

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ:

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΠΑΠΠΑ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

Π Α Τ Ρ Α
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2002

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	4
1.1. Ανατομία του στομάχου	4
1.2. Φυσιολογία του στομάχου	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	11
2.1. Επιδημιολογία του καρκίνου του στομάχου.....	11
2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	17
3.1. Ταξινόμηση κακοήθων όγκων.....	17
α. Ιστολογική κατάταξη	17
β. Εντόπιση.....	19
γ. Παθολογική ανατομική	20
δ. Σταδιοποίηση.....	21
ε. Μετάσταση	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	24
4.1. Κλινική εικόνα.....	24
4.2. Διάγνωση	25
4.3. Ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία	27
4.4. Απεικονιστικός έλεγχος.....	28
4.5. Εργαστηριακές εξετάσεις	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	29
5.1. Περιβάλλον και Καρκίνος	29
5.2. Μικροπεριβάλλον και Καρκίνος	30
5.3. Θεραπεία	31
α. Χειρουργική	31
β. Ακτινοθεραπεία	34
γ. Χημειοθεραπεία	35
5.4. Επιπλοκές.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	41
6.1. Πρόγνωση	41
6.2. Πρώιμος γαστρικός καρκίνος	42
6.3. Πρόληψη.....	45

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	47
7.1. Βήματα προς την Εξατομίκευση του Τυποποιημένου Σχεδίου φροντίδας	47
7.2. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο	50
8.1. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τή στην αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών.....	50
8.2. Νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος αποκατάστασης	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο	57
9.1. Διαιτολόγιο - Συμβουλές του Νοσηλευτή-τριας προς τον καρκινοπαθή	57
9.2. Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς από την οικογένεια.....	57
9.3. Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	61
Προεγχειρητική - Μετεγχειρητική	
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄	62
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄	71
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι ο καρκίνος είναι μια πρόσφατη αρρώστια και ότι οι αιτίες του σχετίζονται αποκλειστικά με την σύγχρονη ζωή. Προφανώς κάνουν λάθος. Ο καρκίνος είναι πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Μια αρρώστια των οστών που πιθανότατα ήταν καρκίνος, έχει βρεθεί σε οστά δεινοσαύρου και υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 80 εκατομμυρίων χρόνων. Σε Αιγυπτιακούς παπύρους περιγράφονται εγχειρήσεις για τη θεραπεία του καρκίνου ενώ ο Ιπποκράτης αναγνωρίζει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και τον ξεχωρίζει από παρόμοιες αρρώστιες.⁴

Σήμερα, με την πρόοδο της τεχνολογίας, μπορούμε να διαγνώσουμε περισσότερους καρκίνους απ' ό,τι στο παρελθόν επειδή οι γιατροί είναι καλύτερα εξοπλισμένοι γι' αυτό το σκοπό. Ο καρκίνος στομάχου αποτελεί ένα από τα κακοήθη νεοπλασμάτα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση. Ένας ασθενής με καρκίνο του στομάχου έχει περίπου 10% πιθανότητα να επιζεί 5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα από τα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.²

Το κύριο βήμα πρέπει να δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση μέσω συστηματικού ελέγχου και παράλληλα με τη βελτίωση των θεραπευτικών δυνατοτήτων. Αυτά αποτελούν τη μόνη ελπίδα για τη βελτίωση του προσδοκίμου επιβίωσης των ασθενών με το κακοήθες νεόπλασμα.²

Κάθε άνθρωπος με καρκίνο χρειάζεται ευκαιρίες να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει, με το δικό του τρόπο για να ζήσει μια ζωή που θα είναι ποιοτική για εκείνον. Η αποκατάσταση αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου προκειμένου να επανακτήσει τη σωματική και ψυχολογική του ισορροπία για να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής.⁵

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε χώρα έχει τα δικά της ειδικά προβλήματα με τον καρκίνο. Στη χώρα μας κύρια προβλήματα είναι ο καρκίνος του πνεύμονα και του στομάχου για τους άνδρες και ο καρκίνος του μαστού και του στομάχου για τις γυναίκες. Η ιδέα ότι ο καρκίνος σκοτώνει οπωσδήποτε, επηρεάζει βαθιά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε απέναντί του, αυξάνοντας το αίσθημα αδυναμίας και την απόγνωση. Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του στομάχου σήμερα μειώνεται.⁴

Εντοπίζεται συχνότερα στο πυλωρικό άντρο 60%, στο σώμα 30%, στην καρδιακή μοίρα 5% και επίσης διάχυτα στο στόμαχο 5%. Από τους όγκους του στομάχου γενικά, το 90% είναι κακοήθεις. Σ' αυτούς υπερισχύει το αδενοκαρκίνωμα 95% και ακολουθούν τα λεμφώματα, τα σαρκώματα και το καρκινοειδές. Στους καλοήθεις υπερτερούν οι γαστρικοί πολύποδες και ακολουθεί το λειομύωμα και άλλοι σπάνιοι όγκοι.

Μπορεί να καταγραφεί χαρακτηριστικά, πως ο καρκίνος του στομάχου είναι ο όγκος, που ενώ ελαττώθηκε η συχνότητά του την τελευταία 10ετία, δεν έγινε ιδιαίτερη πρόοδος στη θεραπευτική αντιμετώπισή του.⁶

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ανατομία του στομάχου

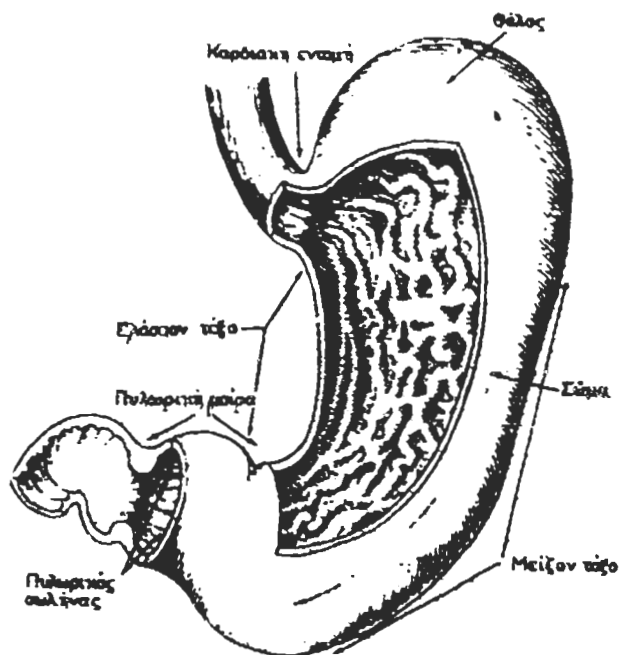
α) Εμβρυολογία

Ο στόμαχος παρουσιάζεται σαν μια ατρακτοειδής διεύρυνση του πρόσθιου εντέρου. Ο τρόπος αύξησής του σε μέγεθος και στροφή καθορίζει την τελική του θέση και σχήμα του. Οπότε, αφού το ραχιαίο μεσεντερικό χείλος αυξάνει πιο πολύ από το κοιλιακό, ο στόμαχος στρέφεται πάνω στον επιμήκη άξονά του κατά 90° δεξιά.¹

β) Ανατομική περιγραφή

Ο στόμαχος έχει σχήμα J, αποτελεί την πιο ανευρυσμένη μοίρα της πεπτικής οδού και επικοινωνεί με τον οισοφάγο και το λεπτό έντερο μέσω του καρδιακού και του πυλωρικού στομίου, αντίστοιχα. Αποτελεί διατατό σάκο για την αποθήκευση και τη μετατροπή της τροφής σε ημίρρευστη μορφή με την επίδραση εκκριντικών παραγόντων. Ο στόμαχος έχει χωρητικότητα έως 1.500 ml, ενώ οι κατ' επιφάνεια διαστάσεις του είναι 850 cm² στους άνδρες και 750 cm² στις γυναίκες.

Εμφανίζει πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια και δύο χείλη: το έλασσον και το μείζον τόξο. Σύμφωνα με νεκροτομικές μελέτες σε Αμερικανούς και Ιάπωνες, τα μήκη του μείζονος και του ελάσσονος τόξου ποικίλουν, ανάλογα με τη φυλή. Οι μοίρες του στομάχου είναι τέσσερις: **1)** Η καρδιακή μοίρα αποτελεί τμήμα του σώματος, είναι μικρή ζώνη, που επεκτείνεται 1-4 cm ως κυκλική ζώνη και αντιστοιχεί στη μετάπτωση του οισοφάγου στο στομάχο. **2)** Ο θόλος που είναι πάνω από το επίπεδο του καρδιακού στομίου. **3)** Το σώμα αποτελεί περίπου τα 2/3 του στομάχου. Οι βλεννογόνοι του θόλου και του σώματος έχουν την ίδια ιστολογική υφή. **4)** Το πυλωρικό άντρο αποτελεί το κατώτερο τρίτο του στομάχου και καταλήγει στον πυλωρικό σφιγκτήρα.⁸



γ) Ιστολογία

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες από μέσα προς τα έξω: **α)** βλεννογόνο χιτώνα, **β)** υποβλεννογόνο χιτώνα, **γ)** μυϊκό χιτώνα, **δ)** ορογόνο.

- Βλεννογόνος

Μικροσκοπικώς, ο βλεννογόνος διαιρείται σε ζώνες που αδρά αντιστοιχούν στις μακροσκοπικές ανατομικές περιοχές. Το πάχος του φυσιολογικού βλεννογόνου ποικίλει και εξαρτάται από το βαθμό διάτασης του στομάχου. Ο βλεννογόνος του στομάχου λειτουργικώς διαιρείται σε περιοχές με αδένες τύπου σώματος (οξυντικούς) και σε περιοχές με αδένες πυλωρικού τύπου. Οι οξυντικές περιοχές εκκρίνουν οξύ, καλύπτουν περίπου το 80% του στομάχου και περιλαμβάνουν το σώμα και το θόλο. Ο βλεννογόνος με τους πυλωρικούς αδένες καταλαμβάνει το υπόλοιπο 20% του στομάχου, τον πυλωρό, και παράγει γαστρίνη.¹

Τύποι επιθηλιακών κυττάρων

- 1) Τα βλεννοεκκριτικά κύτταρα βρίσκονται στην ανώτερη μοίρα των αδενίων και αναμειγνύονται με τοιχωματικά κύτταρα.
- 2) Τα τοιχωματικά κύτταρα βρίσκονται στο μέσο και ανώτερο τμήμα των γαστρικών αδένων και σπάνια στο κατώτερο ήμισυ, μεταξύ των θεμελίων ή ζυμογόνων κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά έχουν σχήμα στρογγυλό ή τριγωνικό, διαμέτρου 20-30 μm, με έναν σφαιρικό πυρήνα.
- 3) Τα θεμέλια κύτταρα κυριαρχούν στην κατώτερη περιοχή των γαστρικών αδένων, έχουν τριγωνικό σχήμα ή χαμηλό κυλινδρικό βασεόφιλο πρωτόπλασμα που οφείλεται σε άφθονο αδρό ενδοπλασματικό δίκτυο και είναι λιγότερα σε αριθμό από τα τοιχωματικά κύτταρα.
- 4) Ενδοκρινικά κύτταρα. Τα ενδοκρινικά κύτταρα ανήκουν στο διάσπαρτο ενδοκρινικό σύστημα (DES) και αποτελούν ρυθμιστικό με πεπτικές, κινητικές και εκκριτικές λειτουργίες. Τα κύτταρα αυτά περιέχουν άφθονα κοκκία με ορμονικές ιδιότητες και αθροίζονται στη βάση των κυττάρων.¹

- Υποβλεννογόنيος χιτώνας

Αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, στον οποίο περιέχονται άφθονες ελαστικές ίνες, λιπώδη κύτταρα, αγγεία και νεύρα.

- Μυϊκός χιτώνας

Ο μυϊκός χιτώνας του στομάχου απαρτίζεται από τρεις στιβάδες: την εσωτερική που αποτελείται από λοξές ίνες, τη μέση από κυκλικές ίνες και την εξωτερική από επιμήκεις λείες μυϊκές ίνες.

- Ορογόνοος χιτώνας

Ο ορογόνοος προέρχεται από το περισπλάγγνιο πέταλο του περιτοναίου και περιβάλλει εξ ολοκλήρου το στομάχο, με εξαίρεση τα χείλη του. Αποτελείται από μία στιβάδα χαλαρού συνδετικού ιστού, η οποία καλύπτεται από μεσοεπιθήλιο.¹

δ) Αιμάτωση του στομάχου

Αγγεία: Η αιμάτωση γίνεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που αναστομώνονται μεταξύ τους:

- ▶ η αριστερή γαστρική αρτηρία (κλάδος της κοιλιακής αρτηρίας)
- ▶ η δεξιά γαστρική αρτηρία (κλάδος της ηπατικής αρτηρίας)
- ▶ η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας)
- ▶ η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία (κλάδος της σπληνικής αρτηρίας).

Ο θόλος αγγειώνεται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι φλέβες αντιστοιχούν στις αρτηρίες και καταλήγουν στο πυλαίο σύστημα της κυκλοφορίας.

Λεμφαγγεία είναι τα:

- ▶ άνω γαστρικά
- ▶ ηπατικά
- ▶ πυλωρικά
- ▶ παγκρεατοσπληνικά
- ▶ κάτω γαστρικά.

Αυτά καταλήγουν στα αντίστοιχα λεμφογάγγλια.⁷

ε) Νεύρωση του στομάχου

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

Η παρασυμπαθητική χολινεργική νεύρωση προέρχεται από τους τελικούς κλάδους των δύο πνευμονογαστρικών νευρών: το δεξιό πνευμονογαστρικό διαιρείται στον ηπατικό και τον πρόσθιο γαστρικό κλάδο και το οπίσθιο στον κοιλιακό και τον οπίσθιο γαστρικό κλάδο. Η γνώση της νεύρωσης στο στόμαχο έχει ιδιαίτερη σημασία στη

χειρουργική, επειδή κατά την εκλεκτική βαγοτομή διασώζονται ο ηπατικός και ο κοιλιακός κλάδος, ώστε να περιορίζεται η συχνότητα της διάρροιας μετά από βαγοτομή.

Η συμπαθητική νεύρωση προέρχεται από τα πλάγια κέρατα των τμημάτων D₆-D₁₀ και μέσω του σπλαγχνικού νεύρου καταλήγει στο κοιλιακό γάγγλιο, από όπου διακλαδίζεται προς τα πλέγματα του στομάχου. Στο γαστρικό τοίχωμα παρατηρούνται δύο νευρικά πλέγματα, το υποβλεννογόνιο και το μυεντερικό. Το υποβλεννογόνιο πλέγμα του Meissner το οποίο ρυθμίζει την έκκριση των αδένων, το μυεντερικό πλέγμα του Auerbach το οποίο ρυθμίζει τις κινήσεις του στομάχου.^{1,9}

1.2. Φυσιολογία του στομάχου

Η Λειτουργία του στομάχου περιλαμβάνει:

- α) Πρόσληψη και αποθήκευση τροφών για 2-5 ώρες ανάλογα με την ποιότητα και την ποσότητα της τροφής.
- β) Ανάμιξη των τροφών με τις γαστρικές εκκρίσεις.
- γ) Αρχική πέψη των τροφών από την εκκρινόμενη πεψίνη και το υδροχλωρικό οξύ.⁷

Η ορμόνη γαστρίνη εκκρίνεται από τα G- κύτταρα του άντρου, ενώ η βλέννα εκκρίνεται από τα κύτταρα όλων των τμημάτων του στομάχου.

Το γαστρικό υγρό περιέχει υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη και βλέννα. Το γαστρικό υγρό είναι μείγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών:

Οργανικά συστατικά:

- βλέννα που παράγεται από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό τις γλυκοπρωτεΐνες. Σχηματίζει ένα λεπτό επίστρωμα πάνω στο βλεννογόνο με κύριο σκοπό την προστασία του.
- πεψίνη: Η απελευθέρωση και η δράση της γίνεται με την πτώση του pH κάτω από 4,5. Έχει πολύ καλή δράση σε pH=2 και αναστολή κάτω από 1,5.

- αντιγόνα ομάδων αίματος: Είναι υδατοδιαλυτές γλυκοπρωτεΐνες, όμοιας αντιγονικότητας με τις αλκοδιαλυτές λιπογλυκοπρωτεΐνες που υπάρχουν στα ερυθρά αιμοσφαίρια.
- ενδογενείς παράγοντες: Πρόκειται για βλεννοπρωτεΐνη, η οποία είναι απαραίτητη για την προστασία της βιταμίνης B₁₂.

Ανόργανα συστατικά:

Κάθε λίτρο γαστρικού υγρού περιέχει περίπου H⁺ 90 mEq, Cl⁻ 100 mEq, Na⁺ 65 mEq, και K⁺ 13mEq. Το κύριο συστατικό φυσικά είναι το HCl που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα.⁸

Η γαστρική έκκριση επιτελείται σε τρεις φάσεις:

1) ΚΕΦΑΛΙΚΗ ΦΑΣΗ

Ερεθίσματα οπτικά, γευστικά και ακουστικά μεταβιβάζονται από το Κ.Ν.Σ. με τα πνευμονογαστρικά νεύρα στους αδένες του σώματος και στους αδένες του άντρου.

