



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ "

υπό

Γεωργίου Ε. Γεώργιο

Νοσηλεύτης Π.Ε. Γαστρεντερολογικής Μονάδας Γ.Ν.Λαμίας

Επιβλέπων: Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Επιβλέπων:

ΚΑΨΩΡΙΤΑΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (επιβλέπων)
2. Μανωλάκης Αναστάσιος, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας
3. Μακαρίτσης Κωνσταντίνος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

Pancreatitis and Bioethical Dilemmas

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Καψωριτάκη Ανδρέα, για την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου, συμβάλλοντας ουσιαστικά μέσα από στοχευμένες υποδείξεις σε επιστημονικό και μη επίπεδο και άψογο κλίμα συνεργασίας, στη διεκπεραίωσή της.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες και τη βαθιά εκτίμησή μου θα ήθελα να εκφράσω στην οικογένειά μου για όλη την στήριξη, συμπαράσταση και κατανόηση τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Η εργασία αυτή σκοπεύει στην σφαιρική παρουσίαση της νόσου της παγκρεατίτιδας και των βιοηθικών προβλημάτων που προκύπτουν κατά την αντιμετώπισή της. Θα πραγματοποιηθεί εκτενής ανασκόπηση ως προς την νόσο, τη θεραπεία της, την αντιμετώπιση του πόνου και άλλων ζητημάτων που προκύπτουν από αυτήν.

Η παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονή του παγκρέατος που συνοδεύεται από την απελευθέρωση των παγκρεατικών ενζύμων στο παγκρεατικό παρέγχυμα όπου προκαλεί αιμορραγία και νέκρωση. Χαρακτηρίζεται οξεία ή χρόνια ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις και τα αίτια της παγκρεατίτιδας και είναι μια σοβαρή νόσος η οποία προκαλεί 10% θνησιμότητα στον πληθυσμό. Ανεξαρτήτως τον λόγο εμφάνισης της παγκρεατίτιδας, η παθοφυσιολογική λειτουργία της ξεκινάει με την απελευθέρωση των ενεργοποιημένων παγκρεατικών ενζύμων μέσα στο παρέγχυμα του παγκρέατος.

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος όπου το παγκρεατικό παρέγχυμα συντρίπτεται από τα δικά του ένζυμα με την αυτοπεψία. Η χρόνια παγκρεατίτιδα, προκαλείται από μια χρόνια φλεγμονή, από την ίνωση και τη προοδευτική καταστροφή του λειτουργικού και του παγκρεατικού ιστού. Οι διαθέσιμες θεραπείες που εφαρμόζονται στηρίζονται στη ρύθμιση υγρών και τη διαιτητική αγωγή, στη χειρουργική αντιμετώπιση και σε συμπληρωματικές θεραπείες. Στη ρύθμιση υγρών και τη διαιτητική αγωγή, από τη στιγμή που εμφανίζονται παροξυσμοί παγκρεατίτιδας, διακόπτεται η χορήγηση τροφής και υγρών από τη στοματική κοιλότητα με σκοπό να υπάρξει ελάττωση των παγκρεατικών εκκρίσεων. Στη χειρουργική αντιμετώπιση, εάν η παγκρεατίτιδα προκλήθηκε από φραγμό χολόλιθου στο σφιγκτήρα του Oddi, εφαρμόζεται ενδοσκοπική δωδεκαδακτυλική σφιγκτηροτομή για να αφαιρεθεί ο χολόλιθος. Αφού υποχωρήσει η φλεγμονή που προκλήθηκε από την οξεία νόσο, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί χολοκυστεκτομή. Στη περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας, για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο εκτελείται χειρουργική επέμβαση η οποία διενεργείται με την παροχέτευση παγκρεατικών ενζύμων στο δωδεκαδάκτυλο. Τέλος, όσον αφορά τις συμπληρωματικές θεραπείες περιλαμβάνονται, η νηστεία, η διαιτητική αγωγή χαμηλής περιεκτικότητας σε άλατα και λιπαρά και η ήπια άσκηση.

Θέματα βιοηθικής προκύπτουν στην καθημερινή κλινική πράξη όπως και στο θέμα της παγκρεατίτιδας. Βιοηθικά, τέτοια ζητήματα θα μπορούσαν να στηρίζονται στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου και στη λύτρωση του ατόμου από τον οξύ και χρόνιο πόνο αλλά και στην ανικανότητα διαχείρισης της καθημερινότητάς του.

Λέξεις κλειδιά: Παγκρεατίτιδα, Οξεία παγκρεατίτιδα, Χρόνια παγκρεατίτιδα, Βιοηθική

Abstract

This work aims at the global presentation of pancreatitis and the bioethical problems that arise in its treatment. There will be an extensive review of the disease, its treatment, treatment of pain and other issues arising from it.

Pancreatitis is an inflammation of the pancreas that is accompanied by the release of pancreatic enzymes into the pancreatic parenchyma where it causes bleeding and necrosis. It is characterized as acute or chronic depending on the clinical manifestations and causes of pancreatitis and is a serious disease that causes 10% mortality in the population. Regardless of the reason for the appearance of pancreatitis, its pathophysiological function begins with the release of activated pancreatic enzymes into the parenchyma of the pancreas.

Acute pancreatitis is an inflammatory disease in which the pancreatic parenchyma is suppressed by its own enzymes with autopsy. Chronic pancreatitis is caused by a chronic inflammation, fibrosis and progressive destruction of functional and pancreatic tissue. The available treatments that are applied are based on fluid regulation and dietary treatment, surgery and complementary therapies. In the regulation of fluids and diet, from the moment of exacerbations of pancreatitis, the administration of food and fluids from the oral cavity is stopped in order to reduce pancreatic secretions. In surgery, if the pancreatitis was caused by a gallstone block in the Oddi sphincter, endoscopic duodenal sphincterotomy is performed to remove the gallstone. Once the inflammation caused by the acute disease has subsided, it is necessary to perform a cholecystectomy. In the case of chronic pancreatitis, in order to relieve the patient from the pain, surgery is performed which is performed by draining pancreatic enzymes in the duodenum. Finally, supplemental therapies include fasting, low-fat, low-fat diets, and mild exercise. Issues of bioethics arise in everyday clinical practice as well as in the case of pancreatitis.

Bioethically, such issues could be based on the way of dealing with the disease and the liberation of the person from acute and chronic pain but also on the inability to manage his daily life.

Key words: Pancreatitis, Acute pancreatitis, Chronic pancreatitis, Bioethics

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
<i>Λέξεις κλειδιά: Παγκρεατίτιδα, Οξεία παγκρεατίτιδα, Χρόνια παγκρεατίτιδα, Βιοηθική</i>	5
Abstract	6
<i>Key words: Pancreatitis, Acute pancreatitis, Chronic pancreatitis, Bioethics</i>	6
Περιεχόμενα.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ.....	10
2.1 Οξεία Παγκρεατίτιδα	10
2.2 Παθοφυσιολογία	10
2.3 Αίτια.....	10
2.4 Κλινικές Εκδηλώσεις.....	12
2.5 Επιπλοκές.....	13
2.6 Χρόνια παγκρεατίτιδα.....	14
2.7 Αίτια και επιδημιολογικά δεδομένα.....	14
2.8 Κλινικές Εκδηλώσεις.....	16
2.9 Επιπλοκές.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	17
3.1 Διαγνωστικές – Εργαστηριακές Εξετάσεις.....	17
3.2 Φαρμακευτική Αγωγή.....	18
3.3 Θεραπείες.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ	21
4.1 Βιοηθική.....	21
4.2 Βασικές αρχές βιοηθικής	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ..	25
5.1 Προαγωγή Υγείας	25
5.2 Εκτίμηση.....	25
5.3 Νοσηλευτικές Διαγνώσεις και Παρεμβάσεις.....	26

5.4 Κατ'οίκον Φροντίδα	27
5.5 Βιοηθικά διλήμματα στην παγκρεατίτιδα και νοσηλευτικός ρόλος 28_Toc89798176	
Συμπεράσματα	34
Βιβλιογραφία	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως προαναφέρθηκε και στην περίληψη, η παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονή του παγκρέατος που συνοδεύεται από την απελευθέρωση των παγκρεατικών ενζύμων στο παγκρεατικό παρέγχυμα όπου προκαλεί αιμορραγία και νέκρωση. Χαρακτηρίζεται οξεία ή χρόνια ανάλογα με τις κλινικές εκδηλώσεις και τα αίτια της παγκρεατίτιδας και είναι μια σοβαρή νόσος η οποία προκαλεί 10% θνησιμότητα στον πληθυσμό. Η παγκρεατίτιδα επίσης προκαλείται από την λήψη φαρμάκων όπως τα θειαζιδικά διουρητικά, τα οιστρογόνα, τα κορτικοστεροειδή, τα σαλικυλικά και τα ΜΣΑΦ (Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα) [4].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ

2.1 Οξεία Παγκρεατίτιδα

Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος όπου το παγκρεατικό παρέγχυμα συντρίπτεται από τα δικά του ένζυμα με την αυτοπεψία. Σε πιο ήπια μορφή, η οίδηματώδης διάμεση παγκρεατίτιδα, προκαλεί φλεγμονή και οίδημα στον παγκρεατικό ιστό. Στη πιο σοβαρή μορφή της, η νεκρωτική παγκρεατίτιδα, εμφανίζει φλεγμονή, αιμορραγία και νεκρώνει τον παγκρεατικό ιστό. Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου της οξείας παγκρεατίτιδας είναι ο αλκοολισμός κι η χολολιθίαση. Όμως το 30% των περιπτώσεων που έχουν προσβληθεί από οξεία παγκρεατίτιδα, το αίτιο παραμένει άγνωστο. Είναι πιο εύκολη η διάγνωσή της σε μεσήλικες και η αναγνώρισή της σε συνδυασμό με τον ρυθμό εμφάνισής της είναι περισσότερο συνηθισμένη στους άντρες παρά στις γυναίκες [1].

2.2 Παθοφυσιολογία

Ανεξαρτήτως τον λόγο εμφάνισης της παγκρεατίτιδας, η παθοφυσιολογική λειτουργία της ξεκινάει με την απελευθέρωση των ενεργοποιημένων παγκρεατικών ενζύμων μέσα στο παρέγχυμα του παγκρέατος. Τα ενεργοποιημένα πρωτεολυτικά ένζυμα και συγκεκριμένα η θρυψίνη, οδηγεί στη πέψη του παγκρεατικού ιστού και στην αφύπνιση άλλων ενζύμων όπως η φωσφολιπάση A, η οποία συνθλίβει τον ελαστικό ιστό του τοιχώματος των αιμοφόρων αγγείων. Αυτές οι βλάβες που δημιουργούνται (οίδημα των ιστών, πρωτεόλυση, βλάβη των αιμοφόρων αγγείων και αιμορραγία) νεκρώνουν τα κύτταρα του παγκρεατικού παρεγχύματος. Ωστόσο, παρόλο που νεκρώνονται τα κύτταρα του παρεγχύματος, απελευθερώνονται και ενεργοποιούνται ένζυμα και αγγειοδραστικές ουσίες οι οποίες με τη σειρά τους κάνουν αγγειοδιαστολή, μεγιστοποιούν την αγγειακή διαπερατότητα και προκαλούν οίδημα. Επιπλέον, υπάρχει η πιθανότητα να μετακινηθεί ένα μέγιστο ποσό όγκου υγρών από τον ενδοαγγειακό στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και στους περιπαγκρεατικούς ιστούς αλλά ίσως και στην εσωτερική περιτοναϊκή κοιλότητα [11].

