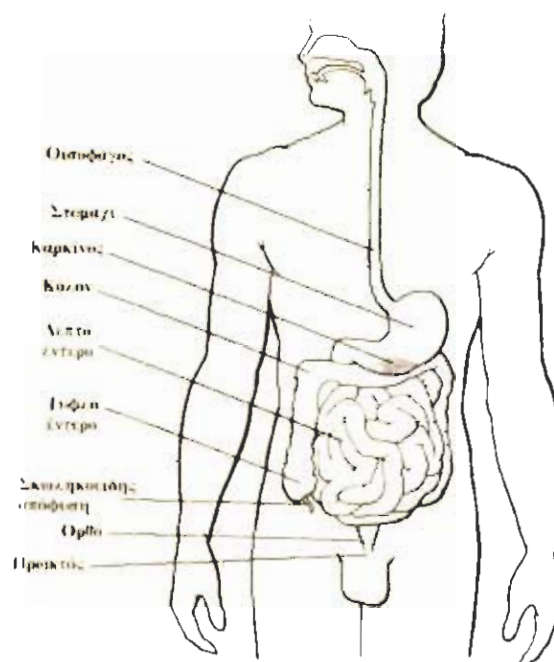


ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΦΙΔΑΝΗ ΔΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΠΑΠΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΤΣΙΠΑΛΑΚ ΧΟΥΣΕΪΝ ΧΑΛΙΛΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΥΡΙΩΣ ΘΕΜΑ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

- 1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ
- 1.2. ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ
 - 1.2.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ
 - 1.2.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ
- 1.3. ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
 - 1.3.1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ
 - 1.3.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ
 - 1.3.3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ
- 1.4. ΑΓΓΕΙΩΣΗ
- 1.5. ΝΕΥΡΩΣΗ

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

- 2.1. ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
 - 2.1.1. ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
 - 2.1.2. ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΟΜΑΤΩΔΕΙΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
- 2.2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
- 2.3. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
- 2.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
- 2.5. ΠΡΟΓΝΩΣΗ
- 2.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- 2.7. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ
- 2.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

- 3.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

- 3.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ
 - 3.2.1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
 - 3.2.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ
- 3.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ
- 3.4. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
 - 3.4.1. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ
 - 3.4.2. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ
 - 3.4.3. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ
- 3.5. ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
 - 3.5.1. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
- 3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- 3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- 3.8. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
- 3.9. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

- 4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ
- 4.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄
- 4.3. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του στομάχου έχει την πιο κακή πρόγνωση από όλους τους καρκίνους του πεπτικού συστήματος, αφού το ποσοστό επιβίωσης 5 χρόνων στους χειρουργημένους ασθενείς έχει σχεδόν σταθεροποιηθεί στο 10% ως 12% περίπου των περιπτώσεων. Ένας από τους βασικούς λόγους για αυτό είναι η πολύ καθυστερημένη διάγνωση, που γίνεται στο στάδιο όπου οι μεταστάσεις όπως και η επέκταση κατά συνέχεια ιστών του καρκίνου έχουν προσλάβει τέτοια έκταση, ώστε να κάνουν ανεπαρκή τη χειρουργική επέμβαση από καρκιнологική άποψη. Η σημαντική πρόοδος στο διαγνωστικό τομέα με την καθημερινά αυξανόμενη χρησιμοποίηση της ακτινολογικής έρευνας, αλλά βασικά της ενδοσκόπησης με το εύκαμπτο οισοφάγο-γαστροσκόπιο, πιθανολογεί βάσιμα τη βελτίωση της πρόγνωσης. Μπορεί όμως να αντιληχθεί ότι η βελτίωση αυτή έστω και για μερικούς μήνες παραπέρα, δεν αρκεί για τη ριζική λύση του προβλήματος του καρκίνου του στομάχου. Γιατί πραγματικά η καλή πρόγνωση για επιβίωση 5 τουλάχιστον χρόνων εξασφαλίζεται όπως έχουν τα πράγματα σήμερα, μόνον όταν η διάγνωση γίνεται στο υποκλινικό στάδιο, γεγονός που επιβάλλει την εξαντλητική χρησιμοποίηση όλων των διαγνωστικών μεθόδων που διατίθενται και ιδιαίτερα της ενδοσκόπησης. Η συστηματική ακτινολογική και ενδοσκοπική παρακολούθηση γαστρικών παθήσεων μπορούν να θεωρηθούν σαν προκαρκινικές καταστάσεις αποτελεί πρόσθετη συμβολή στη βελτίωση της επιβίωσης.¹⁰

Στο 1^ο κεφάλαιο θα περιγραφούν τα Νεοπλάσματα του καρκίνου γενικά καθώς και τα χαρακτηριστικά τους. β) Ανατομικοφυσιολογικά στοιχεία γ) Η ανατομία και η φυσιολογία του στομάχου. Στο 2^ο κεφάλαιο περιέχονται τα παθολογοανατομικά στοιχεία του στομάχου, οι προκαρκινωμάτωσης εξεργασίες του στομάχου, οι τύποι καρκίνου του

στομάχου, η σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου, οι αιτιολογικοί παράγοντες, τα κλινικά συμπτώματα και σημεία καθώς και η διάγνωση, η θεραπεία και η πρόγνωση του καρκίνου. Στο 3^ο κεφάλαιο περιλαμβάνονται οι παράγοντες που διαφοροποιούν τη νοσηλευτική φροντίδα από την θεραπευτική ιατρική, η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με καρκίνο του στομάχου, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, η μετεγχειρητική φροντίδα, καθώς και η νοσηλευτική φροντίδα κατά την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία και η σύγχρονη πραγματικότητα στην ογκολογική Νοσηλευτική. Στο 4^ο κεφάλαιο θα αναφερθούν 2 περιστατικά καρκίνου του στομάχου τα οποία θα αντιμετωπισθούν με τη διαδικασία της Νοσηλευτικής διεργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ενώ παλαιότερα ο καρκίνος του στομάχου ήταν από τους συχνότερους καρκίνους, τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σταθερή πτωτική τάση της επιπτώσεώς του. Στις ΗΠΑ το 1930 υπήρχαν 30 περιπτώσεις καρκίνου στομάχου ανά 100.000 πληθυσμού, ενώ το 1980 η αναλογία αυτή μειώθηκε στις 8/100.000 κατοίκους. Στη χώρα μας το 1985 καταγράφηκαν 1300 περίπου θάνατοι από τον καρκίνο αυτό (αδρός δείκτης θνησιμότητας 14/100.000 πληθυσμού). Οι υψηλότεροι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας από καρκίνο στομάχου αναφέρονται σε λαούς της Άπω Ανατολής και της Λατινικής Αμερικής. Χαμηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί στους Καυκάσιους πληθυσμούς της Βόρειας Αμερικής, στην Αφρική, στην Ινδία και στις χώρες της Μέσης Ανατολής. Στην Ευρώπη υψηλή επίπτωση παρουσιάζουν οι Σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, ενώ η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλές θέσεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο καρκίνος του στομάχου είναι ιδιαίτερα σπάνιος σε άτομα κάτω των 30 ετών. Είναι συχνότερος στους άνδρες (2.1) και στις φτωχότερες κοινωνικές τάξεις. Υψηλές επιδημιολογικοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε επαγγελματικές τάξεις όπως τους ανθρακωρύχους και τους εκτεθειμένους στον αμίαντο.²

Ο γαστρικός καρκίνος είναι από τους συνηθέστερους καρκίνους του γαστρεντερικού σωλήνα. Στην Μ. Βρετανία είναι από τους πιο συνηθείς στους άνδρες (15 ανά 100.000 κάθε χρόνο) ενώ στις ΗΠΑ ο τρίτος συνηθέστερος καρκίνος. Είναι σπάνιος σε άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών. Είναι συχνότερος σε άνδρες (αναλογία άνδρες προς γυναίκες 2:1). Στην Ιαπωνία είναι σημαντική αιτία θανάτου όπως και στη Χιλή και Ιταλία.

Η ποικιλία της συχνότητας οδηγεί στην υπόθεση ότι συντρέχουν και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες στην παθογένεια της νόσου. Τέτοιοι είναι τα καρκινογόνα των τροφών, αλλά καμία τροφή κοινή στις ομάδες υψηλού κινδύνου δεν έχει ταυτοποιηθεί. Τροφές που ενοχοποιούνται είναι τα καπνιστά ψάρια, παστά, συντηρημένα τρόφιμα. Τροφές που φαίνεται ότι προστατεύουν είναι τα φρέσκα φρούτα, το γάλα, οι λιπαρές τροφές, το μαρούλι. Μελέτες με την ομάδα αίματος έδειξαν ότι άτομα ομάδας Α προσβάλλονται συχνότερα από γαστρικό καρκίνο. Η αιτία της συσχέτισης αυτής είναι άγνωστη. Το γαστρικό υγρό περιέχει σημαντικά ποσά αμινών, οι οποίες μπορούν να μεταλλαχθούν σε νιτροζαμίνες σε όξινο pH από τους ενζυματικούς μεσολαβητές η ύπαρξη του *H. Pylori* στο βλεννογόνο μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία (ατροφική γαστρίτιδα) με αποτέλεσμα τη μεταπλασία και την προδιάθεση για ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος. Επίσης προηγηθείσα γαστρεκτομή (τουλάχιστον > 20 χρόνια) αποτελεί προδιαθετικό παράγοντα.⁵

Ενώ ο καρκίνος του στομάχου είναι πολύ συχνός στην Ιαπωνία, στη Χιλή και χώρες της Ανατολικής Ευρώπης δεν είναι συχνός στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Μεξικό και τη Μαλαισία. Κατά τα τελευταία 40 χρόνια στις Ηνωμένες Πολιτείες υπήρξε αισθητή αλλά ανεξήγητη μείωση της ετήσιας θνησιμότητας από 30 σε 8 ανά 100.000 άτομα. Μικρότερη μείωση διαπιστώθηκε στη Δυτική Ευρώπη. Οι Ιάπωνες που μεταναστεύουν στις Ηνωμένες Πολιτείες εξακολουθούν να έχουν υψηλή συχνότητα αλλά τα παιδιά τους έχουν πολύ χαμηλότερη, πράγμα που είναι ενδεικτικό για τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στην παθογένεια της νόσου. Σε όλο τον κόσμο οι άνδρες προσβάλλονται περίπου δυο φορές συχνότερα από τις γυναίκες. Η μέση ηλικία που αναφέρεται σε ορισμένες στατιστικές της Β. Αμερικής. Μόνο το 5% των ασθενών είναι ηλικίας κάτω των 40 ετών.¹⁵

1.2 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

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

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

Στο ελληνικό χώρο οι συνηθέστερες νεοπλασίες είναι οι ακόλουθες:

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

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

I. Τα νεοπλάσματα διαιρούνται γενικά σε 4 μεγάλες κατηγορίες:

A. Στα καλοήθη

B. Στα κακοήθη

Γ. Στα ημικακοήθη ή οριακά (borderline 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 που 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 θάνατο γιατί είναι δυνατό επί εγκαίρου διαγνώσεως και καταλλήλου θεραπευτικής αγωγής να ιαθή.

II. 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:

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

1.2.1 Χαρακτηριστικά καλοηθών 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. Εξαιρεση αποτελούν τα τριχοειδή αιμαγγειώματα που μπορούν να επεκταθούν μέσα στις μυϊκές μάζες.
3. Δεν δίνουν μεταστάσεις γιατί δεν διηθούν τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία.

1.2.2 Χαρακτηριστικά κακοηθών νεοπλασμάτων

1. Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν περιβάλλονται από ινώδη κάψα.
2. Διηθούν και διαβρώνουν τους γειτονικούς ιστούς.
3. Δίνουν μεταστάσεις γιατί διηθούν τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία. Π.χ. Ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται λεμφογενούς, πρώτα στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, Ο καρκίνος του στομάχου μεθίσταται αιματογενώς, πρώτα στο ήπαρ.

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 αύξησης του κοκκιώδους ενδοπλασματικού δικτύου.
- δ) Εμφανίζουν πυροκινησίες και παραγωγή ανώμαλων σειρών χρωματοσωμάτων.

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

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

- α) Καρκινώματα
- β) Σαρκώματα

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

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

Άρα τα καρκινώματα προέρχονται από ιστούς διαπλανθέντες 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).⁸

1.3 ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

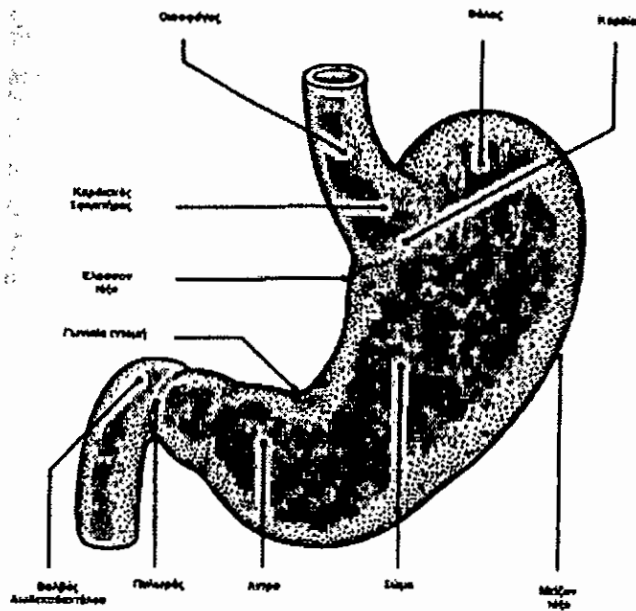
Αποτελεί τη διευρυμένη μοίρα του πεπτικού σωλήνος, μεταξύ του οισοφάγου και του λεπτού εντέρου. Εμφανίζει ειδικές περισταλτικές κινήσεις, εκκρίνει τη Γαστρική και τον Ενδογενή Παράγοντα και παράγει

το γαστρικό υγρό (υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη, βλέννη) προς έναρξη της πέψης των τροφών.⁶

1.3.1 Στοιχεία ανατομίας

Το στομάχι είναι ένα μυώδες καλό σπλάχνο που καταλαμβάνει το αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς, καλυπτόμενο εν πολλοίς από το πλευρικό τόξο. Έχει δυο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια, δυο επιχείλιες καμπές που ονομάζονται τόξα, μείζον και έλασσον και δυο στόμιο, την καρδιά και τον πυλωρό.

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



ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

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

Άνω: Οισοφάγος, υπαριαριστερός διαφραγματικός θόλος.

Κάτω: Εγκάρσιο κόλον και μεσοκόλον, με τα οποία το συνδέει ο γαστροκολικός σύνδεσμος.

Αριστερά: Σπλήνας και αριστερό πλευρικό τόξο.

Δεξιά: Ήπαρ, Έλασσων επίπλουν, προς τα πίσω δε η αορτή.

1.3.2 Στοιχεία φυσιολογίας

A) Φυσιολογικές λειτουργίες.

α) Εναπόθεση των τροφών για διάστημα 2-5 ωρών: Αυτό πετυχαίνεται με την προσαρμοστική χάλαση του στομάχου, υπό την επίδραση των ώσεων του πνευμονογαστρικού.

β) Μίξη των τροφών και κατακερματισμός τους: Τα περισταλτικά κύματα εκκινούν από το σώμα και φτάνουν στο άντρο όπου είναι εντονότερα. Το μεγαλύτερο τμήμα του γαστρικού περιεχομένου απωθείται και πάλι προς τα πίσω από το άντρο, καθώς μόνο 15ml εισέρχονται στο 12λο δια του πυλωρού με κάθε κύμα.

γ) Πέψη των τροφών με την επίδραση του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνη και του υδροχλωρικού οξέος του γαστρικού υγρού. Η πεψίνη εκκρίνεται από τα βασικά κύτταρα υπό μορφή πρόδρομης ουσίας του προενζύμου πεψιγόνου, το οποίο υπό την επίδραση του HCl κυρίως μετατρέπεται στην ενεργό μορφή του ενζύμου. Η πεψίνη διαλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς των πρωτεϊνικών ουσιών. Το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού προέρχεται από τα τοιχωματικά (καλυπτήρια) κύτταρα του σώματος του στομάχου.

δ) Προστασία του οργάνου από εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες: Το όξινο pH του γαστρικού υγρού εξουδετερώνει την πλειονότητα των μικροβίων. Η βλέννη που καλύπτει το βλεννογόνο προστατεύει το τοίχωμα από τις υψηλές συγκεντρώσεις οξύτητας. Παράλληλα, από την επιφάνεια του βλεννογόνου εκκρίνεται μεγάλη ποσότητα διττανθρακικών, ελαττώνοντας έτσι το τοιχωματικό pH.

