

Νοσηλευτική φροντίδα Ασθενών με νοσήματα του Γαστρεντερικού Σωλήνα

Πέτρος Κολοβός
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Στοματική κοιλότητα

- Περικλείεται από τα χείλη, τις παρειές, την υπερώα και τη γλώσσα.
- Τα χείλη συγκρατούν την τροφή κατά τη διάρκεια της μάσησης μέσα στη στοματική κοιλότητα.
- Η υπερώα αποτελείται από τη σκληρή και τη μαλακή υπερώα. Η τελευταία καταλήγει σε μια πτυχή, τη σταφυλή, που βρίσκεται στο πίσω μέρος της στοματικής κοιλότητας. Η μαλακή υπερώα κατά τη διάρκεια της κατάποσης ανυψώνεται αντανακλαστικά και με αυτόν τον τρόπο απομονώνεται ο φάρυγγας.
- Η γλώσσα περιέχει βλεννογόνους και ορογόνους αδένες, υποδοχείς της γεύσης και θηλές. Ο ρόλος της είναι η ανάμειξη της τροφής με το σίελο, ο σχηματισμός του βλωμού και η έναρξη της κατάποσης.
- Ο σίελος παράγεται από τους σιελογόνους αδένες: παρωτίδα, υπογνάθιους και υπογλώσσσιους. Βοηθά στο σχηματισμό του βλωμού, περιέχει ένζυμα για τη χημική διάσπαση των υδατανθράκων και συμβάλλει στο να γίνει αντιληπτή η γεύση των τροφών.

Φάρυγγας

- Αποτελείται από το στοματοφάρυγγα και τον υποφάρυγγα-λαρυγγική μοίρα του φάρυγγα: αποτελούν οδούς διόδου τροφής, υγρών και αέρα.
- Πάνω από το άνοιγμα του λάρυγγα βρίσκεται η επιγλωττίδα, που εμποδίζει την είσοδο τροφής στην αναπνευστική οδό κατά την κατάποση.
- Ο φάρυγγας σχηματίζεται από σκελετικούς μύες (για την προώθηση της τροφής) και φέρει βλεννογόνο (περιέχει αδένες για την παραγωγή βλέννας που διευκολύνει την κατάποση του βλωμού).

Οισοφάγος

- Μυώδης σωλήνας για τη δίοδο της τροφής από το φάρυγγα στο στόμαχο.
- Ο οισοφάγος κατέρχεται μέσα στο θώρακα και μέσω του διαφράγματος καταλήγει στο καρδιακό στόμιο του στομάχου.
- Περιβάλλεται από το γαστροοισοφαγικό σφιγκτήρα και μαζί με το διάφραγμα συγκρατούν το καρδιακό στόμιο κλειστό.

Στόμαχος

- Διακρίνεται στην καρδία, το θόλο, το σώμα και τον πυλωρό. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας ελέγχει την κένωση του στομάχου προς το δωδεκαδάκτυλο.
- Στο στόμαχο συνεχίζεται η μηχανική διάσπαση των τροφών, αρχίζει η διαδικασία της πέψης των πρωτεϊνών και η τροφή αναμειγνύεται με τις γαστρικές εκκρίσεις, όπου σχηματίζεται ο χυμός.
- Οι αδένες του στομάχου παράγουν καθημερινά 4 έως 5 λίτρα γαστρικό υγρό. Οι αδένες αυτοί περιέχουν μεγάλη ποικιλία εκκριτικών κυττάρων και παράγουν ουσίες οι οποίες προστατεύουν το γαστρικό βλεννογόνο, εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ και τον ενδογενή παράγοντα και συμβάλλουν στη ρύθμιση της γαστρικής κινητικότητας. Η έκκριση του γαστρικού υγρού βρίσκεται κάτω από νευρικό αλλά και ενδοκρινικό έλεγχο.
- Η μηχανική πέψη επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις που διευκολύνουν την ανάμιξη της τροφής με το γαστρικό υγρό με τελικό αποτέλεσμα το σχηματισμό του χυμού.

Λεπτό Έντερο

- Ξεκινά από τον πυλωρικό σφιγκτήρα και καταλήγει στην ειλεοτυφλική βαλβίδα. Αποτελείται από τρεις μοίρες: το δωδεκαδάκτυλο, τη νήστιδα και τον ειλεό.
- Στο λεπτό έντερο η τροφή υποβάλλεται σε χημική πέψη και το μεγαλύτερο μέρος απορροφάται, καθώς προωθείται κατά μήκος του.
- Οι λάχνες και οι μικρολάχνες αυξάνουν την απορροφητική ικανότητα του λεπτού εντέρου και διευκολύνουν την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Από το βλεννογόνο των εντερικών λαχνών, οι θρεπτικές ουσίες απορροφώνται με ενεργό μεταφορά, διευκολυνόμενη διάχυση και παθητική διάχυση, όπου τελικά εισέρχονται στην κυκλοφορία του αίματος ή στη λέμφο.
- Τα παγκρεατικά ένζυμα και η χολή εισέρχονται στο λεπτό έντερο στο ύψος του δωδεκαδακτύλου, ως απάντηση στην έκκριση εκκριματίνης και χολοκυστοκινίνης (ορμόνες που παράγονται από τα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου όταν ο χυμός εισέρχεται στο λεπτό έντερο). Τα ένζυμα του λεπτού εντέρου διασπούν τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες, τα λιπίδια και τα νουκλεϊκά οξέα.
- Σχεδόν όλα τα προϊόντα της πέψης των τροφών και το νερό απορροφώνται στο λεπτό έντερο, ενώ στο παχύ έντερο φθάνουν άπεπτες φυτικές ίνες, μικρόβια και μικρή ποσότητα νερού.

Παχύ Έντερο

- Ξεκινά από την ειλεοτυφλική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτό. Αποτελείται από το τυφλό, το κόλον, το ορθό και τον πρωκτικό σωλήνα.
- Το παχύ έντερο απορροφά νερό, άλατα και βιταμίνες, που δημιουργούνται από το υπόλειμμα των τροφών και τη δράση των βακτηριδίων.
- Η αποβολή των υπολειμμάτων της τροφής που δεν έχουν υποστεί πέψη γίνεται από το παχύ έντερο.
- Ο ημιστερεός χυμός που εισέρχεται μέσω της ειλεοτυφλικής βαλβίδας μετατρέπεται σε κόπρανα καθώς προχωρά μέσα στο παχύ έντερο με τη βοήθεια των περισταλτικών κινήσεων.
- Όταν τα κόπρανα εισέλθουν στο ορθό, ενεργοποιείται το αντανακλαστικό της αφόδευσης.

Πρωκτός

- Επιτρέπει τη διέλευση και έξοδο από τον οργανισμό των κοπράνων και των αερίων. Αποτελείται από δύο ομόκεντρα στρώματα μυών, τον έσω και έξω σφιγκτήρα, καθώς και εξειδικευμένους πρωκτικούς αδένες.
- Η λειτουργία των πρωκτικών αδένων είναι να εκκρίνουν βλέννα, να λιπαίνουν και να προστατεύουν το επιθήλιο της πρωκτικής περιοχής.
- Ο πρωκτός και ο πρωκτικός σωλήνας περιέχουν δυο επιφανειακά φλεβικά πλέγματα, που καταλήγουν στις αιμορροϊδικές φλέβες.
- Όταν η πίεση στις φλέβες αυτές αυξάνεται ή όταν παρεμποδίζεται η φλεβική επάνοδος του αίματος, τότε εμφανίζεται κίρσοειδής διάταση των φλεβών και λέπτυνση του τοιχώματός τους (αιμορροΐδες).