2.3 Αίτια

Η πρώτη και πιθανόν η πιο συνηθισμένη αιτία εμφάνισης οξείας παγκρεατίτιδας είναι οι χολόλιθοι 40 με 70% και αμέσως μετά δεύτερη αιτία είναι η συστηματική χρήση των οινοπνευματωδών ποτών,

- **Οι χολόλιθοι** (συμπεριλαμβανομένης της μικρολιθίασης) είναι η πιο κοινή αιτία οξείας παγκρεατίτιδας και αντιπροσωπεύουν το 40 έως 70 τοις εκατό των περιπτώσεων. Ωστόσο, μόνο το 3 έως 7 τοις εκατό των ασθενών με χολόλιθους αναπτύσσουν παγκρεατίτιδα.
- **Αλκοόλ** — Το αλκοόλ ευθύνεται για περίπου το 25 έως 35 τοις εκατό των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας στις Ηνωμένες Πολιτείες . Περίπου το 10 τοις εκατό των ασθενών με χρόνια διαταραχή χρήσης αλκοόλ αναπτύσσουν κρίσεις κλινικά οξείας παγκρεατίτιδας που δεν διακρίνονται από άλλες μορφές οξείας παγκρεατίτιδας
- **Υπερτριγλυκεριδαιμία** — Οι συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων στον ορό πάνω από 1000 mg/dL (11 mmol/L) μπορεί να επισπεύσουν κρίσεις οξείας παγκρεατίτιδας, αν και χαμηλότερα επίπεδα μπορεί επίσης να συμβάλλουν στη σοβαρότητα
- **Γενετικός κίνδυνος** — Οι ασθενείς με γενετικό κίνδυνο για παγκρεατίτιδα μπορεί να εμφανιστούν ως υποτροπιάζουσα οξεία παγκρεατίτιδα ή παιδική παγκρεατίτιδα χωρίς γνωστή αιτία και τελικά να εξελιχθούν σε χρόνια παγκρεατίτιδα.
- **Φάρμακα** — Η παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε φάρμακα είναι σπάνια (<5 τοις εκατό) Η πρόγνωση της παγκρεατίτιδας που προκαλείται από φάρμακα είναι γενικά εξαιρετική και η θνησιμότητα χαμηλή.
- **Τραυματισμός του παγκρεατικού πόρου** — Το αμβλύ ή διεισδυτικό τραύμα μπορεί να βλάψει το πάγκρεας, ωστόσο, αυτοί οι τραυματισμοί είναι ασυνήθιστοι λόγω της οπισθοπεριτοναϊκής θέσης του παγκρέατος
- **Λοιμώξεις και τοξίνες** — Η παγκρεατίτιδα έχει συσχετιστεί με τις ακόλουθες λοιμώξεις:
 - Ιοί – Παρ ωτίτιδα, ιός coxsackie, ηπατίτιδα Β, κυτταρομεγαλοϊός, ανεμοβλογιά, έρπης ζωστήρας, απλός έρπης, ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV)
 - Βακτήρια – Mycoplasma, Legionella, Leptospira, Salmonell
 - Μύκητες – Ασπέργιλλοι
 - Παράσιτα – Τοξόπλασμα, Cryptosporidium, Ascaris

- **Ανατομικές ή φυσιολογικές παγκρεατικές ανωμαλίες** — Οι κύστες των χοληφόρων (π.χ. ορισμένοι τύποι κύστεων της χολής) μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για οξεία παγκρεατίτιδα, πιθανώς λόγω πίεσης και απόφραξης του παγκρεατικού πόρου
- **Ιδιοπαθής** — Καμία προφανής αιτιολογία δεν μπορεί να προσδιοριστεί από το ιστορικό, τις εργαστηριακές εξετάσεις και το υπερηχογράφημα της χοληδόχου κύστης στο 25 έως 30 τοις εκατό των ασθενών με οξεία παγκρεατίτιδα

2.4 Κλινικές Εκδηλώσεις

Στις κλινικές εκδηλώσεις της οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνονται τα εξής :

- Αιφνίδιος και ξαφνικός πόνος στο επιγάστριο ή πόνος στο αριστερό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο όπου και είναι δυνατή η αντανάκλαση του πόνου στη ράχη και ύφεση με πρόσθια κάμψη του σώματος του ασθενούς προς λυγισμένα γόνατα.
- Ναυτία, έμετος, πυρετός.
- Ελαχιστοποίηση των εντερικών ήχων, διάταση της κοιλίας και σκληρία κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης.
- Ταχϋαρρυθμίες, χαμηλή πίεση, ψυχρό και κολλώδες δέρμα.
- Πιθανότητα εμφάνισης ίκτερου.
- Θετικό σημείο Turner (εκχύμωση στην οσφύ) ή σημείο Cullen (περ ομφαλική εκχύμωση).

Η οξεία παγκρεατίτιδα σύμφωνα με τον χαρακτηρισμό της, εμφανίζεται ξαφνικά με έναν δυνατό πόνο στο επιγάστριο ο οποίος είναι διαρκής και υπάρχει πιθανότητα ο πόνος να προχωρήσει και στη ράχη. Ο ασθενής ηρεμεί από τον πόνο με εναλλαγή θέσης από καθιστός σε έγερση του σώματος προς τα μπροστά. Ο πόνος συνήθως, προκαλείται μετά από την λήψη ενός γεύματος πλούσιο σε λιπαρά ή από την συνεχή κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών. Ο ασθενής μέσα στο 24ωρο από τη στιγμή που έχει προσβληθεί από την οξεία παγκρεατίτιδα, μπορεί να προβάλλει ίκτερο και αιμορραγία στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο [8].

2.5 Επιπλοκές

Οι επιπλοκές της οξείας παγκρεατίτιδας κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες, τις συστηματικές και τις τοπικές επιπλοκές.

- Οι συστηματικές επιπλοκές αποτελούνται από την εκροή υγρών από τον ενδοαγγειακό χώρο όπου οδηγεί στην διαδικασία δημιουργίας οξείας σωληναριακής νέκρωσης, νεφρικής ανεπάρκειας και του συνδρόμου οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας. Επιπλέον, μέσα σε 24 ώρες από την εμφάνιση και την ανάπτυξη της οξείας παγκρεατίτιδας, προκαλείται υπογκαιμικό shock και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Το σύνδρομο της οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας αναπτύσσεται από 3 έως 7 ημέρες αφού συμβούν τα πρώτα κλινικά συμπτώματα και συγκεκριμένα σε ασθενείς με υπερβολική έλλειψη όγκου υγρών.
- Οι τοπικές επιπλοκές συντρίπτουν το πάγκρεας, εμφανίζουν αποστήματα, ψευδοκύστες και δημιουργεί ασκίτη στο πάγκρεας. Το νεκρό πάγκρεας προκαλεί φλεγμονώδη μάζα η οποία στη συνέχεια μπορεί να προχωρήσει σε επιμόλυνση. Επίσης, υπάρχει η πιθανότητα να προκληθεί shock και πολυοργανική ανεπάρκεια. Τα αποστήματα του παγκρέατος μπορούν να διαφοροποιηθούν σε όψιμα στη πάροδο του χρόνου. Στα κλινικά συμπτώματα περιέχονται η παρουσία ψηλαφητής μάζας στο επιγάστριο αλλά κατά τη διάρκεια της ψηλάφησης παρουσιάζεται ευαισθησία στη κοιλία. Οι ψευδοκύστες του παγκρέατος θεωρούνται εγκυστωμένες συλλογές υγρού και παρουσιάζονται τόσο στο παρέγχυμα του παγκρέατος όσο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Επιπλέον, προκαλούν πίεση σε παρακείμενους ιστούς αλλά μπορεί και να διαλυθούν. Το κλινικό αυτό σύμπτωμα οδηγεί στην παρουσία γενικευμένης περιτονίτιδας. Το ρήγμα μιας ψευδοκύστης ή του παγκρεατικού πόρου έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ασκίτη του παγκρέατος. Το σκεπτικό παρουσίας παγκρεατικού ασκίτη, δημιουργείται με την επιδείνωση της έκτασης της κοιλίας και κατ'επέκταση την αύξηση των επιπέδων αμυλάσης ορού χωρίς όμως την συνοδεία κοιλιακού πόνου [1].

2.6 Χρόνια παγκρεατίτιδα

Η χρόνια παγκρεατίτιδα, προκαλείται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας οποιασδήποτε αιτιολογίας που σαν αποτέλεσμα έχουν την δημιουργία χρόνιας φλεγμονής, από την ίνωση και τη προοδευτική καταστροφή του λειτουργικού παγκρεατικού ιστού. Είναι μια χρόνια πάθηση η οποία σταδιακά σε άλλοτε άλλο βαθμό επιδεινώνεται και οδηγεί σε πληθώρα συμπτωμάτων και επιπλοκών.

2.7 Αίτια και επιδημιολογικά δεδομένα

Τα αίτια της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι ουσιαστικά τα ίδια με της οξείας παγκρεατίτιδας που είτε αντιμετωπίζεται εγκαίρως (π.χ. χολολιθίαση, κατάχρηση αλκοόλ, φάρμακα) είτε γενετικοί παράγοντες σε συνδυασμό με παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξείας παγκρεατίτιδας και τελικά στην εγκατάσταση της χρόνιας παγκρεατίτιδας. Το 10% - 20% του πληθυσμού που προσβάλλεται από αυτή τη νόσο, είναι μη αναγνωρίσιμη ως προς το συγκεκριμένο αίτιο που τη προκαλεί αλλά το πιο συχνό αίτιο εκδήλωσης της πιθανότατα είναι μια γενετική μετάλλαξη του γονιδίου της κυστικής ίνωσης. Ασθενείς με κυστική ίνωση που αναπτύσσουν χρόνια παγκρεατίτιδα είναι συνήθως άτομα παιδικής και νεανικής ηλικίας. Ασθενείς όμως, που έχουν εθιστεί στα οινοπνευματώδη ποτά, κατά τις παγκρεατικές εκκρίσεις εμφανίζουν μέγιστη συγκέντρωση μη διαλυτών πρωτεϊνών. Σε αυτές τις πρωτεΐνες μπορεί να προστεθεί το ασβέστιο προκαλώντας τη δημιουργία εμβόλων τα οποία εμποδίζουν το εκφορητικό σύστημα του παγκρέατος και την έξαρση του παγκρεατικού υγρού. Ο φραγμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση φλεγμονής και ίνωσης στο παρέγχυμα του παγκρέατος. Επίσης, η έξαρση του παγκρεατικού υγρού μπορεί να προκαλείται ή από στένωση ή από λίθο με αποτέλεσμα, η χρόνια παγκρεατίτιδα να μεταλλάσσεται σε χρόνια αποφρακτική παγκρεατίτιδα [5].