ε) Έκκριση ειδικών ουσιών στο γαστρικό υγρό: Από τα καλυπτήρια κύτταρα εκκρίνεται ο ενδογενής παράγοντας που ενώνεται με τη βιταμίνη β₁₂ ώστε να γίνει δυνατή η ενεργός μεταφορά της στο τελικό-ειλεό. Στο 75% του πληθυσμού, εκκρίνονται στο γαστρικό υγρό αντιγόνα των ομάδων αίματος.⁷

B) Φάσεις της γαστρικής έκκρισης.

α) Κεφαλική φάση: Κεντρομόλα ερεθίσματα (οσμή, γεύση, όραση) φέρονται στο μικτό πυρήνα του πνευμονογαστρικού, απ'όπου εκκρίνουν φυγόκεντρες ώσεις, που μέσω των πνευμονογαστρικών φέρονται προς

τους αδένες του σώματος του στομάχου και του άντρου. Παράλληλα, αυξάνει και η έκκριση αμυλάσης των σιαλογόνων αδένων.

β) Γαστρική φάση: Η τροφή διεγείρει άμεσα τα καλυπτήρια κύτταρα προς έκκριση HCl και πεψίνης. Αφετέρου, τα προϊόντα αποικοδόμησης της τροφής διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης στο άντρο. Η τελευταία φέρεται δια της κυκλοφορίας προς τα καλυπτήρια κύτταρα όπου προάγει την έκκριση πεψίνης και HCl.

γ) Εντερική φάση: Η εντερική φάση της έκκρισης δεν είναι πλήρως γνωστή. Η διόδος των τροφών στο 12λο προκαλεί την έκκριση γαστρίνης από το άντρο, πιθανότατα μέσω της έκκρισης χολοκυστοκινίνης ή κάποιου άλλου γαστρεντερικού πεπτιδίου.

Γ) Κινήσεις του στομάχου.

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

Η γαστρική διαστολή είναι η περίοδος εκείνη κατά την οποία οι συσπάσεις μειώνονται και το στομάχι πάει να πάρει το φυσιολογικό του σχήμα. Ο γαστρικός κύκλος διαρκεί 20".¹¹

1.3.3 Παθολογική ανατομική

Ο καρκίνος του στομάχου διακρίνεται σε 4 τύπους: 1) Πολυποειδής 2) ελκώδης 3) ελκώδης διηθητικός και 4) διηθητικός καρκίνος. Πρόκειται περί αδενοκαρκινώματος μετά διαφόρου εκάστοτε αναλογίας επιθηλιακών κυττάρων και συνδετικού υποστρώματος. Ο όρος «καρκίνωμα in situ» χρησιμοποιείται για περιπτώσεις όπου ο καρκίνος

περιορίζεται στον βλεννογόνο. Ο όρος «πλαστική λινίτις» χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις διάχυτου διηθητικού καρκινώματος του στομάχου επί των οποίων λόγω της μεγάλης ανάπτυξης ινώδους ιστού, ο στόμαχος εμφανίζει καθολική ακαμψία και σχήμα σωληνοειδές, η δε χωρητικότητα αυτού μειώνεται. Υπό τίνων έχει υποστηριχθεί ότι η πλαστική λινίτις δεν είναι πάντοτε κακοήθης. Ο καρκίνος του στομάχου εντοπίζεται συχνότερα στο πυλωρικό τμήμα (50%) και το έλασσον τόξο του στομάχου (20%) σπανιότερα στο μείζον τόξο (7%), την καρδιακή μοίρα (9%) και τα τοιχώματα του στομάχου.¹⁶

1.4 ΑΓΓΕΙΩΣΗ

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

- α) Η αριστερή γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοιλιακής που αιματώνει το έλασσον τόξο.
- β) Η δεξιά γαστρεπιπλοϊκή, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής που αιματώνει το μείζον τόξο.
- γ) Η δεξιά γαστρική αρτηρία, κλάδος της κοινής ηπατικής που αιματώνει την πυλωρική μοίρα του ελάσσονος τόξου.
- δ) Η αριστερά γαστρεπιπλοϊκή, κλάδος της σπληνικής που αιματώνει και αυτή το μείζον τόξο.

ε) Ο θόλος του στομάχου αιματώνεται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της σπληνικής ή και της αριστερής γαστρεπιπλοϊκής.

στ) Στο 40-60% των ατόμων υπάρχει και η οπίσθια γαστρική αρτηρία, ένας βραχύς κλάδος από τη μεσότητα της σπληνικής που αιματώνει τον πυλωρό.

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

1.5 ΝΕΥΡΩΣΗ

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

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

Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από δυο πνευμονογαστρικά (vagus νεύρα). Το πρόσθιο (αριστερό) και το οπίσθιο (δεξιό) πνευμονογαστρικό εισέρχονται στην κοιλιά δια του οισοφαγείου τρήματος. Το πρόσθιο κείται κοντά στο γαστρικό τοίχωμα, το μεγαλύτερης διαμέτρου όμως οπίσθιο νεύρο βρίσκεται σε κάποια απόσταση από το τοίχωμα, σχεδόν εφραπτόμενο της αορτής. Το πρόσθιο δίδει κλάδους προς την καρδιά και το έλασσον τόξο του στομάχου,

καθώς και έναν μεγάλο ηπατικό κλάδο. Το οπίσθιο νεύρο δίδει κλάδους προς την καρδιά και το έλασσον τόξο του στομάχου, καθώς και έναν μεγάλο ηπατικό κλάδο. Το οπίσθιο νεύρο δίνει κλάδους και προς τις δυο επιφάνειες του σώματος του στομάχου ο κύριος του νεύρου σχηματίζει τον κοιλιακό κλάδο. Ο τελευταίος φαίνεται κατά μήκος της αριστερής γαστρικής αρτηρίας προς το κοιλιακό γάγγλιο απ' όπου μεταγαγγλιακές ίνες κατανέμονται στο πάγκρεας και το έντερο μέχρι τη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου.

Η παρασυμπαθητική γαστρική νεύρωση ρυθμίζει τη γαστρική έκκριση δρώντας αφενός άμεσα στα εκκριτικά τοιχωματικά κύτταρα και διεγείροντας αφετέρου το άντρο προς έκκριση γαστρίνης. Επίσης ρυθμίζει την κινητικότητα του στομάχου και την λειτουργία των σφιγκτήρων.¹¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΠΡΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑΤΩΔΕΙΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Με τον όρο προκαρκινωμάτωσης εξεργασίες του στομάχου εννοούμε όλες εκείνες τις κλινικές καταστάσεις, τους προδιαθεσικούς παράγοντες και τις ιστοπαθολογικές εξεργασίες οι οποίες προδιαθέτουν ή μπορεί να εξελιχθούν σε καρκίνωμα του στομάχου. Διαιρούνται σε προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις και προκαρκινωμάτωσης αλλοιώσεις.

Προκαρκινωμάτωσης καταστάσεις του στομάχου θεωρούνται οι κλινικές καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Σε αυτές περιλαμβάνονται το μακράς διαρκείας χρόνια πεπτικό έλκος του στομάχου, το γαστρικό κολόβωμα, η μεγαλοβλαστική αναιμία και η νόσος Menetrier.

Προκαρκινωμάτωσης αλλοιώσεις του στομάχου θεωρούνται οι ιστοπαθολογικές μικροσκοπικές – αλλοιώσεις στις οποίες η ανάπτυξη καρκίνου θεωρείται περισσότερο πιθανή από ότι στον αντίστοιχο φυσιολογικό ιστό. Αυτές περιλαμβάνουν τη χρόνια γαστρίτιδα με εντερική μεταπλασία, την επιθηλιακή δυσπλασία και τους αδενωμάτωσης πολύποδες του στομάχου. Συχνά υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των 2 ομάδων με συνέπεια σε μια προκαρκινωμάτωση κατάσταση να συνυπάρχει και προκαρκινωμάτωσης αλλοίωση του ιστού.

2.1.1 Προκαρκινωμάτωσης αλλοιώσεις του στομάχου

1. Χρόνια γαστρίτιδα με εντερική μεταπλασία. Ο αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου αρχίζει ήδη με την εμφάνιση της επιφανειακής γαστρίτιδας η οποία ακολουθείται από χρόνιες, φλεγμονώδεις και αναγεννητικές αλλοιώσεις του επιθηλίου ιδιαίτερα του πυλωρικού βλεννογόνου στην περιοχή του ελάσσονος τόξου από τις διάφορες μορφές χρόνιας γαστρίτιδας αυτή που συνδέεται με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες θεωρείται η πιο σοβαρή. Εάν η βλάβη

εμμένει ακολουθείται από ανάπτυξη ατροφικής γαστρίτιδας με ή χωρίς εντερική μεταπλασία. Η εντερική μεταπλασία συνδυάζεται σχεδόν κατά κανόνα με την ατροφική γαστρίτιδα και σπάνια με την επιπολής γαστρίτιδα. Προσβάλλει κυρίως το άντρο εστιακά αν και μπορεί να επεκταθεί στο σώμα ή και σε ολόκληρο το στομάχι. Το καλυπτήριο και στη συνέχεια όλο το επιθήλιο του βλεννογόνου αντικαθίσταται από εντερικού τύπου επιθήλιο, με καλυκοειδή και απορροφητικά κύτταρα λαχνωτή αρχιτεκτονική και παρουσία κυττάρων Paneth στη βάση των κρυπτών. Εκτός από την πλήρη, υπάρχει και η ατελής εντερική μεταπλασία που παρουσιάζει ανώριμα βλενώδη κύτταρα, απορροφητικά κύτταρα και υπερπλαστικό επιθήλιο. Στην πλήρη ή τύπου I εντερική μεταπλασία τα καλυκοειδή κύτταρα περιέχουν σιαλοβλέννη θετική στην χρώση Alaan Blue. Στην τύπο II εντερική μεταπλασία τα καλυκοειδή κύτταρα περιέχουν είτε PAS+ ουδέτερη βλέννη (τύπος IIA) είτε θειούχο βλέννη (τύπος IIB). Το μεταπλαστικό επιθήλιο εμφανίζει επίσης θετική έκφραση του CEA παρατηρείται στην επιφάνεια του κυττάρου με χαρακτηριστική πολικότητα. Η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με μεταπλασία απαντάται συχνά σε περιοχές προσκείμενες του καρκινώματος του στομάχου και μάλιστα συνδέεται με το καρκίνωμα εντερικού τύπου.

2. Η επιθηλιακή δυσπλασία. Τα κύρια ιστοπαθολογικά χαρακτηριστικά της επιθηλιακής δυσπλασίας είναι η κυτταρική ατυπία η ανώμαλη διαφοροποίηση και η αποδιοργάνωση της αρχιτεκτονικής του βλεννογόνου. Επισυμβαίνει τόσο στο επιθήλιο των γαστρικών βοθρίων όσο και στο επιθήλιο που έχει υποστεί εντερική μεταπλασία. Οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις δεν πρέπει να συγχέονται με τις αναγεννητικές αλλοιώσεις του γαστρικού επιθηλίου όπου δεν παρατηρείται ανώμαλη διαφοροποίηση και διαταραχή της αρχιτεκτονικής. Η αναγεννητική υπερπλασία διακρίνεται στην απλή και την άτυπη υπερπλασία. Στην

τελευταία εκτός από τις ήπιες επιθηλιακές αλλοιώσεις υπάρχει και το στοιχείο της φλεγμονής που είναι και το προέχον. Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει υποστρέφουν και οι υπερπλαστικές αλλοιώσεις των επιθηλιακών κυττάρων. Κοινό χαρακτηριστικό της γαστρικής δυσπλασίας είναι η κυτταρική ατυπία με υπερχρωμασία και διόγκωση των πυρήνων, ανισοκαρύωση και αύξηση της πυρηνοπλασματικής αναλογίας. Παράλληλα με τις κυτταρικού επιπέδου αλλαγές του επιθηλίου και τη διαταραχή της διαφοροποίησης (σταδιακή ελαχιστοποίηση της έκκρισης βλέννης και εξαφάνιση των κυττάρων Paneth) παρατηρείται αλλοίωση της αρχιτεκτονικής με αναδιπλώσεις και πυκνή διάταξη των αδένων. Η επιθηλιακή δυσπλασία ταξινομείται σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, ανάλογα με τη βαρύτητα των αλλοιώσεων. Σε σοβαρού βαθμού δυσπλασία εκτός από τη στιβαδοποίηση των πυρήνων παρατηρείται και εξαφάνιση της πολικότητας του κυττάρου και παρουσία ενδοκυτταροπλασματικού CEA. Η γαστρική επιθηλιακή δυσπλασία συχνά συνοδεύεται από πλήρη ατελή εντερική μεταπλασία αν και ενδέχεται να αναπτυχθεί και σε μη μεταπλαστικό επιθήλιο όπως συμβαίνει στα γαστρικά αδενώματα. Περιπτώσεις σοβαρού βαθμού δυσπλασίας που παρακολουθούνται στενά εξελίσσονται σε υψηλό ποσοστό σε καρκίνωμα. Η διάγνωση του καρκινώματος τίθεται όταν τα δυσπλαστικά επιθηλιακά στοιχεία διασπών τη βασική μεμβράνη και διαχέονται στο χόριο του βλεννογόνου. Στις περιπτώσεις όπου δεν μπορεί να αποδειχθεί με βεβαιότητα η εξέλιξη της σοβαρής δυσπλασίας σε καρκίνωμα πρέπει να αποφεύγεται ο όρος *in situ* καρκίνωμα του στομάχου ο οποίος δεν είναι δόκιμος και να χαρακτηρίζεται η βλάβη ως οριακής κακοήθειας. Η εξέλιξη της δυσπλασίας είναι βραδεία και διαρκεί πολλούς μήνες. Στο 35% των περιπτώσεων παραμένει στάσιμη ή και υποχωρεί. Αλλοιώσεις δυσπλασίας παρατηρούνται στον επίπεδο (μη αδενωματώδη) βλεννογόνο και συνδέονται με την εμφάνιση ή

συνοδεύουν τα εντερικού τύπου καρκινώματα του στομάχου. Δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό συσχετίζεται η παρουσία της δυσπλασίας με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Εν τούτοις η εμπειρία στην εξέλιξη της δυσπλασίας σε άλλα όργανα δικαιολογούν τη σημασία της στενής παρακολούθησης του ασθενούς με διενέργεια ενδοσκόπησης και βιοψίας. Θεωρείται ότι στην ανάπτυξη των διάχυτου τύπου καρκινωμάτων του στομάχου η παρουσία επιθηλιακής δυσπλασίας παίζει ελάχιστο ή και καθόλου ρόλο. Έχουν περιγραφεί εντούτοις υπερπλαστικές αλλοιώσεις με κυτταρική ατυπία και απώλεια της πολικότητας των βλενωδών κυττάρων του αυχένα που θεωρούνται ιδιαίτερο είδος δυσπλασίας που αποκαλείται «globoïd» και ενδέχεται να αποτελεί τον πρόδρομο του διάχυτου τύπου καρκινώματος του στομάχου. Ο τύπος αυτός δυσπλασίας έχει σημαντική ομοιότητα με ένα πολύ ανερχόμενο στάδιο διηθητικού καρκινώματος διάχυτου τύπου, από κύτταρα του τύπου σφραγιστήρα δακτυλίου.

3) Οι αδενωματώδεις πολύποδες του στομάχου: Οι αδενωματώδεις πολύποδες του στομάχου είναι σπάνια σε αντίθεση με το παχύ έντερο. Στα μικρά αδενώματα το αδενωματώδες επιθήλιο καταλαμβάνει την επιφάνεια και μικρά τμήματα του αυλού των γαστρικών βοθρίων. Τα αδενώματα εκδηλώνουν όλο το φάσμα της επιθηλιακής δυσπλασίας. Συνύπαρξη καρκινώματος παρατηρείται τουλάχιστον στο 50% των περιπτώσεων. Η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής αυξάνει παράλληλα με το μέγεθος του αδενώματος με κριτικό όριο τα 2 εκ.

2.1.2 Προκαρκινωματώδεις καταστάσεις του στομάχου

1. Το χρόνια πεπτικό έλκος: Η συνεχής μετάλλαξη του γαστρικού βλεννογόνου στις παρυφές του έλκους από την νεύρωση-εκφύλιση στην αναγέννηση θεωρείται ότι μπορεί να οδηγήσει σε κακοήθη εξαλλαγή. Η συχνότητα της εξαλλαγής ποικίλλει. Τουλάχιστον 6% περιπτώσεων

γαστρικού έλκους με καλοήγη μακροσκοπική εικόνα αποδεικνύονται κακοήθεις κατά την ιστολογική εξέταση. Συχνά απαιτούνται πολλές βιοψίες για να αποδειχθεί η κακοήθεια.

