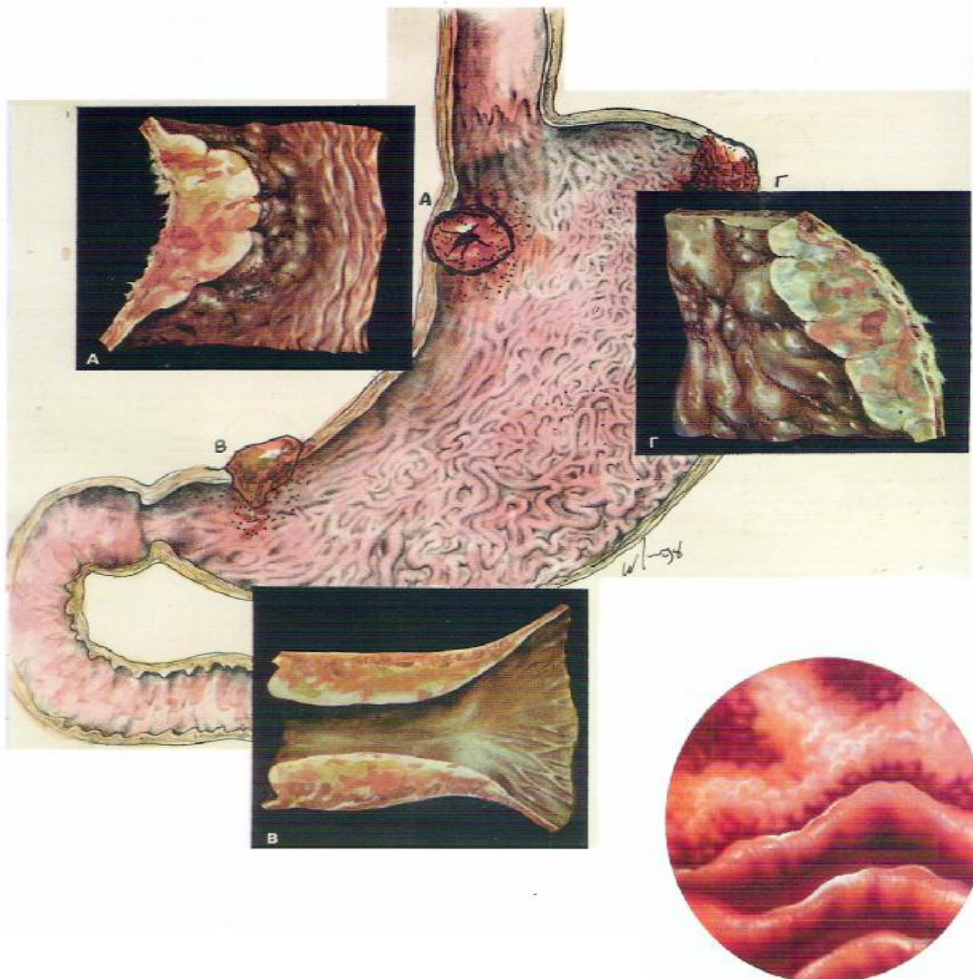


Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ, ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΚΟΛΟΒΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2007

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στους επιστήμονες νοσηλευτές

*που με το σπουδαίο και υπεύθυνο έργο τους σώζουν καθημερινά
ζωές και με επιμονή και υπομονή προσπαθούν να εξυψώσουν το
λειτουργήμα τους.*

Ευχαριστώ

*θερμά την **Dr. Παπαδημητρίου Μαρία**, η οποία ήταν η υπεύθυνη καθηγήτρια για τη διεκπεραίωση της εργασίας μου καθώς και τους **γονείς** μου που στάθηκαν αρωγοί σε κάθε στάδιο της προσπάθειας αυτής.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : Στομάχος

1.1. Ανατομία στομάχου	11
1.1.1. Περιγραφή στομάχου	11
1.1.2. Αγγείωση	13
1.1.3. Νεύρωση	14
1.2. Φυσιολογία στομάχου	15
1.2.1. Κινητικότητα στομάχου	15
1.2.2. Έκκριση στομάχου	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Καρκίνος Στομάχου

2.1. Ορισμός-Γενικές Έννοιες	18
2.2. Επιδημιολογία	18
2.3. Αιτιολογικοί & Προδιαθεσικοί παράγοντες	21
2.4. Παθολογική ανατομία	23
2.5. Σταδιοποίηση	24
2.6. Πρώιμος γαστρικός καρκίνος	25
2.7. Προχωρημένος γαστρικός καρκίνος	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Διάγνωση

3.1. Κλινική εικόνα-Συμπτώματα	27
3.2. Κλινική εξέταση	28
3.3. Εργαστηριακός έλεγχος-ευρήματα	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : Θεραπεία καρκίνου στομάχου

4.1. Χειρουργική	29
4.1.1. Ριζική ολική γαστρεκτομή	29
4.1.2. Παρηγορική εκτομή	30

4.1.3. Παρηγορική παράκαμψη	30
4.2. Χημειοθεραπεία-Ακτινοθεραπεία	31
4.3. Πρόγνωση	32

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Καρκίνος στομάχου-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	35
1.2. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα	36
1.2.1. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με γαστρονομία	38
1.3. Η Νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία Αρρώστου με καρκίνο στομάχου	39
1.3.1 Η Νοσηλευτική προσέγγιση στη χημειοθεραπεία	40
1.3.2 Η Νοσηλευτική προσέγγιση στην ακτινοθεραπεία	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Ψυχολογία Καρκινοπαθούς

2.1. Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με γαστρικό καρκίνο και νοσηλευτική παρέμβαση	43
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Πρόληψη

3.1 Πρόληψη καρκίνου στομάχου	45
3.1.1 Πρωτογενής πρόληψη	45
3.1.2 Δευτερογενής πρόληψη	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Μέθοδος Νοσηλευτικής φροντίδας

4.1. Νοσηλευτική διεργασία	48
4.2. Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα (Νοσηλευτικής Διεργασίας)	49
Περιγραφή 1 ^{ου} περιστατικού με καρκίνου στομάχου	49
Περιγραφή 2 ^{ου} περιστατικού με καρκίνο στομάχου	71

Συμπεράσματα-Προτάσεις	80
-------------------------------	----

Περίληψη	81
-----------------	----

Βιβλιογραφία

82

Παράρτημα

84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα νεοπλάσματα έχουν περιγραφεί από τα πρώτα βήματα της Ιατρικής και μάλιστα από τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, οι οποίοι πρώτοι ονόμασαν καρκίνο τα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Η εικόνα του νεοπλάσματος του μαστού, όπως την περιέγραψαν οι δύο μεγάλοι σοφοί, με την διάγνωση και διήθηση της θήλης και τη διάταξη των αγγείων και των φλεβών γύρω από τον όγκο έμοιαζε με τον καρκίνο του κάβουρα της θαλάσσης. Ακόμα η ονομασία καρκίνος (κάβουρας) του κακοήθους νεοπλάσματος παρουσιάζει τον πόνο από τον καρκίνο όμοιο με αυτόν που δοκιμάζει κάποιος όταν τον δαγκώσει ο κάβουρας.

Η λέξη καρκίνος είναι συνώνυμος με τον όρο κακοήθες νεόπλασμα. Άλλες λέξεις που έχουν την έννοια νεοπλασματικής αρρώστιας είναι κακοήθεια, όγκος, καρκίνωμα, εκτροπή στην ανάπτυξη κυττάρων και η συντομογραφία "Ca" χωρίς να είναι και συνώνυμη.

Σήμερα το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύονται ανέβηκε στη σχέση 1:3, δηλαδή ένας καρκινοπαθής θεραπεύεται, ενώ τρεις πεθαίνουν. Το ποσοστό αυτό θα ήταν πολύ πιο υψηλό αν γινόταν έγκαιρα η διάγνωση¹

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα τη νόσο του μέλλοντος αφού αναμένεται ένας στους τρεις ανθρώπους να τον αναπτύξει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι μια πολυδιάστατη νόσος που επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή του ασθενή.

Επομένως, από τα παραπάνω είναι εμφανής η αναγκαιότητα και η επιτακτικότητα της μελέτης και έρευνας των κακοηθών νεοπλασμάτων.²

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

"... Καταστροφή που δεν την φανταζόμεθα,
εξαφνική, ραγδαία πέφτει επάνω μας
κι ανέτοιμους
- Που πια καιρός;-
μας συνεπαίρνει..."

Κων. Καβάφης

Σε όλο τον κόσμο ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί μια από τις πιο συχνές θανατηφόρες κακοήθειες παθήσεις. Αν και η συχνότητά του μειώνεται εν τούτοις εξακολουθεί να προκαλεί περίπου 15.000 θανάτους το χρόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Επειδή τα πρώτα συμπτώματα είναι συχνά ελάχιστα ή ανύπαρκτα κατά την πιθανώς ιάσιμη φάση της παθήσεως, οι ασθενείς ζητούν συνήθως πολύ αργά τη συμβουλή γιατρού³.

Ο γαστρικός καρκίνος προσβάλλει τους άνδρες δύο φορές συχνότερα απ' ότι οι γυναίκες και το μέγιστο της συχνότητάς του παρατηρείται ανάμεσα στα 50-69 χρόνια της ηλικίας. Είναι δύο φορές συχνότερος στους νέγρους και στους ανατολίτες από ότι στους λευκούς. Η αιτιολογία του είναι άγνωστη. Φαίνεται όμως να έχει σχέση με γενετικούς παράγοντες, πολύποδες, μεταβολές στο γαστρικό βλεννογόνο (όπως χρόνια γαστρίτιδα) και με γαστρικό έλκος.⁴

Η πρόγνωση της νόσου είναι ιδιαίτερα άσχημη και η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται στα επίπεδα του 10%. Το ¼ περίπου των γαστρικών καρκίνων όταν διαγνωσθούν είναι ανεγχείρητοι. Το 15-20% των ασθενών με καρκίνο στομάχου και όταν ακόμη οδηγούνται στο χειρουργικό τραπέζι θεωρούνται ανεγχείρητοι, ενώ πενταετής επιβίωση των αρρώστων που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή κυμαίνεται από 5-25%.

Με δεδομένη την κακή πρόγνωση της νόσου και επειδή δεν αναμένεται βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων και ιδιαίτερη πρόοδος τόσο την ακτινοθεραπεία, όσο και τη χημειοθεραπεία, ώστε να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία, είναι σκόπιμο να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον μας στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου, ή στον προσδιορισμό αλλοιώσεων του γαστρικού βλεννογόνου που μπορεί να θεωρηθούν προκακρινωματώδεις καταστάσεις.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει πληροφόρηση σχετικά με τη φύση του καρκίνου στο στόμαχο και κυρίως τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση, την θεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθή. Επίσης, να γίνει κατανοητή η Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άρρωστο που πάσχει από καρκίνο στομάχου και να αντιμετωπισθεί ως μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα.⁵

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΤΟΜΑΧΟΣ

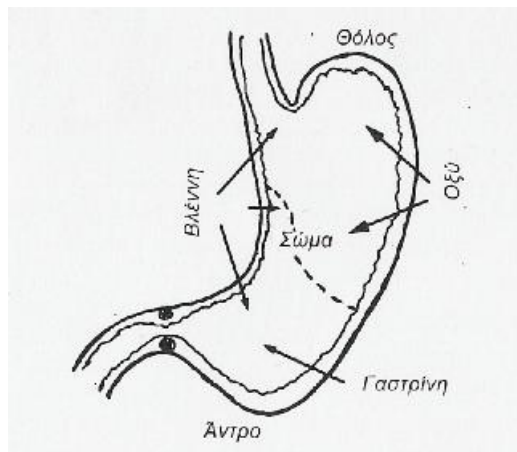
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

1.1.1 Περιγραφή στομάχου

Ο στόμαχος αρχίζει από το ύψος της λειτουργικής βαλβίδας της οισοφαγογαστρικής συμβολής και εκτείνεται μέχρι του πυλωρού. Διακρίνεται σε τέσσερα μέρη, αναλόγως κυρίως του είδους των εκκριτικών κυττάρων που έχει ο βλεννογόνος. (Εικ. 1)

Η *καρδιακή μοίρα* είναι μία μικρή περιοχή κάτω από την οισοφαγογαστρική συμβολή, η οποία καλείται έτσι, διότι βλάβες που εντοπίζονται στο σημείο αυτό προκαλούν συμπτώματα που συχνά αποδίδονται σε παθήσεις της καρδιάς.

Παθήσεις του στομάχου και δωδεκαδακτύλου



Εικόνα 1. Τα είδη των εκκριτικών κυττάρων που φέρει ο γαστρικός βλεννογόνος

Ο *θόλος* συνιστά το τμήμα που βρίσκεται στο ανώτερο σημείο του στομαχιού, δίπλα από την καρδιοοισοφαγική συμβολή.

Το *σώμα* του στομάχου περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος και εκτείνεται από του κάτω ορίου του θόλου μέχρι του άνω ορίου του πυλωρικού άντρου.

Το *πυλωρικό άντρο* καλύπτει τα τελευταία 5-6 cm του στομάχου και εκτείνεται μέχρι τον *πυλωρικό σφιγκτήρα*, ο οποίος φυσιολογικώς ανοίγει και κλείνει σύμφωνα με τις οδηγίες της παρασυμπαθητικής νευρώσεως του άντρου.

Ιστολογικώς ο *στόμαχος* αποτελείται από τρία στρώματα:

Τον *ορογόνο*, που αποτελεί το *περίσπλαγγο πέταλο* του περιτοναίου.

Το *μυϊκό*, ο οποίος περιλαμβάνει δύο στιβάδες, την *κυκλοτερή* και *επιμήκη*, και καθίσταται πιο ισχυρός στην περιοχή του *πυλωρικού άντρου*.

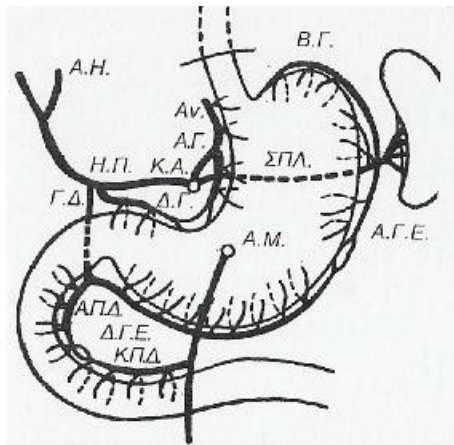
Τέλος, το *βλεννογόνο*, ο οποίος αποτελείται από *επιθήλιο* και περιλαμβάνει *αδένες* που τον χαρακτηρίζουν κατά περιοχές (Εικ. 2)

Η *καρδιακή μοίρα* περιλαμβάνει κυρίως *αδένες* που εκκρίνουν *βλέννα*, και *σπανιότερα* *οξοεκκριτικά κύτταρα*.

Ο *θόλος* και το *σώμα* περιλαμβάνουν κυρίως *οξοεκκριτικά κύτταρα* και *λιγότερο* *βλεννοπαραγωγό*.

Το *πυλωρικό άντρο*, τέλος περιέχει κυρίως *κύτταρα* που εκκρίνουν *γαστρίνη* (*G-κύτταρα*), καθώς και *βλεννοεκκριτικό*.⁶

Σύγχρονη γενική χειρουργική



Εικόνα 2. Η αγγείωση του στομάχου

Κ.Α. : Κοιλιακή αρτηρία, Α.Γ. = Αριστερά γαστρική (Αν.= Ανιών κλάδος). Δ.Γ.= Δεξιά γαστρική, ΗΠ= Ηπατική αρτηρία (Α.Η.=Αριστερά ηπατική, Δ.Η.= Δεξιά ηπατική), Δ.Γ.: Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή, Γ.Δ.= Γαστροδωδεκαδακτυλική, Α.Π.Δ.: Άνω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική, Δ.Φ.Ε.= Δεξιά γαστρο επιπλοϊκή, Σ.Π.Α.: Σπληνική αρτηρία, Α.Γ.Ε.: Αριστερή γαστροεπιπλοϊκή, Β.Γ. Βραχίεις γαστρικές, Α.Μ. : Άνω μεσε- ντερίας, Κ.Π.Δ.: Κάτω παγκρετοδωδεκαδακτυλική.

1.1.2 Αγγείωση

Αρτηρίες. Ο στόμαχος δέχεται αίμα από τις ακόλουθες αρτηρίες (Εικ. 2): *Αριστερά γαστρική.* Εκφύεται από την κοιλιακή αρτηρία (τρίποδας του Haller) και διαιρείται σε ανιόντα κλάδο και κατιόντες, οι οποίοι διαμοιράζονται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και αναστομώνονται με τη δεξιά γαστρική. *Δεξιά γαστρική.* Είναι κλάδος της ηπατικής αρτηρίας (τρίποδας του Haller). *Δεξιά γαστροεπιπλοϊκή.* Είναι κλάδος της γαστροδωδεκακτυλικής (κλάδος και αυτή της ηπατικής) και διανέμεται στην περιοχή του πυλωρικού άντρου, αναστομώνεται δε κατά μήκος του μείζονος τόξου με την *αριστερά γαστροεπιπλοϊκή*, που είναι κλάδος της σπληνικής (από τον τρίποδα του Haller).

Τέλος, στο θόλο του στομάχου διανέμονται 4-5 κλάδοι από τη σπληνική, οι *βραχείες γαστρικές*.

Το δωδεκαδάκτυλο αγγειώνεται από την άνω *παγκρεατοδωδεκαδακτυλική*, η οποία είναι κλάδος της γαστροδωδεκαδακτυλικής και την *κάτω παγκρεατοδωδεκαδακτυλική*, η οποία εκφύεται από την άνω μεσεντέριο.

Η **φλεβική απορροή** ακολουθεί περίπου τις αρτηρίες, η πυλωρική φλέβα, που αντιστοιχεί στη δεξιά γαστρική, και μαζί με την απορροή από ολόκληρο το έλασσον τόξο, σχηματίζει τη *στεφανιαία φλέβα του στομάχου*, η οποία εκβάλλει στη πυλαία, στο ύψος της συμβολής της σπληνικής και την άνω μεσεντερίου.

Τα **λεμφογγεία** αποχετεύουν τη λέμφο, ακολουθούν τη διαδρομή των αγγείων και καταλήγουν σε διάφορες ομάδες λεμφογαγγλίων που χωρίζονται σε δύο επίπεδα: Το επιπολής και το εν τω βάθει.

Τα επιπολής διακρίνονται στις εξής κύριες ομάδες (Εικ. 3).

- 1) Τα περικαρδιακά, που περιβάλλουν ως περιδέραιο την καρδιακή μοίρα,
- 2) Προς το μείζον τόξο ευρίσκονται τα σπληνικά, και εκείνα του επιπλόου,
- 3) Τα άνω πυλωρικά και τα 4) Κάτω πυλωρικά που απάγουν τη λέμφο από την περιφερειακή μοίρα του στομάχου.

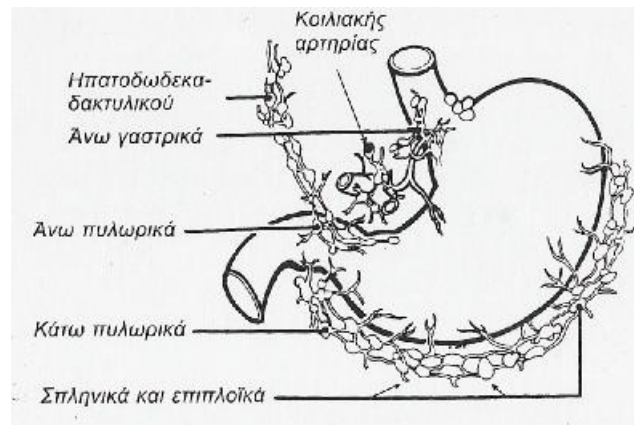
Τα εν τω βάθει περιλαμβάνουν τις εξής ομάδες : 1) Κοιλιακής αρτηρίας, 2) Περί την πύλη του ήπατος και 3) Τα άνω και κάτω παγκρεατικά.