Οι πιο συχνές αιτίες οξείας παγκρεατίτιδας είναι η χολολιθίαση (40-70%) και ο αλκοολισμός (25-35%). Η οξεία παγκρεατίτιδα που προκαλείται από χολολιθίαση είναι συνήθως οξεία προσβολή και υποχωρεί όταν αφαιρεθεί ή αφαιρεθεί αυτόματα η πέτρα. Λιγότερο συχνές αιτίες είναι οι μάζες που φράζουν τον παγκρεατικό πόρο, οι λοιμώδεις παράγοντες, τα φάρμακα και τα μεταβολικά αίτια. Το 1-4% των περιπτώσεων (τριγλυκερίδια ορού > 1.000 mg/dL) είναι η αιτία πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς υπερτριγλυκεριδαιμίας. Η οξεία παγκρεατίτιδα έχει επίσης περιγραφεί μετά από επεμβάσεις στην παγκρεατική περιοχή, όπως η ενδοσκοπική

ανάδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP). Εάν η αιτία δεν εντοπιστεί μετά την ολοκλήρωση των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, η οξεία παγκρεατίτιδα χαρακτηρίζεται από ιδιοπαθή, συνήθως λόγω ανατομικών διαφοροποιήσεων και φυσιολογικών διαταραχών των αδένων[24].

Στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες, περίπου τα δύο τρίτα των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας φαίνεται να προκαλούνται από πέτρες στη χολή, ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο των περιπτώσεων σχετίζεται με υπερβολική δόση αλκοόλ. Περίπου το 10% των περιπτώσεων δεν φαίνεται να προκαλείται από έναν από τους δύο παραπάνω λόγους, αλλά από άλλα, πιο σπάνια αίτια ή δεν υπάρχει ξεκάθαρα ανιχνεύσιμη αιτία, η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιοπαθή παγκρεατίτιδα. Σε ορισμένες μελέτες, αν και η επίπτωση της ασφυκτικής παγκρεατίτιδας είναι περίπου σταθερή, έχει αναφερθεί ότι η ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα (15-20%) είναι πιο συχνή από την αλκοολική παγκρεατίτιδα (8-15%). Η αλκοολική παγκρεατίτιδα είναι σημαντικά καλύτερη από τη νόσο της πέτρας στους νέους, με περισσότερους άνδρες (περίπου 5/1) από τις γυναίκες. Η επίπτωση της νόσου είναι περίπου ανάλογη με την ηλικιακή κατανομή των ανδρών, ενώ η συχνότητα εμφάνισης των γυναικών >65 ετών είναι περίπου διπλάσια από αυτή των <65 ετών. Στη γυναικεία ηλικιακή ομάδα >65 ετών, η συχνότητα εμφάνισης λίθων που προκαλούνται από οξεία παγκρεατίτιδα είναι παρόμοια (ή και μεγαλύτερη) με αυτή των ανδρών [24].

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν ακριβή επιδημιολογικά δεδομένα σε πανελλήνια κλίμακα, αλλά μια σχετικά περιορισμένη επιδημιολογική μελέτη από το Παγκρεατικό Τμήμα της Ελληνικής Γαστρεντερολογικής Εταιρείας δείχνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία (> 80%) των περιπτώσεων οξείας παγκρεατίτιδας οφείλονται συχνά σε λιθίαση των χοληφόρων. Η μέση ηλικία μόλυνσης για τους άνδρες είναι τα 67 έτη. 2 [24].

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες απεικονιστικές και βιοχημικές μεθόδους, καθώς και με δεδομένα αυτοψίας, ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου 50%) των περιπτώσεων που αναφέρθηκαν ως ιδιοπαθής παγκρεατίτιδα βρέθηκε ότι οφείλονται σε ειδική μορφή λίθων. Για την παγκρεατίτιδα, απεικονιστικές τεχνικές απέτυχε να ανιχνεύσει την παρουσία μικρολιθίασης της χολής. Σπάνιες αιτίες οξείας παγκρεατίτιδας περιλαμβάνουν υπερασβεστιαμία (ανεξαρτήτως αιτίας) και διάφορες υπερλιπιδαιμίες (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, ολικά λιπίδια)[24].

Η λήψη ορισμένων φαρμάκων σχετίζεται επίσης με την εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας. Η ακριβής επίπτωση της παγκρεατίτιδας που προκαλείται από φάρμακα είναι άγνωστη, αλλά υπολογίζεται ότι είναι περίπου 2%. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 3% των ασθενών που υποβάλλονται σε ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (πιθανώς λόγω αζαθειοπρίνης) αναπτύσσουν κλινική οξεία παγκρεατίτιδα, η οποία επιδεινώνει σημαντικά την πρόγνωση αυτών

των ασθενών (64% θνησιμότητα). Σε λήπτες μοσχευμάτων καρδιάς και νεφρού (1,8% και 1,6%, αντίστοιχα). Η οξεία παγκρεατίτιδα είναι επίσης σχετικά συχνή, για διάφορους λόγους (χολολιθίαση, ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία με πενταμιδίνη και ενδοκυτταρική μόλυνση από *Pneumocystiscarini* και *Mycobacteriumavium*) σε ασθενείς με HIV (έως 500%) λεμφοκύτταρα mm3CD4+. Μια ειδική μορφή σπάνιας παγκρεατίτιδας (που μπορεί να πάρει τη μορφή οξείας υποτροπιάζουσας ή χρόνιας παγκρεατίτιδας) είναι η οικογενής και κληρονομική παγκρεατίτιδα, η οποία πρόσφατα βρέθηκε ότι προκαλείται από γενετικά αίτια και έχει διαπιστωθεί [24].

2.8 Κλινικές Εκδηλώσεις

Οι κλινικές εκδηλώσεις της χρόνιας και επώδυνης παγκρεατίτιδας είναι οι εξής :

- Ο χρόνιος πόνος αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα στη χρόνια παγκρεατίτιδα και μπορεί να γίνει ανθεκτικός.
- Ανορεξία, απώλεια βάρους, καχεξία
- Σε προχωρημένη νόσο.
- Στεατόρροια. (κενώσεις με λίπος)

Ο πόνος στο επιγάστριο ή στη άνω κοιλιακό τεταρτημόριο ίσως διαρκέσει μέρες ή εβδομάδες και αυτό συμβαίνει επειδή όσο η νόσος προχωράει τόσο ο πόνος εξελίσσεται και επιβραδύνεται [10].

2.9 Επιπλοκές

1. Χρόνιος πόνος, άλλοτε άλλης έκτασης με εμφάνιση (Στεατόρροια, υποθρεψία)
2. Ανεπαρκείς εξωκρινούς μοίρας παγκρέατος
3. ΣΔ, λόγω ανεπάρκειας του παγκρέατος
4. παγκρεατικού υγρού
5. απόφραξη χοληδόχου πόρου, 12δακτύλου
6. παγκρεατικός καρκίνος
7. κίρσοι θόλου λόγω θρόμβωσης σπληνικής φλέβας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα συχνά είναι μια ήπια νόσος η οποία μπορεί να περιοριστεί. Ο εστιασμός της θεραπείας της είναι η ελάττωση των παγκρεατικών εκκρίσεων και η υποστήριξη του ασθενούς ως προς την αγωγή. Η εφαρμογή της θεραπείας ξεκινάει με την απομάκρυνση των οξείων φλεγμονωδών μεταλλάξεων στο πάγκρεας. Ωστόσο, αν ο ασθενής έχει προσβληθεί από βαριά και νεκρωτική παγκρεατίτιδα θα πρέπει να εισαχθεί για νοσηλεία στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο εστιασμός της θεραπείας της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η καταπολέμηση του πόνου, της δυσαπορρόφησης και της υποθρεψίας [9].

3.1 Διαγνωστικές – Εργαστηριακές Εξετάσεις

Σε υποψία παγκρεατίτιδας οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι χρήσιμες διότι δείχνουν εάν υπάρχουν επιπλοκές στην εξωκρινή μοίρα του παγκρέατος. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν την αμυλάση ορού και ούρων, την λιπάση ορού, τη γλυκόζη, τη χολερυθρίνη, την αλκαλική φωσφατάση, το ασβέστιο και τα λευκά αιμοσφαίρια. Οι διαγνωστικές εξετάσεις περιέχουν :

- *Υπερηχογράφημα*, με το οποίο γίνεται εγκεκριμένα η αναγνώριση χολόλιθων, μάζας ή και ψευδοκύστης στο πάγκρεας και ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα όπου αναγνωρίζεται η μετάλλαξη στον παγκρεατικό πόρο και του παγκρεατικού παρεγχύματος. Αυτές οι αλλοιώσεις θεωρούνται αιτίες για την ύπαρξη χρόνιας παγκρεατίτιδας.
- *Αξονική τομογραφία*, όπου μπορεί να επιβεβαιώσει την ύπαρξη οιδήματος στο πάγκρεας, την συσσώρευση υγρού στο παρέγχυμα του παγκρέατος και την έλλειψη αιμάτωσης στη περιοχή όπου έχει νεκρωθεί το πάγκρεας.
- *Μαγνητική χολαγγειοπαγκρεατογραφία*, με την οποία γίνεται αναγνώριση της χρόνιας παγκρεατίτιδας αλλά και η αναγνώριση της φλεγμονής και της ίνωσης από το καρκίνωμα.
- *Ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειοπαγκρεατογραφία*, με την οποία γίνεται όχι μόνο η διάγνωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας αλλά και της φλεγμονής και της ίνωσης που προκαλεί ο καρκίνος στο πάγκρεας.

- *Δια δερμική βιοψία με λεπτή βελόνα.* Με την αναρρόφηση που γίνεται, στέλνεται δείγμα για κυτταρική εξέταση για να αποφευχθεί η παρουσία τυχόν κακοήθειας [9].

