



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ & Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Εισηγήτρια:
Πάκου Βαρβάρα

Σπουδάστρια:
Πάκου Χαρά

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μου εργασία θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την εισηγήτριά μου, κ. Βαρβάρα Πάκου η οποία μου έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθώ με το θέμα της παγκρεατίτιδας και τον ρόλο του Νοσηλευτή σε αυτή, επενδύοντας τον κατάλληλο χρόνο ερευνώντας για νέες εξελίξεις καθώς και δεδομένα. Επίσης, όλους τους καθηγητές μου οι οποίοι κατά τη διάρκεια των σπουδών μου στάθηκαν αντάξιοι στις υποχρεώσεις τους απέναντι σε εμένα και τους συμφοιτητές μου. Θα ήθελα τέλος να ευχαριστήσω την μητέρα μου Ελένη η οποία αποτελεί για μένα μοναδικό στήριγμα όλα αυτά τα χρόνια στο πλάι μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
3.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....	12
2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....	13
2.1.ΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....	13
2.2.ΕΞΩΚΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ.....	14
2.3.ΝΗΣΙΔΙΑ LANGERHANS.....	15
3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	16
4.ΟΡΙΣΜΟΣ.....	17
5.ΑΙΤΙΑ.....	18
6.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	20
6.1.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Ο.Π.....	20
6.2.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ Χ.Π.....	21
7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	22
8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	22
9.ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	23
10.ΠΡΟΛΗΨΗ.....	25
11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	26

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	28
1.1.ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	28
1.2.ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	30
2.ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	32
3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	35
3.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ Φ.Α.....	35
3.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	36
4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	40

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ).....	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παγκρεατίτιδα αποτελεί μια φλεγμονώδη πάθηση του παγκρέατος η οποία οφείλεται σε μια σειρά από αίτια και αναλόγως τον αιτιολογικό παράγοντα διακρίνεται σε οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα. Κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η μαζική απελευθέρωση και ενεργοποίηση πρωτεολυτικών ενζύμων με συνέπεια την αυτοπεψία και την καταστροφή του παγκρέατος. Από τις πιο βασικές εκδηλώσεις της πάθησης είναι το οξύ και ισχυρό άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και οι αυξημένες τιμές αμυλάσης και λιπάσης στον ορό όπου αποκαλύπτονται στα εργαστηριακά ευρήματα.

Σκοπός: Σκοπός της συγκεκριμένης ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση νέων δεδομένων όσον αφορά την παρέμβαση και τον ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς με παγκρεατίτιδα.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφία με βάση το θέμα της παγκρεατίτιδας καθώς και τον ρόλο του νοσηλευτή ως προς την πάθηση αυτή. Η ηλεκτρονική βάση δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε για την ανεύρεση άρθρων είναι το Pubmed. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν συγγράμματα από την βιβλιοθήκη του τμήματος νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. στα Ιωάννινα. Η επιλογή των άρθρων και συγγραμμάτων για την εργασία αυτή περιορίστηκε χρονικά στην τελευταία δεκαετία. Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας ήταν: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, autoimmune pancreatitis, pancreatitis and treatment, the role of nurse, epidemiology of pancreatitis, και συνδυασμοί αυτών.

Αποτελέσματα: Ο ρόλος του νοσηλευτή όπως σε κάθε πάθηση, και στην περίπτωση της παγκρεατίτιδας είναι άκρως υποστηρικτικός και καθοριστικός για τον ασθενή καθώς και για την πορεία και εξέλιξη της νόσου. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια και μετά από πολλές επιστημονικές μελέτες κατανοείται πως οι νοσηλευτές έχουν ηγετικό ρόλο στην επιστήμη της υγείας.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές καθώς και οι παρεμβατικές τεχνικές που χρησιμοποιούν για την φροντίδα του ασθενούς συμβάλλουν καθοριστικά σε κάθε στάδιο της νόσου.

Λέξεις κλειδιά: *πάγκρεας, άλγος, φλεγμονή, συμπτώματα, κίνδυνο*

SUMMARY

Introduction: Pancreatitis constitutes an inflammatory illness of pancreas which is due in a sequence of causes and accordingly the causal factor is distinguished in acute or chronic pancreatitis. Main particularity of the disease is the massive liberation and activation of proteolytic enzymes with consequently self digestion and pancreatic disaster. One of the most basic symptoms of disease is the acute and strong pain in the epigastric and the increased amylase and lipase serum rates where they are revealed in laboratory findings.

Objective: The purpose of this review is the investigation of new data in terms of intervention and the role of nurse in patients with pancreatitis.

Material and method: This work is based on bibliography based on the subject of pancreatitis as well as the role of nurse in this disease. The electronic database that used is the Pubmed. Also, were used writings from the library of the Nursing Department at Technological Educational Institute of Ioannina. The words that used for bibliography searching were: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, autoimmune pancreatitis, pancreatitis and treatment, the role of nurse, epidemiology of pancreatitis, as well as a combination thereof.

Results: The role of nurse as in any illness, also in the case of pancreatitis is highly supportive and determinant for the patient, as well as the progression of the disease. Especially last years and after a lot of scientific researches, is understood that nurses got an important role in science of health.

Conclusions: The nurses, as well as the interventional techniques they use for patient's care, contribute decisively to each disease state.

Key words: *pancreas, pain, inflammation, symptoms, danger*

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκρεατίτιδα, η οποία είναι η φλεγμονή του παγκρέατος, μπορεί να είναι οξεία ή χρόνιας μορφής. Μπορεί να προκληθεί από οίδημα, νέκρωση ή αιμορραγία. Στους άντρες, αυτή η ασθένεια συνδέεται συνήθως με τον αλκοολισμό, το πεπτικό έλκος ή τραυματισμό ενώ στις γυναίκες, σχετίζεται με ασθένεια των χοληφόρων οδών. Η πρόγνωση είναι συνήθως θετική όταν η παγκρεατίτιδα σχετίζεται με τη νόσο της

χοληφόρου οδού, αλλά αρνητική όταν ο αιτιογενής παράγοντας είναι ο αλκοολισμός. Το ποσοστό θνησιμότητας μπορεί να φθάσει ακόμη και το 60% όταν η ασθένεια συνδέεται με νέκρωση και αιμορραγία (Yadav & Lowenfels, 2013).

Η παγκρεατίτιδα κυμαίνεται από μια ήπια, αυτοπεριορισμένη διαταραχή έως μια σοβαρή, ταχέως θανατηφόρα ασθένεια που μπορεί να μην ανταποκριθεί ακόμη και σε καμία θεραπεία.

Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που συμμετέχουν άμεσα στην μετεγχειρητική φροντίδα των ασθενών με παγκρεατίτιδα ανάλογα με την κατάσταση υγείας των ασθενών, τη διαδικασία επούλωσης των πληγών και τη σωματική και πνευματική σταθερότητα αυτών. Πρόκειται για φλεγμονώδη πάθηση του παγκρέατος η οποία προκαλείται από μία σειρά αιτιών. Όπως προαναφέραμε διακρίνεται σε οξεία παγκρεατίτιδα (ΟΠ) και σε χρόνια παγκρεατίτιδα (ΧΠ). Οι ηλικίες που τείνει να προσβάλλει η πάθηση αυτή είναι κυρίως μεταξύ 50 – 60 ετών (άνδρες – γυναίκες). Όσον αφορά την ΟΠ έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή του παγκρέατος καθώς προκαλεί στο όργανο αιμορραγία, οίδημα και ακόμη χειρότερα νέκρωση. Η ΧΠ είναι μία κατάσταση στην οποία υπάρχει ανεπάρκεια της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Η κατάσταση αυτή συνήθως προκύπτει από τον χρόνιο αλκοολισμό (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Η ΟΠ λόγω των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων που προκαλεί οδηγεί σε ουλές και σημάδια ίνωσης με απόφραξη του πόρου. Επιπρόσθετα, θεωρείται ότι το πρώτο επεισόδιο της ΟΠ και κάθε επακόλουθο επεισόδιο της, αποδυναμώνει το πάγκρεας, οδηγεί σε περισσότερη φλεγμονή και τέλος σε μόνιμη ίνωση. Η ΧΠ εμφανίζει συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος με ακτινοβολία στην πλάτη, και σχετίζεται με ναυτία και εμετό. Στην εξέλιξη της νόσου λόγω της ανεπάρκειας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, προκαλείται μέχρι και πλήρη εξάλειψη του πόνου. Βέβαια, το χειρότερο στάδιο της νόσου είναι ότι προκαλείται δυσανεξία στη γλυκόζη, κατάσταση η οποία έχει ως επακόλουθο την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη (Liao et al., 2017).

Μία άλλη περίπτωση είναι η αυτοάνοση ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα (ΑΙΠ). Αποτελεί μία σπάνια παραλλαγή της ΧΠ και πρόκειται για μία υποδιαγνωσμένη κατάσταση. Κύριο χαρακτηριστικό της ΑΙΠ είναι επίσης η φλεγμονή. Όσον αφορά τα αίτια της μέχρι σήμερα δεν έχουν προσδιοριστεί, πλην των ορότυπων HLA DRB1*0405 και DQB1*0401 όπου αναφέρεται ένας συσχετισμός με την πάθηση αυτή. Η ΑΙΠ εμφανίζει δύο τύπους, την τύπου 1 και τύπου 2. Κλινικά οι ασθενείς με ΑΙΠ τύπου 1 εμφανίζουν χρόνια και ήπιο υποτροπιάζοντα κοιλιακό άλγος, καθώς και αποφρακτικό ίκτερο. Χαρακτηριστικό της τύπου 1 ΑΙΠ είναι επίσης τα αυξημένα επίπεδα IgG4 (φλεγμονώδης ινωτική νόσος) στον ορό. Σχετικά με την ΑΙΠ τύπου 2, οι κλινικές εκδηλώσεις συνήθως είναι η εμφάνιση της ΟΠ, ευρήματα που υποδηλώνουν φλεγμονώδη νόσο του εντέρου καθώς και κοιλιακό άλγος. Η διαφορά μεταξύ ΑΙΠ τύπου 1 με την τύπου 2 είναι ότι στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει σε μικρότερο βαθμό αγγειίτιδα (Sureka & Rastogi, 2017).

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ΟΠ έχει η αποχή τροφίμων και υγρών, η άμεση IV χορήγηση ηλεκτρολυτών, υγρών καθώς και συστατικών του αίματος. Πausίσιονα επίσης, όσον αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Στην περίπτωση της ΧΠ είναι σημαντικός ο έλεγχος εμφάνισης Σ.Δ. κατάσταση η οποία απαιτεί την προσαρμογή και χορήγηση ινσουλίνης στον ασθενή (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Βασική θεραπεία της ΑΙΠ αποτελεί η Ρεγος χορήγηση στεροειδών. Στην περίπτωση που φαίνεται να μην υπάρχει θετική ανταπόκριση στην θεραπεία αυτή, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης CA παγκρέατος (Kamisawa & Strake, 2008).

Τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν τα εξής στοιχεία: απεικόνιση- ορολογία, ιστολογία, συμμετοχή άλλων οργάνων, αντίδραση στη θεραπεία με στεροειδή. Ακτινολογικά, η διαφοροποίηση της ΑΙΠ τύπου 1 με την τύπου 2 δεν είναι εύκολη (Sureka & Rastogi, 2017).

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τους de Pretis et al. (2018), παρατηρείται αύξηση της συχνότητας της οξείας παγκρεατίτιδας στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον υπόλοιπο κόσμο τα τελευταία χρόνια. Το αν η τάση αυτή σχετίζεται με μια πραγματική αύξηση της συχνότητας εμφάνισης ή απλά αυξάνεται η ανίχνευση είναι δύσκολο να προσδιοριστεί. Η αύξηση της επίπτωσης θεωρείται, εν μέρει, ότι οφείλεται στην αυξημένη υπερτριγλυκεριδαιμία και στο μεταβολικό σύνδρομο. Παρά την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης, η θνησιμότητα κατάφερε να μειωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σημαντικά, αγγίζοντας το 2%. Ωστόσο η ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι κατά μέσο όρο τα 55 χρόνια, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι αυξάνεται όσο μεγαλώνει το άτομο. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου θεωρείται ότι διαφέρει μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών και των κοινωνικοοικονομικών περιοχών και σχετίζεται πιθανότατα με τις διαφορές που

παρατηρούνται στη χρήση του αλκοόλ και την εμφάνιση των χολικών σωμάτων, δύο κύριες αιτίες οξείας παγκρεατίτιδας.

Σύμφωνα με τους Zarnescu et al. (2015), ο κίνδυνος ανάπτυξης οξείας παγκρεατίτιδας ποικίλλει από χώρα σε χώρα ανάλογα τους κοινωνικο-οικονομικούς, εθνοτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που ισχύουν στην καθεμία. Επιπλέον, υποστηρίζουν ότι ο παράγοντας της ηλικίας και του φύλου δεν σχετίζονται με τη παγκρεατίτιδα της χοληδόχου κύστης, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει τις γυναίκες και τα ηλικιωμένα άτομα με αλκοολική παγκρεατίτιδα. Σε μια σχετική έρευνα που πραγματοποιήσαν οι Cho et al. (2015), στο Εδιμβούργο διαπίστωσαν ότι το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας της οξείας παγκρεατίτιδας είναι 8-13%, με μια μικρή μείωση της τάξεως του 3% τα τελευταία χρόνια (Cho et al., 2015).

Ο επιπολασμός της οξείας παγκρεατίτιδας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περίπου 56 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ετησίως, ενώ στις ΗΠΑ πάνω από 220.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο ετησίως αποδίδονται στην οξεία παγκρεατίτιδα. Μάλιστα, η παρουσία της νόσου είναι πολύ πιο έντονη στους άνδρες κατά 10%-30%, υψηλότερη από τις γυναίκες. Παρά τη μείωση της θνησιμότητας που παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου, η θνησιμότητα του πληθυσμού παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη. Από όλες τις εισαγωγές στο νοσοκομείο με οξεία παγκρεατίτιδα, το 20%-30% των ασθενών έχουν σοβαρή πορεία, ενώ σοβαρές απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές θα αναπτυχθούν σε 25% αυτών των ασθενών. Η θνησιμότητα στην σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να φθάσει το 30%, αλλά η συνολική θνησιμότητα στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι περίπου στο 5% (NICE, 2016).

Το ποσοστό θνησιμότητας που αφορά την ΟΠ, κυμαίνεται μεταξύ 36% έως 50%. Το 80% των περιπτώσεων οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ καθώς και σε χολόλιθους. Σε έρευνα που έγινε από το UHWI (University Hospital of West Indies) υπήρχαν 91 ασθενείς εκ των οποίων οι 70 (76,9%) ήταν γυναίκες και οι 21 (23,9%) άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 44 ετών. Η πιο συνηθισμένη περίπτωση ήταν η ασθένεια των χοληφόρων σε ποσοστό 71,4%. Έπειτα, η ΑΙΠ με ποσοστό 12% και τέλος η εμφάνιση ΟΠ μετά από την ενδοσκοπική επέμβαση ERCP (ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία) με 6,6% και το αλκοόλ με ποσοστό 5,5%. Η αλκοολική παγκρεατίτιδα αφορούσε κυρίως άνδρες, σε αντίθεση με την περίπτωση της ΑΙΠ όπου παρατηρήθηκε συχνότερα σε γυναίκες. Η σοβαρότητα της νόσου ανά ποσοστά έχει ως εξής: ήπια 61,1%, μέτρια – σοβαρή 26,7% και σοβαρή 12,2%. Η ΑΙΠ τύπου 1 είναι πιο συνηθισμένη στους άνδρες, ασθενείς κατά προσέγγιση άνω των 60 ετών. Η τύπου 2 ΑΙΠ παρουσιάζεται σε ασθενείς ηλικίας μεταξύ 40 – 50 ετών με την ίδια συχνότητα σε άνδρες και γυναίκες (Reid et al., 2017)

3.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος παγκρεατίτιδα αποτελείται από τις ελληνικές ρίζες "pan" (all) και "kreas" (σάρκα ή κρέας). Ο όρος "πάγκρεας" επινοήθηκε για πρώτη φορά από τον Ρούφο τον Εφέσιο, το 100 π.Χ., για να περιγράψει ένα όργανο που δεν είχε χόνδρο ή οστό. Παρά τις πρώιμες ρίζες της, δημοσιεύθηκε η πρώτη κλινική περιγραφή της οξείας παγκρεατίτιδας από τον Nicholaes Tulp (1593-1674), έναν ολλανδός ανατομιστή. Εντούτοις, μέσα σε πολλές εικασίες της αιτιότητας, η πρώτη συστηματική αξιολόγηση της οξείας παγκρεατίτιδας περιγράφεται από τον Reginald Fitz (1843-1913) σε μια ανασκόπησή του με τίτλο "Acute Pancreatitis: A Consideration of Hemorrhage, Hemorrhagic, Suppurative, and Gangrenous Pancreatitis, and of Disseminated Fat Necrosis (=Οξεία παγκρεατίτιδα: Εξέταση αιμορραγίας, αιμορραγική και γαγγραινώδης παγκρεατίτιδα και διαλυμένου λίπους Necrosis)", επισημαίνοντας το αλκοόλ, τους χολόλιθους και άλλους αιτιολογικούς

παράγοντες. Ο Claude Bernard (1813-1878) θεωρείται ως ένας από τους πρωτοπόρους της παγκρεατικής φυσιολογίας, αναγνωρίζοντας την ικανότητα του παγκρεατικού υγρού να μετατρέπει το άμυλο σε ζάχαρη και γαλακτωματοποιημένα λιπίδια στα συστατικά του. Η περαιτέρω ταξινόμηση, η πρόγνωση και η κατανόηση των παθογόνων μηχανισμών έχουν οδηγήσει στο αναπτυσσόμενο πεδίο της κλινικής παγκρεατολογίας και η διαχείριση αυτής της σύνθετης παγκρεατικής νόσου αποτελεί το αντικείμενο αυτού του κλάδου (Pannala et al., 2009).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας, το οποίο ετυμολογικά προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις πάν (όλο) και κρέας (σάρκα), σχήματος J (σαν ραβδί χόκεϊ), μαλακό, περιστρεφόμενο, οπισθοπεριτοναϊκό όργανο. Βρίσκεται εγκάρσια, αν και λίγο λοξά, στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα πίσω από το στομάχι, σε όλη την οσφυϊκή (L1-2) σπονδυλική στήλη (Sinnatamby, 2011). Είναι ο δεύτερος σε μέγεθος μεικτός αδένας του γαστρεντερικού μας συστήματος μετά το ήπαρ.

Το πάγκρεας ως ένας πεπτικός αδένας που ανατομικά βρίσκεται οπισθοπεριτοναϊκά και στο ύψος του O1-O2 σπονδύλου, εντοπίζεται πίσω από τον στόμαχο και μεταξύ δωδεκαδακτύλου και σπληνός. Το μήκος του παγκρέατος είναι περίπου 15cm και ζυγίζει λιγότερο από 110gr. Περιλαμβάνει τέσσερις ανατομικές περιοχές, κεφαλή- αυχένα- σώμα-ουρά (Moore et al., 2012). Το πάγκρεας εκτός από τη ζωτική σημασία που έχει για τον γαστρεντερικό σωλήνα, συμβάλλει άμεσα στη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα διαμέσου της μίας από τις δύο μοίρες, την ενδοκρινή. Η ενδοκρινής μοίρα αποτελείται από τα νησίδια του Langerhans τα οποία βρίσκονται διάσπαρτα σε ολόκληρο το πάγκρεας και είναι υπεύθυνα για την έκκριση της ινσουλίνης της γλυκαγόνης και της σωματοστατίνης. Η εξωκρινής μοίρα αποτελείται από τις αδενοκυψέλες ή λοβίδια, όπου διαμέσου του παγκρεατικού πόρου αποχετεύουν παγκρεατικό υγρό το οποίο περιέχει ένζυμα (απαραίτητα για την πέψη και απορρόφηση των υδατανθράκων στο αίμα), στο δωδεκαδάκτυλο (Mulroney et al., 2010).

