

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ **ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΕΣ:**
Κ. ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ **ΛΕΛΕ ΜΑΡΙΑ**
ΛΙΟΥΡΔΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΠΑΤΡΑ 2005**



ΑΡΙΘΜΟΣ	4665
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

**.....Πρέπει να πιστέψουμε πως ο καρκίνος πολύ σύντομα
θα νικηθεί οριστικά!
Στην πάλη εναντίον του δεν μπορεί να είναι παρά η
ισχυρότερη δύναμη πάνω στον πλανήτη: το πνεύμα
και η ανθρώπινη ψυχή.....**

ΡΑΣΙΔΑΚΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ανατομία του πεπτικού συστήματος	9
Ανατομία στομάχου.....	12
Εμβρυολογία.....	13
Ιστολογία.....	14
Αδένωση του στομάχου.....	14
Αιμάτωση του στομάχου.....	15
Λεμφικό σύστημα.....	16
Νεύρωση του στομάχου.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος.....	18
Φυσιολογία του στομάχου.....	20
Γαστρική κινητικότητα	21
Συσπάσεις πείνας.....	22
Γαστρική έκκριση.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ιστορική αναδρομή νεοπλασμάτων.....	24
Διαχωρισμός νεοπλασμάτων του στομάχου.....	25
Καλοήθεις όγκοι στομάχου.....	34
Κακοήθεις όγκοι του στομάχου.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Καρκίνος του στομάχου.....	37
> Επιδημιολογία.....	38

Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	40
Παθολογική ανατομία.....	46
Σταδιοποίηση.....	49
Πρωιμός γαστρικός καρκίνος.....	51
Κλινικές εκδηλώσεις.....	54
Εργαστηριακά ευρήματα.....	55
Διάγνωση.....	58
Θεραπεία.....	66
➤ Χειρουργική θεραπεία.....	68
➤ Ακτινοθεραπεία.....	71
➤ Χημειοθεραπεία.....	76
➤ Ανοσοθεραπεία.....	82
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές	87
Πρόγνωση.....	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Πρόληψη-Διάγνωση του καρκίνου του στομάχου.....	109
Νοσηλευτική παρέμβαση στην πρόληψη του καρκίνου.....	109
Νοσηλευτική παρέμβαση στην διάγνωση του καρκίνου.....	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην θεραπεία του καρκινοπαθούς.....	118
♣ Νοσηλευτική παρέμβαση κατά την χημειοθεραπεία	123
Πληροφόρηση-εκπαίδευση του αρρώστου.....	129
Ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία	131
Ψυχολογική υποστήριξη στην οικογένεια του καρκινοπαθή	134
♣ Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας.....	138
♣ Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στη χειρουργική φάση.....	146
Προεγχειρητική προετοιμασία	147

Προεγχειρητική εκπαίδευση του αρρώστου	156
Διεγχειρητική φάση.....	159
Μετεγχειρητική φάση.....	161
Μετεγχειρητικές δυσχέρειες- επιπλοκές	167
Τεχνητή διατροφή με ρινογαστρικό σωλήνα.....	183
Γαστροστομία.....	191
Προεγχειρητική φροντίδα.....	192
Χειρουργική επέμβαση.....	192
Νοσηλευτική φροντίδα καρκινοπαθούς τελικού σταδίου	193
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς.....	195
Ο νοσηλευτής στην επιμόρφωση του κοινού.....	197
Έξοδος του αρρώστου από το νοσοκομείο.....	199
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	202
Περίπτωση Α.....	203
Περίπτωση Β.....	207
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	211
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	212
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	229

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ογκολογική νοσηλευτική είναι ένα πεδίο πρακτικής που καλύπτει όλες τις ηλικιακές ομάδες και νοσηλευτικές ειδικότητες και παρέχεται σ' όλα τα πλαίσια φροντίδας υγείας. Η ειδικότητα της Ογκολογικής Νοσηλευτικής έχει αναπτυχθεί παράλληλα με την Ιατρική Ογκολογία και τις μεγάλες θεραπευτικές προόδους που σημειώθηκαν στην φροντίδα αρρώστων με κακοήθη νεοπλασμάτα , γιατί αυτά,στην κοινωνία μας ,συχνά εξισώνονται με πόνο και θάνατο. ¹

Πριν από 30 χρόνια ο χαρακτηρισμός του καρκίνου στα επιστημονικά συγγράμματα ήταν: «**Νόσος άσκοπος, άναρχος, αγνώστου αιτιολογίας και μοιραίας απολήξεως**». Η πλειοψηφία των καρκινοπαθών κατέληγε μετά από μια σχετική σύντομη και βασανιστική πορεία. Η διαγνωστική τεχνολογία ήταν συγκριτικά με τη σημερινή, αρχέγονη και έγκαιρη διάγνωση απλά τοποθετούσε τον άρρωστο σε ένα προτιμότερο χρονικά στάδιο της νόσου με μοναδικό αποτέλεσμα τη φαινομενική μόνο επιμήκυνση του χρόνου της αρρώστιας του. Σήμερα ένα σοβαρό βήμα στην αντιμετώπισή του είναι η κάλυψη της νόσου και η θεραπεία της σε πρώιμο στάδιο. Νέες ακτινολογικές τεχνικές και η χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, επιτυγχάνουν ακριβή διάγνωση σε πρώιμο στάδιο. Η εφαρμογή ριζικής χειρουργικής θεραπείας στο στάδιο αυτό εξασφαλίζει 5ετή και 10ετή επιβίωση της τάξεως του 90%.² Επιστήμη, τέχνη, θεωρία αλλά και πράξη η νοσηλευτική του ανθρώπου είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου καθώς του παρέχει φροντίδα όχι μόνο κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε ασθένειάς του αλλά και όταν ακόμη είναι υγιής (πρόληψη) , πριν να γεννηθεί και ως την τελευταία στιγμή της ζωής τους. ³

Λέγεται ότι πάνω από τους μισούς ανθρώπους που επισκέπτονται το γιατρό για κάποια οργανική αρρώστια πάσχουν από ψυχική αρρώστια, χωρίς να το ξέρουν, γιατί η αρρώστια στην οργανική της μορφή είναι έκφραση ψυχικών ανωμαλιών και κατά συνέπεια μια ψυχική αρρώστια σε σωματική εμφάνιση , πρόκειται δηλαδή περί ψυχοσωματικής ασθένειας. Η ψυχοσωματική έρευνα έχει αποδείξει ότι η σωματική αρρώστια προετοιμάζεται στον ψυχικό τομέα. Οι ψυχικές ανωμαλίες αλλάζουν την οργανική λειτουργία και δημιουργούν με αυτό την προδιάθεση για αρρώστια. Ιδιαίτερα στις χρόνιες αρρώστιες οι ψυχικοί παράγοντες παίζουν πάντα ένα ρόλο ώστε η θεραπεία τους να εξαρτάται ουσιαστικά από το αν θα συμπεριληφθούν και αυτοί στη θεραπεία.

Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο ένα σωματικό σύστημα αλλά και ολότητα με σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές διαστάσεις που έχουν συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους. ⁴ Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένειά του στις φυσικές, συγκινησιακές, κοινωνικές, πολιτισμικές και πνευματικές κρίσεις. Για να πετύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα, ο νοσηλευτής παρέχει ρεαλιστική υποστήριξη χρησιμοποιώντας πρότυπα πρακτικής και νοσηλευτική διεργασία ως βάση της φροντίδας. ¹

Ανυπολόγιστη αξία έχει η συμβολή της Νοσηλευτικής στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση της ασθένειας του αρρώστου, που αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματική θεραπεία και την αποκατάσταση της υγείας. ³ Σκοπός της εργασίας που ακολουθεί είναι να δώσει μια γενική εικόνα του θέματος **καρκίνος του στομάχου** και να επικεντρώσει το ενδιαφέρον του αναγνώστη στο ειδικό μέρος αυτής, που είναι **η νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθούς με καρκίνο του στομάχου**. Βασικός στόχος μας είναι τονίσουμε τη θέση και το ρόλο της νοσηλεύτριας/τή, στην φροντίδα του καρκινοπαθούς και τη τεράστια προσφορά σ' αυτόν, ώστε να διατηρήσει τις δυνάμεις και την ακεραιότητά του. Ευχόμαστε να το κατορθώσουμε!! ¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι μια πολύ παλιά αρρώστια. Μερικοί τύποι καρκίνου είναι γνωστό ότι υπάρχουν από τα προϊστορικά χρόνια. Μια αρρώστια των οστών που πιθανότητα ήταν ο καρκίνος, έχει βρεθεί στα 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. Συνεπώς, μερικές τουλάχιστον από τις αιτίες του καρκίνου υπάρχουν στη γη για εκατομμύρια χρόνια.

Είναι όμως σίγουρο ότι πολλές αιτίες καρκίνου είναι πράγματι δημιουργήματα του σύγχρονου τρόπου ζωής. Μερικές αιτίες υπάρχουν στο φυσικό περιβάλλον αλλά γίνονται επικίνδυνες λόγω κακής χρήσης τους ή κατάχρησης.

Στο παρελθόν υπήρχαν πολλές λανθασμένες πεποιθήσεις για τα αίτια του καρκίνου. Καθώς όμως η έρευνα έχει συσσωρεύσει περισσότερες πληροφορίες για τον καρκίνο μπορούμε να καταλάβουμε καλύτερα τη φύση του και να διδαχθούμε περισσότερα πράγματα για την πρόληψή του.⁵

Κακοήθι είναι τα νεοπλάσματα που συνήθως αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό, και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Δεν έχουν σαφή όρια αναπτύσσονται με διήθηση των γύρω ιστών, ποτέ δεν περιέχονται σε κάψα για αυτό η απουσία της κάψας επιτρέπει την διήθηση των γύρω ιστών και κάνει δύσκολη την αφαίρεσή του. Η μετάσταση είναι πολύ συχνή. Η πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα άποψη του νεοπλάσματος.⁶ Ο καρκίνος του στομάχου είναι ένα από τα συχνότερα και επιθετικότερα νεοπλάσματα, χωρίς όμως χαρακτηριστικά κλινικά συμπτώματα, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια.²

Ο γαστρικός καρκίνος σε ολόκληρο τον κόσμο είναι ένα από τα πιο συχνά κακοήθη νεοπλάσματα. Στις Η.Π.Α. υπολογιζόταν ότι το 1991 θα γινόταν διάγνωση καρκίνου του στομάχου σε 23.800 Αμερικανούς και 12.400 από αυτούς θα πέθαιναν εξαιτίας της νόσου.⁷

Στην Ελλάδα συναντάται σε αναλογία 10% μεταξύ όλων των καρκίνων και εμφανίζεται δυο φορές πιο συχνά στους άντρες ηλικίας 50-60 ετών για τους οποίους αποτελεί το συχνότερο καρκίνο ,από ότι στις γυναίκες στις οποίες αποτελεί το τρίτο κατά σειρά συχνότητας καρκίνο μετά αυτόν του μαστού και της μήτρας.²

Το καρκίνωμα του στομάχου παγκόσμια αποτελεί την πέμπτη συχνότερη αιτία θανάτου από όλα τα κακοήθη νεοπλάσματα μεταξύ των ανδρών και την όγδοη μεταξύ των γυναικών. Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από έναν έμπειρο τεχνικό. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο και του προσφέρει τον εαυτό του με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την ανθρωπιά του.

Για να μπορέσει όμως να το πετύχει αυτό χρειάζεται :

1. γνώσεις
2. φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική
3. ικανοποίηση (θετική ενίσχυση) και
4. βοήθεια και υποστήριξη (βοήθεια από κάποιον που βρίσκεται πολύ κοντά του)

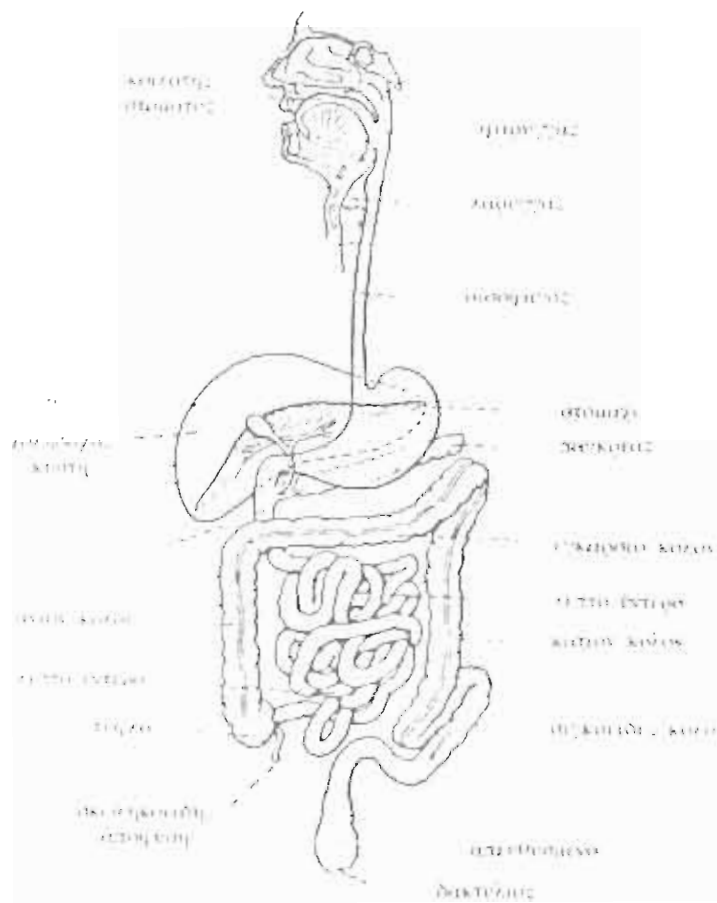
Η φιλοσοφία της ζωής σε αρμονία με την ογκολογική νοσηλευτική περιλαμβάνει εκτίμηση της αξίας της ζωής και αντιμετώπιση του αναπόφευκτου θανάτου. Πιο μεγάλη σημασία έχει να πιστεύει ότι μπορεί να βοηθήσει τους άλλους με ότι είναι με ότι γνωρίζει και με ότι έχει τη δύναμη να κάνει.⁶

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει πληροφόρηση σχετικά με τη φύση του καρκίνου του στομάχου και κυρίως, για την αιτιολογία, τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ψυχολογική αποκατάσταση του αρρώστου. Επίσης να γίνει κατανοητή η προσφορά και οι υπηρεσίες του νοσηλευτή απέναντι στον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο και παράλληλα υποφέρει και σωματικά και ψυχικά.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ανατομία του πεπτικού συστήματος

8



9

Το ανθρώπινο σώμα χρειάζεται ενέργεια για τη λειτουργία του και για αυτόν το λόγο είναι απαραίτητη η λήψη τροφών. Αυτές δεν μπορεί να τις απορροφήσει ως έχουν αλλά πρέπει να τις υποβάλλει σε μια προπαρασκευαστική διεργασία που θα καταστήσει δυνατή την αφομοίωση τους. Αυτή η διεργασία αποτελεί την πέψη. Ένα σύνολο φυσικών χημικών και βιολογικών μετασχηματισμών που μετατρέπουν τους υδατάνθρακες, τα λίπη και τις πρωτεΐνες των τροφών σε ουσίες που μπορεί να εκμεταλλευτεί ο οργανισμός.⁹

Πεπτικό σύστημα είναι το σύστημα που εξυπηρετεί τη διατροφή του ανθρώπινου οργανισμού.¹⁰ Αναλαμβάνει την εισαγωγή των τροφών στον οργανισμό και τη διαδικασία της πέψης.¹³ Η πέψη γίνεται από τα όργανα του πεπτικού συστήματος (γαστρεντερικός σωλήνας-αδένες πεπτικού συστήματος). Η απελευθέρωση ενέργειας από τις θρεπτικές ουσίες, γίνεται με οξείδωση στους ιστούς, όπου οι θρεπτικές ουσίες φθάνουν με τη μεγάλη κυκλοφορία του αίματος (εσωτερική αναπνοή).

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος όπως και του αναπνευστικού, βρίσκονται εν μέρει στην κεφαλή και τον τράχηλο και εν μέρει στις κοιλότητες του κορμού.¹¹ Τα μέρη του αυτά είναι: το κοίλο του στόματος, ο φάρυγγας, ο οισοφάγος, το στομάχι, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο.¹² Αποτελείται από τα εξής μέρη :



α) την κοιλότητα του στόματος (χείλη, δόντια, μάγουλα, γλώσσα, υπερώα, αμυγδαλές, σιελογόνοι αδένες, παρωτίδα).

β) τον φάρυγγα που είναι ένας ινομυώδης σωλήνας μήκους 15 εκ. εξυπηρετεί συγχρόνως και το αναπνευστικό σύστημα. Βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης μέχρι τον 6^ο αυχενικό σπόνδυλο.

γ) ο οισοφάγος είναι ένας μυώδης σωλήνας μήκους γύρω στα 25 εκ και ενώνει το φάρυγγα και το στομάχο.

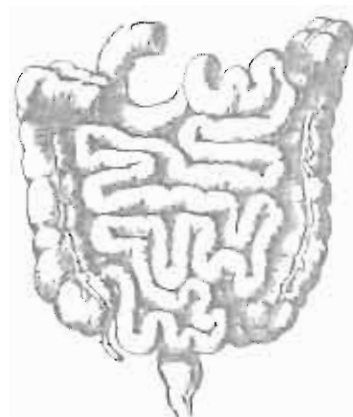
δ) ο στομάχος είναι το περισσότερο ανευρυσμένο τμήμα του πεπτικού σωλήνα, χρησιμεύει για την πέψη των τροφών και μεταφέρει το περιεχόμενό του προς το λεπτό έντερο με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού του χιτώνα.¹³

ε) **το λεπτό έντερο** που εκτείνεται από τον πυλωρό ως το παχύ έντερο. Το μήκος του είναι 6,5μ και το εύρος του 3-5εκ. Έχει τρεις μοίρες:

1. το δωδεκαδάκτυλο που ονομάστηκε έτσι γιατί έχει δώδεκα εγκάρσιους δακτύλους(25-30εκ)
2. τη νήστιδα
3. τον ειλεό

στ) **το παχύ έντερο** που αρχίζει από την ειλεοκολική βαλβίδα και τελειώνει στον πρωκτό. Το μήκος του είναι περίπου 1,5-2μ. Διακρίνεται σε τρεις μοίρες:

1. το τυφλό με τη σκωληκοειδή απόφυση
2. το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές).
3. το απευθυσμένο



Εικόνα 2-4. Λεπτό και παχύ έντερο.

ζ) **από τους πεπτικούς αδένες:**

1. **Το Ήπαρ** που είναι μονοφυής αδένας με βάρος 1,5-1,8 kgr. Παράγει χολή και γλυκογόνο και βρίσκεται στο άνω και δεξιό μέρος της κοιλιάς κάτω από το δεξιό θόλο του διαφράγματος.

2. **το πάγκρεας** είναι μονοφυής μικτός αδένας. Η ενδοκρινής μοίρα παράγει την ινσουλίνη, ενώ η εξωκρινής μοίρα παράγει το παγκρεατικό υγρό που με δυο πόρους χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο. ¹³ο σπλήνας είναι όργανο ωοειδές ,μεγέθους περίπου γροθιάς. ¹⁴ο σπλήνας που βρίσκεται στο βάθος του αριστερού άνω μέρους της κοιλιάς πίσω από το θόλο του στομάχου στο ύψος της 9^{ης}-11^{ης} πλευράς. Ο σπλήνας λειτουργεί σαν αιμοποιητικό όργανο στο έμβρυο, ενώ στην εξωμήτρια ζωή.¹³

3. **η χοληδόχος κύστη** που συμφύεται με τη σπλαχνική επιφάνεια του ήπατος, στο δε υπόλοιπο μέρος της καλύπτεται από περιτόναιο, φθάνει με τον πυθμένα της μέχρι το κάτω χείλος του ήπατος, μερικά εκατοστά δεξιά από το δρεπανοειδή σύνδεσμο.¹⁴ Η χολή με τον κυστικό πόρο, το σφικτήρα του Oddi χύνεται στο δωδεκαδάκτυλο στο φύμα του Vater. Με τα χολικά της άλατα χρησιμεύει για την πέψη των λιπών¹³.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στομάχος το ευρύτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα βρίσκεται στην άνω κοιλία κάτω από το αριστερό θόλο του διαφράγματος με επέκταση στο κυρίως επιγάστριο.



Η μορφή του έχει διαφορές από άτομο σε άτομο χονδροειδώς είναι σε σχήμα αγκίστρου (J)

Σε παχύσαρκα και κοντά άτομα βρίσκεται ψηλά και εγκάρσια ενώ σε λεπτόσωμα είναι πιο επιμήκης. Αλλά και στο ίδιο άτομο αλλάζει από το βαθμό πλήρωσης θέσης και τη φάση της αναπνοής.¹⁰ Οι καταπινόμενες τροφές διασπώνται χημικά στο στομάχο, με την επίδραση του γαστρικού υγρού. Το γαστρικό υγρό περιέχει πρωτεϊνολυτικά ένζυμα, υδροχλωρικό οξύ και βλέννα. Ο παραγόμενος γαστρικός χυμός προωθείται κατά διαστήματα, προς το 12δάκτυλο.¹¹ Στο σχήμα του στομαχιού διακρίνουμε δύο στόμια, το καρδιακό και το πυλωρικό, δυο τόξα, το μείζον και το ελάσσον, δυο επιφάνειες, την πρόσθια που βρίσκεται σε σχέση δεξιά με την κάτω επιφάνεια του αριστερού λοβού (γαστρικό εντύπωμα). Και την οπίσθια η οποία βρίσκεται σε σχέση με το πάγκρεας, τα σπληνικά αγγεία, τον σπλήνα, τον αριστερό νεφρό, αριστερό επινεφρίδιο, αριστερά κολική καμπή και την πυλαία φλέβα. Και τέσσερα τμήματα, *το θόλο, το σώμα, το άντρο και το πυλωρικό σωλήνα.*

Ο θόλος είναι το ανώτερο τμήμα του στομαχιού (άνω πόλος), βρίσκεται πάνω από το καρδιακό στόμιο και περιέχει ποσότητα αέρα (αεροθάλαμος).

Το σημείο ανάκαμψης του ελάσσονος τόξου από την επιφάνεια του σώματος στην επιφάνεια του πυλωρικού σωλήνα ονομάζεται γωνιαία εντομή.

Το σώμα του στομαχιού περικλείεται μεταξύ καρδιακού στομίου και γωνιαίας εντομής και συνεχίζεται προς τα κάτω με το άντρο (κάτω πόλος).

Η ευθεία που ενώνει τον άνω με τον κάτω πόλο του στομαχιού ονομάζεται ύψος του.

Ο πυλωρικός σωλήνας έχει μήκος 3 εκ περίπου και φέρεται προς τα δεξιά και πίσω. Στην περιοχή αυτή δημιουργούνται συχνά στενώσεις και σπασμοί.

ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στομάχος στηρίζεται :

A) από τα δυο άκρα (καρδιακό , πυλωρικό),

B) τα παρακείμενα όργανα ,

Γ) το περιτόναιο και

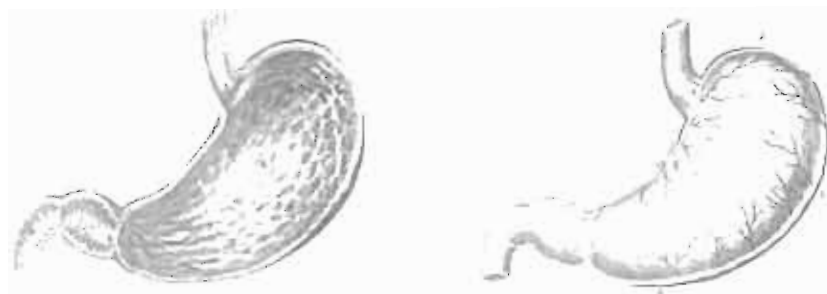
Δ) από συνδέσμους που σχηματίζονται από περιτόναιο όπως:

- ελάσσον , επίπλουν ή ηπατογαστρικός

- μείζον επίπλουν

- γαστροφρενικός

- γαστροσπληνικός



Τύποι Στομάχου

Ανάλογα με το βαθμό του μυϊκού τόνου του στομάχου και την σωματική διάπλαση του ατόμου, διακρίνουμε τρεις κύριους τύπους στομάχου:

α) ο **ορθοτονικός** σχήματος « J», που είναι ο πιο συνηθισμένος.

β) ο **υποτονικός** είναι ο πιο συνηθισμένος στις γυναίκες και φθάνει προς τα κάτω μέχρι του Ο4 σπόνδυλο.

γ) ο **υπερτονικός ή εγκάρσιος** (σαν κέρατο βοδιού) δεν σχηματίζει γωνιαία εντομή.¹¹

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ

Ο στομάχος παρουσιάζεται σαν μια ατρακτοειδής διεύρυνση του πρόσθιου εντέρου. Η θέση και το σχήμα του τελικά διαμορφώνονται από τον τρόπο αύξησης του μεγέθους και τη στροφή του. Έτσι αφού το ραχιαίο μεσεντερικό χείλος αυξάνει περισσότερο από το κοιλιακό, ο στομάχος στρέφεται πάνω στον επιμήκη άξονά του κατά 90° δεξιά. Τη στροφή παρακολουθούν και τα στελέχη των πνευμονογαστρικών με τους κλάδους τους.⁷

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ

Ο στόμαχος έχει τέσσερις χιτώνες δηλαδή:

- **ορογόνος ή περιτόναιο.** Ο ορογόνος χιτώνας καλύπτει όλο το στομάχι εκτός του μείζονος και του ελάσσονος τόξου ως και της περιοχής του γαστροφρενικού συνδέσμου.

- **μυϊκός χιτώνας.** Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από 3 στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την επιπολής (επιμήκη), τη μέση (κυκλωτερή) και την έσω (λοξή). Η κυκλωτερής στιβάδα πυκνώνει στην περιοχή του πυλωρού όπου σχηματίζει το σφικτήρα του πυλωρού.

- **υποβλεννογόνιος.** Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες και λίπος

- **βλεννογόνο.** Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται από επιθήλιο, χόριο, βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα και αδένες.¹⁰

ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το σύνολο των κυττάρων που καλύπτει το γαστρικό βλεννογόνο είναι αδενικά, για αυτό και το επιθήλιο αναφέρεται σαν αδενικό επιθήλιο. Οι αδένες που σχηματίζονται καταλαμβάνουν το χόριο και εκβάλλουν σε μερικές καταδύσεις του βλεννογόνου της επιφάνειας, τα γαστρικά βοθρία. Διακρίνονται σε τρεις ομάδες:

α) καρδιακοί, β) του θύλου ή κυρίως γαστρικοί, γ) πυλωρικοί.

Οι **καρδιακοί αδένες** βρίσκονται σε μικρή περιοχή γύρω από το καρδιακό στόμιο και αποτελούνται από κύτταρα που παράγουν βλέννα.

Οι **αδένες του θύλου ή κυρίως γαστρικοί** βρίσκονται στο θύλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου και περιέχουν διάφορα κύτταρα:

- βλεννώδη κύτταρα
- καλυπτήρια κύτταρα που παράγουν HCl και ενδογενή παράγοντα
- ζυμογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο (ανενεργός του ενζύμου πεψίνη) Το πεψινογόνο ενεργοποιείται με την επίδραση HCl και προϋπάρχουσας πεψίνης.
- Εντεροενδοκρινή κύτταρα που εκκρίνουν ορμόνες.



Τέλος οι **πυλωρικοί αδένες** βρίσκονται στο πυλωρικό άντρο. Έχουν κύτταρα που παράγουν βλέννα, διαφορετικά όμως από τα κύτταρα των καρδιακών αδένων, όπως επίσης και τα κύτταρα που παράγουν γαστρίνη (ειδικά ορμονικά κύτταρα). Η γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στόμαχος ή όταν προϊόντα της διάσπασης των πρωτεϊνών φθάσουν τον πυλωρικό στόμαχο. Σχετίζεται τόσο με την κινητικότητα, όσο και με την εκκριτική λειτουργία του στομάχου, καθώς προκαλεί αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.⁷

ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Οι αρτηρίες του στομαχιού σχηματίζουν δυο κύρια αρτηριακά τόξα το ένα κατά μήκος του ελάσσονος και το άλλο κατά μήκος του μείζονος τόξου του. Το πρώτο σχηματίζεται από την αναστόμωση των δυο γαστρικών (στεφανιαίων) αρτηριών εκ των οποίων η μεν δεξιά εκφύεται από την ηπατική αρτηρία η δε αριστερή κατ' ευθείαν από τη κοιλιακή αορτή και το δεύτερο από την αναστόμωση της αριστερής και της δεξιάς γαστρεπιπλοϊκής εκ των οποίων η μεν πρώτη εκφύεται από τη σπληνική η δε δεύτερη από τη γαστροδωδεκαδακτυλική.

Εκτός από τα δυο αυτά αρτηριακά τόξα το στομάχι αγγειώνεται και από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες που είναι κλάδοι της σπληνικής

Τόσο οι αρτηρίες όσο και οι φλέβες του στομαχιού (οι οποίες εκβάλλουν στην πυλαία) εξαπλώνονται στον υποβλεννογόνιο χιτώνα.

Τα λεμφαγγεία του στομάχου συνοδεύουν τα αιμοφόρα αγγεία του και κατανέμονται σε τρεις διαφορετικές περιοχές με διαφορετική αποχέτευση.

Η πρώτη περιοχή περιλαμβάνει τα δυο πάνω τριτημόρια του οργάνου όπου τα λεμφαγγεία συνοδεύουν την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία και αποχέτευση στους αορτικούς λεμφαδένες. Ο χειρουργικός καθαρισμός των λεμφαγγείων της περιοχής αυτής, πολλές φορές, δεν είναι αποτελεσματικός λόγω ταχείας διήθησης των λεμφαγγείων γύρω από την αορτή και την κεφαλή του παγκρέατος.

Η δεύτερη περιοχή περιλαμβάνει τα δυο τρίτα του δεξιού κάτω τριτημορίου του οργάνου, περιοχή στην οποία τα λεμφαγγεία συνοδεύουν τη δεξιά γαστρεπιπλοϊκή αρτηρία και αποχετεύονται στους υποπυλωρικούς λεμφαδένες και από εκεί στους αορτικούς. Εάν οι αδένες της περιοχής αυτής προσβληθούν εξαιρούνται μαζί με το μείζον επίπλουν.

Η Τρίτη περιοχή περιλαμβάνει το αριστερό 1/3 του κάτω τριτημορίου του στομαχιού. Τα λεμφαγγεία της περιοχής αυτής συνοδεύουν τα βραχέα γαστρικά και τα σπληνικά αγγεία τα οποία πορεύονται μεταξύ των πελατών του γαστροσπληνικού και του γαστροφρενικού συνδέσμου για να αποχετευθούν στους υπερπαγκρεατικούς λεμφαδένες και, τελικά, στους αορτικούς. Προσβολή των λεμφαδένων αυτών αντιμετωπίζεται με αφαίρεση του σπληνός και του γαστροσπληνικού συνδέσμου ως και μέρους του παγκρέατος με τον παγκρεατοσπληνικό σύνδεσμο.¹²

ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η λέμφος κυκλοφορεί αρχικά στον στόμαχο σε δυο μεγάλα πλέγματα: α)τω εν τω βάθει , στον υποβλεννογόνιο και β) το επιτολής , κάτω από τον ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριους λεμφαδένες. Έτσι ο στόμαχος χωρίζεται σε 4 ζώνες λεμφικής αποχέτευσης. Τα λεμφαγγεία του στομάχου επικοινωνούν ευρύτητα μεταξύ τους, ανεξάρτητα από την περιοχή που προέρχονται, ενώ οι προαορτικοί αδένες αποτελούν το τελικό σημείο συγκέντρωσης της λέμφου και των τεσσάρων περιοχών αυτού. Από εκεί η λέμφος φέρεται στον θωρακικό πόρο.⁷

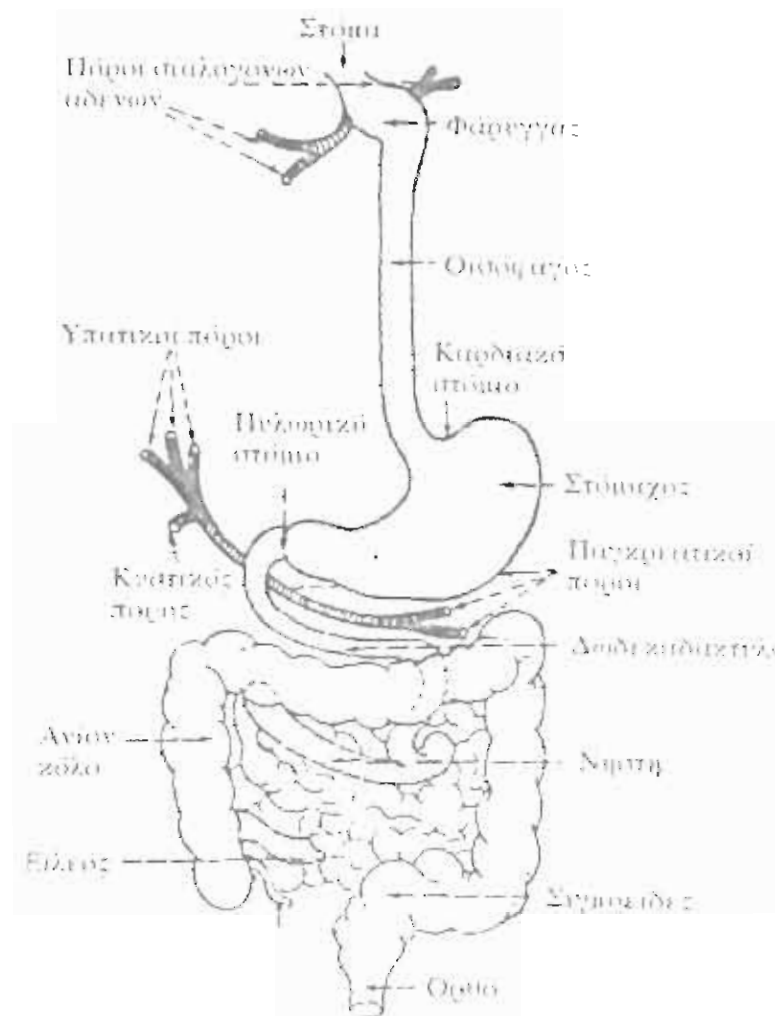
ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο στόμαχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το δεξιό και αριστερό σπλαχνικό νεύρο, διαμέσω του κοιλιακού γαγγλίου. Η παρασυμπαθητική νευρώση του στομάχου γίνεται διαμέσου των πνευμονογαστρικών νεύρων. Στο μεσοθωρακικό το δεξιό και το αριστερό πνευμονογαστρικό διακλαδώνονται μεταξύ τους και στη συνέχεια σχηματίζουν δυο κύριους κλάδους: το πρόσθιο και το οπίσθιο πνευμονογαστρικό που διανέμονται στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο.

Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό δίνει τους ηπατικούς κλάδους και διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και πρόσθιο τοίχωμα και το οπίσθιο τοίχωμα δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στη συνέχεια διανέμεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου στο οπίσθιο τοίχωμα.¹⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



Η λειτουργία που επιτελεί το πεπτικό σύστημα είναι μια από τις πιο σημαντικές και τις πιο παράξενες λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Χάρης σε αυτή τη λειτουργία μπορούμε να λαμβάνουμε τροφή η οποία κατά μήκος μιας ολόκληρης διαδρομής μέσα μας, υφίσταται ένα σύνολο μεταμορφώσεων που μετατρέπουν τους υδατάνθρακες, τα λίπη και τις πρωτεΐνες που περιέχει σε ουσίες αφομοιώσιμες από τον οργανισμό μας. Χάρης στο πεπτικό σύστημα, το σώμα μας λαμβάνει τα αναγκαία καύσιμα, έτσι ώστε η ενεργητικότητα και δραστηριότητά του να παραμένουν ανεπηρέαστες. Στη συνέχεια το ίδιο το σώμα μεριμνά για την αποβολή των άχρηστων υπολειμμάτων από τον πρωκτό, την αποβολή όλων των ουσιών που δεν τις χρειάζεται και που η παραμονή τους μέσα στο σώμα θα μπορούσε να αποβεί επιβλαβής.

Το πεπτικό σύστημα είναι το πιο περίπλοκο από όλα τα συστήματα εξαιτίας της πολυπλοκότητας της λειτουργίας που επιτελεί. Λόγω της μεγάλης του σημασίας και της ποσότητας των στοιχείων και των παραγόντων που είναι επιζήμιος για αυτό, είναι, χωρίς αμφιβολία ένα από τα συστήματα που απαιτούν από εμάς μεγαλύτερο ενδιαφέρον και φροντίδα.¹⁶

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Ο οισοφάγος αποτελείται από δυο σφικτήρες: Τον *άνω* και τον *κάτω*.

Ο άνω οισοφαγικός σφικτήρας παρουσιάζει πιέσεις υπό ατμοσφαιρικές [-2, 6+- 1,3] mmHg με διακύμανση των τιμών. Η προώθηση του βλωμού προς τον οισοφάγο θα επιτευχθεί μόνο αν προκληθεί χάλαση των Α.Ο.Σ. ταυτοχρόνως με τη φαρυγγική σύσπαση. Ο Α.Ο.Σ. εκδηλώνει τη μέγιστη σύσπασή του αμέσως μετά την χάλαση, τη στιγμή που το κύμα πίεσης προωθείται προς τον οισοφάγο για να εμποδίσει την παλινδρόμηση του βλωμού. Όσον αφορά τον περιστελτισμό οισοφάγου είναι γνωστό ότι ο οισοφάγος σε κατάσταση ηρεμίας παρουσιάζει μέση πίεση 2+-2,7 mmHg που μεταβάλλεται ευρέως από τις αναπτυσσόμενες ενδοθωρακικές πιέσεις.

Κατά την κατάποση αναπτύσσονται συσπάσεις ή αλλιώς κύματα. Τα κύματα αυτά καλούνται πρωτογενή ή κύματα καταπόσεως και έχουν σκοπό την προώθηση του βλωμού στο στομάχι. Υπάρχουν δευτερογενή ή περισταλτικά κύματα που έχουν σκοπό τον περιοδικό καθαρισμό του οισοφάγου από τα παλλινδρομούνται γαστρικά υγρά και συμβαίνουν κατά τον ύπνο.

Τέλος υπάρχουν και οι τριτογενείς συσπάσεις που ονομάζονται και μη περισταλτικά αυτόματα κύματα, συνήθως είναι παθολογικά αλλά συμβαίνουν και σε υγιή άτομα, προχωρώντας προς τα κάτω διακρίνεται ο **κατώτερος οισοφαγικός σφικτήρας ή αλλιώς ζώνη υψηλών πιέσεων**.

Όταν εκδηλωθεί το κύμα πίεσης στον ανώτερο οισοφάγο ο οποίος εκδηλώνει τη μέγιστη σύσπασή του, τότε ο κατώτερος αρχίζει την πλήρη χάλαση του ώστε να διέλθει ο βλωμός στο στομάχι και αμέσως ακολουθεί η μέγιστη σύσπασή του σκοπός του Κ.Ο.Σ είναι η προστασία του οισοφάγου από τα βλαπτικά γαστρικά υγρά.¹⁷ Η είσοδος της τροφής για τη θρέψη του οργανισμού γίνεται από την αρχή του πεπτικού συστήματος που είναι το στόμα. Εκεί δέχεται την προσθήκη του σάλιου που εκκρίνουν οι σιελογόνοι αδένες και δημιουργείται ο βλωμός όπου μέσω του πεπτικού σωλήνα μεταφέρεται στο στομάχο.

Η τροφή αποτελείται από διάφορες ουσίες:

α) Υδατάνθρακες

β) Λίπη

γ) Πρωτεΐνες

δ) Ανόργανα άλατα

ε) Βιταμίνες

στ) Νερό

Οι επιμέρους αυτές θρεπτικές ουσίες διασπώνται από τα ένζυμα που παράγονται από τους αδένες του πεπτικού σωλήνα που παράγουν και ουσίες με σκοπό να δημιουργήσουν περιβάλλον (κατάλληλο pH) για τη δράση των ενζύμων. Έτσι παράγεται το υδροχλωρικό οξύ που κάνει το περιβάλλον του στομάχου όξινο.

Το σύνολο των ουσιών που παράγουν οι αδένες του στομάχου λέγονται γαστρικά υγρά, ενώ οι ουσίες που παράγουν οι αδένες του εντέρου λέγονται εντερικά υγρά.

Μέσα στην κοιλότητα του εντέρου χύνεται επίσης η χολή (που παράγεται στο ήπαρ και συγκεντρώνεται στη χοληδόχο κύστη) και το παγκρεατικό υγρό που παράγεται στο πάγκρεας.

Οι υδατάνθρακες (σάκχαρα) που παίρνουμε με τη μορφή κυρίως του αμύλου που υπάρχει στις τροφές π.χ. ψωμί, πατάτες, διασπώνται μέσα στον πεπτικό σωλήνα σε μόρια γλυκόζης από ένα ένζυμο που υπάρχει στο σάλιο και ονομάζεται αμυλάση. Η διάσπαση ξεκινάει από το στόμα και συνεχίζεται στο στομάχι και το έντερο.

Το λίπος με την επίδραση της λιπάσης που παράγεται από το πάγκρεας διασπάται σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη.

Οι πρωτεΐνες (λευκώματα) διασπώνται από ένζυμα του γαστρικού παγκρεατικού υγρού σε αμινοξέα. Τις περισσότερες πρωτεΐνες τις παίρνουμε από ζωτικές τροφές (κρέας, αυγά, γάλα), αλλά και από φυτικές τροφές(όσπρια κ.α). η όλη αυτή επεξεργασία λέγεται πέψη των τροφών. Τα προϊόντα της πέψης μέσω του εντερικού σωλήνα περνούν στην κυκλοφορία του αίματος με τη διεργασία που λέγεται απομύζηση.

Έτσι δημιουργούνται κάποιες νέες ουσίες που μπορεί πλέον να χρησιμοποιήσει ο οργανισμός και μια από αυτές είναι το γλυκογόνο που αποθηκεύεται στο ήπαρ και αποδεσμεύεται , όταν το έχει ανάγκη ο οργανισμός (έλλειψη γλυκόζης)

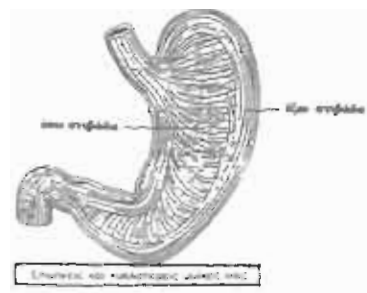
Το σύνολο των χημικών αντιδράσεων που μετατρέπουν τις ουσίες που εισέρχονται σε νέες ουσίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό λέγεται **ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ**.¹³

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Η τροφή στο στομάχι αποθηκεύεται, αναμειγνύεται με οξέα, βλέννη, ένζυμα (πεψίνη) και εκλύεται ελεγχόμενα στο δωδεκαδάκτυλο, όπου πέπτεται παραπέρα και εν μέρει απορροφείται.¹⁸ Η λειτουργία του στομάχου συνίσταται: στην εναποθήκευση των προσλαμβανόμενων δια του στόματος τροφών.⁷

Ο χρόνος παραμονής της τροφής στο στομάχο ποικίλει σημαντικά: οι στερεές τροφές, για παράδειγμα μπορούν να μπουν στο δωδεκαδάκτυλο μόνο ως οπός , δηλαδή μόνο ως εναιώρημα σωματιδίων διαμέτρου περίπου 0,3 mm. Ο χρόνος που παρέχεται για να εγκαταλείψει το στομάχο το 50% του νερού που εισέρχεται σε αυτόν είναι 10-20 min και εξαρτάται κυρίως από τον τόνο της εγγύς μοίρας. Για τις στερεές τροφές ο χρόνος κυμαίνεται από 1 έως 4 ώρες, ανάλογα με την ευκολία της ρευστοποίησης τους και την ένταση του περισταλτισμού του στομάχου.

Η ταχύτητα εκκένωσης του στομάχου για τα τρία βασικά είδη θρεπτικών ουσιών είναι: **υδατάνθρακες→πρωτεΐνες→λίπη.**



Η ελάττωση της ταχύτητας εκκένωσης που προκύπτει κατά την ελάττωση του pH και την αύξηση της οσμωτικής του εξωθούμενου όπου επέρχεται κάτω από την επίδραση της διέγερσης υποδοχέων του δωδεκαδάκτυλου, εντερογαστρικών αντανεκλαστικών και πεπτιδικών ορμονών.¹⁹

Στην ανάμειξη των τροφών με τα προϊόντα της εκκρίσεως των γαστρικών αδένων. Αυτή επιτελείται με τις περισταλτικές κινήσεις του στομάχου, οι οποίες συντελούν και εις την κατά ώσεις εκκένωση αυτού προς τον δωδεκαδάκτυλο.

Στην πέψη των τροφών δια της εκκρίσεως του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος. Η πεψίνη εκκρίνεται με τη μορφή του προενζύμου πεψιγόνου, το οποίο δια του υδροχλωρικού οξέος αλλά και αυτοκαταλυτικώς μετατρέπεται στο ενεργό πεψίνη η οποία διασπά τις πρωτείνες σε πολυπεπίδια.

Η πεψίνη και το υδροχλωρικό οξύ εκκρίνονται από τους αδένες του σώματος του στομάχου. Η πεψίνη από τα βασικά κύτταρα και το υδροχλωρικό οξύ από τα καλυπτήρια.⁷

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΕΝΩΣΗ

Ο στόμαχος δέχεται τις τροφές από τον οισοφάγο και χρησιμεύει για την ανάμειξη, πολτοποιήση την προσωρινή αποθήκευση και στη συνέχεια την προώθησή τους προς τον 12δάκτυλο. Η εναποθήκευση γίνεται κυρίως στο θόλο και το σώμα, τα οποία και διατείνονται παθητικώς και είναι δυνατόν να περιέχουν μέχρι 100ml περίπου. Η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου, ενώ ο πυλωρικός σφικτήρας χαλαρώνει.

Οι περισταλτικές κινήσεις αρχίζουν από ένα ηλεκτρικό βηματοδότη που βρίσκεται στο σώμα του στομάχου, πλησίον του μείζονος τόξου με ρυθμό 3 κατά λεπτό και ενισχύονται από διάφορους άλλους παράγοντες όπως την ποσότητα των τροφών και το μέγεθος των τεμαχιδίων (κατά τρόπο αντιστρόφως ανάλογος και της οσμωτικής τους πίεση. Επίσης υπάρχει άλλος βηματοδότης στο 12δακτυλο με ρυθμό περισταλτισμών 10-20/λεπτό. Μετά τη λήψη τροφής ακολουθούν έντονες συσπάσεις που διαρκούν 3-4 ώρες. Σε κάθε κύμα προωθούνται 5-15ml περίπου περιεχόμενο.¹⁵

Η κένωση του στομάχου είναι κανονική εάν ο πυλωρικός διατηρείται ανοικτός και το ανώτερο δωδεκαδάκτυλο λειτουργούν σα μονάδα. Η σύσπαση του άντρου οδηγείται από σύσπαση του πυλωρού και του δωδεκαδάκτυλου.¹⁸

ΣΥΣΠΑΣΕΙΣ ΠΕΙΝΑΣ

Το μυϊκό τοίχωμα του στομάχου σπάνια αδρανοποιείται. Μόλις κενωθεί ο στόμαχος, αρχίζουν ήπιες περισταλτικές συσπάσεις. Σε περίοδο μερικών ωρών οι περισταλτικές κινήσεις αυξάνουν σε ένταση, σε βαθμό που να προκαλούν ήπιο πόνο. Αυτές οι συσπάσεις πείνας, συνδυάζονται με το αίσθημα πείνας και αποτελούν σπουδαίο παράγοντα που ρυθμίζει την όρεξη.¹⁸

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ

Ο στόμαχος εκκρίνει γαστρικό υγρό μέχρι 3l την ημέρα. Τα κύρια συστατικά του υγρού είναι πεψίνες (πρωτεολυτικά ένζυμα), βλέννα υδροχλωρικό οξύ, ενδογενής παράγων και γαστροφερρίνη. Οι πεψίνες σχηματίζονται από πρόδρομες ουσίες τα πεψινογόνα με την απόσταση μέρους του μορίου τους σε ΡΗ χαμηλότερο από 6. η μέγιστη έκκριση ΗCL στο στομάχο μειώνει το ΡΗ του γαστρικού υγρού περίπου στο 1 αλλά αυτό εξουδετερώνεται από το περιεχόμενο του στομάχου σε τιμές μεταξύ 1,8 και 4 που αποτελούν το άριστο ρΗ για τις περισσότερες πεψίνες. Εκτός από την συμβολή της στην μετουσίωση των πρωτεϊνών η χαμηλή τιμή του ρΗ έχει και μικροβιοκτόνο επίδραση.

Τα πεψιγόνα σχηματίζονται στα θεμέλια κύτταρα του πυθμένα του στομάχου. Τα βλεννογόνια κύτταρα παράγουν τη βλέννα που χρησιμεύει κυρίως για την προστασία της εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου από τα πεπτικά υγρά. Το υδροχλωρικό οξύ σχηματίζεται από τα καλυπτήρια κύτταρα του πυθμένα και του σώματος του στομάχου.¹⁹

Μέχρι το 1906 επικρατούσε η αντίληψη του Ρανλον ότι η γαστρική έκκριση βρίσκεται υπό τον έλεγχο του πνευμονογαστρικού. Μετά την ανακάλυψη της γαστρίνης το 1906 από τον Edkins έγινε δεκτό ότι η μεν κεφαλική φάση βρίσκεται υπό τον έλεγχο της γαστρίνης, η οποία ελευθερώνεται από το στομάχι. Το 1942 ο Uvans έδειξε ότι το πνευμονογαστρικό έχει διπλή δράση, άμεση επί των τοιχωματικών κυττάρων και έμμεση με την παραγωγή γαστρίνης από το γαστρικό άντρο. Έτσι έγινε δεκτό ότι κάθε φάση έχει δυο στοιχεία, νευρικό και ορμονικό και ότι τα δυο αυτά στοιχεία ευρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση.⁷ Στην έκκριση του φυσιολογικού γαστρικού υγρού μπορούν να διακριθούν τρεις φάσεις διέγερσης.

1. **κεφαλική ή ψυχική –νευρική φάση:** Η παρουσία της τροφής προκαλεί αντανakλαστική διέγερση της έκκρισης γαστρικού υγρού. Τα κεντρομόλα σκέλη αυτού εν μέρει εξαρτημένου αντανakλαστικού είναι τα νεύρα της γεύσης, της όρασης και της όσφρησης. Το αντανakλαστικό είναι επίσης δυνατό να εκλυθεί με την έλλειψη γλυκόζης στον εγκέφαλο. Τα επιθετικά συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της έκκρισης, ενώ ο φόβος έχει αντανakλαστική επίδραση. Σε όλες τις περιπτώσεις φυγόκεντρο σκέλος του αντανakλαστικού είναι το πνευμονογαστρικό νεύρο. (Μετά από βαγοτομή- εκτομή του πνευμονογαστρικού- που εκτελείται μερικές φορές για θεραπεία του έλκους, όλες αυτές οι επιδράσεις εξαφανίζονται). Η ακετυλχολίνη που απελευθερώνεται από το πνευμονογαστρικό νεύρο ενεργοποιεί (με είσοδο Ca^{2+} αυτά) τα καλυπτήρια κύτταρα H (Histamine, Ισταμίνης) και τα κύτταρα G (Gastrin, γαστρίνης) του άντρου. Μ' αυτόν τον έμμεσο τρόπο το πνευμονογαστρικό ασκεί παρακρίνη (ισταμίνης) και ενδοκρίνη (γαστρίνης) επίδραση στην έκκριση του γαστρικού υγρού.

2. **τοπική γαστρική ή φάση:** Όταν το περιεχόμενο του στομάχου έρχεται σε επαφή με την κατώτερη μοίρα του (άντρο), απελευθερώνεται γαστρίνη ως αποτέλεσμα μηχανικού και χημικού ερεθισμού. Η γαστρίνη μεταφέρεται στα ανώτερα τμήματα του στομάχου με το αίμα και αυξάνει την έκκριση γαστρικού υγρού. Η πολύ χαμηλή τιμή pH στην κοιλότητα του στομάχου αναστέλλει την απελευθέρωση γαστρίνης

3. **εντερική φάση:** Καθώς ο οπός εισέρχεται στο δωδεκαδάκτυλο η διάταση του εντερικού τοιχώματος ασκεί θετική επίδραση στην έκκριση γαστρικού υγρού, στην οποία μεσολαβούν ενδοκρινείς οδοί (εντεροξυντίνη- γαστρίνη). Παρόμοια επίδραση έχουν και τα αμινοξέα που απορροφούνται. Αντίθετα το χαμηλό pH και η παρουσία λίπους στο δωδεκαδάκτυλο οπó αναστέλλουν την έκκριση γαστρικού υγρού μέσω της απελευθέρωσης διαφόρων ορμονών (εκκριματίνης ή σεκρετίνης, γαστρικού ανασταλτικού πεπτιδίου – ΓΑΠ ή GIP –αγγειοεντερικού πεπτιδίου–VIP ή ΑΕΠ–και σωματοστατίνης). Με αυτόν τον τρόπο προσαρμόζονται από το δωδεκαδάκτυλο στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος του λεπτού εντέρου όχι μόνο η ποσότητα αλλά και η σύσταση του οπού που εγκαταλείπει το στόμαχο. Γενικά η σωματοστατίνη SIH επιδρά επιβραδυντικά στην απορρόφηση της τροφής. Είναι πιθανό ότι η έκκριση σωματοστατίνης και ινσουλίνης από το πάγκρεας με κάποιον τρόπο συντονίζονται.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος όπως την περιέγραψαν οι δυο μεγάλοι σοφοί με την διόγκωση και διήθηση της θηλής και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον καρκίνο, τον κάβουρα της θάλασσας.

Ακόμη η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτά που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώνει ο κάβουρας. Η σύγχρονη αντίληψη για τα νεοπλάσματα, σαν ανωμαλία της αναπτύξεως του κυττάρου, δεν είναι παλαιότερη από 130 χρόνια περίπου.

Ο SOHANNES MULLER το 1839 είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσης του καρκίνου. Ο καρκίνος είναι μια ασθένεια που κυριολεκτικά μαστίζει την ανθρωπότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Είναι μια ασθένεια όμως που είναι γνωστή από πολύ παλιά.

Ιστορικά αναφέρεται ότι αρχικά ο Ιπποκράτης και εν συνεχεία ο Γαληνός ενοχοποίησαν την <μαύρη χολή> σαν την υπεύθυνη ουσία για την ανάπτυξη του καρκίνου όπως τον ονόμασαν. Η ουσία αυτή θεωρούνται ότι παράγεται και εκκρίνεται από το στομάχι και τον σπλήνα. Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα όμως, γνωρίζουμε ότι σε ορισμένα κύτταρα του οργανισμού για άγνωστες αιτίες μεταβάλλονται δομικά.

Τα ανώμαλα αυτά κύτταρα πολλαπλασιάζονται γρήγορα. Στην αρχή μένουν εντοπισμένα σε ορισμένη περιοχή του σώματος όπου εξασκούν πίεση στους γειτονικούς ιστούς. Στα αρχικά στάδια τα συμπτώματα που δημιουργούν τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι ελαφρά που εύκολα παραβλέπονται.

Είναι γνωστό ότι τα κακοήθη νεοπλάσματα οδηγούν σε βέβαιο θάνατο αν δεν θεραπευτούν. Χιλιάδες άτομα, επομένως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.⁶

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Νεοπλάσματα είναι διαταραχές ανάπτυξης των κυττάρων χαρακτηριζόμενες πρωτίστως από απεριόριστη μη φυσιολογική και εκσεσημασμένη υπερπλασία των κυττάρων. Μερικές φορές η διαίρεση ενός κυττάρου δεν γίνεται σωστά. Το λάθος ξεκινά από τον πυρήνα όπου κάτι παίρνει στραβό δρόμο. Μερικές φορές τα χρωμοσώματα σπάζουν και χάνονται κομμάτια τους.

Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τη σχετική με είδος του ιστού που ανήκουν λειτουργία. Σχηματίζεται ένα σύνολο ανώμαλων κυττάρων και αυτό συνεχίζει να αυξάνεται έξω από κάθε φυσιολογικό έλεγχο. Το σύνολο αυτών των κυττάρων είναι ένας καρκίνος και καθώς η ανάπτυξή του προχωρεί μπορεί να επεκταθεί μεταξύ των φυσιολογικών κυττάρων και να τα καταστρέψει. Αυτό ονομάζεται *διήθηση*.

Στη συνέχεια κάποια καρκινικά κύτταρα που έχουν διηθήσει τα αιμοφόρα ή τα λεμφικά αγγεία μπορεί να μεταφερθούν μακριά σε άλλα μέρη του σώματος με το αίμα ή τη λέμφο όπου εγκαθίστανται και σχηματίζουν αποικίες του ίδιου είδους καρκίνου που λέγονται μεταστάσεις. Οι διαδικασίες αυτές είναι κοινές σε όλους τους κακοήθους όγκους. Υπάρχουν και όγκοι που δεν είναι όγκοι. Δεν επιτίθενται στους γειτονικούς ιστούς ούτε εξαπλώνονται στο σώμα αλλά παραμένουν στο σημείο στο οποίο εμφανίστηκαν και σχηματίζουν όζους.

Οι υπερπλασίες αυτού του είδους είναι οι καλοήθεις όγκοι που περιλαμβάνονται από ένα περίβλημα ή κάλυμμα που τους εμποδίζει να διηθήσουν τους γύρω ιστούς και συνήθως είναι ακίνδυνοι.⁵

Νεοπλάσματα

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

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

Στον ελληνικό χώρο οι συνηθέστερες νεοπλασίες είναι οι ακόλουθες:

1. **Καρκίνος του στομάχου.**
2. **Καρκίνος του παχέος εντέρου.**
3. **Καρκίνος του πνεύμονα για τον άντρα**
4. **Καρκίνος του μαστού**
5. **Καρκίνος του στομάχου**
6. **Καρκίνος της μήτρας**
7. **Καρκίνος των ωθηκών για την γυναίκα**²

Τα νεοπλάσματα διαιρούνται γενικά σε 4 μεγάλες κατηγορίες:

A. Στα καλοήθη

B. Στα κακοήθη

Γ. Στα ημικακοήθη ή οριακά

Δ. Στα αταξινόμητα

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

Από απόψεως: α) βαθμού κυτταρικής διαφοροποίησεως β) της ύπαρξης ή μη κυτταρικής ατυπίας και γ) της ύπαρξης ή μη πυρηνοκινήσεων και μιτώσεων, τα νεοπλάσματα διαιρούνται σε:

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

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

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

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

1. Δεν είναι περιγεγραμμένα και δεν περιβάλλονται από ινώδη κάψα.
2. Διηθούν και διαβρώνουν τους γειτονικούς ιστούς.
3. Δίνουν μεταστάσεις γιατί διηθούν τα αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία. Π .χ. ο καρκίνος του μαστού μεθίσταται λεμφογενώς πρώτα στους μασχαλιαίους λεμφαδένες, ο καρκίνος του στομάχου μεθίσταται αιματογενώς, πρώτα στο ήπαρ.
4. Αποτελούνται από άτυπα κύτταρα που:
 - α) Εμφανίζουν μεγάλη πολυμορφία.
 - β) Χαρακτηρίζονται από τη περίμετρη αύξηση του πυρήνα σε βάρος του πρωτοπλάσματος.
 - γ) Έχουν πρωτόπλασμα βασεόφιλο (μπλε) λόγω της αύξησης του κοκκινώδους ενδοπλασματικού δικτύου.
 - δ) Εμφανίζουν πυροκινησίες και παραγωγή ανώμαλων σειρών χρωματοσωμάτων.

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

Ανάλογα με την προσέλευση των κακοήθων νεοπλασμάτων αυτοχωρίζονται σε:

1) Καρκινώματα .

2) Σαρκώματα.

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

Σάρκωμα: Καλείται το κακοήθες νεόπλασμα που προέρχεται από μεσεγχυματογενή (ερειστικό) ιστό,

(π.χ. Ινοσάρκωμα, λιποσάρκωμα, χονδρωςάρκωμα, λειομυοσάρκωμα, οστεοσάρκωμα, ραβδομυοσάρκωμα, νευρινοσάρκωμα, αιμαγειοσάρκωμα και λεμφαγειοσάρκωμα.)

Άρα τα καρκινώματα προέρχονται από τους ιστούς διαπλασθέντες από το :

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

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

γ) μέσο βλαστικό δέρμα και μάλιστα από το νεφρογόνο βλάστημα (π. χ. Καρκίνος νεφρού)²

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΛΟΗΘΩΝ Κ' ΚΑΚΟΗΘΩΝ
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ**

Χαρακτηριστικά	Καλοήθη νεοπλάσματα	Κακοήθη νεοπλάσματα
Ταχύτητα ανάπτυξης	Αναπτύσσονται με αργό ρυθμό συνήθως συνεχίζουν να αναπτύσσονται σ' όλο τον κύκλο της ζωής του ατόμου, εκτός και αν αφαιρεθούν με χειρουργική επέμβαση. Μπορεί να παρατηρούνται περίοδοι διακοπής της ανάπτυξής τους.	Συνήθως αναπτύσσονται με γρήγορο ρυθμό, και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Πολύ σπάνια υποχωρούν αυτόματα.
Τρόπος ανάπτυξης	Αυξάνει σε μέγεθος και έκταση. Πάντοτε παραμένει στην περιοχή που πρωτοδημιουργήθηκε. Ποτέ δεν διηθεί στους γύρω ιστούς .	Αναπτύσσεται με διήθηση των γύρω ιστών. Μπορεί να διατηρείται στην περιοχή που πρωτοδημιουργήθηκε, αλλά συνήθως διασπείρεται και διηθεί τους γειτονικούς ιστούς.
Ύπαρξη κάψας	Σχεδόν πάντοτε περιέχεται μέσα σε Ινώδη κάψα η οποία δεν εμποδίζει την επέκτασή του αλλά εμποδίζει τη διήθηση στους γειτονικούς ιστούς. Τόσο η κάψα όσο και ο περιεχόμενος σ' αυτήν ιστός αφαιρείται χειρουργικά εύκολα	Ποτέ δεν περιέχεται σε κάψα. Η απουσία της κάψας επιτρέπει τη διήθηση των γύρω ιστών και κάνει δύσκολη την αφαίρεσή του.
Επανεμφάνιση (υποτροπή)	Πολύ σπάνια επανεμφανίζεται μετά τη χειρουργική αφαίρεση.	Πολύ συχνά επανεμφανίζεται μετά από επέμβαση από τη διασπορά των κακοήθων νεοπλασματικών κυττάρων στους γύρω ιστούς.

