

Αξιολόγηση χειρισμών αντιμετώπισης νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Δ. Ζώγας, Χ. Τσιώλης, Β. Ζώγα, Ν. Ελευθερίου

Κέντρο Υγείας Θέρμης., Ιπποκράτειο Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας ήταν η καταγραφή και αξιολόγηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών που εφαρμόζονται κατά την αντιμετώπιση των νοσημάτων και συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Μελετήθηκαν 164 ενήλικες, 62 άνδρες και 102 γυναίκες, με τη χρήση ειδικού ερωτηματολογίου και τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης που για κάποιο νόσημα ή σύμπτωμα του ανώτερου πεπτικού, με ή χωρίς υπόδειξη ιατρού, ελάμβαναν συστηματικά αντιελκωτική αγωγή.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι : α) το 42,68% της χρόνιας αντιελκωτικής θεραπείας στόχευε στην καταπολέμηση συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού, β) η διάγνωση του 34,42% των πασχόντων είχε βασιστεί στην ακτινολογική εξέταση, του 14,28% στην ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού και στις δοκιμασίες ανίχνευσης του *Helicobacter pylori* (Hρ) και του 51,30% στην κλινική εξέταση, γ) σε θεραπεία εκρίζωσης Hρ

είχε υποβληθεί το 10,39%, δ) ένας στους δύο άνδρες και μία στις τέσσερις γυναίκες ήταν πληροφορημένοι σχετικά με τη διάρκεια της θεραπείας που έπρεπε να εφαρμόσουν, ε) μόνο το 20,78% είχε επανεξετασθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Συμπερασματικά οι εφαρμοζόμενοι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί χειρισμοί κατά την αντιμετώπιση νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης δεν κρίνονται επαρκείς, αφού στο σύνολό τους δεν ακολουθούν τις επιταγές της σύγχρονης θεραπευτικής με αποτέλεσμα την υπερκατανάλωση των αντιελκωτικών φαρμάκων.

Επιβάλλεται ως εκ τούτου οι γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) να ενημερώνονται συνεχώς για να είναι σε θέση να ανταπεξέρχονται ικανοποιητικά στις θεραπευτικές απαιτήσεις της εποχής.

Ιπποκράτεια 2000, 4 (4): 170-178

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί ραγδαίες εξελίξεις γύρω από τα νοσήματα του ανώτερου πεπτικού που σχετίζονται με την υπερέκκριση του γαστρικού οξέος. Οι εξελίξεις αυτές αφορούν τη γνώση της αιτιοπαθογένειας και παθοφυσιολογίας των νόσων του HCl οξέος, τη διαγνωστική προσπέλασή τους με επεμβατικές και μη επεμβατικές μεθόδους, καθώς και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους με τα νεότερα αντιελκωτικά.

Ο βαθμός αξιοποίησης ωστόσο αυτών των τόσο σημαντικών εξελίξεων στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης δεν είναι γνωστός.

Απάντηση επιχειρεί να δώσει η παρούσα εργασία με την καταγραφή και αξιολόγηση των διαγνωστικών και θεραπευτικών χειρισμών που εφαρμόζονται κατά την αντιμετώπιση των νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη διεξήχθη από 1-7-1999 έως 31-12-1999 και μετείχαν σε αυτή 164 ενήλικες, 62 άνδρες και 102 γυναίκες, ηλικίας 22-92 ετών (μέση ηλικία: 61 έτη), οι οποίοι για νοσήματα ή συμπτώματα του ανώτερου πεπτικού, με ή χωρίς ιατρική υπόδειξη κατανάλωναν συστηματικά αντιελκωτικά φάρμακα. Ως συστηματικά λήψη θεωρήσαμε την καθημερινή χρήση του φαρμάκου (ή των φαρμάκων), ανεξάρτητα δοσολογίας, για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών. Αποκλείστηκαν από τη μελέτη άτομα που ελάμβαναν περιστασιακά αντιελκωτικά ή έκαναν χρήση μόνο αντιοξίνων ή γαστροκινητικών φαρμάκων.

Τα προς μελέτη άτομα, όλα κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής ευθύνης του Κ. Υγείας Θέρμης Θεσσαλονίκης, αφού ενημερώνονταν για το σκοπό

Πίνακας 1

ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Π.Γ.Ν.Θ. - ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΜΗΣ

Ε Ρ Ω Τ Η Μ Α Τ Ο Λ Ο Γ Ι Ο

Ημερομηνία Φύλο : Α () Γ () Ηλικία

Οικογενειακή κατάσταση: Ανύπαντρος-η () Παντρεμένος-η () Χωρισμένος-η () Χήρος-α ()

Εκπαίδευση: Δημοτικό () Γυμνάσιο-Λύκειο () Τ.Ε.Ι. / Α.Ε.Ι. () Αναλφάβητος-η ()

Επάγγελμα: Ασφαλιστικός φορέας:

Οικονομική κατάσταση: κακή () μέτρια () καλή () πολύ καλή ()

Καπνιστής : Ναι () Όχι ()

Χρήστης αλκοολούχων ποτών: Ναι () Όχι ()

Χρήστης καφεϊνούχων ποτών: Ναι () Όχι ()

Ιστορικό:

Καταναλισκόμενο χρονίως αντιελκωτικό φάρμακο: α) β)