Το δεξιό άκρο του παγκρέατος είναι φαρδύ και ονομάζεται «κεφαλή» και βρίσκεται στο βρόχο του δωδεκαδακτύλου καθώς βγαίνει από το στομάχι. Από τη «κεφαλή», το όργανο κλίνει προς τα αριστερά. Τα μεσαία τμήματα ονομάζονται «αυχένας» (περιοχή όπου το τμήμα του παγκρέατος που βρίσκεται εμπρός από την αορτή είναι κάπως λεπτότερο από τα γειτονικά τμήματα της κεφαλής και του σώματος του παγκρέατος και σηματοδοτεί τη διασταύρωση της κεφαλής και του σώματος) και «σώμα», το οποίο βρίσκεται πίσω από το απομακρυσμένο τμήμα του στομάχου μεταξύ της ουράς και του λαιμού. Ενώ το στενό άκρο στην αριστερή πλευρά του σώματος ονομάζεται «ουρά», η οποία εκτείνεται μέχρι και το χιτώνα του σπλήνα (Moore, 2013). Τέλος, υπάρχει και η «αγκιστροειδής απόφυση» που αποτελεί στην ουσία την προέκταση του κατώτερου άκρου του αριστερού τμήματος της οπίσθιας επιφάνειας του παγκρέατος.

2.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το πάγκρεας είναι ένας μοναδικός μεικτός αδένας που έχει εξωκρινή και ενδοκρινή λειτουργία. Αποτελείται από 95% εξωκρινή ιστό και λιγότερο από 5% ενδοκρινικό ιστό. Αν και είναι κυρίως λοιπόν, ένας εξωκρινής αδένας, που εκκρίνει μια ποικιλία πεπτικών ενζύμων, το πάγκρεας έχει ενδοκρινή λειτουργία. Οι παγκρεατικές νησίδες-συστάδες κυττάρων, γνωστές και ως νησίδια του Langerhans, εκκρίνουν τις ορμόνες γλυκαγόνη,

ινσουλίνη, σωματοστατίνη και παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP) (ElSayed & Mukherjee, 2019). Αναλυτικότερα, παρακάτω παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις δυο λειτουργίες του.

2.1.ΕΝΔΟΚΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας είναι ένας αδένας ο οποίος αν και συγκαταλέγεται στο ενδοκρινικό σύστημα, διαθέτει κύριο ρόλο στη λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα, καθώς επίσης και στη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Η κύρια δομή της ενδοκρινούς μοίρας απαρτίζεται από τα νησίδια του Langerhans όπου και διακρίνουμε τρεις κυτταρικούς τύπους (Mulroney et al., 2010):

- α-κύτταρα παράγουν γλυκαγόνη
- β-κύτταρα, τα οποία είναι και τα περισσότερα παράγουν ινσουλίνη
- δ-κύτταρα παράγουν σωματοστατίνη
- F-κύτταρο παγκρεατικό πολυπεπτίδιο PP το οποίο αναστέλλει τις εξωκρινείς εκκρίσεις.

Κάθε ένα από τα προϊόντα αυτά τελούν ζωτικής σημασίας λειτουργίες. Η γλυκαγόνη κινητοποιεί τις αποθήκες γλυκόζης στο αίμα. Πρόκειται για μια πεπτιδική ορμόνη η οποία εμπεριέχει 29 αμινοξέα και παράγεται ως προορμόνη στα α-κύτταρα των νησιδίων. Η ενεργοποίηση της γλυκαγόνης διεγείρεται όταν ανιχνεύεται χαμηλή γλυκόζη στο αίμα και αντίστοιχα αναστέλλεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης και λιπαρών οξέων στο στόμα (Mulroney et al., 2010).

Η ινσουλίνη από την άλλη, μέσω της παραγωγής της, της έκκρισης και της δράσης της πραγματοποιεί τον κύριο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Πρόκειται για πεπτιδική ορμόνη με 51 αμινοξέα η οποία σχηματίζεται στα β-κύτταρα μέσω μιας προορμόνης η οποία περιέχει τρία πεπτίδια, το συνδετικό c-πεπτίδιο και τις A και B αλυσίδες του ενεργού μορίου ινσουλίνης. Οι δυσουλφιδικές γέφυρες σχηματίζονται στο ενδοπλασματικό δίκτυο και μεταξύ των A και B αλυσίδων της προινσουλίνης συνθέτεται η ενεργός μορφή ινσουλίνης η οποία σε συνδυασμό με το c-πεπτίδιο σχηματίζονται σε κυστίδια ούτως ώστε να απελευθερωθούν στην κυκλοφορία του αίματος (Mulroney et al., 2010).

Δύο από τις κύριες ορμόνες του παγκρέατος είναι η ινσουλίνη, η οποία δρα για τη μείωση του σακχάρου στο αίμα και το γλυκαγόνο, το οποίο δρα για την αύξηση του σακχάρου στο αίμα (Leung, 2010). Η διατήρηση των κατάλληλων επιπέδων σακχάρου στο αίμα είναι ζωτικής σημασίας για τη λειτουργία των βασικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου, του ήπατος και των νεφρών. Η βλάβη της παγκρεατικής ενδοκρινικής λειτουργίας μετά από οξεία παγκρεατίτιδα σχετίζεται με τα μειωμένα επίπεδα ινσουλίνης στο πλάσμα και μετά από ερεθισμό γλυκόζης. Συνολικά, η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη σε ασθενείς μετά από οξεία παγκρεατίτιδα είναι παρόμοια με τις αναφερόμενες τιμές για τον γενικό πληθυσμό σε αυτήν την περιοχή του παγκρέατος. Η αλκοολική παγκρεατίτιδα επίσης, συχνά περιπλέκεται με μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με άλλες αιτίες παγκρεατίτιδας (Nikfarjam et al., 2017).

2.2.ΕΞΩΚΡΙΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Το πάγκρεας περιέχει εξωκρινείς αδένες που παράγουν ένζυμα σημαντικά για την πέψη. Αυτά τα ένζυμα περιλαμβάνουν την τρυψίνη και χυμοθρυψίνη για την πέψη πρωτεϊνών, την αμυλάση για την πέψη υδατανθράκων και τη λιπάση για να διασπάσει τα λίπη (Capurso et al., 2019). Όταν τα τρόφιμα εισέρχονται στο στομάχι, αυτοί οι παγκρεατικοί χυμοί απελευθερώνονται σε ένα σύστημα αγωγών που καταλήγουν στον κύριο πόρο του παγκρέατος. Ο παγκρεατικός πόρος ενώνει τον κοινό χολικό αγωγό για να σχηματίσει την αμπούλα του Vater που βρίσκεται στο πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου, στον δωδεκαδάκτυλο. Ο κοινός χοληφόρος πόρος προέρχεται από το ήπαρ και τη χοληδόχο κύστη και παράγει ένα άλλο σημαντικό χωνευτικό χυμό που ονομάζεται «χολή». Οι παγκρεατικοί χυμοί και η χολή που απελευθερώνονται στο δωδεκαδάκτυλο βοηθούν τον οργανισμό να αφομοιώσει τα λίπη, τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες (Othman et al., 2018).

Η απουσία του παραπάνω μηχανισμού αφορά εξωκρινής παγκρεατική ανεπάρκεια, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη δυσαπορρόφηση. Πολυάριθμες καταστάσεις αντιπροσωπεύουν την αιτιολογία της, με τις πιο κοινές ασθένειες του παγκρεατικού παρεγχύματος, συμπεριλαμβανομένης της χρόνιας παγκρεατίτιδας, της κυστικής ίνωσης και ενός ιστορικού εκτεταμένης νεκρωτικής οξείας παγκρεατίτιδας. Η θεραπεία για την εξωκρινή παγκρεατική ανεπάρκεια περιλαμβάνει διατροφική διαχείριση, αλλαγές στον τρόπο ζωής (όπως μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ και διακοπή του καπνίσματος) και θεραπεία αντικατάστασης ενζύμων στο πάγκρεας (Pezzilli et al., 2013).

2.3. ΝΗΣΙΔΙΑ LANGERHANS

Η ενδοκρινής μοίρα του παγκρέατος αποτελείται από τα νησίδια του Langerhans τα οποία είναι γνωστά επίσης ως παγκρεατικά νησίδια. Αυτά βρίσκονται διάσπαρτα μεταξύ των αδενοκυψελών της εξωκρινούς μοίρας και υπολογίζεται ότι είναι κατά μέσο όρο στο 1.000.000, αποτελώντας το 5% περίπου των κυττάρων του παγκρεατικού παρεγχύματος. Η πλειοψηφία αυτών συναντάται στην ουρά του παγκρέατος. Καθένα από τα νησίδια συνίσταται από κυτταρικές δοκίδες οι οποίες οργανώνονται με τέτοιο τρόπο που διαμορφώνονται κενά. Στα κενά αυτά πορεύονται κολπώδη τριχοειδή αγγεία. Στην πλειοψηφία των ιστολογικών χρώσεων τα νησίδια διακρίνονται σαν ανοικτότερες περιοχές από την εξωκρινή μοίρα γι' αυτό είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτά συχνά και με γυμνό μάτι (Chatterjee et al., 2017).

Η ινσουλίνη δρα αυξάνοντας την ταχύτητα εισόδου της γλυκόζης στα κύτταρα και επομένως ρυθμίζει τον μεταβολισμό της τελευταίας. Περιφερειακά βρίσκονται ανάμικτα κύτταρα των τύπων Α (20% των κυττάρων), C και D. Η ενεργοποίησή τους προκύπτει από ερεθίσματα τα οποία προσάγονται διαμέσου της νευρικής οδού. Τα D κύτταρα απελευθερώνουν σωματοστατίνη, που επιτυγχάνει την ενεργοποίηση της έκκρισης γλυκαγόνης από τα κύτταρα και έτσι επηρεάζεται η λειτουργική τους δραστηριότητα.. Τα παγκρεατικά νησίδια της κεφαλής και της αγκιστροειδούς απόφυσης του παγκρέατος διαθέτουν άφθονα κύτταρα τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή του παγκρεατικού πολυπεπτιδίου, τα γνωστά PP κύτταρα (Chatterjee et al., 2017).

3.ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τα κύρια παθολογικά χαρακτηριστικά της ΟΠ είναι η φλεγμονή που προκαλεί η νόσος αυτή καθώς και η επακόλουθη αυτοπεψία του οργάνου έπειτα από μια σειρά μηχανισμών. Με τον όρο αυτοπεψία ουσιαστικά, περιγράφεται η καταστροφή του παγκρέατος που προκαλείται από την σύνθεση ενζύμων του ίδιου του οργάνου. Η ΟΠ είναι μια υποτροπιάζουσα νόσος η οποία έπειτα από επανειλημμένες προσβολές καταλήγει με μόνιμη βλάβη. Η μορφολογία της ΟΠ είναι δυνατόν να είναι οιδηματώδης, νεκρωτική ή και αιμορραγική με πιο συχνή την οιδηματώδη η οποία χαρακτηρίζεται από παγκρεατικό και περιπαγκρεατικό οίδημα. Μέσω της υπολειτουργίας της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος και της ενεργοποίησης των πρωτεολυτικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας προκαλείται η ΟΠ. Εν συνεχεία, η μετάπτωση της ΟΠ σε ΧΠ και παθολογικά χαρακτηρίζεται από την μη αναστρέψιμη διαταραχή της παγκρεατικής λειτουργίας (Osborn et al., 2013). Η ΑΙΠ αποτελεί μια μορφή χρόνιας παγκρεατίτιδας και χαρακτηρίζεται ως καλοήθης φλεγμονώδη πάθηση του παγκρέατος αυτοάνοσης αιτιολογίας. Στα ερήματα αποκαλύπτονται αυξημένα επίπεδα IgG και γ σφαιρινών και ανιχνεύεται η παρουσία αυτοαντισωμάτων. Χαρακτηριστικό της ΑΙΠ είναι επίσης οι ινωτικές αλλοιώσεις και η λεμφοκυτταρική διήθηση που συμβαίνει, πολλές φορές όμως η ΑΙΠ είναι ασυμπτωματική από τις εκδηλώσεις της ΟΠ. Οι κλινικές εκδηλώσεις ωστόσο περιλαμβάνουν κοιλιακό άλγος, απώλεια βάρους και αποφρακτικό ίκτερο (Liao et al., 2017).

4.ΟΡΙΣΜΟΣ

Το πάγκρεας είναι ένα όργανο που βρίσκεται πίσω από το στομάχι στην άνω κοιλία που παράγει ένζυμα και ορμόνες. Τα ένζυμα που εκκρίνονται από το πάγκρεας φτάνουν στο έντερο μέσω του παγκρεατικού πόρου και βοηθούν στην πέψη του φαγητού. Οι ορμόνες, η ινσουλίνη και η γλυκαγόνη (glucagon) μεταφέρονται στο στέλεχος του αίματος που βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα (Torpy, 2012). Η παγκρεατίτιδα λοιπόν είναι μια φλεγμονή που προκαλείται από την απόφραξη του παγκρεατικού αγωγού. Γενικά, προέρχεται από χρόνια, βαριά κατάχρηση οινοπνεύματος ή απόφραξη των χοληφόρων από τη χολολιθίαση. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη νόσο αυτή είναι οι συγγενείς ανωμαλίες, τα φάρμακα, η υπερλιπιδαιμία, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, οι λοιμώξεις, τα τραύματα και η εγκυμοσύνη. Σύμφωνα με τους Yadav και Lowenfels (2015), κάθε φλεγμονή του παγκρέατος γενικά περιγράφεται ως παγκρεατίτιδα η οποία είναι μια σοβαρή κατάσταση που εκδηλώνεται σε διάφορες μορφές που οδηγούν σε έντονο κοιλιακό πόνο. Η παγκρεατίτιδα χωρίζεται περαιτέρω σε δύο κατηγορίες οι οποίες και θα αναλυθούν παρακάτω.

Η οξεία παγκρεατίτιδα που έχει ξαφνική εμφάνιση και βραχεία διάρκεια επηρεάζει περισσότερο τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Μερικές φορές αναπτύσσεται μια πιο σοβαρή αιμορραγική μορφή που υπερβαίνει το ποσοστό θνησιμότητας περισσότερο από 50%. Από την άλλη, η χρόνια παγκρεατίτιδα αναπτύσσεται βαθμιαία και οδηγεί σε μόνιμη δυσλειτουργία του παγκρέατος. Αυτή η κατάσταση εν τέλει οδηγεί σε μειωμένη

παραγωγή ενζύμων και διττανθρακικών, με αποτέλεσμα τη δυσασορρόφηση των θρεπτικών ουσιών. Η νόσος μπορεί να περιπλέκεται περαιτέρω από δευτερογενή προβλήματα, ιδιαίτερα δυνητικά θανατηφόρες πνευμονικές καταστάσεις (Lankisch et al., 2015).

5.ΑΙΤΙΑ

Τα παγκρεατικά ένζυμα ενώ είναι ακινητοποιημένα εντός του παγκρέατος, στην περίπτωση της νόσου ενεργοποιούνται μέσα στο πάγκρεας προκαλώντας αυτοπεψία. Έπειτα, και ενώ είναι ακόμη στο πάγκρεας προκαλείται η φλεγμονή. Είναι πολλοί οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση ΟΠ και όσον αφορά την αιτιολογία της ΧΠ στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αποτέλεσμα της ΟΠ. Παρόλα αυτά, πρόσφατα έγινε αποδεκτό το γεγονός ότι πρόκειται για δύο παθογενετικά ανεξάρτητες νοσολογικές οντότητες που οφείλονται σε διαφορετικά παθογόνα αίτια. Η παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει τις εξής αιτίες:

- Ο οξύς και ο χρόνιος αλκοολισμός είναι υπεύθυνος σε ποσοστό έως 65% των περιπτώσεων της αλκοολικής οξείας παγκρεατίτιδας. Σχετίζεται με την τοξική δράση της αιθανόλης στα λοβιακά κύτταρα του παγκρέατος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα είτε την ενδοκυττάρια ενεργοποίηση της θρυψίνης μέσω των λυσοσωμικών ενζύμων είτε την φλεγμονή του σφιγκτήρα του Oddi. Επίσης, η δράση της αιθανόλης προξενεί μείωση του τόνου του σφιγκτήρα του Oddi κάτι το οποίο ευνοεί την παλινδρόμηση της χολής και του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στον παγκρεατικό πόρο, συνεπώς προκαλείται παρεγχυματική βλάβη. Οι ασθενείς με αλκοολική παγκρεατίτιδα έχουν μακροχρόνιο ιστορικό έως και 12 έτη κατανάλωσης αλκοόλης σε ποσότητα τουλάχιστον 175g ημερησίως. Επόμενο στάδιο και έπειτα από μια μακροχρόνια πορεία κατανάλωσης αλκοόλ, είναι η μετάπτωση σε χρόνια αλκοολική παγκρεατίτιδα με ποσοστό 40% των περιπτώσεων (Treutlein et al., 2017).
- Σε μεγάλο ποσοστό η οξεία παγκρεατίτιδα οφείλεται επίσης σε χολόλιθους, γνωστή και ως χολολιθιασική παγκρεατίτιδα, όπου συνήθως γίνεται απόφραξη του κύριου παγκρεατικού πόρου και του κοινού χοληδόχου πόρου λόγω ενσφήνωσης χολόλιθου στο φύμα του Vater. Αυτό έχει ως επίπτωση την παλινδρόμηση παγκρεατικού υγρού ή και χολής ακόμη και ανεπάρκεια. Η χρόνια λιθιασική παγκρεατίτιδα που αποτελεί σε ποσοστό το 70% των χρόνιων παγκρεατίτιδων χαρακτηρίζεται από εστιακές νεκρώσεις του παγκρέατος. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η ανεπάρκεια της εξωκρινούς και ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος (Majidi et al., 2017).
- Επίσης, λοιμώξεις ιογενείς (ιός παρωτίτιδας, ιοί Coxsackie B, ιοί HAV – HBV και HCV), βακτηριακές λοιμώξεις και παρασιτικές πχ. εχινόκοκκωση (McPhee et al., 2009).
- Η φαρμακευτική παγκρεατίτιδα αποτελεί επίσης αιτιολογικό παράγοντα με υπεύθυνα πολλά φαρμακευτικά προϊόντα, όπως τα αντι-μιτωτικά, ανοσοκατασταλτικά πχ. μερκαπτοπουρίνη, διουρητικά και στεροειδή φάρμακα (οιστρογόνα, prog's αντισυλληπτικά), καθώς και αντιμικροβιακά φάρμακα όπως είναι οι σουλφοναμίδες, τετρακυκλίνες και ερυθρομυκίνη. Χημειοθεραπευτικοί παράγοντες είναι επίσης γνωστοί για την παγκρεατοτοξικότητα τους (McPhee et al., 2009).
- Παγκρεατίτιδα μπορεί επίσης να προκληθεί έπειτα από χειρουργική/ιατρική πράξη, όπως μετά από βιοψία παγκρέατος ή μετά από τεχνική της ERCP εξέτασης, γεγονός που οφείλεται σε απόφραξη και φλεγμονή του παγκρεατικού πόρου και η συχνότητα αυτής της ΟΠ κυμαίνεται μεταξύ 1-7%. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν ΟΠ μετά από ERCP είναι, δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi, εάν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό ΟΠ μετά από ERCP καθώς και έλλειψη διάτασης των χοληφόρων (Reid et al., 2017).
- Μεταβολικοί παράγοντες όπως η υπερασβεστιαμία (πχ. υπερπαραθυρεοειδισμός) επιταχύνει τη μετατροπή του θρεψινογόνου σε θρεψίνη και συνεπώς προκαλείται η αυτοπεψία του οργάνου. Άλλοι μεταβολικοί παράγοντες είναι η υπερτριγλυκεριδαίμια, η υπερλιπιδαιμία (η οποία μπορεί να προκαλέσει παγκρεατική ισχαιμία και νέκρωση των παγκρεατικών κυττάρων), διαβητική κετοξέωση και τέλος η ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα όπως αναφέρουμε και παραπάνω (Maghrebi et al., 2017).
- Η οικογενής παγκρεατίτιδα αν και αποτελεί μια σπάνια κληρονομική πάθηση τείνει να εκδηλώνει συχνά και επανειλημμένα επεισόδια ΟΠ. Εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία και επακόλουθο της είναι η μετάπτωση σε ΧΠ. Στις περιπτώσεις αυτές έχουν ανιχνευτεί δύο διαφορετικές μεταλλάξεις στο θρεψινογόνο γονίδιο (υπεύθυνο για τη σύνθεση του).
- Αν και αποτελεί σπάνια περίπτωση λόγω της οπισθοπεριτοναϊκής θέσης του παγκρέατος, η τραυματική ΟΠ μπορεί να οφείλεται σε κάποιο τραύμα, αμβλύ ή

διαξίφιστικό και στη περίπτωση που έχει γίνει διατομή του αδένου μπορεί να προκαλέσει μέχρι και οξεία ρήξη του παγκρεατικού πόρου και του χυλώδη ασκίτη. Οι τραυματισμοί μπορεί να καταλήξουν σε ουλές και στένωση του παγκρεατικού πόρου με επίπτωση την αποφρακτική παγκρεατίτιδα.

