

ΥΠΟΥΡΧΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Τ.Ε.Ι. Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

Θ έ μ α : Καρκίνος του στομάχου και νοσηλευτική φροντίδα

Σπουδάστριες :

- 1) Μαρκάκη Ελένη
- 2) Χαραλάμπους Αικατερίνη

Υπεύθυνος Καθηγητής:

Αλιβιζάτος Βασίλειος



Πτυχιακή εργασία για την λήψη του
Πτυχίου Νοσηλευτικής.-

Π ά τ ρ α Οκτώβριος 1988

ΥΠΟΥΡΧΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1174 a
----------------------	--------

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι ο καρκίνος του στομάχου. Σκοπός μας είναι να αναλύσουμε σε βάθος το θέμα, γιατί όπως γνωρίζουμε ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα από τα συχνότερα νοσήματα και προκαλεί πολλούς θανάτους κάθε χρόνο.

Ευχαριστούμε τον καθηγητή Κον Αλιβιζάτο που μας βοήθησε στη μελέτη αυτού του θέματος, καθώς και το δακτυλογράφο που μας δακτυλογράφησε την πτυχιακή μας εργασία.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελίδα</u>
Ε ι σ α γ ω γ ή	1
- Στοιχεία Ανατομικής και Φυσιολογίας	2 - 20
- Ορισμός , συχνότητα, επιδημιολογία, ατιοπα- θογένεια και κλινικές εκδηλώσεις	21 - 27
- Διάγνωση και Παθολογοανατομικές μορφές	28 - 36
- Θεραπεία	37 - 44
- Νοσηλευτική φροντίδα	45 - 65
- Πρόληψη και ρόλος της Νοσηλεύτριας στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου	66 - 69
- Ιστορικά σρρώσεων με καρκίνο του στομάχου	70 - 78
Β ι β λ ι ο γ ρ α φ ί α	79

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ

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 ενδέκατου θωρακικού σπονδύλου, πίσω από τον 7ο πλευρικό χόνδρο και αριστερά της μέσης γραμμής. Το όριό του προς το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί ο σαφώς καθορισμένος ανατομικά πυλωρικός σφιγκτήρας που αντιστοιχεί στο ύψος του πρώτου οσφυϊκού σπονδύλου δεξιά της μέσης γραμμής.

Στο στόμαχο διακρίνουμε:

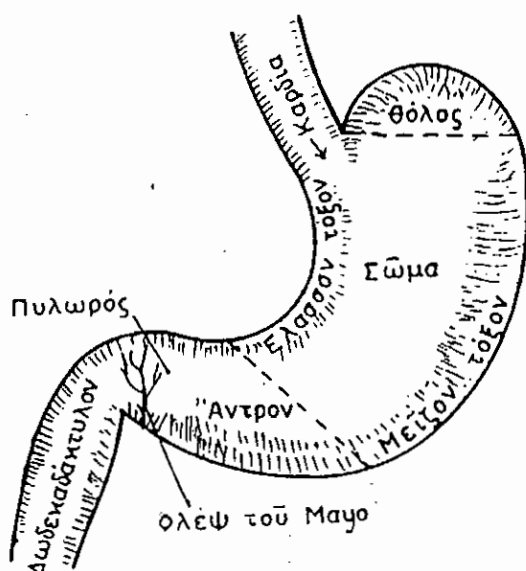
α) το θόλο, β) το σώμα, γ) το πυλωρικό άνδρο. Έχει δύο επιφάνειες πρόσθια και οπίσθια και δύο τόξα : α) το έλασσον τόξο και β) το μείζον τόξο, τρεις τέσσερες φορές μεγαλύτερο του ελάσσωνος, που χωρίζεται από τον οισοφάγο με την καρδιακή εντομή.

Ο θόλος είναι το τμήμα του στομάχου, το άνωθεν οριζοντίου νοπητής γραμμής διερχομένης δια του καρδιακού στομίου.

Το άνδρο αποτελεί το περιφερικά τεταρτημόριο του στομάχου, ανατομικώς όμως δεν διαχωρίζεται σαφώς από το σώματος του στομάχου. Κατά το έλασσον τόξο η γωνία δύναται να ληφθεί ως το όριο μεταξύ σώματος και άνδρου, κατά το μείζων τόξο όμως δεν υφίσταται διαχωριστικό όριο. Το φυσιολογικό άνδρο, είναι το τμήμα που φέρει τα κύτταρα τα οποία εκκρίνουν τη γαστρίνη, επεκτείνεται κεντρικώτερα, ιδίως κατά το έλασσον τόξο.

Το καρδιακό στόμιο, ο θόλος του στομάχου και ο πυλωρός

είναι σχετικώς καθηλωμένα υπό του ελάσσονος επιπλόου, των αριστερών και δεξιών γαστρικών αγγείων, του γαστροφρενικού και του ηπατοδωδεκαδακτύλικου συνδέσμου. (εικόνα 42-1



Εικ. 42-1. Διάγραμμα των διαφόρων τμημάτων του στομάχου.

Τα τόξα τ υ στομάχου είναι σημαντικά από χειρουργικής πλευράς αφού έχουν σχέση με τη κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.

Κατά μήκος του ελάσσωνος 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 υπατική αρτηρία. Κατά μήκος του μείζωνος τόξου αναστομώνονται η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, κλάδος της σπληνικής και η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Το ανώτερο τμήμα του μείζωνος τόξου και ο θόλος αιματώνονται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες οι οποίες είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλάγμα στον υποβλενογόνιο απ'όπου και ξεκινούν τριχοειδή για το

βλενογόνο. Εξαίρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσωνος τόξου που παίρνει αίμα με κατευθείαν κλάδους από την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και γι' αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται καμμιά φορά μετεγχειρητικά προβλήματα ισχαιμίας.

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

Η λέμφος κυκλοφορεί αρχικά στο στόμαχο σε δυο μεγάλα πλέγματα: α) το εν τω βάθει, στον υποβλενογόνο και β) το επιπολής, κάτω από το ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριους λεμφαδένους. Έτσι ο στόμαχος χωρίζεται σε τεσσερις ζώνες λεμφικής αποχέτευσης :

Ζώνη 1 : Η λέμφος της περιοχής που αιματώνεται από τη δεξιά γαστροεπιπλοική αρτηρία καταλήγει στους υποπυλωρικούς αδένες μέσα στο γαστροκολικό σύνδεσμο. Από εκεί με αδένες κατά μήκος της ηπατικής αρτηρίας η λέμφος καταλήγει στους προαυρτικούς (κοιλιακούς) αδένες.

Ζώνη 2 : Η λέμφος από τη περιοχή της αριστερής γαστροεπιπλοικής αλλά και των βραχειών γαστρικών αρτηριών (καρδίας και θόλου του στομάχου) καταλήγει στους παγκρεατισπληνικούς αδένες που βρίσκονται μέσα στο γαστροκολικό σύνδεσμο και στις πύλες του σπληνός. Από εκεί φέρεται κατά μήκος της σπληνικής αρ-

τηρίας και καταλήγει στους προαορτικούς αδένες.

Ζώνη 3 : Η λέμφος από την περιοχή της αριστερής γαστρικής αρτηρίας καταλήγει στους προαορτικούς 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 προαορτικούς.

Τα λεμφαγγεία του στομάχου επικοινωνούν ευρύτατα μεταξύ τους ανεξάρτητα από την περιοχή που προέρχονται (πλούσια πλέγματα), ενώ οι προαρτικοί 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 απονεύρωση 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 κατώτερο 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 άνδρου (πρόσθιο και 'οπίσθιο νεύρο του LATARGET) χορηγώντας κατά τη πορεία τους πολλαπλούς γαστρικούς κλάδους.

Στον πυλωρό 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 συμμετέχουσα πιθανώς στην παρασυμπαθητική νεύρωση της κεφαλής τουλάχιστο του οργάνου.

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

Μετά το πυλωρικό άντρο ευρίσκεται το δωδεκαδάκτυλο. Το δωδεκαδάκτυλο είναι κατά το πλείστον οπισθοπεριτοναϊκό και ακίνητο. Συνήθως η πρώτη μοίρα αυτού περιβάλλεται παντού από το περιτόναιο . Η δεύτερη μοίρα ευρίσκεται μπροστά και εκ δεξιά και η τρίτη μοίρα βρίσκεται έμπροσθεν και κάτω.

Κινητό δωδεκαδάκτυλο παρατηρείται ως διαμαρτία, ιδιαίτερα συχνή στις γυναίκες παρουσιάζει διάταση και προκαλεί πεπτικά ενοχλήματα.

Κατά το σχηματισμό του γαστρεντερικού σωλήνα στο έμβρυο

η ένωση του προσθίου και του μέσου εντέρου λαμβάνει χώρα στη μεσότητα περίπου του δωδεκαδακτύλου και στη θέση αυτή παρατηρούνται συγγενή διαφράγματα που προκαλούν στένωση του αυλού ή και πλήρη απόφραξη. Επίσης εμπροσθεν της τρίτης ή ανιούσας μοίρας του δωδεκαδακτύπου ευρίσκεται η πρόσφυση του μεσεντερίου και διέρχεται η άνω μεσεντέριος αρτηρία, όπου η έλξη του μεσεντερίου προκαλεί πίεση της αρτηρίας αυτής επί του δωδεκαδακτύλου και δύναται να προκαλέσει στένωση αυτού και διάταση της υπέρ τό κώλυμα κειμένης μοίρας (αρτηριομεσεντερικός αποκλεισμός).

Η μετάπτωση της τέταρτης μοίρας του δωδεκαδακτύλου προς τη νησίδα είναι η πλέον καθηλωμένη περιοχή του δωδεκαδακτύλου, αλλά και του εντερικού σωλήνος γενικώτερα, διότι συμφύεται μετά του αριστερού σκέλους του διαφράγματος δια του συνδέσμου του TREITZ.

Στα άριστερά και όπισθεν της μεσότητας της κατιούσας μοίρας του δωδεκαδακτύλου ο χοληδόχος και ο παγκρεατικός πόρος διατιτραίνουν το τοίχωμα του δωδεκαδακτύλου και εκβάλλουν εντός του αυλού αυτού, συνήθως από κοινού, σχηματίζοντας το φύμα του VATER. Ο βοηθητικός παγκρεατικός πόρος του SANTOVINI εκβάλλει εγγύς και εμπροσθεν του φύματος του VATER.

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες: α) Ορογόνο χιτώνα, β) μυϊκό χιτώνα, γ) υποβλεννογόνο χιτώνα και δ) ο βλενογόνο χιτώνας.

α) Ο ορογόνος χιτώνας είναι το σπλαχνικό 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 ανακάμπει για το σχηματισμό των

επιπλόων.

Ο μυικός αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυικών ινών: έξω επιμήκης μέση κυκλωτερής και έσω λοξή. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλωτερούς μυικής 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 λεαστικές ίνες. Περιέχει αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυα και νευρικές ίνες.

Ο βλενογόνος καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, είναι ροδόχρους και γίνεται παχύτερος προς τον πυλωρό. Έχει πτυχές στο θόλο και στα σώμα, όχι όμως στο άντρο, μεταξύ των οποίων σχηματίζονται αύλακες. Οι μυικές του ίνες υπεύθυνες για τις μεταβολές του σχήματος και της φοράς των πτυχών και αυλάκων που εξαφανίζονται τελείως όταν διαταθεί ο στόμαχος.

Στο μικροσκόπιο παρουσιάζει διάστικτη όψη που οφείλεται στα γαστρικά βοθρία της επιφάνειας του όπου εκβάλλουν οι αδένες.

Οι αδένες διακρίνονται σε τρεις ομάδες α) καρδιακοί β) του θόλου ή κυρίως γαστρικοί γ) πυλωρικοί.

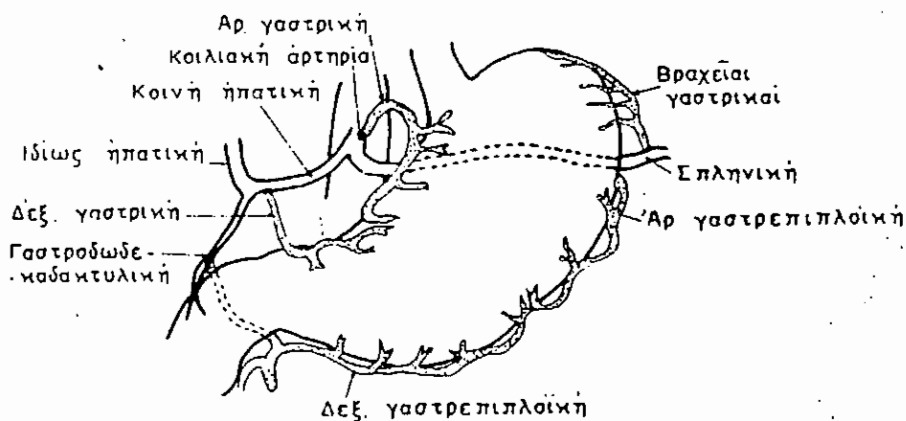
Οι καρδιακοί αδένες βρίσκονται σε μικρή περιοχή γύρω από το καρδιακό στόμιο.

Οι αδένες του θόλου ή κυρίως γαστρικοί, βρίσκονται στο θόλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου.

Τέλος οι πυλωρικοί βρίσκονται στο πυλωρικό 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 θόλου υπάρχουν τρία είδη κυττάρων, τα κυλινδρικά αυχενικά, τα θεμέλια ή ζυμογόνα και τα τοιχωματικά ή οξυνογόνα κύτταρα, ενώ στους πυλωρικούς αδένες υπάρχουν κύτταρα που παράγουν βλέννα, διαφορετικά όμως από τα κύτταρα των καρδιακών αδένων, όπως επίσης και κύτταρα που παράγουν γαστρίνη (ειδικά ορμονικά κύτταρα).