Η γνώση των ομάδων αυτών έχει ιδιαίτερη σημασία στη χειρουργική θεραπεία του καρκίνου του στομάχου.⁶

1.1.3 Νεύρωση

Ο στόμαχος παίρνει συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες.

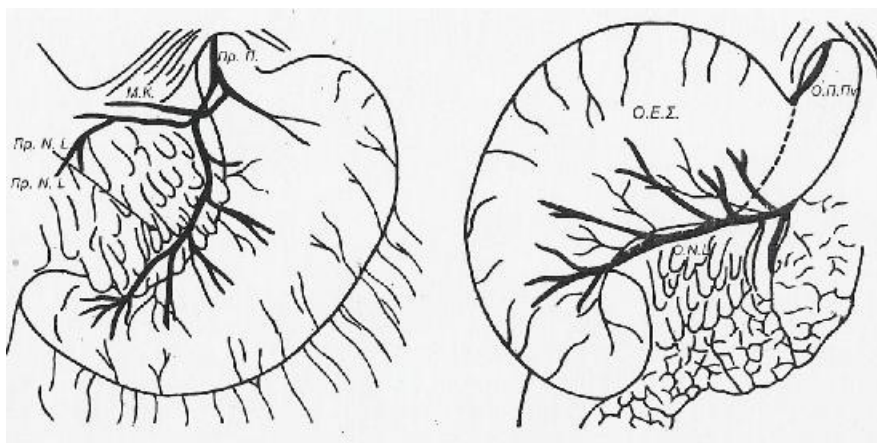
Παθήσεις του στομάχου και δωδεκαδακτύλου



Εικόνα 3. Επιχώρια λεμφογάγγλια στομάχου

Τα συμπαθητικά νεύρα προέρχονται από το δεξιό και αριστερό σπλαχνικό νεύρο, δια μέσου του κοιλιακού γαγγλίου.

Η παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου γίνεται δια μέσου των πνευμονογαστρικών νεύρων. Στο μεσοθωράκιο το δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό διακλαδώνονται μεταξύ τους και στη συνέχεια σχηματίζουν δύο κυρίους κλάδους: Το πρόσθιο (Εικ. 4) και το οπίσθιο(Εικ. 5) πνευμονογαστρικό που κατανέμονται στο στόμαχο και το



Εικόνα 4. Πρόσθια επιφάνεια στομάχου

Παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου
Πρ.Π: Πρόσθιο πνευμονογαστρικό,
Η.Κ. Ηπατικοί κλάδοι, Πρ.Ν.Λ: Πρόσθιο Νεύρο Latarget.

Εικόνα 5. Οπίσθια επιφάνεια στομάχου

ΟΠ.Πν : Οπίσθιο πνευμονογαστρικό.
Ο.Ε.Σ.: Οπίσθια επιφάνεια στομάχου
(ο στόμαχος έχει αναστραφεί), Ο.Ν.Λ:
Οπίσθιο νεύρο του Latarget

δωδεκαδάκτυλο. Το πρόσθιο πνευμονογαστρικό δίνει τους ηπατικούς κλάδους και πορεύεται κατά μήκος του ελάσσοнос τόξου στο πρόσθιο τοίχωμα και το οπίσθιο, δίνει ένα κοιλιακό κλάδο και στη συνέχεια πορευόμενο κατά μήκος του ελάσσοнос τόξου, κατανέμεται στο οπίσθιο τοίχωμα.⁶

1.2. Φυσιολογία στομάχου

1.2.1. Κινητικότητα

Ο στόμαχος δέχεται τις τροφές από τον οισοφάγο και χρησιμεύει για την ανάμειξη, πολτοποιήση, την προσωρινή εναποθήκευση και εν συνεχεία την προώθηση τους προς το δωδεκαδάκτυλο.

Η εναποθήκευση γίνεται κυρίως στο θόλο και το σώμα, που διατείνονται παθητικώς, αφού χαλαρώσουν οι μυϊκές ίνες, και δύνανται να περιέχουν μέχρι και 1000 ml περίπου.

Η προώθηση επιτυγχάνεται με περισταλτικές κινήσεις του άντρου, ενώ ο πυλωρικός σφιγκτήρας χαλαρώνει για λίγα δευτερόλεπτα μετά κάθε ώση. Οι περισταλτικές κινήσεις αρχίζουν από ένα ηλεκτρικό βηματοδότη που βρίσκεται στο σώμα του στομάχου, πλησίον του μείζονος τόξου, με ρυθμό 3 ώσεις κατά λεπτό και ενισχύονται από διάφορους άλλους παράγοντες, όπως την ποσότητα των τροφών και το μέγεθος των τεμαχιδίων (κατά τρόπο αντιστρόφως ανάλογο) και την ωσμωτική τους πίεση.

Μετά τη λήψη τροφής ακολουθούν έντονες συσπάσεις που διαρκούν –4 ώρες. Σε κάθε κύμα προωθούνται 5 έως 15 ml περίπου περιεχομένου.⁶

1.2.2. Έκκριση στομάχου

Η γαστρική έκκριση σε νηστικό άτομο κυμαίνεται από 500 ml ημερησίως.

Μετά γεύμα εκκρίνονται περίπου 1500 ml υγρών που περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, βλέννα, ηλεκτρολύτες, πεψινογόνο και ορισμένες άλλες ουσίες.

Υδροχλωρικό οξύ. Η έκκρισή του ερεθίζεται με τη θέα, οσμή ή λήψη τροφών. Η έκκριση του υδροχλωρικού οξέος από τα τοιχωματικά κύτταρα γίνεται δια μέσω

του στρώματος βλέννης που τα επικαλύπτει, και το οποίο αποτρέπει την επαναρρόφηση του. Διττανθρακικά τα οποία είναι παγιδευμένα πλησίον των κυττάρων, διατηρούν ένα pH ουδέτερο (=7), ενώ του στομάχου είναι εντόνως όξινο. Η παρουσία του στρώματος βλέννης προστατεύει από την αυτοπεψία. Για λόγους διδακτικούς η έκκριση χωρίζεται σε τρεις φάσεις, αν και αυτές επικαλύπτονται.

1. Κεφαλική φάση. Δρα μέσω του πνευμονογαστρικού το οποίο διεγείρει τα τοιχωματικά-οξεοεκκριτικά κύτταρα, εκλύοντας ακετολχολίνη, και έχει μία δευτερεύουσα δράση στα κύτταρα του πυλωρικού άντρου για την έκκριση γαστρίνης
2. Γαστρική φάση. Η άφιξη των τροφών στο στομάχι προκαλεί με δύο τρόπους την έκκριση γαστρίνης : Μηχανικώς, με τη διάταση του πυλωρικού άντρου και χημικώς, διότι ορισμένες ουσίες, όπως τα αμινοξέα και το αλκοόλ, ερεθίζουν το βλεννογόνο για έκκριση γαστρίνης. Η παρουσία τροφών στο στόμαχο εκλύει αντανεκλαστικό του πνευμονογαστρικού με απαγωγές-προσαγωγές ίνες μέσω του ΚΝΣ για τον περαιτέρω ερεθισμό των οξεοεκκριτικών κυττάρων.
3. Εντερική. Πειραματικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η παρουσία τροφών στο έντερο ερεθίζει το βλεννογόνο, ο οποίος εκκρίνει ουσίες, όπως γαστρίνη από δωδεκαδάκτυλο, που αυξάνουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος από το στόμαχο. Αναστολή της εκκρίσεως του υδροχλωρικού οξέος γίνεται με διάφορους μηχανισμούς:

Η σωματοστατίνη, η οποία παράγεται από τα κύτταρα D του θόλου του στομάχου, δρα τοπικώς και αναστέλλει την έκκριση υδροχλωρικού οξέος και γαστρίνης.

Ο εντερικός βλεννογόνος είναι υπεύθυνος και για την παραγωγή ουσιών που αναστέλλουν τη γαστρική έκκριση : Η σεκρετίνη και η χολοκυστοκινίνη εξουδετερώνουν την ερεθιστική δράση της γαστρίνης πάνω στα οξεοεκκριτικά κύτταρα του στομάχου, ενώ η σεκρετίνη μειώνει και την παραγωγή γαστρίνης. Έχει επίσης επισημανθεί η ύπαρξη δύο άλλων ουσιών, μιας άλλης, της βολβοεντερογαστρονίνης, που επίσης αναστέλλουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέος.

Βλέννα. Η βλέννα είναι μία βλενοπρωτεΐνη η οποία παράγεται από τα βλενοεκκριτικά κύτταρα που βρίσκονται στο βλεννογόνο ολόκληρου του στομάχου.

Πεψινογόνο. Έχουν βρεθεί επτά μορφές πεψινογόνου και κατατάσσονται σε δύο ομάδες : 1 (του θόλου) και 2 (άντρου και δωδεκαδάκτυλου). Η ομάδα I (Φ.Τ. 100 ng/ml) αντιστοιχεί με τη βασική έκκριση και τη μέγιστη εκκριτική ικανότητα του

στομάχου και έτσι μπορεί να αποτελέσει δείκτη της γαστρικής εκκρίσεως. Το πεψινογόνο εκκρίνεται με χολινεργικά ερεθίσματα και ενεργοποιείται σε πεψίνη όταν το pH του γαστρικού υγρού είναι <5 και καταλύει τους πεπτιδικούς δεσμούς.

Ηλεκτρολύτες. Η περιεκτικότητα σε K^+ παραμένει σταθερή (5-10 mEq/L) καθώς και του Cl^- (150 mEq/L).

Το Na^+ μειώνεται όσο αυξάνει το H^+ και έτσι διατηρείται η ισοτονικότητα του γαστρικού υγρού.

Γαστρίνες. Η γαστρίνη αποτελεί τη μόνη επαρκώς μελετημένη ορμόνη που δρα στα οξεοεκκριτικά κύτταρα για έκκριση υδροχλωρικού οξέος. Παράγεται από ειδικά κύτταρα (G-κύτταρα) που βρίσκονται στο βλεννογόνο του πυλωρικού άντρου αλλά και του δωδεκαδάκτυλου, και υπάρχει σε τρεις μοριακές μορφές: G34 ή μεγάλη γαστρίνη (κυρίως του δωδεκαδάκτυλου), G17 ή μικρή γαστρίνη (κυρίως του πυλωρικού άντρου) και G14 ή μίνι γαστρίνη.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Γενικές έννοιες-Ορισμός καρκίνου στομάχου

Ασθένεια που προκαλείται από ανεξέλεγκτη κυτταρική διαίρεση. Υπάρχουν πολλά, διαφορετικά είδη καρκίνου. Το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι προκαλούνται από ανεξέλεγκτη κυτταρική διαίρεση, που οδηγεί στη δημιουργία όγκων. Μετά το σχηματισμό του, ο όγκος συνήθως αναπτύσσεται γρήγορα και εμποδίζει τη φυσιολογική λειτουργία κάποιου μέρους του σώματος. Οι όγκοι συχνά μεθίστανται (κάνουν μετάσταση), δηλαδή μερικά από τα κύτταρά τους μεταναστεύουν και προκαλούν τη δημιουργία νέων όγκων σε άλλες περιοχές του σώματος. Οι επιστήμονες σήμερα πιστεύουν ότι ο καρκίνος ξεκινά όταν καρκινογόνα γονίδια, που υπάρχουν στα φυσιολογικά κύτταρα, ερεθίζονται και αρχίζουν να δρουν. Οι παράγοντες που προκαλούν τον ερεθισμό των γονιδίων αυτών παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία. Τέτοιοι παράγοντες είναι χημικές ουσίες που λέγονται καρκινογόνες, «ατυχήματα» στη διάταξη του DNA κάποιου κυττάρου, καθώς και προσβολές των κυττάρων από ιούς.⁷

Ο καρκίνος του στομάχου, ειδικότερα, είναι επιθηλίωμα που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως, πρόκειται για αδενοκαρκίνωμα. Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο απ' όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται πάντοτε πρωτοπαθώς.⁸

2.2. Επιδημιολογία

Από επιδημιολογικής άποψης ο καρκίνος του στομάχου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα αποτελούσε τον πρώτο σε συχνότητα εμφάνιση, καρκίνο στον άνθρωπο, με μεγάλη διαφορά από τους υπόλοιπους. Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, όμως, άρχισε μια σταδιακή μείωση της συχνότητας εμφάνισής του, η οποία έλαβε σημαντικές διαστάσεις το τελευταίο τέταρτο του αιώνα, έτσι που στις ημέρες μας στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες να είναι ο 9^{ος} σε συχνότητα εμφάνιση, στους άνδρες και ο 14^{ος} στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία η συνολική μείωση στις αναπτυγμένες χώρες από το 1930 ως τις ημέρες μας έχει φτάσει το 73%. Στον υπόλοιπο όμως κόσμο, η νόσος βρίσκεται στη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του πνεύμονα.

Οι περισσότεροι ερευνητές εκτιμούν ότι αυτή η σημαντική πτώση της συχνότητας εμφάνισης του συγκεκριμένου καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης θα πρέπει να αποδοθεί στην αλλαγή του τρόπου συντήρησης των τροφίμων και ιδιαίτερα στην ευρεία διάδοση και χρησιμοποίηση ψυγείων, τα οποία κατέστησαν άχρηστες παλαιότερες πρακτικές, ιδίως εκείνες που στηριζόντουσαν στη χρησιμοποίηση ως συντηρητικού του αλατιού (παστά). Επίσης και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες (π.χ. κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων φρέσκων φρούτων και λαχανικών), αλλά και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες πρέπει να έχουν συμβάλλει σ' αυτή την εξέλιξη.

Το σημαντικό ρόλο της διατροφής στην καρκινογένεση ενισχύει και το γεγονός πως μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών του κόσμου (όπου επικρατούν και διαφορετικές διατροφικές συνήθειες) παρατηρούνται μεγάλες διακυμάνσεις σ' ότι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Για παράδειγμα αυτή είναι πολύ μεγάλη στην Ιαπωνία και σε ορισμένες περιοχές της Μέσης Ανατολής (όπου η κατανάλωση παστών κρεάτων και ψαριών είναι διαδεδομένη), και μικρή στην Αυστραλία. Η μετακίνηση πληθυσμών από περιοχές με μεγάλη επίπτωση της νόσου σε άλλες με μικρότερη, συνοδεύτηκε από μία σταδιακή μείωση και τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Ταυτόχρονα, όμως, η σχετική επιδημιολογική έρευνα ανέδειξε τη μεγάλη σημασία που έχουν οι διαιτητικές συνήθειες τα πρώτα χρόνια της ζωής των ανθρώπων.

Από την άλλη πλευρά, συγκρίνοντας την πρώτη με τη δεύτερη γενιά μεταναστών, προέκυψε πως και άλλοι παράγοντες πέρα από τη διατροφή, όπως περιβαλλοντικοί ή πολιτισμικοί, θα πρέπει να εμπλέκονται στην διαδικασία εμφάνισης ή όχι καρκίνου του στομάχου. Τα ποιοι είναι αυτοί οι παράγοντες είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια.⁹

Ενώ, όμως, στις δυτικές χώρες η μείωση στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι σημαντική, κάτι αντίστοιχο δεν παρατηρήθηκε και για τη θνητότητά της, δηλ. για το ποσοστό των ασθενών που υποκύπτουν εξ' αιτίας της. Σε γενικές γραμμές η πρόγνωση των ασθενών με καρκίνο του στομάχου έχει ελάχιστα βελτιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτή η δυσμενής κατάσταση αποδίδεται τόσο την καθυστερημένη διάγνωση της νόσου, όσο και στην ιδιαίτερη βιολογική συμπεριφορά της. Με βάση τις στατιστικές από τη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη, ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί τον 6^ο σε συχνότητα καρκίνο στους άνδρες και τον 8^ο στις γυναίκες.

Οι άνδρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα απ' ότι οι γυναίκες, περίπου σε διπλάσια συχνότητα.

Μια ενδιαφέρουσα επιδημιολογική παρατήρηση αφορά το γεγονός ότι ενώ παλαιότερα η μεγάλη πλειοψηφία των καρκίνων εντοπιζόντουσαν στην περιφερική περιοχή του στομάχου (στο άντρο), τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μία σταδιακή αύξηση του αριθμού των καρκίνων που εντοπίζονται σε κεντρικότερα σημεία. Σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα από Ευρώπη και Η.Π.Α. οι μισές πλέον περιπτώσεις καρκίνων αφορούν εντοπίσεις στο σώμα και στην περιοχή του στομάχου κοντά στην ένωση του οργάνου με τον οισοφάγο (στο θόλο και στην καρδιά). Η εξήγηση γι' αυτή την τάση δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί με ακρίβεια. Από τα υπάρχοντα στοιχεία ενοχοποιούνται η παχυσαρκία, η γαστροϊσοφαγική παλινδρόμηση και το κάπνισμα.

Όποια, όμως, και να είναι η αιτία, η εξέλιξη αυτή δεν είναι ευνοϊκή, στο βαθμό που οι κεντρικότερα εντοπιζόμενοι καρκίνοι τείνουν να έχουν μια πιο επιθετική βιολογική συμπεριφορά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των κακοηθών νεοπλασιών του στομάχου (το 95%) είναι αδενοκαρκινώματα, δηλ. καρκίνοι που ξεκινούν από τα κύτταρα των αδένων στο εσωτερικό τοίχωμα του στομάχου. Οι άλλου τύπου κακοήθειες του στομάχου είναι εξαιρετικά σπάνιες.

Τα αδενοκαρκινώματα εμφανίζονται με δύο μορφές, τον καρκίνο εντερικού τύπου και τον καρκίνο διάχυτου τύπου, οι οποίες έχουν σημαντικές μεταξύ τους διαφορές.

Ο εντερικός τύπος είναι συχνότερος στους άνδρες, προτιμά τις μεγάλες ηλικίες και η εμφάνισή του αποδίδεται στην επίδραση του βλεννογόνου του στομάχου, όπως η ατροφία ή η εντερική δυσπλασία, που θεωρούνται ως προκαρκινωματώδεις καταστάσεις.

Από την άλλη, ο διάχυτος τύπος προσβάλλει άτομα νεότερης ηλικίας, χωρίς να δείχνει ιδιαίτερη προτίμηση για κάποιο από τα δύο φύλλα. Δεν φαίνεται να προέρχεται από προκαρκινωματώδεις καταστάσεις, εκτιμάται δε πως η γενετική προδιάθεση επηρεάζει εντονότερα τη δημιουργία του.⁹

2.3. Αιτιολογικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες

Η αιτιολογία είναι βεβαίως άγνωστη. Διάφοροι όμως επιβαρυντικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί.