- Χρόνια αποφρακτική παγκρεατίτιδα η οποία χαρακτηρίζεται από την διάταση των εκφορητικών πόρων του παγκρέατος καθώς, από ατροφία και διάχυτη ίνωση του παγκρέατος (Majidi et al., 2017).

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΟΠ

Στην περίπτωση της ΟΠ μία από τις κυριότερες εκδηλώσεις είναι το οξύ και έντονο άλγος στο επιγάστριο που οφείλεται στο οίδημα και την διάσπαση της παγκρεατικής κάνας. Ο πόνος συχνά αντανακλά στην οσφύ και στην περιοχή των λαγόνιων και επιδεινώνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ύπτια θέση ή όταν περπατά (Osborn et al., 2014). Πολλές φορές συνυπάρχει ναυτία ή εμετός λόγω ενδεχόμενης χάλασης του γαστροισοφαγικού σφιγκτήρα ή διαταραχής της κινητικότητας του στομάχου. Οι περισσότεροι ασθενείς εκδηλώνουν πυρετό και στη περίπτωση που υπάρχει κυματοειδής ή επίμονος πυρετός δίνεται η υποψία ύπαρξης λοιμώδους επιπλοκής πχ. παγκρεατικό απόστημα (McPhee et al., 2009).

Σε σοβαρή παγκρεατίτιδα μπορεί να υπάρχουν και εκκρίσεις γύρω από την περιοχή του ομφαλού (σημείο Cullens). Μπορεί επίσης να υπάρχει συλλογή πλευριτικού υγρού το οποίο περιέχει στοιχεία εξιδρώματος (υψηλές τιμές πρωτεΐνης, αμυλάσης, γαλακτικής αφυδρογονάσης LDH), λόγω του άμεσου ερεθισμού του διαφραγματικού υπεζωκότα από το φλεγμονώδες πάγκρεας. Επιπλέον, το πνευμονικό οίδημα που μπορεί να κάνει την εμφάνιση του οφείλεται στην επίδραση των πρωτεολυτικών ενζύμων στο τοίχωμα των πνευμονικών τριχοειδών, με αποτέλεσμα την εξίδρωση υγρού στις κυψελίδες. Γίνεται απελευθέρωση κινινών στην κυκλοφορία με συνέπεια την εκδήλωση υπότασης και καταπληξίας. Σε βαριά ΟΠ παρατηρείται επίσης μεταβολική οξέωση (κυρίως γαλακτική οξέωση) λόγω καταπληξίας και υπότασης. Στην αρχική φάση της ΟΠ απελευθερώνονται μεγάλες ποσότητες καλίου στην κυκλοφορία και σε συνδυασμό με την οξέωση και την υποογκαϊμία έχουμε σαν αποτέλεσμα την υπερκαλιαιμία. Στη συνέχεια και έπειτα από την διόρθωση και σταθεροποίηση του καλίου, είναι πιθανόν να πέσει απότομα σε πολύ χαμηλά επίπεδα με συνέπεια την υποκαλιαιμία αντίστοιχα. Μεταξύ των άλλων κλινικών εκδηλώσεων, μπορεί να υπάρχει ίκτερος (υπερχοληρυθριαιμία) ή χολερυθρινουρία. Συνήθως οι εντερικοί ήχοι δεν είναι υπαρκτοί και σε σοβαρό σημείο μπορεί να υπάρχει ταχύπνοια ή και ταχυκαρδία. Σημεία όπως η ολιγουρία υποδηλώνουν άσχημη πρόγνωση, ενώ σε περίπτωση αιμοδυναμικής αστάθειας απαιτείται άμεσα η διακομιδή σε Μ.Ε.Θ. Τα εργαστηριακά ευρήματα αποκαλύπτουν λευκοκυττάρωση, αυξημένα επίπεδα της CRP (c-αντιδρώσα πρωτεΐνη), και από τα κυριότερα ευρήματα στην ΟΠ αποτελεί η αύξηση των επιπέδων αμυλάσης και λιπάσης στον ορό έως και 20 φορές πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Η κατάσταση αυτή ορίζεται ως υπεραμυλασαιμία και υπερλιπασαιμία. Η αύξηση της αμυλάσης παρουσιάζεται αμέσως αλλά επανέρχεται στα φυσιολογικά της επίπεδα και πάλι εντός 48 – 72 ωρών (McPhee et al., 2009).

Επίσης υπάρχουν διαταραχές στο σάκχαρο του αίματος, όπως παροδική υπεργλυκαιμία η οποία προκύπτει από την έκκριση γλυκαγόνης από κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος τα οποία είναι κατεστραμμένα. Επίσης σε σοβαρές περιπτώσεις ανιχνεύεται υπασβεστιαϊμία όπου το ασβέστιο πέφτει σε πολύ χαμηλά επίπεδα λόγω λιπόλυσης του περιπαγκρεατικού λίπους, του οπισθοπεριτοναϊκού και του μεσεντέριου και σε συνδυασμό με την αδυναμία των παραθυρεοειδών αδένων να βοηθήσουν υποστηρικτικά, απελευθερώνονται ελεύθερα λιπαρά οξέα που δεσμεύουν το ιοντισμένο ασβέστιο με συνέπεια τον σχηματισμό σάπωνων (McPhee et al., 2009).

Στην περίπτωση της αλκοολικής παγκρεατίτιδας είναι συχνή η εκδήλωση υπερλιπιδαιμίας. Ενδεχομένως να υπάρχει αιμορραγικό υγρό στην κοιλιά. Η κατάληξη της ΟΠ είναι συνήθως η μετάπτωση της σε ΧΠ (Manohar et al., 2017).

6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΧΠ

Πρόκειται για υποτροπιάζουσα διαταραχή στην οποία υπάρχει έντονο κοιλιακό άλγος λόγω πίεσης του παγκρεατικού πόρου καθώς και ανεπάρκεια της εξωκρινούς και ενδοκρινούς μοίρας του παγκρέατος. Μπορεί να συνυπάρχουν ναυτία και εμετοί και κατά την ψηλάφηση υπάρχει έντονη ευαισθησία στο επιγάστριο. Κλινικά και στη ΧΠ εκδηλώνεται ίκτερος και στην περίπτωση αυτή υπάρχει χρόνια φλεγμονή. Πολλές φορές εμφανίζεται ήπιος Σ.Δ. στεατόρροια (λόγω έλλειψης παγκρεατικής λιπάσης) και απώλεια βάρους καθώς και χρόνιο διαρροϊκό σύνδρομο. Αντίθετα με την ΟΠ στην ΧΠ τα επίπεδα αμυλάσης και λιπάσης στον ορό είναι φυσιολογικά (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

7.ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ΟΠ βασίζεται κυρίως στην κλινική εξέταση και στις εργαστηριακές εξετάσεις με κυρίαρχη την μέτρηση τιμών της αμυλάσης και λιπάσης στον ορό του αίματος και των ούρων. Συγκεκριμένα, τιμές αμυλάσης στα ούρα πάνω από 5.000 IU / 24h υποδηλώνουν την ύπαρξη της. Η αύξηση της λιπάσης στον ορό γίνεται 5 – 10 μέρες μετά τη νόσο. Τα εργαστηριακά ευρήματα περιλαμβάνουν επίσης τις διαταραχές στο σάκχαρο του αίματος καθώς και υπασβεστιαμία. Απεικονιστικά, η διάγνωση της ΟΠ γίνεται με την αξονική τομογραφία και για την παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενούς είναι σημαντικός ο τακτικός καρδιολογικός και υπερηχογραφικός έλεγχος. Με το υπερηχογράφημα επίσης απεικονίζονται οι αυξημένες διαστάσεις του παγκρέατος, η διάταση των πόρων και ψευδοκύστες στο 10% των περιπτώσεων (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

Στην περίπτωση της ΧΠ η διάγνωση της μπορεί να γίνει με ακτινογραφία κοιλίας ή με αξονική τομογραφία, εξετάσεις που μπορούν να αποκαλύψουν τυχόν υπάρχουσες ασβεστώσεις στο πάγκρεας. Οι ασβεστώσεις διαπιστώνονται σε ποσοστό 30% των ασθενών. Μπορεί ακόμη να γίνει και μαγνητική τομογραφία (Χαρατσή-Γιωτάκη, 2014).

8.ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση ΟΠ είναι δυνατόν να περιλαμβάνει οξείες νόσους που εκδηλώνουν σημεία και συμπτώματα παρόμοια ή κάποια από αυτά της ΟΠ, και στην περίπτωση που υπάρχει αμφιβολία γίνεται συνεκτίμηση των επιπέδων αμυλάσης και λιπάσης στον ορό καθώς στις περιπτώσεις αυτές οι τιμές είναι πολύ πιο χαμηλές. Ωστόσο, περιπτώσεις που περιλαμβάνει η διαφορική διάγνωση της ΟΠ είναι ο ειλεός, η διάτρηση κοίλου σπλάγγνου, OEM κατώτερου τοιχώματος, οξεία χολοκυστίτιδα και χολαγγειίτιδα (Liao et al., 2017).

Οι Benjamin & Lappin (2018), αναφέρουν ότι η διαφορική διάγνωση για την οξεία παγκρεατίτιδα περιλαμβάνει επίσης το κοιλιακό άλγος αλλά και νόσους όπως το πεπτικό έλκος, η διάτρηση και η απόφραξη του εντέρου, η οξεία ηπατίτιδα, η διαβητική κετοξέωση, η πνευμονία, το έμφραγμα μυοκαρδίου και η αορτική ανατομή. Σε πολλές από αυτές τις περιπτώσεις, ένα αυξημένο επίπεδο λιπάσης 3 φορές το ανώτερο φυσιολογικό όριο θα επιτρέψει τον προσδιορισμό της παγκρεατίτιδας ως πηγή κοιλιακού πόνου λόγω της υψηλής εξειδίκευσης της. Ο κοιλιακός υπερηχογράφος θα βοηθήσει στη διαφοροποίηση της χολοκυστίτιδας ενώ η CT αγγειογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν η μεσεντερική ισχαιμία είναι υψηλή στο διαφορικό.

9.ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η σοβαρότητα της ΟΠ καθορίζεται με βάση τον αιτιολογικό παράγοντα, την εξέλιξη και πορεία της νόσου. Η εκτίμηση της γίνεται με βάση τις κλινικές και εργαστηριακές αξιολογήσεις, με την διενέργεια CT τομογραφίας, μέσω του συστήματος APACHE II το οποίο εφαρμόστηκε αρχικά σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμο στάδιο και οι οποίοι νοσηλεύονται σε Μ.Ε.Θ. Ουσιαστικά, το σύστημα αυτό μετρά 12 φυσιολογικές παραμέτρους προσθέτοντας επιπλέον μονάδες βάση την ηλικία και την παρουσία χρόνιας νόσου. Έχει προγνωστική ικανότητα σε ότι αφορά την αξιολόγηση της σοβαρότητας της ΟΠ και η μείωση των τιμών υποδηλώνει ήπια επίδραση κατά τις πρώτες 48 ώρες, ενώ όταν οι τιμές αυξάνουν δείχνουν σοβαρότητα της κατάστασης. Στα προγνωστικά κριτήρια συγκαταλέγονται επίσης αυτά του Ranson όπου πρόκειται για ένα πίνακα ο οποίος περιλαμβάνει μια σειρά τιμών από αιματολογικές και βιοχημικές αναλύσεις, καθώς και τα ποσοστά από τους δείκτες θνησιμότητας σε σχέση με τον αριθμό κριτηρίων. Μέσω αυτών των προγνωστικών δοκιμασιών γίνεται μία πρώτη εκτίμηση σε σχέση με την έκταση της νόσου και την θνησιμότητα της. Στις περισσότερες περιπτώσεις ΟΠ οι ασθενείς αναρρώνουν μετά από την υποστηρικτική τους αγωγή και το πάγκρεας αναγεννάται. Σε μερικές περιπτώσεις μόνο, μετά από ένα διάστημα (εβδομάδων ή μηνών) ενδέχεται να σχηματιστούν ψευδοκύστες (McPhee et al., 2009). Το ποσοστό 15 – 20% όλων των περιπτώσεων εκδηλώνουν νεκρωτική παγκρεατίτιδα η οποία συνδυάζεται με τις επιπλοκές, τοπικές και συστηματικές με θνησιμότητα σε ποσοστό 17%. Σε περίπτωση ενδοπαγκρεατικής και εξωπαγκρεατικής φλεγμονής εκδηλώνεται SIRS (σύστημα φλεγμονώδους αντίδρασης) στο οποίο συμμετέχουν επίσης οι κυτοκίνες. Η πρόωπη εμφάνιση ανεπάρκειας οργάνων υποδηλώνει την παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς καθώς και αυξημένη θνησιμότητα. Κατά την οξεία φάση της νόσου παράγεται CRP στο ήπαρ λόγω απελευθέρωσης ιντερλευκίνης και αυξάνεται αναλογικά σε σχέση

με την σοβαρότητα της παγκρεατίτιδας. Άλλοι προγνωστικοί μέθοδοι για την αξιολόγηση σοβαρότητας της παγκρεατίτιδας αποτελούν, η αδυναμία πεπτιδίου ενεργοποίησης του θρεψινογόνου (TAP), πολυμορφοπυρηνική ελαστάση του παγκρέατος, προκαλσιτονίνη, αμιλάση και λιπάση, γλυκόζη, κρεατινίνη, ασβέστιο, ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III, παράγοντας ενεργοποίησης αιμοπεταλίων και οι ιντερλευκίνες 1,6 και 8. Στην περίπτωση υπάρχουσας πλευριτικής συλλογής (πρώτες 24 ώρες) υποδηλώνεται η ανεπάρκεια αλλά και νέκρωση οργάνων. Σε αρκετές μελέτες που έχουν γίνει, αναφέρεται πως η ηλικία του ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πορεία και εξέλιξη της νόσου, π.χ. οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς, άνω των 75 ετών, έχουν κακή πρόγνωση καθώς και μεγαλύτερες πιθανότητες θνησιμότητας σε σχέση με ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Το αλκοόλ καθώς και η παχυσαρκία επιδρούν αρνητικά στην εξέλιξη της κατάστασης του ασθενούς, στην πρώτη περίπτωση ειδικά το αλκοόλ συμβάλλει άμεσα στην νέκρωση του παγκρέατος. Το φύλλο του ασθενούς δεν αποτελεί ένδειξη κακής πρόγνωσης. Το σύστημα BISAP το οποίο έχει σχεδιαστεί για προγνωστικούς επίσης σκοπούς, έχει βασιστεί σε 17.922 περιστατικά ΟΠ και χρησιμοποιείται με την μέτρηση και καταγραφή αναλύσεων όπως, ουρία > 25mg/dL, SIRS, κατάσταση ψυχικής υγείας ασθενούς, πλευριτική συλλογή, ηλικία > 60 ετών. Η τελική βαθμολογία του συστήματος αυτού συνάδει με την τελική βαθμολογία απόδοσης του συστήματος APACHE II. Στην περίπτωση οργανικής ανεπάρκειας με διάρκεια περισσότερο από 48 ώρες, υποδηλώνεται κακή πρόγνωση, και για την ανεύρεση της υπάρχουσας παγκρεατικής νέκρωσης διενεργείται CT η οποία είναι και η πιο διαδεδομένη και αξιόπιστη μέθοδος, ενώ ενισχυμένη CT είναι δυνατόν να διακρίνει την οίδηματώδη από την νεκρωτική παγκρεατίτιδα. Η πρόγνωση της ΧΠ δεν είναι συγκεκριμένη και εξαρτάται από το εάν και σε τι βαθμό επιπλοκές εμφανιστούν, και από τη διακοπή κατάχρησης αλκοόλ στην αλκοολική παγκρεατίτιδα (Dolay et al., 2018).

10. ΠΡΟΛΗΨΗ

Για την καλύτερη πρόληψη της παγκρεατίτιδας απαιτείται η συνεργασία και η συμβουλή επαγγελματιών υγείας με άτομα που ενδεχομένως προδιαθέτουν να εκδηλώσουν παγκρεατίτιδα. Ωστόσο, η πρόληψη αφορά και τις διατροφικές συνήθειες καθώς και την αλλαγή αυτών οι οποίες θα πρέπει να είναι πλούσιες σε βιταμίνες και χαμηλές σε λιπαρά οξέα. Εκτός όμως των διατροφικών συνηθειών, όπως αναφέρεται και παραπάνω, υπάρχουν κάποιοι αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι ευνοούν την εμφάνιση της παγκρεατίτιδας. Από τις πιο συνηθισμένες περιπτώσεις λόγω κατάχρησης είναι η αλκοολική παγκρεατίτιδα και η φαρμακευτική. Αν και στη δεύτερη περίπτωση η υπερκατανάλωση – χορήγηση συγκεκριμένων παγκρεατοτοξικών φαρμάκων είναι απαιτούμενη λόγω ήδη προϋπάρχουσας πάθησης (π.χ. καρκίνος σε στάδιο χημειοθεραπείας), όταν υπάρχουν ενδείξεις εμφάνισης παγκρεατίτιδας συστήνεται η άμεση παρέμβαση από ειδικούς γιατρούς. Όσο για την περίπτωση της αλκοολικής παγκρεατίτιδας απαιτείται η αποφυγή υπερκατανάλωσης του αλκοόλ και συστήνεται η ελεγχόμενη χρήση του. Επίσης, καλό είναι πριν από τη διενέργεια ορισμένων ιατρικών – χειρουργικών πράξεων, όπως ERCP θα πρέπει να υποψιάζεται το ενδεχόμενο εκδήλωσης ΟΠ και για το λόγο αυτό οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να λαμβάνουν ένα πλήρες ιστορικό πριν από κάθε πράξη. Τέλος, καλό είναι να γίνεται τακτικός βιοχημικός έλεγχος για την μέτρηση γλυκόζης αίματος, χοληστερόλης, τριγλυκερίδια ορού, κάποιοι από τους μεταβολικούς παράγοντες που προδιαθέτουν για παγκρεατίτιδα. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να ενημερώνουν τους ασθενείς αλλά και τους συγγενείς σχετικά με ποιες μεθόδους μπορούν να χρησιμοποιούν για τον προληπτικό έλεγχο και που αποσκοπεί αυτός (McPhee et al., 2009).

11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία καθορίζεται με βάση τον αιτιολογικό παράγοντα που προκαλεί την παγκρεατίτιδα. Κατά κύριο λόγο, η θεραπεία της ΟΠ είναι συντηρητική με αποχή από την κατανάλωση τροφίμων και υγρών *per os* καθώς και η αντικατάστασή τους με τη συνεχή IV χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, αίματος και πλάσματος. Γίνεται χορήγηση αντιβιοτικών, κυρίως αμικιλίνης, με σκοπό τον περιορισμό οποιασδήποτε τυχόν επιμόλυνσης. Για την αντιμετώπιση του άλγους γίνεται χορήγηση παυσίπονων όπως πεθιδίνη. Συστήνεται επίσης η ERCP για την ανακούφιση πόνου ή την απόφραξη του παγκρεατικού πόρου από λίθους. Είναι επίσης σημαντική η καταστολή της παγκρεατικής έκκρισης το οποίο επιτυγχάνεται εκτός από την *per os* διακοπή τροφής, αλλά και με τη χορήγηση σωματοστατίνης, αντιχολινεργικών και αναστολέων H2-

υποδοχέων. Στην χολολιθιασική παγκρεατίτιδα όταν γίνει η διάγνωση (εντός δύο 24 ωρών) αναμένουμε έως ότου υποχωρήσει η ΟΠ συντηρητικά. Έπειτα, γίνεται η παρέμβαση με λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή για την αποφυγή ενδεχόμενων επιπλοκών από χολόλιθους και στην περίπτωση απόφραξης χοληδόχου ή παγκρεατικού πόρου διενεργείται ERCP με σκοπό την αφαίρεση λίθου. Όταν οι επιπλοκές ή η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνονται παρά την συντηρητική αγωγή, χρειάζονται να γίνουν πιο δραστικές ενέργειες όπως χολοκυστεοστομία, πλύση περιτοναϊκής κοιλότητας και τοποθέτηση παροχέτευσεων. Η θεραπεία όταν διενεργείται χειρουργικά γίνεται είτε για την αντιμετώπιση – μείωση της φλεγμονής (παροχέτευση του χοληδόχου πόρου) είτε με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών που προξενεί η παγκρεατίτιδα (παγκρεατεκτομή, παροχέτευση υπάρχοντος παγκρεατικού αποστήματος και ψευδοκύστεων (Liao et al., 2017).

