

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ.

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Κ Α Ι Α Ρ Ρ Ω Σ Τ Ο Σ  
Μ Ε  
Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ

Π τ υ χ ι α κ ή ε ρ γ α σ ί α  
της σπουδάστριάς  
Π Α Π Α Δ Α Τ Ο Υ Ε Υ Α Ν Θ Ι Α Σ.

Υπεύθυνη Καθηγήτρια.

Παπαδημητρίου Μαρία.

Επιτροπή Εγκρίσεως  
Πτυχιακής Εργασίας.

- 1.
- 2.
- 3.



Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής.

Πάτρα .....

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

230

Η Ι Ν Α Κ Α Σ Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Ω Ν

Σελ.

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η.....	
Ε Υ Χ Α Ρ Ι Σ Τ Ι Ε Σ.....	
Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ.....	

Μ Ε Ρ Ο Σ Α΄

Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Σ

Γ Ε Ν Ι Κ Α Π Ε Ρ Ϊ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Υ - Ε Ι Δ Ι Κ Α  
Π Ε Ρ Ϊ Κ Α Ρ Κ Ι Ν Ο Υ.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι.

Εισαγωγή..... I

Επιδημιολογία των Κακοήθων Νεοπλασμάτων..... 2-3

I. I. Αναλυτική περιγραφή των βασικότερων επιδημιολο-  
γικών χαρακτηριστικών κατά περίπτωση..... 4-8

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΙΙ.

Ταξινόμηση των νεοπλασμάτων..... 9-10

2. I. Επαγγελματικά Κακοήθη Νεοπλάσματα..... II

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΙΙΙ.

Αιτιολογία των Νεοπλασμάτων..... 12-14

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο ΙV.

Διατροφή και καρκίνος..... 15-16

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V.

Ιηκή καρκινογένεση..... 17-18

## ΜΕΡΟΣ Β΄

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ (ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ)

#### ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.

Σελ.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.

Ανατομία Στομάχου .....	19-20
Ι.Ι. Ανατομική κατασκευή του Στομάχου .....	21
Ι.2. Αγγεία του Στομάχου .....	21
Ι.3. Νευρικό Σύστημα του Στομάχου .....	22
Ι.4. Στηρίγματα του Στομάχου .....	22

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.

Φυσιολογία του Στομάχου .....	23-24
2.Ι. Γαστρική έκκριση .....	25-26
2.2. Κινήσεις του Στομάχου .....	26

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.

Αιτιολογία .....	27
3.Ι. Εντοπίσεις του Καρκίνου Στομάχου .....	27-28

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV.

Κλινική εικόνα .....	29
4.Ι. Συνήθης Συμπτωματολογία .....	29-30

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.

Διάγνωση .....	31
5.Ι. Βασικές εξετάσεις Στομάχου .....	31-32
5.2. Πρόγνωση .....	32

<b>Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο</b>	<b>VI.</b>	Σελ.
Θεραπεία .....		33
6.1. Επεμβάσεις για την θεραπεία .....		33-34
6.2. Επιπλοκές εγχειρήσεως .....		34-35
6.3. Χημειοθεραπεία του Καρκίνου (Φάση της προετοιμασίας και χορήγησης των φαρμάκων ).....		35-37

**Μ Ε Ρ Ω Σ Γ΄**

**Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Κ Α Ι Α Ρ Ρ Ω Σ Τ Ο Σ Μ Ε Σ Α Σ Τ Ο -  
Μ Α Χ Ο Υ Σ Α Ν Π Α Θ Ο Λ Ο Γ Ι Κ Η Κ Α Ι Χ Ε Ι Ρ Ο Υ Ρ -  
Γ Ε Κ Η Π Ε Ρ Ι Π Τ Ω Σ Η.**

**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο I.**

Προεγχειρητική Ετοιμασία .....	38
1.1. Γενική Προεγχειρητική Ετοιμασία .....	38-40
1.2. Τοπική Προεγχειρητική Ετοιμασία .....	40
1.3. Τελική Προεγχειρητική Ετοιμασία .....	40-41

**Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο II.**

Μετεγχειρητική Φροντίδα του ασθενή που υποβλήθηκε σε γαστρεκτομή .....	42
2.1. Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι .....	42-43
2.2. Προβλήματα ασθενή που υπέστη γαστρεκτομή ....	44-45
2.3. Μετεγχειρητικές Δυσχέρειες .....	45-46
2.4. Διατροφή του ασθενή .....	47-48
2.5. Πρόληψη των επιπλοκών .....	48-51

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    ΙΙΙ.

Σελ.

Ειδική Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με αθε- ράπευτο κακοήθες Νεόπλασμα .....	52-54
3. Ι. Τεχνητή Διατροφή - γαστροστομία .....	54-56

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    ΙV.

Χημειοθεραπεία και Καρκίνος .....	57
4. Ι. Απώτερες επιπλοκές Χημειοθεραπείας .....	57-60
4. 2. Αρχές Χημειοθεραπείας του Καρκίνου .....	61-63
4. 3. Άμεση Τοξικότητα της Χημειοθεραπείας .....	63-64
4. 4. Νοσηλευτική Φροντίδα του αρρώστου κατά την Χημειοθεραπεία .....	65-66

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V.

Ο καρκινοπαθής σαν ψυχοκοινωνική οντότητα .....	67
5. Ι. Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο .....	67-68
5. 2. Ψυχοκοινωνικές απόψεις αντιμετώπισης - συνεργα- σίας σε ασθενείς με καρκίνο .....	68-73
5. 3. Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ασθε- νείς με καρκίνο .....	73-79

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    VI.

Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς .....	80-82
--	-------

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    VII.

Συμπεριφορά του/της Νοσηλευτή -τριας απέναντι στον καρκινοπαθή .....	83-85
---	-------

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      VIII.

Ο ρόλος του/της Νοσηλευτή -τριας στην  
πρόληψη του Καρκίνου σε γενικά πλαίσια... 86-87

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      IX.

Ο Ρόλος του/της Νοσηλευτή -τριας στην επι-  
μόρφωση του κοινού ..... 88-89

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      X.

Αναφορά σε δυο πραγματικές περιπτώσεις CA  
Στομάχου με Νοσηλευτική Διεργασία..... 90-94

Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α - Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ ..... 95-96

Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α ..... 97

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α ..... 98

## Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Αφιερώνω την εργασία μου αυτή στους γονείς και στους καθηγητές μου, σαν ένα ελάχιστο δείγμα εκτίμησης για την αυτοπεποίθηση που μου ενέπνευσαν και την κατανόηση και αγάπη που μου έδειξαν καθ'όλη την διάρκεια των σχολικών και σπουδαστικών μου χρόνων.-



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι Πάτρας και εισηγήτρια της πτυχιακής μου Δίδα Παπαδημητρίου Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια της καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας μου.

Ευχαριστώ την Προϊσταμένη της Β' Πανεπιστημιακής Χειρουργικής Κλινικής του Νοσοκομείου " Άγιος Σάββας " κ. Κολώνη για την υπομονή και κατανόηση της κατά την παροχή αξιόλογων πληροφοριών που μου έδωσε όσον αφορά τις δυο περιπτώσεις ασθενών CA Στομάχου με Νοσηλευτική Διεργασία.

Επίσης, ευχαριστώ το προσωπικό της βιβλιοθήκης των Νοσοκομείων : " Άγιος Σάββας ", " Γενικό Κρατικό Αθηνών " και " Ευαγγελισμός " για την πολύτιμη συνεργασία τους στην ανεύρεση της κατάλληλης Βιβλιογραφίας.

Τέλος, Ευχαριστώ την " Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία. " για τα ενημερωτικά φυλλάδια τα οποία μου έδωσε. -

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία μου αυτή αποτελεί μια προσπάθεια προσέγγισης του θέματος " Νοσηλευτική και όρρωστος με Ca Στομάχου ", μέσα από τα δεδομένα της Ιατρικής Επιστήμης, ενώ ειδικεύεται στο ζήτημα της Νοσηλευτικής αντιμετώπισης του ασθενή με Ca Στομάχου, το οποίο αποτελεί και το κυρίως θέμα της.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αποτελεί την επιδημιολογική και αιτιολογική ανάπτυξη του θέματος και τίθενται τα ζητήματα: - Διατροφή και καρκίνος, Γενική καρκινογένεση, Ταξινόμηση των Νεοπλασμάτων, Επαγγελματικά Κακοήθη Νεοπλάσματα.

Όσον αφορά την συγκεκριμένη μορφή του καρκίνου Στομάχου και ιδιαίτερα την Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενή σαν παθολογικό και χειρουργικό περιστατικό, στο δεύτερο και τρίτο μέρος παρουσιάζεται ανατομία, η φυσιολογία, η κλινική εικόνα, η διάγνωση, η θεραπεία, η προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και οι μετεγχειρητικές επιπλοκές του καρκίνου Στομάχου. Επίσης γίνεται αναφορά στην χημειοθεραπεία του καρκινοπαθή, στην αντιμετώπιση του σαν ψυχοκοινωνική οντότητα, στην συμπεριφορά του/της Νοσηλευτή- τριας απέναντι στον καρκινοπαθή και στην Νοσηλεία (κατ'οίκον ) στο σπίτι, η οποία αποτελεί μια νέα πρακτική εφαρμογή στο χώρο της Νοσηλείας.

Τέλος, στον επίλογο παρουσιάζονται από πλευράς Νοσηλευτικής Διεργασίας, δυο πραγματικές περιπτώσεις με Ca Στομάχου. -

Μ Ε Ρ Ο Σ Α'

ΚΑΡΚΙΝΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ - ΕΙΔΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έρευνες πάνω στη Βιολογία του κυττάρου και της πειραματικής ογκολογίας στηρίζουν ακόμη περισσότερο την άποψη NICHOLSON, κατά την οποία ο ορισμός των νεοπλασμάτων είναι αδύνατος.

Η " αυτονομία " και " ανεπίστρεπτος " αλλοίωση των κυττάρων αποτελούν σχεδόν σε κάθε ορισμό της νεοπλασματικής εξεργασίας βασικές έννοιες αποδείχθηκε όμως ότι: η μεν " αυτονομία " δεν αποτελεί αναγκαστικό γνώρισμα, η δε " ανεπίστρεπτος " βλάβη δεν είναι μόνιμη αλλοίωση.

Από τα αναγραφόμενα στην βιβλιογραφία ορισμών πολλοί περιλαμβάνουν σχεδόν το σύνολο των βασικών γνωρισμάτων της νεοπλασματικής εξεργασίας, αλλά κανείς είναι πλήρης.-

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΟΗΘΩΝ  
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Βασικά επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των κυριότερων νεοπλασιών.

Τα ελληνικά στοιχεία έχουν βέβαια προτεραιότητα αλλά όπου δεν υπάρχουν, συμπληρώνονται με δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας.

Οι δείκτες θνησιμότητας εκφράζουν το μέσο ετήσιο αριθμό θανάτων σε πληθυσμό 100.000 ανδρών ή γυναικών αντίστοιχα.

Τα εκατοστιαία ποσοστά πενταετούς επιβίωσης προέρχονται από την αμερικάνικη βιβλιογραφία και αφορούν το σύνολο των καρκινοπαθών της κάθε κατηγορίας, ενώ τα ποσοστά σε παρένθεση αφορούν τους καρκινοπαθείς της ίδιας κατηγορίας με " εντοπισμένη " νόσο και είναι φυσικά πάντοτε μεγαλύτερα.

Στην Ελλάδα η επίπτωση των κακοηθών νεοπλασιών γενικά είναι μικρότερη απ'ότι στις ανεπτυγμένες χώρες της Δ' Ευρώπης και Β' Αμερικής, με αποτέλεσμα η νεοπλασματική θνησιμότητα να είναι αντίστοιχα μικρότερη (άνδρες 220, γυναίκες 140).

Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα είναι γενικά μεγαλύτερη στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες κι αυτό γιατί οι άνδρες εμφανίζουν νεοπλάσματα σε θέσεις όπου η θεραπεία είναι σχεδόν ανέφικτη ή μπορεί να προσφέρει μόνο μικρή βοήθεια.

Η συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει ανάλογα με: το φύλο, την ηλικία, το όργανο ή την ανατομική θέση που βρίσκεται το νεόπλασμα.

Ως προς το φύλο, η μέση συχνότητα είναι ίδια και για τα δυο φύλα ενώ η θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στους άνδρες.

Ως προς την ηλικία, οι άρρενες κάτω από 10 χρόνων εμφανίζουν συχνότερα νεόπλασμα, ενώ μεταξύ των 20 και 60 χρόνων η συχνότητα εμφάνισης κακοήθους νεοπλασματος είναι μεγαλύτερη στις κοπέλες κυρίως μεταξύ του 35<sup>ου</sup> και 50<sup>ου</sup> έτους.

Μετά την ηλικία των 60 ετών η ανάπτυξη των κακοήθων νεοπλασμάτων είναι περισσότερο συνηθισμένη στους άνδρες.

Κατά την παιδική ηλικία παρατηρείται αυξημένη συχνότητα νεοπλασμάτων μέσα στην πρώτη πενταετία της ζωής ενώ από 6-15 ετών η συχνότητα είναι ελαττωμένη.

Σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης κακοήθους νεοπλασματος φαίνεται ότι είναι: η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το περιβάλλον, οι συνήθειες της καθημερινής ζωής, η τροφή, η κατοικία, η οικογενειακή κατάσταση, η κατάχρηση οινοπνεύματος, καπνού και μερικών ειδών καθημερινής τροφής.

Οι παράγοντες του περιβάλλοντος φαίνεται ότι παίζουν μεγαλύτερο ρόλο απ' τους γενετικούς για την ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασμάτων.

Άξιο ιδιαίτερης μελέτης είναι το γεγονός ότι κάποια κακοήθη νεοπλάσματα έχουν ειδική γεωγραφική κατανομή, ενώ άλλα παρατηρούνται σ' όλες τις χώρες της γης.

Αριθμός θανάτων από καρκίνο στην Ευρώπη (1982)

Χώρα	Συνολικός αριθμός θανάτων	Θάνατοι ανάλογα με το είδος του καρκίνου		
		Συνολικός αριθμός	Καρκίνος του πνεύμονα (άνδρες)	Καρκίνος του μαστού (γυναίκες)
Βέλγιο	112 428	26 821	3 433	2 024
Δανία	55 114	13 774	2 170	1 145
Γερμανία	715 857	159 958	21 326	13 327
Ελλάδα	36 349	17 035	3 278	1 171
Ισπανία (1)	290 672	56 854	7 476	3 351
Γαλλία (2)	554 823	126 632	15 635	3 927
Ιρλανδία	32 877	6 220	1 046	500
Ιταλία (2)	545 291	123 717	20 779	3 729
Λουξεμβούργο	4 171	1 036	178	36
Κάτω Χώρες	117 264	31 811	7 104	2 397
Πορτογαλία	92 551	14 727	1 232	1 148
Ηνωμένο Βασίλειο	562 302	147 659	29 426	15 941
Ευρωπαϊκή Κοινότητα:	3 270 173	726 244	115 083	52 246

(1) 1979.

(2) 1981.

Πηγή: Με βάση τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

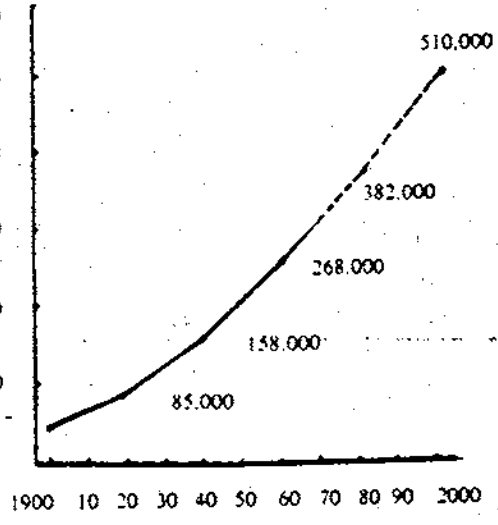
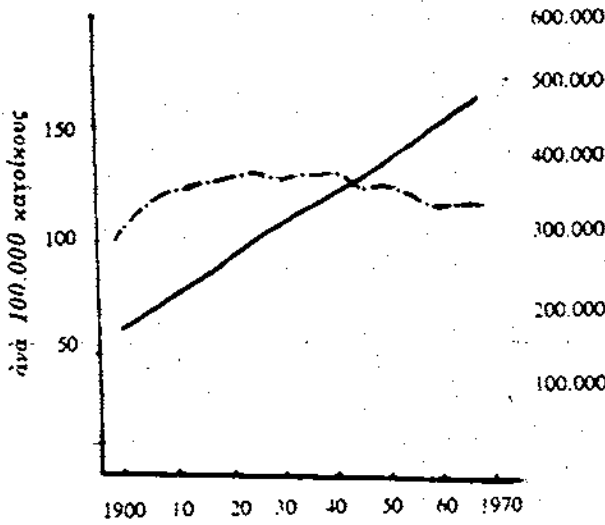
Αναλογία των θανάτων από καρκίνο που οφείλονται σε διάφορους παραγοντες, στην Ευρώπη

Οι σχετικές προσπάθειες εκτίμησης των αναλογιών βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις εργασίες των Higginson και Muir (1979), για το Μπίρμινγχαμ, στο Ηνωμένο Βασίλειο, του Doll και Peto (1981), για τις Ηνωμένες Πολιτείες, και του Tubiana (1985), για τη Γαλλία. Περιλαμβάνουν πολυάριθμους ασταθείς παράγοντες και πρέπει ολοσέφως να προσαρμόζονται στις εκάστοτε διαφορετικές εθνικές συνθήκες.

Παράγοντες	Βέλτιστη εκτίμηση (%)	Διακρίμανση των εκτιμήσεων (%)	Εκτίμηση του ετήσιου αριθμού θανάτων
Καπνός	30	25 - 35	220 000
Αλκοόλ	4 (1)	2 - 5	30 000
Διατροφή	30?	10 - 50	220 000?
Επάγγελμα	4	2 - 8	30 000
Λοιμώξεις	3?	1 - 10	22 000?
Γεωφυσικοί παράγοντες (2)	3	2 - 4	22 000

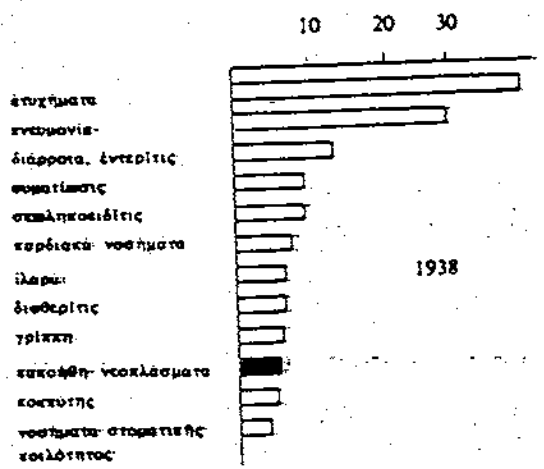
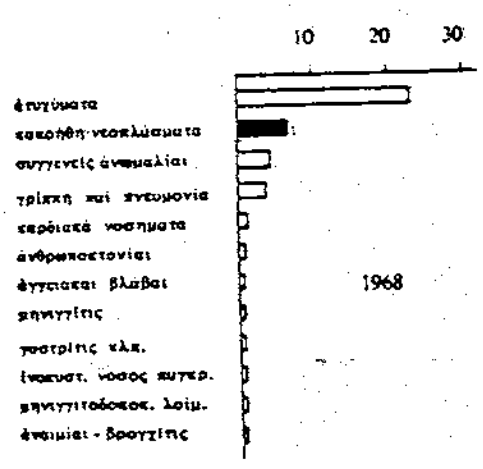
(1) Δεν μπορούσε ενδεχομένως να είναι και υψηλότερη, ενώ οι διακρίμανσεις κοικίλλουν σε παρα πολύ μεγάλο βαθμό, ανάλογα με τη χώρα (το ποσοστό αυτό ανερχεται σε 10% στη Γαλλία, για παράδειγμα).

(2) Ραδιενέργεια και ηλιακές ακτινοβολίες.



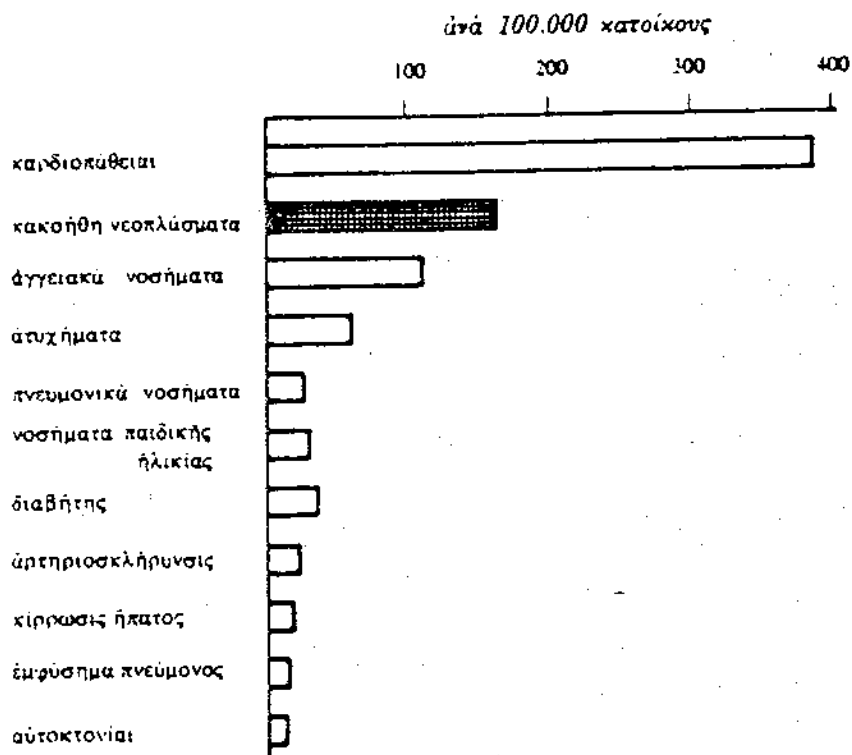
θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα ανάλογα με το φύλο (ΗΠΑ, 1900-1970). Η αύξηση των θανάτων στα αγόρια οφείλεται στην αύξηση του βρογχογενούς καρκινώματος.

Προσδοκώμενος αριθμός θανάτων από κακοήθη νεοπλασμάτα μέχρι το 2000 (Η.Π.Α.). Από το 1920 μέχρι το 1960 ο αριθμός των θανάτων από κ.ν. τριπλασιάστηκε.

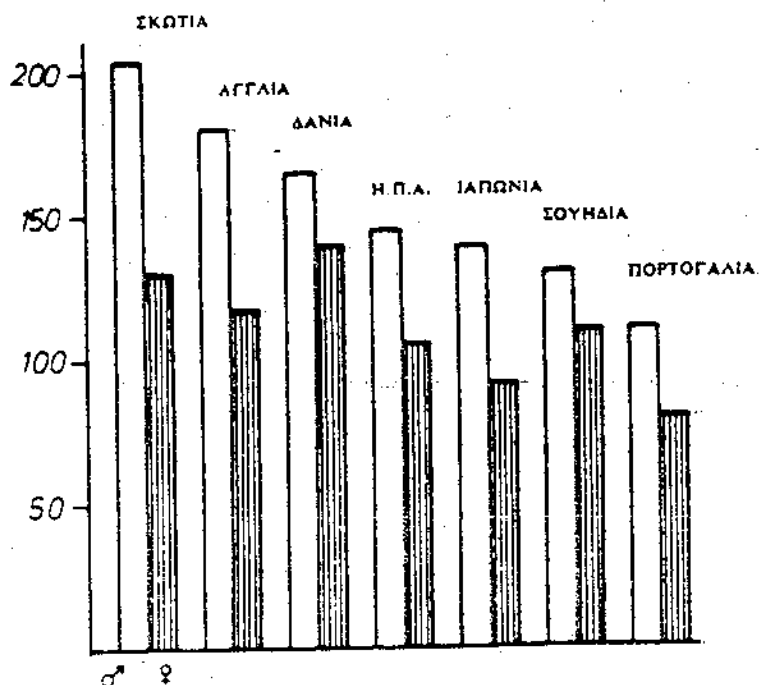


Κύρια αίτια θανάτου σε παιδιά (I-14 ετών) ανά 100.000 παιδιά. Τα κακοήθη νεοπλασμάτα είχαν το 1938 την δέκατη θέση, ενώ το 1968 την δεύτερη.





Γενική θνησιμότητα από διάφορα νεοπλασμάτα.  
Τα κακοήθη νεοπλασμάτα έχουν την δεύτερη θέση.



Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα σε διάφορες χώρες  
ανά 100.000 κατοίκους κατά έτος.

Ι.Ι. Αναλυτική περιγραφή των βασι-  
κότερων επιδημιολογικών  
χαρακτηριστικών κατά περί-  
πτωση.

Καρκίνος Στομάχου.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 18. Γυναίκες: 11.

Ετησίως προσβάλλονται περίπου 1.800 άτομα, απ'αυτά επιβιώνουν μόνο το 15% (70%) πάνω από μία πενταετία.

Αιτιολογικοί παράγοντες. (Πιθανολογούνται):

Καπνιστά, υπεραλατισμένα συντηρημένα τρόφιμα, έλλειψη βιταμίνης C, λήψη πυκνών οινοπνευματωδών ποτών και ίσως το κάπνισμα.

Αναμφισβήτητα υπάρχουν σχέσεις μεταξύ καρκίνου στομάχου και κακοήθους αναιμίας, ατροφικής γαστρίτιδας και ομάδος αίματος A.

Καρκίνος Μαστού.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 0. Γυναίκες: 24.

Ετησίως προσβάλλονται περίπου 3.000 γυναίκες, απ'αυτές επιβιώνουν οι 70% (90%) πάνω από μία πενταετία.

Πιθανότητα προσβολής από καρκίνο μαστού υπάρχει στις εξής περιπτώσεις:

Σε μεγάλο ανάστημα και βάρος, πρώιμη εμμηναρχή, καθυστερημένη εμμηνόπαυση και γέννηση του πρώτου παιδιού σε μεγάλη ηλικία.

Καρκίνος Παχέος Εντέρου.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 10. Γυναίκες: 10.

