

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΜΠΕΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ
ΜΠΟΡΜΠΟΤΣΙΑΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑ

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

53a

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Μ Ε Ρ Ο Σ	Α'	Σελίδα
Πρόλογος.....		1
Κεφάλαιο Α'		
α)Ανατομία Στομάχου.....		2-8
β)Φυσιολογία του Στομάχου.....		9-13
γ)Παθολογική Ανατομία και συχνότητα εμφάνισης της νόσου.....		14-21
δ)Αιτιολογία.....		22-23
Κεφάλαιο Β'		
α)Κλινική εικόνα		24-25
β)Διάγνωση - Εξετάσεις στομάχου.....		
γ)Πρόγνωση και Διαφορική διάγνωση.....		26-31
Κεφάλαιο Γ'		
α)Χειρουργική θεραπεία		32-41
β)Χημειοθεραπεία.....		

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

Νοσηλευτική φροντίδα I

Κεφάλαιο Α'		
α)Προεγχειρητική φροντίδα.....		
Ψυχολογική προετοιμασία.....		
Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.....		42-47
β)Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργείου.....		48
γ)Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς που έκανε γαστρεκτομή.....		
Ανάγκες αρρώστου μετά την ανάνηψη.....		49-61

Νοσηλευτική Φροντίδα ΙΙ

Κεφάλαιο Β'

α)Ειδική Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με αθεράπευτο κακοήθες νεόπλασμα.....	62-66-
β)Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά τη χημειοθεραπεία.....	67-68
γ)Η ψυχολογία του Καρκινοπαθούς.....	69-71
δ)Συμπεριφορά του Νοσηλευτή απέναντι στον καρ- κινοπαθή.....	72-74

Κεφάλαιο Γ'

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη πρόληψη του καρκίνου.....	75-76
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιμόρφωση του κοι- νού.....	77-79
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του καρ- κινοπαθή.....	80-82
Συμπέρασμα - Προτάσεις	83-84
Επίλογος.....	85
Κεφάλαιο Δ'	
Παράρτημα Ιστορικών.....	86-94

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Ο καρκίνος είναι μία ασθένεια η οποία χαρακτη-
ρίζεται από την ανώμαλη ακαθόριστη αύξηση των κυττά-
ρων.

Οι καρκινικοί όγκοι προσβάλλουν επίσης τους υγιείς
ιστούς, οι οποίοι μπορεί να καταστραφούν ή ακόμα
και να αντικατασταθούν από τον κακοήθη όγκο.

Κάθε μέρος του σώματος μπορεί να προσβληθεί
από καρκινικό όγκο, ιδιαίτερα όμως, όργανα σαν
το στομάχι, τα έντερα και τα γεννητικά όργανα, εί-
ναι ιδιαίτερα ευπρόσβλητα.

Ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνή νόσος. Αντι-
προσωπεύει το 30% των καρκίνων και είναι τρίτος κατά
σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και
του παχέος εντέρου.

Απαντά συχνότερα στους άνδρες. Στις γυναίκες
έρχεται κατά σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του
μαστού και της μήτρας. Από απόψεως ηλικίας συναν-
τάται μεταξύ 30 - 70 ετών.

ΜΕΡΟΣ Α

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι είναι το κύριο όργανο του πεπτικού συστήματος . Έχει σχήμα απιδιού και είναι το πιάδι διευρυσμένο μέρος του πεπτικού συστήματος. Ευρίσκεται κάτω από το διάφραγμα και πιάνει το αριστερό μέρος της άνω κοιλιάς.

Ο οισοφάγος που περνάει από το διάφραγμα, μεταπίπτει απότομα στο στομάχι και καταλήγει δεξιά του καρδιακού στόμιου του στομάχου, ήρεμα στο ελάσσον τόξο ή αριστερά στο άνω χείλος του στομάχου, σχηματίζοντας οξεία γωνία, την καρδιακή εντομή, που καταλήγει στο μέσο τόξο ή στο κάτω χείλος του στομάχου. Τα δύο αυτά χείλη αρχόμενα από την καρδιά του στομάχου, φέρονται τοξοειδώς μέχρι του άλλου άκρου του στομάχου, του πυλωρού, και χωρίζουν σε δύο τις επιφάνειες του στομάχου , την πρόσθια και την οπίσθια.

Σαν όριο του καρδιακού άκρου του στομάχου χρησιμεύει εξωτερικά μεν η καρδιακή εντομή, εσωτερικά δε η κυκλωτερώς οδοντωτή γραμμή που παράγεται λόγω της μεταβολής της χροιάς του βλεννογόνου από την ωχή σε πορτοκαλιώδους χροιά, που προκαλείται λόγω της μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου στο κυλινδρικό επιθήλιο του στομάχου. Αντίστοιχα προς την καρδιακή εντομή εσωτερικά παράγεται η καρδιακή βαλβίδα του στομάχου που κλείνει ελαφρά το καρδιακό στόμιο.

Το πυλωρικό άντρο εξωτερικά περιλαμβάνει την πυλωρική αύλακα, στο εσωτερικό της οποίας αντιστοιχεί η πυλωρική βαλβίδα.

Το μήκος του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες, ανέρχεται με μέτρια πλήρωση σε 25-30 εκατοστά το δε πλάτος της καρδιακής αυτού μοίρας σε 9-10 εκατοστά, της δε πυλωρικής σε 3-4 εκατοστά. Η χωρητικότητα αυτού, που ποικίλει επίσης, κυμαίνεται από 500-2.500 γρ. αναλόγως και των συνηθειών του κάθε ατόμου.

Η μορφή του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες στους ανθρώπους, μεταβάλλεται και στο ίδιο άτομο ανάλογα με τις ώρες. Συνήθως μοιάζει με άγγιστρο ή με το γράμμα T.

Η καρδιακή μοίρα υποδιαιρείται στο θόλο (πυθμένα) και στο σώμα του στομάχου μεταξύ των οποίων τελείται η μετάβαση του οισοφάγου στο στομάχι.

Η πυλωρική μοίρα διακρίνεται στο λεπτότοιχο πυλωρικό άνδρο, που είναι το χαμηλότερο μέρος του στομάχου και τον παχύτερο πυλωρικό σωλήνα. Σ' ένα νεκρό άτομο, το στομάχι βρίσκεται ψηλότερα από τον ζωντανό άνθρωπο και διαφέρει επίσης και στην μορφή. Ο θόλος, το σώμα και το πυλωρικό άνδρο αποτελούν σακκοειδές μόρφωμα που στενεύει βαθμιαία προς τον πυλωρό. Το χαμηλότερο μέρος του μείζονος τόξου βρίσκεται στο ίδιο ύψος με το υποπλεύριο επίπεδο, ο δε πυλωρός αντιστοιχεί στην ακανθώδη απόφυση του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο θόλος βρίσκεται σε πολύ υψηλό επίπεδο εξαιτίας της υψηλής στο πτώμα θέσης του διαφράγματος. Τα πορίσματα όμως που προέκυψαν από την έρευνα του ανατομικού παρασκευάσματος γύρω από την μορφή και τη θέση του στομάχου μεταβλήθηκαν ουσιαστικά με την χρησιμοποίηση των ακτίνων X για την μελέτη του στομάχου σε ζωντανό οργανισμό. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες επιδρούν σημαν-

τικά στην μορφή και τη θέση του στομάχου. Έτσι ο τόνος του τοιχώματος του στομάχου, η πίεση από τα διπλανά όργανα, η στάση του κορμιού, οι αναπνευστικές κινήσεις, ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος και του διαφράγματος και οι ίδιες κινήσεις που κάνει το στομάχι, κανουν αξιόλογους παράγοντες και έχουν μεγάλη σημασία για τις παραλλαγές της μορφής και της θέσης του στομάχου σε ζωντανό οργανισμό.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι αποτελείται από 4 στρώματα:

- α. τον βλεννογόνο ,
- β. τον υποβλεννογόνο,
- γ. τον μυϊκό χιτώνα και
- δ. τον ορογόνο.

α. Ο βλεννογόνος. Αν εξετασθεί γαστροσκοπικώς εμφανίζεται προς μεν το πυλωρικό πεπαχυμένος, λεπτότερος δε προς τον πυθμένα.

β. Ο υποβλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και επιτρέπει στον βλεννογόνο να διολισθαίνει ελεύθερα σε αυτόν, όταν συσπάται ο μυϊκός ιστός του στομάχου.

γ. Ο μυϊκός χιτώνας περιλαμβάνει τρία στρώματα: το εσωπλάγιο, το μέσο κυκλοτερές και το έξω επιμήκες.

δ. Ο Ορογόνος. Το στομάχι καλύπτεται εξ ολοκλήρου από το περιτόναιο το οποίο σχηματίζει τον οροφάγο. Αυτός εφάπτεται απόλυτα στο στομάχι, με εξαίρεση τα δύο τόξα όπου αναδιπλώνεται και σχηματίζει επίπλου.

ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Από τον αλφειο τρίποδα κλάδο της κοιλιακής αορτής το στομάχι δέχεται άφθονη ποσότητα αίματος.

Οι κύριοι κλάδοι διευθύνονται κατά μήκος των τόξων (αριστερή γαστρική, σπληνική, ηπατική).

Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου η αριστερή γαστρική αναστομώνεται από την πυλωρική. Οι δύο αναστομούμενες αρτηρίες δίνουν μικρότερους κλάδους στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα του στομάχου.

Κατά μήκος του μείζονος τόξου η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, αναστομώνεται με την αριστερή γαστροεπιπλοϊκή. Μικροί κλάδοι κατά την σπληνική εξαφανίζουν την άρδευση, είναι πολύ περισσότερο φτωχή από αυτήν του πυθμένα του σώματος και του μείζονος τόξου. Η άρδευση εξάλου του στομάχου είναι ελαττωμένη, καθώς προσεγγίζουμε τον δωδεκαδάκτυλο ο οποίος έχει ελάχιστα αγγεία, ενώ αυτή βελτιώνεται προς την κατιούσα μοίρα.

Όλες αυτές οι αρτηρίες αφού διέλθουν από τον μυϊκό χιτώνα, σχηματίζουν ένα αρκετά πλούσιο πλέγμα από τον βλεννογόνο. Όταν το στομάχι συσπάται αυξάνουν την αντίσταση και εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος. Σε διατεταμένο στομάχι οι διάφορες αυτές καμπυλοειδείς και σπειροειδείς αρτηρίες διαστέλλονται και επιτρέπουν την μεταφορά περισσότερου αρτηριακού αίματος προς τον βλεννογόνο. Στο τέλος της πέψης όταν το στομάχι συσπάται πάλι απ' την αρχή, οι αρτηρίες συστέλλονται και αυτές εμποδίζοντας έτσι την αφυδάτωση του βλεννογόνου.

ΛΕΜΦΙΚΑ ΑΓΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η γνώση των αγγείων αυτών ιδίως η πορεία τους είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιληφθεί κάποιος τον μηχανισμό των γαγγλιακών μεταστάσεων του καρκίνου.

Τα τριχοειδή αγγεία κινούμενα από τον βλεννογόνο οδηγούν την λέμφο μέσα σε μεγαλύτερα προς τον υποβλεννογόνο αγγεία. Από αυτά μεγαλύτεροι κλάδοι εισέρχονται μέσα στο μυϊκό σύστημα και τον ορογόνο για να σχηματίσουν τα λεμφικά αγγεία, τα οποία ακολουθούν την πορεία των φλεβών. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου ακολουθούν την πορεία της αριστερής γαστρικής φλέβας. Κινούμενα μέσα στον αδένα που βρίσκεται παρά τον Αλλίρειο τρίποδα και μέσα στον θωρακικό πόρο.

Μέσα στον ηπατογαστρικό σύνδεσμο και κατά μήκος του ελάσσονος τόξου υπάρχουν πολλοί μικρού μεγέθους αδένες. Κακοήθεις όγκοι του κατώτερου τμήματος του στομάχου και παρά το ελάσσον τόξο, λόγω εμβολής των λεμφικών αγγείων κάνουν μεταστάσεις πολύ γρήγορα προς τους αδένες αυτούς. Η συχνή εξάλλου επέκταση των κακοήθων όγκων του καρδιακού στομίου προς το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου και αντίστροφα, οφείλεται στις υφιστάμενες αναστομώσεις μεταξύ των λεμφικών αγγείων του καρδιακού στομίου και αυτών του κατώτερου τμήματος του οισοφάγου.

Το άνω ήμισυ του μείζονος τόξου του σώματος του στομάχου και ολόκληρος ο πυθμένας έχουν τα λιγότερα σε αριθμό από οποιαδήποτε άλλο τμήμα του στομάχου λεμφικά αγγεία. Αυτά καταλήγουν σε γάγγλια στην πύλη του σπλήνα. Η ζώνη

αυτή του στομάχου καλείται και "σιωπηλή ζώνη" διότι οι μεταστάσεις σε απομακρυσμένους αδένες λαμβάνουν βραδύτερα χώρα. Έτσι συχνότατα αναπτύσσονται στη χώρα αυτή όγκοι μεγάλοι σε μέγεθος πριν να γίνουν αντιληπτοί ή να δώσουν μεταστάσεις.

Το κατώτερο τμήμα του μείζονος τόξου του σώματος και του πλωρικού άνδρου έχουν αρκετά λεμφικά αγγεία, που καταλήγουν σε αδένες που βρίσκονται πάνω από το πλωρικό και αναστομώνονται με άλλους ηπατικούς. Έτσι σε περίπτωση καρκίνου του πλωρού και του δωδεκαδακτύλου δεν αναστομώνονται μεταξύ τους ή υπάρχει μια ασήμαντη αναστομωτική αλυσίδα, που έχει σαν αποτέλεσμα σπανιότατα να παρατηρείται η επέκταση ενός καρκίνου του πλωρικού προς το δωδεκαδάκτυλο.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι νευρούται από το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα. Το παρασυμπαθητικό διαιρείται στο δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό. Το αριστερό διασχίζει την πρόσθια επιφάνεια του στομάχου, το δε δεξιό την οπίσθια. Τα δύο πνευμονογαστρικά είναι τα σπουδαιότερα νεύρα της εκκρίσεως, αλλά και της κινητικότητας του στομάχου.

Το συμπαθητικό που δρά στο στομάχι, σχηματίζεται από τα θωρακωνωτιαία νεύρα. Το συμπαθητικό με την ανασταλτική του ιδιότητα επιδρά στην υπερλειτουργία του παρασυμπαθητικού.

Στο τοίχωμα του στομάχου υπάρχουν δύο νευρικά πλέγματα. Το μεντερικό ή πλέγμα AURBACH που ενισχύει την κινη-

τικότητα και εξασφαλίζει την αρμονική λειτουργία των γαστροκινήσεων.

Τα υποβλεννογόνα ή πλέγμα του ΜΕΙΣΣΝΕΖ, που επιδρά στην γαστροέκκριση.

ΣΤΗΡΙΓΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι στηρίζεται στη θέση του με τα δύο άκρα του : της καρδιάς και του πυλωρού.

Με τα παρακείμενα όργανα , με τη συνέχεια του κοιλιακού τοιχώματος και με το περιτόναιο.

Σχηματίζονται λοιπόν οι εξής σύνδεσμοι :

1. Ηπατογαστρικού ή ελάσσονος επιπλδου.
2. Μείζονος επιπλδου.
3. Σαστροσπηνικού συνδέσμου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο ρόλος του στομάχου είναι να δέχεται κάθε είδους τροφή που τροποποιεί έτσι ώστε να γίνεται ανεκτή από το λεπτό έντερο ,χωρίς να το ερεθίζει και επιπλέον να την παρασκευάζει για την τελική πέψη και απορρόφηση. Οι τροφές με την εισαγωγή στο στομάχι αποκτούν τη θερμοκρασία του σώματος και μερικές από αυτές πέμπτονται μερικώς. Το στομάχι χάρη στις κινήσεις του αναμιγνύει τις τροφές μεταξύ τους και με το γαστρικό υγρό, τις πολτοποιεί, μέχρι να πάρουν ομοιογενή και ημίρρευστη σύσταση. Ο χυμός αυτός από πυλωρό εισέρχεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο. Έτσι προπαρασκευάζονται οι τροφές για την πέψη τους στο έντερο.

Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται από πολλούς αδένες ,ο αριθμός των οποίων υπερβαίνει τα 35.000.000.

Το στομάχι υποδιαιρείται σε δύο μείζονες περιοχές, που κάθε μία τους περιλαμβάνει ειδικό τύπο αδένων. Τα δύο τρίτα του στομάχου (κοντά στον οισοφάγο), περιλαμβάνουν τους κυρίως γαστρικούς αδένες, των οποίων ο ρόλος είναι να παράγουν τα πεπτικά στοιχεία του γαστρικού υγρού, ενώ το ανώτερο 1/3 περιλαμβάνει τους πυλωρικούς αδένες, με κύρια λειτουργία την παραγωγή βλέννης.

Επιπλέον υπάρχουν δύο ελάσσονες ζώνες. Η πρώτη η άνω λέγεται καρδιακή και αποτελείται από βλεννώδεις αδένες, ενώ η δεύτερη ή ενδιάμεση ζώνη αποτελείται από μικρούς αδένες.

Όλοι οι προαναφερθέντες γαστρικοί αδένες αποτελούνται από τέσσερεις βασικούς τύπους κυττάρων :

α)Επιπολής επιθηλιακά κύτταρα.

β)Θεμέλια κύτταρα του αυχένα(τα οποία είναι ιστολογικά όμοια με τα κύτταρα των αδένων του πνευμονικού και του καρδιακού τμήματος) .

γ)Τοιχωματικά κύτταρα.

δ)Θεμέλια κύτταρα του σώματος.

Τα επιπολής επιθηλιακά κύτταρα βρίσκονται σε όλες τις μοίρες του στομάχου, του οποίου καλύπτουν την επιφάνεια. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν βλέννη.

Τα θεμέλια κύτταρα του αυχένα βρίσκονται επίσης σε όλες τις μοίρες του στομάχου. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν μία βλέννη περισσότερο διαλυτή παρά γλοιώδη.

Τα τοιχωματικά και τα θεμέλια κύτταρα του σώματος βρίσκονται μόνο στον πυθμένα και το σώμα του στομάχου. Τα μεν πρώτα εκκρίνουν το HCL, τα δε δεύτερα την πεψίνη.

Το γαστρικό υγρό είναι το μίγμα των διαφόρων εκκρίσεων των κυττάρων των αδένων του στομάχου, δηλαδή της πεψίνης, βλέννης και της υδαρούς διαλύσεως του οξέος. Ο κύριος ρόλος του γαστρικού υγρού είναι να διασπά τις πρωτεΐνες σε μικρότερες ομάδες αμινοξέων με την επίδραση του HCL και της πεψίνης.

Το HCL έχει ως κύρια πηγή το NaCl του αίματος.

Ρόλος του υδροχλωρικού οξέος:Ο ρόλος αυτός είναι σημαντικός γιατί προσφέρει αντισηπτική, και ιδιαίτερα βα-

κτηριογόνο βοήθεια. Σκοτώνει τον σταφυλόκοκκο και το κολοβακτηρίδιο. Έτσι σε άτομα με φυσιολογική έκκριση HCL, το περιεχόμενο του δωδεκαδακτύλου είναι στείρο μικροβίων.

Η πεψίνη βρίσκεται στους αδένες με τη μορφή πεψιγόνου, όπου μεταβάλλεται σε πεψίνη με την επίδραση του HCL.

Η βλεννίνη βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στο γαστρικό υγρό. Έχει σαν κυριότερο σκοπό την προστασία του στομάχου από τραυματισμούς και αναστέλει την πεπτική επίδραση.

Η ποσότητα του γαστρικού υγρού είναι 60.000 ανά γεύμα και 150.000 το 24ωρο. Περιέχει επίσης και NaCL, K₂CO₃, φωσφορικό Ca, άλατα μαγνησίου και ποσότητα πολυμορφωμένων.

Το στομάχι επίσης έχει άμεση σχέση με το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Η γαστρική έκκριση διακρίνεται σε ψυχική (κεφαλική) και χημική (στομαχική φάση).

Η ψυχική φάση προκαλείται με τη θέα, οσμή ή γεύση φαγητών. Το ερέθισμα μεταφέρεται στο στομάχι μέσω των πνευμονογαστρικών νεύρων και διεγείρει τους αδένες να παράγουν γαστρικό υγρό πλούσιο σε υδροχλωρικό οξύ και πεψίνη.

