

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα : "Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο του στο-
μάχου"

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

• Μπατσολάκη Μαρία

Σπουδαστής :

Δεβρίκης Κων/νος

Πάτρα 1993



...ΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	790 B
------------------------	-------

Ευχαριστώ την καθηγήτρια Μπα-
τσολάκη για την βοήθεια που μου
πρόσφερε έτσι ώστε να ολοκληρω-
θεί η εργασία αυτή.

Π ρ ό λ ο γ ο ς

Ο γαστρικός καρκίνος σε ολόκληρο τον κόσμο είναι ένα από τα πιο συχνά κακοήθη νεοπλάσματα. Αν και η συχνότητά του μειώθηκε στις Η.Π.Α. προκαλεί ακόμα γύρω στους 15.000 θανάτους το χρόνο. Επειδή τα συμπτώματα στα πρώιμα και δυνητικώς ιάσιμα στάδια είναι συχνά ελάχιστα και δεν υπάρχουν, οι ασθενείς προσέρχονται στο γιατρό πολύ αργά. Έτσι λιγότεροι από το 15% των ασθενών επιζούν 5 χρόνια, παρά στις βελτιωμένες διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές.

Σκοπός αυτής λοιπόν της εργασίας είναι να εξετάσουμε το θέμα από ιατρικής και νοσηλευτικής πλευράς δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική πλευρά.

Π. ε. ρ. λ. ε. χ. ό. μ. ε. ν. α

Σελίδα

Πρόλογος	
A' Μέρος	
- Εισαγωγή	1
- Ανατομία στομάχου	2
- Φυσιολογία στομάχου	5
- Επιδημιολογία	8
- Παθολογοανατομία	10
- Αιτιολογία	12
- Κλινική Εικόνα	13
- Εργαστηριακά Ευρήματα	16
- Διάγνωση	16
- Θεραπεία	20
- Χημειοθεραπεία και καρκίνος	26
B' Μέρος	
- Νοσηλευτική φροντίδα	34
Γ' Μέρος	
- Ο καρκινοπαθής σαν κοινωνική οντότητα	46
- Νοσηλευτική διεργασία (Αναφορά σε δύο πραγματικές περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο στομάχου)	50
- Πρόληψη	60
Επίλογος	61
Βιβλιογραφία	62

Α' ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Το 95% των γαστρικών όγκων είναι κακοήθεις. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι είναι τα αδenoκαρκινώματα, τα λεμφώματα, και τα λειομυοσαρκώματα.

Ο γαστρικός καρκίνος συμβαίνει στους άνδρες δύο φορές συχνότερα από τις γυναίκες και το μέγιστο της εμφάνισής του, γίνεται ανάμεσα στα 50-69 χρόνια της ηλικίας. Συμβαίνει με διπλάσια συχνότητα στους νέγρους και ανατολίτες από ότι στους λευκούς. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη. Φαίνεται όμως να έχει σχέση με γενετικούς παράγοντες πολύποδες, μεταβολές στον γαστρικό βλενογόνο (όπως χρόνια γαστρίτιδα) και με το γαστρικό έλκος.

Ο γαστρικός καρκίνος εξαπλώνεται κατά συνέχεια ιστού (συνήθως μέσα στο πάγκρεας) μέσω των λεμφικών αγγείων (συμβαίνει πρώιμα), μέσω των αιμοφόρων αγγείων στο ήπαρ, στους πνεύμονες και στα οστά και με την ανάπτυξη του διά μέσου του περιτόναιου. Ενώ η εξάπλωση του γαστρικού καρκίνου γίνεται πρώιμα, τα συμπτώματα παρουσιάζονται όψιμα και συχνά είναι ασαφή. Η ανορεξία και η απώλεια βάρους είναι συνήθη συμπτώματα. Ο πόνος μπορεί να διαφέρει σε ένταση. Ο άρρωστος συχνά περιγράφει ένα αίσθημα γρήγορου γεμίσματος του στομάχου μετά τη λήψη φαγητού.

Το 50% περίπου των αρρώστων με γαστρικό καρκίνο παρουσιάζουν εμετούς και αν ο καρκίνος εντοπίζεται ψηλά δυσφαγία. Ο άρρωστος αισθάνεται εύκολη κόπωση.

Τέλος συχνή είναι και η μακροσκοπική αιμορραγία της οποίας αποτέλεσμα είναι η αναιμία.

Ανατομία Στομάχου

Το στομάχι είναι το κύριο όργανο του πεπτικού συστήματος. Έχει σχήμα απιδιού, βρίσκεται κάτω απ' το διάφραγμα και καταλαμβάνει τ' αριστερό μέρος της άνω κοιλίας.

Το μήκος του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες κι ανέρχεται με μέτρια πλήρωση σε 20-30 εκατοστά, το δε πλάτος της καρδιακής του μοίρας σε 9-10 εκατοστά, της δε πυλωρικής σε 3-4 εκατοστά. Η χωρητικότητα αυτού, που ποικίλει επίσης, κυμαίνεται από 500-2.500 γρ. αναλόγως και των συνηθειών του κάθε ατόμου.

Το στομάχι διαιρείται στην καρδιακή και την πυλωρική μοίρα.

Η καρδιακή μοίρα διακρίνεται στο θόλο και στο σώμα του στομάχου μεταξύ των οποίων τελείται η μετάβαση του οισοφάγου στο στομάχι.

Η πυλωρική μοίρα διακρίνεται στο πυλωρικό άνδρο, που είναι το χαμηλότερο μέρος του στομάχου και τον πυλωρικό σωλήνα.

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

Χιτώνες Στομάχου

Το στομάχι αποτελείται από 4 χιτώνες:

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

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

β. Ο υποβλεννογόνος. Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό κι επιτρέπει στον βλεννογόνο να διολισθαίνει ελεύθερα σ' αυτόν, όταν συσπάται ο μυϊκός ιστός του στομάχου.

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

δ. Ο ορογόνος. Το στομάχι καλύπτεται εξ ολοκλήρου απ' το περιτόναιο, το οποίο σχηματίζει τον ορογόνο. Αυτός εφάπτεται, απόλυτα στο στομάχι, με εξαίρεση τα δύο τόξα, όπου αναδιπλώνεται και σχηματίζει επίπλουν.

Αγγεία Στομάχου

Απ' την κοιλιακή αορτή, το στομάχι δέχεται άφθονη ποσότητα αίματος.

Οι κύριοι κλάδοι διευθύνονται κατά μήκος των τόξων και έχουμε την αριστερή γαστρική, την σπληνική, την ηπατική.

Ολες αυτές οι αρτηρίες, αφού διέλθουν απ' τον μυϊκό χιτώνα, σχηματίζουν ένα αρκετά πλούσιο πλέγμα στον βλεννογόνο χιτώνα. Όταν το στομάχι συσπάται αυξάνουν την αντίσταση κι εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος. Σε διατεταμένο στομάχι οι διάφορες αυτές καμπυλοειδείς και σπειροειδείς αρτηρίες διαστέλλονται κι επιτρέπουν τη μεταφορά περισσότερου αρτηρια-

κού αίματος προς τον βλεννογόνο. Στο τέλος της πέψης, όταν το στομάχι συσπάται πάλι απ' την αρχή, οι αρτηρίες συστέλλονται κι αυτές, εμποδίζοντας έτσι, την αφυδάτωση του βλεννογόνου.

Νευρικό Σύστημα Στομάχου

Το στομάχι νευρούται απ' τον αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα.

Το παρασυμπαθητικό διαιρείται στο δεξιό κι αριστερό πνευμονογαστρικό. Το αριστερό διασχίζει την πρόσθια επιφάνεια του στομάχου, το δε δεξιό την οπίσθια. Τα δύο πνευμονογαστρικά είναι τα σπουδαιότερα νεύρα της εκκρίσεως, αλλά και της κινητικότητας του στομάχου.

Το συμπαθητικό που δρα στο στομάχι, σχηματίζεται απ' τα θώρακονωτιαία νεύρα. Το συμπαθητικό με την ανασταλτική του ιδιότητα επιδρά στην υπερλειτουργία του παρασυμπαθητικού.

Στο τοίχωμα του στομάχου υπάρχουν δύο νευρικά πλέγματα.

Το μεντερικό ή πλέγμα του AURBACH που ενισχύει την κινητικότητα κι εξασφαλίζει την αρμονική λειτουργία των γαστροκινήσεων.

Το υποβλεννογόνο ή πλέγμα του MEISSNER, που επιδρά στην γαστροέκκριση.

Στηρίγματα Στομάχου

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

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

Σχηματίζονται λοιπόν οι εξής σύνδεσμοι:

1. Ηπατογαστρικός ή ελάσσων επίπλουν.
2. Μείζων επίπλουν.
3. Γαστροσπληνικός σύνδεσμος.

Φυσιολογία Στομάχου

Ο ρόλος του στομάχου είναι να δέχεται κάθε είδους τροφή, που την τροποποιεί έτσι ώστε να γίνεται ανεκτή απ' το λεπτό έντερο, χωρίς να το ερεθίζει και επιπλέον να την παρασκευάζει για την τελική πέψη και απορρόφηση.

Οι τροφές με την εισαγωγή τους στο στομάχι, αποκτούν τη θερμοκρασία του σώματος και μερικές από αυτές, πέμπτονται μερικώς. Το στομάχι χάρη στις κινήσεις του αναμιγνύει τις τροφές μεταξύ τους και με το γαστρικό υγρό, τις πολτοποιεί, μέχρι να πάρουν ομοιογενή κι ημίρρευστη σύσταση. Ο πολτός αυτός απ' τον πυλωρό εισέρχεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο. Με αυτό τον τρόπο προπαρασκευάζονται οι τροφές, για την πέψη τους στο έντερο.

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

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

Επιπλέον υπάρχουν δύο ελάσσονες ζώνες.

Η πρώτη, η άνω λέγεται καρδιακή κι αποτελείται από βλενώδεις αδένες, ενώ η δεύτερη ή ενδιάμεση ζώνη, αποτελείται από μικρούς αδένες.

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

- α) Επιπολής επιθηλιακά κύτταρα.
- β) Θεμέλια κύτταρα του αυχένα.
- γ) Τοιχωματικά κύτταρα.
- δ) Θεμέλια κύτταρα του σώματος.

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

Τα θεμέλια κύτταρα του αυχένα βρίσκονται επίσης σ' όλες τις μοίρες του στομάχου.

Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν μια βλέννη περισσότερο διαλυτή παρά γλοιώδη.

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

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

Το HCL έχει ως κύρια πηγή το NaCl του αίματος.

Ρόλος του υδροχλωρικού οξέος: Ο ρόλος αυτός είναι σημαντικός γιατί προσφέρει αντισηπτική, κι ιδιαίτερα βακτηριογόνο βοήθεια. Σκοτώνει τον σταφυλόκοκκο και το κολοβακτηρίδιο. Έτσι

σ' άτομα με φυσιολογική έκκριση HCL, το περιεχόμενο του δωδεκαδακτύλου είναι στείρο μικροβίων.

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

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

Το γαστρικό υγρό περιέχει επίσης NaCL, K₂CO₃, φωσφορικό Ca, άλατα μαγνησίου και ποσότητα πολυμορφοπυρήνων.

Γαστρική Έκκριση

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

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

Η χημική φάση προκαλείται με την επίδραση της τροφής πάνω στο στομαχικό βλεννογόνο μ' αποτέλεσμα την παραγωγή γαστρίνης, η οποία μεταφέρεται σ' ανάλογα κύτταρα του στομάχου που τα διεγείρει για την παραγωγή γαστρικού υγρού για την πέψη.

