

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΕΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ"

Των Σπουδαστριών :

ΠΑΣΧΑΛΙΔΟΥ ΣΟΦΙΑ

ΜΠΑΣΤΑ ΣΠΥΡΙΔΟΥΔΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

ΜΠΑΤΣΙΩΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1991



APIL
EI A 460



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελ.

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ 3

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ιστορική αναδρομή 5

1.2. Επιδημιολογία 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ανατομία Πεπτικού Συστήματος 11

2.2. Στόμαχος 12

2.3. Μορφολογία του στομάχου..... 14

2.4. Φυσιολογία του στομάχου..... 19

2.5. Προστασία του βλεννογόνου του στομάχου 30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Παθολογία 34

3.2. Παθολογική ανατομία 34

3.3. Στάδια του καρκίνου του στομάχου 41

3.4. Κλινικά χαρακτηριστικά - συμπτώματα
και σημεία 44

3.5. Εργαστηριακά ευρήματα 47

3.6. Διαγνωστικές εξετάσεις 48

3.7. Διαφορική διάγνωση 52

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1.Θεραπεία	54
4.2.Χειρουργική θεραπεία.....	54
4.3.Χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία.....	58
4.4. Πρόγνωση.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1.Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο στομάχου.....	67
5.2.Προεγχειρητική φροντίδα	68
5.3.Μετεγχειρητική φροντίδα	80
5.4.Τεχνητή διατροφή	86
5.5.Νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθε- ραπεία	90
5.6.Νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθε- ραπεία	<u>97</u>
5.7.Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές	108
5.8.Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου	<u>129</u>

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ερωτηματολόγιο	139
2. Αποτελέσματα	141
3. Συμπεράσματα - Προτάσεις	148

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	150
-------------------	-----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κακοήθη είναι τα νεοπλάσματα που συνήθως αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό, και σ'όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Δεν έχουν σαφή όρια. Αναπτύσσονται με διήθηση των γύρω ιστών, ποτέ δεν περιέχονται σε κάψα γι'αυτό η απουσία της κάψας επιτρέπει την διήθηση των γύρω ιστών και κάνει δύσκολη την αφαίρεσή του. Η μετάσταση είναι πολύ συχνή. Η πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα άποψη του νεοπλάσματος.

Ο κακοήθης όγκος (νεόπλασμα που αναπτύσσεται από τον επιθηλιακό ιστό καλείται καρκίνωμα, ενώ όταν αναπτύσσεται από μεσεγχυματικό ιστό καλείται σάρκωμα. Στις περισσότερες χώρες επικράτησε να χρησιμοποιείται η λέξη καρκίνος (CANCER) για όλους τους κακοήθεις όγκους και η λέξη καρκίνωμα (CARCINOMA) για τους επιθηλιακούς κακοήθεις όγκους.

Ο καρκίνος στομάχου είναι ένα από τα συχνότερα κι επιθετικότερα νεοπλάσματα χωρίς όμως χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα τουλάχιστον στα αρχικά στάδια.

Το καρκίνωμα του στομάχου παγκόσμια αποτελεί την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου απ'όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα μεταξύ των ανδρών και την όγδοη μεταξύ των γυναικών.

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο που έ-

χει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από έναν έμπειρο τεχνικό. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του.

Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεταιται :

- 1) γνώσεις
- 2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική
- 3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και
- 4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά του).

Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου.

Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να επισημανθούν ορισμένοι στόχοι που αναφέρονται στην πληροφόρηση για την φύση του καρκίνου του στομάχου και κυρίως, για την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση, την θεραπεία και την ψυχολογική αποκατάσταση.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1

1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί με τη διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας.

Ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτά που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου.

Ο SOHANNES MULLER το 1839 είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσης του καρκίνου.

Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που κυριολεκτικά μαστίζει την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Είναι μια ασθένεια όμως που είναι γνωστή από πολύ παλιά.

Ιστορικά αναφέρεται ότι αρχικά ο Ιπποκράτης και εν συνεχεία ο Γαληνός ενοχοποίησαν την "μαύρη χολή" σαν την υπεύθυνη ουσία για την ανάπτυξη του "καρκίνου" όπως τον ονόμασαν. Η ουσία αυτή θεωρούνταν ότι παράγεται και εκκρίνεται από το στομάχι και το σπλήνα.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα όμως, γνωρί-

ζουμε ότι σε ορισμένα κύτταρα του οργανισμού για άγνωστες αιτίες μεταβάλλονται δομικά.

Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή του σώματος όπου εξασκούν πίεση στους γειτονικούς ιστούς.

Στα αρχικά στάδια τα συμπτώματα που δημιουργούνται κακοήθη νεοπλάσματα είναι τόσο ελαφρά που εύκολα παραβλέπονται.

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευτούν.

Χιλιάδες άτομα, επομένως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ενώ ο καρκίνος στομάχου είναι πολύ συχνός στην Ιαπωνία, στη Χιλή και Χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, δεν είναι συχνός στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Μεξικό και τη Μαλαισία. Κατά τα τελευταία 10 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρξε αισθητή αλλά ανεξήγητη μείωση της ετήσιας θνησιμότητας από 30 σε 8 ανά 100.000 άτομα. Μικρότερη μείωση διαπιστώθηκε στη Δυτική Ευρώπη.

Οι Ιάπωνες που μεταναστεύουν στις Ηνωμένες Πολιτείες εξακολουθούν να έχουν υψηλή συχνότητα, αλλά τα παιδιά τους έχουν πολύ χαμηλότερη, πράγμα που είναι ενδεικτικό για τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγώ-

ντων στην παθογένεια της νόσου.

Σε εδάφη που είναι πλούσια σε οργανικές ουσίες η συχνότητα του καρκίνου είναι μεγαλύτερη. Σ'όλο τον κόσμο οι άνδρες προσβάλλονται περίπου δύο φορές συχνότερα από τις γυναίκες.

Η μέση ηλικία που αναφέρεται συνήθως είναι 55 χρόνια, αλλά οι ασθενείς είναι ακόμα μεγαλύτεροι σε ορισμένες στατιστικές της Β. Αμερικής.

Μόνο το 5% των ασθενών είναι κάτω των 40 ετών.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η εμφάνιση του καρκίνου στομάχου επιδημιολογικά έχει συνδεθεί με ορισμένους παράγοντες, η ύπαρξη των οποίων προδιαθέτει σε αυξημένη πιθανότητα προσβολή από τη νόσο.

Έχει παρατηρηθεί ότι η ατροφία του βλεννογόνου του στομάχου, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με εντερική μεταπλασία αυξάνει πιθανώς τον κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Αυτές οι αλλοιώσεις του βλεννογόνου παρατηρούνται πάντα στην κακοήγη αναιμία την ADDISON - BLEMER, ποσοστό 6% αυτών των ασθενών εμφανίζει καρκίνο του στομάχου. Η σύγκριση Ιαπωνικών και Αμερικανικών νεκροτομικών ευρημάτων δείχνει ότι οι "υψηλού κινδύνου" Ιάπωνες έχουν πιο εκτεταμένη ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία σε σχέση με τους "χαμηλού κινδύνου" Αμερικανούς. Οι διαδοχικές βιοψίες του στομάχου συνηγορούν επίσης στο ότι, άτομα με ατροφική γαστρίτιδα

είναι πιθανότερο να εμφανίσουν καρκίνο του στομάχου από φυσιολογικά άτομα χωρίς καρκίνο και ότι μερικοί ασθενείς με καρκίνο στομάχου δεν έχουν γαστρίτιδα στα μη προσβλημένα τμήματα του στομάχου.

Επιθηλιακοί πολύποδες διαμέτρου άνω των δύο εκ. περιέχουν συχνά αδenoκαρκινώματα. Δεν είναι γνωστό αν αυτοί οι όχι συχνοί μεγάλοι πολύποδες περιέχουν εξ αρχής ή αν είναι αρχικά καλοήθης. Ασφαλώς οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου στομάχου δεν αρχίζουν ως πολύποδες.

Η διάχυτη πολυποδίαση του στομάχου είναι σπάνια, αλλά σαφώς προκαρκινική βλάβη.

Μετά από μερική γαστρεκτομή ή γαστρεντεροαναστόμωση για πεπτικό έλκος, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρκίνου του στομάχου μετά από πολλά χρόνια. Τα καλοήθη έλκη του στομάχου χωρίς εγχείρηση δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι πρόδρομα καρκίνου του οργάνου αυτού.

Επίσης υπάρχουν αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν σε αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο, χωρίς βέβαια να υπάρχει αποδεδειγμένη αιτιολογική επίδραση σε κάθε έναν από αυτούς.

Τέτοιοι παράγοντες είναι :

I. Κληρονομικοί

Διάφορες κλινικές παρατηρήσεις ενισχύουν την πεποίθηση για τη σημασία των κληρονομικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

Έτσι

- α) Ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται 2 - 4 φορές μεγαλύτερη συχνότητα σε συγγενείς ασθενών με τη νόσο, σε σύγκριση με τον λοιπό πληθυσμό. Ο βαθμός συμφωνίας (CONCORDANCE RATE) είναι μεγαλύτερος για τους μονογενείς σε σχέση με τους διωγενείς διδύμους.
- β) Η νόσος εμφανίζει μια οριακή υπεροχή σε άτομα της ομάδας αίματος Α. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν μικρό μόνο γενετικό στοιχείο στην παθογένεια της παθήσεως. Έχει βεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές ότι υπάρχει σε αυξημένη συχνότητα κακοήθης αναιμία στα άτομα ομάδας αίματος Α.

ΙΙ. Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες

Η μεγάλη διαφορά συχνότητας της νόσου μεταξύ των διαφόρων χωρών αποτελεί ισχυρή ένδειξη για άμεση επίδραση του περιβάλλοντος. Έτσι η συχνή ανάπτυξη του καρκίνου στους Ασιατικούς λαούς αποδίδεται εν μέρει τουλάχιστον στην μόλυνση του ρυζιού από το μύκητα *ASPERGILLUS FLAVUS*, η μυκοτοξίνη του οποίου (αλφατοξίνη) αποτελεί ισχυρό καρκινογόνο.

Ως προς τη σημασία της τροφής παρακάτω αναφέρονται οι διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες που αυξάνουν κατά πολύ τον καρκινογενετικό κίνδυνο.

- α) Μεγάλη κατανάλωση αμύλου, μειωμένη χρήση φρέσκων φρούτων και λαχανικών.
- β) Τρόπος παραγωγής των φαγητών (καπνιστών φαγητά)

γ) Συντηρημένα ψάρια.

δ) Χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, κατάχρηση άλατος και καρυκευμάτων.

ε) Η ύπαρξη νιτρικών ουσιών στα λιπάσματα και στο νερό.

στ) Μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης C.

Έχει αποδειχθεί ότι τα νιτρώδη σε μεγάλη αναλογία μετατρέπονται σε νιτρικά, που αποτελούν ισχυρά νιτρικά καρκινογόνα, ιδιαίτερα σε μαγειρευμένες τροφές που παραμένουν για πολύ χρόνο σε θερμοκρασία δωματίου.

Επίσης η μικροβιακή χλωρίδα του στόματος, αν οι τροφές περιέχουν νιτρώδη, αν τα μετατρέψει σε νιτρικά.

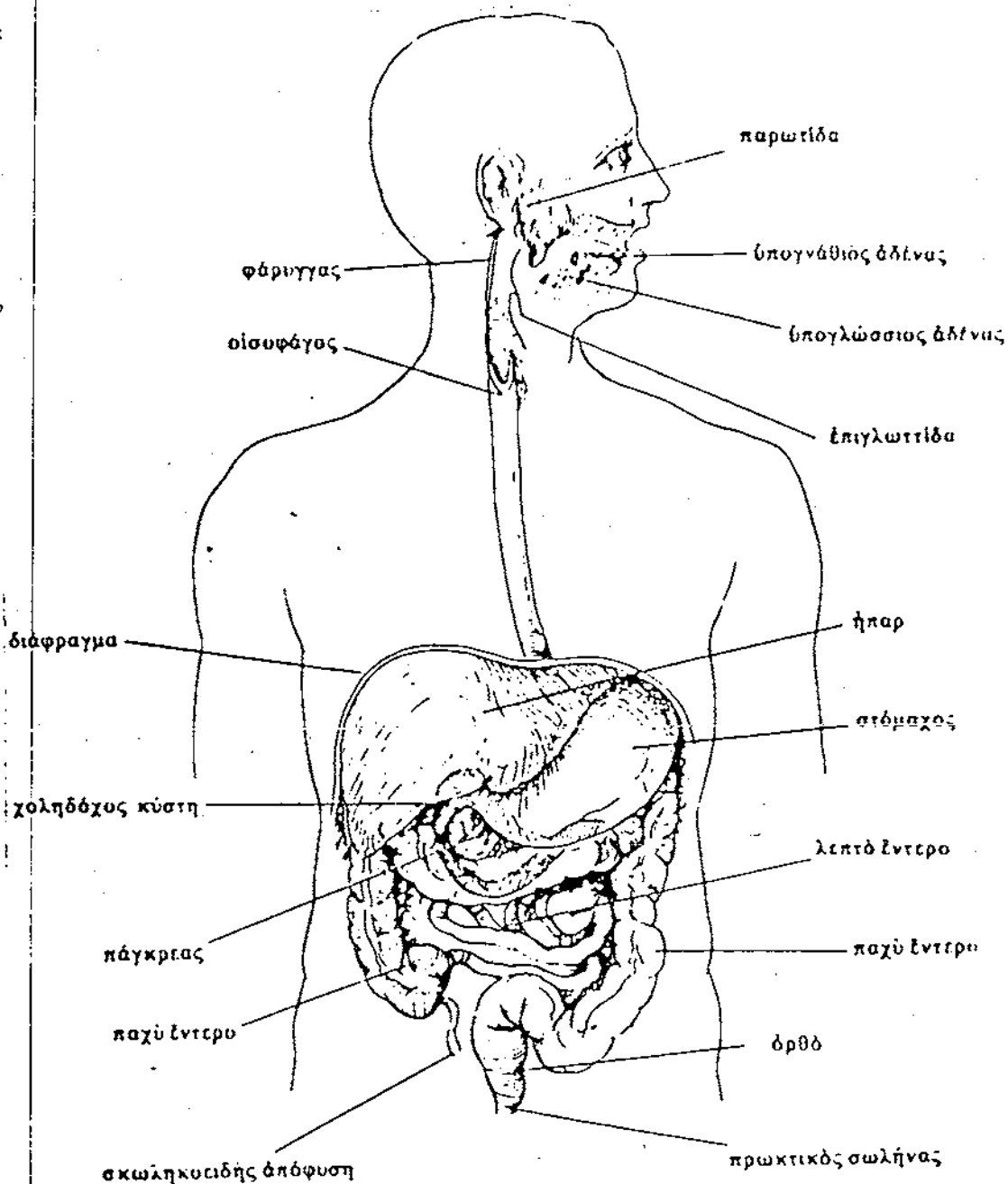
Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1 Το πεπτικό ή εντερικό σύστημα αποτελείται από τον εντερικό σωλήνα και από αδένες. Ο εντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό. Διακρίνεται : 1) στο κοίλο του στόματος 2) το φάρυγγα 3) τον οισοφάγο 4) το λεπτό έντερο και 5) το παχύ έντερο.

Θχ 1

Ο πεπτικός σωλήνας είναι ένας μακρύς ειδικευμένος σωλήνας που συνδέεται με πολλά αδενικά όργανα.

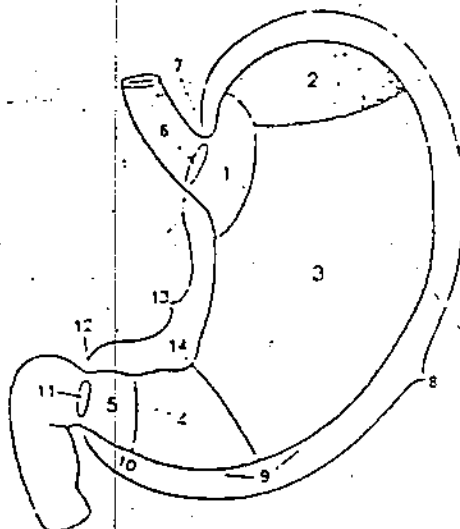


Οι αδένες του πεπτικού συστήματος συμβάλλουν ουσιαστικά στις λειτουργίες της πέψης και διακρίνονται σε μικρούς και μεγάλους. Οι μικροί αδένες βρίσκονται στο τοίχωμα του εντερικού σωλήνα, ενώ οι μεγάλοι, που είναι σιελογόνοι, το ήπαρ και το πάγκρεας εκβάλλουν με τους εκφορητικούς πόρους τους στον αυτό του εντερικού σωλήνα.

2.2. Στόμαχος

Ο στόμαχος είναι η πιο ανευρυσμένη μοίρα του εντερικού σωλήνα, που προς τα πάνω μεν επικοινωνεί με τον οισοφάγο (οισοφαγικό στόμιο ή καρδιά) προς τα κάτω δε με το λεπτό έντερο (πυλωρικό στόμιο ή πυλωρός).

Χρησιμεύει για την εντερική πέψη των τροφών, που γίνεται με το έκκριμα των αδένων του (το γαστρικό υγρό) με τις περιστατικές δε κινήσεις του μυϊκού χιτώνα ο όξινος χυμός του στομάχου φέρεται προς το λεπτό έντερο .



- Εικ. 2
Μορφή και διαίρεση του στομάχου, άποψη από εμπρός
1. Καρδιακή μοίρα
 2. Θόλος
 3. Σώμα
 - 4.5. Πυλωρική μοίρα
 4. Πυλωρικό άντρο
 5. Πυλωρικός σωλήνας
 6. Καρδιακό στόμιο
 7. Καρδιακή εντομή
 8. μείζον τόξο
 9. γωνύ του στομαχου.
 10. Πυλωρική (διάμεση) αύλακα
 11. Πυλωρικό στόμιο
 12. Πυλωρός
 13. Ελάσσον τόξο
 14. γωνιαία εντομή

θέση και σχήμα

Ο στομάχος ανήκει στα όργανα της άνω κοιλίας και βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο στο ιδίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα.

Τόσο η θέση όσο και το σχήμα του στομάχου ποικίλουν από άτομο σε άτομο, εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες οι κυριώτεροι των οποίων είναι οι εξής:

Ο τόνος του στομάχου

- α) Ο ορθοτονικός στομάχος έχει σχήμα αγκίστρου ή γράμματος.
 - β) Ο υπερτονικός στομάχος έχει σχήμα κέρατος βοδιού, φέρεται δε σχεδόν εγκάρσια.
 - γ) Ο υποτονικός στομάχος είναι εξαιρετικά επιμήκης και φέρεται σχεδόν ολόκληρος αριστερά από τη μέση γραμμή.
 - δ) Το κατώτερο μέρος αυτού είναι ανεκρυσμένο και φθάνει πολύ κατώτερα από τον ομφαλό.
- Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη θέση και το σχήμα του στομάχου είναι ο βαθμός της πληρότητας αυτού, η στάση του ατόμου, οι αναπνευστικές κινήσεις του διαφράγματος, ο τόνος των κοιλιακών μυών, η θέση των παρακειμένων οργάνων (εγκύμονα μήτρα, διογκωμένος σωλήνας).

2.3.

Μορφολογία του στομάχου

Ο στόμαχος από περιγραφική άποψη εμφανίζει δύο στόμια, την καρδιά και τον πυλωρό, δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια, και δύο χείλη, το έλασσον και το μείζον τόξο.

Το οισοφαγικό στόμιο (καρδιά) με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με τον οισοφάγο αντιστοιχεί εσωτερικά με την οδοντωτή γραμμή, εξωτερικά δε στην καρδιακή εντομή, που χωρίζει τον οισοφάγο από τον θόλο του στομάχου. Στην εντομή αυτή αντιστοιχεί εσωτερικά η καρδιακή πτυχή. (ή βαλβίδα).

Το οισοφαγικό στόμιο, στον ορθοτονικό στόμαχο, βρίσκεται πίσω από τον 7ο αριστερό πλευρικό χόνδρο και στο επίπεδο του 11ου θωρακικού σπονδύλου.

Το πυλωρικό στόμιο (πυλωρός) με το οποίο ο στόμαχος επικοινωνεί με το δωδεκαδάκτυλο, αφορίζεται εξωτερικά από την κυριότερη αύλακα, την πυλωρική μέσα στην οποία πορεύεται η πυλωρική φλέβα εσωτερικά δε από ένα κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου, που λέγεται πυλωρική βαλβίδα.

Η βαλβίδα αυτή έχει σαν υπόθεμα μια πάχυνση της κυκλοτερής μυϊκής στοιβάδας του στομάχου, δηλαδή του σφυγκτήρα του πυλωρού.

Ο πυλωρός, στον ορθοτονικό στόμαχο, βρίσκεται 2,5 εκ. προς τα δεξιά της μέσης γραμμής, πίσω από τον 10 πλευρικό χόνδρο.

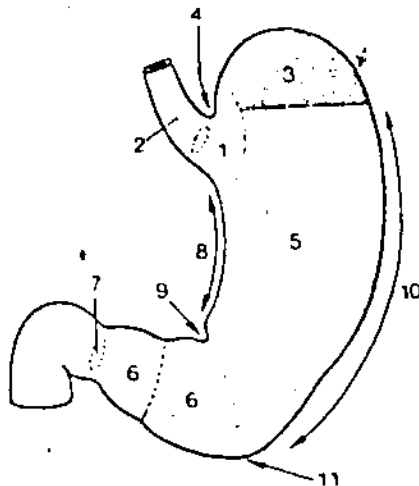
Οι επιφάνειες του στομάχου είναι δύο, η πρόσθια και η οπίσθια, οι οποίες χωρίζονται η μία από

την άλλη με δύο τοξοειδή χείλη, το ελάσσον τόξο (άνω χείλος) εκτείνεται από την καρδιά μέχρι τον πυλωρό και περιγράφει τόξο, του οποίου το βαθύτερο μέρος σχηματίζει τη γωνιαία εντομή. Κατά μήκος του χείλους αυτού προσφύεται πτυχή του περιτοναίου, το λεγόμενον ελάσσον επίπτουν. Το μείζον τόξο (κάτω χείλος) του στομάχου εκτείνεται από τον πυθμένα της καρδιακής εντομής μέχρι τον πυλωρό και είναι πολύ επιμηκέστερο από το προηγούμενο.

Κατά μήκος αυτού προσφύεται πτυχή του περιτοναίου, που λέγεται μείζον επίπτουν.

Μέρη του στομάχου

Με τη γωνιαία εντομή ο στομάχος χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, στον ιδίως στομάχο (πεμπτήρια μοίρα) και στον πυλωρικό στομάχο, εξωστήρια μοίρα. Ο ιδίως στομάχος, που φέρεται σχεδόν κάθετα και αριστερά από την σπονδυλική στήλη, υποδιαιρείται σε ένα ανώτερο μέρος, που λέγεται θόλος (ή πυθμένας) και στο υπόλοιπο που λέγεται σώμα. Ο θόλος συνήθως γεμίζει από τον αέρα που καταπίνουμε με τις τροφές (γαστρική φυσαλίδα ή αεροθάλαμος).



Ο πυλωρικό στόμαχος φέρεται προς τα άνω, εν μέρει μπροστά και εν μέρει δεξιά από τη σπονδυλική στήλη, και υποδιαιρείται στο πυλωρικό άντρο και στον πυλωρικό σωλήνα, που φθάνει ως τον πυλωρό.

Το εσωτερικό του στομάχου

Η εσωτερική επιφάνεια του στομάχου εμφανίζει:

α) Πτυχές του βλεννογόνου. Τις πτυχές αυτές οι περισσότερες εξαφανίζονται κατά την πλήρωση του στομάχου, μερικές όμως (2-4) είναι μόνιμες, φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αφορίζουν αύλακες (γαστρική οδός κατά τον WALBEYER ή σιαλοφόρος οδός κατά τον Γ. Σκλαβούνου) κατά μήκος της οδού αυτής τα υγρά σίττια φέρονται κατ'ευθείαν στο δωδεκαδάκτυλο.

β) Οι ολικές πτυχές που σχηματίζονται από πτύχωση όλων των χιτώνων του στομάχου (καρδιακή πτυχή, πυλωρική βαλβίδα και γωνιαία πτυχή).

γ) Τις γαστρικές όλων είτε τετράγωνα ή εξάγωνα επάρματα του βλεννογόνου, που σχηματίζονται από συσσώρευση αδενών.

Στην ελεύθερη επιφάνεια των επαρμάτων αυτών εκβάλλουν χωνοειδής καταδύσεις του βλεννογόνου τα γαστρικά βόθρια, στον πυθμένα των οποίων εκβάλλουν οι αδένες του στομάχου.

