

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ>>

ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΟΥΚΑΛΑ ΜΑΡΙΑΝΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΠΑΤΡΑ 8-5-1992



ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	630.3
-----------	-------

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άτομα αυτά που με βοήθησαν στην Πτυχιαική μου εργασία. Πρώτα απ'όλα θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μου που συνεργάστηκε μαζί μου και αφιέρωσε αρκετό χρόνο για να με βοηθήσει, καθώς και στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νομοσοκομείου που μου έδωσαν σημαντικά στοιχεία για την εργασία μου.

Τους ευχαριστώ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

-ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

-ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

A. Ανατομία του Πεπτικού συστήματος

B. Ανατομία του Παχέος εντέρου

-Αγγείωση του Γαστρεντερικού σωλήνα

-Νεύρωση του Γαστρεντερικού σωλήνα

-Κινητικότητα του Γαστρεντερικού σωλήνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

-Φυσιολογία του Παχέος εντέρου

-Μικροβιολογία του παχέος εντέρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

-Συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου

-Ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου

-Εντόπιση και επέκταση της νόσου

-Σταδιοποίηση του καρκίνου

-Πρόγνωση

-Διάγνωση-Διαγνωστικές μέθοδοι

-Διαφορική διάγνωση

-Αιτιολογία της νόσου

-Κλινική εικόνα

-Θεραπεία

-Επιπλοκές

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου

A. Προεγχειρητική ετοιμασία

B. Μετεγχειρητική φροντίδα

Γ. Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Κολοστομία - <<Παρά φύσιν έδρα>>

-Ορισμός και είδη της κολοστομίας

-Φροντίδα στομίου-Χρήση σάκων με αυτοκόλλητη επιφάνεια

-Νοσηλευτικές ενέργειες για την αλλαγή σάκου

-Πλύση κολοστομίας

-Νοσηλευτικές ενέργειες για την πλύση κολοστομίας

-Πλύση κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο

-Έξοδος από το νοσοκομείο αρρώστου με κολοστομία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

-Μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου.

-Περίπτωση I

-Περίπτωση II

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τι είναι καρκίνος;

Καρκίνος θεωρείται η παθολογική επεξεργασία η οποία λαμβάνει χώρα δια της παραγωγής ανωμάτων κυττάρων στο ανθρώπινο σώμα, που είναι συνέπεια μέχρι σήμερα αγνώστων παθολογικών μηχανισμών. Κατά το επόμενο στάδιο της νόσου τα ανώματα αυτά κύτταρα πολλαπλασιάζονται και παραμένουν εντοπισμένα αρκετό χρονικό διάστημα σε ορισμένη περιοχή του σώματος. Ωστόσο, όταν εξελίσσεται η νόσος επέρχεται ένα στάδιο κατά το οποίο τα κύτταρα αποκτούν διηθητικές ικανότητες, ενώ παράλληλα επισυμβαίνουν μεταβολές στους παρακείμενους ιστούς.

Τα κύτταρα διηθούν στους ιστούς και εισέρχονται στ'αγγεία της λέμφου και τους αίματος και με αυτά μεταφέρονται σε άλλα ανατομικά μέρη του ανθρώπινου σώματος δημιουργώντας τις λεγόμενες μεταστάσεις.

Για να γίνει ένα νέο ογκίδιο αντιληπτό πρέπει να έχει διάμετρο ένα τουλάχιστο εκατοστόμετρο. Ογκίδιο αυτού του μεγέθους αποτελείται από 500 περίπου εκατομμύρια νεοπλασματικά κύτταρα και έχει μετρηθεί ο χρόνος που χρειάζεται να περάσει (10 μήνες περίπου) ώστε το αρχικό νεοπλασματικό κύτταρο να σχηματίσει το ογκίδιο αυτό. Έτσι εξηγείται, γιατί περνούν πολλά χρόνια από την αρχή του νεοπλάσματος, μέχρι να γίνει αυτό αισθητό με τον όγκο και τα συμπτώματά του.