<p>Μετάσταση ή διασπορά του νεοπλάσματος από το αρχικό σημείο σε άλλο όργανο.</p>	<p>Ποτέ δεν παρατηρείται μετάσταση.</p>	<p>Η μετακίνηση είναι πολύ συχνή. Η πιο επικίνδυνη και θανατηφόρα άποψη του νεοπλάσματος.</p>
<p>Επιπτώσεις του Νεοπλάσματος από το αρχικό σημείο σε άλλο όργανο.</p>	<p>Δεν προκαλεί βλάβη εκτός και αν πιέζει όργανα λόγω της εντόπισής του, και επηρεάζει τη λειτουργία τους. Δεν επηρεάζει τη γενική κατάσταση του Οργανισμού (απώλεια βάρους, αδυναμία, αναιμία κ. α.). Όταν το νεόπλασμα εντοπίζεται σε αδενικό ιστό μπορεί να παράγει ορμόνη που εκκρίνεται στο όργανο</p>	<p>Πάντοτε επιβλαβής, προκαλεί το θάνατο αν δεν αφαιρεθεί χειρουργικά ή καταστραφεί με τη ραδιοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Προκαλεί δυσμορφίες έλκη, αιμορραγίες σε όργανα διαταράσσει τη λειτουργία διαφόρων οργάνων, τη θρέψη. Σχεδόν πάντα προκαλεί καχεξία, αναιμία, κ. α. Σπάνια εκκρίνουν ορμόνες και διαταράσσουν την ορμονική ισορροπία στον οργανισμό.</p>

Ταξινόμηση νεοπλασμάτων

Ιστός ή όργανο	Καλοήθεις	Κακοήθεις
Συνδετικός		ιστός
Σάρκωμα		
• Εμβρυϊκός ινώδης ιστός	Μύξωμα	Μυξοσάρκωμα
• Ινώδης ιστός	Ίνωμα	Ινωσάρκωμα
• Λιπώδης ιστός	Λίπωμα	Λιποσάρκωμα
• Χόνδρος	Χόνδρωμα	Χονδροσάρκωμα
• Οστούν (κόκκαλο)	Οστέωμα	Οστεοσάρκωμα
Επιθηλιακός ιστός		
• Δέρμα και βλεννογόνοι	Θήλωμα	Καρκίνωμα
• Αδένες	Πολύποδας Αδένωμα Κυσταδένωμα	Αδενοκαρκίνωμα
• Μελαχρωστικά κύτταρα	Σπίλος	Κακοήθεις μελάνωμα
Ενδοθηλιακός ιστός		Ενδοθηλίωμα
• Αιμοφόρα αγγεία	Αιμαγγείωμα	Αιμαγγειοενδοθηλίωμα Αιμαγγειοσάρκωμα
• Λεμφικά αγγεία	Λεμφαγγείωμα	Λεμφαγγειοσάρκωμα Λεμφαγγειοενδοθηλίωμα
• Μυελός των οστών		Πολλαπλό μυέλωμα Σάρκωμα του Ewing Λευχαιμία
• Λεμφικός ιστός		Κακοήθεις λέμφωμα Λεμφοσάρκωμα Σάρκωμα δικτυοκυττάρων Λεμφογενής λευχαιμία

Μυϊκός ιστός

- | | | |
|-------------------------|------------|-----------------------------------|
| • Λείες μυϊκές ίνες | Μύωμα | Μυοσάρκωμα |
| • Γραμμωτές μυϊκές ίνες | Ραβδομύωμα | Λειομυοσάρκωμα
Ραβδομυοσάρκωμα |

Νευρικός ιστός

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| • Νευρικές ίνες και έλυτρα | Νεύρωμα
Νευρίνωμα
Νευροίνωμα | Νευρογενές σάρκωμα |
| • Γαγγλιακά κύτταρα | Γαγγλιονεύρωμα | Νευροβλάστωμα |
| • Νευρογλοιοκύτταρα | Γλοίωμα | Γλοιοβλάστωμα |
| • Μήνιγγες | Μηνίγκωμα | Κακοήθες μηνίγκωμα ²⁰ |

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΛΟΗΘΩΝ ΑΠΟ ΚΑΚΟΗΘΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Τα κακοήθη νεοπλάσματα διακρίνονται από τα καλοήθη στα εξής:

1. Τα καλοήθη αποτελούνται από ώριμα κύτταρα, ενώ τα κακοήθη από ανώριμα.
2. Τα καλοήθη αναπτύσσονται με αργό ρυθμό, ενώ τα κακοήθη με γρήγορο ρυθμό.
3. Τα καλοήθη είναι συχνά εγκυστωμένα τα κακοήθη ποτέ.
4. Τα καλοήθη δεν διηθούν τους γύρω ιστούς, ενώ τα κακοήθη τους διηθούν.
5. Τα καλοήθη παραμένουν εντοπισμένα στην περιοχή όπου πρωτοαναπτύχθηκαν, ενώ τα κακοήθη δίνουν μεταστάσεις μέσω λεμφικής ή αιματικής οδού.²¹ Τα καλοήθη συνήθως δεν υποτροπιάζουν μετά την αφαίρεσή τους, ενώ αντίθετα τα κακοήθη μπορεί να υποτροπιάσουν.
6. Τα καλοήθη δημιουργούν προβλήματα μόνο εξαιτίας εξάσκησης στους παρακείμενους ιστούς, ενώ τα κακοήθη επιδρούν στην γενική κατάσταση του οργανισμού.

Τα νεοπλάσματα υποδιαιρούνται και με βάση τον τύπο ιστού από τον οποίο προήλθαν. Ωστόσο, υπάρχουν νεοπλάσματα που πιστεύεται ότι οφείλεται σε κακή εμβρυολογική εξέλιξη και τα οποία περιέχουν στοιχεία από περισσότερα του ενός είδη ιστών. Τέτοια είναι τα *τερατώματα* ή *δερμοειδή*. Εξάλλου πολλά νεοπλάσματα αποτελούνται από δυο ή περισσότερα είδη ιστού, όπως τα ινοαδένωμα κ. λ. π.²¹

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Αδενωματώδεις πολύποδες

Οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι στομάχου. Μπορεί να είναι ένας ή πολλοί (πολυδίαση) και να έχουν μίσχο ή ευρεία βάση. Ιστολογικά πρόκειται για σωληνώδη αδενώματα και είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικοί, μπορεί όμως να πάρουν μεγάλες διαστάσεις.

Η διάγνωσή τους είναι κυρίως ενδοσκοπική, αιτιολογικά οι μικροί πολύποδες συχνά διαφεύγουν. Για την αντιμετώπισή τους την κατεύθυνση δίνει η δυνατότητα που παρουσιάζουν για καρκινωματώδη εξαλλαγή. Αν ο πολύποδας μπορεί να εξαιρεθεί ενδοσκοπικά με βρόγχο και θερμοκαυτηρίαση διαμέσου του ενδοσκοπίου αφαιρείται και ο άρρωστος παρακολουθείται μετεγχειρητικά και ανά τακτικά χρονικά διαστήματα γαστροσκοπικά. Αλλιώς αφαιρείται με εγχείρηση στην οποία αν μεν ο πολύποδας είναι μικρός αφαιρείται τοπικά, αν όμως είναι μεγάλος (διαμέτρου >2 cm), επειδή στις περιπτώσεις αυτές η υποψία καρκινωματώδους είναι μεγάλη, συνίσταται η εκτέλεση γαστρεκτομής.

Στις περιπτώσεις διάχυτης πολυποδίασης ενδέχεται να χρειασθεί υφολική γαστρεκτομή και σπανιότατα ολική αν συμμετέχει και ο θόλος.

Πρόκειται για ενδοτοιχωματικούς όγκους οι οποίοι συνηθέστερα ιστολογικά είναι λειομύωματα, ινώματα, λιπώματα, αγγειακοί και νευρογενείς όγκοι, έκτοπο πάγκρεας, καρκινοειδές και που έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά.

Είναι συμπαγείς όγκοι που εντοπίζονται κάτω από το βλεννογόνο (πράγμα που δυσκολεύει σημαντικά την ιστολογική τους διάγνωση προεγχειρητικά με γαστροσκόπηση- βιοψία), αρκετές φορές είναι ασυμπτωματικοί, άλλοτε εμφανίζουν έντονη συμπτωματολογία (αιμορραγία, πόνος). Ο συνηθέστερος τύπος είναι τα λειομύωματα.

Από πλευράς αντιμετώπισης, αν υπάρχει ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης ότι ο όγκος δεν ανήκει σε εκείνους που εμφανίζουν δυνατότητα κακοήθους εξαλλαγής (καρκινοειδή, αγγειακοί όγκοι και εφόσον είναι ασυμπτωματικοί, τότε μπορεί να ακολουθηθεί τακτικά συντηρητικής παρακολούθησης. Επειδή όμως όπως προαναφέρθηκε, η ιστολογική επιβεβαίωση της φύσης του όγκου είναι πολύ δύσκολη, υπάρχει ισχυρή ένδειξη, σε συμπτωματικούς ιδιαίτερα όγκους για τους οποίους πάλι αρκεί η τοπική αφαίρεση ή η περιορισμένη γαστρεκτομή.

Η εγχείρηση είναι επίσης απαραίτητη όταν δεν υπάρχει βέβαιη ιστολογική διάγνωση οπότε αφαιρείται ο όγκος και εκτελείται ταχεία βιοψία, που καθορίζει την έκταση της επέμβασης. Οι εγχειρήσεις – εκτομές πρέπει να είναι πάντα πιο εκτεταμένες για τους όγκους που μπορεί να είναι κακοήθεις (καρκινοειδές, αγγειακοί όγκοι)⁷

ΚΑΚΟΗΘΕΙΣ ΟΓΚΟΙ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Καρκινώματα του στομάχου

Αποτελεί ένα από τα συχνότερα κακοήθη νεοπλασμάτα. Παρά το γεγονός ότι η επίπτωσή του έχει μειωθεί τα τελευταία 50 χρόνια στις δυτικές χώρες, η πρόγνωση εξακολουθεί να μην είναι εξαιρετική. Στην Ιαπωνία όπου η εμφάνισή του είναι πολύ συχνή έχει αποδειχθεί ότι μόνο η πρόωμη διάγνωση και η χειρουργική παρέμβαση πριν τη διασπορά του καρκίνου πέρα από το γαστρικό τοίχωμα απολήγει στην βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών.²² Οι συνηθέστεροι τύποι σαρκωμάτων του στομάχου είναι: **α) το λέμφωμα** και **β) το σάρκωμα**. Απαντούν σε ποσοστό κάτω από 5% των κακοήθων όγκων του στομάχου.

Το **λέμφωμα** του στομάχου είναι συνήθως δευτεροπαθές από επέκταση συστηματικής νόσου. Η χειρουργική εδώ έχει θέση μόνο για τον έλεγχο τυχόν επιπλοκών. Σπανιότερα η εντόπιση στο στόμαχο είναι πρωτοπαθής με συχνότερη την εμφάνιση λεμφοσαρκώματος. Η προεγχειρητική διάγνωση και ιδιαίτερα η ιστολογική επιβεβαίωση είναι δύσκολη, αφού η ανάπτυξη του όγκου γίνεται κάτω από το βλεννογόνο και επομένως είναι αδύνατη η ενδοσκοπική λήψη ιστοτεμαχιδίων με τη λαβίδα βιοψίας.⁷

Σάρκωμα του στομάχου

Από τα μεσεγχυματογενή στοιχεία του τοιχώματος του στομάχου προέρχονται οι διάφορες μορφές σαρκωμάτων που αποτελούν το 3-5% των κακοήθων γαστρικών όγκων. Συχνότερη μορφή όλων είναι το λεμφοσάρκωμα (3%). Το λειομυοσάρκωμα είναι το συχνότερο μη λεμφικό σάρκωμα(1%). Τα λειομυοβλαστώματα, ινοσαρκώματα, αγγειοσαρκώματα, λιποσαρκώματα, και νευρινοσαρκώματα είναι εξαιρετικά σπάνια.

Τα σαρκώματα παρατηρούνται σε πολύ μεγαλύτερο εύρος ηλικία από ότι τα καρκινώματα. Εμφανίζονται συνήθως σαν ανώδυνες μεγάλες μάζες που συχνά παρουσιάζουν κεντρική εξέλκωση και αιμορραγούν. Η διάγνωση τίθεται συχνότερα με το βαριούχο γεύμα ή την αξονική τομογραφία. Η ενδοσκόπηση συνήθως δίνει στοιχεία εξωαυλικής μάζας, λόγω της υποβλεννογονίας ανάπτυξης των σαρκωμάτων. Χαρακτηριστικά σε λεμφοσάρκωμα, οι πτυχές του γαστρικού βλεννογόνου είναι έντονα παχυσμένες. Η χειρουργική εκτομή είναι εφικτή στις περισσότερες περιπτώσεις και θα πρέπει να είναι επιθετική λόγω του αυξημένου κινδύνου τοπικής υποτροπής. Η ακτινοθεραπεία δεν είναι ιδιαίτερα επιβοηθητική. Μετά από ριζική εκτομή η 5ετης επιβίωση είναι 60% στο δε σύνολο των περιπτώσεων 35%.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο καρκίνος του στομάχου είναι επιθηλίωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο από όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται σχεδόν πάντοτε πρωτοπαθώς.²³

Ο καρκίνος του στομάχου έχει θνησιμότητα στους άνδρες 15 και στις γυναίκες 8 η συχνότητα του καρκίνου αυτού μειώνεται από χρόνο σε χρόνο στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, καθώς και στην Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά ο καρκίνος του στομάχου παραμένει ένας από τους συχνότερους και περισσότερο θανατηφόρους καρκίνους στη χώρα μας. Κάθε χρόνο περίπου 1800 άτομα προσβάλλονται από τη νόσο αυτή, και από αυτά μόνο 13% (40%) επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, δυο φορές μεγαλύτερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες, και είναι μεγαλύτερη στις χαμηλότερες οικονομικό- κοινωνικές τάξεις και στις αγροτικές περιοχές.²⁴ Ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει κατά τα τελευταία χρόνια μια σταθερή μείωση στη συχνότητα. Εξακολουθεί όμως να παραμένει ο δεύτερος σε σειρά συχνότητας καρκίνος του γαστρεντερικού σωλήνα και είναι υπεύθυνος για το 10% των θανάτων από καρκίνο εν γένει. Αποτελεί το 95% των κακοηθών όγκων του στομάχου.

Η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση χειρουργική θεραπεία αποτελούν και σήμερα τα βασικά στοιχεία στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου.

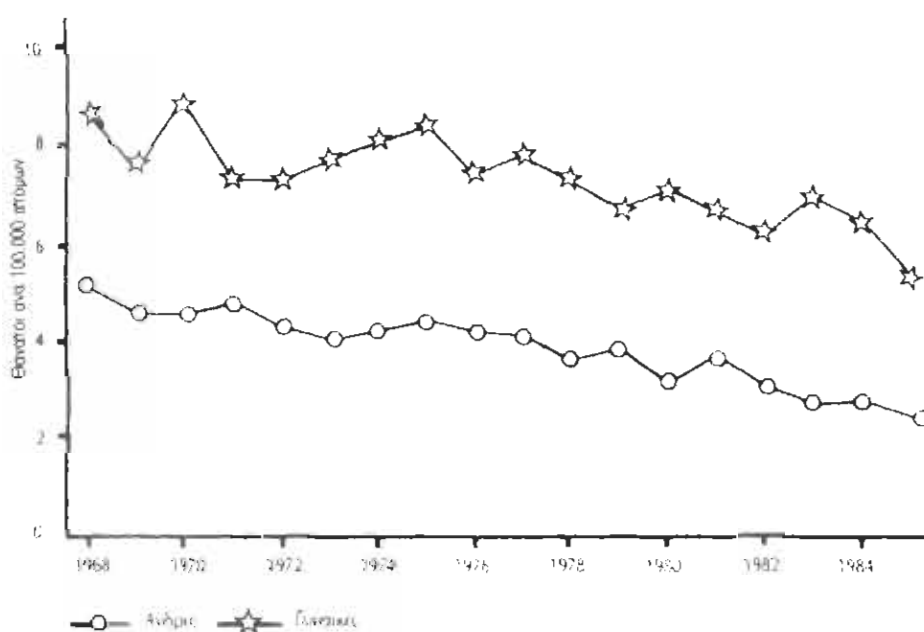
Στην μακρόχρονη ιστορία της νόσου ο αρχόμενος γαστρικός καρκίνος και η μείωση της συχνότητας εμφάνισης της νόσου στις Η. Π. Α. Είναι τα νέα στοιχεία.

Συνήθως εντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα (50%-60%) και σπανιότερα στο έλασσον τόπον.(20%)²³ Όπως για τη μελέτη κάθε Ca έτσι και για τον Ca του στομάχου μπορούν να τεθούν δυο ερωτήματα στα οποία δύσκολα μπορούμε να απαντήσουμε: Πρώτο, υπάρχουν συνθήκες ευνοϊκές για την ανάπτυξή του; Και δεύτερο, ορισμένες γαστρικές αλλοιώσεις μπορούν να θεωρηθούν σαν προκαρκινικές καταστάσεις;⁸

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου μαζί με τον πνευμονικό είναι οι δυο συχνότεροι καρκίνοι στον κόσμο. Εδώ και 4-5 δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σε πολλούς πληθυσμούς σταθερή πτωτική τάση της επιπτώσεώς του και η ίδια τάση εμφανίζεται στην Ελλάδα, όπου σήμερα αποτελεί το δεύτερο συχνότερο καρκίνο. Το 1985 καταγράφηκαν 1317 θάνατοι από αυτό το καρκίνο .

Ο Lauren πρότεινε τη διαφοροποίηση του καρκίνου του στομάχου σε διάχυτο και σε εντερικό που ξεχωρίζουν στα ιστολογικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά τους. Ο εντερικός είναι ο πιο κοινός τύπος εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και στις μεγάλες ηλικίες και σε αυτόν αποκλειστικά οφείλεται η πτωτική τάση της επιπτώσεως του στομαχικού καρκίνου. Ο διάχυτος εμφανίζεται εξίσου συχνά στα δυο φύλα- σχετικά συχνότερα σε νεώτερες ηλικίες και σε άτομα με ομάδα αίματος A- και πιθανώς σχετίζεται περισσότερο με ενδογενείς παράγοντες παρά με περιβαλλοντικές επιδράσεις²⁵ Ποικίλει με τρόπο μη ενδεικτικό στις διάφορες χώρες. Η Γαλλία και η Ελβετία, δυο χώρες μεγάλης κατανάλωσης οινοπνευματωδών, παρουσιάζουν την πιο μεγάλη θνησιμότητα από Ca του οισοφάγου, ενώ η Χιλή, ακολουθούμενες από τη Φινλανδία, εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα από Ca του στομάχου. Ίσως ο τρόπος διατροφής των κατοίκων στην κάθε χώρα να παίζει κάποιο ρόλο.⁸



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

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

Μελέτες σε μετανάστες υποδεικνύουν σαφώς τη σημασία περιβαλλοντικών επιδράσεων στη νεότερη ηλικία και είναι γενικά παραδεκτό ότι η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου σχετίζεται κυρίως με διαιτητικούς παράγοντες.²⁵ Η πιθανή σχέση του εδάφους της τροφής με την εμφάνιση της νόσου δεν μπορεί να αποκλειστεί. Δεν έχει όμως αποδειχθεί αν είναι ένοχη η τροφή (ψάρια, λάχανα, συντηρημένες τροφές, αμυλώδη) και η ενδεχόμενη περιεκτικότητά της σε καρκινογόνα (βενζιπυρένοι-νιτριζαμίνες) ή ο τρόπος μαγειρέματος (τηγανητά καπνιστά) και λήψη της (καυτά ροφήματα, μπαχαρικά)²³

Επιδημιολογικές έρευνες σε ευρύ φάσμα πληθυσμών υποδεικνύουν ότι η υψηλή κατανάλωση καπνιστών, αλατισμένων και τηγανισμένων τροφών καθώς και η συχνή κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων και αμυλωδών τροφών αυξάνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου. Η αυξημένη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών έχει στις περισσότερες έρευνες αναγνωρισθεί ως προστατευτικός παράγοντας και αυτό πιθανώς σχετίζεται με την πρόσληψη βιταμινών Α, C και Ε. Η πιο διερευνημένη θεωρία για την επίδραση της δίαιτας αναφέρεται στις νιτροδοενώσεις.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες δεν επηρεάζουν το στομαχικό βλεννογόνο αλλά όταν ερεθιστικές ουσίες, π. χ. Αλατισμένα φαγητά, επιδράσουν στο βλεννογόνο φραγμό οι νιτροδοενώσεις μπορεί να προκαλέσουν μια αλυσίδα αντιδράσεων που οδηγούν σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, εντερική μεταπλασία και αργότερα σε γαστρικό καρκίνο. Διάφοροι άλλοι παράγοντες έχουν διερευνηθεί όπως τα συντηρητικά και άλλες προσμίξεις στα τρόφιμα, το οινόπνευμα, ιχνοστοιχεία στο νερό και στο χώμα, η ιονίζουσα ακτινοβολία όμως η σημασία τους δεν έχει αποδειχθεί²⁵ Σε εδάφη που είναι πλούσια σε οργανικές ουσίες η συχνότητα του καρκίνου είναι μεγαλύτερη.⁶

Φαίνεται όμως ότι και ο κοινωνικοοικονομικός παράγοντας παίζει ρόλο, αφού έχει αποδειχθεί ότι η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Για τον ίδιο λόγο φαίνεται ότι η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις βιομηχανικές – αστικές περιοχές από την ύπαιθρο.²³ Νεότερες έρευνες στην Ιαπωνία και την Κίνα δείχνουν θετική σχέση με την κατανάλωση καπνού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια η έρευνα για το σπειροειδές *Helicobacter pylori* που κατοικεί στο στομαχικό βλεννογόνο και σχετίζεται με την εμφάνιση οξείας και χρόνιας γαστρίτιδας. Η σημασία του για την εμφάνιση γαστρικού καρκίνου παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη.²⁵

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ- ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Μέσα στις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης όλα τα συστήματα και τα όργανα του σώματός μας, και κυρίως το αναπνευστικό, το πεπτικό και το δέρμα έρχονται σε συνεχή και έμμεση επαφή και επικοινωνία χωρίς να μειώσουμε τη σημασία επίδρασής του και σε άλλα συστήματά μας με παράγοντες που δημιουργούν μεγαλύτερους ή πιο περιορισμένους καρκινογενετικούς μηχανισμούς.⁵ Σήμερα, μεγάλο ποσοστό των κακοήθων όγκων του ανθρώπου αποδίδεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Μεταξύ των παραγόντων αυτών κεντρική θέση κατέχουν οι διαιτητικοί παράγοντες και σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για 50% περίπου των κακοήθων νεοπλασμάτων των γυναικών και για περισσότερα από 30% των ανδρών.

Ο ακριβής προσδιορισμός του ρόλου που διαδραματίζουν οι διαιτητικοί παράγοντες στη διαδικασία της καρκινογένεσης είναι δύσκολος.⁴

Επίσης υπάρχουν αιτιολογικοί παράγοντες οι οποίοι σε αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη νόσο χωρίς βέβαια να υπάρχει αποδεδειγμένη αιτιολογική επίδραση σε κάθε έναν από αυτούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι:⁶

A) Κληρονομικότητα.

Τα μέλη οικογενειών που πάσχουν από καρκίνο στομάχου εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Δεν έχει όμως αποδειχθεί η ύπαρξη γενετικών παραγόντων²³ Διάφορες κλινικές παρατηρήσεις ενισχύουν την πεποίθηση για τη σημασία των κληρονομικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου.⁶ Υπάρχει υπεροχή <συμφωνίας> μεταξύ μονοωογενών παρά διωογενών διδύμων. Το νόσημα είναι οριακά συχνότερο σε άτομα ομάδας αίματος Α. (1304) σε σύγκριση με άτομα με ομάδα αίματος Ο. Είναι πιθανόν ότι αυτή η παρατήρηση σχετίζεται με διαφορές στη έκκριση από το βλεννογόνο των διαφόρων ΑΒΟ ομάδων αίματος, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ή μικρότερη προστασία του βλεννογόνου από τα καρκινογόνα. Γενετικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη (cancer family syndrome).

Τέλος, άτομα με ομάδα αίματος Α έχει αναφερθεί ότι έχουν μεγαλύτερη επίπτωση καρκίνου του στομάχου²⁶. Από τα δεδομένα αυτά προκύπτει ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεια της νόσου.⁷

B) Διατροφή

Με τη λέξη διατροφή εννοούμε κάθε τροφή που εισέρχεται στο πεπτικό σύστημα και επομένως δεν είναι μόνο οι μηχανισμοί της καρκινογένεσης ενός μόνο διατροφικού παράγοντος αλλά η επίδραση πλείστο στην ενεργοποίηση και την παραγωγή των κυττάρων. (ογκολογία σημειώσεις)

Ο ρόλος της διατροφής έχει αποδειχθεί, αλλά δεν έχει ακόμα εξακριβωθεί στον άνθρωπο. Έχουν γίνει αρκετές επιδημιολογικές μελέτες, απαιτούνται όμως περισσότερες και πιο εντατικές. Έχουν παρατηρηθεί: ένδεια πρωτεϊνών σε σχέση με τον Ca του ήπατος, κατάχρηση πρωτεϊνών και λίπους σε σχέση με τον Ca του στομάχου, μεγαλύτερη συχνότητα Ca του παχέως εντέρου στους παχύσαρκους και σε κατάχρηση υδατανθράκων. Είναι επίσης γνωστόν, κυρίως από μελέτες σε πειραματόζωα πως ορισμένες ουσίες που προστίθενται στα τρόφιμα (συντηρητικά, βελτιωτικά γεύσης, χρωστικές) ή που δημιουργούνται από ορισμένο τρόπο παρασκευής του φαγητού, παρουσιάζουν καρκινογενή δράση.

Για αυτό επιβάλλεται συνεχής έλεγχος και συνεχής αναθεώρηση του καταλόγου των ουσιών που επιτρέπεται να προστίθεται στα τρόφιμα.

Το κάπνισμα ορισμένων τροφίμων έχει παρόμοια επίδραση: καπνιστά κρέατα και ψάρια είναι πλούσια σε αρωματικούς πολυκυκλικούς υδρογονάνθρακες (συνήθως φαινανθρένιο και βενζοπυρένιο).⁸ Πιστεύεται πως οι περισσότεροι γαστρικοί καρκίνοι προκαλούνται από καρκινογόνες ουσίες σοβαρό ρόλο παίζει το διαιτολόγιο. Νιτρώδη άλατα που βρίσκονται σε καπνιστά κρέατα, ψάρια και άλλες τροφές, νιτρικά άλατα που χρησιμοποιούνται ως συντηρητικά τροφών, ενοχοποιήθηκαν μαζί με την αφλατοξίνη, ένα καρκινογενές παράγωγο μυκήτων, που υπάρχει σε μερικές τροφές όπως τα φιστίκια.⁷ Ίσως να εξηγείται έτσι η σχετική συχνότητα Ca του στομάχου στους ψαράδες της Λετονίας, της Φιλανδίας και της Ιαπωνίας, που τρέφονται κυρίως με καπνιστά ψάρια.⁸ Ο γαστρικό καρκίνος μπορεί να προκληθεί σε ορισμένα ζώα με τη χορήγηση από το στόμα N- μεθυλ- N νιτροζογουανινίδης.

Υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος του στομάχου μπορεί να σχετίζεται με το σχηματισμό N-νιτροζο- ενώσεων από τη μετατροπή των νιτρικών της τροφής σε νιτρώδη, που αντιδρούν στο στομάχο με δευτερογενείς και τριτογενείς αμίνες, δημιουργώντας νιτροσαμίνες. Αυτές δρουν στο επιθήλιο του στομάχου που έχει αναισθητοποιηθεί, λόγω της αλκαλικότητας των υγρών του στομάχου και της ύπαρξης μικροβίων. Είναι ενδιαφέρον ότι η αντίδραση αυτή αναστέλλεται από το ασκορβικό οξύ.⁷

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

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

Όσον αφορά το αλκοόλ έχει αναφερθεί ότι σε ορισμένες ειδικές συνήθειες πόσης οινοπνευματωδών ποτών (π. χ. Κατανάλωση λικέρ με άδειο στόμαχο) θα μπορούσαν να συνδυάζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου.

Τέλος έχουν ενοχοποιηθεί το σογιέλαιο, ο ψευδάργυρος καθώς επίσης και ο χαλκός.²⁶

Γ) Φύλο.

Υπάρχει σαφής υπεροχή μέχρι και 2/1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες

Δ) Περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Μολονότι η καρκινογόνα δράση ορισμένων ουσιών όπως το αρσενικό ή το βενζόλη , οι αρωματικές αμίνες κ.λ.π., είναι γνωστή από πολλά χρόνια, εν τούτοις η επίδραση των ουσιών αυτών δεν έχει αποδειχθεί και για τους Ca του Π. Σ. Πάντως οι χημικοί επαγγελματικοί Ca θέτουν σημαντικά προβλήματα στην ιατρική της εργασίας και στρέφουν την προσοχή μας στην πιθανή βλαπτικότητα του περιβάλλοντος και κατ' αναλογία στη δυνατότητα πρόληψης του Ca του Π. Σ..⁸ Στο εργασιακό περιβάλλον οι εργαζόμενοι εκτίθενται στους ατμούς καρκινογόνων χημικών ουσιών ακτινοβολιών και διάφορες αναπνεύσιμες σκόνες.⁵ Η ρύπανση του νερού είναι το ίδιο επικίνδυνη με τη ρύπανση του αέρα. Η παρουσία βιομηχανικών αποβλήτων στα γήινα νερά αποτελεί έναν κίνδυνο που δε μπορούμε ν' αγνοήσουμε, εφ' όσον ξέρουμε καλά από την πειραματική ιατρική, ότι τα περισσότερα απ' αυτά είναι καρκινογόνα.

Σ' ότι αφορά τη φυσική και τεχνητή ακτινοβολία, καθώς και την καρκινογόνα δράση των ιόν, τίποτα το θετικό δεν αποδείχθηκε ακόμα για τους Ca του Π. Σ. Το ίδιο ισχύει και για τις παρασιτώσεις.⁸

Ε) Πολύποδες.

Οι αδενωματώδεις πολύποδες και η διάχυτη πολυδίαση του στομάχου είναι δυναμικά κακοήθεις παθήσεις²³ Είναι δυνατόν να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή: οι μεγαλύτεροι ως προς το μέγεθος και οι περισσότεροι ως προς τον αριθμό. Οι αδενωματώδεις πολύποδες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα κακοήθους εξαλλαγής ενώ οι υπερπλαστικοί πολύ σπάνια.

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

Ένα από τα σπουδαιότερα ενδεικτικά κριτήρια για μια πιθανή κακοήθη εξαλλαγή των πολυπόδων γενικά του γαστρικού βλεννογόνου θεωρείται η παρουσία επιθηλιακής δυσπλασίας²⁶.

Βέβαια το μεγαλύτερο ποσοστό καρκίνου στον στόμαχο δεν ξεκινά σαν πολύποδας. Οι ασθενείς με πολύποδες στον στόμαχο έχουν προδιάθεση αναπτύξεως καρκίνου σε κάποιο άλλο γαστρικό σημείο, αλλά σε μικρότερο βαθμό. Αυτή η προδιάθεση πιθανώς σχετίζεται με την ατροφική γαστρίτιδα, που φυσιολογικά περιβάλλει τα διάφορα είδη πολυπόδων⁷

ΣΤ) Ατροφική Γαστρίτιδα.

Η χρόνια ατροφική γαστρίτιδα θεωρείται ως μια από τις κυριότερες πρόδρομες βλάβες του γαστρικού καρκίνου και ένας σοβαρότατος παράγοντας για την ανάπτυξη του. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο καρκίνος ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου είναι 3-4 φορές μεγαλύτερος σε άτομα με ατροφική γαστρίτιδα και ο κίνδυνος αυξάνει παράλληλα με τον βαθμό της ατροφίας.

Στην Φιλανδία μετά από παρακολούθηση 100 ασθενών με ατροφική γαστρίτιδα επί 15 έτη, διαπιστώθηκε ανάπτυξη καρκίνου στομάχου σε ποσοστό 9%.

Στην χρόνια ατροφική γαστρίτιδα, οι φυσιολογικοί γαστρικοί αδένες (βλεννοεκκριτικά, οξυντικά και γαστρινεκκριτικά κύτταρα), μειώνονται ή απουσιάζουν, υπάρχει φλεγμονή ποικίλης βαρύτητας και οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε εντερική μεταπλασία δηλαδή αντικατάσταση του φυσιολογικού γαστρικού βλεννογόνου με εντερικό ή και δυσπλασία²⁶. Η ύπαρξη γαστρίτιδας στα παρασκευάσματα καρκίνου του στομάχου είναι συχνή κατά πάσα πιθανότητα αυτή προϋπήρχε και δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου.²³

Θα πρέπει όμως να τονισθεί ότι η ατροφική γαστρίτιδα είναι συνήθης σε φυσιολογικό ηλικιωμένο πληθυσμό χωρίς καρκίνο, όπως και ότι μερικοί ασθενείς με καρκίνο του στομάχου δεν έχουν γαστρίτιδα στα μη προσβλημένα τμήματα του στομάχου.⁷

Z) Κακοήθης Αναιμία.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο καρκίνος του στομάχου, σε ασθενείς με κακοήθη αναιμία που συνοδεύεται από αχλωρυδρία και σοβαρή ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου είναι περίπου τριπλάσιος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Εκτός όμως από το αδενοκαρκίνωμα έχει παρατηρηθεί στην κακοήθη αναιμία και αυξημένη συχνότητα καρκινοειδών όγκων του στομάχου.²⁶

Η) Γαστρικό Έλκος.

Είναι ερώτημα αν η παλιά άποψη της καρκινωματοδους εξαλλαγής ενός κακοήθους γαστρικού έλκους ισχύει, και αν πραγματικά ισχύει είναι ερώτημα σε τι ποσοστό εμφανίζεται αυτή. Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ένα γαστρικό έλκος είναι είτε από την αρχή καλοήθης και θα παραμείνει τέτοιο ή είναι κακοήθης και ότι η πιθανότητα εξαλλαγής, αν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή.

Δυο παράγοντες θεωρούνται απαραίτητοι για να τεκμηριωθεί η εξαλλαγή: πρώτον η θετική ιστολογική απόδειξη της προϋπαρξής ενός καλοήθους γαστρικού έλκους και δεύτερον, η ιστολογική επιβεβαίωση της εμφάνισης κακοήθους εξαλλαγής στα χείλη του έλκους αυτού.

Επομένως η όλη προσπάθεια αφορά κυρίως σήμερα το διαγνωστικό τομέα, τη διαφορική δηλαδή διάγνωση από την αρχή της φύσης ενός ανακαλυφθέντος γαστρικού έλκους.

Υπάρχει επίσης η άποψη ότι η ανεύρεση κατά καιρούς και σε μικρότερο πάντα ποσοστό κυττάρων στην παρυφή ενός προϋπάρχοντος καλοήθους γαστρικού έλκους δεν πρέπει να ερμηνεύεται πάντα σαν εξαλλαγή του έλκους γιατί είναι πιθανόν να πρόκειται για συμπτωματική ανάπτυξη καρκίνου στην περιφέρεια ενός καλοήθους έλκους που προϋπήρχε.²³ Μελέτες στην Ευρώπη απέδειξαν ότι αυξημένος κίνδυνος γαστρικού καρκίνου 10- 20 χρόνια μετά από εγχείρηση για γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος, ιδιαίτερα αν έχει γίνει μερική γαστρεκτομή.⁷

Θ) Helicobacter pylori.

Μελέτες σε πληθυσμούς δείχνουν ότι η επιμόλυνση με E. P προηγείται της ανάπτυξης της ανά ανάπτυξης γαστρικού καρκινώματος και ίσως είναι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες στο γαστρικό καρκίνωμα , ενώ η σχέση τους φαίνεται να είναι δοσοεξαρτώμενη (παρατεταμένη έκθεση στο αίτιο σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση της νόσου). Το H.P προκαλεί χρόνια ενεργό γαστρίτιδα η οποία είναι δυνατό να εξελιχθεί σε χρόνια ατροφική γαστρίτιδα.²⁶

Ι) Προηγηθήσα Γαστρεκτομή

Είναι αρκετά 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.²³

ΙΑ) Αχλωρίδα.

Έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι ο γαστρικός καρκίνος αναπτύσσεται σε αχλωρυδρικούς ασθενείς ο στόμαχος αποικίζεται από βακτηρίδια μερικά από τα οποία μετατρέπουν νιτρικές ενώσεις σε νιτρώδεις, οι οποίες είναι πολύ ισχυροί καρκινογόνοι παράγοντες.²⁶

Λ) Επεμβάσεις στο στόμαχο.

Γενικά μετά από χειρουργικές επεμβάσεις για μείωση της γαστρικής έκκρισης αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Η αύξηση του κινδύνου γίνεται σημαντική 20 χρόνια μετά από επέμβαση (ιδίως μετά από γαστρεκτομή και γαστρεντεροαναστόμωση κατά Billroth II) και αυξάνεται σταθερά στη συνέχεια.

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

Στην Ελλάδα το ποσοστό καρκίνου του γαστρικού κολοβώματος κυμαίνεται από 0,7% μέχρι 8,9%. Σε έρευνα που έχει γίνει στην Ελλάδα κατά την 18ετία 1971 - 1988 στο νοσοκομείο <Η Παμμακάριστος> αντιμετωπίστηκαν 95 γαστρικά καρκινώματα. Σε 8 περιπτώσεις (8,4%) επρόκειτο για καρκίνο χειρουργημένου στομάχου, ο οποίος είχε αναπτυχθεί 30-50 χρόνια μετά από εγχείρηση.²⁶

Μ) Υπερτροφική γαστρίτιδα (Νόσος του Menetrier)

Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου σε ασθενείς με υπερτροφική γαστρίτιδα. Η νόσος βέβαια, είναι σπάνια και για το λόγο αυτό η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Υπολογίζεται εντούτοις ότι στους ασθενείς αυτούς ο καρκίνος του στομάχου αναπτύσσεται σε ποσοστό 10%.²⁶

Ν) Άλλοι παράγοντες.

Το κάπνισμα συσχετίζεται σταθερά με αυξημένο (διπλάσιο) κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Πιθανόν σχετίζεται με την έκθεση σε διάφορα αζωτούχα συστατικά του καπνού. Τέλος ένας νέος πιθανόν παράγοντας κινδύνου που εμφανίστηκε τα τελευταία χρόνια, είναι τα φάρμακα που προκαλούν σημαντική και παρατεταμένη καταστολή της γαστρικής έκκρισης και κυρίως του γαστρικού οξέως.²⁶

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του στομάχου σχεδόν πάντα είναι αδενοκαρκίνωμα. Η ύπαρξη κυττάρων που παράγουν βλέννα είναι συχνή, χωρίς το τελευταίο να είναι απαραίτητο και για τον όγκο. Ανάλογα με τον βαθμό διαφοροποίησης διακρίνονται σε καλά , μέτρια διαφοροποιημένα και αδιαφοροποίητα καρκινώματα, με ανάλογη πρόγνωση.⁷

Κατά τον Ogthan οι περιπτώσεις μπορούν να καταταγούν σύμφωνα με τα μακροσκοπικά γνωρίσματα κακοήθειας ως εξής:²⁷

Εκπλαστικός ή πολυποειδής ή θηλωματώδης όγκος (20%)

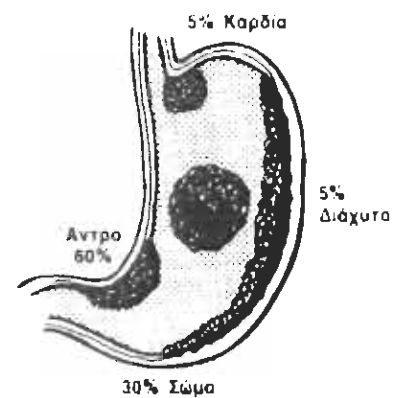
Ελκωτικός (25%)

Διηθητικός (20-30)

Επιπολής επεκτεινόμενο καρκίνωμα (10-15%)

Κακοήθης πλαστική λινίτιδα (10%)

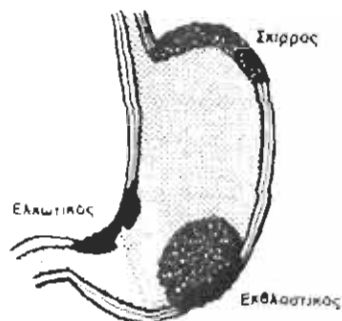
Πολνεστιακός (10%)²²



Πολύποδες καρκίνωμα: είναι η δεύτερη από πλευράς συχνότητα μορφή. Το πολυποειδές ή ανθοκραμβοειδές καρκίνωμα είναι μεγάλος σε μέγεθος όγκος, που βρίσκεται μέσα στην γαστρική κοιλότητα. Το νεόπλασμα μπορεί να αποκτήσει μεγάλο μέγεθος πριν την έναρξη έντονων συμπτωμάτων. Η επιφάνεια του όγκου έχει τάση προς έλκωση και μόλυνση, αιμορραγεί επίσης εύκολα.²⁷

Μπορεί να προέρχεται από εξαλλαγέντα πολύποδα.⁷ Τελικά το νεόπλασμα διηθεί το μυϊκό τοίχωμα και εισδύει μέσα σ' αυτό αλλά η πορεία του είναι σχετικώς βραδεία.²⁷

Κατά κανόνα η μορφή αυτή είναι χαμηλότερης βιολογικής κακοήθειας και έχει την καλύτερη πρόγνωση⁷ Αποτελεί το 25% των γαστρικών καρκινωμάτων και προσφέρεται προς χειρουργική εξαίρεση.²⁷

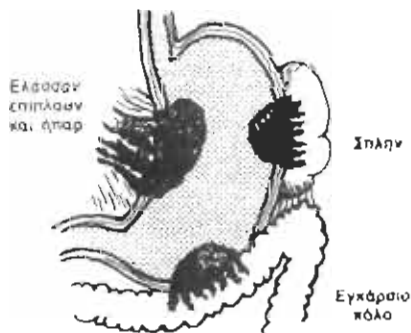


Ελκωτικό: είναι η πρώτη συχνότητα μορφή. Η ανάπτυξη γίνεται κυρίως απ' την κοιλότητα προς την εξωτερική επιφάνεια.

Επίσης παρατηρείται πρώιμη και εκσεσημασμένη έλκωση. Το έλκος τείνει να λάβει σχήμα κυπέλλου, είναι αβαθές με επαρμένα ολώδη χείλια, τα οποία όμως δεν προσπίπτουν μέσα στον κρατήρα. Ο βλεννογόνος που βρίσκεται γύρω από το έλκος γίνεται λείος.²⁷

Διαττραίνει το τοίχωμα αλλά σπάνια προκαλεί διάτρηση. Στην αρχή μοιάζει πολύ με το καλοήθες έλκος με αποτέλεσμα η διαφορική διάγνωση να είναι καμιά φορά πολύ δύσκολη και ως εκ τούτου να καθυστερεί η ανάλογη αντιμετώπιση.⁷

Διηθητικός: το διάχυτο επεκτατικό η διηθητικό σκροκαρκίνωμα είναι η ολιγότερη εμφανιζόμενη σε συχνότητα μορφή. Η ανάπτυξη του καρκίνου γίνεται ενδοτοιχωματικώς χωρίς σχηματισμό κάποιου εντοπισμένου έλκους.²⁷



Ο όγκος διηθεί το τοίχωμα του στομάχου σε μεγαλύτερη έκταση με έντονη ανάπτυξη ινώδους ιστού. Το τοίχωμα του στομάχου παχιάει σε μεγαλύτερη έκταση (πλαστική λινίτις των παλαιών γιατρών). Ο στόμαχος λαμβάνει το σχήμα δερμάτίνου σάκου (leather bottle)³⁰

Μπορεί να αρχίζει από τον πυλωρό, περιβάλλοντας τη μοίρα αυτή και προκαλώντας απόφραξη.²⁷ Το τοίχωμα του στομάχου γίνεται σκληρό και δύσκαμπτο ενδέχεται δε να αναπτυχθούν άμισχες ενδοαυλικές μάζες, ενώ δεν υπάρχει τάση για εξέλκωση. Είναι συνηθέστερα χαμηλής διαφοροποίησης και αν καταλαμβάνει μεγάλες περιοχές έχει τη χειρότερη πρόγνωση.⁷

Το κατά επιφάνεια επεκτατικό καρκίνωμα καταλαμβάνει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα και μόνο αργότερα εισδύει βαθύτερα και δημιουργεί μεταστάσεις. Εντοπίζεται κυρίως στο άνδρο και στον πυλωρό.²⁷

Επιπολής Επεκτατικό Καρκίνωμα:

Ο τύπος αυτός συχνά αναφέρεται και σαν πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα που εντοπίζεται μόνο στο βλεννογόνο, χωρίς να διηθεί τον υποβλεννογόνο, πράγμα που θεωρητικά σημαίνει ότι δεν υπάρχει λεμφαδενική διασπορά. Παρόλα αυτά, στο 25% των ασθενών διασπώνται λεμφαδενικές μεταστάσεις.

Κακοήθης Πλαστική Λινίτιδα:

Ο όγκος αναπτύσσεται υποβλεννογόνια, σεβόμενος το βλεννογόνο, οπότε το γαστρικό τοίχωμα καθίσταται άκαμπτο, σαν σωλήνας 10%.

Πολυεστιακός :

Συνήθως υπάρχει κάποια αντιστοιχία μεταξύ μακροσκοπικής εμφάνισης του βαθμού ιστολογικής διαφοροποίησης του όγκου.

Ο όγκος επεκτείνεται κατά μήκος του γαστρικού τοιχώματος δια των ενδοτοιχωματικών υποβλεννογόνιων λεμφαγγείων. Η μικροσκοπική έκταση της διήθησης είναι πάντοτε μεγαλύτερη της μακροσκοπικής, σπάνια όμως βρίσκονται καρκινικά κύτταρα σε απόσταση μεγαλύτερη από 6 cm από το ψηλαφητό χείλος του όγκου. Έτσι τα 6 cm είναι το όριο εκτομής στις ριζικές επεμβάσεις, αν και το όριο των 10 cm κρίνεται ασφαλέστερο.

Οι μεταστάσεις συνήθως είναι πρώιμες και γίνονται λεμφωγενώς προς τους αντίστοιχους επιχώριους λεμφαδένες, τελικά δε προς τα λεμφογάγγλια της κοιλιακής αρτηρίας και τα προαορτικά.

Μερικές φορές κακοήθη κύτταρα φέρονται δια των μεσοθωρακικών λεμφαγγείων και του θωρακικού πόρου προς κάποιο λεμφαδένα της αριστερής υποκλειδιάς χώρας (αδένας Virchow), οπότε το νεόπλασμα κρίνεται ριζικά ανεγχείρητο.

Άλλοτε πάλι, αφού διηθηθεί ο ορογόνος μπορεί να ακολουθήσει ενδοπεριτοναϊκή διασπορά των καρκινικών κυττάρων τα οποία συνήθως εμφυτεύονται στο επίπλουν το περιτόναιο, το δουλγασσειο και τις ωθήκες (όγκος Krukenberg). Τέλος αιματογενείς μεταστάσεις μπορεί να προέλθουν δια της πυλαίας ή της συστηματικής κυκλοφορίας προς το ήπαρ, τους πνεύμονες, τον εγκέφαλο ή τα οστά.²²

Σταδιοποίηση:

Η σταδιοποίηση που έχει επικρατήσει διεθνώς στο γαστρικό καρκίνο γίνεται με τις παραμέτρους του συστήματος T N M, δηλαδή λαμβάνονται υπόψη η επέκταση του όγκου (T), η παρουσία λεμφαδένων (N) και η παρουσία μεταστάσεων (M). Στην ταξινόμηση του όγκου κατά το σύστημα T N M συμβάλλουν η ενδοσκόπηση, η ακτινογραφία του θώρακα, η αξονική τομογραφία θώρακα και κοιλίας και η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία, όταν είναι διαθέσιμη. Η T N M ταξινόμηση του γαστρικού καρκίνου καθορίζει την πρόγνωση και το είδος της θεραπείας.³³

Η αξονική τομογραφία θα βοηθήσει στην κατάδειξη ηπατικών ή άλλων μεταστάσεων και θα καταδείξει το πεπαχυσμένο γαστρικό τοίχωμα και τους προσβεβλημένους (διογκωμένους) επιχώριους λεμφαδένες. Παρά τις αρχικά ενθουσιώδεις εργασίες σχετικά με την προσφορά της αξονικής τομογραφίας στην ακριβή προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου, μεταγενέστερες δημοσιεύσεις έδειξαν ότι η αξονική τομογραφία υποεκτιμά το πραγματικό στάδιο της νόσου σε σημαντικό ποσοστό ασθενών. Εν τούτοις, αυτό δεν σημαίνει ότι η αξονική τομογραφία δεν βοηθάει, αφού σχεδόν πάντα καταδεικνύει την πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου, την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων, ιδιαίτερα στο ήπαρ, και σε σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό τη λεμφαδενική προσβολή.

Με την αξονική τομογραφία κοιλίας, έχει προταθεί σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου ως εξής:

Στάδιο I: Ενδαυλική μάζα χωρίς πάχυνση του τοιχώματος.

Στάδιο II: Πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου χωρίς τοπική επέκταση ή μετάσταση

Στάδιο III: Πάχυνση του τοιχώματος με άμεση επέκταση στα γειτονικά όργανα.

Στάδιο IV: Πάχυνση του τοιχώματος με παρουσία μεταστάσεων.

Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία, αν και εφαρμόζεται σε μικρό- όμως διαρκώς αυξανόμενο- αριθμό κέντρων, διεθνώς, θα αποτελεί πολύ σημαντική μέθοδο προεγχειρητικής σταδιοποίησης, όταν γίνει διαθέσιμη σε πολλά νοσοκομεία.

Έτσι το βάθος της διηθήσεως του καρκίνου στα διάφορα επίπεδα τοιχώματα του στομάχου μπορεί να ανιχνευθεί με την ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία. Είναι δυνατή ακόμη και η ανίχνευση του πρώιμου καρκίνου του στομάχου.

Σε τοπικά εκτεταμένη νόσο, η ανώμαλη υπόψη βλάβη ξεπερνά το τοίχωμα του στομάχου και επεκτείνεται στους περιβάλλοντες ιστούς και όργανα. Επίσης, οι διογκωμένοι λεμφαδένες απεικονίζονται εύκολα, είτε είναι εγγύς του στομάχου είτε απομακρυσμένοι.²⁵

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

Στάδιο I: Περιορίζεται στο βλεννογόνο ή στον υποβλεννογόνο .

Στάδιο II: Φτάνει ως τον ορογόνο χωρίς όμως να διηθεί παρακείμενους ιστούς

Στάδιο III: Προσβολή των επιχώριων λεμφαδένων.

Στάδιο IV: Απομακρυσμένες μεταστάσεις ή διήθηση παρακείμενων οργάνων

Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου(T)

T x - Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί πρωτοπαθής όγκος

T o - Δεν υφίσταται πρωτοπαθής όγκος

T is - Καρκίνωμα in situ

T 1 - Όγκος που διηθεί τη βασική στοιβάδα ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα

T 2 - Όγκος που διηθεί το μυϊκό ή τον υπορογόνο χιτώνα

T 3 - Όγκος που διαπερνά τον ορογόνο χωρίς διήθηση των πέριξ

T4 - Όγκος που διηθεί παρακείμενα όργανα.

Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες (N)

N x – Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθούν

N 0 – Δεν υφίσταται προσβολή λεμφαδένων

N 1 – Μετάσταση σε περιγαστρικούς λεμφαδένες σε απόσταση μικρότερη των 3cm από πρωτοπαθή όγκο.

N 2 – Σε απόσταση μεγαλύτερη των 3 cm ή σε λεμφαδένες κατά μήκος των αρτηριών της αριστερής γαστρικής, κοινής ηπατικής, σπληνικής ή κοιλιακής αορτής.²⁵

ΠΡΩΙΜΟΣ ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Πρώιμος γαστρικός καρκίνος χαρακτηρίζεται: ο καρκίνος που περιορίζεται στο βλεννογόνιο ή υποβλεννογόνιο χιτώνα χωρίς διήθηση του μυϊκού χιτώνα, ανεξάρτητα από την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων. Ο όρος πρώιμος γαστρικός καρκίνος δόθηκε από την Ιαπωνική Εταιρία Ενδοσκόπησης Πεπτικού το 1962.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές μελέτες στην Ευρώπη και Βόρειο Αμερική, στα τέλη της δεκαετίας του 70, έδειξαν ότι ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος αντιπροσωπεύει το 4-7% του συνόλου των γαστρικών καρκίνων. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος αντιπροσωπεύει το 5-16% των ασθενών που υπέστησαν γαστρεκτομή για γαστρικό καρκίνο. Η ηλικία και η κατανομή των ασθενών κατά φύλο είναι περίπου η ίδια όπως στους ασθενείς με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο. Η ηλικία μεταξύ 40 και 70 ετών και η αναλογία ανδρών προς γυναίκες είναι 2:1 περίπου

Κλινικές εκδηλώσεις

Όχι σπάνια ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά για αρκετούς μήνες. Η συχνότητα των συμπτωμάτων φαίνεται ότι διαφέρει ανάλογα με το μακροσκοπικό τύπο του πρώιμου γαστρικού καρκίνου. Έτσι, ενώ στους άλλους τύπους η νόσος διαδράμει με άτυπα επιγαστρικά ενοχλήματα, όπως αίσθημα βάρους ή μεταγευματικό φόρτο, στον «ελκωτικό τύπο» τα συμπτώματα μοιάζουν με εκείνα του πεπτικού έλκους και αποδίδουν μάλλον στη συνυπάρχουσα εξέλκωση παρά στο νεόπλασμα.

Διάγνωση

Ταυτόχρονα με την αναγνώριση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου οι Ιάπωνες ερευνητές προχώρησαν σε μακροσκοπική ταξινόμηση, που έχει κύριο σκοπό να βοηθήσει τους ενδοσκόπους και τους ακτινολόγους στη διάγνωση της νόσου. Σύμφωνα με την κατάταξη αυτή ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος διαιρείται σε τρεις βασικούς τύπους. Ο τύπος I (15%) έχει πολυποδοειδή όψη. Ο τύπος II ή επιφανειακός διακρίνεται σε τρεις υποομάδες. Στον επιφανειακό-επιρμένο τύπο (IIa) παρατηρείται μικρή έπαρση ύψους μερικών χιλιοστών, που προέχει από τον πέριξ βλεννογόνο.

Στον επιφανειακό τύπο (II β) υπάρχει διαφορά μόνο στο χρώμα του βλεννογόνου του στομάχου χωρίς προσβολή ή εμβάθυνση. Στον επιφανειακό με εισολκή τύπο (IIγ) η επιφάνεια του βλεννογόνου παρουσιάζει μικρή εισολκή, μικρού βάθους μερικών χιλιοστών, με ρυπαρή συνήθως κεντρική περιοχή. Οι πτυχές της πέριξ περιοχής είναι ασύντακτα διαταγμένες και τα χείλη της βλάβης μπορεί να αιμορραγούν. Ο τύπος III ή ελκωτικός παρουσιάζει βαθιά ελκωτική κρύπτη. Στην πράξη, τις πιο πολλές φορές πρόκειται για συνδυασμό δυο μακροσκοπικών τύπων, π. χ. β και γ.³³

Η ακτινολογική διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου είναι δυνατή με τη μέθοδο της διπλής σκιαγραφικής αντίθεσης, αλλά απαιτεί άριστη τεχνική και υψηλή διαγνωστική ικανότητα από τον ακτινολόγο. Οι περισσότερες βλάβες κυμαίνονται από 1 μέχρι 4 εκατοστά και εμφανίζουν κοκκιώδη επιφάνεια και πολυλοβωτή παρυφή. Εάν η βλάβη είναι υποβλεννογόνια, η μορφολογία της επιφάνειας του όγκου συγκρίνεται με τον παρακείμενο βλεννογόνο.

Σε διηθητικούς όγκους η γαστρική επιφάνεια αποδιοργανώνεται αρχιτεκτονικά και εμφανίζει διαβρώσεις και εξελκώσεις. Η ακτινολογική διάγνωση του πρώιμου ελκωτικού καρκίνου βασίζεται στην ανάλυση της μορφολογίας του έλκους και του παρακείμενου βλεννογόνου.

Γενικά, τα έλκη είναι ακανόνιστα με ασαφή όρια και ανώμαλα χείλη. Αναγνωρίζονται εύκολα, όταν συνυπάρχουν ανώμαλες συγκλίνουσες πτυχές του γαστρικού βλεννογόνου που διακόπτονται απότομα πριν από την ελκωτική βλάβη. Είναι δυνατόν να γίνει διάγνωση πρώιμου καρκίνου τυχαία, όταν ασυμπτωματικός ασθενής εξετάζεται για κάποια άλλη αιτία.³³

Η εξέταση που συνέβαλλε αποφασιστικά στη διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου είναι η γαστροσκόπηση. Οι τύποι I, II και III αναγνωρίζονται εύκολα στον ενδοσκοπικό έλεγχο. Οι τρεις αυτοί τύποι αποτελούν περίπου το 70-75% του συνόλου

των περιπτώσεων του πρώιμου γαστρικού καρκίνου. Ο ελκωτικός τύπος (III) συχνά μοιάζει με καλοήθες έλκος. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην εξέταση του χείλους του έλκους και λήψη πολλαπλών βιοψιών από την περιοχή αυτή. Σε όλες τις ύποπτες περιπτώσεις, ακόμα και αν το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης είναι αρνητικό για κακοήθεια, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά και η βιοψία να επαναλαμβάνεται.

Ιστολογία

Η ιστολογική εικόνα του πρώιμου γαστρικού καρκίνου είναι ίδια με την εικόνα του προχωρημένου καρκινώματος. Διακρίνονται δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονται καλά ή μέτρια διαφοροποιημένα σωληνώδη ή θηλώδη καρκινώματα. Μερικά εξορμούν από προϋπάρχουσα αδενώματα, αλλά από επίπεδο βλεννογόνο και μερικά έχουν εικόνα βλεννώδους αδενοκαρκινώματος. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει καρκινώματα χαμηλής διαφοροποίησης και αδιαφοροποίητα καρκινώματα. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται και τα καρκινώματα που αποτελούνται από κύτταρα του τύπου «σφραγιστήρος δακτυλίου»

Θεραπεία- Πρόγνωση

Η θεραπεία στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο είναι χειρουργική. Τα αποτελέσματα, σε αντίθεση με τον προχωρημένο γαστρικό καρκίνο, είναι εξαιρετικά. Η πενταετής επιβίωση ανέρχεται στο 97% και η εικοσαετής στο 95%. Η παρουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων μειώνει το ποσοστό επιβίωσης σε 77% ενώ δε φαίνεται να υπάρχει διαφορά στην επιβίωση ανάμεσα στους διάφορους μακροσκοπικούς τύπους.³³



Συμπεράσματα

A) Η ανίχνευση του Π Γ Κ επιτυγχάνεται σε συμπτωματικούς ασθενείς, σε μικρό σχετικά ποσοστό.

B) Ο Π Γ Κ δεν σχετίζεται απόλυτα με ειδική συμπτωματολογία, με χρονική διάρκεια από της έναρξης των συμπτωμάτων, με το μέγεθος ή τη θέση της ενδοσκοπικής βλάβης ή και το βαθμό διαφοροποιήσεως του καρκίνου.

Γ) Οι τύποι του Π Γ Κ που ανευρίσκονται συχνότερα είναι οι IIc και III(αβαθές ή εμβαθυσμένο έλκος σε ασαφή όρια περίεσκληρία και αλλοίωση της πτυχώσεως).²

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

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

Η συχνότητα εμφανίσεως των συμπτωμάτων στην έναρξη τους φαίνεται ότι 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 συμπτωματικοί.

Είναι ενδιαφέρον ότι τα συμπτώματα δεν διαφέρουν σε νεαρούς καρκινοπαθείς, ηλικίας μικρότερης των 30 ετών, και σε καρκινοπαθείς μεγαλύτερης ηλικίας.²⁵

Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα είναι ασαφή. Περίπου στο 80% των περιπτώσεων το κύριο σύμπτωμα αφορά το πεπτικό σύστημα, ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις προέχουν τα γενικά συμπτώματα, όπως αναιμία απώλεια βάρους, πυρετός και σπάνια συμπτώματα από μεταστάσεις στα οστά, στους πνεύμονες ή στο περιτόναιο. Σε πολλές περιπτώσεις το αρχικό σύμπτωμα είναι επιγαστρικός πόνος, που συχνά υποδύεται τον πόνο του πεπτικού έλκους. Ο πόνος είναι άτυπος χωρίς ωράριο, κυρίως στο επιγάστριο και ακτινοβολεί συχνά στη ράχη.^{30,33}

Η ανορεξία ιδιαίτερα η απέχθεια για λήψη κρέατος, είναι συχνό εύρημα. Ο εμετός αποτελεί την κύρια κλινική εκδήλωση, όταν ο όγκος εντοπίζεται στο άντρο και προκαλεί απόφραξη. Αιματέμεση, μέλαινα ή καφεοειδής εμετός συμβαίνει αν ο όγκος αιμορραγίσει.

Αν ο όγκος εντοπίζεται ψηλά στην καρδιοοισοφαγική γωνία, προεξάρχει η δυσφαγία.³³ Αναιμία ιδιαίτερα υπόχρωμη είναι σταθερή. Η εξέταση των κοπράνων για αιμοσφαιρίνη αποβαίνει σχεδόν πάντοτε θετική.³⁰

Η αντικειμενική εξέταση είναι συνήθως πτωχή, ιδιαίτερα αν ο καρκίνος δεν έχει δώσει κλινικά έκδηλες μεταστάσεις. Σε ποσοστό 25% περίπου των περιπτώσεων με προχωρημένο καρκίνο ψηλαφάτε επιγαστρική μάζα. Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση εμφανίζεται σε ποσοστό 20% των περιπτώσεων, ενώ εμφανής καχεξία αναφέρεται επίσης στο ίδιο ποσοστό. Επί παρουσίας μεταστάσεων το ήπαρ ψηλαφάτε διογκωμένο, σκληρό και οζώδες.³³

Σε περιπτώσεις μεταστάσεων γαστρικών όγκων στις ωοθήκες (όγκος Krukenberg) είναι δυνατόν να διαπιστωθεί διόγκωση των ωοθηκών κατά την εξέταση της πυέλου.