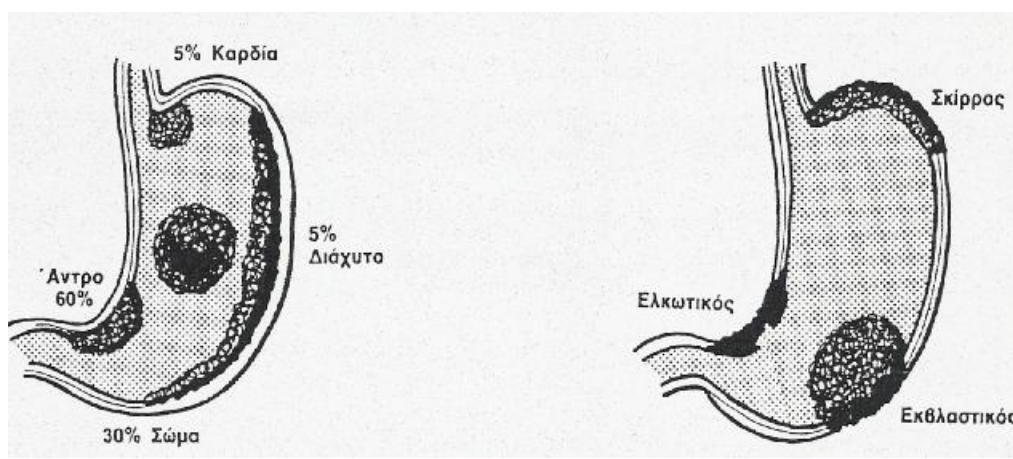
1. **Διαιτητικοί.** Είναι οι πιο καλά μελετημένοι παράγοντες και φαίνεται ότι παίζουν πράγματι πρωτεύοντα ρόλο. Η μετατροπή των νιτροδών σε νιτροζαμίνες, ένα γνωστό καρκινογόνο, ευνοείται στο στομάχο επί υποχλωρυδρίας. Η προσθήκη στις συντηρημένες τροφές νιτροδών ευνοεί τη δημιουργία νιτροζαμινών στο στομάχο.
2. **Η γεωγραφική** κατανομή παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις στη συχνότητα. Στην Ιαπωνία, Νότιο Αμερική και Ανατολική Ευρώπη η νόσος είναι συχνότερη απ' ό τι στη Δυτική Ευρώπη και Βόρειο Αμερική. Πιστεύεται ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν σημαντικός στη διαφορά αυτή συχνότητας.
3. **Το φύλλο** φαίνεται επίσης να παίζει ρόλο. Η πάθηση είναι συχνότερη στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες σε σχέση 2:1.
4. **Επαγγελματικοί παράγοντες** επίσης συμβάλλουν. Η νόσος είναι συχνότερη σε μεταλλωρύχους και εργάτες ελαστικών.¹⁰
5. **Λοίμωξη** από *ελικοβακτηρίδιο του πλωρού*. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει πως το ελικοβακτηρίδιο μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση κακοήθους εξαλλαγής στο στομάχο. Προς το παρόν, θεωρείται πως η ικανότητά του να παράγει αμμωνία, όπως και άλλα μεταλλαξιγόνα χημικά μπορεί να παίζει ρόλο στην κακοήθη εξαλλαγή του γαστρικού βλεννογόνου. Τέτοιες εξαλλαγές θεωρείται ότι ενισχύονται σε έλλειψη βιταμίνης C.
6. **Γαστρικοί πολύποδες.** Συνήθως ανευρίσκονται υπερπλαστικοί και αδενωματώδεις πολύποδες, αλλά μόνο οι δεύτεροι έχουν σημαντική κακοήθη δυνατότητα. Οι μελέτες έχουν αναδείξει πως μόνα ένα τέταρτο των αδενωματωδών πολυπόδων μπορεί να εμπεριέχουν κακοήθη εξαλλαγή. Επιπλέον, το γαστρικό καρκίνωμα απαντάται συχνά σε στομάχους που περιέχουν πολύποδες. Αυτό υποδεικνύει πως παράγοντες απαραίτητοι για τη δημιουργία πολυπόδων μπορεί επίσης να ευοδώνουν την ανάπτυξη κακοήθειας.¹¹

7. **Γαστρεντεροαναστόμωση.** Σε περιπτώσεις προηγηθείσης γαστρεκτομής ή παράκαμψης του δωδεκαδάκτυλου για καλοήγη νόσο, όπου ο στόμαχος έχει αναστομωθεί με ανώτερο τμήμα του γαστρεντερικού που περιέχει χολή. Το κολόβωμα του στομάχου είναι πιο επιρρεπές σε κακοήγη εξαλλαγή από ότι ο ακέραιος στόμαχος. Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής αυξάνει ανάλογα το χρόνο που έχει παρέλθει από το χειρουργείο. Οι ασθενείς με γαστρεκτομή και γαστρεντεροαναστόμωση είναι τέσσερις με πέντε φορές πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη γαστρικού καρκινώματος στο κολόβωμα του στομάχου από ότι ο υπόλοιπος πληθυσμός.
8. **Χρόνιο γαστρικό έλκος.** Θεωρείται ότι το χρόνιο έλκος του στομάχου αυξάνει το κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής του έλκους. Η εκτίμηση του αληθούς κινδύνου σε τέτοια έλκη είναι εξαιρετικά δύσκολη, αλλά θεωρείται μικρός. Τέτοια χρόνια έλκη όμως χρήζουν προσεκτική παρακολούθηση με ενδοσκόπηση και βιοψίες ανά τακτά χρονικά διαστήματα, μέχρι να επουλωθούν.
9. **Χρόνια ατροφική γαστρίτις.** Η κατάσταση σχετίζεται με απώλεια των γαστρικών αδένων του γαστρικού βλεννογόνου. Έχει παρατηρηθεί πιο συχνά σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του στομάχου. Η χρόνια ατροφική γαστρίτις σχετίζεται με κακοήγη αναιμία, που με τη σειρά της σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του στομάχου. Αυτοί οι ασθενείς έχουν 4 φορές υψηλότερο κίνδυνο, από ότι ο γενικός πληθυσμός.
10. **Εντερική μεταπλασία.** Η κατάσταση αυτή υπάρχει όταν συμβαίνει αντικατάσταση του γαστρικού βλεννογόνου από βλεννογονικούς αδένες με χαρακτηριστικά που προσομοιάζουν αυτά των αδένων του λεπτού εντέρου. Τέτοιες αλλαγές ανευρίσκονται στο απώτερο τμήμα του στομάχου και συνήθως σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού καρκινώματος.
11. **Γαστρική δυσπλασία.** Όταν τα κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου γίνουν λιγότερο ομοιόμορφα σε μέγεθος, σχήμα και διάταξη, οι δυσπλαστικές αλλοιώσεις μπορούν να χαρακτηριστούν ήπιες, μέσες και βαριές. Μόνο σε βαριές περιπτώσεις υπάρχει κίνδυνος σχετικά με κακοήγη εξαλλαγή.¹¹
12. **Παράγοντες ασθενούς.** Η ομάδα σώματος Α σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικού καρκίνου. Πρόσφατα έχουν ανακαλυφθεί ογκογονίδια, τα οποία ήταν ενεργά σε ασθενείς με καρκίνο του στομάχου.¹¹

2.4. Παθολογική ανατομία

Τα αδενοκαρκινώματα του στομάχου προέρχονται κυρίως από τα βλεννοπαραγωγά αδενικά κύτταρα και εντοπίζονται συχνότερα στο πυλωρικό άντρο.

Μακροσκοπικός παίρνει συνήθως τρεις μορφές : 1) Ελκωτική, 2) Εκβλαστητική και 3) Διηθητική. Διάχυτη διήθηση του τοιχώματος με ταυτόχρονη ανάπτυξη συνδετικού ιστού αποτελεί μία ιδιαίτερη μορφή που καλείται «πλαστική λινίτις». Οι μορφές αυτές μπορεί να συνδυάζονται.



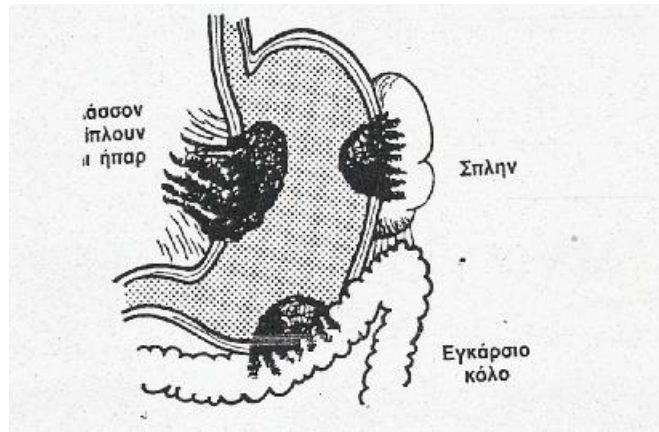
Μεταστάσεις δίνει λεμφογενώς, κατά συνέχεια ιστών, αιματογενώς και διάχυτες περιτοναϊκές.

1) Λεμφογενείς μεταστάσεις, δίνονται προς όλους τους επιχώριους λεμφαδένες. Μετάσταση στους αριστερούς υπερκλειδίους λεμφαδένες (αδένας του Virchow) απαντά στο 5% μόνο των περιπτώσεων.

2) Κατά συνέχεια ιστού μπορεί να διηθηθεί το έλασσον επίπλουν, το ήπαρ, ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος-σπλην, το εγκάρσιο κόλο ή το πάγκρεας.

3) Αιματογενείς μεταστάσεις, δίνονται πολύ συχνά στο ήπαρ και δευτερευόντως στους πνεύμονες, τον εγκέφαλο ή τα οστά.

4) Περιτοναϊκές μεταστάσεις μπορεί να είναι εντοπισμένες στο δουγλάσειο (όγκος Blumer) ή την ωοθήκη (όγκος Krukenberg) είναι σχετικώς σπάνιες, ενώ διάχυτες εμφανίσεις με παραγωγή ασκτικού υγρού είναι πιο συχνές.



Ιστολογικώς δεν υπάρχει ομοφωνία κατατάξεως των αδενοκαρκινωμάτων του στομάχου. Η πλέον διαδεδομένη κατάταξη είναι του Lauren, σύμφωνα με την οποία ο καρκίνος του στομάχου διαιρείται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- 1) Εντερικού τύπου και 2) Διαχύτου τύπου

Ο εντερικού τύπου καρκίνος αποτελείται από αδενοειδείς σχηματισμούς που προσομοιάζουν με τον καρκίνο του παχέος εντέρου, με έντονη φλεγμονώδη αντίδραση και εντερική μεταπλασία.

Ο διάχυτου τύπου καρκίνος αποτελείται από μικρούς σχηματισμούς μικρών κυττάρων και διηθεί το βλεννογόνο διαχύτως. Έχει χειρότερη πρόγνωση.¹⁰

2.5. Σταδιοποίηση

Η σταδιοποίηση, που έχει γίνει αποδεκτή από το 1985, καθορίζει την έκταση της νόσου με τρεις μεταβλητές.

- 1) Το βάθος του πρωτοπαθούς όγκου (γράμμα Tα), 2) Τις λεμφαδενικές μεταστάσεις (γράμμα N) και 3) Μεταστάσεις (γράμμα M)= Σύστημα T.N.M.

$T_{i,s}$ = Όγκος στο βλεννογόνο, χωρίς να φθάνει στο συνδετικό υπόστρωμα (in situ)

T_1 = Όγκος διηθεί το βλεννογόνο-υποβλεννογόνιο

T_2 = Όγκος διηθεί το μυϊκό χιτώνα

T_3 = Όγκος διηθεί το ορογόνο

T_4 = Όγκος διηθεί τα γειτονικά όργανα (εγκάρσιο κόλο, ήπαρ, σπλήνα κ.α.)

Κυρίως εκτιμάται η απόσταση των λεμφαδενικών μεταστάσεων από την πρωτοπαθή εστία.

N_0 = Όχι λεμφαδενικές μεταστάσεις

N_1 = Διήθηση λεμφαδένων μέχρι 3 cm από την πρωτοπαθή εστία

N_2 = Διήθηση επιχωρίων λεμφαδένων > 3 cm από την πρωτοπαθή εστία

M_0 = Όχι μεταστάσεις

M_1 = Ναι μεταστάσεις (διήθηση των παραορτικών, ηπατοδωδεκαδακτυλικών και άνω μεσεντερίων λεμφαδένων κατατάσσουν το νεόπλασμα στο M1).¹⁰

2.6. Πρώιμος γαστρικός καρκίνος

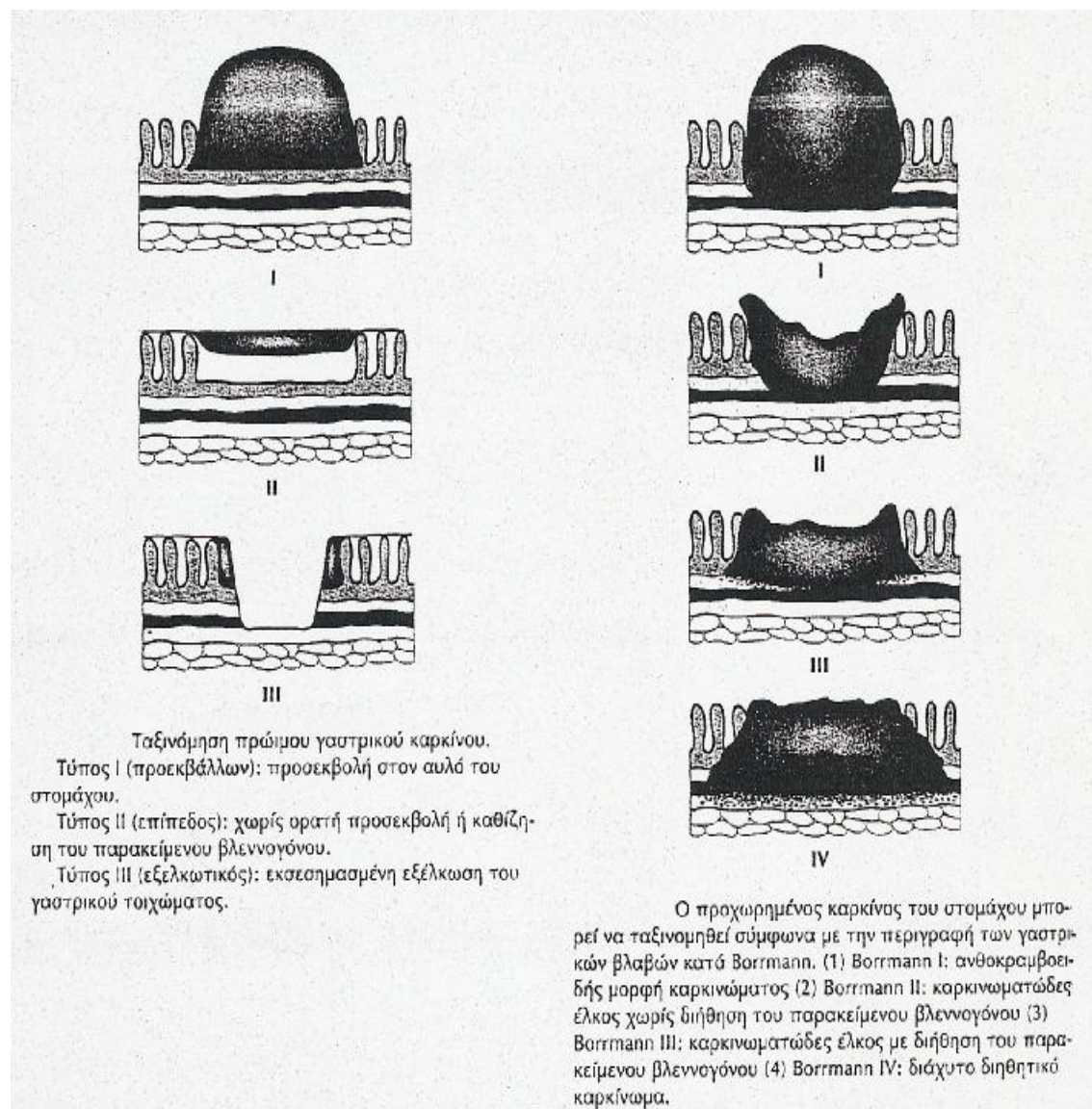
Ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος δημιουργείται όταν τα νεοπλασματικά κύτταρα περιορίζονται στο βλεννογόνο ή τον υποβλεννογόνο του τοιχώματος του στομάχου. Εξ ορισμού, ο τύπος αυτός καρκίνου περιορίζεται στις επιπολείς στιβάδες του στομάχου, αλλά σε μικρή μειοψηφία των ασθενών σχετίζεται με λεμφαδενικές μεταστάσεις. Αυτοί οι όγκοι, εάν αντιμετωπισθούν επαρκώς χειρουργικά σχετίζονται με 5ετή επιβίωση μεγαλύτερη από 90%. Η επιβίωση εξαρτάται από το βάθος της διήθησης του όγκου και την παρουσία ή απουσία λεμφαδενικών μεταστάσεων κατά την εκτομή. Ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος στη Βρετανία ανευρίσκεται σε 10% των εκτομών για γαστρικό αδενοκαρκίνωμα.¹¹

2.7. Προχωρημένος γαστρικός καρκίνος

Η πλειοψηφία των κακοηθών όγκων που ανευρίσκονται στο στόμαχο ανήκουν στο τύπο του προχωρημένου γαστρικού καρκίνου. Οι όγκοι αυτοί έχουν διεισδύσει βαθύτερα στο τοίχωμα του στομάχου από ότι ο πρώιμος γαστρικός καρκίνος και μπορεί να έχουν επεκταθεί από το τοίχωμα του στομάχου και να έχουν διεισδύσει σε παρακείμενα όργανα. Τα λεμφαγγεία εμπλέκονται συχνότερα από ότι στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Σε περίπτωση διήθησης ολόκληρου του τοιχώματος του στομάχου είναι συχνή η περιτοναϊκή διασπορά και η επέκταση του όγκου σε παρακείμενα όργανα. Η αιματογενής διασπορά μέσω της πυλαίας φλέβας μπορεί επίσης να παρατηρηθεί δίνοντας μεταστάσεις στο ήπαρ. Επομένως, ο προχωρημένος γαστρικός

καρκίνος σχετίζεται συχνά με απομακρυσμένες εκδηλώσεις που μπορεί να απαγορεύσουν τη χειρουργική θεραπεία για ίαση.

Τα προχωρημένα γαστρικά αδενοκαρκινώματα τυπικά περιγράφονται ως τέσσερις μορφολογικοί τύποι : πολυποειδείς και ανθοκραμβοειδείς, ελεγκωμένου κρατήρα, ελκώδους καρκίνου με διηθημένα όρια και διάχυτου καρκίνου με πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου, το οποίο γίνεται άκαμπτο και είναι γνωστό ως πλαστική λινίτις.¹¹



Εικ. Στάδια πρώιμου-προχωρημένου γαστρικού καρκίνου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική προσπέλαση του γαστρικού καρκίνου στηρίζεται στην καλή λήψη ιστορικού στην επαρκή αξιολόγηση των κλινικών σημείων και στην επακόλουθη εργαστηριακή διερεύνηση για την τεκμηρίωση της διαγνώσεως. Η τελευταία γίνεται με ακτινολογική εξέταση και ενδοσκόπηση του ανωτέρου πεπτικού που, με τη λήψη βιοψιών από τον όγκο και κυτταρολογικών, καθορίζει τον ιστολογικό τύπο του νεοπλασματος και την έκτασή του.

3.1. Κλινική εικόνα-Συμπτώματα

Η βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν σχετίζεται πάντα με τη βαρύτητα της νόσου. Ο προχωρημένος γαστρικός καρκίνος συνήθως σχετίζεται με απώλεια βάρους, αναιμία, δυσφαγία, εμετούς, επιγαστραλγία ή άλγος στη ράχη ή την παρουσία μάζας στο επιγάστριο. Ο ασθενής μπορεί επίσης να εμφανίσει σημεία από απομακρυσμένες μεταστάσεις, όπως ίκτερο (από δευτεροπαθείς εντοπίσεις στο ήπαρ ή συμπίεση των χοληφόρων από διογκωμένους λεμφαδένες), ασκίτη, διάρροια (από διήθηση της πύελου) καθώς και σημεία και συμπτώματα εντερικής απόφραξης εξαιτίας κακοηθών μεταστάσεων στο έντερο.¹¹

Τα συμπτώματα στα κακοήγη νεοπλασματα του στομάχου δυστυχώς είναι μηδαμινά ή μοιάζουν πολύ με εκείνα του απλού γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.

Αίσθημα επιγαστρικού βάρους μετά τη λήψη γεύματος είναι συνήθως το πρωϊμότερο σύμπτωμα, που συνοδεύεται από ακαθόριστα δυσπεπτικά ενοχλήματα. Το ακαθόριστο των αρχικών ενοχλημάτων είναι η αιτία που συνήθως η διάγνωση τίθεται σε προχωρημένο στάδιο.

Ανορεξία, ιδιαιτέρως για ορισμένα είδη τροφής, όπως αποστροφή για το κρέας, είναι επίσης ένα από τα πρώιμα συμπτώματα.

Εμετός, συνήθως παρουσιάζεται σε πιο προχωρημένα στάδια, και ιδιαιτέρως όταν ο όγκος εντοπίζεται στην προπυλωρική μοίρα.

Απώλεια βάρους, παρουσιάζεται επίσης σε προχωρημένα στάδια.