Κλινική Εκτίμηση: Ιστορικό Υγείας (I)

(επικεντρωμένο στη συμπτωματολογία νόσων του πεπτικού συστήματος)

Τα συνηθέστερα ευρήματα σε περίπτωση παθήσεων του πεπτικού είναι τα ακόλουθα:

Κοιλιακό άλγος

- Σπλαχνικό άλγος: μπορεί να οφείλεται σε σύσπαση, διάταση, έλξη των σπλάχνων ή σε χημικό ερεθισμό. Χαρακτηρίζεται ως βαθύς πόνος, χωρίς σαφή εντόπιση και σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού.
- Σωματικό άλγος: οφείλεται σε ερεθισμό των νευρικών απολήξεων του τοιχωματικού περιτοναίου από μικροβιακά, χημικά και μηχανικά ερεθίσματα. Έχει σαφή εντόπιση και συνοδεύεται από σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού (σύσπαση, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση).

Επιπλέον αξιολογείται: η έναρξη, η ένταση και ο τύπος του πόνου, η εντόπιση και η πιθανή αντανάκλαση, η συσχέτιση με τη λειτουργία του πεπτικού, η διάρκεια του πόνου.

Κλινική Εκτίμηση: Ιστορικό Υγείας (II)

(επικεντρωμένο στη συμπτωματολογία νόσων του πεπτικού συστήματος)

- **Έμετος:** πρόκειται για ακούσια αντανεκλαστική λειτουργία κατά την οποία το περιεχόμενο του στομάχου κενώνεται προς τον οισοφάγο και τη στοματική κοιλότητα. Εξετάζεται η σχέση του με το κοιλιακό άλγος και τη λήψη των γευμάτων. Επίσης, εξετάζονται τα χαρακτηριστικά των εμεσμάτων. Η ναυτία προηγείται του εμέτου: αφορά σε υποκειμενική δυσάρεστη αίσθηση που οδηγεί στην ώθηση του εμέτου ή στην ανάγκη για έμεση.
- **Αιματέμεση:** η αποβολή αίματος με έμετο. Το αίμα είναι έντονο ερυθρό αμέσως μετά την έναρξη της αιμορραγίας, ενώ έχει χρώμα καφεοειδές, εάν παραμείνει στο στόμαχο μετά την επίδραση του υδροχλωρικού οξέος στην αιμοσφαιρίνη.
- **Ερυγές:** αποβολή αερίων από το στόμαχο προς τον οισοφάγο και τη στοματική κοιλότητα.
- **Αναγωγή:** έξοδος γαστρικού ή οισοφαγικού περιεχομένου προς τη στοματική κοιλότητα.
- **Λόξυγκας:** απότομη και έντονη σύσπαση του διαφράγματος, που δημιουργεί βίαιη εισπνοή και σύγκλιση της γλωττίδας.

Κλινική Εκτίμηση: Ιστορικό Υγείας (III)

(επικεντρωμένο στη συμπτωματολογία νόσων του πεπτικού συστήματος)

- **Αίσθημα επιγαστρικού και οπισθοστερνικού καύσου:** οφείλεται σε αναγωγή γαστρικού περιεχομένου όξινης ή αλκαλικής αντίδρασης.
- **Αίσθημα κορεσμού του στομάχου:** εμφανίζεται μετά από μικρή λήψη τροφής.
- **Βορβορυγμοί:** έντονοι εντερικοί ήχοι.
- **Δυσκοιλιότητα:** μη κένωση του περιεχομένου του εντέρου καθημερινά ή λιγότερες από 3 κενώσεις την εβδομάδα.
- **Διάρροια:** αύξηση του αριθμού των ημερήσιων κενώσεων λόγω αύξησης της κινητικότητας του εντέρου.
- **Τεινεσμός:** επώδυνη έπείξη για αφόδευση που οδηγεί είτε σε ατελή κένωση, είτε δεν οδηγεί σε κένωση.

Κλινική Εκτίμηση: Περίγραμμα κλινικής εξέτασης πεπτικού συστήματος (I)

- Εκτίμηση ανθρωπομετρικών δεδομένων: βάρος, ύψος, πάχος δερματικής πτυχής στο ύψος του τρικέφαλου και περίμετρος του βραχίονα.
- Με την επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας ελέγχονται το χρώμα στα χείλη και η απουσία επώδυνων βλαβών, η γλώσσα θα πρέπει να είναι ροδόχροη, λεία, με καλή σπαργή.
- Ο βλεννογόνος να είναι υγρός, χωρίς βλάβες και φυσιολογικού χρώματος.
- Η οδοντοστοιχία να είναι υγιής, χωρίς σημεία τερηδόνας και τα ούλα να έχουν φυσιολογικό χρώμα, χωρίς οίδημα.
- Η αναπνοή δεν θα πρέπει να είναι δύσοσμη.

Κλινική Εκτίμηση: Περίγραμμα κλινικής εξέτασης πεπτικού συστήματος (II)

- Με την επισκόπηση της κοιλίας ελέγχονται οι κινήσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά την αναπνοή, η συμμετρία, η ακεραιότητα του δέρματος, η εμφάνιση φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος, το μέγεθος και τυχόν εμφανείς αορτικές σφύξεις.
- Ακρόαση της κοιλίας (διενεργείται μετά την επισκόπηση και πριν την επίκρουση): αναζητούνται οι εντερικοί ήχοι και η ανίχνευση φυσημάτων (ήχοι αγγειακής προέλευσης).
- Επίκρουση κοιλίας: γίνεται για τον καθορισμό των ορίων των κοιλιακών σπλάχνων και για τη διερεύνηση της σύστασης διογκώσεων της κοιλίας. Φυσιολογικά, πάνω από το στομάχο και τμήματα του εντέρου που περιέχουν αέρα, ο ήχος της επίκρουσης είναι τυμπανικός. Ο ήχος της κοιλίας χαρακτηρίζεται ως αμβλός, όταν το έντερο έχει εκτοπιστεί από υγρό, όγκο ή κοπρανώδες υλικό. Το ασκητικό υγρό δημιουργεί ήχο αμβλότητας (σημεία μετακινούμενης αμβλότητας).

Κλινική Εκτίμηση: Περίγραμμα κλινικής εξέτασης πεπτικού συστήματος (III)

Ψηλάφηση κοιλίας:

- Εκτίμηση της κατάστασης των κοιλιακών τοιχωμάτων (σανιδώδης κοιλία, ακούσια σύσπαση μυών σε φλεγμονή του περιτοναίου), αναζήτηση ευαισθησίας (διάχυτης ή εντοπισμένης) και ενδοκοιλιακών μαζών, έλεγχος μεγέθους και σύστασης των σπλάχνων.
- Αναζήτηση αναπιδώσας ευαισθησίας στην περιτοναϊκή φλεγμονή (αρχικά εφαρμογή πίεσης με τα δάχτυλα στην κοιλία και αφήνοντάς τη στη συνέχεια απότομα ελεύθερη, δημιουργείται οξύς πόνος).
- Ασθενής με φλεγμονή της χοληδόχου κύστης αισθάνεται οξύ πόνο κατά τη βαθιά εισπνοή και σταματά την εισπνευστική προσπάθεια λόγω του έντονου πόνου, ενώ εφαρμόζεται πίεση με το χέρι στο δεξιό υποχόνδριο. Το κλινικό αυτό εύρημα ονομάζεται σημείο Murphy.
- Πίεση σε μια περιοχή της κοιλίας δημιουργεί πόνο σε άλλη απομακρυσμένη περιοχή (οξεία σκωληκοειδίτιδα) και το κλινικό αυτό εύρημα ονομάζεται σημείο Rovsing.
- Η κοιλία θα πρέπει να είναι μαλακή και το ήπαρ να μην ψηλαφάται.

