

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα: "Καρκίνος στομάχου-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με καρκίνο στομάχου"

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σπουδάστριάς Τσακανίκας Αγγελικής

Υπεύθυνος Καθηγητής

Dr Μαρία Παπαδημητρίου

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής Εργασίας

1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 20-11-1992



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	832
----------------------	-----



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
Αφιέρωση	IV
Ευχαριστίες	V
Πρόλογος	VI
 ΜΕΡΟΣ Α	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ I</b>	
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ</b>	
A. Εμβρυολογία	1
B. Περιγραφική ανατομική	1-4
Γ. Ιστολογία	4-5
<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</b>	
A. Γαστρική έκκριση	6-8
B. Γαστρική κινητικότητα	8-9
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ II</b>	
Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο στομάχου	9
Επιδημιολογία	9-12
Αιτιολογία	11
Παθολογική ανατομική	12
Σταδιοποίηση	15-16
Αρχόμενος καρκίνος του στομάχου (early cancer)	16
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ III</b>	
Συμπτωματολογία-Εξέταση του αρρώστου	17-18
Διάγνωση-Διαφορική διάγνωση	18-19
Διαγνωστικές εξετάσεις-Εργαστηριακά ευρήματα	19-20

## II

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Θεραπεία	20-23
Επιπλοκές της γαστρικής χειρουργικής	23-26
Ακτινοθεραπεία-Χημειοθεραπεία	26
Πρόγνωση	26-27
Άλλοι κακοήθεις όγκοι του στομάχου	27

### ΜΕΡΟΣ Β

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	28
Α.Γενική προεγχειρητική ετοιμασία	29-31
Β.Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	31
Γ.Τελική προεγχειρητική ετοιμασία	31
Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή στις διαγνωστικές εξετάσεις	
Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς	35
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές	36

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Ειδική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με (α στομάχου) (Προεγχειρητική-Μετεγχειρητική φροντίδα)	37-40
Τεχνητή Διατροφή	40
Επιπλοκές τεχνητής διατροφής και πρόληψη αυτών	41-42

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Χημειοθεραπεία	43
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	43-44

### III

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή με καρκίνο	46-46
Συμπεριφορά της νοσηλεύτριας, τη απέναντι στον καρκινοπαθή	46
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, τη στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή	46-47

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Ca στομάχου εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.	48-67
Συμπεράσματα-Προτάσεις	68
Επίλογος	69
Βιβλιογραφία	70-71

## IV

### Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία όχι μόνο για την βοήθειά της στο να γίνει πιο άρτια η πτυχιακή μου εργασία αλλά και για όλα όσα με δίδαξε τα χρόνια των σπουδών μου, τα οποία αναμφισβήτητα θα μου προσφέρουν μεγάλη βοήθεια στην άσκηση του επαγγέλματός μου αργότερα.

Επίσης ευχαριστώ τον κύριο Γρηγορίου και τον κύριο Σβάλη για τα βιβλία που μου έδωσαν, τα οποία με βοήθησαν στο να ολοκληρώσω την εργασία μου.

✓

Αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία στους αγαπημένους μου γονείς σαν ένα μικρό

δείγμα του σεβασμού και της αγάπης μου

## VI

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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.

Η πτυχιακή μου εργασία αναφέρεται στον καρκίνο του στομάχου. Η πρώιμη διάγνωση και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπισή του είναι οι μόνες γνωστές προσπάθειες που μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς.

Εκτός από διάφορες πληροφορίες για τη φύση του καρκίνου του στομάχου και κυρίως για την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση και τη θεραπεία του η πτυχιακή μου εργασία αναφέρεται και στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου.

Τα σημεία ανάπτυξης είναι παρμένα από βιβλία Ιατρικής και Νοσηλευτικής.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να δώσω μία γενική εικόνα του καρκίνου του στομάχου και αναλύοντας τα ιδιαίτερα προβλήματα των ασθενών με τη μορφή καρκίνου να συμβάλλω στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασής τους ώστε να επιτευχθεί καλύτερη νοσηλευτική προσέγγιση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α Ν Α Τ Ο Μ Ι Κ Η

Α. Εμβρυολογία

Ο στόμαχος παρουσιάζεται σαν μια ατρακτοειδής διεύρυνση του πρόσθιου εντέρου. Η θέση και το σχήμα του τελικά διαμορφώνονται από τον τρόπο αύξησής του σε μέγεθος και τη στροφή του. Έτσι αφού το ραχιαίο μεσεντερικό χείλος αυξάνει περισσότερο από το κοιλιακό ο στόμαχος στρέφεται πάνω στον επιμήκη άξονά του κατά 90° δεξιά. Τη στροφή παρακολουθούν και τα στέλέχη των πνευμονογαστρικών με τους κλάδους τους.

Β. Περιγραφή ανατομική

Ο στόμαχος είναι το πιο διατεταμένο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του δωδεκαδακτύλου. Με τον οισοφάγο ενώνεται στη γαστροοισοφαγική συμβολή (καρδιακό στόμιο) μια περιοχή υψηλών πιέσεων χωρίς χαρακτήρες ανατομικού σφιγκτήρα, αλλά με σαφή σφιγκτηριακή λειτουργία και η οποία αντιστοιχεί στο ύψος του 11ου θωρακικού σπονδύλου, πίσω από τον 7ο πλευρικό χόνδρο και αριστερά της μέσης γραμμής. Το όριό του προς το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί ο σαφώς καθορισμένος ανατομικά πύλωρος σφιγκτήρας που αντιστοιχεί στο ύψος του 1ου οσφυϊκού σπονδύλου δεξιά της μέσης γραμμής.

Στο στόμαχο διακρίνουμε : α) το θάλο, β) το σώμα, γ) το πύλωρο άντρο. Έχει δύο επιφάνειες πρόσθια και οπίσθια και δύο τόξα: α) το ελάσσον τόξο και β) το μείζον τόξο, 3-4 φορές μεγαλύτερο του ελάσσονος, που χωρίζεται από τον οισοφάγο με την καρδιακή εντομή. Τα τόξα του στομάχου είναι σημαντικά από χειρουργικής πλευράς αφού έχουν σχέση με την κυκλοφορία του αίματος και της

λέμφου.

Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου αναστομώνονται η αριστερή γαστρική αρτηρία (κατιόν κλάδος) από τον τρίποδα του Haller και η δεξιά γαστρική η οποία εκφύεται από την κοινή ηπατική αρτηρία. Κατά μήκος του μείζονος τόξου αναστομώνονται η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, κλάδος της σπληνικής και η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή, κλάδος της γαστροδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Το ανώτερο τμήμα του μείζονος τόξου και ο θόλος αιματώνονται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες οι οποίες είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλέγμα στον υποβλεννογόνιο απ' όπου και ξεκινούν τριχοειδή για το βλεννογόνο. Εξάιρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου που παίρνει αίμα με κατευθείαν κλάδους από την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και γι αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται καμιά φορά μετεγχειρητικά προβλήματα ισχαιμίας.

Οι φλέβες του στομάχου φέρονται παράλληλα με τα αρτηριακά τόξα, τα οποία και συνοδεύουν και το αίμα απάγεται κυρίως δια του πυλαίου συστήματος. Από την αριστερή στεφανιαία όμως δημιουργείται μια αξιόλογη επικοινωνία του πυλαίου συστήματος. Από την αριστερή στεφανιαία όμως δημιουργείται μια αξιόλογη επικοινωνία του πυλαίου φλεβικού συστήματος με το σύστημα της άνω κοιλίας. Έτσι αίμα από το στόμαχο μπορεί να διαφύγει δια των κάτω οισοφαγικών φλεβών στο σύστημα της αζύγου.

Η λέμφος κυκλοφορεί αρχικά στο στομάχο σε δύο μεγάλα πλέγματα: α) το εν τω βάθει, στον υποβλεννογόνιο και β) το επιπολής, κάτω από τον ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριους λεμφαδένες. Έτσι ο στομάχος χωρίζεται σε 4 ζώνες λεμφικής αποχέτευσης:

Ζώνη 1: Η λέμφος της περιοχής που αιματώνεται από τη δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία καταλήγει στους υποπυλωρικούς αδένες μέσα στο

γαστροκολικό σύνδεσμο. Από εκεί με αδένες κατά μήκος της ηπατικής αρτηρίας η λέμφος καταλήγει στους προσαρτικούς (κοιλιακούς-coeliac) αδένες.

Ζώνη 2: Η λέμφος από την περιοχή της αριστερής γαστροεπιπλοϊκής αλλά και των βραχείων γαστρικών αρτηριών (καρδίας και θάλου του στομάχου) καταλήγει στους παγκρεατοσπληνικούς αδένες που βρίσκονται μέσα στο γαστροκολικό σύνδεσμο και στις πύλες του σπλινός. Από εκεί φέρεται κατά μήκος της σπληνικής αρτηρίας και καταλήγει στους προσαρτικούς αδένες.

Ζώνη 3: Η λέμφος από την περιοχή της αριστερής γαστρικής αρτηρίας καταλήγει στους προσαρτικούς αδένες. Από την καρδιακή μοίρα του στομάχου λέμφος μπορεί να πάει και σε περιοισοφαγικούς αδένες.

Ζώνη 4: Η λέμφος της περιοχής της δεξιάς γαστρικής αρτηρίας καταλήγει στους άνω παγκρεατικούς αδένες μέσα στο έλασσον επίπλουν και από εκεί κατά μήκος της ηπατικής αρτηρίας φέρεται στους προσαρτικούς.

Τα λεμφαγγεία του στομάχου επικοινωνούν ευρύτατα μεταξύ τους ανεξάρτητα από την περιοχή που προέρχονται (πλούσια πλέγματα), ενώ οι προσαρτικοί αδένες αποτελούν το τελικό σημείο συγκέντρωσης της λέμφου και των τεσσάρων περιοχών αυτού. Από εκεί η λέμφος φέρεται στο θωρακικό πόρο.

Ο στόμαχος έχει συμπαθητική και παρασυμπαθητική...νεύρωση. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου απέκτησε μεγάλη σημασία από την εποχή που η παρασυμπαθητική απονεύρωσή του έγινε μέθοδος εκλογής για τη θεραπεία του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Τα στελέχη των πνευμονογαστρικών που σχηματίζονται από τη συνένωση των κλάδων των οισοφαγικών πλεγμάτων πορεύονται αντίστοιχα προς τον κατωτέρω οισοφάγο στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνειά του (πρόσθιο και οπίσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο) και στο ύψος της γαστροοισοφαγικής συμβολής χορηγούν εξωγαστρικούς κλάδους, ηπατικούς το πρόσθιο και κοιλιακούς το οπίσθιο και ακολούθως διανέμονται στο στόμαχο. Οι μεγαλύτεροι γαστρικοί κλάδοι των πνευμονογαστρικών παριστάνουν συνέχεια των στελεχών των νεύρων και φέρονται κατά

μήκος του ελάσσονος τόξου μέχρι του πυλωρικού άντρου (πρόσθιο και οπίσθιο νεύρο του Latarget) χορηγώντας κατά την πορεία τους πολλαπλούς γαστρικούς κλάδους.

Στον πυλώρο φθάνουν επίσης γαστρικές ίνες από τους ηπατικούς κλάδους του πρόσθιου πνευμονογαστρικού, ενώ προσωπικές μελέτες οδήγησαν στην υπόθεση ότι παρασυμπαθητικές ίνες από τα νεύρα του Latarget για το πυλωρικό άντρο, κατά πάσα πιθανότητα διατρέχουν την πυλωροδωδεκαδακτυλική περιοχή και φέρονται προς το πάγκρεας συμμετέχουσες πιθανώς στην παρασυμπαθητική νεύρωση της κεφαλής τουλάχιστον του οργάνου.

Οι διανεμόμενες στο στόμαχο γαστρικές ίνες των πνευμονογαστρικών (προγαγγλιακές ίνες) καταλήγουν με σύναψη στα γαγγλιακά κύτταρα του πλέγματος του Auerbach που βρίσκεται στο μυϊκό χιτώνα. Από το πλέγμα αυτό μεταγαγγλιακές ίνες διανέμονται στο υποβλεννογόνιο πλέγμα του Meissner.

Μεταγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες από το κοιλιακό πλέγμα φέρονται επίσης στο στόμαχο και είναι υπεύθυνες για την αίσθηση του πόνου που εντοπίζεται στα αντίστοιχα θωρακικά (θ 5-6 -θ 9-10) δερματόμια (επιγάστριο).

### Γ. Ιστολογία

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες:

Ο ορογόνος είναι το σπλαγχνικό περιτόναιο και καλύπτει ολόκληρο το στομάχο εκτός από μικρή περιοχή πίσω από το καρδιακό στόμιο και από τις περιοχές κατά μήκος των τόξων στα σημεία όπου το περιτόναιο ανακάμπτει για το σχηματισμό των επιπλόων.

Ο μυϊκός αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών: έξω επιμήκης, μέση κυκλωτερής και έσω λοξή. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλωτερούς μυϊκής στιβάδας που στο σημείο μετάβασης στο δωδεκαδάκτυλο χωρίζεται από τη μυϊκή στιβάδα αυτού με διάφραγμα συνδετικού ιστού.

Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό

ιστό με ελαστικές ίνες. Περιέχει αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυα από νευρικές ίνες.

Ο βλεννογόνος καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, είναι ραβδόχρους και γίνεται παχύτερος προς τον πύλωρό. Έχει πτυχές στο θάλο και στο σώμα, όχι όμως στο άντρο, μεταξύ των οποίων σχηματίζονται αυλακές. Οι μυϊκές του ίνες είναι υπεύθυνες για τις μεταβολές του σχήματος και της φοράς των πτυχών και αυλάκων που εξαφανίζονται τελείως όταν διαταθεί ο στομάχος.

Στο μικροσκόπιο παρουσιάζει διάστικτη όψη που οφείλεται στα γαστρικά βοηθία της επιφάνειάς του, όπου εκβάλλουν οι αδένες.

Οι αδένες διακρίνονται σε τρεις ομάδες: α) καρδιακοί, β) του θάλου ή κυρίως γαστρικοί, γ) πύλωρικοί.

Οι καρδιακοί αδένες βρίσκονται σε μικρή περιοχή γύρω από το καρδιακό στόμιο. Οι αδένες του θάλου ή κυρίως γαστρικοί βρίσκονται στο θάλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου.

Τέλος οι πύλωρικοί βρίσκονται στο πύλωρικό άντρο.

Μεταξύ σώματος και άντρου υπάρχει ζώνη που υπάρχουν και τα δύο είδη αδένων και που ονομάζεται ενδιάμεση ή μεταβατική.

Στους αδένες υπάρχουν 5 είδη κυττάρων. Στους καρδιακούς υπάρχουν μόνο κύτταρα που παράγουν βλέννα, στους αδένες του θάλου υπάρχουν 3 είδη κυττάρων, τα κυλινδρικά αυχενικά, τα θεμελία ή ζυμογόνα και τα τοιχωματικά ή οξυνογόνα κύτταρα, ενώ στους πύλωρικούς αδένες υπάρχουν κύτταρα που παράγουν βλέννα, διαφορετικά όμως από τα κύτταρα των καρδιακών αδένων, όπως επίσης και κύτταρα που παράγουν γαστρίνη (ειδικά ορμονικά κύτταρα).

#### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Από τη φυσιολογία του στομάχου τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια είναι η κινητικότητα και η έκκριση, κι αυτό γιατί η συμμετοχή του οργάνου στην πέψη είναι περιορισμένη.

