

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΕΠΙΒΛΕΠΤΗΣ : ΤΣΙΤΣΙΛΗΣ ΔΑΖΑΡΟΣ

ΠΑΤΡΑ

ΜΑΡΤΙΟΣ 2006

PIERCE

9990

1880

1110

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
---------------	---

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
---------------	---

Επιδημιολογικά στοιχεία του καρκίνου του στομάχου.....	4
--	---

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

1.1 Ανατομία του πεπτικού συστήματος.....	7
---	---

1.2 Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος.....	7
---	---

1.3 Ανατομία του στομάχου.....	8
--------------------------------	---

1.4 Φυσιολογία του στομάχου.....	12
----------------------------------	----

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

2.1 Ταξινόμηση καλοήθων νεοπλασμάτων.....	14
---	----

2.2 Ταξινόμηση κακοήθων νεοπλασμάτων.....	17
---	----

2.2.α Ιστολογική ταξινόμηση.....	17
----------------------------------	----

2.2.β Παθολογική ανατομική.....	18
---------------------------------	----

2.2.γ Σταδιοποίηση.....	19
-------------------------	----

2.2.δ Επέκταση.....	20
---------------------	----

2.2.ε Άλλα κακοήθη νεοπλάσματα.....	20
-------------------------------------	----

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

3.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	22
----------------------------------	----

3.2 Διάγνωση.....	27
-------------------	----

3.2.α Κλινική εικόνα.....	27
---------------------------	----

3.2.β Ψηλάφηση.....	29
---------------------	----

3.2.γ Εργαστηριακές εξετάσεις.....	29
------------------------------------	----

3.2.δ	Απεικονιστικές μέθοδοι.....	31
3.2.ε	Ενδοσκόπηση.....	32
3.3	Διαφοροδιάγνωση.....	33
3.4	Θεραπεία .....	34
3.4.α	Χειρουργική.....	34
3.4.β	Χημειοθεραπεία.....	36
3.4.γ	Ακτινοθεραπεία.....	36
3.5	Επιπλοκές.....	37
3.6	Πρόγνωση.....	38
3.7	Πρώιμος γαστρικός καρκίνος.....	39
3.8	Πρόληψη.....	40

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

4.1	Η Νοσηλευτική στον καρκίνο.....	43
4.2	Νοσηλευτική παρέμβαση στο διαγνωστικό έλεγχο.....	44
4.2.α	Ανάλυση γαστρικού υγρού.....	44
4.2.β	Γαστροσκόπηση.....	45
4.2.γ	Ακτινολογικός έλεγχος.....	46
4.3	Ο ρόλος του Νοσηλευτή – τριας στη χειρουργική θεραπεία.....	47
4.3.α	Προεγχειρητική ετοιμασία.....	47
4.3.β	Μετεγχειρητική φροντίδα.....	50
4.3.γ	Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....	51
4.3.δ	Μετεγχειρητικές επιπλοκές.....	51
4.4	Νοσηλευτική συμβολή στην χημειοθεραπεία.....	54
4.5	Νοσηλευτική συμβολή στην ακτινοθεραπεία.....	59
4.6	Η παρέμβαση του Νοσηλευτή – τριας σε τεχνητές μεθόδους διατροφής.....	60
4.6.α	Γαστροστομία .....	60
4.6.β	Ολική παρεντερική διατροφή.....	62

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

- 5.1** Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών.....64
- 5.2** Ο ρόλος του Νοσηλευτή – τριας στον καρκινοπαθή τελικού σταδίου...65
- 5.3** Η συμβολή της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα του καρκινοπαθούς.....66

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

- 1.1** Η Νοσηλευτική Διεργασία ως μέθοδος Νοσηλευτικής φροντίδας.....68
- 1.2** Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με καρκίνο του στομάχου με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....69
- περίπτωση 1<sup>η</sup> .....70
  - περίπτωση 2<sup>η</sup>..... 100
- Συμπεράσματα – προτάσεις ..... 124
- Βιβλιογραφία
- Παράρτημα

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο, είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο καρκίνος, σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα από τα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Χιλιάδες άτομα, επομένως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από τη νόσο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους. (Μ. Α. Μαλγαρινού, Σ. Φ. Κωνσταντινίδου, 1995)

Ο καρκίνος αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος, παραβίασε τη ζωή του αρρώστου και σαν χρόνια νόσος θα παραμείνει μαζί του, για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του ενώ θα συνεχίζει το βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει, με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα είναι ποιοτική για εκείνον.

Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένη εξατομικευμένη νοσηλευτικής φροντίδας κάθε αρρώστου προκειμένου να επανακτήσει τη μέγιστη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική, πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.

Είναι λοιπόν, επιτακτική ανάγκη, ιδιαίτερα για τον νοσηλευτή – τρια να επικεντρώσει τις προσπάθειές του στο να εξασφαλίσει την απαραίτητη

ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια στο άτομο που υποφέρει από μια θανατηφόρο αρρώστια, όπως ο καρκίνος και να του προσφέρει ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε όλη την διάρκεια του αγώνα του. (Ε. Κυριακίδου, 1986)

---

**ΓΕΝΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

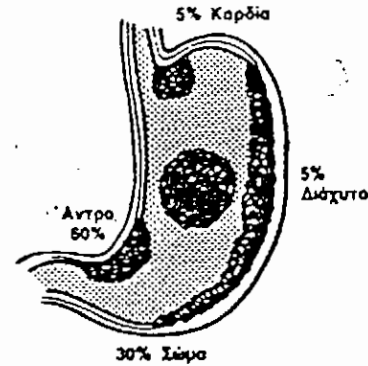
---



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί μια από τις συχνότερες μορφές κακοήθων νεοπλασμάτων, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου και του μαστού.

Εντοπίζεται συχνότερα στο πυλωρικό άνδρο (60%), στο σώμα (30%), στην καρδιακή μοίρα (5%) και επίσης 5% διαχτυα στο στόμαχο. (Γ. Δ. Παπαδημητρίου, Γ. Α. Ανδρουλάκης, 1989)



Συχνότητα εντοπισμού του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του στομάχου.

Αν και η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου έχει ελαττωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια της τελευταίας πεντηκονταετίας, παραμένει εντούτοις, σημαντική αιτία θανάτου, τόσο για τους άνδρες (7<sup>η</sup> αιτία θανάτου), όσο και για τις γυναίκες (9<sup>η</sup> αιτία θανάτου). (Γ. Χ. Σακοράφας, Ε. Ν. Κρέσπης, 1997)

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Σε παγκόσμια κλίμακα, εκτιμάται ότι ο καρκίνος στομάχου ευθύνεται για περισσότερο από 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως, είναι δε το δεύτερο αίτιο θανάτου από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. (Γ. Χ. Σακοράφας, Ε. Ν. Κρέσπης, 1997)

Η συχνότητα του καρκινώματος του στομάχου στις Η.Π.Α. (σήμερα περίπου 20.000 περιπτώσεις κάθε χρόνο) έχει για άγνωστους λόγους, ελαττωθεί θεαματικά στη διάρκεια των τελευταίων 30 – 40 ετών, με

αποτέλεσμα ο όγκος αυτός να βρεθεί από την πρώτη, στην έβδομη, περίπου, θέση της σειράς συχνότητας των κακοηθών νεοπλασμάτων. (Cecil, 1991)

Το 1930 ο καρκίνος στομάχου αντιπροσώπευε την κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο στους Αμερικάνους άνδρες, ενώ η νόσος στις γυναίκες βρίσκονταν ακριβώς λίγο χαμηλότερα από τους όγκους του τραχήλου μήτρας και του μαστού. Κατά τα χρόνια που επακολούθησαν η θνητότητα από καρκίνο του στομάχου στις Η.Π.Α. έπεσε στους άνδρες από 28% στο 7,8% ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό μειώθηκε από 27% στο 3,7% ανά 100.000. Η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου ποικίλλει ανάμεσα στις διάφορες χώρες. (Harrison, 1994)

Σταθερή πτωτική τάση της επιπτώσεως του εμφανίζεται και στην Ελλάδα όπου σήμερα αποτελεί το δεύτερο συχνότερο καρκίνο. Το 1985 καταγράφηκαν 1.317 θάνατοι (αδρός δείκτης θνησιμότητας 13,5/100.000) (Ε. Κολεβίνας, 1991)

Ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνότερος στην Ιαπωνία, Χιλή, Αυστρία, Φινλανδία. Στην Ιαπωνία παρατηρείται προσβολή 70 ατόμων ανά 100.000 πληθυσμό, Χιλή 60, Αυστρία 45, Φινλανδία 40. (Α. Τριχοπούλου, Σ. Μπεσμπέας, 1991)

Στην Ευρώπη υψηλή επίπτωση παρουσιάζουν οι σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της Α. Ευρώπης. Είναι 2 – 3 φορές συχνότερος στους άνδρες, όμως αυτή η σχέση διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. (Ε. Κολεβίνας, 1991)

Ο καρκίνος του στομάχου είναι νόσος κυρίως των ηλικιωμένων. Η αιχμή της συχνότητας παρατηρείται στην 7<sup>η</sup> και 8<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής σε όλα τα κράτη και για τα δύο φύλα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι αυξημένη επίπτωση του καρκίνου του στομάχου παρατηρείται στους πληθυσμούς χαμηλής κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης, σχεδόν σε όλα τα κράτη, με αξιοσημείωτη εξαίρεση την Ιαπωνία. Ακόμη, αυξημένη επίπτωση έχει

διαπιστωθεί στους εργάτες ορισμένων επαγγελμάτων (εργάτες μεταλλείων – λατομείων, μεταλλουργοί, οικοδόμοι, κεραμοποιοί κτλ).

Τέλος, οι μετανάστες που μετακινήθηκαν από μεγάλης σε μικρής επίπτωσης κράτη, φαίνεται ότι διατηρούν ευαισθησία τους για τον καρκίνο του στομάχου. (Harrison, 1994)

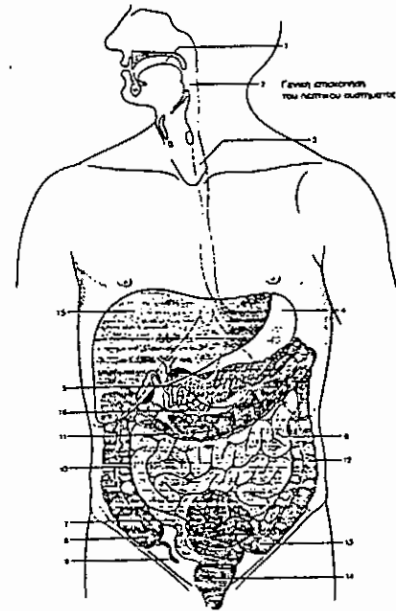
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αρχίζει από τη στοματική κοιλότητα και φτάνει μέχρι το πέρας του παχέος εντέρου (πρωκτός). Υποδιαιρείται στην στοματική κοιλότητα, στον οισοφάγο, το στομάχο, το λεπτό έντερο (δωδεκαδάκτυλο, νήστιδα, ειλεός), το παχύ έντερο – αποτελούμενο από το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση, το κόλον, (ανιόν, εγκάρσιο, κατión και σιγμοειδές) και το ορθό.

Ο οισοφάγος αποτελεί σωλήνα διέλευσης της τροφής. Η διάσπαση των τροφών γίνεται εν μέρει στο στομάχο και συμπληρώνεται στο λεπτό έντερο, όπου τα διάφορα συστατικά των θρεπτικών ουσιών απορροφώνται.

Στο πεπτικό σύστημα υπάρχουν προσαρμοσμένοι πολυάριθμοι μικροί και δύο μεγάλοι αδένες, το ήπαρ και το πάγκρεας, που παράγουν πεπτικά υγρά τα οποία διοχετεύονται στο λεπτό έντερο. ( W. Kahle, H. Leonhardt, 1985 )



### 1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η πέψη εκτελείται από τα όργανα στο πεπτικό σύστημα και καθορίζεται σαν η διαδικασία με την οποία διασπάται η τροφή χημικά ή και μηχανικά στην γαστρεντερική οδό και μετατρέπεται σε απορροφητικό υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα κύτταρα του σώματος. Η διαδικασία αυτή δεν μπορεί να συμβεί μέσα στο πεπτικό σύστημα μόνο. Όπως και με όλες τις

σωματικές λειτουργίες υπάρχει μια αλληλοεξαρτώμενη σχέση των συστημάτων που απαιτείται για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η πέψη απαιτεί συντονισμό από το πεπτικό σύστημα, το μυϊκό, το κυκλοφορικό και το ενδοκρινικό σύστημα. (L. Keir, B. Wisse, 1996)

Ο χρόνος που απαιτείται για τη διέλευση της τροφής από τα διάφορα τμήματα του γαστρεντερικού σωλήνα ποικίλλει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σύνθεση της τροφής. (Α. Δεσπόπουλος – S. Silbernagl, 1989)

### 1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

#### α) Εμβρυολογία

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

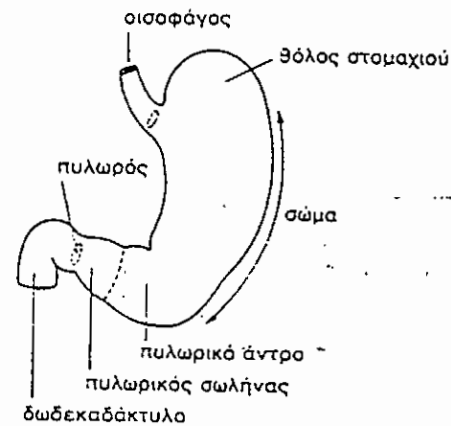
#### β) Περιγραφική ανατομική

Ο στόμαχος είναι το πιο διατεταμένο τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και βρίσκεται μεταξύ του οισοφάγου και του δωδεκαδακτύλου. Βρίσκεται στο αριστερό υποχόνδριο, στο κυρίως επιγάστριο και στην ομφαλική χώρα. Έχει χωρητικότητα 500ml – 2500ml. Με τον οισοφάγο ενώνεται στη γαστροοισοφαγική συμβολή, μια περιοχή υψηλών πιέσεων χωρίς χαρακτήρες ανατομικού σφικτήρα, αλλά με σαφή σφυκτηριακή λειτουργία. Το όριο του προς το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί ο σαφώς καθορισμένος

ανατομικά πυλωρικός σφικτήρας. (Ν. ΚΑΜΠΑΝΗΣ, Π. ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ, 1987)

Στο στόμαχο διακρίνουμε : α) θόλο, β) το σώμα και γ) το πυλωρικό άντρο. Μορφολογικώς εμφανίζει δύο επιφάνειες (πρόσθια και οπίσθια), δύο χείλη (ελάσσον και μείζον τόξο). Τα τόξα του στομάχου είναι σημαντικά από χειρουργικής πλευράς αφού έχουν σχέση με την κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.

Μέσω της γωνιαίας εντομής, ο στομάχος χωρίζεται σε δύο μέρη, στο ιδίως στομάχο και στον πυλωρικό. (Ν.ΑΣΠΙΩΤΗΣ, 1984)



### γ) Ιστολογία

Εκ των έξω προς τα έσω το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες :

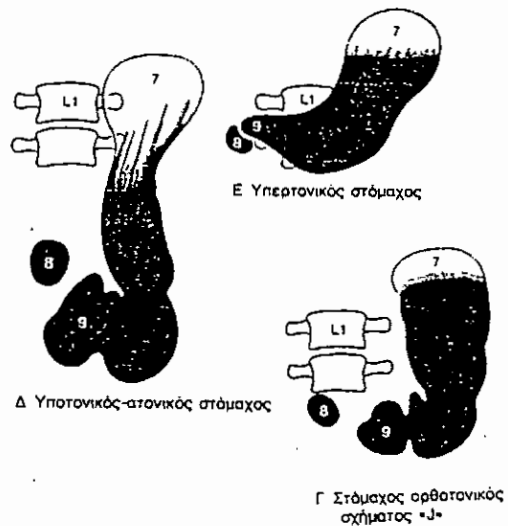
- Ορογόνος χιτώνας : Είναι το σπλαχνικό περιτόναιο και καλύπτει ολόκληρο το στομάχο εκτός από μικρή περιοχή πίσω από το καρδιακό στόμιο και από τις τέσσερις περιοχές κατά μήκος των τόξων στα σημεία όπου το περιτόναιο ανακάμπτει για το σχηματισμό των επιπλόων.
- Μυϊκός χιτώνας : Συνίσταται από λείες μυϊκές ίνες διατεταγμένες σε τρεις στιβάδες, την έξω (επιμήκη), την μέση (κυκλοτερή) και την έσω (λοξή). Ο πυλωρικός σφικτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας.
- Υποβλεννογόνιος χιτώνας : Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες. Περιέχει αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυα και νευρικές ίνες.

- Βλεννογόσιος χιτώνας : Τα κύτταρα του επιθηλίου εκκρίνουν βλέννα, η οποία επαλείφει τον βλεννογόνο και προασπίζει αυτόν από βλαβερές επιδράσεις. Η επιφάνεια του βλεννογόνου του στομάχου παρουσιάζει πτυχές, οι οποίες εξαφανίζονται κατά την πληρότητά του. (N. Ασπιώτης, 1984)

#### δ) Τύποι στομάχου

Ανάλογα με το βαθμό του μυϊκού τόνου του στομάχου διακρίνουμε τρεις κύριους τύπους :

- Ο αρθοτονικός τύπος, σχήματος «J» είναι ο πιο συνηθισμένος. Τα δύο τόξα φέρονται σχεδόν παράλληλα αρχικά προς τα κάτω και μετά προς τα άνω και δεξιά.
- Ο υποτονικός ή επιμήκης τύπος φέρεται σχεδόν ολόκληρος προς τα κάτω αριστερά από τη μέση γραμμή. Ο τύπος αυτός είναι συνηθέστερος στις γυναίκες.
- Ο υπερτονικός ή εγκάρσιος τύπος δε σχηματίζει γωνιαία εντομή. Το μείζον τόξο στρέφεται προς τα εμπρός και βρίσκεται υψηλά. (W. Kahle, H. Leonhardt, 1985)



#### ε) Αιμάτωση του στομάχου

Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου αναστομώνονται η αριστερή γαστρική αρτηρία και η δεξιά γαστρική κατά μήκος του μείζονος τόξου αναστομώνονται η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία και η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή. Το ανώτερο τμήμα του μείζονος τόξου και ο θόλος αιματώνονται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες.

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

Οι φλέβες του στομάχου φέρονται παράλληλα με τα αρτηριακά τόξα, τα οποία και συνοδεύουν και το αίμα απάγεται στο πυλαίο σύστημα.

Η λέμφος κυκλοφορεί αρχικά σε δύο μεγάλα πλέγματα : α) το εν τω βάθει, στον υποβλεννογόνο και β) το επίπολης κάτω από τον ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριους λεμφαδένες. (Ν.Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1987)

#### **στ) Νεύρωση του στομάχου**

Ο στόμαχος νευρούται από το συμπαθητικό (κοιλιακό πλέγμα) και το παρασυμπαθητικό (πνευμονογαστρικά).

Διέγερση του συμπαθητικού προκαλεί χάλαση του τοιχώματος και σύσπαση των σφικτήρων του στομάχου. Αντίθετα, διέγερση του παρασυμπαθητικού προκαλεί σύσπαση του τοιχώματος και χάλαση των σφικτήρων.

Επίσης στο στόμαχο ευρίσκονται α) το μυεντερικό πλέγμα του Auerbach, το οποίο ρυθμίζει τις κινήσεις του στομάχου και β) το υποβλεννογόνο πλέγμα του Meissner το οποίο ρυθμίζει την έκκριση των αδένων. (Ν. Ασπιώτης, 1984)

---



## 1.4 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

### α) γαστρική έκκριση

Το γαστρικό υγρό είναι μείγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών :

#### I. Οργανικά συστατικά

- βλέννα : Παράγεται κυρίως από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό τις γλυκοπρωτεΐνες. Σχηματίζει ένα λεπτό επίστρωμα πάνω στο βλεννογόνο με κύριο σκοπό την προστασία του. Η βλέννα έχει και μικρή ικανότητα εξουδετέρωσης της όξινης έκκρισης.
- πεμίνη : Η απελευθέρωση και δράση της γίνεται με την πτώση του pH κάτω από 4,5. Έχει άριστη δράση σε pH 2 και αναστολή κάτω από 1,5.
- ενδογενείς παράγοντας : Πρόκειται για βλενοπρωτεΐνη, η οποία είναι απαραίτητη για την προστασία της βιταμίνης B<sub>12</sub>.
- αντιγόνα ομάδων αίματος : Πρόκειται για υδατοδιαλυτές γλυκοπρωτεΐνες, όμοιας αντιγονοτητας με τις αλκοδιαλυτες λιπογλυκοπρωτεΐνες που υπάρχουν στα ερυθρά αιμοσφαίρια.

#### II. Ανόργανα συστατικά

Κάθε λίτρο γαστρικού υγρού περιέχει περίπου H<sup>+</sup> 90mEq, Cl<sup>-</sup> 100 mEq, Na<sup>+</sup> 65 mEq και K<sup>+</sup> 13mEq. Το κύριο συστατικό φυσικά είναι το HCl που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα. (N. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1987

### β) κινητικότητα του στομάχου

Διακρίνουμε δύο ειδών κινήσεις :

- Ασθενείς τονικές κινήσεις (Tonus waves)

Πρόκειται για ασθενή τονικά κύματα, τα οποία εμφανίζονται ανα 20 sec περίπου. Έρχονται από οποιοδήποτε μέρος του στομάχου και κατευθύνονται στο πυλωρό. Είναι εντονότερες όταν ο στόμαχος είναι γεμάτος ή άδειος. Είναι κατ' αρχήν κινήσεις μείξεως.

- Ισχυρές περισταλτικές κινήσεις (Peristaltic waves)
-

Εμφανίζονται επίσης κάθε 20 sec, αλλά είναι κατά έξι φορές ισχυρότερες των τονικών κινήσεων. Ξεκινάνε από την γωνιαία εντομή και κατευθύνονται στον πυλωρό, είναι κινήσεις μείξεως, κυρίως όμως κινήσεις κενώσεως του στομάχου.

Εκτός από τα δύο ανώτερα είδη κινήσεων, υπάρχει και τρίτο είδος ισχυρών κινήσεων που εμφανίζονται επί κενού στομάχου για μακρά διάρκεια. Πρόκειται δηλαδή για συσπάσεις πείνας (hanger contractions). Επαναλαμβάνονται κάθε 2 – 10 min και διαρκούν συνήθως για 2 min. (N. Ασπιώτης, 1984)

Ο χρόνος παραμονής της τροφής στο στομάχι ποικίλλει σημαντικά : οι στερεές τροφές για παράδειγμα χρειάζονται 1 – 4 ώρες ανάλογα με την ευκολία της ρευστοποίησης τους και την ένταση του περισταλτισμού του στομάχου. (Α. Δεσποτόπουλος, S. Silbernagle, 1989)

Το πυλωρικό στόμιο επί κενού στομάχου είναι χαλαρό. Γι' αυτό εάν κάποιος πιεί νερό με κενό στομάχι, αυτό εισέρχεται ταχέως στο λεπτό έντερο και επέρχεται ταχεία διούρηση. Αυτό συμβαίνει και επί πόσεως οίνοπνεύματος, γι' αυτό συνιστάται η πόση του μετά φαγητού. (N. Ασπιώτης, 1984)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

#### Α. ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ ΟΓΚΟΙ

##### ΠΟΛΥΠΟΔΕΣ

Με τον όρο πολύποδες χαρακτηρίζονται στην ιατρική ορολογία οι καλοήθεις όγκοι που αναπτύσσονται στους βλεννογόνους του σώματος.

