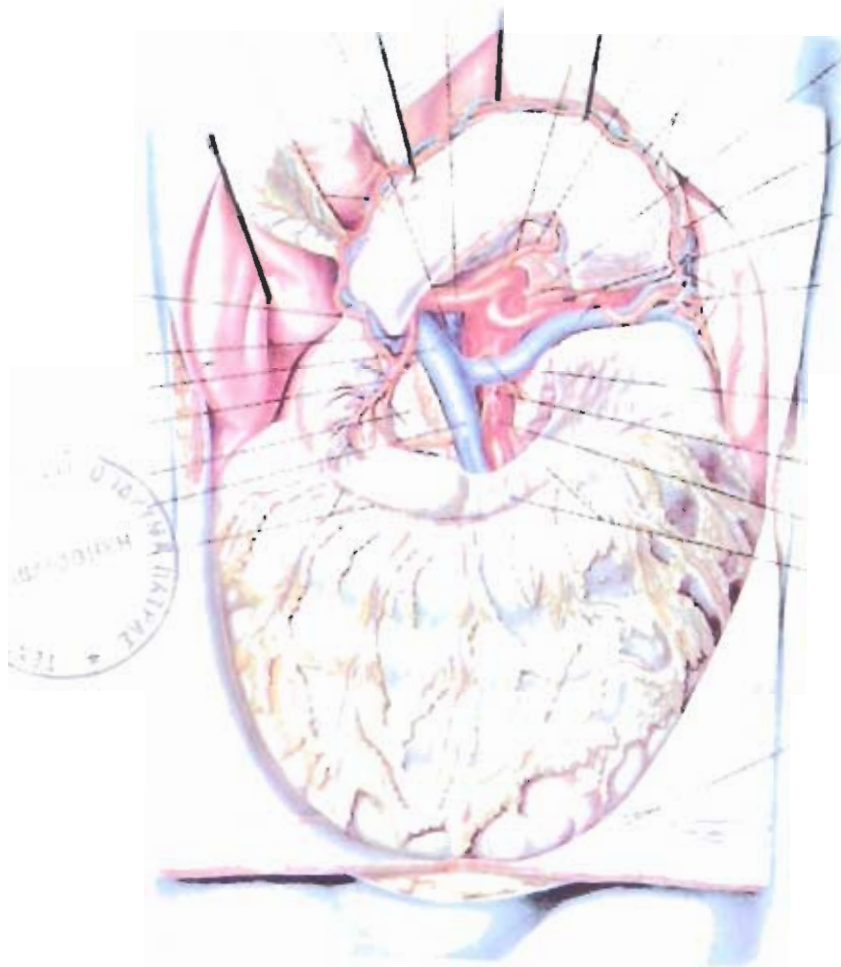


ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΘΕΜΑ: ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

DR. ΜΙΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**

ΝΤΟΥΙΗ Δ. ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΠΑΤΡΑ 2002

*ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ*

*Ένα χαμόγελο φτάνει  
ν' απαλείνει τον πόνο  
να δώσει κουράγιο  
σε κάποιον μόνο*

*Η μοναξιά σε κουράζει  
δε νοιώθεις καλά  
σα χελιδόνι σε ξένη  
φωλιά*

*Γι' αυτό χαμογέλα φίλε  
και συ  
θα δώσεις κουράγιο  
και νέα πνοή*

*Σε έχει ανάγκη  
εκείνος εκεί  
κοίτα, ρωτάει  
σου γνέφει γιατί;*

*Μίλα του λίγο  
δεν είναι κακό  
και μη φοβίσαι  
δεν χάνεις καιρό*

*Κι όταν το βράδυ  
θα κοιμηθείς  
ψυχή καθαρή  
θα έχεις, θα δεις.*



## ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στους γονείς μου, που με στήριξαν στα σπουδαστικά μου χρόνια. Καθώς επίσης και σε όλους όσους προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στη φροντίδα των ασθενών. Τέλος στους ασθενείς που γι' αυτούς εξάλλου γίνεται όλη η προσπάθεια.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές / τριες μου που με τις γνώσεις τους και την εμπειρία με όπλισαν με τα απαραίτητα εφόδια, έτσι ώστε να ανταποκριθώ στο δύσκολο έργο της νοσηλευτικής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>5</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	<b>8</b>
<b>ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ</b>	<b>8</b>
ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ	8
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ	8
ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ	10
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΜΥΪΚΟΥ ΧΙΤΩΝΑ	10
ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	12
ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	13
ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	<b>16</b>
<b>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ</b>	<b>16</b>
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	16
ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ	17
ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	17
ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ	18
ΕΚΚΡΙΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ	19
ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	<b>22</b>
ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ	
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ	22
ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	24
ΠΑΘΟΛΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ	25
ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	25
ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	<b>28</b>
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	28
ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	30
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	33
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	35
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ	52
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>65</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup></b>	<b>66</b>
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	<b>69</b>
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	69
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup></b>	<b>82</b>
Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	82
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup></b>	<b>84</b>
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	84
1 <sup>ο</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	84
2 <sup>ο</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	91
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>98</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>100</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι πιθανό να πάθω μια μέρα καρκίνο; Αυτό το σύμπτωμα είναι άραγε καρκίνος;

Όλος ο κόσμος μιλάει γι' αυτόν, οι περισσότεροι ζουν με το φόβο, ξοδεύονται δισεκατομμύρια, ένας σωρός υποθέσεις βλέπουν το φως της ημέρας, εντούτοις οι άρρωστοι εξακολουθούν να πεθαίνουν από καρκίνο. Για τους περισσότερους ο καρκίνος παραμένει μια αρρώστια ανεξέλεγκτη, μια αρρώστια αίνιγμα, μια αρρώστια που προκαλεί φόβο.

Η διάγνωση καρκίνου προκαλεί ένα τεράστιο αίσθημα πανικού, υποτίμησης του εαυτού μας και ανικανότητας μπροστά στο αδυσώπητο καρκίνο. Όλες οι πληροφορίες που έχουμε στη διάθεσή μας το μόνο που προσφέρουν είναι να εντείνουν αυτή την τρομοκρατία του μυαλού μας.

Η ευρύτατη παραδεκτή ιδέα ότι ο καρκίνος σκοτώνει οπωσδήποτε, επηρεάζει βαθιά τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε απέναντί του, αυξάνοντας το αίσθημα αδυναμίας και την απόγνωση.

Ο καρκίνος δεν είναι, όπως ορισμένοι πιστεύουν ακόμα, μια ασθένεια κληρονομική προερχόμενη από ιούς και μικρόβια, αλλά μια ασθένεια ολόκληρου του οργανισμού, που εμπεριέχει και τη φυσική αλλά και την ψυχική κατάσταση.

Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο σώμα· η υπόστασή του είναι διφυής κι αποτελείται από ένα υλικό μέρος (σώμα) κι ένα άυλο (το πνεύμα και την ψυχή).

Σήμερα, ανακαλύπτουμε ότι το σώμα μας δεν είναι η μόνη αιτία της αρρώστιας. Τα συναισθήματα μας, η ευαισθησία μας, ο τρόπος που

ζούμε, παίζουν επίσης ρόλο. Αν μπορούμε να προκαλούμε αρρώστιες και να καταστρέφουμε ένα σύστημα τόσο περίπλοκο και τόσο πολύτιμο όπως είναι το σώμα μας, αυτό συμβαίνει επειδή έχουμε μέσα μας μια εξαιρετική δύναμη και μια εξαιρετική ενέργεια.

Σ' εμάς έγκειται ν' αντιστρέψουμε τη διαδικασία και να χρησιμοποιήσουμε αυτή την ενέργεια για τη θεραπεία μας. Καινούργιοι τρόποι ταυτόχρονης ίασης, τόσο του σώματος όσο και της ψυχής, ανακαλύπτονται. Έχουμε στη διάθεση μας στοιχεία που επιτρέπουν την καλύτερη κατανόηση αυτής της αρρώστιας. Ερευνητές σκύβουν κι εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο θα κατορθώσουν να μεταστρέψουν τη διαδικασία της ασθένειας και θ' αναπτύξουν τις συνθήκες μέσα από τις οποίες οι θετικές και αισιόδοξες στάσεις και τα πιστεύω καθώς και μια αλλαγή του τρόπου ζωής θα μπορούν να θεραπεύουν ένα καταπονημένο σώμα και πνεύμα.<sup>1</sup>

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

#### *ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ*

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

#### *ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ*

Ο στόμαχος είναι η πιο διευρυμένη μοίρα του γαστρεντερικού σωλήνα. Βρίσκεται στην άνω κοιλιά, ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και προς τα αριστερά της μέσης γραμμής, μεταξύ του οισοφάγου και του δωδεκαδάκτυλου. Με τον οισοφάγο ενώνεται στη γαστροοισοφαγική συμβολή (καρδιακό στόμιο), μια περιοχή υψηλών πιέσεων χωρίς χαρακτήρες ανατομικού σφιγκτήρα, αλλά με σαφή σφιγκτηριακή λειτουργία, η οποία αντιστοιχεί στο ύψος του 1<sup>ου</sup> θωρακικού σπονδύλου. Το όριό του προς το δωδεκαδάκτυλο αποτελεί ο σαφώς καθορισμένος ανατομικά πυλωρικός σφιγκτήρας, που αντιστοιχεί στο ύψος του 1<sup>ου</sup> οσφυϊκού σπονδύλου. Ο στόμαχος διακρίνεται : α) στον ίδιως στόμαχο (θόλος, σώμα) και β) στον πυλωρικό στόμαχο (πυλωρικό άντρο, πυλωρικός σωλήνας).

Έχει δύο επιφάνειες, πρόσθια και οπίσθια και δύο τόξα : α)Το ελάσσων τόξο και β)το μείζον τόξο, 3-4 φορές μεγαλύτερο του ελάσσονος, που χωρίζεται από τον οισοφάγο με την καρδιακή εκτομή. Τα τόξα του στομάχου είναι σημαντικά από χειρουργικής πλευράς, αφού έχουν σχέση με την κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου.<sup>2</sup>

## **ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ**

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από 4 χιτώνας :

- Ο ορογόνος είναι το σπλαχνικό περιτόναιο, το οποίο σχηματίζεται από δύο πέταλα, ένα πρόσθιο και ένα οπίσθιο. Καλύπτει ολόκληρο τον στόμαχο εκτός από μικρή περιοχή πίσω από το καρδιακό στόμιο και από τις περιοχές κατά μήκος των τόξων στα σημεία που τα δύο πέταλα του περιτοναίου συμφύονται μεταξύ τους, σχηματίζοντας το μείζον και ελάσσων επίπλουν.
- Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από τρεις στιβάδες λείων μυϊκών ινών: έξω επιμήκης, μέση κυκλοτερής και εσωλοξή. Ο πυλωρικός σφιγκτήρας αποτελεί πάχυνση της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας, που στο σημείο μετάβασης στο δωδεκαδάκτυλο χωρίζεται από τη μυϊκή στιβάδα αυτού με διάφραγμα συνδετικού ιστού.<sup>3</sup>

## **ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΜΥΪΚΟΥ ΧΙΤΩΝΑ**

α)Εξαιτίας του μικρού μυϊκού τόνου το στομάχι μπορεί να διαταθεί αποθηκεύοντας έτσι μεγάλη ποσότητα τροφής.

β)Αδύνατες μυϊκές συσπάσεις προκαλούν ανάμειξη της τροφής με τα υγρά του στομάχου.

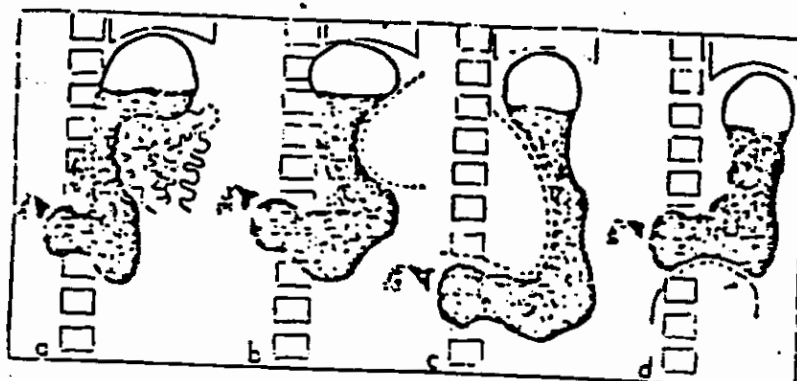
γ)Ισχυρότερες μυϊκές συσπάσεις του πυλωρικού στομάχου (περισταλτικές κινήσεις) προωθούν το περιεχόμενο του στομάχου προς τον πυλωρό.

- Ο υποβλεννογόνος αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό με ελαστικές ίνες. Περιέχει αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία που σχηματίζουν δίκτυα και νευρικές ίνες.



Στομάχι υγιές.

1. Θόλος. 2. Σώμα. 3. Άντρο. 4. Ελλάσων τόξο.  
5. Μείζων τόξο. 6. Πυλωρός. 7. Δωδεκαδάκτυλος.



Δισφοροποίηση του σχήματος του στομάχου ανάλογα με τα  
διπλάσή του όργανο. 7

- Ο βλεννογόνος καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο, είναι ροδόχρους και γίνεται παχύτερος προς τον πυλωρό. Έχει πτυχές στο θόλο και στο σώμα, όχι όμως στο άντρο, μεταξύ των οποίων σχηματίζονται αύλακες. Οι μυϊκές του ίνες είναι υπεύθυνες για τις μεταβολές του σχήματος και της φοράς των πτυχών και αυλαίων, που εξαφανίζονται τελείως όταν διαταθεί ο στόμαχος.<sup>3</sup>

### **ΑΔΕΝΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

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

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

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

Οι αδένες του θόλου ή κυρίως γαστρικοί βρίσκονται στο θόλο και το μεγαλύτερο μέρος του σώματος του στομάχου και περιέχουν διάφορα κύτταρα : 1.βλεννώδη κύτταρα, 2.καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν HCl και ενδογενή παράγοντα, 3.ζυμογόνα κύτταρα που παράγουν πεψινογόνο (ανενεργός μορφή του ενζύμου πεψίνη). Το πεψινογόνο ενεργοποιείται με την επίδραση HCl και προϋπάρχοντος πεψίνης, 4.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 κύτταρα που παράγουν γαστρίνη

(ειδικά ορμονικά κύτταρα). Η γαστρίνη εκκρίνεται όταν διαταθεί ο στόμαχος ή όταν προϊόντα της διάσπασης των πρωτεϊνών φθάνουν τον πυλωρικό στόμαχο. Σχετίζεται τόσο με την κινητικότητα, όσο και με την εκκριτική λειτουργία του στομάχου, καθώς προκαλεί αύξηση της έκκρισης του γαστρικού υγρού.<sup>45</sup>

### **ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Η αιμάτωση του στομάχου γίνεται από τέσσερα αρτηριακά στελέχη που είναι αναστομωμένα μεταξύ τους. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου του στομάχου αναστομώνεται η αριστερή γαστρική αρτηρία και η δεξιά γαστρική, η οποία εκφύεται από την κοινή ηπατική αρτηρία. Κατά μήκος του μείζονος τόξου αναστομώνεται η αριστερή γαστροεπιπλοϊκή αρτηρία, κλάδος της σπληνικής και η δεξιά γαστροεπιπλοϊκή, κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής αρτηρίας. Το ανώτερο τμήμα του μείζονος τόξου και ο θόλος αιματώνονται από τις βραχείες γαστρικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της σπληνικής αρτηρίας.

Οι αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν πλούσιο πλέγμα (εικ.42-2) στον υποβλεννογόνο απ' όπου και ξεκινούν τριχοειδή για το βλεννογόνο. Οι ευρείες αναστομώσεις των κύριων αρτηριακών στελεχών του στομάχου, αλλά κυρίως η ύπαρξη πλούσιου αγγειακού υποβλεννογόνιου πλέγματος καθιστούν την ισχαιμία του στομάχου σπάνια, ακόμα και μετά την απολίνωση ενός ή περισσότερων αρτηριακών κλάδων, ως κατά τη διάρκεια της γαστρεκτομής. Εξαίρεση αποτελεί η περιοχή του ελάσσονος τόξου που παίρνει αίμα με κατευθείαν κλάδους από την αριστερή και τη δεξιά γαστρική αρτηρία

και γι' αυτό ίσως στο σημείο αυτό δημιουργούνται καμία φορά μετεγχειρητικά προβλήματα ισχαιμίας.<sup>6</sup>

Οι φλέβες του στομάχου φέρονται παράλληλα με τα αρτηριακά τόξα, τα οποία και συνοδεύουν και το αίμα απάγεται κυρίως δια του πυλαίου συστήματος. Από την αριστερή στεφανιαία όμως δημιουργείται μια αξιόλογη επικοινωνία του πυλαίου φλεβικού συστήματος με το σύστημα της άνω κοίλης. Έτσι, αίμα από τον στομάχο μπορεί να διαφύγει δια των κάτω οισοφαγικών φλεβών στο σύστημα της.

**ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:** Η λέμφος κυκλοφορίας αρχικά στον στόμαχο σε δύο μεγάλα πλέγματα : α)τω εν τω βάθῃ, στον υποβλενογόνο και β)το επιπολής, κάτω από τον ορογόνο. Από τα πλέγματα αυτά αρχίζουν τα λεμφαγγεία που φέρονται κατά μήκος των αρτηριών και καταλήγουν στους επιχώριαξ λεμφαδένες. Έτσι ο στόμαχος χωρίζεται σε 4 ζώνες λεμφικής αποχέτευσης. Τα λεμφαγγεία του στομάχου επικοινωνούν ευρύτατα μεταξύ τους, ανεξάρτητα από την περιοχή που προέρχονται (πλούσια πλέγματα), ενώ οι προαορτικοί αδένες αποτελούν το τελικό σημείο συγκέντρωσης της λέμφου και των τεσσάρων περιοχών αυτού. Από εκεί η λέμφος φέρεται στον θωρακικό πόρο.<sup>4</sup>

### **ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

Ο στόμαχος έχει συμπαθητική και παρασυμπαθητική νεύρωση. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου απέκτησε μεγάλη σημασία από την εποχή που η παρασυμπαθητική απονεύρωσή του έγινε μέθοδος εκλογής για την θεραπεία του δωδεκαδακτυλικού έλκους.

Τα στελέχη των οισοφαγικών που σχηματίζονται από την συνένωση των κλάδων των οισοφαγικών πλεγμάτων πορεύονται αντίστοιχα προς τον κατώτερο οισοφάγο στην πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του.(πρόσθιο και οπίσθιο πνευμονογαστρικό νεύρο) και στο ύψος της γαστροοισοφαγικής συμβολής χορηγούν εξωγαστρικούς κλάδους, ηπατικούς το πρόσθιο και κοιλιακούς του οπίσθιο και ακολούθως διανέμονται στον στόμαχο. Οι μεγαλύτεροι γαστρικοί κλάδοι των πνευμονογαστρικών παριστάνουν συνέχεια των στελεχών των νεύρων και φέρονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου μέχρι του πυλωρικού άντρου (πρόσθιο και οπίσθιο νεύρο του Latarget) χορηγώντας κατά την πορεία τους πολλαπλούς γαστρικούς κλάδους. Οι γαστρικοί κλάδοι του πνευμονογαστρικού ελέγχουν τόσο τη γαστρική έκκριση όσο και την κινητικότητα του στομάχου.

