

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" Ο Ι Ε Π Ι Π Τ Ω Σ Ε Ι Σ Τ Ο Υ Π Ε Π Τ Ι Κ Ο Υ  
Ε Λ Κ Ο Υ Σ Σ Τ Ο Ν Α Σ Θ Ε Ν Η Ο Σ Ο Ν Α -  
Φ Ο Ρ Α Τ Ο Ν Ο Ρ Γ Α Ν Ι Κ Ο , Κ Ο Ι Ν Ω Ν Ι Κ Ο ,  
Ψ Υ Χ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Ο και Ο Ι Κ Ο Ν Ο Μ Ι Κ Ο Τ Ο Υ  
Κ Ο Σ Μ Ο "

Πτυχιακή Εργασία

Σταυρίδου Βασιλικής, σπουδάστριάς Νοσηλευτικής

Υπεύθυνη Καθηγήτρια

.....

κ. Παπαδημητρίου Μαρία

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας:

1. κ. Παπαδημητρίου Μαρία

2.

3.



Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα, \_\_\_\_\_

|                      |       |
|----------------------|-------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ<br>ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 1155a |
|----------------------|-------|

" ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙ -  
ΚΟΥ ΒΛΚΟΥΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ  
ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΚΟ,  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ, ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ και ΟΙ -  
ΚΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟ "

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΤΜΗΜΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "Ι"

Ι. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Πεπτικού συστήματος σελ.Ι-22,

2. ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Ορισμός Π.έλκους

Εκτίμηση κατάστασης αρρώστου

Διαγνωστικές εξετάσεις

Προβλήματα του αρρώστου

Σκοποί της φροντίδας

Παρέμβαση-Ι.Οξεία φάση, ΙΙ.Οξεία φάση

Επιπλοκές

Χειρουργική θεραπεία ""23-39,

Β' ΤΜΗΜΑ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙ"

3. ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ (3) ΑΣΘΕΝΩΝ

νοσηλευόμενων στο Νοσοκο-

μείο Θεσ/νίκης, "ΑΧΕΠΑ" ""40-44,

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙΙ"

4. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ

ΕΛΚΟΠΑΘΩΝ

- 1.Κατανομή κατό ηλικία, φύλο, κατό γένη
- 2.Γεωγραφικές διαφορές όσον αφορά την ύπαρξη του έλκουσ
- 3.Οικογενειακή κατόσταση και προέλευση του έλκουσ
- 4.Ευφυία, σχολική μόρφωση και επάγγελμα
- 5.Καταστάσεις που επιδρούν στις σωματικές και ψυχικές λειτουργίες.
- 6.Που παρατηρείται η αύξηση των ψυχωσματικών ασθeneιών
- 7.Ταξιινόμηση των ψυχολογικών φαινομένων σε σχέση με το γαστρεντερικό σωλήνα

σελ.45-51,

#### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΥ"

##### 5.Β΄ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΛΚΟΥΣ

- 1.Κάπνισμα και ποτό
- 2.Διατροφή
- 3.STRESS
- 4.Κληρονομικότητα
- 5.Διάφορα φάρμακα

"52-56,

#### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "Υ"

##### 6.Γ΄ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ Η΄ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ

1. Αποφυγή καπνίσματος και ποτού
2. Διατροφή (ποιές τροφές επιτρέπονται, ποιές απαγορεύονται)
3. Ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες
4. Δεκάλογος συμβουλών για τους ελκοπαθείς
5. Ασκώντας το υπογέστρο

σελ. 57-60,

#### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "VI"

7. Δ: ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

" " 61-62,

#### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "VII"

8. Ε: Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

" " 63.-

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

"Πάντα γὰρ, ἔφη, ἐκ τῆς ψυχῆς  
ὤρμησθαι καὶ τὰ κακὰ καὶ τὰ  
ἀγαθὰ τῷ σώματι καὶ παντὶ  
τῷ ἀνθρώπῳ, καὶ ἐκεῖθεν ἐπιρρεῖν".-

Πλάτων- "Χαρμίδης"

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Το πεπτικό έλκος εξακολουθεί και σήμερα να διατηρεί αμείωτο το ενδιαφέρον όσον αφορά τις σύγχρονες αντιλήψεις που σχετίζονται τόσο με την διάγνωση όσο και με την θεραπεία του.

Σήμερα γύρω στο εκατομμύριο στην Ελλάδα πάσχει από κάποια μορφή πεπτικού έλκους. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν ιδιαίτεροί ιδιαιτερότητες. Αξίζει να μελετηθεί η διαφορετική συχνότητα του πεπτικού έλκους, σε διάφορες περιοχές της χώρας μας ή ανάμεσα σε διάφορους ανθρώπους, με διάφορη ηλικία, κοινωνική και οικονομική προέλευση.

Το πεπτικό έλκος αποτελεί σήμερα ένα καυτό πρόβλημα της σύγχρονης ιατρικής και η συχνή αναφορά του που παρατηρείται στην διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια το επιβεβαιώνει.

Η κατάταξη του υλικού της εργασίας μου εφαρμόστηκε κατά σειρά καθώς επίσης και η σύγκριση με περιπτώσεις ασθενών με πεπτικό έλκος.

Συγκεκριμένα ξεκίνησα με την Ανατομική του πεπτικού συστήματος, φυσιολογία του στόμαχου και μέσα από τον ορισμό του πεπτικού έλκους επεκτάθηκα στην κλινική του εικόνα, αντιμετώπιση του, θεραπεία καθώς και επιδημιολογικά στοιχεία. Τα παραπάνω αποτελούν το Α΄ ΤΜΗΜΑ της εργασίας μου.

Το Β΄ ΤΜΗΜΑ παρουσιάζει τρεις (3) περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύτηκαν πρόσφατα στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσ/νίκης με παρόμοιο πρόβλημα, δηλαδή πεπτικού έλκους. Στο Β΄ ΤΜΗΜΑ συγκεκριμένα παρουσιάζεται η οργανική, κοινωνική, οικονομική και το βασικότερο ψυχολογική κατάσταση των ασθενών μέσα από τις παρουσιάσεις των περιπτώσεων και των απαραίτητων συγκρίσεων.



Τέλος παρουσιάζονται λύσεις ή μέτρα προς αποφυγή του έλκους καθώς και την πρόκληση θεραπείας του. Και ειδικότερα ο δεκάλογος συμβουλών για τους ελκοπαθείς.

Ελπίζω να συνέβαλα και εγώ κάπως στην διαφώτιση και παρουσίαση της νόσου. Άλλωστε προς αυτήν την κατεύθυνση ωθήθηκα, "κατεύθυνση επιτακτική", για μένα που θεωρείται η αντιμετώπιση σήμερα του έλκους στην Ελλάδα. Και προς αυτήν κατεύθυνση αναμένεται η εκδήλωση συγκεκριμένου ενδιαφέροντος από τους υπεύθυνους παράγοντες και φορείς.

Και μια ευχή για το νοσηλευτικό προσωπικό μια και η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό στον άνθρωπο και αποτελεί την βάση για μια ευτυχισμένη οικογενειακή ζωή.

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι υπηρεσία, είναι αγαθό στον νοσηλευόμενο ασθενή, είναι θυσία και προσφορά, έργο κοινωνικό. Είναι λειτούργημα. Και για να'ναι πάντα πρέπει και εμείς να συμβάλλουμε. Όχι μόνο ψυχικά και σωματικά αλλά και πνευματικά. Και κυρίως πνευματικά γιατί η υγεία μόνο με την γνώση κερδίζεται.-

Α. Τ Μ Η Μ ΑΚ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "Ι"ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ:

**Οισοφάγος:** Ο οισοφάγος είναι ινομυώδης σωλήνας που ενώνει το τέλος του φάρυγγα με τον στόμαχο. Έχει μήκος 25 εκατοστά περίπου. Βρίσκεται πίσω από την τραχεία και μπροστά από την σπονδυλική στήλη στο μεσοθωράκιο. Για να φτάσει στο στομάχι τρυπά το διάφραγμα μπροστά από την αορτή.

Το τοίχωμα του αποτελείται από 4 χιτώνες: Το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο, το μυϊκό και τον εξωτερικό χιτώνα από συνδετικό ιστό. Ο βλεννογόνος του οισοφάγου είναι από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο μη κερατινοποιημένο.

Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας περιέχει βλεννογόνους αδένες, ο μυϊκός χιτώνας έχει μια εσωτερική κυκλοτερή και μια εξωτερική επιμήκη μυϊκή στιβάδα.

Διαφέρει από τα υπόλοιπα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα στο ότι 1. έχει βλεννογόνο με πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο και όχι κυλινδρικό 2. έχει στον εξωτερικό χιτώνα συνδετικό ιστό και όχι ορογόνο 3. στο ανώτερο τμήμα του έχει γραμμωτές μυϊκές ίνες.

Κατά την μηχανική πέψη ο οισοφάγος λαμβάνει το βλωμό από τον φάρυγγα και τον προωθεί προς το στομάχι. Αυτό γίνεται με την βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων του οισοφάγου χάρις στην ύπαρξη των κυκλοτερών μυϊκών ινών στον μυϊκό χιτώνα του τοιχώματός του. Κατά τις κινήσεις αυτές έχουμε διαδοχική διαστολή των μυών κάτω από το βλωμό και συστολή των μυών πάνω από αυτόν. Η ολισθηρότητα στον οισοφάγο επιτυγχάνεται με την έκκριση της βλέννας

από τον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Τα 2 ως 5 εκατοστά του κάτω μέρους του οισοφάγου λειτουργούν σαν σφιγκτήρας που χαλαρώνει περιοδικά και επιτρέπει την διέοδο του βλωμού στο στομάχι. Τον υπόλοιπο χρόνο βρίσκεται σε σύσπαση εμποδίζοντας την παλινδρόμηση γαστρικού υγρού στον οισοφάγο το επιθήλιο του οποίου καταστρέφεται από τα οξέα (έλκος οισοφάγου).

**Στόμαχος:** Ο στόμαχος αποτελεί την πιο ανευρυσμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνα, η οποία προς τα πάνω επικοινωνεί με τον οισοφάγο διαμέσου του οισοφαγικού στομίου και προς τα κάτω με το δωδεκαδάκτυλο διαμέσου του πυλωρικού στομίου. Ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας και βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο, στο ιδίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα.

Το σχήμα, οι διαστάσεις και η χωρητικότητά του ποικίλλουν από άτομο σε άτομο, συχνά όμως και στο ίδιο άτομο, και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι ο τόνος του, ο βαθμός της πληρότητάς του και η στάση του ατόμου.

Συνήθως το σχήμα του στομάχου μοιάζει με το γράμμα J ή με άγκιστρο. Η χωρητικότητά του στομάχου συνήθως κυμαίνεται από 500 ως 2.500 κ.ε. (Σάββας 1955, GRAY 1967, ELLIS 1969).

#### Μορφολογία του στομάχου

Ο στόμαχος από μορφολογική άποψη, εκτός από τα δύο στόμια, οισοφαγικό και πυλωρικό, εμφανίζει και δύο επιφάνειες, την πρόσθια και την οπίσθια, καθώς επίσης και δύο χείλη, το έλασσον και το μέζον τόξο.

Το καρδιακό στόμιο εξωτερικά αντιστοιχεί στην καρδιακή εντομή, η οποία βρίσκεται από τον τελικό οισοφάγο αριστερά και τον χωρίζει από τον θόλο του στομάχου. Εσωτερικά αντιστοιχεί σε οδοντωτή κυκλοτερή παρυφή του βλεννογόνου, την οδοντωτή γραμμή,

που απέχει από τους τομείς οδόντες περίπου 40 εκ.

Το πυλωρικό στόμιο εξωτερικά αντιστοιχεί σε κυκλοτερή σύλακα, την πυλωρική, μέσα στην οποία πορεύεται η ομώνυμη φλέβα, και εσωτερικά σε κυκλοτερές έπαρση του βλεννογόνου, την πυλωρική βαλβίδα ή πτυχή.

Το έλασσον τόξο περιστάνει την συνέχεια του δεξιού χείλους του οισοφάγου και εκτείνεται από το καρδιακό έως το πυλωρικό στόμιο. Το βαθύτερο μέρος του σχηματίζει την γωνιαία εντομή. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου προσφύεται πτυχή του περιτοναίου, το έλασσον επίπλου.

Το μείζον τόξο του στομάχου έχει τετραπλάσιο μήκος από το έλασσον και επεκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντομής έως τον πυλωρό. Κατά μήκος του προσφύεται το μείζον επίπλου, εκτός από την περιοχή του θόλου, όπου προσφύεται πτυχή του περιτοναίου, ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος.

#### Μέρη του στομάχου:

Με την γωνιαία εντομή στο έλασσον τόξο, ο στόμαχος χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, τον ιδίως στόμαχο (πεπτήρια μοίρα) και τον πυλωρικό στόμαχο (εξωστήρια μοίρα). Ο ιδίως στόμαχος φέρεται σχεδόν κάθετα αριστερά της σπονδυλικής στήλης και διακρίνεται σε δύο μέρη: το επάνω, που ονομάζεται θόλος (πυθμένας) και το κάτω ή σώμα του στομάχου. Το τμήμα του σώματος που βρίσκεται κοντά στην καρδιά ονομάζεται καρδιακή μοίρα του στομάχου. Ο πυλωρικός στόμαχος εμφανίζει φορά προς τα πάνω, και μπροστά και πορεύεται δεξιά της σπονδυλικής στήλης. Διακρίνεται στο πυλωρικό άντρο, που είναι το κατώτερο τμήμα του οργάνου, και στον πυλωρικό σωλήνα, μήκους 2 ως 3 εκ., ο οποίος φτάνει έως τον πυλωρό.

#### Το εσωτερικό του στομάχου:

Η εσωτερική επιφάνεια του στομάχου εμφανίζει πτυχές που

παράγονται από την σύσπαση της βλεννογόνιας μυϊκής στιβάδας και οι περισσότερες εξαφνίζονται, όταν ο στόμαχος είναι διατεταμένος, εκτός από 2 ως 4 που είναι μόνιμες, βοίσκονται κατά μήκος του ελάσσοντος τόξου και αποτελούν την γαστρική οδό. Υπάρχουν επίσης και σταθερές πτυχές, οι οποίες οφείλονται σε κατάδυση όλων των χιτώνων του στομάχου, όπως είναι η καρδιακή πτυχή, που παράγεται από την γωνιαία εντομή.

Άλλα στοιχεία της εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου είναι οι γαστρικές άλω, τετράγωνα ή εξάγωνα επάρματα του βλεννογόνου, που παράγονται από την συσώρευση αδένων. Στην ελεύθερη επιφάνεια των επαρμάτων αυτών εκβάλλουν χωνοειδείς καταδύσεις του βλεννογόνου, που ονομάζονται γαστρικά βοθρία. Στον πυθμένα αυτών των βοθρίων εκβάλλουν οι αδένες του στομάχου.

#### Στήριξη του στομάχου:

Τα κύρια στηρίγματα του στομάχου είναι η κοιλιακή μοίρα του οισοφάγου και η κατιούσα μοίρα του δωδεκαδακτύλου. Τα όργανα αυτά καλύπτονται με περιτόναιο μόνο από μπροστά και κατ' συνέπεια είναι ακίνητα και καθηλωμένα στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα. Έτσι ο στόμαχος συγκρατείται μεταξύ των δύο αυτών σταθερών τμημάτων.