1. Πόσα δισκία παίρνετε ημερησίως; α) Ένα ημερησίως () β) Δύο ημερησίως ()
2. Για ποιο νόσημα ή σύμπτωμα το παίρνετε;
 - α) Πεπτικό έλκος: Δωδεκαδακτυλικό () Γαστρικό ()
 - β) Πεπτική οισοφαγίτιδα από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Γ.Ο.Π.). ()
 - γ) Γαστρίτιδα από μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη ()
Γαστρίτιδα από χρόνια χρήση οινοπνεύματος ()
 - δ) Δυσπεψία ()
 - ε) Άλλο νόσημα ή σύμπτωμα
3. Η υπόδειξη της αγωγής έγινε από γιατρό; Ναι () Όχι ()
4. Αν όχι, από ποιον; α) Φαρμακοποιό () β) Νοσηλεύτρια - ρια () γ) Συγγενή - Φίλο ()
5. Ποια η ειδικότητα του γιατρού που καθόρισε την αγωγή σας;
 - α) Γαστρεντερολόγος () δ) Αγροτικός ιατρός ()
 - β) Παθολόγος () ε) Άλλης ειδικότητας ()
 - γ) Γενικός ιατρός ()
6. Σε ποιες εξετάσεις υποβληθήκατε προκειμένου να διαγνωσθεί το νόσημά σας;
 - α) Ακτινογραφία ανώτερου πεπτικού ()
 - β) Ενδοσκόπηση και test ανίχνευσης ελικοβακτηριδίου του πυλωρού (ΕΠ) ()
 - γ) Άλλη δ) Καμιά ()
7. Υποβληθήκατε ποτέ σε θεραπεία εκρίζωσης Ηp; Ναι () Όχι ()
8. Ποια η χρονική διάρκεια της θεραπείας που ορίστηκε να εφαρμόσετε;
 - α) 1 μήνας () δ) 6-12 μήνες ()
 - β) 1-3 μήνες () ε) συνεχής θεραπεία ()
 - γ) 3-6 μήνες () στ) δεν ορίστηκε ()
9. Κατά πόσο την έχετε υπερβεί ;
 - α) 1-3 μήνες () γ) 6-12 μήνες ()
 - β) 3-6 μήνες () δ) πέραν του έτους ()
10. Ποιος ο λόγος που την υπερβήκατε ;
 - α) Από φόβο υποτροπής της νόσου () γ) Μη κατανόηση οδηγιών ()
 - β) Από συνήθεια ()
11. Έχετε ενημερωθεί σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα αντιελκωτικά φάρμακα ; Ναι () Όχι ()
12. Αναγνωρίζετε στα παρακάτω συμπτώματα κάποιο που να παρουσιάστηκε κατά τη διάρκεια της λήψης του φαρμάκου ;
 - α) κεφαλαλγία () ε) δυσκοιλιότητα ()
 - β) ζάλη () στ) μετεωρισμός ()
 - γ) διάρροια () ζ) ξηροστομία ()
 - δ) κοιλιακός πόνος () η) Άλλο ()
13. Ζητήσατε να επανεξεταστείτε κατά τη διάρκεια της θεραπείας σας σχετικά με το πρόβλημά σας ; Ναι () Όχι ()
14. Αν ναι, για ποιο λόγο πραγματοποιήσατε την επανεξέταση ;
 - α) εκτίμηση θεραπευτικού αποτελέσματος () γ) εμφάνιση παρενέργειας ()
 - β) μη υποχώρηση των συμπτωμάτων () δ) πρόκληση επιπλοκής από τη νόσο ()

της εργασίας μας καλούνταν με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης να απαντήσουν σε ένα σύνολο ερωτημάτων ενός ερωτηματολογίου που συντάχθηκε ειδικά για τις ανάγκες της μελέτης. (Πίνακας 1).

Πηγές πληροφόρησης, εκτός από τον ίδιο τον εξεταζόμενο αποτέλεσαν: το βιβλιάριο υγείας, οι παρακλινικές εξετάσεις, τα πληροφοριακά σημειώματα, τα εξιτήρια νοσηλευτικών ιδρυμάτων και οι συνοδοί των αρρώστων.

Επί του ερωτηματολογίου ήταν καταγραμμένα η ημερομηνία συμμετοχής στην έρευνα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, ο ασφαλιστικός φορέας, η οικονομική κατάσταση και οι κοινωνικές συνήθειες. Οι ερωτήσεις αφορούσαν διαφορετικές παραμέτρους σχετικές με το ιστορικό, τη χορηγούμενη αντιεγκωτική αγωγή, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη συμμόρφωση, ενημέρωση και επαξέταση των πασχόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 164 άτομα που μελετήθηκαν οι 62 (37,80%) ήταν άνδρες και οι 102 (62,20%) γυναίκες (Πίνακας 2).

Η ηλικία των ανδρών κυμαινόταν από 32-82 έτη (ενδιάμεση ηλικία: 64,87 έτη) και των γυναικών από 22-92 έτη (ενδιάμεση ηλικία : 59,27 έτη). Τα περισσότερα άτομα (40,24%), όπως φαίνεται από την κατανομή τους στον Πίνακα 3, ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 68 ετών.

Το 76,83% των ατόμων που μελετήθηκαν ήταν παντρεμένοι, το 53,05% είχαν φοιτήσει στο δημοτικό σχολείο, το 59,76% είχαν μέτρια οικονομική κατάσταση και το 87,8% ήταν ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α. και το Ι.Κ.Α. (Πίνακες 4, 5, 6, 7).

Αν εξαιρεθεί η κάπως αυξημένη κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών, ποσοστό 74,19% μεταξύ των ανδρών και 76,47% μεταξύ των γυναικών, τόσο η χρήση καπνού, όσο και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ήταν μέτρια αφού δεν ξεπερνούσε το 30% και στα δύο φύλα (Πίνακας 8).

Τη μεγαλύτερη κατανάλωση από τα αντιεγκωτικά είχε η ομάδα των ανταγωνιστών των Η₂ – υποδοχέων της ισταμίνης με ποσοστό (62,25%), (Πίνακας 9) και από τις δραστικές ουσίες η ρανιτιδίνη με ποσοστό (60,25%) (Πίνακας 10).

Ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών (25,81%) και γυναικών (39,22%) ελάμβανε μαζί με το κυρίως αντιεγκωτικό φάρμακο και ένα αντιόξινο. Οι θεραπευτικές ανάγκες του 51,61% των ανδρών και του 64,70% των γυναικών καλύπτονταν με δύο δόσεις αντιεγκωτικού φαρμάκου ημερησίως (Πίνακας 11).

Πίνακας 2. Άτομα μελέτης κατά φύλο.