3.2 Φαρμακευτική Αγωγή

Στόχος της θεραπείας στην οξεία παγκρεατίτιδα είναι να υποστηρίξει την αγωγή. Για την μείωση του πόνου δίνονται αναλγητικά όπως η θειική μορφίνη ή η υδρομορφόνη όμως, όταν πρόκειται για νεκρωτική παγκρεατίτιδα χορηγούνται και αντιβιοτικά. Στη θεραπεία της χρόνιας παγκρεατίτιδας επίσης, δίνονται αναλγητικά ωστόσο, εδώ χρειάζεται προσοχή και συνεχής παρακολούθηση των ασθενών διότι υπάρχει πιθανότητα εθισμού. Σε αυτή τη περίπτωση δεν χορηγούνται αναλγητικά. Σχετικά με τη Στεατόρροια δίνονται σκευάσματα παγκρεατικών ενζύμων όπως η παγκρεολιπάση. Η παγκρεολιπάση βοηθάει στην πέψη λιπών και υδατανθράκων στο πεπτικό σωλήνα και αυτό οφείλεται στην δραστηριότητα των ενζύμων πρωτεάσης, αμυλάσης και λιπάσης. Επιπλέον, η παγκρεολιπάση βοηθάει στη συντήρηση της θρέψης και ελαττώνει τον ρυθμό κενώσεων. Επίσης, στη χρόνια παγκρεατίτιδα μπορεί να δοθούν παρασκευάσματα υδρογόνου αναστολείς όπως είναι η σιμετιδίνη και η ρανιτιδίνη ή αναστολείς της αντλίας πρωτονίων όπως η ομεπραζόλη. Η ομεπραζόλη συμμετέχει στην ελάττωση των γαστρικών εκκρίσεων. Μια σύνθετη ορμόνη, η οκτρεοτίδη αναστέλλει την εκκριτική λειτουργία των παγκρεατικών ενζύμων αλλά μπορεί να θεωρηθεί και σαν αναλγητικό για την καταπολέμηση του πόνου [7], [12].

3.3 Θεραπείες

A. Ρύθμιση υγρών και Διαιτητική Αγωγή

Από τη στιγμή που εμφανίζονται παροξυσμοί παγκρεατίτιδας, διακόπτεται η χορήγηση τροφής και υγρών από τη στοματική κοιλότητα με σκοπό να υπάρξει ελάττωση των παγκρεατικών εκκρίσεων. Για αυτό το λόγο πραγματοποιείται τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα ο οποίος έρχεται σε επαφή με μια συσκευή ήπιας αναρρόφησης. Ωστόσο, ο ασθενής για να μην αφυδατωθεί ή ασιτήσσει, εφαρμόζεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και σταδιακά η παρεντερική χορήγηση τροφής. Όταν οι υψηλές τιμές αμυλάσης ορού επανέλθουν σε φυσιολογικά επίπεδα τότε ξαναρχίζει η χορήγηση τροφής και υγρών από το στόμα. Συνίσταται από τον ασθενή να ακολουθήσει κατά γράμμα μια διαιτητική αγωγή η οποία είναι χαμηλής

περιεκτικότητας σε λιπαρά αλλά υπάρχει αυστηρή απαγόρευση κατανάλωσης οινόπνευματών ποτών.

B. Χειρουργική Αντιμετώπιση

Εάν η παγκρεατίτιδα προκλήθηκε από φραγμό χολόλιθου στο σφιγκτήρα του Oddi, εφαρμόζεται ενδοσκοπική δια δωδεκαδακτυλική σφιγκτηροτομή για να αφαιρεθεί ο χολόλιθος. Αφού υποχωρήσει η φλεγμονή που προκλήθηκε από την οξεία νόσο, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί χολοκυστεκτομή. Στη περίπτωση της χρόνιας παγκρεατίτιδας, για να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο εκτελείται χειρουργική επέμβαση η οποία διενεργείται με την παροχέτευση παγκρεατικών ενζύμων στο δωδεκαδάκτυλο. Επίσης μπορεί να πραγματοποιηθεί και εκτομή του τμήματος ή να αφαιρεθεί όλο το πάγκρεας (μερική ή ολική παγκρεατεκτομή). Επιπλέον, υπάρχουν και άλλοι τρόποι εφαρμογής χειρουργικής αντιμετώπισης όπως η ανατομική παγκρεατεκτομή, η επέμβαση παροχέτευσης και η μη ανατομική παγκρεατεκτομή. Για να εφαρμοσθεί χειρουργική επέμβαση θα πρέπει ο πόνος να μην υποχωρεί με την συντηρητική αγωγή, να υπάρξει η υποψία για υποκείμενη κακοήθεια και τα παρακείμενα όργανα να αναπτύξουν επιπλοκές. Για την αναγνώριση αυτών των προβλημάτων αφού ο ασθενής έχει εισαχθεί, συμβάλλουν οι εργαστηριακές και οι διαγνωστικές εξετάσεις. Όσον αφορά της ψευδοκύστες μπορεί να γίνει ενδοσκοπική ή χειρουργική παροχέτευση.

Γ. Συμπληρωματικές Θεραπείες.

Οι ασθενείς με οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα μπορούν να θεραπευτούν με πολλές συμπληρωματικές θεραπείες σε συνδυασμό με κάποιες θεραπευτικές τεχνικές που ανήκουν στην παράδοση. Η νηστεία και η δίαιτα που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε άλατα και λιπαρά, αλλά οι τροφές να είναι φυτικής προέλευσης, προκαλεί μείωση της συχνότητας του πόνου. Επίσης, ο ασθενής μπορεί να ενταχθεί σε πρόγραμμα ήπιας άσκησης όπως είναι το qigong. Το qigong είναι μια άσκηση διαλογισμού και ελέγχου των αναπνοών καθώς πιστεύεται ότι το qi είναι η πηγή της ζωτικής ενέργειας του οργανισμού. Επιπλέον, ελαττώνει τον ρυθμό του μεταβολισμού αλλά και την έκκριση των ενζύμων από το πάγκρεας. Οι ασθενείς που πάσχουν από παγκρεατίτιδα μπορούν να εφαρμόσουν και την θεραπεία των μαγνητικών πεδίων. Σαφώς όμως για τις συμπληρωματικές θεραπείες θα πρέπει να προτείνονται από τον θεράποντα ιατρό [9].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

4.1 Βιοηθική

Η βιοηθική που προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «βίος» και «ηθική» ή αλλιώς ηθική στις Βιοϊατρικές επιστήμες είναι μια καινούρια επιστημονική πρακτική που βρίσκεται στον κλάδο της ηθικής και καταλαμβάνει προσπάθειες για την παροχή ηθικών απαντήσεων σε θέματα και ζητήματα που αφορούν τη ζωή και την υγεία. Την περίοδο της δημιουργίας της και της εφαρμογής της, η βιοηθική επικεντρώνεται στην ιατρική ηθική και πρακτική [6], [13], [14]. Τα πεδία της βιοηθικής είναι :

- Η δημιουργία επαγγελματικών κωδικών ιατρικής ηθικής
- Η επιρροή των λαϊκών και μη λαϊκών παραδόσεων στην ιατρική ηθική και
- Η παράδοση του Ιπποκράτη [14].

Η βιοηθική παρέχει επίσης, και πολλούς κλάδους οι οποίοι είναι :

- Η ιατρική ηθική
- Η νοσηλευτική ηθική
- Η κοινωνική λειτουργική ηθική και
- Η οδοντιατρική ηθική [15], [16].

Αργότερα, πολλοί επιστήμονες ανακάλυψαν πως είναι τελείως διαφορετικοί με την ιατρική ηθική. Για αυτό το λόγο πλέον, η ιατρική ηθική δεν ανήκει πλέον στους κλάδους της βιοηθικής. Το δεύτερο πεδίο της βιοηθικής αφορά την εφαρμογή της κωδικοποίησης της ηθικής όσον αφορά την διερεύνηση των κανόνων προστασίας της ανθρωπότητας καθώς κι στη διερεύνηση των κοινωνικών και ηθικών αποτελεσμάτων. Το τρίτο πεδίο της βιοηθικής, καταβλήθηκε μεγάλη προσπάθεια για την ανάπτυξη κατευθυντήριων κανόνων και οδηγιών για την πολιτική και την κλινική φροντίδα, την κατανομή των πόρων που αφορούν την φροντίδα υγείας και την πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Κατά τη πάροδο του χρόνου δημιουργίας της, η βιοηθική είχε ως αρχική και τελική βάση την παράδοση αλλά και τις περιοχές από όπου ξεκίνησε η παράδοση της ηθικής, καθώς επικαλέστηκε μεθόδους της παράδοσης αλλά και επιχειρήματα που αφορούσαν την ηθική πρακτική και τη ηθική λογική σε πολλά ηθικά προβλήματα [17 – 21].

Όσον αφορά το νοσηλευτικό κομμάτι, η νοσηλευτική πρακτική οφείλει να μαθαίνει για τις παραδοσιακές και τις καινούριες μεθόδους ηθικής αναθεώρησης. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές θα πρέπει να μάθουν την σωστή εφαρμογή την παραδοσιακής ηθικής τόσο στο νοσηλευτικό κομμάτι όσο και στην πρακτική τους, καθώς ασχολούνται με το τομέα της φροντίδας υγείας αλλά και με την υπευθυνότητα που έχουν απέναντι στις ανθρώπινες ζωές. Η νοσηλευτική θεωρία και εφαρμογή αναθεωρεί τις γνώσεις της όταν εφαρμόζονται και οι δύο τομείς της ηθικής με απώτερο στόχο την επίλυση προβλημάτων που αφορούν την υγεία των ασθενών. Οι νοσηλευτές, από τη στιγμή που ενσαρκώνουν τα πρότυπα της ηθικής, ενθαρρύνονται για τη σωστή λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας αλλά και σε νομικά θέματα που αφορούν τη νοσηλευτική πρακτική. Επίσης, με την ηθική οι νοσηλευτές συνεισφέρουν περισσότερο στην εφαρμογή της βιοηθικής στον τομέα της επιστήμης και η λειτουργικότητά τους είναι περισσότερο αποτελεσματική. Τέλος, οι ηθικοί νοσηλευτές είναι οι κύριοι παράγοντες για την παραγωγή σωστής φροντίδας υγείας στη χώρα στην οποία ζουν και εργάζονται για ένα καλύτερο σύστημα υγείας αλλά και για ένα καλύτερο αύριο[17 – 21].

4.2 Βασικές αρχές βιοηθικής

Οι πρώτοι ιδρυτές της βιοηθικής έθεσαν τέσσερις αρχές που αποτελούν το πλαίσιο της ηθικής λογικής [25-26]:

- Χωρίς κακοποίηση και πόνο

Κάποιος πρέπει να αποφύγει τη ζημιά. Ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να βλάψει τον ασθενή. Κάθε θεραπεία περιλαμβάνει κάποια βλάβη, ακόμη και ελάχιστη, αλλά η βλάβη δεν πρέπει να είναι δυσανάλογη με τα οφέλη της θεραπείας.

