

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΖΑΜΠΑΡΑ ΜΑΡΙΑ

περιεχόμενα

	σελ
εισαγωγή.....	1
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Νεοπλάσματα.....	2
1.1.1 Γενικά.....	2
1.1.2 Χαρακτηριστικά καλοήθων νεοπλασμάτων.....	3
1.1.3 Χαρακτηριστικά κακοήθων νεοπλασμάτων.....	4
1.2 Ανατομία του στομάχου.....	6
1.2.1 Ανατομική κατασκευή.....	7
1.2.2 Αγγεία του στομάχου.....	8
1.2.3 Λεμφικά αγγεία του στομάχου.....	8
1.2.4 Νευρικό σύστημα του στομάχου.....	10
1.2.5 Στηρίγματα στομάχου.....	10
1.3 Φυσιολογία στομάχου.....	11
1.3.1 Ρόλος του HCL.....	12
1.3.2 Γαστρική έκκριση.....	13
1.3.3 Επίδραση γνωστών φαρμάκων στην γαστρική έκκριση.....	13
1.4 Επιδημιολογία.....	14
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Παθολογική Ανατομία.....	16
2.2 Προκαρκινικές καταστάσεις και αλλοιώσεις.....	17
2.2.1 Χρόνια γαστρίτιδα.....	18
2.2.2 Εντερική μεταπλασία.....	18
2.2.3 Γαστρική ατροφία.....	19
2.2.4 Δυσπλασία.....	19
2.2.5 Γαστρικοί πολύποδες.....	20
2.2.6 Γαστρικά έλκη.....	20
2.3 Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και γαστρικός καρκίνος.....	20
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Σταδιοποίηση.....	23
3.1.1 Σύστημα T.N.M.....	24

3.1.2 Σύστημα P.H.N.S.....	24
3.1.3 Επέκταση και μεταστάσεις.....	32
3.2 Αιτιολογία.....	32
3.2.1 Εντοπίσεις του καρκίνου.....	33
3.3 Κλινική εικόνα.....	34
3.3.1 Συνήθης συμπτωματολογία.....	34
3.4 Διάγνωση.....	35
3.4.1 Εξετάσεις-Κλινική εξέταση.....	36
3.5 Πρόγνωση.....	38
3.6 Διαφορική διάγνωση.....	38
3.7 Θεραπεία.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Προεγχειρητική φροντίδα.....	40
4.1.1 Γενική προεγχειρητική προετοιμασία.....	41
4.1.2 Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.....	41
4.1.3 Τελική προεγχειρητική προετοιμασία.....	44
4.2 Διεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	44
4.3 Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.....	45
4.3.1 Μετεγχειρητικές δυσχέρειες.....	47
4.4 Διατροφή ασθενούς.....	48
4.5 Επιπλοκές.....	49
4.6 Ανάγκες αρρώστου.....	53
4.7 Ειδική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με αθεράπευτο κακόηθες νεόπλασμα.....	55
4.8 Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον καρκινοπαθή.....	59
5.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου.....	60
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιμόρφωση του κοινού.....	62
5.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του καρκινοπαθή.....	63

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	65
6.1.1 Περιστατικό Α.....	66
6.1.2 Περιστατικό Β.....	76
6.2 Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	83
6.3 Επίλογος.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85

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 δυο 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 κακοήγη 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.

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Γενικά

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

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 ωθηκών **για την γυναίκα.**

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 .

Από απόψεως: α) βαθμού κυτταρικής διαφοροποίησης β) της ύπαρξης ή μη κυτταρικής ατυπίας και γ) της ύπαρξης ή μη πυρηνοκινησιών και μιτώσεων, τα νεοπλάσματα

διαιρούνται σε:

Μέσης διαφοροποιήσεως.

3. Χαμηλής διαφοροποιήσεως ή αλλιώς αδιαφοροποίητα.

Χαρακτηριστικά καλοθών νεοπλασμάτων

1. Είναι περιγεγραμμένα, δηλαδή περιβάλλονται τα περισσότερα από αυτά από ινώδη κάψα (από συνδετικό ιστό). Π.χ.: ινοαδενώματα μαστού, ινομυώματα μήτρας, λειομυώματα, 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.

Χαρακτηριστικό κακοθών νεοπλασμάτων

1. Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν περιβάλλονται σε 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 πυροκινησίες και παραγωγή ανωμάτων σειρών χρωματοσωμάτων.

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

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 λεμφαγγειοσάρκωμα.

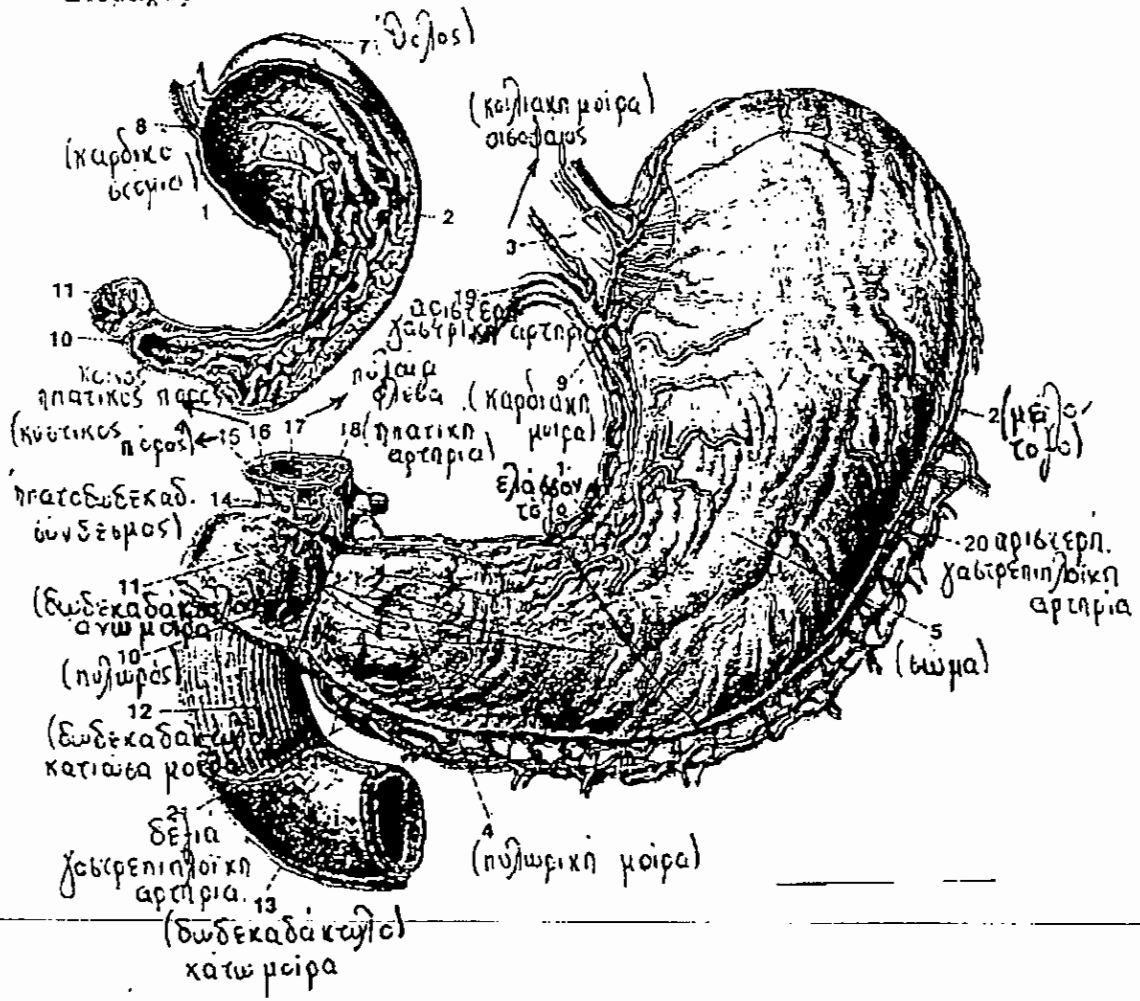
Άρα τα καρκινώματα προέρχονται από ιστούς διαπλασθέντες από το:

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). .

Στόμαχος



ANATOMIA

Το στομάχι είναι το κύριο όργανο του πεπτικού συστήματος. Έχει σχήμα απιδιού και είναι το πιο διευρυμένο μέρος του πεπτικού συστήματος. Βρίσκεται κάτω απ' το διάφραγμα και πιάνει το αριστερό μέρος της άνω κοιλίας.

Ο οισοφάγος που περνάει απ το διάφραγμα, μεταπίπτει απότομα στο στομάχι και καταλήγει δεξιά του καρδιακού στομίου του στομάχου , ήρεμα στο ελάσσων τόξο ή το άνω χείλος του στομάχου , αριστερά δι' οξείας γωνίας , της καρδιακής εντομής , στο μέσο τόξο ή το κάτω χείλος του στομάχου. Τα δυο αυτά χείλη αρχόμενα απ' την καρδιά του στομάχου φέρονται τοξοειδώς μέχρι του άλλου άκρου του στομάχου , του πυλωρού και χωρίζουν σε δυο , τις επιφάνειες του στομάχου, την πρόσθια και την οπίσθια.

Ως όριο του καρδιακού άκρου του στομάχου, χρησιμεύει εξωτερικά η καρδιακή εντομή, εσωτερικά η κυκλοτερώς οδοντωτή γραμμή που παράγεται λόγω της μεταβολής της χροιάς του βλεννογόνου από την ωχρή σε πορτοκαλιωδούς χροιά που προκαλείται λόγω της μετάπτωσης του πλακώδους επιθηλίου του οισοφάγου, στο κυλινδρικό επιθήλιο του στομάχου. Αντίστοιχα προς την καρδιακή εντομή, εσωτερικά παράγεται η καρδιακή βαλβίδα του στομάχου που κλείνει ελαφρά το καρδιακό στόμιο.

Το πυλωρικό άκρο εξωτερικά, περιλαμβάνει την πυλωρική αύλακα, στο εσωτερικό της οποίας αντιστοιχεί η πυλωρική βαλβίδα.

Το μήκος του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες, ανέρχεται με μέτρια πλήρωση σε 25-30 εκ, το δε πλάτος της καρδιακής αυτού μοίρας σε 9-10 ε της δε πυλωρικής σε 3-4 εκ. Η χωρητικότητα αυτού, που ποικίλει επίσης, κυμαίνεται από 500-2.500γρ αναλόγως και των συνηθειών του κάθε ατόμου.

Η μορφή του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες στους ανθρώπους, μεταβάλλεται και στο ίδιο το άτομο, ανάλογα με τις ώρες. Συνήθως μοιάζει με άγκιστρο ή με το γράμμα T.

Η καρδιακή μοίρα υποδιαιρείται στο θώκο(πυθμένα)και στο σώμα του στομάχου μεταξύ των οποίων τελείται η μετάβαση του οισοφάγου στο στομάχι.

Η πυλωρική μοίρα διακρίνεται στο λεπτότοιχο πυλωρικό άνδρο που είναι το χαμηλότερο μέρος του στομάχου και τον παχύτερο πυλωρικό σωλήνα.

Ο θόλος, το σώμα και το πυλωρικό άνδρο αποτελούν σακοειδές μόρφωμα που στενεύει βαθμιαία προς τον πυλωρό.

Το χαμηλότερο μέρος του μείζονος τόξου βρίσκεται στο ίδιο ύψος με το υποπλευρίο επίπεδο, ο δε πυλωρός αντιστοιχεί στην ακανθώδη απόφυση του πρώτου οσφυϊκού σπονδύλου, λίγο δεξιά, της μέσης γραμμής.

Όλα τα πορίσματα που έχουν προκύψει από την έρευνα του ανατομικού παρασκευάσματος γύρω από την μορφή και την θέση του στομάχου, μεταβλήθηκαν ουσιαστικά με την χρησιμοποίηση των ακτινών Χ για τη μελέτη του στομάχου του ζώντος. Πολλοί και διάφοροι παράγοντες επιδρούν σημαντικά στην μορφή, και τη θέση του στομάχου. Έτσι ο τόνος του τοιχώματος του στομάχου, η πίεση από τα διπλανά όργανα, η στάση του κορμού, οι αναπνευστικές κινήσεις, ο τόνος του κοιλιακού τοιχώματος και του διαφράγματος και οι ίδιες οι κινήσεις που κάνει το στομάχι, κάνουν αξιόλογους παράγοντες και έχουν μεγάλη σημασία για τις παραλλαγές της μορφής και της θέσης του στομάχου στον ζώντα οργανισμό.

Ανατομική κατασκευή

Το στομάχι αποτελείται από 4 στρώματα

1. τον βλεννογόνο
2. τον υποβλεννογόνο
3. τον μυϊκό χιτώνα
4. τον ορογόνο

Ο βλεννογόνος γαστροσκοπικώς εξεταζόμενος, εμφανίζεται προς μεν το πυλωρικό πιο παχύς, λεπτότερος δε προς τον πυθμένα.

Ο υποβλεννογόνος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και επιτρέπει στον βλεννογόνο να διολισθαίνει ελεύθερα σε αυτόν, όταν συσπάται ο μυϊκός ιστός του στομάχου.

Ο μυϊκός χιτώνας περιλαμβάνει 3 στρώματα το εσωπλάγιο, το μέσο κυκλοτερές, και το έξω επίμηκες.

Ο ορογόνος χιτώνας. Το στομάχι καλύπτεται εξ' ολοκλήρου από το περιτόναιο το οποίο σχηματίζει τον ορογόνο. Αυτός εφάπτεται απόλυτα στο στομάχι με εξαίρεση τα δυο τόξα όπου αναδιπλώνεται και σχηματίζει επίπλους.

Αγγεία του στομάχου

Το στομάχι δέχεται άφθονη ποσότητα αίματος από κλάδους της κοιλιακής αορτής. Οι κύριοι κλάδοι διευθύνονται κατά μήκος των τόξων(αριστερά γαστρική, σπληνική, ηπατική).

Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, η αριστερή γαστρική αναστομώνεται μετά της πυλωρικής-κλάδου της δωδεκαδακτυλικής-κλάδου της ηπατικής. Έτσι οι δυο αναστομούμενες αρτηρίες δίνουν μικρότερους κλάδους στο πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα του στομάχου.

Κατά μήκος του μείζονος τόξου η δεξιά γαστροεπιπλοική αρτηρία αναστομώνεται με την αριστερή γαστροεπιπλοική-κλάδου της σπληνικής. Μικροί κλάδοι κατά την σπληνική, εξασφαλίζουν την άρδευση, η οποία είναι φτωχότερη από αυτή του πυθμένα, του σώματος και του μείζονος τόξου. Η άρδευσή εξάλλου του στομάχου ελαττώνεται εφόσον προσεγγίζουμε το δωδεκαδάκτυλο ο οποίος έχει ελάχιστα αγγεία, ενώ αυτή βελτιώνεται προς την κατιούσα μοίρα.

Όλες αυτές οι αρτηρίες αφού διαπερνούν τον μυϊκό χιτώνα, σχηματίζουν ένα αρκετά πλούσιο πλέγμα από τον βλεννογόνο. Όταν το στομάχι συσπάται αυξάνουν την αντίσταση και εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος.