Πιο συγκεκριμένα, με την συντηρητική θεραπεία επιτυγχάνεται ο περιορισμός του πόνου με τη χορήγηση ισχυρών παυσίπονων όπως πεθιδίνη, μεπεριδίνη (εκτός μορφίνης και παραγώνων της λόγω σύσπασης στον σφιγκτήρα του Oddi). Επίσης, στοχεύει στην καταστολή της παγκρεατικής έκκρισης κάτι το οποίο επιτυγχάνεται με τη διακοπή λήψης τροφής *per os*, την οποία αντικαθιστά η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα Levin και η χορήγηση αντιόξινων και άλλων ουσιών όπως αναφέρουμε και παραπάνω (Liao et al., 2017). Λόγω απώλειας υγρών γίνεται αναπλήρωση αυτών, καθώς ηλεκτρολυτών και αίματος με οδηγό την ΚΦΠ (κεντρική φλεβική πίεση). Γίνεται ρύθμιση και χορήγηση ασβεστίου όταν οι τιμές του είναι κάτω από 8mg%. Στις περιπτώσεις που οι ασθενείς παρουσιάζουν αναπνευστικές διαταραχές και στα εργαστηριακά ευρήματα επιβεβαιώνεται πτώση του PO₂, περίπου 65-75mmHg (Φ.Τ. = 95+/-5mmHg) γίνεται χορήγηση διουρητικών, ανθρώπινης λευκωματίνης και O₂ με ρινικούς καθετήρες, ενώ σε κατάσταση ARDS (σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας) γίνεται χορήγηση κορτιζόνης. Η θεραπεία της ΑΙΠ περιορίζεται κυρίως στα κορτικοειδή και η ανταπόκριση σε αυτά είναι ιδιαίτερος θετική και άμεση. Σε σπάνιες περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ανταπόκριση υπάρχει υπόνοια ύπαρξης κάποιας επιπλοκής ή νεοπλάσματος, ενώ ο ακριβής αιτιολογικός παράγοντας της ΑΙΠ δεν έχει αποσαφηνισθεί μέχρι σήμερα. Η ανταπόκριση στη θεραπεία με κορτιζόνη είναι ικανοποιητική, ενώ στο αρχικό στάδιο η φαρμακευτική αγωγή αρχίζει με τη χορήγηση πρεδνιζόνης 40mg/ημερησίως και εν συνεχεία σταδιακή μείωση της δόσης ανά 5mg/εβδομαδιαία (Liao et al., 2017).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.0 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1.1.ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η λήψη ιστορικού αποτελεί βασικό στοιχείο της αξιολόγησης του ασθενούς με παγκρεατίτιδα, επιτρέποντας την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Η κατανόηση της πολυπλοκότητας και των διαδικασιών που αφορούν τη λήψη ιστορικού επιτρέπει στους νοσηλευτές να κατανοήσουν καλύτερα τα προβλήματα των ασθενών με παγκρεατίτιδα. Μάλιστα, είναι εφικτό να προσδιοριστούν οι προτεραιότητες φροντίδας και να ξεκινήσουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών (Δαΐκος, 2015).

Η διαδικασία αυτή επιτρέπει στους ασθενείς με παγκρεατίτιδα να παρουσιάσουν τον απολογισμό του προβλήματος και να παράσχουν ουσιαστικές πληροφορίες στον νοσηλευτή. Οι νοσηλευτές διευρύνουν διαρκώς τους ρόλους τους, και με αυτόν τον τρόπο και τις δεξιότητες αξιολόγησης σχετικά με τη νόσο της παγκρεατίτιδας (Fawcett & Rhynas, 2012). Είναι πιθανό ότι η λήψη ιστορικού γίνεται από έναν νοσηλευτή. Το

ιστορικό του ασθενούς είναι μόνο ένα μέρος της εκτίμησης και πιθανόν να πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές συλλογής πληροφοριών, όπως η διαδικασία ενιαίας αξιολόγησης.

Πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της λήψης ιστορικού, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η συναίνεση από τον ασθενή. Μπορεί να ληφθεί χρησιμοποιώντας ποικίλες μεθόδους. Η ικανότητα του ασθενούς να δώσει τη συγκατάθεσή του για τη λήψη ιστορικού είναι σημαντική (PCUK, 2016). Αρχικά, ο νοσηλευτής προετοιμάζει το περιβάλλον. Είναι σημαντικό το περιβάλλον να είναι πρακτικά προσβάσιμο, κατάλληλα εξοπλισμένο, απαλλαγμένο από διαταραχές και ασφαλές για τον ασθενή αλλά και για τον νοσηλευτή. Ο σεβασμός του ασθενούς ως ατόμου είναι ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της αξιολόγησης και συνεπάγεται επίσης τη διατήρηση της ιδιωτικότητας και της αξιοπρέπειας. Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι ιδιωτικό, ήσυχο και ιδανικό, δεν πρέπει να υπάρχουν διακοπές. Όταν αυτό δεν είναι εφικτό, οι νοσηλευτές θα πρέπει να κάνουν ό,τι είναι δυνατόν για να διασφαλίσουν τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας των ασθενών (PCUK, 2016). Είναι σημαντικό να δοθεί επαρκής χρόνος για να ολοκληρωθεί το ιστορικό για να μην υπάρχουν ελλείψεις πληροφοριών, οι οποίες μπορεί να έχουν επιπτώσεις στη φροντίδα του ασθενούς.

Μόλις το περιβάλλον προετοιμασθεί είναι καλύτερο να καθιερωθεί η ταυτότητα του ασθενούς και πώς θα ήθελε να αντιμετωπιστεί. Οι πρώτες πληροφορίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι οι βασικές δημογραφικές λεπτομέρειες, όπως το όνομα, η ηλικία και η απασχόληση. Ο νοσηλευτής αρχίζει πάντοτε με ανοιχτές ερωτήσεις και χρόνο λήψης για να ακούσει το ιστορικό του ασθενούς (Sanders, 2009). Τέτοια παραδείγματα ανοιχτών ερωτήσεων περιλαμβάνουν: «Πείτε μου για τα προβλήματα της υγείας σας» καθώς και, «Πώς σας επηρεάζει αυτό στη καθημερινότητά σας;» ενώ οι κλειστές ερωτήσεις παρέχουν λεπτομέρειες και οξύνουν την ιστορία του ασθενούς. Παραδείγματα τέτοιων κλειστών ερωτήσεων περιλαμβάνουν τα εξής: «Πότε ξεκίνησε ο πόνος;».

Ακολουθεί η διαδικασία της διευκρίνισης, η οποία περιλαμβάνει την ανάκληση του ασθενούς στην κατανόηση του ιστορικού, των συμπτωμάτων και των παρατηρήσεων (Tenner et al., 2013). Συγκεντρώνοντας την ιστορία πίσω στον ασθενή είναι απαραίτητο να διευκρινίσει ο νοσηλευτής τυχόν λάθη. Τέλος, ζητώντας από τον ασθενή, «Υπάρχει κάτι άλλο;» του δίνει μια τελική ευκαιρία να προσθέσει περαιτέρω πληροφορίες.

Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει πληροφορίες με συστηματικό, ευαίσθητο και επαγγελματικό τρόπο για άλλες ασθένειες του παρελθόντος, για ύπαρξη πιθανών προηγούμενων νοσηλειών ή χειρουργικών επεμβάσεων, ύπαρξη αλλεργιών ή δυσανεξίας σε τροφές ή φάρμακα, λήψη οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής, οικογενειακό ιστορικό, κοινωνικό ιστορικό, σεξουαλική ζωή, επαγγελματικό ιστορικό καθώς και άλλες πληροφορίες. Οι δεξιότητες επικοινωνίας του νοσηλευτή είναι απαραίτητες. Είναι σημαντικό να αφήσει τον ασθενή να διηγηθεί τη δική του ιστορία με τα δικά του λόγια, ενώ χρησιμοποιούνται δεξιότητες ενεργοποίησης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να αποφεύγει τη χρήση τεχνικών ορολογιών ή φρασεολογίας και, όποτε είναι δυνατόν, να χρησιμοποιεί τα ίδια τα λόγια του ασθενούς (Douglas et al., 2015).

Σε όλη τη διαδικασία λήψης του ιστορικού είναι σημαντικό να επικεντρωθεί ο νοσηλευτής στα συμπτώματα και όχι στη διάγνωση, για να διασφαλίσει ότι δεν υπάρχουν πληροφορίες που δεν έχουν καταγραφεί. Οι αρνητικές απαντήσεις είναι επίσης σημαντικές καθώς ο νοσηλευτής θα κατανοήσει πώς τα συμπτώματα επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς (Douglas et al., 2015).

Το ιστορικό, λοιπόν, του ασθενούς απαιτεί ως βασικά σημεία για τη λήψη της ιστορίας από έναν ασθενή, την προαγωγή του περιβάλλοντος, την επικοινωνία και τη σημασία της τάξης.

1.2.ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση από το νοσηλευτή αποτελεί ένα από τα βήματα της νοσηλευτικής διαδικασίας, περιλαμβάνοντας τη συστηματική και συνεχή συλλογή δεδομένων, τη διαλογή, την ανάλυση και την οργάνωση αυτών των δεδομένων που λήφθηκαν από το ιστορικό καθώς και την τεκμηρίωση και την κοινοποίηση των συλλεγόμενων στοιχείων. Οι δεξιότητες κριτικής σκέψης που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης παρέχουν ένα πλαίσιο λήψης αποφάσεων για την ανάπτυξη και καθοδήγηση ενός σχεδίου περίθαλψης για τον ασθενή που περιλαμβάνει έννοιες πρακτικής που βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία (Johnstone, 2018).

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει τη συλλογή δεδομένων με τη λήψη ζωτικών σημείων όπως η θερμοκρασία, ο αναπνευστικός ρυθμός, ο καρδιακός ρυθμός, η αρτηριακή πίεση και το επίπεδο πόνου χρησιμοποιώντας μια κλίμακα ηλικίας ή κλίμακα πόνου. Η φυσική εξέταση εντοπίζει τις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες φροντίδας του ασθενούς επιτρέποντας τον σχηματισμό μιας νοσηλευτικής διάγνωσης. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει την φυσιολογία του ασθενούς και βοηθά στην παροχή προτεραιότητας στις παρεμβάσεις και τη φροντίδα (Johnstone, 2018).

Ασθενείς με παγκρεατίτιδα παρουσιάζουν συνήθως αιφνίδια έναρξη κοιλιακού πόνου,

αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να είναι ανώδυνη. Αρχικά, ο πόνος επιδεινώνεται μετά το φαγητό ή το ποτό, ειδικά τα λιπαρά τρόφιμα, και στη συνέχεια συνήθως γίνεται σταθερός με την πάροδο του χρόνου. Ο πόνος μπορεί να αντανακλά σε όλη την κοιλιά και στο στήθος ή στο μέσο της πλάτης, συχνά συνδέεται με ναυτία και έμετο και μπορεί να είναι χειρότερος όταν ο ασθενής είναι σε ύπτια θέση. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να αναφέρουν δυσπεψία, κοιλιακή πληρότητα, διάρροια, μειωμένη παραγωγή σύρων και συχνό λόξυγγα (Torpy, 2012). Περιστασιακά, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν και υποκειμενικό πυρετό.

Υπάρχουν αρκετά ευρήματα φυσικής εξέτασης που είναι σημαντικά για να αναγνωριστούν και να βοηθήσουν στην επιβεβαίωση της διάγνωσης οξείας παγκρεατίτιδας, που ποικίλει ευρέως ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου. Ο νοσηλευτής, λοιπόν, με την εισαγωγή ενός ασθενούς με παγκρεατίτιδα, ξεκινά τη διαδικασία της φυσικής εξέτασης. Αρχικά, γίνεται έλεγχος της θερμοκρασίας, του σφυγμού και της δύναμης του παλμού ενώ μετρείται παράλληλα και η πίεση του αίματος. Τα ευρήματα φυσικής εξέτασης μπορεί να είναι φυσιολογικά ή να αποκαλύψουν πυρετό, πόταση, ταχυκαρδία, ταχύπνοια ή χρωματική δυσχρωμία. Η κοιλιακή εξέταση τυπικά αποκαλύπτει αξιοσημείωτη ευαισθησία στην ψηλάφηση, τη φύλαξη και πιθανές ενδείξεις περιτοναϊκού ερεθισμού, διαστολής ή ακαμψίας. Οι ήχοι του εντέρου συνήθως μειώνονται. Ίκτερος μπορεί να είναι παρών. Σε σοβαρές ασθένειες, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν και αλλοιωμένη ψυχική κατάσταση. Η διενέργεια αιματολογικών εξετάσεων είναι επίσης απαραίτητη καθώς και η εξέταση για αναγνώριση επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Η φυσική εξέταση πρέπει να επεκταθεί και στη παρατήρηση του δέρματος καθώς δύο φυσικά σημεία που σχετίζονται με την παγκρεατίτιδα είναι το σύμβολο Cullen (αιμορραγική διήθηση στον υποδόριο ιστό γύρω από τον ομφαλό) και το σημάδι του Gray Turner (αιμορραγική διήθηση της πλάγιας κοιλιακής χώρας) (Anderson et al., 2017; Tenner et al., 2013).

Στο σύνολο αυτής της διαδικασίας της φυσικής κατάστασης, ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογήσει όλα τα παραπάνω ευρήματα σε συνδυασμό με την αξιολόγηση της τρέχουσας διατροφικής κατάστασης και των αυξημένων μεταβολικών απαιτήσεων του ασθενούς, της αναπνευστικής του κατάστασης, της κατάστασης υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και των πηγών απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών.

Συνοπτικά, δεν υπάρχει κανένας μοναδικός δείκτης που να μπορεί να προβλέψει επαρκώς τη σοβαρότητα της παγκρεατίτιδας, αλλά υπάρχουν πολλά συστήματα βαθμολόγησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση και την πρόβλεψη της σοβαρότητας αυτής. Ωστόσο, αυτά τα συστήματα βαθμολόγησης πρέπει να εφαρμόζονται στην σωστή ώρα, στη σωστή θέση, στον σωστό ασθενή και από εξειδικευμένο νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης. Είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να παρατηρεί προσεκτικά τον ασθενή και να επανεξετάζει τη σοβαρότητα συχνά καθώς η πορεία της νόσου μπορεί να αλλάξει ραγδαία από τη μια στιγμή στην άλλη, κάτι το οποίο μελετάται εκτενέστερα στην επόμενη υποενότητα (Verghese & Horwitz, 2009).

2.ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας έχει καθοριστεί από την Αναθεωρημένη Ταξινόμηση της Ατλάντα (Revised Atlanta Classification) και απαιτείται ο ασθενής να παρουσιάζει τουλάχιστον 2 από τα 3 παρακάτω κριτήρια (Choi et al., 2018):

- 1) το επίπεδο λιπάσης ή αμυλάσης είναι τριπλάσιο του ανώτερου φυσιολογικού ορίου
- 2) κοιλιακό άλγος που συνάδει με την παγκρεατίτιδα
- 3) κοιλιακή απεικόνιση συμβατή με οξεία παγκρεατίτιδα

Η αρχική αξιολόγηση της υποψίας για οξεία παγκρεατίτιδα συνεπάγεται εργαστηριακές ανωμαλίες που υποδηλώνουν χολόσταση, υπερασβεστιαμία ή σοβαρή υπερλιπιδαιμία θα βοηθήσει στον προσδιορισμό της αιτιολογίας της παγκρεατίτιδας. Για όλους τους ασθενείς συνιστάται κοιλιακός υπερηχογράφος για να διαπιστωθεί η χολολιθίαση και η διαστολή των χοληφόρων αγωγών. Μια ακτινογραφία θώρακα λαμβάνεται επίσης συχνά σε μέτριες έως σοβαρές περιπτώσεις για την αξιολόγηση του ασθενούς, γεγονός που αποτελεί ένδειξη της υψηλότερης σοβαρότητας της νόσου με αυξημένη θνησιμότητα. Σε περιπτώσεις όπου η διάγνωση είναι διφορούμενη, αλλά εξακολουθεί να υπάρχει υποψία για παγκρεατίτιδα, πρέπει να γίνεται αξονική τομογραφία (CT) για να διαπιστωθεί ή να αποκλειστεί η διάγνωση. Η μέθοδος αυτή συνιστάται επίσης σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν έχει βελτιωθεί ή επιδεινωθεί παρά την κατάλληλη αναζωογόνηση υγρών σε διάστημα 48 ωρών για τον προσδιορισμό της παρουσίας νέκρωσης (Testoni, 2014).

Όταν δεν υπάρχει ένδειξη για παγκρεατίτιδα με την προαναφερθείσα αξιολόγηση, τότε ο νοσηλευτής πρέπει να προχωρά στην διεξαγωγή ειδικών εξετάσεων με μαγνητική τομογραφία (MRCP) ή ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS). Δεδομένου ότι η MRCP είναι μη επεμβατική, δεν υπάρχει κίνδυνος ωστόσο, στερείται ευαισθησίας για ανίχνευση χολικών λίθων κάτω των 3 mm και χρόνιας παγκρεατίτιδας και έτσι προτιμάται η EUS (Choi et al., 2018).

Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, ορισμένες εξετάσεις απεικόνισης ενδέχεται

να πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή μετά από τη βοήθεια του εντοπισμού της αιτίας. Ο σκοπός της παρακολούθησης της παγκρεατικής λειτουργίας σε έναν ασθενή από τον νοσηλευτή είναι να ανιχνευθούν πιθανές μελλοντικές επιπλοκές. Το σώμα υφίσταται φυσιολογικές μεταβολές και σε σημαντικό κίνδυνο απειλείται από σοκ και αιμορραγία, συνεπώς η συνεχής παρατήρηση του ασθενούς εξετάζει και την αιμοδυναμική του σταθερότητα. Ο νοσηλευτής διατηρεί συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του ασθενούς για τις πρώτες 2-3 ώρες της εισαγωγής ανάλογα σχετικά και με τις παρατηρήσεις από τη λήψη ιστορικού και τα αποτελέσματα της φυσικής εξέτασης. Στη συνέχεια, τα ζωτικά σημεία λαμβάνονται και καταγράφονται συνεχώς κάθε ώρα ή όποτε το κρίνει αναγκαίο ο ειδικός γιατρός που παρακολουθεί τον ασθενή (NICE, 2018). Η πρόληψη των επιπλοκών είναι πολύ σημαντική και η έγκαιρη αναγνώριση της φυσιολογικής επιδείνωσης βοηθά τον νοσηλευτή να την αντιμετωπίσει ορθά. Παλμική οξυμετρία, αναπνευστικός ρυθμός, πίεση αίματος, επίπεδο γλυκόζης στο αίμα, πίεση κοιλιακής περιοχής και η θερμοκρασία είναι οι συνηθέστεροι και ζωτικής σημασίας παράγοντες παρακολούθησης σε ασθενείς με παγκρεατίτιδα (PCUK, 2016). Ο νοσηλευτής καλείται σε αυτό το διάστημα παρακολούθησης να βοηθήσει τον ασθενή να ολοκληρώσει μια σειρά από απαραίτητες εξετάσεις που αναδεικνύουν πιθανώς επιπλοκές ή επιδείνωση της νόσου, όπως ο ενδοσκοπικός υπέρηχος, η ERCP και η CT, με την ενημέρωση του ασθενή για αυτές τις εξετάσεις, το λόγο διεκπεραίωσής τους και την προετοιμασία που απαιτείται για να ολοκληρωθούν (PCUK, 2016).

Σε όλο το φάσμα της παρακολούθησης της παγκρεατικής λειτουργίας, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παροχή προαγωγή υγείας και χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής με συντονισμένη φροντίδα και συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Ανεξάρτητα από τον τομέα ή την ειδικότητά τους, όλοι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την ίδια νοσηλευτική διαδικασία, μια επιστημονική μεθοδολογία που έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα των ασθενών.