Οι πολύποδες του στομάχου είναι δυνατόν να είναι μονήρεις ή πολλαπλοί, και απαντούν συχνότερα στην πυλωρική μοίρα, μείζον και ελάσσον τόξο του στομάχου. Επίσης ποικίλλουν ως προς την μορφή και το μέγεθος. (Γ. Κεραμίδας, 1982)

Οι πολύποδες του στομάχου ανευρίσκονται με συχνότητα από 0,8% (στην 2<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής) έως 7,2% (στην 7<sup>η</sup> δεκαετία). Σε έδαφος κακοήθους αναιμίας, η συχνότητα τους υπερβαίνει το 20%. (Γ. Χ. Σακοράφας, Ε. Ν. Κρέσπης, 1997)

Οι πολύποδες του στομάχου ταξινομούνται ως εξής :

α) Αδενωματώδεις : Διακρίνονται σε έμμισχους και άμισχους, με βάση δε τη μακροσκοπική και μικροσκοπική τους διαμόρφωση σε λαχνωτούς, σε σωληνώδεις και σε σωληνολαχνωτούς. (Γ. Κεραμίδας, 1982) Το μέγεθος τους ποικίλλει και η διάμετρος τους είναι μεγαλύτερη στο 80% των περιπτώσεων. Παρατηρούνται συχνότερα σε περιπτώσεις ατροφικής γαστρίτιδας και σε περιπτώσεις κακοήθους αναιμίας. Επίσης μπορεί να συνυπάρχουν με αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου (οικογενής πολυποδίαση) και εμφανίζονται, ίσως, συχνότερα μετά το 55<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Παρουσιάζουν συχνότερα, και ιδιαίτερα σε σχέση με όλους τους άλλους τύπους πολυπόδων του στομάχου, κακοήθη εξαλλαγή (Γ.

---

Κεραμίδας, 1982). Η πιθανότητα εξαλλαγής ανέρχεται σε 3 – 20%. (Γ. Χ. Σακοράφας, Ε. Ν. Κρέσπης, 1997)

**β) Υπερπλαστικοί :** Αποτελούν περίπου το 40% των καλοηθών όγκων του στομάχου και το 75 – 90% των γαστρικών πολυπόδων. Δεν είναι νεοπλασματικοί και συνήθως αντιπροσωπεύουν το αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής και εκφυλιστικής υπερπλασίας σε περιοχή γαστρίτιδας. Κυτταρική ατυπία δυνατό να υπάρχει σε μεγάλου βαθμού μικτούς πολύποδες, όταν συνυπάρχουν ιστολογικά στοιχεία υπερπλαστικά και αδενωματώδους πολύποδα.

Οι υπερπλαστικοί πολύποδες μπορεί να είναι μονήρεις, συνήθως όμως πολλαπλοί με ή χωρίς μίσχο, με μέγεθος που κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά μέχρι 3 – 4 cm. Ενώ ο μονήρης μπορεί να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο του στομάχου, οι πολλαπλοί συγκεντρώνονται σ' ένα σημείο.

Παρά το γεγονός ότι οι υπερπλαστικοί πολύποδες του στομάχου δεν αποτελούν προκαρκινωματώδη κατάσταση, έχει διαπιστωθεί ότι περίπου στο 30% των περιπτώσεων συνυπάρχουν με καρκίνο στομάχου. (Θ. Ρόκκας, 1998)

**γ) Αμαρτωματώδεις :** Είναι οι σπανιότεροι, χωρίς κακοήθη εξαλλακτικό δυναμικό. Είναι δυνατόν να είναι άμισχοι ή έμισχοι και απαντάνε στο σύνδρομο Peutz – Jeghers σε ποσοστό 24%.

Στους αμαρτωματώδεις περιγράφονται συχνά και τα αδενομύματα, μυοεπιθηλιωματώδη αμαρτώματα, τα οποία αποτελούν κατά κανόνα μικρές μάζες ασυμπτωματικές που βρίσκονται στον υποβλεννογόνιο ή μυϊκό χιτώνα του τοιχώματος. (Γ. Κεραμίδας, 1982)

**δ) Θηλώδη αδενώματα :** Είναι 10 φορές σπανιότερα από τους υπερπλαστικούς πολύποδες. Θεωρούνται ότι συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου (ανεύρεση νεοπλασματικών εστιών σε ποσοτό 40%) (Γ. Χ. Σακοράφας, Ε. Ν. Κρέσπης, 1997)

ε) Φλεγμονώδεις : Αναπτύσσονται συνήθως στον υποβλεννογόνιο χιτώνα με τη δυνατότητα όμως να περιλάβει ακόμη τμήματα του βλεννογόνου ή του μυϊκού χιτώνα του τοιχώματος του στομάχου. Για την ιστογένεση του φλεγμονώδη πολύποδα ενοχοποιούνται, για τις περισσότερες περιπτώσεις, φλεγμονώδεις παράγοντες, ενώ ουδέποτε περιγράφηκε περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής. (Γ. Κεραμίδας, 1982)

στ) Νεανικός πολύποδας : Χαρακτηρίζεται ιστολογική από αδενικούς σχηματισμούς. Μπορεί να παρατηρηθούν εξελκώσεις και στοιχεία φλεγμονής μη ειδικού τύπου, τα οποία είναι δυνατόν να προκαλέσουν αντιδραστική υπερπλασία των επιθηλιακών στοιχείων. Ο νεανικός πολύποδας είναι πολλαπλός, εικόνα που χαρακτηρίζει το σύνδρομο της νεανικής πολυποδίασης. (Γ. Κεραμίδας, 1982)

## **B. ΜΕΣΕΓΧΥΜΑΤΙΚΟΙ (ΜΗ ΕΠΙΘΗΛΙΑΚΟΙ) ΟΓΚΟΙ**

Τα μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα αποτελούν το 50% των καλοηθών νεοπλασμάτων του στομάχου και το 4% όλων των γαστρικών όγκων. Το μέγεθος, η εντόπιση και η ανάπτυξη τους είναι οι παράγοντες που καθορίζουν την κλινική εικόνα, που μπορεί να είναι άτυπη και ήπια ή θορυβώδης και δραματική. Η διάγνωση είναι δύσκολη καθ' ότι δεν υπάρχουν κλινικά παθολογικά σημεία.

Οι μεσεγχυματικοί όγκοι διακρίνονται ανάλογα με τον ιστό απ' τον οποίο προέρχονται :

- μυογενείς όγκοι
- νευρογενείς
- λιπογενείς
- άλλους μεσεγχυματικούς όγκους

(Σ. Κονδύλης, 1992)

α) λειομύωμα : Αποτελεί το συχνότερο καλοήγη μυογενή γαστρικό όγκο (67%). Συνήθως διατρέχει ασυμπτωματικά, μπορεί όμως να προκαλέσει αιμορραγία λόγω κεντρικής εξέλκωσης ή να δίνει συμπτώματα λόγω μεγάλης αύξησης του όγκου του. ( Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

β) ψευδολέμφωμα : Πρόκειται για μια μάζα λεμφοειδούς ιστού του γαστρικού τοιχώματος που συχνά καλύπτεται από κάποιο έλκος. Θεωρείται ότι αποτελεί απάντηση σε χρόνια φλεγμονή, γιατί είναι δύσκολη η προεγχειρητική διάγνωση. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

γ) άλλοι μεσεγχυματικοί όγκοι : Είναι το ίνωμα (11%), νευρίνωμα (8%), αγγείωμα (4%), λίπωμα (1 – 5%) και διάφορα άλλα (2%). (Α. Μίχας, 1991)

## 2.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Οι όγκοι του στομάχου κατατάσσονται ανάλογα με το είδος των ιστών από τους οποίους προέρχονται. Η πιο συχνή μορφή ξεκινά από τον αδενικό ιστό που επενδύει το στομάχι. Αυτοί οι όγκοι ονομάζονται αδενοκαρκινώματα και αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο του 95% όλων των καρκίνων του στομάχου (M. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992).

### 2.2.α ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Ιστολογικώς παρατηρούνται οι εξής μορφές:

- α. Θηλώδες καρκίνωμα
- β. Σωληνώδες καρκίνωμα
- γ. Βλενώδες καρκίνωμα
- δ. Καρκίνωμα αποτελούμενο από κύτταρα του τύπου σφραγιστήρος δακτυλίου (signet ring).
- ε. Αδιαφοροποίητο καρκίνωμα (Ε. Πρωτοπαπά, 1991).

## 2.2.β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Οι μακροσκοπικές μορφές του γαστρικού καρκινώματος είναι οι εξής:

- α. Εκπλαστικός ή πολυποειδής ή θηλωματώδης όγκος (20%).

Η μορφή αυτή είναι χαμηλότερης βιολογικής κακοήθειας και έχει την καλύτερη πρόγνωση.

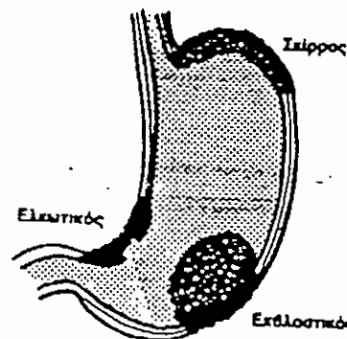
- β. Ελκωτικός (25%). Στην αρχή μοιάζει πολύ με το καλόηθες έλκος με αποτέλεσμα η διαφορική διάγνωση να είναι καμιά φορά πολύ δύσκολη και ως εκ τούτου να καθυστερεί η ανάλογη αντιμετώπιση.

- γ. Διηθητικός ή σκίρρος (20 – 30%).

- δ. Επιπολής επεκτεινόμενο καρκίνωμα (10 – 15%). Ο τύπος αυτός συχνά αναφέρεται και σαν πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα.

- ε. Κακοήθης πλαστική λινίτιδα (10%). Το τοίχωμα του στομάχου καθίσταται σκληρό και δύσκαμπτο, σαν σωλήνας.

- στ. Πολυεστιακός (10%). (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991),  
(Ν. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1990).



Σηματική παράσταση των τριών κυρίων μορφών που λαμβάνει ο καρκίνος του στομάχου.

**2.2.γ ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ**

Η σταδιοποίηση του γαστρικού καρκινώματος σύμφωνα με το σύστημα TNM είναι ως εξής:

<b>ΣΤΑΔΙΟ</b>	<b>ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ</b>
<b>I</b>	Ο όγκος εντοπίζεται στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο χιτώνα. Λεμφαδένες (-) Απομακρυσμένες μεταστάσεις (-) (Πρώιμος Γαστρικός Καρκίνος).	90%
<b>II</b>	Ο όγκος φτάνει ως τον ορογόνο χιτώνα, χωρίς να διηθεί παρακείμενους ιστούς Λεμφαδένες (-) Απομακρυσμένες μεταστάσεις (-)	50%
<b>III</b>	Προσβολή των επιχώριων λεμφαδένων	Λιγότερο από 10%
<b>IV</b>	Απομακρυσμένες μεταστάσεις ή διήθηση παρακείμενων οργάνων	0% Σπάνια ασθενής του σταδίου IV φτάνουν στην πενταετή επιβίωση

(Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991), (Ν. Ευγενίδης, 1991).<sup>1</sup>



### 2.2.δ ΕΠΕΚΤΑΣΗ

Οι μεταστάσεις του καρκίνου του στομάχου γίνονται με τους εξής τρόπους:

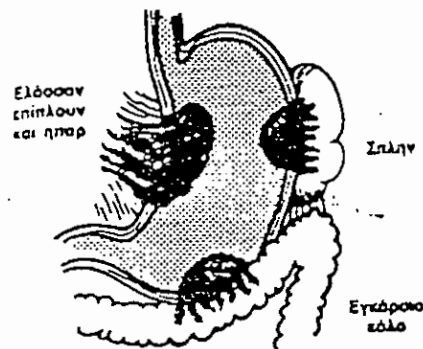
α. Λεμφογενείς μεταστάσεις δίνονται προς όλους τους επιχώριους λεμφαδένες.

β. Κατά συνέχεια ιστού μπορεί να διηθεί το έλασσον επίπλου, το ήπαρ, ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος-σπλην το εγκάρσιο κόλο ή το πάγκρεας.

γ. Αιματογενής μεταστάσεις δίνονται πολύ συχνά στο ήπαρ και δευτερευόντως στους πνεύμονες, τον εγκέφαλο ή τα οστά.

δ. Περιτοναϊκές μεταστάσεις μπορεί να

Είναι εντοπισμένες στο δουλγάσειο (όγκος Blumer) ή την ωοθήκη (όγκος Krukenberg), είναι σχετικώς σπάνιες, ενώ διάχυτες εμφανίσεις με παραγωγή ασκιτικού υγρού είναι πιο συχνές. (Γ.Δ. Παπαδημητρίου, Γ.Α. Ανδουλάκης, 1989).



. Διήθηση κατά συνέχεια ιστού.

### 2.2.ε ΑΛΛΑ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

α. Σάρκωμα : Αποτελεί το 3 – 5% των κακοήθων όγκων. Συχνότερη μορφή όλων είναι το λεμφοσάρκωμα (3%). Το λειομυοσάρκωμα είναι το συχνότερο μη λεμφικό σάρκωμα (1%). Τα λειομυοβλαστώματα, ινοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, λιποσαρκώματα και νευρινοσαρκώματα είναι εξαιρετικά σπάνια.

Τα σαρκώματα παρατηρούνται σε πολύ μεγαλύτερο εύρος ηλικίας απ' ό,τι τα καρκινώματα. Εμφανίζονται συνήθως αν ανώδυνες μεγάλες μάζες που συχνά παρουσιάζουν κεντρική εξέλκωση και αιμορραγία. Χαρακτηριστικά

σε λεμφοσάρκωμα οι πτυχές του γαστρικού βλεννογόνου είναι έντονα παχυσμένες. Η 5ετής επιβίωση είναι 60%, στο δε σύνολο των περιπτώσεων 35%. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

β) Λέμφωμα : Αποτελεί το 2% των κακοήθων όγκων του στομάχου και απαντά σε μεγαλύτερη αναλογία στους άνδρες. Η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με του καρκίνου του στομάχου. Συνήθως πρόκειται για ογκώδεις μάζες, με σχετικώς μαλακή σύσταση και ευμεγέθη επιφανειακή εξέλκωση.

Η διαφορετική διαγνωστική στην ταχεία βιοψία είναι μερικές φορές δύσκολη και υπάρχει κίνδυνος να θεωρηθεί λόγω της εκτάσεως του ως ανεγχείρητο καρκίνωμα. (Γ. Δ. Παπαδημητρίου, Γ. Α. Ανδρουλάκης, 1989)

γ) Καρκινοειδές (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

**1. Ατροφική γαστρίτιδα.** Η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα θεωρείται ως μία από τις κυριότερες πρόδρομες βλάβες του γαστρικού καρκίνου και ένας σοβαρότατος παράγοντας για την ανάπτυξή του. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου είναι 3 – 4 φορές μεγαλύτερος σε άτομα με ατροφική γαστρίτιδα και ο κίνδυνος αυξάνει παράλληλα με τον βαθμό της ατροφίας. (Η. Σανίδας, Δ. Τσιφτσής 1994). Στην Φινλανδία μετά από παρακολούθηση 100 ασθενών με ατροφική γαστρίτιδα επί 15 έτη, διαπιστώθηκε ανάπτυξη καρκίνου στομάχου σε ποσοστό 9%. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

Στην χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, οι φυσιολογικοί γαστρικοί αδένες (βλεννοεκκριτικά, οξυντικά και γαστρινεκκριτικά κύτταρα), μειώνονται ή απουσιάζουν, υπάρχει φλεγμονή ποικίλης βαρύτητας και οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε εντερική μεταπλασία δηλαδή αντικατάσταση του φυσιολογικού γαστρικού βλεννογόνου με εντερικό, ή και δυσπλασία. (Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

**2. *Helicobacter pylori*.** Μελέτες σε πληθυσμούς δείχνουν ότι η επιμόλυνση με *E.P.* προηγείται της ανά ανάπτυξης γαστρικού καρκινώματος και ίσως είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες στο γαστρικό καρκίνωμα, ενώ η σχέση τους φαίνεται να είναι δόσοεξαρτώμενη (παρατεταμένη έκθεση στο αίτιο σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου). Το *H.P.* προκαλεί χρόνια ενεργό γαστρίτιδα η οποία είναι δυνατό να εξελιχθεί σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα. (Η. Σανιδάς, Δ. Τσιφτσής, 1994).

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι τα παιδιά των περιοχών με υψηλή επίπτωση καρκίνου του στομάχου είναι οροθετικά (λοίμωξη από H.P.) σε ποσοστό πάνω από 90%.

Φαίνεται όμως απίθανο ότι η λοίμωξη από E.P. μπορεί από μόνη της, να προκαλέσει την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου. Διάφοροι διαιτητικοί και άλλοι παράγοντες – σε συνδυασμό με το EP. – καθορίζουν τον συνολικό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

**3. Πολύποδες.** Οι πολύποδες είναι δυνατόν να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή: οι μεγαλύτεροι ως προς το μέγεθος και οι περισσότεροι ως προς τον αριθμό. Οι αδενωματώδεις πολύποδες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα κακοήθους εξαλλαγής ενώ οι υπερπλαστικοί πολύ σπάνια. (Γ. Κεραμιδάς, 1982).

Σε Ελληνική έρευνα επί συνόλου 94 περιπτώσεων υπερπλαστικών πολυπόδων μόνο σε 2 συχνότητα 2,13% παρουσιάστηκε ανάπτυξη αδενοκαρκινώματος.

Ένα από τα σπουδαιότερα ενδεικτικά κριτήρια για μια πιθανή κακοήθη εξαλλαγή των πολυπόδων γενικά του γαστρικού βλεννογόνου θεωρείται η παρουσία επιθηλιακής δυσπλασίας. (Π. Δάβαρης, Κ. Πετράκη κ.α., 1986).

**4. Έλκος.** Το πρόβλημα της δυνατούς εξαλλαγής ενός έλκους, έχει προ πολλού τεθεί. Αλλά η πραγματικότητα και η συχνότητα της εξαλλαγής αυτής, παραμένουν συζητήσιμες. Οι στατιστικές ποικίλουν από 0 έως 5,4%, με μέσο όρο 4%. Οι σύγχρονες μελέτες τοποθετούν τη συχνότητα αυτή μεταξύ 1 και 3%. (Γ.Α. Κατράκης, 1980).

Επομένως, η όλη προσπάθεια αφορά κυρίως το διαγνωστικό τομέα, τη διαφοροδιάγνωση δηλαδή της φύσης ενός ανακαλυφθέντος γαστρικού έλκους από την αρχή (Ν. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1990).

**5. Κακοήθης Αναιμία.** Έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος καρκίνου του στομάχου, σε ασθενής με κακοήθη αναιμία που συνοδεύεται από αχλωρυδρία και σοβαρή ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου είναι περίπου τριπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Εκτός όμως από το αδενοκαρκίνωμα έχει παρατηρηθεί στην κακοήθη αναιμία και αυξημένη συχνότητα καρκινοειδών όγκων του στομάχου (Α. Εμμανουηλίδης, 1991).

**6. Επεμβάσεις στο στόμαχο.** Γενικά, μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για μείωση της γαστρικής έκκρισης αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου (καρκίνος γαστρικού κολοβώματος). Η αύξηση του κινδύνου γίνεται σημαντική 20 χρόνια μετά από επέμβαση (ιδίως μετά από γαστρεκτομή και γαστεντεροαναστόμωση κατά Billroth II) και αυξάνεται σταθερά στη συνέχεια. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

Είναι πολύ πιθανό στη συγκριτική αύξηση του καρκίνου του χειρουργημένου στομάχου, να έχουν συντελέσει η αύξηση γενικά του μέσου όρου ζωής, με συνέπεια την ύπαρξη αρκετών ατόμων που έχουν χειρουργηθεί προ μακρού χρόνου (Α. Εμμανουηλίδης, 1991).

Στην Ελλάδα το ποσοστό καρκίνου του γαστρικού κολοβώματος κυμαίνεται από 0,7% μέχρι 8,9%. Σε έρευνα που είχε γίνει στην Ελλάδα κατά την 18ετία 1971 – 1988 στο νοσοκομείο «Η Παμμακάριστος» αντιμετωπίστηκαν 95 γαστρικά καρκινώματα. Σε 8 περιπτώσεις (8,4%) επρόκειτο για καρκίνο χειρουργημένου στομάχου, ο οποίος είχε αναπτυχθεί 30 – 50 χρόνια μετά από εγχείρηση. (Γ. Παπαδόπουλος, Α.Γ. Σοφος, κ.α., 1990).

**7. Διατροφή.** Η σχέση μεταξύ διαιτητικών συνηθειών και ανάπτυξης καρκινώματος του στομάχου έχει διερευνηθεί εκτενώς. Η μακροχρόνια

πρόσληψη υψηλών συγκεντρώσεων νιτρικών που βρίσκονται σε αποξηραμένα, καπνιστά ή παστά τρόφιμα, φαίνεται να σχετίζεται με τον μεγαλύτερο κίνδυνο (Harrison, 1994).

Σε μεσογειακές χώρες (π.χ. Ελλάδα), τα ζυμαρικά ενοχοποιήθηκαν ως πιθανός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου καθώς επίσης και η αυξημένη κατανάλωση λίπους.

Η προέλευση του πόσιμου ύδατος μπορεί να σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Είναι ενδιαφέρον ότι σε όλες τις πρόσφατες μελέτες αποδείχθηκε πως η κατανάλωση ύδατος από ιδιωτικές πηγές, ιδιαίτερα από πηγάδια, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου.

Όσον αφορά το αλκοόλ έχει αναφερθεί ότι ορισμένες ειδικές συνήθειες πόσης οινοπνευματωδών ποτών (π.χ. κατανάλωση λικέρ με άδειο στόμαχο) θα μπορούσαν να συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

Τέλος, έχουν ενοχοποιηθεί το σογιέλαιο, ο ψευδάργυρος καθώς επίσης και ο χαλκός. (Σ. Μπεσμπέας, Ε. Σιδέρης, 1991).