-Δικαιοσύνη

Τα οφέλη και οι κίνδυνοι πρέπει να μοιράζονται δίκαια. Η ιδέα ότι οι ασθενείς σε παρόμοιες θέσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται με παρόμοιο τρόπο - Αγαθοεργία πρέπει κάποιος να κάνει θετικά βήματα για να βοηθήσει τους άλλους. εξετάζει το ενδεχόμενο να εξισορροπήσει τα οφέλη της θεραπείας με τους κινδύνους και το κόστος

- ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να ενεργεί με τρόπο που να ωφελεί τον ασθενή

-Αυτονομία

Το δικαίωμα των ατόμων να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις πρέπει να γίνεται σεβαστό, σεβόμενοι τις ικανότητες λήψης αποφάσεων των αυτόνομων ατόμων, επιτρέποντας στα άτομα να κάνουν αιτιολογημένες επιλογές. Αυτές οι «Τέσσερις Αρχές» ήταν ένα από τα πιο πολυσυζητημένα θέματα στη Βιοϊατρική Ηθική με επιχειρήματα υπέρ και εναντίον τους. Ο ισχυρισμός των συγγραφέων έχει ελεγχθεί από έρευνα που διεξήχθη σε διαφορετικούς πολιτισμούς και κοινωνίες [25]. Έχει ειπωθεί ότι οι τέσσερις αρχές θεωρούνται ως τα τέσσερα ηθικά νουκλεοτίδια που προτείνουν ηθικό DNA άξιο, μόνη ή σε συνδυασμό, να εξηγήσει και να δικαιολογήσει όλους τους βασικούς και καθολικούς κανόνες ηθικής, της ηθικής της υγειονομικής περίθαλψης[27].

Οι βασικές αξίες της βιοηθικής ειδικότερα είναι οι εξής [28]:

- Ανθρώπινη ζωή
- Αυθεντικότητα
- Υπευθυνότητα
- Εγγενής αξία • Ακεραιότητα του σώματος • Δίκαιη μεταχείριση • Αξιοπρέπεια
ευάλωτων και ηλικιωμένων • Ικανότητα λήψης λογικών αποφάσεων

Τα βασικά εννοιολογικά εργαλεία της Βιοηθικής είναι τα ακόλουθα [29]:

Αυτονομία:

Η βιοηθική ξέφυγε από την παραδοσιακή μορφή της ιατρικής ηθικής (αντιπαράθεση της αυτονομίας με το πατερναλιστικό μοντέλο), αλλά το γεγονός του σεβασμού της ατομικής αυτονομίας, της εμπιστευτικότητας και της ιδιωτικής ζωής είναι επίσης θεμέλια για τη Βιοηθική. Κεντρική θέση στη Βιοηθική, λοιπόν, είναι η ιδέα της αυτονομίας γύρω από την οποία περιστρέφονται τα Βιοηθικά ζητήματα. Τα ανθρώπινα υποκείμενα βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθώς αποτελούν τη βάση για τη διατύπωση αρχών, που αφορούν τον σεβασμό των ατόμων, που στο πλαίσιο της Βιοηθικής «μεταφράζεται» με τον όρο αυτονομία. Η εστίαση είναι στον προσδιορισμό του ασθενούς ως ενός ατόμου που «έχει πρόσβαση» σε βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή, την ενημέρωση και το δικαίωμα στη φροντίδα και θεραπεία. Έτσι, ενώ αυτή η έννοια βρίσκεται αναμφισβήτητα στο επίκεντρο των βιοηθικών μελετών, ο τρόπος αντιμετώπισής της

είναι διαφορετικός και συχνά αντιφατικός. Τι σημαίνει όμως να μπορείς να κάνεις ανεξάρτητες επιλογές σε διαφορετικά Βιοηθικά διλήμματα; Αντιμετωπίζονται όλοι με τον ίδιο τρόπο; Αυτά σχετίζονται τόσο με τον ίδιο τον ασθενή όσο και με την άποψη του περιβάλλοντός του

Η έννοια του ατόμου και τα όρια του ατόμου και του ηθικού υποκειμένου/ατόμου: Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη σε αυτή τη συζήτηση της Βιοηθικής είναι ο ρόλος του ατόμου. Η συζήτηση των όρων «άτομο» και «ηθικό πρόσωπο» είναι σημαντική, ειδικά όταν κάποιος πρέπει να εξετάσει θέματα όπως η άμβλωση, η ευθανασία, η τεχνητή επιβίωση. ο ρόλος του ηθικού ανθρώπου είναι βασικό συστατικό της συζήτησης, πόσο μάλλον αν αναφέρεται και στα δικαιώματα ενός εμβρύου

- Τεχνολογική εξέλιξη και ηθικά όρια: Τα επιχειρήματα υπέρ ή κατά της «κατασκευής» και της παρέμβασης στην ανθρώπινη φύση είναι μόνο μια πτυχή της τεχνολογικής προόδου της Βιοϊατρικής και ποια όρια πρέπει να τεθούν σε αυτήν την εξέλιξη. Η παρέμβαση στην ανθρώπινη φύση μέσω της τεχνολογίας έχει επικριθεί ευρέως, ειδικά στον τομέα της γενετικής και της αναπαραγωγικής ιατρικής. Τα επιχειρήματα αφορούν εκ πρώτης όψεως συμπεριφορές όπως: «η φύση ξέρει καλύτερα» ή ότι «είναι δημιούργημα του Θεού», επομένως η τεχνολογική παρέμβαση είναι πιο εύκολο να δεχθεί τη φωτιά [29].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΟΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

5.1 Προαγωγή Υγείας

Ο σημαντικότερος ρόλος είναι η προαγωγή της υγείας του ασθενή. Κανένα βιοηθικό δίλημμα δεν τίθεται, ο σκοπός είναι ξεκάθαρα η ίαση του ασθενή. Σε περίπτωση που η παγκρεατίτιδα προκληθεί από τη συστηματική ή χρόνια κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, είναι αναγκαίο να συστηθεί η διακοπή χρήσης του αλλά και η ένταξη του εξαρτημένου σε ένα πρόγραμμα απεξάρτησης όπως είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί. Αυτό βελτιστοποιεί την κατάσταση του ασθενούς ως προς την υγεία του και την φάση της νόσου στην οποία βρίσκεται [9].

5.2 Εκτίμηση

Για την εκτίμηση της παγκρεατίτιδας και τον χαρακτηρισμό της, θα πρέπει να συλλεχθούν κάποια συγκεκριμένα ιατρικά στοιχεία και αυτά είναι το ιστορικό υγείας και η φυσική εξέταση.

- Στο ιστορικό υγείας θα πρέπει να συμπεριληφθούν τα εξής : αν υπάρχουν συμπτώματα ή κοιλιακός πόνος. Στον κοιλιακό πόνο θα πρέπει να γίνει εξέταση για την εντόπισή του, τι χαρακτήρα έχει, πότε ξεκίνησε, πόσο διαρκεί ο πόνος και ποιοι είναι οι παράγοντες που τον προκαλούν. Επίσης, ο ασθενής θα έχει αποκτήσει ανορεξία, ναυτία ή έμετο, μετεωρισμό, διάρροια, δυσκοιλιότητα, αλλοιώσεις κατά την κένωση, απώλεια βάρους, αν ο ασθενής ξανά προσβλήθηκε από παγκρεατίτιδα ή αν προσβλήθηκε από χολολιθίαση και αν είναι εθισμένος στο αλκοόλ ή σε αναλγητικά.
- Στη φυσική εξέταση θα πρέπει να ληφθούν τα ζωτικά σημεία αλλά ο ασθενής να είναι σε όρθια θέση, να ελεγχθεί το χρώμα του δέρματος, αν υπάρχουν εκχυμώσεις στη περιοχή της οσφύς ή γύρω από την περιοχή του ομφαλού, να γίνει εξέταση της κοιλίας και των εντερικών ήχων, ψηλάφηση και διάταση της κοιλίας για να αναδειχθεί αν υπάρχει ευαισθησία ή μυϊκή σύσπαση [9].

5.3 Νοσηλευτικές Διαγνώσεις και Παρεμβάσεις

Στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις περιλαμβάνονται ο οξύς πόνος, οι διαταραχές της θρέψης που έχει να κάνει με την ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών του οργανισμού και ο κίνδυνος του ελλείμματος όγκου υγρών.

- *Οξύς Πόνος*: Ο φραγμός των παγκρεατικών πόρων, η φλεγμονή, το οίδημα και η επέκταση του παγκρέατος, τα οποία προκάλεσαν την αυτοπεψία του παγκρεατικού παρεγχύματος, οδηγούν στη διέγερση ενός δυνατού πόνου στο επιγάστριο ή στο αριστερό άνω κοιλιακό τεταρτημόριο όμως μπορεί να φτάσει στη ράχη μεταξύ των δύο ωμοπλάτων. Η συνοδεία του πόνου ξεκινάει με ναυτία και έμετο και ακολουθεί ευαισθησία και μυϊκή σύσπαση της κοιλίας. Εδώ ο νοσηλευτής θα πρέπει να χρησιμοποιήσει μια κλίμακα πόνου, ώστε να αξιολογήσει ο ασθενής την ένταση του πόνου, που εντοπίζεται, πόσο διαρκεί και τι χαρακτήρα έχει δηλαδή αν είναι έντονος ή ήπιος. Επίσης, ο ασθενής θα πρέπει να τρέφεται αλλά παράλληλα να γίνεται έλεγχος της βατότητας του ρινογαστρικού καθετήρα. Θα χρειαστεί να είναι κλινήρης για ένα χρονικό διάστημα και σε ένα περιβάλλον ήρεμο. Συνίσταται μερικές φορές, ο ασθενής να μην λαμβάνει συνεχώς φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου αλλά να χρησιμοποιεί άλλες μεθόδους ανακούφισης όπως είναι ο διαλογισμός και η καθοδηγούμενη φαντασίωση. Επιπλέον, ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε μια θέση βολική όπως είναι η πλάγια θέση κατάκλισης με κεκαμμένα τα γόνατα και το κεφάλι ανυψωμένο κατά 45 μοίρες. Τέλος, θα υπάρξει ενημέρωση της οικογένειας του ασθενούς και συγκεκριμένα θα τους απαγορευτεί να μεταφέρουν τροφή στον ασθενή διαφορετική με αυτή που συνιστά ο ιατρός.
- *Διαταραχές Θρέψης= Ανεπαρκής Κάλυψη των Αναγκών του Οργανισμού*: Οι διαφορετικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση και την ανακούφιση της παγκρεατίτιδας μπορεί να οδηγήσουν σε υποθρεψία. Αυτό συμβαίνει γιατί η φλεγμονή μεγιστοποιεί τις ανάγκες των μεταβολών με αποτέλεσμα να εμφανισθεί ναυτία, έμετος και διάρροια. Επομένως, θα χρειαστεί έλεγχος των εργαστηριακών εξετάσεων (επίπεδα λευκοματίνης, τρανσφερρίνης, αιμοσφαιρίνη και αιματοκρίτης). Επίσης, να γίνεται ζύγισμα του ασθενούς ή σε καθημερινή βάση ή σε κάθε δεύτερη μέρα, να ελέγχονται

οι κενώσεις του ασθενούς ως προς το χρώμα, την οσμή και την σύσταση και να ελέγχονται οι παρεντερικοί ήχοι. Όμως, για να μην πάθει ασιτία και αφυδάτωση ο ασθενής, χορηγούνται ενδοφλεβίως υγρά και εφαρμόζεται ολική παρεντερική διατροφή. Σωστό θα ήταν και η καθημερινή εφαρμογή καθαριότητας της στοματικής και ρινικής κοιλότητας και όταν αρχίσει ο ασθενής να τρέφεται από την στοματική κοιλότητα καλό θα ήταν να δίνονται μικρές τροφές ή γεύματα αλλά πριν και μετά την κατανάλωση τους να εφαρμόζεται καθαρισμός στόματος.