2) ΓΑΣΤΡΙΚΗ ή ΧΗΜΙΚΗ ΦΑΣΗ

Όταν η τροφή φθάσει στο στομάχι και στο πυλωρικό άντρο, ερεθίζει με διάταση και τοπικό ερεθισμό τα κύτταρα του σώματος προς έκκριση, ενώ το άντρο ερεθίζεται έμμεσα μετά από έκκριση γαστρίνης. Η γαστρίνη εκκρίνεται από το βλεννογόνο του άντρου με μηχανικά και χημικά ερεθίσματα, με τη κυκλοφορία δε του αίματος επανέρχεται στο σώμα του στομάχου και προκαλεί έκκριση HCl (45%) και πεψίνης.

3) ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΦΑΣΗ

Αρχίζει μετά την κένωση του στομάχου, όταν η τροφή φθάσει στο δωδεκαδάκτυλο και προκαλέσει την έκκριση μιας ορμόνης που μοιάζει με τη γαστρίνη (εντεροοξινίνη). Η εντερική φάση είναι υπεύθυνη για το 5-10% της συνολικής γαστρικής έκκρισης. Η οξινοποίηση του άντρου (pH<2) προκαλεί αναστολή της έκκρισης HCl με αναστολή της εκκρινόμενης γαστρίνης, ενώ η οξινοποίηση του δωδεκαδακτύλου μπορεί να αναστείλει και τις τρεις φάσεις της γαστρικής έκκρισης.⁷

Ο ρυθμός γαστρικής κένωσης επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες:

α) Σύσταση της τροφής (στερεά ή υγρά), **β)** περιεκτικότητα σε λίπος, **γ)** ενεργειακή πυκνότητα του γεύματος, **δ)** ωσμωτική δράση των συστατικών της τροφής, **ε)** χυμού-ποδοχείς του εντέρου, που επηρεάζονται από γαστρεντερικές ορμόνες, **στ)** πνευμονο-γαστρικό νεύρο και συμπαθητικό πλέγμα, **ζ)** ρυθμιστικά πεπτίδια και **η)** προσταγλαδίνες.

Οι μέθοδοι μέτρησης της γαστρικής κένωσης διακρίνονται σε μεθόδους με και χωρίς διασωλήνωση του στομάχου.

Μέθοδοι με διασωλήνωση του στομάχου:

1. Δοκιμασία με φορτίο φυσιολογικού ορού και πλήρη αναρρόφηση του γαστρικού περιεχομένου.
2. Μέθοδος αραίωσης χρωστικής με διπλή λήψη δείγματος.
3. Μέθοδος αραίωσης χρωστικής στο δωδεκαδάκτυλο.

Μέθοδοι χωρίς διασωλήνωση στομάχου:

1. Ακτινολογικές τεχνικές.
2. Μέθοδος με υπερήχους.
3. Ισοτοπικές μέθοδοι.
4. Ηλεκτρογαστρογραφία.
5. Ενδουλευτική μυοηλεκτρική καταγραφή.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Επιδημιολογία του καρκίνου του στομάχου

Σε παγκόσμια κλίμακα, εκτιμάται ότι ο καρκίνος στομάχου ευθύνεται για περισσότερο από 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως, είναι το δεύτερο αίτιο θανάτου από καρκίνο, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Όμως επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες αποδεικνύουν ότι η συχνότητά του στις τελευταίες δεκαετίες έχει μειωθεί. Στατιστικές μελέτες προερχόμενες από τη Δανία, τη Φινλανδία, τη Νορβηγία, τη Σουηδία και το Ισραήλ περιλαμβάνουν ολόκληρο τον πληθυσμό και θεωρούνται αξιόπιστες.³

Η Ιαπωνία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη θνητότητα σ' όλο τον κόσμο από καρκίνο του στομάχου και για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Η θνητότητα για τους άνδρες ανέρχεται σε 66,75 και για τις γυναίκες σε 34,58 ανά 100.000 πληθυσμό. Ακολουθεί η Χιλή με προσβολή 70 ατόμων, η δε Αμερική έχει χαμηλή συχνότητα με προσβολή 10 ατόμων. Στην Ευρώπη, υψηλή επίπτωση παρουσιάζουν οι σκανδιναβικές χώρες και οι χώρες της Α. Ευρώπης, ενώ η Ελλάδα καταλαμβάνει μία από τις χαμηλότερες θέσεις στις χώρες της ΕΟΚ.²

Σημαντικό στοιχείο της μελέτης είναι ότι αυξήθηκε το ποσοστό πρώιμου καρκίνου του στομάχου που ανακαλύφθηκε μεταξύ των περιπτώσεων που επιβεβαιώθηκαν χειρουργικά. Η κατ' έτος αυτή αύξηση του ποσοστού πρώιμου καρκίνου του στομάχου δεν οφείλεται μόνο στη βελτίωση και ακρίβεια των ακτινολογικών μεθόδων, αλλά κυρίως στην ευρεία χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, τη λήψη βιοψίας και την κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού. Συνήθως ο καρκίνος στομάχου προσβάλλει άτομα μέσης ηλικίας. Η μεγαλύτερη συχνότητα όμως προσβολής αφορά άτομα γύρω στην ηλικία των 60 ετών. Σπάνιες περιπτώσεις είναι στις ηλικίες κάτω των 30 ετών και στην εφηβική ηλικία. Προσβάλλει άνδρες και γυναίκες σε αναλογία 2:1.

Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου είναι η κατανάλωση γάλακτος αγελάδας και χλωριούχου νατρίου. Επίσης το σογιέλαιο, τα συντηρητικά και η κατανάλωση καπνιστών προϊόντων. Είναι συχνότερος σε άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής καταστάσεως, όπως ανθρακωρύχους, αγρότες (Ιαπωνία), εργάτες της βιομηχανίας Nickel στη Ρωσία και εργάτες που έρχονται σε επαφή με ασβέστη, αμίαντο.³

2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

1. Χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με εντερική μεταπλασία

Έχει αποδειχθεί με πολυκεντρική διεθνή μελέτη η συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας και του εντερικού τύπου γαστρικού καρκίνου. Ο περιβαλλοντικός παράγοντας που προκαλεί τη χρόνια ατροφική γαστρίτιδα φαίνεται ότι αρχίζει να ενεργεί ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία. Σε άτομα υψηλής επικινδυνότητας υπήρχε ατροφική γαστρίτιδα από ηλικίας 15 ετών. Είναι γνωστό ότι η πρώιμη εγκατάσταση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού στο στομάχι έχει σχέση με χαμηλή κοινωνικοοικονομική στάθμη, με εμφάνιση γαστρίτιδας και με υψηλή συχνότητα γαστρικού καρκινώματος. Σε παρακολούθηση ασθενών με χρόνια ατροφική γαστρίτιδα φάνηκε ότι μερικοί από αυτούς μπορεί να αναπτύξουν γαστρικό καρκίνο μετά από πάροδο 15 ετών.¹¹

2. *Helicobacter pylori*

Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν σχέση μεταξύ λοιμώξεως με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού και γαστρικού καρκίνου. Παρατηρήσεις σχετίζουν το μικρόβιο αυτό με την ανάπτυξη εντερικής μεταπλασίας και είναι γνωστό ότι η εντερική μεταπλασία αποτελεί προκαρκινική κατάσταση. Έχει πρόσφατα ανακοινωθεί ότι στη λοίμωξη με το μικρόβιο αυτό τα επίπεδα της βιταμίνης C του γαστρικού υγρού βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα και επανέρχονται στο φυσιολογικό μετά την εκρίζωση του μικροβίου με κατάλληλη θεραπεία.¹

3. Η κληρονομικότητα

Στο καρκίνο του στομάχου παρατηρείται κληρονομική προδιάθεση. Κατά καιρούς, υπήρχαν αναφορές για οικογενή επίπτωση του καρκίνου του στομάχου. Επίσης άτομα με ομάδα αίματος A έχει αναφερθεί ότι έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του στομάχου.¹⁰

4. Δυσπλασία

Χαρακτηρίζεται από άτυπους γαστρικούς αδένες, πλειόμορφους πυρήνες και αυξημένο αριθμό κυττάρων που βρίσκονται σε φάση μιτώσεως. Η δυσπλασία γενικά ξεκινά από μεταπλαστικό γαστρικό επιθήλιο και συχνά αναγνωρίζεται κατά την ενδοσκόπηση ως μία επηρμένη βλάβη - ακροχορδονώδης γαστρίτιδα. Σε παρακολούθηση που διήρκεσε 5 χρόνια απεδείχθη η εξέλιξη από βαριά δυσπλασία σε διηθητικό γαστρικό καρκίνο σε μερικούς αρρώστους.

5. Πολύποδες

Οι αδενωματώδεις πολύποδες σε ποσοστό 60% εξαλάσσονται σε γαστρικό καρκίνο, αλλά οι πλέον συνήθεις πολύποδες είναι υπερπλαστικοί και δεν έχουν κακοήγη χαρακτήρα. Καθώς οι δύο τύποι των πολυπόδων δεν μπορούν να διαχωριστούν ενδοσκοπικώς, όλοι οι πολύποδες θα πρέπει να εξαιρούνται ενδοσκοπικώς και να εξετάζονται ιστολογικώς.

6. Έλκη

Κακοήθης εξαλλαγή των καλοήθων ελκών προφανώς δεν συμβαίνει αν και μπορεί να συνυπάρχει καλοήθες έλκος με γαστρικό καρκίνο. Από όλα τα γαστρικά έλκη πρέπει να λαμβάνονται πολλαπλές βιοψίες (από τα χείλη και τον κρατήρα του έλκους).¹¹

7. Κακοήθης αναιμία

Έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος καρκίνου του στομάχου σε ασθενείς με κακοήγη αναιμία που συνοδεύεται από αχλωρυδρία και σοβαρή ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου είναι περίπου τριπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού.¹²

8. Διαιτητικοί παράγοντες

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι διαιτητικοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα πεπτικού έλκους και είναι δυνατόν να επηρεάσουν το ρυθμό επουλώσεως και τις υποτροπές του.

▶ Ο καφές είναι δυνατόν να προκαλέσει δυσπεπτικά ενοχλήματα σε πολλά άτομα. Σε έρευνα στις Η.Π.Α. μόνο το 5% των γαστρεντερολόγων επέτρεπαν την κατανάλωση καφέ στους ασθενείς τους. Η καφεΐνη προάγει την έκκριση οξέος στο στόμαχο και επίσης μειώνει την πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα (ΚΟΣ) μέσω αύξησης AMP ή αναστολής της φωσφοδιεστεράσης.

▶ Επίσης η Coca Cola αποκλείεται από τη δίαιτα των ελκοπαθών γιατί αποτελούν ισχυρά ερεθιστικά της γαστρικής εκκρίσεως με αποτέλεσμα παρόμοια εκείνων του κανονικού ή του χωρίς καφεΐνη καφέ.

▶ Τα μπαχαρικά έχουν από μακρού συσχετισθεί με βλάβη του γαστρικού βλεννογόνου. Έχει αποδειχθεί ότι η καψαΐνη που αποτελεί συστατικό της κόκκινης πιπεριάς και του κόκκινου πιπεριού, επιφέρει αύξηση της εκκρίσεως του γαστρικού οξέος και ερεθισμό του γαστρικού βλεννογόνου. Σωστό είναι να συμβουλευόμαστε τους ασθενείς να αποφεύγουν τα μπαχαρικά που τους ενοχλούν, ιδιαίτερα σε περιόδους παροξυσμού του έλκους.

▶ Όσον αφορά το οινόπνευμα, στις Η.Π.Α., μικρό ποσοστό (5%) ομάδας ερωτηθέντων γαστρεντερολόγων επέτρεπε την κατανάλωση αλκοόλης από τους ελκοπαθείς, ενώ η πλειονότητα συνιστούσε αποφυγή. Η σύσταση αυτή υποστηρίζεται από αρκετά δεδομένα όπως: α) Η αιθυλική αλκοόλη σε μεγάλες πυκνότητες (>40%) προκαλεί

οξείες βλάβες στο γαστρικό βλεννογόνο και αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό λόγω καταστροφής του βλεννογόνιου φραγμού που επιτρέπει τη διάχυση ιόντων υδρογόνου.

β) Υπάρχουν αρκετά δεδομένα ότι η ενδογαστρική έγχυση αλκοόλης σε πυκνότητα 5%, 10% και 20% προκαλεί σημαντική αύξηση της εκκρίσεως HCl. Η οδηγία προς τους ελκοπαθείς πρέπει να είναι η αποφυγή οινόπνευματωδών με μεγάλη συγκέντρωση αλκοόλης.

► Η σημασία της καταναλώσεως αλατιού στο γαστρικό έλκος αποτελεί αντικείμενο της επιδημιολογικής μελέτης από αρκετά χρόνια. Η συχνότητα του γαστρικού έλκους στην Ιαπωνία είναι μεγάλη και είναι επίσης γνωστή η μεγάλη περιεκτικότητα της παραδοσιακής Ιαπωνικής διαίτας σε αλάτι. Έχει βρεθεί ότι το αλάτι προκαλεί γαστρίτιδα σε πειραματόζωα και πολλές επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν τη βλαπτική επίδραση της υπερκαταναλώσεως άλατος στο γαστρικό βλεννογόνο.

Οι διαιτητικοί παράγοντες σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές ευθύνονται για 50% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων των γυναικών και για περισσότερα από 30% των ανδρών.¹

9. Υποχλωρδρία

Η υποχλωρδρία θεωρείται βασικός παράγων, που προάγει την καρκινογένεση στο στόμαχο, επειδή ευνοείται η υπερανάπτυξη βακτηριδίων στην περιοχή. Τα βακτηρίδια προάγουν τη μετατροπή των νιτρικών ενώσεων σε νιτρώδεις και έτσι ελεύθερες νιτρώδεις ρίζες αντιδρούν με πρωτεΐνες των τροφών και αμίνες, σχηματίζοντας N-νιτροζαμίνες, οι οποίες είναι γνωστοί ισχυροί και σχεδόν ειδικοί καρκινογόνοι παράγοντες.

Οι καταστάσεις που συνοδεύονται από υποχλωρδρία, είναι η γαστρική ατροφία, η ατροφική γαστρίτιδα, η γαστρεκτομή, η βαγοτομή, η υπερτροφική γαστροπάθεια (Menétrier) ενώ η υποχλωρδρία ή και αχλωρδρία μπορεί να προκληθεί από

φάρμακα, που αναστέλλουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος, όταν χορηγηθούν επί μακρόν.

Πολλά φάρμακα, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι πενικιλίνη G, η αμπικιλίνη, η αμινοπυρίνη και η αιθαμβουτόλη, αντιδρούν με νιτρώδη σε συνθήκες υποχλωρυδρίας και σχηματίζουν δυνητικώς καρκινογενετικές N- νιτροζοενώσεις.¹

10. Προηγηθείσα γαστρεκτομή

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

11. Άλλοι παράγοντες

Άλλοι παράγοντες έχουν διερευνηθεί όπως τα ιχνοστοιχεία στο νερό και στο χώμα, η ιονίζουσα ακτινοβολία, όμως, η σημασία τους δεν έχει αποδειχθεί.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Ταξινόμηση κακοήθων όγκων

Τα καρκινώματα του στομάχου είναι συχνότερα αδενοκαρκινώματα και, σπανίως, μαλπιγιακά καρκινώματα ή αδenoακανθώματα. Η κατάταξη ενός νεοπλασματος βασίζεται κυρίως σε 2 παραμέτρους: (α) Στον ιστό προέλευσης και (β) στην ιστολογική εμφάνιση του νεοπλασματος.

Αν και ο καρκίνος του στομάχου πιστεύεται ότι προέρχεται ή αναπτύσσεται από ένα μητρικό κύτταρο, εντούτοις υπάρχουν διαφορές που οφείλονται είτε στα καρκινικά κύτταρα μεταξύ τους ή στο υπόστρωμα.²

α. Ιστολογική κατάταξη

Έχουν προταθεί διάφορα συστήματα κατατάξεως των ιστολογικών τύπων του καρκίνου του στομάχου. Τελευταίως ο Wank και ο Grundmann έχουν προτείνει το εξής σύστημα:

A) ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

- α) Σωληνώδες
- β) Θηλώδες
- γ) Σκίρρος

B) ΣΤΡΟΓΓΥΛΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ

- α) Μυελοειδές
- β) Σκίρρος

Γ) ΒΛΕΝΝΩΔΕΣ

- α) Αδενώδες
- β) Σκίρρος

Δ) ΣΠΑΝΙΟΥΣ ΤΥΠΟΥΣ

- α) Μαλπιγγιακό
- β) Αδενοακάνθωμα
- γ) Καρκινοσάρκωμα
- δ) Πορογενές

Α) Αδενοκαρκίνωμα

Είναι ο πλέον κοινός τύπος γαστρικού καρκίνου προερχόμενος από τα κυλινδρικά κύτταρα των γαστρικών αδένων. Αντιστοιχεί περίπου στο 35% των περιπτώσεων ή στο 40%, ή κατά Wank στο 70%. Ο Chiari διέκρινε 3 τύπους διαφοροποιήσεως, ανάλογα με τα κύτταρα όταν το υπόστρωμα είναι πολύ αναπτυγμένο καλείται σκίρρος.

Β) Στρογγυλοκυτταρικό

Ο τύπος αυτός αποτελείται από συναθροίσεις κυττάρων τα οποία είναι πολυεδρικά και χαρακτηρίζονται από προχωρημένη κακοήθεια. Διακρίνεται ανάλογα με τη σχέση των κυττάρων με το υπόστρωμα, σε μυελοειδές και σκιρρώδες.

