



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία με θέμα:
Παγκρεατίτιδα & ο ρόλος του νοσηλευτή

Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:

Κάντα Ελένη-Μαργαρίτα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	4
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	6
3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	7
Α΄ ΜΕΡΟΣ	9
1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ	9
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	10
3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	12
4. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	13
4.1. Οξεία παγκρεατίτιδα.....	13
4.1.1.Αίτια	13
4.1.2.Κλινική εικόνα	14
4.1.3.Διάγνωση.....	14
4.1.4.Διαφορική διάγνωση	16
4.1.5.Σταδιοποίηση.....	16
4.1.6.Πρόγνωση.....	17
4.1.7.Πρόληψη	18
4.1.8.Θεραπεία & Συμπληρωματικές Θεραπείες	19
4.2.Χρόνια Παγκρεατίτιδα	21
4.2.1.Ορισμός	21
4.2.2. Παράγοντες Κινδύνου	21
4.2.3.Κλινική Εικόνα.....	23
4.2.4.Διάγνωση.....	24
4.2.5.Πρόγνωση.....	27
4.2.6.Θεραπεία	27
4.2.7.Επιπλοκές	30
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....	33
1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	33
2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	35
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	37
3.1 Νοσηλευτική Διαχείριση του Οξέος και Χρόνιου Πόνου	37
3.2 Νοσηλευτική Διαχείριση των Διαταραχών Θρέψης.....	39

3.3.Νοσηλευτική Διαχείριση των Διαταραχών Ισοζυγίου Υγρών	40
3.4 Νοσηλευτική Διαχείριση Προβλημάτων Κατάχρησης	41
4.ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	42
Γ' ΜΕΡΟΣ.....	44
ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	44
1.Το είδος της έρευνας	44
2.Περιγραφή δείγματος	44
3.Μέθοδος συλλογής δεδομένων	44
4.Διαδικασία συλλογής δεδομένων	45
5.Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων.....	46
6.Ανάλυση των δεδομένων.....	52
6.1.Παγκρεατίτιδα και η Επίδρασή της στην Ποιότητα Ζωής του Ασθενή	52
 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	 60
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	 61

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Παγκρεατίτιδα ονομάζεται η πρόκληση φλεγμονής στο πάγκρεας και διακρίνεται σε οξεία και χρόνια νόσο. Η συχνότητα επίπτωσής της τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί αρκετά, με σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογία και την ποιότητα ζωής του ασθενή, γεγονός που αποδεικνύει την επιτακτική ανάγκη που υπάρχει για πρόληψη της νόσου, αλλά και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτής. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαχείρισης της και έχει ως στόχο την στήριξη και την παροχή βοήθειας, ώστε να βελτιωθεί ο τρόπος ζωής του ασθενή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχτεί η σημασία της παγκρεατίτιδας και να γίνει κατανοητός ο τρόπος διαχείρισης των περιστατικών παγκρεατίτιδας από τον/την νοσηλευτή/τρια.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η παγκρεατίτιδα αποτελεί μία σοβαρή και σταδιακά αναπτυσσόμενη νόσο, μέσω της οποίας προβάλλεται η ανάγκη για αντιμετώπιση τόσο των σωματικών συμπτωμάτων όσο και των ψυχολογικών και της μείωσης καταχρήσεων.

Συμπεράσματα: Γίνεται σαφές ότι ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην σωστή καθοδήγηση των ασθενών με οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, καθώς είναι και εκείνος που διαθέτει τις κατάλληλες επαγγελματικές δεξιότητες ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη πρόληψη και θεραπεία της πάθησης αυτής.

Λέξεις κλειδιά: «παγκρεατίτιδα», «οξεία παγκρεατίτιδα», «χρόνια παγκρεατίτιδα», «πάγκρεας», «ο ρόλος του νοσηλευτή», «νοσηλευτικές παρεμβάσεις».

SUMMARY

Introduction: Pancreatitis is the inflammation of the pancreas and is distinguished between acute and chronic disease. Its incidence in recent years has increased significantly, with significant effects on the patient's psychology and quality of life, which proves the imperative that exists for the prevention of the disease, as well as its effective treatment. The role of the nursing staff is an integral part of its management and aims to support and provide assistance in order to improve the patient's lifestyle.

Aim: The purpose of this work is not to highlight the importance of pancreatitis and to understand the way of managing pancreatitis cases by the nurse.

Material and Method: The international bibliography was reviewed in the electronic databases PubMed and Google Scholar. The material was collected after a thorough study of the relevant bibliography, which emerged from selected articles published, mainly, of the last ten years both in English and Greek language.

Results: Pancreatitis is a serious and gradually developing disease, through which the need to deal with both physical and psychological symptoms and to reduce abuse is highlighted.

Conclusions: It becomes clear that the nurse plays an important role in the correct guidance of patients with acute or chronic pancreatitis, as he is also the one who has the appropriate professional skills to achieve the best prevention and treatment of this condition.

Keywords: “pancreatitis”, “acute pancreatitis”, “chronic pancreatitis”, “pancreas”, “role of nurse”, “nursing support”.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανάδειξη της σημασίας της παγκρεατίτιδας, καθώς και η διεξοδική ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και της παρεχόμενης φροντίδας στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανεξαρτησία των ασθενών που πάσχουν από την νόσο. Είναι σημαντικό να αναδειχθεί η σπουδαιότητα της νοσηλευτικής πράξης, διότι, είναι και εκείνοι που συμμετέχουν ενεργά και συνεχώς στην καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της κατάστασης.

Η εργασία απαρτίζεται από τρία μέρη. Αρχικά, θα γίνει μία σύντομη παρουσίαση των ιστορικών και επιδημιολογικών στοιχείων της νόσου. Στο πρώτο μέρος της εργασίας θα επιχειρήσουμε να ασχοληθούμε με την ανάλυση των μορφών παγκρεατίτιδας, ξεχωριστά. Συγκεκριμένα, στο πρώτο και δεύτερο κεφάλαιο παρατίθενται πληροφορίες σχετικά με την ανατομία και την φυσιολογία του παγκρέατος, αντίστοιχα, ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητή η παθολογία της νόσου, η οποία αναλύεται στο τρίτο κεφάλαιο. Έπειτα, το τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας ασχολείται με την εκτενή ανάλυση της παγκρεατίτιδας. Με άλλα λόγια, παρουσιάζονται πληροφορίες που σχετίζονται με την οξεία παγκρεατίτιδα και πιο συγκεκριμένα με τους παράγοντες της νόσου, την κλινική εικόνα, την διάγνωση και διαφορική διάγνωση που μπορεί να επιτευχθεί, την αξιολόγηση του σταδίου που βρίσκεται, την πρόγνωση της πάθησης, τα προληπτικά μέτρα που είναι δυνατό να εφαρμοστούν, την θεραπεία, αλλά και την αξιολόγηση της νόσου. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η δεύτερη κατηγορία της νόσου και πιο συγκεκριμένα, τι ορίζουμε ως χρόνια παγκρεατίτιδα, τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα, τις διαγνωστικές μεθόδους που συνήθως πραγματοποιούνται, την πρόγνωση της νόσου, την θεραπευτική αντιμετώπιση και τις επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν και να επηρεάσουν την πρόγνωση αυτής.

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας πτυχιακής, που απαρτίζεται από τέσσερα κεφάλαια, ασχολείται με τον ρόλο του νοσηλευτή. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην εκτίμηση της κατάστασης, εξηγείται ο τρόπος με τον οποίο ο νοσηλευτής συμβάλλει στη διάγνωση της κατάστασης, γίνεται ανάλυση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων όσον αφορά την αντιμετώπιση του οξέος και χρόνιου πόνου, τις διαταραχές θρέψης και ισοζυγίου υγρών και την διαχείριση προβλημάτων

κατάχρησης, παρατίθενται πληροφορίες για την επίτευξη της κατάλληλης κατ' οίκον φροντίδα για ασθενείς με παγκρεατίτιδα.

Τέλος, στο τρίτο και τελευταίο μέρος της εργασίας έγινε αναζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία για ανάλυση νέων ερευνητικών δεδομένων, τα οποία δίνουν νέα στοιχεία σχετικά με την παγκρεατίτιδα.

2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία της παγκρεατίτιδας αναφέρεται πως ξεκινάει από το 323 π.Χ., αφού ο Μέγας Αλέξανδρος φαίνεται να έπασχε από οξεία παγκρεατίτιδα (O'Reilly, 2001). Βέβαια, οι πληροφορίες και η γνώση για την οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα τον 20^ο αιώνα, είχαν συλλεχθεί κυρίως από τα ζώα και την πραγματοποίηση κλινικών δοκιμών. Τον 21^ο αιώνα, τα δεδομένα αυτά εμπλουτίστηκαν από μεγάλες μελέτες κοορτής βασισμένες στον γενικό πληθυσμό και συστηματικές ανασκοπήσεις, που συνέβαλαν σημαντικά στη κατανόηση της πάθησης (Petrov & Yadav, 2019).

Μάλιστα, το 1889 ερευνητής ο Huber Fitz δημοσίευσε μία μελέτη βασισμένη σε 53 ασθενείς, όπου εξηγούσε παθοφυσιολογικές πληροφορίες της πάθησης, ενώ, το 1896 ο μελετητής Chiari ανέλυσε περεταίρω τον μηχανισμό δράσης της πάθησης σε μία από τις δημοσιευμένες έρευνές του. Το 1952 οι Comfort και Steinberg ήταν οι πρώτοι που περιέγραψαν τον όρο κληρονομική παγκρεατίτιδα (O'Reilly, 2001). Μεταξύ των ετών 1963 και 1989 πραγματοποιήθηκαν τρεις συσκέψεις στην Μασσαλία και την Γαλλία, όπου ορίστηκε περεταίρω η έννοια της χρόνιας παγκρεατίτιδας, με βάση κλινικές, λειτουργικές και ιστολογικές ενδείξεις. Το 1984 καθιερώθηκε ο ορισμός της νόσου, όπου χαρακτηρίστηκε δηλαδή ως μία φλεγμονώδης πάθηση του παγκρέατος που προκαλεί μη αναστρέψιμη αλλαγή στη μορφολογία του και συνδυάζεται με μόνιμη απώλεια της λειτουργικότητάς του και χρόνια άλγος (Gardner et al., 2020). Έκτοτε, υπήρξαν πολλές αλλαγές στον ορισμό αλλά και στα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα, που οφείλονται κυρίως στην εξέλιξη της τεχνολογίας (Kichler & Jang, 2020).

Σχετικά με την χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, υπήρξε ένα σχετικά μεγάλο κύμα αλλαγών από το 1925 έως το 1939, που οφειλόταν στο αυξημένο ποσοστό θνητότητας, το οποίο ήταν της τάξεως του 50-78%. Την δεκαετία του 1970 καθιερώθηκε η αφαίρεση του νεκρωτικού ιστού ως η επικρατέστερη μέθοδος χειρουργικής θεραπείας (O'Reilly, 2001).

3.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κάθε χρόνο η παγκόσμια επίπτωση της οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι 34 και 10 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα στον γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, αναφέρουν πως το ποσοστό υποτροπιασμού ενός πρώτου επεισοδίου οξείας παγκρεατίτιδας σε ένα δεύτερο, ισούται με 20% πιθανότητα, ενώ η περίπτωση μετάβασης από ένα υποτροπιάζον επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας σε χρόνια πάθηση, ισοδυναμεί με ποσοστό της τάξεως του 35% (Petrov & Yadav, 2019).

Η συχνότητα της οξείας παγκρεατίτιδας τα τελευταία έτη έχει αυξηθεί αρκετά. Βέβαια, η παρατήρηση αυτή μπορεί να οφείλεται είτε στη πραγματική αύξηση της επίπτωσης είτε απλά στην αυξημένη ανίχνευση. Τα δύο βασικότερα και πιο συχνά αίτια οξείας παγκρεατίτιδας φαίνεται να είναι το μεταβολικό σύνδρομο και η υπερτριγλυκεριδαιμία. Παρά την αυξημένη επίπτωση, η θνησιμότητα αντιστοιχεί σε ποσοστό 2% (Gapp & Chandra, 2022). Το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 10% με την παρουσία ανεπάρκειας οργάνων, 20-30% με επίμονη ανεπάρκεια ενός οργάνου που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία, 30% με την παρουσία μολυσματικής από λοίμωξη νέκρωσης οργάνων, ενώ φτάνει το 40-60% λόγω του συνδρόμου συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (Machicado & Papachristou, 2019). Η ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται κυρίως οξεία παγκρεατίτιδα είναι τα 50-60 έτη, ενώ φαίνεται πως τα ποσοστά θνησιμότητας είναι ανάλογα της ηλικίας του ασθενούς. Τέλος, η συχνότητα εμφάνισης της νόσου εξαρτάται από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, αλλά και από την γεωγραφική θέση μιας περιοχής. Αυτό συμβαίνει, διότι, οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ και την εμφάνιση χολολιθίασης, δύο από τα βασικότερα αίτια δηλαδή της οξείας παγκρεατίτιδας (Gapp & Chandra, 2022).

Η υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα φαίνεται να πλήττει τις νεότερες ηλικίες, δηλαδή μεταξύ 30 και 40 ετών, σε σύγκριση με την οξεία που όπως αναφέρθηκε παραπάνω εμφανίζεται κυρίως κατά την έκτη δεκαετία ζωής. Η ηλικιακή διαφορά, αυτή, οφείλεται στους παράγοντες κινδύνου των παθήσεων, όπως το επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ και η παρουσία χολόλιθων (Weiss et al., 2019). Ακόμα, η κληρονομική παγκρεατίτιδα, που οφείλεται στη μετάλλαξη του γονιδίου του θρυψινογόνου, ξεκινά από την παιδική ηλικία και εξελίσσεται σε χρόνια παγκρεατίτιδα στα 20- 30 έτη ζωής. Η ιδιοπαθής οξεία παγκρεατίτιδα εμφανίζεται κατά μέσο όρο στα 65 έτη ζωής, ανεξάρτητα από το φύλο, ενώ, η χρόνια ιδιοπαθής κυρίως κατά την τρίτη

είτε κατά την έκτη έως έβδομη δεκαετία ζωής. Τέλος, οι ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα διαγιγνώσκονται κυρίως κατά την ηλικία των 50 με 60 ετών (Kichler & Jang, 2020).

Πιο συγκεκριμένα, η ετήσια επίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας κυμαίνεται κατά μέσο όρο από 4,4 έως 14 άτομα ανά 100.000, με επιπολασμό 36,9-52,4 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Το ποσοστό των αντρών που νοσεί υπερέχει έναντι των γυναικών, με συντελεστή 1,5- 4,6, ενώ ο μέσος όρος επιβίωσης μετά την έναρξη της νόσου είναι τα 20 έτη (Kichler & Jang, 2020).

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια από τις πιο κοινές επιπλοκές της παγκρεατίτιδας. Συγκεκριμένα, στη πλειοψηφία των περιπτώσεων (80%) οφείλονται στην οξεία και την υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα, ενώ στη χρόνια αποδίδεται το υπόλοιπο 20% των περιπτώσεων. Φαίνεται, μάλιστα, πως οι ασθενείς που πάσχουν από παγκρεατίτιδα διατρέχουν μεγαλύτερο από διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσουν από σακχαρώδη διαβήτη, σε σύγκριση με άτομα χωρίς ιστορικό παγκρεατίτιδας (Petrov & Yadav, 2019).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Το πάγκρεας είναι ένας μικτός αδένας του πεπτικού συστήματος, με ενδοκρινή και εξωκρινή μοίρα. Βρίσκεται στο πίσω μέρος της κοιλιάς και πιο συγκεκριμένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Είναι επίμηκες όργανο, βάρους 100-150 γραμμαρίων και μήκους 15 εκατοστών περίπου (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014;Κιτσανού, 2017). Διακρίνεται σε τρία μέρη, την κεφαλή, που είναι το πιο διογκωμένο τμήμα και περιβάλλεται από την αγκύλη του δωδεκαδάχτυλου, το σώμα, που είναι το μεσαίο τμήμα και την ουρά, που είναι το στενότερο (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Η εξωκρινής μοίρα κατέχει το 85% του παγκρέατος και αποτελείται από τις αδενοκυψέλες, τα κύτταρα των οποίων έχουν πυραμοειδή εμφάνιση, και από τον κύριο και επικουρικό παγκρεατικό πόρο. Οι αδενοκυψέλες αποτελούν τη λειτουργική μονάδα του εξωκρινούς παγκρέατος και παράγουν το παγκρεατικό υγρό, το οποίο εκκρίνουν στη συνέχεια στον σύστοιχο εκφορητικό πόρο (Κιτσανού, 2017). Το παγκρεατικό υγρό που έχει παραχθεί ταξιδεύει μέσω του παγκρεατικού πόρου, διασχίζοντας έτσι όλο το πάγκρεας, και αποβάλλεται τελικά, στο δωδεκαδάχτυλο, μέσα στο φύμα του Vater. Στη πορεία του, ο κύριος παγκρεατικός πόρος συναντάει τον χοληδόχο πόρο, παραλαμβάνοντας έτσι και τη χολή (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Μάλιστα, ισχύει ότι η διάμετρος του χοληδόχου πόρου είναι τρεις φορές μεγαλύτερη εκείνης του παγκρεατικού πόρου ενώ, η ενδοαυλική πίεση σημαντικά μικρότερη (Κατσάνου, 2017).

Το παγκρεατικό υγρό είναι διαυγές, αλκαλικό και άχρωμο, ενώ ο συνολικός όγκος που εκκρίνεται ανά ημέρα είναι 1-1,5L (Κιτσανού, 2017). Αποτελείται από νερό, πρωτεΐνες (ένζυμα) και ηλεκτρολύτες - κατιόντα όπως Na^+ , K^+ , Mg^{2+} , Zn^{2+} , Ca^{2+} . Οι πρωτεΐνες, μεταξύ άλλων, μπορεί να είναι πρωτεολυτικά ένζυμα για την πέψη των πρωτεϊνών, η παγκρεατική αμυλάση για την πέψη των υδατανθράκων και η παγκρεατική λιπάση για την πέψη των λιπών (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014;Sherwood, 2016).

Η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελείται από συναθροίσεις κυττάρων που ονομάζονται νησίδια Langerhans και αποτελούν το 2% του αδένος (Κιτσανού, 2017). Τα κύτταρα αυτά είναι τεσσάρων διαφορετικών τύπων, καθένα από τα οποία παράγει

ένα διαφορετικό εκκριτικό προϊόν. Πιο συγκεκριμένα, τα κύτταρα A παράγουν την γλυκαγόνη και το ανασταλτικό πεπτικό, τα κύτταρα B την ινσουλίνη, τα κύτταρα D την σωματοστατίνη και την γαστρίνη και τέλος, τα κύτταρα PP ή κύτταρα F παράγουν το παγκρεατικό πολυπεπτικό (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Οι πρωτεΐνες, μεταξύ άλλων, μπορεί να είναι πρωτεολυτικά ένζυμα, όπως θρυψίνη και χυμοθρυψίνη για τη πέψη των πρωτεϊνών, νουκλεοτικά όπως ριβονουκλεάση και δεοξυριβονουκλεάση, γλυκολυτικά όπως η παγκρεατική αμυλάση για την πέψη των υδατανθράκων, αλλά και λιπολυτικά όπως είναι τα ένζυμα λιπάση και φωσφολιπάση, που υδρολύουν τα λιπίδια και τα φωσφολιπίδια, αντίστοιχα (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014:Κιτσάνου, 2017).

Η παραγωγή και η αποθήκευση των παγκρεατικών ενζύμων, τα οποία αρχικά έχουν τη μορφή προενζύμων, γίνεται στα ζυμογόνα κοκκία. Πιο συγκεκριμένα, ζυμογόνα κοκκία ονομάζονται τα εκκριτικά κυστίδια που βρίσκονται στο κυτταρόπλασμα των εξωκρινών κυττάρων του παγκρέατος. Όταν θα είναι απαραίτητα για τη πέψη, θα απελευθερωθούν μέσω μιας διαδικασίας που ονομάζεται εξωκυττάρωση. Ισχύει, μάλιστα, ότι τα πεπτικά ένζυμα μπορούν να διασπάσουν πλήρως όλες τις τροφές ακόμα και χωρίς τη παρουσία άλλων πεπτικών εκκρίσεων (Sherwood, 2016). Τα κύτταρα των αδενοκυψελίδων παράγουν τις εξής κατηγορίες παγκρεατικών ενζύμων (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014:Κιτσάνου, 2017):

- 1.πρωτεολυτικά ένζυμα, όπως θρυψίνη και χυμοθρυψίνη, για την πέψη των πρωτεϊνών,
- 2.νουκλεοτικά ένζυμα, όπως η ριβονουκλεάση και η δεοξυριβονουκλεάση,
- 3.γλυκολυτικά ένζυμα, όπως η παγκρεατική αμυλάση, για την πέψη των υδατανθράκων,
- 4.λιπολυτικά ένζυμα, όπως τα ένζυμα λιπάση και φωσφολιπάση, που υδρολύουν τα λιπίδια και τα φωσφολιπίδια, αντίστοιχα.

