και πολλές φορές (5 - 6 γεύματα).

Επίσης τον ενημερώνουμε ότι θα πρέπει να παίρνει τα φάρμακά του σύμφωνα με την εντολή του ιατρού καθώς στην ανάλογη δόση, στον καθορισμένο χρόνο και στην καθορισμένη ώρα. Τουίζουμε ότι αν πάρει μεγαλύτερη ή μικρότερη δόση από την καθορισμένη μπορεί να έχει άμεση παρενέργεια στην υγεία του.

Τον ενημερώνουμε για τις επιπλοκές της νόσου και την υποτροπή της εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε ποιές τροφές επιτρέπονται και ποιές απαγορεύονται:

Τροφές που επιτρέπονται:

Ψωμί. Άσπρο ψωμί, παξιμάδια, φρυγανιές, κέϊκ, μπισκότα.

Ζυμαρικά. Ρύζι, μακαρόνια, κριθαράκι, μανέστρα με προσθήκη φρέσκου βούτυρου ή άλλου λαδιού.

Πατάτες. Βραστές, πουρές, ψητές.

Κρέας. Ψητό ή βραστό χωρίς πάχος (μοσχάρι, κοτόπουλο).

Ψάρια. Βραστά ή ψητά στη σχάρα.

Τυριά. Ανάλατα, γραβιέρα, κασέρι, μυζήθρα.

Γαλακτερά. Κρέμα, ριζόγαλο, γιαούρτι όχι ξυνό, γάλα σε μικρή ποσότητα.

Σούπες. Χορτόσουπες, φιδές με λίγο αλάτι.

Φρούτα. Χωρίς φλούδα, σύκα, δαμάσκηνα.

Τροφές που απαγορεύονται:

Σάλτσες - καρνεύματα: Πιπέρι, αλάτι, μουστάρδα, κανέλα.

Λαχανικά: Ραπανάκια, λάχανο, κουνουπίδι, ντομάτες με φλούδα.

Ποτά: Καφές, οινοπνευματώδη ποτά (κρασί, μπύρα, ούζο) αεριούχα.

Κρέας: Παστά, καπνιστά, κονσέρβες, λουιάνια.

Τυριά: Αλατισμένα, ροκφόρ, κεφαλοτύρι.

Αυτές είναι σε γενικές γραμμές οι τροφές που επιτρέπονται καθώς και αυτές που απαγορεύονται στο διαιτολόγιο του ελκιοπαθούς.

ΠΑΙΤΟΛΟΓΙΟ

Δ Ι Α Ι Τ Α Ε Λ Κ Ο Π Α Θ Ω Ν

ΕΝΙΚΑΙ ΟΔΗΓΙΑΙ

ελή παρασκευή φαγητών (ψητά - βραστά).
λαμβάνονται τροφές χαμηλές σε υπόλοιπα κατά την πέψη.
γεύματα να είναι συχνά και μικρά.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΩΝ & ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

ΕΙΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ	ΑΠΑΓΟΡΕΥΟΝΤΑΙ
αφήματα, ποτά	Τέϊον, αφεψήματα διαφόρων βοτά- νων, χυμοί φρούτων φυσικοί, γάλα.	Οινοπνευματώδη ποτά, οξυ- άνθρακα ποτά-καφές-οίνος
ΦΡΟΥΤΑ	Μήλα, αχλάδια, μπανάνες, καρπού- ζια ανευ φλοιού, μήλα και κυδώ- νια ψητά, κομπόστες με λίγη ζάχαρη.	Ωμά φρούτα με σπόρους και φλοιόν σκληρόν.
ΥΚΙΣΜΑΤΑ	Ζελέδες	Όλα
ΨΗΤΑ	Βραστά ή ποσέ	Τηγανιτά και σφιχτά βραστά.
ΑΡΤΟΣ	Λευκός άρτος-φρυγανιές	Άρτος πλήρης σίτου (μαύρο) και αρτοσκευάσ- ματα εξ αλεύρου πλήρους.
Ζυμαρικά	Όρυζα και όλα τα ζυμαρικά καλο- βρασμένα	
ΛΑΔΙΑ		Όλα
ΒΟΥΤΥΡΟ-ΕΛΑΙΑ	Νωπό βούτυρο, έλαιον ελαιών καλής ποιότητας, φυτίνης	Ζωϊκά λίπη κακής ποιότη- τος, βούτυρο, έλαια με- γάλης οξύτητος
ΚΡΕΑΤΑ-ΙΧΘΕΙΣ- ΥΛΕΡΙΚΑ	Κρέατα άπαχα, κοτόπουλο, μόσχος, αρνί, ιχθείς άπαχα (βακαλάος, λε- θρίνι, γλώσσα, τσιπούρα, συναγρί- δα)	Παχειά κρέατα, χοιρινό κρέας, λουκάνικα, αλ- λαντικά, κονσέρβες, κυνήγια-οστρακοειδή- μαλάκια.
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	Κολοκυθάκια-παντζάρια, καρότα, τομάτα αποφλοιωμένη.	Νωπά λαχανικά, πλούσια εις κυτταρίνην.
ΤΥΡΙΑ	Λευκά και άπαχα, φέτα, μυζήθρα, γραβιέρα, κασσέρι.	Παχειά και αλμυρά τυριά.
ΚΑΡΥΚΙΑ	Κρέμες από κορν-φλάουρ, αλεύρι, ριζάλευρο με ολίγη ζάχαρη.	Μπαχαρικά, καρυεύματα, παγωτά, παγωμένα υγρά και φαγητά.

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΝ ΜΕΤΑ ΕΓΧΕΙΡΗΣΙΝ ΓΑΣΤΡΟΔΩΔΕΚΑΚΑΚΤΥΛΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

ΑΔΟΣ ΤΡΟΦΗΣ	ΕΠΙΤΡΕΠΟΜΕΝΑΙ ΤΡΟΦΑΙ	ΑΠΑΓΟΡΕΥΜΕΝΑΙ ΤΡΟΦΑΙ
Φήματα	Γάλα.	Καφές, τσάι, οινοπνευματώδη ποτά, κρασί, ούζο, μπύρα, κονιάκ κλπ. Όλα τα ανθρακούχα.
Αρτος	Λευκός άρτος, φρυγανιές, παξιμάδια, μπισκότα, CRACKERS.	Μαύρο ψωμί.
Μητριακά	Ρύζι, κινάκρο, όσπρια μόνο πουρέ (αποφλοιωμένα)	Όσπρια.
Λιπόρπια	Γαλακτερά, κρέμα ρυζόγαλο, γιαούρτι όχι ξυνό.	Πάστες, γλυκά ταψιού, τούρτες, σαντιγύ.
Λίπη	Φρέσκο βούτυρον ή βιτάμ, λάδι καλό.	Λίπη κρέατος.
Φρούτα	Χυμός φρούτων, ώριμες μπανάνες, κομπόστες φρούτων άνευ φλοιού.	Ωμά φρούτα, άγουρα φρούτα.
Κρέας, φάρι, πουλερικά, αυγά, τυρί.	Τρυφερό κρέας, φάρι ή πουλερικό βραστό, ψητό ή στον αχνό, ψαλά βραστά, αυγά βραστά, τυρί όχι αλμυρό.	Τηγανιτό κρέας, φάρι ή πουλερικό, χοιρινό, καπνιστά και κονσερβοποιημένα κρέατα, θαλασσινά (οικταπόδι, καλαμάρια, σουπιές κλπ). Αυγά τηγανιτά.
Πατάτες, ζυμαρικά	Πατάτες βραστές, πουρέ, ή ψητές, μακαρόνια και όλα τα ζυμαρικά	Τηγανιτές πατάτες, CHIPS.
Σακχάρια	Καραμέλες, GELÉ, ζάχαρη, μέλι.	Πελτές και μαρμελάδα φρούτων.
Λαχανικά	Χυμός τομάτας, χόρτα πουρέ (καρότα, σπανάκι κλπ.) κολοκυθάκια βραστά, αγγινάρες.	Ωμά λαχανικά, κρεμμυδια αγγούρια κλπ.
Άφωρα	Αλάτι (μετρία χρήσις).	Όλα τα τηγανιτά, λιπαρά, γιαχνιστά και λαδερά φαγητά, εντράδες, στιφάδο, ξηροί καρποί, ξύδι, μουστάρδα, μαγιονέζα, πιπέρι κλπ.

18. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ

ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Ασθενής Κ.Γ. Ετών: 47. Εισάγεται στο νοσοκομείο στις 17/6/88
Κλινική διάγνωση εισόδου: Γαστρορραγία (μέλαινες κενώσεις από
3ημέρου).
Ιστορικό έλκους Ι2δακτύλου.

Παρούσα νόσος: Ο ασθενής προσέρχεται επειδή από 3ημέρου εμφάνισε πόνο στο ιδίως επιγάστριο, εργώδη τροφώδη έμετο και μέλαινα διαροϊκή κένωση. Στη συνέχεια και στις 3 τελευταίες μέρες μέχρι σήμερα έκανε από μια διαρϊκή μέλαινα κένωση. Η τελευταία συνέβη σήμερα και συνοδεύτηκε από ζάλη, καταβολή δυνάμεων και έντονη επίδρωση.

Ατομικό αναμνηστικό:

Ο ασθενής αναφέρει ότι από 5ετίας περίπου άρχισε να έχει ενοχλήματα από το πεπτικό του σύστημα. Στην αρχή αισθανόταν περιοδικά νυγμώδη άλγη στο επιγάστριο. Στη συνέχεια τα άλγη έγιναν σταθερότερα, μεγαλύτερης διάρκειας, είχαν καυστικό χαρακτήρα και συνοδευόταν από όξινες ερυγές. Πριν 5 περίπου χρόνια και αφού τα ενοχλήματα είχαν γίνει σχεδόν μόνιμα νοσηλεύτηκε για γαστρορραγία. Στη συνέχεια μετά την εξοδό του από το νοσοκομείο έλαβε θεραπευτική αγωγή με αντιόξινα φάρμακα (ALUDROX). Τα ενοχλήματα υποχώρησαν πλήρως με την εφαρμοσθείσα αγωγή και την ακολουθούμενη δίαιτα. (αποφυγή καπνίσματος καφέ και οινοπνευματωδών).

