

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

"ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ"

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Φιδάνη Αικατερίνη



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Μάλαινου Πάτρα

ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 3078

*Αφιερώνω την πτυχιακή μου
στους γονείς μου που μου συμπαραστάθηκαν
και με βοήθησαν υλικά και ψυχολογικά στα 4
χρόνια των σπουδών μου, την κα Αικατερίνη
Φιδάνη, η οποία με βοήθησε στην πτυχιακή
μου και με βοήθησε επίσης να τα καταφέρω
αρκετά καλά σε όλα τα εξάμηνα της σχολής
μου και, τέλος, σε όλους όσους υποφέρουν
σωματικά και ψυχολογικά από τον καρκίνο
του στομάχου.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1 Νεοπλάσματα	8
1.1.1. Γενικά	8
1.1.2. Χαρακτηριστικά καλοήθων νεοπλασμάτων	9
1.1.3. Χαρακτηριστικά κακοήθων νεοπλασμάτων	9
1.2. Ανατομία του στομάχου	11
1.2.1. Μακροσκοπική ανατομική	11
1.2.2. Αγγείωση	12
1.2.3. Νεύρωση	12
1.2.4. Μικροσκοπική ανατομική	13
1.3 Φυσιολογία του Στομάχου	14
1.3.1. Φυσιολογικές λειτουργίες	14
1.3.2. Φάσεις της γαστρικής έκκρισης	14
1.3.3. Κινήσεις του στομάχου	15
1.4. Επιδημιολογία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1. Παθολογική Ανατομία	21
2.2. Προκαρκινικές καταστάσεις και αλλοιώσεις	23
2.2.1 Χρόνια γαστρίτιδα	23
2.2.2. Εντερική Μεταπλασία	24
2.2.3. Γαστρική ατροφία	24
2.2.4. Δυσπλασία (επιθηλιακή)	24
2.2.5. Γαστρικοί πολύποδες	25
2.2.6 Γαστρικά έλκη	25
2.3. Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και γαστρικός καρκίνος	25
2.4. Αιτιολογία	28
2.4.1. Κληρονομικοί παράγοντες	28
2.4.2. Περιβαλλοντικοί και διατροφικοί παράγοντες	28

2.5. Πρώιμος Γαστρικός καρκίνος	29
2.5.1. Κλινική εικόνα	30
2.5.2. Διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου	30
2.5.3. Πρόγνωση	31
2.5.4. Συμπεράσματα	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1. Σταδιοποίηση	33
3.1.1. Σύστημα P.H.N.S.	33
3.1.2. Σύστημα T.N.M.	34
3.2. Κλινικά χαρακτηριστικά συμπτώματα και σημεία	39
3.2.1. Συνήθης συμπτωματολογία	39
3.3. Διάγνωση	41
3.3.1. Κλινική εξέταση	41
3.3.2. Ακτινολογία	42
3.3.3. Ενδοσκόπηση	43
3.3.4. Σπινθηρογράφημα	45
3.3.5. Ραδιοϊσότοπα	46
3.3.6. Πρώιμη διάγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου	47
3.4. Πρόγνωση	48
3.5. Θεραπεία	49
3.5.1. Χειρουργική θεραπεία	49
3.5.2. Ακτινοθεραπεία	53
3.5.3. Χημειοθεραπεία	55
3.5.4. Φωτοδυναμική θεραπεία	58
3.5.5. Θεραπεία των πολυπόδων του στομάχου χειρουργικά ή ενδοσκοπικά ...	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1. Νοσηλευτική φροντίδα	60
4.1.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	61
4.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργείου	65
4.1.3. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	65
4.2. Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην ακτινοθεραπεία	72
4.3. Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
5.1. Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς και της οικογένειάς του	81
ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	89
Περιστατικό Α'	86
Περιστατικό Β'	95
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	102

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Καρκίνος είναι η ανώμαλη αύξηση των κυττάρων, η οποία μπορεί να καταλήξει στην προσβολή των φυσιολογικών ιστών ή στην διασπορά σε απομακρυσμένα όργανα που ονομάζεται μετάσταση, η οποία γίνεται με τη βοήθεια των αιμοφόρων ή λεμφικών οδών.

Πριν από 30 χρόνια ο χαρακτηρισμός του καρκίνου στα επιστημονικά συγγράμματα ήταν: "Νόσος άσκοπος, άναρχος, αγνώστου αιτιολογίας και μοιραίας απολήξεως". Η πλειοψηφία των καρκινοπαθών κατέληγε μετά από μία σχετικά σύντομη και βασανιστική πορεία. Η διαγνωστική τεχνολογία ήταν συγκριτικά με τη σημερινή, αρχέγονη και η έγκαιρη διάγνωση απλά τοποθετούσε τον άρρωστο σ' ένα πρωιμότερο χρονικά στάδιο της νόσου με μοναδικό αποτέλεσμα τη φαινομενική μόνο επιμήκυνση του χρόνου της αρρώστιας του.

Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου είναι άγνωστη. Συγκροτημένες όμως επιδημιολογικές μελέτες αναδεικνύουν τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην δημιουργία του.

Σήμερα ένα σοβαρό βήμα στην αντιμετώπισή του είναι η ανακάλυψη της νόσου και η θεραπεία της σε πρώιμο στάδιο. Νέες ακτινολογικές τεχνικές και η χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, επιτυγχάνουν ακριβή διάγνωση σε πρώιμο στάδιο. Η εφαρμογή ριζικής χειρουργικής θεραπείας στο στάδιο αυτό εξασφαλίζει 5ετή και 10ετή επιβίωση της τάξεως του 90%.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα από τα συχνότερα και επιθετικότερα νεοπλασμάτα, χωρίς όμως χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια. Στην Ελλάδα συναντάται σε αναλογία 10% μεταξύ όλων των καρκίνων και εμφανίζεται δύο φορές πιο συχνά στους άντρες ηλικίας 50-60 ετών για τους οποίους αποτελεί το συχνότερο καρκίνο, από ότι στις γυναίκες, στις οποίες αποτελεί το τρίτο κατά σειρά συχνότητας καρκίνο μετά αυτόν του μαστού και της μήτρας.

Το καρκίνωμα του στομάχου παγκόσμια αποτελεί την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από όλα τα κακοήθη νεοπλασμάτα μεταξύ των ανδρών και την όγδοη μεταξύ των γυναικών.

Ένα από τα σπουδαιότερα καθήκοντα που παράλληλα δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο.

Πέρα από τις εμπειρίες και τις τεχνικές που πρέπει να κατέχει ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει πάνω απ' όλα να είναι άνθρωπος και να προσεγγίζει τον συνάνθρωπό του με υπευθυνότητα και με τρυφερότητα.

Για να μπορέσει όμως να το επιτύχει αυτό χρειάζεται:

1. Γνώσεις
2. Φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική.
3. Ικανοποίηση (θετική ενίσχυση)
4. Βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά του).

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει πληροφόρηση σχετικά με τη φύση του καρκίνου του στομάχου και κυρίως, για την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση, την θεραπεία και την ψυχολογική αποκατάσταση του αρρώστου. Επίσης να γίνει κατανοητή η προσφορά και οι υπηρεσίες του νοσηλευτή απέναντι σε άρρωστο, που πάσχει από τον καρκίνο και παράλληλα υποφέρει και σωματικά και ψυχολογικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

1.1.1. Γενικά

Με τον όρο νεόπλασμα ή νεοπλασία νοείται ο αυτόνομος και προοδευτικός πολλαπλασιασμός κυττάρων μιας περιοχής του σώματος.

Σήμερα οι νεοπλασίες είναι συχνότερες από παλιότερα και αντιπροσωπεύουν το 20% όλων των θανάτων.

Στον ελληνικό χώρο οι συνηθέστερες νεοπλασίες είναι οι ακόλουθες:

1. Καρκίνος του στομάχου.
2. Καρκίνος του παχέος εντέρου.
3. Καρκίνος του πνεύμονος για τον άνδρα.

1. Καρκίνος του μαστού
2. Καρκίνος του στομάχου
3. Καρκίνος της μήτρας
4. Καρκίνος των ωοθηκών για την γυναίκα.

I. Τα νεοπλάσματα διαιρούνται γενικά σε 4 μεγάλες κατηγορίες:

- A. Στα καλοήθη
- B. Στα κακοήθη
- Γ. Στα ημικακοήθη ή οριακά (bordeline neoplasmas)
- Δ. Και στα αταξινόμητα.

Η διάκριση αυτή δεν είναι απόλυτη. Π.χ. Καλοήθες δεν θεωρείται το νεόπλασμα που δεν φονεύει τον πάσχοντα γιατί υπάρχουν καλοήθη νεοπλάσματα που προκαλούν τον θάνατο όπως π.χ. το μηνιγγίωμα που, παρόλο του ότι είναι καλοήθες, μπορεί να πιέσει τον προμήκη και την παρεγκεφαλίδα μέσα στο ινιακό τρήμα και να επιφέρει τον θάνατο. Από την άλλη πλευρά κακοήθες νεόπλασμα δεν επιφέρει πάντα τον θάνατο γιατί είναι δυνατό επί εγκαίρου διαγνώσεως και καταλλήλου θεραπευτικής αγωγής να ιαθί.

II. Από απόψεως: α) βαθμού κυτταρικής διαφοροποίησης β) της ύπαρξης ή μη κυτταρικής ατυπίας και γ) της ύπαρξης ή μη πυρηνοκινήσιών και μιτώσεων, τα νεοπλάσματα διαιρούνται σε:

1. Υψηλής διαφοροποίησης ή αλλιώς καλά διαφοροποιημένα.
2. Μέσης διαφοροποίησης.
3. Χαμηλής διαφοροποίησης ή αλλιώς αδιαφοροποίητα.

1.1.2. Χαρακτηριστικά καλοήθων νεοπλασμάτων

1. Είναι περιγεγραμμένα, δηλαδή περιβάλλονται τα περισσότερα από αυτά από ινώδη κάψα (από συνδετικό ιστό). Π.χ.: ινοαδενώματα μαστού, ινομύωμα μήτρας, λειομύωμα, λιπώματα και ινο-λιπώματα, νευρινώματα, κ.α.
2. Δεν διηθούν τους γειτονικούς ιστούς, δηλ. απλώς τους πιέζουν. Εξαιρέση αποτελούν τα τριχοειδή αιμαγγειώματα που μπορούν να επεκταθούν μέσα στις μυϊκές μάζες.
3. Δεν δίνουν μεταστάσεις γιατί δεν διηθούν τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία.

1.1.3. Χαρακτηριστικό κακοήθων νεοπλασμάτων

1. Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν περιβάλλονται από ινώδη κάψα.
2. Διηθούν και διαβρώνουν τους γειτονικούς ιστούς.
3. Δίνουν μεταστάσεις γιατί διηθούν τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία.

Π.χ. ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται λεμφογενώς πρώτα στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ο καρκίνος του στομάχου μεθίσταται αιματογενώς, πρώτα στο ήπαρ.

4. Αποτελούνται από άτυπα κύτταρα που:
 - α) Εμφανίζουν μεγάλη πολυμορφία.
 - β) Χαρακτηρίζονται από την υπέρμετρη αύξηση του πυρήνα σε βάρος του πρωτοπλάσματος.
 - γ) Έχουν πρωτόπλασμα βασεόφιλο (μπλε) λόγω της αύξησης του κοκκινώδους ενδοπλασματικού δικτύου.
 - δ) Εμφανίζουν πυροκινήσιες και παραγωγή ανωμάτων σειρών χρωματοσωμάτων.

Γενικά, για να θεωρηθεί ένα κύτταρο κακόηθες πρέπει να έχει τα περισσότερα από τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

III. Ανάλογα με την προσέλευση των κακοήθων νεοπλασμάτων αυτοχωρίζονται σε:

α) Καρκινώματα, β) Σαρκώματα.

Καρκίνωμα: Καλείται το κακόηθες νεόπλασμα που προέρχεται από επιθηλιακό ιστό (π.χ. από το δέρμα, βλεννογόνους, κ.α.).

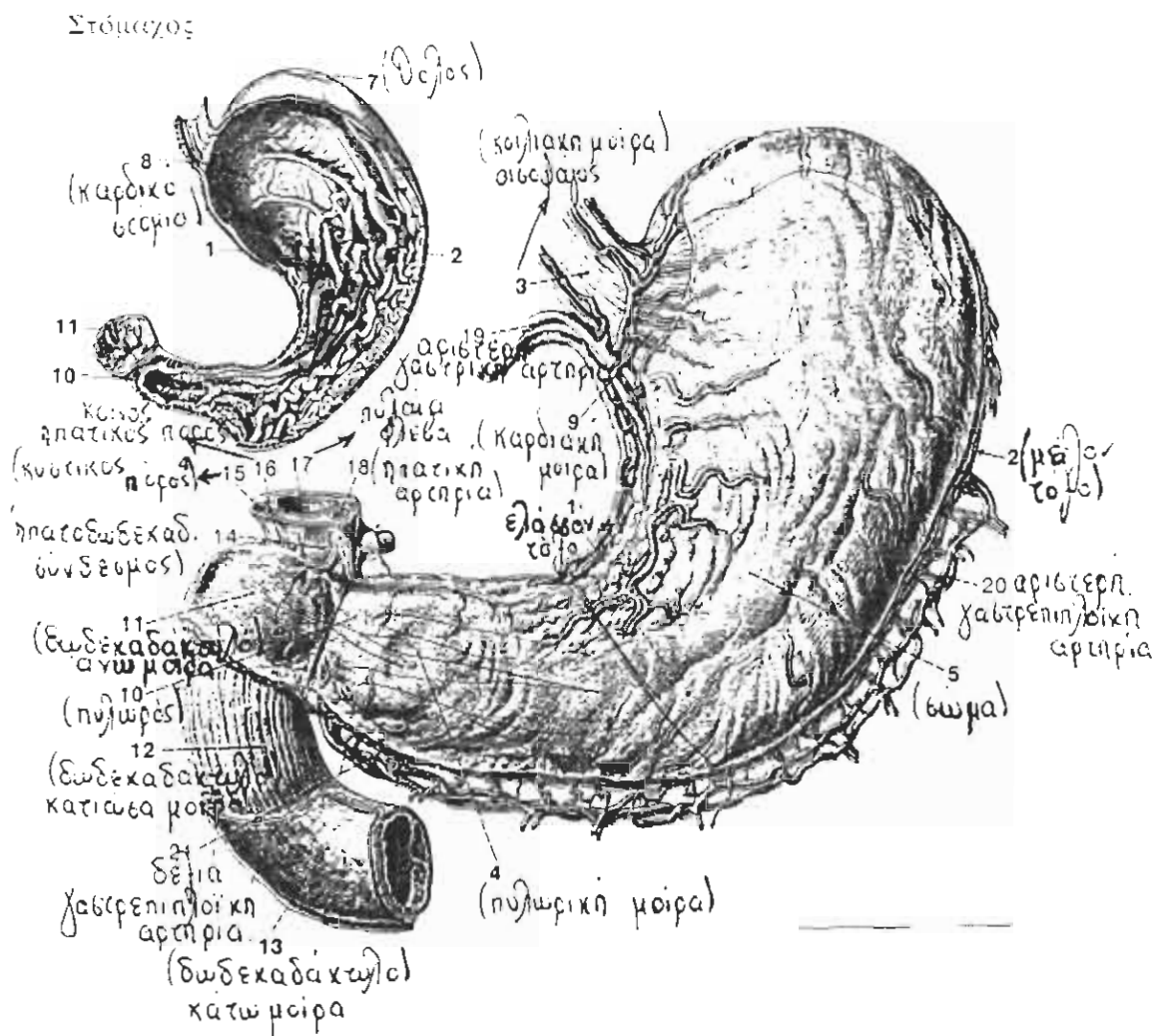
Σάρκωμα: Καλείται το κακόηθες νεόπλασμα που προέρχεται από μεσεγχυματογενή (ερειστικό) ιστό, π.χ. ινοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, χονδροσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, οστεοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, νευρινοσάρκωμα, αιμαγγειοσάρκωμα και λεμφαγγειοσάρκωμα.

Άρα τα καρκινώματα προέρχονται από ιστούς διαπλασθέντες από το:

α) έξω βλαστικό δέρμα (π.χ. καρκίνος δέρματος)

β) έσω βλαστικό δέρμα (π.χ. καρκίνος στομάχου, εντέρου)

γ) μέσο βλαστικό δέρμα και μάλιστα από το νεφρογόνο βλάστημα (π.χ. καρκίνος νεφρού). (Φρ. Ανθούλη – Αναγνωστοπούλου, 1994).



1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.2.1. Μακροσκοπική ανατομική

Το στομάχι είναι ένα μυώδες κοίλο σπλάγχο που καταλαμβάνει το αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, καλυπτόμενο εν πολλοίς από το πλευρικό τόξο. Έχει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια, δύο επιχειλίες καμπές που ονομάζονται τόξα, μείζον και έλασσον και δύο στόμια, την καρδιά και τον πυλωρό.

Μακροσκοπικά στο στομάχι διακρίνουμε το θόλο (ένα κυρτό θολωτό τμήμα που εκτείνεται αριστερά και ψηλότερα της καρδιοοισοφαγικής συμβολής), το σώμα (κεντρικό μυώδες τμήμα) και το άντρο (περιφερικό τεταρτημόριο). Σαν όριο διαχωρισμού μεταξύ σώματος – άντρου θεωρείται η γωνία του ελάσσονος τόξου. Το στομάχι προς τα πάνω συνέχεται με τον οισοφάγο δια της γαστροοισοφαγικής συμβολής (καρδιά), στις φυσιολογικές ιδιότητες της οποίας οφείλεται κατά κύριο λόγο η παρεμπόδιση της ανάρροιας γαστρικού υγρού. Ο πυλωρός αποτελεί το όριο μετάπτωσης του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο (όριο διαχωρισμού στην πρόσθια επιφάνεια η φλέβα του Mayo που τον διατρέχει κάθετα), φέρει δε τον πυλωρικό σφιγκτήρα που είναι παχυσμένος και ψηλαφάται εύκολα καθώς περιβάλλει τον στενό πυλωρικό σωλήνα (Σχήμα 1). Η περιοχή της καρδιάς, το ελάσσον τόξο και ο πυλωρός είναι τα περισσότερο καθηλωμένα τμήματα του στομάχου λόγω της ύπαρξης του ελάσσονος επιπλόου, των αριστερών και δεξιών γαστρικών αγγείων του γαστροφρενικού και του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου.

Σχέσεις του στομάχου

Πρόσθια: κοιλιακό τοίχωμα, αριστερό πλευρικό τόξο, διάφραγμα, αριστερός λοβός του ήπατος.

Οπίσθια: ελάσσων επιπλοϊκός θύλακας που χωρίζει το στομάχι από το πάγκρεας, το εγκάρσιο μεσόκολο, τον αριστερό νεφρό και επινεφρίδια, το σπλήνα και τη σπληνική αρτηρία.

Άνω: οισοφάγος, ήπαρ, αριστερός διαφραγματικός θόλος.

Κάτω: εγκάρσιο κόλον και μεσόκολον, με τα οποία το συνδέει ο γαστροκολικός σύνδεσμος.

Αριστερά: σπλήνας και αριστερό πλευρικό τόξο.

Δεξιά: ήπαρ, ελάσσον επίλου, προς τα πίσω δε η αορτή.

1.2.2. Αγγείωση

Η αρτηριακή αιμάτωση του στομάχου είναι πλουσιότερη. Προέρχεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που αναστομώνονται ευρύτατα μεταξύ τους σχηματίζοντας ένα πολύ έντονα σχηματισμένο υποβλεννογόνιο αγγειακό πλέγμα. Για το λόγο αυτό η ισχαιμία του στομάχου είναι πολύ σπάνια, ακόμη και μετά από απολίνωση αρκετών κύριων αρτηριακών κλάδων (Σχήμα 2, 3). Τα μείζονα αυτά αρτηριακά στελέχη προέρχονται όλα από την κοιλιακή αρτηρία (τρίτοδος του Haller) και είναι:

- α. Η αριστερή γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοιλιακής που αιματώνει το ελάσσον τόξο.
- β. Η δεξιά γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοινής ηπατικής που αιματώνει, την πυλωρική μοίρα του ελάσσονος τόξου.
- γ. Η δεξιά γαστρεπιλοϊκή αρτηρία, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής που αιματώνει το μείζον τόξο.
- δ. Η αριστερά γαστρεπιλοϊκή, κλάδος της σπληνικής, που αιματώνει και αυτή το μείζον τόξο.
- ε. Ο θόλος του στομάχου αιματώνεται από τις βραχίες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της σπληνικής ή και της αριστερής γαστρεπιλοϊκής.
- στ. Στο 40-60% των ατόμων υπάρχει και η οπίσθια γαστρική αρτηρία, ένας βραχύς κλάδος από τη μεσότητα της σπληνικής που αιματώνει τον πυλωρό.

Η φλεβική αποχέτευση του στομάχου γίνεται και προς την πυλαία και προς τη συστηματική κυκλοφορία. Οι φλέβες κατά κανόνα ακολουθούν τις αρτηρίες και εκβάλλουν κυρίως στο πυλαίο σύστημα (Σχήμα 4). Το πιο σημαντικό φλεβικό στέλεχος είναι η στεφανιαία φλέβα που εκβάλλει στη γωνία σπληνικής – πυλαίας και έχει πολλαπλές αναστομώσεις με το κατώτερο οισοφαγικό φλεβικό πλέγμα που εκβάλλει στο σύστημα της αζύγου.

1.2.3. Νεύρωση (Σχήμα 6)

Η συμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από κλάδους των μείζονων σπλαχνικών νεύρων που καταλήγουν στο κοιλιακό γάγγλιο.

Από αυτό, μεταγαγγλιακές ίνες φέρονται προς το στόμαχο γύρω από τους κλάδους των γαστρικών αρτηριών. Οι κεντρομόλες συμπαθητικές ίνες είναι η οδός για την αντίληψη του σπλαχνικού πόνου.

Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από δύο πνευμονογαστρικά (vagus) νεύρα. Το πρόσθιο (αριστερό) και το οπίσθιο (δεξιό) πνευμονογαστρικό εισέρχονται στην κοιλιά δια του οισοφαγείου τρήματος. Το πρόσθιο κείται

κοντά στο γαστρικό τοίχωμα, το μεγαλύτερης διαμέτρου όμως οπίσθιο νεύρο βρίσκεται σε κάποια απόσταση από το τοίχωμα, σχεδόν επαπτόμενο της αορτής. Το πρόσθιο δίδει κλάδους προς την καρδιά και το ελάσσον τόξο του στομάχου, καθώς και έναν μεγάλο ηπατικό κλάδο. Το οπίσθιο νεύρο δίνει κλάδους και προς τις δύο επιφάνειες του σώματος του στομάχου, καθώς και ένα μεγάλο ηπατικό κλάδο. Το οπίσθιο νεύρο δίδει κλάδους προς την καρδιά και το ελάσσον τόξο του στομάχου, καθώς και έναν μεγάλο ηπατικό κλάδο. Το οπίσθιο νεύρο δίνει κλάδους και προς τις δύο επιφάνειες του σώματος του στομάχου, ο κύριος δε όγκος του νεύρου σχηματίζει τον κοιλιακό κλάδο. Ο τελευταίος φαίνεται κατά μήκος της αριστερής γαστρικής αρτηρίας προς το κοιλιακό γάγγλιο απ' όπου μεταγαγγλιακές ίνες κατανέμονται στο πάγκρεας και το έντερο μέχρι τη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου.

Η παρασυμπαθητική γαστρική νεύρωση ρυθμίζει τη γαστρική έκκριση δρώντας αφενός άμεσα στα εκκριτικά τοιχωματικά κύτταρα και διεγείροντας αφετέρου το άντρο προς έκκριση γαστρίνης. Επίσης ρυθμίζει την κινητικότητα του στομάχου και τη λειτουργία των σφιγκτήρων.

1.2.4. Μικροσκοπική ανατομική

Το γαστρικό τοίχωμα έχει τέσσερις χιτώνες: ορογόνο, μυϊκό, υποβλεννογόνο και βλεννογόνο. Στο μυϊκό χιτώνα οι ίνες φέρονται σε τρία στρώματα: επιμήκεις, λοξές και κυκλωτερείς.

Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι διαφορές που παρατηρούνται στο γαστρικό βλεννογόνο, όπου σχηματίζονται τρεις διαφορετικές αδενικές περιοχές, αντίστοιχα προς την καρδιά, το σώμα και το άντρο.

- α. Η καρδιακή αδενική περιοχή είναι ένα μικρό τόξο μήκους 2-4 cm που αρχίζει από την καρδιοοισοφαγική συμβολή. Περιέχει βλεννοεκκριτικά κύτταρα.
- β. Η οξυντική αδενική περιοχή αποτελεί τα κεντρικότερα $\frac{3}{4}$ του στομάχου.
- γ. Η πυλωρική αδενική περιοχή αποτελεί το περιφερικό 30% του στομάχου. Περιέχει βλεννογόνα κύτταρα καθώς και τα G-κύτταρα που εκκρίνουν γαστρίνη. (Παναγιωτόπουλος Γ. – Παπαλάμπρος στ. 1991).

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.3.1. Φυσιολογικές λειτουργίες

- α. Εναπόθεση των τροφών για διάστημα 2-5 ωρών. Αυτό πετυχαίνεται με την προσαρμοστική χάλαση του στομάχου, υπό την επίδραση των ώσεων του πνευμονογαστρικού.
- β. Μίξη των τροφών και κατακερματισμός τους. Τα περισταλτικά κύματα εκκινούν από το σώμα και φτάνουν στο άντρο όπου είναι εντονότερα. Το μεγαλύτερο τμήμα του γαστρικού περιεχομένου απωθείται και πάλι προς τα πίσω από το άντρο, καθώς μόνο 15 ml εισέρχονται στο 12λο δια του πυλωρού με κάθε περισταλτικό κύμα.
- γ. Πέψη των τροφών με την επίδραση του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνη και του υδροχλωρικού οξέος του γαστρικού υγρού. Η πεψίνη εκκρίνεται από τα βασικά κύτταρα υπό μορφή πρόδρομης ουσίας του προενζύμου πεψιγόνου, το οποίο υπό την επίδραση του HCl κυρίως μετατρέπεται στην ενεργό μορφή του ενζύμου. Η πεψίνη διαλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς των πρωτεϊνικών ουσιών. Το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού προέρχεται από τα τοιχωματικά (καλυπτήρια) κύτταρα του σώματος του στομάχου.
- δ. Προστασία του οργάνου από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Το όξινο pH του γαστρικού υγρού εξουδετερώνει την πλειονότητα των μικροβίων. Η βλέννη που καλύπτει το βλεννογόνο προστατεύει το τοίχωμα από τις υψηλές συγκεντρώσεις οξύτητας. Παράλληλα, από την επιφάνεια του βλεννογόνου εκκρίνεται μεγάλη ποσότητα διττανθρακικών, ελατώνοντας έτσι το τοιχωματικό pH.
- ε. Έκκριση ειδικών ουσιών στο γαστρικό υγρό. Από τα καλυπτήρια κύτταρα εκκρίνεται ο ενδογενής παράγοντας που ενώνεται με τη βιταμίνη B₁₂ ώστε να γίνει δυνατή η ενεργός μεταφορά της στον τελικό ειλεό. Στο 75% του πληθυσμού, εκκρίνονται στο γαστρικό υγρό αντιγόνα των ομάδων αίματος.