Η χημική φάση προκαλείται με την επίδραση της τροφής πάνω στο στομαχικό βλεννογόνο, με αποτέλεσμα την παραγωγή γαστρίνης, η οποία μεταφέρεται στα ανάλογα κύτταρα του

στομάχου που τα διεγείρει για την παραγωγή γαστρικού υγρού για την πέψη.

Επίδραση γνωστών φαρμάκων στην γαστρική έκκριση.

Τα αλκάλια. Θεωρούνται ανασταλτικά της γαστρικής έκκρισης, με επικεφαλής το διττανθρακικό νάτριο. Η αξία των αλκαλίων στις στομαχικές διαταραχές οφείλεται στην ικανότητά τους να εξουδετερώνουν την οξύτητα του περιεχομένου του στομάχου.

Το οινόπνευμα. Προκαλεί άφθονη έκκριση γαστρικού υγρού, που περιέχει πολύ HCL και βλεννίνη. Η ιδιότητα αυτή οφείλεται στην ισταμίνη που προκαλείται από τον ερεθισμό των πυλωρινών αδένων.

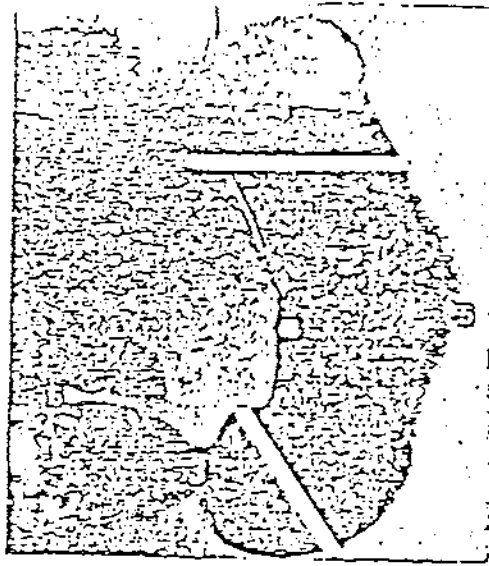
Τα διάφορα καρυκεύματα .Ελάχιστα επηρεάζουν την γαστρική έκκριση. Με την ανάμιξή τους όμως με τις τροφές, δρούν αμέσως και θέτουν σε ενέργεια την ψυχική φάση της γαστρικής έκκρισης.

Ισταμίνη. Προκαλεί μεγάλη γαστρική έκκριση και χρησιμοποιείται για τη μελέτη του γαστρικού υγρού από απόψευς HCL.

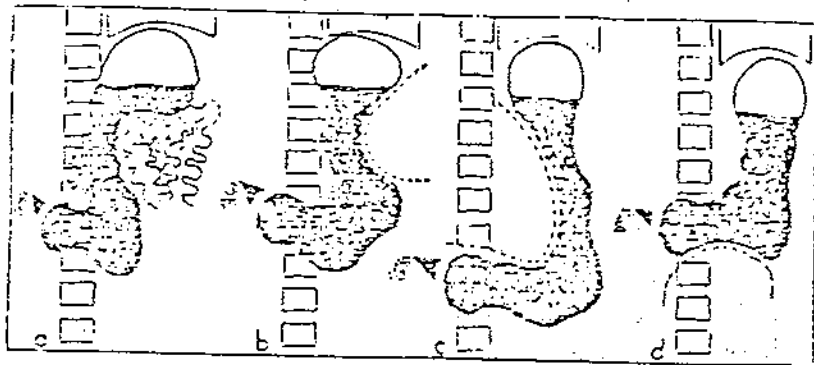
Τα ηπατικά εκχυλίσματα, που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κακοήθους αναιμίας, είναι ισχυρά μέσα ερεθισμού της γαστρικής έκκρισης.

Το κάπνισμα για άλλους ελαττώνει , για άλλους δεν επηρεάζει και για άλλους προκαλεί αύξηση της γαστρικής έκκρισης. Η αύξηση όμως δεν οφείλεται απολύτως και μόνο στη νικοτίνη.

Η μορφίνη μετά από μία μικρή περίοδο, που αναστέλλει την έκκριση, στη συνέχεια ερεθίζει και προκαλεί υπερέκκριση.



Σελήνη υγία. 1) θόλος 2) κόρη 3) ίριδα ... 4) αχλάδι
 5) κρύσταλλος 6) αμφιβλαστράκι



Η αφορμή του σχήματος του αμφιβλαστράκι
 τα διαγράμματα του όφθαλμου

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι κινήσεις του στομάχου είναι περισταλτικές, κατά κύματα. Το κύμα εφόσον προχωρεί προς τα κάτω, γίνεται βαθύτερο, μέχρι ότου, φθάνοντας στον πυλωρό, τερματίζεται με μιá συστολή του πυλωρικού άνδρου. Με τις κινήσεις αυτές το στομάχι παίρνει διάφορα σχήματα μέχρι να επανέλθει στο αρχικό του σχήμα (γαστρικός κύκλος). Η γαστρική συστολή είναι η φάση που χαρακτηρίζεται από βαθιές εντομές, συσπάσεις και ελάττωση της χωρητικότητας του στομάχου.

Η γαστρική διαστολή είναι η περίοδος εκείνη κατά την οποία οι συσπάσεις μειώνονται και το στομάχι πάει να πάρει το φυσιολογικό του σχήμα. Ο γαστρικός κύκλος διαρκεί 20 '' .

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του στομάχου αποτελούν σημαντικό μέρος του όλου προβλήματος του καρκίνου (25.000 ετησίως). Το καρκίνωμα του στομάχου είναι σύγχρονο και συχνότερο μεταξύ των αρρένων (αναλογία αρρένων - θηλέων 2 : 1).

Περισσότερα των 8 % παρουσιάζονται σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών.

Υπάρχουν εντυπωσιακές διαφορές ως προς την συχνότητα του καρκίνου στομάχου στις διάφορες φυλές και τις γεωγραφικές περιοχές. Έτσι η νόσος αυτή είναι περισσότερο συνηθής στους Ισλανδούς και στους Ιάπωνες και σχετικά λιγότερο στους Ινδονησούς και τους Νέγρους της Αφρικής. Επίσης μετανάστες από χώρες σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου στομάχου στην Αμερική προσβάλλονται συχνότερα από αυτούς που γεννήθηκαν εκεί. Μελέτες πάνω στην σχέση της συχνότητας ορισμένων παραγόντων των ομάδων αίματος και του καρκινώματος του στομάχου, έχουν επιβεβαιώσει την σημασία της γενετικής φύσεως της αυξημένης συχνότητας του γαστρικού καρκινώματος. Η ομάδα Α φαίνεται ότι συνδέεται σημαντικά με προπυλωρικά καρκινώματα και της περιοχής του καρδιακού στομίου, η δε 0 συνδέεται με βλάβες του θόλου.

Καταστάσεις οι οποίες μπορούν να συνυπάρχουν ή να προηγηθούν ή και να προδιαθέτουν προς καρκίνωμα του στομάχου είναι η χρόνια γαστρίτις, το χρόνια γαστρικό έλκος

και οι αδενωματώδεις πολύποδες.

Η συχνότητα όμως αποδεδειγμένης εξέλιξης των καταστάσεων αυτών προς καρκίνο δεν είναι δυνατόν να ενοχοποιηθεί παρά μόνο σε ένα μικρό ποσοστό.

Τα καρκινώματα παρουσιάζονται οπουδήποτε στο στομάχι, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αναπτύσσεται στα βλενοεκκριτικά κύτταρα του άντρου του πυλωρού και ειδικότερα κατά μήκος του ελάσσονος τύξου.

ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΝ

Κατά τον ORRHAN οι περιπτώσεις μπορούν να καταταγούν σύμφωνα με τα μακροσκοπικά γνωρίσματα και κατά αύξουσα σειρά κακοήθειας ως εξής :

ΟΜΑΔΑ I: Πολυκοειδές καρκίνωμα. Όγκος μονήρης περιγεγραμμένος, αναπτυσσόμενος στην επιφάνεια, χωρίς σημαντική έλκωση.

ΟΜΑΔΑ II: Έλκωτικό καρκίνωμα. Διεισδυτική νεοπλασία με ανύψωση της περιφέρειας σαν τοίχος και σαφώς αφοριζόμενα όρια.

ΟΜΑΔΑ III : Επεκτατικό καρκίνωμα. Αναπτυσσόμενη διεισδυτική νεοπλασία με μερική όμως διάχυτη επέκταση.

ΟΜΑΔΑ IV: Διάχυτο καρκίνωμα. Διηθητική νεοπλασία, χωρίς εντοπισμένο σε μέγεθος όγκο ή εκτεταμένη έλκωση, πολλές φορές με πυκνό ινώδες υπόστρωμα.

Το πολυκοειδές ή ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα είναι μεγάλος σε μέγεθος όγκος, που βρίσκεται μέσα στη γαστρική κοιλότητα. Το νεόπλασμα μπορεί να αποκτήσει μεγά-

λο μέγεθος πριν την έναρξη έντονων συμπτωμάτων. Η επιφάνεια του όγκου έχει τάση προς έλκωση και μόλυνση, αιμορραγεί επίσης εύκολα. Τελικά το νεοπλασμα διηθεί το μυϊκό τοίχωμα και εισδύει μέσα σ' αυτό, αλλά η πορεία του είναι σχετικώς βραδεία. Η μορφή αυτή αποτελεί το 25 % των γαστρικών καρκινωμάτων και προσφέρεται προς χειρουργική εξαίρεση.

Το ελκωτικό ή διεισδυτικό καρκίνωμα είναι η συχνότερη μορφή γαστρικού καρκινώματος και αποτελεί το 30% όλων των περιπτώσεων. Η ανάπτυξη γίνεται κυρίως απ' την κοιλότητα προς την εξωτερική επιφάνεια. Επίσης παρατηρείται πρῶιμη και εκσεσημασμένη έλκωση. Το έλκος τείνει να λάβει σχήμα κύπελου, είναι αβαθές με επαρμένα οζώδη χείλια, τα οποία όμως δεν προσπίπτουν μέσα στον κρατήρα. Ο βλεννογόνος που βρίσκεται γύρω από το έλκος γίνεται λείος. Παρά τις διαφορές αυτές η μακροσκοπική διάκριση από το καλοήθες πεπτικό έλκος είναι πολλές φορές δύσκολη.

Το διάχυτο, επεκτατικό ή διηθητικό σκίροκαρκίνωμα είναι η ολιγότερη εμφανιζόμενη σε συχνότητα μορφή. Η ανάπτυξη του καρκίνου γίνεται ενδοτοιχωματικῶς χωρίς σχηματισμό κάποιου εντοπισμένου έλκους. Δημιουργείται υποστρωμα από άφθονο ινώδες ιστό, με τρόπο ὡστε η προσβεβλημένη μοίρα του στομάχου να ρικνύεται. Μπορεί να αρχίζει από τον πυλωρό, περιβάλλοντας τη μοίρα αυτή και προκαλώντας απόφραξη. Η πρόγνωση είναι κακή και μόνο σπάνια επέρχεται ίαση.

Το κατά επιφάνεια επεκτατικό καρκίνωμα καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα και μόνο

αργότερα εισδύει βαθύτερα και δημιουργεί μεταστάσεις. Εντοπίζεται κυρίως στο άνδρο και στον πυλωρό.

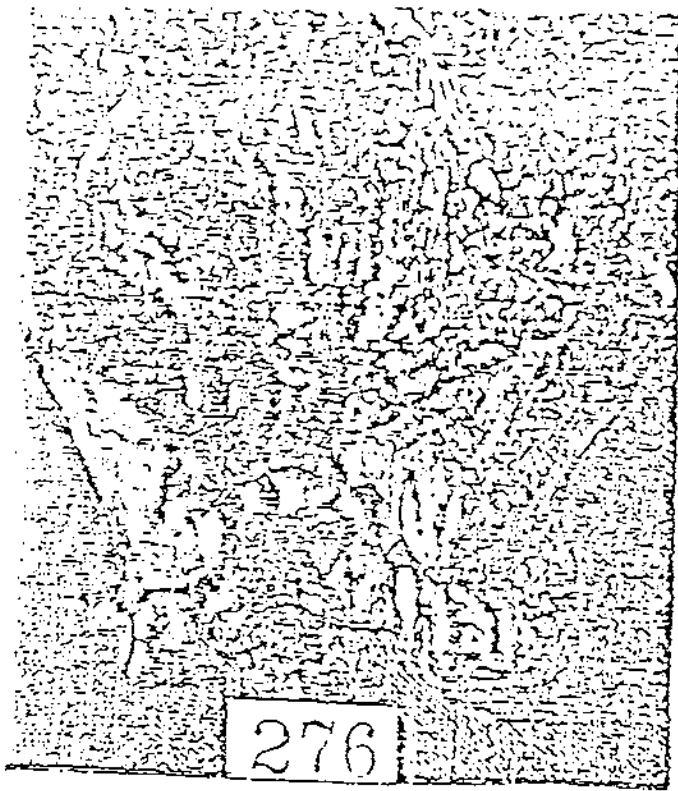
Η ιστολογική ταξινόμηση από πρακτικής άποψης είναι σχετικώς άνευ σημασίας. Τα καρκινώματα του στομάχου είναι αδενοκαρκινώματα , που προέρχονται από αδενικά κύτταρα με ποικίλου βαθμού διαφοροποιήσεις. Παραγωγή βλέννης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε ποικιλία γαστρικού καρκινώματος , είτε σε μικρές εντοπισμένες περιοχές, είτε σε όλη την έκταση του νεοπλάσματος.

Σάρκωμα στομάχου : Το σάρκωμα αποτελεί το 2% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων του στομάχου. Οι διάφορες ποικιλίες του περιλαμβάνουν το λειομυοσάρκωμα , το ινοσάρκωμα και το κακώθες λέμφωμα.

Η συχνότερη μορφή είναι το κακώθες λέμφωμα. Είναι ενδοτοιχωματικό, μοιάζει προς τα υπόλοιπα κακοήθη λεμφώματα και είναι πολύ ακτινευαίσθητο .Ο βλεννογόμος μπορεί να παρουσιάζει μεγάλη πάχυνση , γιγαντιαίες πτυχές, πολλαπλών όγκων ή ενός εγκώδους πολυποειδούς μονήρους νεοπλάσματος. Στα τελικά στάδια αναπτύσσεται έλκωση.Ο πυλωρός δεν προσβάλλεται συνήθως και η απόφραξη είναι σπάνια. Οι ιστολογικές ποικιλίες περιλαμβάνουν: λεμφοζιδιακό τύπο (σπάνιος) , λεμφοκυτταρικό τύπο και δικτυοκυτταρικό τύπο (συχνότερος) .

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Η επέκταση των καρκινωμάτων του στομάχου γίνεται με την ανάπτυξη και διήθηση , με τα λεμφαγγεία και με την



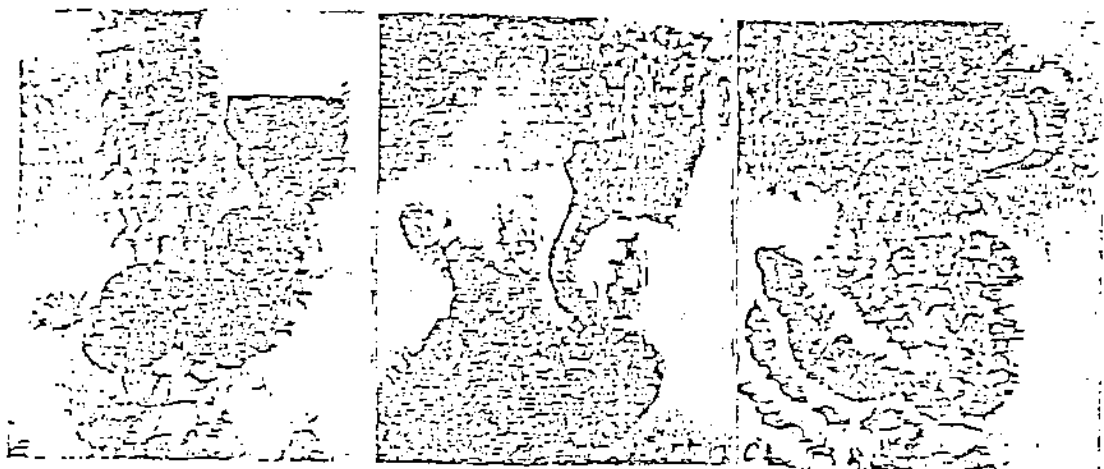
Καρίννος εσφιαγού επί ηιδωθιμο άερο



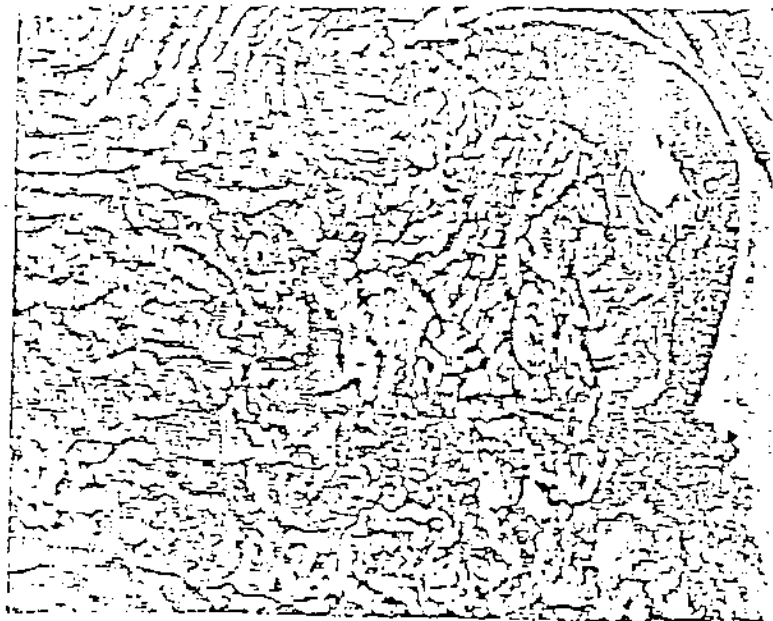
Καρίννος του υπατιρα



14 Καρπίνος σαρπίδος στο ηρόνυμο αερο



15 Καρπίνος σαρπίδος στο πέδιλο τζο



Καρμίνες του ηπατίδα στον πόλο του στεφάχου



Καρμίνες στεφάχου όπως φαίνεται σε αυτινογραφία

περιτοναϊκή κοιλότητα ,καθώς και αιματογενώς .Ενδοτοιχωματική επέκταση ,η οποία λαμβάνει χώρα γρήγορα,καταλαμβάνει μεγάλο τμήμα του στομάχου ή εκτείνεται πέρα των ορατών και ψηλαφητών ορίων του νεοπλάσματος ,σημαίνει μικρή πιθανότητα επιβίωσης.

Απεναντίας η σαφής περιγραφή των ορίων του νεοπλάσματος είναι σημαντική ένδειξη καλής πρόγνωσης. Άμεση επέκταση είναι δυνατόν να συμβεί ενδοτοιχωματικώς προς τον οισοφάγο ,την πρώτη μοίρα του δωδεκαδακτύλου , τον ηπατογαστρικό και γαστροκολικό σύνδεσμο και γειτονικές περιοχές του παγκρέατος ,του σπλήνα, του εγκάρσιου πόλου, του ήπατος και του διαφράγματος. Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ενδοπεριτοναϊκή διασπορά ή ωθηκικές μεταστάσεις.

Η μετάσταση προς τους επιχώριους περιγαστρικούς λεμφαδένες επηρεάζει την πρόγνωση των εξαιρέσιμων νεοπλασμάτων.Μεταστάσεις απόνεοπλάσματα της περιφερειακής μοίρας του στομάχου βρίσκονται στους κάτω γαστρικούς,τους υποπυλωρικούς και τους άνω γαστρικούς λεμφαδένες. Οι αιματογενείς μεταστάσεις των καρκινωμάτων του στομάχου παρατηρούνται συνήθως στο ήπαρ ,τους πνεύμονες και τα οστά.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ

ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πίνακας 1.Κατανομή νέων ασθενών με εντόπιση της νόσου στο πεπτικό σύστημα κατά φύλο .