Κινήσεις του Στομάχου

Οι κινήσεις του στομάχου είναι περισταλτικές, κατά κύματα. Το κύμα εφ' όσον προχωρεί προς τα κάτω γίνεται βαθύτερο, μέχρι ότου, φθάνοντας στον πυλωρό, τερματίζεται με μια συστολή του πυλωρικού άνδρου. Με τις κινήσεις αυτές το στομάχι παίρνει διάφορα σχήματα, μέχρι να επανέλθει στο αρχικό του σχήμα (γαστρικός κύκλος).

Η γαστρική συστολή είναι η φάση που χαρακτηρίζεται από βαθιές έντονες συσπάσεις κι ελάττωση της χωρητικότητας του στομάχου.

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

Επιδημιολογία

Συχνότητα εμφάνισης της νόσου

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

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

Υπάρχουν εντυπωσιακές διαφορές ως προς την συχνότητα του καρκίνου στομάχου στις διάφορες φυλές και τις γεωγραφικές περιοχές. Έτσι η νόσος αυτή είναι περισσότερο συνήθης στους Ισλανδούς και στους Ιάπωνες και σχετικά λιγότερο στους Ινδονησίους και τους Νέγρους της Σφρικής.

Επίσης μετανάστες από χώρες σε μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου στομάχου στην Αμερική προσβάλλονται συχνότερα από αυτούς που γεννήθηκαν εκεί. Μελέτες πάνω στην σχέση της συχνότητας ορισμένων παραγόντων των ομάδων αίματος και του καρκινώματος του στομάχου, έχουν επιβεβαιώσει την σημασία της γενετικής φύσεως της αυξημένης συχνότητας του γαστρικού καρκινώματος. Η ομάδα Α φαίνεται ότι συνδέεται σημαντικά με προπυλωρικά καρκινώματα και της περιοχής του καρδιακού στομίου, η δε Ο συνδέεται με βλάβες του θόλου.

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

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

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

Παθολογοανατομία

Τύποι Καρκινωμάτων

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

Ομάδα I : Πολυκοειδές καρκίνωμα.

Ογκος μονήρης περιγεγραμμένος, αναπτυσσόμενος στην επιφάνεια, χωρίς σημαντική έλκωση.

Ομάδα II : Ελκωτικό καρκίνωμα.

Διεισδυτική νεοπλασία με ανύψωση της περιφέρειας σαν τοίχος και σαφώς αφοριζόμενα όρια.

Ομάδα III : Επεκτατικό καρκίνωμα.

Αναπτυσσόμενα διεισδυτική νεοπλασία με μερική όμως διάχυτη επέκταση.

Ομάδα IV : Διάχυτο καρκίνωμα.

Διηθητική νεοπλασία, χωρίς εντοπισμένο σε μέγεθος όγκο ή εκτεταμένη έλκωση πολλές φορές με πυκνό ινώδες υπόστρωμα.

Το πολυκοειδές ή ανθοκράμβοειδές καρκίνωμα είναι μεγάλος σε μέγεθος όγκος, που βρίσκεται μέσα στη γαστρική κοιλότητα. Το νεόπλασμα μπορεί να αποκτήσει μεγάλο μέγεθος πριν την έναρξη έντονων συμπτωμάτων. Η επιφάνεια του όγκου έχει τάση προς έλκωση και μόλυνση, αιμορραγεί επίσης εύκολα. Τελικά το νεόπλασμα διηθεί το μυϊκό τοίχωμα και εισδύει μέσα σ' αυτό, αλλά η πορεία του είναι σχετικώς βραδεία. Η μορφή αυτή αποτελεί το 25% των γαστρικών καρκινωμάτων και προσφέρεται προς χειρουργική εξαίρεση.

Το ελκωτικό ή διεισδυτικό καρκίνωμα είναι η συχνότερη μορ-

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

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

Το κατά επιφάνεια επεκτατικό καρκίνωμα καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα και μόνο αργότερα εισδύει βαθύτερα και δημιουργεί μεταστάσεις. Εντοπίζεται κυρίως στο άνδρο και στον πυλωρό.

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

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

Η συχνότερη μορφή είναι το κακοήθες λέμφωμα. Είναι ενδοτοιχωματικό, μοιάζει προς τα υπόλοιπα κακοήθη λεμφώματα και είναι πολυακτινευαίσθητα. Ο βλεννογόνος μπορεί να παρουσιάζει γιγαντιαίες πτυχές, πολλαπλών όγκων ή ενός ελκώδους πολυποειδούς μονήρους νεοπλάσματος. Στα τελικά στάδια αναπτύσσεται έλκωση. Ο πυλωρός δεν προσβάλλεται συνήθως και η απόφραξη είναι σπάνια.

Οι ιστολογικές ποικιλίες περιλαμβάνουν= λεμφοζυδιακό τύπο (σπάνιος), λεμφοκυτταρικό τύπο και δικτυοκυτταρικό τύπο (συχνότερος).

Αιτιολογία

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

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

μίνες.

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

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

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

Εντοπίσεις του καρκίνου στομάχου

1) Καρκίνος του καρδιακού στομίου.

Σε αυτή την περίπτωση, παρατηρείται δυσφαγία. Διαπιστώνεται ο καρκίνος αυτός με ακτινολογική μελέτη.

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

3) Καρκίνος μείζονος τόξου.

Εδώ παρατηρούνται πεπτικές διαταραχές καθώς και μικρή απώλεια αίματος.

4) Καρκίνος πυλωρού.

Σε αυτή την περίπτωση παρατηρείται στένωση και έμμετοι.

Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα με ακτινολογική εξέταση.

Κλινική Εικόνα

Ο καρκίνος του στομάχου δεν εμφανίζει τυπική συμπτωματολογία κατά το αρχικό του στάδιο (περίοδος εισβολής) κατά το

οποίο θα υπήρχαν πολύ περισσότερες ελπίδες θεραπείας.

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

Συνήθης συμπτωματολογία

α) Πόνος

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

β) Ανορεξία.

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

γ) Απώλεια βάρους-καχεξία.

Εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

δ) Αναιμία.

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

Όταν υπάρχει και απώλεια αίματος εμφανίζεται και δευτεροπαθής αιμορραγική αναιμία.

ε) Αιμορραγία.

Εμφανίζεται είτε σαν χρόνια απώλεια αίματος με τα κόπρα-

να είτε με τη μορφή γαστρορραγίας (αιματέμεση ή μέλαινα) που είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς λόγω της βαρύτητας που παρουσιάζει για διάβρωση υγιεινούς αγγειακού κλάδου.

στ) Εμετοι

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

ζ) Δυσφαγία.

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

η) Δυσπεπτικές διαταραχές.

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

θ) Ψηλαφιτή διόγκωση.

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

ι) Πυρετός.

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

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

Εργαστηριακά Ευρήματα

Στα 2/3 των ασθενών ανευρίσκονται σιδηροπενική αναιμία εξ' αιτίας της μικροσκοπικής αιμορραγίας. Ενίοτε ο καρκίνος συνοδεύεται από κακοήθη αναιμία. Σπάνια παρατηρείται παγκυτταροπενία λόγω καταλήψεως του μυελού των οστών. Μια "λευχαιμοειδής" αντίδραση και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη είναι σπάνια ευρήματα. Μικροσκοπική απώλεια αίματος ανευρίσκεται στα κόπρανα στα 80% των ασθενών, όταν γίνονται αλληπάλληλες εξετάσεις. Η ανύψωση της S-ναρικλεοστιδάσης εγείρει υποψία ηπατικών μεταστάσεων που διαπιστώνονται με το σπινθηρογράφημα ήπατος. Τα λευκώματα του ορρού μπορεί να είναι χαμηλά εξ' αιτίας της πρωτεϊνικής απώλειας από το προσβλημένο γαστρικό βλεννογόνο. Οι μετρήσεις γαστρικής εκκρίσεως θεωρούνται λιγότερο χρήσιμες από ότι στο παρελθόν. Η αχλωρυδρία μετά από διέγερση με πενταγαστρίνη συνήθως αποκλείει την ύπαρξη καλοήθους έλκους η εξέταση όμως είναι περιορισμένης αξίας, επειδή πολλοί ασθενείς με κακοήθες έλκος εκκρίνουν μικρή έστω ποσότητα οξέος. Μια αύξηση στο καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) μετά από τη θεραπεία σημαίνει υποτροπή, του καρκίνου, η δοκιμασία είναι όμως περιορισμένης αξίας ως αρχικός προσδιορισμός.

Διάγνωση

Η ακτινογραφία στομάχου είναι η σημαντικότερη σε χρήση μέθοδος για την ανακάλυψη του καρκίνου του στομάχου. Σε περισσότερες από 90% των συμπτωματικών ασθενών η ακτινογραφία ανιχνεύει μια γαστρική ανωμαλία. Εν τούτοις και έμπειροι ακόμη ακτινολόγοι αποτυγχάνουν να διαφοροδιαγνώσουν τη καλοήθη από

την κακοήθη γαστρική βλάβη σε ποσοστό 25% περίπου των ασθενών. Έτσι η γαστροσκόπηση με τη βιοψία και την κυτταρική εξέταση υλικού λαμβάνεται με ψήκτρα, θα πρέπει να εφαρμόζεται για τον αποκλεισμό ή την επιβεβαίωση της νόσου. Ίσως είναι πιο σημαντικό για τον άρρωστο να αποκλεισθεί η διάγνωση γαστρικού καρκίνου από ότι να διαγνωστεί η νόσος, γιατί μπορεί να αποφευχθεί τόσο το ψυχικό τραύμα όσο και οι μετεγχειρητικοί κίνδυνοι.

Η διαγνωστική ακρίβεια της ακτινογραφίας είναι μεγάλης σημασίας όταν χρησιμοποιείται σωστά. Οι ασαφείς εξετάσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται. Η χρήση τεχνικών διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως βοηθά στην ανίχνευση μικρών αλλοιώσεων βελτιώνοντας τη λεπτομερή απεικόνιση του βλεννογόνου.

Ο στόμαχος θα πρέπει να διατείνεται σε κάποια φάση της ακτινολογικής εξέτασεως διότι η μείωση της ικανότητας προς διάταση είναι η μόνη ένδειξη ενός διάχυτου διηθητικού καρκίνου. Αν και τα γαστρικά έλκη μπορούν να ανιχνευθούν σχετικά εύκολα μπορεί να είναι αδύνατο να διαφοροποιηθεί ακτινολογικά το καλοήθες από το κακοήθες έλκος. Η διαφορική ακτινοδιαγνωστική είναι δύσκολη επίσης όταν το άντρο είναι εστενωμένο ή όταν οι γαστρικές πτυχές είναι ευμεγεθείς. Ο καρκίνος του καρδιακού τμήματος όταν διφθεί τα νευρικά πλέγματα του οισοφάγου μπορεί να μιμείται ακτινολογικά την αχαλασία. Στο καρκίνο του καρδιακού στομίου η ακτινογραφική εμφάνιση μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική και μπορεί να γίνει σύγχυση με καλοήθεις αλλοιώσεις του βλεννογόνου δευτεροπαθούς διαφραγματοκήλης. Η διάγνωση αδενοκαρκινώματος από λέμφωμα είναι αδύνατη ακτινολογικά. Ο καρκίνος του παγκρέατος ή του παχέος εντέρου που

διφθεί το στόμαχο μπορεί να θεωρηθεί πρωτοπαθές γαστρικό νεόπλασμα.

Η γαστροσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, η βιοψία και η κυτταρική εξέταση του δείγματος που λαμβάνεται με ψήκτρα, είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη διάγνωση του καρκίνου που ανεβρέθηκε ακτινολογικά, για την διαφοροποίηση του καρκίνου, από το λέμφωμα για την αποσαφήνιση ασαφών ακτινολογικών ευρημάτων και τον έλεγχο υπόπτων κλινικών ευρημάτων παρά το αρνητικό της ακτινογραφίας. Το λιγότερο 6 βιοψίες θα πρέπει να λαμβάνονται από τις περιοχές όπου υπάρχει υποψία νεοπλασματος. Εάν ο ιστός παρασκευάζεται σωστά και εξετάζεται από έμπειρο ειδικό η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να φθάσει το 90%.