1.3.2. Φάσεις της γαστρικής έκκρισης

- α. Κεφαλική φάση: Κεντρομόλα ερεθίσματα (οσμή, γεύση, όραση) φέρονται στο μικτό πυρήνα του πνευμονογαστρικού, απ' όπου εκκρίνουν φυγόκεντρες ώσεις, που μέσω των πνευμονογαστρικών φέρονται προς τους αδένες του σώματος του στομάχου και του άντρου. Παράλληλα, αυξάνει και η έκκριση αμυλάσης των σιαλογόνων αδένων.
- β. Γαστρική φάση: Η τροφή διεγείρει άμεσα τα καλυπτήρια κύτταρα προς έκκριση HCl και πεψίνης. Αφετέρου, τα προϊόντα αποικοδόμησης της τροφής διεγείρουν

την έκκριση γαστρίνης στο άντρο. Η τελευταία φέρεται δια της κυκλοφορίας προς τα καλυπτήρια κύτταρα όπου προάγει την έκκριση πεψίνης και Hcl.

γ. Εντερική φάση: Η εντερική φάση της έκκρισης δεν είναι πλήρως γνωστή. Η διόδος των τροφών στο 12λο προκαλεί την έκκριση γαστρίνης από το άντρο, πιθανότατα μέσω της έκκρισης χολοκυστοκινίνης ή κάποιου άλλου γαστρεντερικού πεπτιδίου (π.χ. εντεροοξυντίνη). (Παναγιωτόπουλος Γ. – Παπαλάμπρος Στ. 1991).

Επίδραση γνωστών φαρμάκων και άλλων παραγόντων στην γαστρική έκκριση.

- **Τα αλκάλια:** (διττανθρακικό νάτριο): Θεωρούνται ανασταλτικά της γαστρικής έκκρισης. Έχουν την ικανότητα να εξουδετερώνουν την οξύτητα του περιεχομένου του στομάχου.
- **Το οινόπνευμα:** Προκαλεί άφθονη έκκριση γαστρικού υγρού, το οποίο περιέχει πολύ Hcl και βλεννίνη.
- **Διάφορα καρυκείματα:** Ελάχιστα επηρεάζουν την γαστρική έκκριση. Όταν αναμιγνύονται όμως με τις τροφές δρουν αμέσως και θέτουν σε ενέργεια την ψυχική φάση της γαστρικής έκκρισης, η οποία προκαλείται με τη θέα, οσμή ή γεύση φαγητών.
- **Ισταμίνη:** Προκαλεί μεγάλη γαστρική έκκριση και χρησιμοποιείται για την μελέτη του γαστρικού υγρού από απόψεως Hcl.
- **Τα ηπατικά εκχυλίσματα:** χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της κακοήθους αναιμίας. Είναι ισχυρά μέσα ερεθισμού της γαστρικής έκκρισης.
- **Το κάπνισμα:** Για άλλους ελαττώνει, για άλλους δεν επηρεάζει και για άλλους προκαλεί αύξηση της γαστρικής έκκρισης.
- **Η μορφίνη:** Αναστέλλει την έκκριση μετά από μια μικρή περίοδο, ενώ στη συνέχεια ερεθίζει και προκαλεί υπερέκκριση.

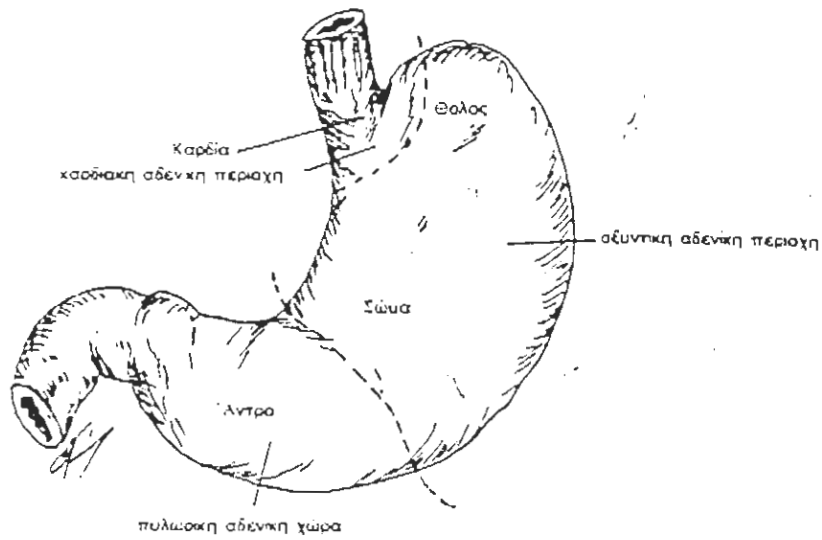
1.3.3. Κινήσεις του στομάχου

Οι κινήσεις του στομάχου είναι περισταλτικές, κατά κύματα.

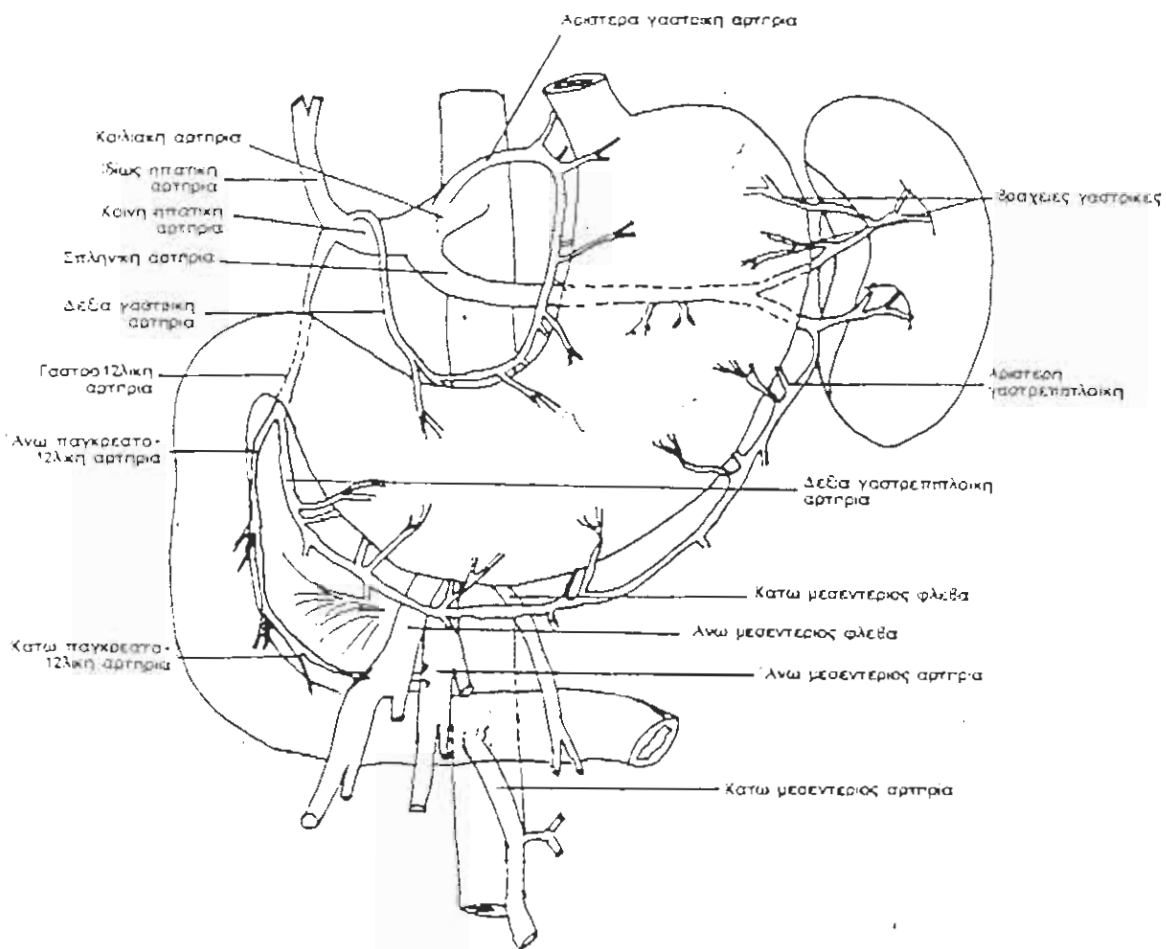
Το κύμα όσο προχωρεί προς τα κάτω, γίνεται βαθύτερο, μέχρις ότου, φθάνοντας στον πυλωρό, τερματίζεται με μια συστολή του πυλωρικού άνδρου. Με τις κινήσεις αυτές το στομάχι παίρνει διάφορα σχήματα μέχρι να επανέλθει στο αρχικό του σχήμα (γαστρικός κύκλος). Η γαστρική συστολή είναι η φάση που χαρακτηρίζεται από βαθιές εντομές, συσπάσεις και ελάττωση της χωρητικότητας του στομάχου.

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

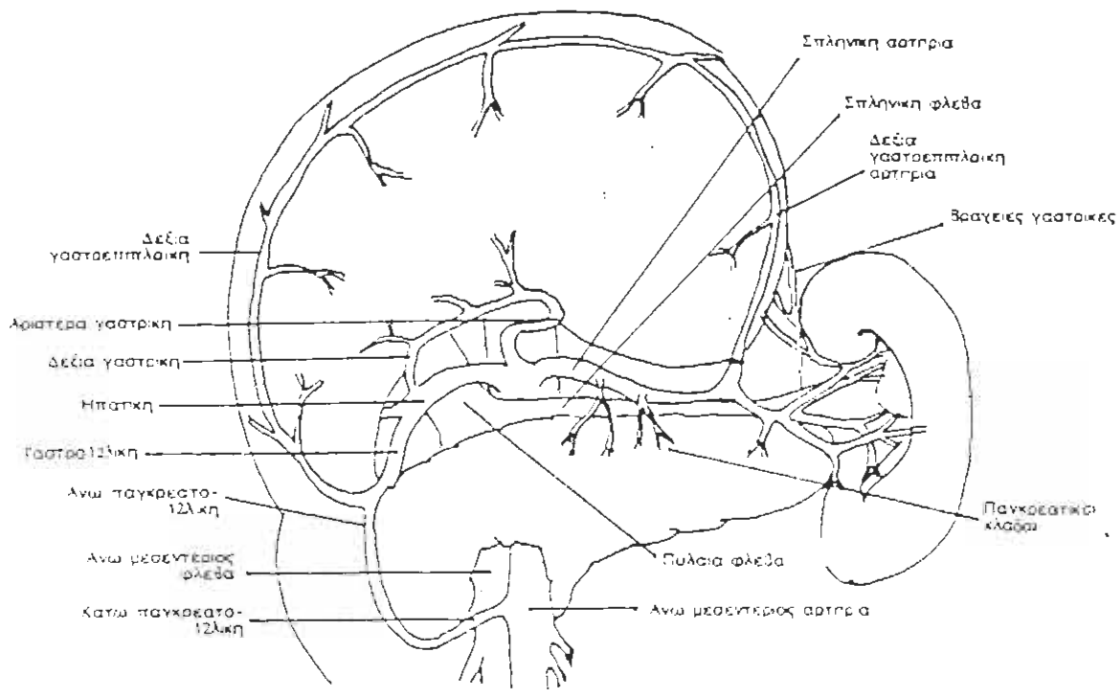
(Παπαδάτου Ευανθία, 1991)



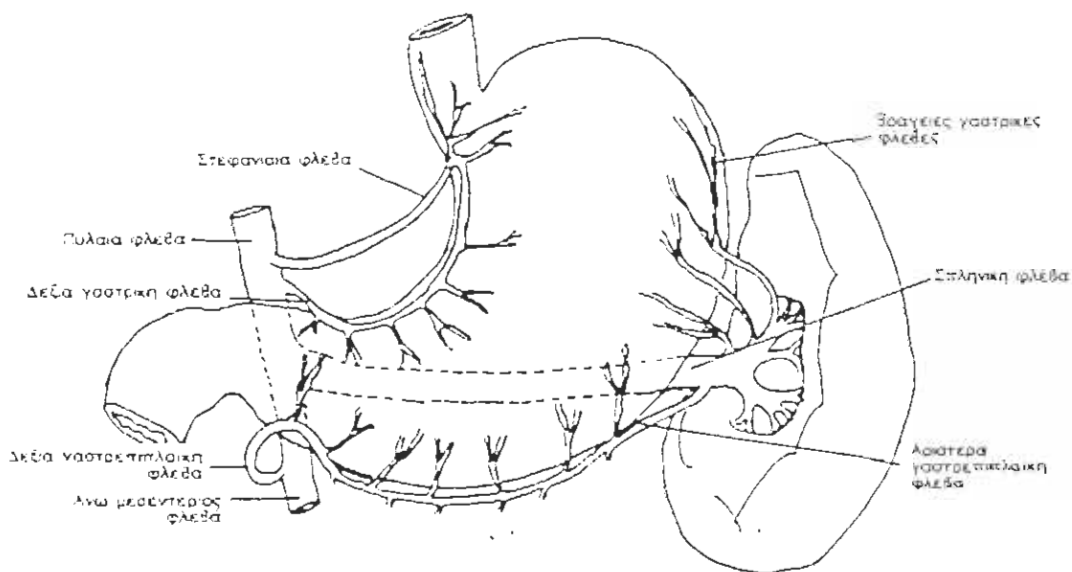
Σχήμα 1. Μακροσκοπική διαίρεση στομάχου και ειδίκες εκκριτικές ζώνες.



Σχήμα 2. Αρτηριακή αματώση στομάχου-12δακτυλου (πρόσθια όψη).

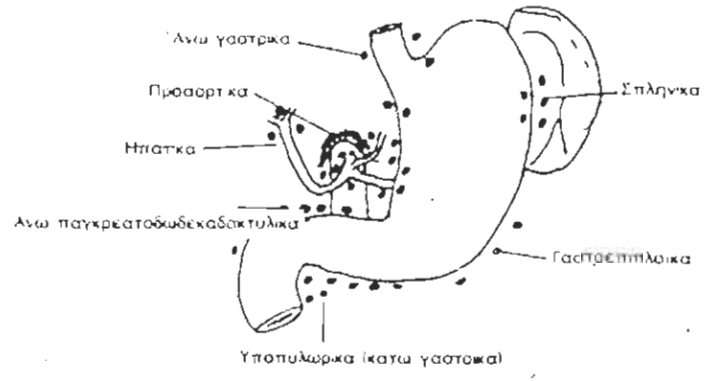
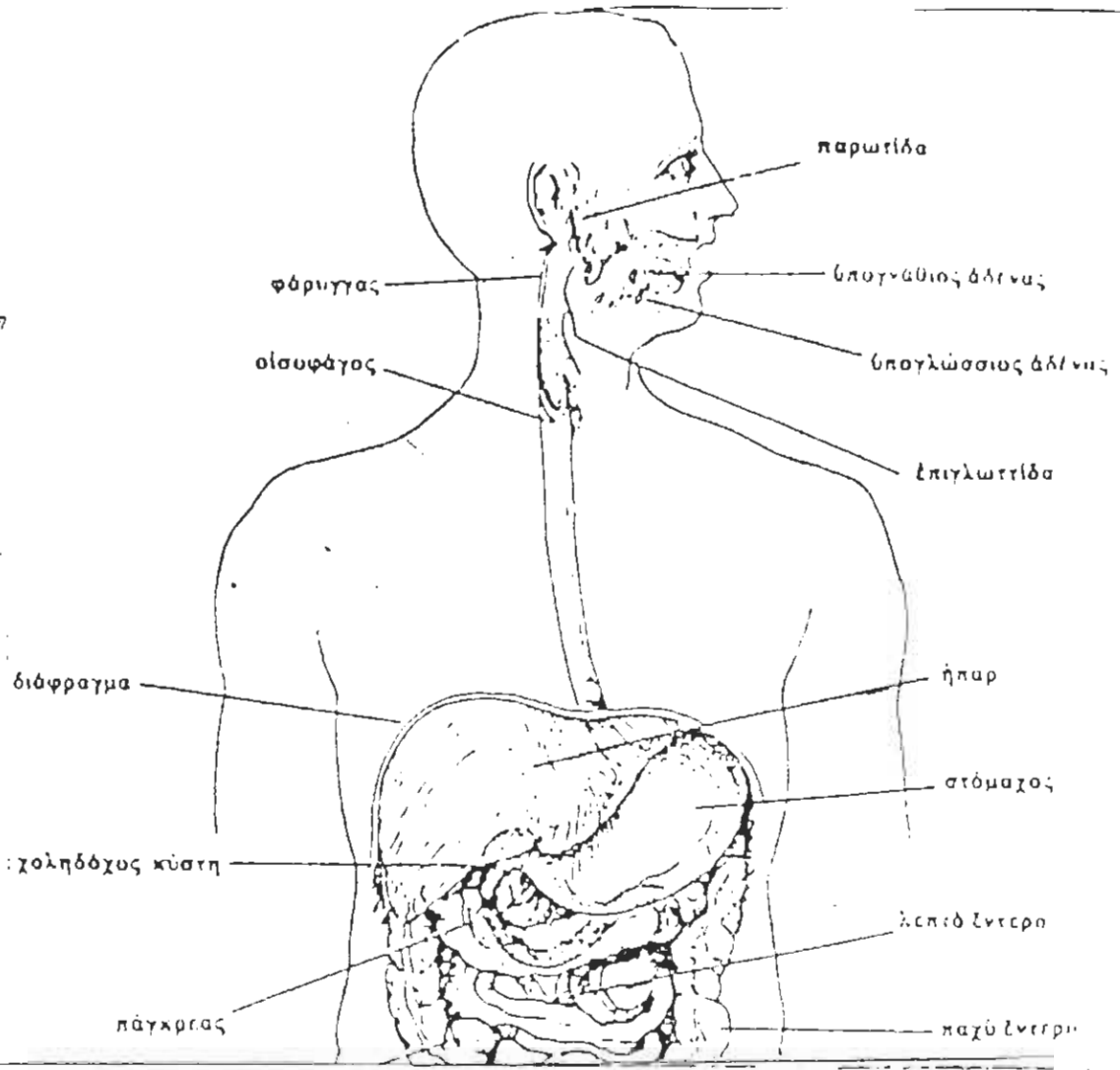


Σχήμα 3. Αρτηριακή αιμάτωση στομάχου-12δακτυλου (από: Πηλιόπουλος, 1984).

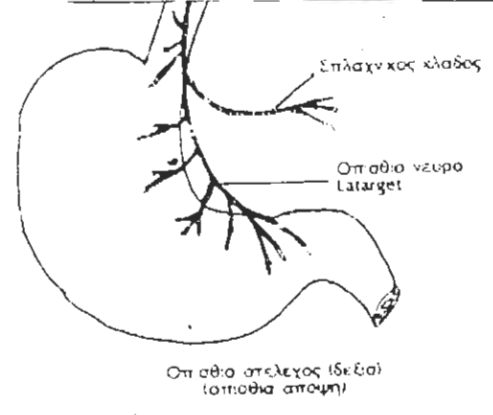
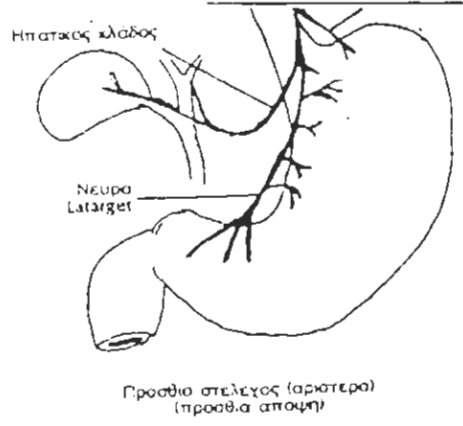


Σχήμα 4. Φλεβική αποχέτευση στομάχου.

Η πεπτική οδός
είναι ένα
μακρύς ειδικεί-
της οδός
που συνδέεται
με πολλά αδε-
νικά όργανα.



Σχήμα 5. Ομάδες γαστρικών λεμφαγαγγλίων.



Σχήμα 6. Τερμια πνευμονοναστικών νευρών.

1.4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου μαζί με το πνευμονικό είναι οι δύο συχνότεροι καρκίνοι στον κόσμο. Εδώ και 4-5 δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σε πολλούς πληθυσμούς σταθερή πτωτική τάση της επιπτώσεώς του και η ίδια τάση εμφανίζεται στην Ελλάδα (εικ. 1), όπου σήμερα αποτελεί το δεύτερο συχνότερο καρκίνο. Το 1985, καταγράφηκαν 1.317 θάνατοι από αυτόν τον καρκίνο (αδρός δείκτης θνησιμότητας 13,5/100.000).

Ο Laugen πρότεινε τη διαφοροποίηση του καρκίνου του στομάχου σε διάχυτο και σε εντερικό τύπο, που ξεχωρίζουν στα ιστολογικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους. Ο εντερικός είναι ο πιο κοινός τύπος. Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και στις μεγάλες ηλικίες και σε αυτόν αποκλειστικά οφείλεται η πτωτική τάση της επιπτώσεως του στομαχικού καρκίνου. Ο διάχυτος εμφανίζεται εξίσου συχνά στα δύο φύλα – σχετικά συχνότερα σε νεώτερες ηλικίες και σε άτομα με ομάδα αίματος A – και πιθανώς σχετίζεται περισσότερο με ενδογενείς παράγοντες παρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις.

Οι υψηλότεροι δείκτες επιπτώσεως και θνησιμότητας έχουν περιγραφεί στην Άπω Ανατολή, στους μετανάστες από αυτές τις χώρες και σε χώρες της Λατινικής Αμερικής. Χαμηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί στους καυκάσιους πληθυσμούς της Β. Αμερικής, στην Αφρική, στην Ινδία, στις χώρες της Μ. Ανατολής. Στην Ευρώπη, υψηλή επίπτωση παρουσιάζουν οι σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της Α. Ευρώπης, ενώ η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλότερες θέσεις στις χώρες της Ε.Ο.Κ. Στο βόρειο ημισφαίριο, ο καρκίνος του στομάχου εμφανίζεται συχνότερα στα βορειότερα γεωγραφικά πλάτη, αλλά η ανεύρεση της αντίστροφης εικόνας στο νότιο ημισφαίριο δεν είναι σταθερή.

Είναι ιδιαίτερα σπάνιος σε άτομα νεώτερα των 30 ετών και η επίπτωσή του αυξάνεται ραγδαία αργότερα. Είναι 2-3 φορές συχνότερος στους άνδρες, όμως αυτή η σχέση διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Στην Ελλάδα, η σχέση ανάμεσα στα δύο φύλα είναι περίπου 2/1. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι μετανάστες γεννημένοι σε χώρες με υψηλή επίπτωση διατηρούν τον υψηλό κίνδυνο, όταν μεταναστεύουν σε χώρες με χαμηλή επίπτωση, ενώ τα παιδιά τους τείνουν να έχουν δείκτες παρόμοιας με τη νέα χώρα. Εμφανίζεται πολύ συχνότερα στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις και υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε διάφορα επαγγέλματα, όπως οι ανθρακωρύχοι, εργαζόμενοι εκτεθειμένοι στον αμιάντο κ.α. (Κοσμίδης Π.-Τριανταφυλλίδης Γ., 1991).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι με σκοπό την εκτίμηση των διαχρονικών τάσεων της συχνότητας του καρκίνου του στομάχου συγκεκριμένα στον ελληνικό πληθυσμό, μελετήθηκε η νοσηρότητα από τη συγκεκριμένη αυτή εντόπιση καρκίνου στο σύνολο των νοσηλευθέντων από το 1977 έως το 1986. Υπολογίστηκαν οι ανά φύλο, ηλικία και επάγγελμα δείκτες, ανά 100.000 πληθυσμό, των νοσηλευθέντων για καρκίνο στομάχου καθώς και οι αντίστοιχοι δείκτες θνησιμότητας. Η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου στη χώρα μας παρουσιάζει συνεχή πτωτική πορεία. Ο επιπολασμός όμως των ανά έτος νοσηλευθέντων για καρκίνο του στομάχου δεν ακολουθεί παράλληλη με τη θνησιμότητα πορεία, αλλά παρουσιάζει μια στασιμότητα κατά την υπό μελέτη περίοδο. Παρατηρείται συνεχής αύξηση της νοσηρότητας από καρκίνο του στομάχου με την ηλικία, ενώ εντυπωσιακή είναι η αύξηση στις ηλικίες πάνω από 70 ετών. Διατυπώνεται η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι και υπερήλικες αποτελούν μία υποομάδα ιδιαίτερα εκτεθειμένη στους παράγοντες κινδύνου τους σχετιζόμενους με τη διατροφή και την ελλιπή συντήρηση των τροφίμων. Διαπιστώνεται υψηλότερη νοσηρότητα από καρκίνο του στομάχου στους αγρότες και εργάτες, παρατήρηση η οποία είναι συμβατή με τα διεθνή δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση του καρκίνου αυτού με την κοινωνικοοικονομική τάξη.

(Μπένος Α. – Μπακάλης Α. – Κατσουγιαννόπουλος Β., 1996).

Τέλος, είναι απαραίτητο να σημειωθούν, ορισμένα στατιστικά αποτελέσματα θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Κρήτη κατά το 1992. Η βάση των δεδομένων περιλαμβάνει 895 ασθενείς κατοίκους Κρήτης, που πέθαναν κατά το 1992. Πρόκειται, βέβαια, για δεδομένα που συλλέχθηκαν κατά τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του προγράμματος καταγραφής καρκίνου Κρήτης.

Αποτελέσματα οι προτυποποιημένοι κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα ήταν 137 ανά 100.000 άτομα γενικού πληθυσμού, 177 για τους άνδρες και 103 για τις γυναίκες. Οι αντίστοιχοι δείκτες (ηλικιών 35-75) ήταν 254 για τους άνδρες και 154 για τις γυναίκες, ενώ οι αθροιστικοί κίνδυνοι ηλικιών 0-75 ήταν 13,68% και 7,95% αντίστοιχα. Η σύγκριση με τους εθνικούς δείκτες άλλων μεσογειακών χωρών δείχνει ότι στην Κρήτη, οι άνδρες έχουν χαμηλούς δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα του στομάχου, του παχέος εντέρου / ορθού και του προστάτη, ενώ υψηλούς δείκτες από κακοήθη νεοπλάσματα της ουροδόχου κύστεως και του ήπατος. Παρόμοια, οι γυναίκες χαμηλούς δείκτες γι' αυτά του στομάχου και του παχέος εντέρου / ορθού, ενώ υψηλούς δείκτες γι' αυτά του ήπατος. (Βλαχονικολής Ι.Γ. – Γεωργουλιός Β. – Φιλαλήθης Α.Ε. 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Αναλόγως της κλινικής πορείας και της προγνώσεως, μορφολογικώς έχουν γίνει αποδεκτοί 4 τύποι γαστρικού καρκίνου: ο πολυποειδής τύπος (11%), ο ελκώδης (44,8%), ο διάχυτος διηθητικός τύπος (37,9%) και ο επιπολής επεκτεινόμενος (6,3%).

Επιπολής επεκτεινόμενος καρκίνος

Το 1908 ο Verse διαπίστωσε την ύπαρξη γαστρικού καρκίνου που καταλαμβάνει μόνο τη βλεννογόνο του γαστρικού τοιχώματος. Είναι αυτός που σήμερα ονομάζουμε πρώιμος καρκίνος. Ο Konzetnzy περιέγραψε 5 τύπους αυτού του καρκίνου. Οι Golden και Stont διέκριναν 2 τύπους, τον ελκώδη και το μη ελκώδη.

Πολυποειδής καρκίνος

Κατά Bogtman ο τύπος αυτός αποτελεί το 6% όλων των γαστρικών καρκίνων, ενώ κατά Kuru το 18%. Ο βλεννογόνος γύρω από το έλκος είναι διογκωμένος και είναι δύσκολο να διακριθεί μακροσκοπικά από το βλεννογόνο γύρω από ένα καλοήθες έλκος.