2. Το γαστρικό κολόβωμα: Ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργική αφαίρεση τμήματος του στομάχου για καλοήγη πάθηση πριν τουλάχιστον από μια 5ετία παρουσιάζουν αυξημένο (κατά 2-9 φορές) κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ατροφική γαστρίτιδα αναπτύσσεται σύντομα από την επέμβαση και είναι ιδιαίτερα έντονη στην περιοχή του στομίου της αναστόμωσης. Επιθηλιακή δυσπλασία έχει βρεθεί στο 7-21% των ασθενών και μπορεί να είναι πολυεστιακή, εκτεταμένη και ασυμπτωματική. Η συχνότητα ανάπτυξης του καρκινώματος είναι η ίδια με των φλεγμονοδών και δυσπλαστικών αλλοιώσεων. Η σοβαρή δυσπλασία πιθανότητα θα εξελιχθεί σε καρκίνο ενώ η μέτρια ή ήπια συνήθως παραμένει αναλλοίωτη ή εξελίσσεται αργά. Οι ασθενείς με σοβαρού βαθμού δυσπλασία παρακολουθούνται στενά με ενδοσκόπηση και βιοψίες.

3. Η μεγαλοβλαστική αναιμία: Σε ασθενείς με μεγαλοβλαστική αναιμία ο κίνδυνος ανάπτυξης αδενώματοκαρκινώματος του στομάχου είναι 3-4 φορές συχνότερος από το γενικό πληθυσμό. Ο καρκίνος αναπτύσσεται κατά κύριο λόγο στο σώμα ή την καρδιακή μοίρα, συνήθως με την μορφή πολυποειδών πολλαπλών όγκων.

4. Η νόσος του Menetrier: Είναι σπάνια και ασυμπτωματική νόσος και χαρακτηρίζεται από τεράστια πάχυνση των γαστρικών πτυχών που προσδίδουν στον γαστρικό βλεννογόνο οζώδη ή πολυποειδή όψη. Η φυσική ιστολογία της νόσου είναι ασαφής δεδομένου ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η γαστρεκτομή ακολουθεί άμεση διάγνωση της νόσου ώστε να μη μπορεί να εκτιμηθεί η συσχέτισή της με ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου. Υπάρχουν εντούτοις αρκετές τεκμηριωμένες περιπτώσεις στις οποίες ο καρκίνος αναπτύχθηκε αρκετά χρόνια πριν τη

διάγνωση της νόσου και οι οποίες στηρίζουν την άποψη ότι πρόκειται για προκαρκινωματώδη κατάσταση με ευαίσθητο δείκτη που να προβλέψει τον κίνδυνο εμφάνισης του καρκίνου, δεδομένου ότι απαντά και σε καλοήθεις καταστάσεις.¹²

2.2 ΤΥΠΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι όγκοι του στομάχου κατατάσσονται ανάλογα με το είδος των ιστών από τους οποίους προέρχονται. Η πιο συχνή μορφή ξεκινά από τον αδενικό ιστό που επενδύει το στομάχι. Αυτοί οι όγκοι ονομάζονται αδenoκαρκινώματα και αντιπροσωπεύουν ποσοστό μεγαλύτερο το 95% όλων των καρκίνων του στομάχου. Μία ιδιαίτερη μορφή αυτού του κυτταρικού τύπου, ασυνήθιστη στις ΗΠΑ αλλά συχνότερη στην Ιαπωνία, είναι το επιφανειακά εξαπλωμένο αδenoκαρκίνωμα, που ουσιαστικά αντικαθιστά το βλεννογόνο του στομάχου με στρώματα από κακοήθη κύτταρα. Μια άλλη σπάνια κατηγορία είναι το σκίρρο καρκίνωμα (πλαστική λινιτιδία), ένα ελάχιστα διαφοροποιημένο μείγμα από βλενοπαραγωγή κύτταρα του καρκινώματος, το οποίο διήθει το μυβάρα μαζί με την αφλατοξίνη, ένα καρκινογενές παράγωγο μυκητών, που υπάρχει σε μερικές τροφές, όπως τα φυστίκια.³

2.3 ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η σταδιοποίηση που έχει επικρατήσει διεθνώς στο γαστρικό καρκίνο γίνεται με τις παραμέτρους του συστήματος TNM, δηλαδή λαμβάνονται υπόψη η επέκταση του όγκου (T), η παρουσία λεμφαδένων (N) και η παρουσία μεταστάσεων (M). Στην ταξινόμηση του όγκου κατά το σύστημα TNM συμβάλλουν η ενδοσκόπηση, η ακτινογραφία θώρακα, η αξονική τομογραφία θώρακα και κοιλιάς και η ενδοσκοπική

υπερηχοτομογραφία, όταν είναι διαθέσιμη. Η TNM ταξινόμηση του γαστρικού καρκίνου καθορίζει την πρόγνωση και το είδος της θεραπείας.²

Η σταδιοποίηση του γαστρικού καρκίνου στηρίζεται στο γεγονός ότι η πρόγνωση του εξαρτάται από το βαθμό διηθήσεως του τοιχώματος από την πρωτοπαθή εστία, τη συμμετοχή των περιοχικών λεμφαδένων και την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων. Το μέγεθος ή η εντόπιση της πρωτοπαθούς εστίας δεν φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση. Αντίθετα, ο βαθμός διαφοροποίησεως του κυττάρου (grade) αποτελεί ουσιώδη προγνωστικό παράγοντα. Έτσι το στάδιο της νόσου καθορίζεται από τις τρεις παραμέτρους του συστήματος.

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ, ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ TNM

T₀: Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

T₁: Ο όγκος περιορίζεται στο βλεννογόνο ή υποβλεννογόνιο χιτώνα.

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

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

T₄: Διήθηση παρακειμένων οργάνων.

N₀: Απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων.

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

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

N₃: Διήθηση άλλων απομακρυσμένων ενδοκοιλιακών λεμφαδένων (παρααορτικοί, οπίσθιοι, παγκρεατικοί και μεσεντέριοι).

M₀: Δεν υπάρχουν γνωστές απομακρυσμένες μεταστάσεις.

M₁: Παρουσία μεταστάσεων.

Σταδιοποίηση (TNM)

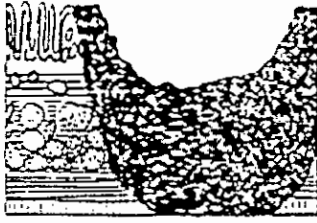
Στάδιο I: T1,2,3,N0,M0

Στάδιο II: T4,N0,M0,T1,2,3,4,N1,M0

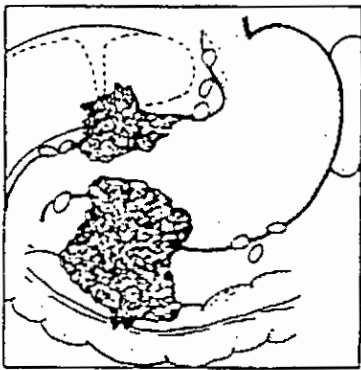
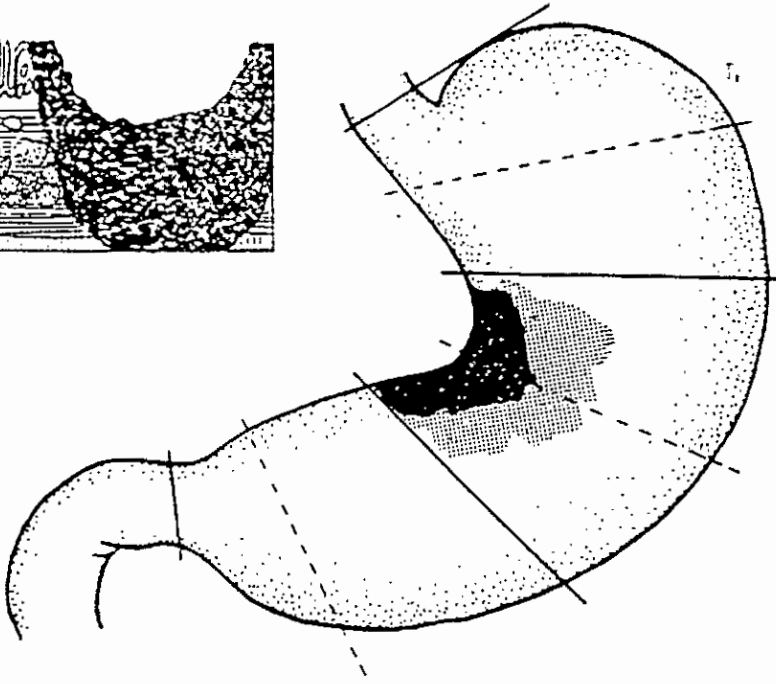
Στάδιο III: T1,2,3,4,N2,M0

Στάδιο IV: Οποιοδήποτε T_x, οποιοδήποτε N_x, M.

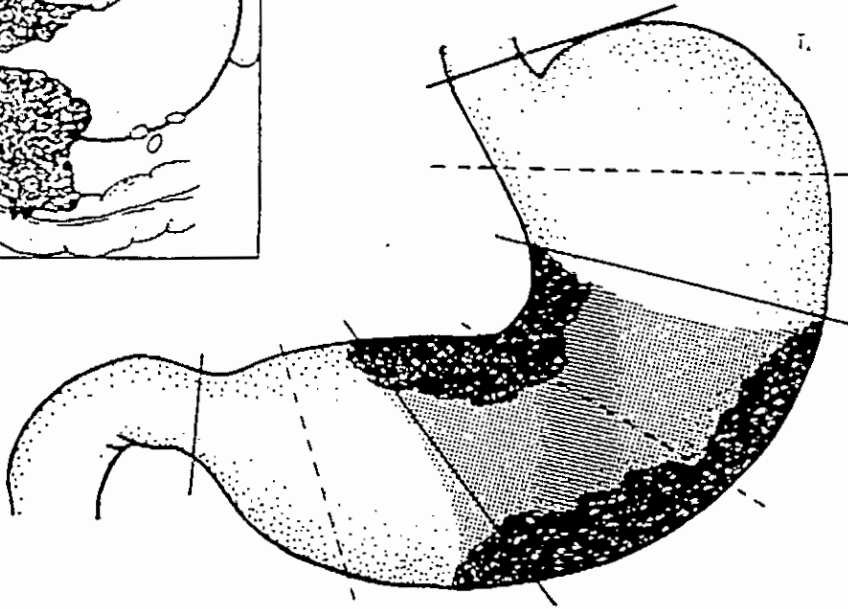
Η σταδιοποίηση της νόσου σύμφωνα με το σύστημα TNM απαιτεί τη συνεργασία χειρουργού και παθολογοανατόμου και επειδή η εκτίμηση των παραμέτρων που χρησιμοποιούνται είναι αντικειμενική θεωρείται η πιο αξιόπιστη. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται η καθιέρωση της ώστε να υπάρχει η δυνατότητα συγκρίσεως των αποτελεσμάτων από διάφορα κέντρα. Όσον αφορά στην πρόγνωση των ασθενών κατά στάδιο σχηματικά απεικονίζεται στο σχήμα I.⁹

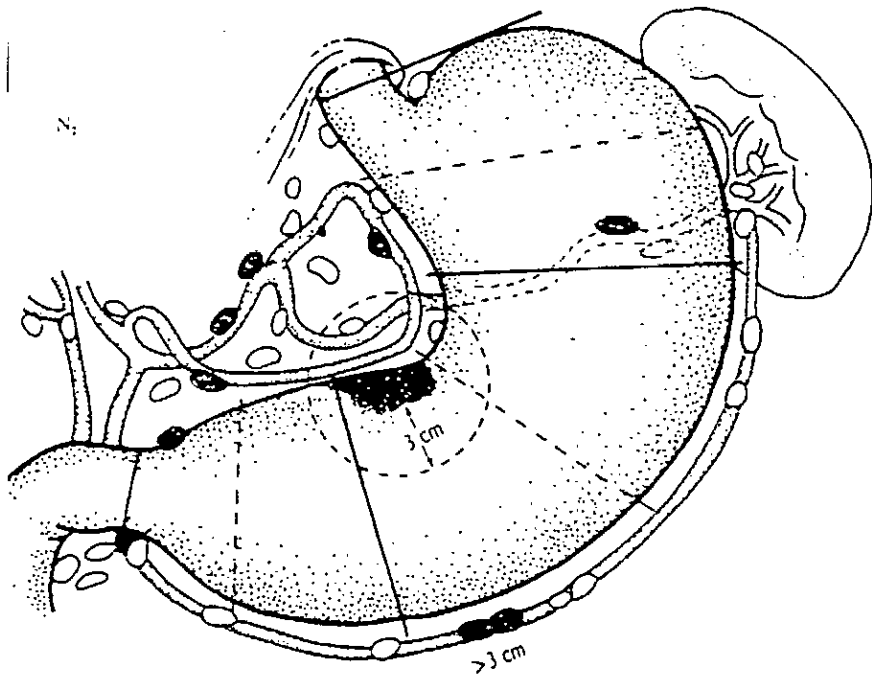
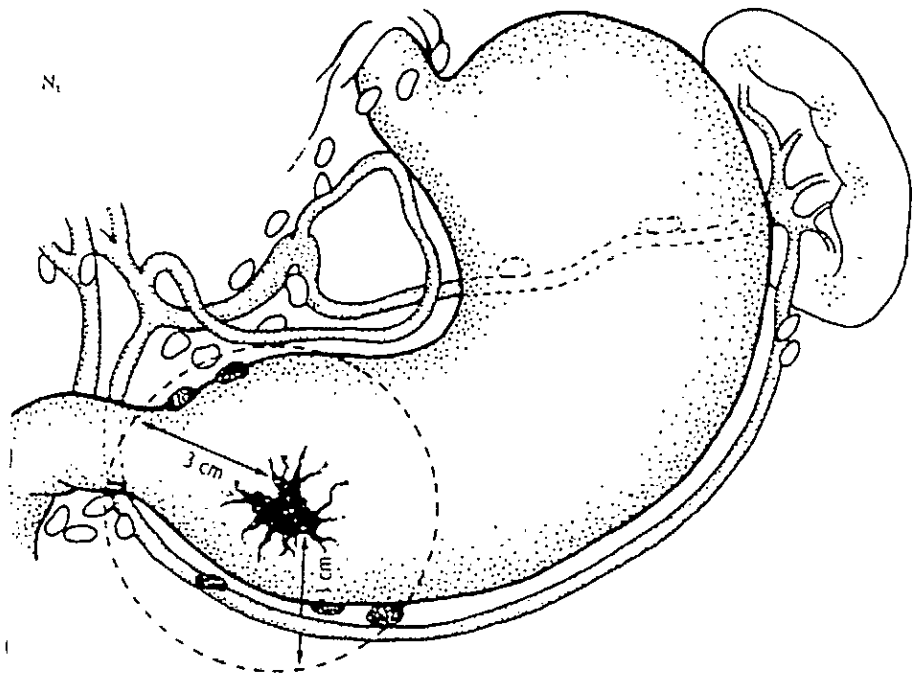


pI,



I,





2.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

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

2. Περιβαλλοντικοί και διαιτητικοί παράγοντες: Η μεγάλη διαφορά συχνότητας της νόσου μεταξύ των διαφόρων χωρών αποτελεί ισχυρή ένδειξη για άμεση επίδραση του περιβάλλοντος. Έτσι η πολύ συχνή ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου στους Ασιατικούς λαούς αποδίδεται, εν μέρει τουλάχιστον, στη μόλυνση του ρυζιού από το μύκητα *Aspergillus Flavus*, η μυκοτοξίνη του οποίου (αφλατοξίνη) αποτελεί ισχυρό καρκινογόνο. Ως προς τη σημασία της τροφής στην ανάπτυξη του καρκίνου του στομάχου στον επόμενο πίνακα αναφέρονται οι διάφοροι διαιτητικοί παράγοντες που αυξάνουν κατά πολύ τον καρκινογενετικό κίνδυνο (πίνακας I).

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι. Διαιτητικοί παράγοντες αυξημένου κινδύνου για καρκίνο του στομάχου.

