

Τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετώπισε η "Υ.Κ.Ο.Ν"

1) Χρόνιος πόνος 64% (379/593), η αντιμετώπιση έγινε συντονισμένα από την ΥΚΟΝ και το ιατρείο πόνου. 2) Προβλήματα πεπτικού και διατροφής 28% (166 / 593). 3) Προβλήματα αναπνευστικού 27% (158 / 593). 4) Τραύματα - κατακλίσεις 18% (110 / 593). 5) Λοιμώξεις ουροποιητικού 9% (52 / 593). 6) Προβλήματα καθετήρων (Folley, Hickman, intraport κ.λ.π) 7% (40/593).

Η κοινωνική και ψυχολογική προσφορά του Υ.Κ.Ο.Ν.

Η προσφορά αυτή ήταν πολύ σημαντική και η συνεργασία της νοσηλεύτριας, κοινωνικού λειτουργού και ψυχολόγου της Υ.Κ.Ο.Ν. συνέβαλλε ιδιαίτερα:

- α) στη δημιουργία καλλίτερων συνθηκών αντιμετώπισης της νόσου στο σπίτι.
- β) στην απομάκρυνση της κοινωνικής απομόνωσης του αρρώστου και επανένταξής του στην οικογένεια.
- γ) στην ευρύτερη ψυχοκοινωνική στήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Συμπερασματικά συνοψίζοντας τις δραστηριότητες και την προσφορά της Υ.Κ.Ο.Ν. των "Αγίων Αναργύρων" διαπιστώνει κανείς ότι η νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να προσφέρει:

1. Ολοκληρωμένη και συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στο χρόνια άρρωστο με καρκίνο στο σπίτι του.
2. Ψυχοκοινωνική υποστήριξη αρρώστου και οικογένειας.
3. Ομαλοποίηση της λειτουργικότητας του ογκολογικού νοσοκομείου συμβάλλοντας στην καλλίτερη διακίνηση του ογκολογικού αρρώστου και τον περιορισμό της ασυλικής νοσηλείας.

ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΡΡΩΣΤΩΝ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Δρ. Γ. Πανάγος

**Ογκολόγος Δ/ντής Β' τμήματος Κλινικής Ογκολογίας
Γ.Ο.Ν.Κ. "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"**

Η επαναδραστηριοποίηση των αρρώστων με κακοήθη νεοπλάσματα συγκεντρώνει σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό την προσοχή του ιατρικού κόσμου. Η συνεχής πρόοδος στους τομείς της πρόωμης διάγνωσης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης των νεοπλασιών έχει τροποποιήσει τη φυσική ιστορία έτσι ώστε ένα σημαντικό ποσοστό αρρώστων εμφανίζει μακροχρόνια επιβίωση ή και μόνιμη ίαση (ενδεχόμενα γύρω στο 40% για την χώρα μας).

Η λέξη "καρκίνος" φαίνεται να έχει μια μοναδική θέση στο φάσμα των ανθρώπινων ασθeneιών. Συνοδεύεται από ένα έντονο συγκινησιακό φορτίο γενικής φύσεως, όπου

Duodenal Ulcer as Differences in Gastrin Protein Meal

PANAGOS, J. DANIELIDES,
CONSTANTOULAKIS

Department of Medicine
Athens, Greece

Gastrin is a parameter of pathophysiological functioning G cell mass.¹ We studied differences in gastrin response to a protein meal trying to correlate it with differences in ulcer pain history. It would be suggestive of diverse pathophysiological

METHODS

Twenty-five patients and ten normal controls were studied. Their ages ranged from 18 to 83 with a mean of 45 years. Before the meal, blood was taken and a protein meal (protein 100 g, fat 100 g, carbohydrate 100 g) was given. New samples of blood were taken 0, 30, 60, and 90 minutes after the meal. Gastrin was measured by radioimmunoassay in duplicate at the same time and place at each time point. Total gastrin output (TGO) and integrated gastrin response (IGR) were also calculated. Statistical analysis

RESULTS

Patients and controls were quite similar. On the 30, 60, and 90 minutes after the meal were significantly higher than controls. This applies to TGO and IGR. Among the patients there was no significant difference between men and women, blood groups A, B, and AB. On the contrary, there were significant differences in TGO, IGR, and IGR in bleeders as

Department of Medicine, 11527 Athens, Greece.

compared to nonbleeders and in symptomatic bleeders as compared to bleeders with no previous ulcer pain history (TABLE 1 and FIG. 1).

DISCUSSION

It is well known that gastrin response to a protein meal is increased in DU patients.² Also, there is evidence^{1,3} that some DU patients have a normal response. It is conceivable that differences in GR to the protein meal would be suggestive of

TABLE 1. Gastrin Levels (Mean \pm Standard Deviation) before and after a Protein Meal^a