Κλινική Εκτίμηση: Περίγραμμα κλινικής εξέτασης πεπτικού συστήματος (IV)

- Εξέταση βουβωνικής περιοχής: αναζήτηση μάζας που υποδηλώνει την ύπαρξη κήλης λόγω ελλείμματος του κοιλιακού τοιχώματος.
- Εξέταση περιπρωκτικής περιοχής:
 - Κατά την επισκόπηση η περιπρωκτική περιοχή δεν θα πρέπει να φέρει βλάβες, ενώ κατά την ψηλάφηση δεν θα πρέπει να εντοπίζεται κάποια μάζα στον πρωκτό ή το ορθό (διατεταμένες φλέβες, εξέρυθρη μάζα, επιμήκεις και επώδυνες ρωγμές στη περιοχή του πρωκτού).
- Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών των κοπράνων (χρώμα, σύσταση, οσμή), καθώς και για τυχόν λανθάνουσα απώλεια αίματος.

Κλινική Εκτίμηση: Περίγραμμα κλινικής εξέτασης πεπτικού συστήματος (V)

- Εξέταση ανατομικών δομών και οργανικών συστημάτων για τον εντοπισμό ευρημάτων που οφείλονται σε διαταραχές της θρέψης:
 - Νύχια: κοίλου σχήματος, εύθραυστα, παρουσία γραμμοειδών αιμορραγιών,
 - Τριχωτό κεφαλής: ξηρά και θαμπά μαλλιά,
 - Οφθαλμοί: ξηροφθαλμία,
 - Πεπτικό σύστημα: γωνιακή χειλίτιδα, στοματίτιδα, αιμορραγία ούλων,
 - Μυοσκελετικό σύστημα: μυϊκή ατροφία, πόνος,
 - Καρδιαγγειακό σύστημα: διαταραχές καρδιακής συχνότητας και καρδιακής παροχής,
 - Νευρικό σύστημα: μειωμένα αντανακλαστικά, ευερεθιστότητα, αποπροσανατολισμό.

Νοσηλευτική φροντίδα Ασθενή που Υποβάλλεται σε Χειρουργική Επέμβαση στο Στόμαχο

Επιδημιολογικά δεδομένα

- συνηθισμένη μορφή καρκίνου σε άνδρες (με διπλάσια συχνότητα σε σύγκριση με τις γυναίκες)
- η επίπτωση της νόσου αυξάνεται με την ηλικία (τα 63 έτη η μέση ηλικία των ασθενών)
- ΠΙΟ ΣΥΧΝΟΣ σε άτομα των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων

Παράγοντες Κινδύνου

- Η λοίμωξη από *H. pylori*, η γενετική προδιάθεση, η χρόνια γαστρίτιδα, η κακοήθης αναιμία, οι πολύποδες του στομάχου και διάφοροι καρκινογόνοι διαιτητικοί παράγοντες (π.χ. καπνιστές τροφές).
- Η αχλωρυδρία (έλλειψη υδροχλωρικού οξέος στον στόμαχο), συνήθως σε άτομα που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε μερική γαστρεκτομή.

Κλινικές εκδηλώσεις

- Πρώιμα συμπτώματα: ασαφή (αίσθημα πρώιμου κορεσμού, ανορεξία, δυσπεψία και έμετοι)
- Πόνος- παρόμοιος με αυτόν του πεπτικού έλκους (δεν υποχωρεί με τη λήψη αντιόξινων), εμφανίζεται μετά τα γεύματα
- Προοδευτικά παρατηρείται απώλεια βάρους και ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει νεοπλασματική καχεξία
- Κατά την ψηλάφηση της κοιλίας μπορεί να γίνει αντιληπτή μια μάζα
- Απώλεια αίματος λόγω αιμορραγίας από τον όγκο
- Όταν τεθεί η διάγνωση θα υπάρχουν και μεταστάσεις

Διαγνωστικές Εξετάσεις

- Η διάγνωση αναιμίας στη γενική αίματος
- Το υπερηχογράφημα και άλλες ακτινολογικές εξετάσεις μπορεί να βοηθήσουν στην απεικόνιση μιας χωροκατακτητικής εξεργασίας
- Η ενδοσκόπηση (γαστροσκόπηση) του ανώτερου πεπτικού και η λήψη βιοψιών
- Αξονική & μαγνητική τομογραφία

Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Η χειρουργική εκτομή μέρους ή του συνόλου του στομάχου και των επιχώριων λεμφαδένων αποτελεί τη θεραπεία εκλογής- πριν από την ανάπτυξη μεταστάσεων
- Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία στην αντιμετώπιση της λεμφικής διασποράς ή των μεταστάσεων. Σε προχωρημένη νόσο η θεραπεία είναι παρηγορητική και μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία
- Είναι επίσης δυνατόν να απαιτηθεί η τοποθέτηση σωλήνα γαστροστομίας ή νησιδοστομίας για τη θρέψη του ασθενούς

- μερική γαστρεκτομή

- γίνεται αφαίρεση ενός τμήματος του στομάχου
- για την αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα γίνεται αναστόμωση του στομάχου με το δωδεκαδάκτυλο (γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση ή Billroth I) ή με την εγγύς μοίρα της νήστιδας (γαστρονηστιδική αναστόμωση ή Billroth II)

• ολική γαστρεκτομή

- γίνεται αφαίρεση ολόκληρου του στομάχου
- Η επέμβαση ενδείκνυται για τον καρκίνο που έχει επεκταθεί μέσω του γαστρικού βλεννογόνου αλλά περιορίζεται στο στόμαχο
- για την αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού γίνεται αναστόμωση μεταξύ οισοφάγου και δωδεκαδαχτύλου ή οισοφάγου και νήστιδας

Επιπλοκές: σύνδρομο dumping

- μπορεί να εμφανισθεί μετά από μερική γαστρεκτομή-υπέρτονος βλωμός τροφής στο δωδεκαδάκτυλο ή στη νήστιδα
- μετακίνηση ύδατος προς τον αυλό: ελάττωση του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος (**υποογκαιμία**) και **διάταση του εντέρου** - ακολουθεί **διέγερση του εντερικού περισταλισμού** και **αύξηση της κινητικότητας του εντέρου**
- τα πρώιμα συμπτώματα του συνδρόμου παρατηρούνται μέσα σε 5 έως 30 λεπτά μετά την πρόσληψη τροφής

κλινικές εκδηλώσεις συνδρόμου

- ναυτία και εμετοί, πόνος στο επιγάστριο και διάχυτα κολικοειδή κοιλιακά άλγη, βορβορυγμοί και διάρροια.
- συστηματικά συμπτώματα, ως αποτέλεσμα της υποογκαιμίας και της αντανακλαστικής διέγερσης του συμπαθητικού: ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, ζάλη και εφίδρωση
- ταχεία αύξηση των επιπέδων γλυκόζης αίματος- ακολουθεί υπερέκκριση ινσουλίνης, που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας, 2 έως 3 ώρες μετά το γεύμα
- το σύνδρομο dumping υποχωρεί από μόνο του και διαρκεί 6 έως 12 μήνες μετά την επέμβαση -τα συμπτώματα μερικές φορές επιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα

Αντιμετώπιση συνδρόμου

- **διαιτητικοί χειρισμοί:** καθυστερούν την κένωση του στομάχου και επιτρέπουν την είσοδο στο έντερο μικρότερων ποσοτήτων άπεπτων τροφών. Συστήνεται:
 - *μικρά και συχνά γεύματα*
 - *η πρόσληψη υγρών και στερεών τροφών θα πρέπει να γίνεται σε ξεχωριστούς χρόνους και όχι ταυτόχρονα κατά τη διάρκεια ενός γεύματος*
 - *αυξάνεται επίσης και το περιεχόμενο των τροφών σε πρωτεΐνες και λίπη, επειδή οι θρεπτικές ουσίες προωθούνται από τον στόμαχο στο λεπτό έντερο με βραδύτερο ρυθμό σε σύγκριση με τους υδατάνθρακες*
 - *να αποφεύγεται η πρόσληψη υδατανθράκων (και ιδιαίτερα των απλών σακχάρων) με τις τροφές*
 - *συνιστάται στον ασθενή να παραμένει σε θέση κατάκλισης ή ημικατάκλισης, για χρονικό διάστημα 30- 60 λεπτών μετά τα γεύματα*
- **φαρμακευτικοί παράγοντες:** αντιχολινεργικά, ηρεμιστικά και σπασμολυτικά