- *Κίνδυνος για Έλλειμμα Όγκου Υγρών* : Η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να προκαλέσει μεταφορά υγρών από τον ενδοαγγειακό χώρο στην περιτοναϊκή κοιλότητα με αποτέλεσμα την πρόκληση υπογκαιμικού shock και αναταραχή της λειτουργίας του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του νεφρικού και του νευρικού συστήματος (μη σωστή λειτουργία του νοητικού συστήματος του ασθενούς). Προτείνεται ο έλεγχος όλων των συστημάτων του οργανισμού. Για το καρδιαγγειακό σύστημα να ελεγχθούν τα ζωτικά σημεία, ο καρδιακός ρυθμός, η κεντρική φλεβική πίεση, η πίεση φραγμού των πνευμονικών τριχοειδών, οι περιφερικές σφίξεις, και ο χρόνος αναπλήρωσης των τριχοειδών (χρώμα, υγρασία, θερμοκρασία και σπαργή του δέρματος). Για το νεφρικό σύστημα να γίνει αξιολόγηση των ούρων ωριαία. Αν η ποσότητα των ούρων είναι κάτω των 30 ml ανά ώρα υποδεικνύει ελάττωση της αιμάτωσης των νεφρών ή εμφάνιση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας. Τέλος, για το νευρικό σύστημα να ξεκινήσει παρακολούθηση της διανοητικής κατάστασης, του επιπέδου συνείδησης, και της συμπεριφοράς του ασθενούς [9].

5.4 Κάτοικόν Φροντίδα

Πριν από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ο νοσηλευτής θα έχει φροντίσει να ενημερώσει σωστά τα μέλη της οικογένειας για την φροντίδα του στο σπίτι αλλά και για τη περίπτωση όπου μπορεί να υποτροπιάσει. Επομένως, αναγκαίο είναι :

- Να απαγορευτεί η χρήση του αλκοόλ διότι προκαλεί την εμφάνιση χολόλιθων και οδηγεί σε φραγμό του εκφορητικού συστήματος του παγκρέατος και

αποφράζει τις παγκρεατικές εκκρίσεις. Επίσης, το αλκοόλ μπορεί να δημιουργήσει φλεγμονή και διάλυση του οργάνου.

- Να πραγματοποιηθεί διακοπή του καπνίσματος και να ελαττωθεί το άγχος γιατί προκαλείται διέγερση του παγκρέατος.
- Σε περίπτωση που η λειτουργία του παγκρέατος εμφανίσει αναταραχές να γίνει άμεση ενημέρωση του θεράποντα ιατρού για την εφαρμογή διαφορετικής θεραπείας με παγκρεατικά ένζυμα (διάρκεια χορήγησης, δόση, πιθανές παρενέργειες, τρόπος ελέγχου για την αποδοτικότητά τους).
- Ως προς τη διατροφή του ασθενούς συνίσταται η συμβουλή ενός διατροφολόγου-διαιτολόγου ο οποίος θα δώσει στον ασθενή συμβουλές σχετικά με τι τροφές και ροφήματα μπορεί να καταναλώνει. Μερικές τροφές όπως τα πικάντικα φαγητά και ροφήματα όπως ο καφές και το τσάι μπορεί να διεγείρουν τη νόσο και να εμφανισθεί υποτροπίαση.
- Εάν ο ασθενής εμφανίσει συμπτώματα λοίμωξης κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, να ενημερωθεί ο θεράποντας ιατρός άμεσα [9].

5.5 Βιοηθικά διλήμματα στην παγκρεατίτιδα και νοσηλευτικός ρόλος

Τα Βιοηθικά διλήμματα στην παγκρεατίτιδα είναι χρήση καλών αναλγητικών ή οπιοειδών που προκαλούν εξάρτηση στην συντηρητική αντιμετώπιση και η επιλογή συντήρησης ή χειρουργικής αντιμετώπισης ή συνδυασμός αυτών, καθώς επίσης και ενδοσκοπική αντιμετώπιση σε αντιδιαστολή σε αμιγώς χειρουργική αντιμετώπιση.

Τα οπιοειδή είναι πολύ χρήσιμα στη ΜΕΘ, κυρίως ως αναλγητικά, αλλά και ως ηρεμιστικά και υπνωτικά. Είναι διαθέσιμος ένας μεγάλος αριθμός φυσικών οπιοειδών (όπως θειική μορφίνη και κωδεΐνη), ημισυνθετικά οπιοειδή (όπως η φεντανύλη) και πλήρως συνθετικά φάρμακα που μιμούνται τις επιδράσεις των οπιοειδών (όπως η ντουλαντίνη). Η αναλγησία είναι ένα πολύ κοινό πρόβλημα και τα οπιοειδή είναι γενικά καλά ανεκτά με ελάχιστες παρενέργειες. Αν και οι υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσουν ήπια βραδυκαρδία, αυτά τα φάρμακα έχουν μικρή επίδραση στη συστηματική αρτηριακή πίεση. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των οπιοειδών περιλαμβάνουν υπερβολική υπνηλία, μειωμένη αρτηριακή πίεση (ακαμψία) του

θωρακικού τοιχώματος και επίπεδο συνείδησης, αναπνευστική καταστολή, άλλους μύες, δυσφορία ή παραισθήσεις, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, δυσκοιλιότητα, υπόταση, (κυρίως μεπερίνη) Πυριδίνη και μορφίνη). Λόγω της καταστολής του αναπνευστικού κέντρου και των αλλαγών στην αιμοδυναμική, συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με καταστολή οπιοειδών συχνά (αν όχι συνεχώς) να μετρούν την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και τον αναπνευστικό ρυθμό και να παρακολουθούν τη παλμική οξυμετρία. Η συνδυασμένη χρήση οπιοειδών και άλλων ηρεμιστικών μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της αναπνευστικής καταστολής από την αναμενόμενη [30].

Ορισμένα βασικά σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τον καθορισμό της καταλληλότερης θεραπείας για ασθενείς με οξύ πόνο [31]:

Η συνταγογράφηση οπιοειδών δεν συμβάλλει στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών. Λόγω της αύξησης της αμοιβής απόδοσης και των σχετικών οικονομικών κινήτρων, οι βαθμολογίες ικανοποίησης των ασθενών έχουν γίνει σημαντικό μέρος της καθημερινής πρακτικής. Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι εάν δεν παρέχουν οπιοειδή, οι ασθενείς τους θα τους δώσουν χαμηλές βαθμολογίες.

Αλλά αυτό δεν φαίνεται να είναι αλήθεια. Ακόμα κι αν αυτό είναι αλήθεια, δεν θα πρέπει να απαιτεί καλή ιατρική φροντίδα. Τουλάχιστον στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η διαπίστωση ότι τα αναλγητικά, τα οπιοειδή ή περισσότερα ισοδύναμα μορφίνης μπορούν να εξουδετερώσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Η βαθμολογία ικανοποίησης σχετίζεται πιο στενά με την εν συναίσθηση και τη συμπόνια που δείχνουν οι επαγγελματίες στην επικοινωνία με τους ασθενείς. Τα οπιοειδή δεν είναι φάρμακα κατά του άγχους. Οι ασθενείς (και τα μέλη της οικογένειας) μπορεί να είναι πολύ ανήσυχοι μετά από έναν οξύ τραυματισμό και αυτό το άγχος μπορεί να επιμείνει και μετά την επίλυση. Οι ασθενείς μπορεί να διαπιστώσουν ότι είναι πιο ήρεμοι μετά τη λήψη οπιοειδών, αλλά αυτά τα φάρμακα δεν συνιστώνται για τη θεραπεία του στρες. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να χρειαστεί να συζητήσουν θέματα ασφάλειας και αποτελεσματικές εναλλακτικές θεραπείες με ασθενείς και μέλη της οικογένειάς τους σχετικά με τις ανησυχίες για την ασφάλεια και εναλλακτικές θεραπείες για την αποβολή του άγχους. Οι παράγοντες κινδύνου για υπερδοσολογία μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραχές ψυχικής υγείας και συναφή φάρμακα, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, διαταραχές μεταβολισμού ή απέκκρισης φαρμάκων, πνευμονοπάθεια, ειδικά χαρακτηριστικά οπιοειδών[31].

Πριν συνταγογραφηθούν τα οπιοειδή στον καθορισμό οξέων πόνων, οι πάροχοι θα πρέπει να ελέγξουν την κατάσταση ή και το περιφερειακό πρόγραμμα παρακολούθησης φαρμάκων με συνταγή για την παρακολούθηση ασθενών που επισκέπτονται πολλούς υγειονομικούς παρόχους προκειμένου να αποκτήσουν μικρές ποσότητες οπιοειδών. Ορισμένα προγράμματα προσφέρουν αποτελέσματα σε πραγματικό χρόνο, αμέσως μετά τη συμπλήρωση μιας συνταγή [32].

Ο ασθενής του οποίου η παγκρεατίτιδα οποιασδήποτε βαρύτητας αποδόθηκε στο αλκοόλ πρέπει να κατευθυνθεί στη πλήρη διακοπή και αποχή από τη χρήση του αλκοόλ. Εκτός από τους κίνδυνους από την κατάχρηση αλκοόλ που ιατρικά και νοσηλευτικά θα εξηγηθούν ενδελεχώς στον ασθενή, είναι γνωστό ότι οι ασθενείς αυτοί είναι εθισμένοι και χρήζουν συνολικής αντιμετώπισης από ομάδα ειδικών αλλά και κοινωνικών δομών [33]. Έναρξη συνεδρίων με ψυχολόγο είναι επιβεβλημένη βοήθεια και κυρίως διαχείριση διαταραχών συμπεριφοράς και ψυχισμού. Παράλληλα ο ψυχίατρος με επαναλαμβανόμενες συνεδρίες σε εξωτερική βάση στις ήπιες περιπτώσεις αλκοολισμού παίζει καθοριστικό ρολό στην αποτοξίνωση του ασθενούς και με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής αποκλιμακωμένων δόσεων για την επίτευξη του στόχου , που είναι η πλήρη απεξάρτηση του ασθενούς από το αλκοόλ [34].

Στις σοβαρότατες περιπτώσεις η ένταξη σε ομάδες παρακολούθησης (π.χ. Ανώνυμη αλκοολική) ή και ακόμη η μακροχρόνια εισαγωγή και παραμονή εντός ιδρυμάτων αποτοξίνωσης με ομάδα ειδικών μπορεί να αποτελεί τη μόνη λύση για τη σωτήρια του ασθενούς [34].

Η εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας ανατομικής φύσεως μπορεί να αποτελέσει την αφορμή για την αποκάλυψη ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων, πολύ σοβαρών όπως είναι η κατάχρηση αλκοόλ που υποκρύπτουν ψυχοπαθητική προσωπικότητα , κυρίως κατάθλιψη αλλά και άλλες ψυχικές νόσοι που οδηγούν σε παρατατικοί συμπεριφορά [34].

