

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ>>



ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΜΙΧΑΛΑΡΙΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΠΑΤΡΑ 5-3-1990

ΠΡΩΤΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

99B

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

- 1)
- 2)
- 3)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Μέσα από την εργασία μου αυτή θα 'θελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που με βοήθησαν με τη συμβολή τους και την ενθάρρυνσή τους στο δύσκολο έργο της συγγραφής της παρούσας πτυχιαικής εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά την Διευθύντρια της Σχολής της Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. Πατρών, κ.Νάνου Κυριακή για τις πάσης φύσεως γνώσεις και συμβουλές της καθώς και την ηθική συμπαράστασή της καθ'όλη την διάρκεια της φοίτησής μου.

Ευχαριστώ θερμά τον υπεύθυνο καθηγητή για την συγγραφή και ολοκλήρωση της εργασίας αυτής κ.Δημόπουλο Παναγιώτη, που με τις συμβουλές του και τις γνώσεις του με βοήθησε σημαντικά για την σύνταξη της εργασίας μου.

Θέλω επίσης να ευχαριστήσω την κ.Παπαδημητρίου Μαρία, καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. του τμήματος Νοσηλευτικής, που με το άριστο μάθημά της με επηρέασε βαθειά στους στόχους μου και τα καθήκοντά μου σαν Νοσηλεύτρια.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω όλο το Διδακτικό προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής Τ.Ε.Ι. Πατρών που κουράζεται και μοχθεί να εκπαιδεύσει νέες καταρτισμένες και ευσυνείδητες νοσηλεύτριες, για να υπηρετούν με αγάπη και ζήλο το λειτούργημα της Νοσηλεύτριας.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Στους γονείς μου που με την αγάπη, την κατανόηση, την ηθική συμπαράσταση και τις συμβουλές τους με βοήθησαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μου.

Σε όλες τις νοσηλεύτριες, που άφοβα με τάση προσφοράς του εαυτού τους και αγάπη για τον άνθρωπο, απαλύνουν τον ανθρώπινο πόνο και υπηρετούν το λειτούργημα της Νοσηλεύτριας.

Στις μελλοντικές Νοσηλεύτριες με τις ευχές μου να υπηρετήσουν με αγάπη και ευσυνειδησία τον Άνθρωπο.

Στις αδερφές μου Πάτρα και Δήμητρα.

Τέλος στην Υγεία και ευημερία όλων των λαών του κόσμου.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
ΑΦΙΕΡΩΣΗ	II
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	III
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	V
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	VI
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'</u>	
<u>ΑΝΑΤΟΜΙΑ</u>	
Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	1
Β. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	2
Γ. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	7
Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	8
Ε. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	10
<u>ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ</u>	
	11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'</u>	
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	18
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	20
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	23
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	24
ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	25
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	27
ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	29
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	31
ΠΡΟΓΝΩΣΗ	37
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'</u>	
ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	38
ΣΚΟΠΟΣ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	43

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΝΕΙ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ	44
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</u>	48
- ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	48
Α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	48
Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	53
Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	54
- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	56
- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	59
- ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	65
- ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΟΥ	68
- ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ	80
- ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	82
- ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ	87

ΕΡΕΥΝΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	94
------------------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' - ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	96
------------------------------------	----

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	99
----------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	101
--------------	-----

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Σκοπός της εργασίας μου αυτής είναι να θέσω τα προβλήματα και τις ειδικές ανάγκες των ασθενών που έχουν υποστεί κολοστομία.

Επίσης να δοθούν πληροφορίες για τα ενδεικνυόμενα νοσηλευτικά μέτρα για την αντιμετώπιση των ενοχλημάτων και την ανακούφιση του πόνου του αρρώστου.

Επιλογή για το θέμα της εργασίας μου αυτής στάθηκε η ανάγκη των αρρώστων αυτών για ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου που έχει κολοστομία.

Αποσκοπεί επίσης η μελέτη αυτή να δώσει πληροφορίες στο κοινό για πρόληψη της ανάπτυξης του καρκίνου παχέος εντέρου και να ευαισθητοποιήσει τα άτομα στον αγώνα κατά του καρκίνου.

Στο τέλος της εργασίας μου παραθέτω στατιστικά στοιχεία από την έρευνα που πραγματοποίησα με σκοπό να συλλέξω στοιχεία γύρω από τη συχνότητα και εντοπισμό του καρκίνου παχέος εντέρου και της εκτέλεσης της κολοστομίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρ'όλη την επιστημονική και τεχνική πρόοδο του ανθρώπου στον αιώνα μας, δεν έγινε δυνατή μια ικανοποιητική θεραπεία κατά του καρκίνου.

Ο καρκίνος είναι ένα από τα σοβαρότερα και οδυνηρότερα προβλήματα που απασχολούν σήμερα την επιστήμη αλλά και την ανθρωπότητα γενικά, δημιουργώντας μεγάλο ψυχικό πόνο και οικονομικά προβλήματα σε ανθρώπους και κοινωνίες.

Από στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία.

Δύο από τις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.

Χιλιάδες άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι καρκίνος που γρήγορα κάνει εξαλλαγές και παρουσιάζει μεγάλη κακοήθεια.

Είναι δεύτερος σε σειρά μετά τον καρκίνο του πνεύμονος και παρατηρείται συχνότερα σε άτομα ηλικίας 50-70 χρονών. Κάτω των 30 ετών είναι σπάνιος αλλά κακοηθέστατος.

Όσο αφορά το φύλο, μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζει στους άνδρες, 2:1 στην 5η δεκαετία της ζωής του ατόμου.

Το 50% των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου παρουσιάζεται στο ορθό. Η μεγαλύτερη συχνότητα υπάρχει στο αρ.κόλο και το σθιγμοειδές (70%) και στο δε.κόλο (25%).

Αν έχει προσβάλει το τσίχλωμα του παχέος εντέρου, το 50% έχει 5ετή επιβίωση μετά από εγχείρηση. Αν κάνει μεταστάσεις το ποσοστό επιβίωσης κατέρχεται στο 30-35% και αν προσβληθούν οι επιχόριοι αδένες το ποσοστό επιβίωσης είναι μικρότερο του 10%.

Εμφανίζεται ως ανθρακομβοειδής όγκος (αδενοκαρκίνωμα), πολύποδας και εξέλιξη ή στενωτική (διηθητική) βλάβη.

Επιτείνεται στους γύρω ιστούς και τους λεμφαδένες ή αιματογενώς στο ήπαρ, τους πνεύμονες και την ενδοπεριτοναϊκή κοιλότητα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει μεγάλη εξάρτηση από τις συνήθειες διατροφής γι' αυτό και παρουσιάζεται συχνότερα στην Ευρώπη και την Αμερική (υπερκατανάλωση κρέατος). Οι Ασιάτες παρουσιάζουν επίσης μεγάλη συχνότητα, λόγω υπερκατανάλωσης ρυζιού, σε αντίθεση με τους Αφρικάνους που τρέφονται με φυτικές τροφές.

Η επιστήμη εργάζεται πυρετωδώς γύρω από την καρκινογένεση και τη γενική αιτιολογία του καρκίνου, τη βιολογική συμπεριφορά των καρκινικών κυττάρων και τη θεραπευτική αγωγή. αλλά το θέμα δεν έχει φωτισθεί πλήρως. Επικρατεί επίσης η ανύψωση πως ο καρκίνος είναι κάτι που δεν μπορεί να νικηθεί ένα μοιραίο ακαταμάχητο και υπερφυσικό κακό.

Ας ελπίσουμε όμως ότι θα φωτισθεί το πρόβλημα αυτό και θα νικήσει η επιστήμη και η γνώση του ανθρώπου. Αρκεί μόνο να σκεφτούμε με αισιοδοξία το μέλλον, στηριζόμενοι στα μεγάλα βήματα προόδου που σημειώνονται με την επιστήμη, στο τομέα της έρευνας και ιατρικής επιστήμης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Α. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προσαγωγή νέων ουσιών στον οργανισμό είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της δομικής του ακεραιότητας και τη συνεχή εκτέλεση των λειτουργιών των ιστών και οργάνων του.

Τις ουσίες αυτές τις παίρνει ο οργανισμός από τις τροφές, από τις οποίες απορροφά νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικά συστατικά.

Οι ουσίες αυτές και τροφές για να γίνουν χρησιμοποιήσιμες από τον οργανισμό, υφίστανται μια σειρά από μηχανικές και βιοχημικές επεξεργασίες και μεταβολές (10).

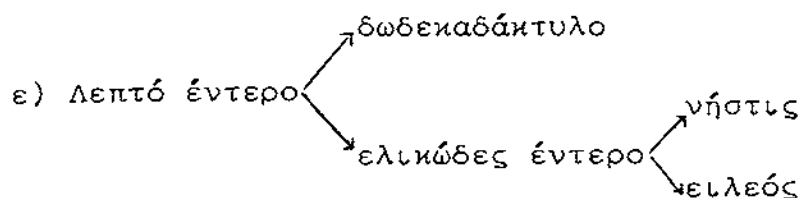
Οι μεταβολές αυτές γίνονται με την επίδραση πεπτικών υγρών που εκκρίνονται από αδένες. Με τον τρόπο αυτό οι υδατάνθρακες μετατρέπονται σε φρουκτόζη, γαλακτόζη και γλυκόζη, τα λίπη σε λιπαρά οξέα και γλυκερίνη και τα λευκώματα σε αμινοξέα.

Το σύνολο των οργάνων που συμβάλλουν στην εκτέλεση αυτής της λειτουργίας, αποτελούν το πεπτικό σύστημα. Στα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκει ο γαστρεντερικός σωλήνας και τα παρακείμενά του όργανα.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας είναι ένας σωλήνας μήκους 7,25 εκ. περίπου και αποτελείται από:

- α) στοματική κοιλότητα
- β) φάρυγγας
- γ) οισοφάγος

δ) στόμαχος



στ) Παχύ έντερο.

Τα παρακείμενα όργανα του πεπτικού συστήματος είναι το ήπαρ και το πάγκρεας, τα οποία εξασφαλίζουν ένζυμα ή άλλες ουσίες απαραίτητες για την τέλεια διάσπαση, απορρόφηση, χρησιμοποίηση και εναποθήκευση των βασικών θρεπτικών ουσιών (7 και 10).

B. ANATOMIA TOY ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο είναι το τελικό τμήμα του πεπτικού συστήματος. Αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στο πρωκτό.

Εμφανίζει μήκος 1,50 εκ. και διάμετρο 2,5-8,5 εκ., η οποία ελαττώνεται από το τυφλό προς το ορθό, ενώ αυξάνεται πάλι στο ύψος της κοπροδόχου ληκύθου (8).

Το παχύ έντερο, που δεν έχει λάχνες, υποδέχεται το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου και χρησιμεύει για τη συμπλήρωση της πέψης και την απομάκρυνση των άχρηστων για τον οργανισμό ουσιών με το σχηματισμό κοπράνων. Η απομάκρυνση των ουσιών αυτών επιτυγχάνεται με τις περισταλτικές και αντιπερισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα του και την αποβολή τους από τον πρωκτό (8).

Τα εξωτερικά γνωρίσματα του παχέος εντέρου με τα οποία διακρίνεται από το λεπτό έντερο είναι:

- Το πλάτος, στο οποίο οφείλεται και το όνομά του. Το πλάτος του είναι μεγάλο στο τυφλό, ελαττώνεται όσο προχωρού-

με περιφερικά μέχρι του ορθού και ξαναπλαταίνει για να σχηματίσει την κοπροδόχο λήκυθο.

Οι τρεις κοιλικές ταινίες: οι οποίες αρχίζουν από τη βάση της σικληκοειδούς απόφυσης. Αποτελούν παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στοιβάδας. Οι ταινίες αυτές στο σιγμοειδές κόλο ελαττώνονται σε δύο και εξαφανίζονται στο ορθό.

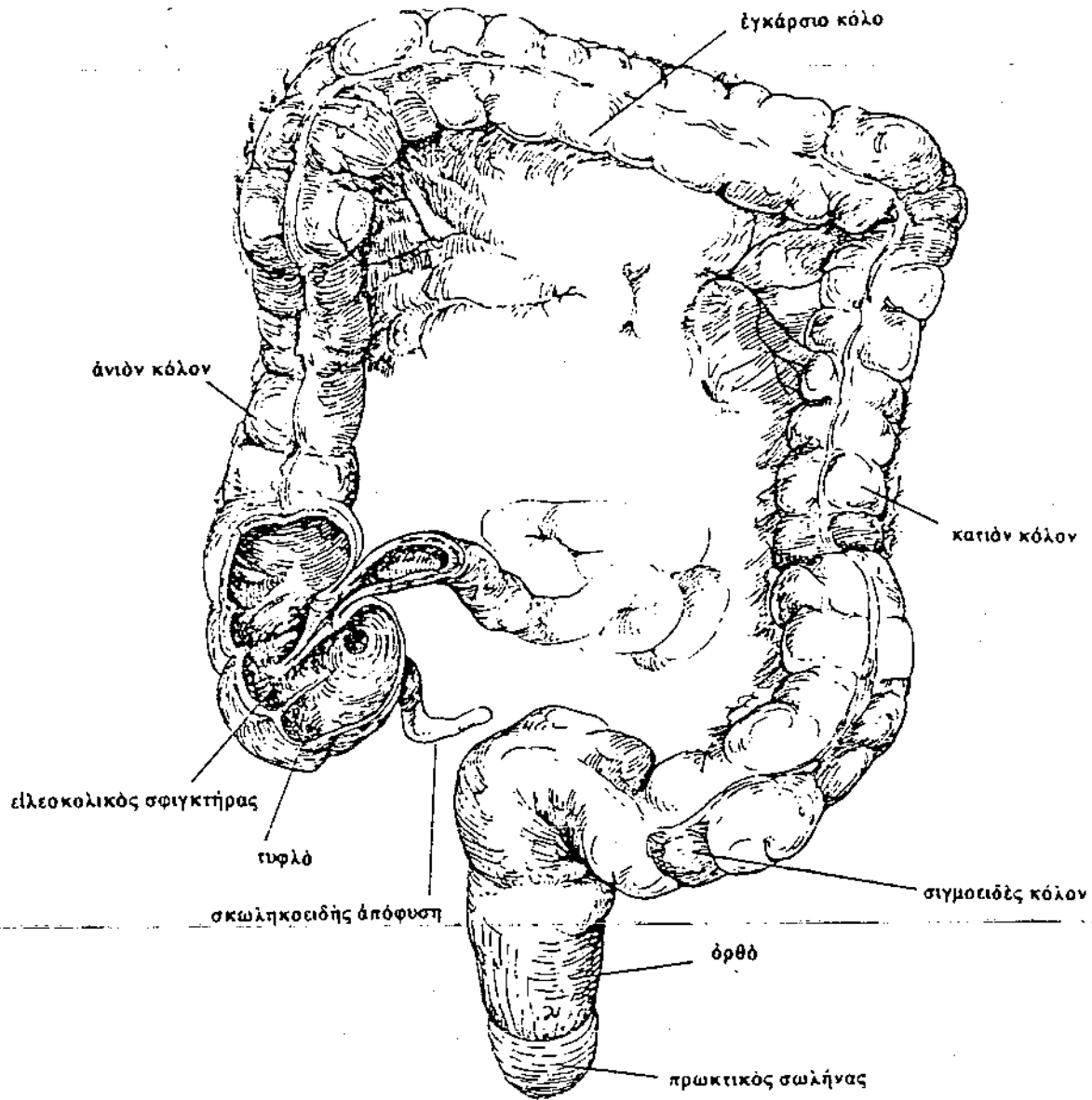
Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία, που φαίνεται σε όλη τη διαδρομή του παχέος εντέρου, τη μεσοκοιλική ταινία και την επιπλοϊκή ταινία, που στο εγκάρσιο κόλο σκεπάζονται από το εγκάρσιο μεσόκολο και το μείζον επίπλου, όμως στο ανιόν και το κατιόν κόλο βλέπουν προς το υπόθεμα του συνδετικού ιστού και δεν φαίνονται EN SITU.

- Τα εγκολπώματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, τα οποία χωρίζονται το ένα από το άλλο με κυκλοτερείς περισφίξεις. Δημιουργούνται αφενός μεν λόγω συσπάσεων των κυκλοτερών μυϊκών ινών και αφετέρου λόγω του ότι οι κοιλικές ταινίες είναι βραχύτερες από το μήκος του εντέρου.

- Οι επιπλοϊκές αποφύσεις οι οποίες αποτελούν προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα γεμάτες από λίπος και είναι διατεταγμένες σε σειρές κατά μήκος των κοιλικών ταινιών. Οι επιπλοϊκές αποφύσεις στο ανιόν, κατιόν και σιγμοειδές κόλο βρίσκονται διατεταγμένες σε δύο σειρές, στο εγκάρσιο κόλο σε μία σειρά και δεν υπάρχουν στο τυφλό και το ορθό. Βρίσκονται κυρίως κατά μήκος της ελεύθερης ταινίας.

- Η θέση του παχέος εντέρου μέσα στη κοιλιά. Στη θέση αυτή το περιτόναιο καλύπτει την πρόσθια επιφάνεια του ορθού κατέρχεται χαμηλά μέσα στην ελάσσονα πύελο σε ύψος μέχρι περίπου 7 εκ. από τον πρωκτό και ανακάμπτει προς την ουροδό-

χο κύστη στους άνδρες (ορθοκυστική πτυχή) ή τη μήτρα στις γυναίκες (ορθομητρινή πτυχή) σχηματίζοντας το χώρο του DOUGLAS (1α και 8).



Εικόνα (1). Θέση του παχέος εντέρου μέσα στη κοιλιά

Το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη:

1) Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση που είναι η πρώτη μούρα του παχέος εντέρου.

Βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, επάνω στο λαγώνιο

μου, κοντά στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και έχει τη μορφή μπαλονιού που κατευθύνεται προς τα κάτω.

Προβάλλει κάτω από την ειλεοκολική βαλβίδα και έχει μήκος 8 εκ. Στην εξωτερική του επιφάνεια σε απόσταση 4 εκ. από την έκφυση του ειλεού βρίσκεται η σκωληκοειδής απόφυση.

2) Το κόλο που διαιρείται σε ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλο. Αποτελεί συνέχεια του τυφλού και είναι το επιμηκότερο μέρος του παχέος εντέρου (1α).

- Το ανιόν κόλο αποτελεί συνέχεια του τυφλού. Φέρεται προς τα άνω κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι κάτωθεν του ήπατος, όπου ανακάμπεται προς τα αριστερά και σχηματίζει την δεξιά κολική καμπή. Έχει μήκος 15 εκ. και μεγάλο μέρος του είναι αμετακίνητα στερεωμένο στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα (1α).

- Το εγκάρσιο κόλο έχει μήκος 50 εκ., αρχίζει σαν συνέχεια του ανιόντος και προχωρεί ενδοπεριτοναϊκώς κοντά στην εσωτερική επιφάνεια του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Φέρεται προς τα αριστερά και άνω μέχρι κάτωθεν του σπληνός, όπου ανακάμπεται προς τα κάτω σχηματίζοντας έτσι την αριστερή κολική καμπή, που οδηγεί στο κατιόν κόλο και βρίσκεται ψηλότερα από την δεξιά.

Η θέση του εγκάρσιου κόλου ποικίλλει, εξαρτώμενη από τη θέση του σώματος και το βαθμό πληρώσεως (1α και 5). Στην όρθια θέση το εγκάρσιο κόλο βρίσκεται χαμηλότερα απ'ότι στην κατάκλιση.

- Το κατιόν κόλο έχει μήκος 20-25 εκ., φέρεται προς τα κάτω κατά μήκος της αριστερής οσφυϊκής χώρας μέχρι του στομίου της ελάσσονας πυέλου. Στον αριστερό λαγώνιο βόθρο το κα-

τιόν κόλο μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο, μεταξύ του κατιόντος κόλου και του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος παρεμβάλλονται έλικες του λεπτού εντέρου.

- Το σιγμοειδές κόλο έχει μήκος 40 ελ. περίπου και βρίσκεται μέσα στην ελάσσονα πύελο. Το σιγμοειδές περιγράφει τρεις καμπές και στο ύψος του 2ου-3ου ιερού σπονδύλου μεταβαίνει στο απευθυσμένο, η θέση του αλλάζει ανάλογα με την πλήρωσή του και χωρίζεται από το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα με έλικες του λεπτού εντέρου (1α και 5).

3) Το απευθυσμένο ή ορθό, έχει μήκος 15-20 εκ., βρίσκεται στην ελάσσονα πύελο και αποτελεί την συνέχεια του σιγμοειδούς.