Οι διανεμόμενες στον στόμαχο γαστρικές ίνες των πνευμονογαστρικών (προγαγγλικές ίνες) καταλήγουν με σύναψη στα γαγγλιακά πλέγματα του Auerbach. Από το πλέγμα αυτό μεταγαγγλιακές ίνες διανέμονται στο υποβλενογόνο πλέγμα του Meissner. Μεταγαγγλιακές συμπαθητικές ίνες από το κοιλιακό πλέγμα φέρονται επίσης στον στόμαχο και είναι υπεύθυνες για την αίσθηση του πόνου που εντοπίζεται στο επιγάστριο.<sup>7</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Από την φυσιολογία του στομάχου, τα πιο ενδιαφέροντα κεφάλαια είναι η κινητικότητα και η έκκριση και αυτό γιατί η συμμετοχή του οργάνου στην πέψη είναι περιορισμένη.

Η λειτουργία του στομάχου συνιστάται :

1) Στην εναπόθεση των προσλαμβανόμενων δια του στόματος τροφών. Ο χρόνος παραμονής της τροφής στον στομάχο ποικίλει σημαντικά. Ο χρόνος που παρέχεται για να εγκαταλείψει τον 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 τις ευκολίες της ρευστοποίησής τους και την ένταση του περισταλτικού του στομάχου. Η ταχύτητα εκκένωσης του στομάχου για τα τρία βασικά είδη θρεπτικών ουσιών είναι : υδατάνθρακες > πρωτεΐνες > λίπη.

2) 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 εκκένωση αυτού προς τον δωδεκαδάκτυλο.

3) Στην πέψη των τροφών, δια της εκκρίσεως του πρωτεολυτικού ενζύμου πεψίνης και του υδροχλωρικού οξέος. Η πεψίνη εκκρίνεται με τη μορφή του προενζύμου πεψινογόνου, το οποίο δια του υδροχλωρικού

οξέως αλλά και αυτοκαταλυτικώς μετατρέπεται στο ενεργό ένζυμο πεψίνης, η οποία διασπά τις πρωτεΐνες σε πολυπεπτίδια.

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.<sup>8</sup>

### **ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΕΚΚΡΙΣΗ**

Το γαστρικό υγρό είναι μείγμα οργανικών και ανόργανων συστατικών.

### **ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ**

-Βλέννα : Παράγεται κυρίως από τους πυλωρικούς αδένες με κύριο συστατικό τις γλυκοπρωτεΐνες. Τα φυσικά χαρακτηριστικά της είναι η γλοιωσιότητα, η συμφυτικότητα και η συνεκτικότητα ακι συνήθως σχηματίζει ένα λεπτό επίστρωμα πάνω στο βλεννογόνο με κύριο σκοπό την προστασία του. Για το λόγο αυτό πιθανολογήθηκε ότι η ποσοτική ή ποιοτική ανεπάρκεια της θα μπορούσε να οδηγήσει σε ελκογένεση. Πέρα από αυτή τη φυσική προστασία η βλέννα έχει και μικρή ικανότητα να εξουδετερώνει την όξινη έκκριση, ικανότητα που αποδίδεται μάλλον σε συνδεδεμένες με αυτή διτανθρακικές ρίζες.

-Πεψίνη : Τα θεμέλια κύτταρα εκκρίνουν ένα σύμπλεγμα που αποτελείται από την πεψίνη και τον αναστολέα της πεψίνης και το οποίο ονομάζεται πεψινογόνο. Η απελευθέρωση και η δράση της γίνεται με την πτώση του ΡΗ κάτω από 4,5. Έχει άριστη δράση σε ΡΗ 2 και αναστολή σε ΡΗ κάτω από 1,5. Υπάρχουν πολλά είδη πεψινογόνου και πεψίνης με κύρια διαφορά το διαφορετικό ΡΗ δράσης.

Η παρουσία και ο ποσοτικός προσδιορισμός του πεψινογόνου στο αίμα και στα ούρα, όπου επίσης βρίσκεται και είναι γαστρικής προέλευσης, δεν έχει ακόμα αξιολογηθεί σε κλινικό επίπεδο.

-Ενδογενής παράγοντας : Πρόκειται για βλεννοπρωτεΐνη που παράγεται από τα τοιχώματικά κύτταρα και είναι απαραίτητη για την προστασία της βιταμίνης B<sub>2</sub>, αφού συνδεθεί μαζί της μέχρι του τελικού ειλεού, όπου η τελευταία απελευθερώνεται και απορροφάται.

-Αντιγόνα ομάδων αίματος : Πρόκειται για υδροδιαλυτές γλυκοπρωτεΐνες όμοιας αντιγονικότητας με τις αλκοολοδιαλυτές λιπογλυκοπρωτεΐνες που υπάρχουν στα ερυθρά αιμοσφαίρια. Εκτός από τα αντιγόνα των κύριων ομάδων ενδέχεται να υπάρχουν και δευτερεύοντα.

Η ύπαρξη πρωτευνόντων αντιγόνων στο γαστρικό υγρό χαρακτηρίζει τα άτομα σαν «εκκρίνοντα», ενώ στα υπόλοιπα (25% του συνόλου) ανευρίσκονται τα δευτερεύοντα αντιγόνα του LEWIS και τα άτομα χαρακτηρίζονται σαν «μη εκκρίνοντα». Η τελευταία αυτή κατηγορία ατόμων θεωρείται σαν συνηθέστερη υποκείμενη στην εμφάνιση δωδεκαδακτυλικού έλκους.<sup>4</sup>

### ***ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ***

Κάθε λίτρο γαστρικού υγρού περιέχει περίπου : H 90mEq, Cl 100 mEq, Na65 mEq και K13 mEq. Το κύριο συστατικό είναι βέβαια το HCl που παράγεται από τα τοιχωματικά κύτταρα.<sup>9</sup>

## **ΕΚΚΡΙΣΗ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ**

Μέχρι το 1906 επικρατούσε η αντίληψη του Ρανλόν 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 του πνευμονογαστρικού, η δε γαστρική φάση υπό τον έλεγχο της γαστρίνης, η οποία ελευθερώνεται από το στομάχι. Το 1942 ο Uvnas 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 δύο στοιχεία, νευρικό και ορμονικό και ότι τα δύο αυτά στοιχεία ευρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση.<sup>10</sup>

Στην γαστρική έκκριση διακρίνουμε τρεις φάσεις :

**Φάση 1:** Κεφαλική ή ψυχική-νευρική φάση : Η παρουσία της τροφής στο στόμα προκαλεί αντανακλαστική διέγερση της έκκρισης γαστρικού υγρού. Το αντανακλαστικό είναι επίσης δυνατόν να εκλυθεί με την έλλειψη γλυκόζης στον εγκέφαλο. Τα επιθετικά συναισθήματα μπορούν να προκαλέσουν αύξηση της έκκρισης, ενώ ο φόβος έχει ανασταλτική επίδραση.

**Φάση 2:** Τοπική ή γαστρική φάση : όταν το περιεχόμενο του στομάχου έρχεται σε επαφή με την κατώτερη μοίρα του (άντρο) απελευθερώνεται γαστρίνη ως αποτέλεσμα μηχανικού (διάτασης) και χημικού ερεθισμού (της επίδρασης πεπτιδίων, αμινοξέων,  $Ca^{2+}$ , οίνοπνεύματος κ.λ.π.).

**Φάση 3:** Εντερική φάση : Καθώς ο οπός εισέρχεται στον δωδεκαδάκτυλο, η διάταση του εντερικού τοιχώματος ασκεί θετική επίδραση στην έκκριση γαστρικού υγρού.8

### **ΓΑΣΤΡΙΚΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Τα πνευμονογαστρικά με φυγόκεντρες και κεντρομόλες ίνες είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για την κινητικότητα του στομάχου. Τα αντανακλαστικά τόξα πρακτικά αρχίζουν από αισθητικούς υποδοχείς με βασικό ερέθισμα τη διάταση, ενώ ο περισταλτισμός αρχίζει από ειδικό βηματοδότη στην περιοχή της καρδιάς.

Βασική και χαρακτηριστική ιδιότητα του στομάχου είναι η δεκτική ή προσαρμοστική χαλάρωση που οφείλεται σε χολινεργικό μηχανισμό και που επιτρέπει την αποθήκευση ποσοτήτων ακόμα και 30 φορές μεγαλύτερων από εκείνες της περιόδου ηρεμίας ( $\leq 50\text{ml}$ ) χωρίς να αυξάνει η ενδοαυλική πίεση.

Στην φάση ηρεμίας ο στόμαχος παρουσιάζει εναλλαγές μη προωθητικής κινητικότητας με περιόδους απόλυτης ηρεμίας. Με την είσοδο της τροφής αρχίζει ο περσταλτισμός, ο οποίος με την πάροδο του χρόνου γίνεται εντονότερος, ρυθμικός, συχνός (4 κύματα το λεπτό) και προκαλεί περιοδικά το πέρασμα μικρών ποσοτήτων κάθε φορά (+ 5ml) του περιεχομένου του στομάχου στο δωδεκαδάκτυλο.

Από εκεί το περιεχόμενο προωθείται παρακάτω με τις κινήσεις του δωδεκαδάκτυλου, ενώ η παλινδρόμησή του εμποδίζεται με το κλείσιμο του πυλωρού.

Οι ανασταλτικοί μηχανισμοί της κινητικότητας είναι αρμονικοί και ενεργοποιούνται από ποικίλα ερεθίσματα. Η σεκρετίνη ίσως είναι μια

από τις ορμόνες αυτές, που αφού δεν τις ξέρουμε, τις ονομάζουμε ακόμα και σήμερα «εντερογαστρώνες», ενώ ο ισχυρότερος ίσως αναστολέας είναι το λίπος της τροφής.<sup>11</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### **ΑΥΤΟΝΟΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ – ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ**

Στις τελευταίες δεκαετίες, οι νεοπλασίες παρουσιάζουν μια σημαντική αύξηση της συχνότητάς τους και ανήκουν, μαζί με τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος και τα ατυχήματα στις πιο συχνές αιτίες θανάτου. Σήμερα, κάθε τέταρτος ή πέμπτος άνθρωπος πεθαίνει από τον καρκίνο, που είναι νόσος των ικανών προς διαίρεση κυττάρων και εμφανίζεται όχι μόνο στον άνθρωπο και στα ανώτερα ζώα, αλλά και στα έντομα και στα φυτά. Παριστάνει νόσο «sui genevis», και μορφολογικά και παθοφυσιολογικά διαφέρει από όλες τις άλλες ασθένειες. Ο όρος καρκίνος περιλαμβάνει πολυάριθμες νεοπλασματικές παθήσεις, που μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις, όπως π.χ. ένα καρκίνωμα του στομάχου και μια λευχαιμία. Έτσι είναι δύσκολο να βρεθεί ένας ορισμός που να εκφράζει όλες τις μορφές των νεοπλασμάτων.

Σαν καρκίνο χαρακτηρίζουμε μια άτακτη μάζα, που προκύπτει από ένα αυτόνομο αναρχικό και υπέρμετρο πολλαπλασιασμό των ιδίων του σώματος κυττάρων, Αναλυτικά :

① Υπάρχει μια άτακτη ιστική μάζα.

② Η άτακτη ιστική μάζα προέρχεται από έναν υπερβολικό και ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό κυττάρων, ο οποίος διαφοροποιεί ένα αληθινό νεόπλασμα από μια φλεγμονή (άτακτη ιστική μάζα που εκδηλώνεται με οίδημα, στάση αίματος και διήθηση από φλεγμονικά

κύτταρα), από μια υπερπλασία (κυτταρικός πολλαπλασιασμός που ελέγχεται από τον οργανισμό τουλάχιστο χρονικά και οργανικά).

3. Σε περίπτωση καρκίνου, ένας ορισμένος ερεθισμός διεγείρει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων που καθίστανται αυτόνομος και δεν υπόκειται σε καμιά ανασταλτική δράση από μέρους του οργανισμού. Αντίθετα, στην περίπτωση της υπερπλασίας προσαρμογής, ο κυτταρικός πολλαπλασιασμός διεγείρει βαθμιαία και προκαλεί αυξημένη λειτουργικότητα των ιστών ή των οργάνων.

4. Ο καρκίνος προέρχεται από ίδια του σώματος κύτταρα και ως προς αυτά διαφοροποιείται από τα παρασιτικά κοκκιώματα (*Echinococcus Cystia*)

Σχετικά με την ονοματολογία ο όρος όγκος περιλαμβάνεται στα θεμελιώδη γνώρισμα της φλεγμονής (*calor, dolor, rubor και tumor*) και σήμερα, χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει έναν αληθινό νεοσχηματισμό ιστού. Ο όρος νεοσχηματισμός ιστού (νεοπλασία) αναφέρεται στο σπουδαιότερο γνώρισμα ενός νεοπλασματος, στον πολλαπλασιασμό των κυττάρων που δίνει μια άτακτη ιστική μάζα. Σε περάγωγες λέξεις η κατάληξη -ωμα δηλώνει «νεόπλασμα» όπως σάρκωμα, μύωμα, θήλωμα, αδένωμα. Για τον καρκίνο χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα επίσης και ο όρος έλκος. Σήμερα, ως έλκος χαρακτηρίζεται, μερικές φορές, ένα νεκρωμένο στο κέντρο νεόπλασμα (καρκίνος είναι ένα ανιάτο έλκος, Ιπποκράτης).

Οι όροι καρκίνος και νεοπλασία δε σημαίνουν τίποτε για τη βιολογική συμπεριφορά της πάθησης. Ο όρος καρκίνος (*cancer*) σημαίνει μόνο την κακοήθεια της νεοπλασίας, δηλαδή ότι πρόκειται για νεόπλασμα που



είναι ανίατο και οδηγεί στο θάνατο του ασθενή. Η ελληνική λέξη καρκίνος (καρκίνωμα σαν συνώνυμες) ανήκει στον Ιπποκράτη (460-377 π.χ.) ενώ η λατινική λέξη cancer στο Γαληνό (129-199 μ.χ.). Τα κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα αναφέρονται ως καρκινώματα, τα κακοήθη μεσεγγυματικά ως σαρκώματα και οι αδιαφοροποίητες νεοπλασίες, που ούτε μορφολογικά ούτε ιστογενετικά επιτρέπουν την ταξινόμησή τους ως βλάστωμα.<sup>12</sup>

Συγκεκριμένα ο καρκίνος του στομάχου είναι επιθηλίωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα. Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο απ' όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται σχεδόν πάντοτε πρωτοπαθώς. Προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες από τις γυναίκες σε αναλογία 10:1 και συνήθως αντοπίζεται στην πυλωρική μοίρα (50-60%) και σπανιότερα στο «ελάσσων τόξο» (20%).

### ***ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ***

Ενδιαφέρον έχει η παρατήρηση ότι, όσοι ανήκουν στην ομάδα αίματος A κυρίως, μετά όσοι ανήκουν στην ομάδα O είναι περισσότερο επιρρεπείς σ' αυτήν την πάθηση.

Φαίνεται να υπάρχει σχέση με την πρωτοπαθή κακοήθη αναιμία του Biermer την ατροφική γαστρίτιδα και αχυλία, το αδένωμα, τους πολύποδες του στομάχου, το πεπτικό έλκος και την ανάπτυξη καρκίνου του στομάχου.

Σε μερικές οικογένειες φαίνεται ότι υπάρχει ιδιαίτερη προδιάθεση για τον γαστρικό καρκίνο.

## **ΠΑΘΟΛΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ**

Παθολογοανατομικά διακρίνονται τέσσερις μικροσκοπικές μορφές :

- διηθητική (10%-15%),
- Ελκωτική (65%),
- κραμβοειδής (25%) και
- μεικτή

Οι μεταστάσεις από τον καρκίνο του στομάχου γίνονται στο ήπαρ, πνεύμονες και υπεζωκότα (λεμφογενώς και αιματογενώς) καθώς και κατά συνέχεια ιστού)<sup>13</sup>

## **ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΣΤΟΜΑΧΟΥ**

- Καλοήγη νεοπλάσματα του στομάχου
- Κακοήγη νεοπλάσματα του στομάχου

Τα καλοήγη νεοπλάσματα του στομάχου είναι αρκετά σπάνια. Συχνά παίρνουν τη μορφή πολύποδα. Συνηθέστερες μορφές είναι οι ετεροτοπικοί όγκοι, το λειομύωμα, το νευριλήνωμα, το καρκινοειδές, το αιμαγγείωμα και το λίπωμα.

Τα κακοήγη νεοπλάσματα του στομάχου είναι αρκετά συχνά, με ίση κατανομή και στα δύο φύλλα. Οι δύο επικρατέστερες μορφές είναι το σάρκωμα (μεσεγχυματικό) και το αδενοκαρκίνωμα (επιθηλιακό)<sup>14</sup>

## **ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ**

(Σύστημα TNM)

Σταδιοποίηση του όγκου είναι το σύνολο των κλινικών, εργαστηριακών, εγχειρητικών, παθολογοανατομιών ή άλλων διαδικασιών που αποσκοπούν στον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης ενός κακοήθους νεοπλασματος. Ο προσδιορισμός του σταδίου της νόσου συμβάλλει μεταξύ άλλων :

- στον σχεδιασμό της θεραπευτικής πρακτικής
- στον προσδιορισμό της πρόγνωσης της νόσου
- στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας
- στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειρίας μεταξύ ερευνητικών ομάδων, ώστε να εκτιμώνται συγκρίσιμες μεταστάσεις. Το σύστημα TNMγια την σταδιοποίηση των όγκων περιγράφει την ανατομική έκταση της νόσου, στηριζόμενο σε τρία στοιχεία.

1.Το μέγεθος του αρχικού όγκου που συμβολίζεται με το γράμμα (T) από τη λέξη tumor.

2.Την απουσία ή την παρουσία μεταστάσεων στους επιχώριους λεμφαδένες, που συμβολίζονται με το γράμμα N (από τη λέξη nodes)

3.Την απουσία ή την παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων, που συμβολίζονται με το γράμμα M (από τη λέξη metastasis)

Για τον παράγοντα T, δηλαδή τον πρωτογενή όγκο, διακρίνουμε τις ακόλουθες περιπτώσεις :

To : δεν υπάρχει ένδειξη όγκου.

Tx : δεν μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία όγκου.

Tis : Καρκίνος in situ.