Ετησίως προσβάλλονται περίπου 2.000 άτομα, απ'αυτά μόνο το 50% (80%) επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία.

Συχνότητα.

Σε πληθυσμούς που καταναλώνουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωϊκές πρωτεΐνες (βοδινό κρέας), λίπη ζωικής προελεύσεως και φρούτα και λαχανικά φτωχά σε στερεό υπόλειμμα.

#### Λευχαιμίες και Λεμφώματα.

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει: Οξείες λευχαιμίες, τη χρόνια μυελογενή τη χρόνια λεμφογενή, την νόσο HODGKIN, το λεμφοσάρκωμα, το δικτυοσάρκωμα και καταχρηστικά το πολλαπλό μυέλωμα.

Ετησίως διαπιστώνονται πάνω από 1.500 περιπτώσεις απ'αυτές οι 30% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία.

Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα απο τις γυναίκες.

#### Καρκίνος του Προστάτη.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 14. Γυναίκες: 0.

Ετησίως προσβάλλονται 1.500 περίπου άτομα με ποσοστό πενταετούς επιβίωσης 70% (80%).

Συσχέτιση του καρκίνου του προστάτου με καλοήγη υπερτροφία του καρκίνου, γενετήσιες και αναπαραγωγικές παραμέτρους, επαγγελματική έκθεση σε μόλυβδο και κάδμο.

#### Καρκίνος της Μήτρας. (τραχήλου και ενδομητρίου).

Θνησιμότητα.

Γυναίκες: 8. Άνδρες: 0.

Σημειώνονται περισσότερα απο 1.500 κρούσματα στην χώρα μας με πενταετή επιβίωση 70% (85%).

Οκαρκίνος του τραχήλου της μήτρας έχει σχέση με την συχνότη-

τα, την πολλακλότητα και την προϋμότητα των γεννητήσιων σχέσεων. Ο καρκίνος του ενδομητρίου έχει σχέση με την ηλικία εμμηνοπαύσεως και την λήψη εμμηνοπαυσιακών οιστρογόνων.

#### Καρκίνος της Ουροδόχου Κύστεως.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 11. Γυναίκες: 3.

Η πενταετής επιβίωση ξεπερνά το 60% (80%).

Αιτιολογία.

Συχνά " επαγγελματική " (Βενζιδίνη).

Συστηματικό κάπνισμα και αυξημένη κατανάλωση καφέ.

#### Καρκίνος του ήπατος.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 8. Γυναίκες: 2.

Τουλάχιστον 500 νέες περιπτώσεις σημειώνονται κάθε χρόνο στην Ελλάδα απ' αυτές ελάχιστες έχουν καλή πρόγνωση.

Κυριότερος Αιτιολογικός Παράγοντας.

Ο Ιός της ηπατίτιδος Β.

Άλλοι πιθανοί Αιτιολογικοί Παράγοντες.

Κάπνισμα, Κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και στις Αφρικανικές

Χώρες η λήψη μυκοτοξικών ουσιών με την τροφή.

#### Καρκίνος του Παγκρέατος.

Συχνότητα.

Δύο φορές συχνότερος στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Η πενταετής επιβίωση δεν ξεπερνά το 21% (8%).

Αιτιολογία.

Κάπνισμα και ίσως η κατανάλωση καφέ.

Καρκίνος της Ωοθήκης.

Πενταετής επιβίωση μόνο 35% (80%).

Έχει σχέση με ολιγοτεκνία, ενώ τα αντισυλληπτικά δισκία ασκούν προστατευτικό ρόλο.

Καρκίνοι του Στόματος και του Οισοφάγου.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 5. Γυναίκες: 2.

Αιτιολογία.

Κάπνισμα, Οινοπνευματώδη ποτά.

Πρόγνωση.

Σχετικά καλή, για τον καρκίνο του στόματος.

Απογοητευτική, για τον καρκίνο του οισοφάγου.

Καρκίνος του Πνεύμονος.

Θνησιμότητα.

Άνδρες: 72. Γυναίκες: 12.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα προσβάλλονται περισσότερο απο 4.500 άτομα και από αυτά μόνο 12% (40%) επιβιώνουν πάνω απο μία πενταετία.

Συχνότητα.

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με ραγδαίο ρυθμό (3%) κάθε χρόνο, αντανακλώντας τις μεταπολεμικές εξελίξεις στις καπνιστικές συνήθειες.

Κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας.

Το κάπνισμα.

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες:

Οι Ιονίζουσες ακτινοβολίες (ραδόνιο), ορισμένοι πολυκυκλικοί

υδρογονάθρακες, ο αμίαντος, το αρσενικό, διάφορα μεταλλεύματα χρωμίου και νικελίου. (η έκθεση στους τελευταίους παράγοντες έχει συνήθως " επαγγελματικό " χαρακτήρα).

Ο καρκίνος του λάρυγγα έχει σημαντικές επιδημιολογικές ομοιότητες με τον καρκίνο του πνεύμονα, αλλά και ορισμένες διαφορές, όπως: πολύ μικρότερη συχνότητα, πολύ καλύτερη πρόγνωση, μικρότερη σχέση με την κατανάλωση πυκνών οινοπνευματωδών ποτών.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      Ι Ι

### ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Η καλύτερη ταξινόμηση των νεοπλασμάτων είναι αυτή που στηρίζεται στην ιστογένεση.

Εκτός όμως απ'αυτή την ταξινόμηση διαχωρίζουμε τα νεοπλάσματα για πρακτικούς λόγους ανάλογα με:

- α. την κλινική τους πορεία και
- β. την συμπεριφορά τους, ως εξής:
  - α. Καλοήγη (βλαστάνουν βραδέως και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς).
  - β. Κακοήγη (βλαστάνουν ταχέως, διηθούν τα παρακείμενα όργανα, κάνουν μεταστάσεις και ενώ αφαιρούνται υποτροπιάζουν και φέρνουν το θάνατο).

Η παρακάτω κατάταξη των νεοπλασμάτων του ανθρώπου στηρίζεται στην Ιστογένεση και περιλαμβάνει όλες τις ομάδες των νεοπλασμάτων, καθώς και εκείνα για τα οποία δεν υπάρχει ομοφωνία αν είναι γνήσιες νεοπλασματικές εξεργασίες ή διαμαρτίες (σχετικά με την διάπλαση) ή και αντιδραστικές αλλοιώσεις.

- I. Νεοπλάσματα του επιθηλιακού Ιστού.
  - α. Καλοήγη
    - I. Θηλώματα.
    - 2. Αδενώματα.
  - β. Κακοήγη.
    - I. Καρκινώματα.
- II. Νεοπλάσματα του μετεγχυματικού ιστού εκτός του αιμοποιητικού.
  - α. Καλοήγη.
    - I. Ίνωμα.
    - 2. Χόνδρωμα.
  - β. Κακοήγη.
    - I. Ινοσάρκωμα.
    - 2. Μυξοσάρκωμα.

3. Οστέωμα

3. Χονδροσάρκωμα.

4. Αγγειώματα (κ.α) 4. Εμβρυϊκά σαρκώματα (κ.α).

III. Νεοπλάσματα του αιμοποιητικού Ιστού.

I. Νόσος του HODGIN.

2. Μυελογενής και λεμφική λευχαιμία κ.α.

IV. Νεοπλάσματα του νευρικού Ιστού.

I. Γλοιώματα.

2. Μηνιγγίωμα.

3. Νευρίνωμα.

V. Χόρδωμα.

VI. Μελάνωμα.

VII. Εμβρυϊκά νεοπλάσματα των σπλάχνων.

VIII. Τερατώματα.

IX. Χοριοεπιθηλίωμα.



2.Ι. Επαγγελματικά Κακοήθη Νεοπλάσματα  
τα.

Στα άτομα που έρχονται κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους απασχόλησης σε επαφή με χημικούς καρκινογόνους παράγοντες ή ακτινοβολία αναπτύσσονται κακοήθη νεοπλάσματα.

Οι ουσίες που είναι δραστικές για τον άνθρωπο δρουν κυρίως στο δέρμα, τους βρόγχους και την ουροδόχο κύστη. Δηλαδή στις περιοχές όπου είναι δυνατόν να επιδράσουν οι χημικές αυτές ενώσεις απ'ευθείας ή αυτούσιες ή σαν μεταβολικές ουσίες.

Περιπτώσεις επαγγελματικών κακοήθων νεοπλασμάτων.

Αμπελουργοί, γεωργοί, εργάτες ορυχείων που χρησιμοποιούσαν αρσενικούχες ενώσεις, εμφάνισαν καρκίνωμα του δέρματος.

Καρκίνωμα της ουροδόχου κύστεως, κυρίως στην περιοχή του τριγώνου, παρατηρήθηκε σε εργάτες επεξεργασίας καουτσούκ και χρωστικών ουσιών ιδιαίτερα χρωμάτων ανιλίνης.

Κατά τα τελευταία 40 χρόνια η χρήση αμιάντου αυξήθηκε, παράλληλα αυξήθηκε και η συχνότητα του καρκινώματος του πνεύμονος στους εργάτες των ορυχείων αμιάντου.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

Οι συχνότεροι και περισσότερο σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες των κακοήθων νεοπλασμάτων για τον άνθρωπο είναι οι ακόλουθοι:

#### I. Ακτινοβολία.

Η διεθνής επιτροπή προφύλαξης από την ακτινοβολία υπολόγισε, ότι ακτινοβολία σε ολόκληρο το σώμα 1 RAD το έτος προκαλεί 20 περιπτώσεις λευχαιμιών και 20 περιπτώσεις διαφόρων άλλων κακοήθων νεοπλασμάτων ανά 1.000.000.000 κατοίκους, δηλ. 4 περιπτώσεις ανά 100000 κατά έτος.

Είναι γνωστό επίσης ότι αναπτυσσόμενα όργανα είναι λίαν ευαίσθητα σε καρκινογόνα ερεθίσματα. Μια δόση ακτινοβολίας κατά την διάρκεια της εμβρυϊκής ζωής προκαλεί αύξηση κατά 2-10 φορές της συχνότητας της λευχαιμίας.

Επίσης η χρησιμοποίηση  $I^{131}$  είναι πιθανά υπεύθυνη για αυξημένη συχνότητα λευχαιμίας ή καρκινώματος του θυρεοειδούς.

Για τον άνθρωπο που ανήκει στην λευκή φυλή η υπερϊώδης ακτινοβολία προκαλεί καρκίνωμα του δέρματος.

#### II. Χημικές Καρκινογόνες Ουσίες.

Από το 1929, όταν έγινε γνωστό το πρώτο χημικό καρκινογόνο (το I-2-5-6 διβενζανθρακένιο) μέχρι σήμερα οι χημικές καρκινογόνες ουσίες ανέρχονται σε αρκετές εκατοντάδες.

Τελευταία ανακαλύφθηκε ότι οι χημικές ουσίες όπως οι πλαστικές, ο αμιάντος, φύλλα διαφόρων μετάλλων και συστατικά μυκήτων ήταν καρκινογόνες ουσίες.

Επίσης ο αριθμός των χημικών ενώσεων που εισάγονται καθημερινά στην κατανάλωση με την μορφή φαρμάκων, εντομοκτόνων, προσθέτων τροφών ή βιομηχανικών υλών είναι πολύ μεγάλος.

### III. Φαρμακευτικοί Χημικοί Παράγοντες.

Απ'τα γνωστά φάρμακα που προκαλούν κακοήθες νεόπλασμα στον άνθρωπο και τα πειραματόζωα είναι: το THOROTRAST, η υγρή παραφίνη κ.α.

Για παράδειγμα:

η χλωραμφαζίνη που χρησιμοποιούνταν για την θεραπεία της πολυκυταιμίας προκαλεί σε μερικές περιπτώσεις καρκίνωμα της ουροδόχου κύστης.

Η υγρή παραφίνη προκαλεί καρκίνωμα του γαστρεντερικού σωλήνα και του δέρματος.

Για τα αντισυλληπτικά που λαμβάνονται από το στόμα δεν υπάρχουν ακόμη αρκετές πληροφορίες από επιδημιολογικές μελέτες για την καρκινογόνο δράση τους.

### IV. Ήξεις

Καπνός.

Από στατικές μελέτες παρατηρείται στους καπνιστές:

καρκίνωμα του πνεύμονος,	10,8 φορές συχνότερα.
βρογχικό & πνευμονικό εμφύσημα,	6,1 " "
καρκίνωμα του λάρυγγος,	5,4 " "
" " στόματος,	4,1 " "
" " οισοφάγου,	3,4 " "
" της ουροδόχου κύστης,	1,5 " "
άλλα κακοήθη νεοπλασμάτα.	1,4 " "

Για την ανάπτυξη του καρκινώματος του πνεύμονος φαίνεται ότι ο αριθμός των τσιγάρων που καταναλίσκονται καθημερινά αλλά και η ηλικία, στην οποία άρχισε το κάπνισμα ο ασθενής έχουν μεγάλη σημασία.

Οινοπνευμα .

Φαίνεται ότι η αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών προκαλεί καρκίνωμα του οισοφάγου και των ανωτέρω αναπνευστικών οδών. Είναι πολύ πιθανό όμως ο καρκινογόνος παράγοντας να μην είναι το οινοπνευμα αλλά μια άλλη ουσία μέσα στο οινοπνευματούχο ποτό.

#### V. Σεξουαλική Ζωή.

Από τις στατιστικές μελέτες είναι γνωστό ότι, το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας είναι συχνότερο στις γυναίκες, που άρχισαν την σεξουαλική τους ζωή νωρίς και είχαν επαφές με πολλούς άνδρες.

Γενικά, το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας έχει χαμηλή συχνότητα σε ομάδες γυναικών με αυξημένη καθαριότητα.

Για τον καρκίνο του μαστού φαίνεται ότι συμβαίνει το αντίθετο.

Συνήθως όσες πάσχουν από καρκίνωμα του μαστού παντρεύονται και εγκυμονούν σε σχετικά μεγαλύτερη ηλικία και έχουν λιγότερα παιδιά από τις γυναίκες χωρίς καρκίνο του μαστού.

Στους Εβραίους το καρκίνωμα του πέους είναι πάρα πολύ σπάνιο αυτό δε αποδόθηκε στην περιτομή.

Ο μηχανισμός της δράσης της περιτομής δεν είναι γνωστός, είναι όμως πιθανό η τοπική καθαριότητα να είναι σημαντικός παράγοντας προφύλαξης από τον καρκίνο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ    ΚΑΙ    ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Η σημασία της διατροφής στην αιτιολογία καρκίνων διαφόρων εντοπίσεων θεωρείται δεδομένη, και πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι η διατροφή στο σύνολό της ευθύνεται για περισσότερες περιπτώσεις και περισσότερους θανάτους απο καρκίνο συγκριτικά με οποιονδήποτε άλλο αιτιολογικό παράγοντα συμπεριλαμβανομένου και του καπνίσματος.

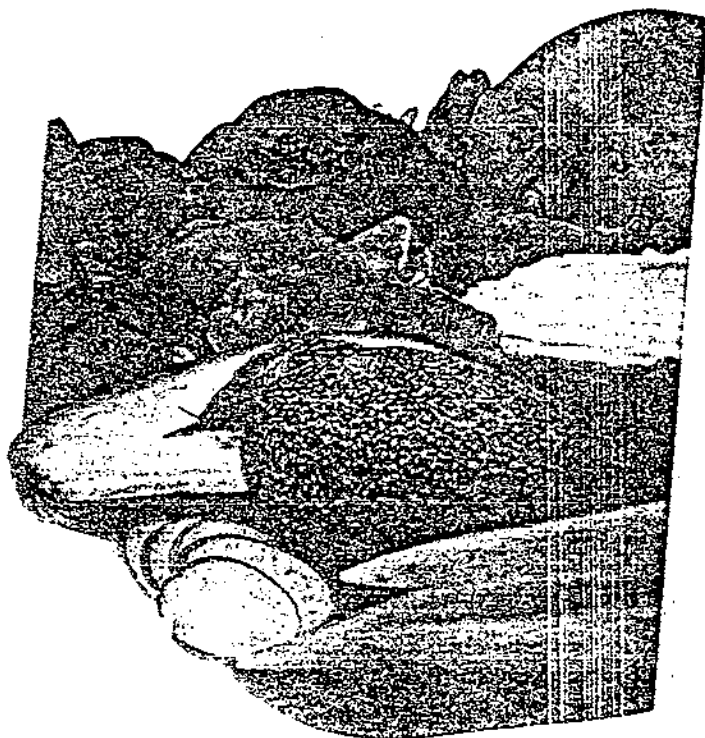
Στον πληθυσμό των Η.Π.Α το ποσοστό των θανατηφόρων καρκίνων που αποδίδεται στην διατροφή εκτιμάται σε 35% ενώ στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό εκτιμάται σε 25% .

Οι εκτιμήσεις αυτές βασίζονται:

- I. Στην διεθνή μεταβλητικότητα της συχνότητας των περισσότερων μορφών καρκίνου.
- II. Στην αδυναμία ερμηνείας της διεθνούς μεταβλητότητας των περισσότερων μορφών καρκίνου με βάση γνωστούς καρκινογόνους παράγοντες (κάπνισμα, ιός της ηπατίτιδας Β, αμίαντος, άλλοι επαγγελματικοί παράγοντες κ.τ.λ ).
- III. Στην ισχυρή αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας ή της θνησιμότητας ορισμένων καρκίνων όπως: μαστού και παχέος εντέρου και της κατά κεφαλήν κατανάλωσης ορισμένων διατροφικών παραμέτρων όπως: τα ολικά λιπίδια και η ολική ενεργειακή κατανάλωση.
- IV. Στην αναλογική εφαρμογή στην ανθρώπινη νοσολογία των πειραματικών δεδομένων σε ζώα του εργαστηρίου.

Οι διατροφικοί καρκινογόνοι παράγοντες μπορούν να ενεργήσουν με ένα ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους:

- I. Πρόσληψη με την τροφή ισχυρών καρκινογόνων ή πρόδρομων ουσιών (φυσικά καρκινογόνα, καρκινογόνα που δημιουργούνται κατά την συντήρηση ή το μαγείρεμα των τροφίμων, Χημικοί ρυπαντές, ή πρόσθετα).
- II. Συμβολή στο σχηματισμό καρκινογόνων ουσιών στον οργανισμό (σχηματισμός νιτροζαμινών στο στομάχι, τροποποίηση του ρυθμού έκκρισης ή της μεταβολικής τύχης της χοληστερόλης και των χολικών οξέων στο έντερο, τροποποίηση της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου).
- III. Συμβολή στη διακίνηση των καρκινογόνων ουσιών ή των πρόδρομων τους στον οργανισμό (αισθανόλη στο ανώτερο τμήμα του πεπτικού σωλήνα, φυτικές ίνες στο παχύ έντερο).
- IV. Συμμετοχή στην ενεργοποίηση των καρκινογόνων ουσιών ή αντίθετα, στην αδρανοποίηση καρκινογόνων (αντιοξειδωτικές ουσίες, β-καροτίνη, ενεργοποιητές ενζύμων).
- V. Συμβολή στην προαγωγή διαμορφωμένων κυτταρικών καρκινικών κλώνων (έλλειψη βιταμίνης Α, αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη).



ΤΡΟΤΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ  
ΦΡΟΥΤΑ ΚΑΙ ΛΑΧΑΝΙΚΑ  
ΚΑΙ ΤΡΟΦΕΣ ΜΕΓΑΛΗΣ  
ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ  
ΙΝΕΣ.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο . V

ΙΙΚΗ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗ

Ογκογόνοι Ιοί που σχετίζονται με κακοήθεια στον άνθρωπο.

<u>Οικογένεια</u>	<u>Είδος (ιός)</u>	<u>Σχέση με κακοήθεια</u>
HEPADNA	Ηπατίτιδας Β	Ηπατακυτταρικό καρκίνωμα.
HERPES	EPSTEIN-BARR Απλούς Έρπης I & II Κυτταρομεγα- λοιός	Λέμφωμα BURKITT, ρινοφα- ρυγγικό καρκίνωμα. Καρκίνος τραχήλου μήτρας; Σάρκωμα KAPOSI ;
RETRO	Λευχαιμίας T- κυττάρων	ADULT T-CELL LEUKEMIA/ LYMPHOMA.
PAPOMA	PAPILLOMA	Καρκίνος Τραχήλου μήτρας καρκίνος λάρυγγος, καρκίνος δέρματος.
ADENO	POLYOMA	Άγνωστη.

Πιθανοί μηχανισμοί επαγωγής όγκων και εξαλλαγή κυττάρων από τους Ιούς.

Α' Έμμεσος Τρόπος.

Ούτε τα κύτταρα των όγκων αλλά ούτε και τα πατραγονικά χρειάζεται να έχουν μολυνθεί με ιό.

Ι. Ανοσοκαταστολή. Μόλυνση με ιό επιφέρει βλάβη στο ανοσολογικό σύστημα και τα καρκινικά κύτταρα που κανονικά θα έπρεπε να απορριφθούν αναπτύσσονται σε νεοπλασία.



2. Διέγερση του κυτταρικού πολλαπλασιασμού, Οι όγκοι αναπτύσσονται μέσα στους κυτταρικούς πληθυσμούς που προεκτείνονται λόγω:

- α. Αναγέννησης ιστού που έχει υποστεί βλάβη,
- β. Μιτογένεσης ανοσοϊκανών κυττάρων.

B. Άμεσος τρόπος.

Τα κύτταρα του όγκου ή τα πατρογονικά έχουν μολυνθεί με ιό.

1. Ο ιός δεν βρίσκεται στα κύτταρα. Παροδική μόλυνση δημιουργεί νεοπλαστικές αλλαγές στη σειρά των κυττάρων του όγκου.

2. Παρουσία ιού στα καρκινικά κύτταρα. Ολόκληρο ή μέρος του ιού βρίσκεται στα κύτταρα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### ΑΝΑΤΟΜΙΑ    ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Το στομάχι είναι το κύριο όργανο του πεπτικού συστήματος. Έχει σχήμα απιδιού και είναι το πιο διευρυσμένο μέρος του πεπτικού συστήματος. Ευρίσκεται κάτω από το διάφραγμα και καταλαμβάνει το αριστερό μέρος της άνω κοιλίας.

Ο οισοφάγος που περνάει από το διάφραγμα, μεταπίπτει απότομα στο στομάχι και καταλήγει δεξιά του καρδιακού στομίου του στομάχου, ήρεμα στο ελάσσον τόξο ή αριστερά στο άνω χείλος του στομάχου, σχηματίζοντας οξεία γωνία, την καρδιακή εντομή που καταλήγει στο μέσο τόξο ή στο κάτω χείλος του στομάχου. Τα δυο αυτά χείλη αρχόμενα από την καρδιά του στομάχου, φέρονται τοξοειδώς μέχρι του άλλου άκρου του στομάχου χωρίζουν σε δυο τις επιφάνειες του στομάχου, την πρόσθια και την οπίσθια.

Το πυλωρικό άντρο εξωτερικά περιλαμβάνει την πυλωρική αύλακα, στο εσωτερικό της οποίας αντιστοιχεί η πυλωρική βαλβίδα.

Το μήκος του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες, ανέρχεται με μέτρια πλήρωση σε 25-30 εκατοστά το δε πλάτος της καρδιακής μοίρας αυτού σε 9-10 εκατοστά, της δε πυλωρικής σε 3-4 εκατοστά.

Η χωριτικότητα αυτού, ποικίλει επίσης, κυμαίνεται από 500-2.500 γρ. ανάλογα με τις συνήθειες του κάθε ατόμου.

Η μορφή του στομάχου εμφανίζει μεγάλες ποικιλίες στους ανθρώπους, μεταβάλλεται και στο ίδιο το άτομο ανάλογα με τις ώρες. Συνήθως μοιάζει με άγγιστρο ή με γράμμα F.

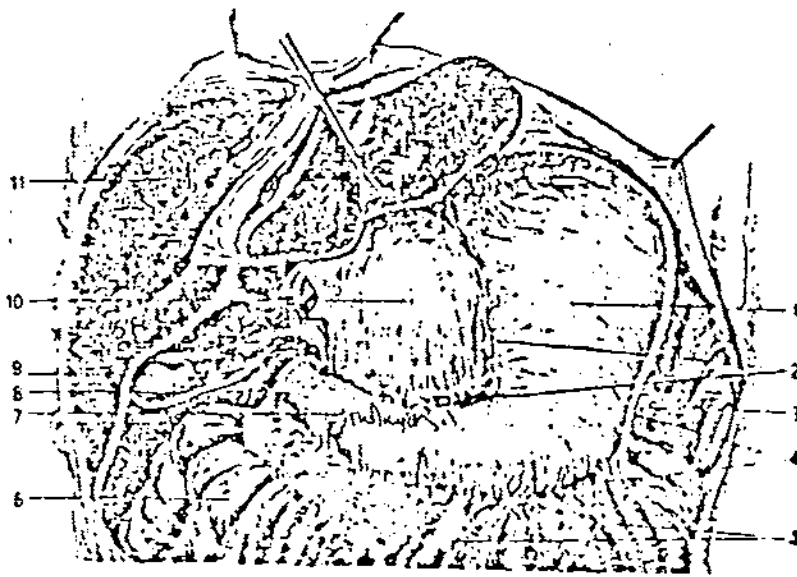
Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ( ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ )

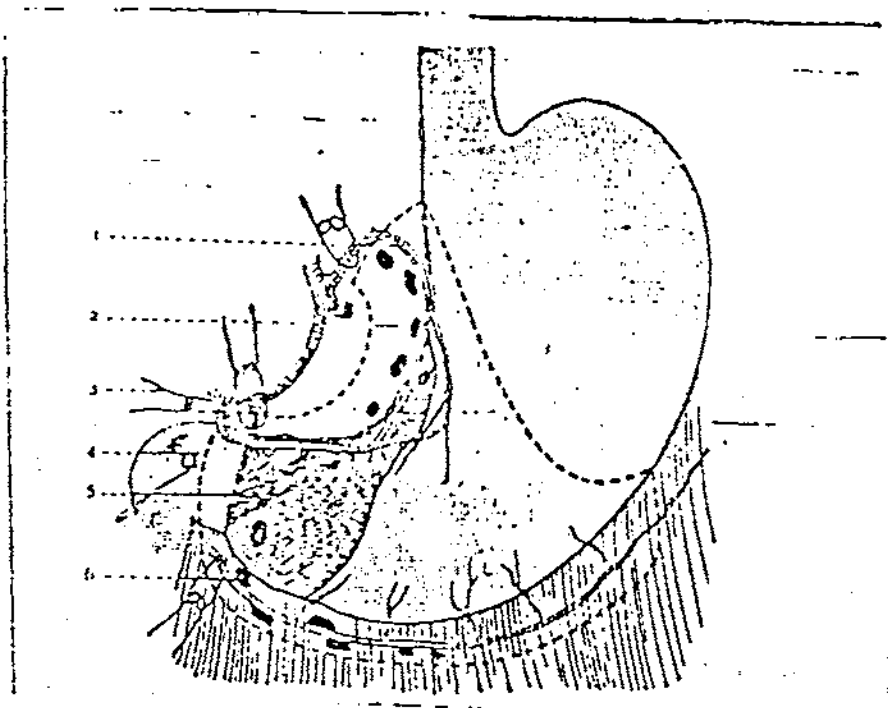
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ.