Τρία έτη μετά και ενώ είχε σταματήσει την φαρμακευτική αγωγή και είχε παραμελήσει τη διαίτά του άρχισε πάλι να έχει παρόμοια ενοχλήματα (άλγος στο επιγάστριο με καυστικό πάλι χαρακτήρα, όξινες ερυγές).

Αυτή τη φορά μερικές φορές το άλγος αντανακλούσε και προς τη ράχη μερικές δε φορές εμφανιζόταν αργά τη νύχτα και αφύπνιζε τον ασθενή μετά τα μεσάνυχτα. Επισκέφτηκε το γιατρό και έλαβε σαν θεραπευτική αγωγή SUP ALUDROX (I κουτ. σούπας X 3/24h) και TAB ZANTAC (I X 2/24h).

Σε ακτινολογικό έλεγχο στομάχου-Ι2δακτύλου που έγινε τότε απεκαλύφθη έλκος βολβού Ι2δακτύλου.

Με την αγωγή αυτή και με δίαιτα τα ενοχλήματά του υπεχώρησαν πλήρως. Η υποχώρηση των ενοχλημάτων ήταν η αιτία διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής προ 3μήνου περίπου.

Έτσι έγινε η έναρξη των ενοχλημάτων και οι μέλαινες κενώσεις προ 3ημέρου που αποτέλεσαν την αιτία εισαγωγής του στο νοσοκομείο.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς έγινε λήψη αίματος για να ελεγχθεί ο αιματοκρίτης και λήψη ζωτικών σημείων.

ΑΠ-ΙΙΙΟ/80 Hg, @ = 36,5°C, Σφύξεις = 96/μίν, ΗΑ = 30%

Η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινα.

Προετοιμάσαμε τον ασθενή για επείγουσα γαστροσκόπηση και του εξηγήσαμε τι πρόκειται να συμβεί πριν και μετά από την εξέταση.

Έγινε εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση στομάχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Υπεβλήθη σε μετάγγιση 5 μονάδων αίματος. Κατά τη μετάγγιση γινόταν συχνή παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν αντιδράσεις.

Η φαρμακευτική αγωγή ήταν: Ορός GLYCOSE 5% 1000cc (1x1).

Ορός NORMAL 1000cc (1x1), AMP METRACINE (σιμετιδίνη) 1x3 IV SUSP MAALOX (1 κουτ. σούπαςx4).

Νοσηλεύτηκε για 8 ημέρες. Οι κενώσεις του απέκτησαν πάλι φυσιολογικό χρώμα.

Με την εξοδό του ήταν ελεύθερος ενοχλημάτων.

Δόθηκε σαν αγωγή για συνέχιση:

1) TAB ZANTAC (1x2)

2) SUP ALUDROX (1 κουτ. σούπαςx4) και

Δίαιτα: Αποφυγή καπνίσματος, καφέ και οινοπνευματωδών. Αποφυγή φαγητών με καυστικές σάλτσες και καρκεύματα.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθήνας "Ο Ευαγγελισμός".

Ασθενής Γ.Η. Ετών 60. Εισάγεται στο Νοσοκομείο στις 7/7/88.
Κύρια ενοχλήματα: Από 4ημέρου παρουσίασε μέλαινες κενώσεις λόγω λήψης ασπιρίνης.

Παρούσα νόσος. Η ασθενής προσέρχεται στο νοσοκομείο γιατί από 4ημέρου παρουσιάζει μέλαινες κενώσεις, (Ιπρο 4ημέρου σχηματισμένα, 1 προ 2ημέρου και 3 κενώσεις την προηγούμενη εκ των οποίων οι 2 διαροϊκές).

Προ 3τίας η ασθενής αναφέρει επεισόδιο με μέλαινα κένωση και αιματέμεση για το οποίο δεν νοσηλεύθηκε στο Νοσοκομείο.

Από το λοιπό της ιστορικό αναφέρει θυρεοειδεκτομή προ 4 ετίας έκτοτε θεραπεία και αποκατάσταση.

Η ασθενής αναφέρει δύσπνοια μόχθου από πολλών ετών και πρόσφατη έναρξη αγωγής με αγγειοδιασταλτικό των στεφανιαίων.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς έγινε λήψη ζωτικών σημείων:

ΑΠ: 130/80mmHg

Σφ: 78/min

θ: 36°C και

Λήψη αίματος HT= 29%

Δακτυλική εξέταση θετική για μέλαινα.

Προετοιμάσαμε την ασθενή για επείγουσα γαστροσκόπηση, της εξηγήσαμε τι πρόκειται να συμβεί πριν και μετά από την εξέταση. Εξηγήσαμε ότι δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα. Αφαιρέσαμε τις τεχνητές οδοντοστοιχίες.

Χορηγήσαμε ένα ηρεμιστικό και ειδοποιήσαμε να έρθουν να την πάρουν με το φορείο.

Κατά την επάνοδο στο τμήμα έγινε ξανά λήψη ζωτικών σημείων. Στη συνέχεια έγινε εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύσεις στομάχου. Μετά τον έλεγχο αιμορραγίας χορηγούσαμε μέσα από το σωλήνα γάλα και αντιόξινα. Παρακολουθούσαμε τα υγρά που αποβάλλονταν από το στομάχι όσον αφορά την ποσότητα και το χαρακτήρα τους. Η γαστροσκόπηση έδειξε έλκος βολβού Ι2δακτύλου με στοιχεία πρόσφατης αιμορραγίας.

Υπεβλήθη σε μετάγγιση 5 μονάδων αίματος. Κατά τη διάρκεια της μεταγγίσεως παρακολουθούσαμε την ασθενή. Γινόταν πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής και διαιτολογίου. Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε:

Ορό GLYCOSE 5% 1000cc (1x1)

Ορό NORMAL 1000cc (1x1)

SUSP MAALOX (κουτ. σούπας x 4)

1 AMP ZANTAC (1x3) και

Fe (1x1) .IV

Η δίαιτα της ελκοπαθούς περιελάμβανε λευκωματούχες τροφές, μικρά και συχνά γεύματα, αποφυγή ερεθιστικών τροφών. Νοσηλεύτηκε για 10 μέρες. Όταν οι κενώσεις απέκτησαν φυσιολογικό χρώμα και δεν υπήρχαν ενοχλήματα έγινε η εξοδός της από το νοσοκομείο και της δόθηκε η εντολή να ακολουθήσει την ίδια αγωγή και να επισκεφθεί ξανά το γιατρό μετά από λίγο χρονικό διάστημα.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθήνας "Ο Ευαγγελισμός".

Ασθενής Γ.Χ. Ετών 33 (όχι πότης - όχι καπνιστής).

Κύρια ενοχλήματα. Από ωρών μέλαινες κενώσεις και επιγαστρικά ενοχλήματα.

Προηγούμενη κατάσταση υγείας.

Το 1981 έπαθε την 1η γαστρορραγία.

Το 1987 έπαθε 2η γαστρορραγία από λήψη από λήψη αντιφλεγμονώδων φαρμάκων (AMP VOLTAREN).

Επίσης αναφέρει σε παιδική ηλικία ρευματικό πυρετό. Δεν αναφέρει μεταγγίσεις για τις προηγούμενες δύο γαστρορραγίες.

Παρούσα νόσος:

Ο ασθενής αναφέρει από ωρών μέλαινες κενώσεις και επιγαστραλγία. Δεν αναφέρει λήψη ασπιρινών ή άλλων αντιφλεγμονώδων φαρμάκων, αλλά αναφέρει ιστορικό έλκους βολβού Ι2δακτύλου.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων: ΠΠΟ/mmHg, θ=36,6°C, Σφ = 80/min και λήψη αίματος για αιματοκρίτη H=32%

Η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινα κένωση.

Προετοιμάσαμε τον ασθενή για επείγουσα γαστροσκοπία. Η γαστροσκοπία έδειξε έλκος βολβού Ι2δακτύλου, με στοιχεία ενεργού αιμορραγίας.

Μετά την επάνοδο του ασθενούς στην κλινική παρουσίασε αιματέμεση. Έγινε εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και στη συνέχεια πλύσεις με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για να προκληθεί αγγειοσπασση.

Γινόταν έλεγχος του αιματοκρίτη καθημερινώς. Έγινε μετάγγιση συνολικά 2 μονάδων αίματος. Κατά τη μετάγγιση παρακολουθούσαμε με τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Επί πόνου χορηγούσαμε αναλγητικά φάρμακα υπό τη μορφή ενέσεων με εντολή του ιατρού.

Το πρώτο 24ωρο ο άρρωστος δεν έπαιρνε τίποτα από το στόμα.

Αργότερα έπαιρνε κατά διαστήματα λίγο γάλα. Παρακολουθούσαμε τις κενώσεις αν ήταν μέλαινες.

Ο ασθενής λόγω της καταστάσεώς του είχε ανάγκη από ηθική τόνωση και αποβολή του STRESS.

Είχαμε συχνή επαφή με τον άρρωστο, συζητούσαμε για προσωπικά του θέματα και προσπαθούσαμε να τον βοηθήσουμε στην αντιμετώπισή τους.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο του έγινε

διδασκαλία για να προσαρμοστεί στη νέα του κατάσταση και του δώσαμε οδηγίες για να μην υποτροπιάσει ή επανεμφανιστεί το έλκος. Γινόταν πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής και διαιτολογίου.

Φαρμακευτική αγωγή:

Ορός GLYCOSE 5% 1000cc (1x1)

Ορός NORMAL 1000cc (1x1)

1 AMP ZANTAC (1x3) IV

SUSP ALUDROX (1 κουτ. σούπας x4)

AMP Fe(1x2) IV

Κατά την εξοδό του ο ιατρός του έδωσε τις ακόλουθες οδηγίες:

1. Δίαιτα ελκοπαθούς.

2. Απαγόρευση την από του στόματος λήψη ασπιρίνης και λοιπών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων.

3. ZANTAC TAB (1x3)

4. MAALOX (1 κουτ. σούπας x4)

5. Μετά από μιά βδομάδα να υποβληθεί σε γενική αίματος και Τ.Κ.Ε και να επικοινωνήσει με το θεράποντα ιατρό.

6. Να βρίσκεται υπό συχνή ιατρική παρακολούθηση.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Ασθενής Π.Σ. Ετών 20.

Κύρια ενοχλήματα: Από 2ημέρου παρουσίαζε αιματέμεση και μέλαινες κενώσεις.