Κατασκευή του στομάχου

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσ-

σερεις χιτώνες, οι οποίοι από τα έξω προς τα μέσα είναι:

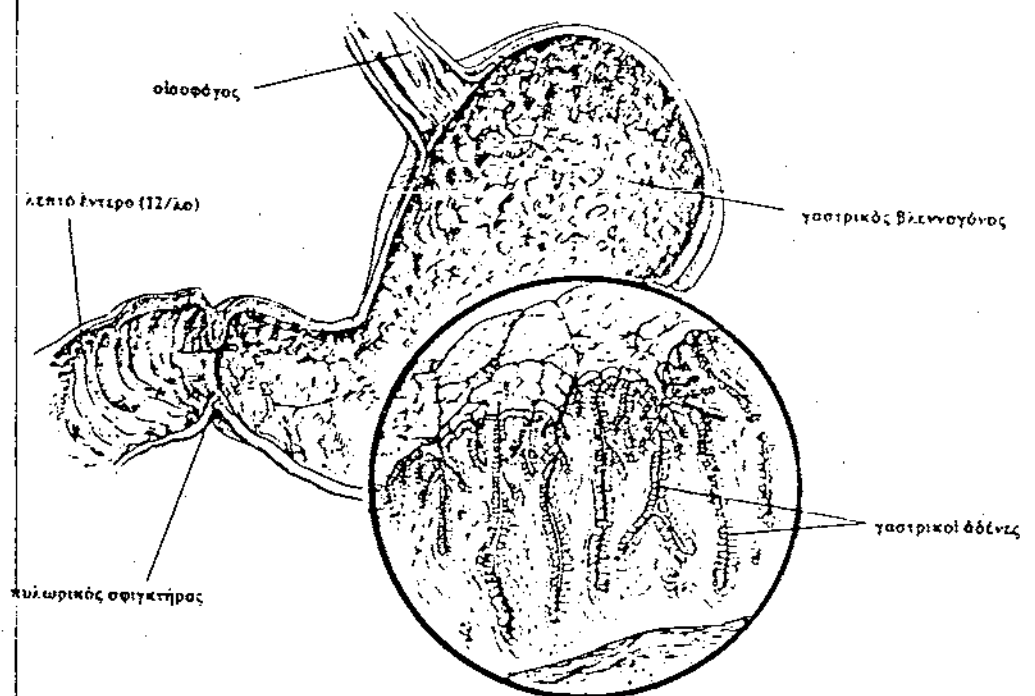
- α) Ο ορογόνος
- β) Ο μυϊκός
- γ) Ο υποβλεννογόνος και
- δ) Ο βλεννογόνος

Ο στομάχος έχει ακόμα αγγεία και νεύρα.

α) Ο ορογόνος χιτώνας προέρχεται από το περιπλάχνιο πέταλο του περιτόνιου και περιβάλλει το στομάχι από αυτού. Λείπει μόνο κατά μήκος της πρόσφυσης του ελάσσονος και του μείζονος επίμπτουν, όπου πορεύονται τα αγγεία του στομάχου.

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στομάχος, ο στομαχικός ή γαστρικός βλεννογόνος και οι γαστρικοί δένες.



β) Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες και εμφανίζει τρεις στοιβάδες.

- 1) την έξω (επιμήκη)
- 2) την μέση (κυκλωτερή) και
- 3) την έσω (λοξή).

Οι δύο πρώτες παριστάνουν την συνέχεια του ομώνυμου στοιβάδων του οισοφάγου και συνεχίζονται στο μυϊκό χιτώνα του εντέρου. Η κυκλωτερής στοιβάδα αντίστοιχα προς τον πυλωρό παχύνεται και σχηματίζει το σφιγκτήρα του πυλωρού.

Ενέργεια

Ο μυϊκός χιτώνας του θόλου και του σώματος κάνει ελαφρές τονικές συστολές, ενώ αντίστοιχα προς τον πυλωρικό στόμαχο κάνει ισχυρές περισταλτικές κινήσεις, με τις οποίες το περιεχόμενο του στομάχου πηγαίνει περιοδικά στο δωδεκαδάκτυλο.

Ο υποβλεννογόγιος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό.

Ο δε βλεννογόγιος του στομάχου αποτελείται :

- 1) επιθήλιο, μονόστιβο κυλινδρικό, που παράγει βλέννα.
- 2) Από χόριο
- 3) από αδένες που παράγουν το γαστρικό υγρό και από :
- 4) βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα, που χωρίζει τον βλεννογόνο από τον υποβλεννογόγιος.

Οι αδένες του στομάχου διακρίνονται στους ιδίως γαστρικούς, στους πυλωρικούς και στους καρδιακούς αδένες. Σπουδαιότεροι είναι οι ιδίως γαστρικοί αδένες που παρουσιάζουν τρία είδη κυττάρων, τα επικουρικά (βλεννογόνα) τα θεμέλια (παράγουν το προστάδιο της πεψίνης) και τα καλυπτήρια (παράγουν το υδροχλωρικό οξύ).

2.4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η χρησιμοποίηση από τον οργανισμό των θρεπτικών συστατικών των τροφών είναι αδύνατη με τη μορφή που περιλαμβάνονται στις τροφές.

Οι τροφές έχουν στερεά σύνθεση και αποτελούνται όχι μόνο από θρεπτικές ουσίες (υδατάνθρακες, λιπίδια, λευκώματα) αλλά και από άλλα συστατικά που δεν έχουν θρεπτική αξία.

Οι θρεπτικές ουσίες για να αξιοποιηθούν από τον οργανισμό πρέπει να απλουστευθούν, να γίνουν διαλυτές και στα συστατικά που έχουν θρεπτική αξία, να γίνει τρώξιμα χημική επεξεργασία που να τα μετατρέψει σε πιο απλά ευδιάλυτα και σε εύκολα απομυζούμενα.

Με τις χημικές επεξεργασίες τα θρεπτικά συστατικά των τροφών υδρολύονται και διαλύονται με την επίδραση των πεπτικών υγρών ή των εκκρίσεων που περιέχουν ένζυμα λύσης των πρωτεϊνών των λιπιδίων και των υδατανθράκων.

Κινήσεις του στομάχου

Οι κινητικές λειτουργίες του στομάχου είναι τρεις :

I. Εναποθήκευση μεγάλων ποσοτήτων τροφής ώσπου να γίνει δυνατή η προώθηση και κατανομή τους στο κατώτερο τμήμα του γαστρικού σωλήνα.

II. Ανάμιξη αυτής της τροφής με γαστρικές εκκρίσεις ώστε να σχηματισθεί το ημίρευστο μίγμα που ονομάζεται χυλός.

III. Βαθμιαία κένωση του στομάχου και προώθηση της τροφής στο λεπτό έντερο με ταχύτητα κατάλληλη για τη σωστή πέψη και απορρόφησή της.

I. Εναποθετική λειτουργία του στομάχου

Κατά την είσοδο της τροφής στο στομάχι επέρχεται χάλασις αυτού δια αντανακλαστικής εξεργασίας (χάλασις υποδοχής) περισταλτικά κύματα αρχίζουν από το καρδιακό στόμιο με συχνότητα 3/MIN και κατεβαίνουν μέχρι τον πυλωρό όπου γίνονται πιο αισθητά.

Η τροφή σχηματίζει ομόκεντρους κύκλους στο σώμα και στον πυθμένα έτσι ώστε η καινούργια τροφή να βρίσκεται πιο κοντά στο οισοφαγικό στόμιο και η πιο παλιά πιο κοντά στο τοίχωμα του στομάχου.

Φυσιολογικά το σώμα και ο πυθμένας του στομάχου έχουν σχετικά μικρό μυϊκό τόνο και έτσι μπορούν να διαταθούν προοδευτικά και να δεχθούν ποσότητες τροφής σχεδόν ως 1 LITRO.

II. Ανάμιξη της τροφής στο στομάχο

Τα πεπτικά υγρά του στομάχου εκκρίνονται από τους γαστρικούς αδένες οι οποίοι καλύπτουν σχεδόν ολόκληρο το εξωτερικό τοίχωμα του σώματος του στομάχου (υπολογίζεται ότι περίπου 35 εκατομμύρια γαστρικοί αδένες καλύπτουν την επιφάνεια του στομαχικού βλεννογόνου και συλλογικώς παράγουν το γαστρικό υγρό).

Τα πεπτικά υγρά έρχονται αμέσως σε επαφή με την εναποθηκευμένη τροφή που επαλείφει την επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου.

Όταν ο στομάχος είναι γεμάτος το τοίχωμα του παρουσιάζει κάθε 20 λεπτά περίπου δευτερόλεπτα ασθενή περισταλτικά κύματα, τα λεγόμενα κύματα ανάμιξης τα οποία μετατοπίζουν βαθμιαία τα γαστρικά εκκρίματα και περιφερικότερη στιβάδα της τροφής προς την περιοχή του άντρου του στομάχου.

Τα κύματα αυτά αποτελούν το βηματοδότη για τις περισταλτικές κινήσεις του πυλωρικού άντρου.

Έτσι μετά από διατομή των πνευμονογαστρικών σε εγχειρήσεις λαγοτομής (χειρουργική θεραπεία, πεπτικού έλκους με κόψιμο των πνευμονογαστρικών) ή μετά από εγκάρσια διατομή του γαστρικού τοιχώματος αυτές οι περισταλτικές κινήσεις καθίστανται χαώδεις και ασυντόνιστοι με αποτέλεσμα τη μεγάλη δυσκολία στο άδειασμα του στομάχου.

Όταν το στομάχι έχει αδειάσει πρόσφατα, οι περισταλτικές κινήσεις είναι αδύνατες. Όσο περνάει η ώρα αυξάνει η έντασή τους και εξελίσσονται σε

κινήσεις πείνας. Οι εντονότερες από αυτές τις κινήσεις γίνονται αισθητές και μπορεί να προκαλέσουν και μικρό πόνο.

Οι κινήσεις πείνας σχετίζονται με το αίσθημα της πείνας. Παλαιότερα θεωρήθηκαν ότι αποτελούν σημαντικό ρυθμιστικό παράγοντα της όρεξης. Σήμερα όμως αποδείχτηκε ότι η πρόσληψη τροφής παραμένει φυσιολογική δε πειραματόζωα μετά από απονεύρωση του στομάχου και του εντέρου.

III. Κένωση του στομάχου

Ο ρυθμός μετά του οποίου ο στόμαχος διοχετεύει το περιεχόμενο του προς τον δωδεκαδάκτυλο εξαρτάται από το είδος της προσληφθείσας τροφής και από την ποσότητα που βρίσκεται ήδη στο λεπτό έντερο.

Τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες εγκαταλείπει το στομάχι εντός λίγων ωρών. Τροφή πλούσια σε λευκώματα εγκαταλείπει το στομάχι βραδύτερα η κένωση δε του στομάχου είναι βραδύτερη δε περίπτωση που η τροφή περιέχει μεγάλο ποσόν λίπους. Προϊόντα διασπάσεως του λευκώματος και ιόντα υδρογόνου τα οποία επιδρούν στον βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου προκαλούν δια νευρικού μηχανισμού, περιορισμό της κινητικότητας του στομάχου (εντερογαστρικό αντανακλαστικό).

Η διάταση του δωδεκαδακτύλου λόγω μεγάλης ποσότητας χυμού η οποία βρίσκεται σ' αυτό προκαλεί το αντανακλαστικό αυτό (εντερογαστρικό).

Τα λίπη τα λευκώματα και τα οξέα προκαλούν

την απελευθέρωση από το βλεννογόνο του δωδεκαδακτύλου, εκκριματίνης και CCK, οι οποίες φερόμενες προς το αίμα, επιδρούν επί του στομάχου, και αναστέλουν την κινητικότητα και την έκκριση αυτού.

Διατομή των πνευμονογαστρικών μπορεί να συνεπάγεται σχετικά βαρεία ατονία του στομάχου και διάτασή του.

Όταν οι υποδοχείς θα στείλουν νευρικές ώσεις στον πυρήνα του πνευμονογαστρικού στο Κ.Ν.Σ. αντανακλαστικά θα ελλατωθεί η συχνότητα των νευρικών ώσεων προς το τοίχωμα του στομάχου με αποτέλεσμα μείωση πάλι της έντασης του περισταλισμού.

Η νευρική υπερδιέγερση λέγεται ότι επιταχύνει την κένωση του στομάχου, ενώ το αίσθημα του φόβου την επιβραδύνει.

Γαστρικό υγρό

Το γαστρικό υγρό είναι το προϊόν έκκρισης των πολυάριθμων σωληνοειδών πυλωρικών και γαστρικών αδενών που είναι διασκορπισμένοι στον βλεννογόνο του στομάχου. Οι γαστρικοί αδένες αποτελούνται από βασικά κύτταρα και από καλυπτήρια κύτταρα.

Τα κύτταρα του στομάχου εκκρίνουν στον χυλό του :

- α) υδροχλωρικό οξύ (HCl)
- β) πεψινογόνο
- γ) ενδογενή παράγοντα
- δ) βλέννα

ε) γαστρίνη η οποία παράγεται στον πυλωρικό βλεννογόνο και μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ξαναγυρίζει στο στομάχι.

Η ποσότητα του γαστρικού υγρού που παράγεται από τον άνθρωπο φθάνει τα 1.500 κ. εκ./24ωρο. Κατά τη πέψη ενός φυσιολογικού γεύματος εκκρίνονται κατά μέσο όσο 600 κ. εκ. Το ΡΗ του καθαρού γαστρικού υγρού είναι 1,15. Με το γαστρικό υγρό επιτυγχάνεται η πέψη των τροφών και με την αντισηπτική δράση του υδροχλωρικού οξέος η απολύμανση των τροφών.

Α. Υδροχλωρικό οξύ

Το υδροχλωρικό οξύ εκκρίνεται στον χυλό του στομάχου από τα καλυπτήρια κύτταρα των γαστρικών αδένων

Σε φυσιολογικά άτομα, μετά από νηστεία μιας νύχτας, η έκκριση γαστρικού οξέος είναι μεταξύ 0 και 5 ΜΜΟΙ/ώρα. Οι τιμές ποικίλλουν πάρα πολύ ακόμη και στο ίδιο το άτομο.

Ο κυριότερος φυσιολογικός παράγοντας διεύρεσης για έκκριση γαστρικού οξέος είναι η λήψη γεύματος. Οι περισσότερες όμως μελέτες για έλεγχο της ικανότητας του γαστρικού βλεννογόνου να εκκρίνει οξύ μετά από διεύρεση έγιναν με τη χορήγηση ιστολίνης (χορηγείται το σκεύασμα HISTALOG που είναι συνθετικό παράγωγο της ιστολίνης) και γαστρίνης (χορηγείται πενταγαστρίνη που είναι συνθετικό πενταπεπτίδιο με δράσεις γαστρίνης.).

Έτσι σε φυσιολογικά άτομα βρέθηκε ότι η μέση τιμή μέγιστης έκκρισης υδροχλωρικού οξέος (μετά από διέγερση) είναι περίπου 25 MMOL/ώρα με εύρος τιμών 1 - 35 MMOL/ώρα.

Ενδογενώς τρεις ουσίες διεγείρουν την έκκριση γαστρικού οξέος από τα καλυπτήρια κύτταρα των γαστρικών αδένων :

- α) ακετολοχολίνη
- β) γαστρίνη
- γ) ισταμίνη

Πιστεύεται ότι σε κάθε μία απ'αυτές τις ουσίες αυξάνει την δραστηριότητα των υπολοίπων ουσιών.

Το υδροχλωρικό οξύ ρυθμίζει την ενζυματική δραστηριότητα του γαστρικού υγρού, δηλαδή επενεργεί στη φάση της πεψίνης και της χυμοσίνης.

Προκαλεί υδρόλυση της σακχαρόζης, οξειδωση της κολλαγόνου ουσίας, διαλύει τις φυτικές κυτταρίνες και στα σαρκοφάγα ζώα διαλύει τα οστά.

Ένα μέρος του υδροχλωρικού οξέος ενώνεται με τα λευκώματα των τροφών και έτσι η συγκέντρωση του ελεύθερου υδροχλωρικού οξέος μειώνεται.

B. Πεψινογόνο

Το πεψινογόνο αποτελεί την πρόδρομο ουσία για τις πεψίνες του γαστρικού υγρού. Εκκρίνεται από τα βασικά (θεμέλια) ή πεπτικά κύτταρα του στομάχου τα οποία περιέχουν ζυμογόνα κοκκία.

Οι πεψίνες είναι τα πρωτοελυτικά ένζυμα

γαστρικού υγρού. Στα κύτταρα όπου παράγονται αποθηκεύονται με τη μορφή ανενεργού ενζύμου.

Μετά την έκκριση τους μετατρέπονται σε πεψίνη όταν το περιβάλλον είναι όξινο.

Η πεψίνη παρουσία υδροχλωρικού οξέος διασπά το μεγαλύτερο μέρος των πρωτεϊνών μέχρι το στάδιο των πεπτιδίων και όχι των αμινοξέων.

Η πεψίνη δεν διασπά την κερατίνη ούτε δρα στους κυτταρικούς πυρήνες.

Υπάρχουν δύο ομάδες πεψινογόνων. Η ομάδα I των πεψινογόνων παράγεται από τα θεμέλια και τα βλενώδη κύτταρα του στομάχου.

Η ομάδα II των πεψινογόνων παράγεται από τα προηγούμενα και από κύτταρα αδένων του πυλωρού καθώς και από τα κύτταρα αδενών του BRUNNER.

Τα πεψινογόνα της ομάδας I μετρούνται στο αίμα με γαδιοανοσολογικές μεθόδους. Μετρήσεις έδειξαν ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ μέγιστης έκκρισης γαστρικού οξέος και πεψινογόνου I του ορού.

Πεψινογόνο δύναται να ανιχνευθεί εντός του πλάσματος και των ούρων και αποκαλείται ουροπεψινογόνο. Τα επίπεδα του ενζύμου αυτού στην κυκλοφορία και στα ούρα βαίνουν παράλληλα προς τον ρυθμό της εκκρίσεως αυτού επηρεάζεται όμως και από άλλους παράγοντες. Συχνά τα επίπεδα του ενζύμου αυτού ανευρίσκονται αυξημένα σε πάσχοντες από πεπτικό έλκος.

Γ. Ενδογενής παράγοντας

Ο ενδογενής παράγοντας είναι μια βλεννοπρωτεΐ-

νη απαραίτητη για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂ από τελικό ειλεό.

Παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου σε ποσότητες πολύ μεγαλύτερες από αυτές που απαιτούνται για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂.

Δ. Γαστρική βλέννα

Ο γαστρικός βλεννογόνος καλύπτεται από ένα υλικό που ονομάζεται γαστρική βλέννα.

Η γαστρική βλέννα αποτελείται από πρωτεΐνες γλυκοπρωτεΐνες, βλεννοπολυσακχαρίτες και αντιγόνα των ομάδων αίματος. Οι γλυκοπρωτεΐνες είναι το κυριώτερο συστατικό της γαστρικής βλέννας.

Τα γλυκοκορτικοειδή περιορίζουν το ποσό και μεταβάλλουν τη σύσταση της από του στομάχου εκκρινόμενης βλέννης. Η βλέννα αποτελεί σημαντικό φραγμό έναντι των βλαπτικών επιδράσεων του οξέος και της πεψίνης και ως εκ τούτου τα γλυκοκορτικοειδή προδιαθέτουν στην εμφάνιση έλκους με τον περιορισμό του φραγμού αυτού.

Φάσεις Γαστρικής έκκρισης

Η έκκριση του γαστρικού υγρού απαιτεί νευρικά και ορμονικά ερεθίσματα και διακρίνεται σε τρεις φάσεις :

1. Κεφαλική φάση ή επιδράσεις
2. Γαστρική φάση ή επιδράσεις
3. Εντερική φάση ή επιδράσεις καθώς και διά-

φορες άλλες δευτερεύοντες επιδράσεις.

I. Κεφαλική φάση

Διάφορα ερεθίσματα που δημιουργούνται στη διάρκεια του φαγητού, όπως η θεά, γεύση και η οσμή της τροφής καθώς και μάσηση και η κατάποση ευέστων τροφών προκαλούν διέγερση ορισμένων αγνώστων περιοχών του εγκεφάλου μέσω του πνευμονογαστρικού και πάλι διεγείρονται τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου.

Οι νευρικές ίνες του πνευμονογαστρικού ελευθερώνουν ακετυλοχολίνη η οποία προκαλεί έκκριση των γαστρικών αδένων.

Η λαγοτομή καταργεί την κεφαλική φάση.

2. Γαστρική φάση

Η γαστρική φάση ενεργοποιείται από μηχανικά και χημικά ερεθίσματα που δρουν στο στομάχι. Αρχίζει με την είσοδο της τροφής στο στομάχι και τον ερεθισμό χημειούποδοχέων και τασεούποδοχέων του τοιχώματος. Ο ερεθισμός των υποδοχέων του στομάχου προκαλεί την έκκριση γαστρικού υγρού μέσω :

- α) των νευρικών πλεγμάτων
- β) αντανακλαστικά μέσω του κέντρου του πνευμονογαστρικού και
- γ) με απελευθέρωση γαστρίνης (ορμόνη που παράγεται στον πυλωρικό βλεννογόνο, εισέρχεται στο αίμα και μέσω της κυκλοφορίας επιστρέφει στο στομάχι και

διεγείρει τους γαστρικούς αδένες για έκκριση γαστρικού υγρού).

Η διάταση του στομάχου από τις τροφές, προκαλεί αύξηση της γαστρικής οξύτητας πιθανών μέσων του πνευμονογαστρικού. Τα αμινοξέα και τα πεπτίλια είναι τα μόνα γνωστά προϊόντα πέψης των τροφών που διεγείρουν την έκκριση οξέος από το στομάχι. Οι ουσίες αυτές διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης και έτσι προκαλούν αύξηση γαστρικού οξέος. Δυνατόν όμως να δρουν και απ' ευθείας στα τοιχωματικά κύτταρα.

3. Εντερική φάση

Η εντερική φάση αρχίζει με την είσοδο του γαστρικού περιεχομένου στο λεπτό έντερο και συνεχίζει για μερικές ώρες μετά, αφού φύγουν οι τροφές από το στομάχι. Ο μηχανισμός με τον οποίο γίνεται έκκριση γαστρικού οξέος στη διάρκεια της εντερικής φάσης είναι αδιευκρίνιστος. Πιθανόν να γίνεται απελευθέρωση γαστρίνης από τα 6 κύτταρα του δωδεκαδακτύλου ή να απελευθερώνεται άλλη ορμόνη που διεγείρει την έκκριση του γαστρικού οξέος.

Από υτο ανωτέρω λεπτό έντερο όμως εκκρίνονται και άλλες ορμόνες όπως η χολοκυστοκινίνη, που ενδεχομένως να αναστέλλει την έκκριση γαστρικού οξέος και η πεψίνη και η σεκρετίνη που αναστέλλουν την έκκριση γαστρικού οξέος.

Άλλες επιδράσεις

Η υπογλυκαιμία διεγείρει την έκκριση γαστρικού οξέος και πεψίνης, η δε οφειλομένη εις την ινσουλίνη διέγερση είναι το αποτέλεσμα της υπογλυκαιμίας.

Άλλες ουσίες που διεγείρουν την γαστρική έκκριση είναι :

1. Η καφεΐνη : Προκαλεί ασθενή διέγερση της έκκρισης του γαστρικού οξέος. Ο μηχανισμός μέσω του οποίου δρα είναι άγνωστος.
2. Το οινόπνευμα : Προκαλεί ελάχιστη διέγερση της έκκρισης γαστρικού οξέος (αν όχι καθόλου) καθώς και απελευθέρωση γαστρίνης.
3. Το ασβέστιο : Προκαλεί διέγερση γαστρικού οξέος και αύξηση της γαστρίνης του ορού.

2.5. Προστασία του βλεννογόνου του στομάχου

Εκτός από την εκκριτική του λειτουργία μια από τις περισσότερο σημαντικές ιδιότητες του βλεννογόνου του στομάχου, είναι η ικανότητα του να ανθίσταται στη πεπτική δράση του γαστρικού υγρού.

Η ικανότητα αυτή του γαστρικού βλεννογόνου εξασφαλίζεται κατά κύριο λόγο από :

- 1) Το βλεννογόνο φραγμό :

Είναι η ιδιότητα του γαστρικού βλεννογόνου να παρεμποδίζει την αθρόα μέσω αυτού διακίνηση ιόντων H^+ και έτσι να διατηρείται μεταξύ της κοιλότητας του στομάχου και του αίματος μια κλίση ιόντων H^+ 1.000.000 : 1 Ο βλεννογόνος φραγμός σχηματίζεται από τα επιπολής επιθηλιακά κύτταρα του βλεννογόνου του στομάχου και τη μεταξύ τους στερεή σύνδεση, μπορεί όμως να διασπασθεί από διάφορες ουσίες μεταξύ των οποίων οι πιο σημαντικές είναι: τα σαλικυλικά και άλλοι αντιφλεγμονώδεις παράγοντες καθώς και τα χολικά άλατα. Τη διάσπαση του βλεννογόνου φραγμού ακολουθεί αθρόα εισροή ιόντων H^+ στο διάμεσο ιστό με τελικό αποτέλεσμα βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου, πιθανότατα την απελευθέρωση ισταμίνης.

**Β. Τη μεγάλη αναγεννητική ικανότητα των
επιπολής επιθηλιακών κυττάρων**

Η ανανέωση των επιπολής επιθηλιακών κυττάρων με κύτταρα που μεταναστεύουν από τις κρύπτες των αδένων προς την επιφάνεια είναι ιδιαίτερα γρήγορη.