Τα πιο βασικά πρωτεολυτικά ένζυμα του παγκρέατος είναι το θρυψινογόνο, το χυμοθρυψινογόνο και η προκαρβοξυπεπτιδάση, τα οποία αρχικά εκκρίνονται σε ανενεργή μορφή. Η ενεργή μορφή του θρυψινογόνου είναι η θρυψίνη. Η μετατροπή αυτή γίνεται στον αυλό του δωδεκαδάχτυλου, με τη βοήθεια του ενζύμου εντεροκινάση ή εντεροπεπτιδάση. Είναι σημαντικό το θρυψινογόνο να μένει ανενεργό όταν βρίσκεται

εντός του παγκρέατος, διότι με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η αυτοπεψία των πρωτεϊνών των κυττάρων στα οποία παράγεται. Ένα ακόμη μέτρο προστασίας για την επίτευξη αυτού, αποτελεί και ο αναστολέας της θρυψίνης, μια χημική ουσία που αναστέλλει τη δράση της θρυψίνης σε περίπτωση αυθόρμητης ενεργοποίησης του θρυψινογόνου. Μετά την ενεργοποίησή της, η θρυψίνη αναλαμβάνει να ενεργοποιήσει και τα άλλα δύο πρωτεολυτικά ένζυμα στον αυλό του δωδεκαδαχτύλου. Με άλλα λόγια, το χυμοθρυψινογόνο θα μετατραπεί στην ενεργή του μορφή, τη χυμοθρυψίνη και η προκαρβοξυπεπτιδάση στην καρβοξυπεπτιδάση (Sherwood, 2016).

Η παγκρεατική αμυλάση, που εκκρίνεται με την ενεργή της μορφή, συμβάλλει στη πέψη των υδατανθράκων. Δηλαδή, διασπά το άμυλο των τροφών σε γλυκόζη, μαλτόζη και σε διακλαδιζόμενους πολυσακχαρίτες (Sherwood, 2016; El Sayed & Mukherjee, 2022).

Η παγκρεατική λιπάση, εκκρίνεται και αυτή στην ενεργή της μορφή, όπως και η αμυλάση, καθώς δεν υπάρχει κίνδυνος αυτοπεψίας. Ο ρόλος της είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι αποτελεί το μοναδικό ένζυμο του πεπτικού σωλήνα που διασπά τα λίπη. Συγκεκριμένα, υδρολύει τα τριγλυκερίδια σε μονογλυκερίδια και σε ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα οποία στη συνέχεια απορροφώνται από το έντερο (Κιτσάνου, 2017). Στη περίπτωση παγκρεατικής ανεπάρκειας, όπου η έκκριση των παγκρεατικών ενζύμων είναι ανεπαρκής, η πέψη των τροφών επηρεάζεται αρνητικά. Ιδιαίτερα σε ανεπάρκεια λιπάσης, μπορεί να προκληθεί στεατόρροια, δηλαδή υπερβολική απώλεια άπεπτου λίπους από τα κόπρανα (Sherwood, 2016).

Το ενδοκρινικό τμήμα του παγκρέατος αποτελείται από τα νησίδια Langerhans, τα οποία διακρίνονται στα κύτταρα A, B, D και PP ή F. Η γλυκαγόνη είναι μια ορμόνη που παράγεται από τα κύτταρα A των νησίδων Langerhans και αποτελείται από 29 αμινοξέα. Η έκκρισή της αποτελείται από τα αμινοξέα που απελευθερώνονται κατά τη πέψη ενός γεύματος που περιέχει πρωτεΐνη. Η δράση της περιορίζεται στο ήπαρ για να ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης στα ηπατοκύτταρα, καθώς η κύρια δράση της είναι η διάσπαση του γλυκογόνου και η αύξηση του σακχάρου του αίματος (El Sayed & Mukherjee, 2022).

Η ινσουλίνη είναι μία ορμόνη που παράγεται από τα B κύτταρα του παγκρέατος των νησιδίων Langerhans. Καθοριστικός παράγοντας για την έκκρισή της αποτελεί η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, που παρατηρείται μετά την κατανάλωση υδατανθράκων (El Sayed & Mukherjee, 2022). Με άλλα λόγια, η έκκριση της ινσουλίνης είναι ανάλογη των επιπέδων γλυκόζης που ανιχνεύονται στο αίμα. Δηλαδή,

η παραγωγή της παραμένει ανενεργή όταν τα επίπεδα γλυκόζης είναι σταθερά. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό, είναι διότι για να εισέλθει η γλυκόζη από το αίμα στα κύτταρα του οργανισμού, απαραίτητη αποτελεί η παρουσία ινσουλίνης (Sherwood, 2016: Κιτσάνου, 2017). Επιπλέον, συμμετέχει και στον μεταβολισμό πρωτεϊνών και λιπιδίων στο σώμα για παραγωγή ενέργειας. Η ανεπάρκεια αυτής της ορμόνης προκαλεί τη νόσο του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή τύπου 2- υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Αντιθέτως, εάν εκκρίνεται σε μεγάλες ποσότητες θα προκύψει μία κατάσταση που ονομάζεται υπογλυκαιμία, δηλαδή η γλυκόζη θα εισάγεται στα κύτταρα αρκετά γρήγορα, με αποτέλεσμα να μειωθεί η ποσότητά της στο αίμα (El Sayed & Mukherjee, 2022).

3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Παγκρεατίτιδα ονομάζεται η νόσος κατά την οποία προκαλείται φλεγμονή στο πάγκρεας όταν ενεργοποιηθούν τα παγκρεατικά ένζυμα και αρχίσουν να επιτίθενται σε αυτό (Shelton et al., 2014). Φυσιολογικά τα παγκρεατικά ένζυμα είναι ανενεργά και λειτουργούν ως προένζυμα, μέχρι να εισέλθουν στο έντερο, όπου και θα ενεργοποιηθούν. Στη παγκρεατίτιδα, όμως, ενεργοποιούνται με άγνωστο μηχανισμό μέσα στο πάγκρεας και ξεκινούν την αυτοπεψία- πέψη του ίδιου του παγκρεατικού ιστού, με αποτέλεσμα την καταστροφή του οργάνου. Πιο συγκεκριμένα, η θρυψίνη και η χυμοθρυψίνη ενεργοποιούν τις κινίνες, το συμπλήρωμα, τους παράγοντες πήξης και την πλασμίνη και έτσι προκύπτει οίδημα, φλεγμονή και αιμορραγία στον αδένα. Τέλος, η παγκρεατική λιπάση που απελευθερώνεται προκαλεί νέκρωση στον λιπώδη ιστό (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Η νόσος διακρίνεται σε οξεία παγκρεατίτιδα, όταν δηλαδή έχει αιφνίδια έναρξη και διάρκεια μικρότερη των έξι μηνών, σε υποτροπιάζουσα οξεία, όπου εκδηλώνονται πάνω από ένα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας και σε χρόνια παγκρεατίτιδα, η διάρκεια της οποίας ξεπερνά τους έξι μήνες. Τα συμπτώματα και η πορεία της νόσου μπορεί να εκδηλωθούν με διαφορετική βαρύτητα (Shelton et al., 2014).

4. ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

4.1. Οξεία παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα διαγιγνώσκεται από την παρουσία τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω (Shelton et al., 2014):

1. ξαφνική έναρξη άλγους στο κοιλιακό επιγάστριο,
2. αύξηση των επιπέδων αμυλάσης και λιπάσης τρεις φορές πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα και
3. ύπαρξη οιδήματος στο πάγκρεας, συσσώρευση λίπους, ανίχνευση συλλογής παγκρεατικού υγρού κατά την εξέταση με απεικονιστικές μεθόδους.

4.1.1. Αίτια

Στη πλειοψηφία τους οι περιπτώσεις οξείας παγκρεατίτιδας οφείλονται στη χολολιθίαση (40-60% των περιπτώσεων), στη χρόνια κατανάλωση αλκοόλ (20% των περιπτώσεων) και στην υπερτριγλυκεριδαιμία, καθώς προκαλούν την αυτοπεψία του οργάνου. Κάποιες άλλες αιτιολογίες της πάθησης είναι τα φάρμακα- αντιεπιληπτικά, αντιβιοτικά, κορτικοειδή και θειαζίδες, οι ενδοκοιλιακές επεμβάσεις, λόγω απολινώσεων μεγάλων αγγείων που έχουν ως αποτέλεσμα ισχαιμία των κοιλιακών οργάνων και οι ιογενείς λοιμώξεις, που μπορεί να οφείλονται μεταξύ άλλων στον ιό κοξάκι, στον κυτταρομεγαλοϊό, στον ηχοϊό, στον ιό Επστάιν Μπαρ, στον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), στον παραμυξοϊό, στον ιό της ερυθράς και στον ιό έρπητα- ζωστήρα. Ακόμα, κάποιες αιτίες αποτελούν οι βακτηριακές λοιμώξεις, από το καμπυλοβακτήριο της νήστιδας, από λεγιονέλλα ή λεπτόσπειρα, από το σύμπλεγμα των άτυπων μυκοβακτηριδίων, από το σύμπλεγμα του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης ή από το μυκόπλασμα, οι παρασιτικές λοιμώξεις, που προκαλούνται από το σπορίδιο, την ασκαρίδα που προκαλεί την ασθένεια ασκαρίαση και τα μικροσπορίδια, οι κοιλιακοί τραυματισμοί, όπως από τροχαίο ατύχημα και οι γενετικές διαταραχές, όπως η κληρονομική παγκρεατίτιδα, η κυστική ίνωση και η ανεπάρκεια άλφα-1αντιθρυψίνης. Τέλος, αιτιολογία της νόσου είναι η υπερασβεστιαμία, η υπερλιπιδαιμία και το δάγκωμα των ερπετών, μέσω των οποίων απελευθερώνονται τοξίνες. Τέτοιου είδους δηλητηρίαση μπορεί να προκύψει από το τσίμπημα του σκορπιού αλλά και την επαφή με οργανοφωσφορικά- εντομοκτόνα.

Ιδιοπαθής ονομάζεται η παγκρεατίτιδα που δεν ανευρίσκεται κανένα αίτιο. Τέλος, μπορεί η παγκρεατίτιδα να είναι αυτοάνοση, κατά την οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στον οργανισμό και συγκεκριμένα στο πάγκρεας. Η νόσος μπορεί να είναι τύπου I, η οποία σχετίζεται με IgG4 ή τύπου II (Heckler et al., 2021: Gapp & Chandra, 2022).

4.1.2.Κλινική εικόνα

Το βασικότερο σύμπτωμα είναι ο έντονος και αιφνίδιος πόνος στο επιγάστριο, ο οποίος έχει αντανάκλαση στη ράχη, τον θώρακα και τις οσφυϊκές χώρες και επιδεινώνεται στην ύπτια θέση. Εμφανίζεται συνήθως μετά από ένα βαρύ γεύμα και μπορεί να συνοδεύεται από πυρετό, ψυχρό ιδρώτα, ναυτία, έμετο, μετεωρισμό και αδύναμο σφυγμό, δίνοντας έτσι την εντύπωση ότι ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση σοκ (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014: Benjamin, 2018).

Το φλεγμένον πάγκρεας μπορεί, επίσης, να απελευθερώσει τοξικές ουσίες, οι οποίες θα προκαλέσουν ειλεό, χημική περιτονίτιδα, υποογκαιμία και υπόταση. Εάν τα τοξικά μόρια φτάσουν στη συστηματική καταπληξία μέσω των φλεβών και των λεμφαγγείων, υπάρχει κίνδυνος για καταπληξία, νεφρική και αναπνευστική ανεπάρκεια-ατελεκτασία, υπεζοκοτικές συλλογές και σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας των ενηλίκων (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014: Benjamin, 2018).

Τέλος, μια πιο βαριάς μορφή οξείας παγκρεατίτιδας μπορεί να συνοδεύεται από εκχυμώσεις στη πλάγια κοιλιακή χώρα- σημείο Grey Turney- ή γύρω από τον ομφαλό-σημείο Gullen (Χαρατσή- Γιωτάκη, 2014: Benjamin, 2018).

4.1.3.Διάγνωση

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας γίνεται με βάση τη συμπτωματολογία, αλλά και εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις και το ιστορικό του ασθενούς. Αρχικά, διάγνωση της νόσου μπορεί να πραγματοποιηθεί με την εκπλήρωση δύο εκ των τριών κριτηρίων που αναφέρονται παρακάτω (Boxhoorn et al., 2020):

1. Άλγος στην άνω κοιλιακή χώρα,
2. Επίπεδα αμυλάσης τρεις φορές μεγαλύτερα σε σύγκριση με τα ανώτερα φυσιολογικά,
3. Σχετικά ευρήματα οξείας παγκρεατίτιδας με τη χρήση απεικονιστικών μεθόδων.

Η πραγματοποίηση αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας συνιστώνται 72 με 96 ώρες μετά την έναρξη συμπτωμάτων και την εισαγωγή στο νοσοκομείο, καθώς η πρώιμη απεικονιστική εξέταση μπορεί να υποεκτιμήσει την παρουσία και την έκταση της παγκρεατικής νέκρωσης. Ακόμα, ισχύει ότι πραγματοποιούνται σε ασθενείς με αβέβαιη διάγνωση ή σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν βελτίωση τις πρώτες 48 με 72 ώρες και υπάρχει κίνδυνος για νεκρωτική παγκρεατίτιδα (Boxhoorn et al., 2020). Η αξονική τομογραφία, μιας και προσφέρει λεπτομερή απεικόνιση των επιπλοκών, όπως η νέκρωση του παγκρέατος και οι οξείες παγκρεατικές συλλογές υγρού, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την αξιολόγηση της βαρύτητας της νόσου. Η μαγνητική τομογραφία συνίσταται σε ασθενείς αλλεργικούς στο σκιαγραφικό και με ύπαρξη νεφρικής ανεπάρκειας. Τα αναμενόμενα απεικονιστικά ευρήματα αποτελούν η διόγκωση του παγκρέατος, αλλοιώσεις παγκρεατικής φλεγμονής και εξωπαγκρεατικές συλλογές υγρού. Η παρουσία της νόσου δεν μπορεί να αποκλειστεί με την πραγματοποίηση ακτινολογικού ελέγχου, διότι στην πλειοψηφία των ασθενών με ήπια νόσο που εξετάζονται, διαγιγνώσκεται φυσιολογικό πάγκρεας (Benjamin, 2018). Τέλος, το διακοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί να εντοπίσει την αιτία της οξείας παγκρεατίτιδας, κυρίως σε ασθενείς με υποψία παγκρεατίτιδας από χολόλιθους ή ύπαρξη ενδείξεων για ενδο- ηπατική ή εξω- ηπατική χολόσταση (Gliem et al., 2021).

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται για την διάγνωση της πάθησης είναι οι εξετάσεις για τα επίπεδα λιπάσης και αμυλάσης στα ούρα και το αίμα, αζώτου ουρίας, γλυκόζης, C- αντιδρώσας πρωτεΐνης και για ηπατικά και χολοστατικά ένζυμα. Συγκεκριμένα, εάν τα επίπεδα της C- αντιδρώσας πρωτεΐνης είναι πάνω από 150mg/L και συνοδεύεται από υποσβεστιαμία, αυξημένο αιματοκρίτη και υπεργλυκαιμία, η πορεία της νόσου είναι αρκετά σοβαρή (Gliem et al., 2021). Εργαστηριακός δείκτης ύπαρξης οξείας παγκρεατίτιδας είναι η αύξηση της αμυλάσης του αίματος τρεις φορές περισσότερο από τα φυσιολογικά επίπεδα. Έπειτα, σε χρονική περίοδο μιας εβδομάδας αναμένεται να επιστρέψει σε φυσιολογικό επίπεδο. Εάν αυτό δεν συμβεί, τότε πιθανότατα έχουμε εμφάνιση κάποιας επιπλοκής της νόσου. Η τιμή της αμυλάσης των ούρων παραμένει αυξημένη ακόμα και μετά την πτώση της τιμής της αμυλάσης του αίματος. Τέλος, η λιπάση φαίνεται να είναι ο πιο αξιόπιστος δείκτης οξείας παγκρεατίτιδας, αφού το ένζυμο παράγεται στο πάγκρεας. Μάλιστα, εφόσον παραμένει αυξημένη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ακόμα και αρκετές ημέρες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων, μπορεί να θεωρηθεί πιο ευαίσθητος δείκτης από

την αμυλάση. Βέβαια, το μέγεθος της αύξησης της αμυλάσης ή της λιπάσης ορού, δεν σχετίζεται με την βαρύτητα νόσου (Benjamin, 2018).

4.1.4. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της νόσου περιλαμβάνει παθήσεις, όπως ο ειλεός, η χολοκυστίτιδα, η διάτρηση ή απόφραξη ή ισχαιμία κοίλου σπλάχνου, το έμφραγμα μυοκαρδίου, το διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής, η έκτοπος κύηση, η οξεία σκωληκοειδίτιδα, η νόσος σαλπίγγων- ωοθηκών και η νεφρική ανεπάρκεια. Το κοινό των παραπάνω παθήσεων είναι ότι στην πλειοψηφία τους παρουσιάζουν ως συμπτώματα επιγαστρικό άλγος, ευαισθησία, ναυτία και έμετο. Η πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων για τον προσδιορισμό της αμυλάσης και της λιπάσης, καθώς και των απεικονιστικών μεθόδων, θα θέσουν την κατάλληλη διάγνωση (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

4.1.5. Σταδιοποίηση

Μετά την διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας ακολουθεί η αρχική εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου, όπου θα αξιολογηθεί εάν η νόσος είναι ήπια ή σοβαρή. Στην ήπια νόσο τα προγνωστικά σημεία είναι ευνοϊκά, ενώ απουσιάζουν οι συστηματικές επιπλοκές. Η αξιολόγηση της σοβαρής νόσου επιτυγχάνεται με την βοήθεια των κλιμάκων APACHE II, BISAP και των κριτηρίων Ranson, στις οποίες έχουν συμπληρωθεί τουλάχιστον οχτώ, τρεις και τρεις μονάδες, αντίστοιχα. Η πρόγνωση σε αυτή τη περίπτωση είναι δυσμενής, ενώ παρατηρείται η παρουσία συστηματικών επιπλοκών, όπως η πολυοργανική ανεπάρκεια ή το σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης (SIRS). Η σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να εξελιχθεί σε διάμεση παγκρεατίτιδα, όπου απαιτείται νοσηλεία στη μονάδα εντατικής θεραπείας, αλλά κυρίως σε νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Στη τελευταία περίπτωση, απαιτείται η αντιμετώπιση συστηματικών επιπλοκών στη μονάδα εντατικής θεραπείας, η αναπλήρωση υγρών και η εντερική σίτιση. Εάν υπάρχει κλινική βελτίωση μπορεί να συνεχιστεί η συντηρητική θεραπεία. Στην περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης, η πιθανότητα μολυσματικής από λοίμωξη ή μη νέκρωση, είναι μεγάλη. Ακολουθείται αφαίρεση των νεκρωμάτων χειρουργικά (Benjamin, 2019).

4.1.6.Πρόγνωση

Η οξεία παγκρεατίτιδα αποτελεί μία από τις πιο κοινές παθήσεις του γαστρεντερολογικού σωλήνα. Συγκεκριμένα, η επίπτωσή της κυμαίνεται από 4,9 μέχρι 73,4 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα παγκοσμίως (Zhou et al., 2019).

Σύμφωνα με τους Liu et al., (2019) ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων είναι αρκετά ήπιες και η πρόγνωση αυτών καλή. Παρόλα αυτά, ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 20-30% των ασθενών που νοσούν, εμφανίζουν σοβαρές επιπλοκές, όπως η νέκρωση ή η ανεπάρκεια οργάνων λόγω της ταχέως αναπτυσσόμενης φλεγμονώδους διαδικασίας που χαρακτηρίζει την πάθηση. Τέλος, το ποσοστό θνησιμότητας της πάθησης ισούται με 5-10%. Αρκετά συχνό φαινόμενο είναι και ο πρόωρος θάνατος, που συμβαίνει ως αποτέλεσμα του συνδρόμου δυσλειτουργίας πολλαπλών οργάνων, που οφείλεται στο σύνδρομο συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (SIRS) και την απελευθέρωση κυτοκινών τις πρώτες δύο εβδομάδες (Zhou et al., 2019). Στην περίπτωση που δεν επέλθει θάνατος, η επακόλουθη φάση αποτελείται από την ανεπάρκεια των ζωτικών οργάνων (Zhang et al., 2019). Για αυτό ενδείκνυται η έγκαιρη αξιολόγηση της σοβαρότητας της πάθησης και της παρουσίας επιπλοκών, καθώς και η έγκαιρη έναρξη θεραπείας (Zhou et al., 2019; Liu et al., 2019).