*Αιμορραγία και διάτρηση του όγκου είναι μερικές φορές η πρώτη εκδήλωση της νόσου.*¹⁰

3.2. Κλινική εξέταση

Πρόκειται συχνά για άτομα ελλιποβαρή με ωχρότητα, λόγω αναιμίας. Ψηλαφητή μάζα ανευρίσκεται συνήθως στο 20-35% των περιπτώσεων. Σε πιο προχωρημένες μεταστάσεις διαπιστώνεται ηπατομεγαλία, ασκητικό υγρό ή πυελικός όγκος στη δακτυλική εξέταση, ή το χαρακτηριστικό γάγγλιο του Virchow.¹⁰

3.3. Εργαστηριακός έλεγχος-ευρήματα

1) Η ανάλυση του γαστρικού υγρού μπορεί ν' αποκαλύψει αχylία, αλλά σπανίως γίνεται.

2) Η ακτινογραφία με βαριούχο γεύμα παραμένει βασική διαγνωστική μέθοδος. Η εκβλαστητική μορφή διαγιγνώσκεται ευκολότερα, εκτός εάν η πολυποδοειδής εκβλάστηση είναι μικρότερη των 2cm, οπότε απαιτείται ιστολογική επιβεβαίωση.

Ο ελκωτικός τύπος δημιουργεί διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα ως προς το καλοήθες έλκος. Συνήθως υπάρχουν ορισμένα ακτινομορφολογικά χαρακτηριστικά του κακοήθους έλκους.

α) Ο κρατήρας του έλκους επικάθεται του όγκου και βρίσκεται εντός της παρυφής του στομάχου, β) Οι πτυχές του βλεννογόνου δεν συρρέουν ακτινοειδώς, όπως στο έλκος, γ) Η κρύπτη είναι συνήθως > 1 cm, δ) Τέλος στην ακτινοσκόπηση το περισταλτικό κύμα σταματά πέραν του κρατήρος, λόγω διηθήσεως και ακαμψίας του τοιχώματος.

Γαστροσκόπηση. Με τα εύκαμπτα γαστροσκόπια είναι δυνατόν να επισκοπηθεί ολόκληρο σχεδόν το τοίχωμα του στομάχου. Κατά τη γαστροσκόπηση λαμβάνονται επίσης 1) Κυτταρολογική με ειδική βούρτσα και 2) Πολλαπλές βιοψίες από τα χείλη και τον πυθμένα του κρατήρα. Θετικές βιοψίες λαμβάνονται σε πλέον του 90% των κακοηθών νεοπλασιών.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

4.1. Χειρουργική θεραπεία

Η χειρουργική αφαίρεση δίνει τη μόνη ελπίδα ίασεως. Πρώτο μέλημα του χειρουργού είναι να επιβεβαιώσει τη διάγνωση με ταχείες βιοψίες. Δεύτερον, πρέπει να εκτιμήσει το εξαιρέσιμο του όγκου. Εάν δεν υπάρχουν υπατικές μεταστάσεις, περιτοναϊκές εμφυτεύσεις ή ασκίτης, ο όγκος θεωρείται εξαιρέσιμος, εκτός εάν οι τοπικές διηθήσεις τον καθιστούν ανεγχείρητο.¹⁰

4.1.1. Ριζική ολική γαστρεκτομή

Πριν από τη θεραπεία η προεγχειρητική κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει να βελτιστοποιείται με διόρθωση της διατροφικής κατάστασης, της αναιμίας και της ενυδάτωσης, αν αυτό χρειάζεται. Θα πρέπει να δίνεται προσοχή στη φυσικοθεραπεία και στη διακοπή του καπνίσματος.

Η επέμβαση αυτή περιλαμβάνει την εκτομή ολόκληρου του στομάχου μαζί με το απώτερο τμήμα του κοιλιακού οισοφάγου και το εγγύς τμήμα του δωδεκαδάκτυλου. Σε αυτή τη ριζική επέμβαση γίνεται αφαίρεση και όλων των παρακειμένων δομών, στις οποίες μπορεί να υπάρξουν μεταστάσεις. Αυτές περιλαμβάνουν το μείζον και έλασσον επίπλουν και τους σχετιζόμενους λεμφαδένες.

Η αποκατάσταση περιλαμβάνει την ανακατασκευή του λεπτού εντέρου, επιτρέποντας στη χολή να εισέρχεται χαμηλότερα στο γαστρεντερικό σωλήνα, αποτρέποντας έτσι την παλινδρόμηση των διαβρωτικών χολικών αλάτων στον κατώτερο οισοφάγο. Η πιο συχνή μορφή αποκατάστασης είναι κατά Rouxen-Y.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι εφικτή η ριζική υφολική γαστρεκτομή, που περιλαμβάνει την εκτομή 90-95% του στομάχου, αφήνοντας ένα μικρό τμήμα στην καρδιακή μοίρα, επιτρέποντας την παραμονή μικρού τμήματος του στομάχου. Αυτά θεωρείται πως επιτρέπει καλύτερη διαδικασία της πέψης μετεγχειρητικά. Αυτή η διατήρηση του στομάχου μπορεί να γίνει μόνο αν επιτυγχάνεται πλήρης απομάκρυνση του όγκου.

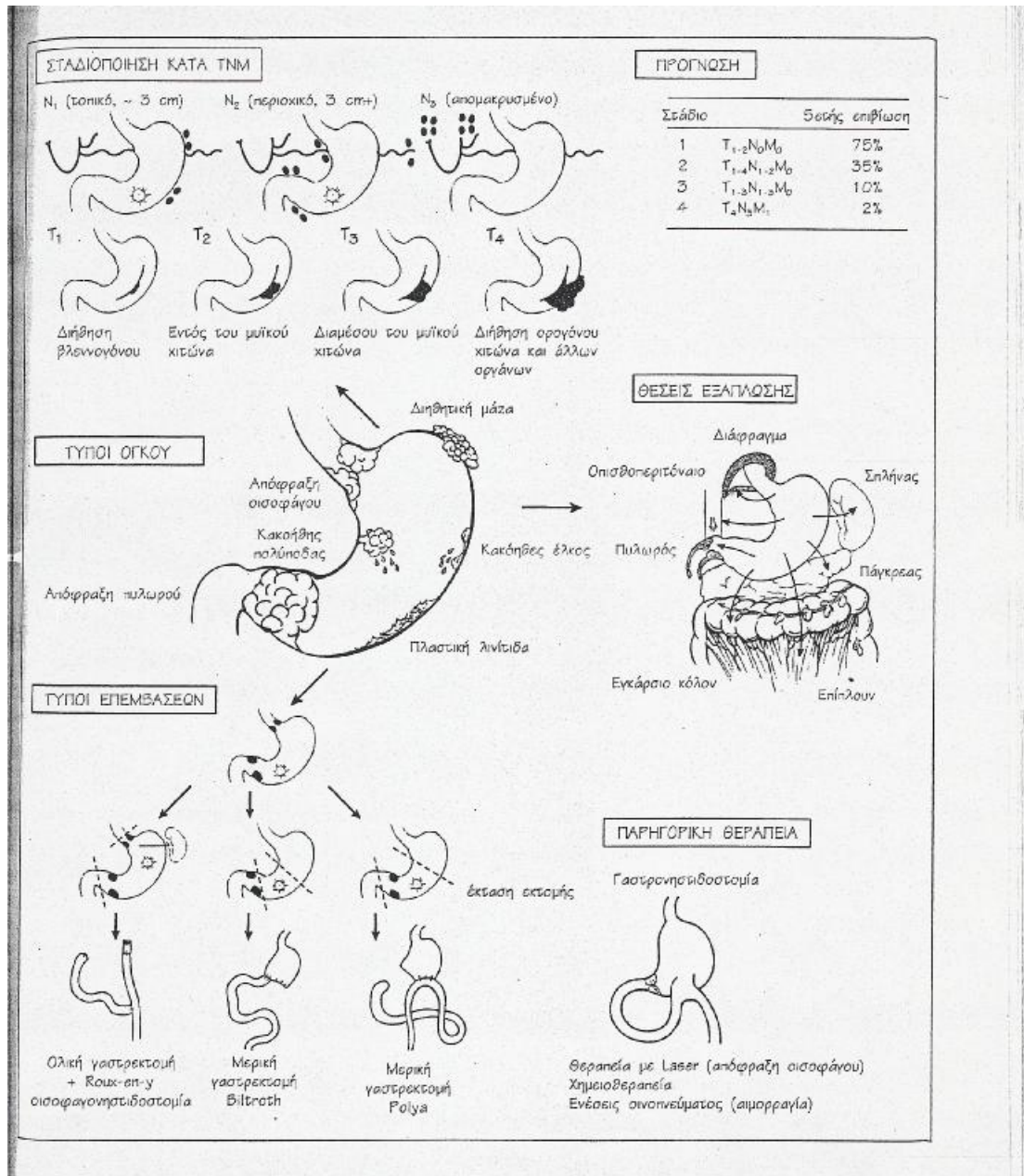
Οι ριζικές αυτές εκτομές πρέπει να έχουν θνητότητα μικρότερη από 5%.¹¹

4.1.2. Παρηγορική εκτομή

Σε αυτές τις επεμβάσεις σκοπός είναι η μείωση του συμπτωματικού μεγέθους του όγκου και η αποκατάσταση της συνέχειας του γαστρεντερικού, αποφεύγοντας την περιοχή του όγκου. Η παρηγορική εκτομή προτιμάται σε αιμορραγία και απόφραξη, αλλά μόνο σε ασθενείς που δύναται να χειρουργηθούν εφόσον αυτό είναι επιτρεπτό και από τον όγκο τους. Οι όγκοι αυτοί είναι συνήθως περιφερικοί, καθώς και οι κεντρικοί δεν είναι εύκολο να υποβληθούν σε παρηγορική εκτομή.

4.1.3. Παρηγορική παράκαμψη

Οι επεμβάσεις αυτές είναι κυρίως για προχωρημένους γαστρικούς όγκους που δεν μπορεί να γίνει εκτομή και είναι προσκολλημένοι σε ζωτικές δομές όπως ο χοληδόχος πόρος ή μείζονα αγγεία ή το πάγκρεας. Η παράκαμψη επιτυγχάνεται με την αναστόμωση λεπτού εντέρου (νήστιδος) με το στόμαχο, εγγύτερα της αποφρακτικής βλάβης.¹¹



Εικ. Εμφάνιση – εξάπλωση – θεραπεία καρκίνου στομάχου

4.2. Χημειοθεραπεία – Ακτινοθεραπεία

Σε προχωρημένη νόσο ή όταν ο ασθενής είναι σε κακή φυσική κατάσταση μπορούν να εφαρμοστούν παρηγορικές θεραπείες, όπως η συντηρητική εκτομή ή η παράκαμψη ή απλούστερα μέσα όπως η τοποθέτηση ναρθήκων ή η εκτομή με laser, για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου. Η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία έχουν περιορισμένο ρόλο στον έλεγχο της νόσου, σε μικρό ποσοστό ασθενών. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι συνδυασμός φαρμάκων που περιλαμβάνουν την

επιρουμπικίνη, σισπλατίνη και 5 φθοριουρακίλη μπορούν να προσκαλέσουν σμίκρυνση ορισμένων γαστρικών καρκίνων και σε μικρές περιπτώσεις μπορούν να βοηθήσουν στην εξαιρεσιμότητα ορισμένων όγκων που είχαν κριθεί ανεγχείρητοι.

Σήμερα δεν έχουμε ακόμα την αποτελεσματική χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία η οποία πέρα από τα ποσοστά ανταπόκρισης, τα οποία υπάρχουν, θα πετύχαινε αύξηση του χρόνου διάρκειας της ανταπόκρισης και της επιβίωσης των ασθενών.

Πιστεύεται ότι με τα νέα φάρμακα, τη συμβολή του εργαστηρίου και τις νέες γνώσεις θα φθάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα.¹¹

4.3. Πρόγνωση

Γενικά η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου είναι δυσμενείς λόγω μη έγκαιρης διάγνωσης.

Το στάδιο θεωρείται ο πλέον αξιόπιστος και σημαντικός προγνωστικός δείκτης. Η πενταετής επιβίωση για το προχωρημένο γαστρικό καρκίνωμα και μετά από επιτυχή εξαίρεση του κυμαίνεται μεταξύ 10% και 20%. Αντιθέτως, η πρόγνωση του αρχόμενου γαστρικού καρκινώματος είναι πολύ καλύτερη.

Κατά το χρόνο της εγχειρητικής επέμβασης η πρόγνωση επηρεάζεται δυσμενώς από τη διήθηση των λεμφαδένων, την επέκταση στο περιτόναιο, την παρουσία ηπατικών μεταστάσεων, τη διήθηση των εγχειρητικών ορίων, και τη διήθηση του ορογόνου. Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας θεωρείται το βάθος διήθησης του γαστρικού τοιχώματος και ακολουθεί η διήθηση του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος. Η πενταετής επιβίωση για καρκινώματα σταδίου T1, η διήθηση των οποίων περιορίζεται στο βλεννογόνο και στον υποβλεννογόνο χιτώνα είναι περίπου 5% για καρκινώματα σταδίου T2 με διήθηση του μυϊκού χιτών 60-80%, ενώ για καρκινώματα σταδίου T3 με διήθηση του ορογόνου αυτή πέφτει στο 50%. Η διήθηση του δωδεκαδακτυλικού τοιχώματος, που συμβαίνει κατά συνέχεια ιστού διαμέσου του υποβλεννογόνιου ή του ορογόνου χιτώνα ή διαμέσου των υποβλεννογονίων λεμφαγγείων, συνδυάζεται συχνότερα με διηθητική ανάπτυξη, διήθηση του ορογόνου, διήθηση των λεμφαγγείων.

Σε ποσοστό 8-15%, τα χειρουργικά όρια είναι θετικά, με συνέπεια χειρότερη πρόγνωση. Επίσης η μεγάλη διάμετρος του όγκου (όγκοι>2 εκ.) αποτελεί κακό προγνωστικό στοιχείο. Η μεγάλη ηλικία επίσης (άνω των 70) αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα, ενώ το φύλλο δεν επηρεάζει την πρόγνωση.¹²

Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί ότι, ενώ παλαιότερα η σχέση ανδρών με γυναίκες ήταν 2:1, τώρα πλησιάζει το 1:1, με αύξηση κυρίως του αδιαφοροποίητου ιστολογικού τύπου.¹³

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί ένα από τα κακοήθη νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση. Η πρόγνωση του καρκίνου του στομάχου εξακολουθεί να είναι απογοητευτική, παρά τη μεγάλη πρόοδο των τελευταίων ετών σε διαγνωστικές και χειρουργικές τεχνικές. Η πενταετής επιβίωση δε φαίνεται να άλλαξε τα τελευταία 30 χρόνια.¹⁴

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Καρκίνος στομάχου Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του καρκίνου, μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, είναι καθοριστική. Νοσηλευτική παρέμβαση κάνει ο νοσηλευτής όταν προλαμβάνει κάποια βλάβη ή μεγαλύτερη δυσλειτουργία του αρρώστου ή τον βοηθά να χειρίζεται τα ζητήματά του, όσο το δυνατόν, πιο αποτελεσματικότητα.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτικές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές. Επίσης μπορεί να είναι αλληλεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και η συνεργασία στην εκτέλεση ιατρονοσηλευτικών φροντίδων. Οι ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν εξαρτώνται από ιατρικές οδηγίες, αποφασίζονται αυτόνομα και υπεύθυνα απ' το νοσηλευτή κατά τη διεργασία της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁵

1.1. Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Της επεμβάσεως προηγούνται γενικές εξετάσεις αίματος, ακτινολογικός έλεγχος και ειδικές εξετάσεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα του αρρώστου καθώς και ενημέρωση του αρρώστου και των οικείων του για την επέμβαση και το σκοπό της, τη μετεγχειρητική αγωγή και ότι άλλο σχετικό.

Την προηγούμενη μέρα από την επέμβαση οι ενέργειες που εκτελεί ο νοσηλευτής είναι καθορισμένες. Φροντίζει για την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες και σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Επίσης, αν αυτό επιτρέπεται, χορηγεί ελαφρά δίαιτα, σούπα και υγρά, ενώ το απόγευμα διενεργεί καθοριστικό υποκλυσμό, για την πλήρη κένωση του εντέρου.

Τέλος γίνεται τοπική προετοιμασία, στο σημείο που θα γίνει η επέμβαση και αν κριθεί αναγκαίο να απαλλαχθεί ηρεμιστικό φάρμακο, ώστε ο ασθενής να απαλλαχθεί απ' το άγχος που δημιουργεί ο φόβος του χειρουργείου. Βέβαια ο

νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχάσει τη σπουδαιότητα της ψυχολογικής υποστήριξης και βοήθειας του αρρώστου να αποδειχθεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και το νέο τρόπο σίτισης που είναι πιθανόν να γίνει μετά το χειρουργείο.

Την ημέρα της επέμβασης ο νοσηλευτής φροντίζει τις τελευταίες λεπτομέρειες. Φροντίζει με υπευθυνότητα την μη λήψη τροφής ή υγρών από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα και έχει ήδη φροντίσει για την κένωση της κύστης πριν ο άρρωστος φύγει για το χειρουργείο. Τέλος είναι απαραίτητη η ενημέρωση του ασθενούς για αφαίρεση οδοντοστοιχιών, αν υπάρχουν, για αποφυγή πνιγμού κατά τη νάρκωση λόγω της μυϊκής χαλάρωσης, καθώς και για αφαίρεση τιμαλφών (δακτυλίδια κ.α.) για να μη χαθούν. Λίγο πριν ο ασθενής εισέλθει στο χειρουργείο βεβαιωνόμαστε πως είναι ενδεδυμένος με την ενδυμασία του χειρουργείου και συμπληρώνουμε το αντίστοιχο χειρουργικό δελτίο.^{4.16}

1.2. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Η μετεγχειρητική φροντίδα των αρρώστων μετά από εγχειρήσεις για καρκίνο στομάχου περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

1. Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου, δηλαδή της αναπνοής και των σφίξεων, της αρτηριακής πίεσεως, της διουρήσεως και της θερμοκρασίας. Οι επεμβάσεις πάνω στα όργανα αυτά θεωρούνται βαρείες και η συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων του αρρώστου στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο επιβεβλημένη.
2. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικός. Ύστερα από επεμβάσεις στο πεπτικό οι ασθενείς αδυνατούν να λάβουν τροφή από το στόματος λόγω παρέσεως του γαστρεντερικού σωλήνος, η οποία διαρκεί συνήθως 3-5 ημέρες.
3. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνος για παροχέτευση των υγρών του στομάχου που τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες εμφανίζει πάρεση. Η φροντίδα σωστής παροχέτευσεως του σωλήνος αυτού, εξασφαλίζει ανακούφιση στον άρρωστο και προφυλάσσει από επιπλοκές.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ η λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι καλή, η λήψη τροφής από το στόμα δεν είναι δυνατή. Έτσι καθίσταται απαραίτητη η τεχνητή διατροφή μέσω του ρινογαστρικού σωλήνα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι:

(α) Ημικωματώδης ή κωματώδης κατάσταση

- (β) Χειρουργική επέμβαση στη στοματική κοιλότητα
- (γ) Μεγάλου βαθμού ανορεξία
- (δ) Μεγάλη αδυναμία
- (ε) Προβλήματα κατάποσης
- (στ) Ψυχικά νοσήματα

Ο γιατρός με την εντολή εφαρμογής της τεχνητής διατροφής ορίζει και τον τρόπο χορήγησης του μίγματος. Πολλές φορές όμως μπορεί να χρειαστεί να αποφασίσει ο νοσηλευτής για τον τρόπο χορήγησης. Παράγοντες που πρέπει να λάβει υπόψιν του είναι η κατάσταση του αρρώστου, η γλοιότητα του μίγματος και τα διαθέσιμα αντικείμενα.