Παρούσα νόσος: Από 2ημέρου παρουσίαζε αιματέμεση και μέλαινες κενώσεις. Η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινα.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς έγινε λήψη ζωτικών σημείων:

ΑΠ: 100/70 mmHg

Σφ: 65/min

Θ = 36°C

και λήψη αίματος για αιματοκρίτη HT = 33%

Προετοιμάσαμε τον ασθενή για επείγουσα γαστροσκόπηση. Του εξηγήσαμε τί πρόκειται να συμβεί πριν και μετά από την εξέταση.

Με τη συζήτηση προσπαθήσαμε να διώξουμε το άγχος του για την πορεία της υγείας του.

Του κάναμε μιά ένεση ηρεμιστική, κατόπιν εντολής του γιατρού και ειδοποιήσαμε να έρθουν με το φορείο για να τον πάρουν.

Στο ενδοσκοπικό έκανε τη γαστροσκόπηση.

Στη γαστροσκόπηση ο οισοφάγος ήταν φυσιολογικός.

Στο θόλο ήταν πολ/λές εξελκώσεις μερικά καλυμμένες με αίμα νωπό. Σώμα, ένδρο, χωρίς ενεργό αιμορραγία καμία ανάβλυση αίματος από I2/00.

Πολ/λές εξελκώσεις στο θόλο (MALLORY - WEISS).

Κατά την επαναφορά του στο τμήμα έγινε λήψη ζωτικών σημείων.

Ετέθη ρινογαστρικός σωλήνας από όπου γινόταν πλύσεις με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου.

Εγινε μετάγγιση αίματος 6 μονάδων συνολικά.

Λόγω καταστροφής των φλεβών από τη μεγάλη χρήση τους ετέθη υποκλείδιος.

Γινόταν συχνή παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της μεταγγίσεως για τυχόν αντιδράσεις.

Στον ασθενή παρατηρήθηκε άνοδο της θερμοκρασίας σε υψηλά επίπεδα γι' αυτό αφαιρέσαμε τη φιάλη αίματος που έπαιρνε σύμφωνα με εντολή του γιατρού και εφαρμόσαμε ψυχρά επιθέματα και χορηγήσαμε υγρά ενδοφλεβίως.

Ο ασθενής νοσηλεύτηκε 12 μέρες. Οι κενώσεις του απέκτησαν πάλι φυσιολογικό χρώμα και με την εξοδό του ήταν ελεύθερος ενοχλημάτων.

Φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο:

Ορός GLYCOSE 5% 1000cc (1x1)

Ορός NORMALL 1000cc (1x1)

SUSP ALUDROX (10ccx4)

AMP ZANTAC (1x3)

Αγωγή για συνέχιση δόθηκε η εξής:

TAB ZANTAC (1x1)

SUSP ALUDROX (10cc x4)

και εφαρμογή δόξατα ελκοπαθούς.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθήνας "Ο Ευαγγελισμός".

Ασθενής Δ.Σ. Ετών 66 (καπνιστής - όχι πότης).

Κύρια εννοχλήματα. Από 48ωρών 5 διαροϊκές μέλαινες κενώσεις μετά τη λήψη αντιφλεγμονώδων φαρμάκων.

Προηγούμενη κατάσταση υγείας.

Ελονοσία σε νεαρά ηλικία, αυχενικό σύνδρομο.

Παρούσα νόσος.

Ο ασθενής εισήχθη στην κλινική διότι από 2ημέρου αναφέρει μέλαινες διαροϊκές κενώσεις.

Οίδιος δεν αναφέρει ιστορικό ελκοπαθούς.

Επαιρνε κατά διαστήματα αντιφλεγμονώδη φάρμακα λόγω αυχενικού συνδρόμου και η τελευταία φορά που πήρε ήταν τρεις μέρες πριν από την εισαγωγή του.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική έγινε λήψη ζωτικών σημείων

ΑΠ: 120/70 mmHg

Σφ: 80/min

θ = 36,7°C

και λήψη αίματος για αιματοκρίτη HT = 31%

Προετοιμάσαμε τον ασθενή για επείγουσα γαστροσκόπηση και ειδοποιήσαμε να έρθουν να τον πάρουν με το φορείο. Κατά την επάνοδο στο τμήμα έγινε λήψη ζωτικών σημείων. Η γαστροσκόπηση έδειξε πολλές εξελκώσεις στο θόλο. Η δακτυλική εξέταση ήταν θετική για μέλαινα. Ετέθη ρινογαστρικός σωλήνας από όπου γινόταν πλύσεις με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας χορηγήσαμε γάλα και αντιόξινα από το σωλήνα.

Παρακολουθήσαμε την ποσότητα και το χρώμα των υγρών που αποβάλλονταν από το στομάχι.

Επί πόνου χορηγήσαμε αναλγητικά φάρμακα υπό τη μορφή ενέσεων με εντολή του γιατρού.

Το πρώτο 24ωρο δεν έπαιρνε τίποτε από το στόμα.

Παρακολουθήσαμε τις κενώσεις αν ήταν μέλαινες.

Γινόταν καθημερινώς έλεγχος του αιματοκρίτη.

Υπεβλήθη σε μετάγγιση αίματος και πήρε συνολικά 3 μονάδες αίματος. Κατά τη διάρκεια της μεταγγίσεως παρακολουθήσαμε τον ασθενή για τυχόν αντιδράσεις.

Γινόταν πιστή τήρηση φαρμακευτικής αγωγής και διαίτας.

Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε:

Ορό GLYCOSE 5% 1000cc (1x1)

Ορό NORMAL 1000cc (1x1)

SUSP ALUDROX (10cc x4)

AMP ZANTAC (1x3)

Δίαιτα ελκοπαθούς, συχνά μικρά γεύματα, λευκωματούχες τροφές, αποφυγή καπνίσματος και ερεθιστικών τροφών.

Όταν ο αιματοκρίτης αποκαταστάθηκε τα κόπρανα απέκτησαν το φυσιολογικό τους χρώμα και τα ενοχλήματα υποχώρησαν ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο μετά από 10 ημέρες νοσηλεία.

Κατά την εξοδό του ο γιατρός του έδωσε οδηγίες όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή και τη δίαιτα που πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Ασθενής Β.Γ. Ετών 29.

Καπνίζει 10 τσιγάρα ημερησίως - μικρή χρήση οινοπνεύματος.

Κύρια ενοχλήματα.

Από 4ημέρου παρουσίαζε μέλαινες κενώσεις, αιματέμεση και καταβολή δυνάμεων.

Παρούσα νόσος.

Από 4ημέρου παρουσίασε μέλαινες κενώσεις και αιματέμεση μετά από λήψη ασπιρινών.

Νοσηλευτική φροντίδα.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς έγινε λήψη ζωτικών σημείων:

ΑΠ: 100/60^{mm}Hg

Σφ: 67/μίν

θ = 36°C

και λήψη αίματος για έλεγχο αιματοκρίτη HT=30%

Προετοιμάσαμε τον ασθενή για επείγουσα γαστροσκόπηση. Του εξηγήσαμε τι πρόκειται να συμβεί πριν και μετά από την εξέταση και του απαγορεύσαμε να πάρει τίποτα από το στόμα. Του κάναμε μία ένεση ηρεμιστική κατόπιν εντολής του γιατρού και ειδοποιήσαμε να έρθουν να τον πάρουν με το φορείο. Επιστρέφοντας στην κλινική έγινε ξανά λήψη ζωτικών σημείων. Η γαστροσκόπηση έδειξε πολ/λές εξελκώσεις στο θόλο καλυμένες με νωπό αίμα.

Ετέθη ρινογαστρικός σωλήνας απ'όπου γινόταν πλύσεις με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου.

Παρατηρούσαμε το ποσό και το χαρακτήρα των υγρών που αποβάλλονταν από το στομάχι.

Γινόταν καθημερινώς λήψη αίματος για έλεγχο του αιματοκρίτη.

Επί πόνου χορηγούσαμε αναλγητικά υπό τη μορφή ενέσεων. Το πρώτο 24ωρο ο άρρωστος δεν έπαιρνε τίποτα από το στόμα. Αργότερα έπαιρνε κατά διαστήματα λίγο κρύο γάλα. Παρακολουθούσαμε τις κενώσεις για μέλαινα.

Λόγω του χαμηλού επιπέδου του αιματοκρίτη έγινε μετάγγιση αίματος συνολικά πήρε 5 μονάδες αίματος.

Κατά τη διάρκεια της μεταγίσεως παρακολουθούσαμε τον ασθενή για τυχόν αντιδράσεις.

Ο ασθενής λόγω της καταστάσεώς του είχε STRESS και ανάγκη από συμπαράσταση και ηθική τόνωση.

Συζητούσαμε μαζί του και προσπαθούσαμε να διώξουμε όλα τα ερωτηματικά του και τις ανησυχίες του για την υγεία του.

Γινόταν πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και της δίαιτας.

Η φαρμακευτική αγωγή περιελάμβανε:

Ορό GLYCOSE 5% 1000cc (1x1)

Ορό NORMAL 1000cc (1x1)

SUSP ALUDROX (10cc x4)

AMP ZANTAC (1x3)

AMP FERRUM (1x1)

Η δίαιτα περιελάμβανε λευκωματούχες τροφές, μικρά και συχνά γεύματα αποφυγή καπνίσματος, καφέ, ερεθιστικών ουσιών και οινοπνεύματος.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο του έγινε διδασκαλία για να προσαρμοστεί στη νέα του κατάσταση και του δώσαμε οδηγίες για να μην υποτροπιάσει το έλκος και να θεραπευθεί.

Κατά την εξοδό του ο γιατρός του έδωσε την εξής αγωγή.

TAB ZANTAC (1 πρωί-1 βράδυ)

SUSP ALUDROX (1 κουτ. σούπας 4 φορές ημερησίως)

Δίαιτα ελκοπαθούς.

Να βρίσκεται σε συχνή ιατρική παρακολούθηση.

Η λήψη του παραπάνω ιστορικού έγινε από το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Κορίνθου.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από όσα μέχρι τώρα περιγράψαμε όσον αφορά την ανατομία - παθοφυσιολογία - νοσηλευτική φροντίδα και τη περιγραφή των περιστατικών φαίνεται ότι:

I) Το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος είναι μία νόσος αρκετά γνωστή και συζητημένη όσον αναφορά τα αίτιά της που μπορεί να είναι πολλά, τους παράγοντες προδιάθεσης, τις επιπλοκές της και κυρίως τη θεραπεία της που μπορεί να είναι ιατρική ή χειρουργική.