Έτος 1980

Εντόπιση της νόσου	Απόλυτοι αριθμοί			Αναλογία επί τοις %		
	Σύνολο	Αρρεν.	Θήλεις	Σύνολο	Αρρεν.	Θήλεις
Κακοήθη νεοπλασμάτα στο πεπτικό σύστημα και στο πεπτικό έντερο	3.260	2.148	1.472	19,3	20,6	17,7

Πίνακας ΙΙ. Αναλογία νέων διαγνώσεων καρκίνου του πεπτικού συστήματος επί 100.000 κατοίκων κατά γεωγραφικό διαμέρισμα. Έτος 1980.

Εντόπιση της νόσου	Γεωγραφικό διαμέρισμα μόνιμης κατοικίας									
Κακοήθη νεοπλασμάτα οργάνων πεπτικού και περιτόναιου.	37,2	43,3	23,5	30,2	58,9	32,0	42,1	34,4	32,9	

Πίνακας ΙΙΙ. Περιπτώσεις καρκίνου στομάχου κατά ομάδες ηλικιών και φύλο. Έτη 1979 και 1980.

Κακοήθη νεοπλασμάτα στομάχου.

Όλων των ηλικιών.

Σύνολο : 863. Άρρενες : 516, Θήλεις : 347.

./.

Ομάδες ηλικιών

0- 9	Σύνολο :	---	A: ---	θ: ---
10-19	" :	---	---	---
20-29	" :	9	2	7
30-44	" :	51	29	22
45-64	" :	291	177	114
65 και άνω	" :	508	304	204
Μή δηλώσαντες	" :	4	4	---

Πίνακας IV. Περιπτώσεις καρκίνου στομάχου κατά διάκριση αστικών, ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, φύλο.

Έτος 1980.

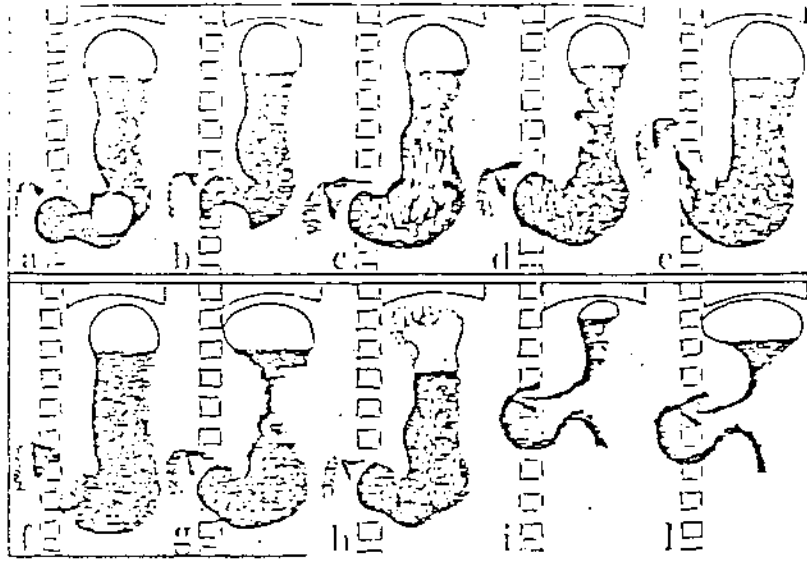
Εντόπιση της νόσου	Περιοχές											
	Αστικές			Ημιαστικές			Αγροτικές			Εξωτερικού		
	Σ	A	Θ	Σ	A	Θ	Σ	A	Θ	Σ	A	Θ
Καρκίνος στομάχου	539	314	225	58	38	20	355	227	128	9	8	1

Πίνακας V. Περιπτώσεις καρκίνου στομάχου κατά κύριες ομάδες επαγγελματιών .

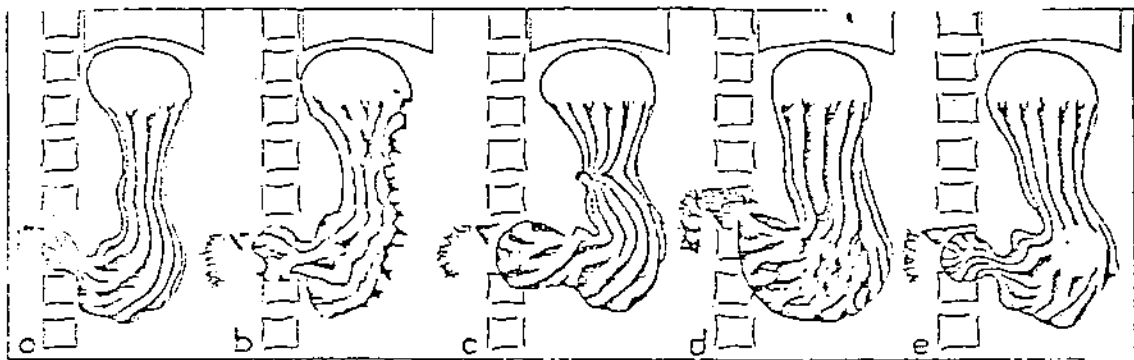
Έτος 1980.

Εντόπιση της νόσου	Σύνολο	Επιστήμονες και ελεύθερα επαγγέλματα	Διευθύνοντες - άλλα στελέχη	Υπαλληλοι γραφείων	Έμποροι-πωλητές
Καρκίνος στομάχου	961	11	3	26	

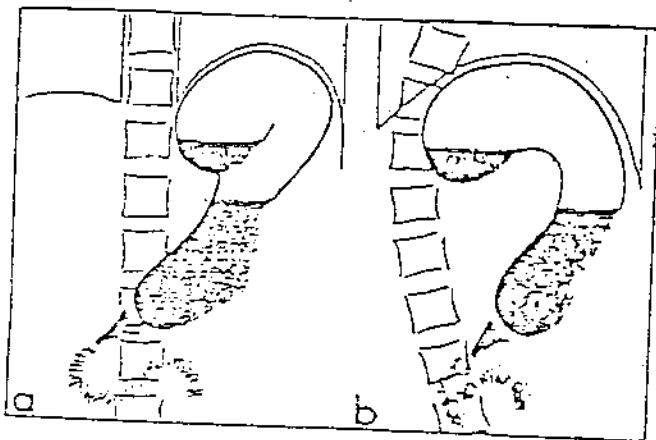
Εντόπιση της νόσου	Απασχ. με παροχή υπηρεσιών	Πρόσωπα ασχ. με την γεωργία , αλιεία κ.ά.	Τεχνίτες Χειριστές μεταφορικών μέσων	Αυτοί που δεν κατατάσσονται αλλού	Λοιποί
Καρκίνος στομάχου	7	204	74	18	58



Διαφορετικές μορφές από αυτοοργανικές - στροφίγες - τρέα από
 - βαρρίδας



Κωνίκεα ως γαλβάνια του στροφίγους



Είδη του στροφίγους ανάλογα με το διαμέγεθος

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Από αιτιολογικής πλευράς στον καρκίνο του στομάχου ισχύουν όλα τα περί αιτιολογίας νεοπλασμάτων γενικά όπως, γενετικοί παράγοντες (κληρονομική προδιάθεση), ιογενείς παράγοντες, χημικοί παράγοντες (διάφορα φάρμακα, ταιγάρο, καυσαέρια κ.ά), φυσικοί παράγοντες (ακτινοβολία, υπεριώδεις ακτίνες και ραδιενέργεια). Ο μόνος γνωστός και βέβαιος αιτιολογικός παράγοντας είναι το γαστρικό έλκος το οποίο υφίσταται καρκινωματώδη εξαλλαγή.

Άλλος παράγοντας που έχει ενοχοποιηθεί είναι η τροφή. Ο καρκίνος μπορεί να προκληθεί εύκολα σε μερικά ζώα με την χορήγηση N-μεθυλ - N-νιτριζογοναδίνης από το στόμα.

Ο καρκίνος του στομάχου μπορεί επίσης να σχηματισθεί με το σχηματισμό N-νιτροζοενώσεων από την μετατροπή των νιτρικών ενώσεων των τροφών σε νιτρώδεις οι οποίες στη συνέχεια αλληλεπιδρούν στο στομάχι με δευτερογενείς ή τριτογενείς αμίνες.

Το ενδιαφέρον είναι ότι αυτή η αντίδραση αναστέλεται με ασκορδικό οξύ.

Επίσης άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η ατροφική και υπερτροφική γαστρίτις, η κακοήθης αναιμία και οι καλοήθεις όγκοι (πολύποδες, αδενώματα) οι οποίοι υφίστανται σε μεγάλο ποσοστό κακοήθη εξαλλαγή.

Το 17% όμως περίπου των καρκινωμάτων του στομάχου, προέρχεται από προϋπάρχοντα έλκη.

ΕΝΤΟΠΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1) Καρκίνος του καρδιακού στομίου. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται δυσφαγία. Διαπιστώνεται ο καρκίνος αυτός με ακτινολογική μελέτη.

2) Πρωτοπαθής καρκίνος στομάχου ή καρκίνος που οφείλεται σε κακοήθη εξαλλαγή έλκους.

3) Καρκίνος μείζονος τόξου. Εδώ παρατηρούνται πεπτικές διαταραχές καθώς και μικρή απώλεια αίματος.

4) Καρκίνος πυλωρού. Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται στένωσις και έμμετοι.

Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα με ακτινολογική εξέταση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος του στομάχου δεν εμφανίζει τυπική συμπτωματολογία κατά το αρχικό του στάδιο (περίοδος εισβολής) κατά το οποίο θα υπήρχαν πολύ περισσότερες ελπίδες θεραπείας.

Τα συμπτώματα γίνονται περισσότερο σαφή κατά το δεύτερο στάδιο (περίοδος ακμής) ,τότε όμως ο καρκίνος είναι αρκετά προχωρημένος. Εκεί εμφανίζει μεταστάσεις και είναι συχνά ανεγχείρητος.

ΣΥΝΗΘΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

α.Πόνος.Ο πόνος είναι ελαφρύς ,βαθύς εμφανιζόμενος κατά κανόνα μετά από τη λήψη τροφής και παρουσιάζεται με μορφή επιγαστρικού βάρους.

β.Ανορεξία. Είναι πρώιμο σύμπτωμα.Εμφανίζεται σε όλες τις περιπτώσεις καρκίνου του στομάχου. Οφείλεται στην συνυπάρχουσα αχλωρυδρία γι'αυτό και παρατηρείται αποστροφή προς το κρέας και τα λίπη.

γ.Απώλεια βάρους-καχεξία. Εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

δ.Αναιμία . Υπάρχει πάντοτε ένας βαθμός υπόχρωμης αναιμίας ,που οφείλεται στην ύπαρξη του καρκινώματος και τη δυσμενή επίδραση της αιμοποίησης.

Όταν υπάρχει και απώλεια αίματος εμφανίζεται και δευτεροπαθής αιμορραγική αναιμία.

ε. Αιμορραγία. Εμφανίζεται είτε σαν χρόνια απώλεια αίματος με τα κόπρανα είτε με τη μορφή γαστρορραγίας (αιματέμεση ή μέλαινα) που είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς, λόγω της βαρύτητας που παρουσιάζει για διάβρωση υγιεινούς αγγειακού κλάδου.

στ. Έμμετοι. Εμφανίζει τάση για έμμετο ή και έμμετο αντανακλαστικό λόγω ερεθισμού. Παρουσιάζονται έμμετοι αποφραχτικού τύπου. Χαρακτηριστικοί είναι οι καφουριδείς έμμετοι (προσμίξεις αίματος με τη μορφή πολύ μικρού θρόμβου).

ζ. Δυσφαγία. Σε περίπτωση εντόπισης του καρκίνου στην καρδιακή μοίρα και το θόλο του στομάχου, εμφανίζονται ενοχλήματα από τον οισοφάγο, που παρουσιάζονται σαν δυσφαγία ή δυσκαταποσία.

η. Δυσπεπτικές διαταραχές. Δυσπεπτικές διαταραχές συνοδευόμενες με διάρροια ή δυσκοιλιότητα, που οφείλονται στην αχυλία που υπάρχει.

θ. Ψηλαφιτή διόγκωση. Θεωρείται σαν σημείο προχωρημένου καρκίνου, η ψηλάφιση μάζας κατά το επιγάστριο.

ι. Πυρετός. Μπορεί και να παρουσιασθεί πυρετός μέχρι 39° C. Συχνότερο εύρημα είναι ο πυρετός σε μεταστάσεις στο ήπαρ και το περιτόναιο.

Άλλα παθολογικά ευρήματα είναι η σκληρή διόγκωση του ήπατος, διηθημένοι υπερκλειδίοι λεμφαδένες, ασκίτης από μεταστάσεις στο περιτόναιο. Στις γυναίκες μπορεί να παρατηρηθεί και μεγάλη διόγκωση των ωοθηκών από μεταστάσεις.

Δ Ι Α Γ Ν Ω Σ Η

Η διάγνωση γίνεται με :

- 1.Με πλήρη κλινική εξέταση.
- 2.Κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού.
- 3.Ενδοσκοπηση.
- 4.Βιοψία.
- 5.Ακτινογραφία ή ακτινοσκοπηση του στομάχου.
- 6.Αξονική τομογραφία.
- 7.Σπινθηρογράφημα .

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατόν να τεθεί η διάγνωση με ακτίνες ή με ψηλάφηση εξετάζεται :

- 1.Το γαστρικό υγρό για τυχόν έλλειψη γαστρικής οξύτητας (υποχλωρυδρία, αχλωρυδρία).
- 2.Η αντίδραση του γαλακτικού οξέος.
- 3.Η κινητική ανεπάρκεια του στομάχου.
- 4.Η διαπίστωση υπολειμμάτων τροφών στο στομάχι.
5. Η λαθραία συνεχής αιμορραγία και η ανορεξία.
- 6.Τα υπόλοιπα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής ενώ είχε στομάχι υγιές μέχρι τότε.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εξέταση με επισκόπηση,ψηλάφηση, επίκρουση και ακρόαση μπορεί πολλές φορές να προσφέρει υπηρεσίες για την διάγνωση των παθήσεων του στομάχου.

Με την ψηλάφηση είναι δυνατόν να αντιληφθούμε τον όγκο.

Πρέπει όμως πρώτα να γίνει η κένωση του στομάχου γιατί ο μετεωρισμός εμποδίζει την ψηλάφηση. Επικουρικώς θα έχουμε άμβλυση της τυμπανικότητας κατά το επιγάστριο. Αν υπάρχει υγρό ο ασθενής εξετάζεται σε τετραποσειδή θέση, στον ειδικό θάλαμο των ενδοσκοπήσεων.

Εργαστηριακά δεδομένα

Εμφανίζεται υπόχρωμη αναιμία και ανευρίσκεται μικροσκοπικά αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα, λόγω απώλειας αίματος και έντονης αχλωρυδρίας και αχυλίας.

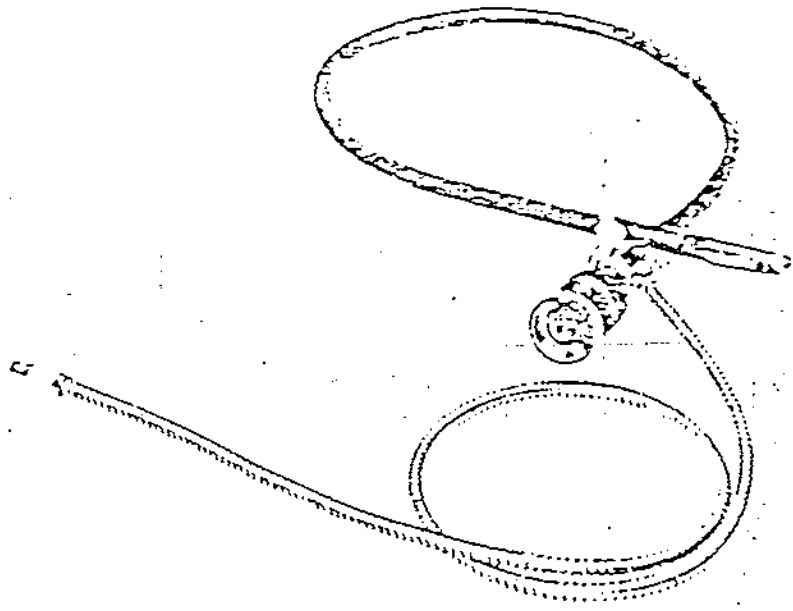
Ακτινολογική μελέτη

Μετά από την λήψη του βαριούχου πολτού, το στομάχι εμφανίζει χαρακτηριστικές ακτινολογικές εικόνες ανάλογα της μορφής του καρκίνου και του σταδίου που βρίσκεται.

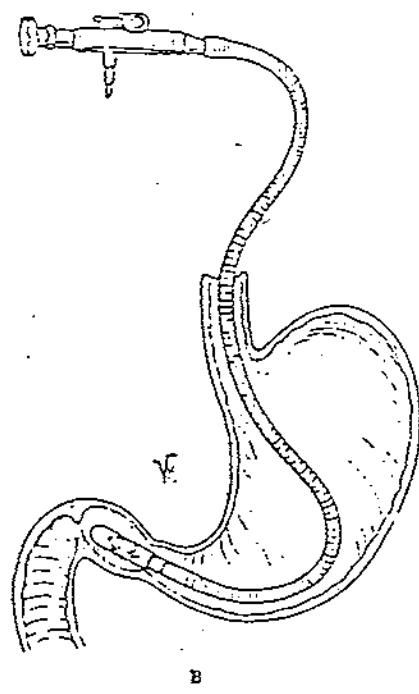
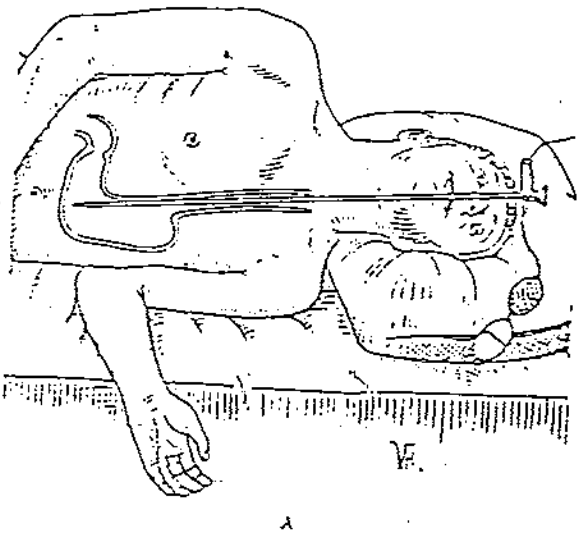
1. Η διηθητική μορφή εμφανίζει χαρακτηριστική ακαμψία του γαστρικού τοιχώματος.
2. Η ελκώδης μορφή εκδηλώνεται με φωλιά.
3. Η υπερπλαστική μορφή με την ελλειπτική εικόνα.
4. Έλλειμα πληρώσεως (επί ανθοκραμβοειδούς όγκου).
5. Εικόνα πυλωρικής στένωσης.
6. Εικόνα στένωσης του κατώτερου τριτιμορίου του οισοφάγου λόγω υπάρξεως όγκου του θόλου του στομάχου.

Γαστροσκόπηση

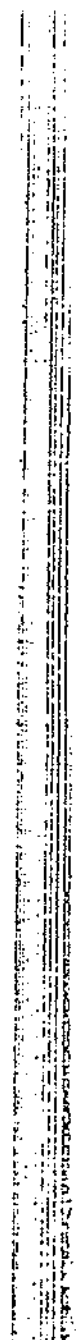
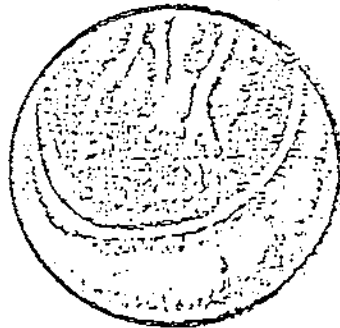
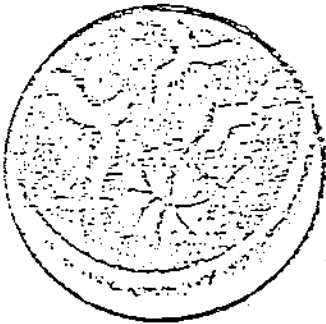
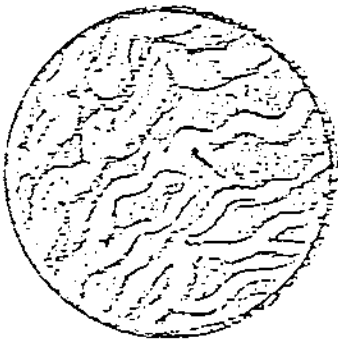
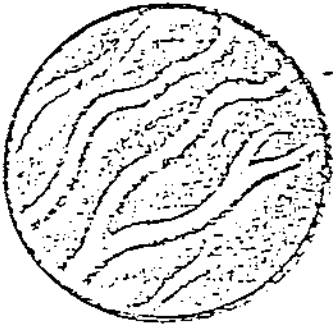
Είναι ενδοσκοπική μέθοδος και εφαρμόζεται για διαγνωστικούς σκοπούς. Επιτρέπει την έρευνα του εσωτερικού του στομάχου. Χρησιμοποιείται το εύκαμπτο γαστροσκόπιο των WOLF-CHINDLER, το οποίο επιτρέπει έρευνα, φωτογράφιση, κινηματογράφιση του εσωτερικού του στομάχου, καθώς και βιοψία.