T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> : Αυξανόμενο μέγεθος ή τοπική επέκταση του πρωτογενούς όγκου. Ως T<sub>1</sub>, χαρακτηρίζονται όγκοι που δεν υπερβαίνουν τα 2 εκατοστά.

Ως T<sub>2</sub> : ορίζεται ο όγκος με διάμετρο μεταξύ 2-4 εκατοστά. Ως T<sub>3</sub>, ορίζεται ο όγκος με διάμετρο μεγαλύτερη από 4 εκατοστά και ως T<sub>4</sub> ορίζεται ο όγκος που διηθεί τα παρακείμενα όργανα.

Αντίστοιχα ισχύουν για τον παράγοντα N για τους περιφερικούς λεμφαδένες και για τον παράγοντα M για τις μεταστάσεις.

Ουσιαστικό κριτήριο για την πρόγνωση ενός όγκου είναι εκτός από το στάδιο, και ο βαθμός κακοήθειας των κυττάρων.<sup>15</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σύμφωνα με τη Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική ο καρκίνος του στομάχου είναι συνήθως καρκίνος της πεπτικής οδού. Εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες, ηλικίας άνω των 40 χρονών. Η Καθυστέρηση της διάγνωσης οφείλεται στην απουσία συγκεκριμένων πρόωρων συμπτωμάτων και στο γεγονός ότι οι ασθενείς εφαρμόζουν θεραπεία μόνοι τους, αντί να αναζητήσουν νωρίς ιατρική συμβουλή. Περαιτέρω καθυστέρηση οφείλεται στην αμφίβολη φύση των πρόωρων ευρημάτων και την παροδική βελτίωση με την εφαρμογή συμπτωματικής θεραπείας.

Κατά τον κύριο Π. Μπάλα από πλευράς γεωγραφικής κατανομής υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου. Υπάρχουν χώρες με μικρή συχνότητα (Αυστραλία, Ν. Ζηλανδία, Η.Π.Α., Καναδάς) και χώρες με μεγάλη συχνότητα (Ιαπωνία, Χιλή, Ισλανδία, Φιλανδία).<sup>6</sup> Σύμφωνα με τον κύριο Μπάλα είναι και ο κύριος Γολεμάτης κατά τον οποίο τα αδenoκαρκινώματα αποτελούν το 95% των κακοηθών νεοπλασμάτων του στομάχου. Μας λέει ότι η συχνότητα των όγκων αυτών έχει μειωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά 50% τα τελευταία 25 χρόνια, χωρίς καμιά σαφή εξήγηση. Ο καρκίνος του στομάχου είναι συχνότερος στους άντρες από όσο στις γυναίκες (2:1), σε ασθενής με ομάδα αίματος A, με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου στομάχου και σε άτομα ηλικίας 50-70 ετών. Η ομάδα αυτή ηλικίας παρουσιάζει αυξημένη συχνότητα ατροφικής γαστρίτιδας, που φαίνεται να συνδέεται αιτιολογικά με τον καρκίνο του στομάχου, γι' αυτό και

ασθενείς με κακοήθη αναιμία παρουσιάζουν πενταπλάσια συχνότητα της νόσου και μετά από εγχειρήσεις στομάχου.<sup>16</sup>

Ειδικά ενώ στην Ιαπωνία πάνω από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου αφορούν το στόμαχο, στις Η.Π.Α. παρατηρείται μια σημαντική προοδευτική μείωση της συχνότητας της νόσου. Παρά την κατ' απόλυτο αριθμό αύξηση των θανάτων από καρκίνο, οι θάνατοι κατ' έτος ειδικά από καρκίνο του στομάχου ανά 100.000 κατοίκους στις Η.Π.Α. έχουν περίπου υποτετραπλασιαστεί.

Στα πλαίσια της γεωγραφικής κατανόησης ίσως τέλος εντάσσονται και μερικές μελέτες που δείχνουν μεγαλύτερη εμφάνιση της νόσου στις βόρειες από τις νότιες περιοχές των Η.Π.Α. και στις παραλιακές από τις μεσογειακές περιοχές της Κορέας και της Σοβιετικής Ένωσης.

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 ύπεθρο.

Η πιθανή σχέση του είδους της τροφής με την εμφάνιση της νόσου δεν μπορεί να αποκλειστεί. Δεν έχει όμως αποδειχθεί αν είναι ένοχη η ίδια τροφή (ψάρια, λάχανο, συντηρημένες τροφές, αμυλώδη) και η ενδεχόμενη περιεκτικότητά της σε καρκινογόνα (βενζοπυρένιο, νιτροβιζαμίνες), ή ο τρόπος μαγειρέματος (τηγανιτά, καπνιστά) και λήψη της (καυτά ροφήματα, μπαχαρικά).

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί ότι το γάλα, τα φράσκα λαχανικά, φρούτα, χυμοί και πλούσιες σε βιταμίνες Α και C τροφές

κυριαρχούν στη διατροφή των χώρων με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης της νόσου και στα ανώτερα από πλευράς κοινωνικοοικονομικής στρώματα του πληθυσμού.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες που θα τους ονομάσουμε περιβαλλοντολογικούς παίζουν ασφαλώς κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου και έχουν αποδειχθεί ισχυροί αφού πρέπει να είναι κυρίως υπεύθυνοι για μειωμένη εμφάνιση της νόσου στους Ιάπωνες μετανάστες στην Αμερική σε σύγκριση με εκείνους που ζουν στην Ιαπωνία και για την ίση συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους λευκούς της Αμερικής και τους Ιάπωνες που γεννήθηκαν εκεί.<sup>6</sup>

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Η αιτιολογία του καρκίνου του στομάχου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν όμως ορισμένοι βέβαια προδιαθετικοί παράγοντες :

**α.φύλο.** Υπάρχει σαφής υπεροχή μέχρι και 2/1 των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.

**β.κληρονομικότητα.** τα μέλη οικογενειών που πάσχουν από καρκίνο του στομάχου εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Δεν έχει όμως αποδειχθεί η ύπαρξη γενετικών παραγόντων.

Παράλληλα από πολλές μελέτες προκύπτει αυξημένη συχνότητα αρρώστων με ομάδα αίματος Α μεταξύ των πασχόντων από καρκίνο του στομάχου.

**γ.Πολύποδες** οι αδενωματώδεις πολύποδες και η διάχυτη πολυποδίαση του στομάχου είναι δυνητικά κακοήθεις παθήσεις. Όμως, ενώ η πιθανότητα κακοήθειας αυξάνει με τον αριθμό, τη διάμετρο και

τον τύπο των πολυπόδων (άμισχοι) σταθερή απόδειξη δεν υπάρχει ακόμη.

**δ.Γαστρικό έλκος.** Φαίνεται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό ένα γαστρικό έλκος είναι είτε από την αρχή καλοήθες και θα παραμείνει τέτοιο ή είναι κακόηθες και ότι η πιθανότητα εξαλλαγής, αν υπάρχει, είναι πάρα πολύ μικρή.

**ε.Ατροφική γαστρίτιδα – Αχλωρυδρία - Κακοήθης αναιμία.** Οι άρρωστοι που εμφανίζουν χρόνια ατροφική γαστρίτιδα με ή χωρίς εντερική μεταπλασία έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου.

Η ύπαρξη γαστρίτιδας στα παρασκευάσματα καρκίνου του στομάχου είναι συχνή και κατά πάσα πιθανότητα αυτή προϋπήρχε και δεν είναι αποτέλεσμα της νόσου. Ανάλογες υποθέσεις υπάρχουν και εξηγούν την αχλωρυδρία που υπάρχει ορισμένες φορές επί καρκίνου του στομάχου και που οφείλεται στη χρόνια γαστρίτιδα και όχι στον καρκίνο. Τέλος η παλαιότερη αναφερόμενη σχέση του καρκίνου του στομάχου με την κακοήθη αναιμία δεν φαίνεται να αποτελεί πρόβλημα σήμερα αφού η αντιμετώπισή της με βιταμίνη B<sub>12</sub> φαίνεται να προλαμβάνει την ανάπτυξη καρκίνου.

**στ) Προηγηθείσα 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.<sup>6</sup>

Η επίδραση της διατροφής στην ανάπτυξη του καρκίνου έχει πολλαπλά ερευνηθεί στα τελευταία είκοσι χρόνια, και στο εργαστήριο



με βασικές ερευνητικές προσεγγίσεις στις ουσίες που λαμβάνονται καθημερινά κατά την διάρκεια των γευμάτων αλλά και σε επιδημιολογικό επίπεδο σε παγκόσμια βάση με τις διαφοροποιήσεις των εθνολογικών ιδιαιτεροτήτων.

Το κυριότερο σημείο που πρέπει να αναφερθεί αρχικά είναι ότι με την λέξη «διατροφή» μπορεί να εννοηθεί το σύμμεκτο των τροφών που παίρνουμε σε καθημερινή βάση είτε με τη μορφή στερεών, είτε με τη μορφή υγρών. Στα υγρά συμμετέχει και το οινόπνευμα με τα υποκατάστατα τους δηλαδή κρασί ή μπίρα.<sup>17</sup>

Η διατροφή, λοιπόν του ανθρώπου εμπεριέχει σημαντικό βαθμό καρκινογόνων, φυσικών, τεχνητών, αλλά και αυτών που σχηματίζονται κατά το μαγείρεμα ή συντήρηση τροφίμων. Υπολογίζεται ότι ο άνθρωπος καταπίνει κάθε μέρα 2-2,5 γραμμάρια καμένης οργανικής ύλης με το μαγειρεμένο φαΐ. Σημαντικό μέρος της ύλης αυτής είναι καρκινογόνες χημικές ουσίες. Διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, άλατα και πρωτεΐνες είναι υπεύθυνη για αυξημένα ποσοστά καρκίνων του παχέος εντέρου και του στομάχου.<sup>18</sup>

Από τις πολυάριθμες επιδημιολογικές έχει βρεθεί σημαντική συσχέτιση του καρκίνου του στομάχου με την κατανάλωση ζωικών λιπών, ενώ μειωμένος κίνδυνος υπάρχει όταν γίνεται κατανάλωση δημητριακών, φρούτων και λαχανικών.

Ο καφές, τα οينوπνευματώδη ποτά και η κατανάλωση συντηρημένων τροφίμων συμβάλλουν σε μικρότερο, αλλά σημαντικό βαθμό στην ανάπτυξη καρκίνων του πεπτικού συστήματος ιδιαίτερα τα οينوπνευματώδη ποτά θεωρούνται ένας από τους σημαντικότερους

συνεργικούς παράγοντες μαζί με το κάπνισμα ή ορισμένα είδη διατροφής, για την ανάπτυξη καρκίνων στον άνθρωπο.

Άλλα αίτια που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου του στομάχου θεωρούνται το γάλα, το σογιέλαιο, ο ψευδάργυρος, ο χαλκός, οι αλμυρές τροφές. Η μεγάλη κατανάλωση άλατος συμβάλλει στο σχηματισμό των νιτροζαμιδών διότι στο υπέρτονο περιβάλλον του στομάχου αναπτύσσονται τα ελικοβακτηρίδια, που προάγουν την ένωση των νιτρωδών με τις αμίνες σε νιτροζαμίνες, οι τροφές περιέχουν νιτρικά που ανάγονται εκτός του στομάχου που έχει ευαισθητοποιηθεί λόγω της μεταβολής του Ph των γαστρικών υγρών και προάγεται η ανάπτυξη του καρκίνου.

Η βιταμίνη C παρεμποδίζει το σχηματισμό νιτροζαμινών.

Ακόμη η ρύπανση των θαλασσών, ποταμών, λιμνών από τοξικά απόβλητα και φυσικά από ουσίες που είναι καρκινογενές χημικές ουσίες. Η βιοσυσσώρευση έχει σαν αποτέλεσμα την ρύπανση της τροφής του ανθρώπου. Επίσης η ραδιενεργός ρύπανση (ατύχημα Τσέρνομπιλ) του περιβάλλοντος συμβάλλει στη ραδιενεργό ρύπανση της τροφής, ιδιαίτερα του κρέατος, των δημητριακών και του γάλακτος.<sup>19</sup>

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Ο καρκίνος του στομάχου αναπτύσσεται σε περιβάλλον υποχλωρίδριας ή αχλωρύδριας και συνεπώς δυσπεπτικές διαταραχές πρέπει να θεωρούνται δεδομένες. Η επιμέρους συμπτωματολογία εξαρτάται από τη θέση ανάπτυξης του όγκου και από τη μακροσκοπική παθολογοανατομική του μορφολογία.

**Α. Γαστροοισοφαγική συμβολή.** Ένας εκβλαστητικός και ιδιαίτερα ένας διηθητικός όγκος είναι δυνατό να αποφράξει τον οισοφάγο και να προκαλέσει δυσφαγία άλλοτε άλλου βαθμού.

**Β. Θόλος στομάχου.** Ανεξάρτητα από τη μορφολογία του όγκου η εμφάνιση κλινικής συμπτωματολογίας καθυστερεί, η δε διάγνωση συνήθως γίνεται σε προχωρημένα στάδια. Ακόμη και ευμεγέθεις εκβλαστητικοί ή εκτεταμένα διηθητικοί όγκοι παραμένουν ασυμπτωματικοί. Δυσφαγία εμφανίζεται σχετικά αργά. Ελκωτικοί ή εκβλαστητικοί όγκοι προκαλούν αναιμία λόγω χρόνιας μικροσκοπικής αιμορραγίας, ή σπανιότερα αιματέμεση λόγω μεγαλύτερης αιμορραγίας.

**Γ. Σώμα.** Ελκωτικοί όγκοι προκαλούν άλγος που δύσκολα διαφοροδιαγιγνώσκεται από το άλγος ενός καλοήθους έλκους του στομάχου. Αιμορραγία εκδηλώνεται είτε υπό μορφή γαστρορραγίας είτε ως αναιμία από χρόνια απώλεια αίματος. Η διήθηση όλων των χιτώνων του στομάχου συνεπάγεται συγκεκαλυμμένη διάτρηση, με ή χωρίς σχηματισμό αποστήματος, ή επέκταση κατά συνέχεια ιστού σε παρακείμενα όργανα (πάγκρεας, γαστροκολικό συρίγγιο). Ένας εκβλαστητικός όγκος του σώματος του στομάχου είναι συνήθως ασυμπτωματικός, μέχρι να λάβει διαστάσεις τέτοιες, ώστε να προκαλεί αίσθημα πληρότητας και δυσπεπτικά ενοχλήματα. Ο όγκος μπορεί να προβάλλει κάτω από το πλευρικό τόξο και να είναι ψηλαφητός στο επιγάστριο, ιδιαίτερα σε ισχνά άτομα. Αναιμία από μικροσκοπική αιμορραγία συμπληρώνει την κλινική εικόνα. Μικροί διηθητικοί όγκοι του σώματος δεν προκαλούν συμπτώματα· η απώλεια αίματος είναι ελάχιστη, ενώ αίσθημα κορεσμού εμφανίζεται όταν πλέον η διήθηση είναι τόσο εκτεταμένη, ώστε να παρακωλύεται η δραστηριότητα του

στομάχου. Και πάλι την κύρια συμπτωματολογία αποτελούν ακαθόριστα ενοχλήματα.

**Δ. Πυλωρικό άντρο.** Η κλινική εικόνα ελκωτικών καρκίνων είναι παρόμοια με εκείνη των άλλων περιοχών του στομάχου. Εκβλαστητικοί όγκοι είναι δυνατό να εμποδίζουν τη δίοδο της τροφής στο δωδεκαδάκτυλο. Πραγματική πυλωρική στένωση όμως προκύπτει κυρίως από την ανάπτυξη διηθητικών όγκων. Η ατελής ή καθυστερημένη κένωση του στομάχου προκαλεί αίσθημα πληρότητας, ανορεξία και απώλεια βάρους, το χαρακτηριστικό όμως σύμπτωμα είναι οι εμετοί που ανακουφίζουν προσωρινά τον ασθενή. Τα εμέσματα είναι δύσοσμα, με άπεπτες τροφές και πιθανώς με πρόσμιξη αίματος, όπως και στην πυλωρική στένωση από καλοήθες έλκος δεν περιέχουν χολή.<sup>20</sup>

### **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Τα συμπτώματα του καρκινώματος του στομάχου συχνά συγχέονται 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 διαφοροδιαγιγνώσκεται από του καρκινώματος. Η εμφάνιση αιμορραγίας, ιδιαίτερα μαζικής είναι συχνότερη. Οι παραπάνω όγκοι ευθύνονται για το 1,5% 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.

Επομένως η διάγνωση της νόσου, ιδιαίτερα σε στάδιο που να επιτρέπει αισιόδοξη πρόγνωση μετά τη θεραπευτική της αντιμετώπιση, εξαρτάται κυρίως από το διαγνωστικό αισθητήριο του κλινικού ιατρού. Τα διαγνωστικά μέσα που διαθέτουμε σήμερα είναι ο ακτινολογικός έλεγχος διπλής αντίθεσης, η γαστροσκόπηση με βιοψία και η κυτταρολογική, όπως αναφέραμε, εξέταση και έχουν μεγάλη διαγνωστική ακρίβεια αφού χαρακτηρίζονται από υψηλή ευαισθησία και εξειδίκευση.<sup>6</sup> (Μπάλας σύγχρονη διαγνωστική και θεραπευτική)

Συγκεκριμένα ο ακτινολογικός έλεγχος του στομάχου είναι διαγνωστικός για αρκετούς όγκους, αλλά συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό ψευδώς αρνητικών ευρημάτων (20%), ιδίως για μικρούς διηθητικούς όγκους. Η ανάδειξη ελκωτικής βλάβης απαιτεί τη διαφορική διάγνωση από καλοήθες έλκος, με γαστροσκόπηση και βιοψία. Ο ενδοσκοπικός έλεγχος αποτελεί την κατ' εξοχή διαγνωστική μέθοδο για τον καρκίνο του στομάχου, αλλά πρέπει πάντα να συνοδεύονται από τη λήψη πολλαπλών (8-10) βιοψιών. Ο συνδυασμός ενδοσκόπησης,

βιοψιών και κυτταρολογικής εξέτασης παρουσιάζει διαγνωστική ακρίβεια που πλησιάζει το 98%<sup>16</sup>

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ειδικότερα η διάγνωση γίνεται με :

1. Πλήρη κλινική εξέταση
2. Κυτταρολογική εξέταση του γαστρικού υγρού.
3. Ενδοσκόπηση.
4. Βιοψία.
5. Ακτινογραφία ή ακτινοσκόπηση του στομάχου.
6. Αξονική τομογραφία
7. Σπινθηρογράφημα

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

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

**Βασικές εξετάσεις στομάχου. (Αναλυτικότερα)**

1.Γαστροσκόπηση. Επιτρέπει την έρευνα του εσωτερικού του στομάχου. Χρησιμοποιείται το εύκαμπτο γαστροσκόπιο των WOLF – CHINDLER, το οποίο επιτρέπει έρευνα, φωτογράφιση, κινηματογράφιση του εσωτερικού του στομάχου, καθώς και βιοψία.