Όπως προαναφέρθηκε και σε προηγούμενη υποενότητα, ο πρωταρχικός στόχος του νοσηλευτή είναι η ευημερία του ασθενούς. Έτσι, για την επίτευξη αυτού του στόχου ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος πέραν από τη βασική παρακολούθηση της παγκρεατικής λειτουργίας να δημιουργήσει και να διατηρήσει αυτό το «κλειδί», χρησιμοποιώντας τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες νοσηλείας, εφαρμόζοντας στάση φροντίδας και συμπεριφορά σε μια προσέγγιση περίθαλψης με επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή (Ιορδάνου, 2011). Η κινητήρια υποστήριξη από τον νοσηλευτή βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει την κατάσταση την οποία βιώνει, μέσω της βελτίωσης της λειτουργικής και ψυχολογικής του ευημερίας η οποία κατ' επέκταση ενισχύει το καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Είναι επιστημονικά αποδεκτό το γεγονός ότι, η υποστήριξη του νοσηλευτή σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία του πόνου του ασθενούς σε σημαντικό βαθμό (Pasticha, 2012).

Η εκπαίδευση των ασθενών είναι μια διαδικασία που προσφέρεται από το νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης της παγκρεατικής λειτουργίας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα. Η εκπαίδευση των ασθενών στη διατροφική υποστήριξη βοηθά στην έγκαιρη ανάκαμψη. Παρομοίως, η εκπαίδευση των ασθενών στην ατομική φροντίδα, για λήψη φαρμάκων, για ανάκαμψη και επίσης για διαχείριση πόνου, είναι σημαντική (Κοτζαμπασάκη, 2010). Ο ασθενής πρέπει επίσης να ενημερωθεί σε ποιον πρέπει να απευθυνθεί άμεσα σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Οι νοσηλευτές καλούνται, λοιπόν, να γνωρίσουν την κλινική τους ικανότητα για την αντιμετώπιση της παγκρεατίτιδας, του πόνου, της περιποίησης, της ισορροπία υγρών και την πρόσβαση στα ζωτικά και φυσιολογικά σημεία του ασθενούς. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά τη διάρκεια των επιπλοκών πρέπει να εφαρμόζεται με διαίσθηση, κλινική επάρκεια βασιζόμενη στα σημεία και συμπτώματα, με το συντονισμό πάντοτε του ειδικού γιατρού που παρακολουθεί τον ασθενή.

Ο ιατρικός τομέας παραδέχεται τις ελλείψεις στην παρακολούθηση και δεν έχει καμία αμφιβολία για την αξία που παρέχει ένα «πρακτικό και προσιτό» σύστημα παρακολούθησης ασθενούς από τους νοσηλευτές που πάσχει από μια τόσο σοβαρή νόσο, όπως η παγκρεατίτιδα. Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην περίθαλψη των ασθενών με παγκρεατίτιδα, διότι η αδιάκοπη παρακολούθηση μπορεί να δώσει μια εικόνα για την κατάσταση ενός ασθενούς σε πραγματικό χρόνο. Έχοντας αποτελέσματα της γενικότερης συνεχούς παρακολούθησης ασθενών, από μελέτη που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Critical Care Medicine, αναφέρεται «ότι τα νοσοκομεία θα μπορούσαν να εξοικονομήσουν 20.000 δολάρια ανά κρεβάτι ετησίως με τη βοήθεια της συνεχούς παρακολούθησης. Εάν ένας ασθενής χωρίς παρακολούθηση αναπτύξει μια επιπλοκή, η διάσωση αυτού ίσως δεν είναι άμεση. Αλλά εάν ο ασθενής παρακολουθείται συνεχώς, μπορεί να αποφευχθεί μια επιπλοκή πριν να συμβεί. Αυτό εξοικονομεί χρήματα και πόρους νοσοκομείων με το πιο σημαντικό να είναι ότι μπορούν να σωθούν περισσότερες από 200.000 ζωές ετησίως» (Stasis India, 2017). Είναι ξεκάθαρο, λοιπόν, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ποικίλος και ιδιαίτερα σημαντικός ως πρωταρχικός πάροχος φροντίδας ασθενών με παγκρεατίτιδα (Naylor & Kurtzman, 2010), με το κομμάτι της συνεχούς παρακολούθησης της παγκρεατικής λειτουργίας να γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ ζωής και θανάτου για τον

ασθενή σε μια επικείμενη επιπλοκή.

3.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ Φ. Α.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη διαχείριση και τη θεραπεία ασθενών με παγκρεατίτιδα είναι πολύπλευρος. Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, ο νοσηλεύτης είναι απαραίτητο να προσφέρει τακτική αναλγησία για να προωθή την άνεση του ασθενούς, ενώ επίσης απαραίτητη είναι η χορήγηση αντιεμετικών τα οποία χρειάζονται για τον έλεγχο της ναυτίας και του εμέτου. Πρέπει επίσης να χορηγεί τα συνταγογραφούμενα ενδοφλέβια υγρά και άλλα προϊόντα για να διορθώσει την υποογκαιμία και να διατηρηθεί το επίπεδο του ισοζυγίου υγρών, αλλά και να παραμείνει καλά ενυδατωμένος ο ασθενής. Η ακριβής ισορροπία και μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών είναι απαραίτητη. Μάλιστα, οι ασθενείς γενικά απαιτούν ωριαία μέτρηση ούρων ενώ βρίσκονται σε οξεία φάση. Απαραίτητο είναι επίσης ο νοσηλεύτης να δίνει έμφαση στην στοματική υγιεινή των ασθενών και να τους παρακολουθεί τακτικά για παραλυτικό ειλεό. Αυτό περιλαμβάνει τη φροντίδα της αναρρόφησης των ρινογαστρικών εκκρίσεων. Συν τους άλλους, απαραίτητη είναι η χορήγηση των συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών και η διασφάλιση ότι εφαρμόζονται γενικά μέτρα ελέγχου της μόλυνσης για την προστασία του ασθενούς, ο οποίος μπορεί να είναι σηπτικός από άλλες λοιμώξεις. Επιπλέον, ο νοσηλεύτης πρέπει να γυρίζει ανά τακτά χρονικά διαστήματα τον ασθενή για να προστατεύσει το δέρμα του, περιορίζοντας έτσι τις πληγές, ενώ απαραίτητο είναι να τον ενθαρρύνει για τις βαθιές ασκήσεις αναπνοής με στόχο να αποτραπεί η ατελεκτασία και να προωθηθεί η φυσική λειτουργία του εντέρου και των απεκκρίσεων (Pendharkar & Petrov, 2015).

Σημαντικό είναι να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία του ασθενούς από θρομβοεμβολή. Ο νοσηλεύτης είναι απαραίτητο να προωθή την άσκηση, ακόμα και την παθητική όταν ο ασθενής βρίσκεται σε λήθαργο. Μάλιστα, όπου είναι απαραίτητο πρέπει να συνταγογραφείται η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους για πρόληψη θρομβοεμβολής όπως και προαναφέρεται. Θα πρέπει επίσης να διεξάγεται συνεχής παρακολούθηση καρδιαγγειακής λειτουργίας και κορεσμού οξυγόνου. Εξίσου απαραίτητο είναι να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής καθώς ο ασθενής μπορεί να ιδρώνει σημαντικά. Ο νοσηλεύτης πρέπει επίσης να μετρά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα κάθε τέσσερις ώρες, ακριβώς επειδή μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί ινσουλίνη. Ένα οποιοειδές αναλγητικό που πρέπει να επιλέγεται από τους νοσηλευτές είναι η πεθιδίνη, η οποία θα πρέπει να χρησιμοποιείται αντί της μορφίνης λόγω της σύσπασης του σφιγκτήρα του Oddi. Εάν υπάρχουν ενδείξεις μόλυνσης, θα πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια αντιβιοτικό ευρέος φάσματος, ενώ τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα πρέπει να παρακολουθούνται, καθώς ο διαβήτης μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα της διάσπασης του μεταβολισμού της ινσουλίνης. Η ενδοφλέβια θρέψη πρέπει να ξεκινήσει αν ο παραλυτικός ειλεός επιμένει (Pendharkar & Petrov, 2015).

3.2.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που εμπλέκονται άμεσα στην μετεγχειρητική φροντίδα ασθενών στον θάλαμο, πιθανότατα για ένα διάστημα 2-4 εβδομάδων, ανάλογα με την κατάσταση υγείας τους, την διαδικασία επώλωσης των πληγών και φυσικά τη σωματική και πνευματική σταθερότητά τους. Η παγκρεατοδουδεκτομή (PD) έχει γίνει μια από τις πιο συνηθισμένες επεμβάσεις για τους ασθενείς με οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα. Είναι μία από τις πιο επεμβατικές χειρουργικές επεμβάσεις με 30-40% νοσηρότητα λόγω μετεγχειρητικών επιπλοκών. Υπάρχουν αρκετοί βασικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην μετεγχειρητική φροντίδα από την πλευρά των νοσηλευτών όπως η χορήγηση οξυγόνου, η φαρμακευτική αγωγή, η διαχείριση του πόνου, η διαχείριση υγρών και η πρόληψη επιπλοκών. Στο σημείο αυτό, απαραίτητο είναι να αναφερθεί ότι για να είναι επιτυχής η πορεία των ασθενών μετά την χειρουργική επέμβαση, σημαντική είναι και η εκπαίδευση του ασθενούς πριν την εισαγωγή του στο χειρουργείο. Εκτός από την κατανάλωση φαρμάκων που προδιαγράφονται από τους γιατρούς μετά τη χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εμπλέκονται στην μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με παγκρεατίτιδα (Shen et al., 2013).

Ο σκοπός της πρώιμης εντατικής παρακολούθησης από τους νοσηλευτές είναι να ανιχνεύσουν τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Όπως είναι λογικό, το σώμα υφίσταται φυσιολογικές μεταβολές μετά τη χειρουργική επέμβαση και είναι πολύ πιθανό να παρουσιαστεί κάποια αιμορραγία. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο, είναι απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση της αιμοδυναμικής σταθερότητας του ασθενούς. Οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν σε εντατική παρακολούθηση τους ασθενείς, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην παρακολούθηση των ζωτικών σημείων για τις πρώτες 2-3 ώρες, ανάλογα με τις

ιδιαιτερότητες της κατάστασης. Στη συνέχεια, τα ζωτικά σημάδια λαμβάνονται συνεχώς κάθε ώρα ή εντός του διαστήματος, εάν είναι απαραίτητο. Η πρόληψη των επιπλοκών είναι απαραίτητη. Η έγκαιρη αναγνώριση της φυσιολογικής επιδείνωσης βοηθά τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν σωστά την κάθε περίπτωση. Η παλμική οξυμετρία, ο αναπνευστικός ρυθμός, η αρτηριακή πίεση, το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα, η πίεση στο κοιλιακό τμήμα, αλλά και η θερμοκρασία είναι οι συνηθέστεροι και ζωτικότεροι παράγοντες παρακολούθησης σε ασθενείς με μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα (Cipe & Malya, 2016).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που είναι απαραίτητο να προσέχουν οι νοσηλευτές είναι η ναυτία. Πρόκειται για μια από τις πιο συχνές παρενέργειες μαζί με τον εμετό, και είναι απαραίτητο να προλαμβάνεται από τους νοσηλευτές είτε με φαρμακευτικούς είτε με μη. Σημαντική αναφορά στο σημείο αυτό αξίζει στους Son & Yoon (2017) οι οποίοι έκαναν σχετική έρευνα και διαπίστωσαν ότι η επίπτωση της μετεγχειρητικής ναυτίας ήταν 27,1% εντός των πρώτων 24 ωρών μετά την επέμβαση. Οι νοσηλευτές στο θάλαμο χρησιμοποιούν διαφορετικούς παράγοντες βαθμολόγησης κινδύνου για τον προσδιορισμό του PONV του ασθενούς. Η πιο συνηθισμένη κλίμακα βαθμολόγησης κινδύνου είναι το σύστημα βαθμολόγησης Apfel όπου το 0 είναι η μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης του συμπτώματος, και το 4 είναι η μέγιστη βαθμολογία. Οι φαρμακευτικές επεμβάσεις που χρησιμοποιούνται από τους νοσηλευτές για την πρόληψη ή τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του συμπτώματος αυτού περιλαμβάνουν φάρμακα με αντιεμετικές ιδιότητες όπως το Ondansetron, το Granisetron, το Dolasetron, τα στεροειδή, οι φαινοθειαζίνες, οι βουτυροφαινόνες, τα βενζαμιδία κλπ. Τέλος, οι Blackburn & Spencer (2015), αναφέρουν ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις και η καλή επικοινωνία με τους ασθενείς είναι πολύ σημαντικές για την μείωση του κινδύνου.

Η ανακούφιση από τον πόνο είναι τόσο σημαντική για την επίτευξη καλής σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο μετεγχειρητικός πόνος αναφέρεται στην ψυχολογική και φυσιολογική δυσφορία που μπορεί να καθυστερήσει την μετεγχειρητική ανάρρωση και να οδηγήσει σε αυξημένη κατάθλιψη και ανάπτυξη χρόνιου μετεγχειρητικού πόνου. Η μετεγχειρητική αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να βασίζεται σε ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που δίνει υψηλή προτεραιότητα στην τεκμηρίωση του αποτελέσματος της διαχείρισης για κάθε ασθενή, βάσει των αναγκών του. Σύμφωνα με τους Messerer et al. (2010), ο πιο συνηθισμένος τρόπος για να αξιολογήσουν οι νοσηλευτές τον πόνο του ασθενούς τους και να οργανώσουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις είναι να χρησιμοποιήσουν κάποια ανάλογη κλίμακα.

Χαρακτηριστικό σημείο που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή από την πλευρά του νοσηλευτή είναι η διατροφή του ασθενούς. Μετά την χειρουργική επέμβαση η αύξηση των επιπέδων της κορτιζόλης οδηγεί σε μείωση της πρωτεΐνης και των μυών. Επομένως η σωστή διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση. Ο υποσιτισμός αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας σε ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση παγκρεατίτιδας. Μετά την επέμβαση, οι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε χειρουργικό τραύμα που χαρακτηρίζεται από υπερμεταβολισμό και σοβαρή γαστροπάρεση που μπορεί να προκαλέσουν επιπλοκές στη μετεγχειρητική θρεπτική προσέγγιση. Επίσης, μόνο η εντερική διατροφή δεν μπορεί να ικανοποιήσει την ανάγκη για αυξημένη πρόσληψη θερμίδων. Επομένως, ο νοσηλευτής πρέπει να θεωρεί την παρεντερική διατροφή ως δεύτερη επιλογή για τη μετεγχειρητική διατροφή. Ο νοσηλευτής μαζί με την εντερική και παρεντερική διατροφή πρέπει να χορηγεί τα σωστά συμπληρώματα όπως ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, αργινίνη, γλουταμίνη και σελήνιο με προβιοτικά και πρεβιοτικά που βοηθούν στη μείωση της φλεγμονής και της μόλυνσης (Xu et al., 2018).

Τα αποτελέσματα από το πείραμα που έγινε από τους Shen & Jin (2013), δείχνουν έντονα ότι η εντερική διατροφή διατηρεί τη λειτουργία του εντέρου, μειώνει την υπερμεταβολική λειτουργία, διατηρεί αποτελεσματικό το ανοσοποιητικό σύστημα και αυξάνει το ποσοστό επιβίωσης μετά το χειρουργείο.

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι χειρουργοί κλείνουν την πληγή του ασθενούς είτε με ράμματα, είτε με συρραπτικά, είτε με εύκαμπτες ταινίες κλεισίματος, ανάλογα με τη φύση της χειρουργικής επέμβασης. Όπως και να χει, ο νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί το τραύμα περιποιημένο υπό άσηπτες συνθήκες. Χορηγώντας τα κατάλληλα φάρμακα για τον πόνο τις πρώτες μέρες μετά την χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής μπορεί να είναι αρκετά πιο άνετος. Ο νοσηλευτής οφείλει να προσέχει την επαφή του ασθενούς με το νερό, ώστε να μην έρχεται σε επαφή το υγρό στοιχείο με το τραύμα. Για την καλύτερη περιποίηση του τραύματος, και την άμεση επούλωση, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να προάγει την κατανάλωση θρεπτικών τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, βιταμίνη C και ψευδάργυρο, που βοηθούν στη διαδικασία επούλωσης των πληγών. Τα πρόσθετα συμπληρώματα πρωτεΐνης και οι πολυβιταμίνες βοηθούν την πληγή να θεραπεύεται επίσης πιο γρήγορα. Το τραύμα συνήθως θεραπεύεται σε 2-3 εβδομάδες, ανάλογα με τη φύση και το μέγεθός του (Greenberg et al., 2016).

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι απαραίτητη η σύναψη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, η οποία βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, τον σεβασμό, την ενδυνάμωση της θετικής στάσης προς τον ασθενή και φυσικά την φροντίδα για την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής βελτίωσης και σταθερότητας του ασθενούς. Ο κυριότερος στόχος του νοσηλευτή είναι η ευημερία του ασθενούς. Έτσι, για να επιτύχει αυτό το στόχο, ο νοσηλευτής πρέπει να δημιουργήσει και να διατηρήσει αυτή τη βασική σχέση χρησιμοποιώντας τις απαραίτητες νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, εφαρμόζοντας συμπεριφορά φροντίδας και έχοντας γενικά μια προσέγγιση περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή. Η κινητήρια υποστήριξη από τον νοσηλευτή βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει προβλήματα όπως ο μετεγχειρητικός πόνος και η ναυτία. Η θετική σχέση από την πλευρά του νοσηλευτή, η αποτελεσματική επικοινωνία, η εμπιστοσύνη και η ψυχολογική παρέμβαση έχουν θετική επίδραση στην έγκαιρη αποκατάσταση του ασθενούς (Blackburn & Spencer, 2015).