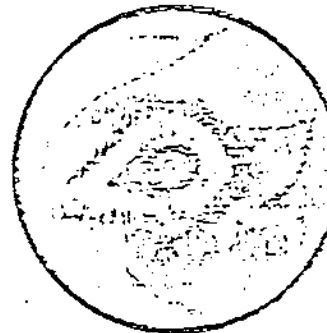
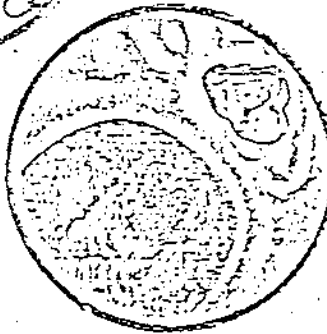
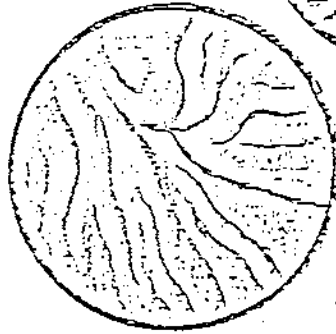
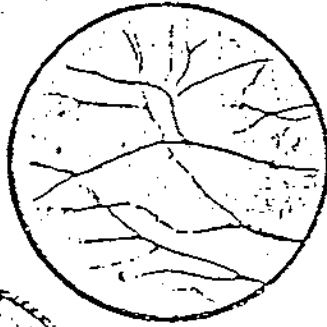
καταρρέονιο



Όργανο του αδωτή για τους κολλοειδισμούς του καταρρέονιου
 του Schindler
 καταρρέονιο του Hirschowitz.



Γαλαραβουαοι. υις υις Φυβιοβογι. υοδ σφοδαχου



Τ Γαστροεπιστολιμίδες μύκητες παθογόνου: οστομύκητας.

Ρ Α Δ Ι Ο Ι Σ Ο Τ Ο Π Α

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική για διαγνωστικά, αλλά και για θεραπευτικό σκοπό, χορηγούμενα ενδοφλεβίως, από το στόμα, και τοποθετούνται μέσα σε κοιλότητες.

Τα χρησιμοποιούμενα ραδιοϊσότοπα για την διάγνωση του καρκίνου στομάχου είναι :

α. Ραδιενεργός Σίδηρος F^{59} που χρησιμοποιείται για την μελέτη του γαστρεντερικού συστήματος, και χορηγείται σε ασθενείς νηστικούς.

Για την μελέτη απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα απαιτείται συλλογή κοπράνων για επτά ημέρες και λήψη δειγμάτων αίματος.

β. Ραδιενεργό χρώμιο Cz^{61} που προσδιορίζει απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Η χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων για διάγνωση είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτης δόση. Στον ασθενή στον οποίο έχουμε δώσει αυτή τη δόση, δεν παίρνουμε ιδιαίτερα μέσα προφυλάξεως έναντι της ακτινοβολίας, ούτε ειδική συλλογή απεκκριμάτων. Η συλλογή αυτών θα γίνεται εάν χρειασθεί να σταλεί για μέτρηση στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων. Κατά την συλλογή αυτών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής βασικά:

1. Επιβάλλεται η ακριβής συλλογή των ούρων.
2. Κάθε ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί ατομικό ουροδοχείο.
3. Τα κόπρανα να συλλέγονται μέσα σε ειδικά δοχεία.
4. Ο χειρισμός των απεκκριμάτων πρέπει να γίνεται με γάντια.

ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το σπινθηρογράφημα μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης Ca του γαστρικού βλεννογόνου.

Χημική εξέταση γαστρικού υγρού

Γίνεται καθετηριασμός του στομάχου με LEVINE και εξετάζεται η ύπαρξη ή μη ελεύθερου οξέος. Στη συνέχεια αφού γίνει υποδορίως 0,5 MG υδροχλωρικής ισταμίνης, λαμβάνεται νέο δείγμα γαστρικού υγρού και ελέγχεται η οξύτητα αυτού και το ελεύθερο HCL. Διαπιστώνεται η ελάττωση της ποσότητας του HCL μέχρι πλήρους έλλειψης αυτού. Το HCL αντικαθίσταται από γαλακτικό οξύ το οποίο προέρχεται από τη μικροβιακή ζύμωση των υδατανθράκων.

Κυτταρική εξέταση γαστρικού υγρού

Η κυτταρική εξέταση του γαστρικού υγρού και η κατάταξη των ανευρισκομένων κυττάρων σύμφωνα με τη "μέθοδο Παπανικολάου" παρουσιάζει μειωμένες πιθανότητες ορθής διάγνωσης καρκίνου του στομάχου. Και αυτό γιατί αφ' ενός μεν τα περισσότερα ενζύματα των κυττάρων του γαστρεντερικού υγρού δεν προέρχονται από τον βλεννογόνο του στομάχου, αλλά από τις ανώτερες πεπτικές και αναπνευστικές οδούς, αφ' ετέρου δε τα αποφολιδομένα κύτταρα από τον βλεννογόνο του στομάχου εκφυλίζονται και καταστρέφονται από την επίδραση των ενζύμων του γαστρεντερικού υγρού.

Σε περίπτωση που έχουμε θετικές κυτταρολογικές εξετάσεις γαστρικού υγρού ασθενούς που όμως δεν παρουσιάζει σαφή ενοχλήματα στο στομάχι και κανένα ακτινολογικό εύρημα, πρέπει να του συσταθεί χειρουργική επέμβαση.

Π Ρ Ο Γ Ν Ω Σ Η

Η πρόγνωση γενικά είναι δυσμενής γιατί οι περισσότεροι άρρωστοι όταν προσέρχονται στο γιατρό είναι ήδη αργά, ώστε η πάθηση να είναι ανεγχείρητη. Σε αυτό συντελούν τα ασαφή και ύπουλα συμπτώματα των αρχικών σταδίων της νόσου αυτής.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τον καρκίνο του στομάχου οφείλει να σκέπτεται και να αναζητεί ο γιατρός όταν ο πυρετός είναι αγνώστου αιτιολογίας μέχρι 38⁰ C και συνοδεύεται από επίμονη ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων, αναιμία, αίσθημα ταχείας πληρώσεως του στομάχου μετά την λήψη τροφής και κοιλιακών ενοχλημάτων.

Όταν βεβαίως όλα τα παραπάνω συνοδεύονται και από συμπτώματα και εκδηλώσεις των γνωστών μεταστάσεων (στον κατώτερο οισοφάγο, επίπλουν, παχύ έντερο, πάγκρεας, πνεύμονας, ήπαρ, οστά κ.ά), οι οποίες γίνονται με τη λεμφική ή αιματική οδό, δεν υπάρχουν πλέον διαγνωστικά προβλήματα.

Η αντικειμενική εξέταση κατά μεν τα αρχικά στάδια είναι τελείως αρνητική, στις προχωρημένες όμως περιπτώσεις τα αντικειμενικά ευρήματα ποικίλουν αναλόγως των τοπικών επεκτάσεων ή απομετακρυσμένων του όγκου.

Αλλά και το εργαστήριο περιορισμένη σχετικά βοήθεια προσφέρει. Η αναζήτηση και ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα αποτελεί μή σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο, η δε συνοδος αναιμία, όταν υπάρχει, είναι γνωστή χρόνια μεθαι-

μορραγική αναιμία. Αξιόλογη βοήθεια έχει η κατά Παπανικολάου εξέταση του γαστρικού περιεχομένου, ιδιαίτερα μετά την πύση στομάχου κάτω από κατάλληλες συνθήκες. Σήμερα γνωρίζουμε ότι δεν έχει ιδιαίτερη διαγνωστική σημασία η οξύτητα του γαστρικού υγρού.

Ο ακτινολογικός και γαστροσκοπικός έλεγχος του στομάχου, ιδιαίτερα όμως η βιοψία και ιστοπαθολογική εξέταση των υπόπτων περιοχών του βλεννογόνου του στομάχου θεμελιώνουν σήμερα τη διάγνωση .

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ '

Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η μοναδική θεραπεία του καρκίνου του στομάχου είναι η ριζική εξαίρεση αυτού, με την προϋπόθεση ότι έγινε έγκαιρα η διάγνωση πριν δώσει μεταστάσεις. Όσο νωρίτερα διαγνωστεί η πάθηση τα αποτελέσματα αποβαίνουν σωστικά για τον πάσχοντα.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος χαρακτηρίζεται σαν μη εγχειρήσιμος, η θεραπεία περιορίζεται σε συμπτωματική. Έτσι δίνουμε διεγερτικά της ορέξεως, αναλγητικά και αντιεμετικά. Χορηγείται επίσης και κατάλληλη εύπεπτη τροφή.

Επίσης γίνεται εδώ προσπάθεια για την τόνωση του ηθικού και ενίσχυση της αιμοδοξίας.

ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται στον καρκίνο του στομάχου είναι :

Γαστροεντεροαναστόμωση σε χαμηλή γαστρική απόφραξη (παρηγορητική)

Γαστρεκτομή.

Γαστροστομία σε χαμηλή απόφραξη, για σίτιση του αρρώστου.

Γαστροεντεροαναστόμωση.

Εκτελείται σαν παρηγορητική επέμβαση σε ανεγχείρητα καρκινώματα του προπυλωρικού άνδρου. Σκοπός έχει την διόχτευση των τροφών από το στομάχι προς την νήστιδα χωρίς να περάσουν αυτές από την περιοχή που υπάρχει ο καρκίνος και έτσι δεν γίνεται και η σίτιση αυτών στο στομάχι.

Γαστρεκτομή.

Ανάλογα με την έκταση της αφαίρεσης έχουμε:

α. Ολική γαστρεκτομή. Εκτελείται η αφαίρεση ολόκληρου του στομάχου. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται σε καρκίνο του σώματος και του θύλου του στομάχου.

β. Υφολική γαστρεκτομή. Αυτή εκτελείται σε καρκίνο της προπυλωρικής μοίρας του στομάχου. Συνίσταται σχεδόν στην αφαίρεση όλου του στομάχου και διατηρείται μόνον ένα μικρό τμήμα από το μείζον τόξο, για την ασφαλέστερη αναστόμωση με την νήστιδα και την αποφυγή της κακοήθους αναιμίας, λόγω έλλειψης ενδογενούς παράγοντα.

γ. Ευρεία γαστρεκτομή. Εκτείνονται τα 2/3 του στομάχου και αφαιρούνται οι αδένες που παράγουν γαστρικό υγρό. Έχουν περιγραφεί πολλές μέθοδοι αποκαταστάσεως της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα μετά την γαστρεκτομή.

Γαστροστομία.

Είναι το άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου. Γίνεται με σκοπό τη διατροφή του αρρώστου όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από αυτό το επίπεδο.

Προεγχειρητική φροντίδα.

Αυτή περιλαμβάνει:

α. Εξήγηση του σκοπού της επέμβασης.

β. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες του αρρώστου.

γ. Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου να αποδεχτεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και το νέο τρόπο σίτισής του .

Χειρουργική επέμβαση.

Με την τομή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός προσεγγίζεται το πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου στο οποίο γίνεται άνοιγμα .Μέσα στο στομάχι εισάγεται καθετήρας με πολλές σπές, απλός ή FOLLEY. Το περιθωρικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή, στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του.

Μετεγχειρητική φροντίδα.

Αυτή περιλαμβάνει:

- 1.Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ,ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- 2.Χορήγηση υγρών μέσα από το σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του ,αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος.Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10 %.
- 3.Χορήγηση από τον σωλήνα τροφής σε ημίρρευστη μορφή.

Το μείγμα που συνήθως χορηγείται είναι :

Γάλα 300 ML

Κρέμα 280 ML

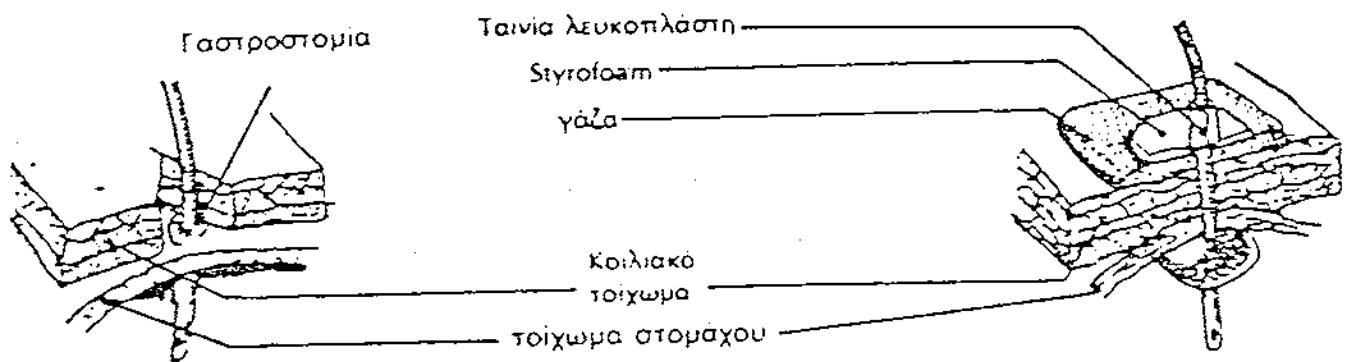
Αυγά 6

Ζάχαρη 6 κουταλιές

Λάδι 2 κουταλιές

που περιέχει 2.504 θερμίδες.Το μίγμα αυτό διαιρείται σε 4 ημερήσια και 3 νυχτερινά γεύματα.

- 4.Χορήγηση 50 ML χλιαρού νερού για το πλύσιμο του αυλού του σωλήνα ,μετά από κάθε γεύμα.
- 5.Χορήγηση 50 ML νερού κάθε 2 ώρες.
- 6.Αναγραφή , σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλο-



Η εφαρμογή του σωλήνα (απλού ή Folieyi) στη γαστροστομία.

μένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.

7. Αφαίρεση του σωλήνα μετά 5-6 μέρες και εισαγωγή νέου που εισάγεται, αφού προηγουμένα επαλειφθεί με βαζελίνη. Στερέωσή του στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκοπλάστη, ο οποίος προηγουμένα περιβάλλει τον καθετήρα.

8. Μετά, αλλαγή σωλήνα κάθε 2-3 μέρες.

9. Διδασκαλία αρρώστου γιό την τεχνική αλλαγής του σωλήνα, τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει.

10. Πληροφόρηση του αρρώστου γιά έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές).

11. Φροντίδα περιστομιακού δέρματος. Καθημερινή αλλαγή γαζών κι επάλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίο του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.

12. Μετά μερικές εβδομάδες, ο σωλήνας εισάγεται μόνο γιά σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκοπλάστη.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΩΣ

Εκτός από τις συνήθεις επιπλοκές κάθε χειρουργικής επέμβασης (καταπληξία, αιμορραγία, έμμετοι, αναπνευστικές επιπλοκές κ.ά), εδώ στις εγχειρήσεις του στομάχου έχουμε να αντιμετωπίσουμε και ειδικές επιπλοκές. Οι επιπλοκές αυτές οφείλονται άλλοτε μεν στην παραλλαγή της ανατομίας και άλλοτε στην παθολογική φυσιολογία

του χειρουργημένου αρρώστου .

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

1.Ρήξη του κολοβώματος του δωδεκαδακτύλου ή της αναστόμωσης.

2.Κακή λειτουργία ή απόφραξη της έλικος.

Κατά τη διάρκεια του γεύματος η εκκρινόμενη χολή και οι παγκρεατικές εκκρίσεις ,όπως και οι δωδεκαδακτυλικές εκκρίσεις συσσωρεύονται μέσα στον έλικα και προκαλούν πόνο .Όταν η πίεση στον αυλό αυξηθεί τόσο πολύ, ώστε να υπερνικηθεί το κώλυμα ,η χολή και οι παγκρεατικές εκκρίσεις, εκχέονται απότομα μέσα στο στομάχι και προκαλούν έμμετο.

3.Εγκολεασμός της νήστιδας μέσα στο στομάχι.

4.Αναστομωτικό έλκος της νήστιδας λόγω επίδρασης του υδροχλωρικού οξέος.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.

1.Αναιμία.Σιδηροπενική και άλλοτε μεγαλοβλαστική.

α.Σιδηροπενική.Οφείλεται σε κακό μεταβολισμό και ελλιπή απορρόφηση του σιδήρου.

β.Μεγαλοβλαστική ή απλαστική αναιμία.Οφείλεται στην έλλειψη ενδογενούς παράγοντα επί ολικής ή υφολικής γαστρεκτομής.Βελτιώνεται αν χορηγηθεί B_{12} παρεντερικώς, B_{12} μαζί με ενδογενή παράγοντα από το σιόμα.

2.Ελλειπής θρέψη. Λόγω κακού μεταβολισμού και ελλειπούς απορρόφησης λευκωμάτων και λίπους. Οφείλεται στην

ταχεία κένωση του στομάχου, την έλλειψη συντονισμού μεταξύ κενώσεων του στομάχου και εκκρίσεως χολής και παγκρεατικών ενζύμων, κακής αναμείξεως των τροφών με τη χολή και τα παγκρεατικά ένζυμα. Επίσης στην έλλειψη βιταμίνης Β, λόγω της απορρόφησης των λιπιδίων.

3. Σύνδρομο απούσης ή σύνδρομο DUMPING. Το σύνδρομο αυτό αποτελεί συχνή επιπλοκή των γαστρεκτομών. Ο άρρωστος κατά τη διάρκεια του φαγητού ή αμέσως μετά το γεύμα νοιώθει αίσθημα πληρότητας κατά το επιγάστριο, ναυτία, κωλικοειδείς πόνους στην κοιλιά, διάρροια, ζάλη, ταχυπαλμία, εφίδρωση ή και λιποθυμία ακόμα. Είναι ωχρός και υπάρχει ταχυσφυγμία.

Παρατηρείται κυρίως μετά από γεύματα πλούσια σε υδατάνθρακες ή χλωριούχο νάτριο. Απαντά στα 10-20% των χειρουργηθέντων.

Η θεραπεία συνίσταται σε εποφυγή μεγάλων γευμάτων, καθώς και γλυκών ή αλμυρών εδεσμάτων και στη χορήγηση αντιχοληνεργικών φαρμάκων.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Αν και τα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας δεν είναι ικανοποιητικά όσον αφορά την πενταετή επιβίωση (περίπου 15% μετά τη γαστρεκτομή) η χημειοθεραπευτική αντιμετώπιση είναι η μόνη ενδεδειγμένη.

Η ακτινοθεραπεία δεν έχει θέση καθ'ότι το γαστρικό καρκίνωμα είναι ακτινοανθεκτικό.

Η χημειοθεραπεία μόνη της έχει μόνο σκοπό παρηγορη-

τικό όταν δεν είναι δυνατή η χειρουργική επέμβαση. Έχει πενιχρά αποτελέσματα που ίσως οφείλονται στο ότι η χημειοθεραπεία γίνεται στα τελικά στάδια της νόσου και χωρίς σωστό συνδυασμό.

Η θεραπεία μπορεί να διαρκέσει μία ή περισσότερες ημέρες και να περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα φάρμακα. Η θεραπεία με περισσότερα από ένα φάρμακα αναφέρεται σαν "συνδυασμένη χημειοθεραπεία" (πολυχημειοθεραπεία) και τότε έχουμε τα λεγόμενα σχήματα. Ο αριθμός των σχημάτων (κύκλων) για κάθε άρρωστο, εξαρτάται από την τοξικότητα των φαρμάκων και από την περίπτωση του αρρώστου.

Φάση της προετοιμασίας και της χορηγήσεως φαρμάκων.

Η φάση της προετοιμασίας και της χορηγήσεως χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και αν είναι δυνατόν ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την αποφυγή περισσότερων παρενεργειών εις βάρος του αρρώστου.