Φύλο	Άτομα ν	(%)
Άνδρες	62	(37,80)
Γυναίκες	102	(62,20)
Σύνολο	164	(100,00)

Πίνακας 3. Κατανομή ατόμων κατά ηλικιακή ομάδα και φύλο.

Ηλικιακή ομάδα	Άνδρες ν (%)	Γυναίκες ν (%)	Σύνολο ν (%)
22-37	4 (6,45)	12 (11,76)	16 (9,76)
38-52	8 (12,90)	20 (19,61)	28 (17,07)
53-67	20 (32,26)	34 (33,33)	54 (32,93)
> 68	30 (48,39)	36 (35,30)	66 (40,24)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση ατόμων μελέτης.

Οικογενειακή κατάσταση	Άνδρες ν (%)	Γυναίκες ν (%)	Σύνολο ν (%)
Ανύπαντρος-η		8 (7,84)	8 (4,88)
Παντρεμένος-η	58 (93,55)	68 (66,67)	126 (76,83)
Χήρος-α	4 (6,45)	26 (25,49)	30 (18,29)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 5. Επίπεδο εκπαίδευσης ατόμων μελέτης.

Επίπεδο εκπαίδευσης	Άνδρες ν (%)	Γυναίκες ν (%)	Σύνολο ν (%)
Δημοτικό	36 (58,06)	51 (50,00)	87 (53,05)
Γυμνάσιο-Λύκειο	12 (19,36)	16 (15,69)	28 (17,07)
ΤΕΙ/ΑΕΙ	2 (3,22)	14 (13,72)	16 (9,76)
Αναλφάβητος-η	12 (19,36)	21 (20,59)	33 (20,12)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 6. Οικονομική κατάσταση ατόμων μελέτης.

Οικονομική κατάσταση	Άνδρες ν (%)	Γυναίκες ν (%)	Σύνολο ν (%)
Κακή	12 (19,35)	18 (17,65)	30 (18,29)
Μέτρια	40 (64,52)	58 (56,86)	98 (59,76)
Καλή	8 (12,90)	24 (23,53)	32 (19,51)
Πολύ καλή	2 (3,23)	2 (1,96)	4 (2,44)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 7. Ασφαλιστικός φορέας ατόμων μελέτης.

Ασφαλιστικός φορέας	Άνδρες n (%)	Γυναίκες n (%)	Σύνολο n (%)
ΟΓΑ	38 (61,29)	62 (60,79)	100 (60,97)
ΙΚΑ	20 (32,26)	24 (23,53)	44 (26,83)
ΔΗΜΟΣΙΟ	4 (6,45)	8 (7,84)	12 (7,32)
ΤΕΒΕ		4 (3,92)	4 (2,44)
ΤΡΑΠΕΖΙΚΟΣ		2 (1,96)	2 (1,22)
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ		2 (1,96)	2 (1,22)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 8. Κοινωνικές συνήθειες ατόμων μελέτης.

Εξεις	Άνδρες n (%)		Γυναίκες n (%)	
	Ναι	Όχι	Ναι	Όχι
Χρήση καπνού	12 (19,35)	50 (80,65)	16 (25,81)	86 (74,19)
Κατανάλωση οινοπν. ποτών	16 (25,81)	46 (74,19)	2 (1,96)	100 (98,04)
Κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών	46 (74,19)	16 (25,81)	78 (76,47)	24 (23,53)

Πίνακας 9. Κατανομή καταναλισκόμενων ομάδων αντιελκωτικών φαρμάκων κατά φύλο.

Ομάδες Αντιελκωτικών	Άνδρες n (%)	Γυναίκες n (%)	Σύνολο n (%)
Κακή	42 (67,74)	62 (59,62)	104 (62,65)
Μέτρια	18 (29,03)	42 (40,38)	60 (36,15)
Πολύ καλή	2 (3,23)		2 (1,20)
Σύνολο	62 (100,00)	104 (100,00)	166* (100,00)

* Δύο άτομα ακολουθούσαν αγωγή με δύο αντιελκωτικά

Πίνακας 10. Κατανομή καταναλισκόμενων δραστικών αντιελκωτικών ουσιών κατά ηλικιακές ομάδες και φύλο.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΝΤΙΕΛΚΩΤΙΚΩΝ	ΟΜΑΔΑ I (22-37 ετών)		ΟΜΑΔΑ II (38-52 ετών)		ΟΜΑΔΑ III (53-67 ετών)		ΟΜΑΔΑ IV (>68 ετών)		ΣΥΝΟΛΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (n%)
	A n(%)	Γ (n%)	A n(%)	Γ (n%)	A n(%)	Γ (n%)	A n(%)	Γ (n%)	
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ Η₂ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ									
A) Σιμετιδίνη				2 (1,20)					2 (1,20)
B) Ρανιτιδίνη	2 (1,20)	6 (3,62)	6 (3,62)	8 (4,82)	10 (6,03)	22 (13,25)	24 (14,46)	22 (13,25)	100 (60,25)
Γ) Φαμοτιδίνη		2 (1,20)							2 (1,20)
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ Η₂ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ									
A) Ομεπραζόλη		4 (2,41)	2 (1,20)	6 (3,62)	8 (4,82)	10 (6,03)	4 (2,41)	16 (9,64)	50 (30,12)
B) Λανσοπραζόλη				2 (1,20)			2 (1,20)		4 (2,41)
Γ) Παντοπραζόλη	2 (1,20)			2 (1,20)		2 (1,20)			6 (3,62)
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ Η₂ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ									
A) Μισοπροστόλη					2 (1,20)				2 (1,20)
Σύνολο	4 (2,41)	12 (7,23)	8 (4,82)	20 (12,05)	20 (12,05)	34 (20,48)	30 (18,07)	38* (22,89)	166* (100,00)

* Δύο άτομα (Γ) της IV ΟΜΑΔΑΣ έκαναν αγωγή με δύο αντιελκωτικά: Ρανιτιδίνη & Ομεπραζόλη

Πίνακας 11. Ημερήσιες δόσεις καταναλισκόμενων αντιελκωτικών φαρμάκων.