Πρόκειται περί συχνοτάτης πάθησης, θεωρούμενη ως πάθηση του πολιτισμού, δεδομένου ότι η συχνότητα αυτού εμφανίζεται συνεχώς αυξανόμενη. Τούτο πιθανόν οφείλεται στην αγχώδη διαβίωση ή τις κακές διαιτητικές συνήθειες.

Σε παλιότερες μελέτες αναφέρεται ότι το 6-16% των ανθρώπων παρουσίαζαν σε κάποια περίοδο της ζωής τους γαστρικό έλκος. Σήμερα πιστεύεται ότι η αναλογία αυτή είναι σαφώς μεγαλύτερη.

Όπως είναι γνωστό το έλκος εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στο στομάχι (γαστρικό έλκος) και στην αρχική μοίρα του δωδεκαδακτύλου (βολβό). Όσον αφορά τη συχνότητα, το έλκος θεωρείται πιά συχνό στο I2δάκτυλο σε σχέση με το στομάχι σε αναλογία η οποία υπολογίζεται περίπου 9:1. Σπάνια εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου, στο λεπτό έντερο κοντά στα σημείο γαστροεντεροαναστομώσεως, σε αρκετά σημεία της νήστιδος σε σύνδρομο ZOLLINGER-ELLISON και σε Μεκέλειο εκκόλπωμα.

-Οι παράγοντες προδιάθεσης της νόσου είναι αρκετοί όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε από τις διάφορες μελέτες πάνω στους παράγοντες περιβάλλοντος (γεωγραφική κατανομή, κοινωνικές τάξεις και επαγγέλματα) και στους παράγοντες διάπλασης όπως η ομάδα αίματος, το φύλο.

-Όσον αφορά τους παράγοντες περιβάλλοντος μπορούμε να δούμε ότι υπάρχει μία γεωγραφική μεταβλητή στη συχνότητα του έλκους I2δακτύλου και του γαστρικού έλκους.

Έτσι φαίνεται ότι στις Ινδίες η σχέση έλκους I2δακτύλου και γαστρικού έλκους είναι 30/1. Επίσης το I2δακτυλικό έλκος είναι πιά συχνό στη Σκωτία και στην Αγγλία.

Ακόμα παρατηρείται μία διαφορετική συχνότητα ανάλογα με την κοινωνική τάξη και το επάγγελμα. Το γαστρικό έλκος φαίνεται ομοιόμορφα διαδεδομένο σ' όλο το πληθυσμό, λιγότερο όμως

ανάμεσα στους διάφορους επαγγελματίες. Υπολογίζεται ότι το έλκος στομάχου φαίνεται πιο συχνό στους γιατρούς και τους εργαζόμενους σε εργασίες με ιδιαίτερη υπευθυνότητα (π.χ. διευθυντές). Δεν είναι εμφανές εάν αυτό οφείλεται στις καλύτερες συνθήκες διάγνωσης που προσφέρονται σ' αυτές τις κατηγορίες εργαζομένων ή σε μιὰ πραγματικά μεγαλύτερη συχνότητα.

-Η συχνότητα εμφάνισης σε σχέση με το φύλο υπολογίζεται ότι το ανδρικό φύλο προσβάλλεται περισσότερο από το γυναικείο. Ακόμα παρατηρείται μιὰ εξαφάνιση του έλκους στην εγκυμοσύνη με επάνοδο του μετά τον τοκετό και στην εμμηνόπαυση.

Η συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες ηλικίας 45 - 55 ετών είναι 10% ενώ στις γυναίκες περίπου 6% μετά την εμμηνόπαυση.

- Επίσης όσον αφορά το μηχανισμό νευρικής προέλευσης φαίνεται ότι τα ψυχολογικά στρες παίζουν σήμερα σπουδαίο ρόλο όπως αποδεικνύει η αύξηση της συχνότητας του έλκους σε άτομα που υποκινούνται σε έντονες συγκινησιακές καταστάσεις.

-Από άποψη ενοχοποιητικών παραγόντων που προκαλούν την εμφάνιση έλκους υπολογίζεται και η κληρονομικότητα.

Σε συγγενείς ασθενείς πάσχοντες από γαστρικό έλκος είναι αυξημένη η συχνότητα σε σχέση με το I2δακτυλικό ενώ το I954 από διάφορες έρευνες αποδείχθηκε ότι άτομα της ομάδας αίματος 0 εμφανίζουν υπερδιπλάσια συχνότητα έλκους I2δακτύλου και λιγότερη γαστρικού έλκους.

2) - Περιγράφοντας τα γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη αναφέραμε ότι αιμορραγούν* οι δε προκαλούμενες αιμορραγίες είναι συνήθως κρυφές, αρκετά σοβαρές και με βαρεία πρόγνωση.

Η αιμορραγία εκδηλώνεται ως αιματέμεση ή μέλαινα κένωση.

Υπολογίζεται ότι 15-30% των πασχόντων από έλκος εμφανίζουν αιμορραγία σε κάποια περίοδο της ζωής τους.

Όσον αφορά το ιστορικό των αιμορραγούντων ελκών υπολογίζεται ότι τα 40% των ασθενών με έλκος ή κηρσούς οισοφάγου αιμορραγούν από διάφορους παράγοντες ενώ το 70% από λήψη ασπιρίνης.

Η θνησιμότητα εξ αιμορραγίας κυμαίνεται από 3-10%.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της αιμορραγίας υπολογίζεται:

α) Η ηλικία (μεγαλύτερη συχνότητα αιμορραγιών παρατηρείται μεταξύ 40-70 ετών).

β) Το φύλο. (Στους άνδρες η αιμορραγία είναι συχνότερη και με πρόγνωση βαρύτερη).

γ) Η εντόπιση του έλκους: (τα Ι2δακτυλικά έλη ιδιαίτερα του οπισθίου τοιχώματος αιμορραγούν συχνότερα από τα γαστρικά).

δ) Η χρονιότητα του έλκους.

Σε σχέση με τη βαρύτητα της αιμορραγίας πρέπει να έχουμε υπόψη τα εξής:

α) Αιματέμεσις σημαίνει απώλεια τουλάχιστον 25% της ολικής μάζης του αίματος. Μέλαινα μόνο, άνευ αιματεμέσεως υποδηλώνει κατά κανόνα όχι απότομον αιμορραγία.

β) Η αιματέμεση έχει βαρύτερη πρόγνωση από τη μέλαινα κένωση (διότι η αιμορραγία είναι μεγαλύτερη).

γ) Η ύπαρξη προσφάτου αίματος σε μέλαινα κένωση είναι σημείο σοβαρής αιμορραγίας.

δ) Επί μετρίας αιμορραγίας χωρίς υποτροπές η πρόγνωση είναι καλή (θνησιμότητα 2%)

ε) Επί μεγάλης, συνεχούς αιμορραγίας ή με υποτροπές η πρόγνωση είναι βαρύτερη (θνησιμότητα 20% περίπου).

Τέλος σωστό είναι να τονίσουμε ότι η αιμορραγία μπορεί να είναι κεραυνοβόλου αφθονότητας που προκαλεί τον θάνατο του ασθενούς.

Σε εξασθενημένους επίσης ασθενείς είναι δυνατόν η αιμορραγία να μην εξωτερικευθεί και ο θάνατος επέρχεται χωρίς ο ασθενής να παρουσιάσει αιματέμεση ή μέλαινα κένωση. Η νεκροψία μόνο αποδεικνύει το στομάχι ή το έντερο πλήρη αίματος.

3) -Σχετικά με τη θεραπεία τονίζουμε ότι σκοπός της αγωγής δεν πρέπει να είναι μόνο ο παραμερισμός του έλκους αλλά και η πρόληψη υποτροπής διαμέσου μιάς διαρκούς θεραπείας.

Η ίαση μπορεί να επέλθει αυτόματα με συντηρητική αγωγή, αν όμως τα συμπτώματα είναι τόσο έντονα που να παρεμποδίσουν την ομαλή ζωή του ασθενούς συνίσταται η χειρουργική θεραπεία.

Από στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη θεραπεία του έλκους φαίνεται ότι:

I. Σε περίπτωση που το Ι2δακτυλικό έλκος είναι πρόσφατο με ορισμένα συμπτώματα και χωρίς επιπλοκές τα αντιόξινα φάρμακα προκαλούν καταστολή του πόνου μέσα σε μιά εβδομάδα και σε 4 - 6 εβδομάδες εξαφάνιση του έλκους στο 80% των περιπτώσεων.

2. Η χορήγηση των αναζωνιστών των Η-υποδοχέων της ισταμίνης σε συνηθισμένες δόσεις στους περιπατητικούς ασθενείς έχει ελάττωση της οξύτητας του γαστρικού υγρού περίπου 70%.

3. Τέλος μετά από χορήγηση σιμετιδίνης επί 4 - 6 εβδομάδες έχουμε epούλωση του Ι2δακτυλικού έλκους στο 85% των αρρώστων.

4) - Σχετικά με τις επιπλοκές του έλκους πiό επικίνδυνη είναι η διάτρηση. Τα Ι2δακτυλικά έλκη παρουσιάζουν την επιπλοκή αυτή συχνότερα από τα γαστρικά. Η αναλογία είναι αντίστοιχα : (80 - 90%) και για τα γαστρικά (10-20%).

Στα Ι2δακτυλικά έλκη είναι πiό συχνή στα έλκη της πρόσθιας επιφανείας· ενώ στα γαστρικά έλκη είναι πiό συχνή στα έλκη του ελάσσονος τόξου και στα έλκη πυλωρικής εντόπισης.

Η διάτρηση είναι μία από τις κυριώτερες αιτίες θανάτου εξ έλκους. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος του διατρηθέντος έλκους και η ηλικία του ασθενούς τόσο μεγαλύτερη είναι η θνησιμότητα.

Επειδή δε τα γαστρικά έλκη έχουν συνήθως μεγαλύτερη διάμετρο από τα Ι2δακτυλικά και εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία έπεται ότι και η θνησιμότητα απ' αυτά είναι μεγαλύτερη.