Η επιπλέον κυτταρολογική εξέταση του δείγματος της ψήκτρας αυξάνει την ακρίβεια ανιχνεύσεως του καρκίνου ακόμη περισσότερο αυξάνει όμως ελαφρά και τον κίνδυνο της ψευδούς διάγνώσεως του καρκίνου. Οι διάχυτοι διηθητικοί όγκοι και οι υποτροπιάζοντες καρκίνοι είναι αδύνατον να διαγνωστούν, ακόμα και με τις παραπάνω δοκιμασίες, γιατί τα κακοήθη κύτταρα μπορεί να μην ανευρίσκονται στις περιοχές του βλεννογόνου όπου λαμβάνεται η βιοψία ή το κυτταρολογικό υλικό. Η σωστή τεχνική λήψης κυτταρολογικού αποφολιδωμένου υλικού με "τυφλή" γαστρική έκπλυση, δίδει καρκινικά κύτταρα σε πάνω από 85% των ασθενών με ψευδώς θετικά αποτελέσματα σε λιγότερο από 1%. Η εξέταση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου.

Η ακτινολογική απόδειξη της κακοήθους φύσεως ενός φαινομενικά καλοήθους έλκους στομάχου παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα.

Ορισμένοι γιατροί πιστεύουν ότι η γαστροσκόπηση δεν είναι απαραίτητη αν τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά είναι τυπικά καλοήθη, αν η επούλωση ακτινογραφικά είναι πλήρης και αν η ακτινογράφιση μερικούς μήνες αργότερα είναι αρνητική.

Άλλοι γιατροί, εν τούτοις πιστεύουν ότι η βιοψία με το γαστροσκόπιο και η κυτταρολογική εξέταση με ψήκτρα είναι απαραίτητη για όλους τους ασθενείς με έλκος στομάχου με σκοπό τον αποκλεισμό του καρκίνου ή του λεμφώματος.

Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου στο βαθμό που είναι σήμερα δυνατή είναι καθαρά χειρουργική και τα αποτελέσματά της εξαρτώνται αποκλειστικά από το στάδιο που βρίσκεται η νόσος και επομένως από την έγκαιρη διάγνωση. Η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι ο επιθυμητός στόχος αφού κανείς άρρωστος δεν επιβιώνει πάνω από πέντε χρόνια, αν ο παραπάνω στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί. Με το πνεύμα αυτό και αφού μπει η διάγνωση ο χειρουργός πρέπει να απαντήσει ερωτήματα:

Είναι ο όγκος χειρουργήσιμος;

Μπορεί ο όγκος να εξαιρεθεί ριζικά;

Υπάρχει ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας;

Τα καθοριστικά στοιχεία που θα δώσουν την απάντηση στο πρώτο ερώτημα εκτός από τη γενική κατάσταση του αρρώστου, είναι η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων ή καρκινοματώδους ασκιτή ή ακόμη η ένδειξη ύπαρξης ηπατικών μεταστάσεων με τα σύγχρονα SCAN. Το τελευταίο δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο του σαν απόλυτα αποτρεπτικός παράγοντας για την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας, αλλά πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα υπόλοιπα στοιχεία της κλινικής και εργαστηριακής έρευνας του αρρώστου.

Αν ο όγκος κριθεί χειρουργήσιμος προγραμματίζεται ερευνητική λαπαροτομία αλλιώς προβάλλει το τρίτο ερώτημα που θα δούμε παρακάτω.

Το δεύτερο ερώτημα, η ριζικότητα δηλαδή ή όχι της εκτομής προβάλλει, κατά τη λαπαροτομία. Διήθηση του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, του διαφράγματος ή των μεγάλων αγγείων

(αορτή) σημαίνει ότι ο όγκος δεν είναι εξαιρεσίμος. Επίσης είναι άσκοπη η εκτομή αν υπάρχουν διάσπαρτες μεταστάσεις στο περιτόναιο ή σε άλλα σπλάχνα.

Η επέκταση σε παρακείμενα όργανα δεν αποκλείει την EN BLOCK ριζική αφαίρεση του όγκου (πάγκρεας, εγκάρσιο κόλο, ακόμη και ήπαρ εφόσον στο τελευταίο δεν υπάρχουν πολλαπλές διάσπαρτες μεταστάσεις αλλά μια μονήρης).

Εφ' όσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή ακολουθεί ευρεία υφολική γαστρεκτομή (80% του στομάχου) για όγκους που εντοπίζονται στο πυλωρό ή ολική γαστρεκτομή για όγκους που εντοπίζονται ψηλότερα (σώμα του στομάχου). Για τους όγκους της καρδιακής μοίρας και του θόλου μπορεί πολλές φορές να εκτελεσθεί ανώτερη γαστρεκτομή. Η διενέργεια σε όλες τις περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εντόπιση του όγκου ολικής γαστρεκτομής η ίδια που επικράτησε για μια περίοδο με σκοπό της αύξησης της ριζικότητας έχει σήμερα εγκαταλειφθεί. Προτιμούνται περιορισμένες εκτομές επί υγιών ιστών (απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση της εκτομής επί υγιούς με ταχεία βιοψία) με συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαδένων του επιπλό και των παρακειμένων ιστών που τυχόν έχουν προβληθεί.

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από υφολική γαστρεκτομή γίνεται με γαστρονησιτιδική αναστόμωση κατά BILLROTH II, μετά από ανώτερη γαστρεκτομή με μαστροισοφαγική αναστόμωση και πυλωροπλαστική γιατί διατέμνονται τα πνευμονογαστρικά και μετά από ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονησιτιδική αναστόμωση τόσο με απλές όσο και με πολύπλοκες τεχνικές. Οι τελευταίες έχουν σαν σκοπό αφ' ενός μεν την διατήρηση της φυσιολο-

γικής διόδου των τροφών (από τον οισοφάγο διά του δωδεκαδακτύλου) αφετέρου δε το σχηματισμό είδους αποθήκης από το λεπτό, έντερο για την επιβράδυνση του ρυθμού προώθησης των τροφών.

Η ανάγκη συναφαίρεσης του σπληνός, κατά τις επεμβάσεις για καρκίνο, του στομάχου είναι συζητήσιμη. Έτσι στις υπολικές γαστρεκτομές όταν δεν είναι διηθημένοι οι λεμφαδένες της ζώνης 2, η αφαίρεση δεν είναι αναγκαία. Αντίθετα στις ανώτερες και στις ολικές γαστρεκτομές ο σπλήνας πρέπει να συναφαιρείται.

Ενδειξη για παρηγορητική εκτομή υπάρχει όταν κατά την λαπαροτομία αποδειχθεί ότι δεν είναι δυνατή η ριζική εκτομή, αλλά ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί. Η περιορισμένη αυτή παρηγορητική εκτομή προσφέρει καλύτερη ανακούφιση από τα ενοχλήματα (πόνος κ.α.) καλύτερη προστασία από μελλοντικές επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση) και λύνει το πρόβλημα της διατροφής κατά το καλύτερο τρόπο. Αλλιώς εφ' όσον δεν υπάρχει πρόβλημα διατροφής του αρρώστου νομίζουμε ότι δεν υπάρχει θέμα για παραπέρα χειρισμούς.

Το τρίτο ερώτημα αφορά τις ενδείξεις εγχείρησης για παρηγορητική θεραπεία. Τέτοια ένδειξη αποτελούν μόνο η ύπαρξη προβλημάτων διατροφής (δυσφαγία επί όγκων που εντοπίζονται στο θόλο ή την καρδιακή μοίρα του στομάχου ή πυλωρική στένωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης). Στις περιπτώσεις αυτές αν ο όγκος είναι εξαιρεσιμος τότε πρέπει είτε να παρακαμφθεί ή αν βρίσκεται ψηλά (θόλος-καρδιά) να διασωληνωθεί. Εν τούτοις και οι παρακάμψεις (π.χ. γαστρεντεροαναστόμωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης) παρουσιάζουν συχνά προβλήματα λειτουργικότη-

τας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού είναι ίσως μια ιδέα η κατασκευή της Γ.Σ.Α. μετά προηγούμενο αποκλεισμό του όγκου. Αλλά και οι διασωληνώσεις παρουσιάζουν συχνά προβλήματα (οι σωλήνες που χρησιμοποιούνται φράζουν και φεύγουν από τη θέση τους) και επιπλοκές (εισρόφηση, πνευμονία).

Γενικά όπως, βέβαια και ο ορισμός τους οι παρηγορητικές εγχειρήσεις (με εξαίρεση τις παρηγορικές περιορισμένες εκτομές) είναι λύσεις ανάγκης και γι' αυτό πιστεύουμε ότι ή ένδειξη για την εφαρμογή τους υπάρχει μόνο για τους αρρώστους που παρουσιάζουν προβλήματα διατροφής.

Σαν παρηγορητικές εγχειρήσεις χρησιμοποιήθηκαν επίσης η γαστροστομία και η νηστιδοστομία, οι οποίες όμως δεν προσφέραν καμμία ανακούφιση στους αρρώστους παρά μόνον λύναν προσωρινά το πρόβλημα της διατροφής τους.

Συμπληρωματικά προς τη χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σήμερα η χημειοθεραπεία που είναι και η μόνη λύση στις περιπτώσεις ανεγχείρητου και μη εξαιρεσίμου όγκου. Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στις πιά κάτω ομάδες:

α) Αλκυλιούντα φάρμακα

Τα αλκυλιούντα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία επηρεάζουν κυρίως τη συμπεριφορά της γαιανίνης, πράγμα που οδηγεί σε αναστολή των ενζυμικών λειτουργιών και έχει σαν αποτέλεσμα τη διαταραχή της πρωτεϊνικής σύνδεσης και της γλυκόλυσης και άλλων μεταβολικών εξεργασιών και κυρίως τη διαστροφή λειτουργίας των νουκλεϊνικών οξέων.

Ετσι δρουν πολυδύναμα σαν κυτταροτοξικά και μεταλλαξιγόνα.

β) Αντιμεταβολιτές.

Οι αντιμεταβολιτές είναι ουσίες που μοιάζουν δομικά με εκείνες που είναι απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων. Υποκαθιστώντας τις ουσίες αυτές προσροφούνται από τα ένζυμα των οποίων μπλόκαραν τη δράση.

γ) Αναστολές της κυτταρικής μήτωσης.

Ορισμένα ελκαλοειδή καθώς και ορισμένα αντιβιοτικά έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μήτωσης των κυττάρων στο στάδιο της μετάφασης.

Η εγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται ευρέως σύμφωνα με τους τύπους εγχείρησης, όντας μικρότερη για τις ριζικές εκτομές (όπου και εδώ διαφέρει ανάλογα με την έκταση της εκτομής) από ότι για παρηγορητικές εγχειρήσεις. Γενικά ακόμα αν περιληφθούν όλοι οι άρρωστοι που υποβλήθηκαν σε λαπαροτομία εγχειρητική θνητότητα 10% που αναφέρεται από ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα των Η.Π.Α. πρέπει να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητική.

Η πενταετής επιβίωση είναι δυστυχώς χαμηλή και ο λόγος, όπως ήδη γράφτηκε, είναι ότι σοτους περισσότερους αρρώστους ο καρκίνος είτε δεν είναι χειρουργήσιμος, είτε έχει ξεπεράσει τα όρια μέσα στα οποία η χειρουργική μπορεί να προσφέρει θεραπεία. Ετσι για όλους τους αρρώστους με καρκίνο του στομάχου η πενταετής επιβίωση είναι περίπου 20%.