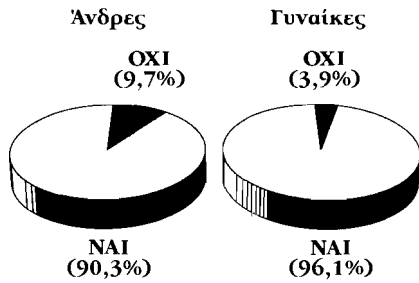
Δοσολογικό σχήμα	Άνδρες n (%)	Γυναίκες n (%)	Σύνολο n (%)
1 δισκίο	30 (48,39)	36 (35,30)	66 (40,24)
2 δισκία	32 (51,61)	66 (64,70)	98 (59,76)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 12. Νοσήματα ή συμπτώματα για τα οποία γινόταν χρόνια χρήση αντιελκωτικών φαρμάκων.

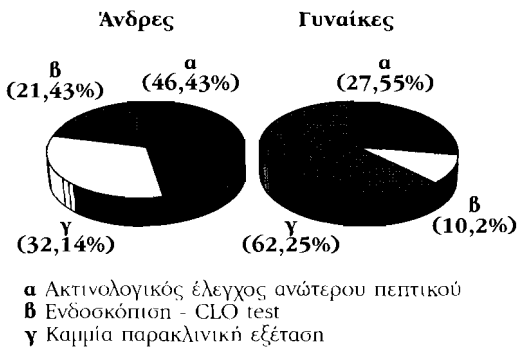
Νοσήματα	Άνδρες n (%)	Γυναίκες n (%)	Σύνολο n (%)
Πεπτικό έλκος			
- 12/κω	24 (38,71)	18 (17,65)	42 (25,61)
- Γαστρικό	2 (3,23)		2 (1,22)
Γαστρίτιδα από:			
- ΜΣΑΦ	8 (12,90)	24 (23,53)	32 (19,51)
- Οινόπνευμα	2 (3,23)		2 (1,22)
Πεπτική οισοφαγίτιδα από ΓΟΠ	6 (9,68)	10 (9,80)	16 (9,76)
Συμπτώματα:			
- Μετεωρισμός	6 (9,68)	17 (16,67)	23 (14,02)
- Όξινες ερυγές	11 (17,74)	29 (28,43)	40 (24,39)
- Επιγαστραλγία	3 (4,83)	4 (3,92)	7 (4,27)
Σύνολο	62 (100,00)	102 (100,00)	164 (100,00)

Πίνακας 13. Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρόνια χρήση αντιελκωτικών φαρμάκων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες	Άνδρες n (%)	Γυναίκες n (%)
Κεφαλαλγία	3 (4,84)	5 (4,90)
Διάρροια	2 (3,23)	4 (3,92)
Δυσκοιλιότητα	2 (3,23)	3 (2,94)

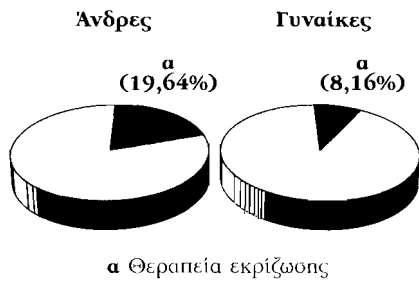


Σχήμα 1. Ποσοστό % ατόμων των οποίων η θεραπεία είχε υποδειχθεί από ιατρό.



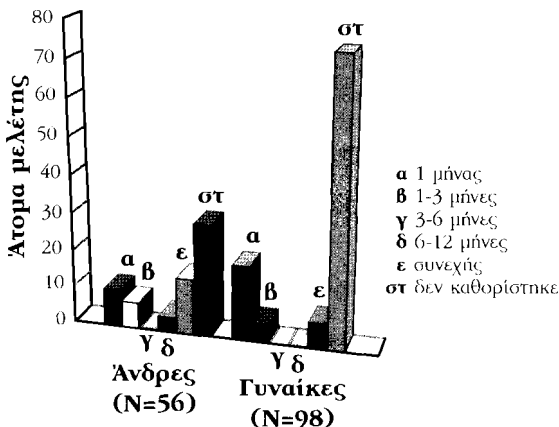
α Ακτινολογικός έλεγχος ανώτερου πεπτικού
 β Ενδοσκόπηση - CLO test
 γ Καμμία παρακλινική εξέταση

Σχήμα 2. Ποσοστό % παρακλινικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διαγνωστική προσπέλαση νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού.

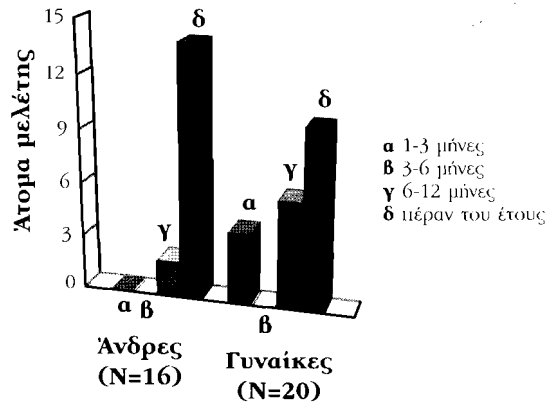


α Θεραπεία εκρίζωσης

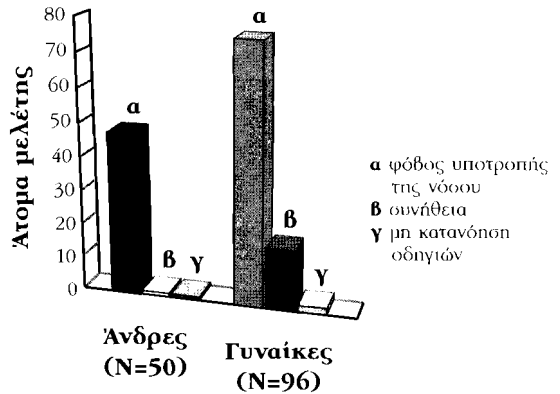
Σχήμα 3. Ποσοστό % ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπεία εκρίζωσης ΗΡ.