**8. Αχλωρυδρία.** Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι ο γαστρικός καρκίνος αναπτύσσεται σε αχλωρυδικούς ασθενείς επειδή ο στόμαχος αποικίζεται από βακτηρίδια μερικά από τα οποία μετατρέπουν νιτρικές ενώσεις σε νιτρώδεις, οι οποίοι είναι πολύ ισχυροί καρκινογόνοι παράγοντες (Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

**9. Υπερτροφική γαστρίτιδα (Νόσος του Menetrier).** Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου σε ασθενείς με υπερτροφική γαστρίτιδα. Η νόσος βέβαια, είναι σπάνια και για το λόγο αυτό η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Υπολογίζεται εντούτοις ότι στους ασθενείς αυτούς ο καρκίνος του στομάχου αναπτύσσεται σε ποσοστό 10%. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

---

**10. Κληρονομικότητα.** Στον καρκίνο του στομάχου παρατηρείται οικογενειακή προδιάθεση. Κατά καιρούς, υπήρχαν αναφορές για οικογενή επίπτωση του καρκίνου του στομάχου. Η επισήμανση της ύπαρξης περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου σε διδύμους υποδηλώνει ότι, πιθανότατα, στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κάποια κληρονομική προδιάθεση που, σε συνδυασμό με εξωγενής παράγοντες, οδηγεί στην ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου. Γενετικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου είναι το σύνδρομο οικογενειακού καρκίνου (cancer family syndrome). (Γ.Χ. Σακοραφας, Ε.Ν. Κρεσπης, 1997).

Τέλος, άτομα με ομάδα αίματος Α έχει αναφερθεί ότι έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του στομάχου, σε σύγκριση με άτομα με ομάδα Αίματος 0. Είναι πιθανόν ότι αυτή η παρατήρηση σχετίζεται με διαφορές στην έκκριση από το βλεννογόνο των διαφόρων ΑΒΟ ομάδων αίματος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ή μικρότερη προστασία του βλεννογόνου από τα καρκινογόνα. (Harrison, 1994).

**11. Σύνδρομο πολυποδιάσεως.** Πολύποδες στο ανώτερο πεπτικό βρίσκονται σε διάφορα ποσοστά σε ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση. Οι περισσότεροι πολύποδες είναι αδενώματα, αλλά έχουν περιγραφεί και αμαρτώματα (Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

**12. Άλλοι παράγοντες.** Το κάπνισμα συσχετίζεται σταθερά με αυξημένο (διπλάσιο) κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Πιθανόν σχετίζεται με την έκθεση σε διάφορα αζωτούχα συστατικά του καπνού. Τέλος, ένας νέος πιθανόν παράγοντας κινδύνου, που εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια, είναι τα φάρμακα που προκαλούν σημαντική και παρατεταμένη καταστολή της γαστρικής έκκρισης και κυρίως του γαστρικού οξέος (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

---

## 3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσπέλαση του προχωρημένου γαστρικού καρκίνου στηρίζεται στην καλή λήψη ιστορικού, στην επαρκή αξιολόγηση των κλινικών σημείων και στην επακόλουθη εργαστηριακή διερεύνηση για την τεκμηρίωση της διαγνώσεων.

### 3.2.α ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική συμπτωματολογία του καρκίνου του στομάχου ανεξάρτητα από τη μορφή του – πρώιμος, προχωρημένος ή εμφανιζόμενος σε χειρουργημένο στόμαχο – δεν είναι χαρακτηριστική. Έτσι, είναι σπάνιο να αποδοθούν τα συμπτώματα σε κάποια καλοήγη νόσο του πεπτικού συστήματος με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της διαγνώσεως και της κατάλληλης αντιμετώπισης.

Είναι ενδιαφέρον ότι τα συμπτώματα δεν διαφέρουν σε νεαρούς καρκινοπαθείς, ηλικίας μικρότερης των 30 ετών, και σε καρκινοπαθείς μεγαλύτερης ηλικίας. (Α. Ι. Αρχιμανδρίτης, 1991)

Παρατηρούνται λοιπόν κυρίως άτυπα, σαφή συσπεπτικά ενοχλήματα και δυσφορία μετά το γεύμα (90%). (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

Παρουσιάζεται ποικιλοτρόπως επιγαστρικός πόνος (60 – 70%) και στο 25% περίπου των περιπτώσεων μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του πεπτικού έλκους. Εμφανίζεται ανορεξία και απώλεια βάρους (80%), καθώς ναυτία και πρόωρος κορεσμός (65%). Εξέχον γνώρισμα μπορεί να αποτελέσει ο εμετός (40%), όταν ο όγκος εντοπίζεται στο ανδρο και προκαλεί απόφραξη.

---



Τα καρκινώματα της περιοχής του καρδιακού στομίου είναι δυνατόν να διηθήσουν την οισοφαγογαστρική παρυφή και να προκαλέσουν δυσφαγία (20%). Σε παραπυλωρικούς όγκους έχουμε σημεία πυλωρικής στένωσης (8%). (Cecil, 1991)

Είναι λοιπόν φανερό, ότι τα προέχοντα συμπτώματα είναι εκείνα της επιγαστραλγίας και των δυσπεπτικών ενοχλημάτων, συμβατά, πολλές φορές με την κλινική διάγνωση του πεπτικού έλκους. Έτσι η πλήρη διερεύνηση των παρατεινόμενων δυσπεπτικών ενοχλημάτων, ιδιαίτερα σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, είναι απαραίτητη. (Α. Ι. Αρχιμανδρίτης, 1991)

Το καρκίνωμα του στομάχου πολλές φορές αιμορραγεί προκαλώντας σιδηροπενική αναιμία και συχνότερα αιματέμεση με τα συνοδά συμπτώματά της : αδυναμία, καταβολή και εύκολη δύσπνοια (40%). (Cecil, 1991)

Αλλά και η εμφάνιση συμπτωμάτων από το κατώτερο πεπτικό σύστημα δεν είναι σπάνια στον καρκίνο του στομάχου. Διαταραχές κενώσεων μπορεί να εμφανιστούν και έτσι ο έλεγχος του στόμαχου είναι απαραίτητος σε αρρώστους, στους οποίου η διερεύνηση του κατώτερου πεπτικού συστήματος είναι αρνητική για παθολογικά ευρήματα. (Α. Ι. Αρχιμανδρίτης, 1991)

Τέλος, μόνο στο 10% των περιπτώσεων δεν αναφέρεται κανένα σύμπτωμα, πράγμα που μας οδηγεί στο συμπέρασμα να υποψιάζεται ο καρκίνος του στομάχου σε κάθε άντρα 40 χρονών και πάνω, που παραπονιέται για σχετικά πρόσφατη εμφάνιση επιγαστρικών ενοχλημάτων, ιδίως όταν ο πόνος είναι βαθύς και σχετικά σταθερός. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

### 3.2.β ΨΗΛΑΦΗΣΗ

Συνήθως τα ευρήματα είναι πτωχά. Οποσδήποτε ψηλαφητή μάζα κατά το επιγάστριο απαντάται στο 30 – 50% περίπου των αρρώστων με προχωρημένο καρκίνο.

Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου εμφανίζεται σε ποσοστό 20% περίπου, ενώ εμφανής καχεξία αναφέρεται επίσης στο 20% των αρρώστων. (Α. Ι. Αρχιμανδρίτης, 1991)

Επιπλέον παρατηρούνται σημεία απομακρυσμένων μεταστάσεων, που είναι τα εξής :

- Ψηλαφητό ήπαρ ή ακουστικός ήχος τριβής πάνω σε αυτό
- Ασκίτης
- Ψηλαφητοί υπερκλείδιοι λεμφαδένες (Virchow) (5%)
- Μάζα στο Δουγλάσσειο (σημείο blummer) (1 – 2%)
- Πλευριτικό υγρό
- Δερματικά οζίδια (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

### 3.2.γ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- Γενική αίματος : παρατηρείται υπόχρωμη αναιμία (40%)
- Mayer κοπράνων παρουσία αίματος (50%)
- Βιοχημικές εξετάσεις : Για τον προσδιορισμό παθολογικών ενζύμων του ήπατος και των οστών, φερριτίνης ορού, ΤΚΕ (συνήθως είναι πάνω από 20 mm/h) και έλεγχος για υψηλές τιμές α – εμβρυικής σφαιρίνης (α – FP)
- Ανίχνευση καρκινοεμβρυικού αντιγόνου (CEA) : Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ανευρίσκονται αυξημένα ποσά CEA στο γαστρικό υγρό των

αρρώστων με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο (65%). (M. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992)

- Ανάλυση γαστρικού οξέος : Στο γαστρικό υγρό φυσιολογικά δεν υπάρχουν μικρόβια, διότι δεν αντέχουν την οξύτητα του HCl. Με πλήρη στομάχο βρίσκονται λίγα μικρόβια, τα οποία εισέρχονται με την τροφή. Η κινητικότητα του στομάχου είναι ο δεύτερος βασικός παράγοντας αναστολής της ανάπτυξης μικροβιακής χλωρίδας.

Ο καρκίνος του στομάχου επηρεάζει αρνητικά αυτούς τους παράγοντες, με αποτέλεσμα την αύξηση της μικροβιακής χλωρίδας. (N. Αλεξανδρόπουλος, X. Καστελλάνου κ.α., 1995)

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη γαστρική οξύτητα, στο δε 20% παρατηρείται αχλωρυδρία. (M. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992)

- Έλεγχος νεοπλασματικού δείκτη CA 19 – 9 : Φαίνεται πως είναι περιορισμένης διαγνωστικής αξίας, επειδή βρίσκεται σε παθολογικά επίπεδα σε μικρό ποσοστό αρρώστων, όμως ο ρόλος του δείκτη αυτού είναι σημαντικός σε αρρώστους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία, για την έγκαιρη ανίχνευση των υποτροπών της νόσου. (Θ. Ρόκκας, 1998)
  - Έλεγχος επιπέδων πεψινογόνων :  
Φαίνεται ότι τα επίπεδα των πεψινογόνων είναι χαμηλά μόνο στο 1/3 των αρρώστων με γαστρικό καρκίνο σε σύγκριση με ποσοστό 6% του φυσιολογικού πληθυσμού. Η ανίχνευση των πεψινογόνων προσφέρει μικρή διαγνωστική βοήθεια. Ενδεχομένως, να έχει σημασία για τον προσδιορισμό ατόμων με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, αφού άτομα με εκτεταμένη ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία έχουν χαμηλά επίπεδα πεψινογόνων σε σημαντική αναλογία. (I. K. Τριανταφυλλίδης, 1991)
-

### 3.2.8 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

- Διπλή σκιαγραφική αντίθεση (ΔΣΑ) ακτινογραφία ανώτερου πεπτικού συστήματος με χρήση σκιαγραφικού μέσου και εμφύσηση αέρα. (Μ. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992).

Τα κλασικά ακτινοδιαγνωστικά σημεία του καρκίνου του στομάχου είναι: το έλλειμμα πληρώσεως, δυσκαμψία του τοιχώματος, ανωμαλίες των πτυχών του βλεννογόνου της περιοχής και κακώθες έλκος. Τα σημεία αυτά μπορεί να εμφανισθούν καρκινωμένα ή σε ποικιλία συνδυασμών (Β. Μπενάκης, 1974).



Ακτινογραφία στομάχου: σκιασφαικό έλλειμμα από καρκίνο.

Η διαγνωστική ακρίβεια φτάνει το 80 – 85% (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991).

- Ακτινογραφία θώρακος
- Αξονική τομογραφία κοιλίας
- Σπινθηρογράφημα οστών αν είναι αυξημένο το οστικό ένζυμο αλκαλική φωσφατάση ορού. (Μ. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992).
- Υπολογιστική τομογραφία: είναι συμπληρωματική μέθοδος της γαστροσκόπησης και της ακτινολογικής εξέτασης καθ' όσον επιτρέπει την απεικόνιση του πάχους του τοιχώματος και επιπλέον την ανάδειξη των παρακείμενων οργάνων. (Δ.Σ. Κοντογιάννης, Κ.Ν. Μασσαλας κ.α., 1991).

### 3.2.ε ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ

#### α) γαστροσκόπηση και βιοψία

Η γαστροσκόπηση αποτελεί την πλέον αξιόπιστη μέθοδο για τη διάγνωση του γαστρικού καρκίνου σε συνδυασμό με βιοψίες και κυτταρολογικό έλεγχο.

Η διαγνωστική ακρίβεια της ενδοσκοπήσεως κυμαίνεται στις διάφορες μελέτες από 69% έως 99%. Η ταυτόχρονη λήψη πολλών βιοψιών από διαφορετικές θέσεις της βλάβης είναι πλέον κοινή πρακτική, αφού αυξάνει τη διαγνωστική αξία της ενδοσκοπήσεως, ενώ μόνον η κυτταρολογική εξέταση των επιχρισμάτων δεν φαίνεται να ανεβάζει το ποσοστό της διαγνώσεως.

Οι βιοψίες πρέπει να έχουν αρκετό βάθος, γιατί συχνά ο βλεννογόνος επιφανειακά είναι υπερπλαστικός, χωρίς κακοήθεια και καρκινωματώδεις βλάστες, που βρίσκονται μόνο στις βαθύτερες μοίρες. (Κ. Παπαδημητρίου, Γ. Καρκανιάς, κ. άλλοι, 1991)

Η γαστροσκόπηση δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση του προχωρημένου καρκίνου, αλλά βοηθά το χειρουργό με την ακριβή περιγραφή του όγκου και της εκτάσεως που καταλαμβάνει. (Χ. Παπαδημητρίου, 1991)



Καρκίνωμα πυλωρικού σωλήνα.

### β) ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS)

Η νέα απεικονιστική μέθοδος για τη διάγνωση παθήσεων του ανώτερου πεπτικού συστήματος και των παρακείμενων οργάνων, είναι συνδυασμός ενδοσκοπίου πλάγιας όρασης και μονάδας υπερηχοτομογραφίας, ο ηχοβολέας της οποίας είναι ενσωματωμένος στο άκρο, έτσι ώστε να πλησιάζει το όργανο – στόχο.

Είναι εμφανές η μεγάλη προσφορά της μεθόδου 1) στην απεικόνιση και ανάλυση των στιβάδων του γαστρικού τοιχώματος και 2) στην ταξινόμηση του καρκίνου που εξαρτάται από την έκταση και τη διήθηση της βλάβης, αποτέλεσμα των οποίων είναι η σταδιοποίηση. (Ν. Καλατζής Π. Γαβριήλ, 1990)

### **3.3 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Διαχωρισμός του καρκίνου από τα γαστρικά έλκη. Το λέμφωμα και το λειομυοσάρκωμα πρέπει να διαχωριστούν από το αδenoκαρκίνωμα, καθώς και οι διάφορες συστηματικές παθήσεις. Σπάνια το καρκίνωμα του εγκάρσιου ή του παγκρέατος, όταν διηθεί τον στόμαχο, μπορεί να μιμείται την πρωτοπαθή γαστρική βλάβη. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

### 3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### 3.4.α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ

Η πρώτη, η ουσιαστικότερη και η καλύτερη θεραπεία που μπορεί να εφαρμοστεί στον καρκίνο του στομάχου, είναι η χειρουργική υπό την έννοια της εκριζώσεως του όγκου με την εκτέλεση της ριζικής γαστρεκτομής.

Η γαστρεκτομή ονομάζεται θεραπευτική όταν επιτυγχάνεται πλήρως αφαίρεση του όγκου, και μη θεραπευτική (παρηγορητική) όταν μέρος του δεν αφαιρείται. Ακόμη, διακρίνεται σε υφολική, όταν μένει μέρος του οργάνου, και ολική, όταν συνεπάγεται πλήρη αφαίρεση του στομάχου. Τέλος, διακρίνεται σε περιφερική, όταν γίνεται αφαίρεση της πυλωρικής μοίρας του στομάχου και του σώματος (μερική ή ολική) και σε κεντρική, όταν αφαιρείται ο θόλος, η καρδιακή μοίρα και μέρος ή όλο το σώμα του στομάχου. Η ολική γαστρεκτομή αφορά την ολόκληρου του στομάχου και μέρος του οισοφάγου (5 – 7 cm από το κάτω τριτημόριο του οισοφάγου). (Γ. Ι. Ραμαντάνης, 1991)

Η εκτέλεση μιας ριζικής γαστρεκτομής, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την επέμβαση (όπως κακή γενική κατάσταση, νεφρική ανεπάρκεια κ.τ.λ.), περιλαμβάνει α) την αφαίρεση τμήματος ή ολόκληρου του στομάχου, την αφαίρεση του μείζονος και του ελάσσονος επιπλόου του σπληνός και τμήματος του κάτω τριτημορίου του οισοφάγου επί ολικής γαστρεκτομής και β) πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό, ιδίως της περιοχής της κοιλιακής αρτηρίας μέχρι τις πύλες του ήπατος.

Οι Ιάπωνες συγγραφείς αποδίδουν μεγάλη σημασία στη σχολαστική λεμφαδενεκτομή επί καρκίνου του στομάχου. Ο Soga ανακοίνωσε το 1979 ότι 50,6% από 530 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική θεραπευτική γαστρεκτομή, επέζησαν πέραν των 5 ετών σε αντίθεση με το 30% των

---

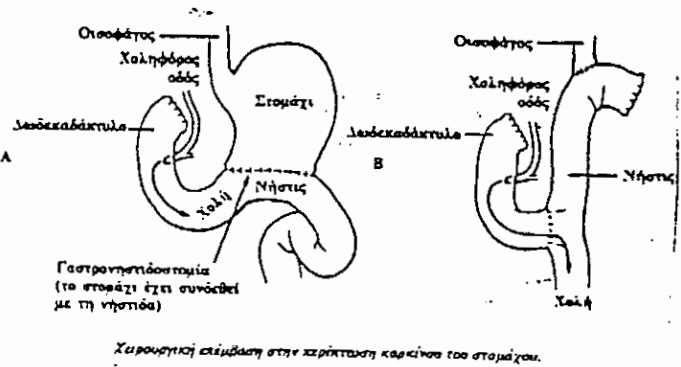
ασθενών του έτους 1950. Αποδίδει τη διαφορά στην πιο εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή που γίνεται τα τελευταία χρόνια.

Η 5ετής επιβίωση των ασθενών μετά από ριζική θεραπευτική γαστρεκτομή κυμαίνεται γενικώς από 10 – 35% και η μετεγχειρητική θνητότητα από 4 – 8%. (Γ. Ι. Ραμαντάνης, 1991)

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από υφολική γαστρεκτομή γίνεται με γαστρονησθηδική αναστόμωση κατά Billroth II, μετά από ανώτερη γαστρεκτομή με γαστροοισοφαγική αποστόμωση και πυλωροπλαστική γιατί διατέμνονται τα πνευμονογαστρικά και μετά από ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονησθηδική αναστόμωση τόσο με απλές όσο και με πολύπλοκες τεχνικές. Οι τελευταίες έχουν σαν σκοπό αφενός μεν τη διατήρηση της φυσιολογική διόδου των τροφών, αφετέρου δε το σχηματισμό είδους αποθήκης (τεχνητός στόμαχος) από το λεπτό έντερο για την επιβράδυνση του ρυθμού προώθησης των τροφών.

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

εκτομή προσφέρει καλύτερη ανακούφιση από τα ενοχλήματα, καλύτερη προστασία από μελλοντικές επιπλοκές και λύνει το πρόβλημα της διατροφής κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.





Τέλος, σαν παρηγορητικές εγχειρήσεις, χρησιμοποιήθηκαν η γαστροστομία και η νηστηδοστομία, οι οποίες όμως δεν προσφέρουν καμιά ανακούφιση στους αρρώστους, αλλά λύνουν το πρόβλημα της διατροφής. (Ν. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1987)

### 3.4.β ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου εθεωρείτο ανθεκτικός στη χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι η μονοφαρμακευτική χημειοθεραπεία με κυτταροστατικά παρουσιάζει ανταπόκριση 15-20% ενώ με συνδυασμό κυτταροστατικών το ποσοστό φθάνει στο 25-40% με επιβίωση 4 – 18 μήνες.

Κλασσικός συνδυασμός κυτταροστατικών στη χημειοθεραπεία του καρκίνου του στομάχου είναι τα FAM (5 – Fluorouracil, Adriamycin και Mitomycin – C) που προτάθηκε από τον Macdonald και συνεργάτες το 1980 με ανταπόκριση 42% επιβίωση ως 13 μήνες και περιορισμένης τοξικότητας (Ν.Β. Τσαβάρης, Π.Α. Κοσμίδης, 1989).

### 3.4.γ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο ρόλος της ακτινοβολίας είναι κυρίως η ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι η θεραπεία του καρκίνου. Μια μελέτη απέδειξε ότι το 23% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με 5 – Fu και ακτινοβολία βρίσκονται ακόμα εν ζωή έπειτα από 5 χρόνια, ενώ μόνο το 4% όσων αντιμετωπίστηκαν με ακτινοβολία συνεχίζουν να ζουν αφού περάσει η πενταετία.

Μια Ιαπωνική έρευνα έδειξε ότι η ακτινοβολία που χορηγήθηκε 2 εβδομάδες πριν από το χειρουργείο μείωσε τον όγκο και την προσβολή των λεμφαδένων και βελτίωσε την επιβίωση κατά 12%. Τέλος αποδείχθηκε ότι η

ακτινοθεραπεία που χορηγείται απευθείας στην περιοχή του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης – για επιβεβαιωμένο με βιοψία καρκίνο – παρατείνει την επιβίωση . Ορισμένες μελέτες έδειξαν αύξηση της επιβίωσης από το μηδέν στο 50%. (M.Dollinger, E.Rosenbaum,1992).

### 3.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό άμεσων και απώτερων επιπλοκών. Σε πολλές από τις επιπλοκές αυτές τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου ή υπακούουν στην συντηρητική θεραπεία. Έτσι, μένει μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό αρρώστων που εμφανίζουν ενοχλήματα, τα οποία κάνουν την διαβίωσή τους δύσκολη και προβληματική και οι οποίοι έχουν ανάγκη επανεγχείρησης για την αποκατάστασή τους. Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

#### A. Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Μετεγχειρητική αιμορραγία
2. Ίκτερος
3. Μετεγχειρητική διάρροια
4. Μετεγχειρητική διάταση του στομάχου
5. Δυσφαγία

#### B. Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1. Υποτροπή του έλκους
2. Σύνδρομο Dumping
3. Διάρροια
4. Διαταραχές της θρέψης
5. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος.(N.Καμπάνης Π. Δεληκάρης, 1990).

Είναι φανερό ότι οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες και καθορίζουν τη θνητότητα – νοσηρότητα της εγχείρησης, ενώ οι αψότερες εμφανίζονται αργότερα και χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των αρρώστων. (Ν. Καμπάνης, Π. Δελημάρης, 1987)

### 3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παρά τη μεγάλη πρόοδο των τελευταίων ετών σε διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές, ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί ένα από τα κακοήθη νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση.

Ακόμη και σήμερα, ένας ασθενής με καρκίνο του στομάχου έχει περίπου 10 – 15% συνολική 5ετή επιβίωση μετά τη διάγνωση. (Ν. Ευγενίδης, 1991)

Στην Ιαπωνία λόγω της εφαρμογής μεγάλου μαζικού ελέγχου (screening) φτάνει το 20 – 30%. (Γ. Παναγιωτόπουλος, Σ. Παπαλάμπρος, 1991)

Φωτεινό σημείο στην όλη απογοητευτική εικόνα της προγνώσεως αποτελεί η διάγνωση του πρώιμου καρκίνου του στομάχου, όπου το ποσοστό φτάνει στο 90%. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομία μόνο, ζουν 4 – 5 μήνες προφανώς λόγω της εκτεταμένης νόσου. Την ίδια περίπου επιβίωση έχουν και οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρηγορητική μόνο εγχείρηση.