Τα ιστολογικά κριτήρια του ελκώδους καρκίνου έχουν περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς, αφορούν δε τη βάση του όγκου, που πρέπει να εδράζεται βαθύτερα από τον υποβλεννογόνο και να υπάρχει αρκετή ανάπτυξη συνδετικού ιστού. Ο υποβλεννογόνιος είναι διογκωμένος μέχρι το όριο του όγκου, οι δε αρτηρίες και φλέβες παρουσιάζουν ενδαγγειίτιδα ή δευτεροπαθείς σκληρυντικές αλλοιώσεις.

Διάχυτος διηθητικός καρκίνος

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη ανάπτυξη μέσα στο γαστρικό τοίχωμα. Συνήθως αναπτύσσεται στο πυλωρικό άντρο του στομάχου και προκαλεί στένωση. Επίσης προκαλεί ταχέως διήθηση του περιτοναίου και των λεμφικών αγγείων του στομάχου. Περίπου 4,5% των περιπτώσεων εμφανίζεται υπό τη μορφή πλαστικής λινιτίδας. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1994).

Αντιθέτως, η μικροσκοπική ταξινόμηση είναι εξαιρετικά δύσκολη, αλλά διακρίνονται τρεις κυτταρικοί τύποι:

A. Εντερικός

B. Γαστρικός (πυλωροκαρδιακός)

Γ. Διάσπαρτος (από βλεννώδη κύτταρα).

Σε όσες περιπτώσεις είναι δυνατή η ταξινόμηση, αποδεικνύεται ότι οι διάφορες μακροσκοπικές και μικροσκοπικές μορφές έχουν περιορισμένη προγνωστική αξία.

Πολυποειδείς, ελκώδεις και επιτολής εκτεινόμενοι καρκίνοι, είναι συχνά λιγότερο κακοήθης από τους διηθητικούς τύπους.

Μικροσκοπικά ο εντερικός κυτταρικός τύπος έχει λίγο καλύτερη πρόγνωση από το διάσπαρτο από βλεννώδη κύτταρα. Οι σημαντικότεροι όμως μορφολογικά παράγοντες για την πρόγνωση είναι το βάθος της διηθήσεως και η παρουσία ή η απουσία μεταστάσεων. Η αντίδραση του υποστρώματος με λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και νεαρούς ινοβλάστες είναι ενδεικτική της αντιστάσεως του ξενιστή και βελτιώνει την πρόγνωση.

Ο καρκίνος εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στο άντρο, το σώμα του στομάχου και προσβάλλει συχνότερα το έλασσον τόξο σε σχέση με το μείζον.

Σε ποσοστό 10 – 12% εμφανίζεται στην καρδιακή μοίρα. Ο καρκίνος εξαπλώνεται κατά συνεχή ιστό κατά μήκος του τοιχώματος του στομάχου και μέσω αυτού, στους περιγαστρικούς ιστούς.

Μερικές φορές η άμεση επέκταση προσβάλλει το πάγκρεας, το παχύ έντερο ή το ήπαρ. Οι γειτονικοί προς την καρδιακή μοίρα όγκοι διηθούν συχνά τον οισοφάγο αλλά και την τελική μοίρα του στομάχου. Σπανιότερα επεκτείνονται πέρα από τον πυλωρό προς τον δωδεκαδάκτυλο.

Συνήθως υπάρχουν μεταστάσεις στους περιγαστρικούς λεμφαδένες. Επίσης προσβάλλονται λεμφαδένες στην προαορτική περιοχή, την πύλη του ήπατος και του σπλήνα. Η εξάπλωση δια μέσου του θωρακικού πόρου μπορεί να προσβάλλει τους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες.

Περιτοναϊκές μεταστάσεις είναι εμφανείς περίπου στο 20% των ασθενών. Κατά την λαπαροσκόπηση ή την εγχείρηση, οι ενδοκοιλιακές μεταστάσεις μπορεί να περιορίζονται στην ωθήκη ή στο δουγλάσσιο χώρο.

Οι αιματογενείς μεταστάσεις στο ήπαρ είναι εμφανείς περίπου στο 30% των ασθενών κατά την εγχείρηση. Σπανιότερα προσβάλλονται οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος ή άλλα όργανα.

(Πασχαλίδου Σ. – Μπάστα Σπ., 1991).

2.2 ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ

Μια προκαρκινική κατάσταση ορίζεται ορθότερα ως κλινική κατάσταση που ακολουθείται από αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Οι προκαρκινικές αλλοιώσεις είναι ιστοπαθολογικές ανωμαλίες, στο έδαφος των οποίων είναι πιθανότερο να αναπτυχθεί καρκίνωμα από ό,τι σε φυσιολογικούς ιστούς.

Σε πολλές κλινικές καταστάσεις, που ακολουθούνται από αυξημένη πιθανότητα αναπτύξεως καρκινώματος, συνυπάρχει προκαρκινική αλλοίωση.

Συνήθως, όταν το καρκίνωμα του στομάχου διαγιγνώσκεται, βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο και φυσικά έχει κακή πρόγνωση.

Οι ακόλουθες αλλοιώσεις και καταστάσεις θεωρούνται προκαρκινικές:

1. Ατροφική γαστρίτιδα
2. Εντερική μεταπλασία
3. Δυσπλασία (επιθηλιακή)
4. Γαστρικοί πολύποδες
5. Γαστρικά έλκη (χρόνιο έλκος)
6. Κακοήθης αναιμία
7. Κολοβώματα μετά από γαστρεκτομή
8. Νόσος Menetrier.
9. Χρόνια γαστρίτιδα.

(Κοσμίδης Π. – Τριανταφυλλίδης Γ., 1991).

Καλό είναι στο σημείο αυτό να αναλυθούν από τις παραπάνω ορισμένες σημαντικές προκαρκινικές καταστάσεις:

2.2.1. Χρόνια γαστρίτιδα

Ο χαρακτηρισμός της χρόνιας γαστρίτιδας με βάση την παρουσία φλεγμονωδών κυττάρων στο χαλαρό στρώμα ενέχει κάποιες δυσκολίες. Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι φυσιολογικά στον γαστρικό βλεννογόνο υπάρχουν 2-5 λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και μακροφάγα ενώ σπάνια λεμφοκύτταρα βρίσκονται και στο επιθήλιο του φυσιολογικού στομάχου (5/100 επιθηλιακά κύτταρα). Παρ' όλο που σαφείς οδηγίες δεν υπάρχουν, η παρουσία μονοπύρηνων λευκοκυττάρων βαθμολογείται σε ήπιου,

μέτριου και σοβαρού βαθμού. Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η διήθηση από μονοπύρηννα φλεγμονώδη κύτταρα δεν υποχωρεί ακόμα και μετά την εκρίζωση του HP.

2.2.2. Εντερική μεταπλασία

Είναι η συχνότερη μετάπλαση που παρατηρείται στον στόμαχο. Είναι καθιερωμένη η κατάταξή της σε:

ΤΥΠΟΥ I: ή πλήρης ή τύπου λεπτού εντέρου με παραγωγή σιαλοβλεννών.

ΤΥΠΟΥ II: ή ατελής ή τύπου παχέος εντέρου.

ΤΥΠΟΥ III: ή ατελής τύπου παχέος εντέρου.

Η εντερική μετάπλαση είναι ένα σημαντικό στοιχείο αξιολόγησης, συνδέεται με τη βαρύτητα της χρόνιας γαστρίτιδας, ενώ θεωρείται και προκαρκινική αλλοίωση. Ο τύπος I είναι ο περισσότερο συχνός.

Από αναδρομικές μελέτες σε διάφορους πληθυσμούς φαίνεται ότι υπάρχουν ενδείξεις στενής σχέσης μεταξύ της εντερικής μετάπλασης III και του γαστρικού καρκινώματος.

2.2.3. Γαστρική ατροφία

Η παρουσία γαστρικής ατροφίας είναι σημαντικό στοιχείο αξιολόγησης. Σημαίνει απώλεια επιθηλιακού στοιχείου, δηλ. διαταραχή στη σχέση επιθηλίου / στρώματος. Αποτέλεσμα είναι η αύξηση του στρωματικού στοιχείου σε βάρος του επιθηλιακού και τελική λέπτωση του πάχους του βλεννογόνου. Η παρουσία αρκετές φορές εντερικής μετάπλασης είναι ενδεικτικό στοιχείο της παρουσίας και ατροφίας, ειδικά σε περιοχές όπως το άντρο που είναι δύσκολη σε αρχικά στάδια η αναγνώριση της ήπιας ατροφίας. Ωστόσο η εντερική μετάπλαση είναι διαδικασία ανεξάρτητη της ατροφίας.

(Ελληνική Εταιρία Ογκολογίας Πεπτικού, 1993).

2.2.4. Δυσπλασία (επιθηλιακή)

Ως δυσπλασία ορίζεται η αλλοίωση, κατά την οποία παρατηρείται διαταραχή της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου, με κυτταρική ατυπία και ανώμαλη διαφοροποίηση των κυτταρικών του στοιχείων.

Σύμφωνα με την κατάταξη του WHO, η δυσπλασία του γαστρικού βλεννογόνου χαρακτηρίζεται από:

1. Κυτταρική ατυπία.
2. Ανώμαλη διαφοροποίηση των κυττάρων.
3. Διαταραχή της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου.

Στη δυσπλασία, συνυπάρχουν και οι τρεις παράμετροι και αξιολογείται σε: α) Μικρού βαθμού (ήπια), β) μέτριου και γ) σοβαρού βαθμού, που μπορεί να συνδυάζεται με μετάπλαση εντερικού ή γαστρικού τύπου.

(Κοσμίδης Π. Τριανταφυλλίδης Γ. 1991)

2.2.5. Γαστρικοί πολύποδες

Για τους πολύποδες του στομάχου αναφέρεται ποσό στό εξαλλαγής 7,7%. Σε άλλη εργασία με 1.616 ασθενείς βρέθηκε ποσοστό εξαλλαγής 2,3%. Πάντως, πολύποδες με διάμετρο μεγαλύτερη από 2 cm παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εξαλλαγής, καθώς επίσης και οι πολλαπλοί πολύποδες του στομάχου.

Από τους τρεις ιστολογικούς τύπους πολυπόδων του στομάχου, οι villus adenoma παρουσιάζουν εστίες καρκίνου σε ποσοστό 40%.

2.2.6. Γαστρικά έλκη

Η έννοια του καρκίνου του στομάχου που προέρχεται από ένα χρόνια έλκος είναι γνωστή και καθιερώθηκε από τον Hauser το 1883. Από τότε πολλές εργασίες αναφέρονται σ' αυτή την έννοια και έχουν ανακοινωθεί ποσοστά εξαλλαγής από 16,6% μέχρι 33,3%. Η επανειλημμένη εξέταση γαστρικών ελκών ακτινολογικώς και ενδοσκοπικώς έχει αλλάξει τις απόψεις της εξαλλαγής. Σήμερα πιστεύουμε ότι η εξαλλαγή του καλοήθους έλκους είτε δεν συμβαίνει είτε ότι η συχνότητα είναι πάρα πολύ μικρή. Πάντως, είναι προφανές, ότι κάποια σχέση υπάρχει μεταξύ χρόνιου έλκους και καρκίνου του στομάχου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1994).

2.3. ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ ΚΑΙ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Παρόλο που έχει παρατηρηθεί μια σημαντική κάμψη της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου σε πολλές χώρες κατά τα τελευταία 50 έτη, παραμένει η δεύτερη κατά σειρά συνήθης αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως. Η νόσος έχει δυσοίωνη πρόγνωση – λιγότερο από το 10% των ασθενών επιζούν 5 χρόνια από τη στιγμή της

διάγνωσης. Δεν υπάρχουν μόνο έντονες γεωγραφικές και πολιτισμικές διακυμάνσεις της συχνότητας του καρκίνου εντός και μεταξύ των χωρών, αλλά και ισχυρή συσχέτιση με το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, όπου οι φτωχότερες τάξεις πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τη νόσο. Αυτές οι διαπιστώσεις τονίζουν τον πιθανό ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων στην αιτιολογία του γαστρικού καρκίνου.

Η στενή συσχέτιση του γαστρικού καρκίνου με τη χρόνια ατροφική γαστρίτιδα είναι γνωστή από παλιά. Η άποψη ότι το ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού (*H. pylori*) μπορεί να παίζει κάποιο ρόλο στην αιτιολογία του γαστρικού καρκίνου βασίζεται στις ακόλουθες παρατηρήσεις:

1. Το *H. pylori* αποτελεί το κύριο αίτιο της χρόνιας γαστρίτιδας παγκοσμίως, η οποία αποτελεί με τη σειρά της δείκτη του κινδύνου για ανάπτυξη γαστρικού καρκίνου.
2. Υπάρχουν ισχυροί επιδημιολόγοι συσχετισμοί μεταξύ του *H. pylori* και του γαστρικού καρκίνου.
3. Οι κυτταρικές και βιοχημικές επιδράσεις της *H. pylori* λοίμωξης είναι δυνατό, θεωρητικά, να προάγουν την καρκινογένεση στα άτομα που έχουν προδιάθεση.

Επιδημιολογική συσχέτιση

Η επιδημιολογική συσχέτιση της *H. pylori* λοίμωξης και του γαστρικού καρκίνου είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη. Η διεθνής μελέτη Eurogast προσδιόρισε μια στενή σχέση μεταξύ των ποσοστών επικράτησης της *H. pylori* λοίμωξης και του γαστρικού καρκίνου σε 17 ομάδες από 13 χώρες και υπολόγισε ότι μια 10% αύξηση στην επικράτηση της λοίμωξης αντιστοιχούσε σε 27% αύξηση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου. Μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη στενής τοπικής αναλογίας μεταξύ του ποσοστού εμφάνισης του *H. pylori* και του κινδύνου του γαστρικού καρκίνου. Η *H. pylori* λοίμωξη και ο γαστρικός καρκίνος παρουσιάζουν την ίδια συσχέτιση με την κοινωνική κατάσταση καθώς και οι δύο συνδέονται με το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. Η πτώση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει συνοδευτεί από αντίστοιχα μείωση της συχνότητας εμφάνισης της *H. pylori* λοίμωξης, που πιθανόν οφείλεται στη βελτίωση των συνθηκών ζωής. Υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ του κινδύνου γαστρικού καρκίνου και του στενού οικογενειακού συγχρωτισμού κατά την παιδική ηλικία, που πιθανόν επιδρά ενισχύοντας τη μετάδοση της *H. pylori* λοίμωξης.

Δεν παρατηρείται, πάντως, καμία διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της *H. pylori* λοίμωξης μεταξύ των δύο φύλων σε αντίθεση με το γαστρικό καρκίνο ο οποίος είναι συνηθέστερος στους άνδρες. Ο λόγος δεν έχει εξακριβωθεί.

Αποικισμός

Το *H. pylori* αποικίζει το γαστρικό βλεννογόνο που περιβάλλει τον όγκο, αλλά φαίνεται ανέκδοτο να επιμολύνει το ίδιο το νεόπλασμα ή τις περιβάλλουσες περιοχές της δυσπλασίας και της εντερικής μεταπλασίας. Η αναφερθείσα συχνότητα εμφάνισης της *H. pylori* λοίμωξης στο γαστρικό καρκίνο ποικίλει από 19 έως 100%. Πολλοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση χαμηλών ποσοστών επικράτησης σε ορισμένες μελέτες. Είναι πιθανό να είχε ληφθεί για ιστολογικό έλεγχο ακατάλληλος μη *υποπλασματικός* βλεννογόνος, ή η καθυστερημένη μονιμοποίηση των χειρουργικών παρασκευασμάτων να επέδρασε στην ευαισθησία της ιστολογικής ανάλυσης. Επίσης η ελάττωση της πυκνότητας του *H. pylori* αποικισμού, που παρατηρείται στη γαστρική ατροφία, πιθανόν να προκάλεσε αρνητικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα

Η *H. pylori* λοίμωξη αποτελεί ένα θεμελιώδη αιτιολογικό και παθογενετικό παράγοντα στη γαστρική καρκινογένεση. Προκαλώντας τύπου Β χρόνια γαστρίτιδα, το *H. pylori* επιφέρει μια αλληλουχία κυτταρικών και βιοχημικών αλλαγών, οι οποίες, σε συνδυασμό με άλλους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες είναι πιθανόν να προκαλέσουν ή και να προωθήσουν την καρκινογένεση, οδηγώντας σε γαστρικό καρκίνο στα άτομα υψηλής προδιάθεσης. Οι μελλοντικές στρατηγικές για την πρόληψη του γαστρικού καρκίνου πρέπει να εστιαστούν στην πρόληψη και εξάλειψη της *H. pylori* λοίμωξης. (Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού, 1993).

Τα τελευταία τρία χρόνια έχουν δημοσιευθεί 4 μεγάλες πολυκεντρικές, διεθνικές μελέτες για τη δράση της αμειπραζόλης στην επούλωση, την πρόληψη της υποτροπής και την πρόληψη ανάπτυξης πεπτικών ελκών ή διαβρώσεων από Μ.Σ.Α.Φ. καθώς και την συμπτωματική ύφεση και αποδρομή. Σε ό,τι αφορά την αλληλεπίδραση του Η.Ρ. και των Μ.Σ.Α.Φ. στην παθογένεια των πεπτικών ελκών υπάρχει σύγχυση. Τα Μ.Σ.Α.Φ. προκαλούν έλκη και χωρίς την παρουσία του Η.Ρ. Στο Σύνδρομο Zollinger – Ellison οι PPIs έχουν βελτιώσει δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Υπάρ-

χει σημαντική κλινική εμπειρία για την αμπεραζόλη (χορήγηση σε πάνω από 1.000 ασθενείς, πολλοί από αυτούς για πλέον των 15 ετών.) Η αμπεραζόλη χορηγείται αρχικά σε μεγάλες δόσεις και αργότερα τιτλοποιείται στις ελάχιστες δόσεις που ελέγχουν την υπερχλωρυδία. Η ασφάλεια του φαρμάκου έχει τεκμηριωθεί, ενώ προσφέρει έξοχη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. (Ιατρικό Βήμα, 1999).

2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η εμφάνιση καρκίνου του στομάχου, επιδημιολογικά έχει συνδεθεί με ορισμένους παράγοντες, η ύπαρξη των οποίων προδιαθέτει σε αυξημένη πιθανότητα από τη νόσο, χωρίς βέβαια να υπάρχει αποδεδειγμένη αιτιολογική επίδραση σε κάθε έναν από αυτούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

2.4.1. Κληρονομικοί παράγοντες

Διάφορες κλινικές παρατηρήσεις ενισχύουν την πεποίθηση για τη σημασία κληρονομικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου. Έτσι: α) οι εξ αίματος συγγενείς πωσχόντων από καρκίνο του στομάχου έχουν σαφώς μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν τη νόσο από όση έχει ο γενικός πληθυσμός και β) έχει βρεθεί σαφής σχέση μεταξύ καρκίνου του στομάχου και ομάδας αίματος A.

2.4.2. Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες: Η μεγάλη διαφορά συχνότητας της νόσου μεταξύ των διαφόρων χωρών αποτελεί ισχυρή ένδειξη για άμεση επίδραση του περιβάλλοντος. Έτσι η πολύ συχνή ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου στους Ασιατικούς λαούς αποδίδεται, εν μέρει τουλάχιστον, στη μόλυνση του ρυζιού από τον μύκητα *Aspergillus Flavus*, η μυκοτοξίνη του οποίου (αφλατοξίνη) αποτελεί ισχυρό καρκινογόνο.

Έχει αποδειχθεί ότι τα νιτρώδη σε μεγάλη αναλογία μετατρέπονται σε νιτρικά (ν-μεθυλ - N - νιτρο - N - νιτρογουνιδίνη - MNNG), που αποτελούν ισχυρά χημικά καρκινογόνα, ιδιαίτερα σε μαγειρευμένες τροφές που παραμένουν για πολύ χρόνο σε θερμοκρασία δωματίου. Η βιταμίνη C φαίνεται ότι αναστέλλει τη δράση των νιτρικών αλάτων και πιθανότατα αναστέλλει το σχηματισμό νιτροζαμινών. Αναφέρεται ακόμη ότι η μικροβιακή χλωρίδα του στόματος, αν οι τροφές περιέχουν νιτρώδη, μπορεί να τα μετατρέψει σε νιτρικά.

Ως προς τη σημασία της τριβής στην ανάπτυξη του καρκίνου του στομάχου στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες που αυξάνουν κατά πολύ τον καρκινογενετικό κίνδυνο.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Διαιτητικοί παράγοντες αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του στομάχου.

1. Μεγάλη κατανάλωση αμύλου, μειωμένη χρήση φρέσκων φρούτων και λαχανικών.
 2. Τρόπος παρασκευής των φαγητών (καπνιστά φαγητά).
 3. Συντηρημένα ψάρια.
 4. Χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, κατάχρηση άλατος, καρυκευμάτων.
 5. Η ύπαρξη νιτρωδών ουσιών στα λιπάσματα και το νερό.
 6. Μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης C.
- (Παπαϊωάννου Α.Ν. – Νομικός Ι.Ν., 1981)

2.5. ΠΡΩΙΜΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Πρώιμος γαστρικός καρκίνος έχει επικρατήσει να θεωρείται ο καρκίνος που περιορίζεται στη βλεννογόνο και υποβλεννογόνο στιβάδα του τοιχώματος του στομάχου, ανεξάρτητα από την έκταση της βλάβης ή την προσβολή ή μη των επιχωρίων λεμφαδένων.

Αν και ο όρος Π.Γ.Κ. κλινικά σημαίνει: ότι η νόσος διαγνώστηκε έγκαιρα, ότι δεν είναι προκεχωρημένη, ότι είναι ασυμπτωματική ότι δεν είναι εκτεταμένη και επομένως ότι είναι θεραπεύσιμη, εν τούτοις, ορισμένες φορές είναι δυνατόν ο Π.Γ.Κ. να έχει ήδη προσβάλει τους επιχώριους λεμφαδένες να είναι αρκετά εκτεταμένος και να σχετίζεται με ορισμένα μη ειδικά συμπτώματα. Μικροσκοπικά, ο Π.Γ.Κ. παρουσιάζει ένα ευρύ ιστολογικό φάσμα, στο οποίο περιλαμβάνονται ποικίλου βαθμού διαφοροποιήσεις και διάφορα "Patterns" εκκρίσεως του γαστρικού βλεννογόνου.

Μακροσκοπικά, ο Π.Γ.Κ. έχει διαιρεθεί στους εξής τρεις τύπους: 1) τον τύπο I (προβάλλων ή πολυποδοειδής τύπος), 2) τον τύπο II (επιπολής τύπος), ο οποίος υποδιαιρείται στους εξής τρεις υποτύπους: α) τον Ια (η επιφάνεια του βλεννογόνου

ελαφρώς ανυψωμένη), β) τον Ib (επίπεδος τύπος, κατά τον οποίο σχεδόν δεν αναγνωρίζεται ανύψωση ή εμβάθυνση της επιφάνειας του βλεννογόνου στην περιοχή της βλάβης σε σχέση με τον παρακείμενο υγιή βλεννογόνο) γ) τον τύπο Ic (επιπολής εμβαθυσμένος τύπος) και 3) τον τύπο III (μεβαθυσμένος, ελκώδης τύπος).

Στις περισσότερες περιπτώσεις ο Π.Γ.Κ. διαπιστώνεται στο απώτερο τμήμα του στομάχου. Πολλαπλές εντοπίσεις παρατηρούνται σε ποσοστό 10% περίπου των ασθενών, όταν το στομάχι εξετάζεται μετά τη χειρουργική εξαίρεσή του. Βάσει των βιβλιογραφικών δεδομένων στις πλείστες των ανακοινώσεων σ' ότι αφορά τον Π.Γ.Κ., παρατηρείται μια υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών, η δε μέση ηλικία αναπτύξεως της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 55 και 65 ετών.

2.5.1. Κλινική εικόνα

Η συμπτωματολογία του Π.Γ.Κ. δεν είναι ειδική. Δυνατόν να παρατηρηθεί ποικιλία συμπτωμάτων. Το κυριότερο και συχνότερο σύμπτωμα είναι το επιγαστρικό άλγος χωρίς τυπικούς χαρακτήρες. Ακολουθούν η γαστρορραγία και τα δυσπεπτικά ενοχλήματα, καθώς και η απώλεια βάρους (ποσοστό 19-63%). Ως και ανωτέρω αναφέρεται, τα εν λόγω συμπτώματα δεν είναι ειδικά της νόσου και θα μπορούσαν να αποδοθούν σε οποιαδήποτε πάθηση του στομάχου είτε καλοήθη είτε κακοήθη. Αξιόλογο είναι το μακροχρόνιο της συμπτωματολογίας που παρατηρείται σε ορισμένες περιπτώσεις, μέχρις ότου διαγνωσθεί η νόσος. Στις περιπτώσεις αυτές συνήθως στην αρχή διαπιστώνται ένα καλοήθες έλκος, το οποίο δυνατόν να υποχωρήσει με την εφαρμοζόμενη συντηρητική αγωγή, κλινικά και ακτινολογικά ή ενδοσκοπικά.

2.5.2. Διάγνωση του Π.Γ.Κ.

Η συνήθης ακτινολογική εξέταση υπολείπεται στη διάγνωση του Π.Γ.Κ. Κατά την εν λόγω εξέταση δυνατόν να διαπιστωθεί η ύπαρξη έλκους η αλλοίωση της πτυχώσεως ή ακόμη και να προκύψει υποψία κακοήθειας, σε ποσοστό μέχρι 44%, τούτου εξαρτωμένου από την εμπειρία του εξετάζοντος και το μέγεθος της βλάβης.

Η ενδοσκόπηση αποτελεί την κατά τεκμήριο καλύτερη μέθοδο διαγνώσεως του Π.Γ.Κ. σε συνδυασμό βεβαίως με την ιστολογική και κυτταρολογική εξέταση. Αλλά και με την εν λόγω διαγνωστική μέθοδο ορισμένες περιπτώσεις Π.Γ.Κ. δυνατόν να διαπλάθουν, εφόσον πρόκειται για περιορισμένη εστία Π.Γ.Κ. σε μία μόνο θέση του

έλκους. Οι ασθενείς με Π.Γ.Κ. συνήθως παρουσιάζουν ενδοσκοπική εικόνα ποικίλης μορφής ελκώδους βλάβης, επιτολής ή εμβαθυσμένης, με ανωμαλία της περίξ πτυχώσεως, αλλοιώσεις δηλαδή που αντιστοιχούν σε τύπους IIc ή III πρώιμου γαστρικού καρκίνου, σύμφωνα με την ταξινόμηση της Ιαπωνικής Ενδοσκοπικής Εταιρείας. Η έκταση των παραπάνω αλλοιώσεων ποικίλει επίσης, κυμαινόμενη από 0,5-1 cm μέχρι και 10 cm, χωρίς εν τω βάθει διήθηση.

Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία αποτελεί μια νέα μέθοδο διαγνώσεως και σταδιοποιήσεως του γαστρικού καρκίνου, αλλά και των κακόηθων εξεργασιών των άλλων οργάνων του πεπτικού (οισοφάγος, 12/λο, πάγκρεας, ήπαρ, ορθό και ορθοσιγμοειδές). Με την εν λόγω μέθοδο επιτυγχάνεται ακριβής οπτικοποίηση των διαφόρων χιτώνων του γαστρικού τοιχώματος και, ως εκ τούτου, καθίσταται δυνατή η διάκριση μεταξύ του πρώιμου και προκεχωρημένου γαστρικού καρκίνου, τούτου εξαρτωμένου από την συντελεσθείσα ή μη διήθηση του μυϊκού χιτώνας από τη νεοπλασματική εξεργασία.

