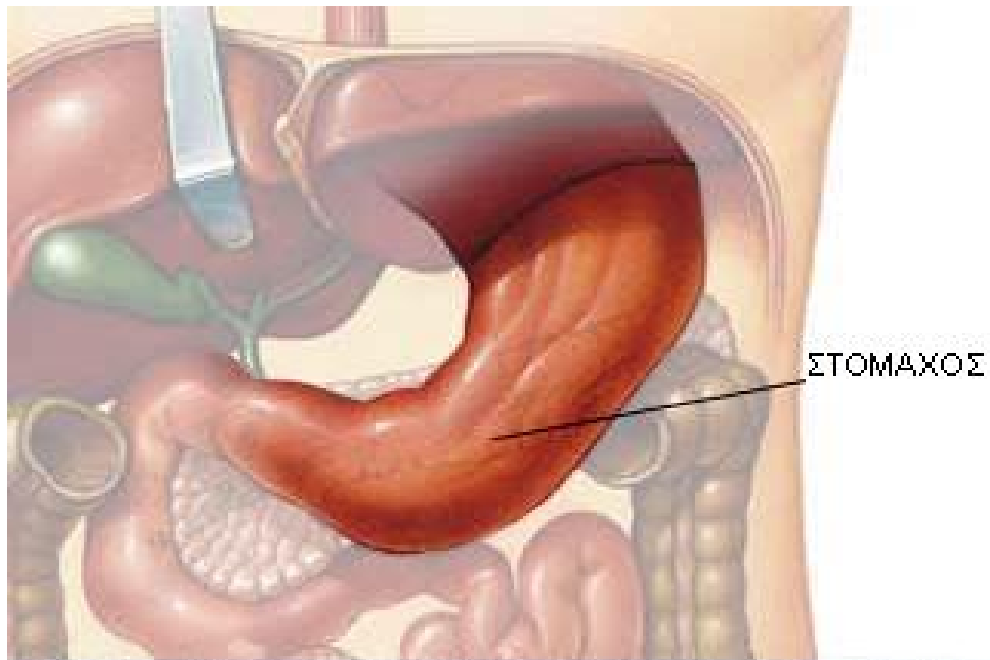


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
**ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



Εισηγήτρια:
Καθηγήτρια:
Κα. Γεωργούση Παρασκευή

Επιμέλεια:
Σπουδάστρια:
Μιχαήλ Κυριακούλλα

ΠΑΤΡΑ 2011

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	5
Πρόλογος	7
Μέρος Πρώτο:	
Κεφάλαιο 1	
1.1.Ανατομία στομάχου	10
1.2.Φυσιολογία στομάχου	12
1.2.1.Αγγείωση στομάχου	12
1.2.2.Νεύρωση του στομάχου	13
1.2.3.Υφή και κινητικότητα του στομάχου	14
1.2.4.Γαστρική έκκριση	15
1.3. Νοσήματα στομάχου	16
Κεφάλαιο 2	
2.1. Ορισμός του καρκίνου Γενικά	23
2.1.1. Ορισμός καρκίνου στομάχου	23
2.1.2. Επιδημιολογία καρκίνου στομάχου	24
2.2. Νεοπλάσματα	25
2.2.1. Καλοήθη νεοπλάσματα καρκίνου στομάχου	26
2.2.2. Κακοήθη νεοπλάσματα καρκίνου στομάχου	27
2.3. Σταδιοποίηση	28
2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες	29

Κεφάλαιο 3

3.1. Αιτιολογία του καρκίνου	32
3.1.2 Ο ρόλος της κληρονομικότητας	32
3.1.3. Διατροφή και κακοήθης νεοπλασίες	32
3.1.4. Ακτινοβολία	34
3.1.5. Περιβαλλοντικές αίτιες καρκίνου	35
3.1.6. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού	36
3.1.7. Η ατροφική γαστρίτιδα η κακοήθης αναιμία και οι γαστρικοί πολύποδες	36
3.1.8. Υποχλωρυδρία	37
3.1.9. Προηγηθείσα γαστρεκτομή	38

Κεφάλαιο 4

4.1. Πρόληψη καρκίνου	40
4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη	41
4.1.2. Δευτερογενής πρόληψη	42

Κεφάλαιο 5

5.1. Κλινική συμπτωματολογία	45
5.2. Διάγνωση	45
5.2.1. Φυσική εξέταση	47
5.2.2. Ενδοσκόπηση και Βιοψία	47
5.2.3. Ακτινολογία	49

Κεφάλαιο 6

6.1. Θεραπεία καρκίνου στομάχου	52
6.2. Χειρουργική θεραπεία	52
6.3. Ακτινοθεραπεία	55
6.4. Χημειοθεραπεία	56

6.5.Επιπλοκές της Ακτινοθεραπείας	57
6.6.Επιπλοκές Χημειοθεραπείας	60
6.7. Μετεγχειρητικές Επιπλοκές	61

Κεφάλαιο 7

7.1. Νοσηλευτική παρέμβαση	67
7.2. Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την χημειοθεραπεία.	68
7.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση κατά την ακτινοθεραπεία.	70
7.4. Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα	71
7.5. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα	74
7.5.1. Παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς	74
7.5.2. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες	75
7.6. Προεγχειρητική – Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με γαστρονομία	77

Κεφάλαιο 8

8.1. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας/τή στην αποκατάσταση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με καρκίνων.	81
8.1.1.Νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος αποκατάστασης.	83
8.2.Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και νοσηλευτική υποστήριξη	87
Περιγραφή περιστατικού 1 ^{ου}	89
Περιγραφή περιστατικού 2 ^{ου}	94
Συμπεράσματα-Προτάσεις	106
Περίληψη	107
Βιβλιογραφία	109

Εισαγωγή:

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί εύθινες και υποχρέωσης, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.³ Ο καρκίνος είναι μια από της παλαιότερες αρρώστιες που υπάρχει. Οι κλινικές εκδήλωσης μερικών μορφών του ήταν ήδη γνωστές στους γιατρούς της αρχαιότητας. Ο Γαληνός διάκρινε τον καρκίνο από την σκληρότητα, την ακινησία, τους πόνους που προκαλούσε και την κακοήθη εξέλιξή του. Τα κείμενα του Ιπποκράτη είναι αυτά που για πρώτη φορά ονομάζουν αυτή τη νόσο καρκίνο. Η αιτιολογία της βασίστηκε στη θεώρηση του Ιπποκράτη το 460-370 π.χ. για τους 4 χυμούς (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή).⁴

Η πραγματική ιστοική του σύσταση έγινε γνωστό τον 18^ο αιώνα χάρη στην ανάπτυξη της παθολογικής ανατομικής κατά την περίοδο αυτή.⁴ Τον 19ο αιώνα γεννήθηκε και η επιστημονική ογκολογία μέσα από τη συστηματική πλέον χρήση του μικροσκοπίου και την ανάδυση της επιστήμης της κυτταρικής παθολογίας από τον Rudolf Virchow. Αυτή η μέθοδος επέτρεψε τη μελέτη ανθρώπινων ιστών που αφαιρέθηκαν από χειρουργική επέμβαση, και έτσι δίνονταν η δυνατότητα για σαφή διάγνωση. Έτσι άρχισε να υποστηρίζεται ότι ο καρκίνος αποτελείται από κύτταρα αλλά όχι όμως από φυσιολογικά. Ο Virchow παρόλ' αυτά υποστήριξε ότι όλα τα κύτταρα ακόμη και τα καρκινικά προέρχονται από άλλα κύτταρα και αντιπρότεινε τη θεωρία της χρόνιας ενόχλησης αλλά και της μεταφοράς του καρκίνου σαν υγρό μέσα στο σώμα. Κατά την ίδια περίοδο προταθήκαν η πρώτες αιτιοπαθογενετικές θεωρίες: ο Γιούλιους Κόνχαϊμ (1839-84) υποστήριζε ότι η νεοπλασίες προέρχονται από εμβρυϊκά στοιχεία (κύτταρα) που μπορεί να έχουν εκλειστή απομονωμένα σε ιστούς του ενήλικου, ο Βίρχωβ απόδινε την αιτία του καρκίνου στο χρόνια ερεθισμό των ιστών, ο Καρλ Τιρς (1822-95) θεωρούσε τον καρκίνο εκφυλιστική νόσο που προκαλείται από διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ διαφορετικών και συνεχιζόμενων ιστών, άλλοι αποδέχονται ότι ο νεοπλασματικός πολλαπλασιασμός ξεκινούσε από τη σύζευξη ή γονιμοποίηση σωματικών κύτταρων, τέλος άλλοι πίστευαν ότι

ανακάλυψαν τον αιτιολογικό παράγοντα του καρκίνου σε βακτηρίδια, πρωτόζωα ή μύκητες.⁵

Το 1911 ο Peyton Rous στο Ινστιτούτο Rockefeller της Νέας Υόρκης, για πρώτη φορά περιέγραψε το σάρκωμα στα κοτόπουλα. Αργότερα έγινε γνωστός ο ιός με την ονομασία, σάρκωμα του Rous. Για αυτή του την εργασία πήρε το βραβείο Νόμπελ το 1968. Το 1915 σε πανεπιστήμιο του Τόκιο, εργαστηριακά απομονώθηκε για πρώτη φορά ο καρκίνος, σε πειραματόζωα και συγκεκριμένα στο δέρμα των ποντικών.⁵

Πιο πρόσφατα, η κλωνική θεωρία υποστηρίζει ότι αρχικά συμβαίνει μια μετάλλαξη σε ένα και μοναδικό κύτταρο, το οποίο πολλαπλασιάζεται και δίνει ένα «κλώνο» πανομοιότυπων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν την καρκινική μάζα. Είναι μια θεωρία που υποστηρίζεται από μεγάλο μέρος των επιστημόνων που ασχολούνται με την έρευνα του καρκίνου.⁵

Όλους αυτούς τους αιώνες η πεποίθηση ότι ο καρκίνος είναι μία ανίατη ασθένεια ακολουθούσε τις διάφορες θεωρίες και αυτό ήταν που ενίσχυσε τόσο πολύ το φαινόμενο της «καρκινοφοβίας» που επικρατεί στον κοινό νο. Πλέον η επιστήμη έχει απομυθοποιήσει πολλές από αυτές τις αντιλήψεις και έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μία πιο σαφή εικόνα τόσο για τη φύση της νόσου όσο και για τα αίτιά της.⁵

Πρόλογος :

Συμφώνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις , ένας στους τέσσερις θα χρειαστεί ιατρική περίθαλψη για κάποιο είδος καρκίνου στη διάρκεια της ζωής του. Επιπλέον , πάνω από **19%** της ετησίας θνησιμότητας στη Βόρεια Αμερική οφείλεται σε κάποιο είδος καρκίνου. Η πλειοψηφία των θανάτων αυτών μπορεί να αποφευχθεί με έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, (έκτος ορισμένων περιπτώσεων). Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου προκαλούνται κυρίως από περιβαλλοντικούς παράγοντες και μπορούν να αποφευχθούν με τρόπους που είναι ήδη γνωστοί.¹

Ο στόχος της ογκολογικής νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του και να τα χρησιμοποιήσει, για την καταπολέμηση των κακοηθών κύτταρων να ανεχθεί τη θεραπεία και να αντιμετωπίσει το αναπόφευκτα βιολογικά ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που συνοδεύουν τον άρρωστο. Ακόμα οι γνώσεις και οι δεξιότητες βοηθούν τη νοσηλεύτρια (-τη) να προβλέψει και παρεμποδίσει την εμφάνιση των προβλημάτων αυτών. Η ικανότητα του καρκινοπαθή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του επηρεάζεται από παράγοντες όπως: η ηλικία, το πολιτιστικό επίπεδο , η βοήθεια και η υποβάσταξη που του προσφέρεται στο σύστημα υγείας και η πείρα από αρρώστια στο παρελθόν . Τα προβλήματα του αρρώστου είναι ανάλογα με το στάδιο της αρρώστιας και το είδος της θεραπείας που εφαρμόζεται.²

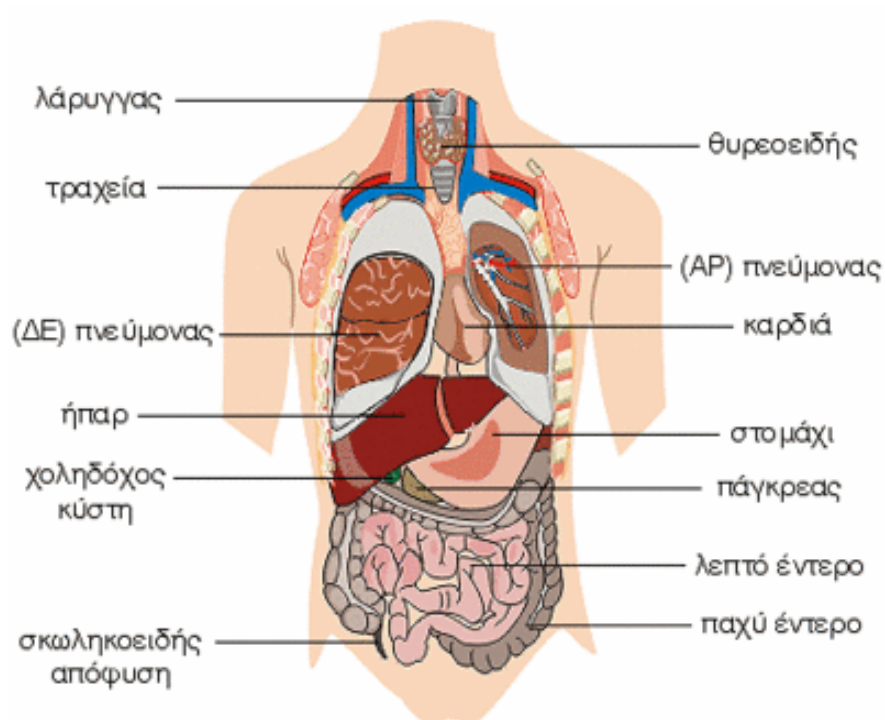
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Κεφάλαιο 1:

- 1.1.Ανατομία στομάχου.
- 1.2.Φυσιολογία στομάχου.
 - 1.2.1.Αγγείωση στομάχου.
 - 1.2.2.Νεύρωση του στομάχου.
 - 1.2.3.Υφή και κινητικότητα του στομάχου.
 - 1.2.4.Γαστρική έκκριση.
- 1.3.Νοσήματα στομάχου.

1.1 Ανατομία στομάχου

Ο στομάχος είναι ένα σακοειδές όργανο, με έντονη κινητική και εκκριτική λειτουργία. Βρίσκεται στο ανώτερο τμήμα της κοιλιάς, κάτω από το αριστερό υποχόνδριο και στο ιδίως επιγάστριο. Εκτείνεται κάτω από το αριστερό ημιδιάφραγμα έως την άνω επιφάνεια του παγκρέατος και από το δεξιό λοβό του ήπατος έως το σπλήνα. Ένα μέρος της πρόσθιας επιφάνειάς του είναι πίσω από τις πλευρές του αριστερού υποχονδρίου και στη συνέχεια πίσω από το εμπρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, ενώ η οπίσθια επιφάνεια του είναι επάνω στο εγκάρσιο μεσόκολο. Συνδέεται άνω με τον κατώτερο οισοφάγο και κάτω με την πρώτη μοίρα του δωδεκαδάκτυλου.⁶



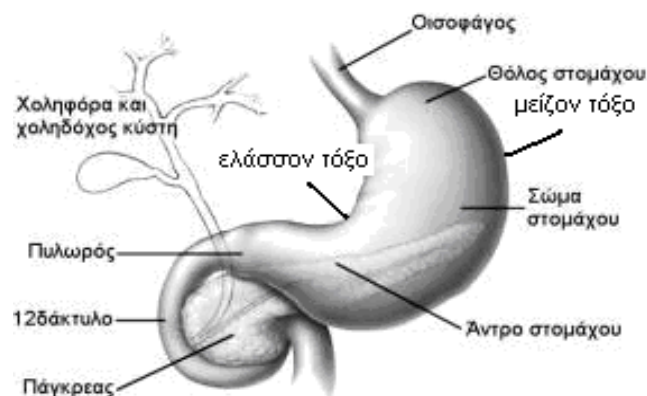
Το σχήμα του μεταβάλλεται ανάλογα με το περιεχόμενο του, τη λειτουργικότητα, την κατάσταση των γύρω, οργάνων και τις παθήσεις που τον προσβάλλουν. Η χωρητικότητα του στομάχου είναι μεγάλη και στους ενήλικες είναι περίπου 1.500-2.000 ml. Έχει δύο επιφάνειες, πρόσθια-οπίσθια, δύο στόμια, καρδιακό-πυλωρικό και δύο τόξα, έλασσον και μείζον. Το άνω τμήμα του ονομάζεται θόλος, το μέσο σώμα και το κατώτερο άντρο. Το τμήμα του

στομάχου που συνδέεται με τον οισοφάγο λέγεται καρδιά και το τελικό σωληνωτό τμήμα πυλωρός. Πάχυνση των μυών στην περιοχή αυτή σχηματίζει τον πυλωρικό σφιγκτήρα. Κατά μήκος του ελάσσονος τόξου και στο ύψος της μετάπτωσης του σώματος προς το άντρο, υπάρχει η γωνιαία εντομή ή γωνία του στομάχου.⁶

- Ο στόμαχος έχει δύο τόξα.

Το έλασσον τόξο:

Αποτελεί συνέχεια του δεξιού χείλους του οισοφάγου και σχηματίζει το κοίλο χείλος του στομάχου. Η γωνιαία εντομή αποτελεί οξεία ανάκαμψη του ελάσσονος τόξου, που υποδηλώνει το σημείο συμβολής του σώματος με την πυλωρική μοίρα του στομάχου.⁷



Το μείζον τόξο:

Συνέχεται με το αριστερό χείλος του οισοφάγου και σχηματίζει το κυρτό χείλος του στομάχου. Το μείζον τόξο είναι τέσσερις έως πέντε φορές πιο μακρύ από " έλασσον τόξο.⁷

Το τοίχωμα του στομάχου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες: Το βλεννογόνο, τον υποβλεννογόνιο, τον μυϊκό και τον ορογόνο.

- Ο βλεννογόνος είναι ο εσωτερικός χιτώνας είναι παχύς, με επιμήκεις κατά το πλείστον πτυχές, που επιπεδώνονται κατά τη διάταση του και είναι

λιγότερες στο άντρο. Δύο-τρεις επιμήκεις πτυχές στο έλασσον τόξο οδηγούν απευθείας από το καρδιακό στόμιο στον πυλωρό και αποτελούν τη γαστρική οδό. Η επιφάνεια του γαστρικού βλεννογόνου έχει όψη κερήθρας με μικρές πολυγωνικές ή σχισμοειδείς εμβαθύνσεις, τα γαστρικά βοθρία. Στον πυθμένα τους εκβάλλουν οι γαστρικοί αδένες.⁶

- Η υποβλεννογόνια στιβάδα του στομάχου αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, αγγεία, λεμφαγγεία, λεμφοκύτταρα και νευρικές απολήξεις. Η βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, που όταν συσπώνται, προκαλούν ρίκνωση του γαστρικού βλεννογόνου.⁶

- Ο μυϊκός χιτώνας έχει τρεις στιβάδες: μία έξω επιμήκη, μία μέση κυκλωτερή και μία έσο λοξή. Η κυκλωτερή στιβάδα στο πυλωρικό στόμιο παχύνεται και σχηματίζει τον πυλωρικό σφιγκτήρα.⁶

- Ο ορογόνος καλύπτει όλη την επιφάνεια του στομάχου, εκτός από δύο στενές λωρίδες στο έλασσον και μείζον τόξο αντίστοιχα, καθώς και μία μικρή περιοχή στην οπίσθια επιφάνεια της καρδιακής μοίρας.⁶

Ο στόμαχος στηρίζεται στον οισοφάγο, το δωδεκαδάκτυλο, τα αγγεία, το εγκάρσιο μεσόκολο και στις διάφορες ανακάμψεις του περιτοναίου που σχηματίζουν τους συνδέσμους του. Αυτοί είναι το έλασσον επίπλου, ο γαστροσπληνικός σύνδεσμος, ο γαστροφρενικός και ο γαστροκολικός σύνδεσμος.⁶

1.2. Φυσιολογία στομάχου:

1.2.1. Αγγείωση στομάχου:

Η αιμάτωση του στομάχου είναι πολύ πλούσια. Υπάρχουν πολλές κύριες (έξι) και δευτερεύουσες (έξι) αρτηρίες, οι οποίες δια του μυϊκού χιτώννα, διακλαδίζονται στον υποβλεννογόνιο όπου σχηματίζουν ένα πλούσιο δίκτυο. Ο βλεννογόνος της περιοχής του ελάσσονος τόξου αιματώνεται από τελικά αρτηρίδια. Έτσι δεν υπάρχει ευρύ δίκτυο διακλαδώσεων και αυτός πιστεύεται ότι είναι ένας από τους λόγους της μειωμένης βλεννογονικής αντίστασης στην περιοχή αυτή. Στο άντρο η αιμάτωση είναι πλουσιότερη από αυτή του

σώματος. Οι έξι κύριες αρτηρίες είναι: η αριστερά και δεξιά γαστρική, η αριστερά και δεξιά γαστρεπιπλοϊκή, η γαστροδωδεκαδακτυλική και η σπληνική. Οι έξι δευτερεύουσες αρτηρίες είναι κλάδοι της παγκρεατοδωδεκαδακτυλικής, της δωδεκαδακτυλικής και της παγκρεατικής αρτηρίας.⁷

1.2.2. Νεύρωση του στομάχου :

- Παρασυμπαθητική νεύρωση του στομάχου προέρχεται από το πρόσθιο και το οπίσθιο στέλεχος του πνευμονογαστρικού νεύρου καθώς και από τους κλάδους τους. Και οι δύο κλάδοι συχνά εντοπίζονται κοντά στο σημείο, όπου η αριστερή γαστρική αρτηρία συναντά το στόμαχο.⁷
- Η συμπαθητική νεύρωση προέρχεται κυρίως από το *κοιλιακό πλέγμα* διαμέσου των πλεγμάτων που περιβάλλουν τις γαστρικές και τις γαστρεπιπλοϊκές αρτηρίες. Οι απαγωγές συμπαθητικές ίνες που προορίζονται για το στόμαχο εκφύονται από τα Θ6 - Θ9 νευροτόμια του νωτιαίου μυελού.⁷
- Το πρόσθιο στέλεχος του πνευμονογαστρικού, το οποίο προέρχεται κυρίως από το αριστερό πνευμονογαστρικό νεύρο, συνήθως εισέρχεται στην κοιλία ως μονήρης κλάδος, που εντοπίζεται στην πρόσθια επιφάνεια του οισοφάγου. Πορεύεται προς το έλασσον τόξο του στομάχου, όπου χορηγεί ηπατικούς και δωδεκαδακτυλικούς κλάδους, οι οποίοι εγκαταλείπουν το στόμαχο διαμέσου του ηπατοδωδεκα-δακτυλικού συνδέσμου. Το υπόλοιπο πρόσθιο στέλεχος του πνευμονογαστρικού συνεχίζει την πορεία του κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, χορηγώντας πρόσθιους γαστρικούς κλάδους.⁷
- Το οπίσθιο στέλεχος του πνευμονογαστρικού προέρχεται κυρίως από το δεξιό πνευμονογαστρικό νεύρο, εισέρχεται στην κοιλία πάνω στην οπίσθια επιφάνεια του οισοφάγου και πορεύεται προς το έλασσον τόξο του στομάχου. Χορηγεί κοιλιακό κλάδο, ο οποίος πορεύεται προς το κοιλιακό πλέγμα. Στη συνέχεια εξακολουθεί να πορεύεται κατά μήκος του ελάσσονος τόξου, χορηγώντας οπίσθιους γαστρικούς κλάδους.⁷