Σε διατεταμένο στομάχι οι διάφορες αυτές καμπυλοειδής και σπειροειδής αρτηρίες διαστέλλονται και επιτρέπουν την μεταφορά περισσότερου αρτηριακού αίματος προς τον βλεννογόνο. Στο τέλος της πέψης, όταν το στομάχι συσπάται εκ νέου, οι αρτηρίες συστέλλονται και αυτές εμποδίζοντας έτσι την αφυδάτωση του βλεννογόνου.

Λεμφικά αγγεία του στομάχου

Η γνώση των αγγείων αυτών, ιδίως η πορεία τους, είναι απαραίτητη προκειμένου να αντιληφθεί κάποιος τον μηχανισμό των γαγγλιακών μεταστάσεων του καρκίνου.

Τα τριχοειδή αγγεία κινούμενα από τον βλεννογόνο οδηγούν την λέμφο, μέσα από μεγαλύτερα αγγεία προς τον βλεννογόνο. Από αυτούς μεγαλύτεροι κλάδοι εισέρχονται εντός του μυϊκού συστήματος και του ορογόνου για να σχηματίσουν τα

λεμφικά αγγεία τα οποία ακολουθούν την πορεία των φλεβών. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου ακολουθούν την πορεία της αριστερής γαστρικής φλέβας, κινούμενα μέσα στον αδένα που βρίσκεται κοντά στον αλλίρειο τρίποδα και μέσα στον μείζονα θωρακικό πόρο. Μέσα στον ηπατογαστρικό σύνδεσμο και κατά μήκος του ελάσσονος τόξου υπάρχουν πολλοί μικρού μεγέθους αδένες. Κακοήθεις όγκοι του κατώτερου τμήματος του στομάχου και κοντά στο ελάσσων τόξο, λόγω εμβολής των λεμφικών αγγείων, μεθίστανται ταχύτατα προς τους αδένες αυτούς. Η συχνή επέκταση των κακοηθών όγκων του καρδιακού στομίου προς το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου και αντίστροφα, οφείλεται στις υφιστάμενες αναστομώσεις μεταξύ των λεμφικών αγγείων του καρδιακού στομίου και αυτών του κατώτερου τμήματος του οισοφάγου.

Το άνω μισό του μείζονος τόξου του σώματος του στομάχου και ολόκληρος ο πυθμένας έχουν τα λιγότερα σε αριθμό από οποιοδήποτε άλλο τμήμα του στομάχου, λεμφικά αγγεία.

Η ζώνη αυτή του στομάχου καλείται και σιωπηλή ζώνη γιατί οι μεταστάσεις σε απομακρυσμένους αδένες λαμβάνουν χώρα βραδύτερα. Έτσι συχνότερα αναπτύσσονται στην περιοχή αυτή όγκοι μεγάλοι πριν ή γίνουν αντιληπτοί ή δώσουν μεταστάσεις.

Το κατώτερο τμήμα του μείζονος τόξου του σώματος και του πυλωρικού άνδρου έχουν αρκετά λεμφικά αγγεία που καταλήγουν σε αδένες που βρίσκονται στο άνδρο, μαζί με άλλους ηπατικούς. Ως εκ τούτου σε περίπτωση καρκίνου του πυλωρού και του δωδεκαδάκτυλου δεν αναστομώνονται μεταξύ τους ή υπάρχει μια ασήμαντη αναστομωτική αλυσίδα και έτσι σπανιότατα παρατηρείται η επέκταση ενός καρκίνου του πυλωρού προς το δωδεκαδάκτυλο.

Νευρικό σύστημα του στομάχου

Το στομάχι νευρούται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Το παρασυμπαθητικό διαιρείται στο δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό. Το αριστερό διασχίζει την πρόσθια επιφάνεια του στομάχου, το αριστερό, την οπίσθια. Τα δυο πνευμονογαστρικά είναι τα σπουδαιότερα νεύρα της έκκρισης, αλλά και της κινητικότητας του στομάχου.

Το συμπαθητικό που δρα στο στομάχι σχηματίζεται από τα θωρακωνωτιαία νεύρα. Το συμπαθητικό με την ανασταλτική του ιδιότητα επιδρά στην υπερλειτουργία του παρασυμπαθητικού.

Στο τοίχωμα του στομάχου υπάρχουν δυο νευρικά πλέγματα α, το μυοεντερικό ή πλέγμα AURBACH που ενισχύει την κινητικότητα και εξασφαλίζει την αρμονική λειτουργία των γαστροκινήσεων. Β, το υποβλεννογόνο ή πλέγμα MEISSNER που επιδρά στην γαστροέκκριση.

Στηρίγματα του στομάχου

Το στομάχι στηρίζεται στην θέση του με τα δυο άκρα του της καρδιάς και του πυλωρού

Με τα παρακείμενα όργανα, μέσω της συντονίας του κοιλιακού τοιχώματος και το περιτόναιο.

Σχηματίζονται λοιπόν οι εξής συνδυασμοί

1. ηπατογαστρικού ή ελάσσονος επίπλου
2. μείζονος επίπλου
3. σαστροσπληνικού συνδέσμου

φυσιολογία του στομάχου

Ο ρόλος του στομάχου είναι να δέχεται παντός είδους τροφές τις οποίες να τροποποιεί έτσι ώστε αυτές να γίνονται ανεκτές από το λεπτό έντερο, χωρίς να το ερεθίζουν και επιπλέον να τις παρασκευάζει για την τελική πέψη και απορρόφηση. Οι τροφές με την εισαγωγή τους στο στομάχι αποκτούν την θερμοκρασία του σώματος και μερικές απ αυτές πέπτονται μερικώς. Το στομάχι χαρις στις κινήσεις του αναμιγνύει τις τροφές μεταξύ τους και με το γαστρικό υγρό, τις πολτοποιεί μέχρι να πάρουν ομοιογενή και ημίρευστη σύσταση. Ο χυμός αυτός στον πυλωρό εισέρχεται εντός του δωδεκαδάκτυλου. Έτσι προπαρασκευάζονται οι τροφές για την πέψη τους στο έντερο.

Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται από πολλούς αδένες, ο αριθμός των οποίων υπερβαίνει τα 35.000.000. το στομάχι υποδιαιρείται σε δυο μείζονες περιοχές που κάθε μια τους περιλαμβάνει ειδικό τύπο αδένων. Τα 2/3 του στομάχου (κοντά στον οισοφάγο), περιλαμβάνουν τους κυρίους γαστρικούς αδένες, των οποίων ο ρόλος είναι να παράγουν τα πεπτικά στοιχεία του γαστρικού υγρού, ενώ το ανώτερο 1/3 περιλαμβάνει τους πυλωρικούς αδένες, με κύρια λειτουργία την παραγωγή βλέννης.

Επιπλέον υπάρχουν δυο ελάσσονες ζώνες. Η πρώτη ή άνω λέγεται καρδιακή, αποτελείται από βλενώδεις αδένες και περιβάλλεται στο οισοφαγικό στόμιο. Η δεύτερη ή ενδιάμεση ζώνη αποτελείται από μεικτούς αδένες μεταξύ των γαστρικών και των πυλωρικών.

Όλοι οι προαναφερθέντες γαστρικοί αδένες αποτελούνται από 4 βασικούς τύπους κυττάρων.

1. επιπολής επιθηλιακά κύτταρα
2. θεμέλια κύτταρα του αυχένα
3. τοιχωματικά κύτταρα
4. θεμέλια κύτταρα του σώματος

Τα επιπολής επιθηλιακά κύτταρα βρίσκονται σε όλες τις μίρες του στομάχου, του οποίου καλύπτουν ολόκληρη την επιφάνεια. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν βλέννα.

Τα θεμέλια κύτταρα του αυχένα βρίσκονται επίσης σε όλες τις μοίρες του στομάχου. Τα κύτταρα αυτά εκκρίνουν μια βλέννα περισσότερο διαλυτή παρά γλοιώδης.

Τα τοιχωματικά και τα θεμέλια κύτταρα του σώματος βρίσκονται μόνο στον πυθμένα και το σώμα του στομάχου. Τα μεν πρώτα εκκρίνουν το HCL τα δε δεύτερα την πεψίνη.

Το γαστρικό υγρό είναι το μείγμα των διαφόρων εκκρίσεων των κυττάρων, των αδένων του στομάχου δηλαδή της πεψίνης, βλέννης και της υδαρούς διάλυσης του οξέος. Περιέχει επίσης την πτυιά και την γαστρική λιπάση. Ο κύριος ρόλος του γαστρικού υγρού είναι να διασπά τις πρωτεΐνες σε μικρότερες ομάδες αμινοξέων με την επίδραση του HCL και της πεψίνης. Το HCL έχει ως κύρια πηγή τα NACL του αίματος.

Ρόλος του HCL

Ο ρόλος αυτός είναι σημαντικός, αντισηπτικός και βακτηριοκτόνος . σκοτώνει τον σταφυλόκοκκο, το κολοβακτηρίδιο. Έτσι σε άτομα με φυσιολογική έκκριση HCL, το περιεχόμενο του δωδεκαδάκτυλου είναι στείρο μικροβίων.

Η πεψίνη βρίσκεται στους αδένες υπό την μορφή πεψινογόνου, όπου μεταβάλλεται δε σε πεψίνη, με την επίδραση του HCL. Πρόκειται περί κατάστασης κατιόντων και τις διασπά σε διαλυτές πολυπεπτίδες. Η πτυιά είναι το ένζυμο με το οποίο πήζει το γάλα. Πολλοί όμως αμφισβητούν το ρόλο του.

Η γαστρική λιπάση είναι ασθενές λιπαντικό ένζυμο με πρακτική αξία μηδαμινή. Η βλεννίνη βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στο γαστρικό υγρό. Έχει σαν κυριότερο σκοπό την προστασία στο γαστρικό υγρό του στομάχου από τραυματισμούς και αναστέλλει την πεπτική επίδραση.

Η ποσότητα του γαστρικού υγρού είναι 60.000/γεύμα και 150.000/25B. περιέχει επίσης και NACL, KACL, φωσφορικό CA, άλατα μαγνησίου και ποσότητα πολυμορφοπύρηνων.

Το στομάχι επίσης έχει άμεση σχέση με το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η αχλωρυδρία και η αχυλία και σχεδόν πάντα η ατροφία του βλεννογόνου συνοδεύουν την κακοήθη αναιμία τύπου BLENEZ.

Γαστρική έκκριση

Η γαστρική έκκριση διακρίνεται σε ψυχική(κεφαλική), και χημική(στομαχική φάση). Η ψυχική φάση προκαλείται με την θέα, οσμή ή γεύση φαγητών. Το ερέθισμα μεταφέρεται στο στομάχι μέσω των πνευμονογαστρικών νεύρων.

Η χημική φάση προκαλείται με την επίδραση της τροφής πάνω στο στομαχικό βλεννογόνο, με αποτέλεσμα την παραγωγή γαστρίνης, η οποία μεταφέρεται στα ανάλογα κύτταρα του στομάχου που τα διεγείρει για την παραγωγή γαστρικού υγρού για την πέψη.

Επίδραση γνωστών φαρμάκων στην γαστρική έκκριση

Τα αλκάλια. Θεωρούνται ανασταλτικά της γαστρικής έκκρισης, με επικεφαλής το διπτανθρακικό νάτριο. Η αξία των αλκαλικών στις στομαχικές διαταραχές έγκειται στην ικανότητα τους να εξουδετερώνουν την οξύτητα του περιεχομένου του στομάχου.

Το οινόπνεύμα. Προκαλεί άφθονη έκκριση γαστρικού υγρού, που περιέχει πολύ HCL και βλεννίνη. Η ιδιότητα αυτή οφείλεται στην ισταμίνη που προκαλείται από τον ερεθισμό των πυλωρικών αδένων.

Τα οξέα. Ελαττώνουν την γαστρική έκκριση που αναστέλλεται τελείως με την εισαγωγή στο στομάχι, διαλύματος HGH 1%.

Τα καρυκεύματα. Τα διάφορα καρυκεύματα πολύ λίγο επηρεάζουν την γαστρική έκκριση. Με την ανάμειξη τους όμως με τις τροφές, δρουν αμέσως και θέτουν σε ενέργεια την ψυχική φάση της γαστρικής έκκρισης.

Ισταμίνη. Προκαλεί μεγάλη γαστρική έκκριση, χρησιμοποιείται δε στην μελέτη του γαστρικού υγρού από άποψης HCL.

Τα ηπατικά εκχυλίσματα. χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κακοήθους αναιμίας είναι ισχυρά μέσα ερεθισμού της γαστρικής έκκρισης .

Πινοπουλίνη. Ερεθίζει τα πνευμονογαστρικά και προκαλεί άφθονη γαστρική έκκριση. Επίσης η ακετυλοχολίνη και η πιλοκαρπίνη αυξάνουν την έκκριση ενώ η ατροπίνη την αναστέλλει.

Το κάπνισμα για άλλους ελαττώνει, για άλλους δεν επηρεάζει και για άλλους προκαλεί αύξηση της γαστρικής έκκρισης.

Η μορφίνη μετά από μια μικρή περίοδο που αναστέλλει την έκκριση, στην συνέχεια ερεθίζει και προκαλεί υπερέκκριση.

Κινήσεις του στομάχου

Οι κινήσεις του στομάχου είναι περισταλτικές, κατά κύματα. Το κύμα εφόσον 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(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 τείνει να πάρει το φυσιολογικό του σχήμα. Ο γαστρικός κύκλος διαρκεί 20'.

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 επιπτώσεως του και η ίδια τάση εμφανίζεται στην Ελλάδα, 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 Lauren πρότεινε τη διαφοροποίηση του καρκίνου του στομάχου σε διάχυτο και 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 αμίαντο κ.α. .

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, επάγγελμα δείκτες, ανά 100.000 πληθυσμό, των νοσηλευθέντων για καρκίνο στομάχου καθώς και οι αντίστοιχοι δείκτες θνησιμότητας. Η θνησιμότητα από καρκίνο 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 την 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.

I. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑ ΤΟΜΙΑ

Αναλόγως της κλινικής πορείας και της προγνώσεως, μορφολογικώς έχουν γίνει αποδεκτοί 4 τύποι γαστρικού καρκίνου: ο πολυποειδής τύπος (11 %), ο ελκώδης (4,8%), 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 Konzetny περιέγραψε 5 τύπους αυτού του καρκίνου. Οι Golden και Stont διέκριναν 2 τύπους, τον ελκώδη και το μη ελκώδη.

Πολυποειδής καρκίνος

Κατά Βομπανν ο τύπος αυτός αποτελεί το 6% όλων των γαστρικών καρκίνων, ενώ κατά Κυρι 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, λινίτιδας.

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

1. Εντερικός
2. Γαστρικός (πυλωροκαρδιακός)

3. 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 επιπολής 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 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 παρ. 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 προβάλλονται 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 ωοθήκη 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.

Προκαρκινικές καταστάσεις και αλλοιώσεις

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 ότι 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.

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

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 μονοπύρηνια φλεγμονώδη κύτταρα δεν υποχωρεί ακόμα και μετά την εκρίζωση του HP .

