

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : "ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
Ριτσικαλη Άννα

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
Μπατσολάκη Μαρία

**Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη
του πτυχίου Νοσηλευτικής**

Πάτρα, Ιανουάριος 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1304
----------------------	------

*' — Πρέπει να πιστεύουμε πως ο καρκίνος πολύ σύντομα
θα νικηθεί οριστικά.*

*Στην πάλη εναντίον του, νικητής δεν μπορεί να είναι
παρά η ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη:*

Το πνεύμα και η ανθρώπινη ψυχή— '

ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	II

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο - ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	2
1.1 Εμβρυολογία	2
1.2 Περιγραφική ανατομική	2
1.3 Ιστολογία	3
• Αδένες του στομάχου	4
1.4 Αιμάτωση του στομάχου	5
• Λεμφικό σύστημα	6
1.5 Νεύρωση του στομάχου	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	8
2.1 Λειτουργίες του στομάχου	8
2.2 Γαστρική έκκριση	9
2.3 Γαστρική κινητικότητα	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο - ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	13
3.1 Καλοήθεις όγκοι του στομάχου	13
3.2 Κακοήθεις όγκοι του στομάχου	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο - ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	16
4.1 Εισαγωγή	16
4.2 Επιδημιολογία	16
4.3 Αιτιολογία - Προδιαθεσικοί παράγοντες	18
4.4 Παθολογική ανατομία	20
4.5 Σταδιοποίηση	23
4.6 Κλινικές εκδηλώσεις	25
4.7 Εργαστηριακά ευρήματα	28
4.8 Διάγνωση - Διαφορική διάγνωση	30
4.9 Θεραπεία	31
• Χειρουργική θεραπεία	32

•	Ακτινοθεραπεία	37
•	Χημειοθεραπεία	38
•	Ανοσοθεραπεία	39
4.10	Επιπλοκές γαστρικής χειρουργικής	40
4.11	Πρόγνωση	52
4.12	Πληθυσμιακός έλεγχος	53

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ

ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο - ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ 55

1.1	Νοσηλευτική συμβολή στην πρόληψη-ανίχνευση του καρκίνου	55
1.2	Νοσηλευτική συμβολή στην διάγνωση του καρκίνου	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ 60

	<i>A. Νοσηλευτική συμβολή κατά την εφαρμογή χημειοθεραπείας</i>	60
2.1	Εισαγωγή	60
2.2	Πότε εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία	61
2.3	Πρακτικές αρχές χημειοθεραπείας	62
2.4	Προστασία του αρρώστου	63
	• Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου	64
	• Οργάνωση και Ν.Φ. κατά την χημειοθεραπεία	64
	• Εκτίμηση - Αξιολόγηση	65
2.5	Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων	66
2.6	Πληροφόρηση - Εκπαίδευση του αρρώστου	73
2.7	Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	74
2.8	Προστασία του προσωπικού κατά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας (προσέγγιση - ενημέρωση)	76
	<i>B. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τη κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας</i>	78

2.9	Εισαγωγή	78
2.10	Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές της ακτινοθεραπείας	79
2.11	Νοσηλευτική φροντίδα κατά την εφαρμογή ακτινοθεραπείας	81
2.12	Νοσηλευτική αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας	86
2.13	Νοσηλευτική μέριμνα του αρρώστου στο χειρουργείο	87
	• Ν.Φ. προεγχειρητικής φάσης	89
	• Ν.Φ. διεγχειρητικής φάσης	92
	• Ν.Φ. μετεγχειρητικής φάσης	95
2.14	Αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών - δυσχερειών	96
2.15	Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα	102
	• Πρόληψη επιπλοκών τεχνητής διατροφής	103
2.16	Γαστροστομία	105
	• Προεγχειρητική φροντίδα	105
	• Χειρουργική επέμβαση	105
	• Μετεγχειρητική φροντίδα - σίτιση του αρρώστου	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο στομάχου	108
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς τελικού σταδίου	111
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας (ΥΚΟΝ) του Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς "ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"	114
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Νοσηλευτική συμβολή στην αντιμετώπιση του πόνου του καρκινοπαθούς	122
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς
και της οικογενείας του 126

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Αναφορά σε δύο πραγματικές περιπτώσεις
ασθενών με καρκίνο στομάχου (Νοσηλευτική
διεργασία) 131

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 141

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 142

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αρχίζοντας αυτή την εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στη συγγραφή της.

Ειδικότερα, ευχαριστώ την κα Μπατσολάκη Μαρία, καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και εισηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της καθ'όλη τη διάρκεια της εργασίας μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό της βιβλιοθήκης του νοσοκομείου "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ", καθώς και τον ειδικό παθολόγο κ. Γέμο Γεράσιμο για τη συνεργασία τους στην ανεύρεση της κατάλληλης βιβλιογραφίας.

Στη συνέχεια, ευχαριστώ τον κ. Αλιβιζάτο, χειρουργό του Γ.Ν.Π. "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ", την κα Καλεντζή Σουλτάνα, προϊσταμένη της χειρουργικής κλινικής του ίδιου νοσοκομείου και την κα Χαραλάμπους Αικατερίνη, νοσηλεύτρια της Α' Παθολογικής κλινικής του Π.Π.Γ.Ν. Ρίου για τη υπομονή και κατανόησή τους κατά την παροχή αξιόλογων πληροφοριών όσον αφορά τις 2 πραγματικές περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του στομάχου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη δακτυλογράφο κα Γερασιμάτου για τη δακτυλογράφηση και επιμέλεια του κειμένου.-

Ανα Ρινοϊκαλη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γαστρικός καρκίνος σε ολόκληρο τον κόσμο είναι ένα από τα πιο συχνά κακοήθη νεοπλάσματα. Στις Η.Π.Α. υπολογιζόταν ότι το 1991 θα γινόταν διάγνωση καρκίνου του στομάχου σε 23.800 Αμερικανούς και 12.400 από αυτούς θα πέθαιναν εξαιτίας της νόσου. Στην Ελλάδα, ο γαστρικός καρκίνος αντιπροσωπεύει το 15% των καρκίνων και είναι τρίτος κατά σειρά συχνότητας μετά τον καρκίνο του πνεύμονα και του παχέος εντέρου.

Η εργασία αυτή δεν αποσκοπεί στο να εξαντλήσει το θέμα, κάτι που άλλωστε είναι αδύνατον λόγω της περιορισμένης εκτάσεώς του, αλλά αποτελεί περισσότερο μια προσπάθεια προσέγγισης και εμβάθυνσης σε αυτό.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.1 ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

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

1.2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Ο στόμαχος είναι η πιο διευρυμένη μοίρα του γαστρεντερικού σωλήνα. Βρίσκεται στην άνω κοιλία, ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τα αριστερά της μέσης γραμμής, μεταξύ του οισοφάγου και του δωδεκαδάκτυλου. Με τον οισοφάγο ενώνεται στην *γαστροοισοφαγική συμβολή (καρδιακό στόμιο)*, μία περιοχή υψηλών πιέσεων χωρίς χαρακτήρες ανατομικού σφιγκτήρα, αλλά με σαφή σφιγκτηριακή λειτουργία, η οποία αντιστοιχεί στο ύψος του 1ου θωρακικού σπονδύλου. Το όριό του προς τον δωδεκαδάκτυλο αποτελεί ο σαφώς καθορισμένος ανατομικά *πυλωρικός σφιγκτήρας*, που αντιστοιχεί στο ύψος του 1ου οσφυϊκού σπόνδυλου. Ο στόμαχος διακρίνεται : α) στον

ιδίως στομάχο (θόλος, σώμα) και β) στον πλωρικό στομάχο (πλωρικό άντρο, πλωρικός σωλήνας) (εικ. 42-5).

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

1.3 ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνες :

- Ο *ορογόνας* είναι το σπλαχνικό περιτόναιο, το οποίο σχηματίζεται από δύο πέταλα, ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο. Καλύπτει ολόκληρο τον στομάχο εκτός από μικρή περιοχή πίσω από το καρδιακό στόμιο και από τις περιοχές κατά μήκος των τόξων στα σημεία που τα δύο πέταλα του περιτοναίου συμφύονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας το μείζον και ελάσσον επίπλουν.
- Ο *μυϊκός χιτώνας* αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών : *έξω επιμήκης, μέση κυκλωτερής και έσω λοξή*. Ο πλωρικός σφιγκτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλωτερούς μυϊκής στιβάδας, που στο σημείο μετάβασης στο δωδεκαδάκτυλο χωρίζεται από την μυϊκή στιβάδα αυτού με διάφραγμα συνδετικού ιστού.

Λειτουργίες μυϊκού χιτώνα :

- α) Εξαιτίας του μικρού μυϊκού τόνου το στομάχι μπορεί να διαταθεί αποθηκεύοντας έτσι μεγάλη ποσότητα τροφής.
- β) Αδύνατες μυϊκές συσπάσεις προκαλούν ανάμειξη της τροφής με τα υγρά του στομάχου.

γ) Ισχυρότερες μυϊκές συσπάσεις που πλωρικού στομάχου (περισταλτικές κινήσεις) προωθούν το περιεχόμενο του στομάχου προς τον πυλωρό.

- Ο υποβλεννογόνιος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες. Περιέχει αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυα και νευρικές ίνες.
- Ο βλεννογόνος καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, είναι ροδόχρους και γίνεται παχύτερος προς τον πυλωρό. Έχει πτυχές στο θόλο και στο σώμα, όχι όμως στο άντρο, μεταξύ των οποίων σχηματίζονται αύλακες. Οι μυϊκές του ίνες είναι υπεύθυνες για τις μεταβολές του σχήματος και της φοράς των πτυχών και αυλάκων, που εξαφανίζονται τελείως όταν διαταθεί ο στόμαχος.

ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ : Το σύνολο των κυττάρων που καλύπτει το γαστρικό βλεννογόνο είναι αδενικά, γι' αυτό και το επιθήλιο αναφέρεται σαν αδενικό επιθήλιο. Οι αδένες που σχηματίζονται καταλαμβάνουν το χόριο και εκβάλλουν σε μικρές καταδύσεις του βλεννογόνου της επιφάνειας, τα γαστρικά βοθρία. 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 και αποτελούνται από κύτταρα που παράγουν βλέννα.

Οι αδένες του θόλου ή κυρίως γαστρικοί βρίσκονται στο θόλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου και περιέχουν διάφορα κύτταρα : • βλεννώδη κύτταρα, • καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν HCl και ενδογενή παράγοντα, • ζυμογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο (ανενεργός μορφή του ενζύμου πεψίνη). Το

πεψινογόνο ενεργοποιείται με την επίδραση HCl και προϋπάρχουσας πεψίνης, • *εντεροενδοκρινή κύτταρα που εκκρίνουν ορμόνες.*

Τέλος, οι πυλωρικοί αδένες βρίσκονται στο πυλωρικό άντρο. Έχουν κύτταρα που παράγουν βλέννα, διαφορετικά όμως από τα κύτταρα των καρδιακών αδένων, όπως επίσης και κύτταρα που παράγουν γαστρίνη (ειδικά ορμονικά κύτταρα). Η γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στομάχος ή όταν προϊόντα της διάσπασης των πρωτεϊνών φθάσουν τον πυλωρικό στομάχο. Σχετίζεται τόσο με την κινητικότητα, όσο και με την εκκριτική λειτουργία του στομάχου, καθώς προκαλεί αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.

1.4 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

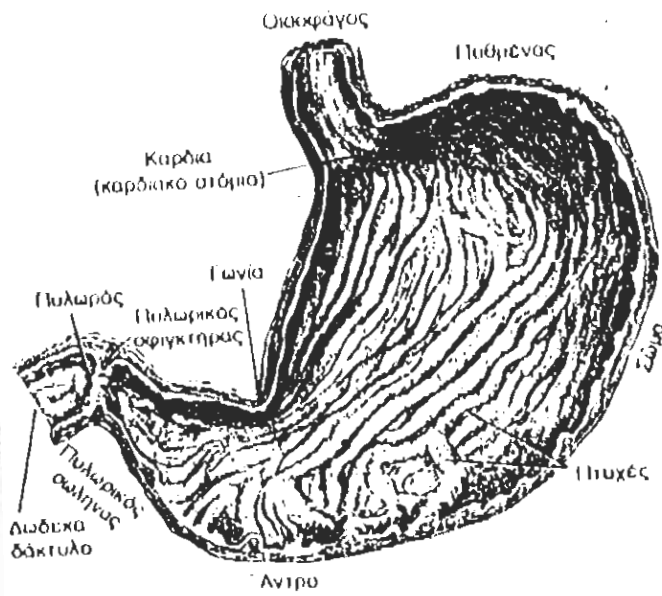
Η αιμάτωση του στομάχου γίνεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που είναι αναστομωμένα μεταξύ τους. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου αναστομώνεται η *αριστερή γαστρική αρτηρία* και η *δεξιά γαστρική*, η οποία εκφύεται από την κοινή ηπατική αρτηρία. Κατά μήκος του μείζονος τόξου αναστομώνεται η *αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία*, κλάδος της σπληνικής και η *δεξιά γαστροεπιπλοϊκή*, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Το ανώτερο τμήμα του μείζονος τόξου και ο θόλος αιματώνονται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλέγμα (Εικ. 42-2) στον υποβλεννογόνιο απ' όπου και ξεκινούν τριχοειδή για το βλεννογόνο. Οι ευρείες αναστομώσεις των κύριων αρτηριακών στελεχών του στομάχου, αλλά κυρίως η ύπαρξη πλούσιου αγγειακού υποβλεννογόνιου πλέγματος καθιστούν την ισχαμία του στομάχου

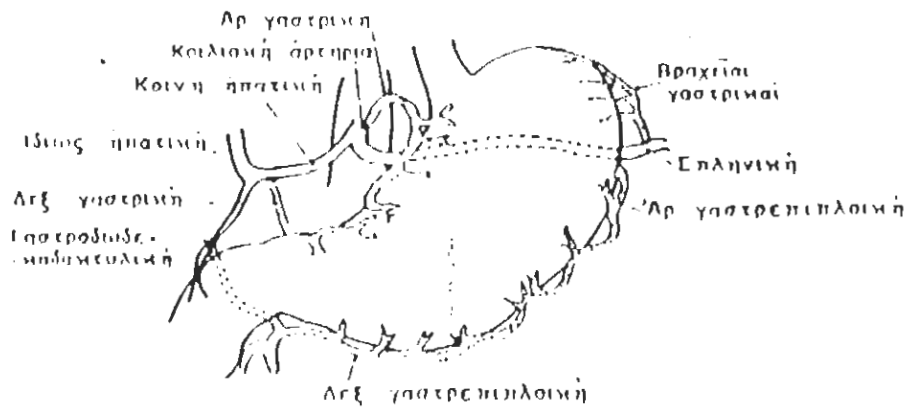
σπάνια, ακόμα και μετά την απολίνωση ενός ή περισσότερων αρτηριακών κλάδων, ως κατά τη διάρκεια γαστρεκτομής. Εξαιρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου που παίρνει αίμα με κατευθείαν κλάδους από την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και γι' αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται καμμία φορά μετεγχειρητικά προβλήματα ισχιαμίας (βλ. σελ. 406 "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ" Μπάλας Π.).

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

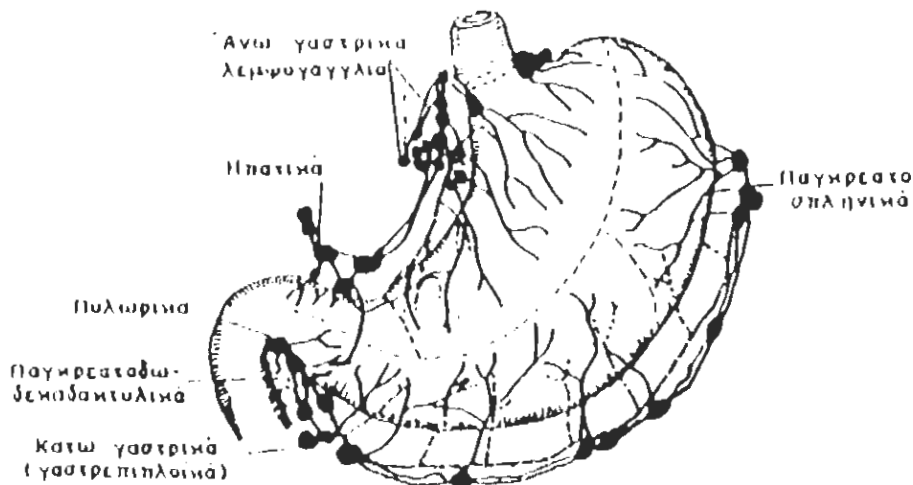
ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ : Η λέμφος κυκλοφορεί αρχικά στον στόμαχο σε δύο μεγάλα πλέγματα : α) τω εν τω βάθει, στον υποβλεννογόνιο και β) το επιπολής, κάτω από τον ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριους λεμφαδένες. Έτσι ο στόμαχος χωρίζεται σε 4 ζώνες λεμφικής αποχέτευσης. Τα λεμφαγγεία του στομάχου (Εικ. 42-3) επικοινωνούν ευρύτατα μεταξύ τους, ανεξάρτητα από την περιοχή που προέρχονται (πλούσια πλέγματα), ενώ οι προαορτικοί αδένες αποτελούν το τελικό σημείο συγκέντρωσης της λέμφου και των τεσσάρων περιοχών αυτού. Από εκεί η λέμφος φέρεται στον θωρακικό πόρο.



Εικ. 42-5. Φυσιολογική ανατομική του στομάχου



Εικ. 42-2. Αρτηρίες του στομάχου.



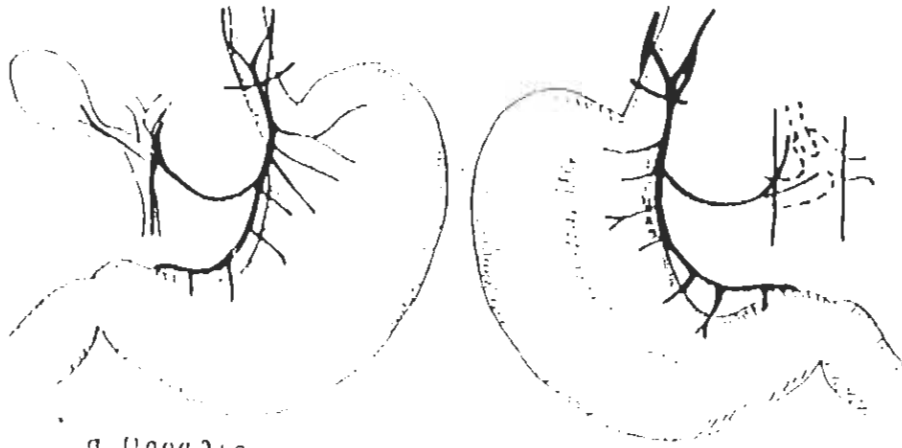
Εικ. 42-3. Λιμφική διακείμεσις του στομάχου.

1.5 ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Τα στελέχη των πνευμονογαστρικών που σχηματίζονται από την 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, *πλατικούς* το πρόσθιο και *κοιλιακούς* το οπίσθιο και ακολούθως διανέμονται στον στόμαχο. Οι μεγαλύτεροι γαστρικοί κλάδοι των πνευμονογαστρικών παριστάνουν συνέχεια των στελεχών των νεύρων και φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου μέχρι του πυλωρικού άντρου (*πρόσθιο και οπίσθιο νεύρο του Latarge*) (Εικ. 42-4), χορηγώντας κατά την πορεία τους πολλαπλούς γαστρικούς κλάδους. Οι γαστρικοί κλάδοι του πνευμονογαστρικού ελέγχουν τόσο τη γαστρική έκκριση όσο και την κινητικότητα του στομάχου.

Οι διανεμόμενες στον στόμαχο γαστρικές ίνες των πνευμονογαστρικών (προγαγγλικές ίνες) καταλήγουν με σύναψη στα γαγγλικά του πλέγματος του Auerbach. Από το πλέγμα αυτό μεταγαγγλιακές ίνες διανέμονται στο υποβλεννογόνιο πλέγμα του Meissner. Μεταγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες από το κοιλιακό πλέγμα φέρονται επίσης στον στόμαχο και είναι υπεύθυνες για την αίσθηση του πόνου που εντοπίζεται στο επιγάστριο.



α. Προσθιο

β. Οπισθιο

ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ

Εικ. 42.1 Παρασυμπαθητική νευρωσις του στομάχου



Εικόνα 11. Ακτινογραφία στομάχου: σκιαγραφικό έλλειμμα από καρκίνο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

2.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Η λειτουργία του στομάχου συνίσταται :

- 1) Στην εναποθήκευση των προσλαμβανομένων διά του στόματος τροφών. Ο χρόνος παραμονής της τροφής στον στομάχο ποικίλλει σημαντικά. Ο χρόνος που παρέρχεται για να εγκαταλείψει τον στομάχο το 50% του νερού που εισέρχεται σε αυτόν είναι 10 - 20 min και εξαρτάται κυρίως από τον τόνο της εγγύς μοίρας. Για τις στερεές τροφές ο χρόνος κυμαίνεται από 1 έως 4 ώρες, ανάλογα με τις ευκολίες της ρευστοποίησής τους και την ένταση του περισταλτισμού του στομάχου. Η ταχύτητα εκκενώσεως του στομάχου για τα τρία βασικά είδη θρεπτικών ουσιών είναι : υδατάνθρακες > πρωτεΐνες > λίπη.
- 2) Στην ανάμειξη των τροφών με τα προϊόντα της εκκρίσεως των γαστρικών αδένων. Αυτή επιτελείται με τις περισταλτικές κινήσεις του στομάχου, οι οποίες συντελούν και εις την κατά ώσεις εκκένωση αυτού προς τον δωδεκαδάκτυλο.
- 3) Στην πέψη των τροφών, διά της εκκρίσεως του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος. Η πεψίνη εκκρίνεται με τη μορφή του προενζύμου πεψινογόνου, το οποίο διά 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 στομάχου. Η πεψίνη από τα βασικά κύτταρα και το υδροχλωρικό οξύ από τα καλυπτήρια.

2.2 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Το γαστρικό υγρό είναι μείγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών.

I. ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

- *Βλέννα* : παράγεται κυρίως από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό τις γλυκοπρωτεΐνες. Τα φυσικά χαρακτηριστικά της είναι η γλοιότητα, η συμφυτικότητα και η συνεκτικότητα και συνήθως σχηματίζει ένα λεπτό επίστρωμα πάνω στο βλεννογόνο με κύριο σκοπό την 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 με αυτή διττανθρακικές ρίζες.
- *Πεψίνη* : τα θεμέλια κύτταρα εκκρίνουν ένα σύμπλεγμα που αποτελείται από την πεψίνη και τον αναστολέα της πεψίνης και το οποίο ονομάζεται πεψινογόνο. 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 ποσοτικός προσδιορισμός του πεψινογόνου στο αίμα και τα ούρα, όπου επίσης βρίσκεται και είναι γαστρικής προέλευσης, δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί σε κλινικό επίπεδο.

- *Ενδογενής παράγοντας* : πρόκειται για βλεννοπρωτεΐνη που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα και είναι απαραίτητη για την προστασία της βιταμίνης B₁₂, αφού συνδεθεί μαζί της μέχρι του τελικού ειλεού, όπου η τελευταία απελευθερώνεται και απορροφάται.
- *Αντιγόνα ομάδων αίματος* : πρόκειται για υδροδιαλυτές γλυκοπρωτεΐνες όμοιας αντιγονικότητας με τις αλκοολοδιαλυτές λιπογλυκοπρωτεΐνες που υπάρχουν στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Εκτός από τα αντιγόνα των κύριων ομάδων ενδέχεται να υπάρχουν και δευτερεύοντα.

Η ύπαρξη πρωτεϊνικών 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 συνηθέστερη υποκείμενη στην εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους.

II. ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

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

III. ΕΚΚΡΙΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Μέχρι το 1906 επικρατούσε η αντίληψη του Pavlov ότι η γαστρική έκκριση βρίσκεται υπό τον έλεγχο του πνευμονογαστρικού. Μετά την ανακάλυψη της γαστρίνης το 1906 από τον Edkins έγινε δεκτό ότι η μεν κεφαλική φάση βρίσκεται υπό τον έλεγχο του πνευμονογαστρικού, η δε γαστρική φάση υπό τον έλεγχο της γαστρίνης, η οποία ελευθερώνεται από το στομάχι. Το 1942 ο Uvnas έδειξε ότι το πνευμονογαστρικό έχει διπλή δράση, άμεση επί των τοιχωματικών κυττάρων και έμμεση με την παραγωγή γαστρίνης από το γαστρικό άντρο. Έτσι έγινε δεκτό ότι κάθε φάση έχει δύο στοιχεία, νευρικό και ορμονικό και ότι τα δύο αυτά στοιχεία ευρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση (βλ. σελ. 338, "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ" Γαρδικας).

Στην γαστρική έκκριση διακρίνουμε τρεις φάσεις :

Φάση 1 : *Κεφαλική ή ψυχική-νευρική φάση* : Η παρουσία της τροφής στο στόμα προκαλεί αντανακλαστική διέγερση της έκκρισης γαστρικού υγρού. Το αντανακλαστικό είναι επίσης δυνατόν να εκλυθεί με την έλλειψη γλυκόζης στον εγκέφαλο. Τα επιθετικά συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της έκκρισης, ενώ ο φόβος έχει ανασταλτική επίδραση.

Φάση 2 : *Τοπική ή γαστρική φάση* : όταν το περιεχόμενο του στομάχου έρχεται σε επαφή με την κατώτερη μοίρα του (άντρο) απελευθερώνεται γαστρίνη ως αποτέλεσμα μηχανικού (διάτασης) και χημικού ερεθισμού (της επίδρασης πεπτιδίων, αμινοξέων, Ca^{2+} , οινόπνεύματος κ.λ.π.).

Φάση 3 : *Εντερική φάση* : Καθώς ο ορός εισέρχεται στον δωδεκαδάκτυλο, η διάταση του εντερικού τοιχώματος ασκεί θετική επίδραση στην έκκριση γαστρικού υγρού.

2.3 ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

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

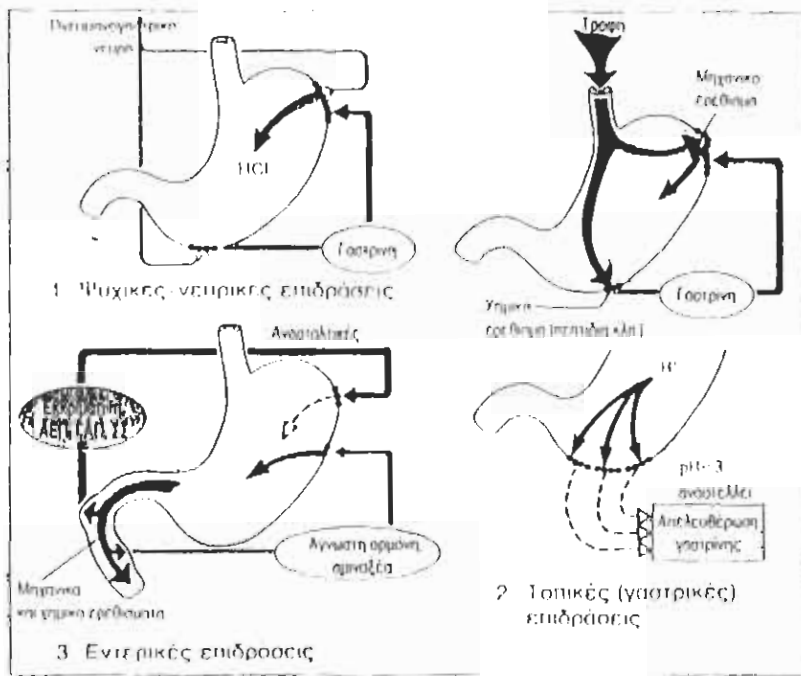
Βασική και χαρακτηριστική ιδιότητα του στομάχου είναι η δεκτική ή προσαρμοστική χαλάρωση που οφείλεται σε χολινεργικό μηχανισμό και που επιτρέπει την αποθήκευση ποσοτήτων ακόμη και 30 φορές μεγαλύτερων από εκείνες της περιόδου ηρεμίας (≤ 50 ml) χωρίς να αυξάνει η ενδοαυλική πίεση.