2.5.3. Πρόγνωση

Η εν τω βάθει διήθηση του γαστρικού τοιχώματος από τον Π.Γ.Κ. σε συνδυασμό με την παρουσία ή μη μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες επηρεάζει σχετικά την πρόγνωση. Οι περιπτώσεις μεταστάσεων του Π.Γ.Κ. στους επιχώριους λεμφαδένες δεν είναι συχνές, αλλά και όταν ακόμη υπάρχουν, σε αντίθεση με άλλες μορφές καρκίνου, δεν μειώνουν σημαντικά το ποσοστό 5/ετούς επιβιώσεως των ασθενών.

Η 5/ετής επιβίωση των πασχόντων από Π.Γ.Κ. στην Ιαπωνία, σύμφωνα με τις διάφορες αναφορές Ιαπωνικών ιατρικών μελετών, είναι υψηλότερη άλλων χωρών, επειδή προκύπτει από συμπτωματικούς, ως επί το πλείστον, ασθενείς, οι οποίοι μελετώνται με screening μαζικές εξετάσεις.

Στις χώρες της Δ. Ευρώπης και στις Η.Π.Α., όπως προκύπτει από επιστημονικές μελέτες σε συμπτωματικούς ασθενείς με Π.Γ.Κ., τα αντίστοιχα ποσοστά 5/ετούς επιβιώσεως σε χειρουργημένους ασθενείς με προκεχωρημένο γαστρικό καρκίνο ανέρχονται μόνο στο 15-30% των περιπτώσεων.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι ο Π.Γ.Κ. κατά φυσικό επακόλουθο θα εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου και θα καταστεί προκεχωρημένος γαστρικός καρκίνος. Εν τούτοις υπάρχουν και μερικοί συγγραφείς, οι οποίοι υποστηρίζουν την άποψη ότι ο Π.Γ.Κ. δυνατόν να αποτελεί μια διαφορετική νοσολογική οντότητα από εκείνη του προκεχω-

ρημένου γαστρικού καρκίνου. Την άποψη αυτή οι εν λόγω συγγραφείς τη στηρίζουν στα εξής δεδομένα: 1) ορισμένες περιπτώσεις Π.Γ.Κ. δεν παρουσιάζουν σημεία εξέλιξης ή έχουν βραδεία εξέλιξη ή ακόμη και τάση αυτοϊάσεως. 2) Ο Π.Γ.Κ. μερικές φορές έχει καλή πρόγνωση ακόμη και όταν σχετίζεται με επινέμηση επιχωρίων λεμφαδένων. 3) Οι πάσχοντες από Π.Γ.Κ., από απόψεως ηλικίας, δεν είναι νεότεροι από τους ασθενείς που πάσχουν από προκεχωρημένο γαστρικό καρκίνο. 4) Η νόσος είναι πιο συχνή σε ορισμένες χώρες σε σχέση με άλλες χώρες του κόσμου.

Άξιον ενδιαφέροντος, σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα, είναι επίσης το γεγονός ότι οι ασθενείς με Π.Γ.Κ. παρουσιάζουν σε αναλογία μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό, και άλλες πρωτοπαθείς κακοήθειες. Γι' αυτό, οι ασθενείς με Π.Γ.Κ., λόγω του ευμενούς προσδοκίμου επιβιώσεώς τους καλό είναι να παρακολουθούνται όχι μόνο για την πάθηση του στομάχου, αλλά και για το ενδεχόμενο αναπτύξεως άλλης κακοήθους εξεργασίας σε κάποιο άλλο όργανο του οργανισμού.

2.5.4. Συμπεράσματα

- α) Η ανίχνευση του Π.Γ.Κ. επιτυγχάνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς, σε μικρό σχετικά ποσοστό.
- β) Ο Π.Γ.Κ. δεν σχετίζεται απόλυτα με ειδική συμπτωματολογία, με χρονική διάρκεια από της ενάρξεως των συμπτωμάτων, με το μέγεθος ή τη θέση της ενδοσκοπικής βλάβης ή και το βαθμό διαφοροποίησεως του καρκίνου.
- γ) Οι τύποι του Π.Γ.Κ. που ανευρίσκονται συχνότερα είναι οι Ιε και ΙΙΙ (αβαθές ή εμβαθυσμένο έλκος σε ασαφή όρια περίξκληρία και αλλοίωση της πτυχώσεως. (Ντόβας Β. Αργύρης, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με τους γενικούς κανόνες της UICC-TNM classification οι ομάδες των ασθενών σε κάθε στάδιο της νόσου, θα πρέπει να είναι κατά το μέλλον ομοιογενείς σε σχέση με την επιβίωση, τα δε ποσοστά επιβίωσης στα 4 στάδια, πρέπει σαφώς να διαχωρίζονται αλλήλων.

Πρέπει, εξάλλου, να αναφερθεί, ότι ένα ιδανικό σύστημα σταδιοποίησης πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις ανεξάρτητες προγνωστικές μεταβλητές της υπό μελέτη νόσου. Είναι δε χαρακτηριστικό ότι, τα προταθέντα μέχρι σήμερα συστήματα σταδιοποίησης του καρκίνου του στομάχου, ασχολούνται με τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά του εξαιρουμένου παρασκευάσματος και την επέκταση του όγκου όπως διαπιστώνεται διεγχειρητικά. Η αντίδραση του ξενιστή δεν έχει ακόμα ληφθεί σοβαρά υπ' όψη.

Θα παρατεθούν τα βασικά στοιχεία των επικρατούντων σήμερα συστημάτων σταδιοποίησης του καρκίνου του στομάχου με διευκρινιστικά σχόλια για τις προτεινόμενες βελτιώσεις.

3.1.1. Σύστημα PHNS

Η Ιαπωνική Ερευνητική Ένωση για την μελέτη του γαστρικού καρκίνου – IRSGCS, ιδρύθηκε το 1961 και έθεσε τις βάσεις της σταδιοποίησης του γαστρικού καρκίνου και τους γενικούς κανόνες των θεραπευτικών χειρισμών της νόσου.

Το σύστημα σταδιοποίησης PHNS στηρίζεται σε 4 μεταβλητές, που θεωρούνται σαν οι πιο σοβαροί προγνωστικοί παράγοντες της νόσου, δηλαδή τον βαθμό της περιτοναϊκής διασποράς (παράγων P), την ύπαρξη ηπατικών μεταστάσεων (H), την διήθηση των λεμφαδένων (N) και την επινέμηση της νόσου στον ορογόνο χιτώνα του στομάχου (S) (Πίνακας 1).

Οι Ιάπωνες έχουν "συλλάβει" με μία διαφορετική φιλοσοφία κυρίως το θέμα των λεμφαδενικών μεταστάσεων. Έχουν κατατάξει κατ' αρχήν τους περιοδικούς λεμφαδένες σε 18 ομάδες (Πίνακας 2).

Στη συνέχεια, παραμετροποιούν την λεμφαδενική αποχέτευση του στομάχου, σε τρεις δακτυλίους – ομάδες λεμφαδένων, που σχετίζονται όμως άμεσα με την εντόπιση του εκάστοτε πρωτοπαθούς όγκου. Ο δακτύλιος N1 είναι κυρίως περιγαστρικός, ο N2

εκτείνεται κατά μήκος των μειζόνων αγγειακών στελεχών του στομάχου και ο N3 κατά μήκος των άνω μεσεντερίων αγγείων, της κοινής ηπατικής αρτηρίας και του χοληδόχου πόρου.

Η συσχέτιση εντόπισης του όγκου και δακτυλίων λεμφαδένων, εμφανίζεται στον πίνακα 3. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η διήθηση της ομάδας των παρακαρδιακών λεμφαδένων, χαρακτηρίζεται σαν N1 στην σταδιοποίηση αν πρόκειται για καρκίνο του άνω τριτημρίου του στομάχου, σαν N2 όμως αν ο όγκος αφορά το κατώτερο τριτημόριο. Εισάγεται επίσης ο όρος N4 και αναφέρεται σε μεμακυσμένους παραορτικούς λεμφαδένες πέραν του δακτυλίου N3, και οι συντομογραφίες, N⁺, που σημαίνει ότι δεν υπάρχει μακροσκοπικά ορατή λεμφαδενική μετάσταση, και N1+, N2+, N3+, N4+, που δηλώνουν μετάσταση στις αντίστοιχες λεμφαδενικές ομάδες που προαναφέρθηκαν.

Πίνακας 3.

Ομάδες – δακτύλιοι λεμφαδένων σε σχέση με την εντόπιση του όγκου

Εντόπιση όγκου (τριτημόριο)			
Ομάδα	Κάτω	Μέσο	Άνω
1. [N1]	3, 4, 5, 6	1, 3, 4, 5, 6	1, 2, 3, 4
2. [N2]	1, 7, 8, 9	2, 7, 8, 9 10, 11	5, 6, 7, 8 9, 10, 11
3. [N3]	2, 10, 11 12, 13, 14	12, 13, 14	12, 13, 14 110, 111

3.1.2. Σύστημα T.N.M.

Είναι παθολογοανατομικό σύστημα, που έχει εξ ορισμού ένα σημαντικό μειονέκτημα, ότι δηλαδή η ακριβής σταδιοποίηση μπορεί αν επιτευχθεί μόνο μετεγχειρητικά.

Προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Kennedy το 1970, ο οποίος παρατήρησε την αντιστρόφως σχέση βάθους διήθησης του όγκου στις στιβάδες του γαστρικού τοιχώματος και επιβίωσης των ασθενών. Έτσι, κατέταξε την διήθηση του όγκου σε 4 φάσεις (T1 – T4).

Την διήθηση των περιγαστρικών λεμφαδένων σε άμεση γειτονία με τον πρωτοπαθή όγκο χαρακτήρισε σαν φάση N1, ενώ αν διηθούνται οι περιγαστρικοί λεμφαδένες σε απόσταση από τον όγκο ή / και στα δύο τόξα του στομάχου, πρόκειται για φάση N2.

Τέλος, απουσία μεταστατικής νόσου χαρακτηρίζεται σαν M0, ενώ ύπαρξη αυτής σαν M1.

Τα στάδια του γαστρικού καρκίνου κατά Kennedy είναι:

Στάδιο I: T1-3 N0 M0

Στάδιο II: T1 N0 M0 ή T1-4 N1 M0

Στάδιο III: T1-4 N2 M0

Στάδιο IV: T1-4 N1-2 M1.

Αργότερα η Αμερικανική Επιτροπή για την σταδιοποίηση του καρκίνου (AJC) και η Διεθνής Ένωση κατά του καρκίνου (UICC) πρότειναν μερικές τροποποιήσεις. Η φάση T4 αφορά διήθηση και σε επαφή ευρισκομένων οργάνων πέραν του ορογόνου χιτώνα. Προστίθεται η φάση N3, που αφορά ομάδες διηθημένων περιεσφαιρικών, οπισθοπαγκρεατικών, ηπατοβιλιακών και μεσεντερικών λεμφαδένων. Η AJC, επίσης πρότεινε και την παράμετρο R, όπως ήδη έχει αναφερθεί για να χαρακτηρίσει την υπολειπόμενη όγκο μετά την εκτομή. Έτσι, σαν R0 χαρακτηρίζει την μη παραμονή όγκου, R1 τις μικροσκοπικές ενδείξεις παραμονής όγκου και R2 την μακροσκοπική παραμονή όγκου. Πρακτικά οι φάσεις R1 και R2 επιβαρύνουν τα στάδια III και IV.

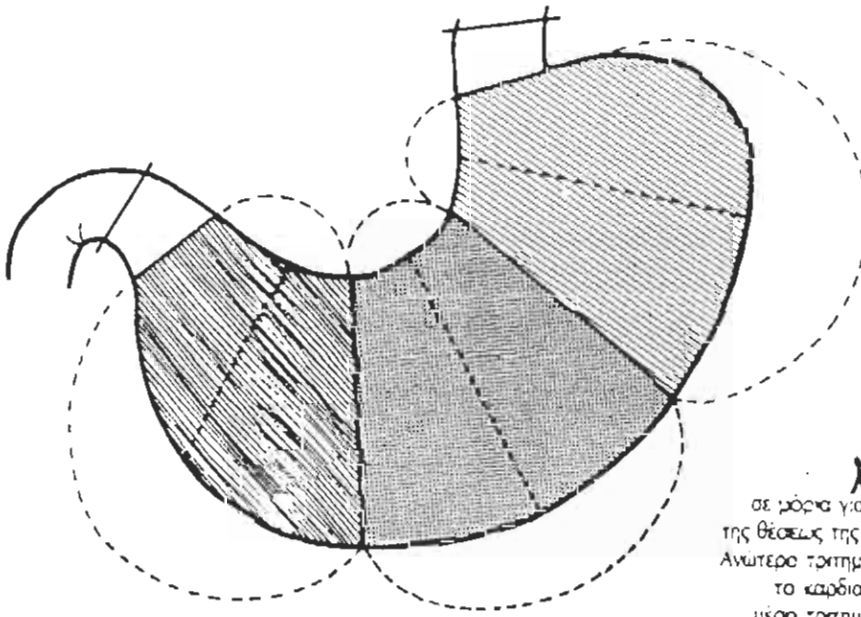
Από το 1984 προτάθηκε από τον Μίβα ένα τελικό σύστημα σταδιοποίησης TNM για τον καρκίνο του στομάχου, που έγινε αποδεκτό από τις AJC και UICC το 1985 και από την IRSGCS το 1986, έτσι ώστε να επισημοποιηθεί διεθνώς η χρήση του από το 1987.

Οι τροποποιήσεις που επιφέρονται είναι ότι: 1) το μέγεθος του όγκου δεν λαμβάνεται υπ' όψιν στην πρόγνωση. 2) εισάγονται υποομάδες στα στάδια της νόσου, και το κυριότερο, 3) οι φάσεις N3 και N4 θεωρούνται μακροσυσμένες μεταστάσεις και κωδικοποιούνται πλέον σαν ταυτόσημες της παραμέτρου (M). Άρα, η παράμετρος N περιλαμβάνει μόνο τις φάσεις N0, N1 και N2. (Σφηκάκης Π.Γ., 1992).

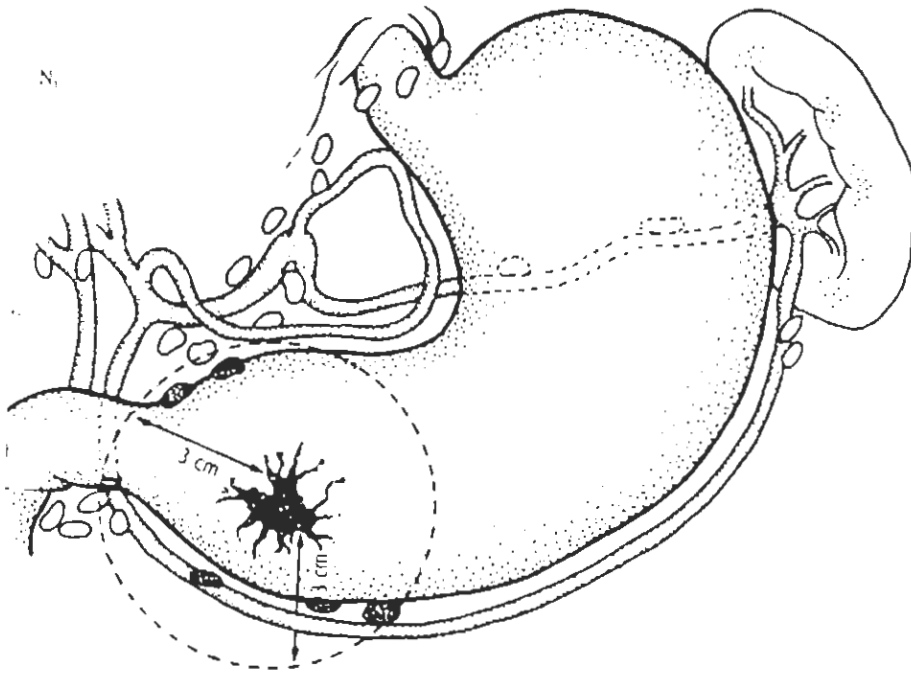
Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι, σήμερα, οι κυριότερες από τις διατιθέμενες προεγχειρητικές μεθόδους σταδιοποίησης είναι η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία και η αξονική τομογραφία. Από τις μεθόδους αυτές, η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία υπερτερεί στην κατάδειξη απομακρυσμένων μεταστάσεων. Οι δύο μέθοδοι αλληλοσυμπληρώνονται. Στη διεγχειρητική σταδιοποίηση, σημαντικό ρόλο διαδρα-

ματίζει η υποκειμενική εκτίμηση του χειρουργού για το βάθος της διηθήσεως. Σχετικά με τη διήθηση των λεμφαδένων, παρατηρείται σημαντικό ποσοστό λάθους. Τέλος, η μετεγχειρητική σταδιοποίηση σφραγίζει το ακριβές του σταδίου. Ο παθολογοανατόμος, για τη σταδιοποίηση σύμφωνα με το σύστημα TNM, λαμβάνει υπόψη του τους παράγοντες T_a (βάθος διηθήσεως του τοιχώματος από τον όγκο), N (λεμφαδενική προσβολή) και M (απομακρυσμένες μεταστάσεις). Η σταδιοποίηση προεγχειρητικώς βοηθάει στο σχεδιασμό κατάλληλης για την έκταση της νόσου χειρουργικής επεμβάσεως, ενώ η μετεγχειρητική βοηθάει στο σχεδιασμό κατάλληλης μετεγχειρητικής αγωγής ή συνδυασμού θεραπευτικών χειρισμών. Τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι με σκοπό να αυξηθεί η ακρίβεια της σταδιοποίησεως. Έτσι, χρησιμοποιείται η ανίχνευση νεοπλασματικών κυττάρων στο υγρό εκπλύσεως της περιτοναϊκής κοιλότητας στη διάρκεια της λαπαροτομίας, η ανοσοϊστοχημική χρώση των εκπλυμάτων για προϊόντα ογκογονιδίων, λεμφαδενικά αποτυπώματα που λαμβάνονται στη διάρκεια της επεμβάσεως, τεχνικές με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο σαρώσεως, διεγχειρητική υπερηχοτομογραφία, φασματομετρία μαγνητικού συντονισμού, κ.τ.λ. Όλες οι μέθοδοι βρίσκονται σε ερευνητικό στάδιο και ο ακριβής ρόλος τους αναμένεται αν διευκρινισθεί τα αμέσως προσεχή χρόνια.

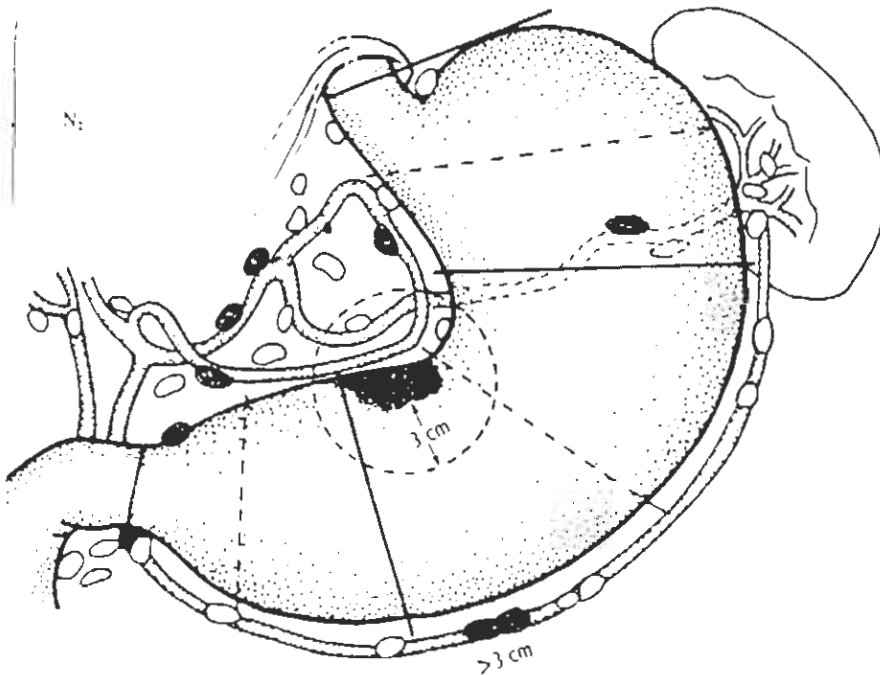
(Τριανταφυλλίδης Ι.Κ. – Κοσμίδης Π., 1992).



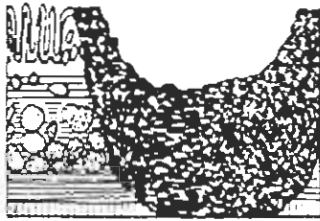
Χειρισμός του στομάχου σε μόρφα για τον ακριβή καθορισμό της θέσεως της πρωτοπαθείς βλάβης. Ανωτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει το καρδιακό στόμιο και το θόλο. μέσο τριτημόριο που περιλαμβάνει το κυρίως σώμα και κατώτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει τον πυλωρό και το άντρο.



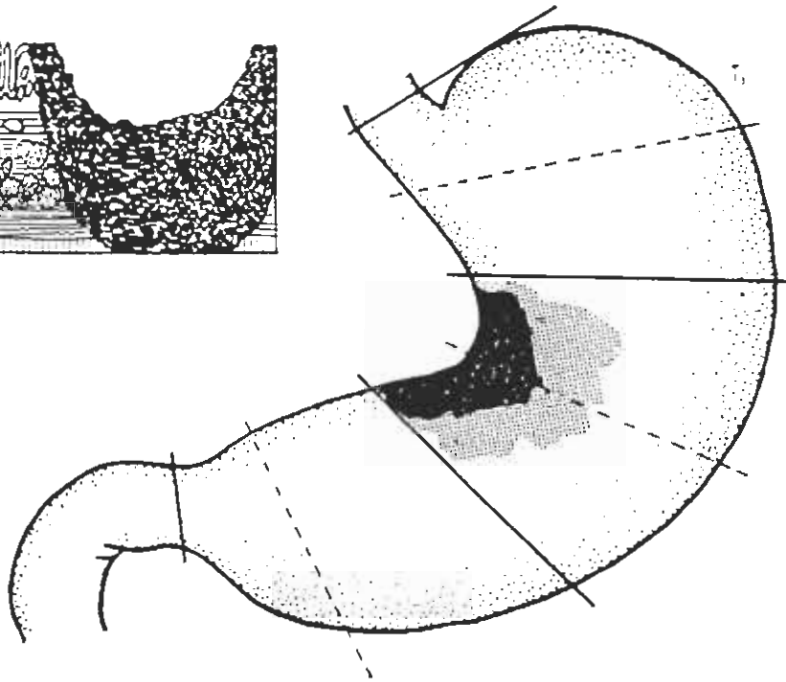
Μεταστάση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μικρότερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο



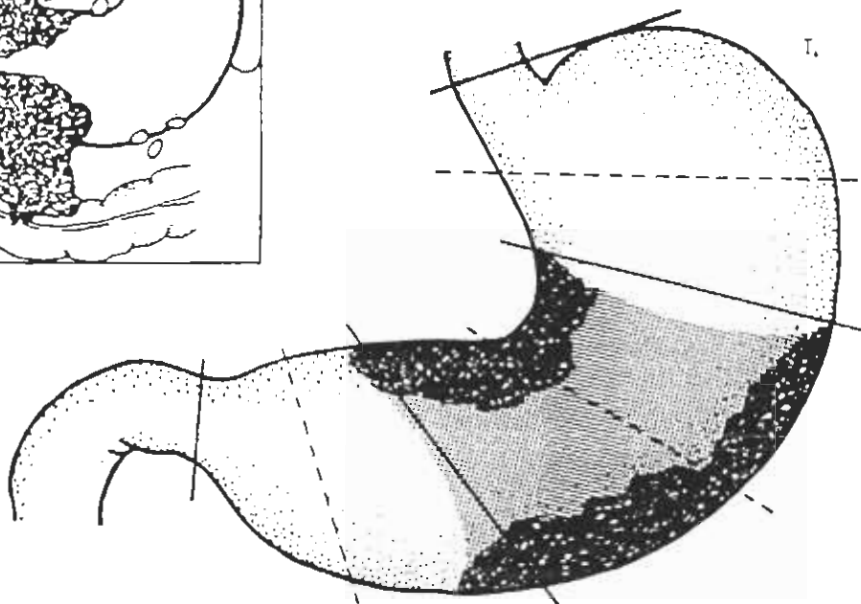
Μεταστάση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μεγαλύτερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο



στ,



τ,



· Όγκος -σ· διαπερνά τον οργάνο, χωρίς διήθηση των γειτονικών κτλ.

3.2. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου δεν εμφανίζει τυπική συμπτωματολογία κατά το αρχικό του στάδιο (περίοδος εισβολής) κατά το οποίο θα υπήρχαν πολύ περισσότερες ελπίδες θεραπείας.

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

3.2.1. ΣΥΝΗΘΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

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

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

γ. Απώλεια βάρους – καχεξία: Εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

δ. Αναιμία: Υπάρχει πάντοτε ένας βαθμός υπόχρωμης αναιμίας, που οφείλεται στην ύπαρξη του καρκινώματος και την δυσμενή επίδραση της αιμοποίησης.

Όταν υπάρχει και απώλεια αίματος εμφανίζεται και δευτεροπαθής αιμορραγική αναιμία.

ε. Αιμορραγία: Εμφανίζεται είτε σαν χρόνια απώλεια αίματος με τα κόπρανα είτε με τη μορφή γαστρορραγίας (αιματέμεση ή μέλαινα) που είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς, λόγω της βαρύτητας που παρουσιάζει για διάβρωση υγιεινούς αγγειακού κλάδου.

στ. Έμμετοι: Εμφανίζει τάση για έμμετο ή και έμμετο αντανεκλαστικό λόγω ερεθισμού. Παρουσιάζεται έμμετοι αποφρακτικού τύπου. Χαρακτηριστικοί είναι οι καφεοειδείς έμμετοι (προσιμίξεις αίματος με τη μορφή πολύ μικρού θρόμβου).

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

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

θ. Ψηλαφητή διόγκωση: Θεωρείται σαν σημείο προχωρημένου καρκίνου, η ψηλάφηση μάζας κατά το επιγάστριο.

ι. Πυρετός: Μπορεί και να παρουσιασθεί πυρετός μέχρι 39° C. Συχνότερο εύρημα είναι ο πυρετός σε μεταστάσεις στο ήπαρ και το περιτόναιο. (Μπέκα Κων. – Μπομποτσιάλου Γ., 1990).

Τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να σχετίζονται με τις μεταστάσεις. Αυτά περιλαμβάνουν τη διάταση της κοιλίας από κακοήθη ασκίτη, ίκτερο από απόφραξη των χοληφόρων στις πύλες του ήπατος λόγω διογκωμένων λεμφαδένων ή από ηπατικές μεταστάσεις, πόνο από προσβολή οστών, νευρολογική συμπτωματολογία, δευτεροπαθή σε εγκεφαλικές μεταστάσεις και δύσπνοια από διασπορά στους πνεύμονες. Η μηχανική απόφραξη του εντέρου μπορεί να είναι δευτεροπαθής σε περιτοναϊκές μεταστάσεις και τα πυελικά συμπτώματα μπορεί να προκληθούν από προσβολή των ωοθηκών.

Η διάρκεια των συμπτωμάτων προ της αναζήτησης βοήθειας από το γιατρό κυμαίνεται ευρέως, κατά μέσον όρο όμως είναι διάρκειας 6 μηνών. Συμπτώματα από μερικά χρόνια δεν είναι ασυνήθη. Μερικοί ασθενείς με λειτουργικά γαστρεντερικά ενοχλήματα από μακρού αναφέρουν μεταβολή στους χαρακτήρες των συμπτωμάτων. Στη Βόρεια Αμερική λιγότεροι από 10% των ασθενών με συμπτώματα έχουν νόσο, που περιορίζεται στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα.