Εντερική μεταπλασία

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

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

τύπου II: ή ατελής ή τύπου παχέος εντέρου.

Τύπου 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 και του γαστρικού καρκινώματος.

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.

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.

Γαστρικοί πολύποδες

Για τους πολύποδες του στομάχου αναφέρεται ποσοστό 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%.

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.

Ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και γαστρικός καρκίνος

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 συνήθους αιτία θανάτου από καρκίνο παγκοσμίως. Η νόσος έχει δυσοίωνη πρόγνωση -λιγότερο από το 1 0% 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 μία 1 0% 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 ακατάλληλός μη νεοπλασματικός βλεννογόνας, 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.

Τα τελευταία τρία χρόνια έχουν δημοσιευθεί 4 μεγάλες πολυκεντρικές, διεθνικές μελέτες για τη δράση της αμεπραζόλης 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 *H.P* 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 *H.P*. Στο Σύνδρομο Zollinger -Ellison οι PPIs έχουν βελτιώσει δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

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.

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).

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

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 δηλούν 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

. 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-?.? 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 περιαορτικών, οπισθοπαγκρεατικών, ηπατο12δακτυλικών και μεσεντερίων λεμφαδένων. Η AJC, επίσης πρότεινε και την παράμετρο R, όπως ήδη έχει αναφερθεί για να χαρακτηρίσει τον υπολειπόμενο όγκο μετά την εκτομή. Έτσι, σαν R0 χαρακτηρίζει την μη παραμονή όγκου, R 1 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 Miwa 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 1981.

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 μακροκρυσμένες μεταστάσεις και κωδικοποιούνται πλέον σαν ταυτόσημες της παραμέτρου (M). Άρα, η παράμετρος N περιλαμβάνει μόνο τις φάσεις N0, N1 και N2.

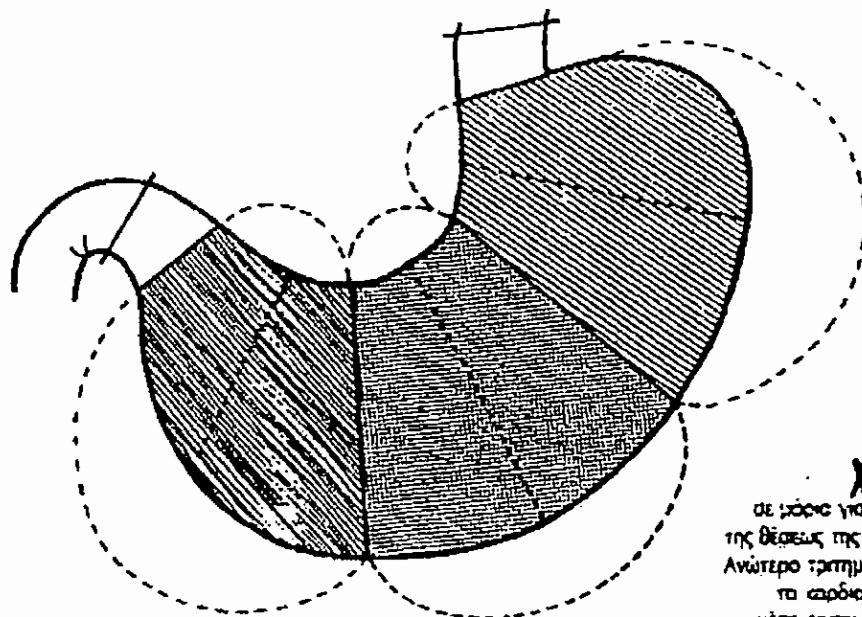
Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι, σήμερα, οι κυριότερες από τις διατιθέμενες προεγχειρητικές μεθόδους σταδιοποίησης είναι η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία και η αξονική τομογραφία. Από τις μεθόδους αυτές, η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία υπερτερεί στην κατάδειξη απομακρυσμένων μεταστάσεων .Οι δύο μέθοδοι

αλληλοσυμπληρώνονται. Στη διεγχειρητική σταδιοποίηση, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η υποκειμενική εκτίμηση του χειρουργού για το βάθος της διηθήσεως. Σχετικά με τη διήθηση των λεμφαδένων, παρατηρείται σημαντικό ποσοστό λάθους. Τέλος,

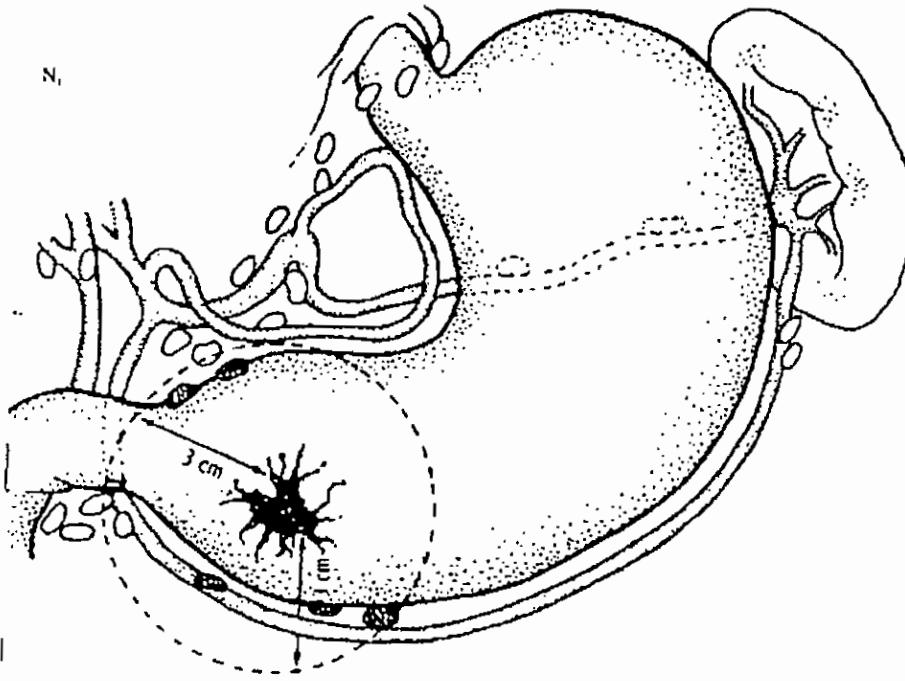
η μετεγχειρητική σταδιοποίηση σφραγίζει το ακριβές του σταδίου. Ο παθολογοανατόμος, για τη σταδιοποίηση σύμφωνα με το σύστημα TNM, λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες T_a (βάθος διηθήσεως του τοιχώματος από τον όγκο), N (λεμφαδενική προσβολή) και M (απομακρυσμένες μεταστάσεις). Η σταδιοποίηση προεγχειρητικώς 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

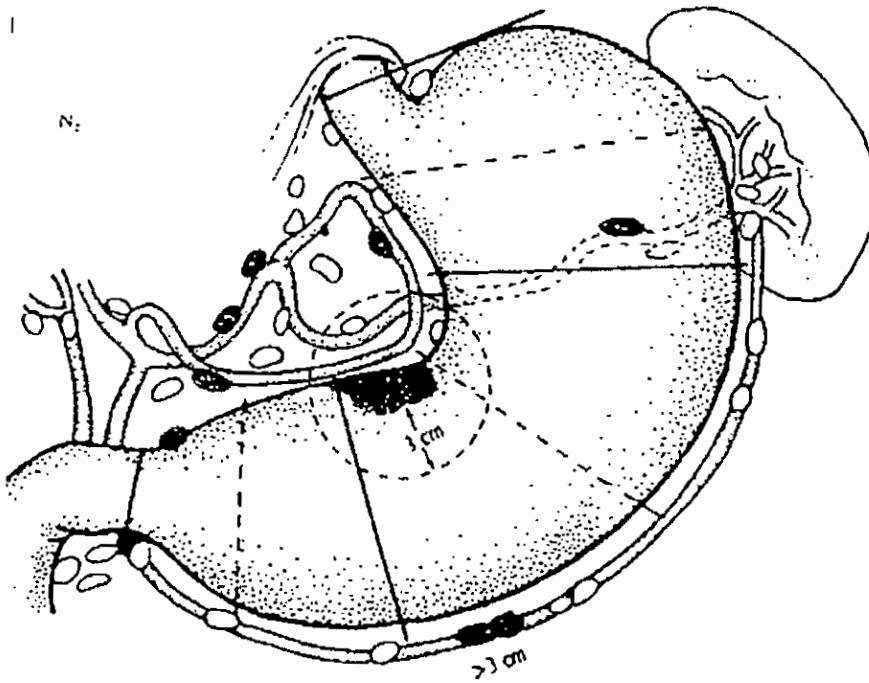
, διεγχειρητική υπερηχοτομογραφία, φασματομετρία μαγνητικού συντονισμού, κ. τ.λ. Όλες οι μέθοδοι βρίσκονται σε ερευνητικό στάδιο και ο ακριβής ρόλος τους αναμένεται αν διευκρινισθεί τα αμέσως προσεχή χρόνια.



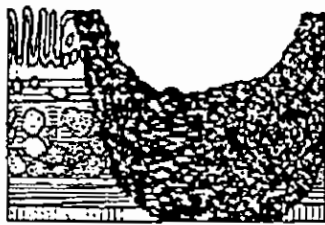
Χωρισμός του στομάχου σε μέρη για τον ακριβή καθορισμό της θέσεως της πρωτοπαθούς βλάβης. Ανώτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει το καρδιακό στόμο και το θόλο. Μέσο τριτημόριο που περιλαμβάνει το κυρίως σώμα και κατώτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει τον πυλωρό και το άντρο.



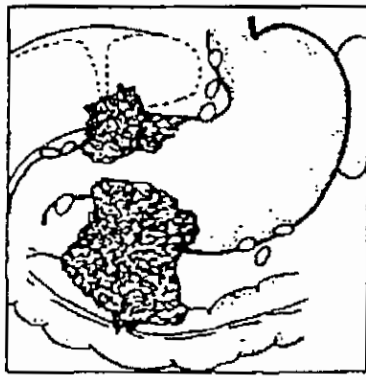
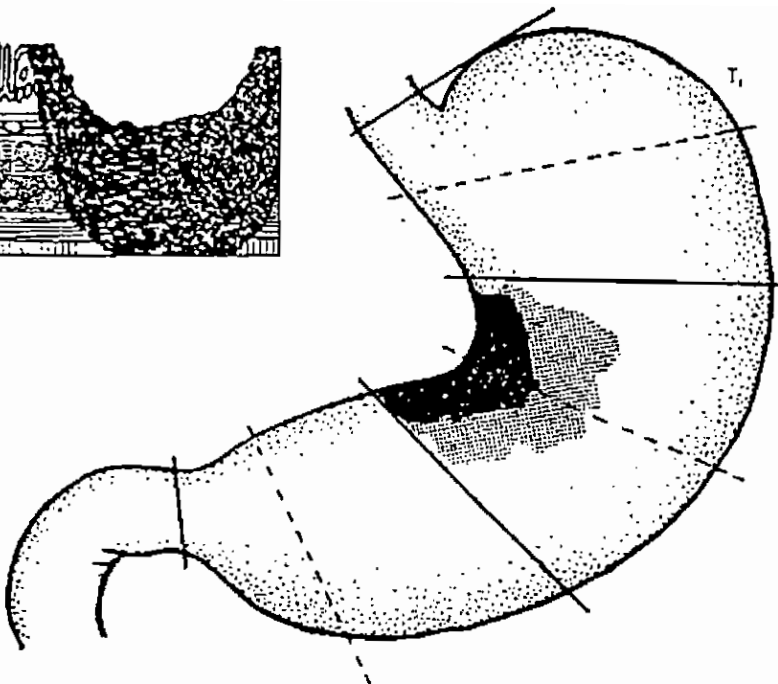
Μετάσταση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μικρότερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο.



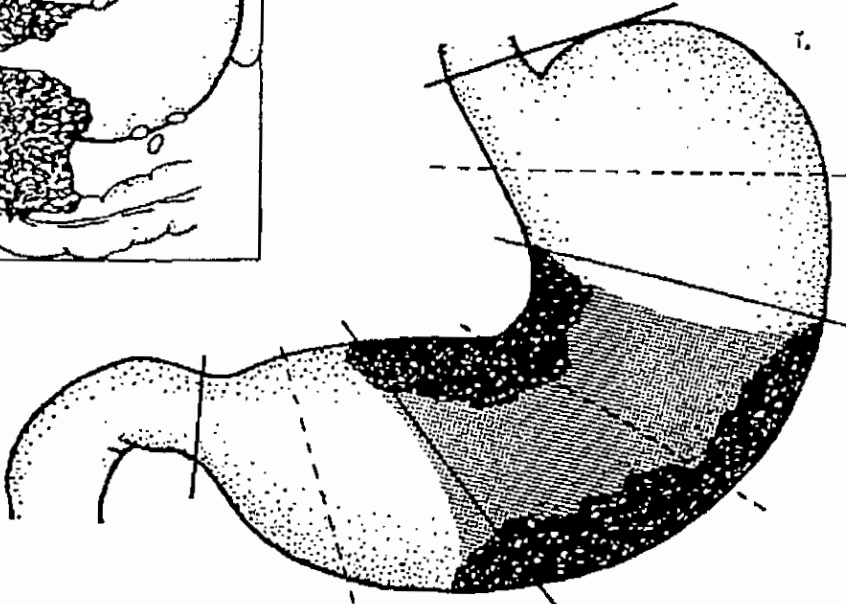
Μετάσταση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μεγαλύτερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο.



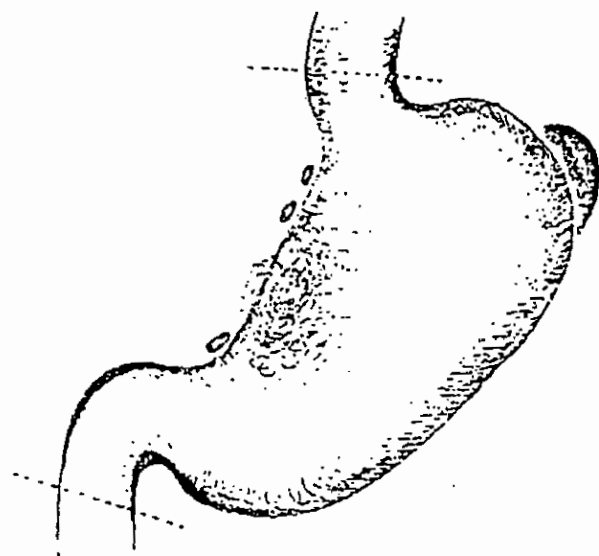
ρΓ.



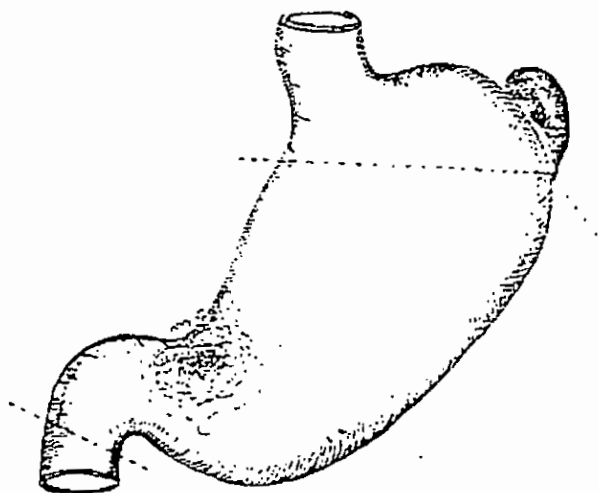
Γ.