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

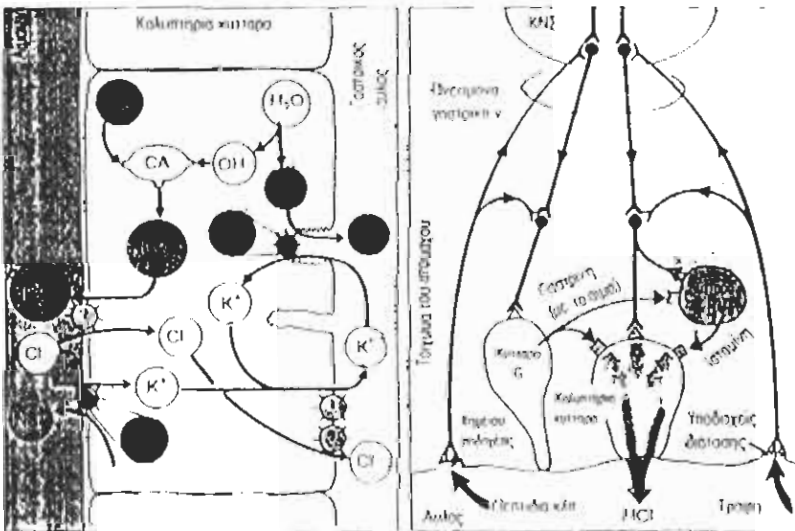
Από εκεί το περιεχόμενο προωθείται παρακάτω με τις κινήσεις του δωδεκαδάκτυλου, ενώ η παλινδρόμησή του εμποδίζεται με το κλείσιμο του πυλωρού.

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

Όρεξη και Πέψη

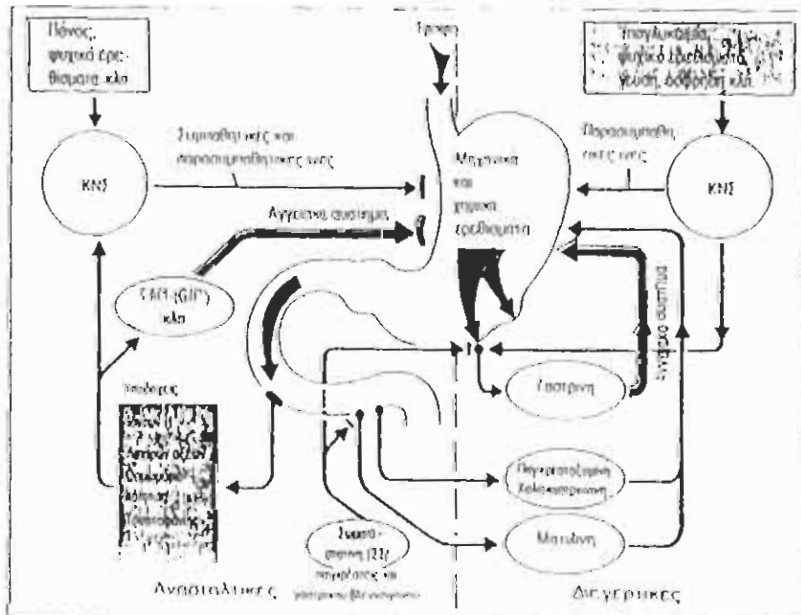


Α. Έκκριση γαστρικού υγρού



Β Έκκριση HCl

Γ Έλεγχος της έκκρισης HCl



Α. Επιδράσεις στην κινητικότητα του στομάχου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η λέξη "καρκίνος" είναι όρος που χρησιμοποιείται για τον χαρακτηρισμό της ανώμαλης αύξησεως των κυττάρων, η οποία μπορεί να καταλήξει στην προσβολή των φυσιολογικών ιστών ή στην διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα, που ονομάζεται μετάσταση.

Ανάλογα με την κλινική συμπεριφορά του όγκου και τα ιστολογικά δεδομένα, τα νεοπλάσματα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες : καλοήθη και κακοήθη.

3.1 ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΑΔΕΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι στομάχου. Μπορεί να είναι ένας ή πολλοί (πολυποδίαση) και να έχουν μίσχο ή ευρεία βάση. Ιστολογικά πρόκειται για σωληνώδη ή λαχνωτά αδενώματα και είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικοί, μπορεί όμως να πάρουν μεγάλες διαστάσεις.

Η διάγνωσή τους είναι κυρίως ενδοσκοπική, ακτινολογικά οι μικροί πολύποδες συχνά διαφεύγουν. Για την αντιμετώπισή τους, την κατεύθυνση δίνει η δυνατότητα που παρουσιάζουν για καρκινοματώδη εξαλλαγή. Αν ο πολύποδας μπορεί να εξαιρεθεί ενδοσκοπικά με βρόγχο και θερμοκαυτηρίαση διαμέσου του ενδοσκοπίου αφαιρείται και ο άρρωστος παρακολουθείται μετεγχειρητικά και ανά τακτά χρονικά διαστήματα γαστροσκοπικά. Αλλιώς αφαιρείται με εγχείρηση στην

οποία αν μεν ο πολύποδας είναι μικρός αφαιρείται τοπικά, αν όμως είναι μεγάλος (διαμέτρου > 2 cm), επειδή στις περιπτώσεις αυτές η υποψία καρκινοματώδους εξαλλαγής είναι μεγάλη, συνίσταται η εκτέλεση γαστρεκτομής. Στις περιπτώσεις διάχυτης πολυποδιάσης ενδέχεται να χρειασθεί υφολική γαστρεκτομή και σπανιότατα ολική αν συμμετέχει και ο θόλος.

ΑΛΛΟΙ ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ

Πρόκειται για ενδοτοιχωματικούς όγκους οι οποίοι συνηθέστερα ιστολογικά είναι *λειομυώματα, ινώματα, ινομυώματα, λιπώματα, αγγειακοί και νευρογενείς όγκοι, έκτοπο πάγκρεας, καρκινοειδές* και που έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά.

Είναι συμπαγείς όγκοι που εντοπίζονται κάτω από το βλεννογόνο (πράγμα που δυσκολεύει σημαντικά την ιστολογική τους διάγνωση προεγχειρητικά με γαστροσκόπηση - βιοψία), αρκετές φορές είναι ασυμπτωματικοί, άλλοτε όμως εμφανίζουν έντονη συμπτωματολογία (αιμορραγία, πόνος). Ο συνηθέστερος τύπος είναι τα *λειομυώματα*.

Από πλευράς αντιμετώπισης, αν υπάρχει ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης ότι ο όγκος δεν ανήκει σε εκείνους που εμφανίζουν δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής (καρκινοειδή, αγγειακοί όγκοι) και εφόσον είναι ασυμπτωματικοί, τότε μπορεί να ακολουθηθεί τακτική συντηρητικής παρακολούθησης. Επειδή όμως, όπως προαναφέρθηκε, η ιστολογική επιβεβαίωση της φύσης του όγκου είναι πολύ δύσκολη, υπάρχει ισχυρή ένδειξη για εγχείρηση, σε συμπτωματικούς ιδιαίτερα όγκους, για τους οποίους πάλι αρκεί η τοπική αφαίρεση ή η περιορισμένη γαστρεκτομή. Η εγχείρηση είναι επίσης απαραίτητη όταν δεν υπάρχει βέβαιη ιστολογική διάγνωση οπότε αφαιρείται ο όγκος και εκτελείται ταχεία βιοψία, που καθορίζει

την έκταση της επέμβασης. Οι εγχειρήσεις - εκτομές πρέπει να είναι πάντα πιο εκτεταμένες για τους όγκους που μπορεί να είναι κακοήθεις (καρκινοειδές, αγγειακοί όγκοι).

3.2 ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Εκτός από τον γαστρικό καρκίνο, στον οποίο θα αναφερθούμε εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο, οι συνηθέστεροι τύποι σαρκωμάτων του στομάχου είναι : α) το *λέμφωμα* και β) το *λειομυοσάρκωμα*. Απαντούν σε ποσοστό κάτω από 5% των κακοήθων όγκων του στομάχου.

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

Το χαρακτηριστικό των *λειομυοσαρκωμάτων* είναι η τάση να παίρνουν μεγάλες διαστάσεις και αφού εξελκωθούν να αιμορραγούν. Δεν είναι ασυνήθιστο η αιμορραγία να είναι η πρώτη κλινική εκδήλωσή τους (βλ. σελ.435 "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Μπάλας Π.).

Στην εγχείρηση συνίσταται ευρεία μέχρι ολική αν χρειασθεί γαστρεκτομή. Μετεγχειρητικά, ιδιαίτερα για τα λεμφώματα που είναι ακτινοεναίσθητα, συνίσταται ακτινοβολία που είναι επίσης χρήσιμη για τις ανεγχείρητες περιπτώσεις.

Γενικά η πρόγνωση στα σαρκώματα είναι καλύτερη από τα αδενοκαρκινώματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο γαστρικός καρκίνος σε ολόκληρο τον κόσμο είναι ένα από τα συχνότερα και επιθετικότερα 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 δυνητικώς ιάσιμα στάδια είναι συχνά ελάχιστα ή δεν υπάρχουν, οι ασθενείς προσέρχονται στον γιατρό πολύ αργά. Έτσι, λιγότεροι από το 15% των ασθενών επιζούν 5 χρόνια, παρά τις βελτιωμένες διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές.

4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Το καρκίνωμα του στομάχου παγκόσμια αποτελεί την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα μεταξύ των ανδρών και την όγδοη μεταξύ των γυναικών. Παρά την πρόοδο των τελευταίων χρόνων η 5ετής επιβίωση μεταξύ ασθενών που έχουν αντιμετωπισθεί σε γενικά νοσοκομεία είναι περίπου 11%. Στην Ελλάδα συναντάται σε αναλογία 10% μεταξύ όλων των καρκίνων και εμφανίζεται δύο φορές πιο συχνά στους άνδρες ηλικίας 50 - 60 ετών για τους οποίους αποτελεί το συχνότερο καρκίνο, απ' ότι στις γυναίκες,

στις οποίες αποτελεί τον τρίτο κατά σειρά συχνότητας καρκίνο μετά αυτόν του μαστού και της μήτρας.

Η παρατηρούμενη συνεχής μείωση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου τουλάχιστον στις Η.Π.Α. και η άμεση συσχέτισή του με διάφορους γεωγραφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, αποτελούν ιδιαίτερα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου που έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ενώ ο καρκίνος του στομάχου είναι πάρα πολύ συχνός στην Ιαπωνία, στην Κεντρική Αμερική και τις Νοτιοαμερικάνικες Άνδεις και σε περιοχές της Ανατολικής Ευρώπης, είναι ασυνήθης στις Η.Π.Α., το Μεξικό και τη Μαλαισία. Στην διάρκεια των τελευταίων 40 ετών στις Η.Π.Α. παρατηρήθηκε μία αξιοσημείωτη αλλά ανεξήγητη πτώση της ετήσιας θνησιμότητας από 30 σε 8 στους 100.000. Μία μικρότερη μείωση παρατηρήθηκε στην Δυτική Ευρώπη. Μερικοί παθολογοανατόμοι διεχώρισαν τον γαστρικό καρκίνο σε δύο ιστολογικούς τύπους για επιδημιολογικούς λόγους : τον εντερικό και το διάχυτο. Οι παθολογοανατόμοι αυτοί πιστεύουν, ότι η μείωση στην επίπτωση του εντερικού τύπου είναι υπεύθυνη για την γενική μείωση στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου στις Η.Π.Α. και σε μερικές άλλες χώρες. Οι Ιάπωνες μετανάστες στις Η.Π.Α. εξακολουθούν να έχουν υψηλή επίπτωση, πράγμα που υποδηλώνει τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στην παθογένεια. Έτσι η πολύ συχνή ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου στους Ασιατικούς λαούς αποδίδεται εν μέρει τουλάχιστον, στην μόλυνση του ρυζιού από τον μύκητα *Aspergillus Flavus*, η μυκοτοξίνη του οποίου (αφλατοξίνη) αποτελεί ισχυρό καρκινογόνο.

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.

4.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

- *Διατροφή* : Πιστεύεται πως οι περισσότεροι γαστρικοί καρκίνοι προκαλούνται από καρκινογόνες ουσίες στις οποίες σοβαρό ρόλο παίζει το δικαιοτόλγιο. Νιτρώδη άλατα που βρίσκονται σε καπνιστά κρέατα, ψάρια και άλλες τροφές, νιτρικά άλατα που χρησιμοποιούνται ως συντηρητικά τροφών ενοχοποιήθηκαν μαζί με την αφλατοξίνη, ένα καρκινογενές παράγωγο μυκήτων, που υπάρχει σε μερικές τροφές, όπως τα φυστίκια. Ο γαστρικός καρκίνος μπορεί να προκληθεί σε μερικά ζώα με τη χορήγηση από το στόμα N-μεθυλ-N νιτροζογουανιδίνης (βλ. σελ. 58 "ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ"). Υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να σχετίζεται με το σχηματισμό N-νιτροζο-ενώσεων από την μετατροπή των νιτρικών της τροφής σε νιτρώδη, που αντιδρούν στον στόμαχο με δευτερογενείς και τριτογενείς αμίνες, δημιουργώντας νιτροσαμίνες. Αυτές δρουν στο επιθήλιο του στομάχου που έχει αναισθητοποιηθεί, λόγω της αλκαλικότητας των υγρών του στομάχου και της ύπαρξης μικροβίων. Είναι ενδιαφέρον ότι η αντίδραση αυτή αναστέλλεται από το ασκορβικό οξύ.
- *Φύλο* : Υπάρχει σαφής υπεροχή μέχρι και 2/1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.

- *Κληρονομικότητα* : Ο καρκίνος του στομάχου είναι δύο έως τέσσερις φορές συχνότερος στους συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με την νόσο απ' ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Υπάρχει υπεροχή "συμφωνίας" μεταξύ μονοωογενών παρά μεταξύ διωογενών διδύμων. Το νόσημα είναι οριακά συχνότερο σε άτομα ομάδας αίματος A.

Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεια της νόσου.

- *Πολύποδες* : Οι αδενωματώδεις γαστρικοί πολύποδες, είτε περιέχουν αδενοκαρκινώματα, είτε συνοδεύονται από καρκίνο σε κάποιο άλλο τμήμα του στομάχου, είναι συχνοί στα 30% των περιπτώσεων. Δεν είναι γνωστό εάν αυτοί οι ασυνήθεις αδενωματώδεις πολύποδες περιέχουν καρκίνο από την εμφάνισή τους ή είναι αρχικά καλοήθεις. Βέβαια, το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου στον στόμαχο δεν ξεκινά σαν πολύποδας. Οι ασθενείς με πολύποδες στον στόμαχο έχουν προδιάθεση αναπτύξεως καρκίνου σε κάποιο άλλο γαστρικό σημείο, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Αυτή η προδιάθεση πιθανώς σχετίζεται με την ατροφική γαστρίτιδα, που φυσιολογικά περιβάλλει τα διάφορα είδη πολυπόδων.
- *Γαστρικό έλκος* : Το καλοήθες γαστρικό έλκος που δεν έχει χειρουργηθεί, δεν αποδείχθηκε ότι εξαλάσσεται σε καρκίνο. Μελέτες στην Ευρώπη απέδειξαν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος γαστρικού καρκίνου 10 - 20 χρόνια μετά από εγχείρηση για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, ιδιαίτερα αν έχει γίνει μερική γαστρεκτομή Billroth II.
- *Ατροφική γαστρίτιδα, αχλωρυδρία, κακοήθης αναιμία* : Η ύπαρξη γαστρίτιδας στα παρασκευάσματα καρκίνου του στομάχου είναι συχνή και κατά πάσα πιθανότητα αυτή προϋπήρχε και δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου. Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι η ατροφική

γαστρίτιδα είναι συνήθης σε φυσιολογικό ηλικιωμένο πληθυσμό χωρίς καρκίνο, όπως και ότι μερικοί ασθενείς με καρκίνο του στομάχου δεν έχουν γαστρίτιδα στα μη προσβλημένα τμήματα του στομάχου. Ανάλογες υποθέσεις υπάρχουν και εξηγούν την αχλωρυδρία που υπάρχει ορισμένες φορές επί καρκίνου του στομάχου και που οφείλεται στη χρόνια γαστρίτιδα και όχι στον καρκίνο. Τέλος, η παλαιότερα αναφερόμενη σχέση του καρκίνου του στομάχου με την κακοήθη αναιμία του Addison δεν φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα σήμερα, αφού η αντιμετώπισή της με βιταμίνη B12 φαίνεται ότι προλαβαίνει την ανάπτυξη καρκίνου.

- *Προηγθείσα γαστρεκτομή* : Είναι αρκετά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλοήθες έλκος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβώματος μετά την πάροδο πολλών ετών από την αρχική επέμβαση.

4.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου σχεδόν πάντα είναι αδενοκαρκίνωμα. 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. Η μακροσκοπική και μικροσκοπική ταξινόμηση της νόσου συχνά είναι αδύνατη, επειδή πολλοί έχουν μικτά χαρακτηριστικά. Μακροσκοπικά διακρίνουμε τρεις μορφές :

- *Ελκωτική* : Είναι η πρώτη σε συχνότητα μορφή. Συνηθέστερα απαντά στη μεσότητα του στομάχου στο ελάσσον τόξο αλλά και προπυλωρικά. Διατιτραίνει το τοίχωμα αλλά σπάνια προκαλεί διάτρηση. Στην αρχή μοιάζει πολύ με το καλοήθες έλκος με αποτέλεσμα η διαφορική διάγνωση να είναι καμιά φορά πολύ δύσκολη και ως εκ τούτου να καθυστερεί η ανάλογη αντιμετώπιση.
- *Ανθοκραμβοειδής* : Είναι η δεύτερη από πλευράς συχνότητας μορφή. Ο όγκος εντοπίζεται συνηθέστερα στην περιοχή της καρδιάς - θόλου απ' όπου εκβλαστώνει (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.
- *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 τον στόμαχο (πλαστική λινιτίδα). Το τοίχωμα του στομάχου γίνεται σκληρό και δύσκαμπτο, ενδέχεται δε να αναπτυχθούν άμισχες ενδοαυλικές μάζες, ενώ δεν υπάρχει τάση για εξέλκωση. Είναι συνηθέστερα χαμηλής διαφοροποίησης και αν καταλαμβάνει μεγάλες περιοχές έχει τη χειρότερη πρόγνωση.

Η μικροσκοπική ταξινόμηση είναι ιδιαίτερα δύσκολη, διακρίνονται όμως τρεις κυτταρικοί τύποι : ο *εντερικός*, ο *γαστρικός* (πυλωροκαρδιακός) και ο *διάχυτος* (βλεννοπαραγωγά κύτταρα). Στην ταξινόμηση κατά Lauren αναγνωρίζονται μόνο δύο κυτταρικοί τύποι : ο εντερικός και ο διάχυτος.

Ο καρκίνος εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στο άντρο και στο σώμα του στομάχου και προσβάλλει το ελάσσον τόξο συχνότερα από το

μείζον. 10% - 12% προσβάλλει την καρδιακή μοίρα. Χαρακτηριστικό του καρκίνου του στομάχου είναι η τάση προς επέκταση και σε βάθος και σε έκταση. Η επέκταση σε βάθος έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Απόδειξη είναι ότι η διήθηση και του ορογόνου χιτώνα είναι κακό προγνωστικό σημείο, ενώ ο αρχόμενος καρκίνος που μπορεί να φθάνει στον υποβλεννογόνο αλλά δεν τον ξεπερνά έχει καλή πρόγνωση, ακόμα 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 ορατά άκρα του όγκου και αφού ληφθεί υπόψη στις ανάλογες περιπτώσεις ότι τα λεμφαγγειακά δίκτυα του στομάχου επικοινωνούν με τα αντίστοιχα του δωδεκαδάκτυλου (λιγότερο) και του οισοφάγου (περισσότερο).

Ο καρκίνος επεκτείνεται με άμεση επέκταση κατά μήκος του γαστρικού τοιχώματος και μέσω αυτού στους περιγαστρικούς ιστούς. Ενίοτε η άμεση επέκταση (κατά συνέχεια ιστού), έχει ως αποτέλεσμα την προσβολή του παγκρέατος, του παχέος εντέρου και του ήπατος. Οι εγγύς γαστρικοί καρκίνοι συχνά διηθούν τον οισοφάγο, οι περιφερικοί όμως λιγότερο συχνά ξεπερνούν τον πυλωρό και επεκτείνονται στον δωδεκαδάκτυλο.

Υπάρχουν συνήθως μεταστάσεις στους περιγαστρικούς λεμφαδένες (λεμφογενής μετάσταση), εξίσου συχνά ανευρίσκονται προσβλημένοι λεμφαδένες στην περιαορτική περιοχή, στις πύλες του ήπατος και του σωλήνα. Η διασπορά μέσω του θωρακικού πόρου μπορεί να οδηγήσει σε προσβολή των αριστερών υπερκλειδίων λεμφαδένων (Virchow) → (ψηλαφητός λεμφαδένας στην αριστερή υπερκλειδία χώρα παρουσία καρκίνου του στομάχου).

Περιτοναϊκές μεταστάσεις είναι εμφανείς στα 20% των ασθενών κατά την λαπαροσκόπηση ή την εγχείρηση (η εμφύτευση καρκινικών κυττάρων στο περιτόναιο γίνεται αφού ο καρκίνος του στομάχου διηθήσει τον ορογόνο). Οι ενδοπεριτοναϊκές μεταστάσεις μπορεί να εντοπίζονται στις ωθήκες (όγκοι Krukenberg) ή το προορθικό κόλλωμα.

Αιματογενείς μεταστάσεις (μέσω της πύλαιας) στο ήπαρ είναι εμφανείς στα 30% των ασθενών κατά την επέμβαση. Λιγότερο συχνά προσβάλλονται οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος και άλλα όργανα.

4.5 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η σταδιοποίηση του γαστρικού καρκίνου στηρίζεται στο γεγονός ότι η πρόγνωσή του εξαρτάται από το βαθμό διηθήσεως του τοιχώματος από την πρωτοπαθή εστία, τη συμμετοχή των περιοχικών λεμφαδένων και την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Το μέγεθος και η εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας δεν φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση. Αντίθετα, ο βαθμός διαφοροποίησεως του κυττάρου αποτελεί ουσιώδη προγνωστικό παράγοντα.

Για την σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου έχουν προταθεί δύο συστήματα : του Hoer από το 1945 και της Αμερικανικής Επιτροπής Σταδιοποίησης του Καρκίνου (American Committee for Cancer Staging and End Results Reporting) (σύστημα T.N.M.) από το 1970.

Η ταξινόμηση του Hoer είναι απλή και επαρκής αφού δίνει πληροφορίες για την τοπική εξάπλωση και την 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 έχει διηθήσει και το ορογόνο.

III = καρκίνος με εξωγαστρική επέκταση.

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 :

T0 : Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

T1 : Ο όγκος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή υποβλεννογόνιο χιτώνα

T2 : Ο όγκος διηθεί το βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο (συμπεριλαμβανομένου του μυϊκού) και εκτείνεται μέχρι και τον ορογόνο, χωρίς όμως να τον διηθεί.

T3 : Ο όγκος διηθεί τον ορογόνο χωρίς όμως να επεκτείνεται σε γειτονικά όργανα.

T4 : Διήθηση παρακειμένων οργάνων.

No : Απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων.

N1 : Διήθηση περιοχικών λεμφαδένων που βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη από 3 cm από την πρωτοπαθή εστία, κατά μήκος του μείζονος ή ελάσσονος τόξου.

N2 : Διήθηση περιοχικών λεμφαδένων που βρίσκονται σε απόσταση μεγαλύτερη από 3 cm από την πρωτοπαθή εστία.

- N3 : Διήθηση άλλων απομακρυσμένων ενδοκοιλιακών λεμφαδένων (παραορτικοί, οπίσθιοι, παγκρεατικοί και μεσεντέριοι).
- M₀ : Δεν υπάρχουν γνωστές απομακρυσμένες μεταστάσεις.
- M₁ : Παρουσία μεταστάσεων.

Με το σύστημα T.N.M. ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερα στάδια. Έτσι στο

- Στάδιο I : ανήκουν το T₁, T₂, T₃ εφόσον έχουν N₀, M₀.
- Στάδιο II : ανήκουν όλα τα T εφόσον έχουν N₁, M₀ και το T₄, N₀, M₀.
- Στάδιο III : ανήκουν όλα τα T εφόσον έχουν N₂, M₀.
- Στάδιο IV : οτιδήποτε T ή N εφόσον έχει M₁.

Η σταδιοποίηση της νόσου σύμφωνα με το σύστημα T.N.M., απαιτεί τη συνεργασία χειρουργού και παθολογοανατόμου και επειδή η εκτίμηση των παραμέτρων που χρησιμοποιούνται είναι αντικειμενική, θεωρείται η πιο αξιόπιστη. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η καθιέρωσή της, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισεως των αποτελεσμάτων από διάφορα κέντρα.

4.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Το ιστορικό βοηθά λίγο στην διάκριση του καλοήθους από το κακοήθες έλκος του στομάχου, γιατί πολλά κοινά κλινικά στοιχεία υπάρχουν και στις δύο καταστάσεις. Περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο έχουν κλασσική συμπτωματολογία έλκους.

Το συχνότερα αναφερόμενο σύμπτωμα είναι μία ενόχληση στην άνω κοιλία με ασαφή έναρξη. Σύχνα είναι ήπια, αλλά διαφέρει σημαντικά σε σοβαρότητα και κυμαίνεται από ένα περιοδικό *αίσθημα πληρότητας* μέχρι σοβαρότερο επίμονο *πόνο*, που επιδεινώνεται με το φαγητό, *καύσος* και *δυσπεψία*. Τα συμπτώματα αποδίδονται συχνά στην ψυχοσωματική ένταση και αντιμετωπίζονται με αντιόξινα. Δυστυχώς η προσωρινή ανακούφιση που προσφέρει αυτή η αντιμετώπιση, συχνά καθυστερεί τις εξετάσεις που θα μπορούσαν να πιστοποιήσουν πως υπάρχει καρκίνος.

Η *ανορεξία*, συχνά μαζί με ελαφρά ναυτία, είναι πολύ συνηθισμένα συμπτώματα, όχι όμως το συνήθες προεξάρχον σύμπτωμα. Η *απώλεια βάρους* παρατηρείται στο 50% των ασθενών. Η *ναυτία* και ο *έμετος* είναι ιδιαίτερα εκσεσημασμένα σε όγκους του πυλωρού, παρατηρούνται όμως και σε προχωρημένα στάδια καρκίνου, που εντοπίζεται οπουδήποτε το στομάχο.

Η *δυσφαγία* είναι το μείζον σύμπτωμα στους όγκους της καρδιακής μοίρας. Η *αδυναμία*, η *αιματέμεση*, η *μέλαινα* και οι *μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου* είναι άλλα συνυπάρχοντα συμπτώματα. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν *συμπτώματα αναιμίας* ή η αναιμία ανακαλύπτεται στην τυχαία φυσική εξέταση. Ενίοτε ένας ελκώδης καρκίνος μπορεί να υποστεί διάτρηση και σπάνια εμφανίζεται γαστροκολικό συρίγγιο.

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*, δευτεροπαθή 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.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων προ της αναζήτησης βοήθειας από το γιατρό κυμαίνεται ευρέως, κατά μέσον όρο όμως είναι διάρκειας 6 μηνών. Συμπτώματα από μερικά χρόνια δεν είναι ασυνήθη. Μερικοί ασθενείς με λειτουργικά γαστρεντερικά ενοχλήματα από μακρόν αναφέρουν μεταβολή στους χαρακτήρες των συμπτωμάτων. Στη Βόρεια Αμερική λιγότεροι από 10% των ασθενών με συμπτώματα έχουν νόσο, που περιορίζεται στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Σε μελέτες για πρώιμη διάκριση που έγιναν στην Ιαπωνία διαπιστώθηκε, ότι ο πρώιμος καρκίνος του στομάχου, που είναι θεραπεύσιμος, είναι ασυμπτωματικός, αν και μερικοί ασθενείς έχουν ελαφρά επιγαστρικά ενοχλήματα (βλ. σελ. 2272 Harrison "Εσωτερική Παθολογία").

Μια *επιγαστρική μάζα* είναι ψηλαφητή σε μικρή ομάδα ασθενών. Είναι κακό προγνωστικό στοιχείο, αλλά δεν αποκλείει την πιθανότητα τάσεως. *Κοιλιακή ευαισθησία* παρατηρείται στο ένα τρίτο των ασθενών. Μπορεί να παρατηρηθεί *ωχρότητα και καχεξία*.

Τα φυσικά σημεία που υποδηλώνουν μετάσταση θα πρέπει να ερευνώνται προσεκτικά γιατί οι απομακρυσμένες μεταστάσεις που αποδεικνύονται με την βιοψία αποκλείουν την θεραπευτική χειρουργική επέμβαση. Στα σημεία αυτά περιλαμβάνεται η *ηπατομεγαλία, ο ίκτερος, η διόγκωση των αριστερών υπερκλειδίων λεμφαδένων (Virchow), μια πετρώδης μάζα στο προσθικό κόπλωμα πάνω από τον προστάτη ή τον τράχηλο (μάζα του Blumer), μια μάζα στις ωοθήκες κατά την κοιλική ή κοιλιακή εξέταση (όγκος του Krukenberg), ασκίτης, στην περιοχή του ομφαλού, μάζα και όζοι δερματικοί. Χαμηλή πυρετική κίνηση* μπορεί να παρατηρηθεί σε προχωρημένη νόσο, ιδιαίτερα επί ηπατικών μεταστάσεων.