Οι δερματικές εκδηλώσεις είναι σπάνιες. Σχετικά συχνότερα ανευρίσκονται δερματικά οζίδια, που οφείλονται σε δερματικές μεταστάσεις και σπανιότερα μελανίζουσα ακάνθωση, ιδιαίτερα στις μασχαλιαίες χώρες, καθώς και αιφνίδια εμφάνιση ακροχορδονώδους κερατίνωσης και κνησμού. Η δερματομυοσίτιδα είναι σπάνια παρανεοπλασματική εκδήλωση του γαστρικού κranίου. Σπάνιες επίσης επιλοκές της νόσου είναι το γαστροκολικό συρίγγιο, το νεφρωσικό σύνδρομο και η θρομβοφλεβίτιδα.³¹

Εργαστηριακά ευρήματα



Η εργαστηριακή εξέταση πραγματοποιείται με χρησιμοποίηση από ειδικό γιατρό, όπως μικροβιολόγο, κυτταρολόγο κλπ ειδικών οργάνων π.χ μικροσκοπίου, φυγόκεντρο κλπ για εξέταση δείγματος ιστού όπως αίματος, επιθηλίου, δέρματος, μυός κλπ . Με αυτήν ακόμη πραγματοποιείται η ανεύρεση του φυσικού μεγέθους, σχήματος, λειτουργίας ενός ή περισσότερων οργάνων καθώς και η ακτινογραφία οργάνων, η μέτρηση του βασικού μεταβολισμού κλπ. Υπάρχουν σήμερα

αναρίθμητα είδη εργαστηριακών εξετάσεων.³

Βασική προϋπόθεση πριν από την οποιαδήποτε εργαστηριακή διερεύνηση του ασθενούς, αποτελεί ο έλεγχος των κοπράνων για παρουσία αιμοσφαιρίνης.⁷

Η εξέταση κοπράνων κατά Mayer είναι θετική, εμφανίζεται συνήθως αναιμία και αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών αιμοσφαιρίων. Η ανεύρεση νεοπλασματικών κυττάρων με τη μέθοδο Παπανικολάου (λήψη υγρού με πλύση του στομάχου), επιβεβαιώνει την ύπαρξη του καρκίνου στα 90% των περιπτώσεων.²³

Αναιμία από ανεπάρκεια σιδήρου, λόγω λανθάνουσας αιμορραγίας ανευρίσκεται στα 2/3 των ασθενών. Μερικές φορές ο καρκίνος συνοδεύεται από κακοήγη αναιμία. Σε σπάνιες περιπτώσεις η κατάληψη του μυελού των οστών προκαλεί παγκυτταροπενία.⁷

Βιοχημικές εξετάσεις γίνονται για τον προσδιορισμό παθολογικών ενζύμων του ήπατος και των οστών, φερριτίνης ορού, T K E (που συνήθως είναι πάνω από 20 mm/h) και έλεγχος για υψηλές τιμές α-εμβρυϊκής σφαιρίνης (α-FP).²⁶ Μια αύξηση στο καρκινοεμβρυικό αντιγόνο μετά από τη θεραπεία σημαίνει υποτροπή, του καρκίνου, η δοκιμασία είναι όμως περιορισμένης αξίας ως αρχικός προσδιορισμός.²⁷

Ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι ανευρίσκονται αυξημένα ποσοστά C E A στο γαστρικό υγρό των αρρώστων με προχωρημένο γαστρικό καρκίνο (65%)

Η κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού είναι ο δυνατόν να θέσει τη σωστή διάγνωση σε 90% των περιπτώσεων καρκινώματος του στόμαχου. Ψευδώς θετικά αποτελέσματα είναι σπάνια. Με αυτόν τον τρόπο το αδενοκαρκίνωμα μπορεί να διαφοροδιαγνωσθεί από το λέμφωμα και το καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων. Η προηγούμενη έκπλυση του στομάχου με διάλυμα Ringer's και ακολούθως η ενστάλαξη ρυθμιστικού διαλύματος οξικού νατρίου (PH 5,6) περιέχοντος 7g χυμοθρυψίνης καλύτερες συνθήκες για την λήψη και φυγοκέντρηση του δείγματος 10 λεπτά αργότερα, χωρίς τον κίνδυνο λύσεως και καταστροφής των νεοπλασματικών κυττάρων.⁷

Στο γαστρικό υγρό φυσιολογικά δεν υπάρχουν μικρόβια, διότι δεν αντέχουν την οξύτητα του H C L. Με πλήρη στόμαχο βρίσκονται λίγα μικρόβια, τα οποία εισέρχονται με την τροφή. Η κινητικότητα του στομάχου είναι ο δεύτερος βασικός παράγοντας αναστολής της ανάπτυξης μικροβιακής χλωρίδας.

Ο καρκίνος του στομάχου επηρεάζει αρνητικά αυτούς τους παράγοντες, με αποτέλεσμα την αύξηση της μικροβιακής χλωρίδας.

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη γαστρική οξύτητα, στο δε 20% παρατηρείται αχλωριδρία.²⁶ Οι μετρήσεις γαστρικής εκκρίσεως θεωρούνται λιγότερο χρήσιμες από ότι στο παρελθόν. Η αχλωριδρία μετά από διέγερση με πενταγοαστρίνη συνήθως αποκλείει την ύπαρξη καλοήθους έλκους η εξέταση όμως είναι περιορισμένης αξίας, επειδή πολλοί ασθενείς με κακοήθες έλκος εκκρίνουν μικρή έστω ποσότητα οξέος.²⁷

Έλεγχος νεοπλασματικού δείκτη C A 19-9: Φαίνεται πως είναι περιορισμένης διαγνωστικής αξίας βρίσκεται σε παθολογικά επίπεδα σε μικρό ποσοστό αρρώστων, όμως ο ρόλος του δείκτη αυτού είναι σημαντικός σε αρρώστους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για την έγκαιρη ανίχνευση των υποτροπών της νόσου.²⁶

Η ανεύρεση μιας εμβρυϊκής σουλφογλυκοπρωτεΐνης (F S A)στο υγρό των ασθενών με γαστρικό καρκίνωμα έχει ανοίξει καινούργιους δρόμους στην έρευνα. Η F S A είναι στοιχείο της βλέννης που ανιχνεύεται στο επιθήλιο του στομάχου του εμβρύου και στο μορφολογικά υγιές επιθήλιο που βρίσκεται κοντά στα γαστρικά καρκινώματα. Το 1969 βρέθηκε ότι η F S A υπάρχει σε ποσοστό 96% στους αρρώστους με καρκίνωμα του στομάχου και σε 0% στους υγιείς. Η πείρα πάνω στην καινούρια αυτή προοπτική είναι μάλλον περιορισμένη και οπωσδήποτε σαν μέθοδος μαζικού ελέγχου προς το παρόν αδύνατη, λόγω του υψηλού κόστους.⁷

Έλεγχος επιπέδων πεψινογόνων:

Φαίνεται ότι τα επίπεδα των πεψινογόνων είναι χαμηλά μόνο στο 1/3 των αρρώστων με γαστρικό καρκίνο με ποσοστό 6% του φυσιολογικού πληθυσμού. Η ανίχνευση των πεψινογόνων προσφέρει μικρή διαγνωστική βοήθεια. Ενδεχομένως, να έχει σημασία για τον προσδιορισμό ατόμων με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, αφού άτομα με εκτεταμένη ατροφική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία έχουν χαμηλά επίπεδα πεψινογόνων σε σημαντική αναλογία.²⁶

Η ανύψωση της S- ναρξικλεοτιδάσης εγείρει υποψία ηπατικών μεταστάσεων που διασπώνται με το σπινθηρογράφημα ήπατος. Τα λευκώματα του ορού μπορεί να είναι χαμηλά εξ' αιτίας της πρωτεϊνικής απώλειας από το προσβλημένο γαστρικό βλεννογόνο.²⁷

Η ακτινογραφία με βαριούχο γεύμα παραμένει βασική διαγνωστική μέθοδος. Η εκβλαστητική μορφή διαγνώσκεται ευκολότερα, εκτός εάν η πολυποδοειδής εκβλάστηση είναι μικρότερη των 2 cm, οπότε απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση. Ο ελκωτικός τύπος δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα ως προς το καλοήθες έλκος.

Συνήθως υπάρχουν ορισμένα ακτινομορφολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθους έλκους.

Α) ο κρατήρας του έλκους επικάθεται του όγκου και βρίσκεται επί τα εντός της παρυφής του στομάχου.

Β) οι πτυχές του βλεννογόνου δεν συρρέουν ακτινοειδώς, όπως στο έλκος

Γ) η κρύπτη είναι συνήθως > 1cm

Δ) τέλος στην ακτινοσκόπηση το περισταλτικό κύμα πέραν του κρατήρος λόγω διηθήσεως και ακαμψίας του τοιχώματος.¹⁷

ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ



Αν χρησιμοποιηθούν όλες οι τεχνικές, σπάνια ο καρκίνος του στομάχου διαφεύγει την διάγνωσή του.

Οι διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται για την εντόπιση του καρκίνου είναι :⁶

Α. ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση είναι σπουδαία διαγνωστική διαδικασία που γίνεται με τη χρησιμοποίηση των αισθήσεων, της οράσεως, της ακοής της αφής και όχι σπάνια και της όσφρησης. Οι φυσικές ικανότητες των αισθήσεων πολλές φορές μεγεθύνονται με τη χρησιμοποίηση ειδικών οργάνων ή μηχανημάτων. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται κατά την φυσική εξέταση του πεπτικού συστήματος είναι:

Α. Επισκόπηση

Β. Ακρόαση

Γ. Ψηλάφηση

Δ. Επίκρουση

A. Επισκόπηση: Είναι η αναζήτηση φυσικών σημείων με τη παρατήρηση του αρρώστου. Από τις διάφορες μεθόδους εξέτασης είναι η λιγότερο μηχανική, η δυσκολότερη στην εκμάθηση αλλά και εκείνη που αποδίδει τα περισσότερα φυσικά σημεία

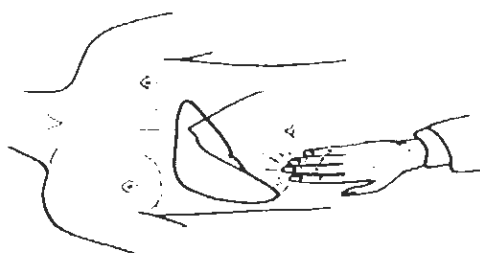
B. Ακρόαση: Είναι η εξέταση των παραγόμενων ήχων μέσα στον οργανισμό δια μέσον του στηθοσκοπίου. Στην κοιλιά είναι προτιμότερο να γίνεται πρώτα η ακρόαση και μετά η ψηλάφηση και η επίκρουση επειδή οι τελευταίες μπορεί να επηρεάσουν τους εντερικούς ήχους.

Γ. Ψηλάφηση: Είναι μέθοδος εξέτασης που ορίζεται σαν η « δημιουργία αισθήματος με τη χρήση της αφής».

Όταν ο γιατρός ακουμπά τα χέρια του πάνω στον άρρωστο σχηματίζει μια υποκειμενική αντίληψη των φυσικών σημείων με τις αισθήσεις του, την αφή, την θερμοκρασία και τη δική του αίσθηση, της θέσεως και της δονήσεως.

Η ψηλάφηση χωρίζεται στην :

- 1 Επιπολής ψηλάφηση
- 2 Εν τη βάθη ψηλάφηση³¹



Επίκρουση της κοιλίας:

Στην φυσική εξέταση της κοιλίας η επίκρουση έρχεται δεύτερη σε σειρά σπουδαιότητας μετά την ψηλάφηση.

Η επίκρουση της κοιλίας διακρίνεται:

- I) στην επίκρουση του συνόλου της κοιλίας και
- II) στην επίκρουση ορισμένων κοιλιακών σπλάγχων, δηλαδή του ήπατος, του σπλήνα και της ουροδόχου κύστης.

B. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

A. ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ

Η ακτινογραφία στομάχου είναι η σημαντικότερη σε χρήση μέθοδος για την ανακάλυψη του καρκίνου του στομάχου.

Σε περισσότερες από 90% των συμπτωματικών ασθενών η ακτινογραφία ανιχνεύει μια γαστρική ανωμαλία. Εν τούτοις και έμπειροι ακόμη ακτινολόγοι αποτυγχάνουν να διαφοροδιαγνώσουν τη καλοήγη από την κακοήγη²⁷

Στην Βόρειο Αμερική η ακτινολογική εξέταση του στομάχου αποτελεί την αρχική μέθοδο που χρησιμοποιείται για την εντόπιση του γαστρικού καρκινώματος.

Σε ποσοστό μεγαλύτερο από 90% των συμπτωματικών ασθενών η ακτινογραφία εντοπίζει γαστρική βλάβη.⁶

Η διαγνωστική ακρίβεια της ακτινογραφίας είναι μεγάλης σημασίας όταν χρησιμοποιείται σωστά. Οι σαφείς εξετάσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται²⁷

ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

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

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

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

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

Σε αυτές τις περιπτώσεις οι βλεννογόνιες πτυχές παχύνονται και θυμίζουν λέμφωμα. Υπάρχει επίσης τάση για εξέλκωση και σχηματίζονται μικρά ελλείμματα πληρώσεως. Σε πρωιμότερα στάδια πριν γίνουν οι αλλοιώσεις η διάγνωση είναι δύσκολη. Τα οζώδη καρκινώματα προκαλούν ανάπτυξη όζων που μερικές φορές είναι

δυσδιάκριτοι και προοδευτικά εξελκώνονται. Ο εξωφυτικός τύπος του γαστρικού καρκινώματος δημιουργεί ακανόνιστη ενδαυλική μάζα που μπορεί αν και δύσκολα διαφοροδιαγνώσκεται από προχωρημένες κακοήθειες, όπως το λειομυοσάρκωμα και το λέμφωμα, που μπορεί να δώσουν την ίδια εικόνα, αλλά λιγότερο συχνά.

Τα ελκωτικά καρκινώματα εμφανίζονται ως έλκη με ανώμαλα και επαρμένα χείλη, με διήθηση των γύρω ιστών. Τα ελκωτικά καρκινώματα δεν είναι ο μοναδικός τύπος γαστρικού καρκινώματος, όπου υπάρχει εξέλκωση και άλλα γαστρικά καρκινώματα, ακόμη και ο πρώιμος καρκίνος τύπων και το κακοήθες πεπτικό έλκος, ο εξωφυτικός και ο διαβρωτικός καρκίνος μπορεί να εξελκωθούν και να προέχουν οι

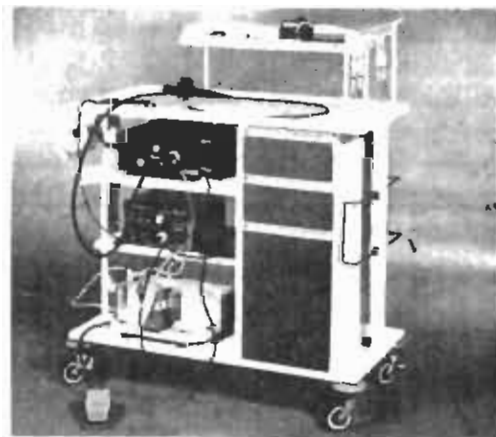


ένα χαρακτηριστικά από τους μορφολογικούς τύπους. Το βάριο μπορεί να εισδύσει σε ακανόνιστες νεκρωτικές κοιλότητες μέσα στον όγκο ή σε φλεγμονώδη μάζα. Επέκταση στα γειτονικά όργανα μπορεί να δημιουργήσει συρίγγια, ιδιαίτερα στον εγκάρσιο κόλο²⁵.

B. Γαστροσκόπηση

Ενδοσκόπηση στην ιατρική είναι η άμεση παρατήρηση ενός εσωτερικού τμήματος του σώματος, με τη βοήθεια ενός οπτικού οργάνου, του ενδοσκοπίου, για διαγνωστικούς σκοπούς.

Η απόδοση των μεθόδων αυτών είναι τόσο μεγάλη, ώστε έχουν καθιερωθεί και χρησιμοποιούνται ευρύτατα στη Γαστρεντολογία και δεν νοείται σήμερα σωστός έλεγχος των νοσημάτων του πεπτικού χωρίς αυτές. Με τα σύγχρονα αυτά τελειοποιημένα ενδοσκόπια μπορεί να εξεταστεί με άμεση όραση ολόκληρος ο πεπτικός σωλήνας και η περιτοναϊκή κοιλότητα. Εκτός αυτού υπάρχει η δυνατότητα να λαμβάνονται από τη λαβή μέσω του ενδοσκοπίου, με ειδική λαβίδα βιοψίας, τεμαχίδια για ιστολογική εξέταση καθώς και επιχρίσματα για κυτταρολογική, που τεκμηριώνουν τη διάγνωση.



Επίσης, με τα όργανα αυτά καθετηριάζετε η θηλή του φύματος του Vater και με την έγχυση σκιαγραφικού επιτυγχάνεται ανάστροφο χολαγγειογράφημα και παγκρεατογράφημα, μια ενδοσκοπική μέθοδος που έχει βοηθήσει πάρα πολύ στη διερεύνηση των παθήσεων των χοληφόρων και του παγκρέατος. Πλην της διαγνωστικής ενδοσκόπησης, τεράστιες είναι οι δυνατότητες της επεμβατικής ενδοσκόπησης, η οποία συνεχώς αναπτύσσεται. Είναι δυνατόν με τη βοήθεια των ενδοσκοπίων να αφαιρεθούν ξένα σώματα από το ανώτερο και κατώτερο πεπτικό, να γίνει αφαίρεση πολυπόδων από τον οισοφάγο, στομάχι δωδεκαδάκτυλο, και παχύ έντερο, να γίνει ενδοσκοπική σφιγκτηροτομή του σφυκτίρος του Oddi και να αφαιρεθούν λίθοι από τη χοληδόχο πόρο χωρίς εγχείρηση. Επίσης μπορεί να επιτευχθεί έλεγχος της αιμορραγίας από βλάβες του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού με ηλεκτροπληξία, ακτίνες Laser ή με την έγχυση σκληρυντικών ουσιών.

Από ιστορικής πλευράς η ιδέα της ενδοσκόπησης έχει τεθεί από τον Ιπποκράτη, στην εποχή του οποίου αναφέρεται και η χρήση του πρωτοσκοπίου και κολποσκοπίου. Η ιστορία όμως των ενδοσκοπίων αρχίζει από τον προηγούμενο αιώνα, όταν άρχισαν να δοκιμάζονται διάφορα ατελή ενδοσκόπια.¹⁷ Η γαστροσκόπηση είναι απλή ανώδυνη για τον ασθενή και χωρίς ουσιαστικές επιπλοκές μέθοδος για την διάγνωση του καρκίνου καθώς και άλλων παθήσεων του στομάχου. Η διαγνωστική ακρίβεια της γαστροσκόπησης είναι πολύ υψηλή ώστε θεωρείται σχεδόν αδύνατο να διαφύγει η διάγνωση του καρκίνου από έναν έμπειρο ενδοσκόπιο.

Όσον αφορά στη μακροσκοπική ενδοσκοπική εμφάνιση του καρκίνου το στομάχου, διακρίνουμε τους εξής τύπους:

α) τον πολυποειδή, ο οποίος έχει εμφάνιση εκπλαστικού όγκου με ανώμαλη επιφάνεια,

β) τον ελκωτικό, με βαθιά νεκρωτική εξέλκωση, ρυπαρή, με ανώμαλα αιμορραγικά,

γ) τον πολυποειδή, με κεντρική εξέλκωση.

δ) τον διηθητικό, όπου έχουμε εκτεταμένη διήθηση του τοιχώματος του στομάχου, χωρίς σαφή όρια και χωρίς εξελκώσεις. Ο τελευταίος αυτός τύπος του διηθητικού καρκίνου μπορεί να διαφύγει από τον άπειρο ενδοσκόπιο, αν δεν παρατηρήσει την απουσία περισταλτικών κινήσεων, την ακαμψία και την σκληρή σύσπαση του τοιχώματος του στομάχου (ενδοσκοπικές εικόνες παρουσιάζονται στο παράρτημα των έγχρωμων εικόνων)

Αλλά και η ιστολογική επιβεβαίωση του διηθητικού καρκίνου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Στο 1/3 των περιπτώσεων, η ανάπτυξη του νεοπλασματος είναι υποβλεννογόνια, οπότε η ιστολογική εξέταση είναι αρνητική. Έτσι το ποσοστό θετικής ιστολογικής εξετάσεως στο διηθητικό καρκίνο κυμαίνεται από 50% έως 60%, ενώ στους άλλους τύπους το ποσοστό θετικής εξετάσεως φθάνει στο 90%. Απαραίτητη προϋπόθεση για θετική ιστολογική διάγνωση είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών, δεδομένου ότι το θετικό αποτέλεσμα είναι ευθέως ανάλογο του αριθμού των βιοψιών. Εκτός από τη βιοψία, η γαστροσκόπηση πρέπει να συνδυάζεται μόνο στη διάγνωση του προχωρημένου καρκίνου του στομάχου. Ακόμη και αν η διάγνωση έχει γίνει με ακτινολογικό έλεγχο, η γαστροσκόπηση θα βοηθήσει το χειρουργό με την ακριβή περιγραφή του όγκου και της εκτάσεως που καταλαμβάνει. Επιπλέον με τη γαστροσκόπηση είναι δυνατή η διάγνωση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου, όπου η βλάβη περιορίζεται στο βλεννογόνο και υποβλεννογόνο.

Είναι βέβαια γνωστό ότι και ο ακτινολογικός έλεγχος με διπλή σκιαγραφική αντίθεση μπορεί να αποκαλύψει τον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Η επιβεβαίωση όμως της διαγνώσεως μπορεί να γίνει μόνο με την ενδοσκόπηση και την ιστολογική και κυτταρολογική εξέταση.

Η σημασία της διαγνώσεως του πρώιμου γαστρικού καρκίνου φαίνεται από το υψηλό ποσοστό πενταετούς επιβιώσεως (80-90%). Όσον αφορά στην ενδοσκοπική εικόνα, ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος μπορεί να έχει εμφάνιση:

1) *Μικρές πολυποειδούς μάζας*, οπότε πρέπει να γίνεται διαφορική διάγνωση από τους απλούς πολύποδες. Στον πολυποειδή πρώιμο γαστρικό καρκίνο η επιφάνεια είναι οζώδης ή κοκκιώδης και ανώμαλη.

2) *Επιφανειακής βλάβης* με αλλαγή της χροιάς του βλεννογόνου, ο οποίος μπορεί να παρουσιάζει ελαφρά εμβάθυνση ή είναι επαρμένος ή και επίπεδος. Η διάγνωση αυτών των αλλοιώσεων είναι δύσκολη και απαιτεί μεγάλη προσοχή και αρκετή εμπειρία.

3) *Αβαθούς εξελκώσεως* δεν είναι εύκολη και το πρόβλημα λύνεται μόνο με την εκτέλεση πολλαπλών βιοψιών. Οπωσδήποτε, η εντόπιση του πρώιμου γαστρικού καρκίνου δεν είναι εύκολη και απαιτεί μεγάλη εμπειρία,

Άλλη μια προσφορά της γαστροσκοπήσεως στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου είναι ο προληπτικός έλεγχος ασθενών με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, όπως είναι ασθενείς με εντερική μεταπλασία και δυσπλαστικές αλλοιώσεις ή

με ιστορικό παλαιάς γαστρεκτομής και, ενδεχομένως ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα και κακοήγη αναιμία.

Διαγνωστικά ενδοσκοπικά προβλήματα, τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη εμπειρία και προσοχή, είναι ο καρκίνος του θόλου του στομάχου, αμέσως μετά την καρδιοοισοφαγική συμβολή και η πλαστική λινίτιδα. Στις περιπτώσεις αυτές η διάγνωση μπορεί να διαφύγει από τον άπειρο ενδοσκόπιο.

Τέλος μια επέκταση των δυνατοτήτων της ενδοσκοπήσεως αποτελεί η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία. Με τη μέθοδο αυτή μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για την επέκταση του νεοπλάσματος, τόσο ενδοτοιχωματικά όσο και στα γειτονικά όργανα ή να εντοπίσουμε υποβλεννογόνιους ή ενδοτοιχωματικούς όγκους τους οποίους δεν μπορούμε να μελετήσουμε ικανοποιητικά με τη γαστροσκόπηση.²⁵

Γ) ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία (EUS)

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

Είναι εμφανές η μεγάλη προσφορά της μεθόδου 1) στην απεικόνιση και ανάλυση των στιβάδων του γαστρικού τοιχώματος και 2) στην ταξινόμηση του καρκίνου που εξαρτάται από την έκταση και τη διήθηση της βλάβης αποτέλεσμα των οποίων είναι η σταδιοποίηση.²⁶



Δ) αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία γίνεται για έλεγχο στο ήπαρ ή στους γύρω λεμφαδένες και τυχόν μεταστάσεις.⁶

Ε) σπινθηρογράφημα

Το σπινθηρογράφημα μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης Ca του γαστρικού βλεννογόνου.²

ΣΤ) διπλή σκιαγραφική αντίθεση

Διπλή σκιαγραφική αντίθεση (ΔΣΑ) ακτινογραφία ανώτερου πεπτικού συστήματος με χρήση σκιαγραφικού μέσου και εμφύσηση αέρα. Τα κλασικά ακτινοδιαγνωστικά σημεία του καρκίνου του στομάχου είναι: το έλλειμμα πληρώσεως δυσκαμψία του τοιχώματος, ανωμαλίες των πτυχών του βλεννογόνου της περιοχής και κακοήθες έλκος. Τα σημεία αυτά μπορεί να εμφανισθούν καρκινωμένα ή σε ποικιλία συνδυασμών. Η διαγνωστική ακρίβεια φθάνει το 80- 85 %²⁶

Ζ) ραδιοϊσότοπα

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

Τα χρησιμοποιούμενα ραδιοϊσότοπα για τη διάγνωση του καρκίνου στομάχου είναι:

A. Ραδιενεργός σίδηρος F59 που χρησιμοποιείται για τη μελέτη του γαστρεντερικού συστήματος και χορηγείται σε ασθενείς νηστικούς.

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

B. Ραδιενεργό Χρώμιο C61 που προσδιορίζει απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

Η χρησιμοποιούμενη δόση ραδιοϊσοτόπων για διάγνωση είναι μικρή και λέγεται ιχνηθέτης δόση. Στον ασθενή στον οποίο έχουμε δώσει αυτή τη δόση , δεν παίρνουμε ιδιαίτερα μέτρα προφύλαξης, έναντι της ακτινοβολίας, ούτε ειδική συλλογή απεκκριμάτων. Η συλλογή αυτών θα γίνεται εάν χρειασθεί να σταλεί για μέτρηση στο τμήμα ραδιοϊσοτόπων.²

Διαφορική Διάγνωση

Τα συμπτώματα του καρκινώματος του στομάχου συχνά με αυτά του καλοήθους έλκους του στομάχου, της χρόνιας γαστρίτιδας, του συνδρόμου του ευερέθιστου κόλου ή των λειτουργικών διαταραχών του γαστρεντερικού. Τα έλκη που δεν επουλώνονται ή τα έλκη που αυξάνουν σε μέγεθος, παρά την εφαρμογή αυστηρού προγράμματος φαρμακευτικής θεραπείας, απαιτούν χειρουργική επέμβαση. Τα περισσότερα από τα παραπάνω έλκη αποδεικνύονται καλοήθη.

Το κλινικό ιστορικό του λειομυοσαρκώματος μπορεί να μη διαφοροδιαγνώσκειται από του καρκινώματος. Η εμφάνιση αιμορραγίας, ιδιαίτερα μαζικής, είναι συχνότερη. Οι παραπάνω όγκοι ευθύνονται για το 0,5 % περίπου των περιπτώσεων καρκίνου του στομάχου. Η ενδοσκοπική εξέταση είναι συνήθως χαρακτηριστική.

Με την ελάττωση της επίπτωσης του καρκίνου του στομάχου στις Η.Π.Α, το λέμφωμα του στομάχου σήμερα ευθύνεται για το 10% περίπου της κακοήθους νόσου του στομάχου. Σημαντική υποψία τίθεται στους ασθενείς που εμφανίζουν παχυσμένες πτυχές του στομάχου, παρουσία μαζών ή εξελκώσεων. Η λήψη βιοψίας και η κυτταρολογική εξέταση, είναι απαραίτητες εξετάσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη από ότι στους ασθενείς με καρκίνο. Θεραπεία μπορεί να επέλθει σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς, αν το νεόπλασμα περιορίζεται στο στόμαχο.³³

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάται από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση. Αυτό επιτυγχάνεται, όταν η νόσος είναι αυστηρά τοπική, χωρίς διηθήσεις των πέριξ του στομάχου χώρων. Για την τοπικά εκτεταμένη νόσο, όπου υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων και των πέριξ ιστών, υπάρχουν δυο τάσεις.

Η πρώτη προέρχεται από την Ιαπωνία πρεσβεύει ότι η υπερριζική εγχείρηση επιμηκύνει την επιβίωση. Η δεύτερη από την Ευρώπη πρεσβεύει ότι η σμίκρυνση των όγκων με τη χορήγηση σύγχρονων χημειοθεραπευτικών σχημάτων προεγχειρητικώς επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μεταφράζεται σε επιμήκυνση του χρόνου επιβιώσεως. Φυσικά, στην γενικευμένη νόσο η χημειοθεραπεία έχει θέση με περιορισμένα ακόμη αποτελέσματα. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία στη γενικευμένη νόσο χρησιμοποιούνται για καθαρά ανακουφιστικούς λόγους.²⁵

Η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι ο επιθυμητός στόχος αφού κανείς άρρωστος δεν επιβιώνει πάνω από πέντε χρόνια, αν ο παραπάνω στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί. Με το πνεύμα αυτό και αφού μπει η διάγνωση ο χειρουργός πρέπει να απαντήσει ερωτήματα:

Είναι ο όγκος χειρουργήσιμος;
Μπορεί ο όγκος να εξαιρεθεί ριζικά;
Υπάρχει ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας;²⁷

Η προσεκτική μελέτη για ενδείξεις πιθανώς απομακρυσμένων μεταστάσεων θα αποφύγει μια άσκοπη χειρουργική επέμβαση.

Η αντικειμενική εξέταση συμπληρώνεται από ακτινογραφία του θώρακα, ηπατικές δοκιμασίες, σπινθηρογράφημα ήπατος και σε επιλεγμένες περιπτώσεις , αγγειογραφία.

Υποπτες περιοχές μεταστάσεων εξετάζονται μετά από λήψη του σχετικού δείγματος, όπως λ.χ. λεμφαδένες, ήπαρ, εξιδρώματα υπεζωκότα ή περιτόναιου.

Η λαπαροσκόπηση με άμεση βιοψία των υπόπτων μεταστατικών περιοχών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην εκτίμηση της εγχειρησιμότητας. Κατά κανόνα θα πρέπει να συνιστάται η λαπαροσκόπηση η λαπαροτομία όταν υπάρχει υποψία μεταστάσεων οι οποίες όμως δεν έχουν αποδειχθεί.⁶

Η θεραπευτική προσπάθεια στο γαστρικό καρκίνο, είναι δυνατόν να περιλαμβάνει και τις τρεις θεραπευτικές μεθόδους: χειρουργική θεραπεία, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία. Η επιλογή μιας θεραπευτικής μεθόδου ή συνδυασμός τους εξαρτάται από το στάδιο την νόσου.

Υπάρχουν 3 θεραπευτικές στρατηγικές για τους αρρώστους με καρκίνο στομάχου:

α) Σε περίπτωση τοπικό- περιοχικής νόσου η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική συμπληρούμενη μερικές φορές με βοηθητική ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

β) Σε περίπτωση τοπικά προχωρημένης νόσου η οποία είναι ανεγχείρητη περιλαμβάνει ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία.

γ) Σε περίπτωση γενικευμένης νόσου χορηγείται μόνο η χημειοθεραπεία.

Σε οποιαδήποτε από τις κατηγορίες (β) και (γ) δυνατόν να χρησιμοποιηθεί η χειρουργική ή η ακτινοθεραπεία με την έννοια της ανακουφιστικής ή της συμπτωματικής αγωγής.⁷

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα του καρκίνου του στομάχου έχει μειωθεί διεθνώς, η θεραπεία αποτελεί δύσκολο ιατρικό πρόβλημα. Η χρησιμοποίηση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου, η μείωση της συχνότητας του νεοπλασματος και η μείωση της μετεγχειρητικής θνητότητας δεν έχουν διαφοροποιήσει σημαντικά την κακή πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου.

Η πενταετής επιβίωση των ασθενών μετά από ριζική θεραπευτική γαστρεκτομή κυμαίνεται από 10-35% και η μετεγχειρητική θνητότητα από 4-8%.

Αισιόδοξα μηνύματα για την επιβίωση των ασθενών προέρχονται την τελευταία εικοσαετία από Ιάπωνες ερευνητές. Όταν η νόσος είναι πρώιμη και εφαρμοστεί χειρουργική θεραπεία από την έννοια της ριζικής γαστρεκτομής, εξασφαλίζει πιθανώς και δεκαετής επιβίωση της τάξεως του 90%. Η ανακάλυψη της νόσου σε πρώιμο στάδιο επιτυγχάνεται στην Ιαπωνία με τη μαζική εξέταση του πληθυσμού, με τη χρήση του εύκαμπτου γαστροσκοπίου και τη λήψη βιοψιών.

Το ποσοστό του πρώιμου καρκίνου του στομάχου που ανακαλύπτεται στην Ιαπωνία κυμαίνεται από 40-50% των περιπτώσεων. Για να αντιληφθεί κανείς τη σημασία του ποσοστού αυτού, αρκεί να το συγκρίνει με ένα ελληνικό δεδομένο. Στο Βχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας» μεταξύ 120 ασθενών με καρκίνο του στομάχου που χειρουργήθηκαν, μόνο σε δυο περιπτώσεις η νόσος εντοπιζόταν στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα του στομάχου.

Το μέτρο συγκρίσεως αντικατοπτρίζει τη μεγάλη διαφορά όχι μόνο της πρώιμης διαγνώσεως, αλλά και της επιβιώσεως των ασθενών μεταξύ Ιαπωνικών και Ευρωπαϊκών στατιστικών, αλλά και Αμερικανικών δεδομένων.²⁵ Η πρώτη, η ουσιαστικότερη και η καλύτερη θεραπεία που μπορεί να εφαρμοστεί στον καρκίνο του στομάχου, είναι η χειρουργική υπό την έννοια της εκριζώσεως του όγκου με την εκτέλεση της ριζικής γαστρεκτομής.

Η **γαστρεκτομή** ονομάζεται θεραπευτική όταν επιτυγχάνεται πλήρως αφαίρεση του όγκου, και μη θεραπευτική όταν μέρος του δεν αφαιρείται.²⁶

Η **παρηγορητική εκτομή** ενδείκνυται σε περιπτώσεις που το στομάχι είναι ακόμη εξαίρεσιμο (κινητό) και το προσδόκιμο επιβίωσης ξεπερνά τους 2 μήνες. Στις περιπτώσεις αυτές συνήθως γίνεται **ημιγαστροκτομή ή ολική γαστρεκτομή**.²²

ΟΛΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Στην ολική γαστρεκτομή αφαιρείται ολόκληρο το στομάχι, ο σπλήνας, το μείζον επίπλουν και τμήμα του παγκρέατος. Στην ολική γαστρεκτομή ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει και ανεπάρκεια βιταμίνης B12. στις περιπτώσεις αυτές δεν παράγεται ο ενδογενής παράγοντας που είναι απαραίτητος για την απορρόφηση της βιταμίνης B12 από τον γαστρεντερικό σωλήνα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση κακοήθους αναιμίας. Είναι δυνατόν να παρουσιαστούν ορισμένες επιπλοκές με την πραγματοποίηση της ολικής γαστρεκτομής όπως: η ρήξη της κεντρικής αναστόμωσης, η οποία είναι η πλέον επικίνδυνη επιπλοκή, η ρήξη του 12δακτύλου κολοβώματος, ή άλλων αναστομώσεων, αιμορραγία με επανεπέμβαση, ενδοκοιλιακό απόστημα και τέλος, πνευμονικές επιπλοκές.

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

ΜΕΡΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ.

Εδώ αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του στομάχου μαζί με τον πυλωρό και το μεγαλύτερο μέρος του 12δακτύλου. Το στομάχι αναστομώνεται με τη νησίδα πέρα από τον 12δακτυλικό πλέγμα. Η αναστόμωση γίνεται πίσω από το κόλο. Στην γαστρεντεροαναστόμωση παρακάμπτουν του πυλωρό δημιουργώντας τεχνητή επικοινωνία μεταξύ στομάχου και 12δακτύλου.

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

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

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

Η καθιέρωση των ριζικών επεμβάσεων έγινε στη διάρκεια του 1960, διότι η χρησιμοποίηση των αντιβιοτικών και των παραγώγων του αίματος κατά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο βοήθησε ταλαντούχους χειρουργούς όπως οι Lahey, Priestly, Longmire και Scott, να εκτελούν αυτές τις επεμβάσεις με αποδεκτή θνησιμότητα και θνητότητα. Ακόμη έγινε κατανοητό ότι μάλλον η επέκταση της νόσου – και όχι η ροζικότητα των επεμβάσεων – παίζει αποφασιστικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα για τον καρκίνο του στομάχου και ότι η χρήση των ριζικών επεμβάσεων ρουτίνας αυξάνει τη μετεγχειρητική θνητότητα, χωρίς να αυξάνει την επιβίωση των ασθενών. Επομένως, κάθε περίπτωση πρέπει να εκτιμάται ιδιαίτερος στο χειρουργείο και να εφαρμόζονται αναλόγως διαβαθμίσεις της ριζικότητας της επεμβάσεως. (ογκολογία πεπτικού συστήματος)

Η εκτέλεση μιας ριζικής γαστρεκτομής, εφόσον δεν υπάρχουν αντενδείξεις για την επέμβαση (όπως κακή γενική κατάσταση, νεφρική ανεπάρκεια κ.τ.χ.) περιλαμβάνει α) την αφαίρεση τμήματος ή ολόκληρου του στομάχου, την αφαίρεση του μείζονος και του ελάσσονος επίπλου του σπλήνος και τμήματος του κάτω τριτημόριου του οισοφάγου επί ολικής γαστρεκτομής και β) πλήρη λεμφαδενικό καθαρισμό ιδίως της περιοχής της κοιλιακής αρτηρίας μέχρι τις πύλες του ήπατος.²⁶

Ένα άλλο σημείο που έχει σημασία στην εκτέλεση της γαστρεκτομής είναι τα χείλη της τομής του εναπομείναντος στομάχου, αλλά και του δωδεκαδακτύλου, να είναι ελεύθερα νόσου. Αυτό επιτυγχάνεται, εάν η τομή επί του όγκου του στομάχου 5-7 cm πέραν των ορίων του όγκου, διότι πολλές φορές ο όγκος επεκτείνεται πέραν των ορίων, υποβλεπνογονίως. Ακόμη καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδος είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών από τα χείλη της τομής του γαστρικού τοιχώματος, αλλά και του δωδεκαδακτύλου.²⁵ Οι Ιάπωνες συγγραφείς αποδίδουν μεγάλη σημασία στη σχολαστική λεμφαδενεκτομή επί καρκίνου του στομάχου. Ο Soga ανακοίνωσε το 1979 ότι 50,6% από 530 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ριζική θεραπευτική γαστρεκτομή, επέζησαν πέραν των 5 ετών σε αντίθεση με το 30% των ασθενών του έτους 1950 αποδίδει τη διαφορά στην πιο εκτεταμένη λεμφαδενεκτομή που γίνεται τα τελευταία χρόνια. Τέλος σαν παρηγορητικές εγχειρήσεις χρησιμοποιήθηκαν η γαστροστομία και η νηστηδοστομία, οι οποίες όμως δεν προσφέρουν καμιά ανακούφιση στους αρρώστους, αλλά λύνουν το πρόβλημα της διατροφής.²⁶

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ακτινοθεραπεία είναι ένας από τους 4 κύριους θεραπευτικούς τρόπους του καρκίνου. Χρησιμοποιείται μόνο σε συνδυασμό με τη χημειοθεραπεία ή την ανοσοθεραπεία για να επιτευχθούν παρηγορητικά ή θεραπευτικά αποτελέσματα. (ογκολογία). Ακτινοθεραπεία είναι η χρήση ιονίζουσας ακτινοβολίας για διακοπή κυτταρικής ανάπτυξης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να επιλεγεί όταν ο θεραπευτικός σκοπός είναι ίαση, όπως σε νόσο του Hodgkin, καρκίνο όρχεων, εντοπισμένους καρκίνους κεφαλής και λαιμού και καρκίνους του τραχήλου της μήτρας. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για έλεγχο κακοήθους νόσου, όταν υπάρχει τοπική διήθηση γαγγλίων, ή προφυλακτικά για να εμποδίσει λευχαιμική διήθηση στον εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό. Παρηγορητική ακτινοβολήσεται χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να μειώσει συμπτώματα μεταστατικής νόσου, ειδικά όταν αυτή αφορά εγκέφαλο, οστά, και μαλακούς ιστούς.

Ιονίζουσες ακτινοβολίες είναι οι ακτινοβολίες που, όταν βομβαρδίσουν την ύλη, προκαλούν τον ιονισμό της. Υπάρχουν δυο είδη ιονίζουσας ακτινοβολίας, η ηλεκτρομαγνητική (ακτίνες α και γ) και η σωματιδιακή [σωματίδια α , β (ηλεκτρόνια) πρωτόνια και νετρόνια].

Ο ιονισμός στη ζώσα ύλη ακολουθείται από ολόκληρη σειρά αλυσιδωτών αντιδράσεων, οι οποίες καταλήγουν σε αλλοίωση ζωτικών για τη λειτουργία του κυττάρου μεγαλομορίων. Η μεγαλύτερη βλάβη από τον ιονισμό προκαλείται στο μόριο του DNA, οι αλυσίδες της έλικας του οποίου σπάζουν οδηγώντας στον κυτταρικό θάνατο. Η ιονίζουσα ακτινοβολία μπορεί επίσης να ιονίσει το νερό του υγρού του σώματος και να οδηγήσει στο σχηματισμό ελεύθερων ριζών, οι οποίες επίσης προκαλούν μη αναστρέψιμες βλάβες στο DNA.

Ο κυτταρικός θάνατος μπορεί να συμβεί αμέσως, αν δεν γίνει επιδιόρθωση του DNA ή κατά την κυτταρική διαίρεση, όταν το κύτταρο που υπέστη βλάβη επιχειρεί μίτωση και πεθαίνει. Τέλος εξαιτίας των αποτελεσμάτων της ακτινοβολίας, ένα νεοπλασματικό κύτταρο μπορεί να καταστεί στείρο και να πεθάνει με φυσικό θάνατο, χωρίς όμως να αφήσει απογόνους.

Τα κύτταρα είναι περισσότερο στα καταστρεπτικά αποτελέσματα της ιονίζουσας ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της σύνθεσης του DNA και της μίτωσης. Κατά συνέπεια οι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία ιστοί του σώματος είναι εκείνοι που υφίστανται κυτταρική διαίρεση, όπως ο μυελός των οστών, ο λεμφικός ιστός, το

επιθήλιο του γαστρεντερικού συστήματος και οι γεννητικοί αδένες. Αντίθετα μύες, χόνδροι και συνδετικός ιστός, είναι από τους λιγότερο ευαίσθητους στην ιονίζουσα ακτινοβολία ιστοί.

Ακτινοευαίσθητος όγκος, είναι ο όγκος που μπορεί να καταστραφεί από μια δόση ακτινοβολίας, η οποία, ωστόσο, επιτρέπει αναγέννηση των κυττάρων στους φυσιολογικούς ιστούς.

Παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ιονιζουσών ακτινοβολιών στους ιστούς είναι οι εξής:

1. Το είδος της ακτινοβολίας
2. Η δόση της ακτινοβολίας
3. Ο ρυθμός δόσης
4. Το είδος του ιστού
5. Η έκταση του ακτινοβολουμένου πεδίου
6. Η οξυγόνωση του ιστού, που έχει σχέση με την ακτινευαίσθησία, για αυτό η ακτινοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με υπερβαρική οξυγόνωση
7. Η θερμοκρασία, που έχει σχέση ανάλογη με την ακτινευαίσθησία επειδή επηρεάζει το ρυθμό κυκλοφορίας του αίματος και επομένως την οξυγόνωση του ιστού

Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινευαίσθησία όπως:

1. Ουσίες που περιέχουν τη ρίζα σουλφωδρίλιο, όπως κυστιδίνη, κυστίνη, γλουταθείο κ. α.
2. Ουσίες που προκαλούν ανοξία
3. Ουσίες που αναστέλλουν τη δράση ορισμένων ενζύμων (κυανιούχα)

Μέθοδοι εφαρμογής της ακτινοθεραπείας

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται:

1. Ως τηλεθεραπεία.

Το είδος της τηλεθεραπείας που επιλέγεται εξαρτάται από το βάθος του όγκου που ακτινοβολείτε. Τα μηχανήματα χλιότασης ελευθερώνουν τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας σε επιφανειακούς όγκους όπως δέρματος και μαστού. Οι πηγές ακτινών «γ» ελευθερώνουν τη δόση ακτινοβολίας σε βαθύτερες δομές του σώματος και αφήνουν άθικτο το δέρμα από πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Άλλα μηχανήματα ακτινοθεραπείας, οι γραμμικοί επιταχυντές ελευθερώνουν τη δόση τους σε βαθύτερους ιστούς, χωρίς να βλάπτουν το δέρμα και επίσης, δημιουργούν λιγότερο σκεδασμό της ακτινοβολίας μέσα στους ιστούς του σώματος. Ορισμένα ακτινοθεραπευτικά κέντρα θεραπεύουν περισσότερο υποξικούς, ακτινοάντοχους όγκους με κύκλοτρα, που ελευθερώνουν δέσμη νετρονίων στον όγκο.

2. Εξωτερικά.

Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε θήκη, εφαρμόζεται απευθείας πάνω σε επιφάνεια δέρματος ή βλεννογόνου (καρκίνος χείλους, λοβίου αυτιού, κεφαλής, πέους κ.λ.π)

3. Ενδοκοιλιακά.

Το ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του σώματος. Στην υπεζωκοτική και περιτοναϊκή κοιλότητα εισάγονται κολλοειδή διαλύματα χρυσού ή φωσφόρου, ενώ διαλύματα ραδιενεργού χρυσού, νατρίου και βρώμιου, μέσα σε ελαστικούς σάκους, εισάγονται σε κοίλα όργανα.

4. Με εμφύτευση.

Ραδιοϊσότοπα μέσα σε στερεά περιβλήματα (προστατευτικές θήκες), που μπορεί να έχουν μορφή βελόνων, κόκκων, κάψουλων, συρμάτων και σωλήνων νάιλον, εμφυτεύονται μέσα σε ορισμένους όγκους. Μένουν μόνιμα μέσα στον ιστό ή αφαιρούνται μετά ορισμένο χρόνο. Ισότοπα που εμφυτεύονται είναι ο χρυσός, το ράδιο, το ραδόνιο, το ταντάλιο, το ύτριο κ α.

5. Με ένεση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσοτόπου, όπως χρυσού και φωσφόρου, μέσα στο νεοπλασματικό ιστό.

6. Εσωτερικά από το στόμα ή ενδοφλέβια (ραδιοϊώδιο, ραδιοχρυσός, ραδιοφώσφορος).(μαύρη νοσηλευτική)

Η ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται:

1.	για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
2.	για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π. χ. ανακούφιση από τον πόνο και
3.	για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου μέτρηση του όγκου και του χρόνου κυκλοφοριακού αίματος. ⁶

Δόση ακτινοβολίας

Η δόση της ακτινοβολίας εξαρτάται από την ευαισθησία στην ακτινοβολία του ιστού – στόχου και από το μέγεθος του όγκου. Η θανατηφόρος δόση όγκου ορίζεται ως εκείνη η δόση που θα εκριζώσει το 95% του όγκου, θα διατηρήσει, ωστόσο, το φυσιολογικό ιστό.

Η συνολική δόση ακτινοβολίας δίνεται σε περίοδο μεριών εβδομάδων, για να επιτραπεί στους υγιείς ιστούς να επιδιορθωθούν και για να επιτευχθεί μεγαλύτερη θανάτωση των κακοηθών κυττάρων με αύξηση της διαθεσιμότητας μεγαλύτερου αριθμού από αυτά στην πρώιμη S, την G2 ή την M φάση του κυτταρικού κύκλου. Επαναλαμβανόμενες θεραπείες ακτινοβολήσης σε μεγάλη χρονική περίοδο, επίσης δίνουν χρόνο στην περιφέρεια του όγκου να επανοξυγονωθεί, καθώς οι όγκοι συρρικνώνονται από έξω προς τα μέσα. Αυτό αυξάνει την ακτινοευαισθησία του όγκου και επομένως, τη θανάτωση των κυττάρων του.²¹

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

Λόγω της ανατομικής θέσεως του στομάχου και της προς τα πίσω κλίση του θόλου και προς τα μπρος του πυλωρικού άντρου, η ακτινοθεραπεία γίνεται υποχρεωτικά με την χρησιμοποίηση δυο αντίθετων πεδίων, πρόσθιου και οπίσθιου. Έτσι δεν είναι δυνατόν να προστατευτεί ο ωπταίος μυελός ούτε οι νεφροί. Επίσης τόσο ο στόμαχος όσο και τα παρακείμενα όργανα, όπως το ήπαρ και το λεπτό έντερο είναι πολύ ακτινευαίσθητα ιδιαίτερα το τελευταίο, και έτσι η δυνατότητα για την χορήγηση

υψηλών δόσεων είναι περιορισμένη, ενώ οι όγκοι αυτοί απαιτούν μεγάλες δόσεις, για την καταστροφή τους. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι ασθενείς με μερική ή υφολική γαστρεκτομή, ανέχονται καλύτερα την ακτινοβολία της άνω κοιλίας παρά ασθενείς με ολόκληρο τον στόμαχο.

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

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

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

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

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία επί καρκίνου του στομάχου, δεν έχει μεγάλη εφαρμογή και οι δόσεις οι οποίες χορηγούνται, δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν τις 4000 C G Y, γιατί αλλιώς θα έχουμε προβλήματα στην περιοχή της αναστομώσεως με διαρροή γαστρικού υγρού.

Εκτός από την προεγχειρητική και μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία είναι δυνατόν να γίνει και συνδυασμός αυτών. Δηλαδή να γίνει πρώτα η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, να ακολουθήσει η χειρουργική επέμβαση και εν συνέχεια να γίνει η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία.

Η τεχνική αυτή συνδυάζει τα θεωρητικά πλεονεκτήματα και των δυο ακτινοθεραπειών. Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία θα παρεμποδίσει την διασπορά, εμφύτευση και πολλαπλασιασμό νεοπλασματικών κυττάρων τα οποία είναι δυνατόν να διαφύγουν κατά τον χρόνο της χειρουργικής επέμβασης. Μετά την επέμβαση, οι ασθενείς με υψηλό κίνδυνο τοπικής υποτροπής ή με υπολειπόμενο όγκο θα υποβληθούν στην μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία, με εξατομικευμένα πεδία.

Σε ορισμένα κέντρα του εξωτερικού, ιδίως της Ιαπωνίας, χρησιμοποιείται η τεχνική της ακτινοβολήσεως κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως. Εκτός από τον συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χειρουργικής επεμβάσεως μπορούν να γίνουν συνδυασμοί και με τη χημειοθεραπεία οι οποίοι βελτιώνουν σημαντικά τα αποτελέσματα.²

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά τις προόδους που έχουν συντελεστείς την φαρμακευτική θεραπεία του καρκίνου τα τελευταία χρόνια, είναι συγκεκριμένα τα νεοπλάσματα εκείνα, στα οποία μπορεί να επιδιωχθεί ίαση με την εφαρμογή χημειοθεραπείας. Άλλοι όγκοι ανταποκρίνονται, αλλά δεν ιώνται, ενώ άλλοι ελάχιστα επηρεάζονται από τη χημειοθεραπεία κατά τα προχωρημένα στάδια. Τα κυταροστατικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα χορηγούνται μόνα ή σε συνδυασμό με χειρουργική ή και ακτινοθεραπεία για να επιτευχθεί ίαση, έλεγχος ή ανακούφιση απ' τα συμπτώματα της προχωρημένης νόσου.

“ Χημειοθεραπεία του καρκίνου είναι: η θεραπεία των κακοήθων νεοπλασμάτων με κυταροστατικά φάρμακα.”

Τα κυταροστατικά είναι ουσίες που σταματούν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων ή σταματούν βασικές βιοχημικές αντιδράσεις μέσα στα κύτταρα, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα το θάνατο των κυττάρων.

“Στόχος της χημειοθεραπείας είναι :η καταστροφή των κακοήθων κυττάρων χωρίς να προκληθεί μόνιμη βλάβη των φυσιολογικών.”

Τα κυταροστατικά πιστεύεται ότι καταστρέφουν ένα σταθερό ποσοστό των κυττάρων του όγκου με κάθε δόση, γιατί μόνο ένα ποσοστό των καρκινικών κυττάρων βρίσκεται στη βάση της διαίρεσης και έτσι παρουσιάζει ευαισθησία στα φάρμακα. Θεωρητικά όσο μεγαλύτερος είναι ο ρυθμός ανάπτυξης του όγκου τόσο περισσότερα καρκινικά κύτταρα θα καταστραφούν.²⁵

Η ενέργεια των κυτταροστατικών δεν είναι ειδική, δηλαδή μόνο για τα νεοπλασματικά κύτταρα. Είναι ίδια και στα φυσιολογικά κύτταρα. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα στηρίζεται σε ποσοτικές διαφορές στην ευαισθησία των κυττάρων, που έχει σχέση με το ρυθμό της αναπτύξεως, το μεταβολισμό, την κλωνική ανάπτυξη κ.α. Έτσι, εκτός από τα νεοπλασματικά κύτταρα, στη χημειοθεραπεία του καρκίνου προσβάλλονται και υγιή κύτταρα, και μάλιστα πιο έντονα αυτά που πολλαπλασιάζονται συχνά, όπως π.χ. τα κύτταρα του μυελού των οστών, τα κύτταρα στις ρίζες των τριχών κ.α. Απ' αυτή την ιδιότητα εξηγούνται και μερικές από τις ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών, π.χ. η πτώση των λευκών αιμοσφαιρίων και η τριχόπτωση.

Πότε εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία;

Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε προχωρημένα ή γενικευμένα νεοπλάσματα, δηλαδή στις περιπτώσεις που η αρρώστια δεν περιορίζεται σ' ένα σημείο και έτσι Δε μπορεί να αντιμετωπισθεί με εγχείρηση και ακτινοβολία. Όλες οι περιπτώσεις λευχαιμίας αντιμετωπίζονται με χημειοθεραπεία, όπως και όλα τα προχωρημένα λεμφώματα. Στους καρκίνους και τα σαρκώματα γνωρίζουμε, ανάλογα με το στάδιο, ποια είναι η πιθανότητα να έχουν μεταστάσεις. Ευνόητο είναι, ότι, όταν υπάρχουν μεταστάσεις, τότε η ένδειξη εφαρμογής χημειοθεραπείας είναι φανερή.

Ακόμη όμως η ένδειξη εφαρμογής της χημειοθεραπείας εξαρτάται από την ευαισθησία του όγκου στα κυτταροστατικά. Υπάρχουν όγκοι που μπορούν ακόμη και να θεραπευθούν με τη χημειοθεραπεία, και σ' αυτούς πρέπει οπωσδήποτε να εφαρμόζεται, και άλλοι που είναι πολύ ανθεκτικοί στα κυτταροστατικά, και σ' αυτούς η χημειοθεραπεία αποτελεί συμπληρωματική θεραπεία, όταν δεν είναι δυνατή άλλη λύση.

Τέλος η εφαρμογή της κυτταροστατικής χημειοθεραπείας εξαρτάται από μερικές βασικές προϋποθέσεις. Τέτοιες είναι η γενική κατάσταση του αρρώστου, η λειτουργία των νεφρών, η κατάσταση του ήπατος, η κατάσταση του αίματος και φυσικά η μη παρουσία βαριάς λοιμώξεως. Σε γυναίκες πρέπει οπωσδήποτε ν' αποκλεισθεί η εγκυμοσύνη. Άλλη προϋπόθεση για την εφαρμογή κυτταροστατικής χημειοθεραπείας είναι η ύπαρξη κάποιου συγκεκριμένου θεραπευτικού σχεδίου που να ελέγχεται και να επιβλέπεται από ειδικό ιατρό, κατά προτίμηση μέσα από ένα ειδικό κέντρο.⁸

Μορφές χημειοθεραπείας από άποψη τακτική

Η κυτταροστατική χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυασθεί με ακτινοθεραπεία, σε κατάλληλη και προσεκτική αλληλοδιαδοχή. Μπορεί να γίνει μετά από κλινικά σίγουρη αφαίρεση του όγκου και λέγεται τότε προφυλακτική (δηλαδή γίνεται για προφύλαξη από μεταστάσεις, που μάλιστα με μεγάλη πιθανότητα ήδη έγιναν, αλλά Δε μπορούμε να διαπιστώσουμε). Μπορεί να συνδυασθεί με ορμονοθεραπεία και τέλος με ανοσοθεραπεία.

Τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούμε στη χημειοθεραπεία συγχρόνως πολλά κυτταροστατικά και σπάνια μόνο ένα. Η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των συνδυασμών κυτταροστατικών είναι ευνόητη, αφού προσβάλλονται διάφορα σημεία της βιοσυνθέσεως του κυττάρου, είτε σύγχρονα είτε διαδοχικά. Στην κατάσθρωση των συνδυασμών γίνεται βέβαια προσπάθεια να μην υπάρχει αθροιστικά αυξημένη τοξικότητα.⁸

Αρχές συνδυασμένης χημειοθεραπείας

Κατά τον σχεδιασμό και την χορήγηση συνδυασμένης χημειοθεραπείας πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες, οι κυριότεροι από αυτούς είναι οι εξής²⁷

- 1) Τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να είναι αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας.
- 2) Η τοξικότητα του κάθε φαρμάκου να είναι γνωστή και να καταβάλλεται ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να μην υπάρχει αλληλοεπικάλυψη παρενεργειών.
- 3) Καταβάλλεται προσπάθεια χορηγήσεως κάθε φαρμάκου στην άριστη δόση και δοσολογικό σχήμα.
- 4) Το συνδυασμένο χημειοθεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να δίνεται σε τακτικά και τα συντομότερα δυνατά χρονικά διαστήματα.²⁷

Κανόνες εφαρμοσμένης Χημειοθεραπείας

- 1) Όσα συμβαίνουν στο περιφερειακό αίμα αντικατοπτρίζουν τις μεταβολές του μυελού των οστών με καθυστέρηση μιας εβδομάδας.
- 2) Η σχέση δόση-αποτέλεσμα αφορά τον βαθμό μείωσης λευκών αιμοπεταλίων και όχι στην διάρκεια της μυελικής απλασίας.
- 3) Η επικίνδυνη περίοδος απλασίας διαρκεί 4-7 ημέρες.
- 4) Η συχνότητα χορήγησης της θεραπείας είναι κριτικής σημασίας στο βαθμό της μυελοτοξικότητας.²⁷

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία είναι:

1. **Κυτταροστατικά φάρμακα**
2. **Αλκυλιωτικά φάρμακα**
3. **αντιμεταβολίτες**

Τα **κυτταροστατικά** φάρμακα είναι ουσίες διάφορης και πολλών ειδών χημικής συστάσεως και προελεύσεως. Έχουν επίσης διάφορους μηχανισμούς ενεργείας στη βασική βιοσύνθεση ή στη μίτωση των κυττάρων.

Τα **αλκυλιωτικά** φάρμακα έχουν την ιδιότητα να μπαίνουν ανάμεσα στις αλυσίδες του DNA (δεσοξυριβοζονουκλεϊνικό οξύ) του πυρήνος και να τις κολλούν, έτσι που να μη μπορούν να ξεχωρίσουν. Ο διπλασιασμός του DNA, που γίνεται πριν από τη μίτωση, είναι τότε αδύνατος. Σπουδαιότερα φάρμακα της ομάδος αυτής είναι η μεχλωραιθαμίνη, η χλωραμπουκίλη, η μελφαλάνη και η κυκλοφωσφαμίδη.

Οι **αντιμεταβολίτες** είναι ουσίες που η χημική τους σύνθεση μοιάζει με εκείνη ουσιών που χρησιμοποιούν τα κύτταρα σε φυσιολογικές αντιδράσεις. Οι ουσίες όμως αυτές, όταν χρησιμοποιηθούν από τα κύτταρα, τότε ή πίνουν κάποιο ένζυμο (ανταγωνισμός) ή παράγεται κάποιο ενδιάμεσο προϊόν που δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί (υποκατάσταση από ανάλογα). π.χ. η αμεθοπτερίνη ή μεθοτρεξάτη ανταγωνίζεται το φυλλικό οξύ, δηλητηριάζοντας ένα ένζυμο.

Η μερκαπτοπουρίνη είναι μια ουσία ανάλογη με φυσιολογικά από το κύτταρο χρησιμοποιούμενες πουρίνες, που μπαίνει στη σύνθεση προσταδίων των πυρηνικών οξέων. Η φθοριοουρακίλη είναι ανάλογη με μια φυσιολογικά χρησιμοποιούμενη πυριμιδίνη, την ουρακίλη. Η είσοδος της στις βιοσυνθετικές αντιδράσεις έχει σαν αποτέλεσμα τον αποκλεισμό ενός ενζύμου και έτσι σταμάτημα στη σύνθεση πυρηνικών οξέων. Στην ίδια κατηγορία ανήκει η κυταραβίνη που σταματά τη σύνθεση του DNA.

Από τα προϊόντα φυτικής προελεύσεως τα σπουδαιότερα είναι αυτά που βγαίνουν από ένα είδος μυρτιάς. Η βινκριστίνη και η βιμπλαστίνη σταματούν τη διαίρεση των κυττάρων, τη μίτωση, στη φάση της αναφάσεως, εμποδίζοντας το χωρισμό των χρωματισωμάτων στους δύο πόλους του κυττάρου. Η κολχικίνη, που βγαίνει από το κολχικό, κάνει την ίδια δουλειά.

Από διάφορους μικροοργανισμού παράγονται κυτταροστατικά αντιβιοτικά. Τα σπουδαιότερα είναι η ακτινομυκίνη, η αδριαμυκίνη, η μιτομυκίνη και η μπλεομυκίνη. Όλα προσβάλλουν το DNA κατά διάφορους τρόπους.