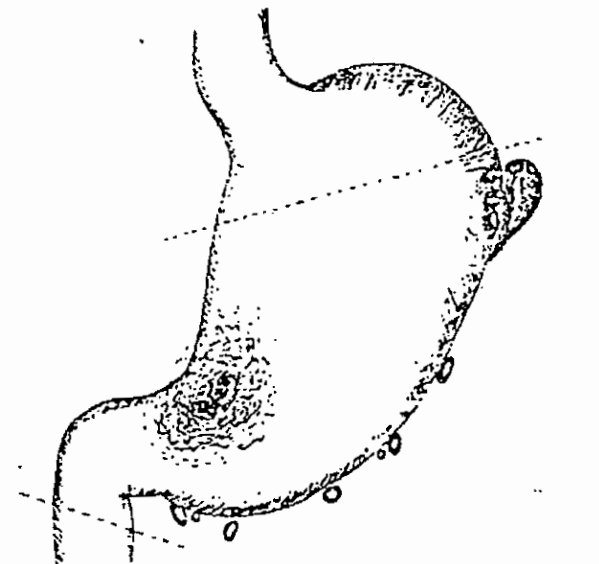
. Όγκος —: διαπερνά τον οραγόνα, χωρίς διήθηση των γειτονικών κ—ών.



Όλικη γαστρεκτομή



Τυπική εύρεια βολική γαστρεκτομή



Εκτεταμένη βολική γαστρεκτομή μετά σκλήνξεως

επέκταση και μεταστάσεις

Η επέκταση των καρκινωμάτων του στομάχου γίνεται διαμέσου ανάπτυξης και διήθησης, μέσω των λεμφαγγείων, μέσω της περιτοναϊκής κοιλότητας και αιματογενώς. Ενδοτοιχωματική επέκταση, η οποία λαμβάνει χώρα ταχέως, καταλαμβάνει μεγάλο τμήμα του στομάχου, ή επεκτείνεται πέρα των ορατών και ψηλαφητών ορίων του νεοπλάσματος, σημαίνει μικρή πιθανότητα επιβίωσης.

Απεναντίας η σαφής περιγραφή των ορίων του νεοπλάσματος είναι σημαντική ένδειξη καλής πρόγνωσης. Άμεση επέκταση είναι δυνατόν να συμβεί ενδοτοιχωματικώς προς τον οισοφάγο, την πρώτη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου, τον υπατογαστρικό και γαστροκοιλιακό σύνδεσμο και γειτονικές περιοχές του παγκρέατος του σπλήνα, του εγκάρσιου κόλου, του ήπατος και του διαφράγματος. Επίσης είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ενδοπεριτοναϊκή διασπορά ή ωοθητικές μεταστάσεις.

Η μετάσταση προς τους επιχώριους περιγαστρικούς λεμφαδένες επηρεάζει την πρόγνωση των εξαιρέσιμων νεοπλασμάτων. Μεταστάσεις από νεοπλάσματα της περιφερειακής μοίρας του στομάχου ανευρίσκονται στους κάτω γαστρικούς, τους υποπυλωρικούς και τους άνω γαστρικούς λεμφαδένες. Αυτές τις κεντρικές μοίρες προσλαμβάνουν συχνά την ομάδα παγκρεατοσπληνικών λεμφαδένων. Οι αιματογενείς μεταστάσεις των καρκινωμάτων στομάχου παρατηρούνται συνήθως στο ήπαρ, τους πνεύμονες και τα οστά.

Αιτιολογία

Από αιτιολογικής πλευράς στον καρκίνο του στομάχου ισχύουν όλα τα περί αιτιολογίας νεοπλασμάτων γενικά, όπως γενετικοί παράγοντες (κληρονομική προδιάθεση), ιογενείς παράγοντες, χημικοί παράγοντες (διάφορα φάρμακα, τσιγάρο, καυσαέριο), φυσικοί παράγοντες (ακτινοβολία, υπεριώδεις χ και ραδιενέργεια). Ο μόνος γνωστός και βέβαιος αιτιολογικός παράγοντας είναι το γαστρικό έλκος το οποίο υφίσταται καρκινωματώδη εξαλλαγή.

Άλλος παράγοντας που έχει ενοχοποιηθεί είναι η τροφή. Ο καρκίνος μπορεί να προκληθεί εύκολα σε μερικά ζώα με τη χορήγηση N-μεθυλ-N-νιτριζογοναδίνης από το στόμα.

Έχει εμφανιστεί η γνώμη ότι ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να σχηματισθεί με το σχηματισμό N-νιτροζοενώσεων από την μετατροπή των νιτρικών ενώσεων των τροφών σε νιτρώδεις οι οποίες στη συνέχεια αλληλεπιδρούν στο στομάχι με δευτερογενείς ή τριτογενείς αμίνες. Το ενδιαφέρον είναι ότι αυτή η αντίδραση αναστέλλεται με ασκορβικό οξύ.

Επίσης άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η ατροφική και υπερτροφική γαστρίτις, η κακοήθης αναιμία, η οποία συνοδεύεται από αχυλία και οι καλοήθεις όγκοι(πολύποδες, αδενώματα, νευριτώματα) οι οποίοι υφίστανται σε μεγάλο ποσοστό κακοήθης εξαλλαγής.

Το 17% όμως περίπου των καρκινωμάτων του στομάχου προέρχονται από προϋπάρχοντα έλκη.

Εντοπίσεις του καρκίνου του στομάχου

1. καρκίνος του καρδιακού στομίου. Εμφανίζει δυσφαγία και διαπιστώνεται με ακτινολογική εξέταση
2. πρωτοπαθής καρκίνος στομάχου ή καρκίνος που οφείλεται σε κακοήθη εξαλλαγή έλκους
3. καρκίνος μείζονος τόξου, με πεπτικές διαταραχές, μικρή απώλεια αίματος
4. καρκίνος πυλωρού στον οποίο παρατηρούνται εμετοί και στένωση

Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα με ακτινολογική εξέταση.

Κλινική εικόνα

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 είναι συχνά ανεγχείρητος.

Συνήθης συμπτωματολογία

♦ Πόνος. Ο πόνος είναι ελαφρύς, βαθύς, εμφανιζόμενος κατά κανόνα μετά από τη λήψη τροφής, υπό μορφή επιγαστρικού βάρους, άτυπος χωρίς ωράριο, ακτινοβολεί στη ράχη.

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

♦ Καχεξία, απώλεια βάρους. εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

♦ 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.

♦ Αιμορραγία. Εμφανίζεται είτε σαν χρόνια απώλεια αίματος δια των κοπράνων(μικροσκοπικά), είτε υπό την μορφή γαστρορραγίας (αιματέμεση ή μέλαινα), επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς, λόγω της βαρύτητας επί διάβρωσης ικανού αγγειακού κλάδου.

♦ Εμετοί. εμφανίζονται κατά την αρχή, τάση ή εμετοί αντανακλαστικώς λόγω ερεθισμού. Παρουσιάζονται εμετοί αποφρακτικού τύπου. Χαρακτηριστικοί είναι οι καφεοειδείς εμετοί(προσμίξεις αίματος υπό μορφή μικρότατου θρόμβου).

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

◆ Δυσπεπτικές διαταραχές. Είναι συνοδευόμενες από διάρροια ή δυσκοιλιότητα που οφείλονται στην αχυλία που υπάρχει.

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

◆ Πυρετός. Μπορεί και να παρουσιαστεί πυρετός μέχρι 39. συχνότερο εύρημα είναι ο πυρετός σε μεταστάσεις στο ήπαρ και το περιτόναιο. Ο πυρετός μπορεί να εμφανιστεί πολύ γρήγορα χωρίς την εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων.

Διάγνωση.

Η διάγνωση γίνεται με τη βοήθεια:

- Πλήρους κλινικής εξέτασης
- Κυτταρολογική εξέταση
- Ενδοσκόπηση
- Βιοψία
- Ακτινογραφίας ή ακτινοσκόπησης
- Αξονικής τομογραφίας
- Σπινθηρογράφημα

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

1. η έλλειψη HCL και γαστρικού υγρού
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

Εξετάσεις στομάχου

Κλινική εξέταση ασθενούς

Η εξέταση δια επισκόπησης, ψηλάφησης, επίκρουσης και ακρόασης μπορεί πολλές φορές να προσφέρει υπηρεσίες για την διάγνωση των παθήσεων του στομάχου.

Με την ψηλάφηση είναι δυνατόν να αντιληφθούμε τον όγκο, πρέπει πρώτα να γίνει η κένωση του στομάχου γιατί ο μετεωρισμός εμποδίζει την ψηλάφηση. Επικουρικώς θα έχουμε άμβλυση της τυμπανικότητας κατά το επιγάστριο. Αν υπάρχει υγρό ο ασθενής εξετάζεται σε τετραποειδή θέση, στον ειδικό θάλαμο των ενδοσκοπήσεων.

Εργαστηριακά δεδομένα

Εμφανίζεται υπόχρωμη αναιμία και ανευρίσκεται μικροσκοπικά αιμοσφαιρίνη και κόπρانا λόγω χρόνιας απώλειας αίματος και έντονη αχλωριδρία και αχυλία.

Ακτινολογική μελέτη

Μετά από την λήψη του βαριούχου πολτού, το στομάχι εμφανίζει χαρακτηριστικές ακτινολογικές εικόνες ανάλογα με της μορφής του καρκίνου και του σταδίου που βρίσκεται:

- 1.η διηθητική μορφή εμφανίζει χαρακτηριστική ακαμψία του γαστρικού τοιχώματος.
- 2.η ελκώδης μορφή εκδηλώνεται με φωλιά.
- 3.η υπερπλαστική μορφή με την ελλειπτική εικόνα.
- 4.η δε κακοήθης πλαστική παρουσιάζει ελάττωση του μεγέθους του στομάχου και πάχυνση των τοιχωμάτων του.
- 5.έλλειμμα πλήρωσης (επί ανθοκραμβοειδούς όγκου)
- 6.εικόνα πυλωρικής στένωσης
- 7.εικόνα στένωσης του κατώτερου τριτημορίου του οισοφάγου λόγω ύπαρξης όγκου του θόλου του στομάχου ο οποίος διηθεί υποβλεννογόνια τον οισοφάγο.

Γαστροσκόπηση

Είναι ενδοσκοπική μέθοδος, εφαρμόζεται για διαγνωστικούς σκοπούς. Επιτρέπει την έρευνα του εσωτερικού του στομαχιού. Χρησιμοποιείται το εύκαμπτο γαστροσκόπιο των WOLF-SCHINDLER το οποίο επιτρέπει έρευνα, φωτογράφιση, κινηματογράφιση του εσωτερικού του στομάχου καθώς και βιοψία.

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 την διάγνωση του καρκίνου του 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 7 ημέρες και λήψη δείγματος αίματος.

β) ραδιενεργό χρώμιο CR^{61} που προσδιορίζει απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Η χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων για διάγνωση είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτης δόση. Ο ασθενής ο οποίος έχει λάβει αυτή τη δόση δεν χρήζει προφύλαξης έναντι της ακτινοβολίας, ούτε ειδική συλλογή απεκκριμάτων. Η συλλογή αυτόν θα γίνεται εάν χρειαστεί να σταλούν προς μέτρηση στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.

Κατά την συλλογή αυτών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής βασικά:

1. Επιβάλλεται η ακριβής συλλογή των ούρων
2. κάθε ασθενής πρέπει να χρησιμοποιεί ατομικό ουροδοχείο
3. τα κόπρανα να συλλέγονται εντός ειδικών δοχείων
4. ο χειρισμός των απεκκριμάτων

σπινθηρογράφημα

το σπινθηρογράφημα με $TEONETIMM 99$ μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης γαστρικού βλεννογόνου.

Χημική εξέταση γαστρικού υγρού

Γίνεται καθετηριασμός του στομάχου με $LEVINE$ και εξετάζεται η ύπαρξη ή μη ελεύθερου οξέος. Στην συνέχεια αφού γίνει υποδόριως $0,5$ NC 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 αντικαθιστάται από γαλακτικό οξύ, προερχόμενα από την μικροβιακή ζύμωση των υδατανθράκων.

Κυτταρική εξέταση γαστρικού υγρού

Η κυτταρική εξέταση του γαστρικού υγρού και η κατάταξη των ανευρισκομένων κυττάρων σύμφωνα με την μέθοδο "Παπανικολάου" παρουσιάζει μειωμένες πιθανότητες ορθής διάγνωσης ca στομάχου. Κι αυτό γιατί αφ' ενός μεν τα περισσότερα των κυττάρων των ιζημάτων του γαστρεντερικού υγρού δεν προέρχονται εκ του βλεννογόνου του στομάχου, αλλά απ' τις ανώτερες πεπτικές και αναπνευστικές οδούς, αφ' ετέρου 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 του στομάχου και κανένα ακτινολογικό εύρημα πρέπει να του συσταθεί χειρουργική επέμβαση.

Πρόγνωση

Η πρόγνωση γενικά είναι δυσμενής γιατί οι περισσότεροι άρρωστοι όταν προσέρχονται στον γιατρό, είναι ήδη αργά ώστε η πάθηση να είναι ανεγχείρητη. Σε αυτό συντελούν τα ασαφή και ύπουλά συμπτώματα των αρχικών σταδίων της νόσου αυτής.

Διαφορική διάγνωση

Τον καρκίνο του στομάχου οφείλει να σκέπτεται και να αναζητεί ο γιατρός σε πυρετό αγνώστου αιτιολογίας υπό τύπο του μικρού πυρετού μέχρι 38 ή του

ακανόνιστου ο οποίος συνοδεύεται από επίμονη ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων, αναιμία, αίσθημα ταχείας πλήρωσης του στομάχου μετά τη λήψη τροφής και κοιλιακών ενοχλημάτων ποικιλλόντων από του επώδυνου βάρους ή

των νυγμωδών αλγών στο επιγάστριο μέχρι και πεπτικό άλγος που αντανακλά στη ράχη.

Όταν βεβαίως τα παραπάνω συνοδεύονται και από συμπτώματα και εκδηλώσεις των γνωστών μεταστάσεων (στον κατώτερο οισοφάγο, επίπλουν, παχύ έντερο, πάγκρεας, πνεύμονας, ήπαρ, οστά), οι οποίες επιτελούνται δια της λεμφικής ή της αιματικής οδού ή

, δεν υφίσταται πλέον διαγνωστικά προβλήματα.

Η αντικειμενική εξέταση κατά τα αρχικά στάδια είναι τελείως αρνητική, στις προχωρημένες όμως περιπτώσεις τα αντικειμενικά ευρήματα ποικίλλουν αναλόγως των τοπικών επεκτάσεων ή απομακρυσμένων του όγκου.