Αυτοί που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική εγχείρηση, επιβιώνουν κατά μέσο όρο 28 μήνες. (Ν. Ευγενίδης, 1991)

### 3.7 ΠΡΩΙΜΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Σήμερα ο γαστρικός καρκίνος με «ελάχιστη» επέκταση περιγράφεται ως αρχόμενος ή πρώιμος γαστρικός καρκίνος (Early Gastric Cancer) και χαρακτηρίζεται από επέκταση στον βλεννογόνο ή υποβλεννογόνο χιτώνα, ανεξάρτητα απ τη διήθηση ή όχι των επιχωρίων λεμφαδένων. Στο στάδιο αυτό ο καρκίνος συνοδεύεται από πολύ αυξημένη 5ετή επιβίωση 90%.

Η συχνότητα του διατηρείται υψηλότερη στην Ιαπωνία, όπου περίπου το 35% των καρκίνων του στομάχου είναι αρχόμενοι, ενώ στη Δύση κυμαίνεται μεταξύ 10 και 13%. (Π. Τζαρδής, Β. Λαοπόδης, 1996)

Η αυξημένη συχνότητα αρχόμενου γαστρικού καρκίνου στην Ιαπωνία αποδίδεται στην εκτεταμένη εφαρμογή προγραμμάτων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου λόγω της ιδιαίτερα υψηλής συχνότητας της νόσου στην χώρα αυτή.

Ο Honda σε επιστημονική μελέτη επί 1780 ασθενών με Π.Γ.Κ. από τα μεγαλύτερα Ιαπωνικά κέντρα αναφέρει 10ετή επιβίωση σε ποσοστό 80,2%.

Σε άλλη πιο πρόσφατη Ιαπωνική επιστημονική μελέτη επί χειρουργηθέντων ασθενών με Π.Γ.Κ., αναφέρεται ποσοστό 5ετούς επιβίωσης 97,7%. Οι εν λόγω συγγραφείς αναφέρουν ότι σε βλεννογόνο μόνο εντόπιση του Π.Γ.Κ. η 5ετής επιβίωση των ασθενών τους ήταν 100%. (Α. Β. Ντόβας, 1991)

Στην Α΄ Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΝΕΕΣ) αντιμετωπίστηκαν 253 περιπτώσεις καρκίνου του στομάχου, 24 από τις οποίες απεδείχθη, ότι ήταν «αρχόμενος» γαστρικός (ποσοστό 9,97%). Οι ασθενείς υπέστησαν υφολική γαστρεκτομή. Και οι 24 άρρωστοι είναι εν ζωή και χωρίς συμπτώματα ένα έως πέντε χρόνια από της επεμβάσεως.

Λόγω της ασαφούς κλινικής εικόνας η διάγνωση “αρχόμενου” γαστρικού καρκίνου απαιτεί αυξημένη κλινική υποψία και ειδικές διαγνωστικές μεθόδους. Δεν υπάρχει πλέον αμφιβολία, ότι η ενδοσκόπηση αποτελεί την κατ’ έξοχήν μέθοδο για τη διάγνωσή του. (Π. Τζαρδης – Β. Λεοπόδης, 1996)

### 3.8 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη του καρκίνου του στομάχου μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή που περιλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες και σε δευτερογενή που περιλαμβάνει την αναγνώριση προ-καρκινωματοδών καταστάσεων καθώς και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου.

**ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:** Έχει βρεθεί πως ορισμένοι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη του γαστρικού καρκίνου αλλά ο ρόλος τους δεν είναι πλήρως κατανοητός και αναμένεται να αποσαφηνιστεί στο μέλλον σε άλλες μελέτες.

Όσον αφορά τους περιβαλλοντολογικούς που είναι προδιαθεσικοί για την εμφάνιση της νόσου πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερος η κακή διατροφή. Η αυξημένη κατανάλωση φρέσκων τροφών και φρούτων παίζει προστατευτικό ρόλο αφού μειώνει μέχρι 30 – 35% τον κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα λαχανικά όταν μαγειρεύονται δεν έχουν την ίδια προστατευτική δράση όσον αφορά τον καρκίνο του στομάχου, σε σύγκριση με τα ωμά λαχανικά. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

Η βιταμίνη C ασκεί προστατευτική δράση στον γαστρικό βλεννογόνο όσον αφορά την ανάπτυξη νεοπλασίας (Δ.Γ. Καραμανώλης, 1992).

Επίσης, η κατανάλωση ψωμιού πλουσίου σε ίνες θεωρείται ότι συνδυάζεται με ελάττωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Αποδείχθηκε πειραματικά ότι το ασβέστιο των τροφών ασκεί προστατευτική αντινεοπλασματική επίδραση στο γαστρικό βλεννογόνο.

Τέλος, οι μεταβολές στις διαιτητικές συνήθειες ιδιαίτερα η καλύτερη διατήρηση και παρασκευή των τροφών τείνουν να μειώσουν την επίπτωση της λοίμωξης από ΕΡ και της γαστρίτιδας συμβάλλοντας στην μείωση της επίπτωσης του γαστρικού καρκίνου. (Γ.Χ.Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

**ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:** Είναι σημαντικό να χαρακτηρίζονται οι προκαρκινωματώδεις αλλοιώσεις έτσι ώστε να είναι δυνατή η κατάταξη των ασθενών σε ομάδες υψηλού κινδύνου (ατροφική γαστρίτιδα, κακοήθης αναιμία κτλ) και να είναι δυνατή η προσεκτική παρακολούθησή τους. (Ε Πρωτοπαπά, 1991).

Λόγω της προαναφερθείσης σχέσης των πολυπόδων με τον καρκίνο του στομάχου, συνίσταται σήμερα, όπου είναι δυνατόν ενδοσκοπική αφαίρεση όλων των πολυπόδων και περιοδική παρακολούθηση των ασθενών για τυχόν ανάπτυξη νέων πολυπόδων ή καρκίνου. (Α.Εμμανουηλίδης, 1991).

Στους ασθενείς άνω των 50 ετών συστήνεται να περιλαμβάνουν εξέταση κοπράνων για αίμα στις ετήσιες εξετάσεις υγείας τους. (Β. Μπενάκης, 1974).

Σε ασθενής με γαστρικό έλκος συνιστάται προσεκτικός έλεγχος με γαστροσκόπηση και λήψη πολλαπλών βιοψιών, κυρίως από την περιφέρεια του έλκους, ώστε να αποκλεισθεί η ύπαρξη καρκίνου.

Τέλος έχει προταθεί ο περιοδικός έλεγχος, ακτινολογικός και γαστροσκοπικός, των ασθενών που έχουν υποβληθεί σε γαστρεκτομή για καλοήγη πάθηση πριν από 15 ή περισσότερα χρόνια.

Η παρακολούθηση συνίσταται σε περιοδικές γαστροσκοπήσεις με μεσοδιάστημα 2-5 ετών σε συνδυασμό με τη λήψη πολλαπλών βιοψιών από την περιφέρεια των στομίων της γαστροεντεροαναστόμωσης ή και από κάθε ύποπτη βλάβη του γαστρικού κολοβώματος. (Γ.Χ. Σακοράφας, Ε.Ν. Κρέσπης, 1997).

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ο Νοσηλευτής – τρια που ασχολείται με τον ογκολογικό ασθενή θα πρέπει να είναι γνώστης της φυσιοπαθολογικής διεργασίας του καρκίνου, των παραγόντων κινδύνου, των μεθόδων διάγνωσης, των τρόπων θεραπείας καθώς και των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου. Τέτοια προβλήματα είναι ο πόνος, αιμορραγία, εγχειρητικά προβλήματα, αναπηρίες, παρενέργειες χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας καθώς και οι μεταστάσεις.

Η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων γίνεται αφού πρώτα ο νοσηλευτής αξιολογήσει τις προσωπικές δυνάμεις κάθε ασθενούς για την αντιμετώπιση του καρκίνου του, αντιληφθεί τους φόβους και τους προβληματισμούς του και τελικά προγραμματίζει τις υποστηρικτικές του ενέργειες. Τέτοιες ενέργειες μεταξύ άλλων είναι ο νοσηλευτικός διάλογος με τον άρρωστο, η διδασκαλία τεχνικών αυτοφροντίδας και η προσπάθεια ενίσχυσης αυτοεκτίμησης του αρρώστου.

Η αποκατάσταση αποτελεί μια διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνεται προκειμένου ο ασθενής να επανακτήσει τη ψυχολογική και σωματική του ισορροπία και να επιστρέψει στη ζωή με όσο το δυνατό μεγαλύτερη λειτουργικότητα και απόδοση σε όλους τους τομείς της. (Μ. Ι. Λαβδανίτη, 1998)



## **4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ**

Στη διάρκεια του διαγνωστικού ελέγχου, ο νοσηλευτής-τρια παίζει το δικό του προσωπικό ρόλο, βοηθώντας τόσο όσο το γιατρό όσο και τον ασθενή για την καλύτερη διεκπεραίωση της εξέτασης. Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει τα εξής:

### **4.2.α ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΜΕ LEVIN**

Ο άρρωστος μένει νηστικός 6–8 ώρες πριν από την εξέταση. Παίρνεται υγρό βασικής έκκρισης μετά την εισαγωγή του ρινογαστρικού σωλήνα. Στη συνέχεια γίνεται ένεση ισταμίνης για τη διέγερση του βλεννογόνου να εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ. Επειδή η ισταμίνη προκαλεί συχνά ανεπιθύμητες αντιδράσεις (ταχυκαρδία, έξαψη, πονοκέφαλο), αντί για αυτήν μπορεί να χορηγηθεί histalog.

Μετά την λήψη όλων των δειγμάτων, αφαιρείται ο ρινογαστρικός σωλήνας και γίνεται πλύση στόματος και φροντίδα μύτης. Ο άρρωστος παρακολουθείται για ναυτία και εμέτους.

### **ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ**

Η μέθοδος αυτή ονομάζεται Diagnex Blue ή Azuresin. Ο άρρωστος δεν παίρνει φάρμακα για 24 ώρες πριν από την εξέταση και τροφή για 6-8 ώρες πριν από αυτή. Του χορηγούνται ένα πακέτο κρύσταλλοι της χρωστικής με ένα ποτήρι νερό. Τα ούρα φυλάσσονται για δύο ώρες και προσδιορίζεται η ποσότητα της χρωστικής. Η παρουσία της χρωστικής στα ούρα δείχνει την ύπαρξη, όχι την ποσότητα, υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό. Γίνεται γνωστό στον άρρωστο ότι τα ούρα του θα είναι μπλε για δύο ή τρεις μέρες, ώσπου να απεκκριθεί τελείως το φάρμακο.

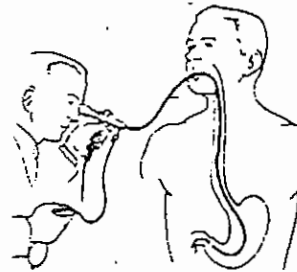
## 4.2.β ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

### Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

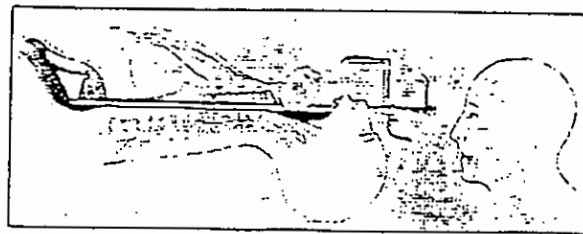
- Εξήγηση του τι θα συμβεί πριν, κατά και μετά την εξέταση
- Τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν την εξέταση
- Αφαίρεση οδοντοστοιχιών
- Χορήγηση ατροπίνης, αν υπάρχει εντολή
- Χορήγηση ελαφρού κατευναστικού ή ηρεμιστικού αν υπάρχει εντολή
- Μεταφορά στο δωμάτιο ενδοσκοπήσεων

### Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση πλάγια, ύπτια ή καθιστή
- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου ενώ ο άρρωστος αναπνέει
- Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.
- Λήψη δειγμάτων βιοψίας, αν είναι ανάγκη



Γαστροσκόπηση με τον άρρωστο σε καθιστή θέση.



Γαστροσκόπηση με τον άρρωστο σε ύπτια θέση.

### Μετά την εξέταση:

- Τίποτα από το στόμα ως την επιστροφή του φαρυγγικού αντανακλαστικού (2-4 ώρες μετά την εξέταση).
- Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως την σταθεροποίησή τους.

- Διατήρηση προφυλακτικών ως την παύση της δράσης των κατευναστικών
- Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης όπως πυρετός, πόνος, αιμορραγία.
- Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού.

#### 4.2.γ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας
- Τίποτα από το στόμα για 6 τουλάχιστον ώρες πριν την εξέταση
- Μεταφορά στο ακτολογικό

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Εξέταση της άδειας γαστρεντερικής οδού με άμεση ακτινοσκόπηση
- Λήψη μικρής ποσότητας θεικού βαρίου και έλεγχος της πορείας της με ακτινοσκόπηση. Λήψη της υπόλοιπης ποσότητας και παρακολούθηση της πορείας της με λήψη σειράς ακτινογραφιών
- Βοήθεια του αρρώστου να πάρει διάφορες θέσεις κατά τη διάρκεια της εξέτασης για πλήρωση όλων των τμημάτων του σωλήνα με βάριο.

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη υγρών για να βοηθήσουν στην αποβολή του βαρίου από τον γαστρεντερικό σωλήνα
  - Ενημέρωση του αρρώστου ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση
  - Χορήγηση καθαρτικού, όπως γάλα μαγνησίας, για αποβολή του βαρίου, αν χρειαστεί. (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994).
-

### **4.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο μοναδικός στόχος, ο κεντρικός σκοπός, η εστία της προσοχής, η ουσία, το νόημα και η καρδιά της χειρουργικής νοσηλευτικής είναι: ο άρρωστος άνθρωπος, ο άρρωστος και η νοσηλεία του και η χειρουργική θεραπεία.

Ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια πολύτιμοι συνεργάτες του χειρουργού αξιολογούν νοσηλευτικές ανάγκες, προγραμματίζουν οργανώνουν, συντονίζουν, δίνουν φροντίδα στον άρρωστο, εκτιμούν τα αποτελέσματα και συντελούν καθοριστικά στην επιτυχή εκτέλεση και έκβαση της εγχείρησης (Α. Ραγιά, 1989).

#### **4.3.α ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Η γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

##### **α. Τόνωση ηθικού**

Προεγχειρητικά οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση προκαλεί πάντοτε στον ασθενή κάποια διαταραχή φανερή ή όχι. Από ψυχολογικής πλευράς γνωρίζουμε ότι η ανησυχία του ασθενούς επηρεάζει άμεσα την ομαλή λειτουργία του σώματός του.

Ο φόβος του αγνώστου της επιτυχίας της επεμβάσεως, της αναισθησίας ή του θανάτου, μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο εμφανής, ενώ άλλο είδος φόβου πχ. φόβος για πιθανή απώλεια της εργασίας του ή ανάγκες συντηρήσεως της οικογένειάς του ή μια πιθανή μόνιμη αναπηρία. Συνήθως βλέπει κανείς ένα ασθενή που κατέχεται από συναίσθημα ανασφάλειας. Έντονες συγκινησιακές διαταραχές είναι φανερές.

Συνεπώς ο νοσηλευτής-τρια ο οποίος έγκαιρα θα κατανοήσει τα παραπάνω πρέπει να είναι περισσότερο ανεκτικός και προσιτός σε σχέση με τον ασθενή. Ο φόβος εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως στα διάφορα άτομα.

Μερικοί ασθενείς εκδηλώνουν έμμεσα τον φόβο τους με ερωτήσεις. Άλλα άτομα καταφεύγουν σε ακατάπαυστη ομιλία για θέματα μικρής αξίας.

Το να υποτιμάται τους φόβους του ασθενή λόγω του ότι δεν υπάρχει τίποτα να φοβηθεί κάνει τον ασθενή να καταφεύγει στα δικά του και λιγότερο αποτελεσματικά μέσα αντιμετώπισης του φόβου του. (Μ. Γραμματοπούλου, 1991).

### **β. Τόνωση σωματική**

- Επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα βιταμίνες και φτωχό σε λίπη.
  - Ο νοσηλευτής-τρια χορηγεί στον άρρωστο αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου είτε από το στόμα είτε υπό μορφή υποκλυσμού.
  - Χορηγεί αντιβίωση
  - Προετοιμάζει το έντερο για εγχείρηση. Έτσι τις 5 τελευταίες μέρες πριν την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό, όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα.
  - Κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά γιατί ο ασθενής χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους.
  - Την προηγούμενη της εγχείρησης μέρα ο ασθενής τρέφεται ελαφρά, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχείρησης.
-

### **γ. Ιατρικές εξετάσεις**

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

1. Εξέταση αίματος
2. Γενική ούρων
3. ΗΚΓ
4. Ακτινογραφία θώρακος

### **δ. Καθαριότητα του ασθενούς**

1)Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

- Με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Σήμερα δεν συνίσταται η λήψη καθαρτικών γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.
- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Γίνονται δύο υποκλυσμοί, ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχείρησης. Με αυτούς επιτυγχάνεται η καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

2)Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς:

Την παραμονή της εγχείρησης εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος.

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

### **ε. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου**

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

### **ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Περιλαμβάνει την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις.

### **ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ**

Περιλαμβάνει:

- παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς
- κατάλληλη ένδυση του ασθενούς
- προνάρκωση

#### **4.3.β ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής:

- Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι. Η θέση του αρρώστου μετά την εγχείρηση είναι η «ύπτια» και μετά η «ανάροππη» θέση. Η συχνή αλλαγή θέσης βοηθά στην ανακούφιση και άνεση του αρρώστου.
- Φροντίδα και παρακολούθηση του τραύματος.
- Προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφιση εμεσμάτων καθώς και σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, που είναι καθήκον του νοσηλευτή-τριας.
- Εξασφάλιση σωστής διαίτας στον χειρουργημένο ασθενή η οποία αρχικά είναι υγρή και βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.
- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ή άλλες δυσκολίες.
- Τέλος, σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η στοματική υγιεινή, που όχι μόνο ανακουφίζει τον ασθενή αλλά και τον προφυλάσσει από στοματίτιδες και παρωτίτιδες.

#### 4.3.γ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

##### α) Πόνος

Ο νοσηλευτής-τρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει 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 χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

##### β) Δίψα

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

##### γ) Έμετος

Εάν ο ασθενής έχει εμέτους, ο νοσηλευτής-τρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια. Μετά από κάθε έμετο το στόμα του αρρώστου πλένεται με λίγο νερό και διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κτλ) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς. (Μ.Α. Μαλαγρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1994)

#### 4.3.δ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

##### α) Αιμορραγίες

Ο νοσηλευτής-τρια αντιμετωπίζει την εμφάνιση συμπτωμάτων αιμορραγίας ως εξής:

- Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί, εάν είναι δυνατόν, πιεστικό επίδεσμο
- Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δεν δίνει στον ασθενή τίποτα από το στόμα, ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα, το απαλλάσσει



από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του.

- Ο γιατρός χειρίζεται την πορεία της αγωγής του ασθενούς που αιμορραγεί.

### **β) Shock ή καταπληξία**

Τα μέτρα που λαμβάνει ο νοσηλευτής-τρια για την αντιμετώπιση του shock είναι τα ακόλουθα:

- Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς και χορήγηση υγρών από το στόμα
- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού, ή πλάσματος μετά από εντολή γιατρού
- Τέλος, ο ασθενής ενθαρρύνεται και του απομακρύνεται κάθε ανησυχία

### **γ) Θρομβοφλεβίτιδες**

Η θρόμβωση του αγγείου εμφανίζεται με πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθένος αγγείου.

Η πρόληψη συνίσταται σε:

- Αποφυγή πίεσεως πάνω στις κνήμες
- Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι
- Ασκήσεις κάτω άκρων για επιβοήθηση της κυκλοφορίας
- Αποφυγή εντριβών των άκρων

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- Απόλυτη ακινησία του άκρου, για να μη μετακινηθεί ο θρόμβος
- Έναρξη αντιπηκτική αγωγής σύμφωνα με εντολή γιατρού. (Μ.Α. Κωνσταντινίδου, 1995)

### **δ) Σύνδρομο Dumping**

- Αποφυγή λήψης μεγάλων γευμάτων
- Αποφυγή λήψης αλμυρών τροφών ή τροφών που περιέχουν συμπυκνωμένους υδατάνθρακες
- Αποφυγή λήψης υγρών μαζί με το γεύμα

- Τακτικά μικρά γεύματα. Καλή μάσηση σε ήσυχο περιβάλλον
- Κατάκλιση μετά το γεύμα
- Αντιχολινεργικά πριν από το γεύμα (αν υπάρχει εντολή), για τον περιορισμό της γαστρεντερικής δραστηριότητας (Α.Σαχίνη, Μ.Πάνου, 1994)

#### ε) Διαταση στομάχου

Τα εμφανιζόμενα στον ασθενή συμπτώματα είναι:

- Μετεωρισμός κοιλίας
- Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο
- Λόξυγκας
- Δύσπνοια λόγω πίεσης του διαφράγματος από το διατεταμένο στόμαχο
- Έμετοι (Μ.Α. Μαλαγρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1994).

Συνήθως η διάταση υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες κατά τη διάρκεια των οποίων επιβάλλεται η συνεχής ρινογαστρική αναρρόφηση, η διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και η παρεντερική διατροφή του αρρώστου. (Ν. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1990).

#### στ) Διαταραχές θρέψης

i) Απώλεια βάρους. Ο νοσηλευτής-τρια:

- Παρακολουθεί αν ο ασθενής παίρνει τις απαιτούμενες θερμίδες κάθε μέρα.
- Ενισχύει τον ασθενή συνεχώς να παίρνει επαρκή ποσότητα λευκωμάτων και υδατανθράκων
- Περιορίζει τις δραστηριότητες του αρρώστου
- Δίνει συμπληρωματικές βιταμίνες (Α, Β σύμπλεγμα, C και Κ)
- Χορηγεί παρεντερικώς σακχαρούχα υγρά
- Παρακολουθεί συστηματικά τον βάρος του αρρώστου. (Μ.Α. Μαλαγρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1994).

ii) Σιδηροπενική αναιμία

Θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα από το στόμα ή καλύτερα παρεντερικά.

### iii) Μεγαλοβλαστική αναιμία

Θεραπευτικά χορηγείται βιταμίνη B<sub>12</sub> (N. Καμπάνης, Π. Δεληκάρης, 1990).

### ζ) Μόλυνση τραύματος

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Μπορεί να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος.

Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα.

### η) Ίκτερος. Ο νοσηλευτής-τρια

- Παρακολουθεί και γράφει τον βαθμό ικτέρου του δέρματος και του σκληρού χιτώνα του οφθαλμού
- Παρακολουθεί το χρώμα των κενώσεων και των ούρων.(Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1994).