Όσον αφορά το ρινογαστρικό σωλήνα, ο νοσηλευτής, οφείλει να φροντίσει για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών της τεχνητής διατροφής. Οι επιπλοκές αυτές μπορεί να είναι:

- (α) Διάρροια
- (β) Ναυτία και εμετοί
- (γ) Πνευμονία από εισρόφηση
- (δ) Ανεπαρκής χορήγηση νερού
- (ε) Μεταβολική αλκάλωση

Σε αυτή τη περίπτωση των επιπλοκών, ο νοσηλευτής φροντίζει για:

- Σχολαστικό καθορισμό αντικειμένων
- Εξασφάλιση μίγματος μόνο 24h
- Συχνή αλλαγή των αντικειμένων, μικρή ποσότητα μίγματος στον υποδοχέα κάθε φορά ή εφαρμογή παγοκύστης γύρω απ' αυτόν, για αποφυγή αποσύνθεσης του μίγματος
- Θερμοκρασία μίγματος 37° C
- Λήψη μέτρων για αποφυγή εισόδου αέρα μέσα στο στομάχι κατά τη σίτιση
- Φροντίδα στόματος και ρουθουνιών
- Διακοπή σίτισης σε περίπτωση ναυτίας και διάρροιας. Νέα εντολή σίτισης και χορήγηση αντιδιαρροϊκών μέσα απ' το σωλήνα
- Λήψη μέτρων για πρόληψη εισρόφησης σε περίπτωση εμετού ή ανάρροιας (ανάρροπη θέση, κεφαλή στο πλάι, χρησιμοποίηση αναρροφητήρα)

- Μέτρηση και αναγραφή μίγματος, νερού, ούρων
- Χορήγηση μεγαλύτερης ποσότητας νερού σε υπερήλικες, γιατί έχουν ένα βαθμό νεφρικής ανεπάρκειας
- Σε περίπτωση δυσκοιλιότητας, άμεση αναφορά της, αλλαγή μίγματος για τη διευκόλυνση της λειτουργίας του εντέρου, αύξηση των υγρών, χορήγηση καθαρτικών μέσα από το σωλήνα και σύμφωνα με τις ιατρικές εντολές
- Παρακολούθηση των σωλήνων παροχετεύσεως της κοιλίας καθημερινά για την ποσότητα και το είδος των εξερχόμενων υγρών
- Έγκαιρη κινητοποίηση του αρρώστου για την αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών
- Περιποίηση τραύματος. Έλεγχος για τυχόν διαπύηση και αντιμετώπισή τους
- 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^η-5^η μετεγχειρητική ημέρα με υγρά και προχωρεί στη συνέχεια σε στερεή τροφή σταδιακά
- Αντιμετώπιση του πόνου. Η απαλλαγή απ' τον πόνο ή ο περιορισμός του, σε χειρουργημένους ασθενείς, γίνεται με κατάλληλη αναπαικτική θέση, συνήθως, ημικαθεστή, μόλις συνέλθει από τη νάρκωση και τη χορήγηση των καταλλήλων παυσιπόνων σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες του ιατρού.¹⁶

1.2.1 Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με γαστροστομία

Σε περίπτωση γαστρεκτομής, οποιασδήποτε έκτασης, αναφέραμε παραπάνω τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Αν όμως η απόφραξη, λόγω του όγκου, είναι ψηλή, η χειρουργική αντιμετώπιση για τη σίτιση του αρρώστου αφορά τη δημιουργία γαστροστομίας. Με τομή του αριστερού ορθού κοιλιακού μυός προσεγγίζεται το πρόσθιο τοίχωμα του στομαχιού, στο οποίο γίνεται άνοιγμα μέσα στο στομάχι εισάγεται καθετήρας, με πολλές οπές, απλός ή Folley. Το περιφερικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή, στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του.

Η μετεγχειρητική φροντίδα, της συγκεκριμένης χειρουργικής περίπτωσης, περιλαμβάνει:

Καταρχήν καθοριστική θεωρείται η συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου. Συνεχίζοντας την παροχή νοσηλευτικών επεμβάσεων, ο νοσηλευτής φροντίζει για τη χορήγηση υγρών μέσα από το σωλήνα

αμέσως μετά την εφαρμογή του, αν ο άρρωστος είναι πολύ αφυδατωμένος. Διάλυμα εκλογής είναι εκείνο της γλυκόζης 10%. Αρχικά, σε ποσότητα 50-100ml και βαθμιαία ως 300ml αν τα ανέχεται ο άρρωστος.

Στη συνέχεια, κύριο μέλημα του νοσηλευτή, αποτελεί η χορήγηση, από το σωλήνα, τροφής σε ημίρρευστη τροφή σε μικρά και τακτικά γεύματα (4 ημερησίως και 3 νυχτερινά). Μετά από κάθε γεύμα απαραίτητη κρίνεται η χορήγηση 50ml χλιαρού νερού για το πλύσιμο του σωλήνα καθώς και η χορήγηση 50ml νερού κάθε δύο ώρες. Η αναγραφή, σε δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών, της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο, είναι μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας.

Με την πάροδο 5-6 ημερών από τη μέρα της επέμβασης, ο νοσηλευτής, και πάντα υπό την ιατρική καθοδήγηση, αφαιρεί τον σωλήνα και γίνεται η τοποθέτηση νέου αφού έδει επαλειφθεί με βαζελίνη. Στη συνέχεια η αλλαγή του σωλήνα γίνεται κάθε 2-3 ημέρες. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη διδασκαλία του αρρώστου για την τεχνική της αλλαγής του σωλήνα, τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που θα παίρνει. Η πληροφόρηση του αρρώστου για τα έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές) γίνεται με σκοπό τη μείωση του άγχους του σχετικά με τη παρασκευή της τροφής. Τέλος, η νοσηλευτική φροντίδα της γαστροστομίας περιλαμβάνει την περιποίηση του περιστομιακού δέρματος, με καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψή του με πάστα τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.¹⁷

1.3. Η νοσηλευτική φροντίδα στη χημειοθεραπεία-ακτινοθεραπεία αρρώστου με καρκίνο στομάχου

Αν και ο ρόλος της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας στην θεραπευτική αντιμετώπιση του γαστρικού καρκίνου, είναι περιορισμένος, καθώς και η αποτελεσματικότερη θεραπεία είναι η χειρουργική, υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις που χρησιμοποιούνται και αυτές οι μέθοδοι έστω και ως συμπληρωματικές ή παρηγορητικές θεραπείες.

1.3.1. Η νοσηλευτική προσέγγιση σε χημειοθεραπεία

Η αντικαρκινική χημειοθεραπεία ξεκίνησε μετά το Β Παγκόσμιο Πόλεμο, με είκοσι περιστατικά ενός πλοίου που βυθίστηκε, ενώ μετέφερε φορτίο νιτρωδών. Η χημική αυτή ουσία χύθηκε στη θάλασσα και τα διασωθέντα μέλη του πληρώματος που ήλθαν σε επαφή, παρουσίασαν σε σύντομο χρονικό διάστημα υποπλασία του μυελού και των λεμφικών ιστών. Με το πέρασμα του χρόνου η χημική αυτή ουσία μετατρέπεται στη συνέχεια από όπλο σε φάρμακο.

Υπάρχουν δύο μορφές θεραπείας:

(α) με φάρμακα που προσβάλλουν μόνο τα κύτταρα που βρίσκονται σε ενεργό φάση μίτωσης

(β) με φάρμακα που καταστρέφουν και φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα, άσχετα με τη φάση μίτωσης

Βασικές αρχές για την έναρξη της χημειοθεραπείας είναι:

Η εδραίωση της διάγνωσης

Ο καθορισμός του σταδίου και της έκτασης της νόσου

Ο καθορισμός του στόχου της θεραπείας

Η εκτίμηση της απάντησης στη θεραπεία

Η αποδοχή της τοξικότητας του φαρμάκου

Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενή

Πριν την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας. Αυτές είναι:

Πόνος, αλωπεκία, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, διάρροια, κυστίτιδα, κατάθλιψη, καταβολή, λευκοπενία, θρομβοπενία, αναιμία, ναυτία και εμετός, φαρυγγίτιδα, οισοφαγίτιδα, στοματίτιδα, καρδιακή, ηπατική, νεφρική τοξικότητα, νευροτοξικότητα, αυξημένος κίνδυνος μολύνσεων,

Αρχικώς λοιπόν, η νοσηλευτική προσέγγιση περιλαμβάνει ενημέρωση του ασθενή και συζήτηση μαζί του για το είδος των εξετάσεων που θα γίνουν, καθώς και τον τρόπο δράσης των χημειοθεραπευτικών, τις αναμενόμενες παρενέργειες και την δυνητική φαρμακευτική τοξικότητα. Επίσης είναι πιθανόν να γίνει σύσταση για επίσκεψη σε ψυχολόγο αν κρίνεται απαραίτητο.

Ακόμα ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με το είδος της διατροφής του, αυτή μπορεί να είναι ισορροπημένη και με υψηλή περιεκτικότητα πρωτεϊνών και να γίνεται επιλογή τροφών που χρειάζονται λίγη ή καθόλου μάσηση

και καταπίνονται εύκολα ενώ συνίσταται η αποφυγή τροφών που είναι κολλώδεις. Όσο αφορά τη στοματική υγιεινή ο ασθενής προτρέπεται να κάνει γαργάρες με διάλυμα φυσιολογικού ορού κάθε 2 ώρες, για να καταπραΰνει ο στοματικός βλεννογόνο.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στη φροντίδα του δέρματος. Οι ασθενείς συμβουλεύονται να αποφεύγουν τον δυνατό ήλιο, να περιποιούνται το δέρμα με απαλή υδατική λοσιόν και ενθαρρύνονται, για πρόβλημα τουλάχιστον 2500ml υγρών ημερησίως και αποφυγή προϊόντων, όπως σκευάσματα λεμονιού, γλυκερίνη και στοματικά διαλύματα που περιέχουν αλκοόλη διότι ξηραίνουν το στοματικό βλεννογόνο.¹⁸

Τέλος, κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται πως κρίνεται αναγκαία η αποφυγή του καπνίσματος και ο νοσηλευτής πρέπει να επαγρυπνά με συνεχή παρατήρηση της αντίδρασης του ασθενούς στην αλλαγή της εικόνας του εαυτού του. Σημαντική είναι τέλος, και η διδασκαλία του προσωπικού που ασχολείται με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα, όσον αφορά στους κινδύνους που εγκυμονεί ο χειρισμός τους, καθώς και στον ορθό χειρισμό των προστατευτικών μέσων που υπάρχουν.¹⁸

1.3.2. Νοσηλευτική προσέγγιση σε ακτινοθεραπεία

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του στομάχου είναι σήμερα περιορισμένος. Ο πιο ουσιαστικός τους ρόλος είναι μετά την εγχείρηση για την αποστείρωση της περιοχής. Έχει βεβαίως αναφερθεί και διεγχειρητική ή προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αλλά με αμφισβητούμενα αποτελέσματα. Δεν πρέπει να παραληφθεί η αξία της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής αγωγής στη εκτεταμένη νόσο.

Γι' αυτό και θεωρείται απαραίτητη η αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα το ασθενούς που κάνει ακτινοθεραπεία.

Πριν από οποιαδήποτε παρέμβαση, ο ενημερωμένος και πλήρως καταρτισμένος νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τις παρενέργειες της ακτινοθεραπείας. Αυτές διακρίνονται σε :

- **Πρώιμες :** Ερύθημα, ξηρότητα, υγρή απολέπιση, αλωπεκία, λευκοπενία, θρομβοπενία, ξηροστομία, αλλαγές στη γεύση, λαρυγγίτιδα, οισοφαγίτιδα,

δυσφαγία, διάρροια, ναυτία, εμετός, γαστρίτιδα, τεινεσμός, ξηρότητα κόλπου, καταβολή

- **Όψιμες :** Ατροφία δέρματος, αργή επούλωση τραύματος, καρκινογένεση, ξηροστομία, υποθυρεοειδισμός, πνευμονίτιδα, περικαρδίτιδα, ανικανότητα

Το νοσηλευτικό προσωπικό, που ασχολείται με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και υποβάλλονται σε ακτινοθεραπεία, πρέπει να αφιερώσει χρόνο στον ασθενή για συζήτηση και παροχή συμβουλών σχετικά με την ανάπαυση, τη διαίτα και τη γενική φροντίδα. Αρχικά συστήνεται περίοδος ανάπαυσης καθημερινά, ιδιαίτερα μετά τη θεραπεία. Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει τη σπουδαιότητα της ισορροπημένης και θρεπτικής διαίτας και ο νοσηλευτής είναι εκείνος που μπορεί να τον προτρέχει να επισκεφτεί ένα διαιτολόγο. Η χορήγηση γαλατούχων υγρών καθώς και η συχνή λήψη υγρών βοηθά στην καταπολέμηση της δυσφαγίας και της δυσπεψίας καθώς και στην απέκκριση των τοξικών αποβλήτων από την καταστροφή των κυττάρων.

Και στην περίπτωση της ακτινοθεραπείας απαιτείται επιθεώρηση του βλεννογόνου του στόματος και η καθιέρωση της καθημερινής στοματικής υγιεινής. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την αποδοχή, από πλευράς του αρρώστου, της ανάγκης φροντίδας του δέρματος, όπως η διατήρηση των σημαδιών στην ακτινοβολούμενη περιοχή, αποφεύγοντας το σαπούνι, την ηλιοθεραπεία, ή τις διαθερμίες. Αν εμφανιστεί ξηρή ή υγρή απολέπιση, τοποθετεί πούδρα μωρών για να γίνεται επάλειψη με 1% κορτιζονούχο αλοιφή για να ελαττωθεί η φλεγμονή και να εμποδίσει την ανάπτυξη μυκητιαστικών μολύνσεων.

Ο νοσηλευτής διδάσκει τον άρρωστο για την αντιμετώπιση της κόπωσης και του περνά το σημαντικό μήνυμα της ανάγκης για διατήρηση της κινητικότητας.

Έπειτα από την προηγηθείσα ανάλυση προκύπτουν πολλά συμπεράσματα. Ένα βασικό είναι το γεγονός πως, ο νοσηλευτής του έχει ως αντικείμενο φροντίδας του έναν καρκινοπαθή που υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κυρίως τα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, αφού ένας σημαντικός αριθμός παρενεργειών της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας αφορά τον πεπτικό σωλήνα.¹⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ψυχολογία καρκινοπαθούς

2.1. Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο στομάχου και νοσηλευτική παρέμβαση

Η ψυχολογική και κοινωνική προσφορά του νοσηλευτή-τριας σε καρκινοπαθείς είναι πολύ σημαντική. Διότι πέρα από την αντιμετώπιση του ιδίου του ασθενούς ως μέλους της οικογένειας, η οποία αποτελεί ζωντανό κύτταρο της κοινωνίας, η αρρώστια επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια και εδώ καλείται η νοσηλεύτρια να συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας των σχέσεων του ασθενούς με το υπόλοιπο οικογενειακό περιβάλλον.

Ο καρκίνος παρ' όλες τις εξελίξεις της επιστήμης παραμένει ακόμα μία αρρώστια που είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον θάνατο.

Με την διαπίστωση της ασθένειας, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου είναι συνήθως φόβος και αβεβαιότητα, φόβος του άγνωστου και του απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος για την εξέλιξη της ασθένειας, των στερήσεων και θυσιών που θα υποβληθεί, του έντονου πόνου, ο φόβος του θανάτου.

Ο άρρωστος γίνεται εγωκεντρικός, προκατειλημμένος με τις σωματικές του λειτουργίες. Συχνά δοκιμάζει αίσθημα μόνωσης και αχρηστίας, με αποτέλεσμα την ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Σύμφωνα με τον Kueker Rosse 5 είναι φάσεις προσαρμογής οι οποίες έχουν βρεθεί να χαρακτηρίζουν τους καρκινοπαθείς, από την στιγμή που έρχεται άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπος με την φύση της αρρώστιας μέχρι τις τελευταίες ώρες της ζωής.¹⁹

Α. Άρνηση και απομόνωση : Ο άρρωστος αρνείται το γεγονός της ασθένειας, η συνήθως αντίδραση είναι «... όχι δεν μπορεί να είμαι εγώ ...» . Στη φάση αυτή από τον αρχικό κλονισμό και την μαζική άρνηση, ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα αναλάβει, χρησιμοποιώντας άλλους μηχανισμούς άμυνας. Ακολουθεί η φάση της **οργής ή εξέγερσης**. Η περίφημη ερώτηση «γιατί εγώ» συνοδεύεται από έντονο θυμό και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του. Η οργή, η διαμαρτυρία, η δυσαρέσκεια μεταδίδεται προς όλες τις κατευθύνσεις. Μαλώνει με τους συγγενείς του, τους

κατηγορεί για έλλειψη αγάπης, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος προς αυτόν. Όπου και να κοιτάξει ο άρρωστος αυτό τον καιρό θα βρει αιτίες για παράπονα, θα υψώσει την φωνή του, θα σταθεί απείθαρχος, θα έχει απαιτήσεις και θα ζητήσει να τον προσέχουν, ίσως για να θυμίσει στους άλλους πως δεν είναι ξεγραμμένος, αλλά ζει. Η νοσηλεύτρια-της πρέπει να του δείξει προσοχή, σεβασμό και με τις γνώσεις και την ηρεμία θα προσπαθήσει να τον κρίνει, τότε ο ασθενής θα ηρεμήσει και θα μειώσει τις οργισμένες απαιτήσεις του.

Έρχεται, ύστερα **η φάση της διαπραγμάτευσης του παζαρέματος** του προβλήματος. Αυτό αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια του ασθενούς να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση με όρους, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει το όλο πρόβλημα.

Εν συνεχεία ο ασθενής πέφτει στην άλλη φάση που είναι **η καταθλιπτική φάση**: Ο άρρωστος που βαδίζει προς το θάνατο, νιώθοντας να εντείνονται, να γίνεται πιο αδύναμος, οι πόνοι γίνονται ισχυρότεροι, εδώ δεν μπορεί πια να κρύψει την απελπισία, την θλίψη και την πίκρα του, κλαίει και μιλάει για αυτοκτονία, εκδηλώνει συναισθήματα ενοχής, αυτομορφής, ζεστή παρουσία από το περιβάλλον και εδώ φυσικά ο ρόλος και η παρουσία του νοσηλευτή-τριας είναι σημαντικός τόσο για τον ασθενή όσο και για τα μέλη της οικογένειάς του. Το κύριο μήνυμα που πρέπει να περάσει είναι ότι δεν είναι μόνος του ο ασθενής, ότι τον παρακολουθεί και κάθεται δίπλα του έστω και σιωπηλά και δεν τον εγκαταλείπει.

Τέλος έρχεται **η αποδοχή**: Μέσω των μηχανισμών άμυνας (άρνηση-μετάθεση-προβολή) που θα οδηγήσουν, στην προσαρμογή του ασθενούς ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει ο άρρωστος προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του. Ο άρρωστος θέλει να μείνει μόνος, λιγομίλητος ή τουλάχιστον να μην ενοχλείται από τα προβλήματα του εξωτερικού κόσμου. Μια ματιά, ένα σφίξιμο του χεριού μπορούν να που περισσότερα από πολλές λέξεις και βεβαιώνουν τον άρρωστο ότι δεν εγκαταλείπει μόνος του, αλλά ότι θα βρισκόμαστε κοντά του μέχρι το τέλος, εκεί που ο κύκλος της ζωής κλείνει. Ο άρρωστος με καρκίνο είναι αυτός που αναζητά επικοινωνία, έχει ανάγκη την παρουσία του νοσηλευτή-τριας και αυτή του την ανάγκη την εκδηλώνει άμεσα και επιτακτικά.¹⁹

Η παρουσία του νοσηλευτή-τριας για ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη είναι απαραίτητη σε όλη τη δύσκολη πορεία του ατόμου μέσα από οδυνηρές διαδικασίες.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πρόληψη

3.1. Πρόληψη καρκίνου στομάχου

Στη σύγχρονη εποχή, δίνεται τεράστια έμφαση στην πρόληψη οποιαδήποτε ασθένειας. Ο ακαδημαϊκός και καθηγητής της ιατρικής Γεώργιος Μερίκας γράφει, ότι το στοιχείο «πρόληψη» είναι πλέον κυριολεκτικά δεσπόζουσας σημασίας για τη σύγχρονη κλινική ιατρική σκέψη, τη σωστή έρευνα και την αποδοτική περίθαλψη.