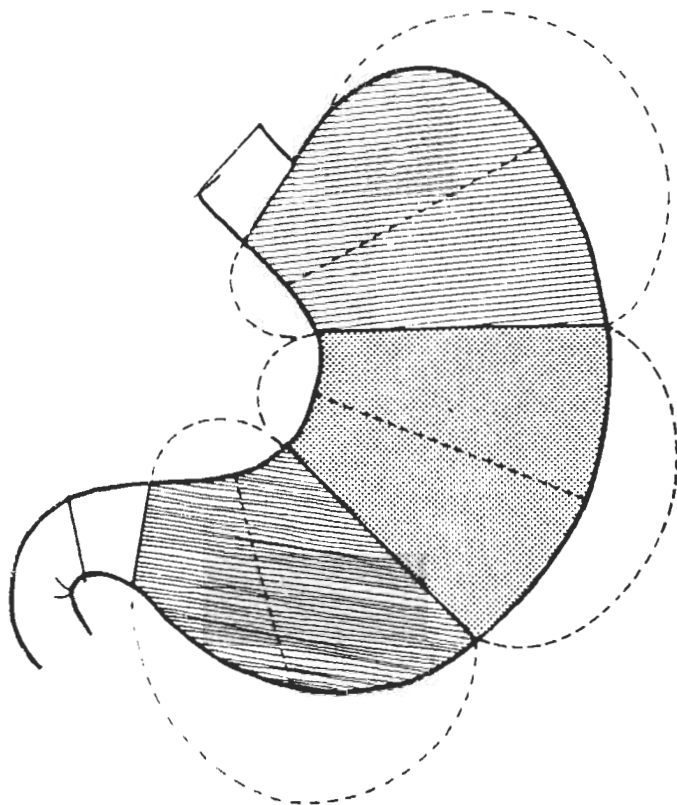
Γ) Βλεννώδες

Τα κύτταρα του τύπου αυτού παράγουν βλέννη που έχει σημασία για την αναγέννηση και προστασία του βλεννογόνου. Οι πολυσακχαρίτες από τη βλέννη εμφανίζονται σαν σταγόνες που πιέζουν τον πυρήνα του κυττάρου και τον απωθούν και σχηματίζουν τα λεγόμενα κύτταρα δίκην «σφραγίδος - δακτυλίου». Ο γαστρικός καρκίνος μπορεί να διακριθεί σε δύο ομάδες. Η μία ομάδα έχει σχέση με την εντερική μεταπλασία των κυττάρων και η άλλη με τη διήθηση μεμονωμένων κυττάρων ή μικρών ομάδων κυττάρων. Η πρώτη ομάδα έχει καλύτερη πρόγνωση από τη δεύτερη. Αυτές οι

δύο ομάδες χονδρικά αντιστοιχούν στις δύο ομάδες κατά Lauren, δηλαδή τον εντερικό τύπο γαστρικού καρκίνου και το διάχυτο.³

β. Εντόπιση

Η εντόπιση ενός όγκου του στομάχου επί των διαφόρων μοιρών του οργάνου έχει σημασία τόσο για τον τύπο της επεμβάσεως όσο και για την πρόγνωση. Συνήθως η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στο πυλωρικό άντρο, πυλωρικό σωλήνα και έλασσον τόξο, που κυμαίνεται από 81% μέχρι 86%. Το υπόλοιπο ποσοστό εντοπίζεται στο θόλο του στομάχου. Αν συνυπάρχει κακοήθης αναιμία, τότε τα 2/3 περίπου των όγκων εντοπίζονται στο θόλο του στομάχου.³



Χωρισμός του στομάχου σε μόρια για τον ακριβή καθορισμό της θέσεως της πρωτοπαθούς βλάβης. Ανώτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει το καρδιακό στόμιο και το θόλο, μέσο τριτημόριο που περιλαμβάνει το κυρίως σώμα και κατώτερο τριτημόριο που περιλαμβάνει τον πυλωρό και το άντρο.

γ. Παθολογική ανατομική

Οι μακροσκοπικές μορφές του γαστρικού καρκινώματος είναι:

1) Επιπολής επεκτεινόμενος καρκίνος

Το 1908 ο Verse διαπίστωσε την ύπαρξη γαστρικού καρκίνου που καταλαμβάνει μόνο το βλεννογόνο του γαστρικού τοιχώματος. Είναι αυτός που σήμερα ονομάζουμε πρώιμος καρκίνος. Τα επιπολής διηθητικά καρκινώματα στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσονται σε περιορισμένη έκταση του πυλωρού. Σπάνια, είναι αρκετά εκτεταμένα, ώστε να προσλαμβάνουν τους χαρακτήρες της γνωστής πλαστικής λινίτιδας, η οποία μετατρέπει τμήμα ή ολόκληρο το στομάχο σε ένα δύσκαμπτο σωλήνα με παχύ τοίχωμα.¹

2) Πολυποειδής καρκίνος

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

3) Διάχυτος διηθητικός καρκίνος

Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη ανάπτυξη μέσα στο γαστρικό τοίχωμα. Συνήθως αναπτύσσεται στο πυλωρικό άντρο του στομάχου και προκαλεί στένωση. Επίσης προκαλεί ταχέως διήθηση του περιτοναίου και των λεμφικών αγγείων του στομάχου.³

4) Τα οζώδη

Τα οζώδη καρκινώματα έχουν την εμφάνιση επηρμένων, αλλά όχι πολυποειδών όζων, οι οποίοι προβάλλουν στον αυλό και μπορεί δευτερογενώς να εξελκωθούν. Οι όζοι είναι δυνατόν να παραμένουν διακριτοί, συχνότερα όμως συρρέουν.

5) Ο ελκωτικός

Ο ελκωτικός τύπος, στον οποίο συχνά εξελίσσονται τα οζώδη καρκινώματα, αποτελεί τον συχνότερο τύπο γαστρικού καρκινώματος που αναπτύσσεται κατά προτίμηση στο πυλωρικό άντρο και στην περιοχή του ελάσσονος τόξου. Η βάση του ελκωτικού καρκινώματος κακοήθους έλκους είναι νεκρωτική και οζώδης, τα χείλη ανώμαλα και επηρμένα.

6) Μυκητοειδή

Τα μυκητοειδή καρκινώματα έχουν ευρεία βάση και αποτελούνται από εύθρυπτο ιστό, ο οποίος προβάλλει εντός του γαστρικού αυλού. Αναπτύσσονται συχνότερα στο σώμα του στομάχου, αντίστοιχα προς το μείζον τόξο, το οπίσθιο τοίχωμα και το θόλο. Συνήθως, η επιφάνειά τους είναι εξελκωμένη και αιμορραγική.¹

δ. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπεία του. Έχουν προταθεί διάφορα συστήματα σταδιοποίησης όπως του Goller, Hoesz. Τελευταία έχει προταθεί το TNM σύστημα το οποίο και χρησιμοποιείται.

- **Πρωτοπαθής όγκος (T)**

T₀ = Δεν υπάρχει όγκος.

T_{is} = Η βλάβη αφορά μόνο το βλεννογόνο.

T₁ = Η βλάβη αφορά το βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο.

T₂ = Η βλάβη φθάνει μέχρι και τη μυϊκή στιβάδα αλλά δεν διηθεί τον ορογόνο.

T₃ = Διηθεί και τον ορογόνο χωρίς να έχει διηθήσει γειτονικούς ιστούς.

T_{4a} = Διηθεί όλους τους χιτώνες και γειτονικούς ιστούς όπως μείζον και έλασσον επίπλουν, περιγαστρικό λίπος, εγκάρσιο κόλο, σπλήνας, οισοφάγος ή 12/δάκτυλο με ενδοαυλική διήθηση.

T_{4b} = Η νόσος διηθεί εκτός από όλους τους χιτώνες του στομάχου, το ήπαρ, διάφραγμα, πάγκρεας, κοιλιακό τοίχωμα, επινεφρίδια, νεφρούς, οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, λεπτό έντερο, οισοφάγο και 12/δάκτυλο.^{2,3,16}

- **Λεμφαδένες (N) - Μεταστάσεις (M)**

N₀ = Μη διήθηση λεμφαδένων.

N₁ = Διήθηση περιγαστρικών λεμφαδένων σε απόσταση 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο κατά μήκος του ελάσσονα ή μείζονα επιπλόου.

N₂ = Διήθηση λεμφαδένων σε απόσταση μεγαλύτερη των 3 cm από τον πρωτοπαθή όγκο και περιλαμβάνει τους λεμφαδένες κατά μήκος της αρ. γαστρικής αρτηρίας, της σπληνικής και της κοινής ηπατικής αρτηρίας.

N₃ = Διήθηση των παραορτικών λεμφαδένων, ηπατοδωδεκαδακτυλικών, οπισθοπαγκρεατικών και μεσεντερίων.

M₀ = Δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.

M₁ = Υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις.^{2,3,16}

- **Στάδια**

Στάδιο I Όγκος περιορισμένος στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνιο. Μη διήθηση λεμφαδένων, δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.

Στάδιο II Διήθηση οργάνου αλλά όχι παρακειμένων οργάνων. Μη διήθηση λεμφαδένων, δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.

Στάδιο III Διήθηση επιχωρίων λεμφαδένων, δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση.

Στάδιο IV Απομακρυσμένες μεταστάσεις. Διήθηση παρακειμένων οργάνων (κατά συνέχεια ιστού).^{6,16}

ε. Μετάσταση

Τα υγρά του σώματος (λέμφος - αίμα) που κυκλοφορούν με το λεμφικό και κυκλοφορικό σύστημα μεταφέρουν τα κύτταρα σε άλλα μέρη του σώματος όπου εγκαθίστανται και δημιουργούν δευτεροπαθείς εντοπίσεις ή αποικίες. Η εξάπλωση αυτή και ο αποικισμός με κακοήθη κύτταρα λέγεται μετάσταση. Περίπου 50% των καρκίνων του στομάχου διηθούν γειτονικά όργανα.⁴

Οι όγκοι του στομάχου μεθίστανται με τέσσερις τρόπους:

- 1) Στους λεμφαδένες που βρίσκονται γύρω από το όργανο (επιχώριοι) μέχρι τις πύλες του σπλήνα και του ήπατος και το επίπλου. Σε παρασκευάσματα, ειδικά μετά από ολική γαστρεκτομή, έχουν βρεθεί διηθημένοι αδένες μέχρι ποσοστό 88%. Η σημασία των αδένων αυτών έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια επικαιρότητα μετά τις εργασίες των Ιαπώνων για τη ριζικότητα της γαστρεκτομής, όπως θα δούμε στη θεραπεία. Απομακρυσμένοι λεμφαδένες προσβάλλονται συχνά στον υπερκλειδίο βόθρο (Virchow).
- 2) Δια της αιματικής οδού, κυρίως της φλεβικής μέσω της πυλαίας, γίνονται μεταστάσεις σε περίπου 50% των παρασκευασμάτων (κύρια προς το ήπαρ, αλλά και στους πνεύμονες, εγκέφαλο, οστά).⁶
- 3) Κατά συνέχεια ιστού (40% των παρασκευασμάτων). Μόλις διηθηθεί ο ορογόνος του στομάχου, αρχίζει διασπορά στην περιτοναϊκή κοιλότητα και τα γειτονικά όργανα: πάγκρεας, εγκάρσιο κόλο, επινεφρίδια, οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και ωοθήκες (όγκοι Krukenberg).
- 4) Έχει ιδιαίτερη σημασία η επέκταση διαμέσου του τοιχώματος του οργάνου σε αρκετά εκατοστά από τον όγκο, καθώς και προς το τοίχωμα του οισοφάγου. Ενώ στον υπόλοιπο πεπτικό σωλήνα συνήθως σταματά η ενδοτοιχωματική διήθηση στα 3 εκ. από τον όγκο, στο στομάχι έχει βρεθεί επέκταση στο τοίχωμά του και προς τον οισοφάγο μέχρι και 10 ή 15 εκ. από τον όγκο. Έτσι το δωδεκαδάκτυλο βρίσκεται διηθημένο σε ποσοστό 8% των παρασκευασμάτων σε καρκίνους προπυλωρικούς ή του άντρου, ενώ ο οισοφάγος ακόμα πιο συχνά σε όγκους της καρδιακής μοίρας.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Κλινική εικόνα

Η συμπτωματολογία του καρκίνου του στομάχου χαρακτηρίζεται από ποικιλία συμπτωμάτων. Στην Ιαπωνία περίπου 80% των ασθενών που επισκέπτονται για πρώτη φορά το γιατρό έχουν προχωρημένο καρκίνο. Με τη ψηλάφηση του επιγαστρίου είναι δυνατόν να εντοπισθεί ένας καρκίνος του στομάχου προχωρημένος.³

Συμπτωματολογία Ca του στομάχου

- Άλγος στο επιγάστριο (80%) συνήθως με χαρακτήρες καλοήθους έλκους.
- Αίσθημα κορεσμού - ναυτία (33%).
- Έμετοι (24%).
- Σημεία αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό.
- Σχετικά συχνά είναι ασαφή συμπτώματα όπως: αδυναμία - καταβολή - αδιαθεσία.
- Ασυμπτωματική νόσος (10%).
- Νυχτερινή εφίδρωση.
- Απώλεια βάρους.
- Πυρετός.¹⁷

Επικρατεί η άποψη ότι η απώλεια βάρους είναι το συχνότερο σύμπτωμα σε αρρώστους με καρκίνο του στομάχου:

Σπανιότερα, εμφανίζονται συμπτώματα πυλωρικής στενώσεως (8%), ασκίτης ή ίκτερος.

Η συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων στην έναρξή τους δεν διαφέρει στους αρρώστους που τελικά διαπιστώνεται ότι πάσχουν από προχωρημένο καρκίνο και σε εκείνους που πάσχουν από πρώιμο καρκίνο, παρόλο που πρέπει να τονισθεί ότι

πολλοί άρρωστοι με πρώιμο γαστρικό καρκίνο πιστεύεται ότι είναι ασυμπτωματικοί. Ενδιαφέρον είναι ότι τα συμπτώματα δεν διαφέρουν σε νεαρούς καρκινοπαθείς, ηλικίας μικρότερης των 30 ετών, και σε καρκινοπαθείς μεγαλύτερης ηλικίας.²

4.2. Διάγνωση

Η διάγνωση του καρκίνου του στομάχου επιτυγχάνεται με:

- α) Φυσική εξέταση.
- β) Ακτινολογική εξέταση.
- γ) Ενδοσκόπηση με βιοψία ή κυτταρολογική εξέταση γαστρικού υγρού.
- δ) Μέτρηση γαστρικής οξύτητας.
- ε) Δερματικά tests.
- στ) Ερευνητική λαπαροτομία.

Με τη φυσική εξέταση είναι δυνατόν να ψηλαφηθεί στο επιγάστριο ένας μεγάλος όγκος του στομάχου, ή ένας διογκωμένος λεμφαδένας στην αριστερή υπερκλείδιο ή αριστερή μασχαλιαία χώρα.

Η ακτινολογική εξέταση του στομάχου είναι η πλέον εύχρηστη μέθοδος εξέτασης του στομάχου. Η χρησιμοποίηση πιέσεως στην εξεταζόμενη περιοχή, η μέθοδος της διπλής αντιθέσεως και η χρήση της τηλεοράσεως αποτελούν επιτεύγματα για την τελειοποίηση της ακτινολογικής εξέτασης και την αύξηση του ποσοστού σωστής διαγνώσεως. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 96% για την ακτινολογική εξέταση, 98% για την ενδοσκόπηση και 90% για την ενδοσκοπική βιοψία.

Η χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου αποτέλεσε επίτευγμα για τη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου. Επίσης είναι πολύ χρήσιμο για τη διάγνωση του καρκίνου του στομάχου σε πρώιμο στάδιο με τη χρήση ινδοκαρμίνης και blue methylene.

Η γαστροσκόπηση με τη λήψη βιοψίας και κυτταρολογικής εξέτασης ανεβάζει το ποσοστό σωστής διαγνώσεως σε 97%.³

Σήμερα αναμφίβολα στη διάγνωση των όγκων του στομάχου τον πρώτο λόγο έχει η ενδοσκόπηση (γαστροσκόπηση). Μ' αυτήν παρέχεται η άμεση οπτική εικόνα των διαφόρων όγκων και η δυνατότητα λήψης βιοπτικού υλικού.

Εκ περισσού, η αξονική (CT), η μαγνητική τομογραφία (NMR) και η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS), αποτελούν χρήσιμες απεικονιστικές μεθόδους, που βοηθούν στη διάγνωση και την διαφορική διάγνωση των όγκων του στομάχου.¹⁵

Η οξύτητα του γαστρικού υγρού του στομάχου είναι ελαττωμένη επί καρκίνου. Η μέτρηση της γαστρικής οξύτητας του στομάχου δεν αποτελεί παθογνωμικό στοιχείο ούτε στη διάγνωση του πρώιμου καρκίνου, γιατί σε ποσοστό πάνω από 50% των ασθενών με πρώιμο καρκίνο εμφανίζουν οξύτητα όμοια με αυτή των καλοήθων παθήσεων.