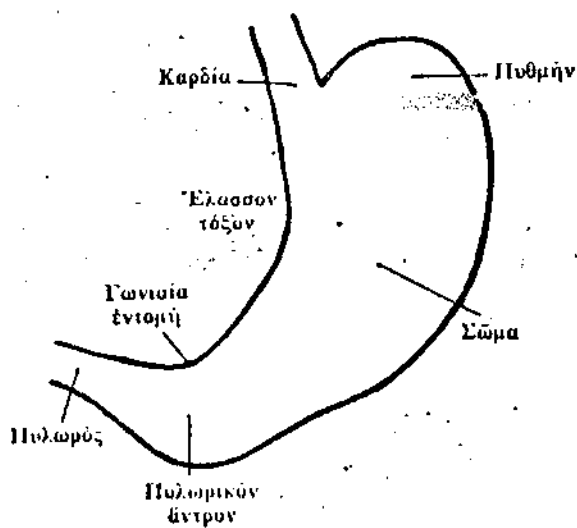
Αντίθετα η αιμορραγία είναι η πiό συχνή επιπλοκή αλλά η θνησιμότητα κυμαίνεται από 3-10%.

Η πυλωρική στένωση είναι λιγότερα συχνή (σε ποσοστό 2%) λόγω της καλύτερης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

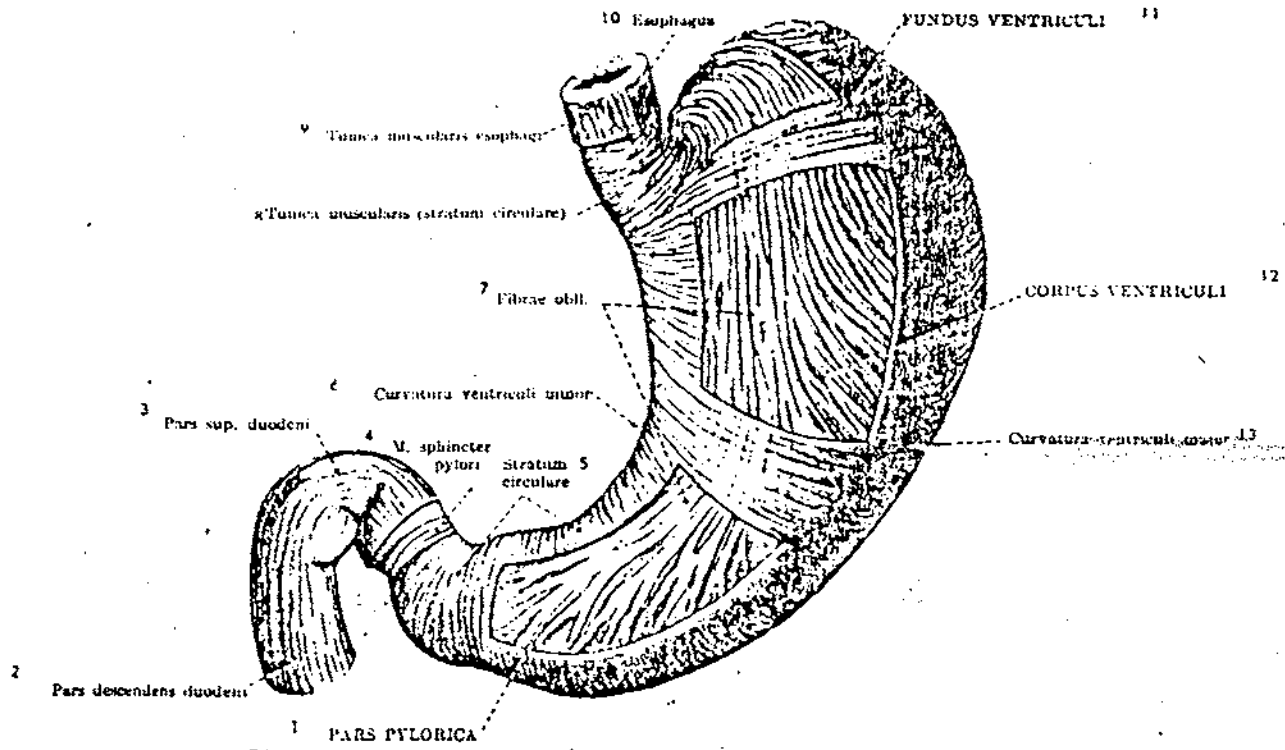
5) -Όσον αφορά την καρκινωμάτωση εξαλλαγή σύμφωνα με στατιστικές έχει γίνει δεκτό ότι η συχνότητα εξαλλαγής των γαστρικών ελκών προς ελκοκαρκίνο δεν υπερβαίνει το 5%.

Τα έλκη που εμφανίζονται στο έλασσον τόξο του στομάχου είναι συνηθέστερα κακοήθη.

Από τα έλκη του ελάσσονος τόξου θεωρείται ότι αυτά της οριζόντιας μοίρας και τα παρακαρδιακά υπόκεινται περισσότερο σε κίνδυνο καρκινώδους εξαλλαγής από τα έλκη της καθέτου μοίρας του ελάσσονος τόξου.



Σχ. 6-1. 'Ο Στόμαχος.

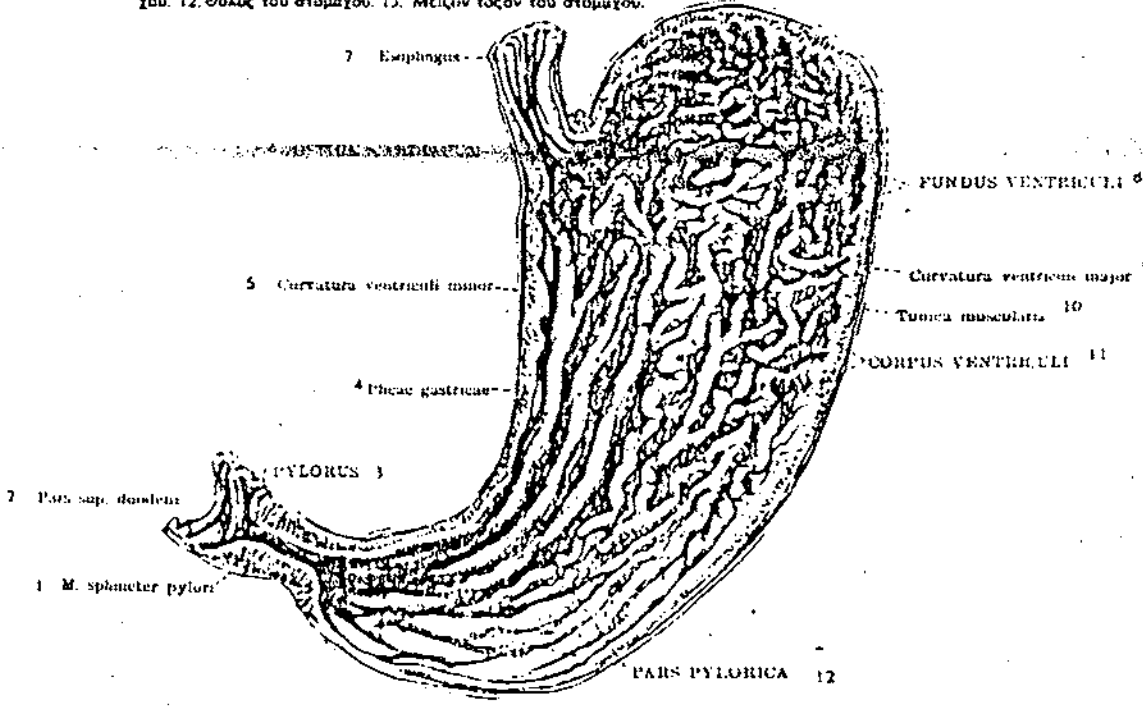


Εικ. 43. ΜΥΤΚΟΙ ΧΙΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕΤΑ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΑΥΤΟΥ ΣΤΙΒΑΔΩΝ

Fig. 43. VENTRICULUS IV.

(tunica muscularis, stratum profundum)

1. Πυλωρική μορφή. 2. Κατιόσα μορφή του 12δακτύλου. 3. Άνω μορφή του 12δακτύλου. 4. Σφιγκτήρας του πυλωρού. 5. Κυκλωτής μυική στρώση. 6. Έλασσον τόξον του στομάχου. 7. Λοξή μυική στρώση. 8. Κυκλωτής μυική στρώση (του στομάχου). 9. Έκρηκτης μυική στρώση του οισοφάγου. 10. Οισοφάγος. 11. Πεδίο του στομάχου. 12. Θάλας του στομάχου. 13. Μέγιστον τόξον του στομάχου.