Ένα από τα προγνωστικά μέσα που φαίνεται να σχετίζονται με την ορθή αξιολόγηση της σοβαρότητας της οξείας παγκρεατίτιδας είναι η εξέταση αίματος που ονομάζεται εύρος κατανομής του μεγέθους ερυθρών αιμοσφαιρίων, τα ποσοστά του οποίου φαίνεται να αυξάνονται και να ξεπερνούν τα φυσιολογικά (11-15%) με την παρουσία του συνδρόμου συστηματικής φλεγμονώδους απόκρισης (Zhang et al., 2019). Ακόμα, το μοντέλο Lille αποτελεί ισχυρό δείκτη πρόβλεψης θανάτου σε έξι μήνες. Πιο συγκεκριμένα, συνδυάζει έξι μεταβλητές: ηλικία, νεφρική ανεπάρκεια, λευκοματίνη, χρόνο προθρομβίνης, χολερυθρίνη και εξέλιξη χολερυθρίνης την έβδομη ημέρα, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη από 0,45 προβλέπει ποσοστό επιβίωσης στους έξι μήνες της τάξεως του 25% (Benjamin, 2018). Τέλος, άλλα συστήματα βαθμολόγησης της σοβαρότητας της πάθησης, που χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά στο κλινικό χώρο, είναι η κλίμακα SOFA, το σύστημα αξιολόγησης BISAP και το σύστημα ταξινόμησης APACHE II (Zhou et al., 2019; Liu et al., 2019).

4.1.7. Πρόληψη

Για την μείωση της επίδρασης της παγκρεατίτιδας και των επιπλοκών της, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η ολιστική προσέγγιση της πρόληψης της νόσου, που περιλαμβάνει την πρωτογενή, την δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα υψηλού κινδύνου, με στόχο την ελάττωση της επίπτωσης της οξείας παγκρεατίτιδας. Μάλιστα, πολλές έρευνες συσχετίζουν τη σχέση της χορήγησης στατινών, μαγνησίου, υπογλώσσων, νιτρογλυκερίνης και αιμίνης με την πρόληψη της νόσου. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο και ενδοноσοκομειακή αντιμετώπιση των γνωστών αιτιών αλλά και πρόληψη εξέλιξης σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Συγκεκριμένα, δεν βασίζεται σε φαρμακευτική αγωγή που εμποδίζει την εξέλιξη της νόσου, αλλά στην χειρουργική αφαίρεση ή τον έλεγχο του αιτιολογικού παράγοντα, όπως τη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ ή/και του καπνίσματος. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη μείωση επαναλαμβανόμενων επεισοδίων. Περιλαμβάνει την χορήγηση ινσουλίνης για την πιθανή παρουσία σακχαρώδη διαβήτη, συμπληρώματος παγκρεατικών ενζύμων και μικροθρεπτικών συστατικών για την αντιμετώπιση πιθανής έλλειψης αυτών των στοιχείων. Για τον περιορισμό και την ανακούφιση από τον πόνο, συνίσταται η κλιμακωτή χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων με αύξοντα ισχύ, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Petrov & Yadav, 2019).

Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, μειώνουν σημαντικά τη σωματική και ψυχική ποιότητα ζωής. Μάλιστα, η αλκοολική αιτιολογία αυτού ισοδυναμεί με ποσοστό της τάξεως του 19%, ενώ τα άτομα που μετά το πρώτο επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας δεν σταμάτησαν την κατανάλωση αλκοόλ, αντιστοιχούσε στο 34% των περιπτώσεων. Με άλλα λόγια, οι προληπτικές ενέργειες που αφορούν το αλκοόλ είναι αρκετά περιορισμένες. Ακόμα, το κάπνισμα, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο έως τέσσερις φορές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές. Η βλάβη που προκαλείται από την χρήση αυτών των ουσιών στα όργανα είναι μη αναστρέψιμη πολλές φορές, ενώ ο περιορισμός τους μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις όχι μόνο στο πάγκρεας, αλλά και στο προσδόκιμο ζωής, αφού παρατείνει τη ζωή κατά 1,4-8,5 χρόνια (Ocskay et al., 2022).

4.1.8. Θεραπεία & Συμπληρωματικές Θεραπείες

Η έγκαιρη θεραπεία των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να μειώσει την βαρύτητα, την νοσηρότητα και την θνητότητα της νόσου. Οι ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια ή προβλεπόμενη βαριά νόσο έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο βαριάς έκβασης (Benjamin, 2018). Η θεραπεία για την παγκρεατίτιδα μπορεί να πάρει πολλές διαστάσεις. Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις μπορεί να γίνουν κυρίως φαρμακολογικά, διατροφικά, ενδοσκοπικά, χειρουργικά και ακτινολογικά (Machicado & Papachristou, 2019).

Συγκεκριμένα, η φαρμακολογική θεραπεία στην οξεία παγκρεατίτιδα, έχει ως στόχο την βελτίωση της πορείας της νόσου, την μείωση της συχνότητας εμφάνισης επιπλοκών και την αύξηση του συνολικού ποσοστού επιβίωσης. Η χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων και κυρίως γαλακτικού Ringers, ενδοφλεβίως προτιμώνται, σε αντίθεση με την έγχυση κολλοειδών διαλυμάτων, που φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο πολυσυστηματικής ανεπάρκειας οργάνων. Ο κοιλιακός πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί με την χορήγηση παρεντερικών αναλγητικών, όπως μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τοπικά αναισθητικά και κυρίως οπιοειδή αναλγητικά, όπως η τραμαδόλη, ή συνδυασμός φαρμάκων. Για την μείωση των ενδο-παγκρεατικών αλλά και εξω-παγκρεατικών λοιμώξεων, η οποία αποτελεί μια από τις συχνότερες επιπλοκές της πάθησης, καθώς το ένα τρίτο των ασθενών αναπτύσσουν λοιμώξεις, συνίσταται η χορήγηση αντιβιοτικών και προβιοτικών. Τέλος, ενδείκνυται η χρήση αντιεκκριτικών παραγόντων για την μείωση έκκρισης παγκρεατικών ενζύμων, αναστολέων πρωτεάσης, όπως ατροπίνη και δοξαζοσίνη, αντιοξειδωτικών, καθώς και η χορήγηση της ενεργοποιημένης μορφής της πρωτεάσης C (Machicado & Papachristou, 2019).

Η υποστηρικτική φροντίδα των ασθενών περιλαμβάνει, ακόμα, την συμπληρωματική χορήγηση οξυγόνου και την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα αναρρόφησης για επίτευξη ανακούφισης από ναυτία, έμετο και ειλέο. Συνίσταται, βέβαια, και η απαγόρευση λήψης οποιασδήποτε τροφής από το στόμα εάν η νόσος δεν είναι ήπια. Για τον λόγο αυτό, προτιμάται η εντερική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα ή η ολική παρεντερική διατροφή (Faghih et al., 2019).

Η χειρουργική προσέγγιση της θεραπείας της νόσου περιλαμβάνει, αρχικά, την πραγματοποίηση χολοκυστεκτομής πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο σε ασθενείς

με ήπια επεισόδια παγκρεατίτιδας, προληπτικά, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος υποτροπής της χολιθισιακής παγκρεατίτιδας. Ακόμα, συνίσταται ο εντοπισμός και η χειρουργική αφαίρεση των χολόλιθων σε ασθενείς με ενδείξεις απόφραξης των χοληφόρων, όπως και η ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή ως εναλλακτική πρακτική για την χολοκυστεκτομή. Τέλος, θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται η επιλογή του χειρουργικού καθαρισμού όταν υπάρχει υποψία για μολυσμένη με λοίμωξη παγκρεατική και εξω-παγκρεατική νέκρωση. Η μέθοδος, αυτή, πραγματοποιείται τέσσερις εβδομάδες μετά την έναρξη της νόσου, ώστε να έχει μεσολαβήσει η ρευστοποίηση των νεκρωτικών ιστών (Benjamin, 2018).

Συμπληρωματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της οξείας παγκρεατίτιδας μπορούν να εφαρμοστούν παράλληλα με παραδοσιακούς τρόπους θεραπείας και μετά από προτροπή ενός έμπειρου και καλά εκπαιδευμένου γιατρού. Τέτοιες τεχνικές μπορεί να είναι η χρήση μαγνητικών πεδίων, αλλά και η δίαιτα χαμηλά σε άλατα και λίπη, η νηστεία και η προτίμηση φυτικών τροφών, με σκοπό τη μείωση των επεισοδίων πόνου. Τέλος, το qigong αποτελεί μία μέθοδο που περιλαμβάνει ήπια άσκηση, πραγματοποίηση διαλογισμού και ελεγχόμενων αναπνοών, με στόχο την ισορροπία της ροής του qi, δηλαδή της ζωτικής ενέργειας του οργανισμού. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνεται ο μεταβολικός ρυθμός και η διέγερση της ενζυμικής έκκρισης στο πάγκρεας (Lemone et al., 2011).

Κάποιες συμπληρωματικές και επικουρικές θεραπείες για την αντιμετώπιση του πόνου είναι ο βελονισμός, δηλαδή τοποθέτηση και αφαίρεση βελόνων με σκοπό την διέγερση συγκεκριμένων σημείων του σώματος που ενισχύουν την ροή ζωτικής ενέργειας και η βιοανάδραση, μέσω της χρήσης ηλεκτροδίων για τον έλεγχο των φυσιολογικών οργανικών αντιδράσεων. Παρόμοιες τεχνικές που χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά είναι η χειροπρακτική, που επικεντρώνεται στον χειρισμό της σπονδυλικής στήλης, η απόσπαση προσοχής μέσω ενασχόλησης του ασθενή με κάποια άλλη δραστηριότητα, η υπνοθεραπεία και η καθοδηγούμενη φαντασία, η εφαρμογή χειρομαλάξεων μέσω χειρισμού των μυών και των μαλακών ιστών με σκοπό την χαλάρωση, η χρήση φυσικών προϊόντων, όπως βότανα και φυσικά έλαια και δραστηριότητες για την επίτευξη χαλάρωσης, όπως η διαφραγματική αναπνοή και η μουσικοθεραπεία (Lemone et al., 2011).

4.2.Χρόνια Παγκρεατίτιδα

4.2.1.Ορισμός

Η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο, το οποίο προκύπτει από επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας, σε αντίθεση με την οποία εξελίσσεται προοδευτικά (Beyer et al., 2019). Με άλλα λόγια, κατά τη χρόνια παγκρεατίτιδα, ο παγκρεατικός ιστός αντικαθίσταται από ινώδη ιστό (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Συγκεκριμένα, παρατηρείται μείωση των νησιδιακών κυττάρων εντός χρονικής περιόδου 10-20 ετών, που συνοδεύεται από αποτιτανώσεις και ατροφία του οργάνου. Σε αρχικά στάδια της νόσου ο ινώδης ιστός επεκτείνεται γύρω από τον παγκρεατικό πόρο, ενώ με την πάροδο του χρόνου φτάνει έως και τα μεσολόβια διαστήματα, για να καταλάβει τελικά πλήρως το παρέγχυμα της εξωκρινούς μοίρας. Τα νησίδια της ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος δεν επηρεάζονται τόσο και αντιστέκονται στην αυτοπεψία περισσότερο. Όσον αφορά τα β- κύτταρα, παρατηρείται μείωση στον πληθυσμό τους κατά 29%, με αποτέλεσμα διαταραχές στη παραγωγή ινσουλίνης (Παπαζαφειρόπουλος et al., 2016).

Άλλα αποτελέσματα της πάθησης αποτελούν η χρόνια παρουσία φλεγμονής, λόγω ενεργοποίησης των αστεροειδών κυττάρων και άλγους (Beyer et al., 2019). Χαρακτηρίζεται, επίσης, από εξασθενημένη ενδο- παγκρεατική και εξω- παγκρεατική λειτουργία, που τελικά οδηγεί σε εξωκρινική και ενδοκρινική ανεπάρκεια, δηλαδή μη αναστρέψιμη απώλεια της λειτουργίας των λοβιακών και νησιδιακών κυττάρων, αντίστοιχα (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014: Beyer et al., 2020).

Η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με δυσασπορρόφηση ουσιών, λιπώδη κόπρανα και απώλεια βάρους, ενώ, η ανεπάρκεια της ενδοκρινούς μοίρας σχετίζεται με εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Τέλος, η χρόνια παγκρεατίτιδα διακρίνεται σε αποφρακτική και μη αποφρακτική παγκρεατίτιδα, ανάλογα με τα αίτια που την προκαλούν (Benjamin, 2018).

4.2.2. Παράγοντες Κινδύνου

Η χρόνια παγκρεατίτιδα διακρίνεται σε αποφρακτική και μη αποφρακτική νόσο (Benjamin, 2018). Η κατανάλωση αλκοόλ αναφέρεται πως αποτελεί την συχνότερη

αιτιολογία που προκαλεί χρόνια μη αποφρακτική παγκρεατίτιδα, στην οποία αποδίδεται το 65% όλων των περιπτώσεων και το 70% των ασθενών που πάσχουν από μη αποφρακτική. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε προηγούμενες δεκαετίες, αποδεικνύουν μάλιστα πως η ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το μέγεθος της βλάβης του οργάνου, με τις γυναίκες να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, οι οποίες όμως, φαίνεται να έχουν στατιστικά μικρότερη πρόσληψη συγκριτικά με το αντρικό φύλο. Ο μηχανισμός δράσης του αλκοόλ στον αδένα δεν είναι ακόμα πλήρως κατανοητός. Μάλιστα, ευρέως γνωστή αποτελεί και η υπόθεση ότι πρέπει να υπάρχουν άγνωστοι παράγοντες γενετικής, διατροφικής ή περιβαλλοντικής φύσεως, που δρουν συνεργατικά με την κατάχρηση αλκοόλ. Για παράδειγμα, συχνά ενοχοποιείται το κάπνισμα ως δοσοεξαρτώμενος συμπαράγοντας στη χρόνια παγκρεατίτιδα, ενώ, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την προδιάθεση περιλαμβάνουν την δίαιτα, γενετικούς και λοιμογόνους παράγοντες, αλλά και το είδος των αλκοολούχων ποτών. Παρόλο που στη πραγματικότητα ο μεταβολισμός του αλκοόλ πραγματοποιείται στο ήπαρ και δεν σχετίζεται με το πάγκρεας, η βλάβη που μπορεί να υποστεί ο αδένας είναι αδιαμφισβήτητα μεγάλη. Μια άποψη για τον μηχανισμό με τον οποίο δρα αρνητικά στο πάγκρεας είναι μέσω των παγκρεατικών εκκριτικών κυττάρων, που παράγουν μία σημαντική ποσότητα παγκρεατικών ενζύμων. Αν αυτά ενεργοποιηθούν, μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη ιστική βλάβη. Επίσης, το οξειδωτικό στρες δρα τοξικά στον εκκριτικό πόρο και μπορεί να ενεργοποιήσει εκλυτικούς παράγοντες, όπως η χολοκυστοσίνη. Ακόμα, η μη φυσιολογική ενεργοποίηση των αστεροειδών παγκρεατικών κυττάρων προκαλεί την αυξημένη παραγωγή ουσιών, που αποτελούν βασικά συστατικά του ινώδους ιστού (Weiss et al., 2019).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου, εκτός από το αλκοόλ, που ενοχοποιούνται για χρόνια μη αποφρακτική παγκρεατίτιδα είναι γενετικά και μεταβολικά αίτια, η ιδιοπαθής και αυτοάνοση παγκρεατίτιδα, η αγγειακή ισχαιμία, οι ιογενείς λοιμώξεις και οι τραυματισμοί (Benjamin, 2018).

Η κληρονομική παγκρεατίτιδα είναι σπάνια και αποτελεί αυτοσωμική επικρατούσα νόσο. Συγκεκριμένα, οφείλεται πιθανότατα σε παραλλαγές του γονιδίου του κατιονικού τρυψινογόνου (PRSS1), του γονιδίου του παγκρεατικού αναστολέα της θρυψίνης (SPINK 1) και του γονιδίου ρυθμιστή της διαμεμβρανικής αγωγιμότητας της κυστικής ίνωσης (CFTR). Η νόσος κάνει την εμφάνισή της στη παιδική ηλικία, με μέση ηλικία έναρξης τα 10 έτη, μέσω υποτροπιάζοντα επεισόδιο οξείας παγκρεατίτιδας. Η

κλινική της εικόνα παρουσιάζει κυρίως κοιλιακό άλγος και δυσπεψία, ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του παγκρέατος και του σακχαρώδη διαβήτη. Βασικό και σύνηθες αποτέλεσμα αυτής αποτελεί η αύξηση κινδύνου για καρκίνο παγκρέατος (Weiss et al., 2019).

Οι ιογενείς λοιμώξεις που προκαλούν χρόνια μη αποφρακτική παγκρεατίτιδα είναι σπάνιο φαινόμενο, αλλά συνήθως οφείλεται σε παρωτίτιδα ή πνευμονία, που προκαλούνται από μυκόπλασμα ή καμπυλοβακτηρίδιο. Η αυτοάνοση φλεγμονή του παγκρέατος αποτελεί το 5-6% των περιπτώσεων και παρουσιάζει ήπια συμπτώματα με αυξημένα επίπεδα της αιμοσφαιρίνης G με υπότυπο 4 (IgG4). Μπορεί να παρουσιαστεί μόνη της ή να συνοδεύεται με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η σαρκοείδωση, η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, το σύνδρομο Sjogren, η πρωτοπαθής χολική ή σκληρυντική χολαγγειίτιδα (Weiss et al., 2019). Τα μεταβολικά αίτια που μπορεί να προκαλέσουν τη νόσο είναι η υπερτριγλυκεριδαιμία και η υπερασβεστιαίμια. Τέλος, έρευνες δείχνουν πως η περίπτωση της ιδιοπαθούς μη αποφρακτικής χρόνιας παγκρεατίτιδας αποτελεί το 10-20% του συνόλου των περιπτώσεων (Benjamin, 2018).

Τα αποφρακτικά αίτια μπορεί να οφείλονται είτε σε καλοήγη είτε σε νεοπλασματική απόφραξη. Στην κατηγορία της καλοήγους απόφραξης περιλαμβάνεται η δυσλειτουργία του σφιγκτήρα Oddi και το δισχιδές πάγκρεας. Οι νεοπλασματικές αποφράξεις αναφέρονται σε όγκους της ληκύθου ή του συστήματος των πόρων (Benjamin, 2018).

4.2.3.Κλινική Εικόνα

Η συχνότερη εκδήλωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι το κοιλιακό άλγος, το οποίο παρουσιάζεται στο 85- 90% των περιπτώσεων. Μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών, της τάξεως του 20%, αναφέρει πως δεν εμφάνισε καθόλου το σύμπτωμα του πόνου. Οι πιο κοινές μορφές με τις οποίες παρουσιάζεται είναι ως κολικοειδές ή συνεχές άλγος. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να εμφανίζεται σε κρίσεις στα αρχικά στάδια της νόσου, δηλαδή σε λιγότερο από 10 ημέρες από την έναρξή της και ως συνεχής με την πρόοδο της νόσου, ενώ η έντασή του είναι ανάλογη του βαθμού της καταστροφής του αδένου (Kichler & Jang, 2020). Μπορεί να οφείλεται στη συνεχή πίεση που δέχεται ο παγκρεατικός πόρος ή σε ουλές και στενώματα του χοληδόχου πόρου και του δωδεκαδάχτυλου, που αποτελούν συνέπεια της χρόνιας φλεγμονής (Χαρατσή-Γιωτάκη,

2014). Εντοπίζεται κυρίως στο επιγάστριο και συχνότερα έχει αντανάκλαση στη ράχη. Μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία ή έμετο, ενώ, συνήθως επιδεινώνεται 15-30 λεπτά μετά την κατανάλωση τροφής. Ο ασθενής μπορεί να ανακουφίζεται όταν κάθεται με την πλάτη όρθια ή σκύβει προς τα εμπρός. Όμως, σε πιο βαριά μορφή της νόσου, όπου ο πόνος είναι αρκετά εντονότερος, συνίσταται η χορήγηση οπιοειδών αναλγητικών για προσωρινή ανακούφιση (Kichler & Jang, 2020).

Ακόμα, ένα συχνό σύμπτωμα της νόσου είναι η στεατόρροια. Με άλλα λόγια, λιπαρά και ογκώδη κόπρανα, τα οποία είναι δύσκολο να απομακρυνθούν, έχουν έντονη οσμή και ανοιχτό χρώμα. Οφείλεται στην ανεπάρκεια της εξωκρινής μοίρας του παγκρέατος, που επηρεάζει το πεπτικό σύστημα και προκαλεί δυσασπορρόφηση, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να πέψει επαρκώς τη τροφή και να απορροφήσει τα λίπη. Η δυσασπορρόφηση λίπους μπορεί να σχετίζεται με έλλειψη λιποδιαλυτών βιταμινών (A, D, E και K) και της βιταμίνης B₁₂. Η στεατόρροια συνήθως δεν εμφανίζεται ακόμα και όταν έχει χαθεί το 90% της λειτουργικότητας του παγκρέατος. Ωστόσο, το υπόλοιπο 10% θα παρουσιάσει ενδείξεις στεατόρροιας κατά την διάγνωση της πάθησης (Kichler & Jang, 2020).