Οι υδατάνθρακες υδrolύονται από την αμιλάση του σιέλου, δράση στην οποία όχι μόνο δεν συμμετέχει ο στόμαχος, αλλά αντίθετα την εμποδίζει χαμηλώνοντας το pH.

Η ισχυρή πρωτεολυτική δράση της γαστρικής πεψίνης αρχίζει με την υδrolυση των πρωτεϊνών σε πεπτόνες σε περιορισμένη μόνο κλίμακα. Διάσπαση λιπών σχεδόν δεν γίνεται στο στομάχο. Η λιπόση, αν υπάρχει, είναι μάλλον προϊόν δωδεκαδακτυλογαστρικής παλινδρόμησης. Σημαντικότερη λοιπόν προσφορά του στομάχου είναι η πρόσκαιρη αποθήκευση και σταδιακή-τμηματική προώθηση των τροφών στο λεπτό έντερο σε μια μάλιστα κατάσταση πρόσφορη για να διευκολύνεται η παραπέρα πέψη.

#### Α. Γαστρική έκκριση

Η γαστρική έκκριση σε νηστικό άτομο κυμαίνεται από 500ml έως 1500ml ημερησίως.

Μετά το γεύμα εκκρίνονται περίπου 1.500ml υγρών που περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ηλεκτρολύτες, πεψινογόνο και ορισμένες άλλες ουσίες.

Το 1950 ο Ivy διέκρινε τη γαστρική έκκριση σε:

Περίοδο Α: Βασική έκκριση (χωρίς ερεθίσματα)

Περίοδο Β: Έκκριση μετά από διέγερση

Φάση 1: Κεφαλική

Φάση 2: Γαστρική

Φάση 3: Εντερική

1) Κεφαλική φάση: Δρά μέσω του πνευμονογαστρικού το οποίο έχει άμεση δράση στα τοιχωματικά-οξείσοεκκριτικά κύτταρα, εκλύοντας ακετυλχολίνη, και έχει μια δευτερεύουσα δράση στα κύτταρα του πυλωρικού άντρου για την έκκριση γαστρίνης.

2) Γαστρική φάση: η άφιξη των τροφών στο στομάχι δρά με δύο τρόπους στην έκκριση γαστρίνης: Μηχανικώς, με τη διάταση του πυλωρικού άντρου και χημικώς,

διότι ορισμένες ουσίες, όπως τ' αμινοξέα και το αλκοόλ, ερεθίζουν το βλεννογόνο για έκκριση γαστρίνης.

Η παρουσία τροφών στο στομάχο εκλύει αντανακλαστικό του πνευμονογαστρικού με απαγωγές-προσαγωγές ίνες μέσω του Κ.Ν.Σ. για τον περαιτέρω ερεθισμό των οξεοεκκριτικών κυττάρων.

3) Εντερική φάση: Πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η παρουσία τροφών στο έντερο ερεθίζει το βλεννογόνο, ο οποίος εκκρίνει ουσίες, όπως γαστρίνη από το δωδεκαδάκτυλο, που αυξάνουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος από το στομάχο. Ο εντερικός βλεννογόνος είναι υπεύθυνος και για την παραγωγή ουσιών που αναστέλλουν τη γαστρική έκκριση: Η σεκρετίνη και η χολαυστοκίνη εξουδετερώνουν την ερεθιστική δράση της γαστρίνης πάνω στα οξεοεκκριτικά κύτταρα του στομάχου, ενώ η σεκρετίνη μειώνει και την παραγωγή γαστρίνης. Έχει επίσης επισημανθεί η ύπαρξη δύο άλλων ουσιών, μιας που εκκρίνεται με την παρουσία λίπους και μιας άλλης, της βοβλο-εντερογαστρώνης, που επίσης αναστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Βλέννα. Η βλέννα είναι μια βλενοπρωτεΐνη η οποία παράγεται από τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα που βρίσκονται στο βλεννογόνο αοκλήρου του στομάχου.

Πεψινογόνο. Έχουν βρεθεί επτά μορφές πεψινογόνου και κατατάσσονται σε δύο ομάδες: I (του θόλου) και II (άντρου και δωδεκαδακτύλου). Η ομάδα I (φ.Τ. 100 hg/ml) αντιστοιχεί με τη βασική έκκριση και τη μέγιστη εκκριτική ικανότητα του στομάχου και έτσι μπορεί να αποτελέσει δείκτη της γαστρικής εκκρίσεως. Το πεψινογόνο εκκρίνεται με χολινεργικά ερεθίσματα και ενεργοποιείται σε πεψίνη όταν το pH του γαστρικού υγρού είναι <5 και καταλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς.

Ηλεκτρολύτες. Η περιεκτικότητα σε  $K^+$  παραμένει σταθερή (5-10 mEq/L) καθώς και του  $Cl$  (150 mEq/L).

Το  $Na$  μειώνεται όσο αυξάνει το  $H$  και έτσι διατηρείται η ισοτονικότητα του γαστρικού υγρού.

Γαστρίνες. Η γαστρίνη αποτελεί τη μόνη επαρκώς μελετημένη ορμόνη που δρα στα οξεοεκακριτικά κύτταρα για έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Παράγεται από ειδικά κύτταρα (G-κύτταρα) που βρίσκονται στο βλεννογόνο του πύλωρικού άντρου) αλλά και του δωδεκαδακτύλου, και υπάρχει σε τρεις μοριακές μορφές: G34 ή μεγάλη γαστρίνη (κυρίως του δωδεκαδακτύλου), G 17 ή μικρή γαστρίνη (κυρίως του πύλωρικού άντρου) και G14 ή μίνι γαστρίνη.

### Β. Γαστρική κινητικότητα

Τα πνευμονογαστρικά με φυγόκεντρες και κεντρομόλες ίνες είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την κινητικότητα του στομάχου. Τα αντανακλαστικά τόξα πρακτικά αρχίζουν από αισθητικούς υποδοχείς με βασικό ερέθισμα τη διάταση, ενώ ο περισταλτισμός αρχίζει από ειδικό βηματοδότη στην περιοχή της καρδιάς.

Βασική και χαρακτηριστική ιδιότητα του στομάχου είναι η δεκτική ή προσαρμοστική χαλάρωση που οφείλεται σε χολινεργικό μηχανισμό και που επιτρέπει την αποθήκευση ποσοτήτων ακόμη και 30 φορές μεγαλύτερων από εκείνες της περιόδου ηρεμίας (<50ml) χωρίς να αυξάνει η ενδοσυλική πίεση.

Στη φάση ηρεμίας ο στομάχος παρουσιάζει εναλλαγές μη προωθητικής κινητικότητας με περιόδους απόλυτης ηρεμίας. Με την είσοδο της τροφής αρχίζει ο περισταλτισμός ο οποίος με την πάροδο του χρόνου γίνεται εντονότερος, ρυθμικός, συχνός (4 κύματα το λεπτό), και προκαλεί περιοδικά το πέρασμα μικρών ποσοτήτων κάθε φορά (5ml) του περιεχομένου του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο.

Από εκεί το περιεχόμενο προωθείται παρακάτω με τις κινήσεις του δωδεκαδακτύλου, ενώ η παλινδρόμησή του εμποδίζεται με το κλείσιμο του πύλωρου.

Οι ανασταλτικοί μηχανισμοί της κινητικότητας είναι ορμονικοί και ενεργοποιούνται από ποικίλα ερεθίσματα. Η σεκρετίνη ίσως είναι μια από τις ορμόνες αυτές που αφού δεν τις ξέρουμε, τις ονομάζουμε ακόμα και σήμερα



"εντερογαστρώνες", ενώ ο ισχυρότερος ίσως αναστολέας είναι το λίπος της τροφής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### Γενικά στοιχεία για τον καρκίνο στομάχου

Ο καρκίνος του στομάχου είναι επιθηλίωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως, πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο απ' όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται σχεδόν πάντοτε πρωτοπαθώς.

Ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει κατά τα τελευταία χρόνια μια σταθερή μείωση στη συχνότητα. Εξακολουθεί όμως να παραμένει ο δεύτερος σε σειρά συχνότητας καρκίνος του γαστρεντερικού σωλήνα και είναι υπεύθυνος για το 10% των θανάτων από καρκίνο, εν γένει. Αποτελεί το 95% των κακοήθων όγκων του στομάχου.

Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση χειρουργική θεραπεία αποτελούν και σήμερα τα βασικά στοιχεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου.

Στη μακρόχρονη ιστορία της νόσου ο αρχόμενος γαστρικός καρκίνος (early gastric cancer) και η μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου στις Η.Π.Α. είναι τα νέα στοιχεία.

Συνήθως εντοπίζεται στην πύλωρική μοίρα (50%-60%) και σπανιότερα στο "έλασσον τόπον" (20%).

### Επιδημιολογία

Από πλευράς γεωγραφικής κατανομής υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου. Υπάρχουν χώρες με μικρή συχνότητα (Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, Η.Π.Α., Καναδάς) και χώρες με μεγάλη συχνότητα (Ιαπωνία, Χιλή, Ισλανδία, Φιλανδίας).

Ειδικά ενώ στην Ιαπωνία πάνω από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου αφορούν το στομάχο, στις Η.Π.Α. παρατηρείται μια σημαντική προσδευτική

μείωση της συχνότητας της νόσου. Παρά την κατ' απόλυτο αριθμό αύξηση των θανάτων από καρκίνο, οι θάνατοι κατ' έτος ειδικά από καρκίνο του στομάχου ανά 100.000 κατοίκους στις Η.Π.Α. έχουν περίπου υποτετραπλασιαστεί.

Στα πλαίσια της γεωγραφικής κατανομής ίσως τέλος εντάσσονται και μερικές μελέτες που δείχνουν μεγαλύτερη εμφάνιση της νόσου στις βόρειες από τις νότιες περιοχές των Η.Π.Α και στις παραλιακές από τις μεσόγειες περιοχές της Κορέας και της Σοβιετικής Ένωσης.

Φαίνεται όμως ότι και ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας παίζει ρόλο, αφού έχει αποδειχτεί ότι η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Για τον ίδιο λόγο φαίνεται ότι η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις βιομηχανικές-αστικές περιοχές από την ύπαιθρο.

Η πιθανή σχέση του εδάφους της τροφής με την εμφάνιση της νόσου δεν μπορεί να αποκλειστεί. Δεν έχει όμως αποδειχτεί αν είναι ένοχη η ίδια η τροφή (ψάρια, λάχανα, συντηρημένες τροφές, αμυλώδη) και η ενδεχόμενη περιεκτικότητά της σε καρκινογόνα (βενζιπυρένιο-ντιροζαμίνες), ή ο τρόπος μαγειρεύματος (τηγανιτά, καπνιστά) και λήψης της (καυτά ροφήματα, μπαχαρικά).

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί ότι το γάλα, τα φρέσκα λαχανικά, φρούτα, χυμοί και οι πλούσιες σε βιταμίνες Α και C τροφές κυριαρχούν στη διατροφή των χωρών με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της νόσου και στα ανώτερα από πλευράς κοινωνικοοικονομικής στρώματα του πληθυσμού.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες που θα τους ονομάσουμε περιβαλλοντολογικούς παίζουν ασφαλώς κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου και έχουν αποδειχτεί ισχυροί αφού πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνοι για τη μειωμένη εμφάνιση της νόσου στους Ιάπωνες μετανάστες στην Αμερική σε σύγκριση με εκείνους που ζούν στην Ιαπωνία και για την ίση συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους λευκούς της Αμερικής και τους Ιάπωνες που γεννήθηκαν εκεί.

### Αιτιολογία

Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν όμως ορισμένοι βέβαιοι προδιαθεσικού παράγοντες:

α. Φύλο. Υπάρχει σαφής υπεροχή μέχρι και 2/1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.

β. Κληρονομικότητα. Τα μέλη οικογενειών που πάσχουν από καρκίνο του στομάχου εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Δεν έχει όμως αποδειχτεί η ύπαρξη γενετικών παραγόντων.

Παράλληλα, από πολλές μελέτες προκύπτει αυξημένη συχνότητα αρρώστων με ομάδα αίματος Α μεταξύ των πασχόντων από καρκίνο του στομάχου.

γ. Πολύποδες Οι αδενωματώδεις πολύποδες και η διάχυτη πολυποδίαση του στομάχου είναι δυνητικά κακοήθεις παθήσεις. Όμως, ενώ η πιθανότητα κακοήθειας αυξάνει με τον αριθμό, τη διάμετρο και τον τύπο των πολύποδων (άμισχοι) σταθετή απόδειξη δεν υπάρχει ακόμη.

δ. Γαστρικό έλκος. Είναι ερώτημα αν η παλιά άποψη της καρκινοματώδους εξάλλαγής ενός κακοήθους γαστρικού έλκους ισχύει, και αν πραγματικά ισχύει είναι ερώτημα σε τι ποσοστό εμφανίζεται αυτή. Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ένα γαστρικό έλκος είναι είτε από την αρχή καλοήθες και θα παραμείνει τέτοιο ή είναι κακοήθες και ότι η πιθανότητα εξάλλαγής, αν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή.

Δύο παράγοντες θεωρούνται απαραίτητοι για να τεκμηριωθεί η εξάλλαξη: πρώτον η θετική ιστολογική απόδειξη της προϋπαρξής ενός καλοήθους γαστρικού έλκους και δεύτερον, η ιστολογική επιβεβαίωση της εμφάνισης κακοήθους εξάλλαγής στα χείλη του έλκους αυτού.

Επομένως, η όλη προσπάθεια αφορά κυρίως σήμερα το διαγνωστικό τομέα, τη διαφορική δηλαδή διάγνωση από την αρχή της φύσης ενός ανακαλυφθέντος γαστρικού έλκους.

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι η ανεύρεση κατά καιρούς και σε μικρό πάντα ποσοστό καρκινικών κυττάρων στην παρυφή ενός προϋπάρχοντος καλοήθους γαστρικού έλκους δεν πρέπει να ερμηνεύεται πάντα σαν εξαλλαγή του έλκους γιατί είναι πιθανόν να πρόκειται για συμπτωματική ανάπτυξη καρκίνου στην περιφέρεια ενός καλοήθους έλκους που προϋπήρχε.

ε.Α τ ρ ο φ ι κ ή γ α σ τ ρ ί τ ι δ α - Α χ λ ω ρ υ δ ρ ί α - Κ α κ ο ή θ η ς α ν α ι μ ί α.Οι άρρωστοι που εμφανίζουν χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με ή χωρίς εντερική μεταπλασία έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Η ύπαρξη γαστρίτιδας στα παρασκευάσματα καρκίνου του στομάχου είναι συχνή και κατά πάσα πιθανότητα αυτή προϋπήρχε και δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου. Ανάλογες υποθέσεις υπάρχουν και εξηγούν την αχλωρυδρία που υπάρχει ορισμένες φορές επι καρκίνου του στομάχου και που οφείλεται στη χρόνια γαστρίτιδα και όχι στον καρκίνο.Τέλος, η παλαιότερα αναφερόμενη σχέση του καρκίνου του στομάχου με την κακοήθη αναιμία δεν φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα σήμερα αφού η αντιμετώπισή της με βιταμίνη Β12 φαίνεται ότι προλαβαίνει την ανάπτυξη καρκίνου.

στ. Π ρ ο η γ η θ ε ί σ α γ α σ τ ρ ε κ τ ο μ ή.Είναι αρκετά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλοήθες έλκος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβάματος μετά την πάροδο πολλών ετών από την αρχική επέμβαση.