Τα προληπτικά μέτρα μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: μέτρα πρωτογενούς και μέτρα δευτερογενούς προλήψεως.

Στη πρώτη κατηγορία ανήκουν τα κυρίως προληπτικά μέτρα, που έχουν ως σκοπό την αποφυγή ενάρξεως των παθογενετικών διαδικασιών, που οδηγούν στη νόσηση και στο θάνατο.

Τέτοια είναι τα μέτρα με τα οποία επιδιώκεται η καταστολή των δυνητικά αιτιολογικών παραγόντων ή η αποφυγή εκθέσεως σ' αυτούς ή η ισχυροποίηση των ευαίσθητων ατόμων απέναντι σ' αυτούς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν μέτρα που εφαρμόζονται όταν έχουν ήδη αρχίσει οι νοσογόνες παθογενετικές διαδικασίες και αποσκοπούν στην προ-συμπτωματική διάγνωση των νοσημάτων στο κατά το δυνατόν πρωιμότερο στάδιο.

Κατά συνέπεια, η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων πρωτογενούς προλήψεως ενός νοσήματος προϋποθέτει γνώση των αντιστοίχων αιτιολογικών παραγόντων, ενώ η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων δευτερογενούς προλήψεως είναι συνάρτηση της αξίας των διαθέσιμων μεθόδων προσυμπτωματικής διαγνώσεως.^{17,20}

3.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

Η ανακάλυψη των αιτιολογικών παραγόντων του καρκίνου του στομάχου αποτελεί το βασικό άξονα και ανάπτυξης της πρωτογενούς πρόληψης. Οι κυριότεροι γνωστοί οικολογικού παράγοντες του καρκίνου του στομάχου είναι γενετικοί γεωλογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες αλλά και άλλοι όπως

το κάπνισμα, η διατροφή, η απασχόληση και διάφορες προκαρκινικές καταστάσεις που μπορεί να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση της νόσου.

Στον τομέα της κληρονομικής προδιάθεσης είναι δύσκολο να εφαρμοστεί κάποια προληπτική πολιτική, εκτός απ' τη δυνατότητα συχνού προληπτικού ελέγχου των ατόμων που εμφανίζονται ως άτομα υψηλού κινδύνου, όπως είναι τα άτομα ομάδας αίματος A.

Στον τομέα της επαγγελματικής και γεωλογικής καρκινογένεσης χρήσιμο θα ήταν να καθοριστούν τα ασφαλή, βιολογικά, εμπειρικά ή συμβατικά όρια, ώστε να είναι δυνατή κάποια είδους προφύλαξη και προστασία απ' τους καρκινογόνους παράγοντες.

Όσον αφορά την προληπτική γραμμή σε σχέση με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες η ενδεχόμενη λύση είναι ο περιορισμός του οικιακού συνωστισμού κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας που πιθανώς προάγει τη μεταφορά βλαστικών οργανισμών, όπως το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (HP) και το οποί τα τελευταία χρόνια φαίνεται να σχετίζεται με την εκδήλωση του καρκίνου του στομάχου,

Η αντιμετώπιση της καπνισματικής επιδημίας αποτελεί βασικό στόχο για την οργάνωση της πρωτογενούς προλήψεως και λογική προτεραιότητα της γενικότερης κρατικής υγειονομικής πολιτικής. Ριζική αντιμετώπιση του προβλήματος αποτελεί, στον τομέα της διατροφής, ο περιορισμός κατανάλωσης υψηλών ποσοστών οινοπνεύματος, καπνιστών και αλμυρών τροφών όπως επίσης και τροφών τηγανισμένων και σύνθετων υδατοανθρακική, που αυξάνουν τον κίνδυνο αναπτύξεως του καρκίνου. Απ' την άλλη η αυξημένη κατανάλωση νωπών φρούτων και λαχανικών έχει αναγνωρισθεί ως προστατευτικός παράγοντας, που σχετίζεται με την πρόληψη βιταμινών A,C, και E.

Τέλος, ο συχνός και σε τακτά χρονικά διαστήματα έλεγχος των ατόμων που πάσχουν από ασθενείς που συνδέονται με τον γαστρικό καρκίνο, όπως η κακοήθης αναιμία, μπορεί να συμβάλλει σε ποικίλο βαθμό στη μείωση της επιπτώσεως του καρκίνου του στομάχου.

Ο καρκίνος μπορεί να προληφθεί σ' ένα μεγάλο βαθμό περιπτώσεων, όπως μπορεί και να διαγνωσθεί έγκαιρα.^{17,20}

3.1.2. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στην προσυμπτωματική διάγνωση κατά τη διάρκεια της προ-διηθητικής φάσεως (in-situ phase) ή, σπανιότερα, κατά τη διάρκεια άλλων καρκινογενετικών φάσεων.

Σήμερα στην αντιμετώπιση του καρκίνου η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τυπική Αυτοδιοίκηση, Επιστημονική Οργανισμοί, Νοσηλευτικό και Ιατρικό Προσωπικό. Η Νοσηλεύτρια-της έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία αυτή κατά του καρκίνου και η συμβολή των είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπνου αυτού έργου. Σε όλα τα προγράμματα προληπτικού ελέγχου, η Νοσηλεύτρια-της, έχουν άμεση και καίρια συμμετοχή και αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης και διδαχής του ελεγχόμενου πληθυσμού.

Είναι δεδομένο πως η Νοσηλεύτρια-της είναι εκείνη-ος που έχει τη στενότερη επαφή με τον ασθενή. Εξαιτίας λοιπόν αυτής της άμεσης επικοινωνίας, και έχοντας υπόψη τους, την ύπουλη εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου, καλούνται να αξιολογήσουν τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο, που αποτελεί την πιο προσιτή μέθοδο στα χέρια των εξεταστών και δίνει τη διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων.

Ο προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του στομάχου, είναι δύσκολη υπόθεση, εξαιτίας της ασάφειας της ασθένειας.

Τα τελευταία χρόνια έχει επιχειρηθεί και ο λεγόμενος κυτταρολογικός προσυμπτωματικός έλεγχος που για τον καρκίνο του στομάχου αφορούσε τα άτομα που έπασχαν από χρονογαστρίτιδα και άλλες προκαρκινικές νόσους αλλά, τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά.^{17,20}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

Νοσηλευτική διεργασία: Είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η Νοσηλευτική Διεργασία επομένως αποτελεί μία σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με τη κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου
2. Αντικειμενικό σκοπό
3. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
5. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.⁴

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Γ.Χ.

Ηλικία ασθενούς : 57

Διάγνωση : Ca στομάχου

Ημερομηνία εισόδου : 5/12/2005

Αιτία εισόδου : αιμορραγία, ανορεξία

Ο ασθενής Γ.Χ. ηλικίας 57 ετών, βάρους 75 kg, έγγαμος με δύο παιδιά, κάτοικος Πατρών, εισήλθε στις 5/12/2005 στην χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν. «Άγιος Ανδρέας» με συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα, κατά την εισαγωγή του και μία μέρα πριν, αίσθημα βάρους στο επιγάστριο από 20ημέρου, ανορεξία από 15ημέρου και απώλεια βάρους – 6 κιλά σε διάστημα 2 μηνών.

Τα ζωτικά σημεία του ασθενούς κατά την εισαγωγή του, ήταν :

ΑΠ: 130/90 mmHg

ΣΦ : 85 / min

Θ : 36,7 ° C

Ιστορικό :

- Σκωλικοειδεκτομή προ 35ετίας
- Εμφάνιση οξείας γαστρίτιδας προ 18ετίας

Ο ασθενής υποβλήθηκε την 1^η μέρα της εισόδου του στο Νοσοκομείο στις εξής εξετάσεις:

- Γενική αίματος : Ht : 29,5 %

HGB : 9,8 gr/dl

WBC : 5,6 . 10³ / μl

RBC : 3,65 . 10⁶ / μl

PLT : 275 . 10³ / μl

- Βιοχημικές εξετάσεις : Na +, K +, Ουρία, ουρικό οξύ, σάκχαρο ορού, κρεατίνη, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, Fe⁺⁺ ορού, SGOT, SGPT, TIBC, TKE

- Ακτινογραφία θώρακος
- Ακτινοσκόπηση στομάχου με βαριούχο γεύμα
- Γαστροσκόπηση

Την ημέρα της εισαγωγής του ο ασθενής προετοιμάστηκε για ακτινοσκόπηση με βαριούχο γεύμα που προγραμματίστηκε στις 8/12/2005. Η εξέταση έδειξε έλλειμμα πληρώσεως στον πυλωρό του στομάχου.

Στις 9/12/2005 υποβλήθηκε σε γαστροσκόπηση, η οποία ανέδειξε ογκίδιο στην περιοχή του πυλωρού διαστάσεων 2 χ 3 cm καλυπτόμενο από φυσιολογικό γαστρικό βλεννογόνο.

Τελική διάγνωση Ca στομάχου

Ο ασθενής χειρουργήθηκε στις 11/12/05 και ώρα 10:40 π.μ. και υποβλήθηκε σε γαστρεκτομή και αποκατάσταση του πεπτικού σωλήνα με γαστροεντεροαναστόμωση (Billroth II).

Ετέθη σε αντιβιοτική αγωγή (Metrouitazol 500mg FI 1x2, Radacef 1gr FI 1x3) από της 10/12/99 μέχρι τρεις μέρες από την έξοδό του και αντιπηκτική αγωγή (innoher) από της 10/12/99.

Ετέθη καθετήρας υποκλειδίου φλέβας και καθετήρας κύστεως Folley.

Ο ασθενής επέστρεψε στην κλινική στις 15□15 με τα εξής ζωτικά σημεία: ΑΠ: 130 mmHg ΣΦ. 95/min Θ: 35,8⁰ C. Φέρει ορό L/R 1000^{cc} από περιφερική φλέβα, καθετήρα υποκλειδίου φλέβας και καθετήρα Folley.

Στις 20/12/05 ο ασθενής εξήλθε περιπατητικός από το Νοσοκομείο, συνοδευόμενος από τη γυναίκα του και τα δύο παιδιά του.

Ο ασθενής ενημερώθηκε για την επαναφορά του εντός 5 ημερών για την κοπή των ραμμάτων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία καθώς επίσης και για τον επανέλεγχο εντός 2 εβδομάδων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
α) Αιματέμεση κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο (5-12-05) (3 εμετοί το 24ωρο) αναφέρθηκε και την προηγούμενη ημέρα	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Να αντιμετωπιστεί η αιματέμεση ◆ Να σταματήσει η αιμορραγία του στομάχου ◆ Πρόληψη επιπλοκών 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Εκτίμηση του αρρώστου για σημεία shock ◆ Τοποθέτηση Levin- εκτίμηση περιεχομένου ◆ Εκτίμηση και αναγραφή ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα ◆ Περιορισμός των δραστηριοτήτων του ασθενούς ◆ Έλεγχος ΗΤ. Σε πτώση του, χορήγηση αίματος σύμφωνα με ιατρική οδηγία ◆ Παρακολούθηση εκτίμηση κενώσεων (χρώμα κοπράνων) ◆ Πρόληψη διαταραχής υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής δεν παρουσίασε σημεία shock ◆ Τοποθετήθηκε Levin και παροχετεύτηκε το γαστρικό περιεχόμενο με παρουσία αίματος (400 ml) ◆ Έγινε μέτρηση των ζωτικών σημείων: ΑΠ: 110 mmHg, ΣΦ: 80/min Θ: 36,2⁰ C ◆ Λόγω πτώσης του Η+(29,5%) χορηγήθηκε μια μονάδα ολικού αίματος ομάδας Α(+) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Η αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού αντιμετωπίστηκε μερικώς ◆ Το Levin αφαιρέθηκε μετά από ιατρική οδηγία στις 6/12/05 ◆ Τα ζωτικά σημεία δεν εμφάνισαν παρέκκλιση από τις φυσιολογικές τιμές ◆ Ο ασθενής πήρε όλο τον ασκό του αίματος, χωρίς να παρατηρηθεί καμία άμεση αντίδραση ◆ Τα πλεονεκτήματα της χορήγησης αίματος είναι τα εξής:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανομένων και αποβαλλόμενων υγρών • Χορήγηση θεραπευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ο ασθενής έχει 2 κενώσεις ημερησίως. Δεν διαπιστώθηκαν μελανές κενώσεις ◆ Γίνεται μέτρηση και αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (4000 ml και 3500 ml αντίστοιχα) ◆ Έγινε βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών $\text{Na}^+ = 138\text{mmol/l}$ $\text{K}^+ = 4,7\text{ mmol/l}$ 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου του αίματος ◆ αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος και της πυκνότητας των λευκομάτων του ◆ αντιστάθμιση της ελαττώσεως των ερυθροκυττάρων ή της αιμοσφαιρίνης ◆ χορήγηση παραγόντων για αποκατάσταση διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
				<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επανέλεγχος του H+ (34%) μετά την μετάγγιση • Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο ή κάποια άλλη επιπλοκή
β) Σταθερός διαλείπων πόνος στο επιγάστριο από 20ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από τον πόνο • Εξάλειψη του πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Χρήση φυσικών μέσων – θέσεων για την ελάττωση του πόνου • Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία γιατρού • Ενθάρρυνση για επαρκή ύπνο και χαλάρωση • Δημιουργία συνθηκών στο περιβάλλον προς εκτόνωση της συναισθηματικής-ψυχολογικής του κατάστασης 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε ύπτια θέση με κεκαμμένα γόνατα • Χορηγήθηκε στον ασθενή Zideron 75mg/2ml amp IM μετά από ιατρική οδηγία • Ο ασθενής κοιμάται επαρκώς 9 ώρες ημερησίως • Έγινε συζήτηση με τον ασθενή, εκδήλωσε τους φόβους και τις ανησυχίες για την κατάσταση του 	<ul style="list-style-type: none"> • Η θέση αυτή συνέβαλε στην χαλάρωση των κοιλιακών μυών επομένως στη μείωση του πόνου • Ο πόνος υποχώρησε μετά την χορήγηση του Zideron: Ενδείκνυται σε πόνους μέτριας έντασης σε βαριά τραύματα, νευρολογικές και νεοπλασματικές νόσους, καθώς και στην χειρουργική • Ο επαρκής ύπνος χαλάρωσε το νευρικό σύστημα βοηθώντας στη βελτίωση της Βίο-ψυχολογικής εκτόνωσης

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
γ) Ανορεξία από 15ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση- αποκατάσταση της όρεξης του ασθενούς όσο αυτό είναι δυνατόν 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ελαφράς διαίτας πλούσιας σε θερμίδες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία • Χορήγηση καλοσερβρισμένης τροφής ευχάριστη στην οσμή και τη γεύση • Μικρά συχνά γεύματα και περιορισμένες ποσότητες υγρών κατά το γεύμα • Χορήγηση συμπληρωματικής διατροφής • Εξωτερίκευση προτιμήσεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι θα παίρνει μικρά γεύματα • Χορηγήθηκε η εξής διαίτα: πρωί : γάλα με φρυγανιές μεσημέρι: ψάρι ψητό με χόρτα και ένα μήλο απόγευμα: κρέμα βράδυ: μπιφτέκι με πουρέ και κομπόστα • Δόθηκε Ensure Plus HN 250ml 1x1 (στις 11:00π.μ.) για τρεις μέρες 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η όρεξη του ασθενούς μετά από την συγκεκριμένη διαίτα • Σ' αυτό συνέβαλε και το Ensure Plus: 375 Kcal/250ml συνίσταται σε ασθενείς σε κατάσταση stress με αυξημένες πρωτεϊνικές και θερμιδικές ανάγκες σε ασθενείς με ανορεξία και σε βαριές χειρουργικές επεμβάσεις Περιέχει 16,7% πρωτεΐνες, 30% λίπη και 53,3% υδατάνθρακες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία γιατρού • Διάλογος με τον ασθενή για ελάττωση και εξάλειψη του stress • Παρακολούθηση-εκτίμηση για πρόληψη στοματίτιδας • Αντισηψία ρινοφάρυγγος • Καθημερινή παρακολούθηση σωματικού βάρους-ζύγισμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε Primperan 2ml 1 χ 3 σε σχήμα ορρών D/W 5% 1000c 1x2 & N/S 0,9% 1000c 1X1 • Έγινε διάλογος και ο ασθενής εξωτερέκευσε τα συναισθήματά του • Έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας και αντισηψία ρινοφάρυγγος καθημερινώς με Hexalen 10ml • Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής δεν εμφάνισε τάση προς εμετό μετά τη χορήγηση Primperan επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο, αυξάνει τον τόνο του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα και τον περισταλισμό του στομάχου. • Ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα • Ο ασθενής πήρε 1 κιλό σε βάρος μετά από τέσσερις ημέρες

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
δ) Απώλεια βάρους (ο ασθενής έχει χάσει 6 κιλά σε διάστημα 2 μηνών)	Να επανέλθει ο ασθενής στο κανονικό σωματικό του βάρος	<ul style="list-style-type: none"> •Ρύθμιση θερμοδιδικών αναγκών του αρρώστου •Περιορισμός δραστηριοτήτων •Χορήγηση βιταμινούχων σκευασμάτων •Χορήγηση ενδοφλεβίως σακχαρούχων υγρών •Καθημερινή μέτρηση του σωματικού βάρους •Χορήγηση συμπληρωματικού σκευάσματος σιδήρου 	<ul style="list-style-type: none"> • Το διαιτολόγιο του ασθενούς ρυθμίστηκε από τον υπεύθυνο ιατρό. Ο ασθενής συνεχίζει το ίδιο διαιτολόγιο • Ενημερώθηκε ο ασθενής ότι πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι για να ξεκουράζεται • Συνέχιση της χορήγησης ορρού D/W 5% 1000cc +Evaton amp 1x1 •Επιπλέον χορηγήθηκε Legofer amp 5ml σε 100cc N/S 0,9% με αργή ροή •Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε το σωματικό βάρος του αρρώστου μετά τη ρύθμιση του διαιτολογίου • Ο ασθενής πήρε 1 κιλό σε δύο ημέρες • Σ' αυτό βοήθησαν τα συμπληρωματικά σκευάσματα Evation & Legofer •Η Evaton αποτελεί έξοχο συνδυασμό λιποδιαλυτών βιταμινών. Είναι άριστος αιμοποιητικός και τονωτικός παράγοντας. •Ρυθμίζει επίσης την λειτουργία πολλών ενζυματικών μηχανισμών που υπεισέρχονται στο μεταβολισμό

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
				Το Legofer επιτυγχάνει την βαθμιαία απορρόφηση και αποθήκευση του σιδήρου στα διάφορα μέρη του σώματος. Γι' αυτό δεν παρατηρείται γαστρεντερική δυσανεξία