1.2.3. Υφή και κινητικότητα του στομάχου

Το σώμα του στομάχου μεταπίπτει στο πυλωρικό άντρο, το οποίο γίνεται στενό στον πυλωρό και οδηγεί στο δωδεκαδάκτυλο. Από λειτουργική άποψη ο στόμαχος μπορεί να διαιρεθεί σε εγγύς και άπω μοίρα.⁸

Το μέγεθος του στομάχου εξαρτάται απ' την ποσότητα του περιεχομένου του, αυξάνει κυρίως στην εγγύς μοίρα, ενώ η πίεση στην κοιλότητα του οργάνου παρουσιάζει ελαφρές μόνο μεταβολές. Από άποψη υφής το τοίχωμα του στομάχου, μοιάζει με του εντέρου. Ο βλεννογόνος του σώματος και του πυθμένα περιέχει θεμέλια και καλυπτήρια κύτταρα, που παράγουν τα συστατικά του γαστρικού υγρού. Επιπλέον, ο γαστρικός βλεννογόνος περιέχει ενδοκρινή κύτταρα και βλεννογόνο κύτταρα. Η κινητικότητα του στομάχου ελέγχεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα με δύο νευρικά πλέγματα, που εξαπλώνονται στο τοίχωμά του.⁸

Κατά την κατάποση της τροφής ανοίγει αντανακλαστικά ο καρδιακός σφικτήρας και ο ερεθισμός των ανασταλτικών ινών του πνευμονογαστρικού, προκαλεί προσωρινή χάλαση της εγγύς μοίρας του στομάχου. Ακολουθεί τοπικός ερεθισμός του γαστρικού τοιχώματος που οδηγεί σε ενεργοποίηση της άπω μοίρας του στομάχου. Η τονική συστολή της εγγύς μοίρας του στομάχου εξασφαλίζει τη βαθμιαία προώθηση του γαστρικού περιεχομένου στην άπω μοίρα, στο άνω όριο της οποίας βρίσκεται μία περιοχή βηματοδότη απ' όπου εξαπλώνονται προς τον πυλωρό περισταλτικά κύματα συστολής. Η συστολή είναι ιδιαίτερα ισχυρή στο άντρο: Το περιεχόμενο του στομάχου πιέζεται προς την κατεύθυνση του πυλωρού, συμπιέζεται και απωθείται πάλι προς τα πίσω μετά τη σύγκλιση του πυλωρού. Μ' αυτό τον τρόπο η τροφή ρευστοποιείται και αναμειγνύεται τελείως με το γαστρικό υγρό και τα λίπη γαλακτωματοποιούνται.⁸

Ο χρόνος παραμονής της τροφής στο στόμαχο ποικίλει σημαντικά: Οι στερεές τροφές, για παράδειγμα, μπορούν να μπουν στο δωδεκαδάκτυλο μόνο ως σπός, δηλαδή μόνο ως εναιώρημα σωματιδίων διαμέτρου περίπου 0,3 mm. Ο χρόνος που παρέρχεται για να εγκαταλείψει το στόμαχο το 50% του νερού που εισέρχεται σ' αυτό είναι 10-20 min. και εξαρτάται κυρίως από

τον τόνο της εγγύς μοίρας. Για τις στερεές τροφές ο χρόνος κυμαίνεται από 1-4 ώρες, ανάλογα με την ευκολία της ρευστοποίησής τους και την ένταση του περισταλτισμού του στομάχου. Η ταχύτητα εκκένωσης του στομάχου για τα τρία βασικά είδη θρεπτικών ουσιών είναι:

Υδατάνθρακες - πρωτεΐνες - λίπη. Ελάττωση της ταχύτητας εκκένωσης, που προκύπτει κατά την ελάττωση του PH και την αύξηση της ωσμωτικότητας του εξωθούμενου οπύ, επέρχεται κάτω από την επίδραση της διέγερσης υποδοχέων του δωδεκαδάκτυλου, εντερογαστρικών αντανεκλαστικών και πεπτιδικών ορμονών.⁸

1.2.4. Γαστρική έκκριση

Ο στόμαχος εκκρίνει γαστρικό υγρό σε ποσότητα μέχρι 3 L. την ημέρα. Τα κύρια συστατικά του υγρού είναι πεψίνες, βλέννα, υδροχλωρικό οξύ, ενδογενής παράγων και γαστροφερρίνη. Οι πεψίνες σχηματίζονται από πρόδρομες ουσίες, τα πεψιγόνα.⁹

Τα πεψιγόνα σχηματίζονται στα θεμέλια κύτταρα του πυθμένα του στομάχου. Τα βλενογόνα κύτταρα παράγουν τη βλέννα, που χρησιμεύει κυρίως για την προστασία εσωτερικής επιφάνειας του στομάχου από τα πεπτικά υγρά. Το υδροχλωρικό οξύ σχηματίζεται από τα καλυπτήρια κύτταρα του πυθμένα και του σώματος του στομάχου.⁹

Φάσεις έκκρισης του γαστρικού υγρού :

α) Κεφαλική φάση: Διάφορα οπτικά, οσφρητικά και γευστικά ερεθίσματα, διεγείρουν τους πυρήνες των πνευμονογαστρικών και δια των νεύρων αυτών τα τοιχωματικά κύτταρα. Είναι υπεύθυνη για το 5- 25 % της γαστρικής έκκρισης.⁶

β) Γαστρική φάση: Αυτή αρχίζει με την είσοδο τροφής στο στόμαχο, διαρκεί πολύ (3-4 ώρες) και ευθύνεται για το 40- 50 % της γαστρικής έκκρισης. Προκαλείτε από τη διάταση του στομάχου (μακρά και τοπικά

χολινεργικά αντανακλαστικά) και τη δράση των πεπτιδίων και των αμινοξέων των τροφών που διεγείρουν την έκκριση γαστρίνης .⁶

γ) Εντερική φάση: αρχίζει με τη είσοδο της τροφής στο δωδεκαδάκτυλο και όταν το pH είναι γύρω στο 3, ενώ αν κατέλθει στο 2 αναστέλλει τη γαστρική έκκριση. Η έκκριση στη φάση αυτή οφείλεται επίσης στη διάσταση του εντέρου καθώς και σε έκκριση γαστρίνης.⁶

1.3. Νοσήματα στομάχου :

- Συγγενής Υπερτροφική πυλωρική στένωση:

Η υπερτροφική πυλωρική στένωση είναι μια συγγενής πάθηση του στομάχου που περιγράφηκε το 1788 από τον Beardsley. Χαρακτηρίζεται από σημαντική προϊούσα υπερτροφία των κυκλοτερών λείων μυϊκών ινών του πυλωρικού σφιγκτήρα και είναι άγνωστης αιτιολογίας. Είναι πιο συχνή στα αγόρια παρά στα κορίτσια (6:1)¹¹

Εμετός είναι το κύριο σύμπτωμα και παρουσιάζεται την 4η - 5η εβδομάδα ζωής. Σε λίγες μέρες από την εγκατάσταση των πρώτων εμετών αυτοί γίνονται χαρακτηριστικοί ρουκετοειδείς και περιέχουν ξινισμένο (κομμένο) γάλα.¹¹

Το βρέφος αρχίζει να χάνει γρήγορα βάρος και να παρουσιάζει σημεία αφυδάτωσης και υποθρεψίας. Οποιαδήποτε προσπάθεια σίτισης αποβαίνει άκαρπη γιατί η επίταση της στένωσης καθιστά, σε σύντομο χρόνο τον πυλωρό αδιάβατο.¹¹

Κλινικά ψηλαφάται χαρακτηριστική πυλωρική σκληρή " ελαία " στο επιγάστριο δεξιό υποχόνδριο. Η ακτινολογική διάγνωση, με ακτινοσκοπικό

γεύμα είναι εύκολη. Το υπερηχοτομογράφημα δίνει με ακρίβεια το μέγεθος της στένωσης, αν υπάρχει.¹¹

Η θεραπεία είναι άμεσα χειρουργική. Μετά την ρύθμιση των ηλεκτρολυτών του νεογνού και την σωστή ενυδάτωσή του τελείται μυοπυλωροπλαστική. Στα χέρια του έμπειρου παιδοχειρουργού είναι μια εγχείρηση ρουτίνας με μηδενική θνησιμότητα και θαυμάσιο απώτερο αποτέλεσμα.¹¹

- **Διπλασιασμός στομάχου:**

Πρόκειται για μια αρκετά σπάνια συγγενή ανωμαλία του στομάχου. Ο διπλασιασμός μπορεί να είναι κυστικός ή σωληνώδης (επικοινωνία με τον γαστρικό σωλήνα).¹¹

Τα συμπτώματα ποικίλουν από βάρος στο επιγάστριο μέχρι γαστρορραγία. Η ψηλάφηση της διπλασιασμένης μάζας και ο ακτινολογικός και υπερηχογραφικός έλεγχος βάζουν την διάγνωση.¹¹

Η Θεραπεία είναι χειρουργική και έγκειται στον παιδοχειρουργό να αποφασίσει το τύπο της επέμβασης.¹¹

- **Αυτόματη ρήξη στομάχου:**

Η αυτόματη ρήξη του στομάχου συμβαίνει σε πρόωρα συνήθως νεογνά, ευτυχώς σπάνια. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη αν και έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες όπως αγγειακές ανωμαλίες, προωρότητα και έλλειψη μυϊκής στοιβάδας στο μείζον τόξο του στομάχου.¹¹

Είναι ένα καταστροφικό γεγονός για το ήδη βεβαρημένο νεογνό. Η διάγνωση μπαίνει εύκολα κλινικά από την οξεία εμφάνιση μεγάλης διάτασης στην κοιλιά και ακτινολογικά με την αναγνώριση ελεύθερου αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Άλλα συμπτώματα είναι η έντονη δύσπνοια, εμετοί και υπερπυρεξία.¹¹

Η θεραπεία είναι επείγουσα και περιλαμβάνει αποσυμφόρηση του στομάχου με ρινογαστρικό καθετήρα σπίσεως, μηχανική υποστήριξη αναπνοής και κένωση του αέρα της περιτοναϊκής κοιλότητας (με μια βελόνα). Το νεογνό οδηγείται επειγόντως στο χειρουργείο και ο παιδοχειρουργός επιχειρεί την συρραφή της ρήξης, γαστρεκτομή ή γαστροστομία. Το ποσοστό επιβίωσης αυτής της δραματικής κατάστασης είναι <50%.¹¹

- **Συστροφή στομάχου:**

Στους ενήλικες παρατηρείται κάποτε η πλήρης ή μερική συστροφή του στομάχου κατά τον επιμήκη ή τον εγκάρσιο άξονά του . Διαφραγματοκήλη ,όγκοι και πυλωρική στένωση μπορεί να είναι η γενεσιουργή αιτία. ¹¹

- **Πεπτικό έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου:**

Έλκος είναι μια περιγεγραμμένη εξέλκωση του βλεννογόνιου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου, που εμφανίζει τάση για διάβρωση ολόκληρου του πάχους του γαστρικού τοιχώματος. Το πεπτικό έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου έχουν όμοια παθολογοανατομική εμφάνιση, την ίδια παθογένεια και την ίδια κλινική εικόνα και περιγράφονται σαν μία και η αυτή πάθηση.¹⁰

Το έλκος είναι πάθηση του ανδρικού κυρίως φύλου (1 γυναίκα - 2 άνδρες) και της νεώτερης ηλικίας (20 - 40 ετών). Η συχνότητά του υπολογίζεται πάνω από 10% στο σύνολο των ανδρών της ηλικίας αυτής. Εντοπίζεται κατά προτίμηση στο «έλασσον» τόξο του στομάχου και την πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια του βολβού του δωδεκαδακτύλου. Το δωδεκαδακτυλικό έλκος είναι συχνότερο από το γαστρικό.¹⁰

Σχετικά με την παθογένεια του πεπτικού έλκους μπορούμε να πούμε ότι είναι πάθηση που οφείλεται αφενός στην ιδιοσυστασία και την ιδιαίτερη ευαισθησία του φυτικού νευρικού συστήματος, αφετέρου στους ποικίλους παράγοντες προδιαθέσεως, στον ανήσυχο τρόπο διαβίωσης, σε συνήθειες διατροφής, ψυχαγωγίας κ.λ.π., σε έντονες σωματικές και ψυχικές

καταπονήσεις, όπου έχουμε υπερέκκριση τού φλοιού των επινεφριδίων, επίδραση των γλυκοκορτικοειδών, αύξηση της εκκρίσεως του στομάχου, ελάττωση της αντοχής του βλεννογόνου. Τα λεγόμενα κεραυνοβόλα έλκη εμφανίζονται μετά από εγκεφαλικό συμβάν, σε έγκαυμα και ψυχολογική καταπίεση.¹⁰



Γαστροσκόπηση στην οποία φαίνεται έλκος στομάχου

Η κλινική εικόνα: απαρτίζεται από ενοχλήματα συνήθως περιοδικά (φθινόπωρο, άνοιξη), διάρκειας 10-20 μερών και παρουσιάζουν πόνο, όξινες ερυγές, οπισθοστερνικό καύσωνα, μετεωρισμό και δυσκοιλιότητα. Η συσχέτιση του πόνου είναι διάφορη από την ώρα του φαγητού και επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από την εντόπιση του έλκους. Έτσι, σε περίπτωση έλκους του οισοφάγου και του καρδιακού στομίου, ο πόνος εκδηλώνεται κατά τη λήψη της τροφής, στο έλκος του σώματος του στομάχου εμφανίζεται 30' μετά το φαγητό, στα παραπυλωρικά έλκη 1 - 2 ώρες και στα δωδεκαδακτυλικά 3-5-6 ώρες μετά το φαγητό.¹⁰

Η διάγνωση της νόσου: γίνεται από το ιστορικό, την ακτινολογική εξέταση με την οποία βρίσκεται η κρύπτη του έλκους, δηλαδή η σκιερή κηλίδα που

παραμένει μετά το γέμισμα της κοιλότητάς του από βαριούχο πολτό και κυρίως μετά από γαστροσκόπηση.

Η ίαση του έλκους μπορεί να έλθει αυτόματα, με συντηρητική αγωγή και τέλος με χειρουργική αφαίρεσή του.¹⁰

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που πάσχει από πεπτικό έλκος και αντιμετωπίζεται με συντηρητική αγωγή συνίσταται στη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την επούλωση του έλκους. Η εξουδετέρωση των οξέων του στομάχου, για μείωση του ερεθισμού του έλκους και ο περιορισμός της υπερκινητικότητας και εκκρίσεως του στομάχου είναι οι βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της θεραπείας και επομένως της νοσηλευτικής φροντίδας.¹⁰

Επιπλοκές γαστροδωδεκαδακτυλικού Έλκους:

∅ **Αιμορραγία:** (γαστρορραγία) συμβαίνει όταν ο πυθμένας του έλκους φτάσει στον υποβλεννογόνιο χώρο και διαβρώσει ένα αγγείο.

Αν η αιμορραγία είναι μικρή, την αντιλαμβάνομαστε με την μορφή της μέλαινας κένωσης, ενώ εάν είναι μεγαλύτερη εκδηλώνεται σαν αιματέμεση.¹¹

Στα ήδη υπάρχοντα συμπτώματα του έλκους, προστίθονται και αυτά της απώλειας αίματος (ωχρότητα, ζάλη, λιποθυμία, καταπληξία)¹¹

Εάν η γαστρορραγία είναι μικρή αντιμετωπίζεται συντηρητικά (δίαιτα, φαρμακευτική αναστολή γαστρικής έκκρισης) ενώ εάν είναι μεγάλη διακόπτεται η σίτιση, αναστέλλεται η γαστρική έκκριση, τοποθετείται ρινογαστρικός σωλήνας, αναπληρούται το αίμα που απωλέσθηκε και χειρουργείται.¹¹

∅ **Διάτρηση:** είναι η διάβρωση όλου του πάχους του τοιχώματος του οργάνου και η εκροή περιεχομένου στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Αποτελεί την πιο επικίνδυνη επιπλοκή του έλκους και μια από τις κύριες αιτίες της οξείας χειρουργικής κοιλιάς. Είναι χαρακτηριστικός ο οξύς διαξιφιστικός πόνος στο επιγάστριο που συνοδεύεται από σανιδώδη κοιλιά και σύντομη εμφάνιση συμπτωμάτων περιτονίτιδας.¹¹

Διαφοροδιαγνωστικά ο ελεύθερος αέρας κάτω από το δεξιό ημιδιάφραγμα στην απλή ακτινογραφία κοιλιάς σε όρθια στάση, βάζει σχεδόν με βεβαιότητα την διάγνωση.¹¹

Η θεραπεία είναι πάντα χειρουργική και αποσκοπεί στην όσο το δυνατόν συντομότερη συρραφή της διάτρησης, πιθανή παροχέτευση του στομάχου - δωδεκαδάκτυλου και ενδελεχή πλύση και παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας.¹¹

∅ Πυλωρική στένωση : συμβαίνει σε παλαιά έλκη του πυλωρού ή της πρώτης μοίρας του δωδεκαδάκτυλου, όταν επουλωθούν μετά από μια χρόνια φλεγμονή. Το στομάχι προσπαθώντας να υπερνικήσει το μηχανικό κώλυμα μεγαλώνει και υπερτρέφεται (παχαίνει το τοίχωμα).¹¹

Όσο η βατότητα από το στένωμα είναι ικανοποιητική, δεν έχουμε συμπτώματα. Στην συνέχεια παρουσιάζεται έντονος ορατός περισταλτισμός, κωλικοειδής πόνος στο επιγάστριο, δύσσομα ρεψίματα, εμετοί με παλιές τροφές, απίσχνανση, υποθρεψία και παφλασμός. Ακτινολογικά στην διάβαση του στομάχου με βάριο έχουμε ένα μεγάλο, άτονο και χωρίς περισταλτισμό στομάχι με το βάριο να πέφτει σαν "νιφάδες χιονιού".¹¹

Κεφάλαιο 2

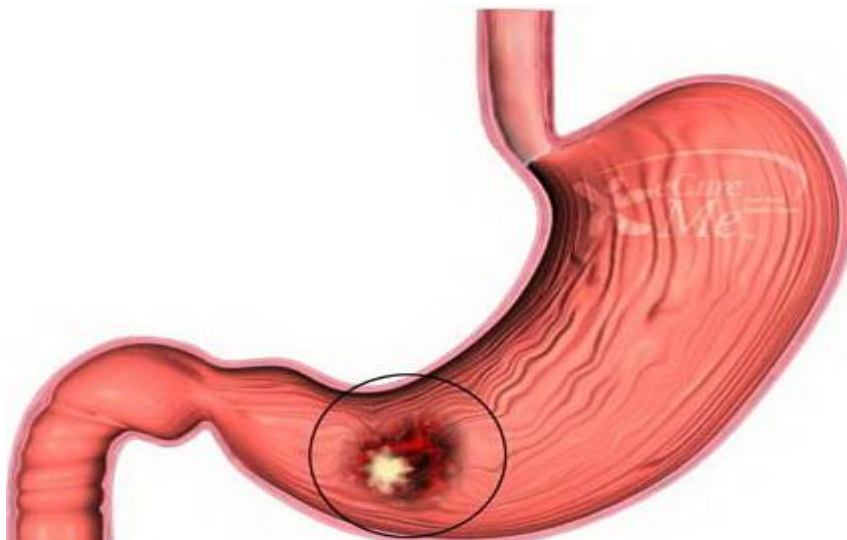
- 2.1. Ορισμός του καρκίνου Γενικά.
 - 2.1.1. Ορισμός καρκίνου στομάχου
 - 2.1.2. Επιδημιολογία καρκίνου στομάχου.
- 2.2. Νεοπλάσματα
 - 2.2.1. Καλοήθη νεοπλάσματα καρκίνου στομάχου
 - 2.2.2. Κακοήθη νεοπλάσματα καρκίνου στομάχου.
- 2.3. Σταδιοποίηση
- 2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες

2.1. Ορισμός καρκίνου (Γενικά)

Ο καρκίνος είναι η ανεξέλεγκτη ανάπτυξη των σωματικών κυττάρων. Υπό κανονικές συνθήκες η κυτταρική ανάπτυξη και διαίρεση συμβαίνει για να επιτρέψει την ανάπτυξη ενός ατόμου μέχρι να φθάσει στο μέγεθος ενηλίκου και την ανάπλαση και αντικατάσταση των φθαρμένων και κατεστραμμένων κυττάρων. Με ένα τρόπο που είναι ακόμη άγνωστος, τα κανονικά κύτταρα "γνωρίζουν" ότι έχουν αναπτυχθεί αρκετά και οποιαδήποτε περαιτέρω ανάπτυξη ή διαίρεση αναστέλλεται. Τα καρκινικά κύτταρα αντίθετα δεν υπακούουν στα ανασταλτικά σήματα και συνεχίζουν την ανάπτυξη. Αυτά τα κύτταρα δεν αποτελούν πλέον λειτουργικές μονάδες των σημαντικών δομών στις οποίες ανήκουν. Με άλλα λόγια δεν είναι χρήσιμα κύτταρα. ²²

2.1.2 Ορισμός καρκίνου στομάχου:

Ο καρκίνος του στομάχου είναι επιθηλίωμα , που προέρχεται από τα αδενικά κύτταρα του γαστρικού βλεννογόνου. Επομένως πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα . Το γαστρικό καρκίνωμα είναι συχνότερο από όλα τα καρκινώματα και αναπτύσσεται πάντοτε πρωτοπαθως. ⁵Είναι από τους πιο συνηθισμένους καρκίνους του ανθρώπου, προσβάλλει τους άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες. (2:1) και κυρίως άτομα 50-70 ετών. ¹²



Καρκίνος στομάχου

2.1.2.Επιδημιολογία καρκίνου στομάχου:

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του στομάχου είναι στο 90-95% των περιπτώσεων αδενοκαρκινώματα. Σπανιότερα ανευρίσκονται non Hodgkin λεμφώματα και σαρκώματα, όπως το λειομυοσάρκωμα

Παρατηρούνται μεγάλες γεωγραφικές διαφορές στην επίπτωση του γαστρικού καρκίνου, γεγονός που αποτελεί ισχυρή ένδειξη ότι στην παθογένεια της καρκινογένεσης στο στομάχο συμβάλλουν περιβαλλοντικοί παράγοντες. Είναι ενδεικτικό το ότι μετανάστες από περιοχές υψηλού κινδύνου σε περιοχές χαμηλού κινδύνου (πχ Ιάπωνες που μετανάστευσαν στη Βραζιλία ή τη Χαβάη) κινδύνευαν πλέον όσο και οι κάτοικοι στην περιοχή που μετοίκησαν, πιθανότατα λόγω αλλαγής τρόπου ζωής και έκθεσης σε διαφορετικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.¹³

Το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου ήταν το συχνότερο κακόηθες νεόπλασμα στον κόσμο μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '80. Εξακολουθεί να παραμένει πολύ συχνό νόσημα, ιδιαίτερα στους άνδρες, στην Νότια Αμερική, την Ανατολική Ευρώπη και την Καραϊβική. Ανεξάρτητη ως φύλου εξακολουθεί και σήμερα να είναι η συχνότερη κακοήθεια στην Κίνα και την Ιαπωνία. Σήμερα είναι ο τέταρτος συχνότερος καρκίνος και αποτελεί την δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου που συσχετίζεται με τον καρκίνο παγκοσμίως. Στις ΗΠΑ η συχνότητα της νόσου στο άντρο μειώθηκε σημαντικά. Αντιθέτως παρατηρείται σημαντική και σταθερή αύξηση της συχνότητας στο εγγύς τμήμα του στομάχου από το 1970, ιδιαίτερα μεταξύ ανδρών στις δυτικές χώρες.¹³

Οι δύο τύποι του αδενοκαρκινώματος του στομάχου (ανάλογα με την εντόπιση) εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα όσον αφορά την γεωγραφική κατανομή το γένος και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ενδεχομένως να διαφέρουν και σε γενετικό επίπεδο γεγονός που αντανάκλα πιθανή μεταβολή των παθογενετικών παραγόντων, διαφορετική αιτιολογία και πρόγνωση. Το εντερικού τύπου αδενοκαρκίνωμα είναι καλά διαφοροποιημένο καρκίνωμα και ευθύνεται για την διαφορετική γεωγραφική κατανομή της νόσου αλλά και για την μείωση της συχνότητας αυτής. Συγκεκριμένα, η μείωση της συχνότητας του γαστρικού καρκίνου παγκοσμίως οφείλεται κυρίως στην μείωση των καρκίνων εντερικού τύπου στο σώμα του στομάχου.