2.Ραδιοϊσότοπα. τα ραδιοϊσότοπα που χρησιμοποιούμε για την διάγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι :

α.Ραδιενεργός σίδηρος  $F^{59}$ . Χρησιμοποιείται για την μελέτη του γαστρεντερικού συστήματος και χορηγείται σε ασθενείς νηστικούς.

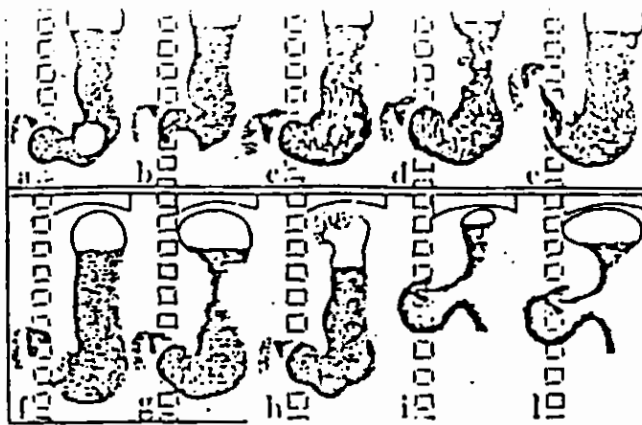
Για την μελέτη απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα απαιτείται συλλογή κοπράνων για επτά (7) μέρες και λήψη δειγμάτων αίματος.

β.Ραδιενεργό χρώμιο CR61. Προσδιορίζει την απώλεια αίματος από τον γαστρεντερικό σωλήνα.

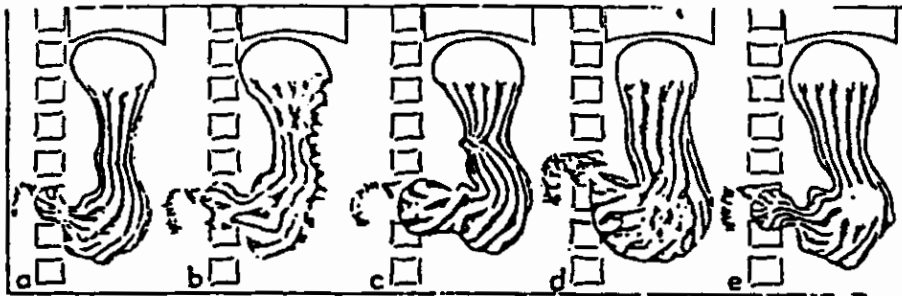
3.Σπινθηρογράφημα. Μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης καρκίνου του γαστρικού βλεννογόνου.

### **Πρόγνωση**

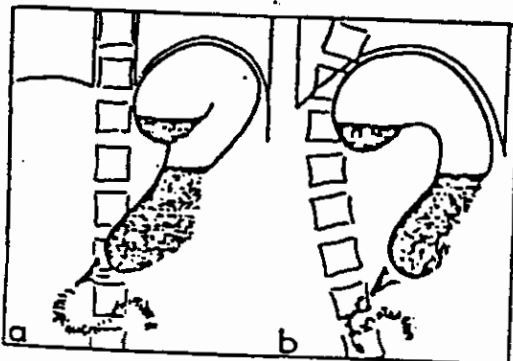
Η πρόγνωση γενικά είναι δυσμενής γιατί οι περισσότεροι άρρωστοι όταν προσέρχονται στον γιατρό είναι ήδη αργά, ώστε η πάθηση να είναι ανεγχείρητη. Σ' αυτό συντελούν τα ασαφή και ύπουλα συμπτώματα των αρχικών σταδίων της νόσου αυτής.<sup>21</sup>



Διαφορετικές εικόνες από ακτινογραφίες στομάχου μετά από βαριούχο .

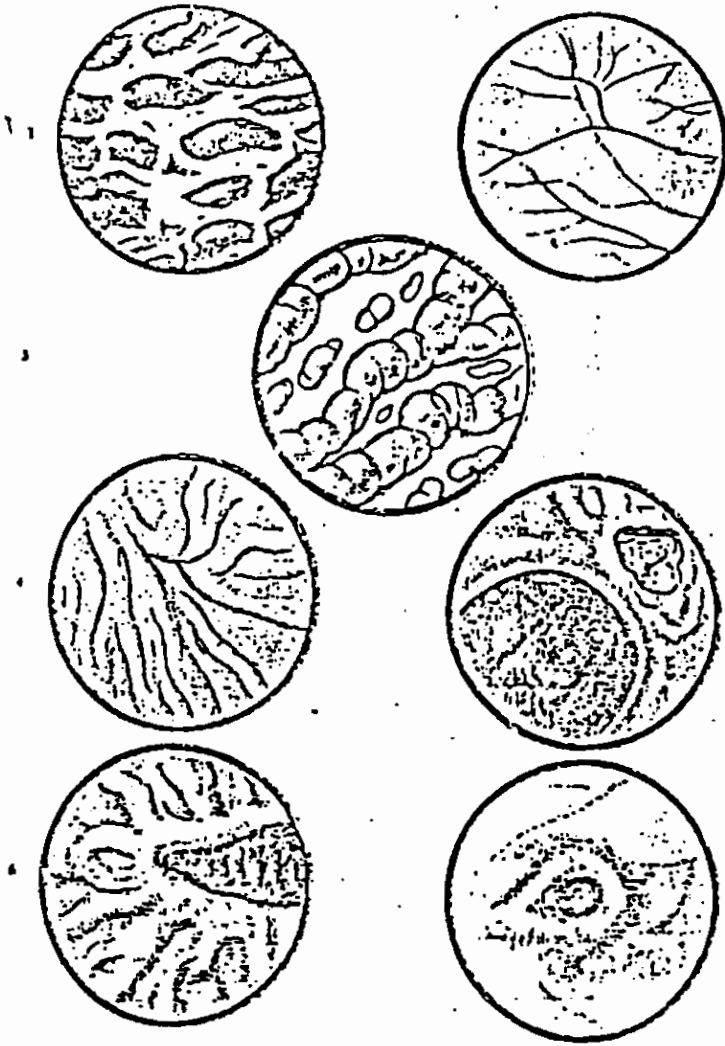


Κακώσεις στις ραβδώσεις του στομάχου.

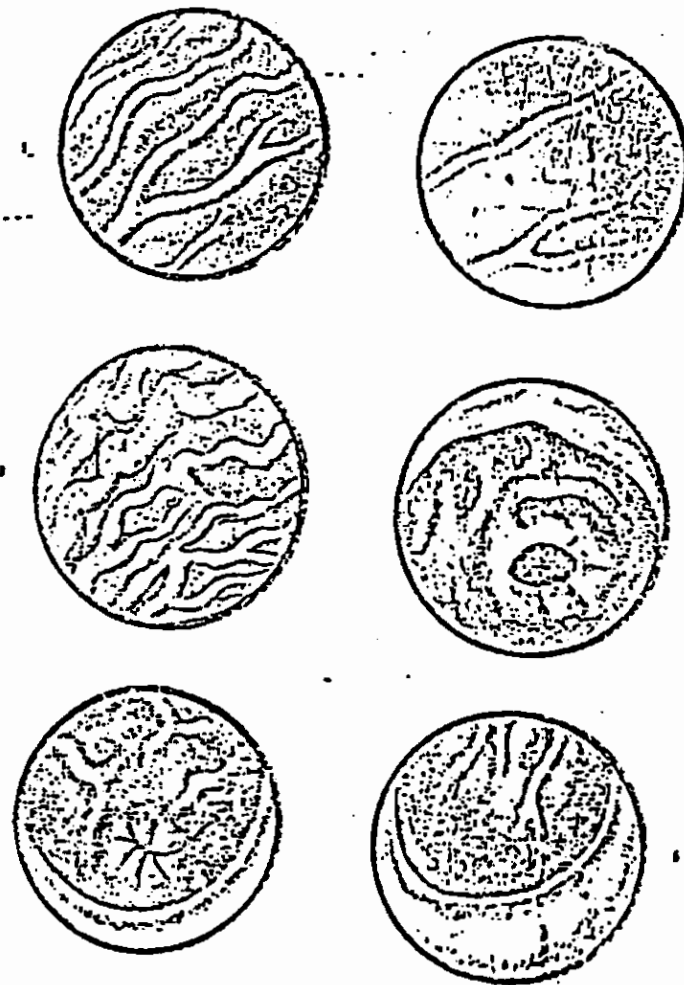


Ψέσεις του στομάχου ανάλογα με το διαφωτισμό .

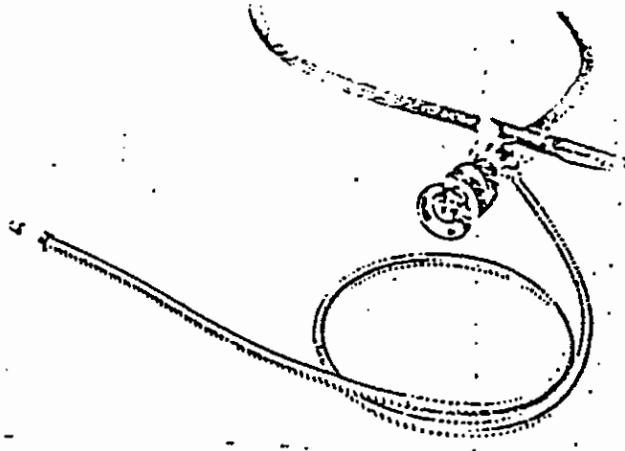




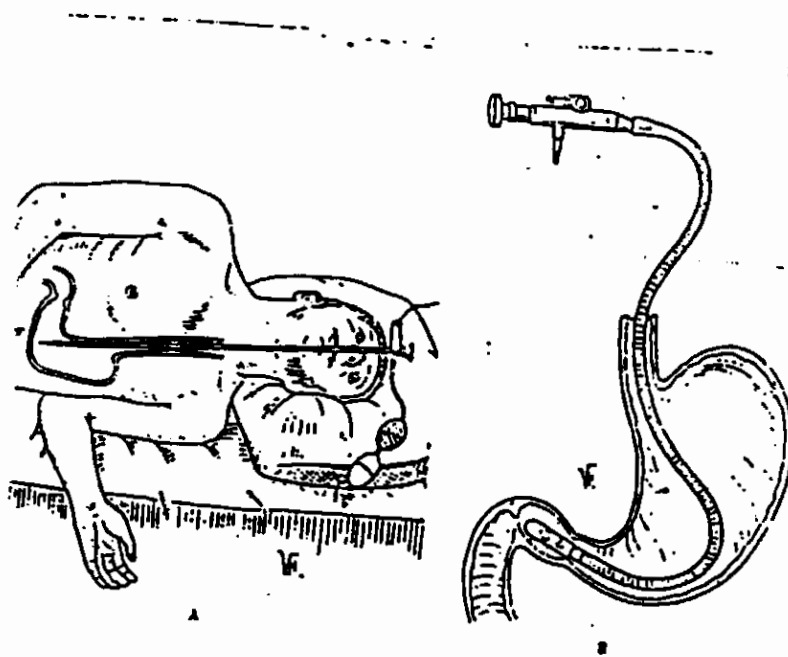
Γαστροσκοπικές εικόνες παθολογικού στομάχου.



Γαστροσκοπικές εικόνες φυσιολογικού στομάχου.



Γαστροσκόπιο.



Θέση του ασθενή για την τοποθέτηση του γαστροσκοπίου του SCHINDLER .

Γαστροσκόπιο του HIRSCHOWITZ .

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του καρκίνου του στομάχου, στο βαθμό που είναι σήμερα δυνατή, είναι καθαρά χειρουργική, και τα αποτελέσματά της εξαρτώνται αποκλειστικά από το στάδιο που βρίσκεται η νόσος και επομένως από την έγκαιρη διάγνωση. 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 στα ακόλουθα ερωτήματα : Είναι ο όγκος χειρουργήσιμος; Μπορεί ο όγκος να εξαιρεθεί ριζικά; Υπάρχει ένδειξη παρηγορητικής θεραπείας;

Τα καθοριστικά στοιχεία που θα δώσουν την απάντηση στο πρώτο ερώτημα, εκτός από τη γενική κατάσταση του αρρώστου, είναι η ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων (αδένες Vinchow, Blumer' s self,ηπατικές μεταστάσεις) ή καρκινωματοδούς ασκίτη ή ακόμη η ένδειξη ύπαρξης ηπατικών μεταστάσεων με τα σύγχρονα scan. Το τελευταίο δεν μπορεί να θεωρηθεί μόνο του σαν απόλυτα αποτρεπτικός παράγοντας για την εκτέλεση ερευνητικής λαπαροτομίας, αλλά πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα υπόλοιπα στοιχεία της κλινικής και εργαστηριακής έρευνας του αρρώστου.

Αν ο όγκος κριθεί χειρουργήσιμος προγραμματίζεται ερευνητική λαπαροτομία, αλλιώς προβάλλει το τρίτο ερώτημα που θα δούμε παρακάτω.

Το δεύτερο ερώτημα, η ριζικότητα δηλαδή ή όχι της εκτομής προβάλλει κατά τη λαπαροτομία. Διήθηση του ηπατοδωδεκαδακτυλικού συνδέσμου, του διαφράγματος ή των μεγάλων αγγείων (αορτή) σημαίνει

ότι ο όγκος δεν είναι εξαιρεσιμος. Επίσης είναι άσκοπη η εκτομή αν υπάρχουν διάσπαρτες μεταστάσεις στο περιτόναιο ή σε άλλα σπλάχνα.

Η επέκταση σε παρακείμενα όργανα δεν αποκλείει την en block ριζική αφαίρεση του όγκου (πάγκρεας, εγκάρσιο κόλο, ακόμη και ήπαρ εφόσον στο τελευταίο δεν υπάρχουν πολλαπλές διάσπαρτες μεταστάσεις αλλά μια μονήρης).

Εφόσον η ριζική αφαίρεση του όγκου είναι δυνατή, ακολουθεί ευρεία υφολική γαστρεκτομή (80% του στομαχικού) για όγκους που εντοπίζονται ψηλότερα (σώμα στομάχου). Για τους όγκους της καρδιακής μοίρας και του θόλου μπορεί πολλές φορές να εκτελεστεί ανώτερη γαστρεκτομή.

Η διεργασία σε όλες τις περιπτώσεις και ανεξάρτητα από την εντόπιση του όγκου ολικής γαστρεκτομής, ιδέα που επικράτησε για μια περίοδο με σκοπό την αύξηση της ριζικότητας, έχει σήμερα εγκαταλειφθεί. Προτιμούνται περιορισμένες εκτομές επί υγιών ιστών με συναφαίρεση των επιχωρίων λεμφαδένων, του επιπλόου και των παρακείμενων ιστών που τυχόν έχουν προσβληθεί.

Η αποκατάσταση της πεπτικής συνέχειας μετά από την υφολική γαστρεκτομή γίνεται με γαστρονησιδική αναστόμωση κατά Billroth) μετά από ανώτερη γαστρεκτομή με γαστροοισοφαγική αναστόμωση και πυλωρωπλαστική, γιατί διατέμνονται τα πνευμονογαστρικά και μετά από ολική γαστρεκτομή με οισοφαγονηστική αναστόμωση τόσο με απλές όσο και με πολύπλοκες τεχνικές.

Η ανάγκη συναφαίρεσης του σπληνός κατά τις επεμβάσεις για καρκίνο του στομάχου είναι συζητήσιμη. Έτσι, στις υφολικές

γαστρεκτομές, όταν δεν είναι διηθημένοι οι λεμφαδένες η αφαίρεση δεν είναι αναγκαία. Αντίθετα στις ανώτερες και τις ολικές γαστρεκτομές ο σωλήνας πρέπει να συναφαιρείται.

Ένδειξη για παρηγορητική εκτομή υπάρχει όταν κατά τη λαπαροτομία αποδειχθεί ότι δεν είναι δυνατή η ριζική εκτομή, αλλά ο όγκος μπορεί να αφαιρεθεί. Η περιορισμένη αυτή παρηγορητική εκτομή προσφέρει καλύτερη ανακούφιση από τα ενοχλήματα. (πόνος κ.λ.π.), καλύτερη προστασία από μελλοντικές επιπλοκές (αιμορραγία, διάτρηση) και λύνει το πρόβλημα της διατροφής κατά τον καλύτερο τρόπο. Αλλιώς, εφόσον δεν υπάρχει πρόβλημα διατροφής του αρρώστου, νομίζουμε ότι δεν υπάρχει θέμα για παραπέρα χειρισμούς.

Το τρίτο ερώτημα αφορά τις ενδείξεις εγχείρησης για παρηγορητική θεραπεία. Τέτοια ένδειξη αποτελούν μόνο η ύπαρξη προβλημάτων διατροφής (δυσφαγεία επί όγκων που εντοπίζονται στο θόλο ή την καρδιακή μοίρα του στομάχου, ή πυλωρική στένωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης). Στις περιπτώσεις αυτές αν ο όγκος είναι εξαιρέσιμος η παρηγορητική περιορισμένη γαστρεκτομή είναι η καλύτερη λύση, όπως αναφέραμε. Αν ο όγκος δεν είναι εξαιρέσιμος τότε πρέπει να παρακαμφθεί ή αν βρίσκεται ψηλά (θόλος – καρδιά) να διασωληνωθεί. Εντούτοις και οι παρακάμψεις (π.χ. γαστροεντεροαναστόμωση επί καρκίνου πυλωρικής εντόπισης) παρουσιάζουν συχνά προβλήματα λειτουργικότητας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού είναι ίσως μια ιδέα η κατασκευή της Γ.Ε.Α. μετά προηγούμενο αποκλεισμό του όγκου. Αλλά και οι διασωληνώσεις παρουσιάζουν συχνά προβλήματα (οι σωλήνες που

χρησιμοποιούνται φράζουν ή φεύγουν από τη θέση τους) και επιπλοκές (εισρόφηση, πνευμονία).

Γενικά, όπως βέβαια και ο ορισμός τους, οι παρηγορητικές εγχειρήσεις (με εξαίρεση τις παρηγορητικές περιορισμένες εκτομές) είναι λύσεις ανάγκης και γι' αυτό πιστεύουμε ότι ένδειξη για την εφαρμογή τους υπάρχει μόνο για τους αρρώστους που παρουσιάζουν προβλήματα διατροφής.

Σαν παρηγορητικές εγχειρήσεις χρησιμοποιήθηκαν επίσης η γαστροστομία και η νηστιδοστομία, οι οποίες όμως δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση στους αρρώστους παρά μόνο λύνουν προσωρινά το πρόβλημα της διατροφής τους.

Συμπληρωματικά προς τη χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται σήμερα η χημειοθεραπεία, που είναι και η μόνη λύση στις περιπτώσεις ανεγγχείρητου και μη εξαιρέσιμου όγκου καθώς επίσης και η ακτινοθεραπεία.