Η αιμάτωση του στομάχου γίνεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που είναι αναστομομένα μεταξύ τους και είναι: η αριστερή γαστρική αρτηρία (κλάδος της κοιλιακής), η δεξιά γαστρική αρτηρία (της ηπατικής), η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (της γαστροδωδεκαδακτυλικής) και η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (κλάδος της σπληνικής). Ο θόλος του στομάχου, αγγειούται από τους βραχείους γαστρικούς κλάδους της σπληνικής αρτηρίας. (εικόνα 42-2)

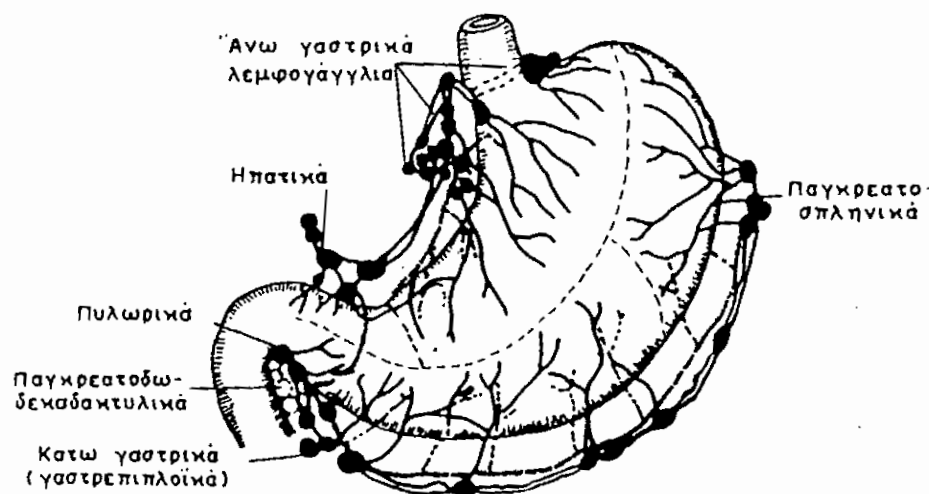


Εικ. 42-2. Αγγείωση του στομάχου.

Οι φλέβες αντιστοιχούν προς τις αρτηρίες, καταλήγουν δε όλες στο πυλαίο σύστημα.

Τα λεμφαγγεία του στομάχου καταλήγουν στους λεμφαδένες

οι οποίοι βρίσκονται κυρίως κατά μήκος και παρά την έκφυση των τεσσάρων προαναφερθέντων αρτηριών (εικόνα 42-3).



Είκ. 42-3. Λεμφική αποχέτευσις τῶσ τομάχου.

Οι ευρείες αναστομώσεις των κυρίων αρτηριακῶν στελεχῶν του στομάχου, ἀλλά κυρίως ἡ ὑπαρξη πλουσίου αγγειακοῦ υποβλεννογόνιου πλέγματος καθιστά τὴν ἰσχαίμια του στομάχου σπάνια, ἀκόμη και μετὰ τὴν ἀπολίνωση ἐνός ἡ περισσοτέρων αρτηριακῶν κλάδων, ὡς κατὰ τὴ διάρκεια γαστρεκτομῆς.

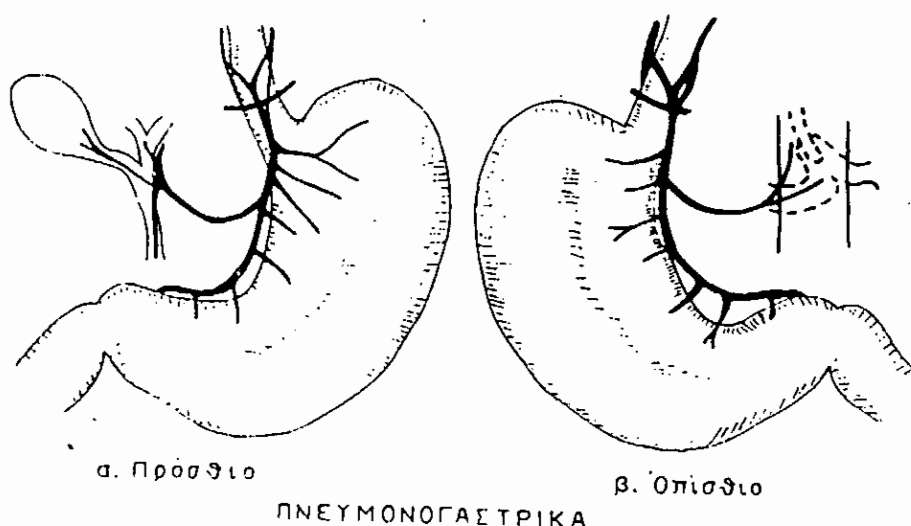
Ἡ ὑπαρξη, πλουσίου υποβλεννογονίου και υπορογονίου λεμφικοῦ πλέγματος, καθιστά μάτιαι τὴν ἐπιχειρούμενη ριζική γαστρεκτομή για καρκίνο του στομάχου.

Το ἀυτόνομο νευρικό σύστημα νευρεῖ το στόμαχο δια συμπαθητικῶν κλάδων, μέσω των μειζῶνων σπλαχνικῶν και δια παρασυμπαθητικῶν κλάδων, μέσω των πνευμονογαστρικῶν.

Οι τελικές συμπαθητικές νευρικές ίνες φέρονται προς το στόμαχο περί των κλάδων τῆσ κοιλιακῆσ αρτηρίας και μεταφέρουν

το αίσθημα του άλγους.

Οι παρασυμπαθητικές ίνες φέρονται προς το στόμαχο δια των πνευμονογαστρικών νέρων, τα οποία στο ύψος του οισοφαγείου τμήματος διακρίνονται σε δύο κύρια στελέχη, το αριστερό ή πρόσθιο και το δεξιό ή οπίσθιο (Εικόνα 52-4).



Εικ. 42-4. Παρασυμπαθητική νευρώσις τοῦ στομάχου.

Στη συνέχεια το αριστερό δίνει τους ηπατικούς κλάδους προς το ήπαρ και τα χοληφόρα και τους γαστρικούς κλάδους, το δεξιό πλην των γαστρικών, δίνει κλάδους και προς το κοιλιακό πλέγμα, δια μέσου των οποίων νευροί το πάγκρεας, το λεπτό έντερο και το παχύ μέχρι της αριστερής ιολικής καμπής.

Οι γαστρικοί κλάδοι του πνευμονογαστρικού ελέγχουν τόσο τη γαστρική έκκριση όσο και τη κινητικότητα του στομάχου.

Όσον αφορά τη λειτουργική σημασία των εξωγαστρικών κλάδων, δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ομοφωνία, γι' αυτό και η πλειονότητα των χειρουργών εξακολουθεί να εφαρμόζει τη λεγόμενη "στελεχιαία" κατά την οποία διατέμνονται μόνο οι γαστρικοί κλάδοι των πνευμονογαστρικών.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ :

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

Οι υδατάνθρακες υδρολύονται από την αμυλάση 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 υδρόλυση των πρωτεϊνών σε πεπτόνες σε περιορισμένη μόνο κλίμακα. Διάσπαση λιπών σχεδόν δεν γίνεται στο στόμαχο. Η λιπάση, αν υπάρχει, είναι μάλλον προϊόν δωδεκαδακτυλογαστρικής παλινδρόμησης. Σημαντικότερη λοιπόν προσφορά του στομάχου είναι η πρόχειρη αποθήκευση και σταδιακή-τμηματική προώθηση των τροφών στο λεπτό έντερο σε μια μάλιστα κατάσταση πρόσφορη για να διευκολύνεται η παραπέρα πέψη.

Η λειτουργία του στομάχου συνίσταται :

1) Στην εναποθήκευση των προσλαμβανομένων δια του στόματος τροφών. Το χρονικό διάστημα της παραμονής ενός γεύματος εντός του στομάχου κυμαίνεται από 2-5 ώρες, εξαρτώμενο από πολλούς παράγοντες (γενική κατάσταση του ατόμου, ποιότητα και ποσότητα τροφής κλπ.).

2) Στην ανάμειξη των τροφών με τα προϊόντα της έκκρισεως των γαστρικών αδένων. Αυτή επιτελείται με τις περισταλτικές κινήσεις του στομάχου οι οποίες συντελούν και εις την κατά ώσεις εκκένωση αυτού προς το δωδεκαδάκτυλο.

3) Στη πέψη των τροφών, δια της εκκρίσεως του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος. Η πεψίνη εκκρίνεται με τη μορφή του προενζύμου πρψινογόνου, το οποίο δια του υδροχλωρικού οξέος αλλά και αυτοκαταλυτικώς μετατρέπεται στο ενεργό ένζυμο πεψίνη, η οποία διασπά τις πρωτεΐνες σε πολυπεπίδια.

Η πεψίνη και το υδροχλωρικό οξύ εκκρίνονται από τους αδένες του σώματος του στομάου. Η πεψίνη από τα βασικά κύτταρα και το υδροχλωρικό οξύ από τα καλυπτήρια.

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ :

Το γαστρικό υγρό είναι μείγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών .

1) Οργανικά συστατικά :

α) Βλέννα : Παράγεται κυρίως από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό της γλυκοπρωτεΐνης. Τα φυσικά χαρακτηριστικά της είναι η γλοιότητα, η συμφαικότητα και η συνεκτικότητα και συνήθως σχηματίζει ένα λεπτό επίστρωμα πάνω στο βλενογόνο με κύριο σκοπό τη προστασία του. Για το λόγο αυτό πιθανολογήθηκε ότι η ποσοτική ή ποιοτική ανεπάρκειά της θα μπορούσε να οδηγήσει σε ελκογένεση. Πέρα από αυτή τη φυσική προστασία η βλέννα έχει και μικρή ικανότητα να εξουδετερώνει την όξινη έκκριση, ικανότητα που αποδίδεται μάλλον σε συνδεδεμένες μ' αυτή διττανθρακικές ρίζες.

β) Πεψίνη : Τα θεμέλια κύτταρα εκκρίνουν ένα σύμπλεγμα που αποτελείται από τη πεψίνη και τον αναστολέα της πεψίνης και το οποίο ονομάζεται πρψινογόνο. Η απελευθέρωση και δράση της γίνεται με την πτώση του pH κάτω από 4,5 . Έχει άριστη δράση σε pH 2 και αναστολή σε pH κάτω από 1,5. Υπάρχουν πολλά

είδη πεψινογόνου και πεψίνης, με κύρια διαφορά το διαφορετικό pH δράσης.

Η παρουσία και ο ποσοστικός προσδιορισμός του πεψινογόνου, στο αίμα και τα ούρα, όπου επίσης βρίσκεται και είναι γαστρικής προέλευσης, δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί σε κλινικό επίπεδο.

γ) Ενδογενής παράγοντας : Πρόκειται για βλεννοπρωτεΐνη που παράγεται από τα τοιχώματικά κύτταρα και είναι απαραίτητη για την προστασία της βιταμίνης B₁₂, αφού συνδεθεί μαζί της μέχρι του τελικού ειλεού όπου η τελευταία απελευθερώνεται και απορροφάται.

δ) Αντιγόνα ομάδων αίματος : Πρόκειται για υδατοδιαλυτές γλυκοπρωτεΐνες όμοιας αντιγονικότητας με τις αλκοολοδιαλυτές λιπογλυκοπρωτεΐνες, που υπάρχουν στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Εκτός από τα αντιγόνα των κυρίων ομάδων ενδέχεται να υπάρχουν και δευτερεύοντα.

Η ύπαρξη πρωτευόντων αντιγόνων στο γαστρικό υγρό χαρακτηρίζει τα άτομα σαν "εκκρίνοντα", ενώ στα υπόλοιπα (25% του συνόλου) ανευρίσκονται τα δευτερεύοντα αντιγόνα του LEWIS και τα άτομα χαρακτηρίζονται σαν "μη εκκρίνοντα". Η τελευταία αυτή κατηγορία ατόμων θεωρείται σαν συνιθέστερη υποκείμενη στην εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους.

B+ Ανόργανα συστατικά :

Κάθε λίτρο γαστρικού υγρού περιέχει περίπου : H 90
CL 100 , Na 65 , και K 13 . Το κύριο συστατικό είναι βέβαια το υδροχλωρικό οξύ που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα.

Γ.- Μηχανισμός έκκρισης:

Μεταξύ της συγκέντρωσης ιόντων υδρογόνου στο αίμα και της μέγιστης που παρατηρείται στο γαστρικό υγρό (140-160) υπάρχει μια διαφορά που είναι αποτέλεσμα της λειτουργίας των τοιχωματικών κυττάρων, τα οποία με ένα μηχανισμό αντλίας και με χρησιμοποίηση ενέργειας (ενδεχομένως Α.Τ.Ρ.) εκκρίνουν ενεργά ιόντα υδρογόνου μέσα στους μικρούς πόρους των αδένων. Η συνεχής ή μετά από διέγερση αυτή έκκριση έχει σαν αποτέλεσμα μια συγκέντρωση του ύψους των 16-170 που ακολούθως ρυθμίζεται σε μικρό βαθμό με αλκαλοποίηση αλλά κυρίως με διάχυση προς τα πίσω των ιόντων υδρογόνου (από τον αυλό προς τα κύτταρα) και ανταλλαγή με ιόντα νατρίου.

Έτσι αρχίζει να γεννιέται η έννοια του γαστρικού βλεννογονικού φραγμού που έχει ποικίλη διαπερατότητα και που ουσιαστική του συμβολή είναι η διατήρηση μέσα στο στόμαχο αυτών των τρομακτικών ποσοτήτων υδροχλωρικού οξέος που συγχρόνως δεν πρέπει να είναι καταστρεπτικές. Η διαπερατότητα αυτή του γαστρικού βλεννογονικού φραγμού που ποικίλλει από άτομο σε άτομο και που από μικρή στα φυσιολογικά άτομα αυξάνει σημαντικά επί καταστροφής του βλεννογόνου (πχ.ασπιρίνη) είναι κατά πάσα πιθανότητα αποτέλεσμα δυναμικής ισοροπίας και όχι φαινόμενο στατικό.

Η γαστρική έκκριση μελετήθηκε πολύ μέχρι σήμερα. Η μεγαλύτερη προσπάθεια έγινε στο εργαστήριο όπου η ανάγκη συλλογής καθαρού και χωρίς προσμίξεις γαστρικού υγρού οδήγησε στην επινόηση και κατασκευή των θυλάκων του στομάχου κυρίως από το

σώμα και το θόλο (μελέτη της όξινης έκκρισης) άλλοτε με διακοπή της νεύρωσης (απονευρωμένοι θύλακοι- HAIDENHAIN) και άλλοτε με διατήρηση αυτής (PAVLOV).