Υπολογίζεται ότι κάθε λεπτό 500.000 περίπου κύτταρα απολεπίζονται μέσα στην στομαχική κοιλότητα και αντικαθίστανται από νέα. Η μεγάλη αυτή αναγεννητική ικανότητα του γαστρικού βλεννογόνου έχει ιδιαίτερη σημασία όπως είναι φανερό τόσο για την ταχεία αποκατάσταση των βλαβών του βλεννογόνου όσο και για τη διατήρηση ακέρατου του βλεννογόνιου φραγμού.

Γ. Τη βλέννα :

Η βλέννα που επαλείφει το γαστρικό βλεννογόνο σχηματίζει ένα συνεχές ιξώδες στρώμα που συνεχώς ανανεώνεται και συμβάλλει με διάφορους τρόπους στην προστασία του γαστρικού βλεννογόνου.

Είναι ενδιαφέρον ότι από διάφορους συγγραφείς έχουν διαπιστωθεί, τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές μεταβολές της βλέννας και σε περιπτώσεις γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους καθώς και με την χορήγηση ορισμένων φαρμάκων.

Όπως δείχνουν πρόσφατα πειραματικά δεδομένα και παρατηρήσεις ιδιαίτερη σημασία για την προστασία του γαστρικού βλεννογόνου φαίνεται ότι έχουν και οι προσταγλανδίνες.

Οι ουσίες αυτές βρίσκονται σε διαφορετικές συγκεντρώσεις σε πολλά κύτταρα και ιστούς και ο γαστρεντερικός βλεννογόνος περιέχει όπως είναι γνωστό, σχετικά μεγάλα ποσά.

Ειδικότερα για το γαστρικό βλεννογόνο έχει βρεθεί ότι η προσταγλανδίνη που παράγεται από αυτόν σε μεγαλύτερες ποσότητες είναι προστακυκλίνη.

Οι προσταγλανδίνες αναστέλλουν τη γαστρική έκκριση σε πειραματόζωα και στον άνθρωπο και σε πειραματόζωα προστατεύουν από το σχηματισμό έλκους και επιταχύνουν την επούλωση του πεπτικού έλκους στον άνθρωπο.

Η αντιελκωτική όμως δράση των προσταγλανδίνων δεν οφείλεται αποκλειστικά μόνο στην προαναφερ-

θείσα δράση τους στη γαστρική έκκριση.

Πρόσφατα ανακαλύφθηκε μία νέα ιδιότητα των ουσιών αυτών με ιδιαίτερη όπως φαίνεται σημασία για την προστασία του γαστρικού βλεννογόνου. Η ιδιότητα αυτή ονομάσθηκε κυτταροπροστασία κι είναι τελείως ανεξάρτητα από τη δράση των προσταγλανδινών στη γαστρική έκκριση.

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι την ιδιότητα των προσταγλανδινών να προστατεύουν το γαστρικό βλεννογόνο χωρίς επίδραση στην όξινη γαστρική έκκριση φαίνεται ότι έχουν κάτω από ορισμένες συνθήκες ή άλλες ουσίες όπως το αντιχολινεργικό και το βισμουθιο, , πιθανότατα όμως οι ουσίες αυτές δρουν με την απελευθέρωση ενδογενών προσταγλανδινών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3

3.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα επιθηλί-
τωμα προερχόμενο από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού
βλεννογόνου. Πρόκειται επομένως περί αδenoκαρκινώματος.

Σε όλο τον κόσμο ο καρκίνος του στομάχου
αποτελεί μια από τις πιο συχνές θανατηφόρες κακοήθεις
παθήσεις. Αν και η συχνότητα του μειώνεται, εν τούτοις
εξακολουθεί να προκαλεί περίπου 15.000 θανάτους το
χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Επειδή τα πρώτα συμπτώματα είναι συχνά ελά-
χιστα ή ανύπαρκα κατά την πιθανώς ιάσιμη φάση της παθή-
σεως, οι ασθενείς ζητούν συνήθως πολύ αργά τη συμβου-
λή γιατρού.

Έτσι ποσοστό μικρότερο του 10% των ασθενών
επιζούν επί 5 έτη, παρά τις βελτιωμένες χειρουργικές
και διαγνωστικές τεχνικές.

3.2. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι περιπτώσεις καρκίνου του στομάχου εί-
ναι σχεδόν πάντα αδenoκαρκινώματα. Η μακροσκοπική και
μικροσκοπική ταξινόμηση αυτών των καρκινωμάτων είναι
συχνά αδύνατη επειδή, πολλά είναι μικρού τύπου.

Γενικά υπάρχουν πέντε μακροσκοπικοί τύποι:

α) πολυποδοειδείς.

- β) ελκώδης
- γ) μικτός ελκώδης και διηθητικός
- δ) διάχυτος διηθητικός
- ε) εκτεινόμενος επιπολής

Η μικροσκοπική ταξινόμηση είναι εξαιρετικά δύσκολη, αλλά διακρίνονται τρεις κυτταρικοί τύποι.

- α) εντερικός
- β) γαστρικός (πυλωροκαρδιακός)
- γ) διάσπαρτος (από βλεννώδη κύτταρα)

Σε όσες περιπτώσεις είναι δυνατή η ταξινόμηση, αποδεικνύεται ότι οι διάφορες μακροσκοπικές και μικροσκοπικές μορφές έχουν περιορισμένη προγνωστική αξία.

Πολυποειδείς, ελκώδεις και επιπολής εκτεινόμενοι καρκίνοι, είναι συχνά λιγότερο κακοήθης από τους διηθητικούς τύπους.

Μικροσκοπικά ο εντερικός κυτταρικός τύπος έχει λίγο καλύτερη πρόγνωση από το διάσπαρτο από βλεννώδη κύτταρα. Οι σημαντικότεροι όμως μορφολογικά παράγοντες για την πρόγνωση είναι το βάθος της διηθήσεως και η παρουσία ή η απουσία μεταναστάσεων. Η αντίδραση του υποστρώματος με λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και νεαρούς ινοβλάστες είναι ενδεικτική της αντιστάσεως του ξενιστή και βελτιώνει την πρόγνωση.

Ο καρκίνος εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στο άντρο, το σώμα του στομάχου και προσβάλλει

συχνότερα το έλασσον τόξο σε σχέση με το μείζον.

Σε ποσοστό 10-12% εμφανίζεται στην καρδιακή μοίρα. Ο καρκίνος εξαπλώνεται κατά συνεχή ιστό κατά μήκος του τοιχώματος του στομάχου και μέσω αυτού, στους περιγαστρικούς ιστούς.

Μερικές φορές η άμεση επέκταση προσβάλλει το πάγκρεας, το παχύ έντερο ή το ήπαρ. Οι γειτονικοί προς την καρδιακή μοίρα όγκοι διηθούν συχνά τον οισοφάγο αλλά και την τελική μοίρα του στομάχου. Σπανιότερα επεκτείνονται πέρα από τον πυλωρό προς τον δωδεκαδάκτυλο.

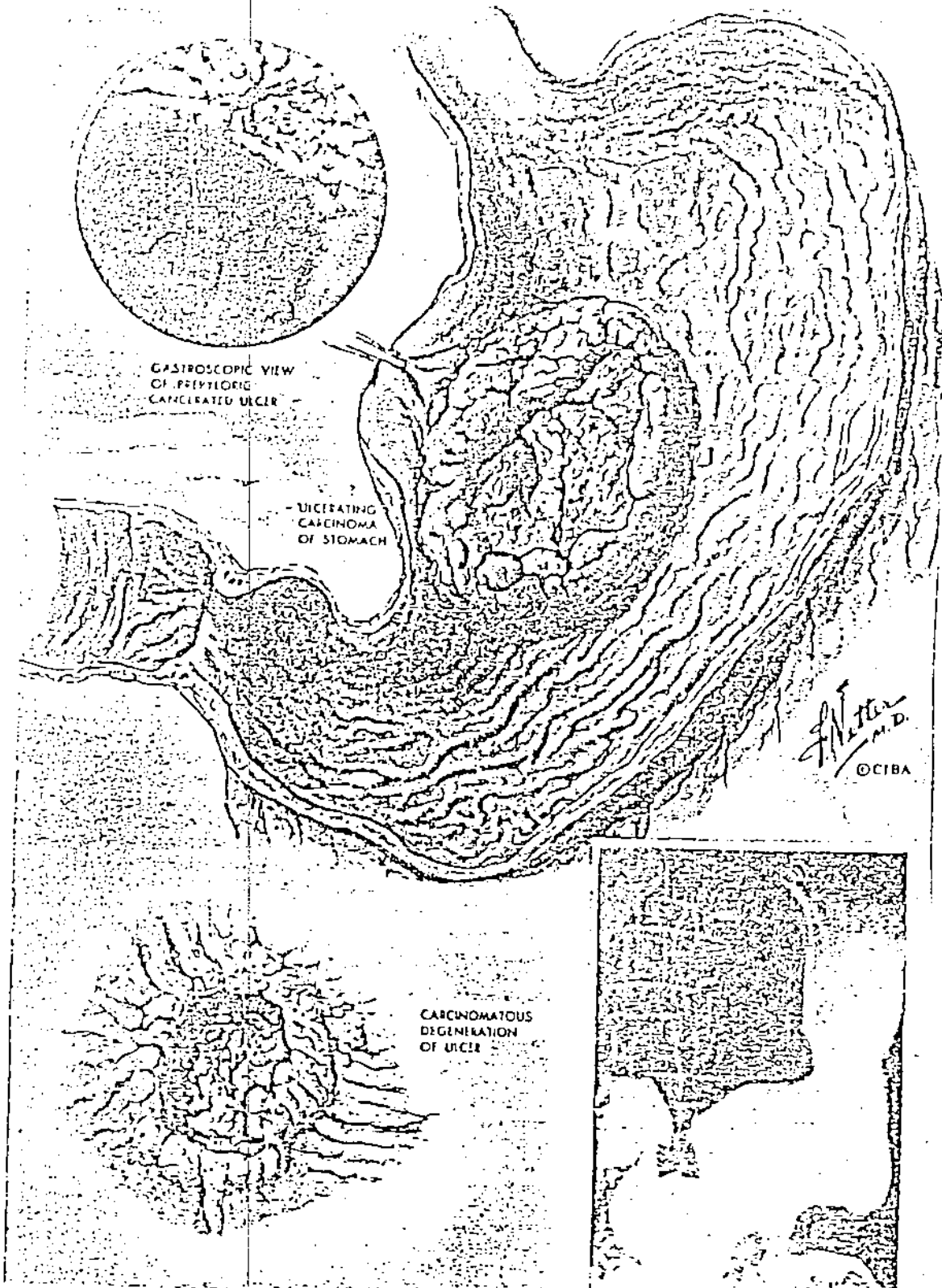
Συνήθως υπάρχουν μεταστάσεις στους περιγαστρικούς λεμφαδένες. Επίσης προσβάλλονται λεμφαδένες στην προαορτική περιοχή την πύλη του ήπατος και του σπλήνα.

Η εξαίπωση δια μέσου του θωρακικού πόρου μπορεί να προσβάλλει τους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες (VIRCHOW).

Περιτοναϊκές μεταστάσεις είναι εμφανείς περίπου στο 20% των ασθενών. Κατά την λαπαροσκόπηση ή την εγχείρηση. Οι ενδοκοιλιακές μεταστάσεις μπορεί να περιορίζονται στην ωοθήκη ή στο δουγλάσσιο χώρο.

Οι αιματογενείς μεταστάσεις στο ήπαρ είναι εμφανείς περίπου στο 30% των ασθενών κατά την εγχείρηση. Σπανιότερα προσβάλλονται οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος ή άλλα όργανα.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΣΙΜΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



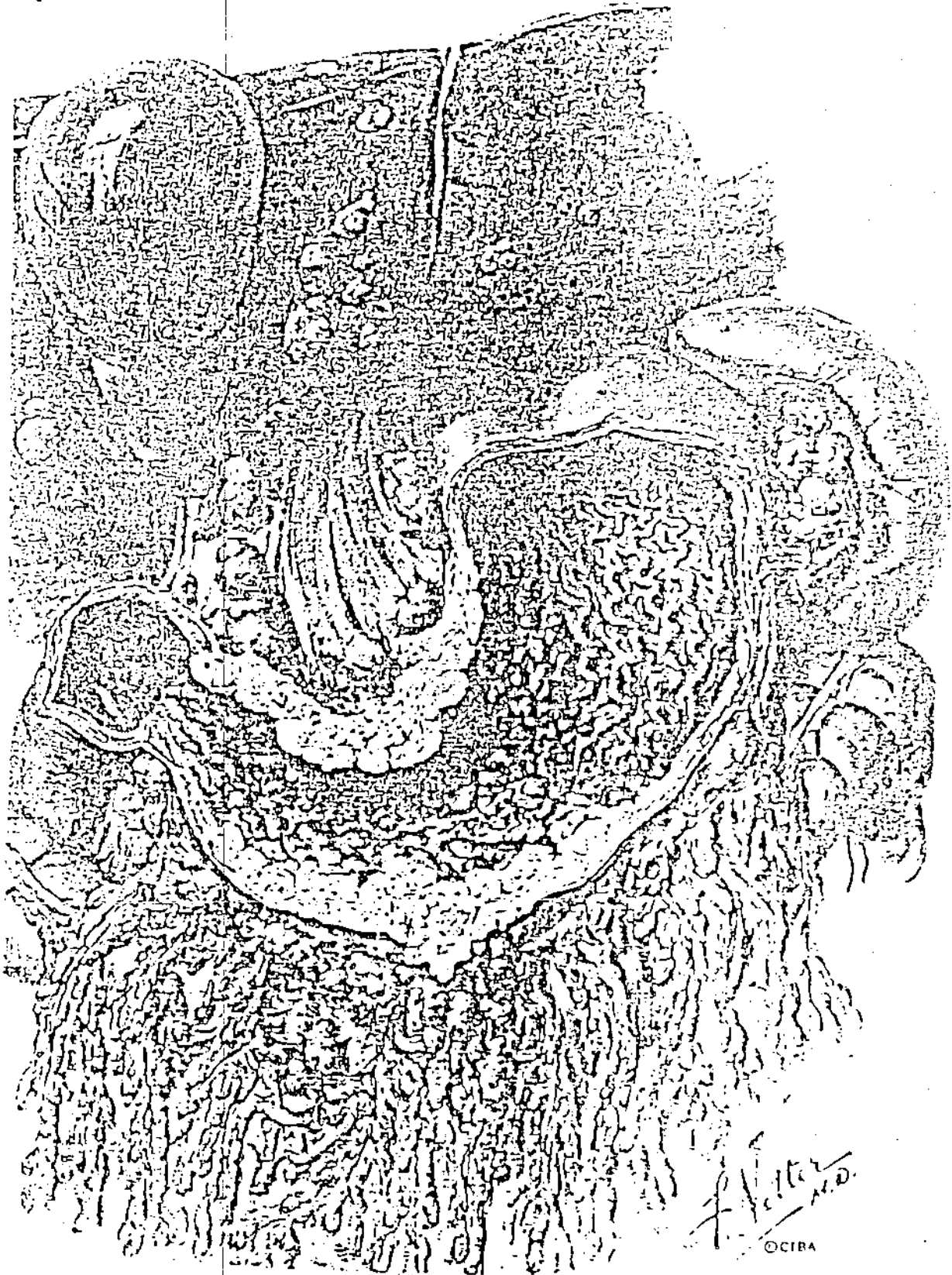
GASTROSCOPIC VIEW
OF PEPTIC
ULCER

ULCERATING
CARCINOMA
OF STOMACH

CARCINOMATOUS
DEGENERATION
OF ULCER

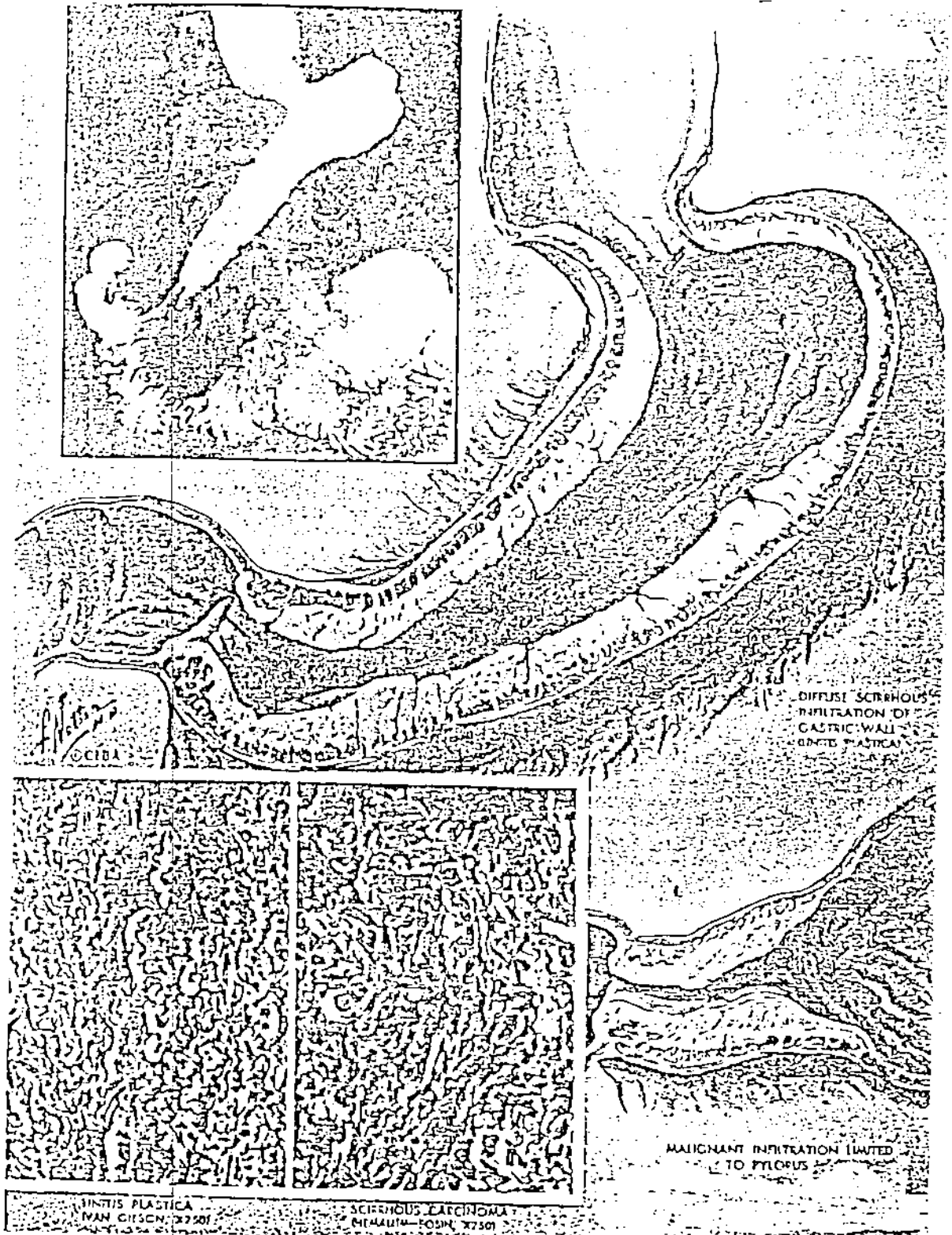
Mitter
M.D.
©CIBA

ΣΤΟΜΑΧΙ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

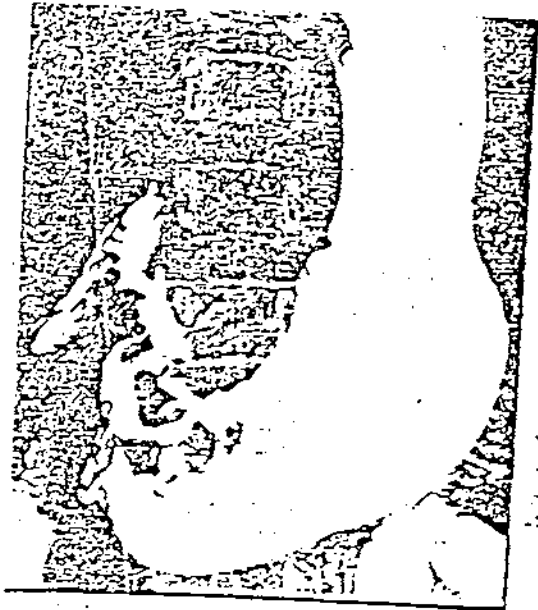


α) — Ε ΠΛΑΝΟ : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΣΕΜΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

β) — ΚΑΤΕ : ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΠΥΛΩΡΟ ΕΧΕΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΣΙ ΣΤΕΝΩΣΗ.



ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΠΥΛΩΡΟ.



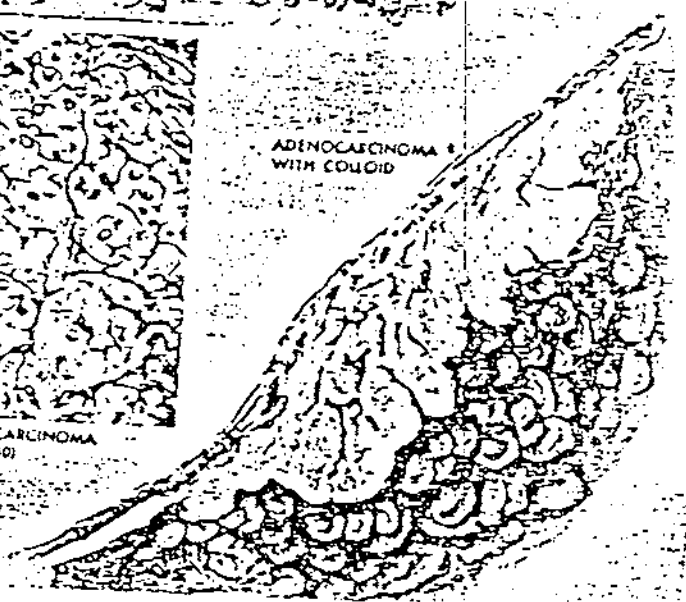
©CIBA



ADENOCARCINOMA
(HEMALUM-EOSSIN, X 100)

COLLOID CARCINOMA
(HEAL, X 250)

ADENOCARCINOMA
WITH COLLOID



3.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Προκειμένου να βοηθηθεί ο προγραμματισμός της θεραπείας του καρκίνου του στομάχου, της εκτίμησης των αποτελεσμάτων από τη θεραπεία καθώς και της πρόγνωσης της ασθένειας πρέπει να προσδιορισθεί ευρύτερα η νόσο σε σχέση με την έκτασή της. Δηλαδή να γίνει μια σταδιοποίηση της νόσου.

Όταν κατά την σταδιοποίηση του καρκίνου γίνεται συστηματική διερεύνηση :

α) των χαρακτηρισμών του πρωτοπαθούς καρκίνου (με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση).

β) της προσβολής λεμφαδένων (με κλινική εξέταση λεμφαγγειογραφία και ίσως βιοψία) και

γ) της διαπιστώσεως υπάρξεως μεταστάσεων· τότε χρησιμοποιείται το σύστημα T.N.M. σταδιοποίησεως, το οποίο είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος σταδιοποίησης του καρκίνου σήμερα.

T.N.M. είναι τα αρχικά γράμματα των λέξεων TUMOR, NODE και METASTASIS (όγκος, αδένας, μετάσταση).

Έτσι :

Το T αναφέρεται στο μέγεθος του όγκου και διακρίνεται σε :

T0 : Όταν δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

T1 : Όταν ο όγκος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή υποβλεννογόνιο χιτώνα.

T2 : Όταν ο όγκος διηθεί το βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο χιτώνα, συμπεριλαμβανομένου και του μυ-

ϊκού και εκτείνεται μέχρι και τον ορογόνο, χωρίς όμως να τον διηθεί.

- T3 : Όταν ο όγκος διαπερνά τον ορογόνο χιτώνα χωρίς να διηθεί όμως τα γειτονικά όργανα.
- T4 : Όταν ο όγκος διηθεί και γειτονικά όργανα.

Το N αναφέρεται στους περιφερικούς λεμφαδένες και διακρίνεται σε :

- N0 : Όταν δεν υπάρχουν μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες.
- N1 : Όταν έχουμε διήθηση των περιγαστρικών λεμφαδένων σε απόσταση μικρότερη από 3 εκατ. από τον πρωτοπαθή όγκο κατά μήκος του μείζονος ή ελάσσονος τόξου.
- N2 : Όταν έχουμε διήθηση των επιχωρίων λεμφαδένων σε απόσταση πάνω από 3 εκ. από τον πρωτοπαθή όγκο και οι οποίοι δεν είναι εξαιρέσιμοι κατά την χειρουργική όπως παραορτικοί, οπισθοπαγκρεατικοί και μεσεντέριοι λεμφαδένες.

Το M αναφέρεται στην μετάσταση οργάνων ή και απομακρυσμένων λεμφαδένων και διακρίνεται σε :

- M0 : Όταν δεν υπάρχουν γνωστές απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- M1 : Όταν έχουμε απομακρυσμένες μεταστάσεις.

Έτσι σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης T.N.M. μπορούμε να ξεχωρίσουμε τέσσερα γενικά στάδια εξέλιξης του καρκίνου :

Στάδιο 1 : Το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει τα T1, T2, T3 καθώς και N0, M0.

Εδώ ο κακοήθης όγκος περιορίζεται στο σημείο της αρχικής εκτοπίσεως. Δεν έχει διασπαρεί με την λεμφική και αιματική κυκλοφορία . Πιθανότητα επιβιώσεως 70 - 90%.