Εικ. 44. ΤΟ ΕΠΙΣΤΡΩΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

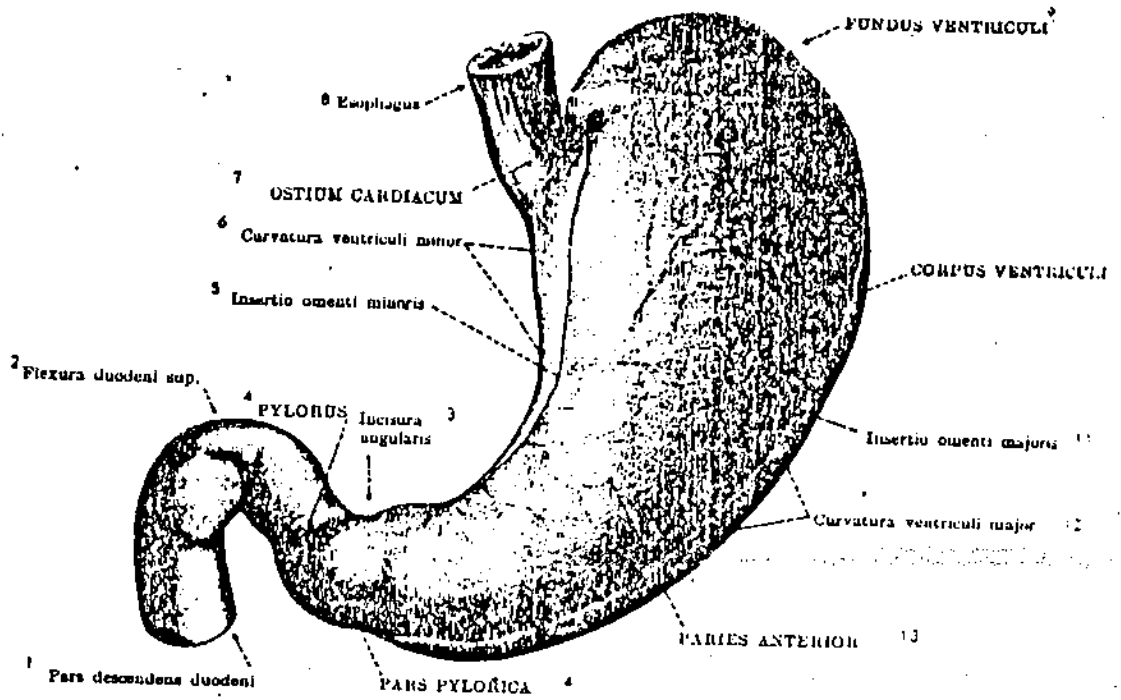
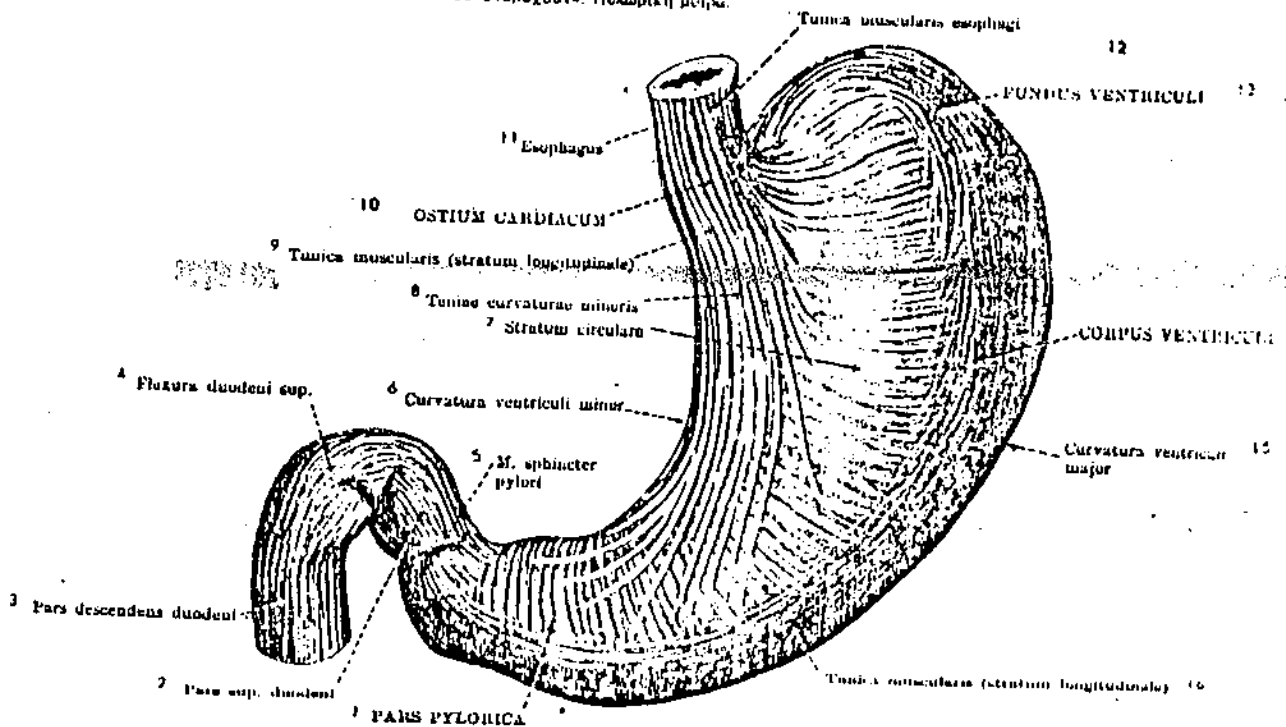
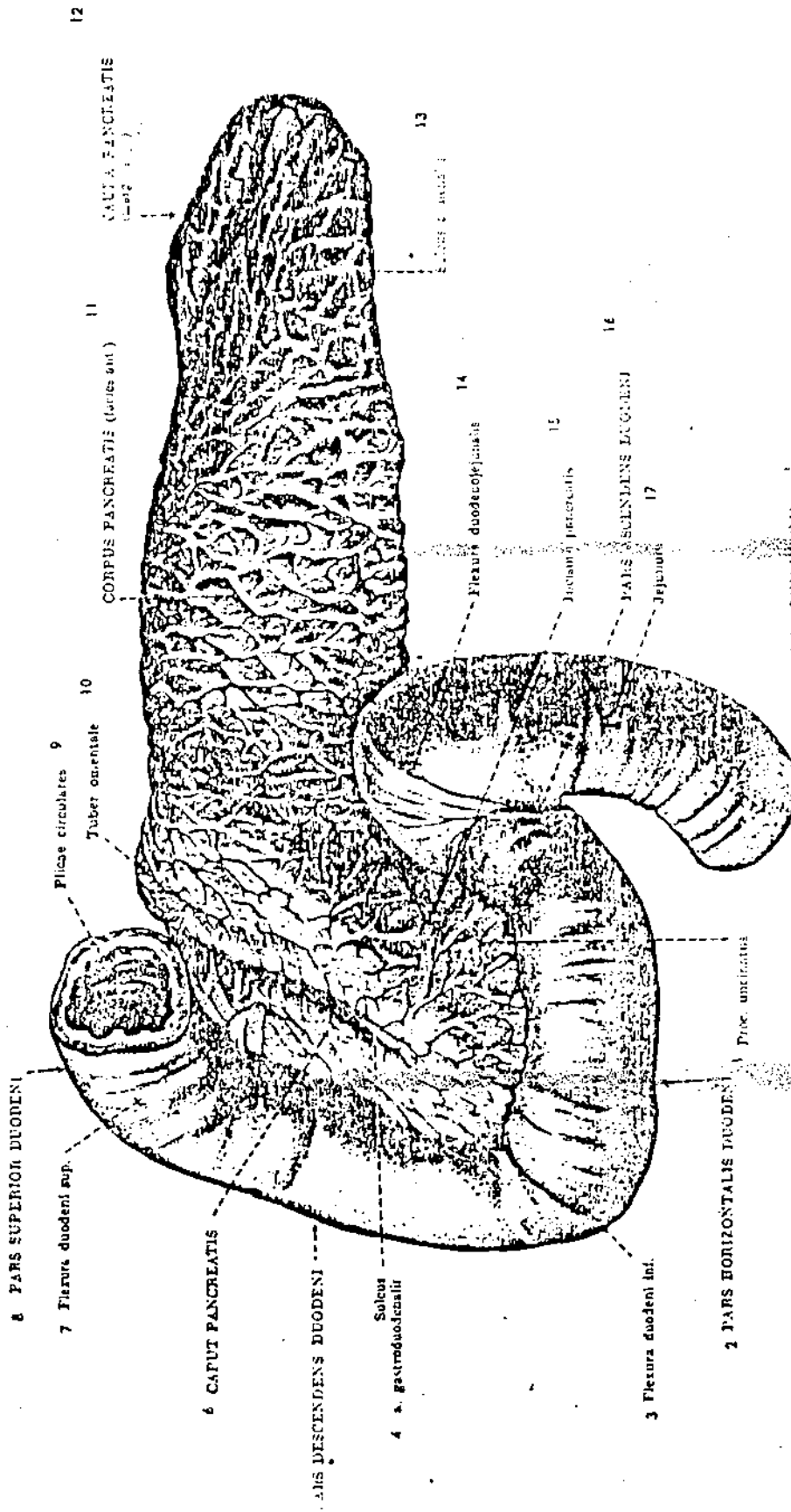


Fig. 41. VENTRICULUS II.
(aspectus anterior)

ΕΙΚ. 41: Ο ΣΤΟΜΑΧΟΣ ΕΚ ΤΗΣ ΠΡΟΣΕΝΤΕΡΗΣ ΠΛΕΥΡΗΣ.
 1. Κατιόου μέρους του δωδεκαετού. 2. Άνω κνήκη του δωδεκαετού. 3. Πύλωρος. 4. Γωνία στήλης. 5. Περσφόρος του ελάσσονος έπιπλου. 6. Έλάσσον τόξον του στομάχου. 7. Καρδιακόν στόμιον στομάχου. 8. Οισοφάγος. 9. Όλοσ του στομάχου. 10. Κάτω του στομάχου. 11. Περσφόρος του μακρόσ έπιπλου. 12. Μείζον τόξον του στομάχου. 13. Περσφύλι έπιφάνει του στομάχου. 14. Πολυπληκή μέρη.





8 PARS SUPERIOR DUODENI

7 Flexura duodeni sup.

6 CAPUT PANCREATIS

5 PARS DESCENDENS DUODENI

4 Solcus Gastroduodenalis

3 Flexura duodeni inf.

2 PARS HORIZONTALIS DUODENI

9 Plicae circulares

10 Tuberculum orientale

11 CORPUS PANCREATIS (serotum)

12

CAUDA PANCREATIS

13

14 Flexura duodenojejunalis

15 Junctionum pancreaticum

16 PARS ASCENDENS DUODENI

17 Jejunum

Plicae uncinatae

Екs 43 YO ДВАДЦАТОГО ПЯТНАДЦАТИ ЛЕТНИХ ДИОДРИ
 1. Аностреденс анонус (топ кутрптанс) 2. Оплетене (н сѣтн пептн тѣс 12бс тѣс) 3. Купе, супрн
 тѣс 12бс тѣс) 4. Абул тѣс пептн днуденс тѣс) 5. Кутрпс пѣпн тѣс 12бс тѣс) 6. Клепн тѣс
 кутрпс тѣс) 7. Абул тѣс 12бс тѣс) 8. Абул тѣс 12бс тѣс) 9. Кутрпс тѣс) 10. Кутрпс тѣс) 11.
 10. Кутрпс тѣс) 11. Кутрпс тѣс) 12. Кутрпс тѣс) 13. Кутрпс тѣс) 14. Кутрпс тѣс) 15. Кутрпс тѣс)
 Абул тѣс) 16. Кутрпс тѣс) 17. Кутрпс тѣс)

Fig. 15. DUODENUM ET PANCREAS I.