Καθίσταται σαφής η βαρύτητα που έχει ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της παγκρεατίτιδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός αλλά και καθοριστικός στην εξέλιξη της κατάστασης της νόσου. Αν και η θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί, οι απαιτήσεις ως προς την αντιμετώπιση και φροντίδα του ασθενούς αλλά και οι επιπλοκές που επιφέρει η παγκρεατίτιδα είναι κρίσιμες και χρήζουν άμεσης παρέμβασης. Είναι σημαντικό λοιπόν, η κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζεται μοναδικά και πάντα με βάση τις ανάγκες που έχει ο κάθε ασθενής ξεχωριστά. Για το σκοπό αυτό και με βάση τα νέα δεδομένα μέχρι και σήμερα, δημιουργούνται νέα μοντέλα διαχείρισης και φροντίδας των ασθενών με παγκρεατίτιδα. Προτεραιότητα του νοσηλευτή είναι να παρέχει πλήρη και αποδοτική φροντίδα στον ασθενή σε κάθε στάδιο της νόσου, από την διάγνωση και την διαχείριση έως το τέλος της ζωής του. Στις ανάγκες του ασθενή συμπεριλαμβάνεται η εμπιστοσύνη που χρειάζεται να αισθάνεται ο ίδιος κάτι το οποίο επιδρά στην ψυχολογική του κατάσταση και συνεπώς στην πορεία της νόσου. Οι νοσηλευτές με ικανές δεξιότητες εμπνέουν το αίσθημα της εμπιστοσύνης στους ασθενείς τους, γεγονός το οποίο συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του άγχους του. Η σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή θα πρέπει να εστιάζεται μόνο στις ανάγκες του ίδιου και στο θεραπευτικό πλάνο φροντίδας και καλό είναι να μη δίνεται η υπόνοια μιας πιο προσωπικής σχέσης πέραν της ανθρωπιστικής στον κλινικό χώρο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιδεικνύει ενσυναίσθηση με σκοπό να εξασφαλίζει στον ασθενή το αίσθημα της ασφάλειας αλλά και την καλύτερη και πιο γρήγορη προσαρμογή του στον κλινικό χώρο. Για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή είναι πολύ σημαντικό να αισθάνεται ότι υπάρχει σεβασμός και εκτίμηση για τον ίδιο, τις ανάγκες του αλλά και τον προσωπικό του χώρο. Θα πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής να λαμβάνει υπόψην κάθε παράπονο, ένσταση ή οτιδήποτε άλλο εκφράζει ο ασθενής, όπως για παράδειγμα το αίσθημα του πόνου. Ένα λάθος που συμβαίνει είναι όταν οι επαγγελματίες υγείας παραμελούν τον πόνο που μπορεί να εκφράζει ο ασθενής είτε λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας είτε όταν πολλές φορές περιβάλλει τον ασθενή ο ψυχογενής πόνος. Ειδικά στους ασθενείς με παγκρεατίτιδα θα πρέπει να δίνεται έμφαση στον πόνο καθώς και στον έλεγχο αυτού, ιδανικά πριν ακόμη εκδηλωθεί και χρειαστεί περεταίρω φαρμακευτική αντιμετώπιση ή ακόμη και ακινητοποίηση, καθώς ο πόνος αποτελεί ένα από τα κυριότερα σημεία και συμπτώματα της νόσου. Στην περίπτωση που χρειαστεί αντιμετώπιση του πόνου με φαρμακευτική αγωγή γίνεται η νοσηλευτική παρέμβαση, κατόπιν συνεννόησης με τον υπεύθυνο γιατρό. Γενικά, όπως σε κάθε περίπτωση και στην παγκρεατίτιδα ο ρόλος του νοσηλευτή θα πρέπει να είναι υποστηρικτικός. Υπάρχουν ασθενείς που είναι ψυχολογικά ευάλωτοι λόγω της κατάστασης της υγείας τους οι οποίοι εκδηλώνουν κάποιο είδος σύγχυσης, ίσως να είναι ακόμη και ενοχλητικοί. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι θα πρέπει να

είναι διαφορετικοί οι νοσηλευτές στην αντιμετώπιση τους, αντιθέτως θα πρέπει να γίνεται κατανοητό από τους ίδιους τέτοιου είδους συμπεριφορές των ασθενών. Οι ασθενείς επηρεάζονται συναισθηματικά από τη νόσο και συχνά εκδηλώνουν συναισθηματική αστάθεια, κάτι στο οποίο ο νοσηλευτής καλείται να παρέμβει και να αντιμετωπίσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η ικανοποίηση των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς συμπεριλαμβάνονται στις νοσηλευτικές ευθύνες και πολλές φορές είναι πιθανό να εκδηλώσει εχθρότητα, γεγονός που στην πραγματικότητα υποδηλώνει θυμό ως προς την νόσο από την οποία πάσχει. Ο ρόλος του νοσηλευτή λοιπόν είναι να προσεγγίζει τον ασθενή με ευγένεια και κατανόηση, να αντιλαμβάνεται ποιες είναι εκτός από τις σωματικές και οι συναισθηματικές ανάγκες του και να είναι σε θέση να φέρνει εις πέρας με τον καλύτερο τρόπο τις επιθυμίες του, με βάση πάντα το θεραπευτικό πλάνο του. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι νοσηλευτές να είναι σε θέση να επικοινωνούν με τους ασθενείς τους σε ότι αφορά τις ψυχοσωματικές ανάγκες, πώς νιώθουν καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής τους στον κλινικό χώρο, εφόσον και εάν υπάρχουν ενστάσεις σε σχέση με την νοσηλευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση. Έτσι με τον τρόπο αυτό μπορεί να αξιολογείται το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς αλλά και η γενικότερη στάση του σε όλη την κατάσταση, γεγονός που συμβάλλει στην βελτίωση του πλάνου φροντίδας εάν χρειάζεται. Σημαντικό είναι επίσης να παρέχεται ενημέρωση στους ασθενείς σε ότι αφορά την νόσο της παγκρεατίτιδας και συμβουλές για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους με βάση τα νέα δεδομένα καθώς συμμετέχει στη μείωση του άγχους. Μελέτες αποδεικνύουν ότι ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σημαντικός και με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις υπάρχει βελτίωση στους ασθενείς με παγκρεατίτιδα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν πλήρη ενημέρωση στους ασθενείς και τους συγγενείς σχετικά με την διατροφή και τις αλλαγές που καθορίζονται με βάση την κατάσταση της υγείας (Johnstone, 2018).

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι πολύ καλά ενημερωμένοι σχετικά με τα νέα δεδομένα, έτσι μπορούν να αξιοποιήσουν τα στατιστικά στοιχεία έρευνες που αφορούν την εντερική και παρεντερική διατροφή για ασθενείς με παγκρεατίτιδα καθώς επίσης και τα οφέλη της διατροφής αυτής, αλλά και το κόστος της. Έτσι με τον τρόπο αυτό επικεντώνεται ενδιαφέρον και συμβάλλει στη μείωση του άγχους των ασθενών και των οικογενειών τους επιτρέποντας στους ασθενείς να λαμβάνουν ανεξάρτητες και καλά ενημερωμένες αποφάσεις και μετά από την έξοδο τους από τον χώρο του νοσοκομείου. Ο συνδυασμός μεταξύ όλων των κλάδων της υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλει στην ποιοτική φροντίδα των ασθενών καθώς και, η συνεργασία με διαφορετικής ειδικότητας επαγγελματίες υγείας όπως, γιατροί και διαιτολόγοι-διατροφολόγοι όπου θα καθορίσουν ένα αποτελεσματικό διατροφικό πλάνο με βάση τις ανάγκες του ασθενούς με παγκρεατίτιδα.

Γ΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΑ (ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ)

Abstract 1

Risk factors and prediction score for chronic pancreatitis: A nationwide population-based cohort study

To explore the risk factors of developing chronic pancreatitis (CP) in patients with acute pancreatitis (AP) and develop a prediction score for CP. Using the National Health Insurance Research Database in Taiwan, we obtained large, population-based data of 5971 eligible patients diagnosed with AP from 2000 to 2013. After excluding patients with obstructive pancreatitis and biliary pancreatitis and those with a follow-up period of less than 1 year, we conducted a multivariate analysis using the data of 3739 patients to identify the risk factors of CP and subsequently develop a scoring system that could predict the development of CP in patients with AP. In addition, we validated the scoring system using a validation cohort. Among the study subjects, 142 patients (12.98%) developed CP among patients with RAP. On the other hand, only 32 patients (1.21%) developed CP among patients with only one episode of AP. The multivariate analysis revealed that the presence of recurrent AP (RAP), alcoholism, smoking habit, and age of onset of < 55 years were the four important risk factors for CP. We developed a scoring system (risk score 1 and risk score 2) from the derivation cohort by classifying the patients into low-risk, moderate-risk, and high-risk categories based on similar magnitudes of hazard and validated the performance using another validation cohort. Using the prediction score model, the area under the curve (AUC) [95% confidence interval (CI)] in predicting the 5-year CP incidence in risk score 1 (without the number of AP episodes) was 0.83 (0.79, 0.87), whereas the AUC (95%CI) in risk score 2 (including

the number of AP episodes) was 0.84 (0.80, 0.88). This result demonstrated that the risk score 2 has somewhat better prediction performance than risk score 1. However, both of them had similar performance between the derivation and validation cohorts. In the study, we identified the risk factors of CP and developed a prediction score model for CP (Lin et al., 2018).

Περίληψη

Στόχος της έρευνας των Lin et al. (2018) ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης χρόνιας παγκρεατίτιδας (CP) σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα (AP) και να αναπτυχθεί βαθμολογία πρόβλεψης για την χρόνια παγκρεατίτιδα. Για την περάτωση της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκε η Εθνική Βάση Δεδομένων Έρευνας για την Ασφάλεια της Υγείας στην Ταϊβάν. Έτσι οι ερευνητές απέκτησαν πρόσβαση σε πληθυσμιακά δεδομένα 5971 επιλέξιμων ασθενών με διαγνωσμένο οξεία παγκρεατίτιδα από το 2000 έως το 2013. Μετά την εξαίρεση των ασθενών με αποφρακτική παγκρεατίτιδα και χολική παγκρεατίτιδα και εκείνους με περίοδο παρακολούθησης μικρότερη από 1 χρόνο διεξήχθη μια πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιώντας τα δεδομένα των 3739 ασθενών για τον προσδιορισμό των παραγόντων κινδύνου της χρόνιας παγκρεατίτιδας και στη συνέχεια την ανάπτυξη ενός συστήματος βαθμολόγησης που θα μπορούσε να προβλέψει την ανάπτυξη του τύπου αυτού σε ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα. Επιπλέον, οι ερευνητές επικύρωσαν το σύστημα βαθμολόγησης χρησιμοποιώντας μια ομάδα αντιστοίχισης επικύρωσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μεταξύ των υποκειμένων της μελέτης, 142 ασθενείς (12,98%) ανέπτυξαν χρόνια παγκρεατίτιδα ενώ προηγήθηκε η RAP. Από την άλλη πλευρά, μόνο 32 ασθενείς (1,21%) ανέπτυξαν χρόνια παγκρεατίτιδα ενώ είχαν μόνο ένα επεισόδιο οξείας. Η πολυπαραγοντική ανάλυση αποκάλυψε ότι η παρουσία αλκοολισμού, το κάπνισμα, και η ηλικία άνω των 55 ετών ήταν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για χρόνια παγκρεατίτιδα. Οι ερευνητές δημιούργησαν ένα σύστημα βαθμολόγησης (βαθμολογία κινδύνου 1 και βαθμολογία κινδύνου 2) από την κοορτία της προέλευσης, ταξινομώντας τους ασθενείς σε κατηγορίες χαμηλού κινδύνου, μέτριας επικινδυνότητας και υψηλού κινδύνου που βασίζονται σε παρόμοια μεγέθη κινδύνου και επικύρωσαν την απόδοση χρησιμοποιώντας μια άλλη ομάδα επικύρωσης. Χρησιμοποιώντας το πρότυπο βαθμολογίας πρόβλεψης, η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) [95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI)] στην πρόβλεψη της 5ετούς συχνότητας CP σε βαθμολογία κινδύνου 1 (χωρίς τον αριθμό επεισοδίων AP) ήταν 0.83 (0.79, 0.87), ενώ η βαθμολογία κινδύνου AUC (95% CI) 2 (συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των επεισοδίων AP) ήταν 0,84 (0,80, 0,88). Αυτό το αποτέλεσμα έδειξε ότι η βαθμολογία κινδύνου 2 έχει κάπως καλύτερη απόδοση πρόβλεψης από την βαθμολογία κινδύνου 1. Ωστόσο, και οι δύο είχαν παρόμοια απόδοση μεταξύ των ομάδων παραγωγής και επικύρωσης.

Abstract 2

Evaluation of early enteral feeding through nasogastric and nasojejunal tube in severe acute pancreatitis: a noninferiority randomized controlled trial.

This study aimed to determine the noninferiority of early enteral feeding through nasogastric (NG) compared to nasojejunal (NJ) route on infectious complications in patients with severe acute pancreatitis (SAP). Patients with SAP were fed via NG (candidate) or NJ (comparative) route. The primary outcome was the occurrence of any infectious complication in blood, pancreatic tissue, bile, or tracheal aspirate. Secondary end points were pain in refeeding, duration of hospital stay, intestinal permeability assessed by lactulose/mannitol excretion, and endotoxemia assessed by endotoxin core antibody types immunoglobulin G and M. Seventy-eight patients were randomized to feeding by either the NG or the NJ route. During the hospital stay, the presence of any infectious complication in the NG and NJ groups was 23.1% and 35.9% (significantly different), respectively. The effect size of the difference of infectious complications was -12.8 (95% confidence interval, -29.6 to 4.0). The upper limit of the 95% confidence interval was 4.0 and was within the 5% limit set for noninferiority. The value of 8.0 for the number needed to treat implies that 8 patients should be treated with NG compared with the NJ group to prevent 1 patient from any of the infectious complications. Early enteral feeding through NG was not inferior to NJ in patients with SAP. Infectious complications were within the noninferiority limit. Pain in refeeding, intestinal permeability, and endotoxemia were comparable in both groups (Singh et al., 2012).

Περίληψη

Στόχος είναι να προσδιοριστεί η μη ευνοϊκότητα της πρώιμης εντερικής σίτισης μέσω της ρινογαστρικής (NG) σε σύγκριση με την οδό nasojejunal (NJ) σε λοιμώδεις επιπλοκές σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα (SAP). Οι ασθενείς με SAP έλαβαν τροφή μέσω NG ή NJ. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η εμφάνιση οποιασδήποτε

μολυσματικής επιπλοκής στο αίμα, τον παγκρεατικό ιστό, τη χολή ή το τραχειακό αναρρόφησης. Τα δευτερεύοντα τελικά σημεία ήταν ο πόνος, η διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο, η διαπερατότητα του εντέρου που εκτιμήθηκε με την απέκκριση λακτουλόζης / μαννιτόλης και η ενδοτοξαιμία που αξιολογήθηκε με ανοσοσφαιρίνη G και M τύπου αντισωμάτων τύπου πυρήνα ενδοτοξίνης. Εβδομήντα οκτώ ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν για να τρέφονται είτε με NG είτε με NJ. Κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η παρουσία μολυσματικών επιπλοκών στις ομάδες NG και NJ ήταν 23,1% και 35,9% (σημαντικά διαφορετικές), αντίστοιχα. Το μέγεθος της επίδρασης της διαφοράς των λοιμογόνων επιπλοκών ήταν -12,8 (διάστημα εμπιστοσύνης 95%, -29,6 έως 4,0). Το ανώτατο όριο του διαστήματος εμπιστοσύνης 95% ήταν 4,0 και ήταν εντός του ορίου του 5% που ορίστηκε για τη μη ευνοϊκότητα. Η τιμή 8,0 για τον αριθμό που απαιτείται για τη θεραπεία συνεπάγεται ότι 8 ασθενείς θα πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία με NG σε σύγκριση με την ομάδα NJ για να αποτρέψουν 1 ασθενή από οποιαδήποτε από τις μολυσματικές επιπλοκές. Μετά από αυτά τα αποτελέσματα, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρόιμη εντερική διατροφή μέσω του NG δεν ήταν κατώτερη από τη μέθοδο NJ σε ασθενείς με SAP. Οι μολυσματικές επιπλοκές ήταν εντός του ορίου μη ευνοϊκότητας. Ο πόνος, η εντερική διαπερατότητα και η ενδοτοξαιμία ήταν συγκρίσιμα και στις δύο ομάδες.

Abstract 3

Study on the nursing effect on complications of severe acute pancreatitis

To the complications of severe acute pancreatitis (SAP) and to explore the effect of nursing intervention on the complications and SAP prognosis. The clinical data of 115 SAP patients in our hospital from 2011.1 to 2014.6 were retrospectively analyzed. All patients received the complication nursing. Mortality and morbidity of the complications were observed, and the complications were evaluated by Binder scoring system. The risk factors of prognosis were evaluated by Logistic regression analysis. Among the 115 patients, 86 cases were cured (74.78%), 29 cases died (25.22%), 53 cases (46.09%) were combined complications. A total of 89 cases were surgical treated, 21 cases (23.60%) died, 42 cases (47.19%) with complications. For the 26 cases with non-surgical treatment, 8 cases (30.77%) died, and 11 cases (42.31%) with complications. There was no significant difference in the cure rate, mortality and complication morbidity between the surgical and the non-surgical treatment ($P>0.05$). There were significant differences in mortality between patients with the shock or ARDS or combined >1 complications and those without complication (P_{90} and ≤ 90 were 40.48% (34/84) and 16.67% (14/84), respectively, which were much higher than those ≤ 90 (61.29% (19/31) and 48.39% (15/31)). The difference has statistical significance (P1 complications (OR=2.127, 95% CI 1.692-2.674), Binder score (OR=1.793, 95% CI 1.520-2.115), as well as score for nursing quality (OR=-0.380, 95% CI 0.528-0.886) are the independent risk factors for death (P1 complications are independent risk factors for death. Improving the nursing quality can reduce the incidence of SAP complications as well as the mortality (Yu et al., 2016).

Περίληψη

Στόχος της έρευνας αυτής ήταν να εξεταστούν οι επιπλοκές της σοβαρής οξείας παγκρεατίτιδας (SAP) και ταυτόχρονα να διερευνηθεί η επίδραση της νοσηλευτικής παρέμβασης στις επιπλοκές και την πρόγνωση της νόσου. Για τους σκοπούς της έρευνας αξιοποιήθηκαν κλινικά δεδομένα 115 ασθενών με σοβαρή οξεία παγκρεατίτιδα οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί μεταξύ 2011 και 2014. Τα δεδομένα αυτά αναλύθηκαν αναδρομικά. Οι ασθενείς παρουσίαζαν διάφορους βαθμούς κοιλιακού πόνου, εμέτου, πυρετού κλπ. Ας αναφερθεί επίσης ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν όλες βασισμένες στις επίσημες οδηγίες της Κίνας για διάγνωση και θεραπεία της οξείας παγκρεατίτιδας. Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των επιπλοκών παρατηρήθηκαν επίσης, και οι επιπλοκές αξιολογήθηκαν με το σύστημα βαθμολόγησης Binder. Οι παράγοντες κινδύνου της πρόγνωσης αξιολογήθηκαν με ανάλυση Logistic regression. Από τους 115 ασθενείς, 86 περιπτώσεις θεραπεύτηκαν (74,78%), 29 ασθενείς πέθαναν (25,22%), 53 περιπτώσεις (46,09%) ήταν συνδυασμένες επιπλοκές. Συνολικά 89 περιπτώσεις υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, 21 ασθενείς (23,60%) πέθαναν, και 42 περιπτώσεις (47,19%) παρουσίασαν επιπλοκές. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στον ρυθμό σκλήρυνσης, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα περιπλοκών μεταξύ της χειρουργικής και της μη χειρουργικής θεραπείας ($P> 0,05$). Υπήρξαν ωστόσο σημαντικές διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ ασθενών με σοκ ή ARDS ή συνδυασμένες > 1 επιπλοκές και εκείνες χωρίς επιπλοκές (P_{90} και ≤ 90 ήταν 40,48% (34/84) και 16,67% (14/84) αντίστοιχα, οι οποίες ήταν πολύ υψηλότερες από τις ≤ 90 (61,29% (19/31) και 48,39% (15/31)). Η διαφορά έχει στατιστική σημασία (επιπλοκές P1 (OR = 2,127, 95% CI 1,692-2,674) % CI 1.520-2.115), καθώς και βαθμολογία για νοσηλευτική ποιότητα (OR = -0.380, 95% CI 0.528-0.886) είναι οι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για το θάνατο (οι επιπλοκές της κατηγορίας P1 είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για το

θάνατο η επίπτωση των επιπλοκών της SAP καθώς και η θνησιμότητα) (Yu et al., 2016).

Abstract 4

The analysis of different nutrition support treatment and nursing in patients with severe acute pancreatitis.

To explore the effect and nursing measures of parenteral nutrition support treatment and nasal jejunum nutrition support treatment in patients with acute severe pancreatitis. Method: 85 cases of acute severe pancreatitis were divided into the study group and the control group. The patients in the control group were given routine parenteral nutrition support therapy and clinical nursing. The patients in the study group were treated with nasal jejunum tube for enteral nutrition support, and the corresponding clinical nursing intervention was given during the treatment. The clinical indexes of two groups were compared and analyzed. Result: Before treatment, there were no significant difference in serum CRP, ALB, TP levels between the two groups ($P > 0.05$). After nutritional treatment and clinical nursing, the above indexes of the two groups were improved, but the indexes of the study group improved significantly more than the control group ($P < 0.05$). The BMI index in the study group was not significantly different compared with the control group ($P > 0.05$). In the study group, the first time of get out of bed, mechanical ventilation time, abdominal distension remission time, serum amylase and urine amylase recovery time were significantly lower than those of the control group ($P < 0.05$). The incidence of complications including abdominal distension, diarrhea, nausea and vomiting, upper gastrointestinal bleeding in the study group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: nasal jejunum, a nutrition support treatment can not only play a vital role in treatment of acute severe pancreatitis patients with malnutrition, but also protect the patient gastrointestinal tract. The individualized nursing intervention can effectively reduce the incidence of complications and ensure the successful implementation of enteral nutrition (Xiao, 2017).