Τα φυσικά σημεία που υποδηλώνουν μετάσταση θα πρέπει να ερευνώνται προσεκτικά γιατί οι απομακρυσμένες μεταστάσεις που αποδεικνύονται με τη βιοψία αποκλείουν την θεραπευτική χειρουργική επέμβαση. Στα σημεία αυτά περιλαμβάνεται ο ίκτερος, η διόγκωση των αριστερών υπερκλειδίων λεμφαδένων (Virchow), μια πετρώδης μάζα στο προορθικό κόλπωμα πάνω από τον προστάτη ή τον τράχηλο (μάζα του Blumer), μια μάζα στις ωοθήκες κατά την κολλική ή κοιλιακή εξέταση (όγκος του Krukenderg), ασκίτης, στην περιοχή του ομφαλού, μάζα και όλοι δερματικοί.

(Εγχειρίδιο Κλιν. Ογκολογίας U.I.C.C., 1991).

3.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με:

1. Με πλήρη, κλινική εξέταση.
2. Ακτινολογία ή ακτινοσκόπηση του στομάχου.
3. Ενδοσκόπηση.
4. Βιοψία.
5. Αξονική τομογραφία.
6. Σπινθηρογράφημα.
7. Κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού.

Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατόν να τεθεί η διάγνωση με ακτίνες ή με ψηλάφηση εξετάζεται:

1. Το γαστρικό υγρό για τυχόν έλλειψη γαστρικής οξύτητας (υποχλωρυδρία, αχλωρυδρία).
2. Η αντίδραση του γαλακτικού οξέος.
3. Η κινητική ανεπάρκεια του στομάχου.
4. Η διαπίστωση υπολειμμάτων τροφών στο στομάχι.
5. Η λαθραία συνεχής αιμορραγία και η ανορεξία.
6. Τα υπόλοιπα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής ενώ είχε στομάχι υγιές μέχρι τότε.

3.3.1. Κλινική εξέταση

Συνήθως, τα ευρύματα είναι πτωχά, ειδικότερα στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Οποσδήποτε, ψηλαφητή μάζα κατά το επιγάστριο απαντάται στο 30-50% περίπου των αρρώστων σε προχωρημένο καρκίνο.

Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου εμφανίζεται σε ποσοστό 20% περίπου, ενώ εμφανής καχεξία αναφέρεται επίσης στο 20% των αρρώστων. Το ήπαρ μπορεί να ψηλαφάται σκληρό και οζώδες, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, αλλά μπορεί επίσης να είναι ψηλαφητό χωρίς μεταστάσεις. Ψηλαφητοί λεμφαδένες – και κυρίως ψηλαφητός λεμφαδένας κατά τον αριστερό υποκλείδιο βόθρο (αδένας Virchow) – απαντώνται σε ποσοστό 5%. Ψηλαφητός λεμφαδένας κατά το πρόσθιο χείλος της αριστερής μασχάλης (αδένας Irish) συναντάται επίσης σπάνια. Σε ποσοστό 1-2% η δακτυλική εξέταση από το ορθό αποδεικνύει την ύπαρξη νεοπλασματικής μάζας στο

δουγλάσειο, η οποία ψηλαφάται επάνω από τον προστάτη και συχνά προβάλλει στο ορθό, το οποίο μπορεί να διηθεί. Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθεί νεοπλασματική διήθηση του ομφαλού. Τα παραπάνω πρέπει να αναζητούνται σε περιπτώσεις του καρκίνου του στομάχου ή παρουσία τους "σφραγίζει" το ανεγγχείρητο του όγκου. Έτσι η παρουσία ασκητικού υγρού ή ίκτερου σε άρρωστο με καρκίνο του στομάχου υποδηλώνει συνήθως ανεγγχείρητο όγκο.

Δερματικές εκδηλώσεις μπορεί να εμφανισθούν, σχετικά σπάνια, σε αρρώστους με καρκίνο του στομάχου. Παρατηρούνται δερματικά οζίδια, τα οποία οφείλονται σε δερματικές μεταστάσεις, μελανίζουσα ακάνθωση – ιδιαίτερα στις μασχαλιαίες χώρες – καθώς και αιφνίδια εμφάνιση ακροχορδονώδους κερατινώσεως και κνησμού (σημείο Leser-Trelat).

Η συνύπαρξη δερματομυοσίτιδας και καρκίνου του στομάχου είναι βέβαια γνωστή.

Σπάνια, ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να εμφανισθεί σε συμπτώματα γαστροκολικού συριγγίου, νευρομυοπάθειας, νεφρωσικού συνδρόμου ή θρομβοφλεβίτιδας.

3.3.2. Ακτινολογία

Τα προχωρημένα γαστρικά καρκινώματα στηρίζονται στους μορφολογικούς τους χαρακτήρες για την ανάδειξή τους. Μπορεί να είναι διηθητικά, εξωφυτικά, οζώδη, ελκωτικά ή να εμφανίζονται με συνδυασμό των ανωτέρω. Τα ακτινολογικά σημεία είναι ανώμαλη στένωση, απώλεια περισταλτισμού, βλεννογονική καταστροφή, εξέλκωση και ενδαυλικά ελλείματα πληρώσεως.

Πολλοί διηθητικοί όγκοι προκαλούν σκιρρώδη αντίδραση που είναι γνωστή ως σκίρρος καρκίνος. Το γαστρικό τοίχωμα παχύνεται, γίνεται δύσκαμπτο στην περιοχή του όγκου και χάνει μέρος του περισταλτισμού. Ο φυσιολογικός βλεννογόνος καταστρέφεται και αντικαθίσταται από άμορφο κοκκιώδη όγκο.

Όταν προσβάλλεται το άντρο του στομάχου, όπως συχνά συμβαίνει, έχουμε τελικό αποτέλεσμα την απόφραξη. Η διάγνωση είναι ευχερής, αλλά μερικές φορές παρατηρείται μόνο ενδαυλική στένωση με περιορισμένο περισταλτισμό.

Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να σκεπτόμαστε και άλλες καταστάσεις που μπορεί να δώσουν την ίδια εικόνα, όπως οι χρόνιες φλεγμονές. Σε αυτές πρέπει να περιλάβουμε, το λέμφωμα, τη νόσο του Grohn, τη σαρκοείδωση, την ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα, τη μετακτινική ίνωση κ.α.

Όλα τα διηθητικά καρκινώματα δεν είναι σκίρροι. Στο διάχυτο διαβρωτικό επιφανειακό καρκίνωμα δεν υπάρχει ίνωση. Ο βλεννογόνος αποδιοργανώνεται και έξω από την επιφάνεια του όγκου.

Σε αυτές τις σπάνιες περιπτώσεις, οι βλεννογόνιες πτυχές παχύνονται και θυμίζουν λέμφωμα. Υπάρχει επίσης τάση για εξέλκωση και σχηματίζονται μικρά ελλείμματα πλήρωσεως. Σε πρωιμότερα στάδια, πριν γίνουν οι αλλοιώσεις, η διάγνωση είναι δύσκολη.

Τα οζώδη καρκινώματα προκαλούν ανάπτυξη όζων που μερικές φορές είναι δυσδιάκριτοι και προοδευτικά εξελκώνονται. Ο εξωφυτικός τύπος του γαστρικού καρκινώματος δημιουργεί ακανόνιστη ενδαυλική μάζα που μπορεί να εξελκωθεί και να νεκρωθεί καθώς αναπτύσσεται. Η διάγνωση είναι εύκολη, αν και δύσκολα διαφοροδιαγιγνώσκεται από προχωρημένες κακοήθειες, όπως το λειομυσάρκωμα και το λέμφωμα, που μπορεί να δώσουν την ίδια εικόνα, αλλά λιγότερο συχνά.

Τα ελκωτικά καρκινώματα εμφανίζονται ως έλκη με ανώμαλα και επαρμένα χείλη, με διήθηση των γύρω ιστών. Τα ελκωτικά καρκινώματα δεν είναι ο μοναδικός τύπος γαστρικού καρκινώματος, όπου υπάρχει εξέλκωση και άλλα γαστρικά καρκινώματα, ακόμη και ο πρώιμος καρκίνος τύπου II και III, το κακόηθες πεπτικός έλκος, ο εξωφυτικός και ο διαβρωτικός καρκίνος μπορεί να εξελκωθούν και να προέχουν οι χαρακτηριστές της εξελκώσεως. Πολλά γαστρικά καρκινώματα – ιδιαίτερα προχωρημένου σταδίου – έχουν περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά από τους μορφολογικούς τύπους. Το βάριο μπορεί να εισδύει σε ακανόνιστες νεκρωτικές κοιλότητες μέσα στον όγκο ή σε φλεγμονώδη μάζα. Επέκταση στα γειτονικά όργανα μπορεί να δημιουργήσει συρίγγια, ιδιαίτερα στο εγκάρσιο κόλο.

3.3.3. Ενδοσκόπηση

Η γαστροσκόπηση είναι απλή, ανώδυνη για τον ασθενή και χωρίς ουσιαστικές επιπλοκές μέθοδος για τη διάγνωση του καρκίνου καθώς και των άλλων παθήσεων του στομάχου. Η διαγνωστική ακρίβεια της γαστροσκοπήσεως είναι πολύ υψηλή, ώστε θεωρείται σχεδόν αδύνατο να διαφύγει η διάγνωση του καρκίνου από ένα έμπειρο ενδοσκόπο.

Αλλά η ιστολογική επιβεβαίωση του διηθητικού καρκίνου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Στο 1/3 των περιπτώσεων, η ανάπτυξη του νεοπλάσματος είναι υποβλεννογόνια, οπότε η ιστολογική εξέταση είναι αρνητική. Έτσι, το ποσοστό θετικής ιστο-

λογικής εξέτασης στο διηθητικό καρκίνο κυμαίνεται από 50% έως 60%, ενώ στους άλλους τύπους το ποσοστό της θετικής ιστολογικής εξέτασης φθάνει στο 90%. Απαραίτητη προϋπόθεση για θετική ιστολογική διάγνωση, είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών (7-10 τουλάχιστον), δεδομένου ότι το θετικό αποτέλεσμα είναι ευθέως ανάλογο του αριθμού των βιοψιών. (Κοσμίδης Πάρις – Τριανταφυλλίδης Γιάννης, 1991).

Έτσι η λήψη πολλών ταυτόχρονα βιοψιών αυξάνει τη διαγνωστική αξία της ενδοσκοπήσεως. Απαιτείται, όμως ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των κατάλληλων σημείων και συνιστώνται τέσσερις διπλές βιοψίες τουλάχιστον. Σε ελκώδη, ιδιαίτερα, καρκίνο, τα χείλη της ελκώσεως παρέχουν το υψηλότερο ποσοστό επιτυχούς διαγνώσεως. Πρέπει όμως οι βιοψίες να έχουν αρκετό βάθος, γιατί συχνά ο βλεννογόνος επιφανειακά είναι υπερπλαστικός, χωρίς κακοήθεια και καρκινωμάτωσης βλάστες ανευρίσκονται μόνο στις βαθύτερες μοίρες του. Αντίθετα, η κρύπτη της ελκώσεως, επειδή αποτελείται από εξιδρώματα και φλεγμονώδες νεκρωβιωτικό υλικό, στοιχεία που υπάρχουν και στο καλόηθες έλκος, δεν αποτελεί ασφαλή θέση για στήριξη διαγνώσεως. Βέβαια εξαιρούνται οι οξώδεις σχηματισμοί των κρυπτών, που αποτελούνται από μη νεκρωμένο καρκινωμάτωση ιστό. (Κ. Παπαδημητρίου, Ιατρικά Χρονικά, Φεβρουάριος 1991).

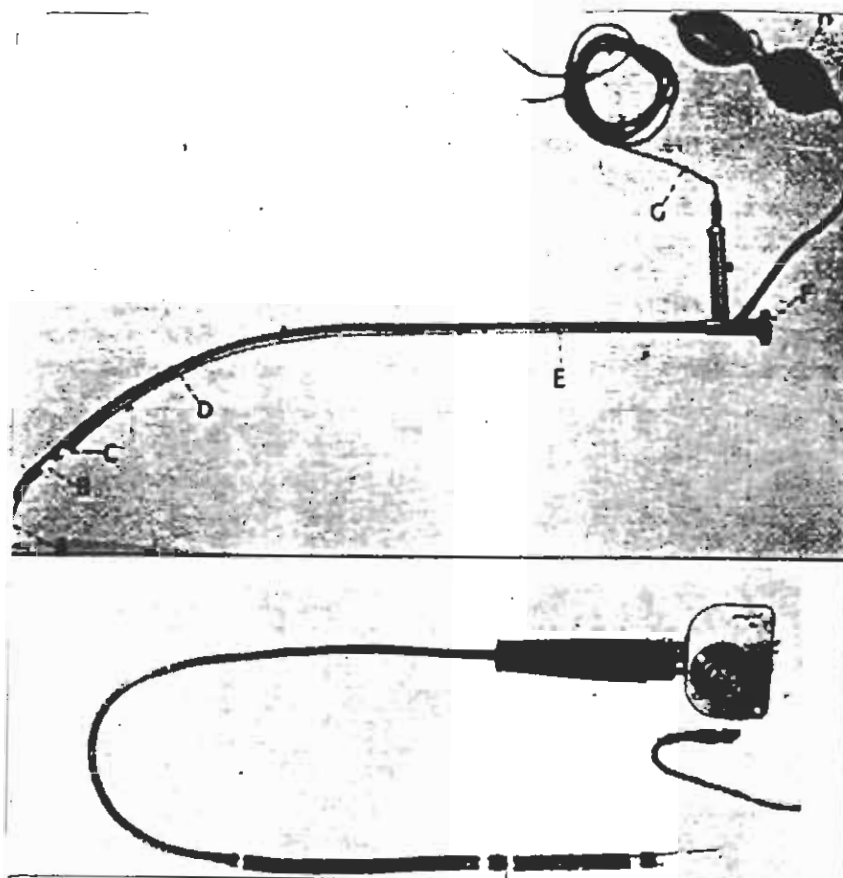
Εκτός από τη βιοψία, η γαστροσκόπηση πρέπει να συνδυάζεται και με κυτταρολογική εξέταση, οπότε και το ποσοστό θετικών διαγνώσεων είναι υψηλότερο.

Για την εντόπιση, ωστόσο, των αλλοιώσεων και τη διενέργεια σωστής βιοψίας, σημαντική είναι η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η χρώση με κυανούν του μεθυλενίου, το οποίο χρωματίζει επιλεκτικά την περιοχή της βλάβης.

Άλλη μια προσφορά της γαστροσκοπήσεως στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου είναι ο προληπτικός έλεγχος ασθενών με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, όπως σε ασθενείς με εντερική μεταπλασία και δυσπλαστικές αλλοιώσεις ή με ιστορικό παλαιάς γαστρεκτομής και, ενδεχομένως, ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα και κακοήθη αναιμία.

Τέλος, μία επέκταση των δυνατοτήτων της ενδοσκοπήσεως αποτελεί η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία. Με τη μέθοδο αυτή, μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για την επέκταση του νεοπλασματος, τόσο ενδοτοιχωματικώς όσο και στα γειτονικά όργανα, ή να εντοπίσουμε υποβλεννογόνιους ή ενδοτοιχωματικούς όγκους, τους οποίους δεν μπορούμε να μελετήσουμε ικανοποιητικά με τη γαστροσκόπηση. (Κοσμίδης Πάρις – Τριανταφυλλίδης Γιάννης, 1991).

Γαστροσκόπια



3.3.4. Σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης Ca του γαστρικού βλεννογόνου.

Χημική εξέταση γαστρικού υγρού.

Γίνεται καθετηριασμός του στομάχου με LEVIN και εξετάζεται η ύπαρξη ή μη ελεύθερου οξέος. Στη συνέχεια αφού γίνει υποδορίως 0,5 Mg υδροχλωρικής ισταμίνης, λαμβάνεται νέο δείγμα γαστρικού υγρού και ελέγχεται η οξύτητα αυτού και το ελεύθερο HCl. Διαπιστώνεται η ελάττωση της ποσότητας του HCl μέχρι πλήρους έλλειψης αυτού. Το HCl αντικαθίσταται από γαλακτικό οξύ το οποίο προέρχεται από τη μικροβιακή ζύμωση των υδατανθράκων.

Κυτταρική εξέταση γαστρικού υγρού

Η κυτταρική εξέταση του γαστρικού υγρού και η κατάταξη των ανευρισκομένων κυττάρων, σύμφωνα με τη "μέθοδο Παπανικολάου" παρουσιάζει μειωμένες πιθανό-

τητες ορθής διάγνωσης καρκίνου του στομάχου. Και αυτό γιατί αφ' ενός μεν τα περισσότερα ενζύματα των κυττάρων του γαστρεντερικού υγρού δεν προέρχονται από τον βλεννογόνο του στομάχου, αλλά από τις ανώτερες πεπτικές και αναπνευστικές οδούς, αφ' ετέρου δεν τα αποφολιδομένα κύτταρα από τον βλεννογόνο του στομάχου εκφυλίζονται και καταστρέφονται από την επίδραση των ενζύμων του γαστρεντερικού υγρού.

Σε περίπτωση που έχουμε θετικές κυτταρολογικές εξετάσεις γαστρικού υγρού ασθενούς που όμως δεν παρουσιάζει σαφή ενοχλήματα στο στομάχι και κανένα ακτινολογικό εύρημα, πρέπει να του συσταθεί χειρουργική επέμβαση.

3.3.5. Ραδιοϊσότοπα

Τα ραδιοϊσότοπα χρησιμοποιούνται στην ιατρική για διαγνωστικό, αλλά και για θεραπευτικό σκοπό, χορηγούμενα ενδοφλεβίως, από το στόμα, και τοποθετούνται μέσα σε κοιλότητες.

Τα χρησιμοποιούμενα ραδιοϊσότοπα για τη διάγνωση του καρκίνου στομάχου είναι:

α. Ραδιενεργός Σίδηρος F^{59} που χρησιμοποιείται για την μελέτη του γαστρεντερικού συστήματος και χορηγείται σε ασθενείς νηστικούς.

Για την μελέτη απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα απαιτείται συλλογή κοπράνων για επτά ημέρες και λήψη δείγματος αίματος.

β. Ραδιενεργό Χρώμιο C_2^{51} που προσδιορίζει απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Η χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων για διάγνωση είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτης δόση. Στον ασθενή στον οποίο έχουμε δώσει αυτή τη δόση, δεν παίρνουμε ιδιαίτερα μέτρα προφύλαξης έναντι της ακτινοβολίας, ούτε ειδική συλλογή απεκκριμάτων. Η συλλογή αυτών θα γίνεται εάν χρειασθεί να σταλεί για μέτρηση στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων. Κατά την συλλογή αυτών πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη τα εξής βασικά:

1. Επβάλλεται η ακριβής συλλογή των ούρων.
2. Κάθε ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί ατομικό ουροδοχείο.
3. Ο χειρισμός των απεκκριμάτων πρέπει να γίνεται με γάντια.

(Μπέκα Κων. – Μπορμποτσιαλού Γιάννα, 1990).

3.3.6. Πρώιμη διάγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο γαστρικός καρκίνος έχει ιδιαίτερα κακή πρόγνωση και ότι χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα, που οφείλεται κυρίως σε καθυστέρηση της διαγνώσεως. Έτσι παρ' όλη την πρόοδο στην χειρουργική τεχνική, τη χημειοθεραπεία και την ακτινοθεραπεία, η πενταετής επιβίωση των ασθενών κυμαίνεται από 0% έως 10%. Η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου συνοδεύεται από αυξημένη πενταετή επιβίωση και φθάνει το 95% ή και περισσότερο. Η αύξηση της επιβιώσεως αποδίδεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, πριν από την επέκταση του όγκου πέραν της υποβλεννογονίου στιβάδος.

Λόγω της ασαφούς κλινικής εικόνας η διάγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου απαιτεί αυξημένη κλινική υποψία και ειδικές διαγνωστικές μεθόδους. Δεν υπάρχει πλέον αμφιβολία, ότι η ενδοσκόπηση αποτελεί την κατ' εξοχήν μέθοδο για την διάγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου. Η συστηματική εφαρμογή της ενδοσκοπήσεως στην Ιαπωνία αύξησε την συχνότητα των αρχομένων καρκίνων από 5% το 1960 σε επίπεδα άνω του 35% το 1980. Η ανεύρεση μιας υπόπτου ενδοσκοπικά περιοχής δεν συνοδεύεται όμως πάντα από θετικές βιοψίες, που λαμβάνονται κατά την γαστροσκόπηση, γι' αυτό και συνιστάται η λήψη πολλαπλών βιοψιών, από κάθε ύποπτη περιοχή. Είναι συχνότερη λοιπόν η διάγνωση "υπόπτου" ή "ανωμάλου" περιοχής του στομάχου παρά η προεγχειρητική διάγνωση αρχόμενου καρκίνου. Στο σημείο αυτό μελέτες από την Ιαπωνία αναφέρουν μεγαλύτερη προεγχειρητική διαγνωστική ακρίβεια από ό,τι οι Ευρωπαϊκές. Τα πλεονεκτήματα της ενδοσκοπήσεως σε συνδυασμό με την αβληχή συμπτωματολογία του καρκίνου του στομάχου οδήγησαν πολλούς συγγραφείς να συστήνουν τη γαστροσκόπηση ως πρώτη διαγνωστική μέθοδο σε ασθενείς με σύμπτωμα από το ανώτερο πεπτικό.

Το βαριούχο γέυμα, ακόμα και σε συνδυασμό με διπλή σκιαγραφική αντίθεση, έχει μάλλον περιορισμένη διαγνωστική δυνατότητα, ενώ σχετίζεται συχνά με καθυστέρηση της διαγνώσεως περί τους 8 μήνες κατά μέσον όρο.

Η χρήση των υπερήχων κατά την ενδοσκόπηση είναι πιθανόν να συμβάλλει σημαντικά στον καθορισμό του βάθους της διηθήσεως στο γαστρικό τοίχωμα, αλλά απαιτείται χρόνος για την επιβεβαίωση των πρώτων αποτελεσμάτων από την εφαρμογή της μεθόδου.

(Τζαρδής Περ.- Λαοπόλης Ν., Ιατρικά χρονικά, Οκτώβριος 1996).

3.4. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στο Χειρουργικό Τμήμα Ν.Θ.Π. "Η Παμμακάριστος" στην Αθήνα το 1990 στο οποίο χειρουργήθηκαν 101 ασθενείς με ιστολογική διάγνωση καρκίνου στομάχου κατά την 20ετία 1970-1990, τεκμαίρεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μακρότερη επιβίωση από τους άνδρες, αλλά άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι το φύλο δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα στον καρκίνο του στομάχου. Το γεγονός, βέβαια, ότι το ποσοστό ριζικής εκτομής ήταν στατιστικό υψηλότερο για τις γυναίκες, προφανώς επηρέασε την επιβίωση και ίσως να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες παρουσιάζονται για εξέταση πιο έγκαιρα από τους άνδρες ασθενείς.

Ασθενείς με διαφορετική ηλικία, αλλά με τον ίδιο ιστολογικό τύπο και κλινικό στάδιο γαστρικού καρκινώματος, έχουν τις ίδιες πιθανότητες μετεγχειρητικής επιβιώσεως. Όμως υπάρχουν αναφορές που δείχνουν κακή πρόγνωση για τους νέους ασθενείς, η οποία αποδίδεται στην αυξημένη συχνότητα "διάχυτου" ιστολογικού τύπου και αναπλαστικών καρκινωμάτων στους νέους ασθενείς, ιδιαιτέρως στις γυναίκες.

Η πρόγνωση του γαστρικού καρκινώματος θεωρείται ότι είναι χειρότερη για τους κεντρικότερους όγκους, αλλά φαίνεται ότι εξαρτάται περισσότερο από το στάδιο της νόσου και τη ριζικότητα της εκτομής, παρά από την εντόπιση αυτή καθεαυτή.

Η διήθηση σε βάθος του γαστρικού τοιχώματος αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα. Γενικώς, η 5ετής επιβίωση, όταν διηθείται "μόνον" ο βλεννογόνος ή και ο υποβλεννογόνιος χιτώνας, είναι πάνω από 80%, ενώ η διήθηση του μυϊκού χιτώνα ρίχνει την 5ετή επιβίωση στο 60% και η κατάληψη του οργάνου μόλις στο 10%.

Ο βαθμός λεμφαδενικής διηθήσεως είναι επίσης ένας από τους σπουδαιότερους προγνωστικούς παράγοντες στον καρκίνο του στομάχου. Το γεγονός ότι δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ pN0 και pN1 μπορεί να αποδοθεί στον μικρό σχετικά αριθμό περιστατικών και στην πιθανότητα, να διαφύγουν διηθημένοι αδένες, από μια όχι ιδιαίτερα λεπτομερειακή ιστολογική εξέταση, αλλά και στο είδος και την έκταση της γαστρεκτομής.

Η αιώτερη μετεγχειρητική επιβίωση των ασθενών με γαστρικό καρκίνωμα εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ριζικότητα της γαστρεκτομής και από το στάδιο T.N.M. Οι ευνοϊκότεροι προγνωστικοί παράγοντες φαίνεται ότι είναι η τοπική επέκταση T1 και σε μικρότερο βαθμό T2, ο βαθμός διαφοροποίησεως G1, λεμφαδενική διήθηση το πολύ μέχρι 3 cm από την περιφέρεια του όγκου και οι "εντοπισμένες" μακροσκοπικές μορφές Borjmann I και II. Αντιθέτως, η επέκταση στα γύρω όργανα

και ιστούς (T4), η επινέμηση του οργάνου (T3), η διασπορά σε λεμφαδένες (N2), τα στάδια ΙΙΒ και ΙV και οι διηθητικές μακροσκοπικές μορφές αποτελούν τους χειρότερους προγνωστικούς δείκτες. Σε μικρότερο βαθμό έχουν δυσμενή πρόγνωση ο "διάχυτος" ιστολογικός τύπος κατά Lauren και η ύπαρξη κυττάρων "δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου".

Η κακή πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι αποτέλεσμα της καθυστερημένης διαγνώσεως. Την τελευταία 20ετία, το 62% των ασθενών και ιδιαίτερα οι πιο ηλικιωμένοι, προσήλθαν με ανίατη νόσο σε στάδια ΙΙΒ και ΙV. Η ανατροπή αυτής της καταστάσεως απαιτεί σοβαρή και μεγάλη προσπάθεια για πιο έγκαιρη διάγνωση, ώστε τα λεγόμενα "πρώιμα" γαστρικά καρκινώματα να μην αποτελούν στην χώρα μας ένα απλό "τυχαίο εύρημα" και ένα μικρότατο ποσοστό στο σύνολο των ασθενών με προχωρημένη νεοπλασματική νόσο.

(Παπαδόπουλος Γ.Ν. – Σοφός Α.Γ., Ελληνική χειρουργική, Ιουλ. – Αυγ. 91).

3.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση. Αυτό επιτυγχάνεται, όταν η νόσος είναι αυστηρά τοπική, χωρίς διηθήσεις των πέριξ του στομάχου χώρων. Για την τοπικά εκτεταμένη νόσο, όπου υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων και των πέριξ ιστών, υπάρχουν δύο τάσεις. Η πρώτη προέρχεται από την Ιαπωνία. Πρεσβεύει ότι η υπερριζική εγχείρηση επιμηκύνει την επιβίωση. Η δεύτερη από την Ευρώπη, πρεσβεύει ότι η σμίκρυνση των όγκων με τη χορήγηση σύγχρονων χημειοθεραπευτικών σχημάτων προεγχειρητικώς επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μεταφράζεται σε επιμήκυνση του χρόνου επιβιώσεως. Φυσικά, στη γενικευμένη νόσο, η χημειοθεραπεία έχει θέση με περιορισμένα ακόμη αποτελέσματα. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία στη γενικευμένη νόσο χρησιμοποιούνται για καθαρά ανακουφιστικούς λόγους. (Κοσμίδης Πάρις – Τριανταφυλλίδης Γιάννης, 1991).