Στη στήριξη του στομάχου συμβάλλουν επίσης τα παρακείμενα όργανα, ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος, τα αγγεία του και σύνδεσμοι, πτυχές δηλαδή του περιτοναίου, που είναι οι ακόλουθοι: 1. Το έλασσον επίπλουν ή ηπατογαστρικός και ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος.

2. Το μέζον επίπλουν

3. Ο γαστροφρενικός σύνδεσμος

4. Ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος

### Σχέσεις του στομάχου προς τα γύρω όργανα:

Ο θόλος του στομάχου έρχεται σε άμεση επαφή με τον αριστερό θόλο του διαφράγματος και έμμεσα με την βάση του αριστερού πνεύμονα και την καρδιά.

Το μείζον τόξο του στομάχου έρχεται σε σχέση με το εγκάρσιο κόλο.

Η πρόσθια επιφάνεια του στομάχου δεξιά καλύπτεται, από το ήπαρ, αριστερά βρίσκεται πίσω από τον 6ο ως τον 9ο πλευρικό χόνδρο και στο μέσον εφάπτεται με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα.

Η οπίσθια επιφάνεια του στομάχου έρχεται σε σχέση με το πάγκρεας, τα σπληνικά αγγεία, τον αριστερό νεφρό και το σύστοιχο επινεφρίδιο, το σπλήνα, την αριστερή κολική καμπή και την άνω επιφάνεια του εγκάρσιου μεσόκολου. Από τα όργανα αυτά χωρίζεται ο στόμαχος με σχισμοειδή κοιλότητα, που δημιουργείται από το περιτόναιο και ονομάζεται επιπλοϊκός θύλακος.

### Υφή του στομάχου:

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, οι οποίοι, από έξω προς τα μέσα, είναι ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόγιος και ο βλεννογόγιος. (Τσούρας 1978).

A-Ο ορογόγιος χιτώνας προέρχεται από το περισπλάγχναιο πέταλο του περιτόναιου που περιβάλλει ολόκληρο τον στόμαχο. Λείπει μόνο κατά μήκος του ελάσσονος και μείζονος τόξου, δηλαδή κατά μήκος της πρόσφυσης του ελάσσονος και μείζονος επιπλδου, όπου πορεύονται και τα αγγεία του στομάχου. Επίσης λείπει και από μικρή τρίγωνη θέση που βρίσκεται πίσω από το οισοφαγικό στόμιο.

B-Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες που διατάσσονται σε τρεις στιβάδες, την έξω(επιμήκη), μέση(εγκάρσια) και την έσω(λοξή).

Η έξω στιβάδα είναι καλά αναπτυγμένη μόνο κατά μήκος του μείζονος τόξου και σε όλη την έκταση του πυλωρικού στομάχου.

Η μέση στιβάδα είναι συνεχής και εκτείνεται από την εγκάρσια μυϊκή στιβάδα του οισοφύγου έως το δωδεκαδάκτυλο.

Η έσω αποτελεί ιδιαίτερη στιβάδα του στομάχου και σχηματίζει αγκύλη. Το κοίλο της αντιστοιχεί στην καρδιακή εντομή και τα σκέλη της φέρονται λοξά στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του στομάχου, σχεδόν παράλληλα προς το έλασσον τόξο αυτού. Η στιβάδα αυτή είναι τοπογραφικά ανισότιμα αναπτυγμένη (Κανδρεβιώτης 1972).

Γ-Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με διάσπαρτες ελαστικές ίνες. Περιλαμβάνει σιμοφόρα και λεμφοφόρα αγγεία, καθώς και νεύρα. Ο χιτώνας αυτός παρεμβάλεται μεταξύ του βλεννογόνου και του μυϊκού χιτώνα, τους οποίους και συνδέει.

Δ-Ο βλεννογόνος του στομάχου δεν έχει παντού το ίδιο πάχος, είναι λεπτός στο θόλο, παχύτερος στο σώμα και ακόμα πιο παχύς στην πυλωρική μοίρα. Η χροιά του είναι ερυθρή-πορτοκαλεόχρους και η όψη του λαμπερή από την βλέννα που τον επαλείφει. Ο βλεννογόνος αποτελείται από επιθήλιο, χόριο, αδένες και βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα.

α) Το επιθήλιο αποτελείται από ένα στοιχείο υψηλών κυλινδρικών κυττάρων, ύψους 20-40 μ., τα οποία παράγουν βλέννα ειδικής φυσικοχημικής σύστασης, που προφυλάσσει το βλεννογόνο από βλαβερές επιδράσεις και κυρίως από το γαστρικό υγρό, με την παρουσία του οποίου δεν διαλύεται ούτε καθιζάνει.

β) Το χόριο αποτελείται από δικτυωτό ιστό με ελαστικές και κολλαγόνες ίνες· περιέχει κατά τόπους λεμφοζίδια κυρίως στην πυλωρική

μοίρα του στομάχου. Μέσα στο χόριο κατασκηνώνουν οι γαστρικοί αδένες.

γ) Οι αδένες του στομάχου είναι σύνθετοι σωληνοειδείς, κατασκηνώνουν μέσα στο χόριο και εκβάλλουν μέσα στον πυθμένα των γαστρικών βοθρίων. Εμφανίζουν τρία μέρη, τον αυχένα, που είναι το πλησιέστερο τμήμα προς το γαστρικό βοθρίο, το σώμα και τον πυθμένα, ο οποίος παριστάνει το τυφλό άκρο του αδένα και βρίσκεται κοντά στη βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα. Οι αδένες του στομάχου διακρίνονται ανάλογα με την θέση και την υφή τους σε καρδιακούς, σε ιδίως γαστρικούς και σε πυλωρικούς. Μεταξύ τους εμφανίζουν ιστολογικές διαφορές, οι οποίες σχετίζονται με την εκκριτική λειτουργία τους και έτσι καθορίζουν τα διάφορα εκκριτικά δυναμικά πεδία ή εκκριτικές δυναμικές περιοχές του βλεννογόνου του στομάχου.

1-Οι καρδιακοί αδένες βρίσκονται κοντά στο καρδιακό στόμιο και συνιστούν συνέχεια των καρδιακών αδένων του οισοφάγου. Αποτελούνται από διαυγή κύτταρα, που παράγουν βλέννα και που ιστολογικά μοιάζουν με τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα των πυλωρικών αδένων και του αυχένα των ιδίως γαστρικών.

2-Οι ιδίως γαστρικοί αδένες ή οξυντικοί αδένες του σώματος του στομάχου εντοπίζονται στο σώμα και τον πυθμένα του οργάνου αυτού. Έχουν διακλαδώσεις, βρίσκονται ο ένας κοντά στον άλλο και διατρέχουν όλο το πάχος του χορίου με φορά κάθετη προς το βλεννογόνο. Αποτελούνται από ένα λεπτό βασικό υμένα, πάνω στον οποίο κάθεται το αδενικό επιθήλιο, που αποτελείται από πέντε είδη κυττάρων.

-βλενωδής ή επικουρικής κύτταρα του αυχένα

-θεμέλια ή πεψινογόνα ή ζυμογόνα ή κύρια ή κεντρικά ή αδηλόμερφα

-αργυρόφιλα ή χρωμιόφιλα

- κύτταρα του πυθμένα των αδένων



Τα βλενωώδη ή επικουρικά κύτταρα του αυχένα εντοπίζονται στον αυχένα του αδένα μεταξύ των καλυπτήριων κυττάρων και είναι λιγότερα σε αριθμό από αυτά. Τα κύτταρα αυτά παράγουν βλέννα, η οποία διαφέρει από την βλέννα των επικαλυπτικών κυττάρων του βλεννογόνου του στομάχου, γιατί περιέχει όξινες βλεννοπολυσακχαρίδες.

Τα θιμέλια ή πεψινογόνα ή ζυμογόνα ή κύρια κύτταρα αποτελούν το επικρατέστερο είδος κυττάρων των σωληνοειδών αδένων του σώματος και του πυθμένα του στομάχου. Το κυτταρόπλασμα τους κατέχει κυρίως το τμήμα του κυττάρου που βρίσκεται κοντά στον αυλό και περιέχει μεγάλο αριθμό ζυμογόνων, βασεόφιλων κοκκίων. Τα κοκκία αυτά περιέχουν το πεψινογόνο, που είναι πρόδρομη μορφή (προένζυμο) της πεψίνης.

Τα καλυπτήρια ή τοιχωματικά ή δηλόμορφα ή οξεογόνα κύτταρα είναι διασπαρμένα στο τοίχωμα του σωληνώδους αδένα σε αραιά μεταξύ τους διαστήματα και εντοπίζονται περισσότερο προς τον αυχένα και το σώμα του.

Χαρακτηριστικό των καλυπτήριων κυττάρων, κατά την εξέτασή τους με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, είναι η ύπαρξη πολυάριθμων μικρολαχνών στο κορυφαίο τμήμα τους, καθώς επίσης και το πλούσιο δίκτυο από λεπτότατους σωληνίσκους μέσα στο πρωτόπλασμα, τα ενδοκυτταρικά εκκριματοφόρα τριχοειδή.

Ο μεγάλος αυτός αριθμός των μιτοχονδρίων που καταλαμβάνουν περίπου το 40% του κυτταροπλάσματος φανερώνει την έντονη συνθετική δραστηριότητα των κυττάρων αυτών για την παραγωγή HCL οξέος, ικανότητα που μόνο τα κύτταρα αυτά έχουν.

Τα αργυρόφιλα ή χρωμόφιλα ή ενδοκρινή κύτταρα είναι μεμονωμένα και σπανιότερα από τα άλλα είδη κυττάρων. Εντοπίζονται στο σώμα ή τον πυθμένα των κυρίως αδένων του στομάχου, α-

παντούν όμως και στους πυλωρικούς αδένες. Είναι σφαιρικά ή πυραμοειδή κύτταρα, και το κυτταρόπλασμά τους είναι διάστικτο από μικρά κοκκία, τα οποία χαρακτηρίζονται με την ιδιότητα που έχουν να ανάγουν τα άλατα του αργύρου ή του χρωμίου, έτσι ώστε να παρατηρούνται μέσα στο κυτταρόπλασμα λεπτότατο μελανά ή ωχρά κοκκία αντίστοιχα. Σε αυτό αποδίδεται η έκκριση της σεροτονίνης.

Τα κύτταρα του πυθμένα είναι το πέμπτο είδος των κυττάρων των ιδίως γαστρικών αδένων, τα οποία είναι λιγότερο διαφοροποιημένα και εμφανίζουν έντονη μιτωτική δραστηριότητα.

3-Οι πυλωρικοί αδένες. Σε σύγκριση με τους προηγούμενους είναι πολύσχιστοι και πολυέλικτοι, τα γαστρικά τους βοηθία είναι βαθύτερα, ο αυλός τους ευρύτερος και βρίσκονται αραιότερα διατάγμενοι. Γενικά μοιάζουν μορφολογικά και λειτουργικά με τα βλεννογόνα κύτταρα του αυχένα των ιδίως γαστρικών αδένων και εκκρίνουν αλκαλική βλέννη.

δ) Βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα. Αυτή βρίσκεται κάτω από τους πυθμένες των αδένων και χωρίζει το βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή. Η κυκλωτερής στιβάδα προσεκβάλλει μέσα στο χόριο και γύρω από τους αδένες. Κατά την συστολή της στιβάδας αυτής παράγονται οι πτυχές του γαστρικού βλεννογόνου, διευκολύνεται η έκθλιψη του περιεχομένου των αδένων μέσα στο στόμαχο και υποβοηθείται ακόμα η καλή κυκλοφορία του αίματος στον βλεννογόνο (Κανδροβιώτης, 1972).

Ε- Τα αγγεία του στομάχου. Οι αρτηρίες του στομάχου είναι η αριστερή γαστρική, που είναι κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας, η δεξιά γαστρική, που εκφύεται από την ηπατική αρτηρία, η δεξιά γαστρεπιπλοϊκή, που είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής, η αριστερή γαστρεπιπλοϊκή και οι βραχείες γαστρικές που είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι σπληνικές αυτές αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν δύο αγγειακά τόξα, τα οποία φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος και μείζονος τόξου του στομάχου. Στη συνέχεια από τα τόξα αυτά εκφύονται πολλοί κλάδοι, οι οποίοι τελικά σχηματίζουν τέσσερα λεπτοφυή αρτηριακά πλέγματα που αγγειώνουν το τοίχωμα του στομάχου. Τα πλέγματα αυτά διακρίνονται στο υπορογόνιο, το υποβλεννογόνιο, το περιεδενικό και υποεπιθηλιακό.

Οι κλάδοι των αρτηριών του στομάχου αναστομώνονται μεταξύ τους, από πρακτική όμως άποψη πρέπει να θεωρούνται τελικές αρτηρίες.

Το λεμφικό σύστημα του στομάχου αρχίζει από ένα λεπτό δίκτυο τριχοειδών πλεγμάτων, που βρίσκεται κάτω από το επικαλυπτικό επιθήλιο και γύρω από τους αδένες, το οποίο κατά την πορεία του μέσα στο τοίχωμα του στομάχου και ιδίως στον υποβλεννογόνιο χιτώνα σχηματίζει λεπτοφυή φλεβικά πλέγματα. Τα φλεβικά αυτά πλέγματα μετά τη συνένωσή τους και αφού διαπεράσουν τον μυϊκό χιτώνα σχηματίζουν το υπορογόνιο φλεβικό δίκτυο. Από το φλεβικό αυτό δίκτυο σχηματίζονται οι στεφανιαίες και οι γαστροεπιπλοϊκές φλέβες, οι οποίες εκβάλλουν τελικά στην πυλαία φλέβα. Μερικές μικρές φλέβες εκβάλλουν στις κατώτερες οισοφαγικές και φέρνουν σε επικοινωνία το σύστημα της πυλαίας με το σύστημα της θνω κοίλης φλέβας.

**ΣΤ- Τα νεύρα του στομάχου.** Προέρχονται από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό.

Το συμπαθητικό αναστέλλει τις κινήσεις του στομάχου, ενώ το παρασυμπαθητικό επιταχύνει τις κινήσεις του οργάνου αυτού και την έκκριση των αδένων του. Αντίθετη είναι η επίδραση των νεύρων αυτών στον πυλωρικό σφιγκτήρα του στομάχου.

Τα νεύρα αυτά εξαπλώνονται κάτω από το περιτόναιο του στομάχου και σχηματίζουν το πρόσθιο και το οπίσθιο γαστρικό πλέ-

γμα. Από τα πλέγματα αυτά σχηματίζονται άλλα δύο γαγγλιοφόρα πλέγματα, το μυεντερικό του AUERBACH, που βρίσκεται μέσα στο μυϊκό χιτώνα, και το υποβλεννογόνιο του MEISSNER, που βρίσκεται στον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Από αυτά το πρώτο ρυθμίζει τις κινήσεις του στομάχου και το δεύτερο την έκκριση των αδένων.