Περίληψη

Για τους σκοπούς της έρευνας του Xiao (2017), εξετάστηκαν 85 περιπτώσεις οξείας σοβαρής παγκρεατίτιδας οι οποίες και διαρέθηκαν στην ομάδα μελέτης και στην ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς στην ομάδα ελέγχου έλαβαν θεραπεία συνηθισμένης υποστηρικτικής παρεντερικής διατροφής και κλινική νοσηλευτική. Οι ασθενείς στην ομάδα μελέτης υποβλήθηκαν σε θεραπεία με ρινικό σωλήνα νήματος για εντερική υποστήριξη διατροφής και η αντίστοιχη κλινική νοσηλευτική παρέμβαση δόθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Οι κλινικοί δείκτες δύο ομάδων συγκρίθηκαν και αναλύθηκαν. Όσον αφορά τα αποτελέσματα, πριν από τη θεραπεία, δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα επίπεδα CRP, ALB, TP μεταξύ των δύο ομάδων ($P > 0,05$). Μετά τη θρεπτική θεραπεία και την κλινική νοσηλευτική, βελτιώθηκαν οι παραπάνω δείκτες των δύο ομάδων, αλλά οι δείκτες η ομάδα μελέτης βελτιώθηκε σημαντικά περισσότερο από την ομάδα ελέγχου ($P < 0,05$). Ο δείκτης BMI στην ομάδα μελέτης δεν ήταν στατιστικά σημαντικός ($P > 0,05$). Στην ομάδα μελέτης, ο πρώτος χρόνος απόκλισης από το κρεβάτι, ο χρόνος μηχανικού αερισμού, ο χρόνος ύφεσης της κοιλιακής διαστολής, η αμυλάση sserum και ο χρόνος ανάκτησης της αμυλάσης των ούρων ήταν σημαντικά χαμηλότεροι από τους αντίστοιχους της ομάδας ελέγχου ($P < 0,05$). Η επίπτωση των επιπλοκών που περιλαμβάνουν την κοιλιακή διάταση, τη διάρροια, τη ναυτία και τον έμετο, την αιμορραγία του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα στην ομάδα μελέτης ήταν σημαντικά χαμηλότερη από αυτή της ομάδας ελέγχου ($P < 0,05$). Η θεραπεία μπορεί όχι μόνο να διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στη θεραπεία των ασθενών με σοβαρή παγκρεατίτιδα με υποσιτισμό αλλά και να προστατεύσει τον γαστρεντερικό σωλήνα του ασθενούς. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εξατομικευμένη νοσηλευτική επέμβαση μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά την εμφάνιση επιπλοκών και να εξασφαλίσει την επιτυχή εφαρμογή της εντερικής διατροφής.

Abstract 5

Effect evaluation of meticulous nursing management in patients with recurrent acute pancreatitis

To evaluate the application effect of nursing management in the follow-up of patients with recurrent acute pancreatitis (RAP). Methods During January 2016 and January 2017, the clinical data of RAP patients admitted in Changhai Hospital of Navy Medical University was collected. Self-control method was used to establish a prospective cohort study. Meticulous nursing management mode was applied to follow up the patients for 12 months. Patients' compliance, symptom improvement, patients' satisfaction and other markers are evaluated using questionnaires to assess the effect of meticulous nursing management once every 3 months. The data over 12 months were collected. Results Sixty-four RAP patients were finally included. The average follow-up period was 19.7 ± 3.4 months. Before admission, the average disease course was (4.21 ± 3.95) years. 30 patients (46.9 %) had a history of drinking; 33 patients (51.6 %) had a history of

smoking.25 patients (39.1%) had abnormal blood lipid and 40 patients (62.5%) had the dietary habit of high lipid and high protein. The etiology included alcohol (n =10,15.6%),high lipid (n =7,10.9%),biliary diseases (n =1,1.6%),idiopathic causes (n =46,71.9%) and abnormal BMI (n =49,76.6%).After the meticulous nursing management, the frequency of pancreatitis, VAS score of pain and alcohol intake situation was obviously lower than before intervention [(0.50 ±0.85) times/year vs.(2.77 ±2.52)times/year;(1.84 ±2.54)vs. (6.47 ±2.15);2 cases vs. 30 cases].The number of patients who took medicine on time and BMI were obviously decreased[(52 cases vs. 13 cases;(23.26 ± 3.85) kg/m² vs. (21.92 ± 4.27)kg/m²],and the differences were statistically significant (P <0.01).Patients' satisfaction with this nursing model was 4.90 ± 0.56.Conclusions The implementation of the new meticulous nursing management model can effectively alleviate patient's symptom condition and improve the compliance behavior and life quality of the patients (Li et al., 2018).

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας των Li et al. (2018), ήταν να αξιολογήσουν την επίδραση της εφαρμογής της νοσηλευτικής διαχείρισης στην παρακολούθηση των ασθενών με υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα (RAP). Για τους σκοπούς της έρευνας αυτής συλλέχθηκαν στοιχεία για ένα χρόνο. Πιο συγκεκριμένα, από τον Ιανουάριο του 2016 μέχρι και τον Ιανουάριο του 2017, συλλέχθηκαν τα κλινικά δεδομένα των ασθενών με υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα που είχαν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο Changhai του Ναυτικού Ιατρικού Πανεπιστημίου. Μάλιστα, επιλέχθηκε η προοπτική μελέτη κοόρτης. Η λεπτομερής νοσηλευτική διαχείριση εφαρμόστηκε για την παρακολούθηση των ασθενών αυτών για 12 μήνες. Η συμμόρφωση των ασθενών, η βελτίωση των συμπτωμάτων, η ικανοποίηση των ασθενών και άλλοι δείκτες αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια για να αξιολογηθεί η επίδραση της σχολαστικής νοσηλευτικής διαχείρισης μία φορά κάθε 3 μήνες. Συλλέχθηκαν τα στοιχεία για 12 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 64 ασθενείς με υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα αποτέλεσαν το τελικό δείγμα. Η μέση περίοδος παρακολούθησης ήταν 19,7 ± 3,4 μήνες. Πριν από την εισαγωγή, η μέση πορεία της νόσου ήταν (4,21 ± 3,95) έτη. Από του συμμετέχοντες, 30 ασθενείς (46,9%) είχαν ιστορικό κατανάλωσης αλκοόλ, 33 ασθενείς (51,6%) είχαν ιστορικό καπνίσματος, 25 ασθενείς (39,1%) είχαν μη φυσιολογικά λιπίδια στο αίμα και 40 ασθενείς (62,5%) υψηλά λιπίδια (n = 7,10,9%) και μη φυσιολογικό ΔΜΣ. Μετά την προσεκτική νοσηλευτική διαχείριση, η συχνότητα της παγκρεατίτιδας, η βαθμολογία VAS του πόνου και η κατάσταση πρόσληψης αλκοόλ ήταν προφανώς χαμηλότερη από την πριν την παρέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών με το νοσηλευτικό αυτό μοντέλο ήταν 4.90 ± 0.56. επίσης, το μοντέλο αυτό μπορεί να ανακουφίσει αποτελεσματικά την κατάσταση των συμπτωμάτων του ασθενούς και να βελτιώσει τη συμπεριφορά συμμόρφωσης και την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Abstract 6

National trends in Incidence and Outcomes of Acute and Chronic Pancreatitis

Acute and chronic pancreatitis has been associated with significant burden of disease. Recent studies have shown a rise in acute pancreatitis (AP) incidence in western countries. We report population based trends over a 20-year period in the incidence, survival, and costs in acute pancreatitis and chronic pancreatitis (CP) in the United States. We used data from the National Inpatient Sample and the Nationwide Inpatient Sample (NIS), Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP), Agency for Healthcare Research and Quality to identify patient discharges between 1993 and 2013. Appropriate International Classification of Diseases, 9th Revision (ICD-9) diagnosis codes were used to isolate AP and CP cases. In 1993, the number of acute pancreatitis admissions registered was 144,350. In 2013, this number rose to 274,775 representing an increase of 90.3%. Over this 20-year time period, CP admissions declined from 19,275 in 1993 to 13,385 in 2013 (30.6% decrease). Within the same time period, median charges per person increased for AP from \$7,213 to \$21,540 (198.6% increases). Similarly, median charges per person for CP increased from \$6,654 to \$21,083. In-patient mortality decreased from 2.34% in 1993 to .76% in 2013 for AP and from .96% in 1993 to .59% in 2010 for CP. Over the past two decades, there have been considerable increases in AP admissions in the US and a simultaneous slight decrease in CP admissions. This trend is likely to continue in the near future and suggest a need for a better understanding of pancreatitis pathogenesis and risk factors (Boumezarg et al., 2016).

Περίληψη

Η οξεία και η χρόνια παγκρεατίτιδα έχουν συσχετιστεί με σημαντικό αριθμό ασθενειών. Πρόσφατες μελέτες μάλιστα επισημαίνουν αύξηση της συχνότητας εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας στις δυτικές χώρες. Σημαντικός λόγος γίνεται για τις τάσεις βάσει πληθυσμού σε μια περίοδο 20 ετών όσον αφορά την επίπτωση, την επιβίωση και το κόστος στην οξεία παγκρεατίτιδα και τη χρόνια παγκρεατίτιδα στις Ηνωμένες Πολιτείες. Για τους στόχους της έρευνας αυτής χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από το Εθνικό Δειγματοληπτικό Μοντέλο και το Εθνικό Πρότυπο Εσωτερικού Χώρου (NIS), Σχέδιο Υγείας και Χρήσης Υγείας (HCUP), Οργανισμό Έρευνας και Ποιότητας Υγείας για τον προσδιορισμό των απορρίψεων ασθενών μεταξύ 1993 και 2013. Η Κατάλληλη Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών, 9η Αναθεώρηση ICD-9) χρησιμοποιήθηκε κωδικοί διάγνωσης για την απομόνωση των περιπτώσεων της οξείας και της χρόνιας παγκρεατίτιδας.

Το 1993, ο αριθμός των εισαγωγών οξείας παγκρεατίτιδας που καταχωρήθηκε ήταν 144.350. Το 2013, ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 274.775, αντιπροσωπεύοντας αύξηση κατά 90,3%. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου των 20 ετών, οι εισαγωγές χρόνιας παγκρεατίτιδας μειώθηκαν από 19.275 το 1993 σε 13.385 το 2013 (μείωση κατά 30,6%). Εντός του ίδιου χρονικού διαστήματος, οι μέσες χρεώσεις ανά άτομο αυξήθηκαν για την οξεία παγκρεατίτιδα από 7,213 δολάρια σε 21,540 δολάρια (198,6% αύξηση). Ομοίως, οι μέσες επιβαρύνσεις ανά άτομο με χρόνια παγκρεατίτιδα αυξήθηκαν από \$ 6.654 σε \$ 21.083. Η θνησιμότητα των νοσοκομείων μειώθηκε από 2,34% το 1993 σε 0,76% το 2013 για το ΑΠ και από 0,96% το 1993 σε 0,59% το 2010 για την χρόνια παγκρεατίτιδα. Εν τέλει, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σημειώθηκαν σημαντικές αυξήσεις στις εισαγωγές οξείας παγκρεατίτιδας στις ΗΠΑ και ταυτόχρονη ελαφρά μείωση των εισαγωγών χρόνιας παγκρεατίτιδας. Αυτή η τάση είναι πιθανόν να συνεχιστεί στο εγγύς μέλλον και υποδηλώνει την ανάγκη για καλύτερη κατανόηση της παθογένειας και των παραγόντων κινδύνου παγκρεατίτιδας.

Abstract 7

Early discharge of patients with acute pancreatitis to enhanced outpatient care.

Acute pancreatitis (AP) is a common cause for hospital admission, but some patients have a prolonged stay. The aim of this study was to identify patients with mild AP who had a prolonged hospital stay, who potentially could be discharged at day 2 to enhanced outpatient care. Data was retrospectively collected on all patients admitted to the Royal Darwin Hospital between May 2016 and February 2017 with a diagnosis of mild AP to identify factors that may safely predict early discharge to enhanced outpatient care. Of 115 admissions, 62% were male, 50% indigenous and alcohol was causative in 53%. A total of 75 (65%) patients stayed more than 2 days and used 342 bed-days. Factors identified in the first 2 days of admission associated with a length of stay more than 2 days ($R^2 = 0.56$, $P < 0.0001$) included pain score > 5 ($P = 0.034$), temperature $\geq 38^\circ\text{C}$ ($P < 0.0001$), white blood cell count > 18 ($P = 0.036$), not tolerating oral diet by day 2 ($P = 0.002$), severe pancreatitis on imaging ($P = 0.008$) and readmission in the previous 30 days ($P = 0.035$). Using these criteria, 57% of all admissions and 87% of admissions greater than 2 days could potentially have been transferred to enhanced outpatient care at day 2 for management. This would have saved 277 inpatient bed-days and an estimated \$122 771 over the 9-month study period. A significant proportion of patients admitted with mild AP, who stay longer than 2 days in hospital, could potentially be identified and discharged early to enhanced outpatient care (Kumar et al., 2018).

Περίληψη

Η οξεία παγκρεατίτιδα (ΑΡ) είναι μια κοινή αιτία για εισαγωγή στο νοσοκομείο, αλλά ορισμένοι ασθενείς έχουν παρατεταμένη διαμονή. Σκοπός αυτής της μελέτης των Kumar et al. (2018) ήταν ο εντοπισμός ασθενών με ήπια οξεία παγκρεατίτιδα που είχαν παρατεταμένη νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν αναδρομικά σε όλους τους ασθενείς που έγιναν δεκτοί στο Royal Darwin Νοσοκομείο από το Μάιο του 2016 έως το Φεβρουάριο του 2017 με διάγνωση ήπιας Παγκρεατίτιδας για να εντοπίσουν παράγοντες που μπορούν με ασφάλεια να προβλέψουν την πρόωρη απομάκρυνσή τους στην ενισχυμένη εξωτερική περίθαλψη. Από τις 115 εισαγωγές, το 62% ήταν άνδρες, το 50% ήταν αυτόχθονες και το αλκοόλ ήταν πρόβλημα για το 53%. Συνολικά 75 (65%) ασθενείς παρέμειναν περισσότερο από 2 ημέρες. Οι παράγοντες που εντοπίστηκαν κατά τις πρώτες 2 ημέρες εισαγωγής που σχετίζονταν με διάρκεια παραμονής άνω των 2 ημερών ($R^2 = 0,56$, $P < 0,0001$) περιελάμβαναν βαθμολογία πόνου > 5 ($P = 0,034$), θερμοκρασία $\geq 38^\circ\text{C}$ ($P < 0,0001$), ενώ ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων ήταν > 18 ($P = 0,036$), η ανοχή στη στοματική διατροφή κατά την ημέρα 2 ($P = 0,002$), η σοβαρή παγκρεατίτιδα στην απεικόνιση ($P = 0,008$) και η επανεισδοχή στις προηγούμενες 30 ημέρες ($P = 0,035$). Χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια, το 57% όλων των εισαγωγών και το 87% των εισόδων άνω των 2 ημερών θα μπορούσαν ενδεχομένως να μεταφερθούν

σε ενισχυμένη εξωτερική περίθαλψη την 2η ημέρα. Κάτι τέτοιο θα είχε εξοικονομήσει 277 κλίνες ημερήσιας νοσηλείας και περίπου 122. 771 δολάρια κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης των 9 μηνών. Σημαντικό ποσοστό των ασθενών που έχουν εισαχθεί με ήπιο AP, οι οποίοι μένουν περισσότερο από 2 ημέρες στο νοσοκομείο, θα μπορούσαν ενδεχομένως να εντοπιστούν και να αποβληθούν νωρίς για ενισχυμένη εξωτερική περίθαλψη.

Abstract 8

Does the Healthy Eating Index and Mediterranean Diet Score Identify the Nutritional Adequacy of Dietary Patterns in Chronic Pancreatitis?

Chronic pancreatitis (CP) is a progressive, irreversible disease characterized by maldigestion and frequently accompanied by epigastric pain, exocrine insufficiency, and/or endocrine insufficiency. There is limited information about the dietary patterns in CP from which to guide medical nutrition therapy recommendations. Study design was a cross-sectional, case-control study comparing subjects with CP ($n=52$) to healthy controls ($n=48$). Vioscreen™ food frequency questionnaire was used to assess the dietary pattern and nutrient intake in both groups. Dietary quality scores (the Healthy Eating Index, Mediterranean Diet score), and daily energy, macronutrient, and micronutrient intake levels were compared between groups. Two sample t tests and Wilcoxon rank sum tests were used to evaluate differences in continuous variables, and Chi-squared tests were used for categorical variables. CP was associated with a lower body mass index (BMI) (24 vs. 31 mg/kg²; $p < 0.001$), lower HEI (57 vs. 65; $p = 0.002$), and aMED scores (29 vs. 32; $p = 0.043$) compared to healthy controls. Subjects with CP in the highest BMI quartile had the highest median aMED score compared to those in the lowest BMI quartile. There were no differences in kilocalories, macronutrients, or fat-soluble vitamin intake between groups, with the exception that vitamin K intake was lower in the CP group. The overall quality of dietary intake is lower in subjects with CP compared to controls when assessed by two independent nutritional measurement tools. Further research is needed to examine contributing factors, such as food insecurity and coexisting endocrine or exocrine insufficiency, to dietary patterns in patients with CP from which to guide evidence-based recommendations for medical nutritional therapy (Roberts et al., 2019)

Περίληψη

Η χρόνια παγκρεατίτιδα (CP) είναι μια προοδευτική, μη αναστρέψιμη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από κακοήθεια και συχνά συνοδεύεται από επιγαστρικό πόνο, εξωκρινή ανεπάρκεια και/ή ενδοκρινική ανεπάρκεια. Υπάρχουν ωστόσο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τα διατροφικά πρότυπα της χρόνιας παγκρεατίτιδας από τα οποία πρέπει να καθοδηγούνται οι συστάσεις για την ιατρική διατροφή. Για τους σκοπούς της έρευνας αυτής σχεδιάστηκε μια έρευνα όπου συγκρίνονταν 52 ασθενείς με παγκρεατίτιδα με 48 υγιή άτομα, και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο συχνότητας φαγητού Vioscreen™ προκειμένου να εκτιμηθεί η διατροφική πρόσληψη και η πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και στις δύο ομάδες. Οι βαθμολογίες ποιότητας διατροφής (ο δείκτης υγιεινής διατροφής, η βαθμολογία της Μεσογειακής διατροφής) και τα επίπεδα ημερήσιας κατανάλωσης ενέργειας, μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών συγκρίθηκαν μεταξύ των ομάδων. Όσον αφορά την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκαν δύο δοκιμές δειγμάτων t και δοκιμασίες αθροίσματος κατάταξης Wilcoxon για να αξιολογηθούν οι διαφορές στις συνεχείς μεταβλητές και χρησιμοποιήθηκαν τεστ τετράγωνου Chi για κατηγορικές μεταβλητές. Σχετικά με τα αποτελέσματα, η Χρόνια Παγκρεατίτιδα συσχετίστηκε με τον χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) (24 έναντι 31 mg / kg² · $p < 0.001$), χαμηλότερο HEI (57 έναντι 65, $p = 0.002$) και βαθμολογίες aMED (29 έναντι 32, 0,043) σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Τα άτομα με Χρόνια Παγκρεατίτιδα στο υψηλότερο τεταρτημόριο ΔΜΣ είχαν την υψηλότερη μέση βαθμολογία aMED σε σύγκριση με εκείνα του κατώτερου τεταρτημορίου BMI. Εν τέλει, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συνολική ποιότητα της πρόσληψης τροφής είναι χαμηλότερη σε άτομα με Χρόνια Παγκρεατίτιδα σε σύγκριση με τους ελέγχους όταν αξιολογούνται με δύο ανεξάρτητα εργαλεία θρεπτικής μέτρησης. Υποστηρίζουν επίσης ότι είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περαιτέρω έρευνες για να εξετασθούν οι συνεισφέροντες παράγοντες, όπως η επισιτιστική ανασφάλεια και η συνυπάρχουσα ενδοκρινική ή εξωκρινής ανεπάρκεια, σε διατροφικά πρότυπα σε ασθενείς από τις οποίες να καθοδηγούνται οι συστάσεις που βασίζονται σε τεκμηριωμένες για ιατρική διατροφική θεραπεία.

Abstract 9

Acute pancreatitis in elderly patients: a single-center retrospective evaluation of clinical outcomes

Acute pancreatitis (AP) incidence in the elderly population has increased in the last years. However, the role of age as influencing factor on the AP clinical course is still debated.