Θα πρέπει εδώ να τονισθεί ιδιαίτερα η επέμβαση του νοσηλευτή για την ενημέρωση (εκπαίδευση) του αρρώστου σχετικά με την χημειοθεραπεία και ενθάρρυνσή του για την αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών.

Κατά την έναρξη και τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων.

Απαιτείται επίσης η παρακολούθηση για σημάδια αφυδάτωσης και ηλετρολυτικής ανισορροπίας (σε διάρροια, εμμέτους και απώλεια ούρων) του αρρώστου γι' αυτό γίνεται μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών του.

Προσοχή στην IV χορήγηση ορισμένων φαρμάκων τα οποία

πρέπει να προφυλάσσονται από το φώς (καλυμένοι οροί).

Να υπάρχει κοντά στον άρρωστο συσκευή οξυγόνου για τυχόν αλλεργικά SHOCK.

Να ευρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και τοποθετημένα στον κατάλληλο χώρο (ψυγείο εάν χρειάζεται) τα φάρμακα που θα χρειασθούν για τη θεραπεία (σχήμα) .Προσοχή να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το ψυγείο (όχι παγωμένα). Να υπάρχουν επίσης τα αντίδοτα των φαρμάκων που χρησιμοποιούμε.

Σαν παράδειγμα στον καρκίνο στομάχου χορηγούμε τον εξής συνδυασμό φαρμάκων : FAM: FLUOROURACIL, ANDICAMICIN, MINDAMICIN, τα οποία μπορούν να παρουσιάσουν ορισμένες παρενέργειες ,όπως: διάρροια, ναυτία ,έμετος, στοματίτιδα , αλωπεκία , νευροτοξικότητα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στην αρχή της θεραπείας η διάρροια, η ναυτία και οι έμετοι είναι συχνοί. Η διάρροια γενικά υποχωρεί με βάμμα όπιου και η ναυτία και οι έμετοι με τα αντιεμετικά.

Παρατηρούνται επίσης απώλεια αίματος (αιμορραγίες) διαφόρων εντοπίσεων κυρίως από το πεπτικό σύστημα, αλωπεκία και δερματίτιδες που παρατηρούνται συχνότερα.

Μερικά από τα κυτταρολογικά φάρμακα δημιουργούν εκδορές και, όταν φύγουν από τη φλέβα ,δημιουργούν εξέλκωση, ή νέκρωση στους ιστούς. Όλα τα φάρμακα που δίνονται ενδοφλεβίως πρέπει να παρακολουθούνται με εξαιρετική προσοχή , καθ'όλη τη διάρκεια της χορηγήσεώς τους ,και αν υπάρχουν αμφιβολίες για την καταλληλότητα της φλέβας,

η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται.

Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων ο ιατρός και ο νοσηλευτής πρέπει να ξέρουν ότι :

1) Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιασθεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω ,εκτός και αν προσέξει ώστε να δημιουργείται ίση περίπου πίεση έξω και μέσα στα φιαλίδια.

2) Εάν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής ,και ο κίνδυνος για έγχυση είναι μικρότερος.

3) Η φλέβα πρέπει να είναι σταθερή και ελαστική, και κατά το δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

4) Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

5) Σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος, η θεραπεία πρέπει να αποφεύγεται π.χ. θρομβοφλεβίτιδα, τραύμα ,ακινητοποιημένο μέλος λόγω κατάγματος ,επίσης στο χέρι, από την πλευρά που έχει γίνει η μαστεκτομή, γιατί δημιουργείται λεμφοίδημα.

6) Για το καλό όλων να μη γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης με τη βελόνα από το ίδιο πρόσωπο περισσότερες από 3 φορές. Να συνεχίσει άλλο άτομο.

7) Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να χρησιμοποιείται βελόνη Νο 21 ή 23.

8) Αν πρόκειται να δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα πρέπει να ξεπλένεται καλά πριν από κάθε χορήγηση νέου φαρμάκου.

9)Φάρμακα που φυλάσσονται στο ψυγείο μπορεί να είναι κρύα για τη φλέβα και είναι σημαντικό, ο θεράπων να μπορεί να ξεχωρίσει μεταξύ αυτού και της αισθήσεως του καύσωνα που προκαλείται από την έγχυση.

10)Εάν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση πρέπει να επαναληφθεί σε μία άλλη φλέβα και κατά προτίμηση πρέπει να επαναληφθεί σε μία άλλη φλέβα και κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

11)Ο γιατρός ,ή η νοσηλεύτρια -ής πρέπει να διακόψει τη θεραπεία,εάν υποψιασθεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό:

α)Εάν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της βελόνας.

β)Εάν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθηση καύσωνα γύρω από τη βελόνα.

γ)Όταν τραβήξει το έμβοδο της σύριγγας και το αίμα δεν έρχεται μέσα στη σύριγγα.

Η καλύτερη θεραπεία του νεκρώματος είναι η πρόληψη.

Η θεραπεία του νεκρώματος μπορεί να διαφέρει από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο. Μια ενδεδειγμένη ενέργεια και θεραπεία είναι η ακόλουθη :

Ο γιατρός ή η νοσηλεύτρια -ής σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου έξω από τη φλέβα

1)Να βγάλει αμέσως τη βελόνα.

2)Να σκεπάσει το σημείο με παγάκια.

3)Να κάνει ένεση HYDROCORTIZONE 1% γύρω από εκεί που νομίζει ότι έχει γίνει το έγχυμα(εντολή ιατρού).

4)Να απλώσει κρέμα HYDROCORTIZONE.Να συνεχίσει να βάζει την κρέμα 2 φορές την ημέρα μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός .

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ι

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α '

Προεγχειρητική φροντίδα

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαβαίνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Ψυχολογική προετοιμασία

Η σιδήση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική πορεία.

Η χειρουργική επέμβαση ,το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια γιά το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία.

Ο νοσηλευτής με την λεπτότητα, την ευγένεια,την κατανόηση και την ευσυνειδησία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή γιά να απαλλαχτεί απ' τά αισθήματα που νοιώθει .

Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πρίν από μία εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.

Η προθυμία του νοσηλευτή ν'ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά πολύ.

Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο νοσηλευτή απ'ότι στους συγγενείς του.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή χωρίζεται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Περιλαμβάνει :

1. Τόνωση του ηθικού

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτού.

α) Με το να βρεί και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή.

β) Να κατανοήσει τον ασθενή και να μεταφερθεί στη θέση του.

2. Τόνωση σωματική

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και πτωχά σε λίπη.

Συνήθως εφαρμόζεται σε άτομα εξασθενημένα τα οποία θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση.

Ο ασθενής που θα υποστεί γαστρεκτομή και που δεν θα τρέφεται απ' το στόμα για ένα χρονικό διάστημα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών, ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως αίματος ηλεκτρολυτών.

Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής πιθανόν να εμφανίσει ανορεξία πρέπει οι τροφές που του παρέχονται να είναι όσο το δυνατό ευπαρουσίαστες και εύγεστες.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την διατροφή του ασθενή και γνωρίζει την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες μεταβολισμού. Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, γιατί ο ασθενής κατά την εγχείρηση θα χάσει πολλά υγρά.

Ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα της νόσου όπως είναι ο πόνος και ο πυρετός. Σύμφωνα με τις οδηγίες

του ιατρού δίνονται στον ασθενή αναλγητικά και αντιπυρετικά φάρμακα .Αν ο ασθενής εμφανίσει αναιμία τότε του χορηγείται αίμα.

Άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής είναι η ναυτία και ο έμετος που ο νοσηλευτής τον ανακουφίζει με την χορήγηση αντιεμετικών.

Την προηγούμενη της εγχείρησης ο άρρωστος τρέφεται ελαφρά και 6 ώρες πριν δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.

3. Ιατρικές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνονται και οι εξετάσεις του ασθενή.

- α)Εξέταση χειρουργού για εκτίμηση και ενθάρρυνση της καταστάσεως.
- β)Εξέταση παθολόγου για την εξέταση όλων των συστημάτων.
- γ)Ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- δ)Γενική εξέταση ούρων:λαμβάνονται τα πρώτα πρωϊνά ούρα διότι είναι πυκνότερα αφού προηγηθεί καθαρισμός των γεννητικών οργάνων και συλλέγονται σε καθαρό δοχείο απευθείας. Πρέπει επίσης να σταλούν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο γρήγορα .
- ε)Γενική εξέταση αίματος (ομάδα, RH, σάκχαρο , ουρία, χρόνος ροής και πήξεως καθώς και διασταύρωση).
- στ)Είναι δυνατό να εφαρμοσθεί στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN).

4.Καθαριότητα του ασθενή

Αυτή αποτελείται από τον καθαρισμό του σώματος και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

α)Καθαρισμός σώματος.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ο ασθενής κάνει λουτρό καθαριδιότητος ,χρησιμοποιώντας και μία αντισηπτική ουσία. Το λουτρό έχει σαν σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος απ'το ακάθαρτο δέρμα.

β)Καθαρισμός εντερικού σωλήνα.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στην χειρουργική τράπεζα, στην αποφυγή δημιουργίας αερίων στο έντερο και στη διευκόλυνση του χειρουργού σε επεμβάσεις κοιλιάς γιατί δεν θα υπάρχουν διατεταμένες εντερικές έλικες.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με:

α)Χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Αποφεύγονται όμως γιατί προκαλούν αφυδάτωση και μείωση του τόνου του εντέρου.

β)Με καθαρτικό υποκλιισμό. Συνήθως γίνονται δύο.Ο ένας το απόγευμα της προηγούμενης μέρας της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση.

5.Εξασφάλιση καλού ύπνου.

Επειδή η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο δίνεται στον άρρωστο ένα κατευναστικό και γενικά προστατεύεται ο άρρωστος από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο. Φροντίζουμε ο ασθενής να βρίσκεται σε ήσυχο δωμάτιο, μακριά από το ανασσέρ και τις σκάλες και δεν αφήνουμε τους επισκέπτες να τον ενοχλούν .

ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης.

Ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα σε μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.

Μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό, γίνεται αντισηψία του δέρματος και το τμήμα αυτό καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

Έτσι πιστεύουν ότι αφαιρούνται α' το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζουν ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πρίν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο νοσηλευτής εκτελεί τα εξής :

- α) Τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου.
- β) Αφαιρεί δόντια και τεχνητά μέλη.
- γ) Αφαιρεί κοσμήματα και τα παραδίδει στην προϊσταμένη που τα φυλάει.
- δ) Φροντίζει για την εκκένωση της ουροδόχου κύστης.
- ε) Χορηγεί την προνάρκωση, σύμφωνα με την εντολή του αναισθησιολόγου μισή ώρα πριν απ' την επέμβαση.
- στ) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση.

Μέτρηση θερμοκρασίας , αναπνοών, σφυγμών και πίεσεως πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων θα πρέπει να αναφερθούν.

ζ) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου και τον συνοδεύει στο χειρουργείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου έχει ειδικές ευθύνες σε περίπτωση εγχείρησης γιά καρκίνο.

Η διασπορά καρκινικών κυττάρων είναι μηχανισμός μεταστάσεων που μπορεί να δημιουργηθεί από χαμηλό επίπεδο εγχειρητικών φροντίδων.

Τα χειρουργικά εργαλεία που ήλθαν κατά την διάρκεια της εγχείρησης σε επαφή με νεοπλασματική νόσο πρέπει να ξαναποστειρωθούν αν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της ίδιας εγχείρησης.

Ακόμα και σε παρηγορητικές εγχειρήσεις το τοίχωμα ή το εγχειρητικό τραύμα πρέπει να ράβεται με νέα εργαλεία , γάντια και ιματισμό.

Οι προεγχειρητικές βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται επίσης με ξεχωριστά εργαλεία , γάντια και ιματισμό.

Επίσης θα πρέπει ο νοσηλευτής να έχει έτοιμα τα πάντα για τυχόν επιπλοκές κατά την διάρκεια της επέμβασης.

Επίσης θα πρέπει να είναι ενημερωμένος γιά το ιστορικό του ασθενή και την νοσηλεία του.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΕΚΑΝΕ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Μετά την χειρουργική επέμβαση ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης, μέχρις ότου ανανήψει δηλαδή αντιδράσει απ' το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν.

Φροντίδες του νοσηλευτή μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου:

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ.
2. Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων.
3. Παρακολούθηση της λειτουργίας των σωλήνων παροχέτευσης.
4. Παρακολούθηση του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
5. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
6. Σημείωση και τήρηση του ισοζυγίου υγρών.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ώρου μπορούν να είναι μόνο 600-700 CC και με ψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεση του ασθενή. Κατά τη μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νοσ μας τη θέση της χειρουργικής τομής.

ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ

Όταν ο ασθενής συνέλθει πλήρως από την αναισθησία τοποθετείται σε θέση ημικαθιστική, γιατί έτσι διευκολύνεται η παροχέτευση από το στομάχι.

Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° - 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άριστη κατι-

στή θέση.

Στη θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί αισθάνεται ζάλη. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για ζάλη τοποθετείται σε ύπτια θέση και μέσα σε μία ή δύο ώρες σε θέση FOWLER. Κάτω απ'τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος στη θέση αυτή.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν σ'έναν ασθενή που υπέστη γαστρεκτομή για τις 3 πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είναι :

- 1.Μετεγχειρητικός πόνος και δυσφορία.
- 2.Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.
- 3.Πρόληψη των επιπλοκών.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων ενεργούμε ανάλογα.

Για την ανακούφιση του ασθενούς απ'τον πόνο και την δυσφορία εκτελούνται τα εξής :

α)Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι για άνετη και πρόληψη αγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών.

β)Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον έλεγχο του πόνου. Η χορήγηση των ναρκωτικών θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη γιατί μπορεί να προκαλέσει SHOCK, σε περίπτωση ασταθούς και χαμηλής αρτηριακής πίεσης.

γ)Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη μόλυνσης.

δ)Αποφυγή λήψεως υγρών απ'το σιόμα στους ασθενείς αυτούς τουλάχιστον για 24 ώρες.

Η προφύλαξη αυτή λαμβάνεται για να επιτευχθεί το ομαλό κλείσιμο της τομής και να ελαττωθεί έτσι ο κίνδυνος διαφυ-

γής υγρών και δημιουργίας περιτονίτιδος .

ε)Σχολαστική υγιεινή του στόματος για αποτροπή της ξηρότητας.Γιά να ανακουφίσουμε τον ασθενή απ'την ξηρότητα του στόματος πρέπει να εκτελούνται συχνά πλύσεις του στόματος. Περικλείουμε τεμάχια πάγου μέσα σε μία γάζα και μ' αυτό υγραίνουμε συχνά τα χείλη. Επίσης τολίπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στην διάλυση της βλέννης του στόματος. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία 1/1 .Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα.

στ)Χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας προσαρμοσμένος σε αναρροφητικό μηχάνημα για την απομάκρυνση βλέννης υγρών, αίματος ,αερίων και ουσιών οι οποίες συγκεντρώνονται στο στομάχι κατά τα πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση.

ζ)Φροντίδα για τους ρώθωνες του ασθενούς γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα.

Με μία βαμβakoφόρο που έχει υγρανθεί με νερό και μετά με λάδι είναι δυνατό να καθαριστούν οι ρώθωνες του αρρώστου.

η)Ο νοσηλευτής επίσης οφείλει να φροντίζει για την καθαριότητα και την τάξη του δωματίου του ασθενούς.

Οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο ν'απαλλαγεί απ'τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Άλλες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι η διάταση του εντέρου, η διάταση της κύστης, η τυχόν δυσκοιλιότητα, επίσης και το βρεγμένο τραύμα του ασθενούς.

Διάταση εντέρου. Είναι συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλισημός, ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του ασθενούς στο κρεβάτι.

Διάταση κύστης. Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό ή τραυματισμό του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως. Στη λύση αυτού του προβλήματος βοηθούν, η έγκαιρη έγερση του ασθενούς, η χορήγηση αφθόνων υγρών, οι χαμηλοί υποκλισημοί, το είδος της δίαιτας.

Αν το άτομο είχε μιά χρόνια δυσκοιλιότητα την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι, στο άτομο αυτό θα πρέπει να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες και τα βοηθητικά μέτρα για το τί θα πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση.

Τραύμα. Σε περίπτωση που το τραύμα του ασθενούς είναι βρεγμένο τότε εκτελείται αμέσως αλλαγή και περιποίηση του τραύματος, για την καλύτερη ανακούφιση του ασθενούς. Χαρακτηρίζουμε τα υγρά του τραύματος και αναγράφουμε την ποσότητα στο φύλλο νοσηλείας.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

α) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για πρόληψη της καταπληξίας και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται ενδοφλέβια γιατί οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών απ' το στόμα.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 3.000 CC, εφόσον ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες.

β) Αυξημένα υγρά ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς.

γ) Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς.

δ) Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για την επαρκή κάλυψη των αναγκών.

ε) Αποφυγή των τροφών οι οποίες μπορούν να ευνοήσουν την ανάπτυξη "συνδρόμου DUMPING", όπως π.χ. αποφυγή μεγάλων γευμάτων, καθώς και γλυκών ή αλμυρών εδεσμάτων.

στ) Θα πρέπει να αναγράφονται σε φύλλα νοσηλείας οι ποσότητες των υγρών έτσι ώστε να υπολογίζονται αν καλύπτονται οι θερμιδικές, διαιτητικές απαιτήσεις του ασθενούς σε υγρά.

ζ) Υγρά απ' το στόμα όταν επιτραπεί η λήψη αυτών. Η χορήγηση υγρών απ' το στόμα θα πρέπει να γίνεται σιγά-σιγά και σταδιακά.

Αν ο ασθενής κάνει εμετό ή έχει λόξυγγα διακόπτεται κάθε χορήγηση απ' το στόμα και ζητούνται οδηγίες.

Μετά από ολική γαστρεκτομή δεν υπάρχει γαστρικός σάκος γι' αυτό και η θρέψη αυτών των ασθενών αποτελεί το σπουδαιότερο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Εφόσον δεν μπορούν να λάβουν μεγάλα γεύματα, αυτά πρέπει να είναι μικρά και υψηλής θερμιδικής αξίας με τροφές, οι οποίες δεν απαιτούν κόπωση της λειτουργίας της πέψης.

Γι' αυτό το λόγο λοιπόν παρέχουμε δίαιτα πλούσια σε αυγά, βούτυρο και κρέμα.

Τα λαχανικά πρέπει να χορηγούνται υπό μορφή πουρέ ή καλά βρασμένα.

Τα φρούτα να γίνονται κομπόστα ή να μασώνται πολύ καλά.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Την χειρουργική επέμβαση του στομάχου μπορούν ν' ακολουθήσουν οι εκής επιπλοκές, τις οποίες και αντιμετωπίζουμε ανάλογα.

A. ΚΑΤΑΓΛΗΞΙΑ

1. Χορήγηση υγρών και υποκαταστάτων αίματος στον απαιτούμενο χρόνο.

2. Η διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας, του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας της αναπνοής.

3. Έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος.

B. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Η θεραπεία συνίσταται σε τοποθέτηση παγοκύστης στην κοιλιά. Επίσης χρειάζεται συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας των αναπνοών. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για την χορήγηση αίματος και υγρών ενδοφλεβίως. Η χορήγηση PER OS διαλύματος υδρο-

χλωρικής αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή αλατούχο ορό επιφέρει αγγειοσύσπαση.

Γ. ΕΜΜΕΤΟΣ

Ο έμμετος συνήθως αποτελείται από σκοτεινό αιματηρό υγρό. Συνήθως η ναυτία και ο έμμετος εξαφανίζονται μετά από 8-10 ώρες. Αν συνεχισθεί μετά τις πρώτες 24 ώρες πιθανώς οφείλεται σε παραμονή αίματος μέσα στο στομάχι.

Βοήθεια στην παροχέτευση του στομάχου ή του έμμέτου παρέχει :

- Αλλαγή της θέσης του ασθενή.
- Χορήγηση διαλύματος διττανθρακικού νατρίου σ'ένα μικρό ορό JV.
- ΡΙνογαστρικός σωλήνας που παρέχει συνεχή γαστρική παροχέτευση.