Ως αποτέλεσμα της δυσασπορρόφησης συναντάμε αρκετά συχνά και απώλεια βάρους ή ακόμα και υποσιτισμό. Βέβαια, και το σύμπτωμα του κοιλιακού άλγους μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη απώλεια όρεξης (Kichler & Jang, 2020). Ο ασθενής υποφέρει, τέλος, από ενοχλήματα στο επιγάστριο, χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο, ήπιο σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή τύπου II (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

4.2.4.Διάγνωση

Η διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας βασίζεται κυρίως σε εξετάσεις για την ανατομία και την λειτουργία του παγκρεατικού αδένος, καθώς ανατομικές βλάβες συνδέονται άρρηκτα με βαριά λειτουργική ανεπάρκεια. Παρόλα αυτά, κατά την έναρξη της νόσου, ήπιες παγκρεατικές δυσλειτουργίες, που δεν προκαλούν ανατομικές αλλοιώσεις, μπορούν και διαφαίνονται μέσω απεικονιστικού ελέγχου. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο, τα ένζυμα λιπάση και αμυλάση του παγκρέατος, μπορεί να φαίνονται ως φυσιολογικά ακόμα και σε έξαρση της νόσου, ενώ αυξημένος αριθμός αυτών δεν αποτελεί επαρκή ένδειξη ώστε να πραγματοποιηθεί διάγνωση. Τέλος, οι δοκιμασίες διέγερσης του παγκρέατος ελέγχουν τις συνέπειες της παγκρεατικής

ανεπάρκειας, όταν δηλαδή έχει μειωθεί η συχνότητα παραγωγής ενζύμων κατά 90% (Benjamin, 2018).

Οι δύο βασικότερες απεικονιστικές μέθοδοι που πραγματοποιούνται για την διάγνωση της νόσου είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία. Η αξονική τομογραφία με σκιαγραφικό γίνεται πάντα όταν υπάρχει υποψία για χρόνια παγκρεατίτιδα, καθώς η ευαισθησία που αποδίδουν για την διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου φτάνει το 75%. Τα δύο βασικά ευρήματα που καθιερώνουν τη διάγνωση, είναι οι ασβεστώσεις στον παγκρεατικό αδένα, που προκαλούνται από αποτιτανωμένους ιστούς του οργάνου και έντονες αλλαγές του παγκρεατικού πόρου. Σε περίπτωση, βέβαια, που η απεικόνιση μέσω αξονικού τομογράφου είναι φυσιολογική, αλλά ο ασθενής παρουσιάζει αρκετούς παράγοντες κινδύνου, όπως η έκθεση στο αλκοόλ ή/και το κάπνισμα, ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη, οικογενειακό ιστορικό, αλλά και οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν παρουσιάζονται ως φυσιολογικές, τότε ο ασθενής θα πρέπει να εξεταστεί για περαιτέρω αξιολόγηση. Αυτό συμβαίνει, διότι, οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορεί να παραμείνουν φυσιολογικές ακόμα και σε προχωρημένη παγκρεατική διαταραχή (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014; Singh et al., 2019).

Το γεγονός αυτό ισχύει και για την μαγνητική τομογραφία, παρόλο που παρέχει υψηλότερη ανάλυση κατά την απεικόνιση του οργάνου. Για την πραγματοποίηση αυτής της διαδικασίας χορηγείται σεκρετίνη ενδοφλεβίως, η οποία έχει το πλεονέκτημα να διεγείρει της έκκριση παγκρεατικού υγρού, με αποτέλεσμα να βελτιώνει την οπτικοποίηση του παγκρεατικού πόρου από ποσοστό της τάξεως του 4% σε 63%. Τα αναμενόμενα ευρήματα είναι η διάταση ή η ανωμαλία του παγκρεατικού πόρου, παρουσία δηλαδή λίθων, ανώμαλου σχήματος των πόρων, διάταση ή στένωση αυτών, διαταραχές στο παγκρεατικό παρέγχυμα, όπως αποτιτανώσεις, ατροφία ή ανομοιογένεια, ακόμα και ψευδοκύστες ή αλλοιώσεις στο περίγραμμα των αδένων (Singh et al., 2019). Η απλή ακτινογραφία προηγείται της αξονικής τομογραφίας, καθώς είναι μία απλή και φθηνή εξέταση, που μπορεί να ανιχνεύσει παγκρεατικές αποτιτανώσεις σε ποσοστό 20% περίπου των ασθενών που πάσχουν από αλκοολική παγκρεατίτιδα (Χαρατσή- Γιωτάκη, 2014).

Η παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP) αποτελεί αξιόπιστη εξέταση για την ανίχνευση ανωμαλιών, όπως διάταση πόρων, στένωση επικουρικών κλάδων, ψευδοκύστες ή ύπαρξη λίθων, με ευαισθησία που κυμαίνεται από 71% έως 93% (Benjamin, 2018). Όμως, η συγκεκριμένη χρησιμοποιείται ως επί τω πλείστων για θεραπευτικούς σκοπούς σε ασθενείς με γνωστή χρόνια παγκρεατίτιδα και όχι για

επίτευξη διάγνωσης, καθώς η κύρια επιπλοκή της μεθόδου είναι η πρόκληση οξείας παγκρεατίτιδας σε έως και 5% των ασθενών. Με άλλα λόγια, σκοπός της εξέτασης ERCP αποτελεί η παροχέτευση και η άρση απόφραξης των πόρων του παγκρέατος που εμφανίζουν στένωση, για ανακούφιση από χρόνιο πόνο (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014). Η μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία με χορήγηση σεκρετίνης προσφέρει παρόμοια ανάλυση εικόνων με την ERCP, αλλά χωρίς να υπάρχει κίνδυνος για την πρόκληση οξείας παγκρεατίτιδας. Ωστόσο, δεν είναι ακόμα σαφές εάν όντως βοηθάει στην διάγνωση της νόσου. Το ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα βασίζεται στην ποιότητα και ποσότητα του παρεγχύματος από τους παγκρεατικούς πόρους (Benjamin, 2018). Σε σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται πως μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου συνήθως πραγματοποιείται εσφαλμένως θετικής διάγνωση, που οφείλεται σε κοιλιακό άλγος από δυσπεψία, ιστορικό καπνίσματος ή αλκοολισμού, παχυσαρκία ή σακχαρώδη διαβήτη (Singh et al., 2019). Παρόλα αυτά, η χρήση των κριτηρίων Rosemont ως συνδυαστική μέθοδος φαίνεται να θέτει πιο αξιόπιστες βάσεις για την διάγνωση της νόσου. Κάποια από τα κριτήρια αναφέρονται στην παρουσία λίθων, κύστεων, διάτασης του κύριου πόρου με διάμετρο μεγαλύτερη ή ίση με 3mm, ανώμαλου περιγράμματος του πόρου και διάταση των επικουρικών κλάδων με διάταση μεγαλύτερη ή ίση με 1mm. Η ανίχνευση έως και τεσσάρων κριτηρίων από τα κριτήρια του Rosemont είναι αρκετά ώστε η διάγνωση για χρόνια παγκρεατίτιδα να θεωρηθεί αρκετά πιθανή (Benjamin, 2018).

Οι λειτουργικές δοκιμασίες του παγκρέατος αποτελούν μη επεμβατική μέθοδο για την αξιολόγηση της ικανότητας του οργάνου να εκκρίνει διττανθρακικά ιόντα και πεπτικά ένζυμα. Διακρίνονται σε άμεσες και έμμεσες δοκιμασίες. Κατά τις άμεσες λειτουργικές δοκιμασίες προκαλείται η διέγερση του οργάνου με την χορήγηση εκκριτογόνων ορμονών. Για παράδειγμα, μέσω της χορήγησης σεκρετίνης προκαλείται έκκριση διττανθρακικών ιόντων από τα κύτταρα που βρίσκονται στον παγκρεατικό πόρο. Εάν η συγκέντρωση αυτών είναι από 80mEq/L, η πιθανότητα παγκρεατικής ανεπάρκειας είναι υψηλή. Η εξέταση αυτή πραγματοποιείται σε αρχικά στάδια της νόσου, αφού παρουσιάζει ευαισθησία έως και 95%, όταν τα αποτελέσματα των απεικονιστικών μελετών είναι αμφίβολα και υπάρχει υποψία χρόνιας παγκρεατίτιδας με παρουσία χρόνιου άλγους. Οι έμμεσες λειτουργικές δοκιμασίες αξιολογούν τα αποτελέσματα της ανεπάρκειας εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος μέσω της ανάλυσης του λίπους και της ελαστάσης των κοπράνων και της θρυψίνης ορού. Ο υπολογισμός λίπους σε κόπρανα 72 ωρών είναι χρήσιμη για την ανίχνευση

στεατόρροιας, σε προχωρημένο επίπεδο της νόσου. Εάν τα επίπεδα της νόσου στα κόπρανα είναι μεγαλύτερο από 7g σε διάρκεια 24 ωρών, υπάρχει η πιθανότητα παγκρεατικής ανεπάρκειας. Η ελαστάση είναι μια πρωτεάση που συντίθεται στα κύτταρα των κυψελίδων του παγκρέατος. Ποσοστά ελαστάσης στα κόπρανα μικρότερα από 200 ή 100μg/g κοπράνων, υποδηλώνει ήπια ή βαριά ανεπάρκεια, αντίστοιχα. Τέλος, όταν οι συγκεντρώσεις θρυψίνης στον ορό είναι χαμηλές είναι ένδειξη ύπαρξης βαριάς ανεπάρκειας στο πάγκρεας. Ωστόσο, οι λειτουργικές δοκιμασίες παρουσιάζουν σημαντικό ποσοστό διαγνωστικού λάθους στη κλινική πράξη, ενώ κάποιες φορές μπορούν να προκαλέσουν δυσφορία στον ασθενή, για αυτό και αποφεύγεται η πραγματοποίησή τους (Benjamin, 2018).

4.2.5. Πρόγνωση

Η πρόγνωση της νόσου δεν είναι βέβαιη. Εξαρτάται από παράγοντες όπως η εμφάνιση επιπλοκών, η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη και το μέγεθος αποχής από τα οινόπνευματώδη. Ισχύει, μάλιστα, ότι σε περίπτωση αλκοολικής παγκρεατίτιδας, το ποσοστό ασθενών που επιβιώνουν μέχρι και 20-24 χρόνια μετά την διάγνωση, είναι 50%, ενώ, όταν η νόσος αποδίδεται σε άλλα αίτια, το διάστημα αυτό μπορεί να αυξηθεί μέχρι και 25-30 χρόνια. Χρήσιμη, επίσης, είναι και η αξιολόγηση της κατάστασης της νόσου με την βοήθεια των κριτηρίων Ranson τις πρώτες 24-48 ώρες από την έναρξη μίας οξείας υποτροπής (Karakousis, 2017).

4.2.6. Θεραπεία

Οι θεραπευτικοί μέθοδοι της χρόνιας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνουν φαρμακευτικές, ενδοσκοπικές και χειρουργικές τεχνικές για την αντιμετώπιση του πόνου, αλλά και ενδοκρινών ή εξωκρινών επιπλοκών της νόσου. Οι επιπλοκές μεταξύ άλλων μπορεί να είναι αγγειακές ή παγκρεατικά συρίγγια ή και απόφραξη, αιμορραγία και κακοήθεια των χοληφόρων και του δωδεκαδαχτύλου. Ακόμα, στοχεύει και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή, καθώς και της διατροφής του (Majumder & Chari, 2016).

Η διαχείριση του πόνου αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα, καθώς έχει απρόβλεπτη

πορεία και για αυτό απαιτείται συνήθως μακροχρόνια θεραπεία. Η υπερδιέγερση, η ισχαιμία και η φλεγμονή του παγκρεατικού αδένου ή η απόφραξη των παγκρεατικών πόρων είναι κάποιοι από τους μηχανισμούς που ενοχοποιούνται για την πρόκληση χρόνιου άλγους. Φαρμακευτικά η χρήση αναλγητικών οπιοειδών, όπως η τραμαδόλη, αποφεύγεται, διότι μπορεί να προκαλέσει ανοχή και εξάρτηση, κυρίως σε ασθενείς σε ιστορικό εξάρτησης από αλκοόλ και κάπνισμα, όπου το φαινόμενο παρατηρείται στο 20% των περιπτώσεων. Ενδείκνυται, όμως, η χορήγηση παυσίπονων, όπως τα τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά, η γκαμπαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη, η σεροτονίνη, τα οποία πολλές φορές συνδυάζονται με οπιοειδή στη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία (Majumder & Chari, 2016). Ακόμα, συνίσταται η θεραπεία αποκατάστασης των ενζύμων του παγκρέατος, μέσω της χορήγησης οκτρεοτίδης για την αντικατάσταση της σωματοστατίνης, της μοντελουκάστης και της αλλοπουρινόλης, που αναστέλλει το ένζυμο ξανθινοξειδάσης. Προτιμάται η λήψη από το στόμα μετά από κάθε γεύμα, διότι τα εντεροδιαλυτά φάρμακα απελευθερώνουν τις θεραπευτικές τους ιδιότητες στο έντερο, σε χαμηλότερο σημείο από όπου απαιτούνται για την απελευθέρωση χολοκυστίνης (Μουτσόπουλος, 2018). Αντιοξειδωτικά, όπως το σελήνιο, η βιταμίνη C και E και η μεθειονίνη, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του οξειδωτικού stress, το οποίο βλάπτει τα παγκρεατικά κυψελιδικά κύτταρα. Ακόμα, η χορήγηση placebo φαίνεται να βελτιώνει την αίσθηση του πόνου σε έως και 20% των ασθενών (Benjamin, 2018). Τέλος, αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας αποτελεί η αποχή από το αλκοόλ και το κάπνισμα για μείωση των επώδυνων κρίσεων και του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος και η βελτίωση της διατροφής, που θα περιλαμβάνει καλή ενυδάτωση, μικρά γεύματα χαμηλά σε λιπαρά και συμπληρωματική χορήγηση τριγλυκεριδίων (Μουτσόπουλος, 2018).

Η ενδοσκοπική θεραπεία για την αντιμετώπιση του άλγους, περιλαμβάνει μεθόδους για την αποσυμπίεση αποφράξεων του παγκρεατικού πόρου από λίθους και των στενώσεων ή βλαβών του σφιγκτήρα Oddi. Τέτοιες μέθοδοι αποτελούν η παγκρεατική σφιγκτηροτομή, η διάταση στενώσεων, αφαίρεση μεγάλων λίθων με ενδοσωματική ή εξωσωματική λιθοτριψία κρουστικών κυμάτων και η τοποθέτηση προσωρινού stent για στενώματα του παγκρεατικού πόρου (Majumder & Chari, 2016:Μουτσόπουλος, 2018). Η τοποθέτηση stent προσφέρει ανακούφιση από το άλγος κατά 50% αλλά έχει μικρής διάρκειας αποτελέσματα. Τέλος, αποφεύγεται η μακροχρόνια τοποθέτηση stent, καθώς φαίνεται να προκαλεί αλλαγές στη μορφολογία του πόρου (Majumder & Chari, 2016).

Η χειρουργική αντιμετώπιση πραγματοποιείται όταν ο πόνος δεν μπορεί να βελτιωθεί εναλλακτικά. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν η απόφραξη του δωδεκαδάχτυλου, των χοληφόρων, του παγκρεατικού πόρου, η υποψία καρκίνου και οι ψευδοκύστες που παρουσιάζουν συμπτώματα. Οι χειρουργικές αυτές επεμβάσεις διακρίνονται σε αποστράγγιση, μερικής και ολικής παγκρεατικής εκτομής (Majumder & Chari, 2016). Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου με πλάγια παγκρεατονηστιδοστομία (επέμβαση Puestow) σε ασθενείς με διάμετρο παγκρεατικού πόρου μεγαλύτερη από 6mm, με ελάττωση του πόνου κατά 80% και θνητότητα 5%, αλλά διάρκεια των αποτελεσμάτων μικρότερη των 5 χρόνων. Ακόμα, υπάρχουν οι επιλογές της εκτομής εστιακής νόσου (επέμβαση Frey ή Beger) και η ολική παγκρεατεκτομή με μεταμόσχευση νησιδιακών κυττάρων (Majumder & Chari, 2016; Benjamin, 2018).

Κάποιες από τις επιπλοκές που είναι πιθανό να εμφανιστούν ως απόρροια της χρόνιας νόσου είναι τα παγκρεατικά συρίγγια, αγγειακές επιπλοκές και η απόφραξη των χοληφόρων και του δωδεκαδακτύλου. Αρχικά, τα παγκρεατικά συρίγγια οφείλονται σε ρήξη των παγκρεατικών πόρων και σε σχηματισμό συλλογής υγρού, ασκίτη ή υπεζωκοτικών συλλογών. Για την θεραπεία τους προτείνεται η καταστολή της κινητικότητας του εντέρου, η τοποθέτηση προσωρινού stent ενδοσκοπικά στον παγκρεατικό πόρο, χρήση σωματοστατίνης αλλά και η χειρουργική επέμβαση εάν η συντηρητική θεραπεία δεν αποδώσει (Benjamin, 2018).

Όσον αφορά τις αγγειακές επιπλοκές, η σπληνική φλέβα σε περιπτώσεις παγκρεατίτιδας μπορεί να εμφανίσει φλεγμονή και θρόμβο, με αποτέλεσμα την δημιουργία κιστών στον πυθμένα του στομάχου, οι οποίοι τελικά να αιμορραγήσουν. Η σπληνεκτομή ενδείκνυται σε τέτοιες περιπτώσεις. Ακόμα, πιθανός είναι και ο σχηματισμός ψευδοανευρυσμάτων σε αρτηρίες του ήπατος, του σπλήνα ή στην παγκρεατοδωδεκαδακτυλική και στην γαστροδωδεκαδακτυλική αρτηρία, που βρίσκονται κοντά στο πάγκρεας. Μπορούν να διαγνωστούν μέσω αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, ενδοσκοπικού υπερηχογραφήματος Doppler και μεσεντέριας αγγειογραφίας, η οποία μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά. Η χειρουργική επέμβαση αποφεύγεται λόγω μεγάλων ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας (Benjamin, 2018).

Η απόφραξη των χοληφόρων και του δωδεκαδακτύλου οφείλονται κυρίως σε φλεγμονή ή ίνωση της κεφαλής του παγκρέατος ή σε σχηματισμό ψευδοκύστεων. Σε

περίπτωση στενώσεων προτιμάται η τοποθέτηση stent και ως δευτερεύουσα επιλογή η χειρουργική αποσυμπίεση των χοληφόρων (Benjamin, 2018).

4.2.7.Επιπλοκές

Η χρόνια παγκρεατίτιδα ως μία φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί την δημιουργία παρεγχυματικής ίνωσης με την πάροδο του χρόνου, προκαλεί πολυάριθμες επιπλοκές όπως η απώλεια της ενδοκρινής και εξωκρινής παγκρεατικής λειτουργίας. Μάλιστα, ο τρόπος με τον οποίο θα εξελιχθεί η νόσος είναι ανεξάρτητος της αιτιολογίας που την προκάλεσε. Παρόλα αυτά, σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων κοινό χαρακτηριστικό του τελευταίου σταδίου της νόσου αποτελεί η παρουσία επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένου των ψευδοκύστεων, της στένωσης του κοινού χοληδόχου πόρου, της θρόμβωσης της σπληνικής φλέβας, του ψευδοανευρύσματος των αρτηριών της περιοχής, του παγκρεατικού ασκίτη, της μεταβολικής νόσου των οστών και του χρόνιου άλγους (Μουτσόπουλος, 2018).

Η δυσλειτουργία της ενδοκρινικής μοίρας του παγκρέατος είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, με ποσοστό 80% των ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα να εμφανίζουν την συγκεκριμένη επιπλοκή. Συνήθως, εμφανίζεται μερικές δεκαετίες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Για την πραγματοποίηση της διάγνωσής της είναι ανάγκη να πληρούνται τα τρία βασικά ακόλουθα κριτήρια (Ramsey et al., 2017):

- 1.εκπλήρωση των διαγνωστικών κριτηρίων για παρουσία σακχαρώδους διαβήτη,
- 2.εκπλήρωση των κριτηρίων για διάγνωση χρόνιας παγκρεατίτιδας και
- 3.αποκλεισμός άλλων πιθανών πηγών για πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη.