## 4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ

### ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στην θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται την χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών-τριών και άλλου υγειονομικού προσωπικού.

### ΠΟΤΕ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ Η ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για να εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις κυρίως.

1. Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών.
2. Να μην υπάρχουν λοιμώξεις ( η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).
3. Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και ήπατος.

Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση. Και πάνω απ' όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία.(Ε. Μπαρμπούνη-Κωσταντάκου, 1991).

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΙΣ ΤΟΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

#### **1. Καταστολή του μυελού των οστών παρατηρείται:**

##### **1.1 Λευκοπενία.**

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

Η νοσηλεύτρια-της ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα:

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.

- Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες.

### 1.2 Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοουλορραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος.

Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται ως εξής:

Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό.

Η νοσηλεύτρια-της θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό της μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

### 1.3 Αναιμία

Ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και η παρουσία συμπτωμάτων όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση.

Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.

## 2. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Εκδηλώνονται με:

### 2.1 Ναυτία, εμετούς.

Παρακολουθείται η συχνότητα, ο χαρακτήρας και η ποσότητα των εμετών, η ανορεξία και η θρέψη. Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να λαμβάνει μέτρα πρόληψης ναυτίας και εμετών όπως:

- Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων πριν ή μετά την εφαρμογή της χημειοθεραπείας
- Δίνονται μικρά κομμάτια πάγου μόλις παρουσιαστεί η ναυτία

- Η τροφή σεββίρεται μετά την υποχώρηση της ναυτίας
- Προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο για το περιεχόμενο και την ώρα
- Χορηγούνται τροφές πολύ παγωμένες
- Ενισχύεται ο ασθενής να μασάει πολύ καλά την τροφή. Μετά από κάθε γεύμα πρέπει να γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.

## 2.2 Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διααρροϊκής κένωσης ο ασθενής για συμπτώματα αφυδάτωσης και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλότητα.

Για την αντιμετώπιση της διάρροιας η νοσηλεύτρια χορηγεί:

- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα κατόπιν εντολής γιατρού.
- Άφθονα υγρά και
- Εξασφαλίζει τη διατήρηση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών

## 2.3 Στοματίτιδα

Εξετάζεται ο βλεννογόνος αμέσως μετά τη χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες.

Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά η στοματική του κοιλότητα.

## 3. Ανοσοκατασταλτική επίδραση.

Ο άρρωστος ελέγχεται για πυρετό, ρίγος, πονόλαιμο. Προστατεύεται από μολύνσεις και αναβάλλεται – αν είχε προγραμματισθεί να γίνει – η ενεργητική ανοσοποίηση του αρρώστου για μερικούς μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.

#### **4. Αλλαγές στο δέρμα.**

Εξετάζεται το δέρμα για λύση της συνέχειάς του, διατηρείται καθαρό, προστατεύεται από ξηρότητα, την μεγάλη έκθεση στον ήλιο και σε τεχνητές υπεριώδεις ακτίνες.

Επίσης, η νοσηλεύτρια-της πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με την προστασία του δέρματος, τις αλλαγές στο χρώμα (γίνεται πιο σκούρο)κ.α.

#### **5. Νευροτοξικότητα**

Παρακολουθείται ο ασθενής για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας όπως ελαφρύς πόνος στα χέρια και τα πόδια, αταξία, απώλεια συντονισμού παραλυτικός ειλεός.

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση. (Μ.Α.Μαλγαρινού, Σ.Φ.Κωνσταντινίδου, 1995).

#### **6. Αλωπεκία**

Ο άρρωστος ενημερώνεται ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας του αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας. Επίσης ότι η πτώση των τριχών της κεφαλής μπορεί να μειωθεί αν χρησιμοποιηθεί περιίδεση ή παγοκύστη. Επίσης συμβουλεύεται να προμηθευτεί ένα μαντήλι ή μια περούκα.(Μ. Dollinger, E. Rosenbaum, 1992).

Η νοσηλευτική παρέμβαση έχει μεγάλη σημασία για την ηθική και ψυχική ενίσχυση του ασθενή γιατί ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Πρέπει λοιπόν ο νοσηλευτής-τρια να δράσει ψυχοθεραπευτικά, να τον βοηθήσει να δεχτεί της παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και έτσι να καταστείλει τους φόβους του σε μεγάλο βαθμό.

---

#### 4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που ο νοσηλευτής-τρια θα έρθει σε επαφή με το άρρωστό του. Από τη στιγμή αυτή ο νοσηλευτής με την ευσυνείδητη αγάπη του, το ενδιαφέρον του, την κατανόηση της θέσης του αρρώστου και τις γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Οι πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές είναι:

1. Ακτινοδερματίτιδα
2. Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οργάνων
3. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων

Οι όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές είναι οι εξής:

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος
2. Καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών
3. Βλάβη γεννητικών αδένων
4. Αλωπεκία
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- Γενική καταβολή δυνάμεων
  - Ναυτία – εμέτους
  - Ανορεξία
  - Απώλεια βάρους
-



- Πυρετική δεκατική κίνηση

Η προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία περιλαμβάνει τις παρακάτω εφαρμογές:

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και να παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους, να χορηγεί αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται και τέλος να φροντίζει το διαιτολόγιό του να είναι ελαφρύ με τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια. Από την στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή να αφαιρεθεί. (Μ.Α. Μαλγαρινού, Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, 1995).

#### **4.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ – ΤΡΙΑΣ ΣΕ ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

##### **4.6.α ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ**

Η γαστροστομία είναι μια χειρουργική μέθοδος που εφαρμόζεται για την αποσυμφόρηση του στομάχου ή την τεχνητή διατροφή.

Η επέκταση της χρήσεως των εύκαμπτων γαστροσκοπίων είχε ως αποτέλεσμα και την επινόηση απλουστευμένης τεχνικής ενδοσκοπικής διαδερμικής γαστροστομίας.

---

Οι επιπλοκές της εγχειρητικής γαστροστομίας κυμαίνονται από 13,5 έως 22% και η εγχειρητική θνητότητα κυμαίνεται από 1,8% έως 16%. Οι επιπλοκές της ενδοσκοπικής διαδερμικής γαστροστομίας κυμαίνεται από 0 – 20% με μέση τιμή 7,3%.

Ο μέσος όρος μιας εγχειρητικής γαστροστομίας είναι 50min, ενώ μια διαδερμικής 25 min. Τα κύρια πλεονεκτήματα της διαδερμικής σε σχέση με την εγχειρητική γαστροστομία, είναι το μικρότερο ποσοστό επιπλοκών, ο βραχύτερος χρόνος που απαιτεί για την επέμβαση και τη νοσηλεία, το μικρότερο κόστος και το μικρότερο ποσοστό θνητότητας.

Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ενδοσκοπική διαδερμική γαστροστομία είναι μια νέα μέθοδος που μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική λύση στην κλασική εγχειρητική γαστροστομία. (Ε. Καλαφάτης, 1989)

#### Η προεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

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

#### Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Χορήγηση υγρών μέσα από τον σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι αφυδατωμένος.

Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%.

- Χορήγηση από τον σωλήνα τροφής σε ημίρρευστη μορφή



- Χορήγηση 50ml χλιαρού νερού για το πλύσιμο του αυλού του αυλού του σωλήνα, μετά από κάθε γεύμα
- Χορήγηση 50ml νερού κάθε 2 ώρες
- Αναγραφή, σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.
- Αφαίρεση του σωλήνα μετά από 5-6 μέρες και εισαγωγή νέου, που εισάγεται, αφού προηγουμένα επαλειφθεί με βαζελίνη. Στερέωσή του στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκοπλάστη, ο οποίος προηγουμένα 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 ασθενούς 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. (Α. Σαχίνη, Μ. Πάνου, 1994).

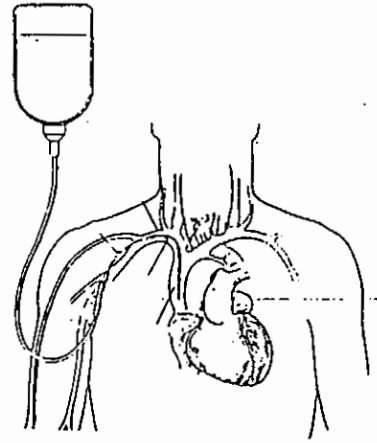
#### 4.6.β ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ (ΟΠΑ)

Η ολική παρεντερική διατροφή γίνεται όταν η λήψη τροφής και υγρών και η πέψη και απορρόφησή τους είναι αδύνατη από το γαστρεντερικό σωλήνα. Είναι μέθοδος αντιμετώπισης θρεπτικών αναγκών του αρρώστου.

Η ολική παρεντερική χορηγείται από την υποκλείδιο φλέβα – ελάχιστες φορές και από περιφερική, μόνο όμως για μικρό χρονικό διάστημα και μικρές ποσότητες υγρών.

Υπάρχουν ειδικοί σάκοι 5 λίτρων με υποδοχείς από τους οποίους μεταγγίζονται σ' αυτόν τα διαλύματα των θρεπτικών ουσιών με άσηπτη τεχνική. Χορηγείται με συσκευή ορρού ή ειδική αντλία χορήγησης υγρών.

Η ροή των σταγόνων υπολογίζεται επακριβώς επί 24ωρου βάσεως.



#### Νοσηλευτική φροντίδα :

- ακολουθούμε επακριβώς τις ιατρικές οδηγίες του διαιτολόγιου του αρρώστου
- τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την προετοιμασία και την χορήγηση του μίγματος
- καθημερινό μέτρημα του σωματικού βάρους του αρρώστου
- παρακολούθηση προσλαμβανόμενων, αποβαλλόμενων υγρών
- συχνή περιποίηση του σημείου φλεβοκέντησης για την πρόληψη λοιμώξεων
- έλεγχος των ούρων για σάκχαρο και οξόνη και του αίματος για σάκχαρο
- εξήγηση στον ασθενή για το αίσθημα πείνας που θα νιώθει. Σιγά σιγά θα υποχωρήσει όταν ο οργανισμός συνηθίσει στον νέο τρόπο σίτισης. (Ε. Κ. Αθανάτου, 1995)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην βελτίωση της ζωής του καρκινοπαθούς είναι σημαντικός γιατί είναι εκείνος που επικοινωνεί περισσότερο μαζί του και τον αντιμετωπίζει σαν ενιαίο σύνολο αλλά με ιδιαίτερες ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες πρέπει να διαπιστωθούν και να ικανοποιηθούν.

Η προσφορά του νοσηλευτή-τριας θα πρέπει να συνοδεύεται από αισθήματα ελπίδας και καταβολής κάθε προσπάθειας για την διατήρηση και την βελτίωση της ζωής του καρκινοπαθούς.

Η επιτυχία της νοσηλευτικής μας παρέμβασης δεν εξαρτάται τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας όσο από την ικανότητα κατανόησης του νοήματος που έχει η ασθένεια για τον κάθε άρρωστο ξεχωριστά. (Ι. Σιδέρη, 1993).

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να δημιουργήσει μια ειλικρινή μέθοδο επικοινωνίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή του ίδιου και της οικογένειάς του στο πρόγραμμα, καλλιεργείται αίσθημα ασφάλειας και ο ασθενής εκδηλώνει την λύπη του και τον θυμό του για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να ενισχύει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου με το να επαινεί την αυτοφροντίδα, να αποδέχεται τις αντιδράσεις του με το να δημιουργεί ευκαιρίες να ρωτά ο άρρωστος και να λύνει τις απορίες του.

Τέλος, πρέπει να τον βοηθά να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του και να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει.

Σκοπός λοιπόν κάθε νοσηλεύτη-τριας για την αποκατάσταση του ασθενή πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης. (Ε. Πατηράκη – Κουρμπάνη, 1991).

## **5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ**

Στο τελευταίο τέταρτο έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στο θέμα της κατανόησης και γνώσης των αιτιών του καρκίνου και της θεραπευτικής του αντιμετώπισης. Ταυτόχρονα, μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο της κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο. (Κ. Κανδύλης, 1993).

Σαν καρκίνο «τελικού σταδίου» ορίζουμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς κατά την οποία κανένας από τους θεραπευτικούς χειρισμούς δεν μπορεί πλέον να εφαρμοσθεί.

Ως προς την επιλογή των σωστών θεραπευτικών ενεργειών στο τελικό στάδιο του καρκίνου οι παρακάτω αρχές είναι ίσως χρήσιμες:

A. Ο στόχος του γιατρού για την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου τελικού σταδίου έρχεται όπως είναι ευνόητο σε κατώτερη μοίρα από αυτόν της ανακούφισης των συμπτωμάτων. Η ανακούφιση αυτή πρέπει να απευθύνεται και στα σωματικά και στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

B. Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανακλούν τις προσωπικές επιλογές του

αρρώστου. Οι θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου. (Δ. Σκάρλος, 1991).

### **5.3 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΩΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ**

Η οικογένεια αποτελεί το βασικό δομικό στοιχείο της κοινωνίας μας, τα μέλη της οποίας αποτελούν ένα δυναμικό μικροσύστημα που βρίσκεται σε μια συνεχή δραστηριότητα μέσα στο χώρο. Η οικογένεια μπορεί ανάλογα από τις περιπτώσεις και τα προβλήματα των μελών της να διαφοροποιείται, ώστε να στηρίζει ενεργά το κάθε μέλος της στη δύσκολη στιγμή.

Έτσι και στην περίπτωση μιας μακροχρόνιας αρρώστιας, όπως είναι ο καρκίνος, η οικογένεια μπορεί να ενεργοποιηθεί και να αποτελέσει ένα τυπικό σύστημα υποστήριξης του αρρώστου, που μαζί με το υπάρχον άτυπο σύστημα (συγγενείς, γείτονες, φίλοι) να δημιουργήσει ένα τέτοιο σύστημα παροχής φροντίδας, που δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί από οποιοδήποτε κρατικό σύστημα υγειονομικών φροντίδων. (Α. Βελονάκη, Μ. Σαμαρτζή, κ. άλλοι, 1993)

**ΕΙΔΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

---



## 1.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η Νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να πετύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνο από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με τη διαφορά ότι τα προβλήματα που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία.

Ο Νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις. (Κυριακίδου Θ. Ε., 1995)

**1.2 ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ  
ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄**

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄**

Ο ασθενής Γ. Χ., ηλικίας 57 ετών, βάρους 75 gr, έγγαμος με δυο παιδιά, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στις 5/12/99 στην χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν. «Άγιος Ανδρέας», με συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα, κατά την εισαγωγή του και μια μέρα πριν, αίσθημα βάρους κατά το επιγάστριο από 20ημέρου, ανορεξία από 15ημέρου και απώλεια βάρους – 6 κιλά σε διάστημα 2 μηνών.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά της εισαγωγή του , ήταν : ΑΠ : 130 / 90 mmHg

ΣΦ : 85 / min

Θ : 36,7 °C

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ :**

- Σκωλικοειδεκτομή προ 35ετίας
- Ενδομυελική ήλωση μετά από συντριπτικά κατάγματα (ΑΡ) μηριαίου οστού, προ 22 ετίας
- Εμφάνιση οξείας γαστρίτιδας προ 18ετίας

Ο ασθενής υποβλήθηκε την 1<sup>η</sup> μέρα της εισόδου του στο Νοσοκομείο, στις εξής εξετάσεις :

- Γενική αίματος : Ht : 29,5%  
HGB : 9,8 gr/dl  
WBC :  $5,6 \cdot 10^3$  /  $\mu$ l  
RBC :  $3,65 \cdot 10^6$  /  $\mu$ l  
PLT :  $275 \cdot 10^3$  /  $\mu$ l

- Βιοχημικές εξετάσεις :  $\text{Na}^+$  ,  $\text{K}^+$  , Ουρία, ουρικό οξύ, σάγγαρο ορού, κρεατινίνη, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια,  $\text{Fe}^{++}$  ορού, SGOT, SGPT, TIBC, ΤΚΕ
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ακτινοσκόπηση στομάχου με βαριούχο γέυμα
- Γαστροσκόπηση

Την ημέρα της εισαγωγής του ο ασθενής προετοιμάστηκε για ακτινοσκόπηση με βαριούχο γέυμα, που προγραμματίστηκε στις 8/12/99. Η εξέταση έδειξε έλλειμμα πληρώσεως στον πυλωρό του στομάχου.

Στις 9/12/99 υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε ογκίδιο στην περιοχή του πυλωρού διαστάσεων 2 x 3 cm καλυπτόμενο από φυσιολογικό γαστρικό βλεννογόνο.

#### Τελική διάγνωση Ca στομάχου

Ο ασθενής χειρουργήθηκε στις 11/12/99 και ώρα 10:40 π.μ. και υποβλήθηκε σε γαστρεκτομή και αποκατάσταση του πεπτικού σωλήνα με γαστροεντεροαναστόμωση (Billroth II)

Ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή (Metrouitazol 500mg FI 1x2, Radacef 1gr FI 1x3) από της 10/12/99 μέχρι τρεις μέρες από της έξοδό του και αντιπηκτική αγωγή (innohep) από της 10/12/99.

Ετέθη καθετήρας υποκλειδίου φλέβας και καθετήρας κύστεως Folley.

Ο ασθενής επέστρεψε στην κλινική στις 15:15 με τα εξής ζωτικά σημεία : ΑΠ: 130 mmHg ΣΦ. 95/min Θ: 35,8 °C. Φέρει ορό L/R 1000<sup>cc</sup> από περιφερική φλέβα, Red – o pack, καθετήρα υποκλειδίου φλέβας και καθετήρα Folley.

Επί πόνου δίδεται Pethidine 50mg amp IM και επί πυρετού Apotel 600mg amp σε 100<sup>cc</sup> N/S 0,9% IV.

Στις 20/12/99 ο ασθενής εξήλθε περιπατητικός από το Νοσοκομείο, συνοδευόμενος από τη γυναίκα του και τα δύο παιδιά του.

Ο ασθενής ενημερώθηκε για την επαναφορά του εντός 5 ημερών για την κοπή των ραμμάτων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία καθώς επίσης και για τον επανέλεγχο εντός 2 εβδομάδων.

