



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Ο ρόλος του νοσηλευτή στις ενδοσκοπήσεις ανώτερου και
κατώτερου πεπτικού και μελέτη περιπτώσεων
αιμορραγίας.**

Υπό

Πηνελόπη Καρέτσου

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής
ΤΟΥ

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης
του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική
Φροντίδα Ενηλίκων

του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2020 -----

© Καρέτσου Πηνελόπη



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**The role of nurse in endoscopy of upper
and lower digestive system and case study
for bleedings.**

Pinelopi Karetsou

Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of the requirements for the Master of Science Degree in Adult Nursing.

----- 2020 -----

© PINELOPI KARETSOU

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

*Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

Μέλη: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΤΣΑΝΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

*Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.*

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	6
Κεφ.1: Εισαγωγή	7
Κεφ. 2: Σκοπός της έρευνας	9
2.1 Ερευνητική Ερώτηση.....	9
2.2 Επιστημολογική προσέγγιση	9
2.3 Μεθοδολογικός σχεδιασμός.....	9
2.4 Ερευνητικό Δείγμα	10
Κεφ. 3: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	11
3.1 Απεικόνιση πεπτικού	11
3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	14
3.3 Αιτιολογία και αντιμετώπιση.....	17
3.4 Απροσδιόριστες αιμορραγίες.....	25
3.5 Ενδοσκοπική αιμόσταση.....	28
3.6 Ο ρόλος του Νοσηλευτή	32
Κεφ. 4: Αποτελέσματα	45
Κεφ. 5: Αξιολόγηση της έρευνας	54
Κεφ. 6: Συζήτηση	56
Κεφ. 7: Συμπεράσματα	57
Λίστα παραπομπών	59
Παράρτημα	62
Ερευνητικό Πρωτόκολλο.....	63
Καταγραφή ενδοσκοπήσεων.....	66

Περίληψη

Η αιμορραγία πεπτικού αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα στον ενδοσκοπικό χώρο. Προέρχεται είτε από το ανώτερο ή το κατώτερο πεπτικό και συνεπώς σε επείγουσα κατάσταση έχει σοβαρές επιπτώσεις για τον ασθενή. Κατά την πάθηση αυτή ο οργανισμός αδυνατεί να αναπληρώσει τα στοιχεία που χρειάζεται για να λειτουργήσει σωστά καθώς κατά την ταχύτατη απώλεια αίματος δημιουργούνται διάφορες επιπλοκές. Επομένως ο ρόλος του νοσηλευτή αλλά και των επαγγελματιών υγείας είναι σημαντικός για την πρόληψη την αντιμετώπιση αλλά και την αποτελεσματική φροντίδα, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ενδοσκόπηση. Υπάρχουν αρκετές πρόσφατες μελέτες που αναδεικνύουν τον ενδοσκοπικό νοσηλευτή ως έναν επαγγελματία υγείας που ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην υποστήριξη του ασθενή αλλά και την οργάνωση του ενδοσκοπικού εργαστηρίου.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η νοσηλευτική διεργασία μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και επίσης μελετήθηκε δείγμα 105 ασθενών με που προσήλθαν με αιμορραγία στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και ενδοσκοπήθηκαν στο Ηπατο – Γαστρεντερολογικό εργαστήριο. Το δείγμα διαμορφώθηκε μέσω φύλλων καταγραφής και από ασθενείς που νοσηλεύονταν ήδη στην Παθολογική και Χειρουργική κλινική αλλά και από έκτακτα περιστατικά. Οι πληροφορίες καταγράφηκαν από το ιστορικό των ασθενών και τις ενδοσκοπικές εκθέσεις.

Από την παραπάνω διαδικασία προκύπτει ότι η αιμορραγία ήταν αντιμετωπίσιμη σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό χωρίς να υπάρχουν επιπλοκές από την θεραπευτική ενδοσκόπηση. Επίσης η διαδικασία της αιμόστασης βοήθησε κυρίως αιμορραγίες με εστία στο ανώτερο πεπτικό. Αξίζει να αναφερθεί ότι η θεραπευτική διαδικασία βοήθησε αρκετά στην ίαση του ασθενούς χωρίς να γίνει χειρουργική παρέμβαση.

Όσο αφορά τους νοσηλευτές, η εξέλιξη της τεχνολογίας συμβαδίζει με την εξέλιξη του κλάδου καθώς μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και την ασύγχρονη τεχνολογία θα βελτιωθεί σημαντικά το καθηκοντολόγιο του ενδοσκοπικού νοσηλευτή και συνεπώς θα διαβαθμιστεί η εξέλιξη του στο χώρο.

Λέξεις κλειδιά: ενδοσκοπικός νοσηλευτής, αιμορραγίες πεπτικού και νοσηλευτική, ενδοσκόπηση πεπτικού και νοσηλευτική.

Abstract

Digestive bleeding is a major problem in the endoscopic area. It comes from either the upper or lower digestive tract and therefore in an emergency it has serious consequences for the patient. During this condition, the body is unable to replenish the information it needs to function properly as there are various complications during rapid blood loss. Therefore, the role of the nurse and health professionals is important in preventing the treatment but also in providing effective care before, during and after endoscopy. There are several recent studies highlighting the endoscopic nurse as a health professional whose role is particularly important in supporting the patient but also in organizing the endoscopic laboratory.

The present study investigated the nursing process through a bibliographic review and also studied a sample of 105 patients with bleeding at the University Hospital of Ioannina and endoscopic at the Hepatostroenterology Laboratory. The sample was drawn up through recording sheets and from patients who were already hospitalized in the Pathological and Surgical Clinic but also from emergencies. The information was recorded from patient history and endoscopic reports.

The above procedure shows that the bleeding was manageable at a fairly large rate without complications from therapeutic endoscopy. Also the hemostasis process mainly helped with hemorrhage in the upper digestive tract. It is worth mentioning that the healing process has helped a lot in healing the patient without having to undergo surgery.

As for nurses, the evolution of technology is in line with the evolution of the industry, as continuing education and asynchronous technology will significantly improve the endoscopic nurse's dignity and thus improve its progress in the field.

Key words: Endoscopic Nursing, Digestive and Nursing Bleeding, Digestive Endoscopy and Nursing.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Το γαστρεντερικό σύστημα, ως προς τη δομή και τη λειτουργία του αποτελείται από τη στοματική κοιλότητα, το φάρυγγα, τον οισοφάγο, το στομάχο, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο. Τα επικουρικά όργανα του γαστρεντερικού συστήματος αποτελούνται από τους σιελογόνους αδένες, το ήπαρ, την χοληδόχο κύστη και το πάγκρεας. Για να χρησιμοποιηθούν οι θρεπτικές ουσίες από τα κύτταρα του οργανισμού, πρέπει να αφομοιωθούν και να απορροφηθούν σε αρχική φάση και στη συνέχεια μέσω της διεργασίας του μεταβολισμού και της πέψης να μετατραπούν σε χημικές ουσίες που θα χρησιμοποιηθούν από τα κύτταρα και τους ιστούς. Με την πάροδο της ηλικίας του οργανισμού, παρατηρούνται κάποιες διαφοροποιήσεις με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα των αντανακλαστικών του γαστρεντερικού συστήματος και την δημιουργία διαφόρων προβλημάτων υγείας.

Η αιμορραγία του ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού, αποτελεί ένα αρκετά συχνό πρόβλημα στα ενδοσκοπικά εργαστήρια. Πιο συγκεκριμένα ορίζεται ως μια επείγουσα κλινική εικόνα που εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως η αιματέμεση, οι καφεοειδείς έμετοι, οι μέλαινες κενώσεις για το ανώτερο πεπτικό και η αιματοχεσία για το κατώτερο πεπτικό. Επίσης άλλα συμπτώματα αποτελούν η πτώση του αιματοκρίτη (διερεύνηση αναιμίας) και η λιποθυμία. Σημείο αναφοράς για τον εντοπισμό αιμορραγικής εστίας αποτελεί ο σύνδεσμος του Treitz που σημαίνει ότι κάθε αιμορραγία που εκδηλώνεται από τον 12δάκτυλο, τον οισοφάγο ή το στομάχο αφορά το ανώτερο πεπτικό. Κάθε οξεία αιμορραγία με εστίαση από τον σύνδεσμο του Treitz και μέχρι το λεπτό έντερο το κόλον και τον πρωκτό που εμφανίστηκε σε διάστημα 3 ημερών αφορά το κατώτερο πεπτικό (deWit, 2009).

Όσο αφορά τα συμπτώματα των αιμορραγιών, η οξεία αναιμία αποτελεί κοινό εύρημα όσο αφορά το ανώτερο ή κατώτερο πεπτικό με την κλινική εικόνα να διαφέρει ανάλογα με την εστία της αιμορραγίας και την βλάβη που έχει προκαλέσει. Πιο αναλυτικά η αιματέμεση και η μέλαινα που είναι χαρακτηριστικές στο ανώτερο πεπτικό, η αιματοχεσία είναι το πιο κοινό και σύνηθες σύμπτωμα του κατώτερου πεπτικού. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη αιμορραγία μπορεί να συνδέεται άμεσα με εντερική εστίαση, ωστόσο όταν έχουμε ξαφνική εξάρθρωση του αίματος και αυξημένη περισταλτικότητα στο λεπτό έντερο, οι μέλαινες κενώσεις

μπορούν να θεωρηθούν ως αιμορραγίες κατώτερου πεπτικού καθώς εντοπίζονται κάτω από την γωνία του Treitz και αφού μειωθεί η εντερική περισταλτικότητα (Oprita et al, 2018).

Επομένως μια επείγουσα ή προγραμματισμένη ενδοσκόπηση παίζει σημαντικό ρόλο στο να εντοπιστεί ο τύπος της αιμορραγίας και το αν θα ακολουθήσει αιμόσταση και περαιτέρω θεραπεία. Οι ενδοσκοπήσεις αποτελούν το σημαντικότερο διαγνωστικό μέσο για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα όπως η χειρουργική αντιμετώπιση, οι ενδοσκοπικές παρεμβάσεις και η φαρμακευτική αγωγή (Κεϊμαλή και συν, 2016).

2. Σκοπός της έρευνας

2.1 Ερευνητική Ερώτηση: Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται οι αιμορραγίες του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού και ο ρόλος του νοσηλευτή στο γαστρεντερολογικό εργαστήριο σχετικά με την φροντίδα ασθενούς με αιμορραγία. Ο σκοπός της μελέτης αφορά ζητήματα που προκύπτουν στον χώρο της ενδοσκόπησης και τη νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διαχείριση τους. Επίσης οι στόχοι της μελέτης αφορούν την ανασκόπηση των νοσηλευτικών πράξεων και την τεκμηρίωση τους με βάση επιστημονικές αποδείξεις. Επομένως το ερευνητικό ερώτημα καθίσταται ως εξής: Κατα πόσο η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να συμβάλει στην διαχείριση μιας αιμορραγίας και γενικότερα στην ενδοσκοπική παρέμβαση;

Το ζήτημα των αιμορραγιών απασχολεί ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας όπως αποδεικνύεται από τις έρευνες των τελευταίων ετών από την διερεύνηση, την παρατήρηση και την μελέτη ειδικών περιπτώσεων. Η διάγνωση και η αντιμετώπιση σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες, συνιστούν στην κατεύθυνση της βέλτιστης πρακτικής και στην συστηματική αναθεώρηση καθώς κατά την πορεία της δράσης εμφανίζονται συνεχώς νέα ερευνητικά δεδομένα (Gralnek et al, 2015).

Παγκοσμίως αποτελούν ένα από τους πιο συχνούς λόγους επείγουσας ενδοσκόπησης και νοσηλείας καθώς η χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόζεται όλο και λιγότερο συχνά. Αυτό σημαίνει ότι οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι σχετικά με την επείγουσα ενδοσκόπηση και την ενδοσκοπική αιμόσταση για την διασφάλιση αποτελεσματικής φροντίδας. (Muguruma et al, 2015).

2.2 Επιστημολογική προσέγγιση: Η επιστημολογία θα διατυπωθεί μέσω του σχεδιασμού μιας ερευνητικής υπόθεσης με τον σαφή διαχωρισμό των στοιχείων της έρευνας. Επομένως η δημιουργία μιας ερευνητικής υπόθεσης θα μας οδηγήσει στον προσδιορισμό των σκοπών που προσδοκούμε από αυτή την έρευνα.

2.3 Μεθοδολογικός σχεδιασμός: Η ερευνητική μεθοδολογία που εφαρμόστηκε, αφορούσε τη μελέτη περιστατικών με αιμορραγία όπου οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση στην Ενδοσκοπική μονάδα της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΠΓΝΙ. Ακόμη περιγράφεται ο ρόλος του νοσηλευτή ενδοσκόπησης και οι ενέργειες που πραγματοποιούνται για τον χειρισμό ασθενών με αιμορραγία. Σχετικά με την

δειγματοληπτική τεχνική, μελετήθηκαν περιστατικά με αιμορραγία που εισήχθησαν στο νοσοκομείο με επείγουσα ή προγραμματισμένη ενδοσκόπηση.

2.4 Ερευνητικό Δείγμα: Ο χώρος που πραγματοποιήθηκε η έρευνα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ήταν η Γαστρεντερολογική κλινική και το ενδοσκοπικό εργαστήριο, οι Παθολογικές κλινικές και η Χειρουργική κλινική. Για την συγκέντρωση του δείγματος καταγράφηκαν στοιχεία από την ενδοσκοπική έκθεση και τον ιατρικό φάκελο του κάθε ασθενή με βάση τις παραμέτρους που καθορίστηκαν, μέσω της συμπλήρωσης φύλλων καταγραφής ως μέθοδος συλλογής δεδομένων. Όσο αφορά την ηθική της έρευνας, διασφαλίζεται ότι τηρήθηκε το ιατρικό απόρρητο σε όλες τις περιπτώσεις και η ανωνυμία των ασθενών που καταγράφηκαν και πρόθυμα συμμετείχαν στην έρευνα. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσω του προγράμματος Microsoft Excel και του στατιστικού πακέτου SPSS.

Λέξεις κλειδιά: gastrointestinal endoscopy, gastrointestinal bleeding, ενδοσκόπηση πεπτικού, αιμορραγία πεπτικού, νοσηλευτική φροντίδα και ενδοσκόπηση.

3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

3.1 Απεικόνιση Πεπτικού

Για τον εντοπισμό την διάγνωση και την θεραπεία των αιμορραγιών γίνονται ενδοσκοπικές εξετάσεις όπου βασίζονται στην χρήση του ενδοσκοπίου για την απεικόνιση των εσωτερικών κοιλιοτήτων. Οι απεικονιστικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε ένα ενδοσκοπικό εργαστήριο είναι οι εξής: η γαστροσκόπηση, η πρωκτοσιγμοειδεοσκόπηση και η κολonosκόπηση (deWit, 2009).

Η ανακάλυψη του ινοοπτικού και στη συνέχεια του βίντεο-ενδοσκοπίου που επιτρέπουν την άμεση απεικόνιση του πεπτικού σωλήνα και αποτέλεσαν σταθμό στην γαστρεντερολογία καθώς έδωσαν την δυνατότητα διενέργειας διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005). Τα ενδοσκόπια αποτελούν εύκαμπτους σωλήνες που με οπτικές ίνες φωτίζουν την περιοχή που θα εξετασθεί. Για την εξέταση του ανώτερου πεπτικού, χρησιμοποιούνται τα γαστροσκόπια όπου παρέχουν έγχρωμη απεικόνιση και τη δυνατότητα να ληφθούν δείγματα από τους ιστούς για κυτταρολογικές μελέτες ή βιοψία. Για την επισκόπηση του κατώτερου πεπτικού αντίστοιχα χρησιμοποιείται ένα επίμηκες εύκαμπτο ενδοσκόπιο οπτικών ινών για την διερεύνηση της τελικής μοίρας του εντέρου, είτε ολόκληρου του μήκους του παχέος εντέρου (deWit, 2009).

Η απεικόνιση του ανώτερου πεπτικού συστήματος (του πεπτικού σωλήνα και του στομάχου) πραγματοποιείται μέσω της γαστροσκόπησης. Η γαστροσκόπηση προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα στην διερεύνηση όπως η λήψη υλικού για κυτταρική και ιστολογική εξέταση καθώς και η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού με την δοκιμασία ουρέασης από βιοπτικό υλικό που λαμβάνεται από το άντρο ή το σώμα του στομάχου. Ακόμη θεραπευτικά εκτελούνται διαστολές οισοφάγου, αιμοστατικές διαδικασίες (ενέσεις, laser, θερμοπηξία γαστρικών ελκών) και αφαίρεση ξένων σωμάτων ή γαστρικών πολυπόδων.

Αφού έχει προηγηθεί οκτάωρη νηστεία χορηγούνται μυοχαλαρωτικά και κάποιο ηρεμιστικό, χορηγείται τοπικό αναισθητικό με τη μορφή ψεκασμού στο οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα και στη συνέχεια το γαστροσκόπιο εισάγεται στο στομάχι. Ο ενδοσκόπος έχει τη δυνατότητα άμεσης παρατήρησης και ταυτόχρονα ο νοσηλευτής ασχολείται με την φροντίδα της αναπνευστικής οδού σε περίπτωση καταστολής,

αναρροφά εκκρίσεις απο το στόμα και το φάρυγγα για να ελατώσει την πιθανότητα εισρόφησης. Συμπληρωματικά χορηγείται οξυγόνο με ρινικό καθετήρα και παρακολουθούνται ο σφυγμός και ο κορεσμός του οξυγόνου. Για την λήψη βιοψίας πραγματοποιούνται εκπλύσεις και με το πέρας της εξέτασης ο ασθενής μετα απο μερικές ώρες μπορεί να επανέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση του ασθενούς στην ανάνηψη για τυχόν αιμορραγίες που μπορεί να οφείλονται στην διάτρηση κάποιου έλκους ή στην παρουσία έντονου και ανεξήγητου πόνου (deWit, 2009).

Η απεικόνιση του κατώτερου πεπτικού συστήματος περιλαμβάνει την σιγμοειδεοσκόπηση (κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου) και την κολonosκόπηση. Η εξέταση αυτή συμβάλλει στον έλεγχο του βλεννογόνου για ανωμαλίες όπως έλκη, πολύποδες, όγκους και φλεγμονές. Η κολonosκόπηση γίνεται για την επισκόπηση ολόκληρου του παχέος εντέρου στο οποίο μπορεί να υπάρχουν πολύποδες, νεοπλασίες και φλεγμονώδεις περιοχές όπου λαμβάνονται δείγματα για ιστολογικές εξετάσεις και αφαιρούνται πολύποδες σε ασθενείς που έχουν ιστορικό. Η πρωκτοσιγμοειδεοσκόπηση δεν απαιτεί προετοιμασία του εντέρου και επιτρέπει την επισκόπηση του βλεννογόνου του ορθού έως τα 20 εκατοστά αλλα και την εκτέλεση θεραπειάς όπως η ελαστική περιίδεση ή σκληροθεραπεία αιμορροΐδων. Επίσης μπορεί να γίνει βιοψία απο το ορθό καθώς είναι μια μέθοδος που αφορά την πρόληψη και επιτήρηση του καρκίκου του παχέος εντέρου, αλλα η παρουσία υδαρών κοπράνων μπορεί να κάνει ατελή την επισκόπηση του βλεννογόνου.

Ο νοσηλευτής φροντίζει για την συγκατάθεση και προετοιμασία του ασθενούς πριν την διαδικασία ο οποίος πρέπει να έχει υποβληθεί σε καθαρισμό του εντέρου και υποκλυσμό την προηγούμενη νύχτα και στη λήψη περιορισμένων υγρών την προηγούμενη μέρα πριν την εξέταση. Πρέπει να εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη και ο ασθενής ξαπλώνει σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση (Sims) και εισάγεται το σιγμοειδεοσκόπιο. Δίνεται η δυνατότητα αναρρόφησης για την απομάκρυνση των εκκρίσεων και αέρας για την διάταση της κατώτερης μοίρας του εντέρου για να παρέχεται καλύτερη εικόνα. Επίσης αν χρειάζεται χρησιμοποιούνται λαβίδες βιοψίας για λήψη δείγματος μικροσκοπικής εξέτασης. Μετά την εξέταση δεν απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα αν και συχνά παρουσιάζεται σπασμός του εντέρου.