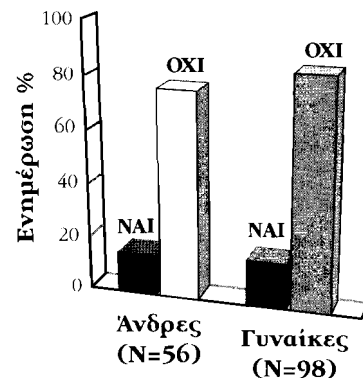
Σχήμα 4. Οριοθείσα διάρκεια θεραπείας.



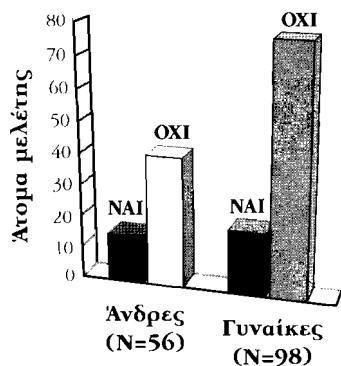
Σχήμα 5. Χρονική υπέρβαση της θεραπείας που ορίστηκε.



Σχήμα 6. Λόγοι συνέχισης αντιελκωτικής αγωγής χωρίς ιατρική υπόδειξη



Σχήμα 7. Ποσοστό % ενημέρωσης των ατόμων της μελέτης σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιελκωτικών φαρμάκων.



Σχήμα 8 Επανεξέταση των ατόμων της μελέτης κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

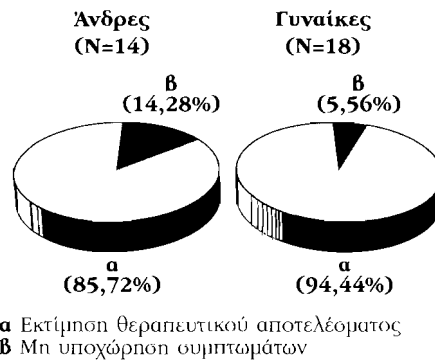
Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα νοσήματα και τα συμπτώματα για τα οποία γινόταν η χρόνια λήψη των αντιελκωτικών. Συχνότερο νόσημα των ανδρών ήταν το δωδεκαδακτυλικό έλκος (38,71%) και των γυναικών η γαστρίτιδα (23,53%) από χρόνια χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (ΜΣΑΦ). Ένα σημαντικό ποσοστό ανδρών (32,25%) και γυναικών (49,02%) καταλάωνε χρονίως αντιελκωτικά εξ αιτίας συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού, με ή χωρίς υπόδειξη ιατρού και χωρίς να έχει προηγηθεί παρακλινικός έλεγχος για τους περισσότερους εξ αυτών (Πίνακας 12, Σχήμα 2).

Θεραπεία με υπόδειξη ιατρού έκανε το 90,3% των ανδρών (56 από τους 62 άνδρες) και το 96,1% των γυναικών (98 από τις 102 γυναίκες) (Σχήμα 1). Η θεραπεία των υπολοίπων ατόμων είχε υποδειχθεί από συναφή ή μη συναφή προς την ιατρική άτομα (Φαρμακοποιοί, νοσηλεύτες, νοσηλεύτριες, φίλοι).

Η διάγνωση της νόσου του 46,43% των ανδρών και του 27,55% των γυναικών είχε βασισθεί στον ακτινολογικό έλεγχο του ανώτερου πεπτικού, του 21,43% των ανδρών και του 10,20% των γυναικών στην ενδοσκόπηση και την ανίχνευση του *Helicobacter Pylori* (Hr) με ταχεία μέθοδο ουρεάσης - CLO test ή δοκιμασία αναπνοής ¹³C-ουρία και του 32,14% των ανδρών και του 62,25% των γυναικών στην κλινική εξέταση (Σχήμα 2).

Θεραπεία εκρίζωσης Hr με τριπλό σχήμα είχαν κάνει 11 (19,64%) από τους 56 άνδρες και 8 (8,16%) από τις 98 γυναίκες (4 άνδρες και 3 γυναίκες από ειδικό γαστρεντερολόγο, Σχήμα 3).

Οι 28 (50,0%) από τους 56 άνδρες και οι 72 (73,42%) από τις 98 γυναίκες ήταν απληροψό-



Σχήμα 8 Επανεξέταση των ατόμων της μελέτης κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ρτοι για τη διάρκεια της θεραπείας που έπρεπε να εφαρμόσουν (Σχήμα 4).

Είκοσι τέσσερις ασθενείς (14 άνδρες και 10 γυναίκες) είχαν υπερβεί την ορισθείσα διάρκεια θεραπείας πέραν του έτους (Σχήμα 5).

Κυριότερος λόγος συνέχισης της αγωγής για το 92% των ανδρών και το 78,12% των γυναικών ήταν ο φόβος υποτροπής της νόσου (Σχήμα 6).

Μόνο το 12,5% των ανδρών και το 14,29% των γυναικών είχε ενημερωθεί σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιελκωτικών φαρμάκων (Σχήμα 7).

Στον Πίνακα 13 φαίνονται όσες από αυτές αναγνώρισαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, χωρίς ωστόσο να αποτελέσουν σε καμμία περίπτωση αιτία διακοπής ή αλλαγής της θεραπείας.

Δεκατέσσερις (25%) από τους 56 άνδρες και 18 (18,37%) από τις 98 γυναίκες επανεξετάθηκαν όσο διαρκούσε η θεραπεία τους (Σχήμα 8), με κυριότερο λόγο την εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Σχήμα 9).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση και αξιολόγηση των παραπάνω αποτελεσμάτων προκύπτουν τα κάτωθι:

Τα περισσότερα άτομα της μελέτης ήταν μεσήλικες και υπερήλικες. Το εύρημα ήταν αναμενόμενο, αφού στις ηλικίες αυτές λόγω αυξημένης χρήσης των ΜΣΑΦ¹, η χορήγηση των αντιελκωτικών προς πρόληψη των επιπλοκών κρίνεται αναγκαία²⁻⁶.