Το διάχυτου τύπου είναι αδιαφοροποίητο, προσβάλλει εξίσου τα δυο φύλα και εμφανίζεται όλο και συχνότερα, ιδιαίτερα στον τύπο που αφθονούν τα κύτταρα δίκην σφραγιστήρος δακτυλίου .¹³

Σήμερα στις ΗΠΑ η ετήσια επίπτωση είναι 20.000 νέες περιπτώσεις /έτος
Ο καρκίνος στομάχου εμφανίζεται συχνότερα στην ηλικία μεταξύ 50-70 ετών και η συχνότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι 2:1. Η πενταετής επιβίωση δεν ξεπερνά το 20%. Στην Ιαπωνία όπου υπάρχει μεγάλη επίπτωση της νόσου και λειτουργεί μαζικό πρόγραμμα έλεγχου του πληθυσμού (screening) η πενταετής επιβίωση είναι υπερδιπλάσια λόγω ανεύρεσης σε μεγάλο ποσοστό της νόσου σε πρώιμο στάδιο. ¹³

2.2. Νεοπλάσματα:

Μια νεοπλασία ενός ιστού που επιμένει και δεν είναι χρήσιμη , ονομάζεται όγκος ή νεόπλασμα .Νεόπλασμα χαρακτηρίζεται κάθε ανεξέλικτη και ανώμαλη ανάπτυξη κύτταρων , που δεν οφείλεται σε φυσιολογική ανάγκη του οργανισμού .¹⁴ Οι όγκοι διαιρούνται σε δυο κατηγορίες στους καλοήθεις και στους κακοήθεις . Οι κακοήθεις ογκοί ονομάζονται καρκίνοι. ¹

Διαφορές Καλοηθών και Κακοηθών Νεοπλασμάτων

Καλοήθη:

1. Αναπτύσσονται με βραδύ ρυθμό και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς.
2. Τα νεοπλασματικά κύτταρα μοιάζουν με το μητρικό ιστό.
3. Είναι περιγεγραμμένα και περιβάλλονται από κάψα.
4. Δεν προκαλούν μεταστάσεις.
5. Όταν αφαιρεθούν δεν υποτροπιάζουν.
6. Δεν κινδυνεύει η ζωή του πάσχοντος, παρά μόνο προκαλούν βλάβες μόνο από μηχανική ενεργεία. ¹⁴

Κακοήθεια:

1. Αναπτύσσονται σχετικά γρήγορα και διηθούν τα παρακείμενα όργανα.
2. Τα νεοπλασματικά κύτταρα χάνουν την ομοιότητα τους με το μητρικό ιστό.
3. Δεν περιβάλλονται από κάψα.
4. Εμφανίζουν αιματογενείς , λεμφογενείς και ελεύθερες μεταστάσεις.
5. Μετά την αφαίρεση τους συχνότατα υποτροπιάζουν.
6. Αν δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα είναι θανατηφόρα. ¹⁴

2.2.1 Καλοήγη Νεοπλάσματα καρκίνου στομάχου :

Τα καλοήγη νεοπλάσματα του στομάχου είναι αρκετά σπάνια. Συχνά παίρνουν την μορφή πολύποδα . Συνηθέστερες μορφές είναι οι ετεροτοπικοί όγκοι, το λειομούμα, το νευριλήνωμα, το καρκινοειδές , το αιμαγγείωμα και το λίπωμα. ¹¹

Οι πολύποδες στο στομάχι είναι σπάνιοι, και εμφανίζονται σε συχνότητα 1 τοις εκατό των ατόμων που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος ¹⁵

Τα τρία πιο κοινά είδη πολυπόδων του στομάχου είναι:

- Υπερπλαστικοί πολύποδες .

Αυτοί οι πολύποδες αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των πολυπόδων του στομάχου και μπορούν να εξελιχθούν σε καρκίνο σε περίπου 2 τοις εκατό των περιπτώσεων. ¹⁵

- Πολύποδες θόλου στομάχου:

Αυτοί οι πολύποδες , που βρίσκονται στο πάνω μέρος του στομάχου (θόλος), δεν γίνονται καρκίνος, με εξαίρεση τα άτομα με ιστορικό οικογενής αδενωματώδης πολυποδίασης , σύνδρομο (FAP). ¹⁵

- Αδενώματα: Τα αδενώματα έχουν σημαντική πιθανότητα να καταστούν καρκίνος και προκύπτουν από τον αδενικό ιστό του στομάχου, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 10 τοις εκατό των πολυπόδων του στομάχου. ¹⁵

· Λειομύωμα Στομάχου

Το λειομύωμα στομάχου αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό καλοήγη γαστρικό όγκο, μετά από τον γαστρικό πολύποδα. Εντοπίζεται συχνότερα στο σώμα του στομάχου με 39% και στο πυλωρικό άντρο με 26%. Οι περισσότερες βλάβες (60%) είναι υποβλεννογόνιες που προβάλλουν στον αυλό του οργάνου και 35% ξεκινούν υποβλεννογόνια και γίνονται εξωφυτικές.¹⁶

Η βλάβη είναι συνήθως ωοειδής με ομαλά όρια και επιφάνεια με μέσο μέγεθος 4,5εκ. και εξελκώσεις στο 50% των περιπτώσεων.¹⁶

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το «φαινόμενο του παγόβουνου» που περιγράφει την ύπαρξη ευμεγέθους εξωαυλικού στοιχείου στην περίπτωση υποβλεννογόνιας ανάπτυξης.¹⁶

2.2.2 Κακοήγη Νεοπλάσματα στομάχου:

Τα κακοήγη νεοπλάσματα του στομάχου είναι αρκετά συχνά , με ίση κατανομή και στα δυο φύλλα. Οι δυο επικρατέστερες μορφές είναι το σάρκωμα (μεσεγχυματικό) και το αδενοκαρκίνωμα (επιθηλιακό).¹⁷

Το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου έχει γίνει αποδεκτό ότι αναπτύσσεται από τις προκαρκινικές καταστάσεις όπως έλκος, πολύποδες (μεγαλύτερη των 2 εκ.) , κακοήγη αναιμία , ατροφική γαστρίτιδα. Έχει γίνει συσχετισμός με τις λοιμώξεις από το H.Pylori με την αλυσίδα διαδοχικών καταστάσεων οι οποίες οδηγούν στις προκαρκινικές αλλοιώσεις (2,3)¹⁷

Από τα κακοήγη νεοπλάσματα του στομάχου το 95% είναι αδενοκαρκινώματα. Από τα υπόλοιπα , ποσοστό 4% είναι λεμφώματα και 1% λειομυοσαρκώματα (4). Τα περισσότερα αδενοκαρκινώματα αναπτύσσονται από το βλεννοεκκριτικά κύτταρα στο πυλωρικό άντρο. Μακροσκοπικά μπορούν να έχουν τη μορφή της ανθοκραμβοειδούς μάζας , έλκους ή να είναι διάχυτα.¹⁷

2. 3. Σταδιοποίηση: Μετά την ιστολογική επιβεβαίωση της διαγνώσεως του καρκίνου του στόμαχου , ακόλουθη η προεγχειρητική σταδιοποίηση της νόσου . Αυτό επιτυγχάνεται με δυο κυρίως τρόπους. ¹⁸

α) Ο ένας είναι η διενέργεια αξονικής τομογραφίας κοιλιάς και

β) ο δεύτερος η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία . Η αξονική τομογραφία θα βοηθήσει στην κατάδειξη ηπατικών ή άλλων

μεταστάσεων και θα καταδείξει το πεπλατυσμένο γαστρικό τοίχωμα και τους προσβεβλημένους (διογκωμένους) επιχώριους λεμφαδένες . Παρά τις αρχικά ενθουσιώδεις εργασίες σχετικά με την προσφορά της αξονικής στην ακριβή προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου του στομάχου , μεταγενέστερες δημοσιεύσεις έδειξαν ότι η αξονική τομογραφία υποεκτιμά το πραγματικό στάδιο της νόσου σε σημαντικό ποσοστό ασθενών . Εντούτοις , αυτό δεν σημαίνει ότι η αξονική τομογραφία δεν βοηθάει, αφού σχεδόν πάντα καταδεικνύει την πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου , την ύπαρξη απομακρυσμένων μεταστάσεων, ιδιαίτερα στο ήπαρ, και σε σχετικά ικανοποιητικό ποσοστό τη λεμφαδενική προσβολή. ¹⁸

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

Στάδιο 1: Ενδαυλική μάζα χωρίς πάχυνση του τοιχώματος .

Στάδιο 2: Πάχυνση του τοιχώματος του στομάχου χωρίς τοπική επέκταση ή μεταστάσεις.

Στάδιο 3: Πάχυνση του τοιχώματος με άμεση επέκταση στα γειτονικά όργανα.

Στάδιο 4: Πάχυνση του τοιχώματος με παρουσία μεταστάσεων. ¹⁸

Η σταδιοποίηση που έχει επικρατήσει διεθνώς στον καρκίνο του στομάχου γίνεται με σύστημα TNM. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, πρέπει να καθορίζεται η ακριβής θέση της πρωτοπαθούς βλάβης. ¹⁸

T¹ Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί πρωτοπαθής όγκος.

T⁰ Δεν υφίσταται πρωτοπαθής όγκος

T^{is} Κκαρκίνωμα in situ

- T¹ Όγκος που διηθεί τη βασική στιβάδα ή τον υποβλεννογόνο χιτώνα
- T² Όγκος που διηθεί το μυϊκό ή τον υπορογόνο χιτώνα
- T³ Όγκος που διαπερνά τον ορογόνο χωρίς διήθηση των πέριξ
- T⁴ Όγκος που διηθεί παρακείμενα όργανα ¹⁸

Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες (N)

- N⁰ Δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθούν
- N² Δεν υφίσταται προσβολή λεμφαδένων
- N¹ Μετάσταση σε περιγαστρικό ύς λεμφαδένες σε απόσταση μικρότερη των 3cm από τον πρωτοπαθή όγκο
- N⁴ Σε απόσταση μεγαλύτερη των 3cm ή σε λεμφαδένες κατά μήκος των αρτηριών της αριστερής γαστρικής, κοινής ηπατικής, σπληνικής ή κοιλιακής αρτηρίας ¹⁸

Σταδιοποίηση κατά ομάδες

Στάδιο 0	T ¹⁵	N ⁰	M ⁰
Στάδιο IA	T ¹	N ⁰	M ⁰
Στάδιο IB	T ¹	N ¹	M ⁰
	T ²	N ⁰	M ⁰
Στάδιο II	T ¹	N ²	M ⁰
	T ²	N ¹	M ⁰
	T ³	N ⁰	M ⁰
Στάδιο IIA	T ²	N ²	M ⁰
	T ³	N ¹	M ⁰
	T ⁴	N ⁰	M ⁰
Στάδιο IIB	T ³	N ²	M ⁰
Στάδιο IV	T ⁴	N ¹	M ⁰
	T ⁴	N ²	M ⁰
	όποιο T ⁴	όποιο N ²	M ¹

Μεταστάσεις

- M⁰ Δεν υπάρχουν μεταστάσεις
- M¹ Υπάρχουν μεταστάσεις ¹⁸

2.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες :

· Η ηλικία: Αν και όλες οι ηλικίες προσβάλλονται από καρκίνο, εν τούτοις πάνω από τους μισούς αρρώστους με καρκίνο είναι άτομα ηλικίας 55 χρόνων και πάνω. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά έχουν εκτεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε διάφορους καρκινογόνους παράγοντες.³

· Το φύλο : Οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε ορισμένους καρκίνους από τους άνδρες και αντίστροφα π.χ. οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά

από καρκίνο του πνεύμονα και του στομάχου , ενώ οι γυναίκες του μαστού και του εντέρου.¹⁹

· **Τόπος διαμονής:** (αγροτική ή αστική περιοχή). Οι κάτοικοι των πόλεων προσβάλλονται περισσότερο από καρκίνο από ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών .³

· **Γεωγραφικοί θέση:** Η ευαισθησία των ατόμων σε ορισμένους καρκίνους ποικίλλει μεταξύ κρατών π.χ. στην Ιαπωνία οι περιπτώσεις καρκίνου στομάχου είναι περισσότερες από ότι στις ΗΠΑ ενώ ο καρκίνος μαστού είναι σπάνιος στην Ιαπωνία και πολύ συχνός στις ΗΠΑ και στις χώρες τις Ευρώπης. Αυτή η διαφορά οφείλεται μάλλον σε παράγοντες περιβάλλοντος και όχι γενετικούς.³

· **Επάγγελμα:** Η φύση του επαγγέλματος μπορεί να εκθέτει το άτομο σε περισσότερους καρκινογόνους παράγοντες, π.χ. άτομα που χειρίζονται ραδιοϊσότοπα ή εργάζονται σε μολυσμένο από ραδιενέργεια περιβάλλον κ.ά.³

· **Οικογενειακή προδιάθεση :** Αν και δεν έχει αποδειχτεί ότι ο καρκίνος κληρονομείται. Εν τούτοις στο οικογενειακό ιστορικό πολλές φορές παρατηρείται καρκίνος στις επόμενες γενεές.³

Κεφάλαιο 3

3.1. Αιτιολογία του καρκίνου.

3.1.2 Ο ρόλος της κληρονομικότητας.

3.1.3. Διατροφή και κακοήθης νεοπλασίες

3.1.4. Ακτινοβολία

3.1.5. Περιβαλλοντικές αίτιες καρκίνου

3.1.6. Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού

3.1.7. Η ατροφική γαστρίτιδα η κακοήθης αναιμία και οι γαστρικοί πολύποδες

3.1.8. Υποχλωρυδρία

3.1.9. Προηγθείσα γαστρεκτομή.

3.1 Αιτιολογία του καρκίνου:

Οι γνωστοί παράγοντες που προκαλούν καρκίνο ονομάζονται ογκογόνα. Μια από τις περιπλοκές όψεις του καρκίνου είναι ο αριθμός των φυσικών , χημικών και βιολογικών ογκογόνων που είναι ικανά να μετατρέψουν κανονικά κύτταρα σε καρκινικά κύτταρα. Τα ογκογόνα συνήθως κατατάσσονται σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες. ¹

3.1.2. Ο ρόλος της κληρονομικότητας :

Η προδιάθεση μιας οικογενείας για καρκίνο, σε κάποιο συγκεκριμένο τόπο φαίνεται όταν οι στατιστικές μελέτες δείχνουν μια συχνότητα μεγαλύτερη σε μια οικογένεια από ότι αναμένονταν στο γενικό πληθυσμό.

Η οικογενειακή προδιάθεση έχει ενοχοποιηθεί για συμμετοχή στο καρκίνο του μαστού, της μήτρας , του προστάτη , του στομάχου του κόλου- ορθού και του πνεύμονα. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με άτομα μιας οικογενείας που δεν μπορούν να αντισταθούν στους ογκογόνους παράγοντες, που παράγουν καρκίνους . Η γενετική ικανότητα των ατόμων να καταστρέφουν πρωτοεμφανιζόμενα καρκινικά κύτταρα μπορεί να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την μη ανάπτυξη του καρκίνου. ¹

3.1.3. Διατροφή και κακοήθης νεοπλασίες :

Η καθημερινή διατροφή του ανθρώπου διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, σε είδος τροφίμων και σε ποσότητα που καταναλώνεται καθημερινά. Η Ευρωπαϊκή ένωση , οι ΗΠΑ και άλλες αναπτυγμένες βιομηχανικές χώρες και διεθνείς οργανισμοί όπως η ΠΟΥ προωθούν τα τελευταία χρόνια δραστήρια , προγράμματα βελτίωσης της διατροφής του ανθρώπου. ¹⁹

Η σχέση διατροφής και των διαφόρων μορφών καρκίνου στον άνθρωπο έχει διερευνηθεί από πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες για μεγάλο αριθμό πληθυσμών και από βιολογικές έρευνες με πειραματόζωα. Η διατροφή συνεισφέρει, σύμφωνα με την περίφημη μελέτη των Doll και Peto, κατά 35%

στους πρόωρους θανάτους από κακοήθεις νεοπλασίες στον άνθρωπο. Μείωση του ζωικού λίπους, του άλατος , των πρωτεϊνών και των αλκοολούχων ποτών με ταυτόχρονη αύξηση των φυτικών ινών , του ασβεστίου, των αντιοξειδωτικών και των βιταμινών, θα ήταν ιδανικές διατροφικές πρακτικές. ¹⁹

Έχει διαπιστωθεί από 250 , περίπου έρευνες ότι τα λαχανικά και τα φρούτα περιέχουν και σημαντικές ποσότητες αντιοξειδωτικών ουσιών με αντικαρκινογόνο δράση. Άτομα που καταναλώνουν καθημερινά μεγάλες ποσότητες φρούτων και λαχανικών έχουν μικρότερες πιθανότητες για την ανάπτυξη ορισμένων μορφών καρκίνου, ιδιαίτερα για καρκίνο του πνεύμονα ,του στομάχου και του παχέος έντερου. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι βιταμίνες E και C , οι τοκοφερόλες, τα καροτενοειδή και άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες. ¹⁹



Μαγείρεμα Τροφίμων και σχηματισμός καρκινογόνων ουσιών:

Οι κυριότερες ομάδες καρκινογόνων χημικών ουσιών που σχηματίζονται κατά το ψήσιμο είναι οι εξής :

1) Πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες (ΠΑΥ).

Είναι προϊόντα καύσης και πυρόλυσης φυτικών και ζωικών ιστών των τροφίμων, άλλα παράγονται και κατά την καύση ξύλων ,κάρβουνου και πετρελαιοειδών. Είναι καρκινογόνες ουσίες και η πιο γνωστή ένωση είναι το βενζοαπυρένιο (BaP). Τα καπνιστά τρόφιμα, τα ακατέργαστα φυτικά λάδια

όπως και τρόφιμα που ψηθήκαν πάνω σε καιόμενα ξύλα ή καρβουνά όπως λουκάνικα, κοτόπουλο, χοίρινο δημιουργεί συγκεντρώσεις (BaP). Το λίπος που ρέει πάνω στα ανάμενα καρβουνά πυρολύεται και τα ΠΑΥ που σχηματίζονται επικάθονται στην επιφάνεια του ψημένου κρέατος. Η συμβολή των ΠΑΥ των τροφίμων στην εμφάνιση καρκίνου του πεπτικού συστήματος παρά τις υψηλές συγκεντρώσεις στα ψημένα τρόφιμα είναι δύσκολο να εκτιμηθεί.¹⁹



2) Μεταλλαξογόνες ετεροκυκλικές αμίνες:

Οι Sugimura et al ανακάλυψαν ότι στο καμένο τμήμα ψημένων τροφίμων (ιδιαίτερα κρέας από μοσχάρι και ψάρια) περιέχει υψηλές συγκεντρώσεις μεταλλαξογόνων ετεροκυκλικών αμινών και άλλες ενώσεις. Τα συστατικά του κρέατος που μετατρέπονται κατά το ψήσιμο σε ετεροκυκλικές αμίνες είναι η κρεατίνη, διάφορα αμινοξέα και οι υδατάνθρακες. Η εκτίμηση κινδύνου για καρκινογένεση στον άνθρωπο, από ετεροκυκλικές αμίνες στα τρόφιμα, είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί, αλλά θεωρείται ότι είναι αρκετά υψηλή.¹⁹

3.1.4. Ακτινοβολία:

Ο καρκίνος που προκαλείται από έκθεση στην ακτινοβολία αναφέρθηκε για πρώτη φορά πριν από 60 χρόνια. Από τότε, η επίδραση της ακτινοβολίας στη δημιουργία όγκων στα πειραματόζωα και στους ανθρώπους, έχει καταγραφεί

με ακρίβεια. Αμφότερες, η ιονίζουσα και η μη ιονίζουσα ακτινοβολία έχουν αποδειχθεί ότι προκαλούν καρκίνο.¹

ü Παραδείγματα ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι οι ακτίνες X και η ακτινοβολία που εκπέμπεται από ραδιενεργές ουσίες.

ü Μια μη ιονίζουσα ακτινοβολία που προκαλεί καρκίνο είναι η αόρατη υπεριώδης ακτινοβολία που βρίσκεται στο φως του ηλίου.