Ακόμα, δευτερεύοντα κριτήρια που προτείνονται από ερευνητές αποτελούν η ελάττωση της λειτουργίας των β-κυττάρων, η απουσία αντίστασης στην ινσουλίνη, η μείωση της έκκρισης ινκρετίνης και οι χαμηλές συγκεντρώσεις λιποδιαλυτών βιταμινών (Ramsey et al., 2017). Ο τρόπος με τον οποίο σχετίζονται οι δύο αυτές παθήσεις, είναι λόγω της μείωσης συγκέντρωσης β-κυττάρων που έχει ως αποτέλεσμα την απουσία έκκρισης ινσουλίνης αλλά και οι δυσλειτουργίες στην έκκριση των ινσουλινοτρόπων ορμονών GIP και GLP-1. Τέλος, χαρακτηριστική είναι και η ελάττωση στην έκκριση γλυκαγόνης σε περιπτώσεις υπογλυκαιμικών επεισοδίων των ασθενών, λόγω μείωσης της μάζας α-κυττάρων (Παπαζαφειρόπουλος et al., 2016).

Επίσης, μία συχνή επιπλοκή της νόσου, αποτελούν τα μεταβολικά νοσήματα των οστών, όπως η οστεομαλακία, η οστεοπενία, η οστεοπόρωση, αλλά και η αύξηση του κινδύνου καταγμάτων (Ramsey et al., 2017). Για την εμφάνιση των παραπάνω νοσημάτων, ενοχοποιούνται η μείωση βάρους και η σαρκοπενία ως αποτέλεσμα της ανορεξίας και της ελάττωσης πρόσληψης τροφής, η επιγαστραλμία και η δυσαπορρόφηση λιποδιαλυτών βιταμινών, ηλεκτρολυτών και ιχνοστοιχείων, που οφείλεται στη μείωση της έκκρισης των πεπτικών ενζύμων. Λόγω της κακής ψυχολογικής κατάστασης που χαρακτηρίζει συνήθως τους ασθενείς, ως αποτέλεσμα του χρόνιου άλγους, της κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων αιθανόλης και της χρονιότητας της νόσου, είναι συχνό το φαινόμενο της κοινωνικής περιθωριοποίησής τους, άρα και μείωσης στην ηλικιακή έκθεση. Αυτό συνεπάγεται με μειωμένα ποσοστά βιταμίνης D, η οποία συμβάλλει στον μεταβολισμό των οστών (Karakousis, 2017). Άλλοι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι το φύλλο, η κατάχρηση αλκοόλ και το κάπνισμα. Η αντιμετώπιση της επιπλοκής αυτής περιλαμβάνει την αποχή από το αλκοόλ και το κάπνισμα, ένταξη φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα, δίαιτα πλούσια σε ασβέστιο και βιταμίνη D αλλά και φαρμακευτικά συμπληρώματα διατροφής (Ramsey et al., 2017).

Αυξημένος είναι και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παγκρέατος ως απόρροια της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Οφείλεται κυρίως στην ταχεία και μεγάλη αύξηση των παγκρεατικών αστεροειδών κυττάρων, καθώς και στους κοινούς παράγοντες κινδύνου. Δηλαδή, το αλκοόλ, το κάπνισμα, τον σακχαρώδη διαβήτη, την κληρονομική παγκρεατίτιδα, με ποσοστό που φτάνει έως και το 40% και την τροπική παγκρεατίτιδα, που εμφανίζεται κυρίως στην Ασία και χαρακτηρίζεται από αυξημένο ποσοστό αποτιτανώσεων (Ramsey et al., 2017).

Θρομβώσεις σε σπλαχνικές φλέβες μπορεί να δημιουργηθούν τόσο σε οξεία όσο και σε χρόνια παγκρεατίτιδα. Μάλιστα, σε χρόνια νόσο η πιθανότητα ανάπτυξης θρόμβωσης είναι περίπου 10-20%. Πιο συχνά, προσβάλλεται η άνω μεσεντέρια φλέβα και η πυλαία φλέβα. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζονται ως ασυμπτωματικοί, ενώ, αυξημένος είναι και ο κίνδυνος γαστρικής αιμορραγίας ως συνέπεια ανάπτυξης γαστρικών κιστών. Συνίσταται η χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων, αλλά και η πραγματοποίηση σπληνεκτομής σε περίπτωση αιμορραγίας από τους κιστούς (Ramsey et al., 2017).

Τέλος, η πιθανότητα εμφάνισης ψευδοκύστεων εκτιμάται περίπου σε ποσοστό 20-40%. Τα συμπτώματα εξαρτώνται από το μέγεθος και την ανατομική θέση της

ψευδοκύστης και περιλαμβάνουν πόνο στη κοιλιακή χώρα, ναυτία, έμετο, ίκτερο και απώλεια βάρους. Οι επιπλοκές που μπορούν να προκαλέσουν είναι κυρίως η απόφραξη του δωδεκαδακτύλου ή/και των χοληφόρων, η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και η μόλυνση (Ramsey et al., 2017).

Β' ΜΕΡΟΣ

1.ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αναπόσπαστο κομμάτι της εκτίμησης της κατάστασης αποτελεί το ιστορικό του ασθενή. Τα δεδομένα που χρειάζεται να συλλεχθούν σχετίζονται, αρχικά, με τα συμπτώματα που θα αναφέρει ο ασθενής, όπως η εντόπιση, η διάρκεια, ο χαρακτήρας και οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην έναρξη του άλγους. Ακόμα, θα πρέπει να εκτιμηθούν το πώς αντιλαμβάνεται τον πόνο ο ασθενής, οι σωματικές του αντιδράσεις, τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει την συμπεριφορά του, εάν χρησιμοποιεί τεχνικές για την ανακούφισή του και ποιες είναι αυτές, αλλά και η αποδοτικότητα των ακολουθούμενων τεχνικών θεραπείας. Συγκεκριμένα, για την αξιολόγηση της υποκειμενικής αντίληψης του άλγους μπορεί να γίνει χρήση κάποιας κλίμακας αξιολόγησης. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο McGill βασίζεται σε τέσσερις βασικές συνιστώσες του πόνου-αισθητηριακή, συναισθηματική, αντικειμενική και ποικίλη. Άλλες αποτελεσματικές κλίμακες είναι η οπτική αναλογική (VAS), η αριθμητική και η απλή περιγραφική. Σε αυτήν, εάν η βαθμολογία που συγκεντρωθεί είναι υψηλότερη από 3, σημαίνει ότι η διενέργεια καθημερινών δραστηριοτήτων περιορίζεται σημαντικά, ενώ αν είναι της τάξεων των 6-7, η ποιότητα ζωής διαταράσσεται σημαντικά. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την εκμάθηση του τρόπου χρήσης της κλίμακας στον ασθενή και να βεβαιωθεί ότι επιλέχθηκε το κατάλληλο είδος κλίμακας αξιολόγησης. Δηλαδή, εάν το περιεχόμενό της αποδίδεται με λεκτικές περιγραφές, ο ασθενής θα πρέπει να καταλαβαίνει τη γλώσσα και αν είναι αριθμητική θα πρέπει να γνωρίζει να μετρά έως το δέκα. Στις νοσηλευτικές ευθύνες επάγεται και η εξήγηση της έννοιας του πόνου, ενώ αρκετά συχνά οι εκφράσεις του αποτελούν πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση του άλγους. Σημαντικό βήμα, ακόμα, είναι να τεθούν στόχοι ανάλογα με το επίπεδο όπου ο ασθενής αναφέρει ότι είναι άνετος και λειτουργικός και να δοθούν κατευθυντήριες οδηγίες για την επίτευξη αυτών. Επιπλέον, όσον αφορά τις σωματικές αντιδράσεις, θα πρέπει να αξιολογηθούν η ύπαρξη ταχυκαρδίας, ταχείας αναπνοής, αύξησης των τιμών αρτηριακής πίεσης, μυδρίασης και ωχρότητας δέρματος. Οι συμπεριφορές του πόνου, κάποια ιδιαίτερα δηλαδή χαρακτηριστικά του, εάν παρατηρηθούν σωστά συμβάλλουν σημαντικά στην εκτίμησή του. Τέτοιες ενδείξεις είναι η στήριξη του σημείου που πονά με το χέρι του, η λήψη αναλγητικών, το κλάμα και η έκφραση παραπόνων και

ανησυχίας, οι μορφασμοί, η αποφυγή σωματικών δραστηριοτήτων και κοινωνικής συναναστροφής και η πραγματοποίηση αναπνοής με δυσκολία (Lemone et al., 2011).

Επίσης, πληροφορίες όπως προηγούμενο ιστορικό παγκρεατίτιδας, απώλεια βάρους, ναυτία, έμετος, αλλαγές στην κένωση ή/και την όρεξη, χρήση φαρμακευτικής αγωγής, είναι σημαντικές για την αξιολόγηση της νόσου. Η σφαιρική αξιολόγηση, μάλιστα, πιθανή κατάχρηση ουσιών, όπως το αλκοόλ ή η νικοτίνη, αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση κατάλληλων παρεμβάσεων. Οι τρεις σημαντικότερες πληροφορίες που θα πρέπει να εκτιμηθούν είναι το ιστορικό προηγούμενης κατάχρησης και ιατρικό ιστορικό του ασθενή και η πιθανή εδραίωση ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η λήψη ιστορικού θα πρέπει να βασίζεται σε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, τις οποίες ο ασθενής θα μπορεί να απαντήσει με κάτι παραπάνω από ένα απλό "ναι" ή "όχι", να υποβάλλονται με ήρεμο τρόπο και ουδέτερο τόνο και όχι επικριτικό ή απειλητικό και να συνδυάζονται με μεθόδους θεραπευτικής επικοινωνίας. Έτσι, θα αναπτυχθεί εμπιστοσύνη μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτικού προσωπικού πριν την έναρξη της φυσικής εξέτασης (Lemone et al., 2011).

Ο ασθενής είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζει, ακόμα, διαταραχές του ισοζυγίου υγρών. Για αυτό, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αξιολόγηση ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για έλλειμα όγκου υγρών, πληροφορίες για την επίτευξη της οποίας συλλέγονται μέσω του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης. Κατά την λήψη ιστορικού, εκτιμώνται παράμετροι όπως η ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή, ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων, περιβαλλοντική θερμοκρασία, πραγματοποίηση εντατικής σωματικής άσκησης, μειωμένη λήψη υγρών, εάν η πάθηση συνοδεύεται από έμετο και διάρροια, καθώς και η έναρξη και συχνότητα αυτών. Κατά την κλινική εξέταση, αξιολογούνται πέρα από τα ζωτικά σημεία σε καθιστή και όρθια θέση, το βάρος του ασθενή, η επαναπλήρωση τριχοειδών, η διάταση σφαγίτιδων φλεβών, το επίπεδο συνείδησης, η διανοητική λειτουργία και τα επίπεδα διούρησης (Lemone et al., 2011).

Απαραίτητη είναι και η πραγματοποίηση φυσικής εξέτασης. Με άλλα λόγια, εκτιμώνται τα ζωτικά σημεία του ασθενή, αρτηριακή πίεση, αναπνοές, κορεσμός οξυγόνου, σφίξεις, θερμοκρασία, το χρώμα και η κατάσταση του δέρματος για ωχρότητα, ύπαρξη ελκών ή σπαργής και εξετάζεται η κοιλιά για πιθανή διάταση, παθολογικούς εντερικούς ήχους, ευαισθησία, μυϊκή σύσπαση ή εκχυμώσεις (Lemone et al., 2011).

2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ο οξύς πόνος αποτελεί ένα από τα πιο συνήθη χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας της παγκρεατίτιδας. Οφείλεται στην αυτοπεψία του παρεγχύματος, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την παρουσία φλεγμονής, οιδήματος, απόφραξης των πόρων του παγκρέατος και διόγκωση αυτού. Παρατηρείται κυρίως στο επιγάστριο και το άνω αριστερό τεταρτημόριο της κοιλίας με αντανάκλαση στη ράχη, ανάμεσα από τις δύο ωμοπλάτες. Συνοδεύεται από τάση για έμετο, ναυτία, σύσπαση του μυός της κοιλίας και ευαισθησία στην περιοχή. Ο πόνος, η ανησυχία και το άγχος εάν δεν αντιμετωπιστούν μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της έκκρισης των ενζύμων στο πάγκρεας, που συμβάλλουν στην αυτοπεψία. Η νοσηλευτική διάγνωση του πόνου βασίζεται στην χρήση μιας κλίμακας για την αξιολόγηση αυτού, όπως η αριθμητική κλίμακα (NRS) ή η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS). Τα δεδομένα που συλλέγονται αφορούν την εντόπιση του πόνου, την ένταση, τον χαρακτήρα, πιθανή αντανάκλαση, άλλα συμπτώματα που τον συνοδεύουν, τι τον προκαλεί ή τον ανακουφίζει. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για έκφραση μη λεκτικών εκδηλώσεων άλγους. Τέτοια σημάδια αποτελούν η ανησυχία, η ακινησία, η παρατήρηση ενδείξεων δυσφορίας, ο μη φυσιολογικός ρυθμός αναπνοής, συνήθως γρήγορος και επιπόλαιος, οι σφιγμένες γροθιές, η ταχυκαρδία, καθώς και η εφίδρωση. Συνίσταται να γίνεται αξιολόγηση του πόνου πριν και μετά την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά τους και έπειτα να προσαρμοστεί η αγωγή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Lemone et al., 2011; Doenges et al., 2021).

Αποτέλεσμα της νόσου αλλά και των θεραπευτικών τεχνικών που εφαρμόζονται πολλές φορές μπορεί να είναι οι διαταραχές της θρέψης και η αδυναμία της κάλυψης των οργανικών αναγκών, όπως η υποθρεψία. Η ύπαρξη φλεγμονής αυξάνει τον μεταβολικό ρυθμό και οδηγεί σε ναυτία, έμετο και διάρροια. Παράλληλα, η σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα και όχι από το στόμα, ελαχιστοποιούν την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών. Τέλος, η ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος σε χρόνια παγκρεατίτιδα οδηγεί σε μη φυσιολογική πέψη και απορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Για την επίτευξη νοσηλευτικής διάγνωσης συνίσταται η πραγματοποίηση ελέγχου εργαστηριακών εξετάσεων. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα των εξετάσεων περιλαμβάνουν μειωμένα επίπεδα λευκοματίνης και τρανσφερρίνης ορού. Η

τρανσφερρίνη ορού είναι μία πρωτεΐνη που συμβάλλει στη μεταφορά και απορρόφηση του σιδήρου και οι μειωμένες τιμές της οδηγούν στη μείωση της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη στο αίμα (Dewit, 2009).

Επίσης, η νόσος αυτή μπορεί να προκαλέσει μεταφορά υγρών στον τρίτο χώρο, δηλαδή μετακίνηση από τον ενδοαγγειακό χώρο στην κοιλότητα του περιτόναιου. Με αυτόν τον τρόπο, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για πρόκληση υποογκαιμικού shock και βλάβη του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος, καθώς και της νεφρικής και νοητικής λειτουργίας του ασθενή. Η νοσηλευτική διάγνωση περιλαμβάνει τον έλεγχο της καρδιαγγειακής κατάστασης ανά τέσσερις ώρες ή και πιο συχνά, ανάλογα με τα σημεία και τα συμπτώματα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται έλεγχος των ζωτικών σημείων, του ρυθμού της καρδιάς, της αιμοδυναμικής κατάστασης, πίεση κεντρικής φλέβας και ενσφήνωση των τριχοειδών του πνεύμονα, των περιφερικών σφίξεων, του χρόνου επαναπλήρωσης των τριχοειδών αγγείων, αλλά και του χρώματος και της κατάστασης του δέρματος. Οι παραπάνω πληροφορίες συντελούν στην αξιολόγηση του ισοζυγίου υγρών και στην ανταπόκριση που εμφανίζει ο ασθενής στη θεραπεία. Ιδιαίτερη, μάλιστα, προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει σφίξεις μικρότερες από 100/λεπτό, απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης κατά 10mmHg, τιμή κεντρικής φλεβικής πίεσης μικρότερη από 8mmHg και πίεση ενσφήνωσης πνευμονικών τριχοειδών κάτω από 12mmHg. Ακόμα, ενδείξεις υποογκαιμικού shock αποτελούν τα επίπεδα καρδιακής παροχής χαμηλότερα από 5L/ λεπτό, η εφίδρωση και το ψυχρό δέρμα (Lemone et al., 2011).

Κατά την πραγματοποίηση της ενδοσκοπικής παλίνδρομης χολαγγειο-παγκρεατογραφίας (ERCP) η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντική. Η εξέταση αυτή, μέσω ενός ενδοσκοπίου που φέρει οπτική ίνα και εισέρχεται στον γαστρεντερικό σωλήνα, στοχεύει στην απεικόνιση και διαστολή των δομών, στην απομάκρυνση λίθων των χοληφόρων αγγείων και στη βιοψία όγκων. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του ασθενή για αποφυγή κατανάλωσης τροφής και υγρών έως και οχτώ ώρες πριν, για την εκτίμηση τυχόν αλλεργιών στο ιώδιο, στα θαλασσινά ή στο σκιαστικό που θα χρησιμοποιηθεί για την εξέταση, για την λήψη φαρμακευτικού ιστορικού και για την ενημέρωσή του πως τα υπογλυκαιμικά φάρμακα που λαμβάνονται από το στόμα αντενδείκνυται, για την εκτίμηση του αντανάκλαστικού του εμέτου και της κατακράτησης ούρων λόγω χορήγησης ατροπίνης. Ακόμα, επιθυμητή είναι η ενημέρωση για πιθανή αίσθηση πονόλαιμου μετά την εξέταση. Τέλος, για την πραγματοποίηση αξονικής και

μαγνητικής τομογραφίας και εξέταση των επιπέδων αμυλάσης και λιπάσης ορού, δεν απαιτείται κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία (Haugen & Galura, 2022).

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1 Νοσηλευτική Διαχείριση του Οξέος και Χρόνιου Πόνου

Σύμφωνα με τους Lemone et al., (2011) «ο πόνος αποτελεί την υποκειμενική απάντηση του οργανισμού σε σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες». Ο οξύς πόνος χαρακτηρίζεται ως αιφνίδιος, διαξιφιστικός, αυτοπεριοριζόμενος και εντοπισμένος με πιθανή αντανάκλαση σε άλλα σημεία του σώματος. Μπορεί να οφείλεται είτε σε βλάβη των ιστών λόγω τραυματισμού, είτε σε χειρουργική επέμβαση, είτε σε φλεγμονή, όπως στη περίπτωση της παγκρεατίτιδας. Κατά συνέπεια, η ανακούφιση του οξέος άλγους επέρχεται με την επούλωση του τραυματισμένου ιστού. Οι ασθενείς είναι πιθανό να παρουσιάζουν ταχυκαρδία, γρήγορες και απότομες αναπνοές, υψηλές τιμές αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, μυδρίαση, ναυτία, έμετο, άγχος και φόβο (Haugen & Galura, 2022).

Ο χρόνιος πόνος, σε αντίθεση με τον οξύ, δεν έχει κάποια χρήσιμη λειτουργία όσον αφορά την ένδειξη πραγματικής ή πιθανά επερχόμενης βλάβης. Χαρακτηρίζεται ως παρατεταμένος, καθώς επιμένει ακόμη και μετά την αντιμετώπιση του οξέος προβλήματος. Έχει άμεση σχέση με την κατάθλιψη, εφόσον και στις δύο καταστάσεις παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης και ενδορφινών. Πέρα από την κατάθλιψη, ο ασθενής παρουσιάζει αυπνία, στρες οικονομικού, σωματικού και ψυχοκοινωνικού υπόβαθρου, ενώ, η καρδιακή και αναπνευστική του λειτουργία είναι φυσιολογική (Lemone et al., 2011).

Η νοσηλευτική φροντίδα για την ανακούφιση του πόνου περιλαμβάνει, αρχικά, τον τακτικό έλεγχο της αναπνευστικής λειτουργίας, ανά 4 με 8 ώρες, για πιθανή αλλαγή στη συχνότητα της αναπνοής, εμφάνιση παθολογικών αναπνευστικών ήχων ή τιμών κορεσμού του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα, δηλαδή τιμές χαμηλότερες από 92% και γενικότερα των αερίων αίματος, αλλά και για μείωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος. Το έντονο κοιλιακό άλγος έχει ως αποτέλεσμα τον υπαερισμό, την ελάττωση του βήχα και τον μη φυσιολογικό αριθμό αναπνοών, που μπορεί να προκαλέσουν ατελεκτασία, πνευμονία ή/και συσώρευση εκκρίσεων των βρόγχων (Haugen & Galura, 2022).