Αντίθετα από το όνομά του, το απευθυσμένο παρουσιάζει τρεις καμπές, δύο σε οβελιαία και μία σε εγκάρσια διεύθυνση. Συνεχίζοντας το σιγμοειδές κόλο, παρουσιάζει αρχικά κάμψη με το κοίλο προς τα εμπρός, την ιερή καμπή, προχωρεί κατόπιν στην πρόσθια επιφάνεια του ιερού οστού και ύστερα στο ύψος του κόκκυγα σχηματίζει καμπή με το κυρτό προς τα εμπρός την περινεϊκή καμπή.

Το κάτω τμήμα της περινεϊκής μοίρας του απευθυσμένου παριστά σχισμή που ονομάζεται πρωκτός (1α).

Ο πρωκτός εμφανίζει 2 μοίρες, τον πρόδομο και το δακτύλλο. Στο πρωκτό υπάρχουν 2 σφιγκτήρες. Ο έσω σφιγκτήρας αποτελείται από μυϊκές ίνες και δεν υπόκειται στη βούληση.

Το απευθυσμένο έρχεται στη γυναίκα σε σχέση με τη μήτρα και τον κολεό (ευθυμητρικό κόλπωμα), ενώ στον άνδρα με την ουροδόχο κύστη, τον προστάτη και την σπερματοδόχο κύστη (ευθυκυστιικό κόλπωμα) (1α).

Γ. ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου παρουσιάζει σημαντικά μικρότερη αύξηση της επιφάνειάς του απ'ότι του λεπτού εντέρου. Απορροφά νερό και άλατα και παράγει βλέννα, σαν λιπαντικό, μπορεί δε να αποβάλλει προϊόντα διασπάσεως τοξινών και φαρμάκων.

Το επιθήλιο του παχέος εντέρου αποτελείται από απορροφητικά εντεροκύτταρα και βλεννογόνα καλυκοειδή κύτταρα. Οι αδένες του παχέος εντέρου είναι βαθιές κρύπτες, που μερικές φορές διακλαδίζονται και το επιθήλιό τους αποτελείται κυρίως από καλυκοειδή κύτταρα και ενδοκρινή κύτταρα με κοκκίωση στη βάση τους.

Το σύνολο των καλυκοειδών κυττάρων του παχέος εντέρου αντιστοιχεί σε αδένα που έχει το μέγεθος του παγκρέατος.

Το χόριο του βλεννογόνου, εκτός από τα αιμοφόρα αγγεία και τα νεύρα, περιέχει και αμυντικά κύτταρα σε ποικίλο βαθμό σε κάθε άτομο και λεμφοζύδια. Τα λεμφοζύδια είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένα ως αθροίσματα λεμφοζυδίων στην σιωληκοειδή απόφυση, όπου μπορεί να επεκτείνονται και στον υποβλεννογόνιο χιτώνα, δια μέσου της βλεννογόνιας μυϊκής στοιβάδας (1α).

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από έξω προς τα έσω:

α) Ορογόνο χιτώνα που καλύπτει το τυφλό, το εγκάρσιο και το κατιόν κόλο και την πυελική μοίρα του απευθυσμένου. Προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

β) Μυϊκό χιτώνα που αποτελείται από δύο στοιβάδες λείων μυϊκών ινών, από την έξω επιμήκη και την έσω κυκλοτερή,

με την ενέργεια των οποίων γίνονται οι περισταλτικές κινήσεις στο παχύ έντερο. Η κυκλωτερής στοιβάδα είναι συνεχής και η επιμήκης παχύνεται κατά θέσεις και σχηματίζει τις κολικές ταινίες, ενώ λεπτόνεται και αραιώνεται αντίστοιχα προς τα εγκολπώματα του παχέος εντέρου. Στο ορθό η επιμήκης στοιβάδα γίνεται συνεχής γι' αυτό στη μοίρα αυτή του παχέος εντέρου δεν διαγράφονται οι κολικές ταινίες.

γ) Υποβλεννογόνιο χιτώνα που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και αγγειακά νεύρα και βρίσκεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα.

δ) Βλεννογόνιο χιτώνα που αποτελείται από:

- μονόστοιβο κυλινδρικό επιθήλιο, με καλυκοειδή κύτταρα,
- χόριο, που αποτελείται από δικτυωτό ιστό,
- αδένες, οι οποίοι είναι όμοιοι με τους αδένες του λεπτού εντέρου
- βλεννογόνια μυϊκή στοιβάδα, η οποία χωρίζει τον βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνιο χιτώνα (1α και 5).

Δ. ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αγγειώνεται από:

- την άνω μεσεντέρια αρτηρία για το τυφλό, το ανιόν και εγκάρσιο κόλο
- την κάτω μεσεντέρια αρτηρία για το κατιόν, το σιγμοειδές και την άνω μοίρα του απευθυσμένου και
- την έσω λαγόνια αρτηρία για την κάτω μοίρα του ορθού.

Ειδικότερα η αιμάτωση του παχέος εντέρου από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι περίπου τη μεσότητα του εγκάρσιου γίνεται από την ειλεοκολική, δεξιά κολική και μέση κολική αρ-

τηρία, οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την αριστερή κοιλική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Οι κοιλικές αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν τόξα περίπου 2,5 εκ. κάτω από το μεσοκοιλικό χείλος του εντέρου τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την <<επιχείλια αρτηρία του DRUMMOND>> κι έτσι μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντέρια αρτηρία.

Η αγγείωση του ορθού γίνεται από την άνω αιμορροϊδική (εκ της κάτω μεσεντερίου), τη μέση αιμορροϊδική (εκ της έσω λαγονίου) και την κάτω αιμορροϊδική (εκ της έσω λαγονίου). Υπάρχουν πολλές παραλλαγές στην αγγείωση του παχέος εντέρου· μόνο στο 15% των ατόμων αυτή είναι τυπική.

Οι φλέβες του παχέος εντέρου, εκτός από τις φλέβες της κάτω μοίρας του απευθυσμένου, εκβάλλουν στη πυλαία φλέβα και συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.

Οι φλέβες του απευθυσμένου είναι η άνω, η μέση και η κάτω αιμορροϊδική φλέβα.

Οι φλέβες του υπόλοιπου ορθού με τις δύο μέσες και τις δύο κάτω αιμορροϊδικές φλέβες, εκβάλλουν στις έσω λαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κάτω κοίλης φλέβας.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε δίκτυα λεμφαγγείων που διακλαδίζονται στην υποβλεννογόνιο και υπορογόνιο στοιβάδα του εντερικού τοιχώματος και από τα οποία διαμέσου μεγαλύτερων λεμφαγγείων, που συνοδεύουν τις αρτηρίες και τις φλέβες, αποχετεύεται τελικά στη χυλόφορο δεξιάμενή (1α και 8).

Ε. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο νευρώνεται από τις συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Η παρασυμπαθητική νεύρωση του δεξιού κόλου γίνεται από τα πνευμονογαστρικά νεύρα και του αριστερού από το δεύτερο, τρίτο και τέταρτο σπλαγχνικά νεύρα. Οι συμπαθητικές ίνες ξεκινούν ως προγαγγλιακές από το ύψος του ένατου θωρακικού μέχρι και του δεύτερου οσφυϊκού νευροτομίου, φθάνουν στα παρασπονδυλικά συμπαθητικά γάγγλια και από εκεί στα μεσεντέρια γάγγλια και πλέγματα κατά μήκος των μεσεντερίων αγγείων.

Οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες δημιουργούν συνάψεις με τα ενδοτοιχωματικά νευρικά γαγγλιακά πλέγματα, για να δώσουν στη συνέχεια μεταγαγγλιακές ίνες, οι οποίες νευρώνουν τους εντερικούς αδένες, τα αγγεία και τις μυϊκές ίνες.

Το παρασυμπαθητικό διεγείρει την κινητικότητα του εντέρου και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσπαση του έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Το συμπαθητικό έχει την αντίθετη δράση (8).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Κύρια λειτουργία του πεπτικού σωλήνα είναι η εξασφάλιση του διαρκούς ανεφοδιασμού του οργανισμού με νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικά συστατικά (βιταμίνες).

Για να επιτευχθεί αυτό όμως απαιτείται η διακίνηση της τροφής κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα με κατάλληλη ταχύτητα για την πραγματοποίηση των λειτουργιών της πέψης και της απορρόφησης των ουσιών (2α).

Κάθε τμήμα του πεπτικού σωλήνα είναι προσαρμοσμένο σε συγκεκριμένες λειτουργίες.

Στο παχύ έντερο δεν γίνεται πέψη γιατί τα περισσότερα θρεπτικά συστατικά έχουν υποστεί πέψη και απομόζηση από τα προηγούμενα τμήματα του πεπτικού σωλήνα. Εξάλλου τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν τη διοχέτευσή του στο παχύ έντερο και δεν είναι δυνατή η πέψη.

Στο παχύ έντερο διοχετεύονται ουσίες που δεν πέπτονται όπως η κυτταρίνη, καθώς και ελάχιστη ποσότητα λίπους και λευκώματος, ενώ απορροφώνται μόνο υγρά (8).

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

1. Η απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών. Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινώς στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κ.εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το χλώριο και κυρίως το νάτριο απορροφώνται επίσης από το πα-

χύ έντερο έτσι ώστε, ενώ οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5mEq Na οι ανάγκες ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή να ανέρχονται σε 80-100 m Eq Na, προκειμένου να καλυφθούν οι απώλειες νατρίου από την ειλεοστομία (8).

Αντίθετα τα διττανθρακικά και κυρίως το κάλιο αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη, έτσι ώστε ασθενείς με διάρροίες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία.

Κατά κύριο λόγο η απορρόφηση εκτελείται στο κεντρικό ημιμόριο του κόλου ενώ στο περιφερικό η εναποθήκευση των κοπρανωδών μαζών ως την αποβολή τους (8).

2. Η εναποθήκευση. Οι κοπρανώδεις μάζες προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται η αφόδευση (8).

3. Η έκκριση βλενωδους εκκρίματος αλκαλικής αντίδρασης από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου. Η βλέννη αυτή επαλείφει το βλεννογόνο του παχέος εντέρου και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακής του χλωρίδας (10).

Επίσης η βλέννη αυτή προστατεύει το τοίχωμα από τυχόν μικροτραυματισμούς (ειδορές) και αποτελεί το συγκολλητικό μέσο που συγκρατεί τις κοπρανώδεις μάζες ενωμένες. Με τον τρόπο αυτό η βλέννα αποτελεί φραγμό που εμποδίζει την προσβολή του τοιχώματος από τα οξέα που σχηματίζονται κατά τη ζύμωση των κοπράνων (2α).

Κατά συνέπεια, το κύριο έκκριμα του παχέος εντέρου είναι η βλέννα. Αυτή παράγεται από τα λαγηνοειδή κύτταρα που βρίσκονται στο επιθήλιο της επιφάνειας του παχέος εντέρου.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου επενδύεται, όπως και του λεπτού, από κρύπτες του LIEBERKÜHN, αλλά τα επιθηλιακά του κύτταρα ουσιαστικά δεν περιέχουν ένζυμα. Αντίθετα, οι κρύπτες έχουν σχεδόν αποκλειστικά λαγηνοειδή κύτταρα.

Η ταχύτητα της έκκρισης της βλέννας ρυθμίζεται κατά κύριο λόγο με την άμεση απτική διέγερση των λαγηνοειδών κυττάρων της επιφάνειας του βλεννογόνου και από τοπικά νευρικά αντανακλαστικά προς τα λαγηνοειδή κύτταρα των κρυπών του LIEBERKÜHN (2α).

Η διέγερση, ωστόσο, των ανορθωτικών νεύρων, τα οποία νευρώνουν το περιφερικό μισό του παχέος εντέρου, προκαλεί, ταυτόχρονα με την αύξηση της κινητικότητας και σημαντική αύξηση της έκκρισης βλέννας. Έτσι κατά την διάρκεια έντονης παρασυμπαθητικής διέγερσης, που πολλές φορές οφείλεται σε έντονες συγκινησιακές διαταραχές, είναι δυνατό να εκκριθεί τόσο μεγάλη ποσότητα βλέννας μέσα στο παχύ έντερο ώστε να προκαλέσει στο άτομο κενώσεις, που περιέχουν άφθονη βλέννα, κάθε 30 λεπτά (2α).

Όταν κάποιο τμήμα του παχέος εντέρου διεγερθεί έντονα (οξεία μικροβιακή εντερίτιδα), ο βλεννογόμος, πέρα από τις φυσιολογικές ποσότητες βλέννας εκκρίνει μεγάλες ποσότητες νερού και ηλεκτρολυτών. Οι ουσίες αυτές επενεργούν αραιώνοντας τους διεγερτικούς παράγοντες και προκαλώντας γρήγορη μετακίνηση των κοπράνων προς τον πρωκτό. Το πιο συχνό επακόλουθο είναι διάρροια με απώλεια μεγάλων ποσοτήτων νερού και ηλεκτρολυτών, που έχει όμως ως αποτέλεσμα και πιο γρήγορη ανάρρωση αφού με τις κενώσεις απομακρύνεται πιο γρήγορα το παθογόνο αίτιο (2α).

4. Η εντερική χλωρίδα (10). Συνθέτει τη βιταμίνη Κ, βιταμίνες του συμπλέγματος Β, όπως θειαμίνη. Επίσης είναι υπεύθυνη για τις επεξεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο.

Η μεγάλη αύξηση της μικροβιακής χλωρίδας προκαλεί μακροκυτταρική αναιμία και στεατόρροια, γιατί τα μικρόβια χρησιμοποιούν τη βιταμίνη Β12 και υδρολύουν τα χολικά άλατα, αντίστοιχα (10).

Το παχύ έντερο στο έμβryo είναι στείρο και η μικροβιακή χλωρίδα αναπτύσσεται αμέσως μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς όσο και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν περίπου 400 διαφορετικά είδη βακτηριδίων.

Η χλωρίδα του παχέος εντέρου συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια. Συμμετέχουν επίσης στη παθοφυσιολογία πολλών νοσημάτων, όπως επίσης και στην άμυνα του οργανισμού κατά των λοιμώξεων.

Τέλος υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι αυτά παίζουν αξιόλογο ρόλο στην παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου (8).

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Στο κεντρικό ημιόριο του κόλου εκτελείται κυρίως η απορρόφηση και στο περιφερικό εναποθήκευση· επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες. Ωστόσο, ακόμη και

βραδείες, έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια μ'αυτά των κινήσεων του λεπτού νετέρου και μπορούν επίσης να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης (2α).

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΑΝΑΜΙΞΗΣ - ΚΟΛΙΚΕΣ ΚΥΨΕΛΕΣ (2α)

Όπως στο λεπτό έντερο παρατηρούνται κινήσεις τμηματικές, έτσι και στο παχύ παρατηρούνται μεγάλες κυκλικές συστολές. σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στοιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως την πλήρη του απόφραξη.

Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκης μυϊκή στοιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες, τις κολικές ταινίες.

Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στοιβάδας και των επιμήκων ταινιών των λείων μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με τη μορφή σακοειδών εγκολπώσεων, που ονομάζονται κολικές κυψέλες (2α).

Κατά διαστήματα, οι συστολές των κολικών κυψελών, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία, κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα λεπτά παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών, σε γειτονικές θέσεις. Κατά συνέπεια το κοπρανώδες περιεχόμενο του παχέος εντέρου <<ανασιαλεύεται>> βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με το τσάπισμα.

Μ'αυτό τον τρόπο όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνια επιφάνεια του παχέος εντέρου και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου από τα 800 ML της ημερήσιας ποσότητας του χυμού να βγουν στα

κόπρανα μόνο 80-150 ML. (2α).

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ - <<ΜΑΖΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ>>

Στο παχύ έντερο το κοπρανώδες περιεχόμενο προωθείται προς τον πρωκτό με τις μαζικές κινήσεις, οι οποίες εμφανίζονται συνήθως μόνο μερικές φορές την ημέρα και πιο πολύ για 15 περίπου λεπτά στο διάστημα της πρώτης ώρας, πάνω κάτω, μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει η ακόλουθη αλληλουχία γεγονότων: αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάτασης ή ερεθισμού του κόλου.

Πολύ γρήγορα, στη συνέχεια, 20 ή περισσότερα εκ. παχέος εντέρου περιφερικά από τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλα μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της συστολής προς τα κάτω. Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30' περίπου και μετά στην διάρκεια των επομένων 2-3 λεπτών το τμήμα χαλαρώνει. Μαζικές κινήσεις είναι δυνατό να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου. αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλο.

Όταν οι κινήσεις αυτές έχουν ωθήσει μια μάζα κοπράνων στο ορθό, γίνεται αντιληπτή η επιθυμία για αφόδευση (2α).

Αυτή αποτελεί αντανακλαστική λειτουργία ελεγχόμενη σε μεγάλο βαθμό από τη βούληση και συνίσταται στην αποβολή των κοπράνων που βρίσκονται στο ορθό, δια του πρωκτού (1).

Όταν οι αισθητικές νευρικές ίνες του ορθού διεγείρονται από τη διάταση του οργάνου, μεταβιβάζουν σήματα στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού και από εκεί, αντανακλαστικά, μεταβιβάζονται σήματα στο κατιόν, το σιγμοειδές, το ορθό και

τον πρωικό, με παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες των παρασυμπαθητικών σπλαχνικών νεύρων. Επίσης προκαλείται χαλάρωση του έσω σφιγκτήρα του πρωικού καθώς και του έξω σφιγκτήρα και αναστολή του τόνου του (2α).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαγγχνικός καρκίνος τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στη Μεγάλη Βρετανία και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων δηλαδή του πνεύμονος, στομάχου και μαστού. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ελαφρά μείωση της συχνότητάς του και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου σε αναλογία 1,2:1 αντιθέτως στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 1,1:1 (8).

Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί, προς το παρόν τουλάχιστον, κληρονομική επιβάρυνση, είναι βέβαιο ότι οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα. (8)

ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

Τα αίτια του καρκίνου του παχέος εντέρου δεν έχουν εξασκηθώθει, όμως είναι βέβαιο ότι ο καρκίνος παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε άτομα με:

- οικογενή πολυποδίαση
- σύνδρομο GARDNER
- λαχνωτούς πολύποδες, και
- χρόνια ελκώδη κολίτιδα

Η δυνατότητα κακοήθους εξασλλαγής των αδενοματωδών πολυπόδων συζητείται (8).

Γενετικοί παράγοντες ίσως ενοχοποιούνται χωρίς όμως να υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου. Πιστεύεται ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου προσβάλλει τα παιδιά των καρκινοπαθών σε αναλογία 8%.

Έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διακυμάνσεις της συχνότητας της νόσου σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές με αποτέλεσμα να ενοχοποιούνται περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και κυρίως η διατροφή. Πληθυσμοί οι οποίοι καταναλώνουν περισσότερα ζωϊκά λευκώματα και λίπη εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου από πληθυσμούς που καταναλώνουν κυρίως φυτικές τροφές. (8).

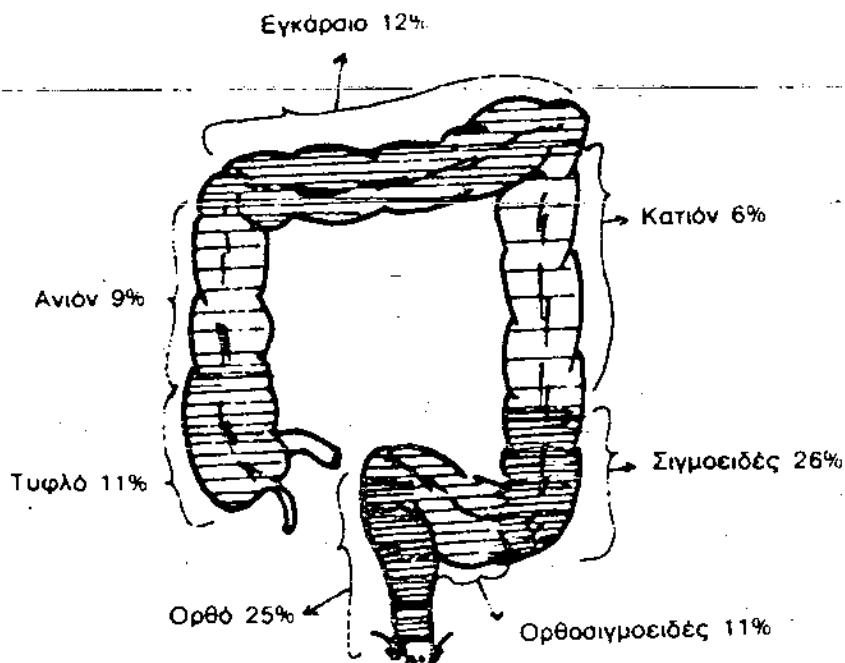
Τα χολικά οξέα, η χοληστερόλη και γενικά τα λίπη μεταβολίζονται στο έντερο με τη βοήθεια ενζύμων τα οποία παράγονται από τη μικροβιακή χλωρίδα και κυρίως από ανασερόβια μικρόβια. Προϊόντα του μεταβολισμού αυτού είναι και διάφορες καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες έχουν ενοχοποιηθεί για την παθογένεια του καρκίνου του παχέος εντέρου, δεδομένου ότι, σε ένα μεγάλο ποσοστό στη χλωρίδα του παχέος εντέρου των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο, υπερσχύουν τα μικρόβια αυτά. (8).