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>α) Αιματέμεση κατά την εισαγωγή του νοσοκομείο (5-12-99) (3 έμετοι το 24ωρο) αναφέρθηκε αιματέμεση και την προηγούμενη ημέρα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να σταματήσει η αιμορραγία του στομάχου</li> <li>• Να αντιμετωπιστεί η αιματέμεση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία shock</li> <li>• Τοποθέτηση Levin</li> <li>• Αναγραφή ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα</li> <li>• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς</li> <li>• Έλεγχος H+. Σε πτώση του χορήγηση αίματος</li> <li>• Παρακολούθηση κενώσεων (χρώμα κοπράνων)</li> <li>• Πρόληψη διαταραχής υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε σημεία shock</li> <li>• Τοποθετήθηκε Levin και παροχετεύτηκε το γαστρικό περιεχόμενο με παρουσία αίματος (400 ml)</li> <li>• Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων : ΑΠ : 110 mmHg, ΣΦ : 80/min Θ: 36,2°C</li> <li>• Λόγω πτώσης του H+ (29,5%) χορηγήθηκε μια μονάδα ολικού αίματος ομάδας A (+)</li> <li>• Έγινε παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη χορήγηση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού αντιμετωπίστηκε μερικώς.</li> <li>• Το Levin αφαιρέθηκε μετά από ιατρική οδηγία στις 6/12/99</li> <li>• Τα ζωτικά σημεία δεν εμφάνισαν παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές</li> <li>• Ο ασθενής πήρε όλο τον ασκό του αίματος, χωρίς να παρατηρηθεί καμία άμεση αντίδραση</li> <li>• Τα πλεονεκτήματα της χορήγησης αίματος είναι τα εξής :</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση θεραπευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία</li> </ul>	<p>του αίματος για σημεία αντίδρασης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής κενούται 2 φορές ημερησίως. Δεν διαπιστώθηκαν μελαινες κενώσεις</li> <li>Γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών (4000 ml και 3500 ml αντίστοιχα)</li> <li>Έγινε βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών <math>\text{Na}^+</math> = 138mmol/lk<sup>+</sup> = 4,7 mmol/l</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου του αίματος</li> <li>αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος και της πυκνότητας των λευκωματών του</li> <li>αντιστάθμιση της ελατώσεως των ερυθροκυττάρων ή της αιμοσφαιρίνης</li> <li>χορήγηση παραγόντων για αποκατάσταση διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β) Σταθερός διαλείπων πόνος στο επιγάστριο από 20ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ανακούφιση από τον πόνο</li> <li>• εξάλειψη του πόνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χρήση φυσικών μέσω θέσεων για την ελάττωση του πόνου</li> <li>• χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία ιατρού</li> <li>• ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και χαλάρωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε ύπια θέση με κεκαμμένα γόνατα</li> <li>• Χορηγήθηκε στον ασθενή Zideron 75mg/ 2ml amp IM μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Ο ασθενής κοιμάται επαρκώς 9 ώρες ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε επανέλεγχος του Η+ (34%)</li> <li>• Δεν παρατηρήθηκε το υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε αυτή συνέβαλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών</li> <li>• Ο πόνος υποχώρησε μετά την χορήγηση του Zideron : Ενδείκνυται σε πόνους μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσους, καθώς και στην χειρουργική</li> </ul>	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
γ) Ανορεξία από 15ημέρου	Βελτίωση – αποκατάσταση της όρεξης του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση ελαφράς διατροφής πλούσιας σε θερμίδες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία</li> <li>• Χορήγηση καλοσερβρισμένης τροφής ευχάριστη στην οσμή και τη γεύση</li> <li>• Μικρά συχνά γεύματα και περιορισμένες ποσότητες υγρών κατά το γεύμα</li> <li>• Χορήγηση συμπληρωματικής διατροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα παίρνει μικρά γεύματα</li> <li>• Χορηγήθηκε η εξής διαίτα: πρωί : γάλα με φρυγανιές μεσημέρι : ψάρι ψητό με χόρτα και ένα μίγλο απόγευμα : κρέμα Βράδυ : μπιφτέκι με πουρέ και κομπόστα</li> <li>• Δόθηκε Ensure Plus HN 250ml 1 x 1 (στις 11: 00π.μ.) για τρεις μέρες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο επαρκής ύπνος συνέβαλε στην χαλάρωση του ασθενή και στην ανακούφισή του από τον πόνο</li> <li>• Βελτιώθηκε η όρεξη του ασθενούς μετά από την συγκεκριμένη διαίτα</li> <li>• Σ' αυτό συνέβαλε και το Ensure Plus: 375 Kcal/250ml συνίσταται σε ασθενής σε κατάσταση stress με αυξημένες πρωτεϊνικές και θερμιδικές ανάγκες, σε ασθενείς με ανορεξία και σε βαριές χειρουργικές επεμβάσεις. Περιέχει 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη και</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</li> <li>• Διάλογος με τον ασθενή για ελάττωση και εξάλειψη του stress</li> <li>• Παρακολούθηση για πρόληψη στοματίτιδας</li> <li>• Αντισηψία ρινοφάρυγγος</li> <li>• Καθημερινή παρακολούθηση σωματικού βάρους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε Grimperan 2ml 1 x 3 σε σχήμα ορρών D/W 5% 1000cc 1 x 2 &amp; N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>• Έγινε διάλογος και ο ασθενής εξωτερικευσε τα συναισθήματά του</li> <li>• Έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας και αντισηψία ρινοφάρυγγος καθημερινώς με Hexalen 10 ml</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά</li> </ul>	<p>53,3% υδατανθράκες</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν εμφάνισε τάση προς έμμετο μετά τη χορήγηση Primperan :</li> <li>• Επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο, αυξάνει τον τόνο του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και την περισταλτική του στομάχου επιπλέον ασκεί ισχυρή δράση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα</li> <li>• Ο ασθενής πήρε 2 κιλά μετά από τέσσερις ημέρες</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ) Απώλεια βάρους (ο ασθενής έχει χάσει 6 κλά σε διάστημα 2 μηνών)	Να επανέλθει ο ασθενής στο κανονικό σωματικό του βάρος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρύθμιση θερμιδικών αναγκών του αρρώστου</li> <li>• Περιορισμός δραστηριοτήτων</li> <li>• Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων</li> <li>• Χορήγηση ενδοφλεβίως σακχαρούχων υγρών</li> <li>• Καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους</li> <li>• Χορήγηση συμπληρωματικού σκευάσματος σιδήτου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το διαιτολόγιο του ασθενούς ρυθμίστηκε από τον υπεύθυνο ιατρό. Ο ασθενής συνεχίζει το ίδιο διαιτολόγιο</li> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι πρέπει να παραμένει στο κρεβάτι</li> <li>• Συνέχιση της χορήγησης ορρού D/W 5% 1000cc + Evaton amp 1 x 1</li> <li>• Επιπλέον χορηγήθηκε Legofer amp 5 ml σε 100cc N/ S 0,9% με αργή ροή</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βελτιώθηκε το σωματικό βάρος του αρρώστου μετά τη ρύθμιση του διαιτολογίου</li> <li>• Ο ασθενής πήρε 2 κλά σε δύο ημέρες</li> <li>• Σ' αυτό βοήθησαν τα συμπληρωματικά σκευάσματα Evaton &amp; Legofer</li> <li>• Η Evaton αποτελεί έξοχο συνδυασμό λιποδιαλυτών βιταμινών. Είναι άριστος αιμοποιητικός και τονοτικός παράγοντας. Ρυθμίζει επίσης της λειτουργία πολλών ενζυματικών μηχανισμών που υπεισέρχονται στο μεταβολισμό.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ε) Καθετηριασμός υποκλειδίου (ΔΕ) φλέβας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πρόληψη αφυδατώσεως</li> <li>• Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμασία αρρώστου για καθετηριασμό υποκλειδιάς φλέβας</li> <li>• Τήρηση κανόνων άσηπτης τεχνικής</li> <li>• Καθημερινή φροντίδα της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμάστηκε ο ασθενής, του δόθηκαν οι απαραίτητες συμβουλές και πληροφορίες</li> <li>• Τοποθετήθηκε ο κάθε-τήρας με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Έγινε καθημερινή φροντίδα του καθετήρα</li> </ul>	<p>Το Legofeg επιτυγχάνει την βαθμιαία απορρόφηση και αποθήκευση του σιδήρου στα διάφορα μέρη του σώματος. Γι' αυτό δεν παρατηρείται γαστρεντερική δυσανεξία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα του καθετήρα, αλλά και αργότερα</li> <li>• Δεν υπήρξαν σημεία φλεγμονής</li> <li>• Δεν παρουσιάστηκε διαταραχή του ισοζυγίου</li> </ul>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηση σημείων φλεγμονής</li> <li>• Χορήγηση υγρών</li> <li>• Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών 24ώρου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακολούθηθηκε ο ασθενής για σημεία φλεγμονής</li> <li>• Χορήγηση στήματος ορών D/ W 5% 1000cc 1 x 2 &amp; N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>• Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά (4.000 ml και 3.600ml αντίστοιχα)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα</li> <li>• Έγινε καθαρτικός αποκλυσμός μετά την εξέταση, λόγω δυσκοιλιότητας εξαιτίας του βαρίου</li> </ul>	
στ) Ακτινοσκόπηση του στομάχου με βαριούχο γέυμα στις 8/12/99	Διερεύνηση του στομάχου για νεοπλασία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση του αρρώστου για αποφυγή λήψης Τροφής για 8 ώρες πριν την εξέταση ώστε η σκιερή ουρία να καλύψει όλο το στόμαχο και ψυχολογική υποστήριξη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώθηκε ο άρρωστος ότι πρέπει να μείνει νηστικός και ενισχύθηκε ψυχολογικά</li> <li>• Μεταφέρθηκε στο ακτινολογικό τμήμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα</li> <li>• Έγινε καθαρτικός αποκλυσμός μετά την εξέταση, λόγω δυσκοιλιότητας εξαιτίας του βαρίου</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ζ) Γαστροσκόπηση στις 9/12/99	Ανεύρεση νεοπλασματικής εξεργασίας και έλεγχος της υφής του βλεννογόνου (βιοψία)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταφορά του αρρώστου στο ακτινολογικό εργαστήριο</li> <li>• Καθαρτικός υποκλυσμός πριν και μετά την εξέταση</li> <li>• Ενημέρωση του αρρώστου για το είδος και το σκοπό της εξέτασης</li> <li>• Ενημέρωση για αποφυγή λήψης τροφής και υγρών 8 ώρες πριν την εξέταση</li> <li>• Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση</li> <li>• Μεταφορά του ασθενή στο ενδοσκοπικό τμήμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός Fleet enema</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής για το είδος και τη σπουδαιότητα της εξέτασης</li> <li>• Ο ασθενής έμεινε νηστικός πριν από την εξέταση</li> <li>• Ο ασθενής ούρησε πριν την εξέταση</li> <li>• Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα, χωρίς την παρουσία νοσηλεύτη της νοσηλευτικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Από πληροφορίες δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα πριν και κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής εξέτασης</li> <li>• Από πληροφορίες εστάλη ιστός για βιοψία</li> <li>• Ο ασθενής ξεκουράστηκε, διότι η εξέταση ήταν επώδυνη</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
η) Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με καθετήρα Foley No 16	Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών από την ουροδόχο κύστη	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά την εξέταση ο ασθενής έχει ανάγκη ανάπαυσης</li> <li>Προετοιμασία υλικού και αρρώστου για τον καθετηριασμό</li> <li>Τοποθέτηση καθετήρα Foley με αυστηρή άσηπτη τεχνική</li> <li>Μέτρηση ούρων 24 ώρου</li> <li>Καθημερινός έλεγχος βατότητας καθετήρα</li> <li>Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>μονάδας που θα τον φροντίσει</li> <li>Μετά την εξέταση ο ασθενής αναπαύθηκε</li> <li>Έγινε η αυστηρή νοσηλευτική προετοιμασία του αρρώστου</li> <li>Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley No16 με άσηπτη τεχνική</li> <li>Τηρήθηκε δελτίο μέτρησης ούρων 24ώρου (2.900ml)</li> <li>Ελέγχεται καθημερινά η βατότητα του καθετήρα</li> <li>Τηρήθηκε άσπρη τεχνική κατά την αλλαγή του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ομαλή παροχέτευση των ούρων χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών</li> <li>Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο χρώμα των ούρων (χρώμα φυσιολογικό)</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
θ) Χειρουργική επέμβαση στις 11/12/99 (υφολική γαστρεκτομή με γαστρεντερο – αναστομωση κατά Billroth II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος και καταγραφή χρώματος ούρων</li> <li>• Εξασφάλιση στον χειρουργικό άρρωστο ψυχολογικής υποστήριξης</li> <li>• Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος και την σπουδαιότητα της εγχειρήσεως</li> <li>• Προετοιμασία του πεπτικού σωλήνα για την επέμβαση</li> <li>• Ευπρεπισμός της χειρουργικής περιοχής</li> <li>• Εξασφάλιση ηρεμίας και ανάπαυσης το βράδυ πριν</li> </ul>	<p>ουροσυνθέκτη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε έλεγχος του χρώματος των ούρων</li> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής για την επέμβαση και ενισχύθηκε ψυχολογικά</li> <li>• Έγινε καθαρτικός, υποκλύσμος (Fleet enema) και ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα</li> <li>• Η χειρουργική περιοχή ευπρεπίστηκε</li> <li>• Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ολοκληρώθηκε προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• Ο υποκλύσμος απέδωσε</li> <li>• Η Innoher ετέθει στον ασθενή για πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας.</li> <li>• Η Innoher μειώνει την πήκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία κατά την εξωσωματική κυκλοφορία</li> <li>• Το αντιβιοτικό σχήμα είναι απαραίτητο σε κάθε επέμβαση για την πρόληψη</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έναρξη αντιπηκτικής αγωγής</li> <li>• έναρξη αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν την επέμβαση</li> <li>• χορήγηση προνάρκωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγήθηκε Innoher inj 3500 iu/ 0,35 ml υποδορίως.</li> <li>• Ο ασθενής ετέθει στο εξής αντιβιοτικό σχήμα : Metrouitazol 500 mg/ 100ml Fl. 1 x 2 IV Radacef 1 gr Fl. 1 x 3 IV μια μέρα πριν την επέμβαση</li> <li>• Μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε Pethidine 100 mg IM</li> </ul>	<p>των λοιμώξεων</p> <p>Metrouitazol : δρα αποτελεσματικά στα αναερόβια μικρόβια. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και στους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία</p> <p>Το Radocef ανήκει στις κεφαλοσπορίνες και καλύπτει τον οργανισμό από αερόβια και αναερόβια μικρόβια.</p> <p>Η Pethidine προκαλεί</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ι) φόβος, άγχος ανησυχία για τη χειρουργική επέμβαση	Να ηρεμήσει ο άρρωστος πριν το χειρουργείο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δημιουργηθούν συνθήκες περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του</li> <li>• Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο θεραπείας</li> <li>• Ενίσχυση της αυτό-εκτίμησης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω του διαλόγου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπήρξε συνομιλία μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου</li> <li>• Έγινε η ανάλογη ενημέρωση. Δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς</li> <li>• Χορηγήθηκε Lexotanil tb 3mg 1 x 1 το βράδυ πριν την εγχείρηση</li> </ul>	<p>μυική χέλαση, χρησιμοποιείται για την θεραπεία μέτριων πόνων καθώς επίσης και προεγχειρητικά. Η δράση της διαρκεί 2 – 3 ώρες.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.</li> <li>• Ο ασθενής ηρέμησε μετά τη χορήγηση Lexotanil</li> </ul> <p>Το Lexotanil ελατώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται 1 – 2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		• Χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου, μετά από ιατρική οδηγία		

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α) Χειρουργικό τραύμα στην κοιλιακή χώρα	Πρόληψη μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα περιοχής χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Τήρηση άσηπτης τεχνικής</li> <li>• Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού</li> <li>• Καθημερινή αλλαγή των γαζών του τραύματος</li> <li>• Έλεγχος παρεχέτευσης Red - o - pack</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε φροντίδα της περιοχής του τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Τηρήθηκε η άσηπτη τεχνική</li> <li>• Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν αποστειρωμένο</li> <li>• Οι γάζες του τραύματος αλλάζονταν κάθε μέρα με αυστηρώς άσηπτη τεχνική</li> <li>• Το υγρό που παραχέτευθηκε από το τραύμα (ROP) είναι : 1<sup>η</sup> μ.μ. : 200cc 2<sup>η</sup> μ.μ. : 100cc 3<sup>η</sup> μ.μ. : 30cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν επήλθε μόλυνση του χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Υπήρξε ομαλή παρεχέτευση του ROP Το ROP αφαιρέθηκε την 4<sup>η</sup> μ.μ.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β) Τοποθέτηση Levin κατά την χειρουργική επέμβαση	Παροχέτευση γαστρικού περιεχομένου μετεγχειρητικά τις πρώτες δύο μέρες	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξήγηση στον ασθενή της αναγκαιότητας και σπουδαιότητας τοποθέτησης του Levin</li> <li>Έλεγχος του περιεχομένου του στομάχου (χρώμα, ποσότητα)</li> <li>Καταγραφή αποτελεσμάτων στο δελτίο λογοδοσίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη χρησιμότητα του Levin</li> <li>Παρουσία κόκκινου χρώματος στο υγρό που παροχέτευεται.</li> <li>Το γαστρικό περιεχόμενο είναι :</li> <li>1<sup>η</sup> μ.μ. : 600 cc</li> <li>2<sup>η</sup> μ.μ. : 400cc</li> <li>Καταγράφηκαν τα από-τελέσματα στη λογοδοσία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής κατανόησε τη σημασία τοποθέτησης του Levin. Είχε καλή ανοχή</li> <li>Δεν υπήρξε καμιά επιπλοκή κατά την παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου</li> </ul>
γ) Έντονος πόνος λόγω της επεμβάσεως	Μείωση του πόνου, ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε Pethidine amp 50mg IM κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>Ο ασθενής τοποθετήθηκε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά τη χορήγηση Pethidine, ο πόνος υποχώρησε</li> <li>Μεγάλο αποτέλεσμα είχε και η εξασφάλιση ηρεμίας &amp;</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> </ul>	<p>ημι – Fowler θέση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες, υπήρξε χαμηλός φωτισμός</li> </ul>	<p>ησυχίας στον ασθενή</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα από την θέση που του δόθηκε</li> </ul>
δ) Ρίγος, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης	Αντιμετώπιση του ρίγους	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διατήρηση ζεστής κλίσης του αρρώστου κατά τη διάρκεια του ρίγους καθώς επίσης και 2 ώρες μετά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Τοποθετήθηκαν ζεστά κλινοσκεπάσματα</li> <li>Η θερμοκρασία του αρρώστου κατά τη διάρκεια του ρίγους ήταν 35,8°C και 2 ώρες μετά 37°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά την τοποθέτηση ζεστών κλινοσκεπασμάτων, το ρίγος υποχώρησε</li> </ul>
ε) Πυρετός (38,8 °C) οφειλόμενος στη χειρουργική επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση του πυρετού και ανακούφιση του ασθενή από τις δυσμενείς επιπτώσεις</li> <li>Πρόληψη αφυδατώσεως του οργανισμού</li> <li>Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εφαρμογή 3ωρης θερμότητας</li> <li>Προσπάθεια πτώσεως του πυρετού με φυσικά μέσα</li> <li>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση</li> <li>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα επί 38,2 °C</li> <li>Χορηγήθηκε Aprotel 600mg 4ml amp σε 100ml N/S 0,9% επί 38,8 °C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Με τη χορήγηση του αντιπυρετικού η θερμοκρασία υποχώρησε στους 37,1 °C</li> <li>Το Aprotel έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</li> <li>• Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών</li> <li>• Αναγραφή της θερμοκρασίας στο διάγραμμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής συνεχίζει σχήμα ορμών : D/ W 5% 1000cc 1 x 2 και N/ S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>• Τηρήθηκε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (3000ml &amp; 2300ml αντίστοιχα)</li> <li>• Αναγράφεται η θερμοκρασία του αρρώστου στο διάγραμμα, καθώς επίσης και στη λογοδοσία</li> </ul>	<p>Δρα στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρουσιάστηκε αφυδάτωση του οργανισμού του αρρώστου</li> <li>• Ο ασθενής ενυδατώθηκε επαρκώς</li> <li>• Δεν παρουσιάστηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>
στ) Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω των φαρμάκων της γενικής νάρκωσης	Αντιμετώπιση ξηρότητας και πρόληψη στοματίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ύγρανση στοματικής κοιλότητας και της γλώσσας</li> <li>• Επάλειψη των χειλέων με λιπαντική κρέμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε ύγρανση της στοματικής κοιλότητας με Ροπ cotton ποτισμένα σε νερό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ξηρότητα υποχώρησε μετά την 2<sup>η</sup> μ.μ. και ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη</li> <li>• Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen μια φορά ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα</li> </ul>
5) Ναυτία, έμετοι, λόγω της γενικής νάρκωσης (2 έμετοι στις 11/12/99 το απόγευμα)	Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων για την ανακούφιση του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση</li> <li>• χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</li> <li>• προμήθευση νεφροειδών στον ασθενή</li> <li>• συστάσεις στον ασθενή για βαθιές αναπνοές</li> <li>• διατήρηση καθαρών κλιννοσκεπασμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με την κεφαλή στα πλάγια</li> <li>• Χορηγήθηκε στον ασθενή Primperan 10mg/ 2ml amp 1 x 3 IV</li> <li>• Εδόθη νεφροειδές στον ασθενή</li> <li>• Ο ασθενής ενημερώθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η θέση του ασθενούς συνέβαλε στην πρόληψη εισφόρησης</li> <li>• Η χορήγηση Primperan συνέβαλε σημαντικά στην εξάλειψη των εμέτων και της ναυτίας</li> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε εμέτους την 1<sup>η</sup> μ.μ.</li> <li>• Οι βαθιές αναπνοές συμ-</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση μετά από κάθε έμμετο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τα κλινოსκεπάσματα διατηρήθηκαν καθαρά</li> <li>• ο ασθενής παρουσίασε δύο εμμέτους την 1<sup>η</sup> μ.μ.. μετά από κάθε έμμετο έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>βάλλουν στη μείωση της τάσεως για έμμετο</li> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα</li> </ul>
η) Κίνδυνος για εμφάνιση θρομβοφλεβίτιδας	Πρόληψη της θρομβοφλεβίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνέχιση αντιπηκτικής αγωγής</li> <li>• Άσκηση κάτω άκρων του ασθενούς</li> <li>• Αποφυγή εντριβών των άκρων</li> <li>• Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χορήγηση Innohep 2500 iu /0,35ml υποδοριώς 1 x 2</li> <li>• γίνονται ασκήσεις των κάτω άκρων</li> <li>• ενημερώνεται ο ασθενής για την αποφυγή εντριβής των άκρων</li> <li>• ο ασθενής ενθαρρύνεται να σηκώνεται από το κρεβάτι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής δεν παρουσίασε σημεία θρομβοφλεβίτιδας</li> <li>• Η αντιπηκτική αγωγή διεκτέλεσε στις 16/12/99</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
θ) Ολική παρεντερική διατροφή (ΟΠΔ) μετά από επέμβαση στο γαστρεντερικό σωλήνα στις 13/12/99	Επαρκής κάλυψη θερμιδικών αναγκών του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσδιορισμός θερμιδικών αναγκών του αρρώστου</li> <li>• Αυστηρά τήρησης άσηπτης τεχνικής κατά την παρασκευή και χορήγηση της ΟΠΔ</li> <li>• Καθημερινή περιποίηση της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας</li> <li>• Διατήρηση του σάκου στο ψυγείο πριν τη χορήγηση</li> <li>• Κάλυψη του σάκου με χειρουργικό πέδιο</li> <li>• Αλλαγή συσκευής</li> </ul>	<p>του (απόγευμα 1<sup>η</sup>ς μετεγχειρητικής ημέρας)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσδιορίστηκε το σχήμα ΟΠΔ από τον ιατρό. Περιλαμβάνει: Aminoplasmal L 5% 1000cc D/W 35% 500cc Intralipid 10% 900cc Standart III 1Fl. Dipreptiven 100cc Zinc 1Fl. Selenium 1 Fl. Nouan 1Fl. Vitalipid 1 amp Solunit 1 Fl Kara vit 1 amp Actrapid 15 iu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καλύφθηκαν οι θερμιδικές ανάγκες του αρρώστου</li> <li>• Δεν παρουσιάστηκαν σημεία φλεγμονής από τη χορήγηση της ΟΠΔ και από το σημείο φλεβοκέντησης του καθετήρα.</li> <li>• Ο σάκος καλύπτεται με πέδιο, λόγω φωτοευαισθησίας του λίτους του διαλύματος</li> <li>• Ο ασθενής πήρε ένα κιλό μετά από δύο ημέρες χορήγησης ΟΠΔ</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>Χορήγησης ΟΠΔ κάθε 24 ώρες</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθημερινή ζύγιση του αρρώστου</li> <li>• Έλεγχος για σημεία υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας</li> </ul>	<p>Συνολικός όγκος : 2660 ml Ρυθμός ροής : 111 ml/h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τηρήθηκαν οι αρχές άσηπτης τεχνικής κατά την παρασκευή και χορήγηση του διαλύματος.</li> <li>• Έγινε καθημερινή περιποίηση με Betadine της περιοχής του καθετήρα της υποκλειδίου φλέβας</li> <li>• πριν την χορήγηση της ΟΠΔ ο σάκος φυλάσσεται στο ψυγείο</li> <li>• ο σάκος καλύπτεται κάθε φορά που προετοιμάζεται με πεδίο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρουσίασε σημεία υπερφόρτωσης</li> <li>• Η χορήγηση της ΟΠΔ διεκόπη στις 17/12/99.</li> </ul> <p>Ο ασθενής συνέχισε τη σίτισή του με ελαφρό διατολόγιο</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• η συσκευή χορήγησης ΟΠΔ αλλάζεται κάθε μέρα</li> <li>• ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά</li> <li>• έγινε μέτρηση της ΑΠ : 130 mmHg</li> <li>ΣΦ: 76/ min</li> <li>και μέτρηση των προσλα-μνομένων και αποβαλλομένων υγρών (3200ml και 2800ml αντίστοιχα)</li> </ul>	
ι) Προσαρμογή του αρρώστου στις νέες διαιτητικές ανάγκες του οργανισμού του	Διδασκαλία του αρρώστου00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διδασκαλία του αρρώστου για το είδος των γευμάτων του</li> <li>• Δίαιτα ελαφρά, πλούσια σε βιταμίνες &amp; ιχνοστοιχεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής διδάσκεται να παίρνει 6 μικρά γεύματα, παρα 3 γεύματα την ημέρα</li> <li>• ο ασθενής ενημερώνεται</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Λόγω της μείωσης της χωριστικότητας του στομάχου, τα μεγάλα γεύματα προκαλούν διάταση του στομάχου και</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ενθάρρυνση για περιόδους ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας</li> </ul>	<p>να παίρνει τροφές εύπεπτες και πλούσιες σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής ενημερώνεται ότι πρέπει να αναπαύεται επαρκώς κάθε μέρα.</li> </ul>	<p>Ενοχλήματ από το πεπτικό.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η επαρκής αναάταυση μειώνει την γαστρική έκκριση</li> </ul>



**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄**

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄**

Ο ασθενής Μ. Π., ηλικίας 74 ετών, βάρους 80Kg, έγγαμος με τρία παιδιά, κάτοικος Κεφαλονιάς, εισήλθε στις 10/1/00 στην χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν. «Άγιος Ανδρέας», αιτιώμενος δυσφορία, αίσθημα βάρους μετά από κάθε γεύμα από 15 ημέρου, πόνο στο επιγάστριο από 10ημέρου, κόπωση με δύσπνοια στην προσπάθεια από 4ημέρου και απώλεια βάρους, (έχει χάσει 4 Kg σε 6 εβδομάδες).