Επιπλοκές: αναιμία

- Ο σίδηρος απορροφάται στο δωδεκαδάκτυλο και στην εγγύς μοίρα της νήστιδας
- Η απορρόφηση του είναι δυνατόν να διαταραχθεί ως αποτέλεσμα της ταχείας κένωσης του στομάχου ή της ύπαρξης γαστρονηστιδικής αναστόμωσης
- Τα κύτταρα του στομάχου παράγουν τον ενδογενή παράγοντα, ο οποίος είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂. Η έλλειψη της βιταμίνης αυτής έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κακοήθους αναιμίας.
- Λόγω της ύπαρξης αποθεμάτων βιταμίνης B₁₂ στο ήπαρ, τα συμπτώματα της αναιμίας μπορεί να καθυστερήσουν για 1-2 έτη μετά τη χειρουργική επέμβαση
- Μετά από εκτεταμένες γαστρεκτομές θα πρέπει να γίνεται συστηματική παρακολούθηση των επιπέδων της βιταμίνης B₁₂

Επιπλοκές: διατροφικά προβλήματα

- έλλειμμα φυλλικού οξέος
- η μειωμένη απορρόφηση ασβεστίου και βιταμίνης D
- εμφάνιση ειδικών διατροφικών ελλειμμάτων και η απώλεια βάρους: διαταραχή της απορρόφησης θρεπτικών ουσιών, σε συνδυασμό με την αδυναμία κατανάλωσης μεγάλων γευμάτων
- παράγοντες που συμβάλλουν στην ανεπαρκή πρόσληψη θερμίδων είναι ο πρώιμος κορεσμός, η μειωμένη χωρητικότητα του στομάχου λόγω της γαστρεκτομής και οι διαταραχές της κένωσης του στομάχου

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- συνήθη προεγχειρητική φροντίδα και εκπαίδευση
- τοποθέτηση προεγχειρητικά ρινογαστρικού σωλήνα για την παροχέτευση των γαστρικών εκκρίσεων και την κένωση του περιεχομένου του στομάχου

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Συνήθη μετεγχειρητική φροντίδα
- Αξιολογήστε τη θέση και τη βατότητα του ρινογαστρικού σωλήνα, συνδέοντάς τον με σύστημα ήπιας αναρρόφησης
- Σε απόφραξη: πλύση του αυλού με φυσιολογικό ορό. Η βατότητα του ρινογαστρικού καθετήρα θα πρέπει να διατηρείται ώστε να εξασφαλίζεται η αποσυμφόρηση του στομάχου, μειώνοντας έτσι την πίεση στο σημείο συρραφής
- Αξιολογήστε το χρώμα, την ποσότητα και την οσμή των υγρών που παροχετεύονται από το στόμαχο, σημειώνοντας μεταβολές στις παραμέτρους αυτές ή τυχόν ύπαρξη θρόμβων ή ζυηρού ερυθρού αίματος. Το υγρό που παροχετεύεται είναι αρχικό ζυηρά ερυθρό. Στη συνέχεια, γίνεται σκουρόχρωμο και κατόπιν διαυγές ή πρασινοκίτρινο μέσα στις επόμενες 2 έως 3 ημέρες
- Η μεταβολή στο χρώμα, την ποσότητα ή την οσμή του υγρού μπορεί να υποδηλώνει μια επιπλοκή όπως αιμορραγία, εντερική απόφραξη ή λοίμωξη

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- **ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για όσο χρονικό διάστημα ο ρινογαστρικός σωλήνας βρίσκεται στη θέση του.** Εάν δεν γίνει αποκατάσταση των υγρών και ηλεκτρολυτών με ενδοφλέβια χορήγηση, ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο αφυδάτωσης, εμφάνισης ηλεκτρολυτικών διαταραχών, κυρίως όσον αφορά το κάλιο, το νάτριο και το χλώριο, και ανάπτυξης μεταβολικής αλκάλωσης
- **Παρακολούθηση εντερικών ήχων και έλεγχος για τυχόν διάταση της κοιλίας.** Η επανεμφάνιση των εντερικών ήχων υποδηλώνει την επάνοδο του περισταλτισμού του εντέρου. Η αυξανόμενη διάταση της κοιλίας μπορεί να υποδηλώνει απώλεια υγρών στον τρίτο χώρο, εντερική απόφραξη ή λοίμωξη
- **γαστροπροστασία και αντιβίωση.** Η αντιβιοτική αγωγή είναι ένα προφυλακτικό μέτρο για την πρόληψη της λοίμωξης από επιμόλυνση της περιτοναϊκής κοιλότητας με τα υγρά του στομάχου. Η γαστροπροστασία συμβάλλει στη μείωση της γαστρικής οξύτητας

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- τροφή και υγρά από το στόμα: Αρχικά χορηγείται υδρική δίαιτα, ακολουθούμενη από υγρές τροφές και κατόπιν συχνά και μικρά γεύματα με κανονικές τροφές. Παρακολουθήστε τους εντερικούς ήχους και αξιολογήστε τον ασθενή συχνά κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου για τυχόν διάταση κοιλίας. Η σίτιση από το στόμα αρχίζει σταδιακά, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η τάση στην εγχειρητική τομή λόγω πιθανής διάτασης του στομάχου.
- ενθαρρύνετε την κινητοποίησή του-διεγείρει τον περισταλτισμό του εντέρου.
- προγραμματισμός για την έξοδο και εκπαίδευση: οδηγίες όσον αφορά τη δίαιτα και τα γεύματα, τις πιθανές μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. ενδοκοιλιακά αποστήματα, σύνδρομο dumping, μεταγευματική υπογλυκαιμία ή κακοήθης αναιμία), να αναγνωρίζει τα σημεία και τα συμπτώματα των επιπλοκών και ενημερώστε τον για τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα (μείωση του μεγέθους των γευμάτων και σταδιακή επανεισαγωγή τροφών στο διαιτολόγιο του ασθενούς)

- Σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση στο στομάχο ή που χρειάζονται μακρόχρονη χορήγηση σκευασμάτων εντερικής διατροφής για τη διατήρηση του επιπέδου θρέψης τους, μπορεί να αποφασισθεί η τοποθέτηση ενός σωλήνα γαστροστομίας ή νηστιδοστομίας.
- Οι σωλήνες γαστροστομίας τοποθετούνται στον στομάχο κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Το σημείο εισόδου του σωλήνα βρίσκεται στην περιοχή του επιγαστρίου.
- Οι σωλήνες νηστιδοστομίας τοποθετούνται στην αρχική μοίρα της νήστιδας.
- Αμέσως μετά την επέμβαση, ο σωλήνας μπορεί να συνδεθεί με ήπια αναρρόφηση, ή να κλείσει με ειδικό πώμα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- **Αξιολογήστε τη σωστή τοποθέτηση του σωλήνα**, αναρροφώντας γαστρικό υγρό και ελέγχοντας το pH του ώστε να επιβεβαιωθεί η θέση του στο στόμαχο ή στο έντερο.
- Όταν το pH είναι <5 αυτό σημαίνει ότι ο σωλήνας έχει τοποθετηθεί στον στόμαχο.
- Εάν το pH είναι >7 αυτό γενικά σημαίνει ότι ο σωλήνας έχει τοποθετηθεί στο έντερο.
- Η μέτρηση του pH του υγρού που αναρροφάται από τον σωλήνα, είναι πιο αξιόπιστη ως μέθοδος προσδιορισμού της θέσης του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- **Αξιολογήστε το δέρμα** που περιβάλλει το σημείο εισόδου του σωλήνα εκτιμώντας την επούλωση και αναζητώντας τυχόν ερυθρότητα, οίδημα ή εκροή υγρού. Εάν υπάρχει εκροή υγρού, σημειώστε το χρώμα, την ποσότητα, τη σύσταση και την οσμή του. ***Οι αλλοιώσεις του δέρματος στο σημείο, η εκροή υγρού ή η καθυστέρηση της επούλωσης μπορεί να υποδηλώνουν λοίμωξη.***
- **Αξιολογήστε την κοιλία** για διάταση, παρουσία ή απουσία εντερικών ήχων και ευαισθησία ώστε να αξιολογήσετε τη λειτουργία του πεπτικού σωλήνα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Άσηπτη τεχνική για τις **αλλαγές του τραύματος** και τη φροντίδα της στομίας μέχρις ότου η περιοχή επουλωθεί ικανοποιητικά.
- Η άσηπτη τεχνική μειώνει τον κίνδυνο διαπύησης του τραύματος από παθογόνα μικρόβια που μπορεί να οδηγήσουν σε λοίμωξη.
- Τα απλά μέτρα καθαριότητας θεωρούνται επαρκή όταν έχει ολοκληρωθεί η επούλωση του τραύματος (ο πεπτικός σωλήνας περιέχει ήδη μικροοργανισμούς).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Με καθαρά γάντια, αφαιρέστε τις παλιές γάζες. **Καθαρίστε το τραύμα** με φυσιολογικό ορό. Το επουλωμένο τραύμα μπορεί να καθαρισθεί στο μπάνιο διατηρώντας το σωλήνα κλειστό είτε με το ειδικό πώμα είτε με λαβίδα.
- Το γαστρικό οξύ και άλλα υγρά που παροχετεύονται από το τραύμα, είναι ερεθιστικά για το δέρμα. Η προσεκτική φροντίδα είναι σημαντική για τη διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος.
- Καλύψτε και πάλι το τραύμα χρησιμοποιώντας ειδικές γάζες για την περιποίηση των σημείων εισόδου καθετήρων γαστρο/νησιδοστομίας, ή απλές διπλωμένες γάζες

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Κάντε **πλύση του σωλήνα** με 30-50 ml νερού και καθαρίστε τον τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά. Οι μαλακοί σωλήνες γαστροστομίας μπορεί να χρειαστούν καθαρισμό του αυλού τους με μια ειδική βούρτσα για τη διατήρηση της βατότητάς τους.
- Τα σκευάσματα τεχνητής εντερικής διατροφής είναι δυνατόν να επικάθονται στο εσωτερικό του σωλήνα γαστροστομίας με αποτέλεσμα την απόφραξη. Το συχνό πλύσιμο με νερό και το βούρτσισμα διατηρούν τη βατότητα του σωλήνα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Φροντίστε τη **στοματική υγιεινή** του ασθενούς ή ενθαρρύνετε να ασχοληθεί ο ίδιος με αυτήν.
- Καθώς οι τροφές δεν προσλαμβάνονται πλέον από το στόμα, ο ασθενής μπορεί να αμελεί ή να θεωρεί περιττή την εφαρμογή των κανόνων στοματικής υγιεινής.
- Επιπλέον, μπορεί να μην παράγεται επαρκής ποσότητα σιέλου με αποτέλεσμα ο βλεννογόνος του στόματος να παρουσιάσει ξηρότητα και να εμφανισθούν σημεία λύσης της συνέχειάς του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- **Εκπαιδεύστε** τον ασθενή και την οικογένειά του στη φροντίδα του σωλήνα εντερικής διατροφής και των σκευασμάτων εντερικής διατροφής.
- Παραπέμψτε τον ασθενή σε μια υπηρεσία παροχής κατ' οίκον φροντίδας ή σε κάποιον νοσηλευτή για υποστήριξη.
- Οι σωλήνες γαστροστομίας συχνά παραμένουν στη θέση τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όταν ο ασθενής και η οικογένειά του είναι σε θέση να αναλάβουν τη φροντίδα των σωλήνων αυτών, ενισχύεται το αίσθημα ανεξαρτησίας και βελτιώνεται η εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του.

Πεδία νοσηλευτικής φροντίδας

- Διαταραχές Θρέψης: Πρόσληψη Μικρότερη των Αναγκών του Οργανισμού
- Φροντίδα της χειρουργικής τομής και του σωλήνα διατροφής ή της κεντρικής φλεβικής γραμμής
- Διατήρηση του επιπέδου θρέψης και πρόληψη επιπλοκών της χειρουργικής επέμβασης (π.χ. σύνδρομο dumping)
- Αντιμετώπιση του πόνου
- Προπαρασκευαστικός Θρήνος



Αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα -Νοσηλευτική Φροντίδα

Εισαγωγή

- Ως αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα χαρακτηρίζεται κάθε απώλεια αίματος από τη στοματική κοιλότητα έως τον πρωκτό.
- Διακρίνεται ανάλογα με την εντόπιση της αιμορραγίας πάνω ή κάτω από το σύνδεσμο του Treitz σε αιμορραγία ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού, αντίστοιχα.
- Η οξεία αιμορραγία από το γαστρεντερικό σωλήνα κλινικά εκδηλώνεται με:
 - Αιματέμεση,
 - Μέλαινα κένωση,
 - Απώλεια αίματος από το ορθό (αιματοχεσία),
 - Αναιμία.

Τύποι αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα

- ❑ Αιμορραγία που οφείλεται σε αιτίες προερχόμενες από το γαστρεντερικό σωλήνα.
- ❑ Αιμορραγία που εμφανίζεται ως επιπλοκή άλλης νόσου (οι αιτίες εντοπίζεται εκτός του γαστρεντερικού σωλήνα) - η αιμορραγία στην περίπτωση αυτή προέρχεται από επιφανειακές εξελκώσεις του γαστρικού βλεννογόνου, ως αποτέλεσμα του υπάρχοντος μεταβολικού, αναπνευστικού ή τραυματικού «stress».

Οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού

- ❑ Η αιτία της αιμορραγίας εντοπίζεται κεντρικότερα από το σύνδεσμο του Treitz.
- ❑ Αποτελεί συχνή αιτία εισαγωγών στο νοσοκομείο/απαιτείται επείγουσα φροντίδα.
- ❑ Συνδέεται με αυξημένη θνητότητα.
- ❑ Συχνά είναι το αποτέλεσμα της χρήσης μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑΦ) φαρμάκων.
- ❑ Κλινικές ενδείξεις αποτελούν οι μέλαινες κενώσεις (αποβολή μαύρων μαλακών και δύσοσμων κοπράνων λόγω της αναγωγής της αιμοσφαιρίνης από το υδροχλωρικό οξύ του στομάχου) και η αιματέμεση (έμετος αναμεμειγμένος με αίμα).
- ❑ Οι ασθενείς με εκδήλωση αιματέμεσης έχουν συνήθως σοβαρότερη αιμορραγία από αυτούς που παρουσιάζουν μόνο μέλαινες κενώσεις.

Οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού: Αίτια

- ❑ Πεπτικό έλκος: διάβρωση αρτηρίας από το έλκος - η σοβαρότητα εξαρτάται από το μέγεθος της αρτηρίας και του έλκους, συχνά αναφέρεται η λήψη ΜΣΑΦ.
- ❑ Κιρσοί οισοφάγου: σχετίζεται με κλινικές εκδηλώσεις ηπατικής νόσου - η πρόγνωση εξαρτάται από τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου, προκαλεί σοβαρή αιμορραγία.
- ❑ Σύνδρομο Mallory-Weiss: οφείλεται σε διάβρωση της γαστροοισοφαγικής συμβολής μετά από έντονους εμέτους (οι ασθενείς αναφέρουν κατανάλωση αλκοόλ, γαστρεντερίτιδα).
- ❑ Όγκοι: η πρόγνωση εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.
- ❑ Οξεία διαβρωτική γαστρίτιδα, οισοφαγίτιδα, αγγειοδυσπλασίες (στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει αυτόματη διακοπή της αιμορραγίας).

Οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού: Παράγοντες κινδύνου

- ❑ Η προχωρημένη ηλικία του ασθενή (λόγω συνυπάρχουσας αθηροσκλήρωσης και μειωμένων εφεδρειών).
- ❑ Σημεία ολιγαιμικής καταπληξίας κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο.
- ❑ Συννοσηρότητα (ηπατική ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, γενικευμένος καρκίνος).
- ❑ Ευρήματα κατά την ενδοσκόπηση (ενεργός σφύζουσα αιμορραγία, πεπτικό έλκος, μη αιμορραγούν ορατό αγγείο, κίρσοι οισοφάγου).
- ❑ Υποτροπή αιμορραγίας.

Θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού:

1. ανάνηψη και αιμοδυναμική σταθεροποίηση

Άμεση αντιμετώπιση της ολιγαιμικής καταπληξίας με:

- Χορήγηση οξυγόνου,
- Εξασφάλιση φλεβικών γραμμών (με καθετήρα μεγάλου εύρους) και χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων,
- Πλήρης εργαστηριακός έλεγχος (αιματολογικός, βιοχημικός έλεγχος και έλεγχος πήκτικότητας), διασταύρωση 4-6 μονάδων αίματος,
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα και ουροκαθετήρα κύστης,
- Αξιολόγηση της βαρύτητας της αιμορραγίας και ανάλογα με τις ενδείξεις μεταφορά σε μονάδα αυξημένης φροντίδας, προκειμένου να διασφαλιστεί η συνεχής μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, των σφύξεων, η οξυμετρία παλμού και η ωριαία διούρηση,
- Μετάγγιση αίματος με στόχο ο αιματοκρίτης να είναι >25-30% ,
- Χορήγηση φρέσκου πλάσματος (ανάλογα με τις ενδείξεις),
- Χορήγηση αιμοπεταλίων (ανάλογα με τις ενδείξεις).

Θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού:

2. εντόπιση της αιτίας της αιμορραγίας

Γίνεται με τη λήψη ιστορικού υγείας και τη κλινική εξέταση:

❑ **Ιστορικό υγείας:** πληροφορίες για κλινικές εκδηλώσεις πεπτικού έλκους, κίρρωσης ήπατος, λήψης φαρμάκων, ιστορικό αιμορραγικών εκδηλώσεων.

❑ **Κλινική εξέταση κατά σύστημα:** έλεγχος για πιθανά σημεία καταπληξίας ή κίρρωσης, έλεγχος αρτηριακής πίεσης σε καθιστή και όρθια θέση, δακτυλική εξέταση ορθού, αξιολόγηση περιεχομένου ρινογαστρικού καθετήρα (χρώμα και ποσότητα αίματος, πρόσμειξη ή όχι χολής), χαρακτηριστικά αιμορραγίας (χρώμα, σύσταση και ποσότητα αίματος).

❑ Η προέλευση της αιμορραγίας **θα καθοριστεί με την ενδοσκόπηση** του ανώτερου πεπτικού. Συνίσταται να γίνει μέσα στο πρώτο 24ωρο, αφού ο ασθενής σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά (επιπλέον, είναι δυνατό να καθοριστεί η πρόγνωση και παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής τεχνικών αιμόστασης).

Θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού:

3. επίσχεση της αιμορραγίας

3.1 φαρμακευτική αντιμετώπιση:

□ Σε πεπτικά έλκη: Ενδοφλέβια χορήγηση υψηλών δόσεων αναστολέων της αντλίας πρωτονίων με σκοπό τη μείωση της οξύτητας του στομάχου. Ασθενείς θετικοί για ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού συνίσταται να ακολουθήσουν θεραπεία εκρίζωσης.

□ Σε κίρσοραγία:

- χορήγηση φαρμακευτικών παραγόντων που προκαλούν μείωση της αιμάτωσης των σπλάχνων και της πίεσης στην πυλαία φλέβα (βαζοπρεσίνη, σωματοστατίνη, τερλιπρεσίνη),

- εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα Sengstaken-Blakemor σε αιμορραγία που συνεχίζεται (όχι για πάνω από 24 ώρες - κίνδυνος ισχαιμικής νέκρωσης),

- χορήγηση προπανολόλης (ελάττωση καρδιακής παροχής οδηγεί σε μείωση της πίεσης στην πυλαία φλέβα) - αποτελεσματική στην πρόληψη των υποτροπών της κίρσοραγίας.

Θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού:

3. επίσχεση της αιμορραγίας

3.2 αντιμετώπιση με ενδοσκόπηση:

□ Σε πεπτικά έλκη: θερμικές (heater probe/θερμική μέθοδος, ηλεκτροδιαθερμία, laser, argon plasma coagulation), ενέσιμες (αδρεναλίνη, σκληρυντικά, αλκοόλη, αιμοστατικά), μηχανικές (ράμματα, clips) τεχνικές αιμόστασης ή συνδυασμός αυτών.

□ Σε κίρσορραγία: έγχυση σκληρυντικής ουσίας εντός των κίρσων, απολίνωση των κίρσων με δακτυλίους (δύσκολη τεχνική σε ενεργό αιμορραγία).

Θεραπευτική αντιμετώπιση οξείας αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού:

3. επίσχεση της αιμορραγίας

3.3 χειρουργική αντιμετώπιση:

□ Σε πεπτικά έλκη: χειρουργική επέμβαση γίνεται σε μεγάλη αιμορραγία, σε ενεργό αιμορραγία, όπου καθίσταται αδύνατη η αιμόσταση με ενδοσκοπική θεραπεία, σε υποτροπή αιμορραγίας στο νοσοκομείο. Αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο επίσχεσης της αιμορραγίας και πρόληψης της υποτροπής - συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

□ Σε κίρσορραγία: συνίσταται η διασφαγιτιδική ενδοηπατική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση (TIPS) υπό ακτινοσκοπικό έλεγχο, εφαρμόζεται όταν αποτύχει η φαρμακευτική και ενδοσκοπική θεραπεία - συνδέεται με σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.

□ Σύνδρομο Mallory-Weiss: διενεργείται υψηλή γαστροτομή και συρραφή της αιμορραγούσας διάβρωσης, εάν απαιτηθεί η χειρουργική αντιμετώπιση, αν και η ενδοσκοπική αιμόσταση είναι αποτελεσματική.

Οξεία αιμορραγία κατώτερου πεπτικού

- ❑ Η προέλευση της αιμορραγίας εντοπίζεται περιφερικότερα από το σύνδεσμο του Treitz.
- ❑ Συχνά αίτια: εκκολπωμάτωση παχέος εντέρου, αιμορροΐδες, ισχαιμική κολίτιδα, πολυπεκτομή, καρκίνος/πολύποδες, αγγειοδυσπλασίες.
- ❑ Συχνότερη σε ηλικιωμένους ασθενείς (λόγω αύξησης της συχνότητας της εκκολπομάτωσης και των αγγειοδυσπλασιών του παχέος εντέρου με την πάροδο της ηλικίας).
- ❑ Αφορά σε κάθε αιμορραγία που χρειάζεται περισσότερες από 3-5 μονάδες αίματος για να σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά ο ασθενής ή όταν υπάρχει μείωση του αιματοκρίτη μεγαλύτερη από 8 μονάδες.