Στάδιο 2 : Το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει τα T4, N0, M0 ή T1,2,3 και N1,M0.

Εδώ η κλινική εικόνα δίνει στοιχεία τοπικής διηθήσεως του όγκου στους γύρω ιστούς και τους πλησιέστερους λεμφαδένες. Οι αλλοιώσεις αυτές μπορούν να αφαιρεθούν χειρουργικά αλλά υπάρχει αβεβαιότητα στην ολοκληρωτική τους αφαίρεση. Πιθανότητα επιβιώσεως 5-50%.

Στάδιο 3 : Το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει τα T1,2,3,4 και N2, M0.

Σ' αυτό το στάδιο υπάρχει εκτεταμένη πρωτοπαθής εντόπιση, καθηλωμένη στους εν τω βάθει ιστούς, εκτόπιση σε οστά και λεμφαδένες. Οι αλλοιώσεις χειρουργούνται χωρίς να μπορούν να αφαιρεθούν σε μεγάλη έκταση.

Πιθανότητα επιβιώσεως 5 - 20%.

Στάδιο 4 : Το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει κάποιο από τα T1,2,3,4 και N1,2,3 και οπωσδήποτε το M1.

Σ' αυτό το στάδιο υπάρχουν ενδείξεις μεταστάσεως του καρκίνου σε απομακρυσμένα όργανα. Οι αλλοιώσεις είναι ανεγχείρητες.

Πιθανότητα επιβιώσεως 15 %.

3.4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ
ΣΗΜΕΙΑ

Τα ενοχλήματα στον καρκίνο στομάχου είναι συνήθως ακαθόριστα γι' αυτό και η διάγνωση καθυστερεί.

Το ιστορικό ελάχιστα προσφέρει στη διάκριση του καλοήθους από το κακοήθες γαστρικό έλκος, επειδή πολλά από τα διάφορα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν και στις δύο νόσους.

Περίπου το 25% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν κλασσικά συμπτώματα έλκους. Το συνηθέστερο προεξέχον σύμπτωμα είναι αίσθημα δυσφορίας στην περιοχή του επιγαστρικού, του οποίου η έναρξη είναι ύπουλη. Συχνά είναι ήπιο η βαρύτητα του όμως εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις κυμαίνεται από μεταγευματινό ακαθόριστο αίσθημα πληρώσεως του στομάχου μέχρι του έντονου επίμονου άλγους.

Η ανορεξία (απέχθεια για το κρέας) συχνά με ελαφρά ναυτία, είναι πολύ συχνή αλλά δεν είναι το συνηθισμένο προεξέχων σύμπτωμα της παθήσεως.

Απώλεια βάρους παρατηρείται περίπου στο 50% των ασθενών. Ναυτία και έμετος εμφανίζονται συχνά ιδιαίτερα σε όγκους του πυλωρού, μπορεί όμως να εμφανισθούν σε προχωρημένη νόσο και των άλλων τμημάτων του στομάχου.

Η δυσφαγία αποτελεί το κύριο σύμπτωμα των όγκων της καρδιακής μοίρας. Αδυναμία, αιματέμεση, μέλαινα και μεταβολή των συνηθειών του εντέρου αποτελούν άλλες μορφές των εκδήλων συμπτωμάτων της νόσου.

Μερικοί ασθενείς πάσχουν από συμπτώματα της αναιμίας ή η αναιμία τους μπορεί να ανακαλυφθεί τυχαία κατά τη συνήθη ιατρική εξέταση.

Μερικές φορές ελκώδης καρκίνος παθαίνει διάτρηση, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις αναπτύσσεται γαστροκολικό συρίγγιο.

Τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να σχετίζονται με τις μεταστάσεις. Τα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν διάταση της κοιλίας από κακοήθη ασκίτη, ίκτερο από απόφραξη των χοληφόρων οδών από λεμφαδένες της πύξης του ήπατος ή από ενδοηπατικές μεταστάσεις, πόνους από οστικές βλάβες, νευρολογικά συμπτώματα δευτερογενή σε εγκεφαλικές μεταστάσεις και ταχύπνοια από πνευμονική διασπορά.

Η μηχανική απόφραξη του εντέρου μπορεί να είναι δευτερογενής σε περιτοναϊκές μεταστάσεις ενώ συμπτώματα από την πύελο μπορεί να προκληθούν από μετάσταση στις ωοθήκες.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων πριν να επισκευθούν οι ασθενείς το γιατρό τους εμφανίζει αισθητές διακυμάνσεις αλλά ανέρχεται κατά μέσο όρο σε (6) μήνες. Συμπτώματα διαρκείας αρκετών ετών δεν είναι σπάνια. Μερικοί ασθενείς που εμφανίζουν μακροχρόνια λειτουργικά γαστρεντερικά συμπτώματα, μπορεί να παρατηρήσουν αλλαγή στο είδος του πόνου τους.

Στη βόρειο Αμερική ένα ποσοστό μικρότερο του 10% των ασθενών με συμπτώματα εμφανίζουν νόσο, η οποία περιορίζεται στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνο. Προγράμματα ανιχνεύσεως στην Ιαπωνία, επιβεβαιώνουν ότι

οι περισσότεροι ασθενείς με πρώιμο, ιάσιμο καρκίνο του στομάχου είναι ασυμπτωματικοί.

Επιγαστρική μάζα ψηλαφάται μόνο σε μικρό ποσοστό των ασθενών. Αποτελεί σημείο φτωχής πρόγνωσης, αλλά δεν αποκλείει την πιθανότητα ιάσεως. Ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλίας ανευρίσκεται περίπου στο ένα τρίτο των ασθενών. Μπορεί επίσης να διαπιστωθεί ωχρότητα ή καχεξία και μερικές φορές γαστρικός παφλασμός στην ανακίνηση του περιεχομένου του κατά την ψηλάφηση.

Αντικειμενικά ευρήματα ενδεικτικά μεταστάσεων θα πρέπει να αναζητούνται προσεκτικά, επειδή η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων που αποδεικνύονται με την βιοψία αποκλείουν την χειρουργική ίαση της παθήσεως.

Τα ευρήματα αυτά περιλαμβάνουν :

α) Ηπατομεγαλία, β) ίκτερο, γ) διόγκωση των αριστερών υπερκλειδών ή θωρακικών λεμφαδένων, δ) επίπεδη προεξοχή κατά την ψηλάφηση του δουγλασσίου χώρου πάνω από τον προστάτη ή τον τράχηλο (προεξοχή του BLUMER), ε) ωθηκική μάζα κατά την ψηλάφηση της κοιλίας ή την κοιλιακή εξέταση (όγκος του KRUKENBERG), ζ) Ασκίτης, η) ψηλαφητή μάζα στην περιοχή του οφθαλμού και δερματικά οξείδια, θ) δεκατική πυρετική κίνηση μπορεί να εμφανιστεί σε περίπτωση προχωρημένης νόσου. Ιδιαίτερα με ηπατικές καταστάσεις και ι) σε σπάνιες περιπτώσεις ο καρκίνος του στομάχου συνοδεύεται από δερματοπόθεια ή σύνδρομο (CUSLING).

3.5.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΑΥΡΗΜΑΤΑ

Αναιμία από ανεπάρκεια σιδήρου, λόγω λανθάνουσας αιμορραγίας ανευρίσκεται περίπου στα 2/3 των ασθενών. Μερικές φορές ο καρκίνος συνοδεύεται από κακήθη αναιμία. Σε σπάνιες περιπτώσεις η κατάληψη του μυελού των οστών προκαλεί παγκυτταροπενία.

Άλλα συνήθη ευρήματα είναι λευχαιμοειδής αντίδραση και η διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Λανθάνουσα αιμορραγία μπορεί να βρεθεί στα κόπρανα περίπου στο 80% των ασθενών αν γίνουν επανειλημμένες αναλύσεις.

Η άνοδος της αλκαλικής φωσφατάσης ή της γαλακτικής αφυδρογονάσης του ορού υποδηλώνει την παρουσία ηπατικών μεταστάσεων. Η λευκοματίνη του ορού μπορεί να είναι χαμηλή λόγω διαφυγής πρωτεϊνών από τον προσβλημένο γαστρικό βλεννογόνο. Οι μετρήσεις της γαστρικής εκκρίσεως θεωρούνται σήμερα λιγότερο χρήσιμες από ότι στο παρελθόν.

Η παρουσία αλωρυδρίας μετά από διέγερση με πεντογαστρίνη αποκλείει συνήθως το καλοήθες πεπτικό έλκος, η δοκιμασία όμως αυτή έχει περιορισμένη αξία επειδή οι περισσότεροι ασθενείς με καλοήθες έλκος εκκρίνουν υδροχλωρικό οξύ. Άνοδος του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) μετά τη θεραπεία υποδηλώνει υποτροπή του καρκινώματος, η δοκιμασία όμως αυτή έχει ελάχιστη διαγνωστική αξία.

3.6. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Αν χρησιμοποιηθούν όλες οι τεχνικές, σπάνια ο καρκίνος του στομάχου διαφεύγει την διάγνωσή του.

Οι διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται για την εντόπιση του καρκίνου είναι :

- α) Ακτινογραφική εξέταση
- β) Γαστροσκόπηση
- γ) εξέταση των κοπράνων
- δ) ανάλυση του γαστρικού υγρού
- ε) αξονική τομογραφία

α) ακτινογραφία

Στην Βόρειο Αμερική η ακτινολογική εξέταση του στομάχου αποτελεί την αρχική μέθοδο που χρησιμοποιείται για την εντόπιση του γαστρικού καρκινώματος.

Σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90% των συμπτωματικών ασθενών η ακτινογραφία εντοπίζει γαστρική βλάβη. Η διαγνωστική ακρίβεια της ακτινολογικής εξέτασεως είναι μεγαλύτερη εάν χρησιμοποιηθεί με σύνεση.

Οι αμφίβολες ακτινολογικές εξετάσεις πρέπει πάντα να επαναλαμβάνονται. Στην ακτινογραφία έχουμε απεικόνιση του γαστρεντερικού σωλήνα δια ακτίνων Χ με τη βοήθεια θειϊκού βαρίου, που χρησιμεύει σαν ακτινοσκιερό μέσο (ουσία μη διαπερατή στις ακτίνες Χ). Το βάριο είναι άοσμο, άγευστο μη κοκκιώδες, που το παίρνει ο ασθενής πριν την εξέταση. Μετά από 6 ώρες ελέγχεται ακτινογραφικά το στομάχι.

Στον καρκίνο του στομάχου με την ακτινολογική εξέταση διαπιστώνεται σκιαγραφικό έλλειμμα και εξάλλειψη του περισταλτισμού στην περιοχή του στομάχου που υπάρχει το νεόπλασμα.

Η διαφορική αντινογραφική διάγνωση είναι επίσης δύσκολη όταν το άνδρο εμφανίζει στένωση ή αν οι πτυχές του βλεννογόνου του είναι παχειές.

β) Γαστροσκόπηση

Για την άμεση επισκόπηση του στομάχου γίνεται γαστρεντερική ενδοσκόπηση. Γίνεται για την ανεύρεση νεοπλασμάτων, καθώς και για τον έλεγχο της υφής του βλεννογόνου.

Η διαδικασία περιλαμβάνει :

- Ο άρρωστος είναι νηστικός 6-8 ώρες πριν την εξέταση.
- Μισή ώρα πριν την εξέταση προετοιμάζεται με OEMEROL.
- Αναλγησία του λαιμού με SPRAY, XYLOCAINE C για να μειώσει τα τοπικά αντανακλαστικά και την δυσφορία του αρρώστου από την είσοδο του γαστροσκοπίου).
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου όταν ο άρρωστος καταπίνει.
(Η είσοδος του γαστροσκοπίου γίνεται αργά και ήπια).
- Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.

(Το γαστροσκόπιο είναι εύκαμπτο και παρέχει στον γιατρό την δυνατότητα να δει το γαστρικό τοίχωμα).

Λήψη δειγμάτων

(Τουλάχιστον από έξι βιοψίες πρέπει να παίρνονται. Η βιοψία με την βοήθεια του γαστροσκοπίου, κατευθυνόμενη κυτταρολογική εξέταση και η προσεκτική πλύση του στομάχου με χυμοθριψίνη και κυτταρολογική εξέταση θα προσφέρουν τη σωστή διάγνωση σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις).

γ) εξέταση των κοπράνων

Η εξέταση των κοπράνων κατά MAYER περιορίζεται συνήθως στην αναζήτηση της αιμοσφαιρίνης.

Η εξέταση μπορεί να είναι μακροσκοπική όπου παρατηρούνται μεταβολές του όγκου, του σχήματος της οσμής, του τοιχώματος και της παρουσίας ή όχι του αίματος, βλέννας και ορατών παρασίτων. Η εξέταση των κοπράνων για αίμα γίνεται με γαναϊακόζη. Προσθήκη διαλύματος γαναϊακόζης 2% σε οξικό οξύ (1 σταγόνα) και διαλύματος 40 όγκων H₂O₂ (1 σταγόνα) προκαλεί την παραγωγή κυανού χρώματος μέσα σε 30'' σε αρρώστους με απώλεια αίματος στα κόπρανα μεγαλύτερη από 10 ML το 24ωρο.

Στην μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων σε φυσιολογική κένωση ή σε κένωση μετά από λήψη καθαρτικού, παρατηρούνται σπάνια πυροσφαίρια.

Επίσης με την μικροβιολογική εξέταση των κοπράνων, πολλά συμπεράσματα μπορούν να βγουν σχετικά με την πέψη των υδατανθράκων , των λευκωμάτων

και των λιπών.

Στη χημική εξέταση των κοπράνων παρατηρείται θετική αντίδραση αιμοσφαιρίνης. Αυτό φανερώνει αιμορραγία οποιουδήποτε τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η εξέταση βενζιδίνης των κοπράνων MAYER γίνεται αφού προηγουμένως ο άρρωστος παίρνει δίαιτα που δεν περιέχει κρέας και χόρτο.

Ακόμα γίνεται διακοπή των φαρμάκων που παίρνει από το στόμα αν περιέχουν σίδηρο και των ηπατικών εκχυλισμάτων.

δ) Ανάλυση του γαστρικού υγρού

Δείγμα του γαστρικού υγρού παίρνεται με εισαγωγή σωλήνα LEVIN από την μύτη μέσα στο στομάχι. Μπορεί επίσης να ληφθεί γαστρικό περιεχόμενο και από τους εμέτους του αρρώστου.

Ο σωλήνας LEVIN μπαίνει από την μύτη στο στομάχι και από το ελεύθερο άκρο του με σύριγγα, γίνεται αναρρόφηση γαστρικού υγρού. Ο νηστικός ασθενής τοποθετείται σε καθιστική θέση, ενώ εξηγείται στον ασθενή η διαδικασία και ο σκοπός της εξέτασης.

Από την εξέταση του γαστρικού υγρού μπορεί να εκτιμηθεί

- Η εκκριτική δραστηριότητα του βλεννογόνου του στομάχου.
- Η παρουσία και ο βαθμός κατακράτησης γαστρικού περιεχομένου.
- Η περιεκτικότητά του σε υδροχλωρικό οξύ.

- Η παρουσία καρκινικών κυττάρων σε αυτό.
- Η παρουσία βακτηριδίων ΚΟCΛ.

ε) Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία γίνεται για έλεγχο στο ήπαρ ή στους γύρω λεμφαδένες και τυχόν μεταστάσεις.

3.7. Διαφορική διάγνωση

Για να έχουμε καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία μιας νόσου και για να έχουμε σωστή και πλήρη εικόνα της ασθένειας του αρρώστου χρειάζεται σωστή διάγνωση και αξιολόγηση των συμπτωμάτων.

Αυτό επιτυγχάνεται με τη διαφορική διάγνωση με την οποία γίνεται αξιολόγηση των συμπτωμάτων και των εργαστηριακών ευρημάτων, με σκοπό να βρούμε τη σωστή νόσο από την οποία πάσχει ο ασθενής, αποκλείοντας άλλες ασθένειες με τις οποίες υπάρχουν κοινά συμπτώματα.

Τα συμπτώματα του καρκίνου του στομάχου συγχέονται συχνά με εκείνου του καλοήθους έλκους του στομάχου της χρόνιας γαστρίτιδας, του συνδρόμου του ευερέθιστου πάχους εντέρου ή των λειτουργικών διαταραχών του πεπτικού συστήματος.

Τα ακτινολογικά και γαστροσκοπικά ευρήματα θα πρέπει να διαχωρισθούν από εκείνα του καλοήθους γαστρικού έλκους ή καλοήθους όγκου.

Έλκη τα οποία δεν επουλώνονται ή που με-

γενθύνονται παρά την εφαρμογή αυστηρής δίαιτας ελκοπαθούς, απαιτούν χειρουργική επέμβαση. Παρά ταύτα τα περισσότερα από αυτά αποδεικνύονται καλοήγη.

Η κλινική ιστορία του λειομυοσαρκώματος του στομάχου μπορεί να είναι πανομοιότυπη με εκείνη του καρκινώματος. Η αιμορραγία, ιδιαίτερα η αθρόα αιμορραγία, είναι πιο συχνή. Οι όγκοι αυτοί αποτελούν το 1,5% περίπου του καρκίνου του στομάχου. Η ανεύρεση ψηλαφητής μάζας είναι συχνότερη από ότι στο καρκίνωμα, η δε ακτινολογική εικόνα εμφανίζει μια σαφώς περιγεγραμμένη ενδοτοιχωματική μάζα η οποία συχνά εμφανίζει ένα κεντρικό κρατήρα.

Με την ελάτωση της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου στις Η.Π.Α. το λέμφωμα του οργάνου αυτού αποτελεί σήμερα το 10% περίπου των κακοηθών παθήσεων του στομάχου. Η θεραπεία συνίσταται σε εκτομή αν είναι εφικτή, την οποία ακολουθεί ακτινοθεραπεία.

4.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χειρουργική αφαίρεση του όγκου προσφέρει τη μοναδική πιθανότητα θεραπείας. Η προσεκτική μελέτη για ενδείξεις πιθανώς απομακρυσμένων μεταστάσεων θα αποφύγει μια άσκοπη χειρουργική επέμβαση.

Η αντικειμενική εξέταση συμπληρώνεται από ακτινογραφία του θώρακα, ηπατικές δοκιμασίες, σπινθηρογράφημα ήπατος και σε επιλεγμένες περιπτώσεις, αγγειογραφία.

Υποπτες περιοχές μεταστάσεων εξετάζονται μετά από λήψη του σχετικού δείγματος, όπως λχ, λεμφαδένες, ήπαρ, εξιδρώματα υπεζωκότα ή περιτοναίου.

Η λαπαροσκόπηση, με άμεση βιοψία των υπόπτων μεταστατικών περιοχών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην εκτίμηση της εγχειρησιμότητας. Κατά κανόνα θα πρέπει να συνιστάται η λαπαροσκόπηση η λαπαροτομία όταν υπάρχει υποψία μεταστάσεων οι οποίες όμως δεν έχουν αποδειχθεί.

4.2. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται στον καρκίνο του στομάχου είναι:

α) Ριζικές

- Γαστρεκτομή, υφαλική, ολική

β) Παρηγορητικές

- Γαστρεντεροαναστόμωση σε χαμηλή γαστρική απόφραξη.

- Γαστροστομία σε ψηλή απόφραξη, για σίτιση του αρρώστου.

Στην ολική γαστρεκτομή αφαιρείται ολόκληρο το στο-

μάχι, ο σπλήνας "το μείζον" επίπτουν και τμήμα του παγκρέατος. Στην ολική γαστρεκτομή ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει και ανεπάρκεια βιταμίνης B12.

Στις περιπτώσεις αυτές δεν παράγεται ο ενδογενής παράγοντας που είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B12 από τον γαστρεντερικό σωλήνα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση κακοήθους αναιμίας.

Μερική γαστρεκτομή

Εδώ αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του δωδεκαδακτύλου. Το δωδεκαδάκτυλο κλείνεται. Το στομάχι αναστομώνεται με την νησίδα πέρα από το δωδεκαδάκτυλο-νησιδικό πλέγμα.

Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο. Στην γαστροεντεροαναστόμωση παρακάμπτον τον πυλωρό δημιουργώντας τεχνητή επικοινωνία μεταξύ στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Στη γαστροστομία κάνουν ένα άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου. Γίνεται με σκοπό τη διατροφή του αρρώστου όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από το επίπεδο.

Ο καρκίνος του ειδικού και μέσου τμήματος του στομάχου αντιμετωπίζεται συνήθως με υφολική γαστρεκτομή. Η ολική γαστρεκτομή ενδείκνυται μόνο σε μερικές περιπτώσεις. Αν υπάρχει απόφραξη του πυλωρού ή αιμορραγία αποτελεί πρόβλημα μπορεί να γίνει ανακουφιστική γαστρεκτομή ακόμα και αν διαπιστωθεί ότι η νόσος είναι ανίατη κατά την εγχείρηση. Το ποσοστό της εγχειρητικής θνησιμότητας για τον καρκίνο του στομάχου υπερβαίνει το 10% στα περισσότερα νοσοκομεία.

Συχνά είναι δύσκολη η εκτίμηση των αναφερομένων αποτελεσμάτων της χειρουργικής θεραπείας.

Προσεκτικές και τυποποιημένες περιγραφές από τους χειρουργούς και τους παθολογοανατόμους. Θα διευκόλυναν τη σύγκριση των διαφόρων στατιστικών. Οι περιγραφές αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνουν το βάθος διηθήσεως

του νεοπλάσματος, την έκταση, της προσβολής των λεμφαδένων και την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων.

Άνω του 80% των περιπτώσεων καρκίνου που προορίζονται στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνιο είναι θεραπεύσιμες, σε σύγκριση με το 10-12% το οποίο αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου ο όγκος εκτείνεται διαμέσου του ορογόνου χιτώνα.

Ποσοστό μέχρι 50% επιζούν 5 έτη μετά τη θεραπευτική εξαίρεση αν δεν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες. Διάμετρος όγκου κάτω των 2 εκ. και μακρό ιστορικό συμπτωμάτων αποτελούν καλά προγνωστικά σημεία. Παρά ταύτα στη Βόρεια Αμερική ποσοστό μικρότερο του 10% επιζούν 5 χρόνια μετά τη διάγνωση.

Σπάνια ασθενείς ζουν για 5 χρόνια χωρίς θεραπεία ή για πολλά χρόνια μετά απο ανακουφιστική εκτομή.

Άλλα ανακουφιστικά μέτρα περιλαμβάνουν την αντικατάσταση των απωλειών του σιδήρου και της βιταμίνης B12 τη διαστολή των όγκων της καρδιακής μοίρας, τις διαιτητικές συμβουλές, τη θεραπεία των μετά τη γαστρεκτομή, επιπλοκών και τη λογική χρήση αναλγητικών και αντιεμετικών φαρμάκων.

Για τον ανεγχείρητο καρκίνο η θεραπεία είναι συμπτωματική. Άμεσος σκοπός αυτής είναι η ανακούφιση του ασθενούς η οποία επιτυγχάνεται με διεγερτικά της όρεξης και χορήγηση κατάλληλης εύπεπτης τροφής με καταπραϋντικά του πόνου, αντιεμετικά και με ενίσχυση της αισιοδοξίας.

4.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ-ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο του στομάχου έχουν σαν κύριο στόχο τη θεραπεία του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητά τους. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει θεραπεία. Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα στη διάθεσή μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή συχνά είναι πολύ δύσκολη. Αν η θεραπεία δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί οι επιδιώξεις του γιατρού και της νοσηλεύτριας θα πρέπει να είναι:

- (1) η πρόληψη νέων μεταστάσεων του καρκίνου
- (2) η ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα της αρρώστιας και
- (3) η εξασφάλιση για τον άρρωστο μιας καλής ποιότητας ζωής για περισσότερο χρόνο.

Οι βασικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται για τη βοήθεια του αρρώστου είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία.

Μία άλλη μέθοδος που ακόμα βρίσκεται στο πειραματικό στάδιο είναι η ανοσοθεραπεία.

Χημειοθεραπεία: (χημειοθεραπευτικά φάρμακα)

Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων και η διάρκεια μιάς ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού του κύκλου.

Η χημειοθεραπεία αποδίδει όλο και περισσότερα θεραπευτικά αποτελέσματα εξ αιτίας της αύξησης των γνώσεων

που αφορούν τις βιοχημικές διαφορές ανάμεσα στον ξενιστή και τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροξικό δηλ. δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή.

Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών όπως ο μυελός των οστών που πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσεως του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά όπως ο μυελός των οστών.

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωθήκες και στους άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε 3 κατηγορίες.

1. Αλκυτιούντες παράγοντες: Αυτά επηρεάζουν (διαταράσσουν) την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων, (μεταβολιτές) υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές προσοφούνται απο τα ένζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους.

3. Αναστολείς της κυτταρικής μιτώσεως: Ορισμένα αλκαλοειδή καθώς και ορισμένα αντιβιοτικά όπως η ακτινομυκίνη D, η μυτομυκίνη C και η στρεπτογυγκρίνη, βρέθηκε ότι έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μιτώσεως των κυττάρων στο στάδιο της μετάφασης.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών:

- α) Από το στόμα
- β) Ενδομυϊκά
- γ) Με έγχυση στο νεόπλασμα
- δ) Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική ενδοπεριτοναϊκή ενδοραχιαία) κ.α.
- ε) ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά).