Στη κλινική πράξη η μελέτη της γαστρικής έκκρισης γίνεται μετά από προηγούμενο καθετηριασμό του στομάχου. Μετά τη συλλογή της έκκρισης τα πρώτα τέσσερα δεκαπεντάλεπτα που αποτελούν τη βασική έκκριση (BAO) ακολουθεί ερεθισμός (πενταγαστρίνη) και η λήψη της έκκρισης για τέσσερα ακόμη δεκαπεντάλεπτα. Μετρίεται το ολικό ποσό της γαστρικής έκκρισης, η οξύτητα και η περιεκτικότητα σε υδροχλωρικό οξύ με τιτλοποίηση σε προκαθορισμένο pH (τιτλοποίηση- pH 3,5 και μη τιτλοποίηση - pH 7). Το αποτέλεσμα μπορεί να δοθεί σε είτε Η έκκριση μετά από διέγερση ονομάζεται μέγιστη (MAO) το δε διπλάσιο των δύο μεγαλύτερων διαδοχικών δεκαπενταλέπτων της λέγεται κορυφαία έκκριση (PAO).

Αντί της πενταγαστρίνης κι εφ'όσον υπάρχουν σχετικές ενδείξεις, οι δοκιμασίες της γαστρικής έκκρισης μπορεί να γίνει και με παρασυμπαθητικό ερεθισμό παλαιότερα με ινσουλίνη και σήμερα με ψευδοσίτιση (SHAM FEEDING).

Πώς ρυθμίζεται τώρα η γαστρική έκκριση: Το 1990 ο IRY 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.

Κεφαλική Φάση : Κατά την οποία ερεθίσματα εκ της θέας, οσμής, γεύσεως ή και απλής σκέψεως τροφής, διαβιβάζονται εκ του κεντρικού νευρικού συστήματος, μέσω των πνευμονογαστρικών νεύρων, αφ' ενός προς τους αδένες του σώματος για έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης, αφ' ετέρου δε προς τα κύτταρα του άνδρου προς έκκριση γαστρίνης.

Γαστρική Φάση : Κατά την οποία η λαμβανόμενη τροφή διεγείρει τη γαστρική έκκριση αμέσως δια τοπικού ερεθισμού των αδένων του σώματος και εμμέσως δια της εκκρίσεως γαστρίνης.

Η γαστρίνη εκκρίνεται από το βλενογόνο του άνδρου με μηχανικά και χημικά ερεθίσματα και με τη κυκλοφορία του αίματος επανέρχεται στο σώμα του στομάχου προκαλούσα την έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης.

Οι δύο αυτές φάσεις κεφαλική και γαστρική είναι αλληλένδετες. Τα νευρικά ερεθίσματα της κεφαλικής φάσεως διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης εκ του άνδρου και η γαστρίνη καθιστά τα κύτταρα του σώματος πλέον ευαίσθητα στην επίδραση των νευρικών ερεθισμάτων.

Εντερική Φάση : Η δίοδος των τροφών δια του δωδεκαδακτύλου και σε μικρότερο βαθμό δια του υπολοίπου λεπτού εντέρου προκαλεί έκκριση γαστρικού υγρού εκ των αδένων του σώματος του στομάχου. Σήμερα πιστεύεται ότι η φάση αυτή οφείλεται πιθανότατα στην έκκριση γαστρίνης εκ του βλενογόνου του εντέρου και υπολογίζεται ότι είναι υπεύθυνός για τα πέντε με δέκα τοις εκατό (5-10%) της γαστρικής εκκρίσεως της προκαλούμενης κατόπιν ενός κανονικού γεύματος.

Από τότε όμως είχε φανεί ότι ο διαχωρισμός αυτός αποσκοπούσε μόνο στην απλούστευση της μελέτης του φαινομένου. Το φαινόμενο είναι εξαιρετικά πολύπλοκο, ελέγχεται από τρομακτικά αλληλοεπικαλυπτόμενους ορμονικούς και νευρικούς μηχανισμούς, ο καθένας από τους οποίους ενδεχομένως είναι σύνθετος και μάλλον δεν έχει κατανοηθεί πλήρως.

Με βάση τις σημερινές αντιλήψεις θεωρείται ότι η έκκριση ρυθμίζεται από ένα νευροαρμονικό ερεθισμό και παρουσιάζει μια λιγότερη κατανοητή εντερική φάση στην οποία δεν υπάρχουν εμφανή ερεθίσματα και στην οποία τουλάχιστον ο νευρικός ερεθισμός δεν παίζει ρόλο αφού παρατηρείται στο μεσοδιάστημα των γευμάτων ακόμη και σε απονευρωμένους στομάχους.

Τα πνευμονογαστρικά νεύρα προκαλούν έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης είτε με άμεσο ερεθισμό των τοιχωματικών κυττάρων, είτε έμμεσα προκαλούντα έκκριση γαστρίνης όταν διεγερθούν με σκέψη, όψη, γεύση και όσφρηση τροφής. Όταν η τροφή φθάσει στο στομάχο η μηχανική διάταση του άντρου και ο ερεθισμός του βλενογόνου από τις πεπτόνες προκαλεί περαιτέρω έκκριση γαστρίνης που με τη σειρά της, ερεθίζει τα τοιχωματικά κύτταρα για έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Η γαστρίνη είναι ένα δέκατο έβδομο πεπτίδιο που παράγεται από τα κύτταρα του πυλωρικού άντρου και της οποίας ενώ η ύπαρξη πιθανολογείται από τις αρχές του αιώνα, πρωτοαπομονώθηκε το 1961 και απαντά'με 4-5 ετερογενείς μορφές. Κάτω από βασικές συνθήκες φαίνεται ότι κυριαρχεί στο πλάσμα η "μεγάλη γαστρίνη" (G-34), ενώ με τη λήψη τροφής από το βλενογόνο του άντρου φαίνεται ότι εκκρίνεται η G-17. Η βιολογική της

δράση αποδίδεται στα τελευταία τέσσερα αμινοξέα της αλυσίδας και όλες οι μορφές έχουν βρεθεί με δύο τύπους που διαφέρουν στην ύπαρξη ή μη θειϊκής ρίζας στην τυροσίνη της θέσης θ .

Η εξωγαστρική παραγωγή γαστρίνης μόνο στο σύνδρομο ZOLLINGER-ELLSON είναι βεβαιωμένη (συνήθως προγκρεατικοί νησιδιακοί όγκοι). Εκτός αυτού πιθανολογείται η ύπαρξη και άλλων θέσεων (θόλος στομάχου-δωδεκαδάκτυλο) παραγωγής γαστρίνης με αγνώστους μέχρι στιγμής φυσιολογικούς μηχανισμούς. Αντίθετα έχει αποδειχθεί η ύπαρξη ανασταλτικού μηχανισμού της έκκρισής της με την πτώση του ενδογαστρικού PH, ενώ η έκκρισή της επίσης αναστέλλεται από τη σεκρετίνη και αυξάνεται από το ασβεστιο.

Η κύρια δράση της γαστρίνης είναι ο ερεθισμός των τοιχωματικών κυττάρων για έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Έχει επίσης περιγραφεί τροφική δράση επί του βλενογόνου του στομάχου και μικρότερη επί του παγκρέατος και του στομάχου και μικρότερη επί του παγκρέατος και του εντέρου και ρυθμιστική δράση επί της κινητικότητας του στομάχου με επίδραση της συσταλτικότητας των λείων μυϊκών ινών. Σε φαρμακολογικές δόσεις αυξάνει τον τόνο του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα.

Τελικά το τμήμα της γαστρικής έκκρισης που έχει μελετηθεί λιγότερο από τα άλλα είναι οι ανασταλτικοί μηχανισμοί της. Πρακτικά φαίνεται ότι στο νευροορμονικό μηχανισμό αναστολής παίζει ιδιαίτερο ρόλο η απομάκρυνση του ερεθίσματος και η πτώση του PH, ενώ για την εντερική φάση εκτός από τη σεκρετίνη έχει πιθανολογηθεί η ύπαρξη ανασταλτικής ορμόνης που αφού ακόμη δεν βρέθηκε αποκαλείται "εντερογαστρόνη".

B' ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ :

Τα πνευμονογαστρικά με φυγόκεντρες και κεντρομόλες ίνες είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για τη 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 η προσαρμοστική χαλάρωση που οφείλεται σε χολινεργικό μηχανισμό και που επιτρέπει την αποθήκευση ποσοτήτων ακόμη και 30 φορές μεγαλύτερων από εκείνες της περιόδου ηρεμίας (50 ML) χωρίς ν' αυξάνει η ενδοαλυκική πίεση.

Στη φάση ηρεμίας ο στόμαχος 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 (\pm 5 ML) του περιεχομένου του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο.

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

Οι ανασταλτικοί μηχανισμοί της κινητικότητας είναι αρμονικοί και ενεργοποιούνται από ποικίλα ερεθίσματα. Γ σεκρετίνη ίσως είναι μια από τις ορμόνες αυτές που αφού δεν τις ξέρουμε, τις ονομάζουμε ακόμα και σήμερα "εντερογαστρονές", ενώ ο ισχυρότερος ίσως αναστολέας είναι το λίπος της τροφής.

Ο ρ ι σ μ ό ς :

Ο καρκίνος, είναι διαταραχή της ομοιοστασίας των κυττάρων, αποτελείται από παθολογικά μεν κύτταρα αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απειθάρχων, επαναστατικών κυττάρων των οποίων η ανάπτυξη, είναι άσκοπος, επιζήμιος και οδηγεί στο θάνατο του οργανισμού.

Σ υ χ ν ό τ η τ α :

Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα από τα συχνότερα, νεοπλάσματα του ανθρώπινου σώματος. Παρατηρείται μετά από την 5η δεκαετία της ζωής και είναι συχνότερος στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες καταλαμβάνει τη τρίτη θέση κατά σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του μαστού και της μήτρας. Αντιπροσωπεύει το 15% των καρκίνων και είναι τρίτος κατά σειρά μετά τον καρκίνο του πνεύμονος και του παχέος εντέρου. Αναπτύσσεται κυρίως στη πυλωρική μοίρα του στομάχου, το έλασσον τόξο και σπανιότερα στο μείζον.

Γενικώς απαντάται με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες είναι σπάνιος σε άτομα κάτω των 30 ετών και το ποσοστό εμφάνισης αυξάνει προοδευτικώς μέχρι το 70ο έτος.

Επιδημιολογία :

Από πλευράς γεωγραφικής κατανομής υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου. Υπάρχουν χώρες με μικρή συχνότητα (Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, ΗΠΑ, Καναδάς) και

χώρες με μεγάλη συχνότητα (Ιαπωνία, Χιλή, Ισλανδία, Φινλανδία).

Ειδικά ενώ στην Ιαπωνία πάνω από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου αφορούν το στομάχο, στις ΗΠΑ παρατηρείται μια σημαντική προοδευτική μείωση της συχνότητας της νόσου. Παρά την κατ' απόλυτο αριθμό αύξηση των θανάτων, από καρκίνο, οι θάνατοι κατά έτος ειδικά από καρκίνο του στομάχου ανά 100000 κατοίκους στις ΗΠΑ, 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 ΗΠΑ και στις παραλιακές από τις μεσόγειες περιοχές της Κορέας και της Σοβιετικής Ένωσης.

Φαίνεται όμως ότι και ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας παίζει ρόλο, αφού έχει αποδειχθεί 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 είδους της τροφής με την εμφάνιση της νόσου δε μπορεί να αποκλειστεί. Δεν έχει όμως αποδειχθεί αν είναι ένοχη η ίδια η τροφή (ψάρια, λάχανα, συντηρημένες τροφές αμυλώδη) και η ενδεχόμενη περιεκτικότητά της σε καρκινογόνα (βενζοπυρένιο-νιτροζαμίνες) ή ο τρόπος μαγειρέματος (τηγανιτά, καπνιστά) και λήψη της (καυτά ροφήματα, μπαχαρικά).

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί ότι το γάλα, τα φρέσκα λαχανικά, φρούτα, χυμοί και οι πλούσιες σε βιταμίνες Α τροφές ως και βιταμίνες C, κυριαρχούν στη διατροφή των χωρών

με χαμηλή συχνότητα εμφάνιση 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 αποδειχθεί 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.

Αιτιοπαθογένεια :

Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν όμως ορισμένοι βέβαιοι προδιαθεσιακοί 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 στομάχου εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Δεν έχει όμως αποδειχθεί 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 αδеноματώδεις και διάχυτοι πολυποδίαση στομάχου είναι δυνητικά κακοήθεις παθήσεις. Όμως ενώ η πιθανότητα κακοήθειας αυξάνει με τον αριθμό, τη διάμετρο και τον τύπο των πολυπόδων (άμισχοι) σταθερή απόδειξη δεν υπάρχει ακόμα.

- δ) Γαστρικό έλκος. Είναι ερώτημα αν η παλιά άποψη της καρκινο-

ματώδους εξαλλαγής 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 απ' την αρχή καλοήθες και θα παραμείνει τέτοιο ή είναι κακοήθες και ότι η πιθανότητα εξαλλαγής, αν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή.

Δύο παράγοντες θεωρούνται απαραίτητοι για να τεκμηριωθεί η εξαλλαγή: Πρώτον η θετική ιστολογική απόδειξη της προϋπαρξής ενός κακοήθους γαστρικού έλκους και δεύτερον, η ιστολογική επιβεβαίωση της εμφάνισης κακοήθους εξαλλαγής 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 πιθανό να πρόκειται για συμπτωματική ανάπτυξη καρκίνου στη περιφέρεια ενός καλοήθους έλκους που προϋπήρχε.