Ο ασθενής προτείνεται να σιτίζεται μέσω ρινογαστρικού σωλήνα, του οποίου η βατότητα να ελέγχεται συχνά. Από το στόμα σίτιση είναι υπεύθυνη για την διέγερση εκκρίσεων στο στομάχι, που οδηγούν με την σειρά τους στην έκκριση παγκρεατικού εγχύματος, αυξάνοντας την αίσθηση του πόνου. Μέσω της ρινογαστρικής αναρρόφησης ελαττώνονται οι γαστρεντερικές εκκρίσεις, η ναυτία, η τάση για έμετος και η διάταση κοιλίας (Haugen & Galura, 2022).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο, ακόμα, ώστε ο ασθενής να παραμένει κλινήρης, καθώς και για την διατήρηση ενός ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος. Καλείται να ενθαρρύνει τον ασθενή για πραγματοποίηση εναλλακτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου, όπως ο διαλογισμός και η καθοδηγούμενη φαντασίωση. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η μείωση της οργανικής λειτουργίας και η αύξηση της πνευματικής δραστηριότητας, άρα και η ελάττωση του μεταβολικού ρυθμού και των γαστρεντερικών εκκρίσεων που μπορούν να επιδεινώσουν την αίσθηση του πόνου. Επιπλέον, η μη συχνή χρήση φαρμακευτικής αγωγής για την ανακούφιση του άλγους, μπορεί να οδηγήσει στην μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των αναλγητικών, όταν επιλεγεί να χορηγηθούν (Haugen & Galura, 2022).

Η τοποθέτηση του ασθενή σε κατάλληλη θέση μπορεί, επίσης, να συντελέσει στην ελάττωση του πόνου, που οφείλεται σε περιτοναϊκή διάταση λόγω οιδήματος. Προτείνεται μία άνετη για τον ασθενή θέση, όπως αυτή της πλάγιας κατάκλισης με λυγισμένα γόνατα και ανυψωμένο κεφάλι έως και 45 μοίρες, η καθιστή θέση, η εμβρυική ή η κλίση του σώματος προς τα εμπρός (Lemone et al., 2011).

Η οικογένεια και οι συνοδοί χρειάζεται να συμβουλευτούν ώστε να αποφεύγουν να φέρνουν στο θάλαμο του ασθενή τροφές που μπορεί να δει ή να μυρίσει και να διεγείρουν την παγκρεατική εκκριτική δραστηριότητα (Lemone et al., 2011).

Όσον αφορά την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, θα πρέπει να γίνεται ανάλογα με την συνταγογραφούμενη αγωγή. Ο ασθενής μπορεί να επιλέξει την οδό χορήγησης, ώστε να έχει ενεργό ρόλο στη θεραπεία. Επίσης, προτιμάται να γίνεται χορήγηση πριν την εκδήλωση πόνου, καθώς φαίνεται να δρουν με αυτόν τον τρόπο πιο αποτελεσματικά. Χρειάζεται, βέβαια, η συνεχής αξιολόγηση της δράσης τους. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η εκπαίδευση της οικογένειας και του κοινωνικού περίγυρου, με σκοπό να αναγνωριστούν έγκαιρα τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες. Τέτοια σημεία μπορεί να είναι η ναυτία, η δυσκοιλιότητα, η ζάλη και η καταστολή. Η εφαρμογή μη φαρμακευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου, όπως η επίτευξη χαλάρωσης και η απόσπαση προσοχής ενδείκνυνται, όταν μάλιστα

χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή (Haugen & Galura, 2022).

Τέλος, σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει χρόνιο άλγος, θα πρέπει να εκτιμηθεί για ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μιας και οι δύο αυτές καταστάσεις συνήθως συμβαίνουν παράλληλα. Στη συνέχεια, εάν δεν έχει προσδιοριστεί ο παράγοντας που προκαλεί τον χρόνιο πόνο, θα πρέπει να γίνει διενέργεια περεταίρω διαγνωστικών εξετάσεων. Σύμφωνα με έρευνες, ανακούφιση του πόνου πραγματοποιείται με την αντιμετώπιση της υποκείμενης αιτίας. Επιπλέον, η χορήγηση οπιοειδών και μη αναλγητικών είναι απαραίτητη, ώστε ο ασθενής να μπορεί να διατηρήσει την λειτουργικότητά του, ενώ τα μέλη της οικογένειάς του θα πρέπει να είναι ενήμερα για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των χορηγούμενων φαρμάκων. Οι νοσηλευτές μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς σε επαγγελματίες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτές, μασέρ ή βελονιστές, αλλά και σε εξειδικευμένες κλινικές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, ώστε να μειωθεί το επίπεδο εξάρτησης από τα οπιοειδή αναλγητικά (Lemone et al., 2011).

3.2 Νοσηλευτική Διαχείριση των Διαταραχών Θρέψης

Σχετικά με τις διαταραχές στη θρέψη του ασθενή, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τακτικό ζύγισμα του ασθενή, το οποίο θα πρέπει να πραγματοποιούνται καθημερινά ή κάθε δεύτερη ημέρα, ώστε να καταγράφονται πιθανές βραχυπρόθεσμες αλλαγές στο σωματικό του βάρος, δηλαδή εντός κάποιων ωρών ή ημερών. Οι μεταβολές αυτές αντανakλούν τη κατάσταση ισοζυγίου υγρών και του επιπέδου θρέψης (Dewit, 2009).

Η παρακολούθηση της συχνότητας, της οσμής, του χρώματος και της σύστασης των κοπράνων είναι εξίσου σημαντικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα της νόσου αποτελεί η στεατόρροια, δηλαδή αποβολή άπεπτων λιπών με τα κόπρανα, λόγω διαταραχής του μεταβολισμού των πρωτεϊνών και των λιπών. Ακόμα, συνίσταται η παρατήρηση των εντερικών ήχων. Η επάνοδός τους υποδηλώνει την βελτίωση του εντερικού περισταλτισμού. Μάλιστα, 24- 48 ώρες μετά την επανεμφάνισή τους διακόπτεται και η ρινογαστρική απορρόφηση (Lemone et al., 2011;Doenges et al., 2021).

Στη συνέχεια, η χορήγηση υγρών καλό είναι να πραγματοποιείται ενδοφλεβίως για μεγιστοποίηση του επιπέδου ενυδάτωσης. Προτείνεται, επίσης, η ολική παρεντερική

διατροφή για χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και θερμίδων, όταν η νηστεία διαρκεί για πάνω από δύο με τρεις ημέρες. Τεχνικές για επίτευξη υγιεινής της στοματικής κοιλότητας, όπως και των ρινικών κοιλοτήτων, θα πρέπει να πραγματοποιούνται κάθε μία με δύο ώρες, λόγω μεγάλου κινδύνου ερεθισμού και λύσης των βλεννογόνων, που οφείλεται στη νηστεία και την ρινογαστρική αναρρόφηση (Doenges et al., 2021).

Τέλος, κατά την απομάκρυνση του ρινογαστρικού σωλήνα και την επαναφορά σίτισης από το στόμα, θα πρέπει να προσφέρονται μικρά και συχνά γεύματα, ενώ, πριν και μετά την κατανάλωση τροφής συνίσταται η πραγματοποίηση στοματικής υγιεινής. Με αυτόν τον τρόπο, μειώνονται οι μικροοργανισμοί στην περιοχή του στόματος, άρα και η δυσοσμία, τα επίπεδα ανορεξίας και ο κίνδυνος αλλοίωσης του συστήματος γεύσης. Οι μικρές ποσότητες είναι πιο εύκολο να πεπτούν και να απορροφηθούν, ενώ μειώνεται έτσι και η έκκριση των παγκρεατικών ενζύμων (Doenges et al., 2021;Haugen & Galura, 2022).

3.3.Νοσηλευτική Διαχείριση των Διαταραχών Ισοζυγίου Υγρών

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με κίνδυνο εμφάνισης ελλείματος όγκου υγρών, βασίζεται στη παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας. Πιο συγκεκριμένα, θα πρέπει να υπολογίζεται η διούρηση κάθε μία ώρα. Εάν παρατηρηθεί διούρηση μικρότερη από 30ml, θα πρέπει να αναφερθεί, διότι πιθανότατα σημαίνει εμφάνιση μειωμένης αιμάτωσης των νεφρών και άρα νεφρική ανεπάρκεια, που αποτελεί συχνή επιπλοκή παγκρεατίτιδας. Ακόμα, συνίσταται καθημερινό ζύγισμα του ασθενή, καθώς μεταβολές στο σωματικό του βάρος αποκαλύπτουν πιθανή διαταραχή του ισοζυγίου υγρών (Doenges et al., 2021;Haugen & Galura, 2022).

Επιπλέον, αξιόπιστος δείκτης της κατάστασης του όγκου σωματικών υγρών, αποτελεί η κατάσταση της νευρικής λειτουργίας. Με άλλα λόγια, θα πρέπει τακτικά να παρακολουθούνται η διανοητική κατάσταση, το επίπεδο συνείδησης και η συμπεριφορά του ασθενή, τα οποία είναι πιθανό να παρουσιάσουν διαταραχές και έκπτωση της λειτουργίας τους, λόγω μειωμένης αιμάτωσης του εγκεφάλου. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε περιστατικά υπότασης και υποξαιμίας (Doenges et al., 2021;Haugen & Galura, 2022).

Μεγάλη, βέβαια, είναι και η πιθανότητα εκδήλωσης συνδρόμου στέρησης από το αλκοόλ που ακολουθείται από πολυάριθμες επιπλοκές του νευρικού συστήματος. Ο

νοσηλευτής θα πρέπει να πραγματοποιεί εκτίμηση των ζωτικών σημείων ανά τέσσερις ώρες. Εάν παρατηρηθούν σημεία υπότασης, ταχυκαρδίας, ασθενής κεντρική φλεβική πίεση και περιφερικός σφυγμός, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποογκαιμίας (Lemone et al., 2011).

Επίσης, ενδείκνυται η τακτική χορήγηση υγρών από το στόμα. Η ποσότητα εξαρτάται από τις ιατρικές οδηγίες, ενώ, το είδος των υγρών μπορεί να επιλεγεί ανάλογα με τις προτιμήσεις του ασθενή. Από το στόμα χορήγηση προτιμάται σε ασθενείς ικανούς να προσλάβουν υγρά από αυτή την οδό και να τα κατακρατήσουν. Η ενδοφλέβια έγχυση υγρών πραγματοποιείται με την βοήθεια ηλεκτρονικής αντλίας έγχυσης. Ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται συνεχώς για τυχόν υπερφόρτωση της κυκλοφορίας, με συμπτώματα όπως δυσκολία στην αναπνοή, ταχυκαρδία, οίδημα και διάταση σφαγίτιδων φλεβών. Μάλιστα, σε ταχεία έγχυση μεγάλη είναι και η πιθανότητα πνευμονικού οιδήματος και καρδιακής ανεπάρκειας (Lemone et al., 2011).

Τέλος, θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων, που περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των επιπέδων των ηλεκτρολυτών της ωσμωτικότητας του ορού, της ουρίας αίματος και του αιματοκρίτη. Ενδέχεται να μεταβληθούν οι παραπάνω τιμές λόγω της επανυδάτωσης και ίσως χρειαστεί αποκατάσταση της έλλειψης ηλεκτρολυτών (Doenges et al., 2021; Haugen & Galura, 2022).

3.4 Νοσηλευτική Διαχείριση Προβλημάτων Κατάχρησης

Σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ ή/και νικοτίνης η νοσηλευτική παρακολούθηση θα πρέπει να είναι στενή και προσεκτική. Ακόμα, επιθυμητή αποτελεί και η συνεχής παρουσία συγγενών ή άλλων συνοδών στο θάλαμο του ασθενή, αλλά και κατά την επιστροφή του στο σπίτι, ώστε να αποφευχθεί οποιαδήποτε χρήση ουσιών. Σε περίπτωση εμφάνισης συνδρόμου στέρησης από το αλκοόλ συνήθως τις πρώτες 72 ώρες, θα πρέπει να εκτιμηθούν τα συμπτώματα και με ιατρική οδηγία να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες. Η τακτική παρακολούθηση για απώλεια αισθήσεων και άπνοιας είναι απαραίτητη. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν διατηρεί τις αισθήσεις του, δεν τοποθετούμε σε ύπτια θέση (Haugen & Galura, 2022).

Επίσης, θα πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια πιθανής επιληπτικής κρίσης, λόγω οξέος περιστατικού συνδρόμου στέρησης, ενώ μετά την αποχή από το αλκοόλ για 72 ώρες το νοσηλευτικό προσωπικό

καλείται να είναι σε εγρήγορση για δείγματα τρομώδους παραληρήματος (Haugen & Galura, 2022).

Θα πρέπει, τέλος, να αξιολογηθεί η ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων, βλάβη της αισθητηριακής αντίληψης, ο κίνδυνος πτώσης ή πνιγμού και ανάλογα να τοποθετηθεί εξατομικευμένη υποστήριξη στο κρεβάτι του ασθενή και να διατηρηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών (Haugen & Galura, 2022).

4.ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η παγκρεατίτιδα είναι μια βαριά νόσος που αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα μπορεί να παρουσιάσει πολυάριθμες επιπλοκές. Για τον λόγο αυτό, ο ασθενής αλλά και τα μέλη της οικογένειάς του θα πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα, τόσο για τις παρεμβάσεις κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο, όσο και για την φροντίδα που θα πρέπει να δέχεται στο σπίτι, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Οι πληροφορίες που δίνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να είναι απλές και σύντομες, με σκοπό την πλήρη κατανόηση του νοσήματος και των τρόπων πρόληψης επόμενων επεισοδίων οξείας παγκρεατίτιδας (Lemone et al., 2011).

Συγκεκριμένα, θα πρέπει να παρέχονται συμβουλές για μείωση του καπνίσματος και του άγχους, που διεγείρουν το πάγκρεας. Το αλκοόλ είναι απαραίτητο να διακοπεί, καθώς συμβάλλει όχι μόνο στο σχηματισμό λίθων που φράσσουν τον παγκρεατικό εκφορητικό πόρο και στέκονται εμπόδιο στη ροή των εκκρίσεων του παγκρέατος, αλλά και συντελούν και σε περαιτέρω δημιουργία φλεγμονής και αυτοπεψίας του οργάνου. Οι τροφές χαμηλού περιεχομένου σε λιπαρά πρέπει να συνιστώνται. Επιθυμητή είναι, ακόμα, η δημιουργία καταλόγου με τροφές πλούσιες σε λίπη, ώστε να γνωρίζει ο ασθενής τι είναι καλό να αποφύγει. Για παράδειγμα, τα καυτερά φαγητά ή αυτά που προκαλούν αέρια, ο καφές, το τσάι και τα αναψυκτικά μπορεί να αυξήσουν τις γαστρικές εκκρίσεις, δημιουργώντας πόνο. Συμπτώματα λοίμωξης, όπως πυρετός, πόνος και ταχυκαρδία καλό είναι να εξηγηθεί ότι πρέπει να αναφέρονται, καθώς είναι πιθανό να εξελιχθεί σε παγκρεατικό απόστημα (Lemone et al., 2011).

Η χορήγηση φαρμάκων για την υποκατάσταση των παγκρεατικών ενζύμων, όπως μέσω της χορήγησης παγκρεολιπάσης, θα πρέπει να συζητηθεί όταν η διαταραχή της παγκρεατικής λειτουργίας είναι σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, η παγκρεολιπάση

περιλαμβάνει ένζυμα πρωτεάσης, λιπάσης και αμυλάσης, μέσω των οποίων γίνεται αποτελεσματικότερη η πέψη υδατανθράκων και λιπών και μειώνεται ο αριθμός των κενώσεων. Οι νοσηλευτικές ευθύνες για την θεραπεία υποκατάστασης με παγκρεατικά ένζυμα περιλαμβάνουν τον αποκλεισμό πιθανών αλλεργιών, την παρακολούθηση των κενώσεων όσον αφορά τη σύσταση και την συχνότητα, το ζύγισμα και την καταγραφή του σωματικού βάρους κάθε δεύτερη μέρα, την λήψη του φαρμάκου παράλληλα με την πραγματοποίηση γευμάτων, την παρακολούθηση για ενδείξεις παρενεργειών, όπως εξανθήματα, κνίδωση και δυσχέρεια κατά την αναπνοή. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε το φάρμακο να χορηγείται με τα γεύματα, σε περίπτωση που είναι εντεροδιαλυτό να τεμαχίζεται, να παρακολουθούν τον ασθενή ώστε να βεβαιωθούν ότι πραγματοποιεί τη δίαιτα και ότι λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή (Lemone et al., 2011).

Τέλος, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να τον παραπέμψει σε διαιτολόγο, ώστε να δημιουργηθεί ένα διατροφικό πλάνο βασισμένο στις τροφές που μπορεί να καταναλώσει και αυτές που πρέπει να αποφεύγει. Ακόμα, εάν κρίνεται απαραίτητο, μπορεί να κανονιστεί η συμμετοχή του σε προγράμματα σε σκοπό την απεξάρτησή του από το αλκοόλ ή/και σε υπηρεσίες για την συνεχή εκπαίδευση, παρακολούθηση και φροντίδα στο σπίτι (Lemone et al., 2011).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.Το είδος της έρευνας

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας είναι δευτερογενής. Η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε για να κατανοήσουμε καλύτερα τα νέα δεδομένα για τις νέες μεθόδους σχετικά με την επίδραση της οξείας και χρόνιας παγκρεατίτιδας στην ποιότητα ζωής του ασθενή, καθώς και με στρατηγικές βελτίωσής της.

2.Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από δέκα επιστημονικά άρθρα, τα οποία έχουν δημοσιευτεί στην αγγλική γλώσσα κατά τις χρονολογίες του 2021 έως το 2022 στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed και Google Scholar. Τα άρθρα αυτά αναλύουν νέες πληροφορίες και ευρήματα που αφορούν στην διατάραξη της ποιότητας ζωής του ασθενή που πάσχει από οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα. Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση τρόπων με τους οποίους η παγκρεατίτιδα είναι δυνατόν να επηρεάσει αρνητικά τα επίπεδα της ποιότητα ζωής του ατόμου και στρατηγικές μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η βελτίωσή της.

3.Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης συλλέχθηκε από επιλεγμένα άρθρα της τελευταίας διετίας. Η επιλογή έγινε από άρθρα και μελέτες. Οι λέξεις ή φράσεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «παγκρεατίτιδα AND ποιότητα ζωής» (pancreatitis AND quality of life), «παγκρεατίτιδα AND ψυχολογία» (pancreatitis AND psychology), «παγκρεατίτιδα AND κατάθλιψη» (pancreatitis AND depression), «παγκρεατίτιδα AND πόνος», «παγκρεατίτιδα AND ύπνος» (pancreatitis AND sleep), «παγκρεατίτιδα AND αλκοόλ» (pancreatitis AND alcohol), (pancreatitis AND pain), «παγκρεατίτιδα AND φυσική άσκηση» (pancreatitis AND physical exercise).

4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την εύρεση των επιστημονικών άρθρων αρχικά πήγα στην εφαρμογή Google, πληκτρολόγησα την λέξη PubMed και έκανα αναζήτηση και αντίστοιχα για το Google Scholar. Στην συνέχεια άνοιξα την μηχανή αναζήτησης του Google Scholar και σαν πρώτη επιλογή έβαλα τις λέξεις κλειδιά “pancreatitis AND quality of life”. Κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 141.000 άρθρα, έπειτα έβαλα στην αναζήτηση χρονικό περιορισμό ώστε τα αποτελέσματα να αντιστοιχούν μόνο στο έτος 2022 για να μου εμφανίσει τα πιο πρόσφατα άρθρα, ο αριθμός των άρθρων μειώθηκε στα 5.880 από τα οποία κάποια τα χρησιμοποίησα. Κατόπιν άλλαξα των συνδυασμό των λέξεων σε “pancreatitis AND depression”, κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 68.100 άρθρα όποτε έβαλα στην αναζήτηση περιορισμό για το έτος 2022 και τα άρθρα μειώθηκαν στα 3.040. Έπειτα πρόσθεσα στις λέξεις κλειδιά την λέξη “pain” γράφοντας “pancreatitis AND pain” και κάνοντας αναζήτηση μου εμφάνισε 7.910 αποτελέσματα (το χρονικό περιθώριο αντιστοιχούσε στο έτος 2022). Ο τελευταίος συνδυασμός λέξεων που έκανα ήταν “pancreatitis AND physical activity” εμφανίζοντας μου 4.260 αποτελέσματα (το χρονικό περιθώριο ήταν το έτος 2022). Οι επόμενες λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων ήταν “pancreatitis AND nutrition” και ο συνδυασμός των λέξεων αυτών με βοήθησε να συγκεντρώσω τα άρθρα που χρειάζομαι. Στο σημείο αυτό έκανα ενεργοποίηση νέων φίλτρων και επιλογή χρονικού περιορισμού από το 2021 έως το 2022 και μου εμφάνισε 11.800 άρθρα χρησιμοποιώντας επίσης κάποια από αυτά.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποίησα σε αυτή τη βάση δεδομένων ήταν οι pancreatitis AND quality of life, pancreatitis AND psychology, pancreatitis AND depression, pancreatitis AND pain, pancreatitis AND physical activity. Ο τρόπος που επέλεξα αυτά τα άρθρα ήταν με βάση το θέμα της αναζήτησης μου ελέγχοντας τον τίτλο των άρθρων που μου εμφάνιζε η μηχανή αναζήτησης καθώς και την περίληψη τους, επιπλέον αρκετά άρθρα αποκλείστηκαν γιατί η χρονολογία του ήταν πολύ παλιά και οι πληροφορίες που περιείχαν ήταν επαναλαμβανόμενες χωρίς εξειδίκευση. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα κύρια χαρακτηριστικά των δέκα άρθρων με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.