Η κυτταρική ανοσία επί καρκινοπαθών είναι ελαττωμένη. Η χρησιμοποίηση δερματικών tests σε ασθενείς με καρκίνο του στομάχου απέδειξε ότι για το PPD και DNCB ανευρέθηκαν θετικά 75% και 65% αντίστοιχα σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική εκτομή του στομάχου, 36% και 33% σε ανακουφιστική επέμβαση και 25% και 5% σε ασθενείς με μη χειρουργήσιμο καρκίνο του στομάχου. Η θετικότητα των tests συνδέεται με την επέκταση της νόσου.³

Διαγνωστικά σημεία Ca του στομάχου

Αναιμία.....	85%
Αύξηση T.K.E.	85%
Hemocult θετικό.....	50%
Επιγαστρική μάζα.....	30%
Ψηλαφητές μεταστάσεις.....	5% ⁶

Σημεία προχωρημένου καρκίνου

Ψηλαφητό ήπαρ
Ασκίτης
Υπερκλειδίοι αδένες
Διήθηση ομφαλού
Ψηλαφητές εντοπίσεις
Εμφυτεύσεις ωοθηκών
Υπεζωκοτική συλλογή
Παρανεοπλασματικές εκδηλώσεις⁶

4.3. Ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία

Η μελέτη του στομάχου με την ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία περιλαμβάνει:

1. Προσδιορισμό της πάσχουσας μοίρας.
2. Προέλευση της βλάβης.
3. Ηχογένεια της βλάβης.
4. Εκτίμηση των διαστάσεων της μορφολογίας και των ορίων της βλάβης.
5. Σχέση της βλάβης με τις υπόλοιπες στιβάδες του τοιχώματος και τα παρακείμενα όργανα.

Στις ενδείξεις και τους στόχους της ενδοσκοπικής υπερηχοτομογραφίας στις κακοήθειες νεοπλασίες του στομάχου περιλαμβάνονται:

- Απεικόνιση και ανάλυση των στιβάδων του γαστρικού τοιχώματος.
- Διαφορική διάγνωση καλοήθων και κακοήθων όγκων του στομάχου.
- Διαφορική διάγνωση υποβλεννογόνιων εξεργασιών και πίεσης εκ των έξω.
- Διαφορική διάγνωση έλκους από πρώιμο γαστρικό καρκίνο.

- Καρκίνος στομάχου. Διάγνωση και σταδιοποίηση του.
- Έλεγχος χειρουργημένου στομάχου από καρκίνο και, κυρίως, έλεγχος της αναστόμωσης για υποτροπή.
- Λέμφωμα στομάχου. Σταδιοποίηση και παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας.
- Απεικόνιση κισσών (υποβλεννογονίως).

Η ευαισθησία της μεθόδου στη διάγνωση των καλοήθων όγκων του στομάχου είναι 92% και των κακοήθων 95%, με ακρίβεια στη σταδιοποίησή τους 65,7%.¹

4.4. Απεικονιστικός έλεγχος

Ο απεικονιστικός έλεγχος θα περιλαμβάνει:

1. Την απλή ακτινογραφία θώρακος (πρόσθια - πλάγια).
2. Την αξονική τομογραφία θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας.
3. Την ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία.
4. Την λεμφαγγειογραφία και ενδεχομένως,
5. Τον ραδιοϊσοτοπικό έλεγχο με Γάλλιο και Τεχνητίο.¹⁶

4.5. Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

- 1^ο το περιφερικό αίμα με ιδιαίτερη προσπάθεια επισήμανσης κυττάρων λεμφώματος.
- 2^ο την Τ.Κ.Ε.
- 3^ο την κρεατινίνη για τον έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας.
- 4^ο το ουρικό οξύ και την LDH, σαν δείκτες της έκτασης του όγκου και στοιχεία περαιτέρω εκτίμησης της πορείας της νόσου.
- 5^ο τις τρανσαμινάσες και την αλκαλική φωσφατάση για τον έλεγχο της ηπατικής ή της οστικής συμμετοχής.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Περιβάλλον και Καρκίνος

Το περιβάλλον είναι ο κυριότερος παράγων πρόκλησης καρκίνου. Με το γενικό δε τίτλο, του περιβάλλοντος, εννοούμε τον χώρο μέσα στον οποίο ζει, κινείται, εργάζεται και αναπαύεται κάθε άνθρωπος κατά τη διάρκεια του 24ώρου της ζωής του. Οι πρώτες ενδείξεις των δυσμενών επιδράσεων του περιβάλλοντος δημοσιεύθηκαν τον 16^ο, ακόμη, αιώνα όταν κλινικές παρατηρήσεις έδειξαν ότι οι εργάτες των μεταλλείων χρυσού, αργύρου ή και άνθρακα παρουσίαζαν αυξημένα αναπνευστικά προβλήματα, χωρίς να μπορούσαν να καθορίσουν την ακριβή τους φύση. Στην δεκαετία του 1950 ο DOLL έφερε στην δημοσιότητα τις πρώτες ενδείξεις ανάπτυξης καρκίνου, ιδίως νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος από το κάπνισμα. Οι μελέτες αυτές αποδείχθηκαν από τις βασικότερες έρευνες πρόκλησης καρκίνου από το περιβάλλον. Έτσι με την έννοια πλέον του περιβάλλοντος στο γενικότερο πλαίσιο διαβίωσής μας πρέπει να διαχωρισθεί από το μικροπεριβάλλον, που είναι ο χώρος της καθημερινής μας ζωής.¹⁸

Ο διαχωρισμός της έννοιας του περιβάλλοντος από το μικροπεριβάλλον είναι πολύ σημαντικός, εφόσον οι επιβαρυντικοί παράγοντες, δηλαδή η έκθεσή μας στο πρώτο είναι δύσκολο να αποφευχθούν από εμάς τους ίδιους και η προστασία μας εξαρτάται από την εφαρμογή γενικότερων μεθόδων. Αντίθετα η βελτίωση του μικροπεριβάλλοντος και οι όροι και τρόποι διαβίωσής μας σε αυτό αποτελεί τη δική μας προσωπική επιλογή.

Οι πιο γνωστοί καρκινογόνοι παράγοντες που ελέγχονται σε παγκόσμιο βάση είναι το βενζοπυρένιο που αιωρείται σε όλες τις βιομηχανικές πόλεις του κόσμου, οι νιτροζαμίνες που ευθύνονται βασικά για την ανάπτυξη καρκίνου του πνεύμονα, και το πωλόνιο-210, ένα ραδιοϊσότοπο που ανευρίσκεται στους πνεύμονες των καπνιστών. Αλλά εάν το αναπνευστικό σύστημα επηρεάζεται σημαντικά από τα εισπνεόμενα

καρκινογόνα στοιχεία, το πεπτικό σύστημα υφίσταται και αυτό την ανάλογη επίδραση με την καθημερινή τροφή και ειδικότερα με την μακροχρόνια επίδραση των νιτροζαμινών που υπάρχουν σε πολλούς τύπους από τα τρόφιμα που παρασκευάζονται και κυρίως τα καπνιστά κρέατα ή ψάρια. Χημικά επίσης καρκινογόνα και κυρίως βενζοπυρένιο παρατηρούνται σε κρέατα που παρασκευάζονται σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες.

Η βλαπτική επίδραση του περιβάλλοντος για την ανάπτυξη καρκίνου δεν είναι βέβαια θέμα μιας μικρής περιόδου μερικών εβδομάδων ή μηνών αλλά απαιτεί μια συνεχή έκθεση πολλών παραγόντων επί μεγάλο χρονικό διάστημα, συνήθως πολλών ετών. Και η επίδραση αυτή εντοπίζεται στο αναπνευστικό και πεπτικό κυρίως σύστημα, καρκίνου που αντιπροσωπεύουν το 70 τοις εκατό των νέων περιπτώσεων νεοπλασμάτων.¹⁸

5.2. Μικροπεριβάλλον και Καρκίνος

Το μικροπεριβάλλον είναι ο χώρος της καθημερινής μας διαβίωσης. Είναι ο χώρος που ζούμε, εργαζόμαστε ή διασκεδάζουμε όλο το εικοσιτετράωρο, σε δωμάτια στο σπίτι μας ή στην δουλειά μας, που είναι κυρίως κλειστά όταν η θερμοκρασία του γενικότερου περιβάλλοντος είναι κάτω από 22-25 βαθμούς και ακόμη περισσότερο όλη την περίοδο του χειμώνα. Ο χώρος αυτός, το μικροπεριβάλλον, που αντιδιαστέλλεται από το ευρύτερο ή γενικότερο περιβάλλον πρέπει να είναι και να διατηρείται χωρίς εσωτερική μόλυνση, χωρίς καπνούς που μεταβάλλουν βασικά τη γενικότερη σύσταση του αέρα του.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανέφερε χαρακτηριστικά ότι η μεγαλύτερη αναλογία των καρκίνων που προέρχονται από εξωγενείς παράγοντες, δηλαδή παράγοντες του περιβάλλοντος, έχουν πιο δυσμενή εξέλιξη συγκριτικά με τους καρκίνους οργάνων χωρίς σαφή αίτια ανάπτυξης.¹⁸

5.3. Θεραπεία

Η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου περιλαμβάνει τη χρησιμοποίηση της χειρουργικής, την ακτινοθεραπεία και τη χημειοθεραπεία.³

α. Χειρουργική

Η θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση.

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου έχει μειωθεί διεθνώς, η θεραπεία του αποτελεί δύσκολο ιατρικό πρόβλημα. Η πενταετής επιβίωση των ασθενών μετά από ριζική θεραπευτική γαστρεκτομή κυμαίνεται γενικώς από 10-35% και η μετεγχειρητική θνητότητα από 4-8%. Η επιβίωση του ασθενούς εξαρτάται ουσιαστικά από την έκταση της νόσου και όχι από την έκταση της εκτομής. Το 90% των αρρώστων με διάγνωση γαστρικού καρκίνου οδηγούνται στο χειρουργείο για ερευνητική λαπαροτομία.²

Αισιόδοξα μηνύματα για την επιβίωση των ασθενών προέρχονται την τελευταία εικοσαετία από Ιάπωνες ερευνητές. Όταν η νόσος είναι πρώιμη και εφαρμοσθεί χειρουργική θεραπεία υπό την έννοια της ριζικής γαστρεκτομής, εξασφαλίζεται πιθανώς και δεκαετής επιβίωση της τάξεως του 90%.

Η ριζικότητα της εγχείρησης είναι εφικτή στους Ιάπωνες αρρώστους για δύο ουσιαστικούς λόγους: **α)** είναι άτομα αδύνατα και προσφέρονται ανατομικά για εγχειρητική παρασκευή, **β)** δεν έχουν καρδιοαναπνευστικά, μεταβολικά ή ηπατικά νοσήματα ανάλογα με άλλους λαούς και έτσι μπορούν να υφίστανται σχετικά ακίνδυνα πολύωρες ριζικές επεμβάσεις εκτομής.

Στο Β΄ Χειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» μεταξύ 120 ασθενών με καρκίνο του στομάχου που χειρουργήθηκαν, μόνο σε δύο περιπτώσεις η νόσος εντοπιζόταν στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα του στομάχου.

Ο Kishimoto και Tabashige έχουν ανακοινώσει πενταετή και δεκαετή επιβίωση 97% και 92%, αντίστοιχα, όταν η νόσος εντοπίζεται στο βλεννογόνο και 96% και 91%, αντίστοιχα, όταν η νόσος εντοπίζεται στον υποβλεννογόνιο.

Η πρώτη και καλύτερη θεραπεία που δίνεται να εφαρμοσθεί στον καρκίνο του στομάχου είναι η χειρουργική θεραπεία υπό την έννοια της εκριζώσεως του όγκου με την εκτέλεση ριζικής γαστρεκτομής. Η γαστρεκτομή ονομάζεται θεραπευτική, όταν επιτυγχάνεται πλήρης αφαίρεση του όγκου, και μη θεραπευτική, όταν μέρος του δεν αφαιρείται. Ακόμη διακρίνεται σε υφολική, όταν μένει μέρος του οργάνου, και σε ολική, όταν συνεπάγεται πλήρη αφαίρεση του στομάχου.^{2,15}

Εγχειρητικές αναφορές που έχουν ιδιαίτερη σημασία για την επιβίωση:

- α) **Προετοιμασία:** Οι άρρωστοι με καρκίνο του στομάχου είναι συνήθως στην 6^η ή 7^η δεκαετία της ζωής με όλα τα συνοδά συστηματικά νοσήματα και επιπλέον έχουν πρόβλημα υποθρεψίας από τη νόσο τους. Το στομάχι αδειάζει και πλύνεται επιμελώς με ρινογαστρικό σωλήνα πριν από την ημέρα της εγχείρησης.
- β) **Η προσπέλαση** γίνεται με εκτεταμένη (ερευνητική) τομή, μέση ή αμφοτερόπλευρη υποχόνδρια.
- γ) **Διεγχειρητικά**, το πρώτο βήμα είναι ο έλεγχος όλης της κοιλιάς για μεταστάσεις (ήπαρ, δουγλάσειος, ωοθήκες, σκέλη διαφράγματος, πάγκρεας, προαορτικοί αδένες) γιατί θα καθορισθεί η επέμβαση.
- δ) **Περιφερική ριζική γαστρεκτομή:** αφαιρείται το μείζον επίπλουν το άνω πέταλο του εγκάρσιου μεσοκόλου, η κάψα του παγκρέατος, οι παραπυλωρικοί αδένες και οι αδένες της πύλης του ήπατος, αφού διανοιχθεί ο ηπατοδωδεκαδακτυλικός σύνδεσμος, οι αδένες της αριστερής γαστρικής και ενδεχομένως ο σπλήνας (διήθηση οπίσθιου τοιχώματος στομάχου). Η συναφαίρεση διηθημένων γειτονικών οργάνων, όταν δεν υπάρχουν άλλες μεταστάσεις, θεωρείται ορθή απόφαση.
- ε) **Ολική ριζική γαστρεκτομή:** εκτός από τα παραπάνω, συναφαιρείται ο σπλήνας και από πολλούς η ουρά του παγκρέατος. Επίσης οι προαορτικοί αδένες και οι

παραοισοφαγικοί. Η διατομή του οισοφάγου πρέπει να γίνει πάλι σε απόσταση πάνω από 5 εκ. από τον όγκο.⁶

- στ) **Η κεντρική γαστρεκτομή** (οισοφαγογαστρεκτομή) για καρκίνο του θόλου και της καρδιακής μοίρας γίνεται με θωρακοκοιλιακή προσπέλαση, κυρίως από αριστερά και με ξέχωρη θωρακική τομή. Προηγείται πάντα η λαπαροτομία, για αξιολόγηση του εγχειρήσιμου ή όχι. Ο οισοφάγος διαιρείται όσο πιο ψηλά γίνεται. Η σπληνεκτομή είναι απαραίτητη. Ακολουθεί πυλωροπλαστική. Στο τέλος αυτής της εγχείρησης, όπως και της ολικής γαστρεκτομής, γίνεται νηστιδοστομία θρέψης με λεπτό καθετήρα, για το πρώτο 10ήμερο και για το ενδεχόμενο διαφυγής της αναστόμωσης.
- ς) **Παρηγορητική εγχείρηση.** Σε κάθε περίπτωση που η νόσος έχει ξεφύγει από τους επιχώριους αδένες, δεν έχει έννοια η προσπάθεια ριζικής εγχείρησης. Έχει όμως μεγάλη σημασία για την παράταση της ζωής και κυρίως για την ποιότητά της, να γίνει η πιο καλή παρηγορητική εγχείρηση. Αφαιρείται η μοίρα του οργάνου, που έχει τον όγκο, για αντιμετώπιση της απόφραξης και της αιμορραγίας, χωρίς λεμφαδενεκτομή και αποκαθίσταται η συνέχεια με ανάλογη αναστόμωση.
- η) **Εγχειρητική θνητότητα.** Οι αμερικανικές στατιστικές συγκλίνουν σε ποσοστό 7% για τις περιφερικές και ευρείες θεραπευτικές γαστρεκτομές και 15% για ολικές γαστρεκτομές ή οισοφαγογαστρεκτομές. Οι Ιάπωνες αναφέρουν σαφώς μικρότερα ποσοστά, αλλά υπάρχουν οι λόγοι που έχουμε αναφέρει (αδύνατα άτομα, κατά τα άλλα υγιή, και πρώιμα στάδια). Στη χώρα μας, μια μελέτη από το Αρεταίειο Νοσοκομείο σε 166 περιπτώσεις παρουσιάζει θνητότητα 8% για τις περιφερικές γαστρεκτομές και 18,7% για ολικές και οισοφαγογαστρεκτομές. Στις παρηγορητικές εγχειρήσεις η θνητότητα των αρρώστων είναι περίπου η ίδια, γιατί η γενική κατάσταση των αρρώστων είναι πολύ κακή.⁶

β. Ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του στομάχου είναι σήμερα περιορισμένος. Ο πιο ουσιαστικός της ρόλος είναι μετά την εγχείρηση για την αποστείρωση της περιοχής. Δεν πρέπει να παραληφθεί η αξία της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής αγωγής στην εκτεταμένη νόσο.

Μελέτες αναφέρουν ότι το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου ανταποκρίνεται σε κάποιο βαθμό στην ακτινοθεραπεία. Οι Wieland και Hymmer χορήγησαν 6.000 cGy, όταν ήταν δυνατόν με ημερήσια δόση όγκου (HΔO) 150 και 200 cGy, πετυχαίνοντας τριετή επιβίωση 11% (9 στους 82) και πενταετή επιβίωση 7% (5 στους 72).