Δ. ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Πολλές φορές ακολουθούν τις εγχειρήσεις της κοιλιάς λόγω της τάσεως που έχουν οι ασθενείς να αναπνέουν επιπόλαια. Ο νοσηλευτής πρέπει να πιέζει τον ασθενή να :

1. Αναπνέει βαθιά αρκετές φορές για τον επαρκή αερισμό των πνευμόνων.
2. Σύσταση μικρών και συχνών γευμάτων και μετακινήσεις για την κινητοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.
3. Αλλαγή της θέσης του ασθενούς, απ'την μία πλευρά στην άλλη και περίπατος για την καλλίτερη λειτουργία των αναπνευστικών οδών. Ο ασθενής σηκώνεται προοδευτικά πρώτα κάθετα στο κρεβάτι και μετά στην πολυθρόνα.

Ε. ΕΚΣΠΛΑΧΝΩΣΗ

Για την αποφυγή της συνίσταται :

- 1.Χρήση κοιλιακών επιδέσμων γιά την υποστήριξη των τοιχωμάτων.
- 2.Στήριξη της τομής σε περίπτωση βήχα.
- 3.Σύσταση καλής διατροφής.
- 4.Συχνή παρακολούθηση των επιδέσμων.
- 5.Πρόληψη γιά την διάταση και μόλυνση του τραύματος.

ΣΤ. ΠΡΟΜΒΩΣΗ ΚΑΙ ΕΜΒΟΛΗ

Είναι συχνές μετά από μεγάλες επεμβάσεις, η πρόληψη αυτών συνίσταται σε :

- 1.Γρήγορη έγερση απ'το κρεβάτι γιά περιορισμό της στάσης του φλεβικού αίματος.
- 2.Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών.
- 3.Έλεγχος επιδέσμων και επιδέσεων γιά αποφυγή παρακώλησης της κυκλοφορίας.
- 4.Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής.

Ζ. ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12

Η ολική γαστρεκτομή οδηγεί στην αιφνίδια και τελική παύση της παραγωγής του "ενδογενούς παράγοντα" που απαιτείται γιά την απορρόφηση της Β12.

Συνεπώς αν η βιταμίνη Β12 δεν χορηγείται παρεντερικώς και μάλιστα συνεχώς σαν θεραπεία ρουτίνας διá βίου, αναπόφευκτα ο ασθενής θα υποφέρει από ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 αναγνωριζομένης ως κακοήθους αναιμίας (μεγαλοβλαστικής αναιμίας).

Μετά την γαστρεκτομή χορηγούνται μηνιαίως 1200 γρ. βιταμίνης Β 12 καθώς και σίδηρος.

Η. ΣΥΝΔΡΟΜΟ DUMPING

Υπάρχουν πολλές αιτίες γιά την παρουσία των συμπτωμάτων

του συνδρόμου, όπως το μικρό υπόλειμμα που μένει μετά την εγχείρηση, το μεγάλο άνοιγμα από το γαστρικό κολόβωμα στην νήστιδα και η πρόσληψη τροφής που περιέχει πολλούς υδατανθρακες και ηλεκτρολύτες ή χλωριούχο νάτριο, τα οποία πρέπει να έχουν διαλυθεί στην νήστιδα πριν λάβει χώρα η απορρόφηση.

Ο άρρωστος κατά την διάρκεια του φαγητού ή αμέσως μετά το γεύμα νοιώθει αίσθημα πληρότητας κατά το επιγάστριο, ναυτία, κωλικοειδείς πόνους στην κοιλιά, διάρροια, ζάλη, ταχυπαλμία, εφίδρωση και λιποθυμία ακόμα. Είναι ωχρός και υπάρχει ταχυσφυγμία. Απαντά στα 10-20 % των χειρουργηθέντων.

Η θεραπεία συνίσταται σε :

1. Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.
2. Αποφυγή γλυκών ή αλμυρών τροφών.
3. Λήψη υγρών μεταξύ γευμάτων.
4. Αποφυγή υγρών μετά τα γεύματα.
5. Τακτικά γεύματα, με αργή μάσηση και με ήσυχο περιβάλλον.
6. Λήψη αντιχοληνεργικών φαρμάκων πριν από τα γεύματα.

Θ. ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

Μερικοί άρρωστοι 2-4 ώρες μετά το γεύμα εμφανίζουν αδυναμία, τρέμο των χεριών, εφίδρωση, λιποθυμία και αίσθημα παλμών που αποδίδονται σε πτώση του σακχάρου του αίματος (υπογλυκαιμία).

Για την αποφυγή της συστήνεται λήψη σακχάρου κατά την έναρξη του παροξυσμού (καραμέλες, γλυκά κ.λ.π.).

Ι. ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Είναι το έλκος που εμφανίζεται στο σημείο της αναστόμωσης του εντέρου με το στομάχι και εμφανίζεται

συνήθως όταν μετά τη γαστρεκτομή έχει παραμείνει αρκετό τμήμα του στομάχου το οποίο συνεχίζει να εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πόνο ο οποίος μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του 12δακτυλικού έλκους, συχνά όμως είναι άτυπος ως προς το χαρακτήρα και την εντόπισή του.

Εμφανίζεται επίσης ναυτία και έμετος. Συχνά τα έλκη αυτά αιμορραγούν. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική.

ΑΝΑΓΚΕΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΝΗΨΗ

Άλλες ανάγκες του αρρώστου μετά την ανάνηψη εκτός απ'τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι και την σίτιση, τα οποία έχουν αναπτυχθεί πιά πάνω είναι και οι παρακάτω όπως η έγερση του αρρώστου και η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.

Έγερση του αρρώστου

Μέσα στις πρώτες 24-48 ώρες μετά την εγχείρηση ο άρρωστος σηκώνεται απ' το κρεβάτι.

Πρώτα τοποθετείται σε ανάρροπη θέση ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη. Κατόπιν στην καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και στο τέλος σηκώνεται.

Κατά την έγερση του αρρώστου δίνεται μεγάλη προσοχή στις παροχετεύσεις ώστε να μην τραβηχτούν και φύγουν απ'τη θέση τους. Αν η έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση.

Οι ασκήσεις είναι: ασκήσεις χεριών, ποδιών, αναπνευστικές, βαθιές κινησεις, ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών, ασκήσεις βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην κάθε άρθρωση των ώμων.

Φροντίδα τραύματος και αλλαγή αυτού.

Η φροντίδα του τραύματος αποβλέπει στην καλή επούλωση αυτού. Όταν λέμε επούλωση εννοούμε το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος.

Παράγοντες που επιδρούν στην όχι καλή επούλωση του τραύματος είναι :

α. Συλλογή αίματος ή πλάσματος στο τραύμα (οίδημα).

β. Ξένα σώματα όπως σκόνη κ.λ.π.

γ. Ανεπαρκής αιμάτωση.

δ. Τοπική φλεγμονή του τραύματος.

Το τραύμα είναι κλειστό με επιδεσμικό υλικό. Η επίδεση μένει ως την αφαίρεση των ραμμάτων. Για την αλλαγή των τραυμάτων θα πρέπει να χρησιμοποιείται ξεχωριστό αποστειρωμένο πακέτο για κάθε άρρωστο. Όταν το τραύμα φέρνει παροχeteύσεις χρειάζεται μεγάλη προσοχή για τις κενώσεις των υγρών των παροχeteύσεων. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να αγγίζει το μολυσμένο υλικό με γυμνά χέρια. Αν υπάρχει ακόμα και η μικρότερη αμφιβολία για την αντισηψία ενός εργαλείου ή επιδεσμικού υλικού αυτό πρέπει να θεωρείται μολυσμένο και να μην χρησιμοποιείται.

Το επιδεσμικό υλικό του τραύματος καταστρέφεται τα δε εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται μέσα σε δοχείο με αντισηπτική ουσία. Κατόπιν πλένονται καλά και αποστειρώνονται. Το δέρμα γύρω από το τραύμα συχνά ερεθίζεται από τα υγρά παροχeteύσης γι' αυτό χρησιμοποιούνται προστατευτικές αλοιφές.

Όταν ο σωλήνας παροχeteύσης συνδέεται με φιάλη συλλογής εκκρίσεων, ο νοσηλευτής να προσέχει ώστε να αποφεύγονται οι αναδιπλώσεις και συμπίεσεις του σωλήνα.

Ο νοσηλευτής κατά την αλλαγή τραυμάτων μπορεί:
Να παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

Επίσης φροντίζει για το άσηπτο σερβίρισμα των αντισηπτικών υγρών και του επιδεσμικού υλικού προς τον γιατρό που κάνει την αλλαγή του τραύματος. Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών, αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.

Μετά την αλλαγή κάθε αρρώστου και ο γιατρός και ο νοσηλευτής θα πρέπει να πλένουν τα χέρια τους με αντισηπτικές ουσίες.

Έτσι αποφεύγεται η μόλυνση του περιβάλλοντος αλλά και του επόμενου ασθενή στον οποίο θ'ακολουθήσει αλλαγή.

Νοσηλευτική φροντίδα ΙΙ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β΄

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ
ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ

Επειδή ο καρκίνος στομάχου είναι κι ένα αθεράπευτο κακοήθες νεόπλασμα, η νοσηλευτική φροντίδα που εφαρμόζουμε θα πρέπει να έχει σαν αντικειμενικούς σκοπούς τους εξής:

- 1.Παρεμπόδιση της επέκτασης του κακοήθους νεοπλάσματος.
- 2.Απόσπαση της προσοχής του αρρώστου απ'την κατάσταση του.
- 3.Ανακούφιση απ'τον πόνο.
- 4.Πρόληψη επιπλοκών.
- 5.Διατήρηση αρρώστου στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

Αυτά θα επιτευχθούν με την παρέμβαση και τη βοήθεια του νοσηλευτή.

Ετοιμασία αρρώστου για θεραπεία.

Εξηγούμε στον ασθενή με υπομονή τί πρόκειται να του γίνει.

- Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλάσματος σε άλλες περιοχές.
- Βοήθεια του ασθενή στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
- Φροντίδα για έγερση του ασθενή και συχνή αλλαγή θέσης.
- Φροντίδα για εξασφάλιση ζεστού ,καθαρού και άνετου περιβάλλοντος.
- Περιποίηση δέρματος και πρόληψη κατακλίσεων.
- Ανακούφιση του πόνου του ασθενή.

Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγούνται :

- α.Ηρεμιστικά και υπνωτικά.

β. Αναλγητικά.

γ. Αντιεμετικά.

δ. Μυοχαλαρωτικά και αντισπασμωδικά.

Φροντίδα για τυχόν διαταραχές της κύστης και του εντέρου .

α. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα.

β. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περιναίου.

γ. Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.

δ. Υπόθετα γλυκερίνης με ιατρική συνταγή.

Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να είναι πανέτοιμος για την αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα με :

Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.

Ίσχαιμη πλесе ή ειδοποίηση γιατρού.

Ενθάρρυνση του αρρώστου.

Ετοιμοσία του αρρώστου για απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

Ένα άλλο βασικό καθήκον του νοσηλευτή είναι και η διατροφή του καρκινοπαθούς. Οι ανάγκες του καρκινοπαθούς για καλή διατροφή είναι μεγαλύτερες και η περιορισμένη διάθεση για φαγητό αποτελεί σύμπτωμα της νόσου.

Ο ασθενής που υπέστη γαστρεκτομή συναντά πολλές δυσκολίες.

Οι ασθενείς αυτοί δεν χάνουν την επιθυμία του φαγητού και γι' αυτό καλείται ο νοσηλευτής να ικανοποιεί την επιθυμία τους αυτή με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο.

Η άνεση του περιβάλλοντος και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου είναι συνθήκες που παίζουν ιδιαί-

τερο ρόλο στην προσπάθεια διατροφής του καρκινοπαθούς.

Σε περίπτωση σοβαρής ανορεξίας και καχεξίας ο οργανισμός ενισχύεται και με βιταμίνες και ηλεκτρολύτες IV.

Τις πρωτεϊνικές ανάγκες καλύπτουν η μετάγγιση αίματος και πλάσματος.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διατροφή είναι σημαντικός και περιλαμβάνει :

- την διαμόρφωση ευχάριστου περιβάλλοντος,
- την προετοιμασία και παρουσίαση της τροφής,
- τους διάφορους τρόπους χορήγησης της τροφής,
- την πληροφόρηση στις συνήθειες του αρρώστου πάνω στην τροφή, καθώς και στην παρακολούθηση του βάρους.

Τεχνητή διατροφή - γαστροστομία

Όπως ξέρουμε η γαστροστομία είναι ένα άνοιγμα στο στομάχι που διενεργείται με σκοπό τη χορήγηση τροφής και υγρών, όταν υπάρχει πλήρης οισοφαγική απόφραξη. Μπορεί επίσης να γίνει σπάνια, σε κωματώδεις ή πολύ εξασθενημένους αρρώστους, που θα χρειασθούν τεχνητή διατροφή για πολύ χρόνο.

Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να χορηγήσει την κανονική τροφή και να εκτιμήσει τη θρεπτική κατάσταση του αρρώστου, σαν απόκριση σε αυτή τη μέθοδο διατροφής.

Τα αντικείμενα που θα χρειασθούμε είναι :

1. Ένα αριθμημένο δοχείο.
2. Χωνί ή σύριγγα ASEPTO.
3. Προσαρμοστής (συνδετικός) .
4. Λεκάνη με νερό στην θερμοκρασία του δωματίου.

Η φάση της προετοιμασίας περιλαμβάνει :

1. Η έναρξη της σίτισης να γίνεται μετά την αποκατάσταση του περισταλτικού του εντέρου.

2. Τοποθέτηση του αρρώστου σε ψηλή θέση FOWLER, εκτός αν αντεδεικνυται.

3. Τοποθετούμε ένα μισό σεντόνι ή κουβέρτα νοσηλείας στο επάνω μισό του σώματος του αρρώστου και διπλώνουμε τα σκεπάσματά του, ώστε να καλύπτουν το κάτω μισό του σώματός του. Η ενέργεια αυτή βοηθά στην έκθεση του σωλήνα γαστροστομίας.

Στη φάση εκτέλεσης εφαρμόζουμε:

1. Το χωνί ή τη σύριγγα στον συνδετικό σωλήνα.

2. Ξεσκεπάζουμε το άνοιγμα του σωλήνα γαστροστομίας και εφαρμόζουμε το συνδετικό σωλήνα.

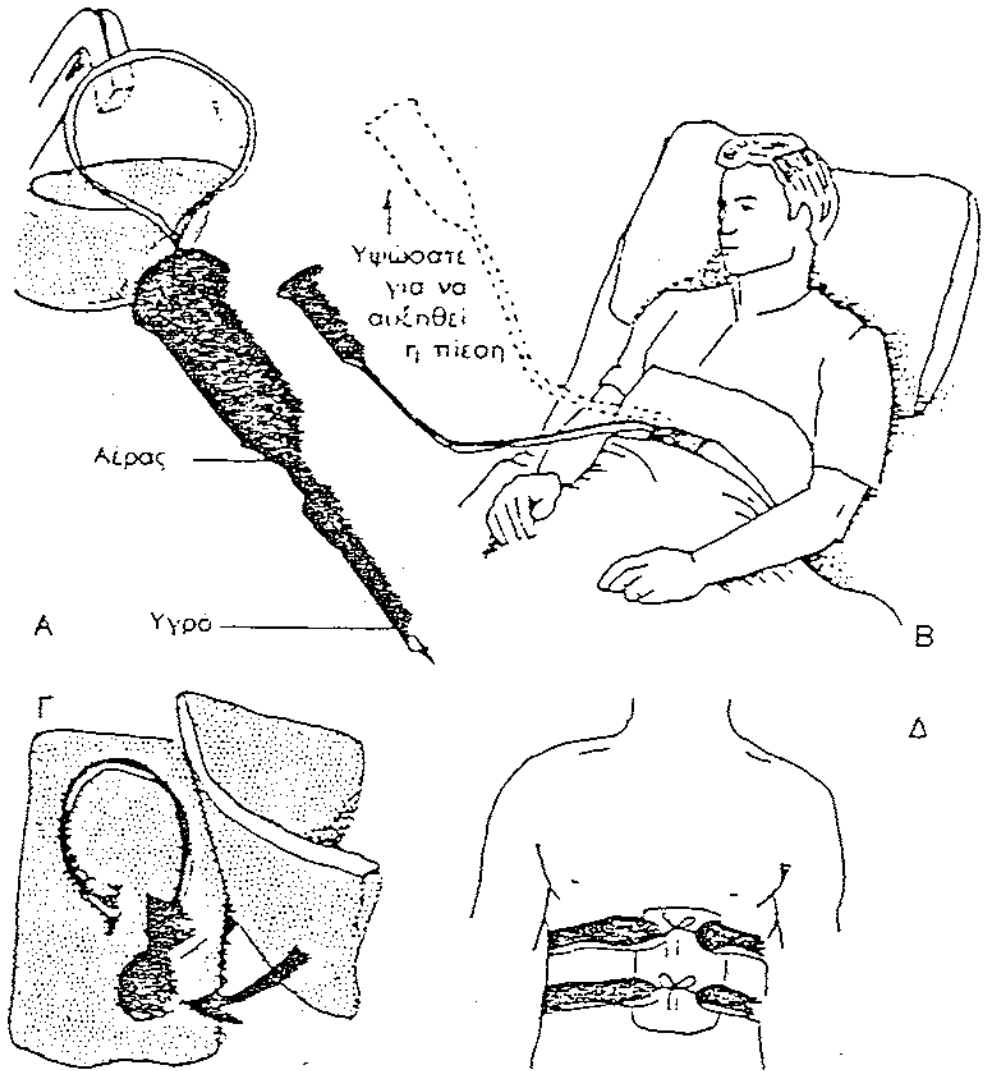
3. Αδειάζουμε το μίγμα μέσα στον υποδοχές τον οποίο κρατάμε σε κλίση. Με την κλίση διαφεύγουν οι φυσαλίδες του αέρα.

4. Ρυθμίζουμε τη ροή με μεταβολές στο ύψος του υποδοχέα (ανεβάζοντας ή κατεβάζοντας τον υποδοχέα). Αυτό γιατί ο ρυθμός ροής έχει σχέση ευθέως ανάλογη με την υδροστατική στήλη του μίγματος.

5. Μόλις τελειώσει και η τελευταία δόση του μίγματος βάζουμε μέσα απ' τον σωλήνα χλιαρό νερό και τον κλείνουμε.

6. Τοποθετούμε μικρή γάζα πάνω στο στόμιο του σωλήνα και την στερεώνουμε με λαστιχάκι. Αυτό διατηρεί καθαρό το άνοιγμα του σωλήνα για την επόμενη σίτιση.

7. Καλύπτουμε τον σωλήνα με γάζα και εφαρμόζουμε ζώνη κοιλιάς για την στερέωσή της. Αυτό παρέχει δυνατότητα μεγαλύτερης κινητικότητας στον άρρωστο.



ελλιπή διατροφή μέσω γαστροστομίας.

Διδασκαλία του αρρώστου

1.Αφού ο σωλήνας πρέπει να αλλάζεται κάθε 2-3 ημέρες, ο άρρωστος πρέπει να διδαχθεί πως θα το κάνει (ο σωλήνας πρέπει να είναι καθαρός , όχι απαραίτητα αποστειρωμένος).

2.Ο άρρωστος πρέπει να μάθει την τεχνική σίτισής του, τί μίγμα πρέπει να παίρνει και πως να τα ετοιμάζει.

3.Αν πρόκειται για σίτιση μέσα από στόμιο πρέπει να μάθει την εισαγωγή ή και την αφαίρεση του σωλήνα στο κάθε γεύμα και τη φροντίδα του δέρματος γύρω από το στόμιο.

α)Διάρροη γαστρικού υγρού ερεθίζει το δέρμα.

β)Καθημερινή αλλαγή του τραύματος αποτρέπει τη διάβρωση του δέρματος.

γ)Ουδέτερες αλοιφές ,όπως οξειδιο του ψευδαργύρου ή βαζελίνη ,μπορούν να εφαρμόζονται στο δέρμα γύρω από τον σωλήνα.

4.Τέλος ,πρέπει να διδαχθεί τα σημεία και συμπτώματα επιπλοκών , για τα οποία πρέπει να παρακολουθεί τον εαυτό του.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ορισμένα προβλήματα στον άρρωστο όπως δηλαδή : -διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας της αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.

- μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις,
- διαταραχές από το πεπτικό σύστημα (ναυτία, έμμετοι, ανορεξία,
- διαταραχές υγρών- ηλεκτρολυτών λόγω των εμμέτων και της διάρροιας,
- προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος,
- ψυχικά προβλήματα εξαιτίας κάποιας σωματικής αλλαγής (αλωπεκίας ,σκούρο δέρμα).