Την πρώτη θέση ανάμεσα στα καταναλισκόμενα αντιελκωτικά κατείχαν οι ανταγωνιστές των H₂ - υποδοχέων της ισταμίνης (H₂ - receptor antago-

nists, H₂ RA) παρά το ότι η αποτελεσματικότητά τους, όπως έχει αποδειχθεί, υπολείπεται αυτής των αναστολέων της αντλίας πρωτονίων (Proton pump inhibitors, PPI_s), τόσο στην επούλωση του πεπτικού έλκους^{7,8} και στην πρόληψη των ελκών των σχετιζομένων με τα ΜΣΑΦ⁹, όσο και στην εξάλειψη των συμπτωμάτων της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης¹⁰ και της λειτουργικής δυσπεφίας¹¹.

Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών μαζί με το κυρίως αντιελκωτικό ελάμβανε και ένα αντιόξινο. Τα αντιόξινα είναι τα φάρμακα που για πολλές δεκαετίες κυριάρχησαν στη θεραπεία των νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού σαν εξουδερωτικά του γαστρικού οξέος. Σήμερα δεν χρησιμοποιούνται για την επούλωση του έλκους, επειδή η αποτελεσματικότητά τους έχει ξεπεραστεί από τα νεότερα αντιελκωτικά⁷, παρά μόνο για τη συμπτωματική ανακούφιση των ασθενών και συνήθως μαζί με κάποιο αντιελκωτικό φάρμακο¹². Δεδομένου ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων που μετείχαν στη μελέτη δεν είχε πάθηση τεκμηριωμένη με παρακλινικές εξετάσεις και η λήψη των φαρμάκων γινόταν «εμπειρικά» για την άρση κάποιων συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού, δικαιολογεί εν μέρει την παραπάνω τακτική.

Μετά τη θεραπεία επούλωσης, ανεξάρτητα από το είδος του αντιελκωτικού που θα χρησιμοποιηθεί, το έλκος υποτροπιάζει σε πολύ υψηλά ποσοστά (60-90% σε ετήσια βάση) και για τη διατήρηση του επουλωτικού αποτελέσματος απαιτείται θεραπεία συντήρησης με τη χορήγηση κατά κανόνα της μισής δοσολογίας H₂ RA ή της ίδιας δοσολογίας με εκείνη της επούλωσης PPI_s⁷. Η δόση συντήρησης χορηγείται πριν από τη νυχτερινή κατάκλιση με σκοπό την καταστολή της νυχτερινής (βασικής) έκκρισης υδροχλωρικού οξέος¹³. Η λήψη από ένα μεγάλο αριθμό ασθενών δύο δόσεων αντιελκωτικού ημερησίως εκτιμούμε ότι εντάσσεται στο γενικότερο πλαίσιο της πολυφαρμακίας και της κατάχρησης που παρατηρείται στη χώρα μας για μια σειρά φάρμακα όπως αντιμικροβιακά¹⁴, πρεμιστικά, αναλγητικά, κ.ά.

Ένας σημαντικός αριθμός πασχόντων καταλάμβανε χρονιάς αντιελκωτικά με στόχο την καταπολέμηση συμπτωμάτων του ανώτερου πεπτικού με ή χωρίς υπόδειξη ιατρού και χωρίς να έχει υποβληθεί σε παρακλινικό έλεγχο. Τα συνήθη συμπτώματα ήταν: μετεωρισμός, επιγαστραλγία, όξινες ερυγές. Τα μη ειδικά αυτά συμπτώματα θα μπορούσαν να αποδοθούν κλινικά στον όρο

«δυσπεφία» αν προηγουμένως είχαν αποκλεισθεί άλλες νοσολογικές οντότητες του ανώτερου πεπτικού με παρακλινικό έλεγχο. Η δυσπεφία είναι ένα μείζον πρόβλημα υγείας όχι μόνο επειδή είναι συχνή κατάσταση αφού προσβάλλει περισσότερο από το 25% του ολικού πληθυσμού της γης, αλλά γιατί μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση μιας σοβαρής νόσου του ανώτερου πεπτικού. Υπολογίζεται ότι το 3-5% των ασθενών που εξετάζονται από το γενικό ιατρό ή τον παθολόγο παρουσιάζουν δυσπεφία^{7,15,16}. Εν τούτοις, σε κανένα βιβλιόριο υγείας δεν συνδεόταν η χορήγηση του αντιελκωτικού φαρμάκου με τον όρο «δυσπεφία».

Επειδή το έλκος του δωδεκαδακτύλου είναι χρόνιο νόσημα, ενώ συμπτώματα παρόμοια με το έλκος στομάχου μπορεί να έχουν ασθενείς με πρώιμο γαστρικό καρκίνο, επιβάλλεται να τεκμηριώνεται η κλινική διάγνωση με παρακλινικές εξετάσεις και κυρίως με ενδοσκόπηση^{13,22}. Η διάγνωση νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού με κλινικά μόνο κριτήρια, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης μας, θεωρούμε ότι αποτελεί ανεπίτρεπτη ιατρική τακτική.

Μετά τη διαπίστωση ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ελκών (> 90%) σχετίζεται με το H_ρ η θεραπεία επιβάλλεται να στοχεύει στην εκρίζωσή του στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν αδιαμφισβήτητες ενδείξεις όπως το γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και το MALT (Mucosae Associated Lymphoid Tissue) λέμφωμα χαμηλής κακοήθειας (συμφωνία Maastricht 1997). Αντιθέτως, δεν πρέπει να υποβάλλεται σε θεραπεία εκρίζωσης οποιοδήποτε άτομο θετικό στο H_ρ γιατί είναι άσκοπη και επί πλέον στερείται επιστημονικής βάσεως. Η εκρίζωση επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ενός αναστολέα της γαστρικής έκκρισης (PPI_s ή κιτρικό βισμούθιο) και δύο αντιβιοτικών (κλαριθρομυκίνη και Αμοξυκιλλίνη ή Μετρονιδαζόλη) για 7-10 ημέρες¹⁷⁻¹⁹. Από τα αποτελέσματα της εργασίας συνάγεται πως η εκρίζωση του H_ρ σαν μέσο θεραπείας δεν έχει βρει ακόμη τη θέση της στη θεραπευτική φαρέτρα του γιατρού της Π.Φ.Υ. αφού επιχειρήθηκε σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις.