3.5.1. Χειρουργική θεραπεία

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται στον καρκίνο του στομάχου είναι:

1. Ριζικές:
 - Γαστρεκτομή (ολική, μερική, υφαλική).
2. Παρηγορητικές

- Γαστρεντεροαναστόμωση σε χαμηλή γαστρική απόφραξη.
- Γαστροστομία σε ψηλή απόφραξη, για σίτιση του αρρώστου.

- **Στην ολική γαστρεκτομή** αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι, ο σπλήνας, "το μείζον" επίπλουν και τμήμα του παγκρέατος. Στην ολική γαστρεκτομή ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει και ανεπάρκεια βιταμίνης B₁₂. Στις περιπτώσεις αυτές δεν παράγεται ο ενδογενής παράγοντας που είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B₁₂ από τον γαστρεντερικό σωλήνα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση κακοήθους αναιμίας.

Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν ορισμένες επιπλοκές με την πραγματοποίηση της ολικής γαστρεκτομής όπως: η ρήξη της κεντρικής αναστόμωσης, η οποία είναι η πλέον επικίνδυνη επιπλοκή, η ρήξη του 12λου κολοβώματος ή άλλων αναστομώσεων, αιμορραγία με επανεπέμβαση, ενδοκοιλιακό απόστημα και, τέλος, πνευμονικές επιπλοκές.

Παρ' όλα αυτά, ο κίνδυνος της ολικής γαστρεκτομής, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι μειώνεται συνεχώς. Η απόφαση όμως για την διεξαγωγή της ολικής γαστρεκτομής πρέπει να λαμβάνεται εξατομικευμένα για τον κάθε ασθενή με ανάλυση παραμέτρων όπως η εντόπιση του όγκου, η ιστολογική ταξινόμηση κατά Lauren, το στάδιο της νόσου και η γενική κατάσταση του ασθενή. (Γαληνός, 1994).

- **Μερική γαστρεκτομή:** Εδώ αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του δωδεκαδακτύλου. Το στομάχι αναστομώνεται με την νησιδαπέρα από το δωδεκαδακτυλονησιδικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο. Στην γαστρεντεροαναστόμωση παρακάμπτον τον πυλωρό δημιουργώντας τεχνητή επικοινωνία μεταξύ στομάχου και δωδεδαδακτύλου.

Στη γαστροστομία κάνουν ένα άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου. Γίνεται με σκοπό τη διατροφή του ασθενούς όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από αυτό το επίπεδο.

Εφόσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή, ακολουθεί η υφολική γαστρεκτομή για όγκους που εντοπίζονται στον πυλωρό (80% του στομάχου), ενώ η ολική γαστρεκτομή για όγκους που εντοπίζονται ψηλότερα (σώμα του στομάχου).

Ποσοστό μέχρι 50% επιζούν 5 έτη μετά τη θεραπευτική εξαίρεση αν δεν έχουν προσβληθεί οι λεμφαδένες. Διάμετρος όγκου κάτω των 2 εκ. και μακρό ιστορικό συμπτωμάτων αποτελούν καλά προγνωστικά σημεία. Παρά ταύτα στη Βόρεια Αμερική ποσοστό μικρότερο του 10% επιζούν 5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Σπάνια ασθενείς

ζουν για 5 χρόνια χωρίς θεραπεία ή για πολλά χρόνια μετά από ανακουφιστική εκτομή. (Πασχαλίδου Σ. – Μπάστα Σπυρ., 1992).

Επιπλοκές της γαστρικής χειρουργικής

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

A) Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές

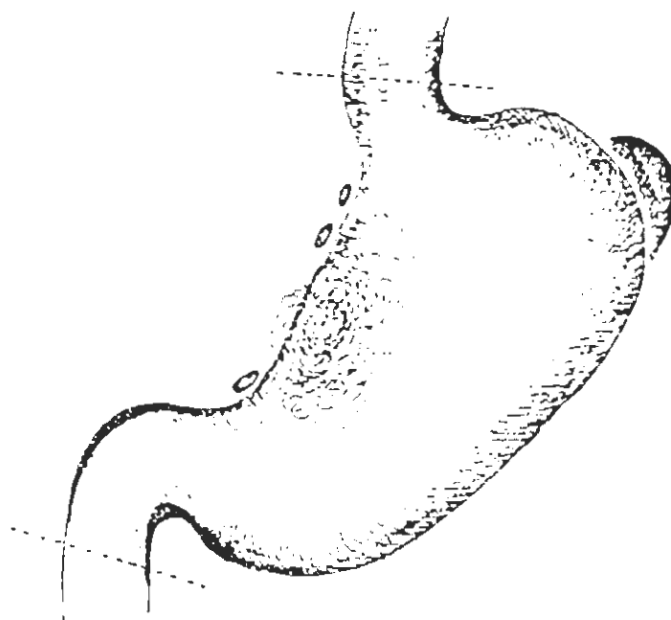
1. Μετεγχειρητική αιμορραγία.
2. Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα.
3. Ίκτερος
4. Διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος.
5. Μετεγχειρητική διάρροια.
6. Μετεγχειρητική διάταση του στομάχου (γαστρική στάση).
7. Δυσφαγία.
8. Εσωτερικές κήλες.

B) Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

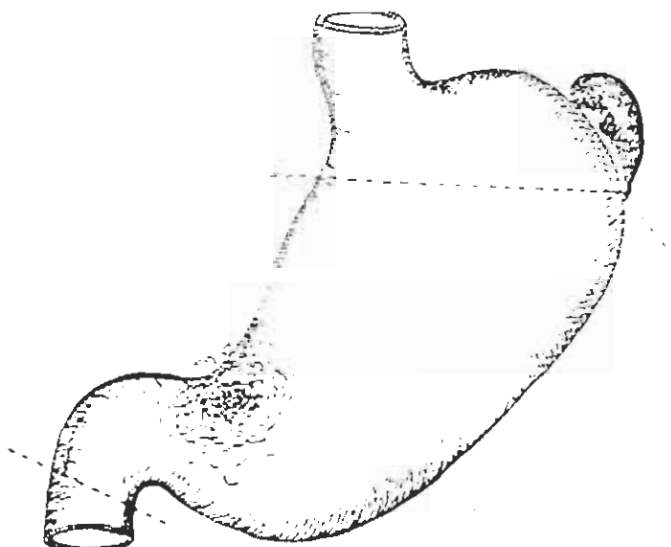
1. Υποτροπή του έλκους
2. Σύνδρομο DUMPING
3. Χολώδεις έμετοι
 - α) Σύνδρομο προσιούσας έλικας
 - β) Αλκαλική γαστρίτιδα
4. Διάρροια.
5. Διαταραχές της πέψης.
6. Διαφραγματοκήλη.
7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος.

Είναι φανερό ότι οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες και καθορίζουν τη θνητότητα – νοσηρότητα της εγχείρησης, ενώ οι απώτερες εμφανίζονται αργότερα και χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των αρρώστων.

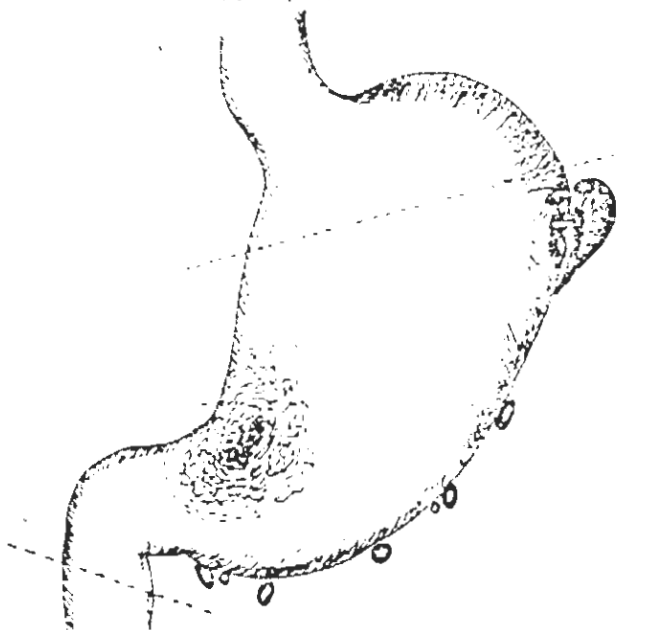
Πρακτικά η γαστρεκτομή έχει μεγαλύτερες, περισσότερες και βαρύτερες επιπλοκές από τη βαγοτομή. Για τις άμεσες η οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, ο ίκτερος, η διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος και οι εσωτερικές κήλες είναι συνηθέστερες μετά γαστρεκτομή, και μάλιστα από τις βασικές αιτίες μετεγχειρητικών θανάτων, ενώ η μετεγχειρητική διάρροια, η μετεγχειρητική διάταση του στομάχου και η δυσφαγία εμφανίζονται συνηθέστερα μετά βαγοτομή. (Ιωάννου Ι. – Καρλή Ι., 1991).



Όλική γαστρεκτομή



Τυπική εύρεσι ύφολική γαστρεκτομή



Έκτεταμένη ύφολική γαστρεκτομή μετα σπληνεκτομής

3.5.2. Ακτινοθεραπεία

Η θεραπεία εκλογής του καρκίνου του στομάχου είναι η χειρουργική εξαίρεση. Αν η χειρουργική επέμβαση αντενδείκνυται είτε λόγω της γενικής κατάστασης του ασθενούς είτε λόγω της προχωρημένης κατάστασης ή τέλος λόγω αρνήσεως του ασθενούς να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, τότε εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία. Ακτινοθεραπεία μπορεί να γίνει επίσης, εν συνδυασμό με την χειρουργική υπό την μορφή προεγχειρητικής ή μετεγχειρητικής ακτινοθεραπείας.

Λόγω της ανατομικής θέσεως του στομάχου και της προς τα πίσω κλίσης του θόλου και προς τα μπρος του πυλωρικού άντρου, η ακτινοθεραπεία γίνεται υποχρεωτικά με την χρησιμοποίηση δύο αντίθετων πεδίων, προσθίου και οπισθίου. Έτσι δεν είναι δυνατόν να προστατευθεί ο νωτιαίος μυελός ούτε οι νεφροί. Επίσης τόσο ο στόμαχος όσο και τα παρακείμενα όργανα, όπως το ήπαρ και το λεπτό έντερο είναι πολύ ακτινευαίσθητα ιδιαίτερα το τελευταίο, και έτσι η δυνατότητα για την χορήγηση υψηλών δόσεων είναι περιορισμένη, ενώ οι όγκοι αυτοί απαιτούν μεγάλες δόσεις (TCD₅₀ 8.000 CGY και άνω), για την καταστροφή τους, ενώ η επιτρεπόμενη δόση μόλις ανέρχεται σε 4.000 – 5.000 CGY, χορηγούμενα εντός 4, 5-6 εβδομάδες, με αναμενόμενες επιπλοκές από τον στόμαχο και το λεπτό έντερο, από 0-8%. Η ημερήσια δόση των 170-180 CGY γίνεται καλύτερα ανεκτή της ακτινοθεραπείας. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με μερική ή υφολική γαστρεκτομή, ανέχονται καλύτερα την ακτινοβολία της άνω κοιλίας παρά ασθενείς με ολόκληρο τον στόμαχο.

Κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας θα πρέπει κάθε εβδομάδα να παρακολουθείται το βάρος του ασθενούς. Αν παρά την από του στόματος υπερσίτιση του ασθενούς, παρατηρηθεί απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 10%, τότε θα πρέπει να γίνει και ενδοφλέβιος υπερσιτισμός.

Σε βλάβες του ανωτέρω τμήματος του στομάχου ή της γαστροοισοφαγικής περιοχής, θα πρέπει εντός του πεδίου ακτινοβολήσεως, να περιλαμβάνεται και μεγάλο μέρος του αριστερού ημιαφράγματος. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να μειωθεί η δόση στην καρδιά, ιδίως όταν πρόκειται να γίνει και ακτινοθεραπεία με ADRIAMYCIN.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σκοπό έχει, όπως και όταν εφαρμόζεται και σε άλλους καρκίνους, την καταστροφή των περιφερικών νεοπλασματικών κυττάρων, τα οποία λόγω κακής οξυγονώσεως είναι πολύ ακτινευαίσθητα, και τα οποία πολλές φορές, λόγω διηθήσεως γειτονικών οργάνων, καθιστούν τον όγκο ανεγχείρητο ή ακόμη είναι δυνατόν κατά τους χειρισμούς της χειρουργικής επεμβάσεως, να αποσπασθούν και καθώς βρίσκονται κοντά σε πλούσιο δίκτυο τριχοειδών αγγείων, να διασπαρθούν και να προκαλέσουν την ανάπτυξη μεταστάσεων.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία επί καρκίνου του στομάχου, δεν έχει μεγάλη εφαρμογή και οι δόσεις οι οποίες χορηγούνται, δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 4.000 CGY, γιατί αλλιώς θα έχουμε προβλήματα στην περιοχή της αναστομώσεως με διαρροή γαστρικού υγρού.

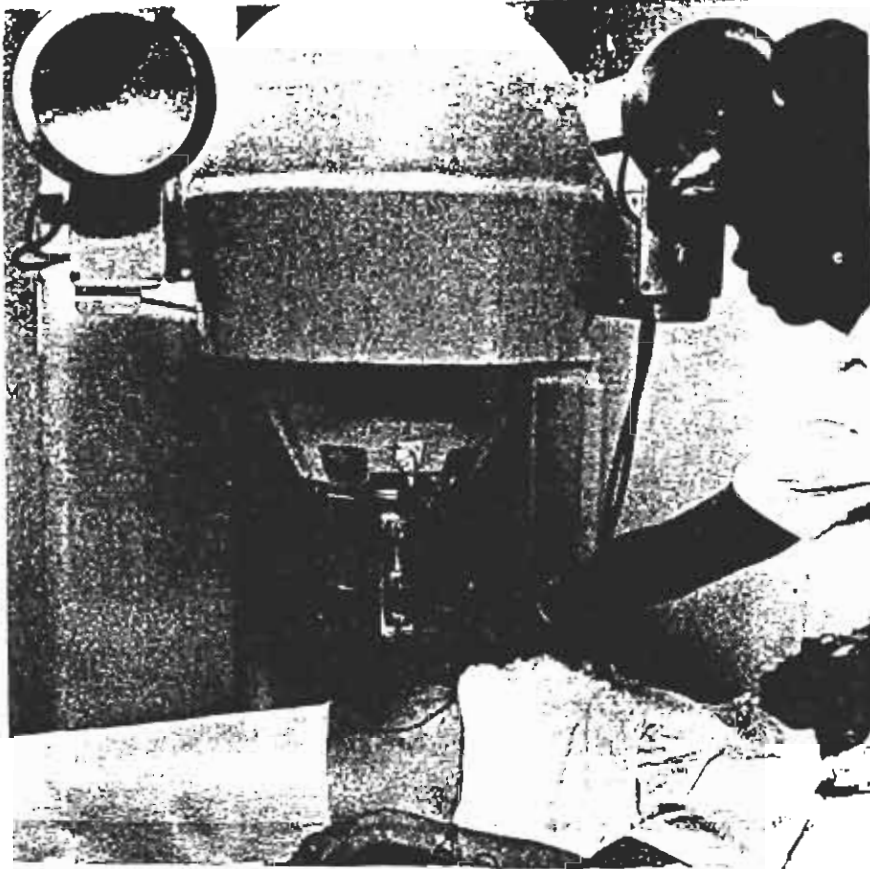
Εκτός από την προεγχειρητική και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, είναι δυνατόν να γίνει και συνδυασμός αυτών. Δηλαδή να γίνει πρώτα η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, να ακολουθήσει η χειρουργική επέμβαση και εν συνεχεία να γίνει η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Η τεχνική αυτή συνδυάζει τα θεωρητικά πλεονεκτήματα και των δύο ακτινοθεραπειών. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία θα παρεμποδίσει την διασπορά, εμφύτευση και πολλαπλασιασμό νεοπλασματικών κυττάρων τα οποία είναι δυνατόν να διαφύγουν κατά τον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης. Μετά την επέμβαση, οι ασθενείς με υψηλό κίνδυνο τοπικής υποτροπής ή με υπολειπόμενο όγκο θα υποβληθούν στην μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, με εξατομικευμένα πεδία.

Σε ορισμένα κέντρα του εξωτερικού, ιδίως της Ιαπωνίας, χρησιμοποιείται η τεχνική της ακτινοβολήσεως κατά την διάρκεια της επεμβάσεως. Εκτός από τον συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χειρουργικής επεμβάσεως μπορούν να γίνουν συνδυασμοί και με χημειοθεραπεία (5-FU, MITOMYCIN, ADRIAMYCIN κ.τ.λ.), οι οποίοι βελτιώνουν σημαντικά τα αποτελέσματα.

Εκτός από τα καρκινώματα υπάρχουν και τα λεμφώματα του στομάχου. Αυτά είναι σχετικώς ακτινευαίσθητα και η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι απαραίτητη όταν τα λεμφογάγγλια είναι διηθημένα. Χρησιμοποιούμε μεγάλα πεδία και η χορηγούμενη δόση ανέρχεται σε 4.000 CGY, χορηγούμενα εντός 5 εβδομάδων.

Επί ανεγχείρητων λεμφωμάτων του στομάχου, η θεραπεία εκλογής είναι η ακτινοθεραπεία μετά ή άνευ χημειοθεραπείας. Αν το λέμφωμα διηθεί όλο το πάχος του

τοιχώματος του στομάχου και η ακτινοθεραπεία δεν γίνεται με προσοχή, υπάρχει φόβος το διηθημένο τοίχωμα να διατηρηθεί. Η επιπλοκή αυτή είναι πολύ δύσκολο να τεθεί υπό έλεγχο. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 1994).



Τηλεακτινοθεραπεία με κοβάλτιο σε εξωτερικό άρρωστο. Ο άρρωστος έχει διατηρήσει με μεγάλη προσοχή το σήμα που καθορίζει τα σημεία της τηλεακτινοθεραπείας.

3.5.3. Χημειοθεραπεία

Η ανάπτυξη δραστικής χημειοθεραπείας για μια νόσο που σε ένα μεγάλο ποσοστό από την διάγνωσή της είναι μεταστατική υπήρξε αναγκαία αλλά χωρίς μέχρι σήμερα θεαματικά αποτελέσματα.

Η Μονοθεραπεία σε αδενοκαρκίνωμα του στομάχου έδειξε πως τα παρακάτω φάρμακα είναι δραστικά: 5 - FU, Adriamycin, Mitomycin-C και BCNU. Το ποσοστό ανταπόκρισης είναι χαμηλό (15-20%) και σχεδόν όλες οι υφέσεις είναι μερικές και μικρής διάρκειας.

Ο συνδυασμός πολλών χημειοθεραπευτικών παραγόντων αποτελεί το σημείο έρευνας σήμερα για δύο λόγους. Πρώτα γιατί η απάντηση σε μονοθεραπεία είναι

ατελής και παροδική και δεύτερο γιατί ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων μπορεί να αυξήσει και το ποσοστό ανταπόκρισης αλλά και την διάρκειά της. Εάν επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός φαρμάκων θα είναι δυνατόν να επεκταθεί και σε συμπληρωματική χρήση με σκοπό την ίαση της νόσου.

Διάφοροι συνδυασμοί έχουν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία χρόνια. Η 5-FU σε συνδυασμό με nitrosureas (BCNU ή Methyl – CCNU) με ή χωρίς Adriamycin και Mitomycin – C. Αρχικά τα αποτελέσματα του συνδυασμού 5-FU/nitrosurea έδωσαν 40% απάντηση χωρίς όμως επιβεβαίωση αυτών των αποτελεσμάτων σε μετέπειτα μελέτες. Επιπλέον ο συνδυασμό αυτός και σε βραχύ χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε γένεση δευτερογενούς οξείας Λευχαιμίας γεγονός που οδήγησε την Ομάδα μελέτης GITC σε διακοπή του σκέλους μελέτης που περιείχε methyl-CCNU.

Πρόσφατα έχει μελετηθεί ο συνδυασμό 5-FU, Adriamycin και Mitomycin-C σε κύκλους 8 εβδομάδων (FAM). Η ανταπόκριση στο σχήμα αυτό σε εκτεταμένη νόσο είναι περίπου 40%. Σε τυχαίοποιημένες μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η προσθήκη της Mitomycin-C στο σχήμα δεν αλλάζει το ποσοστό ανταπόκρισης. Δεν είναι σαφές αν η διάρκεια επιβίωσης των ασθενών που παίρνουν πολυχημειοθεραπεία επιμηκύνεται.

Η διάρκεια απάντησης της νόσου είναι συνήθως 9-12 μήνες με σπάνιες παρατάσεις πέρα των 12 μηνών. Το πεδίο ευρύτατα ανοιχτό για πειραματικά πρωτόκολλα στον καρκίνο του στομάχου και συνδυασμοί όπως το Cis-platinum και VP-16 δοκιμάζονται προς το παρόν. Η ανάγκη συμπληρωματικής χημειοθεραπείας σε Ca στομάχου μεταχειρουργική αφαίρεση υπαγορεύεται από τον μεγάλο κίνδυνο υποτροπής της νόσου σε χειρουργηθέντες αρρώστους.

Πολυάριθμες μελέτες με συνδυασμό ή μη πολλών χημειοθεραπευτικών παραγόντων (5-FU + Methyl – CCNU, Thiotepa, FUDR, 5-FU) έχουν ανακοινωθεί χωρίς να έχουν κανένα αποτέλεσμα στην υποτροπή της νόσου. Η συμπληρωματική λοιπόν χημειοθεραπεία δεν θα πρέπει να θεωρείται αποκατεστημένη θεραπευτική προσέγγιση σε Ca στομάχου

Ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και RT έχει δοκιμαστεί σε μη εξαιρεσιμo ή αφαιρεθέντα Ca στομάχου με σκοπό την αύξηση της θεραπευτικής ανταπόκρισης τοπικής και περιφερειακής ανάπτυξης του όγκου. Ανακοινώσεις από την Mayo Clinic έδειξαν ότι ο συνδυασμός 5-FU+RT είναι ανώτερος από μόνη την 5-FU. Η πρόσθεση της Methyl-CCNU στο παραπάνω σχήμα αύξησε την τοξικότητα χωρίς να διευρύνει την θεραπευτικότητα του σχήματος. Πάρ' αυτά ο συνδυασμός χημειοθεραπείας και RT

παραμένει υπό μελέτη και θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στους υπό μελέτη αρρώστους.

Η μελλοντική ανάπτυξη θεραπευτικών σχημάτων εστιάζεται: 1) σε πιο δραστικούς συνδυασμούς με Adriamycin 2) σε συνδυασμό χημειοθεραπείας και RT με σκοπό την αύξηση της ανταπόκρισης και ελάττωση της τοξικότητας και 3) στην χρήση πολυχημειοθεραπείας σε νωρίς στάδιο για να βελτιωθεί ο τοπικός και απομεμακρυσμένος έλεγχος ανάπτυξης νόσου. (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 1994).

ΠΙΝΑΚΑΣ

Μονοθεραπεία στον καρκίνο του στομάχου

Φάρμακο	Αριθμός ασθενών	Ανταποκρίσεις(%)
5-FU	457	21
Mitomycin – C	189	20
Adriamycin	180	22
Cis-paltin	50	22
BCNU	33	17
Methyl-CCNU	37	8
Methotrexate	28	11

ΠΙΝΑΚΑΣ

Δοσολογικό σχήμα FAM στον καρκίνο στομάχου

Φάρμακο	Ημερήσια δόση	1	8	28	35	56
5-FU	600 mg/m ² Ε.Φ.	X	X	X	X	Επανάληψη
Adriamycin	30 mg/m ² Ε.Φ.	X		X		
Mitomycin-C	10 mg/m ² Ε.Φ.	X				

ΠΙΝΑΚΑΣ

Δοσολογικό σχήμα ΕΑΡ στον καρκίνο στομάχου

Φάρμακο	Ημερήσια δόση	1	2	4	5	6	7	8
Adriamycin	20 mg/m ² Ε.Φ.	X					X	
Cis-platin	40 mg/m ² Ε.Φ.		X					X
Επανάληψη κάθε 4 εβδομάδες								

ΠΙΝΑΚΑΣ

Συνδυασμός χημειοθεραπείας στον προχωρημένο καρκίνο

Συνδυασμός	Αριθμός ασθενών	Π.Υ. (%)	Π.Υ. +Μ.Υ. (%)	Ανταπόκριση (Διάρκεια σε μήνες)
FAM	656	2	30-42	5/9
FAMe	116	9	21	5/8
FAB	177	6	43	7/8
FAMTX	187	11	47-63	7/8
FAP	217	5	34-53	7/13
EAP	67	21	64	7/9

3.5.4 Φωτοδυναμική θεραπεία

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια νέα και αρκετά υποσχόμενη μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης των κακοήθων νεοπλασμάτων του πεπτικού συστήματος, καθώς και των κακοήθων νεοπλασμάτων άλλων συστημάτων. Η βασική αρχή της μεθόδου στηρίζεται στην ενεργοποίηση φθοριοχρωστικής ουσίας, που έχει προηγουμένως ενεθεί στον ασθενή, μέσω ακτίνων Laser. Η ακτινοβολία Laser εισάγεται μέσω του συνήθους ενδοσκοπίου του ανωτέρου πεπτικού. Τα συνήθη Laser που χρησιμοποιούνται είναι χρωστικού αργού, μήκους κύματος 625-635 MM ή ατμών χρυσού 628 MM. Οι πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες φθοριοχρωστικές ουσίες είναι τα παράγωγα της αιματοπορφυρίνης, όμως τα τελευταία χρόνια δοκιμάζονται και άλλες

φθοριοχρωστικές ουσίες. Η διέγερση της φθοριοχρωστικής ουσίας έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή ενεργοποιημένων ριζών οξυγόνου, οι οποίες καταστρέφουν εκλεκτικά τα καρκινικά κύτταρα και τους ιστούς στους οποίους έχει καθηλωθεί η φθοριοχρωστική ουσία, χωρίς καταστροφή των πέριξ υγιών ιστών. Η κλινική χρήση της μεθόδου προς το παρόν περιορίζεται σε ορισμένους όγκους του πεπτικού συστήματος, όπως του οισοφάγου, του στομάχου και του παχέος εντέρου. Εντούτοις, έχει όμως χρησιμοποιηθεί και σε νεοπλάσματα του πνεύμονα και του ουροποιητικού συστήματος. Έχει εφαρμοσθεί επίσης και σε περιπτώσεις πρώιμου καρκινώματος του στομάχου, δίνοντας ανακούφιση στη δυσφαγία των ασθενών. Είναι αρκετά ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος σε έμπειρα χέρια και σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών. Οι προοπτικές για την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωσή της διαγράφονται ευνοϊκές. (Μπαμπατζάς Χ. – Τριανταφυλλίδης Ι.Κ., 1996).