4.7 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- Βασική προϋπόθεση, πριν από την οποιαδήποτε εργαστηριακή διερεύνηση του ασθενούς, αποτελεί ο έλεγχος των κόπρανων για παρουσία αιμοσφαιρίνης. Η αναμία και η ύπαρξη αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα δικαιολογούν το λεπτομερή διαγνωστικό έλεγχο για καρκίνωμα στομάχου.

Η *αναμία* είναι συχνό εύρημα αλλά όχι ειδικό. Κατά κανόνα πρόκειται για μικροκυτταρική υπόχρωμο αναμία που οφείλεται στην έλλειψη σιδήρου. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι μικροκυτταρική από την δυσαπορρόφηση της βιταμίνης B12.

Αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα ανιχνεύεται σε ποσοστό περίπου 68% και είναι μία χρήσιμη εξέταση στην διερεύνηση ασθενών με αναιμία, γιατί κατευθύνει την έρευνα προς τον πεπτικό σωλήνα.

- Η εργαστηριακή μελέτη του πάσχοντος από καρκίνωμα του στομάχου περιλαμβάνει κατ' αρχάς τον *ακτινολογικό έλεγχο* του ανωτέρω πεπτικού. Στις περισσότερες περιπτώσεις επί υπάρξεως κακοήθειας ο ακτινολογικός έλεγχος του ανωτέρω γαστρεντερικού είναι διαγνωστικός. Οι διαγνωστικές αμφιβολίες δημιουργούνται επί ελκωτικών καρκίνων που πολλές φορές έχουν την εικόνα καλοήθους έλκους. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση θα στηριχθεί και θα επιβεβαιωθεί με τη γαστροσκόπηση και την λήψη βιοψίας και ενδεχομένως με τις άλλες εργαστηριακές εξετάσεις (γαστρική οξύτητα, κυτταρολογική εξέταση).

Για τις αμφίβολες αυτές καταστάσεις υπάρχουν ορισμένα ενδεικτικά ακτινολογικά κριτήρια. Συγκεκριμένα ο καρκινικός ελκωτικός κρατήρας βρίσκεται σε μια μάζα που προβάλλει στον αυλό και δεν εκτείνεται έξω από τα όρια του γαστρικού τοιχώματος, ενώ οι

πτυχές του βλεννογόνου χάνουν την ακτινοειδή φορά που έχουν προς τον κρατήρα του έλκους, γύρω από τον οποίο υπάρχει μια κυκλωτερής διαυγαστική άλως. Επίσης το παρακείμενο τοίχωμα του στομάχου, επειδή χάνει την ελαστικότητά του, είναι σκληρό και άκαμπτο (Εικ. 11).

- Το εύκαμπτο γαστροσκόπιο έχει διευκολύνει σημαντικά τη διάγνωση του γαστρικού καρκίνου. Ο συνδυασμός της γαστροσκοπήσεως με τον ακτινολογικό έλεγχο αυξάνει πολύ τη διαγνωστική ακρίβεια, ιδιαίτερα όταν η πρώτη συμπληρώνεται με βιοψία και κυτταρολογικό έλεγχο μετά από δειγματοληψία με ψήκτρα. Η αχλωρυδρία ($\text{pH} > 6.0$) μετά μέγιστη διέγερση της γαστρικής εκκρίσεως με πενταγαστρίνη ($6 \mu\text{g}/\text{kg}$) ενδομυϊκώς ή υποδορίως είναι κατά κανόνα παθολογική κακοήθειας, χωρίς βέβαια η ύπαρξη οξέος να την αποκλείει. Περίπου 50% των ασθενών με γαστρικό καρκίνο είναι αχλωρυδρικοί μετά μέγιστη διέγερση.

- Η κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού είναι δυνατόν να θέσει τη σωστή διάγνωση σε 90% των περιπτώσεων καρκινώματος του στομάχου. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι σπάνια. Με αυτόν τον τρόπο το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να διαφοροδιαγνωσθεί από το λέμφωμα και το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων. Η προηγούμενη έκπλυση του στομάχου με διάλυμα Ringer's και ακολούθως η ενστάλλαξη ρυθμιστικού διαλύματος οξικού νατρίου ($\text{pH} 5,6$) περιέχοντος 7g χυμοθρυψίνης δημιουργεί καλύτερες συνθήκες για την λήψη και φυγοκέντρηση του δείγματος 10 λεπτά αργότερα, χωρίς τον κίνδυνο λύσεως και καταστροφής των νεοπλασματικών κυττάρων. Πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) προσδιοριζόμενο στο γαστρικό υγρό των πασχόντων από καρκίνο του στομάχου, είναι κατά κανόνα αυξημένο και αποτελεί διαγνωστικό δείκτη, όχι όμως ειδικό του καρκινώματος στομάχου.

- Η ανεύρεση μιας εμβρυϊκής σουλφογλυκοπρωτεΐνης (FSA) στο υγρό των ασθενών με γαστρικό καρκίνωμα έχει ανοίξει καινούργιους δρόμους στην έρευνα. Η FSA είναι στοιχείο της βλέννης που ανιχνεύεται στο επιθήλιο του στομάχου του εμβρύου και στο μορφολογικά υγιές επιθήλιο που βρίσκεται κοντά στα γαστρικά καρκινώματα. Το 1969 βρέθηκε ότι η FSA υπάρχει σε ποσοστό 96% στους αρρώστους με καρκίνωμα του στομάχου και σε 0% στους υγιείς (βλ. σελ. 58 "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ"). Η πείρα πάνω στην καινούργια αυτή προοπτική είναι μάλλον περιορισμένη και οπωσδήποτε σαν μέθοδος μαζικού ελέγχου προς το παρόν αδύνατη, λόγω του υψηλού κόστους.
- Μια άλλη εργαστηριακή διαγνωστική μέθοδος που μπορεί να αποδειχθεί μελλοντικά χρήσιμη, είναι ο προσδιορισμός της ICA στον ορό και το γαστρικό υγρό. Η ICA είναι ανοσοσφαιρίνη, γνωστή για τη δράση της στην εξουδετέρωση των μικροβίων και των ιών. Η ανοσοσφαιρίνη αυτή βρέθηκε σε σημαντικά υψηλότερους τίτλους τόσο στο αίμα όσο και στο γαστρικό υγρό των ασθενών με καρκίνωμα του στομάχου. Η σημασία της αυξημένης παραγωγής της στην παρουσία κακοηθών αντιγόνων παραμένει άγνωστη προς το παρόν, αλλά το εύρημα αυτό μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο μελλοντικά κυρίως στον μαζικό έλεγχο του πληθυσμού.

4.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου, ιδιαίτερα σε στάδιο που να επιτρέπει αισιόδοξη πρόγνωση μετά την θεραπευτική της αντιμετώπιση, εξαρτάται κυρίως από το διαγνωστικό αισθητήριο του κλινικού ιατρού. Τα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα (ακτινολογικός έλεγχος

διπλής αντίθεσης, , γαστροσκόπηση με βιοψία και κυτταρολογική εξέταση) έχουν μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια, αφού χαρακτηρίζονται από υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση.

Η έγκαιρη διάγνωση από πλευράς ενδοσκοπικής στην περίοδο που ο καρκίνος είναι ακόμη αρχόμενος (δεν διηθεί το τοίχωμα πέραν του υποβλεννογονίου) απαιτεί ιδιαίτερη πείρα που συνήθως δεν υπάρχει έξω από ειδικά ενδοσκοπικά κέντρα. Επίσης η ερμηνεία των μικρών βιοψιών και του υλικού για κυτταρολογική που παίρνονται κατά την γαστροσκόπηση είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί και αυτή ιδιαίτερη εξειδίκευση από την πλευρά των εξεταζόντων. Τα αρνητικά αποτελέσματα δεν αξιολογούνται απόλυτα, ιδιαίτερα αν υπάρχει ενδοσκοπική υποψία. Στις αμφίβολες περιπτώσεις επιβάλλεται η επανεξέταση μετά από σύντομη και για τακτό χρονικό διάστημα (4 εβδομάδων) θεραπευτική αγωγή.

Ακόμη και αν η βιοψία και η κυτταρολογική είναι αρνητικές, εφόσον υπάρχουν ενδοσκοπικά ευρήματα που δημιουργούν υποψία καρκίνου, υπάρχει ισχυρή ένδειξη για ερευνητική λαπαροτομία.

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

4.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσπάθεια στο γαστρικό καρκίνο, είναι δυνατόν να περιλαμβάνει και τις 3 θεραπευτικές μεθόδους : χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία. Η επιλογή μιας θεραπευτικής μεθόδου ή συνδυασμός τους εξαρτάται από το στάδιο της νόσου.

Υπάρχουν 3 θεραπευτικές στρατηγικές για τους αρρώστους με καρκίνο στομάχου :

- α) Σε περίπτωση τοπικο-περιοχικής νόσου η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική, συμπληρούμενη μερικές φορές με βοηθητική ακτινοθεραπεία και/ή χημειοθεραπεία
- β) Σε περίπτωση τοπικά προχωρημένης νόσου η οποία είναι ανεγγχείρητη, περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και/ή χημειοθεραπεία
- γ) Σε περίπτωση γενικευμένης νόσου χορηγείται μόνο η χημειοθεραπεία

Σε οποιαδήποτε από τις κατηγορίες (β) και (γ) είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η χειρουργική ή η ακτινοθεραπεία με την έννοια της ανακουφιστικής ή συμπτωματικής αγωγής

- *Χειρουργική θεραπεία*

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

- Είναι ο όγκος χειρουργήσιμος;
- Μπορεί ο όγκος να εξαιρεθεί ριζικά;
- Υπάρχει ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας;

Τα καθοριστικά στοιχεία που θα δώσουν την απάντηση στο πρώτο ερώτημα, εκτός από την γενική κατάσταση του αρρώστου, είναι η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (αδένες Virchow, πλατικές

μεταστάσεις) ή καρκινωματούδους ασκίτη ή ακόμη η ένδειξη ύπαρξης ηπατικών μεταστάσεων με τα σύγχρονα scan. Το τελευταίο δε μπορεί να θεωρηθεί μόνο του σαν απόλυτα αποτρεπτικός παράγοντας για την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας, αλλά πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα υπόλοιπα στοιχεία της εργαστηριακής και κλινικής έρευνας του αρρώστου. Αν ο όγκος κριθεί χειρουργήσιμος, προγραμματίζεται ερευνητική λαπαροτομία, αλλιώς προβάλλει το τρίτο ερώτημα που θα δούμε παρακάτω.

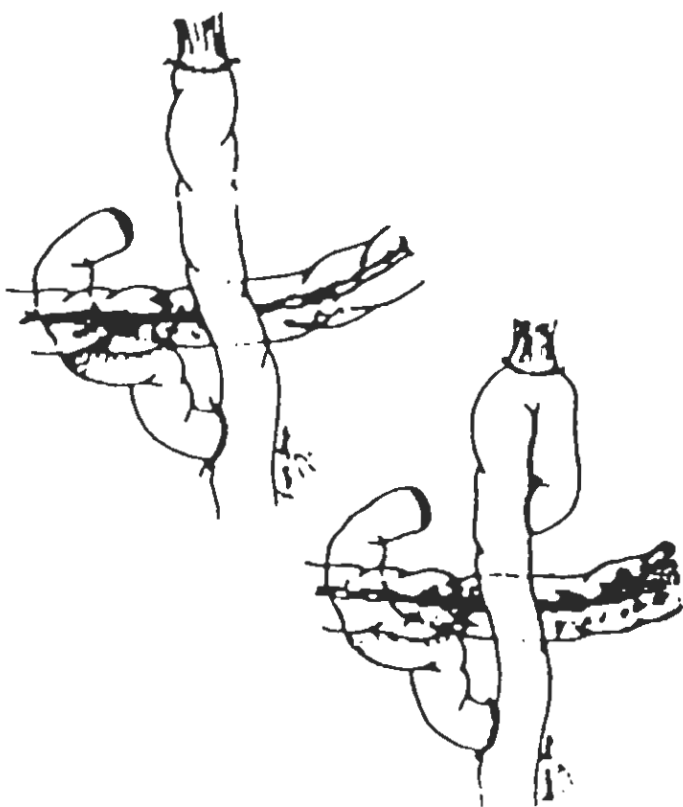
Το δεύτερο ερώτημα η ριζικότητα δηλαδή ή όχι της εκτομής προβάλλει κατά την λαπαροτομία. Διήθηση του ηπατο-δωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, του διαφράγματος ή των μεγάλων αγγείων (αορτή) σημαίνει ότι ο όγκος δεν είναι εξαιρεσιμος. Επίσης είναι άσκοπη η εκτομή αν υπάρχουν διάσπαρτες μεταστάσεις στο περιτόναιο ή σε άλλα σπλάχνα.

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

Εφόσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή, ακολουθεί ευρεία *υφολική γαστρεκτομή* (80% του στομάχου) για όγκους που εντοπίζονται στον πυλωρό ή *ολική γαστρεκτομή*, για όγκους που εντοπίζονται ψηλότερα (σώμα του στομάχου). Για τους όγκους της καρδιακής μοίρας και του θόλου μπορεί πολλές φορές να εκτελεστεί *ανώτερη γαστρεκτομή*. Η διενέργεια σε όλες τις περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εντόπιση του όγκου ολικής γαστρεκτομής, ιδέα που επικράτησε για μία περίοδο με σκοπό την αύξηση της ριζικότητας έχει σήμερα εγκαταληφθεί. Προτιμούνται περιορισμένες εκτομές επί υγιών ιστών (απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση της εκτομής επί υγιούς με ταχεία βιοψία) με

συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαδένων, του επιπλόου και των παρακειμένων ιστών που τυχόν έχουν προσβληθεί

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από υφολική γαστεκτομή γίνεται με *γαστρονησιδική αναστόμωση* κατά Billroth 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 όσο και με πολύπλοκες τεχνικές. Οι τελευταίες έχουν σαν σκοπό αφ' ενός μεν την διατήρηση της φυσιολογικής διόδου των τροφών (από τον οισοφάγο διά του δωδεκαδακτύλου), αφ' ετέρου δε το σχηματισμό είδους αποθήκης (*reservoir* - τεχνητός στόμαχος) από το λεπτό έντερο για την επιβράδυνση του ρυθμού προώθησης των τροφών.



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

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

Ένδειξη για *παρηγορητική εκτομή* υπάρχει όταν κατά τη λαπαροτομία αποδειχθεί ότι δεν είναι δυνατή η ριζική εκτομή, αλλά ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί. Η περιορισμένη αυτή παρηγορητική εκτομή προσφέρει :

- καλύτερη ανακούφιση από τα ενοχλήματα (πόνος κ.λ.π.)
- καλύτερη προστασία από μελλοντικές επιπλοκές (αιμορραγία κ.λ.π.), και
- λύνει το πρόβλημα της διατροφής κατά τον καλύτερο τρόπο.

Αλλιώς, εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα διατροφής του αρρώστου, νομίζουμε ότι δεν υπάρχει θέμα για παραπέρα χειρισμούς.

Το τρίτο ερώτημα αφορά τις ενδείξεις εγχείρησης για παρηγορητική θεραπεία. Τέτοια ένδειξη αποτελούν μόνο η ύπαρξη προβλημάτων διατροφής (δυσφαγία επί όγκων που εντοπίζονται στο θόλο ή την καρδιακή μοίρα του στομάχου ή πυλωρική στένωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης). Στις περιπτώσεις αυτές, αν ο όγκος είναι εξαιρέσιμος, η παρηγορητική περιορισμένη γαστρεκτομή είναι η καλύτερη λύση, όπως ήδη γράφτηκε. Αν ο όγκος δεν είναι εξαιρέσιμος τότε πρέπει είτε να παρακαμφθεί ή αν βρίσκεται ψηλά (θόλος - καρδιά) να διασωληνωθεί. Εντούτοις και οι παρακάμψεις (πχ. γαστροεντεροαναστόμωση 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 ή φεύγουν από τη θέση τους) και επιπλοκές (εισρόφηση, πνευμονία).

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

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) απ' ότι για τις παρηγορητικές εγχειρήσεις. Γενικά, αν περιληφθούν όλοι οι άρρωστοι που υποβλήθηκαν σε λαπαροτομία, εγχειρητική θνητότητα 10% που αναφέρεται από ένα από τα μεγαλύτερα κέντρα των Η.Π.Α. πρέπει να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητική.

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. Η πιθανότητα πάντως μειώνεται αρκετά αν η προηγηθείσα εκτομή είναι βεβαιωμένο ότι έγινε επί υγιών ιστών (ταχεία βιοψία) και έχουν περάσει 5 χρόνια από την εγχείρηση. Μετά την πενταετία η τοπική υποτροπή είναι μάλλον σπάνια.

- *Ακτινοθεραπεία (ΑΚΤΘ)*

Η ΑΚΤΘ, σαν μόνη θεραπευτική μέθοδος, φαίνεται πως είναι αναποτελεσματική στον γαστρικό καρκίνο. Αν και ο γαστρικός καρκίνος φαίνεται πως ανήκει στα ακτινοευαίσθητα νεοπλάσματα (έχουν αναφερθεί και ιάσεις ανεγχείρητων όγκων με ακτινοθεραπεία) (βλ. σελ. 103 "ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ"), η αποτελεσματικότητα της ΑΚΤΘ μειώνεται λόγω της μειωμένης ανοχής του φυσιολογικού στομάχου και των γειτονικών οργάνων σε δόσεις που θα μπορούσαν να θεωρηθούν επαρκείς.

Η ΑΚΤΘ μπορεί και πρέπει να χρησιμοποιηθεί στις παρακάτω περιπτώσεις :

α) Σε περίπτωση τοπικά υπολοιπόμενης νόσου μετά την εγχείρηση, είτε μακροσκοπικής είτε μικροσκοπικής. Η θεραπεία γίνεται με δύο αντίθετα πεδία και η χορηγούμενη δόση ανέρχεται σε 50 Gy χορηγούμενα εντός 5 - 5,5 εβδομάδων. Μετά την χορήγηση 30 Gy προστατεύονται ακτινοευαίσθητα όργανα όπως νεφροί, νωτιαίος μυελός, που βρίσκονται μέσα στο πεδίο ακτινοβολίας (βλ. σελ. 157 "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ").

β) Σε περίπτωση μη χειρουργήσιμης αλλά καθαρά τοπικής νόσου. Και στις δύο περιπτώσεις καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με την προσθήκη χημειοθεραπείας.

γ) Σε ανεγχείρητες περιπτώσεις με αιμορραγία, πόνο και φαινόμενα πυλωρικής ή οισοφαγικής στένωσης / απόφραξης, η ακτινοθεραπεία παίζει ρόλο ανακουφιστικό. Η χορηγούμενη δόση ανέρχεται σε 30 Gy χορηγούμενα εντός 2 εβδομάδων. Επί εντόνου αιμορραγίας, χορηγούνται 20 Gy εντός 1 εβδομάδας.

δ) Κατά την διάρκεια γαστρεκτομής (Intraoperative radiation) με μία μονήρη δόση 24 - 40 Gy με ηλεκτρόνια υψηλής ενέργειας.

- *Χημειοθεραπεία (ΧΘΠ)*

Αν και δεν μπορεί να λεχθεί ότι ο γαστρικός καρκίνος είναι ιδιαίτερα χημειοευαίσθητο νεόπλασμα, εν τούτοις φαίνεται πως είναι το πλέον χημειοευαίσθητο αδενοκαρκίνωμα του πεπτικού συστήματος. Η ΧΘΠ του γαστρικού καρκίνου μπορεί να διακριθεί σε : α) προφυλακτική και β) ΧΘΠ γενικευμένης νόσου.

Οι δύο μορφές ΧΘΠ μπορούν να χορηγηθούν σαν μονοθεραπεία ή σαν συνδυασμένη ΧΘΠ.

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει φάρμακα δραστικά σαν μονοθεραπεία στον γαστρικό καρκίνο.

Πίνακας 1 : Φάρμακα δραστικά στον Ca-Σ (χωρίς προηγούμενη ΧΘΠ).

ΦΑΡΜΑΚΟ	Π.Υ.*(%)	Π.Υ. + Μ.Υ.**(%)
5-Fluorouracil	2	20
Adriamycin	8	17
Epirubicin	5	21
Cisplatin	14	36
Mitomycin	-	30
Etoposide	0	21
BCNU	2	18

* : Πλήρης ύφεση

** : Μερική ύφεση

Πίνακας 2 : Συνδυασμένη ΧΘΠ στον Ca-Σ (χωρίς προηγούμενη ΧΘΠ).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ	Π.Υ.*(%)	Π.Υ. + Μ.Υ.**(%)
Fluorouracil+ Adriamycin + Mitomycin	2	33
Fluorouracil+ Epirubicin + Mitomycin	0	34
Fluorouracil+ Adriamycin + BCNU	6	43
Fluorouracil+ Adriamycin + Cisplatin	5	36
Fluorouracil+ Adriamycin + Methotrexate	11	43
Fluorouracil+ Leucovorin	1	35
Fluorouracil+ Leucovorin + Etoposide	14	42
Cisplatin + Etoposide + Adriamycin	22	71

* : Πλήρης ύφεση

** : Μερική ύφεση

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα αναφερόμενα στους πίνακες αποτελέσματα αφορούν αρρώστους που δεν είχαν ξαναπάρει ΧΘΠ. Σε περίπτωση ανάπτυξης φαρμακευτικής αντίστασης, μόνο 3 φάρμακα, η Cisplatin, η Adriamycin και η Triazinate φαίνεται να είναι αποτελεσματικά.

Αν και η συνδυασμένη ΧΘΠ αποτελεί θεραπεία ρουτίνας στο γενικευμένο γαστρικό καρκίνο, εν τούτοις η υπεροχή της απέναντι στην μονοθεραπεία είναι πολύ μικρή, τουλάχιστον όσον αφορά τις πλήρεις υφέσεις και την αύξηση της επιβίωσης. Πάντως, η σύγκριση των αποτελεσμάτων ενέχει αρκετούς κινδύνους παρερμηνείας, εάν δεν ληφθούν υπόψιν (εφόσον βέβαια αναφέρονται στις σχετικές μελέτες) διάφοροι παράγοντες όπως π.χ. τα χαρακτηριστικά των αρρώστων, η επιλογή τους, η προηγούμενη θεραπεία κ.λ.π.

Μελέτες πάνω στο θέμα της προφυλακτικής ΧΘΠ στον γαστρικό καρκίνο δείχνουν μέχρι στιγμής και πλην ολίγων εξαιρέσεων, δεν βοηθά στην αύξηση της επιβίωσης σε σύγκριση με τους αρρώστους που υποβάλλονται μόνο σε χειρουργική θεραπεία.

Ο συνδυασμός ΧΘΠ + ΑΚΤΘ στον προχωρημένο γαστρικό καρκίνο δείχνει να υπερέχει της χορήγησης μόνης καθεμίας από τις παραπάνω θεραπευτικές μεθόδους. Οι μέχρι στιγμής μελέτες υποδεικνύουν μικρή αλλά σαφή υπεροχή του συνδυασμού ΧΘΠ + ΑΚΤΘ, αλλά χρειάζονται περισσότερες και μεγαλύτερες τυχαιοποιημένες μελέτες για να επιβεβαιωθεί αυτή η υπεροχή.

- *Ανοσοθεραπεία*

Οι λίγες σχετικά μελέτες που έχουν γίνει με την ανοσοθεραπεία δεν έχουν δικαιώσει την προσπάθεια. Η ανοσοποίηση των ασθενών με BCG ή η ενδοογκική έγχυση *Corynebacterium parvum*, πριν από την

εγχείρηση, ενώ αποδεδειγμένα προκαλούν την γνωστή ανοσολογική διέγερση του ασθενούς, εν τούτοις η τελευταία δεν είναι ανάλογη με βελτίωση της επιβίωσης.

4.10 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό αμέσων και απώτερων επιπλοκών, πολλές από τις οποίες είναι αρκετά σοβαρές και οι οποίες, ιδιαίτερα οι απώτερες, είναι ανάλογες με το βαθμό των αλλαγών που προκαλούνται από την εγχείρηση στην ανατομία και τη φυσιολογία του στομάχου.

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι :

A. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές :

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

B. Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές :

1. Υποτροπή του έλκους
2. Σύνδρομο Dumping
3. Χολώδεις έμετοι
 - Σύνδρομο προσιούσας έλικας
 - Αλκαλική γαστρίτιδα

4. Διάρροια
5. Διαταραχές της θρέψης
6. Διαφραγματικήλη
7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος

A. ΑΜΕΣΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Μετεγχειρητική αιμορραγία

Πρόκειται περί αιμορραγίας από τον χειρουργημένο στόμαχο και ο άρρωστος εμφανίζει αμέσως μετεγχειρητικά είτε αιματηρούς εμέτους, είτε έξοδο αφθόνου πρόσφατου αίματος από τον ρινογαστρικό καθετήρα, σε ποσότητα που επηρεάζει την γενική του κατάσταση.

Η αιμορραγία προέρχεται συνήθως από αγγεία που δεν απολινώθηκαν κατά την εκτέλεση της γαστροεντεροαναστόμωσης επί γαστρεκτομής Billroth II ή από την γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση (σπανιότερα) επί γαστρεκτομής Billroth I.

Η αντιμετώπισή της είναι αρχικά συντηρητική (κένωση του στομάχου, πλύσεις με ψυχρό φυσιολογικό ορό, μετάγγιση αίματος). Αν η αιμορραγία επιμένει και επηρεάζει την γενική κατάσταση του αρρώστου, επιβάλλεται η επανεγχείρηση για τον έλεγχο της.

2. Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

Πρόκειται για βαρύτατη (θνητότητα πάνω από 50%) αλλά σπάνια επιπλοκή που εμφανίζεται συνήθως μετά από γαστρεκτομή Billroth II και οφείλεται σε τραυματισμό του παγκρέατος.

Προφυλακτικά επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμών του παγκρέατος κατά την εγχείρηση.

3. Ίκτερος

Η μετεγχειρητική εμφάνιση ίκτερου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στο χειρουργό. Ο ίκτερος μπορεί να οφείλεται σε : α) αιμόλυση, β) μετεγχειρητικό οίδημα ή αιμάτωμα που πιέζει και αποφράσσει μερικά το χοληδόχο πόρο, γ) έκχυση σημαντικής ποσότητας χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την επέμβαση και απορρόφηση, δ) ηπατική ανεπάρκεια, ε) καρκίνο που δεν εκτιμήθηκε στην εγχείρηση, στ) απολίνωση και γενικότερα κάκκωση του χοληδόχου πόρου κατά την επέμβαση.

Η τελευταία περίπτωση είναι η σοβαρότερη και εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από δυσχερή τεχνικά γαστρεκτομή Billroth II. Επιβάλλεται η επανεπέμβαση για την αποκατάσταση της ροής της χολής προς το έντερο.

4. Διάσπαση δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος

Είναι η συχνότερη και σοβαρότερη άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή μετά γαστρεκτομή Billroth II.

Πολλοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την επιπλοκή, όπως : α) Οι κακές τοπικές συνθήκες δηλαδή η φλεγμονή ή η ουλώδης παραμόρφωση του δωδεκαδακτύλου, β) Η κακή εγχειρητική τεχνική, γ) Η στάση χολής, παγκρεατικού και εντερικού υγρού στην προσιούσα έλικα της γαστροεντεροαναστόμωσης (θεωρείται η σπουδαιότερη αιτία), δ) Η κακή γενική κατάσταση του αρρώστου.

Η διάσπαση εμφανίζεται συνήθως μετά την 4η μετεγχειρητική ημέρα, όσο δε πρωϊμότερα εμφανισθεί, τόσο βαρύτερη είναι και η πρόγνωση. Εκδηλώνεται με επιγαστρικό άλγος, τοπική αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, πυρετό, ταχυσφυγμία και γενική κατάσταση που μοιάζει με shock. Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί, κατά την επέμβαση εμφανίζεται έξοδος χολώδους υγρού από τον παροχετευτικό

σωλήνα, διαφορετικά τα υγρά που διαφεύγουν από το δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλούν καθολική περιτονίτιδα.

Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί εφαρμόζεται ρινογαστρική αναρρόφηση, διάτρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών ή και ολική παρεντερική σίτιση του αρρώστου. Όταν δεν έχει εφαρμοσθεί παροχέτευση, επιβάλλεται επιπλέον η άμεση επανεπέμβαση και η ευρεία υπηπατική και γενικά κοιλιακή παροχέτευση.