Ο καρκίνος λοιπόν έχει ιδιότητες επέκτασης και καταστροφής. Επομένως είναι δικαιολογημένος ο φόβος, η αγωνία που πολλές φορές μετατρέπεται σε πανικό. Το ερώτημα που θέτουν οι περισσότεροί είναι, υπάρχει αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος

και εάν ναι ποιά είναι αυτή;

Σκοπός της προσπάθειάς μου είναι να συμβάλλω με την παρούσα εργασία μου, ώστε να γίνουν κατανοητά στον πολίτη τα αίτια, η πρόγνωση, η πρόληψη, η θεραπεία, η συμπτωματολογία της ασθένειας, καθώς και η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς. Η βαρύτητα της εργασίας δίνεται στο τελευταίο σκέλος δηλαδή πως μπορεί η νοσηλεύτρια με τις γνώσεις της και την εμπειρία της να αξιολογήσει τα προβλήματα του ασθενούς, να προγραμματίσει τις ενέργειές της για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, να τις εφαρμόσει και να εκτιμήσει τα αποτελέσματα των ενεργειών της.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Α'

Α.ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το πεπτικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού, όπου γίνεται η λειτουργία της πέψης η οποία περιλαμβάνει όλες τις φυσικοχημικές διεργασίες από την πρόσληψη και μηχανική επεξεργασία των τροφών, έως την ενζυματική διάσπαση των θρεπτικών ουσιών και την απορρόφηση και μεταφορά του προς την κυκλοφορία, αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες.

Ο γαστρεντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό.

Τα όργανα του πεπτικού σωλήνα ανήκουν στα σπλάχνα, τα οποία διακρίνονται σε κοίλα και συμπαγή.

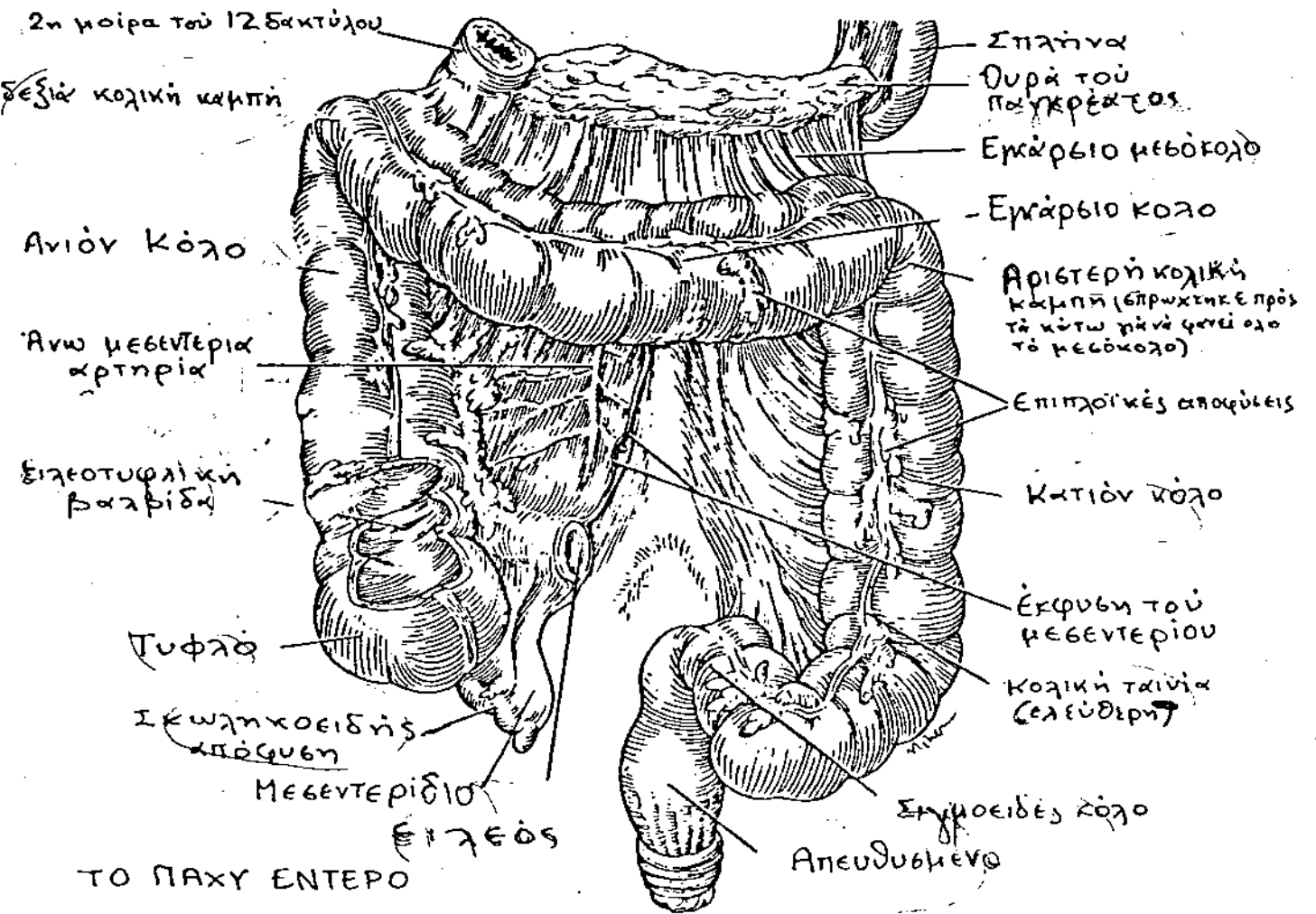
Τέσσερις χιτώνες αποτελούν το τοίχωμα των κοίλων σπλάχνων του πεπτικού συστήματος.