Το οργανωμένο κράτος και οι δομές υγείας οφείλουν και πρέπει να έχουν τους κατάλληλους μηχανισμούς και υποδομές για να παρέχουν και να προσφέρουν άμεσα αποτελέσματα, την απαραίτητη και κατάλληλη αντιμετώπιση και φροντίδα στους πολίτες όπου χρειάζεται [35].

Οι καθοριστικοί παράγοντες επιτυχίας είναι οι κάτωθι [35]:

- επιθυμία του ασθενούς για αλκοόλ
- παροχή δυνατοτήτων στον ασθενή αλλαγή

- παράθεση λόγων που πρέπει να γίνει η αλλαγή
- Ανάγκη παροχή κίνητρων για αλλαγή

Αντίθετα με τις άλλες αίτιες οξείας παγκρεατίτιδας που αντιμετωπίζονται ιατρικά, η παγκρεατίτιδα που οφείλεται σε κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών χρήζει μακροχρόνιας επίπονης και συνολικής αντιμετώπισης τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από την ομάδα ειδικών, την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο που καλούνται όλοι να συμβάλουν στην επίτευξη του στόχου με άλλοτε άλλο βαθμό συμβολής ο καθένας [35].

Η συνεχής παρακολούθηση από την ομάδα ειδικών είναι επιβεβλημένη και αναγκαία [35].

Ένα από τα κύρια Βιοηθικά διλήμματα της οξείας αλλά κυρίως της χρόνιας παγκρεατίτιδας είναι η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου τόσο σαν επιλογή αντιμετώπισης (συντηρητικής) είτε στην συντηρητική αντιμετώπιση σαν επιλογή φαρμάκων που δεν θα οδηγήσουν σε χρόνια εξάρτηση του ασθενή (π.χ. οπιοειδή)[36].

Πριν την έναρξη της θεραπείας του πόνου πρέπει πρωτίστως να αποκλειστούν άλλες αίτιες που μπορεί να συνυπάρχουν με τη χρόνια παγκρεατίτιδα. Κατά κύριο λόγο όλες οι προσπάθειες είναι προς τη συντηρητική αντιμετώπιση. Η πρώτη και κύρια σύσταση στον ασθενή είναι η πλήρης αποχή από το κάπνισμα και το αλκοόλ[36].

Ο μηχανισμός του πόνου στην χρόνια παγκρεατίτιδα είναι συνδυασμός βλάβης λόγω χρόνιας φλεγμονής του πάγκρεας και αλλαγές στην ουδό του σπλαχνικού πόνου που επιδεινώνεται με τη χρήση καπνίσματος και αλκοόλ. Γι' αυτό παράλληλα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα αναλγητικά που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες [36]:

1) απλή αναλγητική, όπως ΜΣΑΦ (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα) και ακεταμινοφαίνη

2) Τραμανδόλη (που περιέχει μικρή ποσότητα παραγόντων οπιοειδών)

3) Αμιγή οπιοειδή

Ένα βιοηθικό δίλημμα είναι σε ποια φάση ο ασθενής θα περάσει στη χρήση αυτών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου εφόσον έχει εξαντληθεί το περιθώριο της χρήσης των δυο πρώτων κατηγοριών. Ο ασθενής πριν την έναρξη των οπιοειδών πρέπει να έχει ενημερωθεί και εκπαιδευτεί στο χειρισμό του χρόνιου πόνου δεδομένου ότι όλα τα φάρμακα προσωρινά και σε άλλο βαθμό περιορίζουν αλλά ποτέ δεν

εξαλείφουν τον πόνο. Έτσι ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να συμβιώνει με κάποια μορφή πόνου προτού περάσει στη χρήση οπιοειδών που δημιουργούν εξάρτηση [37].

Τα οπιοειδή δρουν σε τρεις (3) υποδοχείς μ, δ, και κ, χαρακτηριστικό τους είναι ότι αναπτύσσουν ανοχή, ταχυφυλαξία, υποδραστηριοποίηση και φυσική εξάρτηση μετά από συνεχή χορήγηση ακόμη και μικρών δόσεων των οπιοειδών φαρμάκων [37].

Ανοχή στο φάρμακο ορίζεται η βαθμιαία μείωση του θεραπευτικού αποτελέσματος ενός φαρμάκου σ' ένα άτομο. Στις περιπτώσεις αυτές για να επιτευχθεί το προηγούμενο αποτέλεσμα χρειάζεται να αυξηθεί η δόση. Η ανοχή μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς και σωματικούς παράγοντες. Τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ανοχής είναι ότι [37]:

- α) είναι αντιστρεπτή,
- β) αφορά το συγκεκριμένο φάρμακο,
- γ) αφορά τη συγκεκριμένη δόση και
- δ) αφορά τη συγκεκριμένο τρόπο χορήγησης.

Γι' αυτό με τη χρήση απιοειδών και τις παραπάνω παρενέργειες στον ασθενή συγχωρηγούνται SSPIS (τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά αναστολέων σεροτονίνης) γιατί είτε προϋπάρχονται, είτε λόγω της μακροχρόνιας ύπαρξης χρόνιου πόνου οι ασθενείς εμφανίζουν κατάθλιψη. Επί αποτυχίας συντηρητικής μονοθεραπείας του χρόνιου πόνου οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν και κάποια μορφή και επεμβατικής αντιμετώπισης. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς με τη βοήθεια των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων (C/T αξονική τομογραφία, MRI μαγνητική τομογραφία, EUS ενδοσκοπικό υπέρηχο) χωρίζονται σε δύο (2) κατηγορίες α) σε μη δια τεταμένου παγκρεατικού πόρου β) δια τεταμένου παγκρεατικού πόρου[38]. (Johnstone, 2018).

Όταν οι ασθενείς έχουν μη δια τεταμένο παγκρεατικό πόρο (6-7mm) βιοηθικό δίλλημα που τίθεται είναι αν θα αντιμετωπιστεί συντηρητικά ή χειρουργικά. Πάντα όλες οι προσπάθειες συντήγουν στη συντηρητική αντιμετώπιση που στη συγκεκριμένη περίπτωση έγκειται στη έγχυση αναλγητικών ουσιών και μπλοκάρισμα του κοιλιακού πλέγματος είτε σε μονοσυνεδρία είτε σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες. Έτσι ο ασθενής μπορεί να απεμπλοκή από τη χρήση από του στόματος αναλγητικά και κυρίως των απιοειδών που όπως αναφέρθηκε μπορεί να προκαλέσει σοβαρή εξάρτηση. Αυτό επιτυγχάνεται με EUS-FNA έγχυση που υπερτερεί από την μέχρι πρότινος έγχυση υπό αξονικού τομογράφου[38].(Johnstone, 2018).

Η χειρουργική αντιμετώπιση του ανθεκτικού χρόνιου παγκρεατικού πόρου αποτελεί την τελευταία λύση και συνίσταται σε ακρωτηριασμό παγκρεατεκτομής. Όταν οι ασθενείς έχουν διατεταγμένο βιοηθικό δίλλημα που ετιθετε πριν λίγα χρόνια, ήταν η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με παροχέτευση του παγκρεατικού πόρου είτε ενδοσκοπικά είτε χειρουργικά δεδομένου ότι μέχρι πρότινος η χειρουργική αντιμετώπιση είχε πιο καλά και μακροχρόνια αποτελέσματα [38]. (Johnstone, 2018).

Η ανατομική περιοχή του παγκρέατος εγκυμονεί πολλούς κινδύνους και δύσκολες επεμβάσεις (εγχείρηση Whipple, ολική παγκρέατος-TRIAT). Τα τελευταία όμως χρόνια με την πρόοδο της επεμβατικής ενδοσκόπησης η τάση είναι οι χειρουργοί να επεμβαίνουν, αφού έχουν εξαντληθεί όλες οι σύγχρονες τεχνικές της επεμβατικής ενδοσκόπησης από επεμβατικούς γαστρεντερολόγους. Αυτές περιλαμβάνουν παροχέτευση και διάνοιξη του εστενωμένου παγκρεατικού πόρου. Επίσης, περιλαμβάνουν [38]:

- 1) Ενδοσκοπική λιθοτριψία και τοποθέτηση stent με τη χρήση ERCP ή μικρών συγχρόνων παγκρεατοσκοπίων

- 2) Εξωσωματική λιθοτριψία παγκρεατικού πόρου και μετά ERCP

Η πρόοδος της σύγχρονης τεχνολογίας και η εφαρμογή της στα σύγχρονα βιοιατρικά μηχανήματα καθώς και η εξέλιξή της στο μέλλον αποτελεί το θεμελιώδες λίθο στη άμεση επίλυση ή η εξαφάνιση πολλών βιοηθικών διλημάτων που υπήρχαν στο παρελθόν στη ιατρική.

Συμπεράσματα

Τα Βιοηθικά διλήμματα που αντιμετωπίζει ένας νοσηλευτής σχετίζονται με την ψυχολογική και φυσική κατάσταση του ασθενούς, καθώς σε καθημερινή βάση πρέπει να αντιμετωπίζει σωστά τον ασθενή που έχει παγκρεατίτιδα. Επομένως, είναι σαφές ότι ο ρόλος των νοσηλευτών στη θεραπεία της παγκρεατίτιδας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και κρίσιμος στην εξέλιξη της νόσου. Αν και το ποσοστό θνησιμότητας έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια, οι απαιτήσεις θεραπείας και φροντίδας των ασθενών και οι επιπλοκές της παγκρεατίτιδας είναι κρίσιμες και απαιτούν άμεση παρέμβαση. Επομένως, είναι σημαντικό η κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζεται μοναδικά και πάντα με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Για το σκοπό αυτό, και με βάση τα μέχρι τώρα νέα δεδομένα, αναπτύσσεται ένα νέο μοντέλο διαχείρισης και φροντίδας ασθενών με παγκρεατίτιδα[38].

Πρωταρχικό καθήκον των νοσηλευτών είναι να παρέχουν στους ασθενείς πλήρη και αποτελεσματική φροντίδα σε κάθε στάδιο της νόσου, από τη διάγνωση και τη διαχείριση μέχρι το τέλος της ζωής τους. Οι ανάγκες του ασθενούς περιλαμβάνουν την πίστη ότι χρειάζεται να νιώσει κάτι που επηρεάζει την ψυχική του κατάσταση και συνεπώς επηρεάζει την πορεία της νόσου. Οι ειδικευμένοι νοσηλευτές θα εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς, κάτι που βοηθά στη μείωση του άγχους τους. Η σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή θα πρέπει να επικεντρώνεται μόνο στις ανάγκες του ασθενούς και στο σχέδιο θεραπείας. Είναι καλύτερο να μην αμφιβάλλετε για περισσότερες προσωπικές σχέσεις εκτός από τον νοσηλευτή, για να διασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενούς. Και να προσαρμόζετε στον κλινικό χώρο πιο γρήγορα [38].