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθηση σημείων φλεγμονής • Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών 24ώρου 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολουθήθηκε ο ασθενής για σημεία φλεγμονής • Χορήγηση σχήματος ορρών D/W 5% 1000cc 1x2 & N/S 0,9% 1000cc 1x1 • Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά (4.000ml και 3.600ml) 	
στ) Ακτινοσκόπηση του στομάχου με βαριούχο γεύμα στις 8/12/05	<ul style="list-style-type: none"> • Να ολοκληρωθεί ή εξέταση χωρίς δυσκολίες ώστε να γίνει η διαγνωστική εξέταση με σκοπό τη διερεύνηση του στομάχου για νεοπλασία 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του αρρώστου για αποφυγή λήψης Τροφής για 8 ώρες πριν την εξέταση ώστε η σκιερή ουσία να καλύψει όλο το στομάχο και ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Η σωστή ενημέρωση βοηθά στην επίλυση αποριών, φυγάδευση ανησυχιών και εξασφάλιση ηρεμίας • Μεταφέρθηκε στο ακτινολογικό τμήμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκληρώθηκε η διαγνωστική εξέταση χωρίς κανένα πρόβλημα • Βρέθηκε νεοπλασία στην περιοχή του πυλωρικού άνδρου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Μεταφορά του αρρώστου στο ακτινολογικό • Καθαρτικός υποκλυσμός πριν και μετά την εξέταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός Fleet enema, λόγω δυσκοιλιότητας εξαιτίας του βαρίου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο καθαρτικός υποκλυσμός είχε αποτελέσματα
ζ) Γαστροσκόπηση στις 9/12/05	<ul style="list-style-type: none"> • Να ολοκληρωθεί ή εξέταση χωρίς προβλήματα ώστε να γίνει ο συμπληρωματικός έλεγχος για επιβεβαίωση της νεοπλασματικής επεξεργασίας και έλεγχος της υφής του βλεννογόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του αρρώστου για το είδος και το σκοπό της εξέτασης • Ενημέρωση για αποφυγή λήψης τροφής και υγρών 8 ώρες πριν την εξέταση • Παρακαλείται ο ασθενής να ουρήσει πριν από την εξέταση • Μεταφορά του ασθενή στο ενδοσκοπικό τμήμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ασθενής για το είδος και τη σπουδαιότητα της εξέτασης • Ο ασθενής έμεινε νηστικός πριν από την εξέταση • Ο ασθενής ούρησε πριν την εξέταση • Ο ασθενής μεταφέρθηκε στο ενδοσκοπικό τμήμα, χωρίς την παρουσία νοσηλεύτη 	<ul style="list-style-type: none"> • Από πληροφορίες δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα πριν και κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής εξέτασης • Από πληροφορίες εστάλη ιστός για βιοψία • Ο ασθενής ξεκουράστηκε, διότι η εξέταση ήταν επώδυνη και κουραστική

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την εξέταση ο ασθενής έχει ανάγκη ανάπαυσης 	<p>της μονάδας που θα τον φροντίσει</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μετά την εξέταση ο ασθενής αναπαύθηκε-ξεκουράστηκε 	
η) Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με καθετήρα Folley No 16	Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών από την ουροδόχο κύστη	<ul style="list-style-type: none"> • Προετοιμασία υλικού και αρρώστου για τον καθετηριασμό • Τοποθέτηση καθετήρα Folley με αυστηρή άσηπτη τεχνική • Μέτρηση ούρων 24ώρου • Τήρηση άσηπτης τεχνικής κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη • Έλεγχος και καταγραφή λίτρων και χρώματος ούρων • Λήψη ούρων για εργαστηριακό έλεγχο (Γενική ούρων) 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε ενημέρωση και ή νοσηλευτική προετοιμασία στον άρρωστο • Τοποθετήθηκε καθετήρας Folley No16 με άσηπτη τεχνική • Τηρήθηκε δελτίο μέτρησης ούρων 24ώρου (2.900ml) • Ελέγχεται καθημερινά η βατότητά του καθετήρα • Τηρήθηκε άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή του ουροσυλλέκτη • Έγινε έλεγχος -εκτίμηση των ούρων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ομαλή παροχέτευση των ούρων χωρίς την εμφάνιση δυσχερειών ή επιπλοκών • Δεν παρατηρήθηκε αλλαγή στο χρώμα των ούρων (χρώμα φυσιολογικό) • Δεν είχαμε διαταραχή του ισοζυγίου προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
θ) Χειρουργική επέμβαση στις 11/12/05 (υφολική γαστρεκτομή με γαστροέντερο-αναστόμωση κατά Billroth)	<p>Να είναι καθ' όλα έτοιμος ο ασθενής προεγχειρητικά με σκοπό</p> <ul style="list-style-type: none"> • την καλή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης χωρίς δυσκολίες - προβλήματα • την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη • Ενημέρωση του ασθενούς για το είδος και την σπουδαιότητα της χειρουργικής επέμβασης • Ευπρεπισμός χειρουργικής περιοχής, εξασφάλιση ηρεμίας και νυκτερινής ανάπαυσης πριν την επέμβαση • Έλεγχος της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς. Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων • Να ενδυθεί ο ασθενείς με ένδυμα χειρουργείου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκε ο ασθενής για την επέμβαση και ενισχύθηκε ψυχολογικά • Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleet enema) και ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα • Έγινε ευπρεπισμός χειρουργικού πεδίου και ενδύθηκε ο ασθενείς με ένδυμα χειρουργείου • Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον • Έγινε λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων στο θερμομετρικό διάγραμμα του 	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία • Η Innoher ετέθη στον ασθενή για πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας • Η Innoher μειώνει την πηκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία κατά την εξωσωματική κυκλοφορία • Το αντιβιοτικό σχήμα είναι απαραίτητο σε κάθε επέμβαση για την πρόληψη των λοιμώξεων

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> ● Έναρξη αντισηπτικής αγωγής ● Έναρξη αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν την επέμβαση ● Να γίνει προνάρκωση σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής 	<ul style="list-style-type: none"> ● Χορηγήθηκε Innohep inj 3500iu 0,35ml υποδορίως Ο ασθενής ετέθει στο εξής αντιβιοτικό σχήμα: Metrorouitazol 500mg/100ml F1.1 x 2 IV Rafacef 1 gr Fl. 1x3 IV μία μέρα πριν από την επέμβαση ● Μισή ώρα πριν από την επέμβαση χορηγήθηκε Pethidine 100 mg IM 	<p>Metrouitazol: δρα αποτελεσματικά στα αναερόβια μικρόβια. Είναι καλώς ανεκτό και τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα και στους ιστούς είναι κατά πολύ υψηλότερα από εκείνα τα οποία απαιτούνται για επιτυχή αντιμικροβιακή θεραπεία</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Το Radocef ανήκει στις κεφαλοσπορίνες και καλύπτει τον οργανισμό από αερόβια και αναερόβια μικρόβια. Η Pethidine προκαλεί

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜ ΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
				Μυϊκή χάλαση, χρησιμοποιείται για την θεραπεία μέτριων πόνων καθώς επίσης και προεγχειρητικά. Η δράση της διαρκεί 2-3 ώρες
ι)Φόβος, άγχος ανησυχία για την χειρουργική επέμβαση	Να ηρεμήσει ο άρρωστος πριν το χειρουργείο. Πρόληψη δυσχερειών και επιπλοκών	<ul style="list-style-type: none"> • Να δημιουργηθούν συνθήκες περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του • Ενημέρωση του ασθενή για τον τρόπο θεραπείας • Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό, μέσω του διαλόγου 	<ul style="list-style-type: none"> • Υπήρξε συνομιλία μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου • Έγινε η ανάλογη ενημέρωση. Δόθηκαν απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς • Χορηγήθηκε Lexotanil tb 3mg 1x1 το βράδυ πριν την εγχείρηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής κατόρθωσε να εξωτερικεύσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του • Ο ασθενής ηρέμησε μετά τη χορήγηση Lexotanil <p>Το Lexotanil ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιταχύνονται 1-2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση του φαρμάκου</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙ ΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
κ) Έντονος πόνος λόγω της επεμβάσεως	Μείωση του πόνου, ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Τοποθέτηση του ασθενούς σε αναπαυτική θέση • Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε Pethidine amp 50mg IM κατόπιν ιατρικής οδηγίας • Ο ασθενής τοποθετήθηκε ημι-Fowler θέση • Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες, υπήρξε χαμηλός φωτισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά τη χορήγηση Pethidine, ο πόνος υποχώρησε • Αποτέλεσμα είχε και η εξασφάλιση ηρεμίας και ησυχίας στον ασθενή • Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα από την θέση που του δόθηκε

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
λ) Ρίγος, εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης	Αντιμετώπιση του ρίγους-Να σταματήσει το ρίγος σε 3 ώρες	<ul style="list-style-type: none"> • Διατήρηση ζεστής κλίνης • Θερμομέτρηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια του ρίγους καθώς επίσης και 3 ώρες μετά 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκαν ζεστά κλινοσκεπάσματα • Η θερμοκρασία του αρρώστου κατά τη διάρκεια του ρίγους ήταν 35,8⁰C και 3 ώρες μετά 37⁰C 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά την τοποθέτηση ζεστών κλινοσκεπασμάτων, το ρίγος υποχώρησε

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Αναγραφή της θερμοκρασίας του διάγραμμα 	<ul style="list-style-type: none"> • Τηρήθηκε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (3000ml & 2300ml αντίστοιχα) • Αναγράφεται η θερμοκρασία του αρρώστου στο διάγραμμα, καθώς επίσης και στη λογοδοσία 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν παρουσιάστηκε αφυδάτωση του οργανισμού του αρρώστου • Ο ασθενής ενυδατώθηκε επαρκώς • Δεν παρουσιάστηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών
ν) Ξηρότητα στοματικής κοιλότητας λόγω των φαρμάκων της γενικής νάρκωσης	Πρόληψη δυσχερειών και επιπλοκών στοματικής κοιλότητας	<ul style="list-style-type: none"> • Ύγρανση στοματικής κοιλότητας και της γλώσσας • Επάλειψη των χειλιών με λιπαντική κρέμα • Πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε ύγρανση της στοματικής κοιλότητας με Port cotton ποτισμένα σε νερό • έγινε επάλειψη των χειλιών με βαζελίνη • Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen μια φορά ημερησίως 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ξηρότητα υποχώρησε μετά την 2^η μ. και ο ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα • Ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ξ) Ναυτία, έμμετοι, λόγω της γενικής νάρκωσης (2 έμμετοι στις 11/12/05 το απόγευμα)	Αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμετών για την ανακούφιση του ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> • τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση • χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων • προμήθευση νεφροειδών στον ασθενή • συστάσεις στον ασθενή για βαθιές αναπνοές • διατήρηση καθαρών κλινοσκεπασμάτων • πλύση στοματικής κοιλότητας με αντισηπτική διάλυση μετά από κάθε έμμετο 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με την κεφαλή στα πλάγια • Χορηγήθηκε στον ασθενή Primorepan 10mg/2mo amp 1x3 IV • Εδόθη νεφροειδές στον ασθενή • Ο ασθενής ενημερώθηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές • Τα κλινοσκεπάσματα διατηρήθηκαν καθαρά • Ο ασθενής παρουσίασε δύο εμετούς την 1^η μ.. μετά από κάθε έμμετο έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με Hexalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Η θέση του ασθενούς συνέβαλε στην πρόληψη εισρόφησης • Η χορήγηση Primorepan συνέβαλε σημαντικά στην εξάλειψη των εμετών και της ναυτίας • Ο ασθενής δεν παρουσίασε εμετούς την 1^η μ. • Οι βαθιές αναπνοές συμβάλλουν στη μείωση της τάσεως για εμετό • Ο ασθενής δεν παρουσίασε στοματίτιδα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
ο) Ολική παρεντερική διατροφή (ΟΠΔ) μετά από επέμβαση στο γαστρεντερικό σωλήνα στις 13/12/05	Επαρκής κάλυψη θερμιδικών αναγκών του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορισμός θερμιδικών αναγκών του αρρώστου • Αυστηρά τήρησης άσηπτης τεχνικής κατά την παρασκευή και χορήγηση της ΟΠΔ • Καθημερινή περιποίηση της περιοχής της υποκλειδίου φλέβας • Διατήρηση του σάκου στο ψυγείο πριν τη χορήγηση • Κάλυψη του σάκου με χειρουργικό πεδίο • Αλλαγή συσκευής 	<ul style="list-style-type: none"> • Προσδιορίστηκε το σχήμα ΟΠΔ από τον ιατρό. Περιλαμβάνει: Aminoplasmal L 5% 1000cc D/W 35% 500cc Intralipid 10% 900cc Standart III IFI Dipeptivem 100cc Zinc IFI Selenium I FI Nouan IFI Vitalipid I amp Soluvit IFI Kapa vit 1 amp Actrapid 15 iu 	<ul style="list-style-type: none"> • Καλύφθηκαν οι θερμιδικές ανάγκες του αρρώστου • Δεν παρουσιάστηκαν σημεία φλεγμονής από τη χορήγηση ΟΠΔ και από το σημείο φλεβοκέντησης του καθετήρα • Ο σάκος καλύπτεται με πεδίο, λόγω φωτοευαισθησίας του λίπους του διαλείμματος • Ο ασθενής πήρε ένα κιλό μετά από 1 ημέρα χορήγησης ΟΠΔ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ΟΠΔ κάθε 24 ώρες • Καθημερινή ζύγιση του αρρώστου • Έλεγχος για σημεία υπερφόρτωσης της κυκλοφορίας 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνολικός όγκος: 2660ml Ρυθμός ροής: 11ml/h • Τηρήθηκαν οι αρχές άσηπτης τεχνικής κατά την παρασκευή και χορήγηση του διαλύματος • Έγινε καθημερινή περιποίηση με Betadine της περιοχής του καθετήρα της υποκλειδίου φλέβας • πριν την χορήγηση της ΟΠΔ ο σάκος φυλάσσεται στο ψυγείο • ο σάκος καλύπτεται κάθε φορά που προετοιμάζεται με πεδίο 	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν παρουσίασε σημεία υπερφόρτωσης • Η χορήγηση της ΟΠΔ διεκόπη στις 17/12/05 Ο ασθενής συνέχισε τη σίτισή του με ελαφρό διαιτολόγιο

<i>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ</i>	<i>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙ ΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ</i>	<i>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</i>	<i>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</i>
			<ul style="list-style-type: none"> • η συσκευή χορήγησης ΟΠΔ αλλάζεται κάθε μέρα • ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά • έγινε μέτρηση της ΑΠ:130mmHg ΣΦ: 76/min και μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (3200ml και 2800ml αντίστοιχα) 	

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Όνοματεπώνυμο ασθενούς : Α.Μ.

Ηλικία ασθενούς : 54

Διάγνωση : Καρκίνος στομάχου

Ημερομηνία εισόδου : 18/3/2006

Αιτία εισόδου : Διάρροιες- Διάχυτα κοιλιακά άλγη

Νέα ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Ρίου στις 18/3/2006 με έντονες διάρροιες και διάχυτα κοιλιακά άλγη. Ήδη έχει γίνει διάγνωση καρκίνου στομάχου, αφού έχει προηγηθεί εγχείρηση προ 15μηνου (γαστρεκτομή). Η ίδια παραπονιέται για αίσθημα καταβολής δυνάμεων.

Κατά την παραμονή της στην κλινική, την 1^η ημέρα νοσηλείας στις 18/3/06, η ασθενής παρέμεινε νηστική για U/S Η-Χ-Π-Σ ενώ επί πόνου χορηγήθηκε Aprotel καθώς και Zantac tb (R) 1x2 και Primperan tb (P.O.) 1x2.

Στις 19/3/06, η ασθενής μπορούσε να πάρει φρυγανιά και τσάι, ενώ στις 9 π.μ. δόθηκε tb Panadol ενώ επί πόνου Aprotel καθώς και Zantac amp IV 1x2. Η θερμοκρασία στις ημέρες νοσηλείας παρέμεινε σε φυσιολογικά επίπεδα (36,9⁰ C), εκτός στις 21/3/06 που παρουσίασε μια μικρή άνοδο (38,5⁰ C), καθώς επίσης και οι σφυγμοί της (68/min). Η διατροφή της παρέμεινε ελαφριά (φρυγανιά-τσάι-φιδές). Κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις τα αποτελέσματα αυτών ήταν φυσιολογικά, εκτός από τον αιματοκρίτη ο οποίος παρουσιάστηκε χαμηλός:

18/3/06: Hct = 31.1%

20/3/06: Hct = 30,1%

Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

Βιοχημικές εξετάσεις:

Σάκχαρο : 94 Ουρία: 14, Κρεατίνη, 0,6 SEOT : 88, SGPT : 134, Αμυλάση: 657,

Χοληστερίνη: 176, Τριγλυκερίδια : 108, Ουρικό οξύ: 27

Γενική αίματος:

Wbc : 9.100 Ly = 20,3%

GR : 72,2%

Hct : 30,1%

Hgb : 10,2 g/dl

Γενική ούρων:

Ειδικό βάρος : 1010

PH: 6,5

Πυοσφαίρια : 2-3 Ερυθρ.

Από άλλες επιμέρους εξετάσεις (υπερήχους) που πραγματοποιήθηκαν κατά την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο, διαπιστώθηκαν τα εξής: Το ήπαρ δεν παρουσίαζε αδρές εστιακές βλάβες. Παρατηρήθηκαν όμως διάταση ενδοηπατικών χοληφόρων και χοληδόχου πόρου, ενώ στο πάγκρεας διόγκωση κεφαλής με σχετικά ύποπτη απεικόνιση. Από την ακτινογραφία θώρακος διαπιστώθηκε επίταση βρογχοαγγειακά ενώ η ακτινογραφία κοιλίας δεν έδειξε κανένα παθολογικό εύρημα. Η χοληδόχος κύστη παρουσιάστηκε ηπίως διατεταμένη με ίζημα εντός αυτής.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Έντονα κοιλιακά άλγη	Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο	<ul style="list-style-type: none"> • Προσπάθεια απαλλαγής από τον πόνο. Τοποθέτηση της ασθενούς στη σωστή θέση στο κρεβάτι • Χορήγηση παυσίπονου με ιατρική εντολή • Ελάττωση των επισκέψεων για την ηρεμία της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε στην ασθενή ανάρροπη θέση στο κρεβάτι με σκοπό να μην πιέζεται το επιγάστριο • Χορηγήθηκαν 1 amp Apotel 1 x 2 (6 π.μ.-6 μ.μ.) και Zantac amp IV 1 X 2 • Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για τις ώρες του επισκεπτηρίου και την αξία της ηρεμίας της ασθενούς 	Η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο καθώς υποχώρησε σημαντικά μετά την χορήγηση παυσίπων

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Έντονες διάρροιες	Εξάλειψη των διαρροιών και πρόληψη της αφυδάτωσης	<ul style="list-style-type: none"> • Ενδοφλέβια χορήγηση με ιατρική οδηγία • Έλεγχος-μέτρηση προσλαμβανομένων-αποβαλλομένων υγρών • Ανάρτηση ειδικού διαγράμματος στο κρεβάτι • Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων με ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκαν: Ringers (1X1) και Dextroze 5% 1.000α (1 X 1). Μέσα στον ορό προστέθηκαν και 2 Kcl. Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων. Για την ακριβή χορήγηση των υγρών και την πρόληψη της αφυδάτωσης χρησιμοποιήθηκε ο τύπος: d.f. = ποσότητα υγρού X συντελεστής σταγόνων/χρόνος • Έγινε ακριβής μέτρηση προσλαμβανομένων-αποβαλλομένων υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελάττωση των διαρροιών σε σημαντικό βαθμό και επιτυχής ενυδάτωση της ασθενούς

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Πυρετός (38,5 ⁰ C)	<ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει η θερμοκρασία στα φυσιολογικά επίπεδα • Εξασφάλιση επαρκούς ενυδάτωσης της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής μέτρηση της θερμοκρασίας στο ειδικό δελτίο κάθε 3 ώρες και στη λογοδοσία • Μείωση της θερμοκρασίας με φυσικά και φαρμακευτικά μέσα 	<ul style="list-style-type: none"> • Καταγράφηκαν οι διακυμάνσεις του πυρετού στο δελτίο τρίωρης θερμομέτρησης Ενημερώθηκε η λογοδοσία • Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα με σκοπό την ανακούφιση της ασθενούς • Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά από τους ορούς που χορηγήθηκαν: 0,9% 1.000'' 1 X 2, Ringer's 5% 1.000α 1 X 1 • Χορηγήθηκε 1 amp Apotel (IM) αφού προηγουμένως έγινε έλεγχος της Α.Π. , διότι το Apotel έχει την ιδιότητα να προκαλεί πτώση της Α.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η θερμοκρασία της ασθενούς επανήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα (36,9⁰ C) • Η ασθενής ενυδατώνεται ικανοποιητικά