3.5.5. Θεραπεία των πολυπόδων του στομάχου χειρουργικά ή ενδοσκοπικά;

Οι πολύποδες του στομάχου πρέπει να αφαιρούνται πάντοτε IN TOTO και να εξετάζονται ιστολογικά. Η ανάπτυξη της ενδοσκοπικής αφαίρεσης παραμέρισε τη χειρουργική, που έχει απόλυτη ένδειξη μόνο όταν υπάρχει κακοήθης εξαλλαγή ή καρκινοειδές, ενώ είναι μέθοδος εκλογής επί ενδοτοιχωματικών όγκων. Τόσο η χειρουργική, όσο και η ενδοσκοπική θεραπεία έχουν ένδειξη σε αδενωματώδεις πολύποδες του πυλωρικού άντρου ή σε μεγάλα μισχωτά αδενώματα. Δεν υπάρχει χειρουργικής θεραπείας στους υπόλοιπους τύπους, επειδή η κακοήθης εξαλλαγή τους δεν είναι πιθανή. (Μυστακίδης Α. – Τσαδήλας Θ. – Σβορώνος Γ., 1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Προβλήματα του αρρώστου

1. Κακή οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, πόνος στο επιγάστριο)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία – εμετοί – δυσφαγία).
3. Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (δυνητικό).
4. Μείωση δραστηριοτήτων (καχεξία, εύκολη κόπωση).
5. Μείωση άνεσης (πόνος, ναυτία, έμετοι).
6. Πόνος.
7. Αγωνία που δημιουργεί η υποψία καρκίνου.
8. Προβλήματα, που δημιουργούνται από το είδος της θεραπείας.

Σκοποί της φροντίδας

1. Απαλλαγή από τα συμπτώματα.
2. Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων.
3. Διατήρηση θρέψης.
4. Πρόληψη, έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών.
5. Αναστολή ανάπτυξης και εξάπλωσης του καρκίνου.

Για την πραγματοποίηση πλήρους νοσηλευτικής φροντίδας σε έναν ασθενή με καρκίνο στομάχου η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει:

1. Τις ανάγκες του αρρώστου ως άτομο.
2. Τις ανάγκες της αρρώστιας.
3. Τις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
4. Τις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση. (Σαχίνη Α. – Καρδάση – Πάνου Μ., 1996).

Η νοσηλεύτρια (-της) που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από ένας έμπειρος τεχνικός. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπό του και του προσφέρει τον εαυτό της με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά της. Για να μπορέσει να το επιτύχει αυτό χρειάζεται: (1) γνώσεις, (2) φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική, (3) ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και (4) βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον

που βρίσκεται πολύ κοντά της). Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η προσεκτική προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου προλαμβάνει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιταχύνει την ανάρρωσή του.

Ψυχολογική προετοιμασία

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

Άλλοι παράγοντες εκτός από την χειρουργική επέμβαση, που μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία είναι το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια, το επαγγελματικό του μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα. Η νοσηλεύτρια με τον ειδικό μοναδικό της ρόλο, έχει την ευκαιρία να παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και να ανιχνεύει σημεία αγωνίας ή βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον άρρωστο από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν, και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου.

Το αίσθημα της ασφάλειας του αρρώστου ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με δεξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας να ακούσει τον άρρωστο, όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά επίσης πολύ στη διατήρηση της συγκινησιακής του σταθερότητας. Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στη νοσηλεύτρια από ό,τι στους συγγενείς τους.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή χωρίζεται σε:

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

(Σαχίνη Α. – Καρδάση – Πάνου Μαρία, 1994)

A. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Περιλαμβάνει:

1. Τόνωση του ηθικού

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του νοσηλευτού.

- α) Με το να βρει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή.
- β) Να κατανοήσει τον ασθενή και να μεταφερθεί στη θέση του.

2. Τόνωση σωματική

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και πτωχά σε λίπη. Συνήθως εφαρμόζεται σε άτομα εξασθενημένα τα οποία θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση.

Ο ασθενής που θα υποστεί γαστρεκτομή και που δεν θα τρέφεται απ' το στόμα για ένα χρονικό διάστημα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως αίματος ηλεκτρολυτών. Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής πιθανόν να εμφανίσει ανορεξία πρέπει οι τροφές που του παρέχονται να είναι όσο το δυνατόν ευπαρουσίαστες και εύγευστες.

Ο νοσηλευτής παρακολουθεί την διατροφή του ασθενή και γνωρίζει την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες μεταβολισμού. Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, γιατί ο ασθενής κατά την εγχείρηση θα χάσει πολλά υγρά.

Ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα της νόσου όπως είναι ο πόνος και ο πυρετός. Σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού δίνονται στον ασθενή αναλγητικά και αντιπυρετικά φάρμακα. Αν ο ασθενής εμφανίσει αναιμία τότε του χορηγείται αίμα.

Άλλο σύμπτωμα που μπορεί να εμφανίζει ο ασθενής είναι η ναυτία και ο έμετος που ο νοσηλευτής τον ανακουφίζει με τη χορήγηση αντιεμετικών.

Την προηγούμενη της εγχείρησης ο ασθενής τρέφεται ελαφρά και 6 ώρες πριν δεν παίρνει τίποτα από το στόμα.

3. Εργαστηριακές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνονται και οι εξετάσεις του ασθενή.

- α) Εξέταση χειρουργού για εκτίμηση και ενθάρρυνση της κατάστασέως.
- β) Εξέταση παθολόγου για την εξέταση όλων των συστημάτων.
- γ) Ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- δ) Γενική εξέταση ούρων: λαμβάνονται τα πρώτα πρωινά ούρα διότι είναι πυκνότερα αφού προηγηθεί καθαρισμός των γεννητικών οργάνων και συλλέγονται σε καθαρό δοχείο απευθείας. Πρέπει επίσης να σταλούν στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο γρήγορα.
- ε) Γενική εξέταση αίματος (ομάδα, RH, σάκχαρο, ουρία, χρόνος ροής και πήξεως καθώς και διασταύρωση).
- στ) Είναι δυνατό να εφαρμοσθεί στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN).

4. Καθαριότητα του ασθενή

Αυτή αποτελείται απ' τον καθαρισμό του σώματος και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

α) Καθαρισμός σώματος.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ο ασθενής κάνει λουτρό καθαριότητας, χρησιμοποιώντας και μία αντισηπτική ουσία. Το λουτρό έχει σαν σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσέως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθατο δέρμα.

β) Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στην χειρουργική τράπεζα, στην αποφυγή δημιουργία αερίων στο έντερο και στη διευκόλυνση του χειρουργού σε επεμβάσεις κοιλιάς, γιατί δεν θα υπάρχουν διατεταμένες εντερικές έλικες. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με:

- Χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Αποφεύγονται όμως γιατί προκαλούν αφυδάτωση και μείωση του τόνου του εντέρου.
- Με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο. Ο ένας το απόγευμα της προηγούμενης μέρας της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν την εγχείρηση.

5. Εξασφάλιση καλού ύπνου

Επειδή η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο δίνεται στον ασθενή ένα κατευναστικό και γενικά προστατεύεται ο ασθενής από κάθε παράγοντα που θα

μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο. Φροντίζουμε ο ασθενής να βρίσκεται σε ήσυχο και άνετο δωμάτιο, μακριά από το ασανσέρ και τις σκάλες και δεν αφήνουμε τους επισκέπτες να τον ενοχλούν. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Στην τοπική προεγχειρητική προετοιμασία γίνεται η περιποίηση και η ετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος που πρόκειται να γίνει η επέμβαση.

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης.

Ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα σε μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό, γίνεται αντισηψία του δέρματος και το τμήμα αυτό καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο. Έτσι πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζουν ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

(Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Πριν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο νοσηλευτής-τρια εκτελεί τα εξής:

- α) Τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου.
- β) Αφαιρεί δόντια και τεχνητά μέλη.
- γ) Αφαιρεί κοσμήματα και τα παραδίδει στην προϊσταμένη που τα φυλάει.
- δ) Φροντίζει για την εκκένωση της ουροδόχου κύστεως.
- ε) Χορηγεί την προνάρκωση, σύμφωνα με την εντολή του αναισθησιολόγου μισή ώρα πριν από την επέμβαση.
- στ) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά τον προνάρκωση. Μέτρηση θερμοκρασίας, αναπνοών, σφυγμών και πίεσεως πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων θα πρέπει να αναφερθούν.
- ζ) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή και τον συνοδεύει στο χειρουργείο. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

4.1.2. Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργείου

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου έχει ειδικές ευθύνες σε περίπτωση εγχείρησης για καρκίνο.

Η διασπορά καρκινικών κυττάρων είναι μηχανισμός μεταστάσεων που μπορεί να δημιουργηθεί από χαμηλό επίπεδο εγχειρητικών φροντίδων. Τα χειρουργικά εργαλεία που ήλθαν κατά την διάρκεια της εγχείρησης σε επαφή με νεοπλασματική νόσο πρέπει να ξανααστερωθούν αν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της ίδιας της εγχείρησης.

Ακόμα και σε παρηγορητικές εγχειρήσεις το τοίχωμα ή το εγχειρητικό τραύμα πρέπει να ράβεται με νέα εργαλεία, γάντια και ιματισμό.

Οι προεγχειρητικές βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται επίσης με ξεχωριστά εργαλεία, γάντια και ιματισμό. Επίσης θα πρέπει ο νοσηλευτής να έχει έτοιμα τα πάντα για τυχόν επιπλοκές κατά την διάρκεια της επέμβασης. Επίσης θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για το ιστορικό του ασθενή και την νοσηλεία του.

(Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

4.1.3. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα

Ανάνηψη

Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και άλλο προσωπικό.

Η χρησιμοποίησή του έχει εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι ασθενείς βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται.

Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμο κάθε στιγμή. Το δωμάτιο αυτό φέρει τον ίδιο χώρο.

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

Ακόμα:

- 1) Προλαμβάνει την ανάγκη διαδρομής ενώ ο ασθενής είναι κάτω από την επίδραση του αναισθητικού.
- 2) Προλαμβάνει την ανάγκη διπλασιασμού των εφοδίων σε όλες τις χειρουργικές μονάδες.
- 3) Συγκεντρώνει τους μετεγχειρητικούς αρρώστους κάτω από την φροντίδα λιγότερων, ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτριών.
- 4) Αναβάλλει τις επισκέψεις της οικογένειας και των φίλων ώσπου να βελτιωθεί η κατάσταση του ασθενή.

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη του ασθενή είναι:

- 1) Διατήρηση του ασθενή σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
- 2) Λήψη άμεσης και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενή.
- 3) Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- 4) Εκτέλεση των οδηγιών μιας φοράς.
- 5) Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
- 6) Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του ασθενή.
- 7) Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων από αποβαλλομένων υγρών. Εξαιτίας μετεγχειρητικού stress, ο όγκος των ούρων ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον ασθενή είναι μικρό. Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700 ml και με ψηλό ειδικό βάρος.

Η μεταφορά του ασθενή από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεση και τάση στα ράμματα του τραύματος και με τέτοιο τρόπο ώστε να μένουν ανοιχτοί οι αεραγωγοί του. Η έκθεση του ιδρωμένου ασθενή προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό shock. Κατά την μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νου μας τη θέση της χειρουργικής τομής. Πολλά κλείνουν κάτω από μεγάλη τάση, και γι' αυτό, πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μην προστίθεται επί πλέον τάση στα ράμματα. (Σαχίνη Άννα – Καρδάση – Πάνου Μαρία, 1994).

Θέση ασθενή στο κρεβάτι

Η κακή τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών, όπως: πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές από το τραύμα, τους μυς και τις αρθρώσεις.

Όταν ο ασθενής συνέλθει πλήρως από την αναισθησία τοποθετείται σε θέση ημικαθιστική, γιατί έτσι διευκολύνεται η παροχέτευση από το στομάχι. Ο κορμός του ασθενή ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° – 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστή θέση. Στη θέση αυτή ο ασθενής τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί αισθάνεται ζάλη. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για ζάλη, τοποθετείται σε ύπτια θέση και μέσα σε μία ή δύο ώρες σε θέση FOWLER. Κάτω από τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο ασθενής στη θέση αυτή.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν σ' έναν ασθενή που υπέστη γαστρεκτομή για τις 3 πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες είναι:

1. Μετεγχειρητικός πόνος και δυσφορία.
2. Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.
3. Πρόληψη επιπλοκών.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων ενεργούμε ανάλογα.

Για την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και την δυσφορία εκτελούμε τα εξής:

- α) Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι για άνεση και πρόληψη αγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών.
- β) Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον έλεγχο του πόνου. Η χορήγηση των ναρκωτικών θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη γιατί μπορεί να προκαλέσει shock σε περίπτωση ασταθούς και χαμηλής αρτηριακής πίεσης.
- γ) Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη μόλυνσεως.
- δ) Αποφυγή λήψεως υγρών απ' το στόμα στους ασθενείς αυτούς τουλάχιστον για 24 ώρες. Η προφύλαξη αυτή γίνεται για να επιτευχθεί το ομαλό κλείσιμο της τομής και να ελαττωθεί έτσι ο κίνδυνος διαφυγής υγρών και δημιουργίας περιτονίτιδας.
- ε) Σχολαστική υγιεινή του στόματος για αποτροπή της ξηρότητας. Για να ανακουφίσουμε τον ασθενή από την ξηρότητα του στόματος πρέπει να εκτελούνται συχνά πλύσεις του στόματος. Περικλείουμε τεμάχια πάγου μέσα σε μια γάζα και μ' αυτό υγραίνουμε συχνά τα χείλη. Επίσης τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοη-

θούν στη διάλυση της βλέννης του στόματος. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μείγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία 1/1.

- στ) Χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας προσαρμοσμένος σε αναρροφητικό μηχάνημα για την απομάκρυνση βλέννης υγρών, αίματος, αερίων και ουσιών, οι οποίες συγκεντρώνονται στο στομάχι κατά τα πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση.
- ζ) Φροντίδα για τους ρώθωνες του ασθενούς γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα. Με μία βαμβακοφόρο που έχει υγρανθεί με νερό και μετά με λάδι, είναι δυνατό να καθαρισθούν οι ρώθωνες του ασθενή.
- η) Ο νοσηλευτής-τρια επίσης οφείλει να φροντίζει για την καθαριότητα, για την τάξη του δωματίου του ασθενούς. Οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον ασθενή να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριφή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

(Σαχίνη Άννα – Καρδάση – Πάνου Μαρία, 1994).

Διατροφή ασθενούς

- α) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για πρόληψη της καταπληξίας και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται ενδοφλέβια γιατί οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες χορηγούνται στον ασθενή διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 3.000 cc, εφόσον ο ασθενής δεν έχει παθολογικές απώλειες.

- β) Αυξημένα υγρά ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς.
- γ) Ελαφρά διαίτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς.
- δ) Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για την επαρκή κάλυψη των αναγκών.
- ε) Αποφυγή των τροφών οι οποίες μπορούν να ευνοήσουν την ανάπτυξη "συνδρόμου Dumping", όπως π.χ. αποφυγή μεγάλων γευμάτων καθώς και γλυκών ή αλμυρών εδεσμάτων.

στ) Θα πρέπει να αναγράφονται σε φύλλα νοσηλείας οι ποσότητες των υγρών έτσι ώστε να υπολογίζονται αν καλύπτονται οι θερμιδικές, διαιτητικές απαιτήσεις του ασθενούς σε υγρά.

ζ) Υγρά από το στόμα όταν επιτραπεί η λήψη αυτών. Η χορήγηση υγρών θα πρέπει να γίνεται σιγά-σιγά και σταδιακά.

Αν ο ασθενής κάνει εμμετό ή έχει λόξυγγα διακόπτεται κάθε χορήγηση από το στόμα και ζητούνται οδηγίες.

Μετά από ολική γαστρεκτομή δεν υπάρχει γαστρικός σάκκος γι' αυτό και η θρέψη αυτών των ασθενών αποτελεί το σπουδαιότερο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Εφόσον δεν μπορούν να λάβουν μεγάλα γεύματα, αυτά πρέπει να είναι μικρά και υψηλής θερμιδικής αξίας με τροφές, οι οποίες δεν απαιτούν κόπωση της λειτουργίας της πέψης.

Γι' αυτό το λόγο παρέχουμε δίαιτα πλούσια σε αυγά, βούτυρο και κρέμα. Τα λαχανικά πρέπει να χορηγούνται ή να μασώνται πολύ καλά.

(Μπέκα Κων. – Μπορμποτσιαλού Γιάννα, 1990).

Πρόληψη των επιπλοκών

Την χειρουργική επέμβαση του στομάχου μπορούν να ακολουθήσουν οι εξής επιπλοκές, τις οποίες και αντιμετωπίζουμε ανάλογα.

A. Καταπληξία

1. Χορήγηση υγρών και υποκατάστατων αίματος στον απαιτούμενο χρόνο.
2. Η διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας, του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας της αναπνοής.
3. Έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος.

B. Αιμορραγία

Η θεραπεία συνίσταται σε τοποθέτηση παγοκύστης στην κοιλιά. Επίσης χρειάζεται συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης, του σφυγμού και της συχνότητας των αναπνοών. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για την χορήγηση αίματος και υγρών ενδοφλεβίως. Η χορήγηση Pergo διαλύματος υδροχλωρικής αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή αλατούχο ορό επιφέρει αγγειοσύσπαση.

Γ. Έμμετος

Ο έμμετος συνήθως αποτελείται από σκοτεινό αιματηρό υγρό. Συνήθως η ναυτία και ο έμμετος εξαφανίζονται μετά από 8-10 ώρες. Αν συνεχισθεί μετά τις πρώτες 24 ώρες οφείλεται σε παραμονή αίματος μέσα στο στομάχι.

Βοήθεια στην παροχέτευση του στομάχου ή του εμμέτου παρέχει :

- Η αλλαγή της θέσης του ασθενή.
- Η χορήγηση διαλύματος διττανθρακικού νατρίου σ' ένα μικρό ορό IV.
- Ο Ρινογαστρικός σωλήνας που παρέχει συνεχή γαστρική παροχέτευση.

Δ. Πνευμονικές επιπλοκές

Πολλές φορές ακολουθούν τις εγχειρήσεις της κοιλιάς λόγω της τάσεως που έχουν οι ασθενείς να αναπνέουν επιτόλαια. Ο νοσηλευτής πρέπει να πιέζει τον ασθενή να:

1. Αναπνέει βαθιά αρκετές φορές για τον επαρκή αερισμό των πνευμόνων.
2. Σύσταση μικρών και συχνών γευμάτων και μετακινήσεις για την κινητοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.
3. Αλλαγή της θέσης του ασθενούς από την μία πλευρά στην άλλη και περίπατος για την καλύτερη λειτουργία των αναπνευστικών οδών. Ο ασθενής σηκώνεται προοδευτικά, πρώτα κάθετα στο κρεβάτι και μετά στην πολυθρόνα.

Ε. Εκσπλάχνωση

Για την αποφυγή της συνίσταται:

1. Χρήση κοιλιακών επιδέσμων για την υποστήριξη των τοιχωμάτων.
2. Στήριξη της τομής σε περίπτωση βήχα.
3. Σύσταση καλής διατροφής
4. Συχνή παρακολούθηση των επιδέσμων.
5. Πρόληψη για την διάταση και μόλυνση του τραύματος.

ΣΤ. Πρόμβωση και εμβολή

Είναι συχνές μετά από μεγάλες επεμβάσεις. Η πρόληψη αυτών συνίσταται:

1. Γρήγορη έγερση από το κρεβάτι για περιορισμό της στάσης του φλεβικού αίματος.
2. Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών.

3. Έλεγχος επιδέσμων και επιδέσεων για αποφυγή παρακώλησης της κυκλοφορίας.
4. Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής.

Z. Ανεπάρκεια Βιταμίνης B₁₂.

Η ολική γαστρεκτομή οδηγεί στην αιφνίδια και τελική παύση της παραγωγής του "ενδογενούς παράγοντα" που απαιτείται για την απορρόφηση της B₁₂.

Συνεπώς αν η βιταμίνη B₁₂ δεν χορηγείται παρεντερικώς και μάλιστα συνεχώς σαν θεραπεία ρουτίνας δια βίου, αναπόφευκτα ο ασθενής θα υποφέρει από ανεπάρκεια βιταμίνης B₁₂ αναγνωριζομένης ως κακοήθους αναιμίας.

Μετά την γαστρεκτομή χορηγούνται μηνιαίως 1.200 γρ. βιταμίνης B₁₂ καθώς και σίδηρος.

H. Σύνδρομο Dumping.

Υπάρχουν πολλές αιτίες για την παρουσία των συμπτωμάτων του συνδρόμου, όπως το μικρό υπόλειμμα που μένει μετά την εγχείρηση, το μεγάλο άνοιγμα από το γαστρικό κολόβωμα στην νηστίδα και η πρόσληψη τροφής που περιέχει πολλούς υδατάνθρακες και ηλεκτρολύτες ή χλωριούχο νάτριο, τα οποία πρέπει να έχουν διαλυθεί στην νηστίδα πριν λάβει χώρα η απορρόφηση.

Ο άρρωστος κατά την διάρκεια του φαγητού ή αμέσως μετά το γεύμα νιώθει αίσθημα πληρότητας κατά το επιγάστριο, ναυτία, κωλικοειδείς πόνους στην κοιλιά, διάρροια, ζάλη, ταχυπαλμία, εφίδρωση και λιποθυμία. Είναι ωχρός και υπάρχει ταχυσφυγμία. Απαντά στο 10-20% των χειρουργηθέντων.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

1. Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.
2. Αποφυγή γλυκών ή αλμυρών τροφών.
3. Λήψη υγρών μεταξύ γευμάτων.
4. Αποφυγή υγρών μετά τα γεύματα.
5. Τακτικά γεύματα, με αργή μάσηση και με ήσυχο περιβάλλον.
6. Λήψη αντιχοληνεργικών φαρμάκων πριν από τα γεύματα.

Θ. Υπογλυκαιμία

Μερικοί ασθενείς 2-4 ώρες μετά το γεύμα εμφανίζουν αδυναμία, τρόμο των χεριών, εφίδρωση, λιποθυμία και αίσθημα παλμών που αποδίδονται σε πτώση του σακχάρου του αίματος.

Για την αποφυγή της συστήνεται λήψη σακχάρου κατά την έναρξη του παροξυσμού (καραμέλες, γλυκά, κ.τ.λ.).

I. Αναστομωτικό έλκος

Είναι το έλκος που εμφανίζεται στο σημείο της αναστόμωσης του εντέρου με το στομάχι και εμφανίζεται συνήθως όταν, μετά τη γαστρεκτομή, έχει παραμείνει αρκετό τμήμα του στομάχου το οποίο συνεχίζει να εκκρίνει υδροχλωρικό οξύ.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πόνο ο οποίος μπορεί να μοιάζει με τον πόνο του 12δακτυλικού έλκους, συχνά όμως είναι άτυπος ως προς τον χαρακτήρα και την εντόπισή του.

Εμφανίζεται επίσης ναυτία και έμμετος. Συχνά τα έλκη αυτά αιμορραγούν. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική. (Μπέκα Κων. – Μπορμποτσιάλου Γιάννα, 1990).

4.2. Η συμβολή της Νοσηλευτικής στην Ακτινοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια(-της) θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσης του ασθενούς και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας (-τη) που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται: (1) στην ενημέρωση του αρρώστου για την θεραπεία, (2) στην προετοιμασία και βοήθεια του ασθενή για τη θεραπεία, (3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό της και 94) στην ψυχολογική τόνωση του ασθενή πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του ασθενή στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες X – Τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές:

Η νοσηλεύτρια (-της):

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

- Αξιολογεί τι και πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με τον γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο ασθενής έχει καταλάβει να μη βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον ασθενή για ναυτία και εμμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον ασθενή αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του ασθενή για την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας είναι η απάντηση στα ερωτήματά του που συνήθως είναι τα εξής:

- Πονάει η ακτινοθεραπεία;
- Τι θα πρέπει να κάνει κατά το διάστημα της θεραπείας;
- Θα είναι μόνος κατά τη διάρκεια της θεραπείας;
- Αν δεν αισθάνομαι καλά κατά το διάστημα της θεραπείας και έχω ανάγκη από βοήθεια τι θα κάνω;
- Θα εκπέμπω ακτινοβολία μετά τη θεραπεία; Αν ναι, θα πρέπει να είμαι απομονωμένος;

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

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

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας:

- Διατηρείται στεγνή
- Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και υπάρχει ιατρική εντολή.
- Τόσο κατά την θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ).

- Προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο (αέρας κ.α.).
 - Αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
 - Δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει την θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
 3. Το διαιτολόγιό του (φαγητό) πρέπει να είναι ελαφρό, να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
 4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας (ακτινοβολία) που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του.

Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους, με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις, όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Η προετοιμασία του αρρώστου για την **εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας** έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

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

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου ο ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο ασθενής απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τη νοσηλεύτρια(-τη) στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή που του έχει εφαρμοστεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από τον φάκελο του ασθενούς για: (1) το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, (2) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη), (3) τον τρόπο χορήγησης (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοί-

στικά), (4) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, (5) το σημείο εφαρμογής και (6) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσότοπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του ασθενούς και, επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στον χειρισμό τους.
- Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
- Γνωρίζει τον χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ' ή β' ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απέκκρισης του ραδιοϊσότοπου που χρησιμοποιείται.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μολύνσεως χώρου, αντικειμένων, κ.τ.λ.
- Νοσηλεύεται ο ασθενής σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του ασθενή, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο ασθενής πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό, γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και την τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης.
- Νοσηλεύει τον ασθενή με μπλουζα και με γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από τον θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του ασθενή για τον τρόπο επικοινωνίας με την ασθενή (μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως του ασθενούς), εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς.
- Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο, και στο Kardex του ασθενή τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον ασθενή η νοσηλεύτρια (-της) γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο ασθενής.

- Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή έκθεσης σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από τον χώρο της ακτινοβολίας.
- Σε περίπτωση μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον ασθενή, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που φυτεύθηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στον κρεβάτι του ασθενή ή τοπ δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.
- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

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

Τρία είναι κυρίως τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους και δεν είναι θωρακισμένα: το ιώδιο -131, ο φωσφόρος-32 και ο χρυσός - 198. Όταν χρησιμοποιούνται για θεραπευτικό σκοπό λαμβάνονται συνοπτικά τα εξής μέτρα:

Ιώδιο - 131: Ο χρόνος υποδιπλασιασμού του είναι 8 μέρες. Λαμβάνεται από το στόμα και το σώμα του ασθενή που το πήρε εκπέμπει ακτινοβολία γ και κατεξοχήν μολυσμένα απεκκρίματα είναι τα ούρα.

Μέτρα προστασίας:

- Τήρηση αρχών απόστασης, χρόνου και θωράκισης.
- Χρησιμοποίηση ατομικού δοχείου (συλλογή ούρων, κοπράνων).
- Συλλογή και αποστολή ούρων στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων μέσα σε μολύβδινα δοχεία.

- Χρησιμοποίηση σκευών φαγητού μιας χρήσεως ή το πλύσιμό τους να γίνεται χωριστά.
- Μετά την αποχώρηση του ασθενή από το δωμάτιο απομόνωσης, αερίζεται ο χώρος και ελέγχεται για ακτινοβολία με ειδικά μηχανήματα.

Φώσφορος – 32: Χορηγείται από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά. Έχει χρόνο υποδιπλασιασμού 14 ημέρες. Το σώμα του αρρώστου εκπέμπει γ' ακτινοβολία που δεν θεωρείται επικίνδυνη. Έμετοι, επιδερμικό υλικό και κόπρανα χειρίζονται με προσοχή.

Μέτρα προστασίας:

- Αφαίρεση επιδερμικού υλικού με πολύ μακριές λαβίδες.
- Το επιδερμικό υλικό μεταφέρεται στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων σε μολύβδινα δοχεία.
- Μετά την παροχή φροντίδας πλένονται τα χέρια με άφθονο νερό και σαπούνι.

Χρυσός – 198: Το σώμα του ασθενή που του εφαρμόστηκε ραδιενεργός χρυσός ενδοκοιλιακά εκπέμπει ακτινοβολία γ'. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού του είναι 3 μέρες. Το επιδερμικό υλικό και οι εκκρίσεις του τραύματος έχουν ανάγκη από ειδική μεταχείριση.