Η εγχειρητική θνησιμότητα είναι μικρότερη για τις ριζικές εκτομές απ' ό τι για τις παρηγορητικές εγχειρήσεις.<sup>6</sup>

Η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται περί το 10-12%, κυρίως λόγω της καθυστερημένης διάγνωσης της νόσου. Αντίθετα η πενταετής επιβίωση αρρώστων με αρχόμενο γαστρικό καρκίνο υπερβαίνει το 90%

Τα κυτταροστατικά δε φαίνεται να ασκούν επίδραση στο γαστρικό καρκίνο. Γι' αυτό στον ανεγγχείρητο καρκίνο η θεραπεία είναι συμπτωματική, δηλαδή με διεγερτικά της ορέξεως και χορήγηση κατάλληλης εύπεπτης τροφής με καταπραϋντικά του πόνου, αντιεμετικά και με ενίσχυση της αισιοδοξίας.<sup>13</sup>

## **ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### 1.Είδη

#### α.φάρμακα κυττάρων κύκλου

##### 1.αντιμεταβολίτες

##### 2.Φυτικά αλκαλοειδή

#### β.φάρμακα μη ειδικά του κυτταρικού κύκλου.

##### 1.Αλκυλιωτικοί παράγοντες

##### 2.Αντιβιοτικά κατά των όγκων

##### 3.Ορμονικοί παράγοντες

##### 4.Νιτροζουρίες

### 2.Χορήγηση

α.Τρόπος χορήγησης : από το στόμα, τυπικά, ενδοφλέβια, ενδομυϊκά, υποδόρια, αρτηριακά, από την πυλαία και ενδοτραχειακά.

β.Δοσολογία : ανάλογα με τη σωματική επιφάνεια του ασθενούς, την προηγούμενη αντίδραση στη χημειοθεραπεία ή στην ακτινοβολία και τη φυσική του κατάσταση

### γ.Διατροφή

1.Περιορίστε τη ναυτία και τον εμετό με χαλάρωση του ασθενούς, ρύθμιση της διατροφής του, πρόληψη των δυσάρεστων οσμών και ήχων και χορήγηση αντιεμετικών και ηρεμιστικών κατόπιν ιατρικής συνταγής.

2.Ελέγξετετα επίπεδα υγρών και ηλεκτρολυτών συχνά και ενθαρρύνετε την επαρκή λήψη υγρών.



δ.Πρόληψη μολύνσεων : μειώστε τον κίνδυνο της μόλυνσης χρησιμοποιώντας άσηπτες διαδικασίες με ομαλό χειρισμό του ασθενούς, έλεγχο των εργαστηριακών εξετάσεων και αναφορά των σημαντικών μεταβολών στον κατάλληλο γιατρό.

#### **Δ. Τροποποιητές βιολογικής αντίδρασης**

##### 1.Είδη

α.Ιντερφερόνη : μπορεί να διεγείρει το ανοσοποιητικό σύστημα ή να καταστείλει την ανάπτυξη των όγκων. Επίσης βελτιώνει την παραγωγή αντισωμάτων και λεμφοκυττάρων και καταστείλει τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων.

β.Μονοκλωνικά αντισώματα : βοηθούν στην καταστροφή των όγκων όταν συνδυάζονται με ραδιενεργή ουσία, χημειοθεραπεία, ορμόνες, λεμφοκίνες και ιντερφερόνη.

γ.Λεμφοκίνες και κυτταροκίνες.

1.Ιντερλευκίνη – 2 (I1-2) : διεγείρει την παραγωγή και ενεργοποίηση αρκετών μορφών λεμφοκυττάρων τύπου T. Συνδυάζεται με null λεμφοκύτταρα ώστε να καταστεί σαφώς με ενεργοποίηση των λεμφοκινών και μπορεί να καταστρέψει τα καρκινικά κύτταρα.

2.Διεγερτικοί παράγοντες : διεγείρουν την παραγωγή όλων των κυττάρων του αίματος. Μπορούν να βοηθήσουν στην αναστροφή της καταστολής του μυελού των οστών.

3. Παράγοντας νέκρωσης των όγκων (TNF) : προξενεί κυτταρική λύση.

##### 2.Χορήγηση

α. Η θεραπεία λαμβάνει χώρα σε ερευνητικό στάδιο λόγω της πειραματικής φύσης βιολογικών τροποποιητών.

β. Η θεραπεία εστιάζεται στην αποκατάσταση, τη διέγερση και την ενίσχυση της φυσιολογικής ανοσοποιητικής άμυνας.

Ε. Νοσοκομειακό πρόγραμμα που αφορά πολλές ιατρικές ειδικότητες εστιάζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και του πόνου όταν η θεραπεία ή γ υποχώρηση των συμπτωμάτων δεν είναι πλέον πιθανή.

2. Η νοσηλεύτρια δίνει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, πνευματική υποστήριξη και φροντίδα στον ασθενή και στην οικογένεια του ενώ τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στο ρόλο, τις αλλαγές στην οικογενειακή δομή, τη λύπη και την απώλεια μέχρι και 1 χρόνο μετά τον θάνατο του ασθενούς.<sup>19</sup>

### 3. Τοξικότητα.

α. Γενικά : αλωπεκία, κόπωση, εύκολες εκχυμώσεις

β. Γαστρεντερικό σύστημα : ναυτία, εμετός, αλλοιωμένη γεύση, στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα, ανορεξία και διάρροια.

γ. Αιμοποιητικό σύστημα : αυξημένος κίνδυνος μόλυνσης, αιμορραγία, αναιμία, ελαττωμένη δραστηριότητα του μυελού των οστών, ελαττωμένα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια.

δ. Νεφροί : βλάβη των νεφρών, αιμορραγική κυστίτιδα.

ε. Καρδιοπνευμονικό σύστημα : μη αναστρέψιμη καρδιακή τοξικότητα, μη αναστρέψιμη πνευμονική βλάβη, πνευμονική ίνωση.

στ. Αναπαραγωγικό σύστημα : νευρολογική βλάβη (με φυτικά αλκαλοειδή), περιφερική νευροπάθεια, απώλεια των εν τω βάθει και

τενοντίων αντανακλαστικών, παραλυτικός ειλεός, συνήθως αναστρέψιμος.

#### 4.Νοσηλευτικά σημεία

##### α.Εκπαίδευση και υποστήριξη

1.Εξηγήστε ολόκληρη τη διαδικασία χημειοθεραπείας και απαντήστε σε ερωτήσεις στο επίπεδο που μπορεί να καταλάβει ο ασθενής.

2.Συζητήστε τις τακτικές για την ανακούφιση του πόνου. Βεβαιώστε και ενθαρρύνετε τον ασθενή.

##### β.Φροντίδα του δέρματος και του τριχωτού της κεφαλής.

1.Διατηρήστε την ακεραιότητα του δέρματος αποφεύγοντας εντριβές, ξύρισμα, θερμότητα, κρύο, αλοιφές και κρέμες.

2.Συζητήστε με τον ασθενή πιθανή απώλεια μαλλιών. Συμβουλευστε τον ασθενή να αποφεύγει το συχνό λούσιμο, χτένισμα,.....

Τα κυριότερα σημεία παρακολούθησης του ασθενούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας από τους νοσηλευτές είναι :

-Ζωτικά σημεία του αρρώστου

-Επίπεδο ενυδάτωσής του

-Συχνότητα και μέγεθος του εμετού

-Χρώμα και σύσταση του εμετού (παρουσία χολής ή αίματος)

-Χρόνιος διάρκεια της ναυτίας

-Χρόνιος εμφάνιση του εμετού από την έναρξη της θεραπείας

-Παράγοντες επιδείνωσης ή ανακούφισης του εμετού

— Πως ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνει και αντιμετωπίζει τα προβλήματα που δημιουργούνται

Θεωρείται σημαντικό κατά την παρακολούθηση των αντιδράσεων του ασθενή να δίνουμε την ευκαιρία σε κάθε ασθενή να περιγράψει ο ίδιος ότι αισθάνεται με το δικό του τρόπο. Έχει διαπιστωθεί ότι μερικοί ασθενείς χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους να μειώσουν την αίσθηση της ναυτίας και του εμετού όπως τεχνικές χαλάρωσης, ακρόαση μουσικής, δημιουργία θετικής εικόνας για το άτομό του, αυτούπνωση.

Πρέπει να καταγράφονται οι επιθυμίες και οι απέχθειες των ασθενών όσον αφορά το φαγητό, έτσι ώστε να αποφευχθεί η πρόκληση του εμετού που προξενεί απλά και μόνο από τη μυρωδιά των φαγητών.

Ο ψυχογενής εμετός είναι ένα πρόβλημα για σημαντικό αριθμό ασθενών και υποτιμάται γιατί πολλοί ασθενείς δεν ανέφεραν τα συμπτώματά τους. Πολλοί ασθενείς δεν αναφέρουν τα συμπτώματά τους για να μην χαρακτηριστούν «παράξενου» και «παράλογο»<sup>15</sup>

Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας ~~επιδόσεων~~ ~~πρόβλεψη~~

1)Γίνεται ομαδική (μέλη της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχει ο άρρωστος και η οικογένειά του) προσέγγιση του αρρώστου και καταβάλλεται προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για τη βοήθειά του σαν μια ενιαία οντότητα που την απασχολούν θέματα φυσικά (σωματικά), συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά.

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

3.Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μάθησης κατά την εκπαίδευση του αρρώστου ώστε να αποδεχθεί να εφαρμόσει τη θεραπεία, και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

4.Προσφέρεται στον άρρωστο ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία, για περισσότερη ενημέρωση.

5.Γίνεται γενική αξιολόγηση του αρρώστου για τη θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, τη συναισθηματική κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνεται επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.<sup>26</sup>

### ***ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ***

Η γαστρική χειρουργική συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό άμεσων και αργότερων επιπλοκών, πολλές από τις οποίες είναι αρκετά σοβαρές και οι οποίες, ιδιαίτερα οι απώτερες, είναι ανάλογες με το βαθμό των αλλαγών που προκαλούνται από την εγχείρηση στην ανατομία και τη φυσιολογία του στομάχου.

Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι :

Α.Άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές :

1.Μετεγχειρητική αιμορραγία

2.Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

3.Ίκτερος

4.Διάσπαση του δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος

5.Μετεγχειρητική διάρροια

6.Μετεγχειρητική διάταση του στομάχου (γαστρική στάση)

7.Δυσφαγία

B.Απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές

1.Υποτροπή του έλκους

2.Σύνδρομο Dumping

3.Χολώδεις εμετοί

-Σύνδρομο προιούσας έλικας

-Αλκαλική γαστρίτιδα

4.Διάρροια

5.Διαταραχές της θρέψης

6.Διαφραγματοκήλη

7.Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος

---

## **A.ΑΜΕΣΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

### **1.Μετεγχειρητική αιμορραγία**

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

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

Η αντιμετώπιση της είναι αρχικά συντηρητική (κένωση του στομάχου, πλύσεις με ψυχρό φυσιολογικό ορό, μετάγγιση αίματος). Αν η αιμορραγία επιμένει και επηρεάζει τη γενική κατάσταση του αρρώστου, επιβάλλεται η επανεγχείρηση για τον έλεγχό της.

### 2. Οξεία μετεγχειρητική παγκρεατίτιδα

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

Προφυλακτικά επιβάλλεται η αποφυγή τραυματισμού του παγκρέατος κατά την εγχείρηση.

### 3. Ίκτερος

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.<sup>22,23</sup>

### 4. Διάσπαση δωδεκαδακτυλικού κολοβώματος.

Είναι η συχνότερη και σοβαρότερη 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 δωδεκαδακτύλου, 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 4<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα, όσο δε πρωϊμότερα 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 κοιλιά 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 κοιλιά 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.13,14

### **5.Μετεγχειρητική διάρροια.**

Η πρώιμη μετεγχειρητική διάρροια μπορεί να εμφανιστεί 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.



## 6. Οξεία μετεγχειρητική διάταση του στομάχου

Πρακτικά πρόκειται για οξεία σοβαρή λειτουργική απόφραξη του στομάχου, που δεν μπορεί να προωθήσει το περιεχόμενό 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 επιπλοκής.

Εμφανίζεται σπάνια μετά από γαστρεκτομή. Ήταν συνηθέστερη παλαιότερα όταν εφαρμόστηκε η απλή βαγοτομή χωρίς παροχετευτική επέμβαση. Συνήθως υποχωρεί μέσα σε λίγες ημέρες κατά την διάρκεια των οποίων επιβάλλεται η συνεχής ρινογαστρική αναρρόφηση, η διατήρηση του ισοζυγίου ύδατος και ηλεκτρολυτών και η παρεντερική διατροφή του αρρώστου. Αν οφείλεται σε οργανικά αίτια η κλινική εικόνα επιμένει και η επανεπέμβαση γίνεται αναγκαία.

## 7. Δυσφαγία

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.

## Β. ΑΠΩΤΕΡΕΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

### 1. Μετεγχειρητικό πεπτικό έλκος (Μ.Π.Ε)

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

Αιτιολογία :-υπεροξύτητα (επίδραση του όξινου γαστρικού χυμού στη ΓΕΑ), -τεχνικά σφάλματα (π.χ. ανεπαρκής σε έκταση γαστρεκτομή), -σύνδρομο Zollinger-Ellison. Χαρακτηρίζεται από γαστρική υπερέκκριση που οφείλεται σε νεοπλασματικούς όγκους που παράγουν γαστρίνη (γαστρινώματα) και οι οποίοι προέρχονται από τα μη εκκρίνοντα ινσουλίνη κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος και από κεραυνοβόλο ελκογόνο διάθεση.

Ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα του Μ.Π.Ε. εντοπίζεται στην ανώτερη μοίρα του επιγαστρίου και στο αριστερό υποχόνδριο. Γίνεται εντονότερος με την λήψη τροφής, ενώ υποχωρεί με την λήψη αλκαλικών. Συχνά συνυπάρχουν εμετοί, ενώ στο 1/3 περίπου των αρρώστων εμφανίζεται αιμορραγία, η οποία είναι συχνά το πρώτο ή και το μόνο σύμπτωμα.

**Θεραπεία:** Η χορήγηση ανταγωνιστών των  $H_2$  υποδοχών της ισταμίνης (Cimetidine κ.λ.π.) οδηγεί σε επούλωση του Μ.Π.Ε. αλλά μετά τη διακοπή της θεραπείας η υποτροπή είναι συχνή. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ένδειξη χειρουργικής αντιμετώπισης. Κατά την επανεπέμβαση επιβάλλεται η αναζήτηση πιθανών σφαλμάτων ή παραλείψεων της προηγούμενης επέμβασης και η διόρθωσή τους.<sup>13</sup>

## 2. Σύνδρομο Dumping

Το σύνδρομο εμφανίζεται μετά από απλή ΓΕΑ, γαστρεκτομή και βαγοτομή, είτε με αντρεκτομή είτε συνδιασμένη με παροχετευτική επέμβαση, με άλλοτε άλλη βαρύτητα και συχνότητα. Έτσι είναι συχνότερο και βαρύτερο μετά γαστρεκτομή και σπανιότερο και ηπιότερο μετά βαγοτομή. Επί γαστρεκτομής ακολουθεί συχνότερα τη γαστρονηστιδική αναστόμωση (Billroth II) και σπανιότερα τη γαστροδωδεκαδακτυλική (Billroth I).

**Συμπτωματολογία :** Σε μικρό χρονικό διάστημα μετά το γεύμα (5-30%) αλλά και καμιά φορά κατά την διάρκεια του ο ασθενής εμφανίζει :

**Γαστρεντερικά συμπτώματα :** αίσθημα πληρότητας στο επιγάστριο, δυσφορία, έντονο περισταλισμό, βορβορυγμούς, διάρροια.

**Αγγειοκινητικές διαταραχές :** αδυναμία, ζάλη, ναυτία, εφίδρωση, ταχυκαρδία, υπνηλία, αίσθημα θερμού.

Πρόκειται επομένως για συνδυασμό γαστρεντερικών και αγγειοκινητικών διαταραχών. Η παρουσία και των δύο είναι απαραίτητη για να χαρακτηριστεί σύνδρομο του Dumping. Πάντως, είναι δυνατόν η μια ομάδα συμπτωμάτων να επικρατεί της άλλης, αλλά και η βαρύτητά τους δεν είναι πάντα η ίδια.

**Μηχανισμός του συνδρόμου :** Πολλές θεωρίες διατυπώθηκαν για την ερμηνεία του συνδρόμου, καμία όμως δεν είναι απόλυτα ικανοποιητική. Εκείνο που έχει αναμφισβήτητα αποδεχθεί είναι ότι σε όλες τις περιπτώσεις Dumping υπάρχει ταχεία κένωση του γαστρικού περιεχομένου στην αρχική νηστίδα, η οποία προκαλεί διάταση του εντέρου. Υπάρχει η άποψη ότι η απότομή αυτή είσοδος υπέρτονων

διαλυμάτων μέσα στην αρχική νησίδα, προκαλεί σημαντική μετακίνηση υγρών από το αίμα προς το έντερο με αποτέλεσμα την ελάττωση του ποσού του κυκλοφορούντος αίματος. Η ταυτόχρονη εμφάνιση αυξημένου αιματοκρίτη, πτώσεως της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του ποσού του κυκλοφορούντος αίματος στα σπλάχνα και ανώμαλης διακύμανσης του σακχάρου του αίματος, πιθανόν να σχετίζονται αιτιολογικά με την παθογένεια του συνδρόμου, πλην όμως αυτό δεν έχει πλήρως αποδειχθεί.

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε η ύπαρξη σημαντικών ποσών σεροτονίνη στον ορό των αρρώστων με σύνδρομο Dumping μετά από το γεύμα. Η χορήγηση φαρμάκων που ανταγωνίζονται τη σεροτονίνη προκαλεί βελτίωση των συμπτωμάτων σε αρκετούς ασθενείς και ενισχύει την άποψη της πιθανής συμμετοχής της στην αιτιολογία του συνδρόμου.

**Θεραπεία:** Στην αρχή ο ασθενής αντιμετωπίζεται συντηρητικά. Υποβάλλεται σε δίαιτα πλούσια σε λευκώματα και λίπος και πτωχή σε υδατάγθρακες. Συνιστάται να αποφεύγει τη λήψη υγρών κατά τη διάρκεια των γευμάτων, τροφή στερεά ή παχύρρευστη και λήψη πολλών μικρών γευμάτων κατά τη διάρκεια του 24ωρου. Αν τα συμπτώματα επιμένουν συνιστάται άμεση κατάκλιση του ασθενούς επί μισή ώρα μετά το γεύμα.

Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει αντιχολινεργικά και ηρεμιστικά. Επειδή έχει παρατηρηθεί ότι το σύνδρομο Dumping εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα σε νευροψυχικά στιγματισμένα άτομα, μπορεί να εφαρμοστεί και ψυχοθεραπεία η οποία σε μερικές περιπτώσεις έχει θεραπευτική απόδοση.