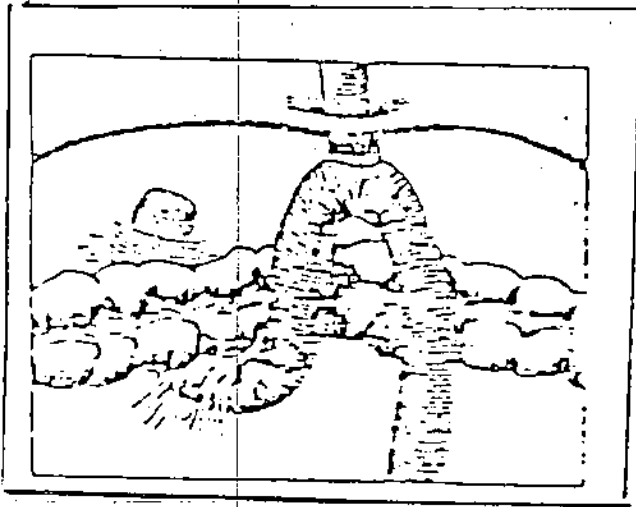
Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, εμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Ορισμένες γεννητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται πως η ανάπτυξη τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λεμφολυτική της δράση. Ακόμη χρησιμοποιούνται ένζυμα όπως η ασπαραγινάση, που με μία σειρά εξεργασιών στερεί τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά και τους λεμφοβλάστες απο ένα απαραίτητο αμυοξύ και το νεκρώνει.

Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα απο ένα φάρμακα σε συνδυασμό διαφορης χρονικής εφαρμογής για να μη

υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε διάφορη φάση του κυτταρικού κύκλου.

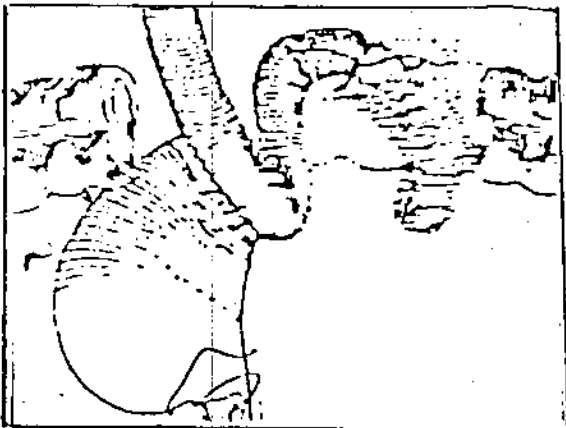
(1)



Εικ. 28

Ολική γαστρεκτομή. Ολόκληρο το στομάχι εκτεννείται και ο σιεοφαγός αναετρονώνεται με την έδικα της γήετιδας.

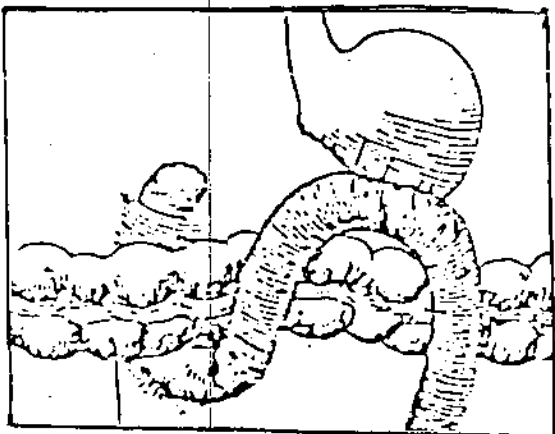
(2)



Εικ. 29

Υφολική γαστρεκτομή με σπιδδιο γαστρονηπιδοαναετρονωση. Το ανω έρημα περιτορβάγι το πρώτο έρημα του δωδεμαδακτύλου, του πυλωρό και τα $2/3$ εως $3/4$ του στομάχου. Το κοδάρωμα του δωδεμαδακτύλου ευκδρείτοι με ευραφή και το πάμιο τοίχωμα της γήετιδας αναετρονώνεται με το εγαπομείγαν μέρος του στομάχου.

(3)



Εικ. 30

Υφολική γαστρεκτομή με πρόεδια γαστρονηπιδοαναετρονωση. Η εκτομή είναι οπως εδω. Η αναετρονωση γίνεται μπροειά από το εγκάρειο κόδο, το πάμιο τοίχωμα της γήετιδας αναετρονώνεται με το κοδάρωμα του στομάχου και το υπόδειπο ευκδρείται με ραφές.

Α Κ Τ Ι Ν Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με τη ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς που ακτινοβολούνται συγχρόνως.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που τις παίρνουμε απο 3 πηγές.

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο κ.λ.π.)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοποι)
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων ROENTGEN και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται:

- 1.- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
- 2.- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση απο τον πόνο και
- 3.- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διαγνώση κακοήθους όγκου μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφοριακού αίματος.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της ακτινοθεραπείας είναι:

- 1) Το είδος της ακτινοβολίας
- 2) Η δόση της ακτινοβολίας
- 3) Ο ρυθμός δόσεως
- 4) Το είδος του ιστού που ακτινοβολείται
- 5) Η έκταση του πεδίου που ακτινοβολείται
- 6) Η οξυγόνωση του ιστού που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία
- 7) Η θερμοκρασία του ιστού, που έχει επίσης σχέση ανάλογη με την ακτινευαισθησία.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές διακρίνονται σε πρωϊμες και όψιμες.

Πρωϊμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές:

αυτές είναι:

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται: Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νεκρώσεως) του δέρματος εξαρτάται απο το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινευαισθησία του δέρματος.

Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση) η επούλωση του γίνεται πολύ αργά εφόσον άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (τα κύτταρα αυτά είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία, καταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική εξεργασία της περιοχής των ιστών που νεκρώθηκαν).

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελλάτωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που

οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές. Αυτές είναι υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών, είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εφαρμοστεί μακροπρόθεσμα.

Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους). Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θύλακους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά:

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη) λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής κ.α.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως όπως:

- 1) Γενική καταβολή δυνάμεων
- 2) Ναυτία-εμέτους
- 3) Ανορεξία
- 4) Απώλεια βάρους

5) Πυρετική δεκατική κίνηση.

4.4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Στον καρκίνο του στομάχου γενικά η πρόγνωση είναι δυσμενής, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς όταν προσέρχονται στο γιατρό είναι ήδη αργά ώστε η πάθηση να είναι ανεγχείρητη.

Υπάρχουν όμως μεγάλες ποικιλίες στην βιολογική κακοήθεια των καρκινωμάτων του στομάχου.

Σε πολλές περιπτώσεις ασθενών η νόσος είναι ήδη διάχυτη πριν ακόμα να γίνουν εμφανή τα συμπτώματα της νόσου.

Σε σχετικό μικρό αριθμό "τυχερών" ασθενών η βραδεία εξέλιξη του όγκου μπορεί να συνεχίσει επί χρόνια, ενώ η βλάβη εξακολουθεί να είναι ιάσιμη χειρουργικώς.

Στις Η.Π.Α. η ολική 5ετής επιβίωση είναι περίπου 12%.

Η 5ετής επιβίωση κατά στάδια είναι:

Στάδιο I: 10-90%

Στάδιο II: 5-50%

Στάδιο III: 5-20%

Στάδιο IV: 0%

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 5

5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΕΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών (αναιμία πόνος στο επιγάστριο)
2. θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία-εμετοί-δυσφαγία)
3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζυγία (δυσνητικό)
4. Μείωση δραστηριοτήτων (καχεξία, εύκολη κόπωση)
5. Μείωση άνεσης (πόνος, ναυτία, έμετοι)
6. Πόνος
7. Αγωνία που δημιουργεί η υποψία καρκίνου
8. Προβλήματα, που δημιουργούνται απο το είδος της θεραπείας.

Σκοποί της φροντίδας

1. Απαλλαγή απο τα συμπτώματα
2. Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων
3. Διατήρηση θρέψης
4. Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών
5. Αναστολή ανάπτυξης και εξάπλωσης του καρκίνου.

Για την πραγματοποίηση πλήρους νοσηλευτικής φροντίδας σε ένα ασθενή με καρκίνο στομάχου η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει:

1. Τις ανάγκες του αρρώστου ως άτομο
2. Τις ανάγκες της αρρώστειας
3. Τις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται
4. Τις ανάγκες του αρρώστου απο την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.

5.2. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

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

Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

α) Ψυχολογική προετοιμασία

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας δραστηριότητας της νοσηλεύτριας.

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

Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη της φάσης STRESS απο την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Άλλοι παράγοντες εκτός απο της χειρουργική επέμβαση, που μπορούν, να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια, το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια με τον ειδικό, μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο απο εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον για αυτόν, και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν απο μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.

Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιότεχ-

νία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο, όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκληνισιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στη νοσηλεύτρια από ότι στους συγγενείς τους.

β) Φυσική προετοιμασία

Η καλή κατάσταση θρέψης στην προεγχειρητική περίοδο βοηθά τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το μετεγχειρητικό αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και την πλημμελή σίτιση των πρώτων μετεγχειρητικών ημερών χωρίς σοβαρές συνέπειες για τον οργανισμό του.

Ο εξασθενημένος άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

1. Έχει μικρή αντοχή στο χειρουργικό STRESS.
2. Είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις εξαιτίας μειωμένων αντισωμάτων και επιφανειακής ατροφίας του βλεννογόνου των αεροφόρων οδών και του γαστρεντερικού σωλήνα.
- 3.- Είναι επιρρεπής στο SHOCK και την αιμορραγία εξαιτίας της υποπρωτεϊναιμίας που είναι αποτέλεσμα του παρατεταμένου αρνητικού ισοζυγίου.
- 4.- Καθυστερεί η επούλωση του τραύματος του εξαιτίας μειωμένων προμηθειών πρωτεΐνης και βιταμίνης C.

Όταν η χειρουργική επέμβαση γίνεται κανονικά και υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος προεγχειρητικά:

- I) Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή
- II) χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος υπερθεμιδική, εύπεπτη για λίγο υπόλειμμα που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.

III) Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία όλοι οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη, προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης συμπεριλαμβάνονται μεταξύ εκείνων που μετρούνται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά τους. Η νοσηλεύτρια πρέπει να επαγρυπνά για διαπίστωση τυχόν ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωϊνών ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους, ακόμα και αν δεν φαίνεται απαραίτητη η μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών τους.

Επειδή, μετά την επέμβαση πολλοί παράγοντες συμβάλουν σε ανεπαρκή πνευμονικό αερισμό που μπορεί να οδηγήσει σε αναπνευστική οξέωση, ατελεκτασία, ή βρογχοπνευμονία, η νοσηλεύτρια στην προεγχειρητική περίοδο διδάσκει τον άρρωστο πως να αναπνέει βαθειά και να βήχει αποτελεσματικά μετά την επέμβαση.

Χρόνιες ασθένειες που πρέπει να αντιμετωπιστούν προεγχειρητικά είναι: Ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του ADISSON, νεφρικές, καρδιακές, ηπατικές και αρμονικές διαταραχές.

Ο αλκοολισμός κάνει τα άτομα ευαίσθητα σε περίοδο τραυματικού STRESS. Όταν η επέμβαση είναι μικρή, γίνεται με τοπική ή στελεχιαία αναισθησία. Αν είναι μεγάλη και πρέπει να γίνει, εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας, του χορηγείται ενδοτραχειακή νάρκωση και παίρνεται κάθε μέτρο για αποφυγή εμέτου.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος ειδικά με κορτικοστεροειδή που δε πρέπει να διακοπούν, διουρητικά που μπορεί να έχουν προκαλέσει στον άρρωστο υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές αντιπηκτικά και αντιβιο-

τικά που ενισχύουν τη δράση των μυοχαλαρωτικών και μπορεί να προκαλέσουν μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας, πρέπει να σημειώνονται.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει σε πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως: διαπύηση τραύματος και εκσπλάχνωσης πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

- 1) Αντιδρούν λιγότερο έντονα στο STRESS.
- 2) Δεν αντέχουν στην αφυδάτωση.
- 3) Παρουσιάζουν ευκολότερα SHOCV.

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση με αποτέλεσμα τη μικρότερη αντοχή στο STRESS.

Το θρεπτικό ανισοζύγιο είναι συχνό. Το αίσθημα δίψας δεν είναι αξιόπιστος δείκτης των αναγκών του σε υγρό. Δεν είναι ασυνήθης η μέτρια ελάττωση του όγκου των εξωκυτταρικών υγρών και πριν από την επέμβαση. Η ανοχή στις μεταβολές του PH είναι μικρή. Συχνά υπάρχει αναιμία, που στερεί τον οργανισμό από τα κύρια κανονιστικά συστήματα της αιμοσφαιρίνης εξάλλου το γεροντικό εμφύσημα καταργεί τον αναπνευστικό μηχανισμό ρύθμιση του PH.

Η υπόσταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα γιατί αν δεν διορθωθεί έγκαιρα, προκαλεί νεφρική βλάβη και έμφραγμα μυοκαρδίου. Το SHOCK εξάλλου μεταπίπτει πιο γρήγορα στη μη ανατάξιμη μορφή του.

Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρ-

θωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία του, ενώ η έγκαιρη έγερση βελτιώνει την όρεξή του και βοηθά στον καλό ύπνο. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλόμενων ούρων.

Συχνά τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση, ισχυρά καθαρτικά πρέπει να αποφεύγονται γιατί συχνά προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα.

Καθαριότητα του ασθενούς

Η καθαριότητα του ασθενούς συνιστάται:

1) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα: Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει:

- Στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι.
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων.
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από την σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων
- με καθαρτικό υποκλισμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλισμοί: Ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως.

Με αυτόν επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρου τμήματος του παχέως εντέρου.

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την προϊσταμένη νοσηλεύτρια του τμήματος ή τον ιατρό.

Η εκτέλεση υποκλισμών η χορήγηση καθαρτικού φαρμάκου γίνεται κατόπιν εντολής γιατρού.

Υγιεινή της στοματικής κοιλότητας

Επιδιώκεται συχνή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και αντισηψία πριν την εγχείρηση.

Σκοποί της καθαριότητας είναι:

Η διατήρηση της κοιλότητας του σώματος και των δοντιών σε καλή κατάσταση.

Η καθαριότητα του στόματος και η εξουδετέρωση της κακοσμίας και η πρόληψη των μολύνσεων.

Η βεβαίωση του αισθήματος της γεύσεως ιδιαίτερα σε περίπτωση και η προστασία και ενίσχυση του αισθήματος της αξιοπρέπειας του ατόμου.

2.- Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης.

Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο.

Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφάλιος, τα νύχια, και τα μαλλιά. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση συνεχείας

του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργείο πριν την επέμβαση. Μέχρι πρόσφατα μετά το ξύρισμα και το καθαρισμό, με σαπούνι και νερό, της χώρας, γίνονται αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψη της με αποστειρωμένο τετράγωνο. Η ωφέλεια αυτής της τακτικής αμφισβητείται σήμερα απο πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν ότι αφαιρούνται απο το δέρμα το λίπος κ.α. φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

3.- Πλύση του στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή είναι η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύρευστου υπολείμματος.

Το πρωϊνό της ημέρας της επέμβασης εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού.

γ) Ιατρικές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί απο:

- 1) Χειρουργό για εκτίμηση της κατάστασεως του ασθενούς επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού.
- 2) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων. Εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποιο απο τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της κατάστασεως.
- 3) Αναλθησιολόγο: για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κλπ) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

Το έργο και η ευθύνη του αναισθησιολόγου περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεως κατά πόσον ο ασθενής μπορεί ακίν-

δυνα να πάρει νάρκωση, τον καθορισμό του είδους της ναρκώσεως και του ναρκωτικού, τη χορήγηση της ναρκώσεως και τέλος την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια αποναρκωσή του.

δ) Ειδικές εξετάσεις

Η εξέταση του αίματος είναι απαραίτητος κανόνας πριν απο τη γενική αναισθησία. Αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας η θρόμβωσης ελέγχεται η πηκτικότητα αίματος.

Εξαιτίας του STRESS ελαττώνεται ο χρόνος πήξης γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν απο την εγχείρηση (10.000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης ημέρας) προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

ε) Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι διαγνωστικές εξετάσεις πριν την εγχείρηση είναι:
- Ακτινολογικός έλεγχος του στομάχου με βαριούχο γεύμα: Γίνεται για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό γαστρίτιδας πεπτικού έλκους, όγκων ή στενώσεων του στομάχου.

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- 1) Εξήγηση της διαδικασίας.
- 2) Τίποτα απο το στόμα για 6 ώρες τουλάχιστον πριν απο την εξέταση.
- 3) Μεταφορά στο ακτινολογικό με φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει

- 1) Εξέταση της αδείας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση.
- 2) Πήξη μικρής ποσότητας, θεϊκού βαρίου και έλεγχος της πορείας της με ακτινοσκόπηση. Λήψη της υπόλοιπης ποσότητας και παρακολούθηση της πορείας της με λήψη σει-

ράς ακτινογραφίας.

3) Βοήθεια του αρρώστου να πάρει διάφορες θέσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης για πλήρωση όλων των τμημάτων του σωλήνα με βάριο.

4) Ένεση γλυκογόνης (μπορεί να γίνει) για χαλάρωση του στομάχου μετά την εξέταση:

I) Ενθάρρυνση για λήψη υγρών για να βοηθήσουν στην αποβολή του βαρίου απο τον γαστρεντερικό σωλήνα.

II) Ενημέρωση του αρρώστου ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση.

III) Χορήγηση καθαρτικού, όπως γάλα μαγνησίας για αποβολή του βαρίου αν χρειαστεί.

Γαστροσκόπηση

Η γαστροσκόπηση γίνεται για άμεση επισκόπηση του Μειονογόνου του στομάχου.

Η προετοιμασία αρρώστου περιλαμβάνει

1) Εξήγηση τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση.

2) Αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών απο το στόμα μετά τα μεσάνυκτα για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε τους εμέτους.

3) Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχειών.

4) Παρακαλείται ο άρρωστος να ουρήσει πριν την εξέταση.

5) Χορήγηση ελαφρού κατευνωστικού ή ηρεμιστικού αν υπάρχει εντολή.

6) Χορήγηση ατροπίσης, αν υπάρχει εντολή.

7) Μεταφορά στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με φορείο.

Ο άρρωστος μετά την παραπάνω προετοιμασία οδηγείται στο τμήμα των ενδοσκοπήσεων.

Δέκα λεπτά πριν την είσοδο του γαστροσκοπίου στο στομάχι ο γιατρός κάνει τοπική αναισθησία στο στοματο-

φάρυγγα με ψεκασμό χρησιμοποιώντας τοπικό αναισθητικό όπως Ξυλοκαΐνη 2% για να μειώσει τόσο τα τοπικά αντανακλαστικά όσο και την δυσφορία του αρρώστου απο την είσοδο του γαστροσκοπίου. Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμέτων ή αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας. Η θέση του ασθενούς για γαστροσκόπηση είναι πλάγιας ύπεια, ή καθιστή.

μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο, απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεά τροφή απο το στόμα, πριν να εμφανιστούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά (2-4 ώρες μετά την εξέταση) και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματερή απόχρεψη. Και τα δύο φανερώνουν τραυματισμό του οισοφάγου ή τουσ τομάχου, ελέγχοντας τα ζωτικά του σημεία κάθε μισή ώρα ως την σταθεροποίησή τους. Επίσης η νοσηλεύτρια παρακολουθεί για συμπτώματα διατήρησης (σπάνια) όπως πυρετός, πόνος αιμορραγία ή υποδόριο εμφύσημα και χορηγεί και ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση απο τον πόνο εξαιτίας του λαιμού.

Ανάλυση γαστρικού υγρού

Απο την εξέταση του γαστρικού υγρού μπορεί να εκτιμηθεί:

1. Η παρουσία καρκινικών κυττάρων σε αυτό.
2. Η εκκριτική δραστηριότητα του βλεννογόνου του στομάχου. Ο άρρωστος μένει νηστικός, 6-8 ώρες πριν απο την εξέταση. Παίρνεται υγρό βασικής έκκρισης μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα. Στη συνέχεια, γίνεται έκκριση ισταμίνης για τη διέγερση του βλεννογόνου να εκ-

κρίνει υδροχλωρικό οξύ. Επειδή η ισταμίνη προκαλεί, συχνά ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ταχυκαρδία, έξαψη, πονοκέφαλο) αντί για αυτήν μπορεί να χορηγηθεί HISTALIG.

Μετά τη λήψη όλων των δειγμάτων, αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και γίνεται πλύση στόματος και φροντίδα μύτης.

Ο άρρωστος παρακολουθείται για ναυτία και εμέτους.

Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που δίνει εντολή ο γιατρός.

Το κατευναστικό χορηγείται με ζεστό πόμα, και η νοσηλεύτρια προσπαθεί προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Αν η εγχείρηση προγραμματίζεται για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά διαίτα ενώ το νερό δίνεται ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια:

- 1) Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο τούχα.
- 2) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- 3) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίνονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
- 4) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
- 5) Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση η αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου.
- 6) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου

πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται.

7) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας, του αρρώστου, του συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

Τελική προεγχειρητική προετοιμασία προνάρκωση.

Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν απο την εγείρση. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται απο τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος για την πρόκληση υπνωλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί απο το κρεβάτι του.

Τα φάρμακα της προναρκώσεως που πιο συχνά χρησιμοποιούνται είναι:

- 1) Παράγωγα της μελλαντόνας
- 2) Οπιούχα
- 3) Βαρβιτουρικά.

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο απο το άγχος, και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό, και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

Εξάλλου, αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντανακλαστικά που μπορεί να συμβούν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα και στην κοιλιά. Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνει στην κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα απο την

κανονική ώρα κατά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του ο ασθενής εφόσον βρίσκονται στο Νοσοκομείο τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπεται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται δύο τουλάχιστον σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής με το φορείο και παραμένει στο θάλαμο.

Εάν είναι δυνατόν η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την εγχείρηση. Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο αναμονής. Η ενημέρωση και καθησύχηση τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελαττώνουν την αγωνία τους και χαλαρώνει την έκταση.

Τέλος, όλες οι βασικές ενέργειες της νοσηλεύτριας που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο και τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.

5.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Δωμάτιο ανάνηψης

Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και άλλο προσωπικό.

Η χρησιμοποίηση του έχει εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστάσεις ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.

Τα απαραίτητα μηχανήματα συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο.

- 1) Τον άρρωστο που έχει ανάγκη ιδιαίτερης φροντίδας που την χρειάζεται.
- 2) Άτομα ειδικά προετοιμασμένα για να δώσουν αυτή τη φροντίδα.
- 3) Όλα τα απαραίτητα εφόδια για την ασφάλεια του αρρώστου σε αυτό το κρίσιμο χρονικό διάστημα.

Ακόμα:

- 1) Προλαμβάνει την ανάγκη μεγάλης διαδρομής ενώ ο άρρωστος είναι κάτω από την επίδραση του αναισθητικού.
- 2) Προλαμβάνει την ανάγκη διαπλασιασμού των εφοδίων σε όλες τις χειρουργικές μονάδες.
- 3) Συγκεντρώνει τους μετεγχειρητικούς αρρώστους κάτω από την φροντίδα λιγότερων, ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτριών και εξοικονομεί νοσηλευτικό χρόνο αφήνοντας το προσωπικό του τμήματος, ελεύθερο να φροντίζει για τους υπολοίπους αρρώστους.
- 4) Αναβάλλει τις επισκέψεις της οικογένειας και των φίλων ώσπου να βελτιωθεί η κατάσταση του αρρώστου. Ο αριθμός των κρεβατιών του δωματίου ανάψησης είναι ένα

για κάθε χειρουργείο συν ένα για κάθε τέσσερα χειρουργικά.

Τα φυσικά χαρακτηριστικά του δωματίου ανάνηψης περιλαμβάνουν:

- 1) Εντοιχισμένους αναρροφητήρες
- 2) Πολλές μπρίζες
- 3) Συστήματα επικοινωνίας
- 4) Ψυλίο για αίμα
- 5) Ιδιαίτερα δωμάτια για αρρώστους που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση.
- 6) Γραφείο με νεροχύτη
- 7) Συνήθη ντουλάπια, χώρο για υλικό και βοηθητικό δωμάτιο
- 8) Κλιματιστή
- 9) Μερικά έχουν και σύστημα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (MONITOR). Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει δηλ. αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές, του σταθεροποιούν μετά την χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι:

- 1) Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ.
- 2) Λήψη άμεσης και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.
- 3) Σύνδεση, σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- 4) Εκτέλεση των οδηγιών μιας φορές

5) Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.

6) Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.

7) Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. Εξαιτίας μετεγχειρητικού STRESS. Ο όγκος των ούρων ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον άρρωστο είναι μικρός. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ML και με ψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεση και τάση στα ράμματα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοικτοί οι αεραγωγοί του. Η έκθεση του ιδρωμένου αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό SHOCK. Κατά τη μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νου μας τη θέση της χειρουργικής τομής. Πολλά κλείνουν κάτω από μεγάλη τάση, και γι' αυτό πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μην προστίθεται επί πλέον τάση στα ράμματα.