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί να μετασταθεί κατά συνέχεια ιστού, συχνά μέσα στην ουροδόχο κύστη ή τον κόλπο, μέσω των λεμφικών ή αιμοφόρων αγγείων στο ήπαρ, τους πνεύμονες, τους νεφρούς ή τα οστά και ακόμη με πολλαπλές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις. (10).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα κατανομής στα διάφορα τμήματα του εντέρου, δηλαδή: τυφλό 11%, ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατίον 6%, σιγμοειδές 26%, ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25%. Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνη τη δακτυλική εξέταση και στο 50% να μπορεί να διαγνωσθεί με ορθοσιγμοειδοσκόπηση, (8).

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου (σύγχρονος καρκίνος). Στο ίδιο ποσοστό ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο ασθενούς από το οποίο προηγουμένως έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος (μετάχρονος καρκίνος). (8).



Εικόνα (2): Συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου:

1. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος: Εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Είναι συχνότερη η εντόπισή του στο δεξιό ήμισυ του παχέος εντέρου και η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος είναι συνήθως μικρή. Έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλιξη σε κάποιο σημείο του όγκου. (8 και 12).

2. Ελκωτικός καρκίνος: Εμφανίζεται σαν ένα τυπικό κακοήθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα. Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο συνηθέστερα όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει ειτεταμένη διήθηση σε βάθος δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης. (8).

3. Δακτυλοειδής ή στενωτικός καρκίνος: Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο, ο οποίος έχει διηθήσει κυκλωτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος. Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλλει από δύο έως και οκτώ εκατοστά (8).

4. Διάχυτος διηθητικός καρκίνος: Παρατηρείται μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5-8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολο-

γικό εντερικό βλεννογόνο. Συνήθως όμως υπάρχει εξέλιξη σε κάποιο σημείο. Ο τύπος αυτός αποτελεί προέκταση των άλλων μικροσκοπικών μορφών. (8).

5. Κολλοειδής καρλίνος: Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση και εξέλιξη.

Οφείλεται σε βλενώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος είναι συνήθως ευμεγέθης και προβάλλει εντός του αυλού του εντέρου. (8 και 12).

Ενώ η ανθοκραμβοειδής μορφή εμφανίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλο, οι στενωτικές μορφές εμφανίζονται στο αριστερό κόλο χωρίς βέβαια αυτό να αποτελεί και τον κανόνα. Στο ορθό συνηθέστερα εμφανίζονται οι ελκωτικές ή δακτυλιοειδείς μορφές και πολύ λιγότερο η ανθοκραμβοειδής μορφή με εξέλιξη. (8).

Μικροσκοπικά, ανάλογα με τη διαφοροποίηση του αδενοκαρκινώματος, διακρίνουμε τέσσερις κατηγορίες:

Στη I κατηγορία ο βαθμός κακοήθειας είναι μικρός και ο όγκος μοιάζει με το αδένωμα, εκτός από τη διηθητική ικανότητα την οποία εμφανίζει.

Στην II κατηγορία ανήκουν όγκοι μετρίου κακοήθειας, τα κύτταρα των οποίων εμφανίζουν μικρή διαφοροποίηση.

Στην III κατηγορία περιλαμβάνονται οι αναπλαστικοί όγκοι μεγάλης κακοήθειας.

Την IV κατηγορία αποτελούν οι κολλοειδείς ή βλενώδεις όγκοι, λόγω δυσκολίας της κατάταξής τους σε μια από τις προηγούμενες κατηγορίες.

Ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας του όγκου εξαρτάται η

πρόγνωση κάθε περίπτωσης, γιατί όπως αποδείχθηκε, όσο λιγότερο διαφοροποιημένος είναι ο όγκος, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανότητα αυτού για μετάσταση. (12).

Ανάλογα με την πρόοδο της νόσου, το καρκίνωμα του παχέος εντέρου διαβαθμίζεται κατά DUKE ως εξής:

Στάδιο Α: Προσβολή μόνο του βλεννογόνου.

Στάδιο Β: Προσβολή όλων των χιτώνων, πλην ορογόνου.

Στάδιο C: Προσβολή και διάτρηση του ορογόνου και μετάσταση στους επιχωρίους λεμφαδένες.

Στάδιο D: Μεταστάσεις σε όργανα (ήπαρ) (2 και 3).

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το αδενοκαρκίνωμα του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης.

Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού (ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος) του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 620 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού να φθάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα. Αυτό υποδηλώνει και τη μεγάλη σημασία της πρώιμης διάγνωσης η οποία συνοδεύεται και από την καλύτερη πρόγνωση. Για το σκοπό αυτό η AMERICAN CANCER SOCIETY συνιστά το εξής πρόγραμμα:

Κάθε χρόνο μια δακτυλική εξέταση από το ορθό αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών. Μετά την ηλικία των 50 ετών, ένα HEMOCCULT TEST κάθε χρόνο για τη βιοχημική ανίχνευση αίματος στα κόπρανα· στην ηλικία των 50 και 51 ετών μια

σιγμοειδοσκόπηση και επανάληψή της κάθε 3-5 χρόνια εφόσον οι δύο αρχικές σιγμοειδοσκοπήσεις ήταν αρνητικές. (8)

Άτομα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο όπως άτομα με οικογενή πολυποδίαση, ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου, ατομικό ιστορικό πολυπόδων ή καρκίνου του παχέος εντέρου ή γυναίκες με ιστορικό καρκίνου των γεννητικών οργάνων, θα πρέπει να ελέγχονται συχνότερα, πληρέστερα και ο έλεγχος να αρχίζει σε νεώτερη ηλικία (8).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Είναι πολλά και ποικίλα. συνήθως είναι άοριστα και μη ειδικά στην αρχή.

Η απώλεια σωματικού βάρους και η κακουχία, αποτελούν συνήθεις εκδηλώσεις και συχνά αγνοούνται από τους ασθενείς.

Τα συχνότερα συμπτώματα τα οποία μπορεί να συνοδεύουν ένα καρκίνο του κόλου ή του ορθού συνοψίζονται ως ακολούθως:

- Αλλαγή των συνηθειών του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας, διάρροιας ή συνδυασμού και των δύο και αποβολή βλέννας. Ο άρρωστος μετά την κένωση του εντέρου το αισθάνεται γεμάτο.

- Αποβολή αίματος με τις κενώσεις. Το αίμα είναι ανακατεμένο με τα κόπρανα και η αιμορραγία είναι ανώδυνη.

- Κοιλιακά άλγη. Ο πόνος συχνά αυξάνει σε ένταση, όταν το άτομο ανεβαίνει σκαλοπάτια ή σιύβει.

- Δυσπεπτικά ενοχλήματα.

- Μετεωρισμός της κοιλίας και βοοβορυγμοί (επιτακτική

ανάγκη για κένωση του εντέρου).

- Όγκος αντιληπτός κατά την ψηλάφηση ή και ορατός όταν είναι μεγάλου μεγέθους.

- Επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και αναιμίας.

- Ανορεξία, ναυτία και έμετοι.

Τα συμπτώματα αυτά διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. (8, 2 και 10).

ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

I. Στους καρκίνους του δεξιού κόλου, οι οποίοι συνήθως είναι ανθοκραμβοειδούς τύπου και αναπτύσσονται εντός του τυφλού και ανιόντος, τα συμπτώματα είναι συνήθως αμβληχρά και είναι ως εξής:

α) Αναιμία, λόγω της συνεχούς απώλειας αίματος. Είναι συνήθως μικρής ποσότητας και καλά αναμεμειγμένο με τα κόπρανα.

β) Ψηλαφητός όγκος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο, ο οποίος είναι το πρώτο σημείο που οδηγεί τον ασθενή στον γιατρό.

γ) Διαρροϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας και δυσκοιλιότητας, αλλά σχεδόν ποτέ μόνιμης δυσκοιλιότητας, γιατί ο όγκος δεν προκαλεί στενωπικά φαινόμενα.

δ) Αίσθημα καιουχίας, ανορεξία, απώλεια βάρους και πυρετική κίνηση. Αυτά οφείλονται στην εξέλιξη της επιφάνειας του όγκου, στην επιμόλυνση και την απορρόφηση τοξικών ουσιών από την εξελκωμένη επιφάνεια.

ε) Κοιλιακά άλγη και έμετοι, κυρίως όταν υπάρχει επέκταση προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα και τα οποία σχετίζονται πολλές φορές με τη λήψη τροφής. (12).

II. Στους καρκίνους του εγναρσίου: Λόγω της αναιμίας, των επιγαστρικών αλγών και του ψηλαφητού όγκου στο επιγάστρο, πολλές φορές λαμβάνονται ως καρκινώματα του στομάχου (12).

III. Στους καρκίνους του αριστερού κόλου: Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου (75%) εμφανίζονται στο αριστερό κόλο και προκαλούν σχετικά πρόιμα στενωτικά φαινόμενα. Τα συμπτώματα στις περιπτώσεις αυτές είναι:

α) Το άλγος είναι στην αρχή διάχυτο και συνεχές εντοπίζεται στο υπογάστρο και αργότερα γίνεται διαλείπον και κωλικοειδές. Ενώ στα νεοπλάσματα του σιγμοειδούς το άλγος είναι από την αρχή κωλικοειδές.

β) Οι διαταραχές των κενώσεων χαρακτηρίζονται από προϋπάρχουσα και παρατεταμένη δυσκοιλιότητα. Τα καρκινώματα του σιγμοειδούς προκαλούν επίσης και αίσθημα τεινεσμού και αποβολή βλέννης και αίματος κυρίως τις πρωϊνές ώρες.

γ) Υπάρχει διάταση της κοιλίας, η οποία συνοδεύεται από άλγος, το οποίο υποχωρεί με την αποβολή αερίων. Αυτά τα συμπτώματα είναι συχνότερα σε νεοπλάσματα του κατιόντος και σιγμοειδούς.

δ) Συχνά ψηλαφάται ο όγκος ή γίνεται αισθητός με δακτυλική εξέταση από το ορθό.

ε) Η οξεία εντερική απόφραξη και ο αποφρακτικός ειλεός αποτελούν τον κυριώτερο λόγο (½ των περιπτώσεων) προσέλευσης των ασθενών στο νοσοκομείο.

στ) Η διάτρηση του εντέρου σε περιπτώσεις του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει μικρό ποσοστό (7%). (12)

IV. Στα κληνώματα του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς:

Έχουμε έντονες διαταραχές κενώσεων με τη μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας και συχνά εναλλαγές δυσκοιλιότητας και διάρροιας. Οι διαταραχές αυτές των κενώσεων συνοδεύονται από τεινεσμό και αποβολή βλέννης και αίματος. (12). Οι αιμορραγίες είναι συχνές και άφθονες. Αποφοαιτικά φαινόμενα στο ορθό είναι σπάνια, τα δε γενικά συμπτώματα (κναιουχία, απώλεια βάρους, ανορεξία κ.λ.π.) έρχονται πολύ αργά. Αντίθετα τα τοπικά συμπτώματα είναι έντονα και πρώιμα. Ο ασθενής παραπονείται για ανωμαλία στην αφόδευση, αίσθημα όχι ολοκληρωμένης κενώσεως του ορθού και αιμορραγικές κενώσεις. Άλγος δεν παρατηρείται ή είναι σημείο προχωρημένης κατάστασης. Λόγω αυτής της έλλειψης του άλγους ο ασθενής και πολλές φορές και ο γιατρός δεν δίνουν την απαιτούμενη σημασία στα ενοχλήματα. (12)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η κληνική εξέταση του ασθενούς, πιθανώς να αποδείξει την ύπαρξη ψηλαφητού ενδοκοιλιακού όγκου, κυρίως σε νεοπλάσματα του δεξιού κόλου και του τυφλού, ενώ η διαπίστωση απώλειας βάρους, υπάρξεως αναιμίας κ.λ.π., επιβεβαιώνουν την αρχική υποψία. (12)

Η δακτυλική εξέταση του ορθού, η οποία εκτελείται καλύτερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε γονατοαγκωνιαία θέση, αποδεικνύει συνήθως την ύπαρξη όγκου ή στενώσεως σε νεοπλάσματα του ορθού. Δίνεται η δυνατότητα στο γιατρό με το δάκτυλο να προσδιορίσει τη μορφή του όγκου του ορθού, την έ-

κταση και την κινητικότητα του. (12)

Ορθοσκόπηση-Σιγμοειδοσκόπηση-Κολονοσκόπηση: Με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου, σε έκταση 25-30 εκ. από τον πρωκτό, η περισταλτικότητά του, η παρουσία εκκολπωμάτων, η ανάπτυξη νεοπλασματικών επεξεργασιών ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού.

Με την κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι της ειλεοτυφλικής βαλβίδας. (7). Περισσότερο αποτελεσματική μέθοδος εξετάσεως είναι ο ακτινολογικός έλεγχος ο οποίος επιτελείται κυρίως με βαριούχο υποκλισμό. (12). Σκιερό, ανάγλυφο εκμαγείο, εμφύσηση αέρα, έκπτυξη του εντέρου και απεικόνιση όλων των περιοχών του παχέος εντέρου είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα για τις περιοχές του τυφλού, σπληνικής καμπής και όταν υπάρχει μακρύ σιγμοειδές, όπου συχνά παρουσιάζονται ασαφείς ελλειμματικές εικόνες.

Ο βαριούχος υποκλισμός είναι απαραίτητος και στις περιπτώσεις που ένας καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με τη σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν τυχόν <<σύγχρονοι>> καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντροικότερα σημεία. (8)

Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι <<έλλειμα στη σκιαγράφηση>>, που δείχνει την εικόνα του <<φαγωμένου μήλου>> ή του <<δακτυλίου της πετσέτας του φαγητού>>. Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρόϊμο καρκίνο, μόνιμο σπασμό, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή έκ-

πτυξη και απεικόνιση των περιοχών που ανασφύρησαν προηγουμένως. Στις περιπτώσεις αυτές και τις περιπτώσεις που τα ακτινολογικά ευρήματα είναι αρνητικά υπάρχουν όμως σοβαρές κλινικές υποψίες, υπάρχει απόλυτη ένδειξη για κολονοσκόπηση με την οποία, εκτός από την άμεση εξέταση, είναι δυνατή η λήψη βιοψιών ή επιπυμάτων για κυτταρολογική εξέταση. Η ιστολογική διάγνωση προεγχειρητικά είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας. (8)

Η ακτινογραφία θώρακα είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων, όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβια πυελογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των νεφρών καθώς και της διήθησης ή παρεντόπισης των ουρητήρων από τον όγκο.

Το σπληνρογράφημα του ήπατος χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων. Η ακρίβειά του είναι περίπου 60%. Στο 20% των περιπτώσεων δίνει ψευδώς θετικά και στο άλλο 20% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. (8)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε ένα ποσοστό περίπου 25% των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου με συμπτώματα από το πεπτικό τίθεται αρχικά λανθασμένη διάγνωση. Τα συμπτώματα αποδίδονται συνήθως σε παθήσεις του ανώτερου πεπτικού και κυρίως σε χολολιθίαση ή σε πεπτικό έλκος.

Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μια εξέταση κοπράνων για αιμοσφαι-

ρίνη θα δώσει την λύση. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα. (8)

Κάθε ασθενής που αναφέρει απόβολή αίματος από το ορθό θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλιικά, ενδοσκοπικά και σκίτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου έστω και αν υπάρχουν αιμορροΐδες, οι οποίες εμφανώς αιμορραγούν. (8)

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εγκολπωματίδα όχι μόνο προεγχειρητικά αλλά και κατά την διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας.

Η κολονοσκόπηση και βιοψία προεγχειρητικά δίνουν συνήθως τη λύση.

Άλλες παθήσεις του κόλου όπως π.χ. ελκώδης κολίτιδα, η νόσος του CROHN, η ισχαιμική κολίτιδα και η αμοιβάδωση συνήθως εύκολα διαφορο-διαγνώσκονται από τον καρκίνο με

την σιγμοειδοσκόπηση, το βαρετούχο υποκλυσμό και την κολονοσκόπηση, αν αυτή κριθεί απαραίτητη. Η διάγνωση των λειτουργικών παθήσεων του παχέος εντέρου (π.χ. ευερέθιστο κόλο, σπασμός κ.λ.π.) θα πρέπει να τίθεται μόνο αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος. (8)

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

ΟΞΕΙΑ	ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ		ΠΑΘΗΣΕΙΣ Π.Ε.
	-ΕΚΚΟΛΠΩΜΑΤΙΤΙΔΑ	-ΕΥΕΡΕΘΙΣΤΟ ΚΟΛΟ
	-ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	-ΣΠΑΣΜΟΣ
	-ΝΟΣΟΣ CROHN	
	-ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	
	-ΑΜΟΙΒΑΔΩΣΗ	

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι αποκλειστικά χειρουργική, εφόσον μεν η πρόγνωση μετά την εγχείρηση είναι σχετικά ευνοϊκή, αφέτερου, εάν δεν χειρουργηθεί ο όγκος, η ζωή του ασθενούς, η οποία διαρκεί αρκετούς μήνες ή και έτη, γίνεται μαρτυρική. (12)

Σπάνια και σε πολύ βαριά ασθενής μπορεί η θεραπεία να γίνει μόνο με ακτινοβολίες ή να προτιμηθεί η τοπική αναισθησία του όγκου με θερμοκαυτήρα, όταν ο όγκος εντοπίζεται χαμηλά στο ορθό. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ φτωχά. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα του καρκίνου του ορθού, η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται ή ακολουθείται από επιμελιτική χημειοθεραπεία, ανοσοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία με την οποία προσδοκείται η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης των ασθενών αυτών. (8)

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου δια-

κρίνονται σε ριζικές που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς και σε παρηγορητικές. Οι παρηγορητικές εφαρμόζονται όταν υπάρχουν μεταστάσεις που αποκλείουν το καλό αποτέλεσμα μιας ριζικής εγχείρησης, ή όταν ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθεί. Παρηγορητικές εγχειρήσεις θεωρούνται: η περιορισμένη εκτομή του τμήματος του εντέρου στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις, οι παρακαμπτήριες αναστομώσεις και η απλή κολοστομία. (8)

Οι ριζικές εγχειρήσεις, για λόγους περιγραφικούς, διακρίνονται στις εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. (8)

Στην επιτυχία της εγχείρησης συμβάλλει αποτελεσματικά η προεγχειρητική αγωγή κατά την οποία γίνεται επιμελημένη κάθαρση του παχέος εντέρου με υποκλυσμούς και καθαρτικά φάρμακα επί 4-5 ημέρες. Η προετοιμασία συμπληρώνεται με αντιβιοτικά και χημειοθεραπευτικά φάρμακα, για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελάττωση των μικροβίων του εντέρου.

Η εγχείρηση αποσκοπεί στην αφαίρεση του όγκου και των επιχωρίων λεμφαδένων και εάν είναι δυνατόν περιορισμένες ηπατικές μεταστάσεις.. (2)

Για κάθε προγραμματισμένη ή πιθανολογούμενη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι εντελώς απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου και αυτό γιατί έχει σαφώς αποδειχθεί ότι έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως, τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η διάσπαση των αναστομώσεων, η διαπύση του εγχειρητικού τραύματος κ.λ.π.. Φυσικά, προετοιμασία δεν είναι δυνατόν να γίνει στην επείγουσα χειρουργική

του εντέρου.