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ:

Ο στόμαχος στον άνθρωπο επιτελεί δύο βασικές λειτουργίες, αποθηκεύει προσωρινά τις τροφές, τις οποίες στη συνέχεια διακινεί προς το έντερο και εκκρίνει γαστρικό υγρό με το οποίο τις επεξεργάζεται κατάλληλα και τις μετατρέπει σε πολτώδη μάζα, το χυμό.

Με την μάσηση της τροφής οι υδατάνθρακες εκτίθενται στην επίδραση της αμύλασης του σιέλου (πτυαλίνη) και υδρολύονται. Η αμύλαση μέσα στον στόμαχο εξακολουθεί να δρα, έως ότου η όξινη επίδραση του γαστρικού υγρού επιφέρει την αδρανοποίησή της. Η συμμετοχή του στομάχου εξάλλου στην πέψη των πρωτεϊνικών ουσιών μιας συνηθισμένης διατροφής είναι μικρή. Μόνο ένα 10 με 15% από αυτές διασπώνται σε πεπτόνες παρά το γεγονός ότι οι γαστρικές πεψίνες είναι πολύ ισχυρά πρωτεολυτικά ένζυμα. Οποσδήποτε όμως η μερική διάσπαση των πρωτεϊνών από το γαστρικό υγρό διευκολύνει την επενέργεια άλλων πρωτεολυτικών ενζύμων, εντερικής και παγκρεατικής προέλευσης. Η συνεισφορά του στομάχου στη λιπόλυση είναι αμελητέα.

Ακόμα ο στόμαχος θερμαίνει την τροφή, την ομοιογενοποιεί και διαμορφώνει την οσμωτική της κατάσταση, ώστε να γίνεται ανεκτή από το βλεννογόνο της αρχικής μοίρας του εντέρου. Για τις λειτουργίες αυτές διαθέτει ένα πολύπλοκο εκκριτικό και ένα νευρομυϊκό σύστημα. Όπως είναι γνωστό και τα δύο αυτά συστήματα ρυθμίζονται από νευροορμονικούς παράγοντες, που βρίσκονται σε στενή αλληλεξάρτηση και συντονισμό μεταξύ τους.

Η λεπτομερειακή ανάπτυξη των γνώσεων που σχετίζονται με την φυσιολογία του οργάνου αυτού είναι θέμα ειδικό και ασφαλώς ξεφεύγει από τον σκοπό και τους στόχους της εοργασίας αυτής. Κρίνεται όμως σκόπιμο να γίνει μια πολύ περιληπτική αναφορά στις

λειτουργίες του στομάχου, που σχετίζονται με όσα εκτέθηκαν στην αρχή του κεφαλαίου αυτού.

### I. Κινητική λειτουργία του στομάχου

Το τοίχωμα του στομάχου εμφανίζει φυσιολογικά σχετικά μικρό μυϊκό τόνο, όταν το όργανο είναι κενό περιεχομένου. Κατά την κατάποση όμως, με την οποία μεταφέρεται η τροφή στο στομάχο, αντανακλαστικά ο μυϊκός τόνος του τοιχώματος του σχεδόν καταργείται. Έτσι δέχεται και αποθηκεύει την τροφή στην περιοχή του σώματός του και, καθώς ο τόνος του είναι πολύ μικρός, μπορεί να διαταθεί προοδευτικά και να δεχτεί μεγαλύτερη ποσότητα τροφής, που να ξεπερνάει το ένα λίτρο. Κατά το στάδιο αυτό η ενδογαστρική πίεση παραμένει χαμηλή. Ένας από τους λόγους που συμβάλλουν στην διατήρηση της χαμηλής αυτής πίεσης είναι η ιδιότητα της πλαστικότητας που έχουν οι λείες μυϊκές ίνες του τοιχώματος του στομάχου.

Συγχρόνως με την πλήρωση του στομάχου αρχίζουν και οι κινήσεις του τοιχώματός του με την μορφή κυμάτων, που διακρίνονται σε ασθενείς τονικές κινήσεις ή κύματα μίξης και σε ισχυρές περισταλτικές κινήσεις. Πιστεύεται ότι η διάταση του στομάχου από τις τροφές δημιουργεί κεντρομόλες παρασυμπαθητικές ώσεις που φτάνουν στον προμήκη και αντανακλαστικά αναχαιτίζουν τον τόνο στην περιοχή του στομάχου που αποθηκεύονται οι τροφές. Ταυτόχρονα αυτές οι ίδιες ώσεις αυξάνουν τόσο το ρυθμό της έκκρισης του στομάχου όσο και την ένταση των κινήσεων μίξης και των περισταλτικών κυμάτων. Η κινητικότητα του στομάχου αυξάνεται όταν ερεθιστεί ο βλεννογόνος του από τις κορεσμένες σε γαστρικό υγρό τροφές, και αυτόματα αρχίζει η προώθησή τους προς το δωδεκαδάκτυλο.

Ο ρυθμός της κένωσης του στομάχου καθορίζεται βασικά από τα περισταλτικά κύματα του πυλωρικού σφίγγου. Σ' αυτά αντιδρά

η αντίσταση του πυλωρού, ο οποίος φυσιολογικά παραμένει σχεδόν κλειστός. Μεταξύ της κοιλότητας του στομάχου και του πυλωρού υπάρχει διαφορά πίεσης 3 ως 5 εκ.στήλης  $H_2O$  που είναι ικανή να προκαλέσει τη μεταφορά υγρών τροφών στο δωδεκαδάκτυλο. Όταν όμως γίνει η έκλυση των ισχυρών περισταλτικών κινήσεων του στομάχου, τότε αυξάνεται η διαφορά πίεσης και ο γαστρικός χυμός μεταφέρεται ενεργητικά στην αρχή του λεπτού εντέρου.

Η μεταφορά των τροφών από τον στόμαχο στο δωδεκαδάκτυλο αναχαιτίζεται με την έκλυση του εντερογαστρικού αντανακλαστικού και με την απελευθέρωση μιας ορμόνης της εντερογαστρικής.

## II. Εκκριτική λειτουργία του στομάχου

Η λειτουργία αυτή έχει ως κύρια αποστολή την παραγωγή του γαστρικού υγρού. Η ποσότητα αυτού, ανά 24ωρο, ποικίλλει ανάλογα με την διαίτα και άλλα ερεθίσματα που δρουν στην γαστρική έκκριση, είτε διεγερτικά είτε ανασταλτικά.

Η πιο σημαντική και εντυπωσιακή ιδιότητα του γαστρικού υγρού είναι η όξινη φύση του, που οφείλεται στην παρουσία  $HCl$ . Το υδροχλωρικό οξύ παράγεται από τα καλυπτήρια κύτταρα, με σειρά αντιδράσεων, οι οποίες έχουν περιγραφεί από τον DAVENPORT.

Οι πεψίνες εκκρίνονται από τα θεμέλια κύτταρα των γαστρικών αδένων και αποτελούν τα κυριότερα ένζυμα της γαστρικής έκκρισης. Αυτές περιέχονται μέσα στα θεμέλια κύτταρα σε ανενεργή μορφή, τα πεψινογόνα, από τα οποία απομονώθηκαν τρεις μορφές I, II, III (CUYTON, 1981).

Τα πεψινογόνα είναι πρωτεΐνες χωρίς ενζυματική δράση, μόλις όμως εκκριθούν και έλθουν σε επαφή με υδροχλωρικό οξύ ή πεψίνες, που σχηματίστηκαν προηγουμένως, ενεργοποιούνται και σχηματίζουν πεψίνες. Οι πεψίνες είναι ισχυρά πρωτεολυτικά ένζυμα

σε περιβάλλον με pH 2 ως 3. Όταν το pH του περιβάλλοντος γίνει 5, έχουν ασθενή πρωτεολυτική δράση και γρήγορα μετατρέπονται σε ανενεργό ένζυμο. Γι' αυτό το HCL είναι απαραίτητο στην πέψη των λευκωμάτων όσο και οι πεψίνες.

Εκτός από τα παραπάνω δύο κύρια συστατικά της γαστρικής έκκρισης, από τα επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου του στομάχου παράγεται βλέννα διαφορετική από εκείνη που παράγουν οι άλλοι αδένες. Η διαφορά αυτή στη σύνθεση της γαστρικής βλέννας της δίδει μια ξεχωριστή ιδιότητα, ώστε η επίδραση οξέων, άρα και του υδροχλωρικού οξέος, να μην τη διαλύει ούτε να προκαλεί την καθίζησή της. Η γαστρική βλέννα παράγεται συνεχώς από τα επικαλυπτικά κύτταρα του βλεννογόνου του στομάχου, σε αντίθεση με την βλέννα του εντέρου, που παράγεται από ανάλογα κύτταρα τα λαγίνοειδή, περιοδικά όμως. Η γαστρική βλέννα επίσης προστατεύει το βλεννογόνο από την επίδραση διαφόρων άλλων τοξικών ουσιών (χολή, παγκρεατικά υγρά κ.α.) με την συμβολή της στην δημιουργία ενός στρώματος, που ονομάζεται προστατευτικός φραγμός.

Οι μηχανισμοί που ουσμίζουν την γαστρική εκκριτική λειτουργία διακρίνονται στις γνωστές τρεις φάσεις, την κεφαλική, την γαστρική και την εντερική (GUYTON, 1981).

#### α- κεφαλική φάση

Η φάση αυτή είναι αντανακλαστική και αρχίζει με την είσοδο των τροφών στο στόμα ή τη θέα και την οσμή τους. Τα ερεθίσματα που παράγονται μεταφέρονται κεντρομόλα στον εγκέφαλο. Η φυγόκεντρο οδός των αντανακλαστικών αυτών αρχίζει από τον φλοιό του εγκεφάλου και τις υποφλοιώδεις περιοχές, φέρεται στον οπίσθιο κινητικό πυρήνα των πνευμονογαστρικών και με τα στέλεχη τους φτάνει στο στόμαχο. Τα ερεθίσματα των πνευμονογαστρικών φτάνουν στα περιφερικά γάγγλια και από εκεί αρχίζουν μετα-



γαγγλιακές χολινεργικές ίνες, που καταλήγουν στις συνάψεις γύρω από τα κύτταρα των γαστρικών αδένων.

### β- Γαστρική φάση

Η φάση αυτή αρχίζει, όταν οι τροφές φτάνουν στο στόμαχο και γίνεται με δύο μηχανισμούς,

α) με άμεσο μηχανικό ερεθισμό των αδένων του σώματος του στομάχου και

β) με ερεθισμό του άντρου για έκκριση γαστρίνης από τους αδένες του.

Κατά τον πρώτο μηχανισμό, με την διάταση της οξινογόνου μοίρας του στομάχου από τις τροφές, παράγονται ερεθίσματα, τα οποία με τις κεντρομόλες ίνες του πνευμονογαστρικού μεταφέρονται στους πυρήνες των νεύρων που βρίσκονται στο στέλεχος του εγκεφάλου και δημιουργούν αντανακλαστικό, με το οποίο τα ερεθίσματα μεταβιβάζονται στις φυγόκεντρες ίνες και με αυτές φτάνουν στα κύτταρα των αδένων του στομάχου, τα οποία και διεγείρουν για έκκριση γαστρικού υγρού.

Κατά το δεύτερο μηχανισμό η διέγερση των γαστρικών αδένων για έκκριση γαστρικού υγρού γίνεται με την απελευθέρωση γαστρίνης από τα G κύτταρα των πυλωρικών αδένων. Η παραγωγή της γαστρίνης προκαλείται μηχανικά από την διάταση του άντρου και χημικά από διάφορα προϊόντα διάσπασης των τροφών (αμινοξέα) και άλλες ουσίες, όπως ακετυλοχολίνη αλκοόλη.

### γ- Εντερική φάση

Με την προώθηση των τροφών από τον στόμαχο στο έντερο εξακολουθεί και πάλι η έκκριση μικρής ποσότητας γαστρικού υγρού για διάστημα 6 έως 8 ωρών.

Χαρακτηριστικό της φάσης αυτής είναι ότι εξακολουθεί και εκκρίνεται γαστρικό υγρό και όταν έχουν διακοπεί όλες οι

νευρικές συνδέσεις. Αυτό αποδεικνύει ότι η εντερική φάση προκαλείται από μια (εντερική γαστροίνη) ή περισσότερες πεπτικές ορμόνες, που απελευθερώνονται από τον βλεννογόνο του εντέρου με την παρουσία των τροφών σ' αυτό και μεταφέρονται με την συστηματική κυκλοφορία στο στόμαχο, για να διεγείρουν τους γαστρικούς αδένες σε έκκριση.

Το λεπτό έντερο: Έχει μήκος 7 ως 8 μέτρα και διάμετρο 20-30 χιλιοστά. Καταλαμβάνει ολόκληρη την κοιλιακή κοιλότητα κάτω από το ήπαρ, τον στόμαχο και τον σπλήνα.

Συγκρατείται από το μεσεντέριο (πτυχή του περιτοναίου)

Διακρίνεται σε δωδεκαδάκτυλο, νήστη και ειλεό.

Το Δωδεκαδάκτυλο έχει μήκος 25 εκατοστά περίπου και σχηματίζει σγκύλη μέσα στην οποία βρίσκεται η κεφαλή του παγκρέατος.

Μπορούμε να διακρίνουμε 4 μοίρες, η πρώτη είναι ο βολβός του δωδεκαδακτύλου. Στη δεύτερη, στη μέση περίπου εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι του παγκρέατος και του ήπατος, μείζων παγκρεατικός πόρος και κοινός χοληδόχος.

Το σημείο της εκβολής ονομάζεται φύμα του VATER.

Το Δωδεκαδάκτυλο ακολουθεί η νήστη και ο ειλεός που αναδιπλώνονται και σχηματίζουν τις εντερικές έλικες. Ο ειλεός χωρίζεται από το παχύ έντερο με την ειλεοκολική βαλβίδα.

Το λεπτό αποτελείται από 4 στιβάδες.

1. τον οογόνο χιτώνα εξωτερικά

2. τον μυϊκό χιτώνα από επιμήκεις μυϊκές ίνες και εσωτερικά κυκλωτερείς

3. τον υποβλεννογόνο από συνδετικό ιστό και

4. τον βλεννογόνο, ο οποίος αποτελείται από πτυχές, οι οποίες λείπουν στο αρχικό τμήμα του λεπτού εντέρου και αρχίζουν από την δεύτερη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου. Στο μικροσκόπιο εμφανίζονται οι λάχνες που είναι μικρά επάρματα που περιέχουν μια αρτηρία, μια φλέβα και ένα λεμφικό αγγείο. Η αρτηρία και η φλέβα στο πάνω σημείο της λάχνης ενώνονται και σχηματίζουν τριχοειδές πλέγμα.

Στην επιφάνεια του βλεννογόνου εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι των εντερικών αδένων.

Οι κινήσεις του εντέρου είναι δύο ειδών:

1. Ρυθμικές κινήσεις κατατμήσεως, έχουμε συσφίξεις σε όλο το μήκος του λεπτού σε τακτά διαστήματα και μετά χάλαση και σύσφιξη στο μέσον των προηγούμενων διαστημάτων. Με αυτόν το μηχανισμό επιτυγχάνεται η ανάμιξη του προιεχομένου του λεπτού εντέρου.
2. Περισταλτικές κινήσεις με κατεύθυνση από τον πυλωρό προς την ειλεοκολική βαλβίδα. Οφείλονται σε συστολή των μυϊκών ινών του εντέρου.