ε) Ατροφική γαστρίτιδα-αχλωρυδία-κακοήθης αναιμία : 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 αχλωρυδία που υπάρχει ορισμένες φορές επί καρκί-

νου του στομάχου και που οφείλεται στη χρόνια γαστρίτιδα και όχι στο καρκίνο. Τέλος η παλαιότερα αναφερόμενη σχέση του καρκίνου του στομάχου με την κακοήθη αναιμία δεν φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα σήμερα αφού η αντιμετώπιση της με βιταμίνη B₁₂ φαίνεται ότι προλαβαίνει την ανάπτυξη καρκίνου.

στ) Προηγηθείσα γαστρεκτομή : Είναι αρκετά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλόηθες έλκος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβώματος μετά τη πάροδο πολλών ετών από την αρχική επέμβαση.

Κλινικές εκδηλώσεις :

Δεν είναι ασυνήθιστο κατά την έγχειρηση να βρίσκεται ο καρκίνος του στομάχου ανεγχείρητος, ενώ ο άρρωστος είχε προεγχειρητικά οβλυχρή συμπτωματολογία. Τα ενοχλήματα ποικίλουν από μη ειδικά (απώλεια βάρους, ανορεξία), σε χαρακτηριστικά του στομάχου (ναυτία, έμμετος επιγαστρικός πόνος). Μπορεί να συνυπάρχει αίσθημα γαστρικής πλήρωσης, φούσκωμα, επιγαστρικό βάρος, αδυναμία, αναιμία, απέχθεια προς ορισμένες τροφές, ενώ σπανιότερα μπορεί πρώτη εκδήλωση της νόσου να είναι η διάτρηση του όγκου ή η αιμορραγία που συνηθέστερα όμως είναι μικροσκοπική και οδηγεί σε σιδηροπενική αναιμία. Η απώλεια του βάρους παρατηρείται στα 50% των ασθενών.

Τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να σχετίζονται με τις μεταστάσεις. Αυτά περιλαμβάνουν τη διάταση της κοιλίας από κακοήθη ασκίτη, ίκτερο από απόφραξη των χοληφόρων στις πύλες του ήπατος λόγω διογκωμένων λεμφαδένων ή από ηπατικές μεταστάσεις

πόνο από προσβολή οστών, νευρολογική συμπτωματολογία δευτεροπαθής σε εγκεφαλικές μεταστάσεις και δύσπνοια από διασπορά στους πνεύμονες. Η μηχανική απόφραξη του εντέρου μπορεί να είναι δευτεροπαθής σε περιτοναϊκές μεταστάσεις και τα πυελικά συμπτώματα μπορεί να προκληθούν από προσβολή των ωοθηκών.

Ανάλογα με την εντόπιση και εφόσον ο όγκος αυξανόμενος αποφράξει τα στόμια του στομάχου ο καρκίνος της καρδιακής μοίρας μπορεί να προκαλέσει δυσφαγία και ο καρκίνος του πυλωρού εικόνα της πυλωρικής στένωσης. Αντίθετα ο ελκοκαρκίνος του σώματος μπορεί να έχει σαν αρχικό σύμπτωμα πόνο που μοιάζει με το 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. Μια επιγαστρική μάζα είναι ψηλαφητή σε μικρή ομάδα ασθενών. Είναι κακό προγνώστικό στοιχείο, αλλά δεν αποκλείει την πιθανότητα ίασεως. Κοιλιακή ευαισθησία παρατηρείται στο 1/3 των ασθενών. Μπορεί να παρατηρηθεί ωχρότητα και καχεξία και καμμιά φορά γαστρικός παφλασμός. Τα φυσικά σημεία που υποδηλώνουν μετάσταση θα πρέπει να ερευνώνται προσεκτικά γιατί οι απομακρυσμένες μεταστάσεις που αποδεικνύονται με τη βιοψία αποκλείουν τη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση. Στα σημεία αυτά περιλαμβάνεται η ηπατομεγαλία, ο ίκτερος, η διόγκωση των αριστερών υπερκλειδικών ή σκαλινών λεμφαδένων (VIRCHOW) μια πετρώδης μάζα στο προορθικό κόλπωμα πάνω από το προστάτη ή τον τράχηλο (μάζα του BLUMER), μια μάζα στις ωοθήκες κατά την κολπική ή κοιλιακή εξέταση (όγκος του KRUKENBERG) ασκίτης

στην περιοχή του ομφαλού μάζα και όλοι δερματικοί. Χαμηλή πυρετική κίνηση μπορεί να παρατηρηθεί σε προχωρημένη νόσο, ιδιαίτερα επί ηπατικών μεταστάσεων. Σπάνια ο καρκίνος του στομάχου συνοδεύεται από δερματομυοσίτιδα, μελανίζουσα ακάνθωση, νευρομυοπάθεια, υπογλυκαιμία ή πολλαπλή σμηγματοροϊκή υπερκεράτωση.

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 για 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.

Έτσι 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.).

Εργαστηριακά ευρήματα :

Στα 2/3 των ασθενών ανευρίσκεται σιδηροπενική αναιμία εξ' αιτίας της μικροσκοπικής αιμορραγίας. Ενίοτε ο καρκίνος συνοδεύεται από κακοήθη αναιμία. Σπάνια παρατηρείται παγκυτταρο-

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

Δ ι ά γ ν ω σ η :

Στη βόρεια Αμερική ακτινογραφία του στομάχου είναι η σημαντικότερη σε χρήση μέθοδος για την ανακάλυψη του καρκίνου του στομάχου. Σε περισσότερους από 90% των συμπτωμάτων ασθενών η ακτινογραφία ανιχνεύει μια γαστρική ανωμαλία. Εν τούτοις και έμπειροι ακόμη ακτινολόγοι αποτυγχάνουν να διαφοροδιαγνώσουν τη καλοήθη από την κακοήθη γαστρική βλάβη σε ποσοστό 25% περίπου των ασθενών. Έτσι η γαστροσκόπηση με τη βιοψία και την κυτταρολογική εξέταση υλικού που λαμβάνεται με ψήκτρα, θα

πρέπει να εφαρμόζεται για τον αποκλεισμό ή την επωβεβαίωση της νόσου. Ίσως είναι πιο σημαντικό για τον άρρωστο να αποκλεισθεί η διάγνωση γαστρικού καρκίνου από ότι να διαγνωστεί η νόσος, γιατί μπορεί να αποφευχθούν τόσο το ψυχικό τραύμα, όσο και οι εγχειρητικοί κίνδυνοι.

Η διαγνωστική ακρίβεια της ακτινογραφίας είναι μεγαλύτερη όταν χρησιμοποιείται σωστά. Οι ασαφείς εξετάσεις θα πρέπει πάντα να επαναλαμβάνονται. Η χρήση τεχνικών διπλής σκιαγραφικής αντιθέσεως βοηθά στην ανίχνευση μικρών αλλοιώσεων βελτιώνοντας τη λεπτομερή απεικόνιση του βλεννογόνου. Ο στόμαχος θα πρέπει να διατείνεται σε κάποια φάση της ακτινολογικής εξέτασεως, διότι η μείωση της ικανότητας προς διάταση είναι ενίοτε η μόνη ένδειξη ενός διάχυτου διηθητικού καρκίνου. Αν και τα γαστρικά έλκη μπορούν να ανιχνευθούν σχετικά εύκολα, μπορεί να είναι αδύνατο να διαφοροποιηθεί ακτινολογικά το καλόηθες από το κακόηθες έλκος. Η διαφορική ακτινοδιαγνωστική είναι δύσκολη επίσης όταν το άντρο είναι εστενωμένο ή όταν οι γαστρικές πτυχές είναι ευμεγέθεις. Ο καρκίνος του καρδιακού τμήματος όταν διφθεί τα νευρικά πλέγματα του οισοφάγου μπορεί να μιμείται ακτινολογικά την αχαλασία. Στο καρκίνο του καρδιακού στομίου η ακτινογραφική εμφάνιση μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική και μπορεί να γίνει σύγχυση με καλοήθεις αλλοιώσεις του βλεννογόνου δευτεροπαθούς διαφραγματοκήλης. Η διαφοροδιάγνωση αδενοκαρκινώματος από λέμφωμα είναι αδύνατη ακτινολογικά. Ο καρκίνος του παγκρέατος ή του παχέως εντέρου που διφθεί το στόμαχο μπορεί να θεωρηθεί πρωτοπαθές γαστρικό νεόπλασμα.

Η γαστροσκόπηση με το εύκαμπτο ενδοσκόπιο, η βιοψία και η κυτταρολογική εξέταση δείγματος που λαμβάνεται με ψήκτρα, είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για τη διάγνωση του καρκίνου που ανεβρέθηκε ακτινολογικά, για τη διαφοροποίηση του καρκίνου από το λέμφωμα για την αποσαφήνιση ασαφών ακτινολογικών ευρημάτων και τον έλεγχο υπόπτων κλινικών ευρημάτων, παρά το αρνητικό της ακτινογραφίας. Το λιγότερο 6 βιοψίες θα πρέπει να λαμβάνονται από τις περιοχές, όπου υπάρχει υποψία νεοπλασματος. Εάν ο ιστός παρασκευάζεται σωστά και εξετάζεται από έμπειρο ειδικό, η ακρίβεια στη διάγνωση του καρκίνου μπορεί να φθάσει τα 90%. Η επιπλέον κυτταρολογική εξέταση του δείγματος της ψήκτρας αυξάνει την ακρίβεια ανιχνεύσεως του καρκίνου ακόμη περισσότερο αυξάνει όμως ελαφρά και τον κίνδυνο της ψευδούς διαγνώσεως του καρκίνου. Οι διάχυτοι διηθητικοί όγκοι και οι υποτροπιάζοντες καρκίνοι είναι αδύνατον να διαγνωστούν, ακόμα και με τις παραπάνω δοκιμασίες, γιατί τα κακοήθη κύτταρα μπορεί να μην ανευρίσκονται στις περιοχές του βλεννογόνου όπου λαμβάνεται η βιοψία ή το κυτταρολογικό υλικό. Η σωστή τεχνική λήψη κυτταρολογικού αποφολιδωμένου υλικού με "τυφλή" γαστρική έκπλυση δίδει καρκινικά κύτταρα σε πάνω από 85% των ασθενών με ψευδώς θατικά αποτελέσματα σε λιγότερο από 1%. Η εξέταση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ηλικιωμένους ασθενείς ή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή σ'αυτούς όπου η ενδοσκόπηση είναι ανεπιτυχής ή τ'αποτελέσματά της ασαφή. Εάν χρησιμοποιηθούν όλες οι διαγνωστικές δοκιμασίες ο καρκίνος του στομάχου, σπάνια διαφεύγει τη διάγνωση, καμιά φορά όμως απαιτείται λαπαροσκόπηση

ή και λαπαροτομία για να τεθεί η διάγνωση.

Η ακτινολογική απόδειξη της καοήθους φύσεως ενός φαινομένου καλοήθους έλκους του στομάχου παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα. Ορισμένοι γιατροί πιστεύουν ότι η γαστροσκόπηση δεν είναι απαραίτητη αν τα ακτινολογικά χαρακτηριστικά είναι τυπικά καλοήθη αν η επούλωση ακτινογραφικά είναι πλήρης και αν η ακτινογραφική παρακολούθηση μερικούς μήνες αργότερα είναι αρνητική. Άλλοι γιατροί, εν τούτοις πιστεύουν ότι η βιοψία με το γαστροσκόπιο και η κυτταρολογική εξέταση με ψήκτρα είναι απαραίτητα για όλους τους ασθενείς με έλκος στομάχου με σκοπό τον αποκλεισμό του καρκίνου ή του λεμφώματος. Η σημαντική πτώση στην επίπτωση καρκίνου του στομάχου στη Βόρεια Αμερική δημιούργησε το ερώτημα αν θα πρέπει να υποβάλλονται στην ακριβή και δραστική εξέταση με γαστροσκόπιο όλοι οι ασθενείς που έχουν έλκος στομάχου ή να γίνεται ενδοσκόπηση μόνο σε εκείνους όπου υπάρχει ακτινογραφική ή κλινική υποψία καρκίνου.

Χρησιμοποιώντας την ακτινογραφία και την ενδογαστρική φωτογράφιση σε προγράμματα προλήψεως του καρκίνου οι Ιάπωνες βρήκαν πολλούς πρώιμους καρκίνους του στομάχου ιάσιμους. Στη Βόρεια Αμερική τέτοια προγράμματα προλήψεως είναι μάλλον μη εφαρμόσιμα επειδή η νόσος είναι σχετικά ασυνήθης. Παρόλα αυτά ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται σε ασθενείς ηλικίας πάνω από 40 ετών, που έχουν αυξημένη προδιάθεση στη νόσο λόγω κακοήθους αναιμίας, υπέρξεως αδενωματώδους γαστρικού πολύποδα η οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του στομάχου, γαστρεκτομής BILLROTH II, 10 με 20 χρόνια νωρίτερα ή καταγωγής από χώρες

όπου ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνός. Επιπλέον θα πρέπει να είναι κανείς σίγουρος ότι όλα τα γαστρικά έλκη που θεραπεύονται συντηρητικά είναι πράγματι καλοήθη.

Παθολογοανατομικές μορφές :

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τρείς μορφές:

- α) Ελκωτική : Είναι η πρώτη σε συχνότητα μορφή. Συνηθέστερα απαντά στη μεσότητα του στομάχου στο έλασσον τόξο αλλά και προπυλωρικά. Διατιτραίνει το τοίχωμα αλλά σπάνια προλαεί διάτρηση. Στην αρχή μοιάζει πολύ με το καλοήθες έλκος με αποτέλεσμα η διαφορική διάγνωση να είναι καμμιά φορά πολύ δύσκολη και ως εκ τούτου να καθυστερεί η ανάλογη αντιμετώπιση.
- β) Ανθοκραμβοειδής : Είναι η δεύτερη από πλευράς συχνότητας μορφή. Ο όγκος εντοπίζεται συνηθέστερα στην περιοχή της καρδιάς-θόλου απ'όπου εκβλαστάνει. (άλλος όρος: εκβλαστική μορφή) προς τον αυλό και παίρνει μεγάλο μέγεθος πριν δώσει συμπτώματα. Μπορεί να προέρχεται από εξαλλαγέντα πολύποδα. Συνήθως το κέντρο του όγκου εξελκώνεται και αιμορραγεί. Κατά κανόνα η μορφή αυτή είναι χαμηλότερης βιολογικής κακοήθειας και έχει την καλύτερη πρόγνωση.
- γ) Διηθητική : Η μορφή αυτή συνήθως απαντά στο πυλωρικό άντρο και έχει την τάση να επεκτείνεται διηθητικά 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 εξέλιξη. Είναι συνηθέστερα χαμηλής διαφοροποίησης και αν καταλαμβάνει 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 αδenoκαρκινώματα. Η ύπαρξη κυττάρων που παράγουν βλέννα είναι συχνή, χωρίς το τελευταίο να είναι απαραίτητο και για τον όγκο. Ανάλογα 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 τη πρόγνωση. Απόδειξη είναι ότι η διήθηση και του ορογόνου χιτώνα είναι κακό προγνωστικό σημείο, ενώ ο αρχόμενος καρκίνος που μπορεί να φθάνει στον υποβλεννογόνιο αλλά δεν τον ξεπερνά, έχει καλή πρόγνωση ακόμη και αν συνυπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες.