Πάντως είναι πολύ υψηλότερη όταν έχει προηγηθεί ριζική εγχείρηση (30-35%) και φθάνει σε πραγματικά απίστευτα ποσοστά (90% και άνω) εφόσον πρόκειται για αρχόμενο καρκίνο χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Όσο αυξάνεται ο χρόνος από την εγχείρηση εκτός από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που είναι πολύ συχνότερες και σοβαρότερες αν έχει προηγηθεί ολική γαστρεκτομή, αυξάνει και ο κίνδυνος εμφάνισης τοπικής υποτροπής. Το ενδεχόμενο αυτό υπάρχει άσχετα από την εντύπωση που έχει ο χειρουργός ότι η προηγηθείσα εγχείρηση ήταν ριζική. Η πιθανότητα πάντως μειώνεται αρκετά αν η προηγηθείσα εκτομή είναι βεβαιωμένο ότι έγινε επί υγιών ιστών ταχεία βιοψία και έχουν περάσει πέντε χρόνια από την εγχείρηση. Μετά την πενταετία η τοπική υποτροπή είναι μάλλον σπάνια.

Οι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου πολύ συχνά έχουν ανάγκη ολικής παρεντερικής θεραπείας. Αυτό οφείλεται στη κακοήγη καχεξία που είναι πολύ συχνή και στο γεγονός ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι εκτεταμένες.

Πολλά ερωτηματικά έχουν απασχολήσει τους γιατρούς σχετικά με την Ο.Π.Θ.

1) Μπορεί η Ο.Π.Θ. ή άλλης μορφής διαιτητικής υποστήριξης να διορθώσει το αρνητικό ισοζύγιο αζώτου που παρουσιάζουν οι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου;

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς μετά από σωστή διαιτητική υποστήριξη εμφάνιζαν θετικό ισοζύγιο και αύξηση του βάρους τους. Οι λίγοι ασθενείς που δεν είχαν ικανοποιητική απάντηση είχαν προχωρημένο καρκίνο και κακή πρόγνωση.

2) Μπορεί η Ο.Π.Θ. να βελτιώσει τη πρόγνωση των ασθενειών αυτών;

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι αρκετά δύσκολη. Είναι

βέβαιο ότι με τη διατητική υποστήριξη βελτιώνεται η θνησιμότητα και η νοσηρότητα της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης ο ασθενής είναι σε καλύτερη γενική κατάσταση για να συμπληρώσει τη θεραπεία του. Δεν έχει όμως αποδειχθεί κάποια διαφορά στη τελική επιβίωση από τη νόσο.

3) Μήπως η διατητική υποστήριξη επιτυγχάνει την ανάπτυξη καρκίνου περισσότερο από ότι οφελεί τον ασθενή;

Τα δεδομένα στο θέμα αυτό είναι πειραματικά.

Πραγματικά ανεπαρκής διατητική υποστήριξη επιτυγχάνει την ανάπτυξη του καρκίνου σε βάρος του οργανισμού. Αντίθετα πλήρης διατητική κάλυψη έχει περισσότερο ευεργετικά αποτελέσματα στο πειραματόζωο παρά στο νεόπλασμα.

4) Είναι ηθικά παραδεκτή η ολική παρεντερική θεραπεία στους αρρώστους με καρκίνο του στομάχου;

Η απάντηση εδώ είναι όχι, αν η βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς δεν πρόκειται να ακολουθηθεί από μια ριζική ή παρηγορητική θεραπεία. Δεν έχει κανένα νόημα η παράταση μιας ζωής όταν δεν υπάρχει τρόπος να βελτιωθούν τα ενοχλήματα του ασθενούς και κάθε άλλη μορφή θεραπείας έχει εγκαταληφθεί.

Χημειοθεραπεία και καρκίνος

Αρχές Χημειοθεραπείας του Καρκίνου

Οι πρώτες προσπάθειες ανάπτυξης της χημειοθεραπείας του καρκίνου έγιναν στις αρχές του 19ου αιώνα από τον P. EHRLICH. Το 1898 ο EHRLICH ανακάλυψε τον πρώτο αλκυλιούντα παράγοντα, χρειάστηκε όμως ο μισός ακόμη αιώνας για να βρουν οι παρατη-

ρήσεις του κλινική εφαρμογή.

Οι αλκυλιούντες παράγοντες ανακαλύφθηκαν στα πλαίσια του μυστικού προγράμματός για ταχημικά όπλα στην διάρκεια των δύο παγκοσμίων πολέμων.

Πρωτοδοκιμάστηκαν σε αρρώστους με νόσο του HOLLGKIN στο Πανεπιστήμιο του YALE το 1943, τα αποτελέσματα όμως δεν δημοσιεύθηκαν πριν το 1946 λόγω του πολέμου.

Στην πραγματικότητα η κύρια περίοδος της χημειοθεραπείας των κακοηθών νεοπλασμάτων αρχίζει με την χρησιμοποίηση των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος στην λεμφαβλαστική λευχαιμία των παιδιών.

Η χημειοθεραπεία των νεοπλασμάτων χρησιμοποιεί μια σειρά βασικών αρχών.

Οι αρχές Χημειοθεραπείας του καρκίνου διακρίνονται σε:

- 1) Βιολογικές αρχές Χημειοθεραπείας.
- 2) Φαρμακολογικές αρχές Χημειοθεραπείας.

1) Σχεδόν όλα τα φάρμακα τα αντινεοπλασματικά έχουν 2 κοινές ιδιότητες:

- α) Δρουν επηρεάζοντας την σύνθεση του D.N.A.
- β) Δεν φονεύουν συνήθως κύτταρα σε ηρεμία.

2) Το χημειοθεραπευτικό και τοξικό αποτέλεσμα είναι συνάρτηση του γενομένου (COCENTRATION) X (TIME).

3) Κυριότερος λόγος αστοχίας στην θεραπεία είναι η ανάπτυξη αντοχής στα φάρμακα.

4) Αντοχή σε ένα χημειοθεραπευτικό παράγοντα δεν σημαίνει υποχρεωτικά αντοχή σε όλα τα φάρμακα της ίδιας ομάδος.

5) Κατά την χημειοθεραπεία των νεοπλασμάτων, τίποτε ση-

μαντικότερο από την ορθή δοσολογία υπάρχει.

Αρχές συνδυασμένης Χημειοθεραπείας

Κατά τον σχεδιασμό και την χορήγηση συνδυασμένης χημειοθεραπείας πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες, οι κυριότεροι από αυτούς είναι οι εξής:

- 1) Τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας.
- 2) Η τοξικότητα του κάθε φαρμάκου να είναι γνωστή και να καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να μην υπάρχει αλληλοεπικάλυψη παρενεργειών.
- 3) Καταβάλλεται προσπάθεια χορηγήσεως κάθε φαρμάκου στην άριστη δόση και δοσολογικό σχήμα.
- 4) Το συνδυασμένο χημειοθεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να δίνεται σε τακτικά και τα συντομότερα δυνατά χρονικά διαστήματα.

Κανόνες εφαρμοσμένης Χημειοθεραπείας

- 1) Όσα συμβαίνουν στο περιφερειακό αίμα αντικατοπτρίζουν τις μεταβολές του μυελού των οστών με καθυστέρηση μιας εβδομάδας.
- 2) Η σχέση δόση-αποτέλεσμα αφορά τον βαθμό μείωσης λευκών αιμοπεταλίων και όχι στην διάρκεια της μυελικής απλασίας.
- 3) Η επικίνδυνη περίοδος απλασίας διαρκεί 4-7 ημέρες.
- 4) Η συχνότητα χορήγησης της θεραπείας είναι κριτικής σημασίας στο βαθμό της μυελοτοξικότητας.

Άμεση τοξικότητα της χημειοθεραπείας

Τα αντικαρκινικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν μικρό θεραπευτικό δείκτη, με αποτέλεσμα η χρησιμοποίησή τους να συνοδεύεται από σημαντική τοξικότητα.

Η τοξικότητά τους περιλαμβάνει:

1) Ανεπιθύμητες ενέργειες δηλαδή εκδηλώσεις από διάφορους ιστούς και όργανα που οφείλονται στον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων και είναι προβλέψιμες.

π.χ. μυελοτοξικότητα, βλεννογονίτης κ.λ.π.

2) Μη προβλέψιμες αντιδράσεις όπως οι αλλεργικές, οι ιδιοσυγκρασιακές και οι οφειλόμενες σε μη ανοχή του φαρμάκου.

Εδώ ανήκαν μόνο οι κυριότερες μορφές οξείας τοξικότητας που εμφανίζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Συνηθισμένες μορφές τοξικότητας

- 1) Μυελοτοξικότητα
- 2) Ναυτία και έμετοι
- 3) Αλωπεκία
- 4) Αλλεργικές αντιδράσεις (κνίδωση, δύσπνοια, υπόταση, οίδημα προσώπου, λαρυγγοσπασμός, εξανθήματα).

Τοξικότητα Χημειοθεραπευτικών σε ειδικά όργανα

- 1) Τοξικότητα από το Νευρικό Σύστημα.
 - α) Εγκεφαλοπάθεια.
 - β) Περιφερειακή πολυνευροπάθεια.
 - γ) Νευρίτιδα του φυτικού νευρικού συστήματος.
- 2) Τοξικότητα από το θυροποιητικό σύστημα.

- α) Νεφρική Τοξικότητα.
 - β) Αιμορραγική κυστίτις.
- 3) Πνευμονική Τοξικότητα (2 κλινικές μορφές).
- α) Τύπου οξείας πνευμονίτιδας.
 - β) Τύπου χρόνιας διαχύτης πνευμονική ίνωσης.
- 4) Καρδιοτοξικότητα (2 κλινικές μορφές).
- α) Οξεία μορφή με παροδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις, ταχυκαρδία και έκτακτες συστολές.
 - β) Χρονιότερη μορφή είναι η καρδιομυοπάθεια, που εκδηλώνεται με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- 5) Ηπατοτοξικότητα.
- α) Ηπατική ίνωση που οδηγεί σε κίρρωση (μερικές φορές).
- 6) Τοξικότητα από το γαστρεντερικό σύστημα.
- α) Στοματίτιδα.
 - β) Διάρροιες.
 - γ) Πρωκτίτιδα και έλκη του λεπτού εντέρου (σπανιότερα).

Απώτερες επιπλοκές Χημειοθεραπείας

Οι απώτερες επιπλοκές διακρίνονται σε:

- 1) βιολογικές
- 2) νευροψυχολογικές
- 3) κοινωνικές

Βιολογικές επιπλοκές

Αυτές διακρίνονται σε 3 βασικούς τομείς:

- 1) Διαταραχές από διάφορα όργανα
- 2) Απόγονοι αρρώστων με καρκίνο
- 3) Ανάπτυξη δεύτερης κακοήθειας

Διαταραχές από διάφορα όργανα

α) Διαταραχές αύξησης - ανάπτυξης.

Η δράση ακτινοβολίας στην διάφυση - επίφυση ή στην μετάφυση των οστών προκαλεί βράχυνση ή και παραμόρφωση του οστού. Τα κορτικοστεροειδή αν χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως στις λευχαιμίες προκαλούν οστεοπόρωση.

β) Διαταραχές των γονάδων (παροδικές ή μόνιμες)

1) Ορχεις.

Η επίδραση της ακτινοβολίας στους όρχεις προκαλεί διαταραχές στο σπέρμα που σχετίζονται με την δόση. Η επίδραση της χημειοθεραπείας σχετίζεται με την ηλικία του παιδιού.

Πριν την ήβη έχουμε τοξικότητα βαθμού. Μετά την ήβη έχουμε απλασία των σπερμογονάδων που μπορεί να είναι μόνιμη.

2) Ωοθήκες.