Από τα διάφορα άλλα κυτταροστατικά αναφέρουμε την προκαρβαζίνη, τις νιτροζουρίες, την υδροξουρία, τη δακαρβαζίνη, την χλωραμινοπλατίνη και την ασπραγινάση.⁸

Άμεση τοξικότητα της χημειοθεραπείας

Τα αντικαρκινικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα έχουν μικρό θεραπευτικό δείκτη, με αποτέλεσμα η χρησιμοποίησή τους να συνοδεύεται από σημαντική τοξικότητα.

Η τοξικότητά τους περιλαμβάνει:

- 1) Ανεπιθύμητες ενέργειες δηλαδή εκδηλώσεις από διάφορους ιστούς και όργανα που οφείλονται στον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων και είναι προβλέψιμες. Π.χ. μυελοτοξικότητα, βλεννογονίτης κ.λ.π.
- 2) Μη προβλέψιμες αντιδράσεις όπως οι αλλεργικές, οι ιδιοσυγκρασιακές και οι οφειλόμενες σε μη ανοχή του φαρμάκου. Εδώ ανήκαν μόνο οι κυριότερες μορφές οξείας τοξικότητας που εμφανίζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Συνηθισμένες μορφές τοξικότητας

- 1) Μυελοτοξικότητα
- 2) Ναυτία και έμμετοι
- 3) Αλωπεκία
- 4) Αλλεργικές αντιδράσεις (κνίδωση, δύσπνοια, υπόταση, οίδημα προσώπου, λαρυγγοσπασμός, εξανθήματα).

Τοξικότητα Χημειοθεραπευτικών σε ειδικά όργανα

- 1) Τοξικότητα από το Νευρικό Σύστημα.
 - α) Εγκεφαλοπάθεια
 - β) Περιφερειακή πολυνευροπάθεια
 - γ) Νευρίτιδα του φυτικού νευρικού συστήματος
- 2) Τοξικότητα από το ουροποιητικό σύστημα.
 - α) Νεφρική τοξικότητα
 - β) Αιμορραγική κυστίτις.
- 3) Πνευμονική Τοξικότητα (2 κλινικές μορφές)
 - α) Τύπου οξείας πνευμονίτιδας
 - β) Τύπου χρόνιας διαχύτης πνευμονική ίνωσης.
- 4) Καρδιοτοξικότητα (2 κλινικές μορφές)
 - α) Οξεία μορφή με παροδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις , ταχυκαρδία και έκτακτες συστολές.
 - β) Χρονιότερη μορφή είναι η καρδιομυοπάθεια, που εκδηλώνεται με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.
- 5) Ηπατοτοξικότητα
 - α) Ηπατική ίνωση που οδηγεί σε κίρρωση (μερικές φορές)
- 6) Τοξικότητα από το γαστρεντερικό σύστημα.
 - α) Στοματίτιδα
 - β) Διάρροιες
 - γ) Πρωκτίτιδα και έλκη του λεπτού εντέρου (σπανιότερα).²⁷

ΦΩΤΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φωτοδυναμική θεραπεία είναι μια νέα και αρκετά υποσχόμενη μέθοδος θεραπευτικής αντιμετώπισης των κακοήθων νεοπλασμάτων του πεπτικού συστήματος, καθώς και των κακοήθων νεοπλασμάτων άλλων συστημάτων.

Η βασική αρχή της μεθόδου στηρίζεται στην ενεργοποίηση φθοριοχρωστικής ουσίας, που έχει προηγουμένως ενεθεί στον ασθενή, μέσω ακτινών Laser. Η ακτινοβολία Laser εισάγεται μέσω του συνήθους ενδοσκοπίου του ανωτέρου πεπτικού. Τα συνήθη Laser που χρησιμοποιούνται είναι χρωστικού αργού, μήκους κύματος 625-635 MM ή ατμών χρυσού 628 MM. Οι πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες φθοριοχρωστικές ουσίες είναι τα παράγωγα της αιματοπορφυρίνης, όμως τα τελευταία χρόνια δοκιμάζονται και άλλες φθοριοχρωστικές ουσίες.

Η διέγερση της φθοριοχρωστικής ουσίας έχει σαν αποτέλεσμα την παραγωγή ενεργοποιημένων ριζών οξυγόνου, οι οποίες καταστρέφουν εκλεκτικά τα καρκινικά κύτταρα και τους ιστούς στους οποίους έχει καθηλωθεί η φθοριοχρωστική ουσία, χωρίς καταστροφή των πέριξ υγιών ιστών.

Η κλινική χρήση της μεθόδου προς το παρόν περιορίζεται σε ορισμένους όγκους του πεπτικού συστήματος, όπως του οισοφάγου, του στομάχου και του παχέος εντέρου. Εντούτοις, έχει όμως χρησιμοποιηθεί και σε νεοπλασμάτα του πνεύμονα και του ουροποιητικού συστήματος. Έχει εφαρμοσθεί επίσης και σε περιπτώσεις πρώιμου καρκινώματος του στομάχου, δίνοντας ανακούφιση στη δυσφαγία των ασθενών. Είναι αρκετά ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος σε έμπειρα χέρια και σε επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών. Οι προοπτικές για την περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωσή της διαγράφονται ευνοϊκές.²

ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι μια σχετικά μέθοδος θεραπείας του καρκίνου. Κύριος στόχος της είναι να ισχυροποιηθεί η ανοσοβιολογική ανταπόκριση του αρρώστου ενάντια στα καρκινικά κύτταρα. Μελλοντικός στόχος, η πρόληψη του καρκίνου, με ανοσοποίηση του καρκίνου κατά των καρκινικών κυττάρων. Η πρώτη παρατήρηση που έδειξε μια σχέση ανάμεσα στους ανοσοβιολογικούς μηχανισμούς του οργανισμού και τον καρκίνο που έγινε από τον Coley πριν από 1 αιώνα. Ο Coley παρατήρησε την αυτόματη ύφεση όγκων σε ασθενείς που βρίσκονταν σε ανάρρωση από οξείες λοιμώξεις. Οι παρατηρήσεις αυτές οδήγησαν στην προσπάθεια διεξέρσεως των αμυντικών μηχανισμών του ασθενούς με τη χορήγηση νεοπλασματικών κυττάρων ή προϊόντων τους ως εμβόλια (με συνέπεια) φτωχά αποτελέσματα.

Η ανοσοθεραπεία άλλαξε με την ανακάλυψη των κυτταροκίνων. Οι κυτταροκίνες είναι διαλυτές πρωτεΐνες που εκκρίνονται από τα κύτταρα του ανοσολογικού συστήματος (λεμφοκύτταρα ή μονοκύτταρα). Είναι πραγματικές ορμόνες που συνδέονται με τα καρκινικά κύτταρα και μεταβάλλουν την κυτταρική λειτουργία. Υπάρχουν 2 οικογένειες κυτταροκίνων, οι ιντεφερόνες και οι Ιντερλευκίνες. Οι Ιντερφερόνες (ΑΒΓ) εκτός από την αντιική τους δράση, εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων και τροποποιούν τις ανοσολογικές αντιδράσεις. Οι Ιντερλευκίνες αποτελούν το μέσο επικοινωνίας των κυττάρων του ανοσολογικού συστήματος. Σημαντική ώθηση στην ανοσοθεραπεία έδωσε η ανακάλυψη των μονοκλωνικών αντισωμάτων και η τεχνολογία του ανασυνδιασμένου DNA με συνέπεια τη μαζική παραγωγή Ιντερφερονών και Ιντερλευκίνων.

Τα είδη των ανοσοθεραπειών είναι:

- α) Ενεργητική ανοσοθεραπεία: Γίνεται με ένεση αντιγόνου στον άρρωστο που κινητοποιεί την ανάπτυξη αντισωμάτων.
- β) Παθητική ανοσοθεραπεία: Γίνεται με άμεση μεταφορά αντικαρκινογόνων αναμάτων.³⁴

ΥΠΕΡΘΕΡΜΙΑ

Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος πάνω από 41,5 οC χρησιμοποιήθηκε για πολλά χρόνια, με σκοπό να προκαλέσει ογκοκτόνα αποτελέσματα. Η έρευνα υποδηλώνει ότι τα κακοήθη κύτταρα είναι περισσότερο ευαίσθητα από τα φυσιολογικά στα βλαβερά αποτελέσματα υψηλών θερμοκρασιών, για τους παρακάτω λόγους:

1. Στερούνται ενζύμων για επισκευή του DNA και των κυτταρικών μεμβρανών που υπέστησαν βλάβες από υψηλές θερμοκρασίες.
2. Στερούνται ενζύμων που συμβάλλουν στην παραγωγή τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP), η οποία είναι απαραίτητη για μια κανονική κυτταρική απάντηση στις αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις, που είναι αποτέλεσμα της υπερθερμίας.
3. Τα περισσότερα νεοπλασματικά κύτταρα στερούνται αιματικής προμήθειας που παρέχει το απαραίτητο οξυγόνο σε αυξημένες κυτταρικές απαιτήσεις, όπως κατά τη διάρκεια της υπερθερμίας.
4. Οι κακοήθεις όγκοι στερούνται αγγείων επαρκούς μεγέθους για αποβολή θερμότητας.

Η έρευνα, επίσης, υποδηλώνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος μπορεί έμμεσα να διεγερθεί από την υπερθερμία.

Η υπερθερμία είναι περισσότερο αποτελεσματική όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία ή χημειοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία επιτυγχάνει καλύτερο αποτέλεσμα όταν συνδυάζεται με υπερθερμία, επειδή τα υποξικά κύτταρα του όγκου και τα κύτταρα στη φάση S του κυτταρικού κύκλου είναι περισσότερο θερμοευαίσθητα απ' ό,τι ακτινοευαίσθητα. Η προσθήκη θερμότητας βλάπτει τα κύτταρα του όγκου σε σημείο που τα καθιστά ανίκανα να αυτοεπιδιορθωθούν μετά από ακτινοθεραπευτική βλάβη.

Όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με χημειοθεραπεία, η υπερθερμία συμβάλλει στην αύξηση πρόσληψης χημειοθεραπευτικού φαρμάκου από το κύτταρο, επειδή αυξάνει τη διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης.

Ακόμα, η υπερθερμία αναστέλλει τις διεργασίες επιδιόρθωσης, αυξάνοντας το ρυθμό θανάτου των νεοπλασματικών κυττάρων.²¹

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΠΟ ΤΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

Ο πόνος όπως είναι γνωστό αποτελεί λειτουργική εκδήλωση που προκαλείται από ανατομική βλάβη (π.χ. διάφορους τραυματισμούς), ή από άλλες παθολογικές καταστάσεις (φλεγμονές, διάφορες εξεργασίες κ.λπ.). Παρά το γεγονός ότι ο συμπτωματικός πόνος χρησιμεύει για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων αντίθετα ο πόνος στον καρκίνο επιφέρει βαρείες διαταραχές στον άρρωστο και την οικογένεια του (ψυχικές, σωματικές, οικονομικές κ.λπ.) πολλές φορές, δε, φέρνει μπροστά σε δίλημμα τον θεράποντα γιατρό λόγω των δυσχερών θεραπευτικών προβλημάτων τα οποία προκύπτουν.

Όσον αφορά τη θεραπεία του οι πρώτες προσπάθειες άρχισαν στους αρχαίους χρόνους όπου όπως αναφέρεται, Κινέζοι, Έλληνες και Αιγύπτιοι γιατροί επιδόθηκαν στη μελέτη και αντιμετώπιση των διαφόρων συνδρομών του πόνου. Ακολούθως και κυρίως από τον 19ο αιώνα και μετά, με την πρόοδο από τις ανατομικές φυσιολογικές και φαρμακολογικές μελέτες η θεραπεία αυτή έγινε πραγματικότητα. Τελευταία δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη μελέτη του πόνου και απασχολεί πλέον από κοινού πληθώρα γιατρών, διαφόρων ειδικοτήτων και άλλους επιστήμονες για την επίτευξη καλύτερης θεραπείας (χειρουργικής ή συντηρητικής). Για το σκοπό αυτό έχουν ιδρυθεί καλά οργανωμένα κέντρα (δυστυχώς προς το παρόν μόνο στο εξωτερικό) οι κλινικές θεραπείας του πόνου, των οποίων ο αριθμός συνεχώς αυξάνει.

Η εξέταση του ασθενή που πονάει

Οι ασθενείς, ανάλογα, εισάγονται στην κλινική, ή εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία, ή τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου οποτεδήποτε προκύψει πρόβλημα αντιμετώπισης πόνου κάθε αιτιολογίας. Η ανάλυση και εκτίμηση του ιστορικού τους γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή από έναν ή περισσότερους γιατρούς, οι οποίοι ασχολούνται με τα προβλήματα του πόνου με τρόπο ώστε να εκτιμηθεί καλύτερα η συνδρομή του και να καθοριστεί η ακολουθητέα μέθοδος θεραπείας. Ειδικές εξετάσεις συμπληρώνουν τον προϋπάρχοντα έλεγχο για να τεθεί η διάγνωση και ο εντοπισμός της αιτίας των αλγεινών εκδηλώσεων. Ακολουθεί η σύνταξη πρωτοκόλλου θεραπείας, η οποία σχεδιάζεται επί των ακολούθων βάσεων.

- 1) Ανάλογα με τη φύση της ασθένειας η οποία τον προκαλεί.
- 2) Ανάλογα με τους χαρακτήρες του πόνου (π.χ. της συχνότητας, της ποιότητας, της διάρκειας, της εντόπισης του κ.λπ.).
- 3) Ανάλογα με την ηλικία του ασθενή, τη φυσική ψυχική και διανοητική κατάσταση του. Λαμβάνεται επίσης υπ' όψη, ιδιαίτερα στους καρκινοπαθείς και η αναμενόμενη πιθανή διάρκεια επιβίωσης τους.
- 4) Στις κλινικές πόνου, η εφαρμογή της συντηρητικής θεραπείας, σε αρκετές περιπτώσεις, αποφασίζεται ύστερα από συνεργασία με ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς, αφ' ενός για τον καλύτερο συντονισμό αυτής, αφ' ετέρου για το διαχωρισμό και την επίλυση των διαφόρων προβλημάτων, τα οποία προκύπτουν από τη νοσηλεία ή παρακολούθηση αρρώστων με χρόνιους πόνους ή καρκινοπαθείς (ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά κ.λπ.).

Κύριος σκοπός του γιατρού, ο οποίος αντιμετωπίζει συνδρομές πόνου είναι να διαχωρίσει την οργανική φύση τους από την ψυχογενή ή το ποσοστό συνύπαρξής τους. Κατά τον HART ο πόνος αποτελεί μίγμα παραγόντων (τοπικός ή γενικευμένος πόνος, γενική κακουχία, αδιαθεσία, κατάθλιψη, ανησυχία κ.λπ.), οι οποίοι πρέπει να αντιμετωπίζονται με διαφορετική φαρμακευτική θεραπεία και χρειάζονται πολύπλευρη αντιμετώπιση. Κατά τον GROSS ο πόνος πρέπει να μελετάται και σαν σωματοψυχικό πρόβλημα για την ορθή εκτίμηση της οργανικής του βλάβης.

Τα αίτια του πόνου από νεοπλάσματα

Οι πόνοι από κακοήθεις όγκους αποτελούν δυσάρεστο σύμπτωμα στις περισσότερες περιπτώσεις και προκαλούνται, όπως είναι γνωστόν από:

1. τη φλεγμονή και το οίδημα τμημάτων του σώματος, τα οποία βρίσκονται επιφανειακά ή στο βάθος.
2. τη συνυπάρχουσα μερικές φορές εξέλκωση.
3. τη διάταση των προσβληθέντων οργάνων και την πίεση των παρακείμενων ιστών, ή των νευρικών στελεχών και τέλος
4. τη δήθηση, ή μετάσταση του όγκου σε άλλα συστήματα του σώματος (σκελετικού, νευρικού κ.ά).

Κατά τον SWERDLOW πόννοι στους καρκινοπαθείς είναι δυνατό να προκληθούν και από άλλες αιτίες που δεν έχουν σχέση με τη νεοπλασματική νόσο, όπως π.χ. από προηγούμενη ακτινοθεραπεία (συμφύσεις, ρικνώσεις), ή μετεγχειρητικές ουλές (ριζική επέμβαση τραχήλου, Ca μαστού κ.ά.).

Γενικές αρχές συντηρητικής θεραπείας των συνδρομών πόνου στους καρκινοπαθείς.

1. Η συντηρητική θεραπεία των πόνων από Ca αποβλέπει: (Πίνακας 3, 4)
2. Στην αντιμετώπιση της αρρώστιας με συνδυασμό ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας, ορμονοθεραπείας, ή χειρουργικής θεραπείας.
3. Στην συμπτωματική αντιμετώπιση του πόνου με συστηματική χορήγηση παυσίπονων ή τοπικών εγχύσεων αναισθητικών ή νευρολυτικών ουσιών.
4. Στην επιπρόσθετη χρήση παυσίποτων ή άλλων φαρμάκων οποτεδήποτε κριθεί αναγκαίο, τα οποία υποβοηθούν στη θεραπεία τοπικών ή γενικευμένων επιπλοκών από τον όγκο, ή ανακουφίζουν τον ασθενή από τις ψυχιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της αρρώστιας (οίδημα, φλεγμονές κ.λπ., άγχος, κατάθλιψη κ.ά.).
5. Στην στήριξη του ασθενή με ψυχολογικές μεθόδους (ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, κοινωνική φροντίδα κ.λπ.).
6. Στην ορθή παρεντερική σίτιση και διατήρηση του ισοζυγίου καταβολής του καρκινοπαθή έτσι ώστε να μειωθούν οι επιπλοκές της αρρώστιας και οι παρενέργειες της θεραπείας.
7. Στη λήψη όλων των μέτρων και μέσων εκείνων τα οποία θα εμποδίσουν ένα οξύ πόνο και μικρής χρονικής διάρκειας να μεταπέσει σε μία χρόνια κατάσταση, οπότε η θεραπεία του γίνεται πιο προβληματική (Πίνακας 5).
8. Τέλος κρίνεται σκόπιμη η επί χάρτου του σώματος εντόπιση και σχηματική απεικόνιση των χαρακτήρων του πόνου, προκειμένου να εξηγηθούν οι πιθανοί μηχανισμοί έκλυσης του. Το γεγονός ότι αυτός που πονάει πάσχει από καρκίνο δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι η αρρώστια του αποτελεί και την αιτία του πόνου.²⁵

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:



A) ΠΟΝΟΣ. Ο πόνος είναι υποκειμενικό σύμπτωμα που συνοδεύεται από δυσφορία και εμφανίζεται ως πρώτο μετεγχειρητικό σύμπτωμα.

Οφείλεται στον ερεθισμό των νευρικών αποληξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη, λόγω της επέμβασης. Η μεγαλύτερη έντασή του σημειώνεται συνήθως μετά από 12-36 ώρες από την εγχείρηση.³⁵

B) ΝΑΥΤΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΣ: Η μετεγχειρητική ναυτία και ο εμετός μπορεί να οφείλονται σε διάφορους λόγους στους οποίους περιλαμβάνεται: η αναισθησία, η ευαισθησία σε ορισμένα φάρμακα, οι χειρουργικοί χειρισμοί, η κάποια σοβαρή μετεγχειρητική επιπλοκή.

Σήμερα με την πρόοδο της αναισθησιολογίας έχουν περιοριστεί μετεγχειρητικά και τα δύο. Παραμένει όμως ένα ποσοστό αρρώστων που τα παρουσιάζουν. Αίτια μπορεί να είναι:: 1) Η συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου. 2) Η διάταση της κοιλίας λόγω των χειρισμών στα κοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση. 3) Η χορήγηση μορφίνης, διότι σε μερικά άτομα προκαλεί εμετούς. 4) Η επίδραση της νάρκωσης. 5) Ψυχολογικές επιδράσεις.⁶

Γ) ΔΙΨΑ: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και από τοπική αναισθησία οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, εμέτοι).

Στις εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται χορήγηση υγρών επί 24 ώρες ή και περισσότερο ανάλογα την περίπτωση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι (PORT COTTON) ποτισμένο σε κρύο νερό.⁶

Δ) ΔΙΑΤΑΣΗ ΕΝΤΕΡΟΥ: Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Αίτια μπορεί να είναι:

1) η κατάργηση περισταλτισμού του εντέρου από τους χειρισμούς στα ευδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση και από την επίδραση του αναισθητικού. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί τον περισταλτισμό για 24-48 ώρες.

2) Η έλλειψη διατροφής μετά την εγχείρηση.

3) Κατάποση αέρα (αεροφαγία) και συγκέντρωσή του στον γαστρεντερικό σωλήνα. Η κινητικότητα του λεπτού εντέρου μετά τη χάλαση από τη νάρκωση αποκαθίσταται γρηγορότερα από του παχέως εντέρου. ^(6, 35)

Ε) ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Δυσκοιλιότητα: Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α) Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης.
- β) Τοπική φλεγμονή
- γ) Περιτονίτιδα
- δ) Τοπικό απόστημα

Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ευόυνωση κοπράνων-κοπρώσταση.

Στη λύση του προβλήματος μπορεί να βοηθήσει η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και υποκλισμός. ^(6, 35)

ΣΤ) ΔΙΑΡΡΟΙΑ: Οφείλεται σε σύνδρομο κακής απορρόφησης και είναι συχνή σε διατομή των πνευμονογαστρικών. Χορηγούμε φωσφορική κωδεΐνη 15-30 MG. ⁶

Ζ) ΔΙΑΤΑΣΗ ΚΥΣΤΕΩΣ (ΕΠΙΣΧΕΣΗ ΟΥΡΩΝ): Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση. Αίτια μπορεί να είναι τα παρακάτω:

- 1) ο σπασμός του σφικτήρα της ουρήθρας
- 2) η ακινησία του αρρώστου. Λόγω έλλειψης μυικής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυικών ινών επομένως και της κύστεως.
- 3) Ήπια θέση. Μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφικτήρα της κύστεως.

Η) ΛΟΞΥΓΚΑΣ: Είναι διαλλείπων σπασμός του διαφράγματος συνήθως παροδικός κάποτε επιμένει και ταλαιπωρεί τον άρρωστο.

Αίτια είναι: α) ο ερεθισμός του φρενικού νεύρου που νευρώνει το διάφραγμα β) έμμεσοι ερεθισμοί του φρενικού νεύρου είναι η γαστρική διάταση, η εντερική απόφραξη, ενδοκοιλιακή αιμορραγία κλπ. ³⁵

Θ) ΑΝΗΣΥΧΙΑ-ΔΥΣΦΟΡΙΑ: Αίτια μπορεί να είναι: α) το βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος β) ο πόνος, ο λόξυγκας, η δίψα και η επίσχεση ούρων γ) ο τυμπανισμός (μετεωρισμός κοιλίας) δ) η αϋπνία και οι θόρυβοι του περιβάλλοντος. ³⁵

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό επιπλοκών. Σε πολλές από τις επιπλοκές αυτές τα μετεγχειρητικά ενοχλήματα υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου ή υπακούουν στην συντηρητική θεραπεία. Έτσι, μένει μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό αρρώστων που εμφανίζουν ενοχλήματα, τα οποία κάνουν την διαβίωσή τους δύσκολη και προβληματική και οι οποίοι έχουν ανάγκη επανεγχείρησης για την αποκατάστασή τους. Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:²⁶

1) ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ

Είναι η απώλεια αίματος από τα αγγεία. Διακρίνεται σε:

- 1) Πρωτογενή που συμβαίνει κατά την εγχείρηση
- 2) Διάμεσο που συμβαίνει λίγες ώρες μετά την εγχείρηση
- 3) Δευτερογενή που μπορεί να συμβεί αρκετά μετά την εγχείρηση
- 4) Τριχοειδή με βραδεία έξοδο αίματος
- 5) Φλεβική με ταχεία έξοδο σκούρου κόκκινου αίματος
- 6) Αρτηριακή με αναπήδηση κόκκινου ζωηρού αίματος
- 7) Εξωτερική όταν φαίνεται, εσωτερική όταν δεν φαίνεται.

Συνήθως, συμβαίνει στο πρώτο 24ωρο (μέχρι και την 7^η ημέρα)^(35,22)

Συμπτώματα:

- Ενεπίστος, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός –πρόσωπο και άκρα ψυχρά- ωχρότητα δέρματος.
- Πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης
- Εφίδρωση ανησυχία.
- Αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα
- Εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.⁶

Πρόκειται περί αιμορραγίας από τον χειρουργημένο στόμαχο και ο άρρωστος εμφανίζει αμέσως μετεγχειρητικά είτε αιματηρούς εμετούς, είτε έξοδο αφθόνου πρόσφατου αίματος από τον ρινογαστρικό καθετήρα, σε ποσότητα που επηρεάζει την γενική του κατάσταση.

Η αιμορραγία προέρχεται συνήθως από αγγεία που δεν απολινώθηκαν κατά την εκτέλεση της γαστροεντεροαναστόμωσης επί γαστρεκτομής Billroth II ή από την γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση (σπανιότερα) επί γαστρεκτομής Billroth I.

Η αντιμετώπισή της είναι αρχικά συντηρητική (κένωση του στομάχου, πλύσεις με ψυχρό φυσιολογικό ορό, μετάγγιση αίματος). Αν η αιμορραγία επιμένει και επηρεάζει την γενική κατάσταση του αρρώστου, επιβάλλεται η επανεγγείρηση για τον έλεγχο της.⁷

2) SHOCK Η ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑ:

Το shock, παρά τις τεράστιες προόδους της ιατρικής επιστήμης, παραμένει ένα ακανθώδες πρόβλημα, διότι η παθοφυσιολογία του είναι ακόμη αδιευκρίνιστη. Πολλοί ορισμοί διατυπώθηκαν κατά καιρούς για το shock, αλλά λόγω της ποικίλης αιτιολογίας του δεν υπάρχει απόλυτα ακριβής ορισμός. Το shock ή καταπληξία ορίζεται λειτουργικά ως όξεια κυκλοφορική ανεπάρκεια με ανεπαρκή αιμάτωση των ιστών που οδηγεί σε γενικευμένη κυτταρική υποξία. Πρόκειται για διαδρομή κατά την οποία είναι ελαττωμένη τόσο η επιστροφή του αίματος προς την καρδιά όσο και η ροή προς τους ιστούς (μικροκυκλοφορία) σε τέτοιο βαθμό, ώστε να δημιουργούνται κακές συνθήκες οξυγόνωσης (υποξία) των ιστών).

Μορφές shock-καταπληξίας.

Εμφανίζεται με διάφορες μορφές ανάλογα με το αίτιο που το προκαλεί. Σκοπός της κατάταξης σε μορφές είναι να διευκολύνει την αναγνώριση της παθολογικής κατάστασης, ώστε έγκαιρα να αρχίσει η θεραπευτική αγωγή. Βασικά γίνεται λόγος για τρεις μορφές καταπληξίας με υποδιαιρέσεις όπως παρακάτω:

1. Ολιγαιμικό shock το οποίο περιλαμβάνει: το τραυματικό ή αιμορραγικό, το shock εγκευμάτων και αφυδάτωσης.
2. Αγγειακό shock το οποίο περιλαμβάνει: το αναφυλακτικό το νευρογενές και το σηπτικό ή τοξικό.

Το **ολιγαιμικό shock**, οφείλεται σε μεγάλη απώλεια αίματος πλάσματος και ηλεκτρολυτών, από εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία, ακατάσχετους εμετούς, διάρροια και μεγάλη εφίδρωση. Αποτέλεσμα των απωλειών αυτών είναι η ελάττωση της κυκλοφορίας του αίματος με συνέπεια την ελαττωμένη αντιρρόπηση των αναγκών της κυκλοφορίας.

Αγγειακό shock:

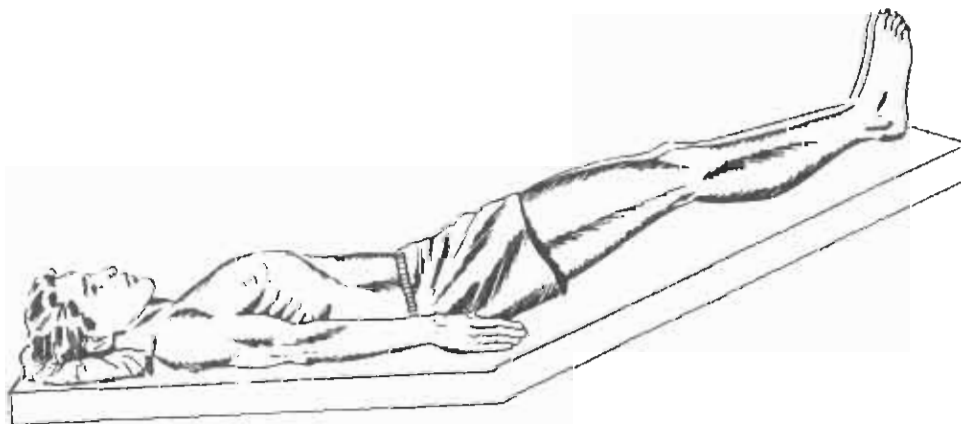
α) Αναφυλακτικό shock: Το αναφυλακτικό μπορεί να εμφανισθεί σε χορήγηση φαρμάκων όπως πενικιλίνη, ιωδιούχα κ.α. Οφείλεται στην δράση της ισταμικής στα περιφερικά αγγεία, τα οποία διαστέλλονται και αυξάνει η διαβατότητα των τοιχωμάτων τους.

β) Νευρογενείς shock: Οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου των αγγείων και στην περιφερική λίμναση του αίματος. Ονομάζεται νευρογενές, διότι η αγγειοσυσπασση και η εγγειοδιαστολή ασκείται από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Εμφανίζεται σε περιπτώσεις ισχυρού πόνου ψυχογενών αιτιών όπως είναι ο φόβος, η θέα αίματος κ.α.

γ) Σηπτικό-τοξικό shock. Είναι αποτέλεσμα σηψαιμίας. Σηψαιμία σημαίνει ύπαρξη μικροβίων στο αίμα η οποία συνοδεύεται από σοβαρά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από σύμπλεγμα βιοχημικών και αναβολικών αντιδράσεων έναντι των τοξινών ή μικροβίων που εισέρχονται στο οργανισμό με αποτέλεσμα την έκπτωση των λειτουργιών των κυττάρων όλων των οργάνων, κυρίως όμως της καρδιάς, των πνευμόνων, των νεφρών και του εγκεφάλου.

δ) Καρδιογενές Shock: Οφείλεται σε βλάβες της καρδιάς που οδηγούν σε μείωση της καρδιακής παροχής³⁵. Συμπτώματα: Μικρός, συχνός και μόλις αισθητός σφυγμός, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης ωχρότητα, άκρα ψυχρά και ψυχροί ιδρώτες, μεγάλη καταβολή δυνάμεων, μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας.⁶

Όταν οι παραπάνω εκδηλώσεις επιδεινωθούν η κατάσταση επιβαρύνεται. Η καλύτερη θεραπεία είναι πρώτα η πρόληψη και δεύτερον η στενή παρακολούθηση του αρρώστου, η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση αντιμετώπισή τους.³⁵

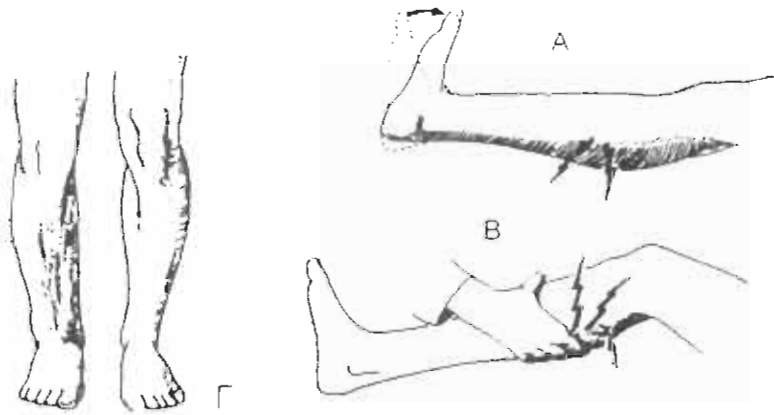


3)ΦΛΕΒΙΤΙΔΑ-ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ:

Η φλεβίτιδα είναι φλεγμονή των επιπολής φλεβών. Είναι συνέπεια ενδοφλέβιας θεραπείας. Οφείλεται σε ερεθισμό που μπορεί να προκαλέσει, σαν ξένο σώμα, ο ενδοφλέβιος καθετήρας, η βελόνα ή και υπέρτονα διαλύματα. Εκδηλώνεται τοπικά με τα στοιχεία της φλεγμονής, ερυθρότητα, θερμότητα, πόνο και οίδημα στο σημείο φλεβοκεντησης συχνά κατά μήκος της φλέβας.

Η επιπολής φλεγμονή δεν προκαλεί πνευμονική εμβολή. Στην θρομβοφλεβίτιδα υπάρχει εν τω βάθει φλεγμονή και σχηματισμός θρόμβων. Συμβαίνει στα κάτω άκρα και οφείλεται σε:

- Βλάβη φλεβών, μετά από μεγάλη άσκηση πίεσης
- Σπιβράδωση κυκλοφορίας μετά την εγχείρηση λόγω ακινησίας
- Μεγάλη ηλικία, παχυσαρκία.
- Αιμοσυμπύκνωση, λόγω απώλειας υγρών.
- Καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος, τραύμα.³⁵



4) ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ:

Είναι η απόφραξη κλάδου της πνευμονικής αρτηρίας από θρόμβο που μπορεί να αποσπασθεί από φλέβες των κάτω άκρων ή από τις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς. Μπορεί να συμβεί στους χειρουργημένους ιδιαίτερα σε επεμβάσεις κοιλιάς κ.α. Η εμφάνιση είναι απότομη με έντονο πόνο στον θώρακα, έντονη δύσπνοια, ταχυκαρδία, λιποθυμική τάση, πτώση πιέσεως, ψυχροί ιδρώτες και ίσως εικόνα shock.

5) ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ:

Μπορεί να συμβεί κατά την έγερση του αρρώστου ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα ή μετά από παρατεταμένη κατάκλιση. Σε απότομη και γρήγορη έγερση από το κρεβάτι, σε ορθή θέση υπάρχει τάση παύσεως της Α.Π. την οποία ο οργανισμός προλαμβάνει διότι αντιδρά με περιφερική αγγειοσύσπαση. Αν αυτός, ο μηχανισμός αποτύχει, τότε προκαλείται λιποθυμία. Εμφανίζεται ζάλη, ωχρότητα προσώπου, ιδρώτας και βραδυκαρδία.³⁵

6) ΙΚΤΕΡΟΣ:

Η μετεγχειρητική εμφάνιση ίκτερου δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στο χειρουργό. Ο ίκτερος μπορεί να οφείλεται σε: α) αιμόλυση, β) μετεγχειρητικό οίδημα ή αιμάτωμα που πιέζει και αποφράσσει μερικά το χοληδόχο πόρο, γ) έκχυση σημαντικής ποσότητας χολής μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα κατά την επέμβαση και απορρόφηση, δ) ηπατική ανεπάρκεια, ε) καρκίνο που δεν εκτιμήθηκε στην εγχείρηση, στ) απολίνωση και γενικότερα κάκωση του χοληδόχου πόρου κατά την επέμβαση.

Η τελευταία περίπτωση είναι η σοβαρότερη και εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από δυσχερή τεχνικά γαστρεκτομή Billroth II. Επιβάλλεται η επανεπέμβαση για την αποκατάσταση της ροής της χολής προς το έντερο.⁷

8) ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ-ΑΤΕΛΕΚΤΑΣΙΑ:

Αυτές οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωση του. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια.

Μπορεί να εμφανισθούν σε επεμβάσεις κυρίως θώρακα και κοιλιάς.

Ατελεκτασία είναι η ατελής έκπτυξη τμήματος λοβού του πνεύμονα. Τα αίτια της ατελεκτασίας είναι: Η ανεπαρκής προσπάθεια για αποτελεσματικό βήχα, που συντελεί στην συλλογή εκκρίσεων και την αδυναμία αποβολής του και οι λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού που αυξάνουν τις βρογχικές εκκρίσεις. Η χρήση διαφόρων φαρμάκων όπως η ατρυπίνη και άλλα συγγενή τα οποία κάνουν τις εκκρίσεις παχύρρευστες και δεν μπορούν να αποβληθούν. Η επίδραση των αναισθητικών και των ναρκωτικών φαρμάκων που επηρεάζουν το αντανακλαστικό του βήχα και της αναπνοής.^(6,35)

9) ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ:

Γίνεται ευκολότερα στα άτομα με κακή θρέψη. Το ποσοστό αυξάνει ανάλογα με τον χρόνο παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο και την διάρκεια που το τραύμα παραμένει ανοικτό. Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Το καλό πλύσιμο των χεριών πριν και μετά την φροντίδα του τραύματος και η σωστή αποστείρωση των εργαλείων και των υλικών που χρησιμοποιείται. Η αυστηρή τήρηση ασηψίας και αντισηψίας κατά την τεχνική αλλαγής των τραυμάτων. Διαφορετικά τα χειρουργικά τραύματα μπορεί να μολυνθούν και να διαπυηθούν.

Τοπικά συμπτώματα της μόλυνσης είναι τα στοιχεία της φλεγμονής όπως ερυθρότητα, θερμότητα, πόνος, οίδημα. Συστηματικά συμπτώματα είναι πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία, κακουχία, ανορεξία και λευκοκυττάρωσης. Η συλλογή υγρού γενικά στο τραύμα ασκεί πίεση στους γύρω ιστούς, εμποδίζει την κυκλοφορία του αίματος και την επούλωση του τραύματος και προδιαθέτει για μόλυνση (Γαλάζια 204)

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

Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα. ^(26,35)

10) ΑΙΜΑΤΩΜΑ:

Είναι η συλλογή αίματος στον υποδόριο ιστό. Το χειρουργικό τραύμα μπορεί να αιμορραγήσει με αποτέλεσμα τη συλλογή αίματος στον υποδόριο χώρο. Η αιμορραγία αυτή σταματάει μόνη της. Αν ο σχηματιζόμενος θρόμβος είναι μικρός απορροφάται. Αν είναι μεγάλος εμποδίζει και καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, γι' αυτό γίνεται παροχέτευση. ³⁵

11) ΡΗΞΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ:

Αυτή συμβαίνει συνήθως σε παχύσαρκα άτομα αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα που έχουν βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων. ⁶

12) ΟΞΕΙΑ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ:

Πρακτικά πρόκειται για οξεία σοβαρή λειτουργική απόφραξη του στομάχου, που δεν μπορεί να προωθήσει το περιεχόμενο του διαμέσου ενός μηχανικά στενού στομίου και που επιμένει για πάνω από 2-3 εβδομάδες. Άλλοτε πάλι μπορεί να οφείλεται σε οίδημα της γαστροεντεροαναστόμωσης ή της πυλωροπλαστικής. Η ενδοσκόπηση μπορεί να δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την αιτιοπαθογένεια της επιλοκής.

Εμφανίζεται σπάνια μετά από γαστρεκτομή. Ήταν συνηθέστερη παλαιότερα, όταν εφαρμόστηκε η απλή βαγοτομή χωρίς παροχτευτική επέμβαση.

Τα εμφανιζόμενα στον ασθενή συμπτώματα είναι:

- Μετεωρισμός κοιλίας
- Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο
- Λόξιγκας
- Δύσπνοια λόγω πίεσης του διαφράγματος από το διατεταμένο στομάχο.
- έμετοι

Συνήθως η διάταση υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες κατά τη διάρκεια των οποίων επιβάλλεται η συνεχής ρινογαστρική αναρρόφηση, η διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και η παρεντερική διατροφή του αρρώστου.²⁶

13)ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΟ ΈΛΚΟΣ:

Η συχνότητά του φθάνει μέχρι και 50% μετά από απλή γαστροεντεροαναστόμωση (ΓΕΑ), 10% μετά από στελεχιαία βαγοτομή και παροχετευτική εγχείρηση, 15% μετά από υπερεκλεκτική βαγοτομή και 2-3% μετά από υφολική γαστρεκτομή. Εκδηλώνεται μέσα στην πρώτη από την εγχείρηση πενταετία και είναι συχνότερο στους άντρες.

Αίτια:

1. Υψηλή γαστρική οξύτητα κατά την ημέρα της εγχείρησης και μη επαρκής επέμβαση (π.χ. βαγοτομή).
2. Έλκος σε κρίσης και φλεγμονή
3. Κακή διατροφή του αρρώστου
4. Παραμονή βλεννογόνου του άντρου (έκκριση γαστρίνης).
5. Περιορισμένη εκτομή του στομάχου (έκκριση HCl).
6. Ατελής βαγοτομή (Holander test).
7. Μακρά προσιούσα σε Billroth II (ταχεία απορρόφηση αλκαλικών εκκρίσεων).
8. Ατελής παροχετευτική επέμβαση, στάση υγρών (το έλκος αναπτύσσεται στο στομάχι και όχι στην αναστόμωση).
9. Τοπικός ερεθισμός από ράμματα.
10. Σύνδρομο Zollinger-Ellison.

Κλινική εικόνα:

1. Ερυγές
2. Επιγαστρικός πόνος
3. Έμετοι, συνήθως χολώδεις
4. Αιμορραγία

(Τα παραπάνω σε επαναλαμβανόμενες κρίσεις.)

Θεραπεία: Φαρμακευτική βαγοτομή (διαζεπάμη, χλωροπρομαζίνη), αντιόξινα, σιμεθιδίνη. Κατά κανόνα απαιτείται υψηλότερη εκτομή ή εκτομή παγκρεατικού αδενώματος επί συνδρόμου Zollinger-Ellison.

Αν έγινε απλή ευρεία εκτομή-υφολική εκτομή-βαγοτομή.

Αν έγινε απλή ΓΕΑ-βαγοτομή, γαστρεκτομή

Αν έγινε υφολική εκτομή-ολική γαστρεκτομή. . (7,22)

14) ΔΥΣΦΑΓΙΑ:

Πρόκειται για επιπλοκή της βαγοτομής, συνήθως ελαφρά, που εμφανίζεται σε ποσοστό 3-17% Για την ερμηνεία της ενοχοποιούνται: α) η απονεύρωση του κατώτερου οισοφάγου, β) οργανικά αίτια, δηλαδή μετεγχειρητική στένωση σαν αποτέλεσμα οργάνωσης περιοισοφαγικού αιματώματος, γ) οισοφαγίτιδα.

Συνήθως διαρκεί μερικές εβδομάδες και υποχωρεί από μόνη της. Αν υπάρχει δυσφαγία και διαφραγματοκήλη, τότε πρέπει να γίνει χειρουργική αποκατάσταση.⁷

15) ΓΑΣΤΡΟΠΛΗΓΙΑ:

Ο άρρωστος μπορεί να την παρουσιάσει τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες πριν αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύονται στο στομάχι. Ο άρρωστος παρουσιάζει εικόνα Shock και επιπλέον απότομο εμετό και γαστρική δυσφορία.³⁵

16) ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΟΣ ΕΙΛΕΟΣ Η ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΠΑΡΕΣΗ:

Είναι το σύνδρομο κατά το οποίο το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται γιατί μειώνεται η παύει ο εντερικός Περισταλτισμός. Είναι μετεγχειρητική επιπλοκή που συνήθως εμφανίζεται σε ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Οφείλεται σε συλλογή υγρών, κατάσταση αέρα και κυρίως στους χειρισμούς που γίνονται κατά την επέμβαση στα ενδοκοιλιακά όργανα. Του στομάχου και του λεπτού εντέρου, συνήθως αποκαθιστώνται στα δύο πρώτα 24ωρα, του παχέος εντέρου η κινητοποίηση μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο.

Λόγω της πίεσης και της διάτασης των ιστών προκαλείται πόνος. Ο άρρωστος είναι ανήσυχος, έχει αίσθημα πληρότητας και αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων.³⁵

17) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΘΡΕΨΗΣ:

α) Απώλεια βάρους: Είναι πιο έκδηλη ύστερα από γαστρεκτομή Billroth II και μικρότερη ή και λείπει μετά από γαστρεκτομή Billroth I ή και μετά από βαγοτομή. Αν η απώλεια βάρους δεν συνδυάζεται με άλλη μετεγχειρητική επιπλοκή, όπως π.χ. σύνδρομο Dumping, τότε αποδίδεται: * σε μικρό γαστρικό κολόβωμα, * σε διαταραχή της απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών, λόγω της ταχύτερης διόδου τους από το γαστρεντερικό σωλήνα, * σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους και σε αποβολή του με το κόπρανα (στεατόρροια). Στην τελευταία αυτή διαταραχή αποδίδεται κυρίως η απώλεια βάρους.⁷

β) Στεατόρροια: Είναι η αποβολή άπεπτου λίπους με τα κόπρανα, που οφείλεται σε διαταραχή της πέψης και απορρόφησης του λίπους, λόγω κακής αναμείξεως της τροφής με την χολή και το παγκρεατικό υγρό. Εμφανίζεται συχνότερα μετά από γαστρεκτομή Billroth II.⁷

γ) Αναιμία

- I. Σιδηροπενική (ιδίως μετά από Billroth II). Ελαττωμένη απορρόφηση σιδήρου λόγω έλλειψης HCl, μη διόδου των τροφών δια του I2λου και ταχείας διόδου των τροφών. Θεραπευτικά χορηγείται IM σίδηρος.
- II. Μεγαλοβλαστική (ιδίως σε ολική γαστρεκτομή). Έλλειψη του ενδογενούς παράγοντα του Castle. Θεραπευτικά, παρεντερική χορήγηση Fe και B12.
- III. Μεθαιμορραγική. Χρόνια απώλεια μικρών ποσοτήτων αίματος λόγω γαστρίτιδας, νησιτίτιδας ή αναστοματικού πεπτικού έλκους.
- IV. Αναιμία επί υπολευκωματιναιμίας, λόγω σοβαρής διαταραχής της θρέψης.²²

δ) Διαταραχή της απορρόφησης Ca: Συνήθως εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα της στεατόρροιας, μπορεί όμως να εμφανισθεί και αμιγής. Στην δεύτερη περίπτωση αποδίδεται σε διαταραχή της απορρόφησης του Ca που οφείλεται στην εμφανιζόμενη μετά την επέμβαση ελάττωση της οξύτητας στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου. Μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση οστεομαλακίας.⁷

ε) **Οστεομαλακία.**: Σπάνια επιπλοκή της Billroth II. Οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης D (ή και C) λόγω στεατόρροιας.

Κλινικώς εκδηλώνεται με οσταλγίες, κυρίως στους γλουτούς και τα κάτω άκρα. Εργαστηριακώς, πτώση Ca^{++} , P- στον ορό. Θεραπευτικός χορήγηση σκευασμάτων βιταμίνης D και παγκρεατικών ενζύμων.²²

18) ΔΙΑΦΡΑΓΜΑΤΟΚΗΛΗ:

Αποδίδεται σε τραυματισμό του οισοφαγικού τμήματος κατά την διατομή των πνευμονογαστρικών και στην μετεγχειρητική εμφάνιση διάτασης του στομάχου. Είναι δυνατόν να έχει υποβοηθητική δράση ο μετεγχειρητικός μετεωρισμός της κοιλίας.⁷

19) ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΚΗΛΗ:

Σε διαμεσοκολική αναστόμωση, όταν η καθήλωση των χειλών του μεσοκόλου είναι ελλιπής, δυνατόν να εισέλθουν εντερικές έλικες στο χάσμα, μ' αποτέλεσμα την εκδήλωση ειλεού. Θεραπευτικά, χειρουργική ανάταξη ή εκτομή και διόρθωση του χάσματος.

20) ΥΨΗΛΟΣ ΕΙΛΕΟΣ:

Πρώιμος, λόγω οιδήματος στην αναστόμωση. Συχνότερα παρατηρείται σε Billroth I και βαγοτομή. Αντιμετωπίζεται είτε με συνεχή ρινογαστρική αναρρόφηση επί 7 μέρες είτε με εκτέλεση διπλής νησιδοστομίας.

21) ΓΑΣΤΡΟ-ΝΗΣΤΙΔΟ-ΚΟΛΙΚΟ ΣΥΡΙΓΓΙΟ:

Αποτελεί επιπλοκή του αναστομωτικού έλκους. Ο ασθενής παρουσιάζει τροφώδεις διάρροιες και οδηγείται σε απώλεια βάρους, αφυδάτωση, αναιμία. Υπάρχει έντονη δυσσομία του στόματος. Αρκετά συχνοί είναι οι κοπρανώδεις έμετοι.

Προεγχειρητική προετοιμασία με μεταγγίσεις, χορήγηση αντιβιοτικών, παρεντερική διατροφή, καλή ρύθμιση υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου.

Όταν η γενική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει, γίνεται η τριπλή εκτομή (αφαίρεση των πέριξ του συριγγίου τμημάτων στομάχου-νήστιδας-κόλου).

Όταν η κατάσταση του αρρώστου είναι επιβαρημένη, προς αποφυγή εισόδου του τοξικού περιεχομένου του παχέος εντέρου στη νήστιδα γίνεται είτε κολοστομία του ανιόντος κόλου είτε ειλεο-σιγμοειδο-αναστόμωση.

22)ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΣΤΟΜΩΤΙΚΗΣ ΡΑΦΗΣ Η ΤΟΥ 12/ΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ:

Η Διάσπαση της αναστομωτικής ραφής ή του 12λικού κολοβώματος συμβαίνει συνήθως την 5^η-6^η μέρα. Ευκολότερα διασπώνται οι οισοφαγικές ραφές. Θεραπευτικώς άμεση παροχέτευση της περιττοναϊκής κοιλότητας και επανασύγκλειση του κολοβώματος ή δημιουργία κατευθυνόμενου συριγγίου με την τοποθέτηση Petzer (χορήγηση σωματοστατίνης).

23)ΔΙΑΦΥΓΗ ΥΓΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟ 12/Ο:

. Διαφυγή υγρών από το 12λο. Αρχικά συντηρητική αντιμετώπιση με Levin, ενυδάτωση, αντιβιοτικά. Σε επίμονες περιπτώσεις αντιμετώπιση όπως επί διάσπασης.

24)ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ:

Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα, λόγω τραυματισμού του παγκρέατος από τους εγχειρητικούς χειρισμούς, ή απόφραξης του παγκρεατικού πόρου από οίδημα, σε περιπτώσεις δωδεκαδακτυλοτομής²²

Πρόκειται για βαρύτατη (θνητότητα πάνω από 50%) αλλά σπάνια επιπλοκή που εμφανίζεται συνήθως μετά από γαστρεκτομή Billroth II και οφείλεται σε τραυματισμό του παγκρέατος.

Αντιμετωπίζεται με αντι-shock αγωγή, συνεχή ρινογαστρική αναρρόφηση, χορήγηση Trasylol. Μερικές φορές επανεγχείρηση.

Προφυλακτικά επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμών του παγκρέατος κατά την εγχείρηση.^(22,7)

25) ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ:

Εμφανίζεται συνηθέστερα μετά από γαστρεκτομή ή σπανιότερα μετά από γαστροεντεροαναστόμωση, που εκτελέστηκαν για καλοήγη πάθηση του στομάχου και η συχνότητα της επιπλοκής αυξάνει όσο αυξάνει και ο χρόνος από την εκτέλεση της επέμβασης. Το νεόπλασμα αναπτύσσεται στο γαστρικό κολόβωμα κοντά στην αναστόμωση.

Η εμφάνιση σε άρρωστο που έχει υποβληθεί σε γαστροεκτομή ή και άλλη γαστρική επέμβαση, πεπτικών ενοχλημάτων πρέπει να δημιουργεί την υποψία ανάπτυξης καρκίνου. Ο άρρωστος αυτός πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ακτινολογικό και απαραίτητα σε ενδοσκοπικό έλεγχο (γαστροσκόπηση). Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη καρκίνου, η άμεση χειρουργική αντιμετώπιση είναι αναγκαία. Λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης, η πρόγνωση στους αρρώστους αυτούς δεν είναι συνήθως καλή.

Αν πάλι δεν διαπιστωθεί ενδοσκοπικά καρκίνος στο γαστρικό κολόβωμα, οι συμπτωματικοί αυτοί άρρωστοι πρέπει να παρακολουθούνται κατά συχνά χρονικά διαστήματα ενδοσκοπικά, ιδιαίτερα αν διαπιστωθεί ιστολογικά η ανάπτυξη δυσπλασίας του γαστρικού βλεννογόνου.⁷

26) ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΩΣΗ: Τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακόμη γνωστά. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι: προδιάθεση του ατόμου, η νάρκωση και η παρατεταμένη χρήση της.

Συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς και η θεραπευτική αγωγή του από ψυχίατρο. Η καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση.⁶

Σύνδρομο μετά την Γαστρεκτομή:

Οι επεμβάσεις που καταστρέφουν ή παρακάμπτουν τον πυλωρό μπορεί να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχής. 20% των ασθενών έχουν παροδικά συμπτώματα 5% έχουν μόνιμα συμπτώματα, που όμως δεν τους αχρηστεύουν 1% όμως καθίσταται «γαστρικά ανάπηρο». Γι' αυτό, ελλάσσονες επεμβάσεις που διαφυλάττουν τον πυλωρό (λ.χ. βαγοτομή των τοιχωματικών κυττάρων) χρησιμοποιούνται συχνότερα.³⁶

Σύνδρομο Dumping

Συχνότητα. Είναι ιδιαίτερα συχνό (10-15%) μετά από γαστρεκτομή ή στελεχειαία βαγοτομή. Διακρίνεται σε πρώιμο (συχνότερο) και όψιμο Dumping. Το πρώιμο παρουσιάζεται 10-15 λεπτά μετά από το φαγητό, ενώ το όψιμο δύο περίπου ώρες αργότερα.

Παθοφυσιολογία. Τα υπάρχοντα κλινικά και πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι το χειρουργημένο στομάχι παρουσιάζει ταχεία κένωση στα υγρά διαλύματα, με αποτέλεσμα το λεπτό έντερο να εκτίθεται σε μεγάλα φορτία υπερωσμωτικών διαλυμάτων που για να εξισορροπηθούν, προκαλείται ταχεία είσοδος υγρών από το πλάσμα στον εντερικό αυλό. Αυτό έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση του κυκλοφορούντος όγκου αίματος και την αύξηση του αιματοκρίτη.

Κλινική εικόνα. Οι ασθενείς με πρώιμο σύνδρομο Dumping συνήθως παρουσιάζουν συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα έντονα μετά από υπερωσμωτικό γεύμα και βελτιώνονται με την κατάκλιση. Τα συμπτώματα αυτά είναι εφίδρωση, αίσθημα ταχυπαλμίας, κωλικοειδή κοιλιακά άλγη και τάση για λιποθυμία.

Η αντικειμενική εξέταση είναι αρνητική, εκτός αν ο ασθενής εκείνη τη στιγμή παρουσιάζει το σύνδρομο Dumping, οπότε είναι ωχρός, έφιδρος και παρουσιάζει ταχυκαρδία και ορθοστατική υπόταση. Ο εργαστηριακός έλεγχος είναι συνήθως φυσιολογικός. Η γλυκόζη αίματος συχνά είναι χαμηλή στη διάρκεια του επεισοδίου. Η διαφορική διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό της χειρουργικής επέμβασης στο στομάχι και τη χρονική σύμπτωση της έναρξης των συμπτωμάτων του συνδρόμου Dumping μετά από τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και την τυπική εμφάνιση των συμπτωμάτων μετά από υδατανθρακούχα γεύματα.

Στο όψιμο σύνδρομο Dumping, που είναι σπάνιο, ο ασθενής παρουσιάζει σημαντική υπογλυκαιμία δύο περίπου ώρες μετά τα γεύματα. Η κλινική εικόνα είναι εκείνη της υπογλυκαιμίας (βλέπε οικείο κεφάλαιο) και βελτιώνεται άμεσα με τη λήψη ζάχαρης ή πορτοκαλάδας. Σε ορισμένους ασθενείς απαιτείται διαφορική διάγνωση από ινσουλίνωμα.

Θεραπεία – Πρόγνωση. Τα συμπτώματα πολλών ασθενών γίνονται συνήθως ηπιότερα με την πάροδο του χρόνου μετά από την επέμβαση του στομάχου, ενώ βελτιώνονται με τη λήψη μικρών συχνών γευμάτων χαμηλής περιεκτικότητας σε μονοσακχαρίτες ή δισακχαρίτες. Σε όλους τους ασθενείς συνίσταται η λήψη υγρών μακριά από τα γεύματα και η κατάκλιση (ανάπαυση) αμέσως μετά από το φαγητό.²⁹

Σύνδρομο Μειωμένης Χωρητικότητας. Σχετίζεται με εκτεταμένες εκτομές.

Σύνδρομο μετά Βαγοτομή. Μπορεί να προκαλέσει εντονότατη διάρροια, που δε σχετίζεται με τα γεύματα και χολολιθίαση. Συχνότερο μετά στελεχιαία βαγοτομή, σπανιότερο μετά βαγοτομή των τοιχωματικών κυττάρων (υπερεκλεκτική).

Αλκαλική Γαστρίτιδα. Διαβρωτική γαστρίτιδα με παλινδρόμηση χολής δια του πυλωρού που δε λειτουργεί η παρακάμφθηκε. Ήπιο άλγος, ναυτία, χολώδεις έμετοι. Η γαστρονηστιδική αναστόμωση κατά Roux en Y μπορεί να ανακουφίσει.³⁶

Σύνδρομο προσιούσης. Συνήθως μετά από γαστρεκτομή κατά Billroth II (και Reichel-Polya) με μακρά προσιούσα έλικα. Επέρχεται στένωση ή απόφραξη αυτής λόγω συμφύσεων ή στραγγαλισμού από το μεσόκολλο, το επίπλουν κλπ. Έχουμε στάση παγκρεατικών υγρών και χολής στην προσιούσα έλικα μετά από τα γεύματα, διάταση και αύξηση της ενδοναυτικής πίεσης, με αποτέλεσμα βάρος και πόνο στο επιγάστριο 30 min συνήθως μετά το φαγητό. Όταν η πίεση στην προσιούσα αυξηθεί και υπερνικήσει το κώλυμα, εκδηλώνονται χολώδεις έμετοι.

Θεραπευτικά, βράχυνση της έλικας ή μετατροπή της Billroth II σε I ή Roux-Y.

Σύνδρομο απιούσης. Οφείλεται σε στένωση ή απόφραξη αυτής και εκδηλώνεται σαν πυλωρική στένωση με κύριο σύμπτωμα τους τροφώδεις εμέτους.

Σύνδρομο μικρού στομάχου (μικρών γευμάτων). *Συμπτώματα:* 1) Ο άρρωστος χορταίνει γρήγορα. 2) Βάρος στο αριστερό υποχόνδριο μετά το φαγητό (ενίοτε πόνος). 3) Ταχυκαρδία. 4) Απώλεια βάρους. 5) Ναυτία ή και έμετος (ιδίως όταν το γεύμα είναι μεγάλο).

Τα συμπτώματα διαρκούν 3-6 μήνες και υφίενται με την προοδευτική διάταση του στομάχου. Θεραπευτικώς, πολλά μικρά γεύματα πλούσια σε λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες. Μετατροπή της Billroth II σε I.²²

Άλλες καταστάσεις. Οι εγχειρήσεις που μειώνουν την οξύτητα μπορεί να οδηγήσουν σε αναιμία και υφίσταται ένα ερώτημα για καρκίνωμα του γαστρικού κολοβώματος εξαιτίας της δημιουργούμενης αχλωρυδρίας. Η διάρροια μπορεί να οφείλεται σε σύνδρομο dumping ή σύνδρομο μετά βαγοτομή.³⁶

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες όψιμες.

Οι πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές είναι:

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

Οι όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές είναι οι εξής:

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος
2. Καρκίνος του δέρματος, πνευμόνων και οστών
3. Βλάβη γεννητικών αδένων
4. Αλωπεκία
5. Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού²⁶

Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές:

Ακτινοδερματίτιδα: Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται: Ο βαθμός του ερεθισμού και της καταστροφής (νεκρώσεως) του δέρματος εξαρτάται από το είδος, τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος.

Αν παρατηρηθεί βλάβη του δέρματος (νέκρωση) η επούλωση του γίνεται πολύ αργά εφόσον άμεσα συσχετίζεται με τα κύτταρα που πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα (τα κύτταρα αυτά είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία, καταστρέφονται και επιβραδύνεται η επουλωτική εξεργασία της περιοχής των ιστών που νεκρώθηκαν).

Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών : με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.

Ώσιμες ανεπιθύμητες ενέργειες-επιπλοκές.

Αυτές είναι **υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος** της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.

Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών, είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εφαρμοστεί μακροπρόθεσμα.

Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους). Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλλιά εμφανίζονται ξανά, μετά τη διακοπή ακτινοβολίας, αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά:

Νέφρωση, αυτόματα κατάγματα βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη) λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής κ. α.

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως όπως: ⁶

1. Κακή διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, ανορεξία, εφαρμογή ραδιοϊσοτόπου στη στοματική κοιλότητα)
3. Δυνητικό ανισοζύγιο υγρών, ηλεκτρολυτών, οξεοβασικής ισορροπίας
4. Δυσχέρειες από την εφαρμογή του ραδιοϊσοτόπου
5. Κίνδυνοι λοίμωξης (λευκοπενία)
6. Κίνδυνοι αιμορραγίας (θρομβοπενία)
7. Κίνδυνοι άλλων επιπλοκών από την ακτινοθεραπεία για τον άρρωστο και το περιβάλλον
8. Ψυχικά προβλήματα (απομόνωση, μικρός χρόνος φροντίδας, αριθμητικός και χρονικός περιορισμός επισκεπτηρίου). ²¹

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Στη χημειοθεραπεία του καρκίνου το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι το αποτέλεσμα βλάβης κυττάρων νεοπλασματικών, που όμως συνοδεύεται από σύγχρονη βλάβη φυσιολογικών κυττάρων. Έτσι μιλούμε για μια από το μηχανισμό της τοξική θεραπεία. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των κυτταροστατικών είναι η λευκοπενία και η θρομβοπενία (από την καταστροφή των κυττάρων του μυελού των οστών), που συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεως ή αιμορραγίας αντίστοιχα. ⁸

1. Διαταραχή στην κυκλοφορία του οξυγόνου εξαιτίας αναιμίας που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή των ερυθρών αιμοσφαιρίων και σε αιμορραγίες (θρομβοπενία).

2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ναυτία, έμετοι, διάρροια)

3. Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών, δυνητική (έμετοι, διάρροια). ²¹ Η ανορεξία, η στοματίτιδα, η τριχόπτωση, ή κ.α. Ερεθιστικά κυτταροστατικά, αν βγουν την ώρα της ενδοφλέβιας ενέσεως έξω από τη φλέβα, προκαλούν έντονο τοπικό πόνο και ερεθισμό.