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά την εισαγωγή ήταν :

ΑΠ = 110 mmHg

ΣΦ = 77/ min

Θ = 36,5 °C

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ :**

- Χειρουργήθηκε στο (ΑΡ) οφθαλμό για καταράκτη προ 7ετίας
- Αφαίρεση αδеноματώδους πολύποδα παχέος εντέρου (σιγμοειδούς) διαστάσεων 1 x 1 cm προ 15ετίας

Ο ασθενής υποβλήθηκε στις παρακάτω εξετάσεις :

- Γενική αίματος : H+ : 42%  
HBC : 14 gr / dl  
WBC :  $6,2 \cdot 10^3$  / μl  
RBC :  $4,6 \cdot 10^6$  / μl  
PLT :  $310 \cdot 10^3$  / μl
- Βιοχημικές εξετάσεις
- Οισοφαγογαστροσκόπηση – βιοψία

Στις 13/1/00 ο ασθενής υποβλήθηκε σε οισοφαγογαστροσκόπηση με πολλαπλές βιοψίες η οποία έδειξε :

Οισοφάγος :

Βλεννογόνος καρδιοοισοφαγικού στομίου ελαφρά εξέρυθρος και οιδηματώδης

Στόμαχος :

Στην περιοχή του άνδρου (έλασσον τόξο) από τον πυλωρό μέχρι σχεδόν τη γωνιαία εντομή, διαπιστώθηκε βαθύς ελκωτικός κρατήρας διαμέτρου 3cm με ανώμαλα και παρμένα χείλη.

Πάρθηκαν βιοψίες από τα χείλη για ιστολογικές εξετάσεις, οι οποίες έδειξαν καρκίνωμα στομάχου. Ο υπόλοιπος γαστρικός βλεννογόνος δεν εμφάνισε ουσιώδεις μακροσκοπικές αλλοιώσεις.

Τελική διάγνωση Ca στομάχου.

Ο ασθενής χειρουργήθηκε στις 15/1/00 και υποβλήθηκε σε υφολική γαστρεκτομή με γαστροεντεροαναστόμωση (Billroth II)

Ετέθη σε αντιβιοτικό σχήμα Augementin 1,2 gr Fl. 1 x 3, Metrogyl 500mg/ 100 ml Fl. 1 x 2 από τις 14/1/00 μέχρι τις 21/1/00 και σε αντιπηκτική αγωγή (Innohep) στις 14/1/00.

Επέστρεψε από το χειρουργείο με ζωτικά σημεία :

ΑΠ : 120 mmHg

ΣΦ : 70/ min

Θ : 36,6 °C

Φέρει L/ R 1000 ml από περιφερική φλέβα, καθετήρα ουροδόχου κύστεως Folley, παροχέτευση τραύματος Red – o Pack, καθώς επίσης και ρινογαστρικό καθετήρα Levin για παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου.

Επί πόνου δίδεται Zideron 75 mg amp IM και επί πυρετού Apotel 600 mg amp IM.

Στις 25/1/00 ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο συνοδευόμενος από τη γυναίκα του και το ένα παιδί του.

Ο ασθενής ενημερώθηκε για την επαναφορά του σε 4 μέρες για την κοπή των ραμμάτων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Επίσης συνίσταται στον ασθενή να επανέλθει εντός 2 εβδομάδων για επανέλεγχο.

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

<b>ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>Εισαγωγή του αρρώστου στις 10/1/00</p> <p>α) δυσφορία, αίσθημα βάρους μετά από κάθε γεύμα από 15 ημέρου</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξάλειψη της δυσφορίας</li> <li>• Ανακούφιση του ασθενούς</li> <li>• Να δοθεί ιατρο-νοσηλευτική θεραπευτική αντιμετώπιση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορήγηση ελαφράς διαίτας</li> <li>• Μικρά και συχνά γεύματα</li> <li>• Αποφυγή ερεθιστικών τροφών</li> <li>• Ανάπαυση του ασθενούς μετά από κάθε γεύμα</li> <li>• Χορήγηση αντιόξινων φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Εξάλειψη του stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Χορηγείται στον ασθενή η εξής διαίτα : Πρωί : τσάι με φρυγανιές Μεσημέρι : κοτόπουλο ψητό με ρύζι και 1 πορτοκάλι Απόγευμα : κρέμα Βράδυ : μοσχαρί βραστό σούπα και καρότα. (Τα γεύματα που δίδονται είναι καλοσερβιρισμένα)</li> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα παίρνει μικρά και συχνά γεύματα</li> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής να αποφεύγει τις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Με την συγκεκριμένη διαίτα μειώθηκε η δυσφορία και αποφεύχθει ο ερεθισμός του στομάχου</li> <li>• τὰ μικρά γεύματα συμβάλλουν στην καλύτερη και ευκολότερη πέψη της τροφής</li> <li>• οι ερεθιστικές τροφές επιβραδύνουν την πέψη και προκαλούν αίσθημα δυσφορίας</li> <li>• η ανάπαυση του ασθενούς μετά από κάθε γεύμα μειώνει</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<p>ερεθιστικές τροφές</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• εξηγήθηκε στον ασθενή η σημασία της ανάπαυσης μετά από κάθε γεύμα.</li> <li>• Χορηγήθηκε Zantac amp 2 ml 1 x 3 IV</li> <li>• Έγινε διάλογος με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να εξαλειφθεί το άγχος</li> </ul>	<p>τη γαστρική έκκριση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το Zantac αναστέλλει ανταγωνιστικά την δράση της ισταμίνης στους H2 υποδοχείς των καλυπτηρίων κυττάρων, ελαττώνοντας τη γαστρική έκκριση υπο κανονικές συνθήκες κατά την διάρκεια της μέρας και της νύχτας.</li> </ul>
β) Έντονος πόνος στο επιγάστριο με περιόδους εξάρσεως κυρίως το βράδυ και υφέσεως από 10ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο</li> <li>• καταπολέμηση του άλγους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• χρήση φυσικών μέσων θέσεων για την ελάττωση του πόνου</li> <li>• χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία ιατρού</li> <li>• ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και χαλάρωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δόθηκε ύπτια θέση με κεκαμμένα τα γόνατα</li> <li>• Χορηγήθηκε Zideron 75mg/ 2ml amp IM μετά από ιατρική οδηγία</li> <li>• Ο ασθενής κοιμάται</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η θέση αυτή συνέβαλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών</li> <li>• Ο πόνος υποχώρησε μετά τη χορήγηση Zoderon. Το Zideron ενδύκνεται σε νευρολογικές και</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• λήψη μικρών και συχνών γευμάτων</li> </ul>	<p>επαρκώς 10 ώρες ημερησίως</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής ενημερώθηκε για τη λήψη μικρών και συχνών γευμάτων</li> </ul>	<p>νεοπλασματικές νόσους, σε βαριά τραύματα και σε πόνους μέτριας έντασης. Επίσης χρησιμοποιείται στην χειρουργική.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο επαρκής ύπνος συνέβαλε στη χαλάρωση του ασθενούς και στην ανακούφιση του από τον πόνο.</li> <li>• Ο ασθενής παρουσιάζει έξαρση του πόνου μετά τα γεύματα γι' αυτό η μείωση των ποσοτήτων των γευμάτων μειώνουν και την ένταση του πόνου.</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
γ) Κόπωση με δύσπνοια στην προσπάθεια από 4ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βελτίωση της σωματικής του δραστηριότητας</li> <li>• Αντιμετώπιση της δύσπνοιας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιορισμός των δραστηριοτήτων του αρρώστου</li> <li>• Επαρκής ύπνος</li> <li>• Χορήγηση O<sub>2</sub> και εισπνοές με μάσκα</li> <li>• Συμπληρωματική χορήγηση σαγχαρούχων ορρών</li> <li>• Ανύψωση του κρεβατιού</li> <li>• Αποφυγή δύσπεπτων τροφών και τροφών που προκαλούν αέρια</li> <li>• Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής να παραμένει στο κρεβάτι του</li> <li>• Χορηγήθηκε O<sub>2</sub> 3lit με ρινική μάσκα</li> <li>• Έναρξη εισπνοών με μάσκα aetolin sol 1 x 4</li> <li>• Χορηγήθηκε ορός D/ W 5% 1000cc 1 x 2</li> <li>• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε Fowler θέση</li> <li>• Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η μείωση των δραστηριοτήτων του αρρώστου συμβάλλει στη βελτίωση της σωματικής του λειτουργίας</li> <li>• Με τη χορήγηση O<sub>2</sub> και τη χρήση εισπνοών εξαλείφθηκε η δύσπνοια του αρρώστου. Ο ασθενής σταμάτησε τις εισπνοές την 3<sup>η</sup> προεγχειρητική μετά από ιατρική οδηγία.</li> <li>• Η θέση του αρρώστου καθώς επίσης και το ήρεμο περιβάλλον, συνέβαλαν στην ανάκτηση των δυνάμεων του</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ) Απώλεια βάρους (ο ασθενής έχει χάσει 4 κιλά σε διάστημα 6 εβδομάδων)	Να επανέλθει ο ασθενής στο κανονικό του σωματικό βάρος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ρύθμιση θερμοδιδικών αναγκών του αρρώστου</li> <li>• Περιορισμός δραστηριοτήτων</li> <li>• Χορήγηση βιταμινών</li> <li>• Καθημερινή μέτρηση σωματικού βάρους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το διαιτολόγιο ρυθμίστηκε από τον γιατρό. Συνεχίζει την ίδια διαίτα.</li> <li>• Ενημερώθηκε ότι πρέπει να παραμένει στο κρεβάτι</li> <li>• Χορήγηση D/W 5% 100cc + 1 amp Evaton</li> <li>• Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής πήρε 2 κιλά σε 3 ημέρες. Σε αυτό συνέβαλε το διαιτολόγιο του και το βιταμινούχο σκεύασμα Evaton. Η Evaton είναι άριστος αιμοποιητικός και τονωτικός παράγοντας. Ρυθμίζει πολλούς ενζυμικούς μηχανισμούς που υπεισέρχονται στο μεταβολισμό</li> </ul>
ε) Οισοφαγογαστροσκόπηση στις 12/1/00	Ανεύρεση νεοπλασματικής εξεργασίας και έλεγχος υφής του βλεννογόνου (βιοψία)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση του αρρώστου για το είδος και τη σπουδαιότητα της εξέτασης</li> <li>• Ενημέρωση για αποφυγή λήψης τροφής και υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώθηκε ο ασθενής για το είδος και τη σπουδαιότητα της εξέτασης</li> <li>• Ενημερώθηκε για την αποφυγή λήψης τροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα πριν και κατά την εξέταση</li> <li>• Πάρθηκε ιστός για κυτταρολογικό έλεγχο</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ) Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με καθετήρα Foley No 18	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών	<p>8 ώρες πριν την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση</li> <li>• Μεταφορά του ασθενή στο ενδοσκοπικό τμήμα</li> <li>• Μετά την εξέταση έχει ανάγκη ανάπτυξης</li> </ul>	<p>8 ώρες πριν την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα</li> <li>• Μετά την εξέταση ο ασθενής αναπαύθηκε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής ξεκουράστηκε διότι η εξέταση ήταν επώδυνη</li> </ul>
		<p>του αρρώστου για τον καθετηριασμό</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προετοιμασία του αρρώστου για τον καθετηριασμό</li> <li>• Τοποθέτηση καθετήρα Foley με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Μέτρηση ούρων 24ώρου</li> <li>• Έλεγχος βατότητας καθετήρα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε η προετοιμασία του ασθενή</li> <li>• Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley No18 με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Τηρήθηκε δελτίο ούρων 24ώρου (2100ml)</li> <li>• Ελέγχεται καθημερινά η</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ομαλή παρεχέυση των ούρων χωρίς την εμφάνιση επιπλοκών</li> <li>• Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο χρώμα των ούρων</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ζ) Χειρουργική επέμβαση στις 15/1/00 (Υφολική γαστρεκτομή και γαστροεντεροαναστόμωση Billroth II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη</li> <li>• έλεγχος και καταγραφή χρώματος ούρων</li> </ul>	<p>βατότητα του καθετήρα</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• τηρήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη</li> <li>• έγινε έλεγχος χρώματος ούρων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία</li> <li>• ο υποκλυσμός αφέδωσε</li> <li>• η Innoher ετέθει στον ασθενή για πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας</li> <li>• η αντιβίωση είναι απαραίτητη για την πρόληψη προεγχειρητικών διεγχειρητικών και</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης στον άρρωστο</li> <li>• ενημέρωση του αρρώστου για το είδος και τη σπουδαιότητα της εγχείρησης</li> <li>• προετοιμασία του πεπτικού σωλήνα για την επέμβαση</li> <li>• ευπρεπισμός της χειρουργικής περιοχής</li> <li>• εξασφάλιση ηρεμίας και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εξασφάλιση ψυχολογικής υποστήριξης στον άρρωστο</li> <li>• ενημέρωση του αρρώστου για το είδος και τη σπουδαιότητα της επέμβασης</li> <li>• ενισχύθηκε ψυχολογικά</li> <li>• έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleet enema) και ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα</li> <li>• η χειρουργική περιοχή ευπρεπίστηκε</li> </ul>		

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
	<p>Ανάπαυσης το βράδυ πριν την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• έναρξη αντιπηκτικής αγωγής</li> <li>• έναρξη αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν το χειρουργείο</li> <li>• χορήγηση προνάρκωσης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• απομακρύνθηκαν επισκέπτες και εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> <li>• χορηγήθηκε Innoher inj 3500 iu / 0,35ml υποδοριώς</li> <li>• ο ασθενής ετέθει σε αντιβιοτικό σχήμα :</li> </ul> <p>Augementin 1,2gr Fl. 1 x 3, Metrogl 500mg Fl. 1 x 2 IV μια φορά πριν την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε Pethidine 75 mg amp IM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον</li> <li>• χορηγήθηκε Innoher inj 3500 iu / 0,35ml υποδοριώς</li> <li>• ο ασθενής ετέθει σε αντιβιοτικό σχήμα :</li> </ul> <p>Augementin 1,2gr Fl. 1 x 3, Metrogl 500mg Fl. 1 x 2 IV μια φορά πριν την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• μισή ώρα πριν την επέμβαση χορηγήθηκε Pethidine 75 mg amp IM</li> </ul>	<p>μετεγχειρητικών λοιμώξεων.</p> <p>Το Metrogl δρα αποτελεσματικά στα αναερόβια μικρόβια. Τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και τους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από άλλα φάρμακα αντιμικροβιοτικής θεραπείας. Το Augementin είναι ευρέως φάσματος αντιβιοτικό. Η Pethidine προκαλεί μυική χαλάρωση, χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μετρίων πόνων καθώς επίσης και προεγχειρητικά. Η δράση της διαρκεί 2 – 3 ώρες</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
η) Φόβος, άγχος ανησυχία για τη χειρουργική επέμβαση	Να ηρεμήσει ο άρρωστος πριν το χειρουργείο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δημιουργηθούν συνθήκες περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του.</li> <li>• Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο θεραπείας</li> <li>• Ενίσχυση της αυτό-εκτίμησης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω του διαλόγου</li> <li>• Χορήγηση ηρεμιστικού φαρμάκου, μετά από ιατρική οδηγία.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υπήρξε συνομιλία μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου</li> <li>• Έγινε η ανάλογη ενημέρωση. Δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς</li> <li>• Χορηγήθηκε Lexotanil tb 3mg 1 x 1 το βράδυ πριν την εγχείρηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο ασθενής κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.</li> <li>• Ο ασθενής ηρεμεί μετά τη χορήγηση Lexotanil</li> <li>• Το Lexotanil ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται 1-2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου.</li> </ul>

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α) Χειρουργικό τραύμα (στην κοιλιακή χώρα.)	Πρόληψη μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φροντίδα περιοχής χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Τήρηση άσηπτης τεχνικής</li> <li>• Χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού</li> <li>• Καθημερινή αλλαγή των γαζών του τραύματος</li> <li>• Έλεγχος παραγέτευσης Red - o - pack</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Έγινε φροντίδα της περιοχής του τραύματος με άσηπτη τεχνική</li> <li>• Τηρήθηκε η άσηπτη τεχνική</li> <li>• Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε ήταν αποστειρωμένο</li> <li>• Οι γάζες του τραύματος αλλάζονταν κάθε μέρα με αυστηρώς άσηπτη τεχνική</li> <li>• Το υγρό που παρα-χετεύθηκε από το τραύμα (ROP) είναι : 1<sup>η</sup> μ.μ. = 300cc 2<sup>η</sup> μ.μ. = 200cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν επήλθε μόλυνση του χειρουργικού τραύματος</li> <li>• Υπήρξε ομαλή παρεχέτευση του ROP. Το ROP αφαιρέθηκε την 4<sup>η</sup> μ.μ.</li> </ul>



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
β) Τοποθέτηση Levin κατά την χειρουργική επέμβαση	Παροχέτευση γαστρικού περιεχομένου μετεγχειρητικά τις πρώτες δύο ημέρες	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εξήγηση στον ασθενή της αναγκαιότητας και σπουδαιότητας τοποθέτησης του Levin</li> <li>Έλεγχος του περιεχομένου του στομάχου (χρώμα, ποσότητα)</li> <li>Καταγραφή από-τελεσμάτων στο δελτίο λογοδοσίας</li> </ul>	<p>3<sup>η</sup> μ.μ. = 20cc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη χρησιμότητα του Levin</li> <li>Παρουσία κόκκινου χρώματος στο υγρό που παροχετεύεται. Το γαστρικό περιεχόμενο είναι : 1<sup>η</sup> μ.μ. = 400cc 2<sup>η</sup> μ.μ. = 200cc</li> <li>Καταγράφηκαν τα αποτελέσματα στη λογοδοσία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής κατανόησε τη σημασία τοποθέτησης του Levin, είχε καλή αντοχή</li> <li>Δεν υπήρξε καμία επιπλοκή κατά την παροχέτευση του γαστρικού περιεχομένου.</li> </ul>
γ) έντονος πόνος λόγω της επεμβάσεως	Μείωση του πόνου, ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> <li>Τοποθέτηση του ασθενή σε</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Χορηγήθηκε Pethidine amp 50mg IM κατόπιν ιατρικής οδηγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μετά τη χορήγηση Pethidine ο πόνος υποχώρησε.</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ) Πυρετός (38,9°C) οφειλόμενος στη χειρουργική επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μείωση του πυρετού και ανακούφιση του ασθενή από τις δυσμενείς επιπτώσεις</li> <li>Πρόληψη αφυδατώσεως του οργανισμού</li> <li>Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>	<p>σε αναπαυτική θέση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημι – Fowler θέση</li> <li>Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες, υπήρξε χαμηλός φωτισμός</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>μεγάλο αποτέλεσμα είχε και η εξασφάλιση ηρεμίας και ησυχίας στον ασθενή</li> <li>ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα από την θέση που το δόθηκε</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Εφαρμογή 3ωρης θερμομέτρησης</li> <li>Προσπάθεια πτώσης του πυρετού με φυσικά μέσα</li> <li>Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων</li> <li>Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</li> <li>Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση</li> <li>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα επί 38° C</li> <li>Χορηγήθηκε Aprotel 600mg 4ml amp σε 100ml N/S 0,9% 1000cc 1 x 1</li> <li>Τηρήθηκε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (3500ml &amp; 3000ml )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>με τη χορήγηση του αντιπυρετικού η θερμοκρασία υποχώρησε στους 37°C</li> <li>το Aprotel έχει αναλγητική και αντιπυρετική δράση. Δρα στα υποθαλαμικά θερμορυθμιστικά κέντρα</li> <li>δεν παρουσιάστηκε αφυδάτωση του οργανισμού</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<p>αποβαλλομένων υγρών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• αναγραφή της θερμοκρασίας στο διάγραμμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• αναγράφεται η θερμοκρασία του αρρώστου στο διάγραμμα, καθώς επίσης και στη λογοδοσία</li> </ul>	<p>του αρρώστου</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής ενυδατώθηκε επαρκώς</li> <li>• δεν παρουσιάστηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών</li> </ul>
ε) Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω των φαρμάκων της γενικής νάρκωσης	Αντιμετώπιση ξηρότητας και πρόληψη στοματίτιδας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ύγραση στοματικής κοιλότητας και γλώσσας</li> <li>• επάλειψη των χειλέων με λιπαντική κρέμα</li> <li>• πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• έγινε ύγραση της στοματικής κοιλότητας με Popt Cotton ποτισμένα με νερό</li> <li>• έγινε επάλειψη των χειλέων με βαζελίνη</li> <li>• έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen μια φορά ημερησίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• η ξηρότητα υποχώρησε μετά τη 2<sup>η</sup> μ.μ. και ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα</li> <li>• ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα</li> </ul>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
στ) Ναυτία, έμμετοι, λόγω της γενικής νάρκωσης (2 έμμετοι)	Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμμέτων για την ανακούφιση του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση</li> <li>• χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων</li> <li>• προμήθευση νεφροειδούς στον ασθενή</li> <li>• συστάσεις στον ασθενή για βαθιές αναπνοές</li> <li>• διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων</li> <li>• πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση μετά από κάθε έμμετο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με την κεφαλή στα πλάγια</li> <li>• χορηγήθηκε στον ασθενή Primorepan 10mg/ 2ml amp 1 x 3 IV</li> <li>• εδόθη νεφροειδές στον ασθενή</li> <li>• ο ασθενής ενημερώθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές</li> <li>• τα κλινοσκεπάσματα διατηρήθηκαν καθαρά</li> <li>• ο ασθενής παρουσίασε δύο εμμέτους την 1<sup>η</sup> μ.μ. Μετά από κάθε έμμετο έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας με</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• η θέση του ασθενούς συνέβαλε στην πρόληψη εισρόφησης</li> <li>• η χορήγηση Primorepan συνέβαλε σημαντικά στην εξάλειψη των εμμέτων και της ναυτίας</li> <li>• ο ασθενής δεν παρουσίασε εμέτους την 2<sup>η</sup> μ.μ.</li> <li>• οι βαθιές αναπνοές συμβάλλουν στη μείωση της τάσεως για έμμετο</li> <li>• ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος του στομάχου, αν και παρουσιάζει διαχρονικά συνεχή πτωτική τάση του δείκτη θνησιμότητας εμφανίζει σταθερότητα στους δείκτες εκφρασμένης νοσηρότητας και χρήσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Η συνεχής καταγραφή και περαιτέρω διερεύνηση των τάσεων και της διαχρονικής εξέλιξης της νοσηρότητας είναι απαραίτητη.(Α. Μπένος, Α. Μπακάλης κα., 1996).

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία είναι λοιπόν η συστηματική επίβλεψη των ατόμων και παρακολούθηση ακτινολογική και ενδοσκοπική.