Για την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή είναι πολύ σημαντικό να νιώθουμε σεβασμό και εκτίμηση για αυτόν, τις ανάγκες του και τον προσωπικό του χώρο. Επομένως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάσει τυχόν παράπονα, αντιρρήσεις ή οποιαδήποτε άλλη έκφραση του ασθενούς, όπως πόνο. Ένα σφάλμα που μπορεί εύκολα να κάνει την αξιωσή σας να απορριφθεί είναι η αποτυχία. Ειδικά για ασθενείς με παγκρεατίτιδα, πρέπει να τονιστεί ο πόνος και ο έλεγχός του, κατά προτίμηση πριν εμφανιστεί ο πόνος και χρειαστεί περαιτέρω ιατρική θεραπεία ή και ακινητοποίηση, γιατί ο πόνος είναι ένα από τα κύρια σημεία και συμπτώματα του. Εάν ο πόνος απαιτεί ιατρική περίθαλψη, παρέμβαση νοσηλευτή αφού συμβουλευτείτε τον υπεύθυνο γιατρό [38].

Γενικά, όπως σε όλες τις περιπτώσεις παγκρεατίτιδας, ο ρόλος του νοσηλευτή πρέπει να είναι υποστηρικτικός. Μερικοί ασθενείς είναι ψυχολογικά εύθραυστοι λόγω των συνθηκών υγείας τους, παρουσιάζουν κάποια σύγχυση και μπορεί ακόμη και να είναι ενοχλητικοί. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι η αντιμετώπιση των νοσηλευτών πρέπει να είναι διαφορετική,

αντίθετα, οι νοσηλευτές πρέπει να γίνονται κατανοητοί από τους ίδιους τους ασθενείς. Οι ασθενείς θα επηρεαστούν συναισθηματικά από τη νόσο και συχνά παρουσιάζουν συναισθηματική αστάθεια και οι νοσηλευτές πρέπει να επέμβουν και να τους αντιμετωπίσουν με τον καλύτερο τρόπο. Η ικανοποίηση των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς περιλαμβάνεται στα νοσηλευτικά καθήκοντα και σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι εχθρική, κάτι που στην πραγματικότητα δείχνει ότι η ασθένεια από την οποία πάσχει είναι το θύμα [38].

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να προσεγγίζει τον ασθενή με ευγένεια και κατανόηση, να κατανοεί άλλες ανάγκες πέρα από τις σωματικές και συναισθηματικές του ανάγκες και να μπορεί να εκπληρώνει τις επιθυμίες του με τον καλύτερο τρόπο, με βάση πάντα τη θεραπεία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους νοσηλευτές να επικοινωνούν με τους ασθενείς σχετικά με τις ψυχικές και σωματικές τους ανάγκες, το πώς νιώθουν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην κλινική και εάν υπάρχουν αντιρρήσεις στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και θεραπείες. Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να εκτιμηθεί το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς και η συνολική του στάση στη συνολική κατάσταση, γεγονός που βοηθά στη βελτίωση του σχεδίου φροντίδας εάν είναι απαραίτητο [38].

Είναι επίσης σημαντικό να παρέχονται στους ασθενείς πληροφορίες σχετικά με την παγκρεατίτιδα και συστάσεις για τη βελτίωση της υγείας τους με βάση τα νέα δεδομένα, καθώς αυτό βοηθά στη μείωση του στρες. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός. Μέσω της κατάλληλης νοσηλευτικής παρέμβασης βελτιώθηκε η κατάσταση των ασθενών με παγκρεατίτιδα. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν στους ασθενείς και τους συγγενείς πλήρεις πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή και τις αλλαγές με βάση την κατάσταση της υγείας [38].

Βιβλιογραφία

- [1] Gullo L., Migliori M., Oláh A., et al. *Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality.* *Pancreas*. 2002; 24: 223-227
- [2] Mergener K, Baillie J. *Chronic pancreatitis.* *Lancet* 1997;350(9088):1379–85.
- [3] Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al, American College of Gastroenterology. *American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis.* *Am J Gastroenterol* 2013;108(9):1400–15, 1416.
- [4] Moretti A., Papi C., Aratari A., et al. *Is early endoscopic retrograde cholangiopancreatography useful in the management of acute biliary pancreatitis? A meta-analysis of randomized controlled trials.* *Dig Liver Dis*. 2008; 40: 379-385
- [5] Forsmark CE. *Management of chronic pancreatitis.* *Gastroenterology* 2013; 144(6):1282–91.e3.
- [6] Beauchamp, T.L., and Childress, J.F. *Principles of biomedical ethics*, 5th Ed. New York: Oxford University Press. 2001.
- [7] Fauci, A., Kasper, D., Braunwald, E., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., et al., (Eds.). *Harrison's principles of internal medicine* (17th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. 2008
- [8] Fagenholz, P., Castillo, C., Harris, N., Pelletier, A., & Camargo, C., Jr. *Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988-2003.* *Annals of Epidemiology*, 17(7), 491 – 497. 2007 July.
- [9] McPhee, S., Papadakis, M., & Tierney, L. *Current medical diagnosis & treatment* (47th ed.). New York, NY: Lange Medical Books/McGraw-Hill. 2008.
- [10] *Chronic pancreatitis.* *American Family Physician*, 76(11), 1679 – 1688. 1 December 2007.
- [11] Copstead, L., C., & Banasick, J. L. *Pathophysiology* (4th ed.). St. Louis, MO: Saunders. 2010.
- [12] Lehne, R. *Pharmacology for nursing care* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders.
- [13] Walters, L. *Bioethics as a field of ethics.* In T.L. Beauchamp & J.F. Childress (Eds.) *Contemporary issues in bioethics* (pp. 49-50). Belmont, CA: Wadsworth Publishing. 1978.
- [14] Veatch, R.M. *A theory of medical ethics.* New York: Basic Books. 1981.

- [15] Johnstone, M-J. *Determining and responding effectively to ethical professional misconduct: A report to the Nurses Board of Victoria*. Melbourne. 1988
- [16] Reamer, F.G. *Ethical dilemmas in social service*. New York: Columbia University Press. 1982.
- [17] Council of Europe. *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine European Treaty Series, No. 164*. 1997
- [18] National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. Washington, D.C.: US Government Printing Office. 1978.
- [19] Smith. R. *Shared ethical principles for everybody in health care: A working draft from the Tavistock Group*. 72 318: 248 251. 1999
- [20] Wachter, M.A.M. *The European Convention on Bioethics*. *Hast Ctr Rprt*, 27(1): 13 – 23. 1997.
- [21] *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. Summary, Washington, D.C: U.S. Government Printing Office. 1983.
- [22] Ros E, Navarro S, Bru C, et. al. Occult microlithiasis in 'idiopathic' acute pancreatitis: prevention of relapses by cholecystectomy or ursodeoxycholic acid therapy. *Gastroenterology*. 1991;101:1701–9.
- [23] van Brummelen SE, Venneman NG, van Erpecum KJ, et al. Acute idiopathic pancreatitis: does it really exist or is it a myth? *ScandJGastroenterol*. 2003;239:117–22.
- [24] Κιτσανού, Μ. Παγκρεατίτιδα: Διάγνωση και θεραπευτικά προβλήματα. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής Παθολογικός Τομέας Α΄ Παθολογική Κλινική. Διδακτορική Διατριβή, ΙΩΑΝΝΙΝΑ. 2017.
- [25] Jonsen A.R. "The Birth of Bioethics", *Special Supplement, Hastings Center Report* 23, τ. 6, 1993.
- [26] Rawls, J. *A Theory of Justice*. New York: Oxford University Press. 1971.

- [27] Gillon, R. Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope, *British Medical Journal*, 309, 184–8. 1994.
- [28] Κουτσελίνη, Α. Βασικές αρχές βιοηθικής ιατρικής δεοντολογίας και ιατρικής ευθύνης, *Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα*. 1999.
- [29] Bernard J.H βιοηθική. μετάφραση: Σπανού Ελένη, Αθήνα. 2016.
- [30] Νάκος, Γ., Καραγάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωσταντή, Ε., Λαχανά, Α., ... & Τσαγκάρης, Η. Καταστολή και αναλγησία στη ΜΕΘ. 2015.
- [31] Valentine P. D., 2012, "The Experience of Pain: A Developmental Process", *Family Relations* 31, 2243-248
- [32] Ασημακοπούλου, Ευανθία, Παναγιώτης Θεοδόσης-Νόμπελος, and Χαράλαμπος Τριάντης. "Προσδιορισμός και Διαχείριση του Πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: Φαρμακολογικές και μη Φαρμακολογικές Αναλγητικές Προσεγγίσεις." *Nosileftiki* 57.4 (2018).
- [33] Σακοράφας, Γ. Χ., Πετροπούλου, Κ., Κωνσταντουδάκης, Γ., Νταβαντζίκος, Α., Σεραφειμίδης, Κ., & Πέρος, Γ. Λέξεις-κλειδιά: Αλκοόλ, Μικροκυκλοφορία, Χρόνια παγκρεατίτιδα, Τοξική δράση, Μεταβολίτες ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΙΣ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ, 41 (5-6), 131-136, 2007-Ανασκόπηση.
- [34] Κυζιρίδης, Θ. Χ., and I. Α. Διακογιάννης. "Η ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ." *Interscientific Health Care* 11.1 (2019).
- [35] Ποταμιά, Σ. Σχεδιασμός και υλοποίηση ενός συστήματος κοινωνικής δικτύωσης με εφαρμογή σε ιατρικά θέματα. Diss. 2017.
- [36] Giavasopoulos, E. Acupuncture, Alternative-Complementary Therapy in the Treatment of Chronic Pain. *Health & Research Journal*, 2017, 3.2: 74-77.
- [37] Kapoukranidou, D. & Karvani, M. "Pain mechanisms in chronic pancreatitis." *Aristotle University Medical Journal* 40.1, 13-23.2013.
- [38] Johnstone, C. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis. *NursStand*, 33 (4), 12-25.2018.

Παπαβασιλοπούλου, Θ. ΟΞΕΙΑΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ. (2015). Ανασύρθηκε από <https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5938/1/KEF.%2035.pdf> στις 24 Νοεμβρίου 2021.

Νάκος, Γ., Καραγάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωστάντη, Ε., Λαχανά, Α., Παπαθανάκος, Γ., Παπαθανασίου, Α., Σταμάτη, Β., Τίγκας, Σ., Τσαγκάρης, Η. 2015. Καταστολή και αναλγησία στη ΜΕΘ. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Νάκος, Γ., Καραγάλιου, Α., Κιτσάκος, Α., Κουλούρας, Β., Κωστάντη, Ε., Λαχανά, Α., Παπαθανάκος, Γ., Παπαθανασίου, Α., Σταμάτη, Β., Τίγκας, Σ., Τσαγκάρης, Η. 2015. Εντατική θεραπεία. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 20. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/873>

Skontzou, K., etal. "Effectiveness of artificial nutrition in patients with acute pancreatitis." Health & Research Journal 3.2 (2017): 94-103.