Η προετοιμασία περιλαμβάνει υδρική δίαιτα 24-48 ώρες πριν την εξέταση και 8 ώρες πριν δεν λαμβάνεται τίποτα από το στόματος. Ελέγχονται οι εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και χρόνων πήξεως προκειμένου να βρίσκονται εντός φυσιολογικών τιμών. Γίνεται καθαρισμός του εντέρου με υπακτικά, υποκλυσμούς και καθαρτικά 24 ώρες πριν τη δοκιμασία και διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή με σίδηρο, ασπιρίνη και αντιφλεγμονώδη 3 ημέρες πριν την εξέταση. Η επισκόπηση διαρκεί 30-90 λεπτά και απαιτείται υπογεγραμμένη συγκατάθεση. Χορηγούνται ηρεμιστικά και σε κάποιες περιπτώσεις ήπια καταστολή. Έπειτα εφαρμόζεται το ενδοσκόπιο στον πρωκτό, προωθείται αργά προς το κόλον και παρακολουθούνται τα ζωτικά σημεία. Κατά την ολοκλήρωση, μπορεί να υπάρξει ήπια αιμορραγία για τυχόν αιμορραγία από το ορθό και για άλλες επιπλοκές μετά από πολυεκτομή ή την λήψη βιοψιών. Κατά την έξοδο πρέπει να λαμβάνονται οδηγίες κατάκλυσης για 6-8 ώρες μετά την εξέταση, να μην υπάρχουν μεταβολές στα ζωτικά σημεία και να υπάρχει συνοδός κατά τη μεταφορά του στο σπίτι. (deWit, 2009).

Επείγουσα ενδοσκόπηση και επιπλοκές

Η επείγουσα ενδοσκόπηση πρέπει να εφαρμόζεται το συντομότερο δυνατόν σε περίπτωση αιμορραγίας αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις που μπορεί να εφαρμοστεί στο επόμενο 24 ωρο. Ταχύτερη παρέμβαση απαιτείται σε περίπτωση υποψίας οισοφαγικών κισμών σε ασθενείς με ιστορικό χρόνιας ηπατοπάθειας και σε σημαντική αιμορραγία απώλειας >4 μονάδες αίμα. Όταν υπάρχει υποτροπιάζουσα αιμορραγία ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος για τους ηλικιωμένους λόγω της αυξημένης θνητότητας και συνίσταται η άμεση αντιμετώπιση του αιτίου της αιμορραγίας. Η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού ανέρχεται σε ευαισθησία στο 90% και επιτρέπει την διενέργεια αιμόστασης σε αιμορραγικές βλάβες όπως η ένεση με αδρεναλίνη. Όταν δεν ανευρίσκονται τα αίτια της αιμορραγίας και η γαστροσκόπηση είναι αρνητική, σε ασθενείς με μέλαινες κενώσεις συνίσταται κολονοσκόπηση για την διερεύνηση βλάβης στο δεξιό κόλον. Στη συνέχεια αν η κολονοσκόπηση είναι αρνητική διενεργούνται περαιτέρω εξετάσεις όπως η αγγειογραφία ή το σπινθηρογράφημα.

Η γαστροσκόπηση εφαρμόζεται ασφαλέστερα από ένα βαριούχο γέυμα καθώς οι επιπλοκές είναι πολύ σπάνιες και συμβαίνουν συχνότερα σε επείγουσες καταστάσεις, σε βαρέως πάσχοντες και ηλικιωμένους. Μπορεί να συμβούν αναπνευστικές

επιπλοκές λόγω της καταστολής, εισρόφηση, διάτρηση και καρδιακές αρρυθμίες. Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης ιδιαίτερα όσο αφορά το αναπνευστικό και να υπάρχει η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα τόσο κατά τη διάρκεια της εξέτασης όσο και της ανάνηψης.

Η κολονοσκόπηση έχει μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών σε σχέση με τον βαριούχο υποκλυσμό. Σε περίπτωση που χορηγείται καταστολή μπορεί να υπάρξουν καρδιακές αρρυθμίες και πτώση της πίεσης. Επίσης σε περίπτωση αιμορραγίας όταν ανευρίσκεται σοβαρού βαθμού εξέλκωση η εξέταση θα πρέπει να επισπεύδεται και να αποφεύγονται οι περιττοί χειρισμοί που μπορεί να προκαλέσουν διάτρηση στο ήδη υπάρχον εξασθενημένο εντερικό τοίχωμα. Η εξέταση μπορεί να είναι παρατεταμένη και επώδυνη σε περίπτωση ατελών κομβικών σχηματισμών και επίσης η ατελής προετοιμασία που αρκετές φορές οφείλεται στο ότι είναι κακώς ανεκτή από τον ασθενή έχουν σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή επισκόπηση του εντέρου (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η πρόσφατη βιβλιογραφία αλλά και η κλινική εμπειρία έχουν δείξει ότι στις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού ευθύνεται το πεπτικό έλκος (55-60%) οι διαβρώσεις (4-14%) οι κίρσοι οισοφάγου (10-14%) και άλλα αίτια όπως οι αγγειοδυσπλασίες, Mallory Weiss, Dieulafoy (8%) νεοπλάσματα (4%). Σε ποσοστό 5% το αίτιο δεν έχει προσδιοριστεί και στο 80-90% η αιμορραγία σταματά αυτόματα εντός 24 ώρου. Για το κατώτερο πεπτικό η μέση συχνότητα σε διάφορες μελέτες αναφέρεται ως εξής: Για τα εκκολπώματα το ποσοστό ανέρχεται στο 40%. Η ισχαιμική κολίτιδα στο 15%, οι αγγειοδυσπλασίες στο 11% και οι αιμορροΐδες με τα νεοπλάσματα στο 10%. Άλλα αδιευκρίνιστα αίτια που ανέρχονται στο 8% είναι οι φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι, οι πολυποδεκτομές, μετακτινική, Dieulafoy, κίρσοι, αιμορραγία λεπτού εντέρου κ.λπ (Μαυρογιάννης, 2008).

Σύμφωνα με τις τελευταίες έρευνες των τελευταίων 15 χρόνων, το ποσοστό θνητότητας παραμένει στο 10% και η έκβαση των ασθενών παραμένει σε ικανοποιητικά επίπεδα. Με βάση τα πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία, στις ΗΠΑ νοσηλεύονται 300.000 ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού ανα έτος και στην Ευρώπη

εισάγονται περίπου 50-100 ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού ανα 100.000 κατοίκους ανα έτος. Όσο αφορά το κατώτερο πεπτικό σύστημα αναφέρονται 20-27 περιστατικά ανα 100.000 πληθυσμού ανα έτος. Επομένως η καταγραφή, η ανάλυση και η μελέτη των ενδοσκοπικών ευρημάτων, η έκβαση των ασθενών και οι ενδοσκοπικές παρεμβάσεις αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την αντιμετώπιση των αιμορραγιών (Κεϊμαλή και συν, 2016).

Πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε απο Esteban-Zubero και συν (2018), αναφέρει οτι όσο αφορά το ανώτερο πεπτικό σύστημα η απώλεια αίματος μέσω γαστρεντερικής οδού ανα 100.000 ενήλικες ανα έτος αφορά απο 48-160 περιστατικά με ποσοστά θνησιμότητας 10-14%. Τα ποσοστά αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού είναι πιο υψηλά στους άνδρες και τους ηλικιωμένους σε αντίθεση με τις γυναίκες, όπου σε συνδυασμό με υποκείμενη ασθένεια σε κάποιο απο τα όργανα και αποσταθεροποίηση, συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της θνησιμότητας.

Ακόμη σύμφωνα με τους Stanley & Laine (2019) στο Ηνωμένο Βασίλειο κατα τη διάρκεια του 1990 η αναλογία αιμορραγιών ανώτερου πεπτικού ήταν 103-172 άτομα ανα 100.000 ενήλικες. Με βάση τα τελευταία δεδομένα το ποσοστό αυτό έχει μειωθεί στους 61-78 ασθενείς ανα 100.000 χρονολογικά απο το 2009 έως το 2012 με τα έλκη στομάχου να είναι η συνηθέστερη αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο που αντιπροσωπεύει ακριβώς πάνω απο το ήμισυ των περιστατικών εισαγωγής. Η επίπτωση της εισαγωγής στο νοσοκομείο έχει μειωθεί στο 21-23% τα τελευταία 10 με 12 χρόνια. Η ελαχιστοποίηση του ποσοστού οφείλεται στις μειώσεις της αιμορραγίας του πεπτικού έλκους που αποδίδεται σε γαστρίτιδα και στην άυξηση χορήγησης αντιεκκριτικών φαρμάκων με τα ποσοστά θνησιμότητας να ανέρχονται στο 1,9-2,5%. Αντίθετα σε άλλες χώρες της Ευρώπης η θνησιμότητα ανέρχεται περίπου στο 10% και υπάρχει διαχωρισμός σε ασθενείς χαμηλού και υψηλού κινδύνου.

Όσο αφορά τις αιμορραγίες κατώτερου πεπτικού, οι κλινικές εκδηλώσεις ταξινομούνται περαιτέρω, ανάλογα με τη θέση της αιμορραγίας στο λεπτό η παχύ έντερο και διαφέρουν ως προς τον ρυθμό, την ποσότητα και την θέση της αιμορραγίας. Σχετικά με το κατώτερο πεπτικό είναι αυτοπεριοριζόμενη και αναλύεται αυθόρμητα στην πλειοψηφία των ασθενών. Θεραπευτική παρέμβαση απαιτείται σε λιγότερο απο το ένα τρίτο των ασθενών όπου σε αντίθεση με το ανώτερο γαστρεντερικό εμφανίζεται χαμηλότερο ποσοστό υποτροπής και θνησιμότητας.

Η αιμορραγία κατώτερου πεπτικού εκδηλώνεται περίπου σε 20-30 περιπτώσεις ανα 100.000 άτομα και πιθανότατα αυξάνεται λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Η διάγνωση είναι πιο δύσκολη στο λεπτό έντερο και η αιμόσταση χωρίς χειρουργική παρέμβαση είναι πάντοτε διαφορετική ανα περίπτωση. Τα τελευταία χρόνια όμως έχει βοηθήσει η βιντεοσκόπηση με ενδοσκοπική κάψουλα στο λεπτό έντερο, η υπολογιστική τομογραφική αγγειογραφία (CTA) και η αιμοδυναμική σταθεροποίηση και παρακολούθηση των ασθενών (Diamantopoulou et al, 2017).

Στις ΗΠΑ οι αιμορραγίες κατώτερου πεπτικού είναι μια αρκετά κοινή αιτία νοσηλείας που έχουν σαν επίπτωση ετησίως 20-30 ασθενείς ανα 100.000 πληθυσμού. Η ενδονοσοκομειακή θνησιμότητα ανέρχεται στο 4% και σχετίζεται με την προχωρημένη ηλικία, την εντερική ισχαιμία και την παρουσία άλλων παραγόντων. Σε πρόσφατη μελέτη τα ποσοστά επαναλαμβανόμενης αιμορραγίας και θνησιμότητας ανέρχονταν στο 19% και 4,2% αντίστοιχα. Ωστόσο τα στοιχεία σχετικά με την βραχυπρόθεσμη νοσηλεία μετά απο αιμορραγία ήταν περιορισμένα. Έτσι σε ένα χρονικό διάστημα 30 ημερών επανεισδοχής λόγω αιμορραγίας το ποσοστό ανέρχεται στο 13,7-14,7%. Τέλος αν και αυξήθηκε το βραχυπρόθεσμο ποσοστό θνησιμότητας που είχε οριστεί το 2008 υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα για το αν σχετίζεται ο αυξημένος κίνδυνος θνησιμότητας με την ενδονοσοκομειακή αιμορραγία σε συνδυασμό με κάποιο άλλο αίτιο νοσηλείας (Sengupta et al, 2015).

Σε γενικές γραμμές, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Oprita et al (2018) η θνησιμότητα που αφορά το ανώτερο πεπτικό σύστημα κυμαίνεται στο 5-10% και μπορεί να φτάσει και στο 30% όταν υπάρχουν κίρσοι οισοφάγου. Αντιθέτως η αιμορραγία κατώτερου πεπτικού αφορά μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας στο 2,5% παρ όλο που μπορεί να αγγίξει το 23% ενδονοσοκομειακά. Τα ποσοστά αυτά με βάση την διεθνή ιατρική βιβλιογραφία, αναφέρονται σε 100 έως 160 επεισόδια ανα 100.000 κατοίκους ετησίως με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες και στους ηλικιωμένους. Επομένως η θνησιμότητα σχετικά με τις γαστρεντερολογικές αιμορραγίες εξαρτάται απο

- την αιτία και την σοβαρότητα της αιμορραγίας
- το ιστορικό του ασθενή
- συνυπάρχουσες συννοσηρότητες

- την ταχύτητα του διαγνωστικού ελέγχου
- τη διαγνωστική προσέγγιση.

3.3 Αιτιολογία και αντιμετώπιση

Ως αιμορραγία ονομάζεται η ορατή απώλεια αίματος που εκδηλώνεται με αιματέμεση, μέλαινα και αιματοχεσία (Farrar, 2018). Πιο συγκεκριμένα η απώλεια αίματος μπορεί να επιφέρει και αιμοδυναμική αστάθεια αλλά δεν πρέπει να συγχέεται με την χρόνια μικροσκοπική απώλεια αίματος και την σιδηροπενική αναιμία, κάτι το οποίο δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας μελέτης. Για την αντιμετώπιση της γίνονται ενδοσκοπικές, ακτινολογικές και ραδιοϊσοτοπικές διαγνωστικές τεχνικές ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις γίνεται επείγουσα λαπαροτομία (Παπαλάμπρος, 2011).

Η προσέγγιση του ασθενούς με γαστρεντερική αιμορραγία προϋποθέτει την εκτίμηση του καρδιακού ρυθμού και της πίεσης του αίματος. Μια κλινικά σημαντική αιμορραγία προκαλεί μεταβολές του καρδιακού ρυθμού, της πίεσης του αίματος, ταχυκαρδία, υπόταση και κατάκλιση. Αντίθετα η αιμοσφαιρίνη (Hb) δεν πέφτει αμέσως σε οξεία αιμορραγία λόγω της ελάττωσης του πλάσματος και των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Επομένως στην αρχή ενός αιμορραγικού επεισοδίου, η αιμοσφαιρίνη μπορεί να είναι φυσιολογική και η πτώση της παρατηρείται μετα απο 72 ώρες καθώς ξεκινάει η διεργασία αποκατάστασης του όγκου του αίματος. Στις χρόνιες αιμορραγίες οι ασθενείς παρουσιάζουν αναιμία με φυσιολογικό καρδιακό ρυθμό και πίεση του αίματος (Longo & Fauci, 2010).

Οι αιμορραγίες του πεπτικού, αποτελούν ένα κοινό χειρουργικό πρόβλημα που διαχειρίζεται ο γενικός χειρουργός σε περίπτωση οξείας ή χρόνιας περιθάλψης. Πρόκειται για μια δομημένη προσέγγιση για αξιολόγηση, διαχείριση και θεραπεία. Η αναζωογόνηση είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα, ακολουθούμενο από την ταυτοποίηση του σημείου αιμορραγίας. Το ιστορικό και η φυσική εξέταση βοηθούν στον προσδιορισμό του πιθανού σημείου και οποιαδήποτε ιατρική διαχείριση βασίζεται στην αιτιολόγηση της αιμορραγίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Τυπικά μια ανώτερη γαστρεντερική αιμορραγία μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια ανώτερη θεραπευτική ενδοσκόπηση. Οι ενδοσκοπικές, αγγειογραφικές και χειρουργικές τεχνικές χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση των κατώτερων αιμορραγιών και για τον προσδιορισμό της αιτίας και της θεραπείας. Οι συγκεκριμένοι αλγόριθμοι

διαμορφώνονται με βάση την σοβαρότητα, την θέση και τυχόν σημεία υποτροπής (Taveras et al, 2019).

Αιματέμεση και μέλαινα: Οι αιμορραγίες του ανώτερου πεπτικού μπορούν αρχικά να εκδηλωθούν με αιματέμεση, μέλαινα ή αναιμία (πτώση Hb) όπου υποδηλώνει σημαντικό βαθμό αιμορραγία από τον οισοφάγο, το στόμαχο και το δωδεκαδάκτυλο. Επίσης μια αιμορραγία μπορεί να εκδηλωθεί ως υποογκαιμική καταπληξία χωρίς εμφανή απώλεια αίματος (Παπαλάμπρος, 2011).

Η αιματέμεση εκδηλώνεται με ερυθρό αίμα ή καφεοειδές περιεχόμενο με κένωση μαύρου χρώματος και χαρακτηριστική οσμή. Ειδικότερα η αποβολή αίματος με τον εμετό που έχει ζωηρό ερυθρό χρώμα υποδηλώνει την σύντομη παραμονή του στο στόμαχο κάτι που παρατηρείται σε ενεργό αιμορραγία. Όταν το αίμα έχει καφεοειδή απόχρωση (το χρώμα των κόκκων του καφέ) και το οποίο μπορεί να είναι ερυθρό, αυτό σημαίνει ότι η αιμορραγία έχει σταματήσει ή δεν ήταν μεγάλη και το αίμα έχει παραμείνει αρκετό καιρό εντός του στομάχου και παίρνει τη συγκεκριμένη μορφή διότι ο σίδηρος της αιμοσφαιρίνης οξειδώνεται λόγω του υδροχλωρικού οξέος. Η αιματέμεση δεν πρέπει να συγχέεται με την αιμόπτυση κατά την διάγνωστική διαδικασία.

Η αποβολή κοπράνων μαύρου χρώματος και με πολτώδη υφή χαρακτηριστικής οσμής από το ορθό χαρακτηρίζεται ως μέλαινα. Για τον κλινικό χαρακτηρισμό της μέλαινας, απαιτείται τουλάχιστον απώλεια των 50 ml και είναι μια κατάσταση που οφείλεται σε αλλοιωμένο αίμα από το εντερικό υγρό. Αποτελεί ειδικό εύρημα της αιμορραγίας του ανώτερου πεπτικού αλλά παρατηρείται και σε παθήσεις του λεπτού εντέρου ή του δεξιού κόλου. Για να πάρει το αίμα την συγκεκριμένη μορφή, συνήθως μένει στον εντερικό αυλό για πάνω από 14 ώρες. Δεν πρέπει να συγχέεται με την ψευδομέλαινα (μαύρα κόπρανα) η οποία παρατηρείται κατά την λήψη φαρμακευτικής αγωγής με σίδηρο ή κατά την βρώση συγκεκριμένων τροφών που δεν έχει κάποια βάση σε αιμορραγία (Παπαλάμπρος, 2011).