Διάφορες προσπάθειες έχουν αναφερθεί για τη χορήγηση 2 δόσεων ακτινοβολίας στην ίδια ημέρα, 160 ή 150 cGy σε διάστημα 4 έως 6 ωρών, με ή χωρίς χημειοθεραπεία, με βάση την αρχή ότι θα υπήρχε μικρότερη επαναπληθυσμοποίηση των καρκινικών κυττάρων μεταξύ των 2 ημερήσιων κλασμάτων. Τα αποτελέσματα γενικά δεν κρίνονται ικανοποιητικά.⁶

Δόσεις και τεχνικές ακτινοθεραπείας

Τα πεδία ακτινοθεραπείας πρέπει να περιλαμβάνουν τον όγκο ή το υπόστρωμα του όγκου και τους επιχώριους λεμφαδένες μέχρι τους παραορτικούς λεμφαδένες στο ύψος O₃-O₄, εάν είναι εφικτό. Τα πεδία, τα οποία σχεδιάζονται αρχικά, πρέπει να περιορίζονται και να τροποποιούνται σύμφωνα με την έκταση της νόσου κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η τεχνική όμως των πολλαπλών πεδίων πρέπει να χρησιμοποιείται για να προστατεύεται η ανοχή των φυσιολογικών ιστών. Οι χρησιμοποιούμενες δόσεις 4.000-5.000 cGy σε διάστημα 4-5 εβδομάδων με Η.Δ.Ο. 170-180 cGy γίνονται γενικά καλώς ανεκτές από τους ασθενείς.

Προοπτικές

Τα χαμηλά ποσοστά επιτυχίας στον καρκίνο του στομάχου με τη χειρουργική μόνο τονίζουν την ανάγκη του συνδυασμού χειρουργικής, ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας.

Πρόσφατες προσπάθειες περιλαμβάνουν συνδυασμό εξωτερικής ακτινοθεραπείας με ενδοχειρουργική ακτινοβολία και χειρουργική αφαίρεση του όγκου. Ακολουθεί συστηματική ή ενδοπεριτοναϊκή χημειοθεραπεία με ή χωρίς μεγάλα πεδία ακτινοθεραπείας για την κοιλιακή εντόπιση της νόσου. Τα αποτελέσματα αναμένονται με εύλογο ενδιαφέρον.²

γ. Χημειοθεραπεία

Στους ασθενείς που οι λεμφαδένες έχουν διηθηθεί, η πενταετής επιβίωση είναι μικρότερη από 15% και σε κάποια φάση της ασθένειάς τους θα παρουσιάσουν γενικευμένα συμπτώματα. Στην κατηγορία αυτή των ασθενών, η χημειοθεραπεία αρχικά δοκιμάστηκε ως μονοθεραπεία και ακολούθως ως συνδυασμός διαφόρων φαρμάκων.

Μονοθεραπεία

Η 5-Fluorouracil (5-Fu) είναι το χημειοθεραπευτικό φάρμακο που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο στη θεραπεία του προχωρημένου καρκίνου του στομάχου. Η συνηθέστερη δόση είναι 600-1.000 mg/m² την ημέρα, για πέντε συνεχείς ημέρες. Το σχήμα επαναλαμβάνεται κάθε 4 εβδομάδες. Η ανταπόκριση κυμαίνεται γύρω στο 21% και διαρκεί 3-6 μήνες.

Η Mitomycin-C σε δόσεις 10-15 mg/m² κάθε 6-8 εβδομάδες έχει ανταπόκριση 20%. Η Adriamycin έχει δώσει ανταποκρίσεις 22-24% που διαρκούν 4 περίπου μήνες.¹⁹

Μονοθεραπεία στον καρκίνο του στομάχου ⁽²⁾		
Φάρμακο	Αριθμός ασθενών	Ανταποκρίσεις (%)
5-Fu	457	21
Mitomycin-C	189	20
Adriamycin	180	22
Cis-platir	50	22
BGNU	33	17
Methyl-CCNU	37	8
Methotrexate	28	11

Συνδυασμένη χημειοθεραπεία

Μετά την ανεύρεση φαρμάκων με σημαντική επίδραση στον καρκίνο του στομάχου, ήταν επόμενο να αναζητηθούν τρόποι για να συνδυασθούν τα φάρμακα αυτά, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους. Έτσι το 1974, ανακοινώθηκε ο πρώτος συνδυασμός 5-Fu και BGNU ή Methyl-CCNU. Οι ανταποκρίσεις ήταν υψηλότερες από ό,τι κάθε φάρμακο μόνο του (24,4%) και οι επιβιώσεις βελτιωμένες. Ακολούθως, συνδυάστηκαν 5-Fu, Adriamycin και Mitomycin-C (FAM) με αξιόλογη αποτελεσματικότητα. Η ανταπόκριση στην αρχική μελέτη άγγιξε το 42%, που προσέφερε και τη μέγιστη επιβίωση.

Δύο άλλες προσπάθειες ερευνητών προκάλεσαν το ενδιαφέρον με τα υψηλά ποσοστά ανταποκρίσεων που προσέφεραν: συνδυασμός 5-Fu, Adriamycin και υψηλών δόσεων Methotrexate με ανάνηψη Leukovorin (FAMeth) είχε ανταποκρίσεις 47-63%. Ο συνδυασμός 5-Fu, Adriamycin και Cis-platin (FAP) έδειξε ανταπόκριση 53%, εκ των οποίων 18% πλήρη.²

5.4. Επιπλοκές

Είναι σπάνιο μετά από εγχείρηση στο στομάχι οι ασθενείς να εμφανίσουν μόνο μία επιπλοκή. Οι περισσότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι μη ειδικού τύπου. Δυστυχώς υπάρχουν λίγες εξειδικευμένες εξετάσεις και αυτές που θεωρούνται εξειδικευμένες βοηθούν λίγο στην κλινική πράξη. Έτσι ένα προσεκτικό ιστορικό εξακολουθεί να παραμένει ο πιο αξιόπιστος δρόμος για τη διάγνωση και στην οποία θα βασισθεί η θεραπεία.¹¹

Συνήθεις μετεγχειρητικές επιπλοκές:

1. Αιμορραγία
2. Πρώιμο dumping
3. Διάρροια
4. Γαστροπάθεια και χολώδεις έμετοι

5. Γαστρίτιδα
6. Γαστρική στάση
7. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
8. Δυσφαγία.

Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές:

1. Απώλεια βάρους
2. Αναιμία
3. Οστικά νοσήματα
4. Όψιμο dumping
5. Δυσαπορρόφηση
6. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος
7. Υποτροπή του έλκους
8. Χολολιθίαση.

⇒ Αιμορραγία

Κάθε αναστόμωση ή συρραφή ανοίγματος στο πεπτικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει αιμορραγία, συνήθως αμέσως ή μερικές ώρες μετά την επέμβαση. Μπορεί να συμβεί σε όλες τις γαστρικές επεμβάσεις, πλην της υπερεκλεκτικής βαγοτομής, κατά την οποία δεν διανοίγεται αυλός. Ακόμη σπανιότερη είναι η ενδοκοιλιακή αιμορραγία από ρήξη παρακείμενων αγγείων που δεν έγιναν αντιληπτά και, πιο συχνά, από ρήξη του σπληνός σε βαγοτομές ή δύσκολες υψηλές γαστρεκτομές.

Η διάγνωση δεν είναι δύσκολη από τα συνήθη σημεία αιμορραγίας. Εκδηλώνεται με συμπτώματα της απότομης απώλειας αίματος όπως ίλιγγοι, κόπωση, αδυναμία, δίψα, ωχρότητα, πτώση της αρτηριακής πίεσης, ταχυκαρδία, ταχυσφυγμία και λιποθυμία. Ο άρρωστος το πρώτο 24ωρο δεν παίρνει τίποτα από το στόμα ή παίρνει κατά διαστήματα λίγο γάλα. Συνήθως, σε αιμορραγία αρκεί μια γαστροτομή και απολίνωση - ραφή του σημείου της αιμορραγίας.^{1,20}

⇒ Πρώιμο dumping

Το πρώιμο dumping προκαλείται από τη ταχεία κένωση του στομάχου, έτσι που το γαστρικό περιεχόμενο «ξεφορτώνεται» μέσα στο λεπτό έντερο. Αυτό συμβαίνει είτε γιατί υπάρχει μειονεκτική λειτουργία του πυλωρού ή πλήρης απώλεια της λειτουργίας του λόγω της γαστρεκτομής, της γαστρεντεροαναστόμωσης ή άλλης παροχευτικής μεθόδου, είτε επειδή υπάρχει διαταραχή στη χάλαση του σώματος του στομάχου μετά τη βαγοτομή, που οφείλεται στην απονεύρωση του κεντρικού τμήματος του στομάχου.

Το πρώιμο dumping χαρακτηρίζεται από κοιλιακά και συστηματικά συμπτώματα κατά τα πρώτα 30 λεπτά μετά το γεύμα. Οι περισσότεροι ασθενείς παραπονιούνται για κοιλιακά και συστηματικά συμπτώματα. Τα κοιλιακά συμπτώματα περιλαμβάνουν επιγαστρική πληρότητα και πόνο, κοιλιακές κράμπες, διάρροια, ναυτία και μερικές φορές εμέτους. Τα συστηματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν εφίδρωση, αδυναμία, αίσθημα παλμών και κεφαλαλγία.¹¹

⇒ Μετεγχειρητική γαστρίτιδα

Η γαστρίτιδα του σώματος του στομάχου δεν βρίσκεται πάντα στους ασθενείς με έλκος βολβού δωδεκαδακτύλου που δεν έχουν χειρουργηθεί, όμως έχει βρεθεί σε ποσοστό 60-100% μετά από μερική γαστρεκτομή. Η συχνότητα είναι ακόμη μεγαλύτερη μετά από μερική γαστρεκτομή για έλκος στομάχου, αλλά γαστρίτιδα ανευρίσκεται σχεδόν πάντα στους ασθενείς με έλκος στομάχου πριν χειρουργηθούν.

Η μετεγχειρητική γαστρίτιδα παρουσιάζεται σχεδόν πάντα στο περιφερικό, αλλά είναι λιγότερο συχνή στο κεντρικό τμήμα του στομάχου. Η παθοφυσιολογία της μετεγχειρητικής γαστρίτιδας παραμένει άγνωστη και επειδή συνήθως δεν συνοδεύεται από συμπτώματα, δεν υπάρχει ένδειξη για κάποια ειδική θεραπεία.

⇒ Γαστρική στάση

Η γαστρική στάση οφείλεται είτε σε απόφραξη της αποχετευτικής μοίρας του στομάχου, είτε σε κινητικές διαταραχές του. Συνήθη αίτια είναι ατελείς παροχετευτικές επεμβάσεις για στελεχιαία βαγοτομή και εκλεκτική γαστρική βαγοτομή ή τεχνικά λάθη που διαπράττονται κατά την εγγύς γαστρική βαγοτομή.

Το κύριο σύμπτωμα της γαστρικής στάσης είναι το αίσθημα της μεταγευματικής πληρότητας που υφίσταται συνήθως με αναγωγές και εμέτους. Αν τα συμπτώματα επιμένουν για 2-3 εβδομάδες μετεγχειρητικά τότε πρέπει να διενεργείται ενδοσκόπηση για να αποκλειστεί μηχανική απόφραξη ή φυτοπιλήματα. Γενικά, η γαστρική στάση που οφείλεται σε μηχανική απόφραξη θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να φυλάσσεται για λειτουργική γαστρική στάση που οφείλεται σε απονεύρωση· σε αυτές τις περιπτώσεις, υδροχλωρική μετοκλοπραμίδη ή δομπεριδόνη 10 mg / 30 λεπτά πριν τα γεύματα και την κατάκλιση, μπορεί ν' ανακουφίσει τα συμπτώματα. Θεωρείται ως αποτελεσματική θεραπεία η χορήγηση σισαπρίδης 10 mg δύο ως τέσσερις φορές ημερησίως.¹¹

⇒ Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση

Η αναγωγή γαστρικού περιεχομένου στον οισοφάγο με απότοκο οισοφαγίτιδα είναι πολύπλοκο φαινόμενο που μπορεί να συμβαίνει και αυτόματα. Η ακριβής αιτία είναι ασαφής, ενοχοποιουμένης κυρίως της γενικότερης μετεγχειρητικής διαταραχής της φυσιολογίας του στομάχου. Δεν μπορεί να αποκλεισθεί και ο ρόλος της καταστροφής του σφιγκτηριακού μηχανισμού του καρδιακού στομίου λόγω χειρισμών στην περιοχή και διατομής του φρενοοισοφαγικού συνδέσμου χωρίς επανασυρραφή, πράγμα που συνήθως παραλείπεται, πιστεύουμε όμως ότι είναι σημαντικό. Το σύνδρομο είναι σοβαρότερο, όταν εμφανίζεται μετά από εγχειρήσεις στομάχου, παρά αυτόματα, διότι μετά από όλων σχεδόν των τύπων τις επεμβάσεις παρατηρείται κάποιου βαθμού αναγωγή δωδεκαδακτυλικού περιεχομένου στο στόμαχο, σε άλλοτε

άλλη συχνότητα. Ο υπεύθυνος παράγων είναι η αλκαλικότητα και η χολή με τα χολικά άλατα. Διαγνωστικώς, θα διεξαχθεί ακτινολογική, μανομετρική και ενδοσκοπική μελέτη, βιοψία, καθώς και ενδοοισοφαγική pH-μετρία.¹

⇒ Δυσφαγία

Χαρακτηριστικό πρόβλημα μετά από διάφορους τύπους βαγοτομής, αναφέρεται από μερικούς μέχρι και σε 15% των περιπτώσεων. Παρουσιάζεται συνήθως μετά τη δεύτερη ή τρίτη μετεγχειρητική εβδομάδα και οφείλεται σε τεχνικά επακόλουθα της επέμβασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η μηχανική ή λειτουργική απόφραξη είναι ατελής και η δυσφαγία υποχωρεί αυτόματα με απλή ρύθμιση του είδους της τροφής. Αν τα συμπτώματα επιμένουν πέραν των δύο ή τριών μηνών, εναλλακτικές λύσεις είναι οι διαστολές, αποτελεσματικές στους περισσότερους, ή η εγχείρηση εκτομής του στενωμένου τμήματος που είναι σοβαρή επέμβαση και ευτυχώς χρειάζεται πολύ σπάνια.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι αλυσιτελής.^{1,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου γενικά είναι απογοητευτική. Η πενταετής επιβίωση διεθνώς κυμαίνεται από 5-30%. Αυτό οφείλεται στο ότι στην πλειονότητα των ασθενών η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Φωτεινό σημείο στην όλη απογοητευτική εικόνα της προγνώσεως, αποτελεί η διάγνωση του «πρώιμου καρκίνου» του στομάχου.

Στην Ιαπωνία, επειδή η συχνότητα της νόσου αποτελεί πρόβλημα για την υγεία του πληθυσμού, έχουν επιτύχει εντυπωσιακά αποτελέσματα πενταετούς επιβιώσεως. Η μαζική εξέταση του πληθυσμού και η χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, συντελούν, στη διάγνωση της νόσου σε πρώιμο στάδιο.³

Παράγοντες, οι οποίοι, έχουν σημασία, στην πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου, είναι η ηλικία, η ιστολογική εικόνα, η εντόπιση και κυρίως η έκταση του όγκου. Το φύλο δεν φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο.

Όσον αφορά στην ηλικία, οι ασθενείς μέσης ηλικίας έχουν καλύτερη πρόγνωση απ' ό,τι οι νεώτεροι και οι μεγάλης ηλικίας, αν και με την αύξηση της ηλικίας βρέθηκε να ελαττώνεται η πολυεστιακή εντόπιση του καρκίνου. Οι καρκίνοι που εντοπίζονται στην περιοχή του άντρου φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που εντοπίζονται προς το θόλο του στομάχου. Επίσης αυτοί που αφορίζονται σαφώς και είναι μικροί έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που είναι διάχυτοι και εκτεταμένοι.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας της προγνώσεως (ανεξάρτητα από την ηλικία κλπ.) είναι η έκταση του όγκου, εάν δηλαδή υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες και μεταστάσεις σε άλλα όργανα.

Οι ασθενείς που έχουν «πρώιμο καρκίνο», που διηθεί δηλαδή μόνο το βλεννογόνο ή και τον υποβλεννογόνο χιτώνα, έχουν 80-90% πενταετή επιβίωση.

Με την TNM κατάταξη του προχωρημένου γαστρικού καρκίνου χωρίστηκαν 4 στάδια. Το στάδιο I είναι ο πρώιμος καρκίνος με 90% πενταετή επιβίωση, το στάδιο II έχει 50% περίπου επιβίωση και το στάδιο III λιγότερο από 10%. Πολύ σπάνια, ασθενείς του σταδίου IV φθάνουν στην πενταετή επιβίωση.²

Εκτός, όμως, από την επέκταση της νόσου φαίνεται ότι και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της έχουν προγνωστική αξία. Ακολουθώντας τη νέα αποδοχή των λεμφομάτων τύπου MALT, σε δύο πρόσφατες μελέτες, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με ιστολογικό τύπο χαμηλού βαθμού κακοήθειας είχαν στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά ($P < 0,001$) πενταετούς επιβίωσης από ασθενείς του ίδιου σταδίου, με ιστολογικό τύπο υψηλού βαθμού κακοήθειας.¹⁶

Οι ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία, ανεξάρτητα από την αιτία, ζουν από 6 μέχρι 12 μήνες.