Η επίδραση της ακτινοβολίας στα ωοθήκες εξαρτάται από το πεδίο ακτινοβολήσης που σχετίζεται με το είδος του όγκου.

Πριν την ήβη προκαλείται μικρού βαθμού τοξικότητας. Μετά την ήβη διαταράσσεται η ωρίμανση των θυλακίων και προκαλούνται διαταραχές περιόδου-αμηνόρροια και ίσως πρωΐμη εμμηνοπάυση.

γ) Διαταραχές οργάνων.

1) Καρδιά.

Μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζεται σε ασθενείς που κάνουν θεραπεία με ανθρακυλίνες. Άλλες επιπλοκές είναι η περιοκαρδίτιδα και η στεφανιαία ανεπάρκεια.

2) Πνεύμονες.

Πνευμονία και ίνωση μπορεί να προκληθούν από την κυκλοφω-

σφαμίδη, το Β.С.Ν.У. και το BUSULFAN.

3) Ηπαρ.

Ηπατική τοξικότητα προκαλούν οι αντιμεταβολίτες 6-μερκαπτοπουρίνη και μεθοτρεξάνη (μετά από μακροχρόνια χρήση).

4) Γαστρεντερικό σύστημα.

Οξέα φαινόμενα από το γαστρεντερικό σύστημα προκαλούν οι αντιμεταβολίτες όπως:

μεθοτρεξάνη και η ακτινοβολία.

5) Ουροποιητικό Σύστημα.

Για πρόκληση βλάβης στο ουροποιητικό σύστημα ενοχοποιούνται η κυκλοφωσφαμίδη και η πλατίνα.

6) Οφθαλμικές Επιπλοκές.

Καταράκτης εμφανίζεται με την χρησιμοποίηση κορτικοστεροειδών και ακτινοβολίας.

7) Νευρικό Σύστημα.

Εγκεφαλοπάθεια - περιφερική νευροπάθεια - ψυχολογική και διανοητική δυσλειτουργία είναι οι εκδηλώσεις της τοξικότητας.

2) Απόγονοι παιδιών με καρκίνο.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στα παιδιά ενηλίκων που κατά την παιδική ηλικία υποβλήθηκαν σε αντικαρκινική θεραπεία (λόγω παιδιατρικών καρκίνων) εξαρτάται από 2 παράγοντες:

- α) Παρουσία παθολογικών γόνων στο γονέα που μεταβιβάζεται κληρονομικά και στο παιδί του : π.χ. γονείς που νόσησαν από όγκο.
- β) Μεταβίβαση γόνων που έγιναν παθολογικοί στον γονέα λόγω έκθεσης σε χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία.

3) Ανάπτυξη δεύτερης κακοήθειας.

Από την βελτίωση στην πρόγνωση του παιδιατρικού καρκίνου τη μακρά επιβίωση και ίαση σε ορισμένους τύπους καρκίνου ο κίνδυνος ανάπτυξης δεύτερου καρκίνου προβάλλει έντονα. Το διάστημα που μεσολαβεί από τον πρώτο έως το δεύτερο καρκίνο κυμαίνεται από 1 μήνα έως 34 χρόνια.

Ο μέσος χρόνος είναι μακρύτερος (10 χρόνια) αν το παιδί έχει υποβληθεί σε ακτινοβολία και βραχύτερος (5 χρόνια) αν έχει υποβληθεί σε χημειοθεραπεία.

Τα 2/3 των παιδιών στα οποία διαπιστώνεται δεύτερη κακοήθεια εμφάνιζαν τον όγκο στην εκτεθείσα σε ακτινοβολία περιοχή.

Συνήθως ο δεύτερος καρκίνος είναι πιο επιθετικός από τον πρώτο και πιο ανθεκτικός στην θεραπεία.

Κατά την περίοδο 1972-1983 η ομάδα μελέτης Απωτέρων Επιπλοκών διαπίστωσε 308 δεύτερους καρκίνους σε 292 παιδιά με καρκίνο.

Κοινωνικές Επιπλοκές

Η ίαση του αρρώστου διακρίνεται:

- 1) Σε βιολογική (πλήρης συνεχιζόμενη ύφεση μέχρι τον θάνατο από άλλη άσχετη αιτία).
- 2) Σε ψυχολογική (αποδοχή της προηγούμενης αιτίας χωρίς αυτή η γνώση να παρεμβαίνει στον τρόπο ζωής).
- 3) Σε κοινωνική (επανένταξη στην κοινωνία χωρίς στίγμα).

Β' ΜΕΡΟΣ

Τ.Ε.Π. ΠΑΤΡΑΣ
ΠΙΣΤΙΣΤΗΚΗ

Νοσηλευτική Φροντίδα

Όπως έχει αναφερθεί η θεραπεία του αρρώστου συνίσταται στη χειρουργική επέμβαση. Γι' αυτό η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προετοιμασία του αρρώστου για το χειρουργείο και την φροντίδα αυτού μετά την εγχείρηση.

Η νοσηλεύτρια έχοντας υπόψη την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αξιολογεί τα ενοχλήματα του αρρώστου και να τον παραπέμπει στον γιατρό για ακτινολογικό έλεγχο.

Τόσο στην προεγχειρητική περίοδο, όσο και στη μετεγχειρητική περίοδο, ο άρρωστος μπορεί να χρειάζεται τεχνητή διατροφή (τοποθέτηση LEVIN στο στομάχι).

Επί ανεγχειρήτων όγκων του στομάχου και όταν υπάρχουν προβλήματα λήψεως τροφής λόγω στενώσεως του οισοφάγου και του καρδιακού ή πυλωρικού στομίου του στομάχου, συνιστάται η γαστροστομία ή δωδεκαδακτυλοστομία. Με το πρώτο ή δεύτερο στόμιο, ανάλογα με την περίπτωση τρέφουμε τον άρρωστό μας.

Τα στόμια αυτά δίνουν στο άτομο μια σοβαρή αναπηρία και καθιστούν τον άρρωστο εξαρτώμενο για κάλυψη και αυτής της βασικής του ανάγκης δηλαδή της λήψεως τροφής. Αυτή αποτελεί έντονη συναισθηματική και επώδυνη εμπειρία. Γι' αυτό καλείται τόσο ο γιατρός όσο και η αδελφή να βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχτεί την αναπηρία του.

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

α) Ψυχολογική προετοιμασία:

Η εξασφάλιση στο χειρουργημένο άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας έργο 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 εμφάνιση stress από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Εκτός από τη χειρουργική επέμβαση υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν φόβο και αγωνία, και είναι: η αναισθησία, το άγνωστο, τα οικογενειακά προβλήματα και η ανασφάλεια για το επαγγελματικό του μέλλον.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τη, είναι να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να βρίσκει σημεία αγωνίας μη βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Πριν από την θεραπεία πρέπει να δίνονται διάφορες εξηγήσεις στον άνθρωπο για να ελαττώνουν το φόβο του. Το αίσθημα ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας/τη να ακούσει τον άρρωστο όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον, τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στην νοσηλεύτρια/τή απ' 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 καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

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

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

- 1) Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.
- 2) Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.
- 3) Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπτη με λίγο υπόλειμμα που συμπληρώνεται με χορήγηση περίσσειας βιταμινών.

Όταν ο άρρωστος έχει μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να παρακολουθεί για τη διαπίστωση ανεπαρκούς αποβολής ούρων και χαμηλού ειδικού βάρους πρωτεϊνών, ούρων στους προεγχειρητικούς αρρώστους.

Η νοσηλεύτρια/τής στην προεγχειρητική περίοδο πρέπει να διδάσκει τον ασθενή ώστε να αναπνέει βαθιά και να γήχει μετά την επέμβαση, για την πρόληψη της ατελεκτασίας, της βρογχο-

πνευμονίας και της αναπνευστικής οξείωσης.

Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζει ο άρρωστος πρέπει να σημειώνεται. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην παχυσαρκία γιατί προδιαθέτει πολλές μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως : διαπίυση τραύματος και εκσπλάχνωση, πνευμονικές επιπλοκές και θρομβοφλεβίτιδα.

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά:

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

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικανότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση με αποτέλεσμα την μικρότερη αντοχή στο stress. Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη κατάσταση για τον υπερήλικα. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτοποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής είναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές μεταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία του ενώ η έγκαιρη διέγερση βελτιώνει την όρεξη του και βοηθά στον καλό ύπνο. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει, να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλομένων 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. Δεν πρέπει να χορηγούνται ισχυρά καθαρτικά γιατί προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλλη-

λη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα.

Προεγχειρητική Προετοιμασία

Η εξέταση αίματος, είναι απαραίτος κανόνας πριν από την γενική αναισθησία. Ελέγχεται η πυκνότητα του αίματος αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης.

Εξ' αιτίας του stress ελαττώνεται ο χρόνος πήξης γι' αυτό πολλά χειρουργεία χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση (10.000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης της ημέρας προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης).

Στις μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί ο άρρωστος να χρειαστεί αίμα, γίνεται προσδιορισμός ομάδας αίματος και διασταύρωση.

Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας σε πολλά νοσοκομεία.

Γενικά όταν πρόκειται για μεγάλες λαπαροτομίες εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας.

γ) Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης. Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Αν κατά λάθος, δημιουργηθεί λύση συνέχειας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργό πριν από την επέμβαση. Τα νύχια, τα μαλλιά και ο ομφαλός πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα.

Μέχρι πρόσφατα, μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό, της χώρας γινόταν αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψη με αποστειρωμένο τετράγωνο.

δ) Αμεση προεγχειρητική ετοιμασία.

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με χορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού φαρμάκου που έχει γράψει ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο.

Όταν η εγχείρηση γίνει το πρωί της επόμενης ημέρας χορηγείται ελαφρά δίαιτα το βράδυ, ενώ το νερό μπορεί να δοθεί ελεύθερα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια/τής :

- 1) Τον ντύνει με την ειδική στολή του χειρουργείου.
- 2) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- 3) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στους συγγενείς του αρρώστου ή στην προϊσταμένη για φύλαξη.
- 4) Φροντίζει να εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη.
- 5) Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του Αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από τον συγκεκριμένο άρρωστο.

Πιο συχνά χρησιμοποιούνται :

- α) Οπιούχα
- β) Παράγωγα της μπελλαντόνας
- γ) Βαρβιτουρικά

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από

το άγχος και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

Τα παράγωγα της μπελλαντόνας ελαττώνουν τις εκκρίσεις της στοματικής κοιλότητας και του αναπνευστικού δένδρου. Ακόμα αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντιανακλαστικά.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Βασικά προβλήματα

- 1) Μετεγχειρητικό άλγος
- 2) Επαρκή θρέψη
- 3) Πρόληψη επιπλοκών

Σκοποί Μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας

- 1) Η ανακούφιση του αρρώστου από το μετεγχειρητικό άλγος και τη δυσφορία.
 - α) Συχνή αλλαγή θέσεως για την ανακούφιση του ασθενούς και την πρόληψη επιπλοκών από το νααπνευστικό και κυκλοφοριακό σύστημα.
 - β) Λεπτόλογη φροντίδα του στόματος για την αντιμετώπιση της ξηρότητας αυτού.
 - γ) Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών προς πρόληψη των μολύνσεων.
 - δ) Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για έλεγχο του άλγους.
 - ε) Υγρά από το στόμα χορηγούνται κατόπιν εντολής του γιατρού.
 - στ) Αναρροφήσεις από το στομάχι προς απομάκρυνση υγρών αίματος και αέρος από το στομάχι.
- 2) Ενίσχυση επαρκούς θρέψεως του ασθενή.