Η διηθητική επέκταση του όγκου κατά μήκος 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 την χειρουργική επέμβαση. Αυτά πρέπει να ορίζονται σε αρκετή απόσταση από τα όρατά άκρα του όγκου (σεκ) 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 που έχουν περιγραφεί στο κεφάλαιο της ανατομικής. Το σημείο του TROISIER ή αδένας του VIRCHOW (ψηλαφητός 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 συνηθέστερα αφορά στο ήπαρ, το πάγκρεας και το εγκάρσιο κόλο σπάνια δε στο σπλήνα.

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

Τέλος αφού ο καρκίνος του στομάχου διηθήσει τον ορογόνο, καρκινικά κύτταρα μπορεί να εμφυτευθούν στο περιτόναιο (συνηθέστερα), στο ορθό (ορθοκυστική ή ορθομητρική πτυχή του περιτοναίου-BIUMER'S SELL), στις ωθήκες (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.NM.) 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 όλο το τοίχωμα του στομάχου, II καρκίνος που έδει 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:

T 1 : όγκος μόνον στο βλεννογόνο

T 2 : όγκος μέχρι τον ορογόνο

T 3 : όγκος με διήθηση όλων των χιτώνων του τοιχώματος με ή χωρίς επέκταση στα γειτονικά όργανα.

T 4 : όγκος που προκαλεί διάχυτη διήθηση όλων των χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος (πλαστική λινίτιδα)

T χ : όγκος με αδιευκρίνιστο βαθμό διήθησης του γαστρικού τοιχώματος.

No : Επιχώριοι λεμφαδένες ελεύθεροι από καρκινοματώδη διήθηση.

N2 : Διηθημένοι οι επιχώριοι λεμφαδένες της ζώνης που αντιστοιχεί στην εντόπιση του έγκου.

Nχ : 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 N2, Mo και στο στάδιο IV οτιδήποτε T ή N εφόσον έχει M1 . Αρχόμενος καρκίνος του στομάχου (EARLY CANCER) .

Ο αρχόμενος γαστρικός καρκίνος όπως γράφτηκε και στην αρχή, 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 υποβλεννογόνο χωρίς να επεκτείνεται στο μυικό χιτώνα, (T1, αλλά όχι T2) και μπορεί να έχει ή όχι μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες (No,N1 και ίσως και N2). Όταν η διήθηση έχει ξεπεράσει τον υποβλεννογόνο και αφορά και το μυικό χιτώνα τότε πρόκειται για προσωρημένο καρκίνο.

Η διάγνωση του αρχόμενου καρκίνου, όπως φαίνεται από την περιγραφή, γίνεται ενδοσκοπικά και επιβεβαιώνεται πάντα 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 Εταιρεία ενδοσκοπήσεων του πεπτικού συστήματος καθόρισε τα χαρακτηριστικά της μακροσκοπικής (ενδοσκοπικής)ταξινόμησης του αρχόμενου καρκίνου και σήμερα η ενδοσκοπική διάγνωση τέτοιων βλεννογόνιων κυρίως αλλοιώσεων γίνεται με αυξανόμενη συχνότητα και δίνει τη βάση για μια πιο επιτυχή χειρουργική αντιμετώπιση με καλύτερη πρόγνωση.

Θ ε ρ α π ε ί α :

Η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου στο βαθμό που είναι σήμερα δυνατή είναι καθαρά χειρουργική και τ'αποτελέσματά της εξαρτώνται αποκλειστικά από το, στάδιο που βρίσκεται ο 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 ή 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 που θα δούμε παρακάτω.

Το δεύτερο ερώτημα, η ριζικότητα δηλαδή ή όχι της εκτομής προβάλλει κατά τη λαπαροτομία. Διήθηση του ηπατοδωδεκαδακτύλικου συνδέσμου, του διαφράγματος ή των μεγάλων αγγείων (αορτή) σημαίνει ότι ο όγκος δεν είναι εξαιρέσιμος. Επίσης εί-

ναι άσκοπη η εκτομή αν υπάρχουν διάσπαρτές μεταστάσεις στο περιτόναιο ή σε άλλα απλάχνα.

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

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

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από υφολική γαστρεκτομή γίνεται με γαστρονησιδική αναστόμωση κατά BILROTH II, μετά από ανώτερη γαστρεκτομή με γαστροοισοφαγική αναστόμωση και πυλωροπλαστική γιατί διατέμνονται τα πνευμονογαστρικά και μετά από ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονησιδική αναστόμωση τόσο με απλές (ROUX-Y κλπ.) όσο και με πολύπλοκες τεχνικές. (εικόνα 12). Οι τελευταίες έχουν σαν σκοπό αφ'ενός μεν την διατήρηση της φυσιολογικής διόδου των τροφών (από τον

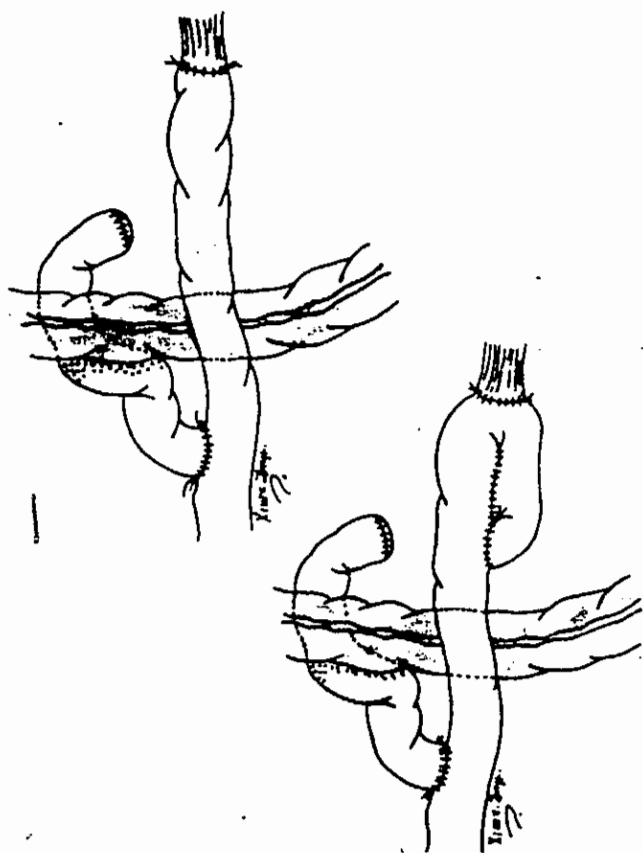
οισοφάγο δια του δωδεκασακτιύλου), αφετέρου δε το σχηματισμό

είδους αποθήκης (RESERVOIR-τε-
χνητός στόμαχος) από το λεπτό
έντερο για την επιβράδυνση του
ρυθμού προώθησης των τροφών.

Η ανάγκη συναφαίρεσης του σπλη-
νός κατά τις επεμβάσεις για καρ-
κίνο του στομάχου είναι συζητή-
σιμη. Έτσι στις υπολικές γασ-
τρεκτομές όταν δεν είναι διηθη-
μένοι οι λεμφαδένες της ζώνης 2,
η αφαιρέση δεν είναι αναγκαία.
Αντίθετα στις ανώτερες και στις
ολικές γαστρεκτομές ο σπλήνας
πρέπει να συναφαιρείται.

Ένδειξη για παρηγορητική
εκτομή υπάρχει όταν κατά την λα-
παροτομία αποδειχθεί ότι δεν εί-
ναι δυνατή η ριζική εκτομή, αλ-
λά ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί.

Η περιορισμένη αυτή παρηγορητική εκτομή προσφέρει καλύτερη ανα-
κούφιση από τα ενοχλήματα (πόνος κλπ.) καλύτερη προστασία από
μελλοντικές επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση) και λύνει το πρό-
βλημα της διατροφής κατά το καλύτερο τρόπο. Άλλιώς εφ'όσον δεν
υπάρχει πρόβλημα διατροφής του αρρώστου νομίζουμε ότι δεν υ-
πάρχει θέμα για παραπέρα χειρισμούς.



Εικόνα 12. Σχηματική παράσταση αποκατάστασης της πεπτικής
συνέχειας μετά από ολική γαστρεκτομή (απλές τεχνικές).

Το τρίτο ερώτημα αφορά τις ένδειξεις εγχείρησης για παρηγορητική θεραπεία. Τέτοια ένδειξη αποτελούν μόνο η ύπαρξη προβλημάτων διατροφής (δυσφαγία επί όγκων που εντοπίζονται στο θόλο ή την καρδιακή μοίρα του στομάχου ή πυλωρική στένωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης). Στις περιπτώσεις αυτές αν ο όγκος είναι εξαιρεσίμος η παρηγορητική περιορισμένη γαστρεντερεκτομή είναι η καλύτερη λύση, όπως ήδη γράφτηκε. Αν ο όγκος δεν είναι εξαιρεσίμος τότε πρέπει είτε να παρακαμφθεί ή αν βρίσκεται ψηλά (θόλος-καρδιά) να διασωληνωθεί. Εν τούτοις και οι παρακάμψεις (πχ. γαστρεντεροαναστόμωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης) παρουσιάζουν συχνά προβλήματα λειτουργικότητας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού είναι ίσως μια ιδέα η κατασκευή της Γ.Ε.Α. μετά προηγούμενο αποκλεισμό του όγκου. Αλλά και οι διασωληνώσεις παρουσιάζουν συχνά προβλήματα (Οι σωλήνες που χρησιμοποιούνται φράζουν και φεύγουν από τη θέση τους) και επιπλοκές (εισρόφηση, πνευμονία).

Γενικά όπως, βέβαια και ο ορισμός τους οι παρηγορητικές εγχειρήσεις (με εξαίρεση τις παρηγορητικές περιορισμένες εκτομές) είναι λύσεις ανάγκης και γι' αυτό πιστεύουμε ότι η 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 εφαρμόζεται σήμερα η χημειοθεραπεία που είναι και η μόνη λύση στις

περιπτώσεις ανεγχείρητου και μη εξαιρεσίμου όγκου. Ο σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων κατά τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου. Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα διακρίνονται στις πιο κάτω ομάδες :

α) αλκυλιούντα φάρμακα. Τα αλκυλιούντα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία επηρεάζουν κυρίως τη συμπεριφορά της γουανίνης, πράγμα που οδηγεί σε αναστολή των ενζυμικών λειτουργιών και έχει σαν αποτέλεσμα τη διαταραχή της πρωτεϊνικής σύνθεσης και της γλυκόλυσης και άλλων μεταβολικών εξεργασιών και κυρίως τη διαστροφή λειτουργίας των νουκλεονικών οξέων. Έτσι, δρουν πολυδύναμα σαν κυτταροτοξικά και μεταλλαξιγόνα.

β) Αντιμεταβολίτες είναι ουσίες που μοιάζουν δομικά με εκείνες που είναι απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεονικών οξέων. Υποκαθιστώντας τις ουσίες αυτές προσοφούνται από τα ένζυμα των οποίων μπλοκάρουν τη δράση.

γ) Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης. Ορισμένα ελκαλοειδή καθώς και ορισμένα αντιβιοτικά έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων στο στάδιο της μετάφασης.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών :

- α) από το στόμα.
- β) σε μεγαλύτερες δόσεις ενδοφλέβια.
- γ) ενδοαρτηριακά.
- δ) Αμεσση έγχυση του φαρμάκου μέσα στο νεόπλασμα. και
- ε) Ενδουπεζωκοτική ή ενδοπεριτοναϊκή έγχυση.

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

Η πενταετής επιβίωση είναι δυστυχώς χαμηλή και ο λόγος, όπως ήδη γράφτηκε, είναι ότι 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 άνω) εφόσον πρόκειται για αρχόμενο καρκίνο χωρίς λεμφαδενικές μεταστάσεις.

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

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

Πολλά ερωτηματικά έχουν απασχολήσει τους ασθενητές σχετικά με την Ο.Π.Θ. στο καρκίνο του στομάχου.

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

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

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

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό είναι αρκετά δύσκολη. Είναι βέβαιο ότι με τη διαιτητική υποστήριξη βελτιώνεται η θνησιμότητα και η νοσηρότητα της χειρουργικής επέμβασης. Επίσης ο ασθενής είναι σε καλύτερη γενική κατάσταση για να συμπληρώσει τη θεραπεία του. Δεν έχει όμως αποδειχθεί κάποια διαφορά στη τελική επιβίωση από τη νόσο.

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

Τα δεδομένα στο θέμα αυτό είναι πειραματικά. Πραγματικά ανεπαρκής διαιτητική υποστήριξη επιτυγχάνει την ανάπτυξη του καρκίνου σε βάρος του οργανισμού. Αντίθετα πλήρης διαιτη-

τική κάλυψη έχει περισσότερο ευεργετικά αποτελέσματα στο πευραματόζωο παρά στο νεόπλασμα.