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
			<ul style="list-style-type: none"> • Αναγράφηκαν τα αποτελέσματα της μέτρησης ανά δώρο και συνολικά το 24ώρο στο ειδικό δελτίο Ενημερώθηκε η λογοδοσία • Χορηγήθηκε Imodium tabl 1 X 2 με ιατρική εντολή επί 2 ημέρες και κατόπιν έγινε διακοπή 	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Αίσθημα καταβολής δυνάμεων	Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής και ενυδάτωσης της ασθενούς ώστε η κατάστασή της να βελτιωθεί στα καλύτερα δυνατά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> • Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη διατροφή της ασθενούς από το στόμα • Συνεχής μέτρηση των ζωτικών σημείων (Α.Π. σφυγμοί) • Αποκατάσταση των υγρών του σώματος με τοποθέτηση ορού • Περιορισμός εκτός από τον συνοδό που θα παραμείνει κοντά της 	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμόστηκε δίαιτα ελαφρά. Δόθηκε στην ασθενή φρυγανιά και τσάι τις 3 πρώτες ημέρες νοσηλείας, ενώ την 4^η προστέθηκε και ο φιδές • Ενδοφλέβια χορήγηση Ringer's 5% 1.000α 1 X 1 και 0,9% 1.000α 1 X 2. Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων • Έγινε συνεχής μέτρηση της Α.Π. (110/60mmHg) και των σφυγμών της (68/min) • Οι επισκέψεις περιορίστηκαν σημαντικά προκειμένου η ασθενής να ηρεμήσει και να παραμείνει ήσυχη 	<ul style="list-style-type: none"> • Η κατάστασή της βελτιώθηκε ενώ συνεχίζει να ενυδατώνεται ικανοποιητικά

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
5. Πτώση του αιματοκρίτη (31,1%)	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα Και πρόληψη επιπλοκών	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε λήψη αίματος και αιματοκρίτης είναι στις 20/3/06 31,1% ενώ στις 21/3/06 30,1%. Εστάλη αίμα για διασταύρωση • Έγινε μετάγγιση μιας μονάδας αίματος για την αποκατάσταση των στοιχείων του αίματος. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη χορήγηση του αίματος και πάρθηκαν όλα τα μέτρα, για την πρόληψη των δυσμενών επιπλοκών από την μετάγγιση (δύσπνοια, ταχυπαλμία κτλ) Κατά την τοποθέτηση του IV καθετήρα ιδιαίτερη έμφαση στην αντισηψία και ασηψία της περιοχής για την πρόληψη των μολύνσεων Η αρτηριακή της πίεση είναι 105/60 mmHg και οι σφυγμοί της 70/mi 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε αύξηση του όγκου του αίματος και ο αιματοκρίτης ανεβαίνει λίγο (35,5%) • Δεν παρουσιάστηκε κανένα πρόβλημα κατά την χορήγηση των υγρών και του αίματος

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ <i>Ανάγκες-προβλήματα</i>	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
6. Άγχος-Απογοήτευση	Αποκατάσταση της ψυχολογικής ηρεμίας της ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση της ασθενούς με τον-την νοσηλευτή-τρια • Αποφυγή συναισθηματικών εντάσεων • Περιορισμός των επισκέψεων εκτός από τον-την συνοδό της 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε μια αποδοτική συζήτηση με την ασθενή απομακρύνοντας όλες τις δυσάρεστες σκέψεις • Περιορίστηκαν σημαντικά οι επισκέψεις, ώστε έτσι να αποφεύγονται η συναισθηματική φόρτιση και οι εντάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής αρχίζει και αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά ενώ συνεργάζεται παράλληλα άψογα με το νοσηλευτικό προσωπικό

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Όπως έχει προαναφερθεί, επειδή δεν αναμένεται βελτίωση των χειρουργικών μεθόδων και ιδιαίτερη πρόοδος τόσο την ακτινοθεραπεία, όσο και τη χημειοθεραπεία, ώστε να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία, εάν θέλουμε να αντιμετωπίσουμε τον γαστρικό καρκίνο, το ενδιαφέρον μας είναι σκόπιμο να επικεντρωθεί στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Με δεδομένο πως η-ο νοσηλεύτρια-της είναι εκείνη-ος που έχει τη στενότερη επαφή με τον ασθενή. Εξαιτίας λοιπόν αυτής της άμεσης επικοινωνίας, και έχοντας υπόψη τους, την ύπουλη εμφάνιση του καρκίνου του στομάχου, καλούνται να αξιολογήσουν τα μικρής σοβαρότητας ενοχλήματα του αρρώστου και να τον οδηγεί στον ιατρό για ακτινολογικό έλεγχο, που αποτελεί την πιο προσιτή μέθοδο στα χέρια των εξεταστών και δίνει τη διάγνωση στα 95% περίπου των περιπτώσεων.

Η άποψη-πρόταση μου είναι πώς τα προγράμματα εκστρατείας ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, από τα άτομα που εργάζονται στο χώρο της υγείας μέσα στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρέπει να αυξηθούν. Καθώς και τα προγράμματα επιμόρφωσης των ατόμων της υγειονομικής ομάδας όπως και η χρηματικές ενισχύσεις για ερευνά στο χώρο της υγείας.

Επίσης υιοθετώ την συμπερασματική άποψη του τρίτου ετησίου σεμιναρίου ογκολογίας του 2003 ότι η ογκολογική Νοσηλευτική πρέπει να αποτελέσει θεσμοθετημένη Νοσηλευτική ειδικότητα ,ώστε να είναι σωστότερη η προσέγγιση του καρκινοπαθούς και η αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων του ασθενούς αυτού.

Πρέπει να γίνεται προληπτικός και προσυμτωματικός έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου με αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση.

Οι νοσηλευτές μπορούν να παίξουν σημαντικό ρολό στην όλη προσπάθεια της πρόληψης και αποκατάστασης αυτών των ασθενών.

Περίληψη

Ο καρκίνος αποτελεί αναμφίβολα τη νόσο του μέλλοντος αφού αναμένεται ένας στους τρεις ανθρώπους να τον αναπτύξει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Είναι μια πολυδιάστατη νόσος που επηρεάζει ποικίλα και σε διάφορες κατευθύνσεις τη ζωή του ασθενή. Επομένως, από τα παραπάνω είναι εμφανής η αναγκαιότητα και η επιτακτικότητα της μελέτης και έρευνας των κακοηθών νεοπλασμάτων.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γίνει πληροφόρηση σχετικά με τη φύση του καρκίνου στο στόμαχο και κυρίως τις εκδηλώσεις, τη διάγνωση, την θεραπεία και την ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθή. Επίσης, να γίνει κατανοητή η Νοσηλευτική Παρέμβαση σε άρρωστο που πάσχει από καρκίνο στομάχου και να αντιμετωπισθεί ως μία βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Ο γαστρικός καρκίνος αποτελεί ένα από τα κακοήθη νεοπλάσματα του πεπτικού συστήματος με τη χειρότερη πρόγνωση. Ακόμη και σήμερα ένας ασθενής με γαστρικός καρκίνο έχει περίπου 10% πιθανότητα να επιζεί 5 χρόνια μετά τη διάγνωση. Στην Ιαπωνία, τα ποσοστά είναι καλύτερα για την Ευρώπη όμως, και φυσικά για την ελληνική πραγματικότητα, τα ποσοστά επιβίωσης παραμένουν ακόμη απογοητευτικά χαμηλά.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στην καθυστερημένη διάγνωση, αλλά και στα μέτρια αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας, της ακτινοθεραπείας και της χημειοθεραπείας. Το κύριο βάρος επομένως πρέπει να αρχίσει να δίνεται στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου μέσω του συστηματικού ελέγχου, τουλάχιστον των ομάδων υψηλού κινδύνου, παράλληλα με τη βελτίωση των θεραπευτικών δυνατοτήτων. Αυτά αποτελούν τη μόνη ελπίδα για τη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών με αυτό το κακοήθες νεόπλασμα.

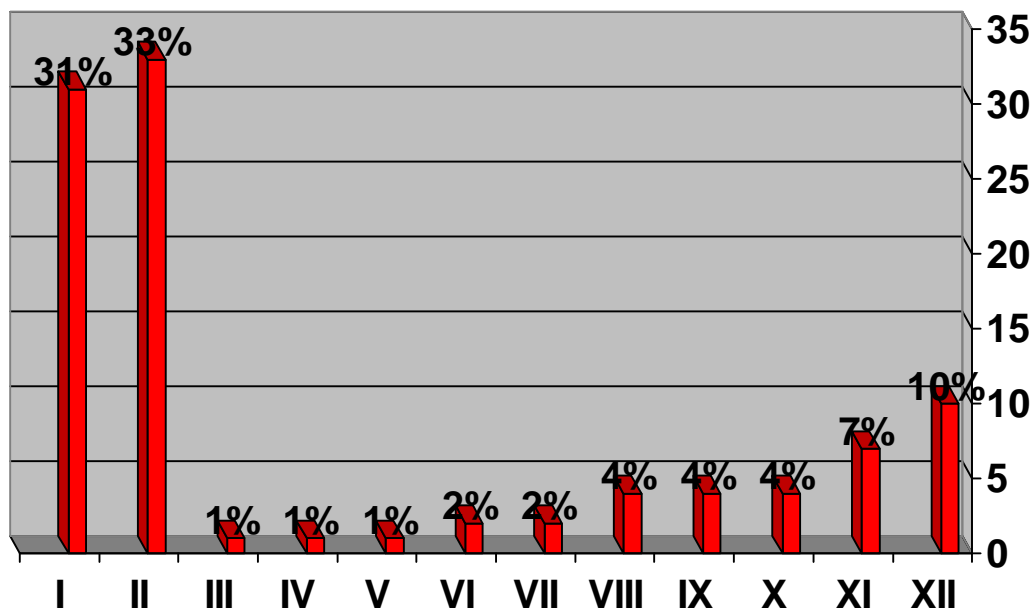
Συμπερασματικά οι νοσηλευτές μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην όλη προσπάθεια της πρόληψης και αποκατάστασης αυτών των ασθενών.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μ.Α. Μαλγαρίνου-Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β΄ Μέρος 2^ο, Έκδοση δέκατη όγδοη, Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ Αθήνα 1997, σελ. 80-81
2. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχολογίας, Τόμος Β΄, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2002, σελ. 109
3. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, Μετάφραση: Κρηκέλης Ι. , Μαλλιάρια Σ. , Μαλλιάριας Δ. , Μανούσος Ορ. , Μουντοκαλάκης Θ. , Φερτάκης Α. , Χατζημηνάς Ι. , Τόμος Γ΄ , Έκδοση 8^η , Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1987, σελ. 1853
4. Α.Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2^{ος} Έκδοση Β΄ , Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997, σελ. 271,306-309
5. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-Ογκολογίας, Εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1999, σελ.263
6. Ιωάννης Παπαδημητρίου, Σύγχρονη γενική χειρουργική, Παθήσεις του στομάχου και δωδεκαδακτύλου (47), Τόμος 2^{ος} , Έκδοση Β΄ , Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σελ. 928-933
7. <http://www.healthin.gr/news/article.asp?IngArticleID=119129>
Ανανέωση:18/5/2006
8. Μ.Α. Μαλγαρίνου-Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, Τόμος Β΄, Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα 2001, σελ. 343-346
9. <http://www.exe1928.gr/Index.php?module=xurer&pune=Activate>
Ανανέωση29/6/2006
10. Γ.Δ. Παπαδημητρίου, Αρχές Γενικής Χειρουργικής, Τόμος Β΄, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1989, σελ. 489-493
11. Ο. James Garden, Andrew W. Bradbwr, John Forsythe, Αρχές χειρουργικής-Θεωρία και Πράξη, Επιστημονική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Φώτης Καλφαρέτζος, Έκδοση 4^η , Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2003 σελ.269-270,285-289
12. Βασίλειος Χ. Γολεμάτης-Μανούσος Ν. Κωνσταντουλάκης, Νεόπλασμα του πεπτικού συστήματος-Νεώτερες απόψεις, Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα 1995, σελ. 203-204

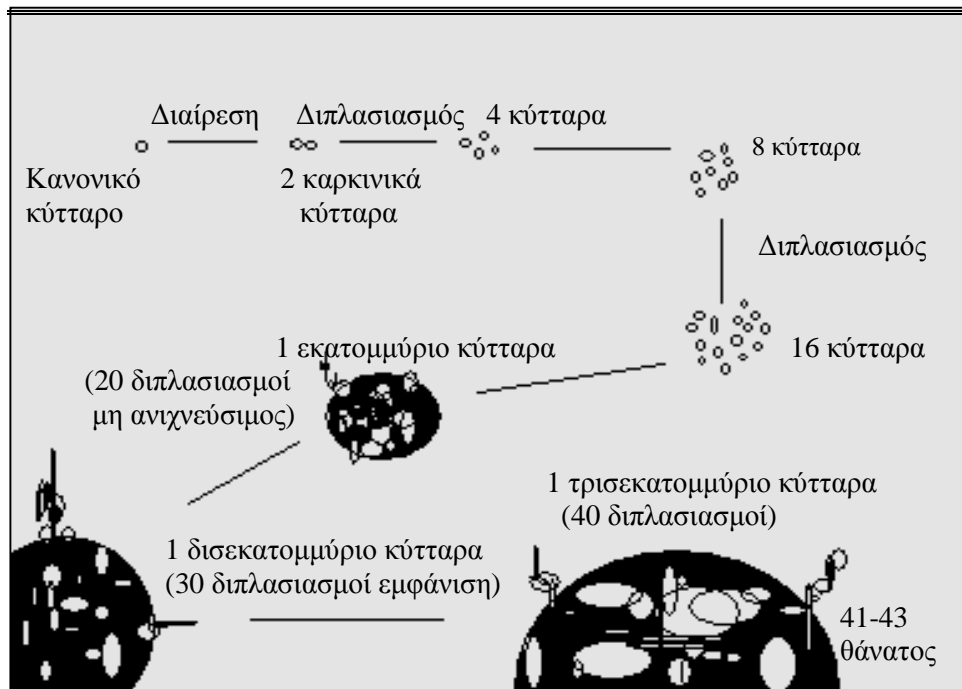
13. Georgio P. I. Flummery J. I, Housu H. , Καρκίνος στομάχου μέθοδοι σε Ευρωπαίους μετανάστες στις Η.Π.Α., αιτίες καρκίνου και έλεγχος 3, C.Y. 1992, σελ. 215-216
14. Πάρις Κοσμίδης-Γιάννης Τριανταφυλλίδης, Ογκολογία του Πεπτικού Συστήματος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1991, σελ. 145
15. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε΄ Έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2005, σελ. 41-42
16. Ελευθερία Κ. Αθανάτου, Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, Αθήνα 1999, σελ. 196,201-211
17. Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων: Ευρώπη κατά του καρκίνου, Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή, εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 1991, σελ. 75-94
18. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα 2001, σελ. 152-156
19. Σεμινάριο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Πρακτικά Η Ευρώπη κατά του καρκίνου, Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς «Οι Άγιοι Ανάργυροι» , Αθήνα 1992, σελ. 301-303
20. Αντωνία Τριχοπούλου-Δημήτρης Τριχόπουλος, Προληπτική Ιατρική, Έκδοση Α΄, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σελ. 61-65

Παράρτημα



- I. ΚΑΠΝΙΣΜΑ**
- II. ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
- III. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΧΗΜΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ**
- IV. ΥΠΕΡΥΘΡΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**
- V. ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ**
- VI. ΜΟΛΥΝΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ**
- VII. ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ**
- VIII. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
- IX. ΑΛΚΟΟΛ**
- X. ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**
- XI. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**
- XII. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ-ΙΟΙ**

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη καρκίνου. 17



ΕΙΚΟΝΑ 1. Η κακοήθης μετατροπή ενός φυσιολογικού κυττάρου. 2

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
1.Δαχτυλική εξέταση	A/Θ	>40 ετών	Κάθε χρόνο
2.Εξέταση προστάτη	A	>50 ετών	Κάθε χρόνο
3.PAP test	Θ	>18 ετών	Κάθε χρόνο μέχρι τρία φυσιολογικά αποτελέσματα
4.Occult test κοπράνων	A/Θ	>50 ετών	Κάθε χρόνο
5.Σιγμοειδοσκόπηση	A/Θ	>50 ετών	Κάθε 3-5 χρόνια
6.Αυτοεξέταση μαστών	Θ	>20 ετών	Κάθε μήνα
7.Εξέταση μαστών από γιατρό	Θ	>20-40 >40 ετών	Κάθε τρία χρόνια Κάθε χρόνο
8.Μαστογραφία	Θ	40-50	Κάθε δύο χρόνια
9.Γυναικολογική εξέταση	Θ	18-40 >40 ετών	Κάθε 1-3 χρόνια + PAP Κάθε χρόνο + PAP
10.Check up καρκίνου	A/Θ	20-40	Κάθε τρία χρόνια

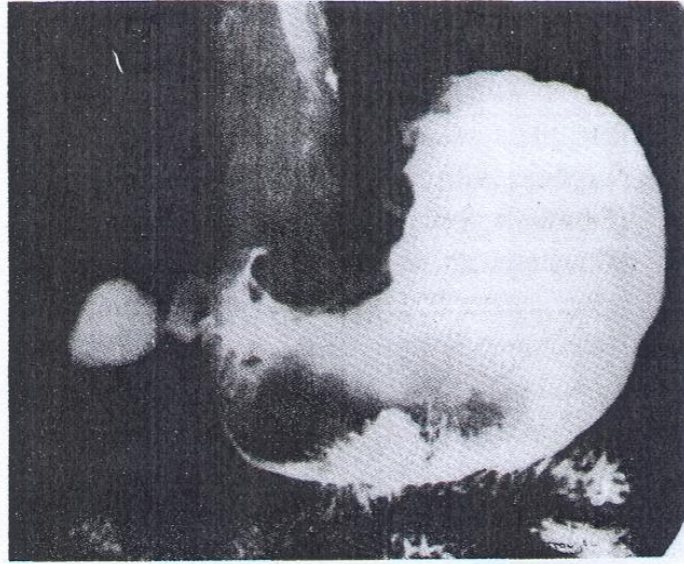
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Προσυμπτωματική προσπέλαση. 8

ΦΑΡΜΑΚΑ	mg/ m ²	ΤΡΟΠΟΣ ΧΟΡΗΓΗΣ ΗΣ	ΜΕΡΕΣ	ΣΥΧΝΟ ΤΗΤΑ	ΠΕΡΙΠΤΩ ΣΕΙΣ
CAF Cyclophosphami de	100	PO	1-14	Κάθε 28 μέρες	Ca μαστού Ca ωοθηκών
Doxorubicin	25	IV	1-8		
Fluorouracil	500	IV	1-8		
CHOP Cyclophosphami de	750	IV	1	Κάθε 21 μέρες	Νόσος του Hodgkin, Λέμφωμα
	50	IV	1		
Hydroxydoxorub icin	1.4	IV	1		
Vincristine	40	PO	1-5		
Prednisone	15U	IV	1-5		Λέμφωμα
CHOP-bleo Bleomycine	20	IV	1-5	Από 21- 28 μέρες	Σεμίνωμα
PVB Platinum	0.3	IV	1-2	Κάθε 28 μέρες	
Vinblastin	30U	IV	1*12		
Bleomycin	40	IV	8h		Λευχαιμία
COAP Cyclophosphami de				Κάθε 2 εβδομάδ ες	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Χημειοθεραπευτικά σχήματα. 10

Θεραπευτική		
Rx + ΧΜΘ	Μόνο Rx	Rx + χειρουργική
Προφύλαξη από υποτροπές Μεταστάσεις	1. Μικροί όγκοι ΩΡΛ, ορθό, δέρμα	Μετεγχειρητική
Λευχαιμία Σαρκώματα Αναπλ. Καρκινώματα Λεμφώματα Καρκίνος όρχεως καρκίνωμα	2. Όγκοι μη εγχειρήσιμοι Οισοφάγος, μήτρα	Στόχος η πρόληψη 1. Υποτροπών Ορθό Μαστό
	3. Όγκοι ακτινοευαίσθητοι Hodgkin, μαστός, λεμφώματα	Σάρκωμα Βρογχογενές
Παρηγορητική		
	Προεγχειρητική	
	1. Μείωση όγκου 2. Εξάλειψη συμπτωμάτων	
	Προσφέρει ανακούφιση από:	
	Πόνους Εξελκώσεις Αιμορραγίες Ποιότητα ζωής	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ρόλος ακτινοθεραπείας Rx. 8



Εικ. 21-11. Ακτινογραφία στομάχου: σκιαγραφικό έλλειμμα από καρκίνο.