- α) Ενδοφλέβιος χορήγηση υγρών προς πρόληψη καταπληξίας και διατήρηση σε καλή κατάσταση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- β) Χορήγηση υγρών από το στόμα και εφ' όσον το έντερο λειτουργεί.
- γ) Η αύξηση λαμβανομένων υγρών επηρεάζεται από την ανοχή του αρρώστου σε υγρά.
- δ) Λευκή τροφή με πρόθεση βιταμινών όπως ενδείκνυται από την κατάσταση του ασθενή.
- ε) Χορήγηση σιδήρου και βιταμινών για συμπλήρωση επάρκειας των λαμβανομένων αυτών.
- στ) Αποφυγή τροφών οι οποίες συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου DUMPING.

3) Ενημέρωση για τις επιπλοκές οι οποίες μπορεί να συνοδεύουν την εγχείρηση στομάχου.

shock

- α) Εκτίμηση εκκρίσεως του τραύματος και των παροχετεύσεων.
- β) Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσεως και της συχνότητας των σφυγμών και των αναπνοών.
- γ) Χορήγηση στον καθορισθέντα χρόνο αίματος και υγρών προς αντικατάσταση των απωλεσθέντων.

Αιμορραγία

- α) Παρακολούθηση τραύματος και παροχετεύσεως για παρουσία αίματος.
- β) Εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης της συχνότητας των σφυγμών και των αναπνοών.

Πρόληψη επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα

- α) Ενισχύεται η λήψη βαθειών αναπνοών.
- β) Ενισχύεται η συχνή αλλαγή θέσεως και κινήσεως για μετάκλιση των βρογχικών εκκρίσεων.
- γ) Ύγερση από το κρεβάτι εφ' όσον ενδείκνυται για αύξηση ανταλλαγής των αερίων.

Θρόμβωση - Εμβολή

- α) Ενθάρρυνση της συμμετοχής για αυτοεξυπηρέτηση, για ενίσχυση της κυκλοφορίας.
- β) Ενίσχυση της έγκαιρης έγερσης του ασθενή προς μείωση της φλεβικής στάσεως του αίματος.
- γ) Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών εφόσον συνιστώνται προς πρόληψη της φλεβικής στάσεως.
- δ) Έλεγχος της πιεστικότητας των επιδέσεων προς αποφυγή δυσμενούς επιδράσεως στην κυκλοφορία.

Εκσπλάχνωση

- α) Χρησιμοποιείστε επίδεση κοιλίας αν ενδείκνυται για προστασία του ασθενή.
- β) Προλάβετε διάταση και μόλυνση τραύματος.
- γ) Προστατεύετε την τομή κατά το βήχα.
- δ) Ενισχύστε την καλή διατροφή.
- ε) Συχνή παρακολούθηση του τραύματος.

Σύνδρομο DUMPING

Το σύνδρομο DUMPING εκδηλώνεται άλλοτε σε άλλο χρονικό διάστημα από τη λήψη τροφής συνήθως όμως μετά την πάροδο

5-30' από το γεύμα. Ο ασθενής αναφέρει αίσθημα πληρότητας κάτω από το επιγάστριο, δυσφορία, αδυναμία, ζάλη, ταχυκαρδία κ.λ.π. Αυτά τα συμπτώματα διαρκούν συνήθως 15-30'.

Για την αποφυγή του συνδρόμου ο ασθενής πρέπει:

- α) Να αποφεύγει τα μεγάλα γεύματα.
- β) Να αποφεύγει ζεστά, κρύα, αλμυρά φαγητά ή μεγάλης περιεκτικότητας υδατανθρακούχες τροφές.
- γ) Να αποφεύγει υγρά με τα γεύματα.
- δ) Να μειώνει τα γλυκά από το διαιτολόγιο.
- ε) Να παίρνει τα γεύματα κανονικά αργά και σε ήρεμο περιβάλλον.
- στ) Να ξαπλώνει μετά τα γεύματα.

Ενίσχυση αποκατάσεως του ασθενή

- α) Βοηθείστε τον ασθενή να μεταβάλλει τα πιεστικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
- β) Ενισχύστε τον ασθενή να βρίσκεται υπό ιατρική παρακολούθηση.
- γ) Μετράτε συστηματικά το βάρος του σώματος.
- δ) Συμβουλευστε τον ασθενή να παίρνει επαρκείς θερμίδες μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά την

Χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει στην :

- 1) Μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
- 2) Ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.

3) Εγκαιρη διαπίστωση των δυσχερειών και επιπλοκών καθώς και αντιμετώπισή τους.

Πιό αναλυτικά Ο/Η νοσηλεύτης/τρια προετοιμάζει τον ασθενή να δεχθεί την χημειοθεραπεία αρχίζοντας με την ενημέρωση του γύρω από τα φάρμακα και τις επιπλοκές που τυχόν θα υπάρξουν.

Χορηγούνται στον ασθενή αντιεμετικά πριν από την θεραπεία. Μετράται και παρακολουθείται η ενυδάτωση και τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά.

Χορηγούνται υπακτικά σε περίπτωση δυσκοιλιότητας μετά από εντολή του γιατρού.

Τα γεύματα καλό είναι να δίνονται σε μικρές ποσότητες και συχνά. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικές ουσίες.

Καθημερινά πρέπει να γίνεται προσεκτική περιποίηση στόματος, για να αποφευχθούν οι στοματίτιδες.

Ο ασθενής που παίρνει χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ευαίσθητος και ευπρόσβλητος σε λοιμώξεις και μολύνσεις. Γι' αυτό ο/η νοσηλεύτης-τρια πρέπει να ακολουθεί όλους τους κανόνες αντισηψίας και ασηψίας σε κάθε του ενέργεια.

Τα ούρα και τα κόπρανα του να παρακολουθούνται προσεκτικά για τυχόν αιμορραγίες.

Επίσης δίνεται προσοχή στις εκδηλώσεις, που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στους νεφρούς.

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

Σημαντικό είναι να παρθούν μέτρα για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

Επίσης ο/η νοσηλεύτης-τρια για να προφυλάξει τον εαυτό του από τις τοξικές εκδηλώσεις των φαρμάκων αυτών στο δέρμα πρέπει κατά την διάλυση, αναρρόφηση και τελικά την έγχυσή του στην φλέβα να φοράει γάντια.

Γ' ΜΕΡΟΣ

Ο Καρκινοπαθής σαν ψυχοκοινωνική οντότητα

(α) Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο

Στις αρχές αντιμετώπισης δεν εννοείται μόνο η θεραπεία αλλά γενικά οι τρόποι αντιμετώπισης το υποβλήματος υγείας που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος άνθρωπος. Και ενώ η ακριβής διάγνωση και η σωστή θεραπεία φαίνεται να αποτελούν τις δύο βασικές αρχές αντιμετώπισης, πολλές άλλες πλευρές του προβλήματος της υγείας του κάθε ανθρώπου υπάρχουν και που δεν είναι μικρότερης σημασίας, όπως π.χ. η ποιότητα ζωής, η ανάγκη νοσηλείας του σε νοσοκομείο κ.α.

Για να μπορέσουμε να εφαρμόσουμε μια ολοκληρωμένη αντιμετώπιση θα πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω γνώσεις:

- 1) Γνώση της φυσικής Ιστορίας της νόσου.
- 2) Διάγνωση, ιστολογικά καθιερωμένη.
- 3) Σταδιοποίηση.
- 4) Επικοινωνία με τον ασθενή και το στενό του περιβάλλον.
- 5) Συνεργασία με τον ασθενή και το στενό του περιβάλλον.
- 6) Καθορισμός νόσου αν ανήκει σε ιάσιμη ή μη μορφή καρκίνου.
- 7) Υποστηρικτική αγωγή.
- 8) Διατήρηση αρχείου.
- 9) Επίγνωση της επιτυχίας των θεραπειών (ενημέρωση γιατρών άλλων ειδικοτήτων για την πρόοδο και αλλαγή τρόπων αντιμετώπισης)
- 10) Επιλογή και καθορισμός θεραπείας. Επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση.
- 11) Ποιότητα ζωής.
- 12) Κόστος διάγνωσης και θεραπείας.

Ψυχοκοινωνικές απόψεις αντιμετώπισης - συνεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο

Μέχρι τα τέλη του 1960 ο ρόλος της Κοινωνικής και Ψυχολογικής βοήθειας προ τον άνθρωπο που είχε καρκίνο ήταν κυρίως υποστηρικτικός.

Με την σταδιακή αναγνώριση της σχέσης ανάμεσα στην συναισθηματική διάθεση και την ανοσοποιητική δραστηριότητα, παρατηρούμε ότι τα προγράμματα αυτά αλλάζουν μορφή και στόχους.

Η κυριότερη διαφορά που υπάρχει στα σύγχρονα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έγκειται στην αυξημένη έμφαση της ενεργητικής συμμετοχής του ασθενή στην θεραπεία του.

Δύο από τους εκπροσώπους αυτής της νέας νοοτροπίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ο ογκολόγος Carl Simonton και η ψυχολόγος Stephanie Mattheus - Simonton.

Η επίδραση της διάγνωσης στον ασθενή

Η στάση του ασθενή απέναντι στον καρκίνο είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων:

- 1) Της προσωπικότητας του ασθενή.
- 2) Του τρόπου που αντιλαμβάνεται την διάγνωση.
- 3) Της αντιμετώπισής του από το θεραπευτικό και το οικογενειακό του περιβάλλον.
- 4) Της συγκεκριμένης μορφής ασθένειας και της εξέλιξής της.

Οι πιο συνηθισμένες αναφερόμενες αρχικά αντιδράσεις του ασθενή που πληροφορείται ότι έχει καρκίνο είναι:

Αγχος, άρνηση ή απώθηση της ύπαρξης της ασθένειας, απόγνωση, αρνητική αυτοθεώρηση, επιθετικότητα, εσωστρέφεια, παλινδρό-

μηση, σεξουαλική αποθάρρυνση και φόβος θανάτου.

Σε πολύ μικρότερη συχνότητα μπορούν να εμφανιστούν αντιδράσεις που ανήκαν στον χώρο της ψυχοπαθολογίας καθώς και απόπειρες αυτοκτονίας.

Η πληροφόρηση του ασθενή

Το βασικό σημείο σχετικά με την πληροφόρηση δεν είναι τόσο το αν πρέπει ή δεν πρέπει να πληροφορείται ο ασθενής ότι έχει καρκίνο, όσο η διαδικασία με την οποία καταλήγουμε σ' αυτήν την απόφαση.

Μια πρόταση

Η απόφαση αν θα πληροφορήσουμε τον ασθενή ή όχι χρειάζεται να είναι αποτέλεσμα ενός συμβουλίου, στο οποίο συμμετέχουν η οικογένεια, ο θεράπων γιατρός και ένας ψυχίατρος.

Μέσα στις ομάδες υποστήριξης οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν και να εκτονώσουν τα συναισθήματά τους, τις δυσαρέσκειές τους και να μάθουν νέους και αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.

Στόχοι της αποκατάστασης

- 1) Να πάψει το άτομο να βλέπει τον εαυτό του σαν "καρκινοπαθή" και να δει τον καρκίνο σαν ένα πρόβλημα και όχι σαν το κυριότερο χαρακτηριστικό του σαν άνθρωπος.
- 2) Να ενθαρρύνει τον ασθενή να βάλει νέους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους που να δίνουν νόημα στη ζωή του, και να του προσφέρουν κίνητρα και αισιοδοξία.

Στόχος του συντονιστή της ομάδας

Να φροντίσει ώστε οι στόχοι αυτοί να είναι όσο το δυνατό πιο συγκεκριμένοι και ρεαλιστικοί, ώστε να προστατευθεί ο ασθενής από την απογοήτευση που μπορεί να προέλθει από ανέφικτες προσδοκίες.

Παράλληλα, χρειάζεται να διδάσκονται οι ασθενείς αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του stress όπως : οι τεχνικές χαλάρωσης.