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

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

Νοσηλευτική Φροντίδα :

Η Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο του στόμαχου περιλαμβάνει :

Α' ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ :

α) Ψυχολογική προετοιμασία:

Η εξασφάλιση στο χειρουργικό άρρωστο συγκινησιακής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας έργο της νοσηλεύτριας/τή. Η στάση του αρρώστου απέναντι στη χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική του πορεία. Ο αδικαιολόγητος φόβος και η αγωνία του αρρώστου για τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση STRESS από την προεγχειρητική περίοδο και να προκαλέσει υδατοφλεκτρολυτικές διαταραχές.

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

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

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

και αυτοπεποίθηση.

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

β) Φυσική προετοιμασία:

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

Ο καχεκτικός άρρωστος βρίσκεται σε μειονεκτική θέση διότι:

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

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

- 1) Διορθώνεται κάθε υδατοηλεκτρολυτική διαταραχή.
- 2) Γίνεται μετάγγιση αίματος, αν υπάρχει αναιμία.
- 3) Χορηγείται δίαιτα υπερλευκωματούχος, υπερθερμιδική, εύπεπ-

πτη με λίγο υπόλειμμα, που συμπληρώνεται με χορήγηση περι-
σεις βιταμινών.

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

Η νοσηλεύτρια/τής στην προεγχειρητική περίοδο πρέπει
να διδάσκει τον ασθενή ώστε να αναπνέει βαθειά και να βήχει
μετά την επέμβαση, για την πρόληψη της ατελεντασίας, της βρογ-
χοπνευμονίας και της αναπνευστικής οξείωσης.

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

Τα παχύσαρκα άτομα γενικά :

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

Η ηλικία παίζει σπουδαίο ρόλο στη μετεγχειρητική πορεία
του αρρώστου. Ο οργανισμός των υπερηλίκων έχει ελαττωμένη ικα-
νότητα προσαρμοστικότητας για ομοιόσταση με αποτέλεσμα την μι-
κρότερη αντοχή στο STRESS. Η υπόταση είναι πολύ επικίνδυνη
κατάσταση για τον υπερήλικα. Η προεγχειρητική θρεπτική τακτο-
ποίηση καθώς και η διόρθωση οποιασδήποτε άλλης διαταραχής εί-
ναι μεγάλης σημασίας για τον υπερήλικα. Μικρές και συχνές με-
ταγγίσεις αίματος διορθώνουν την αναιμία του ενώ η έγκαιρη

διέγερση βελτιώνει την όρεξη του και βοηθά στον καλό ύπνο. Σε όλους τους ηλικιωμένους πρέπει να τηρείται ακριβές δελτίο αποβαλλομένων ούρων. Συχνά τους γίνονται δοκιμασίες νεφρικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα. Τα προεγχειρητικά φάρμακα χορηγούνται σε μικρότερες δόσεις για την αποφυγή αναπνευστικής καταστολής και υποξίας.

Η λειτουργία του εντέρου πρέπει να ρυθμίζεται καλά πριν από την επέμβαση. Δεν πρέπει να χορηγούνται ισχυρά καθαρτικά γιατί προκαλούν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη δίαιτα και δραστηριότητα. Αν χορηγούνται ήπια καθαρτικά πρέπει να δίνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ενοχλείται ο άρρωστος τη νύχτα.

γ) Ειδικές εξετάσεις :

Η εξέταση αίματος, είναι απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Ελέγχεται η πυκτικότητα του αίματος αν υπάρχει ιστορικό αιμορραγίας ή θρόμβωσης.

Εξ' αιτίας του STRESS ελαττώνεται ο χρόνος πήξης, γι' αυτό πολλοί χειρουργοί χορηγούν μικρή δόση ηπαρίνης πριν από την εγχείρηση (10000 μονάδες υποδορίως το βράδυ της προηγούμενης της χειρουργικής επέμβασης της ημέρας προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο της μετεγχειρητικής θρόμβωσης.

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

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

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

δ) Π ρ ο ε τ ο ι μ α σ ί α του εγχειρητικού πεδίου :

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

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

ε) Ά μ ε σ η π ρ ο ε γ χ ε ι ρ η τ ι ή ετοιμασία :

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

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

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

- 1) Τον ντύνει με την ειδική στολή του χειρουργείου.
- 2) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- 3) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίδονται στους συγγενείς του αρρώστου ή στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.

4) Φροντίζει να εκκενωθεί η ουροφόχος κύστη.
5) Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του Αναισθησιολόγου. Τα φάρμακα της προνάρκωσης εξαρτώνται από τον συγκεκριμένο άρρωστο. Πιο συχνά χρησιμοποιούνται :

- α) Οπιούχα.
- β) Παράγωγα της μελλαντόνας , και
- γ) Βαρβιτουρικά.

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

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

Όταν η προνάρκωση δε γίνει στην κανονική ώρα για οποιοδήποτε λόγο, πρέπει ν'αναφερθεί στον Αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα.

- 6) Πριν και μετά την προνάρκωση ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται. Μετρά την πίεση το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας και το πρωί πριν και μετά την προνάρκωση.
- 7) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου.

Όταν ο άρρωστος κατέβει στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια/τής ετοιμάζει το χειρουργικό κρεβάτι του αρρώστου. Επίσης ετοιμάζει και το κομοδίνο του αρρώστου, απομακρύνοντας όλα τα αντικείμενα που υπάρχουν στο κομοδίνο και τοποθετεί όλα τα απαραίτητα: νεφροειδές, σπάτουλες, ποτηράκι, χαρτοβάμβακο, σύριγγα LEVIN και μια σακκούλα απορριμάτων για τα άχρηστα. Φτιάχνει το σήμα του χειρουργείου στο διάγραμμα του αρρώστου και τοποθετεί ειδικό φύλλο για αναγραφή και ενημέρωση των ορρών, τρίωρης παρακολούθησης ζωτικών σημείων, παρεντερική χορήγηση, παροχετεύσεις, μέτρηση αποβαλλομένων και προσλαμβανομένων υγρών.

Β' ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ :

Δωμάτιο ανάνηψης :

Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες/τές και άλλο προσωπικό και βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου. Η χρησιμοποίηση του έχει πρακτικά, εξαφανίσει τους άμεσους εμετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφοριακές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, εργαλεία, συσκευές, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο:

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

Α κ ό μ α :

- 1) Προλαμβάνει την ανάγκη μεγάλης διαδρομής ενώ ο άρρωστος είναι κάτω από την επίδραση του αναισθητικού.
- 2) Προλαβαίνει την ανάγκη διπλασιασμού των εφοδίων σε όλες τις χειρουργικές μονάδες.
- 3) Συγκεντρώνει τους μετεγχειρητικούς αρρώστους κάτω από τη φροντίδα λιγότερων, ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτριών/τών

και εξοικονομεί νοσηλευτικό χρόνο αφήνοντας το προσωπικό του τμήματος ελεύθερο να φροντίζει για τους υπόλοιπους αρρώστους.

- 4) Αναβάλλει τις επισκέψεις της οικογένειας και των φίλων,ώσπου να βελτιωθεί η κατάσταση του αρρώστου. Ο αριθμός κρεβατιών δωματίου ανάνηψης είναι ένα για κάθε χειρουργείο συν ένα για κάθε τέσσερα χειρουργεία.

Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει. Δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία πίεση, σφύξεις και αναπνοές του σταθεροποιηθούν μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τα καθήκοντα νοσηλεύτριας / τής μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι :

- 1) Τοποθετεί τον άρρωστο σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάϊ για πρόληψη εμμέσου και τυχόν εισρόφηση.
- 2) Παίρνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα και παρακολουθεί τη γενική κατάσταση του αρρώστου.
- 3) Παρακολουθεί για την καλή λειτουργία των σωλήνων παροχέτευσης.
- 4) Εκτελεί τις οδηγίες.
- 5) Παρακολουθεί τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση τυχόν αιμορραγίας.
- 6) Παρακολουθεί τη διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου.
- 7) Τηρεί δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείου στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα και πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νού μας τη θέση της χειρουργικής τομής. Η έκθεση του ιδρωμένου

αρρώστου προδιαθέτει σε πνευμόνικες επιπλοκές και σε μετεγχειρητικό SHOCK.

Α ν ά γ κ ε ς τ ο υ α ρ ρ ώ σ τ ο υ μ ε τ ά τ η Π λ ή ρ η α ν ά ν η ψ η :

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

Ο άρρωστος τοποθετείται σε ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι αμέσως μετά την εγχείρηση, για την διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή μέχρι ν' ανανήψει πλήρως.

Εφ' όσον τοποθετεί ο άρρωστος στην κατάλληλη θέση, η νοσηλεύτρια/τής παίρνει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία. Προσέχει εάν ο άρρωστος έχει παροχετεύσεις, καθετήρα ούρων, LEVIN, και ενημερώνει τη Λογοδοσία. Τοποθετεί τη συσκευή οξυγόνου κατόπιν εντολής του γιατρού. Γενικά, παρακολουθεί την γενική κατάσταση του αρρώστου. Τυχόν μεταβολές των ζωτικών σημείων, ή γενικά τυχόν διαταραχή του αρρώστου αμέσως η νοσηλεύτρια/τής ενημερώνει το γιατρό. Όταν ο άρρωστος παραπονεθεί για αίσθημα δίψας του βρέχουμε τα χείλη με σπάτουλα που έχει ετοιμάσει η νοσηλεύτρια/τής στο κομοδίνο του, εξηγώντας στον άρρωστο ότι δεν πρέπει να πειν νερό μετά την εγχείρηση.

Παρακολουθεί τον άρρωστο, και τον ρωτάει εάν έχει ουρήσει. Όταν ο άρρωστος μας παραπονεθεί ότι δεν μπορεί να ουρήσει

κατόπιν εντολής του γιατρού τοποθετείται καθετήρας κύστεως .
Όταν ο άρρωστος συνέλθει από την νάρκωση αφαιρούμε τη ρόμπα χειρουργείου και τον ντύνουμε. Όταν ο άρρωστος έχει χειρουργηθεί το πρωί, το απόγευμα μπορεί να σηκωθεί.

Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι :

- 1) Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.
- 2) Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.
- 3) Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.
- 4) Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη δίαιτα.
- 5) Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο Νοσοκομείο.

Κατά την έγερση χρειάζεται μεγάλη προσοχή. Τοποθετούμε πρώτα τον άρρωστο στην ανάρροπη θέση, ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν ζαλίζεται. Μετά τον τοποθετούμε σε καθιστή θέση με τα άκρα κρεμασμένα. Τέλος τον σηκώνουμε.

Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση. Οι ασκήσεις είναι :

- 1) Βαθειές αναπνευστικές κινήσεις, για πλήρη έκπτυξη των πνευμόνων.
- 2) Ασκήσεις των βραχιόνων.
- 3) Ασκήσεις άκρων χεριών.
- 4) Ασκήσεις άκρων ποδιών.
- 5) Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.
- 6) Ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

Εκτός από τα ανωτέρω που αναφέραμε που εκτελεί η νοση-

λεύτρια/τής βοηθάει το γιατρό στην αλλαγή του τραύματος για τους πιο κάτω λόγους:

- 1) Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.
- 2) Η νοσηλεύτρια/τής παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.
- 3) Φροντίζει για τη προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση μολυσμένου υλικού.
- 4) Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών, αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες.
- 5) Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού.

Όταν πρόκειται να γίνει αλλαγή του τραύματος, η νοσηλεύτρια/τής ενημερώνει τον άρρωστο και τον καλύπτει με παρβάν για να μην εκτίθεται στους άλλους αρρώστους του ίδιου θαλάμου. Όταν γίνεται η αλλαγή οι ταινίες λευκοπάστ πρέπει να αφαιρούνται παράλληλα και όχι κάθετα προς το δέρμα. Για τη δευκόλυση της αποκόλλησης χρησιμοποιούνται μη ερεθιστικά υλικά, αεροζόλ. Τα παλιά επιθέματα και ότι χρησιμοποιείται για καθαρισμό απομακρύνεται με λαβίδα και τοποθετούνται σε υδατοστεγή σακούλα. Η νοσηλεύτρια/τής δεν αγγίζει το μολυσμένο υλικό με γυμνό χέρι. Πάντα είναι καλυμμένη με γάντια για αποφυγή μεταφοράς των παθογόνων μικροοργανισμών. Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί στην αλλαγή τα τοποθετεί μέσα σε δοχείο με αντισηπτική διάλυση και ύστερα τα πλένει.

Όταν το τραύμα φέρνει σωλήνάκι παροχέτευσης οι γάζες βρέχονται και η δυσοσμία προκαλεί ναυτία στον άρρωστο. Για το

λόγο αυτό και για την ανακούφιση του αρρώστου η νοσηλεύτρια/ης κάνει συχνές αλλαγές στις εξωτερικές γάζες. Όταν κόβεται από το χειρουργό το σωληνάκι παροχέτευσης η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να έχει έτοιμη αποστειρωμένη καρφίτσα ασφάλειας, που εφαρμόζεται στο νέο άκρο του σωλήνα.

Όταν ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με φιάλη συλλογής εκκρίσεων, η νοσηλεύτρια/τής προσέχει ώστε να αποφεύγονται οι αναδιπλώσεις και συμπιέσεις του σωλήνα.

Γ' ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ :

Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

1) Π Ο Ν Ο Σ :

Είναι μια από τις πρώτες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγούμε, κατόπιν ιατρικής εντολής, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Η νοσηλεύτρια/τής όταν ο άρρωστος πονά οφείλει :

- α) Να εντοπίσει τον πόνο.
- β) Να διαπιστώσει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ) Να διαπιστώσει εάν ο άρρωστος πονά με την αναπνοή ή αν ο πόνος επιδεινώνεται τη νύχτα.
- δ) Να καταγράψει τις διαπιστώσεις της/του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο.

2) Έ μ ε τ ο ς :

Μετεγχειρητικά ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και έμετο. Καθήκον της νοσηλεύτριας/τή είναι η πρόσληψη εισρόφησης του εμέτου.

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται :

- α) Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού.
- β) Στον έμετο που διαρκεί κατά τη πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύχτα.
- γ) Στον έμετο που συνεχίζεται.

Δεν χρειάζεται ειδική αγωγή εκτός από πλύση στόματος.