Προβλήματα από κακή λειτουργία νεφρών, ήπατος, κεντρικού νευρικού συστήματος. ²¹

Ηπατική τοξικότητα προκαλούν οι αντιμεταβολίτες 6-μερκαπτοπουρίνη και μεθοτρεξάνη (μετά από μακροχρόνια χρήση).

Για πρόκληση βλάβης στο ουροποιητικό σύστημα ενοχοποιούνται η κυκλοφωσφαμίδη και η πλατίνα

Εγκεφαλοπάθεια-περιφερική νευροπάθεια-ψυχολογική και διανοητική δυσλειτουργία είναι οι εκδηλώσεις της τοξικότητας. (790 μπλε)

Η επίδραση της ακτινοβολίας στους όρχεις προκαλεί διαταραχές στο σπέρμα που σχετίζονται με την δόση.

Η επίδραση της ακτινοβολίας στις ωθήκες εξαρτάται από το πεδίο ακτινοβολήσεως που σχετίζεται με το είδος του όγκου.

Πριν την ήβη προκαλείται μικρού βαθμού τοξικότητας. Μετά την ήβη διαταράσσεται η ωρίμανση των υλακίων και προκαλούνται διαταραχές περιόδου-αμηνόρροια και ίσως πρώιμη εμμηνόπαυση.

Καταρράκτης εμφανίζεται με την χρησιμοποίηση κορτικοστεροειδών και ακτινοβολίας²⁷.

Ψυχικά προβλήματα εξαιτίας αλλαγής του σωματικού ειδώλου (αλωπεκία, σκούρο δέρμα)²¹

Υπάρχουν και ειδικές τοξικές βλάβες που προκαλούνται από ορισμένα μόνον κυτταροστατικά.⁸

Κοινωνικές Επιπλοκές

Η ίαση του αρρώστου διακρίνεται:

- 1) Σε βιολογική (πλήρης συνεχιζόμενη ύφεση μέχρι τον θάνατο από άλλη άσχετη αιτία).
- 2) Σε ψυχολογική (αποδοχή της προηγούμενης αιτίας χωρίς αυτή η γνώση να παρεμβαίνει στον τρόπο ζωής).
- 3) Σε κοινωνική (επανένταξη στην κοινωνία χωρίς στίγμα).²⁷

Η γνώση των επιπλοκών στην κυτταροστατική χημειοθεραπεία αποτελεί την προϋπόθεση της εφαρμογής της και δείχνει την ανάγκη για χειρισμό που διαθέτει και την κάλυψη από ειδικότητες και μέσα για την αντιμετώπισή τους. Με άλλα λόγια η κυτταροστατική χημειοθεραπεία και σαν τακτικό και σαν τεχνικό ιατρικό αντικείμενο χρειάζεται εξειδίκευση και στέγαση σε ειδικό νοσοκομείο ή κλινική.⁸

Επιπλοκές Υπερθερμίας

Οι παρενέργειες της θεραπευτικής υπερθερμίας περιλαμβάνουν έγκαυμα δέρματος και βλάβη ιστών, αίσθημα κόπωσης, υπόταση, περιφερική νευροπάθεια, θρομβοφλεβίτιδα, ναυτία, εμέτους, διάρροια και ηλεκτρολυτικά ανισοζύγια. Μπορεί να αναπτυχθεί και αντίσταση στην υλημμένη θερμική έκθεση. Η έρευνα που αφορά την αποτελεσματικότητα της υπερθερμίας, την εφαρμογή της και τις παρενέργειές της, συνεχίζεται.

Αν και η υπερθερμία χρησιμοποιείται για πολλά χρόνια, πολλοί άρρωστοι και οι οικογένειές τους δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτή. Κατά συνέπεια, χρειάζονται εξηγήσεις για τη διαδικασία, τους στόχους και τα αποτελέσματά της. Ο άρρωστος παρακολουθείται για παρενέργειες. Λαμβάνονται μέτρα για πρόληψή τους και μείωση της σοβαρότητάς τους.²¹

Πρόγνωση

Η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου εξακολουθεί να είναι απογοητευτική, παρά τη μεγάλη πρόοδο των τελευταίων ετών σε διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές. Η πενταετής επιβίωση δεν φαίνεται να άλλαξε τα τελευταία 30 χρόνια. Αυτό κυρίως οφείλεται στο ότι στην πλειονότητα των ασθενών η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου.²⁵

Η πρόγνωσή του είναι βαριά –το ποσοστό θνησιμότητας παραμένει υψηλό, 2-3% όλων των Ca. Η επιβίωση στα 5 χρόνια, στα περιστατικά που έγκαιρα διαγνώστηκαν (πράγμα αρκετά σπάνιο), μόλις μπορεί να φθάσει τα 10%, γι' αυτό και έχει μεγάλη σημασία το έγκαιρο της διάγνωσης, στο τελείως αρχικό στάδιο, δηλαδή στο στάδιο «incipiens» –μ' αυτό τον όρο εννοούμε έναν Ca ανατομικός στην αρχή του, δηλ. λίγο εκτεταμένο στην επιφάνεια και κυρίως στο βάθος, που καταλαμβάνει μόνο το βλενογόνο (στάδιο I) ή το βλενογόνο και τον υποβλενογόνο (στάδιο II).

Δυστυχώς, στα αρχικά στάδια οι πεπτικές διαταραχές λείπουν ή είναι τόσο ασαφείς, ώστε ο άρρωστος δεν πηγαίνει στο γιατρό ή ο γιατρός δεν αποδίδει τη δέουσα προσοχή σ' αυτές. Μόνο όταν η αλλοίωση εξελκωθεί, θα εμφανισθεί το πεπτικό σύνδρομο, που συνοδεύεται από ακαθόριστους πόνους και καμιά φορά από μικροσκοπικές αιμορραγίες ή μέλαινα κένωση. Όταν παρουσιασθούν τα τυπικά ενοχλήματα (ανορεξία, αποστροφή στο κρέας, καταβολή κ.λ.π.) ή χαρακτηριστικά σημεία (γάγγλιο του Troisier, σκληρή διώγκωση ήπατος, κοιλιακή μάζα κ.λ.π.) είναι πολύ αργά για τον άρρωστο.

Έτσι, στην παραμικρή υποψία πρέπει να ζητήσουμε τη βοήθεια της ακτινοδιαγνωστικής, της γαστροσκόπησης με κατευθυνόμενη βιοψία, και της κυτταρολογίας.

Εξ αιτίας λοιπόν της αργοπορημένης διάγνωσης ο Ca του στομάχου αποβαίνει συχνά μοιραίος για τον άρρωστο: 50% των περιστατικών που διαγνώστηκαν είναι κλινικός εγχειρήσιμα, αλλ' απ' αυτά μόνο στα μισά η χειρουργική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή. Και από τα περιστατικά που χειρουργήθηκαν έγκαιρα λίγα επιβιώνουν, γιατί τα μισά θα κάμουν μεταστάσεις και θα πεθάνουν μέσα στα 5 χρόνια που ακολουθούν την εγχείρηση. Μόνο 5-10% των περιστατικών –ανάλογα με τις χειρουργικές στατιστικές που είναι πολύ ανομοιόμορφες- ξεπερνούν τα πέντε χρόνια.⁸

Παράγοντες που έχουν σημασία στην πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι η ηλικία, η ιστολογική εικόνα, η εντόπιση και κυρίως η έκταση της νόσου. Ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι η έκταση της νόσου, όπως αυτή καθορίζεται από την κατάταξη του σταδίου κατά TNM.²⁹

Όσον αφορά στην ηλικία, οι ασθενείς μέσης ηλικίας έχουν καλύτερη πρόγνωση από ό,τι οι νεότεροι και οι μεγάλης ηλικίας, αν και με την αύξηση της ηλικίας βρέθηκε να ελαττώνεται η πολυεστιακή εντόπιση του καρκίνου. Ο ιστολογικός τύπος του καρκίνου του στομάχου φαίνεται να επηρεάζει την πρόγνωση π.χ. ο καρκίνος χαμηλής διαφοροποιήσεως συνήθως έχει κάνει μεταστάσεις κατά το χρόνο της διαγνώσεώς του όμως φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητος στη χημειοθεραπεία από ό,τι οι καλά διαφοροποιημένοι καρκίνοι.

Ο γαστρικός καρκίνος εντερικού τύπου κατά Lauren φαίνεται ότι έχει καλύτερη πρόγνωση από τον καρκίνο διάχτου τύπου. Εξάλλου, παρουσία ή απουσία ενδοκρινικών κυττάρων σε περιπτώσεις αδenoκαρκινώματος του στομάχου δεν φαίνεται να επηρεάζει την επιβίωση.

Οι καρκίνοι που εντοπίζονται στην περιοχή του άντρου φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτοί όπου εντοπίζονται προς τα θόλα του στομάχου. Επίσης αυτοί που αφορίζονται σαφώς και είναι μικροί έχουν καλύτερη πρόγνωση από αυτούς που είναι διάχτοι και εκτεταμένοι. Θετικές δερμοαντιδράσεις επιβραδυνόμενης υπερευαισθησίας σε πολλαπλά αντιγόνα φαίνεται ότι προδικάζουν καλύτερα πρόγνωση, αφού συνήθως οι ασθενείς αυτοί έχουν λιγότερο εκτεταμένη νόσο και εξαιρεσίμη σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους ασθενείς με αρνητικές δερμοαντιδράσεις.

Στην Ιαπωνία, φαίνεται ότι ένας ορισμένος τύπος HLADRA συνδυάζεται με μακρότερη επιβίωση. Τα επίπεδα CEA του ορού δεν φαίνεται ότι σχετίζονται με την πρόγνωση όμως, η ανοσοϊστοχημική χρώση του όγκου για ύπαρξη CEA έδειξε ότι όγκοι με καθόλου ή με ασθενή χρώση συνδυάζονται με μακρότερη επιβίωση από όγκους ασθενών με ισχυρή θετική χρώση. Ο ρόλος διαφόρων ορμονικών υποδοχέων (οιστρογόνων και προγεστερόνης) αναμένεται να διευκρινισθεί καλύτερα στο προσεχές μέλλον.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας της προγνώσεως (ανεξάρτητα από την ηλικία κ.λ.π.) 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. Αναφέρθηκαν βέβαια και «πρώιμοι καρκίνοι» με λεμφαδενικές μεταστάσεις, οι οποίοι όμως μετά τη χειρουργική τους αφαίρεση έδειξαν την ίδια καλή συμπεριφορά με τους προηγούμενους.

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 στη πενταετή επιβίωση.

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

Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ερευνητική λαπαροτομή μόνο ζουν 4-5 μήνες, προφανώς λόγω της εκτεταμένης νόσου. Την ίδια περίπου επιβίωση έχουν και οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε παρηγορητική (παροχετευτική) μόνο εγχείρηση. Αυτοί που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική εγχείρηση επιβιώνουν κατά μέσον όρο 28 μήνες. Πενταετής επιβίωση αναφέρθηκε στο 20-60% των ασθενών.²⁵

Συμπερασματικά, η πρόγνωση του Ca του στομάχου παραμένει κακή. Οι μόνες ελπίδες προόδου βασίζονται, προς το παρόν, στην κατά το δυνατό πιο πρώιμη διάγνωση, επομένως στην πιο αποτελεσματική ανίχνευση. Οι Ιάπωνες, για τους οποίους ο Ca του στομάχου, εξ αιτίας της συχνότητάς του, αποτελεί ένα ιατρο-κοινωνικό πρόβλημα, πρότειναν όχι μόνο τη συστηματική ακτινολογική μελέτη όλου του πληθυσμού, αλλά και τη συστηματική γαστροσκόπηση. Αλλ' αυτά τα έκτακτα μέτρα δεν είναι παραδεκτά στα δυτικά κράτη και ούτε αναγκαία. Ακόμα περισσότερο, αφού η συχνότητα του Ca του στομάχου σ' αυτές τις χώρες είναι σχετικά μικρή.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες:

- 1) Μέτρα πρωτογενούς και
- 2) Μέτρα δευτερογενούς προλήψεως.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών που οδηγούν τελικά στη νόσηση και στο θάνατο. Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή της εκθέσεως σε αυτούς ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σε αυτούς.³⁴

Η γνώση ότι ορισμένες μορφές καρκίνου προκαλούνται από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες επιτρέπει και την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς προλήψεως του καρκίνου και τα οποία είναι:

1. Υγιεινολογική δοαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθάει στην πρόληψή του. Παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου πνεύμονα και καπνίσματος. Υπάρχει όμως μεγάλο μέρος του πληθυσμού, που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχει το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων.

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουρανού, οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισοτόπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες οζω-χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με τη λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και τον καρκινογόνο παράγοντα.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά, το χάσιμο του χρόνου κ.ά. είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μιας χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον.²⁰

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν προϊμότερο στάδιο.³⁴

Η ανίχνευση στο «λανθάνον», δηλαδή ασυμπτωματικό, στάδιο των φαινομενικά υγιών ατόμων περιλαμβάνει τις ακόλουθες εξετάσεις:

1. Ολοκληρωμένο ιστορικό (ατομικό, οικογενειακό).
2. Γενική φυσική εξέταση (αναζήτηση λεμφαδένων κ.ά.).
3. Ορθο-σιγμοειδοσκόπηση.
4. Πλήρης γυναικολογική εξέταση στην οποία συμπεριλαμβάνεται η κυτταρολογική εξέταση τραχηλικού και κολπικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου.
5. Εξέταση μαστού.
6. Λεπτομερής Ω.Ρ.Λ/κή εξέταση.
7. Ανίχνευση μικροσκοπικής αιματοουρίας.
8. Γαστροσκόπηση, κυτταρολογική και βιοχημική εξέταση του γαστρικού υγρού.
9. Αιματολογικές εξετάσεις.
10. Ακτινολογικός έλεγχος (θώρακα και γαστρεντερικού σωλήνα κ.ά.).
11. Ραδιοϊσοτοπικός έλεγχος.

Οι εξετάσεις των φαινομενικά υγιών ατόμων, για να πούμε ότι πράγματι είναι αποτελεσματικές, πρέπει να επαναλαμβάνονται περιοδικά. Αν θέλουμε ο αριθμός των εξεταζομένων για την πρόιμη διάγνωση του καρκίνου συνεχώς να αυξάνει, τότε πρέπει η προσπάθεια και το κόστος της ανιχνεύσεως να επεκταθούν περισσότερο, δηλαδή πρέπει να μπει σε εφαρμογή η σοφή ιδέα της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας ότι: Κάθε ιατρικό γραφείο πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανιχνεύσεως καρκίνου.²⁰

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς πρόληψης ενός νοσήματος, προϋποθέτει γνώση των αντίστοιχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς πρόληψης είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διάγνωσης.³⁴

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας(-τή) στην πρόληψη του καρκίνου περιλαμβάνει:

• **Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος του.**

• **Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.**

• **Παρατήρηση και λήψη κατάλληλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.**

• **Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.**

• **Διαφώτιση του κοινού.**

Από όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω η δυνατότητα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου εξαρτάται:

1. Από την επαγρύπνηση του ίδιου του ατόμου για την υγεία του. Την ευθύνη για την εξέλιξη της αρρώστιας - για το άτομο που προσβλήθηκε απ' αυτή - την έχει κυρίως το ίδιο το άτομο.

2. Από το γιατρό.

Επιβάλλεται μεγάλη προσοχή στην ιατρική εξέταση και αξιολόγηση, εκ μέρους του γιατρού, των πιο ελαφρών και ανεπαίσθητων ενοχλημάτων. Εάν δε βρεθεί η αιτία των ενοχλημάτων, ο γιατρός πρέπει να συστήσει στον άρρωστο να έλθει για επανεξέταση μετά ένα μήνα. Εάν τα ενοχλήματα συνεχίζονται και στη δεύτερη εξέταση, χωρίς να βρεθεί αιτία, και δημιουργούνται υπόνοιες καρκίνου, ο άρρωστος στέλνεται σε διαγνωστικό κέντρο για καλύτερο έλεγχο. Σε σαφή γνώμη του γιατρού ότι πρόκειται για καρκίνο, ο άρρωστος στέλνεται στον ειδικό. Η ευθύνη, λοιπόν, του πρώτου γιατρού δεν περιορίζεται στη διάγνωση, αλλά και στην παροχή κατάλληλης κατεύθυνσης.

3. Από τη νοσηλεύτρια(-τή)

Ο ρόλος της οποίας ήδη έχει αναφερθεί. Εδώ τονίζεται πως κατά τη διαφώτιση του κοινού σχετικά με τον καρκίνο θέλει να μεταφέρει το μήνυμα πως ο καρκίνος είναι η μοναδική αρρώστια,

- του αναπόφευκτου θανάτου, αν δεν θεραπευθεί,
- της ζωτικής σημασίας της έγκαιρης θεραπείας και
- της ανώδυνης εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων, που μοιάζουν με συμπτώματα ασθενειών που δεν είναι τόσο σοβαρές.

4. Από την πολιτεία.

Η λήψη νομοθετικών μέτρων για την προστασία ομάδων πληθυσμού και η επαγρύπνηση για την τήρηση τους, η τήρηση διεθνών κανονισμών και η οργάνωση και παροχή υπηρεσιών για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης του καρκίνου.

Μέσα διαφώτισεως του κοινού που χρησιμοποιεί είναι αγγελίες από τις εφημερίδες και τα περιοδικά, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, η έκδοση διαφωτιστικών εντύπων γύρω από τον καρκίνο, η οργάνωση συγκεντρώσεων κ.ά. Δεν παραλείπει ποτέ στο ενημερωτικό της περιεχόμενο να περάσει και την πληροφορία της αισιόδοξης αντίληψης για τον καρκίνο σαν αρρώστιας που μπορεί να θεραπευθεί. Η σωστή διαφώτιση των παιδιών για τον καρκίνο αποτελεί μέσο πετυχημένης διαφώτισεως και των μεγάλων.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, που ιδρύθηκε το 1959, είναι ο μόνος επίσημος Εθνικός Υγειονομικός Οργανισμός που έχει καταρτίσει και εφαρμόζει πρόγραμμα διαφώτισης του κοινού, ενημερώσεως των γιατρών και νοσηλευτριών στις νέες εξελίξεις του καρκίνου, στις νέες μεθόδους διαγνώσεως, θεραπείας και ανίχνευσης των καρκινοπαθών.²⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο Νοσηλευτής - τρία που ασχολείται με τον ογκολογικό ασθενή θα πρέπει να είναι γνώστης της φυτοπαθολογικής διεργασίας του καρκίνου, των παραγόντων κινδύνου, των μεθόδων διάγνωσης των τρόπων θεραπείας καθώς και των νοσηλευτικών προβλημάτων του αρρώστου²⁶.

Η κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων είναι σημαντική για την διάγνωση της νόσου και την εφαρμογή της θεραπείας. Αυτό αναμφίβολα είναι έργο του ιατρού. Η γνώση όμως της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από την νοσηλεύτρια, την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες που την κάνουν ικανή:

- Για ασφαλή και ακίνδυνη άσκηση των καθηκόντων της, δηλαδή την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο που πάσχει και
- Για την εκπλήρωση του πολυδιάστατου ρόλου της, δηλαδή την πρόληψη, την θεραπεία, την αποκατάσταση της υγείας και την ανακούφιση του πάσχοντα ανθρώπου.⁷

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

ΑΝΑΛΥΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ ΜΕ LEVIN

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

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

ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ

Η μέθοδος αυτή ονομάζεται Diagnex Blue ή Azuresin. Ο άρρωστος δεν παίρνει φάρμακα για 24 ώρες πριν από την εξέταση και τροφή για 6-8 ώρες πριν από αυτή. Του χορηγούνται ένα πακέτο κρύσταλλοι της χρωστικής με ένα ποτήρι νερό. Τα ούρα φυλάσσονται για δύο ώρες και προσδιορίζεται η ποσότητα της χρωστικής. Η παρουσία της χρωστικής στα ούρα δείχνει την ύπαρξη, όχι την ποσότητα, υδροχλωρικού οξέος στο γαστρικό υγρό. Γίνεται γνωστό στον άρρωστο ότι τα ούρα του θα είναι μπλε για δύο ή τρεις μέρες ώσπου να απεκκριθεί τελείως το φάρμακο.²⁶

ΓΑΣΤΡΟΣΚΟΠΗΣΗ

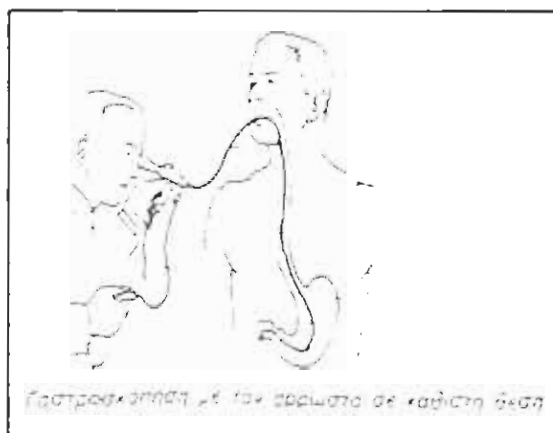
Η ενδοσκόπηση αυτή γίνεται με σκοπό την ανεύρεση έλκους, νεοπλασματικών επεξεργασιών, καθώς και τον έλεγχο της υφής του βλεννογόνου.

. Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να γνωρίζει πως η προετοιμασία του αρρώστου για την γαστροσκόπηση, περιλαμβάνει :

- Αποφυγή λήψεως τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα, για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφύγουμε εμετούς.
- Αφαίρεση ξένων οδοντοστοιχιών.
- Ενημέρωση του αρρώστου γύρω από το είδος, το σκοπό και τον χώρο της εξετάσεως, καθώς και της δυνατότητας βοήθειας από μέρος του για τη σωστή εκτέλεση της.
- Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση.
- Σε αγχώδεις αρρώστους, μία ώρα πριν τη γαστροσκόπηση δίνονται κατευναστικά με εντολή ιατρού.
- Γίνεται ένεση ατροπίνης μισή ώρα πριν από την εξέταση.
- Ο άρρωστος μετά την παραπάνω προετοιμασία οδηγείται στο τμήμα των ενδοσκοπήσεων. Κοντά στον ασθενή υπάρχει νεφροειδές, που θα χρησιμοποιηθεί σε περίπτωση εμέτων ή αποβολής εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας⁷

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση πλάγια, ύπτια ή καθιστή
- Αναισθησία του λαιμού του αρρώστου με spray
- Εισαγωγή του γαστροσκοπίου ενώ ο άρρωστος αναπνέει
- Πιθανή εισαγωγή αέρα, όταν το ενδοσκόπιο φτάσει στο στομάχι για καλύτερη εξέταση των ιστών.
- Λήψη δειγμάτων βιοψίας, αν είναι ανάγκη²⁶



Μετά την εξέταση

Μετά την ενδοσκόπηση ο ασθενής μεταφέρεται στο θάλαμο, απαγορεύεται να πάρει υγρά ή στερεή τροφή από το στόμα, πριν να εμφανισθούν και πάλι τελείως τα αντανακλαστικά και παρακολουθείται για αιματέμεση ή αιματηρή απόχρεμψη, που φανερώνουν τραυματισμό του στομάχου.⁷

* Έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε μισή ώρα ως την σταθεροποίησή τους

Διατήρηση προφυλακτικών ως την παύση της δράσης των κατευναστικών

* Παρακολούθηση για συμπτώματα διάτρησης όπως πυρετός, πόνος, αιμορραγία.

* Ασπιρίνη ή γαργάρες με χλιαρό διάλυμα NaCl για ανακούφιση από τον πόνο εξαιτίας ερεθισμού του λαιμού.²⁶

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Με την ακτινολογική μελέτη ελέγχονται νεοπλασματικές επεξεργασίες, μη φυσιολογική κινητικότητα, έλκη, φλεγμονώδεις επεξεργασίες ή άλλες ανωμαλίες τμημάτων του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να γνωρίζει τα εξής :

- Στην ακτινολογική μελέτη του πεπτικού σωλήνα χρησιμοποιείται βάριουμ σουλφάτ (Barium - Sulfate).
- Το τμήμα ή το όργανο του γαστρεντερικού σωλήνα που πρόκειται να ακτινογραφηθεί, πρέπει να είναι όσο το δυνατόν κενό, έτσι ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλη την κοιλότητα του οργάνου.
- Στην ακτινοσκόπηση του ανωτέρου τμήματος του γαστρεντερικού σωλήνα, απαγορεύεται η λήψη τροφής και υγρών 8 ώρες πριν από την εξέταση.
- Συνήθως το βάριουμ φεύγει από το στομάχι μέσα σε 6 ώρες. Δυσάρεστο επακόλουθο της εξέτασεως αυτής είναι η δυσκοιλιότητα που εμφανίζει ο άρρωστος, εξαιτίας του βάριου που δεν απορροφάται από το έντερο. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός, αν ο άρρωστος δεν έχει κένωση.⁷

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

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

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

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

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη υγρών για να βοηθήσουν στην αποβολή του

βαρίου από τον γαστρεντερικό σωλήνα

- Ενημέρωση του αρρώστου ότι το βάριο θα βγαίνει σαν κανονική κένωση

- Χορήγηση καθαρτικού, όπως γάλα μαγνησίας, για αποβολή του βαρίου,

αν χρειαστεί.²⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ

Οι επιστήμονες υγείας που ασχολούνται με τον άρρωστο που πάσχει από καρκίνο του στομάχου έχουν σαν κύριο στόχο τη θεραπεία του. Ταυτόχρονα όμως τον ενημερώνουν για τις επιπτώσεις οργάνων και συστημάτων και την ακεραιότητα τους. Στον άρρωστο που διαπιστώνεται μετάσταση του καρκίνου δεν υπάρχει θεραπεία. Η αξιοποίηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων που υπάρχουν σήμερα στη διάθεση μας, σε σχέση με τη νοσηρότητα ή θνησιμότητα που δημιουργεί η θεραπευτική αγωγή είναι πολύ δύσκολη.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλασματος. Επειδή τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα δεν δρουν εκλεκτικά μόνο στα καρκινικά αλλά και στα φυσιολογικά κύτταρα, η νοσηλευτική φροντίδα του χημειοθεραπευτικού ασθενούς είναι πραγματικά μια πρόκληση για τους νοσηλευτές.

Τα κακοήθη κύτταρα, επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά, επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών, που είναι πολύ δραστήρια, είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσεως του φαρμάκου, που θα καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά, όπως ο μυελός των οστών.

Οι κύριοι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η διατήρηση της άνεσης, η πρόληψη των επιπλοκών, η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη χημειοθεραπεία, τις αναμενόμενες παρενέργειες και τα τοξικά φαινόμενα που πρέπει να αναφερθούν. Επίσης διαδραματίζει κύριο ρόλο στη βοήθεια του ασθενούς και των συγγενών και φίλων στην αντιμετώπιση των τρεχουσών και μελλοντικών διαταραχών της σωματικής εικόνας του τρόπου ζωής και των ρόλων ως συνέπεια του καρκίνου και της χημειοθεραπείας.⁵

Η χρήση των κυτταροστατικών φαρμάκων στην θεραπεία της κακοήθους νόσου αυξήθηκε σημαντικά την τελευταία δεκαετία και αυτή η τάση συνεχίζεται. Η άριστη φροντίδα των ασθενών που δέχονται την χημειοθεραπεία θα είναι αποτελεσματική εάν υπάρχει επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών-τριών και άλλου υγειονομικού προσωπικού.²⁶

Ταξινόμηση των χημειοθεραπευτικών μέσων.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά μέσα (ειδικά κυτταρικού κύκλου φάρμακα) καταστρέφουν κύτταρα σε ορισμένες φάσεις του κυτταρικού κύκλου.²¹ Τα περισσότερα από αυτά θανατώνουν τα κύτταρα στη φάση S, παρεμποδίζοντας τη σύνθεση DNA και RNA. Άλλα, όπως τα φυτικά αλκαλοειδή, είναι ειδικά στη Μ φάση, όπου σταματούν το σχηματισμό μιτωτικής ατράκτου. Τα χημειοθεραπευτικά που δρουν ανεξάρτητα από τον κυτταρικό κύκλο ονομάζονται μη ειδικά κυτταρικού κύκλου φάρμακα. Αυτά έχουν συνήθως μια παρατεταμένη επίδραση στα κύτταρα, που οδηγεί στην κυτταρική βλάβη ή το θάνατο. Πολλά θεραπευτικά σχήματα συνδυάζουν και τα δύο αυτά είδη χημειοθεραπευτικών.

Τα χημειοθεραπευτικά μέσα ταξινομούνται ακόμα στις εξής ομάδες:

1. Αλκυλιωτικοί παράγοντες.

Τα φάρμακα αυτά περιέχουν ομάδες αλκυλίου, που αντιδρούν με μόρια που έχουν ρίζες $-NH_2$, $-COOH$, $-SH$ και PO_4 καθώς και με μόρια που περιέχουν τεταρτογενείς αζωτούχες ενώσεις σε ετεροκυκλικά συστήματα. Οι πιο κοινές, ζωτικής σημασίας, ουσίες που περιέχουν τέτοιες ρίζες είναι το DNA, το RNA, τα ένζυμα, οι δομικές πρωτεΐνες και τα στοιχεία της κυτταρικής μεμβράνης.

Τα αλκυλιωτικά φάρμακα (πίνακας 6.2) που χρησιμοποιούνται στη χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων δρουν ως κυτταροτοξικά και μεταλλαξιογόνα. Επηρεάζουν κυρίως τη συμπεριφορά της γουανίνης, γεγονός που οδηγεί σε αναστολή ενζυμικών λειτουργιών και έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της πρωτεϊνικής σύνθεσης, της γλυκόλυσης και άλλων μεταβολικών εξεργασιών, κυρίως όμως τη διαστροφή λειτουργίας των νουκλεϊκών οξέων.

2. Νιτροζουρίες

3. Αντιμεταβολίτες. Είναι ουσίες που μοιάζουν σε χημική δομή με ορισμένους μεταβολίτες οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊκών οξέων. Υποκαθιστώντας αυτές τις ουσίες προσροφώνται από τα ένζυμα, των οποίων αναστέλλουν τη δράση. Στη χημειοθεραπεία των κακοηθών νεοπλασμάτων χρησιμοποιούνται παράγωγα που μοιάζουν σε χημική δομή με την πουρίνη, την πυριμιδίνη και το φολικό οξύ. Τα φάρμακα της ομάδας αυτής αναφέρονται στον πίνακα 6.2.

4. Αντινεοπλασματικά αντιβιοτικά. Πιθανά δρουν μέσω ένωσης τους με DNA, αναχαιτίζοντας τη σύνθεση RNA και πρωτεϊνών.

5. Φυτικά αλκαλοειδή. Βρέθηκε ότι έχουν την ικανότητα να αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων στο στάδιο της μετάφασης.

6. Ορμονικοί παράγοντες. Η πρεδνιζολόνη είναι αποτελεσματική σε κακοήθειες του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος. Καταστέλλει δραστηριότητα του λεμφικού ιστού και μπορεί να συνδέεται με αύξηση σε κύτταρα μυελοειδών και αιμοπεταλιακών σειρών. Ακόμα, μπορεί να αναστρέψει την αιμορραγική διάθεση και να αναστείλει την αυτοσυγκόλληση που παρατηρείται σ' αυτές τις διαταραχές.

Τρόποι χορήγησης των χημειοθεραπευτικών:

α) Από το στόμα

β) Ενδομυϊκά

γ) Με έγχυση στο νεόπλασμα

δ) Με έγχυση σε κοιλότητα (ενδοϋπεζωκοτική ενδοπεριτοναϊκή ενδοραχιαία) κ.α.

ε) ενδοαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδαρτηριακά).

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κακοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία, έμετο, ανορεξία και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Ορισμένες γεννητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του καρκίνου επειδή πιστεύεται πως η αναπτυξιακή τους έχει σχέση με την αλλαγή του ορμονικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η υδροκορτιζόνη χρησιμοποιείται για τη λεμφολυτική της δράση.

Ακόμη χρησιμοποιούνται ένζυμα όπως η ασπαραγινάση, που με μία σειρά εξεργασιών στερεί τα νεοπλασματικά κύτταρα, αλλά και τους λεμφοβλάστες από ένα απαραίτητο αμινοξύ και το νεκρώνει.

Συνήθως χρησιμοποιούνται περισσότερα από ένα φάρμακα σε συνδυασμό διάφορης χρονικής εφαρμογής για να μη υπάρξει ταυτόχρονη τοξική επίδραση και να δράσουν σε διάφορη φάση του κυτταρικού κύκλου.⁶

Πότε εφαρμόζεται η χημειοθεραπεία;

Για να εφαρμοσθεί η χημειοθεραπεία πρέπει να υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις, κυρίως:

- Να έχει ελεγχθεί η κατάσταση του μυελού των οστών.
- Να μην υπάρχουν λοιμώξεις (η καταπολέμησή τους πρέπει να προηγηθεί).
- Να είναι καλή η λειτουργία των νεφρών και του ήπατος.
- Απόλυτη αντένδειξη χημειοθεραπείας αποτελεί η κύηση.

Και πάνω απ' όλα να δεχθεί ο άρρωστος να του γίνει η χημειοθεραπεία.⁷

Τρόποι εφαρμογής της χημειοθεραπείας

Η χημειοθεραπεία μπορεί να είναι γενική (**συστηματική**), δηλαδή να δίνεται ένα ή περισσότερα φάρμακα που μεταφέρονται με την κυκλοφορία σ' όλο τον οργανισμό, ή **τοπική (περιοχική)**, δηλαδή να δίνεται το φάρμακο στην περιοχή του όγκου για να δράσει τοπικά.

Στη γενική θεραπεία το φάρμακο δίνεται από το στόμα (π.χ. σαν δίσκιο ή κάψα) ή με ενδομυϊκή ή ενδοφλέβια ένεση. Πολλά κυτταροστατικά, επειδή είναι ερεθιστικές ουσίες, μπορούν να δοθούν μόνο με ενδοφλέβια ένεση.

Η τοπική ή περιοχική χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει με έγχυση στην αρτηρία που πάει στο όργανο που έχει τον όγκο, ή με έγχυση σε κοιλότητα του σώματος που έχει τις μεταστάσεις, π.χ. στην κοιλότητα του υπεζωκότος. Σε σπάνιες περιπτώσεις πολύ επιφανειακών καρκινωμάτων του δέρματος είναι δυνατή η θεραπεία με αλοιφή που περιέχει το κυτταροστατικό.

Στην ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία η ποσότητα του κυτταροστατικού που πάει στον όγκο είναι μεγάλη και το θεραπευτικό αποτέλεσμα καλύτερο. Ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία εφαρμόζεται συχνότερα σε όγκους του ήπατος και των άκρων. Σε μερικά κέντρα η ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία όγκων των άκρων γίνεται με τεχνική εξωσωματικής κυκλοφορίας.⁸

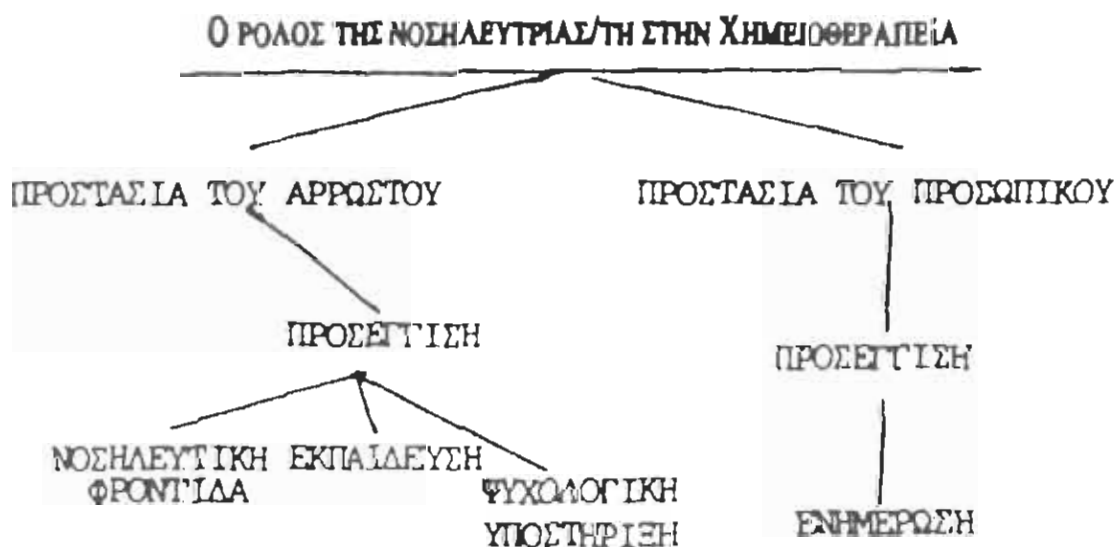
Οι πρώτες προσπάθειες ανάπτυξης της χημειοθεραπείας του καρκίνου έγιναν στις αρχές του 19^{ου} αιώνα από τον R. EHRlich. Το 1898 ο EHRICH ανακάλυψε τον πρώτο αλκυλιούντα παράγοντα, χρειάστηκε όμως ο μισός ακόμη αιώνας για να βρουν οι παρατηρήσεις του κλινική εφαρμογή.

Οι αλκυλιούντες παράγοντες ανακαλύφθηκαν στα πλαίσια του μυστικού προγράμματος για τα χημικά όπλα στην διάρκεια των δύο παγκοσμίων πολέμων. Πρωτοδοκιμάστηκαν σε αρρώστους με νόσο του HOLLANDER στο Πανεπιστήμιο του YALE το 1943, τα αποτελέσματα όμως δεν δημοσιεύθηκαν πριν το 1946 λόγω του πολέμου. Στην πραγματικότητα η κύρια περίοδος της χημειοθεραπείας των κακοηθών νεοπλασμάτων αρχίζει με την χρησιμοποίηση των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος στην λεμφαβλαστική λευχαιμία των παιδιών²⁷

Με την απόφαση να χορηγηθεί χημειοθεραπεία στον άρρωστο, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να μελετηθούν, εκτός από την **διάγνωση και σταδιοποίηση**:

- ⬇ Η ηλικία και η γενική κατάσταση του αρρώστου
- ⬇ Η σχεδιασθείσα σειρά φαρμάκων και η συσταθείσα οδός χορηγήσεως.
- ⬇ Η αναγκαιότητα για πρόσθετη θεραπεία, δηλαδή ενδοφλέβια ενυδάτωση (πριν και μετά την θεραπεία).
- ⬇ Η ανάγκη να διορθωθούν (εάν χρειάζεται) ορισμένες βλάβες (π.χ. αναιμία, θρομβοπενία) πριν αρχίσει η χημειοθεραπεία με μετάγγιση στοιχείων αίματος και διαιτητική υποστήριξη.
- ⬇ Στην προβλεπόμενη οξύτητα των παρενεργειών, η άμεση επέμβαση, π.χ. χορήγηση αντιεμετικών, διουρητικών σκευασμάτων.

Η εκπλήρωση επιθυμίας αρρώστου, οικογένειας ή των φίλων του για ενημέρωση και συμμετοχή στην θεραπεία.



Προστασία του αρρώστου

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

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

Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, άλλα δρουν τοξικά σε διάφορα ζωτικά όργανα, όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.²¹ Η προστασία του αρρώστου κατορθώνεται με την προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή τονίζει με έμφαση την φροντίδα και αυτοφροντίδα του αρρώστου, που βοηθιέται από την νοσηλεύτρια/τη και είναι εξίσου εφαρμοσμένη στους εξωτερικούς και εσωτερικούς αρρώστους.

Προκειμένου να αρχίσει ένας άρρωστος θεραπεία, η φροντίδα του είναι περίπου η ίδια, αλλά θα χρειασθεί να προσαρμοσθεί ειδικά σε κάθε άρρωστο.

Οι σκοποί αυτής της προσέγγισης πρέπει να κατευθύνουν την φυσική και ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου και υποστήριξή του.

Ανίχνευση προβλημάτων του αρρώστου.

Αυτή θα γίνει από πληροφορίες και από το ιατρικό ιστορικό του αρρώστου. Η νοσηλεύτρια/της δεν θα παραλείψει να ρωτήσει:

- Είστε αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο?
- Είστε έγκυος (σε γυναίκα) ή σκοπεύετε να κάνετε παιδί? (Μερικά φάρμακα μπορεί να δημιουργήσουν ελαττώματα στο έμβρυο ή να επηρεάσουν την ικανότητα τεκνοποίησης στο μέλλον).
- Θηλάζετε? (Μερικά φάρμακα περνούν στο γάλα και επηρεάζουν το παιδί).
- Παίρνετε κάποια άλλα φάρμακα? (Η χρήση ορισμένων φαρμάκων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα).
- Έχετε άλλα ιατρικά προβλήματα? (Μερικές παθήσεις μπορεί να επηρεάσουν την θεραπεία του).

Στην συνέχεια θα σημειώνονται η πορεία της νόσου και οι αντιδράσεις του αρρώστου.⁷

Οργάνωση και νοσηλευτική παρέμβαση κατά τη χημειοθεραπεία

Η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει στην:

- 1) *Μέγιστη δυνατή απόδοση της θεραπείας*
- 2) *Ελαχιστοποίηση του ψυχικού τραύματος*
- 3) *Έγκαιρη διαπίστωση των δυσχερειών και επιπλοκών καθώς και αντιμετώπισή τους.*

Πιο αναλυτικά ο/η νοσηλευτής/τρια προετοιμάζει τον ασθενή να δεχθεί την χημειοθεραπεία αρχίζοντας με την ενημέρωση του γύρω από τα φάρμακα και τις επιπλοκές που τυχόν θα υπάρξουν.²⁷

Σε ορισμένους ασθενείς, κυρίως αλλεργικούς, θα πρέπει να γίνει test ευαισθησίας προς το συγκεκριμένο χημειοθεραπευτικό που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί. Σε περίπτωση θετικού (+) αποτελέσματος, αυτό αναγράφεται στο διάγραμμα του ασθενούς.⁷

Χορηγούνται στον ασθενή αντιεμετικά πριν από την θεραπεία. Μετράται και παρακολουθείται η ενυδάτωση και τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά.

Χορηγούνται υπακτικά σε περίπτωση δυσκοιλιότητας μετά από εντολή του γιατρού.²⁷

Ο χρόνος χορήγησης του φαρμάκου πρέπει να τηρείται με μεγάλη ακρίβεια. Όταν αυτό χρησιμοποιείται μία φορά την ημέρα, πρέπει να χορηγείται καθημερινώς την ίδια ώρα για να κυκλοφορεί στον οργανισμό όλο το 24ωρο και στην αυτή πυκνότητα.⁷

Τα γεύματα καλό είναι να δίνονται σε μικρές ποσότητες και συχνά. Τα γεύματα θα πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικές ουσίες.

Καθημερινά πρέπει να γίνεται προσεκτική περιποίηση στόματος, για να αποφευχθούν οι στοματίτιδες.

Ο ασθενής που παίρνει χημειοθεραπευτικά φάρμακα είναι ευαίσθητος και ευπρόσβλητος σε λοιμώξεις και μολύνσεις. Γι' αυτό ο/η νοσηλευτής-τρια πρέπει να ακολουθεί όλους τους κανόνες αντισηψίας και ασηψίας σε κάθε του ενέργεια.²⁷

Θα πρέπει να παρακολουθεί και να καταγράφει τυχόν αντιδράσεις δηλαδή σημεία και συμπτώματα, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος πλησιάζει την ολική δόση των φαρμάκων και να δρα ανάλογα (π.χ. διουρητικά, αντιεμετικά με ιατρική εντολή).⁷

Τα ούρα και τα κόπρανα του να παρακολουθούνται προσεκτικά για τυχόν αιμορραγίες.

Επίσης δίνεται προσοχή στις εκδηλώσεις, που δείχνουν τοξική επίδραση του φαρμάκου στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στους νεφρούς.

Κατά την έγχυση του φαρμάκου η οποία γίνεται ενδοφλεβίως ο/η νοσηλεύτρια παίρνει μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου.

Σημαντικό είναι να παρθούν μέτρα, για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

Επίσης ο/η νοσηλεύτρια-τρια για να προφυλάξει τον εαυτό του από τις τοξικές εκδηλώσεις των φαρμάκων αυτών στο δέρμα πρέπει κατά την διάλυση, αναρρόφηση και τελικά την έγχυσή του στην φλέβα να φοράει γάντια.²⁷

Εκτός από το υλικό που θα χρησιμοποιήσει κατά την εφαρμογή του σχήματος, η/ο νοσηλεύτρια/της θα πρέπει να έχει υλικό ανάγκης. Εάν χρειασθεί για υποστήριξη του αρρώστου δίσκος αντιδότων σε νέκρωση φλεβών.

Τέλος, κύριο μέλημά της/του θα πρέπει να είναι η φροντίδα του αρρώστου με στοργή και αγάπη.

Εκτίμηση-Αξιολόγηση

Εδώ η/ο νοσηλεύτρια/της θα κάνει την αξιολόγησή της/του, δηλαδή κατά πόσο φρόντισε να χορηγηθεί στον άρρωστο η χημειοθεραπεία χωρίς να του στερηθεί η άνεση, χωρίς να ταλαιπωρηθεί πολύ, να πονέσει και να τραυματισθεί, προσπαθώντας να ανιχνεύσει, να προλάβει τις παρενέργειες και να τις αντιμετωπίσει έγκαιρα.⁷

Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων

τοξικότητα

Η τοξικότητα που συνδέεται με χημειοθεραπεία μπορεί να είναι οξεία ή χρόνια. Κύτταρα με ταχείς ρυθμούς ανάπτυξης είναι τα περισσότερο επιρρεπή σε βλάβη. Ωστόσο, μπορεί να επηρεαστούν και ορισμένα συστήματα του οργανισμού.

Γαστρεντερικό σύστημα.

Οι πλέον κοινές παρενέργειες της χημειοθεραπείας, που μπορεί να επιμένουν ως 24 ώρες μετά τη χορήγηση, είναι ναυτία και έμετοι. Η χρήση φαινοθειαζινών, κατευναστικών, στεροειδών και αντιισταμινικών, μόνων ή σε συνδυασμό, είναι αποτελεσματική στη μείωση της ναυτίας και των εμετών. Μπορούν ακόμα να βοηθήσουν τεχνικές χαλάρωσης και εικόνας στη μείωση ερεθισμάτων που συνεισφέρουν στα συμπτώματα. Αλλαγές στη διαίτα του αρρώστου μπορεί να μειώσουν τη συχνότητα και βαρύτητα αυτών των συμπτωμάτων.²¹

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

Άλλες παρενέργειες από το γαστρεντερικό μπορεί να είναι στοματίτιδα, ανορεξία και διάρροια

Διάρροια

Παρακολουθούνται το χρώμα και η ποσότητα της διαρροϊκής κένωσης ο ασθενής για συμπτώματα αφυδατώσεως και μεταβολικής οξέωσης και αποφεύγονται τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα.

Για την αντιμετώπιση της διάρροιας η νοσηλεύτρια χορηγεί:

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

Στοματίτιδα

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

Ο άρρωστος παρακολουθείται καθημερινά για αιμορραγία ούλων, τσούξιμο από όξινες τροφές και περιποιείται συστηματικά η στοματική του κοιλότητα.²⁶

Αιμοποιητικό σύστημα.

Οι περισσότεροι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες καταστέλλουν τη λειτουργία του μυελού των οστών, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής των κυττάρων του αίματος. Έτσι, προκαλούνται λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία. Ο άρρωστος είναι επιρρεπής σε λοιμώξεις και αιμορραγίες. Είναι απαραίτητη η συχνή γενική εξέταση του αίματος και η προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και κακώσεις.²¹

Λευκοπενία.

Παρακολουθούνται τα λευκά αιμοσφαίρια και ο λευκοκυτταρικός τύπος. Σε απότομη πτώση λευκών η θεραπεία διακόπτεται και ενημερώνεται ο γιατρός. Η νοσηλεύτρια-της ελέγχει τη θερμοκρασία του σώματος σε τακτά χρονικά διαστήματα διότι μικρή άνοδος αυτής μπορεί να σημαίνει φλεγμονώδη εξεργασία και το δέρμα και τις κοιλότητες για λοίμωξη. Για την πρόληψη των λοιμώξεων πρέπει να τηρούνται τα εξής μέτρα:

- Εφαρμογή σχολαστικής ατομικής καθαριότητας.
- Κάθε 4-6 ώρες γίνεται αντισηψία της στοματικής κοιλότητας.
- Μετά τη χρήση της τουαλέτας πλένεται καλά και στεγνώνεται η περιοχή του πρωκτού.
- Αλλαγή της συσκευής του ορού κάθε 24 ώρες και της θέσης της βελόνας κάθε 48 ώρες.

Θρομβοπενία

Παρακολουθούνται τα αιμοπετάλια, τα ούρα και τα κόπρανα για αίμα, το δέρμα για αιματώματα, οι διάφορες κοιλότητες για ρινοουλορραγίες και αρτηριακή πίεση του αίματος. Οι αιμορραγίες προλαμβάνονται ως εξής:

Οι υποδόριες και ενδομυϊκές ενέσεις πρέπει να περιορίζονται και ασυνήθης αιμορραγία μετά από αυτές να γίνεται γνωστή στο γιατρό. Η νοσηλεύτρια-της θα πρέπει να δίνει συμβουλές στον άρρωστο για τα μέτρα πρόληψης αιμορραγίας από τραύματα όπως από βίαιο καθαρισμό της μύτης, χρήση ακατάλληλης ξυριστικής μηχανής και σκληρής οδοντόβουρτσας.

Αναιμία

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

Ο άρρωστος βοηθείται με διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο αποφυγή κόπωσης, χορήγηση αίματος με οδηγία γιατρού.²⁶

Νεφροί.

Οι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες μπορεί να βλάψουν τους νεφρούς εξαιτίας: (α) άμεσης επαφής με αυτούς κατά την απέκκριση τους και (β) συσσώρευσης σ⁷ αυτούς τελικών προϊόντων λύσης των κυττάρων. Ιδιαίτερα τοξικά φάρμακα για τους νεφρούς είναι η μεθοτρεξάτη, η σισπλατίνη και η μιτομυκίνη. Η ταχεία λύση των κυττάρων παράγει άφθονο ουρικό οξύ, το οποίο απεκκρινόμενο από τους νεφρούς μπορεί να τους προκαλέσει βλάβη.

Η στενή παρακολούθηση των επιπέδων της ουρίας του αίματος, της κρεατινίνης του ορού και της κάθαρσης κρεατινίνης είναι βασικής σημασίας. Πρόληψη βλάβης του νεφρού γίνεται επίσης με αύξηση των προσλαμβανόμενων υγρών, αλκαλοποίηση των ούρων και χορήγηση αλλοπουρινόλης, που παρεμποδίζουν το σχηματισμό ουρικών κρυστάλλων.

Καρδιά και πνεύμονες.

Όταν η ολική δόση των αντινεοπλασματικών αντιβιοτικών δαουνορουβικίνης και δοξορουβικίνης φθάνει στα 550 mg/m², αυτά μπορεί να προκαλέσουν μη αναστρέψιμες αθροιστικές τοξικότητες στην καρδιά. Πρέπει να παρακολουθούνται στενά κλάσμα καρδιακής εξώθησης, ΗΚΓ και ο ασθενής για σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Η βλεομυκίνη και η βουσουλφάνη είναι γνωστές για τα αθροιστικά τοξικά αποτελέσματα τους στην πνευμονική λειτουργία. Αποτέλεσμα μακροχρόνιας χορήγησης αυτών των φαρμάκων μπορεί να είναι η πνευμονική ίνωση.

Γεννητικό σύστημα.

Είναι δυνατό να επηρεαστεί η λειτουργία των όρχεων και των ωθηκών από τη χημειοθεραπεία, με πιθανό αποτέλεσμα στείρωση. Ενώ η γεννητική ικανότητα μπορεί να αποκατασταθεί μετά τη χημειοθεραπεία, τα γεννητικά κύτταρα είναι δυνατό να έχουν υποστεί βλάβη που δημιουργεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες στους απογόνους. Επομένως, προτείνεται φύλαξη σπέρματος σε τράπεζα σπερμάτων για άνδρες πριν από την έναρξη χημειοθεραπείας.

Νευρικό σύστημα.

Τα φυτικά αλκαλοειδή, ιδιαίτερα η βινκριστίνη, μπορούν να προκαλέσουν νευρική βλάβη όταν χορηγούνται σε επαναλαμβανόμενες δόσεις. Είναι δυνατό να παρουσιαστούν περιφερικές νευροπάθειες, απώλεια εν τω βάθει αντανακλαστικών και παραλυτικός ειλεός.

Αυτές οι παρενέργειες είναι συνήθως αναστρέψιμες και εξαφανίζονται μετά τη συμπλήρωση της χημειοθεραπείας.²¹

Ανοσοκατασταλτική επίδραση

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

Αλλαγές στο δέρμα.

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

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

Νευροτοξικότητα

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

Βοηθείται ο άρρωστος στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με την χρησιμοποίηση μέτρων ασφαλείας για την προστασία του και την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

Αλωπεκία

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

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

Πληροφόρηση-Εκπαίδευση του αρρώστου

Ο καρκίνος είναι μία αρρώστια που στην κοινή αντίληψη είναι συνυφασμένη με τον πόνο και τον θάνατο και έχει σαν αποτέλεσμα την ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου με επιπτώσεις αρνητικές στην προσωπική του ζωή.

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

Επειδή, λοιπόν οι καρκινοπαθείς είναι μία ειδική κατηγορία αρρώστων γ'αυτό και η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να είναι ιδιαίτερη. Μεγαλύτερη προσοχή δε, πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής γιατί είναι ο μόνος που βρίσκεται επί 24ώρου βάσεως στο πλευρό του ασθενή.

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

Χρέος του νοσηλευτή είναι :

- Να τον βοηθήσει ώστε να ζεί με την γνώση της αρρώστιας του.
- Να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματος του .
- Ν' αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης.
- Να τον ενισχύσει ώστε να δεχθεί την ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και να είναι έτοιμος ν' αντιμετωπίσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα , όπως η πτώση μαλλιών ,ανορεξία , ναυτία ,έμετοι .
- Ν' αντιμετωπίσει το άγχος ,κατάθλιψη ,συγχυτικές αντιδράσεις , ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας.
- Βοηθάει στην διατήρηση της αξιοπρέπειας και της υπόληψης του ασθενή, στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της ασφάλειας .
- Τον βοηθάει να επαναπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον (σύζυγο, παιδιά, συγγενείς ,εργασία) και να δραστηριοποιηθεί πάλι.

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

Αυτή η ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής έντασης αγωνίας και άγχους ,τα οποία δοκιμάζουν οι καρκινοπαθείς που βρίσκονται στο στάδιο του θανάτου.²⁸

Ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς

Μία καλή σχέση νοσηλεύτριας/τη συμβάλλει στην ηθική συμπαράσταση του αρρώστου, του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος με θετικό αποτέλεσμα. Η ανάγκη για χημειοθεραπεία και οι επιπτώσεις της στην ζωή του αρρώστου μπορεί να γεννήσουν μια σειρά από αρνητικά συναισθήματα, εξ αιτίας οργανικών συμπτωμάτων και αλλαγών του τρόπου ζωής.⁷ Κάθε καρκινοπαθής κατά την εξέλιξη της νόσου του περνά από ορισμένες ψυχολογικές φάσεις που έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τον (KUBLER-ROSS 1973) σε 5 στάδια ή φάσεις

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

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

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

4) Στο τέταρτο στάδιο ο άρρωστος χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, αίσθημα ενοχής.

5) Στο πέμπτο αποδέχεται λογικά ή μοιρολατρικά τα γεγονότα και την εξέλιξή τους.

Η ψυχολογική συμπεριφορά του αρρώστου που ξέρει ή υποψιάζεται βάσιμα ότι πάσχει από καρκίνο χαρακτηρίζεται από άγχος για την άγνωστη εξέλιξη π.χ. τους πιθανούς πόνους, την δύσπνοια, τον πυρετό και από θλίψη για τη μόνη βεβαιότητα του θανάτου με όλα τα μεταφυσικά ερωτήματα. Το STRESS που δημιουργείται από την πίεση των πιο πάνω αισθημάτων μαζί με την ιδιαιτερότητα του συμβολισμού μιας νόσου που «κατατρώνει τα σπλάχνα» δημιουργεί μια ψυχολογική συμπεριφορά λίγο πολύ κοινή σε όλους τους αρρώστους. Η άρνηση της νόσου (στάδιο πρώτο) είναι ο αποτελεσματικός μηχανισμός του «εγώ». **Υπάρχει έμμεση και άμεση άρνηση.**

Με την πρώτη ο άρρωστος αντιμετωπίζει την νόσο και τα προβλήματα της σαν να αφορούσαν κάποιον άλλον. Στην άμεση άρνηση ο άρρωστος προστατεύει τον εαυτόν του από την αλήθεια αρνούμενος την αλήθεια.

Στην φάση της εξέγερσης ή του ερεθισμού (στάδιο δεύτερο) ο άρρωστος :

- α) αγανακτεί για την τύχη του ,
- β) δεν πειθαρχεί στις οδηγίες που του δίνονται ,
- γ) δεν ικανοποιείται από την θεραπεία και την νοσηλεία του ,
- δ) μαλώνει με την οικογένεια του για έλλειψη αγάπης και φροντίδας προς αυτόν.

Στη φάση του παζαρέματος (στάδιο τρίτο) ο άρρωστος γίνεται:

- πειθαρχικός ,
- υπάκουος ,
- φιλικός προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Υπόσχεται διάφορα πράγματα ,
- τάζει αμοιβές,
- θηρσκεύεται και κάνει τάματα στον Θεό.

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

Στην καταθλιπτική φάση (στάδιο τέταρτο) εκδηλώνεται η απελπισία.

Στη φάση αυτή αναζητά με αγωνία την ανθρώπινη συντροφιά και παρουσία. Εκδηλώνονται και αισθήματα ενοχής και αυτουποτίμησης. Η όλη του συμπεριφορά ακόμα και η απειλούμενη αυτοκτονία έχει σαν σκοπό την προσέλκυση του ενδιαφέροντος και την συμπαράσταση των άλλων.

Στην τελευταία φάση (πέμπτο στάδιο) της παράδοσης

ο άρρωστος αντιμετωπίζει στωϊκά την κατάστασή του περιμένοντας το μοιραίο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εγκαταλείπεται μοιρολατρικά αρνούμενος κάθε θεραπεία ή μέριμνα γι' αυτόν.

Τα στάδια αυτά διαδέχονται το ένα το άλλο με την προκαθορισμένη αυτή σειρά, ενώ παλινδρομήσεις και προσκόλληση σ' ένα από τα στάδια αυτά είναι συνηθισμένο φαινόμενο.⁸

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

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

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

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

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

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

Σκοπός λοιπόν κάθε νοσηλευτή-τριας για την αποκατάσταση του ασθενή πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με την μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησης του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.²⁶

Τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από την φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για τη συστηματική θεραπεία του αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπαράσταση. Ακόμα και ένα απλό κράτημα του χεριού του, μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού που υποφέροντας μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.³⁷

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ

Εκτός όμως από την ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου, η νοσηλεύτρια πρέπει να κατευθύνει τη φροντίδα της και στην οικογένεια του καρκινοπαθούς. Γι' αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια. Το πρωταρχικό πρόβλημα είναι ότι απειλείται η ζωή ενός αγαπημένου τους προσώπου.

Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι οι άρρωστοί τους βρίσκονται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με τη συμμετοχή του σε αυτά, όσο είναι δυνατόν.²

Οι δομές των οικογενειών είναι ευαίσθητα πλέγματα και χαρακτηρίζονται από διάφορα συστήματα αξιών και μορφών επικοινωνίας. Μερικές οικογένειες έχουν πρότυπα επικοινωνίας σύμφωνα με τα οποία μόνο ευχάριστα συναισθήματα ενισχύονται και αμείβονται, ενώ δυσάρεστες συγκινησιακές καταστάσεις αποκλείονται.

Τα μέλη της οικογένειας που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν την διάγνωση του ασθενούς, που αρνούνται να πάρουν γνώση των φόβων του, που δεν δέχονται τα δάκρυά του ή δεν του δίνουν την υποστήριξη και ενδιαφέρον που αυτός χρειάζεται, μπορεί να καθηλώσουν την ικανότητά του να αντιμετωπίσει την αρρώστια.

Ένα από τα περισσότερο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα μέλη οικογενειών και φίλοι καρκινοπαθών είναι μια αμηχανία που εκφράζεται με το φόβο του να μην ξέρουν τι να πουν.

Ειλικρινή αισθήματα πρέπει να εκφράζονται και όταν λέξεις δεν μπορεί να βρεθούν, μια αίσθηση εγγύτητας μπορεί να μεταδοθεί χωρίς λόγια. Το κράτημα του χεριού του αρρώστου ή μια τρυφερή ματιά, μπορεί να μεταφέρουν συναισθήματα που διαφορετικά δύσκολα εκφράζονται. Μια τέτοια φυσική επαφή βοηθά στο να μειωθεί το αίσθημα του χωρισμού από την οικογένεια και φίλους που ο ασθενής μπορεί να νοιώθει λόγω της αρρώστιας του και μη ξέροντας πώς να αντιδράσει απέναντί τους, απομακρύνεται απ' αυτούς.

Πολλές οικογένειες που υποθέτουν πως ο καρκίνος είναι κατά κανόνα θανατηφόρα ασθένεια, μπορεί να αγνοήσουν τις θετικές και ελπιδοφόρες στάσεις του αρρώστου απέναντι στην πρόγνωση, θεραπεία και αποκατάστασή του. Έτσι αποτυγχάνουν να δώσουν στον άρρωστο την υποστήριξη που χρειάζεται.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας ενώ βρίσκονται γύρω από τον άρρωστο, μπορεί να προσποιηθούν ότι δεν γνωρίζουν την κατάστασή του. Σαν απάντηση, ο ασθενής επίσης μπορεί να υποκρίνεται άγνοια ώστε να προστατεύσει την οικογένειά του. Σαν αποτέλεσμα, ένα πλαίσιο αμοιβαίας απάτης αναπτύσσεται, καθιστάμενο διαρκώς συνθετότερο καθώς η αρρώστια εξελίσσεται. Ο ασθενής μπορεί να αντιδράσει με δυσπιστία («μου λένε ψέματα») στην άρνηση του καρκίνου από την οικογένειά του και στις ανησυχίες τους, και μπορεί να αποτραβηχτεί από αυτούς, *έτσι* ο άρρωστος και η οικογένειά του μπορεί άθελά τους να εγκαταλείψει ο ένας τον άλλο και να αναπτυχθούν αμοιβαία αισθήματα απόρριψης.