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

Έχει αποδειχθεί ότι τα νιτρώδη σε μεγάλη αναλογία μετατρέπονται σε νιτρικά (N-μεθυλ-N-νιτρο-N-νιτρογακανιδίνη-MNNG), που αποτελούν ισχυρά χημικά καρκινογόνα ιδιαίτερα σε μαγειρεμένες τροφές που παραμένουν για πολύ χρόνο σε θερμοκρασία δωματίου. Η βιταμίνη C φαίνεται ότι αναστέλλει τη δράση των νιτρικών αλάτων και πιθανότητα αναστέλλει το σχηματισμό νιτροζαμινών. Αναφέρεται ακόμη ότι η μικροβιακή χλωρίδα του στόματος αν οι τροφές περιέχουν νιτρώδη μπορεί να τα μετατρέψει σε νιτρικά.⁹

2.5 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παράγοντες που έχουν σημασία στην πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι η ηλικία, η ιστολογική εικόνα η εντόπιση και κυρίως η έκταση της νόσου. Ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι η έκταση της νόσου όπως αυτή καθορίζεται από την κατάταξη του σταδίου κατά TNM. Ο γαστρικός καρκίνος αρχικού σταδίου παρουσιάζει πενταετή επιβίωση μέχρι και 90%, ο καρκίνος σταδίου II επιβίωση 50%,

το στάδιο III λιγότερο από 10% και τέλος, ασθενείς σταδίου IV πολύ σπάνια φθάνουν τη πενταετή επιβίωση.

Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου φαίνεται επίσης να επηρεάζει την πρόγνωση. Για παράδειγμα, ο καρκίνος χαμηλής διαφοροποίησης συνήθως έχει ήδη δώσει μεταστάσεις κατά το χρόνο της διάγνωσης του. Ο γαστρικός καρκίνος εντερικού τύπου φαίνεται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από τον καρκίνο διάχυτου τύπου. Οι καρκίνοι που εντοπίζονται στην περιοχή του άντρου επίσης έχουν καλύτερη πρόγνωση απ'αυτούς που εντοπίζονται στο ανώτερο τριτημόριο του στομάχου. Επίσης οι μικροί και σαφώς αφοριζόμενοι καρκίνοι έχουν καλύτερη πρόγνωση, σε σχέση με αυτούς που είναι διάχυτοι και εκτεταμένοι.²

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

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

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

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

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

Η απώτερη μετεγχειρητική επιβίωση των ασθενών με γαστρικό καρκίνωμα εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ριζικότητα της γαστρεκτομής και από το στάδιο T.N.M. Οι ευνοϊκότεροι προγνωστικοί παράγοντες φαίνεται ότι είναι η τοπική επέκταση T1 και σε μικρότερο βαθμό T2, ο βαθμός διαφοροποίησεως G1, λεμφαδενική διήθηση το πολύ μέχρι 3 cm από την περιφέρεια του όγκου και ο «εντοπισμένες» μακροσκοπικές μορφές Borrmann I και II. Αντιθέτως, η επέκταση στα γύρω όργανα και ιστούς (T4), η επινέμηση του οργάνου (T3), η διασπορά σε λεμφαδένες (N2), τα στάδια III B και IV και οι διηθητικές μακροσκοπικές μορφές αποτελούν τους χειρότερους προγνωστικούς δείκτες. Σε μικρότερο βαθμό έχουν δυσμενή πρόγνωση ο «διάχυτος» ιστολογικός τύπος κατά Lauren και η ύπαρξη κυττάρων «δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου».

Η κακή πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι αποτέλεσμα της καθυστερημένης διαγνώσεως. Την τελευταία 20ετία, το 62% των ασθενών και ιδιαίτερα οι πιο ηλικιωμένοι, προσήλθαν με ανίατη νόσο σε στάδια III B και IV. Η ανατροπή αυτής της καταστάσεως απαιτεί σοβαρή και μεγάλη προσπάθεια για πιο έγκαιρη διάγνωση, ώστε τα λεγόμενα «πρώιμα» και ένα μικρότατο να μην αποτελούν στην χώρα μας ένα απλό «τυχαίο εύρημα» και ένα μικρότατο ποσοστό στο σύνολο των ασθενών με προχωρημένη νεοπλασματική νόσο.¹⁹

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι γαστρικοί καρκίνοι συχνά φαίνονται σαν καλοήγη έλκη, που μοιάζουν με κρατήρες στο βλεννογόνο του στομάχου. Μεγαλύτερα έλκη –με διάμετρο που υπερβαίνει τα cm- που έχουν όρια υπερυψωμένα πάνω από το επίπεδο του περιβάλλοντος στομάχου είναι πιθανότερο να είναι κακοήγη.³

Η διάγνωση γίνεται με:

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

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

1. Το γαστρικό υγρό για τυχόν έλλειψη γαστρικής οξύτητας (υποχλωρυδρία, αχλωρυδρία).

2. Η αντίδραση του γαλακτικού οξέος.
3. Η κινητική ανεπάρκεια του στομάχου.
4. Η λαθραία συνεχής αιμορραγία και η ανορεξία.
5. Η διαπίστωση υπολειμμάτων τροφών στο στομάχι.
6. Τα υπόλοιπα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής ενώ είχε στομάχι υγιές μέχρι τότε.¹⁴

Κλινική εξέταση:

Υπάρχουν μερικά ειδικά ευρήματα σε μια κλινική εξέταση.

- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα (υπερκλειδίου αδένος).
- Μάζες λεμφαδένων γύρω από το ορθό, μέσα στον ομφαλό η στην κοιλιά (συμπεριλαμβανομένων των ωοθηκών).
- Διόγκωση ήπατος (ηπατομεγαλία).
- Αυξημένη ποσότητα υγρού στην κοιλιά (ασκίτης).

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις:

- Έλεγχος αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα.
- Γενική εξέταση αίματος, που μπορεί να δείξει αναιμία, λόγω αιμορραγίας από το πεπτικό.
- Βιοχημικές εξετάσεις για να προσδιοριστούν παθολογικά ένζυμα του ήπατος και των οστών συμπεριλαμβάνονται εξετάσεις για αυξημένα επίπεδα καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) και έλεγχος επιπέδων φερριτίνης ορού που να αποδεικνύουν έλλειψη σιδήρου.
- Ανάλυση γαστρικού οξέος που να αποκαλύπτει αχλωρυδρία.

Απεικονιστικές μέθοδοι:

- Οι μεγαλύτερες ελκωτικές βλάβες εντοπίζονται με ακτινογραφίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος, με χρήση σκιαστικού μέσου και εμφύσηση αέρα.
- Ακτινογραφίες θώρακος.
- Αξονική τομογραφία κοιλιάς.
- Σπινθηρογράφημα οστών, αν είναι αυξημένο το οστικό ένζυμο αλκαλική φωσφατάση ορού.

Ενδοσκόπηση και βιοψία:

- Η εξέταση του στομάχου με γαστροσκόπιο που εισάγεται μέσω του οισοφάγου (ινοητική ενδοσκόπηση) μπορεί να εντοπίσει έλκος και μάζες. Το 70% των κακοηθών ελκών σε αρχικό στάδιο μπορεί να φαίνονται καλοήθη και ίσως και να επουλωθούν, συνήθως όμως είναι θετικά στη βιοψία.
- Μικρό τμήμα ιστού μπορεί να αφαιρεθεί από κάθε ύποπτη περιοχή και να αναλυθεί από παθολογοανατόμο. Μπορούμε επίσης να οδηγήσουμε μέσα από το γαστροσκόπιο βούρτσα για να λάβουμε κύτταρα, όπως συμβαίνει και με το τεστ Παπανικολάου. Με βιοψίες ιστού και ψήκτρας επιτυγχάνεται η διάγνωση του 98% των περιπτώσεων.³

2.7 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα είναι ασαφή. Περίπου στο 80% των περιπτώσεων το κύριο σύμπτωμα αφορά το

πεπτικό σύστημα, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις προέχουν τα γενικά συμπτώματα, τα οποία είναι:

ΣΥΝΗΘΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

α) Αναιμία: Υπάρχει πάντοτε ένας βαθμός υπόχρωμης αναιμίας, που οφείλεται στην ύπαρξη του καρκινώματος και τη δυσμενή επίδραση της αιμοποίησης. Όταν υπάρχει και απώλεια αίματος εμφανίζεται και δευτεροπαθής αιμορραγική αναιμία.

β) Απώλεια βάρους-καχεξία: Εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

γ) Πυρετός: Μπορεί και να παρουσιασθεί πυρετός μέχρι 39⁰C. Συχνότερο εύρημα είναι ο πυρετός σε μεταστάσεις στο ήπαρ και το περιτόναιο.

δ) Επιγαστρικός πόνος: Συχνά υποδύεται τον πόνο του πεπτικού έλκους. Είναι ελαφρύς, βαθύς, εμφανιζόμενος κατά κανόνα μετά από τη λήψη τροφής και παρουσιάζεται με μορφή επιγαστρικού βάρους.

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

στ) Έμμετοι: Εμφανίζει τάση για έμμετο ή και έμμετο αντανακλαστικό λόγω ερεθισμού. Παρουσιάζεται έμμετος αποφρακτικού τύπου. Χαρακτηριστικά είναι οι καφουριδείς έμμετοι (προσμίξεις αίματος με τη μορφή πολύ μικρού θρόμβου). Αιματέμεση, μέλαινα ή καφεοειδής έμμετος συμβαίνει αν όγκος αιμορραγήσει.

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

η) Επιγαστρική μάζα: Θεωρείται σαν σημείο προχωρημένου καρκίνου, ψηλαφάται μάζα στο επιγάστριο.

θ) Αιμορραγία: Εμφανίζεται είτε σε χρόνια απώλεια αίματος με τα κόπρανα είτε με τη μορφή γαστρορραγίας (αιματέμεση ή μέλαινα) που

είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ασθενούς, λόγω της βαρύτητας που παρουσιάζει για διάβρωση υγιεινούς αγγειακού κλάδου.

ι) Δυσπεπτικές διαταραχές: Δυσπεπτικές διαταραχές συνοδευόμενες με διάρροια ή δυσκοιλιότητα, που οφείλονται στην αχυλία που υπάρχει.¹³

Επί παρουσίας μεταστάσεων το ήπαρ ψηλαφάται διογκωμένο, σκληρό και οζώδες. Μεταστάσεις είναι δυνατόν να ανευρεθούν και στους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες (διόγκωση γαγγλίου του Virehow). Όταν υπάρχουν εμφυτεύσεις νεοπλασματικών κυττάρων στην περιτοναϊκή κοιλότητα υπάρχει ασκίτης, ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό μπορεί να αποκαλύψει νεοπλασματική διήθηση του δυσγλωσσίου. Σε περιπτώσεις μεταστάσεων γαστρικών όγκων στις ωοθήκες (όγκος Krinkenberg) είναι δυνατόν να διαπιστωθεί διόγκωση των ωοθηκών κατά την εξέταση της πυέλου. Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι σπάνιες. Σχετικά συχνότερα ανευρίσκονται δερματικά οζίδια, που οφείλονται σε δερματικές μεταστάσεις και σπανιότερα μελανίζουσα ακάνθωση, ιδιαίτερα στις μασχालιαίες χώρες, καθώς και αιφνίδια εμφάνιση ακροχορδονώδους κερατίνωσης και κνησμού. Η δερματομυοσίτιδα είναι σπάνια παρανεοπλασματική εκδήλωση του γαστρικού καρκίνου. Σπάνιες επίσης επιπλοκές της νόσου είναι το γαντροκολικό συρίγγιο, το νεφρωσικό σύνδρομο και η θρομβοφλεβίτιδα.²

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ. Προεγχειρητικά συμπτώματα

Συμπτώματα	%
Επιγαστρικός πόνος	46,5
Πρόσφατη απώλεια βάρους	37,5
Ανορεξία	18,1
Ναυτία	22,2
Αιφνίδια γαστρορραγία	12,5
Αδυναμία, εύκολη κόπωση	12,5
Δυσφαγία	10,4
Πυλωρική απόφραξη	5,5
Διάτρηση στομάχου	1,3
Καύσος	1,3
Ασυμπτωματικοί	4,1

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο του στομάχου πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση. Αυτό επιτυγχάνεται όταν η νόσος είναι αυστηρά τοπική, χωρίς διηθήσεις των πέριξ του στομάχου χωρών. Για την τοπικά εκτεταμένη νόσο, όπου υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων και των πέριξ ιστών, υπάρχουν δυο τάσεις. Η πρώτη έρχεται από την Ιαπωνία. Πρεσβεύει ότι η υπερριζική εγχείρηση επιμηκύνει την επιβίωση. Η δεύτερη από την Ευρώπη, πρεσβεύει ότι η σμίκρυνση των όγκων με τη χορήγηση σύγχρονων χημειοθεραπευτικών σχημάτων προεγχειρητικής επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μεταφράζεται σε επιμήκυνση του χρόνου επιβιώσεως.

Φυσικά στη γενικευμένη νόσο, η χημειοθεραπεία έχει θέση με περιορισμένα ακόμη αποτελέσματα. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία στη γενικευμένη νόσο χρησιμοποιούνται για καθαρά ανακουφιστικούς λόγους.¹⁴

1. Χειρουργική θεραπεία: Η ιδανική αντιμετώπιση είναι η ριζική χειρουργική επέμβαση, που σημαίνει ότι αφαιρείται το μεγαλύτερο τμήμα ή ολόκληρος ο στόμαχος (υφολική ή ολική γαστρεκτομή) μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες. Πάνω από το 50% των ασθενών με αρχικό στάδιο της νόσου (10%-20% όλων των περιπτώσεων) είναι δυνατό να ιαθούν. Αλλά το 1/3 των καρκίνων του στομάχου είναι ανεγχείρητοι τη στιγμή της διάγνωσης και απαιτούν θεραπεία παρακολούθησης με ακτινοβολία και/ή χημειοθεραπεία. Περίπου το 1/3 των ασθενών μπορεί να θεραπευτούν με τη χειρουργική επέμβαση, μολονότι οι πολύ ριζικές επεμβάσεις είναι πιθανό να αυξήσουν απλώς τον αριθμό των επιπλοκών χωρίς να παρατείνουν την επιβίωση. Η απόφαση για το αν θα αφαιρεθεί ο στόμαχος εξαρτάται από το αν ο όγκος έχει εισβάλλει στο παρακείμενο τμήμα του εντέρου πάνω και κάτω από το στόμαχο, στο κατώτερο τμήμα του στομάχου κοντά στο 12δάκτυλο ή στη συμβολή του οισοφάγου με το άνω τμήμα του στομάχου. Εάν δεν έχει εισβάλει αφαιρείται έως και το 85% του στομάχου μαζί με το πρώτο τμήμα του λεπτού εντέρου (12δάκτυλο), οι επιχώριοι λεμφαδένες και το στρώμα λίπους (επίπλουν) που βρίσκεται ανάμεσα στο έντερο και το περιτόναιο. Η αξονική τομογραφία συμβάλλει να καθοριστούν τα όρια του καρκίνου και η συμμετοχή των λεμφαδένων. Επειδή μπορεί να παρουσιάζει τη νόσο πιο εκτεταμένη απ'ότι πράγματι είναι, το αποτέλεσμα της αξονικής τομογραφίας από μόνο του δεν πρέπει να αποτελεί λόγο αποφυγής του χειρουργείου. Η χειρουργική επέμβαση είναι μεγάλη. Η τομή μπορεί να εκτείνεται από το θώρακα έως τον ομφαλό. Αν υπάρχει εκτεταμένη γαστρική προσβολή αφαιρείται ολόκληρος ο στόματος. Ίσως χρειαστεί

να συνδεθεί ο οισοφάγος με το μεσαίο τμήμα του λεπτού εντέρου (οισοφαγονηστιδοστομία) και να κατασκευαστεί ένας γαστρικός θύλακος. Έπειτα από ολική γαστρινεκτομή ποσοστό 5%-15% των ασθενών μπορεί να μην επιζήσουν από την επέμβαση. Επίσης είναι δυνατόν να υπάρξουν σοβαρές επιπλοκές. Μια μείζων επιπλοκή είναι η πιθανή ρήξη της αναστόμωσης που κατασκευάζεται κατά τη διάρκεια της οισοφαγονηστιδοστομίας. Το χειρουργικό όριο πρέπει να απέχει τουλάχιστον 6 cm από τον κύριο όγκο (θα πρέπει να γίνει ταχεία βιοψία ότι το χειρουργικό όριο δεν περιέχει καρκίνο). Αν η εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση είναι μη πρακτική ή αδύνατη αφαιρείται τμήμα του στομάχου ως παρηγορητικό μέτρο. Μερικές φορές ο όγκος προκαλεί επανειλημμένη αιμορραγία ή αναπτύσσεται τόσο πολύ ώστε αποφράσσει το γαστρεντερικό σωλήνα και προκαλεί ναυτία, έμμετο ή διάταση στομάχου. Η μερική γαστρεκτομή μπορεί να βελτιώσει προσωρινά την ποιότητα ζωής ενώ οι ολικές γαστρεκτομές που έχουν υψηλή συχνότητα επιπλοκών ωφελούν ελάχιστα όταν δεν είναι δυνατή η αφαίρεση ολόκληρου του όγκου.