3.1.5. Περιβαλλοντικές αίτιες του καρκίνου:

Η γνώση του ρόλου των περιβαλλοντικών παραγόντων στην ανάπτυξη καρκίνου προέρχεται κυρίως από τις κλινικές παρατηρήσεις περιστατικών καρκίνου σε άτομα¹ από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις και υψηλοί δείκτες έχουν περιγραφεί σε διάφορα επαγγέλματα, όπως οι ανθρακωρύχοι εργαζόμενοι.¹⁸ Παραδείγματα τέτοιων καρκινογόνων που μπορούν να απαντηθούν σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον είναι:

- ✓ Η αιθάλη, η πίσσα και το κρεόσωτο
- ✓ Λάδια και πλαστικά από πετρέλαιο
- ✓ Χρώμα ανιλίνης (που περιέχεται σε βαφές τροφίμων)
- ✓ Μέταλλα και ορυκτά (κυρίως χρωμικά άλατα ή νικέλια)
- ✓ Αμίαντος



Το κάπνισμα είναι η πιο κοινή περιβαλλοντική αιτία του καρκίνου. Η εξελιξη των κανωνικών κυττάρων σε καρκινώδη κύτταρα, υπό την επίδραση του καπνού, είναι γνωστή. Τα τσιγάρα ενοχοποιούνται για τον καρκίνο του πνεύμονα, της στοματικής κοιλότητας του λάρυγγα, του στομάχου, της κύστης, του μαστού και των νεφρών.¹



3.1.6 Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού:

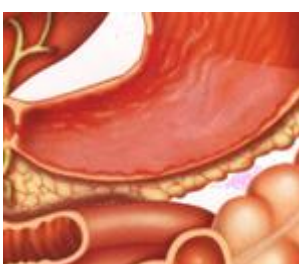


Ενώ παλαιότερα η δημιουργία έλκους στο στομάχι αποδιδόταν στο στρες, στην αδυναμία του βλεννογόνου να προστατευθεί από την οξύτητα ή στην υπερβολική οξύτητα του γαστρικού υγρού, σήμερα γνωρίζουμε ότι υπάρχει λοιμογόνος παράγοντας που ευθύνεται γι' αυτό, το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού.

Η διαπίστωση της ύπαρξης του ελικοβακτηριδίου και σε πάρα πολλά καρκινώματα του στομάχου έχει οδηγήσει αρκετούς επιστήμονες στην εκτίμηση ότι το συγκεκριμένο μικρόβιο μπορεί να αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της νόσου. Μάλιστα στις Η.Π.Α. το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού θεωρείται ως καρκινογόνος παράγοντας πρώτης τάξεως. Από την άλλη πλευρά, όμως, πολλές έρευνες έχουν δείξει πως δεν αρκεί από μόνη της η λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο για να προκληθεί καρκίνος. Εκτιμάται πως σε ορισμένες περιπτώσεις, κάτω από άγνωστες προς το παρόν συνθήκες και προϋποθέσεις, η λοίμωξη με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού μπορεί να πυροδοτεί ή να προάγει την καρκινογόνο εξέλιξη, της οποίας η αιτιολογία θα πρέπει να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες.²¹

Γι' αυτό το λόγο η διαπίστωση της ύπαρξης του ελικοβακτηριδίου στο στομάχι δεν πρέπει αυτόματα να οδηγεί σε θεραπεία εκρίζωσής του, με το σκεπτικό ότι έτσι μπορεί να προλάβουμε τη δημιουργία του καρκίνου του στομάχου. Η θεραπεία κατά του ελικοβακτηριδίου είναι επιβεβλημένη και πρέπει να χορηγείται σε πάσχοντες με συμπτωματολογία δυσπεψίας ή έλκους.²¹

3.1.7. Η ατροφική γαστρίτιδα, η κακοήθης αναιμία και οι γαστρικοί πολύποδες



Η ατροφική γαστρίτιδα και η κακοήθης αναιμία αποτελούν καταστάσεις όπου παρατηρείται ατροφία των αδένων και του βλεννογόνου του στομάχου και γι'

αυτό παράγεται λιγότερο γαστρικό υγρό. Στην κακοήγη αναιμία οι αλλοιώσεις οδηγούν στην μικρότερη παραγωγή μιας ουσία που παράγει αποκλειστικά το στομάχι και η οποία βοηθά στην απορρόφηση από τις τροφές της βιταμίνης B12, η οποία είναι απαραίτητη για την παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων.²¹

Αυτές οι συνθήκες, όπου ο βλεννογόνος είναι αλλοιωμένος και ευαίσθητος ευνοούν την ανάπτυξη του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού. Ο συνδυασμός ατροφίας και φλεγμονής θεωρείται από πολλούς ερευνητές ικανός, αν υφίσταται για αρκετό καιρό, να οδηγήσει σε ορισμένες περιπτώσεις στη δημιουργία καρκίνου του στομάχου. Μια άλλη εξήγηση της προαγωγής της καρκινογένεσης σ' αυτές τις καταστάσεις και μ' αυτό το μηχανισμό είναι αυτή που εμπλέκει την αποδόμηση μεγάλων ποσοτήτων νιτρικών ενώσεων, εξ' αιτίας της ευκολότερης ανάπτυξης βακτηριδίων στον αλλοιωμένο βλεννογόνο που υπάρχει στην ατροφική γαστρίτιδα. Η παρουσία πολυπόδων στο στομάχι πρέπει να παρακολουθείται, γιατί ορισμένοι εξ' αυτών, οι αδενωματώδεις, μπορούν να είναι μεγαλύτεροι από τα 2 εκ. να εξαλλαγούν σε καρκίνο.³², αλλά οι πλέον συνήθεις πολύποδες είναι υπερπλαστικοί και δεν έχουν κακοήγη χαρακτήρα. Καθώς οι δύο τύποι των πολυπόδων δεν μπορούν να διαχωριστούν ενδοσκοπικός, όλοι οι πολύποδες θα πρέπει να εξαιρούνται ενδοσκοπικός και να εξετάζονται ιστολογικώς.²¹

3.1.8. Υποχλωρυδρία

Η υποχλωρυδρία θεωρείται βασικός παράγων, που προάγει την καρκινογένεση στο στόμαχο, επειδή ευνοείται η υπερανάπτυξη βακτηριδίων στην περιοχή. Τα βακτηρίδια προάγουν τη μετατροπή των νιτρικών ενώσεων σε νιτρώδεις και έτσι ελεύθερες νιτρώδεις ρίζες αντιδρούν με πρωτεΐνες των τροφών και αμίνες, σχηματίζοντας N- νιτροζαμίνες, οι οποίες είναι γνωστοί ισχυροί και σχεδόν ειδικοί καρκινογόνοι παράγοντες.²²

Οι καταστάσεις που συνοδεύονται από υποχλωρυδρία, είναι η γαστρική ατροφία, η ατροφική γαστρίτιδα, η γαστρεκτομή, η βαγοτομή, η υπερτροφική γαστροπάθεια (Menetrier) ενώ η υποχλωρυδρία ή και αχλωρυδρία μπορεί να προκληθεί από φάρμακα, που αναστέλλουν την έκκριση του υδροχλωρικού οξέος, όταν χορηγηθούν επί μακρόν.²²

Πολλά φάρμακα, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι πενικιλίνη G, η αμπικιλίνη, η αμινοπυρίνη και η αιθαμβουτόλη, αντιδρούν με νιτρώδη σε συνθήκες υποχλωρυδρίας και σχηματίζουν δυνητικούς καρκινογενετικές N-νιτροζοενώσεις.²²

3.1.9. Προηγηθείσα γαστρεκτομή

Είναι σημαντικά τεκμηριωμένο ότι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υφολική γαστρεκτομή για καλοήθες έλκος εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρκίνο του γαστρικού κολοβώματος μετά την πάροδο πολλών ετών από την αρχική επέμβαση.¹⁸

Κεφάλαιο 4

4.1 Πρόληψη καρκίνου

4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη

4.1.2. Δευτερογενής πρόληψη

4.1. Πρόληψη καρκίνου:

Η πρόληψη του καρκίνου έχει καλύτερη εφαρμογή σε άτομα , που δεν υιοθετούν τον καρκίνο σαν μακρινή απειλή ή δεν θεωρούν την εμφάνιση του σαν κάτι ανεξέλεγκτο. Η θετική αντίληψη είναι ότι ο καρκίνος είναι μια πραγματική απειλή για όλους μας, όμως τα περισσότερα περιστατικά μπορούν να αποφευχθούν με σωστή ατομική συμπεριφορά.¹

Συνήθειες που είναι γνωστό ότι παίζουν αιτιολογικό ρόλο στην καρκινογένεση:

ü Κάπνισμα : έχει βρεθεί ότι οι περισσότεροι καρκίνοι του πνεύμονα οφείλονται στο κάπνισμα .Σε μερικές χώρες , όπου το κάπνισμα είναι συνηθισμένο ο αριθμός θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα είναι υψηλός.¹⁴

ü Ηλιακή ακτινοβολία : Ένα προληπτικό μέτρο για τη μη εμφάνιση καρκίνου του δέρματος είναι η προστασία των ανθρώπων με ανοιχτόχρωμο δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία. Πιστεύεται ότι σε άτομα που είναι ανοιχτόχρωμα η χρωστική ουσία (μελανίνη) που βρίσκεται στο δέρμα είναι σε μικρή ποσότητα και έτσι αφήνει τις υπεριώδεις ακτίνες να περάσουν στα στρώματα των κυττάρων του δέρματος που είναι ευαίσθητα και μπορεί να αναπτύξουν καρκίνο. Σε αντίθεση με τα μελαχρινά άτομα που η μελανίνη τους είναι αυξημένη, εμποδίζουν την ηλιακή ακτινοβολία να επηρεάσει τα κύτταρα. Ένας τύπος καρκίνου δέρματος είναι αποτέλεσμα της ηλιακής ακτινοβολίας.¹⁴

ü Βιομηχανικές χημικές ουσίες: Έχει βρεθεί ότι υπάρχει κίνδυνος από χημικά καρκινογόνα για τους βιομηχανικούς εργάτες. Πρέπει στις βιομηχανίες να υπάρχουν μετρά επαγγελματικής υγιεινής για την πρόληψη του καρκίνου από βιομηχανικές χημικές ουσίες.¹⁴

ü Διατροφή: πιθανός και όχι απολυτά αποδεδειγμένος καρκινογόνος παράγοντας για τον άνθρωπο είναι και η διατροφή. Διάφοροι τύποι καρκίνων

(στομάχου, παχέως έντερου) υποστηρίζεται ότι οφείλονται στη χρήση τροφών με συντηρητικά (παστά , καπνιστά). Έτσι έχουμε μια επιδημιολογική απόδειξη για την καρκινογόνο δράση που ασκεί στα κύτταρα του στομάχου το αλάτισμα των τροφίμων.¹⁴

4.1.1. Πρωτογενής πρόληψη:

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

1. Υγιεινολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του πληθυσμού σε θέματα σχετικά με τα κακοήθη νεοπλάσματα βοηθούν στην πρόληψη του. Παράδειγμα αποτελεί η αδιαμφισβήτητη συσχέτιση μεταξύ καρκίνου του πνεύμονα και του καπνίσματος. Υπάρχει όμως μεγάλο μέρος του πληθυσμού που αγνοεί αυτή τη σχέση που έχει το κάπνισμα με τον καρκίνο των πνευμόνων.³

2. Προστασία ομάδων πληθυσμού από την επίδραση συγκεκριμένων καρκινογόνων παραγόντων (π.χ. οι εργαζόμενοι σε ορυχεία ουράνιου , οι χειριστές ραδιενεργών ουσιών, ισότοπων και οι εργαζόμενοι σε χώρους που ίσως εκπέμπεται ακτινοβολία, οι εργαζόμενοι σε βιομηχανίες και βιοτεχνίες αζω- χρωστικών, αμιάντων και άλλων βεβαιωμένων καρκινογόνων παραγόντων) γίνεται με την λήψη ειδικών μέτρων σχετικών με τη φύση της εργασίας και των καρκινογόνο παράγοντα.³

3. Προστασία του πληθυσμού από καρκινογόνους παράγοντες σε νομοθετικά μέτρα σε εθνικό επίπεδο και διεθνείς κανονισμούς. Σαν παράδειγμα χρησιμοποιείται η απαγόρευση της χρήσεως DDT (διχλωρο – διφαινυλοτριχλωραιθάνιο) εντομοκτόνου , με νόμο, επειδή έχει καρκινογόνο δράση. Επειδή όμως η αιτιολογία του καρκίνου δεν έχει απόλυτα διαλευκανθεί δυσκολεύει την πρωτογενή πρόληψη του.³

4.1.2. Δευτερογενής πρόληψη:

Γίνεται όταν λαμβάνεται κάθε μετρό ώστε ο καρκίνος να διαγνωστεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα, δηλαδή κατά την περίοδο (λανθάνουσα) που άρχισε η εμφάνιση άτυπων κύτταρων, μέχρι την εκδήλωση των πρώτων κλινικών συμπτωμάτων- ασυμπτωματικό, σιωπηρό στάδιο της εξέλιξης του- και να αντιμετωπιστεί αμέσως .³

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές. Οι οικονομικοί λόγοι είναι μια από τις δυσκολίες. Ο φόβος, η άγνοια, η προκατάληψη, η αποστροφή να πάει κανείς στο γιατρό όταν αισθάνεται καλά το χάσιμο του χρόνου κ.α.. Είναι λόγοι που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει τις γνώσεις αλλά και τα μέσα που υπάρχουν στη διάθεση του για την πρόληψη.³

Οικονομικοί και τεχνικοί λόγοι κάνουν αδύνατο το συνεχή έλεγχο για έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του πληθυσμού μια χώρας, γι' αυτό η ανίχνευση περιορίζεται σε αναγνωρισμένες ομάδες με υψηλό κίνδυνο νοσήσεως. Οι συνθήκες υψηλού κινδύνου χαρακτηρίζονται κυρίως από την ηλικία ,το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό σε καρκίνο, την εργασία, την διατροφή, το πιο ευρύ περιβάλλον. ³

Σε ασθενείς με γαστρικό έλκος συνιστάται προσεκτικός έλεγχος με γαστροσκόπηση και λήψη πολλαπλών βιοψιών, κυρίως από την περιφέρεια του έλκους, ώστε να αποκλεισθεί η ύπαρξη καρκίνου. Έχει προταθεί ο περιοδικός έλεγχος, ακτινολογικός και γαστροσκοπικός, των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε γαστρεκτομή για καλοήγη πάθηση πριν από 15 περίπου χρόνια.²³

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

- Ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του αμέσου περιβάλλοντος του.
- Εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις που υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνες ουσίες.

- Παρατήρηση και λήψη καταλλήλων μέτρων σε προκαρκινικές καταστάσεις ή εκδηλώσεις στον εαυτό του και το περιβάλλον.
- Ενεργό συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα που έχουν σχέση με τον καρκίνο.
- Διαφώτιση του κοινού.³

Κεφάλαιο 5

5.1. Κλινική συμπτωματολογία

5.2. Διάγνωση

5.2.1. Φυσική εξέταση

5.2.2. Ενδοσκόπηση και Βιοψία

5.2.3. Ακτινολογία

5.1. Κλινική συμπτωματολογία:

Τα συμπτώματα στα κακοήθη νεοπλασμάτα του στομάχου δυστυχώς είναι μηδαμινά ή μοιάζουν πολύ με εκείνα του απλού γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους.¹¹

Η αρχή της νόσου είναι ύπουλοι αρχικές εκδηλώσεις της νόσου είναι ανορεξία, κυρίως προς το κρέας η οποία φτάνει μέχρι πλήρους αποστροφής, απώλεια βάρους, δυσπεψία και έμετοι.⁶ Το στάδιο αυτό είναι κρίσιμο, γιατί και ο ασθενής και ο ιατρός δεν δίνουν σημασία στα ενοχλήματα.¹⁰

Καθώς προχωρεί η νόσος η επιφάνεια του νεοπλασματος εξελκώνεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μικρών αιμορραγιών, που συχνά επαναλαμβάνονται. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής παρουσιάζει μικρές αναγωγές καφεοειδούς χρώματος και μικροσκοπική αιμορραγία στα κόπρανα, που ανιχνεύεται εργαστηριακά με την αντίδραση Wember- Mayer (χημική ανίχνευση αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα). Εξαιτίας της σταθερής αυτής αιμορραγίας προκαλείται μεγάλη αναιμία, που ποτέ δεν λείπει κατά την εξέλιξη του καρκίνου. Η επιφάνεια του νεοπλασματος που εξαλκώθηκε συχνά μολύνεται από πυογόνους κόκκους και προκαλεί πυρετό. Στα τελικά στάδια μπορεί να εμφανιστεί ψηλαφητός όγκος επιγάστριο, που παρακολουθεί τις αναπνευστικές κινήσεις. Σπάνια στην αριστερή υποκλείδα χωρά βρίσκεται ο αδένας Virchow. Η εμφάνιση του αδένος φανερώνει κατάσταση προχωρημένη και η χειρουργική επέμβαση αποκλείεται. Ο πόνος ποικίλλει σε χρόνο εμφάνισής και εντάσεως. Η στένωση από τη διήθηση του πυλωρού είναι συνηθισμένη.¹⁰ Επίσης είναι ενδιαφέρον ότι τα συμπτώματα δεν διαφέρουν σε νεαρούς καρκινοπαθείς, ηλικίας μικρότερης των 30 ετών, και σε καρκινοπαθείς μεγαλύτερης ηλικίας.¹⁸

5.2. Διάγνωση:

Οι γαστρικοί καρκίνοι συχνά φαίνονται σαν καλοήθη έλκη, που μοιάζουν με κρατήρες στο βλεννογόνο του στομάχου. Μεγαλύτερα έλκη με διάμετρο που υπερβαίνουν τα 2 cm που έχουν όρια υπερυψωμένα πάνω από το επίπεδο του περιβάλλοντος στομάχου είναι πιθανότερο να είναι κακοήθη.²⁴

Κλινική εξέταση: Υπάρχουν μερικά ειδικά ευρήματα σε μια κλινική εξέταση .

- Διογκωμένοι λεμφαδένες πάνω από την αριστερή κλείδα.
- Μάζες λεμφαδένων γύρω από το ορθό , μέσα στον ομφαλό ή στην κοιλιά.
- Διόγκωση ήπατος.
- Αυξημένη ποσότητα υγρού στην κοιλιά.²¹

Αιματολογικές και άλλες εξετάσεις:

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

Απεικονιστικές μέθοδοι:

- Οι μεγαλύτερες ελκωτικές βλάβες εντοπίζονται με ακτινογραφίες του ανώτερου πεπτικού συστήματος, με χρήση σκιαστικού μέσου και εμφύσηση αέρα.
- Ακτινογραφίες θώρακος.
- Αξονική τομογραφία κοιλιάς .
- Σπινθηρογράφημα οστών, αν είναι αυξημένο το οστικό ένζυμο αλκαλική φωσφατάση ορού.²¹

5.2.1. Φυσική εξέταση:

Συνήθως τα ευρήματα είναι πτωχά , ειδικότερα στον πρώιμο γαστρικό καρκίνο. Οπωσδήποτε , ψηλαφητή μάζα κατά το επιγάστριο απαντάται στο 30- 50 % περίπου των αρρώστων με προχωρημένο καρκίνο.

➤ Ευαισθησία κατά την ψηλάφηση επιγαστρίου εμφανίζεται σε ποσοστό 20%.

➤ Το ήπαρ μπορεί να ψηλαφάτε σκληρό και οζώδες όταν υπάρχουν μεταστάσεις , αλλα ψηλαφάτε και χωρίς μεταστάσεις.

➤ Ψηλαφητοί λεμφαδένες και κυρίως ψηλαφητός λεμφαδένας κατά το αριστερό υπερκλειδίο βόθρο σε ποσοστό 5%

➤ Ψηλαφητός λεμφαδένας κατά το πρόσθιο χείλος της αριστερής μασχάλης συναντάται επίσης σπάνια.

➤ Σε ποσοστό 1-2% η δακτυλική εξέταση από το ορθό αποδεικνύει την ύπαρξη νεοπλασματικής μάζας στο δουλγάσειο, η όποια ψηλαφάτε επάνω από τον προστάτη και συχνά προβάλλει στο ορθό.