Εάν δεν ακολουθηθεί θεραπεία εκρίζωσης η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται στη χορήγηση ενός αντιελκωτικού για χρονικό διάστημα 6-8 εβδομάδων. Εάν το έλκος υποτροπιάσει τους πρώτους 3-4 μήνες η θεραπεία επαναλαμβάνεται. Αν υποτροπιάζει συχνά δοκιμάζονται άλλα φάρμακα ή αποπειράται εκρίζωση του H_ρ ή αναζητείται η αιτία. Σε ορισμένους από τους ασθενείς

που παρουσιάζουν συχνές υποτροπές μπορεί να χορηγηθεί θεραπεία συντήρησης για 6-48 μήνες, με μισή δόση πριν τη νυχτερινή κατάκλιση^{12,13}. Σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών της μελέτης είχε χορηγηθεί αντιελκωτική αγωγή χωρίς να καθορισθεί η διάρκεια της θεραπείας.

Τα αντιελκωτικά φάρμακα αν και στο σύνολό τους είναι εξαιρετικά ασφαλή, εν τούτοις, είναι δυνατόν κατά τη διάρκεια της λήψης τους να προκαλέσουν σε περιορισμένο βαθμό ανεπιθύμητες ενέργειες^{7,9,20,21}. Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν να είναι ενημερωμένο μόλις το 12,5% των ανδρών και το 14,29% των γυναικών, σχετικά με αυτό το ενδεχόμενο. Ο ιατρός ανάμεσα στα άλλα καθήκοντά του έχει χρέος να ενημερώνει τον ασθενή για το ενδεχόμενο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, ούτως ώστε σε περίπτωση εμφάνισής των να αντιμετωπίζονται εγκαίρως.

Η μικρή συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών ακόμη και μετά από μακρόχρονη λήψη¹³, όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα της μελέτης, αναδεικνύουν τα αντιελκωτικά σε εξαιρετικά ασφαλή φάρμακα της καθημερινής ιατρικής πράξης²¹.

Όλοι οι ασθενείς με επιμένοντα ή υποτροπιάζοντα γαστρικά έλκη επιβάλλεται να παρακολουθούνται ενδοσκοπικά και να επαναλαμβάνονται τόσο η βιοψία όσο και η κυτταρολογική εξέταση μέχρι πλήρους επούλωσης του έλκους¹³. Από τα άτομα της μελέτης μόνο ένας μικρός αριθμός επανεξετάθηκε κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η λειτουργική δυσπεψία ενώ χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και έρευνας λόγω των σοβαρών παθήσεων που μπορεί να υποδύεται, όπως ο καρκίνος του στομάχου²², (Ελληνική Διάσκεψη Συμφωνίας για τη Δυσπεψία, Αθήνα 1998), φαίνεται να παραγνωρίζεται παντελώς. Την παραπάνω διαπίστωση την επιβεβαιώνει η ανυπαρξία αναφοράς στον όρο «δυσπεψία» κατά τον έλεγχο των βιβλιογραφικών υγείας των ατόμων που μετείχαν στη μελέτη.

Η διαγνωστική προσέγγιση των νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού στο μεγαλύτερο αριθμό των περιπτώσεων επιχειρείται χωρίς τον απαραίτητο παρακλινικό έλεγχο και κυρίως χωρίς ενδοσκόπηση, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της Ηρ λοίμωξης, όπως συμβαίνει και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (European Journal of General Practice 1997; 3: 125-130), γίνεται κατά κύριο λόγο «εμπειρικά», αφού δεν αιτιολογείται με ασφαλή διαγνωστικά κριτήρια (γαστροσκόπηση, ανίχνευση Ηρ). Η τακτική αυτή ως είναι φυσικό οδηγεί στην άσκοπη χρόνια κατανάλωση αντιελκωτικών.

Η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με βασικά θέματα της θεραπείας των όπως ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων, διάρκεια θεραπείας, επανεξέταση, κρίνεται ανεπαρκής αφού λίγοι εξ αυτών βρέθηκαν να είναι σχετικά ενημερωμένοι.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι τόσο οι διαγνωστικοί, όσο και οι θεραπευτικοί χειρισμοί κατά την αντιμετώπιση των νοσημάτων του ανώτερου πεπτικού, στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, δεν φαίνεται να ακολουθούν τις επιταγές της σύγχρονης θεραπευτικής.

Επιβάλλεται, ως εκ τούτου, συνεχής ενημέρωση των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις θεραπευτικές απαιτήσεις της εποχής μας.

ABSTRACT

Zogas D, Tsiolis X, Zoga V, Eleftheriou N. Evaluation of the diagnostic and therapeutic manipulation of the upper gastrointestinal system in Primary Health Care. Hippokratia 2000, 4 (4): 170-178

The purpose of this work was the registration and the evaluation of the diagnostic and therapeutic manipulations which are applied to treat the diseases and symptoms of the upper digestive system at the first level health system.

Population study and Methods: 164 adults were investigated, 62 men and 102 women by means of a specific questionnaire, and personal interview. These subjects presented a disease or a symptom of the upper digestive system for which they received with or without a doctor's consultation, systematically antiulcerative treatment.

Results: (a) 42,68% of chronic antiulcerative treatment aimed at the reduction of symptoms of the upper digestive system. (b) The diagnosis of 34,42% of the sufferers was based on X-ray examination, the 14,28% on endoscopic on deflection of *Helicobacter pylori* (Hp) tests 51,30% on clinical examination. (c) 10,30% was subjected

to treatment for the removal of Hp. (d) One in two men and three in four women were informed about the duration of the treatment they had to follow. (e) Only the 20,78% had been reexamined during the treatment period.