Σκοπός της προετοιμασίας είναι αφ'ενός η πρόληψη της δημιουργίας και η απομάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπρανώδων μαζών και αφ'ετέρου η μείωση του μικροβιακού πληθυσμού. (8)

Αυτά επιτυγχάνονται ως εξής:

- 1) Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα.
- 2) Μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλισμούς ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος. Όμως στα νεώτερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανικός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρικών (PULCOLAX) ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρικών που έχουν ωσμωτική δράση (θειϊκό μαγνήσιο) από το στόμα, και
- 3) Χορήγηση αντιβιοτικών. Συνήθως χορηγείται νεομυΐνη ή γενταμυΐνη για τα αερόβια μικρόβια και βάση ερυθρομυΐνης ή μετρονιδαζόλη ή κλινταμυΐνη για τα αναερόβια. Οι συνδυασμοί αυτοί συνήθως αλλάζουν με την ανασύσταση νεώτερων αντιβιοτικών. Ένα τέτοιο σχήμα προεγχειρητικής προετοιμασίας

του εντέρου που έχει δώσει μέχρι σήμερα καλά αποτελέσματα είναι το εξής:

1η ημέρα: Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα.

Μία κάψουλα DULCOLAX στις 6 μ.μ.

2η ημέρα: Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα.

Χορήγηση PER OS 30 ML (15 GR) διαλύματος 50%

θειϊκής μαγνησίας στις 10 π.μ., 2 μ.μ. και 6 μ.μ.

3η ημέρα: Δίαιτα υδαρής.

Χορήγηση 1 GR νεομυΐνης και 1 GR βάσης ερυθρομυΐνης PER OS

στις 1 μ.μ., 2 μ.μ. και 11 μ.μ.

Χορήγηση 30 ML θειϊκής μαγνησίας PER OS στις 10 π.μ. και 2μ.μ.

Όχι υποκλυσμός

Παρεντερική χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών εφόσον κρίνεται απαραίτητη.

4η ημέρα: Εγχείρηση στις 8 π.μ. (8)

Ειτός από αυτή την προετοιμασία οι περισσότεροι γιατροί συνιστούν συμπληρωματικά τη χορήγηση χημειοπροφύλαξης, δηλαδή τη χορήγηση αντιβιοτικών 8 ώρες πριν και 8 ώρες μετά την εγχείρηση και συνήθως διακοπή. Η συνέχιση ή μη της χορήγησης των αντιβιοτικών θα εξαρτηθεί από τη σπητικότητα της εγχείρησης και είναι στην κρίση του χειρουργού. (8)

Εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου: Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν ή ηπατική καμπή η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου και την ειλεοκολική, τη δεξιά κοιλική και το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντέριο και το μέζον-επίπλουν (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεοεγκάρσια αναστόμωση. (8)

Για καρκίνους της μεσότητας του εγκάρσιου αφαιρείται το εγκάρσιο μετά των κολικών καμπών και της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας.

Για καρκίνους του κατιόντος αφαιρείται το τμήμα που αιματώνεται από την αριστερή κολική αρτηρία δηλαδή από το περιφερικό εγκάρσιο μέχρι το κεντρικό σιγμοειδές.

Για καρκίνους του σιγμοειδούς και του πλέον κεντρικού

ορθοσιγμοειδούς η γεννητή περιλαμβάνει το περιφερικό κατιόν, το σιγμοειδές και το κεντρικό ορθοσιγμοειδές μαζί με τα σιγμοειδικά και άνω αιμορροϊδικά αγγεία. (8)

Εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού: Δύο είναι οι κλασσικές εγχειρήσεις που εφαρμόζονται: η χαμηλή πρόσθια ειτομή και η συνδεδασμένη κοιλιοπερινεϊκή ειτομή. Η χαμηλή πρόσθια ειτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκοπηση απέχει 12-16,5 CM από το έξω χείλος του πρωκτού, απόσταση δηλαδή η οποία επιτρέπει την ειτομή των κοιλτικών 4-5 CM φυσιολογικού ορθού περιφερικά του όγκου και αφήνει υγιές τμήμα ορθού για ασφαλή αναστόμωση. Η ειτομή περιλαμβάνει το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το κεντρικό ορθό. Το κεντρικό σιγμοειδές αναστομώνεται τελικο-τελικά ή τελικο-πλάγια με το περιφερικό ορθό. Η αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό ποσοστό (25% περίπου) διαφυγής και γι' αυτό πολλοί χειρουργοί τη συνδυάζουν με κεντρική προστατευτική προσωρινή κολοστομία (8).

Η συνδεδασμένη κοιλιοπερινεϊκή ειτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκοπηση απέχει 7 CM ή λιγότερο από το έξω χείλος του πρωκτού ή σε γενικές γραμμές όταν ο όγκος ψηλαφάται δακτυλικά.

Η εγχείρηση έχει δύο χρόνους, τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι είτε εκτελούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών πρώτα ο κοιλιακός και μετά ο περινεϊκός, είτε εκτελούνται συγχρόνως από δύο ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διάρκεια της εγχείρησης. Κατ' αυτή εκτέμνεται το πε-

ριφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτύλιο και φυσικά το κεντρικό κολόβωμα του σιγμοειδούς εξωτερικεύεται σαν μόνιμη πια κολοστομία. (8)

Πρόβλημα υπάρχει στις περιπτώσεις που ο όγκος του ορθού εντοπίζεται σε ύψος μεταξύ 7,5 και 11,5 CM από τον πρωκτικό δακτύλιο. Στις περιπτώσεις αυτές η επιλογή της μιάς από τις δύο εγχειρήσεις εξαρτάται από το φύλο και την παχυσαρμιά του ασθενούς καθώς και από την εμπειρία και την εκτίμηση της τοπικής κατάστασης από το χειρουργό. Για τις περιπτώσεις αυτές και με στόχο πάντοτε την αποφυγή της πραγματικά ενοχλητικής μόνιμης κολοστομίας σχεδιάσθηκαν στο παρελθόν διάφορες εγχειρήσεις που διατηρούν το σφιγκτήρα, τις οποίες όμως δεν υιοθέτησε η πλειονότητα των χειρουργών σαν μη ικανοποιητικές. Κατά τα τελευταία χρόνια η κατασκευή και χρησιμοποίηση των <<συρραπτικών συσκευών>> κάνει δυνατή την εκτέλεση πολύ χαμηλών αναστομών με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός μόνιμων κολοστομιών να αποφεύγεται. (8 και 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

<u>ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΚΟΛΟΥ</u>	<u>ΕΓΧΕΙΡΗΣΗ ΟΡΘΟΥ</u>
-ΔΕΞΙΑ ΗΜΙΚΟΛΕΚΤΟΜΗ	-ΧΑΜΗΛΗ ΠΡΟΣΘΙΑ ΕΚΤΟΜΗ
ΕΙΛΕΘΕΓΚΑΡΣΙΑ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ	ΤΕΛΙΚΟΤΕΛΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ
-ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΗΜΙΚΟΛΕΚΤΟΜΗ	ΤΕΛΙΚΟΠΛΑΓΙΑ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ
	-ΣΥΝΔΕΔΥΑΣΜΕΝΗ ΚΟΙΛΙΟΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΕΚΤΟΜΗ
	ΜΟΝΙΜΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση είναι συνήθως πολύ καλύτερη από τον καρκίνο του πνεύμονος ή του στομάχου.

Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζικές θεραπευτικές επχειρήσεις είναι λίγο-πολύ το ίδιο για όλα τα τμήματα του κόλου και είναι ανάλογο με το στάδιο της νόσου κατά DUKES.

Στο στάδιο A η 5ετής επιβίωση είναι 80% στο στάδιο B 50% και στο στάδιο C 30%.

Για τον καρκίνο του ορθού το ποσοστό αυτό είναι κάπως χαμηλότερο.

Το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο που περιορίζεται μόνο στο τοίχωμα του εντέρου χωρίς καμία απολύτως μετάσταση είναι περίπου 80%. Το ποσοστό πέφτει στο 71% όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει και τον ορογόνο χωρίς όμως μεταστάσεις, ενώ με μεταστάσεις στους λεμφαδένες το ποσοστό πέφτει απότομα στο 32%. Με διάσπαρτη νόσο το ποσοστό είναι μόνο 1,2%. Στα ποσοστά αυτά ίσως υπάρχει κάποιος βαθμός αισιοδοξίας. (8 και 3).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ

Κολοστομία είναι ένα μόνιμο ή παροδικό άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα με χειρουργική επέμβαση, προς παροχέτευση του περιεχομένου του. Η κολοστομία μπορεί να είναι:

α) Πρόσκαιρη: Σ' αυτή το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η <<παρά-φύσιν έδρα>> κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση.

β) Μόνιμη: Γίνεται όταν το αίτιο έχει εντοπισθεί στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό). Αυτή είναι μόνιμη και κατά την επέμβαση γίνεται λαπαροπερινεοτομή (6 και 7).

Η προσωρινή κολοστομία γίνεται κατά κανόνα στο δεξιό τμήμα του εγκάρσιου κόλου, επειδή συνήθως ο όγκος ή η φλεγμονή (εγκολπωματίτιδα, απόστημα) που αποφράσσει το τμήμα βρίσκεται στο σιγμοειδές. Η συνηθέστερη ένδειξή της είναι ο καρκίνος αλλά γίνεται και σε άλλες παθήσεις όπως εγκολπωματίτιδα με διάτρηση, τραύματα του ορθού, βαρεία παραεδρικά συρίγγια, ορθοκολπικά συρίγγια. Γενικά γίνεται σε περιπτώσεις κατά τις οποίες θέλουμε για ένα χρονικό διάστημα να πετύχουμε απολειτουργικοποίηση και μη δίοδο των κοπράνων από το αριστερό κόλο και το ορθό. (6)

Η μόνιμη κολοστομία αποτελεί μία σωτήρια μέθοδος συμ-

Βιβαζόμενη με την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, ενώ τα μειονεκτήματά της θεωρούνται ασήμαντα. Η αποδοχή της κολοστομίας από τον άρρωστο και η ρύθμιση των καθημερινών συνηθειών στο νέο τρόπο ζωής του, δεν πετυχαίνεται μέσα σε μία μέρα, αλλά σταδιακά, όπως και σε οποιοδήποτε άλλο εμπόδιο που μπορεί να ξεπεραστεί με σωστή αντιμετώπιση της κατάστασης με θάρρος, αισιοδοξία και αποφασιστικότητα. (6)

ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Το είδος της κολοστομίας εξαρτάται από το σημείο του παχέος εντέρου που έγινε η κολοστομία.

1. Κατιούσα και σιγμοειδινή κολοστομία: Συχνά ονομάζονται <<στεγνές>> κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλιτισμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου. (10)

2. Εγχείριση κολοστομίας

α. Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδες. Έλεγχος με τη βοήθεια των πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.

β. Ο άρρωστος, σχεδόν με βεβαιότητα, θα χρειάζεται σάκιο όλο τον καιρό.

γ. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμιο είναι απαραίτητη. (10).

Έχουμε δύο είδη εγιάρσια κολοστομίας:

α. Η διπλού αυλού εγιάρσια κολοστομία.

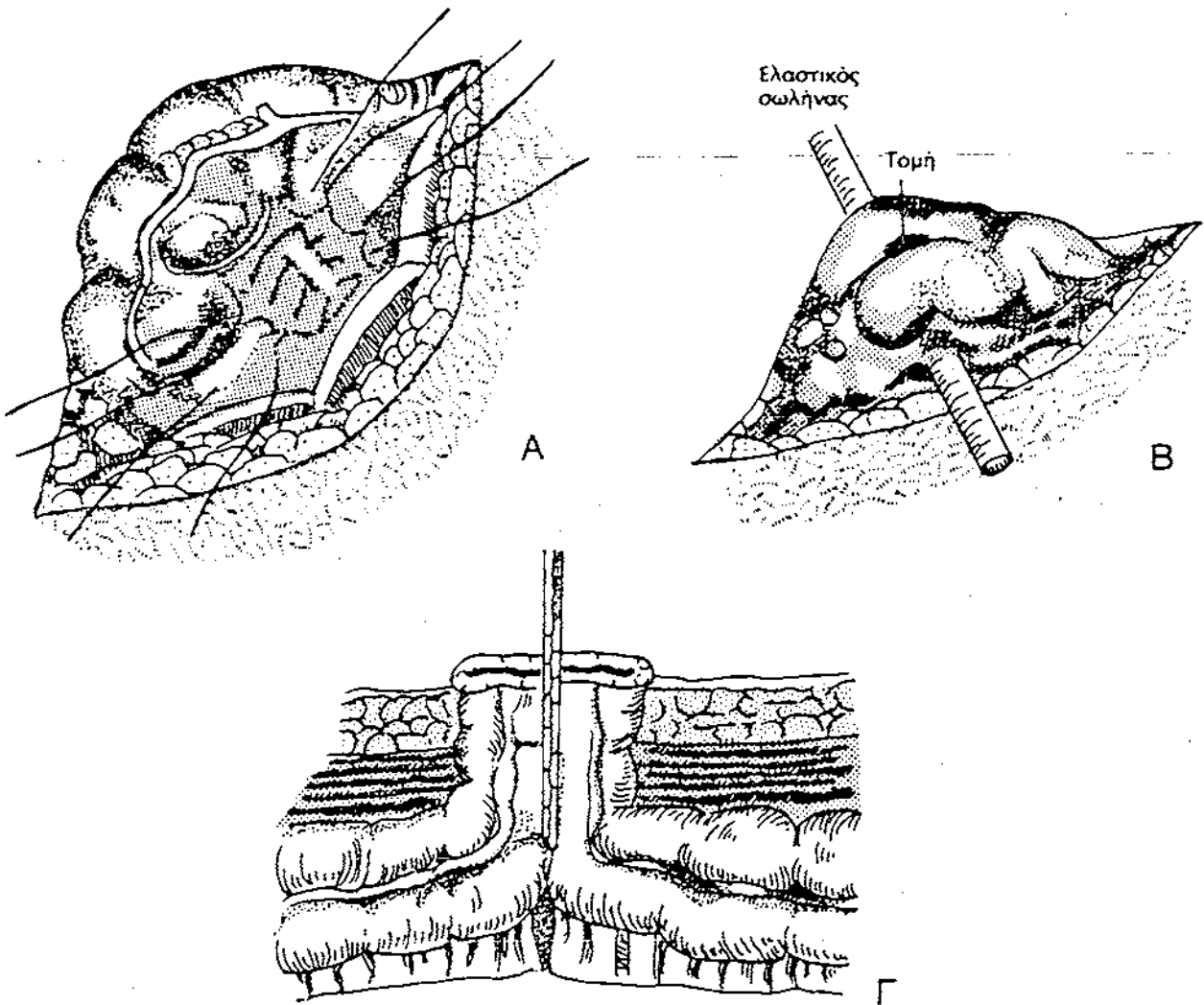
β. Η αγκυλωτή κολοστομίας.

- Η διπλού αυλού κολοστομία έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτούμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το ένερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία (10).

- Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μία αγκύλη αιέραιο εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοικτή από 10 ημέρες μέχρι 9 μήνες.

Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομίων. Όμως, μετά την αποκατά-
σταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της
αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συ-
νέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη
η λαπαροτομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έιταιτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβασης (10).



Εικόνα 3: Τα στάδια της αγνωλωτής κολοστομίας.

3. Ανιούσα κολοστομία:

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλιό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια. (10)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΙΙΙ
ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

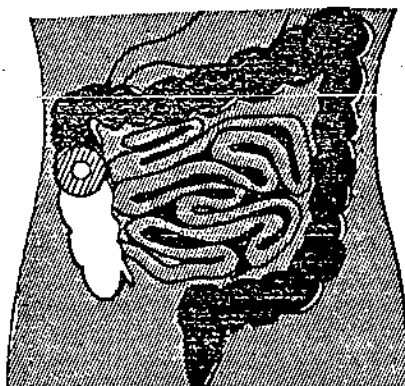
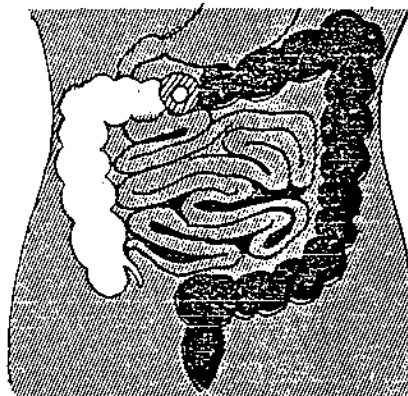
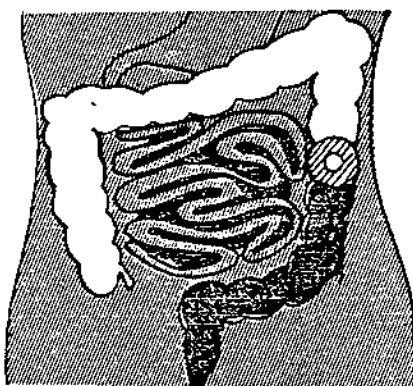
ΚΑΤΙΟΥΣΑ ΣΙΓΜΟΕΙΔΙΚΗ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΕΓΚΑΡΣΙΑ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΑΝΙΟΥΣΑ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

ΔΙΠΛΟΥ
ΑΥΛΟΥ

ΑΓΚΥΛΩΤΗ
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ



Εικόνα 4: Είδη κολοστομιών

ΣΚΟΠΟΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιο-περινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.

2. Μπορεί να γίνει παρηγορητικά σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του εντέρου.

3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επύλωση φλεγμαίνοντος εντέρου.

4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπροανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας. (10)

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΘΑ ΚΑΝΕΙ ΚΟΛΟΕΣΤΟΜΙΑ

Η ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου που θα κάνει κολοστομία είναι περίπλοκη. Η ψυχική αντίδραση του αρρώστου αρχίζει από τη στιγμή που θα του κάνει γνωστό ο γιατρός ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει, και στη συνέχεια για την επέμβαση που πρόκειται να γίνει. Από αυτή τη στιγμή ο άρρωστος κατέχεται από διάφορα συναισθήματα. Σύμφωνα με την ELIZABETH RUBER αυτά τα συναισθήματα χωρίζονται σε τέσσερα στάδια.

(11)

-Στάδιο της Αρνήσεως: Η άρνηση της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρίνο και ήπιη προγνώσεως. (7)

Όταν το άτομο βρεθεί άμεσα ή έμμεσα αντιμέτωπο με την φύση της αρρώστιας του, έχει την τάση να αρνηθεί ασυνείδητα το γεγονός, δεν ειφοράζει την άρνησή του με το λόγο, αλλά με την συμπεριφορά του. Ίσως να αρνηθεί την χειρουργική ή την χημειοθεραπεία ή την ακτινοθεραπεία. Αρνείται να δεχτεί το ρόλο του ασθενή. Το Νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει αρχικά να τον αποδεχθεί και να προσπαθήσει να τον ακούσει και να τον κατανοήσει. (11 και 4).

-Ακολουθεί το στάδιο του ερεθισμού, της ανησυχίας, του θυμού. Σε αυτό το στάδιο ο άρρωστος γίνεται απαιτητικός, ευερέθιστος, κατηγορεί την οικογένειά του και το Νοσηλευτικό προσωπικό ότι έχει κακή νοσηλεία, είναι απείθαρχος, και τελικά βρίσκει την μοίρα του αδικαιολόγητη, άδικη, είναι το <<γιατί εγώ και όχι ο άλλος>>. (11)

-Στάδιο Συνδιαλλαγής-παζαρέματος: κατά το οποίο συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως με το Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Το στάδιο αυτό εκφράζει το πρώτο αποτέλεσμα των σκέψεων του αρρώστου απέναντι στην αρρώστια, στο περιβάλλον του. Τα όσα λέει ο άρρωστος, παίρνουν την μορφή ικεσίας, ό,τι λέει το απευθύνει στο Νοσηλευτικό προσωπικό και κυρίως στους γιατρούς. (11)

-Στάδιο της κατάθλιψης: Ο άρρωστος αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί και μελαγχολεί. Δείχνει μια θορυβώδη συμπεριφορά, λύπη και καταπίεση, που φθάνει σε παθολογικά όρια. Ο άρρωστος κλαίει, μιλάει για αυτοκτονία, φανερώνει την απελπισία του, τα αισθήματα μειονεκτημάτων και αχρηστίας μπροστά στις διάφορες απώλειες που θα υποστεί ή πιθανόν να υποστεί (όργανα-μέλη σώματος, εργασία, ανασυχή και τέλος την ίδια την ζωή του). (4)

~~Το άγχος που κυριαρχεί είναι δυνατό και εκδηλώνεται~~
με την ανάγκη παρουσίας συνανθρώπων του. Ο άρρωστος εκδηλώνει αυτή την ανάγκη έμμεσα. Μπορεί όμως να έχουμε σ' αυτό το στάδιο έναν άρρωστο σιωπηλό και εξαντλημένο. Μόνο η έκφραση του προσώπου του φανερώνει την θλίψη του. Η καταθλιπτική αυτή μορφή είναι αρκετά συχνή στο προθανατικό στάδιο και πολλοί άρρωστοι πεθαίνουν σ' αυτή την κατάσταση απομονώσεως. (7 και 11).

Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθήσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που

δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μην προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον σκόμο της πραγματικότητας (7)

-Τελευταίο στάδιο είναι της αποδοχής. Ο άρρωστος στο στάδιο αυτό, έχει πλήρη επίγνωση της αρρώστειά του και των συνεπειών της. Παρατηρείται το στάδιο αυτό σε αρρώστους που κατάφεραν να ξεπεράσουν τα προηγούμενα στάδια. (7 και 11).

Αυτά τα στάδια σπάνια διαδέχονται το ένα το άλλο, ενώ οι περισσότεροι άρρωστοι μένουν σ'ένα από τα στάδια πολύ καιρό.

Εδώ η Νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει τα διάφορα στάδια της αρρώστειάς του και να τον ενισχύσει ψυχολογικά ώστε να αποκτήσει τα αισθήματα της εμπιστοσύνης στην ομάδα υγείας, ελπίδας και αισιοδοξίας. (7)

Οι πληροφορίες προς τον άρρωστο σχετικά με την αρρώστια του πρέπει να κατευθύνονται με αγάπη, συμπόνοια, στοργή, ανθρωπισμό, κατανόηση και ανοχή της σοβαρής και ιδιόρρυθμης θέσης στην οποία βρίσκεται ο άρρωστος. Έτσι η Νοσηλεύτρια θα μπορέσει να αποκτήσει την συμπάθεια και εμπιστοσύνη του αρρώστου. (7)

Οι άρρωστοι είναι συνήθως μέλη οικογένειας. Γι'αυτό μια διάγνωση καρκίνου, έστω και με καλή πρόγνωση, συνήθως απειλεί την οικογένεια.

Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τους συγγενείς του αρρώστου είναι απαραίτητη, επειδή χρειάζονται ενίσχυση. Οι συγγενείς έχουν ανάγκη να γνωρίζουν ότι ο άρρωστος τους βρίσκεται σε έμπειρα χέρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποτελεί το συνδετικό κρίκο οικογένειας και αρρώστου, και να ενθαρ-

ρύνει τους συγγενείς να συμπεριλαμβάνουν τον άρρωστο στα προβλήματα και τα σχέδια της οικογένειας με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή και να μην τον απορρίπτουν. (7)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με καρίνο παχέος εντέρου συνίσταται στην προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα.

Η προεγχειρητική προετοιμασία του ασθενούς συνίσταται σε:

- Γενική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία
- Τελική προεγχειρητική ετοιμασία (7)

Α. ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Περιλαμβάνει:

- Την ψυχική προεγχειρητική ετοιμασία και υποστήριξη του ασθενή

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο Νοσοκομείο, κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Ο ασθενής που πρόκειται να χειρουργηθεί έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα, ο βαθμός των οποίων επηρεάζεται από τη σοβαρότητα της εγχείρησης, η οποία θα τον οδηγήσει να αντιμετωπίσει το γεγονός μιας μόνιμης αναπηρίας (7).

Ο φόβος και η ανησυχία του αρρώστου μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη, παρανόηση, επηρεασμό, το άγνωστο της μετεγχειρητικής εξέλιξης της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να ενημερώσει σχετικά τον ασθενή, να του εξηγήσει τι πρό-

κείται να συμβεί, με κατανοητά λόγια.

Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της <<παρά-φύσιν έδρας>>.

Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή <<παρά-φύσιν έδρα>> η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η νοσηλεύτρια άνετα εξηγεί σ'αυτόν το είδος της επεμβάσεως και την προσωρινή του αναπηρία. Η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση του ασθενούς που θα κάνει μόνιμη <<παρά φύσιν έδρα>> είναι η επίσκεψη σ'αυτόν ατόμου που έχει μόνιμη <<παρά-φύσιν έδρα>>, την οποία έχει αποδεχτεί και με την οποία ζει και εργάζεται φυσιολογικά (7).

Η Νοσηλεύτρια δημιουργεί ευκαιρίες στον ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα φόβου, ανησυχίας, απελπισίας και αποθαρρύνσεως.

Η προετοιμασία της, ώστε να απαντά κάθε φορά στα ερωτήματα του αρρώστου, χωρίς να επεμβαίνει σε αρμοδιότητες άλλων ειδικοτήτων, όπως γιατρών κλπ, καθώς και η προετοιμασία του με εξηγήσεις και οδηγίες που αφορούν ορισμένες νοσηλείες, δημιουργούν στον άρρωστο κλίμα αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας για το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται.

Η αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων και ανησυχιών του ασθενούς καθώς και η εξήγηση των προ και μετά την εγχείρηση νοσηλειών και του τρόπου βοήθειάς του θα βοηθήσουν σημαντικά στη μετεγχειρητική πορεία (7).

Είναι γνωστό ότι ασθενείς που οδηγούνται στο χειρουργείο με έντονα αισθήματα φόβου, ανησυχίας ή καταθλίψεως, παθαίνουν σοβαρές μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως SHOCK κ.α. (7).

Κάθε άρρωστος που πρόκειται να κάνει κολοστομία πρέπει να καταλάβει ότι αυτή αποτελεί μοναδική λύση, που θα του επιτρέψει να ζήσει και να είναι υγιής. Πρέπει επίσης να ενισχυθεί σ' αυτόν η διαβεβαίωση ότι πρόκειται για μια <<αναπηρία>>, όπως κάθε άλλη και η οποία <<δεν φαίνεται>>, ούτε γίνεται αντιληπτή από τρίτους (6).

- Την σωματική τόνωση

Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη για τη σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

Η τόνωση του οργανισμού επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε υδατάνθρακες, λευκώματα, άλατα, βιταμίνες και φτωχό σε λίπη. Παράλληλα με την ενίσχυση αυτή του οργανισμού, σε εξασθενημένα άτομα γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών κ.λ.π.) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολύτες κ.λ.π.) (7).

Ο ασθενής επειδή σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού με υγρά. Με τον τρόπο αυτό βοηθείται η πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως SHOCK, ναυτία, δίψα κ.α.

Για τους αρρώστους που έχουν ανάγκη προεγχειρητικής ηλεκτρολυτικής μελέτης θα πρέπει να γίνεται ακριβής μέτρηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών τους.

Ο άρρωστος παίρνει από το στόμα ή και με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου και αρχίζει να παίρνει αντιβίωση (7).

Προετοιμάζεται το έντερο για την εγχείρηση. Τις πέντε τελευταίες ημέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό ηπατικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφής με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα. Τοποθετείται επίσης LEVIN (αυτό δεν είναι απόλυτο).

Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδρική δίαιτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχειρήσεως. Έξι ώρες πριν από την εγχείρηση δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για έξι ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται αυτά παρεντερικώς (7 και 2).

Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί (κλινική εξέταση) από:

1. Χειρουργό, για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διαγνώσεως και λήψη ιστορικού
2. Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

εάν παρουσιαστεί ανωμαλία σε κάποια από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό γιατρός για ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως (7).

- Την φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις

Η εξέταση αίματος είναι ο απαραίτητος κανόνας πριν από τη γενική αναισθησία. Ελέγχεται ο τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, ο χρόνος ροής και πήξεως του αίματος, το σάκχαρο και η ουρία αίματος. Γίνεται γενική αίματος (λευκά - ερυθρά) και εξετάζεται η ομάδα και το RHESUS γιατί ο άρρωστος μπορεί να

χρειαστεί αίμα. Αν υπάρχει ανάγκη, καθορίζονται ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και συμπληρωματικές εξετάσεις (7 και 2).

Μετά από όλα αυτά, καλείται ο αναισθησιολόγος, για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική κ.λ.π.) και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών (7).

- Την καθαριότητα του ασθενούς.

Αυτή περιλαμβάνει:

α) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα που επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρτικών φαρμάκων και με καθαρτικό υποκλυσμό. Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως (7).

β) Καθαρισμό του σώματος του ασθενούς. Η καθαριότητα του σώματος επιτυγχάνεται με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στη καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και προστατεύεται ο άρρωστος να μην κρυώσει.

Το λουτρό προ της εγχειρήσεως μπορεί να μην είναι το γνωστό λουτρό καθαριότητας με σαπούνι, τρίφτη και νερό, αλλά να είναι καθαριότητα και συγχρόνως απολύμανση του δέρματος. Κατά το διάστημα του λουτρού παρακολουθείται η υγεία του δέρματος και γίνεται προσεκτική καθαριότητα ορισμένων σημείων (όπως ομφαλού κ.α.).

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η κα-

θαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα, για την πρόληψη μολύνσεων του αναπνευστικού συστήματος και των σιελογόνων αδένων (7).

- Την εξασφάλιση επαριούς και καλού ύπνου

Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί άγχος, αγωνία και φόβους. Η αύπνία και η κόπωση από αυτή προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και στην εμφάνιση επιπλοκών. Για το λόγο αυτό χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

Επίσης γίνεται προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π., καθώς και προσανατολισμός του ασθενούς στο θάλαμο που θα μεταφερθεί μετά την εγχείρηση (7).

Β. ΤΟΠΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους του σώματος στο οποίο θα γίνει η επέμβαση. Η ετοιμασία περιλαμβάνει την καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, για την αποφυγή μολύνσεων.

Αν κατά την αποτρίχωση δημιουργηθεί λύση της συνεχείας του δέρματος πρέπει να ενημερωθεί ο χειρουργός πριν από την επέμβαση.

Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου, αρχίζει από την πρόσθια επιφάνεια του κορμού, από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτω από την ηβική σύμφυση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για τον καθαρισμό του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών (7).

Γ. ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Αυτή περιλαμβάνει την παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς. Κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση η νοσηλεύτρια παρατηρεί την τυχόν παρόξυνση τους από τα φυσιολογικά όρια. Προσέχει επίσης την τυχόν εμφάνιση βήχα, ο οποίος φανερώνει την ύπαρξη κρυολογήματος. Φροντίζει επίσης μισή ώρα πριν την εγχείρηση ο ασθενής να φορέσει την κατάλληλη ενδυμασία (ρόμπα του χειρουργείου, ποδονάρια και σκούφια (αν πρόκειται για γυναίκα)). Πριν ντυθεί ο ασθενής πρέπει να ουρήσει για να κενωθεί η ουροδόχος κύστη. Αφαιρούνται όλα τα ρούχα πριν φορέσει ο ασθενής τα ρούχα του χειρουργείου (7).

Πριν τοποθετηθεί ο σκούφος αφαιρούνται φουριέτες κ.λ.π. και αφαιρούνται όλα τα κοσμήματα (εξαίρεση μπορεί να γίνει μόνο στη <<βέρα>>, την οποία ασφαλίζει η νοσηλεύτρια με ένα επίδεσμο στον καρπό). Επίσης αφαιρούνται όλα τα ξένα σώματα (οδοντοστοιχίες) και τα κοσμήματα παραδίδονται στους συγγενείς για φύλαξη. Διαφορετικά τοποθετούνται σε φάκελλο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, καταγράφονται και παραδίδονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος (7).

Τέλος γίνεται προνάρκωση, η οποία έχει καθοριστεί από τον αναισθησιολόγο και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Κατά την προνάρκωση η Νοσηλεύτρια πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και την προκαθορισμένη ώρα.

Μετά την προνάρκωση εξασφαλίζουμε στον ασθενή ένα περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Τους επισκέπτες του τους βλέπει ο ασθενής πριν γίνει η προνάρκωση.

Μετά την προνάρκωση δεν επιτρέπονται επισκέπτες στο θάλαμο (7).

Σε περίπτωση που η ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι, για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση (7).

Ελέγχονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία του αρρώστου πριν και μετά την προνάρκωση και τοποθετείται στο χέρι του ασθενή ταυτότητα με το ονοματεπώνυμο και την κλινική.

Συμπληρώνεται το φύλλο προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενούς, που αναγράφονται όλες οι βασικές ενέργειες της Νοσηλεύτριας για την προετοιμασία (7).

Η νοσηλεύτρια μένει κοντά στον ασθενή κατά την τελευταία στιγμή πριν πάει στο χειρουργείο.

Τον ενθαρρύνει, του υπενθυμίζει τις μετεγχειρητικές ασκήσεις και τον διαβεβαιώνει ότι θα είναι στο πλευρό του όλες αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει στη μεταφορά του στο χειρουργείο ή παρακολουθεί και την εγχείρηση. Αυτό θα βοηθήσει να προσφέρει καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή (7).

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο φροντίζει να ετοιμάσει το θάλαμο κατάλληλα για να δεχτεί το χειρουργημένο ασθενή.

Η ετοιμασία περιλαμβάνει το στρώσιμο του κρεβατιού που πρέπει να είναι ζεστό για την προφύλαξη του αρρώστου από ψύ-

ξη ή μετεγχειρητική πνευμονία. Δεν έχει μαξιλάρι (για την καλύτερη αποβολή της νάρκωσης) και τοποθετείται μαξιλάρι στο πάνω κικκλίδωμα του κρεβατιού (για να μην χτυπήσει ο ασθενής κατά τις τυχόν διεγέρσεις στο στάδιο της αποναρκώσεως).

Το κρεβάτι είναι ανοιχτό από όλες τις πλευρές και με αδιάβροχο ή πετσέτα στο πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων για να προστατευθούν από τυχόν εμέτους (7).

Επίσης στο κομοδίνο τοποθετείται ποτήρι με δροσερό νερό, PORT-COTTON, νεφροειδές και κάψα με κομμάτια χαρτοβάμβακα και τολύπια βαμβάκι. Στο κομοδίνο τοποθετείται τετράγωνο αλλαγών ή πετσέτα για να αποφεύγονται οι θόρυβοι και στο πλαϊνό μέρος του τοποθετείται χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα.

Η ετοιμασία του θαλάμου του ασθενούς συμπληρώνεται με σκούπισμα, σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα επίπλων, καθώς και με το συνεχή αερισμό και τη διατήρησή του σε δροσερό και σκοτεινό περιβάλλον (7).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του.

Πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του ασθενούς (7).

Η μεταφορά του αρρώστου από το χειρουργείο στο θάλαμο θα πρέπει να γίνεται γρήγορα και την όσο καλύτερη προφύλαξη

του ασθενούς από ρεύματα αέρα για την αποφυγή πνευμονικών επιπλοκών και μετεγχειρητικού SHOCK.

Στο θάλαμο η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η θέση του αρρώστου στο κρεβάτι καθορίζεται από το είδος της εγχείρησης που έγινε (7).

Η πιο συνηθισμένη θέση του ασθενούς, αμέσως μετά την εγχείρηση είναι η υπτία χωρίς μαξιλάρι, με το κεφάλι στραμμένο πλάγιως. Με αυτή διευκολύνεται η αποβολή των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και η απελευθέρωση των αεραγωγών. Η καλή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι προκαλεί χαλάρωση των μυών και συμβάλλει στην πρόληψη επιπλοκών όπως: πνευμονικές, κυκλοφοριακές, ουροποιητικές, από το τραύμα κ.α.

Ο άρρωστος μένει σε αυτή τη θέση μέχρι να ανανήψει πλήρως ενώ αργότερα τοποθετείται σε ανάρροπη θέση (7).

Στη συνέχεια γίνεται η μέτρηση ζωτικών σημείων και καθορίζεται η μέτρηση αυτή ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.

Παρακολουθείται ο άρρωστος μέχρι την αφύπνισή του και προφυλάσσεται από τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα και παρακολουθεί την λειτουργία τους.

Παρακολουθεί το τραύμα και παρακολουθεί για διαπίστωση αιμορραγίας. Φροντίζει για την καθαριότητα του ασθενούς και την ανακούφισή του από τον πόνο και τις άλλες δυσκολίες, από τις οποίες υποφέρει κυρίως κατά τις 48 πρώτες ώρες μετά την εγχείρηση (7).

Παρακολουθεί την διανοητική, ψυχική και γενική κατάσταση του αρρώστου.

Τηρεί δελτίο προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Καθησυχάζει τον άρρωστο ενημερώνοντάς τον για την κολοστομία ή τις παροχετεύσεις.

Τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής που έχει κολοστομία δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του με τη λειτουργία του εντέρου. Κατά τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής έχει σωλήνα LEVIN, παίρνει τα υγρά μόνο παρεντερικά. Το LEVIN αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών, εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Όταν επιτραπεί η χορήγηση από το στόμα τροφών, ενθαρρύνεται ο ασθενής να παίρνει τροφή που θα αναπληρώνει τις ανάγκες του και θα τον βοηθήσει να αναρρώσει (7).

Όταν ο άρρωστος έχει προσωρινή κολοστομία έχει τομή στα κοιλιακά τοιχώματα όπου προβάλλει και η κολοστομία. Ενώ στη μόνιμη κολοστομία μπορεί να φέρει και τραύμα επώδυνο στην έδρα από την περινεοτομή.

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο, που προκαλείται από το βάρος του σώματος, με την τοποθέτηση αεροθαλάμου και τη συχνή αλλαγή της θέσεώς του. Για την εύκολη μετακίνηση του ασθενούς, χωρίς την μετακίνηση του επιδερμικού υλικού βοηθάει πολύ η τοποθέτηση επιδέσεως (T) ταφ. (7).

Αργότερα γίνονται υδρόλουτρα για την καθαριότητα και την συντομότερη επούλωση του τραύματος.

Ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα και λαμ-

βάνεται πρόνοια για την ακριβή μέτρηση των ούρων, την πρόληψη αποφράξεως του καθετήρα και την μόλυνση της κύστεως (7).

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α) Πόνος: Ο ασθενής εφόσον ξυπνήσει τελείως αρχίζει ο μετεγχειρητικός πόνος. Βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει το φυσιολογικό αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Ο πόνος των πρώτων 24 ωρών οφείλεται στο τραύμα γι' αυτό χορηγούνται μορφίνη, ή παρόμοια ναρκωτικά με εντολή γιατρού. Ο ισχυρότερος πόνος εμφανίζεται τις πρώτες 12-36 ώρες και υποχωρεί μετά 48 ώρες (7).

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει υπόψη του:

- Τα χαρακτηριστικά του πόνου και την εντόπισή του
- Αν ο πόνος δημιουργεί ανησυχία και άγχος στον ασθενή
- Αν είναι συνεχής ή διαλείπων, οξύς ή αμβλύς
- Να καταγράφει τις διαπιστώσεις του και να τις γνωστοποιεί στο χειρουργό και τον αναισθησιολόγο. Ο πόνος γίνεται πιο ισχυρός όταν ο άρρωστος βήχει ή κάνει έμετο (7).

Για την ανακούφισή του η νοσηλεύτρια δίνει στον άρρωστο την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, η οποία προκαλεί χαλάρωση των μυών. Κάνει εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη χορηγεί αναλγητικά φάρμακα.

Η χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων γίνεται με εντολή

από τον ιατρό. Το είδος και η δόση τους είναι προσεκτικά καθορισμένα γιατί μεγάλες δόσεις μειώνουν την αναπνευστική λειτουργία, κατακρατούνται οι εκκρίσεις με αποτέλεσμα την ατελεκτασία και πνευμονία.

Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να παραλείπει να ελέγχει το τραύμα για διαπίστωση και άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν τον πόνο (σωλήνες παροχέτευσης, σφιχτές επιδέσεις κλπ) (7).

β) Δίψα

Η δίψα παρατηρείται μετά από τη γενική νάρκωση και δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ελάττωση των εκκρίσεων και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση.

Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάλα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού (7).

γ) Έμετος

Ο έμετος και η ναυτία είναι συνηθή φαινόμενα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέρα από 24 ώρες από την απονάρκωση του ασθενή.

Αν ο ασθενής έχει εμέτους, η νοσηλεύτρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο (η παραμονή του κοντά στον ασθενή προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία ή έμετο).

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα του ασθενή να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπά-

σματα (7).