Η καρδιακή μοίρα υποδιαιρείται στο θόλο (κυθμένα) και στο σώμα του στομάχου μεταξύ των οποίων τελείται η μετάβαση του οισοφάγου στο στομάχι.

Η πυλωρική μοίρα διακρίνεται στο λεπτότοιχο πυλωρικό άνδρο, που είναι το χαμηλότερο μέρος του στομάχου και στον παχύτερο πυλωρικό σωλήνα.



- I. Το στομάχι. 2. Ελλάσων τόξο. 3. Σπλήνας. 4. Μείζον τόξο.  
 5. Λεπτό έντερο. 6. Εγκάρσιο κόλον. 7. Πυλωρός. 8. Δωδεκαδά-  
 κτυλος. 9. Πυλωρός. 10. Υποτογαστρική αρτηρία. II. Ήπαρ.



- I. Γαστρική στεφανιαία. 2. Γάγγλια του ελλάσσονος τόξου. 3. Η-  
 πατική αρτηρία. 4. Δωδεκαδάκτυλος. 5. Γάγγλια πίσω από τον  
 πυλωρό. 6. Γάγγλιο μπρος από τον πυλωρό .

Στην σκούρα περιοχή εμφανίζεται συνήθως το νεόπλασμα.

Ι.Ι. Ανατομική κατασκευή του στομάχου.

Το στομάχι αποτελείται από 4 στρώματα:

1. Τον βλεννογόνο,
2. Τον υποβλεννογόνο,
3. Τον μυϊκό χιτώνα και
4. Τον ορογόνο.

Ι.2 Αγγεία του Στομάχου.

Από τον αλίρειο τρίποδα κλάδο της κοιλιακής αορτής το στομάχι δέχεται άφθονη ποσότητα αίματος.

Οι κύριοι κλάδοι διευθύνονται κατά μήκος των τόξων (αριστερή γαστρική, σπληνική, ηπατική αρτηρία)

Αυτές οι αρτηρίες αφού διέλθουν από τον μυϊκό χιτώνα, σχηματίζουν ένα αρκετά πλούσιο πλέγμα από τον βλεννογόνο.

Όταν το στομάχι συσπάται αυξάνουν την αντίσταση και εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος.

Σε διατεταμένο στομάχι οι διάφορες αυτές καμπυλοειδείς και σπειροειδείς αρτηρίες διαστέλλονται και επιτρέπουν την μεταφορά περισσότερο αρτηριακού αίματος προς τον βλεννογόνο.

Στο τέλος της πέψης όταν το στομάχι συσπάται πάλι από την αρχή, οι αρτηρίες συστέλλονται και αυτές εμποδίζοντας έτσι την αφυδάτωση του βλεννογόνου.

### Ι.3. Νευρικό σύστημα του στομάχου.

Το στομάχι νευρώνεται απ'το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα.

Το παρασυμπαθητικό διαιρείται στο δεξιό και αριστερό πνευμονογαστρικό. Τα δυο πνευμονογαστρικά είναι τα σπουδαιότερα νεύρα της έκκρισης, αλλά και της κινητικότητας του στομάχου.

Το συμπαθητικό που δρα στο στομάχι, σχηματίζεται απο τα θωρακονωτιαία νεύρα.

Στο τοίχωμα του στομάχου υπάρχουν δύο νευρικά πλέγματα: Το μυεντερικό ή πλέγμα του AURBACH που ενισχύει την κινητικότητα και εξασφαλίζει την αρμονική λειτουργία των γαστροκινήσεων. Το υποβλεννογόνο ή πλέγμα του MEISSNER, που επιδρά στην γαστροέκκριση.

### Ι.4 Στήριγμα του στομάχου.

Το στομάχι στηρίζεται στη θέση του με τα δυο άκρα του: της καρδιάς και του πυλωρού.

Με τα παρακείμενα όργανα, με την συνέχεια του κοιλιακού τοιχώματος και με το περιτόναιο.

Σχηματίζονται λοιπόν οι εξής σύνδεσμοι:

1. Ηπατογαστρικού ή ελάσσονος επιπλόου,
2. μείζονος επιπλόου και
3. Γαστροσπληνικού συνδέσμου.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

Ο ρόλος του στομάχου είναι να δέχεται κάθε είδους τροφή, να την τροποποιεί ώστε να γίνεται ανεκτή απο το λεπτό έντερο, χωρίς να το ερεθίζει και επιπλέον να την παρασκευάζει για την τελική πέψη και απορρόφηση.

Οι τροφές με την εισαγωγή στο στομάχι αποκτούν την θερμοκρασία του σώματος και μερικές απο αυτές πέπτονται μερικώς. Το στομάχι χάρη στις κινήσεις του αναμιγνύει τις τροφές μεταξύ τους και με το γαστρικό υγρό, τις πολτοποιεί, μέχρι να πάρουν ομοιογενή και ημίρρευστη σύσταση. Ο χυμός αυτός απο τον πυλωρό εισέρχεται μέσα στο δωδεκαδάκτυλο. Έτσι προπαρασκευάζονται οι τροφές για την πέψη τους στο έντερο.

Ο βλεννογόνος του στομάχου αποτελείται απο πολλούς αδένες, ο αριθμός τους υπερβαίνει τα 35.000.000.

Το στομάχι υποδιαιρείται σε δύο μείζονες περιοχές, κάθε μία τους περιλαμβάνει ειδικό τύπο αδένων. Τα 2/3 του στομάχου (κοντά στον οισοφάγο), περιλαμβάνουν τους κυρίως γαστρικούς αδένες. Ρόλος τους είναι να παράγουν τα πεπτικά στοιχεία του γαστρικού υγρού. Το ανώτερο 1/3 περιλαμβάνει τους πυλωρικούς αδένες. Κύρια λειτουργία τους είναι η παραγωγή βλέννης.

Επιπλέον υπάρχουν δύο ελάχιστες ζώνες. Η πρώτη η άνω λέγεται καρδιακή και αποτελείται από βλεννώδεις αδένες, ενώ η δεύτερη η ενδιάμεση ζώνη αποτελείται από μικτούς αδένες.

Οι γαστρικοί αδένες που αναφέρθηκαν παραπάνω αποτελούνται



από τέσσερεις βασικούς τύπους κυττάρων:

1. Επιπολής επιθηλιακά κύτταρα,
2. Θεμέλια κύτταρα του αυχένα (Ιστολογικά είναι όμοια με τα κύτταρα των αδένων του πλωρικού και του καρδιακού τμήματος).
3. Ταχωματικά κύτταρα,
4. Θεμέλια κύτταρα του σώματος.

Τα επιπολής επιθηλιακά κύτταρα βρίσκονται σ'όλες τις μοίρες του στομάχου, καλύπτουν ολόκληρη την επιφάνειά του. Εκκρίνουν βλέννη.

Τα θεμέλια κύτταρα του αυχένα βρίσκονται επίσης σε όλες τις μοίρες του στομάχου. Εκκρίνουν μια βλέννη περισσότερο διαλυτή παρά γλοιώδη.

Τα τοιχωματικά και τα θεμέλια κύτταρα του σώματος βρίσκονται μόνο στον πυθμένα και το σώμα του στομάχου. Τα πρώτα εκκρίνουν το HCL, ενώ τα δεύτερα την πεψίνη.

Το γαστρικό υγρό είναι το μίγμα των διαφόρων εκκρίσεων των κυττάρων των αδένων του στομάχου, δηλ. της πεψίνης, βλέννης και της υδαρούς διαλύσεως του οξέος. Ο κύριος ρόλος του γαστρικού υγρού είναι να διασπά τις πρωτεΐνες σε μικρότερες ομάδες αμινοξέων με την επίδραση του HCL και της πεψίνης.

Το HCL έχει ως κύρια πηγή το NaCl του αίματος.

Η ποσότητα του γαστρικού υγρού είναι 60.000 ανά γεύμα και 150.000 το 24ωρο. Περιέχει επίσης και NaCl, KCl, φωσφορικό CA, άλατα μαγνησίου και ποσότητα πολυμορφοπύρηνων.

Το στομάχι επίσης έχει άμεση σχέση με το σχηματισμό των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

## 2.Ι Γ α σ τ ρ ι κ ή έ κ κ ρ ι σ η

Η γαστρική έκκριση διακρίνεται σε ψυχική (κεφαλική) και χημική (στομαχική φάση).

Η ψυχική φάση προκαλείται με την θέα, οσμή ή γεύση φαγητών. Το ερέθισμα μεταφέρεται στο στομάχι μέσω των πνευμονογαστρικών νεύρων και διεγείρει τους αδένες να παράγουν γαστρικό υγρό πλούσιο σε HCL και πεψίνη.

Η χημική φάση προκαλείται με την επίδραση της τροφής πάνω στο στομαχικό βλεννογόνο, με αποτέλεσμα την παραγωγή γαστρίνης που μεταφέρεται στα ανάλογα κύτταρα του στομάχου και τα διεγείρει για την παραγωγή γαστρικού υγρού για την πέψη.

Επίδραση γνωστών φαρμάκων και άλλων παραγόντων στην γαστρική έκκριση.

Τα αλκάλια. (διαττανθρακικό νάτριο). Θεωρούνται ανασταλτικά της γαστρικής έκκρισης. Έχουν την ικανότητα να εξουδετερώνουν την οξύτητα του περιεχομένου του στομάχου.

Το οινόπνευμα. Προκαλεί άφθονη έκκριση γαστρικού υγρού, το οποίο περιέχει πολύ HCL και βλεννίνη.

Διάφορα καρυκεύματα. Ελάχιστα επηρεάζουν την γαστρική έκκριση. Όταν αναμιγνύονται όμως με τις τροφές δρουν αμέσως και θέτουν σε ενέργεια την ψυχική φάση της γαστρικής έκκρισης.

Ισταμίνη. Προκαλεί μεγάλη γαστρική έκκριση και χρησιμοποιείται για την μελέτη του γαστρικού υγρού απο απόψεως HCL.

Τα ηπατικά εκχυλίσματα. Χρησιμοποιούνται στην θεραπεία της κακοήθους αναιμίας. Είναι ισχυρά μέσα ερεθισμού της γαστρικής έκκρισης.

Το κάπνισμα. Για άλλους ελαττώνει, για άλλους δεν επηρεάζει και για άλλους προκαλεί αύξηση της γαστρικής έκκρισης.

Η μορφίνη. Αναστέλλει την έκκριση μετά απο μια μικρή περίοδο, ενώ στην συνέχεια ερεθίζει και προκαλεί υπερέκκριση.

## 2.2. Κινησεις του στομάχου

Οι κινήσεις του στομάχου είναι περισταλτικές, κατά κύματα. Το κύμα όσο προχωρεί προς τα κάτω, γίνεται βαθύτερο, μέχρις ότου, φθάνοντας στον πυλωρό, τερματίζεται με μια συστολή του πυλωρικού άνδρου. Με τις κινήσεις αυτές το στομάχι παίρνει διάφορα σχήματα μέχρι να επανέλθει στο αρχικό του σχήμα (γαστρικός κύκλος). Η γαστρική συστολή είναι η φάση που χαρακτηρίζεται από βαθειές εντομές, συσπώσεις και ελάττωση της χωριτηκότητας του στομάχου.

Η γαστρική διαστολή είναι η περίοδος εκείνη κατά την οποία οι συσπώσεις μειώνονται και το στομάχι πάει να πάρει το φυσιολογικό του σχήμα. Ο γαστρικός κύκλος διαρκεί 20''.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      ΙΙΙ

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Κ Ο Ι   Π Α Ρ Α Γ Ο Ν Τ Ε Σ   Τ Ο Υ   Σ Τ Ο Μ Α Χ Ο Υ

Από αιτιολογικής πλευράς στον καρκίνο του Στομάχου ισχύουν όλα όσα ισχύουν για την αιτιολογία των νεοπλασμάτων γενικά όπως:

1. Γενετικοί παράγοντες (κληρονομική προδιάθεση).
2. Ιογενείς παράγοντες.
3. Χημικοί παράγοντες (διάφορα φάρμακα, τσιγάρα, καυσαέριο κ.α.).
4. Φυσικοί παράγοντες (ακτινοβολία, υπεριώδεις ακτίνες και ραδιενέργεια).

Ο μόνος γνωστός και βέβαιος αιτιολογικός παράγοντας είναι το γαστρικό έλκος το οποίο υφίσταται καρκινωματώδη εξαλλαγή.

Άλλος παράγοντας που έχει ενοχοποιηθεί είναι η τροφή.

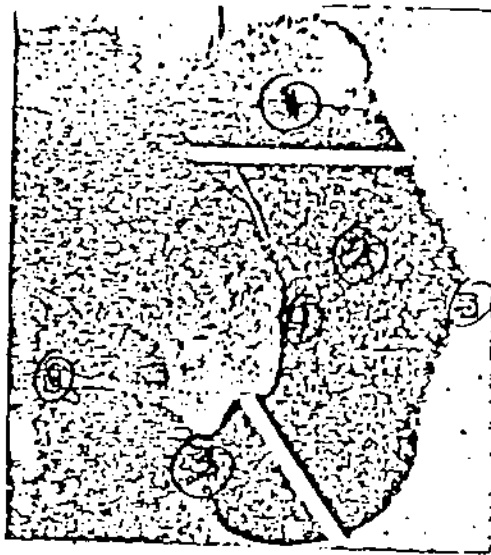
Ο καρκίνος του στομάχου μπορεί επίσης να σχηματισθεί, με τον σχηματισμό N - νιτροζοενώσεων από την μετατροπή των νιτρικών ενώσεων των τροφών σε νιτρώδεις.

Επίσης άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η ατροφική και υπερτροφική γαστρίτιδα, η κακοήθης αναιμία και οι καλοήθεις όγκοι (πολύποδες, αδενώματα) οι οποίοι υφίστανται σε μεγάλο ποσοστό κακοήθη εξαλλαγή.

Το 17% όμως περίπου των καρκινωμάτων του στομάχου, προέρχεται από προϋπάρχοντα έλκη.

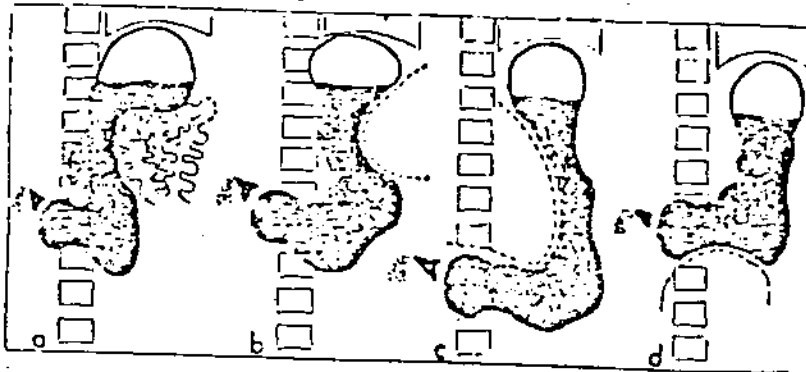
3.1 Ε ν τ ο π ί σ ε ι ς   τ ο υ   κ α ρ κ ί ν ο υ   σ τ ο -  
μ ά χ ο υ .

1. Καρκίνος του καρδιακού στομίου. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται δυσφαγία.

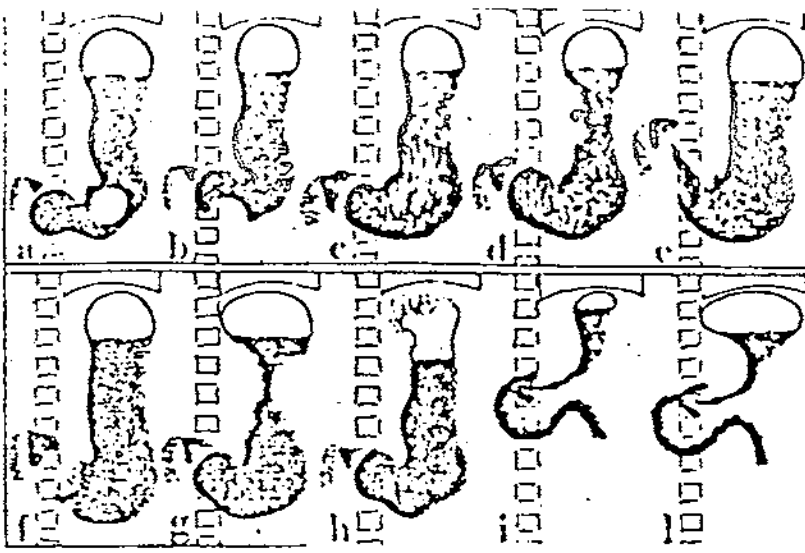


Στομάχι υγιές.

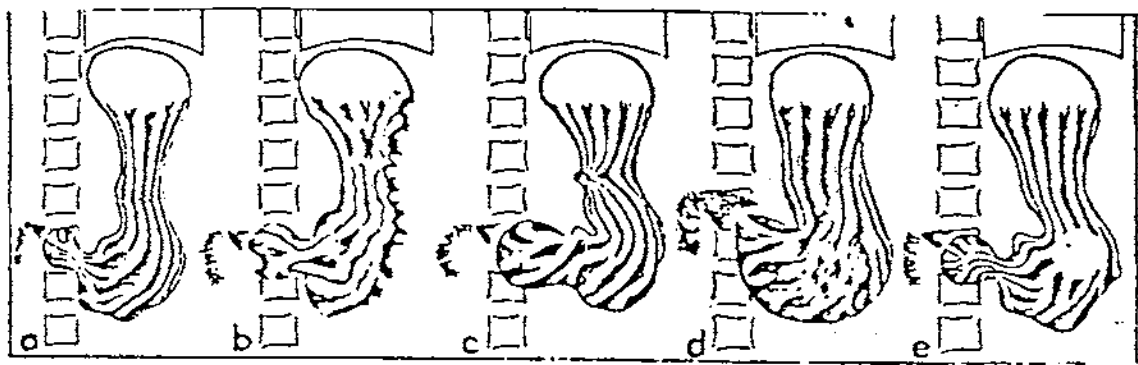
1. Θόλος. 2. Σώμα. 3. Άντρο. 4. Ελλάσων τόξο.  
5. Μείζων τόξο. 6. Πυλωρός. 7. Δωδεκαδάκτυλος.



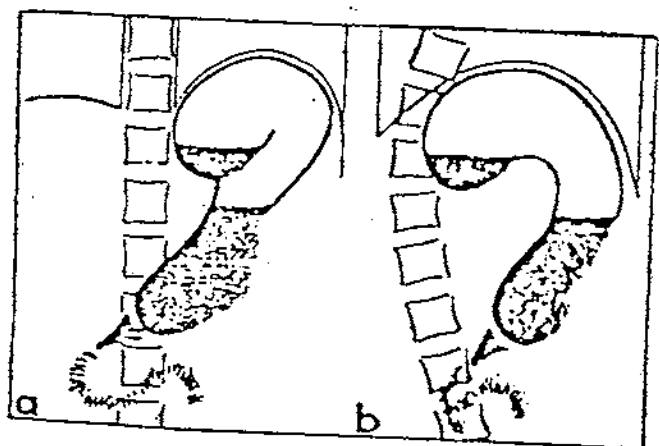
Διαφοροποίηση του σχήματος του στομάχου ανάλογα με τα  
διπλανά του όργανα.



Διαφορετικές εικόνες από ακτινογραφίες στομάχου μετά από βαριούχο .



Κατώσεις στις ραβδώσεις του στομάχου.



Θέσεις του στομάχου ανάλογα με το διαφραγμα.

2. Πρωτοπαθής καρκίνος στομάχου ή καρκίνος που οφείλεται σε κακοήθη εξαλλαγή έλκους.
3. Καρκίνος μείζονος τόξου. Εδώ παρατηρούνται πεπτικές διαταραχές καθώς και μικρή απώλεια αίματος.
4. Καρκίνος του Πυλωρού. Στην περίπτωση αυτή παρατηρείται στένωση και έμμετοι.

Η διάγνωση γίνεται έγκαιρα με ακτινολογική εξέταση.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο καρκίνος του στομάχου δεν εμφανίζει τυπική συμπτωματολογία κατά το αρχικό του στάδιο (περίοδος εισβολής) κατά το οποίο θα υπήρχαν πολύ περισσότερες ελπίδες θεραπείας.

Τα συμπτώματα γίνονται περισσότερο σαφή κατά το δεύτερο στάδιο (περίοδος ακμής), τότε όμως ο καρκίνος είναι αρκετά προχωρημένος. Εκεί εμφανίζονται μεταστάσεις και είναι συχνά ανεγχείρητος.

#### 4. I Σ υ ν ή θ η ς    σ υ μ π τ ο μ α τ ο λ ο γ ί α .

1. Πόνος. Ο πόνος είναι ελαφρύς, βαθύς εμφανίζεται κατά κανόνα μετά από την λήψη τροφής και παρουσιάζεται με την μορφή επιγαστρικού βάρους.

2. Ανορεξία. Είναι πρώιμο σύμπτωμα.

3. Απώλεια βάρους- καχεξία. Εμφανίζεται λόγω ελαττωμένης θρέψης.

4. Αναιμία. Υπάρχει πάντοτε ένας βαθμός υπόχρωμης αναιμίας, που οφείλεται στην ύπαρξη του καρκινώματος και την δυσμενή επίδραση της αιμοποίησης.

5. Αιμορραγία. Εμφανίζεται είτε σαν χρένια απώλεια αίματος με τα κόπρανα είτε με την μορφή γαστρορραγίας (αιματέση ή μέλσινα).

6. Έμμετοι. Εμφανίζει τάση για έμμετο ή και έμμετο αντανάκλαστικό λόγω ερεθισμού.

7. Δυσφαγία.

8. Δυσπεπτικές διαταραχές. Παρουσιάζονται διάρροια ή δυσκοιλιότητα, που οφείλονται στην αχυλία που υπάρχει.

9. Ψηλαφίτη διόγκωση. Θεωρείται σημείο προχωρημένο καρκίνου,



η ψηλάφηση μάζας κατά το επιγάστριο.

ΙΟ. Πυρετός. Ο πυρετός μπορεί να κυμανθεί μέχρι  $39^{\circ}$  C.

Άλλα παθολογικά ευρήματα είναι η σκληρή διόγκωση του ήπατος διηθημένοι υπερκλείδιοι λεμφαδένες ασκίτης από μεταστάσεις στο περιτόναιο. Στις γυναίκες μπορεί να παρατηρηθεί και μεγάλη διόγκωση των ωθηκών από μεταστάσεις.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      V

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση γίνεται με:

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

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

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

#### 5.1 Β α σ ι κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς σ τ ο μ ά χ ο υ. (Αναλυτικ

- I. Γαστροσκόπηση. Επιτρέπει την έρευνα του εσωτερικού του στομάχου.

Χρησιμοποιείται το εύκαμπτο γαστροσκόπιο των WOLF - CHINDLER, το οποίο επιτρέπει έρευνα, φωτογράφιση, κινηματογράφιση του εσωτερικού του στομάχου, καθώς και βιοψία.

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

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

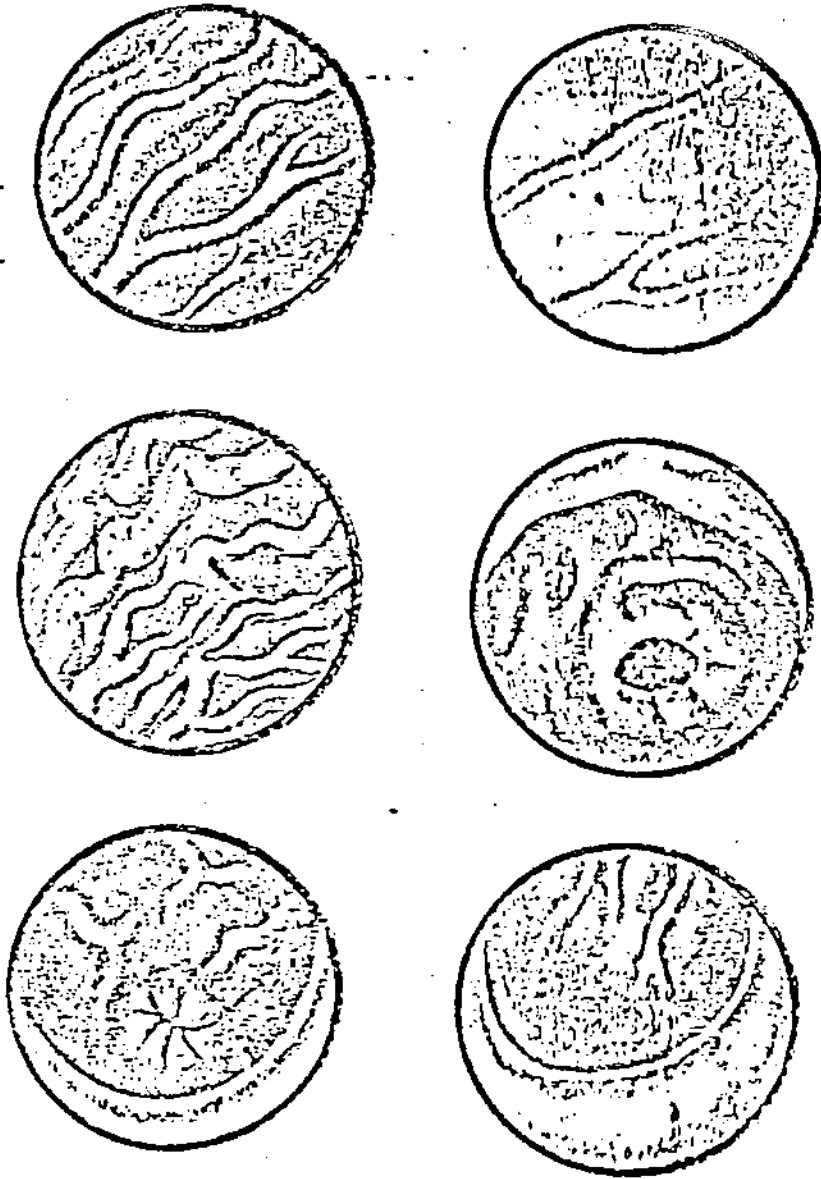
Για την μελέτη απορρόφησης απο το γαστρεντερικό σύστημα απαιτείται συλλογή κοπράνων για επτά (7) μέρες και λήψη δειγμάτων αίματος.