Επίσης σημαντικό είναι να υπάρχει μια πρόβλεψη για ενημέρωση και καθοδήγηση.

Οι γενικές κατευθύνσεις είναι τέτοιες ώστε οι συγγενείς να βοηθούν και να υποστηρίζουν τον ασθενή, χωρίς όμως να παίζουν τον ρόλο του "σωτήρα" και να τον οδηγούν στην περιττή εξάρτηση από το περιβάλλον.

Παράλληλα, μια και τα ίδια τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται κάτω από stress μια δεύτερη πτυχή της συνεργασίας με την οικογένεια του ασθενή είναι να προσφερθεί μια ψυχολογική υποστήριξη στα μέλη.

Έτσι λοιπόν υπάρχουν ομάδες υποστήριξης συζύγων ή παιδιών.

**Αναφορά σε δύο πραγματικές περιπτώσεις Ca στομάχου με
νοσηλευτική διεργασία**

Η αναφορά στις δύο πραγματικές περιπτώσεις Ca στομάχου με νοσηλευτική διεργασία παρουσιάζεται στους πίνακες που ακολουθούν.

Η πρώτη αφορά μια γυναίκα 73 ετών η οποία εισήλθε στο νοσοκομείο στις 1-5-92 και εξήλθε στις 14-5-92.

Η δεύτερη αφορά έναν άνδρα 78 ετών ο οποίος εισήλθε στο νοσοκομείο στις 9-9-92 και εξήλθε στις 17-9-92.

Και στους δύο πραγματοποιήθηκε χειρουργική επέμβαση (μερική γαστρεκτομή).

1η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

<u>Προβλήματα αρρώστου</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εκτίμηση Αποτ/τος</u>
- Πόνος.	Ανακούφιση ασθενούς.	Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου.	Χορηγήθηκε 1amp Zideron (παυσίπονο).	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο
- Υψηλή πίεση. (190 mm HG).	Ρύθμιση της πίεσης του ασθενή σε φυσιολογικά	Χορήγηση αντιπερτασικού φαρμάκου.	Χορηγήθηκε 1 tabl. adalat 10 mg.	Η πίεση του ασθενή ρυθμίστηκε σε φυσιολογικά επίπεδα (150 mm HG).
- Εμετοί.	Ανακούφιση του ασθενή από τους εμετούς.	Παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή.	Εδόθη στον ασθενή Sirprigeron (E.P.) μισή ώρα πριν από γεύμα του. (Τα γεύματα ήταν μικρά σε ποσότητα.	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμετούς.
- Παρατήρηση προεγχειρητικού εκνευρισμού.	Καθυσυχασμός του ασθενή από την νοσηλεύτρια.	Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή.	Συζήτηση με τον ασθενή για την εγχείρηση στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. (εξηγήσαμε στον ασθενή την κατάστασή του και απαντήσαμε στις απορίες).	Ο ασθενής ηρέμησε και προετοιμάστηκε ψυχολογικά για την επέμβαση.
- Προεγχειρητική φροντίδα του ασθενή.	Σχεδιασμός των απαραίτητων προεγχειρητικών φροντίδων.	Προετοιμασία της προεγχειρητικής φροντίδας του ασθενή.	Στον ασθενή δεν δόθηκε πρωινό. Ο ασθενής είναι νήστης. Εγινε υποκλεισμός για τη σωστή κένωση του εντερικού σωλήνα. Εγινε έλεγχος στις εξετάσεις του ασθενή (αιματο-	Με τη σωστή προετοιμασία του ασθενή αποφύγαμε προβλήματα στο χειρουργείο (όπως κένωση του εντερικού σωλήνα στο χειρουργικό τραπέζι,

			<p>λογικές και ακτινογραφία.</p> <p>Κατάλληλη ένδυση του ασθενή. Στον ασθενή έγινε προνάρκωση (1/2 amp πεθιδίνη + 1/2 amp atropinelu) εντολή αναισθησιολόγου. Λήψη ζωτικών σημείων πριν ο ασθενής αναχωρήσει για το χειρουργείο.</p>	
-Επιστροφή του ασθενούς από το χειρουργείο.	Εκτίμηση της κατάστασης του χειρουργημένου ασθενή.	Προγραμματισμός ενεργειών για τη παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή.	<p>Λήψη ζωτικών σημείων. Έλεγχος του τραύματος (το οποίο ήταν καθαρό) και της παροχέτευσης αυτού. Έλεγχος του LEVIN του καθετήρα κύστεως και των ορρών. Ο ασθενής άρχισε μέτρηση ούρων και υγρών του LEVIN σε κάθε βάρδια.</p>	Αποφυγή προβλημάτων του ασθενή που μόλις γύρισε από το χειρουργείο.
-Χορήγηση αίματος στον ασθενή. (Μια μονάδα ολικό αίματος).	Αποφυγή προβλημάτων στον ασθενή από την χορήγηση αίματος.	Προγραμματισμός ενεργειών για τη σωστή χορήγηση αίματος.	<p>Έλεγχος του ασκού του αίματος, που θα πάρει ο ασθενής. Συνεχής παρακολούθηση του ασθενή καθ' όλη την διάρκεια που παίρνει το αίμα.</p>	Εδώθη το αίμα χωρίς να υπάρξει κανένα πρόβλημα.
- Απώλεια υγρών.	Διόρθωση του ισοζυγίου των υγρών.	<u>1η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Χορήγηση υγρών I.V. Ενυδάτωση	<p>Αυξήθηκαν οι ορροί του ασθενή.</p>	Επιτυχής ενυδάτωση του

1
55

		του ασθενή.		ασθενή.
-Εκδήλωση βήχα.	Αποφυγή πρόκλησης αιμορραγίας και εκσπλάχνωση.	Παρακολούθηση του τραύματος.	Συνεχής επισκέψεις στον θάλαμο του ασθενή.	Πρόληψη αιμορραγίας και εκσπλάχνωσης με τη σωστή παρακολούθηση του τραύματος.
-Λίσθημα αφόρητου πόνου.	Απαλλαγή από το σύμπτωμα.	Χορήγηση παυσίπικου φαρμάκου.	Χορηγήθηκε 1amp Zideron I.M. (Εντολή γιατρού).	Θετική επίδραση του φαρμάκου, Ανακούφιση του ασθενούς.
-Εκδήλωση δυσφορίας.	Διατήρηση του ασθενούς στην καλύτερη δυνατή κατάσταση.	<u>2η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.	Λήψη ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Χορήγηση O ₂ .	Ο ασθενής ένιωσε καλύτερα.
-Παροχετεύσεις του ασθενούς.	Ελεγχος της ποσότητας των αποβαλλόμενων υγρών.	Παρακολούθηση και μέτρηση των υγρών του ασθενή από τις παροχετεύσεις αυτού.	Εγινε μέτρηση των υγρών του Levin, των υγρών από την παροχέτευση του τραύματος και των σύρων.	Ο ασθενής δεν παρουσίασε πρόβλημα με τα αποβαλλόμενα υγρά.
-Τραύμα του ασθενούς.	Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος.	Αλλαγή τραύματος.	Εγινε αλλαγή τραύματος και περιποίηση αυτού. Εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας.	Αποφυγή προβλημάτων από το τραύμα.
-Χαμηλός αιματοκρίτης. (H+25%).	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα.	<u>3η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Χορήγηση αίματος.	Λήψη μιας μονάδας αίματος (έλεγχος του ασκού και παρακολούθηση του ασθενή.	Λύσηση του όγκου αίματος του ασθενή.

<u>Προβλήματα αρρώστου</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εκτίμηση Αποτ/τος</u>
-Πρόληψη μόλυνσεως από την παροχέτευση.	Αποφυγή μόλυνσεως.	Αλλαγή παροχέτευσης.	Αφαίρεση της παλιάς παροχέτευσης και τοποθέτησης καινούργιας.	Αποφυγή προβλημάτων από μολυσμένη παροχέτευση.
-Ερεθισμός της επιδερμίδας γύρω από το τραύμα.	Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος.	<u>4η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Αλλαγή και παρακολούθηση τραύματος.	Πραγματοποιήθηκε αλλαγή τραύματος και έλεγχος αυτού.	Αποφυγή μόλυνσης από το τραύμα.
-Ένταση ψυχολογική (διέγερση του ασθενή).	Να γίνει ο άρρωστος όσο το δυνατό πιο ήρεμος.	Απαλλαγή του ασθενή από δυσάρεστες σκέψεις.	Απασχόληση του ασθενή κατά την διάρκεια της ημέρας.	Απόσπαση του αρρώστου από δυσάρεστες σκέψεις λόγω απασχόλησης αυτού με άλλα αντικείμενα.
-Εκδήλωση πόνου.	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.	Χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου.	Λήψη από τον ασθενή 1 tabl. Lonalgal (E.F.).	Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.
-Δυσφορία λόγω διάτασης του εντέρου.	Αποκατάσταση του περισταλτικού του εντέρου.	<u>5η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Πραγματοποίηση χαμηλού υποκλεισμού.	Διεξαγωγή χαμηλού αποκλεισμού στον ασθενή.	Αποβολή του αέρα και των εκκρίσεων που συγκεντρώνονται στο έντερο και κατά συνέπεια ανακούφιση του ασθενή.
-Παροχετεύσεις του ασθενή.	Αφαίρεση παροχετεύσεων.	Πραγματοποίηση ενεργειών για την αφαίρεση των παροχετεύσεων του ασθενή.	Αφαιρείται το Levin, ο καθετήρας κύστεως και η παροχέτευση του τραύματος.	Ανακούφιση του ασθενή.

<u>Προβλήματα αρρώστου</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εκτίμηση Αποστ/τος</u>
- Λίσθημα εξάντλησης.	Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.	<u>6η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Σίτιση από το στόμα.	Δίαιτα ελαφρά (ζελέ-κρέμα).	Δεν εννοείται η ανάπτυξη του συνδρόμου DUMPING.
- Αποκατάσταση του ασθενούς μέχρι την ημέρα εξόδου.	Διατήρηση του ασθενή στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.	<u>7η - 14η Ημέρα</u> Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.	Ετοιμασία του αρρώστου να επιστρέψει στο σπίτι του (μετεγχειρητικές οδηγίες) (14η Μετεγχειρητική ημέρα εξιτήριο).	Εξοδος του ασθενή μετά από επιτυχή μετεγχειρητική αποκατάστασή του.

2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

<u>Προβλήματα αρρώστου</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εκτίμηση Αποτ/τος</u>
- Ανορεξία.	Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή.	Παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή.	Χορηγήθηκαν στον ασθενή μικρά και συχνά γεύματα. (Φροντίσαμε ο δίσκος να είναι περιποιημένος και ο ασθενής να μπορεί να διαλέξει όσο το δυνατόν γίνεται τα γεύματά του).	Η κατάσταση του ασθενή βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα.
- Εξετάσεις του ασθενή.	Λήψη εξετάσεων για να μπορέσει να πραγματοποιηθεί η επέμβαση.	Λήψη αίματος (ο ασθενής είναι νήστις). Προετοιμασία για λήψη α/α στομάχου.	Ελήφθη η γενική αίματος. Ελήφθη η προγραμματισμένη α/α στομάχου.	Διαπιστώθηκε η έκταση του προβλήματος μετά την α/α στομάχου. Εγινε αιματολογικός έλεγχος.
- Αυξημένοι καρδιακοί παλμοί.	Προσπάθεια συντήρησης του ασθενή σε ικανοποιητικά επίπεδα.	Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από καρδιολόγο.	Εγινε επίσκεψη από το καρδιολόγο. Λήψη καρδιογραφήματος.	Έλεγχος του καρδιακού συστήματος.
- Άγχος και αγωνία.	Αποκατάσταση της ψυχολογικής ηρεμίας του ασθενή.	Χορήγηση αγχολυτικού φαρμάκου.	Λήψη 1 amp. stedon από τον ασθενή.	Θετική δράση του φαρμάκου. Ηρεμία του ασθενή.
- Προετοιμασία του ασθενή για το χειρουργείο.	Προετοιμασία του ασθενή για την χειρουργική επέμβαση.	Σωστός προγραμματισμός όλων των απαραίτητων προεγχειρητικών φροντίδων ώστε να μην υπάρξει πρόβλημα κατά την διεξαγωγή της επέμβασης.	Ο ασθενής δεν έλαβε πρῶτο νό. Εγινε αφαίρεση του τριχωτού στην περιοχή που θα γίνει η εγχείρηση και σε μεγάλη έκταση γύρω απ' αυτό. Εγινε καθαρτικός υ-κλεισμός (για την σωστή	Ο ασθενής είναι έτοιμος για την πραγματοποίηση της χειρουργικής επεμβάσεως.