5. Μετεγχειρητική διάρροια

Η πρώιμη μετεγχειρητική διάρροια μπορεί να εμφανισθεί μετά οποιαδήποτε εγχείρηση επί του στομάχου, είναι όμως πολύ συχνότερη και εντονότερη μετά από βαγοτομή που συνδυάζεται με παροχετευτική επέμβαση. Με την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής (αντιδιαρροϊκής) και διαιτητικής αγωγής, συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες.

6. Οξεία μετεγχειρητική διάταση του στομάχου

Πρακτικά πρόκειται για οξεία σοβαρή λειτουργική απόφραξη του στομάχου, που δεν μπορεί να προωθήσει το περιεχόμενό του διαμέσου ενός μηχανικά στενού στομίου και που επιμένει για πάνω από 2 - 3 εβδομάδες. Άλλοτε πάλι μπορεί να οφείλεται σε οίδημα της γαστροεντεροαναστόμωσης ή της πυλωροπλαστικής. Η ενδοσκόπηση μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την αιτιοπαθογένεια της επιπλοκής.

Εμφανίζεται σπάνια μετά από γαστρεκτομή. Ήταν συνηθέστερη παλαιότερα, όταν εφαρμόστηκε η απλή βαγοτομή χωρίς παροχετευτική επέμβαση. Συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες ημέρες κατά την διάρκεια των οποίων επιβάλλεται η συνεχής ρινογαστρική αναρρόφηση, η

διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και η παρεντερική διατροφή του αρρώστου. Αν οφείλεται σε οργανικά αίτια η κλινική εικόνα επιμένει και η επανεπέμβαση γίνεται αναγκαία.

7. Δυσφαγία

Πρόκειται για επιπλοκή της βαγοτομής, συνήθως ελαφρά, που εμφανίζεται σε ποσοστό 3-17%. Για την ερμηνεία της ενοχοποιούνται :
α) η απονεύρωση του κατώτερου οισοφάγου, β) οργανικά αίτια, δηλαδή μετεγχειρητική στένωση σαν αποτέλεσμα οργάνωσης περιοισοφαγικού αιματώματος, γ) οισοφαγίτιδα.

Συνήθως διαρκεί μερικές εβδομάδες και υποχωρεί από μόνη της. Αν υπάρχει δυσφαγία και διαφραγματοκήλη, τότε πρέπει να γίνει χειρουργική αποκατάσταση.

B. ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1. Μετεγχειρητικό πεπτικό έλκος (Μ.Π.Ε.)

Η συχνότητά του φθάνει μέχρι και 50% μετά από απλή γαστροεντεροαναστόμωση (ΓΕΑ), 10% μετά από στελεχιαία βαγοτομή και παροχετευτική εγχείρηση, 15% μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή και 2 - 3% μετά από υφολική γαστρεκτομή. Εκδηλώνεται μέσα στην πρώτη από την εγχείρηση πενταετία και είναι συχνότερο στους άντρες.

Αιτιολογία : • υπεροξύτητα (επίδραση του όξινου γαστρικού χυμού στη ΓΕΑ). • τεχνικά σφάλματα (π.χ. ανεπαρκής σε έκταση γαστρεκτομή), • σύνδρομο Zollinger - Ellison. Χαρακτηρίζεται από γαστρική υπερέκκριση που οφείλεται σε νεοπλασματικούς όγκους που παράγουν γαστρίνη (γαστρινώματα) και οι οποίοι προέρχονται από τα

μη εκκρίνοντα ινσουλίνη κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος και από κεραυνοβόλο ελκογόνο διάθεση.

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα του Μ.Π.Ε. Εντοπίζεται στην ανώτερη μοίρα του επιγαστρίου και στο αριστερό υποχόνδριο. Γίνεται εντονότερος με την λήψη τροφής, ενώ υποχωρεί με την λήψη αλκαλικών. Συχνά συνυπάρχουν έμετοι, ενώ στο 1/3 περίπου των αρρώστων εμφανίζεται αιμορραγία, η οποία είναι συχνά το πρώτο ή και το μόνο σύμπτωμα.

Θεραπεία: Η χορήγηση ανταγωνιστών των Η₂ υποδοχέων της ισταμίνης (cimetidine κ.λπ.) οδηγεί σε επούλωση του Μ.Π.Ε., αλλά μετά την διακοπή της θεραπείας η υποτροπή είναι συχνή. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης. Κατά την επανεπέμβαση επιβάλλεται η αναζήτηση των πιθανών σφαλμάτων ή παραλείψεων της προηγούμενης επέμβασης και η διόρθωσή τους.

2. Σύνδρομο Dumping

Το σύνδρομο εμφανίζεται μετά από απλή ΓΕΑ, γαστρεκτομή και βαγοτομή, είτε με αντρεκτομή είτε συνδυασμένη με παροχετευτική επέμβαση, με άλλοτε άλλη βαρύτητα και συχνότητα. Έτσι είναι συχνότερο και βαρύτερο μετά γαστρεκτομή και σπανιότερο και ηπιότερο μετά βαγοτομή. Επί γαστρεκτομής ακολουθεί συχνότερα τη γαστρονηστιδική αναστόμωση (Billroth II) και σπανιότερα τη γαστροδωδεκαδακτυλική (Billroth I).

Συμπτωματολογία: Σε μικρό χρονικό διάστημα μετά το γεύμα (5' - 30'), αλλά καμιά φορά και κατά την διάρκειά του ο ασθενής εμφανίζει:

Γαστρεντερικά συμπτώματα : αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, δυσφορία, έντονο περισταλτισμό, βορβορυγμούς, διάρροια.

Αγγειοκινητικές διαταραχές : αδυναμία, ζάλη, ναυτία, εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπνηλία, αίσθημα θερμού.

Πρόκειται επομένως για συνδυασμό γαστρεντερικών και αγγειοκινητικών διαταραχών. Η παρουσία και των δύο είναι απαραίτητη για να χαρακτηρισθεί το σύνδρομο σαν Dumping. Πάντως, είναι δυνατόν η μία ομάδα συμπτωμάτων να επικρατεί της άλλης, αλλά και η βαρύτητά τους δεν είναι πάντα η ίδια.

Μηχανισμός του συνδρόμου : Πολλές θεωρίες διατυπώθηκαν για την ερμηνεία του συνδρόμου, καμία όμως δεν είναι απόλυτα ικανοποιητική. Εκείνο που έχει αναμφισβήτητα αποδειχθεί είναι ότι σε όλες τις περιπτώσεις Dumping υπάρχει ταχεία κένωση του γαστρικού περιεχομένου στην αρχική νήστιδα, η οποία προκαλεί διάταση του εντέρου. Υπάρχει η άποψη ότι η απότομη αυτή είσοδος υπέρτονων διαλυμάτων μέσα στην αρχική νήστιδα προκαλεί ωσμωτική μετακίνηση υγρών από το αίμα προς το έντερο με αποτέλεσμα την ελάττωση του ποσού του κυκλοφορούντος αίματος. Η ταυτόχρονη εμφάνιση αυξημένου αιματοκρίτη, πτώσεως της αρτηριακής πίεσης, αύξησης του ποσού του κυκλοφορούντος αίματος στα σπλάχνα και ανώμαλης διακύμανσης του σακχάρου του αίματος, πιθανόν να σχετίζονται αιτιολογικά με την παθογένεια του συνδρόμου, πλην όμως αυτό δεν έχει πλήρως αποδειχθεί.

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε η ύπαρξη σημαντικών ποσών σεροτονίνης στον ορό των αρρώστων με σύνδρομο Dumping μετά από το γεύμα. Η χορήγηση φαρμάκων που ανταγωνίζονται τη σεροτονίνη προκαλεί βελτίωση των συμπτωμάτων σε αρκετούς ασθενείς και ενισχύει την άποψη της πιθανής συμμετοχής της στην αιτιολογία του συνδρόμου.

Θεραπεία : Στην αρχή ο ασθενής αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Υποβάλλεται σε δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και λίπος και πτωχή σε υδατάνθρακες. Συνιστάται να αποφεύγει την λήψη υγρών κατά την διάρκεια των γευμάτων, τροφή στερεά ή παχύρευστη και λήψη πολλών μικρών γευμάτων κατά την διάρκεια του 24ώρου. Αν τα συμπτώματα επιμένουν συνιστάται άμεση κατάκλιση του ασθενούς επί μισή ώρα μετά το γεύμα.

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει αντιχολινεργικά και ηρεμιστικά. Επειδή έχει παρατηρηθεί ότι το σύνδρομο Dumping εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε νευροψυχικά στιγματισμένα άτομα, μπορεί να εφαρμοσθεί και ψυχοθεραπεία η οποία σε μερικές περιπτώσεις έχει θεραπευτική απόδοση.

Χειρουργική θεραπεία : Αυτή εφαρμόζεται στους βαριά πάσχοντες από το σύνδρομο αρρώστους, οι οποίοι αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό 1 - 2%.

Οι επανορθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις επί συνδρόμου Dumping αποσκοπούν :

- α) Εφόσον προηγήθηκε γαστρεκτομή στη μετατροπή του τύπου της αρχικής επέμβασης σε άλλο, δηλαδή μετατροπή της Billroth II γαστρεκτομής σε Billroth I. Εφόσον προηγήθηκε βαγοτομή και παροχετευτική εγχείρηση (ΓΕΑ), ένα πρώτο βήμα είναι η κατάργηση της τελευταίας (αποκαθήλωση της ΓΕΑ και αποκατάσταση του πυλωρού).
- β) Στον σχηματισμό δεξαμενής από τμήμα του λεπτού ή του παχέος εντέρου στην οποία παραμένει η τροφή επί μακρότερο χρονικό διάστημα. Η εγχείρηση πρέπει να συνδυάζεται με βαγοτομή.

γ) Στην επιβράδυνση της κένωσης του γαστρικού κολοβώματος διά παρεμβολής στην απιούσα έλικα ανεστραμμένου εντερικού τμήματος. Στην κατηγορία αυτή υπάγεται και η παρεμβολή τμήματος λεπτού εντέρου, του οποίου ο περισταλτισμός από επιμήκης σε κυκλοτερή, μέθοδος που προτάθηκε από τον καθηγητή Π. Χρυσοσπάθη. (βλ σελ 441 "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ").

3. Χολώδεις έμετοι

α) Σύνδρομο προσιούσας έλικας : Χαρακτηρίζεται από χολώδεις εμέτους που δεν περιέχουν τροφές και οι οποίοι εμφανίζονται μετά την πάροδο 10' - 45' από το γεύμα. Κατά κανόνα συνοδεύονται από αίσθημα διάτασης του επιγαστρίου, επιγαστρικό πόνο ή ναυτία. Το σύνδρομο ακολουθεί συχνότερα τη γαστρεκτομή.

Από πλευράς αιτιοπαθογένειας αποδίδεται σε διαλείπουσα απόφραξη της προσαγωγού έλικας, η οποία δημιουργεί στάση της χολής και του παγκρεατικού υγρού μέσα σε αυτήν. Η περιοδική κένωση της έλικας αυτής μέσα στο γαστρικό κολόβωμα προκαλεί την εμφάνιση των χολωδών εμέτων.

Στους περισσότερους ασθενείς το σύνδρομο υποχωρεί από μόνο του μετά την πάροδο 1 - 2 ετών. Στις σοβαρές περιπτώσεις στις οποίες το σύνδρομο επιμένει επί μακρόν, συνίσταται χειρουργική αποκατάσταση.

β) Αλκαλική γαστρίτιδα : Σύνδρομο που εμφανίζεται συνηθέστερα μετά γαστρεκτομή Billroth II, αλλά και μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση που παρακάμπτει ή αλλοιώνει την λειτουργία του πυλωρού.

Η παλινδρόμηση της χολής στον στόμαχο μετά από γαστρικές επεμβάσεις είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο και σε μερικούς αρρώστους έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση γαστρίτιδας.

Ο ασθενής αναφέρει άλγη στο επιγάστριο μετά την λήψη τροφής, χολώδεις εμέτους, και καμιά φορά υπάρχει μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα. Ο επίμονος πόνος αποτελεί ένδειξη χειρουργικής αποκατάστασης.

4. Διάρροια

Εδώ θα μας απασχολήσει μία κατηγορία αρρώστων, οι οποίοι εμφανίζουν άλλοτε μόνιμη διάρροια (πολλές υδαρείς κενώσεις την ημέρα) και άλλοτε (συνηθέστερα) αιφνίδιες κρίσεις παροξυσμικής διάρροιας μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος 1 - 2 ή και περισσότερων μηνών από την επέμβαση. Ο παροξυσμός διαρκεί συνήθως 1 ή και περισσότερα 24ωρα και ύστερα υποχωρεί για να επαναληφθεί ξανά σε άλλο χρονικό διάστημα.

Η επιπλοκή είναι πολύ συνηθέστερη μετά βαγοτομή και σπάνια μετά γαστρεκτομή.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων το διαρροϊκό σύνδρομο αντιμετωπίζεται συντηρητικά με στέρση των υδατοανθρακούχων τροφών, αποφυγή λήψης υγρών κατά την διάρκεια των γευμάτων, χορήγηση καολίνης, Lomotil κ.λπ. Μικρό ποσοστό αρρώστων εμφανίζει το σύνδρομο σε τέτοια βαρύτητα, ώστε έχουν ανάγκη χειρουργικής αποκατάστασης.

5. Διαταραχές της θρέψης

Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται μια ομάδα στερητικών συνδρόμων που εμφανίζονται μετά από γαστρικές επεμβάσεις. Τα σύνδρομα αυτά είναι :

α) *Απώλεια βάρους* : Είναι πιο έκδηλη ύστερα από γαστρεκτομή Billroth II και μικρότερη ή και λείπει μετά από γαστρεκτομή Billroth I ή και μετά από βαγοτομή. Αν η απώλεια βάρους δεν συνδυάζεται με άλλη μετεγχειρητική επιπλοκή, όπως π.χ. σύνδρομο Dumping, τότε αποδίδεται : • σε μικρό γαστρικό κολόβωμα, • σε διαταραχή της απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών, λόγω της ταχύτερης διόδου τους από το γαστρεντερικό σωλήνα, • σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους και σε αποβολή του με τα κόπρανα (στεατόρροια). Στην τελευταία αυτή διαταραχή αποδίδεται κυρίως η απώλεια βάρους.

β) *Στεατόρροια* : Είναι η αποβολή άπεπτου λίπους με τα κόπρανα, που οφείλεται σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους, λόγω κακής αναμείξεως της τροφής με την χολή και το παγκρεατικό υγρό. Εμφανίζεται συχνότερα μετά από γαστρεκτομή Billroth II.

γ) *Σιδηροπενική αναιμία* : Για να γίνει απορρόφηση του σιδήρου στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου, είναι αναγκαία η ύπαρξη HCl και όξινου pH στον στόμαχο (δηλαδή $\text{pH} < 5$). Επειδή μετά από γαστρεκτομή το $\text{pH} > 5$, παρατηρείται διαταραχή της απορρόφησης των αλάτων του σιδήρου. Θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα.

δ) *Μεγαλοβλαστική αναιμία* : Είναι συνηθισμένη μετά από ολική γαστρεκτομή. Οφείλεται σε διαταραχή του ενδογενούς παράγοντα και εκδηλώνεται αρκετά χρόνια μετά την επέμβαση. Θεραπευτικά χορηγείται βιταμίνη B12.

ε) *Διαταραχή της απορρόφησης Ca* : Συνήθως εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα της στεατόρροιας, μπορεί όμως να εμφανισθεί και αμιγής. Στην δεύτερη περίπτωση αποδίδεται σε διαταραχή της απορρόφησης του Ca που οφείλεται στην εμφανιζόμενη μετά την επέμβαση ελάττωση της οξύτητας στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου. Μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση οστεομαλακίας.

6. Διαφραγματοκήλη

Αποδίδεται σε τραυματισμό του οισοφαγικού τμήματος κατά την διατομή των πνευμονογαστρικών και στην μετεγχειρητική εμφάνιση διάτασης του στομάχου. Είναι δυνατόν να έχει υποβοηθητική δράση ο μετεγχειρητικός μετεωρισμός της κοιλίας.

7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος

Εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από γαστρεκτομή ή σπανιότερα μετά από γαστροεντεροαναστόμωση, που εκτελέστηκαν για καλοήγη πάθηση του στομάχου και η συχνότητα της επιλοκής αυξάνει όσο αυξάνει και ο χρόνος από την εκτέλεση της επέμβασης. Το νεόπλασμα αναπτύσσεται στο γαστρικό κολόβωμα κοντά στην αναστόμωση.

Η εμφάνιση σε άρρωστο που έχει υποβληθεί σε γαστρεκτομή ή και άλλη γαστρική επέμβαση, πεπτικών ενοχλημάτων πρέπει να δημιουργεί την υποψία ανάπτυξης καρκίνου. Ο άρρωστος αυτός πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ακτινολογικό και απαραίτητα σε ενδοσκοπικό έλεγχο (γαστροσκόπηση). Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη καρκίνου, η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση είναι αναγκαία. Λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης, η πρόγνωση στους αρρώστους αυτούς δεν είναι συνήθως καλή. Αν πάλι δεν διαπιστωθεί ενδοσκοπικά καρκίνος στο γαστρικό κολόβωμα, οι συμπτωματικοί αυτοί άρρωστοι πρέπει να παρακολουθούνται κατά συχνά χρονικά διαστήματα ενδοσκοπικά, ιδιαίτερα αν διαπιστωθεί ιστολογικά η ανάπτυξη δυσπλασίας του γαστρικού βλεννογόνου.

4.11 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση του γαστρικού καρκίνου εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, ανάμεσα στους οποίους σπουδαιότερα είναι η έκταση της νόσου και το είδος της θεραπείας. Γενικά, η πρόγνωση της νόσου παραμένει μέτρια. Σε μια μεγάλη μελέτη από ένα νοσοκομείο που περιλάμβανε 1.500 αρρώστους, η πενταετής επιβίωση ήταν 7,45%. Την καλύτερη πενταετή επιβίωση είχε η μικρή ομάδα 150 αρρώστων με μόνο τοπική / πλήρως εξαιρεθείσα χειρουργικά νόσο, από την οποία επιβίωσε το 30,3%. Αναδρομική μελέτη που περιλάμβανε 18.767 αρρώστους από 11 νοσοκομεία έδωσε πενταετή επιβίωση από 4,7% - 17%. Πιο αισιόδοξα αποτελέσματα δίνει μια Ιαπωνική μελέτη για πενταετή επιβίωση 93% για το στάδιο I, 54% για το στάδιο II, 36% για το III και 0% για το IV.

Γενικά φαίνεται ότι σε απουσία διήθησης του ορογόνου η επιβίωση κυμαίνεται από 30% - 70%, ενώ πέφτει στο 7% - 20% σε αντίθετη περίπτωση. Επίσης σε αρρώστους με αρνητικούς ιστολογικά λεμφαδένες η πενταετής επιβίωση είναι 35% - 40%, ενώ με θετικούς 5% - 15%.

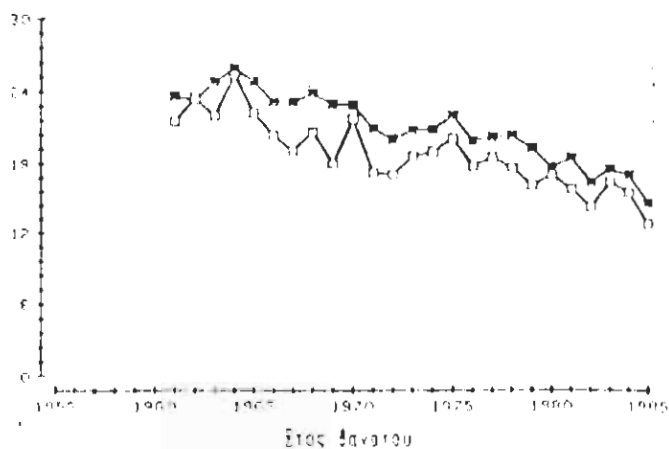
Μελλοντικές προσπάθειες για βελτίωση της πρόγνωσης του γαστρικού καρκίνου θα πρέπει να στραφούν προς την κατεύθυνση της εγκαίροτερης διάγνωσης, με το σαφέστερο καθορισμό παραγόντων κινδύνου, την βελτίωση των υπάρχουσών και την ανάπτυξη νέων τεχνικών ΑΚΤΘ, καθώς και την ανάπτυξη νέων χημειοθεραπευτικών παραγόντων με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από τους ήδη υπάρχοντες.

ΟΡΘΕΣΤΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΗ ΡΕΓΙΜΑΤΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 1961-85 (ΑΤΝ 151)

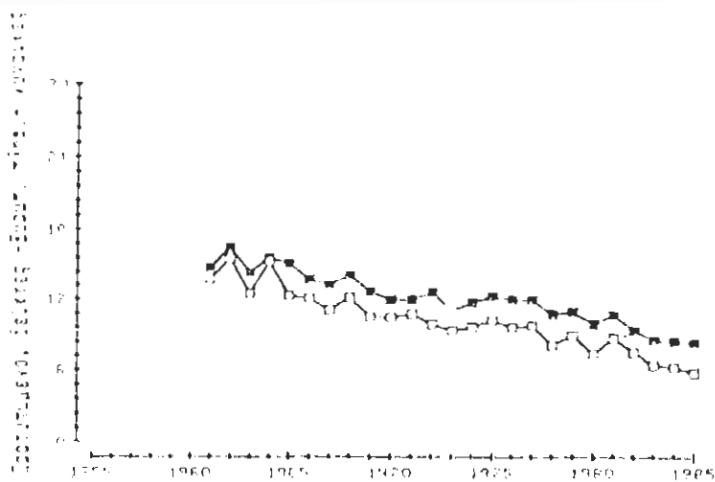
Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Ποσοτυπικοί δείκτες Ευρωπαϊκή			
		Παγκ. μέση	(1) ^{**}	(1)	(2)
1961-65	5765	16.24	21.77	24.40	22.85
1966-70	3950	15.10	18.93	23.01	19.89
1971-75	4196	13.75	17.46	20.79	18.27
1976-80	4378	12.80	16.61	19.35	17.31
1981-85	4140	11.00	14.21	16.66	14.82

Χρονική περίοδος	Αριθμός θανάτων	Ποσοτυπικοί δείκτες Ευρωπαϊκή			
		Παγκ. μέση	(1)	(1)	(2)
1961-65	2853	10.10	13.26	15.14	13.78
1966-70	2785	8.62	10.74	13.02	11.19
1971-75	2951	7.81	9.49	11.85	9.91
1976-80	3092	7.20	8.41	11.01	8.75
1981-85	2815	5.85	6.66	9.06	6.52

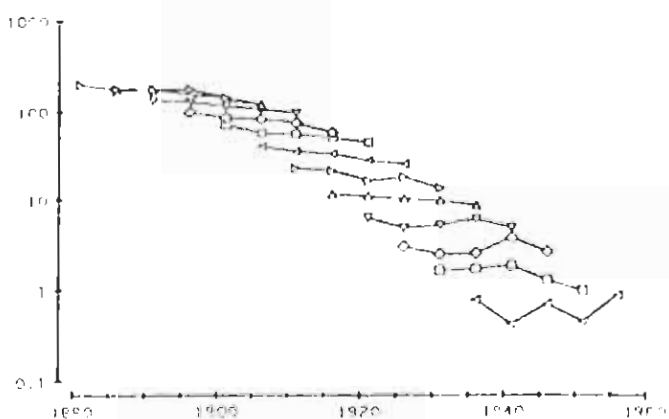
* ηλικίες 0-64 ετών ** ηλικίες 35-64 ετών



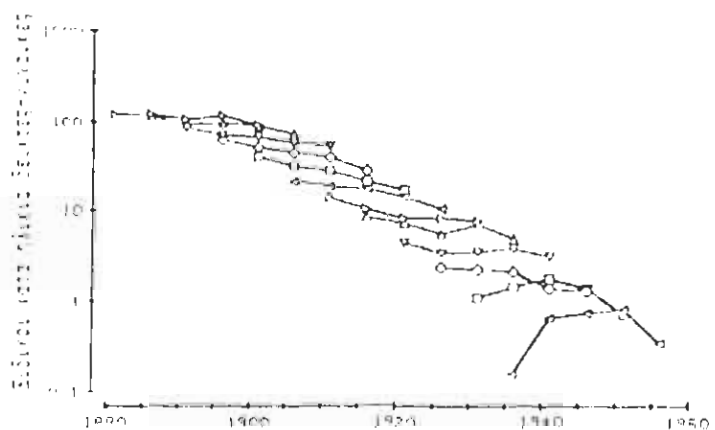
Έτος θανάτου



Έτος θανάτου



Διαμεσο έτος γεννήσεως



Διαμεσο έτος γεννήσεως

Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί τον δεύτερο σε συχνότητα καρκίνο στην Ελλάδα, η οποία καταλαμβάνει μια από τις χαμηλότερες θέσεις ανάμεσα σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Εδώ και αρκετές δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί σε πολλούς πληθυσμούς σταθερή πτωτική τάση της επίπτωσης και της θνησιμότητας από τον καρκίνο αυτό. Η ίδια τάση εμφανίζεται στην Ελλάδα και μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα (1,7% στους άνδρες και 2,5% στις γυναίκες). Οι μικρές ανοδικές διακυμάνσεις των δεικτών σε νεότερες ηλικίες είναι πιθανώς τυχόνες λόγω του μικρού αριθμού θανάτων σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Ο καρκίνος του στομάχου είναι δύο φορές συχνότερος στον ανδρικό σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό. Στους άνδρες, είναι συχνότερος στις αγροτικές περιοχές (αστικό-αγροτικό πηλίκιο=0,8). Ο πιο κοινός ιστολογικός τύπος καρκίνου είναι ο εντερικός και σ' αυτόν οφείλεται αποκλειστικά η πτωτική τάση της επίπτωσης του στομαχικού καρκίνου.

Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου σχετίζεται κυρίως με διατροφικούς παράγοντες αλλά πολλές πλευρές αυτής της σχέσης παραμένουν αδιευκρίνιστες. Επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται η κατανάλωση καπνιστών, αλατισμένων και ιγχανισμένων φαγητών, σύνθετων υδατανθράκων και αμυλώδων φαγητών, ενώ η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών θεωρείται προστατευτική. Άλλοι, λιγότερο σημαντικοί, παράγοντες κινδύνου είναι η γαστρεκτομή για μη νεοπλασματικές νόσους, η ατροφική γαστρίτιδα και η κακοήθης αναιμία.