Αν οι έμετοι συνεχίζονται δυνατό να γίνει διασωλήνωση με σωλήνα LEVIN. Έτσι ο ασθενής απαλλάσσεται από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

Το ποσό, η συχνότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι:

Αιμορραγία

Προκαλείται από τη μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και κυρίως των τριχοειδών, την μόλυνση του τραύματος καθώς και από τις βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς και τη μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Η νοσηλεύτρια σε περίπτωση αιμορραγίας θέτει τον άρρωστο σε ακινησία και καλεί το γιατρό συγχρόνως, για την παροχή βοήθειας (7).

Αν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πρεστικό επίδεσμο στο μέλος που αιμορραγεί, ενώ αν είναι εσωτερική δεν δίνει τίποτε στον ασθενή από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα.

Προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του ασθενή και απομακρύνει κάθε αιτία ανησυχίας και εκνευρισμού (7).

SHOCK ή Καταπληξία

Είναι η κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος, η οποία

επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση SHOCK είναι: η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα (7).

- Αντιμετωπίζεται με την τοποθέτηση του αρρώστου σε υπτία οριζοντιομένη θέση με τα κάτω άκρα ανυψωμένα (ανάρροπη θέση), για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.

- Εξασφάλιση ανοιχτού αεραγωγού και επαρκούς οξυγόνωση με χορήγηση οξυγόνου

- Έλεγχος εξωτερικής αιμορραγίας

- Στενή παρακολούθηση ζωτικών σημείων

- Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς στο ελάχιστο, για μείωση των καύσεων του οργανισμού.

- Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος μετά από εντολή ιατρού.

- Λήψη Η.Κ.Γ.

- Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσεως

- Θέρμανση του ασθενούς με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων.

- Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα, αν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει (7).

Η προφύλαξη του ασθενούς από μετεγχειρητικό SHOCK συνίσταται στην προσπάθεια να αποβάλει γρήγορα το ναρκωτικό, στην ανακούφισή του από τον πόνο, την αύξηση του όγκου του αίματος προ της εγχειρήσεως, στη χορήγηση άφθονων υγρών μετεγχειρητικά, στον έλεγχο καλής λειτουργίας του κυκλοφοριακού συστήματος και τέλος, στην τόνωση του ηθικού του ασθενούς (7).

Υποστατική πνευμονία

Αυτή οφείλεται στο μη καλό αερισμό των πνευμόνων και στον αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις. Ακόμη οφείλεται σε μόλυνση της αεροφόρας οδού από εισρόφηση εμεσμάτων ή εκκρίσεων, σε απεριποίητη στοματική κοιλότητα, σε εφίδρωση που προδιαθέτει σε ψύξη και άλλα.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια (7).

- Στενή παρακολούθηση του ασθενούς, μέχρι την τελεία απονάρκωσή του

- Ταχεία απονάρκωση του ασθενούς

- Υποδοχή του ασθενούς σε ζεστό κρεβάτι και διατήρηση του ζεστού* προστασία του ασθενούς από ρεύματα αέρα.

- Έγκαιρη τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση

- Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς στο κρεβάτι, για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος.

- Ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει βαθιές αναπνοές να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων.

- Περιποίηση στόματος και αντισηψία ρινοφάρυγγα (7).

Δύσκοιλιότητα

Αίτια μετεγχειρητικής δυσκοιλιότητας μπορεί να είναι:

- εθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την διάρκεια της εγχείρησης

- τοπική φλεγμονή

- περιτονίτιδα

- τοπικό απόστημα

- χρόνια δυσκοιλιότητα.

Μετεγχειρητικά πρέπει το συντομότερο να επιτραπεί η εφαρμογή βοηθητικών μέτρων όπως: γρήγορη κινητοποίηση, το είδος της διατροφής, χορήγηση άφθονων υγρών και υποκλυσμός (7).

Τυμπανισμός κοιλιάς

Είναι η συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από υποτονία μυών και πάρεση (αδράνεια) του εντέρου, από ανεπαρκή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία.

Επίσης από την μείωση της κινητικότητας του ασθενούς εξαιτίας της χειρουργικής επεμβάσεως και την λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν άερια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλιάς και κωλικούς πόνους που προέρχονται από την κυκλοφορία των αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν (7).

Η ανακούφιση του ασθενούς από αυτή την επιπλοκή περιλαμβάνει:

- ελαφρά στροφή του ασθενούς προς τα πλάγια.
- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την αποβολή των αερίων ή την αύξηση των περισταλτικών κινήσεων του εντερικού σωλήνα.
- Τοποθέτηση θερμοφόρας στο επιγάστριο
- Χορήγηση φαρμάκων που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων. Τα φάρμακα χρησιμοποιούνται εφόσον οι άλλες προσπάθειες αποβούν άκαρπες (7).

Παραλυτικός ειλεός

Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, εξαιτίας της συγκεντρώσεως σ'αυτά υγρών και αερίων. Μπορεί να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα.

Τα αίτια και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια όπως και στο μετεωρισμό της κοιλίας.

Η διαφορά είναι η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα MILLER - ABBOT και η σύνδεσή του με συνεχή αναρρόφηση, όταν τα άλλα μέσα δεν επιφέρουν αποτελέσματα (7).

Κατακλίσεις

Είναι μία από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη κατάκλιση, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος και στη κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένηση του οργανισμού, η ύπαρξη αντικειμένων στο κρεβάτι και τα βρεγμένα από ούρα κλινοσκεπάσματα. Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνιστάται στη συχνή αλλαγή θέσεως, σε εντριβές στα πιεζόμενα μέλη, στην αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων όταν βρέχονται και σε τροφή πλούσιας βιολογικής αξίας (7).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Εκτός από τον τοπικό ερεθισμό του δέρματος γύρω από την κολοστομία άλλες επιπλοκές είναι οι εξής:

1. Εισαλιή

Είναι πολύ βαριά επιπλοκή, κυρίως όταν το άκρο του ε-

ντέρου ελκυσθεί στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα αίτια της επιπλοκής είναι:

α) η παχυσαρμιά

β) η ανάπτυξη παραλυτικού ή μηχανικού ειλεού μετεγχειρητικά

γ) το अपαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιέχει κοπρανώδεις μάζες

δ) η ισχαιμία και η γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που βρίσκεται έξω.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισακή είναι δυνατό να μη φτάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμείνει στο υποδόριο συνδετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή αυτή. Σε περίπτωση που η επιπλοκή παραμένει, χρειάζεται επεξεργασία και διάνοιξη νέας, τεχνικά άρτιας κολοστομίας (9).

2. Διάτρηση

Προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου, εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλυσμών και εμφανίζεται και στη μόνιμη και στη πρόσκαιρη κολοστομία. Όταν η διάτρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδας. Η θεραπεία είναι χειρουργική (8 και 9).

3. Περικολική φλεγμονή και περικολικά αποστήματα

Εμφανίζεται όταν ο ιστός γύρω από το στόμιο της κολοστομίας επιμολυνθεί από τα εντερικά υγρά της κολοστομίας. Αυτό έχει σαν αποτελεσμα την εμφάνιση μικρών τοιχωματικών αποστημάτων και την εμφάνιση κοπροχόου φλεγμονής γύρω από

την κολοστομία. Η επιμόλυνση αυτή προλαμβάνεται με την τοποθέτηση βαζελινούχων γαζών γύρω από το τμήμα του εντέρου της κολοστομίας πριν ή αφού ανοιχτεί (9).

4. Μόλυνση του τραύματος

Οφείλεται στη μη καλή τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας. εκδηλώνεται με αυξημένο πόνο, ερυθρότητα, θερμότητα, ίδημα και πυώδης εκροή. Γενικά συμπτώματα της είναι ο πυρετός, ρίγος, κεφαλαλγία, ανορεξία και γενική κακουχία (7).

5. Μικρή αιμορραγία,

τοιχωματικού ή επιπλοϊκού αγγείου. Αυτή χρειάζεται αμέσως απολίνωση (9).

6. Ειλεός,

ο οποίος είναι συνέπεια διεισόδσεως εντερικής έλικος μεταξύ της αγιύλης του σιγμοειδούς που εξωτερικεύθηκε και του πλαγίου κοιλιακού τοιχώματος. Καθώς και περιτονίτιδα λόγω διανοίξεως ή επεκτάσεως μιας συλλογής προς το περιτόναιο (9).

7. Δευτεροπαθής στένωση της κολοστομίας

Αυτή χρειάζεται διαστολή ή επανεπέμβαση κατά την οποία αφαιρείται ουλώδης ιστός και δημιουργείται μια νέα και με καλή λειτουργικότητα κολοστομία (9).

8. Ρήξη τραύματος

Συμβαίνει σε άτομα παχύσαρκα αλλά και σε υπερήλικες και σε άτομα με βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα, τα οποία αυξάνουν την τάση των κοιλιακών τοιχωμάτων.

Ο ασθενής προφυλάσσεται από τη ρήξη του τραύματος με την καταστολή του εμέτου και του βήχα, την υποστήριξη του τραύ-

ματος όταν βήχει.

Αν γίνει ρήξη του τραύματος η επιπλοκή τακτοποιείται στο χειρουργείο (7).

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΟΥ

Το βασικότερο πρόβλημα στην περίπτωση της κολοστομίας είναι η δύσκολη παραδοχή από τον άρρωστο, της νέας πραγματικότητας, η οποία καταργεί προσωρινά ή ισόβια τη φυσιολογική οδό αφόδευσης.

Η αντίδραση του αρρώστου σε μια τέτοια πληροφόρηση, ιδιαίτερα όταν η κολοστομία του θα είναι μόνιμη, είναι πιθανόν να φθάσει μέχρι το SHOCK ή την ιδέα της αυτοκτονίας (7).

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας ή νοσηλευτή στην φροντίδα ενός αρρώστου με κολοστομία είναι εξαιρετικά δύσκολος.

Ο άρρωστος όσο και αν έχει αποδεχθεί την πιθανότητα μιας κολοστομίας, πριν πάει στο χειρουργείο την έχει αποδεχθεί σαν πιθανότητα. Ελπίζει ότι μπορεί και να μη γίνει.

Όταν βρεθεί όμως στο τμήμα αμέσως μετά την αφύπνισή του από την νάρκωση, όταν αρχίζει να θυμάται, ανησυχεί και ρωτάει. Η νοσηλεύτρια θα τον ενημερώσει και θα τον καθησυχάσει. Θα προσπαθήσει να τον συμφιλιώσει με την καινούργια του πραγματικότητα που δεν την θέλει, την εχθρεύεται και την απορρίπτει.

Αυτό είναι δύσκολο και απαιτεί γνώσεις, επιδεξιότητα, χρόνο, κατανόηση, ανοχή και αγάπη για τον άνθρωπο (7).

Ο άρρωστος που έχει κολοστομία συμπεριφέρεται ιδιόρρυθμα. Αποσύρεται στον εαυτό του, κυριεύεται εύκολα από απελπισία, δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον του και κάποτε

μιλάει χωρίς σταματημό.

Έχει πλέγματα κατωτερότητας και άλλες ψυχονευρωτικές διαταραχές. Αισθάνεται κοινωνικά εξωστρακισμένος, ξωφλημένος και πολλές φορές σκέπτεται τον θάνατο σαν λύτρωση (11).

Η αντίδρασή του εξαρτάται από την προσωπικότητά του, το χαρακτήρα του, την οικογένειακή και συζυγική του ζωή, την οικονομική του κατάσταση, το επάγγελμά του και την κοινωνική του δραστηριότητα.

Σ' αυτή την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου η δυσκολότερη φάση είναι εκείνη που για πρώτη φορά θα δει την εκτόμωσή του (11).

Η πρώτη διάνοιξη της κολοστομίας γίνεται συνήθως από τον γιατρό, δυό ή τρεις ημέρες μετά την επέμβαση. Ο άρρωστος τότε βλέπει για πρώτη φορά στον εαυτό του, αυτό που φανταζόταν ή είδε σε φωτογραφίες ή σε άλλο άρρωστο.

Η πλύση και η φροντίδα της κολοστομίας είναι μια νοσηλεία που η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να την διδάξει στον άρρωστο και να τον πειραματίσει στην τεχνική της γιατί πρόκειται να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του. Από την δημιουργία της κολοστομίας το περιεχόμενο του εντερικού σωλήνα θα χύνεται στο κοιλιακό τοίχωμα. Το εντερικό περιεχόμενο εξαρτάται από το σημείο του εντέρου που εκστομώθηκε. Για την συλλογή του περιεχομένου έχουν δημιουργηθεί ειδικοί αυτοκόλλητοι σάκιοι κολοστομίας.

Οι αυτοκόλλητοι σάκιοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή πιθανού δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων

σάκων, εφαρμόσει γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα SKIN GEL της HOLLISTER (10).

Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν εξασκείται πίεση σε αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκου. Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης τοποθετούμε μέσα στον σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται όταν γεμίσει ως τη μέση (10).

Απαραίτητα αντικείμενα αλλαγής σάκου κολοστομίας

1. Δίσκος που περιέχει
 - α) Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα
 - β) Φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό (PHISOHEX)
 - γ) Σετ αλλαγής
 - δ) Νεφροειδές
 - ε) Αδιάβροχο και τετράγωνο
2. SKIN GEL της HOLLISTER (ζελατινούχο πήκτωμα για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού)
3. Πάστα KARAYA
4. Σάκοι κολοστομίας
5. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του μιας χρήσης σάκου
6. Σαπούνι, νερό και τρίφτης (10).

Την ώρα της αλλαγής για την προστασία του ασθενή από τα βλέμματα του περιβάλλοντος τοποθετούμε παραβάν και απομα-

κρύνουμε τους επισκέπτες από το θάλαμο (7).

Στάδιο προετοιμασίας

Γνωρίζοντας ότι σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίσει το στόμιο ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, διαλέγουμε το σάκο που θα εφαρμόσουμε. Χρησιμοποιούμε διαμετρώμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο που η διάμετρός του να εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει.

Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί όλη την διαδικασία, ενώ συγχρόνως ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται ώστε, τελικά να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.

Εξηγούμε με λόγια παλά στον άρρωστο κάθε λεπτομέρεια (10).

Αποκαλύπτουμε την περιοχή του στομίου και αφαιρούμε το σάκο κολοστομίας με απαλό σπρώξιμο του δέρματος μακριά από την αυτοκόλλητη επιφάνεια (εάν έχει χρησιμοποιηθεί συγκολλητικό δέρματος με ένα σταγονόμετρο ρίχνουμε μερικές σταγόνες διαλύτη μεταξύ δίσκου και δέρματος. Καθώς το διαλυτικό ενεργεί ο σάκος χαλαρώνει και έτσι το τράβηγμα δεν είναι απαραίτητο).

Τυλίγουμε τον χρησιμοποιημένο σάκο και τον πετάμε στον πλαστικό σάκο ακρήστων (10).

Τοποθετούμε το τετράγωνο με το αδιάβροχο κάτω από το στόμιο. Τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο (καλυμμένο από την πλευρά που εφαρμόζει στο σώμα με χαρτοβάμβακα).

Αν έχουν μείνει πάνω στο δέρμα υπολείμματα συγκολλητικής ουσίας, πλένουμε το δέρμα με μικρή ποσότητα διαλυτικής ουσίας πάνω σε γάζα (Δεν χρησιμοποιούμε αιθέρα, ασετόν ή βενζίνη γιατί ερεθίζουν το δέρμα) (10).

Στάδιο ειτέλεσης

Καθαρίζουμε καλά με χλιαρό νερό και σαπουνόνερο. Προτιμάμε το σαπούνι γλυκερίνης γιατί διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις (10).

Πλένουμε τα χέρια μας και ανοίγουμε το σείτ αλλαγής. Καθαρίζουμε το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με αντισηπτικό διάλυμα (PHISOHEX) και ισότονο διάλυμα NaCl. Αρχίζουμε από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.

Απομακρύνουμε το νεφροειδές και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις.

Αν υπάρχει δερματικός ερεθισμός επαλείφουμε την περιοχή με ζελατινούχο πήκτωμα (SKIN GEL).

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου (10).

Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια, φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.

Εφαρμόζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζουμε σταθερά προς τα κάτω και έξω ισιώνοντας συγ-

χρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια.

Η δημιουργία πτυχών τόσο στην αυτοκόλλητη επιφάνεια, όσο και στο δέρμα πρέπει να αποφεύγεται. Αν ο άρρωστος χρειαστεί να μείνει στο κρεβάτι όλο το 24ωρο η κατεύθυνση του σώσιου πρέπει να είναι ελαφρά πλάγια, ίδια δηλαδή με την κατεύθυνση των εξερχομένων κοπράνων (10).

Με τον ίδιο τρόπο κολλάμε και το επάνω μέρος. Τέλος αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

Σε περίπτωση που το στόμιο είναι ασύμμετρο καλύπτουμε τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιώντας πάστα KARAYA. Αφαιρούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο και τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.

Τέλος απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα, πετάμε τον χρησιμοποιημένο σάιο στο εξωτερικό δοχείο απορριμάτων ή σε κλίβανο αποτέφρωσης (Δεν το πετάμε στο σύστημα αποχέτευσης). Τακτοποιούμε το δίσινο (10).

ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΩΝ ΜΕ ΔΑΚΤΥΛΙΟ ΑΠΟ ΡΗΤΙΝΗ KARAYA ΚΑΙ ΦΙΛΤΡΟ ΔΙΑΦΥΓΗΣ

ΑΕΡΙΩΝ

Ο δακτύλιος από ρητίνη KARAYA είναι μαλακός και εύκαμπτος. Αν χρειαστεί, μπορούμε να τον πλάσουμε με τα δάκτυλά μας για να πετύχουμε μια στεγανή και τέλεια εφαρμογή γύρω από το στόμιο.

Η ρητίνη KARAYA είναι φυσική ουσία που σιγά - σιγά διαλύεται καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο. Μερικές φορές μάλιστα, κομμάτια της πέφτουν μέσα στον σάιο (10).

Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων. Ο σάκος κολοσοτμίας από ρητίνη καράγια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του πρέπει να γίνεται, όταν γεμίσει μέχρι τη μέση ή όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημεία φθοράς, οπότε παύει να προστατεύει το δέρμα (10).

Επειδή η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία, ο δακτύλιος μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Η διάρκεια ζωής του δακτυλίου επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

- α) Θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος
- β) Υγρασία περιβάλλοντος
- γ) κινητικότητα και εφίδρωση του ατόμου
- δ) Φύση και ποσότητα του εξερχόμενου από το στόμιο υλικού
- ε) Σωστή επιλογή του διαμετρήματος του στομίου και σωστή εφαρμογή του σάκου.

Το χειμώνα η ρητίνη καράγια είναι σκληρότερη και λιγότερο κολλώδης. Γι' αυτό προτού εφαρμοστεί υγραίνεται με τα δάκτυλα, αφού προηγουμένως βουτηχτούν σε χλιαρό νερό. Ενώ το καλοκαίρι μαλακώνει επειδή υπάρχει στον αέρα περισσότερη υγρασία, Γι' αυτό είναι απαραίτητη η φύλαξη του σε στεγνό μέρος για να διατηρηθεί στερεός (10).

Η φάση προετοιμασίας για την τοποθέτηση του σάκου είναι η ίδια με την προετοιμασία των άλλων σάκων.

Ο δακτύλιος πρέπει να είναι ελαφρά κολλώδης. Συνδέουμε το ένα άρο της ζώνης στήριξης στην στεφάνη του σάκου, προτούν τον τοποθετήσουμε γύρω από το στόμιο. Τα κουμπιά της ζώνης μπαίνουν στα ειδικά ανοίγματα της στεφάνης, όταν κρατάμε τη ζώνη σε κατακόρυφη θέση και ασφαλίζουν, μόλις η ζώνη γυρίσει στην οριζόντια θέση. Τα κουμπιά πρέπει να βλέπουν

προς την αντίθετη από το σώμα πλευρά.

Κρατάμε τον σάκο σε κατακόρυφη θέση και τοποθετούμε τον δακτύλιο γύρω από το στόμιο. Φέρνουμε τη ζώνη γύρω από την μέση με τη χνούδωτή της επιφάνεια σε επαφή με το δέρμα. Στερεώνουμε το ελεύθερο άκρο της με το δεύτερο κουμπί της στεφάνης του σάκου και ρυθμίζουμε τη ζώνη στήριξης, ώστε να εφαρμόζει καλά. Τυλίγουμε τον χρησιμοποιημένο σάκο και τον πετάμε σε εξωτερικό δοχείο απορριμάτων (10).

ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Η πλύση της κολοστομίας έχει σαν σκοπό της να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του: κόπρανα, αέρα και βλέννη. Να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου και να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή αργότερα η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο (10).

Τα αντικείμενα που χρειάζονται είναι:

δίσκος ή τροχήλατο που περιέχει:

- α) Δοχείο υγρού πλύσης
- β) Δοχείο για το υγρό επιστροφής
- γ) Υγρό πλύσης 500-1500 ML (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα -4 GR αλάτι σε 500 ML νερό, ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 °C.
- δ) Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού της πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή LAIRD-AIP-πλαστικό κώνα).
- ε) Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με

ζώνη (Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό α-
διάβροχο για την παροχέτευση του υγρού πλύσης)

στ) Πλαστικός σάκος για τη συλλογή των υγρών γαζών και του
μιας χρήσης σάκου

ζ) Χαρτί τουαλέτας και γάζες

η) Λαβίδα KOCHER (10).

Διαδικασία

Διαλέγουμε την κατάλληλο χρόνο για την πλύση και την
κάνουμε την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας. Η ώρα της πλύσης
πρέπει να συμφωνεί με το μετανοσοκομειακό σχήμα δραστηριο-
τήτων του αρρώστου.

Ενημερώνουμε τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας
και προτρέπουμε αυτόν να παρακολουθεί τη διαδικασία. Η όλη
διαδικασία γίνεται σε ρυθμό διδασκαλίας, για να μπορεί ο άρ-
ρωστος να παρακολουθεί τις διάφορες ενέργειες της Νοσηλεύ-
τριας, ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στο μέλ-
λον.

Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50
εκ. πάνω από το στόμιο, περίπου στο ύψος του ώμου όταν ο
άρρωστος κάθεται (10).

Βάζουμε τον άρρωστο να καθίσει στην τουαλέτα ή σε μια
καρέκλα μπροστά στη τουαλέτα.

Ο άρρωστος ωφελείται ψυχολογικά όταν κάθεται στην του-
αλέτα κατά την διάρκεια της πλύσης - κένωσης γιατί νοιώθει
ότι δεν είναι πολύ μακριά από την πραγματικότητα - φυσιολο-
γική κένωση.

Τοποθετούμε μια πετσέτα μπροστά στα πόδια του αρρώστου

και καθαρίζουμε την περιοχή με καθαρές γάζες ή λεπτό καθαρό ύφασμα (πετούνται αυτά στο σάκιο των πλαστικών των ακρήστων) (10).

Τοποθετούμε το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη. Αυτό βοηθά στον έλεγχο της καιοσμίας και του πιτσιλίσματος. Επιτρέπει στο νερό και τα κόπρανα να κατευθύνονται μέσα στη λεκάνη. Αν χρησιμοποιούμε κώνο αντί καθετήρα, το μανίκι πλύσης τοποθετείται μετά τη χορήγηση του υγρού (10).

Αφήνουμε λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο, για να αφαιρεθεί ο αέρας από τη συσκευή ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει κωλικό πόνο.

Λιπαίνουμε τον καθετήρα ή κώνο (με γλισχραντική ουσία) και ήπια τον βάζουμε μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας δεν πρέπει να μπει πάνω από 8 εκ. (Όλα αυτά είναι απαραίτητα για την πρόληψη της διάτρησης του εντέρου). Πιέζουμε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.

Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα αφήνουμε το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια σπρώχνουμε τον καθετήρα (10).

Με την αργή ροή του νερού χαλαρώνεται το έντερο και διευκολύνεται το πέρασμα του καθετήρα. Ποτέ δεν βιάζουμε τον καθετήρα.

Αφήνουμε το νερό να ρέει αργά στο κόλο. Αν ο άρρωστος κατά την διάρκεια της προσθήκης του υγρού, αισθανθεί κράμπα, κλείνουμε τον σωλήνα και αφήνουμε τον άρρωστο να ξεκουραστεί. Οι κράμπες συνήθως προκαλούνται από τη γρήγορη ροή ή από την

μεγάλη ποσότητα του υγρού. Ο χρόνος που απαιτείται για να μπει το νερό πρέπει να είναι 5-10 λεπτά. Για την αρχική μετεγχειρητική πλύση, συνήθως 500 ML είναι αρκετά. Στις επόμενες πλύσεις ο όγκος μπορεί να αυξηθεί στα 1000-1500-ML ώστε το αποτέλεσμα να είναι θετικό (10).

Κρατάμε το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 SEC. μετά την είσοδο του νερού και κατόπιν το αφαιρούμε ήπια. Στεγνώνουμε το κάτω άκρο του μαγικού ή περιβλήματος και το κλείνουμε με μια KOCHER.

Ο χρόνος που χρειάζεται για να αδειάσει το έντερο πλήρως είναι περίπου 20 λεπτ. (κατά το διάστημα αυτό μερικοί διαβάζουν). Καλό είναι οι άρρωστοι να σηκώνονται γιατί αυτό διεγείρει την περισταση του εντέρου (10).

Κατόπιν καθαρίζουμε την επιφάνεια με ουδέτερο σαπούνι και νερό, την στεγνώνουμε για να εξασφαλίσουμε στον άρρωστο καλύτερη άνεση.

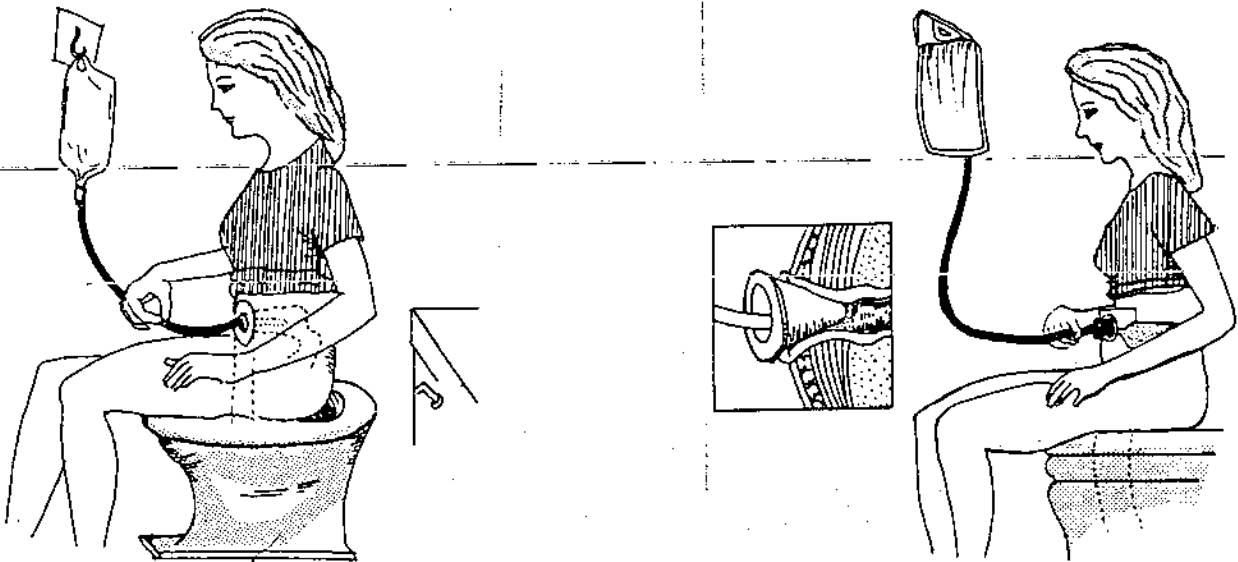
Αντικαθιστούμε τον σάκο και τις γάζες. Ο άρρωστος θα χρησιμοποιεί σάκο μέχρις ότου η κολοστομία θα τεθεί κάτω από επαρκή έλεγχο.

Καθαρίζουμε τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και τα στεγνώνουμε προτού τα φυλάξουμε σε καλά αεριζόμενο χώρο. Αυτό θέτει κάτω από έλεγχο τη δυσοσμία και παρατείνει τη ζωή των αντικειμένων (10).

Η Νοσηλεύτρια καθώς βοηθά τον άρρωστο για τις πλύσεις του δίνει και οδηγίες οπότε πριν βγει από το Νοσοκομείο έχει συγκεντρώσει τα δικά του αντικείμενα για να κάνει την πλύση και έχει μάθει να τα καθαρίζει. Η Νοσηλεύτρια πρέπει να συνεχίζει να κάνει μερικές μέρες αυτή τη διαδικασία ώστε

ο άρρωστος να νιώθει ότι ενδιαφέρεται για την καλή έκβασή του.

Το ποσό της διάλυσης ποικίλλει από άτομο σε άτομο και γι' αυτό θα πρέπει να δοκιμαστεί, Μερικοί άρρωστοί έχουν ανάγκη να κάνουν πλύση στην κολοστομία κάθε νέρα, ενώ αντίθετα μερικοί μπορούν να κάνουν αυτό κάθε 2-3 ημέρες. Η Νοσηλεύτρια προτείνει στον άρρωστο για καλύτερη εξυπηρέτησή του όλα τα αντικείμενα που χρειάζονται για την πλύση να τα έχει συγκεντρωμένα σ' ένα δίσκο και να τα φυλάει σ' ένα κατάλληλο και βολικό σημείο του σπιτιού του. Επίσης ότι τα COLOSTOMY IRIGATION SET που βρίσκονται στο εμπόριο μπορεί να αντικατασταθούν με ένα δοχείο πλαστικό ώστε να βλέπει εύκολα την στάθμη του περιεχομένου (7 και 10).



Εικόνα (5). Πλύση κολοστομίας με καθετήρα ή LAIRD TIP.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Σημαντική στην αποκατάσταση του αρρώστου είναι η προσπάθεια που καταβάλλεται από τα μέλη της ομάδας υγείας για να χρησιμοποιήσει το άτομο όλες τις ικανότητες που έχει, για να αντιμετωπίσει το σύριο με αισιοδοξία και θάρρος.

Από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης όλα τα άτομα της ομάδας υγείας πρέπει να δείξουν κατανόηση, σωστή επικοινωνία και συνεργασία με τον άρρωστο.

Επειδή όμως στη φάση αυτή της αποκαταστάσεως του αρρώστου με τα μέλη της ομάδας υγείας, σκεύ επίδραση η οικογένεια του αρρώστου και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού. (7)

Πρέπει δηλαδή να δούμε πως η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, του αρρώστου τον επηρεάζουν και πως θα μπορούν να προσφέρουν θετική βοήθεια στην αποκατάστασή του.

Επομένως ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι διπλός: να καταβάλλει προσπάθεια ώστε η επίδρασή τους να είναι για τον άρρωστο θετική και να έχει υποστηρικτικό ρόλο και να υποστηρίξει τα ίδια τα μέλη της ομάδας αναγνωρίζοντας την ανάγκη τους αυτή για υποστήριξη και ενημέρωση. (7)

Η προσπάθεια αυτή της αποκατάστασης του αρρώστου θα πρέπει να γίνεται από ειδικευμένα μέλη της ομάδας υγείας στην καρδιολογία και στη ψυχολογία του αρρώστου με καρδίνο και κολοστομία.

Στην αποκατάσταση του αρρώστου βοηθά σημαντικά η λειτουργία μιάς ομάδας υποστήριξης που αποτελείται από ψυχίατρο, κοινωνική λειτουργό και ειδικευμένη Νοσηλεύτρια.

Ο ασθενής με την ομάδα αρχίζει να συζητά την κατάστασή του, προκειμένου να αποκτήσει τις γνώσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του όπου τελικά θα αποδεχθεί την ύπαρξη της κολοστομίας. (7)

Τέλος, σημαντική βοήθεια προσφέρουν τα ειδικά προγράμματα αποκατάστασης του αρρώστου. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών θα αρχίζει στο Νοσοκομείο και θα συνεχίζεται, πολλές φορές μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του αρρώστου, στο σπίτι με την βοήθεια των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας (πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας) και με τα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης του οικογενειακού περιβάλλοντος του αρρώστου. (7)

ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΤΟΥ ΑΠΟ

ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ασθενής με μόνιμη κολοστομία πριν την αναχώρησή του από το Νοσοκομείο, έχει ανάγκη ειδικής προετοιμασίας. Αυτή συνίσταται στην προετοιμασία του προς απόκτηση δεξιοτήτων για την αυτοεξυπηρέτησή του και περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. Εξήγηση της προετοιμασίας για τη νοσηλεία:

α) Απαραίτητα είδη για τη νοσηλεία

β) Ετοιμασία τους

2. Εξήγηση της σειράς εργασίας.

3. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προετοιμασίας των αντικειμένων και της εκτέλεσής της αλλαγής. (7)

4. Ο ασθενής στη συνέχεια βοηθά την Νοσηλεύτρια κατά την προετοιμασία και εκτέλεση της αλλαγής.

5. Ο ασθενής εκτελεί κατόπιν το μεγαλύτερο μέρος της προετοιμασίας και αλλαγής.

6. Ο ασθενής προετοιμάζει τα της αλλαγής και την εκτελεί υπό την επίβλεψη της νοσηλεύτριας.

7. Ο ασθενής, ενώ προετοιμάζει και εκτελεί τη νοσηλεία, παρακολουθείται κατά διαστήματα.

8. Ο ασθενής υπεύθυνα ετοιμάζει και εκτελεί την αλλαγή. (7)

9. Ο ασθενής διδάσκεται τον τρόπο εκτέλεσης υποκλυσμού στην κολοστομία και τον εκτελεί.

10. Ο ασθενής αναλαμβάνει την εκτέλεση της αλλαγής της κολοστομίας και του υποκλυσμού όταν:

α) Έχει αποκτήσει δυνάμεις.

β) Έχει αποδεχτεί την κολοστομία.

γ) Δεν απιδιάζει κατά την αλλαγή της από την Νοσηλεύτρια.

δ) Μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώσει αυτή την εργασία. (7)

Η Νοσηλεύτρια επισημαίνει την προσοχή του αρρώστου για την φροντίδα του στόματος της κολοστομίας, της αλλαγής σάκκου, στο άδειασμα σάκκου.

Επίσης θα πρέπει να προσέχει την φροντίδα του δέρματος με υποαλλεργιογόνα φράγματα του δέρματος όπως το STOMACHE-SIVE, RELIASEAL (DAVOL) και HOLLIESIVE (HOLLISTER). Αυτά φθείρονται βραδύτερα από το στεγανό του Ινδικού κόμμεος (KARAYA GUM WASHER) και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές που έχουν πτυχές. Κολλούν καλά σε υγρό, ερεθισμένο δέρμα και επιταχύνουν την επούλωσή του. Ενώ το RELIASEAL είναι πιο αποτελεσματικό σε ερυθρό περιστομιακό δέρμα όχι όμως στο εξελιωμένο και υγρό δέρμα.

Αποτελεσματικός φραγμός του δέρματος είναι το KARAYA GUM. Κυκλοφορεί σε σκόνη και δίσκους ή δακτυλίους που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοικτό περιστομιακό δέρμα. (10)

Η κρέμα και οι δακτύλιοι KARAYA είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμα.

Η κολοστομία μπορεί να καλυφθεί με σάκκου μιάς χρήσεως γάζα, και χαρτοβάμβακα επαλειωμένο με βαζελίνη, κάλυμμα SARAN ή κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστη.

Για ανοικτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν, όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή αεροζόλ σπρέϊ ή NYSTATIN σκόνη.

Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών,

ώσπου να βρεθούν τα συμβατά. Σε μερικούς αρρώστους τα αντιόξινα εναιωρήματα έχουν βρεθεί πολύ αποτελεσματικά. (10)

Η πλύση της κοιλότητας να γίνεται την καθορισμένη ώρα όπως και κατά την παραμονή του αρρώστου στο Νοσοκομείο. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα η αφόδευση να γίνεται σε συγκεκριμένη ώρα με αποτέλεσμα να δίνεται η δυνατότητα στον άρρωστο να χρησιμοποιεί το STOMA-CUP. Έτσι αισθάνεται σχεδόν όπως και ένας φυσιολογικός άνθρωπος και μπορεί άνετα να επιδοθεί σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαύσει όλες τις χαρές της ζωής. Ακόμη μπορεί να επιδοθεί σε σπορ όπως κολύμπι, κυνήγι κ.λπ. (10)

Για την αποφυγή κακοσμίας θα πρέπει να αποφεύγονται τροφές που την προκαλούν όπως: κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια. Ενώ θα πρέπει οσάρρωστος να τρώει μεγαλύτερες ποσότητες από τροφές όπως γλασούρι, ο χυμός ενός είδους μούρου και αποβουτυρωμένο γάλα που μειώνουν τις οσμές των κοπρανοσθών μαζών.

Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μιάς ή δύο ταμπλετών υποανθρακνίου ή υπογαλλνίου βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου. (10)

Ο άρρωστος θα πρέπει επίσης να αποφεύγει φαγητά με καρνεύματα και αεριούχα ποτά γιατί γίνεται και μεγάλη κατάποση αέρα με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ποσότητα αερίων.

Να αποφεύγει φαγητά που δημιουργούν αέρια όπως λαχανικά, ραβίλια, αγγούρια, φασόλια.

Να αποφεύγει την πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα και να γίνεται καλή μάσηση της τροφής. Να υπάρχει εξασομένη ψευση της δίαιτας, ώστε να είναι πλήρης και να μη δημιουργή-

γεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρια. (10)

Η ενδυμασία για τους αρρώστους με κολοστομία είναι στην περίπτωση που έχουν το STOMA CUP πολύ εύκολη, ενώ για τους αρρώστους που χρησιμοποιούν σάκιο θα πρέπει να είναι λίγο προσεγμένη. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, η οποία πρέπει να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να χωράει και το σάκιο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιώ. Για τους άνδρες προτιμάται το μαγιώ με σόρτς ενώ για της γυναίκες το μαγιώ με φούστα. (10)

Η κολοστομία δεν δυσκολεύει τα άτομα να ταξιδεύουν αρκεί να έχουν μαζί τους τα απαραίτητα αντικείμενα για την αλλαγή της κολοστομίας. Οι άρρωστοι που κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.

Επιτρέπεται σ' αυτούς να συμμετέχουν σε όλα τα σπορ. Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στη συμμετοχή σε σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο. (10)

Η σεξουαλική λειτουργία των ατόμων αυτών ποικίλλει από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα. Σε πολλές περιπτώσεις ξαναποιτάται η ικανότητα, αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.

Η κολοστομία δεν αποτελεί αντένδειξη για μια καλή εγκυμοσύνη. Θα πρέπει όμως να υπάρχει προσεκτική ιατρική παρακολούθηση, γιατί το στόμιο της κολοστομίας αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς μπορεί να απαιτηθεί προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο. (10)

Ο άρρωστος κατά την διάρκεια του ύπνου μπορεί να πάρει όποια θέση θέλει.

Δίνουμε στον άρρωστο τηλέφωνα και διευθύνσεις που σε περίπτωση που έχει κάποιο πρόβλημα με την βοήθειά μας να το αντιμετωπίσει καλύτερα.

Τέλος κρίνεται απαραίτητη η ιατρική παρακολούθηση, η οποία θα πρέπει να γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα. (10)

Πολλές φορές επιβάλλεται η κατά διαστήματα διαστολή του στομίου της κολοστομίας με δάχτυλο ή κηρίο προς αποφυγή συσφύξεώς του. (7)

Σε υπερήλικες, μικρά παιδιά και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα, την αλλαγή της κολοστομίας και την σχετική νοσηλεία διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεση της νοσηλείας, συγγενής του αρρώστου. (7)

Ο ασθενής που πρόκειται να ζήσει με την κολοστομία πρέπει να μην αφήνει ίχνη της αναπηρίας του στο άμεσο ή έμμεσο περιβάλλον με τη σχολαστική τήρηση των όρων υγιεινής και καθαριότητας.

Ο βαθμός της αποδοχής της κολοστομίας από τον ίδιο τον άρρωστο και η ατομική καθαριότητα του ίδιου και του άμεσου περιβάλλοντός του θα επηρεάσει και το βαθμό της αποδοχής του ασθενούς από το περιβάλλον του. (7)

ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α'

Ο ασθενής Γ., 60 ετών, προσήλθε στη Χειρουργική Κλινική, για ανορεξία, απώλεια βάρους, απώλεια αίματος στα κόπρανα και περιομφαλικό άλγος.

Μετά τις διαγνωστικές εξετάσεις που έγιναν βρέθηκε Ca στο ορθοσιγμοειδές και αποφασίστηκε χειρουργική αντιμετώπιση. Έγινε εγχείρηση κατά HARTMAN'S με αφαίρεση του όγκου του ορθοσιγμοειδούς.