Το εντερικό υγρό περιέχει βλέννη και ένζυμα

- ερεϊφίνη - διάσπαση πολυπεπτιδίων
- αμυλάση - μαλάση για τους υδατάνθρακες
- λακτάση
- λιπάση για την διάσπαση των λιπών σε γλυκερίνη

Με τις εντερικές λάχνες γίνεται η αποζύμηση και μετακίνηση ουσιών και νερού στο αίμα.

Το παχύ έντερο: Είναι το τελευταίο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό έως τον πρωκτό. Έχει μήκος 1,5 μέτρο περίπου και περιλαμβάνει το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλον και το ορθό.

Στο παχύ έντερο διακρίνονται τα εκκολώματα (που αντιστοιχούν εσωτερικά στις κολικές κυψέλες) που είναι σακκοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του εντέρου που χωρίζονται με κυκλωτερές περισφίξεις (μηνοειδείς πτυχές) και οι επιπλοκές αποφύσεις που είναι λιπώδεις προσεκβολές κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοϊκής κολικής ταινίας.

Το παχύ έντερο κάνει και αυτό δύο ειδών κινήσεις

1. Δακτυλιοειδείς περισφίξεις, και
2. Μαζικές κινήσεις

Οι δακτυλιοειδείς κινήσεις προκαλούνται με την συστολή της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας του τοιχώματος του παχέος και συμβαίνουν σε όλα τα τμήματά του πλην του ορθού.

Μαζικές κινήσεις γίνονται συνήθως κατά αραιά χρονικά διαστήματα μετά από λήψης τροφής. Με αυτές τις κινήσεις το περιεχόμενο προωθείται στο σιγμοειδές και το ορθό. Η διάταση του ορθού ερεθίζει τις νευρικές απολήξεις και δημιουργείται το αίσθημα της πληρότητας και η επιθυμία για αφόδευση. Στο παχύ έντερο έχουμε απορρόφηση ύδατος και την δημιουργία των κοπράνων.

A Γ Γ Ε Ι Ω Σ Η :

Η αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα από τα κατώτερα τμήματα του οισοφάγου ως τη λήκυθο γίνεται από κλάδους της αορτής που εκφύονται στο ίδιο ύψος με τα όργανα.

Ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία. Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελκικό έντερο και το παχύ μέχρι το δεύτερο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το υπόλοιπο τμήμα του ΓΕΣ αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια.

Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται δημιουργώντας αρτηριακά τόξα από τα οποία ξεκινούν τα ευθεία αγγεία που φθάνουν στο έντερο. Το αίμα από τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες που εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια φλέβα και την σπληνική. Αυτές οι δύο σχηματίζουν την πυλαία φλέβα που φέρεται στο ήπαρ.

N E Y P Ω Σ Η :

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα γίνεται από το μυεντερικό νευρικό πλέγμα που βρίσκεται ανάμεσα στις δύο στιβάδες του μυϊκού χιτώνα δηλαδή ανάμεσα στην έσω κυκλοτερή και την έξω επιμήκη μυϊκή στιβάδα, και από το υποβλεννογόνιο νευρικό πλέγμα που βρίσκεται ανάμεσα στην βλεννογόνιο στιβάδα και τις κυκλοτερείς μυϊκές ίνες.

Και τα δύο πλέγματα είναι ενωμένα με συνάψεις με κλάδους των πνευμονογαστρικών νεύρων. Είναι μεταγαγγλιακοί νευρώνες του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού.

Το μυσεντερικό πλέγμα επηρεάζει την κινητικότητα και το υποβλεννογόνιο ρυθμίζει τις εκκρίσεις και την κινητικότητα.

## Π Ε Π Τ Ι Κ Ο     Ε Λ Κ Ο Σ :

Το πεπτικό έλκος είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση που περιλαμβάνει τον βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνο ή και τον μυϊκό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνήθης εντόπισή τους είναι στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως να συμβεί σε οποιαδήποτε περιοχή που εκτίθεται στο γαστρικό υγρό, όπως ο οισοφάγος, η νηστίδα ή μεταγαστρική χειρουργική. Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται, όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων ξεπεράσει την βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας, ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννης.

Το γαστρικό έλκος συνοδεύεται από φυσιολογικά ή χαμηλά επίπεδα παραγωγής του υδροχλωρικού οξέος. Ο μηχανισμός πρόκλησης του έχει σχέση με την διάχυση του οξέος πίσω στον γαστρικό βλεννογόνο, του οποίου προκαλεί την βλάβη. Το γαστρικό έλκος συνήθως εντοπίζεται πάνω ή κοντά στο έλασσον τόξο του στομάχου και πιά συχνά στο πίσω τοίχωμά του. Μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και στα δύο φύλα. Είναι όμως 2-3 φορές συχνότερο στους άνδρες που έχουν περάσει τα 40 χρόνια.

Το δωδεκαδακτυλικό έλκος έχει σχέση με παραγωγή περισσεις οξέος και συμβαίνει συχνότερα σε νεαρούς ή μεσήλικες άνδρες. Εντοπίζεται στην πρώτη μοίρα του βολβού του δωδεκαδακτύλου και συχνότερα στην πρόσθια επιφάνεια. Το STRESS μπορεί να αποτελεί παράγοντα που προκαλεί την ανάπτυξή του. Το συγκινησιακό, ψυχολογικό ή φυσικό STRESS διεγείρει το παρασυμπαθητικό που αυξάνει την έκκριση του οξέος. Το φυσικό STRESS εξαιτίας βαριών



εγκαυμάτων προκαλεί το έλκος του CURLING, ενώ αλλοιώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, το έλκος του CUSHING. Οξεία έλκη STRESS μπορεί, επίσης, να προκληθούν εξαιτίας χειρουργικής επέμβασης, σήψης, ανοξίας και ακτινοθεραπείας.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

I. Πηγές πληροφοριών

α. Άρρωστος

β. Μέλη της οικογένειας

γ. Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του

δ. Ιατρικό δελτίο

2. Ιστορικό υγείας. Εξέταση των ιατρικών φακέλλων για προηγούμενο ιστορικό πεπτικού έλκους ή χρόνιας δυσπεψίας και για ομάδα αίματος. Το πεπτικό έλκος συμβαίνει συνήθως σε άτομα της ομάδας O.

α. Χρησιμοποίηση από τον άρρωστο φαρμάκων που είναι γνωστό ότι προδιαθέτουν στην εμφάνιση πεπτικού έλκους με μείωση της αντίστασης του βλεννογόνου. Τέτοια φάρμακα είναι τα σαλικυλικά, η ρεζερπίνη, η φαβινυλβουταζίνη (βουταζολιδίνη), η ισταμίνη, η ινδομεθακίνη και το σινχοφέν. Η χρήση αλκοόλης, καφέ και τσιγάρου, επίσης, έχει σχέση με το πεπτικό έλκος.

β. Οικογενειακό ιστορικό, για διαπίστωση ύπαρξης μέλους της οικογένειας που πάσχει από έλκος. Για την πρόκληση έλκους έχουν ενοχοποιηθεί και γενετικοί παράγοντες.

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

δ. Ο πόνος είναι συχνό παράπονο του αρρώστου. Μπορεί να περιγράφεται σαν καυστικός, οξύς, διαξιφιστικός με εντόπι-

ση στο επιγάστριο (γαστρικό έλκος) και ακτινοβολία πίσω από την ξισοειδή σπύουση. Στο δωδεκαδάκτυλικό έλκος ο πόνος ακτινοβολεί στο δεξιό υποχόνδριο και επεκτείνεται ζωνοειδώς προς την οσφύ ή διαχέεται προς την κάτω κοιλιά.

Ο άρρωστος ρωτιέται για ωράριο του πόνου, για την σχέση του δηλαδή με την λήψη τροφής. Το γαστρικό έλκος προκαλεί πόνο όταν το στομάχι είναι άδειο και, συχνά, ξυπνά τον άρρωστο την νύκτα. Ο πόνος υποχωρεί με την λήψη τροφής (για μισή ως μία και μισή ώρα). Ο πόνος του έλκους του δωδεκαδάκτυλου παρουσιάζεται 2-6 ώρες μετά την λήψη τροφής. Ακόμα, διερευνάται τυχόν περιοδικότητα του πόνου μέσα στον χρόνο. Συνήθως υπάρχουν μέσα στον χρόνο περιόδοι επώδυνoi 7-15 ημερών, ανάμεσα στις οποίες παρεμβάλλονται μεγάλες ανώδυνες περιόδοι ηρεμίας.

ε. Ο άρρωστος μπορεί να παροκονιέται για ναυτία και εμέτους ή αίσθημα καύσου, που συνοδεύεται από αναγωγή του όξι-νου υγρού στον λαιμό.

στ. Ερευνάται ο τρόπος ζωής του αρρώστου και οι μηχανισμοί διαπραγμάτευσης του με τα προβλήματα της ζωής. Γίνεται προσπάθεια για διαπίστωση ύπαρξης καταστάσεων STRESS και της σχέσης τους με την εκδήλωση του πόνου.

### 3. Φυσική εκτίμηση

Δεν δείχνει σημαντικά ευρήματα, εκτός αν αναπτυχθούν επιπλοκές.

α. Ο άρρωστος, συχνά, είναι νευρικός και αγχώδης.

β. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξέταση της κοιλιάς. Συχνά, υπάρχει επιφανειακή ευαισθησία στο επιγάστριο. Μερικές φορές συνδυάζεται με δερματική υπεραίσθησία.

γ. Μπορεί να υπάρχει αξιοσημείωτη απώλεια βάρους.

#### 4, Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Ακτινογραφία στομάχου μετά χορήγηση θειϊκού βαρίου από το στόμα ή μέσα από ρινογαστρικό σωλήνα. Μετά την εξέταση μπορεί να δοθεί στον άρρωστο ένα καθαρτικό για να βοηθήσει στο άδειασμα του εντέρου από το βάριο.

β. Για την άμεση επισκόπηση του έλκους, γίνεται γαστροεντερική ενδοσκόπηση. Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα για αρκετές ώρες πριν από την εξέταση. Παίρνονται παρασκευάσματα για κυτταρολογική εξέταση.

#### γ. Ανάλυση του γαστρικού υγρού.

δ. Εξέταση βενζιδίνης των κοπράνων και των γαστρικών εκκρίσεων για τυφλές αιμορραγίες. Η εξέταση βενζιδίνης των κοπράνων (MAYER) γίνεται αφού προηγουμένα (72 ώρες) ο άρρωστος παίρνει δίαιτα που δεν περιέχει κρέας και χόρτα. Ακόμα γίνεται διακοπή των φαρμάκων, που παίρνει από το στόμα, αν περιέχουν σίδηρο, και των ηπατικών εκχυλισμάτων.

#### Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών (πόνος στο επιγάστριο και ίσως αναίμια).

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (μη κανονική λήψη τροφής, ναυτία, έμετοι).

3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυσνητικά).

4. Μείωση δραστηριοτήτων (απώλεια βάρους).

5. Μείωση άνεσης (πόνος).

6. Πόνος, αγωνία.

7. Προβλήματα προσωπικότητας.

8. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

## Σκοποί της φροντίδας

### 1. Άμεσοι

α. Απαλλαγή από τα συμπτώματα (πόνος, ναυτία, έμετοι).

β. Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων.

γ. Διατήρηση επαρκούς θρέψης.

δ. Προσγωγή επούλωσης του έλκους.

### 2. Μακροπρόθεσμοι

α. Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής του ή επιπλοκών.

β. Μείωση καταστάσεων STRESS στο σπίτι και τον χρόνο της δουλειάς.

γ. Ανάπτυξη υγιών στοατηγικών διαποσγμάτευσης για χειρισμό των STRESS.

## ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

### 1. Οξεία φάση

1. Διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου. Συχνά, επίσης μικρά γεύματα με μη ερεθιστικές τροφές που μπορεί να τις συνεχθεί. Αποκλείονται από την διαίτα χημικά ερεθιστικά και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως καρυκεύματα, πολύ ζεστά φαγητά, που μπορούν να προκλέσουν θερμικό ερεθισμό, και τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό, όπως POP-CORN. Περιορισμός των τροφών και των υγρών που διεγείρουν την γαστρική έκκριση, ειδικά της αλκοόλης και του καφέ. Σε περιπτώσεις έντονου πόνου χορηγούνται στον άρρωστο γάλα και αντιόξινα, σε ένα εναλλασσόμενο σχήμα κάθε μισή ώρα, προτού εφαρμοστεί διαίτα με τρία κύρια γεύματα την ημέρα, δύο μικρά ανάμεσά τους και ένα μικρό πριν από τον ύπνο.

Αν ο άρρωστος αισθάνεται νυκτερινό πόνο, που τον ξυπνά από τον ύπνο του δίνεται γάλα ή ένα αντιόξινο.

2.Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέος, την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και την μείωση του όγκου.

α.Χορήγηση αντιόξινων.Δεν απορροφούνται και εξουδετερώνουν το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού.Ορισμένα από αυτά προκαλούν δυσκοιλιότητα,όπως το ανθρακικό ασβέστιο και το υδροξείδιο του αλουμινίου(AMPHOGELL), ενώ εκείνα που περιέχουν άλατα του μαγνησίου(MAGIX)μπορεί να προκαλέσουν διάρροια.Αντιόξινα που είναι συνδυασμός αυτών των ομάδων προκαλούν λιγότερες επιπλοκές.Τα σκευάσματα αυτά είναι το GELUSIL και το DELCID.Το GELUSIL είναι ταμπλέτες ή διάλυμα υδροξειδίου του αλουμινίου και του τριπυριτικού μαγνησίου.Η προσθήκη τριπυριτικού μαγνησίου αυξάνει την εξουδετερωτική ισχύ και την προστατευτική δράση(σχηματισμός καλύμματος)της γέλης του υδροξειδίου του αλουμινίου.Ένα επίσης χρήσιμο αντιόξινο που δεν προκαλεί δυσκοιλιότητα είναι το κολλοειδές εναίωμα και οι ταμπλέτες υδροξειδίου του αλουμινίου και υδροξειδίου του μαγνησίου.

Προσοχή χρειάζεται στη σύσταση των αντιόξινων,γιατί μερικά περιέχουν μεγάλη ποσότητα νατρίου(MYLANTA)και μπορεί να επηρεάσουν την κατάσταση αρρώστων στους οποίους εφαρμόζεται υπονατριούχος Δίαιτα.

β.Χρήση αντιχολινεργικών για μείωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας.Χρειάζεται προσοχή γιατί προκαλούν παρενέργειες,όπως ξηρότητα στόματος,ναυτία και εμέτους,μείωση της οπτικής οξύτητας και επίσχεση ούρων.

Αυτά,όμως,τα υποκατάστατα της ατροπίνης είναι τεταρογενείς αμίνες και δεν προκαλούν παρενέργειες από το κεντρικό

νευρικό σύστημα. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε αρρώστους με γλαύκωμα, αποφράξεις του συχένα της ουροδόχου κύστης, πυλωρική στένωση, μεγάλου βαθμού γαστρική κατακράτηση και εντερική στάση.