Αλλά και το εργαστήριο, περιορισμένη σχετικά βοήθεια προσφέρει. Η αναζήτηση και ανεύρεση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα(μετά από κατάλληλη προετοιμασία), αποτελεί επουσιώδες έμμεσο διαγνωστικό κριτήριο, η δε αναιμία, όταν υπάρχει, είναι γνωστή χρόνια μεθαιμορραγική αναιμία.

Αξιολογη βοήθεια έχει η κατά Παπανικολάου εξέταση του γαστρικού περιεχομένου, ιδιαίτερα μετά την πλήση στομάχου υπό κατάλληλες συνθήκες.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι δεν έχει ιδιαίτερη σημασία διαγνωστική, η οξύτητα του γαστρικού υγρού.

Ο ακτινολογικός και γαστροσκοπικός έλεγχος του στομάχου, ιδιαίτερα η βιοψία και η ιστοπαθολογική εξέταση των υπόπτων περιοχών του βλεννογόνου του στομάχου, θεμελιώνουν σήμερα την διάγνωση. Δυστυχώς όμως οι δυο αυτές αξιολογες παρακλινικές εξετάσεις με την εκδήλωση των πρώτων, τελείως ακαθόριστων ενοχλημάτων δεν επαρκούν διότι είναι δύσκολη η αξιολόγηση τους από πλευράς διαγνωστικής κατά το αρχικό στάδιο.

Θεραπεία

Η μοναδική θεραπεία του καρκίνου του στομάχου είναι η ριζική εξαίρεση αυτού, με την προϋπόθεση ότι έγινε έγκαιρα η διάγνωση πριν δώσει μεταστάσεις. Όσο νωρίτερα διαγνωστεί η πάθηση, το αποτελέσματα αποβαίνουν σωστικά για τον πάσχοντα.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος χαρακτηρίζεται σαν μη εγχειρήσιμος, η θεραπεία περιορίζεται σε συμπτωματική. Έτσι δίνουμε διεγερτικά της όρεξης, αναλγητικά και αντιεμετικά. χορηγείται επίσης και κατάλληλη εύπεπτη τροφή.

Συνήθως σε αυτές τις περιπτώσεις κάνει μεταστάσεις σε γειτονικά όργανα όπως το ήπαρ.

Επίσης γίνεται εδώ προσπάθεια για την τόνωση του ηθικού και ενίσχυση της αισιοδοξίας.

Επιπλοκές χημειοθεραπείας

Στην αρχή της θεραπείας, η διάρροια, η ναυτία και οι εμετοί είναι συχνοί. Υποχωρούν με αντιεμετικά. Παρατηρούνται επίσης, απώλεια αίματος διαφόρων εντοπίσεων κυρίως από το πεπτικό σύστημα, αλωπεκία και δερματίτιδες που παρατηρούνται συχνότερα.

Έχουν αναφερθεί σε μεμονωμένες περιπτώσεις, προκάρδια άλγη και παροδικές αλλοιώσεις του ΗΚΓ. Η λευκοπενία και η θρομβοκυτταροπενία παρατηρούνται συχνά κατά την έναρξη της θεραπείας. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί πρωτεϊνουρία και υπερευαισθησία κατά το τέλος της θεραπείας.

Προεγχειρητική φροντίδα

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

Ψυχολογική προετοιμασία

Η στάση του αρρώστου απέναντι στην χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα τη μετεγχειρητική πορεία.

Η χειρουργική επέμβαση, το άγνωστο, η αναισθησία, η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον και τα οικογενειακά προβλήματα μπορούν να προκαλέσουν φόβο και αγωνία.

Ο νοσηλευτής με την λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή για να απαλλαγθεί απ' τα αισθήματα που νιώθει.

Οι λογικές εξηγήσεις και πληροφορίες πριν από μια εξέταση ή θεραπεία ελαττώνουν το αίσθημα του φόβου,

Η προθυμία του νοσηλευτή ν' ακούσει τον άρρωστο όταν νιώθει την ανάγκη να μιλήσει σε κάποιον τον βοηθά πολύ.

Πολλοί άρρωστοι εξωτερικεύουν τα αισθήματά τους με μεγαλύτερη ευκολία στο νοσηλευτή απ' ότι στους συγγενείς του.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή χωρίζεται σε: (Γενική, Τοπική, Τελική)

Γενική προεγχειρητική προετοιμασία

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 στην θέση του.

2. Τόνωση σωματική

Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και πτωχά σε λίπη.

Συνήθως εφαρμόζεται σε άτομα εξασθετισμένα 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 δυνατό 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 χορηγείται αίμα. Άλλο

σύμπτωμα που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής είναι η ναυτία και ο εμετός που ο νοσηλευτής τον ανακουφίζει με την χορήγηση αντιεμετικών.

Την προηγούμενη της εγχείρησης ο άρρωστος τρέφεται ελαφρά και 6 ώρες πριν δεν παίρνει τίποτα απ' το στόμα.

3.ιατρικές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνονται και οι εξετάσεις του ασθενή.

- ⊗ Εξέταση χειρουργού για εκτίμηση και ενθάρρυνση της κατάστασης

- ⊗ Εξέταση παθολόγου για την εξέταση όλων των συστημάτων

- ⊗ Ακτινογραφία θώρακος και ΗΚΓ

- ⊗ 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.

- ⊗ Γενική εξέταση αίματος (ομάδα R, σάκχαρο, ουρία, χρόνος ροής και πήξεως καθώς και διασταύρωση)

- ⊗ Είναι δυνατό να εφαρμοστεί στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN)

4.καθαριότητα του ασθενή

Αυτή αποτελείται από τον καθαρισμό του σώματος και τον καθαρισμό του εντερικού σωλήνα.

- ⊗ Καθαρισμός σώματος

Την προηγούμενη της εγχείρησης ο ασθενής κάνει λουτρό καθαριότητας, χρησιμοποιώντας και μια αντισηπτική ουσία. Το λουτρό έχει σαν σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα.

- ⊗ Καθαρισμός εντερικού σωλήνα

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι, στην αποφυγή δημιουργίας αερίων στο έντερο και στην διευκόλυνση του χειρουργού σε επεμβάσεις κοιλίας γιατί δεν θα υπάρχουν διατεταμένες εντερικές έλικες.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με

Α)χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Αποφεύγονται όμως γιατί προκαλούν αφυδάτωση και μείωση του τόνου του εντέρου.

Β)καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δυο. Ο ένας το απόγευμα της προηγούμενης μέρας της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση.

5.εξασφάλιση καλού ύπνου.

Επειδή η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο δίνεται στον άρρωστο ένα κατευναστικό και γενικά προστατεύεται ο άρρωστος από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο. Φροντίζουμε ο ασθενής να βρίσκεται σε ήσυχο δωμάτιο, μακριά απ' το ασανσέρ και τις σκάλες και δεν αφήνουμε τους επισκέπτες να τον ενοχλούν.

Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία

Αυτή είναι η προετοιμασία 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 ή ξύρισμα σε μια μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο (από το διάφραγμα έως την βουβωνική χώρα).

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.

Τελική προεγχειρητική προετοιμασία

Πριν τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο νοσηλευτής εκτελεί τα εξής

1. τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου
2. αφαιρούνται δόντια και τεχνητά μέλη
3. αφαιρεί κοσμήματα και τα παραδίδει στην προϊσταμένη
4. φροντίζει για την εκκένωση της ουροδόχου κύστης
5. χορηγεί την προνάρκωση, σύμφωνα με την εντολή του αναισθησιολόγου μισή ώρα πριν την επέμβαση
6. ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων πρέπει να αναφερθούν.
7. συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής προετοιμασίας του αρρώστου και τον συνοδεύει στο χειρουργείο.

Διεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

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 ήρθαν κατά την διάρκεια της εγχείρησης σε επαφή με νεοπλασματική νόσο πρέπει να ξανααστεριωθούν αν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της ίδιας 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.

Τέλος θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για το ιστορικό του ασθενή και την νοσηλεία του.

Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς

Μετά την χειρουργική επέμβαση ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης, μέχρις ότου ανανήψει, δηλαδή αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές του σταθεροποιηθούν.

Φροντίδες του νοσηλευτή μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου

1. διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
2. συχνή λήψη των ζωτικών σημείων
3. παρακολούθηση της λειτουργίας των σωλήνων παροχέτευσης
4. παρακολούθηση του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας
5. παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου
6. σημείωση και τήρηση του ισοζυγίου υγρών.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες, τα ούρα του 24ωρου μπορεί να είναι μόνο 600-700cc και με υψηλό ειδικό βάρος. Η μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με την μικρότερη δυνατή έκθεση του στα ράμματα του τραύματος. Κατά την μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νου μας την θέση της χειρουργικής τομής.

Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι

Όταν ο ασθενής συνέλθει πλήρως από την αναισθησία τοποθετείται σε θέση ημικαθιστική, γιατί έτσι διευκολύνεται η παροχέτευση απ το στομάχι.

Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60-70 με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστική θέση.

Στην θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί αισθάνεται ζάλη. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για ζάλη, τοποθετείται σε ύπτια θέση και μέσα σε μια ή δυο ώρες σε θέση FOWLER. Κάτω από τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος στην θέση αυτή.

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν σε έναν ασθενή που υπέστη γαστρεκτομή για τις τρεις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είναι

1. μετεγχειρητικός πόνος και δυσφορία

2. εξασφάλιση επαρκούς διατροφής
3. πρόληψη των επιπλοκών

Για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων ενεργούμε ανάλογα

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

- ⊕ συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι για άνεση και πρόληψη αγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών

- ⊕ 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.

- ⊕ Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη μόλυνσης

- ⊕ Αποφυγή λήψεως υγρών από το στόμα στους ασθενείς αυτούς τουλάχιστον για 24 ώρες. Η προφύλαξη αυτή λαμβάνεται για να επιτευχθεί το ομαλό κλείσιμο της τομής και να ελαττωθεί έτσι ο κίνδυνος διαφυγής υγρών και δημιουργίας περιτονίτιδας

- ⊕ 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 με αυτό υγραίνουμε συχνά τα χείλη. Επίσης τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στην διάλυση της βλέννης του στόματος. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μείγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία 1/1. γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα.

- ⊕ 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.

- ⊕ Φροντίδα για τους ρώθωνες γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα. Με λίγο βαμβάκι που έχει υγρανθεί με νερό και μετά με λάδι, είναι δυνατό να καθαριστούν οι ρώθωνες του αρρώστου.

- ⊕ Ο νοσηλευτής επίσης οφείλει να φροντίζει για την καθαριότητα και την τάξη του δωματίου του ασθενή.

⊙ Οφείλει να μειώσει τους φόβους του στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στην ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

Μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Άλλες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι η διάταση του εντέρου, η διάταση της κύστης, η τυχόν δυσκοιλιότητα επίσης και το βρεγμένο τραύμα του ασθενούς.

Διάταση εντέρου

Είναι συνηθισμένη δυσχέρεια . ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ακόμη βοηθά η συχνή μετακίνηση του ασθενούς στο κρεβάτι.

Διάταση κύστης

Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό ή τραυματισμό του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης. Στην λύση αυτή του προβλήματος βοηθούν η έγκαιρη έγερση του ασθενή, η χορήγηση άφθονων υγρών, οι χαμηλοί υποκλυσμοί, το είδος της δίαιτας. Αν το άτομο έχει μακροχρόνια δυσκοιλιότητα την οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι, στο άτομο αυτό θα πρέπει να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες και τα βοηθητικά μέτρα για το τι θα πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση.

Τραύμα

Σε περίπτωση που το τραύμα του ασθενούς είναι βρεγμένο τότε εκτελείται αμέσως αλλαγή και περιποίηση του τραύματος., για την καλύτερη ανακούφιση του ασθενούς. Χαρακτηρίζουμε τα υγρά του τραύματος και αναγράφουμε την ποσότητα στο φύλλο νοσηλείας.

Διατροφή

1. ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για πρόληψη της καταπληξίας και διατήρηση του ισοζυγίου μεταξύ υγρών-ηλεκτρολυτών. Χορηγούνται ενδοφλέβια γιατί οι γαστροεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα. Αυτό συντελεί στην μεταφορά ηλεκτρολυτών πριν προφτάσουν να επαναρροφηθούν από το βλεννογόνο του στομάχου. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να χάσει ο οργανισμός πολύτιμους ηλεκτρολύτες, κυρίως χλώριο, κάλιο ή νάτριο. Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3.000 εφόσον ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες.
2. αυξημένα υγρά ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς
3. ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς
4. συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για την επαρκή κάλυψη των αναγκών
5. αποφυγή των τροφών οι οποίες μπορούν να ευνοήσουν την ανάπτυξη συνδρόμου "DUMPING".

6. Θα πρέπει να αναγράφονται σε φύλλα νοσηλείας οι ποσότητες των υγρών και των φαρμάκων έτσι ώστε να υπολογίζονται αν καλύπτονται οι θερμιδικές, διαιτητικές απαιτήσεις του ασθενούς σε υγρά.
7. υγρά από το στόμα όταν επιτραπεί η λήψη αυτών. Η χορήγηση υγρών από το στόμα θα πρέπει να γίνεται σιγά-σιγά και σταδιακά. Αρχίζοντας με 4-8cm κάθε μισή ώρα, μέχρις ότου σταδιακά φτάσει να χορηγούνται 90-120cm. Αν ο ασθενής κάνει εμετό τότε διακόπτεται κάθε χορήγηση από το στόμα και ζητούνται οδηγίες. Μετά από ολική γαστρεκτομή δεν υπάρχει γαστρικός σάκος 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. Αυτό κυμαίνεται σε μια δίαιτα πλούσια σε αυγά, βούτυρο και κρέμα. Τα λαχανικά πρέπει να χορηγούνται υπό μορφή πουρέ ή καλά βρασμένα. Τα φρούτα να γίνονται κομπόστα ή να μασώνται πολύ καλά.

Επιπλοκές

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

Καταπληξία

Α)χορήγηση υγρών και υποκατάστατων αίματος στον απαιτούμενο χρόνο.

Β)η διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας, του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας της αναπνοής.

Γ)έλεγχος των παροχετεύσεων και του τραύματος.

Αιμορραγία

Ο ασθενής εμφανίζει τα συνηθισμένα συμπτώματα και η επείγουσα θεραπεία συνιστά τοποθέτηση παγοκύστης στην κοιλία.

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 PEROS διαλύματος υδροχλωρικής αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή αλατούχο ορό, επιφέρει αγγειοσύσπαση.

Εμετός

Ο εμετός συνήθως αποτελείται από σκοτεινό αιματηρό υγρό. Συνήθως η ναυτία και ο εμετός εξαφανίζονται μετά από 8-10 ώρες . Αν συνεχιστεί μετά τις πρώτες 24ώρες πιθανώς οφείλεται σε παραμονή αίματος εντός του στομάχου.