3) Α ν η σ υ χ ί α - δ υ σ φ ο ρ ί α :

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο

είναι :

- α) Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος.
- β) Επίσχεση ούρων.
- γ) Μετεωρισμός και λόξυγκας.
- δ) Αϋπνία.

Η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να μειώνει τους φόβους και τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθάει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώνει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Πριν τον ύπνο πρέπει να κάνει ελαφρά εντριβή στον άρρωστο, να αερίζει το δωμάτιο και να χαμηλώνει τα φώτα.

4. Διάρταση του εντέρου :

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο αέρας και οι εκκρίσεις προκαλούν διάταση στο έντερο. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων και χαμηλός υποκλυσμός ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

5. Διάρταση της κύστης :

Συχνά μετά την εγχείρηση μπορεί να έχουμε κατακράτηση των ούρων. Για το λόγο αυτό εφαρμόζουμε όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό της κύστης.

6. Δυσκοιλιότητα :

Η δυσχέρεια αυτή αντιμετωπίζεται με έγκαιρη έγερση, κατάλληλη δίαιτα, χορήγηση άφθονων υγρών και με χαμηλούς υποκλυσμούς.

Δ' ΔΙΑΤΡΟΦΗ :

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. Τα μείγματα τεχνητής διατροφής πρέπει να έχουν όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες και το νερό που χρειάζεται ο άρρωστος. Το είδος, η ποσότητα, ο τρόπος και ο χρόνος χορήγησης παραγγέλεται από τον γιατρό.

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

- 1) Η κατάσταση του αρρώστου.
- 2) Η γλοιότητα του μίγματος.
- 3) Τα διαθέσιμα αντικείμενα.

Κατά την εφαρμογή της τεχνητής διατροφής μπορεί να συμβούν διάφορες επιπλοκές που είναι :

- α) Διάρροια.
- β) Ναυτία και έμετοι.
- γ) Πνευμονία από εισρόφηση.
- δ) Ανεπαρκής χορήγηση νερού.
- ε) Μεταβολική αλκάλωση.

Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών είναι απαραίτητα η νοσηλεύτρια/τής να γνωρίζει τα παρακάτω:

- Το μίγμα πρέπει να διατηρείται στο ψυγείο μέχρι την ώρα που θα το χορηγήσουμε.

- Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες.
- Να καθαρίζονται καλά τα αντικείμενα μετά από κάθε χρήση και να αποστειρώνονται κατά διαστήματα.
- Μετά από κάθε γεύμα ο σωλήνας πρέπει να πλένεται με χλιαρό νερό.
- Η θερμοκρασία του μίγματος πρέπει να είναι 37°C .
- Φροντίδα στόματος και ρουθουνιών.
- Να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στο στομάχο κατά τη σίτιση.
- Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, η σίτιση να είναι πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος.Πιθανή ανάγκη αραίωσης του μίγματος και μείωση των λιπών που περιέχει.Αποφυγή κίνησης του αρρώστου δυο-τρεις ώρες μετά τη σίτιση.
- Σε περίπτωση διάρροιας διακοπή σίτισης.Νέα εντολή με μίγμα που περιέχει λιγότερους υδατάνθρακες.Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα στο σωλήνα.
- Για την πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου ο άρρωστος πρέπει να τοποθετείται σε ανάρροπη θέση (εάν επιτρέπεται), με το κεφάλι στραμμένο στο πλάϊ και χαμηλά και να υπάρχει αναρροφητήρας έτοιμος για χρησιμοποίηση δίπλα στον άρρωστο.
- Κάθε 2 ώρες χορηγείται 50 ML νερού.Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης.Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στους κωματώδεις ασθενείς, που δεν μπορούν να εκδηλώσουν το αίσθημα δίψας.
- Χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού σε υπερήλικες αρρώστους.
- Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας άμεση αναφορά στο γιατρό.Γίνε-

ται τροποποίηση του μίγματος για διευκόλυνση λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα από το σωλήνα.

- Μέτρηση και αναγραφή του ποσού των ούρων. Μέτρηση και αναγραφή κάθε απώλειας παθολογικής, υγρού.
- Κάθε φορά που χορηγείται μίγμα, πρέπει να αναγράφεται η ποσότητα του μίγματος και του νερού.

Ε΄ Χ Η Μ Ε Ι Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α :

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ναυτία, έμετο, ανορεξία. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών, όπου προκαλούν ψυχικά προβλήματα στους αρρώστους.

Η νοσηλεύτρια/τής προετοιμάζει τον άρρωστο με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης. Πριν τη θεραπεία χορηγούνται αντιεμετικά. Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας χορηγούνται υπακτικά.

Όταν γίνεται η χημειοθεραπεία η νοσηλεύτρια/τής προσέχει τα γεύματα να είναι μικρά και συχνά. Προστατεύει τον άρρωστο από διάφορες μολύνσεις. (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις). Προσέχει για την επαρκή υδάτωση και μετράει και καταγράφει τα προσλαμβανόμενα υγρά και αποβαλλόμενα. Φροντίζει προσεκτικά το στόμα του αρρώστου. Προσέχει τις εκδηλώσεις του αρρώστου, από τυχόν αντίδραση του φαρμάκου. Παρακολουθεί τα ούρα και τα κόπρανα για αιμορραγία, και λαμβάνει κάθε μέτρο για την αποφυγή αυτής.

Λαμβάνει μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου. Επίσης προσέχει για την αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και τη διήθησή του στους γύρω ιστούς.

Τέλος βοηθάει τον άρρωστο να δεχθεί τη παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΑΘΕΡΑΠΕΥΤΟ

ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η Νοσηλεύτρια/τής σε αρρώστους με αθεράπευτο καρκίνο του στομάχου πρέπει να δείχνουν μεγάλη κατανόηση, ενδιαφέρον και αγάπη. Να δίνουν την ευκαιρία στους ασθενείς να εκφράσουν τους φόβους τους, τις αγωνίες, τα αισθήματα και τις σκέψεις τους. Προετοιμάζει τον άρρωστο για την εφαρμογή της θεραπείας που πρόκειται να του γίνει και παρακολουθεί για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους καρκίνου σε άλλες περιοχές. Βοηθάει τον άρρωστο στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής και όταν σηκώνεται από το κρεβάτι αλλάζει θέση. Χορηγεί διάφορα φάρμακα κατόπιν ιατρικής εντολής. Ετοιμάζει τον άρρωστο για χειρουργικές επεμβάσεις ή άλλες θεραπείες που γίνονται για μείωση του πόνου. Αντιμετωπίζει τις διάφορες παρενέργειες και τις διαταραχές του αρρώστου.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο άρρωστος με διάγνωση καρκίνου του στομάχου, επηρεάζεται πολύ, συναισθηματικά, γιατί ο καρκίνος συνδέεται με φυσικό πό-

νο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ο ασθενής αισθάνεται μελαγχολία, μοναξιά, θυμό, ντροπή, απογοήτευση, φόβο, ανησυχία και αγωνία, γιατί συνδέει τη διάγνωση του καρκίνου με το θάνατο.

Πολλές φορές η νοσηλεύτρια/τής συμβαίνει να αρνηθεί να ακούσει τον ασθενή να περιγράψει τους φόβους του, τις σκέψεις του και τις ανησυχίες του. Ο τρόπος αυτός αντιμετώπισης δεν είναι σωστός. Πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τα προβλήματά του, έτοιμη να τον καθησυχάσει.

Ο άρρωστος αρνείται τις επισκέψεις από την οικογένειά του, τους φίλους του, τους συγγενείς του, δείχνοντας τους εχθρικότητα. Εδώ ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τής είναι να ενισχύσει και να υποστηρήξει ψυχολογικά τον άρρωστο, ώστε να προχωρήσει με αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Η διάγνωση της νόσου πρέπει να γίνεται γνωστή από τη νοσηλεύτρια/τή στον άρρωστο και όχι άρρωστος να πληροφορείται για την ασθένειά του από άλλους ασθενείς, επισκέπτες, συνοδούς ή συγγενείς του. Όταν ο ασθενής έχει ενημερωθεί για την πορεία της νόσου του θα αντιδράσει θετικά στη θεραπεία. Ενημέρωση του αρρώστου για την ασθένειά του μπορεί να προκαλέσει πανικό και να οδηγήσει τον άρρωστο στην αυτοκτονία. Δύο κυρίως παράγοντες είναι αποφασιστικοί στο κατά πόσον ο ασθενής θα πληροφορηθεί ότι πάσχει από καρκίνο.

- 1) Η ψυχική δύναμη και ψυχραιμία την οποία διαθέτει ο ασθενής
- 2) Τα αισθήματα του γιατρού της νοσηλεύτριας/τής και των μελών της οικογενείας.

Για να είναι η επαφή του υγειονομικού προσωπικού με τον

ασθενή θεραπευτική, πρέπει να γνωρίζουμε τον ασθενή, την οικογένεια του ασθενούς και τον εαυτό μας. Για τον ασθενή πρέπει να γνωρίζουμε:

- Τη μόρφωσή του.
- Το ρόλο του στην οικογένεια.
- Την αντίληψη που έχει περί του εαυτού του.
- Τις ερωτήσεις τις οποίες υποβάλλει.
- Το θρήσκευμά του.
- Την παρουσία ή μη αισθήματος ενοχής για τη νόσο.
- Το στάδιο, τη διάρκεια και το νόημα της παρούσης νόσου.
- Τις ανάγκες του ασθενούς και το τρόπο νοσηλείας του.

Για την οικογένειά του ασθενούς πρέπει να γνωρίζουμε:

- Ποιό είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
- Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον ασθενή, καθώς και τη στάση της οικογένειας απέναντι στη νόσο και την ιατρική περίθαλψη.
- Την οικονομική κατάσταση και τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.

Τι πρέπει να γνωρίζει η νοσηλεύτρια/τής για τον εαυτό της.

- Τα συναισθήματά της έναντι της νόσου και του θανάτου.
- Τον βαθμό επαφής που έχει αναπτύξει με τον ασθενή και με τα μέλη της οικογένειάς του.
- Την εμπιστοσύνη, την οποία τρέφει ο ασθενής στη νοσηλεύτρια/τή και τη δυνατότητα αυτής/τού να χειριστεί το θέμα.

Η γνωριμία της νοσηλεύτριας/τή με τον ασθενή, την άμεση επαφή με την οικογένειά του και τον εαυτό του θα βοηθήσουν τον ασθενή να ενισχυθεί ψυχολογικά ώστε να αντιμετωπίσει με θάρρος

και αισιοδοξία τα ψυχολογικά προβλήματα που του έχουν δημιουργηθεί. Οι απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στις ερωτήσεις των ασθενών πρέπει πάντα να συμβαδίζουν με τις απαντήσεις των γιατρών. Εκτός από την ψυχολογική ενίσχυση των ασθενών, η νοσηλεύτρια/τής ενισχύει ψυχολογικά και την οικογένειά τους. Πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και ασθενούς και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον ασθενή στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά.

Η νοσηλεύτρια/τής προετοιμάζει τον ασθενή για τη μετάβαση από την παρούσα στη μέλλουσα ζωή προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Αυτή η ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους, τα οποία δοκιμάζουν οι άρρωστοι οι οποίοι βρίσκονται κοντά στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια/τής η οποία έχει κάνει προσωπική τη χριστιανική φιλοσοφία περί θανάτου, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο ασθενή ανακούφιση και δύναμη.

Π Ρ Ο Λ Η Ψ Η

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

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

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

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

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τής στην πρόληψη του καρκίνου του στομάχου συνίσταται:

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

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.

Η νοσηλεύτρια/τής αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην εγκαίρη διάγνωση με τα πιο κάτω:

- α) Διαφώτιση του κοινού.
- β) Ενθάρρυνση του κοινού για περιοδικές εξετάσεις.

γ) Βοήθεια των προσερχομένων για εξέταση.

Στη διαφώτιση του κοινού περί του καρκίνου καταβάλλεται προσπάθεια να γίνει αντιληπτό ότι είναι η μοναδική ασθένεια.

α) Της αναπόφευκτης θνησιμότητας εάν δεν θεραπευτεί.

β) Της ζωτικής σημασίας της εγκαίρου θεραπείας.

γ) Της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων.

Στην προσπάθειά της αυτή η νοσηλεύτρια/τής προσπαθεί να προσεγγίσει τους ασθενείς στις οικίες τους, στις εργασίες τους, στην εκκλησία, στα σπουδαστήρια κλπ.

Οι αγγελίες στις εφημερίδες και περιοδικά, ραδιόφωνα και τηλεοράσεις, η κυκλοφορία διαφωτιστικών εντύπων περί του καρκίνου, η οργάνωση συγκεντρώσεων και άλλα αποτελούν ουσιώδη μέσα ενημέρωσης του κοινού.

Η μεταβίβαση αισιόδοξης αντίληψης περί του καρκίνου, ως νόσος που μπορεί να θεραπευτεί, επιτυγχάνεται με τη δημοσιότητα των θεραπευθειών περιπτώσεων ασθενών.

Στην Αμερική σήμερα θεραπεύεται ο ένας στους τρεις, ενώ μόλις προ ολίγων ετών θεραπευόταν ο ένας στους πέντε. Στο αποτέλεσμα αυτό συνετέλεσαν πολλοί παράγοντες, ο κυριότερος των οποίων είναι ότι οι Αμερικανοί επείσθησαν ότι ο καρκίνος θεραπεύεται.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, η οποία ιδρύθηκε το 1959 είναι ο μόνος επίσημος εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός, ιδιωτικής πρωτοβουλίας, με ολοκληρωμένο πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει: Διαφώτιση του κοινού, ενημέρωση των γιατρών, για τις νέες επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου, ανίχνευση των καρκινοπαθών και προώθηση

αυτών στα διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα, ενίσχυση για την απόκτηση κατάλληλου εξοπλισμού από τα αντικαρκινικά κέντρα, συμβολή στην ίδρυση νέων αντικαρκινικών κέντρων διαγνωστικών και τέλος τμήμα κοινωνικών υπηρεσιών. Άλλα ιδρύματα για την καταπολέμηση του καρκίνου είναι :

- Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Αθηνών " Άγιος Σάββας".
- Το Θεογένειο Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Θεσσαλονίκης
- Το Αντικαρκινικό Ινστιτούτο Πειραιώς.
- Το Νοσοκομείο Αθηνών " Βασιλεύς Παύλος" .
- Το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιώς.
- Το Θεραπευτήριο " Ευαγγελισμός" κ.ά.