2. Ακτινοβολία: Ο ρόλος της ακτινοβολίας είναι κυρίως η ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι η θεραπεία του καρκίνου. Δόσεις μεταξύ 5000 και 5500 cGy πιθανώς βοηθούν να ελεγχθούν οι όγκοι που δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν. Μερικές φορές επιχειρείται ανακούφιση των συμπτωμάτων σε διάστημα 3-4 εβδομάδων με δόσεις 3500-4000cGy πιθανώς βοηθούν να ελεγχθούν οι όγκοι που δεν είναι δυνατό να αφαιρεθούν. Μερικές φορές επιχειρείται ανακούφιση των συμπτωμάτων σε διάστημα 3-4 εβδομάδων με δόσεις 3500-4000cGy και με εγχύσεις Fluor-ouracil (5-FU) η οποία χρησιμοποιείται ως ακτινοευαίσθητη ουσία κατά την 1^η συχνά και την 4^η εβδομάδα. Αυτή η συνδυασμένη θεραπεία μπορεί να παρατείνει την επιβίωση. Μια μελέτη απέδειξε ότι το 23% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν απλώς με ακτινοβολία συνεχίζουν να

ζουν αφού περάσει η πενταετία. Μελέτες που χρησιμοποίησαν 5-FU στην αρχή κατά τη διάρκεια και μετά την ακτινοθεραπεία υποδηλώνουν πιθανά πλεονεκτήματα στο ποσοστό ανταπόκρισης και αυξημένη επιβίωση από 6 έως 14 περίπου μήνες.

2α. Προεγχειρητική ακτινοβολία: Μια ιαπωνική έρευνα έδειξε ότι η ακτινοβολία που χορηγήθηκε 2 εβδομάδες πριν από το χειρουργείο μείωσε τον όγκο και την προσβολή των λεμφαδένων και βελτίωσε την επιβίωση κατά 12%. Μια άλλη μελέτη απέδειξε ότι η ακτινοβολία πριν από το χειρουργείο μπορεί να αυξήσει τον αριθμό των εξαιρέσιμων όγκων από το 76% στο 85% αν και δεν παρατείνει την επιβίωση.

2β. Διεγχειρητική ακτινοβολία: Αποδείχθηκε ότι η ακτινοθεραπεία που χορηγείται απευθείας στην περιοχή του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης για υπολειμματικό-επιβεβαιωμένο με βιοψία-καρκίνο παρατείνει την επιβίωση. Ορισμένες μελέτες έδειξαν αύξηση της επιβίωσης από το μηδέν στο 50%.

4. Χημειοθεραπεία: Η χημειοθεραπεία είναι μερικές φορές χρήσιμη στη σμίκρυνση των δυνητικά χειρουργήσιμων όγκων. Εν τούτοις ο κύριος ρόλος της είναι η αντιμετώπιση της προχωρημένης ή της μεταστατικής νόσου. Επί 30 χρόνια περίπου η 5-FU ήταν το πιο συνηθισμένο φάρμακο μονοθεραπείας για τον καρκίνο του στομάχου με ποσοστό ανταπόκρισης 20% περίπου. Στις αρχές του 1980 υπήρχε η άποψη ότι ο συνδυασμός φαρμάκων θα αποτελούσε τον χρυσό κανόνα της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Αποτελέσματα προσφάτων ερευνών όμως αμφισβητούν την αξία της συνδυασμένης χημειοθεραπείας ρουτίνας. Ένα πρόβλημα της συνδυασμένης χημειοθεραπείας είναι το χαμηλό ποσοστό πλήρους ανταπόκρισης όλων των φαρμακευτικών συνδυασμών με μέση επιβίωση τους 4-9 μήνες. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι υπήρξε γενικά μικρή διαφορά στην επιβίωση των ασθενών που έλαβαν 5-FU μόνο ή σε συνδυασμούς. Η συχνότητα ανταπόκρισης μπορεί να είναι μεγαλύτερη

για έναν συνδυασμό αλλά πρέπει να εκτιμούμε και την τοξικότητα των φαρμακευτικών προγραμμάτων έχοντας υπόψη τη γενική αποτυχία της χημειοθεραπείας στη βελτίωση της επιβίωσης. Ο κλασικός συνδυασμός που μέχρι πρόσφατα ήταν το FAM (5-FU+Adriamycin+mitomycin-C) είχε ποσοστό ανταπόκρισης περίπου 30% μικρή βελτίωση της επιβίωσης και σπανίως πλήρη ύφεση. Άλλοι συνδυασμοί που χρησιμοποιούσαν 5-FU μαζί με ποικιλία άλλων φαρμάκων (όπως etoposide, Adriamycin και cisplatin) παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ανταπόκρισης. Πρόσφατες μελέτες στην Ευρώπη απέδειξαν ότι 3 συνδυασμοί υπήρξαν ανώτεροι του FAM τόσο στην ανταπόκριση όσο και στην επιβίωση:

α) FAMTX (5-FU+Adriamycin+υψηλή δόση methorexate με διαφύλαξη leucovorin)

β) EAPC (etoposide+Adriamycin+Platinol)

γ) ELF (etoposide+leucovorin+5-FU)

- Συμπληρωματική χημειοθεραπεία: Στις ΗΠΑ πολλές κλινικές αξιολογούν τη συμπληρωματική χημειοθεραπεία μετά τη χειρουργική επέμβαση, όμως δεν έχει επιβεβαιωθεί ακόμη η αποτελεσματικότητά της. Ιαπωνικές έρευνες έδειξαν μεγάλη χρησιμότητα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας, αλλά ο καρκίνος του στομάχου είναι διαφορετικός στην Ιαπωνία: Είναι λιγότερο διαφοροποιημένος και οι χειρουργικές επεμβάσεις πιο επιθετικές. Ως εκ τούτου υπάρχουν λιγότερα καρκινικά κύτταρα μετά την εγχείρηση, γεγονός που εξηγεί τα καλύτερα αποτελέσματα της συμπληρωματικής χημειοθεραπείας.

4. Βιολογική θεραπεία: Σε εξέλιξη βρίσκονται έρευνες που αξιολογούν τη χρήση ραδιοσημασμένων μονοκλωνικών αντισωμάτων ή τοξινών για την καταστροφή καρκινικών κυττάρων με διαφύλαξη των φυσιολογικών ιστών. Τα μέχρι στιγμής αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά και χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να αξιολογηθεί η μέθοδος.

5. Θεραπεία ανά στάδιο

α) Στάδιο 0 – TNM Tis, N0,M0: Είναι ένας όγκος in situ δεν έχει εξαπλωθεί πέρα από τη μεμβράνη που επενδύει το στομάχι (βλεννογόνος).

- Θεραπεία εκλογής: Η εμπειρία από την Ιαπωνία όπου ο καρκίνος ανακαλύπτεται συχνά σε αυτό το στάδιο δείχνει ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή επιβιώνουν πάνω από 5 χρόνια. Πρόσφατη αμερικάνικη εργασία επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα αυτά.

- Πενταετής επιβίωση: Πάνω από 90%

β) Στάδιο I TNM T1,N0,M0 (Στάδιο IA), T1,N1,M0 ή T2,N0,M0 (Στάδιο IB)

Ο καρκίνος περιορίζεται στο στομαχικό τοίχωμα και δεν έχουν προσβληθεί λεμφαδένες.

- Θεραπεία εκλογής: Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική, αν και η έκταση της εγχείρησης εξαρτάται από τη θέση του όγκου και από το πόσο μέρος του στομάχου έχει προσβληθεί. Αν η βλάβη δεν εντοπίζεται στην περιοχή όπου ο στόμαχος ενώνεται με τον οισοφάγο και δεν προσβάλλει διάχυτα το στομάχι, αφαιρούνται περίπου τα $\frac{3}{4}$ του κατώτερου τμήματος του στομάχου (ριζική υφολική γαστρεκτομή). Αυτή η θεραπεία παρατείνει την επιβίωση σε σχέση με άλλες χειρουργικές επεμβάσεις. Όταν η βλάβη αφορά την κορυφή του στομάχου (καρδιακό στόμιο) μπορεί να επιχειρηθεί ίαση με την αφαίρεση σχεδόν όλου του στομάχου και επαρκούς τμήματος του οισοφάγου. Αν η βλάβη αφορά διάχυτα το στομάχι πρέπει να αφαιρεθεί ολόκληρο το στομάχι, μαζί με τουλάχιστον το μείζον και έλασσον επίπλουν, καθώς και οι γύρω λεμφαδένες, η ηπατική αρτηρία και η βαλβίδα ανάμεσα στο στομάχι μέχρι το 12δάκτυλο (πυλωρός).

Πενταετής επιβίωση: Έως 85%

γ) Στάδιο II - TNM T1,N2,M0 ή T2,N1,M0 ή T3N0, M0: Ο καρκίνος περιορίζεται στο στομαχικό τοίχωμα και δεν προσβάλλει γειτονικούς ιστούς. Οι λεμφαδένες πολύ κοντά στον όγκο ή στην περιοχή γύρω από το στομάχι μπορεί να έχουν προσβληθεί.

- Θεραπεία εκλογής: Αυτό το στάδιο είναι μερικές φορές θεραπεύσιμο με χειρουργική επέμβαση. Όπως στο στάδιο I, η χειρουργική επέμβαση εξαρτάται από τη θέση και την έκταση του όγκου. Οι επεμβάσεις είναι οι ίδιες όπως για τους καρκίνους του Σταδίου I.

- Πενταετής επιβίωση: 52% (T2,N0,M0) ή 20% (T3,N0,M0)

δ) Στάδιο III – TNM T2,N2,M0 ή T3,N1,M0 ή T4,N0,M0 (Στάδιο IIIA) T3,N2,M0, ή T4,N1,M0 (Στάδιο IIIB). Ο καρκίνος προσβάλλει τους γειτονικούς ιστούς του στομάχου και/ή λεμφαδένες πολύ κοντά στον όγκο ή στην περιοχή γύρω από το στομάχο.

- Θεραπεία εκλογής: Ο καρκίνος σε αυτό το στάδιο αντιμετωπίζεται αλλά συνήθως δεν θεραπεύεται. Όλοι οι ασθενείς με εξαιρετικούς όγκους πρέπει να χειρουργούνται, η ριζική θεραπευτική χειρουργική όμως περιορίζεται σε όσους δεν παρουσιάζουν εκτεταμένη προσβολή λεμφαδένων τη στιγμή της ερευνητικής λαπαροτομίας. Έως 17% των επιλεγμένων ασθενών μπορούν να θεραπευτούν μόνο με χειρουργική επέμβαση, εάν οι προσβεβλημένοι λεμφαδένες βρίσκονται πολύ κοντά στον όγκο (N1). Η γενική επιβίωση, είναι φτωχή, είτε με μεμονωμένη θεραπεία είτε με συνδυασμένες. Έτσι όλοι οι πρόσφατα διαγνωσμένοι ασθενείς με καρκίνο σταδίου III θα έπρεπε να θεωρούνται υποψήφιοι για κλινικές μελέτες με νέα είδη θεραπείας.

- Πενταετής επιβίωση: 17%

ε) Στάδιο IV-TNM T4,N2,M0 (Στάδιο IVA), οποιοδήποτε T οποιοδήποτε N,M1 (Στάδιο IVB): Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους γειτονικούς ιστούς και στους λεμφαδένες της περιοχής κοντά στο στομάχι ή έχει εξαπλωθεί σε μακρινά σημεία, συνήθως στο ήπαρ ή σε άλλα όργανα.

- Θεραπεία εκλογής: Επειδή η επιβίωση είναι τόσο φτωχή με όλες τις διαθέσιμες μεμονωμένες ή συνδυασμένες μεθόδους αντιμετώπισης, καμιά τους δεν μπορεί να θεωρηθεί μέθοδος εκλογής. Παρηγορητική χειρουργική επέμβαση, συνδυασμένη χημειοθεραπεία και περιστασιακή ακτινοθεραπεία είναι οι υπάρχουσες επιλογές.

Όταν είναι δυνατό να αφαιρεθεί ο πρωτοπαθής όγκος, η παρηγορητική χειρουργική θα μειώσει τουλάχιστον τον κίνδυνο της αιμορραγίας ή της απόφραξης και ενδέχεται να οδηγήσει σε μια πιο μακροχρόνια επιβίωση.

Όταν ο όγκος είναι τόσο μεγάλος ώστε να αποφράσσει την είσοδο από τον οισοφάγο στο στόμαχο μπορούμε να περάσουμε ένα γαστροσκόπιο μέσω του οισοφάγου και να δημιουργήσουμε προσωρινή οπή χρησιμοποιώντας ακτίνες λέιζερ ή ηλεκτρική διαθερμία. Μέσω της οπής εισάγεται ένας πλαστικός σωλήνας για την κατάποση. Η χημειοθεραπεία με 5-FU, FATMX, EAP ή ELF προσφέρει σημαντική ανακούφιση σε ορισμένους ασθενείς και μακροχρόνια ύφεση σε ορισμένες περιπτώσεις.

- Πενταετής επιβίωση: Λιγότερο από 5%

6. Θεραπεία όγκων άλλου τύπου

α) Γαστρικά λεμφώματα: Οι εν λόγω όγκοι οι οποίοι είναι πιθανό να μιμούνται τα πρωτοπαθή αδενοκαρκινώματα του στομάχου, δεν είναι συνήθεις: αποτελούν περίπου το 5% των γαστρικών κακοηθειών. Ασθενείς με γαστρικό λέμφωμα θα έπρεπε να κάνουν γενική σταδιοποίηση για το λέμφωμα η οποία να περιλαμβάνει ακτινογραφία θώρακος και κοιλίας, βιοψίες του μυελού των οστών και πιθανώς αξονική τομογραφία πύελου, ώστε να εκτιμηθούν οι περιοχές των λεμφαδένων της μείζονος πύελου.

- Θεραπεία εκλογής: Η αφαίρεση τμήματος του στομάχου, εάν είναι δυνατή, μπορεί να αποτελεί την ιδανική θεραπεία. Σε 50 διαδοχικές περιπτώσεις επιτεύχθηκε ποσοστό επιβίωσης 80% όταν αφορούσε και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Πρόσφατη μελέτη για τα λεμφώματα

Σταδίου ΙΕ και ΙΙΕ (τοπική επέκταση του όγκου) έδειξε ότι ασθενείς που υπέστησαν 4 σχήματα CHOP (Cytosan + Adriamycin + Oncovin + prednisone) και κατόπιν ακτινοθεραπεία και επιπρόσθετη χημειοθεραπεία είχαν τα ίδια αποτελέσματα με ασθενείς που χειρουργήθηκαν. Όταν το λέμφωμα διαπερνά πλήρως το γαστρικό τοίχωμα και προσβάλλονται οι λεμφαδένες της περιοχής, η επιβίωση μειώνεται στο 25% περίπου. Η ακτινοβολία μετά το χειρουργείο μειώνει την πιθανότητα να εμφανιστούν τοπικές υποτροπές. Το πεδίο της ακτινοθεραπείας συνήθως καλύπτει τόσο την άνω κοιλία όσο και τους περιοχικούς λεμφαδένες και η θεραπεία ολοκληρώνεται μέσα σε αρκετές εβδομάδες.

β) Λειμυοσαρκώματα: Οι εν λόγω όγκοι που ξεκινούν από τους λείους μυς του στομαχικού τοιχώματος, αφορούν το 1%-3% μόνο όλων των γαστρικών κακοηθειών. Η αιμορραγία είναι συνηθισμένο σύμπτωμα.

- Θεραπεία εκλογής: Η βασική θεραπεία είναι η μερική αφαίρεση του στομάχου. Αφαιρείται δηλαδή μόνο η περιοχή του όγκου και τμήμα του φυσιολογικού περιβάλλοντος ιστού. Ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστούν μετά το χειρουργείο ή για τη μεταστατική νόσο. Οι συνηθέστεροι συνδυασμοί χημειοθεραπείας που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι Adriamycin+dacarbazine (DTIC) ή Adriamycin+cisplatin. Η ifosfamide μπορεί επίσης να αποβεί αποτελεσματική.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ

Η Watson αναγνωρίζει τις τεράστιες διαφορές που υπάρχουν στις διάφορες πτέρυγες τις νοσηλευτικές φροντίδες. Αλλά παράλληλα πιστεύει ότι υπάρχει ένα σημαντικό μέρος γνώσης, το οποίο είναι κοινό και απαραίτητο για όλες τις ειδικότητες.