### Π α θ ο λ ο γ ι κ ή α ν α τ ο μ ι κ ή

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τρεις μορφές:

α.Ε λ κ ω τ ι κ ή.Είναι η πρώτη σε συχνότητα μορφή.Συνηθέστερα απαντά στη μεσότητα του στομάχου στο ελασσον τόξο αλλά και προπυλωρικά.Διατιτραίνει το τοίχωμα αλλά σπάνια προκαλεί διάτρηση.Στην αρχή μοιάζει πολύ με το καλοήθες έλκος με αποτέλεσμα η διαφορική διάγνωση να είναι καμιά φορά πολύ

δύσκολη και ως εκ τούτου να καθυστερεί η ανάλογη αντιμετώπιση.

Β.Α ν θ ο κ ρ α μ β ο ε ι δ ή ς. Είναι η δεύτερη από πλευράς συχνότητας μορφή. Ο όγκος εντοπίζεται συνήθως στην περιοχή της καρδίας-θάλου απ όπου εκβλαστάνει (άλλος όρος: εκβλαστική μορφή) προς τον αυλό, και παίρνει μεγάλο μέγεθος, πριν δώσει συμπτώματα. Μπορεί να προέρχονται από εξαλλαγέντα πολύποδα. Συνήθως το κέντρο του όγκου εξελκύνεται και αιμορραγεί. Κατά κανόνα η μορφή αυτή είναι χαμηλότερης βιολογικής κακοήθειας και έχει την καλύτερη πρόγνωση.

γ. Δ ι η θ η τ ι κ ή. Η μορφή αυτή συνήθως απαντά στο πυλωρικό άντρο και έχει τη τάση να επεκτείνεται διήθηπτικά και να καταλαμβάνει άλλοτε άλλη έκταση μέχρι και ολόκληρο το στομάχο (πλαστική λινίτιδα).

Το τοίχωμα του στομάχου γίνεται σκληρό και δύσκαμπτο, ενδέχεται δε να αναπτυχθούν άμισχες ενδοαυλικές μάζες, ενώ δεν υπάρχει τάση για εξέλκωση. Είναι συνήθως χαμηλής διαφοροποίησης και αν ακταλαμβάνει μεγάλες περιοχές έχει τη χειρότερη πρόγνωση.

Πάντως, ένας μεγάλος αριθμός γαστρικών καρκίνων δεν μπορεί να ενταχθεί σε καμιά από τις παραπάνω μορφές αφού είτε παρουσιάζεται με γνωρίσματα κοινά είτε τα διακριτικά τους γνωρίσματα έχουν χαθεί... (συνήθως στις προχωρημένες μορφές).

Από ιστολογικής πλευράς πρόκειται για αδενοκαρκινώματα. Η ύπαρξη κυττάρων που παράγουν βλέννα είναι συχνή, χωρίς το τελευταίο να είναι απαραίτητο και για τον όγκο. Ανάλογο με το βαθμό διαφοροποίησης διακρίνονται σε καλά, μέτρια διαφοροποιημένα και αδιαφοροποίητα καρκινώματα, με ανάλογη πρόγνωση.

Χαρακτηριστικό του καρκίνου του στομάχου είναι η τάση προς επέκταση και σε βάθος και σε έκταση. Η επέκταση σε βάθος έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Απόδειξη είναι ότι η διήθηση και του ορογόνου χιτώνα είναι κακό προγνωστικό σημείο, ενώ ο αρχόμενος καρκίνος που μπορεί να φθάσει στον

υποβλεννογόνιο αλλά δεν τον ξεπερνά, έχει καλή πρόγνωση, ακόμη κι αν συνυπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες.

Η διηθητική επέκταση του όγκου κατά μήκος του όγκου του οργάνου που γίνεται κυρίως με τα ενδοτοιχωματικά λεμφαγγεία έχει επίσης μεγάλη σημασία από χειρουργικής πλευράς και πιο συγκεκριμένα για τον καθορισμό των ορίων της εκτομής κατά τη χειρουργική επέμβαση. Αυτά πρέπει να ορίζονται σε αρκετή απόσταση από τα ορατά άκρα του όγκου (6 εκ.) και αφού ληφθεί υπόψη στις ανάλογες περιπτώσεις ότι τα λεμφαγγειακά δίκτυα του στομάχου επικοινωνούν με τα αντίστοιχα του δωδεκαδακτύλου (λιγότερο) και του οισοφάγου (περισσότερο).

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του στομάχου γίνονται με 4 διαφορετικούς τρόπους: α) λεμφογενώς, β) κατά συνέχεια ιστού, γ) αιματογενώς και δ) με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων. Οι δύο πρώτοι τρόποι είναι και οι σπουδαιότεροι.

Η λεμφογενής μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες συνήθως υπάρχει στα 3/4 των αρρώστων που χειρουργούνται. Η μετάσταση γίνεται κατά ζώνες. Το σημείο του Troisier ή αδένος του Virchow (ψηλαφπτός λεμφαδένας στην αριστερή υπερκλείδια χώρα παρουσία καρκίνου του στομάχου) είναι πλέον σπάνιο σήμερα και υποδηλώνει ότι η νόσος ξέφυγε από τις θεραπευτικές δυνατότητες της χειρουργικής.

Ο γαστρικός καρκίνος επεκτείνεται γρήγορα και στα γειτονικά όργανα. Η επέκταση αυτή συνήθως αφορά στο ήπαρ, το πάγκρεας και το εγκάρσιο κόλο σπάνια δε στο σπλήνα.

Αιματογενώς με την πύλαια γίνονται μεταστάσεις, συνήθως πολλαπλές στο ήπαρ, στους πνεύμονες (σπάνια), στα οστά (σπανιότερα).

Τέλος, αφού ο καρκίνος του στομάχου, διηθήσει τον ορογόνο, καρκινικά κύτταρα μπορεί να εμφυτευθούν στο περιτόναιο (συνήθως), στο ορθό (ορθοκυστική ή ορθομπηρική πτυχή του περιτοναίου -Blumer's self), στις ωσθήκες (όγκοι Krukenberg).

### Σταδιοποίηση

Για τη σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου έχουν προταθεί δύο συστήματα: του Hoer από το 1954 και της Αμερικανικής Επιτροπής Σταδιοποίησης του καρκίνου (σύστημα T.N.M) από το 1970.

Η ταξινόμηση του Hoer είναι απλή και επαρκής αφού δίνει πληροφορίες για την τοπική εξάπλωση και τη μεταστατική επέκταση της νόσου. Έτσι κατά τον Hoer με τα στοιχεία A,B,C, δίνεται η εικόνα των μεταστάσεων, όπου A χωρίς μετάσταση, B μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες, C απομακρυσμένες μεταστάσεις, ενώ με τα στοιχεία I, II, III, NX, δίνεται η εικόνα της τοπικής εξάπλωσης, όπου I καρκίνος που δεν έχει διηθήσει στο τοίχωμα του στομάχου, II καρκίνος που έχει διηθήσει και τον ορογόνο, III καρκίνος με εξωγαστρική επέκταση και NX όγκος που δεν ερευνήθηκε (αδιευκρίνιστος).

Στο σύστημα T.N.M. το T περιγράφει τον πρωτοπαθή όγκο και το βαθμό διήθησης του τοιχώματος, το N τις λεμφικές μεταστάσεις και το M την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων σε απομακρυσμένα όργανα. Έτσι μπορεί να έχουμε:

T1 - Όγκος μόνο στο βλεννογόνο.

T2 - Όγκος μέχρι το ορογόνο.

T3 - Όγκος με διήθηση όλων των χιτώνων του τοιχώματος με ή χωρίς επέκταση στα γειτονικά όργανα.

T4 - Όγκος που προκαλεί διάχυτη διήθηση όλων των χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος (πλαστική λινίτιδα).

Tx - Όγκος με αδιευκρίνιστο βαθμό διήθησης του γαστρικού τοιχώματος.

No - Επιχώριοι λεμφαδένες ελεύθεροι από καρκινοματώδη διήθηση.

N1 - Διηθημένοι οι επιχώριοι λεμφαδένες της ζώνης που αντιστοιχεί στην εντόπιση του όγκου.

N2 - Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες και πέραν της ζώνης που αντιστοιχεί στην εντόπιση του όγκου.

Nx - Κατάσταση λεμφαδένων αδιευκρίνιστη.

Mo - Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M1 - Απομακρυσμένες μεταστάσεις σε αδένες ή όργανα, χωρίς να υπολογίζεται εδώ η εξωγαστρική επέκταση κατά συνέχεια ιστών.

Με το σύστημα T.N.M. ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να ταξινομηθεί σε 4 στάδια. Έτσι στο στάδιο I ανήκουν το T1, T2, T3 εφόσον έχουν No, Mo. Στο στάδιο II ανήκουν όλα τα T εφόσον έχουν N1, Mo και το T4, No, Mo. Στο στάδιο III όλα τα T εφόσον έχουν N1, Mo και το T4, No, Mo. Στο στάδιο IIII όλα τα T εφόσον έχουν N2, Mo και στο στάδιο IV οτιδήποτε T ή N εφόσον έχει M1.

#### Αρχόμενος καρκίνος του στομάχου (early cancer)

Ο αρχόμενος γαστρικός καρκίνος είναι ένα από τα νέα στοιχεία στη μελέτη και αντιμετώπιση της νόσου. Πρόκειται για τον καρκίνο που διηθεί μόνο το βλεννογόνο ή το βλεννογόνο και το υποβλεννογόνιο χωρίς να επεκτείνεται στο μυϊκό χιτώνα (T1, αλλά όχι T2) και που μπορεί να έχει ή όχι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (No, N1 ίσως και N2). Όταν η διήθηση έχει ξεπεράσει τον υποβλεννογόνιο και αφορά και το μυϊκό χιτώνα τότε πρόκειται για προχωρημένο καρκίνο.

Η διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου γίνεται ενδοσκοπικά και επιβεβαιώνεται πάντοτε παθολογοανατομικά (ιστολογική) στο παρασκευάσμα που εξαιρέθηκε κατά τη χειρουργική επέμβαση. Τι είναι όμως το νέο αφού τέτοιοι καρκίνοι είναι βέβαιο πως υπήρχαν και παλαιότερα; Το νέο έγκειται στο ότι υπάρχει σήμερα η δυνατότητα ενδοσκοπικής διάγνωσης των καρκίνων αυτών, ενώ παλαιότερα ήταν κατά κανόνα τυχαία ευρήματα ιστολογικών εξετάσεων.

Το 1962 η Ιαπωνική Ενδοσκοπήσεων του πεπτικού συστήματος καθόρισε τα χαρακτηριστικά της μακροσκοπικής (ενδοσκοπικής) ταξινόμησης του αρχόμενου καρκίνου και σήμερα η ενδοσκοπική διάγνωση τέτοιων βλεννογονικών κυρίως αλλοιώσεως γίνεται με αυξανόμενη συχνότητα και δίνει τη βάση για μια πιο επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση με καλύτερη πρόγνωση.



### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### Συμπτωματολογία-Εξέταση του αρρώστου

Δεν είναι ασυνήθιστο κατά την εγχείρηση να βρίσκεται ο καρκίνος του στομάχου ανεγχείρητος, ενώ ο άρρωστος είχε προεγχειρητικά αβλυχή συμπτωματολογία. Τα ενοχλήματα ποικίλλουν από μη ειδικά (απώλεια βάρους, ανορεξία), σε χαρακτηριστικά του στομάχου (ναυτία, εμετός, επιγαστρικός πόνος). Μπορεί να συνυπάρχει αίσθημα γαστρικής πλήρωσης, φούσκωμα, επιγαστρικό βάρος, ενώ σπανιότερα μπορεί πρώτη εκδήλωση της νόσου να είναι η διάρρηση του όγκου ή η αιμορραγία που συνηθέστερα όμως είναι μικροσκοπική και οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία.

Ανάλογα με την εντόπιση, και εφόσον ο όγκος αυξανόμενος αποφράζει τα στόμια του στομάχου ο καρκίνος της καρδιακής μοίρας μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία και ο καρκίνος του πύλωρου εικόνα πύλωρικής στένωσης. Αντίθετα ο έλκοκαρκίνος του σώματος μπορεί να έχει σαν αρχικό σύμπτωμα πόνο που μοιάζει με τον πόνο του έλκους του στομάχου. Πόνος βέβαια μπορεί να υπάρχει και στα προχωρημένα στάδια οπότε είναι και εκδήλωση εξωγαστρικής επέκτασης.

Κατά τη φυσική εξέταση στα αρχικά στάδια δεν υπάρχουν ευρήματα. Αργότερα μπορεί να ψηλαφηθεί μάζα στο επιγάστριο (που δεν σημαίνει αναγκαστικά ανεγχείρητο νεόπλασμα), λεμφαδένες υπερκλείδιοι (Virchow), ήπαρ σκληρό, ανώμαλο (από μεταστάσεις) και με τη δακτυλική εξέταση εξωαιλικός όγκος στο ορθό (Blumer's self).

σαν συμπέρασμα, και σε σχέση με τη διάγνωση που συχνά μπαίνει αργά, δεν πρέπει πάντα να κατηγορούμε τους αρρώστους ότι καταφεύγουν αργά στο γιατρό αφού πολλοί από αυτούς μπορεί να είναι αρκετό χρόνο ασυμπτωματικοί ή με ελάχιστα ενοχλήματα. Παράλληλα όμως ο γιατρός οφείλει να είναι διαρκώς σε επιφυλακή για τη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου αφού στις περισσότερες

περιπτώσεις τα ενοχλήματα είναι αόριστα, μη ειδικά και δεν εγείρουν υπόνοιες.

Ετσι, εφόσον οι προσπάθειες προληπτικού ελέγχου σε ομάδες πληθυσμού έχουν αποτύχει και δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά καθορισμού ομάδων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση της νόσου, η ύπαρξη επιγαστρικών ενοχλημάτων που διαρκούν πάνω από δύο εβδομάδες ή που επαναλαμβάνονται σε άτομα άνω των 50 ετών πρέπει να δημιουργούν υποψίες και να αποτελούν ένδειξη για έρευνα (γαστροσκόπηση κλπ).

#### Διάγνωση-Διαφορική Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου, ιδιαίτερα σε στάδιο που να επιτρέπει αισιόδοξη πρόγνωση μετά τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, εξαρτάται κυρίως από το διαγνωστικό αισθητήριο του κλινικού ιατρού. Τα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα (ακτινολογικός έλεγχος διγλής αντίθεσης, εξέταση γαστρικού υγρού, εξέταση των κοπράνων κατά Mayer, γαστροσκόπηση με βιοψία και κυτταρολογική εξέταση) έχουν μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια αφού χαρακτηρίζονται από υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση.

Η έγκαιρη διάγνωση από πλευράς ενδοσκοπικής στην περίοδο που ο καρκίνος είναι ακόμη αρχόμενος (δεν διηθεί το τοίχωμα πέραν του υποβλεννογονίου) απαιτεί ιδιαίτερη πείρα που συνήθως δεν υπάρχει έξω από ειδικά ενδοσκοπικά κέντρα. Επίσης η ερμηνεία των μικρών βιοψιών και του υλικού για κυτταρολογική που παίρνονται κατά τη γαστροσκόπηση είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί και αυτή ιδιαίτερη εξειδίκευση από την πλευρά των εξεταζόντων. Τα αρνητικά αποτελέσματα δεν αξιολογούνται απόλυτα, ιδιαίτερα αν υπάρχει ενδοσκοπική υποψία. Στις αμφίβολες περιπτώσεις επιβάλλεται η επανεξέταση μετά από σύντομη και για τακτό χρονικό διάστημα (τεσσάρων εβδομάδων) θεραπευτική αγωγή. Ακόμη και αν η βιοψία και η κυτταρολογική είναι αρνητικές, εφόσον υπάρχουν ενδοσκοπικά ευρήματα που δημιουργούν υποψία καρκίνου υπάρχει ισχυρή ένδειξη για ερευ-

νητική λαπαροτομία.