We reviewed clinical records of consecutive patients admitted with diagnosis of AP. Patients were divided in elderly (≥ 65 years) and non-elderly (< 65 years). Primary endpoint was comparison of overall mortality. Secondary endpoint included ICU admission, in-hospital length of stay (LOS) and surgical procedures. We enrolled 352 elderly and 532 non-elderly patients. A higher mortality rate (7.4% vs. 1.9%; $p < .001$), ICU admission rate (18.9% vs. 6.3%; $p < .001$) and prolonged length of hospital stay (9 (6–14) vs 7 (5–11.7) days; $p = .01$) were registered in the ≥ 65 years group. Multivariate analysis identified age (OR: 3.5; 95% CI: 1.645–7.555; $p = .001$), a higher Ranson score at admission (OR: 5.52; 95% CI: 1.11–27.41; $p < .001$) and necrotic pancreatitis (OR: 8.6; 95% CI: 2.46–30.27; $p = .001$) as independent predictors of mortality. Conversely age and necrotic pancreatitis were independent risk factors for higher LOS and ICU admission. Patients with AP and age ≥ 65 years have a higher mortality, ICU admission and prolonged LOS. Early recognition and prompt treatment are key elements to improve outcomes in this population (Quero et al., 2019)

Περίληψη

Η συχνότητα εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας στον ηλικιωμένο πληθυσμό έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, εξακολουθεί να συζητείται ο ρόλος της ηλικίας ως παράγοντας που επηρεάζει την κλινική πορεία της οξείας παγκρεατίτιδας. Στην έρευνά τους αυτή οι Quero et al. (2019) εξέτασαν τα κλινικά αρχεία των διαδοχικών ασθενών που έλαβαν σχετική διάγνωση του οξείας παγκρεατίτιδας. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ηλικιωμένους (≥ 65 ετών) και σε μη ηλικιωμένους (< 65 ετών). Το πρωταρχικό τελικό σημείο ήταν η σύγκριση της συνολικής θνησιμότητας. Το δευτερεύον τελικό σημείο περιελάμβανε την είσοδο στην ΜΕΘ, τη διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Καταγράφηκαν 352 περιπτώσεις ηλικιωμένων και 532 μη ηλικιωμένων ασθενών. Η αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας (7,4% έναντι 1,9%, $p < 0,001$), ο βαθμός εισδοχής στην ΜΕΘ (18,9% έναντι 6,3%, $p < 0,001$) και η παρατεταμένη διάρκεια της νοσηλείας (9 (6-14) 11.7) ημέρες, $p = .01$) καταχωρήθηκαν στην ομάδα ≥ 65 ετών. Η πολλαπλάσια ανάλυση προσδιορίζει την ηλικία (OR: 3,5 · 95% CI: 1,645-7,555 · $p = .001$), υψηλότερη βαθμολογία Ranson κατά την εισαγωγή (OR: 5,52 · 95% CI: 1,11-27,41 · $p < .001$) και νεκρωτική παγκρεατίτιδα (OR: 8,6, 95% CI: 2.46-30.27, $p = .001$) ως ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης της θνησιμότητας. Αντίθετα, η ηλικία και η νεκρωτική παγκρεατίτιδα ήταν ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την εισαγωγή στην ΜΕΘ και τις περισσότερες μέρες παραμονής στο νοσοκομείο. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με οξεία παγκρεατίτιδα και ηλικία ≥ 65 ετών έχουν υψηλότερη θνησιμότητα, εισαγωγή στην ΜΕΘ και παρατεταμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Η έγκαιρη αναγνώριση και η έγκαιρη θεραπεία σίγουρα αποτελούν βασικά στοιχεία για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων σε αυτόν τον πληθυσμό.

Abstract 10

Enhanced Recovery in Mild Acute Pancreatitis: A Randomized Controlled Trial.

Acute pancreatitis (AP) is a leading cause of hospitalization for a gastrointestinal illness in the United States. We hypothesized that enhanced recovery approaches may lead to earlier time to refeeding in patients with AP. We performed a double-blind, randomized controlled trial of patients admitted with mild AP from July 2016 to April 2017 at a tertiary medical center. Participants were randomly assigned to receive either enhanced recovery consisting of nonpaid analgesia, patient-directed oral intake, and early ambulation versus standard treatment with opioid analgesia and physician-directed diet. Primary study end point was time to oral refeeding on an intent-to-treat basis. Secondary end points included differences in pancreatitis activity scores, morphine equivalents, length of stay, and 30-day readmissions. Forty-six participants enrolled. Median age was 53.1 years, and 54.3% were female. There was significant reduction in time to successful oral refeeding in the enhanced recovery versus standard treatment group (median, 13.8 vs 124.8 hours, $P < 0.001$). Pancreatitis activity scores trended lower at 48 to 96 hours among patients assigned to enhanced recovery (mean, 43.6 vs. 58.9, $P = 0.32$). No differences found in length of stay or 30-day readmissions. In this randomized controlled trial, enhanced recovery was safe and effective in promoting earlier time to refeeding in patients hospitalized with AP (Dong et al., 2019).

Περίληψη

Η οξεία παγκρεατίτιδα (AP) είναι η κύρια αιτία νοσηλείας για τις γαστρεντερικές ασθένειες στις Ηνωμένες Πολιτείες. Στην μελέτη τους οι Dang et al. (2019) υπέθεσαν ότι οι βελτιωμένες προσεγγίσεις ανάκτησης μπορεί να οδηγήσουν σε προηγούμενη περίοδο επαναπρόσληψης σε ασθενείς με AP. Πραγματοποίησαν λοιπόν μια διπλή-τυφλή, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη ασθενών που είχαν εισαχθεί με ήπια AP από τον

Ιούλιο του 2016 έως τον Απρίλιο του 2017 σε ένα τριτοβάθμιο ιατρικό κέντρο. Οι συμμετέχοντες ανατέθηκαν τυχαία για να λάβουν είτε ενισχυμένη ανάρρωση αποτελούμενη από μη οπιοειδή αναλγησία, από του στόματος λήψη κατευθυνόμενη από τον ασθενή και πρόωρη αναρρόφιση έναντι πρότυπης θεραπείας με αναλγησία οπιοειδών και με δίαιτα κατευθυνόμενη από γιατρό. Το τελικό σημείο πρωτογενούς μελέτης ήταν ο χρόνος για την από του στόματος επανεισαγωγή με βάση την πρόθεση για θεραπεία. Τα δευτερεύοντα τελικά σημεία περιελάμβαναν διαφορές στις βαθμολογίες δραστηριότητας της παγκρεατίτιδας, τα ισοδύναμα μορφίνης, τη διάρκεια παραμονής και τις επανεισδοχές 30 ημερών. Το δείγμα αποτέλεσαν 46 ασθενείς με μέση ηλικία 53,1 έτη. Το 54,3% ήταν γυναίκες. Υπήρξε σημαντική μείωση του χρόνου έως την επιτυχή επαναχορήγηση από το στόμα στην αυξημένη ομάδα ανάκτησης έναντι της ομάδας τυπικής θεραπείας (διάμεσος, 13,8 έναντι 124,8 ώρες, $P < 0,001$). Οι βαθμολογίες δραστηριότητας της παγκρεατίτιδας παρουσίασαν τάση χαμηλότερη στις 48 έως 96 ώρες μεταξύ των ασθενών που έλαβαν ενισχυμένη ανάρρωση (μέσος όρος, 43,6 έναντι 58,9, $P = 0,32$). Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές όσον αφορά τη διάρκεια διαμονής ή τις επανεισδοχές 30 ημερών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι σε αυτή την τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, η ενισχυμένη ανάκτηση ήταν ασφαλής και αποτελεσματική για την προαγωγή του πρώιμου χρόνου επανέγχυσης σε ασθενείς που νοσηλεύονταν με Οξεία Παγκρεατίτιδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά λοιπόν, είναι κατανοητό το γεγονός ότι η παγκρεατίτιδα αποτελεί μια πάθηση που δυσκολεύει την ζωή του ασθενούς, καθότι πρόκειται για μια νόσο η οποία είναι ιδιαίτερα απαιτητική σε κάθε στάδιο της, τα συμπτώματα, η νοσηλεία, η φαρμακευτική αγωγή και έπειτα η προσαρμογή του. Από τους κυριότερους αιτιολογικούς παράγοντες της παγκρεατίτιδας είναι το αλκοόλ και οι χολόλιθοι που ενοχοποιούνται σε ποσοστό 75% των περιπτώσεων. Στη δεύτερη περίπτωση αναλογούν τα μεταβολικά αίτια όπως, υπερασβεστιαμία και υπερλιπιδαιμία. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο παρατηρείται μείωση στα ποσοστά θνησιμότητας της οξείας παγκρεατίτιδας, γεγονός που βασίζεται κατά πολύ στην εξέλιξη και την πρόωπη διάγνωση της νόσου. Είναι ιδιαίτερος σημαντική η σωστή και η έγκαιρη εκπαίδευση του ασθενούς με παγκρεατίτιδα για την αυτοαξιολόγηση του, την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής και η προσαρμογή του στις καινούργιες συνήθειες. Οι νοσηλευτές βάσει επιστημονικών μελετών παρέχουν ισότιμη και ποιοτική φροντίδα όσο και οι γιατροί. Η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς είναι άκρως σημαντική για την πορεία του ασθενούς, άλλωστε όπως αναφέρεται και παραπάνω είναι καθήκον του νοσηλευτή να συνδράμει σε κάθε στάδιο της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Δαΐκος, Γ.**, 2015. *Λήψη ιστορικού και κλινική εξέταση στην παθολογία*. Εκδόσεις Κάλλιπος.
- **Ιορδάνου, Π.**, 2011. *Βασικές Νοσηλευτικές Δεξιότητες και Παρεμβάσεις*. Έκδοση όγδοη. Αθήνα: Ταβιθά
- **Κοτζαμπασάκη, Στ.**, 2010. *Διδασκαλία και μάθηση στη Νοσηλευτική και άλλες Επιστήμες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ
- **Κοτρώτσιου, Ε.**, 2009. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 3^η έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **Κουρκούτα, Α., Μαντζούκας, Σ., Μπατσολάκη, Μ., Παπαδημητρίου, Μ., Ροβίθης, Μ., Τσίου, Χ.** 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. 2^η έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Λαμπρινού, Α., και Λεμονίδου, Χ.**, 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική έννοιες & πρακτική*. 1^η έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- **Μουτσόπουλος, Χ.**, 2009. *Παθολογική Φυσιολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- **Χαρατσή-Γιωτάκη, Ε.**, 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. 2^η έκδοση. Ιωάννινα: Εκδόσεις ΕΛΕΝΗ ΧΑΡΑΤΣΗ-ΓΙΩΤΑΚΗ.

Ξένη Βιβλιογραφία

- **Agur, A.M.R., Lee, M.J. & Grant, J.C.B.**, 2013. *Grant's Atlas of Anatomy*. 13th ed. London, UK: Lippincott Williams and Wilkins
- **Anderson, M.A., Akshintala, V., Albers, K.M., Amann, S.T., Belfer, I., Brand, R., Chari, S., Cote, G., Davis, B.M., Frulloni, L., Gelrud, A., Guda, N., Humar, A., Liddle, R.A., Slivka, A., Gupta, R.S., Szigethy, E., Talluri, G., Wassef, W., Wilcox, C.M., Windsor, J., Yadav, D. & Whitcomb, D.**, 2017. Mechanism, Assessment and Management of Pain in Chronic Pancreatitis: Recommendations of a Multidisciplinary Study Group. *Pancreatology*, **16** (1), 83–94.
- **Boumezzrag, M., Richards, L. & Meltzer, A.**, 2016. National trends in Incidence and Outcomes of Acute and Chronic Pancreatitis. *School of Medicine and Health Science*.
- **Capurso, G., Traini, M., Piciocchi, M., Signoretti, M. & Arcidiacono, P.G.**, 2019. Exocrine pancreatic insufficiency: prevalence, diagnosis, and management. *Clin Exp Gastroenterol*, **12**, 129-139.
- **Cho, J.H., Kim, S.B., Kim, T.**, 2015. Comparison of clinical course and outcome of acute pancreatitis according to the two main etiologies: alcohol and gallstone, *BMC Gastroenterol*, **15**(87).
- **Choi, H.W, Park, H.J, Choi, S.Y, Do, J.H, Yoon, N.Y, Ko, A. & Lee, E.**, 2018. Early Prediction of the Severity of Acute Pancreatitis Using Radiologic and Clinical Scoring Systems With Classification Tree Analysis. *AJR Am J Roentgenol*. 2018 Nov;211(5):1035-1043.
- **de Pretis, N., Amodio, A. & Frulloni, L.**, 2018. Hypertriglyceridemic pancreatitis: Epidemiology, pathophysiology and clinical management. *United European Gastroenterol J.* **6**(5), 649-655.
- **Dolay, K., Hasbahceci, M., Hatipoglu, E., Malya, U. and Akcakaya, A.**, 2018. 'Department of general surgery Bezmialem Vakif University Faculty of Medicine' pp. 71-73. doi: 10.5505/tjtes.2017.89490.
- **Dong, E., Chang, J., Verma, D., Butler, R., Villarin, C., Kwok, K., Chen, W. & Wu, B.** (2019). Enhanced Recovery in Mild Acute Pancreatitis: A Randomized

Controlled Trial. *Pancreas*, 48 (2), 176–181.

- **Douglas, G., Nicol, F. & Robertson, C.,** 2005. *Macleod's Clinical Examination*. Eleventh edition. Churchill Livingstone, Edinburgh
- **ElSayed, S.A. & Mukherjee, S.,** 2019. *Physiology, Pancreas*. StatPearls Publishing LLC.
- **Fawcett, T. & Rhynas, S.,** 2012. Taking a patient history: the role of the nurse. *Nurs Stand*. 26 (24), 41-6.
- **Greenberg, J. A., Hsu, J., Bawazeer, M., Marshall, J., Friedrich, J. O., Nathens, A., McLeod, R. S.,** 2016. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, 59(2), 128–140.
- **Johnstone, C.,** 2018. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis. *Nurs Stand*, 33 (4), 12-25
- **Quero, G., Covino, M., Fiorillo, C., Rosa, F., Menghi, R., Simeoni, B., Potenza, A., Ojetti, V., Alfieri, S. & Franceschi, F.,** 2019. Acute pancreatitis in elderly patients: a single-center retrospective evaluation of clinical outcomes. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*
- **Kumar, V., Treacy, J., Li, M. & Dharmawardane, A.** (2018). Early discharge of patients with acute pancreatitis to enhanced outpatient care. *Hepatopacreatobiliary Surgery*, 88 (12), pp. 1333-1336
- **Lankisch, P., Apte, M., Banks, P.,** 2015. Acute pancreatitis, *Lancet*, 386(9988), pp. 85- 96.
- **Leung, P.S.,** 2010. Physiology of the Pancreas. In: *The Renin-Angiotensin System: Current Research Progress in The Pancreas*. Advances in Experimental Medicine and Biology, (690), 13-27. Springer, Dordrecht
- **Li, C., Jiayun, C., Cui, C., Di Z., Xiaojin, S. & Huijun, X.,** 2018. Effect evaluation of meticulous nursing management in patients with recurrent acute pancreatitis. *Chinese Journal of Pancreatology*, 18(5), pp. 333-336
- **Liao, F., Xu, H., Torrey, N., Road, P. and Jolla, L.,** 2017. 'Chronic pancreatitis - current status and challenges for prevention and treatment', *Dig Dis Sci*, 2(74), pp. 1702–1712..
- **Lin, Y. C., Kor, C. T., Su, W. W., & Hsu, Y. C.,** 2018. Risk factors and prediction score for chronic pancreatitis: A nationwide population-based cohort study. *World journal of gastroenterology*, 24(44), pp. 5034–5045.
- **Manohar, M., Verma, A. and Mishra, A.,** 2017. 'Chronic pancreatitis associated acute respiratory failure', *MOJ immunology*. pp. 5(2): 00149.
- **Majidi, S., Golembioski, A., Wilson, S. and Thompson, E.,** 2017. 'Acute pancreatitis: Etiology, Pathology, Diagnosis, and treatment', *Southern Medical Journal*. pp. 727-732..
- **Missiou, A. and Tatsioni, A.,** 2015. 'Systematic reviews do not comment on applicability for primary care', *Journal of Clinical Epidemiology*. Elsevier Inc, 68(10), pp. 1152–1160.
- **Moore, K.L.,** 2013. *Κλινική Ανατομία*. Broken Hill – Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα: 309-311
- **National Institute for Health and Care Excellence (NICE),** 2018. Pancreatitis Pancreatitis: diagnosis and management. NICE guideline - Full guideline. Retrieved from:
 - **NICE.** 2018. *Pancreatitis: Diagnosis and Management Draft Scope for Consultation*. National Institute for Clinical Excellence; London, UK.
 - Naylor, M.D. & Kurtzman, E.T., 2010. The role of nurse practitioners in reinventing primary care. *Health Aff*, 29 (5), 893-899.
 - **Nikfarjam, M., Wilson, J.S. & Smith, R.C.,** 2017. Diagnosis and management of pancreatic exocrine . insufficiency, *Medical Journal of Australia*, 207 (4), 161-165.
 - **Othman, M.O., Harb, D. & Barkin, J.A.,** 2018. Introduction and practical approach to exocrine pancreatic insufficiency for the practicing clinician. *Int J Clin Pract*, 72:e13066
 - **Pannala, R., Kidd, M. & Modlin, I.** 2009. Acute Pancreatitis A Historical Perspective. *Pancreas*, 38 (4) p. 355-66.

- **Pasricha, P.J.**, 2012. Unraveling the mystery of pain in chronic pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 9 (3), 140–151.
- **PCUK**, 2016. *A Guide Caring for someone with pancreatic cancer Information for families and carers.*
- **Pendharkar, S. A., & Petrov, M. S.**, 2015. Bringing Patient-Centered Care to the Fore in Diseases of the Pancreas. *Gastroenterology research and practice*, 2015, 459214.
- **Pezzilli, R., Andriulli, A., Bassi, C., Balzano, G., Cantore, M., Fane, G.D., Falconi, M., Frulloni, L. & Exocrine Pancreatic Insufficiency collaborative (EPIc) Group**, 2013. Exocrine pancreatic insufficiency in adults: a shared position statement of the Italian Association for the Study of the Pancreas. *World J Gastroenterol*, 19, 7930-7946
- **Roberts, K.M., Golian, P., Nahikian-Nelms, M., Hinton, A., Madril, P., Basch, K., Conwell, D. & Hart, P.**, 2019. Does the Healthy Eating Index and Mediterranean Diet Score Identify the Nutritional Adequacy of Dietary Patterns in Chronic Pancreatitis?. *Dig Dis Sci*, 1-9.
- **Sanders, L.**, 2009. *Every Patient Tells a Story*. New York: Broadway Books: 6-91
- **Shen, Yinfeng., Jin, WinYin.**, 2013. Early enteral nutrition after pancreatoduodenectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials, *Langenbeck's archives of surgery*, 398(6), pp. 817-823.
- **Singh, N., Sharma, B., Sharma, M., Sachdev, V., Bhardwaj, P., Mani, K., Joshi, Y. & Saraya, A.** 2012. Evaluation of early enteral feeding through nasogastric and nasojejunal tube in severe acute pancreatitis: a noninferiority randomized controlled trial. *Pancreas*, 41(1), pp. 153-9.
- **Sinnatamby, C.S.**, 2011. *Last's Anatomy: Regional and Applied*. 12th ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone
- **Stasis India**, 2017. Continuous patient monitoring—the difference between life and death.
- **Testoni P. A.**, 2014. Acute recurrent pancreatitis: Etiopathogenesis, diagnosis and treatment. *World journal of gastroenterology*, 20(45), 16891–16901.
- **Tenner, S., Bailie, J., DeWitt, J. & Vege, S.S.**, 2013. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*, 108, 1400-1415.
- **Torpy, J.M.**, 2012. Pancreatitis. *JAMA*, 307 (14), 1542
- **Treutlein, J., Frank, J. and Rietschel, M.**, 2018. 'Genetic contribution to alcohol dependence: investigation of a heterogeneous german sample of individuals with alcohol dependence, chronic alcoholic pancreatitis, and alcohol-related cirrhosis' , *MDPI genes*, 8,pp. 183.
- **Verghese, A. & Horwitz, R.**, 2009. In praise of the physical examination. *BMJ*, 339: b5448
- **Walters, D. M, McGarey, LaPar, D.J, et al.**, 2013. A 6-day clinical pathway after a pancreaticoduodenectomy is feasible, safe, and efficient. *HPB*, 15, 668e673.
- **Xiao, X.**, 2017. The analysis of different nutrition support treatment and nursing in patients with severe acute pancreatitis. *Parenteral & Enteral Nutrition*, 24(5), 306-309.
- **Xiequn, X., Chaoji, Z., Yupei, Z., Weiyun, C. & Yuguang, H.**, 2018, Enhance recovery after surgery for pancreaticoduodenectomy: Review of current evidence and trends, *International Journal of Surgery*, 50, pp. 79-86.
- **Yadav, D. & Lowenfels, A.B.**, 2013. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*, 144, 1252-1261.
- **Zarnescu, N.O., Zarnescu, Vasiliu., Costea, R., Neagu, S.**, 2015, Clinio-biochemical factors to early predict biliary etiology of acute pancreatitis: age, female gender and ALT, *Medlife journal*, 8(523).