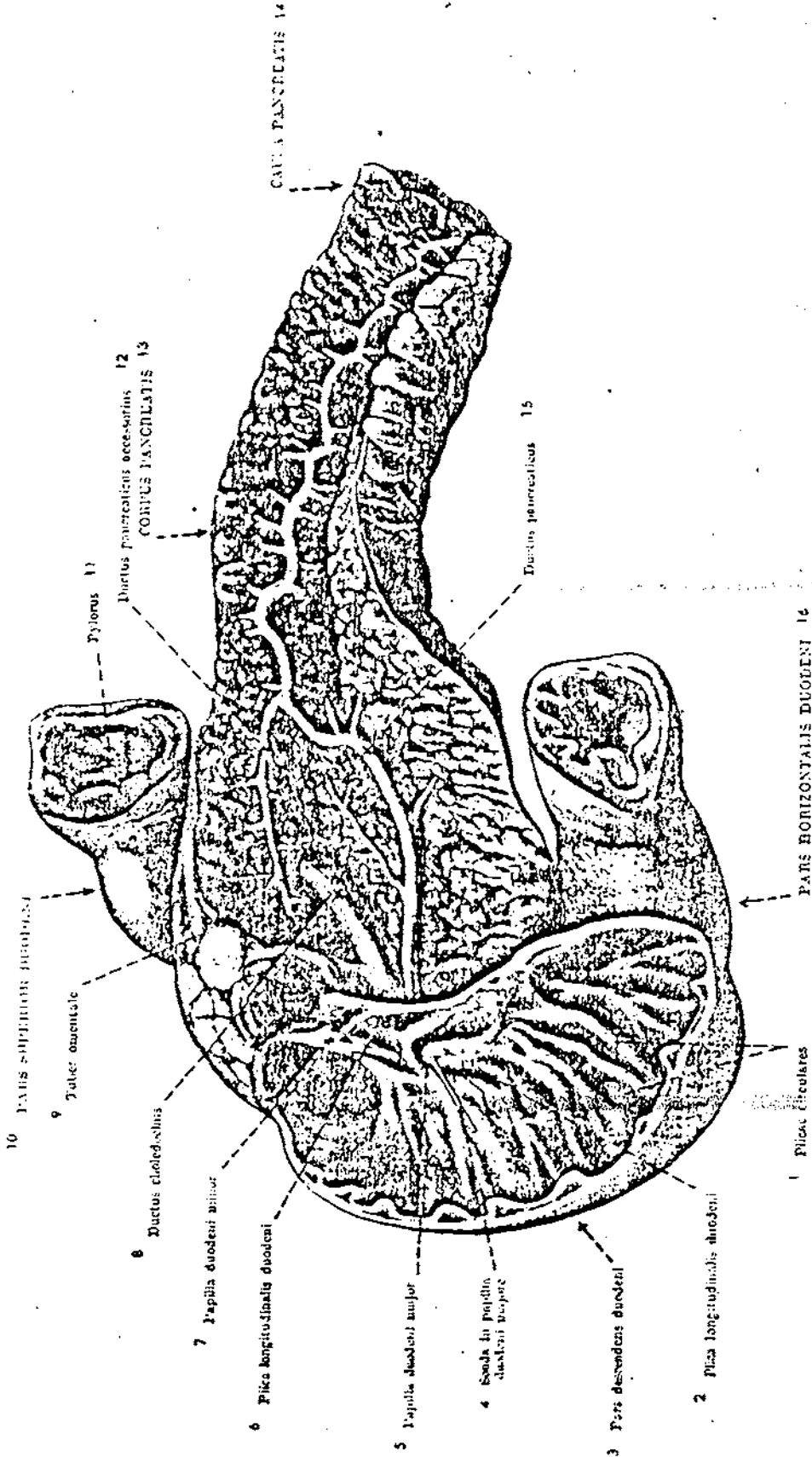
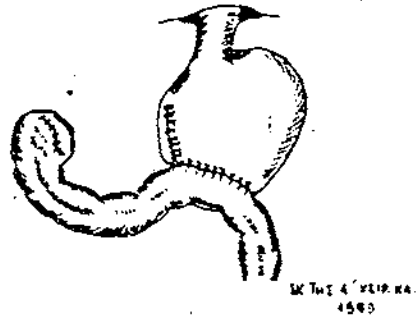
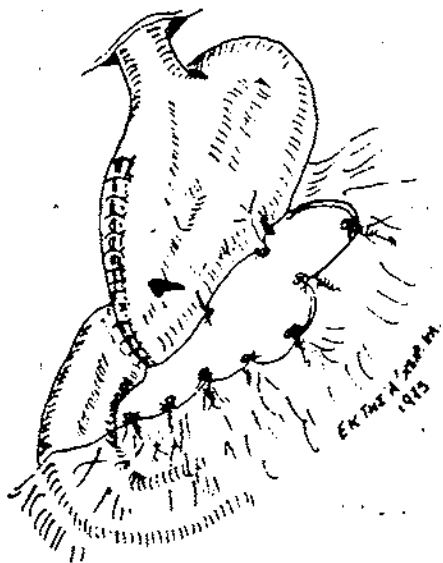


Fig. 46: TO EPILEPION TOY SYDEKATAKTYAIOY KAI TO PANKREAI META ITIN

ROMIN AYTOY

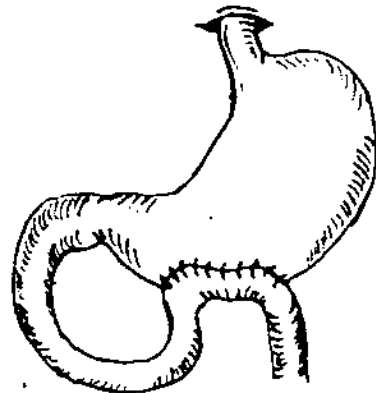
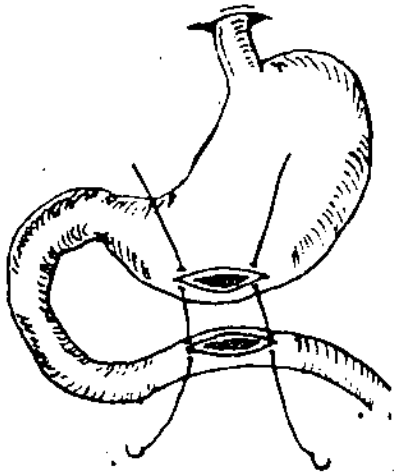
Fig. 40. DUODENUM ET PANCREAS II.

Επιλεπτικόν τῆς Κεφαλῆς τοῦ 12βουτῆρος 2. Μικρὸν σπυρτὸν 12βουτῆρος 3. Κεφαλὴ τοῦ 12βουτῆρος 4. Μὲν τὸ ἐξ ἄνω τοῦ 12βουτῆρος 5. Μικρὸν σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 6. Εὐαγγεῖον τοῦ 12βουτῆρος 7. Τραχυνὸν σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 8. Πανκρεατικὸν σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 9. Πανκρεατικὸν σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 10. Ἄνω πόσις τοῦ 12βουτῆρος 11. Πυλῶρος 12. Πανκρεατικὸς 13. Πανκρεατικὸς σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 14. Οὐρὸς τοῦ 12βουτῆρος 15. Μικρὸν σπυρτὸν τοῦ 12βουτῆρος 16. Ὁπίσθεν τῆς κεφαλῆς τοῦ 12βουτῆρος.



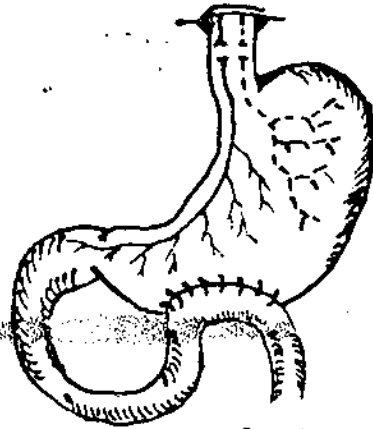
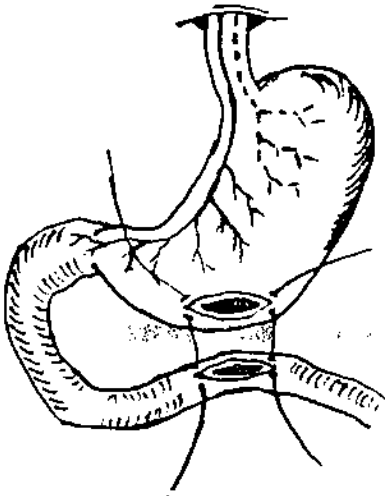
Εικόν 31. Σχηματική απεικόνισις γαστρεκτομής τύπου Billroth I.

Εικόν 32. Σχηματική απεικόνισις γαστρεκτομής τύπου Billroth II.



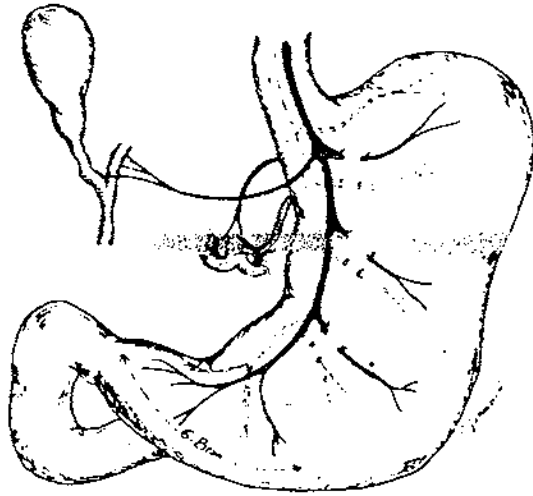
Εκ ΤΗΣ Α' ΧΕΙΡ. ΚΑ.
1973

Εικών 34. Σχηματική απεικόνιση όπλης γαστρο-εντερο-αναστομώσεως.