Τα σκευάσματα βόματος ή εκχυλίσματος μελλαγτόνας, όταν χρησιμοποιούνται σε σωστές δόσεις, μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματικά με τα αντιχολινεργικά, και έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι φθηνά.

γ. Χορήγηση κατευναστικών για μείωση του άγχους και της ανησυχίας και προαγωγή της φυσικής και ψυχολογικής χαλάρωσης. Προτιμούνται τα βαρβιτουρικά μόνα ή σε συνδυασμό με σπασμολυτικά. Μπορεί να είναι απαραίτητο σε δόσεις που προάγουν τον ύπνο.

δ. Χρήση ανταγωνιστών του  $H_2$  υποδοχέων της ισταμίνης, προσταγλανδινών, και γαστρεντερικών ορμονών για μείωση της γαστρικής έκκρισης. Η καρβινοξολόνη, ένα εκχύλισμα της γλυκόρριζας, καθώς και το βισμούθιο, προάγουν την επούλωση του γαστρικού έλκους. Ο μηχανισμός όμως της δράσης τους δεν είναι γνωστός.

## II. Οξεία φάση

I. Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, ώσπου να επουλώθει το έλκος.

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

2. Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση της κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου.

α. Διδασκαλία αιτιολόγησης της φαρμακευτικής θεραπείας, του προγράμματος εφαρμογής της και των πιθανών παρενεργειών της, που πρέπει να αναφέρονται όταν συμβαίνουν. Προειδοποίηση των αρρώστων για τις συνέπειες της κατάχρησης των αντιόξινων (έισαταρχές οξεοβασικής ισορροπίας). Εξήγηση κάθε λεπτομέρειας που αφορά την δίαιτα.

β. Διδασκαλία που αφορά την υποτροπή της νόσου. Εξήγηση στον άρρωστο της χρόνιας και υποτροπιάζουσας φύσης της νόσου και προειδοποίησή του για τις επιπλοκές εξαιτίας απρόσεκτης ή μη σωστής θεραπείας.

Η έμφαση δίνεται στους πιο συχνά υπεύθυνους παράγοντες για την υποτροπή του έλκους, όπως μη σωστή δίαιτα και απρογραμμάτιστη λήψη των γευμάτων, κατάστατες συνήθειες ζωής, χρήση σλικοδής ή τσιγάρου, συγκινησιακό STRESS και λοιμώξεις, ειδικά των ανωτέρω αναπνευστικών οδών.

3. Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία του προσέχον την φυσική και διανοητική χαλάρωση.

4. Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων STRESS μαζί με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του STRESS και βοήθεια του αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν στο έλκος και προειδοποίησή του να μην παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένα από τον γιατρό.

5. Αν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η κατάσταση του αρρώστου κάνει την χειρουργική επέμβαση μεγάλη απειλή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του

στομάχου γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτήριων και θεμελίων κυττάρων, με αποτέλεσμα την μείωση της έκκρισης της πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος.

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

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

I. Αιμορραγία, εξαιτίας διάβρωσης αρτηρίας, φλέβας ή τριχοειδικού δικτύου από το έλκος, ή, πιά συχνά, διαρροής αίματος από τον κοκκιώδη ιστό.

α. Νοσηλευτική εκτίμηση για ανίχνευση της αιμορραγίας:

- Αιματέμεση
- Μέλινα
- Ναυτία
- Μείωση πόνου (το αίμα εξουδετερώνει το οξύ με τα αλκάλια των κανονιστικών του συστημάτων).
- Ενδείξεις ανάπτυξης SHOCK (ανησυχία, αδυναμία, ταχυκαρδία, υπόταση, εφίδρωση).

β. Οι παρεμβάσεις στοχεύουν στο σταμάτημα της αιμορραγίας και την αντιμετώπιση του SHOCK.

(1) Αύξηση του όγκου αίματος με χορήγηση πλήρους αίματος ή πλάσματος. Χρησιμοποίηση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης για εκτίμηση του αίματος που χάθηκε.

(2) Πιθανή η χορήγηση κατευναστικών για μείωση της αγωνίας και του άγχους.

(3) Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα και πλύση του στόμαχου με παγωμένο διάλυμα χλωριούχου νατρίου για πρόκληση αγγειοσπασίας. Συχνά, χορήγηση μέσα από τον σωλήνα γάλακτος και αντιόξινων μετά τον έλεγχο της αιμορραγίας. Ο σωλήνας που χρησιμοποιεί-



ται για την ρινογαστρική διασωλήνωση είναι μεγάλης διατομής (σωλήνας EWALD) για να διευκολυνθεί η σφίξεση θρόμβων από το στομάχι.

(4) Συχνή μέτρηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου και του όγκου των ούρων και λήψη των απαραίτητων μέτρων για αντιμετώπιση του SHOCK.

(5) Ένδειξη γαστρικής χειρουργικής αποτελεί η μη διόρθωση της απώλειας αίματος με μεταγγίσεις μετά 12 ώρες, η επιμονή της αιμορραγίας μετά 24 ώρες ή η υποτροπή της αιμορραγίας ενώ ο άρρωστος βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο.

## 2. Διάτρηση

Συμβαίνει σχεδόν αποκλειστικά σε άνδρες ηλικίας 25-40 ετών. Τα σημεία και συμπτώματα οφείλονται στον ερεθισμό του περιτοναίου και την περιτονίτιδα. Αν το έλκος ανοίξει μέσα στην ελάσσονα περιτοναϊκή κοιλότητα, προκαλεί λιγότερο δραματικά σημεία και συμπτώματα.

α. Η νοσηλευτική εκτίμηση θα δείξει ένα βαριά πάσχοντα άρρωστο που παραπονιέται για αιφνίδιο εντονότατο πόνο στο επιγάστριο, που ακτινοβολεί στον ώμο ή το δεξιό κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς και πολλές φορές συνοδεύεται από ναυτία και εμέτους, που ακολουθούνται από μείωση της έντασης του πόνου, για μερικές ώρες. Κατόπιν, η κοιλιά γίνεται σανιδώδης και παρουσιάζεται πυρετός και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Συχνά, συμβαίνει παραλυτικός ειλεός που γίνεται καταφανής από την απουσία εντερικών ήχων. Ο άρρωστος εκδηλώνει μεγάλη αγωνία, οι αναπνοές του είναι επιπόλαιες και συχνές και παρουσιάζει συμπτώματα υπογκαιμίας.

β. Η θεραπεία της διάτρησης είναι πάντα χειρουργική επιδιόρθωση. Συνήθως χρησιμοποιείται ένα κομμάτι του επιπλόου

για το κλείσιμο της διάτρησης. Ανάλογο, όμως, με την κατάσταση του αρρώστου είναι δυνατό να εφαρμοστούν και άλλα είδη χειρουργικών τεχνικών που θα συζητηθούν παρακάτω.

γ. Πριν από την χειρουργική επέμβαση, οινογαστρική διασωλήνωση και αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου. Χορήγηση αναλγητικών και αντιμετώπιση της υπογκαιμίας.

### 3. Πυλωρική στένωση

Η παρουσία ενός ενεργού έλκους κοντά στον πυλωρό οδηγεί σε σπασμό του και σχηματισμό οιδήματος. Αυτό προκαλεί πλήρη απόφραξη στη δίοδο της τροφής μέσα από τον πυλωρό και οδηγεί σε επίμονους εμέτους, που μπορεί να υποχωρήσουν κάτω από αυστηρή ιατρική θεραπεία. Με μια διεργασία επανειλημμένων εξελκώσεων και σχηματισμού ουλώδους ιστού καθώς το έλκος επουλώνεται, η πυλωρική απόφραξη μπορεί να γίνει μόνιμη. Η διεργασία βαθμιαίας στένωσης μπορεί να γίνει μέσα σε πολλά χρόνια. Το στομάχι διατείνεται σε μεγάλο βαθμό.

α. Κατά την νοσηλευτική εκτίληση ο άρρωστος θα παραπονιέται για κλασικό πόνο έλκους στομάχου, αίσθημα επιγαστρικής πληρότητας και βάρους μετά το φαγητό, ανορεξία, απώλεια βάρους, και εμέτους που περιέχουν άπεπτες τροφές.

Η εξέταση της κοιλιάς δείχνει διάταση με ορατό περισταλτισμό.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται από την παρουσία νυκτερινού γαστρικού υπολείμματος μεγαλύτερου των 50 ML, που περιέχει άπεπτες τροφές, και ακτινογραφία.

β. Εφαρμογή οινογαστρικού σωλήνα για απαλλαγή από την διάταση. Εφαρμογή διαλείπουσας αναρρόφησης για άδειασμα του στομάχου. Η απόφραξη συχνά υποχωρεί σε 48 ώρες. Κόλυψη των αναγκών του αρρώστου σε νερό και θρεπτικές ουσίες με ενδοφλέβιες χορηγήσεις. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την λύση της απόφραξης.

γ. Αν δε λυθεί η σπύρση ή το πυλωρικό άνοιγμα είναι πολύ στενό, γίνεται χειρουργική επέμβαση. Η προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει ιδιαίτερη προσοχή στην υγιεινή του στόματος. Συμπληρώματα βιταμινών, γιατί ο άρρωστος παρουσιάζει σοβαρές ένδειες εξ-ιτίας των εμέτων.

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα γαστρικά έλκη ανασπύσσονται πιο συχνά κατά μήκος του ελάσσοντος τόξου του στομάχου. Τα δωδεκαδακτυλικά έλκη, σχεδόν πάντα, συμβαίνουν στο αμέσως μετά τον πυλωρό σφιγκτήρα τμήμα του δωδεκαδακτύλου. Ο πιο λογικός τρόπος θεραπείας του γαστρικού έλκους είναι επομένως η σφαίρεση του μεγαλύτερου δυνατού τμήματος του ελάσσοντος τόξου και του παρακείμενου μέρους του στομάχου, όπου είναι πιθανότερο να ξανσυμβεί η εξέλιξη. Δυστυχώς, ενώ η αφαίρεση μέρους του στομάχου είναι σχεδόν πάντα αποτελεσματική για τα γαστρικά έλκη, η αφαίρεση του πρώτου μέρους του δωδεκαδακτύλου στους αρρώστους που είχαν δωδεκαδακτυλικό έλκος ακολουθείται συχνά από υποτροπή, με σχηματισμό ελκών στο στομάχι ή στο σημείο της αναστόμωσης με το λεπτό έντερο. Επομένως, γίνεται μια προσπάθεια μείωσης της ικανότητας παραγωγής οξέος από το στομάχι με αφαίρεση όλου του πυλωρικού άντρου (που παράγει την γαστρίνη) και, επίσης, μέρους του δώματος του στομάχου. Σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών για διακοπή της φυσιολογικής διεργασίας παραγωγής οξέος.

Σε περιπτώσεις προχωρημένης πυλωρικής στένωσης εξαιτίας ουλώδους ιστού, πιθανά, έχει γίνει η επούλωση και η ικανότητα παραγωγής οξέος από το στομάχι έχει μειωθεί πολύ από την μακροχρόνια γαστρίτιδα. Γι' αυτό, ορισμένες φορές γίνεται

μια απλή γαστρο-εντεροαναστόμωση για παράκαμψη της απόφραξης του πυλωρού. Δυστυχώς, σε πολλές περιπτώσεις αρρώστων μετά από αυτή την χειρουργική επέμβαση αναπτύσσεται πεπτικό έλκος στο λεπτό έντερο ή στα σημεία της αναστόμωσης. Το αναστομωτικό έλκος προκαλεί εντονότερο πόνο και μεγαλύτερου βαθμού δυσφορία από την αρχική εξέλιξη.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σήμερα για την θεραπεία του πεπτικού έλκους είναι:

- Μερική γαστρεκτομή(γαστρικό έλκη)
- Γαστροεντεροαναστόμωση
- Εκτομή τμήματος του έντρου του στομάχου και βαγγοτομή
- Βαγγοτομή με πυλωροπλαστική
- Βαγγοτομή με γαστρονησιτιδοστομία

#### Μερική γαστρεκτομή

Για την θεραπεία του γαστρικού έλκους γίνονται δύο είδη μερικής γαστρεκτομής ή BILLROTH I και POLYA (BILLROTH II). Στην BILLROTH I αφαιρείται το έλασσον τόξο του στομαχίου, που έχει το έλκος (2/3 περίπου του στομάχου) μαζί με το πυλωρικό έντρο και τον πυλωρό. Το δωδεκαδάκτυλο ενώνεται με το υπόλοιπο στομάχι. Στην POLYA αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του πρώτου τμήματος του δωδεκαδακτύλου. Το I2 κτυλο κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με την νήσιδα πέρα από I2 δάκτυλο-νησιτιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο.

#### Βαγγοτομή

Η υπερέκκριση του οξέος είναι αναμφίβολα ένας παράγοντας για την δημιουργία του I2δσ κτυλικού έλκους. Οι πνευμο-

νογαστρικές νευρικές ώσεις προκαλούν σύξληση της έκκλισης του υδροχλωρικού οξέος και του πεψινογόνου. Έτσι σε δωδεκδακτυλική έλκη, γίνεται διατομή των πνευμονογαστρικών. Η βαγγοτομή μπορεί να είναι ολική ή μερική, στην οποία διατηρούνται ο ηπατικός κλάδος των πρόσθιων νεύρων και ο κοιλιακός κλάδος του οπίσθιου νεύρου. Επειδή όμως το πνευμονογαστρικό είναι υπεύθυνο και για την κινητικότητα του στομάχου, μετά την διατομή του δημιουργείται το πρόβλημα της παροχέτευσης του περιεχομένου του στομάχου. Για την παροχέτευση του στομάχου γίνεται μαζί με την διατομή των πνευμονογαστρικών και πυλωροπλαστική ή γαστρεντερονηστιδοστομία. Σε πολλούς αρρώστους γίνεται, για μέσου της τομής της πυλωροπλαστικής, απολίνωση και του αιμορραγούντος αγγείου της βάσης του έλκους. Ένα άλλο είδος βαγγοτομής είναι εκείνη που συνδυάζεται με αντρεκτομή.

Σε περιπτώσεις που η βαγγοτομή γίνεται για μετεγχειρητικό έλκος, μπορεί να διενεργηθεί θωρακοτομή.

#### Προεγχειρητική φροντίδα

Εφαρμογή δίαιτας ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση. Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν, τίποτα από το στόμα ως την στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή η λήψη από το στόμα 200 MG βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης. Εξασφάλιση αιματος για μετάγγιση.

Πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανή η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύροευστου υπολειμματος. Το πρωινό της μέρας της επέμβασης, εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού. Επίσης εντιστηψία και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

### Μετεγχειρητική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει:

α. Στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την δυσφορία

β. Στην εξασφάλιση επαρκούς διατροφής

γ. Στην πρόληψη επιπλοκών

Έτσι περιλαμβάνει:

α. Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι

β. Σχολαστική υγιεινή του στόματος

γ. Χορήγηση αναλγητικών και ναρκοτικών

δ. Πασεντερική χορήγηση αντιβιοτικών

ε. Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα, στην αρχή κάθε μισή ώρα και, μετά τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μία ώρα, αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα. Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη, αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.