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑΣ										ΑΝΔΡΕΣ							
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
1961						1	5	16	21	49	58	109	119	197	154	85	27	596
1962						1	11	9	26	48	24	124	33	203	36	79	33	714
1963						1	11	5	28	40	39	136	123	121	102	71	124	758
1964						3	7	17	35	66	92	151	154	111	119	73	135	811
1965						1	7	11	29	54	37	114	121	127	111	73	28	786
1966					1	3	7	9	22	61	77	107	113	100	78	37	65	746
1967						3	5	15	26	44	77	112	116	128	122	59	53	754
1968						1	5	11	25	42	31	107	111	126	125	36	34	735
1969						1	3	19	26	32	42	103	112	157	113	74	39	784
1970						3	3	25	34	55	74	120	133	136	115	80	62	872
1971					2	5	5	21	31	51	71	113	139	146	114	65	57	795
1972						7	7	12	29	31	57	106	118	146	101	86	42	794
1973						1	10	15	22	34	73	124	150	152	106	81	52	816
1974						1	6	15	35	35	30	117	136	153	134	63	55	851
1975						1	3	18	37	50	47	113	127	154	145	37	56	920
1976						2	16	27	46	46	55	122	142	157	128	86	60	852
1977						2	10	26	38	43	56	116	126	166	139	143	83	893
1978						4	7	14	31	55	74	121	132	137	92	77	47	917
1979					1	2	13	35	50	59	34	119	142	162	142	36	58	879
1980						2	10	25	58	58	59	36	126	153	165	33	14	117
1981						1	4	16	23	19	56	76	144	167	152	92	44	852
1982						1	7	17	38	36	50	79	132	159	146	94	52	903
1983						2	3	14	26	55	30	92	107	162	138	102	59	868
1984						1	7	3	26	49	77	105	109	172	135	91	54	849
1985						1	7	11	27	40	52	90	104	157	143	97	46	753

ΕΤΟΣ	ΗΛΙΚΙΑΣ										ΓΥΝΑΙΚΕΣ							
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
1961						1	10	7	24	35	34	79	76	88	78	54	38	527
1962						3	3	11	24	36	54	84	98	90	97	66	30	605
1963						4	11	14	29	35	42	59	92	114	78	45	35	534
1964					3	11	14	27	33	33	62	74	86	107	84	60	29	596
1965						3	7	14	24	29	39	40	107	37	110	61	35	543
1966						7	7	12	23	26	52	61	72	81	96	66	27	533
1967						3	11	19	25	23	43	54	49	92	88	56	39	541
1968						5	10	13	14	33	48	71	99	101	36	65	41	588
1969						3	10	8	13	23	46	56	32	92	77	65	45	533
1970						3	6	11	16	26	31	75	94	92	73	33	39	564
1971						3	3	11	18	21	40	79	87	99	38	65	34	565
1972						3	7	15	23	22	15	50	32	121	100	76	51	612
1973						3	7	15	16	35	60	51	73	104	76	64	43	547
1974						3	6	17	20	19	61	93	122	122	101	88	36	594
1975						5	7	10	17	25	32	85	131	109	109	81	55	633
1976						5	8	17	22	17	34	59	70	98	129	91	58	642
1977						5	6	12	23	35	32	58	111	100	114	100	61	649
1978						3	6	12	23	35	32	58	38	103	119	79	57	602
1979						4	4	18	20	20	38	56	33	112	122	73	30	613
1980						4	4	13	25	23	35	34	34	107	120	45	52	586
1981						4	4	16	19	22	33	51	32	121	100	70	35	605
1982						2	2	16	22	29	29	46	33	115	107	92	59	576
1983						1	2	15	25	34	32	68	32	97	109	82	30	540
1984						1	5	11	14	25	34	38	56	107	117	90	48	545
1985						2	2	5	18	25	32	42	18	114	139	92	63	519

4.12 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο πληθυσμιακός έλεγχος θα βοηθούσε να ανακαλυφθούν όγκοι σε αρχικό στάδιο, που δεν φτάνουν το εξωτερικό τοίχωμα του στομάχου (ορογόνο) ή διαπερνούν τον ορογόνο αλλά δεν προσβάλλουν λεμφαδένες. Όταν εξετάζουμε το στομάχι με έναν φωτισμένο σωλήνα (γαστροσκόπιο) ή χρησιμοποιώντας ακτινογραφίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος, ανακαλύπτουμε μικρότερους όγκους. Αυτές οι εξετάσεις είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για άτομα με γαστρικά ενοχλήματα.

Αν και προγράμματα μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου χρησιμοποιούνται σε χώρες όπως η Ιαπωνία που έχει μεγάλη συχνότητα γαστρικού καρκίνου (βλ. σελ. 592 "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ") δεν είναι συνήθη στις Η.Π.Α. Η αποτελεσματικότητα του ελέγχου δεν δικαιολογεί το υψηλό του κόστος, αν θεωρηθεί ως δεδομένη η δραστική μείωση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου. Ακτινογραφίες του ανώτερου πεπτικού, για παράδειγμα, ανακαλύπτουν καρκίνο σε ποσοστό 0,15% (1 στους 600) των φαινομενικώς υγιών ατόμων.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ
ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ - ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η πρόληψη είναι *πρωτογενής* και *δευτερογενής*

Πρωτογενής πρόληψη : Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες, επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου και τα οποία είναι :

- Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή τους
- Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με την φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα
- Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα, σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Επειδή όμως η αιτιολογία του καρκίνου δεν έχει απόλυτα διαλευκανθεί, δυσκολεύει την πρωτογενή πρόληψή του.

Δευτερογενής πρόληψη γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μέτρο, ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση των άτυπων

κυττάρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων - ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξελίξεως του - και να αντιμετωπισθεί αμέσως.

Η ανίχνευση στο "λανθάνον", δηλαδή ασυμπτωματικό στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τις ακόλουθες εξετάσεις (ειδικότερα για το γαστρικό καρκίνο) :

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό οικογενειακό).
2. Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση λεμφαδένων κ.α.).
3. Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.
4. Αιματολογικές εξετάσεις
5. Ακτινολογικός έλεγχος γαστρεντερικού σωλήνα.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τη στην πρόληψη είναι τεράστιος. Με την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η νοσηλεύτρια/της προσεγγίζει το άτομο, όχι μόνο το άρρωστο αλλά και το υγιές, στο σπίτι του, το σχολείο, τους χώρους εργασίας, τους χώρους ψυχαγωγίας και οπουδήποτε ζει και δραστηριοποιείται. Είναι καιρός και στην πατρίδα μας να αξιοποιηθεί ο νοσηλευτής/τρια μέσα στο νοσοκομείο, αλλά ιδιαίτερα στην κοινότητα, όπως γίνεται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου (βλ. σελ. 221 "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ", τεύχος 3ο, Κυριακίδου Ε.).

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας/τη στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει :

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντός του.
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες
- Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Διαφώτιση του κοινού.

1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Η κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων είναι σημαντική για την διάγνωση της νόσου και την εφαρμογή της θεραπείας. Αυτό αναμφίβολα είναι έργο του ιατρού. Η γνώση όμως της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από την νοσηλεύτρια, την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες που την κάνουν ικανή :

- Για ασφαλή και ακίνδυνη άσκηση των καθηκόντων της, δηλαδή την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο που πάσχει και
- Για την εκπλήρωση του πολυδιάστατου ρόλου της, δηλαδή την πρόληψη, την θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας και την ανακούφιση του πάσχοντα ανθρώπου.

Έχοντας υπόψιν τα παραπάνω, θα εξετάσουμε ορισμένες εργαστηριακές εξετάσεις του πεπτικού συστήματος που σχετίζονται με τον γαστρικό καρκίνο, σε συνάρτηση με τις ευθύνες και το ρόλο της νοσηλεύτριας.

A. ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η ενδοσκόπηση αυτή γίνεται με σκοπό την ανεύρεση έλκους, νεοπλασματικών επεξεργασιών, καθώς και τον έλεγχο της υφής του βλεννογόνου.

Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να γνωρίζει πως η προετοιμασία του αρρώστου για την γαστροσκόπηση, περιλαμβάνει :

- Αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμέτους.
- Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.
- Ενημέρωση του αρρώστου γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξέτασεως, καθώς και της δυνατότητας βοήθειας από μέρος του για τη σωστή εκτέλεσή της.
- Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση.
- Σε αγχώδεις αρρώστους, μία ώρα πριν τη γαστροσκόπηση δίνονται κατευναστικά με εντολή ιατρού.
- Γίνεται ένεση ατροπίνης μισή ώρα πριν από την εξέταση.
- Ο άρρωστος μετά την παραπάνω προετοιμασία οδηγείται στο τμήμα των ενδοσκοπήσεων. Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές, που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμέτων ή αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας. Η θέση του ασθενούς στη γαστροσκόπηση είναι πλάγια, ύπτια ή καθιστή.
- Μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο, απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεή τροφή από το στόμα, πριν να εμφανισθούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη, που φανερώνουν τραυματισμό του στομάχου.

B. ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Με την ακτινολογική μελέτη ελέγχονται νεοπλασματικές επεξεργασίες, μη φυσιολογική κινητικότητα, έλκη, φλεγμονώδεις επεξεργασίες ή άλλες ανωμαλίες τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να γνωρίζει τα εξής :

- Στην ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται βάριουμ σουλφάτ (Barium - Sulfate).
- Το τμήμα ή το όργανο του γαστρεντερικού σωλήνα που πρόκειται να ακτινογραφηθεί, πρέπει να είναι όσο το δυνατόν κενό, έτσι ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.
- Στην ακτινοσκόπηση του ανωτέρου τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα, απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών 8 ώρες πριν από την εξέταση.
- Συνήθως το βάριουμ φεύγει από το στομάχι μέσα σε 6 ώρες. Δυσάρεστο επακόλουθο της εξετάσεως αυτής είναι η δυσκοιλιότητα που εμφανίζει ο άρρωστος, εξαιτίας του βάριουμ που δεν απορροφάται από το έντερο. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός, αν ο άρρωστος δεν έχει κένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

A. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσεως του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. *Αλκυλιούντες παράγοντες* : Επηρεάζουν την πρωτεϊνική σύνθεση κι άλλες μεταβολικές επεξεργασίες του κυττάρου και κυρίως

διαστρέφουν την λειτουργία των νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.

2. *Αντιμεταβολιτές* : Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολιτές (ουσίες απαραίτητες για την βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ένζυμα και παρεμποδίζουν την δράση τους. Δρουν στη φάση 5 του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.
3. *Αναστολές της κυτταρικής μίτωσης* (παρεμποδίζουν την σύνθεση DNA - RNA και επομένως, τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων).

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν :

- Από το στόμα
- Ενδοαγγειακά
- Ενδομυϊκά
- Με έγχυση στο νεόπλασμα
- Με έγχυση σε κοιλότητα (πχ. ενδοπεριτοναϊκή).

2.2 ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

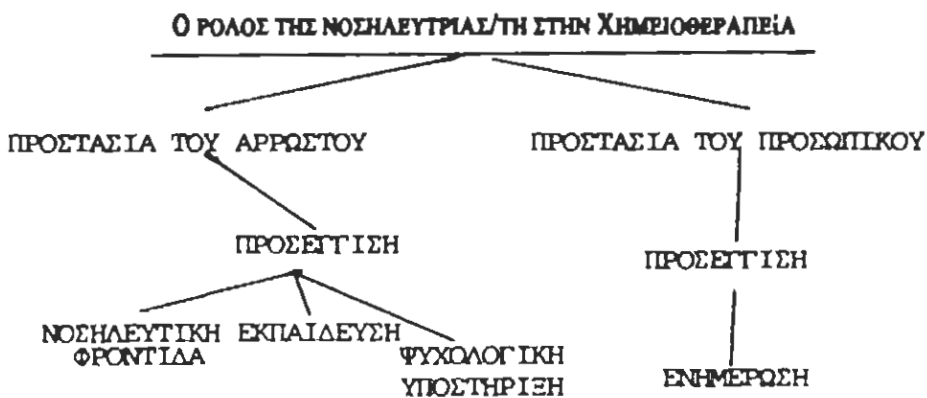
Για να εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως :

- Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών.
- Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).
- Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.
- Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση.
- Και πάνω απ' όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία.

2.3 ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Με την απόφαση να χορηγηθεί χημειοθεραπεία στον άρρωστο, θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν και να μελετηθούν, εκτός από την διάγνωση και σταδιοποίηση :

- Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου.
- Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορηγήσεως
- Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά την θεραπεία).
- Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (π.χ. αναιμία, θρομβοπενία) πριν αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και διαιτητική υποστήριξη.
- Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση, π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.
- Η εκπλήρωση επιθυμίας αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων του για ενημέρωση και συμμετοχή στην θεραπεία.



2.4 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

- Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση την φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου, που βοηθιέται από την νοσηλεύτρια/τη και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.
- Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια, αλλά θα χρειασθεί να προσαρμοσθεί ειδικά σε κάθε άρρωστο.
- Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν την φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του.

11 Νοσηλευτική φροντίδα

Σημαντικό τμήμα της προσέγγισης της/του νοσηλεύτριας/τη στον άρρωστο (με χημειοθεραπεία), αποτελεί η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία θα του εξασφαλίσει μια πρόσθετη φροντίδα και υποστήριξη σε ειδικά προβλήματα (προβλήματα από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας).

Κατά την νοσηλευτική φροντίδα, σύμφωνα με την νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να γίνει :

- Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου.
- Οργάνωση και προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.
- Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.
- Εκτίμηση - αξιολόγηση.

Ανίχνευση των προβλημάτων του αρρώστου

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια/της δεν θα παραλείψει να ρωτήσει :

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο ;
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδί ; (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον)
- Θηλάζετε ; (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα ; (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα)
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα ; (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν την θεραπεία του).

Στην συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.

Οργάνωση και νοσηλευτική φροντίδα κατά την χημειοθεραπεία

Κατά την οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά την χημειοθεραπεία η/ο νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να εφαρμόζει τα εξής :

- Πρώτα απ' όλα έχει υπόψιν τα νοσηλευτικά μέσα και μέτρα περί χορήγησης φαρμάκων και ιδιαίτερα περί χημειοθεραπείας (π.χ. προφύλαξη κατά την προετοιμασία)
- Σε ορισμένους ασθενείς, κυρίως αλλεργικούς, θα πρέπει να γίνει test ευαισθησίας προς το συγκεκριμένο χημειοθεραπευτικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Σε περίπτωση θετικού (+) αποτελέσματος, αυτό αναγράφεται στο διάγραμμα του ασθενούς.
- Όταν το φάρμακο δίδεται από το στόμα πρέπει να λαμβάνεται με γεμάτο στομάχι. Συγχρόνως με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα και

με ιατρική οδηγία χορηγούνται συμπλέγματα βιταμινών για να προφυλαχθεί η φυσιολογική χλωρίδα του εντέρου και του στόματος.

- Γίνεται επιμελημένο πλύσιμο στόματος
- Ο χρόνος χορήγησης του φαρμάκου πρέπει να τηρείται με μεγάλη ακρίβεια. Όταν αυτό χρησιμοποιείται μία φορά την ημέρα, πρέπει να χορηγείται καθημερινώς την ίδια ώρα για να κυκλοφορεί στον οργανισμό όλο το 24ωρο και στην αυτή πυκνότητα.
- Εκτός από το υλικό που θα χρησιμοποιήσει κατά την εφαρμογή του σχήματος, η/ο νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να έχει υλικό ανάγκης. Εάν χρειασθεί για υποστήριξη του αρρώστου δίσκος αντιδότην σε νέκρωση φλεβών.
- Θα πρέπει να παρακολουθεί και να καταγράφει τυχόν αντιδράσεις δηλαδή σημεία και συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δρα ανάλογα (πχ. διουρητικά, αντιεμετικά με ιατρική εντολή).
- Αναφέρει στο ιατρικό προσωπικό.
- Θα πρέπει να ελέγχει με monitor την λήψη και αποβολή υγρών, κατά την θεραπεία και 48 ώρες μετά (νεφροτοξικά φάρμακα) πχ. η ολιγουρία μπορεί να είναι μία ένδειξη τερματισμού της χημειοθεραπείας.
- Πληροφορεί τον ασθενή για τα σημαντικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν.
- Τέλος, κύριο μέλημάς της/του θα πρέπει να είναι η φροντίδα του αρρώστου με στοργή και αγάπη.

Εκτίμηση- Αξιολόγηση

Εδώ η/ο νοσηλεύτρια/της θα κάνει την αξιολόγησή της/του, δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στον άρρωστο η χημειοθεραπεία χωρίς να του στερηθεί η άνεση, χωρίς να ταλαιπωρηθεί

πολύ, να πονέσει και να τραυματισθεί, προσπαθώντας να ανιχνεύσει, να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.

2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η καταστροφή φυσιολογικών κυτταρικών πληθυσμών που έχουν σχετικά μεγαλύτερη αναγεννητικότητα αποτελεί την βάση για την εξήγηση των κυριότερων επιπλοκών στην κυτταροστατική χημειοθεραπεία, οι οποίες είναι :

1. Καταστολή του μυελού των οστών

1.1 Λευκοπενία

- Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη παύση των λευκών διακόπτεται η θεραπεία και ενημερώνεται ο γιατρός.
- Παρακολουθείται η θερμοκρασία του σώματος. Μικρή άνοδος της θερμοκρασίας μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη επεξεργασία.
- Παρακολουθούνται το δέρμα και οι κοιλότητες για λοίμωξη. Η έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή προλαβαίνονται σηψαιμικές εκδηλώσεις.

Για την πρόληψη των λοιμώξεων λαμβάνονται μέτρα, όπως :

- Εφαρμογή καλής και σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Αντιμετωπίζεται ως τραύμα οποιαδήποτε λύση συνεχείας του δέρματος.

- Εφαρμόζεται τεχνική απομονώσεως, όταν τα λευκά αιμοσφαίρια φθάσουν τα 1500 - 2000/mm³.
- Όταν ο άρρωστος έχει ενδοφλέβια έγχυση, αλλάζεται η συσκευή κάθε 24 h και η θέση της βελόνας κάθε 48 h, κ.α.

12 Θρομβοπενία

- Παρακολουθούνται οι τιμές των αιμοπεταλίων και η αρτηριακή πίεση του αίματος. Σε περίπτωση που η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή και τα αιμοπετάλια κάτω από 50.000/mm³, ο άρρωστος θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο.
- Παρακολουθούνται τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για πετέχειες ή αιματώματα και οι διάφορες κοιλότητες (μάτι- στόμα) για αιμορραγία.
- Προλαμβάνονται οι αιμορραγίες με μέτρα, όπως :
 - περιορίζονται οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις
 - περιορίζεται οποιαδήποτε περιοδική άσκηση πιέσεως σε κάποιο σημείο του σώματος, όπως ο ασκός του πιεσομέτρου κ.α.
 - δίνονται συμβουλές στον άρρωστο να εφαρμόζει μέτρα προλήψεως αιμορραγίας από τραύματα που μπορεί να δημιουργηθούν με το βίαιο καθάρισμα της μύτης, τη σκληρή οδοντόβουρτσα κ.α.
- Λαμβάνεται μέριμνα, ώστε να υπάρχει πάντοτε έτοιμο άτομο στην αιμοδοσία.

13 Αναιμία

- Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (άνδρες : 14 - 18gr%, γυναίκες 12 - 14gr%) και ο αιματοκρίτης (άνδρες 47±5%, γυναίκες 42±%) του ασθενούς και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

- Βοηθείται ο άρρωστος με : (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κοπώσεως, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία ιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος

2. *Γαστρεντερικές διαταραχές*

21 *Ναυτία - έμετοι*

- Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμέτων.
- Παρακολουθείται η ανορεξία, η αποστροφή στην τροφή που μπορεί να έχει ο άρρωστος, καθώς και η θρέψη του.
- Λαμβάνονται μέτρα προλήψεως ναυτίας, όπως :
 - χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (με εντολή ιατρού) πριν ή αμέσως μετά την χημειοθεραπεία,
 - χορήγηση χημειοθεραπευτικού με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί,
 - δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιασθεί η ναυτία,
 - προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα, σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα,
 - χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες και όχι με έντονη οσμή.
 - ενισχύεται ο άρρωστος να μασάει πολύ καλά την τροφή, ενώ γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε λήψη τροφής,
 - γίνεται διόρθωση, αν χρειάζεται, της διαταραχής του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και εξασφάλιση καλής θρέψης,
 - ενημερώνεται ο άρρωστος πως η ναυτία και οι έμετοι είναι ένας τρόπος πληροφόρησης ότι το φάρμακο δρα στα κακοήθη κύτταρα

22 Διάρροια/Σύσπαση κοιλιακών μυών

- Παρακολουθείται : (1) το χρώμα, η ποσότητα και η περιεκτικότητα της διαρροϊκής κενώσεως, (2) ο άρρωστος για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης, που σημαίνουν διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (3) η συχνότητα και η ένταση των συσπάσεων των κοιλιακών μυών.
- Λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη της διάρροιας και της συσπάσεως των κοιλιακών μυών. Περιορίζεται η κυτταρίνη στο διαιτολόγιο και προτιμούνται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Προσφέρεται βοήθεια για την αντιμετώπιση της διάρροιας με : (1) χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν την διάρροια, με οδηγία ιατρού και ενημέρωση του ιατρού αν συνεχίζεται η διάρροια και οι σπασμοί των κοιλιακών μυών, επειδή ίσως να χρειασθεί αλλαγή της χημειοθεραπείας και διόρθωση της διαταραχής του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών, (2) χορήγηση πολλών υγρών, εφόσον δεν αντενδείκνυεται, (3) βοήθεια στην διόρθωση διαταραχών του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και (4) φροντίδα του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή του περιναίου, για την πρόληψη ερεθισμού.

23 Στοματίτιδα - Έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας

- Παρατηρείται ο βλεννογόνος της στοματικής κοιλότητας, αμέσως μετά την χορήγηση του φαρμάκου, για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- Προλαμβάνεται η στοματίτιδα με : (1) την καθημερινή παρακολούθηση της στοματικής κοιλότητας για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο όταν χρησιμοποιούνται όξινες τροφές, (2) την οργάνωση

προγράμματος φροντίδας στοματικής κοιλότητας και (3) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη.

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

3. Νεφροτοξικότητα

- Παρακολουθείται :
 - η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας
 - ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.α, και
 - το ισοζύγιο λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
- Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και η διατήρηση της αντιδράσεως των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

4. Ηπατοτοξικότητα

- Παρακολουθείται :
 - η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις
 - η εμφάνιση συμπτωμάτων, που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος
- Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα, που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας

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

5. Νεφροτοξικότητα

- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα :
 - ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των "εν τω βάθει" αντανακλαστικών των τενόντων και
 - σοβαρότερης νευροπάθειας όπως μείωση της δυνάμεως των χεριών, αταξία, απώλεια συντονισμού, πτώση του πέλματος ή του καρπού και παραλυτικός ειλεός
- Προστατεύεται ο άρρωστος από τις νεφροτοξικές επιδράσεις της χημειοθεραπείας με την έγκαιρη ενημέρωση του γιατρού για τα πρώτα λειτουργικά συμπτώματα νεφροτοξικότητας του φαρμάκου. Πιθανόν να επιβάλλεται αλλαγή σχήματος χημειοθεραπείας, όταν μάλιστα οι λειτουργικές βλάβες είναι αναστρέψιμες.
- Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με : (1) τη χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του, (2) την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση και (3) την εξασφάλιση οδηγίας γιατρού για την χρησιμοποίηση καθαρτικών φαρμάκων κ.α., που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

6. Οτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)

- Εκτιμάται η ακοή του αρρώστου πριν αρχίσει τη θεραπεία.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να αναφέρει, αν αισθανθεί βόμβο στα αυτιά ή μείωση της ακοής.

7. Ανοσοκατασταλτική επίδραση

- Παρακολουθείται ο άρρωστος για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο, πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων.
- Προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις και αναβάλλεται - αν είχε προγραμματιστεί να γίνει - η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

8. Αλωπεκία

- Γίνεται εξακρίβωση αν ο άρρωστος έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Μειώνεται η αλωπεκία αν κατά την θεραπεία και 10 - 15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα βοηθείται η άρρωστη να εκφράσει τα συναισθήματά της σχετικά με την διαφοροποίηση της εμφάνισέας της.

9. Διαφοροποιήσεις των ενδοκρινών αδένων

- Παρακολουθείται ο άρρωστος για συμπτώματα όπως αμηνόρροια, διαφοροποίηση χαρακτηριστικών του φύλου κ.α., εκτιμάται ο βαθμός της ενημερώσεώς του για την παροδικότητά τους, καθώς και για την πιθανότητα να πάθει μόνιμη στειρώση.

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

10. Αλλαγές στο δέρμα

- Παρακολουθείται το δέρμα για διακοπή της συνεχείας του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από την ξηρότητα και την μεγάλη έκθεση στον ήλιο ή σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες
- Δίνονται στον άρρωστο έντυπες πληροφορίες σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο) κ.α αν υπάρχουν.

2.6 ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η πληροφόρηση είναι το πρώτο σκαλοπάτι μιας επικοινωνίας με τον άρρωστο, όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση. Η εκπαίδευση του ογκολογικού αρρώστου για την διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού και ίσως έργο της υγειονομικής ομάδας.

Ο/η νοσηλεύτής/τρια όμως, μέσω του ρόλου του/της θα δώσει πληροφορίες και θα εκπαιδεύσει τον άρρωστο στο επίπεδο που θέλει και μπορεί ο άρρωστος, η οικογένεια ή οι φίλοι του (βλ σελ 51 “ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ” ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ Ε.).

- Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για την βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα, που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

- Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
- Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου να αποδεχθεί, εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
- Προσφέρεται στον άρρωστο ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

2.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μία καλή σχέση νοσηλεύτριας/τη συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση του αρρώστου, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα.

Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στην ζωή του αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα, εξ αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής.

Επειδή αυτού του είδους οι αλλαγές δεν είναι ευχάριστες και επειδή ο άρρωστος θα αισθάνεται φοβισμένος και αποθαρρυμένος μπορεί να επέμβει η νοσηλεύτρια/της, Πώς ;

- *Με την άριστη νοσηλευτική φροντίδα νοσηλεύτριας/τη, κατά την οποία ενισχύεται η εμπιστοσύνη του αρρώστου και το αίσθημα ασφάλειας με την σωστή εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών δηλαδή:*

- Σωστή εφαρμογή των κανόνων νοσηλείας
- Διευκόλυνση προμήθειας απαραίτητων υλικών (πχ. περούκα, κάσκα ψύξεως)

- *Με την πληροφόρηση - εκπαίδευση*, όπου η νοσηλεύτρια/της μέσω του ρόλου της/του θα δώσει πληροφορίες για την χημειοθεραπεία και τα αποτελέσματά της (η διάγνωση είναι έργο του κλινικού γιατρού) στο επίπεδο που θέλει ο άρρωστος ή η οικογένεια ή οι φίλοι του (μεμονωμένα ή κατ' ομάδα) και θα δώσει το χρόνο στον άρρωστο να συνηθίσει την ιδέα της χημειοθεραπείας και στη σημασία της, μοιράζοντας έτσι κάθε σκέψη και άγχος του.

- *Με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας/τη με την υγειονομική ομάδα*

Με την αρμονική συνεργασία νοσηλεύτριας/τη με την υγειονομική ομάδα, όπου η νοσηλεύτρια/της θα ανοίξει και θα κρατήσει ανοικτούς δρόμους επικοινωνίας αρρώστου, οικογένειας, υγειονομικής ομάδας (γιατρό, νοσηλεύτρια/τη, κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο ή κάποιο κληρικό), όπου ο άρρωστος μπορεί μαζί τους να εκφράζει τα συναισθήματα, τους φόβους του, να λύνει τις απορίες και να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του (οικογενειακά, οικονομικά). Η συμβολή της είναι σημαντική και στο πρόγραμμα κοινωνικής ενίσχυσης (φροντίδα, ενδιαφέρον, συντροφικότητα), ιδίως σε λευκοπενικό άρρωστο που μεταφέρεται σε απομόνωση, δηλαδή βιώνει κοινωνική αποστέρηση. Τότε το πάτημα του κουμπιού του κουδουνιού που καλεί τη νοσηλεύτρια/τη, γίνεται το μέσο για να ελέγξει τα ερεθίσματα από το κοινωνικό περιβάλλον.

2.8 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ - ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ)

Η προστασία του προσωπικού γίνεται με προσέγγιση - πλησίασμα διά της καλής συνεργασίας μεταξύ τους.

Σαν αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας για ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον, ενημερώνει και φροντίζει η νοσηλεύτρια/της. Για την ασφάλεια κατά την διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή εξωτερικά ιατρεία απαιτούνται εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα, όπως :

- Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακριά μανίκια
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης).
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις).
- Γάντια καλής ποιότητας και να αλλάζονται κατά την ώρα της έγχυσης του φαρμάκου στην φλέβα.
- Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο).
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών.
- Μεταλλικό ή πλαστικό δοχείο με καλό πώμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα.

Εκτός των εφοδίων που αναφέρθηκαν θα πρέπει ακόμα :

- Τα χέρια να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μολύνσεως θα πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά η περιοχή με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μολύνσεως

ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.

- Να αναφερθεί στην Προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα.
- Όλα τα μολυσμένα υλικά (μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων κ.λπ.) πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακκούλες, να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή "ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΥΛΙΚΑ".
- Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολιτές.
- Οι επίτοκες δε λαμβάνουν μέρος στην διάλυση και χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

Β. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ/ΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

2.9 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στην θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία, είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19ου αιώνα, που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στον ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητές της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.

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

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

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (π.χ. ράδιο)
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία)

Η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές :

- Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνο ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα
- Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και
- Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος κ.α.

2.10 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές, διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες

ΠΡΩΪΜΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ :

- **Ακτινοδερματίτιδα :** Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νεκρώσεως) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος
- Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις

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

ΟΨΙΜΕΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ :

- Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε. Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και ιστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανισθεί μακροπρόθεσμα.
- Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).
- Αλωπεκία. Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θύλακους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος.
- Αυτόματα κατάγματα, λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής κ.α.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως, όπως

- Γενική καταβολή δυνάμεων.
- Ναυτία - έμετος.
- Ανορεξία.
- Απώλεια βάρους.
- Πυρετική δεκατική κίνηση.

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν τον άρρωστο, είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες.