Conclusions: The applied diagnostic and therapeutic management the diseases of the upper digestive system at the first level health system is thought as inadequate since in its totality do not follow the modern therapeutic trends and as a result the patients overconsume antiulcerative medication.

Thus it is required by doctors of Primary Health Care to be continuously informed and be in a position to confront efficiently the requirement of our time.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γαβριήλ Π. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Μηχανισμοί γαστροδωδεκαδακτυλικής βλάβης και παρενέργειες από το ανώτερο πεπτικό σύστημα. Ιατρική επιθεώρηση Ι.Κ.Α. 1991, 2 : 29-39.
2. Γαβριήλ Π. Ανεπιθύμητες ενέργειες των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων από το ανώτερο πεπτικό σύστημα. Ελληνική ρευματολογία 1992, 4 : 42-50.
3. Σακελλαρίδης Δ, Παπαζιώγας Θ, Χριστοφορίδης Ε, Γαλάνης Ν. : Γαστρορραγία από πεπτική νόσο και λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Γαλνός 1991, 33 : 554-558.
4. Αδαμίδης Γ, Δεσφίνος Γ, Τοπαλίδης Α. και συν. Γαστρορραγία από λήψη φαρμάκων σε μη ελκοπαθείς. Εμπειρία από 320 περιπτώσεις. Γαλνός 1987, 19 : 817-821.
5. Λαδάς Δ, Γιαννόπουλος Γ, Ροκάς Θ, Χατζηγιάννου Ι, Ράπτης Α. Οξεία αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό σύστημα. Διάγνωση, νοσηλεία και έκβαση σε οξεία με την ύπαρξη ιστορικού ελκοπάθειας και τη λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Materia Medica Graeca 1984, 12 : 247-252.
6. Καλαποθάκος Π, Αρσένιου Β, Κασούκης Α, Ζαμιέλι Ε, Τριανταφυλλόπουλος Π, Λαγουδάκης Μ. Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού σε ηλικιωμένα άτομα - Ο ρόλος των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Ανακοίνωση 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Θεσ/νίκη 1999.
7. Αρχιμανδρίτης Α. Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος. Από την Παθοφυσιολογία στη θεραπεία. Τεχνόγραμμα, Αθήνα 1999.
8. Δορυφορικό Συμπόσιο. «Ομπραζόλη - Βαδίζοντας στην δεύτερη δεκαετία τεκμηριωμένης κλινικής εμπειρίας» 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Θεσ/νίκη 1999.
9. Yeomans N. et al. A comparison of omeprazole with Ranitidine for Ulcers Associated with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. N Engl J Med 1998, 338 : 719-727.
10. Vénables TL, Newlaud RD, Poitel AC, et al. Omeprazole 10 milligrams once daily, omeprazole 20 milligrams once daily, or ranitidine 150 milligrams twice daily, evaluated as initial therapy for the relief of symptoms of gastro-esophageal reflux disease in general practice. Scand J Gastroenterol 1997 ; 32 : 965-973.
11. Blum A, Arnold R, Kollz H, Stotle M and the FROSCHE Study Group. Gastroenterology 1997, 112 : A 73.
12. Εθνικό Συναγολόγιο. Εκδόσεις Ε.Ο.Φ., Αθήνα 1996, σελ. 35.
13. Ράπτη Σ. Εσωτερική Παθολογία. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρ.Κ. Παρσισιάνου» - Μαρία Γ. Παρσισιάνου, Αθήνα 1998, σελ. 1004-1044.
14. Ζώγας Δ, Ελευθερίου Ν, Ζώγα Β, Ελευθερίου Κ, Λιάκος Μ. Αντιμικροβιακά φάρμακα στην Ηρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Χρήση-κατάχρηση. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1998, 10 : 58-67.
15. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Τμήμα Ιατρικής-Τομέας Παθολογίας, Δ/της : Καθηγητής Μ. Παπαδημητρίου: Εσωτερική Παθολογία. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1998, σελ. 596-602.
16. Haikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, et al. Etiology of dyspepsia : Four hundred unselected consecutive Patients in general Practice. Scand J Gastroenterol 1995 : 30 : 519-523.
17. Μιχόπουλος Σ. Θεραπεία λοιμώξεως από Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού στους ενήλικες. Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, Αθήνα 1999.
18. Richard V, Heatley J. Οδηγός του κλινικού ιατρού για το Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού. Μετάφραση-επιμέλεια Β. Γκοβδόου. 1995.
19. Ευγενίου Α, Δεβλιώτη Α, Σανίδας Σ, και συν. Αποτελεσματικότητα Θεραπείας εκρίζωσης Ελικοβακτηριδίου του πυλωρού σε Έλληνες ασθενείς. Ανακοίνωση 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Θεσσαλονίκη 1999, τόμος περιλήψεων.
20. «Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση». Εξειδικευμένες ιατρικές εκδόσεις Α. Ματσιανιώτης Α.Ε. Λαε Εξάμηνο, 1999.
21. Δορυφορικό Συμπόσιο : «Η μάχη του γαστρικού οξέος χθες, η αντιμετώπισή του το 2000». 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, 1999.
22. Κακούτης Ε, Στρατής Ι, Χατζηχρήστου Α, Γρηγοριάδης Σ, Κεπερλής Χ, Μακραντωνάκης Ν. Καθυστερημένη διάγνωση του Καρκίνου του στομάχου : Αίτια και κλινική σημασία. Ανακοίνωση 19ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γαστρεντερολογίας, Θεσσαλονίκη 1999 τόμος περιλήψεων.

Αλληλογραφία

Δ. Ζώγας
Παρασκευοπούλου 45
551 33 Καλαμαριά
Θεσσαλονίκη
τηλ. 458681

Corresponding author

Zogas D,
45 Paraskevoudou str.
551 33 Kalamaria
Thessaloniki
Greece