στ. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης) 2500-3000 ml για τις πρώτες 2-3 ημέρες.

ζ. Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου.

η. Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.

θ. Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

ι. Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπισή τους.

(I) SHOCK.

. Ακριβής μέτρηση και αναγραφή υγρών παροχέτευσης

. Συχνή μέτρηση αρτηριακής πίεσης, σφυγμού και ανα-

πνοών

- Αναπλήρωση σπυλαίων σε υγρό, με ενδοφλέβιες χορηγήσεις διαλυμάτων, αίματος και υποκατάστατων του

(2) Αιμορραγία

- Επισκόπηση υγρού προσχέτευσης για παρουσία κόκκινου αίματος

- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και παρακολούθηση του αρρώστου για εκδήλωση συμπτωμάτων εσωτερικής αιμόρραγίας.

- Χορήγηση μορφίνης, εφαρμογή παγοκύστης στο επιγαστριο, χορήγηση σδροεναλίνης μέσα σε νερό ή διάλυμα NaCl από τον ρινογαστρικό σωλήνα ή το στόμα, αν έχει ασφαλισθεί.

(3) Πνευμονικές επιπλοκές. Είναι συχνές μετά από επεμβάσεις της άνω κοιλίας, εξαιτίας των επιπλάιων αναπνοών

- Ενθάρρυνση για βαθιές αναπνοές, βήχα και σλλαγή θέσης

- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι

(4) Θρόμβωση και εμβολή

- Ασκήσεις κάτω άκρων

- Έγκαιρη έγερση

- Χρησιμοποίηση αντιεμβολικών καλτσών

(5) Εκσπλάχνωση. Είναι συχνή σε τραύματα της κοιλιάς. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

- Χρησιμοποίηση ειδικών επιδέσμων για υποστήριξη του τραύματος

- Πρόληψη κοιλιακής διάτασης και μόλυνσης

- Υποστήριξη τομής κατά του βήχα

- Συχνός έλεγχος του τραύματος

- Καλή διατροφή

(6) Σύνδρομο DUMPING:

- Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων

- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών ή τροφών που περιέχουν

συμπυκνωμένους υδατάνθρακες

- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα
- Τακτικά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περι-

βάλλον

- Κατάκλιση μετά το γεύμα
  - Αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα (αν υπάρχει εντο-
- λή), για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας

ια. Αν έχει γίνει θωρακοτομή για εκτέλεση βαγγιοτομής

σε πεπτικό έλκος:

(1) Φροντίδα θωρακοτομηθέντα

(2) Εντατική φυσιοθεραπεία του θώρακα αμέσως μετά την χειρουργική επέμβαση.



Β' Τ Μ Η Μ ΑΚ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙ"Α' ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Πάθηση: Έλκος βολβού-Πυλωρική στένωση

Την 10η Αυγούστου 1988 εισήλθε στην Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Θεσ/νίκης "ΑΧΕΠΑ" ο ασθενής Παπανικολούδης Νικόλαος, ηλικίας 50 χρόνων από τα Τρίκαλα Η-μαθίας με άλγος στο επιγάστριο.

Η περίπτωση του θα περιλαμβάνονταν στο γαστρεντερολογικό τμήμα του Νοσοκομείου και ο ίδιος θα νοσηλευόταν στον 307 θάλαμο της κλινικής.

Οι αιτίες εισόδου ήταν οι έμετοι, αίσθημα πλήρωσης και άλγος επιγαστρού. Ενώ εδώ και 15 ημέρες παρουσίασε επιδεινούμενο άλγος στο επιγάστριο και εμέτους μετά την λήψη τροφής καθώς επίσης και εμέτους και μετά την λήψη υγρών.

Η αγωγή που του χορηγήθη με την εισαγωγή του, ήταν:

DEXTRCSE 5% 1000 CC

KADALEX 1000 CC

ISOLYTE 1000 CC

Ο ασθενής παρέμεινε νηστικός την 10.8.1988 για να υποβληθεί σε γαστροσκόπηση την επομένη.

Ατομικό αναμνηστικό-ιστορικό του ασθενούς:

Ο ασθενής ήταν μανιώδης καπνιστής. Κάπνιζε 2 πακέττα ημερησίως για πολλά χρόνια.

Εμφάνισε έλκος Ι2/λου πριν από Ι5ετίας όπου τα πρώτα συμπτώματα τα αντιμετώπισε με συντηρητική αγωγή. Επίσης έκανε εγχείρηση βουβωνοκήλης πριν Ι0ετίας χωρίς να ανσφέρει ευαισθησία σε φάρμακα. Προ 5ετίας εμφάνισε και κολικό σριστερού νεφρού όπου αντιμετωπίστηκε με συντηρητική αγωγή και υποχώρησε.

Το οικογενειακό του ιστορικό ήταν ελεύθερο σε σχέση με έλκος στομάχου.

Αφού ελήφθηκε το ατομικό ιστορικό του ασθενούς έγινε η εξέταση του κατά σύστημα.

Η γενική του εμφάνιση ήταν καλή επίσης και η όψη και θερέψη καλή. Ο ίδιος ήταν συνεργάσιμος και παρείχε εύκολα πληροφορίες. Πληροφόρησε ότι κατά την ανόβωση σκάλας παρουσίαζε δύσπνοια. Στις εξετάσεις όσον αφορά τον θώρακα, την καρδιά, την κοιλία και του ουροποιητικού συστήματος παρουσίασε μόνο κατά την εξέταση του θώρακα στο στάδιο της ακρόασης παράταση εκπνοής και βρογχόσπασμο. Η κατάσταση της καρδιάς ήταν φυσιολογική. Το ουροποιητικό σύστημα φυσιολογικό. Στις εξετάσεις κοιλίας το ήπαρ και ο σπλήνας ήταν αφηλάφητα. Παρουσίασε μόνο ευαισθησία κατά την πίεση στο επιγάστριο.

Ακολούθησε ο παρακλινικός έλεγχος

Έγινε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας. Σύμφωνα με το πόρισμα το υπερηχογράφημα άνω κοιλίας έδειξε ότι το ήπαρ είχε φυσιολογική υφή και φυσιολογικό μέγεθος. Δεν παρατηρήθηκε διάταση των ενδοηπατικών χολαγγείων και ο χοληδόχος πόρος είχε φυσιολογικό εύρος. Η χοληδόχος κύστη ήταν φυσιολογική και δεν παρατηρήθηκαν λίθοι μέσα σ' αυτήν. Δεν παρατηρήθηκε μάζα στην περιοχή του παγκρέατος.

Έγινε επίσης α/α στομάχου όπου ο στόμαχος ήταν υπό- τονος, πλήρης υγρού. Ο βολβός του Ι2/λου και η πυλωρική μοίρα ε-

λέγονταν παραμορφωμένα. Η σκιάγονος ουσία έδειξε βραδεία διάσπαση στο λεπτό έντερο. Η διάγνωση ήταν χρόνιο έλκος Βολβού Ι2/λου και συγκεκριμένα πυλωρική στένωση.

Η γαστροσκόπηση έγινε και επιβεβαίωσε την πυλωρική στένωση.

Η εξέταση ούρων παρουσίασε κίτρινη χροιά, όψη διαυγή, ενώ λεύκιμα και σάκχαρο δεν παρουσίασε. Το Ε.Β. τους ήταν ΙΟ05, η αντίδραση όξινη, τα πυροσφαίρια ήταν σπάνια ενώ οι μικροοργανισμοί άφθονοι.

Κατά το αιμοδιάγραμμα. Ο αιμοσφαιρινικός δείκτης ήταν 46%, η γλυκόζη 78gr/100, ουρία 32gr/100, ΤΚΕ 6 χιλ., Χρ. Πρ. Ι3/Ι4, SGOT:25, SGPT:30. Η ομάδα αίματος του ασθενή ήταν Α RH<sup>-</sup>.

### Β. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Σύμπτωμα: Μέλαινες κενώσεις. Πάθηση: Υποψία για γαστροορραγία.

Την 09.9.1988 η ασθενής Δάλλα Φυλακτιά, ηλικίας 35 χρόνων, κάτοικος Θεσ/νίκης, εισήχθη στο Παθολογικό τμήμα της Κλινικής του Νοσοκομείου Θεσ/νίκης "ΑΧΕΠΑ" με διάρροια από εβδομάδος με εναλλαγή ανοικτόχρωμης και σκουρόχρωμης.

Την προηγούμενη της εισόδου, δηλαδή την 7η.9.1988, παρουσίασε 3 διαροϊκές μέλαινες κενώσεις, ο δε αιματοκρίτης της ήταν 25. Το αποτέλεσμα ήταν να πάρει η ασθενής 2 φιάλες αίμα.

#### Ιστορικό της ασθενούς

Η ασθενής παρουσίασε έλκος Ι2/λου από 8ετίας και προ 5ετίας γαστροορραγία. Πριν 3ετίας εισήχθη στο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης "Αγία Σοφία" με σιδηροπενική αναιμία. Από έτους παρουσίασε

υποτροπή. Έγινε α/α στομάχου που επιβεβαίωσε την υποτροπή.

Σύμφωνα με τις γενικές εξετάσεις της ασθενούς είχαμε: ΤΚΕ: 17 χιλ., ουρία 27gr<sup>o</sup>/100, γλυκόζη 97gr<sup>o</sup>/100, Χρ. Πρ. 12,5/12,5, Κ: 3, Βηλε<sup>o</sup>, Να: 12Βηλε<sup>o</sup>, SGOT: 25, SGPT: 15, ΑΠ. 120/70.

Το αιμοδιάγραμμα έδειξε: αιμοσφαιρίνη II, 1gr.

Η θεραπευτική της αγωγή περιελάμβανε: ZANTAC I X 3 (ενέσιμο), ASTEROGEN I X 2.

### Γ΄ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Την 23η Σεπτεμβρίου του έτους 1988 εισήλθε στο Παθολογικό Τμήμα του Νοσοκομείου Καστορίας ο ασθενής Αποστολίδης Θωμάς, κάτοικος Άργους Ορεστικού-Καστοριάς, ετών 41.

Τα πρώτα συμπτώματα του ασθενούς ήταν: Εφίδρωση, ζάλη και τάση προς έμετο. Ο ασθενής επίσης ανέφερε μέλαινα κένωση την προηγούμενη (22.9.1988) με αδυναμία και έντονη καταβολή.

Την ημέρα της εισόδου (23.9.1988) έκανε 3 μέλαινες κενώσεις, υδαρείς συνοδευόμενες με λιποθυμικό επεισόδιο και εφίδρωση.

Σύμφωνα με το ιστορικό παρουσίασε έλκος βολβού 12/λου από ζετίας και υπερθυρεοειδισμού.

Η θεραπευτική του αγωγή περιελάμβανε ZANTAC και THYROSTAT TABL.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ήταν: Α.Π.: 130/80, Σφ.: 80, Ο ΗΤ: 34<sup>o</sup>.

Σύμφωνα με τις γενικές εξετάσεις ούρων η όψη τους ήταν θολή, κίτρινη, η οσμή ιδιόζουσα, το Ε.Β.: 1008, η δε αντίδραση τους αλκαλική.

Ενώ από τις γενικές εξετάσεις αίματος το σάκχαρο ήταν 124gr<sup>o</sup>/100, η ουρία 83gr<sup>o</sup>/100, τα λευκά 8.600, εκ των οποίων τα πο-

λυμοφοπύρρηνα 68%, τα λεμφοκύτταρα 30% και τα ημισινόφυλλα 2%, τα  
σπυροπετόλια 314.000χιλ., Να: 143μεq/l, Κ: 42μεq/l, Χο.Πο.: 13"/13".

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "ΙΙΙ"

---

### Α΄ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΕΛΚΟΠΑΘΩΝ

Ι. Κατανομή κατ' ηλικία, φύλο, κατ' γένη.

Ποιές είναι οι κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη του έλκους; Ένας από τους τρόπους να ερευνήσουμε το θέμα είναι να μελετήσουμε την διαφορετική συχνότητα του πεπτικού έλκους, σε διάφορες περιοχές μιας χώρας ή ανάμεσα σε διάφορους ανθρώπους, που μπορεί να ζουν στην ίδια πόλη ή χωριό. Εκτός από αυτό, μπορεί επίσης να μελετηθεί η συχνότητα σε διάφορους περιόδους της ιστορίας. Αυτή η προσέγγιση στα ιατρικά προβλήματα λέγεται επιδημιολογία.

Στις αρχές του αιώνα μας τα έλκη του Ι2/λου έγιναν πιο συνηθισμένα και ιδιαίτερα στους άντρες, που προσβάλλονταν τώρα 3 φορές περισσότερο από τις γυναίκες. Επίσης προσβάλλουν γενικά, μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Σήμερα, το έλκος Ι2/λου είναι συχνότερο από το γαστρικό έλκος που προσβάλλει περισσότερο τους άντρες από τις γυναίκες, αν και η διαφορά ανάμεσα στα 2 φύλλα είναι λιγότερο έντονη για το γαστρικό έλκος. Γενικά το πεπτικό έλκος είναι λιγότερο συχνό στους ηλικιωμένους και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για το γαστρικό έλκος.

Οι δύο περιπτώσεις που ασχολήθηκα παραπάνω αφορούσαν άντρες ασθενείς ηλικίας 50 και 41 χρονών, αντιστοίχα. Η τρίτη περίπτωση αφορούσε γυναίκα ασθενή ηλικίας μόλις 35 χρονών.

Και στις τρεις περιπτώσεις βλέπουμε ότι οι ασθενείς ήταν πάνω από 30 χρονών.

## 2. ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ:

Η επιδημιολογική έρευνα απέδειξε ότι στην Βρετανία για το έλκος του Ι2/λου ήταν συνηθέστερο παρά στην νότια Αγγλία, με συχνότητα εμφάνισης στους άντρες 3,5 φορές περισσότερη από τις γυναίκες. Στην Ινδία και στην Αφρική, εμφανίζονται διαφορές ανάμεσα σε περιοχές με διαφορετικές συνήθειες στο φαγητό. Για παράδειγμα, στις περιοχές της Ινδίας, όπου το ρύζι είναι η βασική τροφή αντί δια το ακατέργαστο σιτάρι, υπάρχει πολύ υψηλότερη συχνότητα έλκους του Ι2/λου. Το σιτάρι είναι πλούσιο σε διαιτητικές ίνες, ενώ το ρύζι όχι.

Η επιδημιολογική έρευνα απέδειξε επίσης ότι εκτός από τις παραπάνω αιτίες για την δημιουργία και συχνότητα του Ι2ου έλκους υπάρχουν και άλλες απόψεις πάνω στην συμμετοχή ενός γενετικού στοιχείου, για την αιτιολογία του Ι2/λου. Ισχυρίζεται ότι άτομα με ομάδα αίματος 0 έχουν ποσοστό προδιάθεσης για έλκος Ι2/λου 25-30 μεγαλύτερο από ό,τι τα άτομα της ομάδας αίματος Α.