Ανάγκη αρρώστου μετά την πλήρη ανάνηψη.

Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές από το τραύμα, τους μύς και τις αρθρώσεις.

Υπτια θέση

Η ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο

πλάϊ χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή ώπου να ανανήψει πλήρως.

Πλάγια θέση

Ο άρρωστος είναι γυρισμένος στο πλάϊ, με τον υπερκείμενο βραχίονα μπροστά του. Το υποκείμενο κάτω άκρο βρίσκεται σε ελαφρά κάμψη, ενώ το υπερκείμενο κάμπτεται και στην κατ'ισχίον και στη κατά γόνυ άρθρωση. Το κεφάλι υποστηρίζεται σε μαξιλάρι και ένα δεύτερο μαξιλάρι τοποθετείται κατά μήκος της ράχης χρησιμοποιείται όταν είναι απαραίτητο ο άρρωστος να αλλάζει συχνά θέση.

θέση αντίρροπη

Ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση με τα πόδια του κρεβατιού ανυψωμένα. Η θέση αυτή υποβοηθά την καλύτερη αιμάτωση του εγκέφαλου και χρησιμοποιείται σε SHOCK και αιμορραγία.

θέση FOWLER

Απο όλες τις θέσεις η πιο συνηθισμένη αλλά και εκείνη που δύσκολα μπορεί να διατηρηθεί είναι η θέση FOWLER ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° ως 10° με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστή θέση. Οι χειρουργημένοι άρρωστοι τοποθετούνται συνήθως στη θέση αυτή αμέσως μετά την ανάνηψη. Στη θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί συχνά αισθάνεται ζάλη. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για ζάλη τοποθετείται στην ύπτια θέση και μέσα σε μία ή δύο ώρες στη θέση FOWLER κάτω από τα πέλματα τοποθε-

τείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος στη θέση αυτή.

Θέση ημι-FOWLER

Χρησιμοποιείται όταν είναι αναγκαία η αποφυγή τάσης. Το κεφάλι ανυψώνεται 30-32 CM και τα γόνατα κάμπτονται.

Σίτιση

Για την σίτιση του αρρώστου που έκανε εγχείρηση καρκίνο στομάχου γίνεται γαστροστομία. Η γαστροστομία είναι ένα άνοιγμα στο στομάχι που διενεργείται με σκοπό τη χορήγηση τροφής και υγρών.

Είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας να χορηγήσει την κανονική τροφή και να εκτιμήσει την θρεπτική κατάσταση του αρρώστου.

Αμέσως μετά την εφαρμογή του καθετήρα γίνεται χορήγηση υγρών αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%. Αρχικά σε ποσότητα 50-100% και βαθμιαία ως 300 ML αν τα ανέχεται ο άρρωστος.

Η τροφή που χορηγείται απο το καθετήρα είναι σε ημι-ρευστή μορφή.

Το μίγμα που συνήθως χορηγείται είναι:

- 1) Γάλα 300 ML
- 2) Κρέμα 280 ML
- 3) Αυγά 6
- 4) Ζάχαρη 6 κουταλιές
- 5) Λάδι 6 κουταλιές.

Το μίγμα αυτό διαιρείται σε 4 ημερήσια και 3 νυκτερινά. Μετά την χορήγηση της τροφής η νοσηλεύτρια χύνει

50 ML χλιαρό νερό κάθε 2 ώρες, αναγράφει, σε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο. Ο καθετήρας αφαιρείται μετά 5-6 ημέρες και εισάγεται νέος, αφού προηγουμένα επαλειφθεί με βαζελίνη.

Στερεώνεται στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκοπλάστη ο οποίος προηγουμένα περιβάλλει τον καθετήρα. Μετά γίνεται αλλαγή σωλήνα κάθε 2-3 μέρες.

Η νοσηλεύτρια διδάσκει τον άρρωστο για την τεχνική αλλαγής του καθετήρα τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει το περιστομιακό δέρμα κάνοντας καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψη του δέρματος με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.

Μετά μερικές βδομάδες ο καθετήρας εισάγεται μόνο για σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκοπλάστη.

5.4. ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Τεχνητή διατροφή είναι η εισαγωγή ημίρευστης τροφής μέσα σε διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα.

Σκοπός να βοηθήσει στη σίτιση ατόμων που έχουν δυσκολίες στην κατάποση (δυσφαγία) μακροχρόνια απώλεια συνείδησης ή ανορεξία, στοματική απόφραξη ή τραύμα ακόμα ατόμων που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση σε κάποιο μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα που δεν επιτρέπει τη φυσιολογική λήψη τροφής.

Η τεχνητή διατροφή επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση σωλήνα LEVIN στο στομάχι από τη μύτη.

Η νοσηλεύτρια δίνει τις παρακάτω πληροφορίες στον ασθενή.

- 1) Εξηγεί τον σκοπό της εισαγωγής του LEVIN
- 2) Εξηγεί πως θα μπει το LEVIN
- 3) Ενημερώνει τον άρρωστο ότι η εισαγωγή του καθετήρα είναι ενοχλητική αλλά διαβεβαιώνει ότι θα είναι ήπιοι οι χειρισμοί όσο είναι δυνατόν.
- 4) Εξηγεί στον άρρωστο πως μπορεί ο ίδιος να βοηθήσει στην εισαγωγή του LEVIN π.χ. να πίνει νερό με το καλαμάκι, να καταπίνει μετά απο εντολή να κάμψει το κεφάλι του μπροστά εμπρός.
- 5) Εξηγεί πόσο χρόνο θα μείνει το LEVIN και πως θα αισθάνεται.
- 6) Εξηγεί στον άρρωστο ότι μπορεί να αισθανθεί δίψα και ότι οι συχνές πλύσεις του στόματος με νερό ανακουφίζουν τη δίψα και διατηρούν το στόμα καθαρό.

Νοσηλευτικές ενέργειες

- 1) Ενημερώνεται ο ασθενής.
- 2) Αφαίρεση οδοντοστοιχιών στην περίπτωση που ο καθετήρας θα περάσει απο το στόμα.
- 3) Τοποθετείται ο άρρωστος σε αναπαυτική θέση εφ'όσον μπορεί.
- 4) Να δίνουμε στον άρρωστο χαρτομάνδηλα
- 5) Βοηθείται ο άρρωστος να καθαρίσει τους ρώθωνες. Ψεκάσουμε τον ρινοφάρυγγα με XYLOCAINE (μόνον αν υπάρχει ιατρική εντολή).
- 6) Τοποθετείται η αδιάβροχη ποδιά και πετσέτα νοσηλείας.
- 7) Επαλείφεται η άκρη του LEVIN με λάδι παραφίνης κατά την εισαγωγή του σωλήνα.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί:

- Το LEVIN να είναι στον οισοφάγο και όχι στην στοματική κοιλότητα.
- Το χρώμα του ασθενούς να μην είναι κυανωτικό.
- Την εμφάνιση βήχα και ανησυχίας.

Εάν εμφανιστούν ένα ή περισσότερα συμπτώματα τότε αποσυρέται το LEVIN.

Τα δύο τελευταία συμπτώματα είναι ένδειξη της εισόδου του LEVIN στην τραχεία.

Βεβαιωνόμεθα για τη θέση του μέσα στο στομάχι.

Πρόληψη επιπλοκών τεχνητής διατροφής

Οι επιπλοκές που μπορεί να συμβούν από την τεχνητή διατροφή είναι:

- Διάρροια
- Ναυτία και έμετοι
- Πνευμονία από εισρόφηση
- Ανεπαρκής χορήγηση νερού
- Μεταβολική αλκάλωση.

Έτσι για την πρόληψη του και αντιμετώπιση του είναι απαραίτητα τα παρακάτω:

- Σχολαστικός καθαρισμός αντικειμένων τεχνητής διατροφής μετά από κάθε χρήση τους και αποστείρωση τους κατά διαστήματα (η τεχνητή διατροφή δεν απαιτεί άσκηση τεχνική)
- Διατήρηση του μίγματος στο ψυγείο ως τη στιγμή της χορηγήσεώς του.
- Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες.
- Πλύση του σωλήνα με 50 ML χλιαρού νερού μετά από κάθε γεύμα.

- Σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης, συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά η εφαρμογή παγοκύστης γύρω απ'αυτόν για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- Θερμοκρασία μίγματος 37°C.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στο στόμαχο κατά τη σίτιση.
- Φροντίδα στόματος και ρωθώνων.
- Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σίτιση πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος. Πιθανή ανάγκη αραίωσης του μίγματος και μείωση των λιπών, που περιέχει. Αποφυγή κίνησης του αρρώστου 2-3 ώρες μετά τη σίτιση.
- Σε περίπτωση διάρροιας διακοπή σίτισης. Νέα εντολή με μίγμα που περιέχει λιγότερους υδατάνθρακες. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα στον καθετήρα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου ή ανόρροιας αναρροφη θέση (αν επιτρέπεται) στροφή της στο πλάϊ και χαμηλά για παροχέτευση του εμέτου, αναρροφητήρας έτοιμος για χρησιμοποίηση δίπλα στον κωματώδη ή ημικωματώδη άρρωστο.
- Αναγραφή της ποσότητας του μίγματος και του νερού, που χορηγείται κάθε φορά.
- Μέτρηση και αναγραφή του ποσού των ούρων. Μέτρηση και αναγραφή κάθε παθολογικής απώλειας υγρού.
- Χορήγηση 50 ML νερού κάθε 2 ώρες. Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα δυσφορίας. Το νερό είναι απαραίτητο για τον μεταβολισμό αλλά και για την απόκριση των προϊόντων μεταβολισμού των πρωτεϊνών. Τα υδατοηλεκτρολυτικά σύνδρομα που θα συμβούν, είναι στην αρχή υπερτονη

αύξηση του όγκου των εξωκυτταρίων υγρών καισ τη συνέχεια υπέρτονη ελάττωση. Ιδιαίτερη προσοχή στους χωματώδεις που δεν μπορούν να εκδηλώσουν το αίσθημα δίψας.

- Σε υπερήλικες αρρώστους χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.

- Επανεισαγωγή του γαστρικού υγρού που τυχόν αναρροφήθηκε στο στομάχι, για έλεγχο της θέσης του σωλήνα. Διαφορετικά τα ποσά αυτά αθροισμένα αποτελούν μια σημαντική ποσότητα. Με το γαστρικό υγρό χάνεται άφθονο κάλιο, χλώριο και υδρογονιόντα. Το αποτέλεσμα είναι μεταβολική αλκάλωση.

Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, άμεση αναφορά της τροποποίησης του μίγματος για διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρικών μέσα απο τον σωλήνα.

5.5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει απο τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Απο τη στιγμή αυτή η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόησή της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται:

- 1) Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία.
- 2) Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη

θεραπεία.

3) Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και

4) στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και κατά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X-τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.

Η νοσηλεύτρια

- 1) Ενημερώνεται απο το φάκελλο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίσθηκε.
- 2) Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- 3) Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός).
- 4) Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- 5) Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- 6) Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων απο την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- 7) Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει απο την ψύξη επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανη-

μάτων.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία ο άρρωστος ενημερώνεται σε όλα τα σχετικά ερωτήματά του, μειώνει την ανησυχία του και το άγχος, τον βοηθά να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1) Η περιοχή της ακτινοβολίας:

α) διατηρείται στεγνή.

β) Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.

γ) Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός αν υπάρχει ιατρική εντολή.

δ) Τόσο κατά τη θεραπεία όσο και μετά απ'αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ).

ε) προστατεύεται απο τον ήλιο ή το κρύο.

ζ) αποτριχώνεται (Ξυρίζεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή).

Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.

η) δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2) Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.

3) Το διαιτολόγιο του πρέπει να είναι ελαφρό να περιέχει πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

4) Μετά απο κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Η προστασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευτεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται απο το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τύπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή η χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο άρρωστος έχει ανάγκη απο ειδική φροντίδα.

Απο τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος) ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξανληθεί, (με τον υποδιπλασιασμό μηδενιστεί ή ραδιενεργός δράση του) ή αφαιρεθεί.

Σημείο που θα βοηθήσουν την νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοσθεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται απο το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί II) το τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη) III) το τρόπο χορηγήσεως (απο το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλοτικά και ενδοϊστικά). IV) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία V) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και

VI) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό του.

- Η μόλυνση απο θωρακισμένη πηγή προκαλείται απο την άμεση επαφή με την πηγή και απο την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.

- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.

- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιόν θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.

- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα, επικοινωνίας με τη (NURSING STATION) των Νοσηλευτών, παραθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και τη τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως.

- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια τα οποία βάζει σε δοχεία απο μολύβι πριν φύγει απο το θάλαμο.

Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως του αρρώστου) εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικώς μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.

- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο UARDEX του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενέργειας ακτινοβολίας.

- Κατά την προσφορά της νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.

- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά απο ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη απο την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας απομακρύνεται περιοδικά απο το χώρο της ακτινοβολίας.

- Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος απο ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος, (τιμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα.

- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσότοπου έφυγε απο τη θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.

- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια πριν πεταχθεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει, τραύμα μέσω

του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένη πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσεως του περιβάλλοντος απο ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα απο την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται απο το στόμα μολύνει ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεως του τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα τους εμέτους και γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθορισθεί για τον χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών. Τρία είναι κυρίως τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους και δεν είναι θωρακισμένα:

Το ιώδιο 131

Ο φώσφορος-32

Ο χρυσός 198.

5.6. Νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία

Γενικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμόζονται κατά το χειρισμό των φαρμάκων αυτών.

1. Προετοιμασία.

1.1. Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

1.2. Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό.

1.3. Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο 1.2 πρέπει το άτομο να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.

2. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

3. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.

5. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκεντήσεως για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

6. Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκεντήσεως για συμπτώματα υποδόριας εγχύσεως όπως

ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

7. Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοιχτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

8. Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογενείας του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα ή οίδημα κατά στο σημείο ενέσεως κατά ή μετά τη θεραπεία.

9. Σε περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) εγχύσεως του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.

10. Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.

11. Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

- α. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- β. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
- γ. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

ΒΝοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.

I. Καταστολή του μυελού των οστών. Παρατηρείται :

I.I. Λευκοπενία

α) Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.

β) Η θερμοκρασία του σώματος μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία.

γ) Το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαμβάνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

II. Προλαμβάνονται οι λοιμώξεις με τα μέτρα όπως :

1) Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.

2) Οποιαδήποτε διακοπή της συνέχειας του δέρματος αντιμετωπίζεται σαν τραύμα (απολυμαίνεται).

3) Κάθε 4 - 6- ώρες γίνεται περιποίηση και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας. Η χρησιμοποίηση γλυκερίνης ή λεμονιού αναστέλει την έκκριση του σιέλου και αλλάζει το PH της στοματικής κοιλότητας γι' αυτό δεν συνιστάται.

4) Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.

5) Εφαρμόζεται τεχνική απομονώσεως.

6) Όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 ώρες και η θέση της βελόνας κάθε 48 ώρες.

1.2. Θρομβοπενία

α) Παρακολουθούνται : 1) τα αιμοπετάλια φυσιολογικές τιμές 200.000 - 300.000 MM³ θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, 2) τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες (μάτι, στόμα) για ρινοουλορραγίες, 3) η αρτηριακή πίεση του αίματος σε περίπτωση που θα βρεθεί χαμηλή ο άρρωστος πρέπει να νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

β) Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες όπως : 1) περι-ορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις . Αν πρέπει να γίνουν ασκείται πίεση στο σημείο της ενέσεως για 3 λεπτά περίπου για την πρόληψη αιματώματος ή εξόδους αίματος. Ασυνήθης αιμορραγία μετά από ενδομυϊκή και υποδόρια ένεση γίνεται γνωστή στο γιατρό.

2) Οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσόμετρου κ.α. πρέπει να είναι μικράς διάρκειας.

3) δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα προλήψεως αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, την ακατάλληλη ξυριστική μηχανή (κατάλληλη είναι η ηλεκτρική) τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α.

γ) Προσφέρεται βοήθεια στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας όπως να υπάρχει πάντοτε έτοιμο αίμα στην τράπεζα αίματος, κατά τη μετάγγιση, αίματος παρακολουθείται η ροή του και ο άρρωστος για σημεία αντιδράσεως από το αίμα.

1.3. Αναιμία

α) Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (φυσ. τιμή 14 - 16 G/100 ML αίματος) ο αιματοκρίτης (φυσ. τιμή 40 - 54% στους άνδρες και 37 - 47% στις γυναίκες) και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

β) Βοηθείται ο άρρωστος (I) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί με φαρμακευτικά σκευάσματα.

γ) αποφυγή κοπώσεως.

δ) χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

ε) περιορισμός της απώλειας αίματος.

2. Γαστρεντερικές διαταραχές εκδηλώνονται με :

2.1. Ναυτία και εμέτους

Παρακολουθείται (I) η συχνότητα των εμέτων, ο χαρακτήρας και η ποσότητα, (2) η ανορεξία η αποστροφή στην τροφή, που μπορεί να έχει ο άρρωστος και (3) η θρέψη του αρρώστου.

λαμβάνονται μέτρα προλήψεως ναυτίας και εμέτων όπως :

1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή γιατρού). Πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, 2) χορήγηση χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, 3) εκπαιδεύεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως να εφαρμόζουν αντιεμετικά υπόθετα.

- 4) δίνονται κομμάτια μικρά πάγου μόλις παρουσιασθεί η ναυτία.
- 5) ενισχύεται ο άρρωστος να φάει λίγη φρυγανιά.
- 6) σερβίρεται η τροφή μετά την υποχώρηση ναυτίας.
- 7) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα.
- 8) χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες.
- 9) αποφεύγονται αυτές που έχουν έντονη οσμή.
- 10) ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή
- 11) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

- B. Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση (θεραπεία) της ναυτίας και των εμέτων (1) χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων εάν δεν υπάρχει εντολή γιατρού, γίνεται επικοινωνία με το γιατρό για την εντολή χορηγήσεως αντιεμετικών. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τους εμέτους του αρρώστου πιθανόν να γίνει αλλαγή του είδους της χημειοθεραπείας και να χρειασθεί διόρθωση τυχόν διαταραχής ισορροπίας ηλεκτρολυτών.
- 2) Προσφορά ανακουφιστικής φροντίδας όπως η διατήρηση του αρρώστου καθαρού χωρίς την κακοσμία των εμέτων.
 - 3) ενημέρωση του αρρώστου, πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα.
 - 4) διόρθωση αν χρειάζεται της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψεως.

2.2. Διάρροια σύσπαση κοιλιακών μυών

α) Παρακολουθείται : 1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διααρροϊκής κενώσεως.

β) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξεώσεως που σημαίνουν διαταραχή ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και

γ) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.

Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται οι τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με : 1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια με οδηγία γιατρού και ενημέρωση του γιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειαστεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.

2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνύεται.

3) βοήθεια στη διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και

4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου για την πρόληψη ερεθισμού.

2.3. Στοματίτιδα έλκη (πληγές του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας)

α) Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.

β) Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με : 1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές.

γ) Την οργάνωση προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και

δ) Επάλειψη των χειλέων με γλυκαιρίνη τρεις φορές την ημέρα.

Προσφέρεται βοήθεια για την θεραπεία της στοματίτιδας με την συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και την προσφορά λευκής χλιαρής τροφής.

3. Νευροτοξικότητα

3.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα

1) ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και στα πόδια και απώλεια των "εν τω βάθει" αντανακλαστικών των τενόντων και :

2) σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δύναμης των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός (λευκή είναι

η τροφή που δεν περιέχει καρυκείματα και σάλτσες) ειλεός.

3.2. Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νευροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νευροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες δεν είναι αναστρέψιμες (δεν αποκαθίστανται μετά τη θεραπεία).

3.3. Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με 1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, 2) τη διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και 3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για την χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α. που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

4. Οτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

4.1. Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει η θεραπεία.

4.2. Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει αν αισθανθεί βόλμο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

5. Ηπατοτοξικότητα

5.1. Παρακολουθείται 1) η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, 2) η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

5.2. Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

5.3. Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοτοξικότητας με ανάλογες νοσηλευτικές δραστηριότητες.

6. Νεφροτοξικότητα

6.1 Παρακολουθείται : 1) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.

2) Ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α. και 3) το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.

6.2. Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα, και τη διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (PH) φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

7.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.

7.2. Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις, όπως αναφέρεται στη λευκοπενία και αναβάλλεται είχε προγραμματιστεί να γίνει η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θερα-

πείας.

8. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

8.1. Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως εμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α. εκτιμάται ο βαθμός της ενημερώσεως του για την παροδικότητα τους καθώς και την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στείρωση.

8.2. Ενημερώνεται η άρρωστη πως κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για μερικούς μήνες μετά την θεραπεία δεν θα πρέπει να μείνει έγκυος για την πρόληψη τερατογενέσεως.

9. Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)

9.1. Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά να ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.

9.2. Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά απ'αυτή εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.

9.3. Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά γίνεται αποτρίχωση της κεφαλής και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με τη διαφοροποίηση της εμφάνισής της.

10. Αλλαγές στο δέρμα

10.1. Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνέχειάς του (ρωγμές) διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και τη μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές περιόδους ακτίνες.

10.2. Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α. αν υπάρχουν.

5.7. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρηση του χειρουργημένου ασθενή.

Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχειρήσεως η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της για να προσαρμόσει τη φροντίδα του τις ειδικές ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Η μέτρηση των σφυγμών, αναπνοών, η λήψη θερμοκρασίας η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως και η παρατήρηση του χρώματος του ασθενούς βοηθούν στην εκτίμηση της καταστάσεως του. Ακόμη η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τους εμέτους (ποιόν, ποσόν) τους οποίους δυνατό να εμφανίσει ο ασθενής καθώς και τα ούρα (ποσό, χρώμα κλπ.)

Βασικό επίσης καθήκον της νοσηλεύτριας αποτελεί η προφύλαξη του ασθενούς από ψύξη, για την αποφυγή επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα, η συχνή αλλαγή

θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή φλεβίτιδας, οι συχνές και επιμελημένες πλύσεις στόματος, για πρόληψη παρωτίτιδας και στοματίτιδας, η παρακολούθηση των παροχετεύσεων σε διασωληνώσεις τραυμάτων σχετικά με την καλή λειτουργία και αποτελεσματικότητά τους και τέλος η παρακολούθηση της ψυχικής και διανοητικής καταστάσεως του ασθενούς.

Οι παραπάνω ενέργειες και παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας και κάθε τι σχετικό με τον χειρουργημένο πρέπει να αναγράφονται στο αρμόδιο πρόσωπο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Η ακριβής ενημέρωση της ομάδας υγείας για την εξέλιξη της καταστάσεως του ασθενούς βοηθεί πολύ στο ανακουφιστικό και θεραπευτικό της έργο.

Μετά από μία εγχείρηση μεγάλη ή μικρή επικίνδυνη ή ακίνδυνη, αντιμετωπίζει ο ασθενής την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του.

Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχερείες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της νοσηλεύτριας η προσπάθεια να προφυλάξει απ'αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη απ'αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθεί στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση τους.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

Πόνος : Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα αρρώστου το οποίο εκφράζει φυσική και συναισθηματική καταπίεση και ο οποίος ποικίλει από άτομο σε άτομο και από φυλή σε φυλή.

Η νοσηλεύτρια εκτιμώντας τις περιπτώσεις πρέπει να θυμάται πάντα ότι ο πόνος είναι πραγματικότητα η οποία ταλαιπωρεί τον άρρωστο και ως εκ της θέσεως της πρέπει να τον ανακουφίσει.

Ο πόνος συνοδεύεται από αγωνία. Ο άρρωστος μπορεί με λίγα λόγια να εκφράζει τον πόνο του ή μπορεί με διάφορους άλλους τρόπους. Ένας συνήθης τρόπος έκφρασης του πόνου είναι οι κινήσεις του προσώπου (μορφασμοί). Οι κινήσεις του σώματος πολλές φορές εκφράζουν πόνο.

Από όλα τα προαναφερθέντα η παρατηρητικότητα της νοσηλεύτριας θα βοηθήσει τον γιατρό ή τον ίδια να προσδιορίσουν το είδος και το μέγεθος του πόνου ώστε να παρασχεθεί στον άρρωστο η ανάλογη ανακούφιση.

Ο άρρωστος κατ'αρχήν παραπονείται για έντονο πόνο πολύ νωρίς μετεγχειρητικά και ο οποίος οφείλεται στο χειρουργικό τραύμα το οποίο δημιουργήθηκε σαν αποτέλεσμα της εγχείρησης. Όταν ο άρρωστος παραπονείται για πόνο το πρώτο καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να αντιληφθεί σε πιο μέρος (την θέση του πόνου) πονεί ο άρρωστος να ρωτήσει αν είναι συνεχής, περιο-

δικός ή αιφνίδιος, και να πληροφορεί τον τύπο του πόνου, αν είναι οξύς, αμβλύς, διαξιφιστικός και αν συνοδεύεται με το αίσθημα της καυσαλγίας.