Ακόμα δεν πρέπει να περιμένουμε από τα μέλη της οικογένειας να αφιερώνουν όλο τους το χρόνο στον άρρωστο. Χρειάζονται χρόνο μακριά του, για να φύγουν από την συνεχή ένταση που η παρουσία της αρρώστιας και η φροντίδα του αρρώστου δημιουργούν.

Έτσι στην περίπτωση που η μητέρα είναι η άρρωστη, ο πατέρας πρέπει να διαθέσει αρκετές ώρες κατά τις οποίες να φροντίζει τα παιδιά στο σπίτι, στο σχολείο, στις εξωσχολικές τους δραστηριότητες, να παίζει μαζί τους ή απλά να βρίσκεται κοντά τους. Για να διατηρήσει όμως την ψυχολογική ισορροπία που χρειάζεται για να αντιμετωπίσει τόσο τα δικά του αισθήματα όσο και τις συναισθηματικές ανάγκες της συντρόφου του, πρέπει να έχει ευκαιρίες διεξόδου που να εκφορτίζεται.³⁷

Προστασία προσωπικού κατά την εφαρμογή της Χημειοθεραπείας

Η νοσηλευτική απαιτεί από τους νοσηλευτές πολλά.

Λόγω της φύση της εργασίας δέχονται ψυχολογικές και συναισθηματικές πιέσεις ιδιαίτερα οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ογκολογική νοσηλευτική. Στο έργο της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι δύσκολο να μετρηθούν κριτήρια διότι δεν είναι μόνο η διεκπεραίωση καθηκόντων τεχνικού χαρακτήρα. Ακούν καθημερινά ανησυχίες, φόβους, θλίψεις, δυσπιστίες και πρέπει να αφήσουν τον ασθενή με ένα αίσθημα ανακούφισης. Αυτή η προσωπική εμπλοκή με τον άρρωστο, την οικογένειά τους αποτελεί το φιλοσοφικό μέρος της ογκολογικής νοσηλευτικής και είναι το σημαντικότερο σημείο στη φροντίδα.

Μέτρα φροντίδας των νοσηλευτών είναι:

Στρατηγικές που αφορούν το περιβάλλον εργασίας και οργανωτικές-λειτουργικές ενότητες του συστήματος εργασίας. Η έννοια και η ουσία της φροντίδας των νοσηλευτών είναι η λήψη προστατευτικών μέτρων όπως:

- 1) Επιλογή προσωπικού μονάδος (υποχρεωτική συνέντευξη)
- 2) Συνεχής και τρέχουσα φροντίδα νοσηλευτών (Αξιοπρέπεια-καταξίωση)
- 3) Δυνατότητα επιλογής ανατιθέμενης εργασίας (Αυξημένη κατανόηση)
- 4) Δυνατότητα ελαστικού ωραρίου (Μείωση απουσιών ποιότητα, φροντίδα).
- 5) Αναγνώριση αναγκών του προσωπικού (Επιστημονική ανάπτυξη των νοσηλευτών ενδουπερισιακή εκπαίδευση)
- 6) Ενημέρωση γύρω από την ψυχολογική πίεση (Stress)

Καμία στρατηγική δεν προλαμβάνει τη δοκιμασία του Stress. Αλλά ίσως χρειάζεται μια εσωτερική δύναμη που να πηγάζει από την ικανότητα των νοσηλευτών να κρατούν μέρος του εσωτερικού τους κόσμου άθικτο από την εξωτερική πραγματικότητα.⁵

Για την ασφάλεια κατά την διάλυση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων στους ορόφους ή εξωτερικά ιατρεία απαιτούνται εφόδια για το προσωπικό, ώστε να αποφεύγονται τα ατυχήματα, όπως:

- Πλαστική ποδιά ή φόρμα με μακριά μανίκια
- Μάσκα προσώπου καλής ποιότητας (ειδικά όταν διαλύονται φάρμακα υπό μορφή σκόνης).
- Προστατευτικά γυαλιά (σε ειδικές περιπτώσεις).
- Γάντια καλής ποιότητας και να αλλάζονται κατά την ώρα της έγχυσης του φαρμάκου στην φλέβα.
- Ρολό απορροφητικού χαρτιού (για τα χέρια και τον πάγκο).
- Διάλυμα φυσιολογικού ορού (Sodium Chloride 0,9%) για ξέπλυμα ματιών.
- Μεταλλικό ή πλαστικό δοχείο με καλό πώμα για τις βελόνες και τα αιχμηρά αντικείμενα.

Εκτός των εφοδίων που αναφέρθηκαν θα πρέπει ακόμα:

- Τα χέρια να πλένονται καλά πριν φορεθούν τα γάντια, καθώς και μετά την αφαίρεση των γαντιών.
- Σε περίπτωση οποιασδήποτε μόλυνσεως θα πρέπει να πλένεται καλά η περιοχή με σαπούνι και νερό και να σκουπίζεται καλά η περιοχή με απορροφητικό χαρτί. Σε περίπτωση μόλυνσεως ματιών, ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό και αμέσως στον οφθαλμίατρο.
- Να αναφερθεί στην Προϊσταμένη του τμήματος οποιοδήποτε ατύχημα.
- Όλα τα μολυσμένα υλικά (μπλούζες, γάντια, κενά φιαλίδια φαρμάκων κ.λ.π.) πρέπει να μαζεύονται σε δοχεία ή πλαστικές σακούλες, να δένονται καλά και να τοποθετείται επάνω κόκκινη ετικέτα με την επιγραφή «ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΥΛΙΚΑ».
- Προσοχή στην απόρριψη απεκκριμάτων ασθενών που μπορεί να περιέχουν αναλλοίωτα φάρμακα ή κυτταροστατικούς μεταβολίτες.
- Οι επίτοκες Δε λαμβάνουν μέρος στην διάλυση και χορήγηση κυτταροστατικών φαρμάκων.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας στην θεραπεία του καρκίνου, όπως και η χημειοθεραπεία, είναι σχετικά νέες επιστημονικές κατακτήσεις. Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα, που οι Roentgen και Curies ανακάλυψαν τις επιδράσεις της ακτινοβολίας στον ζωντανό οργανισμό, μέχρι σήμερα πολλά έχουν γίνει γνωστά για τις θανατηφόρες ιδιότητές της και τις θεραπευτικές της εφαρμογές.⁷

Ο ρόλος της ακτινοβολίας είναι κυρίως η ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι η θεραπεία του καρκίνου.

Μια μελέτη απέδειξε ότι το 23% των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με 5-Fu και ακτινοβολία βρίσκονται ακόμα εν ζωή έπειτα από 5 χρόνια, ενώ μόνο το 4% όσων αντιμετωπίστηκαν με ακτινοβολία συνεχίζουν να ζουν αφού περάσει η πενταετία.

Μια Ιαπωνική έρευνα έδειξε ότι η ακτινοβολία που χορηγήθηκε 2 εβδομάδες πριν από το χειρουργείο μείωσε τον όγκο και την προσβολή των λεμφαδένων και βελτίωσε την επιβίωση κατά 12%. Τέλος αποδείχθηκε ότι η ακτινοθεραπεία που χορηγείται απευθείας στην περιοχή του καρκίνου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης – για επιβεβαιωμένο με βιοψία καρκίνο- παρατείνει την επιβίωση. Ορισμένες μελέτες έδειξαν αύξηση της επιβίωσης από το μηδέν στο 50%.²⁶

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

- Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (π.χ. ράδιο).
- Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)
- Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ακτινοβολία έχει τις εξής εφαρμογές:

1. Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνο ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
2. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του αρρώστου σε προχωρημένα στάδια κακοήθους νεοπλασίας π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και
3. Χρησιμοποιείται για διαγνωστικό σκοπό, όπως η διάγνωση κακοήθους όγκου, μέτρηση του όγκου και χρόνου κυκλοφορίας του αίματος κ.α.⁷

Νοσηλευτική φροντίδα κατά την εφαρμογή της ακτινοθεραπείας

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστο της. Από τη στιγμή αυτή η νοσηλεύτρια με την ευσυνείδητη αγάπη της, το ενδιαφέρον της, την κατανόησή της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

- 1) Στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία
- 2) Στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία.
- 3) Στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτό της και
Στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν και κατά τη
θεραπεία

Για την προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ-τηλεακτινοθεραπεία) γίνονται οι πιο κάτω εφαρμογές.⁶

Η νοσηλεύτρια

- Ενημερώνεται από το φάκελλο του αρρώστου για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε.
- Τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.
- Το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός)
- Αξιολογεί τι και πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει να μη βγάζει το σήμα που καθορίζει το σημείο, που θα γίνει η ακτινοθεραπεία.
- Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμετούς ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο αναλγητικά πριν τη θεραπεία αν χρειάζεται επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από την ψύξη επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία ο άρρωστος ενημερώνεται σε όλα τα σχετικά ερωτήματα του, μειώνει την ανησυχία του και το άγχος, τον βοηθά να συνεργασθεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας και να αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της και εκπαιδεύεται στα πιο κάτω:

1) Η περιοχή της ακτινοβολίας:

- α) διατηρείται στεγνή.
- β) Πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι. Την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή.
- γ) Δεν βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός αν υπάρχει ιατρική εντολή.

- δ) Τόσο κατά τη θεραπεία όσο και μετά απ'αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μην ζεσταίνεται πολύ).
- ε) προστατεύεται απο τον ήλιο ή το κρύο.
- ζ) αποτριχώνεται (ξυρίζεται μόνο με ηλεκτρική μηχανή). Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο.
- η) δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.
- θ) Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
- ι) Το διαιτολόγιο του πρέπει να είναι ελαφρύ να περιέχει πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
- ια) Μετά απο κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που κάνει δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμο του.

Η προστασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεως της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευτεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δε χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται απο το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

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

Μετά την εφαρμογή η χορήγηση του ραδιοϊσοτόπου ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα,

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό (εσωτερική εφαρμογή ή εσωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος) ο άρρωστος απομονώνεται, επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί, (με τον υποδιπλασιασμό μηδενιστεί ή ραδιενεργός δράση του) ή αναιρεθεί

Σημείο που θα βοηθήσουν την νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό της και τους άλλους νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοσθεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- ❖ Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί
- ❖ το τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη)
- ❖ το τρόπο χορηγήσεως (απο το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά και ενδοϊστικά).
- ❖ την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία
- ❖ το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
- ❖ τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.⁶
- ❖ Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του αρρώστου και επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα, τους εμετούς ή τον ιδρώτα και έτσι δεν λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό του.
- ❖ Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται.
- ❖ Γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.
- ❖ Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιόν θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.
- ❖ Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα, επικοινωνίας με τη (NURSING STATION) των Νοσηλευτών, παράθυρο παρακολουθήσεως του αρρώστου, ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος. Ενημερώνεται ο άρρωστος πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό γιατί εφαρμόζεται και πως με το τηλέφωνο και τη τηλεόραση θα μειωθεί το αίσθημα της απομονώσεως.
- ❖ Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι πριν φύγει από το θάλαμο. \
- ❖ Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του αρρώστου για τον τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο (μέσω του παραθύρου παρακολουθήσεως του αρρώστου) εξηγεί το σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικώς μαζί του ώστε να περιορισθεί το αίσθημα της μοναξιάς

- ❖ Στην πόρτα του δωματίου, στο φάκελο και στο UARDEX του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενέργειας ακτινοβολίας.
- ❖ Κατά την προσφορά της νοσηλείας στον άρρωστο η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα απόσταση και χρόνος, για τον εαυτό της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- ❖ Όλοι που εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.
- ❖ Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος, (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα.
- ❖ Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που φυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- ❖ Ποτέ μην πιάνετε ραδιενεργό πηγή με γυμνά χέρια πριν παταχθεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει, τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένη πηγής ραδιενέργειας ελέγχεται το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν στο επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.
- ❖ Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως

Το ραδιενεργό υγρό που εγγέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα μολύνει ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεως του τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα τους εμετούς και γι'αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθορισθεί για τον χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών,

Τρία είναι κυρίως τα ραδιοϊσότοπα που χορηγούνται με τους πιο πάνω τρόπους και δεν είναι θωρακισμένα:

Το ιώδιο 131.

Ο φώσφορος-32 .

Ο χρυσός 198.⁶

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ-ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των παρενεργειών τις ακτινοθεραπείας ακολουθώντας τις εξής διαδικασίες:

Παρέμβαση στις επιπλοκές της ακτινοθεραπείας

1. Ενημέρωση, μέσα σε λογικά όρια, του αρρώστου για τη φύση, το σκοπό και τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, ώστε να την αποδεχθεί με το μικρότερο δυνατό βαθμό άγχους και ψυχικής έντασης.

2. Επεξήγηση της πραγματικής διαδικασίας για απελευθέρωση της ακτινοβολίας, μαζί με περιγραφή του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται, της διάρκειας της διαδικασίας, της πιθανής ανάγκης για ακινητοποίηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και πληροφόρησή του ότι δεν θα αισθανθεί τίποτα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, όταν πρόκειται για τηλεθεραπεία.

3. Όταν το ραδιοϊσότοπο εφαρμόζεται στο σώμα του αρρώστου, εξήγηση λήψης προφυλακτικών μέτρων για προστασία του περιβάλλοντος.

4. Λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών από την ακτινοθεραπεία και έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εκδηλωθούν.

Οι παρενέργειες αυτές αντιμετωπίζονται, σε γενικές γραμμές, ως εξής:

1. Ναυτία και έμετοι

- α. Χορήγηση ηρεμιστικών, αντιεμετικών και αντιισταμινικών, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- β. Ενθάρρυνση του αρρώστου να λαμβάνει υγρά
- γ. Χορήγηση μικρών, συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας
- δ. Σημείωση αντιδράσεων του αρρώστου

2. Αντιδράσεις από το δέρμα

- α. Παρακολούθηση για ερυθρότητα, ξηρότητα, απολέπιση
- β. Προστασία του δέρματος της ακτινοβολούμενης περιοχής από ερεθισμό (ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία) και τραυματισμό από στενά ενδύματα

- γ. Παροχή συμβουλών στον αρρώστο ώστε να αποφύγει επάλειψη της περιοχής με αντισηπτικά βαριών μετάλλων, όπως υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου και με βάμμα ιωδίου. Ακόμα, να αποφεύγει αλοιφές, λοσιόν και σκόνες, επιθέματα και λευκοπλάστη
- δ. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό
- ε. Αν υπάρχει ιατρική οδηγία, χρήση υδροκορτιζόνης σπρέυ και γαζών Lanettwax

3. Διάρροια

- α. Χορήγηση αντιδιαρροϊκών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- β. Χορήγηση δίαιτας με μικρό υπόλειμμα

4. Αντιδράσεις βλεννογόνου στοματικής κοιλότητας

- α. Ήπια στοματική υγιεινή για απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών
- β. Αποφυγή ερεθιστικών ουσιών για το στοματικό βλεννογόνο (κάπνισμα, αλκοολούχα ποτά, ερεθιστικά φαγητά)
- γ. Διόρθωση χαλασμένων δοντιών πριν από την έναρξη ακτινοθεραπείας της στοματικής κοιλότητας
- δ. Χορήγηση υγρών και βιταμινών από άλλες οδούς

5. Καταστολή λειτουργίας μυελού οστών

- α. Προστασία του αρρώστου από λοιμώξεις και τραυματισμούς
- β. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία λοίμωξης και για αιμορραγίες

Αν ο αρρώστος παρουσιάσει γενικά συμπτώματα, όπως αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης, μπορεί να χρειαστεί βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στην ατομική υγιεινή. Υποστήριξη του αρρώστου ώστε να δεχθεί όσο το δυνατό πιο ανώδυνα τυχόν παροδική αλλαγή στο σωματικό του είδωλο (αλωπεκία)²¹

Άλλες παρενέργειες μπορεί να παρουσιασθούν ανάλογα με την ανατομική θέση που ακτινοβολείται, το ρυθμό ματώσεων των κυττάρων στο πεδίο ακτινοθεραπείας, τον καταμερισμό της δόσης, την ολική δόση και τη γενική κατάσταση του ασθενούς.

Ο ασθενής που έχει ως θεραπεία την ακτινοθεραπεία, συνήθως είναι εξωτερικός ασθενής, εκτός αν παρουσιάζει διάφορα προβλήματα ή επιπλοκές, ή είναι δύσκολη η μετακίνησή του λόγω τύπου διαμονής και δυσκολία ανοχής και αντιμετώπισης ορισμένων παρενεργειών, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω.⁵

Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΦΑΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν καταπληκτικές πρόοδοι στη χειρουργική παρέμβαση και στη μετεγχειρητική φροντίδα. Σε αυτό συντέλεσαν πολλοί παράγοντες.

Κατανοήθηκε η φύση ορισμένων παθήσεων.

Αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα του ρόλου της υδατοηλεκτρικής οξεοβασικής και θρεπτικής ισορροπίας στην αντιμετώπιση του χειρουργικού αρρώστου.

Βελτιώθηκαν τα εργαλεία, οι συσκευές και τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.

Προόδευσε η αναισθησιολογία, ώστε σήμερα να είναι δυνατές μεγάλες επεμβάσεις στην καρδιά, στους πνεύμονες και τον εγκέφαλο.

Καταπολεμήθηκαν αποτελεσματικά οι λοιμώξεις.

Η χειρουργική συμπληρώθηκε και από άλλες θεραπείες, ώστε σήμερα να είναι δυνατή η μεταμόσχευση οργάνων.

Βελτιώθηκε η αποκατάσταση του χειρουργημένου αρρώστου με διάφορα τεχνητά μέλη του σώματος. Σήμερα πολλοί άρρωστοι που προγραμματίζονται για χειρουργείο κάνουν τις διαγνωστικές εξετάσεις και την προεγχειρητική προετοιμασία πρωτού εισαχθούν στο νοσοκομείο. Επίσης φεύγουν από το νοσοκομείο γρηγορότερα, αυξάνοντας έτσι την ανάγκη για διδασκαλία, κατ' οίκον φροντίδα υγείας και προετοιμασία για αυτοφροντίδα.

Όλες αυτές οι αλλαγές απαιτούν ένα χειρουργικό νοσηλευτή που να γνωρίζει όλη τη προεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού αρρώστου.

Ο όρος **περιεγχειρητική νοσηλευτική** χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ευρεία ποικιλία των νοσηλευτικών λειτουργιών που συνδέονται με τη χειρουργική εμπειρία του αρρώστου και περιλαμβάνει 3 φάσεις:

- Την προεγχειρητική
- Τη διεγχειρητική και
- Τη μετεγχειρητική φάση ²¹

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση, διακατέχεται από αισθήματα φόβου, ανησυχίας, αγωνίας και αυτά τα αισθήματα γίνονται ακόμα πιο έντονα ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και τη νευροψυχική κατάσταση του αρρώστου.

Όλα αυτά τα συναισθήματα του ασθενή έχουν σχέση με το άγνωστο της εγχείρησης, με την άγνοια και την προκατάληψη πολλών ανθρώπων καθώς επίσης και με το πώς θα εξελιχθεί η μετεγχειρητική κατάσταση. Σε αυτό το σημείο εισέρχεται το καθήκον της νοσοκόμας η οποία με την ευγένεια, την κατανόηση, τη λεπτότητα και την ευσυνειδησία της θα βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει το ψυχολογικό του stress και να δώσει απόλυτη εμπιστοσύνη στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται κοντά στον ασθενή από την πρώτη στιγμή που θα εισαχθεί στο νοσοκομείο και είναι το άτομο που θα καθησυχάσει τον ασθενή, θα απαντήσει στα δικά του ερωτήματα και των οικείων του και θα διαλύσει τους φόβους και τις ανησυχίες τους.

Επίσης θα φέρει τον ασθενή σε επαφή με άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου όπως της κοινωνικής υπηρεσίας, τον ιερέα κτλ. Η προεγχειρητική προετοιμασία εξαρτάται από το είδος και τη σοβαρότητα της εγχείρησης και από την κατάσταση του αρρώστου. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι ο ασθενής με καρκίνο του στομάχου που πρόκειται να εγχειριστεί και να υποστεί μια «Γαστροστομία» είναι πολύ πιο ευάλωτος ψυχικά και σωματικά από άλλους χειρουργικούς αρρώστους, γι' αυτό και χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση και φροντίδα.

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

A) την ψυχολογική ετοιμασία

B) την σωματική ετοιμασία¹

A) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Κάθε χειρουργική διαδικασία συνοδεύεται από κάποια μορφή συγκινησιακής αντίδρασης του αρρώστου, έκδηλη ή όχι, φυσιολογική ή παθολογική. Οι συγκινησιακές αντιδράσεις μπορεί να επηρεάσουν τη μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου, γι' αυτό είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται στην προεγχειρητική περίοδο.

Παίρνοντας ένα προσεκτικό ιστορικό υγείας, ο νοσηλευτής μπορεί να διαπιστώσει φόβους και ανησυχίες του αρρώστου, που αποτελούν δυνητικές πηγές συγκινησιακών αντιδράσεων, κυρίως άγχους.

Η ίδια η χειρουργική επέμβαση δεν είναι μόνο οργανικός στρεσογόμος παράγοντας. Ο άρρωστος που φοβάται τη χειρουργική επέμβαση κινδυνεύει περισσότερο από εκείνον που την αποδέχεται και επικεντρώνεται στις ωφέλειές της. Οι φόβοι για τη χειρουργική επέμβαση δεν είναι πάντοτε ανάλογοι με τη σοβαρότητά της.

Οι προεγχειρητικοί φόβοι που μπορεί να βιώνει ο άρρωστος είναι:

1. Φόβος της νάρκωσης.

Ο φόβος αυτός ήταν δικαιολογημένος πριν πολλά χρόνια, όταν ήταν λίγα γνωστά για τον έλεγχο και τα αποτελέσματα των μέσων αναισθησίας. Όμως, με τις εξευγενισμένες σημερινές μεθόδους, τα δοκιμασμένα φάρμακα και τους επιδέξιους αναισθησιολόγους, οι κίνδυνοι έχουν ελαχιστοποιηθεί.

Η ευκολία με την οποία δίνεται η νάρκωση σήμερα αποδίδεται στην επαρκή φυσική και ψυχική προετοιμασία του αρρώστου. Στην επικοινωνία του με τον άρρωστο, ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στη διόρθωση λαθεμένων αντιλήψεων και πληροφοριών, ενώ η επίσκεψη του αναισθησιολόγου και του νοσηλευτή του χειρουργείου, την προηγούμενη της χειρουργικής επέμβασης, εγκαθιστά επιπρόσθετη εμπιστοσύνη.

Συχνά ο φόβος της νάρκωσης έρχεται δεύτερος από το φόβο του πόνου και του θανάτου.

« Θα αισθανθώ πόνο όταν γίνεται η τομή? Και τι θα συμβεί αν παύσει η δράση του αναισθητικού? Μήπως δεν ξυπνήσω από τη νάρκωση? »

Ο άρρωστος χρειάζεται επιβεβαίωση ότι ο αναισθησιολόγος θα τον προσέχει συνεχώς για να προλάβει τέτοια προβλήματα. Μερικοί γιατροί δεν χειρουργούν αρρώστους που πιστεύουν ότι θα πεθάνουν. Η καλή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το νοσηλευτή, μαζί με τη λεπτότητα και τη διακριτικότητα στη συμπεριφορά από μέρους του νοσηλευτή, μπορούν να βοηθήσουν τον άρρωστο να διαπιστώσει ότι ο φόβος του είναι αδικαιολόγητος.

2. Φόβος του αγνώστου.

Είναι συχνά ο πιο ενοχλητικός φόβος. Ο φόβος αυτός προέρχεται μερικώς από την πίστη του αρρώστου ότι δεν του είπαν «όλα» όσα αφορούν την διάγνωσή του.

3. Φόβος αλλοίωσης του σωματικού ειδώλου.

Με τη σημερινή έμφαση στη νεότητα και το «τέλειο» σώμα, ο φόβος αυτός δεν περιορίζεται μόνο στις ριζικές χειρουργικές επεμβάσεις, επεκτείνεται και στις μικρές.

3. Φόβος αποχωρισμού

από τα οικεία υποστηρικτικά συστήματα και από προηγούμενες δραστηριότητες μπορούν επίσης να προκαλέσουν άγχος στον άρρωστο.

Επιπλέον των παραπάνω φόβων, ο χειρουργικός άρρωστος μπορεί να στενοχωριέται και για πολλά άλλα. Μπορεί να έχει οικονομικά προβλήματα, οικογενειακές ευθύνες και επαγγελματικές υποχρεώσεις και να φοβάται για πιθανές ανικανότητες, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης και για απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της εγγύτητάς του με τον άρρωστο, είναι το άτομο στο οποίο αυτός εμπιστεύεται τους φόβους και τα προβλήματά του. Ο νοσηλευτής, με τη σειρά του, θα πρέπει να δημιουργεί όλες τις προϋποθέσεις που βοηθούν τον άρρωστο να εκφράζει τις σκέψεις του και να πληροφορεί το χειρουργό για τους φόβους του, ώστε μαζί να τον προετοιμάζουν για τη χειρουργική εμπειρία.

Εξάλλου, ο νοσηλευτής συνεργάζεται με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να λυθούν οικονομικά, οικογενειακά και εργασιακά προβλήματα του αρρώστου.

Η ψυχολογική ετοιμασία, για το χειρουργικό stress που θα ακολουθήσει, επιτρέπει στον άρρωστο να βιώνει κάποιο βαθμό άγχους. Η πληροφόρηση που δημιουργεί μέτριο βαθμό άγχους επιτρέπει στον άρρωστο να αυξήσει την ανοχή του στο stress με ανάπτυξη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης. Απουσία άγχους αποστερεί τον άρρωστο από το κίνητρο να ετοιμαστεί ψυχολογικά για τη στρεσογόνο εμπειρία.

Στην προεγχειρητική προετοιμασία δεν θα πρέπει να παραβλέπεται και η σημαντικότητα της πνευματικής θεραπείας. Η πίστη έχει μεγάλη υποστηρικτική δύναμη. Έτσι, τα πιστεύω κάθε ατόμου πρέπει να είναι σεβαστά και να υποστηρίζονται.

Η σπουδαιότητα της προεγχειρητικής ψυχολογικής προετοιμασίας έχει τεκμηριωθεί σε διάφορες νοσηλευτικές ερευνητικές μελέτες. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι η ψυχολογική προετοιμασία:

- *Βοηθά στη μείωση του άγχους*
- *Μειώνει τη δόση του αναισθητικού που χορηγείται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και των αναλγητικών μετά από αυτή.*
- *Συμβάλλει στην πιο γρήγορη σταθεροποίηση του σφυγμού και της αρτηριακής πίεσης μετά την επέμβαση.*
- *Μειώνει τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών ορμονών στο αίμα, που είναι δείκτες της ορμονικής αντίδρασης στο stress.*
 - *Μειώνει την επίπτωση μετεγχειρητικής λοίμωξης*
- *Ενθαρρύνει το άτομο να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο στην ανάρρωσή του.*
 - *Επιταχύνει την ανάρρωση και την έξοδο από το νοσοκομείο.²¹*

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η Γενική Προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

A. Τόνωση σωματική

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

B. Ιατρικές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι:

- ⇒ Εξέταση αίματος
- ⇒ Γενική ούρων
- ⇒ ΗΚΓ
- ⇒ Ακτινογραφία θώρακος

Γ. Καθαριότητα του ασθενούς

1) Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται:

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

2) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς:

- Την παραμονή της εγχείρησης εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος.
- Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μόλυνσεως του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων. 26

Δ. Υγιεινή της στοματικής κοιλότητας

Επιδιώκεται συχνή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και αντισηψία πριν την εγχείρηση.

Σκοποί της καθαριότητας είναι:

- Η διατήρηση της κοιλότητας του σώματος και των δοντιών σε καλή κατάσταση
- Η καθαριότητα του στόματος και η εξουδετέρωση της κακοσμίας και η πρόληψη των μολύνσεων.
- Η βεβαίωση του αισθήματος της γεύσεως ιδιαίτερα σε περίπτωση και η προστασία και ενίσχυση του αισθήματος της αξιοπρέπειας του ατόμου. 6

Ε. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβους. Για την αποφυγή αύπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.²⁶

Η Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία περιλαμβάνει:

Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

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

Γενικά ετοιμάζεται με καθαρισμό και ξύρισμα μία μεγάλη περιοχή γύρω από το εγχειρητικό πεδίο. Ιδιαίτερα πρέπει να προσεχθούν ο ομφάλιος, τα νύχια, και τα μαλλιά. Αν κατά λάθος δημιουργηθεί λύση συνεχείας του δέρματος πρέπει να αναφερθεί στο χειρουργείο πριν την επέμβαση.

Μέχρι πρόσφατα μετά το ξύρισμα και το καθαρισμό, με σαπούνι και νερό, της χώρας, γίνονται αντισηψία του δέρματος στο τμήμα και κάλυψη της με αποστειρωμένο τετράγωνο. Η ωφέλεια αυτής της τακτικής αμφισβητείται σήμερα από πολλούς χειρουργούς. Πιστεύουν ότι αφαιρούνται από το δέρμα το λίπος κ.α. φυσικές του εκκρίσεις που υποστηρίζεται ότι έχουν βακτηριοστατικό αποτέλεσμα.

Η Άμεση προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης ημέρας επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, με γορήγηση στον άρρωστο του κατευναστικού που δίνει εντολή ο γιατρός. Το κατευναστικό χορηγείται με ζεστό πόμα, και η νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να του διαταράξει τον ύπνο. Αν η εγχείρηση προγραμματίσει για το πρωί της επόμενης ημέρας, το βράδυ χορηγείται ελαφρά διαίτα ενώ το νερό δίνεται ~~ελεύθερα~~ μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση.

Πριν από τη μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο η νοσηλεύτρια:

- 1) Τον ντύνει με τα ειδικά για το χειρουργείο ρούχα.
- 2) Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχείες και τεχνητά μέλη.
- 3) Αφαιρεί δακτυλίδια και άλλα κοσμήματα που παραδίνονται στην προϊσταμένη για φύλαξη προτού καταγραφούν.
- 4) Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης
- 5) Χορηγεί την προνάρκωση μισή ώρα πριν από την εγχείρηση ή αμέσως μετά την εντολή του αναισθησιολόγου.
- 6) Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Ανύψωση της θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως. Επίσης μια μεγάλη αύξηση της συχνότητας του σφυγμού και της αναπνοής πρέπει να αναφέρεται.
- 7) Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου, τον συνοδεύει στο χειρουργείο και μένει κοντά του ώσπου να του δοθεί η νάρκωση.

Η Τελική προεγχειρητική προετοιμασία -προνάρκωση

Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα πριν από την εγχείρηση. Το είδος της προναρκώσεως καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο ιατρό και αποβλέπει στην μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος για την πρόκληση υπνυλίας. Λόγω της δράσεως των φαρμάκων συνιστάται στον ασθενή να μη σηκωθεί από το κρεβάτι του.

Τα φάρμακα της προναρκώσεως που πιο συχνά χρησιμοποιούνται είναι:

- 1) Παράγωγα της μπελλαντόνας
- 2) Οπιούχα
- 3) Βαρβιτουρικά.

Τα οπιούχα και τα βαρβιτουρικά απαλλάσσουν τον άρρωστο από το άγχος, και την αγωνία. Μειώνουν το βασικό μεταβολισμό και επομένως την απαιτούμενη για την αναισθησία δόση του ναρκωτικού.

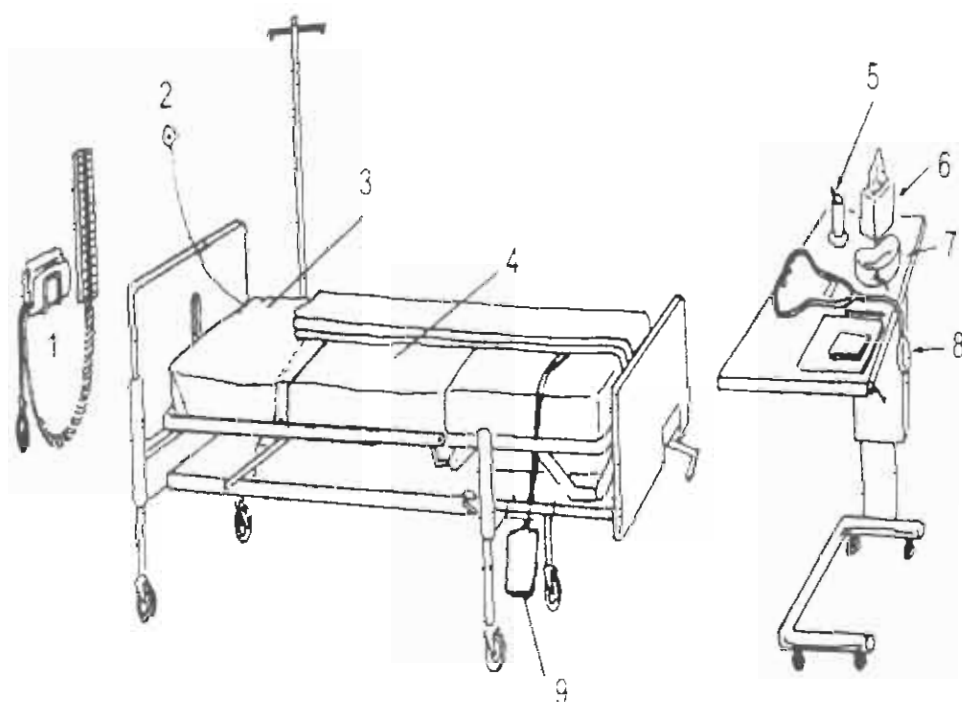
Εξάλλου, αμβλύνουν ορισμένα επιβλαβή αντανάκλαστικά που μπορεί να συμβούν σε χειρουργικές επεμβάσεις στο θώρακα και στην κοιλιά. Αν για οποιαδήποτε αιτία η προνάρκωση δεν γίνει την κανονική ώρα, πρέπει να αναφερθεί στον αναισθησιολόγο. Είναι πολύ επικίνδυνο να χορηγηθούν τα βαρβιτουρικά και τα οπιούχα αργότερα από την κανονική ώρα κατά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό.

Τους επισκέπτες του ο ασθενής εφόσον βρίσκονται στο Νοσοκομείο τους βλέπει πριν γίνει η προνάρκωση. Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο δωμάτιο.

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια ξεβάφονται δύο τουλάχιστον σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση. Μετά την προνάρκωση, μεταφέρεται αμέσως ο ασθενής με το φορείο και παραμένει στο θάλαμο.

Εάν είναι δυνατόν η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την εγχείρηση. Αυτό θα τη βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Οι συγγενείς περιμένουν με αγωνία τα αποτελέσματα της εγχειρήσεως, στο δωμάτιο αναμονής. Η ενημέρωση και καθησύχηση τους για την πορεία της εγχειρήσεως ελαττώνουν την αγωνία τους και χαλαρώνει την έκταση.

Τέλος, όλες οι βασικές ενέργειες της νοσηλεύτριας που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς, πρέπει να αναγράφονται στο νοσηλευτικό δελτίο και τη λογοδοσία της νοσηλευτικής μονάδας.⁶



(Χειρουργικό κρεβάτι και ετοιμασία κομοδίνου)

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η αξία της προεγχειρητικής διδασκαλίας έχει προ πολλού αναγνωριστεί, ώστε να αποτελεί σημαντικό μέρος της ΠΡΧ ετοιμασίας ενός αρρώστου. Η αρχική εκτίμηση του αρρώστου περιλαμβάνει και τις ανάγκες του σε μάθηση και διδασκαλία τόσο για την προεγχειρητική περίοδο, όσο και για ολόκληρη την περιεγχειρητική περίοδο, συμπεριλαμβανομένης και της αποκατάστασης στο σπίτι.

Κάθε άρρωστος διδάσκεται ως άτομο σε ότι αφορά τις αγωνίες, ανάγκες και ελπίδες του. Το πρόγραμμα διδασκαλίας σχεδιάζεται και εφαρμόζεται στο σωστό χρόνο. Ιδεωδώς η διδασκαλία γίνεται σε αρκετά μακρύ χρόνο για να μπορεί ο άρρωστος να αφομοιώσει το περιεχόμενο της. Συχνά αυτή σχεδιάζεται με διάφορες διαδικασίες προετοιμασίας, ώστε να γίνεται πιο εύκολη η ροή πληροφοριών.

Σε αρρώστους που εισάγονται την μέρα της εγχείρησης, είναι απαραίτητο να γίνεται η διδασκαλία και να δίνονται απαντήσεις σε τυχόν ερωτήσεις τους, όταν αυτοί επισκέπτονται το νοσοκομείο για της προεγχειρητικές εξετάσεις.

Οι αρχές της προεγχειρητικής διδασκαλίας είναι οι εξής:

1. Για την διατήρηση ομοιομορφίας και ακριβούς περιεχομένου, συμβουλευτείτε τον γιατρό για να προσδιορίσετε τις πληροφορίες που ήδη έχει πάρει ο άρρωστος.
2. Καθορίστε πόση πληροφόρηση θέλει ή χρειάζεται ο άρρωστος.
3. Μιλάτε καθαρά και χρησιμοποιείται γλώσσα που καταλαβαίνει ο άρρωστος.
4. Σχεδιάζεται σύντομες, συχνές συνεδρίες διδασκαλίας ώστε να δίνετε λίγες πληροφορίες κάθε φορά.
5. Δίνεται πάντοτε επαρκή χρόνο στον άρρωστο για υποβολή ερωτήσεων.
6. Ρωτάτε τον άρρωστο αν καταλαβαίνει αυτό που του λέτε.
7. Αν πρόκειται για διαδικασία, ζητάτε από τον άρρωστο να την κάνει.
8. Επαναλαμβάνετε τις πληροφορίες αν είναι ανάγκη. Να θυμάστε ότι το προεγχειρητικό άγχος συχνά εμποδίζει την μάθηση και την συγκράτηση νέων πληροφοριών.
9. Να θυμάστε ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό. Αλλάζετε τις μεθόδους διδασκαλίας ώστε να ταιριάζουν με τις ατομικές ανάγκες.
10. Περιλαμβάνεται στην διδασκαλία κι άτομα σημαντικά για τον άρρωστο.

Ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και βήχα.

Ένας απ' τους σκοπούς της προεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να διδαχθεί ο άρρωστος τον τρόπο παραγωγής αερίου των πνευμόνων για πρόληψη. Μετεγχειρητικής βρογχοπνευμονίας και ατελευτασίας.

Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να εισπνέει αργά από τη μύτη, εκκίνοντας τους κοιλιακούς μυς και να εκπνέει από σουρωμένα χείλη, συσπώντας τους κοιλιακούς μυς ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την τομή του τραύματος.

Αυτές οι αναπνευστικές ασκήσεις πρέπει να γίνονται 5-10 φορές κάθε ώρα στη μετεγχειρητική περίοδο ακινησίας. Ο σκοπός των ασκήσεων βήχα είναι η κινητοποίηση και αποβολή των εκκρίσεων από το βρογχικό δεύτερο. Για τη διέγερση του αντανακλαστικού του βήχα προηγούνται βαθιές αναπνοές.

Ασκήσεις στροφής και ενεργητικής κίνησης του σώματος

Ο σκοπός αυτών των ασκήσεων είναι η βελτίωση της κυκλοφορίας για πρόληψη φλεβικής στάσης και για άριστη ανταλλαγή αερίων. Ο άρρωστος διδάσκεται πώς να γυρίζει από πλάγιο σε πλάγια, καθώς και τις ασκήσεις των κάτω άκρων. Αυτές περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των αρθρώσεων γόνατος και ισχός ενώ ο άρρωστος είναι σε θέση ημι-Fowler και κυκλικές ασκήσεις της ποδοκνημικής άρθρωσης. Για μείωση της έντασης, υπερνίκησης του άγχους και επίτευξης χαλάρωσης ο άρρωστος:

A) Διδάσκεται να συγκεντρώνει τη σκέψη του στις πιο ευχάριστες από τις πρόσφατες εμπειρίες του

B) Ενθαρρύνεται να σκέπτεται και να διηγείται κάτι που του αρέσει.

Βοηθάει πολύ στη μετεγχειρητική προσαρμογή του αρρώστου αν αυτός γνωρίζει από πριν με τι συσκευές θα είναι συνδεδεμένος όταν έρθει από το χειρουργείο, ποιοι είναι οι σκοποί τους και τι πρέπει να προσέχει.

Επίσης αν υπάρχει πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί αναπνευστήρας ή O₂. Τέλος ο άρρωστος θέλει να γνωρίζει πότε να περιμένει μέλη της οικογένειας ή φίλους και να τον ενημερώνει για τις οξείες φάση της MTX του εμπειρίας.¹

Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του Ασθενούς

Μετά την αποχώρηση του ασθενούς για το χειρουργείο η νοσ/τρια αερίζει το θάλαμο και ετοιμάζει το κρεβάτι, το κομοδίνο και γενικά το περιβάλλον του ασθενούς.

Το κρεβάτι, που θα δεχτεί τον χειρουργημένο με γενική νάρκωση ασθενή πρέπει:

- 1. Να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύξη και ΜΤΧ πνευμονία. Αυτό αντιμετωπίζεται με την προσθήκη θερμοφόρων ους χειμερινούς μήνες.*
- 2. Να είναι χωρίς μαξιλάρι, για την ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού.*
- 3. Να τοποθετείται προστατευτικό μαξιλάρι στο πάνω κιγκλίδωμα του κρεβατιού, για να μη χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεργασίες στο στάδιο της αποναρκώσεως.*
- 4. Να είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές για την εύκολη μεταφορά του ασθενούς από το φορείο σ' αυτό.*
- 5. Να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από ενδεχόμενους εμετούς, με την τοποθέτηση πετσέτας προσώπου και αδιάβροχου κεφαλής.*

Στο επάνω πλάγιο χείλος του στρώματος, προς το μέρος του κομοδίνου, τοποθετείται χάρτινη σακούλα. Στο κρεβάτι ακόμη μπορεί να τοποθετηθούν διάφορα εξαρτήματα. Αυτό ρυθμίζεται από το είδος της εγχειρήσεως, στην οποία θα υποβληθεί ο ασθενής και την εξέλιξή της.

Στο κομοδίνο του ασθενούς τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα, για να αποφεύγονται οι θόρυβοι κατά την τοποθέτηση αντικειμένων πάνω σ' αυτό (νεφροειδές κ.λ.π.)

Ακόμη πάνω στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, Port cotton, νεφροειδές και καψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Το κομοδίνο τέλος, απομακρύνεται λίγο από το κρεβάτι του αρρώστου, για να τον προφυλάξουμε σε περίπτωση διεγέρσεών του.

Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα θαλάμου και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων. Ένα παράθυρο μένει πάντα ανοιχτό για το συνεχή αερισμό του και κατεβάζουμε τα ρολά για να μην έχουμε έντονο φωτισμό και αφού ρίξουμε μια τελευταία ματιά και διαπιστώσουμε την πλήρη ετοιμασία του θαλάμου και του κρεβατιού του ασθενούς, απομακρυνόμαστε, για να επιστρέψουμε με την επάνοδό του από το χειρουργείο³⁸.

Διεχειρητική Φάση:

Από τη στιγμή που ο άρρωστος μεταφέρεται στο δωμάτιο αναισθησίας, την ευθύνη για τη φροντίδα του αναλαμβάνει η χειρουργική ομάδα.

Η χειρουργική ομάδα αποτελείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα που εργάζονται μαζί ή συντονισμένα, για την ευημερία και ασφάλεια του αρρώστου. Ο χειρουργός γιατρός αποφασίζει για τον τύπο της επέμβασης και πρέπει να είναι συνεχώς ενήμερος για αλλαγές στις μεταβαλλόμενες λειτουργικές ανάγκες του αρρώστου. Ο αναισθησιολόγος εξαλείφει τον πόνο και προάγει την χαλάρωση μέσω αναισθησίας²¹

Σε αυτή την φάση, που είναι και η κύρια ευθύνη της, η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια του χειρουργείου φροντίζει την διατήρηση της ασφάλειας του αρρώστου ως εξής:

- Η υποδοχή του αρρώστου στο χειρουργείο γίνεται από την Προϊσταμένη ή την υπεύθυνο, η οποία πρέπει να υποδέχεται τον άρρωστο ήρεμα και ευγενικά. Ο άρρωστος σχηματίζει την πρώτη εντύπωση από την εμπειρία του στο χειρουργείο, από τον τρόπο που του γίνεται η υποδοχή, πρέπει δε να πιστέψει ότι βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ότι το προσωπικό του χειρουργείου ενδιαφέρεται για το άτομό του.

Δεν πρέπει να αφήνουμε μόνο του τον άρρωστο, μέχρι να μπει στην αίθουσα του χειρουργείου. Η αγωνία, η στενοχώρια, ο φόβος όλων των ημερών κορυφώνονται σε αυτή ακριβώς την ώρα που περιμένει. Ένα χαμόγελο, μια ευγενική χειρονομία γενικά μία ανθρώπινη ζεστή παρουσία αυτή την ώρα, είναι ότι καλύτερο γι' αυτόν.⁷

- Οι συνομιλίες και οι κινήσεις του προσωπικού του χειρουργείου πρέπει να περιορίζονται στο ελάχιστο, έτσι ώστε να δημιουργείται η απαραίτητη ατμόσφαιρα ηρεμίας για τον άρρωστο. Σπουδαιότερο ακόμη είναι: Να μην συζητούνται από το προσωπικό θέματα προσωπικά ή θέματα που αφορούν άλλους αρρώστους, γιατί είναι δυνατόν να παρεξηγηθούν από τον άρρωστο

που περιμένει και θα έχουν σαν αποτέλεσμα να ελαττώσουν την εμπιστοσύνη του και το αίσθημα ασφαλείας που πρέπει να νοιώθει στο περιβάλλον του χειρουργείου.

- Ακόμα, κατά την μεταφορά και τοποθέτηση στο χειρουργικό τραπέζι, έχει ηθική υποχρέωση το προσωπικό να μεταχειρίζεται τον άρρωστο με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η ντροπή που νοιώθει ο άρρωστος για το γυμνό του σώμα που εκτίθεται σε κοινή θέα στα μάτια των άλλων, του προκαλεί μεγάλο stress. Θα πρέπει να είναι πάντα σκεπασμένος μέχρι να πάρει νάρκωση. Δεν πρέπει να τον μεταχειρίζεται σκληρά και αδιάφορα και να τον μετακινεί σαν άψυχο αντικείμενο. Πρέπει δε να εξηγεί στον άρρωστο το κάθε τι που του κάνει και ότι τα μέτρα που λαμβάνονται είναι για την ασφάλειά του.

Η νοσηλεύτρια παραμένει κοντά κρατώντας του το χέρι, υποστηρίζοντάς τον ψυχολογικά μέχρι να πάρει νάρκωση και σίγουρα νοιώθει ασφαλής.⁷

Επιπλέον πρέπει:

- α) να διατηρεί τον αεραγωγό του αρρώστου,
- β) να εξασφαλίζει επαρκή ανταλλαγή αερίων,
- γ) να χορηγεί αίμα, υγρά και φάρμακα ανάλογα με τις ανάγκες
- δ) να παρακολουθεί στενά την κυκλοφορία και αναπνοή του αρρώστου και
- ε) να ενημερώνει αμέσως τον χειρουργό για οποιαδήποτε επιπλοκή.

Ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ενεργεί ως χειριστής του χειρουργείου, προάγει την ασφάλεια και καλύπτει τις ανάγκες υγείας του αρρώστου με:

- α) εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος και σωστής θερμοκρασίας και φωτισμού,
- β) έλεγχο της λειτουργίας εξοπλισμού (αναρροφητήρες, διαθερμίες) και σύνδεσης του με άσηπτα εξαρτήματά του,
- γ) εξασφάλιση εφοδίων και υλικού
- δ) στενή παρακολούθηση ώστε να εφαρμόζεται συνεχώς η άσηπτη τεχνική
- ε) ζύγιση και μέτρηση των μεγάλων γαζών,
- στ) επικοινωνία με ακτινολογικό τμήμα και εργαστήρια αν το ζητήσει ο χειρουργός,
- ζ) ετοιμασία και αποστολή στο παθολογοανατομικό τμήμα δειγμάτων για εξέταση.

Ο πλυμένος νοσηλευτής παίρνει μέρος άμεσα στην χειρ/κή επέμβαση. Ετοιμάζει τα άσηπτα χειρουργικά τραπέζια, με όλα τα απαραίτητα γενικά και ειδικά εργαλεία, ράμματα, βελόνες, γάζες. Βοηθά το χειρουργό και τους βοηθούς του κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προβλέποντας και παρέχοντας σε αυτούς τα απαραίτητα εργαλεία σπόγγους κ.λ.π. Μετρά βελόνες, εργαλεία και μεγάλες γάζες προτού κλείσει ο χειρουργός το τραύμα.²¹

Τέλος θα πρέπει να καταγράφονται με κάθε λεπτομέρεια όχι μόνο τα απαραίτητα στοιχεία της εγχείρησης (καταμετρήσεις γαζών, εργαλείων, ονόματα χειρουργών και αναισθησιολόγων, νοσηλευτών, ώρα έναρξης και τέλος της εγχείρησης), αλλά και όλη η διεγχειρητική φροντίδα που δόθηκε, έτσι ώστε να επισημαίνονται οι νοσηλευτικές πράξεις που θα δώσουν άνεση και ασφάλεια στον άρρωστο στην μετεγχειρητική περίοδο και θα βοηθήσουν επίσης την νοσηλεύτρια/τη του τμήματος να δώσει πιο εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο⁷

Μετεγχειρητική Φύση:

Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο νοσηλευτής κυκλοφορίας ντύνει τον άρρωστο με καθαρή ρόμπα και βοηθά στη μεταφορά του στο φορείο, που γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται έκθεση, απότομοι χειρισμοί, βεβιασμένες κινήσεις και γρήγορες αλλαγές θέσης, που προδιαθέτουν τον άρρωστο σε λοιμώξεις, δημιουργούν τάση στα ράμματα του τραύματος και προδιαθέτουν τον άρρωστο σε υπόταση, αντίστοιχα. Στο φορείο ο άρρωστος σκεπάζεται με κουβέρτες και στερεώνεται με λωρίδες. Για αύξηση της ασφάλειάς του σηκώνονται οι προφυλακτικές του φορείου.

Ο χειρουργημένος μετά την εγχείρηση περνά στο δωμάτιο ανάνηψης

Δωμάτιο ανάνηψης:

Είναι μια μονάδα που αποτελεί μέρος του χειρουργείου. Βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός αναισθησιολόγου και πλαισιώνεται από ειδικά εκπαιδευμένους νος/τές και άλλο προσωπικό. Η χρησιμοποίησή του έχει, πρακτικά εξαλείψει τους άμεσους ΜΤΧ κινδύνους της αναισθησίας και της επέμβασης.

Εδώ οι άρρωστοι βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Αναπνευστικές και κυκλοφορικές καταστολές ανιχνεύονται έγκαιρα και αντιμετωπίζονται. Τα απαραίτητα μηχανήματα, συσκευές, εργαλεία, διαλύματα και φάρμακα καθώς και δίσκοι τραχειοτομίας, καρδιακών μαλάξεων και βρογχοσκόπησης, είναι διαθέσιμα κάθε στιγμή.

Το δωμάτιο αυτό φέρνει στον ίδιο χώρο.

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

Ακόμα:

- 1) Προλαμβάνει την ανάγκη μεγάλης διαδρομής ενώ ο άρρωστος είναι κάτω από την επίδραση του αναισθητικού
- 2) Προλαμβάνει την ανάγκη διαπλασιασμού των εφοδίων σε όλες τις χειρουργικές μονάδες.
- 3) Συγκεντρώνει τους μετεγχειρητικούς αρρώστους κάτω από την φροντίδα λιγότερων, ειδικά εκπαιδευμένων νοσηλευτριών και εξοικονομεί νοσηλευτικό χρόνο αφήνοντας το προσωπικό του τμήματος, ελεύθερο να φροντίζει για τους υπολοίπους αρρώστους.
- 4) Αναβάλλει τις επισκέψεις της οικογένειας και των φίλων ώσπου να βελτιωθεί η κατάσταση του αρρώστου. Ο αριθμός των κρεβατιών του δωματίου ανάληψης είναι ένα για κάθε χειρουργείο συν ένα για κάθε τέσσερα χειρουργικά.²¹

Τα φυσικά χαρακτηριστικά του δωματίου ανάνηψης περιλαμβάνουν:

- 1) Εντοιχισμένους αναρροφητήρες
- 2) Πολλές μπρίζες
- 3) Συστήματα επικοινωνίας
- 4) Ψυγείο για αίμα
- 5) Ιδιαίτερα δωμάτια για αρρώστους που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση
- 6) Γραφείο με νεροχύτη
- 7) Συνήθη ντουλάπια, χώρο για υλικό και βοηθητικό δωμάτιο
- 8) Κλιματιστή
- 9) Μερικά έχουν και σύστημα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής (MONITOR). Ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης μέχρις ότου ανανήψει δηλ. αντιδράσει από το αναισθητικό και η θερμοκρασία, πίεση και αναπνοές, του σταθεροποιούν μετά την χειρουργική επέμβαση

Τα καθήκοντα της νοσηλεύτριας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου είναι:

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

Μετά την ανάνηψη του ασθενούς με μεγάλη προσοχή τοποθετείται στο κρεβάτι του θαλάμου, όπου θα αρχίσει η ΜΤΧ φροντίδα του ασθενούς. Όταν ο ασθενής μεταφερθεί στο θάλαμό του, τον παραλαμβάνει η νοσηλεύτρια και φροντίζει κατ' αρχήν για την σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.³⁵

Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι πνευμονικές, κυκλοφορικές, ουροποιητικές, πεπτικές από το τραύμα, τους μυς και τις αρθρώσεις.

Ύπτια θέση

Η ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι χρησιμοποιείται αμέσως μετά την εγχείρηση για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή ώσπου να ανανήφει πλήρως.

Πλάγια θέση

Ο άρρωστος είναι γυρισμένος στο πλάι, με τον υπερκείμενο βραχίονα μπροστά του. Το υποκείμενο κάτω άκρο βρίσκεται σε ελαφρά κάμψη, ενώ το υπερκείμενο κάμπτεται και στην κατ' ισχίον και στη κατά γόνυ άρθρωση. Το κεφάλι υποστηρίζεται σε μαξιλάρι και ένα δεύτερο μαξιλάρι τοποθετείται κατά μήκος της ράχης χρησιμοποιείται όταν είναι απαραίτητο ο άρρωστος να αλλάζει συχνά θέση.

Θέση αντίρροπη

Ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση με τα πόδια του κρεβατιού ανυψωμένα. Η θέση αυτή υποβοηθά την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου και χρησιμοποιείται σε Shock και αιμορραγία.

Θέση FOWLER

Από όλες τις θέσεις η πιο συνηθισμένη αλλά και εκείνη που δύσκολα μπορεί να διατηρηθεί είναι η θέση FOWLER ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° ως 10° με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστή θέση. Οι χειρουργημένοι άρρωστοι τοποθετούνται συνήθως στη θέση αυτή αμέσως μετά την ανάνηψη. Στη θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί συχνά αισθάνεται ζάλη. Αν ο άρρωστος παραπονεθεί για ζάλη τοποθετείται στην ύπτια θέση και μέσα σε μία ή δύο ώρες στη θέση FOWLER κάτω από τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος στη θέση αυτή.

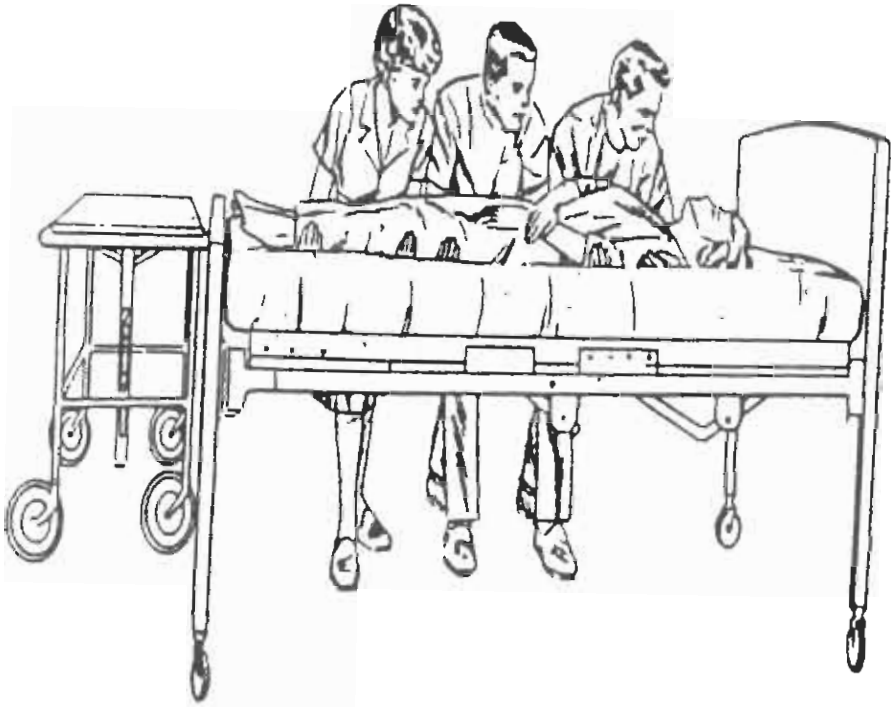
Θέση ημι-FOWLER

Χρησιμοποιείται όταν είναι αναγκαία η αποφυγή τάσης. Το κεφάλι ανυψώνεται 30-32 CM και τα γόνατα κάμπωνται.⁶

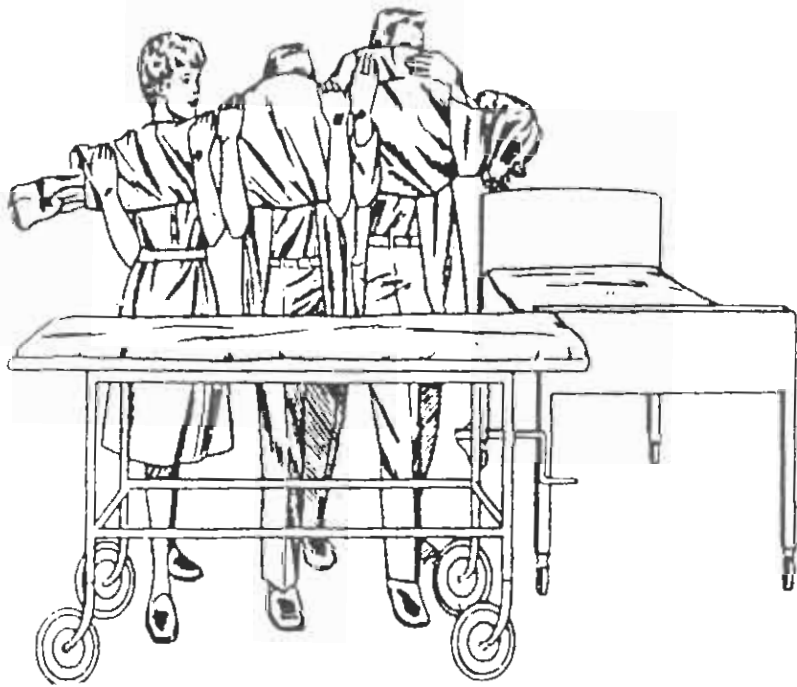
Τέλος, βασικά καθήκοντα της νοσηλεύτριας κατά την νοσηλεία ΜΤΧικού ασθενούς είναι:

- *Φροντίδα και παρακολούθηση του τραύματος.*
- *Προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρρόφηση εμεσμάτων καθώς και σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, που είναι καθήκον του νοσηλεύτη-τριας.*
- *Εξασφάλιση σωστής διαίτας στον χειρουργημένο ασθενή η οποία αρχικά είναι υγρή και βαθμιαία προχωρεί σε ελαφρές πολτώδεις τροφές και κατόπιν αφήνεται ελεύθερη.*
- *Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ή άλλες δυσκολίες.*
- *Τέλος, σπουδαίο παράγοντα της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η στοματική υγιεινή, που όχι μόνο ανακουφίζει τον ασθενή αλλά και τον προφυλάσσει από στοματίτιδες και παρωτίτιδες.²⁶*

A



B



Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες

Οι κυριότερες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που μπορεί να παρουσιαστούν στον χειρουργημένο ασθενή είναι:

1)Πόνος.

Ο ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση ,βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση, η οποία επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση ο πόνος είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες.

Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα, τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών), γι' αυτό χορηγούμε, με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες.

Όταν ο άρρωστος πονά, ο νοσηλευτής οφείλει:

- α.. Να εντοπίζει τον πόνο.
- β. Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής ή διαλείπων, αμβλύς ή οξύς.
- γ. Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού, αν έχει σχέση με την αναπνοή, αν επιδεινώνεται τη νύκτα.
- δ. Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, το βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Εξάλλου, η υπολειμματική δράση των μέσων αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητας τους στο αίμα, διήθησης τους στους ιστούς και απέκκρισης τους από τον οργανισμό.

Η αντίδραση του κάθε αρρώστου στον πόνο είναι διαφορετική και εξαρτάται από την -προσωπικότητα του. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι λιγότερο οξύς στους ηλικιωμένους από ό,τι στους μεσήλικες και στους νέους σε ηλικία αρρώστους.

Τα αναλγητικά για την αντιμετώπιση του πόνου δεν χορηγούνται, μέχρις ότου αναφέρει άρρωστος ότι αισθάνεται πόνο. Το είδος και η δόση πρέπει να είναι προσεκτικά καθορισμένα γιατί οι μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία. Οι εκκρίσεις κατακρατούνται στο βρογχικό δέντρο με αποτέλεσμα ατελεκτασία και πνευμονία, αν και ο πόνος τω 24ωρών οφείλεται συνήθως στην εγχείρηση, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παραλήπτει να εξετάζει διεξοδικά το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο τέτοιοι παράγοντες είναι καρφίτσες ασφαλείας ,σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις.

Η μορφίνη πρέπει να αντικαθίσταται όσο πιο γρήγορα γίνεται με κωδεΐνη, ασπιρίνη κτλ εξ' άλλου χαμηλή και ασταθής αρτηριακή πίεση αποτελεί προειδοποίηση για χορήγηση της μορφίνης με επιφύλαξη , γιατί μπορεί να προκληθεί SHOCK. ¹

2)Δίψα:

Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή και ακόμα από τοπική αναισθησία. λόγω της ατροφίνης η οποία προκαλεί ελάττωση των εκκρίσεων ,αλλά και της μείωσης των υγρών του οργανισμού η οποία προέρχεται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση(αίμα, ιδρώτα ,εμετό).