➤ Ακόμη μπορεί να παρατηρηθεί νεοπλασματική διήθηση του ομφαλού.¹⁸

****Η παρουσία τους σφραγίζει το ανεγχείρητο του όγκου.

5.2.2. Ενδοσκόπηση και Βιοψία:

- Η εξέταση του στομάχου με γαστροσκόπιο που εισάγεται μέσω του οισοφάγου (ινοπτική ενδοσκόπηση) μπορεί να εντοπίσει έλκος και μάζες. Το 70% των κακοηθών ελκών σε αρχικό στάδιο μπορεί να φαίνονται καλοήθη και ίσως και να επουλωθούν, συνήθως όμως είναι θετικά στην βιοψία.²⁴

- Μικρό τμήμα του ιστού μπορεί να αφαιρεθεί από κάθε ύποπτη περιοχή και να αναλυθεί από παθολογοανατόμο. Μπορούμε επίσης να οδηγήσουμε μέσα από το γαστροκνήμιο βούρτσα για να λάβουμε κύτταρα , όπως συμβαίνει και με το τεστ του Παπανικολάου. Με βιοψίες ιστού και ψήκτρας επιτυγχάνεται η διάγνωση του 98% των περιπτώσεων .²⁴



Η γαστροσκόπηση είναι απλή, ανώδυνη για τον ασθενή και χωρίς ουσιαστικές επιπλοκές, μέθοδος για τη διάγνωση του καρκίνου καθώς και των άλλων παθήσεων του στομάχου. Η διαγνωστική ακρίβεια της γαστροσκοπήσεως είναι πολύ υψηλή, ώστε θεωρείται σχεδόν αδύνατο να διαφύγει η διάγνωση του καρκίνου από ένα έμπειρο ενδοσκόπο.¹⁸

Αλλά η ιστολογική επιβεβαίωση του διηθητικού καρκίνου παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες. Στο 1/3 των περιπτώσεων, η ανάπτυξη του νεοπλάσματος είναι υποβλεννογόνια, οπότε η ιστολογική εξέταση είναι αρνητική. Έτσι το ποσοστό θετικής ιστολογικής εξέτασης στο διηθητικό καρκίνο κυμαίνεται από 50% έως 60%, ενώ στους άλλους τύπους το ποσοστό της θετικής ιστολογικής εξέτασεως φθάνει στο 90%. Απαραίτητη προϋπόθεση για θετική ιστολογική διάγνωση, είναι η λήψη πολλαπλών βιοψιών (7-10 τουλάχιστον), δεδομένου ότι το θετικό αποτέλεσμα είναι ευθέως ανάλογο του αριθμού των βιοψιών.¹⁸ Έτσι η λήψη πολλών ταυτόχρονα βιοψιών αυξάνει τη διαγνωστική αξία της ενδοσκοπήσεως. Απαιτείται, όμως ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των κατάλληλων σημείων και συνιστώνται τέσσερις διπλές βιοψίες τουλάχιστον. Σε ελκώδη, ιδιαίτερα, καρκίνο, τα χείλη της ελκώσεως παρέχουν το υψηλότερο ποσοστό επιτυχούς διαγνώσεως. Πρέπει όμως οι βιοψίες να έχουν αρκετό βάθος, γιατί συχνά ο βλεννογόνος επιφανειακά είναι υπερπλασικός, χωρίς κακοήθεια και καρκινοματώδεις βλάστες ανευρίσκονται μόνο στις βαθύτερες μοίρες του. Αντίθετα, η κρύπτη της ελκώσεως, επειδή αποτελείται από εξιδρώματα και φλεγμονώδες νεκρωβιωτικό υλικό, στοιχεία που υπάρχουν και στο καλοήθες έλκος, δεν αποτελεί ασφαλή θέση για στήριξη διαγνώσεως. Βέβαια εξαιρούνται οι οζώδεις σχηματισμοί των κρυπτών, που αποτελούνται από μη νεκρωμένο καρκινωματώδη ιστό.²⁵

Εκτός από τη βιοψία, η γαστροσκόπηση πρέπει να συνδυάζεται και με κυτταρολογική εξέταση, οπότε και το ποσοστό θετικών διαγνώσεων είναι υψηλότερο.¹⁸

Για την εντόπιση, ωστόσο, των αλλοιώσεων και τη διενέργεια σωστής βιοψίας, σημαντική είναι η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η χρώση με

κυανούν του μεθυλενίου, το οποίο χρωματίζει επιλεκτικά την περιοχή της βλάβης.¹⁸

Άλλη μια προσφορά της γαστροσκοπήσεως στην αντιμετώπιση του καρκίνου του στομάχου είναι ο προληπτικός έλεγχος ασθενών με αυξημένο κίνδυνο αναπτύξεως καρκίνου, όπως σε ασθενείς με εντερική μεταπλασία και δυσπλαστικές αλλοιώσεις ή με ιστορικό παλαιάς γαστρεκτομής και, ενδεχομένως, ασθενείς με ατροφική γαστρίτιδα και κακοήθη αναιμία.¹⁸

Τέλος, μία επέκταση των δυνατοτήτων της ενδοσκοπήσεως αποτελεί η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία. Με τη μέθοδο αυτή, μπορούμε να πάρουμε πληροφορίες για την επέκταση του νεοπλασματος, τόσο ενδοτοιχωματικώς όσο και στα γειτονικά όργανα, ή να εντοπίσουμε υποβλεννογόνιους ή ενδατοιχωματικούς όγκους, τους οποίους δεν μπορούμε να μελετήσουμε ικανοποιητικά με τη γαστροσκόπηση.¹⁸

5.2.3. Ακτινολογία:

Τα προχωρημένα γαστρικά καρκινώματα στηρίζονται στους μορφολογικούς τους χαρακτήρες για την ανάδειξή τους. Μπορεί να είναι διηθητικά, εξωφυτικά, οζώδη, ελκωτικά ή να εμφανίζονται με συνδυασμό των ποιό πάνω. Τα ακτινολογικά σημεία είναι ανώμαλη στένωση, απώλεια περισταλισμού, βλεννογονική καταστροφή, εξέλκωση και ενδαυλικά ελλείματα πληρώσεως.¹⁸

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

Όταν προσβάλλεται το άντρο του στομάχου, όπως συχνά συμβαίνει, έχουμε τελικό αποτέλεσμα την απόφραξη. Η διάγνωση είναι ευχερής, αλλά μερικές φορές παρατηρείται μόνο ενδαυλική στένωση με περιορισμένο περισταλισμό.¹⁸

Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να σκεπτόμαστε και άλλες καταστάσεις που μπορεί να δώσουν την ίδια εικόνα, όπως οι χρόνιες φλεγμονές. Σε αυτές

πρέπει να περιλάβουμε, το λέμφωμα, τη νόσο του Grohn, τη σαρκοείδωση, την ηισσινοφιλική γαστρεντερίτιδα, τη μετακτινική ίνωση κ.α.¹⁸

Όλα τα διηθητικά καρκινώματα δεν είναι σκίρροι. Στο διάχυτο διαβρωτικό επιφανειακό καρκίνωμα δεν υπάρχει ίνωση. Ο βλεννογόνος αποδιοργανώνεται και έξω από την επιφάνεια του όγκου.¹⁸

Σε αυτές τις σπάνιες περιπτώσεις, οι βλεννογόνιες πτυχές παχύνονται και θυμίζουν λέμφωμα. Υπάρχει επίσης τάση για εξέγκωση και σχηματίζονται μικρά ελλείμματα πληρώσεως. Σε πρωιμότερα στάδια, πριν γίνουν οι αλλοιώσεις, η διάγνωση είναι δύσκολη¹⁸

Τα οζώδη καρκινώματα προκαλούν ανάπτυξη όζων που μερικές φορές είναι δυσδιάκριτοι και προοδευτικά εξελκώνονται. Ο εξωφυτικός τύπος του γαστρικού καρκινώματος δημιουργεί ακανόνιστη ενοσφυλική μάζα που μπορεί να εξελκωθεί και να νεκρωθεί καθώς αναπτύσσεται. Η διάγνωση είναι εύκολη, αν και δύσκολα διαγιγνώσκεται από προχωρημένες κακοήθειες, όπως το λειομυοσάρκωμα και το λέμφωμα, που μπορεί να δώσουν την ίδια εικόνα, αλλά λιγότερο συχνά¹⁸

Τα ελκωτικά καρκινώματα εμφανίζονται ως έλκη με ανώμαλα και επαρμένα χείλη, με διήθηση των γύρω ιστών. Τα ελκωτικά καρκινώματα δεν είναι ο μοναδικός τύπος γαστρικού καρκινώματος, όπου υπάρχει εξέγκωση και άλλα γαστρικά καρκινώματα, ακόμη και ο πρώιμος καρκίνος τύπου II και III, το κακοηθές πεπτικό έλκος, ο εξωφυτικός και ο διαβρωτικός καρκίνος μπορεί να εξελκωθούν και να προέχουν οι χαρακτήρες της εξελκώσεως. Πολλά γαστρικά καρκινώματα ιδιαίτερα προχωρημένου σταδίου έχουν περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά από τους μορφολογικούς τύπους. Το βάριο μπορεί να εισδύει σε ακανόνιστες νεκρωτικές κοιλότητες μέσα στον όγκο ή σε φλεγμονώδη μάζα. Επέκταση στα γειτονικά όργανα μπορεί να δημιουργήσει συρίγγια, ιδιαίτερα στο εγκάρσιο κόλο.¹⁸

Κεφάλαιο 6

- 6.1.Θεραπεία καρκίνου στομάχου
- 6.2.Χειρουργική θεραπεία
- 6.3.Ακτινοθεραπεία
- 6.4.Χημειοθεραπεία
- 6.5.Επιπλοκές της Ακτινοθεραπείας
- 6.6.Επιπλοκές Χημειοθεραπείας
- 67.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές

6.1.Θεραπεία καρκίνου στομάχου:

Η Θεραπευτική στρατηγική στο γαστρικό καρκίνο πρέπει να σχεδιάζεται από ομάδα ειδικών γιατρών και να εξαρτάτε από το στάδιο της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι η ριζική χειρουργική αφαίρεση με σκοπό την ίαση. Αυτό επιτυγχάνεται , όταν η νόσος είναι αυστηρά τοπική , χωρίς διηθήσεις των πέριξ του στομάχου χώρων . Για την τοπικά εκτεταμένη νόσο, όπου υπάρχει διήθηση των λεμφαδένων και των πέριξ ιστών υπάρχουν δυο τάσεις . Η πρώτη προέρχεται από την Ιαπωνία και πρεσβεύει την υπερριζική εγχείρηση επιμηκύνει την επιβίωση . Η δεύτερη από την Ευρώπη πρεσβεύει ότι η σμίκρυνση των όγκων με την χορήγηση συγχρόνων χημιοθεραπευτικών σχημάτων προεγχειρητικώς επιτρέπει την αποτελεσματικότερη χειρουργική επέμβαση. Αυτό μεταφράζεται ως επιμήκυνση του χρόνου επιβιώσεως. Φυσικά, στην γενικευμένη νόσο , η χημιοθεραπεία έχει θέση με περιορισμένα ακόμη αποτελέσματα. Η χειρουργική και η ακτινοθεραπεία στην γενικευμένη νόσο χρησιμοποιούνται για καθαρά ανακουφιστικούς λόγους.¹⁸

6.2.Χειρουργική θεραπεία:

Στο καρκίνωμα του άντρου ή της μεσότητας του στομάχου εκτελείται υψηλή υφολική γαστρεκτομή. Όταν ο όγκος εδράζεται ψηλότερα ή όταν εδράζεται στο μείζον τόξο αφαιρείται και ο σπλήνας και η ουρά του παγκρέατος. Στην συνέχεια εκτελείται αναστόμωση κατά Billrot I ή II . Στο καρκίνωμα του πυθμένα ή της οισοφαγαστρικής περιοχής γίνεται εγγύς οισοφαγογαστρεκτομή με σπληνεκτομή. Ολική γαστρεκτομή ενδείκνυται για περισσότερο ευμεγέθεις όγκους αλλά συνοδεύεται από μεγαλύτερη νοσηρότητα και θνητότητα.²⁶

Κατά την εγχείρηση κάθε προσπάθεια καταβάλλεται για να αφαιρεθούν οι λεμφαδένες . Κατά την εγχείρηση πολλές φορές η έκταση του καρκινώματος παρουσιάζεται μεγαλύτερη από την προβλεπόμενη, οπότε η ριζική εγχείρηση

δεν είναι εφικτή. Στις περιπτώσεις αυτές εκτελείται ανακουφιστική εκτομή εκτός αν υπάρχει συμμετοχή της περιτοναϊκής κοιλότητας ή ο όγκος διηθεί τον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο ή αλλά γειτονικά όργανα . Στις περιπτώσεις αυτές επιχειρείται μόνο παράκαμψη , εφόσον είναι δυνατή . Τα αποτελέσματα της είναι κατά κανόνα, αποθαρρυντικά, γιατί ο ασθενής και μετά την παράκαμψη δυσκολεύεται να τραφεί.²⁶

Θεραπεία ανά στάδιο:

Στάδιο 0:

Ένας όγκος δεν έχει εξαπλωθεί πέρα από τη μεμβράνη του επενδύει το στομάχι (βλεννογόνο)

Θεραπεία εκλογής: Η εμπειρία από την Ιαπωνία , όπου ο καρκίνος ανακαλύπτεται συχνά σε αυτό το στάδιο, δείχνει ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε γαστρεκτομή επιβιώνουν πάνω από 5 χρόνια .Πρόσφατη αμερικανική εργασία επιβεβαίωσε αυτά τα αποτελέσματα.²⁴

✓ Πενταετής επιβίωση πάνω από 90%

Στάδιο 1:

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

Θεραπεία εκλογής: Η θεραπεία εκλογής είναι η χειρουργική, αν και η έκταση της εγχείρησης εξαρτάται από τη θέση του όγκου και από το ποσό μέρος του στομάχου έχει προσβληθεί.

Αν η βλάβη δεν εντοπίζεται στην περιοχή όπου ο στόμαχος ενώνεται με τον οισοφάγο και δεν προσβάλει διάχυτα το στομάχι, αφαιρούνται περίπου $\frac{3}{4}$ του κατώτερου τμήματος του στομάχου (ριζική υφολική γαστρεκτομή). Αυτή η θεραπεία παρατείνει την επιβίωση σε σχέση με άλλες χειρουργικές επεμβάσεις.²⁴

Όταν η βλάβη άφορα το καρδιακό στόμιο (κορυφή στομάχου) μπορεί να επιχειρηθεί ίαση με την αφαίρεση σχεδόν όλου του στομάχου και επαρκούς τμήματος του οισοφάγου. Αν η βλάβη αφορά διάχυτα το στομάχι πρέπει να

αφαιρεθεί όλο το στομάχι, μαζί με τουλάχιστον το μείζον και έλασσον επίπλουν, καθώς και οι γύρω λεμφαδένες, ηπατική αρτηρία και η βαλβίδα ανάμεσα στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο (πυλωρός).²⁴

✓ Πενταετής επιβίωση : Έως 85 %

Στάδιο 2:

Ο καρκίνος περιορίζεται στο στομαχικό τοίχωμα και δεν προσβάλλει γειτονικούς ιστούς. Οι λεμφαδένες πολύ κοντά στον όγκο στην περιοχή γύρω από το στομάχι μπορεί να έχουν προσβληθεί.

Θεραπεία εκλογής: Αυτό το στάδιο είναι μερικές φορές θεραπεύσιμο με χειρουργική επέμβαση. Όπως στο Στάδιο 1, η χειρουργική επέμβαση εξαρτάται από τη θέση και την έκταση του όγκου. Οι επεμβάσεις είναι οι ίδιες όπως για καρκίνους του Σταδίου 1. ²⁴

✓ Πενταετής επιβίωση : 52%

Στάδιο 3:

Ο καρκίνος προσβάλλει τους γειτονικούς ιστούς του στομάχου και η λεμφαδένες πολύ κοντά στον όγκο ή στην περιοχή γύρω από το στόμαχο.

Θεραπεία εκλογής: Ο καρκίνος σε αυτό το στάδιο αντιμετωπίζεται αλλά συνήθως δεν θεραπεύεται. Όλοι οι ασθενείς με εξαιρεσίμους όγκους πρέπει να χειρουργούνται , η ριζική θεραπευτική χειρουργική όμως περιορίζεται σε όσους δεν παρουσιάζουν εκτεταμένη προσβολή λεμφαδένων τη στιγμή της ερευνητικής λαπαροτομίας. Έως 17% των επιλεγμένων ασθενών μπορούν να θεραπευτούν μόνο με χειρουργική επέμβαση, ενώ οι προσβεβλημένοι λεμφαδένες βρίσκονται πολύ κοντά στον όγκο. ²⁴

Η γενική επιβίωση είναι φτωχή είτε με μειωμένη θεραπεία είτε με συνδυασμένες θεραπείες. Έτσι όλοι οι πρόσφατα διαγνωσμένοι ασθενείς με καρκίνο Σταδίου 3 θα έπρεπε να θεωρούνται υποψήφιο για κλινικές μελέτες με νέα ειδή θεραπείας. ²⁴

✓ Πενταετής επιβίωση : 17%

Στάδιο 4:

Ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί στους γειτονικούς ιστούς και στους λεμφαδένες της περιοχής κοντά στο στομάχι ,ή έχει εξαπλωθεί σε μακρινά σημεία συνήθως στο ήπαρ ή σε άλλα όργανα.

Θεραπεία εκλογής: Επειδή η επιβίωση είναι τόσο φτωχή με όλες τις διαθέσιμες μεμονωμένες η συνδυασμένες μεθόδους αντιμετώπισης , καμιά τους δεν μπορεί να θεωρηθεί μέθοδος εκλογής. Παρηγορητική χειρουργική επέμβαση , συνδυασμένη χημειοθεραπεία και περιστασιακή ακτινοθεραπεία είναι οι υπάρχουσες επιλογές.²⁴

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

Όταν ο όγκος είναι τόσο μεγάλος ώστε να αποφράσσει την είσοδο από τον οισοφάγο στο στόμαχο , μπορούμε να περάσουμε ένα γαστροσκόπιο μέσω του οισοφάγου και να δημιουργήσουμε προσωρινή οπή χρησιμοποιώντας ακτίνες λέιζερ ή ηλεκτρική διαθερμία. Μέσω της οπής εισάγεται ένας πλαστικός σωλήνας για κατάποση. ²⁴

✓ Πενταετής επιβίωση : Λιγότερο από 5 %

6.3.Ακτινοθεραπεία:

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στην θεραπεία έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κύτταρων χωρίς την πρόκληση βλάβης ασυμβίβαστης με την ζωή στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως. ³

Ο ρόλος της ακτινοθεραπείας του καρκίνου του στομάχου είναι σήμερα περιορισμένος. Ο πιο ουσιαστικός της ρόλος είναι μετά την εγχείρηση για την αποστείρωση της περιοχής . Έχει βεβαίως αναφερθεί και Διεγχειρητική ή Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία, αλλά με αμφισβητούμενα αποτελέσματα. Δεν

πρέπει να παραληφθεί η αξία της ακτινοθεραπείας ως παρηγορητικής αγωγής στην εκτεταμένη νόσο.¹⁸

Μελέτες αναφέρουν ότι το αδενοκαρκίνωμα του στομάχου ανταποκρίνεται σε κάποιο βαθμό στην ακτινοθεραπεία. Ο Takashi συνέκρινε ασθενείς που είχαν ανεγχείρητους όγκους ή είχαν υποβληθεί σε παρηγορητική εξαίρεση και υποβλήθηκαν στην συνέχεια σε μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία. Η μέση επιβίωση για την ακτινοβοληθείσα ομάδα ήταν 9-10 μήνες μεγαλύτερη με 74% (32 στους 43) για τον πρώτο χρόνο και 27% (12 στους 43) για επιβίωση 2,5 ετών. Οι Abe et al θεράπευαν 3 στους 10 ασθενείς στους όποιους είχε γίνει ατελής χειρουργική εξαίρεση με ενδοχειρουργική ακτινοθεραπεία. Ο Akasawa ανέφερε μείωση κατά 50% του μεγέθους του όγκου σε 60% των ασθενών και ολική υποχώρηση σε 10% από τους 40 ασθενείς μόνο με ακτινοθεραπεία. Στην προσπάθεια βελτιώσεως των πτωχών αποτελεσμάτων έχουν γίνει προσπάθειες συνδυασμού ακτινοθεραπείας με χημειοθεραπεία. Οι περισσότερες αναφορές στο συνδυασμό ακτινοθεραπείας και χημικοθεραπείας αφορούν ασθενείς με υπολειπόμενη ή ανεγχείρητη νόσο και δείχνουν να υπερτερεί ο συνδυασμός έναντι των μονήρων θεραπευτικών μεθόδων.¹⁸

6.4.Χημειοθεραπεία:

Τα χημικοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά κύτταρα όμως επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος.

Ένα χημιοθεραπευτικό φάρμακο είναι το κυτταροτοξικό , δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Τα κακοήθη κύτταρα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά , επηρεάζονται περισσότερο από τα χημιοθεραπευτικά φάρμακα. Τα φυσιολογικά κύτταρα ιστών, όπως ο μυελός των οστών που είναι πολύ δραστήρια είναι ιδιαίτερα ευπαθή στα φάρμακα αυτά. Είναι δε πολύ δύσκολο να βρεθεί το όριο της δόσης του φάρμακου, που θα

καταστρέψει μεν τα παθολογικά κύτταρα, δεν θα επηρεάσει όμως τα φυσιολογικά όπως ο μυελός των οστών.³

Τα αποτελέσματα της σε σύγκριση με τα αποτελέσματα της σε καρκινώματα των άλλων περιοχών του γαστρεντερικού συστήματος είναι ανωτέρα. Από τα πιο συχνά σε χρήση σχήματα είναι το FAM δηλαδή συνδυασμός 5- FU, αδριαμυκίνης και μιτομυκίνης C. Σε μια σειρά ,αντικειμενική υποχώρηση παρατηρήθηκε στο 20% των περιπτώσεων περίπου. Άλλο σχήμα που έχει δώσει ικανοποιητικά σχετικά αποτελέσματα περιλαμβάνει αδριαμυκίνη ,μιτομυκίνη και Ftorafur, φθοριωμένη πυριμιδίνη που εισήχθη στην πρώτη Σοβιετική Ένωση. Η χημειοθεραπεία για πόλους πρέπει να ακολουθη την εγχείρηση εφόσον με αυτήν βρέθηκαν διηθημένη αδένες. Η 5 ετης επιβίωση των χειρουργημένων παρά τις χειρουργικές προόδους παραμένει στα 13% όση. Στους ασθενείς στους οποίους δεν βρίσκονται διηθημένοι αδένες κατά την εγχείρηση η 5 ετής επιβίωση φτάνει τα 50 %.²⁶

6.5.Επιπλοκές της Ακτινοθεραπείας:

Παρά τις βελτιώσεις των ακτινοθεραπευτικών πηγών και τεχνικών, που εφαρμόζονται δεν αποφεύγεται η βλάβη υγιών ιστών και κυττάρων.³

Η έκταση που τα κύτταρα και οι ιστοί καταστρέφονται από την ακτινοβολία εξαρτάται από τους πιο κάτω παράγοντες :

1. Ένταση της δόσης που έχει οριστεί. Ο άρρωστος που παίρνει μεγάλη δόση ακτινοβολίας έχει περισσότερες πιθανότητες καταστροφής υγιών κυττάρων και ιστών σε σύγκριση με όσους παίρνουν μικρή δόση.³
2. Έκταση του σώματος που δέχεται την ακτινοβολία. Όταν ακτινοβολείται μεγάλη έκταση του σώματος δημιουργούνται περισσότερες βλάβες από την περίπτωση που ακτινοβολείται μικρή έκταση.³
3. Ακτινοευαισθησία των κυττάρων. Κύτταρα που διαιρούνται με μεγάλη ταχύτητα και παρουσιάζουν μικρή διαφοροποίηση καταστρέφονται πιο εύκολα με την ακτινοβολία συγκριτικά με τα κύτταρα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά αυτά.³
4. Ατομικές διαφορές. Μερικά άτομα κληρονομούν μεγαλύτερη ευαισθησία στην ακτινοβολία από άλλα.³

Διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες επιπλοκές :

Πρώιμες επιπλοκές :

➤ **Ακτινοδερματίτιδα:** Είναι τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Ο βαθμός του ερεθισμού και της νέκρωσης του δέρματος εξαρτάται από το είδος , τη δόση της ακτινοβολίας που εφαρμόζεται και την ακτινοευαισθησία του δέρματος.

Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

∅ **Ερυθματώδης:** Εμφανίζεται την 1^η έως 3^η εβδομάδα και διαρκεί μερικές εβδομάδες. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα , ξηραίνεται, γίνεται στεγνό και μπορεί να παρουσιάσει ρωγμές . Είναι η πιο συχνή μορφή ακτινοδερματίτιδας .

∅ **Φυσαλιδώδης:** Παρατηρείται μετά από έκθεση σε μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και παρουσιάζεται την 1^η και 2^η εβδομάδα.