Η εξειδικευμένη γνώση χρειάζεται μεν για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων κάθε ειδικότητας, αλλά δεν αποτελεί την ουσία της νοσηλευτικής και της φροντίδας. Η Watson περιγράφει δέκα σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι διαφοροποιούν τη νοσηλευτική φροντίδα από την ιατρική θεραπευτική. Η θεραπεία αποτελεί μέρος ή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας. Οι δέκα αυτοί παράγοντες αποτελούν τον πυρήνα της νοσηλευτικής και μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις νοσηλευτικές μονάδες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Η δημιουργία ενός συστήματος αξιών οι οποίες να είναι ανθρωπιστικές-αλτρουιστικές. Οι αξίες που διέπουν τη ζωή του ανθρώπου διδάσκονται και μαθαίνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής. Η καθημερινή εμπειρία σε διδάσκει το να αποδέχεσαι τις ανθρώπινες αξίες, όπως αγάπη προς τους άλλους, καλοσύνη και ενδιαφέρον για τους άλλους, καθώς και ικανοποίηση δια μέσου της προσφοράς.
2. Η ενστάλλαξη της πίστεως και της ελπίδας. Δια μέσου της αποτελεσματικής σχέσης νοσηλευτού/αρρώστου μπορεί να αναπτυχθεί μια θετική στάση έναντι των θετικών αποτελεσμάτων.
3. Η καλλιέργεια της αυτογνωσίας. Η αυτογνωσία δίδει στο νοσηλευτή την ικανότητα να επικοινωνεί σωστά με τα άτομα και έτσι να μπορεί να βοηθά αποτελεσματικά.

4. Η ανάπτυξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης. Η ανάπτυξη της σχέσης εμπιστοσύνης προϋποθέτει κάποιους παράγοντες. Αυτά είναι:

- Είλικρίνεια: Εντιμότητα του Νοσηλευτή μεταξύ αυτού που κάνει και αυτού που σκέπτεται.
- Συμπάθεια: Ικανότητα του νοσηλευτή να πείθει τον ασθενή ότι κατανοεί το άτομο του.
- Προσφορά ζεστασιάς χωρίς ανταλλάγματα: Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής δεν πρέπει να αντιληφθεί ότι η προσφορά της ζεστασιάς αποβλέπει σε κάτι γι'αυτόν.
- Αποτελεσματική επικοινωνία.

5. Η προώθηση και η αποδοχή της έκφρασης των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων.

6. Η συστηματική χρησιμοποίηση της επιστημονικής μεθόδου λύσεως προβλημάτων για τη λήψη αποφάσεων.

7. Η προώθηση της αμοιβαίας διεργασίας διδασκαλία/μάθηση.

8. Η πρόνοια για ένα υποστηρικτικό, προστατευτικό και διορθωτικό περιβάλλον, το οποίο να καλύπτει όλους τους τομείς, όπως ψυχολογικό, φυσικό, κοινωνικοπολιτισμικό και πνευματικό.

9. Η ιεράρχηση των αναγκών.

10. Η γνώση εκτός της νοσηλευτικής θεωρίας και των υπαρξιακών και φαινομενολογικών επιστημών, μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στο να κατανοούν τις ανάγκες των ασθενών και να δίνουν σωστές ερμηνείες στις διάφορες αντιδράσεις τους.

Η Watson πιστεύει ότι οι νοσηλευτές προκειμένου να εργασθούν χρειάζονται πολλές γνώσεις και ταλέντα.

Τα κυριότερα ταλέντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής είναι:

- Νοημοσύνη
- Δημιουργικότητα

- Φαντασία
- Οξύνοια και
- Ευαισθησία.¹⁸

3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

3.2.1 Σκοποί της Φροντίδας

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

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

1. Τις ανάγκες του αρρώστου ως άτομο.
2. Τις ανάγκες της αρρώστιας.
3. Τις ανάγκες της θεραπείας που εφαρμόζεται.
4. Τις ανάγκες του αρρώστου από την επίδραση της θεραπείας στην ψυχική και φυσική του κατάσταση.²⁰

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

περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει τη δύναμη να κάνει.²³

3.2.2 Προβλήματα του αρρώστου

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

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΠΟΝΟ

Στηριζόμενος πάντα στο πνεύμα της ολιστικής αντίληψης για τον πόνο, ο νοσηλευτής οφείλει να δρα για την επίτευξη τριών κυρίως σκοπών, οι οποίοι είναι:

1. Ο έλεγχος του πόνου και των συνοδών συμπτωμάτων.
2. Η στήριξη του ασθενούς.
3. Η στήριξη της οικογένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι βασικά υποστηρικτικός, με πολλές διαστάσεις.

Η λέξη κλειδί είναι η επικοινωνία. Όταν δημιουργηθεί κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης τότε η καθοδήγηση και η συνεργασία με τον ασθενή γίνονται πιο εύκολα, ενώ η ανεπαρκής και αναποτελεσματική επικοινωνία συχνά κάνει τους ασθενείς να υποφέρουν πιο πολύ από ό,τι τα υπόλοιπα συμπτώματα ή ο πόνος.

Επαρκής επικοινωνιακή δυνατότητα από την πλευρά του νοσηλευτή σημαίνει ικανότητα να ακούει, να επικοινωνεί «μη λεκτικά», να συμβουλεύει, να διευκρινίζει, να υποστηρίζει. Προϋποθέτει σεβασμό της προσωπικότητας, της ταυτότητας (πολιτιστικής και κοινωνικής) και ακεραιότητας του άλλου, ευαισθησία και όχι αυστηρότητα. Ενώ ταυτόχρονα βοηθά τον ασθενή να εκφραστεί, να γίνει πιο ακριβής στις περιγραφές του και να βρει κάποιο νόημα για την κατάστασή του, αναγνωρίζοντας παράλληλα τη σοβαρότητα της κατάστασής του.

Για να επιτευχθεί απαιτείται συγκεκριμένη συχνότητα εκτίμησης του ασθενή με πόνο, που καθορίζεται από τη φύση του πόνου, την αναμενόμενη διάρκεια των αναλγητικών και από την τάση του ασθενή να εκφράζει ή όχι τον πόνο του.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συνδυάζει τις επικοινωνιακές του δεξιότητες με ανθρωπιστική ευαισθησία, επιστημονική γνώση και εμπειρία. Έτσι μπορεί πιο εύκολο να εκτιμά τις εκάστοτε ανάγκες, να σχεδιάζει, να εφαρμόζει και να αξιολογεί τις κατάλληλες και απαραίτητες παρεμβάσεις. Με την εξέλιξη της νόσου οι ανάγκες αλλάζουν. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει, για να μπορεί να αποφασίζει μόνος του και να αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τον ασθενή, που συνεχώς αναζητά αποζητά την προσφορά.

Για τους εργαζόμενους στην αντιμετώπιση του πόνου θεωρείται απαραίτητη η κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε να καλλιεργηθούν δεξιότητες αυτοεκτίμησης και αυτοαξιολόγησης, με σκοπό την προστασία του προσωπικού και την αποφυγή υπερευαίσθητων αντιδράσεων.

Η υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης φιλοσοφίας, η επίγνωση των ορίων, η χρήση του αστεισμού (humor) θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να διατηρήσει την ακεραιότητά του και να εξασφαλίσει κάποιο νόημα για τη δουλειά του, προσφέροντας πραγματική βοήθεια.

Τελειώνοντας, λίγα λόγια για τη μορφίνη, ως από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα ισχυρά οπιοειδή προκαλεί αναλγησία χωρίς απώλεια της συνείδησης, ευφορία και καταστολή της αναπνοής.

Έχει αντιβηχικές ιδιότητες, προκαλεί μύση και τάση για έμμετο, δυσκοιλιότητα, έντονο κνησμό και εφίδρωση. Ανεπιθύμητες παρενέργειες:

Υπνηλία, ναυτία, ανοχή και λιγότερο συχνά ξηρότητα του στόματος και μυοκλονικές συσπάσεις (σε υψηλές δόσεις). Τονίζουμε πως ο ασθενής δεν αποκτά εθισμό αλλά φυσική εξάρτηση.¹⁷

3.4 ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή χωρίζεται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.²¹

3.4.1 Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Περιλαμβάνει:

1. Τόνωση του ηθικού

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

α: Με το να βρει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή.

β: Να κατανοήσει τον ασθενή και να μεταφερθεί στη θέση του.

2. Τόνωση σωματική

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

Ο ασθενής που θα υποστεί γαστρεκτομή και που δεν θα τρέφεται από το στόμα για ένα χρονικό διάστημα, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού, όπως αίματος ηλεκτρολυτών.

Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής πιθανόν να εμφανίσει ανορεξία πρέπει οι τροφές που του παρέχονται να είναι όσο το δυνατόν ευπαρουσίαστες και εύγευστες.

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

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

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

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

3. Εργαστηριακές εξετάσεις

Στην γενική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνονται και οι εξετάσεις του ασθενή.

- α) Εξέταση χειρουργού για εκτίμηση και ενθάρρυνση της καταστάσεως.
- β) Εξέταση παθολόγου για την εξέταση όλων συστημάτων.
- γ) Ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαρδιογράφημα.
- δ) Γενική εξέταση ούρων: λαμβάνονται τα πρώτα πρωινά ούρα διότι είναι πυκνότερα αφού προηγηθεί καθαρισμός των γεννητικών οργάνων

και συλλέγονται σε καθαρό δοχείο απευθείας. Πρέπει επίσης να σταλούν στο Μικροβιολογικό εργαστήριο γρήγορα.

ε) Γενική εξέταση αίματος (ομάδα, RH, σάκχαρο, ουρία, χρόνος ροής και πήξεως καθώς και διασταύρωση).

στ) Είναι δυνατό να εφαρμοσθεί στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN).

4. Καθαριότητα του ασθενή

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

α) Καθαρισμός σώματος.

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

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

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

5. Εξασφάλιση καλού ύπνου

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

ύπνο. Φροντίζουμε ο ασθενής να βρίσκεται σε ήσυχο και άνετο δωμάτιο, μακριά από το ασανσέρ και τις σκάλες και δεν αφήνουμε τους επισκέπτες να τον ενοχλούν.²³

3.4.2 Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία

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

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

Ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα σε μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Μετά το ξύρισμα και τον καθαρισμό με σαπούνι και νερό, γίνεται αντισηψία του δέρματος και το τμήμα αυτό καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο. Έτσι πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος και οι φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζουν ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.²³

3.4.3 Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία

Πριν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο νοσηλευ-της-τρία εκτελεί τα εξής:

- α) Τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου.
- β) Αφαιρεί δόντια και τεχνητά μέλη.
- γ) Αφαιρεί κοσμήματα και τα παραδίδει στην προϊσταμένη που τα φυλάει.
- δ) Φροντίζει για την εκκένωση της ουροδόχου κύστεως.
- ε) Χορηγεί την προνάρκωση, σύμφωνα με την εντολή του αναισθησιολόγου μισή ώρα πριν από την επέμβαση.
- στ) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση: Μέτρηση θερμοκρασίας, αναπνοών, σφυγμών και

πίεσεως πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων θα πρέπει να αναφερθούν.

ζ) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή και τον συνοδεύει στον χειρουργείο.²³

3.5 ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο νοσηλευτής του χειρουργείου έχει ειδικές ευθύνες σε περίπτωση εγχείρησης για καρκίνο. Η διασπορά καρκινικών κυττάρων είναι μηχανισμός μεταστάσεων που μπορεί να δημιουργηθεί από χαμηλό επίπεδο εγχειρητικών φροντίδων. Τα χειρουργικά εργαλεία που ήλθαν κατά την διάρκεια της εγχείρησης σε επαφή με νεοπλασματική νόσο πρέπει να ξαναποστειρωθούν αν πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της ίδιας της εγχείρησης. Ακόμα και σε παρηγορητικές εγχειρήσεις το τοίχωμα ή το εγχειρητικό τραύμα πρέπει να ράβεται με νέα εργαλεία, γάντια και ιματισμό. Οι προεγχειρητικές βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται επίσης με ξεχωριστά εργαλεία γάντια και ιματισμό. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει έτοιμα τα πάντα για τυχόν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της επέμβασης και να είναι ενημερωμένος για το ιστορικό του ασθενούς και την νοσηλεία του.²³

3.5.1 Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

α. Ανάληψη: Αποτελεί ένα οργανωμένο μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται με ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει εξαφανίσει τους άμεσους μετεγχειρητικούς κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης. Εδώ οι ασθενείς βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και

αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα, φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακού μασάζ και βρογχοσκόπησης είναι διαθέσιμο κάθε στιγμή. Τα καθήκοντα του/της νοσηλευτή/τριας μέχρι την ανάνηψη είναι:

- Διατήρηση του ασθενούς σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
- Λήψη άμεσης και σε συχνά χρονικά διαστήματα κατόπιν, των ζωτικών σημείων. Επίσης παρακολούθηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς.
- Σύνδεση σωλήνων παροχέτευσης με φιάλες και παρακολούθηση της λειτουργίας τους.
- Εκτέλεση των οδηγιών μιας φοράς.
- Παρακολούθηση των γαζών του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
- Παρακολούθηση διανοητικής και ψυχικής κατάστασης ασθενούς.
- Τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών.

Εξαιτίας μετεγχειρητικού stress, ο όγκος των ούρων ανεξάρτητα της ποσότητας των υγρών που χορηγούνται στον ασθενή είναι μικρό.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600-700ml και με ψηλό ειδικό βάρος.

- Η μεταφορά του ασθενούς από το φορείο στο κρεβάτι πρέπει να γίνεται γρήγορα με τη μικρότερη δυνατή έκθεση και τάση στα ράμματα του τραύματος. Η έκθεση του ιδρωμένου ασθενή προδιαθέτει σε πνευμονικές επιπλοκές και μετεγχειρητικό shock. Κατά τη μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε στο νου μας τη θέση της χειρουργικής τομής.²²

β. Θέση ασθενή στο κρεβάτι: Η κακή τοποθέτηση του ασθενή στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών, όπως πνευμονικές κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές από το τραύμα, τους μυς και στις αρθρώσεις. Όταν ο ασθενής συνέλθει πλήρως από την αναισθησία τοποθετείται σε θέση ημικαθιστική γιατί έτσι διευκολύνεται η παροχέτευση από το στομάχι. Ο κορμός του ασθενή ανυψώνεται για να

σχηματίζει γωνία 60^0-70^0 με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστή θέση. Στη θέση αυτή ο ασθενής τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί αισθάνεται ζάλη. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για ζάλη τοποθετείται σε ύπτια θέση και μέσα σε μια ή δυο ώρες σε θέση FOWLER. Κάτω από τα πόδια τοποθετείται στήριγμα ώστε να διατηρείται ο ασθενής στη θέση αυτή.

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

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

1. Για την ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο και τη δυσφορία ο/η νοσηλευτής/τρια εκτελεί τα εξής:

- Συχνές μετακινήσεις για άνεση και πρόληψη αγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών.

- Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον έλεγχο του πόνου.

- Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη μόλυνσεως.

- Αποφυγή λήψεως υγρών από το στόμα για τουλάχιστον 24 ώρες ώστε να επιτευχθεί το ομαλό κλείσιμο της τομής και να ελαττωθεί ο κίνδυνος διαφυγής υγρών και δημιουργίας περιτονίτιδας.

- Σχολαστική υγιεινή του στόματος για αποτροπή της ξηρότητας.

- 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 του ασθενούς γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα.

- Ο νοσηλευτής επίσης οφείλει να φροντίζει για την καθαριότητα, για την τάξη του δωματίου του ασθενούς.²¹

2. Διατροφή ασθενούς

- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για πρόληψη καταπληξίας και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών-ηλεκτρολυτών. Η ενδοφλέβια χορήγηση γίνεται γιατί οι γαστρεντερικές επεμβάσεις δεν επιτρέπουν την λήψη υγρών από το στόμα.
- Αυξημένα υγρά ανάλογα με την ανοχή του ασθενούς.
- Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς.
- Αποφυγή τροφών που μπορούν να ευνοήσουν την ανάπτυξη συνδρόμου Dumping.
- Θα πρέπει να αναγράφονται σε φύλλα νοσηλείας οι ποσότητες των υγρών ώστε να υπολογίζονται αν καλύπτονται οι θερμιδικές, διαιτητικές απαιτήσεις του ασθενούς σε υγρά.
- Υγρά από το στόμα όταν επιτραπεί η λήψη αυτών. Η χορήγηση υγρών θα πρέπει να γίνεται σιγά-σιγά και σταδιακά. Αν ο ασθενής κάνει έμμετο ή έχει λόξυγκα διακόπτεται κάθε χορήγηση από το στόμα και ζητούνται οδηγίες.¹³

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ: ΜΙΚΡΟΤΕΡΕΣ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΩΝ

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ: Ανορεξία, ναυτία και/ή έμμετος δευτεροπαθής από τον καρκίνο του στομάχου.

ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: Προοδευτική απώλεια βάρους, πιθανή δυσφαγία, αδυναμία, αναιμία, αναφορά παρατεταμένης κοπώσεως.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Διατήρηση ιδεώδους καταστάσεως διατροφής.

ΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ: Μη περαιτέρω απώλεια βάρους, βιοχημικές εξετάσεις εντός των φυσιολογικών ορίων, λιγότερες αναφορές κοπώσεως.

<p>1. Παρακολούθηση:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ποσό φαγητού που καταναλώνεται σε κάθε γεύμα. • Ζύγιση κάθε δεύτερη ημέρα ή εβδομαδιαίως. • Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά κάθε 8 ώρες. • Αποτελέσματα βιοχημικών εξετάσεων. 	<p>Για την εκτίμηση δραστηριότητας της θεραπείας.</p>
<p>2. Χορηγείται ελαφρά διαίτα πλούσια σε θερμίδες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.</p>	<p>Τα βαριά φαγητά προκαλούν ερεθισμό του στομάχου.</p>
<p>3. Χορηγούνται τροφές ευχάριστες στην οσμή και γεύση και εφόσον είναι ανάγκη καλείται ειδικός διαιτολόγος.</p>	<p>Η ανορεξία είναι σύνηθες σύμπτωμα του καρκίνου του στομάχου. Η ανεπαρκής διατροφή αποτελεί την κύρια αιτία υποσιτισμού και απώλειας βάρους.</p>
<p>4. Χορηγούνται τ'αναγραφέντα αντιεμετικά 30' τουλάχιστον προ κάθε γεύματος αν υπάρχει ναυτία.</p>	<p>Η ναυτία συμβάλλει στην ανορεξία.</p>
<p>5. Πρέπει να λαμβάνονται 2.500ml υγρά, τουλάχιστον την ημέρα.</p>	<p>Για την προστασία από την αφυδάτωση.</p>

4

3. Πρόληψη των επιπλοκών

α. Καταπληξία

- Χορήγηση υγρών και υποκατάστατων αίματος στον απαιτούμενο χρόνο
- Διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας, σφυγμού, αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας αναπνοής
- Έλεγχος παροχετεύσεων του τραύματος

β. Αιμορραγία

- Τοποθέτηση παγοκύστης στην κοιλιά
- Συχνή λήψη ζωτικών σημείων
- Χορήγηση Per os διαλύματος υδροχλωρικής αδρεναλίνης μέσα σε νερό ή αλατούχο ορό ώστε να επιφέρει αγγειοσύσπαση.

γ. Έμετος

- Αν ο έμμετος συνεχισθεί μετά τις 24 πρώτες ώρες οφείλεται σε παραμονή αίματος μέσα στο στομάχι. Βοήθεια στην παροχέτευση του στομάχου ή του εμμέτου παρέχει:

- Η αλλαγή θέσης του ασθενή.

- Χορήγηση διαλύματος διττανθρακικού νατρίου σ'ένα μικρό ορό IV.

- Ο ρινογαστρικός σωλήνας που παρέχει συνεχή γαστρική παροχέτευση.

δ. Πνευμονικές επιπλοκές

- Βαθιές αναπνοές

- Σύσταση μικρών και συχνών γευμάτων και μετακινήσεις για την κινητοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.

- Αλλαγή της θέσης του ασθενούς από την μια πλευρά στην άλλη και περίπατος για την καλύτερη λειτουργία των αναπνευστικών οδών.

ε. Εκσπλάχνωση

- 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.

στ. Θρόμβωση και εμβολή

- Έγερση από το κρεβάτι για τον περιορισμό της στάσης του φλεβικού αίματος.

- Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών.

- Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής.

ζ. Ανεπάρκεια Βιταμίνης B₁₂

- Μετά την γαστρεκτομή χορηγούνται μηνιαίως 1200 γρ. βιταμίνης B₁₂ καθώς και σίδηρος διότι παρατηρείται αιφνίδια και τελική παύση της παραγωγής του ενδογενούς παράγοντα που απαιτείται για την απορρόφηση της B₁₂.

η. Σύνδρομο Dumping

- Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.
- Αποφυγή γλυκών ή αλμυρών τροφών.
- Λήψη υγρών μεταξύ γευμάτων.
- Αποφυγή υγρών μετά τα γεύματα.
- Τακτικά γεύματα με αργή μάσηση και με ήσυχο περιβάλλον.
- Λήψη αντιχοληνεργικών φαρμάκων πριν από τα γεύματα.

θ. Υπογλυκαιμία

- Λήψη σακχάρου κατά την έναρξη του παροξυσμού (καραμέλες, γλυκά, κ.τ.λ.)

ι. Αναστομωτικό έλκος

- Χειρουργική θεραπεία κυρίως.¹³

3.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του/της νοσηλευτή/τριας που νοσηλεύει ασθενή στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρεται:

- Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία.
- Στην προετοιμασία και βοήθεια του ασθενή για τη θεραπεία.
- Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό του.
- Στην ψυχολογική τόνωση του ασθενή πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

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

- Ο νοσηλευτής (τρια) ενημερώνεται από τον φάκελλο του ασθενή για
 - α) Το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε
 - β) Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία
 - γ) Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός)

δ) Τον αριθμό των συνεδρίων που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.

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

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Έχει σχέση με τον τρόπο χορήγησής της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα. Πάντοτε όμως ο ασθενής ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο ασθενής απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί.

- Ο νοσηλευτής (τρια):

- Ενημερώνεται από τον φάκελλο του ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τύπο της πηγής, τον τρόπο χορήγησης, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία, το σημείο εφαρμογής και τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.
- Γνωρίζει ότι σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα και επομένως δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους έμμετους ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στον χειρισμό τους.
- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια και τις οδηγίες για το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο.
- Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας, παράθυρο παρακολούθησης, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Ο ασθενής ενημερώνεται πως το μέτρο είναι παροδικό.
- Νοσηλεύει τον ασθενή με μπλούζα, γάντια τα οποία βάζει σε δοχείο από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο.
- Ενημερώνει τους συγγενείς για τον τρόπο επικοινωνίας, εξηγεί το σκοπό του μέτρου και τοποθετεί στην πόρτα του δωματίου στο φάκελλο και στο Kardex το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας καθώς επίσης λαμβάνει και προστατευτικά μέτρα για τον εαυτό του/της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο ασθενής.
- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσης του περιβάλλοντος από ακτινοβολία εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πριν από την έξοδο του ο ασθενής πρέπει:

1. Να γνωρίζει τις κατάλληλες προφυλάξεις όσον αφορά την ασφάλεια από τη βραχυθεραπεία.
2. Να επισημάνει μέτρα για την αύξηση της άνεσης και την αποτροπή των επιπλοκών λόγω ακτινοβολίας του κόλπου.
3. Να ανταλλάσσει σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με τη διάγνωση του καρκίνου και την ανάγκη ακτινοθεραπείας.
4. Να αναφέρει στον ιατρό τα σημεία και τα συμπτώματά του.
5. Να αναγνωρίσει τις κοινωνικές υπηρεσίες που μπορούν να τον βοηθήσουν στην προσαρμογή στις συνέπειες της διάγνωσης και της θεραπείας.
6. Να διατυπώσει την κατανόηση του σχεδίου συμμόρφωσης στη συνιστώμενη μετανοσοκομειακή φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών ραντεβού με τον ιατρό και τον ακτινολόγο καθώς και των συνιστώμενων φαρμάκων.

3.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας

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

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας

1. Γίνεται ομαδική προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά

του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά) συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

2. Βεβαιώνεται ο άρρωστος πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτα άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχτεί να εφαρμόσει τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειες.

4. Προσφέρεται στον άρρωστο ό,τι έντυπη πληροφορία υπάρχει για την χημειοθεραπεία.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου, για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α.²³

Κατά την οργάνωση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατά την χημειοθεραπεία ο νοσηλευτής(τρια) θα πρέπει να εφαρμόζει τα εξής:

1. Προετοιμασία του αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία.

2. Χορήγηση αντιεμετικών πριν τη θεραπεία.

3. Σε ορισμένους κυρίως αλλεργικούς αρρώστους γίνεται test ευαισθησίας προς το συγκεκριμένο χημειοθεραπευτικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Σε περίπτωση θετικού (+) αποτελέσματος, αυτό καταγράφεται στο διάγραμμα του ασθενούς.

4. Επαρκής υδάτωση, μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών.

5. Χορήγηση υπακτικών σε περίπτωση δυσκοιλιότητας.

6. Γεύματα συχνά, μικρά. Δίαιτα πλήρης σε θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες.

7. Προσεκτική φροντίδα σώματος.
8. Προστασία του αρρώστου από μολύνσεις.
9. Προσοχή στις εκδηλώσεις που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ., τους νεφρούς ή το ήπαρ.
10. Θα πρέπει να παρακολουθεί και να καταγράφει τυχόν αντιδράσεις δηλαδή συμπτώματα και σημεία, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δράση των φαρμάκων και να δρα ανάλογα.
11. Παρακολούθηση ούρων και κοπράνων για αιμορραγία και λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή αιμορραγίας.
12. Βοήθεια του αρρώστου να δεχθεί την παροδική αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και τυχόν προβλήματα από το γεννητικό του σύστημα.
13. Λήψη μέτρων ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.
14. Λήψη μέτρων για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από τη φλέβα και διήθησης των γύρω ιστών.²³

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΞΟΔΟΥ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πριν την έξοδο, ο ασθενής πρέπει:

1. Να μην παρουσιάζει σημεία και συμπτώματα τοξικής δράσης των κυτταροστατικών φαρμάκων.
2. Να ελέγχει τις παρενέργειες των κυτταροστατικών φαρμάκων.
3. Να επισημάνει τρόπους πρόληψης της λοίμωξης κατά τις περιόδους της μειωμένης ανοσίας.
4. Να δείξει την ικανότητα σωστής θερμομέτρησης από το στόμα και τη μασχάλη.
5. Να δείξει τις κατάλληλες τεχνικές στοματικής υγιεινής.
6. Να επισημάνει τεχνικές αντιμετώπισης της ναυτίας και του εμέτου.

7. Να αναφέρει τους τρόπους για τη βελτίωση της όρεξης και της κατάστασης θρέψης.
8. Να αναφέρει τους τρόπους για την αντιμετώπιση της επίμονης κόπωσης.
9. Να αναφέρει τους τρόπους για την πρόληψη αιμορραγιών όταν ο αριθμός των αιμοπεταλίων είναι μειωμένος.
10. Να αναφέρει τους τρόπους για την προσαρμογή στις μεταβολές της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής λειτουργίας.
11. Να δείξει ότι είναι ικανός να φροντίσει τον κεντρικό φλεβικό καθετήρα, τον περιτοναϊκό καθετήρα ή την εμφυτευμένη συσκευή έγχυσης, να υπάρχει.
12. Να εκφράσει την κατανόησή του για την φροντίδα και τις προφυλάξεις πιο είναι αναγκαίες αν υπάρχει αντλία Ommaya.
13. Να εκφράσει την κατανόησή του σχετικά με την εμφυτευμένη αντλία έγχυσης και τις προφυλάξεις που είναι αναγκαίες.
14. Να απαριθμήσει τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών που θα αναφέρει στον λειτουργό υγείας.
15. Να μοιρασθεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, σχετικά με τις μεταβολές της σωματικής εικόνας λόγω της χημειοθεραπείας.
16. Να εντοπίσει κοινωνικούς φορείς που μπορούν να βοηθήσουν, με την αγωγή κατ'οίκον και την προσαρμογή του στη διάγνωση του καρκίνου στη χημειοθεραπεία και τις συνέπειές της.
17. Να εκφράσει την κατανόηση του σχεδίου της συνιστώμενης μετανοσοκομειακής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων της φαρμακευτικής αγωγής και του προγράμματος χημειοθεραπείας, των εργαστηριακών εξετάσεων και των μελλοντικών ραντεβού με τον ιατρόν.¹

3.8 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Ποσοστό μικρότερο από το 5% των ενηλίκων ασθενών με καρκίνο συμμετέχει σήμερα στις κλινικές μελέτες. Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 120 νοσηλευτές από 15 ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα φανερώνεται η ελλειπής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού που μετέχουν στις κλινικές μελέτες. Ένα μεγάλο ποσοστό (62,5%) δεν είχε μεταπτυχιακή εκπαίδευση στην Ογκολογική Νοσηλευτική. Ενώ ένα μεγαλύτερο ποσοστό (74,2%) δεν είχε καν πτυχίο νοσηλευτικής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτές από τη Νότια Ευρώπη συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας ήταν εκείνοι με τα μικρότερα ποσοστά μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Ενώ ποσοστό 70% επί του συνόλου του δείγματος έδειξε ενδιαφέρον να συμμετέχει σε σειρά μαθημάτων σχετικά με την συμμετοχή σε κλινικές μελέτες.

Στα κύρια καθήκοντα όπως τα περιέγραψαν οι ίδιοι περιλαμβάνονται η ενημέρωση του ασθενή σε ποσοστό 74% διαχείριση των φαρμάκων της μελέτης σε ποσοστά 65% έλεγχος της τοξικότητας 62% προγραμματισμό των επισκέψεων των ασθενών σε ποσοστό 55%, παροχή βασικής φροντίδας και καταγραφής των δεδομένων σε ποσοστό 50% και προετοιμασία των φαρμάκων σε ποσοστό 46%. Ενώ άλλες δραστηριότητες ήταν η ενημέρωση του λοιπού νοσηλευτικού προσωπικού σε ποσοστό 77%, η συμμετοχή στην ενημέρωση του ασθενή και η απόκτηση πληροφορημένης συναίνεσης σε ποσοστό 73% και 56% αντίστοιχα, εγγραφή περιλήψεων σε ποσοστό 48% ενώ για τη συμμετοχή στην δημιουργία του πρωτοκόλλου στην επιστημονική έρευνα και σε ηθικά θέματα τα ποσοστά ήταν μικρότερα 29%, 21% και 13% αντίστοιχα.

Έρευνα σε νοσηλευτές που μετείχαν σε κλινικές μελέτες έδειξαν ότι διακατέχονται από αισθήματα μειωμένου σεβασμού και μειωμένης υπευθυνότητας, με συνέπεια την ανασφάλεια και την μειωμένη αυτοεκτίμηση. Η παθητικότητα τους ήταν ένα ακόμα εύρημα που εκφράζονταν με προσωπική και επαγγελματική απογοήτευση και κατάθλιψη. Αίτημα τους φαίνεται να είναι η συμμετοχή και η αναγνώριση τους στη δομή λήψης της αποφάσεων στα τμήματα που εργάζονταν.

Στο μέλλον ο αριθμός, η πολυπλοκότητα και η ευαισθησία των κλινικών μελετών αναμένεται να αυξηθεί. Ανάλογα θα πρέπει και ο ρόλος των νοσηλευτών να διευρυνθεί αλλά κυρίως να καθιερωθεί, ώστε να διευκολύνονται και να εφαρμόζονται με επιτυχία τα ερευνητικά πρωτόκολλα. Επαναπροσδιορισμός των νοσηλευτικών επαγγελματικών καθηκόντων, του επιπέδου παροχής φροντίδας καθώς και κατάλληλη εκπαίδευση θα αυξήσει την αποτελεσματικότητα και τον έλεγχο στις κλινικές μελέτες. Τα δυο τελευταία χρόνια έχει αναθεωρηθεί και αναπροσαρμοστεί ο επαγγελματικός ρόλος των νοσηλευτών στο χώρο της Ογκολογίας και κατ'επέκταση στο χώρο των κλινικών μελετών, ωστόσο απαιτείται περισσότερη προσπάθεια για την καθιέρωση και αναγνώριση του ρόλου αυτού.¹⁸

3.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη, λοιπόν κατά του καρκίνου, δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από την φυσική βλάβη που προκαλεί το σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με

έντονο φυσικό πόνο, τλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

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

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

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

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λήξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό (αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστια

μου, φοβίζει και σοκάρει και εμένα (άρρωστος). Αλλά εάν είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας καταστάσεως, είμαι κι εγώ».

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

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος, στρέφεται προς τα μέλη της οικογενείας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται κατά τον Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την εισβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτε πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί, τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τα βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.