β. Ραδιενεργό χρώμιο  $CR^{6I}$ . Προσδιορίζει την απώλεια αίματος απο τον γαστρεντερικό σωλήνα.

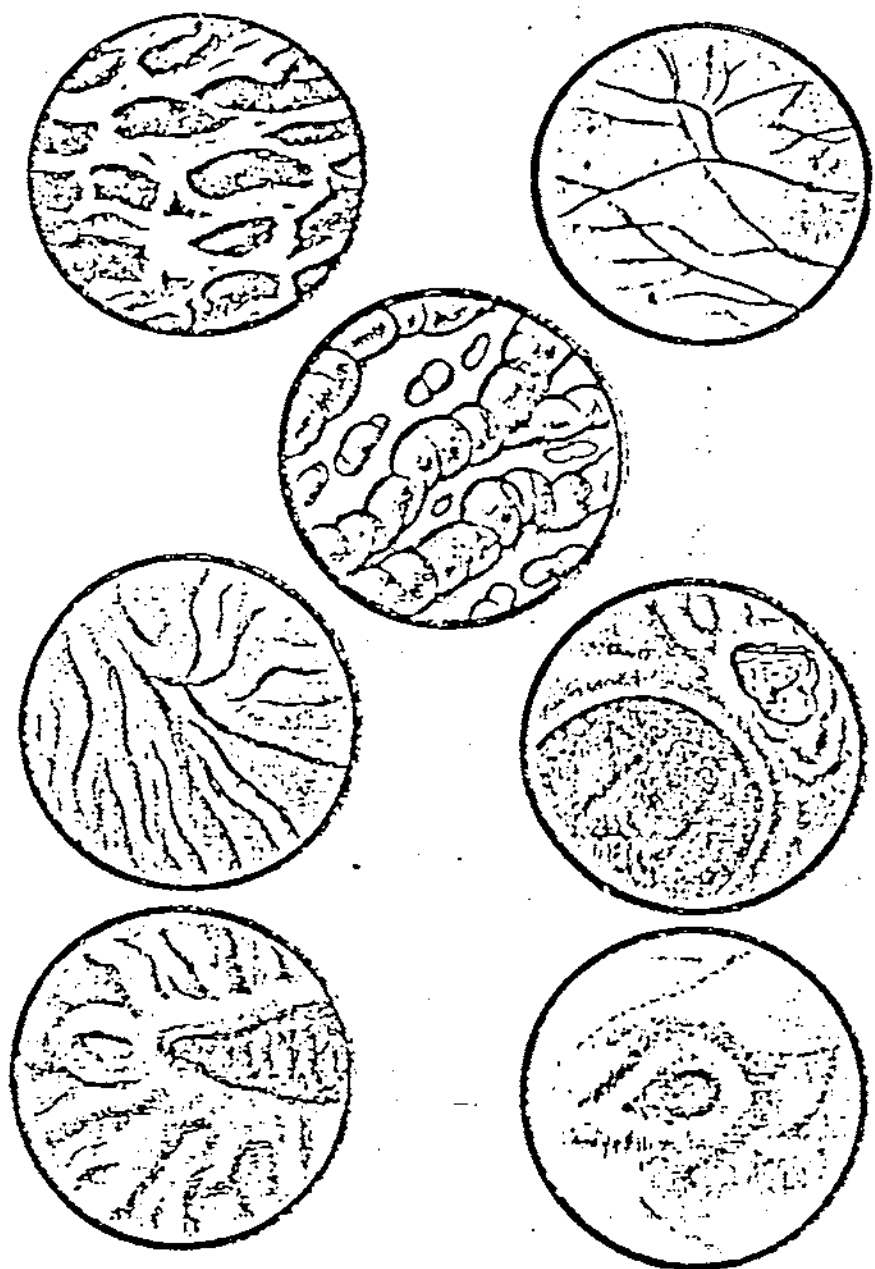
3. Σπινθηρογράφημα. Μπορεί να μας πληροφορήσει σε περίπτωση ανάπτυξης καρκίνου του γαστρικού βλεννογόνου.

## 5.2. Π ρ ό γ ν ω σ η.

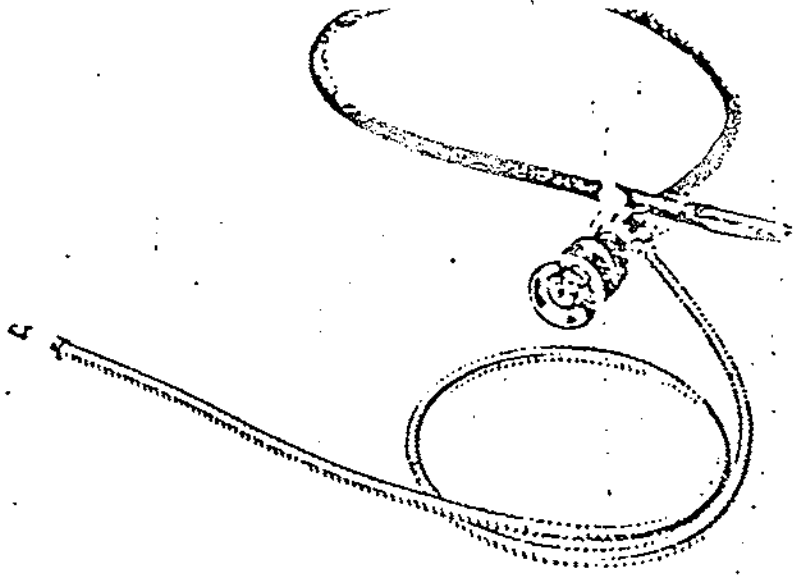
Η πρόγνωση γενικά είναι δυσμενής γιατί οι περισσότεροι άρρωστοι όταν προσέρχονται στον γιατρό είναι ήδη αργά, ώστε η πάθηση να είναι ανεγχείρητη. Σ' αυτό συντελούν τα ασαφή και ύπουλα συμπτώματα των αρχικών σταδίων της νόσου αυτής.



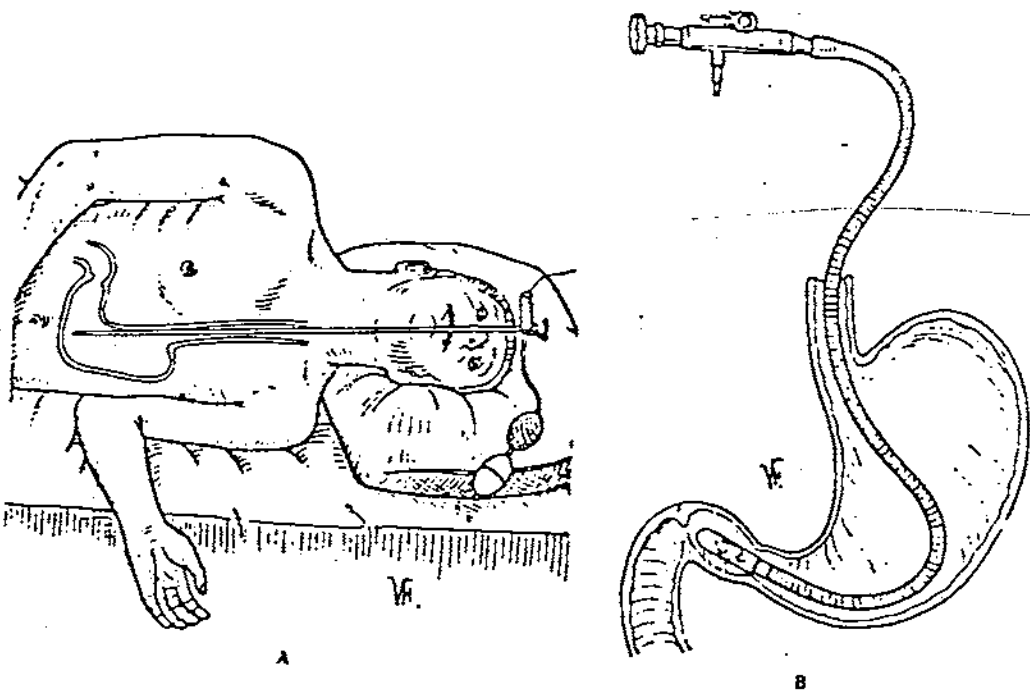
Γαστροσκοπικές εικόνες φυσιολογικού στομάχου.



Γαστροσκοπικές εικόνες παθολογικού στομάχου.



Γαστροσκόπιο.



Θέση του ασθενή για την τοποθέτηση του γαστροσκοπίου του SCHINLLER .

Γαστροσκόπιο του HIRSEHOWITZ .

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μοναδική θεραπεία του καρκίνου στομάχου είναι η ριζική εξαίρεση αυτού, με την προϋπόθεση ότι έγινε έγκαιρα η διάγνωση πριν δώσει μεταστάσεις. Όσο νωρίτερα διαγνωστεί η πάθηση τα αποτελέσματα αποβαίνουν σωστικά για τον πάσχοντα.

Στην περίπτωση που ο καρκίνος χαρακτηρίζεται μη εγχειρήσιμος, η θεραπεία περιορίζεται σε συμπτωματική. Στην περίπτωση αυτή δίνουμε διεγερτικά της ορέξεως, αναλγητικά και αντιεμετικά. Χορηγείται επίσης η κατάλληλη εύπεπτη τροφή.

Επίσης γίνεται προσπάθεια για την τόνωση του ηθικού και ενίσχυση της αισιοδοξίας.

6.1. Επεμβάσεις για την θεραπεία.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις που γίνονται στον καρκίνο του Στομάχου είναι:

1. Γαστροεντεροαναστόμωση. Εκτελείται σε ανεγχείρητα καρκινώματα του προπυλωρικού άνδρου (παρηγορευτικά).

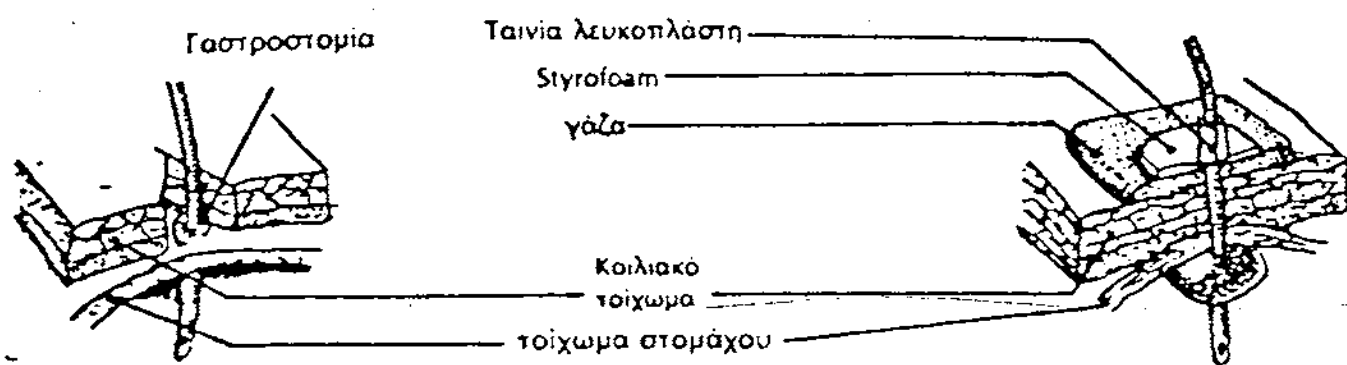
2. Γαστρεκτομή. Ανάλογα με την έκταση της αφαίρεσης έχουμε:

α. Ολική γαστρεκτομή. (αφαίρεση ολόκληρου του στομάχου).

Εφαρμόζεται σε καρκίνο του σώματος και του θόλου του στομάχου.

β. Υφολική γαστρεκτομή. (Σχεδόν αφαιρείται όλος ο στομάχος εκτός απο ένα μικρό τμήμα απο το μείζον τόξο). Εκτελείται σε καρκίνο της προπυλωρικής μοίρας του στομάχου.

γ. Ευρεία γαστρεκτομή. Εκτείνονται τα 2/3 του στομάχου και αφαιρούνται οι αδένες που παράγουν γαστρικό υγρό.



Η εφαρμογή του σωλήνα ( απλού ή FOLLEY ) στη γαστροστομία .



3. Γαστροστομία. (Είναι το άνοιγμα στο πρόσθιο τοίχωμα του στομάχου.) Γίνεται με σκοπό τη διατροφή του αρρώστου όταν υπάρχει απόφραξη πάνω από αυτό το επίπεδο.

### 6.2. Επιπλοκές ----- εγχειρήσεως.

Εκτός από τις συνήθεις επιπλοκές κάθε χειρουργικής επέμβασης (καταπληξία, αιμορραγία, έμμετοι, ανασπνευστικές επιπλοκές κ.ά) στις εγχειρήσεις του στομάχου έχουμε να αντιμετωπίσουμε και ειδικές επιπλοκές.

Επιπλοκές που οφείλονται σε παθολογικές ανατομικές συνθήκες.

- I. Ρήξη του κολοβώματος του δωδεκαδακτύλου ή της αναστόμωσης.
2. Κακή λειτουργία ή απόφραξη του έλικος.
3. Εγκολεασμός της νήστιδας μέσα στο στομάχι.
4. Αναστομωτικό έλκος της νήστιδας λόγω επίδρασης του HCL.

Επιπλοκές οφειλόμενες σε παθολογική φυσιολογία του χειρουργημένου αρρώστου.

#### I. Αναιμία.

α. Σιδηροπενική. Οφείλεται σε κακό μεταβολισμό και ελλιπή απορρόφηση του σιδήρου.

β. Μεγαλοβλαστική ή απλαστική αναιμία. Οφείλεται στην έλλειψη ενδογενούς παράγοντα σε ολική ή υπολική γαστρεκτομή.

2. Ελλειπής θρέψη. Λόγο κακού μεταβολισμού και ελλειπούς απορρόφησης λευκωμάτων και λίπους.

3. Σύνδρομο απιούσης ή σύνδρομο LUMPING. Αποτελεί συχνή επιπλοκή των γαστρεκτομών. Ο άρρωστος κατά τη διάρκεια του φαγητού ή αμέσως μετά το γεύμα νιώθει αίσθημα πληρότητας

κατά το επιγάστριο, ναυτία, κυλικοειδείς πόνους στην κοιλιά, διάρροια, ζάλη, ταχυπαλμία, εφίδρωση ή και λιποθυμία ακόμη. Είναι ωχρός και έχει ταχυσφαγία.

### 6.3. Χημειοθεραπεία του καρκίνου.

(Φάση της προετοιμασίας και της χορήγησης φαρμάκων.)

Η προετοιμασία και η χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται από πεπειραμένο και αν είναι δυνατόν ειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για να αποφευχθούν περισσότερες παρενέργειες σε βάρος του αρρώστου.

Καθήκον του/της νοσηλεύτη -τριάς είναι η ενημέρωση (εκπαίδευση) του αρρώστου σχετικά με την χημειοθεραπεία και η ενθάρρυνση του για την αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών.

Κατά την έναρξη και την διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής, απαιτείται προσεκτικός έλεγχος εργαστηριακών εξετάσεων.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για σημάδια αφυδατώσεως και ηλεκτρολυτικής ανισορροπίας με την μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών του.

Κάποια φάρμακα τα οποία χορηγούνται I.V πρέπει να προφυλάσσονται από το φως (καλυμμένοι οροί).

Κοντά στον άρρωστο πρέπει να υπάρχει συσκευή οξυγόνου για την αντιμετώπιση αλλεργικών SHOCK.

Τα φάρμακα που θα χρειαστούν για την θεραπεία (σχήμα) πρέπει να βρίσκονται έγκαιρα στον όροφο και να είναι τοποθετημένα στο φυγείο(αν χρειάζεται). Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην βγαίνουν την τελευταία στιγμή από το φυγείο (όχι παγωμένα). Επίσης καλό είναι να υπάρχουν τα αντίδοτα των φαρμάκων που

χρησιμοποιούμε.

Κατά την ενδοφλέβεια χορήγηση φαρμάκων ο γιατρός και ο/η νοσηλεύτης-τρια πρέπει να γνωρίζουν τα εξής:

1. Προσθέτοντας διαλυτικό μέσα σ' ένα φιαλίδιο, μπορεί να παρουσιαστεί δυσκολία και να εκτιναχθεί το φάρμακο προς τα έξω, πρέπει λοιπόν να προσέξει ώστε να δημιουργείται ίση πίεση έξω και μέσα στο φιαλίδιο.

2. Αν ένα φάρμακο είναι γνωστό ότι προκαλεί εκδορές, πρέπει να χορηγείται πρώτο, γιατί στην αρχή η φλέβα είναι υγιής.

3. Η φλέβα να είναι σταθερή και ελαστική κι αν είναι δυνατόν να μην έχει τρυπηθεί πριν.

4. Εξελκωμένες και ερεθισμένες περιοχές πρέπει να αποφεύγονται.

5. Να αποφεύγεται η θεραπεία σε μέρος που δυσκολεύεται η κυκλοφορία του αίματος π.χ. θρομβοφλεβίτιδα.

6. Να μην γίνεται απόπειρα φλεβοκέντησης απ' το ίδιο πρόσωπο πάνω από 3 φορές. Να συνεχίζει άλλο άτομο.

7. Κατά την ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων να χρησιμοποιείται βελόνη Νο 21 ή 23.

8. Αν δοθούν πολλά φάρμακα, η φλέβα ξεπλένεται καλά πριν από την χορήγηση κάθε νέου φαρμάκου.

9. Αν αμφισβητείται η καταλληλότητα της φλέβας, η έγχυση να επαναληφθεί σε μια άλλη φλέβα. Κατά προτίμηση στο άλλο χέρι.

10. Ο γιατρός, ή η νοσηλεύτρια -ής να διακόψει τη θεραπεία, αν υποφιαστεί έγχυση έξω από τη φλέβα. Αυτό θα γίνει αντιληπτό.

α. Αν δημιουργηθεί πρήξιμο στο σημείο της βελόνας.

β. Αν ο ασθενής παραπονεθεί για αίσθημα καύσωνα γύρω από την βελόνα.

γ. Όταν αφού τραβηχτεί το έμβολο της σύριγγας, το αίμα δεν έρχεται μέσα στη σύριγγα.

Η καλύτερη θεραπεία της νέκρωσης μπορεί να διαφέρει απο Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο.

Ο γιατρός ή η /Ο Νοσηλεύτρια-ής σε υποψία έγχυσης του φαρμάκου εξω απ'τη φλέβα οφείλει να ενεργήσει ως εξής:

1. Να βγάλει αμέσως την βελόνα.
2. Να σκεπάσει το σημείο με παγάκια.
3. Να κάνει ένεση HYDROCORTIZONE I/ γύρω απο εκεί που νομίζει ότι έγινε η έγχυση (εντολή γιατρού).
4. Να απλώσει κρέμα HYDROCORTIZONE. Να βάζει κρέμα δυο φορές την ημερα μέχρι να υποχωρήσει ο ερεθισμός.

Μ Ε Ρ Ο Σ Γ'

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΓΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ  
ΣΑΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι  
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενή διακρίνεται σε:

1. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία.
2. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία.
3. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία.

Ι.Ι. Γ Ε Ν Ι Κ Η Π Ρ Ο Ε Γ Χ Ε Ι Ρ Η Τ Ι Κ Η Ε Τ Ο Ι Μ Α Σ Ι Α .

Η γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει:

1. Τόνωση του ηθικού.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενή επιτυγχάνεται με την προσπάθεια του /της νοσηλευτού -τριάς:

- α. Να ανακαλύψει και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή.
- β. Να κατανοήσει τον ασθενή και να μεταφερθεί στη θέση του.

2. Τόνωση σωματική.

Η σωματική τόνωση επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και πτωχό σε λίπη.

Στον ασθενή ο οποίος υφίσταται γαστρεκτομή και δεν δέχεται τροφή απ' το στόμα για κάποιο χρονικό διάστημα, η τόνωση του οργανισμού γίνεται παρεντερικώς με χορήγηση θρεπτικών συστατικών ή άλλων στοιχείων του οργανισμού όπως αίματος και ηλεκτρολυτών.

Γνωρίζοντας ότι ο ασθενής είναι πιθανόν να εμφανίσει ανορεξία οι τροφές που του παρέχονται πρέπει να είναι όσο το δυνατό ευπαρουσίαστες και εύγεστες.

Επίσης δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά, γιατί ο άρρωστος κατά την επέμβαση θα χάσει πολλά υγρά.

Ο ασθενής ανακουφίζεται από τα συμπτώματα της νόσου. Σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού δίνονται στον ασθενή αναλγητικά και αντιπυρετικά φάρμακα για τον πόνο και τον πυρετό. Σε εμφάνιση αναιμίας του χορηγείται αίμα. Τέλος αν εμφανίσει ναυτία και έμετο δίνονται αντιεμετικά.

Ο άρρωστος την προηγούμενη της εγχείρησης τρέφεται ελαφρά και 6 ώρες πριν την επέμβαση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα.

### 3. Ιατρικές εξετάσεις.

Στην γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται και οι εξετάσεις του ασθενή.

- α. Εξέταση χειρουργού για εκτίμηση και ενθάρρυνση της κατάστασης.
- β. Ακτινογραφία θώρακος και ηλεκτροκαδιογράφημα.
- γ. Εξέταση παθολόγου για την εξέταση όλων των συστημάτων.
- δ. Γενική εξέταση ούρων. (λαμβάνονται τα πρωϊνά ούρα).
- ε. Γενική εξέταση αίματος (ομάδα RH, σάκχαρο, ουρία, χρένος ροής και πήξεως καθώς και διασταύρωση).
- στ. Είναι δυνατόν να εφαρμοστεί στον ασθενή ρινογαστρικός καθετήρας (LEVIN).

### 4. Καθαριότητα του ασθενούς.

Αποτελείται από τον καθαρισμό του σώματος και του εντερικού σωλήνα.

#### α. Καθαρισμός του σώματος.

Την προηγούμενη της εγχειρήσεως ο ασθενής κάνει λουτρό, χρησιμοποιώντας και μια αντισηπτική ουσία. Το λουτρό έχει σκοπό την καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος απ' το ακάθαρμο δέρμα.

β. Καθαρισμός εντερικού σωλήνα.

Αυτό επιτυγχάνεται με:

β<sub>1</sub>. Χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Τα καθαρτικά αποφεύγονται γιατί προκαλούν αφυδάτωση και μείωση του τόνου του εντέρου.

β<sub>2</sub>. καθαρτικό υποκλισμό. Συνήθως γίνονται δυο. Ο ένας το απόγευμα της προηγούμενης μέρας της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στην χειρουργική τράπεζα, στην αποφυγή δημιουργίας αερίων στο έντερο και στην διευκόλυνση του χειρουργού σε επεμβάσεις κοιλίας γιατί δεν υπάρχουν διατεταμένες εντερικές έλικες.

5. Εξασφάλιση καλού ύπνου.

Επειδή η αναμονή της εγχείρησης προκαλεί αγωνία και φόβο δίνεται στον άρρωστο ένα κατευναστικό και γενικά προστατεύεται από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε να διαταράξει τον ύπνο του.

### 1.2. Τ ο π λ κ ή π ρ ο ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή ε τ ο ι μ α σ ί α .

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

Σκοπός της είναι η απαλλαγή του δέρματος από μικρόβια χωρίς πρόκληση ερεθισμού ή λύσης.

Ετοιμάζεται με καθαρισμό του εγχειρητικού πεδίου.

Μετά τον τοπικό ευπρεπισμό γίνεται αντισηψία του δέρματος και το τμήμα αυτό καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο.

### 1.3. Τ ε λ ι κ ή π ρ ο ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ ή ε τ ο ι μ α σ ί α .

Πρίν την μεταφορά του αρρώστου στο χειρουργείο ο/η νοσηλεύτης/τριας εκτελεί τα εξής:



- α. Τον ντύνει με τα ειδικά ρούχα του χειρουργείου.
- β. Αφαιρεί οδοντοστοιχίες και τεχνητά μέλη.
- γ. Αφαιρεί κοσμήματα και τα παραδίδει στην προϊσταμένη.
- δ. Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστης.
- ε. Χορηγεί την προνάρκωση, σύμφωνα με την εντολή του αναισθησιολόγου, μισή ώρα πριν από την επέμβαση.
- στ. Ελέγχει και καταγράφει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση. Τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων θα πρέπει να αναφερθεί.
- ζ. Συμπληρώνει το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του αρρώστου και τον συνοδεύει στο χειρουργείο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι

### ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΓΑΣΤΡΕΚΤΟΜΗ

Μετά την χειρουργική επέμβαση ο άρρωστος μένει στο δωμάτιο ανάνηψης ώσπου να ανανήψει.

Φροντίδες του/της νοσηλευτή -τριας μέχρι την ανάνηψη του αρρώστου:

1. Διατήρηση του αρρώστου σε οριζόντια θέση με το κεφάλι στο πλάι.
2. Συχνή λήψη των ζωτικών σημείων.
3. Παρακολούθηση της λειτουργίας των σωλήνων παροχέτευσης.
4. Παρακολούθηση του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας.
5. Παρακολούθηση της διανοητικής και ψυχικής κατάστασης του αρρώστου.
6. Σημείωση και τήρηση του ισοζυγίου υγρών.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες τα ούρα του 24ώρου μπορεί να είναι μόνο 600 - 700 CC και με ψηλό ειδικό βάρος.