Βοήθεια στην παροχέτευση του στομάχου ή του εμετού παρέχει

- αλλαγή της θέσης του ασθενή
- χορήγηση διαλύματος διπτανθρακικού νατρίου σε ένα μικρό ορό IV
- ρινογαστρικός σωλήνας που παρέχει συνεχή γαστρική παροχέτευση

Πνευμονικές επιπλοκές

Πολλές φορές ακολουθούν τις εγχειρήσεις της κοιλιάς λόγω της τάσης των ασθενών να αναπνέουν επιπόλαια. Ο νοσηλευτής πρέπει να πιέζει τον ασθενή ώστε να

1. αναπνέει βαθιά αρκετές φορές για τον επαρκή αερισμό των πνευμόνων
2. λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα και να μετακινείται για την κινητοποίηση των βρογχικών αισθήσεων
3. αλλάζει η θέση του ασθενούς, από την μια πλευρά στην άλλη, και περίπατος για την αύξηση των αναπνευστικών αλλαγών. Ο ασθενής σηκώνεται προοδευτικά και πρώτα κάθεται στο κρεβάτι και μετά στην πολυθρόνα.

Εκσπλάχνωση

Για την αποφυγή της συνιστάται

- χρήση κοιλιακών επιδέσμων για την υποστήριξη των τοιχωμάτων
- στήριξη της τομής σε περίπτωση βήχα

- σύσταση καλής διατροφής
- συχνή παρακολούθηση των επιδέσμων
- πρόληψη για την διάταση και μόλυνση του τραύματος

Θρόμβωση και εμβολή

Είναι συχνές μετά από μεγάλες επεμβάσεις, η πρόληψη αυτών συνιστάται σε:

-γρήγορη έγερση από το κρεβάτι για περιορισμό της στάσης του φλεβικού αίματος

- χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών

-έλεγχο επιδέσμων και επιδέσεων για αποφυγή παρακώλυσης της κυκλοφορίας

- χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής

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 B12 δεν χορηγείται παρεντερικώς και μάλιστα συνεχώς σαν θεραπεία ρουτίνας δια βίου, αναπόφευκτα ο ασθενής θα υποφέρει από ανεπάρκεια βιταμίνης B12 αναγνωριζομένης της κακοήθους αναιμίας (μεγαλοβλαστικής, αναιμίας).

Μετά την γαστρεκτομή χορηγούνται μηνιαίως 100-200ccβιταμίνης B12 IM καθώς και σίδηρος.

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 νήστιδα και η πρόσληψη τροφής που περιέχει πολλούς υδατάνθρακες και ηλεκτρολύτες ή χλωριούχο νάτριο, τα οποία πρέπει να έχουν διαλυθεί στην νήστιδα πριν λάβει χώρα η απορρόφηση.

Η ταχεία εκκένωση του περιεχομένου του στομάχου στην νήστιδα είναι και η αιτία της πρόσληψης υγρών κατά την διάρκεια του γεύματος.

Τα συμπτώματα προκαλούνται πιο πιθανά απ την ταχεία διάταση της νήστιδας που αναστομάται με το στομάχι και από την απομάκρυνση ύδατος από τον όγκο του αίματος και την είσοδο αυτού στην νήστιδα για να διαλύσει τους εκεί ηλεκτρολύτες, σάκχαρα.

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

Η θεραπεία συνιστάται σε

1. αποφυγή μεγάλων γευμάτων
2. αποφυγή γλυκών ή αλμυρών τροφών
3. λήψη υγρών μεταξύ γευμάτων
4. τακτικά γεύματα , με αργή μάσηση και με ήσυχο περιβάλλον
5. ανάπαυση μετά τα γεύματα
6. λήψη αντιχολινεργικών φαρμάκων προ των γευμάτων.

Υπογλυκαιμία

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

Για την αποφυγή της συστήνεται

-τροφή πλούσια σε λευκώματα

-μικρά και συχνά γεύματα

-λήψη σακχάρου κατά την έναρξη του παροξυσμού(καραμέλες, γλυκά, κ.α)

Αναστομωτικό έλκος

Είναι το έλκος που εμφανίζεται στο σημείο της αναστόμωσης του εντέρου με το στομάχι και εμφανίζεται συνήθως όταν μετά την 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 δωδεκαδακτυλικού έλκους, συχνά όμως είναι άτυπος ως προς τον χαρακτήρα και την εντόπιση του.

Εμφανίζεται επίσης ναυτία και εμετός. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική.

Ανάγκες αρρώστου

Άλλες ανάγκες του αρρώστου μετά την ανάνηψη εκτός από την θέση του αρρώστου στο κρεβάτι και την σίτιση, τα οποία έχουν αναπτυχθεί πιο πάνω είναι και οι παρακάτω, όπως η έγερση του αρρώστου και η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.

Έγερση του αρρώστου

Μετά τις πρώτες 24-48ώρες μετά την εγχείρηση ο άρρωστος σηκώνεται από το κρεβάτι.

κατ Πάντα τοποθετείται σε ανάρρωτη θέση ώσπου να βεβαιωθούμε ότι δεν αισθάνεται ζάλη. Κατόπιν σε καθιστή με τα άκρα κρεμασμένα και στο τέλος σηκώνεται.

Κατά την έγερση του αρρώστου δίνεται μεγάλη προσοχή στις παροχετεύσεις ώστε να μην τραβηχτούν και φύγουν από την θέση τους. Αν η έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση.

Οι ασκήσεις είναι» ασκήσεις χεριών, ποδιών, αναπνευστικές, βαθιές κινήσεις, ασκήσεις σύσπασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών, ασκήσεις βραχιόνων πλήρους τροχιάς στην ώμο άρθρωση.

Φροντίδα του τραύματος και αλλαγή αυτού

Η φροντίδα του τραύματος αποβλέπει στην καλή επούλωση αυτού. Όταν λέμε επούλωση εννοούμε το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος.

Παράγοντες που επιδρούν στην όχι καλή επούλωση του τραύματος είναι

- συλλογή αίματος ή πλάσματος στο τραύμα
- ξένα σώματα(σκόνη, τεμάχια ξύλου)
- ανεπαρκής αιμάτωση
- τοπική φλεγμονή του τραύματος

το τραύμα είναι κλειστό με επιδερμικό υλικό. Η επίδεση μένει ως την αφαίρεση των ραμμάτων. Για την αλλαγή των τραυμάτων θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ξεχωριστά αποστειρωμένα πακέτα για κάθε άρρωστο. Όταν το τραύμα φέρει παροχέτευσεις χρειάζεται μεγάλη προσοχή για τις εκκενώσεις των υγρών των παροχέτευσεων.

Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να αγγίζει το μολυσμένο υλικό με γυμνά χέρια. Αν υπάρχει ακόμη και η μικρότερη αμφιβολία για την αντισηψία ενός εργαλείου ή επιδερμικού υλικού, αυτό θα πρέπει να θεωρείται μολυσμένο και να μην χρησιμοποιείται. Το επιδερμικό υλικό καταστρέφεται τα δε εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν τοποθετούνται σε δοχείο με αντισηπτική ουσία. Κατόπιν πλένονται καλά και αποστειρώνονται.

Το δέρμα γύρω από το τραύμα συχνά ερεθίζεται από τα υγρά παροχέτευσης γι αυτό χρησιμοποιούνται προστατευτικές αλοιφές. Όταν ο σωλήνας παροχέτευσης συνδέεται με φιάλη συλλογής εκκρίσεων, ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει ώστε να αποφεύγονται οι αναδιπλώσεις και συμπίεσεις του σωλήνα.

Ο νοσηλευτής κατά την αλλαγή τραυμάτων πρέπει να παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου για να μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη φροντίδα.

Φροντίζει για την προμήθεια επιδερμικού υλικού ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

Επίσης φροντίζει για το άσηπτο σερβίρισμα των αντισηπτικών υγρών και του επιδερμικού υλικού προς τον γιατρό που κάνει την αλλαγή.

Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών αφού ο γιατρός κάνει τις πρώτες. Μετά την αλλαγή και ο γιατρός και ο νοσηλευτής θα πρέπει να πλένουν τα χέρια τους πολύ καλά με αντισηπτικές ουσίες.

Έτσι αποφεύγεται η μόλυνση του περιβάλλοντος αλλά και του επόμενου ασθενή στον οποίο θα ακολουθήσει η αλλαγή.

Ειδική νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με αθεράπευτο κακόηθες νεόπλασμα

Επειδή ο καρκίνος στομάχου είναι ένα αθεράπευτο κακόηθες νεόπλασμα, η νοσηλευτική φροντίδα που εφαρμόζουμε θα πρέπει να έχει σαν αντικειμενικούς σκοπούς τους εξής

- παρεμπόδιση της επέκτασης του νεοπλάσματος
 - απόσταση της προσοχής του αρρώστου από την κατάσταση του
 - ανακούφιση από τον πόνο
 - πρόληψη επιπλοκών
 - διατήρηση του αρρώστου στην καλύτερη φυσική και ψυχολογική κατάσταση.
- Αυτά θα επιτευχθούν με την παρέμβαση και την βοήθεια του νοσηλευτή.

Ετοιμασία αρρώστου για κάθε θεραπεία

Εξηγούμε στον ασθενή με υπομονή τι πρόκειται να γίνει. Παρακολουθούμε για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του νεοπλάσματος σε άλλες περιοχές. Επίσης βοηθούμε τον ασθενή στις καθημερινές δραστηριότητες ατομικής υγιεινής. Σημαντική είναι η φροντίδα για έγερση του ασθενή και συχνή αλλαγή θέσης, καθώς επίσης και για εξασφάλιση ζεστού, καθαρού και άνετου περιβάλλοντος. Φροντίζουμε για την περιποίηση του δέρματος και την πρόληψη των κατακλίσεων και ανακουφίζουμε τους τυχόν πόνους του ασθενή.

Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγούνται

- ηρεμιστικά και υπνωτικά
- αναλγητικά
- αντιεμετικά
- μυοχαλαρωτικά και αντισπασμωδικά

φροντίδα για τυχόν διαταραχές της κύστης και του εντέρου με

- εφαρμογή μόνιμου καθετήρα
- φροντίδα στομίου ουρήθρας και περιναίου
- χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου
- υπόθετα γλυκερίνης ή άλλα υπακτικά με ιατρική εντολή

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος για την αντιμετώπιση αιμορραγίας που οφείλεται στην διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος από το νεόπλασμα με

- συχνή λήψη ζωτικών σημείων
- ισχαιμή πίεση ή ειδοποίηση γιατρού
- ενθάρρυνση του αρρώστου
- ετοιμασία του αρρώστου για απολίνωση του αιμορραγούντος αγγείου.

Ένα άλλο βασικό καθήκον του νοσηλευτή είναι και η διατροφή του καρκινοπαθούς. Οι ανάγκες του καρκινοπαθούς για καλή διατροφή είναι μεγαλύτερες και η περιορισμένη διάθεση για φαγητό αποτελεί σύμπτωμα της νόσου. Ο ασθενής που υπέστη γαστρεκτομή συναντά πολλές δυσκολίες. Οι ασθενείς αυτοί δεν χάνουν την επιθυμία για φαγητό και γι αυτό καλείται ο νοσηλευτής να ικανοποιήσει την επιθυμία τους αυτή με όσο το δυνατό καλύτερο τρόπο.

Η άνεση του περιβάλλοντος και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου είναι συνθήκες που παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην προσπάθεια διατροφής του καρκινοπαθούς.

Σε περίπτωση σοβαρής ανορεξίας ή καχεξίας ο οργανισμός ενισχύεται και με βιταμίνες και ηλεκτρολύτες IV.

Τις πρωτεϊνικές ανάγκες καλύπτουν, η μετάγγιση αίματος και πλάσματος.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην διατροφή

- η διαμόρφωση ευχάριστου περιβάλλοντος
- η προετοιμασία και παρουσίαση της τροφής
- οι διάφοροι τρόποι χορήγησης της τροφής
- η πληροφόρηση στις συνήθειες του αρρώστου στην τροφή
- η παρακολούθηση του βάρους.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν ορισμένα προβλήματα στον άρρωστο, τα οποία είναι

1. διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας της αναιμίας που οφείλεται στην μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες.
2. μειωμένη αντίσταση στις λοιμώξεις
3. διαταραχές από το πεπτικό σύστημα

4. διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών λόγω των εμετών και της διάρροιας
5. προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος κ.α.

Κατά την έγχυση του φαρμάκου η οποία γίνεται IV, ο νοσηλευτής παίρνει μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

Αν χυθεί φάρμακο η περιοχή πλένεται καλά. Το μέρος στο οποίο έχει γίνει η έγχυση καλύπτεται με αποστειρωμένο βαμβάκι. Σημαντικό είναι να παρθούν μέτρα για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών. Επίσης ο νοσηλευτής προστατεύοντας τον εαυτό του από τις τοξικές εκδηλώσεις των φαρμάκων αυτών στο δέρμα, πρέπει κατά την διάλυση, αναρρόφηση και τελικά την έγχυση του στη φλέβα, να φορά γάντια.

Μετά το τέλος της χημειοθεραπείας ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται για τυχόν εμφάνιση παρενεργειών.

Ψυχολογία του ασθενούς

Κάθε καρκινοπαθής κατά την εξέλιξη της νόσου, περνά από ορισμένες ψυχολογικές φάσεις που έχουν ταξινομηθεί σε 5 στάδια.

Στο πρώτο στάδιο, της άρνησης της νόσου, ο ασθενής δεν αναγνωρίζει το ψυχοτραυματικό αυτό γεγονός.

Στο δεύτερο στάδιο, της εξέγερσης ή του ερεθισμού, ο ασθενής επαναστατεί, αγανακτεί και είναι απείθαρχος.

Στο τρίτο, του παζαρέματος, προσφέρει, διαπραγματεύεται, ή υπόσχεται διάφορα πράγματα με ανταλλάγματα την προσφορά υγείας ή την παράταση της ζωής του.

Στο τέταρτο στάδιο ο άρρωστος χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, αισθήματα ενοχής.

Στο πέμπτο αποδέχεται λογικά ή μοιρολατρικά τα γεγονότα και την εξέλιξη τους.

Η ψυχολογική συμπεριφορά του αρρώστου που ξέρει ή υποψιάζεται βάσιμα ότι πάσχει από καρκίνο, χαρακτηρίζεται από άγχος για την άγνωστη εξέλιξη π.χ τους πιθανούς πόνους, την δύσπνοια, τον πυρετό και από θλίψη για την μόνη βεβαιότητα, τον θάνατο με όλα τα μεταφυσικά ερωτήματα.

Στο άγχος πρέπει να προστεθούν και αισθήματα ντροπής ή ενοχής που δημιουργούνται με την πίστη ότι με μια πράξη ή με μια παράλειψη ζημίωσαν κάποιον δικό τους ή ξένο ή του φέρθηκαν εχθρικά, ή εκδηλώθηκαν εγωιστικά ή έκαναν αμαρτίες.

Το stress που δημιουργείται από μια πίεση των πιο πάνω αισθημάτων, μαζί με την ιδιαιτερότητα του συμβολισμού μιας νόσου που κατατρώει τα σπλάχνα, δημιουργεί μια ψυχολογική συμπεριφορά λίγο πολύ κοινή σε όλους τους αρρώστους.