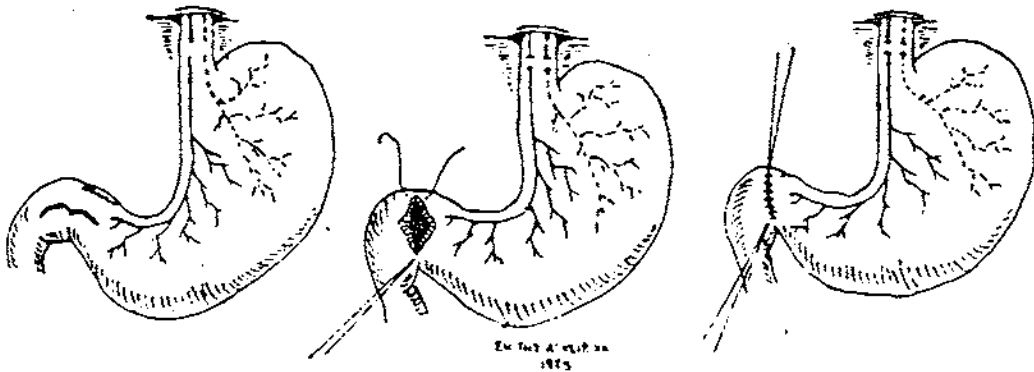


Εκ ΤΗΣ Α' ΧΕΙΡ. ΚΑ.
1973

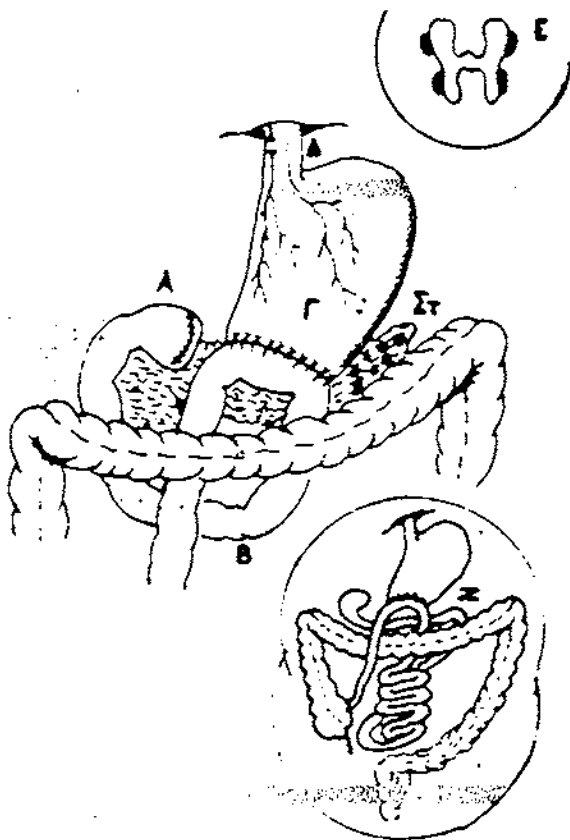
Εικών 35. Σχηματική απεικόνιση βαγοτομής και γαστρο-εντερο-αναστομώσεως.



Εικόν 36α. Σχηματική εικόν υπερεκλεκτικής βαγοτομής με διατήρηση της νευρώσεως του πλωρικού άντρου, σε απόσταση 6-8 εκ. από το πλωρικό δακτυλίου.

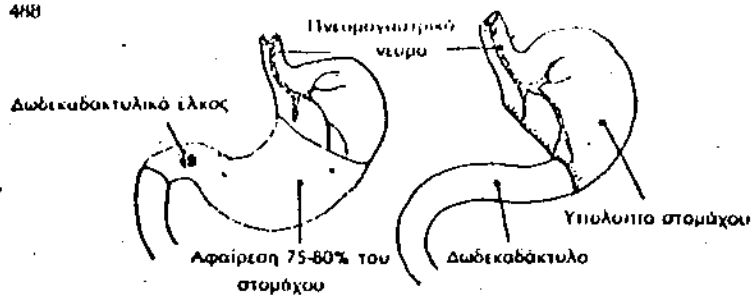


Εικόν 36. Σχηματική απεικόνισις βαγοτομής και πλωροπλαστικής.

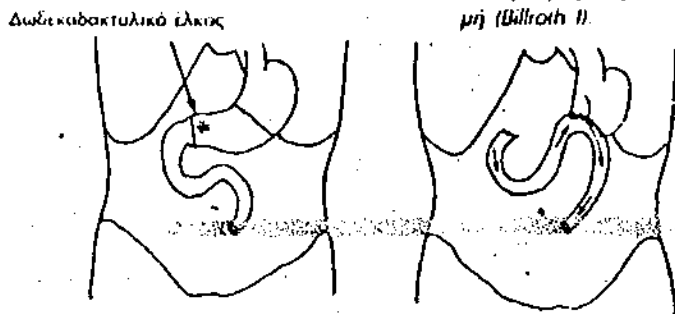


Εικόν 44. Σχηματική παράσταση δείχνουσα τα αίτια δημιουργίας μεταγαστρικού πεπτικού έλκους.

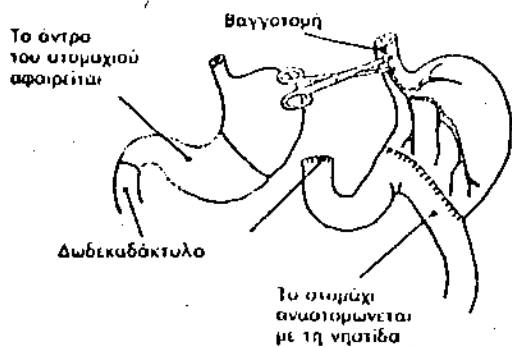
488



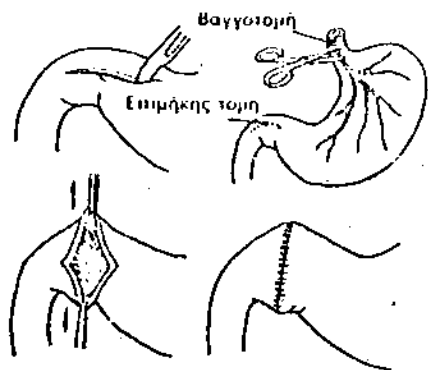
Εικόνα 5.9. Μερική γαστρεκτομή (Billroth I).



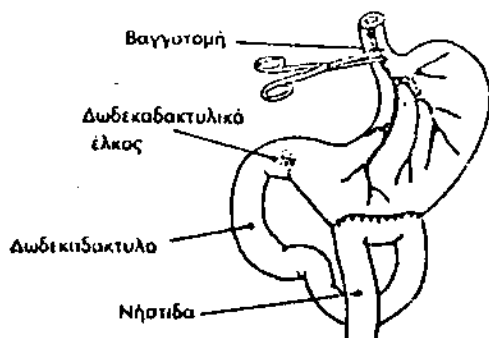
Εικόνα 5.10. Μερική γαστρεκτομή κατά Polya για γαστρικό ή δωδεκαδακτυλικό έλκος. Εκτομή που σκαλωθείται από γαστρονηφροειδική αναστόμωση.



Εικόνα 5.11. Γαστρεκτομή και βαγγοτομή.



Εικόνα 5.12. Βαγγοτομή και πύλωπλαστική.



Εικόνα 5.13. Γαστρονηφροειδική αναστόμωση και βαγγοτομή.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Όπως είχαμε αναφέρει και στον πρόλογο της εργασίας μας βασικός στόχος μας ήταν να δείξουμε πόσο οξύ και βασανιστικό πρόβλημα είναι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος.

Προσπαθήσαμε να δείξουμε τις επιπτώσεις που έχει η νόσος τόσο στον ίδιο τον οργανισμό του ανθρώπου όσο και στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Μεγάλη προσοχή δώσαμε στις μεθόδους αντιμετώπισης του έλκους, καθώς και στην νοσηλευτική φροντίδα αυτών.

Με την παρουσίαση διαφόρων στατιστικών στοιχείων που έγιναν τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε άλλες χώρες διαπιστώσαμε ότι το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος αποτελεί μεγάλο πρόβλημα. Κατά την γνώμη μας νομίζουμε ότι με κατάλληλη διαφώτιση του κοινωνικού συνόλου σιγά - σιγά θα μπορέσει να εξαληφθεί και να γίνει λιγότερο βασανιστικό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλου Θ. Βασιλείου:

"Επεξηγήσεις και κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων και δοκιμασιών".

Έκδοσις τρίτη, εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1976).

2. Γαρδίκια Δ. Κ:

"Ειδική Νοσολογία".

Δ' έκδοσις, εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1984) τόμος πρώτος.

3. Μαργαρινού Α.Μ. Κωνσταντινίδου Φ.Σ:

"Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική".

Έκδοση εβδόμη, ΑΘΗΝΑ (1984) τόμος Α'.

4. Σάββα Γ.-Αλεξάνδρου:

"Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου και άτλας".

Έκδόσεις Κυριακίδη, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ (1980), τόμος πρώτος.

5. Σάχλινη-Καρδάση Άννα-Πάνου Μάρια:

"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες".

Έκδόσεις Β', ΑΘΗΝΑ (1985) τόμος 2ος/μέρος Β'

6. Τούντας Ι. Κ:

"Επίτομος Χειρουργική".

Έκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1981) ανατύπωση, τόμος 3ος.

7. Τριχόπουλου Δημήτρη:

"Επιδημιολογία".

Έκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1982).

8. Χρυσανθακόπουλου:

"Σύγχρονες απόψεις στη Φαρμακευτική Θεραπεία της νόσου του πεπτικού έλκους".

Πάτρα (1986).

9. Π. Ι. Χρυσοσπάθη, Β. Χ. Γολεμάτη:

"Μαθήματα Χειρουργικής".

Έκδοση Β', εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδη ΑΘΗΝΑ (1981).



Ε Ε Ν Η Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. CUYTON A:

"Φυσιολογία του ανθρώπου".

Μετάφραση, εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ (1984), 3η έκδοση.

2. HARRISON:

"Εσωτερική Παθολογία".

8η έκδοση, τόμος Γ', μετάφραση, εκδόσεις Παρισιάνος
ΑΘΗΝΑ (1982).

3. KRUPP CHATTON:

"Σύγχρονη διαγνωστική θεραπευτική".

Μετάφραση, εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1985).

4. KISS - SZENTACOTHAI:

"Ατλας ανατομίας του ανθρώπου".

Μετάφραση, έκδοση 79η, τόμος II, εκδόσεις Ματαράγκα,
ΑΘΗΝΑ (1980).

5. READ E. ALAN:

"Σύγχρονη Παθολογία".

Μετάφραση, έκδοση 2η, εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ (1984).

6. SOBOTTA:

"Ατλας Ανατομικής του ανθρώπου".

2η Ελληνική έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ (1983) τόμος 2ος.