Κατά την μεταφορά πρέπει πάντοτε να έχουμε υπόψη μας τη θέση της χειρουργικής τομής.

#### 2.1. Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Όταν ο ασθενής συνέλθει πλήρως από την αναισθησία τοποθετείται σε ημικαθιστική θέση, γιατί έτσι διευκολύνεται η παροχέτευση από το στομάχι.

Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60°-70° με το οριζόντιο επίπεδο.

Στη θέση αυτή ο άρρωστος τοποθετείται με μεγάλη προσοχή γιατί νιώθει ζάλη.

Σε περίπτωση που ο άρρωστος νιώθει ζάλη τοποθετείται σε ύπτια θέση και μέσα σε μια ή δύο ώρες σε θέση FOWLER. Κάτω απ'τα πέλματα τοποθετείται υποστήριγμα ώστε να διατηρείται ο άρρωστος σ'αυτή τη θέση.

2.2 Π ρ ο β λ ή μ α τ α α σ θ ε ν ή π ο υ υ π έ σ τ η  
Γ α σ τ ρ ε κ τ ο μ ή .

Τα μεγαλύτερα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν σ' ένα ασθενή που υπέστη γαστρεκτομή για τις 3 πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είναι:

- I. Μετεγχειρητικός πόνος και δυσφορία.
2. Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής.
3. Πρόληψη επιπλοκών.

Για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων ενεργούμε ανάλογα:

Για την ανακούφιση του αρρώστου απ' τον πόνο και την δυσφορία εκτελούνται τα εξής:

- α. Συχνές μετακινήσεις στο κρεβάτι για άνεση και πρόληψη αγγειακών και πνευμονικών επιπλοκών.
- β. Χορήγηση αναλγητικών ή ναρκωτικών για τον έλεγχο του πόνου.
- γ. Παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών για πρόληψη μόλυνσεως.
- δ. Αποφυγή λήψεως υγρών απ' το στόμα σ' αυτούς τους ασθενείς τουλάχιστον για 24 ώρες.

Η προφύλαξη αυτή λαμβάνεται για να επιτευχθεί το ομαλό κλείσιμο της τομής και να ελαττωθεί έτσι ο κίνδυνος διαφυγής υγρών και δημιουργίας περιτονίτιδας.

- ε. Σχολαστική υγιεινή του στόματος για αποτροπή της ξηρότητας.

Για να ανακουφίσουμε τον άρρωστο απ' την ξηρότητα του στόματος πρέπει να εκτελούνται συχνά πλύσεις του στόματος.

Περίκλειουμε ακόμα τεμάχια πάγου μέσα σε μια γάζα και μ' αυτά

υγραίνουμε συχνά τα χείλη. Επίσης τελίπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας βοηθούν στην διάλυση της βλέννης του στόματος. Ακόμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία I/I. Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγρανση του εισπνεόμενου αέρα.

στ. Χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας προσαρμοσμένος σε αναρροφητικό μηχάνημα για την απομάκρυνση βλέννης, υγρών, αίματος, αερίων και ουσιών που συγκεντρώνονται στο στομάχι κατά τα πρώτα 24ωρα μετά την εγχείρηση.

ζ. Φροντίδα για τους ρώθωνες του ασθενή γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα.

Οι ρώθωνες του ασθενή είναι δυνατόν να καθαριστούν με μια βαμβυκοφόρο που έχει υγρανθεί με νερό και μετά με λάδι.

η. Ο/η νοσηλευτής -τρια οφείλει να φροντίζει για την καθαριότητα και την τάξη του δωματίου του ασθενή.

Οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, να βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί απ'τις δυσάρεστες σκέψεις και να μειώσει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου, του κάνει ελαφρά εντριβή, ειδικά στη ράχη και στον αυχένα. Αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

### 2.3. Μ ε τ ε γ χ ε ι ρ η τ ι κ έ ς δ υ σ χ έ ρ ε ι ε ς .

Άλλες μετεγχειρητικές δυσχέρειες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι οι εξής:

I. Διάταση του εντέρου. Συνηθισμένη δυσχέρεια. Ο αέρας και οι εκκρίσεις συγκεντρώνονται στο στομάχι και στο έντερο και

προκαλούν διάταση. Για την έξοδο των αερίων από το παχύ έντερο εφαρμόζεται σωλήνας αερίων ή χαμηλός υποκλισμός. Επίσης η συχνή μετακίνηση του αρρώστου στο κρεβάτι βοηθάει πολύ.

2. Διάταση της κύστης. Μπορεί να οφείλεται σε ερεθισμό ή τραυματισμό του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχειρήσεως. Στη λύση αυτού του προβλήματος βοηθούν, η έγκαιρη έγερση του ασθενή, η χορήγηση άφθονων υγρών, οι χαμηλοί υποκλισμοί, το είδος της δίαιτας.

3. Τραύμα. Σε περίπτωση που το τραύμα του ασθενή είναι βρεγμένο τότε εκτελείται αμέσως αλλαγή και περιποίηση του τραύματος, για την καλύτερη ανακούφιση του ασθενή.

Χαρακτηρίζουμε τα υγρά του τραύματος και αναγράφουμε την ποσότητα στο φύλλο νοσηλείας.

## 2.4. Διατροφή του ασθενή

1. Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για πρόληψη της καταπληξίας και διατήρηση του ισοζυγίου υγρών - ηλεκτρολυτών.  
Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 3.000 CC, εφόσον ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες.
2. Αυξημένα υγρά ανάλογα με την ανοχή του ασθενή.
3. Ελαφρά δίαιτα με συμπλήρωμα βιταμινών ανάλογα με την κατάσταση του ασθενή.
4. Συμπληρωματική σιδηροβιταμινοθεραπεία για την επαρκή κάλυψη των αναγκών.
5. Αποφυγή των τροφών που μπορεί να ευνοήσουν την ανάπτυξη " συνδρόμου LUMPING " όπως π.χ. αποφυγή μεγάλων γευμάτων, καθώς και γλυκών ή αλμυρών εδεσμάτων.
6. Θα πρέπει να αναγράφονται σε φύλλα νοσηλείας οι ποσότητες των υγρών έτσι ώστε να υπολογίζονται αν καλύπτονται οι θερμιδικές, διαιτητικές απαιτήσεις του ασθενή σε υγρά.
7. Υγρά από το στόμα δίνονται όταν επιτραπεί η λήψη τους.  
Η χορήγηση τους θα πρέπει να γίνει σιγά-σιγά και σταδιακά.  
Αν ο ασθενής κάνει εμετό ή έχει λόξυγγα διακόπτεται κάθε χορήγηση από το στόμα και ζητούνται οδηγίες.  
Μετά από ολική γαστρεκτομή δεν υπάρχει γαστρικός σάκος για αυτό και η θρέψη των ασθενών αυτών αποτελεί το σπουδαιότερο μετεγχειρητικό πρόβλημα. Εφόσον δεν μπορούν να λάβουν μεγάλα γεύματα, αυτά πρέπει να είναι μικρά και υψηλής θερμιδικής

αξίας με τροφές, που απαιτούν κόπωση της λειτουργίας της πέψης.

Γι' αυτό το λόγο παρέχουμε δίαιτα πλούσια σε αυγά, βούτυρο και κρέμα.

Τα λαχανικά πρέπει να χορηγούνται με μορφή πουρέ ή καλά βρασμένα.

Τα φρούτα γίνονται κομπόστα ή να μασώνται πολύ καλά.

## 2.5. Π ρ ό λ η ψ η τ ω ν ε π ι π λ ο κ ώ ν

Την χειρουργική επέμβαση του στομάχου μπορεί να ακολουθήσουν οι εξής επιπλοκές, τις οποίες αντιμετωπίζουμε ανάλογα:

### 1. Καταπληξία.

α. Χορήγηση υγρών και υποκαταστάτων του αίματος στον απαιτούμενο χρόνο.

β. Διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας, του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της συχνότητας της αναπνοής.

γ. Έλεγχος των παρεχτεύσεων του τραύματος.

### 2. Αιμοραγία.

Η θεραπεία συνίσταται σε τοποθέτηση παγοκύστης στην κοιλιά. Επίσης αναγκαία είναι η συχνή λήψη ζωτικών σημείων. Ο/η νοσηλευτής - τρια πρέπει να είναι προετοιμασμένος για την χορήγηση αίματος και υγρών ενδοφλεβίως. Η χορήγηση P.O.S διαλύματος υδροχλωρικής αδρεναλίνης μέσα στο νερό ή αλατούχο ορό επιφέρει αγγειοσύσπαση.

### 3. Έμμετος.

Συνήθως εξαφανίζεται μετά απο 8-10 ώρες. Αν συνεχιστεί μετά τις πρώτες 24 ώρες πιθανόν οφείλεται σε παραμονή αίματος



μέσα στο στομάχι.

Βοήθεια στην παροχέτευση του στομάχου ή του εμμέτου παρέχει:

- α. Η αλλαγή της θέσης του ασθενή.
- β. Η χορήγηση διαλύματος διττανθρακικού νατρίου σ'ένα μικρό ορό I.V.
- γ. Ο ρινογαστρικός σωλήνας που παρέχει συνεχή γαστρική παροχέτευση.

4. Πνευμονικές επιπλοκές. Πολλές φορές ακολουθούν τις εγχειρήσεις της κοιλίας λόγω της τάσεως που έχουν οι ασθενείς να αναπνεύουν επιπέδαια. Ο/η νοσηλευτής -τρια πιέζει τον ασθενή να:

- α. Αναπνεύει βαθιά αρκετές φορές για τον επαρκή αερισμό των πνευμόνων.
- β. Σύσταση μικρών και συχνών γευμάτων και μετακινήσεις για την κινητοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων.
- γ. Αλλαγή της θέσης του ασθενή απ'την μια πλευρά στην άλλη και περίπατος για την καλύτερη λειτουργία των αναπνευστικών οδών. Ο άρρωστος σηκώνεται προοδευτικά, πρώτα κάθετα στο κρεβάτι και μετά στην πολυθρόνα.

5. Εκσπλάχνωση.

Για την αποφυγή της συνίσταται:

- α. Χρήση κοιλιακών επιδέσμων για την υποστήριξη των τοιχωμάτων.
- β. Στήριξη της τομής σε περίπτωση βήχα.
- γ. Σύσταση καλής διατροφής.
- δ. Συχνή παρακολούθηση των επιδέσμων.

- ε. Πρόληψη για την διάταση και μόλυνση του τραύματος.
6. Θρόμβωση και εμβολή. Είναι συχνές μετά από μεγάλες επεμβάσεις. Η πρόληψη τους συνίσταται σε:
- α. Γρήγορη έγερση απ' το κρεβάτι για περιοσμό της στάσης του φλεβικού αίματος.
  - β. Χρησιμοποίηση ελαστικών καλτσών.
  - γ. Έλεγχος επιδέσμων για αποφυγή παρακώλυσης της κυκλοφορίας.
  - δ. Χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής.
7. Ανεπάρκεια βιταμίνης  $B_{I2}$ . Η ολική γαστρεκτομή οδηγεί στην αιφνίδια και τελική παύση της παραγωγής του "ενδογενούς παράγοντα" που απαιτείται για την απορρόφηση της  $B_{I2}$ .
- Αν η βιταμίνη  $B_{I2}$  δεν χορηγηθεί παρεντερικώς και μάλιστα συνεχώς σαν θεραπεία ρουτίνας για όλη την ζωή του αρρώστου, αναπόφευκτα ο ασθενής θα υποφέρει από ανεπάρκεια βιταμίνης  $B_{I2}$  αναγνωριζομένης ως κακοήθους αναφίας (μεγαλοβλαστικής αναιμίας).
- Μετά την γαστρεκτομή χορηγούνται μηνιαίως 200 γρ. βιταμίνης  $B_{I2}$  καθώς και σίδηρος.
8. Σύνδρομο LUMPING. Υπάρχουν πολλές αιτίες για την παρουσία των συμπτωμάτων του συνδρόμου όπως: το μικρό υπόλειμμα που μένει μετά την εγχείρηση, το μεγάλο άνοιγμα απ' το γαστρικό κοιλόβωμα στη νήστιδα και η πρόσληψη τροφής που περιέχει πολλούς υδατάνθρακες και ηλεκτρολύτες ή χλωριούχο νάτριο, τα οποία πρέπει να έχουν διαλυθεί στην νήστιδα πριν λάβει χώρα η απορρόφηση.
- Ο άρρωστος κατά την διάρκεια του φαγητού ή αμέσως μετά το

γεύμα νιώθει αίσθημα πληρότητας κατά το επιγάστριο, ναυτία, κωλικοειδείς πόνους στην κοιλιά, διάρροια, ζάλη, ταχυπαλμία, εφίδρωση και λιποθυμία ακόμη. Είναι ωχρός και νιώθει ταχυσφυγμία. Απαντάται το σύνδρομο στα 10-20% των χειρουργηθέντων.

Η θεραπεία συνίσταται σε:

- α. Αποφυγή μεγάλων γευμάτων.
- β. Αποφυγή γλυκών ή αλμυρών τροφών.
- γ. Λήψη υγρών μεταξύ γευμάτων.
- δ. Αποφυγή υγρών μετά τα γεύματα.
- ε. Τακτικά γεύματα, με αργή μάσηση και ήσυχο περιβάλλον.
- στ. Λήψη αντιχοληνεργικών φαρμάκων πριν από τα γεύματα.

9. Υπογλυκαιμία. Μερικοί άρρωστοι 2-4 ώρες μετά το γεύμα εμφανίζουν αδυναμία, τρόμο των χεριών, εφίδρωση, λιποθυμία και αίσθημα παλμών, που αποδίδονται σε πτώση του σακχάρου του αίματος (υπογλυκαιμία).

Για την αποφυγή της συνίσταται λήψη σακχάρου κατά την έναρξη του παροξυσμού (καραμέλες, γλυκά κ.λ.π).

10. Αναστομωτικό έλκος. Εμφανίζεται συνήθως όταν μετά την γαστρεκτομή έχει παραμείνει αρκετό τμήμα του στομάχου το οποίο συνεχίζει να εκκρίνει HCL.

Τα συμπτώματα συνίστανται σε πόνο ο οποίος μπορεί να μοιάζει μ'αυτήν του 12δακτυλικού έλκους, συχνά όμως είναι άτυπος ως προς τον χαρακτήρα και την εντόπισή του.

Επίσης εμφανίζεται ναυτία και έμετος. Συχνά τα έλκη αυτά αιμορραγούν. Η θεραπεία είναι κυρίως χειρουργική.

### Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

#### ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΚΑΚΟΗΘΕΣ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑ.

Ο καρκίνος του στομάχου είναι κι ένα αθεράπευτο κακοήθες νεόπλασμα, για το λόγο αυτό η νοσηλευτική φροντίδα που εφαρμόζουμε θα πρέπει να έχει σαν αντικειμενικούς σκοπούς τους εξής:

1. Παρεμπόδιση της επέκτασης του κακοήθους νεοπλασματος.
2. Απόσπαση της προσοχής του αρρώστου απ'την κατάστασή του.
3. Ανακούφιση απ'τον πόνο.
4. Πρόληψη επιπλοκών.
5. Διατήρηση αρρώστου στην καλύτερη δυνατή φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

Αυτά θα επιτευχθούν με την παρέμβαση και την βοήθεια του νοσηλευτή -τρίας.

Η ετοιμασία του αρρώστου για την θεραπεία περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση για εκδηλώσεις που δείχνουν μετάσταση του κακοήθους νεοπλασματος σε άλλες περιοχές.
- Βοήθεια του ασθενή στις καθημερινές του δραστηριότητες ατομικής υγιεινής.
- Φροντίδα για έγερση του ασθενή και συχνή αλλαγή θέσεως.
- Φροντίδα για εξασφάλιση ζεστού, καθαρού, και άνετου περιβάλλοντος.
- Περιποίηση δέρματος και πρόληψη κατακλίσεων.
- Ανακούφιση του πόνου του ασθενή.

Αφού προηγηθεί ιατρική εντολή χορηγούνται:

- α. Ηρεμιστικά και υπνωτικά.
- β. Αναλγητικά.
- γ. Αντιεμετικά.
- δ. Μυοχαλαρωτικά και αντισπασμωδικά.

Η φροντίδα για τυχόν διαταραχές της κύστης και του εντέρου γίνεται με:

- α. Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα.
- β. Φροντίδα στομίου ουρήθρας και περίναιου.
- γ. Χορήγηση υγρών και τροφών που βοηθούν στην κένωση του εντέρου.
- δ. Υπόθετα γλυκερίνης με ιατρική εντολή.

Σε περίπτωση αιμορραγίας που οφείλεται στη διάβρωση του αγγειακού τοιχώματος απ' το νεόπλασμα οι ενέργειες του/της νοσηλευτή τριάς είναι οι ακόλουθες:

1. Συχνή λήψη ζωτικών σημείων.
2. Ίσχυριμη πίεση ή ειδικποίηση γιατρού.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου.

4. Ετοιμασία του αρρώστου για απολίνωση του αγγείου που αιμορραγεί.

Βασικό καθήκον του/της νοσηλευτή -τριάς είναι και η διατροφή του καρκινοπαθούς. Οι ανάγκες του καρκινοπαθούς για καλή διατροφή είναι μεγαλύτερες και η περιορισμένη διάθεση για φαγητό αποτελεί σύμπτωμα της νόσου.

Σε περίπτωση σοβαρής ανορεξίας και καχεξίας ο οργανισμός ενισχύεται και με βιταμίνες και με ηλεκτρολύτες I.V.

Τις πρωτεϊνικές ανάγκες καλύπτουν η μετάγγιση αίματος και πλάσματος.

Ο ρόλος του/της νοσηλευτή -τριας στη διατροφή είναι σημαντικός και περιλαμβάνει:

- την διαμόρφωση ευχάριστου περιβάλλοντος,
- την προετοιμασία και ευχάριστη παρουσία της τροφής,
- τους διάφορους τρόπους χορήγησης της τροφής,
- την πληροφόρηση στις συνήθειες του αρρώστου πάνω στην τροφή, καθώς και την παρακολούθηση του βάρους.

### 3.1 Τεχνική διατροφή γαστροστομεία

Όπως ξέρουμε η γαστροστομεία είναι ένα άνοιγμα στο στομάχι που διενεργείται με σκοπό την χορήγηση τροφής και υγρών, όταν υπάρχει πλήρης οισοφαγική απόφραξη.

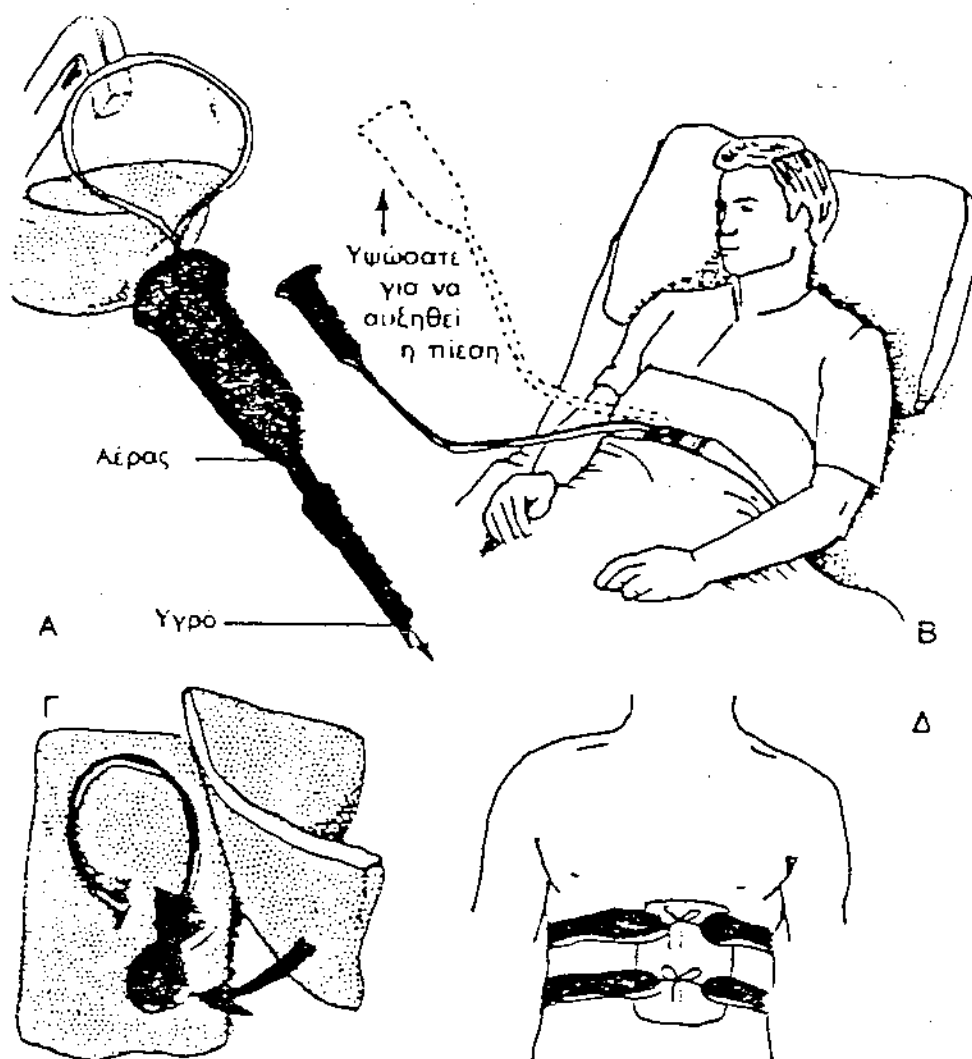
Είναι ευθύνη του /της νοσηλευτή -τριας να χορηγήσει την κανονική τροφή και να εκτιμήσει τη θρεπτική κατάσταση του αρρώστου.

Τα αντικείμενα που θα χρειαστεί είναι:

1. Ένα αριθμημένο δοχείο.
2. Χωνί ή σύριγγα ASEPTO.
3. Προσαρμοστής (συνδετικό).
4. Λεκάνη με νερό στην θερμοκρασία του δωματίου.

Η φάση προετοιμασίας περιλαμβάνει:

1. Την έναρξη της σίτισης που αρχίζει μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου.
2. Την τοποθέτηση του αρρώστου σε ψηλή θέση FOWLER, εκτός αν αντενδείκνυται.



Τεχνητή διατροφή μέσω γαστροστομίας.

3. την τοποθέτηση μικρού σεντονιού ή κουβέρτας νοσηλείας στο επάνω μισό του σώματος του αρρώστου και διπλώνουμε τα σκεπάσματα του ώστε να καλύπτονται το κάτω μισό του σώματος του. Η ενέργεια αυτή βοηθά στην έκθεση του σωλήνα γαστροστομίας.

Στην φάση εκτέλεσης εφαρμόζουμε:

- I. Το χωνί ή τη σύριγγα στον συνδετικό σωλήνα.
2. Ξεσπάζουμε το άνοιγμα του σωλήνα γαστροστομίας και εφαρμόζουμε τον συνδετικό σωλήνα.
3. Αδειάζουμε το μίγμα μέσα στον υποδοχέα τον οποίο κρατάμε σε κλίση. Με την κλίση διαφεύγουν οι φυσαλίδες του αέρα.
4. Ρυθμίζουμε την ροή με μεταβολές στο ύψος του υποδοχέα.
5. Μόλις τελειώσει και η τελευταία δόση του μίγματος βάζουμε μέσα στον σωλήνα χλιαρό νερό και τον κλείνουμε.
6. Τοποθετούμε μικρή γάζα πάνω στο στόμιο του σωλήνα και την στερεώνουμε με λαστιχάκι.
7. Καλύπτουμε τον σωλήνα με γάζα και εφαρμόζουμε ζώνη κοιλίας για την στερέωσή της. Αυτό παρέχει δυνατότητα μεγαλύτερης κινητικότητας στον άρρωστο.



Διδασκαλία του αρρώστου.

1. Αφού ο σωλήνας πρέπει να αλλάζεται κάθε 2-3 ημέρες, ο άρρωστος πρέπει να διδαχθεί πως θα το κάνει (ο σωλήνας πρέπει να είναι καθαρός, όχι απαραίτητα αποστειρωμένος).
2. Ο άρρωστος πρέπει να μάθει την τεχνική σίτισής του, τι μίγμα πρέπει να παίρνει και πως να το ετοιμάζει.
3. Αν πρόκειται για σίτιση μέσα από στόμιο πρέπει να μάθει την εισαγωγή ή και αφαίρεση του σωλήνα στο κάθε γεύμα και τη φροντίδα του δέρματος πριν απ' το στόμιο.
  - α. Διαρροή γαστρικού υγρού ερεθίζει το δέρμα.
  - β. Καθημερινή αλλαγή του τραύματος αποτρέπει την διάβρωση του δέρματος.
  - γ. Ουδέτερες αλοιφές, όπως οξειδίο του ψευδαργύρου ή βαζελίνη, μπορούν να εφαρμόζονται στο δέρμα γύρω από τον σωλήνα.
4. Τέλος, ο άρρωστος πρέπει να διδαχθεί τα σημεία και συμπτώματα των επιπλοκών, για τα οποία πρέπει να παρακολουθεί τον εαυτό του.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι V

### ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

#### 4. I Α Π Ω Τ Ε Ρ Ε Σ   Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ   Χ Η Μ Ε Ι Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Σ .

Οι απώτερες επιπλοκές διακρίνονται σε:

I. Βιολογικές.

II. Νευροφυσιολογικές.

III. Κοινωνικές.

I. Βιολογικές επιπλοκές.

Αυτές διακρίνονται σε 3 βασικούς τομείς:

I. Διαταραχές απο διάφορα όργανα.

2. Απόγονοι αρρώστων με καρκίνο.

3. Ανάπτυξη δεύτερης κακοήθειας.

I. Διαταραχές απο διάφορα όργανα.

α. Διαταραχές αύξησης - ανάπτυξης.

Η δράση ακτινοβολίας στην διάφυση - επίφυση ή στην μετάφυση των οστών προκαλεί βράχυνση ή και παραμόρφωση του οστού. Τα κορτικοστεροειδή αν χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα όπως στις λευχαιμίες προκαλούν οστεοπόρωση.