Προσπάθειες γίνονται για την ανακάλυψη μοριακών δεικτών οι οποίοι:

- 1) Θα διακρίνουν μεταξύ υπερπλασίας και δυσπλασίας
- 2) Θα αναγνωρίζουν την διήθηση
- 3) Θα προσφέρουν περισσότερες προγνωστικές πληροφορίες από βιοψίες για την επιθετικότητα και τις μεταστατικές ιδιότητες του όγκου και
- 4) Θα αναγνωρίζουν ομάδες ασθενών υψηλού κινδύνου ανάπτυξης νεοπλασίας ή αυτούς στους οποίους η νεοπλασματική διεργασία είναι σε εξέλιξη χωρίς την εκδήλωση της μορφολογικής καρκινικής αλλοίωσης.

Οι παραπάνω προσπάθειες θα βοηθήσουν ουσιαστικά στην έγκαιρη διάγνωση και στην καλύτερη πρόγνωση, με στόχο την ελάττωση της νοσηρότητας αλλά και της θνησιμότητας. (Η. Σανιδάς, Δ. Τσιφτσής, 1994).

---

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- **ΑΘΑΝΑΤΟΥ Κ.Ε.**, *Κλινική Νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλίες*  
Επίτομος, εκδόσεις Αθανάτου, έκδοση 5<sup>η</sup> Αθήνα 1995, σ. 552-554
- **ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ Ν., ΚΟΝΤΟΥ ΧΡ. κ.α.** *Αξιολόγηση της μεταβολής της μικροβιακής χλωρίδας του γαστρικού υγρού με καρκίνο και άλλες παθήσεις του στομάχου*  
Ιατρικά χρονικά, τόμος 18<sup>ος</sup>, τεύχος 12<sup>ο</sup>, Δεκ. 1995, εκδόσεις Ε. Μ. Μωραΐτου – Σιδερίδη, σ. 616-624
- **ΑΡΧΙΜΑΝΔΡΙΤΗΣ Α.Ι.** *κλινική συμπτωματολογία καρκίνου στομάχου*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991 σ.150-153
- **ΑΣΠΙΩΤΗΣ Ν.**, *φυσιολογία του ανθρώπου*  
Τόμος 2<sup>ος</sup>, έκδοση 6<sup>η</sup>, Αθήνα 1984, σ. 687-696
- **ΒΕΛΟΝΑΚΗ Α., ΣΑΜΑΡΤΖΗ Μ., κ.α.** *Η συμβολή της οικογένειας ως υποστηρικτικού συστήματος του καρκινοπαθούς από τη σκοπιά του κλινικού ογκολόγου*  
Ελληνική ογκολογία, τόμος 29<sup>ος</sup>, 1993, εκδόσεις ένωσης επιστημονικής προσωπικού νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» σ. 119-131
- **CECIL**, *παθολογία*  
Μεταφρ.: Μουτσόπουλος Χ., τόμος Δ, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1991 σ. 494-497
- **ΓΡΑΜΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Μ.**, *προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς – υποδοχή στο χειρουργείο*  
Τομή και φροντίδα, τεύχος 13<sup>ο</sup>, Σεπτ. 1991, εκδόσεις Johnson and Johnson Hellas, σ. 25-26
- **ΔΑΒΑΡΗΣ Π., ΠΕΤΡΑΚΗ Κ.**, *Υπερπλαστικοί πολύποδες του στομάχου με παρουσία καρκινωμάτων εξάλλαξης*  
Ελληνική Ιατρική, Τόμος 52<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup>, Μάιος – Αύγ. 1986, Εκδόσεις University Studio Press, σ. 252-254

- **ΔΕΣΠΟΠΟΥΛΟΣ Α. SILBERNAGL S.,** *εγχειρίδιο φυσιολογίας*  
Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989, σ. 200,206,208
- **DOLLINGER M., ROSENBAUM E.,** *Ο καρκίνος*  
Μεταφρ. Μαθός Χρ., Επίτομος, Εκδόσεις κάτοπτρο, έκδοση 1η, Αθήνα 1992, σ. 96-97, 590-600
- **ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΗΣ Ε.,** *προκαρκινικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.7-9
- **ΕΥΓΕΝΙΔΗΣ Ν.,** *Πρόγνωση καρκίνου του στομάχου*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ.145.194,195
- **HARRISON ,** *Εσωτερική παθολογία*  
Μεταφρ. Ανευλαβής Ε., κ.α. τόμος 2<sup>ος</sup>, εκδόσεις Παρισιανος , έκδοση 12<sup>η</sup>, Αθήνα 1994, σ. 1634-1636
- **KAHLE W., LEONHARDT H., PLATZER W.,** *Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου*  
Μεταφρ. Ν. Παπαδόπουλος, τόμος 2<sup>ος</sup>, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 1985, σ.168,204-207
- **ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ Ε.,** *Ενδοσκοπική διαδερμική γαστροστομία*  
Ελληνική γαστρεντερολογία, τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 3<sup>ο</sup>, Ιουλ. 1989 Εκδόσεις Ελληνικής γαστρεντερολογικής ετερείας, σ. 218-22
- **ΚΑΜΠΑΝΗΣ Ν., ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ Π.,** *Στόμαχος*  
Χειρουργική, τόμος 1<sup>ος</sup>, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987, σ. 406-443
- **ΚΑΜΠΑΝΗΣ Ν., ΔΕΛΗΚΑΡΗΣ Π.,** *Νεοπλάσματα στομάχου*  
Χειρουργική, τόμος 2<sup>ος</sup>, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, έκδοση 2<sup>η</sup>, Αθήνα 1990, σ. 552-568



- **ΚΑΝΔΥΛΗΣ Κ.**, *Η ποιότητα ζωής του ασθενούς με καρκίνο στο τελικό στάδιο*  
Ελληνική ογκολογία, τόμος 29<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν – Μαρτ. 93, εκδόσεις ένωσης επιστομονικού προσωπικού νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» σ.66-74
- **ΚΑΝΔΥΛΑΚΗΣ Σ.**, *καλοήθεις μεσεγχυματικοί όγκοι του στομάχου*  
Ελληνική χειρουργική, τόμος 64<sup>ος</sup>, τεύχος 2<sup>ο</sup>, Μαρτ – Απρ. 1992 εκδόσεις Ζ. Δεληγιάννη, Α. Βωρελά, ΟΕ, σ.182-184
- **ΚΑΡΑΜΑΝΩΛΗΣ Δ.Γ.**, *Καρκίνος του στομάχου καρκινογένεση και προκαρκινικές καταστάσεις*  
Ιατρική, τόμος 62<sup>ος</sup>, Δεκ. 92, εκδόσεις Βήτα
- **ΚΑΤΡΑΚΗΣ Γ.Α.**, *πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αποφυγή από τον καρκίνο*  
Τόμος 2<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, εκδόσεις ελληνικής εταιρίας προληπτικής ιατρικής, Αθήνα 1980, σ.183-187
- **ΚΕΙΡ L., WISSE B., KREBS C.**, *Ανατομία και φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος*  
Μεταφρ. Ταλαντοπούλου Μ. επίτομος, εκδόσεις Έλλην, έκδοση 3<sup>η</sup>, Αθήνα 1996, σ. 159-160
- **ΚΕΡΑΜΙΔΑΣ Γ.**, *Οι πολύποδες του στομάχου*  
Ελληνική ιατρική, τόμος 48<sup>ος</sup>, τεύχος 4<sup>ο</sup>, Ιουλ. Αυγ. 82 , εκδόσεις University Studio Press, σ. 320-323
- **ΚΟΓΕΒΙΝΑΣ Ε.**, *Επιδημιολογία και αιτιολογία καρκίνου του στομάχου*  
Ογκολογία πεπτικού συστήματος , επίτομος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σ. 146-149
- **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.**, *Η εκπαίδευση της νοσηλεύτριας στην ογκολογική Νοσηλευτική*  
Νοσηλευτική, τεύχος 5<sup>ο</sup>, Σεπτ – Οκτ. 1986, εκδόσεις υγείας θεραπεία, σ. 169-176

- **ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ.**, *Κριτήρια ποιοτικού ελέγχου της Νοσηλευτικής φροντίδας στον ογκολογικό ασθενή.*

Νοσηλευτική, τόμος 2<sup>ος</sup>, 1998, εκδόσεις υγείας θεραπεία, σ. 123-127

- **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΟΥ Σ.Φ.**, *Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική*

Τόμος 2<sup>ος</sup>, εκδόσεις «Η Ταβιθά» έκδοση, 17<sup>η</sup>, Αθήνα 1995, σ. 79,113-118, 135-147,153

- **ΜΙΧΑΣ Α.**, *Νευρίνωμα στομάχου*

Ελληνική ογκολογία, τόμος 27<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν-Μαρτ 1991 εκδόσεις ένωση επιστημονικού προσωπικού νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» σ. 53-57

- **ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΑΤΟΥ Ε.**, *Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας στη χημειοθεραπεία, εκπαίδευση του αρρώστου.*

Σεμινάριο Νοσηλευτριών με θέμα : Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, επίτομος, 8-9 Ιουνίου 1991

- **ΜΠΕΝΟΣ Α., ΜΠΑΚΑΛΗΣ Α., κ.α.** *Οι διαχρονικές τάσεις συχνότητας του καρκίνου στομάχου στην Ελλάδα τη δεκαετία 1977 – 1986*

Ελληνική ιατρική, τόμος 62<sup>ος</sup>, τεύχος 1<sup>ο</sup>, Ιαν. – Φεβρ. 1996 , Εκδόσεις University Studio Press, σ. 81-88

- **ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ., ΣΙΔΕΡΗΣ Ε.**, *περιβάλλον και καρκίνος*

Επίτομος, εκδόσεις ελληνικής αντικαρκινικής εταιρίας, Αθήνα 1991, σ. 102

- **ΝΤΟΒΑΣ Β.Α.** *Πρώιμος γαστρικός καρκίνος*

Ιατρικά χρονικά, τόμος 14<sup>ος</sup>, τεύχος 6<sup>ο</sup>,7<sup>ο</sup>,8<sup>ο</sup>, Ιουν – Αυγ. 1991 Εκδόσεις Ε. Μ. Μωραΐτου – Σιδερίδη, σ. 573-576

- **ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ Σ.**, *Χειρουργική*

Επίτομος, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1991 σ. 566-570

- **ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ.Δ., ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.Α.**, *Αρχές γενικής χειρουργικής*

Τόμος 2<sup>ος</sup>, επιστημονικές εκδόσεις Γ. Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989, σ. 489-494

- **ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ Κ.Ι.**, *Εργαστηριακή διερεύνηση του καρκίνου του στομάχου*

Ογκολογία πεπτικού συστήματος, επίτομος, εκδόσεις Βήτας, Αθήνα 1991, σ.173-175

- **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α., ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ Σ.**, *Διατροφή και καρκίνος*

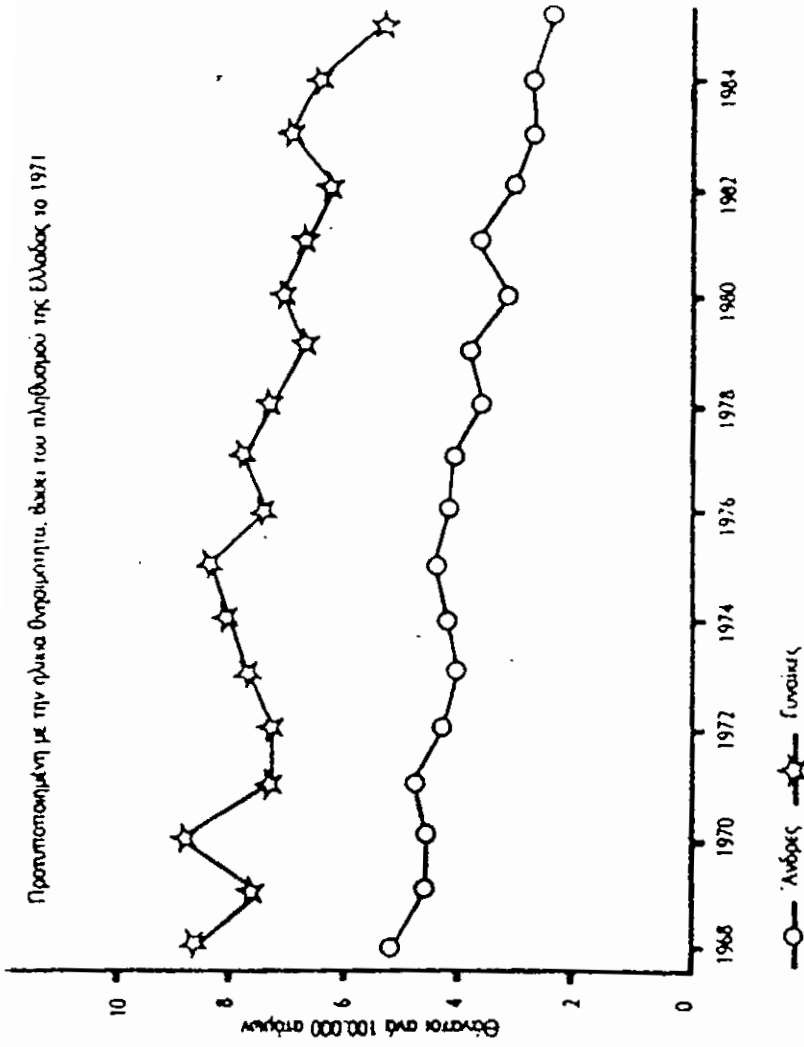
Επίτομος, εκδόσεις Ελληνικής αντικαρκινικής εταιρείας, Αθήνα 1991, σ. 58

- **ΤΣΑΒΑΡΗΣ Ν.Β., ΚΟΣΜΙΔΗΣ Π.Α.**, *Η χημειοθεραπεία του στομάχου με κυτταροστατικά*

Ελληνική ιατρική, τόμος 25<sup>ος</sup>, τεύχος 3, Ιουλ. – Σεπτ. 1989 , εκδόσεις ένωσης προσωπικού νοσοκομείου «Άγιος Σάββας» σ. 215-228

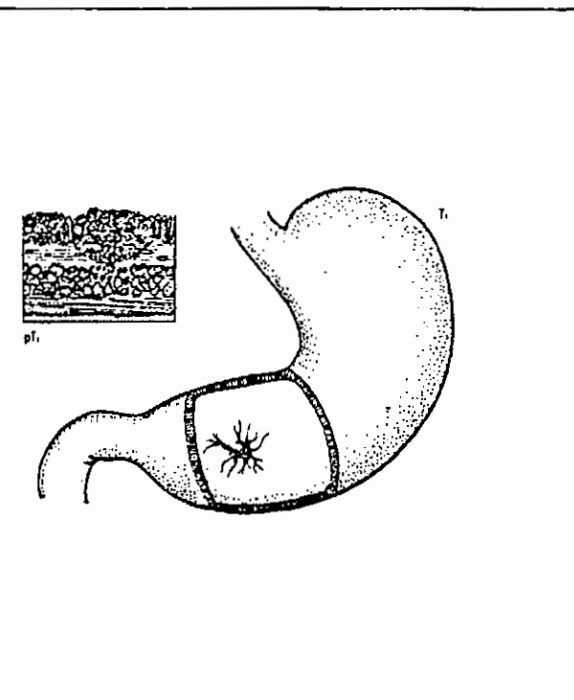
## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

Προσαρμοσμένη με την ηλικια θνησιμότητα, δείκτη του πληθυσμού της Ελλάδας το 1971



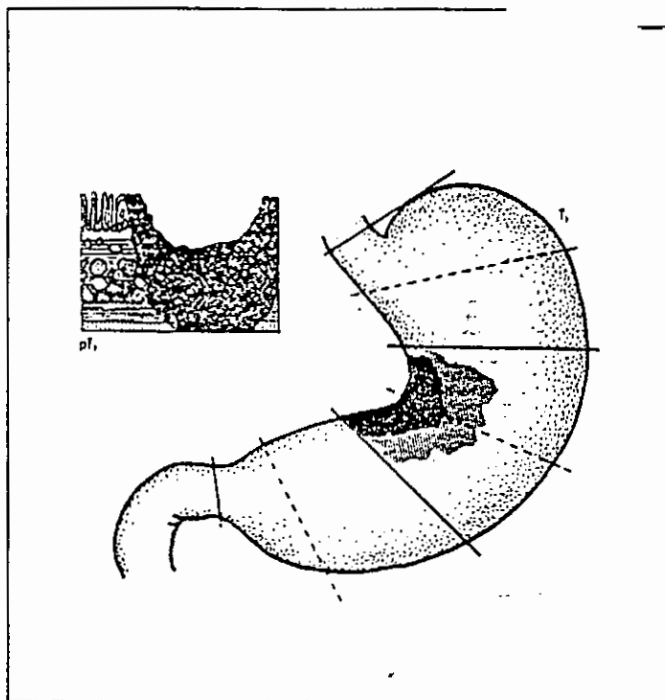
ΕΙΚΟΝΑ 1. Θνησιμότητα από καρμίνου του σπινθηρίσι των (Έλληνας: υπέρβαση και γυναικών ηλικίας < 65 ετών) κατά την περίοδο 1968 - 1985

# ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



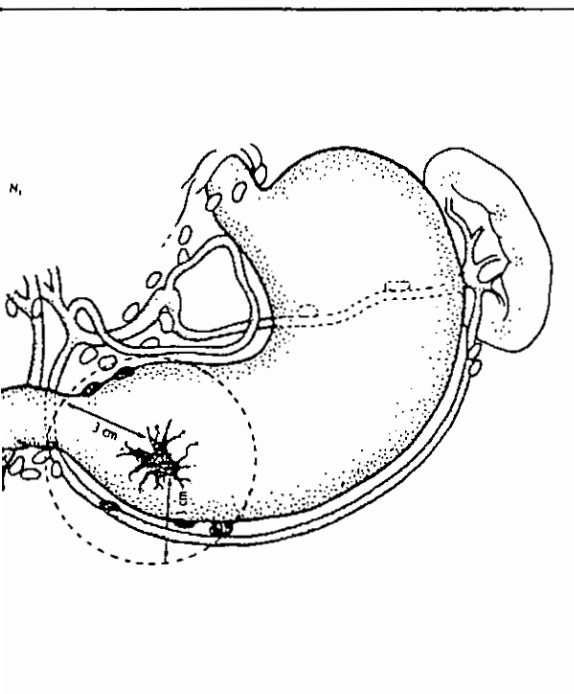
## ΣΤΑΔΙΟ I:

Ήθηση του βλενογόνου ή του υποβλενογόνιου χιτώνα



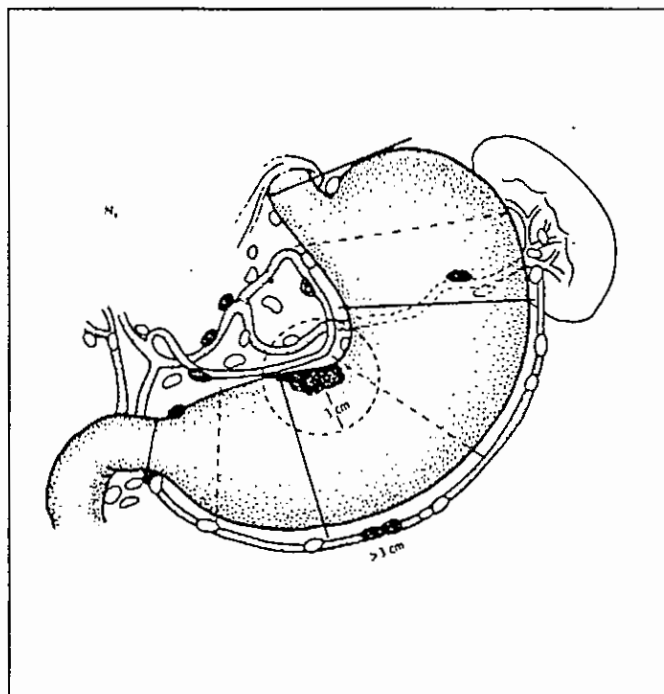
## ΣΤΑΔΙΟ II:

Διήθηση του ορογόνου χιτώνα



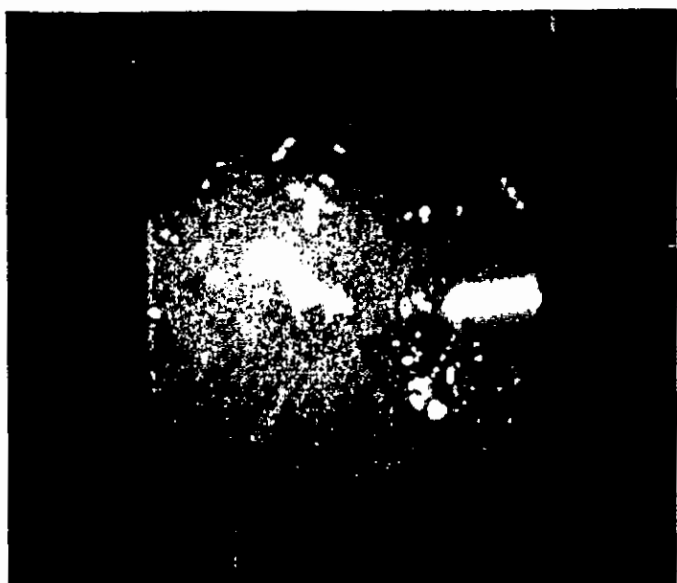
## ΣΤΑΔΙΟ III:

Ήσβολή των επιχώριων λεμφαδένων



## ΣΤΑΔΙΟ IV:

Απομακρυσμένες μεταστάσεις ή διήθηση παρακείμενων οργάνων



**ΕΙΚΟΝΑ 9.** Πρώιμος γαστρικός καρκίνος με μορφή επιπολής εξελκώσεως με προσεκβολές στο μείζον τόξο του άντρου. Υποσημαίνεται με λαβίδα βιοψίας.  
(Α. Εμμανουηλίδης)



**ΕΙΚΟΝΑ 10.** Κακόηθες έλκος μείζονος τόξου του στομάχου. Στο αριστερό μέρος της εικόνας διακρίνεται ο κρατήρας και δεξιά διηθημένη πτυχή.  
(Α. Εμμανουηλίδης)

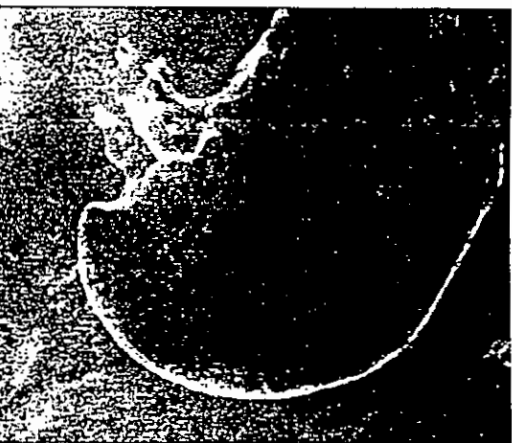


**ΕΙΚΟΝΑ 11.** Καρκίνος του άντρου υπό μορφή ανθοκραμβοειδούς μάζας (δεξιά). Αριστερά κάτω, τροφικά υπολείμματα.  
(Α. Εμμανουηλίδης)

μεγέθους, εξεργασία,  
απόφραξη - ανωμαλία  
απορρογόνου και παρυφής  
απορρογόνου τόξου



ΣΧΗΜΑ 1



Διάχυτη διήθηση γαστρικού  
καρκινώματος, προκαλώντας  
απόφραξη του άνδρου

ΣΧΗΜΑ 2