2.11 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

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

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

1. στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία,
2. στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία,
3. στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της/του,
4. στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί *εξωτερική ακτινοθεραπεία*, γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές :

Η νοσηλεύτρια/της :

- Ενημερώνεται από τον φάκελλο του αρρώστου για (1) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε, (2) την θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία, (3) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός), (4) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

- Αξιολογεί τί και πώς αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και έμετους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν την θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.
- Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του, που συνήθως είναι τα εξής :
 - Πονάει η ακτινοθεραπεία ;
 - Τι θα πρέπει να κάνω κατά το διάστημα της θεραπείας ;
 - Θα είμαι μόνος μου κατά την διάρκεια της θεραπείας ;
 - Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά την διάρκεια της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τί θα κάνω ;
 - Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά την θεραπεία ;

Η απάντηση στα πιο πάνω, αλλά και άλλα σχετικά ερωτήματα του αρρώστου μειώνει την ανησυχία και το άγχος, τον βοηθάει να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο άρρωστος που αυτοεξυπηρετείται ενημερώνεται και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω :

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας

- διατηρείται στεγνή,
 - πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
 - δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή,
 - τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά απ' αυτή, πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας,
 - προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο,
 - αποτριχώνεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
 - δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
 3. Το διαιτολόγιό του πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την *εσωτερική εφαρμογή* της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της.

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

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

- Ενημερώνεται από το φάκελλο του αρρώστου για : (1) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορηγήσεως (ενδοκοιλιακά, ενδοφλέβια), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή), και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί
- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και επομένως δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται
- Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λπ
- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και

πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως

- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως του αρρώστου), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του, ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς
- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελλο και στο Kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργούς ακτινοβολίας
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο η/ο νοσηλεύτρια/της γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος για τον εαυτό της/του, χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος
- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία, που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από τον χώρο της ακτινοβολίας
- Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από την θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στην θήκη της

- Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει, ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεώς του, τα κόπρανα, τους εμέτους κ.α., γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθορισθεί για τον χειρισμό και τη διάθεση των πιο πάνω υλικών.

2.12 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ - ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σε ακτινοδερματίτιδα :

- Ελέγχεται το δέρμα της περιοχής που ακτινοβολείται
- Αποφεύγεται η χρήση ερεθιστικών ουσιών.
- Καθαρίζεται η περιοχή με χλιαρό νερό.
- Τοποθετούνται στην περιοχή ουδέτερες αμυλούχες αλοιφές με ιατρική εντολή.
- Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσίασε ακτινοδερματίτιδα
- Ενθαρρύνεται να αποφεύγει στενά ρούχα, που αυξάνουν τον ερεθισμό.
- Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

Σε καταστολή του μυελού των οστών ο άρρωστος παρουσιάζει μειωμένη αντίσταση, είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις και στους τραυματισμούς και γι' αυτό επιβάλλεται ειδική προστασία και συνεχής αξιολόγησή του. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση αιμορραγιών. Σε περίπτωση εμφάνισης αιμορραγίας αντιμετωπίζεται ανάλογα.

Σε εμφάνιση φαινομένων γενικής αντιδράσεως (πχ. ναυτία, έμετοι, ανορεξία, καταβολή δυνάμεων), η/ο νοσηλεύτρια/της μετά από ιατρική εντολή :

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Φροντίζει για την καλή σίτιση και ενυδάτωση του αρρώστου (ενισχύει τον άρρωστο να παίρνει υγρά ή - αν αυτό δεν είναι δυνατόν - γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε λευκώματα και υψηλής θερμικής αξίας).
- Επίσης φροντίζει για την κάλυψη φυσικών αναγκών του αρρώστου, όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης και έχει περιορισμένες δυνατότητες καλύψεως των φυσικών του αναγκών.
- Καταβάλλει προσπάθεια για την ανύψωση του ηθικού του που συμβάλλει στην μείωση και την καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

Αν ο άρρωστος εμφανίσει διάρροια (λόγω ευαισθησίας του βλεννογόνου του εντέρου στην ακτινοβολία) :

- Χορηγούνται αντιδιαρροϊκά φάρμακα, ανάλογα με την εντολή του ιατρού.
- Αποφεύγονται τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
- Χορηγείται ειδική διαίτα (τροφές χωρίς υπολλείμματα).

2.13 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ

Το χειρουργείο είναι από τις σημαντικότερες και πιο νευραλγικές μονάδες του νοσοκομείου. Είναι το κέντρο όπου κατευθύνονται όλες οι προεγχειρητικές ενέργειες (εξετάσεις - προετοιμασία), ο χώρος όπου γίνεται η επέμβαση και επίσης το κέντρο

από το οποίο πηγάζουν όλες οι μετεγχειρητικές φροντίδες για την θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Είναι ένας από τους χώρους, ίσως ο πιο σημαντικός, ή και πολλές φορές ο πιο σίγουρος για την τακτοποίηση ενός κοινού αρρώστου σε καρκινοπαθή.

Είναι ο χώρος μέσα στον οποίο σβήνονται ή αναζωπυρώνονται ή φουντώνουν εξ αρχής οι τελευταίες σπίθες ελπίδας που κρατούν κρυφές εκείνοι οι άρρωστοι, για τους οποίους υπάρχει η υποψία του καρκίνου και όχι μόνο.

Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια, πολύτιμοι συνεργάτες του χειρουργείου αξιολογούν νοσηλευτικές ανάγκες, προγραμματίζουν, οργανώνουν, συντονίζουν, δίδουν φροντίδα στον άρρωστο, εκτιμούν τα αποτελέσματα και συντελούν καθοριστικά στην επιτυχημένη εκτέλεση και έκβαση της εγχείρησης.

Η εργασία περιλαμβάνει τρία στάδια :

- α) Προεγχειρητική νοσηλεία και προετοιμασία του αρρώστου στο χειρουργικό τμήμα.
- β) Διεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου στο χειρουργείο.
- γ) Μετεγχειρητική νοσηλεία και αποκατάσταση στο χειρουργικό τμήμα.

Η νοσηλευτική του χειρουργείου είναι μέρος της χειρουργικής νοσηλευτικής. Έχει, εκτός από την επιστημονική και τεχνική και μια ψυχοκοινωνική διάσταση, ενδιαφέρουσα και μοναδική που την ολοκληρώνει μαζί με την προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα, την κάνει προσωπική απ' ευθείας υπεύθυνη προς το πρόσωπο του αρρώστου. Έτσι δίνει και κερδίζει την μάχη ενάντια στην απροσωποποίηση και αντικειμενοποίηση του αρρώστου μέσα στο χειρουργείο.

Οι παράμετροι της ψυχοκοινωνικής χειρουργικής είναι :

- Ο σεβασμός της αξίας της ζωής και των δικαιωμάτων του αρρώστου.
- Η προσωπική γνωριμία και εξατομικευμένη προσέγγιση του αρρώστου προεγχειρητικά, διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά.
- Η αντιμετώπιση των νοσηλευτικών διλημάτων με γνώμονα τις ανώτερες ανθρωπιστικές ηθικές αρχές της Νοσηλευτικής δεοντολογίας.
- Η ελάττωση του ψυχικού stress του αρρώστου προεγχειρητικά και κυρίως μέσα στον χώρο του χειρουργείου, όπου αυξάνεται ακόμα περισσότερο και στην συνέχεια σε όλο το διάστημα νοσηλείας του.

Η νοσηλευτική του σήμερα είναι ένα ανεξάρτητο, αυτόνομο και αυτορυθμιζόμενο επάγγελμα, με πρωταρχικό σκοπό του να βοηθήσει κάθε άρρωστο να επανακτήσει το μεγαλύτερο επίπεδο υγείας.

Σύμφωνα με την σύγχρονη αυτή φιλοσοφία της νοσηλευτικής, θεωρείται αναγκαίο ότι η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια/της του χειρουργείου πρέπει να "σπάσει τα σύνορα" και να επεκτείνει το ρόλο της για να πλησιάσει τον άρρωστο και έξω από τον τομέα του χειρουργείου, σε όλες τις φάσεις της προεγχειρητικής εμπειρίας του. Ο προσδιορισμός των τριών φάσεων έχει ως εξής :

A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η φάση αυτή αρχίζει από την ώρα που αποφασίζεται η εγχείρηση, μέχρι την ώρα που ο άρρωστος μεταφέρεται στο χειρουργικό τραπέζι. Στο νοσηλευτικό τμήμα που επισκέπτεται η Νοσηλεύτρια, συζητεί με τον άρρωστο και την οικογένειά του και κάνει την εκτίμηση της κατάστασής του.

Η συζήτηση τηρείται σε αυστηρά νοσηλευτικά όρια και δίνει έμφαση στην ικανοποίηση των ειδικών αναγκών κάθε αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια συμπληρώνει κάρτα πληροφοριών των αναγκών αυτών και σχεδιάζει την ειδική φροντίδα που απαιτείται στο χειρουργείο, π.χ. αν ο άρρωστος είναι ιδιαίτερα ανήσυχος ή έχει ακρωτηριασμένο πόδι ή είναι τυφλός ή φορά ακουστικά, αν είναι ξένος και δεν μιλά την γλώσσα μας κ.λπ.

Διδάσκει επίσης τον άρρωστο και εξηγεί τις φάσεις της εγχείρησης, προειδοποιεί στο τι αναμένεται, πληροφορεί τους συγγενείς, δίνει συμβουλές για την μετεγχειρητική αγωγή και τονίζει την ανάγκη της συνεργασίας του.

Η διδασκαλία αυτή θα πρέπει να γίνεται με λόγια κατανοητά, να αποφεύγονται όσο γίνεται οι επιστημονικοί όροι, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε και βοηθήματα, προκειμένου να καταλάβει αυτό που του λέμε. Η διδασκαλία της είναι συντονισμένη με αυτή της νοσηλεύτριας του τμήματος, στην οποία η νοσηλεύτρια του χειρουργείου δεν υπεισέρχεται. Για την συνέντευξη αυτή χρειάζεται κρίση, προσοχή και επιδεξιότητα. Δεν απαντά σε άμεσες ιατρικές ερωτήσεις, ενθαρρύνει όμως τον άρρωστο να ζητήσει περισσότερες λεπτομέρειες για την εγχείρησή του από τον χειρουργό του και τον αναισθησιολόγο, που θα τον επισκεφθεί την παραμονή του χειρουργείου. Προσέχει ώστε και η διδασκαλία και οι απαντήσεις να μην τρομοκρατήσουν τον ήδη φοβισμένο άρρωστο.

Παρατηρείται ότι ο άρρωστος πολλές φορές έχει ανάγκη να μιλήσει και να εξωτερικεύσει τους φόβους του απ' ότι πραγματικά θέλει να ακούσει. Κύριος στόχος λοιπόν είναι να ηρεμήσει ο άρρωστος.

- Εκτιμά το επίπεδο αντίληψης του αρρώστου.
- Ελέγχει τον φάκελλο και το προεγχειρητικό δελτίο.
- Αναγνωρίζει τον άρρωστο.

- Επαληθεύει το σημείο της εγχείρησης, εξετάζει εάν το χειρουργικό πεδίο είναι καθαρό και εάν είναι ντυμένος σωστά με τα ρούχα του χειρουργείου.
- Δίνει ψυχολογική υποστήριξη, και
- Ενημερώνει τα μέλη της χειρουργικής ομάδας για ειδικές ανάγκες, αν υπάρχουν.

Η αξία της προεγχειρητικής επισκέψεως και διδασκαλίας είναι ανυπολόγιστη για τον άρρωστο.

Από μελέτες, παρατηρήσεις και αξιολογήσεις αρρώστων και συγγενών, διαπιστώθηκε ότι η σωστή πληροφόρηση και η προεγχειρητική διδασκαλία, δεν ελαττώνει μόνο την προεγχειρητική ανησυχία τους, αλλά και βοηθά τον άρρωστο να συνεργασθεί καλύτερα στην μετεγχειρητική φάση. Σηκώνεται νωρίτερα από το κρεβάτι, χρειάζεται λιγότερα παυσίπονα, αναπνέει, βήχει και ανέχεται καλύτερα τους σωλήνες, άρα οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι λιγότερες και το ηθικό του υψηλό.

Οι άρρωστοι συχνά θεωρούν την νοσηλεύτρια σαν άτομο που ενδιαφέρεται γι' αυτούς και σαν λιγότερο επικίνδυνο από τα άλλα μέλη του προσωπικού υγείας κι έτσι είναι περισσότερο επιδεκτικοί στην διδασκαλία από την νοσηλεύτρια.

Εκτός από την διδασκαλία και την τόνωση του ηθικού του αρρώστου η μέριμνα της νοσηλεύτριας/τη του νοσηλευτικού τμήματος περιλαμβάνει την σωματική τόνωση του ασθενούς, τον προγραμματισμό της διενέργειας κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων που έχουν καθορισθεί απ' το γιατό, την τοπική και τελική προεγχειρητική ετοιμασία, καθώς επίσης την προετοιμασία κλίνης και θαλάμου όπου θα μεταφερθεί μετεγχειρητικά ο άρρωστος.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

Σε αυτή την φάση, που είναι και η κύρια ευθύνη της, η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια του χειρουργείου φροντίζει την διατήρηση της ασφάλειας του αρρώστου ως εξής :

- Η υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από την Προϊσταμένη ή την υπεύθυνο, η οποία πρέπει να υποδέχεται τον άρρωστο ήρεμα και ευγενικά. Ο άρρωστος σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την εμπειρία του στο χειρουργείο, από τον τρόπο που του γίνεται η υποδοχή, πρέπει δε να πιστέψει ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ότι το προσωπικό του χειρουργείου ενδιαφέρεται για το άτομό του.
- Δεν πρέπει να αφήνουμε μόνο του τον άρρωστο, μέχρι να μπει στην αίθουσα του χειρουργείου. Η αγωνία, η στενοχώρια, ο φόβος όλων των ημερών κορυφώνονται σε αυτή ακριβώς την ώρα που περιμένει. Ένα χαμόγελο, μια ευγενική χειρονομία γενικά μία ανθρώπινη ζεστή παρουσία αυτή την ώρα, είναι ότι καλύτερο γι' αυτόν.
- Οι συνομιλίες και οι κινήσεις του προσωπικού του χειρουργείου πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, έτσι ώστε να δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ηρεμίας για τον άρρωστο. Σπουδαιότερο ακόμη είναι : Να μην συζητούνται από το προσωπικό θέματα προσωπικά ή θέματα που αφορούν άλλους αρρώστους, γιατί είναι δυνατόν να παρεξηγηθούν από τον άρρωστο που περιμένει και θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ελαττώσουν την εμπιστοσύνη του και το αίσθημα ασφαλείας που πρέπει να νοιώθει στο περιβάλλον του χειρουργείου.
- Ακόμα, κατά την μεταφορά και τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι, έχει ηθική υποχρέωση το προσωπικό να μεταχειρίζεται τον άρρωστο

με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η ντροπή που νοιώθει ο άρρωστος για το γυμνό του σώμα που εκτίθεται σε κοινή θέα στα μάτια των άλλων, του προκαλεί μεγάλο stress. Θα πρέπει να είναι πάντα σκεπασμένος μέχρι να πάρει νάρκωση. Δεν πρέπει να τον μεταχειρίζεται σκληρά και αδιάφορα και να τον μετακινεί σαν άψυχο αντικείμενο. Πρέπει δε να εξηγεί στον άρρωστο το κάθε τι που του κάνει και ότι τα μέτρα που λαμβάνονται είναι για την ασφάλειά του.

- Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά κρατώντας του το χέρι, υποστηρίζοντάς τον ψυχολογικά μέχρι να πάρει νάρκωση και σίγουρα νοιώθει ασφαλής
- Όταν μεταφερθεί στο χειρουργικό τραπέζι, επιβλέπει την σωστή τοποθέτησή του σύμφωνα με την προεγχειρητική εκτίμηση που έχει κάνει, ώστε να υπάρχει λειτουργική ελευθερία στο σώμα του και επιβλέπει για την διατήρησή της μέχρι το τέλος της επέμβασης
- Ο κίνδυνος εγκαταλείψεως χειρουργικού υλικού (γάζα, βελόνα, εργαλείο) στο σώμα του αρρώστου είναι πολύ συχνός, γι' αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει εξασφαλίσει την σωστή καταμέτρηση εργαλείων, βελόνων, γαζών, πριν και μετά το τέλος της εγχείρησης. Οι καταμετρήσεις αυτές αναγράφονται στο δελτίο νοσηλείας του χειρουργείου και υπογράφονται. Οι γάζες θα πρέπει να φέρουν ακτινοσκοπική κλωστή για να ανιχνεύονται ακτινολογικώς σε περίπτωση απώλειας
- Η χειρουργική διαθερμία πρέπει να ελέγχεται για περίπτωση βλάβης στα καλώδια και στις πλάκες γείωσης ή και λάθους κατά την σύνδεση ή και το χειρισμό και να εφαρμόζεται σωστά στον άρρωστο. Ο κίνδυνος να υποστεί έγκαυμα ο άρρωστος, ή να έχουμε ανάφλεξη στο χειρουργείο από την διαθερμία είναι συχνός, εάν δεν εφαρμόζουμε τα προηγούμενα. Το πιο σωστό είναι να υπάρχουν διαθερμίες που διαθέτουν alarm.

- Απαιτείται να γίνεται γενικός έλεγχος της αποστείρωσης των αντικειμένων που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν στην επέμβαση, εξετάζοντας την ένδειξη των ειδικών δεικτών και ταινιών αποστείρωσης
 - Η εργαλειοδότρια, καθώς και το υπόλοιπο team χειρουργείου, θα πρέπει να τηρούν τους όρους της άσηπτης τεχνικής, καθ' όλη την διάρκεια της επέμβασης προς αποφυγή μετεγχειρητικών μολύνσεων.
 - Η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίζει, ώστε να υπάρχει η απαραίτητη ηρεμία, ο σωστός τρόπος συμπεριφοράς απ' όλους μέσα στην χειρουργική αίθουσα και γενικά όλες οι ενέργειές της να αποσκοπούν στην καλύτερη διεκπεραίωση της εγχείρησης με επιμελημένη χειρουργική τεχνική, ώστε να παρέχεται στον άρρωστο η μεγαλύτερη ασφάλεια
 - Επιβλέπει τις φυσιολογικές λειτουργίες, π.χ. μεγάλη απώλεια υγρών, λειτουργία καθετήρων, παροχετεύσεων κ.λ.π.
 - Ιδιαίτερη φροντίδα και προσοχή θα πρέπει να δίδεται σχετικά με τα παρασκευάσματα των αρρώστων. Είναι πολύ εύκολο να μπερδευτεί το παρασκεύασμα κάποιου αρρώστου με αυτό κάποιου άλλου ή ακόμα και να χαθεί ή να πεταχθεί από το τραπέζι εργαλειοδοσίας. Δημιουργούνται τότε σοβαρά προβλήματα στην διάγνωση και στην περαιτέρω θεραπεία και των δύο. Τα στοιχεία κάθε αρρώστου θα πρέπει να αναγράφονται στο σώμα του δοχείου και όχι στο σκέπασμα, γιατί αυτό μπορεί να αλλάξει. Επίσης τα στοιχεία θα πρέπει να καταχωρούνται στο βιβλίο παρασκευασμάτων και να υπογράφει το αρμόδιο προσωπικό του χειρουργείου, καθώς και του εργαστηρίου που τα περιλαμβάνει.
 - Θα πρέπει να καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα απαραίτητα στοιχεία της εγχείρησης (καταμετρήσεις γαζών, εργαλείων, ονόματα χειρουργών και αναισθησιολόγων,
-

νοσηλευτών, ώρα έναρξης και τέλος της εγχείρησης), αλλά και όλη η διεγχειρητική φροντίδα που δόθηκε, έτσι ώστε να επισημαίνονται οι νοσηλευτικές πράξεις που θα δώσουν άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο στην μετεγχειρητική περίοδο και θα βοηθήσουν επίσης την νοσηλεύτρια/τη του τμήματος να δώσει πιο εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ

- Στην ανάνηψη η προεγχειρητική νοσηλεύτρια μεταβιβάζει διεγχειρητικές πληροφορίες στο προσωπικό, όσον αφορά την εγχείρηση που έγινε, την εφαρμογή σωλήνων - καθετήρων κ.λ.π
- Εξηγεί αναπηρίες από την εγχείρηση και αδυναμίες
- Αναφέρει το προεγχειρητικό επίπεδο του αρρώστου.
- Ενημερώνει για ιδιαιτερότητες που εφαρμόστηκαν αν υπάρχουν.
- Επικοινωνεί με το προσωπικό της ανάνηψης, παρακολουθεί και ενημερώνεται για την αντίδραση του αρρώστου, κατά την παραμονή του στο χώρο της ανάνηψης

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

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά την μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η σωστή θέση προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπει την λειτουργία τυχόν παροχετεύσεων.
3. Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.

4. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνισή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της νοσηλεύτριας/τη.
5. Τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, εάν ο ασθενής φέρει κάποιο απ' αυτά.
6. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
7. Την ανακούφιση του αρρώστου, με την καλή νοσηλευτική φροντίδα από τον πόνο και άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 8 ώρες μετά την εγχείρηση.
8. Τη φροντίδα του τραύματος.

2.14 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΩΝ ΔΥΣΧΕΡΕΙΩΝ - ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

Μετά από μία εγχείρηση, ο ασθενής αντιμετωπίζει την εμφάνιση ανεπιθύμητων καταστάσεων, που τον κουράζουν και τον ταλαιπωρούν ή και επιβραδύνουν την ανάρρωσή του. Η γνώση των παραγόντων, που συντελούν στην εμφάνιση μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών και στην προφύλαξη από αυτές, καθώς και η γνώση των πρώτων συμπτωμάτων των μετεγχειρητικών επιπλοκών, βοηθά στην πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωσή τους.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία ενός ή και περισσότερων οργάνων. Σαν πιο συχνές μετεγχειρητικές δυσχέρειες - επιπλοκές αναφέρονται οι ακόλουθες :

ΠΟΝΟΣ : Η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος, επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Η νοσηλεύτρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο • του δίδει θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, • κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, • προστατεύει τον ασθενή κατά τον βήχα ή τους εμέτους και • όταν υπάρχει ανάγκη, του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον ιατρό.

ΕΜΕΤΟΣ : Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει έμετους, • η νοσηλεύτρια προμηθεύει νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

• Φροντίζει να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα και η στοματική κοιλότητα του ασθενούς, και • αναγράφει στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς τα έχοντα σχέση με τους έμετους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λπ.) Σε συνεχιζόμενους έμετους δυνατόν να γίνει διασωλήνωση στομάχου από την μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

SHOCK Ή ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ : Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα μέτρα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση του shock είναι : • Τοποθέτηση του αρρώστου σε αντίρροπη θέση για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου,

- θέρμανση του ασθενούς, • περιορισμός των κινήσεών του στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού, • καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από ιατρική εντολή, • χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό shock συνίσταται:

- στην προσπάθεια να αποβάλλει γρήγορα το ναρκωτικό, • στην ανακούφισή του από τον πόνο, • στην αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, • στην χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, • στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος, και τέλος • στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς.

ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΕΣ : Η πιο συχνή θρόμβωση αγγείου είναι η του μηρού. Συνίσταται στον σχηματισμό θρόμβου, ο οποίος εγκαθίσταται σε κάποιο από τα αγγεία που βρίσκονται "εν τω βάθει" ή "επιπολής".

Η πρόληψη συνίσταται σε : αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες, έγκαιρο σήκωμα απ' το κρεβάτι, ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας, αποφυγή εντριβών των άκρων.

Η θεραπεία συνίσταται σε : • απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μην μετακινηθεί ο θρόμβος, • τοποθέτηση του άκρου σε ανάρροπη θέση, για διευκόλυνση της κυκλοφορίας, • τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκελεπασμάτων, • τοποθέτηση θερμών, υγρών επιθεμάτων για ανακούφιση του αρρώστου, κατόπιν ιατρικής εντολής, • έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, σύμφωνα με εντολή ιατρού.

Το σήκωμα του ασθενούς από το κρεβάτι καθορίζεται επίσης από το γιατρό.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ : Η νοσηλεύτρια/της αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής : • θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον ιατρό, για την παροχή βοήθειας. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, αν είναι δυνατόν, πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική, δεν δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα, • έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και • ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, • τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, • τον ζεσταίνει, και • προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του, απομακρύνοντας κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού.

Στην συνέχεια ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ - ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ : Οφείλονται στον μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή του. Η πρόληψη της εκδηλώσεως αυτών των επιπλοκών περιλαμβάνει : • στενή παρακολούθηση του ασθενούς, μέχρι την τέλεια απονάρκωσή του, • ταχεία απονάρκωση του ασθενούς, • υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρησή του ζεστό. Προστασία του ασθενούς από ρεύματα αέρα, • έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση, • συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος, • ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος • περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα.

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ : Αυτή εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αναρρώσεως και οφείλεται στην μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται από ιατρό (ο οποίος πρέπει να ειδοποιηθεί επειγόντως) με παροχή μορφίνης και αντιπηκτικών φαρμάκων.

Παράγοντες που βοηθούν στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής είναι : • καθιστή στάση του ασθενούς στο κρεβάτι, • αναπνευστικές κινήσεις, • ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετά το πρώτο 24ωρο, • έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάσταση του το επιτρέπει, • αποφυγή στενής επιδέσεως του στήθους ή της κοιλίας, για να μην περιορίζονται οι κινήσεις των θωρακικών μυών και του διαφράγματος.

ΜΕΤΕΩΡΙΣΜΟΣ Ή ΤΥΜΠΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ : Κατά την επιπλοκή αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

Η προφύλαξη του ασθενούς από τον μετεωρισμό συνίσταται στην καταπολέμηση των αιτιών που τον προκαλούν, δηλαδή : • έγκαιρη αποβολή ναρκωτικού, • καλή προεγχειρητική καθαριότητα εντερικού σωλήνα, • έγκαιρο σήκωμα του αρρώστου από το κρεβάτι, εφόσον αυτό ενδείκνυται ιατρικώς, • αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια.

Η ανακούφιση του ασθενούς από την επιπλοκή αυτή περιλαμβάνει : • ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια, τοποθέτηση σωλήνα μέσα στο αλευθυσμένο, με το οποίο βοηθείται ο ασθενής στην αποβολή αερίων ή αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα, • τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο, η οποία αυξάνει τον όγκο των αερίων και την περισταλτικότητα του εντερικού σωλήνα, • χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, τα φάρμακα αυτά

χρησιμοποιούνται, εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες. Όταν περάσουν 20 περίπου λεπτά από την εκτέλεση της ενέσεως, τοποθετείται πάλι σωλήνας αερίων ή γίνεται μικρός υποκλυσμός με υπέρτονο διάλυμα (NaCl) 15 - 20% για αύξηση της περισταλτικότητας του εντέρου και βοήθεια για την αποβολή των αερίων.

ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ : Είναι η κατάσταση κατά την οποία, ο ασθενής ενώ έχει ούρα στην ουροδόχο κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει.

Η νοσηλεύτρια για την λύση της επισχέσεως χρησιμοποιεί τα ακόλουθα φυσικά μέσα : • αλλάζει την θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, • ανοίγει βρύση και αφήνει νερό να τρέξει (ο ήχος του νερού που ρέει διευκολύνει την ούρηση), • σηκώνει τον ασθενή και τον κρατάει όρθιο, εφόσον η κατάστασή του το επιτρέπει, • τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην ουροδόχο κύστη (εάν δεν υπάρχει τραύμα).

Εάν τα προαναφερθέντα μέσα δεν φέρουν το ποθούμενο αποτέλεσμα, • τοποθετείται σπασμολυτικό υπόθετο μετά από ιατρική εντολή και εάν και αυτό δε φέρει αποτελέσματα, • γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως. Ο καθετηριασμός είναι μέσον έσχατης ανάγκης, λόγω των κινδύνων στους οποίους υποβάλλει τον ασθενή.

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

Ο ασθενής προφυλάσσεται από την ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν : • υποστηρίζεται το ταύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης (όχι πια), • καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας και • διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα, όταν βήχει.

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

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μην θορυβήσει τον ασθενή, αλλά να τον καθυσηχάσει. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.

2.15 ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι καλή, η λήψη τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή. Έτσι γίνεται απαραίτητη η τεχνητή διατροφή μέσα από ρινογαστρικό σωλήνα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι : • Ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση, • Χειρουργική επέμβαση στη στοματική κοιλότητα, • Μεγάλου βαθμού ανορεξία, • Προβλήματα κατάποσης, • Μεγάλη αδυναμία, • Ψυχικά νοσήματα.