			κένωση του εντερικού σω- λήνα. Εγινε έλεγχος των εξετάσεων του ασθενή (αι- ματολογικές και ακτινογρα- φία). Λήψη ζωτικών σημείων λίγο πριν ο ασθενής ανα- χωρήσει για το χειρουργείο.	
- Επιστροφή του ασ- θενή από το χει- ρουργείο.	Να εκτιμήσουμε και να ελέγξουμε την κατάστα- ση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής που μόλις γύ- ρισε από το χειρουργείο.	Προγραμματισμός ενεργειών για τον σωστό έλεγχο της κατάστα- σης του ασθενή που μόλις γύρισε από το χειρουργείο.	Εγινε λήψη ζωτικών σημείων έγινε έλεγχος στο Levin στον καθετήρα κύστεως. Το τραύμα ήταν καθαρό και έ- φερε δύο παροχετεύσεις οι οποίες ήταν συνδεδεμέ- νες με Redepar. Εφερε δύο ορρούς ένα Normal 0,9% και ένα Riger's. Επίσης έφερε καθετήρα αρτηρίας.	Σωστός έλεγχος του χειρουργημένου ασθενή που επι- στρέφει από το χειρουργείο.
- Αίσθημα μεγάλης αγωνίας.	Ανακούφιση του ασθενή από τα δυσάρεστα αισθή- ματα.	Χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου.	Εδώθη στον ασθενή lamp. Zideron I.V. (E.Γ.).	Επιτυχής δράση του φαρμάκου του ασθενή.
- Απώλεια υγρών μετεχειρητικά.	Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.	Χορήγηση συστατικού αίματος. (πλάσματος).	Στον ασθενή χορηγήθηκε 1 φιάλη πλάσματος. Εγινε έλεγχος στην φιάλη. Πα- ρακολούθηση του ασθενή καθ' όλη την διάρκεια που χορηγήθηκε η φιάλη.	Αύξηση του όγκου αίματος μετά την χορήγηση πλάσμα- τος.

<u>Προβλήματα αρρώστου</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών</u>	<u>Εκτίμηση Αποτ/τος</u>
- Δυσκολία στην αναπνοή.	Πρόληψη πνευμονικής εμβολής.	<u>1η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Χορήγηση O ₂ .	Λήψη O ₂ με μάσκα.	Αποκατάσταση της αναπνοής.
- Αίσθημα δυσφορίας.	Απομάκρυνση άχρηστων ουσιών (μετεγχειρητικά).	Μέτρηση υγρών.	Εγινε μέτρηση των υγρών από το Levin, την παροχέτευση του τραύματος και του καθετήρα κύστεως.	Απομάκρυνση από μετεγχειρητικές δυσχέρειες.
- Αίσθημα πίεσης και πλήρωσης στην περιοχή του στομάχου.	Κένωση του στομάχου από άχρηστες ουσίες.	Αναρρόφηση υγρών από το ρινογαστρικό καθετήρα.	Αναρρόφηση των υγρών από το Levin που είναι προσαρμοσμένο σε ειδικό αναρροφητικό μηχάνημα.	Εξάλειψη των δυσάρεστων συναισθημάτων μετά την κένωση του στομάχου από τις άχρηστες ουσίες.
- Αφυδάτωση.	Διόρθωση των ανισοζυγιών.	<u>2η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Ενυδάτωση του αρρώστου.	Χορηγήθηκε στον ασθενή ορρός Normal 0,9%CC.	Αποφυγή καταπληξίας.
- Ψεθισμός της επιδερμίδας γύρω από το τραύμα.	Αποφυγή μόλυνσεως.	Αλλαγή παροχέτευσης.	Αφαιρέθηκε η παλιά παροχέτευση και τοποθέτηκε καινούργια. Εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας. Μετρήθηκαν οι εκκρίσεις από την παλιά παροχέτευση.	Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος από ακάθαρτη παροχέτευση.
- Αποφυγή μόλυνσεως από το τραύμα.	Πρόληψη μόλυνσεως από το τραύμα.	<u>3η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Αλλαγή τραύματος.	Εγινε αλλαγή και περιποίηση του τραύματος του ασθενή.	Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος μετά από απομάκρυνση των

Προβλήματα αρρώστου	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ. Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ. Ενεργειών	Εκτίμηση Αποι/τος
- Αίσθημα φοβερού πόνου.	Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο.	Χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου.	Έγινε στον ασθενή 1 amp Zidaron I.V. (E.F.).	ακάθαρτων εκκρίσεων. Επιτυχής δράση του φαρμάκου. Ανακούφιση του αρρώστου.
- Δυσφορία λόγω διάτασης του εντέρου.	Αποκατάσταση του περισταλτικού του εντέρου.	<u>4η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Πραγματοποίηση υποκλεισμού στον ασθενή.	Πραγματοποιήθηκε στον ασθενή χαμηλός υποκλεισμός.	Αποβολή του αέρα και των εκκρίσεων που συγκεντρώνονται στο έντερο. Ανακούφιση του ασθενή.
- Διαπίστωση ερεθισμού στα σημεία εξόδου των καθετήρων Levin και κύστεως.	Αποβολή ούρων και υγρών Levin με σκοπό την ανακούφιση του ασθενή.	Αφαίρεση καθετήρα ουροδόχου κύστεως. Αφαίρεση του Levin.	Αφαιρέθηκε ο καθετήρας ουροδόχου κύστεως. Αφαιρέθηκε το Levin.	Πρόληψη διάτασης της κύστης. Πλήρης καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας από βλαβερές εκκρίσεις.
- Αίσθημα εξάντλησης.	Διατήρηση του ασθενή στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.	<u>5η Μετεγχειρητική ημέρα</u> Παρακολούθηση του ασθενή. Σίτιση από το στόμα.	Δίαιτα ελαφρά (κρέμα-τοάι-νερό-σουπα).	Δεν ευνοείται η ανάπτυξη του συνδρόμου DUMPING.
- Αποκατάσταση του ασθενή.	Διατήρηση του ασθενή στα καλύτερα δυνατά επίπεδα μέχρι την ημέρα της εξόδου του από το νοσοκομείο.	Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.	Μέτρηση ζωτικών σημείων. Ετοιμασία του αρρώστου να επιστρέψει στο σπίτι του (μετεγχειρητικές οδηγίες) (10η ημέρα ειτήριο).	Μετά από προσεγμένη μετεγχειρητική φροντίδα ο άρρωστος επιστρέφει στο σπίτι του.

Πρόληψη

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

Η πρόληψη συνίσταται στον περιορισμό των παραγόντων οι οποίοι προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Στη διεξαγωγή επιδημιολογικών μελετών, μερικοί από τους παράγοντες του εξωτερικού περιβάλλοντος έχουν χαρακτηριστεί ως καρκινογόνοι.

Καρκινογόνοι παράγοντες έχουν ανευρεθεί και επείγει η ανάπτυξη μεθόδων για τον περιορισμό αυτών ή την προστασία του ατόμου από τις επιδράσεις τους. Η μείωση των παραγόντων αυτών απαιτεί τη μόρφωση του κοινού, την παρακολούθηση και υποχρεωτική τήρηση των κανονισμών προς επιτυχία ευμενών συνθηκών.

Στην πρόληψη του καρκίνου του στομάχου γίνεται αναγνώριση του καρκίνου, δίνεται η ακριβής διάγνωση και η κατάλληλη κατεύθυνση του ασθενή.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τή στην πρόληψη του καρκίνου του στομάχου συνιστάται:

- 1) Στην ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού προς βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος.
- 2) Στην εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.
- 3) Στην παρατήρηση και τη λήψη μέτρων επί προκαρκινικών αλλοιώσεων και εκδηλώσεων στον εαυτό της και το περιβάλλον.
- 4) Στην ενεργό συμμετοχή κατά τη διεξαγωγή ερευνών αναφορικά με τον καρκίνο.
- 5) Στη διαφώτιση του κοινού.

Επίλογος

Η ανεξήγητη αλλά σταθερά συνεχιζόμενη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου στις Η.Π.Α. είναι ενθαρρυντική και ελπιδοφόρα για τον υπόλοιπο κόσμο, ενώ η πιθανή αιτιολογική συσχέτιση της νόσου με διάφορους διαιτητικούς παράγοντες επιβάλλει την απομάκρυνσή τους από τη διατροφή του σύγχρονου ανθρώπου.

Επειδή τα τελευταία 20 χρόνια παρά τις προόδους της χειρουργικής δεν υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των αποτελεσμάτων ή σύγχρονη έρευνα έχει στραφεί προς τη χημειοθεραπεία, η οποία δίνεται σε πολλά ερευνητικά προγράμματα προφυλακτικά αμέσως μετά τη γαστρεκτομή.

Στη Β χειρουργική κλινική του "Ευαγγελισμού" μελετάται η αξία της αντιστροφής από την σημερινή τακτική.

Ελπίζουμε έτσι ότι θα επηρεάσουμε πίο αποτελεσματικά τη μικρομεταστατική νόσο που τόσο συχνά υπάρχει (αν και δεν ανακαλύπτεται τη στιγμή της γαστρεκτομής).

Βιβλιογραφία

- 1) Ανδρουλάκης Α. Γεώργιος - Παπαδημητρίου Δ. Ιωάννης "Αρχές Γενικής Χειρουργικής" Τόμος Β, Εκδόσεις "Παρισιάνος" Αθήνα 1989.
- 2) Anderoli E. Thomas MD - Carpenter C.J. Charles MD "CECIL ESSENTIALS OF MEDICINE", Μετάφραση - Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εκδόσεις "Αίτσας", Αθήνα 1987.
- 3) Αποστολάκη Γ.: "Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου" Τόμος Β, Τεύχος Α, Εκδόσεις "Παπαζήση Β.Α.", Αθήνα 1971.
- 4) Βασώνη Δ. "Επιτομή χειρουργικής και Ορθοπαιδικής", Εκδοση 5η, Εκδόσεις "Τριβεριώτης Γ.Ε.Π.Ε.", Αθήνα 1986.
- 5) Harrison T.R. "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Β, Εκδοση 8η, Εκδόσεις "Παρισιάνος Γ.Κ.", Αθήνα 1981.
- 6) Κάλζαρη Ε. "Παθολογία Νεοπλασμάτων" Εκδόσεις "Λεοντιάδη", Αθήνα 1975.
- 7) Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ. "Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική", Τόμος Β, Μέρος 2ο, Εκδοση 9η, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων, "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- 8) Μουγιός Α. "Χειρουργικές Παθήσεις πεπτικού συστήματος", Εκδοση 2η, Εκδόσεις "Παρισιάνος", Αθήνα 1972.
- 9) Σαχίνη Καρδάση Αννα-Πάνου Μαρία "Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική", Τόμος Β', Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" Medical Arts,
- 10) Τριχόπουλος Α. "Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας", Εκδόσεις "Δ.Σ. Ε.Ο.Π.Ε.", Αθήνα 1988.