5.Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

a/a	Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα.	Είδος μελέτης	Σκοπός της μελέτης	Κύρια ευρήματα
1.	Ma et al., (2022), Ανατολική Κίνα	Ποιοτική μελέτη.	Στόχος της έρευνας ήταν η καλύτερη κατανόηση των ψυχολογικών εμπειριών των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα κατά την νοσηλεία τους.	Οι συναισθηματικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους ποικίλλουν, άρα και οι μηχανισμοί αντιμετώπισής τους διαφέρουν. Για τον λόγο αυτό, απαραίτητη αποτελεί η διαμόρφωση ολοκληρωμένων στρατηγικών παρέμβασης σύμφωνα με τα ατομικά χαρακτηριστικά.
2.	Makar et al., (2022).	Ποσοτική μελέτη.	Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάλυση του επιπολασμού και της επίδρασης του άγχους και της κατάθλιψης σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα κατά την νοσηλεία τους.	Το άγχος και η κατάθλιψη είναι όλο και περισσότερο αναγνωρισμένες διαγνώσεις σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα. Συγκεκριμένα, στη συγκεκριμένη μελέτη τα ποσοστά αυτών παρατηρήθηκαν

				αυξημένα κατά την διάρκεια των ετών από το 2007 έως το 2014 σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς. Παράγοντες που φαίνεται να επηρέασαν τα παραπάνω ποσοστά αποτέλεσαν η ηλικία, το φύλο, η ύπαρξη άλλης πάθησης και η γεωγραφική θέση. Τα αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης δημιουργούν την ανάγκη προσεκτικής διαχείρισης και θεραπείας αυτών των ασθενών, με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.
3.	Sarkar et al., (2022).	Ποιοτική μελέτη.	Η μελέτη στόχευε στην αξιολόγηση της σχέσης των αλλοιώσεων των μεταβολιτών του εγκεφάλου με τον πόνο, την κατάθλιψη και την κακή ποιότητα ζωής στη χρόνια παγκρεατίτιδα.	Φαίνεται πως μεταβολές των μεταβολιτών του εγκεφάλου και συγκεκριμένα στον ασπαρτικό N-ακετυλεστερά και στην χολίνη στον αριστερό υπόκαμπο και τον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου, αντίστοιχα, μπορούν να

				επηρεάσουν την εμφάνιση πόνου, κατάθλιψης και κακής ποιότητας ζωής.
4.	Ahmed et al., (2022).	Ποσοτική μελέτη.	Σκοπός της έρευνας αποτελούσε η αξιολόγηση των διαταραχών ύπνου στη χρόνια παγκρεατίτιδα και το αντίκτυπο αυτού στην ποιότητα ζωής.	Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν πως υπάρχει συσχετισμός μεταξύ διαταραχών ύπνου και χρόνιας παγκρεατίτιδας, γεγονός που συμβάλλει στην μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, ποσοστό της τάξεως του 39% του συνολικού ποσοστού συμμετεχόντων με χρόνια νόσο, παρουσίασε σύνδρομο ανήσυχων άκρων και διαταραχές στην ποιότητα ύπνου.
5.	Phillips et al., (2022).	Συγχρονική μελέτη.	Οι ερευνητές είχαν ως σκοπό τον συσχετισμό της αντίδρασης στον πόνο σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα που είχαν προηγούμενη σχετική εμπειρία άλγους σε σύγκριση	Οι ερευνητές εξηγούν πως σε περίπτωση ολικής απουσίας του πόνου σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, ο μηχανισμός επεξεργασίας του άλγους είναι φυσιολογικός και το επίπεδο ψυχολογικών

			με ασθενείς που δεν είχαν.	δυσφοριών μειωμένο, σε σύγκριση με ασθενείς που εμφάνισαν κοιλιακό πόνο. Ακόμα, άτομα με προηγούμενη εμπειρία πόνου χρόνιας παγκρεατίτιδας φαίνεται να έχουν αυξημένη ευαισθησία σε αυτόν, όπως και ψυχολογικές διαταραχές, με αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής.
6.	Tham et al., (2022).	Ποσοτική μελέτη.	Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε παιδιά με οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα.	Τα κύρια ευρήματα της μελέτης περιλαμβάνουν την εξήγηση της σημασίας της αξιολόγησης και αποκατάστασης της κακής ποιότητας ζωής των παιδιών με παγκρεατίτιδα, που μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες όπως ψυχοκοινωνικούς αλλά και το κοιλιακό άλγος.
7.	Thavanesan et al., (2022).	Συστηματική Ανασκόπηση & Μετα-ανάλυση.	Η μελέτη στοχεύει στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας διαφορετικών αναλγητικών	Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η επισκληρίδιος χορήγηση αναλγησίας, αν και δεν

			μεθόδων που δοκιμάστηκαν στην θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας.	χρησιμοποιείται συχνά, φαίνεται αποτελεσματική εντός των πρώτων 24 ωρών. Επίσης, παρόμοια ανακούφιση, τις πρώτες 24 ώρες, πρόσφεραν και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Τα εικονικά φάρμακα κατέδειξαν παρόμοια επίπεδα ανακούφισης. Τα τοπικά αναισθητικά, αντιθέτως, έδειξαν ελάχιστη αποτελεσματικότητα.
8.	Monaghan et al., (2022).	Συστηματική ανασκόπηση.	Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν ο καθορισμός της επίδρασης της σωματικής άσκησης ως παρέμβαση για την βελτίωση της ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα.	Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συμβουλεύουν για πραγματοποίηση φυσικής δραστηριότητα στον πληθυσμό της χρόνιας παγκρεατίτιδας.
9.	Phillips et al., (2022).	Συστηματική ανασκόπηση.	Οι στόχοι της μελέτης περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των διατροφικών παρεμβάσεων στην	Οι ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα επωφελούνται από την κατάλληλη διατροφική παρέμβαση. Απαιτείται, όμως, περαιτέρω

			βελτίωση της κατάστασης ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα.	έρευνα για τη διερεύνηση του αντίκτυπου της διατροφικής παρέμβασης στη σύνθεση του σώματος και στα λειτουργικά αποτελέσματα όσον αφορά την πάθηση.
10.	Sissingh et al., (2021), Ολλανδία.	Ποιοτική μελέτη.	Η μελέτη στόχευε στην ανίχνευση της κατάλληλης στρατηγικής διαχείρισης της βαριάς κατάχρησης αλκοόλ σε ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα.	Η ψυχοεκπαίδευση είναι η πιο συχνά εκτελούμενη παρέμβαση στην θεραπεία υποστήριξης. Επίσης, η δημιουργία ατομικού πλάνου θεραπείας, όπου καθορίζονται οι στόχοι σχετικά με την διακοπή του αλκοόλ, φαίνεται να συμβάλλει θετικά. Παρόλα αυτά, οι μελετητές εξηγούν πως υπάρχει ανάγκη για περεταίρω έρευνα.

6.Ανάλυση των δεδομένων

Τα δέκα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση με βάση το θέμα, δημιουργήθηκε μια θεματική ενότητα για την κατανόηση των ευρημάτων και για την ανάδειξη χρήσιμων πληροφοριών.

6.1.Παγκρεατίτιδα και η Επίδρασή της στην Ποιότητα Ζωής του Ασθενή

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Ma et al., 2022, φαίνεται πως οι συναισθηματικές εκδηλώσεις των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ποικίλουν. Για τον λόγο αυτό, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να κινητοποιήσουν την κοινωνική υποστήριξη και να διαμορφώσουν ολοκληρωμένες στρατηγικές παρέμβασης σύμφωνα με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Συγκεκριμένα, για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένας ποιοτικός περιγραφικός σχεδιασμός μελέτης για να αξιολογηθούν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορικές αντιδράσεις των ασθενών που πάσχουν από οξεία παγκρεατίτιδα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα γαστρεντερολογικά τμήματα δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων στην Ανατολική Κίνα. Με άλλα λόγια, έγινε χρήση μίας προσέγγισης δειγματοληψίας, ώστε να αξιολογηθούν 28 ενδοноσοκομειακοί ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα από την 1η Αυγούστου 2020 έως τις 25 Δεκεμβρίου 2020. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και καταγράφηκαν αυτολεξεί. Χρησιμοποιήθηκε μια προσαρμοσμένη έκδοση της προσέγγισης ποιοτικής ανάλυσης του Colaizzi για να εξεταστούν τα δεδομένα. Τελικά, έγινε εξαγωγή τριών κεφαλαίων με οχτώ υποκεφάλαια σχετικά με τις ψυχολογικές εμπειρίες των συμμετεχόντων: (1) αίσθηση ότι η ασθένειά τους είναι απρόβλεπτη (αδυναμία αναγνώρισης της νόσου, αβεβαιότητα για την ασθένεια και φόβος εξέλιξης ή υποτροπής), (2) διάφορα είδη άγχους και υποστήριξης (αίσθημα διαφορετικών βαθμών άγχους, αντίληψη κοινωνικής υποστήριξης, αναζήτηση και ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης) και (3) ανάπτυξη της αυτοπροσαρμογής στη διαδικασία της νόσου (θεραπεία της ασθένειας με θετική ή αρνητική έκβαση).

Οι Makar et al., 2022, εξηγούν πως το άγχος και η κατάθλιψη είναι όλο και περισσότερο αναγνωρισμένες διαγνώσεις σε ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα. Για την εξαγωγή του παραπάνω συμπεράσματος πραγματοποιήθηκε μια αναδρομική

ανάλυση χρησιμοποιώντας το εθνικό δείγμα ενδονοσοκομειακών ασθενών από το 2007 έως το 2014. Τα αποτελέσματα αναφέρονται στον επιπολασμό και την τάση της κατάθλιψης, στον αντίκτυπό της στη θνησιμότητα, στην διάρκεια παραμονής και στο κόστος, καθώς και σε ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη συνολικά 75.744 ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, εκ των οποίων οι 23.323 (31%) είχαν άγχος ή κατάθλιψη. Ο επιπολασμός του άγχους αυξήθηκε από 7,33% το 2007 σε 20,02% το 2014. Η κατάθλιψη αυξήθηκε από 18,49% το 2007 σε 23,89% το 2014. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης ήταν η φθίνουσα ηλικία, το γυναικείο φύλο και οι πολλαπλές συννοσηρότητες. Μειωμένος κίνδυνος παρατηρήθηκε στους Αφροαμερικανούς, τους Ισπανόφωνους και εκείνους από το Νότο και τη Δύση. Το άγχος και η κατάθλιψη δεν επηρέασαν τη συνολική θνησιμότητα ή τη διάρκεια παραμονής. Στόχος των ερευνητών ήταν να χαρακτηρίσουν τον επιπολασμό και την επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης σε νοσηλευόμενους ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα. Φαίνεται, λοιπόν, πως το άγχος και η κατάθλιψη έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη θνησιμότητα και τη διάρκεια παραμονής σε γαστρεντερικές κλινικές, αλλά υπάρχουν ακόμα περιορισμένες μελέτες που αξιολογούν την επίδρασή τους στην πάθηση.

Αδιαμφισβήτητα, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα αναπτύσσει κατάθλιψη. Σε μία μελέτη τους Sarkar et al., 2022, αποδεικνύεται πως ο πόνος, η κατάθλιψη και οι συναισθηματικές συνιστώσες της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από παγκρεατίτιδα συσχετίζονται με μεταβολές στον ασπαρτικό N-ακετυλεστέρα και στην χολίνη στον αριστερό ιππόκαμπο και τον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου. Το παραπάνω συμπέρασμα ήταν αποτέλεσμα έρευνας που πραγματοποιήθηκε με την συμμετοχή 558 ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα και 67 υγιών μαρτύρων. Οι μεταβολίτες του εγκεφάλου αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού (MRS) σε 49 ασθενείς και 5 υγιείς μάρτυρες. Οι μεταβολίτες του πλάσματος μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας αέρια χρωματογραφία-φασματομετρία μάζας (GC-MS/MS). Η σχέση μεταξύ μεταβολικών αλλαγών, πόνου και κατάθλιψης αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας στατιστικές μεθόδους. Εφαρμόστηκε διόρθωση FDR Benjamini-Hochberg για πολλαπλές δοκιμές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως 261 (46,8%) ασθενείς είχαν κατάθλιψη σε σύγκριση με 5 από τους υγιείς μάρτυρες που δεν εμφάνισαν (7,5%) [$n = 67$] ($p < 0,0001$). Ο κίνδυνος [OR (95% CI) εμφάνισης κατάθλιψης παρουσία πόνου ήταν 1,9

(1,33–1,68, $p = 0,0004$). Σημαντική αρνητική συσχέτιση, αν και με βάση ένα μικρό μέγεθος δείγματος, παρατηρήθηκε μεταξύ του ασπαρτικού N-ακετυλεστερά στον αριστερό ιππόκαμπο και της χολίνης στον αριστερό προμετωπιαίο φλοιό με συναισθηματικές και γνωστικές λειτουργίες. Το μοντέλο PLS-DA αποκάλυψε σημαντική μεταβολή στο μεταβολικό προφίλ του πλάσματος μεταξύ ασθενών με χρόνια νόσο που είχαν κατάθλιψη.

Μία ακόμα μεταβολή στην ποιότητα ζωής του ασθενή που επιφέρει η χρόνια παγκρεατίτιδα είναι οι διαταραχές ύπνου. Οι Ahmed et al., 2022, μελέτησαν αυτόν τον παράγοντα το 2022, με στόχο να αξιολογήσουν τις διαταραχές ύπνου στην χρόνια παγκρεατίτιδα και τον αντίκτυπό τους στην καθημερινότητα του ασθενή. Επιλέχθηκαν 89 ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα, ενώ, αποκλείστηκαν εκείνοι που εμφάνιζαν συννοσηρότητες που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν αρνητικά τον ύπνο και την ποιότητα ζωής. Χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια για τον προσδιορισμό των διαταραχών ύπνου, το PROMISv1SF8, ο δείκτης σοβαρότητας της αϋπνίας και η κλίμακα υπνηλίας Erworth, αλλά και ένα ερωτηματολόγιο για το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών (RLS). Τα ερωτηματολόγια PANQOLI και SF12 χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Δύο ερευνητές αξιολόγησαν τις απαντήσεις. Στη συνέχεια αναλύθηκαν οι αξιολογήσεις ποιότητας ζωής σε ασθενείς με και χωρίς διαταραχές ύπνου. Από τους 89 ασθενείς, 48 πληρούσαν τα κριτήρια αποκλεισμού, 41 ήταν επιλέξιμοι και 28 ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Είκοσι ασθενείς (71%) είχαν διαταραχές ύπνου με σημαντικά χειρότερες βαθμολογίες και στα 3 ερωτηματολόγια ύπνου και είχαν επίσης χαμηλότερες βαθμολογίες τόσο στο PANQOLI (50 έναντι 76, $p = 0,002$) όσο και στο SF-12 (φυσική συνιστώσα 29,3 έναντι 53,9, $p < 0,001$; νοητικό συστατικό 36,4 έναντι 46,1, $p = 0,03$). Έντεκα ασθενείς (39%) είχαν RLS και διαταραχές ύπνου. Φαίνεται, λοιπόν, πως σε ασθενείς με εγκατεστημένη χρόνια νόσο υπήρχε υψηλός επιπολασμός διαταραχών ύπνου με χειρότερη ποιότητα ζωής.

Οι Phillips et al., 2022, θέλησαν να αξιολογήσουν τις διαφορές στα πρότυπα επεξεργασίας του πόνου και της ψυχολογικής δυσφορίας σε πάσχοντες ασθενείς που αντιμετώπιζαν ως σύμπτωμα τον πόνο έναντι σε ασθενείς με ανώδυνη παγκρεατίτιδα. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελούσε μια συγχρονική πολυκεντρική μελέτη με την συμμετοχή 235 ασθενών που έπασχαν από χρόνια παγκρεατίτιδα. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν με βάση το τρέχον και το παρελθοντικό ιστορικό πόνου: τρέχον πόνος (79%), χωρίς τρέχοντα (αλλά προηγούμενο) πόνο (11%) και ανώδυνη νόσος (10%). Συλλέχθηκαν δημογραφικές πληροφορίες και κλινικά δεδομένα,

συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Νοσοκομείου Άγχους και Κατάθλιψης. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ποσοτική αισθητηριακή εξέταση για την αξιολόγηση των προτύπων επεξεργασίας του πόνου. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθηκαν συνολικά 235 ασθενείς (57% άνδρες, μέση ηλικία $53,9 \pm 14,0$ έτη, 41% αλκοολική αιτιολογία). Σε σύγκριση με ασθενείς με ανώδυνη νόσο, αυξημένη ευαισθησία στον πόνο παρατηρήθηκε και στους δύο ασθενείς με τρέχοντα πόνο (αναλογία πιθανοτήτων [OR] 3,29, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] [1,11–9,77], $P = 0,032$) και χωρίς τρέχοντα πόνο (OR 4,07, 95% CI [1,10–15,03], $P = ,035$). Οι ασθενείς με τρέχοντα πόνο είχαν επίσης αυξημένο επιπολασμό κατάθλιψης σε σύγκριση με ασθενείς με ανώδυνη νόσο (OR 6,15; 95% CI [1,28–29,41], $P = 0,023$), ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά για ασθενείς χωρίς τρέχοντα πόνο (OR 1,24; 95 % CI [0,19–8,26], $P = ,824$). Στα συμπεράσματα της έρευνας αναφέρεται πως η ολική απουσία πόνου στην χρόνια παγκρεατίτιδα σχετίζεται με φυσιολογική επεξεργασία του πόνου και χαμηλό επιπολασμό ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ οι ασθενείς με προηγούμενη εμπειρία πόνου φαίνεται να έχουν επίμονη και αυξημένη ευαισθησία στον πόνο ακόμη και απουσία κλινικού πόνου και ψυχολογικής δυσφορίας.

Όπως αναφέρουν οι Tham et al., 2022, ο κοιλιακός πόνος, οι επισκέψεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και οι νοσηλείες επηρεάζουν τη ζωή των παιδιών με οξεία υποτροπιάζουσα παγκρεατίτιδα (ARP) και χρόνια παγκρεατίτιδα (CP). Ωστόσο, τα δεδομένα σχετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) σε αυτόν τον πληθυσμό παραμένουν περιορισμένα. Στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε παιδιά με οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα. Αξιολογήθηκαν, ακόμα, βιοψυχοκοινωνικοί παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Τα δεδομένα ελήφθησαν από τη Διεθνή Ομάδα Μελέτης Παιδιατρικής Παγκρεατίτιδας, με αναζήτηση μητρώου CURE. Κατά την εγγραφή συμπληρώθηκαν τα βασικά δημογραφικά και κλινικά ερωτηματολόγια, το Ερωτηματολόγιο για την Υγεία του Παιδιού (μετρά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία) και η λίστα ελέγχου συμπεριφοράς του παιδιού (μετρά τη συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργία). Το δείγμα περιλάμβανε 368 παιδιά (54,3% κορίτσια, μέση ηλικία = 12,7 έτη, τυπική απόκλιση [SD] = 3,3). Το 65,2% είχε ARP και το 34,8% είχε CP. Χαμηλό σωματικό HRQOL ($M = 38,5$, $SD = 16,0$) καταδείχθηκε ενώ το ψυχοκοινωνικό HRQOL ($M = 49,5$, $SD = 10,2$) ήταν στο κανονιστικό εύρος. Η πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι τα κλινικά επίπεδα συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων ($B = -10,28$, P

< 0,001), επεισοδιακό και σταθερό κοιλιακό άλγος ($B = 04,66$, $P = 0,03$, $B = -13,25$, $P < 0,001$) συσχετίστηκαν με χαμηλή φυσική HRQOL, αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση ARP/CP, η ηλικία, το φύλο, η εξωκρινή και η ενδοκρινική νόσος ($F [9, 271] = 8,34$, $P < 0,001$). Τα οριακά και κλινικά επίπεδα συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων ($B = -10,18$, $P < 0,001$; $B = -15,98$, $P < 0,001$) και ο σταθερός πόνος ($B = -4,46$, $P < 0,001$) συσχετίστηκαν με χαμηλή ψυχοκοινωνική HRQOL ($F [9, 271] = 17,18$, $P < 0,001$). Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της θεραπείας του πόνου και των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε αυτή την ευάλωτη ομάδα παιδιών.