∅ **Εσχαροποιητική:** Εμφανίζεται αμέσως μετά την έκθεση στην ακτινοβολία , με επώδυνη ερυθρότητα- οίδημα δέρματος – φυσαλίδες οι οποίες σπάζουν και παρουσιάζονται βαθιές εξελκώσεις.

➤ Σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί κατά την Ακτινοθεραπεία ατροφία ή συρρίκνωση του δέρματος.³

➤ Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων, των πολυμορφοπύρηνων, των ερυθρών αιμοσφαιρίων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.³

➤ Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται και ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαρροϊκού συνδρόμου.³

Όψιμες ανεπιθύμητες επιπλοκές :

Αυτές είναι υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.³

➤ Καρκίνος δέρματος , πνευμόνων και οστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.³

➤ Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).³

➤ Αλωπεκία (πτώση μαλλιών της κεφαλής). Η ακτινοβολία επηρεάζει τα επιθηλιακά κύτταρα και τους θυλάκους των τριχών. Οι θύλακες του τριχωτού της κεφαλής είναι πιο ευαίσθητοι στην ακτινοβολία από τους θύλακες των τριχών των άλλων περιοχών του σώματος. Τα μαλιά εμφανίζονται ξανά μετά τη διακοπή της ακτινοβολίας , αλλά μεγαλώνουν πολύ αργά και είναι πολύ λεπτά.³

➤ Νέφρωση , αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη), λευχαιμία βράχυνση του χρόνου ζωής κ.α. ³

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- ✓ Γενική καταβολή δυνάμεων.
- ✓ Ναυτία – εμέτους.
- ✓ Ανορεξία.
- ✓ Απώλεια βάρους.
- ✓ Πυρετική δεκαδική κίνηση.

Αν και τα ενοχλήματα αυτά θορυβούν τον άρρωστο είναι παροδικά και διαρκούν λίγες μέρες ή εβδομάδες. ³

6.6.Επιπλοκές Χημειοθεραπείας :

Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στο βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα , στις ωθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Αλκυλιούντες παράγοντες: Αυτά διαταράσσουν την πρωτεϊνική σύνθεση και άλλες μεταβολικές εξεργασίες του κυττάρου και κυρίως διαστρέφουν τη λειτουργία νουκλεϊνικών οξέων. Σταματούν τον κυτταρικό κύκλο κυρίως στην προμιτωτική φάση.³
2. Αντιμεταβολίτες: Αυτοί μοιάζουν δομικά με τους μεταβολίτες (ουσίες απαραίτητες για τη βιοσύνθεση των νουκλεϊνικών οξέων). Υποκαθιστούν τις ουσίες αυτές, προσροφούνται από τα ενζυμα και παρεμποδίζουν τη δράση τους. Δρουν στη φάση S του κυττάρου που γίνεται η σύνθεση του DNA.³
3. Αναστολείς της κυτταρικής μίτωσης (παρεμποδίζουν τη σύνθεση DNA-RNA και , επομένως , τον πολλαπλασιασμό των κύτταρων). Τα φάρμακα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή (ορισμένα αλκαλειδή, αντιβιοτικά) αναστέλλουν την εξέλιξη της μίτωσης των κυττάρων.³

Τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων.:

- Καταστολή του μυελού των οστών.
 - Λευκοπενία
 - Θρομβοπενία
 - Αναιμία
- Γαστρεντερικές διαταραχές. Εκδηλώνονται με:
 - Διάρροια / σύσπαση κοιλιακών μυών.
 - Στοματίτιδα – Έλκη (πληγές) του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.
- Νευροτοξικότητα.
- Ωτοτοξικότητα (τοξική βλάβη των αυτιών)
- Ηπατοτοξικότητα
- Νεφροτοξικότητα

- ➡ Ανοσοκατασταλτική επίδραση
- ➡ Διαφοροποιήσεις των ανδοκρινών αδένων
- ➡ Αλωπεκία (πτώση μαλλιών)
- ➡ Αλλαγές στο δέρμα ³

6.7.Μετεγχειρητικές Επιπλοκές:

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές συχνά προλαμβάνονται όταν η προεγχειρητική αγωγή προετοιμάσει κατάλληλα τον άρρωστο για το χειρουργείο, κι έτσι βελτιώνεται η μετεγχειρητική του φροντίδα. Γι' αυτό και η συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών έχει επηρεασθεί σήμερα. Οι πιο σοβαρές επιπλοκές είναι η αιμορραγία, το χειρουργικό σοκ, οι αναπνευστικές διαταραχές, η θρόμβωση και η εμβολή, η διαπύηση του τραύματος, η ρήξη του τραύματος και η εκσπλάχνιση.²⁷

▼ **Αιμορραγία:** Η μετεγχειρητική αιμορραγία τις περισσότερες φορές συμβαίνει αφού έχει μεταφερθεί ο άρρωστος στο κρεβάτι του. Αιμορραγία συμβαίνει και κατά τη διάρκεια της επέμβασης, οπότε υπολογίζεται το απολεσθέν αίμα από τον χειρουργό και εάν είναι αρκετή ποσότητα γίνεται μετάγγιση αίματος στον άρρωστο. Δευτεροπαθής η" μετεγχειρητική αιμορραγία μπορεί να συμβεί από χαλάρωση ενός απολινωθέντος αγγείου ή από ένα αγγείο που δεν έχει απολινωθεί. Είναι δυνατόν η αιμορραγία να είναι τριχοειδής, φλεβική, αρτηριακή, ακόμα εσωτερική και εξωτερική. Όποιας μορφής κι αν είναι η αιμορραγία θέλει άμεση αντιμετώπιση, η οποία συνίσταται από τον έλεγχο, πιο αγγείο αιμορραγεί για να σταματήσει και να αποκατασταθεί ο όγκος του αίματος, με μετάγγιση που αντικαθιστά το απολεσθέν αίμα. Όταν η αιμορραγία είναι εσωτερική ο άρρωστος οδηγείται ξανά στο χειρουργείο, και το τραύμα πρέπει να ανοιχθεί εκ νέου. Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας τα πιθανά συμπτώματα της εσωτερικής αιμορραγίας μπορεί να την προσδιορίσει πολύ νωρίς, πράγμα που σημαίνει ταχύτερη αντιμετώπιση, πρόληψη καταστροφής των κυττάρων ή ενός οργάνου και ακόμα πρόληψη της απώλειας της ίδιας της ζωής του αρρώστου (θάνατος).²⁷

Συμπτώματα αιμορραγίας:

- Ανησυχία
- Άγχος
- Δέρμα ωχρο, ψυχρό με κρύες εφιδρώσεις
- Σφυγμός λεπτός κυματοειδής
- Θερμοκρασία είναι σε υποθερμία
- Διψά
- Πτώση αρτηριακής πίεσης

Κατά την εξωτερική αιμορραγία η εκροή του τραύματος εξωτερικά μοιάζει αιματηρά, ή το χρώμα του εμετού, των ούρων, είναι κόκκινο, καθώς επίσης και η από τους πνεύμονες έκκριση αιματηρά (αιμόπτυση).²⁷

Ο άρρωστος που παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα πρέπει στενά να παρακολουθείται, μήπως εμφανίσει αιμορραγία εξωτερική ή από τα διάφορα φυσικά στόμια του σώματος. Το κεφάλι πρέπει να μείνει χαμηλότερα του άλλου κορμού, σε περίπτωση αιμορραγίας ο άρρωστος πρέπει να μείνει ήσυχος και ήρεμος, εάν χρειαστεί θα του δοθεί ηρεμιστικό και οξυγόνο για την καλύτερη οξυγόνωση των ιστών.²⁷

✓ **Χειρουργικό shock** : Αίτια του χειρουργικού σοκ μπορεί να είναι το τραύμα, η αιμορραγία και η αναισθησία. Ένας αριθμός φυσιολογικών αλλαγών μπορεί να συμβούν οι οποίες χαρακτηρίζουν το σοκ. Ένας ικανός νοσηλευτής με γνώσεις και ευσυνειδησία μπορεί με την παρατηρητικότητα του να αναγνωρίσει τα πρώιμα συμπτώματα του σοκ, τα οποία είναι :²⁷

- η ταχυσφυγμία,
- η ταχύπνοια,
- η ωχρότητα του δέρματος,
- οι ψυχρές εφιδρώσεις και
- η ελάττωση των ούρων (ολιγουρία).

Οξυγόνο πρέπει να δοθεί αμέσως με ρινικό καθετήρα ή με μάσκα οξυγόνου, ώστε να οξυγονωθούν οι πνεύμονες όσο γίνεται καλύτερα. Εάν το σοκ οφείλεται σε αιμορραγία, ο όγκος αίματος πρέπει να αποκατασταθεί, δίνοντας

μετάγγιση αίματος ή πλάσματος ή και σακχαρούχους ορούς. Ο κορμός του αρρώστου πρέπει να παραμείνει σε ύπτια θέση και τα κάτω άκρα ελαφρώς σε ανάρροπο.

Τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πρέπει να ελέγχονται και να καταγράφονται συχνά. Σε ειδικές περιπτώσεις ίσως ο θεράπων ιατρός συστήσει να χορηγηθούν αγγειοδιασταλτικά ή αγγειοσυσταλτικά φάρμακα, εξαρτάται από το επιθυμούμενο αποτέλεσμα. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει ταραχώδεις και σπασμωδικές κινήσεις που διασαλεύουν την ασφάλεια του αρρώστου, αλλά με το σύνολο των ενεργειών του και της συμπεριφοράς του να ενισχύει το ηθικό του αρρώστου, το οποίο βοηθιέται με την παραμονή του κοντά του, τουλάχιστον μέχρι να σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία.²⁷

∨ Αναπνευστικές διαταραχές : Πολλές μετεγχειρητικές αναπνευστικές επιπλοκές μπορεί να προληφθούν με προσεκτική μετεγχειρητική φροντίδα. Οι άρρωστοι που έχουν προεγχειρητικά ιστορικό με αναπνευστικά προβλήματα είναι πιο επιρρεπείς για πιθανές επιπλοκές. Οτιδήποτε σύμπτωμα πέσει στην αντίληψη του νοσηλευτή προεγχειρητικά, το οποίο δηλώνει αναπνευστική δυσκολία π.χ. βήχας, περιοδικός σφυγμός, δύσπνοια κ.α. πρέπει να αναφέρονται στον ιατρό. Οι συνηθέστερες μετεγχειρητικές αναπνευστικές επιπλοκές είναι η βρογχοπνευμονία, η βρογχίτιδα, η πνευμονία από στάση, η πλευρίτιδα και η ατελεκτασία. Η ελεύθερη αναπνευστική οδός επιτρέπει στον άρρωστο να αναπνέει βαθιά και να βήχει όταν χρειασθεί για να απομακρύνει τυχόν εκκρίσεις ή πτύελα. Συχνή αλλαγή της θέσης του αρρώστου, ημικαθιστική θέση ή θέση Fowler's ή όσο το δυνατόν νωρίς έγερση, είναι νοσηλευτικά μέσα με τα οποία θα ενισχυθεί ο άρρωστος για να αποφευχθούν αναπνευστικές επιπλοκές.²⁷

∨ Θρόμβωση και εμβολή: Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στον σχηματισμό θρομβώσεως στις φλέβες. Η επιπλοκή αυτή είναι πιο συνηθισμένη στους μεσήλικες, οι οποίοι είναι αναγκασμένοι να μείνουν κλινήρεις. Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν είναι τα τραύματα, η σφικτή επίδεση στο υπογάσριο, η πίεση στις φλέβες, η οποία μπορεί να εξασκηθεί όταν ο άρρωστος είναι στο χειρουργικό τραπέζι, η ελάττωση της αρτηριακής

πίεσης και της αναπνοής κι οποιαδήποτε άλλη κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα να ελαττώσει τη ροή του αίματος στις φλέβες.²

Ο νοσηλευτής είναι από τα βασικότερα πρόσωπα που μπορεί να συμβάλλει στην πρόληψη προεγχειρητικές ασκήσεις, συχνές κινήσεις του αρρώστου στο κρεβάτι, έγκαιρη έγερση, είναι δυνατό να προλάβουν τέτοιες επιπλοκές.²

✓ **Φλεγμονή του τραύματος:** Συνήθως ο σταφυλόκοκκος μπορεί να προκαλέσει επιμόλυνση του τραύματος, και η οποία επιβραδύνει την επούλωσή του. Η άσηπτη διαδικασία των αλλαγών είναι βασική προϋπόθεση πρόληψης. Βασικό ρόλο όμως παίζει και η γενική αντίσταση του οργανισμού.²

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Κεφάλαιο 7

- 7.1. Νοσηλευτική παρέμβαση
- 7.2. Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα
- 7.3. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα
- 7.4. Προεγχειρητική – Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με γαστρονομία.
- 7.5. Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και νοσηλευτική υποστήριξη.
 - 7.5.1. Παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς
 - 7.5.2. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες .
- 7.6. Προεγχειρητική Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με γαστρονομία.

7.1. Νοσηλευτική παρέμβαση:

Πρωταρχική θέση στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς έχει το αναπόφευκτο ερώτημα: «Πρέπει ή δεν πρέπει να ενημερωθεί ο άρρωστος για την φύση και τη σοβαρότητα της πάθησης του; »

Στη λήψη μια τόσης δύσκολης απόφασης όσο αυτή , θα παίξουν ρόλο πολλοί και διάφοροι παράγοντες (π.χ. μορφωτικό επίπεδο) και θα αποφασίσει σε συνεργασία με τους θεράποντες γιατρούς και το στενό οικογενειακό περιβάλλον .¹⁴

Ιδιαίτερης σημασίας είναι το καθήκον που έχει η νοσηλεύτρια ν' αντιμετωπίζει τον ασθενή ακριβώς το ίδιο με τους άλλους πάσχοντες και ν' αποφεύγει κάθε ενεργεία που μπορεί να θεωρηθεί σαν ιδιαίτερη περιποίηση από συμπόνια και οίκτο για κατάσταση του. Ειδικότερα η νοσηλευτική φροντίδα σ' ένα καρκινοπαθή περιλαμβάνει: ¹⁴

✓ Ενίσχυση του διαιτολογίου με γεύματα μεγάλης θερμιδικής αξίας πλούσια σε λευκώματα, έτσι ώστε ν' ανακτήσει και να διατηρήσει τις σωματικές του δυνάμεις που τόσο θα χρειαστεί στο μέλλον.¹⁴

✓ Στη διάρκεια όλων των νοσηλειών να μην εκθέτουμε ποτέ τον άρρωστο στους άλλους αρρώστους.¹⁴

✓ Βοηθάμε τον άρρωστο ν' αναπτύξει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης ότι είναι καλά και μπορεί να περιποιηθεί τον εαυτό του. ¹⁴

✓ Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να σηκώνεται από το κρεβάτι, όταν το επιτρέπει η κατάσταση του.¹⁴

✓ Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε προγράμματα εργασιοθεραπείας που υπάρχουν στο νοσοκομείο έτσι ώστε να ξέχνα τα προβλήματα που δημιουργούνται από την πάθηση του.¹⁴

✓ Σε περίπτωση αλλαγής εμφανής λόγω κάποιας θεραπείας (πέσιμο μαλλιών), που επηρεάζουν την ιδέα που έχει ο άρρωστος για την πάθηση του, η νοσηλεύτρια αποδέχεται και αυτή τις μεταβολές αυτές και προσπαθεί να τον συμβιβάσει με τις ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Η διαδικασία αυτή αποδοχής της νέας εμφάνισης του παίρνει αρκετό χρόνο, τόσο για τον ίδιο άρρωστο, όσο και για τους γνωστούς του.¹⁴

7.2. Νοσηλευτική παρεμβάση κατά την χημειοθεραπεία:

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.

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.³¹

7.3. 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

□ **Ώψιμες** : 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 αφιερώνει 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 κυτάρων. 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.³¹

7.4. Προεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα:

Προετοιμασία την προηγούμενη μέρα:

Η προετοιμασία του αρρώστου το απόγευμα της προηγούμενης μέρας περιλαμβάνει:

- Ετοιμασία του δέρματος
- Ετοιμασία της γαστρεντερικής οδού και
- Ετοιμασία για αναισθησία και προαγωγή ανάπαυσης και ύπνου.

Αν στην προετοιμασία του δέρματος περιλαμβάνεται η αποτρίχωση, εξηγείται στον άρρωστο η διαδικασία. Μετά την ετοιμασία του δέρματος, ο νοσηλευτής τεκμηριώνει τις παρατηρήσεις του για το εγχειρητικό πεδίο ως

μέρος της προεγχειρητικής εκτίμησης. Ειδικά , σημειώνει τυχόν λύση ή σημεία λοιμώξεις.²⁸

Η γαστρεντερική οδός χρειάζεται ειδική προετοιμασία την εσπέρα πριν από την χειρουργική επέμβαση για:

ü Μείωση πιθανότητας εμετού και εισρόφησης καθώς και κενώσεις του έντερου κατά την διάρκεια της αναισθησίας και²⁸

ü Αποφυγή τυχαίας τρώσεις του έντερου κατά τη διάρκεια λαπαροστομίας.²⁸

Αν ο άρρωστος πρόκειται να λάβει γενικό αναισθητικό και η εγχείρηση έχει προγραμματίστε για το πρωί , την εσπέρα της προηγούμενης χορηγείται ελαφρά δίαιτα και αποφεύγεται η από του στόματος λήψη στερεάς τροφής για οκτώ ως δέκα ώρες πριν από την εγχείρηση . Τα υγρά χορηγούνται ελευθέρα μέχρι τέσσερις ώρες πριν από την επέμβαση .²⁸

Για την καλύτερα κένωση του έντερου , σε περιπτώσεις επέμβασης στη γαστρεντερική οδό , γίνεται ένας χλιαρός καθαρτικός υποκλυσμός την εσπέρα πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Για την κένωση του περιεχομένου του στομάχου και του λεπτού έντερου , μπορεί να εφαρμοστεί γαστρεντερικός σωλήνας την εσπέρα της προηγούμενης ή το πρωί της επέμβασης.⁴⁰

Την νύχτα επιδιώκεται εξασφάλιση ήσυχου ύπνου , με χορήγηση ηρεμιστικών , σύμφωνα με την ιατρική οδηγία . Το ηρεμιστικό χορηγείται με ζεστό πώμα και ο νοσηλευτής προστατεύει τον άρρωστο από κάθε παράγοντα που μπορεί να του διαταράξει τον υπνο.²⁸

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις την μέρα του χειρουργείου:

Το πρωινό της μέρας του χειρουργείου , ο νοσηλευτής συμπληρώνει την προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου. Ρώτα τον άρρωστο αν έχει κάποια απορία ή αν τον απασχολεί κάτι , συνεχίζει να τον παρατηρεί για σημεία άγχους και ενημερώνει αυτόν και τους συγγενείς του για οποιαδήποτε καθυστέρηση της χειρουργικής επέμβασης.²⁸

Για την ασφάλεια του αρρώστου κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης, ο νοσηλευτής, πριν από τη μεταφορά του στο χειρουργείο:

- Καταγράφει τα ζωτικά του σημεία. Εξαιτίας άγχους αναμένεται κάποια αύξηση στην αρτηριακή πίεση και στη συχνότητα του σφυγμού. Μεγάλες , ωστόσο, διαφορές από τις βασικές τιμές πρέπει να αναφέρονται στο χειρουργείο.
- Ελέγχει την ταινία αναγνώρισης για να βεβαιωθεί ότι είναι ευανάγνωστη ακριβής και καλά στερεωμένη.
- Επισκοπεί το εγχειρητικό πεδίο για ολοκλήρωση της προετοιμασίας του.
- Ελέγχει και φέρνει σε πέρας οποιαδήποτε ειδική οδηγία, όπως εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα ή έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής.
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης. Μετρά και καταγράφει την ώρα και το ποσό των ούρων.
- Αφαιρεί , καταγραφή και παραδίδει για φύλαξη δακτυλίδια και αλλά κοσμήματα του αρρώστου, εκτός της βέρας, που μπορεί να παραμείνει αφού καλυφθεί με λευκοπλάστη.
- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες και τεχνητά μελή . Αν ο άρρωστος χρησιμοποιεί ακουστικό, ειδοποιεί το νοσηλευτή του χειρουργείου και το αφήνει στη θέση του, ώστε να είναι δυνατή η επικοινωνία του αρρώστου μ τη χειρουργική ομάδα.
- Αφαιρεί το χρώμα από βαμμένα νύχια , για να είναι δυνατός ο έλεγχος για κυάνωση στο χειρουργείο και μετά την επέμβαση.

- Βοηθά τον άρρωστο να φορέσει τα ειδικά ρούχα για το χειρουργείο.
- Χορηγεί τα προαναισθητικά φάρμακα στη σωστή ώρα.²⁸

7.5. Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα :

Αρχίζει από το τέλος της επέμβασης και τελειώνει με την έξοδο του αρρώστου και την πλήρη αποκατάσταση του. Έχει σκοπό:

- § Την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο
- § Τη διαπίστωση και αντιμετώπιση των αναγκών του
- § Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών
- § Πρόληψη περαιτέρω βλαβών (κατακλίσεις, παραμορφώσεις)
- § Βοήθεια ανεξαρτητοποίησης αρρώστου και ανάκτηση δυνάμεων²⁹

7.5.1. Παραλαβή χειρουργημένου ασθενούς:

Επιστρέφοντας ο άρρωστος από το χειρουργείο , ο νοσηλευτής φροντίζει τα εξής:

- 4 Βοήθα στην μεταφορά του αρρώστου από το φορείο στο κρεβάτι με ήπιες και συγχρονισμένες κινήσεις.
- 4 Ο άρρωστος τοποθετείτε σε κατάλληλη θέση μέχρι να ανανήψει.
- 4 Τον σκεπάζει για να μην κρυώνει.
- 4 Τοποθετεί τις παροχέτευσης, ελέγχονται οι συνδέσεις τους και η κανονική τους ροή.
- 4 Συνδέει τη συσκευή οξυγόνου – εάν χρειάζεται
- 4 Ελέγχει τα ζωτικά σημεία για την εκτίμηση της γενικής καταστάσεις (δηλαδή αν έχουμε πτώση ΑΠ και αύξηση ΣΦ έχουμε πιθανών αιμοραγεία)
- 4 Ελέγχει το τραύμα μήπως αιμορραγεί. (Αν δει κάτι , περιχαράκωνει το σημείο με μαρκαδόρο).
- 4 Παρακολουθεί για τυχόν μετεγχειρητικές επιπλοκές
- 4 Μέχρι την πλήρη ανάνηψη του ασθενούς, λαμβάνει ζωτικά σημεία ανά ώρα.

4 Ελέγχει το επίπεδο συνειδήσεις και κινήσεις των κάτω ακρών που αφορούν την νευρολογική κατάσταση του αρρώστου.

4 Τον ανακουφίζει από τον πόνο και δυσφορία.