Οξείας αιμορραγία κατώτερου πεπτικού: Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Ανάνηψη και αιμοδυναμική σταθεροποίηση:
 - Όμοια με την οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού.
- Εντόπιση της προέλευσης της αιμορραγίας:
 - Με το ιστορικό υγείας, τη κλινική εξέταση και θα καθοριστεί με τον απεικονιστικό έλεγχο.
- Επίσχεση αιμορραγίας με:
 - ενδοσκοπικές τεχνικές: ίδιες με την οξεία αιμορραγία ανώτερου πεπτικού (κυρίως στις αγγειοδυσπλασίες και τα εκκολπώματα του παχέος εντέρου),
 - αγγειογραφία: με ενδοαρτηριακή έγχυση βαζοπρεσίνης (προκαλεί αγγειοσυσπασση και ελάττωση της παροχής αίματος στα σπλάχνα) ή εμβολισμό (με υλικά όπως microcoils, polyvinyl alcohol foam ή μόρια δεξτράνης),
 - χειρουργική αντιμετώπιση: ενδείξεις αποτελούν η συνεχιζόμενη αιμορραγία ή η υποτροπή, η αιμοδυναμική αστάθεια του ασθενή, η κλινική επιδείνωση ή η ανάγκη μετάγγισης με > 6 μονάδες αίμα. Μπορεί να γίνει τμηματική κολεκτομή (το σημείο αιμορραγίας έχει εντοπιστεί προεγχειρητικά) ή υφολική κολεκτομή (το σημείο αιμορραγίας δεν έχει εντοπιστεί).

Οξείας αιμορραγία κατώτερου πεπτικού: Διαγνωστική διερεύνηση

- ❑ Ορθοσκόπηση (εντοπίζονται αιμορροΐδες, ραγάδες).
- ❑ Κολονοσκόπηση-Σιγμοειδοσκόπηση:
 - Η αιμορραγία έχει σταματήσει ή περιοριστεί σημαντικά,
 - Προετοιμασία εντέρου με υποκλυσμούς ή καθαρικά από το στόμα,
 - Παρέχεται η δυνατότητα εφαρμογής τεχνικών αιμόστασης.
- ❑ Ραδιοϊσοτοπική αγγειογραφία: ενδοφλέβια χορήγηση ραδιοσημασμένων με τεχνητίο ερυθρών (απεικόνιση την πρώτη μισή ώρα, σε μία ώρα και μετά από τέσσερις ώρες).
- ❑ Αγγειογραφία: δείχνει εξαγγείωση σκιαγραφικού στον αυλό του εντέρου σε ενεργό αιμορραγία με ρυθμό μεγαλύτερο του 0,5-1 ml/min, αναδεικνύει αγγειοδυσπλασίες σε όλο το γαστρεντερικό σωλήνα, παρέχει τη δυνατότητα επίσχεσης της αιμορραγίας (χορήγηση βαζοπρεσίνης ή με εμβολισμό).
- ❑ Εντεροσκόπηση με κάψουλα και η μαγνητική εντερόκλυση (τεχνική μαγνητικής τομογραφίας): για την απεικόνιση του λεπτού εντέρου σε ασθενείς με αρνητική κολονοσκόπηση /γαστροσκόπηση.

Νοσηλευτική φροντίδα (I)

Νοσηλευτική Διάγνωση:

Έλλειμμα όγκου υγρών που σχετίζεται με αγγειακές απώλειες (αιμορραγία), ως αποτέλεσμα διαταραχών του γαστρεντερικού σωλήνα (πεπτικό έλκος, ρήξη κιστών οισοφάγου).

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

- ❑ Αξιολόγηση σημείων και συμπτωμάτων του βαθμού ελλείμματος όγκου υγρών (αξιολόγηση της κατάστασης του δέρματος για μείωση της σπαργής, παρουσία ξηρών βλεννογόνων, μειωμένη παροχή ούρων).
- ❑ Αξιολόγηση ζωτικών σημείων, χρόνου επαναπλήρωσης των τριχοειδών και αιμοδυναμικών παραμέτρων για την εκτίμηση της περιφερικής αιμάτωσης των ιστών και της οξυγόνωσης.
- ❑ Εισαγωγή ουροκαθετήρα κύστης για την καταγραφή και εκτίμηση της αποβολής των ούρων, ενημέρωση για αποβολή ούρων μικρότερη από 30 ml ανά ώρα για δύο συνεχείς μετρήσεις.
- ❑ Υπολογισμός των αναγκών αναπλήρωσης σε υγρά σε 24ωρη βάση.
- ❑ Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με τις οδηγίες για την αποκατάσταση του ενδοαγγειακού όγκου και την αναπλήρωση των απωλειών.
- ❑ Διατήρηση ακρίβειας των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών 24ώρου.

Νοσηλευτική φροντίδα (II)

Νοσηλευτική Διάγνωση:

Ανεπαρκής ιστική αιμάτωση που σχετίζεται με υποογκαιμία ως αποτέλεσμα της οξείας αιμορραγίας από το γαστρεντερικό σωλήνα.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

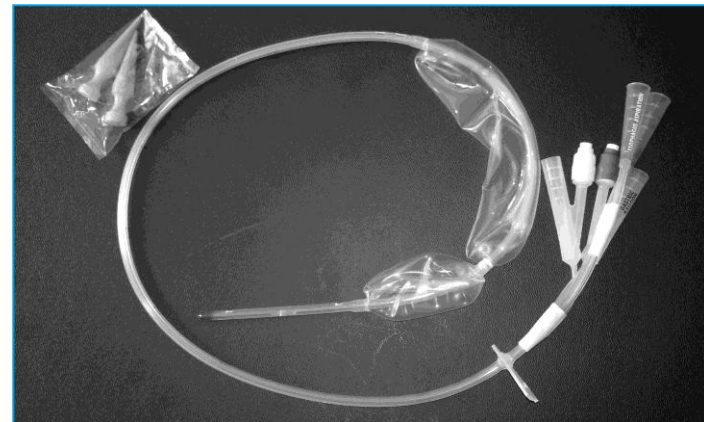
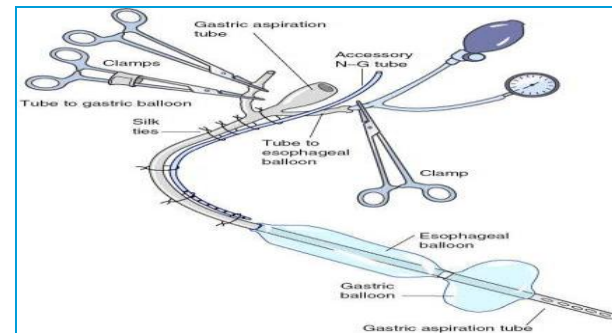
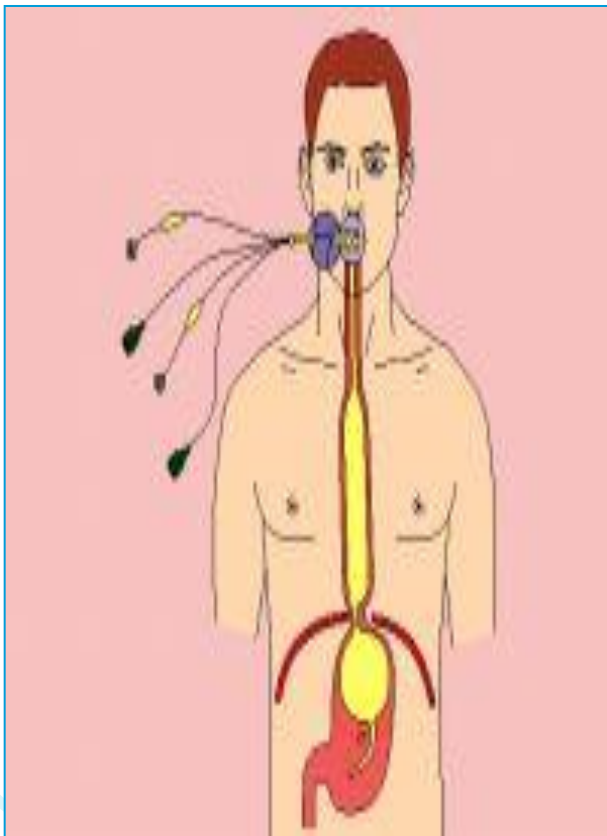
- ❑ Ανίχνευση μεταβολών που σχετίζονται με ελάττωση της συστηματικής ή/και περιφερικής αιματικής κυκλοφορίας (αλλαγές διανοητικής κατάστασης, μεταβολές ζωτικών σημείων, πόνος, μεταβολές της λειτουργικότητας δέρματος/ιστών/οργάνων, σημεία μεταβολικών διαταραχών).
- ❑ Ανασκόπηση αποτελεσμάτων εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων.
- ❑ Χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων σύμφωνα με τις οδηγίες.
- ❑ Χορήγηση των συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών παραγόντων, τεκμηρίωση και ενημέρωση της διεπιστημονικής ομάδας.
- ❑ Σύσταση ο ασθενής να παραμένει κλινήρης, για αποφυγή δραστηριοτήτων αύξησης του καρδιακού έργου και λήψη μέτρων για την ασφάλειά του.
- ❑ Συνεργασία στη θεραπευτική αντιμετώπιση των υποκείμενων καταστάσεων (εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα Sengstaken-Blakemor, προετοιμασία για ενδοσκόπηση).

ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΟΥΝΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟ

- Εξασφάλιση φλεβικής οδού για τη χορήγηση υγρών και αίματος. Συστήνεται: καθετήρας σε κεντρική φλέβα (υποκλείδιος), για αιμοδυναμική παρακολούθηση (μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης) και παράλληλα να εξασφαλίζονται 1-2 περιφερικές φλέβες.
- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) ικανού διαμετρήματος: 1. για επιβεβαίωση της διάγνωσης, 2. για την απομάκρυνση των πηγμάτων αίματος από το στόμαχο και 3. για τον έλεγχο τυχόν συνεχιζόμενης αιμορραγίας.
- Τοποθέτηση καθετήρα Foley για τον έλεγχο της διούρησης και καθορισμού του ρυθμού χορήγησης των υγρών.

Αρχική θεραπευτική προσέγγιση στην κίρσοραγία

η εφαρμογή του τριαυλικού σωλήνος με ασκό (Sengstaken-Blakemore)



Sengstaken-Blakemore

- Πρόκειται για ένα τριαυλικό σωλήνα που αποτελείται από 2 ασκούς (μπαλόνια) εκ των οποίων, ο ένας «φουσκώνει» στο στομάχο και ο άλλος στον κατώτερο οισοφάγο.
- Αρχικά, γεμίζει ο ασκός στο στομάχο με 250 cc αέρα και ακολούθως ο σωλήνας έλκεται προς τα έξω, μέχρις ότου ο γεμάτος πλέον ασκός συναντήσει τη γαστροοισοφαγική συμβολή.
- Στο σημείο αυτό, μέσω του εξωτερικού τμήματος του σωλήνος, ασκείται συνεχής έλξη που στο επίπεδο της καρδιοοισοφαγικής συμβολής μεταφράζεται σε συνεχή πίεση.
- Εάν η αιμορραγία δεν σταματήσει, τότε «φουσκώνεται» και ο οισοφαγικός ασκός με 50-70 cc αέρος. Η πίεση που ασκείται στο τοίχωμα του οισοφάγου με την ποσότητα αυτή του αέρος, δεν πρέπει να υπερβαίνει τα **20-25 mmHg**. Αυτό μπορεί εύκολα να ελεγχθεί με τη βοήθεια ενός πιεσόμετρου.
- **Οι κίνδυνοι που περικλείονται στην προσπάθεια αυτή (κυρίως από την άσκηση πίεσης στον οισοφάγο), είναι:** ρήξη του οισοφάγου, νέκρωση του βλεννογόνου και πνιγμός από μετατόπιση του φουσκωμένου ασκού στον υποφάρυγγα. Περισσότεροι από 50-60% των ασθενών αναμένεται να εμφανίσουν επανάληψη της αιμορραγίας μετά την αφαίρεση του αέρος από τους ασκούς.
- **Οι ασκοί δεν πρέπει να παραμένουν «φουσκωμένοι» περισσότερο από 24 ώρες.**

Μελέτη Περίπτωσης ασθενή με καρκίνο στομάχου

Ο ΓΔ, ηλικίας 61 ετών, ζει με τη γυναίκα του. Τους 3 τελευταίους μήνες εμφάνιζε επιδεινούμενη ανορεξία και δυσκολία στην πρόσληψη τροφής, με αποτέλεσμα να χάσει 5 κιλά. Μετά από ιατρικό έλεγχο, ο ασθενής διεγνώσθη με καρκίνο του στομάχου, οπότε και εισάγεται στο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθεί σε μερική γαστρεκτομή και αναστόμωση. Ο ογκολόγος του έχει συστήσει μετεγχειρητική χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Ο ασθενής αναφέρει ότι ο ιατρός του είπε ότι «έτσι έχω τις περισσότερες πιθανότητες να γίνω καλά».

Κατά την εισαγωγή του, πριν από τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής λέει στη νοσηλεύτριά του ότι δεν έχει φάει παρά ελάχιστα τις τελευταίες εβδομάδες. Ρωτά: «Τι θα συμβεί στη γυναίκα μου εάν πάθω κάτι; Φοβάμαι ότι αυτός ο καρκίνος θα με σκοτώσει». Ο ασθενής ζυγίζει 67 κιλά και το ύψος του είναι 183 εκατοστά. Είναι ωχρός και λεπτός. Τα ζωτικά του σημεία είναι: αρτηριακή πίεση 148/86 mmHg, καρδιακή συχνότητα 92/λεπτό, αναπνοές 18/λεπτό και θερμοκρασία από το στόμα 36,5°C. Στο αριστερό επιγάστριο ψηλαφάται μια σκληρή μάζα. Η λοιπή φυσική εξέταση είναι χωρίς παθολογικά ευρήματα. Η αιμοσφαιρίνη του είναι 12,8 g/dL, ο αιματοκρίτης 39% και τα επίπεδα λευκωματίνης ορού 3,2 g/dL. Τα εργαστηριακά αυτά ευρήματα είναι ενδεικτικά ελαφρός υποθρεψίας. Τα αποτελέσματα όλων των άλλων προεγχειρητικών εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων είναι μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Άσκηση

- Διατυπώστε τις κατάλληλες νοσηλευτικές διαγνώσεις.
- Ποιες οι επιθυμητές εκβάσεις?
- Σχεδιάστε παρεμβάσεις για κάθε διάγνωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Εκτίμηση του Πεπτικού Συστήματος. (2014). Στο Παναουδάκη-Μπροκαλάκη Η. (Επιμ.), Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Τόμος Α, 5^η έκδοση (σσ. 665-696). Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με διαταραχές του ανώτερου Πεπτικού Συστήματος. (2014). Στο Παναουδάκη-Μπροκαλάκη Η. (Επιμ.), Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Τόμος Α, 5^η έκδοση (σσ. 727-771). Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.
- Βεζάκης Α. (2014). Οξεία Αιμορραγία Πεπτικού Σωλήνα. Στο Βώρος Δ., Βασιλείου Ι., Πολυμενέας Γ., Φραγκουλίδης Λ., Θεοδοσόπουλος Θ., Γκικόκας Γ. (Επιμ.), Χειρουργική , 2η έκδοση (σσ. 682-689). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Νομικός, Ι. (2000). Αιμορραγία από το Γαστρεντερικό Σωλήνα. Στο Διαγνωστική και Θεραπευτική Προσέγγιση του Βαρέως Πάσχοντος Χειρουργικού Αρρώστου (σσ. 157-169). Εκδόσεις ΖΗΤΑ: Αθήνα.