Η άρνηση της νόσου (στάδιο 1), είναι ο αποτελεσματικός μηχανισμός του εγώ. Υπάρχει έμμεση και άμεση άρνηση. Με την πρώτη ο άρρωστος αντιμετωπίζει τη νόσο και τα προβλήματα της σαν να αφορούσαν κάποιον άλλο.

Στην άμεση άρνηση ο άρρωστος προστατεύει τον εαυτό του από την αλήθεια, αρνούμενος την αλήθεια.

Στην φάση της έγερσης, (στάδιο 2), ο άρρωστος αγανακτεί για την τύχη του, δεν πειθαρχεί στις οδηγίες που του δίνονται, δεν ικανοποιείται από την θεραπεία και την νοσηλεία του, μαλώνει με την οικογένεια του για έλλειψη αγάπης, και φροντίδας προς αυτόν.

Στην φάση του παζαρέματος (στάδιο 3), ο άρρωστος γίνεται πειθαρχικός, υπάκουος, φιλικός προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπόσχεται διάφορα πράγματα, ακόμα τάζει αμοιβές, θρησκευείται και κάνει τάματα στον θεό.

Το μόνο αντάλλαγμα που ζητά για όλα αυτά είναι η παράταση της ζωής του μέχρι κάποιο συγκεκριμένο γεγονός ή κάποιο χρονικό όριο.

Στην καταθλιπτική φάση* (στάδιο 4), εκδηλώνεται η απελπισία. Στην φάση αυτή, ο άρρωστος αναζητά με αγωνία την ανθρώπινη συντροφιά και παρουσία. Εκδηλώνονται και αισθήματα ενοχής και αυτουποτίμησης.

Η όλη του συμπεριφορά, ακόμα και η απειλούμενη αυτοκτονία έχει σαν σκοπό την προσέλκυση του ενδιαφέροντος και την συμπάρσταση των άλλων.

Στην τελευταία φάση, της παράδοσης, ο άρρωστος αντιμετωπίζει στωικά την κατάσταση του, περιμένοντας το μοιραίο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εγκαταλείπεται μοιρολατρικά, αρνούμενος κάθε θεραπεία ή μέριμνα γι αυτόν.

Τα στάδια αυτά διαδέχονται το ένα το άλλο, με την προκαθορισμένη αυτή σειρά, ενώ παλινδρομήσεις και προσκόλληση σε ένα από αυτά είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

Συμπεριφορά του νοσηλευτή απέναντι στον καρκινοπαθή

Ο καρκίνος είναι μια αρρώστια που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και τον θάνατο και από αυτό συνεπάγεται η ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου με επιπτώσεις αρνητικές στην προσωπική του ζωή.

Το άτομο είναι αναγκασμένο να αποσυρθεί από την ενεργό ζωή και να αλλάξει όλες τις παλιές συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Επειδή λοιπόν οι καρκινοπαθείς είναι μια ειδική κατηγορία αρρώστων, γι αυτό και η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να είναι ιδιαίτερη.

Μεγαλύτερη προσοχή δε, πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής γιατί είναι ο μόνος που βρίσκεται επί 24ωρου βάσεως στο πλευρό του ασθενή.

Είναι γεγονός ότι ο ασθενής είναι ένα πλάσμα έντρομο και καχύποπτο. Φοβάται και υποπτεύεται τους πάντες. Γι αυτό θα πρέπει να αποσπάσουμε την συμπάθεια και την εμπιστοσύνη του αρρώστου έτσι ώστε να αποδέχεται όσα του λέμε, αλλά και να δέχεται την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέχει τις νοσηλείες του, έτσι ώστε να γίνονται με δεξιότητες, αλλά και οι πληροφορίες και οι απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα να είναι σαφείς και να τις πλαισιώνουν η συμπόνια, η στοργή, ο ανθρωπισμός και η ανοχή.

Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή, ποικίλλει.

Από την μεγάλη μας στοργή προς αυτόν, κινδυνεύουμε να παρασυρθούμε και να αυξήσουμε την καχυποψία του. Από την έλλειψη πάλι αγάπης, από κούραση ή και οργή(ανθρώπινες αδυναμίες) πέφτουμε στο άλλο άκρο' τον αδικούμε, τον κατηγορούμε και αδιαφορούμε απέναντι ακόμα και στις σωστές παρατηρήσεις του. Δεν έχει πάντα δίκιο, αλλά δεν έχει πάντα και άδικο.

Πρέπει να προσπαθούμε να τον καταλάβουμε. Είναι φυσικό να φοβάται και εύλογο να υποπτεύεται. Χρέος μας να διαλύσουμε τους φόβους του και να συμμεριστούμε όχι βέβαια όλες, αλλά τις δίκαιες απόψεις του.

Πρέπει να είμαστε ευθείς, τίμιοι και αληθινοί απέναντι του και να μην προσποιούμεθα. Δεν ωφελεί να υποκρινόμαστε αλλά και βλάπτει να μιλούμε «πίσω» του.

Συνήθως οι ασθενείς είναι μέλη οικογένειας. Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τους συγγενείς του ασθενούς, είναι απαραίτητη γιατί βρίσκονται στην περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ οικογένειας-ασθενή και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλάβουν και τον

ασθενή στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας, με την συμμετοχή του σε αυτά, όσο είναι δυνατό.

Επίσης ο νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει

-να τον βοηθήσει ώστε να ζει με την γνώση της αρρώστιας του

- να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί με την νέα εικόνα του σώματος του

- να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης

- να τον ενισχύσει ώστε να δεχτεί την ακτινοθεραπεία και να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα, όπως η πτώση μαλλιών, ανορεξία, ναυτία, εμετοί.

- Να αντιμετωπίσουμε το άγχος, κατάθλιψη, συγχυτικές αντιδράσεις, ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας.

- Βοηθάει στην διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του ασθενή, στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της ασφάλειας

- Τον βοηθά να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον και να δραστηριοποιηθεί πάλι.

Τέλος ο νοσηλευτής προετοιμάζει τον ασθενή για την μετάβαση του από την παρούσα στην μέλλουσα ζωή, προσφέροντας ανακούφιση και δύναμη, δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς.

Αυτή η ατμόσφαιρα συμβάλλει στην μείωση της ψυχικής έντασης, αγωνίας και άγχους, τα οποία δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο στάδιο του θανάτου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου

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

Η πρόληψη εμφανίζεται σε δυο φάσεις. Την πρωτοπαθή πρόληψη και την δευτεροπαθή.

Πρωτοπαθής πρόληψη

Γίνεται όταν το κοινό εφαρμόζει οδηγίες για αποφυγή παραγόντων ή συνθηκών που έχουν καρκινογόνες ιδιότητες π.χ παρατεταμένη ηλιοθεραπεία, κάπνισμα, ακτινοβολία.

Δευτερογενής πρόληψη

Θεωρείται η δυνατότητα να γίνει ο καρκίνος όσο το δυνατόν γρηγορότερα αντιληπτός και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Κυτταρολογικές εξετάσεις όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου, ακτινολογικές, βιοχημικές ακόμη και η ιατρική εξέταση, χρησιμοποιούνται στην δευτερογενή πρόληψη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη του καρκίνου συνιστάται σε

1. την ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος αυτού.
2. την εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινικούς παράγοντες.
3. στην διαφώτιση του κοινού.
4. στην ενεργό συμμετοχή και συνεργασία κατά την διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τον καρκίνο.
5. στην παρατήρηση και την λήψη των απαραίτητων μέτρων σε προκαρκινικές εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.

Για να κάνει όμως ο νοσηλευτής επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει πάντα να είναι ενημερωμένος και να συμμετέχει στην πληροφόρηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος. Επίσης εκτός από τις τεχνικές γνώσεις της δουλειάς του πρέπει να κατέχει και γενικότερες γνώσεις ογκολογίας.

Ο νοσηλευτικός τομέας έχει την υποχρέωση να είναι πάντα σύγχρονος ως προς τις νέες θεραπευτικές αποδόσεις και την δημιουργία νέων συνθηκών και προβλημάτων.

Οι δυσκολίες για επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οι οικονομικοί λόγοι είναι μια από αυτές, αλλά και σε χώρες που υπάρχει κρατικοποιημένη ιατρική ο φόβος, η άγνοια, η πρόληψη, η απέχθεια να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, η ταλαιπωρία της μετακίνησης, ή το χάσιμο του χρόνου αποτελούν τους κυριότερους λόγους που το άτομο δεν έχει ακόμα χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά τις ικανότητες της πρόληψης.

Επίσης άλλες δυσκολίες είναι οι γεωγραφικές συνθήκες, ανεπαρκείς μεταφορικές δυνατότητες, άλλα πρωτεύοντα θέματα υγείας και διαβίωσης-επιβίωσης.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιμόρφωση του κοινού

Στόχος της επιμόρφωσης του κοινού είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα το βοηθήσουν στην πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος' από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση, την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση, την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Όχι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά και ο τρόπος, η μεθόδευση έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

Ο νοσηλευτής κινείται σε ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Σε σχολεία, βιομηχανίες, στα σπίτια, καθημερινά. Συναντά χιλιάδες ανθρώπους και συνδυάζει την προσφορά φροντίδας και πληροφόρηση.

Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του, ο νοσηλευτής γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο ή αγωνία, αλλά και στις ιατρικές παροχές και το οικονομικό κόστος όλων αυτών.

Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι επιμόρφωσης του κοινού.

Οι πιο σημαντικοί είναι

-προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου

-προγράμματα για επιμόρφωση και πρόληψη καρκίνου

-κινητές διαγνωστικές μονάδες

-ραδιόφωνο, τηλεόραση, τύπος

-αντικαπνιστική εκστρατεία

-κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της γυναίκας για τον καρκίνο μαστού-μήτρας

-κινητοποίηση, συμμετοχή του κοινού

-προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού ως προς τη νόσο

-αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί η νόσος.

Σε πολλές περιπτώσεις αυτή δεν γίνεται γιατί πιστεύεται ότι κάνει κακό στον άρρωστο. Αντίθετα με αυτό όμως έχει αποδειχθεί ότι η επιμόρφωση του κοινού και η πληροφόρηση του αρρώστου βοηθούν για μια καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου.

Η ψυχολογική και κοινωνική απομόνωση του καρκινοπαθούς έχει καταστρεπτικές ιδιότητες στο «εγώ» του, στην διάθεση του να κινητοποιήσει τις δυνάμεις του να παλέψει.

Η επικοινωνία, η συζήτηση, η πληροφόρηση, η γνώση δίνουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος σε άτομα που δεν έχουν τις βασικές επιστημονικές γνώσεις και επιτρέπουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση.

Το πνεύμα αμφιβολίας δημιουργεί την καχυποψία, αυξάνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση, δημιουργώντας ένα σωρό εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.

Οι προσωπικές αξίες, τα συναισθήματα, η συμπεριφορά του νοσηλευτή δοκιμάζονται συνεχώς και η συνοχή, η συνεργασία, η επικοινωνία με τα άλλα μέλη της ομάδας που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο και το περιβάλλον του είναι απαραίτητη. Έτσι μόνο θα μπορεί ουσιαστικά να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του παρουσιάζονται.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αποκατάσταση του καρκινοπαθούς

Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, σωματική και ψυχολογική, θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από την στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.

Ποια η αξία να σωθεί μια ζωή, αν το άτομο δεν αποκατασταθεί ψυχικά και δεν ενταχθεί ξανά μέσα στην κοινωνική δραστηριότητα.

Σωματικά, η χειρουργική για καρκίνο προκαλεί βαριές αναπηρίες. Οι αλλαγές αυτές στην σωματική λειτουργία και εμφάνιση μαζί με το φόβο που προκαλεί η διάγνωση του καρκίνου, εκτροχιάζουν ψυχικά το άτομο, το απομονώνουν κοινωνικά, το αποξενώνουν από το νόημα της ζωής.

Η ψυχολογική αποκατάσταση του αρρώστου πρέπει να τύχει μεγαλύτερης βοήθειας.

Οι άλλες αποκαταστάσεις, οι σωματικές, οι λειτουργικές, αισθητικές και κοινωνικές, είτε είναι υποστηρικτικές, είτε ακολουθούν εύκολα όταν υπάρχει ψυχολογική αποκατάσταση.

Η ψυχική δύναμη συμμετέχει σαν παράγοντας καλής πρόγνωσης τόσο στην προφύλαξη, όσο και στην εξέλιξη της νόσου, γι αυτό και η ψυχολογική

αποκατάσταση είναι θεραπευτική αναγκαιότητα. Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς με καλή πρόγνωση αλλά και σε όλους γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής, όσο και αν απομένει στον άρρωστο.

Η αποκατάσταση στον άρρωστο του αισθήματος ότι είναι χρήσιμος και ότι τον υπολογίζουν και τον σέβονται σαν άτομο, είναι βασικής σημασίας στην προσπάθεια του να διατηρηθεί στην ζωή, να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του, να παλέψει για την υγεία του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό περισσότερο από κάθε άλλο, πρέπει να δείξει απεριόριστη φαντασία και εφευρετικότητα στην αντιμετώπιση όλων εκείνων των λεπτομερειών που συνθέτουν το αίσθημα φόβου, ανασφάλειας και τις σωματικές λειτουργικές διαταραχές του αρρώστου.

Η διαμόρφωση του περιβάλλοντος, η προσωπική μας εμφάνιση, ο τόνος ομιλίας μας, ο τρόπος συμπεριφοράς μας, η πληροφόρηση για τις εξετάσεις, τα μηχανήματα, τους γιατρούς, τις εγχειρήσεις, τις άλλες θεραπείες, την παρακολούθηση, τις επιπτώσεις των θεραπειών, την πρόγνωση και εξέλιξη της νόσου, η ενημέρωση μας πάνω στην οικογενειακή κατάσταση, στην εργασία τις ατομικές συνήθειες, στις κοινωνικές του προτιμήσεις, στις σκέψεις του για το σήμερα, το αύριο, είναι οι τομείς που πρέπει όλοι όσοι ενδιαφέρονται για τον άρρωστο να θίξουν.

Ο άρρωστος συνειδητοποιεί, αισθάνεται τότε ενδιαφέρονται πραγματικά γι αυτόν, αναγνωρίζει την προσπάθεια και σε κατάλληλες συνθήκες συμβάλλει και συμμετέχει στην αποκατάσταση του. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα τρέξει πρώτα σε κάθε ανάγκη του.

Η εργασιοθεραπεία, η αισθητική βελτίωση, η λειτουργική ανάκτηση, η αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων, η κάλυψη οικονομικών αναγκών, η δημιουργία νέου περιβάλλοντος, όπου θεωρείται αναγκαίο, είναι συνθήκες και τομείς δράσης μέσα από τους οποίους θα βρει τον δρόμο της η υποστήριξη της αποκατάστασης.

Η αποκατάσταση μπαίνει σαν ένας κλάδος στις σύγχρονες θεραπευτικές και νοσηλευτικές απαιτήσεις όπου όλοι, ο γιατρός, ο νοσηλευτής, η κοινωνική λειτουργός, ο εθελοντής, ο ιερέας, ο ψυχολόγος, το περιβάλλον του αρρώστου έχουν να παίξουν τον δικό τους ρόλο.