Η Νοσηλεύτρια/τής πρέπει να έχει γνώση των υπηρεσιών αυτών για να βοηθάει τον ασθενή στην ορθή κατεύθυνση.

Ιστορικόν Ιον

Π..... Α.....

Καρκίνος στομάχου . Ημερομηνία εισόδου: 3.2.88, ημερομηνία
εξόδου : 16.2.88.

Αιτία εισόδου:

Μεγάλη, ανώμαλη εξελκωτική επιφάνεια από περιοχή άντρου μέχρι
δωδεκαδακτύλου.

Παρούσα κατάσταση:

Από διμήνου ο ασθενής αναφέρει εμέτους αιμορραγικούς, σκουρό-
χρωμα κόπρανα. Επίσης αναφέρει ερυγές αίσημα καύσου. Η κατά-
σταση προδευτικά επιδεινώθηκε και ο ασθενής εισήχθη στο νοσο-
κομείο του Πύργου στις 26.1.88 με πεσμένο Η . Εκεί αφού αντι-
μετωπίστηκε ο οξεία κατάσταση και σταμάτησαν οι αιμορραγικοί
έμετοι στέλνεται στο Νοσοκομείο Πατρών για περαιτέρω διερεύνη-
ση. Έγινε γαστροσκόπηση. Μεγάλη ανώμαλη εξελκωτική επιφάνεια
από περιοχή άντρου μέχρι δωδεκαδακτύλου, σπληνή κατά βιοψία ,
πολύ ύποπτη για νεοπλασία. Πάρθηκε βιοψία.

Κλινική εξέταση:

1) Κεφαλή - τράχηλος:

Φυσιολογικές οφθαλμικές κινήσεις. Εκλύονται αντανακλαστικά
κόρης. Λοιπή νευρολογική εξέταση φυσιολογική. Λεμφαδένες-
θυρεοειδής: αψηλάφητοι.

2) Θώρακας:

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

3) Κοιλία:

Ουλή στο επιγάστριο στη μέση γραμμή, από εγχείρηση. Ευαισθησία στην ψηλάφηση επιγαστρίου. Ήπαρ-Σπλήνας αψηλάφητοι, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί.

4) Άκρα : Φυσιολογικά.

Πορεία νόσου και θεραπεία:

- 5.2.88 : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. Αποτέλεσμα βιοψίας, νεκρωμένου ιστού, τεμάχια και ιστοτεμάχια βλενογόνου λεπτού εντέρου χωρίς ιδιαίτερες ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις.
- 6.2.88 : Ο ασθενής αναπτύσσει πνευμονοθώρακα λόγω προσπάθειας να τεθεί υποκλείδιος καθετήρας, χωρίς κλινικά συμπτώματα.
- 8.2.88 : Στο χειρουργείο διαπιστώθηκε μεγάλος ελκωτικός αιμορραγικός όγκος στην προπυλωπική περιοχή, που διηθούσε το πάγκρεας και πιθανότατα είχε καταληφθεί και το ήπαρ. Κατόπιν αυτού έγινε παρηγορητική χειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε ακτινογραφία θώρακος μετεγχειρητικά που δεν έδειξε ανάπτυξη πνευμονοθώρακα.
- 9.2.88 : Ο ασθενής αισθάνεται καλά. Δεν έχει πυρετό. Φυσιολογική κινητικότητα εντέρου. Δεν παρουσιάζει δύσπνοια.
- 10.2.88 + 13.2.88 : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση. αποκαταστάθηκε η όρεξη του και άρχισε να παίρνει τροφή από το στόμα. Κινητικότητα φυσιολογική. Δεν παρουσιάζει πυρετό.
- 16.2.88 : Αφαίρεση ραμμάτων. Ο ασθενής εξέρχεται.

Ιστορικό 2ο :

Κ..... . Α.....

Καρκίνος στομάχου .Ημερομηνία εισόδου 15-1-88, ημερομηνία εξόδου 4-2-88.

Αιτία εισόδου:

Έμετοι, άτυπα κοιλιακά άλγη. Πυλωρική στένωση.

Παρούσα κατάσταση :

Πρόκειται για ασθενή 67 ετών που είσήλθε στο Νοσοκομείο την Παρασκευή 15-1-88 με αιτιωμένη επιγαστρική δυσφορία και εμέτους με άφθονα υγρά. Οι έμετοι δεν έχουν σχέση με η λήψη τροφών και είναι ρουκετοειδείς. Το περιεχόμενό τους ήταν υγρά και σπάνια μόνο τροφή και άρχισαν μετά την 1-1-88. Από τον Οκτώβριο του 1987 η ασθενής αναφέρει άτυπα κοιλιακά άλγη. Αναφέρει απώλεια βάρους (6-7 κιλά) το τελευταίο εξάμηνο. Δεν αναφέρει απηρεξία.

Κλινική εξέταση :

1) Κεφαλή - τράχηλος :

Συμμετρικοί. Λεμφαδένες αψηλάφητοι. Δεν παρατηρείται ικτερική χροιά επιπεφυκοτική.

2) Θώρακας:

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

3) Κοιλία :

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

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

4) Άκρα:

Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Πορεία νόσου και θεραπεία :

19-1-88 Απύρετη. Σταθερή αιμοδυναμικά. Από τις 18-1-88 άρχισε παρεντερική διατροφή. Παραπονείται για άλγος στην πλάτη. Πνευμονοθώρακας σε προσπάθεια παρακέντησης υποκλείδιου φλεβός.

21-1-88 - 28-1-88 : Σταθερά αιμοδυναμικά . Υποκειμενικό άλγος στην περιοχή της τομής. Αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου. Αφαίρεση LEVIN-VEDOVAL. Χορήγήθηκαν ενδοφλεβίως ορροί Δ/ω 5% 2000 + 4 KCL, RINGER'S 1000+2 KCL Πήρε υγρά από το στόμα . Έφαγε.

1-2-88 - 4-2-88 : Δίαιτα ελεύθερη, πάρθηκε εργαστηριακός έλεγχος, έγινε κοπή ραμμάτων. Η ασθενής εξέρχεται.

Ιστορικό ζων

Σ..... Γ.....

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου : 30-3-88, ημερομηνία εξόδου 14-4-88.

Αιτία εισόδου:

Καρκίνος στομάχου.

Παρούσα κατάσταση:

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

ξία, επιγαστρικό άλγος το οποίο αντανακλούσε στην πλάτη και εμέτους.

Κλινική εξέταση :

1) Κεφαλή - τράχηλος:

Επιπεφυκότες ικτερικοί. Τράχηλος-λεμφαδένες δεν ψηλαφούνται.

2) Θώρακας:

Συμμετρική έκπτυξη ημιθωρακίων. Σαφής πνευμονικός ήχος, φρέσσηματα φυσιολογικά. Η επισκόπηση και ψηλάφηση των μαδτών ουδέν το παθολογικό απέδειξε.

3) Κοιλία:

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

4) Άκρα:

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

Πορεία νόσου και θεραπεία :

1-4-88 : Η ασθενής παρουσίασε πυρετό και ρίγος. Πάρθηκε καλ-
κιέργεια αίματος και ούρων, γενική ούρων. Οι πιο πιθανές εστίες πυρετού είναι ο υποκλείδιος καθετήρας και το ουροποιητικό. Επίσης η ασθενής έκανε εμέτους.

2-4-88 + Το LEVIN δίνει αιματηρό υγρό προφανώς από αιμορραγία στον όγκο. Η ασθενής εμφανίζει και πυρετό.

4-4-88 : Εγχείρηση.

5-4-88 + 10-4-88 : Ζωτικά σημεία φυσιολογικά. Αιματηρή αποβο-
ή υγρού από το LEVIN. Χειρουργικό τραύμα καλό. Αφαί-
ρεση LEVIN. λήψη μικράς ποσότητας υγρών.

11-4-88 - 13-4-88 : Ελαφρά διατροφή. Ζωτικά σημεία φυσιολογικά.

14-4-88 : Αφαίρεση ραμμάτων. Η άρρωστη εξέρχεται.

Ιστορικόν 4ον

Φ..... Δ.....

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου 28-3-88, ημερομηνία εξόδου 22-4-88.

Αίτια εισόδου :

Ιστορικό εμέτων από 45 ημέρου, απώλεια βάρους.

Παρούσα κατάσταση:

Ο ασθενής αναφέρει ότι από 4μήνου αισθανόταν τάση για έμετο 3-4 φορές το μήνα, μετά από πόση ή κατάποση τροφής. Από αρχάς Φεβρουαρίου επιτάθηκον οι έμετοι που ήταν αρχικά τροφώδεις ακολουθούμενοι από εμετικά υγρά κίτρινης χροιάς που άφηναν στο στόμα έντονη τη γεύση του πικρού. Αργότερα αναφέρει οδυνοφαγία. Επίσης αναφέρει ότι από 3 έτη κάνει συχνά χρήση του φαρμάκου BRASAN του οποίου η δόση αυξήθηκε τον τελευταίο μήνα. Αναφέρει ελαττωμένη λήψη τροφής και απώλεια βάρους. Τις τελευταίες 45 ημέρες λόγω έλλειψης ορέξεως και λόγω της οδυνοφαγίας έτρωγε ελάχιστα και έχασε 10-12 κιλά. Αίσθημα βάρους, δυσκοιλιότητα, διάρροιες, αιματέμεση, μέλανες κενώσεις ή άλλες γαστρεντερικές διαταραχές δεν αναφέρει. Απέχθεια προς το κρέας δεν αναφέρει. Ελονοσία 1929-θεραπεύτηκε. Υφολική γαστρεκτομή 1962 για έλκος μείζονος τόξου στομάχου. Φάρμακο BRASAN και ZANTAK (1X3) από Φεβρουάριο.

Κλινική εξέταση :

1) Κεφαλή - τράχηλος:

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

2) Θώρακας:

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

3) Κοιλία :

Εντερικό ήχοι φυσιολογικοί. Ήπαρ-σπλήνας αψηλάφητα. Μάζα δεν ψηλαφάται.

4) Άκρα:

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

Πορεία της νόσου και θεραπεία:

29-3-88 - 11-4-88 : Ο ασθενής είναι σε καλή γενική κατάσταση.

Είναι απύρετος. Ελήφθη όλος ο εργαστηριακός έλεγχος.

Χειρουργήθηκε.

12-4-88 : Ο ασθενής άρχισε παρεντερική διατροφή. Από την τομή του REDO-PAK έχει απώλεια ποσότητας υγρού.

12-4-88 - 21-4-88 : Συνεχίζει την παρεντερική διατροφή και εξέρχεται. Μετά από ένα μήνα ο ασθενής απεβίωσε.

Ιστορικόν 5ον :

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

Καρκίνος στομάχου. Ημερομηνία εισόδου 27-4-88, ημερομηνία εξόδου 9-5-88.

Αίτια εισόδου :

Καρκίνος στομάχου διαγνωσμένος με γαστροσκόπηση.

Παρούσα κατάσταση :

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

Κλινική εξέταση :

1) Κεφαλή - τράχηλος:

Φυσιολογικά.

2) Θώρακας:

Αναπνευστικό ψιθύρισμα, S₁, S₂ φυσιολογικά, όχι φυσήματα.

3) Κοιλία:

Μαλακή, ευπίεστη, δεν ψηλαφάται μάζα, σκλήρυνση ψηλαφητός, ελαφρά ευαισθησία.

4) Άκρα : Φυσιολογικά.

Πορεία νόσου και θεραπεία :

28-4-88 - 1-5-88 : Ο ασθενής είναι σε καλή σχετικά κατάσταση. Τέθηκε υποκλείδιος καθετήρας για μετεγχειρητική υποστήριξη της θρέψης με ολική παρεντερική διατροφή και για υποστήριξη της θρέψης προεγχειρητικά. Παίρνει παρεντερική διατροφή και έχει καλά ζωτικά σημεία.

2-5-88 : Χειρουργήθηκε.

- 3-5-88 - 6-5-88 : Ο ασθενής έχει πόνο στην τομή. Το LEVIN είναι καθαρό. Η τομή ελέγχεται. Γίνεται διακοπή της παρεντερικής διατροφής. Φαρμακευτική αγωγή: FRAXIPATINE, AMP 1X3. Είναι σε καλή κατάσταση, δεν αναφέρει κανένα πρόβλημα . Αρχίζει υγρά από το στόμα.
- 7-5-88 - 8-5-88: Ο ασθενής άρχισε φαγητό από το στόμα, έγινε αλλαγή.
- 9-5-88: Ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση και σήμερα θα φύγει από την Κλινική.
-

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1) ΤΑ ΒΙΒΛΙΑ .

- Δ. ΒΑΣΩΝΗ "ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ".

ΕΚΔΟΣΗ 4η ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΗ , ΑΘΗΝΑ 1985.

- Μ.Α.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ

"ΒΑΣΙΚΑΙ ΑΡΧΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ"

ΕΚΔΟΣΗ 8η ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ

"Η ΤΑΒΙΘΑ", ΑΘΗΝΑ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1985.

- Π.ΜΠΑΛΑΣ "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ"

ΕΚΔΟΣΗ : ΠΧ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΑΘΗΝΑ 1987.

- ANNA ΣΑΧΙΝΗ- ΚΑΡΔΑΣΗ - ΜΑΡΙ ΠΑΝΟΥ

"ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ-ΝΟΣΙΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ "

ΕΚΔΟΣΗ : ΙΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1984.

- Κ.Ι.ΤΟΥΝΤΑ " ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ"

ΕΚΔΟΣΗ : ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1981.

- HARRISON "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ"

ΕΚΔΟΣΗ 10η ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ Κ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1988.

2) Η ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ

THE MACMILLAN GUIDE " ΜΕΓΑΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ"

ΕΚΔΟΣΗ: ΓΙΑΛΔΕΛΗ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΝΩΝ.