Μέτρα προστασίας:

- Τήρηση αρχών απόστασης, χρόνου και θωράκισης.
- Αφαίρεση επιδερμικού υλικού με μακριές λαβίδες, τοποθέτησή του σε μολύβδινο δοχείο και μεταφορά του στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.
- (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

4.3. Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία

Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας

1. Η μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας.
2. Η ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος.
3. Η έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών και επιπλοκών και η αντιμετώπισή τους.

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να α-

ναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.
3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί, να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.
4. Προσφέρεται στον άρρωστο ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.
5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα, κ.α. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

Κατά την οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά την χημειοθεραπεία η νοσηλεύτρια (-της) θα πρέπει να εφαρμόζει τα εξής:

1. Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία, μέσα σε κλίμα κατανόησης.
2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν την θεραπεία.
3. Σε ορισμένους αρρώστους, κυρίως αλλεργικούς, θα πρέπει να γίνει test ευαισθησίας προς το συγκεκριμένο χημειοθεραπευτικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Σε περίπτωση θετικού (+) αποτελέσματος, αυτό αναγράφεται στο διάγραμμα του ασθενούς
4. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλόμενων υγρών.
5. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.
6. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης από άποψη θρεπτικών ουσιών και βιταμινών, για προφύλαξη της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου και του στόματος.
7. Προσεκτική φροντίδα στόματος.
8. Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις (καθαρό περιβάλλον, αποφυγή ρευμάτων, αποφυγή επαφής με άτομα που έχουν λοιμώξεις).
9. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.

10. Θα πρέπει να παρακολουθεί και να καταγράφει τυχόν αντιδράσεις, δηλαδή σημεία και συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δρα ανάλογα (π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά με ιατρική εντολή).
11. Παρακολούθηση των ούρων και κοπράνων για αιμορραγία, και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
12. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
13. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
14. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών. (Σαχίνη Άννα – Καρδάση, Πάνου Μαρία, 1994).

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών.

Τα πιο πολλά επιδρούν στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από την στοματική κοιλότητα, ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλότητα.

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες.

Πολλά κάνουν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Είναι υποχρέωση, επομένως, της νοσηλεύτριας(-τη) να εφαρμόζει ορισμένες γενικές οδηγίες κατά τον χειρισμό των φαρμάκων αυτών.

1. Προετοιμασία.

- 1.1. Κατά τη διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιούνται ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.
- 1.2. Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό.
- 1.3. Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το μέτρο 1.2. πρέπει το άτομο να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.
2. Αρχίζει η έγχυση (προκειμένου για ενδοφλέβια χορήγηση) με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.
3. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

4. Αποφεύγεται η έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που είχε προηγουμένα χρησιμοποιηθεί.
5. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθείται η περιοχή της φλεβοκέντησης για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνος, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.
6. Γίνεται συνεχής παρακολούθηση του σημείου της φλεβοκέντησης για συμπτώματα υποδόριας έγχυσης όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκέντησης.
7. Μόλις παρατηρηθούν τα πιο πάνω συμπτώματα διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοιχτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.
8. Ενημερώνεται ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνος, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της ένεσης κατά ή μετά τη θεραπεία.
9. Η περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) έγχυσης του φαρμάκου, αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τη διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιορισθεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.
10. Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.
11. Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με τη διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

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

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

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

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

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη "καρκίνος" στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώ-

στια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό: "αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια μου, φοβίζει και σοκάρει και εμένα (άρρωστος). Αλλά εάν είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας καταστάσεως, είμαι κι εγώ".

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

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειάς του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται κατά τον Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιάς του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτε πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.τ.λ. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια (-της) καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια (-της) να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίζει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Εκτός όμως από την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, η νοσηλεύτρια πρέπει να κατευθύνει τη φροντίδα της και στην οικογένεια του καρκινοπαθούς. Γι' αυτό μια

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

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

Κάθε περίπτωση αρρώστου είναι διαφορετική και ποτέ δεν συνηθίζεται. Οι αντιλήψεις των αρρώστων που πεθαίνουν, καθώς και των συγγενών τους, διαφέρουν και είναι η συνισταμένη πολλών παραγόντων, όπως θεραπευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνικής τάξεως κ.τ.λ.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον άρρωστό της για την μετάβαση από την παρούσα στην μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθάει στην μείωση της ψυχικής εντάσεως, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο. (Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ., 1995).

**ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ
ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

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 του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως 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 επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλει 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.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
2. Η πρόληψη της νόσου.
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης όταν υπάρχει νόσος.
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Αντικειμενικό σκοπός.
3. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α'

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	A.M.
Ηλικία ασθενούς:	54
Διάγνωση:	Καρκίνος στομάχου
Ημερομηνία εισόδου:	18/3/2000
Αιτία εισόδου:	Διάρροιες – Διάχυτα κοιλιακά άλγη
Ημερομηνία εξόδου:	23/3/2000

Νέα ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου στις 18/3/2000 με έντονες διάρροιες και διάχυτα κοιλιακά άλγη. Ήδη έχει γίνει διάγνωση καρκίνου στομάχου, αφού έχει προηγηθεί εγχείρηση προ 15μηνου (γαστρεκτομή). Η ίδια παραπονείται για αίσθημα καταβολής δυνάμεων.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, την 1^η ημέρα νοσηλείας στις 18/3/00, η ασθενής παρέμεινε νηστική για U/S Η-Χ-Π-Σ ενώ επί πόνου χορηγήθηκε Aprotel καθώς και Zantac tb (R) 1 X 2 και Primperan tb (P.O.) 1 X 2.

Στις 19/3/00 η ασθενής μπορούσε να πάρει φρυγανιά και τσάι, ενώ στις 9 π.μ. δόθηκε tb Panadol ενώ επί πόνου Aprotel καθώς και Zantac amp IV 1 X 2. Η θερμοκρασία στις ημέρες νοσηλείας παρέμεινε σε φυσιολογικά επίπεδα (36.9° C), εκτός στις 21/3/00 που παρουσίασε μια μικρή άνοδο (38.5° C), καθώς επίσης και οι σφυγμοί της (68/min). Η διατροφή της παρέμεινε ελαφριά (φρυγανιά – τσάι – φιδές). Κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις τα αποτελέσματα αυτών ήταν φυσιολογικά, εκτός από τον αιματοκρίτη ο οποίος παρουσιάστηκε χαμηλός:

18/3/00: Hct = 31.1%

20/3/00: Hct = 30,1%

Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής:

20/3/00

Βιοχημικές εξετάσεις:

Σάκχαρο: 94, Ουρία: 14, Κρεατινίνη, 0,6. SΒOT: 88, SGPT: 134, Αμυλάση: 657, Χοληστερίνη: 176, Τριγλυκερίδια. 108, Ουρικό οξύ: 27.

Γενική αίματος

Wbc: 9.100 Ly = 20,3 %

GR: 72,2%

Hct: 30,1%

Hgb: 10,2 g/dl.

Γενική ούρων:

Ειδικό βάρος: 1010

PH: 6,5

Πυοσφαίρια: 2-3 Ερυθρ.

Από άλλες επιμέρους εξετάσεις (υπέρηχους) που πραγματοποιήθηκαν κατά την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο, διαπιστώθηκαν τα εξής: Το ήπαρ δεν παρουσίαζε αδρές εστιακές βλάβες. Παρατηρήθηκαν όμως διάταση ενδοηπατικών χοληφόρων και χοληδόχου πόρου, ενώ στο πάγκρεας διόγκωση κεφαλής με σχετικά ύποπτη απεικόνιση. Στους νεφρούς παρατηρήθηκε διάταση Π.Ν.Σ., αμφή ιδίως δεξιά. Από την ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε επίταση βρογχοαγγειακά ενώ η ακτινογραφία κοιλίας δεν έδειξε κανένα παθολογικό εύρημα. Η χοληδόχος κύστη παρουσιάστηκε ηπίως διατεταμένη με ίζημα εντός αυτής.

Ενδοφλέβια χορήγηση

	19/3/00	20/3/00	21/3/00	22/3/00
5% 1.000 α (Ringer's) + 2 Kcl	4 π.μ.	6 π.μ.	8 π.μ.	6 π.μ.
0,9% 1.000 α	2 μ.μ.	6 π.μ.	8 π.μ.	6 π.μ.
5% 1.000 α (Dextroze) + 2 Kcl	-	7 μ.μ.	-	-

Φάρμακα

18/3/00 Zantac tb (R) 1 X 2 Primperan tb (P.O.) 1 X 2	19/3/00 Imodium tabl 1 X 2 Amoxil sir (P.O.) 10 α X 3 Zantac amp (IV) 1 X 2
20/3/00 Zantac amp (IV) 1 X 2 Amoxil sir (P.O.) 10 α X 3 Imodium tabl (P.O.) 1 X 2	21/3/00 Zantac tb (R) 1 X 2 Primperan tb (P.O.) 1 X 2
22/3/00 Amoxil sir (P.O.) 10 α X 3 Zantac tb (R) 1 X 2 Primperan tb (P.O.) 1 X 2	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Έντονα κοιλιακά άλγη	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> - Προσπάθεια απαλλαγής από τον πόνο. Τοποθέτηση της ασθενούς στη σωστή θέση στο κρεβάτι. - Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική εντολή. - Ελάττωση των επισκέψεων για την ηρεμία της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκε στην ασθενή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι με σκοπό να μην πιέζεται το επιγάστριο. - Χορηγήθηκαν 1 amp Aprotel 1 X 2 (6 π.μ. – 6 μ.μ.) και Zantac amp IV 1 X2. - Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για τις ώρες του επισκεπτηρίου και την αξία της ηρεμίας της ασθενούς. 	<p>Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο καθώς υποχώρησε σημαντικά με την χορήγηση των παυσίπονων.</p>

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Έντονες διάρροιες	Εξάλειψη των διαρροιών και πρόληψη της αφυδάτωσης.	<ul style="list-style-type: none"> - Ενδοφλέβια χορήγηση με ιατρική οδηγία. - Έλεγχος – μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλομένων υγρών. - Ανάρτηση ειδικού διαγράμματος στο κρεβάτι. - Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν: Ringers (1 X 1) και Dextroze 5% 1.000^{ml} (1 X 1). Μέσα στον ορό προστέθηκαν και 2 Kcl. Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων / χρόνος. - Έγινε ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλομένων υγρών. 	Ελάττωση των διαρροιών σε σημαντικό βαθμό και επιτυχής ενυδάτωση της ασθενούς..

ΑΙΟΛΟΓΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Πυρετός (38,5° C)	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της θερμοκρασίας της ασθενούς και απάλλαξη αυτής από τις δυσμενείς επιπτώσεις του πυρετού. - Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασίας στο ειδικό δελτίο κάθε 3 ώρες και στη λογοδοσία. - Μείωση της θερμοκρασίας με φυσικά και φαρμακευτικά μέσα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καταγράψαν οι διακυμάνσεις του πυρετού στο δελτίο τριώρης θερμομέτρησης. - Ενημερώθηκε η λογοδοσία. - Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα με σκοπό την ανακούφιση της ασθενούς. - Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά από τους ορούς που χορηγήθηκαν: 0,9% 1.000^{ml} 1 X2, Ringer's 5% 1.000^{ml} 1 X 1. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων / χρόνος - Χορηγήθηκε 1 amp Arotel (IM) αφού προηγουμένως έγινε έλεγχος της Α.Π., διότι το Arotel έχει την ιδιότητα να προκαλεί πτώση της Α.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα (36,9° C). - Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			- Αναγράφηκαν τα αποτελέσματα της μέτρησης ανά 8ωρο και συνολικά το 24ωρο στο ειδικό δελτίο. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. - Χορηγήθηκε imodium tabl 1 X 2 με ιατρική εντολή επί 2 ημέρες και κατόπιν έγινε διακοπή.	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Αίσθημα καταβολής δυνάμεων.	Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης της ασθενούς, ώστε η κατάσταση της να βελτιωθεί στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διατροφή της ασθενούς από το στόμα. - Συνεχής μέτρηση των ζωτικών σημείων (Α.Π. σφυγμοί). - Αποκατάσταση των υγρών του σώματος με τοποθέτηση ορού. - Περιορισμός των επισκέψεων εκτός από τον συνοδό που θα παραμείνει κοντά της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμόσθηκε διαίτα ελαφρά. Δόθηκε στην ασθενή φρουγανιά και τσάι τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας, ενώ την 4^η προστέθηκε και ο φιδές. - Ενδοφλέβια χορήγηση Ringer's 5% 1.000^{ml} X1 και 0,9% 1.000^{ml} X 2. Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων / χρόνος. - Έγινε συνεχής μέτρηση της Α.Π. (110/60 mmHg) και των σφυγμών της. (68/min). - Οι επισκέψεις περιορίστηκαν σημαντικά προκειμένου η ασθενής να ηρεμήσει και να παραμείνει ήσυχη. 	Η κατάσταση της βελτιώθηκε ενώ συνεχίζει να ενυδατώνεται ικανοποιητικά.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Πτώση του αιματοκρίτη (31.1%).	Αλοκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα.	- Λήψη αιματος για εργαστηριακές εξετάσεις και ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη.	- Έγινε η λήψη αιματος και αιματοκρίτης είναι στις <u>20/3/00: 31.1%</u> ενώ στις <u>21/3/00: 30.1%</u> . Εστάλη αίμα για διασταύρωση. - Έγινε μετάγγιση μιας μονάδας αιματος για την αποκατάσταση των στοιχείων του αιματος. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χορήγηση του αιματος και πάρθηκαν όλα τα μέτρα, για την πρόληψη των δυσμενών επιπλοκών από την μετάγγιση (δύσπνοια, ταχυπαλμία, κ.τ.λ.) Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα στη μετάγγιση δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Η αρτηριακή της πίεση είναι 105/60 mmHg και οι σφυγμοί της 70/min.	- Παρατηρήθηκε αύξηση του όγκου του αιματος και ο αιματοκρίτης ανεβαίνει λίγο (35.5%). - Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την χορήγηση των υγρών και του αιματος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Άγχος - Απογοήτευση	Αποκατάσταση της ψυχολογικής ηρεμία της ασθενούς.	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση της ασθενούς με την νοσηλεύτρια. - Αποφυγή συναισθηματικών εντάσεων. - Περιορισμός των επισκέψεων εκτός από τον-την συνοδό της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πραγματοποιήθηκε μια αποδοτική συζήτηση με την ασθενή απομακρύνοντας όλες τις δυσάρεστες σκέψεις. - Περιορίστηκαν σημαντικά οι επισκέψεις, ώστε έτσι να αποφεύγονται η συναισθηματική φόρτιση και οι εντάσεις. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η ασθενής αρχίζει να αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά ενώ συνεργάζεται παράλληλα άψογα με το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β'

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: Σ.Π.

Ηλικία ασθενούς: 65

Διάγνωση: Καρκίνος στομάχου

Ημερομηνία εισόδου: 12/2/2000

Ημερομηνία εξόδου: 24/2/2000

Ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου στις 12/2/2000 με έντονο επιγαστρικό άλγος ύστερα από επιγαστρικό φόρτο (μεταγευματικό). Επίσης η ίδια παραπονείται για αίσθημα καταβολής, αδυναμία, δυσπεψία, ανορεξία.

Η διάγνωση είναι καρκίνος στομάχου ενώ παρουσιάστηκε απώλεια βάρους 5 Kg.

Κατά την κλινική εξέταση έγινε ακρόαση πνευμόνων κατά φύσιν, ακρόαση καρδιάς ταχυπαλμία. Κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου ανιχνεύτηκε ψηλαφητή μάζα, με χαρακτήρες σκληρίας – μη κινητή. Επίσης, παρατηρήθηκε έντονη ωχρότης. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη μεγάλη πτώση του αιματοκρίτη.

Γενική αίματος: Wbc: 10.200⁹ Ly = 15,3%

GR = 81%

Hct: 30,2 %

Hgb: 10 g/dl

Βιοχημικές εξετάσεις: Σάκχαρο: 100, Ουρία: 13, SGOT: 78, SGPT: 134,

Αμυλάση: 785, K = 2,9, Na = 144.

Η Mayer κοπράνων που έγινε αποδείχτηκε θετική (++) ενώ έγινε γαστροσκόπηση και ακτινογραφία στομάχου με βαριούχο γεύμα. Ύστερα από την εκτέλεση βιοψίας, από την οποία πιστοποιήθηκε ότι υπάρχει καρκίνο στομάχου, που έγινε στις 14/2/00, αποφασίστηκε η χειρουργική μέθοδος δηλαδή γαστρεκτομή, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 19/2/00.

Ενδοφλέβια Χορήγηση

Ringer's 5% 1.000^{ml} 1 X 2

0,9% 1.000^{ml} 1 X 2

Dextroze 5% 1.000^{ml} 1 X 2

Φάρμακα

Zantac amp (IV) 1 X 2

Maalox sir (P.O.) 10^α X 2

Apotel amp (IM) 1 X 1

Panadol tb (PO) 1 X 1

Primperan amp (IM) 1 X 2

Angoron amp (IV) 2 X 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Επιπαστρικό άλγος	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. - Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική οδηγία. - Μείωση των επισκέψεων στο θάλαμο προκειμένου η ασθενής να παραμείνει ήρεμη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκε στην ασθενή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι ώστε να μην πιέζεται το επιγάστριο. - Χορηγήθηκαν 1 amp Aprotel IM 1 X 1 και tabl Panadol 1 X 1 - Οι επισκέψεις μειώθηκαν σημαντικά και μέσα στον θάλαμο παρέμεινε μόνο ο-η συνοδός της. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο πόνος σιγά – σιγά ελαττώθηκε και η ασθενής είναι ήρεμη και ήσυχη.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Δυσπεψία - Έμετος	Αντιμετώπιση της δυσπεψίας και εξάλειψη των εμέτων.	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου ύστερα από ιατρική οδηγία. - Εφαρμογή κατάλληλης διαίτας. - Συνεστήθη επίσης τοποθέτηση ορού στην ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν: Primorepan 1 amp 1 X 2, Maalox sir 10^α X 2 καθώς και Zantac 1 amp IV 1 X 2. - Στην ασθενή δόθηκε ελαφρά διαίτα (φρυγανιά – τσάι). - Χορηγήθηκαν: 5% Ringer's 1.000^α 1 X 2 και 0,9% 1.000^α 1 X 2 Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων / χρόνος. 	Οι έμετοι περιορίστηκαν σημαντικά ενώ το αίσημα φόρτου που ένιωθε η ασθενής στο στομάχι αρχίζει να υποχωρεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Αίσθημα καταβολής δυνάμεων	<p>Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης της ασθενούς ώστε η κατάσταση της να βελτιωθεί στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη διατροφή της ασθενούς από το στόμα. - Αποκατάσταση των υγρών του σώματος με τοποθέτηση ορού. - Συνεχής μέτρηση των ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφυγμοί). 	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμόστηκε διαίτα ελαφρά. Δόθηκε στην ασθενή φρυγανιά – τσάι, φιδές και κατόπιν σούπα. - Χορηγήθηκαν Ringer's 5% 1.000^{ml} X 2, το οποίο αντικαθίσταται με Dextroze 5% 1.000^{ml} X 2. Επίσης 0,95 1.000^{ml} X 2. Κατά την τοποθέτηση IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων / χρόνος. - Έγινε συνεχής μέτρηση Α.Π. (105/70 mm Hg) και των σφυγμών της (70/min). 	<p>Η κατάσταση της βελτιώθηκε ενώ συνεχίζει να ενυδατώνεται ικανοποιητικά.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Απώλεια βάρους 5 Kg	Προσπάθεια συντήρησης αυτού σε ικανοποιητικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις. - Προετοιμασία για ακτινογραφία στομάχου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η γενική αίματος. - Ελήφθη η προγραμματισμένη ακτινογραφία στομάχου. 	Διαπιστώθηκε η έκταση του προβλήματος που υπάρχει στο στομάχι μετά την α/α στομάχου.
5. Ταχυπαλμία (160/min)	Αντιμετώπιση της ταχυπαλμίας και επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση του καρδιολόγου. - Λήψη ΗΚΓ για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας. - Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και των σφυγμών της σε κάθε βάρδια. - Συνεστήθη χορήγηση Angoron με ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκλήθη ο καρδιολόγος και ταυτόχρονα έγινε λήψη του ΗΚΓ. Τα αποτελέσματα αυτού έδειξαν κολπικές εκτακτοσυστολές. - Δόθηκαν 2 amp Angoron σε 1.000^ο ορο Dextroze 5%. - Έγινε 3ωρη λήψη αρτηριακής πίεσης και σφυγμών (110/70 mmHg) (σφυγμοί: 150/min) 	Οι σφυγμοί της ασθενούς μειώθηκαν στους 85/min.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Χαμηλός αιματοκρίτης (30,2%)	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα.	- Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη.	<p>- Πραγματοποιήθηκε η λήψη αίματος και ο αιματοκρίτης ήταν: $13/2/00$: Hct = 30,2%.</p> <p>Εστάλη αίμα για διασταύρωση.</p> <p>- Έγινε μετάγγιση μιας μονάδας αίματος για την αποκατάσταση των στοιχείων του αίματος.</p> <p>Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χορήγηση του αίματος και πάρθηκαν όλα τα μέτρα για την πρόληψη των δυσμενών επιπλοκών από την μετάγγιση. Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων.</p>	<p>- Παρατηρήθηκε αύξηση του όγκου του αίματος και ο αιματοκρίτης ανεβαίνει λίγο (36,3%).</p> <p>- Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την χορήγηση των υγρών και του αίματος.</p>



ΙΑΤΡΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ◆ **Ανθούλη Φρ. – Αναγνωστοπούλου:** Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας. Εκδόσεις: Λύχνος, 1994.
- ◆ **Βλαχονικολής Ι.Γ. – Γεωργουλιάς Β. – Φιλαλήθης Α.Ε.:** "Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Κρήτη, 1992". Ιατρική. Τόμος: 69, Τεύχος: 3, 1996.
- ◆ **Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία.** Καρκίνος Στομάχου, Λεπτού εντέρου και Παχέος εντέρου. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων "Ευρώπη κατά του Καρκίνου". Αθήνα: 1994.
- ◆ **Ελληνική Εταιρεία Ογκολογίας Πεπτικού.** Προκαρκινικές Καταστάσεις Πεπτικού συστήματος. Επιμέλεια Έκδοσης: Ιωάννης Τριανταφυλλίδης – Πάρης – Κοσμίδης. Αθήνα: 1993.
- ◆ **Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας U.I.C.C.** Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου. Εκδόσεις: Λίτσας, 1991.
- ◆ **Ιατρικό Βήμα.** "Η μάχη κατά του γαστρικού οξέος χθες και η αντιμετώπισή του σήμερα". Τεύχος: 67. Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1999.
- ◆ **Ιωάννου Ιωάννα – Καρλή Ιωάννα.** "Ο καρκίνος Στομάχου την τελευταία πενταετία." Πάτρα: 1991.
- ◆ **Κοσμίδης Πάρις – Τριανταφυλλίδης Γιάννης.** Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα: 1991.
- ◆ **Μαργαρινού Μ.Α. – Κωνσταντινίδου Σ.Φ.** Νοσηλευτική: Παθολογική – Χειρουργική. Τόμος: Β'. Μέρος 2^ο. Έκδοση 17^η. Αθήνα: 1995.
- ◆ **Μπαρμπατζάς Χ. – Τριανταφυλλίδης Ι.Κ.** "Φωτοδυναμική θεραπεία στην αντιμετώπιση των κακοήθων όγκων του πεπτικού συστήματος". Ιατρική. Τόμος: 69. Τεύχος: 3. 1996.
- ◆ **Μπένος Α. – Μπακάλης Α. – Κατσουγιαννόπουλος Β.** "Οι διαχρονικές τάσεις συχνότητας του Καρκίνου του στομάχου στην Ελλάδα τη δεκαετία 1977-1986". Ελληνική Ιατρική. Τόμος: 62. Τεύχος: 1, 1996.
- ◆ **Μπέκα Κωνσταντίνα – Μπορμποτσιαλού Γιάννα.** "Καρκίνος Στομάχου". Πάτρα: 1990.
- ◆ **Μυστακίδης Α. – Τσαδήλας Θ. – Σβορώνος Γ.** "Θεραπεία των πολυπόδων του στομάχου χειρουργικά ή ενδοσκοπικά;". Ιατρική Επιθεώρηση. ΙΚΑ. Τόμος: 1. Τεύχος 1. 1990.

- ◆ **Ντόβας Β. Αργύρης (Παθολόγος – Γαστρεντερολόγος).** "Πρώιμος Γαστρικός Καρκίνος". Ιατρικά Χρονικά. Τόμος: 14. Τεύχος: 6-7-8. Ιούνιος – Ιούλιος – Αύγουστος 1991.
- ◆ **Παναγιωτόπουλος Γιάννης – Παπαλάμπρος Στάθης.** Χειρουργική. Ιατρικές Εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα: 1991.
- ◆ **Παπαδάτου Ευανθία.** "Νοσηλευτική και Άρρωστος με καρκίνο του Στομάχου. Πάτρα: 1991.
- ◆ **Παπαδημητρίου Κ.** "Γαστροσκόπηση και ενδοσκοπικές βιοψίες στον ελκώδη καρκίνο". Ιατρικά Χρονικά. Τόμος: 14. Τεύχος: 2. Φεβρουάριος: 1991.
- ◆ **Παπαδόπουλος Γ.Ν. – Σοφός Α.Γ.** "Προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του στομάχου". Ελληνική Χειρουργική. Τόμος: 63. τεύχος: 4. Ιούλιος – Αύγουστος: 1991.
- ◆ **Παπαϊωάννου Α.Ν. – Νομικός Ι.Ν.** Κλινική Ογκολογία. με τη συνεργασία των Ελλήνων Ειδικών και της U.I.C.C. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας. Αθήνα: 1981.
- ◆ **Πασχαλίδου Σοφία – Μπάστα Σπυριδούλα.** "Καρκίνος Στομάχου". Πάτρα: 1992.
- ◆ **Ρούκος Δ. – Hottenrott C. – Lorenz M.** "Ολική Γαστρεκτομή και Μετεγχειρητική Νοσηρότητα". Γαληνός. Τόμος: 31. Τεύχος: 5, 1994.
- ◆ **Σαχίνη Άννα – Καρδάση, Πάνου Μαρία.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες). Εκδόσεις: Βήτα. Τόμος: 2^{ος}. Μέρος: Β'. Ε' Επανεκδοση. Αθήνα: 1996.
- ◆ **Σαχίνη Άννα – Καρδάση, Πάνου Μαρία.** Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (Νοσηλευτικές Διαδικασίες). Εκδόσεις: Βήτα. Τόμος: 1^{ος}. Δ' Επανεκδοση. Αθήνα: 1994.
- ◆ **Σφηκάκης Π.Γ.** "Προγνωστικοί παράγοντες και σταδιοποίηση του αδενοκαρκινώματος του στομάχου". Ελληνική χειρουργική. Τόμος: 64. Τεύχος: 6. Νοεμβριος – Δεκέμβριος 1992.
- ◆ **Τζαρδής Περικλής – Λαοπόδης Βασίλειος.** "Πρώιμη διάγνωση και κλινική σημασία του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου". Ιατρικά Χρονικά. Τόμος: 19. Τεύχος: 10. Οκτώβριος 1996.
- ◆ **Τριανταφυλλίδης Ι.Κ. – Κοσμίδης Π.** "Σύγχρονες απόψεις στη σταδιοποίηση του Καρκίνου του Στομάχου". Ιατρική. Τόμος: 61. Τεύχος: 3, 1992.