Όλες αυτές οι πληροφορίες καταγράφονται στην καρτα του αρρώστου που αποτελεί ορθή επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτριας και γιατρού για την ωφέλεια του αρρώστου.

Όταν ο άρρωστος παραπονεθεί για πόνο ή νοσηλεύτρια πρέπει με κάθε τρόπο να προσπαθήσει να ανακουφίσει τον άρρωστο.

Συχνά μια άνετη θέση, αλλαγή της θέσης που βρίσκεται, πλύσιμο του προσώπου και των χεριών, εντριβή στη πλάτη, ανακουφίζουν τον άρρωστο, και ελαττώνουν την χρήση των παυσίπονων .

Πριν η νοσηλεύτρια δώσει ένα παυσίπονο φάρμακο στον άρρωστο δεν πρέπει να ξεχνά ότι τα φάρμακα δεν αντικαθιστούν μια καλή νοσηλευτική φροντίδα. Ακόμα γνώση των ψυχολογικών λόγων οι οποίοι μπορεί να ανακουφίσουν το άγχος, την ένταση και την ανησυχία του αρρώστου, συμμετέχουν στη χαλάρωση και στην ενίσχυση της δράσεως ενός φαρμάκου.

Επίσης η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχνά ότι η χορήγηση φαρμάκων για την καταστολή του πόνου συχνά προκαλεί για μερικές ώρες υπνηλία στον άρρωστο. Έτσι πρέπει να προσέχει , ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, μήπως το παυσίπονο προκαλέσει υπνο, προϋπόθεση που ευνοεί την ανάπτυξη ακόμα και πνευμονίας ή απλής διαταραχής της αναπνοής με αποτέλεσμα και την κακή οξυγόνωση των ιστών. Επίσης, τα ναρκωτικά αποφεύγον-

ται όταν η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή ή ασταθής διότι υπάρχει κίνδυνος να πάθει σοκ ο άρρωστος.

Ναυτία και έμετος : Η μετεγχειρητική ναυτία και ο έμετος μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους στους οποίους περιλαμβάνεται : η αναισθησία, η ευαισθησία σε ορισμένα φάρμακα, οι χειρουργικοί χειρισμοί, η κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή.

Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η αντιμετώπιση τους καθώς και η πρόληψη της εισρόφησης του εμέτου.

Σε φαρμακευτική αντιμετώπιση του εμέτου προτιμούνται τα βαρβιτουρικά βραχείας δράσης.

Συχνά όταν υπάρχουν προϋποθέσεις για μετεγχειρητικούς εμέτους τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας (LEVIN) για ένα ή δύο εικοσιτετράωρα και έτσι κρατάται άδειο το στομάχι από γαστρικά υγρά και αποφεύγεται ο έμετος.

Εάν υπάρξει υποψία ότι ο έμετος οφείλεται σε αντίδραση κάποιου φαρμάκου τότε ο γιατρός ορίζει πιο άλλο φάρμακο θα το αντικαταστήσει.

Επίμονοι έμετοι μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρή κατάσταση, διότι διαταράσσουν το ισοζύγιο των υγρών και προκαλούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Γι' αυτό το λόγο ο έμετος αντιμετωπίζεται πολύ νωρίς για να μην έχει τέτοιες δυσάρεστες επιπλοκές.

Δίψα : Η δίψα παρατηρείται μετά απο γενική νάρκωση ή ακόμα και από τοπική αναισθησία οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρη-

τικά αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, εμέτοι).

Στις εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται χορήγηση υγρών επί 24 ώρες ή και περισσότερο ανάλογα την περίπτωση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι (PORT COTTON) ποτισμένο σε κρύο νερό.

Διάταση εντέρου: Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί τον περισταλτισμό για 24-48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις που συγκεντρώνονται στο στομάχι προκαλούν διάταση.

Για την αντιμετώπισή του εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή γίνεται υποκλισμός. Ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Με γρήγορη έγερση του αρρώστου καθώς και με γρήγορη επανασίτισή του με κανονική διαίτα η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί.

Δυσκοιλιότητα : Αίται μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι :

α) Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης.

β) Τοπική φλεγμονή.

γ) Περιτονίτιδα.

δ) Τοπικό απόστημα.

Στη λύση του προβλήματος μπορεί να βοηθή-

σει η έγκαιρη έγερση, το είδος της δίαιτας, η χορήγηση αφθόνων υγρών και υποκλισμός.

Διάρροια : Οφείλεται σε σύνδρομο κακής απορρόφησης και είναι συχνή σε διατομή των πνευμονογαστρικών. Χορηγούμε φωσφορική κωδεΐνη 15-30 MG.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συχνά προλαμβάνονται όταν η προεγχειρητική αγωγή προετοιμάσει κατάλληλα τον άρρωστο για το χειρουργείο και έτσι βελτιώνεται και η μετεγχειρητική του φροντίδα. Γι' αυτό και η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών έχει επηρεαστεί σήμερα.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων.

Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες :

Αιμορραγίες : Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και σε εσωτερικές .

παράγοντες που συντελούν σ' αυτήν την επιπλοκή είναι :

- Η μη ικανοποιητική απολίρωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών , τα οποία εύκολα διαφεύγουν την προσοχή του χειρουργού.
- Η μόλυνση του τραύματος, αυτήν αντιμετωπίζει ο

οργανισμός με συρροή αίματος, ένεκα της οποίας γίνεται καμιά φορά αναπόφευκτη η αιμορραγία.

- οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς. Μ' αυτές απομακρύνεται ο θρόμβος αίματος στο κομμένο αγγείο και σπάζουν τα ράμματα ή το ράμμα με αποτέλεσμα η μεγάλη ή μικρή αιμορραγία.

- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος κ.α.

Συμπτώματα :

- Ενεπίεστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός - πρόσωπο και άκρα ψυχρά - ωχρότητα δέρματος.
- Πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης.
- Εφίδρωση ανησυχία.
- Αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα
- Εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τα συμπτώματα ως εξής:

θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρό-
ως καλεί τον ιατρό για παροχή βοήθειας.

Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική, τοποθετείται πιεστικός επίδεσμος, στο μέλος του σώματος που αιμορρα-
γεί.

Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα απο το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ει-
δοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή που αιμορραγεί. Τον απαλλάσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του. Στη συνέχεια ο ιατρός χειρίζεται την πορεία

της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί.

SHOCK ή καταπληξία : Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού.

Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι :

- Η μεγάλη αιμορραγία
- Η νάρκωση
- Ψυχικός κλονισμός
- Ισχυρός πόνος και άλλα.

Συμπτώματα : Μικρός, συχνός και μόλις αισθητός σφυγμός, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης ωχρότητα, άκρα ψυχρά και ψυχροί ιδρώτες, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.

Μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του SHOCK :

Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους (αντίρροπη θέση) για την καλλίτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς

νούς το επιτρέπει.

Η προφύλαξη του ασθενούς απο μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται, στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφιση του από τον πόνο στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και τέλος στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

Όλα αυτά αποτελούν βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας.

Επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος

Οι πιο συχνές απ'αυτές είναι :

Πνευμονία - ατελεκτασία : Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωση του. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Η πρόληψη της εκδηλώσεως αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει τα εξής μέτρα :

- Στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του.
- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς.
- Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού, προστασία του ασθενούς απο ρεύματα αέρος.
- Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.
- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς για την αποφυγή

πνευμονικής στάσεως του αίματος.

- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων, και
- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

Πνευμονική εμβολή :

Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτά κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η απόφραξη μπορεί να γίνει σε μεγάλο αγγείο, που τροφοδοτεί μεγάλη έκταση του πνεύμονα ή μικρό που τροφοδοτεί μικρή έκταση του πνεύμονα.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της πνευμονικής εμβολής είναι : Απροσδόκητος και έντονος πόνος στον πνεύμονα κατά την εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Αυτή η επιπλοκή αντιμετωπίζεται από το γιατρό με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι :

- Καθιστική στάση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- Αναπνευστικές κινήσεις.
- Ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο εικοσιτετράωρο.
- Έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι όταν η κατάσταση του το επιτρέπει.
- Αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλίας για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών

μυών και του διαφράγματος.

Ασφυξία

Κατ'αυτήν ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή. Αίτια που προκαλούν την ασφυξία είναι :

α) Εισρόφηση εμεσμάτων από την αναπνευστική οδό.

β) Πτώση της κάτω γνάθου κατά την οποία παρασύρεται η γλώσσα προς τα πίσω και αποφράζει με την επιγλωττίδα τον λάρυγγα.

γ) Επίδραση του ναρκωτικού στο κέντρο της αναπνοής. Εκδηλώνεται με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση η οποία φανερώνει την έλλειψη οξυγόνου (O₂).

Για την προφύλαξη του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή η νοσηλεύτρια παίρνει τα ακόλουθα μέτρα :

- Τοποθετεί το κεφάλι του αρρώστου σε πλάγια θέση κατά το στάδιο της αποναρκώσεως για την αποφυγή εισροφήσεως εμεσμάτων.
- Καθαρίζει απο καιρό σε καιρό το στόμα του ασθενούς με υγρό βαμβάκι, το οποίο τυλίγει σε μία λαβίδα ή PORT COTTON και έτσι απαλλάσσει τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις.
- Σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων η νοσηλεύτρια πιέζει τις γωνίες της κάτω σιαγόνας προς τα πάνω με τα τέσσερα δάχτυλα των δύο χεριών ενώ με τους αντίχειρες προσπαθεί να ανοίξει το στόμα και να τραβήξει τη γλώσσα προς τα εμπρός.
- Συνιστά στον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές για την γρήγορη ανάρρωσή του.

- Σε εμφάνιση δυσπνοιϊκών φαινομένων, χωρίς απόφραξη της αναπνευστικής οδού, χορηγεί στον ασθενή οξυγόνο και διατηρεί καλό αερισμό του θωρακίου.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφορικό σύστημα.

Οι πιο πάνω συχνές είναι οι θρομβοφλεβίτιδες. Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Τα αίτια που προκαλούν στην θρομβοφλεβίτιδα είναι τα ίδια που προκαλούν το σχηματισμό θρόμβου κατά την πνευμονική εμβολή, καθώς και μερική στάση της φλεβικής κυκλοφορίας των κάτω άκρων, λόγω πύεσης των αγγείων του μικρού ή της κύψης.

Εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η πρόληψη συνιστάται σε:

- Αποφυγή πύεσης πάνω στις κνήμες.
- Έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι.
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας.

Η θεραπεία συνιστάται σε :

- Απόλυτη ακινησία του άκρου.
- Τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση.
- Τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων.
- Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής με εντολή ιατρού.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το πεπτικό σύστημα

Παρωτίτιδα : Είναι φλεγμονή των παρώτιων αδένων και εμφανίζεται μετά την παρέλευση 3-4 ημερών από την εγχείρηση.

Παράγοντες που προδιαθέτουν σ' αυτήν την επιπλοκή :

- Αφυδάτωση
- Έλλειψη καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.
- Μείωση μασητικών κινήσεων, λόγω υγρής ή πολτώδους διαίτας κ.α.

Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των παραγόντων που συμβάλλουν σ' αυτή.

2. Διάταση στομάχου:

Αίτια που προκαλούν τη διάταση του στομάχου είναι :

- Μείωση ανάγκης φυσικής λειτουργικότητας του στομάχου λόγω υγρής διατροφής του ασθενούς.
- Υποτονία μυών στομάχου, λόγω επιδράσεως του ναρκωτικού.
- Μείωση της κινητικότητας του ασθενούς λόγω της εγχειρήσεως.
- Έλλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Συμπτώματα : α) Μετεωρισμός κοιλίας
 β) Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο.
 γ) Λόξυγας
 δ) Δύσπνοια

ε) Εμέτοι, χρώματος πρασινόφαιου ή μαύρου.

Η πρόληψη συνιστάται στην καταπολέμηση των αιτιών. Η βοήθεια και θεραπεία του ασθενούς αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση απο τον ιατρό σωλήνα LEVIN μέσα στο στομάχι.

3. Μετεωρισμός κοιλίας : Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Αίτια που τον προκαλούν είναι :

- Επίδραση ναρκωτικού ένεκα του οποίου προκαλείται υποτονία μυών και πάρεση του εντέρου.
- Ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση.
- Ανεπαρκής καθαριότητα εντερικού σωλήνα προεγχειρητικά.
- Μείωση κινητικότητας του ασθενούς λόγω της εγχειρήσεως.
- Λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια όπως γάλα, γλυκά υγρά κ.λ.π.

Συμπτώματα : α) Μετεωρισμός (φούσκωμα) κοιλίας
β) Κωλικοί πόνοι

Η ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει τα παρακάτω μέτρα :

- 1) Ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια.
- 2) Τοποθέτηση σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, με το βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
- 3) Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, η

οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων, καθώς και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα με συνέπεια την αποβολή των αερίων.

4) Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται εφόσον αποτύχουν οι παραπάνω ενέργειες. Όταν περάσουν περίπου 20 λεπτά της ώρας από την εκτέλεση της ενέσεως τοποθετείται πάλι σωλήνας αερίων ή γίνεται υποκλισμός με υπέρτονο διάλυμα (NaCl) χλωριούχου νατρίου 15-20%

4. Σύνδρομο DUMPING

Εμφανίζεται στο μισό αριθμό περίπου όσων έκαναν υφολική γαστρεκτομή και διαρκεί 6-12 μήνες περίπου μετά από την εγχείρηση. Κατά το σύνδρομο αυτό έχουμε ραγδαία κένωση του στομάχου μετά τη λήψη τροφής έτσι ώστε να διατείνεται απότομα το λεπτό έντερο και να γίνεται έξοδος υγρού από τα τοιχώματα του για την αραίωση του υπερτονικού περιεχομένου.

Τα συμπτώματα είναι :

- αγγειοκινητικά και δυσπεπτικά

Αργότερα εμφανίζονται και συμπτώματα υπογλυκαιμίας, εξαιτίας της απότομης αύξησης της γλυκόζης στο αίμα και εξαιτίας της υπερεκκρίσεως της ινσουλίνης.

Αυτό το σύνδρομο προλαμβάνεται με την :

- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.

- Αποφυγή αλμυρών συμπυκνωμένων υδατανθράκων τροφών.
- Αποφυγή λήψεως υγρών κατά τη διάρκεια του φαγητού.
- Λήψη υγρών μεταξύ των γευμάτων.
- Περιορισμός λήψεως γλυκισμάτων.
- Τακτικά μικρά γεύματα και καλό μάσημα της τροφής.
- Φυσική ανάπαυση του αρρώστου μετά τα γεύματα.

5. Ανεπάρκεια βιταμίνης B12

Η ολική γαστρεκτομή οδηγεί σε πλήρη διακοπή της παραγωγής του ενδογενούς παράγοντα, που απαιτείται για την απορρόφηση της B12. Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται με ανελλιπή χορήγηση μηνιαίως 100 - 200 μικρογραμμάρων βιταμίνης B12 ενδομυϊκώς η οποία πρέπει να αρχίσει αμέσως μετά τη γαστρεκτομή.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού.

1) Οξέωση ή κέτωση. Είναι επιπλοκή που εμφανίζεται σε άτομα, τα οποία πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Σαν συνέπεια των παραπάνω παραγόντων εμφανίζεται αύξηση του μεταβολισμού του λίπους και ελάττωση της αλκαλικής παρακαταθήκης ένεκα αυξησεως παραγομένων κετονικών σωματίων. Η ακετόνη και τα κετονικά σωματλια είναι ουσίες δηλητηριώδεις. Προκειμένου να εβουδετερωθούν, καταναλώνουν βάσεις και έτσι προκαλείται διαταραχή της οξέο-βασικής ισορροπίας καθώς και

της ισορροπίας των υγρών του οργανισμού. Ο ασθενής αυτός βρίσκεται σε κατάσταση οξείωσης και αφυδάτωσης του οργανισμού.

- Συμπτώματα :
- Ναυτία - έμετοι
 - Αφυδάτωση - Αίσθημα δίψας.
 - Ανορεξία
 - Δύσπνοια, αδυναμία, Καταβολή δυνάμεων
 - Εκπνοή έχει οσμή σάπιων μήλων.

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση σακχαρούχων ορών.

Η ποσότητα του χορηγούμενου σακχάρου καθώς και η ποσότητα των υγρών ρυθμίζεται από τον ιατρό, ανάλογα με τις ανάγκες.

2. Ουραιμία : Είναι τοξική κατάσταση, που οφείλεται στην κατακράτηση από τον οργανισμό άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού των λευκωμάτων, λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού, άπτε ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος. Η ουραιμία μπορεί να μην προκαλείται από βλάβη του ουροποιητικού συστήματος αλλά να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού με αποτέλεσμα τη συμπύκνωση του αίματος και επομένως την αύξηση της ουρίας στο αίμα ακόμη μπορεί η ουραιμία να οφείλεται σε μείωση του αίματος που φτάνει στους νεφρούς ένεκα του κυκλοφορικού SHOCK ή θρομβώσεως των προσαγωγών νεφρικών αγγείων.

- Συμπτώματα :
- Καταβολή δυνάμεων.
 - Κεφαλαλγία.

- Ναυτία και έμετος.
- Ξηρότητα δέρματος.
- Δίψα , αφυδάτωση.
- Ολιγουρία ή ανουρία.
- Δύσπνοια.
- Θόλωση διάνοιας.
- Διεγέρσεις.
- Κώμα.

Τα παραπάνω συμπτώματα της επιπλοκής αυτής εμφανίζονται προοδευτικά. Η αντιμετώπιση συνίσταται στη διόρθωση του αιτίου που προκαλεί την ουραιμία και στην ανακούφιση του αρρώστου από τα ενοχλήματα, με την απομάκρυνση της αυξημένης ουρίας από το αίμα.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το ουροποιητικό σύστημα

Επίσχεση ούρων : Είναι η κατάσταση κατά την οποία ο ασθενής, ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δε μπορεί να ουρήσει.

Αίτια που προκαλούν την επίσχεση ούρων είναι:

- Υποτονία των κοιλιακών τοιχωμάτων, λόγω επιδράσεως ναρκωτικών η οποία παρεμποδίζει τη σύσπασή τους.
- Σύσπαση σφιγκτήρα κατά τη χρήση σκωραμίδας. Αυτό εμφανίζεται σε νευροφυτικά άτομα.

Η νοσηλεύτρια για τη λύση της επισχέσεως χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα :

- Αλλάζει τη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Χύνει χλιαρό νερό πάνω στα γεννητικά όργανα του ασθενούς.

νούς ή βάζει χλιαρό νερό μέσα στη σκωραμίδα.

- Ανοίγει τη βρύση και αφήνει να τρέξει νερό.
- Σηκώνει τον ασθενή και τον κρατεί όρθιο, εφόσον η κατάσταση του το επιτρέπει.
- Τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη (εάν δεν υπάρχει τραύμα).

Εάν τα προαναφερθέντα μέσα δεν αποφέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο, μετά από εντολή ιατρού και εάν και αυτό δεν φέρει αποτέλεσμα, γίνεται καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως.

Ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως είναι μέσον εσχάτης ανάγκης λόγω των κινδύνων στους οποίους υποβάλλει τον ασθενή.

Επιπλοκές που έχουν σχέση με το τραύμα

1) Μόλυνση του τραύματος : Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσεως είναι :

- πόνος
- θερμότητα, ερυθρότητα
- οίδημα
- πυώδης εκροή.

Γενικά συμπτώματα της είναι : πυρετός - ρίγος - κεφαλαλγία - ανορεξία.

Σημαντικό ρόλο στη πρόληψη της μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος, παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές και η καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του

τραύματος με αντισηπτική διάλυση και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.

2. Ρήξη τραύματος : Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν :

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο αρρωστος.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μη θορυβήσει τον ασθενή αλλά να τον καθησυχάσει. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

3. Μετεγχειρητική ψύχωση : Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι : προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση,

προλαμβάνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.

Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου

με καρκίνο στομάχου

Το άτομο στο οποίο διαγνώσθηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Η μάχη λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική αλλαγή που προκαλεί στο σώμα, κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση οικογενείας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας.

Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοητεύσεως.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο.

Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδιο αβεβαιότητας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστεια, η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορούσαμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει

τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο στομάχου, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαδύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμεθα να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράψει τους φόβους του ή ακόμα συμβαίνει να του διηγούμεθα μια αστεία ιστορία, τη στιγμή, που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρίπτουμε ότι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία, αλλά αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινήσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη "καρκίνος" στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστεια του αυτό φανερώνει ότι φοβούμεθα αυτή την αρρώστεια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό "αν, εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστεια μου φοβίζει και σοκάρει και εμένα (άρρωστος). Αλλ' εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης είμαι κι εγώ".

1) Η άρνηση της αποδοχής της διαγνώσεως της αρρώστειας όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής προγνώσεως. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη

θεραπεία και την παρακολούθηση του από γιατρό.

2) Μετά από την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του τα μέλη της ομάδας και υγείας κ.α.

Εκδηλώνεται κατά την ROSS (1969) με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά.

3) Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα κυρίως με τον θεό να επιτύχει την θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, η φάση δε αυτή ονομάζεται της καταθλίψεως.

4) Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.

5) Τέλος, ο άρρωστος μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στην φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρνείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής εντάσεως.

Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο, να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Αλλά πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας του, ο άρρωστος με καρκίνο ;

Η ερώτηση αυτή για τους αρρώστους με καρκίνο έχει αποσχολήσει και απασχολεί ακόμη γιατρούς, ψυχιάτρους, εκκλησία και όλους εκείνους που εργάζονται κοντά του, για να προστεθεί ένα μεγάλο ερώτημα και σε μας τις νοσηλεύτριες. Και μεις τι θ' απαντήσουμε ; Θα του κρύψουμε την αλήθεια ; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει την διάγνωση της νόσου ; Πρέπει ο άρρωστος να γνωρίζει τους ανθρώπινους υπολογισμούς για το χρόνο της ζωής του ;

Ο τρόπος που ο άρρωστος δέχεται την πληροφορία ότι έχει καρκίνο συχνά εξαρτάται από την ψυχοσύνθεση και το χαρακτήρα του, από τη φιλοσοφία του για τη ζωή, και τις απόψεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο. Η μεγαλύτερη ανακούφιση μπορεί να είναι η θρησκευτική παρηγοριά.

Ακόμη όλες οι λέξεις δεν έχουν το ίδιο νόημα για κάθε άτομο. Αν ξέραμε μια ορισμένη λέξη τι σημαίνει για ένα συγκεκριμένο άτομο, τότε μόνο μια μπορούμε να τη χρησιμοποιούμε. Οι εντυπώσεις, οι γνώσεις, οι

παραστάσεις, οι ψυχολογικές και άλλες εμπειρίες του αρρώστου γύρω από τη λέξη "καρκίνος" θα ρυθμίσουν τη συμπεριφορά μας απέναντι στο ερώτημα. Πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει τη διάγνωση της αρρώστιας;

Το ερώτημα λοιπόν, αν θα πρέπει να ενημερώνεται ο άρρωστος για την αρρώστια του μπορεί να απαντηθεί με τρεις τρόπους : 1) Ποτέ ο άρρωστος δεν πρέπει να γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο. 2) Ποτέ δεν πρέπει ο άρρωστος να μη γνωρίζει πως πάσχει από καρκίνο, και 3) Εξατομικεύεται η ανάγκη της ενημερώσεως αλλά και του τρόπου της ενημερώσεως του αρρώστου ότι πάσχει από καρκίνο.

Παρακάτω αναφέρονται οι δυσμενείς επιδράσεις, που μπορεί να έχουν στον άρρωστο όταν του γίνεται γνωστή η διάγνωση της αρρώστιας.

Η απόκρυψη της διαγνώσεως της αρρώστιας ποτέ δεν μπορεί να είναι εξασφαλισμένη. Ο άρρωστος πολλές φορές πληροφορείται την αρρώστια του από άλλους αρρώστους, επισκέπτες και όχι σπάνια άτεχνα από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. Η ενημέρωσή του για την αρρώστια με τον τρόπο αυτό αποτελεί τραυματική εμπειρία, κλονίζει την πίστη και εμπιστοσύνη του στο γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Εφόσον ο άρρωστος αγνοεί την αρρώστια, φυσικό είναι να μην ακολουθεί τη θεραπεία, που πολλές φορές δεν έχει λογική σύνδεση με τη διάγνωση της καθώς και τις περιοδικές ιατρικές εξετάσεις του.

Αλλά , αποτελεί ηθικό, ίσως και νομικό πρόβλημα η απόκρυψη της διαγνώσεως της αρρώστιας από τον

καρκινοπαθή, μεταξύ των δικαιωμάτων του αρρώστου είναι να γνωρίζει την αρρώστια του και να βοηθείται από την ομάδα υγείας, να παίρνει τις σωστές αποφάσεις. Με την ενημέρωσή του περιορίζονται οι αμφιβολίες κι οι υπόνοιες που έχει ο άρρωστος στα αρχικά στάδια της αρρώστιας αποφεύγεται η διάψευση των ελπίδων χωρίς περιεχόμενο που καλλιεργούνται στον άρρωστο και η διασάλευση της εμπιστοσύνης του στο προσωπικό της ομάδας υγείας.