Η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει στην :

- α) Μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- β) Ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- γ) Έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών όπως και αντιμετώπισή τους.

Αναλυτικότερα ο νοσηλευτής προετοιμάχει τον ασθενή να δεχθεί τη χημειοθεραπεία αρχίζοντας με την ενημέρωσή του γύρω από τα φάρμακα και τις επιπλοκές που τυχόν θα υπάρξουν.

Του χορηγεί αντιεμετικά πριν από την θεραπεία. Μετράει και παρακολουθεί την ενυδάτωση και τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Χορηγεί υπακτικά σε περίπτωση δυσκοιλιότητας ,κατόπιν εντολής Ιατρού.

Τα γεύματα δίνονται σε μικρές ποσότητες και συχνά, αλλά να είναι πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικές ουσίες.

Καθημερινά πρέπει να γίνεται προσεκτική περιποίηση στόματος για να αποφευχθούν οι στοματίτιδες. Ο ασθενής που παίρνει χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ευαίσθητος και ευπρόσβλητος σε λοιμώξεις και μολύνσεις. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθεί όλους τους κανόνες ασηψίας και αντισηψίας σε κάθε του ενέργεια. Τα ούρα και τα κόπρανά του παρακολουθούνται προσεκτικά για τυχόν αιμορραγίες. Επίσης προσέχει τις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα, τους νεφρούς. Βοηθάει τον άρρωστο να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σώματός του.

Κατά την έγχυση του φαρμάκου η οποία γίνεται ενδοφλεβίως ο νοσηλευτής παίρνει μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

Αν χυθεί φάρμακο η περιοχή πλένεται καλά. Το μέρος στο οποίο έχει γίνει έγχυση καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα. Σημαντικό είναι να παρθούν μέτρα για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

Επίσης ο νοσηλευτής προστατεύοντας τον εαυτό του από τις τοξικές εκδηλώσεις των φαρμάκων αυτών στο δέρμα πρέπει κατά τη διάλυση, αναρρόφηση και τελικά την έγχυσή του στη φλέβα να φορά γάντια.

Οι παραπάνω πληροφορίες δόθηκαν από τη κα Μπαρμπουνάκη-Κωνσταντάκου Ε. Προϊσταμένης - Νοσηλευτριάς " Ο Άγιος Σάββας " σε συνέντευξη που μας παραχώρησε .-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Κάθε καρκινοπαθής κατά την εξέλιξη της νόσου του περνά από αφιμένες ψυχολογικές φάσεις που έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τον (KUMBLER-ROSS 1973) σε 5 στάδια ή φάσεις.

Στο πρώτο στάδιο της άρνησης της νόσου, ο ασθενής δεν αναγνωρίζει το ψυχοτραυματικό αυτό γεγονός.

Στο δεύτερο στάδιο της εξέγερσης ή του ερεθισμού, ο ασθενής επαναστατεί, αγανακτεί και είναι απείθαρχος.

Στο τρίτο, του παζαρέματος, προσφέρει, διαπραγματεύεται ή υπόσχεται διάφορα πράγματα με αντάλλαγμα την προσφορά υγείας ή την παράταση της ζωής του.

Στο τέταρτο στάδιο ο άρρωστος χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, αίσθημα ενοχής.

Στο πέμπτο αποδέχεται λογικά ή μοιρολατρικά τα γεγονότα και την εξέλιξή τους.

Η ψυχολογική συμπεριφορά του αρρώστου που ξέρει ή υποψιάζεται βάσιμα ότι πάσχει από καρκίνο χαρακτηρίζεται από άγχος για την άγνωστη εξέλιξη π.χ. τους πιθανούς πόνους, την δύσπνοια, τον πυρετό και από θλίψη για τη μόνη βεβαιότητα του θανάτου με όλα τα μεταφυσικά ερωτήματα.

Το STRESS που δημιουργείται από την πίεση των πιδ πάνω αισθημάτων μαζί με την ιδιαιτερότητα του συμβολισμού μιας νόσου που "κατατρώνει τα σπλάχνα" δημιουργεί μία ψυχολογική συμπεριφορά λίγο πολύ κοινή σε όλους τους αρρώστους.

Η άρνηση της νόσου (στάδιο πρώτο) είναι ο αποτελεσματικός μηχανισμός του "εγώ". Υπάρχει έμμεση και άμεση άρνηση. Με την πρώτη ο άρρωστος αντιμετωπίζει την

νόσο και τα προβλήματα της σαν να αφορούσαν κάποιον άλλον. Στην άμεση άρνηση ο άρρωστος προστατεύει τον εαυτόν του από την αλήθεια αρνούμενος την αλήθεια.

Στην φάση της εξέγερσης ή του ερεθισμού (στάδιο δεύτερο) ο άρρωστος αγανακτεί για την τύχη του, δεν πειθαρχεί στις οδηγίες που του δίνονται, δεν ικανοποιείται από την θεραπεία και την νοσηλεία του, μαλώνει με την οικογένειά του για έλλειψη αγάπης και φροντίδας προς αυτόν.

Στη φάση του παζαρέματος (στάδιο τρίτο) ο άρρωστος γίνεται πειθαρχικός, υπάκουος, φιλικός προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπόσχεται διάφορα πράγματα, ακόμα, τάζει αμοιβές, θρησκευείται και κάνει τάματα στον Θεό.

Το μόνο αντάλλαγμα που ζητά για όλα αυτά είναι η παράταση της ζωής του μέχρι κάποιο συγκεκριμένο γεγονός ή κάποιο χρονικό όριο.

Στην καταθλιπτική φάση (στάδιο τέταρτο) εκδηλώνεται η απελπισία. Στη φάση αυτή αναζητά με αγωνία την ανθρώπινη συντροφιά και παρουσία. Εκδηλώνονται και αισθήματα ενοχής και αυτουποτίμησης. Η όλη του συμπεριφορά ακόμα και η απειλούμενη αυτοκτονία έχει σαν σκοπό την προσέλευση του ενδιαφέροντος και την συμπαράσταση των άλλων.

Στην τελευταία φάση (πέμπτο στάδιο) της παράδοσης ο άρρωστος αντιμετωπίζει στωϊκά την κατάσταση του περιμένοντας το μοιραίο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπο-

ρεί να εγκαταλείπεται μοιρολατρικά αρνούμενος κάθε
θεραπεία ή μέριμνα γι' αυτόν.

Τα στάδια αυτά διαδέχονται το ένα το άλλο με
την προκαθορισμένη αυτή σειρά, ενώ παλινδρομήσεις και
προσκόλληση σ' ένα από τα στάδια αυτά είναι συνηθισμένο
φαινόμενο.-

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Ο καρκίνος είναι μία αρρώστια που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και τον θάνατο και έχει σαν αποτέλεσμα την ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου με επιπτώσεις αρνητικές στην προσωπική του ζωή.

Το άτομο είναι αναγκασμένο ν'αποσυρθεί απ'την ενεργό ζωή και ν'αλλάξει όλες τις παλιές του συνήθειες και τον τρόπο ζωής του για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Επειδή λοιπόν οι καρκινοπαθείς είναι μία ειδική κατηγορία αρρώστων,γι'αυτό και η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να είναι ιδιαίτερη,

Μεγαλύτερη προσοχή δε, πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής γιατί είναι ο μόνος που βρίσκεται επί 24ώρου βάσεως στο πλευρό του ασθενή.

Είναι γεγονός ότι ο άρρωστος είναι ένα πλάσμα έντρομο και καχύποπτο.Φοβάται και υποπεύεται τούς πάντες.Γι'αυτό θα πρέπει ν' αποσπάσουμε την συμπάθεια και την εμπιστοσύνη του αρρώστου έτσι ώστε ν'αποδέχεται όσα του λέμε αλλά και να δέχεται την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει τις νοσηλείες του ώστε να γίνονται με δεξιοτεχνία,αλλά και οι πληροφορίες και οι απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα να είναι σαφείς και να τής παισιώνουν η συμπόνοια, η στοργή,ο ανθρωπισμός και η ανοχή.

Η στάση του απέναντι στον ασθενή ποικίλει.Απ'την μεγάλη μας στοργή πρὸς αυτόν κινδυνεύουμε να παρασυρθούμε και ν'αυξήσουμε την καχυποψία του.Απ'την έλλειψη πάλι αγάπης από κόυραση ή και οργής (ανθρώπινες αδυναμίες),πέφτουμε

κάπου στο άλλο άκρο τον αδικούμε, τον κατηγορούμε και αδιαφορούμε ακόμη απέναντι στις σωστές παρατηρήσεις του. Δεν έχει πάντα δίκιο αλλά δεν έχει πάντα και άδικο.

Πρέπει να προσπαθούμε να τον καταλάβουμε. Είναι φυσικό να φοβάται και εύλογο να υποπτεύεται. Χρέος μας να διαλύσουμε τους φόβους του και να συμμεριστούμε όχι βέβαια όλες αλλά τις δίκαιες υποψίες του.

Πρέπει να είμαστε ευθείς τίμιοι απέναντί του και να μην προσποιούμεθα. Δεν ωφελεί να υποκρινόμαστε αλλά και βλάπτει να μιλούμε "πίσω" του.

Γιατί ο άρρωστος μπορεί και διαβάξει τα "μάτια" και καταλαβαίνει τί έχει και τι δεν έχει .

Συνήθως οι ασθενείς είναι μέλη οικογένειας. Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τους συγγενείς του ασθενούς είναι απαραίτητη , γιατί βρίσκονται στην περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση. Ο νοσηλευτής πρέπει ν'αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας - ασθενούς και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλάβουν και τον ασθενή στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ'αυτά, όσο είναι δυνατό.

Χρέος του νοσηλευτή είναι :

-Να τον βοηθήσει ώστε να ζεί με την γνώση της αρρώστιας του.

-Να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός του .

-Ν'αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης.

-Να τον ενισχύσει ώστε να δεχθεί την ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και να είναι έτοιμος ν'αντιμετωπίσει ανε-

πιθύμητα αποτελέσματα , όπως η πτώση μαλλιών , ανορεξία , ναυτία , έμμετοι .

-Ν' αντιμετωπίσει το άγχος , κατάθλιψη , συγχυτικές αντιδράσεις , ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας .

-Βοηθάει στην διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του ασθενή, στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της ασφάλειας .

-Τον βοηθάει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον (σύζυγο, παιδιά, συγγενείς , εργασία) και να δραστηριοποιηθεί πάλι .

Τέλος ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή για την μετάβασή του από την παρούσα στην μέλλουσα ζωή, προσφέροντας ανακούφιση και δύναμη , δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς .

Αυτή η ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής έντασης αγωνίας και άγχους , τα οποία δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο στάδιο του θανάτου.-

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

ΣΕ ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ

Στην προσπάθεια ελέγχου του καρκίνου η πρόληψη αποτελεί το πλέον βασικό σημείο.

Η πρόληψη εμφανίζεται σε δύο φάσεις : την πρωτοπαθή πρόληψη και την δευτεροπαθή.

Πρωτοπαθής πρόληψη

Γίνεται όταν το κοινό εφαρμόζει οδηγίες για αποφυγή παραγόντων ή συνθηκών που έχουν γνωστές καρκινογόνες ιδιότητες π.χ. παρατεταμένη ηλιοθεραπεία, κάπνισμα, ακτινοβολία κ.λ.π.

Δευτερογενής πρόληψη

Θεωρείται η δυνατότητα να γίνει ο καρκίνος όσο το δυνατόν γρηγορότερα αντιληπτός και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Κυτταρολογικές εξετάσεις όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου , ακτινολογικές , βιοχημικές, ακόμη και η ιατρική εξέταση χρησιμοποιούνται στην δευτερογενή πρόληψη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου συνίσταται :

α) Την ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος αυτού.

β) Την εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

γ) Στην διαφώτιση του κοινού.

δ) Στην ενεργό συμμετοχή και συνεργασία κατά την

διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τον καρκίνο.

ε) Στην παρατήρηση και την λήψη των απαραίτητων μέτρων σε προκαρκινικές εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

Γιὰ να κάνει όμως ο νοσηλευτής επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει πάντα να είναι ενημερωμένος και να συμμετέχει στην πληροφόρηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος. Επίσης εκτός από τις τεχνικές γνώσεις της δουλειάς του πρέπει να κατέχει και γενικώτερες γνώσεις ογκολογίας.

Ο νοσηλευτικός τομέας έχει την υποχρέωση να είναι πάντα σύγχρονος ως προς τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και την δημιουργία νέων συνθηκών και προβλημάτων.

Οι δυσκολίες για επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές.

Οι οικονομικοί λόγοι είναι μια απ' αυτές αλλά και σε χώρες που υπάρχει κρατικοποιημένη ιατρική, ο φόβος η άγνοια, η πρόληψη, η απέχθεια να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, η ταλαιπωρία της μετακίνησης ή το χάσιμο του χρόνου αποτελούν τους κυριώτερους λόγους, που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά τις δυνατότητες της πρόληψης.

Επίσης άλλες δυσκολίες είναι οι γεωγραφικές συνθήκες ανεπαρκείς μεταφορικές δυνατότητες, άλλα πρωτεύοντα θέματα υγείας και διαβίωσης - επιβίωσης.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ '

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ

ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Στόχος της επιμόρφωσης του κοινού είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα το βοηθήσουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος, από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση, την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση, την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Όχι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά και ο τρόπος, η μεθόδευση έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

Ο νοσηλευτής κινείται σ' ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Σε σχολεία, βιομηχανίες, ιατρεία, στα σπίτια, καθημερινά συναντά χιλιάδες ανθρώπων και συνδυάζει την προσφορά φροντίδας και πληροφόρησης. Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του ο νοσηλευτής γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο και αγωνία, αλλά και στις ιατρικές παρεχές και το οικονομικό κόστος όλων αυτών.

Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι επιμόρφωσης του κοινού.

Οι πιο σημαντικοί είναι :

./.

1. Προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου (δέρμα ,στόμα, μαστός) , με κατάλληλες διοργανώσεις- σεμινάρια.

2. Προγράμματα για επιμόρφωση και εντόπιση καρκίνου.

3. Κινητικές διαγνωστικές μονάδες.

4. Ραδιόφωνο , τηλεδραση , τύπος.

5. Αντικαπνιστική εκστρατεία.

6. Κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της γυναίκας στον καρκίνο μαστού - μήτρας.

7. Κινητοποίηση , συμμετοχή του κοινού.

8. Προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού ως προς την νόσο .

9. Αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί η νόσος.

Σε ορισμένες χώρες που πίστευαν ότι η πληροφόρηση αυτή δεν πρέπει να γίνεται γιατί πιστεύεται ότι κάνει κακό στον άρρωστο. Αντίθετα μ' αυτό όμως έχει αποδειχθεί ότι η επιμόρφωση του κοινού και η πληροφόρηση του αρρώστου βοηθούν για μία καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Ο ασθενής ζητά σαφείς και αληθινές απαντήσεις στα ερωτήματά του .

Η ψυχολογική και κοινωνική απομόνωση του καρκινοπαθούς έχει καταστρεπτικές ιδιότητες στο "εγώ" του , στην διάθεσή του να κινητοποιήσει τις δυνάμεις του για να παλαίψει.

Η επικοινωνία , η συζήτηση , η πληροφόρηση , η γνώση δίνουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος σε άτομα που δεν έχουν τις βασικές επιστημονικές γνώ-

σεις και επιτρέπουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση. Το πνεύμα αμφιβολίας δημιουργεί την καχυποψία αυξάνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση δημιουργώντας ένα σωρό εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή προϋποθέτει την ύπαρξη μηχανισμών ψυχικής υποστήριξης.

Σαν άτομο κάθε νοσηλευτής - νοσηλεύτρια έχει διαφορετική ικανότητα να αντιμετωπίσει την πίεσή τους.

Οι προσωπικές αξίες, τα συναισθήματα, η συμπεριφορά δοκιμάζονται συνεχώς, καθώς και η συνοχή, η συνεργασία, επικοινωνία με τ'άλλα μέλη της ομάδας που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο και το περιβάλλον του είναι απαραίτητη.

Έτσι μόνο θα μπορεί ουσιαστικά να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του παρουσιάζονται.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς σωματική και ψυχοκοινωνική θεωρείται ανυπόστατο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από την στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.

Ποιά είναι η αξία να σωθεί μία ζωή αν το άτομο δεν αποκατασταθεί ψυχικά και δεν ενταχθεί ξανά μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα.

Σωματικά η χειρουργική για καρκίνο προκαλεί βαριές αναπηρίες. Οι αλλαγές αυτές στη σωματική λειτουργία και εμφάνιση μαζί με τον φόβο που προκαλεί η διάγνωση του καρκίνου εκτροχιάζουν ψυχολογικά το άτομο το απομονώνουν κοινωνικά, το αποξενώνουν από το νόημα της ζωής.

Η ψυχολογική αποκατάσταση του αρρώστου πρέπει να τύχει μεγαλύτερης βοήθειας.

Οι άλλες αποκαταστάσεις, οι σωματικές, οι λειτουργικές, αισθηματικές και οι κοινωνικές, βοηθιούνται σε μεγάλο βαθμό και ξεπερνιούνται σχεδόν εύκολα, όταν υπάρχει ψυχολογική αποκατάσταση.

Η ψυχική δύναμη συμμετέχει σαν παράγοντας καλής πρόγνωσης τόσο στην προφύλαξη, όσο και στην εξέλιξη της νόσου, γι' αυτό και η ψυχολογική αποκατάσταση είναι θεραπευτική αναγκαιότητα. Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς με καλή πρόγνωση, αλλά σε όλους, γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής.-

Η αποκατάσταση στον άρρωστο του αισθήματος ότι είναι χρήσιμος και ότι τον υπολογίζουν και τον σέβονται σαν άτομο είναι βασικής σημασίας στην προσπάθεια του να διατηρηθεί στη ζωή, ν'αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να παλαίψει γιὰ την υγεία του .

Το νοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο από κάθε άλλο, πρέπει να δείξει απεριόριστη φαντασία και εφευρετικότητα στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των λεπτομερειών που συνθέτουν το αίσθημα φόβου, ανασφάλειας και τις σωματικές λειτουργικές διαταραχές του αρρώστου.

Η διαμόρφωση του περιβάλλοντος , η προσωπική μας εμφάνιση ο τόνος ομιλίας μας , ο τρόπος συμπεριφοράς μας , η πληροφόρηση γιὰ τις εξετάσεις , τα μηχανήματα , τους γιατρούς , τις εγχειρήσεις, τις άλλες θεραπείες την παρακολούθηση , τις επιπτώσεις των θεραπειών είναι τομείς που πρέπει να αναφερθούν και να τονισθούν. Επίσης οι δυνατότητες σωματικής και λειτουργικής αποκατάστασης , η πρόγνωση και η εξέλιξη της νόσου, η ενημέρωση μας πάνω στην οικογενειακή κατάσταση , στην εργασία , στις ατομικές συνθήκες και συνήθειες του αρρώστου , στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις , στις κοινωνικές του προτιμήσεις , στις σκέψεις του γιὰ το σήμερα, γιὰ το αύριο , είναι και αυτοί σημαντικοί τομείς που πρέπει όλοι όσοι ενδιαφέρονται γιὰ τον άρρωστο να θίξουν.

Ο άρρωστος συνειδητοποιεί , αισθάνεται πότε ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν , αναγνωρίζει την προσπάθεια και σε κατάλληλες συνθήκες συμβάλλει και συμμετέ-

χει στην αποκατάστασή του. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που θα τρέξει πρώτος σε κάθε ανάγκη του .

Η εργασιοθεραπεία , απασχολησιοθεραπεία , η αισθητική βελτίωση , η λειτουργική ανάκτηση , η αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων , η κάλυψη οικονομικών αναγκών, η δημιουργία νέου περιβάλλοντος , όπου θεωρείται αναγκαίο , είναι συνθήκες και τομείς δράσης μέσα απ'τους οποίους θα βρεί τον δρόμο της η υποστήριξη της αποκατάστασης.