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επι 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολυπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας στο στόματος ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης, σε αναλογία 1/1 Γάζα υγρή, που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφυγρανσή του εισπνεόμενου αέρα.

Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζω ι την αίσθηση δίψας του ασθενούς με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλιών και της γλώσσας με βαμβάκι ποτισμένο σε νερό και με χορήγηση υγρών παρεντερικά. Από την γενική κατάσταση του ασθενούς θα εξαρτηθεί το είδος και η ποσότητα των υγρών που θα χορηγηθούν.

3) Εμετός.

Μετεγχειρητικά, ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμετούς αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή η λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα. Ο εμετός και η ναυτία είναι φαινόμενο συνηθισμένα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πάνω από 24 ώρες.

Εάν ο ασθενής έχει εμετούς το κεφάλι του στρέφεται στο πλάι και η νοσηλεύτρια του προμηθεύει Το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει μετά, από τον ασθενή για να αποφύγει μια προδιάθεση άλλων εμέτων ή ναυτίας. Μετά από κάθε εμετο, πρέπει να πλένεται το στόμα του ασθενούς και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Αν ο ασθενής παρουσιάσει συνεχής εμετούς, δυνατόν να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIN. Τα έχοντα σχέση με τους εμετούς (ποσο, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λ.π) πρέπει να αναγράφονται λεπτομερώς στο νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

Ο μετεγχειρητικός έμετος διακρίνεται:

- α. Στον έμετο κατά την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού
- β. στον έμετο που διαρκεί την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα και νύκτα
- γ. στον έμετο που συνεχίζεται. ¹

4) Ανησυχία-Δυσφορία.

Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής

- α. Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος
- β. Επίοχεση ούρων
- γ. Μετεωρισμός και λόξυγκας
- δ. Αϋπνία.

Ο νοσηλευτής οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση

Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα. αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο αν αυτό το βοηθάει για να κοιμηθεί

5) Διάταση του εντέρου

Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταλη για 24 - 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από τη παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός, ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό ή ρινοεντερικό σωλήνα.

6) Διάταση κύστης

Η κατακράτηση ούρων μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση, συχνότερα όμως εκδηλώνεται μετά από επεμβάσεις στο ορθό, τον πρωκτό ή το κόλλο, σε κήλες και σε επεμβάσεις στο επιγάστριο. Οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Χρησιμοποιούνται όλα τα συντηρητικά μέτρα, αν όμως αποτύχουν καταφεύγουμε στον καθετηριασμό.

7)δυσκοιλιότητα

Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- α. Ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης
- β. Τοπική φλεγμονή
- γ. Περιτονίτιδα
- δ. Τοπικό απόστημα.

Μπορεί όμως το άτομο να έχει: χρόνια δυσκοιλιότητα, την Οποία αντιμετωπίζει με λήψη υπακτικών στο σπίτι. Στον άρρωστο αυτόν, το συντομότερο δυνατό μετά την εγχείρηση πρέπει να επιτρέπεται η εφαρμογή των βοηθητικών μέτρων που χρησιμοποιούσε στο σπίτι. εξ' αλλού μπορεί να βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος η έγκαιρη έγερση, το είδος της διαίτας, η χορήγηση άφθονων υγρών και οι χαμηλοί υποκλυσμοί.¹

8)Λόξυγκας.

Είναι διαλείπων σπασμός του διαφράγματος συνήθως παροδικός, κάποτε επιμένει και ταλαιπωρεί τον άρρωστο.

Αίτια:

Ερεθισμός του φρενικού νεύρου που νευρώνει το διαφραγμα.

Έμμεσοι ερεθισμοί του φρενικού νεύρου είναι η γαστρική διάταση, εντερική απόφραξη, ενδοκοιλιακή αιμορραγία κ.α.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου:

Αντιμετωπίζεται με πολύ κρύο ή ζεστό νερό ή άλλο πόμα με πολύ προσοχή να μην πνιγεί ο άρρωστος την ώρα του λόξυγκα καθώς και φάρμακα, όπως *rimperan* κ.ά.³⁵

9)Μετεγχειρητική διάρροια

Η πρώιμη μετεγχειρητική διάρροια μπορεί να εμφανισθεί μετά οποιαδήποτε εγχείρηση επί του στομάχου, είναι όμως πολύ συχνότερη και εντονότερη μετά από βαγοτομή που συνδυάζεται με παροχετευτική επέμβαση. Με την εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακευτικής (αντιδιαρροϊκής) και διαιτητικής αγωγής, συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες.⁷

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

1)Αιμορραγία.

Ο ασθενής με *Ca* στομάχου που μετεγχειρητικά παρουσιάζει αιμορραγία συνήθως έχει τα εξής κλινικά χαρακτηριστικά:

- Ταχυσφυγμια
- Ωχρότητα προσώπου
- Δέρμα υγρό και ψυχρό
- Ψυχροί ιδρώτες
- Πτώση θερμοκρασίας
- Ταχυπνοια μικρή
- Αρχική πτώση πίεσεως

Όταν η αιμορραγία παρατείνεται ακολουθεί πτώση αρτηριακής και κεντρικής φλέβας πίεσεως, πτώση αιματοκρίτη, ανησυχία, ο άρρωστος βλέπει κηλίδες, παρουσιάζει συγχυτική κατάσταση και απώλεια συνειδήσεως.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον άρρωστο όπως στο αιμορραγικό Shock. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών χρειάζεται μεγάλη προσοχή στο ρυθμό ροής. Η μεγάλη ποσότητα υγρών μπορεί να αυξήσει πολύ την αιμορραγία αν είχε σταματήσει.³⁵

2) Shock

Αποτελεί μια από τις πιο σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές. Παλιότερα, ήταν η κύρια αιτία μετεγχειρητικών θανάτων. Σήμερα, όμως, με την προεγχειρητική ρύθμιση υγρών και την ορθή αναπλήρωση αίματος, πλάσματος και υγρών κατά και μετά τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και με τη χρησιμοποίηση του κατάλληλου για κάθε άρρωστο αναισθητικού και τον περιορισμό του χειρουργικού τραύματος στο ελάχιστο, η επιπλοκή αυτή έχει μειωθεί ικανοποιητικά.

Το shock μπορεί να οριστεί ως η δυσαναλογία μεταξύ χωρητικότητας του κυκλοφοριακού συστήματος και όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος.

Η δυσαναλογία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την κυκλοφορική κατάπτωση. Είναι, δηλαδή, ένα σύνδρομο διαταραχής της μικροκυκλοφορίας των ιστών. Τα διάφορα συμπτώματα οφείλονται ακριβώς στην ιστική υποξία των διαφόρων οργάνων.

Το shock, ανάλογα με την αιτιολογία του, διαιρείται σε:

* **Υπογκαιμικό** (μείωση όγκου του κυκλοφορούμενου αίματος), που προκαλείται από:

- Απώλεια αίματος
- Απώλεια πλάσματος (έγκαιμα, περιτονίτιδα, εντερική απόφραξη)
- Απώλεια νερού (εμετοί, διάρροια, εφιδρώσεις).

Η βαρύτητα του υπογκαιμικού shock εξαρτάται από τον όγκο του υγρού που χάνεται και από την ταχύτητα απώλειας του.

* **Καρδιογενές** (μείωση της απόδοσης της καρδιάς ως αντλίας). Παρουσιάζεται σε:

- Έμφραγμα του μυοκαρδίου
- Αρρυθμίες
- Καρδιακό επιποματισμό
- Πνευμονική εμβολή.

* **Σηπτικό**. Οφείλεται σε τοξίνες μικροβίων, κυρίως Gram αρνητικών, (70%), αλλά και Gram θετικών, οι οποίες επιδρούν στο τοίχωμα των τριχοειδών, του οποίου αυξάνουν τη διαβατότητα.

* **Αναφυλακτικό.** Συμβαίνει κατά τη χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών

(πενικιλλίνης, ιωδιούχων σκιαγραφικών σκευασμάτων, ιπλείου αντιτετανικού ορού) ή μετά από ρήξη εχινόκοκκου κύστης στην υπεζωκοτική ή περιτοναϊκή κοιλότητα. Προκαλείται εξαιτίας δράσης της ισταμίνης στα περιφερικά αγγεία, τα οποία διαστέλλονται και αυξάνεται η διαβατότητα του τοιχώματος τους.

* **Νευρογενές.** Οφείλεται στην απότομη ελάττωση του τόνου του αγγειακού συστήματος και στην περιφερική λίμναση του αίματος.

Συμβαίνει:

- Σε κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού
- Εξαιτίας λήψης γαγγλιοπληγικών ή βαρβιτουρικών και αναισθητικών
- Από ψυχογενή αίτια (φόβος επέμβασης, θέα αίματος)
- Εξαιτίας πόνου
- Εξαιτίας εκτεταμένου χειρουργικού τραύματος

Μπορεί να εμφανιστεί μετεγχειρητικά και δηλώνει την κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση του SHOCK είναι η νάρκωση, η αιμορραγία ο ισχυρός πόνος, ο ψυχικός κλονισμός κ.λ. Εμφανίζεται με συμπτώματα όπως, μικρό, συχνό και μόλις αισθητό σφυγμό, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της Α.Π, ωχρο δέρμα και βλεννογόνους, ψυχρά άκρα και ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων και εμφανίζει μείωση της αισθητικότητας και κινητικότητας.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, αφαιρώντας το μαξιλάρι από το κεφάλι του και σηκώνοντας τα πόδια του, δίνοντας του δηλ. θέση αντίρροπη για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου. Τον ζεσταίνει προσθέτοντας κουβέρτες και θερμοφόρες και περιορίζει τις κινήσεις του στο ελάχιστο. Αν επιτρέπεται του χορηγεί ζεστά υγρά από το στόμα και ύστερα από την εντολή ιατρού χορηγεί καρδιοτονωτικά και ενδοφλέβια αίμα, ορό ή πλάσμα.

Επίσης η νοσηλεύτρια συμβάλλει με τις ενέργειές τις στην προφύλαξη του ασθενούς από το SHOCK. Προτρέπει τον ασθενή να αναπνέει για να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό, ανακουφίζει τους πόνους που φυσιολογικά έχει ο κάθε ασθενής και του χορηγεί άφθονα υγρά μετεγχειρητικά. Φροντίζει για τον έλεγχο της καλής λειτουργίας του κυκλοφορικού συστήματος και συμβάλλει στην ηθική τόνωση του ασθενούς. Ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και η νοσηλεύτρια καλείται να προλάβει τυχόν τέτοιες επιπλοκές. Έτσι παρακολουθεί στενά τον ασθενή και φροντίζει για την ταχεία απονάρκωσή του, τον τοποθετεί σε ζεστό κρεβάτι και σε ανάρροπη θέση, τον προφυλάσσει από ρεύματα αέρα.¹

3)Φλεβίτιδα-Θρομβοφλεβίτιδα

Αρχικά εκδηλώνεται με πόνο και σύσπαση στη γαστροκνημιαία περιοχή ή πόνο κατά τη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδιού και του γόνατος. Είναι επίσης αισθητός ο πόνος κατά την πίεση. Στη συνέχεια παρουσιάζει ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα, πιθανόν και πυρετό. Στην φλεγμαίνουσα περιοχή η φλέβα μπορεί κατά την ψηλάφηση να είναι σαν σκληρή κωπη μάζα. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει κίνδυνος απόσπασης θρόμβου και πιθανότητα να προκληθεί εμβολή.

Η νοσηλεύτρια μπορεί να προλάβει την φλεβίτιδα με την αλλαγή θέσεως της φλεβοκέντησης. Παραμονή φλεβοκαθετήρα ή βελόνας στην ίδια θέση πέρα των 72 ωρών προδιαθέτει για φλεγμονή, η οποία αντιμετωπίζεται με θερμά επιθέματα ή αντιφλογιστική αλοιφή.

Η θρομβοφλεβίτιδα προλαμβάνεται με την καλή ενυδάτωση του αρρώστου, διότι μειώνεται η γλοιότητα του αίματος. Την ενθάρυνση να κάνει τα πόδια του όταν είναι κλινήρης και την έγκαιρη έγερση τη χρήση ελαστικών καλτσών ή την περιίδευση των άκρων με ελαστικό επίδεσμο πριν την έγερση του για την πρόληψη οιδήματος και λίμνασης του αίματος στα κάτω άκρα. Την αποφυγή άσκησης πύσεως με την τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα γόνατα για υποστήριξη. Αντιμετωπίζεται με πλήρη ανάπαυση και ανύψωση του άκρου εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, αντιπηκτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία, καθώς και προσδιορισμό χρόνου προθρομβικής και πήξεως αίματος.³⁵

4) Πνευμονική εμβολή

Οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Ο ασθενής παρουσιάζει απροσδόκητο και έντονο πόνο στο θώρακα, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Η νοσηλεύτρια βοηθά στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής, δίνοντας στον ασθενή καθιστή θέση στο κρεβάτι, προτρέποντάς τον να κάνει αναπνευστικές κινήσεις, καθώς επίσης και ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, φροντίζοντας για την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι, όταν η κατάστασή του το επιτρέπει και τέλος αποφεύγοντας τις στενές επιδέσεις, που περιορίζουν τις κινήσεις των μυών και του διαφράγματος¹

5) Λιποθυμία

Μπορεί να συμβεί κατά την έγερση του αρρώστου, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα ή μετά παρατεταμένη κατάκλιση. Σε απότομη και γρήγορη έγερση από το κρεβάτι σε ορθή θέση υπάρχει τάση πτώσεως της αρτηριακής πίεσεως, την οποία ο οργανισμός προλαμβάνει, διότι αντιδρά με περιφερική αγγειοσύσπαση. Αν αυτός ο μηχανισμός αποτύχει, τότε προκαλείται λιποθυμία. Εμφανίζεται ζάλη, ωχρότητα προσώπου, ιδρώτας και βραδυκαρδία.

Η λιποθυμία συνήθως προλαμβάνεται με τη βαθμιαία και προσεκτική έγερση του αρρώστου.

- Τοποθετείστε τον άρρωστο σε θέση Shock.
- Πάρτε ζωτικά σημεία και αξιολογήστε την κατάστασή του
- Εξασφαλίστε καλόν αερισμό και ήρεμο περιβάλλον
- Συστήστε στον άρρωστο να παίρνει βαθιές αναπνοές
- Χαλαρώστε αν υπάρχουν πιεστικά σημεία
- Χορηγήστε υγρά

Αφήστε τον να ηρεμήσει τελείως και μην προσπαθήσετε να τον σηκώσετε αμέσως.³⁵

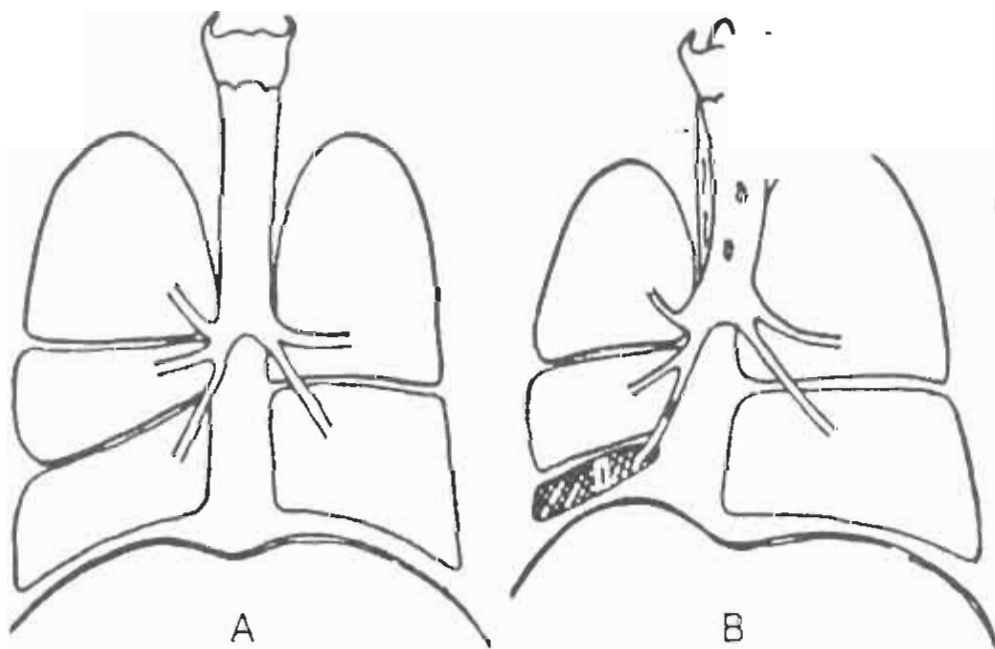
6) Ατελεκτασία

Μπορεί να εμφανισθούν σε επεμβάσεις κυρίως θώρακα και κοιλίας.

Ατελεκτασία είναι η ατελής έκπτυξη τμήματος λοβού του πνεύμονα

Αίτια ατελεκτασίας.

Είναι η ανεπαρκής προσπάθεια για αποτελεσματικό βήχα, που συντελεί στη συλλογή εκκρίσεων και την αδυναμία αποβολής τους και οι λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού που αυξάνουν τις βρογχικές εκκρίσεις. Η χρήση διαφόρων φαρμάκων όπως η ατροπίνη και άλλα συγγενή, τα οποία κάνουν τις εκκρίσεις παχύρρευστες και δεν μπορούν να αποβληθούν. Η επίδραση του αναισθητικού και των ναρκωτικών φαρμάκων που επηρεάζουν το αντανακλαστικό του βήχα και της αναπνοής.



Κλινικά ευρήματα είναι ο βήχας και η δύσπνοια και σε απόφραξη ολοκλήρου πνεύμονα η κυάνωση.

Για την πρόληψη τους συνιστούνται τα παρακάτω:

- Αναφέρετε στον υπεύθυνο γιατρό την εμφάνιση κάθε προεγχειρητικής οξείας λοίμωξης, διότι αποτελεί πρόβλημα για τη νάρκωση. Αν μάλιστα ο άρρωστος έχει χρόνια βρογχίτιδα μπορεί να χρειασθεί προεγχειρητικά αντιβίωση ή άλλη αγωγή.
- Συστήστε σε καπνιστή τη διακοπή καπνίσματος για 7 - 10 ημέρες.
- Παρακινείστε τον για βαθιές αναπνοές, βήχα και αποβολή των εκκρίσεων, αλλαγή θέσεως και φροντίστε για την έγκαιρη έγερση του.
- Αποφεύγετε τη χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων που καταστέλλουν το αντανακλαστικό του βήχα, εκτός μικρών δόσεων αναλγητικών για τον πόνο, διότι ο πόνος εμποδίζει τον άρρωστο να βήξει και να αναπνεύσει βαθιά.

Φροντίστε για την ενυδάτωση του, που ρευστοποιεί τις εκκρίσεις με χορήγηση υγρών από το στόμα ή παρεντερική, με εισπνοές ή βλεννολυτικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική οδηγία³⁵.

7) Μόλυνση τραύματος

Είναι μια επιπλοκή που αφορά το τραύμα και έχει τοπικά συμπτώματα:

- τον πόνο,
- τη θερμότητα,
- την ερυθρότητα,
- το οίδημα και
- την πυώδη εκροή.

Και γενικά συμπτώματα,

- τον πυρετό,
- το ρίγος,
- την κεφαλαλγία και
- την ανορεξία.

Ασφαλώς για να προληφθεί μία μόλυνση πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην σκόνη του αέρα που κυκλοφορά στους θαλάμους των ασθενών, στα μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από τη μύτη και το στόμα, τόσο του ιατρού, όσο και της νοσηλεύτριας, από τα ακάθαρτα χέρια αυτών, από τη χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, από άλλα μολυσμένα τραύματα και από άλλους επισκέπτες μικροβιοφορείς. Η προσοχή επίσης του χρειάζεται στο χειρισμό των αποστειρωμένων αντικειμένων και υλικού είναι τεράστια.¹

8)Ρήξη τραύματος

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με τα μέτρα που ακολουθούν:

- Υποστηρίζεται το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης.
- Καταστέλλεται ο έμετος και ο βήχας.
- Διδάσκεται ο ασθενής να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα όταν βήχει.

Εάν κατά τη ρήξη του τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε Φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο άρρωστος.

Η νοσηλεύτρια προσπαθεί να μη θορυβήσει τον ασθενή αλλά να τον καθησυχάσει. Η τακτοποίηση του τραύματος γίνεται στο χειρουργείο.⁶

9) Διάταση στομάχου

Τα αίτια που προκαλούν την επιπλοκή αυτή είναι η μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας του στομάχου, η υποτονία, των μυών, η μείωση της κινητικότητας του ασθενούς και η ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα της επιπλοκής αυτής είναι:

- Μετεωρισμός της κοιλιάς,
- Δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο.
- Λόξυγκας
- Δύσπνοια
- Εμέτοι λόγω πίεσης του διαφράγματος από το διατεταμένο στομάχι. Η πρόληψη της εμφάνισης της επιπλοκής αυτής συνιστάται στην καταπολέμηση των αιτιών.

10)Μετεωρισμός της κοιλιάς

Είναι η συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Αίτια που προκαλούν τον μετεωρισμό της κοιλιάς είναι η υποτονία των μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου, ο ερεθισμός του περιτόναιου κατά την εγχείρηση, ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, μείωση της κινητικότητας του ασθενούς και κακή λήψη τροφών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό (φούσκωμα) της κοιλιάς και κολικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων στο έντερο, τα οποία ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει. Για την ανακούφιση του ασθενούς, τον στρέφει ελαφρά προς το πλάι, τοποθετεί σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, τοποθετεί θερμοφόρα στο επιγάστριο και τέλος χορηγεί φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, κατόπιν οδηγίας ιατρού¹.

11)Γαστροπληγία

Ο άρρωστος μπορεί να την παρουσιάσει τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες πριν αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου. Μεγάλη ποσότητα υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύονται στο στομάχι. Ο άρρωστος παρουσιάζει εικόνα Shock και επί πλέον απότομο έμετο και γαστρική δυσφορία

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου: Γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών και συμπτωματική αγωγή.

12)Παραλυτικός ειλεός ή εντερική πάρεση

Είναι το σύνδρομο κατά το οποίο το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται γιατί μειώνεται η παύει ο εντερικός περισταλισμός. Είναι μετεγχειρητική επιπλοκή που συνήθως εμφανίζεται σε ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Οφείλεται σε συλλογή υγρών, κατάποση αέρα και κυρίως στους χειρισμούς που γίνονται κατά την επέμβαση στα ενδοκοιλιακά όργανα. Του στομάχου και του λεπτού εντέρου συνήθως αποκαθίσταται στα δύο πρώτα 24ωρα, του παχέος εντέρου η κινητοποίηση μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο. Λόγω της πίεσης και της διάτασης των ιστών προκαλείται πόνος. Ο άρρωστος είναι ανήσυχος έχει αίσθημα πληρότητας και αδυναμία αποβολής αερίων και κοπράνων.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου:

- Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα και σωλήνα αερίων
- Χαμηλό υποκλυσμό ή υπόθετο γλυκερίνης, με ιατρική οδηγία

Κίνηση και έγερση του αρρώστου, που συχνά συμβάλλει στην κινητοποίηση του εντέρου³⁵.

13) Διαταραχές θρέψης

➤ Απώλεια βάρους. Ο νοσηλευτής-τρια:

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

➤ Σιδηροπενική αναιμία

θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα από το στόμα ή καλύτερα παρεντερικά.²⁶

14)Αναιμία

Παρακολουθείται η αιμοσφαιρίνη (άνδρες : 14 – 18gr%, γυναίκες 12 –14gr%) και ο αιματοκρίτης (άνδρες 47±5%, γυναίκες 42±%) του ασθενούς και η παρουσία συμπτωμάτων, όπως ωχρότητα, εύκολη κόπωση, απάθεια.

Βοηθείται ο άρρωστος με: (1) διαιτολόγιο πλούσιο σε λεύκωμα και σίδηρο. Ο σίδηρος μπορεί να χορηγηθεί και με φαρμακευτικά σκευάσματα, (2) αποφυγή κοπώσεως, (3) χορήγηση αίματος με οδηγία ιατρού, (4) περιορισμός της απώλειας αίματος.

15) Διάσπαση δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος

Είναι η συχνότερη και σοβαρότερη άμεση μετεγχειρητική επιπλοκή μετά γαστρεκτομή Billroth II

Πολλοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την επιπλοκή, όπως : α) Οι κακές τοπικές συνθήκες δηλαδή η φλεγμονή ή η ουλώδης παραμόρφωση του δωδεκαδάκτυλου, β) Η κακή εγχειρητική τεχνική, γ) Η στάση χολής, παγκρεατικού και εντερικού υγρού στην προσιούσα έλικα της γαστροεντεροαναστόμωσης (θεωρείται η σπουδαιότερη αιτία), δ) Η κακή γενική κατάσταση του αρρώστου.

Η διάσπαση εμφανίζεται συνήθως μετά την 4η μετεγχειρητική ημέρα, όσο δε πρωϊότερα εμφανισθεί, τόσο βαρύτερη είναι και η πρόγνωση. Εκδηλώνεται με επιγαστρικό άλγος, τοπική αντίσταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, πυρετό, ταχυσφυγμία και γενική κατάσταση που μοιάζει με shock. Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί, κατά την επέμβαση εμφανίζεται έξοδος χολώδους υγρού από τον παροχετευτικό σωλήνα, διαφορετικά τα υγρά που διαφεύγουν από το δωδεκαδακτυλικό κολόβωμα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλούν καθολική περιτονίτιδα.

Εφόσον η κοιλία έχει παροχετευτεί εφαρμόζεται ρινογαστρική αναρρόφηση, διάτρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών ή και ολική παρεντερική σίτιση του αρρώστου. Όταν δεν έχει εφαρμοσθεί παροχέτευση, επιβάλλεται επιπλέον η άμεση επανεπέμβαση και η ευρεία υφηπατική και γενικά κοιλιακή παροχέτευση.⁷

Διάταση κύστεως (επίσχεση ούρων). Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση.

Αίτια. Μπορεί να είναι τα παρακάτω:

- Σπασμός του σφιγκτήρα της ουρήθρας.
- Ακινησία αρρώστου. Λόγω έλλειψης μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυϊκών ινών επομένως και της κύστεως.
- Ύπτια θέση. Μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφυγκτήρα της κύστεως.

Φροντίστε πρώτα για τη φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα, όπως:

- Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
- Η καθιστή ή ημικαθιστή θέση και το βάδισμα διευκολύνουν την κίνηση του εντέρου.
- Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, προκαλεί μυϊκή χάλαση.

Αν τα παραπάνω φυσικά μέτρα δεν αποδώσουν και η επίσχεση επιτείνεται, τότε σε συνεννόηση με το γιατρό γίνεται καθετηριασμός κύστεως.

16) Διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών. Μπορεί να προέλθει από:

- Αντίδραση του οργανισμού προς το χειρουργικό stress.
- Σημαντική απώλεια υγρών, αίματος, πλάσματος, εμετούς ή μεγάλη εφίδρωση.
- Ακατάλληλο τρόπο χορήγησης υγρών και ηλεκτρολυτών, όπως ταχεία χορήγηση με αποτέλεσμα την υπερφόρτωση ή μη σωστή αναπλήρωση των απωλειών π.χ. του καλίου - υποκαλιαιμία ή από συνδυασμό των παραπάνω

Αντιμετωπίστε τη δίψα με χορήγηση υγρών, όταν ο άρρωστος μπορεί και επιτρέπεται να πάρει από το στόμα. Βεβαιωθείτε ότι έχει συνέλθει από τη νάρκωση, δεν έχει ναυτία και εμετούς και αν αποκαταστάθηκε το αντανακλαστικό της κατάποσης.

Για να το διαπιστώσετε συστήστε στον άρρωστο να κάνει κινήσεις κατάποσης χωρίς να πει τίποτε. Αν καταπίνει ελεύθερα χορηγείστε του κατά διαστήματα μικρές ποσότητες νερού. Αν παρουσιάσει ναυτία ή έμετο, διακόψτε και φροντίστε για παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών σύμφωνα με ιατρική οδηγία.

- Ρυθμίστε και παρακολουθείστε τη ροή της ενδοφλέβιας έγχυσης υγρών να είναι στα επιθυμητά όρια για την πρόληψη υπερφόρτωσης ή το αντίθετο μειωμένης παροχής.

- Φροντίστε την υγιεινή του στόματος του αρρώστου.

Σημειώστε με ακρίβεια τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά στο δελτίο νοσηλείας ή σε ειδικό πίνακα, σύμφωνα με το σύστημα της κλινικής, αξιολογείστε τη διούρηση και το ειδικό βάρος των ούρων ³⁵.

17)Μετεγχειρητική ψύχωση

Είναι μία επιπλοκή με άγνωστες αιτίες και προδιαθεσικούς παράγοντες, την ίδια την ψυχολογία του ατόμου, καθώς και τη νάρκωση με την παρατεταμένη χρήση της. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται αυστηρά και να δοθεί φαρμακευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση και γι 'αυτό κυρίως υπεύθυνη είναι η νοσηλεύτρια¹

ΤΕΧΝΗΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ

Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα

Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα ή ρινογαστρική διασωλήνωση είναι η εισαγωγή καθετήρα από τη μύτη του αρρώστου στο στομάχι ή και προώθηση αυτού προς το έντερο (γαστρεντερική διασωλήνωση) για τους παρακάτω σκοπούς.

- Την αφαίρεση υγρών και αέρα για τη μείωση της διάτασης, η οποία εμποδίζει την απορρόφηση των υγρών.
- Την πλύση στομάχου σε επείγοντα περιστατικά, δηλητηριάσεις, γαστροπληγία, ή πριν τη γαστροσκόπηση σε ειδικές περιπτώσεις, όπως σε στένωση οισοφάγου.
- Την τεχνητή διατροφή, όταν η από του στόματος διατροφή είναι ανεπαρκής ή αδύνατος στον άρρωστο.
- Την εφαρμογή εσωτερικής πίεσης σε αιμορραγία κίρσων οισοφάγου.

Τη λήψη γαστρικού υγρού προς εξέταση.³⁵

Για την εφαρμογή του οινογαστρικού σωλήνα (Levin) η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το δίσκο νοησλείας με τα εξής υλικά:

- Ρινογαστρικό σωλήνα, ποτήρι με νερό, λιπαρά ουσία
- Νεφροειδές, λευκοπλάστ, ψαλίδι
- Σύριγγα των 20cc ή μεγαλύτερη, πίεστρο ή λαβίδα
- Μεγάλο τετράγωνο ή απορροφητικό χαρτί
- Μπώλ με τολύπια και τεμάχια χαρτοβάμβακο
- Τοπικό αναισθητικό (Xylocaine spray)
- Αναρροφητήρα αν πρόκειται για συνεχή αναρρόφηση

Στη συνέχεια:

- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη νοσηλεία που θα του γίνει για να εξασφαλίσουμε καλύτερη συνεργασία.
- Δίνουμε στον άρρωστο ημικαθιστή θέση εκτός αντένδειξης
- Τοποθετούμε το τετράγωνο μπροστά στον άρρωστο έτσι ώστε να προστατεύουμε τα κλινοσκεπάσματα για να μη λερώσουν.
- Καθαρίζουμε τους ρώθωνες και ψεκάζουμε με το τοπικό αναισθητικό για μείωση των φαρυγγικών αντανακλαστικών και τη διευκόλυνση της εισαγωγής του καθετήρα.

Εισαγωγή καθετήρα

- Υπολογίζει το μήκος του καθετήρα και εμβαπτίζει το άκρο του 15-20 εκ. στο νερό ή στην λιπαρή ουσία για να διευκολυνθεί η εισαγωγή του.
- Συστήνει στον άρρωστο να παραμείνει σε θέση χαλαρή.
- Ωθεί με ήπιες κινήσεις τον καθετήρα προς τον ρινοφάρυγγα. Παρακολουθεί τον καθετήρα, διότι έχει τάση να αναδιπλώνεται.
- Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παραμείνει χαλαρός στη θέση του και όταν ο καθετήρας φθάσει στο φάρυγγα να κάνει κλίση της κεφαλής προς τα εμπρός παίρνοντας βαθιές επιπόλαιες αναπνοές. Με τη θέση αυτή της κεφαλής κλείνει η οδός προς το λάρυγγα και διευκολύνεται το πέρασμα του καθετήρα προς τον οισοφάγο. Με τις αναπνοές παρεμποδίζεται η κατεύθυνση του καθετήρα προς την τραχεία.
- Αφήνει τον άρρωστο να ηρεμήσει αν παρουσιάζει έντονο φαρυγγικό αντανακλαστικό. Με την παρουσία του καθετήρα το αντανακλαστικό επιτείνεται και προκαλείται έμετος.

- Συστήνει στον άρρωστο να καταπίνει κατά την προώθηση του καθετήρα. Η κατάποση διακόπτει προσωρινά την εισπνοή και βοηθάει στην προώθησή του. Υποβοηθεί αν χρειασθεί με την κατάποση μικρής ποσότητας νερού.
- Σταματάει την προώθηση του καθετήρα αν συναντήσει αντίσταση. Δεν ασκεί βία προς αποφυγή τραυματισμού και πρόκληση δυσφορίας. Τον μετακινεί ελαφρά προς τα έξω και ξαναωθεί αν χρειάζεται.
- Παρακολουθεί τον άρρωστο για βήχα, δυσφορία, δύσπνοια, κυάνωση, σημεία που δηλώνουν εισαγωγή του καθετήρα στην τραχεία.
- Αναρροφεί περιεχόμενο στομάχου με τη σύριγγα για την επιβεβαίωση της θέσεως του καθετήρα στο στομάχι.
- Στερεώνει με αντιαλλεργικό λευκοπλάστ τον καθετήρα έτσι ώστε να μην εμποδίζει τις κινήσεις του αρρώστου και να μη μετακινηθεί από τη θέση του.
- Κλείνει το άκρο του καθετήρα με πίεςτρο ή λαβίδα ή τον συνδέει με τον σωλήνα του σάκου συλλογής υγρών τον οποίον στερεώνει με στατό στο κρεβάτι του αρρώστου, χαμηλά για να πέφτουν τα υγρά.
- Αφήνει τον άρρωστο καθαρό και σε αναπαυτική θέση.
- Παρακολουθεί τη λειτουργία του συστήματος. Αν διαπιστώσει ότι δεν λειτουργεί, σημαίνει ότι ή δεν υπάρχουν υγρά ή έχει αποφραχθεί ο καθετήρας και χρειάζεται πλύση.

Προβλήματα Αρρώστου με ρινογαστρικό σωλήνα

Προβλήματα	Αίτια	Νοσηλευτική αντιμετώπιση
- Ανησυχία, φόβος	- Το είδος της νοσηλείας	- Αναπτύξτε αρμονικές σχέσεις μαζί του
-Ενοχλήσεις από τη διασωλήνωση	- Ο καθετήρας και η θέση του	- Εμπνεύστε εμπιστοσύνη
-Δυσκολία λήψεως τροφής		- Εξηγείστε το σκοπό και τη λειτουργία της συσκευής - Δημιουργείστε ευκαιρίες επικοινωνίας να εκφράσει τις ανησυχίες του.
-Ξηρότητα στόματος, φάρυγγα, χειλέων	- Αναπνοή από το στόμα	- Φροντίστε τη στοματική κοιλότητα
- Δυσάρεστη γεύση		- Δώστε να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα - Επαλείψτε τα χείλη του αρρώστου με γλυκερίνη -Δώστε να πιπιλίσει σκληρή καραμέλα ή αντισηπτικές ταμπλέτες
-Ραγάδες στους ρώθωνες	- Τριβή του σωλήνα	- Φροντίστε το δέρμα και τους βλεννογόνους της μύτης - Διατηρείστε τους ρώθωνες καθαρούς απαλλαγμένους από εκκρίσεις και κρούστες και επαλείψτε με κάποια κρέμα - Αλλάζετε το λευκοπλάστ όταν βρέχεται και λερώνει
-Μειωμένη κινητικότητα	- Λόγω της κατάστασής του ή της σύνδεσής του με αναρροφητήρα	- Δώστε ημικαθιστή θέση στον άρρωστο για την πρόληψη παλινδρόμησης υγρών του στομάχου προς τον οισοφάγο - Αποσυνδέστε για λίγο τον αναρροφητήρα.
-Πιθανή διάταση κοιλίας	- Συλλογή υγρών και αέρα στο έντερο	- Εκτιμείστε το ποσόν, το χρώμα και την οσμή των αποβαλλομένων υγρών - Εξετάστε την κοιλιακή χώρα για διάταση - Βεβαιωθείτε αν ο άρρωστος έχει πόνο, ναυτία, αίσθημα πλήρωσης στομάχου.

		<ul style="list-style-type: none"> - Ελέγχετε τη λειτουργία του αναρροφητήρα, αν υπάρχουν αναδιπλώσεις του σωλήνα ή κλειστό πίεστρο. - Ελέγχετε τη διαβατότητα του σωλήνα με μικρή ποσότητα νερού και σύριγγα.
-Πιθανή διαταραχή ύδατος και ηλεκτρολυτών	-Μειωμένη πρόσληψη υγρών και ηλεκτρολυτών - Απώλεια υγρών και ηλεκτρολυτών	<ul style="list-style-type: none"> - Εκτιμείστε την επαρκή ή όχι ενυδάτωση του αρρώστου και τις τιμές των ηλεκτρολυτών -Χρησιμοποιείτε φυσιολογικό ορό για την πλήση του σωλήνα, διότι αντικαθίσταται το ποσόν του χλωριούχου νατρίου που αποβάλλεται με τα υγρά.

Τεχνητή διατροφή

Τεχνητή διατροφή είναι η απ' ευθείας εισαγωγή ρευστής ή ημίρευστης τροφής στο γαστρεντερικό σωλήνα με σκοπό τη σίτιση του αρρώστου σε ορισμένες περιπτώσεις, μερικές από τις οποίες είναι οι παρακάτω:

- Κωματώδεις καταστάσεις
- Επεμβάσεις στόματος, φάρυγγα, οισοφάγου
- Λαρυγγεκτομή
- Ορισμένες νευρολογικές παθήσεις
- Παθήσεις πεπτικού συστήματος κ.λ.π.

Η τεχνητή διατροφή μπορεί να γίνει:

1. Από ρινογαστρικός σωλήνα
2. Από στομίες, όπως: - Οισοφαγοστομία (σπάνια) – Γαστροστομία-Νηστιδοστομία
3. Από τη φλέβα ή ολική παρεντερική διατροφή.

A. Τεχνητή διατροφή από ρινογαστρικό σωλήνα Levin

Η τροφή που χορηγείται θα πρέπει να καλύπτει όλες τις θρεπτικές ανάγκες του αρρώστου. Να περιέχει λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, βιταμίνες, άλατα. Απαραίτητα επίσης θεωρούνται και τα ιχνοστοιχεία, ιδιαίτερα όταν η τεχνητή διατροφή παρατείνεται πέρα από 3-4 εβδομάδες.

Η τεχνητή διατροφή από καθετήρα Levin γίνεται:

1. Με συσκευή ορού κατά σταγόνες. Υπάρχουν έτοιμα διαλύματα που περιέχουν όλες τις θρεπτικές ουσίες για την κάλυψη των αναγκών του αρρώστου. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται ιδιαίτερη ΠΡΟΣΟΧΗ να μη γίνει λάθος στη χορήγησή τους. Διότι άλλα είναι τα διαλύματα που χορηγούνται από Levin για διατροφή και άλλα αυτά που χορηγούνται παρεντερικά.

Η ρευστοποίηση τροφής και η τοποθέτησή της σε καθαρή φιάλη ορού και η χορήγησή της με συσκευή ορού στον άρρωστο, σήμερα έχει εγκαταλειφθεί, διότι όπως προαναφέρθηκε παραπάνω υπάρχουν έτοιμα διαλύματα. Άλλωστε αυτός ο τρόπος ενέχει κινδύνους εντερικών λοιμώξεων.

2. Με ειδική συσκευή-ρυθμιστή, που καθορίζει με ακρίβεια τις σταγόνες. Λόγω του υψηλού κόστους, προς το παρόν, αυτές χρησιμοποιούνται περισσότερο σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

3. Με σύριγγα μεγάλη των 50cc, των 100cc, η οποία διαθέτει ρύγχος, που εφαρμόζει τελείως στο στόμιο του καθετήρα. Η ρευστοποίηση γίνεται με mixer.

Σε χορήγηση με σύριγγα, ετοιμάζεται δίσκος φαγητού με:

- Δοχείο με ρευστή ή ημίρευστη τροφή
- Χαρτοπετσέτες, ποτήρι με νερό
- Καθαρό νεφροειδές
- Σύριγγα μεγάλη των 50 cc ή των 100cc ειδική με ρύγχος

Στη συνέχεια

- Ετοιμάζουμε την τροφή σύμφωνα με το προγραμματισμένο διαιτολόγιο του αρρώστου
- Φροντίζουμε γενικά το περιβάλλον του θαλάμου να είναι ευχάριστο και καθαρό
- Ενημερώνουμε τον άρρωστο για τη χορήγηση του γεύματος
- Αποφεύγουμε κατά την ώρα του φαγητού χορήγηση δοχείου στο θάλαμο ή άλλες νοσηλείες που προδιαθέτουν δυσάρεστα.

- Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική ημικαθιστή θέση
- Πλένουμε τα χέρια μας και του αρρώστου, αν θα έχει συμμετοχή στη λήψη του γεύματος.
- Τοποθετούμε το δίσκο στο κομοδίνο ή το τραπεζίδιο του κρεβατιού και την πετσέτα μπροστά στον άρρωστο για να μη λερωθεί και αισθανθεί δυσάρεστα
- Καθόμαστε κοντά στον άρρωστο. Δεν δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε. Έχουμε απλή και ευχάριστη επικοινωνία μαζί του.
- Δοκιμάζουμε τη λειτουργία του καθετήρα βάζοντας λίγο νερό με τη σύριγγα.
- Αναρροφούμε τροφή με τη σύριγγα και αφαιρούμε τον αέρα για να μην προκληθεί διάταση του στομάχου.
- Συνδέουμε τη σύριγγα με τον καθετήρα και πιέζουμε το έμβολο με αργό ρυθμό για την προώθηση του περιεχομένου της.
- Παρακολουθούμε τον άρρωστο για αντιδράσεις. Διακόπτουμε τη χορήγηση αν παρουσιάσει βήχα, έμετο, δυσφορία.
- Χορηγούμε μικρή ποσότητα νερού στο τέλος για τον καθαρισμό του σωλήνα και την πρόληψη απόφραξης του.
- Αφήνουμε τον άρρωστο καθαρών και σε αναπαυτική θέση.
- Απομακρύνουμε το δίσκο και αφήνουμε τακτοποιημένο το περιβάλλον του αρρώστου.³⁵

Επιπλοκές τεχνητής διατροφής και πρόληψη αυτών

Οι επιπλοκές που μπορεί να συμβούν από την τεχνητή διατροφή είναι:

1. Διάρροια.
2. Ναυτία και έμετοι.
3. Πνευμονία από εισρόφηση.
4. Ανεπαρκής χορήγηση νερού.
5. Μεταβολική αλκάλωση

Έτσι, για την πρόληψη και αντιμετώπιση τους είναι απαραίτητα τα παρακάτω:

- Σχολαστικός καθαρισμός αντικειμένων τεχνητής διατροφής μετά από κάθε χρήση τους και αποστείρωση τους κατά διαστήματα (η τεχνητή διατροφή δεν απαιτεί άσηπτη τεχνική).

- Διατήρηση του μίγματος στο ψυγείο ως τη στιγμή της χορήγησης του.
- Εξασφάλιση μίγματος μόνο για 24 ώρες. .
- Πλύση του σωλήνα ml χλιαρού νερού μετά από κάθε γεύμα.
- Σε περίπτωση συνεχούς χορήγησης, συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά η εφαρμογή παγοκύστης γύρω από αυτόν για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος.
- θερμοκαρασία μίγματος 37°C.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στον στόμαχο κατά τη σίτιση.
- Φροντίδα στόματος και ρωθώνων.
- Σε περίπτωση ναυτίας, διακοπή σίτισης. Μετά την υποχώρηση της ναυτίας, σίτιση πολύ βραδεία και με μικρές ποσότητες μίγματος. Πιθανή ανάγκη αραίωσης του μίγματος και μείωσης των λιπών, που περιέχει .Αποφυγή κίνησης του αρρώστου 2-3 ώρες μετά τη σίτιση.
- Σε περίπτωση διάρροιας, διακοπή σίτισης. Νέα εντολή με μίγμα που περιέχει λιγότερους υδατάνθρακες. Χορήγηση αντιδιαρροικών μέσα από τον σωλήνα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου ή ανάρροιας: ανάρροπη θέση (αν επιτρέπεται), στροφή της κεφαλής στο πλάι και χαμηλά για παροχέτευση τον εμέτου, αναρροφητήρας έτοιμος για χρησιμοποίηση δίπλα στον κωματώδη και ημικωματώδη άρρωστο.
- Αναγραφή της ποσότητας του μίγματος και του νερού, που χορηγείται κάθε φορά.
- Μέτρηση και αναγραφή του ποσού των ούρων. Μέτρηση και αναγραφή κάθε παθολογικής απώλειας υγρού.
- Χορήγηση 50ml νερού κάθε 2 ώρες. Παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα αφυδάτωσης. Το νερό είναι απαραίτητο για τον μεταβολισμό αλλά και για την απέκκριση των προϊόντων μεταβολισμού των πρωτεϊνών. Τα υδστοηλεκτρολυτικά σύνδρομα που θα συμβούν, είναι στην αρχή υπέρτονη αύξηση του όγκου των εξωκυτταρίων υγρών και στη συνέχεια υπέρτονη ελάττωση. Ιδιαίτερη προσοχή στους κωματώδεις, που δεν μπορούν να εκδηλώσουν το αίσθημα δίψας.

- Σε υπερήλικες αρρώστους χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας.
- Επανεισαγωγή του γαστρικού υγρού που τυχόν αναρροφήθηκε στο στομάχι, για έλεγχο της θέσης του σπλήνα. Διαφορετικά, τα ποσά αυτά αθροισμένα αποτελούν μια σημαντική ποσότητα. Με το γαστρικό υγρό χάνεται άφθονο κάλιο, χλώριο και υδρογονιόντα. Τα αποτελέσματα είναι μεταβολική αλκάλωση.

Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, άμεση αναφορά της, τροποποίηση του μίγματος για διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα από τον σωλήνα²³.

ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑ

Όταν λέμε γαστροστομία εννοούμε ένα άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου.

Είναι μια χειρουργική μέθοδος που εφαρμόζεται για την αποσυμφόρηση του στομάχου ή την τεχνητή διατροφή.

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

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

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

Συμπερασματικά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ενδοσκοπική διαδερμική γαστρονομία είναι μια νέα μέθοδος που μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική λύση στην κλασική εγχειρητική γαστροστομία.²⁶

A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Αυτή περιλαμβάνει:

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

B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Με τομή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός προσεγγίζεται το πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου στο οποίο γίνεται άνοιγμα. Μέσα στον στόμαχο εισάγεται καθετήρας με πολλές οπές, απλός ή Folley. Το περιφερικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή, στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του.⁷

Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει:

- Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Χορήγηση υγρών μέσα από τον σωλήνα αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%
- Χορήγηση από τον σωλήνα τροφής σε ημίρρευστη μορφή
- Χορήγηση 50ml χλιαρού νερού για το πλύσιμο του αυλού του αυλού του σωλήνα, μετά από κάθε γεύμα
- Χορήγηση 50ml νερού κάθε 2 ώρες
- Αναγραφή, σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.
- Αφαίρεση του σωλήνα μετά από 5-6 μέρες και εισαγωγή νέου, που εισάγεται, αφού προηγουμένως επαλειφθεί με βαζελίνη. Στερέωσή του στο κοιλιακό τοίχωμα με λευκοπλάστη, ο οποίος προηγουμένως περιβάλλει τον καθετήρα.
- Μετά, αλλαγή σωλήνα κάθε 2-3 ημέρες.



- Διδασκαλία αρρώστου για την τεχνική αλλαγής του σωλήνα, τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει.
- Πληροφόρηση του ασθενούς για έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές).
- Φροντίδα περιστοματικού δέρματος. Καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.
- Μετά μερικές εβδομάδες ο σωλήνας εισάγεται μόνο για σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκοπλάστ.²⁶

Νοσηλευτική Φροντίδα του Καρκινοπαθούς Τελικού Σταδίου

Η πρόοδος της Ιατρικής και της Βιολογίας έχουν συμβάλλει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, στην παράταση της ζωής σε ορισμένες κατηγορίες ασθενών που έχουν αθεράπευτα νοσήματα, όπως είναι ο προκεχωρημένος καρκίνος.⁷

Ταυτόχρονα, μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί και στο πεδίο της κλινικής φροντίδας του αρρώστου με καρκίνο στο τελικό στάδιο. (Κ. Κανδύλης, 1993).

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

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

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

B. Η θέληση του αρρώστου πρέπει να οδηγεί τα βήματα των γιατρών και των άλλων νοσηλευτών. Αυτός είναι ο σημαντικότερος κανόνας. Οι κλινικοί θεραπευτικοί χειρισμοί πρέπει να αντανακλούν τις προσωπικές επιλογές του αρρώστου. Οι θεραπείες που επιμηκύνουν τη ζωή του αρρώστου επιμηκύνοντας ταυτόχρονα και τα διάφορα προβλήματα από την αρρώστια μπορεί να διακοπούν αν αυτό είναι επιθυμία του αρρώστου.²⁶

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 ρόλος του νοσηλευτή/τριας σε αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας δεν σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις πρέπει να αποβλέπουν διαρκώς σε μια ζωή με ποιότητα και νόημα μέχρι τέλος.

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

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

Ο νοσηλευτής/τρια είναι στο στάδιο αυτό της ζωής του, όπου κι αν βρίσκεται ο άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην ιδιωτική κλινική, ο συνδετικός κρίκος με όλους όσους μπορεί να του προσφέρουν κάτι. Όπως με το γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και με το συγγενικό του περιβάλλον. Ο άρρωστος τον εμπιστεύεται περισσότερο από όλους τους άλλους γιατί είναι εκείνος που θα εφαρμόσει κάθε τι που θα ανακουφίσει ψυχικά ή σωματικά.⁷

Πως όμως αισθάνονται οι νοσηλευτές όταν ο άρρωστος πεθαίνει?

Η λύπη και η υπερένταση είναι τα συνηθέστερα συναισθήματα που τους διακατέχουν. Ίσως δοκιμάζουν αισθήματα ενοχής, αν δεν έκαναν ότι έπρεπε όταν τον νοσήλευαν ή δοκιμάζουν αίσθημα αποτυχίας των νοσηλευτικών και θεραπευτικών προσπαθειών τους ή ακόμα κάποια πικρία, διότι ο ασθενής έφθασε αργά, παραμελημένος οπότε δεν έγινε δυνατή η διάσωσή του. Δεν είναι λίγες οι φορές όμως που νιώθουν μια βαθιά ικανοποίηση και μυστική εσωτερική επιβράβευση για την ευσυνείδητη και αμέριστη προσφορά τους.

Ο άρρωστος που πεθαίνει γίνεται πολλές φορές αφορμή να εγερθούν στην ψυχή των νοσηλευτών μερικά καίρια ερωτήματα:

Ποια η αξία της ζωής?

Γιατί ο πόνος?

Ποιο το νόημα του θανάτου?

Τι υπάρχει μετά θάνατο?

Ευκαιρία να φιλοσοφήσουν οι νοσηλευτές πάνω στο μυστήριο του θανάτου. Όταν επέλθει ο θάνατος οι νοσηλευτές κάνουν αρχικά εξακρίβωση και στη συνέχεια καλούν το γιατρό να διαπιστώσει κλινικά το θάνατο. Ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του νεκρού, μια πράξη πραγματικά ιερή, που είναι δικαίωμα του αρρώστου να γίνει σεβαστή η ιερότητα του σώματός του μετά θάνατον.³⁵

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Τα πολύπλοκα προβλήματα της φροντίδας των καρκινοπαθών επιβάλλεται να αντιμετωπίζονται με ένα πολυδύναμο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η θεραπεία του καρκίνου είναι ίσως η πλέον δαπανηρή.

Είναι δε ασυγχώρητο να χρησιμοποιεί κανείς τα νοσοκομειακά κρεβάτια ενός κέντρου υψηλής εξειδικεύσεως για ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια.

Απ' την άλλη πλευρά όμως το σπίτι δεν είναι πάντοτε προετοιμασμένο να προσφέρει στους ανθρώπους αυτούς ένα αποδεκτό και ασφαλές επίπεδο φροντίδας.

Συνθήκες όπως η έλλειψη νοσηλευτικών γνώσεων, η πραγματικότητα ότι οι σύζυγοι εργάζονται μακριά απ' το σπίτι και τα παιδιά ή οι νέοι εργάζονται ή σπουδάζουν αποστερούν από τους γέρους και τους ασθενείς την δυνατότητα να έχουν ένα αποδεκτό επίπεδο φροντίδας στο σπίτι. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν σε περίπτωση νόσου και νοσηλευτικό κοινωνικό πρόβλημα.

Έτσι με την διαμόρφωση παραδεκτών συνθηκών νοσηλείας σε το σύστημα νοσηλείας στο σπίτι που βοηθούν τον θάραποντα γιάρó χωρίς να τον υποκαθιστούν, αντιμετωπίζεται σωστά ένα υπαρκτό πρόβλημα και παρακάμπτεται η ανάγκη ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ελευθερώνοντας πολύτιμες νοσοκομειακές κλίνες και μειώνοντας το κόστος νοσηλείας. Διεθνώς έχει εφαρμοστεί το σύστημα αυτό. Σε μεγάλη κλίμακα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Γαλλία, στον Καναδά και στην Νέα Ζηλανδία.

Απευθύνεται προς ομοιόμορφες ομάδες ασθενών, χαρακτηριστικές από την ταυτότητα των νοσηλευτικών προβλημάτων και Φροντίδων. Το σύστημα έχει εφαρμοστεί ικανοποιητικά στον καρκίνο και στην αντιμετώπιση της μεσογειακής αναιμίας και έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητα η οποία στηρίζεται:

***Στην ψυχολογική επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στον άρρωστο .**

***Στην υψηλή νοσοκομειακή απόδοση του.**

***Στην παράλληλη παροχή κοινωνικών φροντίδων.**

Το σύστημα απευθύνεται:

Σε μη περιπατητικούς αρρώστους με βαρείες παθήσεις, όπως είναι ο καρκίνος. Το σύστημα είναι δυνατόν να εφαρμοστεί με γεωγραφική κάλυψη ή και με ευρύτερη εφαρμογή.

Στην Χώρα μας με απόφαση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών μετά από πρόταση του Εθνικού Συμβουλίου Ογκολογίας και με την βοήθεια της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας αποφασίστηκε η πειραματική εφαρμογή του συστήματος «Νοσηλεία στο σπίτι» με επίκεντρο το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιώς και με γεωγραφική κάλυψη τον Δήμο Πειραιώς και τους γειτονικούς δήμους με πληθυσμό 600.000 κατοίκους περίπου.

Η πειραματική μονάδα άρχισε την λειτουργία την 1η Ιουνίου 1979. Η δύναμη της μονάδας ήταν στην αρχή:

α: 2 γιατροί

β: 1 προϊσταμένη αδελφή,

γ: 2 Κοινωνικοί λειτουργοί,

δ: 1 γραμματέας,

ε: 2 αδελφές νοσοκόμες.

Μέχρι 1η Νοεμβρίου 1980, 17 μήνες απο την έναρξη λειτουργίας της μονάδας έχουν καλυφθεί 319 ασθενείς.

Το κόστος νοσηλείας με πλήρη κάλυψη σε εξετάσεις και φάρμακα υπήρξε περίπου 8.600 δρχ. μηνιαίως για κάθε ασθενή.

Δεδομένου ότι όλοι αυτοί θα νοσηλεύονταν σε κάποιο ίδρυμα και θα στοιχίζαν τουλάχιστον τα διπλάσια μόνο για ξενοδοχειακή κάλυψη αποδεικνύει και την οικονομική επιτυχία του συστήματος.

Από όλα αυτά συμπεραίνουμε ότι μ' αυτό το ρυθμό λειτουργίας η μονάδα υπήρξε:

- ↓ Οικονομικά συμφέρουσα,
- ↓ Κάλυψε ιατρικές υποχρεώσεις,
- ↓ παράλληλα απελευθέρωσε νοσηλευτικές κλίνες απο τα αντικαρκινικά κυρίως ιδρύματα .

Ήδη μετά την εκτίμηση ενός έτους πειραματικές λειτουργίας το Εθνικό Συμβούλιο πρότεινε να συνεχιστεί η λειτουργία της μονάδας στο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο του Πειραιά. 39

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

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

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος ,από τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση , την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση , την ανακούφιση , την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης , ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.Όχι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά και ο τρόπος , η μεθόδευση έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

Ο νοσηλευτής κινείται σ'ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Σε σχολεία ,βιομηχανίες , ιατρεία , στα σπίτια, καθημερινά συναντά χιλιάδες ανθρώπων και συνδυάζει την προσφορά φροντίδας και πληροφόρησης.

Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του ο νοσηλευτής γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο και αγωνία, αλλά και στις ιατρικές παροχές και το οικονομικό κόστος όλων αυτών.Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι επιμόρφωσης του κοινού.

Οι πιο σημαντικοί είναι :

- 1.Προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου (δέρμα ,στόμα, μαστός , με κατάλληλες διοργανώσεις-σεμινάρια.
- 2.Προγράμματα για επιμόρφωση και εντόπιση καρκίνου.
- 3.Κινητικές διαγνωστικές μονάδες.
- 4.Ραδιόφωνο ,τηλεόραση ,τύπος.
- 5.Αντικαπνιστική εκστρατεία.
- 6.Κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της γυναίκας στον καρκίνο μαστού - μήτρας.
- 7.Κινητοποίηση, συμμετοχή του κοινού .
- 8.Προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού ως προς την νόσο .
- 9.Αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί η νόσος.

Σε ορισμένες χώρες που πίστευαν ότι η πληροφόρηση αυτή δεν πρέπει να γίνεται γιατί πιστεύεται ότι κάνει κακό στον άρρωστο. Αντίθετα μ'αυτό όμως έχει αποδειχθεί ότι η επιμόρφωση του κοινού και η πληροφόρηση του αρρώστου βοηθούν για μία καλύτερη αντιμετώπιση της νόσου. Ο ασθενής ζητά σαφείς και αληθινές απαντήσεις στα ερωτήματα του

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

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

Το πνεύμα αμφιβολίας δημιουργεί την καχυποψία αυξάνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση δημιουργώντας ένα σωρό εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.Το επάγγελμα του νοσηλευτή προϋποθέτει την ύπαρξη μηχανισμών ψυχικής υποστήριξης.Σαν άτομο κάθε νοσηλεύτης - νοσηλεύτρια έχει διαφορετική ικανότητα να αντιμετωπίσει την πίεση τους.

Οι προσωπικές αξίες ,τα συναισθήματα , η συμπεριφορά δοκιμάζονται συνεχώς , καθώς και η συνοχή, η συνεργασία , επικοινωνία με τ'αλλα μέλη της ομάδας που έρχεται σε επαφή με τον άρρωστο και το περιβάλλον του είναι απαραίτητα.Έτσι μόνο θα μπορεί ουσιαστικά να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που του παρουσιάζονται.²⁸

Έξοδος Ασθενούς από το Νοσοκομείο

Η μέρα αποχώρησης τους ασθενούς από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.

Κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο ο ασθενής δυνατό να έχει θεραπευθεί τελείως και να επανέλθει έτσι στον προηγούμενο ρυθμό και τρόπο ζωής. Είναι όμως δυνατό κατά την έξοδο του, αν και θεραπευμένος, να χρειάζεται ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση του π.χ. στην περίπτωση δημιουργίας αγκυλώσεως, μετά την πώρωση ενός κατάγματος μηρού κ.λ.π.

Αλλά είναι ακόμη δυνατόν η έξοδος ασθενούς από το νοσοκομείο να μην είναι επακόλουθο θεραπείας, αλλά ανάγκη μεταφοράς του σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα για τη συνέχιση ή συμπλήρωση της θεραπείας.

Ακόμη δυνατόν να υπάρχει ανάγκη μεταφοράς σε ίδρυμα ανίατων νοσημάτων ή και μεταφοράς του στο σπίτι του, εφόσον η παραμονή του στο νοσοκομείο δεν προσφέρει ειδική υπηρεσία σ' αυτόν. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι μέρος των ασθενών δεν εξέρχονται ζώντες από το νοσοκομείο. Για τη φροντίδα του νεκρού θα γίνει λόγος σε άλλο κεφάλαιο.

Ανάλογα με τις συνθήκες, κάτω από τις οποίες θα βγει ο ασθενής από το νοσοκομείο, γίνεται προετοιμασία τόσο του ίδιου όσο και του άμεσου περιβάλλοντος του για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον.

Ο χρόνος της προετοιμασίας του ασθενούς και του περιβάλλοντος για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλλει. Αυτός επηρεάζεται από την κατάσταση του, διότι η προετοιμασία ασθενούς με μόνιμη «παραφύσιν έδρα» είναι τελείως διαφορετική από εκείνη του καρδιοπαθή.

Π.χ. η προετοιμασία έξοδου από το νοσοκομείο ασθενούς με «παραφύσιν έδρα» περιλαμβάνει μετάδοση γνώσεων ασηψίας, αποστειρώσεως, αντισηψίας, περιποιήσεως της «παραφύσιν έδρας», εκτέλεση υποκλυσμού στην «παραφύσιν έδρα», καθώς και την απόκτηση δεξιοτήτων, προκειμένου να αυτοεξυπηρετείται. Ακόμη περιλαμβάνει ψυχική προετοιμασία του ασθενούς για την αποδοχή της καταστάσεως του.

Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του ή να συνεχίσει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες, η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου πληροφορείται την αναχώρηση του και τον βοηθεί στην εξεύρεση άλλης εργασίας και την προσαρμογή του στις τυχόν επιβαλλόμενες νέες καταστάσεις.

Τα αισθήματα, που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι δισταχτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι σημείου να μη θέλει να βγει από το νοσοκομείο.

Η αδελφή του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους και ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον της για τα προβλήματα του. Ο ασθενής ο οποίος θα συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεως τους. Οι οδηγίες συνιστάται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του φαρμάκου. Για φάρμακο που μπορεί να έχει παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών.