- α) Ο βλεννογόνος
- β) Ο υποβλεννογόνος
- γ) Μυϊκός
- δ) Ορογόμος

Τα μέρη του πεπτικού συστήματος είναι:

1. Στόμα
2. Φάρυγγας
3. Οισοφάγος
4. Στόμαχος
5. Λεπτό έντερο
6. Παχύ έντερο

Οι αδένες του πεπτικού συστήματος διακρίνονται σε τοιχω-



ΕΙΚ. 2

ματικούς (αυτοί που βρίσκονται στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα) όπως οι αδένες του οισοφάγου, του στομάχου, και εξωτοιχωματικούς (που βρίσκονται έξω από το τοίχωμα του σωλήνα και συνδέονται με αυτόν με εκφορητικούς πόρους) οι οποίοι είναι οι μεγάλοι σιαλογόνοι (παρωτίδα, υπογλώσσιος, υπογνάθιος) το ήπαρ και το πάγκρεας.

B. ANATOMIA ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Είναι το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα και εκτείνεται από το τυφλό έως τον πρωκτό. (Εικόνα 1).

Μήκος: περίπου 1,5 μ.

Μέρη: τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση

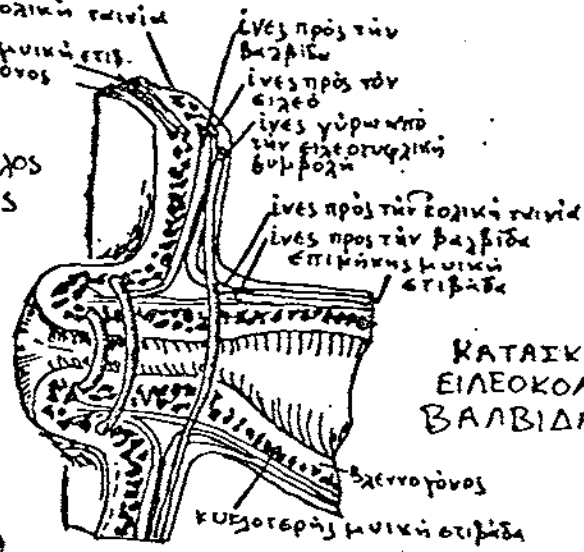
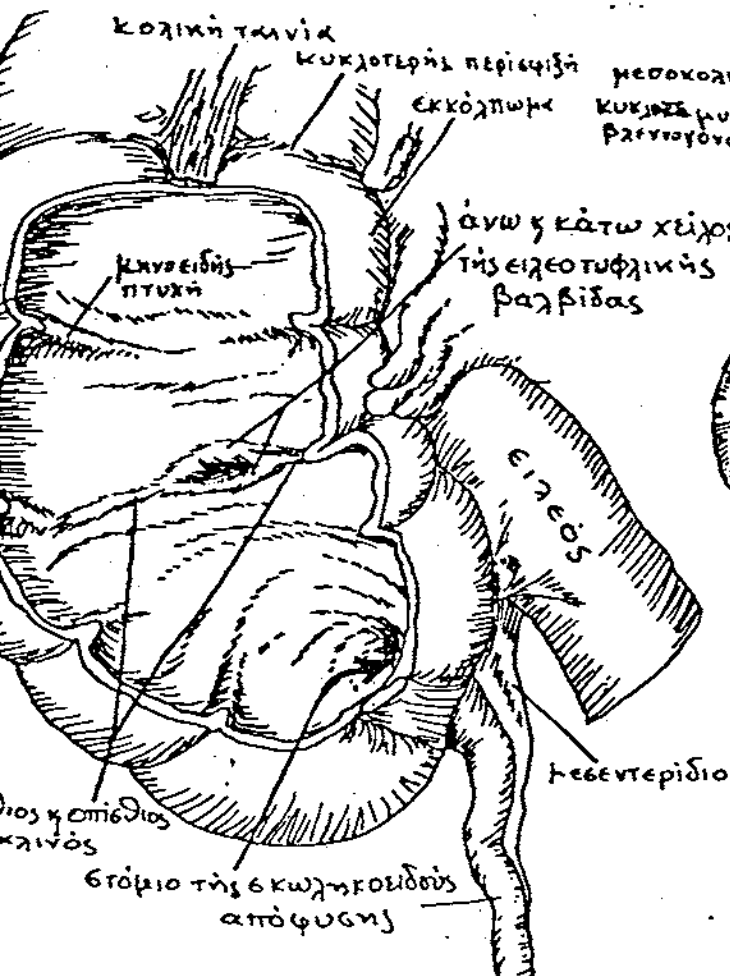
Κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές)

Απευθυσμένο ή Ορθό.

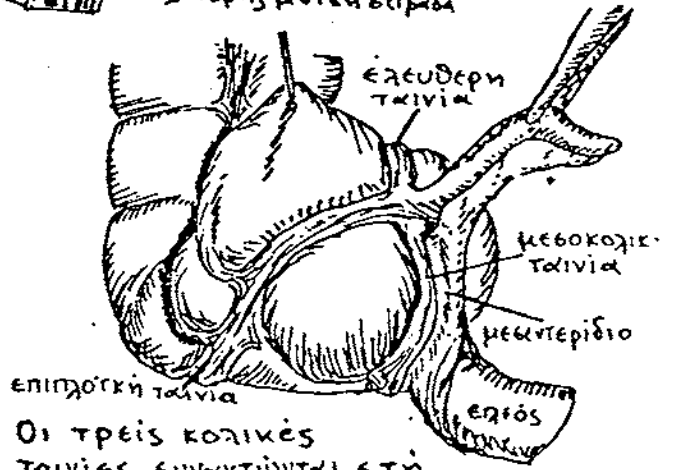
Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό, χάρη στην ύπαρξη των εκκολπωμάτων, των κολικών ταινιών και των επιπλοκών αποφύσεων.