Οι ασθενείς μας στις παραπάνω περιπτώσεις εμφανίζουν διάφορα κοινά σημεία όσον αφορά τον τόπο κατοικίας τους. Οι μιν άντρες ασθενείς είναι κάτοικοι χωριού και καμφολης, αντίστοιχα, και η δε γυναίκα ασθενής ήταν κάτοικος μικρής πόλης και τώρα λόγω κοινωνικών καταστάσεων, κάτοικος Θεσ/νίκης.

## 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ:

Κάποτε θεωρούσαν σχεδόν βέβαιο ότι το πεπτικό έλκος ήταν αρρώστια των οικονομικά εύρωστων και καλοζωισμένων ανθρώπων, αλλά αν αυτό έμοιαζε να είναι αληθινό πριν από 50 χρόνια,

σήμερα πια δεν είναι. Το πεπτικό έλκος προσβάλλει τώρα ανθρώπους από όλες τις οικονομικές τάξεις.

Έρευνες που έγιναν σε οικογένειες επισημαίνουν ότι μια αυξημένη ιδιοσυστασιακή έκκριση του γαστρικού υγρού έχει σχέση με μια οικογενειακή προέλευση του έλκους I2/λου.

Οι ασθενείς των περιπτώσεών μας ανήκουν σε μέτρια οικονομική κατάσταση.

#### 4. ΕΥΦΥΙΑ, ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

Η σχολική μόρφωση, το επάγγελμα των ελκοπαθών, η ευφυΐα και η δομή της παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες. Σημαντικά είναι τα ευρήματα στον τομέα της απόδοσης: το πεπτικό έλκος επιδρά αρνητικά στην ικανότητα της εργασίας.

Στις περιπτώσεις που περιγράψαμε το επάγγελμα των ασθενών είναι διαφορετικό. Ο ασθενής της πρώτης περίπτωσης είναι γεωργός, της δεύτερης η ασθενής είναι εργάτρια και της τρίτης περίπτωσης ασχολείται με τα ηλεκτρολογικά.

Η δε μόρφωσή τους πέραν του δημοτικού, εκτός της γυναίκας ασθενούς με γνώσεις γυμνασίου, δεν ανέρχεται σε ανώτερες βαθμίδες.

#### 5. ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ :

Καταστάσεις STRESS θεωρήθηκαν σαν ψυχολογικές επιβαρύνσεις που επιδρούν συγχρόνως στις σωματικές και ψυχικές λειτουργίες. Η ψυχική κόπωση είναι δυνατό να επιφέρει διαταραχές σε προδιατεθειμένα άτομα, όπως και αντίστροφα: έντατική σωματική



προσπάθεια διαμέσου του ενδοκρινολογικού συστήματος μπορεί να έχει μια επίδραση στις λειτουργίες όμυνας του ΕΓΩ.

Ψυχίατροι, παθολόγοι όπως οι WEISS, FERRIS, GRACE, κατά τα έτη 1960-70 απέδειξαν ότι πολλές σωματικές ασθένειες επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Αυτές ανάλογα με την ψυχολογική και κοινωνική κρίση ενός ατόμου, εμφανίζονται π.χ. σε περιπτώσεις επαγγελματικής αποτυχίας, σε ένταση συζυγικής ζωής, σε απώλεια οικονομικής ή συναίσθηματικής φύσης, καθώς και σε θάνατο.

Επίσης την εμφάνιση της νόσου μπορεί να την ευνοήσουν η κοινωνική αδικία, η μετακίνηση σε νέο περιβάλλον, ο χωρισμός, η φτώχεια, η βία, ο κίνδυνος, το άγχος και η οργή. Αυτά συμπεραίνονται από σημαντικά στατιστικά στοιχεία, όσο αφορά τις ψυχοσωματικές παθήσεις. Οι ασθενείς εκδηλώνονται συχνά κατά την διάρκεια τέτοιων παθήσεων, ενώ υποχωρούν σε περίοδο ήρεμης ζωής, καθώς απέδειξαν κατ'επανάληψη στατιστικό μεγάλου Αμερικανού ερευνητές.

Το κοινωνικό γεγονός φαίνεται να ασκεί μια διπλή επιρροή στην ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Από την μια μεριά υπάρχουν ατομικοί παράγοντες δημιουργίας STRESS, δηλαδή βαρύνοντα γεγονότα, που είναι στατιστικά σημαντικά, από την άλλη η κοινωνία επιδρά στην υγεία του καθενός σαν σύνολο. Ψυχοσωματικά συμπτώματα εμφανίζονται συχνότερα σε αστικό κέντρα παρά στην επαρχία, καθώς και σε κοινωνικά στρώματα που βρίσκονται σε διάλυση παρά σε εκείνα που έχουν σύνδεσμο μεταξύ τους. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρω με συντομία δύο παράγοντες: την κοινωνική παρουσία και το ατομικό παρελθόν.

Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις την εμφάνιση της νόσου ευνόησαν: Στον πρώτο ασθενή Π.Ν.ο κίνδυνος μιας επερχό-

μενης κατ'εστροφής των σπερμών του από τις συνεχείς επιδρομές τροκτικίων (όπως ποντίκια) καθώς και τις χαλαροπτώσεις. Το άγχος του γενογού να προστατεύσει την περιουσία του και να περιορώσει ό,τι μπορούσε να περιωθή τον οδήγησαν σε μαρσαμό. Από την μια η αγωνία του για την περιουσία του και την προσωπική του κούραση και από την άλλη η οικογένειά του που οικονομικά στηριζόταν σ'αυτούς τους λιγοστούς πόρους.

Στην δεύτερη περίπτωση η ασθενής Δ.Φ. εμφάνισε γαστροορογία εδώ και 5 χρόνια. Η διάλυση της οικογένειας καθώς και οι γεμάτες ένταση στιγμές της συζυγικής ζωής την οδήγησαν στο χωρισμό. Με αποτέλεσμα να αποχωριστεί το ένα από τα 3 της παιδιά, να αλλάξει περιβάλλον και επιπλέον να ψάξει για δουλειά. Η προσωρινή απώλεια της ψυχολογικής και οικονομικής της κατάστασης, την οδήγησαν σε διαταραχές και αρνητικές επιδράσεις του ΕΓΩ με αποτέλεσμα την συναισθηματική της κρίση.

Στην τρίτη περίπτωση ο ασθενής Α.Θ. εκδήλωσε τα συμπτώματα που προανέφερα εδώ και ζετίας. Η αναπηρία της κόρης του από τροχαίο ατύχημα επέδρασε αρνητικά στην ψυχοσωματική του υγεία. Οφειλόμενη από την μια στην διαμορφωμένη κατάσταση της οικογένειάς του λόγω του περιστατικού αυτού και από την άλλη από την γενικότερη κοινωνική άρνηση να αποδεχτεί το άτομο αυτό σαν μέλος της.

## 6. ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ (ΚΥΡΙΩΣ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ)

Η αύξηση των ψυχοσωματικών ασθενειών είναι μεγαλύτερη στις περιοχές όπου παρουσιάζεται το φαινόμενο της μετανάστευσης και της αστυφιλίας. Ακόμη παρατηρήθηκε το ίδιο σε ανθρώπους που δεν συνήθιζαν να γίνονται αντικείμενο σκέψης και αυτοπαρα-

τήρησης που ζουν πρωτόγονα και είναι αναπόφευκτα συνδεδεμένοι και ταυτισμένοι με την δική τους σωματική εικόνα ή ζουν σε ένα πολιτισμό που δίνει μεγαλύτερη βαρύτητα στην σωματική έκφραση των συναισθημάτων.

#### 7. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ :

Εδώ διακρίνουμε τις εξής διαταραχές

1. Ψυχογενείς διαταραχές

2. Ψυχοφυσιολογικές διαταραχές

3. σωματοψυχικές και ψυχοσωματικές διαταραχές

α. Οι ψυχογενείς διαταραχές περιλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό διαταραχών στην γαστρεντερική περιοχή: ανορεξία, βουλιμία, λιγγους, εμέτους, δυσφαγία, κοιλιακή άλγη, μετεωρισμό, αεροφαγία, ακράτεια, διάρροια, δυσκοιλιότητα και κνησμό του απευθυσμένου.

β. Διαταραχές κατά την λήψη και πέψη της τροφής σαν αποτέλεσμα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων.

Πρόκειται για πολύπλοκες διαταραχές. Είναι: νευρογενής ανορεξία (ασθένεια των νέων, με αποτέλεσμα την μεγάλη απώλεια βάρους), αλλοτριοφαγία, σπληνοφαγία (η ομάδα αυτή περιλαμβάνει παιδιά και ενήλικους και η εξάρτηση από την σπληνοφαγία έχει σχέση με τα γαστρεντερικά συμπτώματα).

γ. Ψυχοφυσιολογικές διαταραχές :

- Τοπικές άμυντικές αντιδράσεις. Πρόκειται για επιφανειακές μεταβολές που προκαλούνται με εξωτερικά ή εσωτερικά ερεθίσματα. Ο ασθενής στα συμβολικά (ψυχικά) ερεθίσματα αντιδρά με συνάχι, έμετο, σπασμό του οισοφάγου, του πυλωρού.

- Έκτοποι ή ατελείς ενστικτώδεις παρορμήσεις.

Αναφέρουμε την αεροφαγία κατά την οποία ο ασθενής πρέπει να καταπιεστεί για να πει κάτι. Φυσιολογικά κατά την διάρκεια της ομιλίας εισέρχεται λίγος αέρας στον οισοφάγο, που χρησιμοποιείται στην ομιλία. Κατά την αεροφαγία είναι ατελής η λειτουργία της ομιλίας, γιατί ο αέρας που έπρεπε να εξέλθει τελικά εισέρχεται στο στομάχι.

-Περίπλοκες καταστάσεις εξαιτίας συνοδών συναισθημάτων.

Πρέπει να τονιστεί ότι το ψυχολογικό STRESS μπορεί να ελαττώσει την άμυνα του σώματος έναντι των σωματικών STRESS ή "λανθανόντων" εσωτερικών ελλείψεων. Αυτό συμβαίνει, όταν ένας άνθρωπος αφήνει τον εαυτό του χωρίς βοήθεια ή ελπίδα.

#### δ. Σωματοψυχικές-ψυχοσωματικές διαταραχές

Αυτές οι διαταραχές έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- Έναρξη σε κάθε ηλικία

- Όταν μία ασθένεια εκδηλωθεί, είναι χρόνια ή υποτροπιάζουσα

- Το ψυχικό STRESS είναι σημαντικός παράγοντας, κυρίως όμως βρέθηκαν συγκεκριμένες ψυχοδυναμικές λειτουργίες σαν εκλυτικοί παράγοντες.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "Ι V"

Β: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΛΚΟΥΣ:

Ι. ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ ΠΟΤΟ

Οι συνήθειες του καπνίσματος ή του ποτού μπορούν να προκαλέσουν την νόσο. Συγκεκριμένα σε όλους τους γιατρούς επικρατεί γενική ομοφωνία ότι οι καπνιστές στο σύνολό τους έχουν διπλάσιες περίπου πιθανότητες να εμφανίσουν πεπτικό έλκος από τους μη καπνιστές.

Το ίδιο ισχύει και για το σινδνευμα: η συνηθισμένη μικρή χρήση, ασφαλώς δεν αυξάνει την πιθανότητα έλκους, αλλά ίσως εκείνοι που πίνουν πολύ και ιδιαίτερα όσοι παθαίνουν κίρρωση του ήπατος, έχουν περισσότερες πιθανότητες έλκους. Πολλοί πιστεύουν πως ο κίνδυνος αιμορραγίας από έλκος, που ήδη υπάρχει, αυξάνεται με το ποτό ή το κάπνισμα και γενικά, η πιθανότητα επιπλοκών είναι μεγαλύτερη ενώ η ταχύτητα επούλωσης μικρότερη.

Από τους ασθενείς των τριών περιπτώσεων μόνο ο ένας ασθενής, ο Π.Ν. της πρώτης περίπτωσης κάπνιζε και μάλιστα μανιωδώς. Συγκεκριμένα κάπνιζε δύο πακέττα ημερησίως για πολλά χρόνια. Και ενώ γνώριζε ότι η νικοτίνη προκαλούσε σπασμούς των αγγείων και διαταραχή της κυκλοφορίας του αίματος στο βλεννογόνο του στομάχου εντούτοις, όπως ο ίδιος έλεγε, το συγκινησιακό STRESS και η ένταση που δημιουργήθηκε από τις οικονομικές καταστροφές όπου εισέπραξε από τα σπαρτά του ανάγκασαν όχι μόνο να συνεχίσει το κάπνισμα, αλλά και να το αυξήσει. Δεν ήταν πλέον ευχαρίστηση, αλλά γινόταν από ανάγκη και από συμπάρασταση ενάντια στον αγώνα της επιβίωσης.

Όσον αφορά την επίδραση του οινοπνεύματος μπορούμε να αναφέρουμε ότι ο ασθενής της τρίτης περίπτωσης, ο Α.Θ. συνήθιζε να πίνει. Η ποσότητα του οποτού δεν ήταν βέβαια μεγάλη αλλά σε ερώτηση γιατί τα δύο ή τρία ποτήρια του ήταν απαραίτητα καθημερινά απάντησε ότι ανακουφιζόταν από τις ψυχολογικές δυσκολίες που βρισκόταν και εξαιτίας χαλάρωνε και ανακουφιζόταν.

## 2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Μερικοί βρίσκουν ότι ορισμένες τροφές αναστατώνουν το στομάχι τους, αλλά δεν υπάρχουν συγκεκριμένες αποδείξεις ότι προκαλούν και έλκος. Για παράδειγμα οι άνθρωποι στην Ινδία και στην Αφρική, που τρώνε τροφές με πολλή κυτταρίνη και όχι πολύ θρεπτικές, παθαίνουν λιγότερα έλκη, αλλά δεν υπάρχουν παρόμοιες ενδείξεις σε άλλα μέρη του κόσμου. Οι έρευνες στις Ηνωμ. Πολιτείες έχουν δείξει, πως οι φοιτητές που πίνουν περισσότερο καφέ ή κόκα κόλα φαίνεται να παθαίνουν περισσότερα έλκη αργότερα στη ζωή τους. Το τσάι και το οινόπνευμα δεν είχαν την ίδια επίδραση, ενώ η κατανάλωση γάλακτος φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο.

Ωστόσο, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αυτές οι διαφορές αποδεικνύουν κάποια από τα αίτια του έλκους. Εξάλλου δεν υπάρχουν αρκετές ιατρικές ενδείξεις ότι με την ρύθμιση του φαγητού ή την παράλειψη των καρυκευμάτων τροφών θα προλάβετε το έλκος. Μερικοί θεωρούν υπεύθυνα τα άτακτα γεύματα, αλλά, αν και φαίνεται πως αυτά προκαλούν δυσπεψία, δεν υπάρχει απόδειξη ότι προκαλούν και έλκος.

Οι ασθενείς των περιπτώσεων είχαν διαφορετικό διαιτολόγιο. Ο μεν ασθενής της πρώτης περίπτωσης έτρωγε συχνά γα-

λακτοκομικά προϊόντα και λαχανικά βάζοντας σε δεύτερη μοίρα τις υπόλοιπες τροφές που είναι απαραίτητες στον οργανισμό, οι δε άλλοι ασθενείς έτρωγαν σε μη καθορισμένες ώρες και ακατάστατα. Οι τροφές που έτρωγαν ήταν βέβαια διάφορες αλλά τα καρυκεύματα, τα πολλά λίπη καθώς και οι πολλοί καφέδες ήταν ανασταλτικοί για την ηπιότητα των συμπτωμάτων.