Τη μέρα της αποχωρήσεως του ασθενούς, εκδίδεται το υπογραφέν από τον ιατρό εξιτήριο, ο νοσοκόμος της νοσηλευτικής μονάδας φέρνει τα ρούχα του από την αποθήκη ιματισμού των ασθενών. Η αδελφή βοηθάει τον ασθενή να ετοιμαστεί για την έξοδο του. Ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο με τα πόδια, με φορητή καρέκλα ή και με φορείο. Στην τελευταία περίπτωση ειδοποιείται έγκαιρα ασθενοφόρο.

Ο ασθενής, ο οποίος αποφασίζει να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς τη συγκατάθεση του ιατρού, υπογράφει δήλωση ότι φεύγει με τη θέληση του (και χωρίς έγκριση του ιατρού). Με τη δήλωση αυτή απαλλάσσονται της ευθύνης ο ιατρός και το νοσοκομείο. Όταν ο ασθενής είναι τελείως έτοιμος, οι συγγενείς του είναι κοντά του, η προϊσταμένη και η αδελφή του θαλάμου τον χαιρετούν και του εύχονται πλήρη αποκατάσταση της υγείας του. Το βοηθητικό προσωπικό του τμήματος συνήθως συνοδεύει τον ασθενή, κρατώντας τις αποσκευές του ως το αυτοκίνητο.³⁸

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

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

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

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

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

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Αντικειμενικό σκοπός.
3. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας².

Η περίπτωση που θα αναφέρουμε είναι άνδρας ηλικίας 62 ετών καταγόμενος από την Πάτρα, συνταξιούχος του Ι.Κ.Α. , ο οποίος προσήλθε στο γενικό νοσοκομείο Πατρών "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ" στις 30/04/2005. κοντά του ήταν η γυναίκα του και ο μικρότερος υιός του, οι οποίοι τον αγαπούν πολύ και θα του συμπαρασταθούν σε όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας του. το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς αναφέρει: "απο 20μερου διαγνωσμένο καρκίνο στομάχου με γενικευμένη μετάσταση. ο ασθενής απεβίωσε την 01/05/2005

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
Υψηλοί πυρετοί	Διατήρηση θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα	-3ωρη θερμομέτρηση -τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων -λήψη αντιπυρετικών αν θερμοκρασία> 38c	-δίνεται ατομικό θερμόμετρο στον ασθενή κ κάθε 3 ώρες τοποθετείται στην μασχάλη κ καταγράφεται η θερμοκρασία σε ειδικό έντυπο -συχνή αλλαγή επιθεμάτων - χορήγηση ενδομυϊκά Iamp Arofel αν θ>38 c εντολή γιατρού -συχνό μπάνιο επι κλίνης - συχνή αλλαγή ρούχων κ κλινοσκελεμάτων ώστε να είναι πάντα καθαρός	- οι προσπάθειες για διατήρηση της θερμοκρασίας σε κανονικά επίπεδα απέτυχαν. Ο ασθενής συνεχίζει να κάνει υψηλό πυρετό >38,5

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
2. Καθετήρας κύστεως	- περιποίηση καθετήρα για αποφυγή ουρολοίμωξης - μέτρηση αποβαλλόμενων υγρών	- φροντίδα με πλύσεις καθετήρα 1 φορά την ημέρα - μέτρηση κ καταγραφή αποβαλλόμενων ούρων ανα 8ωρο	- πλύσεις με water for injection στην ευαίσθητη περιοχή και μετά πλύση με γάζα εμπλουτισμένη με betadine - αλλαγή ουροσυλλεκτών κ καταγραφή ούρων στο φύλλο νοσηλείας ανά 8ωρο	- Η αποσύνδεση καθίσταται αδύνατη λόγω της κατάστασης του ασθενή
3. Απόκλιση αρτηριακής πίεσης από τα φυσιολογικά όρια	- Διατήρηση αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά όρια	- Συχνή μέτρηση της Α.Π	- Μέτρηση Α.Π. ανά 3ωρο κ καταγραφή της - Αν Α.Π. > 160mmhg ενημέρωση εφημερεύοντα ιατρού	- Ρύθμιση της Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
4. εμετοί	-Επαναφορά πεπτικού συστήματος στην φυσιολογική του λειτουργία	-Φροντίδα κ περιποίηση ασθενή ώστε να ανακουφιστεί κ να είναι διαρκώς καθαρός -Συχή παρακολούθηση -Χορήγηση αντιεμετικών κατ' εντολής ιατρού	-Τοποθετούμε τετράγωνη πάνα κοντά στο κεφάλι του ασθενή κ βάζουμε χάρτινο νεφροειδές μίας χρήσεως - Καθαρίζουμε, εάν ο ασθενής έχει κάνει εμετό, το πρόσωπό του ,αλλάζουμε πάνα κ νεφροειδές -Πλένουμε τη στοματική κοιλότητα με πορ-κότον εμπλουτισμένο με helaxen -Αλλάζουμε τα κλινοσκεπάσματα εάν ενδείκνυται -Χορηγούμε bolus 1 amp primpelan κατ' εντολή ιατρού	- Οι εμετοί σταμάτησαν, η πεπτική λειτουργία αποκαταστάθηκε

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
5. Πόνος	Καταπράυνση του πόνου, ανακούφιση αρρώστου	Χορήγηση παυσίπονου μετά από εντολή ιατρού	Χορήγηση ενδομυϊκά I amp zidipon μετά από εντολή ιατρού	Αδύνατη η νοσηλευτική παρέμβαση λόγω της κατάστασης
6. κατακλίσεις	Καταπράυνση και ανακούφιση αρρώστου	Πλύσεις των πασχόντων περιοχών Ενημέρωση συγγενών για αερόστρωμα Φροντίδα και περιποίηση ώστε να μένει πάντα καθαρός	-Πλύσεις με N/S ,BETADINE, N/S , σκούπισμα με αλοστεριωμένη γάζα, τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων που ελπαναφέρουν τη ωσμωτική πίεση -Αλλαγή των επιθεμάτων αυτων κάθε 2 μέρες -Ενημερώνουμε τους συγγενής για ύπαρξη αεροστρώματος και όταν το φέρουν το τοποθετούμε κάτω από το κατοσέντονο -Αλλαγή κλινοσκελεσμάτων και μπάνιο επι κλίνης	- Η ανάπλωση των πασχόντων περιοχών με τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού θα φανεί μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Αυτό ποικίλει και εξαρτάται από το εύρος της κατάκλισης

Η περίπτωση που θα αναφέρουμε είναι γυναίκα 69 ετών καταγόμενη από την ΠΑΤΡΑ συνταξιούχος του Ο.Γ.Α. η οποία προσήλθε στην πανεπιστημιακή κλινική του γεν. νοσοκομείου ΠΑΤΡΩΝ στις 25/04/2005. κοντά της ήταν ο σύζυγός της και η κόρη η οποία της συμπαραστάθηκαν σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας της. Το ιατρικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει: (από 10μέρου θωρακαλγεία. Εξωτερικός παθολόγος διέγνωσε πνευμονική συλλογή). Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο στις 28/04/2005

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
1. Η επίγνωση της κατάστασης δημιουργούν αγωνία, φόβο, άγχος	1. αλλαγή από απαισιόδοξα αισθήματα	1. συζήτηση ώστε να δοθούν οι απαραίτητες εξηγήσεις με την ελπίδα ότι όλα θα καλύτερέσουν - συζήτηση με οικείους ώστε να σταθούν με αξιοπρέπεια και όχι με μικροπρέπειες	Προσεκτική ακρόαση όλων των φόβων και ανησυχιών της ασθενούς Ήρεμη στάση της νοσηλεύτριας ώστε να διατηρεί και η ασθενής της ίδια στάση ηρεμίας Σαφείς εξηγήσεις στις ερωτήσεις Σταθερό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς και των συγγενών	Ο ασθενής ηρέμησε και έπαψε να φοβάται το τέλος Απέκτησε εμπιστοσύνη ότι έπρεπε να γίνει καλύτερα. Έγινε αλλά η νόσος νίκησε

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
2. Υπεργλυκαιμία	Ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα	Μείτρωση γλυκόζης αίματος ανα ώρο Σε περίπτωση υπεργλυκαιμίας χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης	Εξηγούμε στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει Ρωτάμε αν έχει κάποιο δικό της πένακι για τη μέτρηση γλυκόζης Αν ναι χρησιμοποιούμε αυτό, αν όχι χρησιμοποιούμε την πιο λεπτή βελόνα Χρησιμοποιούμε διαφορετικό δάχτυλο κάθε φορά Σε περίπτωση υπεργλυκαιμίας, ενημερώνεται εφημερεύοντας ιατρός και χορηγείται κρυσταλλική ινσουλίνη υποδορίως με ειδική σύριγγα U.I.	Η γλυκόζη του αίματος επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
3. καθετήρας κύστεως	Αποσύνδεση καθετήρα από τη κύστη	Φροντίδα καθετήρα ώστε να παραμένει καθαρός Μέτρηση ούρων ανά δωρο Φροντίδα κλινοσκεπασμάτων ώστε να μένουν καθαρά Ασκήσεις folley	<p>Πλύσεις με water for injection στην ευαίσθητη περιοχή και μετά πλύση με γάζα εμπλουτισμένη με betadine</p> <p>Αλλαγή ουροσυλλέκτη και καταγραφή αποβληθέντων υγρών ανά δωρο</p> <p>Σε περίπτωση απωλειών αλλάζουμε κλινοσκεπάσματα και τοποθετούμε εκ νέου καθετήρα κύστεως μεγαλύτερου μεγέθους</p> <p>Μετά από συνεννόηση ιατρού κλίνουμε τον καθετήρα , τσακίζοντας τον σωλήνα του υροσυλλέκτη για 45 λεπτά.ρωτάμε την ασθενή,αν επικοινωνεί ,αν αισθάνεται γεμάτη την κύστη και ελευθερώνουμε το τσάκισμα για να δούμε αν φέρνει ούρα.</p> <p>Επαναλαμβάνουμε 3 φορές</p> <p>Ανάλογα με το αποτέλεσμα αφαιρούμε το folley και δίνουμε ειδικό δοχείο ώστε να γίνεται η μέτρηση</p>	Ο καθετήρας κύστεως αφαιρέθηκε , η κύστη λειτουργεί φυσιολογικά

Πρόβλημα ασθενούς	Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής παρέμβασης	Εφαρμογή Προγράμματος	Εκτίμηση αποτελέσματος
4. υψηλή αρτηριακή πίεση	Διατήρηση αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά όρια	Συχνή μέτρηση της Α.Π. Εάν η Α.Π. είναι μεγαλύτερη από 170mmhg τότε χορηγείται 1amp lasix (με εντολή ιατρού) Συζήτηση με τους οικείους ώστε να μην δημιουργούν κλίμα έντασης	Μέτρηση της Α.Π. ανα ζωρο και καταγραφή της Αν η Α.Π. είναι >170mmhg χορήγηση bolus 1amp lasix Σαφή εξήγηση κ παράκληση στους συγγενείς και στην ίδια να μην ταραζείται από ψυχολογική φόρτιση	Ρύθμιση Α.Π. στα φυσιολογικά επίπεδα

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

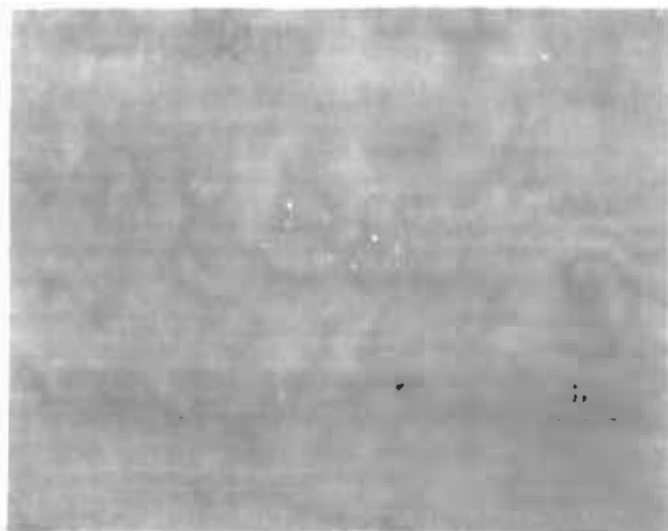
Η μάχη για τον καρκίνο ήδη έχει αρχίσει να αποδίδει καρπούς. Στο εγκύς μέλλον οι γονιδιακές ή ανοσοβιολογικές θεραπείες θα κερδίσουν την θεραπευτική του καρκίνου αντικαθιστώντας τις κλασικές μεθόδους όπως την χειρουργική, την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία.⁵

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει για την καταπολέμηση των κακοηθών κυττάρων, να ανεχθεί την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Η ογκολογική νοσηλευτική έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδικεύσεως.⁷

Για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι προτάσεις που θέτει η κοινοτική νοσηλευτική για την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την στήριξη των ογκολογικών ασθενών θα πρέπει να υπάρξει μεγάλη κοινωνική ευαισθητοποίηση και πολιτική θέσπιση θεσμών όπου ο ρόλος της κοινοτικής νοσηλευτικής θα είναι ζωτικής σημασίας.

Υπάρχει επομένως επείγουσα ανάγκη για τη μόρφωση ενός τύπου νοσηλεύτριας-τη που να μπορεί να ασκήσει το επάγγελμά της-του αποτελεσματικά στην κοινότητα έξω από το χώρο του νοσοκομείου ώστε να ενημερώνεται ο υγιής πληθυσμός πώς να αποφύγει τον κίνδυνο της νόσου καθώς και οι ασθενείς που ήδη πάσχουν από καρκίνο πως θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή, και να είναι σε θέση να ζουν με ίσια δικαιώματα και υποχρεώσεις μέσα στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.⁵

Όσον αφορά την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους πάσχοντες από καρκίνο, τα κύρια μηνύματα είναι πως εκτός από την φροντίδα την επιστημονική και την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής βοήθειας για την συστηματική θεραπεία του αρρώστου, πρέπει να θυμηθούμε ότι ο άρρωστος έχει ως την τελευταία του στιγμή αισθήματα, επιθυμίες, ανθρώπινες ανάγκες για κατανόηση, συμπάθεια, ζεστασιά, συμπαράσταση. Ακόμα και ένα απλό κράτημα του χεριού του, μερικές στιγμές σιωπηρής επικοινωνίας, μπορεί να βοηθήσουν στην ψυχική γαλήνη και ηρεμία αυτού, που υποφέροντας, μπορεί να βρεθεί στα τελευταία σκαλοπάτια της σχέσης του με τη ζωή.⁷



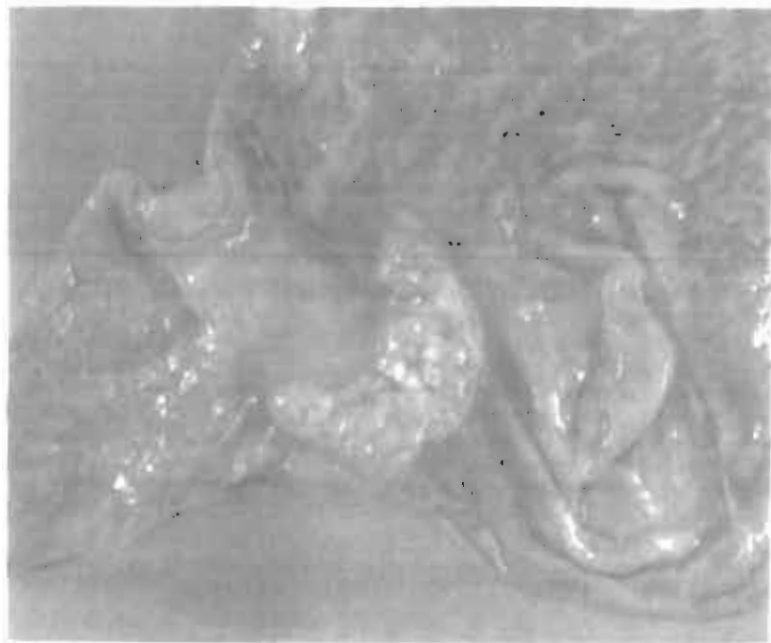
3-60



3-61



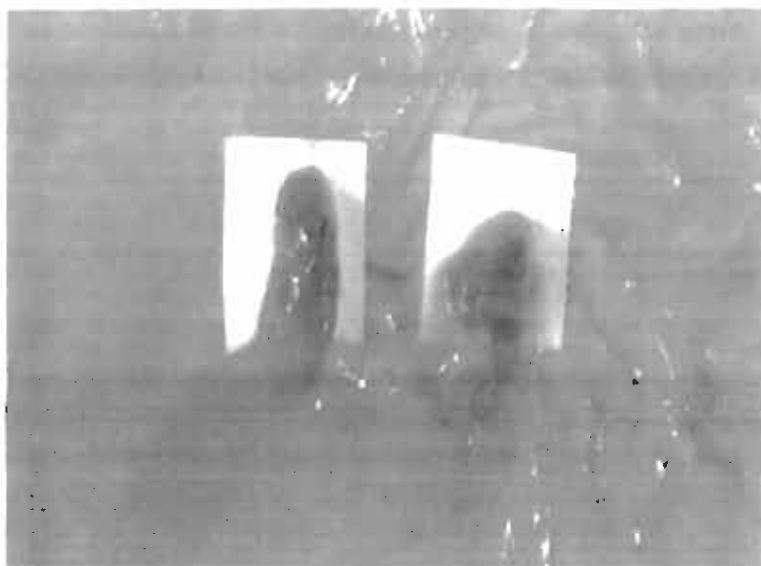
3-62



3-63

Εικ. 3-60. Πολύσπληνι αδενωματώδεις
 κελύφοδες (μικροσκοπικοί)
 3-61 αδενωματώδεις κελύφοδες
 (ιστολογικό παρασκεύασμα σε φρεσκό
 μέγεθος)
 3-62 πολύσπληνι αδενωματώδεις
 κελύφοδες (ιστολογικό παρασκεύασμα
 σε φρεσκό μέγεθος)
 3-63 αδενωματώδεις πρασινοειδής
 κελύφοδες

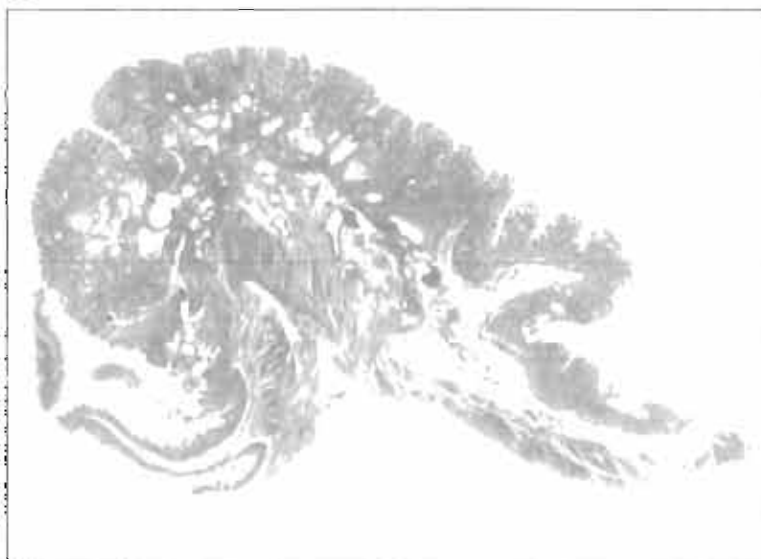
3-64 αδενωματώδεις παλίποδες στο
σώμα στομάχου
3-65 ιστολογικό παρασκεύασμα σε
φυσικό μέγεθος μισχιστού
αδενωματοειδούς παλίποδα



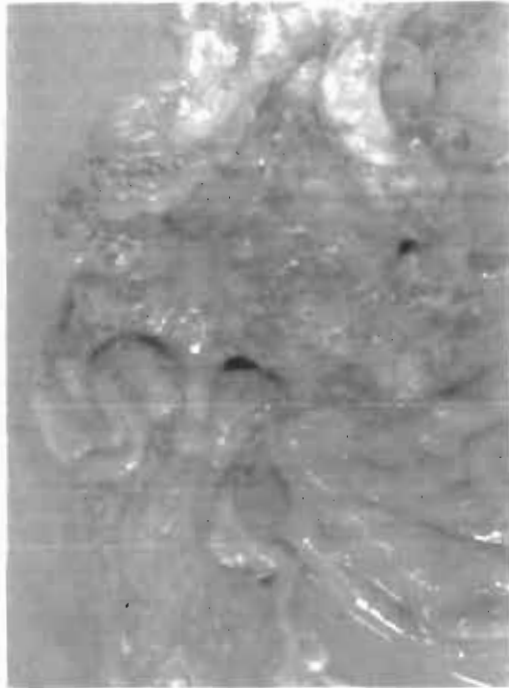
3-64



3-65



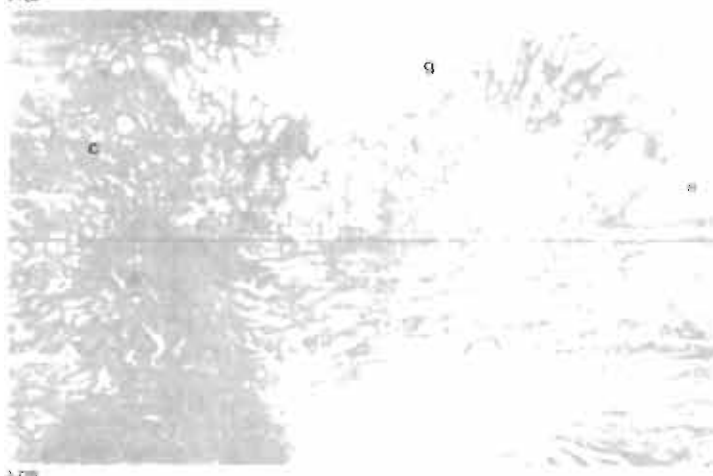
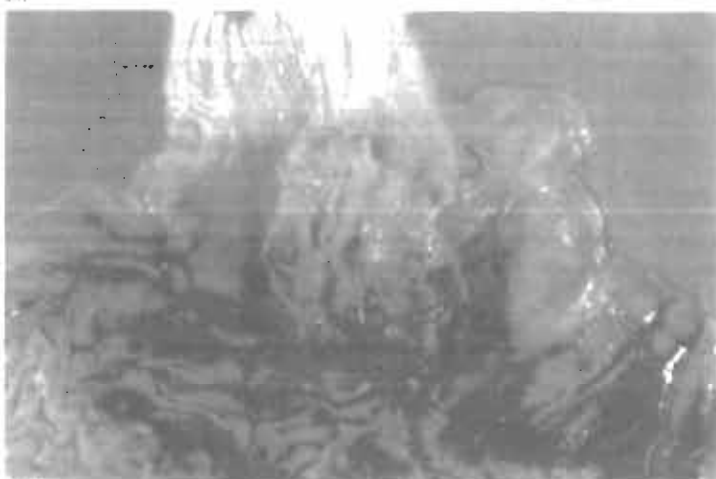
3-65

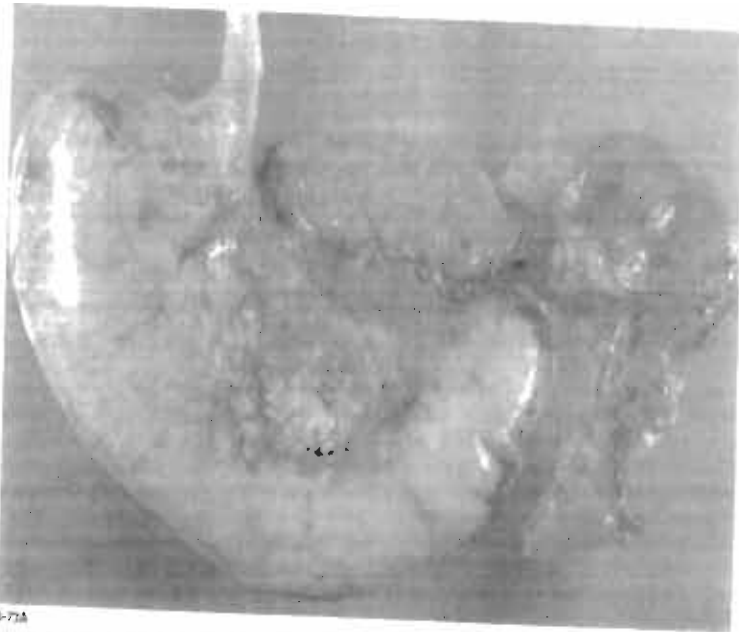


3-67 αδενοκαρκίνωμα σε υπεστικό
 καλόβωμα μετά τη γαστροτομή
 3-68 αδενοκαρκίνωμα γαστρικού
 καλόβωματος στο καρδιακό στομάχο σε
 ασθενή χειρουργημένο πριν 50 χρόνια
 3-69 Α αρχώμεσο αδενοκαρκίνωμα
 στομάχου (μακροσκοπική)
 σπινθηρογραφική περιοχή και λευκάζουσες
 καλίδες
 Β ιστολογικό
 3-70 διηθηση στήθι λισσών Έλκωδες
 περιοχές κατ'επικράτη



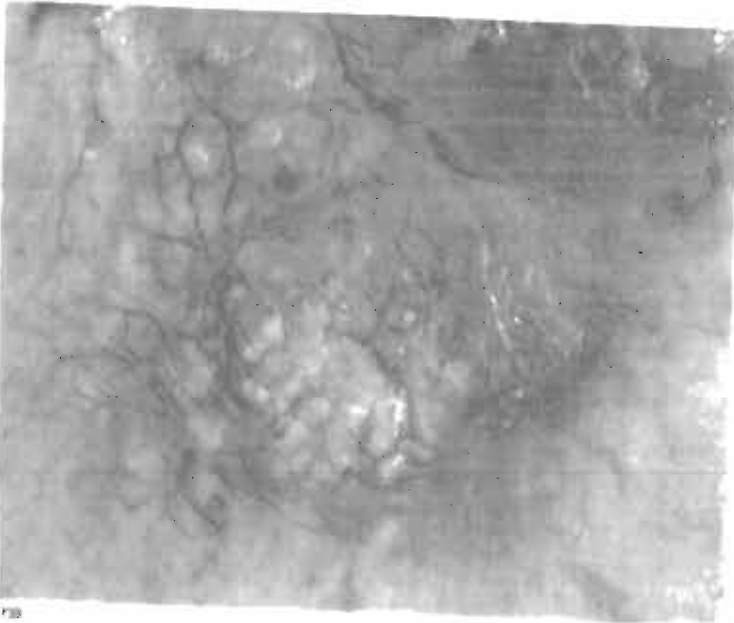
3.71 αδενοκαρκίνωμα
3.72 Α αδενοκαρκίνωμα με σπινθηρομορφή
Β αδενοκαρκίνωμα με οβλαστισμό



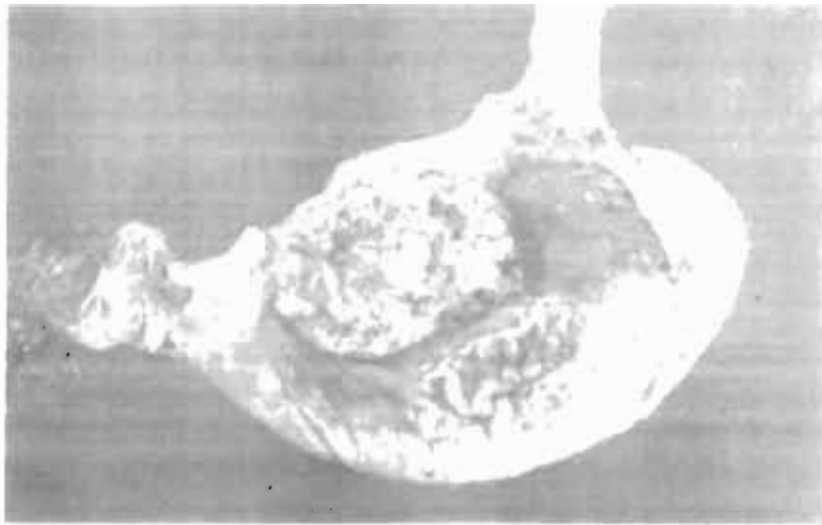


3-73 Α αδενοκαρκίνωμα γαστρικό
σώμα με διηθητική επέκταση
Β λεπτομέρεια του Α
3-73 C,D ενωσιμική σκλήρυνση του
στομάχου

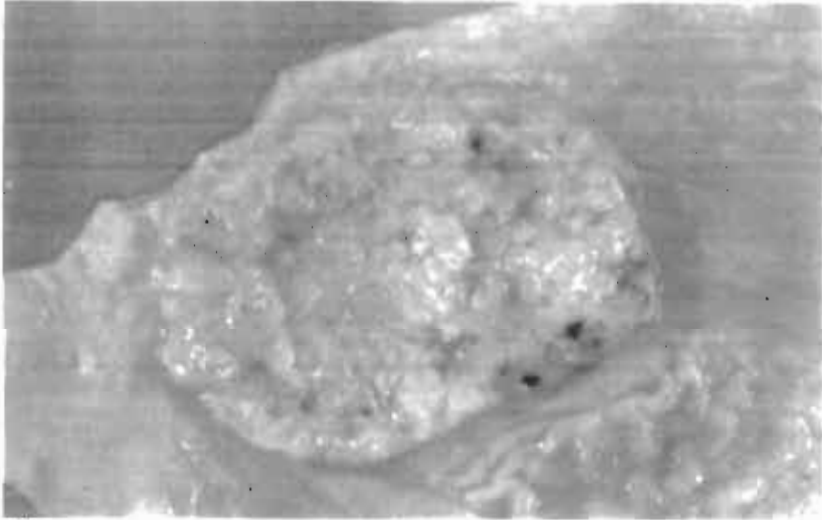
3-73A



3-73B



3-72C



3-72D



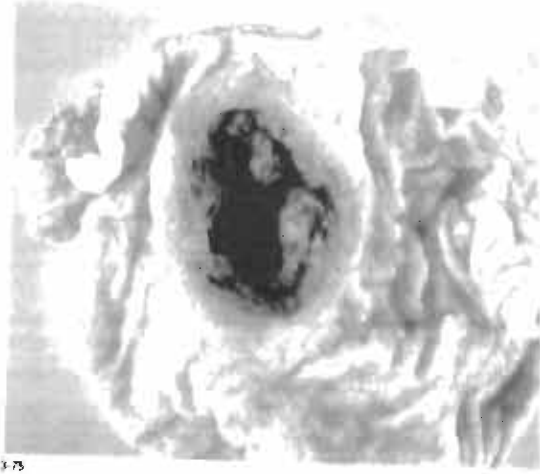
3-72E



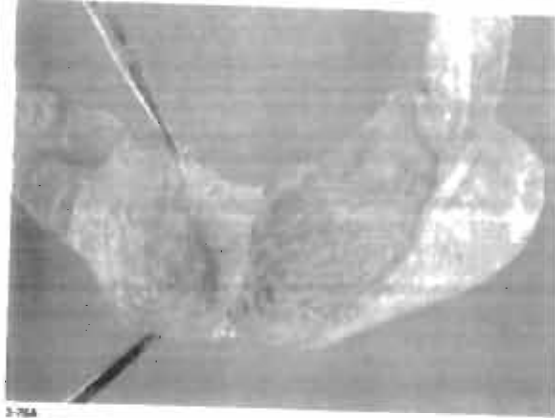
3-72F



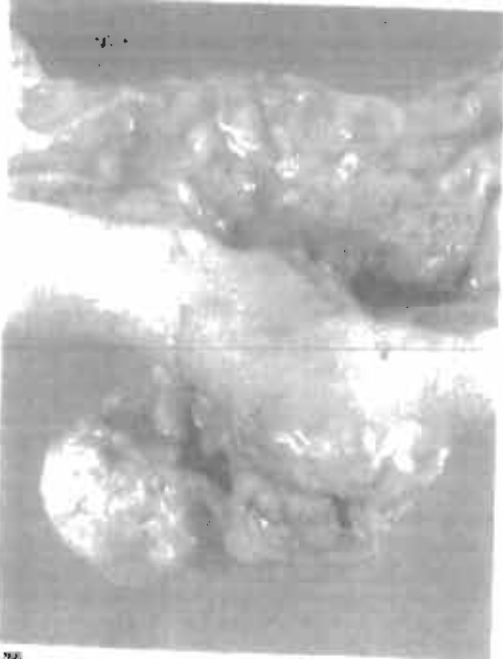
3-74



3-75



3-76A



3-76B



3-76C

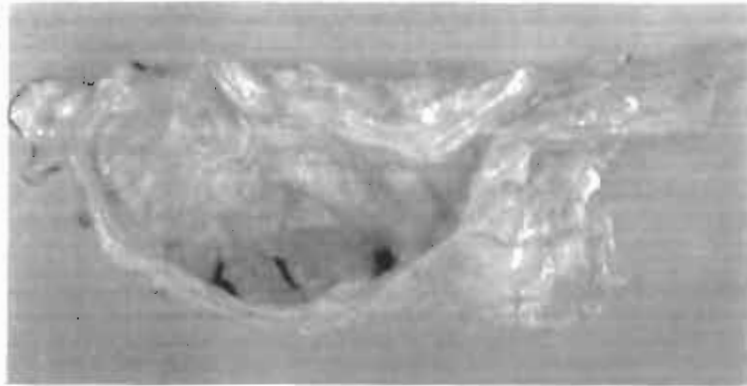
1.73 Α Ελκώδες αδενοκαρκίνωμα
αρθρικού στομάχου

1.75 αδενοκαρκίνωμα ελκώδες
δεννοκαρκινώματα

1.76 αδενοκαρκινώματα (στην περιοχή
ου πύλωρου και μετατρέπει το
τομάχι σε κλεψύδρα)

1.76 Β φαίνεται η διήθηση του
ρογίου ενός περιγαστρικού αδένος

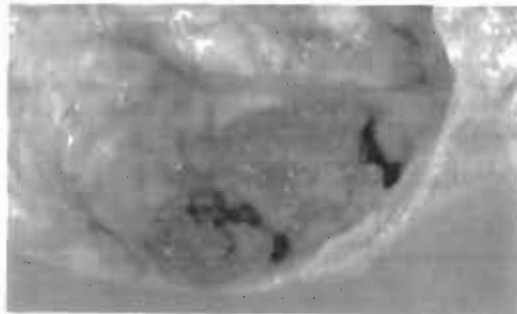
1.76 Γ φαίνεται η διήθηση όλου του
περιτικού τοχώματος του οργάνου
από τον περιγαστρικό λεμφαδένα



1.77Α



1.77Β

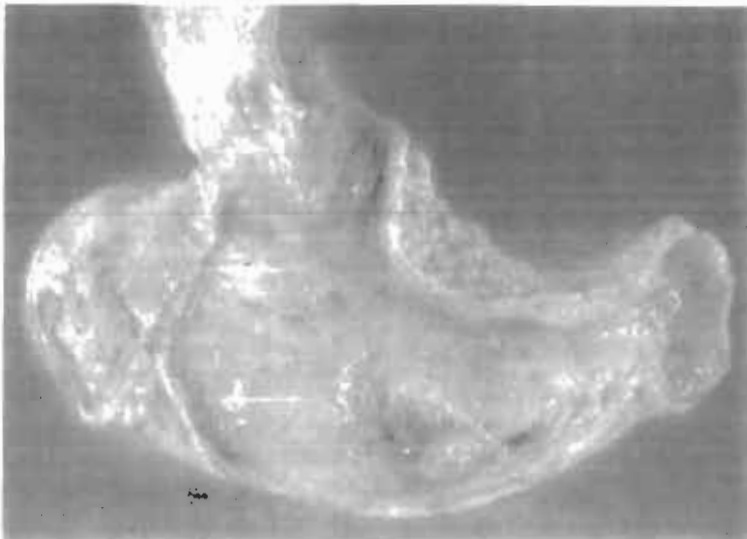


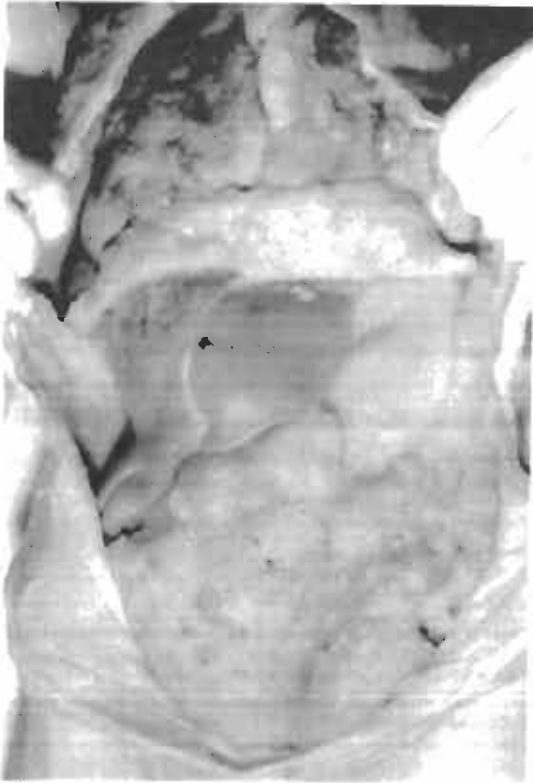
1.77Γ

1.77 Α βλεπνώδες
αδενοκαρκίνωμα

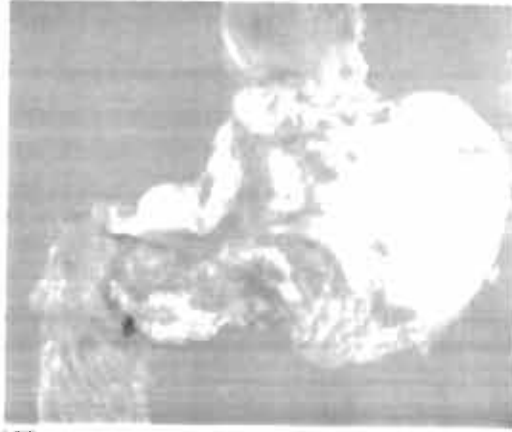
1.78 βλεπνώδες αδενοκαρκίνωμα

1.78 γαστρικό
αδενοκαρκίνωμα διάχυτης
διήθησης

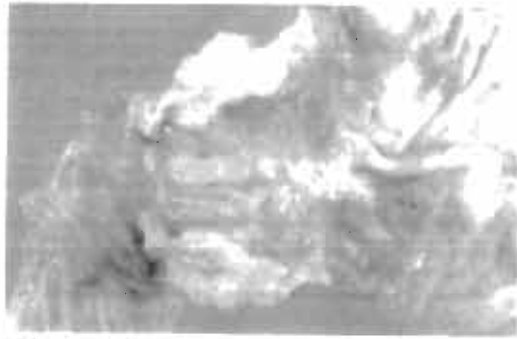




S-75A



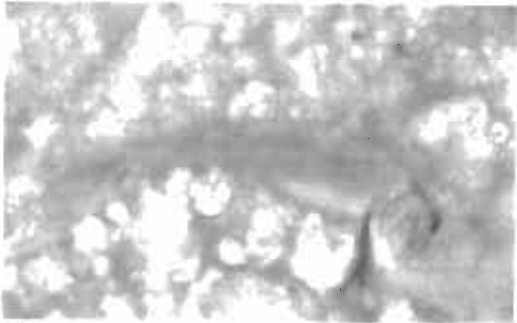
S-75B



S-75C



S-75D



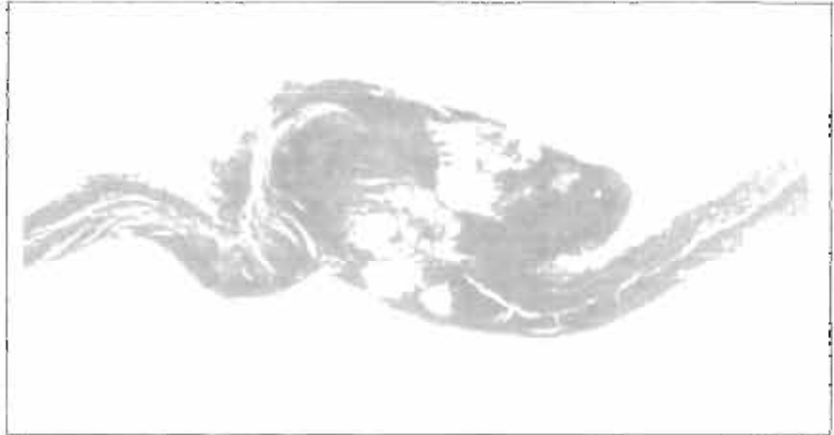
S-75E



S-75F



3-79



3-80



3-81

3-79 βλεννώδες γαστρικό
αδενοκαρκίνωμα
Α Β C ενδοπεριτοναϊκή
διήθηση
Ε περιτολικά
F κατώτερη
επιφάνεια διαφράγματος
D ιστολογική
3-80 γαστρικό έλκος με
περιοχί, εξαλλαγή
καρκίνου στις άκρες
3-81 αθηροσκληρωτική
βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα
3-82 ιστολογικό



3-83A



3-83B

3-83 γαστρικό λειομύωμα στην καρδιακή περιοχή

Ή ιστολογικό

3-84 υ. τορφογόνο αγγείο στομάχου



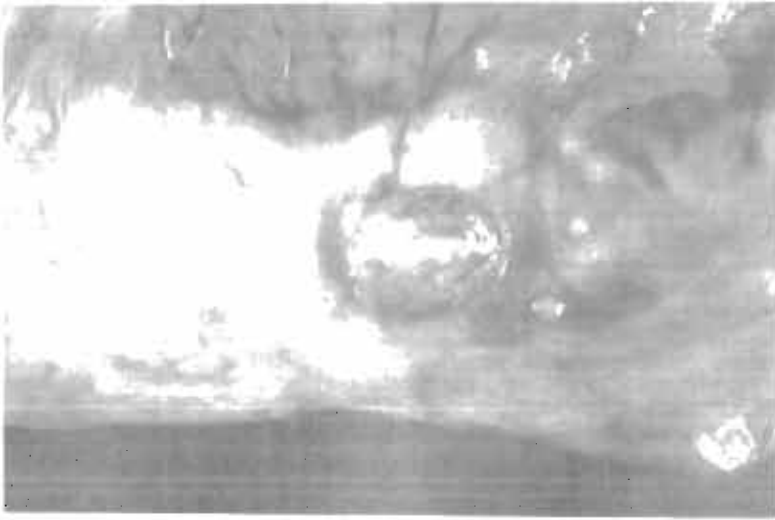
3-84A



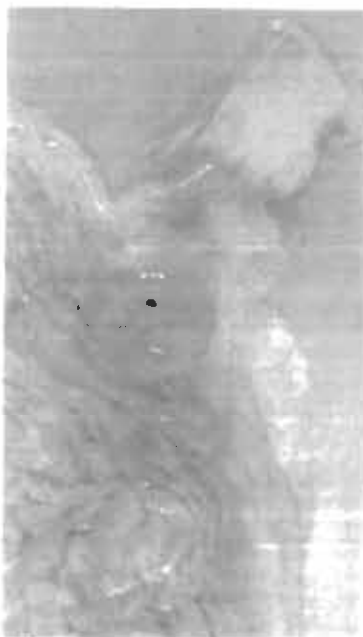
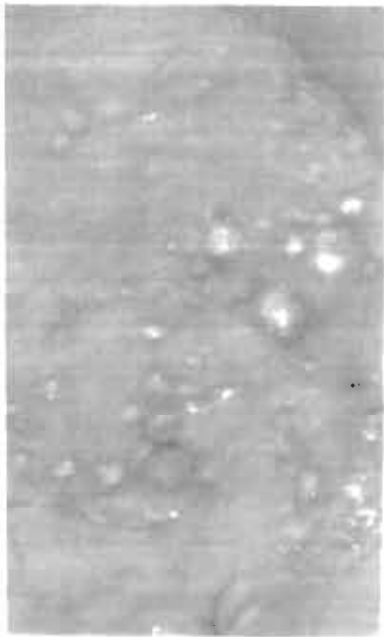
3-84B



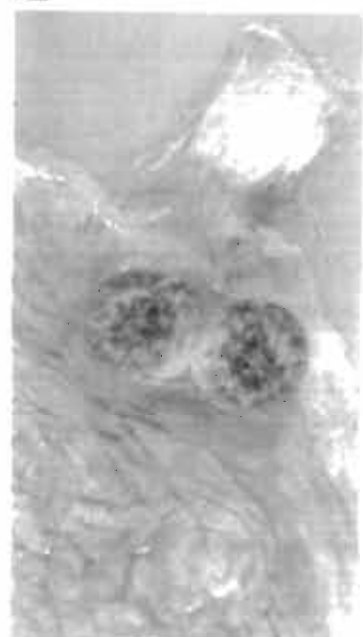
3-84C



3-85B

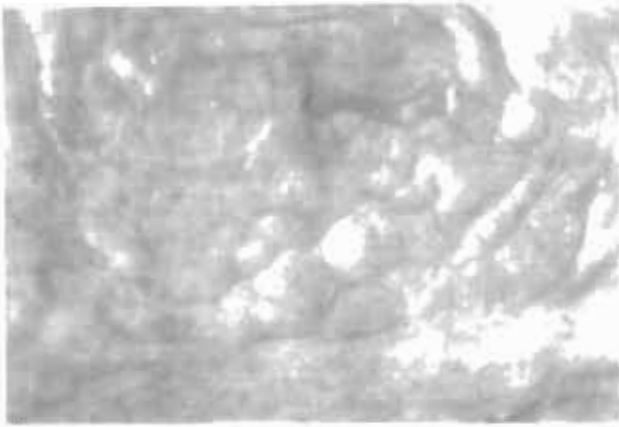


3-87A



3-87B

3-85 A-B ιστορικό γιατρικό νεύρωμα
3-86 πολλαπλά νεύρωμα στη όδο
3-87 ποβλεγγόνη νεύρωμα στην
καρδιοσπαστική γαστρίτιδα



1-88

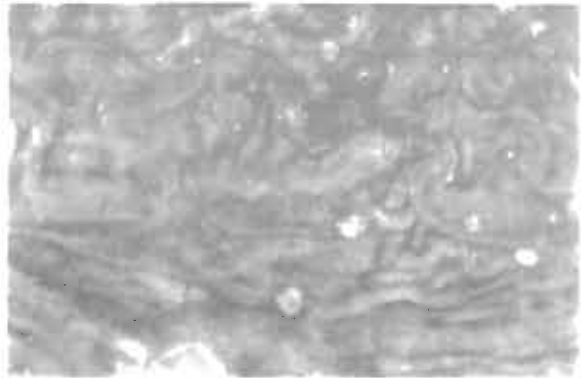


1-89

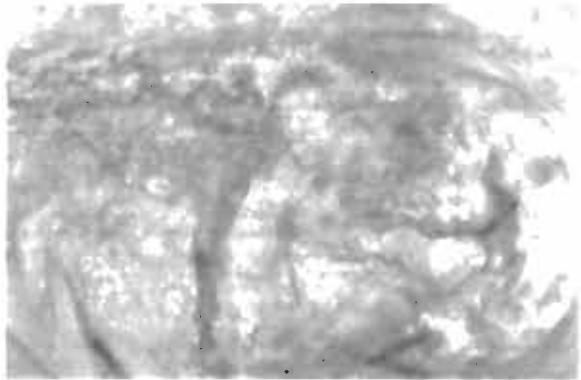
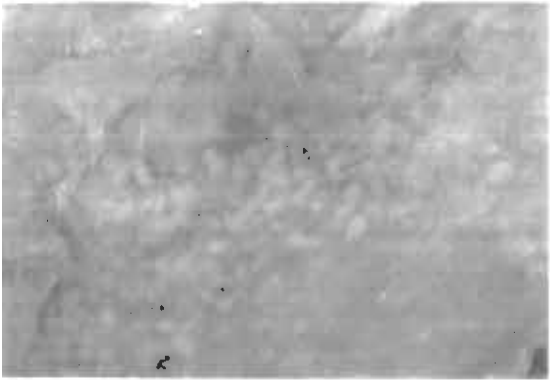


1-90

- 3-88 υποβλεπτούμενα γαστρικά
λεπώματα
- 3-89 μετά από γαστρεκτομή
- 3-90 υποβλεπτούμενες γαστρικές
μεταστάσεις από ακτινοκυτταρικό
καρκίνωμα της υλώσας
- 3-91 γαστρικές μεταστάσεις από
ηπатоκατακτικό μεσοθηλιώμα
- 3-92 καρδιακή διαχέση διήθηση
υπορογόνια
- Η υποβλεπτούμενα από
αδενοκαρκίνωμα του μαστού
- 3-93 νεκρωτική κοχάρα του σπασφύγιου
σε λεμφολαστική λευχαιμία
- 3-94 εσδοβλεπτούμενες λευχαιμίες
- 3-95 διήθηση των περιγύρων
λεμφιδένων σε χρόνια λευχαιμία



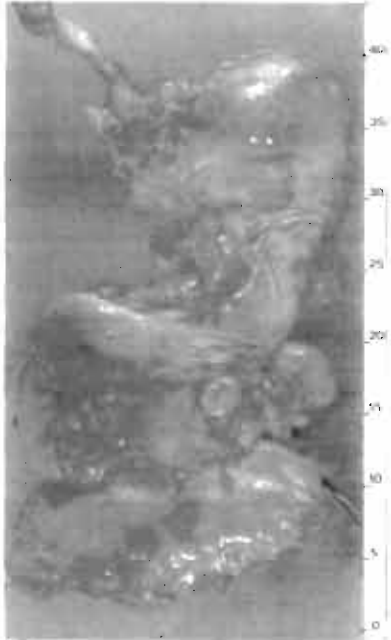
3-91



3-92



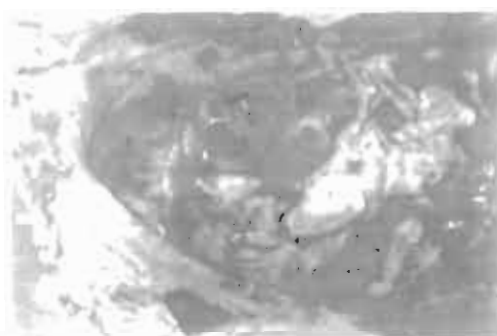
3-94



3-95



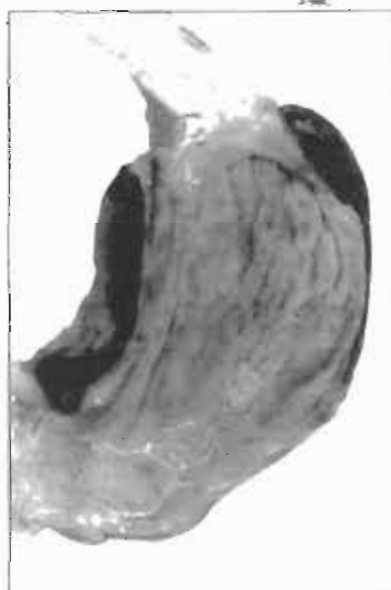
3-96 Α Β (αιμορραγική νέκρωση



3-97 ενδοτοιχωματικό γαστρικό αδενόωμα σε ασθενή ιδιοπαθή μυελοποίηση



3-98C



3-97B



3-97C



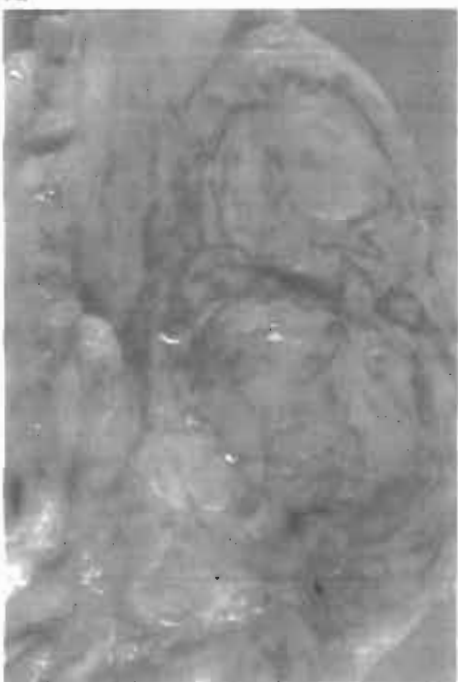
3-98



3-99A



3-99B



3-100A

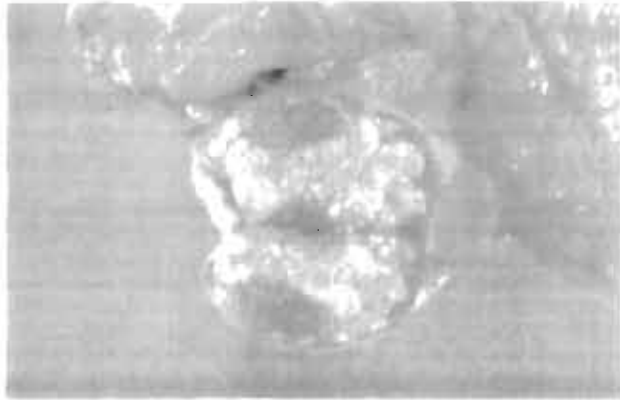


3-100B

3-98 σπορροσική γαστρίτιδα σε παλιό λευκο-
 μύλωμα
 3-99 οπλοβλεννογόνο γαστρικό λέμφωμα
 3-100 οπλοβλεννογόνο γαστρικό λέμφωμα



3-101A



3-101B



3-102A



3-102B

3-101 Α διήθηση περιγαστρικών
Λεμφαδένων από λέμφωμα
β τμή του λεμφαδένα

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) BARBARA ENGRAM: Νοσηλευτική φροντίδα στην παθολογία και χειρουργική. Επιμέλεια : Γιώργος Καραχάλιος, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» ΑΘΗΝΑ 1997.σελ 10, 70, 72-73, 80-89
- 2) Α. ΦΙΔΑΝΗ: Καρκίνος στομάχου. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 2000. σελ. 6-10, 32, 45-46, 50, 53-55, 58-59, 82-83
- 3) Α. ΦΙΔΑΝΗ: Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις διαγνωστικές εξετάσεις του πεπτικού συστήματος. Πτυχιακή εργασία ΜΑΙΟΣ 2000 σελ. 7, 30
- 4) Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ: Η νοσηλευτική στη διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν σε παθολογικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 1998, σελ. 4, 6, 86
- 5) Α.ΜΟΣΧΟΥ-ΚΑΚΚΟΥ: Σημειώσεις ογκολογικής νοσηλευτικής ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΒΡΙΟΣ 1999 σελ. 3-4, 11, 13, 43-44, 55, 74-75, 124
- 6) Μ ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ : Καρκίνος στομάχου, πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 1991 σελ. 7-8, 47-48, 52-54, 58, 60-61, 63-65, 73-74, 78-80, 82-85, 91-96, 112-117, 128
- 7) Μ ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ: Καρκίνος στομάχου, πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1995 σελ 2, 4-6, 8-9, 11, 13-15, 18-21, 28-32, 41-44, 50-51, 57-68, 74, 76-79, 92-95, 105, 111-112, 141
- 8) Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής: πρόληψη έγκαιρη διάγνωση και διαφυγή από Τον καρκίνο, Τεύχος Πρώτο, Βιβλίο Δεύτερο, ΑΘΗΝΑ 1980, σ 174-178,184,187-188,295-298
- 9) Το ανθρώπινο σώμα: Γενική επιμέλεια :Μ. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ, μετάφραση:Ν. ΠΡΑΤΣΙΝΗΣ, εκδόσεις δομική 2003 σελ.3
- 10) Λ ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ-ΦΑΧΑΝΤΙΔΟΥ: Η ανατομία του ανθρώπινου σώματος Έκδοση Α εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1989 σελ. 326, 333-335
- 11) Θ.ΖΗΣΗΣ : Σημειώσεις ανατομίας Ι ΠΑΤΡΑ 1999 σελ. 77-78, 91-92, 94
- 12) Ν. ΚΑΛΚΑΜΑΝΗΣ-Α. ΚΑΜΜΑΣ : Η ανατομική του ανθρώπου, επίτομος. Έκδοση Α , εκδόσεις «Μ-EDITION» ΑΘΗΝΑ 1998 σελ. 438, 455-459
- 13) Ν ΤΣΙΚΟΣ-Σ. ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΡΑΒΑΝΗ : Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής ΙΙ ,εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» σελ 17-22
- 14) Η. FRICK-Η. LEONHARDT-D. STARCK : Ειδική ανατομία ΙΙ πρόλογος-επίβλεψη: ΙΩΑΝΝΗΣ Δ. ΒΛΑΧΟΣ επιμέλεια Ευάγγελος Α. Κοτσιομήτης , μετάφραση Νικόλαος Δ. Νιφόρας . Επιστημονικές εκδόσεις : Γρ Παρισιάνου ΑΘΗΝΑ 1985 σελ. 331-333
- 15) Κ.ΑΝΤΩΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ : Σημειώσεις γενικής χειρουργικής μέρος Β ΠΑΤΡΑ 2001 σελ 68, 69
- 16) Φρόντισε το σώμα σου : Γενική επιμέλεια : Μ.ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ, μετάφραση : Ν. ΠΡΑΤΣΙΝΗΣ , εκδόσεις Δομική 2003 σελ. 11
- 17) Γ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ-Γ.ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ: Αρχές γενικής χειρουργικής Τόμος Β , έκδοση Α. εκδόσεις Παρισιάνου ΑΘΗΝΑ 1989 σελ. 427-429, 461-463

- 18) Μ. ΚΙΤΡΟΥ : Σημειώσεις φυσιολογίας Ι νοσηλευτικής. Επιμέλεια: Ν.ΧΑΡΟΚΟΠΙΟΣ –Ε. ΜΠΑΤΖΗ ΠΑΤΡΑ σελ. 80-82
- 19) AGAMEMNON DESPOPOULOS , STEFAN SILBERNAGI : εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα. Μετάφραση – επιμέλεια Γ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας ,ΑΘΗΝΑ 1989 ΣΕΛ. 206, 208
- 20) Μ. ΜΑΛΙΓΑΡΙΝΟΥ – Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Νοσηλευτική παθολογική χειρουργική. Τόμος Β ,μέρος 2^ο. Έκδοση ΙΒ , εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ» ΑΘΗΝΑ 2000 σελ.91-97
- 21) Α. ΣΑΧΙΝΗ-Μ. ΠΑΝΟΥ :Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος Α, έκδοση Β , εκδόσεις ΒΗΤΑ ,ΑΘΗΝΑ 1997 σελ. 104, 107-109, 117-118 , 125-126 , 173-174, 180-182, 185-188
- 22) Γ.ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ-ΣΤΑΘΗΣ ΠΑΠΑΛΑΜΠΡΟΣ: Χειρουργική. Ιατρικές. Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ, ΑΘΗΝΑ 1991 σελ. 567-569
- 23) Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ : Καρκίνος στομάχου-Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο στομάχου. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 20/11/0992 σελ.9-12, 19, 41-42
- 24) Δ. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ-Δ. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ : Προληπτική Ιατρική .Επιστημονικές εκδόσεις ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ-Μ.ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 1986 σελ. 48
- 25) Π.ΚΟΣΜΙΔΗΣ – Γ. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΙΔΗΣ :Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Επίτομος , έκδοση Α , εκδόσεις ΒΗΤΑ , ΑΘΗΝΑ 1991 σελ. 146-147, 149, 151, 155-156, 159-160, 175-177, 181-184, 186, 194-195
- 26) Μ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ :Καρκίνος του στομάχου και νοσηλευτική παρέμβαση. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ ΜΑΡΤΙΟΣ 2000 σελ. 22-26, 29-31, 33-34, 36-37, 43-46, 48-49, 50, 53-54, 56, 59, 60-62, 64-66
- 27) Μ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ: Νοσηλευτική διεργασία σε ασθενή με καρκίνο του στομάχου. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 1993 σελ. 10-11, 16-17, 20, 26-32, 43-45
- 28) Ν. ΚΟΥΝΗΣ : Καρκίνος στομάχου. Πτυχιακή εργασία .ΠΑΤΡΑ 1993 σελ. 69-71, 72-74, 77-79
- 29) Σ.Α.ΡΑΠΤΗ: Εσωτερική παθολογία . Τόμος 2^{ος}. Επιστημονικές εκδόσεις ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ. ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 1998 σελ. 1032, 1038-1039, 1040-1042
- 30) Κ.Δ. ΓΑΡΔΙΚΗ : Ειδική νοσολογία , νέα έκδοση , επιστημονικές εκδόσεις ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ-Μ.Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ σελ.248
- 31) Μ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ : Κλινικός και παρακλινικός έλεγχος του πεπτικού συστήματος. Συμβολή του νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ 1995 σελ. 19-21
- 32) Ι. ΓΟΥΛΙΕΜΟΣ – ΤΣΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ: Φυσικές εξεταστικές μέθοδοι. Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1984 σελ. 43, 134
- 33) SCHROEDER TIERNEY MCPHEE PARADAKIS KRAPP: Σύγχρονη διαγνωστική κ θεραπευτική επιμέλεια .Έκδοση : STEVEN A. SCHROEDER,LAURENCE M. TIERNEY, STEPHEN MCPHEE, MAXINE A. PARADAKI ΤΟΜΟΣ Α. Επιστημονικές εκδόσεις «ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ» ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ. ΑΘΗΝΑ 1994
- 34) Ε. ΚΑΡΠΟΥΧΤΣΗ :Σημειώσεις ογκολογικής νοσηλευτικής σελ.61

- 35) Ε. ΑΘΑΝΑΤΟΥ : Κλινική νοσηλευτική , βασικές και ειδικές νοσηλίες τόμος Α ,έκδοση ΙΑ αναθεωρημένη, ΑΘΗΝΑ 2000 σελ.96, 191-195, 197-202, 204, 463, 465-467, 470-475, 536-537
- 36) SCHWORTZ SHIVES, SPENCER : Αρχές της χειρουργικής. Επιμέλεια- μετάφραση ΔΙΟΝΥΣΗΣ Κ. ΒΩΡΟΣ. Συνεργασία ΑΙΚ. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΥ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΥ,ΕΛ.ΞΕΝΟΣ .Επιστημονικές εκδόσεις «ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ – ΜΑΡΙΑ ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ» ΑΘΗΝΑ 1993 σελ. 410-412
- 37) Π.Α. ΚΟΣΜΙΔΗΣ : Επείγουσα θεραπευτική ογκολογία. Ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ ΑΘΗΝΑ 1984 σελ. 114-117, 137, 151
- 38) Μ.ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ- Σ.Φ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ : Γενική παθολογική χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος Α "Έκδοση 2" Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» ΑΘΗΝΑ 2001 σελ. 55-56, 248-249
- 39) Μ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ: Νοσηλευτική και άρρωστος με καρκίνο στομάχου. Πτυχιακή εργασία ΠΑΤΡΑ σελ. 80-82
- 40) L.GIARELLI, M.KELATO, G.ANTONUTTO. anatomia patologica, uses edizioni scientifiche.FIRENZE 1983 σελ. 179-203