Τα εκκολπώματα είναι σακκοειδή ανευρίσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφίξεις. Οι κυκλωτερείς περισφίξεις αντιστοιχούν προς τις μηνοειδείς πτυχές που υπάρχουν στο εσωτερικό του παχέος εντέρου ενώ τα εκκολπώματα αντιστοιχούν προς τις κολικές κυψέλες. Οι κολικές ταινίες είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στιβάδας. (Εικόνα 3). Αρχίζουν από την βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης, διατρέχουν σχεδόν όλο το κόλο, γίνονται δύο στην τελική μούρα του σιγμοειδούς και εξαφανίζονται στο ορθό.

Διακρίνουμε την ελεύθερη ταινία που στρέφεται προς την

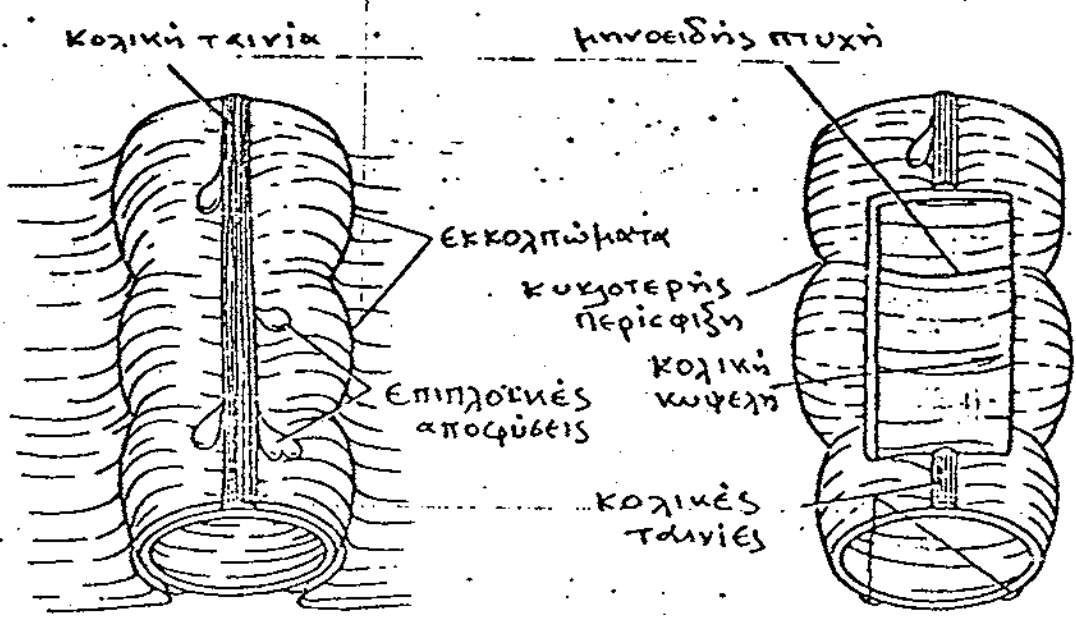


ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΑΣ



ΤΥΦΛΟ, ΕΙΛΕΟΚΟΛΙΚΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Οι τρεις κολικές ταινίες συναντώνται στη βάση της εκωληκοειδούς Εικ 2



ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΛΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.

περιτοναϊκή κοιλότητα, την επιπλοική ταινία που συμφύεται προς το επίπλουον και την μεσοκοιλική ταινία που συμφύεται προς το μεσόκολο.

Οι επιπλωκές αποφύσεις είναι λιπώδεις προσειβολές του περιτοναίου κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοικής κοιλικής ταινίας.

1. Το τυφλό και η σιωληκοειδής

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκοιλιακής βαλβίδας. Βρίσκεται μέσα στον δεξιό λαγόνιο βάθρο. Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μία περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσότυφλο. (Εικόνα 2).

Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η ειλεοκοιλιακή βαλβίδα. Στη θέση αυτή το τοίχωμα του τυφλού πτυχώνεται προς τα μέσα και το στόμιο της εμφανίζεται σαν σχισμή μπροστά από την μεσοκοιλική ταινία. Η σχισμή παρουσιάζει άνω και κάτω χείλος. Τα χείλη ενώνονται και σχηματίζουν τον πρόσθιο και οπίσθιο χαλινό της βαλβίδας. Πριν τη βαλβίδα και για αρκετά εκατοστά ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού παχύνεται και σχηματίζει τον σφικτήρα του ειλεού.

Η ειλεοκοιλιακή βαλβίδα αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο μικροβίων, που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο.

Περίπου 2 εκ. κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σιωληκοειδής απόφυσης.

Η σιωληκοειδής απόφυση έχει μήκος 2-30 εκ. και διάμετρο 0,5-1 εκ. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των τριών κοιλικών ταινιών. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται με μία

περιτοναϊκή πτυχή, που λέγεται μεσεντερίδιο.

Η θέση της σκωληκοειδούς ποικίλει προς το τυφλό συνηθέστερα τη βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική, 65% των περιπτώσεων). Ο βλεννογόνος της σκωληκοειδούς χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών λεμφοζιδίων που συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα.

2. Το κόλο

Αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδήλου όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο.

Διακρίνουμε:

α) Ανιόν κόλο: Καλύπτεται κατά 3/4 περίπου από περιτόναιο, ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί, με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το ανιόν κόλο ανέρχεται, σε επαφή με το πρόσθιο και πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, ως την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, όπου στρέφεται προς τα μπρος και αριστερά. Σχηματίζεται έτσι η δεξιά (ηπατική) κοιλική καμπή, που είναι και το όριο μεταξύ ανιόντος και εγκάρσιου κόλου.

Οι τρεις κοιλικές ταινίες στον ανιόν κόλο στρέφονται: η ελεύθερη προς τα μπρος, η επιπλοϊκή προς τα πίσω και έξω και η μεσοκοιλική προς τα πίσω και έσω.

β) Το εγκάρσιο κόλο: Περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μία πλατιά πτυχή που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Το εγκάρσιο μεσόκολο επεκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς και προσφύεται μπροστά στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου και στο πρόσθιο χείλος του σώματος του παγκρέατος. Το εγκάρσιο κόλο συνδέεται επίσης προς το μείζον τόξο του στομάχου με τον γαστροκοιλικό σύνδεσμο, ο οποίος είναι ανώτερη μοίρα του μείζονος

επίπλου. Το εγκάρσιο κόλο φέρεται από το δεξιό υποχόνδριο προς το αριστερό, όπου στρέφεται προς τα πάνω και πάνω, φτάνει μέχρι το κάτω μέρος του σπλήνα και στρέφεται απότομα προς τα κάτω, σχηματίζεται έτσι η αριστερή (σπληνική) κολική καμπή, από όπου αρχίζει το κατιόν κόλο.

Αυτή η καμπή βρίσκεται ψηλότερα και βαθύτερα από τη δεξιά. Επίσης είναι πιο ακίνητη, διότι συγκρατείται από μία περιτοναϊκή πτυχή, τον φρενοκολικό σύνδεσμο.