β. Διαταραχές των γονάδων (παροδικές ή μόνιμες).

β<sub>I</sub>. Όρχεις.

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

Η επίδραση της χημειοθεραπείας σχετίζεται με την ηλικία

του παιδιού. Πρίν την ήβη έχουμε τοξικότητα μικρού βαθμού.  
Μετά " " " απλασία των σπερμογονονίων  
που μπορεί να είναι μόνιμη.

## B2. Ωοθήκες:

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

Πριν την ήβη προκαλείται μικρού βαθμού τοξικότητα.

Μετά την ήβη διαταράσσεται η ωρίμανση των θυλακίων και προκαλούνται διαταραχές περιόδου-αμηνόρροια και ίσως πρώιμη εμμηνόπαυση.

## γ. Διαταραχές οργάνων.

### γ<sub>1</sub>. Καρδιά.

Μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζεται σε ασθενείς που κάνουν θεραπεία με ανθρακυκλίνες.

Άλλες επιπλοκές είναι η περιοκαρδίτιδα και η στεφανιαία ανεπάρκεια.

### γ<sub>2</sub> Πνεύμονες.

Πνευμονία και ίνωση μπορεί να προκληθούν από την κυκλοφωσφαμίδα, το B.C.N.U και το BUSULFAN.

### γ<sub>3</sub> Ήπαρ.

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

### γ<sub>4</sub> Γαστρεντερικό Σύστημα.

Οξέα φαινόμενα από το γαστρεντερικό σύστημα προκαλούν οι αντιμεταβολίτες όπως: μεθοτρεξάτη και η ακτινοβολία.

Υ5 Για πρόκληση βλάβης στο ουροποιητικό σύστημα ενοχοποιούνται η κυκλοφωσφαμίδη και η πλατίνη.

Υ6 Οφθαλμικές επιπλοκές.

Καταράκτης εμφανίζεται με την χρησιμοποίηση κορτικοστεροειδών και ακτινοβολίας.

Υ7 Νευρικό Σύστημα.

Εγκεφαλοπάθεια - περιφερική νευροπάθεια - ψυχολογική και διανοητική δυσλειτουργία είναι οι εκδηλώσεις της τοξικότητας.

## 2. Απόγονοι παιδιών με καρκίνο.

Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου στα παιδιά ενηλίκων που κατά την παιδική ηλικία υποβλήθηκαν σε αντικαρκινική θεραπεία (λόγω παιδιατρικών καρκίνων) εξαρτάται από 2 παράγοντες:

α. Παρουσία παθολογικών γόνων στο γονέα που μεταβιβάζεται κληρονομικά και στο παιδί του: π.χ γονείς που νόσησαν από όγκο.

β. Μεταβίβαση γόνων που έγιναν παθολογικοί στον γονέα λόγω έκθεσης σε χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία.

## 3. Ανάπτυξης δεύτερης κακοήθειας.

Απο την βελτίωση στην πρόγνωση του παιδιατρικού καρκίνου, τη μακρά επιβίωση και ίαση σε ορισμένους τύπους καρκίνου, ο κίνδυνος ανάπτυξης δεύτερου καρκίνου προβάλλει έντονα. Το διάστημα που μεσολαβεί από τον πρώτο έως τον δεύτερο καρκίνο κυμαίνεται από 1 μήνα έως 34 χρόνια.

Ο μέσος χρόνος είναι μακρύτερος (10 χρόνια) αν το παιδί έχει υποβληθεί σε ακτινοβολία και ο βραχύτερος (5 χρόνια) αν έχει

υποβληθεί σε χημειοθεραπεία.

Τα 2/3 των παιδιών στα οποία διαπιστώνεται δεύτερη κακοήθεια εμφανίζουν τον όγκο στην εκτεθείσα σε ακτινοβολία περιοχή.

Συνήθως ο δεύτερος καρκίνος είναι πιο επιθετικός από τον πρώτο και πιο ανθεκτικός στην θεραπεία.

Κατά την περίοδο 1972 -1983 η Ομάδα Μελέτης Απώτερων Επιπλοκών διαπίστωσε 308 δεύτερους καρκίνους σε 292 παιδιά με καρκίνο.

### III. Κοινωνικές επιπλοκές.

Η Ίαση του αρρώστου διακρίνεται:

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

Έρευνα στην Αμερική της ομάδας γονιών που έχουν παιδί με καρκίνο (can dlelighters foundation ) έχει αποδείξει ότι υπάρχουν ποικίλα προβλήματα μετά την ίαση που αποδίδονται στην μη αποδοχή του ατόμου από το ευρύ κοινωνικό σύνολο.

<u>Λγόρια μετά την ίαση</u>	<u>Μη αποδοχή</u> _____ %
Στρατιωτική θητεία.	80
Επάγγελμα.	32
Ασφάλειες ζωής.	24
Κολλέγιο.	18
Ασφάλεια ασθευείας.	14

4.2. Α ρ χ έ ς Χ η μ ε ι ο θ ε ρ α π ε ί α ς τ ο υ  
κ α ρ κ ί ν ο υ .  
Ε λ σ α γ ω γ ή .

Ιστορικοί οι πρώτοι συνειδητές προσπάθειες ανάπτυξης της χημειοθεραπείας του καρκίνου έγιναν στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα απο τον P. EHRLICH. Το 1898 ο EHRLICH ανακάλυψε τον πρώτο αλκυλιούντα παράγοντα, χρειάστηκε όμως ο μισός ακόμη αιώνας για να βρουν οι παρατηρήσεις του κλινική εφαρμογή.

Οι αλκυλιούντες παράγοντες ανακαλύφθηκαν στα πλαίσια του μυστικού προγράμματος για τα χημικά όπλα στην διάρκεια των δυο παγκοσμίων πολέμων.

Πρωτοδοκιμάστηκαν σε αρρώστους με νόσο του HOIGKIN στο Πανεπιστήμιο του YALE, το 1943, τα αποτελέσματα όμως δεν δημοσιεύτηκαν πριν το 1946 λόγω του πολέμου.

Στην πραγματικότητα η κύρια περίοδος της χημειοθεραπείας των κακοήθων νεοπλασμάτων αρχίζει με την χρησιμοποίηση των ανταγωνιστών του φυλλικού οξέος στην λεμφοβλαστική λευχαιμία των παιδιών.

Η χημειοθεραπεία των νεοπλασμάτων χρησιμοποιεί μια σειρά βασικών αρχών.

Οι αρχές Χημειοθεραπείας του καρκίνου διακρίνονται σε :

I. Βιολογικές αρχές Χημειοθεραπείας.

II. Φαρμακολογικές αρχές Χημειοθεραπείας.

I. Σχεδόν όλα τα αντινεοπλασματικά φάρμακα έχουν 2 κοινές ιδιότητες:

α. Δρουν επηρεάζοντας την σύνθεση του D.N.A

β. Δεν φονεύουν συνήθως κύτταρα σε ηρεμία.

2. Το χημειοθεραπευτικό και τοξικό αποτέλεσμα είναι συνάρτηση του γενομένου ( COCENTRATION ) Χ (TIME).
3. Κυριότερος λόγος αστοχίας στην θεραπεία είναι η ανάπτυξη αντοχής στα φάρμακα.
4. Αντοχή σε ένα χημειοθεραπευτικό παράγοντα δεν σημαίνει υποχρεωτικά αντοχή σε όλα τα φάρμακα της ίδιας ομάδας.
5. Κατά την χημειοθεραπεία των νεοπλασμάτων, τίποτε σημαντικότερο από την ορθή δοσολογία υπάρχει.

### III. Αρχές συνδυασμένης χημειοθεραπείας.

Κατά τον σχεδιασμό και την χορήγηση συνδυασμένης χημειοθεραπείας πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι οι εξής:

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

### IV. Κανόνες εφαρμοσμένης χημειοθεραπείας.

- I. Όσα συμβαίνουν στο περιφερειακό αίμα αντικατοπτρίζουν τις μεταβολές του μυελού των οστών με καθυστέρηση μιας εβδομάδας.
2. Η σχέση δόση- αποτέλεσμα αφορά τον βαθμό μείωσης λευκών αιμοπεταλίων και όχι στην διάρκεια της μυελικής απλασίας.

3. Η επικίνδυνη περίοδος απλασίας διαρκεί 4-7 ημέρες.

4. Η συχνότητα χορήγησης της θεραπείας είναι κριτικής σημασίας για τον βαθμό της μυελοτοξικότητας.

#### 4.3. Αμεση τοξικότητα της χημειοθεραπείας.

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

Η τοξικότητα τους περιλαμβάνει:

I. Ανεπιθύμητες ενέργειες δηλ. εκδηλώσεις από διάφορους ιστούς και όργανα που οφείλονται στον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων και είναι προβλέψιμες.

π.χ. μυελοτοξικότητα, βλεννογονίτης κ.τ.λ.

II. Μη προβλέψιμες αντιδράσεις όπως οι αλλεργικές, οι ιδιοσυγκρασιακές και οι οφειλόμενες σε μη ανοχή του φαρμάκου. Εδώ ανήκουν μόνο οι κυριότερες μορφές οξείας τοξικότητας που εμφανίζονται κατά την διάρκεια της θεραπείας.

#### Συνηθισμένες Μορφές Τοξικότητας.

I. Μυελοτοξικότητα.

2. Ναυτία και έμετοι.

3. Αλωπεκία.

4. Αλλεργικές αντιδράσεις. (κνίδωση, δύσπνοια, υπόταση, οίδημα προσώπου, λαρυγγόσπασμος, ε ξ α ν θ ή μ α τ α).

#### Τοξικότητα χημειοθεραπευτικών σε ειδικά όργανα.



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

#### 4.4. Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου κατά την χημειοθεραπεία.

Η νοσηλευτική φροντίδα αποβλέπει στην:

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

Πιο αναλυτικά Ο/η νοσηλεύτης - τρία προετοιμάζει τον ασθενή να δεχθεί την χημειοθεραπεία αρχίζοντας με την ενημέρωση του γύρω από τα φάρμακα και τις επιπλοκές που τυχόν θα υπάρξουν.

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

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

Τα γεύματα καλό είναι να δίνονται σε μικρές ποσότητες και συχνά.

Τα γεύματα θα πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνες και θρεπτικές ουσίες.

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

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

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

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

Κατά την έγχυση του φαρμάκου η οποία γίνεται ενδοφλεβίως ο/η νοσηλεύτης -τρια παίρνει μέτρα ώστε το φάρμακο να μην έρθει σε επαφή με το δέρμα του αρρώστου. Σημαντικό είναι να παρθούν μέτρα για αποφυγή εξόδου του φαρμάκου από την φλέβα και διήθηση των γύρω ιστών.

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

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V

Ο ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ ΣΑΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

5.1. Αρχές αντιμετώπισης ασθενών με καρκίνο.

Στις αρχές αντιμετώπισης δεν εννοείται μόνο η θεραπεία αλλά γενικά οι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος υγείας που παρουσιάζει ο συγκεκριμένος άνθρωπος. Και ενώ η ακριβής διάγνωση και η σωστή θεραπεία φαίνεται να αποτελούν τις δυο βασικές αρχές αντιμετώπισης, πολλές άλλες πλευρές του προβλήματος της υγείας του κάθε ανθρώπου υπάρχουν και που δεν είναι μικρότερης σημασίας, όπως π.χ. η ποιότητα ζωής, η ανάγκη νοσηλείας του σε νοσοκομείο κ.ά.

Παρακάτω θεωρούνται περιληπτικά γνώσεις και αρχές που θα έπρεπε να έχει και να ακολουθεί ένας ασχολούμενος με τον καρκίνο γιατρός για να πλησιάζει την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης αντιμετώπισης.

1. Γνώση της φυσικής Ιστορίας της νόσου.
2. Διάγνωση, ιστολογικά καθιερωμένη.
3. Σταδιοποίηση.
4. Επικοινωνία με τον ασθενή και το στενό του περιβάλλον.
5. Συνεργασία με τον ασθενή και το στενό του περιβάλλον.
6. Καθορισμός νόσου αν ανήκει σε ιαδίμη ή μη μορφή καρκίνου.
7. Υποστηρικτική αγωγή.
8. Διατήρηση αρχείου.
9. Επίγνωση της επιτυχίας των θεραπειών (ενημέρωσή γιατρών άλλων ειδικοτήτων για την πρόοδο και αλλαγή τρόπων αντιμετώπισης).

ΙΟ. Επιλογή και καθορισμός θεραπείας. Επείγουσα θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΙΙ. Ποιότητα ζωής.

Ι2. Κόστος διάγνωσης και θεραπείας.

5.2. Ψυχοκοινωνικές απόψεις αντιμετώπισης - συνεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο.

### Εισαγωγή.

Μέχρι τα τέλη του 1960 ο ρόλος της Κοινωνικής και Ψυχολογικής βοήθειας προς τον άνθρωπο που είχε καρκίνο ήταν κυρίως υποστηρικτικός.

Με την σταδιακή αναγνώριση της σχέσης ανάμεσα στην συναισθηματική διάθεση και την ανοσοποιητική δραστηριότητα, παρατηρούμε ότι τα προγράμματα αυτά αλλάζουν μορφή και στόχους.

Η κυριότερη διαφορά που υπάρχει στα σύγχρονα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης έγκειται στην αυξημένη έμφαση της ενεργητικής συμμετοχής του ασθενή στην θεραπεία του.

Δύο από τους εκπροσώπους αυτής της νέας νοοτροπίας στην αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ο ογκολόγος CARL SIMONTON και η ψυχολόγος STEPHANIE MATTHEWS - SIMONTON.

Η επίδραση της διάγνωσης στον ασθενή.

Η στάση του ασθενή απέναντι στον καρκίνο είναι συνάρτηση αρκετών παραγόντων:

I. Της προσωπικότητας του ασθενή.

2. Του τρόπου που αντιλαμβάνεται την διάγνωση.
3. Της αντιμετώπισης του απο το θεραπευτικό και το οικογενειακό του περιβάλλον.
4. Της συγκεκριμένης μορφής ασθένειας και της εξέλιξής της.

Οι πιο συνηθισμένες αναφερόμενες αρχικές αντιδράσεις του ασθενή που πληροφορείται ότι έχει καρκίνο είναι:

Άγχος, άρνηση ή απώθηση της ύπαρξης της ασθένειας, απόγνωση, αρνητική αυτοθεώρηση, επιθετικότητα, εσωστρέφεια, παλινδρόμηση, σεξουαλική αποθάρρυνση και φόβος θανάτου.

Σε πολύ μικρότερη συχνότητα μπορούν να εμφανιστούν αντιδράσεις που ανήκουν στον χώρο της ψυχοπαθολογίας (π.χ. υποχονδρίαση) καθώς και απόπειρες αυτοκτονίας.

#### Η πληροφόρηση του ασθενή.

Το βασικό σημείο σχετικά με την πληροφόρηση, δεν είναι τόσο το αν πρέπει ή δεν πρέπει να πληροφορείται ο ασθενής ότι έχει καρκίνο, όσο η διαδικασία με την οποία καταλήγουμε σ'αυτήν την απόφαση.

#### Μια Πρόταση.

Η απόφαση αν θα πληροφορήσουμε τον ασθενή ή όχι χρειάζεται να είναι αποτέλεσμα ενός συμβουλίου στο οποίο συμμετέχουν η οικογένεια, ο θεράπων γιατρός, και ένας ψυχίατρος.

Μέσα στις ομάδες υποστήριξης οι ασθενείς μπορούν να εκφράσουν και να εκτονώσουν τα συναισθήματά τους, τις δυσαρέσκειές τους και να μάθουν νέους και αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.

Στόχοι της αποκατάστασης:

1. Να πάψει το άτομο να βλέπει τον εαυτό του σαν "καρκινοπαθή" και να δει τον καρκίνο σαν ένα πρόβλημα και όχι σαν το κυριώτερο χαρακτηριστικό του σαν άνθρωπος.
2. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να βάλει νέους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους που να δίνουν νόημα στη ζωή του και να του προσφέρουν κίνητρα και αισιοδοξία.

Στόχος του συντονιστή της Ομάδας:

Να φροντίσει ώστε οι στόχοι αυτοί να είναι όσο το δυνατό πιο συγκεκριμένοι και ρεαλιστικοί, ώστε να προστατευθεί ο ασθενής από την απογοήτευση που μπορεί να προέλθει από ανέφικτες προσδοκίες.

Παράλληλα χρειάζεται να διδάσκονται οι ασθενείς αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του STRESS όπως: οι τεχνικές χαλάρωσης (χρήση συσκευών βιοανάδραση).

Επίσης σημαντικό είναι να υπάρχει μια πρόβλεψη για ενημέρωση και καθοδήγηση.

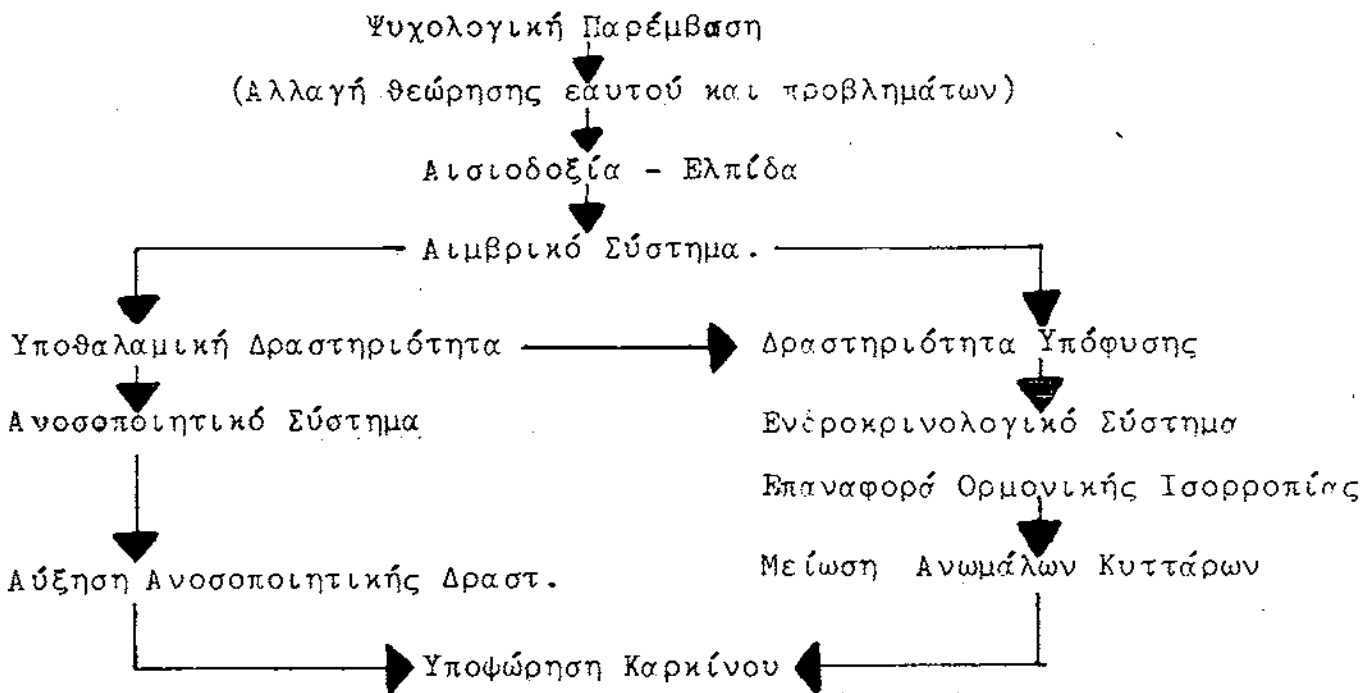
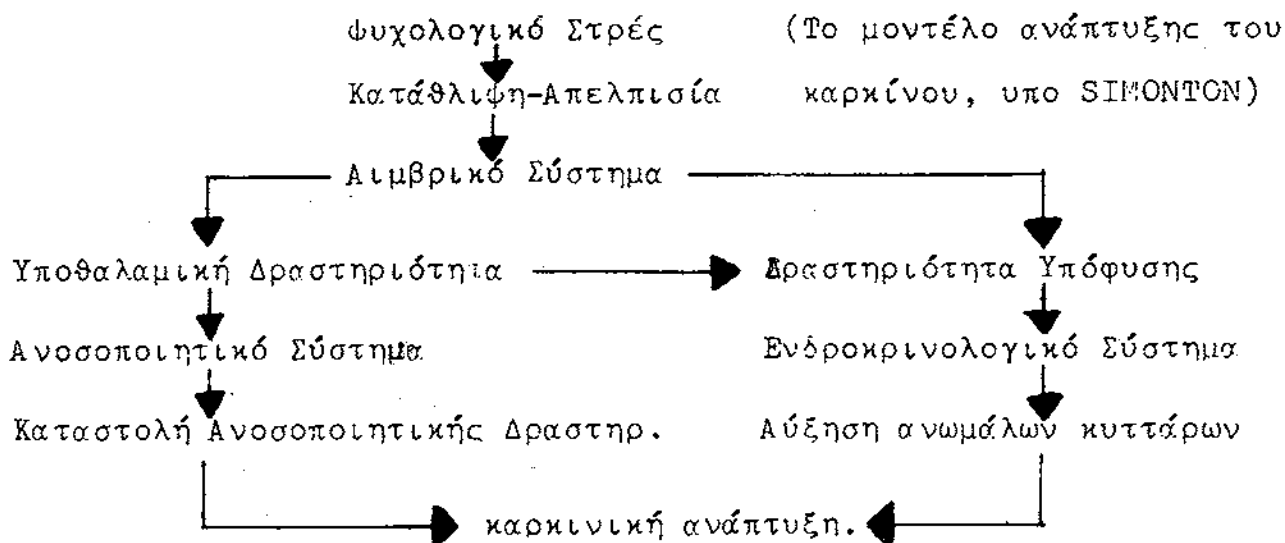
Οι γένικες κατευθύνσεις είναι τέτοιες ώστε οι συγγενείς να βοηθούν και να υποστηρίζουν τον ασθενή, χωρίς όμως να παίζουν τον ρόλο του "σωτήρα" και να τον οδηγούν στην περιττή εξάρτηση από το περιβάλλον.

Παράλληλα, μια και τα ίδια τα μέλη της οικογένειας βρίσκονται κάτω από STRESS μία δεύτερη πτυχή της συνεργασίας με την οικογένεια του ασθενή είναι να προσφερθεί μία ψυχολογική υποστήριξη στα μέλη.

Ετσι λοιπόν υπάρχουν ομάδες υποστήριξης συζύγων ή παιδιών.

Η θέση SIMONTON για τον καρκίνο

Σχ. 1.



Σχ. 2. Το μοντέλο αντιμετώπισης του καρκίνου, υπο SIMONTON.

Προτάσεις για ένα σύγχρονο πρόγραμμα αποκατάστασης.

- Σύμφωνα με τις απόψεις της Ολιστικής Ιατρικής ο άνθρωπος



δεν είναι μόνο σώμα. Οι ψυχοσωματικές έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι ο νους και το σώμα απαρτίζουν ένα ενιαίο και αλληλένδετο σύνολο.

Ένα σύγχρονο πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης χρειάζεται να έχει σαν κεντρικό του άξονα την ομάδα.

Βασίζεται δηλ. στην δημιουργία μικρών γκρούπ ασθενών που λειτουργούν σαν ομάδες υποστήριξης.

Μια τέτοια ομάδα απαρτίζεται από 8 έως 10 μέλη και διευθύνεται από κάποιο συντονιστή (ψυχίατρο, Ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό). Οι συναντήσεις συνήθως είναι δίωρες και η συχνότητα με την οποία γίνονται είναι μία έως δύο φορές την εβδομάδα.

Η αποκατάσταση αρχίζει με την διάγνωση.

Ένα ιδεώδες και πλήρες πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης καλό θα ήταν να αρχίζει από την στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου.

Γι αυτό χρειάζεται να υπάρχει δικτύωση ανάμεσα στα διαγνωστικά κέντρα και τους φορείς των προγραμμάτων αποκατάστασης.

Συνδετικός κρίκος θα πρέπει να είναι η κοινωνική υπηρεσία του διαγνωστικού κέντρου.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα αποτελείται από 3 φάσεις:

#### Φάση I.

Φάση της αποκατάστασης του ασθενή (προπαρασκευαστική).

Στόχος της φάσης: Η ψυχολογική και η πρακτική προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή εν όψει της θεραπευτικής διαδικασίας που θα περάσει.

#### Φάση II.

Κλινική ή νοσοκομειακή.

Καλύπτει την περίοδο που ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο.

Ο πιο κατάλληλος φορέας για αυτή τη φάση είναι η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου.

Φάση III.

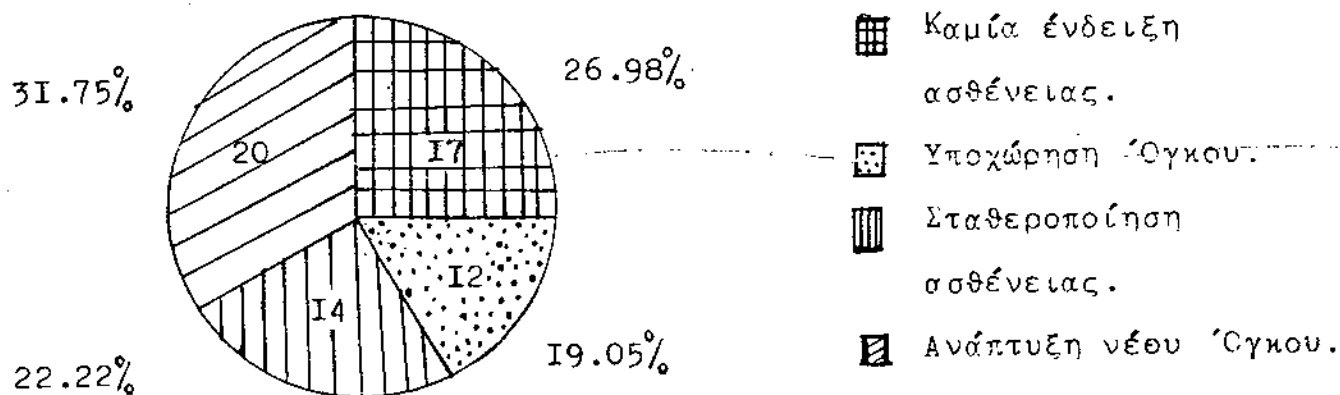
Μετακλινική ή μετανοσοκομειακή.