Πρέπει να λαμβάνεται ιδιαίτερα υπ όψιν το ιστορικό του ασθενούς καθώς και να συμπεριλαμβάνεται η διαφορική διάγνωση σε περίπτωση αλκοολισμού ή εμφανών σημείων χρόνιας ηπατικής νόσου. Επίσης πρέπει να είναι σαφές εάν η αιμορραγία βρίσκεται στο ανώτερο πεπτικό καθώς η αιμόπτυση και η κατάποση αίματος μπορούν να μιμηθούν αιματέμεση. Επίσης επίμονες αναγωγές συνοδεύονται με πρόσμιξη

αίματος στον εμετό. Ακόμη εμετός οποιασδήποτε αιτιολογίας μπορεί να περιέχει καφεοειδές περιεχόμενο. Οι ασθενείς που στο ιστορικό τους αναφέρουν τη λήψη σκευασμάτων σιδήρου, παρουσιάζουν σκουρόχρωμα κόπρατα τα οποία συγχέονται με μέλαινα (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

Η ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού πρέπει να διενεργείται άμεσα για την διαγνωστική αξιολόγηση. Σε επείγουσες καταστάσεις μπορεί να υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια. Η πρώιμη ενδοσκόπηση είναι επίσης χρήσιμη σε περιπτώσεις μικρής αιμορραγίας καθώς καθορίζεται η μέθοδος αντιμετώπισης. Όταν υπάρχουν ανησυχητικά ευρήματα στην ενδοσκόπηση όπως οι κίρσοι, έλκη με ενεργό αιμορραγία ή ορατό αγγείο, γίνεται ενδοσκοπική αιμόσταση. Επίσης γίνεται έλεγχος για λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, που είναι ένα σημαντικό αίτιο γαστρίτιδας και το οποίο αποικίζει επιλεκτικά το γαστρικό βλεννογόνο (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

Οι ασθενείς με βλάβες μικρού κινδύνου όπως τα έλκη με καθαρό πυθμένα, σύνδρομο Mallory-Weiss χωρίς αιμορραγία, διαβρωτική ή αιμορραγική γαστρίτιδα, σταθερά ζωτικά σημεία και απουσία αναιμίας (Hb) ή άλλου προβλήματος μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι (Longo & Fauci, 2010). Τα ενδοσκοπικά ευρήματα για το ανώτερο πεπτικό είναι τα εξής:

1. Εξελκώσεις-Διαβρώσεις:

Έλκη στομάχου (ταξινόμηση κατά Forrest)

- Ορατή αρτηριακή αιμορραγία (Ia)
- Ορατή φλεβική αιμορραγία (Ib)
- Ορατό αγγείο χωρίς ενεργό αιμορραγία (IIa)
- Στερεά προσκολλημένος πρόσφατος θρόμβος (IIb)
- Ερυθρές ή μπλέ κηλίδες στον πυθμένα του έλκους (IIc)
- Έλκος με καθαρή βάση (III)

Έλκη δωδεκαδακτύλου και οισοφάγου από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, από stress, από λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη, κορτικοειδή, γλωριούχο κάλιο, τετρακυλίνη).

2. Λοιμώξεις (H. Pylori, κυτταρομεγαλοϊός, ιός του απλού έρπητα).

3. Αγγειακές βλάβες:

- Κιρσοί οισοφάγου (Ενεργός αιμορραγία, πρόσφατος θρόμβος, ερυθρά στίγματα και κηλίδες, μέγεθος).
- Γαστροπάθεια πυλαίας υπέρτασης
- Αγγειακή εκτασία άντρου (watermelon stomach)
- Αγγειοδυσπλασία
- Δυσπλασία Dieulafoy
- Ακτινική Βλάβη

4. Τραυματισμός: Σύνδρομο Mallory – Weiss, κατάποση ξένου σώματος.

5. Όγκοι: Καλοήθεις (λειομύωμα, λίπωμα, πολύποδες). Κακοήθεις (αδενοκαρκίνωμα, λέμφωμα, λειομυοσάρκωμα, καρκινοειδές, μεταστατικοί όγκοι).

6. Διάφορα αίτια: Αιμοχολία, haemosuccus pancreaticus, Αορτοδωδεκαδακτυλιακή επικοινωνία (Παπαλάμπρος, 2011).

Όταν η αιμορραγία έχει εκδηλωθεί εντός 48 ωρών με την μορφή αιματέμεσης η μέλαινας με αιμοδυναμική αστάθεια, πρέπει να γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η αιμοδυναμική αστάθεια εκδηλώνεται με αναιμία, ταχυκαρδία, υπόταση και ανεπαρκή περιφερειακή αιμάτωση. Σε συνεχή αιμορραγία πρέπει να εισάγεται κεντρικός φλεβοκαθετήρας σε ασθενείς με ιστορικό καρδιοπάθειας, σε ηλικιωμένους, νεφροπαθείς ή ηπατοπαθείς.

Τα συνήθη αίτια αιμορραγίας είναι τα έλκη βολβού, οισοφάγου, στομάχου, πυλαία υπέρταση (κίρσοι οισοφάγου, θόλου στομάχου) πυλαία γαστροπάθεια και κίρσοι δωδεκαδακτύλου. Τα λιγότερο συνήθη και σπάνια αίτια είναι οι καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι, καρκίνος οισοφάγου η στομάχου, ξένο σώμα, αγγειοδυσπλασίες και αιμορραγίες απο βλάβες του παγκρέατος. Τα έλκη αντιμετωπίζονται με θερμικές μεθόδους, έγχυση αδρεναλίνης, αλκοόλης ή σκληρυντικών ουσιών και οι κίρσοι με σκληροθεραπεία η με την απολίνωση τους. Στην θεραπεία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα οι κίρσοι οισοφάγου και λιγότερο αποτελεσματικά οι γαστρικοί κίρσοι (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

Στις τελευταίες δεκαετίες έχει διαφοροποιηθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα των συγκεκριμένων αιμορραγιών η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 6-13% και κυρίως

αφορά πεπτικά έλκη. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού είναι βασικοί παράγοντες κινδύνου για πεπτικά έλκη και η θεραπεία εκλογής για την αιμορραγία ανώτερου πεπτικού θεωρείται η ενδοσκόπηση εως και 24 ώρες μετά την παρουσία αίματος σε οξεία εκδήλωση. Για την αντιμετώπιση τους η ενδοσκοπική θεραπεία και η χορήγηση αναστολών της αντλίας πρωτονίων (PPI) πριν την ενδοσκοπική παρέμβαση, μειώνει τις πιθανότητες επανεκδήλωσης αιμορραγίας, την ανάγκη χειρουργικής επέμβασης και συνεπώς την θνησιμότητα (Holster & Kuipers, 2012).

Η ενδοσκοπική αιμόσταση πρέπει να εφαρμόζεται σε έλκη με στίγματα υψηλού κινδύνου σε συνδυασμό με την χορήγηση υψηλών δόσεων αναστολέων. Η κατασταλτική θεραπεία οξέος σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους και διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης με βάση τις κατηγορίες ασθενών σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου έχει μεγάλη σημασία στο να προσδιοριστούν τα ποσοστά επανεκδήλωσης και θεραπείας της πάθησης. Ακόμη μια θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την χρήση προκινητικών (ερυθρομυκίνης και μετοκλοπραμίδης) πριν την ενδοσκόπηση η οποία συνέβαλε σημαντικά στην αποφυγή του χειρουργείου και επαναλαμβανόμενων ενδοσκοπήσεων, σύμφωνα με την μετα-ανάλυση απο πέντε πρόσφατες έρευνες.

Αυτό σημαίνει ότι οι προκινητικές θεραπείες που συνήθως δεν συνιστανται μπορεί να είναι σημαντικά ωφέλιμες σε αιμορραγικούς ασθενείς και επίσης η χορήγηση αναστολέων δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να δρουν σε περίπτωση που θα καθυστερήσουν μια ενδοσκοπική παρέμβαση σε ασθενείς που έχουν μεγάλες ποσότητες αίματος στο στόμαχο. Οι ασθενείς με έλκη καθαρού πυθμένα, στίγματα και κηλίδες σε μια κλίση έλκους χαμηλού κινδύνου δεν χρήζουν ενδοσκοπική θεραπεία (Holster & Kuipers, 2012).

Αιματοχεσία: Οι αιμορραγίες του κατώτερου πεπτικού εκδηλώνονται με αιματοχεσία και αιμοδυναμική αστάθεια σύμφωνα με τους Longo & Fauci (2010). Επίσης μπορεί να οφείλονται σε αγγειακά, ανατομικά, νεοπλασματικά, φλεγμονώδη και ιατρογενή αίτια. Η συνηθέστερη πηγή χαμηλής αιμορραγίας είναι η εκκολπωμάτωση όπου τα υπερκείμενα αγγεία μπορούν να διαβρωθούν μέσω του βλεννογόνου και στη συνέχεια να αιμορραγήσουν. Ακόμη μια παραμόρφωση στο βλεννογόνο μπορεί να προκαλέσει και αγγειοδυσπλασίες στα τριχοειδή αγγεία και στο φλεβικό δίκτυο. Τέλος η

φλεγμονώδης νόσοι του εντέρου και η λοιμώδης εντεροκολίτιδα τείνουν να οδηγούν σε πολυεστιακή διάχυτη βλεννογονική διαρροή (Shin et al, 2018).

Πρίν γίνει ο έλεγχος του κατώτερου πεπτικού, οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση για να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αιμορραγίας απο το ανώτερο πεπτικό. Συχνά, οι αιμορραγίες του γαστρεντερικού σωλήνα εκδηλώνονται με αιμορραγία απο το ορθό. Ασθενείς κάτω των 40 ετών υποβάλλονται σε ορθοσιγμοειδεοσκόπηση εαν υπάρχει σχετικά μικρή αιμορραγία. Η ολική κολονοσκόπηση είναι δυσχερής και επίπονη σε ασθενείς με αιματοχεσία και η ανεύρεση της εστίας της αιμορραγίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη (Longo & Fauci 2010).

Η αιμορραγία απο το ορθό οφείλεται σε ραγάδα πρωκτού η αιμορροΐδες αλλα η πιθανότητα έγκειται και σε άλλα παθολογικά ευρήματα στο έντερο. Η κολονοσκόπηση για να έχει διαγνωστική αξία πρέπει να έχει προηγηθεί σωστή προετοιμασία του εντέρου. Σε περίπτωση αιμορραγίας είναι ιδιαίτερα δύσκολη καθώς δεν ανευρίσκεται εύκολα η εστία της αιμορραγίας και πρέπει να γίνουν περαιτέρω έλεγχοι όπως η αγγειογραφία με χορήγηση σκιαγραφικού που συχνά εφαρμόζεται για διάγνωση αγγειοδυσπλασίας. Επίσης είναι σημαντικό να αναφερθεί το χρώμα του αίματος με το αν είναι σκουρόχρωμο (αλλοιωμένο αίμα) που προέρχεται απο κεντρικά σημεία του εντέρου. Αίμα φυσιολογικής κενώσεως χωρίς πρόσμιξη κοπράνων υποδηλώνει την εμφάνιση αιμορροΐδοπάθειας και η ανάμιξη κοπράνων, εντερική προέλευση. Όταν γίνεται διερεύνηση για καρκίνο του παχέος εντέρου τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αλλαγή στη συμπεριφορά του εντέρου, απώλεια βάρους και κοιλιακό άλγος (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

Τα αίτια αιμορραγίας απο το κατώτερο πεπτικό είναι τα εξής:

- Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού
- Εκκολπωματική νόσος
- Καρκίνος παχέος εντέρου
- Αδενοκαρκίνωμα
- Πολύποδες
- Ιδιοπαθής φλεγμονώδης νόσος του εντέρου
- Ελκώδης κολίτιδα
- Νόσος Crohn

- Παθήσεις Δακτυλίου (ραγάδες, αιμορροΐδες)
- Ισχαιμική κολίτιδα
- Λοιμώδης κολίτιδα
- Αγγειακές βλάβες (κίρσοι)
- Δυσπλασία Dieulafoy
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (Παπαλάμπρος, 2011).

Η αντιμετώπιση της αιμορραγίας του ορθού εξαρτώνται από το αν υφίσταται στο λεπτό ή παχύ έντερο. Οι εστίες του λεπτού εντέρου ανευρίσκονται με δυσκολία με συνηθέστερα αίτια τους όγκους και αγγειεκτασίες. Λιγότερο συχνά αίτια είναι η νόσος του Crohn, λοίμωξη, κίρσοι, εκκολπώματα, διαβρώσεις και έλκη. Η θεραπεία των αγγειεκτασιών γίνεται ενδοσκοπικά ή χειρουργικά και οι μεμονωμένες βλάβες όπως οι όγκοι τα εκκολπώματα και οι κύστες επίσης χειρουργικά. Η αιμορραγία του παχέος εντέρου προέρχεται συνήθως από αιμορροΐδες και ραγάδες πρωκτού και λιγότερο συχνά μετά από πολυπεκτομή, νεοπλάσματα και κολίτιδες. Σε παιδιά και εφήβους το βασικότερο αίτιο είναι η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου. Χειρουργικές θεραπείες ενδείκνυνται για υποτροπιάζουσες και σοβαρές αιμορραγίες που δεν ελέγχονται φαρμακευτικά με ιδιαίτερα χρήσιμη την εφαρμογή της ενδοσκοπικής αιμόστασης όπου είναι δυνατόν και στις χρόνιες αιμορραγίες μπορεί να προκληθεί αιμοδυναμική αστάθεια (Longo & Fauci, 2010).

Αιμοδυναμική αστάθεια: Αποτελεί μια ιδιαίτερα σημαντική επιπλοκή που μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανακοπή και ακόμη και σε θάνατο. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία, υπόταση, ορθοστατική υπόταση και ολιγουρία. Η ένταση των συμπτωμάτων εξαρτάται από την ποσότητα και τον ρυθμό απώλειας αίματος. Όσο αφορά την αντιμετώπιση στο 85% των περιπτώσεων η αιμορραγία σταματά αυτόματα και επιτρέπουν την διαγνωστική προσπέλαση του ασθενούς αλλά και την διαγνωστική θεραπεία. Αντιθέτως στο 15% των περιπτώσεων όπου η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως επείγουσα απαιτείται περαιτέρω διάγνωση και εξειδικευμένη θεραπεία. Οι γαστρεντερικές αιμορραγίες ακόμη και εάν έχουν σταματήσει, συχνά υποτροπιάζουν. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς αρκετές φορές προσέρχονται στα επείγοντα περιστατικά μετά τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν αλλά οι ασθενείς στο ¼ των περιπτώσεων νοσηλεύονται για άλλο αίτιο και έτσι η πρόγνωση τους καθίσταται πιο πολύπλοκη (Παπαλάμπρος, 2011).

Αναιμία και Απώλεια αίματος

Μια οξεία ή χρόνια αιμορραγία, έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη παροχή αίματος στον οργανισμό και την μείωση του κυκλοφορικού όγκου. Αυτό σημαίνει ότι με τη μείωση της καρδιακής παροχής υπάρχει ταυτόχρονη απώλεια και άλλων συστατικών του αίματος όπως ο σίδηρος, από τον οργανισμό. Για την επαναφορά της καρδιακής παροχής προκειμένου να χαρακτηριστεί ως επαρκής, ενεργοποιούνται κάποιοι μηχανισμοί όπως η αύξηση της καρδιακής συχνότητας και η περιφερική αγγειοσύσπαση. Επίσης συσπώνεται τα αγγεία του ήπατος και μετακινούνται υγρά από τον ενδιάμεσο χώρο στα αγγεία για να αυξηθεί και να διατηρηθεί ο όγκος του αίματος. Έτσι τα κυτταρικά συστατικά αραιώνονται και ελατώνεται η γλοιότητα του αίματος. Όταν οι παραπάνω μηχανισμοί σε περίπτωση συνεχιζόμενης αιμορραγίας είναι ανεπαρκείς τότε υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αιμορραγικής καταπληξίας.

Στα αρχικά στάδια της αιμορραγίας, ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης και η τιμή του αιματοκρίτη πιθανότατα να μείνουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Καθώς η αιμορραγία εξελίσσεται και μετακινούνται υγρά από τον διάμεσο χώρο στα αγγεία για την διατήρηση του όγκου, τα ερυθρά αιμοσφαίρια, η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης μειώνονται. Εάν υπάρχει επάρκεια σιδήρου ο αριθμός των κυκλοφορούντων ερυθροκυττάρων και τα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης, επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα σε 3 με 4 εβδομάδες από το αιμορραγικό επεισόδιο. Η χρόνια απώλεια αίματος εξαντλεί γρηγορότερα τα αποθέματα σιδήρου καθώς η παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων προσπαθεί να διατηρήσει την προσφορά τους. Ο σίδηρος αποτελεί το βασικότερο συστατικό για τη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης και οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β και το φυλλικό οξύ είναι σημαντικά στη διαμόρφωση των ερυθροκυττάρων (LeMone et al, 2014).

Κάθε τύπος αναιμίας μειώνει τη μεταφορά του αίματος σε οξυγόνο και έτσι σταδιακά προκαλείται υποξία στους ιστούς. Όταν έχουμε ένα αιμορραγικό επεισόδιο υπάρχουν κάποιοι παράγοντες όπως η ηλικία του πάσχοντος, η γενική φυσική κατάσταση του οργανισμού, η βαρύτητα της αναιμίας και ο χρόνος που εκδηλώνεται. Όταν η αναιμία αναπτύσσεται σταδιακά και τα ερυθροκύτταρα εμφανίζουν μέτρια μείωση, οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί του οργανισμού προκαλούν την εμφάνιση ήπιων συμπτωμάτων. Η περαιτέρω προοδευτική ανάπτυξη των συμπτωμάτων περιλαμβάνουν την ωχρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων ως αποτέλεσμα της

ανακατανομής του αίματος στα βασικά όργανα σε συνδυασμό με την έλλειψη αιμοσφαιρίνης. Όσο η οξυγόνωση των ιστών μειώνεται, ο καρδιακός και αναπνευστικός ρυθμός αυξάνονται για την αποκατάσταση της καρδιακής παροχής και της αιμάτωσης των ιστών. Επομένως όταν έχουμε έναν παθολογικά μειωμένο αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων στην κυκλοφορία σε συνδυασμό με την χαμηλή συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης τότε αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως αναιμία. Ο κίνδυνος αυξάνεται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και σε χρόνιες αιμορραγίες όπως η βραδεία αιμορραγία από το πεπτικό σύστημα (LeMone et al, 2014).

3.4 Απροσδιόριστες και λανθάνουσες αιμορραγίες

Αρκετές αιμορραγίες χωρίς να έχουν ανευρεθεί οι εστίες τους χαρακτηρίζονται ως απροσδιόριστες (υποτροπιάζουσες και εμμένουσες). Συνήθως γίνεται προσπάθεια στο να εντοπιστούν ενδοσκοπικά σε συνδυασμό με ακτινογραφικές εξετάσεις. Η εντεροσκόπηση με ειδικά σχεδιασμένο ενδοσκόπιο παιδιατρικού μεγέθους συμβάλλει αρκετά στο να εντοπιστούν οι εστίες, σε ποσοστό 20-40%. Σε αντίθετη περίπτωση τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και η βίντεο-κάψουλα που επιτρέπει την απεικόνιση και διάγνωση ολόκληρου του λεπτού εντέρου από το δωδεκαδάκτυλο μέχρι τη νήστιδα σε ποσοστά 26-56%. Σε περίπτωση επανειλημμένων αρνητικών ενδοσκοπήσεων το έντερο εξετάζεται με άλλες απεικονιστικές μεθόδους όπως η CT και MRI εντερογραφία. Σε ασθενείς αγνώστης αιτιολογίας γίνεται περαιτέρω διερεύνηση με αγγειογραφία και σπινθηρογράφημα με σεσημασμένα ερυθρά αιμοσφαίρια για τη διάγνωση εκκολπωμάτων Meckel παιδιών και εφήβων και σε αντίθετη περίπτωση, εκτελείται εγχειρητική ενδοσκόπηση.

Οι λανθάνουσες αιμορραγίες εμφανίζονται με θετικές αντιδράσεις στα κόπρανα ή με σιδηροπενική αναιμία. Εάν ο ασθενής δεν παρουσιάζει συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό η διερεύνηση αρχίζει με κολονοσκόπηση σε περίπτωση που ο ασθενής είναι κάτω των 40 ετών. Όταν η εξέταση του παχέος εντέρου είναι αρνητική, πραγματοποιείται ανώτερη ενδοσκόπηση όταν υπάρχει ιστορικό σιδηροπενικής αναιμίας. Στο 25-40% των συγκεκριμένων ασθενών όταν πραγματοποιείται η εν λόγω ενδοσκόπηση, ανευρίσκεται κάποια ανωμαλία. Αντιθέτως εάν οι εξετάσεις δεν έχουν ευρήματα και είναι αρνητικές σχετικά με την εστία της αιμορραγίας, σε

σιδηροπενικούς ασθενείς γίνεται ενδοσκόπηση με κάψουλα ή και εντερόκλυση (Longo & Fauci, 2010).