### 3. STRESS

Πολλοί ασθενείς με έλκος κατηγορούν το στρες για τα ενοχλήματά τους. Τα συγκινησιακά προβλήματα, οι οικονομικές στενοχώριες ή η πυρετική κίνηση φαίνεται να προκαλούν δυσπεψία σε ωρισμένους, όπως είναι οι συγκεκριμένοι ασθενείς των περιπτώσεών μας. Η αδρεναλίνη, η ορμόνη "μάχης ή φυγής", αυξάνει την έκκριση οξέος στο στομάχι και αυτό μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ένα αίσθημα καύσου. Επίσης, είναι αλήθεια ότι το πολύ έντονο στρες, συμπεριλαμβανομένου και του στρες από σωματική αρρώστεια, μπορεί να προκαλέσει οξύ έλκος στο στομάχι ή το Ι2/λο.

Όπως αναφέραμε προηγούμενα τα πεπτικά έλκη έχουν την τάση "να έρχονται και να φεύγουν" και το στρες φαίνεται, συχνά, πως έχει σαν αποτέλεσμα μια νέα έξαρση στον ασθενή με πεπτικό έλκος. Αλλά αντίθετα από την κοινή πεποίθηση δεν υπάρχει πραγματική "ελκωτική προσωπικότητα" ή ενδείξεις ότι τα άτομα που παθαίνουν έλκος έχουν περισσότερα στρες ή ψυχολογικές στενοχώριες από τους ανθρώπους που δεν το παθαίνουν.

### 4. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Αν και τα πεπτικά έλκη εμφανίζονται ως ένα βαθμό σε οικογένειες, δεν κληρονομούνται άμεσα. Μερικοί άνθρωποι

συμπτώματα του γαστρικού έλκους ή να προκαλέσουν αιμορραγία των βλεννογόνων. Χορηγούνται, γενικά, μόνο με συνταγή και πρέπει να παίρνονται κάτω από την επίδραση του γιατρού.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "V"

Γ' ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ Η ΄ΠΡΟΚΛΗΣΗ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ

Ι. ΑΠΟΦΥΓΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΟΤΟΥ

Αν καπνίζει κάποιος όχι μόνο είναι πιθανότερο να εμφανίσει γαστρικό έλκος, αλλά αν είναι ελκοπαθής μπορεί να επουλωθεί η πληγή πιο γρήγορα και να υποτροπιάζει συχνότερα.

Η κατανάλωση οινοπνεύματος σε μέτρια ποσότητα δεν είναι ίσως βλαβερή, για κάποιον αν έχει έλκος. Αλλά το περισσότερο ποτό (πχ. πάνω από τέσσερα ποτά την ημέρα) μπορεί να επιδεινώσει τον κοιλιακό πόνο και την δυσπεψία. Μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε γαστρίτιδα και η παρατεταμένη μεγάλη κατανάλωση που έχει σαν αποτέλεσμα κίρρωση του ήπατος με πολύ σοβαρές συνέπειες. Κατά γενικό κανόνα, είναι φρόνιμο να διακοπεί η κατανάλωση οινοπνεύματος, όσο το έλκος είναι ενεργό. Μέτριες ποσότητες τσαγιού ή καφέ δεν βλάπτουν.

2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ (ποιές τροφές επιτρέπονται και ποιές απαγορεύονται)

Επιτρέπονται:

Γάλα, γαλακτερά (κρέμα με κορνφλάουερ, κρέμα με αυγό, ρυζόγαλο, με ρύζι ή ρυζάλευρο)

γιαούρτι λίγο και στο τέλος του φαγητού

κρέας άπαχο βραστό (χωρίς ζουμί) ή στη σχάρα

φάρι άπαχο (λιθρίνι, μπαμπούνι, βακαλάος)

κοτόπουλο  
 μακαρόνια ή ρύζι καλοβρασμένα με φρέσκο βούτυρο  
 πατάτες βραστές(σαλάτα με λάδι)ή πουρέ  
 χόρτα καλοβρασμένα ή τρυφερά χωρίς ίνες,προτιμότερο  
 πουρέ,μυζήθρα ωμή.Χωρίς φλούδες και σπόρους τομάτας.Ζωμός πα-  
 τάτας  
 φρούτα ώριμα της εποχής χωρίς φλούδες ή σπόρους(μήλα,  
 αχλάδια,ροδάκινα,μπανάνα)  
 κομπόστα με λίγη ζάχαρη

#### Α πα γ ο ρ ε ύ ο ν τ α ι :

οινοπνευματώδη ποτά  
 καφέδες  
 ξύδι,λεμόνι,πιπέρι,μουστάρδα  
 αλμυρά(τουρσί)  
 γιαχνιά,τηγανητά,παστά  
 παχειά κρέατα,παχειά ψάρια.Μη τρυφερά κρέατα  
 κυνήγι,θαλασσινά,σουπιές,καλαμάρια  
 παχειά τυριά,όσπρια  
 ζωμός κρέατος ή σούπες μεζωμό  
 ωμά λαχανικά,ωμές σαλάτες(αγγούρια κλπ.)  
 φρέσκο ψωμί  
 μελιτζάνες,μπάμιες,λάχανο,κουνουπίδι  
 σταφύλια,σύκα  
 καρύδια,αμύγδαλα  
 αεριούχα ποτά  
 μαρμελάδες,γλυκά ταψιού,γλυκά κουταλιού  
 μπαχαρικά γενικά

### 3. Η ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

-Ο ελκοπαθής πρέπει για να διατηρεί την υγεία του να αναπαύεται επαρκώς.

-Να μην συνεχίζει την σωματική άσκηση μέχρι σημείου κόπωσης.

-Να αποφεύγει όσο είναι δυνατόν τις περιστάσεις, οι οποίες τον εκνευρίζουν και τον στενοχωρούν, ενώ ταυτόχρονα να βρίσκει χρόνο να ασχολείται με ευχάριστα πράγματα.

-Διάφορα παιγνίδια ή και χόμπι μέσα στην οικογένεια ή έξω απ' αυτήν θα αποτελέσουν ευχάριστη απασχόληση. Συναισθηματική ευαισθησία και αστάθεια είναι σε βάρος της υγείας του.

### 4. ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΛΚΟΠΑΘΕΙΣ

Ο ελκοπαθής π ρ έ π ε ι :

-Να τρώει καθορισμένες ώρες την ημέρα και όχι ακατάπαυστα.

-Να μασά καλά και αργά την τροφή του και να αποφεύγει να πίνει πολύ νερό ή ποτό ή και να μιλά κατά την διάρκεια του φαγητού του.

-Πρωτιμώτερο να τρώει πολλές φορές την ημέρα και μικρές ποσότητες φαγητού παρά να αφήνει πολλές ώρες το στόμαχό του άδειο.

-Να αποφεύγει την επίδραση ψύχους στην στομαχική χώρα, δηλ. κρύα λουτρά, επιδρώσεις, τα θαλασσινά λουτρά ιδίως τις ώρες της πέψης.

-Να αποφεύγει την ώρα της πέψης να σηκώνει βάρη ή να κάνει γυμναστικές ασκήσεις.

-Να αποφεύγει να συζητά δυσάρεστα τις ώρες των γευμάτων ή της πέψης.

-Να ακολουθεί πιστά και πειθαρχικά τις συμβουλές του γιατρού, όσον αφορά την φαρμακευτική του αγωγή.

-Να παρακολουθεί κάθε σύμπτωμα από το στομάχι του, το χρώμα και την σύσταση των κενώσεων και να το αναφέρει στον γιατρό του.

-Αν διαπιστώσει ότι κάποιο φάρμακο τον ενοχλεί, ας συμβουλευτεί τον γιατρό του, ο οποίος θα τροποποιήσει το διαιτολόγιό του, όπου χρειάζεται.

#### ΠΡΟΣΟΧΗ

-Να αποφεύγει κάθε εκνευρισμό και ερεθισμό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

### 5. ΑΣΚΩΝΤΑΣ ΤΟ ΥΠΟΓΑΣΤΡΙΟ

Αν θέλουμε να ακριβολογήσουμε, οι καλύτερες εσωτερικές ασκήσεις για το στομάχι είναι οι διαιτολογικές αλλαγές. Αυτό συμβαίνει γιατί οι μύες του στομάχου δυναμώνουν καθώς πρέπει να καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για να χωνέψουν δύσπεπτες τροφές. Το στομάχι δυναμώνει με τις φυσικές τροφές που το κάνουν να δουλεύει πιο αποτελεσματικά.

Η εκπαίδευση γίνεται εσωτερικά με τις κατάλληλες τροφές και εξωτερικά με απλές ασκήσεις που ανατονώνουν τους μύες του υπογάστριου και, μετά από λίγο καιρό, τους μύες του στομάχου και των εντέρων.

Οι ασκήσεις του υπογάστριου θα πρέπει να γίνονται συστηματικά, πρωί και βράδυ, αλλά οι μύες δεν θα πρέπει ποτέ να καταπονούνται.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "VI"

Δ' ΤΟ ΕΛΚΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ

Το έλκος σαν ασθένεια βρίσκεται σε συνεχή αύξηση. Εκτός από τα προβλήματα που δημιουργεί στους πάσχοντες, η ανωμαλία που παρουσιάζεται με μεγαλύτερη ένταση στους πληθυσμούς των αναπτυγμένων χωρών, έχει και τεράστιο οικονομικό κόστος. Πραγματικά, υπολογίστηκε ότι πολύ σύντομα θα χρειάζονται ένα δισεκατομμύριο δολάρια το χρόνο για την θεραπεία του.

Η ασθένεια βρίσκεται σε αύξηση, ιδιαίτερα σε μορφές που αφορούν το πεπτικό σύστημα, όχι μόνο ανάμεσα στα ηλικιωμένα άτομα, αλλά και ανάμεσα στους νέους. Από τις αιτίες που το προκαλούν, στην πρώτη θέση βρίσκεται το ά γ χ ο ς. Στην Ευρώπη τα φάρμακα που καταπολεμούν το έλκος θα αυξηθούν αναλογικά, περνώντας από το 3% το 1985, στο 4,1% το 1990.

Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από έκθεση που συνέταξαν οι ειδικοί μεγάλης εταιρίας, η οποία ελέγχει τα γνωστότερα φάρμακα κατά του έλκους συγκρίνοντας την κατανάλωση σε επτά βασικές αγορές, μέχρι το 1992, δηλαδή τις αγορές της Γερμανίας, Βρετανίας, Ιταλίας, Γαλλίας, Ισπανίας, του Βελγίου και της Ολλανδίας.

Στις χώρες αυτές η λιανική πώληση των φαρμάκων αυτών θα περάσουν από τα 660 εκατομ. δολ. του 1987 στα 962 εκατομ. δολ. το 1992. Ο τομέας, υπογραμμίζει η έκθεση, παρουσιάζει μεγάλη άνοδο, σε σημείο να έχουν προστεθεί μια ντουζίνα νέα φάρμακα στα ήδη υπάρχοντα μέσα στο 1986.

Πέραν όμως και από τις οικονομικές επιπτώσεις του έλκους στην οικονομία ενός κράτους έχουμε και τις δυσάρεστες

επιπτώσεις του και στην οικονομία της οικογένειας του ελκοπαθούς. Ο ελκοπαθής αναγκάζεται τις περισσότερες φορές να ασκείται λιγότερο με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εργασιακές δραστηριότητες των άλλων μελών της οικογένειας. Πέραν τούτου όμως επιβαρύνονται και οικονομικά γιατί το κόστος των φαρμάκων του ελκοπαθούς όπως τονίστηκε και παραπάνω είναι μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο "VII"

Ε' Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΛΚΟΠΑΘΟΥΣ

Η θεραπεία του οργανισμού του ελκοπαθούς βρίσκεται στα χέρια του και κανενός άλλου. Πρέπει μόνος του να περικόψει τις βλαβερές και ακατάλληλες τροφές, να ασχολείται με ευχάριστα πράγματα, να αποσυνδεθεί από άγχη και καθημερινές επιζήμιες ασχολίες δίνοντας στην θεραπευτική του ζωτικότητα την ευκαιρία να μεγαλώσει.

Θα πρέπει να ξέρει ο ελκοπαθής ότι τον οργανισμό πρέπει να τον βλέπει σαν σ ύ ν ο λ ο. Είναι εύκολο και θα πρέπει να του γίνει συνήθεια το να κρίνει την υγεία του από την κατάσταση του στομαχιού του.

Πρέπει να δίνει μεγάλη αξία στις αλλαγές που δείχνουν μια βελτίωση της υγείας του, και να μειώνει εκείνες που δείχνουν μια απώλεια του φυσικού του ρυθμού.

Χρησιμοποιώντας την σκέψη και την φαντασία μ'αυτόν τον τρόπο, επιτρέπει στην ευφυΐα των κυττάρων του να κατευθύνει την διαδικασία της θεραπείας.-

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία:

1. Αποστολάκης Μ., "Στοιχεία Φυσιολογίας του Ανθρώπου", Τ.Γ', τεύχος Ι, σελ. 15, Θεσ/νίκη, 1973.
2. Γαρδικας Κ.Δ., "Ειδική Νοσολογία", Α' Έκδοση, Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1984.
3. Γίτσιος Κων/νος, "Νοσολογία-Εξέταση Συστημάτων", Β' Έκδοση, Αθήνα, 1985.
4. Μαλαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ., "Νοσηλευτική Γενική Χειρουργική Παθολογία, Τόμος Α', Έκδοση 9η, Αθήνα, 1986.
5. Σαχίνη Α.-Πάνου Μ., Νοσηλευτική "Παθήσεις του Πεπτικού Συστήματος", Αθήνα, 1985.
6. Τσουρουκτσόγλου Ι.Γουλιέλμ., Ειδ. Νοσολογία "Πεπτικόν Σύστημα", Θεσ/νίκη, 1987.

### Ξένη Βιβλιογραφία:

7. BENEDETTI G.-DR. Νικολαΐδης Δ., "Ψυχοσωματική Ιατρική", Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσ/νίκη, 1987.
8. HECHT YVES., "101 Συμβουλές για να καταπολεμήσετε τις πεπτικές διαταραχές", Έκδοση Διεθνούς Συνεργασίας των Οίκων Φυτρόκης-HACHETTE.
9. STEDDON RYSSEL J., Έλκος στομάχου και 12/λου, "Πρόληψη και Θεραπεία", Β' Έκδοση, Εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ, Αθήνα, 1986.
10. SCOTTI W. ANDERSON., "Παθολογική Ανατομία", Παρισιάνος Γ. Αθήνα, 1970.



II. WARTIN FINBARR-STIEL DANIEL., Σύμβουλοι Υγείας: "Πεπτικό Έλκος", Φωτοπρες ΕΠΕ, Αθήνα, 1987.

Άλλες πηγές:

12. Εφημερίδα "Θεσ/νίκη", "Το έλκος και οικονομικές του επιπτώσεις", Θεσσαλονίκη, 6.7.1988.-