Τέλος, διαφορική διάγνωση απαιτείται και από τους άλλους καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους του στομάχου και γίνεται σε ικανοποιητικό ποσοστό με τη γαστροσκόπηση.

#### Διαγνωστικές εξετάσεις-Εργαστηριακά ευρήματα

Η ακτινολογική εξέταση είναι η πιο προσιτή μέθοδος και στα χέρια έμπειρου εξεταστή πολύ αποδοτική, και δίνει τη διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων. Η εκθλασθητική μορφή διαγιγνώσκεται ευκολότερα, εκτός εάν η πολυποδεδής εκθλάσθηση είναι μικρότερη των 2cm, οπότε απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση. Ο ελκωτικός τύπος δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα ως προς το καλοήθες έλκος. Συνήθως υπάρχουν ορισμένα ακτινομορφολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθους έλκους: α) Ο κρατήρας του έλκους επικάθεται του όγκου και βρίσκεται επί τα εντός της παρυφής του στομάχου, β) Οι πτυχές του βλεννογόνου δεν συρρέουν ακτινωειδώς, όπως στο έλκος, γ) Η κρύπτη είναι συνήθως > 1cm, δ) Τέλος στην ακτινοσκόπηση το περισταλτικό κύμα σταματά πέραν του κρατήρος, λόγω διηθήσεως και ακαμψίας του τοιχώματος.

Με την εξέταση του γαστρικού υγρού διαπιστώνεται έλλειψη ή ελάττωση του υδροχλωρικού οξέος (HCl), δηλαδή υποχλωρυδρία ή αχυλία (λόγω της καταστροφής των γαστρικών αδένων εξαιτίας της διηθήσεως) και η ύπαρξη γαλακτικού οξέος, που οφείλεται στη ζύμωση των υδατανθράκων από μικροοργανισμούς. Η ανάλυση του γαστρικού υγρού σπάνια γίνεται.

Η εξέταση κοπράνων κατά Mayer είναι θετική, εμφανίζεται συνήθως αναιμία και αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων με τη μέθοδο Παπανικολάου (λήψη υγρού με πλύση του στομάχου), επιβεβαιώνει την ύπαρξη καρκίνου στα 90% των περιπτώσεων.

Η γαστροσκόπηση συμβάνει αποτελεσματικά στη διάγνωση του καρκίνου, καθώς και η βιοψία που τη συνοδεύει. Με τα εύκαμπτα γαστροσκόπια είναι

δυνατόν να επισκοπηθεί ολόκληρο σχεδόν το τοίχωμα του στομάχου. Κατά τη γαστροσκόπηση λαμβάνονται επίσης: 1) κυτταρολογική με ειδική βούρτσα και 2) πολλαπλές βιοψίες από τα χείλη και τον πυθμένα του κρατήρα. Θετικές βιοψίες λαμβάνονται σε γλέον του 90% των κοκοήθων νεοπλασιών.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

##### 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 στα ακόλουθα 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 (αδένες Virchow, Blumer's self, ηπατικές μεταστάσεις) ή καρκινοματώδους ασκίτη 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.

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

Διαγράμματος 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 σπλάγχνα.

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

Εφόσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή ακολουθεί ευρεία υφολική γαστρεκτομή (80% του στομάχου) για όγκους που εντοπίζονται στον 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 εκτελεστεί ανώτερη γαστρεκτομή. Η διενέργεια σε όλες τις περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εντόπιση του όγκου ολικής γαστρεκτομής, ιδέα που επικράτησε για μια περίοδο με σκοπό την αύξηση της ριζικότητας, έχει σήμερα εγκαταληφθεί. Προτιμούνται περιορισμένες εκτομές επί υγιών ιστών (απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση της εκτομής επί υγιούς με ταχεία βιοψία) με συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαδένων, του επιπλόου και των παρακείμενων ιστών που τυχόν έχουν προσβληθεί.

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από υφολική γαστρεκτομή γίνεται με γαστρονηστιδική αναστόμωση κατά Billroth II, μετά από ανώτερη γαστρεκτομή με γαστροοισοφαγική αναστόμωση και πυλωροπλαστική γιατί διατέμνονται τα πνευμονογαστρικά και μετά από ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονηστιδική αναστόμωση τόσο με απλές (Roux-Y κλπ) όσο και με πολύπλοκες τεχνικές. Οι τελευταίες έχουν σαν σκοπό αφενός με την διατήρηση της φυσιολογικής διόδου των τροφών (από τον οισοφάγο δια του δωδεκαδακτύλου), αφετέρου δε το σχηματισμό είδους αποθήκης (reservoir- τεχνητός στόμαχος) 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 υφολικές γαστρεκτομές όταν δεν είναι

Διηθημένοι οι λεμφαδένες της ζώνης 2, η αφαίρεση δεν είναι αναγκαία. Αντίθετα στις ανώτερες και τις ολικές γαστρεκτομές ο σπλήνας πρέπει να συναφαιρείται.

Ένδειξη για παρηγορητική εκτομή υπάρχει όταν κατά τη λαπαροτομία αποδειχτεί 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 κλπ, καλύτερη προστασία από μελλοντικές επιπλοκές (αιμοραγία, Διάτρησι) και λύνει το πρόβλημα της διατροφής κατά τον καλύτερο τρόπο. Άλλωως, εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα διατροφής του αρρώστου δεν υπάρχει θέμα για παραπέρα χειρισμούς.

Το τρίτο ερώτημα αφορά τις ενδείξεις εγχείρησις 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 πύλωρική στένωση επί καρκίνου πύλωρικής εντόπισις). Στις περιπτώσεις αυτές αν ο όγκος είναι εξαιρεσιμος η παρηγορητική περιορισμένη γαστρεκτομή είναι η καλύτερη λύση. Αν ο όγκος δεν είναι εξαιρεσιμος τότε πρέπει είτε να παρακαμφθεί ή αν βρίσκεται ψηλά (θόλος-καρδία) να διασωληνωθεί. Εν τούτοις και οι παρακάμψεις (π.χ. γαστροεντεροαναστόμωση επί καρκίνου πύλωρικής εντόπισις) παρουσιάζουν συχνά προβλήματα λειτουργικότητας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού είναι ίσως μια ιδέα η κατασκευή της Γ.Ε.Α. με τα προηγούμενο αποκλεισμό του όγκου. Αλλά και οι διασωληνώσεις παρουσιάζουν συχνά προβλήματα (οι σωλήνες που χρησιμοποιούνται φράζουν ή φεύγουν από τη θέση τους) και επιπλοκές (εισρόφηση, πνευμονία).

Γενικά, όπως βέβαια και ο ορισμός τους, οι παρηγορητικές εγχειρήσεις (με εξαίρεση τις παρηγορητικές περιορισμένες εκτομές) είναι λύσεις ανάγκης και γι αυτό 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 προσφέρουν καμιά ανακούφιση στους αρρώστους παρά μόνον λύνουν προσωρινά το πρόβλημα της διατροφής τους.

Συμπληρωματικά προς τη χειρουργική θεραπεία εφαρμόζονται σήμερα η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία, που είναι και οι μόνες λύσεις στις περιπτώσεις ανεγχείρητου και μη εξαιρεσίμου όγκου.

Η εγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται ευρέως σύμφωνα με τους τύπους εγχείρησης, όντας μικρότερη γαι τις ριζικές εκτομές (όπου και εδώ διαφέρει ανάλογα με την έκταση της εκτομής) απ' ότι για τις παραγορηπτικές εγχειρήσεις. Γενικά, 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.

#### Επιπλοκές της γαστρικής χειρουργικής

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό άμεσων και απώτερων επιπλοκών πολλές από τις οποίες είναι αρκετά σοβαρές και οι οποίες, ιδιαίτερα οι απώτερες, είναι ανάλογες με το βαθμό των αλλαγών που προκαλούνται από την εγχείρηση στην ανατομία και τη φυσιολογία του στομάχου. Παρά το γεγονός ότι οι γαστρικές επεμβάσεις έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, ότι δηλαδή μειώνουν τη γαστρική οξύτητα, παρακάμπτουν ή αφαιρούν ή καταστρέφουν τον πύλωρο, ευνοούν την παλινδρομηση του δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στομάχο, αυξάνουν τον ρυθμό κένωσης του στομάχου, εν τούτοις το είδος, η συχνότητα και η βαρύτητα των επιπλοκών που εμφανίζουν, εξαρτάται άμεσα από το είδος της εγχείρησης που προηγήθηκε.

Στις διάφορες στατιστικές βρίσκεται συνήθως ότι τα ποσοστά εμφάνισης των διαφόρων επιπλοκών κυμαίνονται μέσα σε ευρέα πλαίσια. Αυτό πρέπει να αποδοθεί στο γεγονός ότι η εκτίμηση της βαρύτητας των περισσότερων από αυτές γίνεται με τελείως υποκειμενικά κριτήρια. Το βέβαιο είναι ότι σε πολλές από τις επιπλοκές αυτές τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα υποχωρούν με την πάροδο

του χρόνου ή υπακούουν στη συντηρητική θεραπεία, έτσι μένει μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό αρρώστων που εμφανίζουν ενοχλήματα τα οποία κάνουν τη διαβίωσή τους δύσκολη και προβληματική και οι οποίοι έχουν ανάγκη επανεγχείρησης για την αποκατάστασή τους. Η συχνότητα εμφάνισης των τελευταίων αυτών επιπλοκών μετά από κάθε είδος εγχείρησης επί του στομάχου αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια για την επιλογή του κατάλληλου τύπου εγχείρησης για κάθε ασθενή που πάσχει ειδικά από δωδεκαδακτυλικό έλκος.

Οι συνθέςστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

**A. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές:**

1. Μετεγχειρητική αιμορραγία
2. Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα
3. Ίκτερος
4. Διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος
5. Μετεγχειρητική διάρροια
6. Μετεγχειρητική διάταση του στομάχου (γαστρική στάση).
7. Δυσφαγία

**B. Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές:**

1. Υποτροπή του έλκους
2. Σύνδρομο Dumping
3. Χολώδεις έμετοι:
  - α. Σύνδρομο προσιούσας έλικας
  - β. Αλκαλική γαστρίτιδα
4. Διάρροια
5. Διαταραχές της θρέψης.
6. Διαφραγματοκήλη
7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος

Είναι φανερό ότι οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται τις



πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και καθορίζουν τη θνητότητα-νοσηρότητα της εγχείρησης, ενώ οι απώτερες εμφανίζονται αργότερα και χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των αρρώστων.

Για τον προσδιορισμό αυτής της ποιότητας χρησιμοποιείται ακόμα η ταξινόμηση κατά Visick (1948). Με βάση αυτή ο μετεγχειρητικά ασυμπτωματικός άρρωστος θεωρείται Visick I. Ο άρρωστος που έχει ήπια ενοχλήματα που υποχωρούν με απλή θεραπεία θεωρείται Visick II. Στην κατηγορία III υπάγονται άρρωστοι με ήπια ή μέτρια ενοχλήματα που δεν υποχωρούν τελείως στη συντηρητική θεραπεία και με βάση τα οποία μπορεί να χαρακτηριστεί η προηγηθείσα εγχείρηση άλλοτε επιτυχής και άλλοτε όχι. Και τέλος στην IV ομάδα υπάγονται οι άρρωστοι που έχουν σοβαρά και επίμονα ενοχλήματα με βάση τα οποία η προηγηθείσα επέμβαση δεν θεωρείται ικανοποιητική. Στους αρρώστους των δύο πρώτων ομάδων το αποτέλεσμα της επέμβασης θεωρείται ικανοποιητικό, στους αρρώστους της IV μη επιτυχές, ενώ για τους αρρώστους της III ομάδας επιβάλλεται η συνεκτίμηση και άλλων παραγόντων για να καθοριστεί η επιτυχία ή όχι της αρχικής επέμβασης.

Πρακτικά η γαστρεκτομή έχει μεγαλύτερες, περισσότερες και βαρύτερες επιπλοκές από τη βαγοτομή. Για τις άμεσες οι με αριθμό 2,3,4 είναι συνηθέστερες μετά γαστρεκτομή και μάλιστα από τις βασικές αιτίες μετεγχειρητικών θανάτων, ενώ οι με αριθμό 5,6,7 εμφανίζονται συνηθέστερα μετά βαγοτομή.

Τα ίδια συμβαίνουν και με τις απώτερες επιπλοκές (ιδιαίτερα οι με αριθμό 2,5) που όχι μόνο εμφανίζονται συνηθέστερα, αλλά και η εκδήλωσή τους είναι βαθύτερη μετά από γαστρεκτομή. Αντίθετα, το ποσοστό υποτροπής του έλκους είναι υψηλότερο μετά από τις βαγοτομές που εμφανίζουν επίσης αποκλειστικά σχεδόν την επιπλοκή των διαρροιών. Πάντως ειδικά με τις βαγοτομές η συχνότητα των επιπλοκών μειώνεται όσο περιορίζεται η εφαρμογή της στέλεχιαίας για να φθάσουμε στη βαγοτομή των τοιχωματικών κυττάρων (υπερεκλεκτική) χωρίς παροχετευτική εγχείρηση που πρακτικά ίσως δεν έχει άλλες επιπλο-

κές, εκτός από το οπωσδήποτε αυξημένο ποσοστό υποτροπής.

### Ακτινοθεραπεία - Χημειοθεραπεία

Ακτινοθεραπεία έχει επιχειρηθεί σε ανεγχείρητα καρκινώματα. Αναφέρονται από μερικούς ικανοποιητικά κάπως αποτελέσματα σε μικρό αριθμό περιπτώσεων με ακτινοθεραπεία υψηλής ενέργειας.

Χημειοθεραπεία έχει επίσης δοκιμασθεί. Τα αποτελέσματα σε σύγκριση με τα αποτελέσματα χημιοθεραπείας σε καρκινώματα των άλλων περιοχών του γαστρεντερικού συστήματος είναι ανώτερα. Από τα σχήματα χημιοθεραπείας που εφαρμόζονται πιο συχνά είναι το FAM δηλαδή συνδυασμός 5-FU, αδριαμικίνης και μιτομικίνης C. Σε μια σειρά, αντικειμενική υποχώρηση παρατηρήθηκε επί το 20% των περιπτώσεων περίπου.

Άλλο σχήμα το οποίο έχει δώσει ικανοποιητικά σχετικά αποτελέσματα περιλαμβάνει αδριαμικίνη, μιτομικίνη και Fluorouracil, φθοριωμένη πυριμιδίνη.

Χημειοθεραπεία κατά πολλούς πρέπει να ακολουθεί την εγχείρηση εφ' όσον σ αυτή βρέθηκαν διηθημένοι αδένες.

### Πρόγνωση

Η πενταετής επιβίωση είναι δυστυχώς χαμηλή και ο λόγος είναι ότι στους περισσότερους αρρώστους ο καρκίνος είτε δεν είναι χειρουργήσιμος, είτε έχει ξεπεράσει τα όρια μέσα στα οποία η χειρουργική μπορεί να προσφέρει θεραπεία. Έτσι, 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 πάνω) εφόσον πρόκειται για αρχόμενο καρκίνο χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Όσο αυξάνεται ο χρόνος από την εγχείρηση εκτός από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές που είναι και 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 5 χρόνια από την εγχείρηση. Μετά την πενταετία η τοπική υποτροπή είναι μάλλον σπάνια.