| Subject Group | Minutes after the Protein Meal | | | | TGO | IGR |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| | 0 | 30 | 60 | 90 | | |
| Controls (10) | 69.5 ± 8.5 | 107.4 ± 8.17 | 93.5 ± 8.13 | 87.5 ± 7.75 | 8382 ± 622 | 2127 ± 542 |
| UD patients (25) | 74.92 ± 7.01 | 123.6 ^b ± 18.54 | 117.0 ^c ± 17.72 | 110.2 ^c ± 19.56 | 10017 ^c ± 1382 | 3274 ^c ± 1413 |
| Men with UD (18) | 74.39 ± 7.75 | 121.56 ± 18.24 | 115.94 ± 17.29 | 109.83 ± 18.09 | 9888 ± 1353 | 3193 ± 1332 |
| Women with UD (7) | 76.29 ± 4.86 | 128.86 ± 19.7 | 122.43 ± 19.35 | 114.71 ± 21.58 | 10064 ± 1060 | 3484 ± 1699 |
| Blood group O (12) | 77.75 ± 7.36 | 130.67 ± 16.27 | 124.0 ± 15.99 | 117.0 ± 16.04 | 10561 ± 1206 | 3563 ± 1292 |
| Blood group A, B, AB (13) | 72.31 ± 5.76 | 117.08 ± 18.68 | 111.31 ± 18.6 | 102.4 ± 21.99 | 9515 ± 1385 | 3008 ± 1516 |
| Nonbleeders with UD (9) | 72.89 ± 6.07 | 112.22 ± 15.1 | 108.0 ± 13.63 | 98.56 ± 16.05 | 9178 ± 1114 | 2618 ± 1040 |
| Bleeders with UD (16) | 76.06 ± 7.42 | 130.0 ^d ± 17.53 | 123.85 ^b ± 17.73 | 116.75 ^d ± 18.64 | 10489 ^d ± 1317 | 3640 ^b ± 1479 |
| Asymptomatic bleeders (6) | 79.0 ± 5.33 | 119.0 ± 6.51 | 110.67 ± 7.61 | 103.0 ± 10.04 | 9628 ± 566 | 2510 ± 633 |
| Symptomatic bleeders (10) | 74.3 ± 8.18 | 136.6 ^d ± 18.96 | 130.8 ^c ± 17.96 | 125.0 ^e ± 17.93 | 11011 ^d ± 1381 | 4324 ^c ± 1447 |

^aTGO = total gastrin output, IGR = integrated gastrin response. Figures in parentheses are the number of patients in each group.

^b $p < 0.05$.

^c $p < 0.001$.

^d $p < 0.02$.

^e $p < 0.01$.

pathophysiologic differences that might be expressed by different clinical characteristics. In our study we verified that DU patients have higher GR than normal controls. However, when analyzing the results according to various clinical characteristics of the patients, some interesting findings emerged. First, patients with DU and history of bleeding had significantly higher GR at 30, 60, and 90 minutes after the meal and higher TGO and IGR as well than nonbleeders. Among bleeders, those with a history of ulcer pain before bleeding had significant higher responses than the asymptomatic bleeders. These results are suggestive of pathogenetic heterogeneity of DU, which may possibly lead to different clinical manifestations.

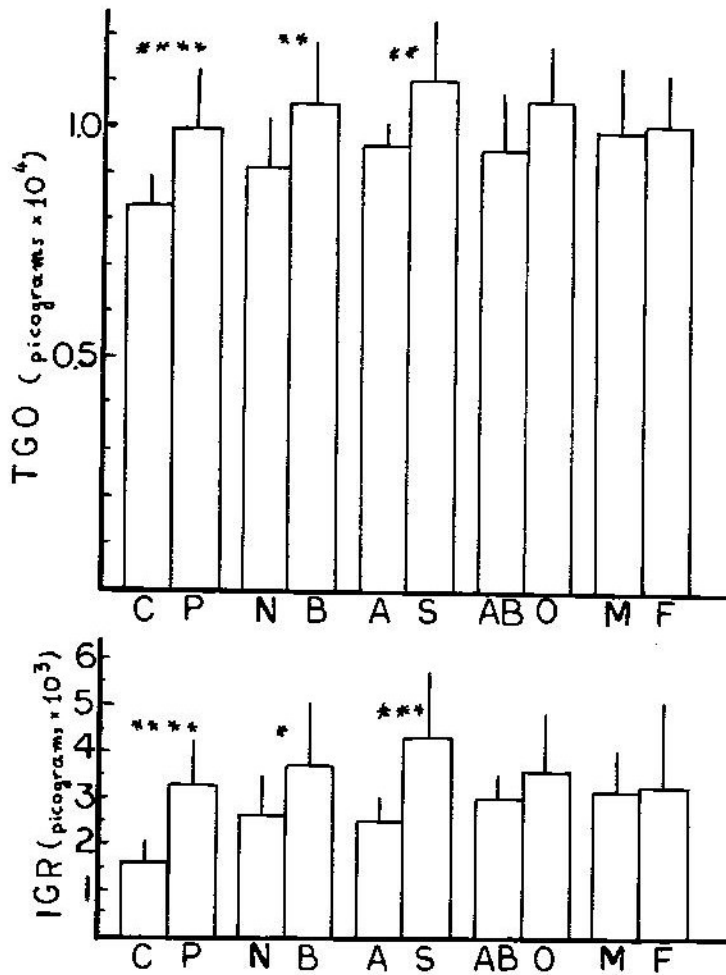


FIGURE 1. TGO and IGR for controls (C), patients with DU (P), nonbleeders (N), bleeders (B), asymptomatic bleeders (A), bleeders with typical ulcer pain before bleeding (S), patients with blood groups A, B, AB(AB), patients with blood group O (O), male DU patients (M), and female DU patients (F). Statistically significant differences are marked as *($p < 0.05$), **($p < 0.02$), ***($p < 0.01$), and ****($p < 0.001$).

REFERENCES

1. BYRNES, D. J., S. K. LAM & W. CIRCUS. 1976. The relation between functional parietal cell and gastrin cell masses in two groups of duodenal ulcer patients. *Clin. Sci. Mol. Med.* **50**: 375-383.
2. MCGUIGAN, J. E. & W. L. TRUDEAU. 1973. Differences in rates of gastrin release in normal persons and patients with duodenal ulcer disease. *N. Engl. J. Med.* **288**: 64-66.
3. FRITSCH, W. P., T. U. HANSAMEN & W. RICK. 1976. Gastric and extragastric gastrin release in normal subjects, in duodenal ulcer patients, and in patients with partial gastrectomy (Billroth I). *Gastroenterology* **71**: 552-557.