4 Εκτιμά την λειτουργία των νεφρών : ποσό ούρων, μέτρηση και αναγραφή σε ειδικό πινάκα προσλαμβανόμενων αποβαλλόμενων υγρών. (Αν έχει καθετήρα κύστεως ελέγχει την θέση και λειτουργία του)

4 Παρακολουθεί την ενδοφλέβια έγχυση, τύπο διαλύματος, ποσότητα, ρυθμό ροής, σημείο φλεβοκέντησης, προβλέπει την έγκαιρη αντικατάσταση της φιάλης του ορού.

4 Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας και σημειώνει:

ü Ώρα επιστροφής αρρώστου από το χειρουργείο

ü Ζωτικά σημεία και γενική κατάσταση

ü Ενδοφλέβια έγχυση ορού , μετάγγιση ή άλλου διαλύματος

ü Αν παίρνει οξυγόνο ή κάτι άλλο

Στο τέλος υπογράφει νοσηλεύτριας –(τη) ²⁹

7.5.2. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες :

I Πόνος: είναι μια από τις πιο πρώιμες μετεγχειρητικές δυσχέρειες. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να ξεκινά από το δέρμα , τους μυς, τους τένοντες, τα οστά, το περιτόναιο ή τα σπλάγχνα. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα (τομή, απαγωγή, συρραφή ιστών) , γι' αυτό χορηγούμε ,με ιατρική οδηγία, μορφίνη ή παρόμοια ναρκωτικά. Ο συχνότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά από 48 ώρες. Όταν ο άρρωστος πονά ο νοσηλευτής οφείλει:²⁸

- Να εντοπίζει τον πόνο
- Να διαπιστώνει αν είναι συνεχής αμβλύς ή οξύς.
- Να διαπιστώνει αν ακτινοβολεί και προς τα πού , αν έχει σχέση με την αναπνοή ,αν επιδεινώνεται την νύκτα
- Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και αναισθησιολόγο.

Το αίσθημα του πόνου σε εγχειρήσεις της κοιλιάς και του θώρακα γίνεται ισχυρότερο με τον έμετο, τον βήχα και τις αναπνευστικές κινήσεις. Έξαλλου ,

η υπολειμματική δράση των μεσών αναισθησίας εξαρτάται από το βαθμό διαλυτότητας τους στο αίμα , διηθήσεις τους στους ιστούς και απέκκρισης τους στο οργανισμό.²⁸

I Έμετος :Μετεγχειρητικά ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ναυτία και εμετούς . Αιτίες είναι η συλλογή υγρών στο στομάχι ή λήψη από το στόμα υγρών ή τροφής πριν από την αποκατάσταση της περίστασης του γαστρεντερικού σωλήνα .

Αν η φύση της χειρουργικής επέμβασης είναι τέτοια που μπορεί να είναι αναπόφευκτος ο έμετος , προεγχειρητικά εφαρμόζεται στον άρρωστο ρινογαστρικός σωλήνας που λειτουργεί κατά την διάρκεια της εγχείρησης και μετά από αυτή.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι η πρόληψη εισρόφησης του εμετού.²⁸

I Ανησυχία-Δυσφορία: Αιτίες που δημιουργούν και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι έξιεις:

- ü Βρεγμένο επιδερμικό υλικό του τραύματος
- ü Επίσχεση ούρων
- ü Μετεωρισμός λόξυγκας
- ü Αϋπνία

Ο νοσηλευτής οφείλει να μείωση τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου , του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και τον αυχένα, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα. Του δίνει ζεστό γάλα ή κακάο, αν αυτό το βοηθά να κοιμηθεί. ²⁸

I Δίψα: Οφείλεται στην αναστολή των εκκρίσεων μετά την ένεση ατροπίνης προεγχειρητικά. Ακόμα , οφείλεται στην απώλεια μεγάλης ποσότητας υγρών κατά την διάρκεια της εγχείρησης .

Σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στη διάλυση της βλέννας του στόματος. Ακόμα ,μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης, σε

αναλογία 1:1. Γάζα υγρή , που τοποθετείται στο στόμα , βοηθά στην εφύγραση του εισπνεόμενου αέρα. Η μάσηση σκληρών καραμελών, μαστίχας ή κεριού, προάγει την έκκριση του σίελου και διατηρεί το στόμα υγρό.²⁸

I Διάταση του έντερου: Αποτελεί συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο τραυματισμός των κοιλιακών οργάνων καταργεί την περίσταση για 24- 48 ώρες. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και το έντερο και προκαλούν διάταση . Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλυσμός , ενώ ακόμα βοηθά η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Η δυσχέρεια αυτή μπορεί να προληφθεί με ρινογαστρικό σωλήνα.²⁸

I Διάταση κύστης: Η κατακράτηση ουρών μπορεί να παρατηρηθεί μετά από κάθε επέμβαση.

I Δυσκοιλιότητα: Αιτία μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας είναι:

- ü Ερεθισμός ή τραυματισμός του έντερου κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.
- ü Τοπική φλεγμονή
- ü Περιτονίτιδα
- ü Τοπικό απόστημα.²⁸

7.6. Προεγχειρητική Μετεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή με γαστροστομία:

Είναι το άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομαχιού. Γίνεται με σκοπό τη διατροφή του αρρώστου , όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από αυτό το επίπεδο.

Προεγχειρητική φροντίδα .Αύτη περιλαμβάνει :

1. Εξήγηση του σκοπού της επέμβασης.
2. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών ανάλογα με τις ανάγκες του αρρώστου σε νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικές ουσίες .
3. Ψυχολογική υποστήριξη και βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού του ειδώλου και το νέο τρόπο σίτισης του.

✓ Χειρουργική επέμβαση. 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 Foley. Το περιφερικό άκρο του καθετήρα φέρεται έξω από την τομή , στερεώνεται και κλείνεται ο αυλός του.

Μετεγχειρητική φροντίδα: Αυτή περιλαμβάνει :

1. Συνέχιση της ψυχολογικής υποστήριξης ανάλογα με τις αντιδράσεις του αρρώστου.³⁰
2. 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 300 ml, αν τα ανέχεται ο άρρωστος.³⁰

3. Χορήγηση από το σωλήνα τροφής σε ημίρρευστη μορφή. Το μίγμα που συνήθως χορηγείται αποτελείται από:³⁰

- Γάλα 300 ml
- Κρεμά 280 ml
- Αυγά 6
- Ζάχαρη 6 κουταλιές
- Λαδί 2 κουταλιές

Και περιέχει 2.504 θερμίδες Το μίγμα αυτό διαιρείται σε 4 ημερήσια και 3 νυχτερινά γεύματα.³⁰

4.Χορήγηση 50 ml χλιαρού νερού για πλύσιμο του αυλού του σωλήνα μετά από κάθε γεύμα.³⁰

5. Χορήγηση 50 ml νερού για κάθε 2 ώρες.³⁰
6. Αναγραφή , σε δελτίο προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών , της ποσότητας της τροφής και του νερού που χορηγούνται στον άρρωστο.³⁰
7. Αφαίρεση του σωλήνα μετά 5-6 ημέρες και εισαγωγή νέου, που εισάγεται αφού έχει επαλειφθεί με βαζελίνη. Στερέωση του κοιλιακού τοίχου με λευκοπλάστη, ο οποίος προηγούμενα περιβάλλει τον καθετήρα.³⁰
8. Στη συνέχεια αλλαγή του σωλήνα κάθε 2-3 ημέρες.³⁰
9. Διδασκαλία αρρώστου για τεχνική αλλαγής του σωλήνα , τον τρόπο σίτισης και το είδος, την ποσότητα και την παρασκευή της τροφής που παίρνει.³⁰
10. Πληροφόρηση του αρρώστου για έτοιμα μίγματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο (παιδικές τροφές)³⁰
11. Φροντίδα περιστομιακού δέρματος. Καθημερινή αλλαγή γαζών και επάλειψη του με παστά τσίγκου (υπεροξειδίου του ψευδαργύρου) ή βαζελίνη.³⁰
12. Μετά μερικές εβδομάδες, ο σωλήνας εισάγεται μόνο για σίτιση. Το στόμιο κλείνεται με γεμιστή γάζα που συγκρατείται με λευκοπλάστη .³⁰

Κεφάλαιο 8:

8.1.Ο ρόλος της/του Νοσηλεύτριας/τη στην αποκατάσταση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνων .

8.2. Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και νοσηλευτική υποστήριξη.

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

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

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

Ο στόχος της Νοσηλευτικής αποβλέπει στην παροχή ανθρωπιστικής φροντίδας στον καρκινοπαθή ασθενή και την οικογένειά του, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τη θεραπεία, ώστε να μπορέσει ο άρρωστος να συμμετέχει ικανοποιητικά στις δραστηριότητες της ζωής. Σήμερα η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, σωματική και ψυχοκοινωνική, θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα της όλης θεραπευτικής προσπάθειας και αρχίζει από τη στιγμή που είναι γνωστή η διάγνωση της νόσου.³³

Διεργασία αποκατάστασης

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

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και της οικογενείας του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο ή όταν προκύψει ανάγκη και ενωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και αναστολή της εξέλιξης της νόσου. Η πληροφόρηση είναι ο καταλύτης στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Κατά τη διάγνωση και εργαστηριακή διερεύνηση ο ασθενής μπορεί να βοηθηθεί με τη σωστή πληροφόρησή του, σχετικά με τα αποτελέσματα των κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, το πρόγραμμα θεραπείας καθώς και τα διάφορα στάδια θεραπείας του και τη δυνατότητα αποκατάστασης. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να κρατήσει στάση επικοινωνίας, κατανόησης και συνεργασίας με τον άρρωστο. Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου και να διευκρινίσει με σαφήνεια πιθανές απορίες του.³⁵

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

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

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τους ασθενείς να πετύχουν ικανοποιητική προσαρμοστικότητα στη νόσο:

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

5. Εφαρμογή στρατηγικών που συμβάλλουν στην αναστολή της κρίσης.³³

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

Ποιότητα ζωής είναι μια κατάσταση ευεξίας που περιλαμβάνει: την ικανότητα του ασθενούς να εκπληρώνει τις καθημερινές του δραστηριότητες, γεγονός που δηλώνει φυσική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, και την ικανοποίησή του ως προς τα επίπεδα λειτουργικότητάς του και ως προς την αίσθηση του ελέγχου του για την ασθένεια και/ή τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί.³²

8.1.1.Νοσηλευτικοί στόχοι του προγράμματος αποκατάστασης:

- **Η Δημιουργία - Ενίσχυση και Διαφύλαξη Διαπροσωπικού Κλίματος:** Η νοσηλευτική είναι διαπροσωπικό έργο. Επιστήμη και Τέχνη του διαλόγου. Όχι μόνο η ακρόαση και η ομιλία, αλλά και η σιωπή, η συμπεριφορά, οι μορφασμοί, η βλεμματική επαφή, η σωματική φροντίδα, αποτελούν μορφές επικοινωνίας, που αν αξιοποιηθούν, επιτυγχάνεται η δημιουργία άνετου διαπροσωπικού κλίματος, όπου ο Νοσηλευτής είναι ικανός να γεφυρώνει αποστάσεις επικοινωνίας, να επιλέγει τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για διδασκαλία, να φέρνει τον άρρωστο σε επαφή με αναγνωρισμένα σωματεία ομοιοπαθών, που μπορούν να του μεταβιβάσουν

«καταλαβαίνω πώς αισθάνεσαι, βρέθηκα κι εγώ στη θέση σου και το ξεπέρασα», να προάγει την ανεξαρτησία του, να ενισχύει την ελπίδα του για ζωή.³⁴

- **Οι Νοσηλευτές Ενισχύουν την Αυτοεκτίμηση του αρρώστου,** όταν επαινούν την αυτοφροντίδα, όταν ακούνε τον άρρωστο, όταν αποδέχονται τις αντιδράσεις του, όταν αναγνωρίζουν και σέβονται τα συναισθήματά του, και του δημιουργούν ευκαιρίες για να ρωτά και να λύνει τις απορίες του. Το σπουδαιότερο είναι η ύπαρξη συναισθηματικού τόνου σε κάθε παρεχόμενη Νοσηλεία γιατί μεταβιβάζει προστασία, θαλπωρή, στοργή, γαλήνη, φροντίδα, συμμετοχή.
- **Η Προαγωγή της Αποτελεσματικότητας των Ικανοτήτων και Δυνατοτήτων του αρρώστου** επιτυγχάνεται όταν βοηθούμε τον άρρωστο για να γίνει ικανός για ρεαλιστική αντιμετώπιση της κατάστασής του, να θεωρεί τον εαυτό του ικανό να τα αντιμετωπίσει και ν' αναγνωρίζει την πρόοδο, να μπορεί να μοιράζεται τα συναισθήματά του και να ζητά βοήθεια.
- **Ανακούφιση του Πόνου.** Ο πόνος αποτελεί το σοβαρότερο πρόβλημα για το 70% των αρρώστων με καρκίνο, ποσοστό που επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου και την εντόπιση του όγκου, ενώ υπολογίζεται ότι το 25% πεθαίνει χωρίς ικανοποιητική ανακούφισή του. Κάθε Νοσηλευτής οφείλει να συμμετέχει υπεύθυνα στην ομάδα πόνου που αποτελεί τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης πόνου. Αρχικά αξιολογεί τον πόνο, έργο που απαιτεί συστηματική προσπάθεια για τη συλλογή όλων των στοιχείων πληροφοριών που αφορούν τις φυσιολογικές και ψυχικές αντιδράσεις του αρρώστου, τις

εκδηλώσεις συμπεριφοράς. Στη συνέχεια για την κατάστροψη του νοσηλευτικού προγράμματος λαμβάνονται υπ' όψη το αίτιο και οι χαρακτήρες του πόνου, η ηλικία, η ψυχοσωματική κατάσταση του αρρώστου, το προσδόκιμο επιβίωσής του, οι κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες του. Η εφαρμογή του προγράμματος περιλαμβάνει παρεμβάσεις που συμβάλλουν στην πρόληψη και ανακούφιση του πόνου και μπορούν να διακριθούν σε τρεις ομάδες:

- α)** εκείνες που επιδιώκουν την αντιμετώπιση της αιτίας του πόνου,
- β)** εκείνες που επηρεάζουν την αίσθηση και αντίληψη του πόνου και
- γ)** εκείνες που μειώνουν την οδυνηρή εμπειρία της βίωσης πόνου. Η σημαντικότερη Νοσηλευτική παρέμβαση είναι η ίδια η παρουσία μας κοντά στον άρρωστο.³⁴

Υποστήριξη της Οικογένειας του αρρώστου. Η οικογένεια πρέπει να έχει διπλό ρόλο, τόσο σαν αποδέκτης φροντίδας, όσο και σαν συμμετοχος στη φροντίδα του αρρώστου, Η οικογένεια χρειάζεται ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για να κατανοήσει, να κρατήσει και να φροντίσει το αγαπημένο της πρόσωπο στη θαλπωρή του σπιτιού.

- **Εκτίμηση της Αποτελεσματικότητας των Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων.** Ο ρόλος των νοσηλευτών στον τομέα της Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για τον άρρωστο με καρκίνο, όπως φαίνεται σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της Νοσηλευτικής αρθρογραφίας εκτός από παροχή άμεσης φροντίδας είναι ερευνητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ρόλος συντονιστή.

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

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

Η ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αρρώστου με καρκίνο δεν μπορεί να αποκτηθεί μόνο με τη μελέτη βιβλίων Ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά βιώνεται με την ουσιαστική επαφή με τον ίδιο τον άρρωστο.³⁴

Με την εξασφάλιση της αποκατάστασης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών καταφέρνουμε την ψυχοκοινωνική επανένταξη του καρκινοπαθούς στις δραστηριότητες του συνόλου, είτε με επαναφορά στην ίδια πριν από την εκδήλωση της ασθένειας κατάσταση είτε διαμορφώνοντας νέες συνθήκες, λόγω επιπτώσεων νόσου ή και θεραπείας.³²

8.2. Ψυχολογικά προβλήματα του αρρώστου με καρκίνο και νοσηλευτική υποστήριξη.

Το άτομο στο οποίο διαγνωστικέ ο καρκίνος ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από ένα μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό. Η μάχη λοιπόν κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική , οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία προορώ θάνατο, αναπηρία , εγκαταλείπει ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογενείας. Ακόμη και οι συγγενής του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου , ανησυχίες και αγωνιάς. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό ,αίσθημα μοναξιάς ,ντροπής και απογοήτευσης.²

Η οικογένεια , οι φίλοι του δύστυχος συχνά μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές , κι αν δεν γίνουν γνώστες , τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται σε σταδία αβεβαιότητας.²

Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας , όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή . Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στην συμπεριφορά αυτή του αρρώστου , επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθηση του από γιατρό.²

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο θυμός , ο όποιος στρέφεται προς τα μελή της οικογενείας του , τα μελή της ομάδας υγείας κ.α. Εκδηλώνεται κατά τη Ross (1969) , με αντίδραση , απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της συνδιαλλαγής κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα , κυρίως με τον θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της κατάθλιψης. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο

κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε , να του δείξουμε κατανόηση και να μη προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας.

Τέλος ο άρρωστος μπαίνει στη φάση της αποδοχής . Ο άρρωστος στην φάση αυτή , έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται να πεθάνει , περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντα του , περιορίζει τις επισκέψεις , σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.²

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων , όπως της γεύσεως , αφής ομιλίας κ.τ.λ. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Η νοσηλεύτρια(-της) καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.²

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται , πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται η νοσηλεύτρια(-της) να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.²

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1'

Η περίπτωση που θα αναφερθούμε είναι άντρας ηλικίας α 65 ετών . Ονομάζεται Παναγιώτης Κουτρομάνος είναι έγγαμος .Ο ασθενής εισήχθη στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου στις 12/2/2000 με έντονο γαστρικό άλγος ύστερα από φόρτο (μεταγευματικό). Επίσης ο ίδιος παραπονείται για αίσθημα καταβολής, αδυναμία, δυσπεψία, ανορεξία και παρουσίασε εμετούς. Κατά τις εργαστηριακές εξετάσεις παρατηρήθηκε χαμηλός αιματοκρίτης . Κατά την ψηλάφηση του επιγαστρίου ανιχνεύτηκε ψηλαφητή μάζα, με χαρακτήρες σκληρίας - μη κινητή. Επίσης, παρατηρήθηκε έντονη ωχρότης. Έγινε γαστροσκόπηση και ακτινογραφία στομάχου με βαριούχο γεύμα. Ύστερα από την εκτέλεση βιοψίας, από την οποία πιστοποιήθηκε ότι υπάρχει καρκίνος στομάχου, που έγινε στις 14/2/00, αποφασίστηκε η χειρουργική μέθοδος δηλαδή γαστρεκτομή, η οποία πραγματοποιήθηκε στις 9/2/2009.

Ενδοφλέβια Χορήγηση

Ringer's 5% 1.000 ml

Normal Salin 9% 1000 ml

Φάρμακα

Zantac amp (IV) 1 X 2 Maalox sir (P.O.) 10* X 2 Apotel amp (IM) 1 X \

Panadol tb (PO) 1 X 1 Primperan amp (ΓΜ) 1 X 2 Angoron amp (IV) 2X2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Γαστρικό άλγος λόγω καρκίνου του στομάχου	Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο άμεσα.	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι και προσθέτουμε μαξιλαράκι για να διευκολύνουμε την ανάπαυση του αρρώστου. - Χορήγηση παυσίπονου πανατολ με ιατρική οδηγία. - Μείωση των επισκέψεων στο θάλαμο προκειμένου ο ασθενής να παραμείνει ήρεμος . 	<ul style="list-style-type: none"> - Επικοινωνούμε με τον ασθενή για να αποσπάσουμε την προσοχή του για να ανεβάσουμε την ψυχολογία του αρρώστου. - Ο πόνος έχει μειωθεί με την βοήθεια παυσίπονου που έχει χορηγηθεί μια αμπούλα arotel 7 ml σε όρακι 50 ml φυσιολογικού όρου ενδοφλεβίως. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο πόνος σιγά – σιγά ελαττώθηκε και ο ασθενής είναι ήρεμος και ήσυχος μετά από μισή ώρα που χορηγήθηκε η arotel .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Δυσπεψία λόγω καρκίνου στομάχου.	Αντιμετώπιση της δυσπεψίας άμεσα.	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση ελαφράς τροφής (φρυγανιά) ύστερα από ιατρική οδηγία. -Εφαρμογή κατάλληλης διαίτας από διατροφολόγο που παρακολουθεί τον ασθενή. - Χορήγηση Αντιόξινων φαρμάκων Zantac 1 amp IV 1 X 2. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκαν: Primperan 1 amp 1 X 2, Maalox sir 10" X 2 καθώς και Zantac 1 amp IV 1 X 2. -Στον ασθενή δόθηκε ελαφρά δίαιτα (φρυγανιά - τσάι). - Χορηγήθηκαν: 5% Ringer's 1.000" 1 X 2 και 0,9% Normal salin 1.000" 1 X 2 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 	Το αίσθημα φόρτου που ένιωθε η ασθενής στο στομάχι αρχίζει να υποχωρεί.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Έμετοι λόγο καρκίνου στομάχου.	-Εξάλειψη των εμέτων .	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση ενδοφλέβιων ορών 1000 ml ringers για αναπλήρωση των ηλεκτρολυτών και 1000 ml Φυσιολογικού ορού για ενυδάτωση . - Χορήγηση μια αμπούλας primperan με ιατρική οδηγία. - Διακοπή διατροφής . - Χορήγηση αντιεμετικού κάθε 12 ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> -Χορήγηση ενδοφλέβιων ορών 1000 ml ringers για αναπλήρωση των ηλεκτρολυτών και 1000 ml Φυσιολογικού όρου για ενυδάτωση . - Περιποίηση στοματικής κοιλότητας του ασθενή . - Χορήγηση μια αμπούλας primperan με ιατρική οδηγία. - Η διατροφή διακόπηκε. - Χορηγήθηκε μετά από ιατρική οδηγία ένα χάπι zofran κάθε 12 ώρες για την διακοπή των εμέτων. 	Οι έμετοι έχουν μειωθεί σημαντικά . Η κατάστασή της βελτιώθηκε ενώ συνεχίζει να ενυδατώνεται ικανοποιητικά.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Χαμηλός αιματοκρίτης (30.2%) λόγω καρκίνου του στομάχου.	Αποκατάσταση του αιματοκρίτη στα φυσιολογικά επίπεδα άμεσα.	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και ιδιαίτερα για την παρακολούθηση της τιμής του αιματοκρίτη. - κατάλληλη διατροφή . - Χορήγηση αίματος - Χρήσης ενέσιμου σιδήρου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πραγματοποιήθηκε η λήψη αίματος και ο αιματοκρίτης ήταν: 13/2/00: Hct = 30,2%. Εστάλη αίμα για διασταύρωση. - Έγινε η μετάγγιση αίματος - Χορηγήθηκε ενέσιμος σίδηρος σε 100 ml Normal Salin. 0,9% IV . - Ο διατροφολόγος έκανε τις απαραίτητες αλλαγές στο διαιτολόγιο του ασθενή . 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρατηρήθηκε αύξηση του όγκου του αίματος και ο (36,3%). - Αύξηση του αιματοκρίτη.