**Χειρουργική Θεραπεία:** Αυτή εφαρμόζεται στους βαριά πάσχοντες από το σύνδρομο αρρώστους, οι οποίοι αποτελούν πολύ μικρό ποσοστό 1-2%.

Οι επανιρθωτικές χειρουργικές επεμβάσεις επί συνδρόμου Dumping αποσκοπούν :

α)Εφόσον προηγήθηκε γαστρεκτομή στη μετατροπή του τύπου της αρχικής επέμβασης σε άλλη δηλαδή μετατροπή της Billroth II γαστρεκτομής εγχείρηση (ΓΕΑ), ένα πρώτο βήμα είναι η κατάργηση της τελευταίας (απολίθωση της ΓΕΑ και αποκατάσταση του πυλωρού).

β)Στον σχηματισμό δεξαμενής από τμήμα του λεπτού ή του παχέος εντέρου στην οποία παραμένει η τροφή επί μικρότερο χρονικό διάστημα. Η εγχείρηση πρέπει να συνδυάζεται με βαγοτομή.

γ)Στην επιβράδυνση της κένωσης του γαστρικού κολοβώματος δια παρεμβολής στην απιούσα έλικα αναστραμένου εντερικού τμήματος λεπτού εντέρου, του οποίου ο περισταλτικός από επιμήκης σε κυκλοτερή, μέθοδος που προτάθηκε από τον καθηγητή Π Χρυσοσπάθη.<sup>14</sup>

### **3.Χολώδης έμετοι**

α)Σύνδρομο προσιούσας έλικας : Χαρακτηρίζεται από χολώσεις εμετούς που δεν περιέχουν τροφές και οι οποίοι εμφανίζονται μετά την πάροδο 10-45' από το γεύμα. Κατά κανόνα συνοδεύονται από αίσθημα διάτασης του επιγαστρίου, επιγαστρικό πόνο ή ναυτία. Το σύνδρομο ακολουθεί συχνότερα τη γαστρεκτομή.

Από πλευράς αιτιοπαθογένειας αποδίδεται σε διαλείπουσα απόφραξη της προσαγωγού έλικας, η οποία δημιουργεί στάση της χολής και του

παγκρεατικού υγρού μέσα σε αυτήν. Η περιοδική κένωση της έλικας αυτής μέσα στο γαστρικό κολόβωμα προκαλεί την εμφάνιση των χολωδών εμετών.

Στους περισσότερους ασθενείς το σύνδρομο υποχωρεί από μόνο του μετά την πάροδο 1-2 ετών. Στις περισσότερες περιπτώσεις στις οποίες το σύνδρομο επιμένει επί μακρόν, συνιστάται χειρουργική αποκατάσταση.

**β) Αλκαλική γαστρίτιδα :** Σύνδρομο που εμφανίζεται συνηθέστερα μετά γαστρεκτομή Billroth II, αλλά και μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση που παρακάμπτει ή αλλοιώνει την λειτουργία του πυλωρού.

Η παλινδρόμηση της χολής στον στόμαχο μετά από γαστρικές επεμβάσεις είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο και σε μερικούς αρρώστους έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση γαστρίτιδας.

Ο ασθενής αναφέρει άλγη στο επιγάστριο μετά την λήψη τροφής, χολώδεις εμετούς, και καμιά φορά υπάρχει μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα. Ο επίμονος πόνος αποτελεί ένδειξη χειρουργικής αποκατάστασης.

#### **4. Διάρροια.**

Εδώ θα μας απασχολήσει μια κατηγορία ανθρώπων, οι οποίοι εμφανίζουν άλλοτε μόνιμη διάρροια (πολλές υδαρείς κενώσεις την ημέρα) και άλλοτε (συνηθέστερα ) αιφνίδιες κρίσεις παροξυσμικής διάρροιας μετά την πάροδο χρονικού διαστήματος 1-2 ή περισσότερων μηνών από την επέμβαση. Ο παροξυσμός διαρκεί συνήθως 1 ή και περισσότερα 24ωρα και ύστερα υποχωρεί για να επαναληφθεί ξανά σε άλλο χρονικό διάστημα.

Η επιπλοκή είναι πολύ συνηθέστερη μετά βαγοτομή και σπάνια μετά γαστρεκτομή.

Στο μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων το διαρροϊκό σύνδρομο αντιμετωπίζεται συντηρητικά με στέρηση των υδατανθρακούχων τροφών, αποφυγή λήψης υγρών κατά την διάρκεια των γευμάτων, χορήγηση καολίνης, Lomotil κ.λ.π. Μικρό ποσοστό εμφανίζει το σύνδρομο σε τέτοια βαρύτητα, ώστε έχουν ανάγκη χειρουργικής αποκατάστασης.

### 5. Διαταραχές της θρέψης.

Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται μια ομάδα στερητικών συνδρόμων που εμφανίζεται μετά από γαστρικές επεμβάσεις τα σύνδρομα αυτά είναι :

α) Απώλεια βάρους : Είναι πιο έκδηλη ύστερα από γαστρεκτομή ή 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 το σύνδρομο Dumping, τότε αποδίδεται : -σε μικρό γαστρικό κολόβωμα, -σε διαταραχή της απόφραξης των θρεπτικών ουσιών, λόγω της ταχύτερης διόδου τους από το γαστρικό σωλήνα, -σε διαταραχή της πέψης και απορρόφηση του λίπους και σε αποβολή του με τα κόπρανα (στεατόρροια). Στην τελευταία αυτή διαταραχή αποδίδεται κυρίως η απώλεια βάρους.

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

γ) Σιδηροπενική αναιμία : Για να γίνει απορρόφηση του σιδήρου στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου, είναι αναγκαία η ύπαρξη HCl και όξινου ΡΗ στον στόμαχο (δηλαδή  $\text{pH} < 5$ ). Επειδή μετά από γαστρεκτομή το  $\text{pH} > 5$ , παρατηρείται διαταραχή της απορρόφησης των αλάτων του σιδήρου. Θεραπευτικά χορηγείται σιδηρούχο σκεύασμα.

δ) Μεγαλοβλαστική αναιμία : Είναι συνηθισμένη μετά από ολική γαστρεκτομή. Οφείλεται σε διαταραχή του ενδογενούς παράγοντα και εκδηλώνεται αρκετά χρόνια μετά την επέμβαση. Θεραπευτικά χορηγείται βιταμίνη B<sub>12</sub>.

ε) Διαταραχή της απορρόφησης Ca : Συνήθως εμφανίζεται σαν αποτέλεσμα της στεατορροίας, μπορεί όμως να εμφανιστεί και αμιγής. Στη δεύτερη περίπτωση αποδίδεται σε διαταραχή της απορρόφησης του Ca που οφείλεται στην εμφανιζόμενη μετά την επέμβαση ελάττωση της αύξησης στην ανώτερη μοίρα του λεπτού εντέρου. Μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση οστεομαλακίας

Στεατορροία → οστεομαλακία

## 6. Διαφραγματοκήλη

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 κοιλιάς.

## 7. Καρκίνος του γαστρικού κολοβώματος

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 γαστρεκτομή 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.<sup>24,25</sup>

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ***ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΣΤΟΜΑΧΟΥ***

Όπως έχει σημειωθεί, η θεραπεία είναι χειρουργική. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει την προεγχειρητική και την μετεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια έχοντας υπόψη την ύπουλη εμφάνιση της νόσου, καλείται να αξιολογεί τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για τον ακτινολογικό έλεγχο. Τόσο στην προεγχειρητική περίοδο, όσο και στην μετεγχειρητική ο άρρωστος μπορεί να χρειάζεται τεχνητή διατροφή (τοποθέτηση σωλήνα Levin στο στομάχι από τη μύτη)

Στους ανεγχείρητους όγκους του στομάχου, αν υπάρχουν προβλήματα λήψεως τροφής λόγω στενώσεως του οισοφάγου και του καρδιακού ή πυλωρικού στομίου, γίνεται γαστροστομία ή δωδεκαδακτυλοστομία. Από το πρώτο ή δεύτερο στόμια ανάλογα με την περίπτωση, τρέφουμε τον άρρωστο.

Τα στόμια αυτά αποτελούν για τον άρρωστο μια σοβαρή αναπηρία και τον κάνουν εξαρτημένο για κάλυψη και αυτής της βασικής του ανάγκης, δηλαδή της λήψεως της τροφής. Αυτό αποτελεί έντονη συναισθηματικά, επώδυνη εμπειρία γι' αυτό τόσο ο γιατρός όσο και η νοσηλεύτρια καλούνται να βοηθήσουν τον άρρωστο να δεχθεί, με όσο δυνατόν λιγότερες αντιδράσεις την αναπηρία αυτή.

Η νοσηλεύτρια προτρέπει τον άρρωστο που βγαίνει από το νοσοκομείο μετά από μια επιτυχή εγχείρηση καρκίνου του στομάχου, ανά παρακολουθείται περιοδικά από ιατρό. Ο σκοπός της περιοδικής αυτής εξετάσεως άγνωστος για τον άρρωστο, είναι η έγκαιρη εντόπιση τυχόν μεταστάσεως του όγκου.

Η ηθική τόνωση αναγκαία για κάθε είδους ασθενή, είναι ιδιαίτερα απαραίτητη στον καρκινοπαθή, έστω κι αν έχει άγνοια της νόσου του και η χειρουργική επέμβαση χαρακτηρίστηκε επιτυχής, διότι η μείωση των φυσικών του δυνάμεων εξαιτίας της διαβρωτικής νόσου, δίνει σ' αυτόν έντονο το αίσθημα της ελαττώσεως των ημερών ζωής του.<sup>13</sup>

Με λίγα λόγια η μετεγχειρητική φροντίδα αρρώστου μετά από εγχειρήσεις για καρκίνο στομάχου περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

1. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου, δηλαδή της αναπνοής, των σφίξεων, της αρτηριακής πίεσεως, της διουρήσεως και της θερμοκρασίας. Η επέμβαση πάνω στο όργανο αυτό θεωρείται βαριά και η συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο επιβαλλόμενη.

2. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολητών παρεντερικώς. Ύστερα από επεμβάσεις στο πεπτικό οι ασθενείς αδύνατον να λάβουν τροφή από του στόματος λόγω παρέσεως του γαστρεντερικού σωλήνος, η οποία διαρκεί άλλοτε άλλο χρονικό διάστημα, συνήθως 3-5 ημέρες.

3. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνος για παροχέτευση των υγρών του στομάχου που τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες εμφανίζει πάρεση. Η φροντίδα σωστής παροχέτευσης του σωλήνος αυτού, εξασφαλίζει ανακούφιση στον άρρωστο και προφυλάσσει από επιπλοκές.

4. Παρακολούθηση των σωλήνων παροχτεύσεως της κοιλιάς καθημερινά για την ποσότητα και το είδος των εξερχόμενων υγρών.

5. Έγκαιρη κινητοποίηση του αρρώστου για αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών.

6. Περιποίηση τραύματος. Έλεγχος για τυχόν διαπύηση και αντιμετώπιση της

7. Σίτιση από το στόμα. Η σίτιση από το στόμα γίνεται αφού διαπιστωθεί η κινητοποίηση του γαστρεντερικού σωλήνος με την αποβολή αερίων ή την ύπαρξη κενώσεως. Συνήθως αρχίζει την 4<sup>η</sup>-5<sup>η</sup> μετεγχειρητική ημέρα με υγρά και προχωρά στη συνέχεια σε στερεή τροφή σταδιακά.<sup>31</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ***ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ***

Η δικαίωση της ύπαρξης μας, σαν Νοσηλευτικό επάγγελμα, είναι να είμαστε στο προσκέφαλο του Νοσηλευόμενου για να βοηθήσουμε να προσαρμοσθεί ενεργητικά στο μεταβατικό ρόλο του αρρώστου, ν' αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προέκυψαν, να ξαναβρεί την μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του, να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια.

Η σύγχρονη Νοσηλευτική προσέγγιση κάθε αρρώστου, που εκφράζεται και πραγματοποιείται με την εφαρμογή της Νοσηλευτικής διεργασίας, στοχεύει στην άριστη, ολιστική και ανθρώπινη φροντίδα του. Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται στον άρρωστο σαν πρόσωπο σαν ενιαίο και αδιαίρετο βιοψυχοκοινωνικό οργανισμό, στον οποίο όλες οι οργανικές λειτουργίες επηρεάζονται απ' την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου και την επηρεάζουν.

Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ολοκληρωμένης εξατομικευμένης φροντίδας του, προκειμένου να επανακτήσει την μέγιστη σωματική και ψυχολογική ισορροπία και να επιστρέψει στον αγώνα της ζωής, με την μεγαλύτερη δυνατή σωματική-ψυχική-πνευματική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση.<sup>27</sup>

Στόχος της Νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο με καρκίνο είναι η διατήρηση της ισχύς και της ακεραιότητας του, ώστε να καταπολεμά τα καρκινικά κύτταρα, ν' αντέχει τη θεραπεία και ν' αντιμετωπίσει τα αναπόφευκτα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, που συνοδεύουν την αρρώστια. Ενώ σκοπός της αποκατάστασης τους είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής του με τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και την ελαχιστοποίηση της εξάρτησής του, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης.

Ο καρκίνος, αδιάκριτος, ανεπιθύμητος και απρόσκλητος παραβίασε τη ζωή του και σαν χρόνια νόσος, θα παραμείνει μαζί του για κάποιο μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα. Κι εκείνος, θα πρέπει να μάθει να ζει μαζί του, ενώ θα συνεχίζει τον βιολογικό και ψυχολογικό του αγώνα.

Κάθε άνθρωπος με καρκίνωμα χρειάζεται ευκαιρίες ν' αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει με το δικό του βήμα και τον δικό του τρόπο<sup>4</sup> για να ζήσει μια ζωή που θα' ναι ποιοτική για εκείνον, μια και ποιότητα ζωής, όρος που μόλις το 1977 γράφτηκε στο index medicus, είναι υποκειμενικός και ξεκάθαρα εξατομικευμένος. Για μερικούς ίσως σημαίνει επιστροφή στην εργασία, ενώ για άλλους ανάληψη ξανά του μητρικού ή πατρικού ρόλου, στο μέτρο του δυνατού.

Η δυνατότητα, ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του, προϋποθέτει την ενεργητική συμμετοχή του ίδιου του αρρώστου, της οικογένειά του και εκπροσώπων διαφόρων ειδικοτήτων (γιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, εργασιοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, φυσιοθεραπευτών, εθελοντών, πνευματικών) που συνεργάζονται στο πρόγραμμα αποκατάστασής του.

Η 24ωρη θέση της Νοσηλεύτριας δίπλα στον άρρωστο και το αυτόνομο γνωστικό επιστημονικό πεδίο της κάνει τη θέση της κεντρική, την ευθύνη της σημαντική και τη συμβολή της στο πρόγραμμα αποκατάστασης αξιόλογη. Το οδοιπορικό της, ένας μακρύς δρόμος που αρχίζει από την πρώτη μέρα των διαγνωστικών εξετάσεων και τελειώνει με το θάνατο μια ανηφόρα που εκείνη θα δώσει, αλλά και θα πάρει πολλά.

Η δυνατότητα επιτυχημένης Νοσηλευτικής παρέμβασης σ' αυτό τον τομέα φροντίδας, εξαρτάται όχι τόσο από τις γνώσεις της φυσιοπαθολογικής διεργασίας της αρρώστιας και των δυσμενών της επιπτώσεων, αλλά και της ικανότητας της /του Νοσηλεύτριας/τή να κατανοεί το νόημα που έχει η ασθένεια για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ποιες ψυχοκοινωνικές ανάγκες του δημιούργησε και ποια βοήθεια χρειάζεται για να εναρμονίσει τις απαιτήσεις των αναγκών αυτών, με την πραγματικότητα της ασθένειας. Η θετική νοσηλευτική της ανταπόκριση, αρχίζει με την ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ που αναζητά απάντηση σε ορισμένα ερωτήματα :

- Ποιος ο συγκεκριμένος άρρωστος και ποιες οι βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του;
- Πώς αντιδρά ο συγκεκριμένος άρρωστος, στα ψυχοκοινωνικά αυτά επώδυνα ερεθίσματα.
- Ποιες οι προσωπικές του δυνάμεις και ικανότητες και πως τις έχει χρησιμοποιήσει σε επώδυνα ερεθίσματα στο παρελθόν και
- Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την ικανότητα του στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων αυτών καταστάσεων;



Το προφίλ του αρρώστου με καρκίνο· φοβισμένος, ανασφαλής, αδύναμος, ζει μια οδυνηρή εμπειρία. Άνθρωπος με προσωπικό τρόπο βίωσης και έκφρασης των αναγκών που απορρέουν από το πως εισπράττει την αρρώστια, τη θεραπεία και τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του (ψυχολογικές, επαγγελματικές, κοινωνικές, οικονομικές) που τον υποχρεώνουν σε πολυάριθμους συμβιβασμούς.

Άτομο που δεν έχει πάντοτε ικανοποιητική πληροφόρηση, δυνατότητα επιλογής και επαρκή ψυχολογική υποστήριξη.

Με τα πρώτα μηνύματα της αρρώστιας, η υποψία και η διάγνωση του καρκίνου, αλλά και η εισαγωγή στο νοσοκομείο συνεπάγονται μεγάλο αριθμό ψυχικών καταπονήσεων και συνοδεύονται από φόβους· τον φόβο του άγνωστου και του απροσδόκητου· του παρόντος και του μέλλοντος· των στερήσεων και των θυσιών που θα απαιτηθούν· του πόνου, της αναπηρίας, της χρόνιας αρρώστιας και του θανάτου.<sup>28</sup>

Η μεγαλύτερη ανάγκη που εκφράζεται από τους αρρώστους, στις νοσηλευτικές έρευνες των Derdianian και Hopkins, σε αυτή τη φάση, είναι η πληροφόρηση. Σύντομα έχουν να αντιμετωπίσουν τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της θεραπείας και των παρενεργειών της. Οποιαδήποτε θεραπεία είναι επίθεση στην εικόνα του εαυτού, στο αίσθημα αυτοεκτίμησης και ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων ή αγαθών.

Η ανάγκη μακροχρόνιας επίβλεψης και παρακολούθησης, το αβέβαιο μέλλον, το κοινωνικό στίγμα, η αρχή και το τέλος της θεραπείας, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων, η ανακάλυψη της νηστροπής, η

εμφάνιση μεταστάσεων, ο χρόνιος πόνος, όλα και κάθε ένα χωριστά είναι μια ακόμη ψυχολογική κρίση με κοινωνικές προεκτάσεις.