Προεγχειρητικά τα προβλήματα του αρρώστου ήταν:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Αξιολόγηση των νοσολογικών προβλημάτων.	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός & εφαρμογή των νοσηλ. πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Φόβος, ανησυχία, αγωνία.	Να φθάσει ο ασθενής στο χειρουργείο ήρεμος και χωρίς άγχος.	Ηθική τόνωση του αρρώστου. Χορήγηση προεμιστικού (STEDON TABL.) Ενημέρωση για την επέμβαση.	Ο άρρωστος ενθαρρύνθηκε. Απόκτησε εμπιστοσύνη στη Νοσηλεύτρια. Πείσθηκε ότι θα γίνει καλά.
Προετοιμασία του εντέρου για την επέμβαση.	Να απελευθερωθεί το έντερο από το περιεχόμενό του.	Κατάλληλη δίαιτα όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείματα, χορήγηση ελαφρών πηκτικών, εφαρμογή υποκλυ-	Τα αποτελέσματα των υποκλυσμών ήταν θετικά και η προετοιμασία του εντέρου ολοκληρώθηκε.

Αξιολόγηση των νοσπλευτικών προβλημάτων.	Σκοπός Νοσπλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός & εφαρμογή των νοσπλ. πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
		σιών την παραμονή και το πρωϊ της ημέρας πριν την επέμβαση.	
Ανορεξία.	Κύριο μέλημα η βελτίωση της όρεξης του αρρώστου και η διατήρηση καλής θρέψης.	Προσφορά τροφής που του αρέσει, με όμοιο τρόπο σερβιρισμένη.	Ο άρρωστος παρουσίασε βελτίωση της όρεξης. Σε λίγες ημέρες άρχισε να παίρνει συχνά και μικρά γεύματα.
Απώλεια βάρους.	Να αυξηθεί το σωματικό του βάρος.	Χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.	Το βάρος δεν αυξήθηκε αλλά παύει να πέσει στα ίδια επίπεδα.
Τοποθέτηση LEVIN.	Το LEVIN τοποθετήθηκε για την παροχέτευση των γαστρικών υγρών τις πρώτες ημέρες.	Ενημέρωση του ασθενούς για τη χρησιμότητα και την αναγκαιότητα της τοποθέτησης του LEVIN. Παρακολούθηση της λειτουργίας.	Ο ασθενής αποδέχθηκε την ύπαρξη του και δεν δημιούργησε κανένα πρόβλημα.

Μετεγχειρητικά ο ασθενής παρουσιάζει άλλα προβλήματα
οπότε χρειάζεται αναπροσαρμογή του προγράμματος νοσηλείας.

Τα προβλήματα αυτά είναι:

Αξιολόγηση των νο- σηλευτικών προβλη- μάτων.	Σκοπός Νοσηλευ- τικής φροντίδας:	Προγραμματισμός & εφαρμογή των νοσηλ. πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Πόνος του χειρουργικού τραύματος.	Να μειωθεί ο πό- νος και να ανα- κουφιστεί ο ασθε- νής.	Κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Διδασκαλία για την υποστήριξη του τραύματος όταν βήχει ή έχει τάση για έ- μετο. Χορήγηση παισιπόνων.	Ο πόνος σταδια- κά μειώθηκε μέ- χρι που εξαφα- νίστηκε.
Ναυτία, Έμετος.	Να κατασταλεί η ναυτία και να α- ποφευχθεί ο έμε- τος.	Σύσταση να παίρ- νει βαθιές ανα- πνοές για κατα- στολή της ναυτίας. LEVIN. Τοποθέτηση της κεφαλής στο πλάϊ πλύσιμο του στό- ματος, μετά τον έμετο, αλλαγή των σκεπασμάτων και απομάκρυνση αυ- τών.	Ο ασθενής δεν εί- χε άλλους εμέτους γιατί είχε και το LEVIN.

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων.	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός & εφαρμογή των νοσηλ. πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Δύσα.	Να αντιμετωπισθεί το δυσάρεστο αυτό αίσθημα.	Ενώγρευση του στόματος και των χειλέων με δροσερό νερό με PORT-COTTON.	Η συνεχής νοσηλευτική φροντίδα βοήθησε στο να ανακουφισθεί ο ασθενής.
Ο ασθενής έχει LEVIN και καθετήρα FOLLEY.	Να υπάρχει καλή λειτουργία αυτών.	Συχνός έλεγχος της λειτουργίας τους για πρόληψη τυχόν απόφραξης. Εξασφάλιση καλής παροχέτευσης και μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.	Η λειτουργία τους ήταν ικανοποιητική. Το ποσό των ούρων ήταν 1200 CC το
Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.	Να αποκαταθεί το ισοζύγιο υγρών.	Χορήγηση υγρών διαλυμάτων IV: (RINGER'S, DEXTROSE 5%). Μέτρηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών.	Βαθμιαία το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών των αποκαταστάθηκε. Το ποσό των προσλαμβανόμενων υγρών ήταν ίσο με το ποσό των αποβαλλομένων.

Αξιολόγηση των νοσηλευτικών προβλημάτων.	Σκοπός Νοσηλευτικής φροντίδας.	Προγραμματισμός & εφαρμογή των νοσηλ. πράξεων	Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ν.Φ.
Άρνηση του ασθενούς να μάθει τη διαδικασία περιποίησης και καθαρισμού της κοιλιοστομίας.	Να πεισθεί ο ασθενής ότι πρέπει να μάθει τον τρόπο αλλαγής και καθαρισμού της κοιλιοστομίας ώστε να την εκτελεί στο σπίτι μόνος του.	Συνεχείς διδασκαλίες με υπομονή Παρακολούθηση του ασθενούς την ώρα που εκτελεί την αλλαγή, παροχή βοήθειας και εξήγησή σε απορίες του πρόθυμα.	Μετά από πολλές προσπάθειες ο ασθενής πείσθηκε ότι πρέπει να μάθει τη διαδικασία της αλλαγής και προσπάθησε γι' αυτό. Στο τέλος έωτασε να εκτελεί την όλη διαδικασία μόνος του.

Η γενική κατάσταση του αρρώστου τις επόμενες ημέρες ήταν καλή. Αφαιρέθηκε το LEVIN και ο καθετήρας κύστες. Ο ασθενής δεν είχε πυρετό και η λειτουργία του εντέρου ήταν καλή, καθώς και των κενώσεων. Άρχισε να σιτίζεται από το στόμα με κατάλληλη δίαιτα. Μετά από πολλές προσπάθειες του νοσηλευτικού προσωπικού είχε μάθει να καθαρίζει και να περιποιείται την κοιλιοστομία και να αλλάζει το σάκιο.

Ο ασθενής έφυγε από το Νοσοκομείο μετά από νοσηλεία 15 ημερών. Δόθηκαν σε αυτόν οδηγίες για επανεξέταση μετά 15 ημέρες.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Ασθενής ηλικίας 80 ετών εισήλθε στις 10.12.1989 με πιθανή διάγνωση αποφρακτικού ειλεού στη χειρουργική κλινική. Από το ιστορικό μάθαμε ότι πριν τέσσερις μήνες παρουσίαζε φοβερή δυσκοιλιότητα. Πήρε θεραπευτική αγωγή και δεν είχε αποτέλεσμα. Ήρθε στα εξωτερικά Ιατρεία στις 10.12.1989 με συμπτώματα ειλεού (πόνος στην κοιλιακή χώρα, εμέτους, τυμπανισμό). Κατά την ψηλάφηση που έγινε διαπιστώθηκε μάζα κοντά στον αριστερό λαγώνιο βόθρο και στην εξέταση αίματος βρέθηκαν αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια. Επειδή ο άρρωστος ήταν αφυδατωμένος άρχισε παρεντερική χορήγηση υγρών.

Την επόμενη ημέρα έγινε βαριούχος υποκλυσμός. Στην ακτινογραφία που έγινε παρουσιάστηκε στένωση του σιγμοειδούς σε απόσταση 25 CM από τον δαιτύλιο. Αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση. Δύο ημέρες πριν γίνει η εγχείρηση έγινε προετοιμασία και καθαρισμός του εντέρου με MYCIFRADINE TABL 1X3. Την προηγούμενη ημέρα από την εγχείρηση έγινε η γενική προεγχειρητική προετοιμασία και το βράδυ υποκλυσμός.

Την άλλη ημέρα οδηγήθηκε στο χειρουργείο, όπου επέστρεψε μετά από 6 ώρες χειρουργείου. Είχε σωλήνα LEVIN. Κατά την εγχείρηση βρέθηκε μια μάζα κάτω από τον αριστερό λαγώνιο βόθρο. Η μάζα ήταν μεταξύ δύο ελίων του λεπτού εντέρου και το σιγμοειδές και υπήρχε συλλογή πύου. Διαπιστώθηκε ο όγκος του σιγμοειδούς, έγινε σιγμοειδεκτομή και τελιοτελική αναστόμωση.

Έγινε εγναρσιοστομία προσωρινή και πλύση της κοιλιακής χώρας.

Την δεύτερη ημέρα μετά την εγχείρηση έγινε αλλαγή του

τραύματος από το γιατρό και ενημερώθηκε ο ασθενής για την προσωρινή κολοστομία που φέρει. Μετά από 2 μήνες θα γινόταν σύγκλιση της κολοστομίας για αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και αφόδευσης.

Η διδασκαλία για την περιποίηση και τον καθαρισμό της κολοστομίας έγινε στη κόρη του ασθενούς, επειδή ο ίδιος δεν δύναται να την κάνει μόνος του, λόγω της ηλικίας του και αδυναμίας.

ΕΡΕΥΝΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Με θέμα τον καρκίνο παχέος εντέρου και ειδικότερα το ποσοστό των ατόμων που έκανα κολοστομία παραγματοποίησα την έρευνα που ακολουθεί. Η έρευνα αυτή έγινε στην Πάτρα και στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο <<Άγιος Ανδρέας>>. Στα έτη 1984-1990 έως τις 28.2.1990 και στην Κρατική Χειρουργική και Πανεπιστημιακή Χειρουργική ερευνήθηκε η παρουσία και η συχνότητα εντόπισης του καρκίνου παχέος εντέρου στα διάφορα τμήματα του εντέρου.

Αναλυτικότερα από τα στοιχεία που βρέθηκαν εντοπίστηκαν οι καρκίνοι παχέος εντέρου ανάλογα με το φύλο του ασθενούς και την ηλικία.

Παρατηρούμε δηλαδή ότι η συχνότητα του καρκίνου παχέος εντέρου είναι μεγαλύτερη σε ποσοστό στους άνδρες απ'ότι στις γυναίκες. Οι ηλικίες στις οποίες είναι περισσότερο συχνή, η ύπαρξη καρκίνου παχέος εντέρου είναι από 55-65 χρόνων. Τα άτομα αυτής της ηλικίας είναι περισσότερο επικίνδυνα να παρουσιάσουν καρκίνο στο παχύ έντερο.

Οι ημέρες νοσηλείας για τα άτομα που υποβάλλονται σε κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης είναι κατά μέσο όρο από 20-30 ημέρες.

Επίσης από τα στοιχεία που αποκόμισα από την έρευνά μου διαπίστωσα ότι μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίας του καρκίνου παχέος εντέρου παρουσιάζει το ορθό και ακολουθεί σε συχνότητα το σιγμοειδές.

Από τις χειρουργικές επεμβάσεις στις οποίες υπεβλήθησαν τα διαγνωσμένα άτομα με Ca παχέος εντέρου, συχνότερη

είναι η κολοστομία και ακολουθούν η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Από τα άτομα που διαγνώσθηκε καρκίνος παχέος εντέρου και συνεστήθηκε χειρουργική επέμβαση λίγα σε αριθμό αρνήθηκαν να κάνουν κολοστομία και γενικά να χειρουργηθούν.

Στους πίνακες που ακολουθούν παραθέτω τα αναλυτικά στοιχεία και ποσοστά που βρέθηκαν στην έρευνα που πραγματοποιήσα τα έτη 1984-1990.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΕΤΟΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ Cα ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
			ΑΡΡΕΝΕΣ	ΘΗΛΕΤΣ		
1984	3340	42	26 ή 61%	16 ή 39%	35-96 Μέσος όρος:61	1-48 Μέσος όρος:24
1985	2315	26	16 ή 61,6%	10 ή 38,4%	47-85 Μέσος όρος: 66	3-60 Μέσος όρος:32
1986	3374	32	16 ή 50%	16 ή 50%	27-88 Μέσος όρος: 56	2-65 Μέσος όρος: 34
1987	3043	39	25 ή 64,1%	14 ή 35,8%	29-87 Μέσος όρος: 53	2-52 Μέσος όρος: 27
1988	3248	36	22 ή 61%	14 ή 39%	50-90 Μέσος όρος: 70	5-50 Μέσος όρος: 25
1989	3142	33	15 ή 45%	18 ή 55%	41-90 Μέσος όρος: 65	1-77 Μέσος όρος: 39
1990 έως 28. 2.1990	410	3	1 ή 33,3%	2 ή 66,6%	52-79 Μέσος όρος: 65	18-45 Μέσος όρος: 32

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΕΝΤΟΠΙΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ									
ΕΤΟΣ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ca ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΤΥΦΛΟ	ΑΝΙΟΝ	ΕΓΚΑΡΣΙΟ	ΚΑΤΙΟΝ	ΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ	ΟΡΘΟ	ΟΡΘΟΣΙΓΜΟΕΙΔΕΣ	
1984	42	2 ή 4,8%	3 ή 7,1%	3 ή 7,1%	-	13 ή 27%	15 ή 35%	6 ή 14,2%	
1985	26	1 ή 3,9%	1 ή 3,9%	-	2 ή 7,8%	11 ή 42,2%	8 ή 30,7%	3 ή 11,7%	
1986	32	1 ή 3,1%	-	1 ή 3,1%	2 ή 6,2%	9 ή 28,1%	16 ή 50%	3 ή 9,3%	
1987	39	2 ή 5,1%	4 ή 10,2%	3 ή 7,5%	1 ή 2,5%	10 ή 25,5%	13 ή 33%	6 ή 15%	
1988	36	-	-	2 ή 5,54%	-	10 ή 27,7%	18 ή 51,8%	6 ή 16,6%	
1989	33	-	-	3 ή 9,9%	-	6 ή 19,8%	24 ή 79,2%	-	
1990 έως 28 2.1990	3	-	-	1 ή 33,3%	-	-	2 ή 66,6%	-	

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΤΟΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ										
	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΙ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ	ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ					ΕΙΔΟΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ			
			ΤΕΛΙΚΟΤΕΛΙΚΗ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ	ΤΕΛΙΚΟΠΛΑΓΙΑ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ	ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ	ΚΟΙΛΙΟΠΕ- ΑΝΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ	ΕΓΚΑΡΣΙΟ- ΣΤΟΜΙΑ	ΕΙΛΕΘΕΓ- ΚΑΡΣΙΑ ΑΝΑΣΤΟΜΩΣΗ	ΧΑΡΚΙΑΗ ΠΡΟΞΕΛΙΑ ΕΚΤΟΜΗ	ΣΙΓΜΟΕΙ- ΔΟΣΤΟΜΙΑ	ΤΥΦΛΟΣΤΟ- ΜΙΑ
1984	42	41	11 ή 26,8%	-	14 ή 34,1%	13 ή 31,7%	2 ή 4,8%	-	1 ή 2,4%	-	-
1985	26	25	2 ή 8%	2 ή 8%	8 ή 32%	3 ή 12%	2 ή 8%	1 ή 4%	6 ή 24%	1 ή 4%	-
1986	32	27	2 ή 7,4%	2 ή 7,4%	11 ή 40,7%	5 ή 19,9%	-	-	5 ή 19,9%	1 ή 3,7%	1 ή 3,7%
1987	39	36	2 ή 5,54%	1 ή 2,77%	18 ή 49,86%	4 ή 11%	-	2 ή 5,54%	7 ή 19,39%	1 ή 2,77%	1 ή 2,77%
1988	36	35	3 ή 8,5%	-	23 ή 64,4%	5 ή 14%	-	-	3 ή 8,5%	1 ή 2,8%	-
1989	33	32	-	-	16 ή 49,6%	7 ή 21,7%	1 ή 3,1%	-	7 ή 21,7%	1 ή 3,1%	-
1990 έως 28. 2.1990	3	3	-	-	1 ή 33,3%	-	-	-	2 ή 66,6%	-	-

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η κολοστομία αποτελεί την κύρια θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου.

Διαπιστώθηκαν οι συνθήκες και οι παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Βασικό θέμα αποτελεί η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου και προτείνεται η ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε Νοσοκομείο. Με την προσπάθεια αυτή θα ενημερώνεται το κοινό και θα υπάρχει ευαισθητοποίηση στο θέμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Επίσης προτείνεται να υπάρχει ειδικό προσωπικό για την ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών με κολοστομία, γνωρίζοντας τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζονται.

Από όλα τα στοιχεία που παρατέθηκαν διαπιστώνεται η μεγάλη συχνότητα καρκίνου παχέος εντέρου σε άτομα ηλικίας 50-70 ετών και ιδιαίτερα στο αρσενικό φύλο. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η συχνή εξέταση των ατόμων που παρουσιάζουν έστω και κάποιο αβέβαιο σύμπτωμα και η ιδιαίτερη προσοχή στη διάγνωση και μάλιστα στην έγκαιρη διάγνωση.

Προτείνεται επίσης αποφυγή όσο το δυνατόν περισσότερων παραγόντων που προδιαθέτουν την εμφάνιση του καρκίνου παχέος εντέρου.

Τέλος προτείνεται η αναγκαιότητα για υποστήριξη του αγώνα κατά του καρκίνου και η πίστη και αισιοδοξία για το μέλ-

λον όσον αφορά τον καρλίνο. Αρκεί όλοι μας να υιοθετήσου-
με δύο λέξεις. ΑΓΩΝΑΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ ΡΕΓΓΙΝΑ-ΜΟΣΧΟΒΑΚΗ: <<Στοιχεία Φυσιολογίας για αδελφές Νοσηκόμες και τους Σπουδαστές των Τ.Ε.Ι.>>
Έκδοση: Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 1984
2. ΒΑΣΩΝΗΣ Β.Δ.: <<Επίτομη Χειρουργικής και Ορθοπεδικής>>
Έκδοση 5η Αναθεωρημένη, Αθήνα 1987.
3. ΚΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ.: <<Ειδική Νοσολογία>>, Έκδοση 3η, Τόμος Α΄
Έκδοση: Γ. Παρισιάνου, Αθήνα 1981
4. ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Χ.Β.: <<Εγχειρίδιο Χειρουργικής Παθολογίας>>
Τόμος Α και Β΄, Έκδοση: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 1985
5. ΚΑΤΡΟΤΣΗΣ Δ. - ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν.: <<Ανατομία του Ανθρώπου>>
Τόμος Α΄, Έκδοση: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1982
6. ΚΑΤΣΑΣ Α.: <<Βασιική Χειρουργική>>. Έκδοση: ΒΟΣΚΑΚΗ ΤΑΚΗ
<<ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ>>, Αθήνα 1975.
7. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: <<Γενική Παθολογική-
Χειρουργική>> και <<Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική>>
Τόμος Α΄ και Β΄, Έκδοση: Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών
Νοσηκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1987
8. ΜΠΑΛΑΣ Π., ΚΑΜΠΑΝΗΣ Ν., ΑΝΤΣΑΚΗΣ Γ., ΜΠΡΑΜΗΣ Ι.: <<Χειρουργική>>, Τόμος Β΄, Εκδοτική Επιτροπή, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987
9. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΣΠ.Ν.: <<Χειρουργική Παθολογία-Επείγουσα Χειρουργική>>, Τόμος Β΄, Έκδοση: Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1979
10. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ΑΝ. - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡ.: <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>>, Τόμος Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985
11. ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ.Κ.: <<Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές πλευρές του μαρμίνου>>, Έκδοση: Λίτσας, Αθήνα 1986.

12.ΤΟΥΝΤΑ Κ.Ι.: <<Επίτομος Χειρουργική>>, Έκδοση:Γρ.Παρισιάνου, Αθήνα 1981.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ

1α.Η. FRICK-Η. LEOUHARDT-Π. STARCK: <<Ειδική Ανατομία ΙΙ>>, Μετάφραση Νικ.Δ.Νηφόρος, Έκδοση:Γρ.Παρισιάνου Αθήνα 1985

2α. GUYTON A., M.D.: <<Φυσιολογία του Ανθρώπου>> Μετάφραση Α.Ευαγγέλου, Έκδοση Τρίτη, Τόμος Α, Έκδοση:Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.