Άλλωστε οι περισσότεροι υγιείς και άρρωστοι στις ΗΠΑ που ρωτήθηκαν αν ήθελαν να γνωρίζουν την αρρώστια τους δήλωσαν ότι προτιμούν να είναι ενημερωμένοι για την αρρώστια τους.

Αλλά και η ενημέρωση του αρρώστου για την αρρώστια πολλές φορές προκαλεί σύγχυση, πανικό και μερικές φορές τον οδηγεί στην αυτοκτονία.

Είναι γεγονός ότι η αυτοκτονία, από τη διάγνωση της αρρώστιας δεν είναι συχνό φαινόμενο, όταν ο άρρωστος πάρει με συμπάθεια και κατανόηση τις απαραίτητες πληροφορίες και του εξηγηθούν όλες οι απόψεις της αρρώστιας που δεν είναι μόνο δυσάρεστες αλλά πολλές φορές και ελπιδοφόρες.

Ο Στεφανής (1981) υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας του καρκινοπαθή έχει σαφώς υπερεκτιμηθεί και πως πρέπει να δεχθούμε ότι οι καρκινοπαθείς αυτοκτονούν τόσο συχνά όσο και οι μη καρκινοπαθείς.

Γενικά, νομίζεται ότι η ενημέρωση του αρρώστου γίνεται με πρόγραμμα, στο οποίο θα γίνεται προσπάθεια για διάλυση αβασίμων φόβων, τοποθέτηση του καρκίνου μεταξύ πολλών ανεπιθύμητων ασθενειών, κινητοποίη-

ση ψυχικών και φυσικών δυνάμεων του αρρώστου για αντιμετώπιση της αρρώστιας θα βοηθήσει περισσότερους ανθρώπους και δεν θα βλάψει ίσως κανένα.

Είναι βέβαιο ότι υπάρχουν ορισμένοι άρρωστοι που αρνούνται τελείως την πάθησή τους και άλλοι πολύ περισσότεροι, που δεν αρνούνται την πάθησή τους, αλλά δεν έχουν τη ψυχική δύναμη να αντιμετωπίσουν όλη την αλήθεια, που σχετίζεται με αυτή.

Σ'αυτούς τους αρρώστους η γνωστοποίηση κάθε πληροφορίας που σχετίζεται με την αρρώστια τους, όταν μάλιστα δεν τη ζήτησαν πρέπει να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό τους.

Αναμφίβολα πρέπει να σημειωθεί ότι η κάθε περίπτωση του αρρώστου και στο θέμα αυτό πρέπει να εκτιμάται σαν ειδική περίπτωση και μ'αυτό το πνεύμα να χειρίζεται.

Δύο παράγοντες κυρίως είναι αποφασιστικοί στο αν ο άρρωστος θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

Πρώτο : Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία που διαθέτει ο άρρωστος. Για να αποφασίσει αν θα του λεχθεί η ανεπιθύμητη διάγνωση της αρρώστιας, ο γιατρός και η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσουν τη στάση του απέναντι στην αρρώστια, τι περιμένει από την ιατρική περίθαλψη, το φόβο που τρέφει για τον καρκίνο και τον θάνατο.

Η συγκέντρωση πληροφοριών κατά τις απόψεις των ψυχιάτρων θα βοηθήσει στην απόφαση της ενημέρωσης ή όχι του αρρώστου για τη διάγνωση της αρρώστιας.

- 1) Εκτίμηση της δυνατότητας του αρρώστου να συνηθίσει και να δεχθεί τον ακρωτηριασμό ενός μέλους.
- 2) Προσοχή σε γεγονότα της προηγούμενης ζωής του αρρώστου και μάλιστα σε όσα προκάλεσαν την ψυχική ένταση.
- 3) Ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια.
- 4) Προηγούμενη προσαρμογή στις δυσκολίες της ζωής και την αρρώστια.
- 5) Τέλος, η άρνηση του αρρώστου να χειρουργηθεί ή να υποβληθεί σε θεραπεία επιβάλλει ορισμένες φορές να πληροφορηθεί τη σοβαρότητα της αρρώστιας.

Δεύτερον : Τα αισθήματα του γιατρού, της νοσηλεύτριας και των μελών της οικογένειας απέναντι στην αρρώστια, που κάθε στιγμή πρέπει να εκτιμώνται. Δυστυχώς (έχει συμβεί) ο γιατρός να ανακοινώσει τη διάγνωση στον άρρωστο - ενώ ο ίδιος είναι γεμάτος αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην ασθένεια - από φόβο μήπως κάποιος άλλος συνάδελφος ανακοινώσει την αλήθεια και έτσι χάσει τη φήμη του ως καλού γιατρού. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει την αρρώστια του και γι' αυτό η ενημέρωση του για την αρρώστια σίγουρα είναι καταστρεπτική.

Τα συναισθήματά μας, και ιδιαίτερα σε καταστάσεις άγχους και απωθήσεως είναι μεταδοτικά. Ακόμη και η μεγάλη επιφυλακτικότητα στη χρήση της λέξεως "καρκίνος" αντανακλά σε μεγάλο βαθμό τα αρνητικά μας συναισθήματα απέναντι στην αρρώστια. Επιτακτική, λοιπόν, είναι η ανάγκη το προσωπικό που έχει αναλάβει

τη φροντίδα και θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκινοπαθή, να αποφεύγει συμπεριφορά που να κρύβει φόβο, τρόμο, απελπισία, λύπη και παρόμοια πρέπει με τη συμπεριφορά του να δείχνει ότι νοσηλεύει άρρωστο που δεν έχει διαφορετική αρρώστια σε σχέση με άλλα σοβαρά νοσήματα που έχουν άλλοι άρρωστοι. Αλλά δυστυχώς σε πολλούς αρρώστους η συμπεριφορά του αρμόδιου προσωπικού είναι η ακτινοβολία των αισθημάτων τους απέναντι στον καρκίνο που όχι συνήθως αφήνουν στον άρρωστο νοσήματα, όπως: έχεις καρκίνο, η πρόγνωση είναι κακή και χωρίς ελπίδα. Εφόσον δεν έχω κάτι να αλλάξω στην προοπτική της αρρώστιας σου σε παρακαλώ να μη με ενοχλείς. Δεν μου αρέσει να ασχολούμαι με περιπτώσεις που δεν θεραπεύονται, επειδή με κάνεις να αισθάνομαι ανεπαρκής, γι' αυτό σε παρακαλώ μη με ενοχλείς.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΜΟ ΑΧΑΪΑΣ

ΗΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 1989

1990

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) ΤΙ ΦΥΛΛΟ ΕΙΣΤΕ;

Άρρεν Θήλυ

2) ΤΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΧΕΤΕ;

30 - 40 ετών

40 - 50 ετών

άνω των 50

3) ΤΙ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΧΕΤΕ;

Αγράμματος

Δημοτικού

Γυμνασίου

Τριτοβάθμια

4) ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ;

Πόλη

Επαρχία

5) ΤΙ ΕΠΑΓΓΕΛΕΣΘΕ;

ΕΡΓΑΤΗΣ

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΕΛΕΥΘ. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΑΓΡΟΤΗΣ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΝΑΥΤΙΚΟΣ

6) ΕΙΣΤΕ ΑΓΧΩΔΗΣ ΤΥΠΟΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

7) ΕΙΣΤΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

8) ΠΟΣΟΥΣ ΚΑΦΕΔΕΣ ΠΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ;

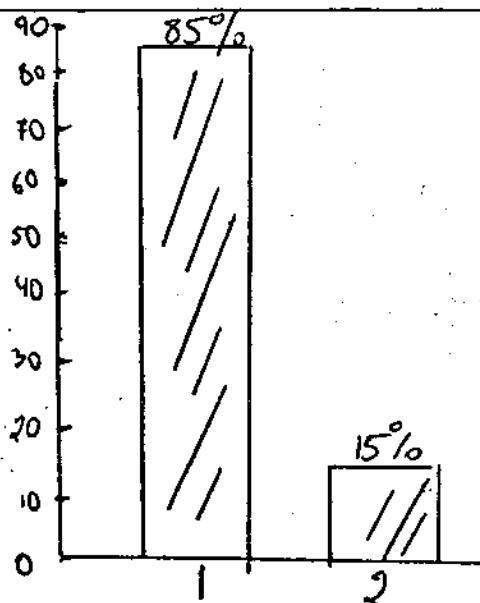
1 - 3 φλυτζ.

πάνω από 3

Στον πίνακα (1) γίνεται ο διαχωρισμός του δείγματος βάσει του φύλου.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (1)

Φύλο	Επί συνόλου 100	Ποσοστό %
Άρρεν	85	85%
Θήλυ	15	15%
Σύνολο	100	100%

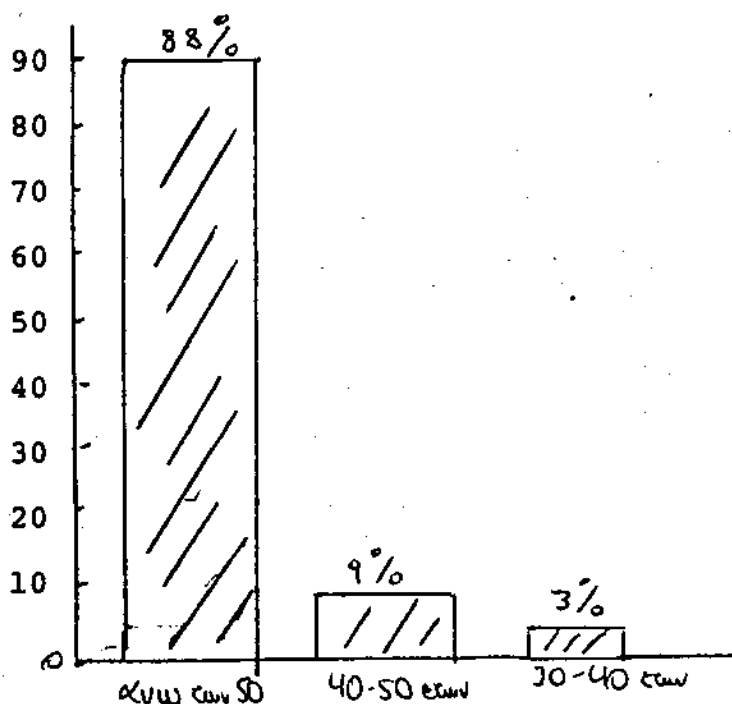


Το υψηλό ποσοστό το 85% των ανδρών δείχνει ότι η νόσος προσβάλλει περισσότερο το ανδρικό φύλο.

Βάσει του διαχωρισμού του δείγματος σε ομάδες ηλικιών παρουσιάζουμε τον παρακάτω πίνακα:

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (2)

Ηλικία	Επί συνόλου 100	Ποσοστό (%)
30 - 40 ετών	3	3%
40 - 50 ετών	9	9%
άνω των 50	88	88%
Σύνολο	100	100%



Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 30-40 ετών καλύπτει το 3%, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 40-50 καλύπτει το 9% και το μεγαλύτερο ποσοστό καλύπτει το 88% που είναι άνω των 50 ετών.

Ο πίνακας (3) αφορά τις γραμματικές γνώσεις των εξετασθέντων.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (3)

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
Αγράμματος	8	8%
Δημοτικού	57	57%
Γυμνασίου	20	20%
Τριτοβάθμια	15	15%
Σύνολο	100	100%

Το μεγαλύτερο ποσοστό το 57% αφορά άτομα με γνώσεις του δημοτικού.

Ετον επόμενο πίνακα βλέπουμε τον τόπο διαμονής των εξετασθέντων.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (4)

Τόπος κατοικίας	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
Αστικά κέντρο	60	60%
Επαρχία	40	40%
Σύνολο	100	100%

Όπως βλέπουμε το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας είναι κάτοικοι αστικών κέντρων.

Ετον πίνακα (5) γίνεται ο διαχωρισμός βάσει των επαγγελμάτων.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (5)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
Εργάτης	11	11%
Υπάλληλος	3	3%
Ελεύθ. επαγγελματίας	9	9%
Αγρότης	19	19%
Οικιακά	8	8%
Συνταξιούχος	38	38%
Ναυτικός	12	12%
Σύνολο	100	100%

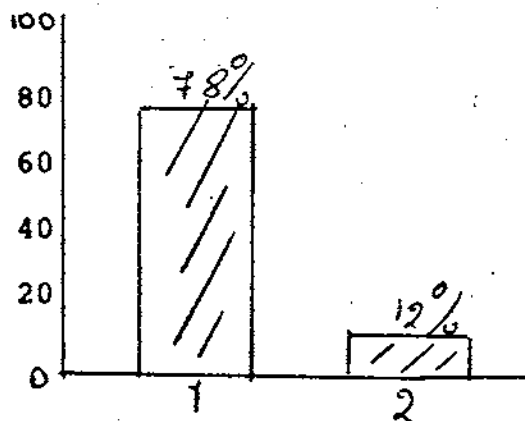
Βάσει των αποτελεσμάτων συμπεραίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά τους συνταξιούχους και τους αγρότες, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό που διαπιστώσαμε κατά την έρευνά

μας αφορά τους ναυτικούς.

Στον πίνακα (6) γίνεται η συγκέντρωση των απαντήσεων στην ερώτησή μας αν είναι αγχώδης τύποι ή όχι.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (6)

Απαντήσεις	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	78	78%
ΟΧΙ	12	12%
Σύνολο	100	100%

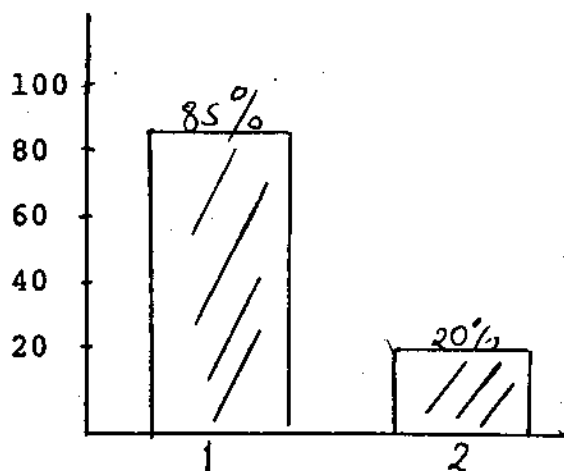


Εδώ συμπεραίνουμε ότι το άγχος που είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της νόσου.

Στον επόμενο πίνακα δίδονται οι απαντήσεις στην ερώτησή μας αν είναι καπνιστές ή ΟΧΙ.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (7)

Απαντήσεις	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	85	85%
ΟΧΙ	15	15%
Σύνολο	100	100%



Όπως βλέπουμε το ποσοστό που απάντησε θετικά στην ερώτησή μας αφορά το 85% οι οποίοι είναι καπνιστές άνω των 20 τσιγάρων την ημέρα.

Στην ερώτησή μας πόσους καφέδες καταναλώνουν μας απάντησαν οι περισσότεροι ότι πίνουν 5-6 καφέδες την ημέρα.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι συνήθειες διατροφής των εξετασθέντων.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (8)

Απαντήσεις	Επί συνόλου	Ποσοστό (%)
Περισσότερη κατανάλωση κρέατος	82	82%
Περισσότερη κατανάλωση λαχανικών	18	18%
Σύνολο	100	100%

Όπως βλέπουμε, το μεγαλύτερο ποσοστό καταναλώνει περισσότερο τροφές ζωϊκής προελεύσεως.

Στην ερώτησή μας αν παίρνουν τακτικά τα γεύματά τους οι απαντήσεις φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (9)

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Επί συνόλου</u>	<u>Ποσοστό (%)</u>
ΝΑΙ	55	55%
ΟΧΙ	45	45%
<hr/>		
Σύνολο	100	100%

Εδώ φαίνεται ότι το 55% παίρνει τακτικά τα γεύματά του και το 45% ΟΧΙ.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το αποτέλεσμα στην ερώτησή μας τι ομάδα αίματος ανήκουν.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (10)

<u>ΟΜΑΔΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ</u>	<u>Επί συνόλου</u>	<u>Ποσοστό (%)</u>
A	35	35%
B	24	24%
AB	22	22%
O	19	19%
<hr/>		
Σύνολο	100	100%

Όπως βλέπουμε στον πίνακα (10) το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ανήκει στην ομάδα αίματος A.

Στην ερώτησή μας αν υπήρχε πριν ιστορικό νόσου έλκους ή γαστρορραγίας το μεγαλύτερο ποσοστό το 0% των ερωτηθέντων μας απάντησε αρνητικά.

Στη συνέχεια ερωτήθηκαν όσοι απάντησαν θετικά αν είχαν υποβληθεί σε επέμβαση και το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (11)

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Επί συνόλου %</u>	<u>Ποσοστό (%)</u>
ΝΑΙ	7	17,5%
ΟΧΙ	33	82,5%
<hr/>		
Σύνολο	40	100%

Στην ερώτησή μας αν παίρνουν τακτικά φάρμακα ένα ποσοστό 15% απάντησαν θετικά. Επ' αυτά το 6% έπαιρνε αντιφλεγμονώδη συστηματικά. Ένα 4% ψυχοφάρμακα και οι υπόλοιποι καρδιολογικά φάρμακα.

Στην ερώτησή μας αν υπήρχε ιστορικό της νόσου σε άλλο μέλος της οικογένειάς σας συγκεντρώσαμε τα εξής αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ (12)

<u>Απαντήσεις</u>	<u>Επί συνόλου 100</u>	<u>Ποσοστό (%)</u>
ΝΑΙ	18	18%
ΟΧΙ	72	72%
<hr/>		
Σύνολο	100	100%

Το δικό μας αποτέλεσμα ενισχύει τις διαφορές κλινικές παρατηρήσεις που έχουν γίνει για τη σημασία των κληρονομικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος σήμερα αποτελεί μια μεγάλη απειλή για την ανθρωπότητα, γιατί όλο και περισσότεροι άνθρωποι πάσχουν από κάποια μορφή της νόσου και πεθαίνουν καθημερινά εξ αιτίας της.

Η επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα στο χώρο της έρευνας χωρίς όμως να έχουμε ολοκληρωτική θεραπεία τις περισσότερες φορές (και αυτό σε μερικές μορφές καρκίνου) παρά μόνο παράταση της ζωής του αρρώστου για λίγο χρονικό διάστημα.

Ο καρκίνος στομάχου είναι παρα πολύ συχνός στην Ιαπωνία, στην Κεντρική Αμερική και στις Νοτιο Αμερικάνικες χώρες. Και σε περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης, είναι ασυνήθης στις ΗΠΑ, το Μεξικό και τη Μαλαισία. Σε ολόκληρο τον κόσμο οι άνδρες προσβάλλονται δύο φορές περισσότερο απ' ότι οι γυναίκες. Η μέση ηλικία προσβολής είναι τα 55 έτη, αλλά οι ασθενείς σε ορισμένες σειρές από την Νότια Αμερική είναι μεγαλύτερης ηλικίας.

Αυτή η νόσος ονομάζεται "νόσος των φτωχών" γιατί προσβάλλει συνήθως άτομα χαμηλού βιοτικού επιπέδου, και εδώ φαίνεται η άμεση σχέση που υπάρχει μεταξύ καρκίνου του στομάχου και κακής διατροφής.

Το άγχος της σημερινής ζωής που οδηγεί στην υπερκατανάλωση καφεΐνης και νικοτίνης είναι άλλο ένα αίτιο που παίζει ρόλο στον καρκίνο του στομάχου.

Ο ίδιος ο άνθρωπος θα πρέπει από μόνος

του να βοηθά τον εαυτό του και να αποφεύγει τα πιθανά αίτια, καθώς η κύρια αιτία είναι άγνωστη.

Είναι ανάγκη να έχουμε όλο και περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό, εξειδικευμένο σε θέματα καρκίνου για την καλύτερη αντιμετώπιση των καρκινοπαθών.

Ακόμη απαιτείται εκπαίδευση του αρρώστου και των μελών της οικογενείας του σχετικά με τον καρκίνο (πρόληψη, θεραπεία και γενικότερα αντιμετώπιση του) και εκμάθηση ειδικών τεχνικών που πρέπει να συνεχίσει ο άρρωστος στο σπίτι του μόνος.

- Πρέπει να διαφωτίζεται ο πληθυσμός σχετικά με τα πρώιμα συμπτώματα και να επισκέπτεται αμέσως το γιατρό. Διότι η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου έχει τη μεγαλύτερη σημασία γιατί έχει καλύτερη έκβαση και περισσότερο χρόνο ζωής μετεγχειρητικά όσοι μικρότερος και περιορισμένος είναι ο όγκος.

- Ο πληθυσμός όλος θα πρέπει να αποκτήσει τη συνήθεια της προληπτικής εξέτασης, ανεξάρτητα αν είναι άρρωστοι ή όχι ειδικά από άτομα άνω των 40 ετών.

- Επίσης θα πρέπει να γίνουν ειδικά προγράμματα ενημέρωσης και πρόληψης του καρκίνου για να παύσει ο καρκίνος να αποτελεί θέμα άγνοιας, προκατάληψης και υπερβολικού φόβου.

Πρόσφατο θετικό παράδειγμα, η απόφαση της Επιτροπής Υγείας της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας να δαπανηθεί ένα αρκετά μεγάλο ποσό (πάνω από 10 δις εκατομμύρια δρχ.) προς ενημέρωση για την πρόληψη του καρκίνου, για να φθάσουν οι θανάτοι από καρκίνο στο 15% όλων των θανάτων, στις χώρες της Ε.Ο.Κ. (Στην Ελλάδα το τωρινό ποσοστό φθάνει στο 19,7% όλων των θανάτων).

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αλεξάνδρου Π.Σ.: "Επίτομή Ανατομική του Ανθρώπου",
τόμος Α', Θεσσαλονίκη 1985.
- Αλβιζάτου Ρ.: "Στοιχεία Φυσιολογίας για σπουδαστές των Τ.Ε.Ι.",
Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανός Γρ.,
Αθήνα 1984.
- Βασώνη Δ.: "Επίτομη Χειρουργική", Έκδοση 5η,
Αθήνα 1987.
- Γαρδίκας Κ.: "Ειδική Νοσολογία", τόμος Α', Έκδοση 4η,
Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1984.
- COTTON P.B. AND WILLIAMS C.B.: "PRACTICAL GASTROINTESTINAL
ENDOSCOPY", 1980
- Εμμανουήλ Α.: "Παθοφυσιολογία της Γαστρικής εκκρίσεως",
Μετεκπαιδευτικά μαθήματα Γαστρεντερολογίας, σειρά 4η,
Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Χ., Αθήνα 1986.
- HARRISON J.R.: "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Α', Έκδοση 10η,
Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1986.
- HELLENIC JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY, Τόμος 3ος,
Τεύχος 1, 1990.
- KAHLE W., - LEONHARD H., - PLATZER W., "Εγχειρίδιο Ανατομικής
του Ανθρώπου", Τόμος 2ος, (Μετάφραση Ν. Παπαδοπούλου),
Εκδόσεις Λίτσας, 1984
- KRUPP M. - CHATTON M., : "Εύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική",
Τόμος Α', Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα
1983.
- KUHNEL W.: Έχρωμος Άτλας Ιστολογίας, Κυτταρολογίας και μικρο-
σκοπικής Ανατομικής, (Μετάφραση - Επιμέλεια Αλεξ. Κοντο-
πούλου), Εκδόσεις Λίτσας. 1985.
- Μαγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : "Νοσηλευτική Παθολογι-
κή - Χειρουργική", Τόμος Β', Μερὸς 2ο, Έκδοση 9η,
Αθήνα 1987.

Μαλαγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική - Χειρουργική", Τόμος Α', Έκδοση 9η, Αθήνα 1986.

MISIEWIZ J., BARTAM K., COTTON B., MEE S., PRICE B., THOMSON PH. : "DISEASES OF THE ESOPHAGUS, STOMACH AND DUODENUM", GOWER MEDICAL PUBLISHING, LONDON, NEW YORK.

Μουλόπουλος Σ. : "Θεραπευτικές εξελίξεις 1982", Θεραπευτική Κλινική Εθνικού Πανεπιστημίου, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1983.

Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ., : "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Εκδόσεις BHTA MEDICALARTS, Αθήνα 1985.

SLEISENGER M.H. : "Γαστρεντερολογία - Φυσιολογία - Διάγνωση - Θεραπεία", 1988.

SMITH A.C. : "GASTROENTEROLOGY JOURNAL", DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY MIDDLESEX HOSPITAL LONDON, GLAXO LABORATORIES, 1989.

Σμπαρούνης Χ. : "Αιμορραγία Πεπτικού", Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσ/κης, Θεσ/κη 1982.

SOBOTTA - BECHER : "Ατλαντας ανατομίας του ανθρώπου", Τόμος 2ος, USES - FIRENZE, 1973.

Τούντα Κ.Ι. : "Επίτομος Χειρουργική", τεύχος 3ο, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1981.

Τριχόπουλος Δ., : "Επιδημιολογία, αρχές, μέθοδοι, εφαρμογές", Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., Αθήνα 1981.

WILLIAM F. - GANONG D., : "Ιατρική Φυσιολογία", Τόμος 2ος, Έκδοση 6η, (Μετάφραση Ιωαν. Χατζημηνά) Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Γρ., 1977.