Σε οποιαδήποτε διαγνωστική δοκιμασία ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρακολούθησης με επαναληπτικές ενδοσκοπήσεις, πρέπει να συνδυάζει τα χαρακτηριστικά της ασφάλειας και της αποδοχής του ασθενούς και την ομαλή συνεργασία για την αντιμετώπιση του καρκίνου ή άλλης αιτιολογίας. Με βάση τα ευρήματα διαχωρίζονται οι ομάδες πασχόντων με χρόνια προβλήματα και αυξημένο κίνδυνο.. Για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε κατάστασης, είναι σύνηθες να χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός τεχνικών που σαν βάση τίθεται η σταδιακή ευνοϊκή έκβαση για τον ασθενή (Μαυρογιάννης, 2008).

Για την επιτήρηση του καρκίνου του παχέος εντέρου ακολουθείται το εξής:

- Έλεγχος για λανθάνουσα αιμορραγία από τα κόπρανα
- Εύκαμπτη συγμοειδεοσκόπηση/κολονοσκόπηση ανά τακτά διαστήματα
- Βαριούχος υποκλυσμός
- Εικονική κολονοσκόπηση μελλοντικά

Επίσης η πρόληψη είναι σημαντική καθώς η ανεύρεση προκαρκινικών αλλοιώσεων συμβάλλει στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Η διάκριση ασθενών μέσου και υψηλού κινδύνου με βάση το ιστορικό (πολυπόδων, καρκίνου, ΙΦΝΕ) παίζει σημαντικό ρόλο στην συχνότητα επιτήρησης. Αξίζει να αναφερθεί ότι η αιμορραγία από το ορθό είναι συνήθως χαρακτηριστικό του καρκίνου και λιγότερο των καλοήθων πολυπόδων. Επομένως ο τακτικός έλεγχος είναι σημαντικός για τον προσδιορισμό αιμορραγίας από καρκινώματα ή αδενωματώδεις πολύποδες καθώς είναι δυνατή η ανίχνευση κάποιας κακοήθειας ακόμη και στα πρώιμα στάδια με σκοπό την εφαρμογή μεθόδου αντιμετώπισης (Aspinall & Taylor-Robinson, 2005).

Εντεροσκόπηση με κάψουλα

Το λεπτό έντερο αποτελεί το δυσκολότερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα που μπορεί να γίνει ενδοσκόπηση. Πιο αναλυτικά δύναται να ελεγχθούν τα πρώτα 40-60cm της νήστιδας με ένα κολονοσκόπιο από του στόματος ή με εντεροσκόπια μήκους 200-250cm όπου είναι μεγαλύτερου μήκους από τα γαστροσκόπια. Ωστόσο μια τεχνική σαν αυτή χρειάζεται αρκετή εμπειρία και καταστολή του ασθενούς για

αρκετές ώρες. Τα ενδοσκόπια αυτά προωθούνται με ειδικούς χειρισμούς, φέρουν ενα η δύο μπαλόνια που πτυχώνουν το λεπτό έντερο και έτσι η εξέταση καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη και για τους παραπάνω λόγους δεν ενδείκνυται σε οξύ επεισόδιο αιμορραγίας.

Έτσι τα τελευταία χρόνια ακολουθείται μια διαφορετική μέθοδος κατα την οποία δεν υπάρχει ακόμα μεγάλη εμπειρία αλλά είναι πολύ πιο φιλική για τον ασθενή. Η εντεροσκόπηση γίνεται με την κατάποση μια κάψουλας σε σχήμα φαρμακευτικού δισκίου όπου περιέχει μικροτσίπ με κάμερα, μπαταρία και πομπό. Η μικροσκοπική κάμερα λαμβάνει δυο εικόνες ανα δευτερόλεπτο και μεταδίδονται ασύρματα στο δέκτη που φέρει επάνω του ο ασθενής μέσω ειδικού λογισμικού και έτσι γίνεται επισκόπηση ολόκληρου του λεπτού εντέρου απο τον εξεταστή. Η εξέταση αυτή αν και δεν έχει παρενέργειες και στερείται θεραπευτικής παρέμβασης δεν μπορεί να γίνει σε ασθενείς που φέρουν βηματοδότη ή έχουν διαταραχές της κινητικότητας του εντέρου καθώς μπορεί η κάψουλα να εγκλωβιστεί σε κάποιο σημείο που υπάρχει εντερική στένωση (Παπαλάμπρος, 2011).

Η χρήση ενδοσκοπικής κάψουλας πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά το 2001 και έχει εγκριθεί σε μεγάλο βαθμό για την διερεύνηση παθήσεων του λεπτού εντέρου. Πιο συγκεκριμένα συμβάλλει θετικά στο να διαγνωσκέται ασαφής πεπτική αιμορραγία, η έλλειψη σιδήρου, η κοιλιοκάκη, η νόσος του Crohn οι εξελκώσεις, οι πολύποδες και ο καρκίνος. Σε πρόσφατη μελέτη για την ερμηνεία των παθολογικών καταστάσεων είναι σημαντικό να είναι ακριβής η διάκριση των φυσιολογικών εικόνων της κάψουλας κατα την αξιολόγηση. Επίσης αναφέρεται οτι η συγκεκριμένη αξιολόγηση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων να ανατεθεί σε ενα μέρος και στα καθήκοντα του ενδοσκοπικού νοσηλευτή σε τακτική βάση και στη συνέχεια μαζί με την τελική γαστρεντερολογική εκτίμηση να παρέχεται ακριβέστερη αξιολόγηση.

Αυτο σημαίνει οτι για την βελτίωση της ακρίβειας της τελικής έκθεσης αξιολόγησης του ασθενή και την συμβολή του νοσηλευτή στη διαγνωστική διαδικασία, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν επιμορφωτικά προγράμματα εξειδίκευσης για να αναπτυχθούν οι δυνατότητες χρήσης των όρων κακοήθειας και των βλαβών που θα παρατηρηθούν. Ακόμη θα γίνεται πιο αποτελεσματική η κατανομή του χρόνου σε ενα ιατρικό φόρτο εργασίας καθώς ο χρόνος παρακολούθησης του ασθενή μπορεί να υπερβαίνει τα 60 λεπτά. Επομένως η

ανάθεση της αξιολόγησης μέρους των αποτελεσμάτων απο νοσηλευτές πρέπει να διερευνηθούν σε μια μεγαλύτερη μελέτη μελλοντικά (Dreanik et al, 2018).

3.5 Ενδοσκοπική αιμόσταση

Η αιμόσταση αποτελεί μια μορφή ενδοσκοπικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας τόσο για το ανώτερο όσο και για το κατώτερο πεπτικό όπου ακολουθούνται οι ίδιες τεχνικές μεμονωμένα ή σε συνδυασμό μεταξύ τους. Πραγματοποιείται για την επίσχεση της αιμορραγίας, την πρόληψη υποτροπής και την αποφυγή χειρουργικής επέμβασης. Πιο συγκεκριμένα οι αιμοστατικές τεχνικές ξεκίνησαν από τις αρχές τις δεκαετίας του '70 και στοχεύουν στο να γίνεται επίσχεση της αιμορραγίας μέσω της θρόμβωσης του αιμορραγούντος αγγείου. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της αιμόστασης.

Η πιο διαδεδομένη μέθοδος είναι η έγχυση ουσιών όπου χρησιμοποιείται ένας ειδικός καθετήρας που προωθείται στην εστία της αιμορραγίας μέσω του καναλιού εργασίας του ενδοσκοπίου, με τις επιπλοκές να ανέρχονται στο 1-2%. Συνήθως χορηγείται διάλυμα αδρεναλίνης 1/10.000 σε δόση 10-30ml. Ο τρόπος δράσης γίνεται μέσω του volume effect μέσω της πίεσης που ασκείται και του όγκου που υπάρχει και στη συνέχεια μέσω της φαρμακευτικής δραστικής ουσίας. Η αδρεναλίνη δρά μέσω της αγγειοσύσπασης και μείωσης της υποβλεννογόνιας αρτηριακής ροής που καταλήγει συνήθως στον σχηματισμό θρόμβου με ελάχιστες έως μηδαμινές παρενέργειες. Άλλες ουσίες που χρησιμοποιούνται λιγότερο συχνά είναι η αλκοόλη, η πολιδοκανόλη, θρομβίνη, αιθανολαμίνη και απόλυτη αλκοόλη που χορηγείται σε ποσότητα έως 1mL λόγω αυξημένου κινδύνου επέκτασης του έλκους και διάτρησης (Μαυρογιάννης, 2008).

Άλλος ένας τρόπος αιμόστασης, είναι η εφαρμογή θερμότητας στο αγγείο μέσω ειδικού καθετήρα. Οι τρόποι θερμικής αιμόστασης είναι με τη μορφή ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτροπληξία), φωτός (laser), αερίου αργού ή άμεσης θερμοπηξίας. Μέσω της διοχέτευσης θερμότητας προκαλείται οίδημα στο αγγείο, πήξη των πρωτεϊνών των ιστών, σύσπαση και θρόμβωση των αγγείων. Αρχικά η μονοπολική ηλεκτροπληξία, η οποία έχει αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών και διάτρησης

πραγματοποιείται στο να γίνεται διείσδυση σε βάθος. Είναι μια μέθοδος που δεν χρησιμοποιείται σήμερα. Η διπολική ηλεκτροπληξία δίνει τη δυνατότητα να ελέγχεται το βάθος διείσδυσης και με το πέρας των χρόνων εξελίχθηκε σε πολυπολική με τρία ζεύγη ηλεκτροδίων στον καθετήρα. Η αιμόσταση επιτυγχάνεται με την επαφή οποιοδήποτε ζεύγος με το αγγείο που αιμορραγεί και σε οποιοδήποτε σημείο της βλάβης. Εφαρμόζεται στα γαστρικά έλκη και στην αιμόσταση αγγείων έως 2mm, στα οποία πρέπει μετά την εφαρμογή και την διοχετεύση ρεύματος να προκληθεί πήξη και αιμόσταση με ποσοστά επιπλοκών στο 1% για διάτρηση και στο 3% για πρόκληση άλλης αιμορραγίας.

Στη συνέχεια, άλλη μια αιμοστατική μέθοδος είναι η θερμοπηξία μέσω ειδικού καθετήρα παραγωγής θερμότητας συνδεδεμένο στο ένα άκρο (heater probe) και το άλλο άκρο που φέρει Teflon, προωθείται μέσω του καναλιού εργασίας στην βλάβη, διοχετεύοντας ελεγχόμενη ποσότητα θερμότητας με την εφαρμογή πίεσης. Ιστοί η στοιχεία αίματος ξεπλένονται με πιδάκια νερού, όπου ελέγχονται με ποδοδιακόπτη. Η μέθοδος είναι ασφαλής και αποτελεσματική με τα ποσοστά διάτρησης στο 0,3-0,5%. Ακόμη η Argon Plasma Coagulation (APC) είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιεί ιονισμένο αργό αέριο, το οποίο διοχετεύεται μέσω καθετήρα στη βλάβη και μετατρέπεται σε σπινθήρα κίτρινου και κυανού χρώματος και στη συνέχεια σε θερμότητα. Είναι μια μέθοδος που δεν χρειάζεται να έρθει σε άμεση επαφή με τη βλάβη, με απόσταση μόλις 3-10mm από τον ιστό από οποιαδήποτε γωνία με βάθος διείσδυσης μόλις 3mm. Για να είναι επιτυχής η μέθοδος, απαιτείται σχολαστική καθαριότητα της περιοχής ενεργού αιμορραγίας. Επιπλοκές υπάρχουν σε περίπτωση διαφυγής αερίου στο μεσοθωράκιο ή την περιτοναϊκή κοιλότητα (Μαυρογιάννης, 2008).

Άλλες αιμοστατικές μέθοδοι είναι το laser, το οποίο έχει την δυνατότητα μετατροπής της φωτεινής ενέργειας σε θερμική σε αρκετά σύντομο χρόνο από την επαφή της πάσχουσας περιοχής. Η μέθοδος αυτή όμως έχει αρκετά υψηλό κόστος και δυσκολεύει τον ενδοσκόπο στο να εκτιμήσει το βάθος εστίασης κατά τη διείσδυση. Ωστόσο υπάρχουν μηχανικές μέθοδοι αιμόστασης όπως τα κλίπ, οι ελαστικοί δακτύλιοι και η συρραπτικές μηχανές (Μαυρογιάννης, 2008).

Επιπλέον οι θεραπείες με ένεση επινεφρίνης προάγουν μια αρχική αιμόσταση επίδρασης 20 λεπτών αλλά στη συνέχεια απαιτείται μια πρόσθετη θεραπεία και μία πιο αποτελεσματική τεχνική. Αυτό σημαίνει ότι οι μηχανικές μέθοδοι που αναφέρθηκαν παραπάνω δεν υστερούν στην αποτελεσματικότητά τους και δίνουν ισοδύναμα αποτελέσματα ως προς την αντιμετώπιση. Επομένως οι ασθενείς με υποτροπιάζουσα αιμορραγία μπορούν μέσω ενδοσκοπικής θεραπείας μηχανικών μεθόδων (αιμοστατικά κλίπ, καθετήρες BICAP, ηλεκτροσυσσωμάτωση κτλ). Μια νέα μέθοδος σε πρόσφατες δοκιμές με σχεδόν καθόλου ανεπιθύμητες ενέργειες κατά τη διάρκεια παρακολούθησης είναι η χρήση χημικών ενώσεων σε ενεργό αιμορραγία όπου σε δοκιμαστική φάση προάγει την άμεση αιμόσταση με κάλυψη του αιμορραγικού έλκους. Σε μια μελέτη 15 ασθενών με nanopowder, η άμεση αιμόσταση έφτασε στο 93% και ένας ασθενής είχε υποτροπιάζουσα αιμορραγία (Holster & Kuipers, 2012).

Επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση

Η αιμορραγία που δεν αντιμετωπίζεται μέσω θεραπευτικής ενδοσκόπησης (θερμότητα, έγχυση ουσιών και θεραπευτικά μέσα), τεχνικές επεμβατικής ακτινολογίας, χορήγησης φαρμάκων (π.χ σωματοστατίνη) και αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPI's), πρέπει να αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα επιλέγεται ακόμη και όταν η αιμοδυναμική κατάσταση του ασθενούς δεν επιτρέπει την ενδοσκόπηση και έτσι χειρουργικά για το ανώτερο πεπτικό σύστημα, γίνεται αιμοστατική συρραφή ή εκτομή της περιοχής που αιμορραγεί.

Για το κατώτερο πεπτικό γίνεται συνήθως εντερεκτομή και στο κόλον γίνεται δεξιά ή αριστερή κολεκτομή. Επίσης όσο αφορά το ήπαρ σε περίπτωση κίρσορραγίας γίνεται πυλαιοκοιλική αναστόμωση σε ασθενείς που δεν πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση και σε περίπτωση επείγουσας χειρουργικής επέμβασης γίνεται απολίνωση της στεφανιαίας φλέβας του στομάχου. Όταν η επέμβαση έχει επιτυχία και μπορεί να ελεγχθεί η αιμορραγία ο επόμενος στόχος είναι η εξάλειψη των κίρσων φαρμακευτικά με β -blockers. Σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό πυλαίας υπέρτασης λόγω θρόμβου στη σπληνική φλέβα, γίνεται σπληνεκτομή (Παπαλάμπρος, 2011).

Αιμορραγίες και κληρονομικότητα

Η λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού σε συνδυασμό με την ύπαρξη κληρονομικής αιμορροφιλικής νόσου, χαρακτηρίζεται ως μία κατάσταση ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή. Όταν υπάρχει μια χρόνια γαστρίτιδα και συνακόλουθα υφίσταται και αιμορραγία ανώτερου πεπτικού, στις περισσότερες περιπτώσεις διαγιγνώσκονται έλκη στο βολβό του δωδεκαδακτύλου και στο στομάχι. Σοβαρές αιμορραγικές επιπλοκές συμβαίνουν σε κληρονομικές νόσους όπως η αιμορροφιλία Α ή Β και η νόσος του Willebrand που λόγω υψηλής θνητότητας σε περίπτωση που υπάρχει ενεργή αιμορραγία, γίνεται επειγόντως χειρουργική ή ενδοσκοπική αιμοστατική παρέμβαση με αποτέλεσμα να ελέγχεται το 20% των περιστατικών.

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού ανιχνεύεται μέσω clo test με ανίχνευση αντισωμάτων στον ορό του αίματος και στο σίελο. Συνήθως πραγματοποιείται ενδοσκόπηση επαναληπτικά ένα μήνα μετά την αιμόσταση σε ασθενείς με γαστρορραγία και ακολουθείται φαρμακευτική αγωγή. Σε αντίθετη περίπτωση η μη τήρηση της αγωγής μπορεί να οδηγήσει σε υποτροπιάζοντα επεισόδια. Πρόσφατες έρευνες κατέληξαν στο γεγονός ότι οι αιμορραγικοί ασθενείς με κληρονομική νόσο εμφανίζουν διαβρωτική γαστρίτιδα και δωδεκαδακτυλικό έλκος. Σημαντικό ρόλο παίζει η στοματική υγιεινή καθώς η μη επαρκής τήρηση των μέτρων προφύλαξης (υγιεινή των δοντιών, ποιότητα τροφής) προκαλεί μικροδιαβρώσεις στο βλεννογόνο του στομάχου και κατά συνέπεια οι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι στην πρόκληση αιμορραγίας.

Η θεραπεία της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών επικεντρώνεται στην μείωση της θνησιμότητας, η οποία φτάνει σε ποσοστό το 30%. Πιο συγκεκριμένα κατά τις τελευταίες δεκαετίες η χρήση των H₂ αναστολέων των υποδοχέων της ισταμίνης και της αντλίας πρωτονίων και η προφυλακτική θεραπεία υποκατάστασης έχει βελτιώσει σημαντικά τον αριθμό των θανάτων από γαστρορραγία σε ποσοστό 10-25% των ασθενών αλλά ταυτόχρονα ελλοχεύει και ο κίνδυνος μετάδοσης λοιμώξεων γι αυτό και απαιτούνται επιπρόσθετα μέτρα προστασίας και υγιεινής, σύμφωνα με την πρώτη ελληνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε επί του θέματος (Ελευθεριάδης και συν, 2001).

3.6 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή

Η ενδοσκόπηση είναι μια ιατρική πράξη που απαιτεί εξειδίκευση, οργάνωση, εμπειρία και συντονισμό. Ο νοσηλευτής συμβάλλει καθοριστικά στην επίτευξη του τελικού αποτελέσματος. Στις αιμορραγίες πεπτικού, σε περίπτωση που χρειάζεται να επιτευχθεί επείγουσα αιμόσταση πρέπει να δοθεί περαιτέρω προσοχή. Για παράδειγμα εάν ο ασθενής βρίσκεται υπο αντιπηκτική αγωγή χρειάζεται πιο λεπτομερή φροντίδα αλλά και πιο εξειδικευμένες τεχνικές όπως η διακοπή της αγωγής για λίγο καιρό αλλά και η διόρθωση του INR μέσω χορήγησης πλάσματος και βιταμίνης Κ όπου στη συνέχεια θα ακολουθήσει η διαγνωστική και η θεραπευτική ενδοσκόπηση. Ακόμη πρέπει να εκτιμάται ο κίνδυνος θρομβοεμβολικής νόσου έναντι του κινδύνου συνέχισης ή υποτροπής της αιμορραγίας. Η κάθε τεχνική επιλέγεται με βάση την κρίση του θεράποντος ιατρού και ο νοσηλευτής συνεργάζεται μαζί του κατά την προενδοσκοπική και ενδοσκοπική φροντίδα και στη συνέχεια παρακολουθεί και φρονίζει τον ασθενή ακόμη και μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας (Μαυρογιάννης, 2008).