6.2.Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής Ασθενών με Παγκρεατίτιδα

Ο πόνος αποτελεί το πιο σύνηθες σύμπτωμα της παγκρεατίτιδας. Οι ερευνητές Thavanesan et al., 2022, μελέτησαν και σύγκριναν την αποτελεσματικότητα διαφόρων αναλγητικών μεθόδων για την θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας, με σκοπό να καταλήξουν στην βέλτιστη αναλγητική θεραπεία. Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση των PubMed, MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, SCOPUS και Web of Science που διεξήχθη μέχρι τον Ιούνιο του 2021, εντόπισε όλες τις τυχαίοποιημένες δοκιμές ελέγχου (RCT) που συνέκριναν αναλγητικές μεθόδους θεραπείας της ΟΠ. Επίσης, έγινε συγκεντρωτική ανάλυση της βελτίωσης των βαθμολογιών πόνου όπως αναφέρθηκε στην οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) την ημέρα 0, την ημέρα 1 και την ημέρα 2. Δώδεκα RCT ταυτοποιήθηκαν συμπεριλαμβανομένων 542 ασθενών. Συγκρίθηκαν επτά δοκιμαστικά φάρμακα: οπιούχα, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ), μεταμιζόλη, τοπικό αναισθητικό, επισκληρίδιο, παρακεταμόλη και εικονικό φάρμακο. Σε όλους τους τρόπους, οι ομαδοποιημένες βαθμολογίες VAS έδειξαν συνολική βελτίωση από την έναρξη έως την δεύτερη ημέρα. Η επισκληρίδιος αναλγησία φαίνεται να παρέχει τη μεγαλύτερη βελτίωση στο VAS εντός των πρώτων 24 ωρών, αλλά είναι ισοδύναμη με τα οπιούχα στις 48 ώρες. Εντός 24 ωρών, τα ΜΣΑΦ πρόσφεραν παρόμοια ανακούφιση από τον πόνο στα οπιούχα, ενώ το εικονικό φάρμακο έδειξε επίσης ισοδυναμία με άλλες μεθόδους, αλλά στη συνέχεια σημείωσε άνοδο. Τα τοπικά αναισθητικά έδειξαν ελάχιστη συνολική αποτελεσματικότητα. Οι βαθμολογίες VAS για οπιούχα και μη οπιούχα αναλγητικά ήταν συγκρίσιμες κατά την έναρξη και την πρώτη ημέρα. Τα αναγνωρισμένα RCTs κατέδειξαν σημαντική στατιστική και μεθοδολογική ετερογένεια στην αναφορά ανακούφισης από τον πόνο.

Τα συμπεράσματα της έρευνας εξηγούν πως η επισκληρίδιος χορήγηση φαίνεται αποτελεσματική εντός των πρώτων 24 ωρών αν και χρησιμοποιείται σπάνια. Επιπλέον, τα ΜΣΑΦ είναι μια αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την εξοικονόμηση οπιούχων κατά τις πρώτες 24 ώρες.

Οι Monaghan et al., σε μία έρευνα που πραγματοποίησαν το 2022, ανέφεραν πως η σαρκοπενία είναι μια εκφυλιστική απώλεια της σκελετικής μυϊκής μάζας, της ποιότητας και της δύναμης αυτής και συνδέεται συχνά με χρόνια παγκρεατίτιδα. Η τακτική σωματική δραστηριότητα και η επαρκής λειτουργική ικανότητα έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν τον κίνδυνο και τις επιπτώσεις της σαρκοπενίας σε άλλες χρόνιες ασθένειες. Ο στόχος αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να συγκεντρωθούν όλα τα δημοσιευμένα στοιχεία που εξέτασαν κάθε τύπο σωματικής δραστηριότητας ως παρέμβαση στον πληθυσμό ασθενών με χρόνια παγκρεατίτιδα. Αυτή η συστηματική ανασκόπηση διενεργήθηκε σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA. Η στρατηγική αναζήτησης σχεδιάστηκε από τον ιατρικό βιβλιοθηκονόμο (DM) για το Embase και στη συνέχεια τροποποιήθηκε για τις άλλες πλατφόρμες αναζήτησης. Στη συνέχεια, δύο από τους ερευνητές (BM) και (AM) πραγματοποίησαν τη βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τις βάσεις δεδομένων Embase, Medline, CINAHL και Web of Science. Εντοπίστηκαν συνολικά 571 αναφορές που εισήχθησαν στο Covidence ως 420 όταν αφαιρέθηκαν τα αντίγραφα (151). Προβλήθηκαν 420 άρθρα και 390 αφαιρέθηκαν ως μη σχετικοί με το αντικείμενο αναζήτησης. Επιλέχθηκαν 30 εργασίες πλήρους κειμένου και από αυτές μόνο μία εργασία πλήρους κειμένου κρίθηκε κατάλληλη για συμπερίληψη στην έρευνα. Φαίνεται, λοιπόν, πως δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να συμβουλεύουν τη φυσική δραστηριότητα στον πληθυσμό της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Ωστόσο, δεδομένων των στοιχείων που υποστηρίζουν τη φυσική δραστηριότητα σε πολλές άλλες χρόνιες ασθένειες, αυτή η ανασκόπηση υπογραμμίζει την ανάγκη για επείγουσα διερεύνηση της σωματικής δραστηριότητας ως παρέμβαση σε αυτόν τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών.

Ο υποσιτισμός στη χρόνια παγκρεατίτιδα είναι πολύπλοκος με αρκετά αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του ασθενή, όπως δυσαπορρόφηση, πόνο, τοξικές εξαρτήσεις και συννοσηρότητες, όπως ο διαβήτης. Οι στόχοι αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος της διατροφικής παρέμβασης στα επίπεδα της διατροφικής κατάστασης σε αυτήν την πολύπλοκη ομάδα ασθενών. Μια συστηματική ανασκόπηση του EMBASE και του PubMed πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο του 2020, εντοπίζοντας 2620 άρθρα. Μετά τον έλεγχο για τον αποκλεισμό

εκείνων που ανέφεραν βραχυπρόθεσμες αλλαγές (λιγότερο από 3 μήνες), με ένα μόνο σημείο δεδομένων ή σε λάθος πληθυσμό, επιλέχθηκαν οκτώ εργασίες για ανάλυση. Επτά μελέτες τεκμηριώναν τον αντίκτυπο μιας διατροφικής παρέμβασης, εκ των οποίων η μία μόνο αποτελούσε μελέτη παρατήρησης. Συνολικά, οι μελέτες περιορίστηκαν από κυρίως αναδρομικούς σχεδιασμούς, ετερογενείς πληθυσμούς και ανεπαρκή έλεγχο δυνητικά συγχυτικών μεταβλητών. Δεν ήταν δυνατός ο συνδυασμός δεδομένων λόγω μεταβλητότητας στις μεθόδους αναφοράς. Όλες οι μελέτες που διερευνούσαν τη διατροφική παρέμβαση, είτε αυτή συνίστατο σε συμβουλή ειδικού διαιτολόγου, κλιμάκωση της δόσης παγκρεατικών ενζύμων, από του στόματος συμπληρώματα διατροφής ή εντερική σίτιση, έδειξαν βελτιωμένο σωματικό βάρος και έλεγχο του πόνου, ενώ οι ασθενείς που δεν έλαβαν παρέμβαση επιδεινώθηκαν διατροφικά. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν πως οι ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα επωφελούνται από τη διατροφική παρέμβαση. Απαιτείται, όμως, περαιτέρω εργασία για τη διερεύνηση του αντίκτυπου της διατροφικής παρέμβασης στη σύνθεση του σώματος και στα λειτουργικά αποτελέσματα (Phillips et al., 2022).

Οι Sissingh et al., 2022, εξηγούν πως η επανέναρξη της κατανάλωσης αλκοόλ είναι ένας κύριος παράγοντας που συμβάλλει στην υποτροπή της αλκοολικής παγκρεατίτιδας. Για αυτόν τον λόγο, αξιολογήθηκε η τρέχουσα κλινική πρακτική στην Ολλανδία σχετικά με το αλκοόλ, στη διαχείριση ασθενών με πρώτο επεισόδιο οξείας αλκοολικής παγκρεατίτιδας. Μια έρευνα διανεμήθηκε σε 35 νοσοκομεία που συνδέονται με την Ολλανδική Ομάδα Μελέτης Παγκρεατίτιδας. Αξιολογήθηκε η τρέχουσα υποστήριξη με βάση διάφορες συνιστώσες σύντομων παρεμβάσεων, η συμμετοχή των παρόχων ψυχοκοινωνικής υγειονομικής περίθαλψης, η συνεργασία με τους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η παρουσία πρωτοκόλλου, όπως και η εφαρμογή του. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 100% (n = 35). Η ψυχοεκπαίδευση είναι η πιο συχνά εκτελούμενη παρέμβαση στην τρέχουσα θεραπεία υποστήριξης (97% των νοσοκομείων). Στο 17% των νοσοκομείων, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης με ψυχοκοινωνικό υπόβαθρο συμμετέχουν τακτικά στην τρέχουσα θεραπεία υποστήριξης. Το 37% των νοσοκομείων δημιουργούν ένα ατομικό σχέδιο θεραπείας στο οποίο καθορίζονται οι στόχοι σχετικά με τη διακοπή του αλκοόλ και μόνο το 46% των νοσοκομείων παρέχουν στον ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης συγκεκριμένες πληροφορίες εξιτηρίου. Το 31% των νοσοκομείων δηλώνει ότι η θεραπεία πραγματοποιείται ομοιόμορφα στο τμήμα Γαστρεντερολογίας τους. Πρωτόκολλα είναι διαθέσιμα στο 3% των νοσοκομείων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τελικά, μεταξύ

των ολλανδικών νοσοκομείων, δεν υπάρχει στρατηγική ρουτίνας διαχείρισης όσον αφορά την ενίσχυση της θεραπείας για τη χρήση βαριάς κατάχρησης αλκοόλ σε ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα. Υπάρχει ανάγκη να δοκιμαστεί ένα επικυρωμένο πρόγραμμα υποστήριξης σε τυχαιοποιημένες μελέτες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα ζητήματα που αφορούν στη νόσο της παγκρεατίτιδας είναι πολλά, όπως μπορεί να διαπιστωθεί από τις ερευνητικές μελέτες που παρατέθηκαν στα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, από την μελέτη των άρθρων αναδύθηκε πως η πάθηση σχετίζεται άμεσα με αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, με αποτέλεσμα όχι μόνο έκπτωση στην σωματική και ψυχολογική υγεία του ασθενή, αλλά και με επιδράσεις στην κοινωνική και καθημερινή του ζωή. Έρευνες αναφέρουν πως τέτοιες επιπτώσεις μπορεί να οφείλονται είτε στον χρόνιο πόνο, είτε σε αλλαγές των μεταβολιτών του εγκεφάλου είτε σε άλλους παράγοντες που απαιτούν περαιτέρω λεπτομερή μελέτη. Ακόμα, αποδεικνύεται πως μεταβολές ψυχοκοινωνικού επιπέδου μπορούν να προκληθούν τόσο σε ενήλικες όσο και σε ανήλικους ασθενείς.

Όπως γίνεται σαφές, επιτακτική αποτελεί η ανάγκη αποκατάστασης της ψυχολογικής υγείας των ασθενών, ώστε να βελτιωθεί γενικότερα η ποιότητα ζωής τους. Μεγάλη σημασία φαίνεται να είναι ο σχεδιασμός κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, με τον συνδυασμό χορήγησης μη στεροειδών αντιφλεγμονώδη φαρμάκων και την πραγματοποίηση επισκληριδίου αναλγησίας, αφού όπως αποδεικνύεται από σχετικές έρευνες η ελάττωση του άλγους σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής. Ακόμα, οι παρεμβάσεις για την επίτευξη όσο το δυνατόν μεγαλύτερης μείωσης κατανάλωσης αλκοόλ, αποτελούν σημαντικό βήμα για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. Τέλος, οι ασθενείς με χρόνια παγκρεατίτιδα επωφελούνται από τη διατροφική παρέμβαση και την ένταξη φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινότητα. Απαιτείται, όμως, περαιτέρω έρευνα για τη διερεύνηση του αντίκτυπου της διατροφικής παρέμβασης και την άσκηση στη σύνθεση του σώματος και στην βελτίωση της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία:

- Ahmed, A., Anand, A. N., Shah, I., Yakah, W., Freedman, S. D., Thomas, R., & Sheth, S. G. (2022). Prospective evaluation of sleep disturbances in chronic pancreatitis and its impact on quality of life: a pilot study. *Sleep and Breathing*, pp.1-9.
- Benjamin, I., Griggs, R., Wing, E. & Fitz, G. (2016). Andreoli & Carpenter's Cecil Βασική Παθολογία. 9η έκδοση. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Αγγελάκη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Beyer, G., Habtezion, A., Werner, J., Lerch, M. M., & Mayerle, J. (2020). Chronic pancreatitis. *The Lancet*, 396(10249), pp.499-512.
- Booxhorn, L., Voermans, R., P., Bouwense. S., A., Bruno, M., J., Verdonk, R., C., Boermeester, M., A., ... Besselink, M., G. (2020). Acute Pancreatitis. *The Lancet*, 396, pp.726-34.
- Dewit, S., (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες & Πρακτική. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Χ. Δανέας και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2021). Οδηγός Ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Χ. Αδάμ και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- El Sayed, S. A., & Mukherjee, S. (2022). Physiology, Pancreas. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Faghieh, M., Fan, C., & Singh, V. K. (2019). New advances in the treatment of acute pancreatitis. *Current treatment options in gastroenterology*, 17(1), pp.146-160.
- Gapp, J., & Chandra, S. (2022). Acute Pancreatitis. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Gardner, T. B., Adler, D. G., Forsmark, C. E., Sauer, B. G., Taylor, J. R., & Whitcomb, D. C. (2020). ACG clinical guideline: chronic pancreatitis. *Official journal of the American College of Gastroenterology* | *ACG*, 115(3), pp.322-339.
- Gliem, N., Ammer-Herrmenau, C., Ellenrieder, V., & Neesse, A. (2021). Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. *Digestion*, 102(4), pp.503–507. <https://doi.org/10.1159/000506830>

- Haugen, N., & Galura, S. J. (2022). Ulrich & Canale's Σχέδια Φροντίδας στην Κλινική Νοσηλευτική: Προτεραιότητες, Αναθέσεις & Κλινικές Αιτιολογήσεις. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Ανδρεαδάκη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Heckler, M., Hackert, T., Hu, K., Halloran, C. M., Büchler, M. W., & Neoptolemos, J. P. (2021). Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment. *Langenbeck's archives of surgery*, 406(3), pp.521–535. <https://doi.org/10.1007/s00423-020-01944-6>
- Karakousis, N., D. (2017). Διαταραχές οστικού μεταβολισμού στη χρόνια παγκρεατική φλεγμονή. *Σκελετική Υγεία*, 16(4), pp.114-118.
- Kichler, A., & Jang, S. (2020). Chronic pancreatitis: epidemiology, diagnosis, and management updates. *Drugs*, 80(12), pp.1155-1168.
- Lemone, P., Burke, K. & Bouldoff, G., (2011). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς. Μεταφράστηκε από Αγγλικά. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Liu, G., Tao, J., & Wang, W. (2019). The early prognostic value of inflammatory markers in patients with acute pancreatitis. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 43(3), pp.330-337.
- Ma, S., Yang, X., He, H., Gao, Y., Chen, Y., Qin, J., ... & Ren, Y. (2022). Psychological experience of inpatients with acute pancreatitis: a qualitative study. *BMJ open*, 12(6), e060107.
- Machicado, J. D., & Papachristou, G. I. (2019). Pharmacologic management and prevention of acute pancreatitis. *Current Opinion in Gastroenterology*, 35(5), pp.460-467.
- Majumder, S., & Chari, S. T. (2016). Chronic pancreatitis. *The Lancet*, 387(10031), pp.1957-1966.
- Makar, M., Vodusek, Z., Xia, W., Greenberg, P., & Abdelsayed, G. G. (2022). Rising Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Pancreatitis: A Nationwide Analysis. *Pancreas*, 51(4), pp.325-329.
- Monaghan, B., Monaghan, A., Mockler, D., Ain, Q. U., Duggan, S., Conlon, K. C., & Gormley, J. (2022). Physical activity for chronic pancreatitis: A systematic review. *HPB*.

- O'Reilly, D. A., & Kingsnorth, A. N. (2001). A brief history of pancreatitis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(3), pp.130-132.
- Ocskay, K., Juhász, M. F., Farkas, N., Zádori, N., Szakó, L., Szakács, Z., ... & Hegyi, P. (2022). Recurrent acute pancreatitis prevention by the elimination of alcohol and cigarette smoking (REAPPEAR): protocol of a randomised controlled trial and a cohort study. *BMJ open*, 12(1), e050821.
- Petrov, M. S., & Yadav, D. (2019). Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 16(3), pp.175-184.
- Phillips, A. E., Bick, B. L., Faghieh, M., Yadav, D., Drewes, A. M., Singh, V. K., ... & Testing, P. Q. S. (2022). Pain sensitivity and psychiatric comorbidities in chronic pancreatitis patients with and without pain: past experience matters. *Gastro Hep Advances*.
- Phillips, M. E., Robertson, M. D., Hart, K. H., Kumar, R., & Pencavel, T. D. (2022). Long-term effects of clinical interventions on nutritional status in patients with chronic pancreatitis—a systematic review. *Clinical nutrition ESPEN*.
- Ramsey, M. L., Conwell, D. L., & Hart, P. A. (2017). Complications of chronic pancreatitis. *Digestive diseases and sciences*, 62(7), pp.1745-1750.
- Sarkar, S., Sarkar, P., Revanth, M., Hazarika, D., Prasanna, A., Pandol, S. J., ... & Talukdar, R. (2022). Pain, depression, and poor quality of life in chronic pancreatitis: Relationship with altered brain metabolites. *Pancreatology*.
- Shelton, C., LaRusch, J., & Whitcomb, D. C. (2014). Pancreatitis Overview. In M. P. Adam (Eds.) et. al., *GeneReviews®*. University of Washington, Seattle.
- Swerwood, L. (2016). Εισαγωγή στη Φυσιολογία του Ανθρώπου: από τα κύτταρα στα συστήματα. 8^η Έκδοση. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Μαγκίρη και συν. Αλεξανδρούπολη: Ακαδημαϊκές Εκδόσεις Ι. Μπάσδρα και ΣΙΑ Ο.Ε.
- Singh, V. K., Yadav, D., & Garg, P. K. (2019). Diagnosis and management of chronic pancreatitis: a review. *Jama*, 322(24), pp.2422-2434.
- Sissingh, N. J., Umans, D. S., Goudriaan, A. E., Sijbom, M., Verdonk, R. C., van Hooft, J. E., & Dutch Pancreatitis Study Group. (2021). Alcohol Reduction to Reduce Relapse in Acute Alcoholic Pancreatitis—Missed Opportunities. *Alcohol and Alcoholism*, 56(6), pp.678-682.
- Shiwarkar, V., Raut, A., Ankar, R., Sakharkar, S., & Wawre, S. (2021). A Case Report on Acute Necrotizing Pancreatitis and Nursing Management.

- Tham, S. W., Wang, F., Garipey, C. E., Cress, G. A., Abu-El-Haija, M. A., Bellin, M. D., ... & Palermo, T. M. (2022). Health-Related Quality of Life in Pediatric Acute Recurrent or Chronic Pancreatitis: Association With Biopsychosocial Risk Factors. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 74(5), pp.636-642.
- Thavanesan, N., White, S., Lee, S., Ratnayake, B., Oppong, K. W., Nayar, M. K., ... & Pandanaboyana, S. (2022). Analgesia in the initial management of acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *World Journal of Surgery*, pp.1-13.
- Weiss, F. U., Laemmerhirt, F., & Lerch, M. M. (2019). Etiology and risk factors of acute and chronic pancreatitis. *Visceral medicine*, 35(2), pp.73-81.
- Zhang, F. X., Li, Z. L., Zhang, Z. D., & Ma, X. C. (2019). Prognostic value of red blood cell distribution width for severe acute pancreatitis. *World journal of gastroenterology*, 25(32), p.4739.
- Zhou, H., Mei, X., He, X., Lan, T., & Guo, S. (2019). Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase: A retrospective study. *Medicine*, 98(16).

Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Κιτσανού, Μ. (2017). Παγκρεατίτιδα: διάγνωση και θεραπευτικά προβλήματα (Doctoral dissertation, *Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Παθολογίας. Κλινική Α' Παθολογική*).
- Μουτσόπουλος, Χ., Μ. (2018). Μουτσόπουλου Αρχές Παθοφυσιολογίας. Κύπρος: *Broken Hill Publishers LTD*.
- Παπαζαφειροπούλου, Α. Κ., Τρικκαλινού, Α., & Μελιδώνης, Α. (2016). Σακχαρώδης διαβήτης και νόσοι του παγκρέατος. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(5), σσ.624-627.
- Χαρατσή- Γιωτάκη, Ε. (2014). Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία. 2η έκδοση. Ιωάννινα: *NEXTCOM A.E*.