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

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

Ο ιατρός μαζί με την εντολή εφαρμογής της τεχνητής διατροφής, ορίζει και τον τρόπο χορήγησης του μίγματος. Πολλές φορές όμως

μπορεί να χρειασθεί να αποφασίσει η νοσηλεύτρια/της για τον τρόπο χορήγησης. Παράγοντες που πρέπει να πάρει υπόψη της είναι :

- Η κατάσταση του αρρώστου.
- Η γλοιώτητα του μίγματος
- Τα διαθέσιμα αντικείμενα.

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

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

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

Έτσι για την πρόληψη και αντιμετώπισή τους είναι απαραίτητα παρακάτω :

- Σχολαστικός καθαρισμός αντικειμένων τεχνητής διατροφής μετά από κάθε χρήση τους και αποστείρωσή τους κατά διαστήματα (η τεχνητή διατροφή δεν απαιτεί άσηπτη τεχνική).
- Διατήρηση του μίγματος στο ψυγείο ως την στιγμή της χορήγησής του.
- Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες.
- Πλύση του σωλήνα με 50 ml χλιαρού νερού μετά από κάθε γεύμα.
- Σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης, συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά ή εφαρμογή παγοκύστης γύρω από αυτόν για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- Θερμοκρασία μίγματος 37°C.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον στόμαχο κατά την σίτιση.
- Φροντίδα στόματος και ρωθώνων.

- Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σίτιση πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος. Πιθανή ανάγκη αραιώσης του μίγματος με μείωση των λιπών, που περιέχει. Αποφυγή κίνησης του αρρώστου 2 - 3 ώρες μετά την σίτιση.
- Σε περίπτωση διάρροιας, διακοπή σίτισης. Νέα εντολή με μίγμα που περιέχει λιγότερους υδατάνθρακες. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα από τον σωλήνα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου ή ανάρροιας : ανάρρολη θέση (αν επιτρέπεται), στροφή της κεφαλής στο πλάϊ και χαμηλά για παροχέτευση του εμέτου, αναρροφητήρας έτοιμος για χρησιμοποίηση δίπλα στον κωματώδη και ημικωματώδη άρρωστο.
- Αναγραφή της ποσότητας του μίγματος και του νερού, που χορηγείται κάθε φορά.
- Μέτρηση και αναγραφή του ποσού των ούρων. Μέτρηση και αναγραφή κάθε παθολογικής απώλειας υγρού.
- Χορήγηση 40 ml νερού κάθε 2 ώρες. Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης. Το νερό είναι απαραίτητο για τον μεταβολισμό αλλά και για την απέκκριση των προϊόντων μεταβολισμού των πρωτεϊνών. Τα υδατοηλεκτρολυτικά σύνδρομα που θα συμβούν, είναι στην αρχή υπέρτονη ελάττωση. Ιδιαίτερη προσοχή στους κωματώδεις, που δεν μπορούν να εκδηλώσουν το αίσθημα δίψας.
- Σε υπερήλικες αρρώστους χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.
- Επανεισαγωγή του γαστρικού υγρού που τυχόν αναρροφήθηκε στο στομάχι, για έλεγχο της θέσης του σωλήνα. Διαφορετικά, τα ποσά αυτά αθροισμένα αποτελούν μία σημαντική ποσότητα. Το αποτέλεσμα είναι μεταβολική αλκάλωση (βλ. σελ. 494

‘ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ’ ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ, Τόμος 2ος/Μέρος Β’)

- Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας άμεση αναφορά της, τροποποίηση του μίγματος για διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα από το σωλήνα.

2.16 ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ

Όταν λέμε γαστροστομία εννοούμε ένα άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου. Γίνεται με σκοπό την διατροφή του αρρώστου, όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από αυτό το επίπεδο.

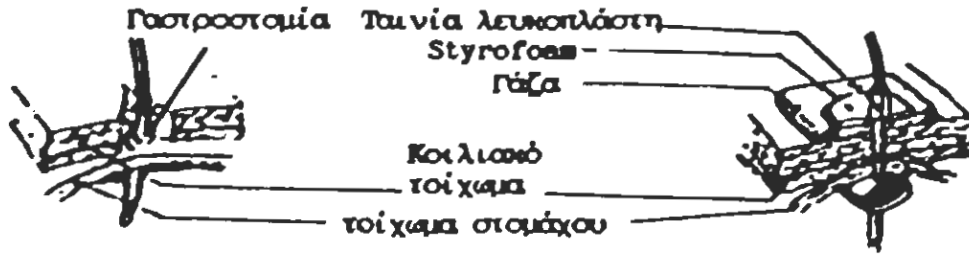
A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτή περιλαμβάνει :

- Εξήγηση του σκοπού της επέμβασης
- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες του αρρώστου.
- Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και το νέο τρόπο σίτισής του.

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Με τομή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός προσεγγίζεται το πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου στο οποίο γίνεται άνοιγμα. Μέσα στον στομάχο εισάγεται καθετήρας με πολλές οπές, απλός ή Folley. Το περιφερικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή, στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του (Εικ. 5.14).



Γ. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ :

Αυτή περιλαμβάνει :

- Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Χορήγηση υγρών μέσα από το σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%. Αρχικά, σε ποσότητα 50 - 100 ml και βαθμιαία ως 300 ml, αν τα ανέχεται ο άρρωστος.
- Χορήγηση από το σωλήνα τροφής σε ημίρευστη μορφή. Το μίγμα που συνήθως χορηγείται είναι : Γάλα 300 ml, κρέμα 280 ml, αυγά 6, ζάχαρη 6 κουταλιές, λάδι 2 κουταλιές, που περιέχει 2504 θερμίδες. Το μίγμα αυτό διαιρείται σε 4 ημερήσια και 3 νυχτερινά γεύματα.
- Χορήγηση 50 ml χλιαρού νερού για το πλύσιμο του αυλού του σωλήνα, μετά από κάθε γεύμα.
- Χορήγηση 50 ml νερού κάθε δύο ώρες.
- Αναγραφή σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.
- Αφαίρεση του σωλήνα μετά 5 - 6 μέρες και εισαγωγή νέου, που εισάγεται αφού προηγουμένως επαληθευθεί με βαζελίνη. Στερέωσή του

στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκοπλάστη, ο οποίος προηγούμενα περιβάλλει τον καθετήρα.

- Μετά, αλλαγή σωλήνα κάθε 2 - 3 ημέρες.
- Διδασκαλία αρρώστου για την τεχνική αλλαγής του σωλήνα, τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές).
- Φροντίδα περιστοματικού δέρματος. Καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίο του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.
- Μετά μερικές εβδομάδες, ο σωλήνας εισάγεται μόνο για σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκοπλάστη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η έννοια της λέξεως "αποκατάσταση" σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενή του κατάσταση, ύστερα από διατάραξη ή αλλαγή που δέχθηκε. Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά την διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας. Και ασφαλώς έτσι είναι όταν πρόκειται για την αποκατάσταση του αρρώστου μετά από χολοκυστεκτομή ή αφαίρεση ποδοκνημικού γύψου κ.α. Είναι όμως το ίδιο και για τον άρρωστο που ανθρώπινα δεν υπάρχουν ελπίδες επαναφοράς του στην προηγούμενή του κατάσταση;

Σήμερα, όταν μιλούμε για αποκατάσταση εννοούμε την προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει - βιο-ψυχολογικές - όσο και αν αυτές φαίνονται μικρές, για να ζήσει "ποιότητα ζωής" σήμερα, δηλαδή να μην κλαίει για το χθες και να μην τρέμει για το αύριο (βλ. σελ. 167 "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ", Τόμος Β', ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.). Για να γίνει όμως αυτό, η αρρώστια και στην προκείμενη περίπτωση ο καρκίνος, δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο οργανικά - που η αντιμετώπιση στο χώρο αυτό είναι πολλές φορές σχεδόν ανύπαρκτη - αλλά συγχρόνως ψυχολογικά και κοινωνικά.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από την στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον άρρωστο.

Η υποστήριξη του αρρώστου στην φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμα κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή ελέγξουμε αργότερα.

Επειδή όμως στην φάση αυτή - βοήθειας αποκαταστάσεως - του αρρώστου με μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. Πρέπει δηλαδή να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου επηρεάζουν τον άρρωστο και πως θα μπορέσουν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του. Επομένως, όταν μιλάμε για οικογενειακό και κοινωνικό παράγοντα στην αποκατάσταση του αρρώστου με καρκίνο, θα πρέπει να δούμε τους παράγοντες αυτούς με την δική τους άποψη : (1) το θετικό και υποστηρικτικό του ρόλο τους στον άρρωστο και (2) την ανάγκη των ιδίων των μελών αυτών των ομάδων για υποστήριξη.

Είναι γεγονός πως η αρρώστια αλλά και οι επιπτώσεις της θεραπείας απαιτούν αναπροσαρμογές που προϋποθέτουν ψυχολογική προετοιμασία, ανθρώπινη συμπαράσταση και κατάρτιση (εκμάθηση τεχνικών). Η αποκατάσταση με την σύγχρονη αυτή τάση θα βοηθήσει τον άρρωστο να εναρμονίσει τη ζωή του με την ποιότητα ζωής που μπορεί να έχει με τις ικανότητες που του έχουν μείνει.

Για να υλοποιηθεί η φιλοσοφία αυτής της αποκαταστάσεως θα πρέπει οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να φροντίζονται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρκιнологία και την ψυχολογία του αρρώστου με καρκίνο. Επομένως, οι ειδικότητες της Ογκολογίας και της Ογκολογικής Νοσηλευτικής θα καλύψουν ένα κενό, παράλληλα δε η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση θα συμβάλλουν στην σωστή αντιμετώπιση της τόσο

μεγάλης αυτής ομάδας του πληθυσμού. Εκτός από την εκπαίδευση, άλλος παράγοντας επίσης ουσιαστικός στην αποκατάσταση είναι η διαφώτιση της κοινωνίας με επιστημονικά μελετημένο τρόπο, ώστε να αλλάξει ο αποκλειστικός προσανατολισμός που σήμερα υπάρχει προς την έννοια καρκίνος σαν πρόβλημα και να κατευθυνθεί προς την αποκατάστασή του.

Τον τρίτο παράγοντα για την υλοποίηση της σύγχρονης φιλοσοφίας της αποκαταστάσεως του αρρώστου με καρκίνο αποτελούν τα ειδικά προγράμματα αποκαταστάσεως του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο νοσοκομείο και θα συνεχίζεται πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκαταστάσεως του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου.

Η έννοια της αποκαταστάσεως συνοψίζεται πολύ ωραία στις λέξεις μιας άρρωστης : "Εμείς που ζούμε με καρκίνο, θέλουμε να μεγιστοποιήσουμε το χρόνο μας και να αισθανόμαστε όσο γίνεται καλύτερα, μέσα στους περιορισμούς της αρρώστιας μας. Και για να το πετύχουμε, πρέπει να έχουμε τα απαραίτητα μέσα στην διάθεσή μας. Εμείς θέλουμε να μάθουμε, πως τον περισσότερο χρόνο μας να είμαστε ανεξάρτητοι από επαγγελματίες υγείας για κάθε μικρή μας απόφαση" (βλ. σελ. 251 "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ", ΠΑΤΗΡΑΚΗ Ε.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Η πρόοδος της Ιατρικής και της Βιολογίας έχουν συμβάλλει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, στην παράταση της ζωής σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών που έχουν αθεράπευτα νοσήματα, όπως είναι ο προκεχωρημένος καρκίνος. Όσο λοιπόν οι ασθενείς με καρκίνο ζουν περισσότερο, τόσο τροποποιείται η προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών και η αντιμετώπισή τους γίνεται περισσότερο ανακουφιστική και λιγότερο θεραπευτική. Τα αποτελέσματα αυτής της διαφοροποιήσεως είναι η δημιουργία μιας ιδιαίτερης κατηγορίας ασθενών "των καρκινοπαθών τελικού σταδίου", δηλαδή ασθενών που έχουν εξαντλήσει κάθε διαγνωστικό και θεραπευτικό χειρισμό στο νοσοκομείο και χρειάζεται μόνο συμπτωματική αγωγή και νοσηλευτικές φροντίδες.

Το τελικό στάδιο στον άρρωστο με καρκίνο είναι πολύ μακρύ σε χρόνο, πολύ επώδυνο, πολύ δύσκολο για τον άρρωστο, για τους συγγενείς και για τους λειτουργούς της υγείας που θα ασχοληθούν με τον άρρωστο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας σε αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις πρέπει να αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

Ο άρρωστος έχει ορισμένα δικαιώματα που πρέπει να του εξασφαλισθούν. Τα δικαιώματα αυτά είναι (βλ. σελ. 75 'ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ', ΒΙΒΛΙΟ : ΣΥΝΕΧΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ, ΚΑΤΣΙΓΙΑΝΝΗ Α') :

1. Να δέχεται συνεχή φροντίδα στις ανάγκες από εξειδικευμένο και ευαίσθητοποιημένο προσωπικό.
2. Να ανακουφίζεται στον πόνο που φέρει η νόσος.
3. Να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
4. Να βρίσκει ανταπόκριση στις ανάγκες γι' αγάπη, κατανόηση και για ασφάλεια.
5. Να διατηρεί την ελπίδα και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Ο νοσηλευτής/τρια είναι στο στάδιο αυτό της ζωής του, όπου κι αν βρίσκεται ο άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην ιδιωτική κλινική, ο συνδετικός κρίκος με όλους όσους μπορεί να του προσφέρουν κάτι. Όπως με το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και με το συγγενικό του περιβάλλον. Ο άρρωστος τον εμπιστεύεται περισσότερο από όλους τους άλλους, γιατί είναι εκείνος που θα εφαρμόσει κάθε τι που θα ανακουφίσει ψυχικά ή σωματικά.

Μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν τρία επίπεδα προσφοράς :

1. Εκείνο που πρέπει να γίνεται
2. Εκείνο που γίνεται
3. Εκείνο που μπορεί να γίνεται

Αυτή η κατηγορία των ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερο καθημερινό πρόβλημα, τόσο στον νοσοκομειακό χώρο όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον. Για την αντιμετώπιση αυτής της ειδικής κατηγορίας ασθενών απαιτούνται όχι μόνο σημαντικοί οικονομικοί πόροι, αλλά και καλή υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών (ιατρικών και νοσηλευτικών), πράγμα όχι πάντα εύκολο σε χώρες με

περιορισμένα οικονομικά μέσα όπως η Ελλάδα. Έτσι λοιπόν σαν μία εναλλακτική λύση παροχής ανακουφιστικής φροντίδας σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να θεωρηθεί και η νοσηλεία στο σπίτι από μία εξειδικευμένη υπηρεσία νοσηλευτική, αντί της κλασσικής νοσηλείας στο νοσοκομείο.

Τα πλεονεκτήματα της κατ' οίκον νοσηλείας είναι τα εξής :

- Αποσυμφορίζονται τα νοσοκομειακά κρεβάτια για να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που τα έχουν άμεση ανάγκη.
- Ελαττώνεται το κόστος νοσηλείας.
- Ο ασθενής είναι μακριά από επώδυνες νοσηλείες αναποτελεσματικές, το δε σπίτι είναι πιο φιλικό σε αυτόν, μακριά από τους θορύβους του νοσοκομείου, του επηρεασμού από τους άλλους ασθενείς και οι δικοί του είναι πιο κοντά του και πιο ήρεμοι.

Η δυνατότητα αυτή του προσφέρεται με την υπηρεσία "Νοσηλεία στο σπίτι" που υποστηρίζεται από το νοσοκομείο που εξαρτάται.

Εδώ αρχίζει ο τεράστιος ρόλος του νοσηλευτή/τριας, η τεράστια προσφορά της Νοσηλευτικής επιστήμης, η οποία χρειάζεται εξειδικευμένη παιδεία.

Στην Ελλάδα νοσηλεία στο σπίτι έχουν τα αντικαρκινικά "Μεταξά" και "Άγιοι Ανάργυροι". Τώρα άρχισε ο Ερυθρός Σταυρός και ετοιμάζεται ο "Άγιος Σάββας".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ (ΥΚΟΝ) ΤΟΥ Γ.Ο.Ν. ΚΗΦΙΣΙΑΣ "ΑΓ. ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"

Το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς "Άγιοι Ανάργυροι" αποφάσισε και δημιούργησε προ 5 ετών μια μικρή και ευέλικτη μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών, με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες του νοσοκομείου και των βορείων προαστείων της Αθήνας και που σήμερα καλύπτει όλη την Αθήνα πλην του Πειραιά.

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΔΟΜΗ :

Η υπηρεσία αυτή αποτελείται από Δ/ντή ιατρό, Προϊσταμένη, 3 νοσηλεύτριες εξειδικευμένες, γραμματέα, Κοινωνική λειτουργό και ψυχολόγο. Διαθέτει τέσσερα δικά της αυτοκίνητα πλήρως εξοπλισμένα με ιατροφαρμακευτικό και νοσηλευτικό υλικό, φορητές φιάλες οξυγόνου, ΗΚΓφους κ.λπ, για να καλύπτουν τις ανάγκες του καρκινοπαθούς. Η δε λειτουργία της καλύπτει πρωϊνό ωράριο 7 - 230 και υπάρχει τηλεφωνική κάλυψη όλο το 24ωρο, δίνοντας λύση στα έκτακτα προβλήματα.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ :

Προκειμένου ο ασθενής να νοσηλευθεί στο σπίτι του, εκτός της σωστής οργανωτικής και οικονομικής υποδομής της μονάδας κατ' οίκον νοσηλείας, πρέπει να διασφαλίζονται και οι παρακάτω προϋποθέσεις :

1. Απαραίτητη θεωρείται η συγκατάθεση του ασθενούς και η συνεργασία του.
2. Να μην έχει ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής παρακολούθησής.
3. Απαραίτητη η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος, διότι συμβάλλει ενεργά στην καλή νοσηλεία του ασθενούς, στην δημιουργία κλίματος ασφάλειας, στην κοινωνική επανένταξή του και τέλος στην ηθική και ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της νόσου.
4. Στοιχειώδης οικονομική δυνατότητα.
5. Ασφαλιστική κάλυψη, προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι έκτακτες ανάγκες που παρουσιάζονται συχνά στους χρόνιους αυτούς ασθενείς.
6. Κοινωνική πραγματικότητα και κοινωνικός περίγυρος, στοιχεία που διερευνώνται από την κοινωνική λειτουργό, ώστε στην συνέχεια να ενεργοποιηθούν οι κοινωνικοί φορείς, φιλανθρωπικοί σύλλογοι, εκκλησιαστικές οργανώσεις για την συμμετοχή τους στα προβλήματα του καρκινοπαθούς.
7. Δυνατότητα άμεσης και ταχείας αντιμετώπισης των έκτακτων αναγκών σε μονάδα βραχείας νοσηλείας.

ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ:

Η νοσηλεύτρια/της έχει την δυνατότητα στο σπίτι του ασθενούς να αναπτύξει πολλαπλές δραστηριότητες και να ασχοληθεί με το σύνολο των προβλημάτων του ασθενούς. Στις νοσηλευτικές της φροντίδες περιλαμβάνονται: α) τακτική παρακολούθηση του ασθενούς και η πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών από μέρους του, β) η πραγματοποίηση των απαραίτητων εργαστηριακών εξετάσεων (διάφορες καλλιέργειες, ΗΚΓ κ.λπ.), γ) αλλαγές τραυμάτων, δ)

αλλαγές ουροκαθετήρων, ε) φροντίδα των μόνιμων φλεβοκαθετήρων (HICKMAN - INTRAPORT κ.λ.π.), στ) παρεντερική χορήγηση ορών και μεταγγίσεων, ζ) εφαρμογή χημειοθεραπειών, η) φροντίδα κολοστομιών ουρητηροστομιών.

Οι παραπάνω φροντίδες πραγματοποιούνται αποκλειστικά από τις έμπειρες και εξειδικευμένες νοσηλεύτριες της "μονάδας κατ' οίκον νοσηλείας", χωρίς την συμμετοχή άλλου βοηθητικού προσωπικού, πάντα όμως υπό την κάλυψη και τις ιατρικές οδηγίες του υπεύθυνου γιατρού της μονάδας. Από τις αναφερθείσες νοσηλευτικές φροντίδες θα πρέπει να σταθεί κανείς για λίγο στην εφαρμογή Μεταγγίσεων και Χημειοθεραπειών.

Η εφαρμογή Μεταγγίσεων αφορά πάντα ασθενείς του Γ.Ο.Ν.Κ. και γίνεται με την παρουσία γιατρού της κλινικής που παρακολουθείται.

Η εφαρμογή χημειοθεραπειών πραγματοποιείται πάντα παρουσία της Προϊσταμένης της μονάδας - πλην εκείνων που αφορούν 24ωρη έγχυση με αντλία Micreal - και μετά από αυστηρά προγραμματισμένες οδηγίες του θεράποντος ιατρού, ώστε η χορήγηση κυτταροστατικών να είναι ασφαλής.

Εκτός της προσφοράς των παραπάνω νοσηλευτικών φροντίδων η νοσηλεύτρια έχει και μια άλλη αποστολή σημαντική και αυτή, είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην προοδευτική προσαρμογή, εκτίμηση και σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς, τόσο από μέρους της νοσηλευτικής υπηρεσίας, όσο και της οικογένειάς του.

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΚΟΝ:

Η ΥΚΟΝ έχει συντονιστικό χαρακτήρα ως προς όλες εκείνες τις υπηρεσίες που θα διευκόλυναν την αποκατάσταση και ποιότητα ζωής του ασθενούς ή και θανάτου, αλλά και την ανακούφιση της οικογένειας δεδομένου ότι ο καρκινοπαθής κατά γενικό κανόνα είναι άτομο με αυξημένες σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες. Έτσι ενεργοποιεί φορείς, υπηρεσίες αλλά και άτομα που θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στην εκάστοτε περίπτωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ :

Αυτά θα μπορούσαν να χωρισθούν σε τέσσερις κατηγορίες :

1. Σε εκείνα που αφορούν αυτό καθ' αυτό την εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων στο σπίτι.
2. Σε εκείνα που αφορούν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών.
3. Σε εκείνα που αφορούν την αντιμετώπιση και συνεργασία νοσηλεύτριας - ασθενούς - οικογένειας.
4. Σε εκείνα που αφορούν το θεσμικό πλαίσιο και την λειτουργία της υπηρεσίας.

Στην πρώτη κατηγορία εμπεριέχονται όλες οι νοσηλευτικές πράξεις που προαναφέρθηκαν με την ιδιαιτερότητα ότι γίνονται στο σπίτι χωρίς τεχνική υποδομή, βοήθεια και πολλές φορές άνεση χώρου και κινήσεων.

Έτσι λοιπόν το πρόβλημα δεν τίθεται π.χ. πώς θα βάλεις έναν ορό, αλλά που θα τον κρεμάσεις, ούτως ώστε να είναι εύκολη η παρατήρησή του και η αλλαγή όταν η νοσηλεύτρια δεν θα είναι εκεί. Δηλαδή ο προβληματισμός μπαίνει όχι στην εκτέλεση αυτής καθ' αυτής της

πράξης, αλλά στο πώς θα γίνει καλά στις υπάρχουσες συνθήκες κάθε σπιτιού σε σχέση με τον ασθενή και το περιβάλλον.

Έτσι λοιπόν, όλα εξαρτώνται από την εμπειρία, την εφευρετικότητα και προνοητικότητα της νοσηλεύτριας.

Στην *δεύτερη* κατηγορία ανήκουν αυτά που αφορούν τα συμπτώματα, όπως ο πόνος που αφορούσε μία αναλογία 66%. Καταβλήθηκαν συντονισμένες προσπάθειες από την νοσηλευτική υπηρεσία και την ομάδα κλινικής πόνου του νοσοκομείου, με σκοπό να επιτύχουμε σωματική και ψυχολογική αποκατάσταση του πόνου του καρκινοπαθούς αρρώστου. Κατ' αρχάς η παρέμβαση ήταν φαρμακευτική, συμπτωματική και περιλάμβανε τη χορήγηση από παυσίπονα, μυοχαλαρωτικά, αντικαταθλιπτικά μέχρι ναρκωτικά, βάσει πάντοτε των ιατρικών οδηγιών, ενώ εκ παραλλήλου εγίνονταν προσπάθειες ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς.

Ένα δεύτερο πρόβλημα ήταν διαταραχές αναπνευστικού, (δύσπνοια, βήχας κ.λπ.), σε αναλογία 29%. Η αντιμετώπισή τους ήταν αιτιολογική και άλλοτε συμπτωματική. Στις περιπτώσεις όμως συλλογής υγρού σοβαρών πνευμονικών λοιμώξεων κ.λπ, τότε η αντιμετώπισή τους γινόταν ενδονοσοκομειακώς.

Ένα τρίτο σημαντικό πρόβλημα ήταν το πρόβλημα της διατροφής σε μία αναλογία 10 - 35% των ασθενών με εκδηλώσεις όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, εμέτους, διάρροιες, δυσκοιλιότητα κ.λπ. Εδώ ο ρόλος του προσωπικού ήταν βασικής σημασίας, διότι όχι μόνο έπρεπε να πληροφορήσουν τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον, αλλά και να τους εκπαιδεύσουν στην προετοιμασία και παρουσία της τροφής, στα διάφορα είδη τροφών, στους τρόπους χορηγήσεως αυτών, στην δημιουργία ευχάριστου κλίματος και σε κάθε άλλη λεπτομέρεια που θα

βοηθούσε ουσιαστικά τον άρρωστο στην κατά το δυνατόν πιο σωστή διατροφή του.

Όσον αφορά άλλα προβλήματα όπως αιμορραγίες, δερματικά προβλήματα, ηλεκτρολυτικές διαταραχές κ.λπ. ήταν λιγότερο πιεστικά και παρατηρήθηκαν σε μικρότερη αναλογία.

Η *τρίτη* κατηγορία αφορά την αντιμετώπιση και συνεργασία της νοσηλεύτριας εκ μέρους του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Κατά κανόνα δεν υπάρχει πρόβλημα. Το προσωπικό πολύ λίγες φορές αντιμετώπισε την καχυποψία και την αμφισβήτηση και τούτο σε άτομα συνήθως πολύ ταλαιπωρημένα από την νόσο, που όμως μετά από μερικές επισκέψεις, το πρόβλημα εξαφανιζόταν και τη θέση του έπαιρνε η συνεργασία, η κατανόηση, η ηρεμία.

Δεν είναι λίγες δε οι περιπτώσεις της ψυχολογικής εξάρτησης ασθενών από την νοσηλεύτρια.

Η *τέταρτη* κατηγορία προβλημάτων ίσως είναι η πιο δύσκολη. Είναι εκείνη που αφορά το θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο της ΥΚΟΝ.

Ο "θεσμός" της ΥΚΟΝ μετρά μόλις 12 χρόνια (1979 στο Μεταξά - 1986 Αγ. Ανάργυροι) στην Ελλάδα και αυτό ανεπίσημα, στηριζόμενη στο φιλότιμο και το κέφι μιας ομάδας γιατρών και νοσηλευτών που ξεκίνησαν με πολύ αγάπη για τον συνάνθρωπο και μάλιστα καρκινοπαθή, ελπίζοντας πως κάποτε η Πολιτεία θα έβλεπε πόσο σημαντικό ήταν και θα έπαιρνε θέση. Όμως, πέρασε η πρώτη δεκαετία και στο ξεκίνημα της δεύτερης με αγώνες και πιέσεις κατάφεραν ο θεσμός να βρίσκεται στο προσχέδιο για την υγεία που θα ψηφισθεί.

Ως εκ τούτου τα προβλήματα παραμένουν ακόμη και η λειτουργία των δύο υπηρεσιών δεν μπορεί να εξαπλωθεί, διότι δεν μπορείς μια ζωή να στηρίζεις στο φιλότιμο και την ευσυνειδησία των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

1. Η ΥΚΟΝ για να λειτουργήσει πλήρως πρέπει να είναι 24ωρου βάσεως, με εφημερίδες Νοσηλευτών και υποστηριζόμενη από μονάδες βραχείας νοσηλείας για τα έκτακτα περιστατικά.
2. Να υπάρχει υπεύθυνος γιατρός για την ρύθμιση των ιατρικών οδηγιών.
3. Έμπειρες νοσηλεύτριες με σφαιρική γνώση της νοσηλευτικής, που μπορούν να καλύψουν όλες τις έκτακτες ανάγκες των ασθενών.
4. Υλικοτεχνική υποδομή : Αυτοκίνητα εξοπλισμένα, κτιριακή εγκατάσταση, υπηρεσίες κ.λ.π.
5. Κίνητρα για την προσέλευση του νοσηλευτικού προσωπικού, διότι :
 - Η εργασία με τον καρκινοπαθή είναι επίπονος και ψυχοφθόρα.
 - Η νοσηλεύτρια είναι εκτεθειμένη στους κινδύνους της οδήγησης με όλες τις καιρικές συνθήκες.
 - Αμοιβή για τις εφημερίες που κάνει και τώρα δεν πληρώνεται.
 - Άδεια ετήσια μεγαλύτερη - τουλάχιστον 45 ημέρες εργάσιμες - για να μπορεί να αντέξει την ψυχολογική φθορά που υφίσταται αντιμετωπίζοντας κάθε μέρα το θάνατο.