#### Άλλοι κακοήθεις όγκοι του στομάχου

Οι συνηθέστεροι τύποι σαρκωμάτων του στομάχου είναι: α) το λέμφωμα και β) το λειομυοσάρκωμα.

Απαντούν σε ποσοστό κάτω από 5% των κακοήθων όγκων του στομάχου.

Το λέμφωμα του στομάχου είναι συνήθως δευτεροπαθές από επέκταση συστηματικής νόσου. Η χειρουργική εδώ έχει θέση μόνο για τον έλεγχο τυχόν επιπλοκών. Σπανιότερα η εντόπιση στο στομάχο είναι πρωτοπαθής, με συχνότερη την εμφάνιση λεμφোসαρκώματος. Η προεγχειρητική διάγνωση και ιδιαίτερα η ιστολογική επιβεβαίωση, είναι δύσκολη αφού η ανάπτυξη του όγκου γίνεται κάτω από το βλεννογόνο και επομένως είναι αδύνατη η ενδοσκοπική λήψη ιστοτεμαχιδίων με τη λαβίδα βιοψίας.

Το χαρακτηριστικό των λειομυοσαρκωμάτων είναι η τάση να παίρνουν μεγάλες διαστάσεις και αφού εξέλκωθούν να αιμορραγούν. Δεν είναι ασυνήθιστα η αιμορραγία να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωσή τους.

Στην εγχείρηση συνιστάται ευρεία μέχρι ολική, αν χρειαστεί, γαστρεκτομή. Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα για τα λεμφώματα που είναι ακτινοευαίσθητα, συνιστάται ακτινοβολία που είναι επίσης χρήσιμη για τις ανεγχείρητες περιπτώσεις.

Γενικά η πρόγνωση στα σαρκώματα είναι καλύτερη από τα αδενοκαρκινώματα.

## Μ Ε Ρ Ο Σ Β

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

#### Προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Εάν κάθε ασθενής, που εισέρχεται στο νοσοκομείο, κατέρχεται από αισθήματα φόβου και ανηυχίας, αυτός που πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχείρησης και τη νευρομυχική κατάσταση του αρρώστου.

Ο φόβος και η ανηυχία του ασθενούς μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της κατάστασής του.

Η νοσηλεύτρια, της με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, ακτά την εκτέλεση των καθηκόντων της, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα.

Η προετοιμασία της νοσηλεύτριας, -τή, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου, καθώς και η προετοιμασία του με επεξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλίες, δημιουργούν στον ασθενή κλίμα αισθήματος, εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται. Αυτό συντελεί στη μείωση ή και εξαλείψη των συναισθημάτων φόβου και ανηυχίας που προέρχονται από το άγνωστο.

Φόβοι, ανηυχίες και ερωτήματα εμφανίζονται και τους οικείους των ασθενών. Η νοσηλεύτρια, τής, περιορισμένη στον κύκλο των αρμοδιοτήτων της, οφείλει να παρηγορήσει τους οικείους του ασθενή, για να διαλύσει τους φόβους και τις ανηυχίες τους και να απαντήσει στα πολλά τους ερωτήματα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

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

### Α.Γενική προεγχειρητική ετοιμασία

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

**Γόνωση του ηθικού:** Πολλοί ασθενείς όχι μόνο έρχονται στο νοσοκομείο με φόβους και ανηυχίες, αλλά και προβλέπουν την αποτυχία της εγχείρησης.

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα ανηυχίας, φόβου ή καταθλιμώς παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας, -τή να ανακλύψει τις προσωπικές ανάγκες του ασθενή και να τις ικανοποιήσει καθώς επίσης να καταλάβει τον ασθενή και να συμμεριστεί τη θέση του.

**Γόνωση σωματική:** Λόγω του ότι συνήθως σε χειρουργικές επεμβάσεις Ca στομάχου ο ασθενής δεν θα τρέφεται από το στόμα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού του με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια του αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι' αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

**Ιατρικές εξετάσεις:** Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από χειρουργό για εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού, από παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος: γενική αίματος (λευκά-ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και,

2. Γενική ούρων.

Επίσης γίνεται ακτινογραφία θώρακος και λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών.

**Καθαριότητα του ασθενούς.** Αυτή συνίσταται σε:

1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Αυτός αποβλέπει στην αποφυγή της εκκενώσεως του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι, της ευχερέστερη διένεργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με καθαρτικό υποκλύσμο. Σήμερα δε συνιστάται η λήψη καθαρτικών φαρμάκων, γιατί προκαλεί αφυδάτωση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου. Η εκτέλεση υποκλύσμου γίνεται κατόπιν εντολής ιατρού. Συνήθως γίνονται δύο υποκλύσμοι, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατωτέρω τμήματος του παχέος εντέρου.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων.

Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Για την αποφυγή αϋπνίας χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π.

Π ρ ο σ α ν α τ ο λ ι σ μ ό ασθενούς στο νέο σιμάτιο, όταν μάλιστα πρόκειται να νοσηλευτεί αυτός σε μονάδα εντατικής παρακολούθησης.

#### Β. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία είναι η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Δηλαδή του ,έρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυν για μολύνσεις.

Η θέση και έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου εξαρτάται από το είδος της εγχείρησης και πρέπει να περιλαμβάνει αρκετή έκταση γύρω από το σημείο της τομής.

#### Γ. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία

Η τελική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς (λήψη ζωτικών σημείων).

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς (ποδονάρια, υποκάμισο, σκούφο). Πριν ενδυθεί ο ασθενής με τα ρούχα του χειρουργείου πρέπει να ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Επίσης αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα, ξένες οδοντοστοιχίες που καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

γ) Προναρκωση: Αυτή γίνεται μισή ώρα προ της εγχείρησης.

Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας. Μετά την προναρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η νοσηλεύτρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

#### Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή στις διαγνωστικές εξετάσεις

Η ακτινολογική εξέταση γίνεται για επιβεβαίωση ή αποκλεισμό όγκων ή στενώσεων του στομάχου (με βαριούχο γεύμα).

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

Εξήγηση από μέρους της νοσηλεύτριας, -τή της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί. Ενημέρωση του ασθενούς ότι δεν πρέπει να πάρει τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση. Μεταφέρεται ο ασθενής στο ακτινολογικό με καρότσι ή φορείο.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

\*Εξέταση της άδειας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση.

\*Λήψη μικρής ποσότητας θειικού βαρίου και έλεγχος της πορείας της με ακτινοσκόπηση. Λήψη της υπόλοιπης ποσότητας και παρακολούθηση της πορείας της με λήψη σειράς ακτινογραφιών.

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

Μετά την εξέταση η νοσηλεύτρια, -τής, ενθαρρύνει τον ασθενή για λήψη υγρών που θα βοηθήσουν στην αποβολή του βαρίου από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Ενημερώνει τον άρρωστο ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση. Χορηγεί καθαρτικό, κατόπιν εντολή ιατρού, όπως γάλα μαγνησίας για αποβολή του βαρίου, αν χρειαστεί.

Από την ανάλυση του γαστρικού υγρού μπορεί να εκτιμηθεί:

α. Η εκκριτική δραστηριότητα του βλεννογόνου του στομάχου.

β. Η παρουσία και ο βαθμός κατακράτησης γαστρικού περιεχομένου.



γ. Η περιεκτικότητά του σε υδροχλωρικό οξύ.

δ. Η παρουσία καρκινικών κυττάρων σ αυτό.

ε. Η παρουσία βακτηριδίων Koch.

Η νοσπλεύτρια, -τής δεν δίνει τροφή και υγρά στον άρρωστο μετά να μεσάνυχτα (για 8-10 ώρες), έτσι εξασφαλίζεται ένα αξιόπιστο δείγμα περιεχομένου του στομάχου. Δεν χορηγεί αντοχολινεργικά για 12-24 ώρες (άν παίρνει) για να διευκολυνθεί η φυσιολογική κένωση του στομάχου και να απομακρυνθεί η κατασταλτική δράση στον γαστρικό βλεννογόνο. Κατόπιν εξηγεί στον άρρωστο γιατί πρόκειται να του γίνει ρινογαστρική διασωλήνωση και πως μπορεί αυτός να βοηθήσει στην εισαγωγή του σωλήνα (να αναπνέει με το στόμα και να καπνίζει). Μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα αναρροφά το πρώτο δείγμα γράφοντας στην ετικέτα "υπολειπόμενο". Αναρροφά το δεύτερο δείγμα μετά 30min σημειώνοντας ποσότητα και χρόνο συλλογής. Αναρροφά 4 επιπλέον δείγματα σε μεσοδιαστήματα 15min σημειώνοντας πάλι ποσότητα και χρόνο συλλογής. Μετά τη λήψη όλων των δειγμάτων, αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και η νοσπλεύτρια, -τής πλένει το στόμα του ασθενούς και φροντίζει τη μύτη του. Παρακολουθεί τακτικά τον ασθενή για ναυτία και εμέτους. Τέλος, μετρά την ποσότητα του υγρού των δειγμάτων, σημειώνει τα χαρακτηριστικά του γαστρικού υγρού. Ενημερώνει τον υπεύθυνο γιατρό εάν το υγρό περιέχει παθολογικά στοιχεία.

Η γαστροσκόπηση γίνεται για άμεση επισκόπηση του βλεννογόνου του στομάχου με σκοπό την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό γαστρίτιδας, γαστρικού έλκους, γαστρικού καρκινώματος ή γαστρικής αιμορραγίας. Ακόμα για λήψη δειγμάτων βιοψίας του βλεννογόνου του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου.

Η νοσπλεύτρια, -τής εξηγεί στον ασθενή τι θα του συμβε πριν, κατά και μετά την εξέταση. Δεν δίνει τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν από την εξέταση. Αφαιρεί τις ξένες οδοντοστοιχίες (αν έχει ο ασθενής).

Χορηγεί ελαφρό κατευναστικό ή ηρεμιστικό κατόπιν εντολής του υπεύθυνου γιατρού. Φροντίζει για τη μεταφορά του ασθενούς στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων με καρότσι ή φορείο.

Η Διαδικασία περιλαμβάνει:

- \* Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray.
- \* Εισαγωγή του γαστροσκοπίου, ενώ ο άρρωστος αναπνέει.
- \* Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.
- \* Λήψη Δειγμάτων βιοψίας.

Μετά την εξέταση φροντίζει η νοσηλεύτρια, -τής ώστε να μην πάρει ο ασθενής τίποτα από το στόμα ως την επιστροφή του φαρυγγικού αντανακλαστικού (2-4 ώρες μετά την εξέταση).

Ελέγχει τα ζωτικά σημεία του ασθενή κάθε μισή ώρα ως τη σταθεροποίησή τους.

Παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του ασθενή για τυχόν συμπτώματα διάτρητης (σπάνια) όπως πυρετός, πόνος, αιμορραγία.

Χορηγεί ασπιρίνη στον ασθενή ή του λέει να κάνει γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού.

### Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί σοβαρή απασχόληση νοσηλεύτριας, -τή.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει:

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.
3. Τον έλεγχο της κατάστασής του τραύματος και την παρακολούθησή του.
4. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του.
5. Τη σύνδεση των παρεχόμενων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.
6. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
7. Την ανακούφιση του αρρώστου, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.
8. Τη φροντίδα του τραύματος.

Η καθαριότητα αποτελεί σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής νοσηλείας του ασθενούς. Συνιστάται λουτρό καθαριότητας, συχνή αλλαγή λευκού ιματισμού. Οι πλύσεις και καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας όχι μόνο ανακουφίζουν, αλλά και προλαμβάνουν στοματίτιδες και παρυπίτιδες (συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές).

Οι συχνές εντριβές, η αλλαγή θέσεως του αρρώστου βοηθούν στην ανακούφιση και άνεσή του και την πρόληψη επιπλοκών.

### Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του. Εφόσον η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς αποτελεί συνέχεια της εγχείρωσής, η νοσηλεύτρια, -της πρέπει να γνωρίζει το είδος και το αποτέλεσμα της, για να προσαρμόσει τη φροντίδα του στις ειδικές του ανάγκες και να κάνει έγκαιρα παρατηρήσεις.

Μετά από μία εγχείρηση μεγάλη ή μικρή, επικίνδυνη ή ακίνδυνη, αντιμέτωπιζει ο ασθενής την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Οι ανεπιθύμητες αυτές καταστάσεις ονομάζονται δυσχέρειες ή επιπλοκές και αποτελεί βασικό καθήκον και ευθύνη της αδελφής η προσπάθεια να προφυλάξει από αυτές τον ασθενή.

Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθάει στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Ειδική νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου

(Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική φροντίδα)

Πέρα από τις γενικές νοσηλευτικές δραστηριότητες που καλύπτουν τη νοσηλευτική φροντίδα (προεγχειρητική και μετεγχειρητική) χειρουργικού ασθενή, υπάρχουν και ορισμένες ειδικές νοσηλευτικές ενέργειες στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου που αξίζει να αναφερθούν και αφορούν δύο χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται σε καρκίνο στομάχου: την υφολική γαστρεκτομή (Billroth II) και τη γαστροστομία.

Η προεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε υφολική γαστρεκτομή (Billroth II) περιλαμβάνει:

- Εφαρμογή δίαιτας ελκοπαθούς μέχρι 24 ώρες πριν από την επέμβαση.

Υγρή δίαιτα τις επόμενες 12 ώρες. Κατόπιν, τίποτα από το στόμα ως τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης. Πιθανή η λήψη από το στόμα 1.000mg βιταμίνης C την εβδομάδα που προηγείται της χειρουργικής επέμβασης.

-Εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.

-Πλύση στομάχου το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης, αν υπάρχει πυλωρική στένωση. Πιθανή η χρήση ειδικής αντλίας για αφαίρεση παχύρρευστου υπολείμματος.

-Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για αναρρόφηση του υπολειμματικού υγρού.

Η μετεγχειρητική φροντίδα στοχεύει στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και τη δυσφορία, στην εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και στην πρόληψη επιπλοκών. Περιλαμβάνει:

-Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι.

-Σχολαστική υγιεινή του στόματος.

-Χορήγηση αναλγητικών και ναρκωτικών.

-Γαρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών.

-Αναρρόφηση από τον ρινογαστρικό σωλήνα, στην αρχή κάθε μισή ώρα και μετά τις δύο πρώτες ώρες, κάθε μία ώρα, αν δεν υπάρχει στο υγρό ανοικτό κόκκινο αίμα (αιμορραγία από την εσωτερική στιβάδα της αναστόμωσης). Το υγρό της αναρρόφησης μπορεί να περιέχει βλέννη, αλλοιωμένο αίμα (καφέ) και χολή.

-Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών (ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων και διαλύματος γλυκόζης) 2.500-3.000ml για τις πρώτες 2-3 ημέρες.

-Χορήγηση υγρών από το στόμα μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου. Αύξησή τους ανάλογα με την ανοχή του αρρώστου.

-Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου.

-Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για κάλυψη τυχόν επιπλέον αναγκών.

-Λήψη μέτρων για πρόληψη επιπλοκών, παρακολούθηση του αρρώστου για έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπισή τους.