Κάθε άνθρωπος αντιδρά σε κάθε περίπτωση με μοναδικό τρόπο, είτε με εκτέλεση ή αποφυγή κάποιων πράξεων ή ενεργειών, είτε με ενδοψυχικές διεργασίες, αμυντικές ή οικοδομητικές σκέψεις – Ορισμένοι αρρώστοι επιδιώκουν την πληροφόρηση, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν την αρρώστια υπομονετικά, ηρωικά, πνευματικά. Οι περισσότεροι από τους ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς, επιλέγουν την άρνηση, ενώ άλλοι την απώθηση, την υπεραναπλήρωση και την προβολή κ.α. Μερικοί μελαγχολούν και απογοητεύονται, ενώ κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν παθολογική εξάρτηση, ανευθυνότητα και παλινδρόμηση σε παθολογικού ή παιδικούς τρόπους συμπεριφοράς. Σε όλους είναι γνωστές οι (5) φάσεις που η Kubler Ross περιγράφει τις αντιδράσεις του αρρώστου με καρκίνο, απ' την στιγμή που έρχεται αντιμέτωπος άμεσα ή έμμεσα με την αρρώστια μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής του.

Η ικανότητα ή αδυναμία να αντιμετωπίσει τις στρεσογόνες καταστάσεις εξαρτάται απ' το φυσικό περιβάλλον που βρίσκεται, την ψυχολογική υποστήριξη ή την έλλειψή της, τις θρησκευτικές αντιλήψεις του, την μόρφωση και το πολιτιστικό του υπόστρωμα, τα κίνητρα και τις πεποιθήσεις του, τις συνυπάρχουσες ή όχι οικονομικές, οικογενειακές κι επαγγελματικές μέριμνες, το στάδιο της αρρώστιας και τη σοβαρότητα της κατάστασής του.

Σίγουρα η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ είναι δυσκολότερη από την ΣΩΜΑΤΙΚΗ. Δυστυχώς, συχνά δεν εκτιμάται και δεν ενθαρρύνεται στην κλινική πράξη αν και διάφοροι οδηγοί όπως των freidenbergs και

Weissman διευκολύνουν και συντελούν στην καλύτερη Νοσηλευτική Ψυχολογική αξιολόγηση.

Μετά τη συλλογή και εκτίμηση των στοιχείων που διερευνήθηκαν καταστρώνεται ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ που περιλαμβάνει καθορισμό προτεραιοτήτων, διατύπωση αντικειμενικών σκοπών και σχεδιασμό Νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών που διαπιστώθηκαν.

Αναφέρονται στη συνέχεια οι σημαντικότεροι ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ του προγράμματος και οι ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ αντίστοιχα, που απαιτούνται για να εκπληρωθούν.

Ένα ουσιαστικό μέσο για την προοδευτική ψυχολογική αποκατάσταση του αρρώστου είναι η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΕΙΛΙΚΡΙΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ. Με την υιοθέτηση πλήρους επικοινωνίας, ενημερώνεται και πληροφορείται ο άρρωστος στο μέγεθος που ο ίδιος επιθυμεί και μπορεί, επιτρέπεται σε όλα τα μέλη της οικογένειας να συμμετέχουν στην οικογενειακή κρίση σ' ένα επίπεδο ανάλογο με τις δυνατότητές τους, εμπνέεται και κερδίζεται η ενεργός συμμετοχή τους στο πρόγραμμα, διαψεύδονται αδικαιολόγητοι φόβοι, καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης και καλύπτεται η ανάγκη του αρρώστου να θρηνηήσει εκείνο που έχασε, να εκδηλώνει τη λύπη του και το θυμό του, για να μην απομονωθεί συναισθηματικά.

Καθημερινά πρωταρχικός νοσηλευτικός στόχος είναι Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ – ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΛΙΜΑΤΟΣ. Ολόκληρη η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η απάντηση στην κλήση του αρρώστου, η τήρηση αποφάσεων και η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον κατάλληλο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν «καταλαβαίνω πως αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα», να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει τη θέληση και την ελπίδα του για τη ζωή.<sup>29</sup>

Οι Νοσηλευτές ΕΝΙΣΧΥΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν αντανακλούν θετικές εκτιμήσεις με λόγια ή χωρίς λόγια, με πράξεις ή συμπεριφορά, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, όταν τον φροντίζει με προσωπικό ενδιαφέρον και ευγένεια. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.

Άλλος Νοσηλευτικός σκοπός είναι η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ που επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να συγκεκριμενοποιεί τα προβλήματά του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό για να τα αντιμετωπίσει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια, ν' αναγνωρίζει και ν' απολαμβάνει τις μικροχαρές της ζωής, να διακρίνει την ρεαλιστική απ' την ψεύτικη ελπίδα <sup>12</sup> και να μπορεί να υλοποιήσει το μήνυμα «Κάνε το σήμερα ν' αξίζει». Μπορεί όμως ν' αξίζει όταν ο άρρωστος πονά;

Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ είναι εξαιρετικά σημαντικός νοσηλευτικός στόχος του προγράμματος. Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου ενώ υπολογίζεται ότι το 25% αυτών των αρρώστων πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφιση του. Ο χρόνιος πόνος στον καρκίνο αποτελεί μια πολυδιάστατη μοναδική υποκειμενική εμπειρία, μια πολύπλοκη ψυχοπνευματική εκδήλωση που επιχειρεί να απεικονήσει σε σχήμα ο Twyogoss με κύριους άξονες τα αίτια πόνου, την κατάθλιψη, το θυμό και το άγχος.

Όπως ο Sonoss ανέφερε χαρακτηριστικά σ' ένα νοσηλευτικό συνέδριο, πρέπει να εφαρμόζουμε όλες τις γνώσεις που διαθέτουμε για την ανακούφιση του πόνου αρρώστων με καρκίνο, σαν ολόκληρη η ζωή του να εξαρτιόταν απ' αυτό. Και πράγματι η ποιότητα της ζωής εξαρτάται.<sup>28</sup>

Κάθε νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου, είτε

συμβάλλοντας στις προσπάθειες των μελών της, είτε με αυτόνομες αρμοδιότητες. Αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Που οφείλεται ο πόνος; Πόσο πονά ο άρρωστος; Που πονά και μ ποιες λέξεις περιγράφει τον πόνο του; Ποιες μεθόδους χρησιμοποιεί για την ανακούφιση του; Πώς επιδρά στη ζωή και πόσο νόημα του αποδίδει;

Στη συνέχεια για την κατάστρωση του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπ' όψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσης του, οι κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες του, η διαθεσιμότητα των μεθόδων αντιμετώπισης πόνου και η επιδεξιότητα των μελών της ομάδας στην εφαρμογή τους καθώς και οι αξίες, τα πιστεύω, οι προτιμήσεις και οι ειδικές ανάγκες αρρώστου και οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες : α)εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου, β)εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και γ)εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία βίωσης πόνου.<sup>30</sup>

Με στοιχεία της που τα αναλγητικά όταν χορηγούνται στο κατάλληλο είδος, στην κατάλληλη δόση, με τον κατάλληλο τρόπο και στον κατάλληλο χρόνο προσφέρουν ανακούφιση στους περισσότερους αρρώστους. Βέβαια η χορήγηση των φαρμάκων δεν είναι η μόνη

νοσηλευτική επιλογή. Οι δυνατότητες για αποτελεσματικές Νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι απερχόμενες. Η άμεση φυσική φροντίδα παρέχεται με αμέτρητες αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες από ένα ευρύτατο πεδίο επιλογών που συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου, όσο και την πρόληψη του. Και μόνο η αναγνώριση του παραπόνου του αρρώστου ότι πονά προκαλεί ανακούφιση.

Η σημαντικότερη Νοσηλευτική παρέμβαση, αν και συχνά υποτιμάται, είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο. Κι όσο ο πόνος παραμένει επίμονο και δυσεπίλυτο πρόβλημα, αποτελεί πηγή Νοσηλευτικής υποχρέωσης και δέσμευσης για συνεχή αξιολόγηση και αναζήτηση τρόπου άμεσης ανακούφισής του.<sup>31</sup>

Άλλος σημαντικός στόχος του Νοσηλευτικού προγράμματος είναι η ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ. Ας δούμε μερικά αντιπροσωπευτικά παραδείγματα νοσηλευτικών ερευνών που αποδεικνύουν το τι πράγματι προσδοκά η οικογένεια από τους Νοσηλευτές. Στη μελέτη της η Martachio υποστηρίζει ότι σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη της, η οικογένεια θεωρεί την ανακούφιση άγχους, σύγχυσης και απελπισίας, την αναστήλωση της ελπίδας για το μέλλον, την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών και τη μεγιστοποίηση των αμυντικών μηχανισμών της. Η Coburn γράφει ότι στο νοσηλευτικό προγραμματισμό η οικογένεια πρέπει να' χει διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετοχος στη φροντίδα του αρρώστου. Η οικογένεια, αναφέρουν οι Edstrom and Miller, Johnson, Lane and Davis,<sup>19</sup> χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά

προγράμματα για να κατανοήσει, αν κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

Στο τέλος, ο/η Νοσηλεύτης/τρια επιχειρεί την ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ που εφαρμόστηκαν και ανάλογα συνεχίζει, τροποποιεί ή επαναθεωρεί το πρόγραμμα, αναζητώντας τον καλύτερο τρόπο αποκατάστασης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του αρρώστου.

Όμως ο ρόλος των Νοσηλευτών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μια πρόσφατη ανασκόπηση της Νοσηλευτικής ορθογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

Ο ερευνητικός ρόλος είναι προφανής απ' τις Νοσηλευτικές έρευνες που επιχειρούν να δώσουν απάντηση σε νοσηλευτικούς προβληματισμούς σ' αυτό το χώρο.

Ο εκπαιδευτικός ρόλος εκφράζεται με την εκπαίδευση του αρρώστου που παρέχεται είτε με οργανωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα για όλους τους αρρώστους, είτε με εκπαιδευτικά προγράμματα προσανατολισμένα προς την αρρώστια ή προς τη θεραπεία.

Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Frank, Strobory και Wright αν και δεν είναι πάντα εύκολη η προσφορά οργανωμένων εκπαιδευτικών ευκαιριών στα νοσηλευτικά τμήματα, η διδασκαλία του αρρώστου γίνεται ανεπίσημα καθημερινά, καθώς οι Νοσηλευτές ενθαρρύνουν την



αυτοφροντίδα και αναζητούν τον καλύτερο χρόνο και τρόπο για να μεταδώσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη σιγουριά τους.

Ο Συμβουλευτικός ρόλος της Νοσηλεύτριας εκφράζεται όταν παραπέμπει και κατευθύνει τον άρρωστο σε ειδικευμένους επαγγελματίες ή σε οργανωμένα προγράμματα, καθώς και με συμβουλευτικές παρεμβάσεις προσανατολισμένες προς την αρρώστια ή τη θεραπεία.

Εξ' ίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του Νοσηλευτή σαν συντονιστής που συμβάλλει στη διατήρηση και συνέχιση της φροντίδας. Αναφέρονται αντιπροσωπευτικά έρευνες όπου η Νοσηλεύτρια κατέχει το ρόλο κλειδί του συντονιστή σε νοσηλευτικές μονάδες περιπετητικών ασθενών, σε προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι.

Η ανάπτυξη της πολύπλευρης συμβολής των Νοσηλευτών στον τομέα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με καρκίνο, επηρεάζεται αφ' ενός απ' την Νοσηλευτική εκπαίδευση και τη φιλοσοφία τους κι αφετέρου απ' τις αξίες, την πολιτική και το είδος του ιδρύματος που νοσηλεύεται ο άρρωστος, καθώς και η παροχή ή μη δυνατοτήτων ψυχολογικής υποστήριξης στους εργαζομένους του.

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα που παρεμποδίζουν την εκπλήρωση του πολύπλευρου ρόλου μας σ' αυτό τον τομέα φροντίδας.

Όμως σίγουρα, η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστων με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων Ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.

Χωρίς αμφιβολία, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ενισχύεται όταν ο άρρωστος νοσηλεύεται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών, σε οργανωμένα προγράμματα ανακουφιστικής φροντίδας που ενσωματώνουν και τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με ειδικές ομάδες (Home Continuing Care team), που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής του αρρώστου και να ικανοποιήσουν την επιθυμία του να περάσουν τις τελευταίες στιγμές της ζωής του, εκεί που πρωτοαντίκρυσε τη ζωή.

Και τέλος, ανεξάρτητα αν η αρρώστια είναι ιάσιμη, ελεγχόμενη ή τελικού σταδίου, κάθε άρρωστος με καρκίνο, δικαιούται την καλύτερη φροντίδα για να μείνει ο εαυτός του όσο το δυνατόν περισσότερο.

Το μέτρο της ανθρωπιστικής φροντίδας που του παρέχουμε ανεξάρτητα απ' το ίδρυμα που νοσηλεύεται ο άρρωστος, εξαρτάται από τα πιστεύω, τις αξίες και τα συναισθήματα όλων εκείνων, όλων εμάς, που συμμετέχουμε στη φροντίδα του. Γιατί η αγάπη έχει παντού πρόσβαση, αρκεί να υπάρχει.<sup>31</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### *Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ*

Πριν εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο, ο γιατρός μέσω της προϊσταμένης του τμήματος θα παραπέμψει τον άρρωστο στη νοσηλεία στο σπίτι με πλήρη στοιχεία θεραπείας και κάθε είδος πληροφορίας για την παρακολούθηση του ασθενή.

Η νοσηλεύτρια θα επισκέπτεται τον ασθενή άρρωστο στο σπίτι του και ο ρόλος της είναι πολύπλευρος.

Πρέπει να δει το περιβάλλον και να αξιολογήσει :

1. Το χώρο που θα ζει ο ασθενής. Να δώσει οδηγίες πως θα γίνει λειτουργικός γι' αυτόν, σύμφωνα με τις ανάγκες του.

2. Το οικογενειακό περιβάλλον θα καθοδηγήσει τους συγγενείς πως θα αντιμετωπίσουν αυτόν, σύμφωνα με την ψυχική του διάθεση, την ηλικία του, τις ανήσυχίες του.

3. Την οικονομική κατάσταση της οικογένειας και στην περίπτωση οικονομικής αδυναμίας θα πρέπει να ενεργοποιήσει την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, την κοινωνική πρόνοια, την εκκλησία, τους συλλόγους, φίλους κυρίων, τον δήμο, την κοινότητα. Επίσης, πρέπει να φροντίζει για την ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών. Γιατί διαφορετικά πρέπει να αντιμετωπισθεί το μικρό παιδί ή ο έφηβος που βλέπει να χάνει το γονιό του, η μάνα που θα χάσει το παιδί της, η γυναίκα ή ο άντρας που χάνει το σύντροφό του.

Να δώσει τα μαθήματα στους συγγενείς πως να περιποιηθούν τον άρρωστο (αλλαγές, ενέσεις, περιποίηση για αποφυγή κατακλίσεων) και πως θα αξιοποιήσουν το κάθε υλικό ποτ τους έδωσε.

Να ακούει με προσοχή τις ανησυχίες τις παραξενιές του αρρώστου και να προσπαθεί να του μεταδώσει αισιοδοξία και την πεποίθηση πως τα πράγματα που τον ανησυχούν, έχουν λύση.

Γιατί η ψυχοσύνθεση του αρρώστου έχει επηρεασθεί από την αρρώστια, την μακροχρόνια ταλαιπωρία και τις διάφορες θεραπείες. Παρακολουθεί τον ασθενή (παίρνοντας εργαστηριακές εξετάσεις) και αξιολογεί τι μπορεί να χρειασθεί.<sup>30</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **1<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Μ- Φ- ΗΛΙΚΙΑ :

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Καρκίνος στομάχου

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ : 8/1/2001

Ασθενής με γνωστό καρκίνο στομάχου από τριμήνου με πιθανές ηπατικές μεταστάσεις για τον οποίο έγιναν πέντε χημειοθεραπευτικά σχήματα εκ των οποίων το τελευταίο 7 ημέρες προ της εισαγωγής – προσήλθε στην Π/Π του Γ.Π.Ν. Άγιος Ανδρέας, λόγω εμφάνισης πυρετού (39,3°C ↯) με ρίγος έντονου διάχυτου κοιλιακού άλγους και εμετών.