Πιο αναλυτικά, κατά την προενδοσκοπική φροντίδα αρχικά απαιτείται από το νοσηλευτή να γίνει μια κλινική εκτίμηση και να σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά ο ασθενής. Στη συνέχεια κατά την ενδοσκοπική αιμόσταση γίνεται τοποθέτηση από μίας ή δύο μεγάλων φλεβικών γραμμών και σε αιμοδυναμική αστάθεια και μεγάλη απώλεια η νοσηλεία γίνεται σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας. Έπειτα ελέγχεται η πήκτικότητα του αίματος και του ιστορικού λήψης αντιπηκτικής αγωγής, αντιαιμοπεταλιακών, ασπιρίνης και μη στεροειδών φαρμάκων. Σε σοβαρή παράταση του χρόνου προθρομβίνης γίνεται μετάγγιση με φρέσκο πλάσμα (Fresh Frozen Plasma, FFP) και όταν η αιμορραγία προέρχεται από το ανώτερο πεπτικό, χορηγούνται PPI's. Χορηγείται σωματοστατίνη σε περίπτωση που η ενδοσκόπηση θα καθυστερήσει και η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα με πλύσεις θα γίνει σε αιμορραγία ανώτερου πεπτικού. Ακόμη διάλυμα ηλεκτρολυτών θα χορηγηθεί σε αιμορραγία κατώτερου πεπτικού είτε *per os* είτε από τον ρινογαστρικό σωλήνα.

Όσο αφορά την φαρμακευτική αγωγή ενδοφλέβια χορηγείται μετοκλοπραμίδη ή ερυθρομυκίνη για επιτάχυνση γαστρικής κενώσεως. Ανιβίωση χορηγείται προληπτικά σε ασθενείς με ενδοκαρδίτιδα, σύμφωνα με οδηγίες από την American Society for Gastrointestinal Endoscopy χωρίς να υπάρχουν όμως επαρκή δεδομένα για

μεμονωμένες περιπτώσεις και έτσι γίνονται κατα την κρίση του θεράποντος ιατρού. Διασωλήνωση γίνεται σε ασθενείς που έχουν αιμοδυναμική διαταραχή, ελαττωμένο επίπεδο συνείδησης και μεγάλη απώλεια αίματος για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εισρόφησης. Επίσης χορηγείται προληπτικά οξυγόνο με ρινική κάνουλα και προετοιμάζεται ο λοιπός εξοπλισμός για την διαδικασία της αιμόστασης.

Κατα την ενδοσκοπική φροντίδα, ο νοσηλευτής φροντίζει για την παραμονή του κατακεκλιμένου ασθενούς σε ύπτια πλάγια θέση και ελέγχονται όλες οι συσκευές και τα μέτρα ασφαλείας που απαιτούνται σχετικά με την αιμόσταση. Στη συνέχεια γίνεται συνεχής καταγραφή και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και του κορεσμού αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο. Επίσης μεριμνάται η αποφυγή εισρόφησης και μετά την ενδοσκοπική διαδικασία παρακολουθούνται επίσης τα ζωτικά σημεία. Ακόμη απαιτείται κλινική παρακολούθηση για τυχόν υποτροπή την αιμορραγίας και για τυχόν επιπλοκές της ενδοσκοπικής θεραπείας. Σε περίπτωση που κάποιος ασθενής είχε σοβαρή αιμορραγία προγραμματίζεται επανέλεγχος σχετικά με την έκβαση του και την αντιμετώπιση τυχόν υποτροπής (Μαυρογιάννης, 2008).

Τα ύποπτα σημεία σχετικά με κάποια επιπλοκή μετενδοσκοπικά είναι τα εξής:

- Ταχυκαρδία
- Υπόταση
- Απώλεια αίματος
- Κοιλιακό άλγος
- Πυρετός

Επομένως σχετικά με την αντιμετώπιση των ασθενών με αιμορραγίες πεπτικού πρέπει να συνεργάζεται εξειδικευμένη ομάδα ιατρών, νοσηλευτών και ενδεχομένως χειρουργών και ακτινολόγων με ειδική εμπειρία στην αιμορραγία πεπτικού. Σε κάθε νοσοκομείο σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ειδικά πρωτόκολλα με βάση τις δυνατότητες που προσφέρονται. Γενικότερα όμως η αντιμετώπιση περιλαμβάνει:

1. Εκτίμηση της ποσότητας του αίματος απο την απώλεια και εκτίμηση για επείγουσα αναζωογόνηση.
2. Εντοπισμός της θέσης της αιμορραγίας (ανώτερο ή κατώτερο πεπτικό).

3. Διάγνωση και επίσχεση της αιμορραγίας κυρίως ενδοσκοπικά ή με άλλο τρόπο (π.χ χειρουργική εκτίμηση)
4. Πρόληψη υποτροπής της αιμορραγίας και προσδιορισμός οριστικής θεραπείας απο τη νόσο που προκλήθηκε.

Το ιστορικό του ασθενούς και η κλινική εξέταση είναι απαραίτητα καθώς και ο αιματολογικός έλεγχος όπως η γενική αίματος και βιοχημικές εξετάσεις στις οποίες περιλαμβάνεται και ο έλεγχος της λειτουργίας του ήπατος (ALT,AST, χολερυθρίνη, αλβουμίνες), έλεγχος πήξης (INR, aPTT), έλεγχος αιματοκρίτη. Στην αρχή της αιμορραγίας η τιμή του αιματοκρίτη δεν μεταφράζεται πάντοτε αντίστοιχα με την ποσότητα αίματος που χάθηκε. Η πτώση του αιματοκρίτη σημαίνει υποτροπή ή επανάληψη της αιμορραγίας συνεχόμενα.

Όσο αφορά τη λήψη του ιστορικού, πραγματοποιείται σε ασθενή που αποκρίνεται και δεν είναι αιμοδυναμικά ασταθής καθώς σε επείγουσες καταστάσεις δεν πρέπει να χάνεται χρόνος για τη λήψη ιστορικού και επιπλέον εξετάσεις λεπτομερειακά. Όταν λοιπόν ο ασθενής είναι σε θέση να επικοινωνήσει γίνονται ερωτήσεις σχετικά με το πότε ξεκίνησε η αιμορραγία, αν υπήρξαν επεισόδια παρελθοντικά, αν υπάρχει ηπατική νόσος και συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, ανορεξία η απώλεια βάρους. Επίσης πρέπει να διευκρινίζεται η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (κυρίως στεροειδή, αντιφλεγμονώδη, αντιπηκτικά) και αν ο ασθενής καπνίζει η λαμβάνει αλκοόλ (Παπαλάμπρος, 2011).

Κατα την κλινική εξέταση γίνεται έλεγχος για σημεία ηπατοπάθειας (ίκτηρος, ασκίτης κ.λπ) δακτυλική εξέταση του ορθού και αναρρόφηση γαστρικού περιεχομένου μετά απο την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα. Κατα την αναρρόφηση αίματος αποδεικνύεται ότι η αιμορραγία αφορά το ανώτερο πεπτικό και η αναρρόφηση χολής παραπέμπει στο κατώτερο πεπτικό. Στην δακτυλική εξέταση η παρουσία αιματοχεσίας και θρόμβων σε ένα ποσοστό 10% παραπέμπουν σε αιμορραγία ανώτερου σε συνδυασμό με αιμοδυναμική αστάθεια.

Σε επείγουσες καταστάσεις (μαζική αιματέμεση και αιματοχεσία) ή σε ασθενείς με καταπληξία (ταχυκαρδία, υπόταση) σύμφωνα με τη βιβλιογραφία εφαρμόζεται πριν απο κάθε προσπάθεια διάγνωσης, ο αλγόριθμος ABC (Airway, Breathing, Circulation), Ακόμη εξασφαλίζεται ότι υπάρχει βατότητα στον αεραγωγό μέσω

διασωλήνωσης και για την προφύλαξη εισρόφησης σε μεγάλη ποσότητα αιματέμεσης. Όταν γίνεται η τοποθέτηση των φλεβοκαθετήρων χορηγούνται διαλύματα Ringer's και Normal Saline και σε ασθενείς με διαταραχές πήξης χορηγούνται αιμοπετάλια και κατεψυγμένο φρέσκο πλάσμα.

Όταν υπάρχει ιστορικό στεφανιαίας νόσου και κίρρωση ήπατος χορηγούνται συμπτωκνωμένα ερυθρά. Στη συνέχεια γίνεται επείγουσα ενδοσκόπηση και σε περίπτωση που υπάρχει χαμηλή διαγνωστική αξία γίνεται αγγειογραφία και σπινθηρογράφημα και αν η αιμορραγία δεν θεραπευτεί ενδοσκοπικά γίνεται χειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση κάτι το οποίο παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με καρκίνο (π.χ γαστρεκτομή ή κολεκτομή). Σε περίπτωση που δεν χρειαστεί επέμβαση, λαμβάνονται μέτρα πρόληψης για αποφυγή υποτροπής (Παπαλάμπρος, 2011).

Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα της τεκμηριωμένης πρακτικής βασισμένης σε αποδείξεις, οι νοσηλευτές κατά την παρέμβαση τους πρέπει να γνωρίζουν την εκάστοτε καθοδήγηση (Farrar, 2018). Πιο συγκεκριμένα ακοθουθούνται διάφορα θεραπευτικά σχήματα όπως οι ακτινολογικές και χειρουργικές θεραπείες, η εκρίζωση ή καταστολή του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού και η διόρθωση των επιπέδων αιμοσφαρίνης κατά την ενδοσκοπική παρακολούθηση. Είναι σημαντικό πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση ο ασθενής να είναι αιμοδυναμικά σταθερός και να έχει αναζωογονηθεί επαρκώς πριν την αξιολόγηση του (Charman et al, 2019).

Για το ανώτερο πεπτικό, σύμφωνα με την κλίμακα ABC όταν υπάρχει αιμορραγία, η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την τοποθέτηση του ασθενή σε θέση ανάκτησης καθώς κατά την αιματέμεση μεγάλου όγκου ο αεραγωγός (airway) συνήθως διαταρράσσεται. Επίσης πρέπει να γίνεται αναρρόφηση από του στόματος για την απομάκρυνση του αίματος και των εκκρίσεων. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει τις αισθήσεις του τοποθετείται τεχνητός αεραγωγός με διασωλήνωση από το στόμα ή τον φάρυγγα μέσω της τραχείας.

Στη συνέχεια η νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στον αναπνευστικό ρυθμό του ασθενούς (breathing). Πρέπει να παρακολουθείται ο κορεσμός του οξυγόνου και να χορηγείται οξυγόνο σε περίπτωση που τεθεί αμφισβήτηση για την κατάσταση του ασθενούς και εάν η κατάσταση είναι κρίσιμη να είναι σε ετοιμότητα η ομάδα

ανάληψης. Τέλος, όσο αφορά την κυκλοφορία του αίματος (circulation) πρέπει να υπάρχει ασφαλής ενδοφλέβια πρόσβαση με φλεβοκαθετήρες που επιτρέπουν γρήγορη έγχυση υγρών και αίματος. Ειδικά οι ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου πεπτικού πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο σχετικά με την πήξη του αίματος. Τα νέα αντιπηκτικά φάρμακα που χορηγούνται απο το στόμα είναι τα εξής: arixaban, dabigatran, rivaroxaban ή edoxaban.

Επίσης πρέπει να παρακολουθούνται η αρτηριακή πίεση και οι σφύξεις καθώς και η παραγωγή ούρων διότι υπάρχει κίνδυνος για αιμορραγικό σοκ. Ακόμη πρέπει να ελέγχονται τα επίπεδα αιμοσφαιρίνης μέσω των αερίων του αίματος και να εφαρμοστεί ένα πρωτόκολλο μετάγγισης σε περίπτωση μεγάλης αιμορραγίας. Σε ασθενείς με υψηλό θρομβωτικό κίνδυνο όπως για παράδειγμα η πνευμονική εμβολή και η ύπαρξη μεταλλικής καρδιακής βαλβίδας, χορηγείται ηπαρίνη για την πρόληψη θρομβωτικών επιπλοκών (Charman et al, 2019).

Μέτρα προστασίας και οργάνωση ενδοσκοπικού

Η ενδοσκοπική νοσηλευτική τα τελευταία χρόνια, έχει αναπτυχθεί ως ένας ιδιαίτερος κλάδος που είναι πλέον εξαιρετικά σημαντικός στην λειτουργία ενός ενδοσκοπικού τμήματος. Ένα απο αυτά είναι και τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται απο νοσηλευτές και χωρίζονται σε τρεις χρονικές περιόδους πρίν, κατά τη διάρκεια και μετά την ενδοσκόπηση για την αποτροπή κινδύνων η επιπλοκών. Όσο αφορά την οργάνωση του τμήματος ένα ενδοσκοπικό τμήμα πρέπει να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό προσεγμένο όσο αφορά τις αίθουσες προετοιμασίας και αναμονής των ασθενών, τις αίθουσες ανάληψης και τις περιοχές επανεπεξεργασίας και απολύμανσης. Επίσης πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένο προσωπικό με την απαραίτητη εμπειρία τουλάχιστον 2 ετών καθώς η στελέχωση διαφέρει σημαντικά απο ένα άλλο τμήμα νοσηλευτικής πρακτικής (Bauer & Sauer, 2019)

Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται σε μια ενδοσκόπηση είναι ο εξής:

1. Μέσα προστασίας: μάσκα, γάντια, ποδιά, γυαλιά για όλο το υγειονομικό προσωπικό.
2. Δίσκος ενδοσκόπησης
3. Ενδοσκόπιο οπτικών ινών και κάμερα
4. Διάλυμα για τα δείγματα βιοψίας

5. Τοπικό αναισθητικό σπρέι (π.χ ξυλοκαΐνη, διαζεπάμη, μιδαζολάμη) ή άλλο αναισθητικό προαιρετικά
6. Εξοπλισμός αναρρόφησης, μέτρησης ΑΠ
7. Αποστειρωμένο Υδατοδιαλυτό τζελ και αποστειρωμένα γάντια
8. Οξυγόνο, πηγή διοξειδίου του άνθρακα για το κατώτερο πεπτικό
9. Εξοπλισμός ανάνηψης (απινιδωτής), παλμικό οξύμετρο, monitor

Στους κινδύνους των ενδοσκοπικών διαδικασιών περιλαμβάνονται η διάτρηση του εντέρου, η αιμορραγία, η περιτονίτιδα, η εισρόφηση, η καταστολή του αναπνευστικού και επίσης το δευτερεύον έμφραγμα του μυοκαρδίου, μετά απο αγγειοπνευμονογαστρική αντίδραση. Οι ενδοσκοπικές επεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιούνται σε ειδικά εξοπλισμένη ενδοσκοπική μονάδα και η διαδικασία ενέχει συχνά τη χορήγηση ήπιας καταστολής η οποία απαιτεί τη συνεχή παρουσία του νοσηλευτή (Perry & Potter, 2012).

Πρίν την ενδοσκόπηση είναι σημαντικό ο ασθενής να νοιώθει ψυχολογικά ασφαλής πρίν την διαδικασία, να έχει πλήρη ενημέρωση και να υπάρχει συνεχής διαβεβαίωση της ιδιωτικότητας του. Στη συνέχεια είναι σημαντικό να έχει γίνει επιτυχής απολύμανση των ενδοσκοπίων και να έχουν τηρηθεί όλα τα στάδια του χειροκίνητου και αυτόματου καθαρισμού. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στα υγρά απολύμανσης όταν έρχονται σε επαφή σε κάθε τμήμα του οργάνου, στα κανάλια εισόδου και εξόδου και σε όλες τις προσβάσιμες θύρες, στις οπτικές βαλβίδες του ενδοσκοπίου και γενικότερα σε όλα τα μηχανικά μέρη. Η ενδεικτική απολύμανση απαιτεί τουλάχιστον 20 λεπτά εμβύθισης του ενδοσκοπίου στο κατάλληλο υγρό και προσοχή κατα τη μεταφορά και αποθήκευση του οργάνου (Metwally et al, 2016).

Κατα τη διάρκεια της εξέτασης, ο νοσηλευτής φροντίζει την τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση και την καταγραφή των ζωτικών σημείων όπως η καρδιοαναπνευστική λειτουργία, η οξύμετρία, η θερμοκρασία, η πίεση του αίματος και το επίπεδο συνείδησης. Επίσης είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής όπως η αναισθησία κατ εντολή ιατρού ή κάποιο ηρεμιστικό. Στη συνέχεια αν πραγματοποιείται βιοψία ή κάποιου είδους αιμόσταση είναι υπεύθυνος για τις απαραίτητες ενέργειες όσο αφορά τον εξοπλισμό και το συντονισμό των διαδικασιών.

Μετά την διαδικασία δίνεται έμφαση ξανά στην παρακολούθηση αλλα και την οργάνωση. Αρχικά πρέπει να δίνεται προσοχή σε τυχόν συμπτώματα που μπορεί να

παραπέμπουν σε βακτηριακή λοίμωξη όπως ρίγη, πυρετός, κοιλιακό άλγος, ναυτία, εμετός και δυσκολίες στην κατάποση. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται μέτρα ασφαλείας προς τον ασθενή και άμεση κινητοποίηση στο περιβάλλον του ασθενή. Ακόμη πρέπει να δίνεται έμφαση μετά απο μία διαδικασία στην μεταφορά και απολύμανση του εσωτερικού και εξωτερικού μέρους του ενδοσκοπίου, να τηρούνται οι χρόνοι και να υπάρχει επαρκής εξοπλισμός για τη σωστή διαχείριση των χρησιμοποιημένων οργάνων και την επιτυχή απολύμανση, καθαριότητα και αποθήκευση. Τέλος πρέπει να αναπτύσσονται συνεχώς ασφαλή μέτρα νοσηλείας στις φυσικές δομές και εγκαταστάσεις των τμημάτων και να λαμβάνονται υπ όψιν δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ο εντοπισμός των αδυναμιών και δυσκολιών (Metwally et al, 2016).

Νοσηλευτική Διεργασία και Αιμορραγίες

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με αιματολογικές διαταραχές σχετίζεται με την εκτίμηση της φυσιολογίας του αιμοποιητικού συστήματος. Επίσης διερευνώνται και τα συναφή συστήματα με τις αιματολογικές διαταραχές που εκδηλώνονται προκειμένου να γίνει η νοσηλευτική παρέμβαση, ο προγραμματισμός της φροντίδας, η εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας και η αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Είναι σημαντικό για την συστηματική επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη να λαμβάνονται υπ όψιν οι μεγάλες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και να αξιολογούνται προοδευτικά οι συνέπειες του προβλήματος (LeMone et al, 2014).

Ένα τυπικό νοσηλευτικό πλάνο σχεδιάζεται βάσει των εξατομικευμένων παραγόντων ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή. Αν υπάρχει ενεργή αιμορραγία δίνονται οδηγίες για πλύση στομάχου η αναρρόφηση για την απομάκρυνση των θρόμβων. Στη συνέχεια μετα τη διαδικασία ταυτοποίησης και τη συναίνεση είναι σημαντικό κατα την παροχή βοήθειας να επαληθευτεί ότι δεν έχει ληφθεί τίποτε απο του στόματος για τουλάχιστον 8 ώρες για το ανώτερο πεπτικό και ότι έχει υποβληθεί ο ασθενής σε δίαιτα με υγρά 2 ημέρες και καθαρτική αγωγή για το έντερο για εξέταση του κατώτερου πεπτικού (Perry & Potter, 2012).