Έχει αποδειχθεί από τις εργασίες Ιαπόνων συγγραφέων ότι η καθιερωμένη χαμηλή επιβίωση τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη, του καρκίνου του στομάχου οφειλόταν στο προχωρημένο στάδιο της νόσου.

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενή, η έγκαιρη διάγνωση, η μαζική εξέταση ασυμπτωματικών ατόμων, η χρήση του εύκαμπτου γαστροσκόπιου και η εφαρμογή ριζικής γαστρεκτομής, αποτελούν τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην αύξηση της επιβίωσης μέχρι σήμερα.³

6.2. Πρώιμος γαστρικός καρκίνος

Πρόκειται για οντότητα που ήλθε στο προσκήνιο τα τελευταία χρόνια, μετά από το μαζικό screening που έκαναν οι Ιάπωνες σε εκατομμύρια ασυμπτωματικά άτομα λόγω του ειδικού επιδημιολογικού προβλήματος που υπάρχει σ' αυτή τη χώρα.

Πρώιμος χαρακτηρίζεται ο καρκίνος που περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα, χωρίς να έχει διηθήσει το μυϊκό, ανε-

ξάρτητα από την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων. Ο ορισμός του πρώιμου γαστρικού καρκίνου βασίζεται αποκλειστικά στο βαθμό διηθήσεως του καρκίνου σε βάθος, χωρίς να αναφέρεται στο μέγεθος και στην έκταση του όγκου.

Διευκρινίζεται ότι δεν είναι το ίδιο με τον *in situ* καρκίνο που εντοπίζεται μόνο στο επιθήλιο του βλεννογόνου και δεν διασπά τη βασική μεμβράνη.

Η ηλικία και η κατανομή κατά φύλο των ασθενών με πρώιμο γαστρικό καρκίνο είναι περίπου όπως και στους ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο. Η ηλικία κυμαίνεται μεταξύ 40 και 70 ετών. Όσον αφορά στη θέση του καρκίνου, δεν υπάρχει διαφορά με τον προχωρημένο γαστρικό καρκίνο: το πυλωρικό άντρο αποτελεί τη συνηθέστερη περιοχή εντόπισής του.⁶

Ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος διαιρείται σε τρεις βασικούς τύπους:

⇒ **Τύπος I: Πολυποειδής ή προβάλλων**

Υπολογίζεται ότι περίπου 15% των περιπτώσεων ανήκουν στον τύπο αυτόν, ο οποίος διακρίνεται εύκολα στην ενδοσκόπηση. Υποπτα σημεία είναι: ανώμαλη παρυφή, χρώμα διαφορετικό από τον περίξ βλεννογόνο, αιμορραγία από ορατή ή όχι εξέλκωση και μέγεθος μεγαλύτερο των 2 cm.

⇒ **Τύπος II: Επιφανειακός**

Διακρίνονται 3 υποομάδες:

- ▶ **Επαρμένος**. Παρατηρείται μικρό έπαρμα ύψους μερικών mm από τον περίξ βλεννογόνο.
- ▶ **Επίπεδος**. Εκτός από διαφορά στο χρώμα, δεν υπάρχει εμβάθυνση του βλεννογόνου.
- ▶ **Με εισολκή**. Η επιφάνεια παρουσιάζει μικρή εισολκή, βάθους μερικών mm, με ρυπαρή συνήθως κεντρική περιοχή και βλέννα. Οι πτυχές της περίξ περιοχής είναι ασύντακτα διαταγμένες και τα χείλη της βλάβης μπορεί να αιμορραγούν.

⇒ **Τύπος III: Ελκωτικός**

Παρουσιάζει βαθιά εισολκή που μοιάζει με καλοήθες έλκος. Ο καρκινωμάτωδης ιστός ανευρίσκεται στα όρια βαθέως έλκους και συχνά είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε, εάν πρόκειται για καρκίνο ή για καλοήθες έλκος.²

Στον πίνακα φαίνονται οι κλινικές εκδηλώσεις σε 100 ασθενείς με πρώιμο γαστρικό καρκίνο.

Κλινικές εκδηλώσεις πρώιμου γαστρικού καρκίνου	
Άτυπα κοιλιακά ενοχλήματα.....	74
Απώλεια βάρους.....	41
Επιγαστρικός φόρτος.....	24
Ανορεξία.....	24
Ναυτία - έμετοι.....	32
Πόνος νηστείας.....	16
Καύσος	12
Αιμορραγία από το πεπτικό.....	24

Η διάγνωση του πολυποειδούς πρώιμου καρκίνου γίνεται με την υψηλής ποιότητας μέθοδο της διπλής σκιαγραφίσεως. Οι περισσότερες βλάβες κυμαίνονται από 1 έως 4 cm. Εμφανίζουν κοκκιώδη επιφάνεια και πολυλοβωτή παρυφή. Η διάγνωση του Π.Γ.Κ. δεν είναι συχνή και τούτο γιατί η ακτινολογική εξέταση εφαρμόζεται σε συμπτωματικούς ασθενείς, όπου η νόσος είναι ήδη προχωρημένη.

Η κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου.

Τέλος, στη διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου σημαντική είναι η συμβολή των μεγεθυντικών ενδοσκοπίων και των διαφόρων χρωστικών που χρησιμοποιούνται. Η επάλειψη του γαστρικού βλεννογόνου ύποπτων περιοχών με τις ουσίες αυτές, επιτρέπει την ευχερέστερη αναγνώριση βλαβών του βλεννογόνου και την καλύτερη διαγραφή αγγείων και αγγειακών ανωμαλιών.^{1,2}

Θεραπεία - Πρόγνωση

Η θεραπεία στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο είναι μόνο χειρουργική και η ολική γαστρεκτομή αποτελεί την εγχείρηση εκλογής. Μελέτες, από την Ιαπωνία επιβεβαιώνουν την άριστη πρόγνωση, αναφέροντας πενταετή επιβίωση που ανέρχεται σε 97,7% στο σύνολο όλων των περιπτώσεων πρώιμου γαστρικού καρκίνου.²

6.3. Πρόληψη

Η πρόληψη του καρκίνου του στομάχου διακρίνεται σε **πρωτογενή** και **δευτερογενή**.

Πρωτογενής: Η πρωτογενής πρόληψη επιτυγχάνεται με την αναγνώριση και αποφυγή αιτιών που προκαλούν τον καρκίνο.

Έχει βρεθεί πως ορισμένοι γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη του γαστρικού καρκίνου αλλά ο ρόλος τους δεν είναι πλήρως κατανοητός.

Σημαντικό ρόλο παίζουν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες - διατροφή. Θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών και η διατροφή να περιλαμβάνει πολλά φρούτα, λαχανικά και τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε ίνες.⁶

Δευτερογενής: Η δευτερογενής πρόληψη επιτυγχάνεται με την εφαρμογή μεθόδων και εξετάσεων για την έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Σε ασθενείς με γαστρικό έλκος συνιστάται προσεκτικός έλεγχος με γαστροσκόπηση και λήψη πολλαπλών βιοψιών, κυρίως από την περιφέρεια του έλκους, ώστε να αποκλεισθεί η ύπαρξη καρκίνου. Έχει προταθεί ο περιοδικός έλεγχος, ακτινολογικός και γαστροσκοπικός, των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε γαστρεκτομή για καλοήγη πάθηση πριν από 15 περίπου χρόνια.⁶

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1. Βήματα προς την Εξατομικευση του Τυποποιημένου Σχεδίου φροντίδας

Η διαδικασία σχεδίασης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει:

1. Διαβάζουμε το φύλλο εισαγωγής και το φύλλο φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς.
2. Ανακεφαλαιώνουμε το ιστορικό, τα αποτελέσματα των πρόσφατων εργαστηριακών εξετάσεων, τις νοσηλευτικές σημειώσεις του τελευταίου 48ωρου και τις ιατρικές σημειώσεις της πορείας της νόσου.
3. Συνομιλούμε με τον ασθενή και γίνεται η κλινική του εκτίμηση.
4. Υπογραμμίζουμε τα παθολογικά στοιχεία που βρήκαμε.
5. Διαβάζουμε σχετικά με τη διάγνωση του ασθενούς ένα παθολογικό ή χειρουργικό νοσηλευτικό σύγγραμμα.
6. Επιλέγουμε το κατάλληλο τυποποιημένο σχέδιο φροντίδας από το κείμενο αυτό.
7. Επιλέγουμε τις νοσηλευτικές και συνοδούς διαγνώσεις στο κατάλληλο σχέδιο για τον ασθενή μας, διαλέγουμε από τους αιτιολογικούς παράγοντες αυτούς που είναι σχετικοί και τους τροποποιούμε κατάλληλα.
8. Επιλέγουμε από τον κατάλογο των νοσηλευτικών πράξεων αυτές που είναι σχετικές με τη φροντίδα του ασθενή, συμπεριλαμβάνουμε φάρμακα, θεραπευτικές μεθόδους, προτιμήσεις του ασθενούς και πράξεις που θα διευκολύνουν την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων.²³

7.2. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου

Οι ασθενείς με γαστρικό καρκίνο συνήθως παρουσιάζουν:

- ▶ Κακή οξυγόνωση των ιστών (αναιμία, καχεξία).
- ▶ Ανορεξία, έμετοι, δυσφαγία.
- ▶ Διαταραχή της θρέψης: ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα που οφείλεται σε ναυτία, ανεπαρκή θερμιδική κάλυψη.
- ▶ Μείωση δραστηριοτήτων (εύκολη κόπωση).
- ▶ Αγωνία που δημιουργεί η υποψία καρκίνου.
- ▶ Μείωση άνεσης (με πόνο και εμέτους).
- ▶ Προβλήματα που δημιουργούνται από τον τρόπο και το είδος της θεραπείας.
- ▶ Πόνος.²³

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν, να σέβονται και να προστατεύουν τα δικαιώματα του αλγούντος ασθενή τα οποία έχουν διατυπωθεί ως εξής:

- να αποφασίζει την διάρκεια και ένταση του πόνου την οποία είναι πρόθυμος να υπομείνει ή να ανεχθεί.
- να ενημερώνεται για όλες τις πιθανές μεθόδους ανακούφισης ταυτόχρονα με τις ευνοϊκές ή μη συνέπειες καθώς και τις αμφιλεγόμενες πλευρές τους.
- να επιλέξει ποια ή ποιες μεθόδους ελέγχου πόνου επιθυμεί να δοκιμάσει και
- να επιλέξει να ζήσει με ή χωρίς πόνο.²²

Όλοι άρρωστοι με καρκίνο έχουν ανάγκη από τη γενική νοσηλευτική φροντίδα, με περισσότερη έμφαση στα εξής:

1. Κατανόηση του αρρώστου και παρουσίαση της ζωής με ευχάριστη όψη.

2. Βοήθεια του αρρώστου να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του και την αξιοπρέπειά του.
3. Δημιουργία ασφάλειας του αρρώστου.
4. Να δίνουμε την προσοχή μας, οι νοσηλευτές, ώστε να μην εκτίθεται ο άρρωστος κατά τις νοσηλείες.
5. Ενθάρρυνση του αρρώστου για να αναπτύξει την αυτοπεποίθησή του.
6. Χρησιμοποίηση των κατάλληλων νοσηλευτικών μέτρων για την πρόληψη των επιπλοκών.
7. Να σηκώνεται από το κρεβάτι εάν το επιτρέπει ο ιατρός.
8. Αλλαγή θέσεως του αρρώστου σε συχνά, τακτά διαστήματα.²¹

Οι ευθύνες της νοσηλεύτριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζεται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.

Εξαιρετικής σημασίας είναι το έργο της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας, η οποία εργάζεται ως σύμβουλος στην φροντίδα αλγούντων ασθενών με καρκίνο. Συνεργάζεται, υποστηρίζει και καθοδηγεί τη φροντίδα τους. Επισκέπτεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα τον ασθενή, δαπανά χρόνο κοντά του προκειμένου να συλλέξει τις απαραίτητες πληροφορίες για να αξιολογήσει επαρκώς την επώδυνη εμπειρία του. Μεταξύ των κυριότερων καθηκόντων της είναι οι τακτικές επισκέψεις στον ασθενή, η άμεση παροχή ορισμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η λεπτομερειακή αναφορά της πρόοδου του, η επίβλεψη και διδασκαλία ασθενούς οικογένειας, τηλεφωνική υπηρεσία και συνεργασία με μέλη της ομάδας πόνου και άλλους ειδικούς.

Το νοσηλευτικό έργο ανακούφισης πόνου είναι υπεύθυνο, πολύπλευρο και απαιτητικό, διότι περιλαμβάνει κλινικές, συμβουλευτικές, διδακτικές και ερευνητικές διαστάσεις. Κάθε πόνος είναι μοναδικός και κάθε άνθρωπος πονά ολομόναχος ανάμεσα σε πλήθος άλλων ανθρώπων.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τή στην αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών

Παραδοσιακά, η έννοια της αποκατάστασης ακολουθείται από κάποιο είδος σωματικής ανικανότητας ή δυσλειτουργίας, που προέκυψε από κάποια νόσο ή τραυματισμό.

Για τους καρκινοπαθείς ασθενείς, ο όρος ανικανότητα δεν είναι αρκετά ευδόκιμος, επειδή υποδηλώνει στατική κατάσταση κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται ή δεν μπορεί να προσαρμοστεί.

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά του, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής. Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, σωματική και ψυχοκοινωνική, θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.²⁴

Διεργασία αποκατάστασης

Η τυπική πορεία του καρκίνου χαρακτηρίζεται από περιόδους ηρεμίας και επιπλοκών. Αναφέρεται ότι δύο στους τρεις ασθενείς παρουσιάζουν επιπλοκές στα πέντε πρώτα χρόνια από την αρχική διάγνωση της νόσου.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και ενωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου.²⁴

Η πληροφόρηση είναι ο καταλύτης στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Κατά τη διάγνωση και εργαστηριακή διερεύνηση ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί με τη σωστή πληροφόρησή του, σχετικά με τα αποτελέσματα των κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, το πρόγραμμα θεραπείας καθώς και τα διάφορα στάδια θεραπείας του και τη δυνατότητα αποκατάστασης. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να κρατήσει στάση επικοινωνίας, κατανόησης και συνεργασίας με τον άρρωστο. Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου και να διευκρινίσει με σαφήνεια πιθανές απορίες του.²⁵

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία της διαπαιδαγώγησης των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και η ψυχική σταθερότητα.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ισορροπία του καρκινοπαθούς είναι:

1. Η σοβαρότητα της νόσου και η θεραπεία.
2. Η χρονική διάρκεια και οι επιπλοκές της νόσου.
3. Η αξία της απώλειας του οργάνου.
4. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ασθενή.
5. Οι διαθέσιμες πηγές.

Στη συνέχεια, αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τα άτομα να πετύχουν **ικανοποιητική προσαρμοστικότητα** στη νόσο:

1. Χρησιμοποίηση των μηχανισμών αντιμετώπισης του ασθενή που στο παρελθόν είχαν αποδειχτεί αποτελεσματικοί.
2. Ενθάρρυνση του ασθενή για αλλαγή συμπεριφοράς και πρόταση τεχνικών που βοηθούν στη λύση των προβλημάτων.
3. Τροποποίηση των προβλημάτων, για να διευκολυνθεί η λύση τους (π.χ. χρησιμοποίηση προσθέσεων).
4. Διευκόλυνση των διαδικασιών που σχετίζονται με τη χρησιμοποίηση των πηγών.
5. Εφαρμογή στρατηγικών που συμβάλλουν στην αναστολή της κρίσης.²⁴

Οι προσπάθειες αποκατάστασης δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς με καλή πρόγνωση, αλλά σε όλους, γιατί έχουν σαν στόχο την ποιότητα της ζωής. Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έδειξαν πόσο σημαντικό είναι να εξασφαλίζεται καλύτερα η ποιότητα της ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Ποιότητα ζωής είναι μια κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει: την ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, και την ικανοποίησή του ως προς τα επίπεδα λειτουργικότητάς του και ως προς την αίσθηση του ελέγχου του για την ασθένεια και/ή τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί.²²

Μετρώντας την ποιότητα ζωής είναι δυνατόν να:

- καθορισθεί το είδος της θεραπείας. Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαδικασία επιλογής της θεραπείας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εφαρμόζονται τελικά θεραπευτικά σχήματα με το ίδιο οργανικό αποτέλεσμα, που βελτιώνουν όμως την ζωή.
- αποτελέσει έναν αξιόπιστο προγνωστικό δείκτη της νόσου. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από υποκειμενικότητα, αφού ο κάθε ασθενής τη βιώνει διαφορετικά με βάση τις αξίες και προσδοκίες του. Επομένως, μετρώντας την ποιότητα ζωής, αποκτούμε μια κατά το δυνατόν πληρέστερη εικόνα της υγείας του.
- συμβάλλει στην ανάπτυξη και εξέλιξη της υποστηρικτικής φροντίδας και της αποκατάστασης των ασθενών.
- βοηθήσει τους ασθενείς να αντιληφθούν την ιδιαιτερότητα της νόσου, της θεραπείας και των επιπλοκών της.
- παρατείνει την επιβίωση. Από μελέτες φαίνεται να αυξάνει η διάρκεια ζωής πέρα από το προσδοκώμενο σε ασθενείς, των οποίων βελτιώθηκε η ζωή.
- τέλος, να αντισταθμίσει το όφελος και το κόστος μιας θεραπείας, δίδοντας έμφαση στην οικονομική διάσταση της παροχής υπηρεσιών υγείας.²⁵

Προκειμένου να μετρηθεί η ποιότητα ζωής εφαρμόστηκαν δύο προσεγγίσεις: η ψυχομετρική προσέγγιση και η προσέγγιση χρησιμότητας.