Η προεγχειρητική φροντίδα ασθενούς που πρόκειται να υποβληθεί σε γαστροστομία περιλαμβάνει:

-Εξήγηση του σκοπού της επέμβασης.

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

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

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

-Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης, ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.

-Χορήγηση υγρών μέσα από τον σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης

Αρχικά, σε ποσότητα 50-100ml και βαθμιαία ως 300ml, αν τα ενέχεται ο άρρωστος.

-Χορήγηση από τον σωλήνα τροφής σε ημίρρευστη μορφή. Το μίγμα που συνήθως χορηγείται είναι:

Γάλα 300 ml

Κρέμα 280 ml

Αυγά 6

Ζάχαρη 6 κουταλιές

Λάδι 2 κουταλιές

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

-Χορήγηση 50ml χλιαρού νερού για το πλύσιμο του αυλού του σωλήνα, μετά από κάθε γεύμα.

-Χορήγηση 50ml νερού κάθε δύο ώρες.

-Αναγραφή, σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.

-Αφαίρεση του σωλήνα μετά 5-6 ημέρες, και εισαγωγή νέου, που εισάγεται, αφού προηγουμένως επιλειφθεί με βαζελίνη. Στερέωση του στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκογλάστ, το οποίο προηγουμένως περιβάλλει τον καθετήρα.

-Αλλαγή σωλήνα κάθε 2-3 ημέρες.

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

-Πληροφόρηση του αρρώστου για έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές).

-Φροντίδα περιστομιακού δέρματος. Καθημερινή αλλαγή γαζών και επιλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.

-Μετά μερικές εβδομάδες, ο σωλήνας εισάγεται μόνο για σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκογλάστ.

### Τεχνητή Διατροφή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι καλή, η λήψη τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή. Έτσι γίνεται απαραίτητη η τεχνητή διατροφή μέσα από ρινογαστρικό σωλήνα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

1. Ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση.
2. Χειρουργική επέμβαση στη στοματική κοιλότητα.
3. Μεγάλου βαθμού ανορεξία.
4. Προβλήματα κατάποσης.
5. Μεγάλη αδυναμία.
6. Ψυχικά νοσήματα.

Τα μίγματα τεχνητής διατροφής πρέπει να εξασφαλίζουν όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, άλατα, βιταμίνες) και το νερό που χρειάζεται ο άρρωστος. Το είδος, η ποσότητα και ο τρόπος και ο χρόνος χορήγησης παραγγέλλεται από το γιατρό.

Τα μίγματα μπορεί να είναι έτοιμα ή να παρασκευάζονται στο τμήμα με μίξερ. Οι αρχές χορήγησης του μίγματος είναι η βαρύτητα ή η προώθηση με αντλία που χρησιμοποιείται κυρίως όπου το μίγμα έχει μεγάλη γλοιότητα.

Εξάλλου η χορήγηση μπορεί να γίνει σε γεύματα ή να είναι συνεχής.

Ο γιατρός, μαζί με την εντολή εφαρμογής της τεχνητής διατροφής, ορίζει και τον τρόπο χορήγησης του μίγματος. Πολλές φορές μπορεί να χρειαστεί να αποφασίσει η νοσηλεύτρια, -τής για τον τρόπο χορήγησης. Παράγοντες που πρέπει να πάρει υπόψη της είναι:

1. Η κατάσταση του άρρωστου.
2. Η γλοιότητα του μίγματος.
3. Τα διαθέσιμα αντικείμενα.



### Επιπλοκές τεχνητής διατροφής και πρόληψη αυτών

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

1. Διάρροια.
2. Ναυτία και έμετοι.
3. Πνευμονία από εισρόφιση.
4. Άνεπαρκής χορήγηση νερού.
5. Μεταβολική αλκάλωση.

Έτσι, για την πρόληψη και αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητα τα παρακάτω:

- . Σχολαστικός καθαρισμός αντικειμένων τεχνητής διατροφής μετά από κάθε χρήση τους και αποστείρωσή τους κατά διαστήματα (η τεχνητή διατροφή δεν απαιτεί άσπρη τεχνική).
- . Διατήρηση του μίγματος στο ψυγείο ως τη στιγμή της χορήγησής του.
- . Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες.
- . Πλύση του σωλήνα με χλιαρό νερό μετά από κάθε γεύμα.
- . Σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης, συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά ή εφαρμογή παγοκύστης γύρω από αυτόν για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- . Θερμοκρασία μίγματος 37° C.
- . Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον στόμαχο κατά τη σίτιση.
- . Φροντίδα στόματος και ρωθύνων.
- . Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σίτιση πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος. Πιθανή ανάγκη αραίωσης του μίγματος και μείωσης 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 από τον σωλήνα.
- . Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφισης σε περίπτωση εμέτου ή ανάρροιας: ανάρ-

ροπη θέση (αν επιτρέπεται), στροφή της κεφαλής στο πλάι και χαμηλά για παροχέτευση του εμέτου, αναρροφητήρας έτοιμος για χρησιμοποίηση δίπλα στον κωματώδη και 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 50ml νερού κάθε 2 ώρες. Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης. Το νερό είναι απαραίτητο για τον μεταβολισμό αλλά και για την απέκκριση των προϊόντων μεταβολισμού των πρωτεϊνών. Τα υδατοηλεκτρολυτικά σύνδρομα που θα συμβούν, είναι στην αρχή υπέρτονη αύξηση του όγκου των εξωκυτταρίων υγρών και στη συνέχεια υπέρτονη ελάττωση. Ιδιαίτερη προσοχή στους κωματώδεις, 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. Τα αποτελέσματα είναι μεταβολική αλκάλωση.
- . Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, άμεση αναφορά της, τροποποίηση του μίγματος για διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα από τον σωλήνα.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### Χημειοθεραπεία

Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου.

Η χημειοθεραπεία αποδίδει όλο και περισσότερα θεραπευτικά αποτελέσματα εξαιτίας της αύξησης των γνώσεων που αφορούν τις βιοχημικές διαφορές ανάμεσα στον ξενιστή και τα νεοπλασματικά κύτταρα.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των νοσηθών νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από τη στοματική κοιλότητα, ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος άλλα δρούν τοξικά σε διάφορα σπυδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Τα προβλήματα του αρρώστου είναι:

- . Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).
- . Μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις (ελαττωμένα λευκά, ανοσοκαταστολή).
- . θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία).
- . Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, θνηπτική (έμετοι, διάρροια).

- . Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος.
- . Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα).

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος και η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- α. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.
- β. Χορήγηση αντιεμετικών πριν από τη θεραπεία.
- γ. Επαρκής υδάτιση, μέτρηση προσλαμβανόμενων - αποβαλλόμενων υγρών.
- δ. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
- ε. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών κι βιταμινών και ελαφρά.
- στ. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
- ζ. Προστασία αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
- η. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
- θ. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία, και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
- ι. Βοήθεια του αρρώστου να δεχτεί την παροδική αλλαγή του σωματικού ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
- ια. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
- ιβ. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

##### Ψυχολογικά προβλήματα του ασθενή με καρκίνο

Υπάρχει πάντοτε ένα στοιχείο αβεβαιότητας που περιβάλλει τον άρρωστο με το κακόηθες νεόπλασμα.

Πρώτο, υπάρχει ο φόβος στη σκέψη ότι ο ογκίδιο ή τα συμπτώματά του οφείλονται σε κακόηθη όγκο.

Δεύτερο, υπάρχει ίσως μια περίοδος αβεβαιότητας κατά τη διάρκεια της έρευνας πριν βγει η τελική διάγνωση.

Τρίτο, υπάρχει η ατμόσφαιρα έντασης και δυσκολίας που δημιουργείται όταν πρόκειται να παρθεί απόφαση για το τι πρέπει να ειπωθεί στον άρρωστο με διαβεβαιωμένο κακόηθες νεόπλασμα.

Τέταρτο, ανεξάρτητα του αν του ειπώθηκε όλη η αλήθεια για την κατάστασή του, ο άρρωστος έχει μια υπόνοια ότι του είπαν τη μισή αλήθεια.

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί

την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ αυτή.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά.

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 τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου.

Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί, η φάση δε αυτή ονομάζεται της κατάθλιψης.

Τέλος ο άρρωστος μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη 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 αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Συμπεριφορά της νοσηλεύτριας, -τή απέναντι στον καρκινοπαθή

Η νοσηλεύτρια, -τής πρέπει να δείξει στον άρρωστο γιατί αυτός βιαισθάνεται τη στάση της. Το να γνωρίζει ότι η νοσηλεύτρια έχει θετική στάση στην αρρώστια του είναι σημαντικό.

Πρέπει να παρουσιάζει την ευχάριστη όψη της ζωή, αυτό δίνει ελπίδα στον ασθενή.

Πρέπει να διατηρεί την αξιοπρέπεια και την υπόληψη του αρρώστου.

Πρέπει να βοηθά τον άρρωστο να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του.

Πρέπει να είναι ευγενική, να ενθαρρύνει τον άρρωστο, να βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησής του.

Πρέπει να ενισχύσει την αποκατάσταση του αρρώστου.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας, -τή στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή.

Σήμερα, όταν μιλάμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές για να ζήσει "ποιότητα ζωής".

Η νοσηλεύτρια, από τη στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσει στάση κατανόησης, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο.

Επειδή στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή ασκεί επίδραση η οικογένειά του, το κοινωνικό περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκατάστασης να συμπεριλαμβάνονται κι αυτές. Πρέπει δηλαδή να δοθεί να δει η νοσηλεύτρια πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο

και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζοντας ψυχολογικά τον ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον και καταρτίζοντάς τον βοηθεί στην γρήγορη αποκατάστασή του.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο να συνεχίσει τη ζωή του όπως και πρώτα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών  
με Ca στομάχου εφαρμόζοντας τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

A. Περιστατικό

Ατομικό ιστορικό ασθενή

Όνομα: Σωτήριος

Επώνυμο: Λαμπρόπουλος

Ηλικία: 75 ετών

Τόπος γεννήσεως: Ακράτα

Τόπος Διαμονής...: Ακράτα

Βάρος : 64 Kg

Επάγγελμα: Αγρότης

Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος-άγαμος): Έγγαμος

Αρτημελής ή όχι : Αρτημελής

Καπνιστής ή όχι: Καπνιστής

Πόσα τσιγάρα την ημέρα: Ένα πακέτο

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Παχύσαρκος ή όχι: Όχι

Προηγούμενες ασθένειες: Καμιά

Χειρουργικές επεμβάσεις: Καμιά

Χρόνιες παθήσεις: Καμιά

Κλ.προνομικό ιστορικό ασθενή

Ομάδα αίματος : A

RH: Θετικό (+)

Τέκνα: Δύο παιδιά— ένα αγόρι και ένα κορίτσι υγιή. Ο πατέρα του ασθενούς πέθανε σε ηλικία 77 ετών από εγκεφαλικό και η μητέρα του πέθανε σε ηλικία 86 ετών από κρίση επιληψίας.



### Ιστορικό της παρούσας νόσου

Πρίν από ενάμιση μήνα ο ασθενής αναφέρει πόνους στο επιγάστριο, ναυτία, εμέτους (καφεοειδείς), αδυναμία, μέλανες κενώσεις, απώλεια βάρους (5-6 κιλά τον τελευταίο μήνα). Πήγε σε γιατρό ο οποίος του συνέστησε εισαγωγή σε νοσοκομείο για εξετάσεις. Τα συμπτώματα έγιναν πιο έντονα με αποτέλεσμα να εισαχθεί στο νοσοκομείο με επιγαστραλγία, εμέτους και μέλανες κενώσεις. Η δίαιτα που του ορίστηκε ήταν ελκοπαθούς-ελαφρά.

### Κλινική Εξέταση

#### Κεφαλή - Τράχηλος

- Συμμετρική, λεμφαδένες (τραχηλικοί, υπέρκλειστοι, αμυγδαλιτικοί)
- Θυροειδής αμυγδαλίτις

#### Θώρακας

Η ακτινογραφία θώρακος φυσιολογική. Αναπνευστικό ψιθύρισμα κ.φ. S<sub>5</sub>, S<sub>2</sub> (ακουστοί, χωρίς επιπροσθετούς ήχους).

#### Κοιλία

Εντερικοί ήχοι κ.φ. Ψηλαφάται στο επιγάστριο μαλακή, ευπίεστη μάζα. Πόνος κατά την ψηλάφηση της άνω περιοχής. Η υπόλοιπη κοιλία ελεύθερη.

#### Άκρα

Φυσιολογική κινητικότητα, δεν παρατηρείται διάταση του φλεβικού δικτύου. Οι σφύξεις των περιφερικών αρτηριών ψηλαφητές.

### Εργαστηριακές εξετάσεις:

Εγινε γενική αίματος με τα ακόλουθα αποτελέσματα:

Λιματοκρίτη: 33

Ουρία: 40

Σάκχαρο :119

Νάτριο : 141

Κάλιο: 4.8

Η ακτινογραφία θώρακος και το ηλεκτροκαρδιογράφημα ήταν κατά φύση.

#### Διαφορική Διάγνωση

- Προπυλωρικό άλγος
- Ca στομάχου

Μετά τη γαστροσκόπηση όμως αποδείχθηκε ότι ο ασθενής έπασχε από Ca στομάχου και μάλιστα η νόσος ήταν στο τρίτο στάδιο.

#### Θεραπεία

Η θεραπεία ήταν χειρουργική. Ο ασθενής θα έκανε υφολική γαστρεκτομή (Billroth II) και χολοκυστεκτομή.

Του ετέθη υποκλείδιος καθετήρας. Αρχισε ολική παρεντερική διατροφή τύπου (A). Ανά δωρο έκανε test ούρων.

Λόγω του ότι ο ασθενής θα έκανε εγχείρηση η νοσηλευτική του φροντίδα χωρίζεται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική.

Τ. ΞΕ ΠΑΤΡΑΣ  
ΑΙΘΩΝΗΚΗ

Προεγχειρητική Φροντίδα

---

Προβλήματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός	Εφαρμογή ΝΕ	Εκτίμηση
ασθενούς		Νοσηλευτ. ενεργειών		

---

1. Τόνωση Ανύψωση του ηθικού του θα γίνει συζή- Εγινε συζήτη- Με τη συζή-  
 ηθικού ασθενούς ώστε ο ασθε- τηση με τον α- ση με τον τηση αναπ-  
 του ασθε- νής να είναι ήρεμος, σθενή.θα ενθαρ- ασθενή σε φι- τερώθηκε το  
 νούς απαλλαγμένος απο αισ- ρυνθεί ο ασθε- λική ατμόσφαι- ηθικό του  
 θήματα ανησυχίας, φό- νής ώστε να ρα.Ενθαρρύνθη- ασθενούς  
 βου ή καταθλίψεως. εκφράσει μό- κε και άρχισε πράγμα πολύ  
 νος του τα να μιλάει για σημαντικό  
 αισθήματα τα προβλήματα εφόσον ευ-  
 λύπης που δο- που αντιμετώ- νοεί την  
 κινάζει. πισε διαισθα- πρόληψη  
 νόμενος το ευ- μετεγχει-  
 χάριστο κλίμα ρητικών  
 που είχε δη- επιπλοκών.  
 μιουργηθεί.