Στη συνέχεια εκτιμάται απο το νοσηλευτή η διανοητική κατάσταση του ασθενή και επισημαίνονται διάφορες ανησυχίες. Ακόμη ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για

την επαρκή οργάνωση σε εξοπλισμό και προβλέπει τις ανάγκες για αναπλήρωση. Αφου προσδιοριστεί ο σκοπός της διαδικασίας (βιοψία, εξέταση ή θεραπευτική επεμβαση σε περιοχές αιμορραγίας) εκτιμώνται οι παρακάτω νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρατηρήσεις:

1. Οξύς πόνος
2. Μείωση ανταλλαγής αερίων
3. Φόβος, άγχος και στρες
4. Αναποτελεσματικό αναπνευστικό μοτίβο
5. Κίνδυνος εισρόφησης, λόμωξης και τραυματισμού.

Κατα τη διαδικασία ο νοσηλευτής βοηθά στη διατήρηση της θέσης του ασθενούς σε πλαγια θέση Sim στο ανώτερο πεπτικό και για διαδικασίες κατώτερης επέμβασης βοηθά στη διατήρηση πλάγιας οριζόντιας θέσης αριστερά και εξασφαλίζεται ιδιωτικότητα και άνεση. Χορηγείται ατροπίνη (με σχετική οδηγία) για εξετάσεις ανώτερου ΓΕΣ και τοποθετείται το άκρο του καθετήρα αναρρόφησης στο στόμα. *Εξέταση ανώτερου ΓΕΣ:* Προωθείται αργά το ενδοσκόπιο στο στόμα, τον οισοφάγο, το στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο και απεικονίζονται τα τοιχώματα στο απαιτούμενο βάθος ταυτόχρονα. *Εξέταση κατώτερου ΓΕΣ:* Επικαλύπτεται το ενδοσκόπιο με το κατάλληλο λιπαντικό, γίνεται εισαγωγή απο τον πρωκτό και προωθείται αργά στο ορθό και το κόλον ενώ απεικονίζονται τα τοιχώματα. Διοχετεύεται αέρας απο το ενδοσκόπιο στο ανώτερο πεπτικό και διοξείδιο του άνθρακα στο κατώτερο πεπτικό που προκαλεί φυσιολογικό μετεωρισμό και κοιλιακές συσπάσεις.

Τα δείγματα βιοψίας τοποθετούνται σε ενα αποστειρωμένο δοχείο, αναγράφονται και σφραγίζονται για ιστολογική εξέταση. Γίνεται αναρρόφηση εκκρίσεων απο το στόμα όπως εμέσματα και τοποθετείται ο ασθενής σε άνετη θέση. Έως την αποκατάσταση, ο νοσηλευτής ενημερώνει να μην τρώει η πίνει κάτι ο ασθενής μέχρι να αποκατασταθεί το αντανακλαστικό της αναγωγής (βήχας) το οποίο μειώνεται με τη χρήση του αναισθητικού. Οι ποσότητες των εκκρίσεων αντίστοιχα μειώνονται με τον κινδύνου εισρόφησης καθώς χορηγείται ατροπίνη (Perry & Potter, 2012).

Για την αξιολόγηση της διαδικασίας πρέπει να γίνουν οι παρακάτω νοσηλευτικές ενέργειες:

1. Εκτίμηση ζωτικών σημείων κάθε 15 λεπτά για 2 ώρες.
2. Εκτίμηση επιπέδου αναισθησίας/συνείδησης
3. Εάν ο ασθενής είναι σε θέση να επικοινωνήσει ζητούμε να περιγραφεί ο πόνος η κάποια δυσφορία με την κλίμακα 0 έως 10.
4. Εκτίμηση για εμέσματα ή αναρροφημένα υγρά για έκδηλο ή λανθάνον αίμα.
5. Εκτίμηση για αποκατάσταση του ανακλαστικού αγωγής απο 2 έως 4 ώρες.
6. Καταγραφή αιφνίδιου κοιλιακού πόνου, μεταβολή ζωτικών σημείων και αξιολόγηση νέας αιμορραγίας, διάρρηξης κοιλιακών οργάνων και εισρόφησης (Perry & Potter, 2012).

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα απο τη διαδικασία είναι η εκτίμηση σε μοτίβο κλιμάκωσης του επιπέδου άνεσης και συνείδησης και η τεκμηρίωση της κατάστασης. Επίσης εκτιμώνται οι αναπνευστικές και οι υπόλοιπες ζωτικές λειτουργίες καθώς και η ανάνηψη απο την αναισθησία. Τα μη αναμενόμενα αποτελέσματα της διαδικασίας είναι η πνευμονογαστρική διαταραχή απο την εισαγωγή του ενδοσκοπίου και βραδυκαρδία και αίσθημα αδυναμίας ζάλης και εφίδρωσης με αργό σταθερό σφυγμό. Επίσης πνευμονία εισρόφησης, δύσπνοια, ταχύπνοια και μείωση του κορεσμού οξυγόνου. Στα γαστρεντερικά τοιχώματα επίσης ως βλάβη χαρακτηρίζεται η αιμορραγία και ο πυρετός (Perry & Potter, 2012).

Οι ασθενείς με αιματολογικές διαταραχές χρήζουν ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνοντας και την ψυχολογική υποστήριξη. Οι διαταραχές του αριθμού, του μεγέθους, του σχήματος και της σύνθεσης των ερυθρών αιμοσφαιρίων επηρεάζουν τις λειτουργικές ικανότητες του οργανισμού και γενικότερα της υγείας η οποία διαταράσσεται λόγω των μεταβολών στα ερυθρά αιμοσφαίρια, τα λευκά αιμοσφαίρια και τα αιμοπετάλια σε συνδυασμό με τους παράγοντες πήξης.

Επομένως ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμά τις επιπτώσεις των αιματολογικών διαταραχών του ασθενούς, να παρακολουθεί και να καταγράφει τα συνεχή δεδομένα που προκύπτουν απο την εκτίμηση, όπως για παράδειγμα τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, των υποκειμενικών και αντικειμενικών πληροφοριών καθώς και η επισήμανση των παθολογικών ή μη αναμενόμενων αποτελεσμάτων. Ακόμη η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να

προσδιορίζεται ιεραρχικά με βάση την παθοφυσιολογική βάση της νόσου και την θεραπευτική μέθοδο που εφαρμόστηκε για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας (LeMone et al, 2014).

Είναι σημαντικό να χρησιμοποιείται η επιστημονική έρευνα και η τεκμηριωμένη πρακτική για να εφαρμόζονται εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς με αιματολογικές διαταραχές για την ασφαλή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και την εφαρμογή της θεραπείας σε συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα φροντίδας. Ακόμη πρέπει να χρησιμοποιούνται τα συνεχή δεδομένα που προκύπτουν από την εκτίμηση του ασθενούς, ώστε να αναθεωρείται το σχέδιο φροντίδας με σκοπό την αποκατάσταση, την διατήρηση και την προαγωγή ενός λειτουργικού επιπέδου υγείας στους ασθενείς με αιματολογικές διαταραχές.

Όσο αφορά τις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού, ο ειδικός νοσηλευτής πρέπει να κατέχει γνώση σχετικά με την νοσηλευτική διεργασία και να είναι σε θέση να διερευνήσει απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή οι οποίες συνοδεύονται από αιμοδυναμική αστάθεια ή δευτερέων αιμορραγικό επεισόδιο. Η γενική διαχείριση ενός ασθενούς σε κρίσιμη κατάσταση από αιμορραγία περιλαμβάνει αρχικά την αξιολόγηση του ασθενούς και την ταξινόμηση του στο απαιτούμενο επίπεδο φροντίδας (Farrar, 2018).

Στη συνέχεια, λαμβάνεται ένα νοσηλευτικό ιστορικό, το οποίο επικεντρώνεται στην αιτιολόγηση της αιμορραγίας και την καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής που τυχόν λαμβάνεται όπως η ασπιρίνη, NSAIDs, αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες ή αντιπηκτική αγωγή. Έπειτα λαμβάνεται ιστορικό που καταγράφεται η χρήση αλκοόλ, ηπατικές νόσοι, προηγούμενες αιμορραγίες, παθήσεις πεπτικού έλκους, νεφρικές νόσοι ή καρδιακή ανεπάρκεια. Ακόμη καταγράφονται τα αιμορραγικά συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, υποογκαιμία ή αν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση σοκ. Πριν την ενδοσκόπηση γίνεται ένας πλήρης αιματολογικός έλεγχος στον ορό του αίματος, ηπατικές δοκιμασίες και έλεγχος της πήξης του αίματος. Ακόμη γίνεται ΗΚΓ και ελέγχονται τα καρδιακά ένζυμα και στη συνέχεια πραγματοποιούνται ρινογαστρικές πλύσεις πριν την ενδοσκόπηση.

Κατά την διάρκεια της επεμβατικής διαδικασίας, πρέπει να γίνεται διαβούλευση με το υπόλοιπο προσωπικό και να ταξινομείται το επίπεδο της αιμορραγίας και αν χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση ή ακτινολογική επέμβαση. Επίσης καταγράφονται

οι ποσότητες των υγρών σε περίπτωση που απαιτείται μετάγγιση αίματος με φρέσκο πλάσμα και ερυθρά αιμοσφαίρια. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας περιλαμβάνει την στενή τακτική παρακολούθηση για τυχόν επιπλοκές και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής παρέμβασης σε περίπτωση που επέλθουν επιπλοκές (Farrar, 2018).

Στις αιμορραγίες κατώτερου πεπτικού σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, παρουσιάζουν συχνά διαταραχές του παχέος εντέρου. Στο παρελθόν η διαταραχή θεραπεύονταν με επείγουσα κολεκτομή. Σήμερα η διαχείριση τους περιλαμβάνει την διερεύνηση με κολονοσκόπηση σε συνδυασμό με την επεμβατική ακτινολογία και την διαχείριση της αιμορραγίας του εντέρου. Ο νοσηλευτής επομένως, σε κρίσιμες καταστάσεις πρέπει να παρακολουθεί στενά τον ασθενή και να καταγράφει τυχόν συμπτώματα. Η τυπική παρουσία της αιματοχεσίας είναι ανώδυνη αλλά ο ασθενής μπορεί να έχει αυτοπεριοριζόμενη αιμορραγία ή ακατάσχετη μαζική αιμορραγία. Σε τέτοιες περιπτώσεις αναφέρονται κράμπες, φουσκώματα και σε σοβαρές περιπτώσεις εμφανίζεται αιμοδυναμική αστάθεια, υπόταση, ταχυκαρδία και μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης. Κατα τη διαχείριση προέχει η αναζωογόνηση με υγρά, με παράγωγα του αίματος με σκοπό την εξισορρόπηση των αιμοπεταλίων (Farrar, 2018).

Κατα τη διαγνωστική διαδικασία η διεργασία απο το νοσηλευτή είναι σημαντική για τον προσδιορισμό της κατώτερης αιμορραγίας κατα την κολονοσκόπηση. Πιο συγκεκριμένα σε εκκολπωματικές νόσους το σχέδιο φροντίδας περιλαμβάνει την εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα για να διερευνηθεί αν υπάρχει και αιμορραγία στο ανώτερο πεπτικό. Η κολονοσκόπηση θα ορίσει την διάγνωση και εαν προσδιοριστεί το αιμορραγικό σημείο χρησιμοποιούνται αιμοστατικά κλίπ και σε περίπτωση αποτυχίας πραγματοποιείται αγγειογραφία με έγχυση διαλύματος επινεφρίνης. Εαν η αιμορραγία δεν σταματήσει η κολοστομία πραγματοποιείται σε τελικό στάδιο. Σε περιπτώσεις αγγειοδυσπλασίας, οι υποβλεννογόνιες φλέβες βρίσκονται σε διάφορα σημεία όπως το στομάχι, το λεπτό έντερο και το κόλον. Έτσι μπορεί να υπάρξει αιμορραγία απο κεντρικό αγγείο σε διάφορα σημεία του γαστρεντερικού σωλήνα όπου είναι εμφανή (Farrar, 2018).

Η γενική διαχείριση και το πλάνο φροντίδας κατώτερης αιμορραγίας εξαρτάται απο την επικινδυνότητα και το πόσο απειλητική είναι για τη ζωή. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογήσει και να διαχειριστεί αυτούς τους ασθενείς σε

μία σημαντική αιμορραγική κρίση η οποία θα περιλαμβάνει τον προσδιορισμό του κατάλληλου πλάνου φροντίδας, την λήψη ιστορικού απο προηγούμενες αιμορραγίες, συμπτώματα και φαρμακευτικό ιστορικό. Η φυσική εξέταση και τα εργασηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν την μέτρηση του ορού και των συστατικών του αίματος και ηπατικές δοκιμασίες. Η παρουσία αίματος στα ούρα μετά απο μια κατώτερη αιμορραγία είναι σύνηθες φαινόμενο. Στη συνέχεια η τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και η παρουσία έντονου καφέ η κόκκινου αίματος κατα τις πλύσεις υποδεικνύουν ανώτερη αιμορραγία.

Επομένως το πλάνο φροντίδας επείγουσας ακατάσχετης αιματοχεσίας μπορεί να περιλαμβάνει χειρουργική εκτίμηση και επέμβαση με ακτινολογικές μεθόδους. Τα υποστηρικτικά μέτρα για τα οποία είναι υπεύθυνος ο νοσηλευτής περιλαμβάνουν την χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου, εντατική παρακολούθηση και αναζωογόνηση με χορήγηση υγρών, μεταγγίσεων αίματος, φρέσκου παγωμένου πλάσματος και προετοιμασίας για διαγνωστικούς ελέγχους (Farrar, 2018).

Η ενδοσκόπηση αποτελεί μια διαδικασία όπου απαιτεί μια καλά συντονισμένη ομαδική προσπάθεια και οργάνωση. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στις εργασίες που απαιτούνται σε μια ενδοσκοπική μονάδα. Αυτό σημαίνει ότι οι ρόλοι και οι ευθύνες τους είναι ποικίλοι και ξεκινούν όταν έρχονται σε επαφή με την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών, την παροχή βοήθειας στις διαδικασίες, την διατήρηση του εξοπλισμού όπως η καθαριότητα και η απολύμανση, η αναπλήρωση των εξαντλημένων υλικών και διάφορες άλλες υπηρεσίες όπως η διατήρηση των αρχείων, η λήψη και η καταγραφή του ιστορικού, η ταξινόμηση, ο έλεγχος και η συνεχιζόμενη κατάρτιση και έρευνα.

Πέρα απο τη διαγνωστική διαδικασία, ο ρόλος του νοσηλευτή συνεχίζεται και μετά την ενδοσκόπηση όσο αφορά την παρακολούθηση και επίσης είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπ όψιν οι ανησυχίες και οι προβληματισμοί των ασθενών. Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να είναι διαθέσιμος να συμβάλλει στην βελτίωση της φροντίδας και να προβληματίζεται πάντοτε για το πως θα βελτιωθεί η περίθαλψη των ασθενών, να αναζητεί νέα γνώση και να ενθαρρύνεται στην εφαρμογή της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής πρακτικής, να συμμετέχει σε ερευνητικές δραστηριότητες και επίσης να ενσωματώνει τα νέα δεδομένα που προκύπτουν σε ερευνητικές διαδικασίες μέσω

της αυτοαξιολόγησης που αντικατοπτρίζει τα επαγγελματικά πρότυπα (Tan et al, 2018).

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, οι ενδοσκοπικοί νοσηλευτές πρέπει να καταρτίζονται συνεχώς για τη βέλτιστη απόδοση τους. Ειδικότερα μέσω της αναστοχαστικής πρακτικής μεταξύ του προσωπικού αποκτώνται γνώσεις και δεξιότητες για την πιο αποτελεσματική περίθαλψη των ασθενών.

Οι ενδοσκοπικές διαδικασίες απαιτούν ένα μεγάλο εύρος δεξιοτήτων και πρακτικών εφαρμογών και αποτελούν μια εξαιρετικά επεμβατική διαδικασία όσο αφορά τους κινδύνους και τις επιπλοκές από την ελλιπή παρακολούθηση. Οι μονάδες ενδοσκόπησης αποτελούν περιβάλλοντα εντελώς διαφοροποιημένα σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ιατρικά πεδία. Επίσης πρέπει να αποτρέπονται κίνδυνοι όπως η διάτρηση του εντέρου, καρδιοπνευμονικές επιπλοκές, αιμορραγίες και λοιμώξεις με την σωστή διαχείριση των συμβάντων (Yh & Roh, 2018).

Ένα παράδειγμα πάνω στην εκπαίδευση του νοσηλευτή επάνω στην ενδοσκόπηση και την εξοικείωση του με την διαδικασία και το αντικείμενο, αποτελεί την εκπαίδευση βάσει προσομοίωσης ακολουθούμενη από την πρακτική βασιζόμενη σε αποδείξεις. Σύμφωνα με δημογραφικά δεδομένα πρόσφατης έρευνας, οι νοσηλευτές που εκπαιδεύτηκαν επάνω σε αυτή τη μέθοδο, εμφάνισαν περισσότερα ποσοστά επιτυχίας στις ενδοσκοπήσεις τους και είχαν εμπειρία λιγότερη των 12 μηνών πρακτικής. Εν κατακλείδι, δόθηκαν πολύ θετικά αποτελέσματα όσο αφορά την επείγουσα φροντίδα, την ασφάλεια, τον έλεγχο λοιμώξεων, την νοσηλευτική παρέμβαση και την παρακολούθηση (monitoring) ασχέτως με το αν οι ασθενείς της μελέτης έλαβαν κάποια αναισθησία (Yh & Roh, 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Αποτελέσματα

- 105 ασθενείς (72 άνδρες, 33 γυναίκες)
- Ηλικία Mean 68,21 έτη (Median 73 έτη, Std. Deviation 19,273 έτη)
- Δεν αναλύθηκε στατιστικά η καταστολή διότι αφορούσε 12 άτομα από τα οποία μόνο 3 άτομα έλαβαν φαιντανύλη ή μιδαζολάμη ενώ τα υπόλοιπα έλαβαν απλά κάποιο είδος ξυλοκαΐνης.
- Από τους 105 ασθενείς 48 είχαν κλινική εικόνα η οποία έθετε υποψία αιμορραγίας πεπτικού (Αιματέμεση 12, καφεοειδείς έμετοι 3, μέλαινες 33)

Τρόπος εκδήλωσης αιμορραγίας

	n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Αιματέμεση	12	25,0	25,0	25,0
Καφεοειδείς έμετοι	3	6,3	6,3	31,3
Μέλαινες	33	68,8	68,8	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Πίνακας 1

Το κυρίαρχο ποσοστό αιμορραγίας στους ασθενείς που μελετήθηκαν ήταν σε μέλαινες το οποίο ανέρχεται στο 68,8 % στη συνέχεια η αιματέμεση σε ποσοστό 25% και σε εμέτους στο 6,3%. Κύριο σημείο του κλινικού συνδρόμου αιμορραγίας αποτελεί ο σύνδεσμος του Treitz που απο το ανώτερο πεπτικό εστιάζεται στον οισοφάγο, το στομάχι και τον δωδεκαδάκτυλο (Κεϊμαλή και συν, 2016). Τα ενδοσκοπικά ευρήματα κατά την γαστροσκόπηση σε αυτούς τους 48 ασθενείς ήταν:

Ευρήματα γαστροσκόπησης

Πίνακας 2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Έλκος στομάχου	14	29,2	29,2	29,2
Διαβρωτική γαστρίτιδα	12	25,0	25,0	54,2
Κιρσοί οισοφάγου	5	10,4	10,4	64,6
Κιρσοί θόλου στομάχου	1	2,1	2,1	66,7
Αγγειοδυσπλασία	3	6,3	6,3	72,9
Υποβλεννογόσιος Ογκος	3	6,3	6,3	79,2
Μάζα στομάχου	2	4,2	4,2	83,3
Φυσιολογική εξέταση	8	16,7	16,7	100,0
Total	48	100,0	100,0	

Τα απεικονιστικά ευρήματα φυσιολογικής εξέτασης ανέρχονται στο 16,7%. Από το σύνολο των περιπτώσεων τα παθολογικά ευρήματα ήταν το έλκος στομάχου στο 29,2%, διαβρωτική γαστρίτιδα στο 25%, κίρσοι οισοφάγου 10,4%, θόλου στομάχου σε χαμηλό ποσοστό 2,1%. Οι αγγειοδυσπλασίες και υποβλεννογόνιοι όγκοι ανήλθαν στο 6,3% και μάζες στομάχου που συνδέονταν με απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή όπως ο καρκίνος, στο 4,2%.