Μετά από χειρουργική εκτίμηση συνεστήθη συντηρητική θεραπεία και χημειοθεραπεία (εφ' άπαξ). Μετά την ύφεση των ενοχλημάτων εξήλθε από το Νοσοκομείο φέροντας Levin στίσεως προκειμένου να περάσει το διάστημα ζωής που της έμενε στο σπίτι της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
-Έντονος διάχυτος πόνος στο επιγάστριο	-Ανακούφιση ασθενή από τον πόνο	-Ενημέρωση του ιατρού. -Προσπάθεια ελάττωσης του πόνου με φυσικά μέσα. -Ο ιατρός συνέστησε την χορήγηση παυσίπονων.	-Δόθηκε στην ασθενή αναλαυτική θέση στο κρεβάτι -Χορηγήθηκε με IΕ5 amp Zideron IM	<del>Η</del> ασθενής ανακουφίστηκε προσωρινά από τον πόνο.
-Ανάγκη διεργασίας γαστροσκοπήσεως	-Επανάλεγχος κατάστασης στομάχου.	<del>Η</del> ασθενής δεν πήρε τροφή ή υγρά από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα για να γίνει δυνατή η ενδοσκοπηση και να αποφευχθεί τυχόν εμετός	-) ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα όπου έγινε η γαστροσκόπηση.	-Υπαρξη εξωφυτικού νεοπλασματος στο σώμα του στομάχου.
-Αδυναμία λήψης τροφής από το στόμα	-Κάλυψη των θερμιδικών αναγκών ασθενούς.	-Προγραμματίστηκε έναρξη Ο.Π.Δ. -Προγραμματίστηκε τοποθέτηση Levin σιτίσεως.	-Δεν εφαρμόστηκε Ο.Π.Α. λόγω άρνησης των συγγενών. -Εφαρμόστηκε Levin	-Ανάγκη ανεύρεσης άλλου τρόπου σίτισης του αρρώστου

σιτίσεως

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
		Ανάγκη φροντίδας στοματικής κοιλότητας	σιτίσεως. -Εκπαιδεύτηκαν οι συγγενείς στον τρόπο σιτίσεως από Levin.	-Οι συγγενείς εξοικειώθηκαν με τον τρόπο σίτισης από Levin, έτσι ώστε να αναλαμβάνουν την σίτιση του ασθενούς και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.
-Πυρετός (38,5°C)	-Μείωση θερμοκρασίας <del>της</del> και αρρώστου <del>από</del> απαλλαγή <del>αυτός</del> από τις δυσμενείς επιπτώσεις του πυρετού	-Ενημέρωση του ιατρού. -Προσπάθεια μείωσης της θερμοκρασίας με φυσικά μέσα. Εφαρμογή τρίωρης θερμομέτρησης. -Προγραμματισμός καλλιέργειας αίματος σε πυρετική κίνηση των	-Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. -Πάρθηκαν 2 καλλιέργειες αίματος. -Γίνεται τρίωρη θερμομέτρηση.	-Διαπιστώθηκε από την καλλιέργεια αίματος, ύπαρξη βακίλλων και άρχισε χορήγηση amp Flagyl (1x3)

38οC Αερόβια Gram +(-)

και απήδ Zinacef (1x4)

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
	<p>πυρετού</p> <p>-Αντιμετώπιση τυχόν μικροβιαμίας με την χορήγηση κατάλληλου αντιβιοτικού.</p>	<p>αίματος σε πυρετική κίνηση των 38οC Αερόβια Gram +(-)</p> <p>-Ο ιατρός δεν συνέστησε τη χορήγηση αντιπυρετικού.</p>	<p>θερμονέτρηση.</p>	<p>amp Flagyl (1x3) και amp Zinacef (1x4)</p> <p>-Τις επόμενες ημέρες ο ασθενής απύρετος.</p>
<p>-Ναυτία - εμετοί λόγω χορήγησης ethmol πριν τη χημειοθεραπεία</p>	<p>-Προφύλαξη αρώστου από εισρόφηση</p>	<p>-Ενημέρωση του ιατρού ο οποίος συνέστησε χορήγηση <u>Zofron</u></p>	<p>-Χορήγηση νεφροειδούς κατά τον εμετό και έγκαιρη απομάκρυνση επ' αυτού για αποφυγή επιπρόσθετης ναυτίας και εμετού.</p>	
<p>-Στοματίτιδα λόγω χορήγησης Campto και-eleoxatine</p>	<p>-Ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις της στοματίτιδας</p>	<p>-Προγραμματισμός φροντίδας στοματικής κοιλότητας με κατάλληλα-αgel- Συνεχείς πλύσεις-στοματικής-κοιλότητας</p> <p>Χορήγηση Mielogen.</p>	<p>-Γίνεται συστηματική φροντίδα της κατάστασης</p>	<p>-Βελτιώθηκε η στοματικής κοιλότητας</p>



ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
χορήγησης Campto και eloxatine	δυσμενείς επιπτώσεις της στοματίτιδας Προσπέλαση αυτής	στοματικής κοιλότητας με κατάλληλα age1. Συνεχείς πλύσεις. Χορήγηση Mielogen. Εισαγωγή αρρώστου στο νοσοκομείο και απομόνωση.	φροντίδα της στοματικής κοιλότητας θεραπεία για ενίσχυση του ανοσοποιητικού. Αύξηση WRC και PLT και αντιμετώπιση πιθανής λοίμωξης	κατάσταση της στοματικής κοιλότητας
-Ταξινόμηση	-Απαλλαγή ασθενούς από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.	-Εκτιμήθηκε από το γιατρό ότι υπάρχει ανάγκη τοποθέτησης Levin στομάχου.	-Έγινε από το γιατρό τοποθέτηση Levin στομάχου.	-Το Levin παρέμεινε για λίγες ημέρες. <del>Α</del> ασθενής ανακουφίστηκε.
-Αναιμία	-Μετάγγιση ασθενούς	-Εστάλη δείγμα αίματος ασθενούς για σταύρωση	-Πριν τη μετάγγιση έγινε λήψη των ζωτικών σημείων <del>της</del> ασθενούς (Απιθ, Σφ)	-Επόμενη Γενική αίματος στην I ομάδα SN συμπτωνωμένων

ερυθρών αύξηση  
της H188κοντά 4  
μονάδες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
			<p>ασθενούς (Απιθ, Σφ)</p> <p>Η μετάγγιση άρχισε παρουσία ιατρού</p>	<p>ερυθρών αύξηση της Hb κοντά 4 μονάδες.</p>

## 2° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : Π- Ρ- ΗΛΙΚΙΑ :59

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : καρκίνος στομάχου.

Νέα ασθενής εισήλθε στην κ/χ του Γ.Π.Ν. «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ» στις 18/2/2001, με διάγνωση καρκίνου στομάχου.

Από υπολογιστική τομογραφία άνω κοιλιάς που έγινε διαπιστώθηκαν τα εξής : ευμέγεθως μάζα εκ μαλακών μορίων στη μεσότητα του ελάσσονος τόξου του στομάχου, η οποία προκαλεί σκιαγραφικό έλλειμμα, διηθεί το μυϊκό τοίχωμα αυτού και εισέρχεται στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Διαπιστώθηκαν επίσης δευτεροπαθείς εναποθέσεις στο ήπαρ και δευτεροπαθείς παριτοναϊκοί λεμφαδένες.

Κύρια αίτια εισόδου της ασθενούς στο νοσοκομείο ήταν η ανάγκη εφαρμογής Ο.Π.Δ., λόγω αδυναμίας λήψεως τροφής από το στόμα.

Η γενική κατάσταση της ήταν αρκετά βαριά (ολιγουρία, υπόταση, ταχυσφυγμία, αναπνευστική δυσχέρεια κ.λ.π.) και παρά τις επίμονες ιατρικές και νοσηλευτικές προσπάθειες, δεν υπήρχε ουσιαστική ανταπόκριση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
-Υπόταση -Ταχυσφυγμία	-Αντιμετώπιση της υπότασης και της ταχυσφυγμίας	-Εκλήθη άμεσα καρδιολόγος -Έγινε λήψη ΗΚΓ για εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας -Μετά την εκτίμηση του ΗΚΓ και της γενικής κατάστασης του αρρώστου από τον καρδιολόγο, συνεστήθη έναρξη χορήγησης Angoron -Παρακολούθηση ΑΠ και σφίξεων σε κάθε βάρδια.	-Εκτέθησαν 2 amp Angoron σε 250ml ορό D/X 5% να πέσουν σε δύο ώρες -Σε κάθε βάρδια γίνεται 3ωρη λήψη ΑΠ και σφίξεων.	-Μια μέρα μετά την έναρξη χορήγησης του Angoron: ΑΠ-100mmHg και σφ-80/min.
Αναπνευστική δυσχέρεια -Ταχύπνοια	-Αποκατάσταση της φυσιολογικής αναπνευστικής λειτουργίας της ασθενούς.	-Εκλήθη ιατρός, ο οποίος μετά την εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς συνέστησε χορήγηση O <sub>2</sub> και Solen-Cortef	-Ετέθη O <sub>2</sub> μάσκα Venturi (4lt/atm) -Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση	-Μικρή βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Βαριά γενική κατάσταση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
	ασθενούς.		ημικαθιστή θέση -Χορηγήθηκε 1 fl solucortef 2sing iv.	
-Ολιγουρία 24ωρου – 500cc) -Οίδημα άκρων	-Εκτίμηση κατάστασης αρρώστου -Αντιμετώπιση της ολιγουρίας	-Εκλήθη καρδιολόγος για εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς -Συνεστήθη χορήγηση Lasix και Digoxin -Συνεστήθη μέτρηση ούρων 24ωρου	-Χορηγήθηκε 2 amp lasix iv και 1 amp Digoxin iv (ογκομετρικό) -Έγινε τοποθέτηση καθετήρα κύστεως Faollen και ογκομετρικού για την μέτρηση ούρων 24ωρου.	Η κατάσταση δεν βελτιώθηκε. Η ασθενής συνεχίζει να έχει ολιγουρία, με αποτέλεσμα την IV χορήγηση μέσα στις επόμενες 8 ώρες 2 ακόμη amp lasix με ΙΕ, χωρίς όμως ανταπόκριση.
-Πυρετός (38,6 °C)	-Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος	-Ενημέρωση του ιατρού.	-Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα	-Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
	<p>θερμοκρασίας του σώματος</p> <p>-Ανακούφιση της ασθενούς από τις δυσμενείς επιπτώσεις του πυρετού.</p> <p>-Εξασφάλιση επαρκούς ενυδατώσεως ασθενούς.</p>	<p>-Προσπάθεια μείωσης της θερμοκρασίας με φυσικά μέσα.</p> <p>-Εφαρμογή τρίωρης θερμομέτρησης.</p> <p>-Συνεστήθη χορήγηση αντιπυρετικού.</p>	<p>ψυχρά επιθέματα</p> <p>-Η ασθενής ενυδατώνεται επαρκώς από τους ορούς που παίρνει (Normal ο/χ 5%, Ringer' s 1x1)</p> <p>-Χορηγήθηκε με IΕ1 amp Aprotel (IM)</p> <p>-Γίνεται τρίωρη θερμομέτρηση σε κάθε βάρδια.</p>	<p>ικανοποιητικά.</p> <p>-Μετά τη χορήγηση αντιπυρετικού, η θερμοκρασία «κατέβηκε» στους 37,2 °C. Στην επόμενη όμως βάρδια, θερμοκρασία και πάλι 38 °C</p>
-Αδυναμία λήψεως τροφής από το στόμα	-Κάλυψη ενεργειακών αναγκών ασθενούς.	-Προγραμματίστηκε έναρξη Ο.Π.Δ.	-Ο ασθενής άρχισε (τη 2 <sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας του) καλύπτει τις ενεργειακές Ο.Π.Δ.	-Το σχήμα της Ο.Π.Δ. είναι 1.680 θερμίδων και ανάγκες της ασθενούς.

(Aminoplasma L-10  
970ml, DX 7,5%  
380ml, Water for

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
	<p>αναγκών ασθενούς.</p>	<p>-Καθορισμός από τον ιατρό του σχήματος Ο.Π.Δ. που θα δοθεί στον άρρωστο (σύμφωνα με την κατάσταση του, το βλαρος, το ύψος του κ.α.)</p>	<p>νοσηλείας του)                      Ο.Π.Δ.                      (Aminoplasmal L-10                      970ml, DX 7,5%                      380ml, Water for                      infection 900ml,                      Nonanfl, Zinc 1fl,                      Kapavit 1fl, Soluvit +                      Vitalipid 1+1,                      Actrapid insyline                      10IV, Solu-Corter-                      10004ml, Hepavine                      5000/ml 1cc)                      Ρυθμός χορήγ :                      113ml/R</p>	<p>καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες της ασθενούς.                      (Λεύκωμα 90gr)</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
-Πόνος επιγαστριο	Ανακούφιση ασθενούς	-Χορήγηση φαρμάκων	-Χορηγήθηκε 1amp Zideron (παυσίπονο)	-Ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.
-Υπέρταση (190/100 mmHg)	-Ρύθμιση της πίεσης της ασθενούς σε φυσιολογική.	-Χορήγηση αντιπυρετασικού φαρμάκου	-Χορηγήθηκε 1 tabl. Adalat 10 mg	-Η πίεση της ασθενούς ρυθμίστηκε σε φυσιολογικά επίπεδα(150/80mmHg)
-Εμετοί	-Ανακούφιση της ασθενούς από τους εμετούς	-Παρακολούθηση της κατάστασης της ασθενούς	-Εδόθη στην ασθενή Sir-Privonon μισή ώρα πριν από γεύμα του. Τα γεύματα σε ποσότητα ήταν μικρά σε ποσότητα.	Η ασθενής ανακουφίστηκε από τους εμετούς.
-Αλωπεκία	-Μείωση της αλωπεκίας	-Χρησιμοποίηση παγοκύστης.	-Πριν τη χορήγηση χημειοθεραπείας	-Σημαντική διαφορά του τριχωτού της κεφαλής

εφαρμογή ειδικής συγκριτική με 96 παγοκύστης στο ασθενή που δεν τριχωτό της κεφαλής. χρησιμοποιήθηκε παγοκύστη.



ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
	αλωπεκίας		χημειοθεραπείας εφαρμογή ειδικής παγοκύστης στο τριχωτό της κεφαλής.	τριχωτού της κεφαλής συγκριτική με κάποιον ασθενή που δεν χρησιμοποιήθηκε παγοκύστη.
-Ανάγκη διενέργειας γαστροσκοπήσης	-Επανεκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.	-Ο ασθενής δεν πήρε τροφή και υγρά μετά τα μεσάνυχτα για να γίνει δυνατή η ενδοσκόπηση και να αποφευχθεί τυχόν εμετός.	-Η εξέταση δεν έγινε γιατί η ασθενής απεβίωσε.	

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος δεν διαλέγει όταν κτυπά ούτε κοινωνικές τάξεις, ούτε ηλικίες, ούτε κατοίκους πόλεων, ούτε κατοίκους χωριών.

Έτσι, οι ασθενείς με καρκίνο είναι από όλες τις ηλικίες και από όλη τη χώρα. Και έτσι κάθε τι που προσφέρεται σ' αυτούς δεν μπορεί να έχει γεωγραφική περιφέρεια.

Σ' όλα τα στάδια της ασθένειας έχουμε να αντιμετωπίσουμε ασθενείς κάθε ηλικίας, όπου ο καθένας θέλει τη δική του μεταχείριση, όπως επίσης αντίστοιχη μεταχείριση χρειάζονται οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων. Το τελικό στάδιο στον άρρωστο με καρκίνο είναι πολύ μακρό 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 σ' αυτό το στάδιο της ζωής του αρρώστου είναι πολύ σημαντικός. Γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή δε σταματά εκεί που τελειώνουν οι πιθανότητες για ίαση. Αντιθέτως, οι επιδιώξεις πρέπει ν' 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 του 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 του για αγάπη, κατανόηση και για ασφάλεια.

5. Να διατηρεί την ελπίδα και να αντιμετωπίζεται σαν άτομο που ζει μέχρι την τελευταία στιγμή τη ζωή του.

Ο νοσηλευτής είναι το στάδιο αυτό της ζωής του, όπου και αν βρίσκεται ο άρρωστος, στο νοσοκομείο, στο σπίτι, στην ιδιωτική κλινική, ο συνδετικός κρίκος μ' 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 απ' όλους τους άλλους, γιατί είναι εκείνος που θα εφαρμόσει κάθε τι που θα ανακουφίσει ψυχικά ή σωματικά.<sup>31</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. LEON RENARD, ΠΩΣ ΝΑ ΔΑΜΑΣΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ : ΤΖΙΝΑ ΤΡΑΥΜΟΑΖΑΛΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΛΓΗΣ
2. ΠΕΤΡΟΥ Μ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ : ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ, ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ, ΠΑΤΡΑ 1983
3. ΤΣΙΡΑΚΟΓΛΟΥ Θ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΟΣ ΑΤΛΑΣ. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ : ΑΛΕΞ. Δ. ΣΙΩΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1976
4. ΚΑΚΛΑΜΑΝΑΚΗ ΝΙΚΗΤΑ-ΚΑΜΙΝΑ ΑΝΤΩΝΗ, «Η ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ» ΑΘΗΝΑ 1998
5. LUCILLE KEIR, BARBARA A. WISE, CONNIE KREBS, ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΙΙ, ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΤΡΙΤΗ ΕΚΔΟΣΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ : «ΕΛΛΗΝ»
6. ΜΠΑΛΑΣ Π., ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΤΟΜΟΣ Β΄ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ
7. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: ΣΤΟΜΑΧΟΣ, ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ, ΤΟΜΟΣ Β΄, ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΕ, ΑΘΗΝΑ 1994
8. DESPOPOYLOS A., SILBERNAGL S. «ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ, ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΕΓΧΡΩΜΟ ΑΤΛΑΝΤΑ» ΕΚΔΟΣΗ 3<sup>η</sup>, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΛΙΤΣΑΣ» ΑΘΗΝΑ 1989
9. ΧΑΤΖΗΜΗΝΑ Σ. ΙΩΑΝΝΟΥ, ΕΠΙΤΟΜΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑΙ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1979

10. ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Α. «ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ», ΤΟΜΟΣ Α΄ ΕΚΔΟΣΗ Δ΄, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ ΑΘΗΝΑ 1984

11. Guyton A. «ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ» ΤΟΜΟΣ 1<sup>ος</sup> ΕΚΔΟΣΗ 3<sup>η</sup>, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ : ΚΟΥΒΕΛΑΣ ΗΛΙΑΣ, ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ : ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Α. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΛΙΤΣΑΣ», ΑΘΗΝΑ 1984

12. ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Ε. – ΤΣΑΓΓΑΡΗΣ Θ., ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ, ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1982

13. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ, ΤΟΜΟΣ Α΄ ΑΘΗΝΑ 1995

14. ΠΙΕΤΡΙΔΗΣ Α., ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ»

15. ΜΟΣΧΟΥ – ΚΑΚΚΟΥ ΑΘΗΝΑ, MSC, ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΠΑΤΡΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1999

16. ΓΟΛΕΜΑΤΗ Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ» ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ : Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

17. ΔΟΝΤΑΣ Ν., «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ: «Ε.Α.Ε., ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ», ΑΘΗΝΑ 1991

18. ΒΑΤΟΠΟΥΛΟΣ Α΄: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΦΘΟΡΑΣ, ΙΑΤΡΙΚΗ 1987

19. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, «ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ» ΑΘΗΝΑ 1991

20. ΓΟΛΕΜΑΤΗ Χ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, «ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ», ΤΟΜΟΣ Α΄ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΑΘΗΝΑ 1985

21. ΜΠΟΥΤΗΣ Λ. ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ Α.Κ.Α. «ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ: «ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ», ΑΘΗΝΑ 1981

22. ΠΟΛΥΖΟΜΗΣ Μ., «ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ», ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ. 3<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1982)

23. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ., «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ». ΤΟΜΟΣ Β΄ ΜΕΡΟΣ 20, ΕΚΔΟΣΗ 14<sup>η</sup>, ΕΚΔΟΣΕΙΣ : «Η ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ 1991

24. ΚΟΥΚΟΥΡΑΣ Δ., ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ «Ο ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ»

ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ, ΠΑΤΡΑ 1990

25. ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA – ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ, ΤΟΜΟΣ 1<sup>ος</sup> Ε΄ ΕΠΑΝΕΚΔΟΣΗ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ ΑΘΗΝΑ.

26. ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.,  
«ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ». ΤΟΜΟΣ Β΄  
ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>, ΑΘΗΝΑ 1995

27. ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ : ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 1978

28. ΔΡ.ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ : ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΟΥΣ.

29. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Φ. Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΦΛΟΓΑ 1986

30. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, «Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ», ΜΕ ΘΕΜΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΑΘΗΝΑ 1991

31. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ, ΕΠΙΤΡΟΠΗ  
ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, «Η ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ  
ΚΑΡΚΙΝΟΥ – ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ ΜΕ ΘΕΜΑ :  
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΝ  
ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ, ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ : ΜΠΕΣΠΛΕΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ,  
ΑΘΗΝΑ 1991

32. SOBOTTA, ΑΤΛΑΝΤΑΣ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ,  
20<sup>Η</sup> ΓΕΡΜΑΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ. ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΤΩΝ R. PUTZ  
ΚΑΙ R. RABST. 4<sup>Η</sup> ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ, ΤΟΜΟΣ 2,  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ», ΜΑΡΙΑ ΓΡ.  
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΝΑΥΑΡΙΝΟΥ 20-ΑΘΗΝΑ 1995