Από την συμβολή του καθενός θα εξαρτηθεί το τελικό αποτέλεσμα.

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 Μ.Ζ

Ηλικία ασθενούς: 56

Διάγνωση: Καρκίνος στομάχου

Ημερομηνία εισόδου: 15/2/2003

Ημερομηνία εξόδου:

Αιτία εισόδου: Διάρροιες -Διάχυτα κοιλιακά άλγη

Νέα ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου στις 15/2/2003 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 1η ημέρα νοσηλείας στις 15/2/2003, η ασθενής παρέμεινε νηστική για *UIS H-X-P-Z* ενώ επί πόνου χορηγήθηκε *Aprotel* καθώς και *Zantac tb (R)* 1 X 2 και *Primperan tb (P.O.)* 1 X 2.

Στις 16/2/2003 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 (36.90 C), εκτός στις 18/2/2003 που παρουσίασε μια μικρή άνοδο (38.50 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:

15/2/2003: Hct = 31.1%

16/2/2003: Hct = 30, 1 %

Ενδεικτικά αναφέρονται οι εξής:

17/2/2003

Βιοχημικές εξετάσεις:

Σάκχαρο: 94, Ουρία: 14, Κρεατινίνη, 0,6. SGOT: 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: 1 0 1 0

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 Ξ(Ringer's) + 2 Kcl	4 π.μ.	6 π.μ.	8 π.μ.	6 π.μ.
0,9% 1.000 Ξ	2 μ.μ.	6 π.μ.	8 π.μ.	6 π.μ.
5% 1.000 Ξ(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 ⁶ X 3 Zantac amp (IV) 1 X 2
20/3/00 Zantac amp (IV) 1 X 2 Amoxil sir (P.O.) 10 ⁶ 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 ⁶ X 3 Zantac tb (R) 1 X 2 Primperan tb (P.O.) 1 X 2	

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 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 ανάρροφη θέση στο κρεβάτι με σκοπό να μην πιέζεται το επιγάστριο. - Χορηγήθηκαν 1 amp Aroiel 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 	Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο καθώς υποχώρησε σημαντικά με την χορήγηση των παυσίπονων.

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ 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^α (1 X 1). Μέσα στον ορό προστέθηκαν και 2 Κcl. 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 αποτελεσματικός στεγόνων / χρόνος - Έγινε ακριβής μέτρηση προσλαμβανόμενων – αποβαλλομένων υγρών. 	Ελάττωση των διαρροιών σε σημαντικό βαθμό και επιτυχής ενυδάτωση της ασθενούς.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ 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 απαλλαγή 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"> - Καταγράψθηκαν οι διακυμάνσεις του πυρετού στο δελτίο τριώρης θερμομέτρησης. Ενημερώθηκε η λογοδοσία. - Τοποθετήθηκαν ψυχρά επίθεματα με σκοπό την ανακούφιση της ασθενούς. - Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά από τους ορούς που χορηγήθηκαν: 0,9% 1.000^{ml} X2, Ringer's 5% 1.000^{ml} X 1. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταθόνων / χρόνος - Χορηγήθηκε 1 amp Αprotel (IM) αφού προηγουμένως έγινε έλεγχος της Α.Π., διότι το Αprotel 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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Αίσθημα καταβολής δυνάμεων.	Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης της ασθενούς, ώστε η κατάστασή της να βελτιωθεί στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Ιδιαιτέρα 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"> - Εφαρμόθηκε δίαιτα ελαφριά. Δόθηκε στην ασθενή φρουγανάκι 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 συντελεστή 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%).	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η λήψη αίματος και αιματοκρίτης είναι στις 20/3/00: 31.1% ενώ στις 21/3/00: 30.1%. Εστάλη αίμα για διασταύρωση. - Έγινε μετάγγιση μιας μονάδας αίματος για την αποκατάσταση των στοιχείων του αίματος. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χορήγηση του αίματος 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρατηρήθηκε αύξηση του όγκου του αίματος και ο αιματοκρίτης ανεβαίνει λίγο (35.5%). - Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την χορήγηση των υγρών και του αίματος.

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: 12/2/2003 Ημερομηνία εξόδου: 24/2/2003

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 ανιχνεύθηκε ψηλαφητή μάζα, με χαρακτηρισές σκληρίας -μη κινητή. Επίσης, παρατηρήθηκε έντονη ωχρότης. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθη μεγάλη πτώση του αιματοκρίτη.

Γενική αίματος:

Wbc: 10.200/tj 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 γέυμα. Ύστερα από την εκτέλεση βιοψίας, από την οποία πιστοποιήθηκε ότι υπάρχει καρκίνος στομάχου, που έγινε στις 14/2/03, αποφασίστηκε η χειρουργική μέθοδος δηλαδή γαστρεκτομή, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 19/2/03.

Ενδοφλέβια Χορήγηση

Ringer's 5% 1.000" 1 X 2 0,9% 1.000" 1 X 2 Dextroze 5% 1.000" 1 X 2

Φάρμακα

Zantac amp (iv) 1 X 2 Maalox sir (P.O.) 10~ X 2 Apotei amp (IM) 1 X 1 Panadol tb (PO) 1 X 1 Πρίμπεραν amp (IM) 1 X 2 Angoron amp (IY) 2 X 2

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

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Ανάγκες – Προβλήματα</p> <p>2. Δυσπεψία - Έμετος</p>	<p>Αντιμετάπιση της δυσπεψίας και εξάλειψη των εμέτων.</p>	<p>- Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου ύστερα από ιατρική οδηγία.</p> <p>- Εφαρμογή κατάλληλης διαίτης</p> <p>- Συνεστήθη επίσης τοποθέτηση ορού στην ασθενή.</p>	<p>- Χορηγήθηκαν: Primperan 1 amp 1 X 2, Maalox sir 10^α X 2 καθώς και Zantac 1 amp 1V 1 X 2</p> <p>- Στην ασθενή δόθηκε ελαφρά διαίτα (φρυγανιά – τσάι).</p> <p>- Χορηγήθηκαν 5% Ringer's 1.000^α 1 X 2 και 0,9% 1.000^α 1 X 2</p> <p>Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη εμφραση στην αντιστηθια και αστηγία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων</p> <p>Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d f = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγονών / χρονος.</p>	<p>Οι έμετοι περιορίστηκαν σημαντικά ενώ το αίσθημα φόρτου που ενισώθε η ασθενής στο στομάχι αρχίζει να υποχωρεί</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Αίσθημα καταβολής δυνάμεων	Εξυψώλιση ελαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης της ασθενούς ώστε η κατάσταση της να βελτιωθεί στα καλύτερα δυνατά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στη διατροφή της ασθενούς από το στόμα. - Αποκατάσταση των υγρών του σώματος με τοπική πηγή ορού - Συνεχής μέτρηση των ζυγικών σημείων (αρτηριακή πίεση, σφυγμοί). 	<ul style="list-style-type: none"> - Εφάρμοστηκε δίαιτα εύκολα. Δόθηκε στην ασθενή φρυγανιά – τσάι, φιδές και κατόπιν σουπιά. - Χρηγήθηκαν 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 σιγή της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος $d f = \text{ποσοτητα υγρού X συντελεστής κατάθραυσης / χρόνος}$ - Έγινε συνεχής μέτρηση Α.Π. (105/70 mm Hg) και των σφυγμών της (70/min) 	Η κατάσταση της βελτιώθηκε ενώ συνεχίζει να ενδυναμώνεται ικανοποιητικά.

ΛΕΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες – Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Απώλετα βάρους 5 Kgr	Προσπάθεια συντήρησης αυτού σε ικανοποιητικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις - Προετοιμασία για ακτινογραφία στομάχου - Ενυδάρωση του καρδιολόγου - Λήψη ΗΚΓ για την εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας. - Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και των σφυγμών της σε κάθε βάρδια - Συνεστήθη χορήγηση Αιγορον με ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η γενική αίματος. - Ελήφθη η προγραμματισμένη ακτινογραφία στομάχου. - Εκλήθη ο καρδιολόγος και ταυτόχρονα έγινε λήψη του ΗΚΓ Τα αποτελέσματα αυτού έδειξαν κολπικές εκτακτοσυστολές. - Λόθηκαν 2 amp Αιγορον σε 1 000^ο ορο Dextroze 5% - Έγινε 3ηρη λήψη αρτηριακής πίεσης και σφυγμών (110/70 mmHg) (σφυγμοί: 150/min) 	Διαπιστώθηκε η έκταση του προβλήματος που υπάρχει στο στομάχι μετά την α/α στομάχου Οι σφυγμοί της ασθενούς μειώθηκαν στους 85/min
5. Ταχυπαλμία (160/min)	Αντιμετώπιση της ταχυπαλμίας και επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας στα φυσιολογικά επίπεδα.			

Συμπεράσματα-προτάσεις

Είναι γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας, συμβάλλει θετικά στην θεραπεία της.

Και επειδή τα συμπτώματα του καρκίνου του στομάχου είναι ασαφή καλό θα ήταν να ακολουθήσουμε ορισμένους κανόνες επωφελείς.

- ⊙ Η λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού για τις πεπτικές λειτουργίες και τις τυχόν διαταραχές της. Κάθε τέτοια ανωμαλία έστω και ολιγοήμερη πρέπει να ελέγχεται ακτινοσκοπικά.

- ⊙ Μια δευτεροπαθής αναιμία μπορεί να αποτελέσει το μόνο σημείο καρκίνου του στομάχου. Θεραπεία τυχόν αναιμίας χωρίς αιτιολογική διάγνωση αποτελεί σοβαρό σφάλμα

- ⊙ Ένα ιστορικό χρόνιου δωδεκαδακτυλικού έλκους δεν αποκλείει την συνύπαρξη καρκίνου του στομάχου, αλλά και ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να υποδυθεί την μορφή καλοήθους στομαχικού έλκους.

Προτάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν

- ⊙ Συστηματικός ακτινολογικός έλεγχος και ευρεία χρήση της γαστροσκόπησης, βοηθά πολύ στη έγκαιρη διάγνωση.

- ⊙ Δημιουργία κέντρων ανίχνευσης, εκπαίδευση προσωπικού κατάλληλο για διαφώτιση του κοινού.

- ⊙ Συστηματική φροντίδα και ενημέρωση του κοινού για την διατροφή.

- ⊙ Να γίνονται τακτικές εξετάσεις για μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα, γιατί αυτή μπορεί να αποτελεί την πρώτη ένδειξη για την ύπαρξη καρκίνου.

- ⊙ Να γίνεται συστηματική διαφώτιση και τόνωση του ηθικού και να πιστέψουμε όλοι μας ότι καρκίνος δεν σημαίνει θάνατος.

- ⊙ Πρέπει λοιπόν από όλους μας να γίνει μια προσπάθεια και ένας αγώνας για να καταπολεμήσουμε και να νικήσουμε τον καρκίνο.

Επίλογος

Διαλέξαμε να εξετάσουμε την νόσο του καρκίνου του στομάχου, αρχικά γιατί ο καρκίνος αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα για τους ανθρώπους που στο άκουσμα και μόνο της λέξης αυτής τους προκαλείται δέος, αλλά και για τους επιστήμονες που δεν έχουν βρει μέχρι σήμερα ικανοποιητικές λύσεις.

Ειδικότερα για τον καρκίνο του στομάχου μας εντυπωσίασε όχι το γεγονός ότι η έγκαιρη διάγνωση του μπορεί να σώσει τον ασθενή, αυτό ισχύει για πολλές περιπτώσεις, αλλά το ότι χωρίς να υπάρχει κανένα σύμπτωμα, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί ο καρκίνος.

Επειδή ξέρουμε δυστυχώς ότι κανείς δεν πάει στο γιατρό χωρίς να έχει κάποιο πρόβλημα και ότι οι τακτικές ιατρικές εξετάσεις κοστίζουν χρόνο και χρήμα, πιστεύουμε ότι εμείς οι νοσηλευτές, έχουμε καθήκον να καθοδηγήσουμε σωστά το κοινό ώστε η πρόληψη της νόσου να αποτελεί το κύριο μέλημα μας.

Βιβλιογραφία

- Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική-Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Αθήνα. Έκδοση Η.1998
- Ανδρουλάκης Α. Γεώργιος, Παπαδημητρίου:Αρχές Γενικής Χειρουργικής.
- Ανθούλη Φρ.- Αναγνωστοπούλου:Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας. Εκδόσεις:Λύχνος, 1994.
- Αποστολάκη:Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου.1990.
- Βασώνη:Επιτομή Χειρουργικής και ορθοπεδικής. 1992.
- Γαρδίκας Κ.Δ:Ειδική Νοσολογία, Επιστημονικές Εκδόσεις ΈΓρηγόριος Παρισιάνος΄΄. Αθήνα. Νέα Έκδοση.
- Harrison T.R:Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα. Νέα Έκδοση.
- Κοσμίδης Πάρις-Τριανταφυλλίδης Γιάννης:Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις:Βητα.Αθήνα.1991.
- Μαλαρινου-Κωνσταντινίδου:Νοσηλευτική-Παθολογική Χειρουργική.Τόμος Α.Αθήνα. 1995.
- Μαλαρινού-Κωνσταντινίδου:Νοσηλευτική-Παθολογική Χειρουργική.Τόμος Β.Αθήνα.1995.
- Μούγιας. Χειρουργική παθήσεων πεπτικού. Αθήνα.1993.
- Μπαρμπατζάς Χ-Τριανταφυλλίδης. ΄΄Φωτοδυναμική θεραπεία στην αντιμετώπιση των κακοηθών όγκων του πεπτικού συστήματος΄΄. Ιατρική. Τόμος 69. Τεύχος 3. 1996.
- Μπένος Α-Μπακάλης-κατσουγιαννόπουλος Β:΄΄ Οι διαχρονικές τάσεις συχνότητας του καρκίνου στομάχου στην Ελλάδα τη δεκαετία 1977-1986.Ελληνική Ιατρική. Τόμος 62. Τεύχος 1.1996.
- Μπέκα Κωνσταντίνα-Μπορμποτσιαλού Γιάννα. ΄΄Καρκίνος Στομάχου΄΄. Πάτρα:1990.
- Ογκολογική ενημέρωση. Τόμος 4.Τεύχος 4.Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2002.
- Παπαδόπουλος Γ.Ν-Σοφός Α.Γ.:΄΄Προγνωστικοί παράγοντες στον καρκίνο του στομάχου΄΄.Ελληνική Χειρουργική.Τόμος 63.Τεύχος 4.Ιούλιος-Αύγουστος:1991.

- Ρηγάτος Γ:Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Αθήνα. 2002.
- Σαχίνη-Καρδάση-Πάνου:Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική-Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος 2. Έκδοση Β.1997.
- Τριχοπούλου Α-Τριχόπουλος Δ. Προληπτική Ιατρική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος.1986.
- Τζαρδής Περικλής-Λαοπόδης Βασίλειος:Πρώιμη διάγνωση και κλινική σημασία του αρχόμενου γαστρικού καρκίνου. Ιατρικά Χρονικά.Τόμος 19.Τεύχος 10.Οκτώβριος 1996.