Ψυχομετρική προσέγγιση: Δίνει βάση στις προτιμήσεις των ασθενών, καθώς τείνει να μετρήσει την υποκειμενικότητα ή την αντίληψη του ατόμου για την ευεξία. Η ψυχομετρική προσέγγιση περιγράφει λεπτομερειακά τις προτιμήσεις των ασθενών, ωστόσο αδυνατεί να φανερώσει την σημαντικότητα ενός δεδομένου προβλήματος, αλλά αναδεικνύει περιοχές δυσκολίας ή δυσλειτουργίας, των οποίων οι ασθενείς ίσως αγνοούν τη σημαντικότητα, στοιχείο με καθοριστικό ρόλο για τον καθορισμό ή την τροποποίηση μίας θεραπείας.

Προσέγγιση χρησιμότητας: Εφαρμόζεται όταν στόχος είναι να συγκριθεί το κόστος μίας παρέμβασης ως προς την ποιότητα ζωής και την επιλογή μίας θεραπείας.²⁵

Οι H. Schipper και M. Levitt προτείνουν η κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με καρκίνο, να έχει τα παρακάτω **χαρακτηριστικά:**

- Να είναι ειδική για τον καρκίνο, εκφράζοντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ασθενών με καρκίνο, της νόσου και των θεραπειών.
- Να είναι λειτουργική, ώστε να μπορεί να παρέχει την καθημερινή δραστηριότητα, εκφράζοντας την λειτουργικότητα των ασθενών με καρκίνο.
- Να είναι έτσι δομημένη ώστε ο ασθενής να την συμπληρώσει μόνος του, και να περιέχει ερωτήσεις κατανοητές και αντιπροσωπευτικές με γενικές εφαρμογή.
- Να εμφανίζει μεγάλη ευαισθησία ώστε να μπορεί να διακρίνει τους ασθενείς που νιώθουν καλά, τον βαθμό δυσλειτουργίας ασθενών με εκτεταμένη νόσο.
- Να εμφανίζει μεγάλη αξιοπιστία και ισχύ.²⁵

8.2. Νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος αποκατάστασης

Αυτοί είναι:

- ▶ Η Δημιουργία - Ενίσχυση και Διαφύλαξη Διαπροσωπικού Κλίματος. Η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα», να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει την ελπίδα του για ζωή.²⁶
- ▶ Οι Νοσηλευτές Ενισχύουν την Αυτοεκτίμηση του αρρώστου, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, και του δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.
- ▶ Η Προαγωγή της Αποτελεσματικότητας των Ικανοτήτων και Δυνατοτήτων του αρρώστου επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο για να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια.
- ▶ Σημαντικός νοσηλευτικός στόχος είναι η Ανακούφιση του Πόνου. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου, ενώ υπο-

λογίζεται ότι το 25% πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του. Κάθε Νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου. Αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Στη συνέχεια για την κατάστρωση του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπ' όψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσής του, οι κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες του. Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες: α) εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β) εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και γ) εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία της βίωσης πόνου. Η σημαντικότερη Νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο.²⁶

- ▶ Υποστήριξη της Οικογένειας του αρρώστου. Η οικογένεια πρέπει να έχει διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετοχος στη φροντίδα του αρρώστου. Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.
- ▶ Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων. Ο ρόλος των νοσηλευτών στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της Νοσηλευτικής αρθρογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή. Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής απ' τις Νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση, σε νοσηλευτικούς προβληματισμούς σ' αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται με εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς τη θεραπεία.

Ο συμβουλευτικός ρόλος της Νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστια ή τη θεραπεία. Επίσης σημαντικός είναι και ο Ρόλος του Νοσηλευτή σαν συντονιστή που συμβάλλει στην διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας.

Η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστου με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων Ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.²⁶

Με την εξασφάλιση της αποκατάστασης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών καταφέρνουμε την ψυχοκοινωνική επανένταξη του καρκινοπαθούς στις δραστηριότητες του συνόλου, είτε με επαναφορά στην ίδια -πριν από την εκδήλωση της ασθένειας- κατάσταση είτε διαμορφώνοντας νέες συνθήκες, λόγω επιπτώσεων νόσου ή και θεραπείας.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. Διαιτολόγιο - Συμβουλές του Νοσηλευτή-τριας προς τον καρκινοπαθή

Η διαίτα του ασθενή με έλκος στομάχου περιλαμβάνει:

1. Μικρά και συχνά γεύματα.
2. Να μασάτε καλά και αργά τις τροφές.
3. Να τρώτε φρούτα και λαχανικά.
4. Προτιμάτε βραστάς ή ψητές τροφές.
5. Αποφυγή γευμάτων με γάλα διότι η μεγάλη λήψη ασβεστίου διεγείρει την έκκριση οξέος.
6. Αποφυγή τροφών όπως η σοκολάτα, τα τηγανητά, η καφεΐνη κλπ. διότι προκαλούν δυσφορία.
7. Αποφυγή καπνίσματος και οينوπνεύματος.
8. Αποκλείονται από την διαίτα τροφές που προκαλούν μηχανικό ερεθισμό (πολύ ζεστά φαγητά, πικάντικα).
9. Ανάπαυση μετά από κάθε γεύμα για τη σωστή λειτουργία της πέψης.¹⁸

9.2. Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς από την οικογένεια

Η οικογένεια μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο και να στηρίζει ενεργά το κάθε μέλος της στη δύσκολη στιγμή σε συγκινησιακή και λειτουργική βάση.

Αποτελεί μαζί με τους συγγενείς και φίλους μεγάλη υποστήριξη για τον άρρωστο.

Ο Νοσηλευτής πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας - αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλάβουν και τον άρρωστο στα προ-

βλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σ' αυτά, όσο είναι δυνατό.

Η αποκατάσταση στον άρρωστο του αισθήματος ότι είναι χρήσιμος και ότι τον υπολογίζουν και τον σέβονται σαν άτομο είναι βασικής σημασίας στην προσπάθειά του να διατηρηθεί στη ζωή, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να παλέψει για την υγεία του.²⁵

9.3. Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου

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

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

Ο άρρωστος έχει ορισμένα δικαιώματα που πρέπει να του εξασφαλισθούν. Τα δικαιώματα αυτά είναι:

- 1) Να δέχεται φροντίδα στις ανάγκες του από εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο προσωπικό.
- 2) Να ανακουφίζεται στον πόνο που φέρει η νόσος.
- 3) Να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια και σεβασμό.
- 4) Να διατηρεί την ελπίδα και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.
- 5) Να βρίσκει ανταπόκριση στις ανάγκες του για αγάπη, κατανόηση και για ασφάλεια.²⁶

Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής είναι, στο στάδιο αυτό της ζωής του, όπου και αν βρίσκεται ο άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, ο συνδετικός κρίκος μ' όλους όσους μπορεί να του προσφέρουν κάτι.²⁸

Ο ασθενής στο τελικό στάδιο πρέπει να νοσηλεύεται στο σπίτι του γιατί:

- 1) αποσυμφορίζονται τα νοσοκομειακά κρεβάτια για να χρησιμοποιηθούν για ασθενείς που τα έχουν άμεση ανάγκη.
- 2) ελαττώνεται το κόστος νοσηλείας.
- 3) ο ασθενής είναι μακριά από επώδυνες νοσηλείες, αναποτελεσματικές, το σπίτι του είναι πιο φιλικό σ' αυτόν, μακριά από τους θορύβους του νοσοκομείου και οι δικοί του είναι πιο κοντά του.²⁸

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στο σπίτι του αρρώστου είναι πολύπλευρος. Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει:

- 1) Το χώρο που θα ζει ο ασθενής.
- 2) Το οικογενειακό περιβάλλον θα καθοδηγήσει τους ασθενείς πώς θα αντιμετωπίσουν αυτόν, σύμφωνα με την ψυχική του διάθεση, την ηλικία του, τις ανησυχίες του.
- 3) Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, την κοινότητα.
- 4) Να δώσει μαθήματα στους συγγενείς πώς να περιποιηθούν τον άρρωστο (για αποφυγή κατακλίσεων) και πώς θα αξιοποιήσουν το κάθε υλικό που τους δίνει.

Το νοσοκομείο προσφέρει:

- 1) Τα φάρμακα μέσω του φαρμακείου του ιδρύματος που θα χρειασθούν κι έτσι αποφεύγεται η ταλαιπωρία της προμήθειας φαρμάκων απ' το ασφαλιστικό του ταμείο.
- 2) Το ασθενοφόρο του νοσοκομείου μεταφέρει τον ασθενή στο νοσοκομείο και τον επαναφέρει στο σπίτι του, όταν χρειασθεί.

Έτσι, η νοσηλεύτρια υπογραμμίζει κάθε τι που αφορά τον άρρωστο μέχρι το τέλος της ζωής του.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄

Όνομα ασθενούς : Σ.Δ.
Ηλικία : 72 ετών
Διάγνωση : Ca στομάχου

Αίτια εισόδου

Ο ασθενής Σ.Δ. εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με συμπτώματα γαστρορραγίας, καταβολή δυνάμεων 80%. Είχε αναιμία, ανορεξία, εμέτους και εμφάνιζε μέλαινα κένωση.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά την εισαγωγή του ήταν:

Σφύξεις : 83/min
Αρτ. πίεση : 120/80 mmHg
Θερμοκρασία : 37,3 °C

Ιστορικό ασθενούς

Ο ασθενής είναι καπνιστής πολλά χρόνια.

Σε νεαρή ηλικία είχε χειρουργηθεί για σκωλικοειδεκτομή.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε όλες τις εξετάσεις.

Σύμφωνα με την αξονική που του έγινε διαπιστώθηκε ότι ο όγκος ήταν στο θόλο του στομάχου και είχε διαστάσεις 2,5x3 cm.

Αφαιρέθηκε όλος ο στόμαχος.

Υπήρχαν λεμφικές και ηπατικές μεταστάσεις.

Αντιμετωπίστηκαν με το μηχάνημα radioionization (προκαλεί νέκρωση ιστών) για την πιθανότητα να μειωθούν οι καρκινικές κυτταρικές μάζες.

Μετεγχειρητικά

Ο ασθενής είχε δυσκολία στην πέψη και εμφάνιζε κράμπες (λόγω νάρκωσης ή λόγω εγχείρησης). Τη δεύτερη με τρίτη μετεγχειρητική ημέρα τοποθετήθηκε σωλήνας Levin για παροχέτευση των υγρών. Παρακολουθείται καθημερινά ο άρρωστος για τυχόν αιμορραγίες ή άλλα συμπτώματα. Εφαρμόστηκε υποστηρικτική θεραπεία (B₁₂, σίδηρο, φυλλικό οξύ, priperan).

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του αρρώστου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Γαστρορραγία	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να σταματήσει η αιμορραγία. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων. ▶ Παρακολούθηση του ασθενούς για σημεία shock. ▶ Τοποθετούμε Levin. ▶ Έλεγχος των κενώσεων του ασθενούς. ▶ Αιμοδυναμική ενίσχυση (με εντολή ιατρού). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων: Θερμ.: 36,7 °C. ΑΠ: 100 mmHg. Σφ.: 70/min. ▶ Έλεγχος του ασθενούς για ανησυχία, αδυναμία, το χρώμα του προσώπου. ▶ Τοποθετήθηκε το Levin, τα υγρά που παραχέτευτηκαν περιείχαν αίμα. ▶ Ο ασθενής κενούται μία φορά την ημέρα. Παρατηρήθηκαν μέλαινες κενώσεις. ▶ Χορηγήθηκε μία φιάλη αίματος. Δεν παρατηρήθηκε καμία αντίδραση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Τα ζωτικά σημεία κυμαίνονταν περίπου στις φυσιολογικές τιμές. ▶ Ο ασθενής δεν παρουσίασε σημεία shock. ▶ Σύμφωνα με ιατρική οδηγία έγινε αφαίρεση του Levin. ▶ Με τη χορήγηση της φιάλης επιτύχαμε σε ικανοποιητικό επίπεδο την αποκατάσταση και τη διατήρηση του όγκου του αίματος.
Σιδηροπενική Αναιμία	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ρύθμιση του αιματοκρίτη. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Αποκατάσταση του επιπέδου του σιδήρου. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκε σίδηρος από το στόμα και παρακολούθησε τα ζωτικά του σημεία. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο αιματοκρίτης αποκαταστάθηκε στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να βελτιωθεί η όρεξη του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Μικρά και συχνά γεύματα. ▶ Ελαφρά διαίτα πλούσια σε βιταμίνες. ▶ Παρακολούθηση σωματικού βάρους. ▶ Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Η διαίτα του ασθενούς περιέχει: πρωί - γάλα με φρυγανιά. Το μεσημέρι - ψάρι. Απόγευμα - φρούτο. Το βράδυ - κοτόπουλο. ▶ Ζυγίζουμε κάθε πρωί τον άρρωστο. ▶ Μετά από κάθε γεύμα γίνεται η πλύση της στοματικής κοιλότητας για πρόληψη στοματίτιδας. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Η όρεξη του ασθενούς βελτιώθηκε. ▶ Ο ασθενής πήρε 3 κλάμα σε 1 εβδομάδα. ▶ Δεν εμφανίστηκε στοματίτιδα.
Έμετος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση αντιεμεπικών φαρμάκων. ▶ Περιποίηση στοματικής κοιλότητας. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγούμε PRIMPERAN (αντιεμετικό). ▶ Παρακολουθούμε το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών. ▶ Πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα HEXALEN. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής απαλλάχθηκε από τον έμετο.
Καταβολή δυνάμεων	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να επανακτήσει τις δυνάμεις του ο ασθενής. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενή. ▶ Χορήγηση βιταμινών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής παραμένει στο κρεβάτι. Συμπληρώνει τον δωρο ύπνο του και ξεκουράζεται. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής επανέκτησε τις δυνάμεις του σε ικανοποιητικό επίπεδο.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αγχος - Φόβος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από το άγχος και το φόβο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής του ασθενή, να ενθαρρυνθεί και να εκφράσει τα συναισθήματά, τους φόβους του. ▶ Ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ρυθμίστηκαν οι θερμοκρασίες ανάγκες του αρρώστου και χορηγήθηκαν βιταμίνες και σίδηρος σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	
Προετοιμασία εντέρου για την χειρουργική	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Κένωση του εντέρου με καθαριστικό υποκλυσμό. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Σωστή θέση του ασθενή στο κρεβάτι για να γίνει καθαρισμός υποκλυσμός την προηγούμενη της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Αξιολογήθηκε η κατανόηση και η αποδοχή του ασθενή. ▶ Συζήτηση, λύση όλων των αποριών του ασθενή. Επίσης για τη μείωση του άγχους, ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα, όπως διαφάνειες και ταινίες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής δείχνει πιο ήρεμος μετά το διάλογο που αποκόμισε από τον νοσηλευτή.
			<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έγινε ο υποκλυσμός του ασθενή για πρόληψη κένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Δόθηκε πλάγια θέση με ελαφρά κάμψη των γονάτων προς την κοιλιά. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο υποκλυσμός απέδωσε.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του αρρώστου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να δοθεί ανακουφιστική θέση του ασθενή. ▶ Να χορηγηθεί παυσίπονο με Ι.Ο. ▶ Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε σωστή και αναπνευστική θέση. ▶ Χορηγήθηκε παυσίπονη ένεση (Pethidine) I.M. με Ι.Ο. ▶ Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον, ο φωτισμός χαμηλώθηκε και απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Με τη δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος, την κατάλληλη θέση και τη χορήγηση παυσίπονου, η ένταση του πόνου μειώθηκε.
Ναυτία - Έμετος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από τη ναυτία και τον έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Κατάλληλη θέση. ▶ Αναγραφή του ποσού, της συχνότητας και του χαρακτήρα των εμεσμάτων. ▶ Φροντίδα στοματικής κοιλότητας. ▶ Χορήγηση αντιεμετικού. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Τοποθετήθηκε με το κεφάλι στα πλάγια. ▶ Καταγράφεται στη λογοδοσία κάθε έμετος, εάν υπάρχει, παρουσία αίματος, η ποσότητα των εμεσμάτων και ο χαρακτήρας τους. ▶ Πλύση στοματικής κοιλότητας με αντιμικροβιακό διάλυμα Hexalen. ▶ Χορηγήθηκε Primoregan με Ι.Ο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής απαλλάχθηκε από τη ναυτία και τους εμέτους με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Αντιμετώπιση της δύσπνοιας. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Σωστή θέση στον ασθενή. ▶ Χορήγηση οξυγόνου. ▶ Περιορισμός της κινητικότητας του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε Fowler θέση. ▶ Χορηγήθηκαν 2 lit O₂. ▶ Συμβουλευτήκε ο ασθενής να παραμείνει στο κρεβάτι του. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής ξεπέρασε την δύσπνοια.
Ενδεχόμενη μόλυνση του τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Πρόληψη μόλυνσης του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έλεγχος του τραύματος για τοπική φλεγμονή. ▶ Φροντίδα της τομής και αλλαγή του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, οίδημα, πύον κλπ. ▶ Γίνεται προσεκτική αλλαγή του τραύματος, με άσηπτη τεχνική και πιεστική περίδεση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Δεν παρατηρήθηκε μετεγχειρητική μόλυνση του τραύματος.
Τοποθέτηση Levin	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Παροχέτευση των υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έλεγχος του περιεχομένου του στομάχου, του χρώματος, και της ποσότητας των υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έγινε ο έλεγχος των υγρών και καταγράφηκαν τα αποτελέσματα στη λογοδοσία. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Δεν εμφανίστηκε καμία επιπλοκή κατά τη διάρκεια παροχέτευσης του γαστρικού περιεχομένου.
Ενυδάτωση του ασθενή	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ακριβής καταγραφή υγρών προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Μετράμε, καταγράφουμε τα υγρά που παίρνει και αποβάλλει ο ασθενής το 24ωρο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής ενυδατώθηκε πλήρως.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Όνομα ασθενούς : Κ.Ν.
Ηλικία : 52 ετών
Διάγνωση : Ca στομάχου

Αίτια εισόδου

Ο ασθενής Κ.Ν. εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με πόνο στο επιγάστριο, εμέτους και πυρετό 38,5 °C. Είχε χάσει τους τελευταίους 2 μήνες 5 κιλά, και μερικές φορές αισθανόταν ότι δεν μπορούσε να αναπνεύσει.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ήταν:

Σφύξεις : 88/min
Αρτηρ. πίεση : 130/70 mmHg

Ιστορικό ασθενούς

Ο ασθενής δεν έχει αντιμετωπίσει κανένα πρόβλημα υγείας στο παρελθόν.