Περιστατικό 2^ο :

Η περίπτωση που θα αναφέρουμε είναι γυναικά ηλικίας 68 ετών ονομάζεται Ευαγγέλια Αναστασίου έγγαμη και κατάγεται από την Αμμόχωστο , η οποία προσήλθε στο γενικό νοσοκομείο Αμμοχώστου στις 14/10/2010. Συνοδευομένη από τον σύζυγο της και τα τρία της παιδιά έγινε εισαγωγή στην χειρουργική κλινική με συμπτώματα αιμορραγίας από το ανώτερο πεπτικό σύστημα. Μέρους πριν την εισαγωγή της και την μέρα εισαγωγής της στο νοσοκομείο είχε αίσθημα βάρους στο υπογάστριο. Παρουσίαζε προ 10 ήμερου ανορεξία και αποστροφή από το φαγητό με αποτέλεσμα την απώλεια βάρους 7 κηλών σε διάστημα δυο μηνών .

Κατά την εισαγωγή της άρρωστης έφερε μαζί της ακτινογραφία θώρακος και υποβλήθηκε σε εργαστηριακές εξέτασης βιοχημικές και αιματολογικές επίσης της έγινε ακτινοσκόπηση στομάχου με βαριούχο γεύμα και γαστροσκόπηση όπου έγινε και βιοψία .

Η ασθενής διαγνωστικέ με Ca στομάχου αφού η γαστροσκόπηση έδειξε ογκίδιο στην περιοχή του πυλωρού.

Η ασθενής χειρουργήθηκε στις 19/10/2010 .

Τοποθετήθηκε ουρηθρικός καθετήρας

Ρηνογαστρικός καθετήρας και

Υποκλείδιος καθετήρας .

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

ΑΠ: 120/85 mmHg

ΣΦ : 79 / min

Θ : 37 °C

Φάρμακα

Clexan 40 mg 1x1

Apotel 7 ml σε 100 ml Normal Salin 9%

Rosefin 1gr σε 10 ml Normal Salin 9% 1x3

Pethidine 100 mg IM

Metrouritazol 500mg/100ml F1.1 x 2 IV

Innohep inj 3500iu 0,35ml s.c.

Lexotanil tb 3mg 1x1

Primperan 2ml 1X3 σε ορό D/W 5% 1000c 1x2

Ενδοφλέβια υγρά

Ringer's 5% 1000 ml

Normal Salin 9% 1000 ml

Dextrose 5 % 1000 ml

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>A) Αιματέμεση κατά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο(14/10/2010) (3 εμετοί το 24ωρο) αναφέρθηκε και την προηγούμενη ημέρα.</p>	<p>-Να αντιμετωπιστεί η αιματέμεση -Να σταματήσει η αιμορραγία του στομάχου -Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<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 αιματοκρίτη. Σε πτώση του, χορήγηση αίματος σύμφωνα με ιατρική οδηγία • Παρακολούθηση εκτίμηση κενώσεων (χρώμα κοπράνων). • Πρόληψη διαταραχής υδατοηλεκτρολυτικού ισοζυγίου. • Μέτρηση και αναγραφή προσλαμβανόμενων και 	<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 ΗΤ(29,5%) χορηγήθηκε μια μονάδα ολικού αίματος ομάδας A(+) • Η ασθενής έχει 2 κενώσεις ημερησίως. Δεν διαπιστώθηκαν μελανές κενώσεις • Γίνεται μέτρηση και 	<ul style="list-style-type: none"> • Η αιμορραγία του ανώτερου πεπτικού αντιμετωπίστηκε μερικώς. • Το Levin αφαιρέθηκε μετά από ιατρική οδηγία στις 15/10/2010. • 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: Αποκατάσταση και διατήρηση του όγκου του αίματος. Αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος και της πυκνότητας των

		<p>αποβαλλόμενων υγρών</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση θεραπευτικής αγωγής σύμφωνα με ιατρική οδηγία. 	<p>αναγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (4000 ml και 3500 ml αντίστοιχα)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε βιοχημικός έλεγχος ηλεκτρολυτών $Na^+ = 138 \text{mmol/l}$ $K^+ = 4,7 \text{mmol/l}$ 	<p>λευκωμάτων του. Αντιστάθμιση της ελαττώσεως των ερυθροκυττάρων ή της αιμοσφαιρίνης</p> <p>Χορήγηση παραγόντων για αποκατάσταση διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε επανέλεγχος του ΗΤ (34%) μετά την μετάγγιση. • Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή στο υδατοηλεκτρολυτικό ισοζύγιο ή κάποια άλλη επιπλοκή.
--	--	--	--	---

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
B) Ανορεξία από 10 ημέρου	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση-αποκατάσταση της όρεξης του ασθενούς όσο αυτό είναι δυνατόν. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση ελαφριάς διαίτας πλούσιας σε θερμίδες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. • Χορήγηση καλό σερβιρισμένης τροφής ευχάριστη στην οσμή και τη γεύση. • Μικρά συχνά γεύματα και περιορισμένες ποσότητες υγρών κατά το γεύμα. • Χορήγηση συμπληρωματικής Διατροφής. • Εξωτερίκευση προτιμήσεων. • Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με οδηγία γιατρού • Διάλογος με τον ασθενή για ελάττωση και εξάλειψη 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Δόθηκε Primperan 2ml 1X3 σε σχήμα ορρών D/W 5% 1000c 1x2 & N/S 0,9% 1000c 1X1 • Ο ασθενής ζυγίζεται καθημερινά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η όρεξη Της ασθενούς μετά από την συγκεκριμένη διαίτα. • Σ' αυτό συνέβαλε και το Ensure Plus: 375 Kcal/250ml Περιέχει 16,7% πρωτεΐν ες, 30% λίπη και 53,3% υδατάνθρακες. • Ασθενής δεν εμφάνισε τάση προς εμετό μετά τη χορήγηση Primperan • Ο ασθενής πήρε 1 κιλό σε βάρος μετά από τέσσερις ημέρες.

		<p>του stress.</p> <ul style="list-style-type: none">• Καθημερινή παρακολούθηση σωματικού βάρους-ζύγισμα.		
--	--	---	--	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Γ) Απώλεια βάρους (ο ασθενής έχει χάσει 7 κιλά σε διάστημα 2 μηνών)	Να επανέλθει ο ασθενής στο κανονικό σωματικό του βάρος	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση θερμιδικών 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 της ασθενούς ρυθμίστηκε από τον υπεύθυνο ιατρό. Η ασθενής συνεχίζει το ίδιο διαιτολόγιο. • Ενημερώθηκε η ασθενής ότι πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι για να ξεκουράζεται. • Συνέχιση της χορήγησης ορού 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 της αρρώστου μετά τη ρύθμιση του διαιτολογίου. • Ο ασθενής πήρε 1 κιλό σε δύο ημέρες. • Σ' αυτό βοήθησαν τα συμπληρωματικά σκευάσματα Evaton & 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 ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών 24ώρου. 	<ul style="list-style-type: none"> 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). 	<p>Το Legofeer επιτυγχάνει την βαθμιαία απορρόφηση και αποθήκευση του σιδήρου στα διάφορα μέρη του σώματος. Γι' αυτό δεν παρατηρείται γαστρεντερική δυσανεξία.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Δ) Υψηλοί πυρετοί 38, 3 c	<ul style="list-style-type: none"> Πτώση της υψηλής θερμοκρασίας άμεσα και Διατήρηση της στα φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> 3ωρη θερμομέτρηση. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Λήψη αντιπυρετικών θερμοκρασία 38c. Χορήγηση ενδοφλεβίως αμπούλα arotel 7 ml σε όρακι 50 ml φυσιολογικού όρου . 	<ul style="list-style-type: none"> Δίνεται ατομικό θερμόμετρο στον ασθενή κ κάθε 3 ώρες τοποθετείται στην μασχάλη και καταγράφεται η θερμοκρασία σε ειδικό έντυπο Συχνή αλλαγή επιθεμάτων Χορήγηση ενδοφλεβίως αμπούλα arotel 7 ml σε όρακι 50 ml φυσιολογικού όρου 	<ul style="list-style-type: none"> Ο πυρετός ήρθε στα φυσιολογικά επίπεδα και χορηγήθηκε 1000 ml Normal Salin για ενυδάτωση 1000 ml Ringers για αναπλήρωση ηλεκτρολυτών και 1000 ml Dextrose για σίτιση .

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ε)Φόβος, άγχος ανησυχία για την χειρουργική επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Το Lexotanil ελαττώνει εκλεκτικά την ψυχική τάση και το άγχος.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>Z) Χειρουργική επέμβαση στις 19/10/2010 (υφολική γαστρεκτομή με γαστροέντερο-αναστόμωση κατά Billroth)</p>	<p>Να είναι Έτοιμη η 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. 	<p>Περιποίηση χειρουργικής περιοχής, εξασφάλιση ηρεμίας και νυκτερινής ανάπαυσης πριν την επέμβαση.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος της αιμοδυναμικής κατάστασης της ασθενούς. Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων. • Να ετοιμαστεί η ασθενείς με ένδυμα χειρουργείου. • Έναρξη αντιβιοτικής αγωγής μια μέρα πριν την επέμβαση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε καθαρτικός υποκλυσμός (Fleet enema) και ο ασθενής δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα. • Έγινε περιποίηση χειρουργικού πεδίου και ετοιμάστηκε ο ασθενείς με ένδυμα χειρουργείου. • Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον. • Έγινε λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων στο θερμομετρικό διάγραμμα του. • Χορηγήθηκε Innoher inj 3500iu 0,35ml υποδορίως 	<ul style="list-style-type: none"> • Ολοκληρώθηκε η προεγχειρητική ετοιμασία. • Η Innoher ετέθη στον ασθενή για πρόληψη Θρομβοφλεβίτιδας. Η Innoher μειώνει την πήκτικότητα του αίματος μέσα στα αγγεία κατά την εξωσωματική κυκλοφορία. • Το αντιβιοτικό σχήμα είναι απαραίτητο σε κάθε επέμβαση για την πρόληψη των λοιμώξεων.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
		<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει προνάρκωση σύμφωνα με το πρωτόκολλο της κλινικής. 	<p>Η ασθενής ετέθει στο εξής αντιβιοτικό σχήμα: Metrorouitazol 500mg/100ml F1.1 x 2 IV. Rosefin 1gr σε 10 ml Normal Salin 9% 1x3 μία μέρα πριν από την επέμβαση.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 Rosefin ανήκει στις κεφαλοσπορίνες και καλύπτει τον οργανισμό από αερόβια και αναερόβια μικρόβια. • Η Pethidine προκαλεί μυϊκή χάλαση, χρησιμοποιείται για την θεραπεία μέτριων πόνων καθώς επίσης και προεγχειρητικά. Η δράση της διαρκεί 2-3 ώρες.

Συμπεράσματα :

Έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια η νόσος του καρκίνου στομάχου τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Ο καρκίνος στομάχου έχει διπλασία συχνότητα έχει στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες.

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την συχνότητα του γαστρικού καρκίνου είναι η διατροφή (τρόπος μαγειρέματος , αλατισμένες τροφές), επάγγελμα (π.χ. σε ορυχείο) , κάπνισμα , οινόπνευμα, η ομάδα A καθώς και η κληρονομικότητα .

Μέσα από την κοινοτική νοσηλευτική πρέπει να ενημερωθεί ο κάθε πολίτης για την πρόληψη που είναι το πιο σημαντικό. Και να του παρέχονται δωρεάν από το κράτος οι απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις και οι στήριξη του από το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίσει την οποιαδήποτε κατάσταση.

Προτάσεις:

Να γίνονται σεμινάρια , διαλέξεις όχι μόνο σε πόλεις και σε μορφωμένα άτομα αλλά και στην επαρχία στον κάθε άνθρωπο να γίνει κατανοητό τη σημαίνει καρκίνος τι είναι και πως μπορούμε να προλάβουμε την νόσο.

Ο νοσηλευτής να διδάξει στο κοινό έναν υγιεινό τρόπο ζωής και κυρίως να μάθει ποιες διατροφικές συνήθειες δεν είναι σωστές.

Να ενημερωθεί το κοινό για το κάπνισμα και για της βλαβερές επιπτώσεις που έχει στον οργανισμό.

Συστηματικός ακτινολογικός έλεγχος και ευρεία χρήση της γαστροσκόπησης βοηθά στην έγκαιρη διάγνωση.

Απαραίτητη είναι η τόνωση του ηθικού και καθήκον όλων μας είναι να πιστέψουμε ότι ο καρκίνος δεν σημαίνει απαραίτητα θάνατος . <<Ο επιμένων νικά>>

Περίληψη:

Στην παρακάτω εργασία θα αναφερθώ στον καρκίνου στομάχου αλλά και την νοσηλευτική του παρέμβαση. Αρχικά θα αναφερθώ στην ανατομία και φυσιολογία του στομάχου. Εκτείνεται κάτω από το αριστερό ημιδιάφραγμα έως την άνω επιφάνεια του παγκρέατος και από το δεξιό λοβό του ήπατος έως το σπλήνα.

Αποτελείται από δυο επιφάνειες την πρόσθια ,οπίσθια , δυο στόμια το καρδιακό, το πυλωρικό και δυο τόξα έλασσον και μείζον. Το στομάχι λειτουργεί ως αποθηκευτικός χώρος ώστε να έχουμε την δυνατότητα να καταναλώνουμε αρκετή τροφή που να μας κρατάει για ώρες , τα ενζυμα και τα οξέα που υπάρχουν στο εσωτερικό του στομάχου βοηθούν στην διάσπαση και στην μερική πέψη των τροφών. Θα αναφερθώ στα διάφορα νοσήματα του στομάχου που είναι συγγενής Υπερτροφική πυλωρική στένωση, διπλασιασμός στομάχου, αυτόματη ρήξη στομάχου, συστροφή στομάχου και το πεπτικό έλκος στομάχου και δωδεκαδακτύλου.

Ο καρκίνος του στομάχου είναι ο 4^{ος} συχνότερος καρκίνος και αποτελεί την 2^η συχνότερη αιτία θανάτου . Είναι πολύ συχνό νόσημα ιδιαίτερα στους άνδρες εμφανίζεται συχνότερα στην ηλικία μεταξύ 50 με 70 ετών.

Στον καρκίνου στομάχου ενοχοποιούνται διάφοροι προδιαθεσικοί παράγοντες : η κληρονομικότητα , η διατροφή και περιβαλλοντικοί παράγοντες κ.α.. Σημαντικός παράγοντας στον καρκίνο του στομάχου είναι η πρόληψη τόσο η πρωτογενής όσο και η δευτερογενής πρόληψη. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι ανορεξία , απώλεια βάρους , δυσπεψία και οι έμετοι καθώς και η εμφάνιση μικροσκοπικής αιμορραγίας στα κόπρανα. Ωστόσο η διάγνωση μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως: φυσική εξέταση (ψηλάφηση μάζας), ενδοσκόπηση και βιοψία, και ακτινολογία.

Μετά την διάγνωση ακόλουθη η θεραπεία όπου αυτή εξαρτάται από το στάδιο του καρκίνου . Αρχικά απαιτείται χειρουργική επέμβαση και στην συνέχεια ο ασθενής υποβάλλεται σε μια σειρά χημειοθεραπειών και ακτινολογιών. Ακόμα επιβάλλεται να αναφερθώ στην γαστροστομία τόσο και

στην περιποίηση της αλλά και στην προετοιμασία του ασθενή που υποβάλλεται σε αυτή.

Τέλος ένα σημαντικό κεφάλαιο της εργασίας μου είναι η νοσηλευτική παρέμβαση και η ψυχολογική υποστήριξη του καρκινοπαθούς.

Βιβλιογραφία:

1. Δρ. Δετοράκης Ιωάννης, Βασικές Αρχές της υγιεινής, Εκδόσεις:Παρισιάνου Α.Ε, Αθήνα. σ.183,186,140, 190-192, 195,196 .
2. Μ.Α. Μαλγαρηνού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου ,Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις: Η Τάπιθα ,Έκδοση : Η δεκάτη έβδομη, Τόμος Β,Μέρος 2 ,Αθήνα 1995. σ.153.
3. Μ.Α. Μαλγαρηνού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική,Εκδόσεις: Η Τάπιθα,Έκδοση : εικοστή,Τόμος Β,Μέρος 2, Αθήνα 2003. σ. 79,92,94,110,135, 189.
4. Ανδreas Χριστοδουλιδης,Εγκυκλοπαίδεια νέα δομή, Εκδόσεις: Ταφοπούλου – Μανιατέα,Τόμος : 16^{ος}, Αθήνα 1996. σ.137-139.
5. “Ιστορια του καρκίνου” διαθεσημο στην ιστοσελιδα Be strong.org.gr (21/04/2010).
6. Μ. Παπαδημητρίου, Εσωτερικη Παθολογία, Εκδόσεις: University studio press, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ,Τμήμα ιατρικής – Τομέας Παθολογίας. σ.584,587.
7. Keith L. Moore, Κλινική Ανατομία, Εκδόσεις: Π.Χ Πασχαλίδης, 3^η Εκδοση,Τόμος 1^{ος} .σ. 189,200.
8. Harrison,Εσωτερικη Παθολογία,Εκδοσεις : Παρισιάνος,Τομος 1^{ος} ,12^η εκδοση ,Αθηνα 1994.
9. Αγαμεμνον Δεσποπουλος ,Εγχειρηδιο Φυσιολογιας με εχρωμο ατλαντα,Stefan Silbenagl,Εκδοσεις : Λιτσάς ,1989.σ.204

10. Μ.Α. Μαλγαρηνού – Σ.Φ. Κωνσταντινίδου, Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική, Εκδόσεις: Τάπιθα, Τόμος Α, Αθήνα - Σεπτέμβριος 1989. σ.332,344.
11. Α. Πετρίδης, Εγχειρίδιο Χειρουργικής, Εκδόσεις : Έλλην, Πέμπτη έκδοση, 2004. σ.109,110,112,117,118.
12. Κ.Δ . Γαρδίκας, Ειδική νοσολογία, Εκδόσεις: Παρισιάνος , Αθήνα.σ.247
13. Κ. Καρκόγλου, Επιδημιολογία και κλινική εμφάνιση καρκίνου στομάχου, Διευθυντής Β Γαστρεντερολογικό Τμήμα ΓΝΑ, <<Ο Ευαγγελισμός>>
www.exe1928gr/files/seminars/2009/aprmarkoglou.doc (18/04/2010).
14. Ν. Τσίκου, Σ. Καραγεωργοπούλου- Γραβάνη, Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, Εκδόσεις: Έλλην, 1996. σ. 140,141, 143,144.
15. Υγεία του στομάχου <http://stomaxos.blogspot.com/search> (29/04/2010).
16. www.imasavas.gr/interestincases-greilomyoma_grWEB/leiomyoma-tex.htm. David Sutton. Wolfgang Dahert(23/04/2010).
17. Διάγνωση και σύμπτωση του καρκίνου , νεότερες εξελίξεις και εμπειρίες. Ογκολογικό συνέδριο Θεσσαλονίκη 30 Μαρτίου έως 2 Απριλίου 2000.
18. Πάρις Κοσμίδης, Ογκολογία του πεπτικού συστήματος. Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 1991. σ.175,176,151,155,156,160, 181,187.
19. Δ.Θ. Βαλαβανίδης. Περιβαλλον και κακοηθεις Νεοπλασίες. Εκδόσεις: Βήτα, 2000. σ. 145,146,148,149,153.
20. <http://healt.in.gr/neus/aficle.asp?ingArticleID=117266> (25/04/2010).

21. J.J.MISLEWIGZ,R.E.POUNDER και C.W. VENABLES
Εκδόσεις: Γρηγόριος Παρισιάνος, Μαρία Γ.Παρισιάνου
Αθήνα 1997.
22. Θ. Καναγκίνης -Δ.Γ. Καραμανόλης.Στόμαχος, γαστρεντερολογία 2
Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία,
Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα 1995.
23. Κ. Παπαβασιλείου, Σ. Κούβαρης, Κ. Γεννατάς, Δ. Βύρος, Ογκολογία,
επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1991, σ. 579
24. Malin Dollinger, M.D.Ernest Rosenbaum, M.D και Greg Cable, Ο
καρκίνος. Διάγνωση και πρόληψη θεραπεία και καθημερινή
αντιμετώπιση. Εκδόσεις: Κάτοπτρο, Πρώτη έκδοση 1992. σ.
593,597,598.
25. Παπαδημητρίου Κ., Γαστροσκόπηση και Ενδοσκοπικές βιοψίες στον
ελκώδη καρκίνο. Ιατρικά χρονικά Τόμος 14
τεύχος 2.
26. Κ.Δ Γαρδίκια, Ειδική νοσολογία, Δ' έκδοση, 1^{ος} τόμος, Αθήνα 2000.σ.
362,363.
27. Σπαρώνη Ν. Χαρ., Γενική Χειρουργική, Εκδόσεις : University studio
Press, Τόμος Β, Θεσσαλονίκη.
28. Άννα Σαχίνη Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, 1^{ος} τόμος , Β έκδοση.
29. Φιδάνη Αικατερίνη, Σημειώσεις 3^{ου} εξαμήνου, 2006.σ.8,9.

30. Άννα Σαχίνη Καρδάση-Μαρία Πάνου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Β έκδοση, 2^{ος} τόμος 1997.σ. 306,307
- 31.Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια Νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχοογκολογίας, εκδόσεις Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 2001, σελ. 152-156
- 32.Ελισάβετ Πατηράκη - Κουρμπάνη, Νοσηλευτική αξιολόγηση του πόνου αρρώστου με καρκίνο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπ/μιο Αθηνών, Αθήνα 1995, σελ. 59-65.
- 33.Σταύρος Μπεσμπέας, Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, αποκατάσταση του καρκινοπαθούς, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», Αθήνα 1991, σελ. 103-107
- 34.Σταύρος Μπεσμπέας, Συνεχιζόμενη νοσ/κή φροντίδα στον καρκινοπαθή. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, «Ευρώπη κατά του Καρκίνου», εκδόσεις: Μακέτες, Αρ. Βουδούρης - Δ. Βερνάρδου, Αθήνα 1991, σελ. 9-16,75-78.
- 35.Ν. Δοντάς, Σ. Μπεσμπέας, Ε. Πατηράκη, Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσ/κής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας, Απρίλιος - Ιούνιος 2000, σελ. 20-24, Αθήνα 2001 .