Από τα 14 άτομα με κλινική εικόνα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό (μέλαινες, αιματεμεση, καφεοειδείς έμετοι) στα οποία αναγνωρίστηκε έλκος στομάχου τα ενδοσκοπικά ευρήματα ήταν:

Statistics

Ταξινόμηση πεπτικού έλκους

N	Valid	14
	Missing	0

Ταξινόμηση πεπτικού έλκους

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Διατηδώρα αιμορραγία	2	14,3	14,3	14,3
Σταγονοειδή αιμορραγία	3	21,4	21,4	35,7
Με ορατό αγγείο	1	7,1	7,1	42,9
Valid Με θρόμβο	2	14,3	14,3	57,1
Με απλό στίγμα	1	7,1	7,1	64,3
Με καθαρό πυθμένα	5	35,7	35,7	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Πίνακας 3

Όσο αφορά το στόμαχο και το 12 δάκτυλο, τα πεπτικά έλκη που ανήλθαν με διατηδώρα και σταγονοειδή αιμορραγία ήταν στο 14,3% και στο 21,4% αντίστοιχα. Τα πιο χαμηλά ποσοστά σημειώθηκαν σε περιπτώσεις που το έλκος ήταν με ορατό αγγείο στο 7,1%, με θρόμβο στο 14,3% και με απλό στίγμα στο 7,1%. Τα αγγεία που εμφάνισαν καθαρό πυθμένα χωρίς ενεργό αιμορραγία ήταν στο 35,7%.

Γενικότερα από όλο τον πληθυσμό υπό μελέτη (105 άτομα) σε 16 άτομα βρέθηκε πεπτικό έλκος.

Ενδοσκοπική αιμόσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΝΑΙ	9	56,3	56,3	56,3
Valid Χωρίς δεδομένα	7	43,8	43,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Πίνακας 4

Τύπος αιμόστασης ανώτερου

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΕΝΕΣΗ ΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗΣ	3	18,8	18,8	18,8
APC	1	6,3	6,3	25,0
Valid ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΛΙΠ	5	31,3	31,3	56,3
ΧΩΡΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	7	43,8	43,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Πίνακας 5

Στις αιμορραγίες ανώτερου πεπτικού έγινε θεραπευτική ενδοσκόπηση με κάποιου είδους αιμόσταση. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 56,3%. Οι τύποι αιμόστασης που πραγματοποιήθηκαν κατά την ενδοσκόπηση ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους με τοποθέτηση κλίπ 31,3% και ένεση αδρεναλίνης στο 18,8%. Τα ευρήματα θερμοκαυτηρίασης με APC ήταν στο 6,3%. Η θεραπευτική ενδοσκόπηση επιτρέπει την ταυτοποίηση της πηγής της αιμορραγίας και την εφαρμογή θεραπείας στην ίδια συνεδρία. Σε ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά ασταθείς και με εκτεταμένες ποσότητες αίματος και θρόμβων στο στόμαχο, μπορεί να μην είναι αποτελεσματική η θεραπεία με αποτέλεσμα τις επαναλαμβανόμενες ενδοσκοπικές διαδικασίες στην εστία της αιμορραγίας (Holster & Kuipers, 2012).

Αναλυτικότερα από τα 5 άτομα με κίρσους οισοφάγου (για τον έναν ασθενή με κίρσους στομάχου δεν υπάρχουν δεδομένα)

Statistics

Τύπος αιμόστασης ανωτέρου

N	Valid	5
	Missing	0

Τύπος αιμόστασης ανωτέρου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
APC	1	20,0	20,0	20,0
Απολίνωση	1	20,0	20,0	40,0
Valid Χωρίς Δεδομένα	3	60,0	60,0	100,0
Total	5	100,0	100,0	

Πίνακας 6

Σε περιστατικά με κίρσους οισοφάγου το πιο συχνό εύρημα ήταν η θερμοκαυτηρίαση με APC και απολίνωση κίρσων σε ποσοστό 20%. Στο 60% των περιστατικών δεν βρέθηκαν δεδομένα όσο αφορά κάποιο είδος αιμόστασης απο το συνολικό ποσοστό ασθενών.

Για τα 5 άτομα με αγγειοδυσπλασία: τα 3 αντιμετωπίστηκαν με APC (για τα άλλα 2 δεν υπάρχουν δεδομένα)

		Ταξινόμηση πεπτικού έλκους	Τύπος αιμόστασης ανωτέρου
N	Valid	5	5
	Missing	0	0

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	NAI	3	60,0	60,0	60,0
Valid	Χωρίς Δεδομένα	2	40,0	40,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Πίνακας 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	APC	3	60,0	60,0	60,0
Valid	ΧΩΡΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	2	40,0	40,0	100,0
	Total	5	100,0	100,0	

Πίνακας 8

Σε περιστατικά ενδοσκοπικής αιμόστασης με αγγειοδυσπλασία απο το συνολικό ποσοστό, το 60% θεραπεύτηκε με APC και στο υπόλοιπο 40% δεν χρειάστηκε κάποιου είδους θεραπεία.

Για τα άτομα με υποβλεννογόνιους όγκους του ανώτερου πεπτικού (3 άτομα) και του όγκους του βλεννογόνου (1 άτομο) δεν υπάρχουν δεδομένα.

Από τα 8 άτομα με κλινική εικόνα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό (μέλαινες, καφεοειδείς έμετοι και αιμόπτυση) και φυσιολογική γαστροσκόπηση ακολούθησε κολοσκόπηση σε 7 από αυτά.

Σε 5 από αυτούς βρέθηκε εστία της αιμορραγίας και σε 2 από αυτούς πραγματοποιήθηκε ενδοσκοπική αιμόσταση.

Έγινε κολοσκόπηση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	7	87,5	87,5	87,5
Valid ΧΩΡΙΣ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Πίνακας 9

Ευρήματα κολοσκόπησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αιμορροϊδοπάθεια	1	12,5	12,5	12,5
Valid Εκκολπωματωση	2	25,0	25,0	37,5
Valid Αγγειοδυσπλασίες	1	12,5	12,5	50,0
Valid Άλλο αίτιο	1	12,5	12,5	62,5
Valid Αρνητικό δεν βρέθηκε αιτία	3	37,5	37,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Πίνακας 10

Η κολοσκόπηση αποτελεί μια διαδικασία που λειτουργεί συμπληρωματικά όταν έχουμε αιμορραγία ανώτερου πεπτικού αλλά και διαγνωσικά και θεραπευτικά σε αιμορραγία κατώτερου πεπτικού. Πιο συγκεκριμένα παθολογικά ευρήματα αιμορροϊδοπάθειας βρέθηκαν στο 12,5%, εκκολπώματα εντέρου στο 25%, αγγειοδυσπλασίες η άλλο αίτιο σε χαμηλότερο ποσοστό 12,5%. Απο το συνολικό ποσοστό αρνητικές κολονοσκοπήσεις χωρίς αιτιολογία ήταν στο 37,5%. Όσο αφορά τον τύπο αιμόστασης σε θεραπευτική παρέμβαση με την τεχνική APC ή αιμοστατικού κλίπ με βάση τα δεδομένα ανέρχονται σε ποσοστό 12,5 %.

Τύπος αιμόστασης κατωτέρου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid APC	1	12,5	12,5	12,5
Valid ΚΛΙΠ	1	12,5	12,5	25,0
Valid ΔΕΝ Βρεθηκαν δεδομενα	6	75,0	75,0	100,0
Total	8	100,0	100,0	

Πίνακας 11

- Γενικά από τους 105 ασθενείς της μελέτης, σε 43 άτομα δεν υπήρχαν δεδομένα σχετικά με τα ευρήματα κολοσκόπησης. Για τους υπόλοιπους τα ευρήματα παρουσιάζονται παρακάτω:

Statistics

Ευρήματα κολοσκόπησης

N	Valid	105
	Missing	0

Ευρήματα κολοσκόπησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αιμορροΐδες	20	19,0	19,0	19,0
Valid Έλκη ορθού	3	2,9	2,9	21,9
Valid Πολύποδας	8	7,6	7,6	29,5
Valid Καρκίνος	1	1,0	1,0	30,5
Valid Εκκολπωματώση	12	11,4	11,4	41,9
Valid Αγγειοδυσπλασίες	1	1,0	1,0	42,9
Valid Ισχαιμική κολίτιδα	6	5,7	5,7	48,6
Valid Μικροβιακοί κολίτιδα	1	1,0	1,0	49,5
Valid ΙΦΝΕ	1	1,0	1,0	50,5
Valid Άλλο αιτιο	9	8,6	8,6	59,0
Valid Αρνητική εξέταση	43	41,0	41,0	100,0
Total	105	100,0	100,0	

Πίνακας 12

Η εστία αιμορραγίας κατώτερου πεπτικού ευρίσκεται μετά το σύνδεσμο του Treitz και πιθανότατα προέρχεται από το λεπτό έντερο, το κόλον ή τον πρωκτό (Κεϊμαλή και συν, 2016). Στη συγκεκριμένη έρευνα αρνητική εξέταση δόθηκε στο 41% και με αιμορροιδοπάθεια στο 19%. Σε μικρότερο ποσοστό των 11,4% βρέθηκαν πολλαπλά εκκολώματα στο έντερο, 2,9% έλκη ορθού και στο 7,6% πολύποδες εντέρου. Ισχαιμική κολίτιδα παρατηρήθηκε σε ποσοστό 5,7% αλλά από μικροβιακή λοίμωξη και ΙΦΝΕ σε ποσοστό 1%. Ευρήματα από άλλο αίτιο παρουσιάστηκαν στο 8,6% ενώ πιο σοβαρές παθήσεις και καρκίνοι στο έντερο βρέθηκαν στο 1% από το σύνολο των εξεταζόμενων.

30 άτομα εκδήλωσαν αιματοχέσια με αρνητική γαστροσκόπηση

Τα ευρήματα της κολοσκόπησης σε αυτούς τους ασθενείς ήταν:

Statistics

Ευρήματα κολοσκόπησης

N	Valid	30
	Missing	0

Ευρήματα κολοσκόπησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αιμορροιδοπάθεια	11	36,7	36,7	36,7
Έλκη ορθού	1	3,3	3,3	40,0
Πολύποδας	4	13,3	13,3	53,3
Καρκίνος εντέρου	1	3,3	3,3	56,7
Εκκολπώματωση	5	16,7	16,7	73,3
Ισχαιμική Κολίτιδα	3	10,0	10,0	83,3
Μικροβιακή κολίτιδα	1	3,3	3,3	86,7
ΙΦΝΕ	1	3,3	3,3	90,0
Άλλο	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Πίνακας 13

Τα παραπάνω ευρήματα στο μεγαλύτερο ποσοστό αφορούσαν αιμορροιδοπάθεια στο 36,7%. Στη συνέχεια σοβαρότερες παθήσεις όπως έλκη ορθού, καρκίνοι εντέρου, ΙΦΝΕ και μικροβιακή κολίτιδα σημειώθηκαν σε χαμηλότερο ποσοστό 3,3%. Ισχαιμική κολίτιδα και άλλα αίτια παρατηρήθηκαν στο 10%. Επίσης πολύποδες εμφανίστηκαν στο 13,3% και εκκολπωμάτωση σε χαμηλότερο ποσοστό 16,7%.

Για κανένα από αυτά τα 30 άτομα δεν βρέθηκαν δεδομένα σχετικά με τον τύπο αιμόστασης.

Τύπος αιμόστασης κατωτέρου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Χωρίς δεδομένα	30	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 14

5. Αξιολόγηση της έρευνας

Η παρούσα μελέτη αφορούσε δείγμα ασθενών που είχαν αιμορραγία πεπτικού όπου παρακολούθηθηκαν στο Ηπατογαστρεντρολογικό Εργαστήριο στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Το δείγμα προήλθε αποκλειστικά απο αιμορραγικά περιστατικά ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου. Στη συγκεκριμένη ποσοτική μελέτη περιλαμβάνονται σχετικά ασφαλή συμπεράσματα καθώς η καταγραφή των στοιχείων έγινε βάση ειδικών παραμέτρων και άντλησης δεδομένων απο τον ιατρικό φάκελο του κάθε ασθενή αλλά και της παρατήρησης της ενδοσκοπικής διαδικασίας και των ενδοσκοπικών εκθέσεων.

Τα αποτελέσματα μελλοντικά θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν συμπληρωματικές παραμέτρους για την ανάπτυξη της έρευνας, όπως είναι το μεγαλύτερο δείγμα ασθενών απο άλλες ενδοσκοπικές μονάδες και κλινικές της χώρας. Για παράδειγμα θα μπορούσαν να διαμορφωθούν παράμετροι όπως η διάρκεια της αιμορραγίας το φαρμακευτικό σχήμα και το είδος της αγωγής, άλλες παρεμβατικές διαδικασίες και πιο αναλυτικό ιστορικό καθώς και καταγραφή νοσηλευτικών ενεργειών και της διεργασίας βάσει τεκμηριωμένων αποδείξεων. Επίσης θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν παράμετροι σχετιζόμενοι με την ποιότητα ζωής των ασθενών (π.χ χρήση αλκοόλ, διατροφή και άσκηση) καθώς και στοιχεία στοχευμένων παρεμβάσεων όπως η λήψη αντιπηκτικής αγωγής απο προηγούμενο ιστορικό ή κάποια καρδιαγγειακή πάθηση.

Όσο αφορά την μεθοδολογία καταγραφής του δείγματος, έγινε μέσω κριτηρίων που αναφέρονταν το φύλο, η ηλικία, η κλινική νοσηλείας και το αν το περιστατικό ήταν έκτακτο ή απο διακομιδή. Μετρήθηκε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ασθενών αποτελούμενο απο επείγουσες η προγραμματισμένες ενδοσκοπήσεις. Στη συνέχεια η καταγραφή έγινε απο γαστρεντερολογικές εκθέσεις και λαμβάνονταν υπ όψιν προηγούμενες επεμβάσεις η παθήσεις. Καταγράφηκε ο τρόπος που εκδηλώθηκε η αιμορραγία καθώς και αν προέρχονταν απο το ανώτερο ή το κατώτερο πεπτικό και τα κύρια ευρήματα των κολονοσκοπήσεων και γαστροσκοπήσεων.

Επίσης καταγράφηκε ο τύπος αιμόστασης (ένεση αδρεναλίνης, καυτηρίαση, καυτηρίαση με APC, τοποθέτηση κλιπ, απολίνωση κισών κα) καθώς και το αν εντοπίστηκε το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, η χειρουργική εκτίμηση και η έκβαση του ασθενή καθώς και το αν επαναλήφθηκε η ενδοσκόπηση. Επομένως ως κριτήρια

αποδοχής του δείγματος της έρευνας ήταν αποκλειστικά οι αιμορραγικοί ασθενείς με συγκεκριμένα συμπτώματα που παρέπεμπαν σε αιμορραγική εστία. Βασικό κριτήριο αποδοχής ήταν και η αιμόσταση πεπτικού και η καταγραφή της διαδικασίας αναλυτικά. Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα παρέπεμπαν σε ασθενείς που είχαν άλλες παθήσεις που δεν σχετίζονταν με αιμορραγία όπως οι απλές ενδοσκοπήσεις για διάγνωση, οι προληπτικές δοκιμασίες, ERCP, υπερηχογραφικοί έλεγχοι, πολύποδες, παρακολούθηση νόσου κ.λπ.

Όσο αφορά την ηθική και τη δεοντολογία της έρευνας, τηρήθηκαν αυστηρά οι κανονισμοί και οι υποδείξεις σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών καθώς και το απόρρητο του τμήματος. Κατά τη διεξαγωγή τηρήθηκε εμπιστευτικά το όνομα του ασθενή και ο ιατρικός φάκελος με τις οδηγίες και τα αποτελέσματα των εξετάσεων και της φαρμακευτικής αγωγής. Η ηθική και δεοντολογία πρέπει να τηρείται με βάση τις αρχές της αξιοπρέπειας, της μοναδικότητας του ατόμου και της προσφοράς στον συνάνθρωπο. Πιο συγκεκριμένα όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα άρθρα η ιδιωτικότητα στον ενδοσκοπικό χώρο αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και την ομαλή συνεργασία. Επομένως ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να διατηρήσει κάτι για τον εαυτό του με βάση την αξία της αυτονομίας και έτσι η ιδιωτικότητα λαμβάνει άλλες διαστάσεις (Λεμονίδου, 2016).

6. Συζήτηση

Οι αιμορραγίες πεπτικού σε όποια μορφή και να εκδηλώνονται, αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα στην καθημερινή πρακτική και η κάθε αιμορραγία αντιμετωπίζεται με εντελώς διαφορετικό τρόπο είτε χειρουργικά είτε με θεραπευτικό σχήμα κατά την ενδοσκόπηση. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάδειξη του ρόλου του νοσηλευτή στην διαδικασία της ενδοσκόπησης και τη συμβολή του για την μέγιστη δυνατή απόδοση πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την δοκιμασία.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες η διαδικασία έχει εξελιχθεί ταχύτατα τα τελευταία χρόνια και μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά ως προς κάποια αιμορραγία όσο αφορά τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση, σε αντίθεση με παλαιότερα που ήταν αρκετά δύσκολο να αντιμετωπιστεί μια κρίσιμη κατάσταση. Πέρα από τις χειρουργικές μεθόδους η εξέλιξη της τεχνολογίας επηρεάζει σημαντικά και το νοσηλευτικό ρόλο όπως η συμμετοχή στην απεικονιστική διάγνωση με ενδοσκοπική κάψουλα.

Ακόμη τα περιστατικά αιμορραγίας είναι πλέον αντιμετωπίσιμα σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό, όπως τεκμηριώθηκε στην παρούσα μελέτη χωρίς να γίνει επέμβαση χειρουργικά και με ελάχιστες επιπτώσεις για τον ασθενή. Συνήθως η διαδικασία οδηγεί σε μεγάλο ποσοστό σε επιτυχή προσδιορισμό και θεραπεία στο πεπτικό σύστημα καθώς υπάρχουν πολυάριθμες τεχνικές για τη διαχείριση της. Επιπλέον η τεχνολογική εξέλιξη έχει συμβάλλει θετικά στην εξέλιξη του ενδοσκοπικού νοσηλευτή όσο αφορά την εκπαίδευση του καθώς δίνεται η δυνατότητα εκπαίδευσης με νέες ασύγχρονες μεθόδους.

Καταλήγοντας, η νοσηλευτική διεργασία που είναι τεκμηριωμένη με αποδείξεις και η αναστοχαστική πρακτική, συμβάλλει αρκετά στο αντικείμενο των ενδοσκοπήσεων προσφέροντας ολιστική φροντίδα στον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα σημαντική είναι η ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με αιμορραγία και έτσι το έργο του νοσηλευτή καθίσταται αρκετά δύσκολο καθώς πρέπει να ληφθούν υπ όψιν και διάφορα άλλα σημεία όπως η κρισιμότητα της κατάστασης του ασθενή, να δίνεται βάση στο ιστορικό του λεπτομερώς και φυσικά δεν πρέπει να απουσιάζει από το σχέδιο φροντίδας η αξιολόγηση του. Εν κατακλείδι η παρέμβαση του νοσηλευτή θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω με νέες μελέτες όσο αφορά την εξειδίκευση του και την ανάπτυξη της νοσηλευτικής διεργασίας.