2. Τόνωση Ενίσχυση του οργανι- Λόγω του ότι η Αφού έγινε όλη Με την ολι-  
 σματι- σμού του ασθενούς σίτιση του ασ- η σχετική δια- κή παρεντε-  
 κή του ώστε να ανταπεξέλθει θενούς απο το δικασία για υ- ρική διατρο-  
 ασθε- στην εγχείρηση που στόμα και η ποκλείδιο φλε- φή επιτεύχ-  
 νούς πρόκειται να κάνει τεχνητή διατρο- βικό καθετη- θηκε η σω-  
 και η μετεγχειρητι- φή με ρινογα- ριασμό με όλους ματική του  
 κή πορεία της στρικό σωλήνα τους κανόνες τόνωση του  
 υγείας του να έχει δεν απέδωσαν της αστημίας και ασθενούς,

καλή έκβαση.

θα αρχίσει ολι- της αντισηψίας, ενισχύθηκε  
κή παρεντερική άρχισε ολική ο οργανι-  
διατροφή τύπου παρεντερική σμός του  
(Α). διατροφή τύ- ώστε να εί-  
που (Α). ναι έτοιμος  
για την  
εγχείρηση  
που επρό-  
κειτο να κά-  
νει.

3. Καθα- Η καθαριότητα του θα γίνει καθα- Έγινε ο καθα- Με τον καθαρι-  
ριό- ασθενούς περιλαμβά- ρισμός του ε- ρισμός του κό υποκλεισμό  
τητα νει τον καθαρισμό ντερικού σωλή- εντερικού σω- και το λουτρό  
του του εντερικού σω- να με καθαρι- λήνα του καθαριότητας  
ασθε- λήνα ο οποίος απο- κό υποκλεισμό. ασθενούς με που έγιναν στον  
νούς βλέπει στην απο- Επίσης θα γί- καθαριστικό υ- ασθενή επιτεύχ-  
φυγή της εκκενώ- νει καθαριότη- ποκλεισμό, ο- θηκαν ο καθαρι-  
σεως του εντέρου τα του σώματος οποίος απέ- σμός του εντε-  
πάνω στο χειρουρ- του ασθενή που δωσε. ρικού σωλήνα και  
γικό τραπέζι και περιλαμβάνει: Έγινε η κα- η καθαριότητα  
την καθαριότητα Λουτρό καθα- θαριότητα του σώματος του  
του σώματος του ριότητας, κα- του σώματος ασθενούς ώστε  
ασθενούς που απο- θαριότητα και του ασθενούς να αποφευχθεί ο  
βλέπει στην καλύ- αντισηψία της με λουτρό κίνδυνος εκκε-  
τερη λειτουργι- στοματικής καθαριότητας νώσεως του εντέ-  
κότητα του δέρμα- κοιλότητας αιρού λήφθηκαν ρου πάνω στο  
τος και την απο- και του ρινο- όλα τα απαραί- χειρουργικό

φυγή μόλυνσεως  
του χειρουργικού  
τραύματος.

φάρυγγα.

τητα μέτρα τραπέζι και ο  
προστασίας του κίνδυνος μό-  
ασθενούς. λύνσεως του  
Εγινε προσε- χειρουργικού  
κτική καθα- τραύματος απο  
ριότητα του το ακάθαρτο  
ομφαλού και δέρμα. Επίσης  
περιποίηση νυ- με την καθα-  
χιών. ριότητα και  
Ακολούθησε η αντισηψία της  
καθαριότητα στοματικής  
και η αντιση- κοιλότητας  
ψία της στο- και του ρινο-  
ματικής κοιλό- φάρυγγα απο-  
τητας και του φεύχθηκε η μό-  
ρινοφάρυγγα λυση του ανα-  
του ασθενούς. πνευστικού συ-  
στήματος και  
των σιελογόνων  
αδένων.

4. Εξασφάλιση  
επαρκούς και  
καλού ύπνου

Εξασφάλιση καλού  
ύπνου στον ασθε-  
νή ώστε να είναι  
αυτός ήρεμος και  
ξεκούραστος για  
την ημέρα της  
εγχειρήσεως.

θα εξασφαλι-  
στεί επαρκής  
και καλός  
ύπνος στον  
ασθενή με τη  
χορήγηση η-  
ρεμιστικού

Χορηγήθηκε κα- Με το πρεμιστι-  
τόπιν εντολής κό- υπνωτικό φά-  
ιατρού πρεμι- ρμακο που χορη-  
στικό- υπνωτικό γήθηκε στον ασ-  
φάρμακο στον θενή κατόπιν  
ασθενή για να εντολής ιατρού  
πρεμήσει και του εξασφαλί-

στον	φαρμάκου κα-	να κοιμηθεί	στηκε επαρκής
ασθε-	τόπιν εντο-	καλά.	και καλός ύπνος
ν ή		λ ή σ	ιατρού .

5.Προε-	Προετοιμασία του	θα γίνει η	Εγινε η προε-	Με την προετοιμα-
τοιμα-	εγχειρητικού πε-	προετοιμασία	τοιμασία του	σία του εγχειρη-
σία	δίου στον ασθενή	του εγχειρη-	εγχειρητικού	τικού πεδίου δη-
του	ώστε να καταστεί	τικού πεδίου	πεδίου (καθα-	λαδή του μέρους
εγχει-	το δέρμα του	η οποία συ-	ριότητα, απο-	εκείνου του σώμα-
ρηπι-	ακίνδυνο για μο-	νίσταται στην	τρίχωση, αντι-	τος στο οποίο προ
κού	λύσεις.	καθαριότητα,	σηψία) με τα	κειται να γίνει η
πε-		αποτρίχωση	απαραίτητα	επέμβαση επιτεύ-
δίου.		και αντιση-	μέτρα προστα-	χθηκε η καθαριό-
		ψία του δέρ-	σίας για τον	τητα, αποτρίχωση
		ματος του	άρρωστο.	και αντισηψία του
		εγχειρητικού		δέρματος του ε-
		πεδίου.		γχειρητικού πεδίου
				ώστε να καταστεί
				ακίνδυνο για μο-
				λύσεις.

6.Παρα-	Παρατήρηση και	θα γίνει η	Εγινε η λή-	Με τη παρατήρηση
τηρη-	εκτίμηση της	πρωινή λήψη	ψη των ζωτι-	της γενικής κα-
ση	γενικής κατά-	των ζωτικών	κών σημείων	ταστάσεως του α-
και	στασης του α-	σημείων του	(θερμοκρα-	σθενούς διαπιστώ-
εκτί-	σθενή ώστε να	ασθενή και	σία, αρτη-	θηκε ότι αυτός
μηση	αποδειχθεί ό-	θα αναφερ-	ριακή πίεση	ήταν πολύ καλά
της	τι αυτός εί-	θούν όλες οι	αφύξεις, ανα-	και μπορούσε να

γενικώς  
κατάστασης του ασθενούς

να πάει στο χειρουργείο.

σχετικές παρατηρήσεις στην προϊσταμένη του Τμήματος.

πνοές) του ασθενή και δεν διαπιστώθηκε καμία παρέκλιση από τα φυσιολογικά όρια

Η γενική του κατάσταση,

ήταν πολύ καλή χωρίς κανένα σημείο ανησυχίας.

Ενημερώθηκε η προϊσταμένη και ο υπεύθυνος ιατρός.

7. Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς ώστε να είναι έτοιμος για την εγχείρησή στην

θα ενδυθεί ο ασθενής κατάλληλα για το χειρουργείο

αφού προηγουμένως γίνει η εκκένωση της ουροδόχου κύστης

Αφού ο ασθενής ούρησε για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη βοήθηθηκε ώστε να φορέσει την ενδυμασία του χειρουργείου (προνάρια, υποκάμισο) Του αφαιρέθη

Αφού έγινε όλη η απαραίτητη προετοιμασία (εκκένωση ουροδόχου κύστεως, ένδυση κατάλληλη αφαίρεση ξέ-

χει- οποία θα και του α- καν το ρολόι και των οδοντο-  
ρου- υποβλη- φαιρεθούν οι ξένες οδοντο- στοιχιών) ο  
ργείο θεί. τυχόν κοσμη- στοιχίες τα ασθενής ήταν  
ματα, ξένες οποία φυλάχθηκαν πανέτοιμος  
οδοντοστοι- απο τη σύζυγό του. για το χει-  
χίες κλπ ρουργείο.

8. Προ- Προανάρκωση θα γίνει η Αφού δόθηκε στον Με την προνα  
νά- του ασθε- προανάρκωση ασθενή το κατάλ- ρκωση εξασφα  
ρκω- νούς ώστε του ασθενή, ληλο φάρμακο (μι- λίστηκε η π-  
ση να είναι το είδος σή απρ πεθιδίνη ρεμία του  
αυτός όσο της οποίας και μισή απρ ατρο- ασθενή  
το δυνατό θα καθορι- πίνη) και στην  
πιο ήρεμος σθεί απο κατάλληλη ώρα  
αφού εξα- τον αναισθη- (μισή ώρα προ της  
σφαλίσει σιολόγο. εγχειρήσεως) συστή-  
μερική θηκε στον ασθενή  
χαλάρωση να μη σπικωθεί απο  
του μυϊ- το κρεβάτι του  
κού συ- λόγω της δράσεως  
στήματος του φαρμάκου.  
και προ-  
καλεί  
υπνηλία.



9. Εξασφά- Εξασφάλισι θα εξασφαλιστεί Εγινε η εξασφάλισι Με την εξα-  
λισι ήρεμου πε- ήρεμο περιβάλλον περιβάλλοντος χωρίς σφάλισι ή-  
ήρεμου ριβάλλοντος στον ασθενή, θα θορύβους και έντονο ρεμου περι-  
περι- ώστε ο α- ζητηθεί απο τους φωτισμό. Οι επισκέ- βάλλοντος  
βά- ασθενής να επισκέπτες να πτες βγήκαν απο το επιτεύχθηκε  
λον- μπορεί βγούν από το θάλαμο και άφησαν η πρεμία  
τος να ηρεμήσει θάλαμο. τον ασθενή να ηυ- του ασθε-  
και να η- χήσει. νούς.  
συχάσει.

10. Προε- Προετοιμα- θα ετοιμαστεί το Ετοιμάστηκε το κρε- Με την προε-  
τοιμα- σία κλίνης κρεβάτι και το βάτι και το κομο- τοιμασία  
σία και θαλά- κομοδίνο του ασ- δίνο του ασθενή της κλίνης  
κλίνης μου του θενούς μετά την ώστε να είναι κατά- και του θα-  
και ασθενούς αποχώρησή του απο ληλα να τον υπο- λάμου του  
θαλά- ώστε να εί- το χειρουργείο. δεχτούν. Ο θάλαμος ασθενούς  
μου ναι έτοιμα θα ετοιμαστεί κα- τακτοποιήθηκε. του ασθενούς  
του όταν επισ- τάληλα και ο θά- του εξασφα-  
ασθε- τέψει ο ασ- λαμος του ασθε- λίστηκε  
νούς θενής απο νούς. ένα ιδανι-  
το χειρου- ργείο. λον μετά  
τον ερχομό  
του απο το  
χειρουρ-  
γείο.

Μ.Φ.

1. Προφύ- Η προφύλαξη του θα γίνει υποδοχή. Έγινε η υποδοχή με την προφύ-  
 λαξη ασθε- ασθενή από ρεύ- του ασθενούς σε του ασθενή σε λαξη του α-  
 νούς από ματα αέρα κατά ζεστό κρεβάτι. Θα ζεστό κρεβάτι. σθενούς από  
 ρεύματα τη μεταφορά του διατηρηθεί ζε- Διατηρήθηκε ο ρεύματα αέρα  
 αέρα. από το χειρου- στός και θα προ- χειρουργημένος επιτεύχθηκε η  
 ργείο στο θά- στατευθεί από τα ζεστός και έγι- αποφυγή κρου-  
 λαμο γίνεται ρεύματα αέρα. ναν οι απαραί- λογήματος αλ-  
 για την πρόλη- τητες ενέργειες λά πιά πολύ  
 ψη κρουαλογί- ώστε να προστα- και μιας σο-  
 ματος και ακό- τευτεί από ρεύ- βαρής μετεγ-  
 μη για την ματα αέρα (γρή- χειρουργικής  
 πρόληψη πνευ- γορη μεταφορά επιπλοκής ό-  
 μονίας η οποία του ασθενή από πως είναι η  
 αποτελεί συχνή το χειρουργείο πνευμονία.  
 μετεγχειρητική στο θάλαμο).  
 επιπλοκή.

2. Κατάλ- Κατάλληλη τοπο- θα τοποθετηθεί -- Τοποθετήθηκε ο -- Με την κατάλ-  
 λήλη το- θέτηση του αρ- ο ασθενής σε ασθενής σε ύπ- λήλη τοποθε-  
 ποθέτη- ρώστου στο κρεβ- ύπτια θέση. τια θέση. τηση του αρ-  
 ση του βάτι ώστε να ρώστου στο  
 ασθε- προκαληθεί χα- κρεβάτι προ-  
 νούς λάρωση των μυών κλήθηκε μυϊκή  
 στο του και να επι- χαλάρωση και  
 κρεβά- τραπεί η λει- συνεχίστηκε  
 τι τουργία των πα- η καλή λειτου-  
 ροχτεύσεων. ργία των πα-  
 ροχτεύσεων.

3. Ελεγχος ζωτικών σημείων του ασθενή για εκτίμηση της γενικής του κατάστασης  
θα μετρηθούν τα ζωτικά σημεία του ασθενή και θα παρατηρηθεί η γενική του κατάσταση.  
Με τον έλεγχο των ζωτικών σημείων και της γενικής κατάστασης του ασθενούς διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής ήταν πολύ καλά.

100mmHg

θερμοκρασία

37°C

σφύξεις: 70 ανά

πρώτο λεπτό

Η γενική κατάσταση του ασθενούς ήταν

καλή.

4. Έλεγχος παροχέτευσεων για τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας τους φέρει ο ασθενής.  
θα γίνει ο έλεγχος της παροχέτευσης που φέρει ο ασθενής.  
Ελέγχθηκε η παροχέτευση η οποία ήταν σωστή θέση και λειτουργούσε κανονικά.  
Με τον έλεγχο παροχέτευσης διαπιστώθηκε η καλή λειτουργία της.

σεων λειτουργίας

που τους

φέρει

ο ασθενής.

σεων

της.

5.Γ6- Ανακούφιση θα χορηγηθούν στον Με τις νοσηλευτι-  
νος μετεγχει- ασθενή αναλγητικά ασθενή τα αναλ- κές ενέργειες ανα-  
ρηπτικού φάρμακα κατόπιν ε- γητικά φάρμακα κουφίστηκε ο ασθε-  
πόνου. ντόλης ιατρού. που όρισε ο για- νής απο το μετεγ-  
θα τοποθετηθεί ο τρός. χειρηπτικό πόνο.  
ασθενής σε αναπαυ- Τοποθετήθηκε ο  
τική θέση. ασθενής σε ανα-  
θα διατηρηθεί η παυτική θέση.  
φυσιολογική λειτου- Διατηρήθηκε η  
ργία των παροχε- φυσιολογική λει-  
τεύσεων. τουργία των  
παροχετεύσεων.

6.Δυ- Ανακούφιση θα εξασφαλισθεί Εξασφαλίστηκε ήρε- Με τις νοσηλευ-  
αφο του ασθενή ήρεμο και ήσυχο μο περιβάλλον με τικές ενέργειες  
ρία απο το αίσ φυσικό περιβάλ- την απομάκρυνση που έγιναν ανα-  
θημα δυσφο λον. των επισκεπτών απο κουφίστηκε ο  
ρίας που θα υποστηριχτεί το θάλαμο του ασ- ασθενής απο το  
έχει. συναισθηματικά θενούς. αίσθημα δυσφο-  
ο ασθενής. Υποστηρίχτηκε συ- ρίας που είχε.  
θα γίνει η δι- ναισθηματικά ο ασ-  
δασκαλία του θενής με συζήτηση.  
ασθενούς πως ενθάρρυνση και επι-  
να αναπνέει κοινωνία με άτομα  
βαθιά, να βήχει. που εμπνέουν εμπι-  
στοσύνη.  
Διδάχτηκε ο ασθενής  
πως να κάνει διάφο-

ρες αναπνευστικές ασκήσεις, πως να βήχει ώστε να μην του προκαλείται δυσφορία.