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ :

Με την συμπλήρωση πέντε (5) ετών (το 1991) λειτουργίας της μονάδας, ορισμένα πρώιμα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν για τους αυξημένους κινδύνους που αφορούν τόσο την σωματική, όσο και την ψυχική υγεία των νοσηλευτριών. Και ο μεν κίνδυνος της σωματικής υγείας είναι ένας επαγγελματικός κίνδυνος που αναμένεται από όλες μας, λόγω της ανθυγιεινής και επιπόνου

εργασίας μας, ο κίνδυνος όμως βλάβης της ψυχικής μας υγείας δεν αναμένετο να είναι τόσο μεγάλος και μας ξάφνιασε το πόσο γρήγορα μπορεί μια τέτοια προσφορά υπηρεσιών να διαβρώσει την ψυχική μας ισορροπία" (βλ. σελ. 64 "ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ Ν.Φ. ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ". Κεφ: "ΟΙΚΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ Β.Β. ΧΑΛΑΣΤΑΝΗ, Προϊσταμένη νοσηλευτικού τμήματος "Οίκοι Νοσηλείας" Ογκολογικού Νοσοκομείου "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ").

Ο παραπάνω κίνδυνος δημιουργείται από την καθημερινή επαφή της νοσηλεύτριας με τον καρκινοπαθή άρρωστο που έχει πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων και του οποίου η πορεία και το τέλος είναι σαφώς προδιαγεγραμμένα. Οι επιδράσεις αυτές επηρεάζουν δυσμενώς τον ψυχισμό της νοσηλεύτριας και έχουν συχνά αντίκτυπο στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική της ζωή. Βέβαια, ακόμη είναι νωρίς να βγουν τελικά συμπεράσματα ως προς τις μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις ή όχι στο νοσηλευτικό προσωπικό, πριν συμπληρωθεί ένα ικανό χρονικό διάστημα της μονάδας νοσηλείας καρκινοπαθών τελικού σταδίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Το πρόβλημα του πόνου υπάρχει στο 1/2 των περιπτώσεων στα αρχικά στάδια, αλλά φθάνει το 60 - 80% στο προχωρημένο ή τελικό στάδιο της νόσου (βλ σελ. 46 "Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ" ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ). Ωστόσο, η ιατρική ογκολογία μόνο τα τελευταία χρόνια άρχισε να ασχολείται συστηματικά με το πρόβλημα του πόνου στον ασθενή με καρκίνο.

Ο πόνος στον καρκίνο είναι συνήθως αποτέλεσμα πύεσεως αισθητικών απολήξεων των νεύρων, πύεσεως οργάνων, εξελκώσεως ή μολύνσεως του όγκου. Ο ίδιος ο όγκος δεν πονεί. Ο πόνος μπορεί να εμφανισθεί κατά την πορεία της αρρώστιας ή με την εφαρμογή χειρουργικής επεμβάσεως ή θεραπείας με ακτινοβολία και αποτελεί πρώιμο αλλά και όψιμο σύμπτωμα της αρρώστιας. Γενικά εμφανίζεται σε προχωρημένα στάδια, γι' αυτό και ο άρρωστος δεν καταφεύγει έγκαιρα στο γιατρό.

Οι ασθενείς περιγράφουν πόνο που : α) δεν είναι δυνατόν να προβλέψουν πότε θα τελειώσει, β) χειροτερεύει μάλλον παρά βελτιώνεται, γ) χωρίς φαινομενική αιτία, δ) εξαπλούται μέχρι να αποσπάσει πλήρως την προσοχή του αρρώστου απομονώνοντάς τον από το περιβάλλον.

Η πρωταρχική θεραπεία του πόνου, που προκαλεί ο καρκίνος, είναι η αφαίρεση, η καταστροφή ή η μείωση του μεγέθους του όγκου. Και

όταν η θεραπεία (αντιμετώπιση) του πόνου είναι αδύνατον να γίνει, με τον περιορισμό της εντάσεώς του βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια/της έχει πολύ πιο μεγάλη ευθύνη στην προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για τον περιορισμό του πόνου από την απλή χορήγηση φαρμάκων. Ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να γίνει με πλησίασμα του αρρώστου γεμάτο σκέψη και συνέπεια. Ο τρόπος που η νοσηλεύτρια/της αντιμετωπίζει τον πόνο του αρρώστου επηρεάζει την ένταση (stress) και το άγχος του. Ο πόνος γίνεται αφόρητος, όταν η κατανόηση και το προσωπικό ενδιαφέρον δεν εκδηλώνονται και νομίζει ότι τον παραμελούν όλοι.

Υπάρχουν πολλά ενοχλήματα, εκτός από τον πόνο που κουράζουν τον άρρωστο και τον κάνουν ευαίσθητο στον πόνο. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια για την ανακούφιση του αρρώστου από όλα τα ενοχλήματα με κατανόηση και αποδοχή των προβλημάτων του.

Ορισμένες αρχές που μπορούν να κατευθύνουν τη νοσηλεύτρια/τη στην προσπάθειά της να περιορίσει τον πόνο του αρρώστου είναι οι εξής:

- Μείωση των παραγόντων στο περιβάλλον που δημιουργούν στον άρρωστο ένταση.
- Πρόληψη των δυσάρεστων επιπτώσεων της ακινησίας και της παραμονής στο κρεβάτι (κατακλίσεις, δυσκοιλιότητα, συσπάσεις μυών, λοιμώξεις ουροποιητικού συστήματος).
- Πρόληψη των καταθλιπτικών επιπτώσεων της στερήσεως των αισθητικών ερεθισμάτων που έχουν σχέση με την ακινησία, την προστατευτική απομόνωση ή την απομόνωση για την ακτινοβολία που εκπέμπει.

- Βοήθεια του αρρώστου να διατηρείται πολύ καθαρός και να ελέγχει την κακοσμία.
- Χρησιμοποίηση διακριτικής προσέγγισης και ήπιου τόνου φωνής στην επαφή με τον άρρωστο.
- Πλησίασμα του αρρώστου πάντοτε με προσοχή και εκδήλωση ενδιαφέροντος.
- Διδασκαλία του αρρώστου πως να αποφεύγει τραύμα και μόλυνση, παράγοντες που αυξάνουν τον πόνο και περιορίζουν το βαθμό της ανεκτικότητάς του σε αυτόν.
- Διερεύνηση αν, εκτός από το φυσικό πόνο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, που συμβάλλουν στην γέννηση ή την επιδείνωση ή την μείωσή του.
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση.
- Διερεύνηση αν η έλλειψη του ύπνου, υπερβολική κόπωση κ.α., μπορούν να είναι αίτια, που γεννούν τον πόνο ή τον επιδεινώνουν.
- Διερεύνηση κατά πόσο ο πόνος είναι εντονότερος την νύχτα. Σε τέτοια περίπτωση δίνονται, μετά από συννεύση με το γιατρό, κατευναστικά φάρμακα ή υπνωτικά.

Αν χρειάζονται φάρμακα για την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο, πρέπει να περιορίζονται από τον γιατρό. Στην επιλογή ενός ή περισσότερων φαρμάκων έχουμε υπόψιν τα εξής :

- α. Τα χαρακτηριστικά του πόνου.
- β. Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον άρρωστο.
- γ. Ποιό είναι το προσδόκιμο επιβιώσεως του αρρώστου.
- δ. Αν μπορεί κάτι να γίνει με το αίτιο που προκαλεί τον πόνο. Αν μπορεί να απομακρυνθεί ή όχι.
- ε. Αν ο εθισμός στο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα. Για αρρώστους που ο χρόνος επιβιώσεως προβλέπεται να είναι

μικρός, ο περιορισμός των ναρκωτικών φαρμάκων, για τον κίνδυνο του εθισμού, είναι εγκληματικός.

Αν και υπάρχουν πολλά άλλα μέσα για τον έλεγχο του πόνου, εκτός από τα φάρμακα, τα τελευταία αυτά δεν παύουν να παίζουν ρόλο στον έλεγχό του.

Κατά την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να ξεχνά ότι σε ένα βαθμό τα φάρμακα ανακουφίζουν αν ο άρρωστος πιστεύει πως τον ωφελούν.

Μερικές φορές η νοσηλεύτρια προσπαθεί να προστατεύσει τον άρρωστο από τον κίνδυνο εθισμού και αραιώνει το διάστημα μεταξύ των δύο χορηγήσεων του φαρμάκου. Τα αποτελέσματα μίας τέτοιας πρωτοβουλίας της, είναι το φάρμακο να μην επιδράσει αποτελεσματικά όταν ο πόνος είναι δυνατός και ο άρρωστος να πάψει να πιστεύει ότι είναι αποτελεσματικό το φάρμακο.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να θυμόμαστε πως : υπάρχουν πολλά φάρμακα που ελέγχουν μερικώς τον πόνο του αρρώστου. Με την νοσηλευτική όμως αξιολόγηση του αρρώστου και την χρησιμοποίηση όλων των κατάλληλων μέσων προσεγγίσεως και βοήθειας του είναι δυνατόν να πετύχουμε, ώστε οι άρρωστοι με καρκίνο να μην έχουν ανυπόφορο πόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου, δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από την φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνά μορφωμένοι άνθρωποι μεγαλώνουν στην ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, και αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται στάδια αβεβαιότητας.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια. Η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς

παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μία αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι άθελά μας απορρίπτουμε ότι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία. Αλλά αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη "καρκίνος" στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό "αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει και εμένα (άρρωστος). Αλλά εάν είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας καταστάσεως, είμαι κι εγώ" (βλ. σελ. 161 "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" Τόμος Β' Μέρος 2ο, ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ).

Η άρνηση της αποδοχής της διαγνώσεως; της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σε αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής προγνώσεως. Προσοχή χρειάζεται στην συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Όταν ο άρρωστος αρχίσει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας του και πως τίποτα δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε μελαγχολεί και εισέρχεται σε μια φάση καταθλίψεως. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου, είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε

κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.

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

Εκτός όμως από την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να κατευθύνει τη φροντίδα της και στην οικογένεια του καρκινοπαθούς. Οι άρρωστοι συνήθως είναι μέλη οικογένειας. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοί τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σε αυτά, όσο είναι δυνατόν.

Η σκέψη πως βρισκόμαστε μπροστά σε άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς το θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο, μας δημιουργεί επιτακτική την ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματά του απέναντι στο θάνατο. Η νοσηλεύτρια, που έχει κάνει προσωπική την χριστιανική διδασκαλία για το θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και δύναμη.

Κάθε περίπτωση αρρώστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών

παραγόντων, όπως θεραπευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνικής τάξεως κ.λπ.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον άρρωστό της για την μετάβαση από την παρούσα στην μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθεί στην μείωση της ψυχικής εντάσεως, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

**ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΣΤΟΜΑΧΟΥ (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ)**

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Ρ.____ Η.____ **ΗΛΙΚΙΑ** : 73
ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Καρκίνος στομάχου
ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 9/12/1994
ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 13/12/1994 (ΘΑΝΑΤΟΣ)

Νέος ασθενής εισήλθε στην Κ/Χ του Γ.Π.Ν. "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" στις 9/12/1994, με διάγνωση καρκίνο στομάχου.

Από υπολογιστική τομογραφία άνω κοιλίας που έγινε στις 28/11/1994 διαπιστώθηκαν τα εξής : Ευμεγεθής μάζα εκ μαλακών μορίων στην μεσότητα του ελάσσονος τόξου του στομάχου, η οποία προκαλεί σκιαγραφικό έλλειμμα, διηθεί το μυϊκό τοίχωμα αυτού και εξέρχεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Διαπιστώθηκαν επίσης δευτεροπαθείς εναποθέσεις στο ήπαρ και διογκωμένοι περιτοναϊκοί λεμφαδένες.

Κύρια αιτία εισόδου του ασθενή στο νοσοκομείο ήταν η ανάγκη εφαρμογής Ο.Π.Δ., λόγω αδυναμίας λήψεως τροφής από το στόμα.

Η γενική κατάστασή του ήταν αρκετά βαριά (ολιγουρία, υπόταση, ταχυσφυγμία, αναπνευστική δυσχέρεια κ.λπ.) και παρά τις επίμονες ιατρικές και νοσηλευτικές προσπάθειες, δεν υπήρχε ουσιαστική ανταπόκριση.

Τελικά ο ασθενής απεβίωσε στις 13/12/1994 (4η ημέρα νοσηλείας).

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<ul style="list-style-type: none"> • Ολιγουρία (ούρα 24ώρου - 600 cc) • Οίδημα άκρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου • Αντιμετώπιση της ολιγουρίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκλήθη καρδιολόγος για εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς • Συνεστήθη χορήγηση Lasix και Digoxin. • Συνεστήθη μέτρηση ούρων 24ώρου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε 1 amp Lasix IV και 1 amp Digoxin IV (ογκομετρικό) • Έγινε τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Foley και ογκομετρικού για την μέτρηση ούρων 24ώρου. 	<p>Η κατάσταση δεν βελτιώθηκε. Ο ασθενής συνεχίζει να έχει ολιγουρία, με αποτέλεσμα την IV χορήγηση μέσα στις επόμενες 8 ώρες 2 ακόμα amp Lasix με IE, χωρίς όμως ανταπόκριση.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Πυρετός (38,6°C) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος • Ανακούφιση του ασθενούς από τις δυσμενείς επιπτώσεις του πυρετού. • Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενήμερωση του ιατρού. • Προσπάθεια μείωσης της θερμοκρασίας με φυσικά μέσα. • Εφαρμογή τρίωρης θερμομέτρησης • Συνεστήθη χορήγηση αντιπυρετικού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα • Ο ασθενής ενυδατώνεται επαρκώς από τους ορούς που παίρνει (Nogmal o/x 5%, Ringer's → Ix1). • Χορηγήθηκε με IE 1 amp Aprotel (IM) • Γίνεται τρίωρη θερμομέτρηση σε κάθε βάρδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά • Μετά την χορήγηση αντιπυρετικού, η θερμοκρασία "κατέβηκε" στους 37,2°C. Στην επόμενη όμως βάρδια, θερμοκρασία και πάλι 38°C.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<ul style="list-style-type: none"> • Υπόταση (95 mmHg) • Ταχυσφυγμία (150/min) 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντμετώπιση της υπότασης και της ταχυσφυγμίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκλήθη άμεσα καρδιολόγος • Έγινε λήψη ΗΚΓ για εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας • Μετά την εκτίμηση του ΗΚΓ και της γενικής κατάστασης του αρρώστου από τον καρδιολόγο, συνεστήθη έναρξη χορήγησης Angoron. • Παρακολούθηση ΑΠ και σφύξεων σε κάθε βάρδια. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ετέθησαν 2 amp Angoron σε 250 ml ορό D/X 5% να πέσουν σε δύο ώρες • Σε κάθε βάρδια γίνεται ζωρη λήψη ΑΠ και σφύξεων. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μία μέρα μετά την έναρξη χορήγησης του Angoron : ΑΠ - 100 mmHg και σφ. - 80/min
<ul style="list-style-type: none"> • Αναπνευστική δυσχέρεια • Ταχύπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Εκλήθη ιατρός, ο οποίος μετά από εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς συνέστησε χορήγηση O₂ και Solu - cortef 	<ul style="list-style-type: none"> • Ετέθη O₂ με μάσκα Venturi (4 l/1atm). • Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση • Χορηγήθηκε 1 fl Solu-cortef 250 mg IV. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μικρή βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας • Βαριά γενική κατάσταση

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1) • Αδυναμία λήψης τροφής από το στόμα	(2) • Κάλυψη ενεργειακών αναγκών ασθενούς	(3) • Προγραμματίστηκε έ-ναρξη Ο.ΠΔ • Καθορισμός από τον ιατρό του σχήματος Ο.ΠΔ που θα δοθεί στον άρρωστο (σύμφωνα με την κατάσταση του, το βάρος, το ύψος του κ.α.)	(4) • Ο ασθενής άρχισε (τη 2η ημέρα νοσηλείας του) Ο.ΠΔ. (Aminoplasmal L-10 970 ml, DX 7,5% 380 ml, Liprofundin -20% 330 ml, Water for injection 900 ml, Nonan 1 fl, Zinc 1 fl, Karavit 1 fl, Soluvit + Vitalipid 1+1, Actrapid insuline 10 IV, Solu-cortef-100 04, ml, Hepagine 5000/ml 1 cc) Ρυθμός χορήγ.: 113 ml/R	(5) • Το σχήμα της Ο.ΠΔ είναι 1680 θερμίδων και καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες του ασθενούς (Λεύκωμα 90 gr)
• Αδυναμία λήψης τροφής από το στόμα (Ο.ΠΔ.)	• Πρόληψη τυχόν επιπλοκών από την εφαρμογή Ο.ΠΔ.	• Συλλογή ούρων 24ώρου • Εξέταση σακχάρου. • Παρακολούθηση ζωτικών σημείων	• Γίνεται λήψη Ζ.Σ. κάθε 4 - 6 h. • Κάθε 6 ώρες γίνεται εξέταση ούρων για έλεγχο σακχάρου και ακετόνης, γιατί η Ο.ΠΔ περιέχει σάκχαρο. • Γίνεται μέτρηση ούρων 24ώρου.	• Ο ασθενής παρουσίασε πυρετό (θ: 38°C)

• Ολιγουρία
(Απογευματινή βάρδια : 200 cc)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1) • Ανάγκη διενέργειας γαστροσκοπήσης	(2) • Επανεκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.	(3) • Ο ασθενής δεν πήρε τροφή και υγρά μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκοπηση και να αποφευχθεί τυχόν έμετος	(4) • Η εξέταση δεν έγινε, γιατί ο ασθενής απεβίωσε	(5) -----
• Ανάγκη διενέργειας βαριούχου γεύματος	• Επανεκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.	• Ο ασθενής παρέμεινε νηστικός το προηγούμενο βράδυ της εξέτασης	• Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ακτινολογικό τμήμα, όπου έγινε το βαριούχο γεύμα.	• Το αποτέλεσμα της εξέτασης χάθηκε, γιατί λόγω θανάτου του ασθενούς δεν ζητήθηκε.

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Λ_____ Κ_____ **ΗΛΙΚΙΑ** : 73
ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Καρκίνος στομάχου
ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 20/10/1994
ΗΜ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ : 3/11/1994

Ασθενής με γνωστό καρκίνο στομάχου από τριμήνου με πιθανές ηπατικές μεταστάσεις, για τον οποίο έγιναν πέντε χημειοθεραπευτικά σχήματα - εκ των οποίων το τελευταίο 7 ημέρες προ της εισαγωγής - προσήλθε στην Π/Π του Π.Π.Γ.Ν. Ρίου, λόγω εμφάνισης πυρετού (39,30C) με ρίγος, έντονου διάχυτου κοιλιακού άλγους και εμέτων.

Μετά από χειρουργική εκτίμηση συνεστήθη συντηρητική θεραπεία και χημειοθεραπεία (εφ' άπαξ). Μετά την ύφεση των ενοχλημάτων εξήλθε από το Νοσοκομείο (3/11/1994) φέροντας Levin σιτίσεως, προκειμένου να περάσει το διάστημα ζωής που της έμενε, στο σπίτι της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1) • Πυρετός (38,50C)	(2) • Μείωση της θερμοκρασίας της αρρώστου και απαλλαγή αυτής από τις δυσμενείς επιπτώσεις του πυρετού. • Αντιμετώπιση τυχόν μικροβιαμίας με την χορήγηση κατάλληλου αντιβιοτικού.	(3) • Ενημέρωση του ιατρού • Προσπάθεια μείωσης της θερμοκρασίας με φυσικά μέσα • Εφαρμογή τρίωρης θερμομέτρησης • Προγραμματισμός καλλιέργειας αίματος • Ο ιατρός δεν συνέστησε τη χορήγηση αντιπυρετικού.	(4) • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα • Πάρθηκαν 2 καλλιέργειες αίματος • Γίνεται τρίωρη θερμομέτρηση	(5) • Διαπιστώθηκε από την καλλιέργεια αίματος ύπαρξη βακίλλων και άρχισε χορήγηση amr Flagyl (1x3) και amr Zinacef (1x4). • Τις επόμενες ημέρες, η ασθενής απύρετη.
• Έντονος πόνος	• Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.	• Ενημέρωση του ιατρού. • Προσπάθεια ελάττωσης του πόνου με φυσικά μέσα • Ο ιατρός συνέστησε την χορήγηση παυσιπόνου.	• Δόθηκε στην ασθενή αναπαικτική θέση στο κρεβάτι • Χορηγήθηκε με IE 1 amr Zideron IM.	• Η ασθενής ανακούφιστηκε προσωρινά από τον πόνο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>(1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ναυτία - έμετοι • Στοματίτιδα, λόγω εφ' άπαξ χορήγησης 4 amp 5-Fluorouracil 250 mg σε 100 cc N/S σε 15 min). 	<p>(2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Προφύλαξη αρρώστου από πνιγμονή. • Ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις της στοματίτιδας 	<p>(3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ιατρού, ο οποίος συνέστησε χορήγηση Zofron • Προγραμματισμός φροντίδας στοματικής κοιλότητας 	<p>(4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση νεφροειδούς κατά τον έμετο και έγκαιρη απομάκρυνση επ' αυτού για αποφυγή επιπρόσθετης ναυτίας και εμέτου. • Γίνεται συστηματική φροντίδα της στοματικής κοιλότητας • Χορηγήθηκαν για μία μέρα 3 1b Zofron (1x3). 	<p>(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας • Μετά την χορήγηση του Zofron οι έμετοι σταμάτησαν. • Το Levin παρέμεινε για λίγες μέρες Η ασθενής ανακουφίστηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<ul style="list-style-type: none"> Αναμία (Ht: 26,3%) 	<ul style="list-style-type: none"> Μετάγγιση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> Εστάλη δείγμα αίματος της ασθενούς για διασταύρωση και καθορισμό ομάδας αίματος και Rh Η συνοδός της ασθενούς αναφέρει ότι η ασθενής σε προηγούμενη μετάγγιση είχε παρουσιάσει επιπλοκές 	<ul style="list-style-type: none"> Η μετάγγιση άρχισε παρουσία ιατρού. Η ασθενής παρακολουθείται καθ' όλη την διάρκεια της μετάγγισης Ο ιατρός συνιστά να "πέσει" το αίμα πάρα πολύ αργά και να υπάρχει στο κομοδίνο solu-cortef 500 mg για περίπτωση έκτακτης ανάγκης 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής παρουσίασε ζάλη κατά την διάρκεια της μετάγγισης
<ul style="list-style-type: none"> Ζάλη κατά την διάρκεια της μετάγγισης 	<ul style="list-style-type: none"> Διαπίστωση για το αν χρειάζεται διακοπή της μετάγγισης 	<ul style="list-style-type: none"> Λήψη ζωτικών σημείων. Έκκληση ιατρού. 	<ul style="list-style-type: none"> Έγινε λήψη ζωτικών σημείων (ΑΠ : 115 mmHg, Σφ.: 70/min, θ.: 36,6°C) Ο ιατρός μετά από εξέταση της ασθενούς συνέστησε συνέχιση της μετάγγισης 	<ul style="list-style-type: none"> Η μετάγγιση ολοκληρώθηκε χωρίς κανένα άλλο πρόβλημα Κατά την επόμενη εξέταση μετά την μετάγγιση: Ht : 28,6%

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
(1) • Ανάγκη διενέργειας γαστροσκοπήσεως	(2) • Επανελέγχος της κατάστασης του στομάχου.	(3) • Η ασθενής δεν πήρε τροφή ή υγρά από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα για να γίνει δυνατή η ενδοσκοπηση και να αποφευχθεί τυχόν έμετος	(4) • Η ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα όπου έγινε η γαστροσκοπηση	(5) • Ύπαρξη εξωφυτικού νεοπλασματος στο σώμα του στομάχου.
• Αδυναμία λήψης τροφής από το στόμα.	• Κάλυψη των θερμικών αναγκών της ασθενούς	• Προγραμματίστηκε έναρξη Ο.Π.Δ. • Προγραμματίστηκε τοποθέτηση Levin σιτίσεως • Ανάγκη φροντίδας στοματικής κοιλότητας	• Δεν εφαρμόστηκε Ο.Π.Δ. λόγω άρνησης των συγγενών. • Εφαρμόστηκε Levin σιτίσεως • Εκπαιδεύτηκαν οι συγγενείς για τον τρόπο σιτίσεως από Levin.	• Ανάγκη ανεύρεσης άλλου τρόπου σίτισης του αρρώστου. • Οι συγγενείς εξοικίωθηκαν με τον τρόπο σίτισης από Levin, έτσι ώστε να αναλαμβάνουν την σίτιση της ασθενούς και μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Η ογκολογική νοσηλευτική έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως. Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ογκολογική νοσηλευτική, οδήγησε στην ίδρυση "κοινωνίας ογκολογικής νοσηλευτικής" (ONCOLOGY NURSING SOCIETY), με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο ρόλο που καλείται να παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, ως διαφωτιστής του κοινού σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξετάσεως.

Όσον αφορά την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από καρκίνο, τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από την φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για την συστηματική θεραπεία του αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπράσταση. Ακόμα και ένα απλό κράτημα του χεριού του, μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού, που υποφέροντας, μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασίου Α.Ε. "ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ". Εκδόσεις :
 "Αφοί Αργυριάδη Ο.Ε.", Αθήνα 1989.

Βελισσαρόπουλος Χ., Κουρμπάνη Ε. κ.α "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ".
 Τριμηνιαία έκδοση της ενώσεως επιστημονικού προσωπικού του
 Νοσοκομείου "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ" και της Ελληνικής Ογκολογικής
 Εταιρίας. Τόμος 27, Τεύχος 3, Αθήνα Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1991.

Γαρδικας Κ.Δ. "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ". Τόμος Α', έκδοση Δ'.
 Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1984.

Δοντάς Ν., Επίκουρος Καθηγητής, Πρόεδρος της Ελληνικής
 Αντικαρκινικής Εταιρίας "ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ". Εκδόσεις
 "Ε.Α.Ε., Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων", Αθήνα 1991.

Desporoulos A., Silbernagl S. "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΕΓΧΡΩΜΟ
 ΑΤΛΑΝΤΑ". Έκδοση 3η. Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας". Αθήνα 1989.

Dollinger M., Rosenbaum E. "Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ,
 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ : ΕΝΑΣ ΟΔΗΓΟΣ
 ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ". Εκδόσεις: "Κάτοπτρο", Δεκέμβριος 1992.

Guyton A. "ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ". Τόμος Ιος. Έκδοση 3η.
 Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης : Κούβελας Ηλίας. Μετάφραση :
 Ευαγγέλου Α. Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας", Αθήνα 1984.

Harrison. "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ". Τόμοι Α + Γ, Έκδοση 10η.
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγορίου Κ. Παρισιανού, Αθήνα 1986, 1988.

Κούκουρας Δ., Λέκτορας Χειρουργικής "Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ". Εκδόσεις : Χειρουργική
Κλινική Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 1990.

Κυπαρισσιάδης Π., Αναπληρωτής Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής
Ογκολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, "ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΚΤΙΝΟ-
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ". Εκδόσεις : Τυπώθηκε στο
πανεπιστημιακό τυπογραφείο με δαπάνη του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων, Ιωάννινα 1990.

Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ., "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Τόμος Β', Μέρος 20, Έκδοση 14η, Εκδόσεις : "Η
ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1991.

Μαλγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙ-
ΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Τόμος Α'. Έκδοση 9η Ιεραποστολικής
Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1986.

Μπάλας Π., Καμπάνης Ν. κα "ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ". Τόμος Α'. Ιατρικές
Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.

Μπούτσης Λ., Παπαϊωάννου Α. κα "ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ". Εκδόσεις :
"Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας", Αθήνα 1981.

Πατηράκη Ε., Διακουμάνου Ρ. κα. **ΎΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ**. Σεμινάριο νοσηλευτριών. Συντονιστής : Μπεσμπέας Σ. Διοργάνωση : Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991

Πολυζώνης Μ., **ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ, ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**. 3ο Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συμπόσιο του Εθνικού Ογκολογικού Συμβουλίου (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας), Σεπτέμβριος 1982

Σαχίνη Α., Πάνου Μ. **ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ**. Τόμος 2ος, Μέρος Β', Β' επανέκδοση. Εκδόσεις "ΒΗΤΑ" 1988.