Τέλος ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της αποδοχής. Ο άρρωστος στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντα του, περιορίζει τις επισκέψεις σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.τ.λ. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν

ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια (-τη) καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί. Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια (-της) να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίζει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

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

Η σκέψη πως βρισκόμαστε μπροστά στον άρρωστο, που μάλλον προχωρεί προς τον θάνατο με πολλή ταλαιπωρία και πόνο, μας δημιουργεί επιτακτική ανάγκη να γνωρίσουμε τα συναισθήματα του απέναντι στο θάνατο.

Η νοσηλεύτρια που έχει κάνει προσωπική την χριστιανική διδασκαλία για το θάνατο, μπορεί να δώσει στον ετοιμοθάνατο άρρωστο ανακούφιση και δύναμη.

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

όπως θεραπευτικών πεποιθήσεων, νοοτροπίας, καλλιέργειας, αγωγής, προοπτικής ζωής, μορφώσεως, κοινωνικής τάξεως κ.τ.λ.

Η νοσηλεύτρια προετοιμάζει τον άρρωστο της για την μετάβαση από την παρουσία στην μέλλουσα ζωή, προσφέροντας και δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς. Τέτοια ατμόσφαιρα βοηθάει στην μείωση της ψυχικής εντάσεως, αγωνίας και άγχους που δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται μπροστά στο θάνατο.²³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 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 άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στη 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.²⁴

4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Όνοματεπώνυμο: C.Q.

Ηλικία: 66

Διάγνωση: Νευροενδοκρινές καρκίνωμα στομάχου υψηλής κακοήθειας.

Ημερ. εισόδου: 19/1/05

Αιτία εισόδου: Κοιλιακός πόνος έντονος

Ημερομηνία εξόδου: 21/1/05

Νέος ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» στις 19/1/05 με έντονο κοιλιακό πόνο. Έχει προηγηθεί στις 29/11/04 σπειροειδής αξονική τομογραφία άνω – κάτω κοιλίας και ΟΠΘ χώρου. Στις 17/12/04 έγινε Βιοψία από παρασκευάσμα γαστρεκτομής. Από αυτές τις 2 εξετάσεις προέκυψε η διάγνωση που ήταν «Νευροενδοκρινές καρκίνωμα στομάχου υψηλής κακοήθειας». Κατά την παραμονή του στην κλινική την πρώτη μέρα νοσηλείας στις 19/1/05 έγινε έναρξη χημειοθεραπείας:

Χημειοθεραπευτικό σχήμα (Διήμερο – Ανά 16 μέρες)

Navoban amp 1x2 (αντιεμετικό) IV

Zantac amp 2x2 IV

Fenistil amp 2x2 IV

Camupto tb 220 mgx1

Isovorin tb 147 mgx2

Urasiflor tb 1350mgx2

Lasix tb 20mgx1

Την ίδια μέρα προηγήθηκε Γενική αίματος και Βιοχημικές εξετάσεις των οποίων τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

Γεν. αίματος: WBC: 7,32 (Λευκά)

NEU: 4,44/60,6% (Ουδετερόφυλλα)

RBC: 4,91 (Ερυθρά)

PLT: 220 (Αιμοπετάλια)

HCT: 38 (Αιματοκρίτης)

HGB: 13 (Αιμοσφαιρίνη)

Βιοχημικές εξετάσεις:

Glucose: 124

Ουρία: 33

Creatine: 0.6

K.N.Ca → 4. 138. 101 (αντίστοιχα)

SGOT: 58 }
SGPT: 37 } γGT: 63

Μετά την θεραπεία συνταγογραφήθηκαν αυξητικοί παράγοντες για την αύξηση των τιμών της WRC (Λευκά) και HCT (Αιματοκρίτης).

Τα φάρμακα ή αυξητικοί παράγοντες είναι οι εξής:

α) Eprex 40.000 1x1 / εβδομάδα }
β) Granolokine 30 1x1 / ημέρα } Υποδορίως

Επίσης χορηγείται για ορμονοδεσμευτικό αποκλεισμό

- Sandostatin Cap 30/28 ημέρες

**Αντιμετώπιση Περιστατικού με τη μέθοδο
της Νοσηλευτικής Διεργασίας**

<u>Αξιολόγηση αναγκών:</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός:</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας:</u>	<u>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας:</u>	<u>Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας:</u>
<p>α) Νευροενδοκρινές καρκίνωμα στομάχου υψηλής κακοήθειας</p> <p>β) Έντονος κοιλιακός πόνος</p> <p>γ) Χαμηλό WBC Χαμηλό HCT</p>	<p>α) Αύξηση τιμών WBC, HCT σε μια εβδομάδα.</p> <p>β) Καταπολέμηση νευροενδοκρινούς καρκινώματος στομάχου</p>	<p>α) Χημειοθεραπεία</p> <p>β) Λήψη αίματος προκειμένου να διαπιστωθεί αύξηση των τιμών WBT, HCT, στον προκαθορισμένο χρόνο.</p> <p>γ) Χορήγηση αυξητικών παραγόντων για αύξηση WBC και HCT μετά την Χημειοθεραπεία</p> <p>δ) Χορήγηση φαρμάκων για ορμονοδραστικό αποκλεισμό</p>	<p>α) Χημειοθεραπευτικά φάρμακα</p> <ul style="list-style-type: none"> - Navoban amp 1x2 IV - Zantac amp 2x2 IV - Fenistil amp 2x2 IV - Camupto tb 220mgx1 - Isonorin tb 147mgx2 - Urasiflor tb 1350mgx2 - Lasix tb 20mgx1 <p>β) Έγινε λήψη αίματος και διαπιστώθηκε η αύξηση των τιμών WBC, HCT.</p> <p>γ) Αυξητικοί παράγοντες WBC, HCT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eprex 40.000 1x1/εβδομάδα - Granolokine 30 1x1 / ημέρα <p>δ) Ορμονοδρασμευτικός αποκλεισμός</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sandostatin cap 30mg / 28 ημέρες 	<p>Ο Αντικειμενικός σκοπός επιτεύχθηκε αφού τόσο οι τιμές των WBC, HCT αυξήθηκαν στα φυσιολογικά επίπεδα όσο και ο ορμονοδρασμευτικός αποκλεισμός πραγματοποιήθηκε στον προκαθορισμένο χρόνο. Ωστόσο το νευροενδοκρινές καρκίνωμα ελέγχεται με φαρμακευτική αγωγή (χημειοθεραπεία) ώστε στο μέλλον να μπορεί να αντιμετωπισθεί χειρουργικά.</p>

4.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Όνοματεπώνυμο: Κ.Π.

Ηλικία: 81

Ημερ. Εισόδου: 2/5/04

Αιτία εισόδου: Μέλαινες κενώσεις – ΜΤΧ παρακολούθηση

Ημερ. Εξόδου: 9/6/04

Διάγνωση: Ca στομάχου, ΧΑΠ, Υπερτροφία προστάτου

Ασθενής 81 ετών με προ 8 ημερών αναφερόμενο άλγος στο επιγάστριο, με συνοδό δύσπνοια και αδυναμία λήψης τροφής. Απευθύνθηκε στην Παθολόγο του που του συνέστησε έλεγχο: Έγινε έλεγχος του προστάτη και βαριούχος υποκλυσμός χωρίς παθολογικά ευρήματα. Προ 7 ημερών αναφέρει μέλαινες κενώσεις και εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Ρίου όπου υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση και CT κοιλίας όπου διεγνώσθη όγκος 4cm με νεοεξεργασία στομάχου και εισήχθη για χειρουργική αντιμετώπιση στις 8/5/04. Κατά την εισαγωγή του στην Παθολογική Κλινική χορηγήθηκαν τα εξής:

Sol Berovent 1x4 (βρογχοδιασταλτικό)

Lordin 40mg amp 1x2

Venofer amp 2x1

Επίσης χορηγήθηκαν 2 φιάλες αίματος λόγω χαμηλού αιματοκρίτη και από 1 φιάλη τις 3 επόμενες ημέρες.

Στις 12/5/04 έγιναν η γενική αίματος καθώς και οι Βιοχημικές Εξετάσεις τα αποτελέσματα των οποίων ήταν τα εξής:

Γενική αίματος: WBC: 11,05 K/μl (Λευκά αιμοσφαίρια)

NEU: 6,91/81,2% (Ουδετερόφυλλα)

RBC: 3,87 M/μl (Ερυθρά αιμοσφαίρια)

PLT: 224 K/μl (Αιμοπετάλια)

HCT: 29,9% (Αιματοκρίτης)

HGB: 9,4 g/dl (Αιμοσφαιρίνη)

Βιοχημικές εξετάσεις: Ca ορού: 7,84 mg/dl
P (Φώσφορος) Ορού: 2,0 mg/dl
Σάκχαρο Ορού: 161 mg/dl
Creatinine: 0,6 mg/dl
TP (Λευκώματα ολικά): 5,5 gr/dl
Αλβουμίνη: 2,6 gr/dl
HDL χοληστερόλη: 32 mg/dl
LDL χοληστερόλη: 55,8 mg/dl
Χολερυθρίνη ολική: 0,98 mg/dl
Χολερυθρίνη άμεση: 0,29 mg/dl
Χολερυθρίνη έμμεση: 0,69 mg/dl
Fe ορού: 22 mg%
SGOT: 27 U/l
SGPT: 21 U/l

Στις 8/5/04 διεκομίσθη στην Β΄ Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών ώστε να αντιμετωπισθεί χειρουργικά με ολική γαστρεκτομή. Μετά από την λειτουργική επέμβαση διεκομίσθη στις 10/5/04 στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του ίδιου Νοσοκομείου και επέστρεψε 2 μέρες αργότερα στην Β΄ Χειρουργική όπου ακολούθησε την εξής φαρμακευτική αγωγή την οποία συνέχισε και κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Sol Berovent 2X4

Lordin 40 mg 1x1

Begalin 3 mg 1x3 (Εναρξη 2n MTX ημέρα) IV

Flagyl 500 mg 1x3 (Εναρξη 2n MTX ημέρα) IV

**Αντιμετώπιση Περιστατικού με τη μέθοδο
της Νοσηλευτικής Διεργασίας**

<u>Αξιολόγηση αναγκών:</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός:</u>	<u>Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας:</u>	<u>Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας:</u>	<u>Αξιολόγηση Νοσηλευτικής Φροντίδας:</u>
<p>α) Μέλαινες κενώσεις, β) Ca στομάχου, γ) ΧΑΠ, δ) υπερτροφία προστάτου, ε) χαμηλό ΗCT</p>	<p>α) Αύξηση χαμηλού ΗCT λόγω μελαινινών κενώσεων σε μία εβδομάδα. β) Αντιμετώπιση Ca στομάχου, ΧΑΠ και υπερτροφίας στομάχου</p>	<p>α) Χορήγηση μονάδων αίματος για την αύξηση του χαμηλού ΗCT λόγω μελαινινών κενώσεων στον προκαθορισμένο χρόνο β) Χειρουργική αντιμετώπιση του Ca στομάχου χορήγηση βρογχοδιασταλτικών για την αντιμετώπιση του ΧΑΠ και αντιμετώπιση της υπερτροφίας του προστάτου γ) Φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>α) Χορήγηση 2 φιαλών αίματος την ημέρα εισαγωγής και 1 φιάλης ανά ημέρα τις 3 επόμενες ημέρες β) Πραγματοποιήθηκε επιτυχώς ολική γαστρεκτομή. Χορηγείται Sol Beronent 1x4 για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας, γ) Χορήγηση φαρμάκων την 1^η εβδομάδα και συνέχιση της θεραπείας κατά την έξοδο. Sol Beronent 2x4, Lorain 40mg 1x4, Begalin 3mg 1x3, Flagyl 500mg 1x3.</p>	<p>Ο Αντικειμενικός σκοπός επιτεύχθη αφού ο αριθμός του ΗCT αυξήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα και οι μέλαινες κενώσεις σταμάτησαν στον προκαθορισμένο χρόνο. Αντιμετώπιστηκε με επιτυχία χειρουργικά ο Ca στομάχου με ολική γαστρεκτομή, γίνεται θεραπεία για την αντιμετώπιση της δύσπνοιας και της υπερτροφίας προστάτου και τελικώς ο ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο ακολουθούμενος από την φαρμακευτική του αγωγή.</p>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ulrich-Candle-Wendell.(1997). *Παθολογική-Χειρουργική-Νοσηλευτική-Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας*. Έκδοση: Γ'. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός.
2. Ράπτης Σ. (1996). *Εσωτερική Παθολογία*. Τόμος: 2^{ος}. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις: Παρισιάνος.
3. Mallin Dallinger, M.D., Ernest Rosenbrown, M.D. και Greg Cable. (1992). *Ο Καρκίνος-Διάγνωση και πρόληψη, θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση. Ένας οδηγός για όλους*. Αθήνα. Εκδόσεις: Κάτοπτρο.
4. Barbara Engram. (1997). *Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική*. Αθήνα. Εκδόσεις: Έλλην.
5. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Τμήμα: Ιατρική. Τομέας: Παθολογία. Διευθυντής: Καθηγητής Μ.Παπαδημητρίου (1998). *Εσωτερική Παθολογία*. Τόμος: Α'. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: University Studio Press.
6. Dr. Παγκάλτσος Α. (2002). *Στοιχεία Παθολογίας-Εξέταση νοσημάτων του ανθρώπου κατά Συστήματα*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: Μ. Δημοπούλου.
7. Αρχιμανδρίτης Α. (1999). *Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος - Από την Παθοφυσιολογία στη θεραπεία*. Αθήνα.
8. Ανθούλη-Αναγνωστοπούλου Φ., (1994). *Στοιχεία Παθολογικής Ανατομικής και Ογκολογίας*. Εκδόσεις: Λύχνος.
9. Παπαϊωάννου Ν. – Νομικός Ν. (1981). *Κλινική Ογκολογία με τη συνεργασία των Ελλήνων Ειδικών και της U.I.C.C*. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας. Αθήνα.
10. Κασιούμης Δ. Διαμ. (1991). *Κλινική Χειρουργική Πεπτικού Συστήματος*. Ιωάννινα.

11. Παναγιωτόπουλος Γ. -Παπαλάμπρος Σ. (1991). *Χειρουργική*. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις: Πασχαλίδης.
12. *Πρακτικά XIX Πανελληνίου Συνεδρίου Χειρουργικής*. (1994) Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: University Studio Press.
13. Μπέκα Κ.-Μπαρμτσιαλού Γ. (1990). *Καρκίνος του Στομάχου*. Πάτρα.
14. Κοσμίδης Π.-Τριανταφυλλίδης Γ. (1991). *Ογκολογία του Πεπτικού Συστήματος*. Αθήνα. Εκδόσεις: Βήτα.
15. Harrison. Μετάφραση: Ι. Κρικέλης, Σ. Μαλλιάρης, Δ. Μαλλιάρης, Ορ. Μανούσος, Θ. Μουντοκαλάκης, Α. Φερτάκης, Ι. Χατζημηνάς. (1982). *Εσωτερική Παθολογία*. Έκδοση: 8^η. Τόμος Γ. Επιστημονικές Αθήνα. Εκδόσεις: Παρισιάνος.
16. Δάικος Γ.-Καθηγητής Α΄ Προπαιδευτικής κλινικής και Ειδικής Νοσολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών. (1971). *Νοσολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις: Καραβίας.
17. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (2002). *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας-Πρόγραμμα Leonardo Da Vinci, Εκπαίδευση Εκπαιδευτών*. Περίοδος Φεβρουάριος-Ιούνιος 2001. Αθήνα.
18. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. (2001). *Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας*. Περίοδος Απρίλιος-Ιούνιος 2000. Αθήνα
19. Παπαδόπουλος Γ.Ν.-Σοφός Α.Γ. (Ιούλιος-Αύγουστος 1991). *Προγνωστικοί Παράγοντες στον καρκίνο του στομάχου*. Ελληνική Χειρουργική. Τόμος: 63. Τεύχος: 4.
20. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Έκδοση: Β΄. Τόμος: 1^{ος}. Αθήνα. Εκδόσεις: Παρισιάνος.

21. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Έκδοση: Β'. Τόμος: 2^{ος}. Αθήνα. Εκδόσεις: Παρισιάνος.
22. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ. (1997). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες*. Έκδοση: Β', Τόμος: 3^{ος}. Αθήνα. Εκδόσεις: Παρισιάνος.
23. Μαλγαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ. (2001). *Νοσηλευτική Γενική-Παθολογική-Χειρουργική*. Έκδοση: 22^η. Τόμος: Α'. Αθήνα.
24. Σαββοπούλου Γ. – Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας. (1999). *Βασική Νοσηλευτική, μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*. Έκδοση: 2^η. Αθήνα.