Η αποκατάσταση μπαίνει σαν ένας κλάδος στις σύγχρονες θεραπευτικές και νοσηλευτικές απαιτήσεις όπου όλοι , ο γιατρός , ο νοσηλευτής , η κοινωνική λειτουργός , ο εθελοντής , ο ιερέας , ο ψυχολόγος , ο ψυχίατρος , το περιβάλλον του αρρώστου , ο εργασιοθεραπευτής έχουν να παίξουν τον δικό τους ρόλο.

Απ'την συμβολή του καθενός θα εξαρτηθεί το τελικό αποτέλεσμα.

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α

Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Είναι γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας, συμβάλλει θετικά στη θεραπεία της .

Και επειδή τα συμπτώματα του καρκίνου του στομάχου είναι ασαφή καλό θα ήταν να ακολουθήσουμε ορισμένους κανόνες επωφελείς.

1)Λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού για τις πεπτικές λειτουργίες και τις τυχόν διαταραχές της. Κάθε τέτοια ανωμαλία έστω και ολιγοήμερη πρέπει να ελέγχεται ακτινολογικά.

2)Μία δευτεροπαθής αναιμία μπορεί να αποτελέσει το μόνο σημείο καρκίνου του στομάχου. Θεραπεία τυχόν αναιμίας χωρίς αιτιολογική διάγνωση αποτελεί σοβαρό σφάλμα.

3)Ένα ιστορικό χρόνιου 12δακτυλικού έλκους δεν αποκλείει την συνύπαρξη καρκίνου του στομάχου, αλλά και ο καρκίνος του στομάχου, μπορεί να υποδυθεί την μορφή καλοήθους στομαχικού έλκους.

Προτάσεις που μπορούν να εφαρμοσθούν

1)Συστηματικός ακτινολογικός έλεγχος και ευρεία χρήση της γαστροσκόπησης ,βοηθά πολύ στην έγκαιρη διάγνωση.

2)Δημιουργία κέντρων ανίχνευσης ,εκπαίδευσης προσωπικού κατάλληλο για την διαφώτιση του κοινού.

3)Συστηματική φροντίδα και ενημέρωση του κοινού για την διατροφή.

4)Να γίνονται τακτικές εξετάσεις για μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα , γιατί αυτή μπορεί να αποτελεί τηνπρώτη ένδειξη για την ύπαρξη του καρκίνου.

5)Να γίνεται συστηματική διαφώτιση και τόνωση του ηθικού ,και να πιστέψουμε όλοι μας ότι καρκίνος δεν σημαίνει και θάνατος.

6)Πρέπει λοιπόν να γίνει απ'όλους μαζί μία προσπάθεια και ένας αγώνας για να καταπολεμήσουμε και να κινήσουμε τον καρκίνο.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Διαλέξαμε να εξετάσουμε την νόσο του καρκίνου του στομάχου , αρχικά γιατί ο καρκίνος αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα για τους ανθρώπους που στο άκουσμα και μόνο της λέξης αυτής τους προκαλείται δέος, αλλά και για τους επιστήμονες που δεν έχουν βρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικές λύσεις.

Ειδικότερα για τον καρκίνο στομάχου μας εντυπωσίασε όχι το γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση του μπορεί να σώσει τον ασθενή - αυτό ισχύει για πολλές περιπτώσεις - αλλά το ότι χωρίς να υπάρχει κανένα σύμπτωμα , είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ο καρκίνος.

Επειδή ξέρουμε δυστυχώς ότι κανείς δεν πάει στον γιατρό χωρίς να έχει κάποιο πρόβλημα και ότι οι τακτικές ιατρικές εξετάσεις κοστίζουν χρόνο και χρήμα, πιστεύουμε ότι εμείς οι νοσηλευτές, θα το πούμε για άλλη μία φορά , έχουμε καθήκον να καθοδηγήσουμε σωστά το κοινό ώστε η πρόληψη της νόσου να αποτελεί το κύριο μέλημά μας.

Ιστορικόν Ιον

Π..... Α.....

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου: 3.2.89, ημερομηνία
εξόδου: 16.2.89.

Αιτία εισόδου:

Μεγάλη, ανώμαλη εξελκωτική επιφάνεια από περιοχή άντρου
μέχρι δωδεκαδακτύλου.

Παρούσα κατάσταση :

Από διμήνου ο ασθενής αναφέρει εμμέτους αιμορραγικούς,
σκουρόχρωμα κόπρανα .Επίσης αναφέρει ερυγές αίσημα καύσου.
Η κατάσταση προδευτικά επιδεινώθηκε και ο ασθενής εισήχθη
στο νοσοκομείο του Πύργου στις 26.1.89 με πεσμένο Η. Εκεί
αφού αντιμετωπίσθηκε η οξεία κατάσταση και σταμάτησαν οι
αιμορραγικοί έμμετοι στέλνεται στο Νοσοκομείο Πατρών για
περαιτέρω διερεύνηση. Έγινε γαστροσκόπηση. Μεγάλη ανώμαλη
εξελκωτική επιφάνεια από περιοχή άντρου μέχρι δωδεκαδακτύ-
λου , σκληρή κατά βιοψία, πολύ ύποπτη για νεοπλασία.
Πάρθηκε βιοψία.

Κλινική εξέταση:

1)Κεφαλή-τράχηλος:

Φυσιολογικές οφθαλμικές κινήσεις. Εκλύονται αντανα-
κλαστικά κόρης. Λοιπή νευρολογική εξέταση φυσιολογική. Λεμ-
φαδένες-θυρεοειδής :αψηλάφητοι.

2)Θώρακας :

Καρδιά ευκρινείς .Δεν ακροώνται επιπρόσθετοι τόνοι
ή ψυσήματα. Πνεύμονες: Φυσιολογική έκπτυξη ημιθωρακική.
Φυσιολογικό αναπνευστικό κυψελιδικό ψιθύρισμα, καλές φωνη-
τικές δονήσεις.

3)Κοιλία:

Ουλή στο επιγαστρικό στη μέση γραμμή, από εγχείρηση. Ευ-
αισθησία στην ψηλάφηση επιγαστρίου. Ήπαρ-Σπλήνας αψηλάφη-
τοι, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

4) Άκρα: Φυσιολογικά.

Πορεία νόσου και θεραπεία

- 5.2.89: Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. Αποτέλεσμα
βιοψίας, νεκρωμένου ιστού, τεμάχια και ιστοτεμάχια
βλενογόνου λεπτού εντέρου χωρίς ιδιαίτερες ιστοπα-
θολογικές αλλοιώσεις.
- 6.2.89: Ο ασθενής αναπτύσσει πνευμονοθώρακα λόγω προσπάθειας
να τεθεί υποκλείδιος καθετήρας, χωρίς κλινικά συμπτώ-
ματα.
- 8.2.89: Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε μεγάλος ελκωτικός αιμορ-
ραγικός όγκος στην προπυλωρική περιοχή, που διηθούσε
το πάγκρεας και πιθανότατα είχε καταληφθεί και το
ήπαρ. Κατόπιν αυτού έγινε παρηγορητική χειρουργική
αντιμετώπιση. Έγινε ακτινογραφία θώρακος μετεγχειρη-
τικά που δεν έδειξε ανάπτυξη πνευμονοθώρακα.
- 9.2.89: Ο ασθενής αισθάνεται καλά. Δεν έχει πυρετό. Φυσιολογι-
κή κινητικότητα εντέρου. Δεν παρουσιάζει δύσπνοια.
- 10-2-89+ 13.2.89 : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση.
Αποκαταστάθηκε η όρεξή του και άρχισε να παίρνει
τροφή από το στόμα. Κινητικότητα φυσιολογική. Δεν
παρουσιάζει πυρετό.
- 16.2.88 : Αφαίρεση ραμμάτων . Ο ασθενής εξέρχεται .

Ιστορικό 2ο:

Κ..... Α.....

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου 15-1-89, ημερομηνία εξόδου 4-2-89.

Αιτία εισόδου:

Έμετοι ,άτυπα κοιλιακά άλγη. Πυλωρική στένωση.

Παρούσα κατάσταση:

Πρόκειται για ασθενή 67 ετών που εισήλθε στο Νοσοκομείο την Παρασκευή 15-1-89 με αιτιωμένη επιγαστρική δυσφορία και εμέτους με άφθνα υγρά. Οι έμετοι δεν έχουν σχέση με τη λήψη τροφής και είναι ρουκετοειδείς. Το περιεχόμενό τους ήταν υγρά και σπάνια μόνο τροφή και άρχισαν μετά την 1-1-89. Από τον Οκτώβριο του 1988 η ασθενής αναφέρει άτυπα κοιλιακά άλγη. Αναφέρει απώλεια βάρους βάρους (6-7 κιλά) το τελευταίο εξάμηνο. Δεν αναφέρει απυρεξία.

Κλινική εξέταση:

1)Κεφαλή -τράχηλος:

Συμμετρικοί. Λεμφαδένες αψηλάφητοι. Δεν παρατηρείται ικτερική χροιά επιπεφυκοτική.

2)Θώρακας:

Συμμετρικός , κανονική έκπτυξη ημιθωρακίων, αναπνευστικό ψιθύρισμα φυσιολογικά, ρόγχος δεν ακούγεται. S1-S2 ευκρινώς ακουστοί. Φυσήματα δεν ακούγονται .Δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στους μαστούς.

3)Κοιλία :

Μαλακή χωρίς ραβδώσεις ,εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί. Αμβλύτητα στην αριστερή κοιλιακή χώρα, τυμπανικότητα στη

δεξιά κοιλιακή χώρα. Ψηλαφητό το χείλος του ήπατος. 1-2 εκ. κάτω από το πλευρικό τόξο. Μικρή ευαισθησία στην ψηλάφηση στο επιγαστρίο.

4) Άκρα :

Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Πορεία νόσου και θεραπεία :

19-1-89 Απύρετη : Σταθερή αιμοδυναμικά. Από τις 18-1-89 άρχισε παρεντερική διατροφή. Παραπονείται για άλγος στην πλάτη. Πνευμονοθώρακας σε προσπάθεια παρακέντησης υποκλείδιου φλεβός.

21-1-89 - 28-1-89 : Σταθερά αιμοδυναμικά. Υποκειμενικό άλγος στην περιοχή της τομής. Αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου . Αφαίρεση LEVIN-VEDVAL. Χορηγήθηκαν ενδοφλεβίως ορροί Δ/ω 5% 2000 + 4 KCL, RINGER'S 1000+2 KCL . Πήρε υγρά από το στόμα . Έφαγε.

1-2-89- 4-2-89 : Δίαιτα ελεύθερη, πάρθηκε εργαστηριακός έλεγχος , έγινε κοπή ραμμάτων. Η ασθενής εξέρχεται.

Ιστορικό του :

Σ.....Γ.....

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου : 30-3-89,
ημερομηνία εξόδου : 14-4-89.

Αιτία εισόδου:

Καρκίνος στομάχου.

Παρούσα κατάσταση:

Η παρούσα κατάσταση αρχίζει το Δεκέμβριο όπου η ασθενής αναφέρει αδυναμία , εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους , ανορε-

ξία, επιγαστρικό άλγος το οποίο αντανάκλουσε στην πλάτη και εμμέτους.

Κλινική εξέταση:

1)Κεφαλή - τράχηλος :

Επιπεφυκδικοί κτερικοί. Τράχηλος - λεμφαδένες δεν ψηλαφούνται.

2)Θώρακας:

Συμμετρική έκπτυξη ημιθωρακίων. Σαφής πνευμονικός ήχος, φυσημάτα φυσιολογικά. Η επισκόπηση και ψηλάφηση των μαστών ουδέν παθολογικών απέδειξε.

3)Κοιλία:

Μαλακή, ευπύεστη, Ήπαρ- σπλήνας ψηλαφητοί. Στην περιοχή του επιγαστρίου ψηλαφάται μάζα σκληρή, καθηλωμένη η οποία είναι επώδυνη. Εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

4)Άκρα:

Δεξιό πόδι κίρσοι. Οίδημα δεν υπάρχουν. Οι αρτηρίες ψηλαφώνται. Διάταση επιπολής φλεβικού δικτύου.

Πορεία νόσου και θεραπεία:

1-4-89: Η ασθενής παρουσίασε πυρετό και ρίγος. Πάρθηκε καλιέργεια αίματος και ούρων, γενική ούρων. Οι πιθανές εστίες πυρετού είναι ο υποκλείδιος καθετήρας και το ουροποιητικό. Επίσης η ασθενής έκανε εμμέτους.

2-4-89: Το LEVIN δίνει αιματηρό υγρό προφανώς από αιμορραγία στον όγκο. Η ασθενής εμφανίζει και πυρετό.

4-4-89: Εγχείρηση.

5-4-89+10-4-89 : Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Αιματηρή αποβολή υγρού από το LEVIN. Χειρουργικό τραύμα καλό. Αφαίρεση LEVIN. Λήψη μικρής ποσότητας υγρών.

11.4.89-13-4-89:Ελαφρά διατροφή,Ζωτικά σημεία φυσιολογικά.

144-89: Αφαίρεση ραμμάτων. Η άρρωση εξέρχεται.

Ιστορικόν 4ον

Φ..... Δ.....

Καρκίνος στομάχου.Ημερομηνία εισόδου 28-3-89,

ημερομηνία εξόδου 22-4-89.

Αιτία εισόδου:

Ιστορικό εμμέτων από 45ημέρου,απώλεια βάρους.

Παρούσα κατάσταση:

Ο ασθενής αναφέρει ότι από 4μήνου αισθανόταν τάση για έμμετο 3-4 φορές το μήνα,μετά από πόση ή κατάποση τροφής.Από αρχάς Φεβρουαρίου επιτάθηκαν οι έμμετοι που ήταν αρχικά τροφώδεις ακολουθούμενοι από εμετικά υγρά κίτρινης χροιάς που άφηναν στο στόμα έντονη τη γεύση του πικρού. Αργότερα αναφέρει οδυνοφαγία. Επίσης αναφέρει ότι από 3 έτη κάνει συχνά χρήση του φαρμάκου BRASAN του οποίου η δόση αυξήθηκε τον τελευταίο μήνα. Αναφέρει ελαττωμένη λήψη τροφής και απώλεια βάρους. Τις τελευταίες 45 ημέρες λόγω έλλειψης ορέξεως και λόγω της οδυνοφαγίας έτρωγε ελάχιστα και έχασε 1-12 κιλά. Αίσθημα βάρους, δυσκοιλιότητα, διάρροιες , αιμάτευση ,μέλανες κενώσεις ή άλλες γαστρεντερικές διαταραχές δεν αναφέρει. Απέχθεια προς το κρέας δεν αναφέρει. Ελονοσία 1929 -θεραπεύθηκε. Υφολική γαστρεκτομή 1962 για έλκος μείζονος τύξου στομάχου. Φάρμακο BRASAN και ZANTAK (1 X 3) από Φεβρουάριο.

Κλινική εξέταση:

1)Κεφαλή - τράχηλος:

Κεφαλή συμμετρική, κροταφικές αρτηρίες ψηλαφητές, τράχηλος συμμετρικός, καρωτίδες ψηλαφητές. Λεμφαδένες δεν ψηλαφώνται.

2) Θώρακας:

Καλή έκπτυξη ημιθωρακίου. Αναπνευστικό ψιθύρισμα φυσιολογικό. Στην επίκρουση ήχος πνευμονικός. S₁, S₂ ευκρινείς, φυσημάτα δεν ακροώνται, σφυγμός ρυθμικός.

3) Κοιλία :

Εξωτερικοί ήχοι φυσιολογικοί. Ήπαρ-σπλήνας ψηλάφητα. Μάζα δεν ψηλαφάται.

4) Άκρα:

Συμμετρικά. Μικρή διόγκωση άκρων ποδών που ο ασθενής παρουσιάζει με τη λήψη υγρών IV και η οποία υποχωρεί με την αφαίρεση των υγρών.

Πορεία της νόσου και θεραπεία

29-3-89 - 11-4-89 : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. Είναι απύρετος. Ελήφθη όλος ο εργαστηριακός έλεγχος. Χειρουργήθηκε.

12-4-89: Ο ασθενής άρχισε παρεντερική διατροφή. Από την τομή του REDO-PAK έχει απώλεια ποσότητας υγρού.

12-4-89- 21-4-89: Συνεχίζει την παρεντερική διατροφή και εξέρχεται. Μετά από ένα μήνα ο ασθενής απεβίωσε.

Ιστορικό του 5ου.

A.....I.....

Καρκίνος στομάχου.

Ημερομηνία εισόδου 27-4-89

Ημερομηνία εξόδου 9-5-89.

Αίτια εισόδου:

Καρκίνος στομάχου διαγνωσμένος με γαστροσκόπηση.

Παρούσα κατάσταση:

Ο ασθενής από την αρχή Μαρτίου εμφανίζει επιγαστραλγία, ανορεξία, απέχθεια στο κρέας, αδυναμία, δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους. Επισκέπτεται το γιατρό που του χορηγεί αντιόξινα και τονωτικά. Τα συμπτώματα επιμένουν. Κάνει γαστροσκόπηση με ευρήματα ενδεικτικά και εισάγεται για χειρουργική αντιμετώπιση .-

Κλινική εξέταση :

1)Κεφαλή - τράχηλος :

Φυσιολογικά.

2)Θώρακας :

Αναπνευστικό ψιθύρισμα, S₁, S₂ φυσιολογικά, όχι φυσητά.

3)Κοιλία :

Μαλακή, ευπίεστη, δεν ψηλαφάται μάζα, σπλήνας ψηλαφητός, ελαφρά ευαίσθησα.

4)Άκρα : Φυσιολογικά .

Πορεία νόσου και θεραπεία

28-4-89 - 1-5-89: Ο ασθενής είναι σε καλή σχετικά κατάσταση. Τέθηκε υποκλειδίου καθετήρας για μετεγχειρητική υποστήριξη της θρέψης με ολική παρεντερική διατροφή και για υποστήριξη της θρέψης προεγχειρητικά. Παίρνει παρεντερική διατροφή και έχει καλά ζωτικά σημεία.

2-5-89 : Χειρουργήθηκε .

- 3-5-89 - 6-5-89 : Ο ασθενής έχει πόνο στην τομή. Το LEVIN είναι καθαρό .Η τομή ελέγχεται. Γίνεται διακοπή της παρεντερικής διατροφής. Φαρμακευτική αγωγή : FRAXIPATINE, AMP 1X3 .Είναι σε καλή κατάσταση ,δεν αναφέρει κανένα πρόβλημα. Αρχίζει υγρά από το στόμα.
- 7-5-89 - 8-5-89 : Ο ασθενής άρχισε φαγητό από το στόμα, έγινε αλλαγή.
- 9-5-89 : Ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση και σήμερα θα φύγει από την Κλινική.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Β.Θ. "Κλινική Διαφορική Διαγνωστική". Εκδόσεις :
Γρηγόριος και Παρισιάνος, Αθήνα 1978.
- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ Γ. "Ανατομία". Εκδόσεις : Παπαζήση, Αθήνα 1968.
- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. "Επιτομή Χειρ/κής". Εκδόσεις COPYRIGHT, Αθήνα
1985.
- ΔΑΣΚΑΛΑΚΗ Β. "Μαθήματα γαστρ/γίας". Εκδόσεις : Λεοντιάδης,
Αθήνα 1956.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Νοσηλευτική Παθολο-
γική- Χειρουργική", Τόμος Α', Β'. Εκδόσεις : Ιεραποστο-
λικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΒΑ", Αθήνα 1988.
- "ΜΕΓΑΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ", Ο Στόμαχος Φυσιολογία ,
Τόμος Β'. Εκδόσεις : Πάπυρος, Αθήνα 1968.
- ΠΑΠΑΝΟΥΤΣΟΣ Ε. "Ψυχολογία Αρρώστων". Εκδόσεις: Δωδώνη, Αθήνα
1972.
- ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑ-
ΤΟΥΧΩΝ ΕΛΛΗΝΙΔΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ, Αθήνα 1987.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσ/κή", Τόμος 1ος, 2ος. Εκδόσεις : Βήτα, Αθήνα 1985.
- ΤΟΥΝΤΑ Κ. "Χειρουργική", Τόμος Α'. Εκδόσεις: Γρηγόριος και
Παρισιάνος, Αθήνα 1988.
- ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ. "Σημειώσεις Χειρ/κής Παθολογίας και Εγ-
χειρητικής". Εκδόσεις : Λεοντιάδης, Αθήνα 1953.
- ΧΑΡΙΣΟΝ Τ.Ρ. "Εσωτερική Παθολογία". Εκδόσεις : Γρηγόριος
και Παρισιάνος, Αθήνα 1987.