Δεν υπάρχει κληρονομικότητα πεπτικού έλκους. Ο ασθενής παραπονούμενος για τα παραπάνω συμπτώματα, υποβλήθηκε σε όλες τις εξετάσεις.

Με βάση τα αποτελέσματα των εξετάσεων διαγνώσθηκε κακοήθης όγκος στο κατώτερο τμήμα του στομάχου και του πυλωρού.

Υποβλήθηκε σε υφολική γαστρεκτομή. Αφαιρέθηκε το 75% του στομάχου. Μετεγχειρητικά τοποθετήθηκε στον ασθενή καθετήρας ουροδόχου κύστεως - Folley και τέθηκε σε αντιπηκτική και αντιβιοτική θεραπεία.

Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του αρρώστου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος στο επιγάστριο	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση φαρμάκου σύμφωνα με Ι.Ο. ▶ Κατάλληλη θέση για την ελάττωση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκε παυσίπονη ένεση Ι.Μ. (Zideron) με ιατρική οδηγία. ▶ Ο ασθενής ξάπλωσε σε ύπια θέση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής απαλλάχθηκε από τον πόνο.
Έμετος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από τον έμετο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση αντιεμετικού με ιατρική οδηγία. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκε αντιεμετικό φάρμακο και έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο έμετος σταμάτησε, και ο ασθενής ανακουφίστηκε.
Πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Αντιμετώπιση του πυρετού. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Μείωση του πυρετού με φυσικά μέσα και χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκε 1 amp Aprotel Ι.Μ. και εφαρμόστηκαν ψυχρά επιθέματα. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο πυρετός υποχώρησε μετά από μερικές ώρες.
Απώλεια βάρους	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να αποκτίσει ο ασθενής το φυσιολογικό σωματικό του βάρος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση σακχαρούχων υγρών. ▶ Χορήγηση σιδήρου και βιταμινούχων σκευασμάτων. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Σύμφωνα με τον ιατρό χορηγήθηκαν σακχαρούχα υγρά στον ασθενή, σίδηρος και βιταμίνες (Evaton). ▶ Ζυγίζουμε καθημερινά τον άρρωστο και τον συμβουλευόμαστε να παραμείνει στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Το σωματικό βάρος του αρρώστου αυξήθηκε. Πήρε 3 κιλά μέσα σε μία εβδομάδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να αποκατασταθεί η αναπνοή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση O₂. ▶ Κατάλληλη θέση του ασθενή στο κρεβάτι. ▶ Περιορισμός της κινητικότητας του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκαν 2 lit O₂. Συμβουλευείται ο άρρωστος να παίρνει βαθιές αναπνοές. ▶ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστική θέση. ▶ Ο ασθενής παραμένει στο κρεβάτι του. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής ξεπέρασε την δύσπνοια και η αναπνοή του αποκαταστάθηκε.
Προετοιμασία εντέρου για την εγχείρηση	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Κένωση του εντέρου με καθαριστικό υποκλύσμο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Σωστή θέση του ασθενή στο κρεβάτι για να γίνει ο καθαριστικός υποκλύσμος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Έγινε ο υποκλύσμος του ασθενή για πρόληψη κένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό τραπέζι. Δόθηκε πλάγια θέση με ελαφρά κάμψη των γονάτων προς την κοιλιά. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο υποκλύσμος απέδωσε.
Άγχος - Φόβος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από το άγχος και το φόβο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής του ασθενή, να εκφράσει τα συναισθήματά του. ▶ Ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Αξιολογήθηκε η κατανόηση και η αποδοχή του ασθενή. ▶ Συζήτηση, λύση όλων των αποριών του ασθενή. Για τη μείωση του άγχους χρησιμοποιούμε βοηθητικά μέσα όπως διαφάνειες. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής δείχνει πιο ήρεμος μετά το διάλογο που αποκόμισε από τον νοσηλευτή.

Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα του αρρώστου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πόνος λόγω της εγχείρησής	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορήγηση παυσίπονου με I.O. ▶ Να δοθεί ανακουφιστική θέση στον ασθενή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Χορηγήθηκε παυσίπονη ένεση Pethidine I.M. ▶ Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε σωστή και αναπνευστική θέση. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο πόνος υποχώρησε και ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα.
Ενδεχόμενη μόλυνση του τραύματος	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Πρόληψη μόλυνσης του τραύματος. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Φροντίδα της τομής και αλλαγή του τραύματος. ▶ Έλεγχος του τραύματος για τοπική φλεγμονή. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Η αλλαγή του τραύματος γίνεται πολύ προσεκτικά, με άσηπτη τεχνική και πιεστική περιέδεση. ▶ Ελέγχεται η τομή για ερυθρότητα, πόνον, οίδημα. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Δεν παρατηρήθηκε μόλυνση του τραύματος.
Καθετήρας ουροδόχου κύστεως Foley	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Μέτρηση των ούρων το 24ωρο. ▶ Έλεγχος του χρώματος και της ποσότητας των ούρων. ▶ Έλεγχος του καθετήρα κύστεως. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Καθημερινά στο τέλος της ημέρας μετράμε τα ούρα του ασθενή, τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα. ▶ Έγινε ο έλεγχος του χρώματος των ούρων και η καταγραφή της ποσότητάς τους. ▶ Ελέγχεται καθημερινά η βατότητα, η θέση και η λειτουργία του καθετήρα. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ο ασθενής είχε σταθερό ισοζύγιο υγρών και δεν εμφάνισε καμία επιπλοκή ή μεταβολή στο χρώμα των ούρων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Κίνδυνος εμφάνισης θρομβοφλεβίτιδας	▶ Πρόληψη της θρομβο- φλεβίτιδας.	▶ Έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι και άσκηση των κάτω άκρων. ▶ Διάφορα βοηθητικά μέσα. ▶ Αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με I.O. καθώς και εξέταση αίματος.	▶ Ενθαρρύνεται ο ασθε- νής να σηκώνεται από το κρεβάτι και να κάνει διά- φορες ασκήσεις των κάτω άκρων. ▶ Γίνεται χρήση ελαστι- κών καλτσών και εφαρμο- γή θερμών επιθεμάτων. ▶ Χορηγούμε Innoher υποδορίως και γίνεται εξέ- ταση αίματος για προσδιο- ρισμό του χρόνου προ- θρομβίνης και πήξεως.	▶ Ο ασθενής δεν εμφά- νισε σημεία θρομβοφλεβί- τιδας.
Ενυδάτωση του ασθενή	▶ Πρόληψη της αφυδά- τωσης του ασθενή.	▶ Χορήγηση υγρών εν- δοφλεβίως. ▶ Ύγρανση χειλέων. ▶ Καταγραφή υγρών στο δελτίο νοσηλείας.	▶ Χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως. ▶ Υγραίνονται τα χείλη του ασθενή με βρεγμένη γάζα ή τολύπιο. ▶ Μετράμε τα προσλαμ- βανόμενα και αποβαλλό- μενα υγρά και σημειώνου- με στο δελτίο νοσηλείας του.	▶ Ο ασθενής ενυδατώ- θηκε πλήρως.
Ελαφρά διαίτα	▶ Προσαρμογή του α- σθενή στο καινούργιο διαιτολόγιο.	▶ Δίαιτα ελαφρά, πλού- σια σε βιταμίνες και σίδη- ρο.	▶ Ο ασθενής τρέφεται με μικρά, συχνά γεύματα και οι τροφές του είναι πλού- σιες σε βιταμίνες και σί- δηρο.	▶ Ο ασθενής δεν παρου- σίασε υπερφόρτωση ή διά- ταση του στομάχου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αν και η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου σήμερα έχει κάνει σημαντική πρόοδο, εν τούτοις η πρόληψη της ασθένειας αυτής και των μεταστασιακών νεοπλασιών θεωρείται η σημαντικότερη εγγύηση. Και σ' αυτήν την εκστρατεία ενημέρωσης για την πρόληψη του καρκίνου του στομάχου πρέπει να ενταχθούμε όλοι μας: οι θεράποντες ιατροί, οι νοσηλευτές και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Σ' αυτήν την ανθρωπιστική καμπάνια, εμείς οι νοσηλευτές θα πρέπει να αισθανόμαστε τη μεγαλύτερη συνειδητή και ηθική υπευθυνότητα.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά και να ενημερώνουν, να ελέγχουν συστηματικά τους ασθενείς, ιδιαίτερα για τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας:

1. Για τη σωστή διατροφή (αποφυγή ερεθιστικών τροφών, ποτών, καπνίσματος).
2. Για το καθαρό περιβάλλον (καθαρός αέρας, αποφυγή όσο το δυνατόν περισσότερο καρκινογόνων ουσιών).
3. Για την αποφυγή άλλων αιτιολογικών παραγόντων (έγκαιρη θεραπεία γαστρίτιδας και έλκους του στομάχου, αφαίρεση πολύποδων, θεραπεία υπό-και υπερχλωρδρίας, κ.ά.).

Αυτήν την ενημέρωση θα μπορούμε να την κάνουμε όχι μόνο μέσα στο νοσοκομείο όταν θεραπεύουμε τον ασθενή, αλλά και φιλανθρωπικά να παρακολουθούμε σε τακτικά χρονικά διαστήματα τον ασθενή και στο περιβάλλον του, όπου ζει και εργάζεται. Μ' αυτόν τον τρόπο θα ελέγχουμε και ενημερώνουμε καλύτερα τους ασθενείς μας, αλλά και θα συνεργαζόμαστε καλύτερα και με τους θεράποντες ιατρούς για μια στενότερη παρακολούθηση των ασθενών και για αποτελεσματικότερα επιστημονικά συμπεράσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θ. Καναγκίνης, Δ.Γ. Καραμανόλης, Στόμαχος, γαστρεντερολογία / 2, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1995.
2. Πάρις Κοσμίδης - Γιάννης Τριανταφυλλίδης, Ογκολογία του πεπτικού συστήματος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ. 146-200.
3. Καρκίνος στομάχου, λεπτού και παχέος εντέρου, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Αθήνα 1994, σελ. 113-126.
4. Γεράσιμος Πανάγος, Παθολόγος - Χημειοθεραπευτής, Τι είναι καρκίνος, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. Μέλος της διεθνούς ενώσεως κατά του καρκίνου, Αθήνα 1992, σελ. 3-14.
5. Κωνσταντινίδου Σ.Φ., Μαλγαρινού Μ.Α., Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος}, εκδόσεις «Η Ταβιθά», 17^η έκδοση, Αθήνα 1995, σελ. 79.
6. Κ. Παπαβασιλείου, Σ. Κούβαρης, Κ. Γεννατάς, Δ. Βώρος, Ογκολογία, επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1991, σελ. 579-596.
7. Αναστάσιος Μ. Ρήγας, Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος, Αλγοριθμικοί πίνακες, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988, σελ. 85-87.
8. Καμπάνης Ν., Δεληκάρης Π., Στόμαχος, Χειρουργική, τόμος 1^{ος}, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987, σελ. 407-430.
9. Ασπιώτης Ν., Φυσιολογία του ανθρώπου, έκδοση 6^η, τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1984, σελ. 690-695.
10. HARRISON, Εσωτερική παθολογία, εκδόσεις Παρισιανός, μετάφραση Ανευλαδής Ε., τόμος 2^{ος}, Αθήνα 1994, σελ. 1635.
11. J.J. MISIEWIGZ, R.E. POUNDER, και C.W. VENABLES, δεύτερη έκδοση (πρώτη ελληνική), επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιανός, Μαρία Γ. Παρισιανού, Αθήνα 1997, σελ. 334-369.

12. Εμμανουηλίδης Ε., Προκαρκινικές καταστάσεις του πεπτικού σωλήνα, Ογκολογία πεπτικού συστήματος, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991, σελ. 8.
13. Παναγιώτη Σ. Δάβαρη, Παθολογική ανατομική του γαστρεντερικού σωλήνα, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 1994, σελ. 125-130.
14. Κανδυλάκης Σ., Καλοήθεις μεσεγγυματικοί όγκοι του στομάχου, Ελληνική Χειρουργική, τόμος 64^{ος}, τεύχος 2^ο, εκδόσεις Ζ. Δεληγιάννη, Α. Βωρελά, Μάρτιος - Απρίλιος 1992, σελ. 183.
15. Β. Παραράς, ΣΤ. Παπαδόπουλος, Α. Μανουράς, Ν. Αποστολίδης, Καλοήθεις όγκου του γαστρεντερικού σωλήνα, εκδοτική παραγωγή: Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 1993, σελ. 35-39.
16. Ι.Κ. Τριανταφυλλίδη - Π. Κοσμίδη, Λεμφώματα πεπτικού συστήματος. Πρακτικά όγδοου ετήσιου μεταπτυχιακού σεμιναρίου στην ογκολογία του πεπτικού συστήματος, Αθήνα 1997, σελ. 42-59.
17. Ε.Ι. Χατζηγιαννάκης, Εξελίξεις στη χειρουργική 2000, Σύνοδρον, Αθήνα 2001, σελ. 253-254.
18. Περιβάλλον και Καρκίνος, εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 11-15.
19. Τσάβαρης Ν.Β., Κοσμίδης Π.Α., Ελληνική ιατρική, Η χημειοθεραπεία του στομάχου με κυτταροστατικά, τόμος 25^{ος}, τεύχος 3, Αθήνα 1989, εκδόσεις Ένωσης Προσωπικού Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας, σελ. 220-227.
20. Νεοπλάσματα στομάχου, Χειρουργική, 2^{ος} τόμος, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2^η έκδοση, Αθήνα 1990, σελ. 555-565.
21. Α. Σαχίνη - Καρδάση, Μ. Πάνου, Παθολογική χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλ/κές διαδικασίες, μέρος 1, τόμος 2, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.

22. Ελισάβετ Πατηράκη - Κουρμπάνη, Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου αρρώστου με καρκίνο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπ/μιο Αθηνών, Αθήνα 1995, σελ. 59-65.
23. ULRICH, CANALE, WENPELL, Παθολογική - Χειρουργική «Νοσηλευτική», Σχεδιασμός Νοσ/κής φροντίδας, τρίτη έκδοση, Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα 1997, σελ. 56-57, 679-691.
24. Σταύρος Μπεσμπέας, Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 103-107.
25. Ν. Δοντάς, Σ. Μπεσμπέας, Ε. Πατηράκη, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσ/κής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος - Ιούνιος 2000, σελ. 20-24, Αθήνα 2001.
26. Σταύρος Μπεσμπέας, Συνεχιζόμενη νοσ/κή φροντίδα στον καρκινοπαθή. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», εκδόσεις: Μακέτες, Αρ. Βουδούρης - Δ. Βερνάρδου, Αθήνα 1991, σελ. 9-16, 75-78.
27. Άννα Σαχίνη - Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Β' έκδοση, 2^{ος} τόμος, Αθήνα 1997, σελ. 296-309.
28. Μιλτιάδης Σαμαρτζής, Επ. Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών, Δημήτριος Χιωτόπουλος, διδάκτωρ χειρ/κής Παν/μίου Αθηνών, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσ/κής Ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Μάρτιος - Ιούνιος 1999, Αθήνα 2000, σελ. 38-44.
29. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλίες, έκδοση ΣΤ', Αθήνα 1996, σελ. 205-207, 214-216.
30. Α. Πετρίδης, καθηγητής Τ.Ε.Ι. Αθηνών - χειρουργός, Εγχειρίδιο Χειρουργικής, δεύτερη έκδοση, εκδόσεις «Έλλην» - Γ. Παρικός, Αθήνα 1998, σελ. 109-118.