Αρχίζει απ'τη στιγμή που ο ασθενής εγκαταλείπει το νοσοκομείο.

Η φάση αυτή αποτελεί τον κυρίως κορμό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Η άρτια λειτουργία ενός προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης απαιτεί κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό.

Παρ'όλο που ο Ψυχίατρος και ο Ψυχολόγος παίζουν σημαντικό ρόλο σε τέτοια προγράμματα, η πρακτική εμπειρία δείχνει ότι το περισσότερο βάρος το επωμίζονται οι κοινωνικοί λειτουργοί.



Κατανομή των 63 ασθενών που επιβίωσαν με την μέθοδο SIMONTON.

5. 3. Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις σε ασθενείς με καρκίνο.

Θα αναπτύξουμε μεθ' τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου στους ασθενείς, επιπτώσεις που εμφανίζονται ήδη

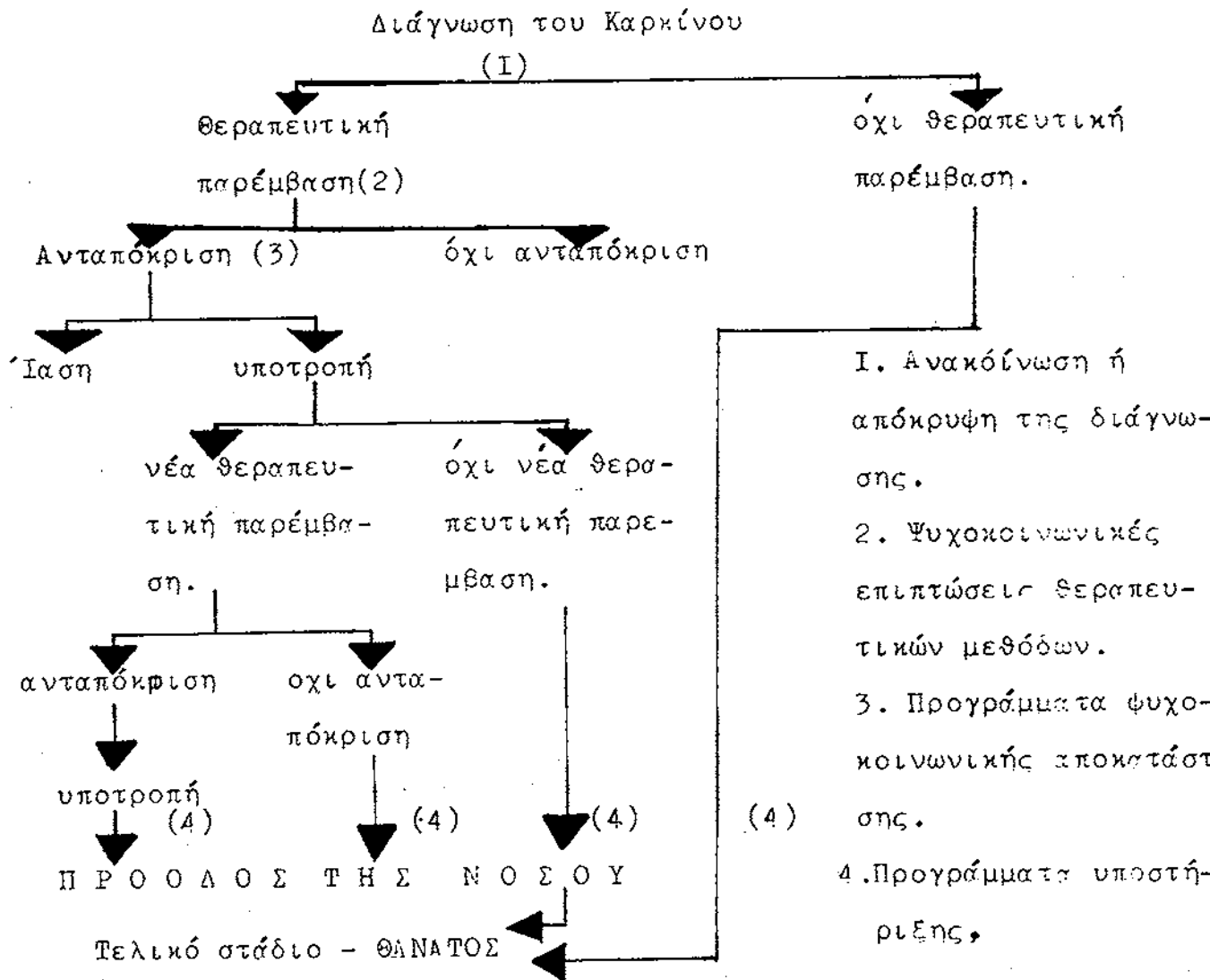
από την υπόνοια της νόσου,

εντείνονται κατά την διάγνωση,

αυξάνονται κατά την πορεία της νόσου,

κορυφώνονται κατά το τελικό στάδιο.

Για την καλύτερη κατανόηση των επιπτώσεων αυτών θα θυμίσουμε, με τον αλγόριθμο που ακολουθεί, τις πιθανές φάσεις εξέλιξης της νόσου από την οριστική διάγνωση και μετά.



Σχημ. I. Η πιθανή εξέλιξη του νεοπλασματος και οι ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου.

Η σχέση γιατρού - αρρώστου είναι μία σχέση επικοινωνίας. Ένα καίριο σημείο με ιδιαίτερη δυσκολία στην επικοινωνία είναι η ανακοίνωση ή η απόκρυψη της αληθινής διάγνωσης.

" Ο καρκινοπαθής και η αλήθεια " είναι ένα μέρος του μεγαλύτερου προβλήματος της αλήθειας στην Ιατρική. Θα πρέπει από την αρχή να τονιστεί πως δεν υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση του προβλήματος στις διάφορες χώρες. Και ακόμη ότι δεν πρέπει να θεωρείται οριστικοποιημένη η στάση που σήμερα τηρείται.

Οι απόψεις που ως τώρα έχουν εκφραστεί σχετικά με το θέμα μπορούν να συνοψιστούν στις εξής 3 θέσεις:

Θέση 1η: Ο άρρωστος δεν πρέπει να ενημερώνεται για τον καρκίνο του, αλλά αντίθετα πρέπει να καθυστερείται παραπλανώμενος.

Θέση 2η: Ο άρρωστος πρέπει να ενημερώνεται με ακρίβεια και λεπτομέρειες για την πάθηση του, την θεραπεία και την πρόγνωση της αρρώστειας.

Θέση 3η: Όλοι πρέπει να μαθαίνουν ένα μέρος της αλήθειας, όσο μπορούν να σηκώσουν, όσο χρειάζεται για την συνεργασία και την συμμόρφωση τους στους θεραπευτικούς χειρισμούς. Ορισμένοι από τους αρρώστους πρέπει να ενημερώνονται περισσότερο ή πλήρως, ανάλογα με την προσωπικότητα τους και την ψυχική τους δύναμη.

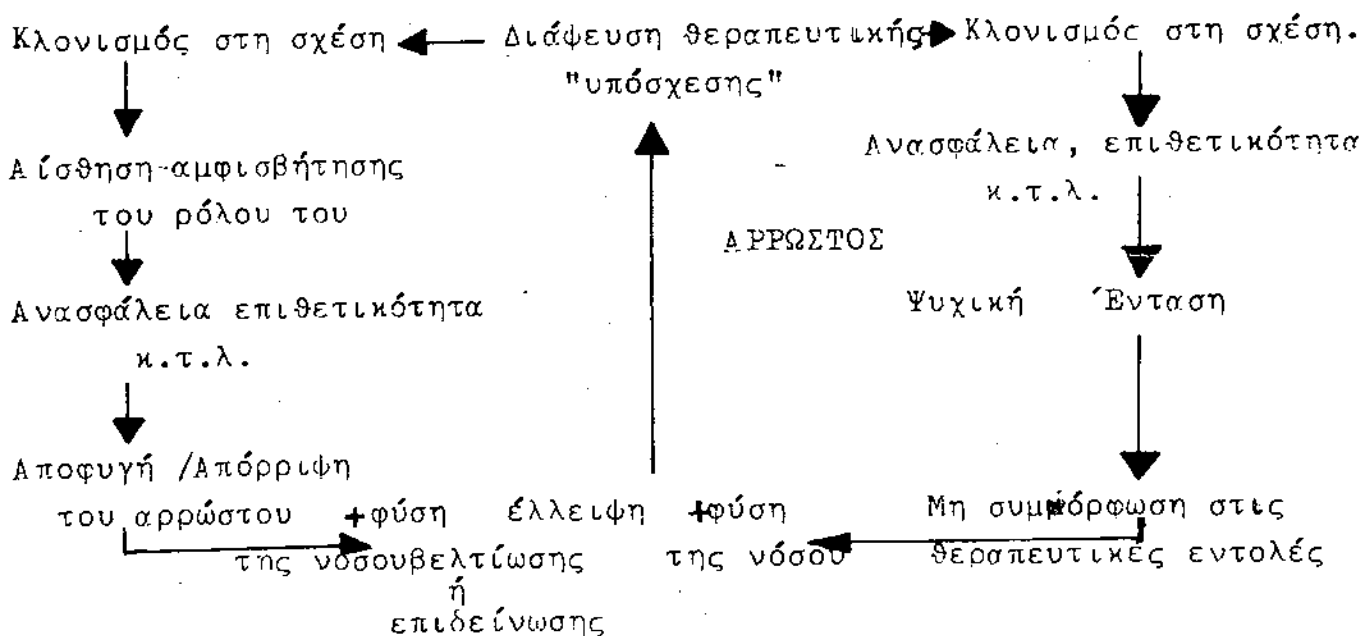
Πρέπει από την αρχή να διευκρινιστεί πως όλες οι απόψεις και θέσεις ξεκινούν από την πρόθεση προστασίας και παροχής βοήθειας προς τον άρρωστο.

Οι υποστηρικτές της απόκρυψης τονίζουν τον φόβο που ως σήμερα προκαλεί η λέξη " καρκίνος ".

Στην αντίληψη του γενικού πληθυσμού ο καρκίνος ισοδυναμεί με το θάνατο. Έτσι η αναγγελία της διάγνωσης κινητοποιεί φόβο θανάτου που παραλύει τους ψυχολογικούς μηχανισμούς, με επιπτώσεις στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του ατόμου. Η απόκρυψη της διάγνωσης αποκοπεί ακριβώς στην αποτροπή των πιο πάνω αντιδράσεων. Άλλοι επικαλούνται ακόμα λόγους κοινωνικούς και πολιτιστικούς.

Απ' την άλλη πλευρά τα προβλήματα που δημιουργεί η απόκρυψη, εκτός από ηθικά και νομικά, είναι και ιατρικά, τα κυριότερα είναι:

1. Η έλλειψη συνεργασιμότητας (COMPLIANCE) και η εφαρμογή θεραπευτικών οδηγιών, πολύ περισσότερο που κάθε θεραπεία συνεπάγεται προβλήματα.
2. Κλονισμός στην σχέση γιατρού - αρρώστου από την συνεχή διάφευση του γιατρού (βλ. σχήμα 2).



Σχήμα 2: Μοντέλο που δείχνει την διατάραξη της σχέσης γιατρού - αρρώστου κατά την απόκρυψη διάγνωσης (Ρηγάτος 1985).

3. Ακόμα ποικίλες εκκρεμότητες στην ατομική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του αρρώστου, με διάφορες συνέπειες, είναι φυσικό επακόλουθο της απόκρυψης της αλήθειας.

Μετά την φάση της διάγνωσης και της πληροφόρησης ή όχι με όλες τις συνέπειες που υπαινικτικά αναφέραμε ακολουθεί η φάση του θεραπευτικού προβληματισμού.

Οι διάφορες μέθοδοι για την θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου, εκτός από το επιθυμητό τους αποτέλεσμα συνεπάγονται συχνά και ανεπιθύμητες ενέργειες, είτε βιολογικές, είτε Ψυχοκοινωνικές.

Μερικά από τα ιδιαίτερα κατά προβλήματα των αρρώστων μετά από θεραπευτικές επεμβάσεις.

Κεφαλή - τράχηλος.

Αφαίρεση CA προσώπου      Αισθητικά προβλήματα. Δυσχέρειες έκφρασης, ομιλίας κ.τ.λ.

---

Επέμβαση στη μαλακή και σκληρή υπερώα      Προβλήματα από την ενοποίηση- ρινικής- στοματικής κοιλότητας.

---

Γναθεκτομή      Προβλήματα αισθητικά, διατροφής, ομιλίας.

---

Εξόρυξη οφθαλμού      Διαταραχή στερεοσκοπικής όρασης.

---

Άκρα.

Ακρωτηριασμοί χεριών- ποδιών.      Προβλήματα επαγγελματικού επαναπροσανατολισμού, βάδισης, αισθητικά, λειτουργικά.

---

Κορμός.

Ειλεοκτώστη ουρητηροστομία, νεφροστομία.      Περιορισμός δραστηριότητας, δυσσομία, κίνδυνος λοιμώξεων.

Γαστροστομία

Απώλεια γεύσης, περιορισμός δραστηριότητας απο τον σωλήνα.

---

Ακρωτηριασμός πέλους.

Ψυχολογικά προβλήματα. Διαταραχή συζυγικής ζωής.

---

Η μελέτη της ψυχολογίας των αρρώστων του τελικού σταδίου οφείλει πολλά στην Αμερικανίδα E. KUBLER - ROSS. Η ερευνήτρια μελετώντας την συμπεριφορά των αρρώστων τελικού σταδίου και αξιολογώντας τα στοιχεία της όχι μόνο με δεξιότητες αλλά και με ιδιαίτερη ευαισθησία, σταδιοποίησε την ψυχολογική πορεία τους ως εξής:

- Φάση I: Άρνηση της πραγματικότητας.
- " II: Οργή-εξέγερση κατά της αλήθειας.
- " III: Παζάρωμα, για λίγη ζωή παραπάνω.
- " IV: Κατάθλιψη.
- " V: Ήρεμη αποδοχή της αλήθειας.

Σήμερα ο θάνατος τείνει να γίνει παρόμοιος σ'όλες τις χώρες του Δυτικού κόσμου, και λογίζεται περισσότερο τρομακτικός γιατί είναι ο πιο μοναχικός, πιο μηχανικός και πιο απάνθρωπος. Αυτό οφείλεται στον αποχωρισμό του ατόμου απο τον χώρο του σπιτιού, τους οικείους κ.τ.λ. εξαιτίας κοινωνικών μεταβολών.

Σημαντικά επηρεάζεται η ψυχολογική κατάσταση του ετοιμοθάνατου αρρώστου από τη στάση των συγγενών, των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, των άλλων αρρώστων κ.τ.λ. Η απομόνωση, η μείωση της ενασχόλησης του προσωπικού, η συντόμευση της απασχόλησης των γιατρών δηλώνουν στον βάρβαρο άρρωστο την οριστική του καταδίκη.

Τί ζητούν απο μας οι άρρωστοι του τελικού σταδίου;  
Ας ακούσουμε την απάντηση μέσα απο τους στίχους ενός νέου 23  
χρόνων που πέθανε απο νόσο HODGKIN:

Θεράπευέ τον σαν άνθρωπο  
μη του δίνεις οίκτο ή ευσεβείς συμβουλές  
οι πιθανότητες είναι πως μπορεί να σου πει  
ένα δύο πράγματα  
για τα γεγονότα της ζωής  
Κοίταξέ του στα μάτια  
Μη σκοτίζεσαι να χαϊδέψεις το κεφάλι του  
Αυτό είναι η μόνη μοίρα  
αυτό είναι χειρότερο απο το θάνατο  
Τώρα και πάντα  
είναι μία πλήρης ανθρώπινη ύπαρξη  
Η δύναμή του μπορεί να χάθηκε  
αλλά αυτό είναι το μόνο  
Κοίταξε μέσα από τα μάτια του  
θα δεις τον κόσμο.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     V I

### ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ

Τα πολύπλοκα προβλήματα της φροντίδας των καρκινοπαθών επιβάλλεται να αντιμετωπίζονται με ένα πολυδύναμο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η θεραπεία του καρκίνου είναι ίσως η πλέον δαπανηρή.

Είναι δε ασυγχώρητο να χρησιμοποιεί κανείς τα νοσοκομειακά κρεβάτια ενός κέντρου υψηλής εξειδίκευσεως για ασθενείς που βρίσκονται στα τελικά στάδια.

Απ'την άλλη πλευρά όμως το σπίτι δεν είναι πάντοτε προετοιμασμένο να προσφέρει στους ανθρώπους αυτούς ένα αποδεκτό και ασφαλές επίπεδο φροντίδας.

Συνθήκες όπως η έλλειψη νοσηλευτικών γνώσεων, η πραγματικότητα ότι οι σύζυγοι εργάζονται μακριά απ'το σπίτι και τα παιδιά ή οι νέοι εργάζονται ή σπουδάζουν αποστερούν από τους γέροντες και τους ασθενείς την δυνατότητα να έχουν ένα αποδεκτό επίπεδο φροντίδας στο σπίτι.

Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν σε περίπτωση νόσου και νοσηλευτικό κοινωνικό πρόβλημα.

Έτσι με την διαμόρφωση παραδεκτών συνθηκών νοσηλείας με το σύστημα νοσηλείας στο σπίτι που βοηθούν τον θεράποντα γιατρό χωρίς να τον υποκαθιστούν, αντιμετωπίζεται σωστά ένα υπαρκτό πρόβλημα και παρακάμπτεται η ανάγκη ενδονοσοκομειακής περίθαλψης ελευθερώνοντας πολύτιμες νοσοκομειακές κλίνες και μειώνοντας το κόστος νοσηλείας.

Διεθνώς έχει εφαρμοστεί το σύστημα αυτό. Σε μεγάλη κλίμακα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Γαλλία, στον Καναδά και στην Νέα Ζηλανδία.

Απευθύνεται προς ομοιόμορφες ομάδες ασθενών, χαρακτηριστικές από την ταυτότητα των νοσηλευτικών προβλημάτων και φροντίδων.

Το σύστημα έχει εφαρμοστεί ικανοποιητικά στον καρκίνο και στην αντιμετώπιση της μεσογειακής αναιμίας και έχει αποδείξει την αποτελεσματικότητά η οποία στηρίζεται:

1. Στην ψυχολογική επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στον άρρωστο.
2. Στην υψηλή νοσοκομειακή σπόδοση του.
3. Στην παράλληλη παροχή κοινωνικών φροντίδων.

Το σύστημα απευθύνεται: σε μη περιπατητικούς αρρώστους με βαρείες παθήσεις, όπως είναι ο καρκίνος.

Το σύστημα είναι δυνατόν να εφαρμοστεί με γεωγραφική κάλυψη ή και με ευρύτερη εφαρμογή.

Στην Χώρα μας με απόφαση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών μετά από πρόταση του Εθνικού Συμβουλίου Ογκολογίας και με την βοήθεια της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας αποφασίστηκε η πειραματική εφαρμογή του συστήματος "Νοσηλεία στο σπίτι" με επίκεντρο το Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιώς και με γεωγραφική κάλυψη τον Δήμο Πειραιώς και τους γειτονικούς δήμους με πληθυσμό 600.000 κατοίκους περίπου.

Η πειραματική μονάδα άρχισε την λειτουργία την 1η Ιουνίου 1979.

Η δύναμη της μονάδας ήταν στην αρχή:

- α : 2 γιατροί,
- β : 1 προϊσταμένη αδελφή,

γ : 2 Κοινωνικοί λειτουργοί,

δ : 1 γραμματέας,

ε : 2 αδελφές νοσοκόμες.

Μέχρι 1η Νοεμβρίου 1980, 17 μήνες από την έναρξη λειτουργίας της μονάδας έχουν καλυφθεί 319 ασθενείς.

Το κόστος νοσηλείας με πλήρη κάλυψη σε εξετάσεις και φάρμακα υπήρξε περίπου 8.600 δρχ. μηνιαίως για κάθε ασθενή.

Δεδομένου ότι όλοι αυτοί θα νοσηλεύονταν σε κάποιο ίδρυμα και θα στοίχιζαν τουλάχιστον τα διπλάσια μόνο για ξενοδοχειακή κάλυψη αποδεικνύει και την οικονομική επιτυχία του συστήματος.

Απ'όλα αυτά συμπεραίνουμε ότι μ'αυτό το ρυθμό λειτουργίας η μονάδα υπήρξε:

Οικονομικά συμφέρουσα,

Κάλυψε ιατρικές υποχρεώσεις, παράλληλα

απελευθέρωσε νοσηλευτικές κλίνες από τα αντικαρκινικά κυρίως ιδρύματα.

Ήδη μετά την εκτίμηση ενός έτους πειραματικής λειτουργίας το Εθνικό Συμβούλιο πρότεινε να συνεχιστεί η λειτουργία της μονάδας στο Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο του Πειραιά.-

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    VII

### ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ    ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗ.

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

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

Επειδή λοιπόν οι καρκινοπαθείς είναι μία ειδική κατηγορία αρρώστων, γι'αυτό και η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να είναι ιδιαίτερη.

Μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δώσει ο νοσηλευτής γιατί ο μόνος που βρίσκεται όλη την ημέρα στο πλευρό του ασθενή είναι αυτός.

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

Ο/η νοσηλευτής -τρια πρέπει να προσέχει τις νοσηλείες του ώστε να γίνονται με δεξιοτεχνία, αλλά και οι πληροφορίες και οι απαντήσεις σε διάφορα ερωτήματα να είναι σφείς και να τις πλαισιώνουν η συμπόνοια, η στοργή, ο ανθρωπισμός και η αντοχή.

Η στάση του /της νοσηλευτή -τριας απέναντι στον ασθενή ποικίλει.

Από την μεγάλη μας στοργή προς αυτόν κινδυνεύουμε να παρασυρθούμε και να αυξήσουμε την καχυποψία του. Από την έλλειψη πάλι αγάπης από κούραση ή και οργή, πέφτουμε κάποτε στο άλλο άκρο, τον αδικούμε, τον κατηγορούμε και αδιαφορούμε απέναντι στις σωστές παρατηρήσεις του.

Οφείλουμε να προσπαθήσουμε να τον καταλάβουμε. Φυσικό και εύλογο είναι να φοβάται και να υποπτεύεται. Χρέος μας είναι να διαλύσουμε τους φόβους του και να συμπεριστούμε όχι βέβαια όλες αλλά τις δίκαιες υποψίες του.

Πρέπει να είμαστε ευθείς, τίμιοι απέναντί του και να μην προσποιούμεθα. Δεν ωφελεί να υποκρινόμαστε αλλά βλέπει να μιλάμε και "πίσω" του. Γιατί ο άρρωστος μπορεί και διαβάζει "τα μάτια" και καταλαβαίνει τι έχει και τι δεν έχει.

Συνήθως οι ασθενείς είναι μέλη οικογένειας. Η επικοινωνία του/της νοσηλευτή -τριας με τους συγγενείς του ασθενή είναι απαραίτητη γιατί βρίσκονται στην περίοδο που χρειάζονται ενίσχυση. Ο/η νοσηλευτής -τρια πρέπει να αποτελεί τον συνδετικό κρίκο οικογένειας - αρρώστου και να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συμπεριλάβουν και τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με την συμμετοχή του σ'αυτά, όσο είναι δυνατό.

Χρέος του/της νοσηλευτή -τριας είναι:

- Να βοηθήσει τον άρρωστο ώστε να ζει με την γνώση της αρρώστειας του.
- Να τον βοηθήσει να προσαρμοστεί στη νέα εικόνα του σώματός του.
- Να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα επανεμφάνισης.
- Να τον ενισχύει ώστε να δεχθεί την ακτινοθεραπεία, χημειο-

θεραπεία, και να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα, όπως η πτώση μαλλιών, αγορεξία, ναυτία, έμμετοι.

- Να αντιμετωπίσει το άγχος, την κατάθλιψη, συγκυτικές αντιδράσεις, ιδέες θανάτου ή αυτοκτονίας.

- Βοηθάει στην διατήρηση της αξιοπρεπείας και της υπόληψης του ασθενή, στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της ασφάλειας.

- Τον βοηθάει να επανπροσαρμοστεί στο κοινωνικό περιβάλλον (σύζυγο, παιδιά, συγγενείς, εργασία) και να δραστηριοποιηθεί πάλι.

Τέλος ο/η νοσηλεύτης -τρια προετοιμάζει τον ασθενή για την μετάβασή του απ'την παρούσα στη μέλλουσα ζωή, προσφέροντας ανακούφιση και δύναμη, δημιουργώντας ατμόσφαιρα γαλήνης και παρηγοριάς.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο      V I I I

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΕ ΓΕΝΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ.

Στην προσπάθεια ελέγχου του καρκίνου η πρόληψη αποτελεί το πλέον βασικό σημείο.

Η πρόληψη εμφανίζεται σε δυο φάσεις: την πρωτοπαθή πρόληψη και την δευτεροπαθή.

Πρωτοπαθής Πρόληψη. Γίνεται όταν το κοινό εφαρμόζει οδηγίες για αποφυγή παραγόντων ή συνθηκών που έχουν γνωστές καρκινογόνες ιδιότητες. π.χ. παρατεταμένη ηλιοθεραπεία, κάπνισμα, ακτινοβολία κ.τ.λ.

Δευτερογενής Πρόληψη. Θεωρείται η δυνατότητα να γίνει ο καρκίνος όσο το δυνατό γρηγορότερα αντιληπτός και να αντιμετωπιστεί αμέσως.

Κυτταρολογικές εξετάσεις όπως η δοκιμασία κατά Παπανικολάου, ακτινολογικές, βιοχημικές, ακόμη και η Ιατρική εξέταση χρησιμοποιούνται στην δευτερογενή πρόληψη.

Ο ρόλος του/της νοσηλεύτη -τριας στην πρόληψη του καρκίνου συνίσταται:

- α. Την ενίσχυση της προσπάθειας του κοινού για βελτίωση των συνθηκών του άμεσου περιβάλλοντος αυτού.
- β. Την εφαρμογή μέτρων αυτοπροστασίας σε περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει πιθανότητα το άτομο να εκτεθεί σε καρκινογόνους παράγοντες.