7. Συμπεράσματα

Στη μελέτη αυτή, προσδιορίστηκε ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή και της νοσηλευτικής διεργασίας σε επείγουσες καταστάσεις. Επίσης μελετήθηκε λεπτομερώς η παρέμβαση τους βάσει επιστημονικών αποδείξεων και της τεκμηριωμένης πρακτικής (evidence based practice). Απο την βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεραίνουμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός στη λεπτομερή φροντίδα ενός ασθενή με αιμορραγία, καθώς πρέπει να βρίσκεται σε εγρήγορση και να αξιολογεί συνεχώς οποιαδήποτε κατάσταση. Επίσης πρέπει να αξιολογεί την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας αλλά και να εξελίσσεται μέσω της έρευνας και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του. Μελλοντικά η εξέλιξη του ενδοσκοπικού νοσηλευτή μπορεί να διαφοροποιηθεί σημαντικά μέσω της εκπαίδευσης καθώς για παράδειγμα μπορεί να αναλάβει την διεκπεραίωση περισσότερων δραστηριοτήτων, όπως η ανάγνωση και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων μιας ενδοσκόπησης συμπληρωματικά με την ιατρική εξέλιξη.

Όσο αφορά τις αιμορραγίες, στο Πανεπιστημιακό Τμήμα του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της έρευνας συμπεραίνουμε ότι υπήρξαν πολυάριθμα περιστατικά με κύριο σύμπτωμα αιμορραγίας τη μέλαινα και την αιματέμεση σε 105 ασθενείς. Απο αυτούς οι περισσότεροι αντιμετωπίστηκαν ενδοσκοπικά χωρίς χειρουργική επέμβαση και προέρχονταν νοσηλευόμενοι απο την Παθολογική και Χειρουργική κλινική ή το ενδοσκοπικό εργαστήριο απ ευθείας απο το σπίτι ή απο άλλο νοσοκομείο. Σχετικά με την έκβαση, στους περισσότερους ασθενείς βρέθηκε η αιτία που αιμορράγησαν και έγιναν και επαναληπτικές ενδοσκοπήσεις για επανέλεγχο. Επίσης έγιναν ενδοσκοπήσεις σε πολλές περιπτώσεις αιμορραγίας κατώτερου για την επιβεβαίωση της εστίας (απο το ανώτερο ή κατώτερο πεπτικό) και στο 60% αντιμετωπίστηκε η αιμορραγία ενδοσκοπικά.

Η επείγουσα αντιμετώπιση, όπως αποδείχθηκε και σε προηγούμενες έρευνες, μειώνει τον χρόνο νοσηλείας των ασθενών και συμβάλλει θετικά στην έκβαση τους. Μικρό ποσοστό των περιστατικών της παρούσας έρευνας οδηγήθηκε σε χειρουργική εκτίμηση αλλά ο χρόνος νοσηλείας τους εξαρτώνταν απο την κλινική νοσηλείας αλλά και την περαιτέρω διερεύνηση απο άλλες ειδικότητες σε περιπτώσεις που υπήρχε ιστορικό όπως λ.χ καρδιαγγειακές παθήσεις και διάφορα άλλα νοσήματα. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι χρησιμοποιήθηκε σύγχρονος εξοπλισμός και το τμήμα ήταν

πλήρως εξοπλισμένο. Αυτό σημαίνει ότι οδηγούμαστε σε ασφαλή συμπεράσματα όσο αφορά την αντιμετώπιση και τη νοσηλευτική παρέμβαση στα περιστατικά.

Τέλος, η συμμετοχή των νοσηλευτών ήταν απαραίτητη στις διαδικασίες όσο αφορά την προετοιμασία, την διενέργεια της εξέτασης ως βοηθός του ενδοσκόπου και στην συνέχεια την υποστήριξη τους ασθενή μετά τη διαδικασία. Σε πολύ μικρό ποσοστό εμφανίστηκαν απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σε άτομα νεαρής ηλικίας εμφανίστηκαν αυτοάνοσα νοσήματα όπως η νόσος του Crohn και ΙΦΝΕ σε μικρό ποσοστό. Αιμόσταση έγινε περισσότερο σε περιστατικά ανώτερης αιμορραγίας. Μεγαλύτερο ποσοστό υπήρξε στους πολύποδες και σε κάποια έλκη στομάχου, τα οποία αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς και οι ασθενείς θεραπεύτηκαν χωρίς επιπλοκές.

Λίστα Παραπομπών

Ξενόγλωσσες αναφορές

Aspinall, R. & Taylor-Robinson, S., 2002. *Mosby's Color Atlas and Text of Gastroenterology and Liver Disease*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ι. Κυρλαγκίτσης. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Bauer, C., & Sauer, B. G., 2019. Growing and Retaining an Endoscopy Nurse. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17 (1), p. 5-7.

Chapman, W., Siau, K., Thomas, F., Ernest, S., Begum, S., Iqbal, T., & Bhala, N., 2019. Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses. *British Journal of Nursing*, 28 (1), p. 53-59.

DeWit, S., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και Πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Dreanic, J., Barret, M., Dhooge, M., Gaudric, M., Leblanc, S., Abitbol, V., Prat, F., Chaussade, S. and Coriat, R., 2018. Small bowel capsule endoscopy: May we delegate it to nurses?. *Clinics and research in hepatology and gastroenterology*, 42 (2), p. 168-173.

Esteban-Zubero, E., Sarmiento-Acosta, E., Sáez-Jiménez, S., Alatorre-Jiménez, M. A., Marín-Medina, A., Asín-Corrochano, M. O., Gómez-Ramos, J., 2018. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *Annals of Gastroenterology and the Digestive System*, 3 April, p. 1-7

Farrar, F.C., 2018. Management of acute gastrointestinal bleed. *Critical Care Nursing Clinics*, 30 (1), p. 55-66.

Gralnek, I. M., Dumonceau, J. M., Kuipers, E. J., Lanas, A., Sanders, D. S., Kurien, M., Racz, I., 2015. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy*, 47 (10), p. 1-46.

Holster, I. L., & Kuipers, E. J., 2012. Management of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: current policies and future perspectives. *World journal of gastroenterology: WJG*, 18 (11), p. 1202-1207.

LeMone, P., Burke, K. & Bauldoff G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. 5η έκδοση. Τόμος Β. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Longo, D. & Fauci, A., 2010. *Harrison's Gastroenterology and Hepatology*. 1st edition. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ν. Βασιλική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Metwally, H., Donia, S. A., & Aziz, T. A., 2016. Safety Measures for Patients Undergoing Upper GIT Endoscopy. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 18 (1), p. 17-42.

Muguruma, N., Kitamura, S., Kimura, T., Miyamoto, H., & Takayama, T., 2015. Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: state of the art., 48 (2), p. 96-101.

Oprita, R., Ilie, M., Sandru, V., Berceanu, D., & Constantinescu, G., 2018. Gastrointestinal bleeding in patients admitted to the intensive care unit. *Arch Balk Med Union*, 53 (4), p. 544-550.

Perry, G.A. & Potter, P.A., 2012. *Βασική Νοσηλευτική & Κλινικές Δεξιότητες*. Κύπρος: Brooken Hill Publishers. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης .

Sengupta, N., Tapper, E. B., Patwardhan, V. R., Ketwaroo, G. A., Thaker, A. M., Leffler, D. A., & Feuerstein, J. D., 2015. Risk factors for adverse outcomes in patients hospitalized with lower gastrointestinal bleeding. *Mayo Clinic Proceedings*, 90 (8), p. 1021-1029.

Shin, D. S., Pietrini, S. D., Fitzgerald, Z. T., & Kogut, M. J., 2018. Acute lower gastrointestinal hemorrhage. *Digestive Disease Interventions*, 2 (3), p. 276-286.

Stanley, A. J., & Laine, L., 2019. Management of acute upper gastrointestinal bleeding. *thebmj*, [internet] 25 March. Available at: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l536> [Accessed 4 September 2019].

Tan, G., Thompson, T., & Sharma, A., 2018. The Roles and Responsibilities of Nurses in the Endoscopy Unit. In: Sridhar S., Wu G., eds 2018. *Diagnostic and*

Therapeutic Procedures in Gastroenterology. United States of America: Humana Press, Cham. p. 575-585.

Taveras, L. R., Weis, H. B., Weis, J. J., & Hennessy, S. A., 2019. Acute Gastrointestinal Bleeding In: Renton, D., Lim, R., Gallo, A. S., Sinha, P., eds 2019. *The SAGES Manual of Acute Care Surgery*. United States of America: Springer, Cham. p. 157-184.

Yu, S., & Roh, Y. S., 2018. Needs assessment survey for simulation-based training for gastrointestinal endoscopy nurses. *Nursing & health sciences*, 20 (2), p. 247-254.

Ελληνόγλωσσες αναφορές

Diamantopoulou, G., Konstantakis, C., Kottorou, A., Skroubis, G., Theocharis, G., Theopistos, V., Thomopoulos, K., 2017. Acute lower gastrointestinal bleeding: characteristics and clinical outcome of patients treated with an intensive protocol. *Gastroenterology research*, 10 (6), p. 352-358

Ελευθεριάδης, Ν.Π., Αγγουριδάκη, Χ., Μακρή, Σ.Π., Τσαβδαρίδου, Β., Φωκά, Ζ., Μακρής, Π.Ε., 2001. Αιμορραγία ανώτερου πεπτικού σε κληρονομικές αιμορραγικές παθήσεις: Ο ρόλος του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (1), σελ. 58-6

Κεϊμαλή, Ε., Καδδά, Ο., Βασιλόπουλος, Γ., Χασιώτη, Γ., Μαρβάκη, Α., Γιαχάι, Έ., Ράπτης, Ν., 2016. Επείγουσες ενδοσκοπήσεις σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 15 (1), σελ. 83-95.

Λεμονίδου, Χ. Β., 2016. Ενότητα Γ: *Νομοθεσία και Δεοντολογία στο Χώρο της Υγείας: Σημειώσεις Σεμιναρίου*.

Μαυρογιάννης, Χ., 2008. *Ενδοσκοπήσεις Πεπτικού Συστήματος: Βασικές αρχές, Κλινικές Εφαρμογές, Περιενδοσκοπική Φροντίδα*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Παπαλάμπρος, Λ., 2011. *Χειρουργική: Απο το Διδακτικό και Ερευνητικό Προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Παράρτημα

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Τίτλος: Ο ρόλος του νοσηλευτή στις ενδοσκοπήσεις ανώτερου και κατώτερου πεπτικού και μελέτη περιπτώσεων αιμορραγίας.

Εισαγωγή στο θέμα: Το ζήτημα των ενδοσκοπήσεων του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας στο να διερευνηθεί ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην ενδοσκόπηση και στην παρατήρηση, μελέτη και σύγκριση ειδικών περιπτώσεων, όπως οι αιμορραγίες πεπτικού. Έτσι ο νοσηλευτής, ως εξειδικευμένος επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι ενημερωμένος και να έχει τις κατάλληλες γνώσεις για την διασφάλιση αποτελεσματικής φροντίδας.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας: Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη της Κεϊμαλή και συν. (2016) η διενέργεια επείγουσας ενδοσκόπησης μειώνει τον χρόνο νοσηλείας, τον αριθμό των περιστατικών και συμβάλλει σημαντικά στην έκβαση της ανάρρωσης των ασθενών. Στην μελέτη αυτή αναφέρεται ότι η οξεία αιμορραγία πεπτικού αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα μέσω της επείγουσας ενδοσκόπησης, καταλήγοντας στο ότι η χειρουργική αντιμετώπιση εφαρμόζεται σε όλο και λιγότερα περιστατικά. Επίσης σύμφωνα με τους Gralnek et al (2015), η διάγνωση και αντιμετώπιση της αιμορραγίας του γαστρεντερικού σωλήνα σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες, συνιστούν την κατεύθυνση της βέλτιστης πρακτικής με απαραίτητη την συστηματική αναθεώρηση καθώς κατα την πορεία της δράσης εμφανίζονται νέα δεδομένα. Επίσης οι Bonet et al, (2018) υποστηρίζουν ότι η λεπτομερής ενημέρωση των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν στην διαδικασία ενδοσκόπησης του πεπτικού, συμβάλλει στην διασφάλιση έγκαιρης συνέναισης τους, στην επιτάχυνση της διαδικασίας και στην μείωση του άγχους. Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι η αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού αποτελεί παγκοσμίως ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους νοσηλείας και κύρια αιτία θνησιμότητας και έτσι πρέπει να υπάρχει άρτια εκπαίδευση από τους επαγγελματίες υγείας στην διαδικασία της ενδοσκοπικής αιμόστασης (Muguruma et al, 2015).

Σκοπός/Στόχοι: Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν ζητήματα που προκύπτουν στον χώρο της ενδοσκόπησης και τη νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη διαχείριση τους. Επίσης οι στόχοι της μελέτης αφορούν την ανασκόπηση των νοσηλευτικών πράξεων και την τεκμηρίωση τους με βάση επιστημονικές αποδείξεις.

Επιστημολογική προσέγγιση: Η επιστημολογία θα διατυπωθεί μέσω του σχεδιασμού μιας ερευνητικής υπόθεσης με τον σαφή διαχωρισμό των στοιχείων της έρευνας. Επομένως η δημιουργία μιας ερευνητικής υπόθεσης θα μας οδηγήσει στον προσδιορισμό των σκοπών που προσδοκούμε από αυτή την έρευνα.

Μεθοδολογικός σχεδιασμός:

Ερευνητική μεθοδολογία: Θα μελετηθούν οι ασθενείς με αιμορραγία ανώτερου και κατώτερου πεπτικού που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση στην Ενδοσκοπική Μονάδα της Γαστρεντερολογικής Κλινικής του ΠΓΝΙ. Θα περιγραφεί ο ρόλος του νοσηλευτή ενδοσκόπησης και οι ενέργειες που πρέπει να κάνει για το χειρισμό αρρώστων με αιμορραγία πεπτικού.

Δειγματοληπτική τεχνική: Θα περιλαμβάνει την καταγραφή των στοιχείων από την ενδοσκόπηση και τον ιατρικό φάκελο του ασθενή, βάσει των παραμέτρων που θα καθοριστούν.

Δείγμα: Ασθενείς που έχουν εισαχθεί στο Νοσοκομείο λόγω γαστρεντερικής αιμορραγίας.

Χώρος Διεξαγωγής: Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο – Γαστρεντερολογική Κλινική/Εργαστήριο – Παθολογικές Κλινικές Α και Β – Χειρουργική Κλινική ΠΓΝΙ.

Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων: Συμπλήρωση φύλλου καταγραφής από τον ιατρικό φάκελο του ασθενή και την ενδοσκοπική έκθεση.

Το φύλλο καταγραφής θα περιλαμβάνει τις παρακάτω παραμέτρους:

Όνοματεπώνυμο (εμπιστευτικό), ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, τρόπος εμφάνισης αιμορραγίας, διάρκεια συμπτωμάτων πριν την εισαγωγή, χρόνος μεταξύ εισαγωγής και ενδοσκόπησης, ευρήματα ενδοσκόπησης, ενδοσκοπική θεραπεία, είδος

ενδοσκοπικής θεραπείας, χειρουργική θεραπεία, είδος χειρουργικής θεραπείας, έλεγχος ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, έκβαση ασθενή, αιμοσφαιρίνη, ουρία, αιμοπετάλια, φιάλες που μεταγγίστηκαν, συνοδά νοσήματα και συνοδά φάρμακα που έπαιρνε ο ασθενής.

Ηθική της έρευνας: Διασφάλιση απορρήτου

Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων: Στατιστική ανάλυση μέσω του προγράμματος excel και SPSS.

Αναμενόμενα αποτελέσματα: Απο αυτήν την μελέτη αναμένεται να προσδιοριστεί ο ρόλος ενός εξειδικευμένου νοσηλευτή, να γίνει κατανοητό ποιές τεχνικές πραγματοποιούνται και πως γίνεται η άμεση νοσηλευτική παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις. Επίσης αναμένεται να μελετηθεί σε βάθος το πώς παρεμβαίνουμε σε καταστάσεις όπως η αιμορραγία πεπτικού κατά την ενδοσκόπηση μέσω των επιστημονικών αποδείξεων και την τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική.

Χρονοδιάγραμμα:

1/2019 – Συγκέντρωση δεδομένων

4/2019 – Ανάλυση δεδομένων

6/2019 – Συγγραφή και Παρουσίαση

Κόστος: οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν για τη συμβολή τους στην έρευνα.

Λέξεις κλειδιά: digestive endoscopy and nursing, ενδοσκόπηση πεπτικού και νοσηλευτική, αιμορραγία πεπτικού και νοσηλευτική.

Παραπομπές.

Κεϊμαλή, Ε., Καδδά, Ό., Βασιλόπουλος, Γ., Χασιώτη, Γ., Μαρβάκη, Α., Γιαχάι, Έ., & Ράπτης, Ν. (2016). Επείγουσες ενδοσκοπήσεις σε ασθενείς με αιμορραγία πεπτικού. *Rostrum of Asclepius/Vima του Asklipiou*, 15(1).

Gralnek, I. M., Dumonceau, J. M., Kuipers, E. J., Lanas, A., Sanders, D. S., Kurien, M., ... & Racz, I. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*, 47(10), a1-a46.

Bonet, N. C., Lupu, R., & Gibbings, S. (2018). A postal informed consent form for upper gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Nursing*, 16(5), 22-27.

Muguruma, N., Kitamura, S., Kimura, T., Miyamoto, H., & Takayama, T. (2015). Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: state of the art. *Clinical endoscopy*, 48(2), 96.

Όνομα μεταπτυχιακού φοιτητή: Καρέτσου Πηνελόπη.

Όνομα Επόπτη Καθηγητή: Δημήτριος Χριστοδούλου

Ημερομηνία Υποβολής 18.12.2018

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ

Όνοματεπώνυμο (εμπιστευτικό)

Ηλικία

Φύλο

Τόπος διαμονής ασθενή:

Προσέλευση από το σπίτι ή διακομιδή από άλλο Νοσοκομείο

Κλινική νοσηλείας ασθενή:

Ημερομηνία ενδοσκόπησης

Ενδοσκόπος

Χορήγηση καταστολής και είδος καταστολής

Ενδοσκόπηση επείγουσα ή προγραμματισμένη

Αιμορραγία ανώτερου ή κατώτερου πεπτικού:

Τρόπος εκδήλωσης αιμορραγίας (αιματέμεση, καφεοειδείς έμετοι, μέλαινα, αιματοχεσία, αναιμία).

Γαστροσκόπηση κύρια ευρήματα (έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου, διαβρωτική γαστρίτιδα, κίρσοι οισοφάγου, κίρσοι θόλου στομάχου, αγγειοδυσπλασία, όγκος υποβλεννογόνιος, όγκος βλεννογόνου, αρνητική)

Σε παρουσία έλκους ταξινόμηση έλκους (με ενεργό αιμορραγία, με ορατό αγγείο, με θρόμβο, με απλό στίγμα, με καθαρό πυθμένα).

Ενδοσκοπική αιμόσταση ανώτερου πεπτικού: ναι – όχι.

Τύπος αιμόστασης ανώτερου πεπτικού (ένεση αδρεναλίνης, καυτηρίαση, καυτηρίαση με APC, τοποθέτηση κλιπ, απολίνωση κίρσων κ).

Παρουσία ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (ναι, όχι, δεν έγινε έλεγχος).

Κολοσκόπηση κύρια ευρήματα (αιμορροΐδες, έλκη ορθού, ραγάδα πρωκτού πολύποδας, καρκίνος, εκκολπωματώση, αγγειοδυσπλασίες, φλεγμονώδης νόσος εντέρου, μικροβιακή κολίτιδα, ισχαιμική κολίτιδα, αιμορραγία μετά από πολυπεκτομή, άλλο αίτιο)

Ενδοσκοπική αιμόσταση κατώτερου πεπτικού

Τύπος αιμόστασης κατώτερου πεπτικού (κλιπ, ένεση αδρεναλίνης, θερμοκαυτηρίαση, APC).

Χειρουργική αντιμετώπιση:

Επιπλοκές γαστροσκόπησης.

Επιπλοκές κολοσκόπησης.

Ανάγκη επαναληπτικής ενδοσκόπησης. Ευρήματα επαναληπτικής ενδοσκόπησης.

Έκβαση ασθενή (ίαση, χειρουργική αντιμετώπιση, θάνατος).