7. Ανε- Ενίσχυση θα παρατηρηθεί ακρι- Εγινε ακριβή τήρη- Οι νοσηλευτικές παρκής επαρκούς βώς δελτίο προσλα- ση δελτίου προσβα- δραστηριότητες θρέψη θρέψεως μβανόμενων και απο- μβανόμενων και απο- βοήθησαν στην ε- του αρ- βαλλόμενων υγρών. βαλλόμενων υγρών. νίσχυση της θρέ- ρώστου θα τηρηθεί πιστά Εγινε πιστή τήρηση ψης του ασθενούς η παρεντερική χο- της παρεντερικής χορήγησης υγρών. ρήγηση υγρών.

8. Κίν- Πρόληψη θα γίνει ακριβή Εγινε ακριβή εκτίμηση Με τις νοσηλευτι- δυνος της με- εκτίμηση του πε- του περιεχομένου των κές ενέργειες μετε- τεγχει- ριχομένου των αποβαλλόμενων που ακολουθήθη- γχει- ρητικ αποβαλλόμενων του αρρώστου και ανα- καν δεν εμφανί- ρητι- αυτής υγρών του αρ- γράφηκαν τα αποτελέ- σθηκε μετεγχει- κής επιπλο- ρώστου (τραύμα- οματα σε ακριβές δε- ρητική αιμορρα- αιμο κής. τος, παροχετεύ- λτιο. γία. ρα- σεων). Εγινε λήψη των ζωτι- κών σημείων του ασθε- γίας θα γίνει συχνή κών σημείων του ασθε- και ακριβή-λή- νους, αναγράφηκαν οι τιμές στο θερμομετρι- ψη και εκτίμη- τικό διάγραμμα και στη λογοδοσία. Ήταν στα φυσιολογικά όρια. ση των ζωτικών σημείων του αρρώστου. Η γενική κατάστασή θα παρακολου-

θείται προσε- του ασθενούς δεν  
κτικά η γενική ενέπνεε καμιά ανησυ-  
κατάσταση του χία.  
αρρώστου.

9. Σύν- Πρόληψη θα ενημερωθεί ο Έγινε η ενημέρωση του Τα νοσηλευτικά  
δρομο της εμφά- άρρωστος για ασθενούς για τους πα- μέτρα που πάρ-  
Dum- νισής τους ερεθιστι- ροντες εκείνους που θηκαν βοήθησαν  
ring του συν- κούς παράγον- μπορούν να προκαλέσουν ώστε να αποφευ  
δρομού τες του στο- ερεθισμό στο στομάχι. χθεί ο κίνδυνος  
Dumring μάχου. Τέτοιοι είναι όχι μόνο της συχνής μετε  
θα ενημερω- οι παγωμένες, αλμυρές χειρουργικής  
θεί ο ασθε- και σακχαρούχες τρο- επιπλοκής σε  
νής να ανα- φές αλλά και ο τρόπος ασθενείς που έ-  
παύεται μετά της ζωής. χουν υποβληθεί  
το γεύμα. Ενημερώθηκε επίσης ο σε υφολική  
ασθενής να αναπαύεται γαστρεκτομή.  
μετά απο κάθε γεύμα.

B. Περιστατικό

Ατομικό ιστορικό ασθενή

Όνομα : Κωνσταντίνου

Επίνομο: Ιωάννης

Ηλικία: 65

Τόπος γεννήσεως: Αγρίνιο

Τόπος διαμονής: Αγρίνιο

Βάρος 70kg

Υψος : 1.85cm

Επάγγελμα: Αγρότης

Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος): Έγγαμος

Αρτημελής ή όχι: αρτημελής

Καπνιστής ή όχι: Όχι

Πόσα τσιγάρα την ημέρα: κανένα

Χρήση αλκοόλ: Όχι

Παχύσαρκος ή όχι: Όχι

Προηγούμενες ασθένειες: Όχι

Χειρουργικές επεμβάσεις: πριν 6 μήνες υποβλήθηκε σε υφολική γαστρεκτομή.

Χρόνιες παθήσεις: Όχι

Κληρονομικό ιστορικό

Ομάδα αίματος: 0

RH: θετικό (+)

Τέκνα: τέσσερα-τρία αγόρια και ένα κορίτσι υγιή. Οι γονείς του είχαν πεθάνει από γηρατεία.

Ιστορικό της νόσου

Πριν 6 μήνες υποβλήθηκε σε υφολική γαστρεκτομή (Billroth II) αφού του διαγνώσθηκε καρκίνος στο τρίτο στάδιο. Η χημειοθεραπεία μετά την εγχείρηση άρχισε γιατί κατά τη χειρουργική επέμβαση βρέθηκαν διηθημένοι αδένες.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά τη χημειοθεραπεία σκοπεύει στη μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας, στην ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος, στην έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και στην αντιμετώπισή τους.

Νοσηλευτική φροντίδα

Προβλήματα	Αντικειμ	Προγραμ. Νοσηλ.	Εφαρμογή	Νοσηλ. Ενεργ.	Εκτίμηση
ασθενούς		σκοπός			Ενεργειών

---

1. Ψυχολογ. Ελαχι- θα γίνει συζη- Εγινε συζήτηση με τον Με τη συζήτηση και  
 τόνωση στοποι- τηση με τον α- ασθενή σε ευχάριστο την ενθάρρυνση του  
 πηση των σθενή μέσα σε τόνο, μέσα σε κλίμα ασθενούς να εκφρα-  
 ψυχικών κλίμα κατανόη- ενδιαφέροντος και αγά- στεί άνετα και  
 προβλη- σης. πησης. Δόθηκε στον ασθε- ελεύθερα επιτεύχ-  
 μάτων θα ενθαρρυνθεί νή η ευκαιρία να εκφρά- θηκε η ηθική του  
 του α- ο ασθενής να σει τους φόβους, τις τόνωση.  
 σθενούς εκφράσει μόνος αγωνίες και γενικά τα  
 του τι αισθά- αισθήματα και τις σκέ-  
 νεται, να μιλή- ψεις του.  
 σει για οτιδη-  
 ποτε τον απασ-  
 χολεί.



2. Ναυ- Ανακούφι- θα χορηγηθούν αντιε- Χορηγήθηκαν αντιεμε- Με τις νοσηλευ-  
τία, ση του μετικά φάρμακα κατό- τικά φάρμακα στον τικές ενέργειες  
έμε- ασθενούς πιν εντολής ιατρού ασθενή κατόπιν εντο- ανακουφίστηκε ο  
τοι. απο τις πριν απο την εφαρμο- λής του υπεύθυνου ασθενής απο τη  
διατα- γή της χημειοθερα- γιατρού. ναυτία και τους  
ραχές πείας. Διατηρήθηκε ο άρω- εμέτους.  
αυτές. θα διατηρηθεί ο άρ- στος καθαρός χωρίς  
ρωστος καθαρός χωρίς την κακοσμία των  
την κακοσμία των εμέτων.  
εμέτων. Εξασφαλίστηκε στον  
θα εξασφαλισθεί στον ασθενή καλή θρέψη.  
ασθενή καλή θρέψη.

3. Διάρ- Ανα- θα χορηγηθούν φάρμα- Χορηγήθηκαν κατόπιν Με τα νοσηλευτι-  
ροια κούφι- και που αναστέλλουν εντολής ιατρού φά- κά μέτρα που  
ση τη διάρροια με οδη- ρμακα που αναστέλ- πάρθηκαν ανακου-  
του α- γία του υπεύθυνου λουν την διάρροια. φίστηκε ο ασθε-  
σθενούς γιατρού. Χορηγήθηκαν στον νής απο τη διάρ-  
απο τη θα χορηγηθούν πολ- ασθενή πολλά υγρά. ροια.  
διάρ- λά υγρά στον ασθε- Εγινε φροντίδα του  
ροια νή. δέρματος στην περιο-  
θα γίνει φροντίδα χή του περίνεου του  
του δέρματος ιδιαί- ασθενούς ώστε να  
τερα στην περιοχή προληφθεί ο ερεθι-  
του περίνεου, για σμός.  
την πρόληψη ερεθι-  
σμού.

Ωτοτοξικό-Πρόληψη θα εκτιμηθεί η ακοή Εκτιμήθηκε η ακοή Με τα νοσηλευτικά μέτρα αποφεύχθηκε ο κίνδυνος της ωτοτοξικότητας.

Πρόληψη θα ενημερωθεί ο άρρωστος να αναφέρει αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

Εκτιμήθηκε η ακοή του ασθενούς πριν αρχίσει η χημιοθεραπεία. Αρχίζει η χημιοθεραπεία. Ενημερώθηκε ο ασθενής να αναφέρει τυχόν διαταραχές όσον αφορά την ακοή.

Νεφροτοξικό-Πρόληψη θα παρακολουθηθεί αυστηρά το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.

Παρακολουθήθηκε αυστηρά το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών του ασθενή.

Η νοσηλευτική φροντίδα βοήθησε στην πρόληψη της νεφροτοξικότητας.

Παρακολουθήθηκε ο ασθενής μήπως εμφανίσει συμπτώματα νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.λ.π.

6. Στο- Προληψη θα παρακολουθείται  
ματι της στο- καθημερινά η στο-  
τιδα ματίτι- ματική κοιλότητα  
δας του ασθενούς για αι-  
μοραγγία ούλων.  
θα οργανωθεί πρόγ-  
ραμμα φροντίδας  
της στοματικής κοι-  
λότητας του ασθε-  
νούς (κάθε 4-6 ώρες  
θα γίνεται περιποίηση  
ση και αντισηψία  
της στοματικής κοι-  
λότητας, δεν θα χρη-  
σιμοποιηθεί γλυκε-  
ρίνη γιατί αναστέλ-  
λει την έκκριση του  
σιέλου και αλλάζει  
το PH της στοματι-  
κής κοιλότητας).  
θα επαλειφθούν τα  
χείλη του ασθενούς  
με γλυκερίνη τρεις  
φορές την ημέρα.

Παρακολουθήθηκε καθη-  
μερινά η στοματική κοι-  
λότητα του ασθενούς.  
Οργανώθηκε πρόγραμμα  
φροντίδας της στοματι-  
κής κοιλότητας του  
ασθενούς.  
Επιλήφθηκαν τα χεί-  
λη του ασθενούς  
τρεις φορές την ημέρα  
με γλυκερίνη.

Με τις νοση-  
λευτικές ενέ-  
ργειες που  
πάρθηκαν προ-  
λήφθηκε ο κί-  
νδυνος της  
στοματίτιδας

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Λαμβάνοντας υπ όψιν ότι η πρώιμη διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας συμβάλλει θετικά τη θεραπεία της και παράλληλα ότι τα συμπτώματα του καρκίνου του στομάχου είναι ασαφή είναι αναγκαία η εφαρμογή ορισμένων επικρατών κανόνων:

α. Η λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού για τις λειτουργίες του πεπτικού συστήματος και τις τυχόν διαταραχές τους. Κάθε ανωμαλία που παρατηρείται έστω και αν είναι λίγων ημερών καλό είναι να ελέγχεται.

β. Μια δευτεροπαθής αναιμία μπορεί να αποτελέσει τη μοναδική ένδεξη καρκίνου του στομάχου. Πρέπει να γίνεται οποιαδήποτε αιτιολογική διάγνωση της αναιμίας για να ακολουθήσει κάποια θεραπεία.

γ. Ο καρκίνος του στομάχου πολλές φορές μπορεί να υποδυθεί τη μορφή καλοήθους στομαχικού έλκους αλλά και ένα χρόνια δωδεκαδακτυλικό έλκος δεν αποκλείει τη συνύπαρξη καρκίνου του στομάχου. Γι αυτό είναι απαραίτητος ο ακριβής έλεγχος του στομάχου ειδικά όταν αυτός είναι ευαίσθητος.

Είναι δυνατό να εφαρμοσθούν οι ακόλουθες προτάσεις για την πρόληψη του καρκίνου του στομάχου:

α. Συστηματικός ακτινολογικός έλεγχος και ευρεία χρήση της γαστροσκόπησης.

Και τα δύο βοηθούν πολύ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου.

β. Ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τη διατροφή και τους ερεθιστικούς παράγοντες για το στομάχι.

γ. Δημιουργία ειδικών κέντρων ανίχνευσης του καρκίνου.

δ. Νοσηλευτικό προσωπικό με εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία αρρώστου με καρκίνο.

ε. Συνεχής διαφώτιση του κοινού από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξέτασης.

## Επίλογος

Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία στο δύσκολο αγώνα κατά του καρκίνου του στομάχου είναι όχι μόνο η καλή εκπαίδευση των υγειονομικών, αλλά εξίσου σημαντική είναι και η εκπαίδευση του κοινού, των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η Διαφύτιση του κοινού πρέπει να είναι συνεχής και να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, δίνοντας όλα τα στοιχεία εκείνα που μας επιτρέπουν να ελπίζουμε σε ένα νικηφόρο τέλος.

Ο ασθενής με καρκίνο έχει ανάγκη από μια νοσηλεύτρια που θα χρησιμοποιεί όλες τις γνώσεις και τις δεξιότητές της όταν τον νοσηλεύει. Τότε η νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο με καρκίνο αυτό που πραγματικά έχει ανάγκη όταν αναγνωρίζει τα αισθήματά της για τη ζωή και το θάνατο και τότε θερίζει τη μεγαλύτερη αμοιβή από την εργασία της, της αμοιβή της ολοκλήρωσης της προσωπικότητάς της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Δ.Κ. ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

Τόμος Α Έκδοση Δ Επιστημονικές Εκδόσεις Δ.ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ-Κ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ.ΑΘΗΝΑ  
1984.

ΓΙΤΣΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ.ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ (ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ)

Έκδοση Β ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ.ΑΘΗΝΑ 1988.

ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ "ΥΓΕΙΑ"ΟΛΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

Τόμος 6ος.Σε:997-998.Έκδόσεις "ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε." ΑΘΗΝΑ 1990.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥ -  
ΡΓΙΚΗ.Τόμος Α.Έκδοση Ενδέκατη.Έκδόσεις "ΗΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α. ΑΘΗΝΑ 1988.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

Τόμος Β Μέρος 2ο.Έκδοση Ενδέκατη,Έκδοσις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Σ.Α. ΑΘΗΝΑ 1988.

ΜΟΥΓΙΑΣ Α.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ-  
ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ.Τόμος Α. Έκδοση Β.Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.Κ.Παρισιάνος. Αθήνα  
1980.

ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ. CECIL ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Τόμος Α.Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ.ΑΘΗΝΑ 1990.

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ. ΑΡΧΕΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Τόμος Β. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ.ΑΘΗΝΑ 1988.

ΣΑΡΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ-ΓΙΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 1ος. Επανέκδοση. Εκδόσεις ΕΗΤΑ. Αθήνα 1985.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝΝΑ-ΓΙΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.

Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Τόμος 2ος. Μέρος Β. Εκδόσεις ΕΗΤΑ. Αθήνα 1985.

Α. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ.

Τόμος Α. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ. Αθήνα 1987.