γ. Στην διαφώτιση του κοινού.

δ. Στην ενεργό συμμετοχή και συνεργασία κατά την διεξαγωγή έρευνών σχετικά με τον καρκίνο.

ε. Στην παρατήρηση και την λήψη των απαραίτητων μέτρων σε προκαρκινικές εκδηλώσεις στον εαυτό του και στο περιβάλλον.

Για να κάνει όμως ο/η νοσηλεύτής -τρια επιτυχημένη πρόληψη του καρκίνου θα πρέπει πάντα να είναι ενημερωμένος/-η και να συμμετέχει στην πληροφόρηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλεί ο καρκίνος. Επίσης εκτός από τις τεχνικές γνώσεις της δουλειάς του πρέπει να κατέχει και γενικότερες γνώσεις ογκολογίας.

Ο νοσηλευτικός τομέας έχει την υποχρέωση να είναι πάντα σύγχρονος ως προς τις νέες θεραπευτικές μεθόδους και την δημιουργία νέων συνθηκών και προβλημάτων.

Οι δυσκολίες για την επιτυχή πρόληψη του καρκίνου είναι πολλές.

Οι οικονομικοί λόγοι είναι μία από αυτές αλλά και σε άλλες χώρες που υπάρχει κρατικοποιημένη Ιατρική, ο φόβος, η άγνοια, η πρόληψη, η απέχθεια να πάει κανείς στον γιατρό όταν δεν αισθάνεται καλά, η ταλαιπωρία της μετακίνησης ή το χάσιμο χρόνου αποτελούν τους κυριώτερους λόγους που το άτομο δεν έχει ακόμη χρησιμοποιήσει ικανοποιητικά τις δυνατότητες πρόληψης.

Επίσης άλλες δυσκολίες είναι οι γεωγραφικές συνθήκες, ανεπαρκείς μεταφορικές δυνατότητες, άλλα πρωτεύοντα θέματα υγείας και διαβίωσης - επιβίωσης.



## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Ι Χ

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙ- ΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ.

Στόχος της επιμόρφωσης του κοινού είναι η μεταφορά όλων εκείνων των πληροφοριών που θα το βοηθήσουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Ο όγκος αυτών των πληροφοριών είναι τεράστιος, απο τα προφυλακτικά μέσα για μείωση της συχνότητας, την έγκαιρη διάγνωση την σωστή επιλογή σε περίπτωση εκδήλωσης της νόσου μέχρι την λειτουργική και αισθητική αποκατάσταση, την ανακούφιση, την εκμάθηση βασικών φροντίδων περιποίησης, ψυχικής υποστήριξης και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής.

Όχι μόνο η μεταφορά γνώσεων αλλά και ο τρόπος, η μεθόδευση έχει ανάγκη ειδικού χειρισμού.

Ο/η νοσηλεύτης -τρια κινείται σ'ένα ευρύ κοινωνικό πλαίσιο και στον εξωνοσοκομειακό χώρο. Σε σχολεία, βιομηχανίες, Ιατρεία, στα σπίτια, καθημερινά συναντά χιλιάδες ανθρώπων και συνδυάζει την προσφορά φροντίδας και πληροφόρησης. Λόγω της στενής επαφής με την νόσο, τον ασθενή και το περιβάλλον του ο/η νοσηλεύτης-τρια γνωρίζει την τρομερή επίπτωση όχι μόνο σε πόνο και αγωνία, αλλά και στις ιατρικές παροχές και το οικονομικό κόστος όλων αυτών.

Γνωρίζει την αξία της έγκαιρης διάγνωσης και την θεραπευτική ικανότητα στα διάφορα στάδια της νόσου.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι επιμόρφωσης του κοινού. Οι πιο

σημαντικοί είναι:

1. Προγράμματα ανίχνευσης καρκίνου (δέρμα, στόμα, μαστός), με κατάλληλες διοργανώσεις και σεμινάρια.
2. Προγράμματα για επιμόρφωση καρκίνου.
3. Κινητές διαγνωστικές μονάδες.
4. Ραδιόφωνο, τηλεόραση, τύπος.
5. Αντικαπνιστική εκστρατεία.
6. Κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της γυναίκας στον καρκίνο μαστού - μήτρας.
7. Κινητοποίηση - συμμετοχή του κοινού.
8. Προγράμματα με στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς του κοινού ως προς την νόσο.
9. Αντιμετώπιση ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων που προκαλεί η νόσος.

Ο ασθενής ζητά σαφείς και αληθινές απαντήσεις στα ερωτήματα του. Η επικοινωνία, η συζήτηση, η πληροφόρηση, η γνώση δίνουν τις πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος σε άτομα που δεν έχουν τις βασικές επιστημονικές γνώσεις και επιτρέπουν την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση. Το πνεύμα αμφιβολίας δημιουργεί την καχυποψία αυξάνοντας έτσι την ψυχολογική πίεση δημιουργώντας ένα σωρό εμπόδια στην αντιμετώπιση της νόσου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο     Χ

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΔΥΟ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΑ ΣΤΟΜΑΧΟΥ  
ΜΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .

Η αναφορά στις δυο πραγματικές περιπτώσεις ΣΑ Στομάχου με Νοσηλευτική Διεργασία παρουσιάζεται στους πίνακες που ακολουθούν.

Προβλήματα ή ανάγκες ή συμπτώματα	Αντικειμενικός Σκόπος	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
- Γαστροοροραγία : Μέλαινα κένωση Πόνος Ζάλη Χαμηλός Αιματοκρίτης  -Εξάντληση	-Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή -Προσπάθεια συντήρησης αιματοκρίτη σε ικανοποιητικό επίπεδο με στόχο την άμεση πραγματοποίηση επέμβασης	-Παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή -Έλεγχος κενώσεων -Μέτρηση ούρων  -Νήστις για αιμοληψία (Διασταύρωση)	-Λήψη ζωτικών Σημείων -Χορήγηση υγρών P.O.S. -Τοποθέτηση καθετήρα κύστεως -Χορήγηση πλάσματος I.V.	-Αποφυγή του shock μετά την αποκατάσταση του ισοζυγίου των υγρών -Μερική αύξηση του όγκου του αιθέματος με την χορήγηση του πλάσματος
-Παρτηρήσει πορευτική του εκνευρισμού -Εκδηλώσεις φόβου και ανωμίας από τον ασθενή	-Καθησυχασμός του ασθενή από την αδελφή και σχεδιασμός των απαραίτητων παρενεργειών φροντίδων	-Νήστις για χειρουργείο -Κένωση του εντερικού σωλήνα -Εξετάσεις πριν το χειρουργείο	-Δεν προσφέρθηκε πρώιμο -Εκτέλεση υποκλιμαίου -Λήψη α/α θώρακος	-Αποφυγή κενώσεων του εντερικού σωλήνα στο χειρουργικό τραπέζι
-Απώλεια υγρών	-Διόρθωση των ανισοζυγίων  -Πρόληψη έγκαιρη διοπίωση και αντιμετώπιση των συνθιζομένων μετεγχειρητικών επιπλοκών	-Ενυδάτωση του ασθενή  -Παροχέτευση τραύματος  -Τοποθέτηση καθετήρα -Μέτρηση υγρών Levin-μέτρηση ούρων (κατά βάρδια)	-Χορήγηση ορών:Ringer's & Dextrose 5% 1000" -Εσαρμονή Levin  -Εφορμονή αμρουλλέκτη -Λήψεις μετρήσεων επί των ημερησίως αποβαλλόμενων υγρών	-Επιτυχής ενυδάτωση του ασθενούς  -Αποβολή διαύρατων αισθημάτων μετά την απέκκριση των άχρηστων ουσιών του στομάχου -Πρόληψη του shock -Πρόληψη του shock λόγω ελέγχου των αποβαλλόμενων υγρών
-Εκδήλωση βήχα	-Αποφυγή πρόκλησης αιμορραγίας-εκαπλάχνωση	-Παρακολούθηση του τραύματος	-Συνεχείς επισκέψεις στο θάλαμο του ασθενούς	-Πρόληψη της αιμορραγίας με τη σωστή παρακολούθηση του τραύματος
-Σημεία καταβολής των δυνάμεων του σώματός του -Αίσθημα σφόνδρου πόνου	-Κάλυψη σε υγρά και θρεπτικά ουσίες I.V. -Απαλλαγή από τα συμπτώματα	-Εμπλουτισμένη ενυδάτωση του αρρώστου  -Χορήγηση ναρκωτικού αναλγητικού φαρμάκου -Χορήγηση αντιλόδιου -Αιματολογική εξέταση	-Χορήγηση μαζί με τους ορούς των εξής:Zamp Ascorbine+2 Karavit+I.M.V.  -Χορηγήθηκαν 3/4 πεδιδίνης  -Χορηγήθηκαν 500mg solucortef I.M. -Ελήφθη γενική αίματος	-Ικανοποιητική αποκατάσταση των θρομβωτικών αναγκών του ασθενούς μετά την λήψη των απαραίτητων θρεπτικών ουσιών -Θετική δράση του φαρμάκου λόγω επίδρασης του στο Κ.Ν.Σ.
-Παρουσία αντίδρασης από το φάρμακο aspirin	-Εξάλειψη των παρενεργειών του φαρμάκου -Παρακολούθηση μετεγχειρητικής κατάστασης του αρρώστου	-Χορήγηση ενέσιμου διαλύματος:amp primperan I.M.	-Χορήγηση ενέσιμου διαλύματος:amp primperan I.M.	-Χρησιμοποίηση των τιμών του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης για εκτίμηση του αίματος που χάθηκε

Προβλήματα ή ανάγκες ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα με Επιστημονική Τεκμηρίωση
-Εκδήλωση δυσφορίας	-Διαιτιόληση του ασθενή στην καλύτερη δυνατή κατάσταση -Απομάκρυνση βλεννίων, υγρών, αίματος σεσίων και οσίων που συγκεντρώνονται στο στομάχι, τα πρώτα 24ωρα	1η (μετεγχειρητική ημέρα) μ.η -Παρακολούθηση γενικής κατάστασης του αρρώστου -Μέτρηση αποβαλλομένων υγρών	-Λήψη ζωτικών σημείων(θ.Α.Σ.) -Έγλυπε μέτρηση των υγρών από το Levin, την παροχέτευση, τον καθετήρα -Λήψη Η.Κ.Γ.	-Επιτυχής παρακολούθηση του ασθενή και κατά συνέπεια απομάκρυνση από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές-δυσχέρειες
-Αυξημένος αριθμός σφύξεων -Αιματοκρίτης λίγο χαμηλός	-Αποφυγή μολύνσεως	-Παρακολούθηση κυκλοφορικού συστήματος του ασθενή -Αιματολογικός έλεγχος 3η μ.η. -Αλλαγή παροχετεύσεως	-Λήψη γενικής αίματος -Αφαίρεση παλιός παροχέτευσης τοποθέτηση νέας	
-Ερεθισμός της επιδερμίδας γύρω από το τραύμα	-Πρόληψη μολύνσεως του τραύματος	4η μ.η. -Αλλαγή τραύματος	-Περιποίηση τραύματος και αλλαγή αυτού έγινε με επιτυχία	-Αποφυγή μολύνσεως μετά την αντισηπτική περιποίηση και αλλαγή του τραύματος
-Ένταση-ψυχολογική διάγερση	-Αρωματός όσο το δυνατό πιο ήρεμος	-Απαλλαγή του αρρώστου από δυσάρεστες σκέψεις	-Απασχόληση του ασθενούς κατά την διάρκεια της ημέρας	-Απόσπαση του αρρώστου από δυσάρεστες σκέψεις λόγω απασχόλησης του με άλλα αντικείμενα
-Εκδήλωση πόνου	-Ανακούφιση του ασθενή από τον πόνο	-Χορήγηση παυσίπνου φαρμάκου	-Λήψη Κομιδον από τον ασθενή	-Επιτυχής δράση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ.
-Δυσφορία λόγω διάτασης του εντέρου	-Αποκατάσταση του περισταλιτισμού του εντέρου	5η μ.η. -Πραγματοποίηση χαμηλού υποκλιμού	-Διεξαγωγή χαμηλού υποκλιμού	-Αποβολή του αέρα και των εκκρίσεως που συγκεντρώνονται στο έντερο και κατά συνέπεια ανακούφιση του αρρώστου
-Διαπίστωση ερεθισμού στο σημείο εξόδου του Levin και της παροχέτευσης	-Πραγματοποίηση όσο το δυνατόν καλύτερης πέψης	-Αφαίρεση καθετήρα κύστεως -Αφαίρεση Levin	-Αφαίρέθηκε ο καθετήρας κύστεως -Αφαίρέθηκε το Levin	-Πλήρης καθαρισμός του στομάχου από τις βλαβερές εκκρίσεις -Η λήψη του φαρμάκου πριν από τα γεύματα βοήθησε στην αποφυγή εμφάνισης συνδρόμου DUMPING
-Αίσθημα εξόντλησης	-Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής -Διατήρηση του ασθενή στο καλύτερο δυνατό επίπεδο -Αποκατάσταση του ασθενούς μέχρι την ημέρα εξόδου	6η-15η μ.η. -Σίτιση από το στόμα -Παρακολούθηση γενικής κατάστασης του αρρώστου 16η μ.η. (εξιτήριο)	-Δίαιτα ελαφρά (ζελέ-κρέμα) -Μείωση ζωτικών σημείων	-Δεν ευνοήται η ανάπτυξη συνδρόμου DUMPING -Εξόδος του ασθενή μετά από επιτυχή μετεγχειρητική αποκατάστασή του.

Προβλήματα ή ανάγκες ή συμπτώματα	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα με Επιστημονική Τεκμηρίωση
- Εμετός Καταβολή δυνάμεων Απώλεια βάρους Αυξημένοι καρδιακοί παλμοί -Άγχος Αγνία	-Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή -Προσπάθεια συντήρησης αυτου σε ικανοποιητικό επίπεδο με στόχο την άμεση πραγματοποίηση επέμβασης -Αποκατάσταση της ψυχολογικής ηρεμίας του αρρώστου	-Προσκόλληση της κατάστασης του ασθενή -Λήψη αίματος (Μήστης) -Προετοιμασία για λήψη α/α -Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου από καρδιολόγο -Χρήρηση ανχολυτικού φαρμάκου	-Λήψη ζωτικών σημείων (Θ.Α.Σ.) -Ελήφθη γενική αίματος -Ελήφθη η προγραμματισμένη α/α στομάχου -Έγινε επίσκεψη απ' το καρδιολόγο -Λήψη απ' τον άρρωστο Stedon 5 mg	-Αποκατάσταση του shock μετά την αποκατάσταση του ισοζυγίου των υγρών -Διαπιστώθηκε η έκταση του προβλήματος μετά την α/α στομάχου. -Θετική δράση του φαρμάκου λόγω επίδρασης του στο Κ.Ν.Σ.
-Αίσθημα εξάντλησης	-Σωστός προγραμματισμός όλων των απαιτήσεων προεγχειρητικών φροντίδων ώστε να μην υπάρξει πρόβλημα κατά τη διεξαγωγή της επέμβασης	-Μήστης για χειρουργείο -Τοπικός ευπρεπισμός του ενχειρητικού πεδίου -Προγραμματισμός καθαστικού υποκλισμού -Προγραμματισμός εφαρμογής καθετήρα για χορήγηση υγρών I.V.	-Δεν έλαβε πρωινό -Έγινε σφίξεση του τριχωτού στην περιοχή που θα γίνει η εγχείρηση και σε μέγιστη έκταση γύρω απ' αυτό -Έγινε καθαστικός υποκλισμός -Εφαρμογή καθετήρα υποκλισμού -Λήψη ορού Normal Saline 1000 I.V. -Λήψη α/α θώρακος -Εδόθη Stedon 5 mg -Λήψη ζωτικών σημείων κάθε 15'	-Αρρωστός έτοιμος να δεχθεί αναισθησία -Αποφυγή μολύνσεως μετά τον αναισθητικό ευπρεπισμό του ενχειρητικού πεδίου -Αποφυγή κενώσεως του εντερικού σωλήνα στο χειρουργικό τραπέζι -Επιτυχής χορήγηση υγρών I.V. -Μετά την αποκατάσταση του ισοζυγίου των υγρών ο άρρωστο μπορεί να χειρουργηθεί
-Αίσθημα μεγάλης αγωγίας -Απώλεια υγρών μετεγχειρητικά	-Ανακούφιση του ασθενή από τα δυσάρεστα αισθήματα -Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου -Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των συνηθισμένων μετεγχειρητικών επιπλοκών	-Ακτινοσκόπηση του αρρώστου -Χορήγηση ναρκωτικού πρεμιστικού φαρμάκου -Παρακολούθηση της κατάστασης του ασθενή -Παραχέτευση τράυματος -Τοποθέτηση καθετήρα -Τοποθέτηση ρινοσπινθηρικού καθετήρα -Χορήγηση συστατικού του αίματος -Χορήγηση O <sub>2</sub>	-Εξορμική καθετήρα κύστεως -Εφαρμογή Levin -Λήψη πλάσματος στο αριστερό χέρι -Λήψη O <sub>2</sub> με μάσκα	-Επιτυχής δράση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ. -Αποφυγή του shock μετά την αποκατάσταση του ισοζυγίου των υγρών -Πρόληψη του shock λόγω ελέγχου των αποβαλλόμενων υγρών -Αποβολή δυσάρεστων αισθημάτων μετά την απέκκριση των άχρηστων ουσιών -Αύξηση του όγκου του αίματος μετά τη χορήγηση πλάσματος -Αποκατάσταση της αναπνοής
-Δυσκολία στην αναπνοή	-Πρόληψη πνευμονικής εμβολής			

Προβλήματα ή ανήγκες ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγράμματιολογός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα με Επιστημονική Τεκμηρίωση
-Αίσθημα δυσφορίας	-Απομάκρυνση άχρηστων ουσιών (μετενχλωπιδικά)	-Μέτρηση υγρών	-Έγινε μέτρηση των υγρών από το Levin, την παροχέτευση, τον καθετήρα	-Απομάκρυνση από μετενχλωπιδικές δυσχέρειες
-Αφυδάτωση	-Διόρθωση των ανισοζυγίων	-Ενυδάτωση του αρρώστου 1η (μετενχλωπιδική ημέρα) μ.η.	-Χορήγηση Ringer's 5' Dextro-se 5% 1000--	-Αποφυγή της καταπληξίας
-Αίσθημα πίεσης και πληρώσεως στην περιοχή του στομάχου	-Κένωση του στομάχου από άχρηστες ουσίες	-Χορήγηση παλιάς παροχέτευσης 2η μ.η.	-Αναρρόφηση υγρών από το ρινοσπειρικό καθετήρα	-Εξάλειψη των δυσάρεστων συναισθημάτων μετά την κένωση του στομάχου απ τις άχρηστες ουσίες
-Ερεθισμός της επιδερμίδας γύρω από το τράυμα	-Αποφυγή μόλυνσεως	-Αλλαγή παροχέτευσης 3η μ.η.	-Αλλαγή τραύματος	-Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος μετά την απομάκρυνση των ακάθαρτων εκκρίσεων
-Ομοίως με το παραπάνω	-Πρόληψη μόλυνσεως του τραύματος	-Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου 4η μ.η.	-Χορήγηση παυσίπονου φαρμάκου	-Επιτυχής δράση του φαρμάκου στο Κ.Ν.Σ.
-Δυσφορία λόγω διάτασης του εντέρου	-Αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου	-Πραγματοποίηση χαμηλού υποκλιμού 5η μ.η.	-Πραγματοποίηση χαμηλού υποκλιμού	-Αποβολή του αέρα και των εκκρίσεων που συγκεντρώνονται στο έντερο και κατά συνέπεια ανακούφιση του αρρώστου
-Διοπίστωση ερεθισμού στα σημεία εξόδου των καθετήρων	-Αποβολή ούρων και υγρών Levin με σκοπό την ανακούφιση του ασθενή	-Αφαίρεση καθετήρα κύστεως - Αφαίρεση του Levin	-Αφαίρεθηκε ο καθετήρας κύστεως - Αφαίρεθηκε το Levin.	-Πλήρης καθαρισμός του στομάχου από βλαβερές εκκρίσεις
-Αίσθημα εξάντλησης	-Εξασφάλιση επαρκούς διατροφής	-Ζίτιση από το στόμα	-Ζίτιση από το στόμα	-Δεν ευνοείται η ανάπτυξη συνδρόμου DUMPING
-Χαμηλός αιματοκρίτης	-Αποκατάσταση αιματοκρίτη σε φυσιολογικά επίπεδα	-Χορήγηση αίματος 6η - 16η μ.η.	-Χορήγηση αίματος	-Αύξηση του όγκου του αίματος μετά τη λήψη μιας μονάδας αίμ
-Αίσθημα εξάντλησης	-Διάτηρησή του ασθενούς στα καλύτερα δυνατά επίπεδα	-Παρακολούθηση γενικής κατάστασης του ασθενή 17η μ.η (εξιτήριο)	-Παρακολούθηση γενικής κατάστασης του ασθενή	-Κανονοποιητική η κατάσταση του ασθενή μετά την παρακολούθηση
	-Αποκατάσταση του αρρώστου μέχρι την έξοδο του			-Μετά την προεγμένη μετενχλωπιδική φροντίδα ο άρρωστος επιστρέφει στο σπίτι του

## Σ Υ Μ Π Ε Ρ Α Σ Μ Α Τ Α Κ Α Ι Π Ρ Ο Τ Α Σ Ε Ι Σ

Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η έγκαιρη διάγνωση οποιασδήποτε ασθένειας, συμβάλλει θετικά στη θεραπεία της, και παράλληλα, ότι τα συμπτώματα του καρκίνου του στομάχου είναι ασαφή, είναι αναγκαία η εφαρμογή ορισμένων επωφελών κανόνων:

1. Η λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού για τις πεπτικές λειτουργίες και τις τυχόν διαταραχές τους. Κάθε τέτοια ανωμαλία έστω και ολιγοήμερη πρέπει να ελέγχεται ακτινολογικά.
2. Μια δευτεροπαθής αναιμία μπορεί να αποτελέσει τη μόνη ένδειξη καρκίνου του Στομάχου. Θεραπεία τυχόν αναιμίας χωρίς αιτιολογική διάγνωση αποτελεί σοβαρό σφάλμα.
3. Ένα ιστορικό χρόνιου Ι2δακτυλικού έλκους δεν αποκλείει την συνύπαρξη καρκίνου του Στομάχου, αλλά ωστόσο και ο καρκίνος του Στομάχου, μπορεί να υποδυθεί την μορφή καλοήθους στομαχικού έλκους.

## Π ρ ο τ ά σ ε ι ς π ο υ μ π ο ρ ο ύ ν ν α ε φ α ρ μ ο σ τ ο ύ ν

1. Συστηματικός ακτινολογικός έλεγχος και ευρεία χρήση της γαστροσκόπησης, βοηθά πολύ στην έγκαιρη διάγνωση.
2. Δημιουργία κέντρων ανίχνευσης, καθώς και κέντρων εκπαίδευσης προσωπικού με προορισμό την διαφώτιση του κοινού.
3. Συστηματική φροντίδα και ενημέρωση του κοινού όσον αφορά την διατροφή.
4. Να γίνονται τακτικές εξετάσεις για μικροσκοπική αιμορραγία



στα κόπρανα, γιατί αυτή μπορεί να αποτελεί την πρώτη ένδειξη για την ύπαρξη καρκίνου.

5. Απαραίτητη είναι η τόνωση του ηθικού και καθήκον όλων μας είναι να πιστέψουμε ότι ο καρκίνος δεν σημαίνει απαραίτητα και θάνατος.

Πρέπει λοιπόν να γίνει από όλους μας μια προσπάθεια και ένας αγώνας για να καταπολεμήσουμε και να νικήσουμε τον καρκίνο.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

Τα Βιβλία :

1. Αποστολάκη Γ: Εγχειρίδιον Ανατομικής του Ανθρώπου.  
Τόμος Β', Τεύχος Α', Εκδόσεις : Παπαζήσης. Β. Α.  
Αθήνα 1968.
2. Βασιώνη Δ: Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής.  
Έκδοση: 5η, Εκδόσεις : Τσιβεριώτης Γ.Ε.Π.Ε.  
Αθήνα 1986.
3. Χατζής Τ.Ρ : Εσωτερική Παθολογία.  
Τόμος Β', Έκδοση : 8η , Εκδόσεις: Παρισιάνος Γ.Κ.  
Αθήνα 1981.
4. Τριχόπουλος. Α., Σταθόπουλος. Γ., Ρηγάτος. Γ.:  
Θέματα Παθολογίας Ογκολογίας.  
Εκδόσεις : Δ.Σ. Ε.Ο.Π.Ε.  
Αθήνα 1988.
5. Κάζλαρη. Ε : Παθολογία Νεοπλασμάτων.  
Εκδόσεις : Ιατρικές Εκδόσεις Λεοντιάδη.  
Αθήνα 1975.

6. Μαλαγαρινού Μ.Α., Κωνσταντινίδου Σ.Φ. : Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική.  
Τόμος Α', Έκδοση : 9η, Εκδόσεις : Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων " Η Ταβίθα ".  
Αθήνα 1986.
7. Λισσαίος. Β., Ασπρογέρακας. Φ. Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας : Πρακτικά. Τίτλος άρθρου :  
Νοσηλεία στο σπίτι για καρκινοπαθείς.  
Τόμος Β'. Εκδόσεις : Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις.  
Αθήνα 1982.
8. Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας (2ο) : Πρακτικά.  
Τόμοι: Α', Β', Εκδόσεις: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών - University Studio Press.  
Αθήνα 1983.
9. Σαχίνη - Καρδάση. Α. , Πάνου. Μ. : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική.  
Τόμος Β', Μέρος Β', Εκδόσεις: " Βητα "   
Αθήνα 1985
10. Τούντα. Κ. Ι. : Χειρουργική.  
Τόμος Α', Εκδόσεις : Παρισιάνος Γ. Κ.  
Αθήνα 1976.

Το Περιοδικό.

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία : Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου.

Εκδόσεις : Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτή-  
των ( $\frac{EUR}{OP}$ ).

Αθήνα 1989.