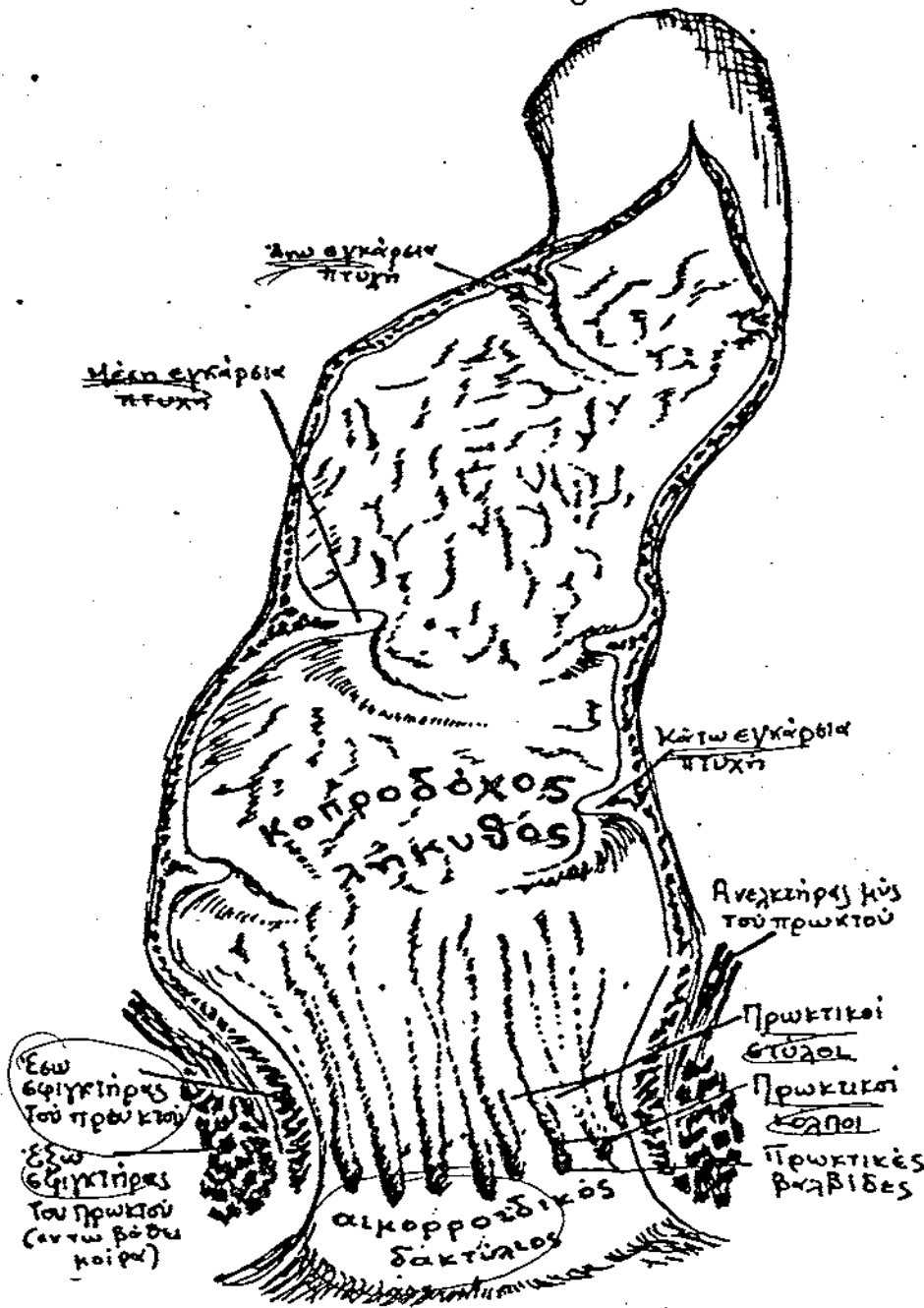
γ) Κατιόν κόλο: Από την αριστερή κολική καμπή το κόλο συμφύεται προς το οπίσθιο τοίχωμα της κοιλιακής κοιλότητας, καλύπτεται από περιτόναιο μόνο κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως τον αριστερό λαγόνιο βόθρο. Στο σημείο αυτό κάμπτεται προς τα δεξιά και μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλο.

δ) Σιγμοειδές κόλο: Αρχίζει από το άνω στόμιο της πύελου και φτάνει μπροστά από τον 3ο ιερό σπόνδυλο, ακολουθώντας σιγμοειδή πορεία (σαν S). Είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται από μία μακριά πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσοσιγμοειδές. Στο σιγμοειδές απομένουν δύο κολικές ταινίες, που τελικά εξαφανίζονται.

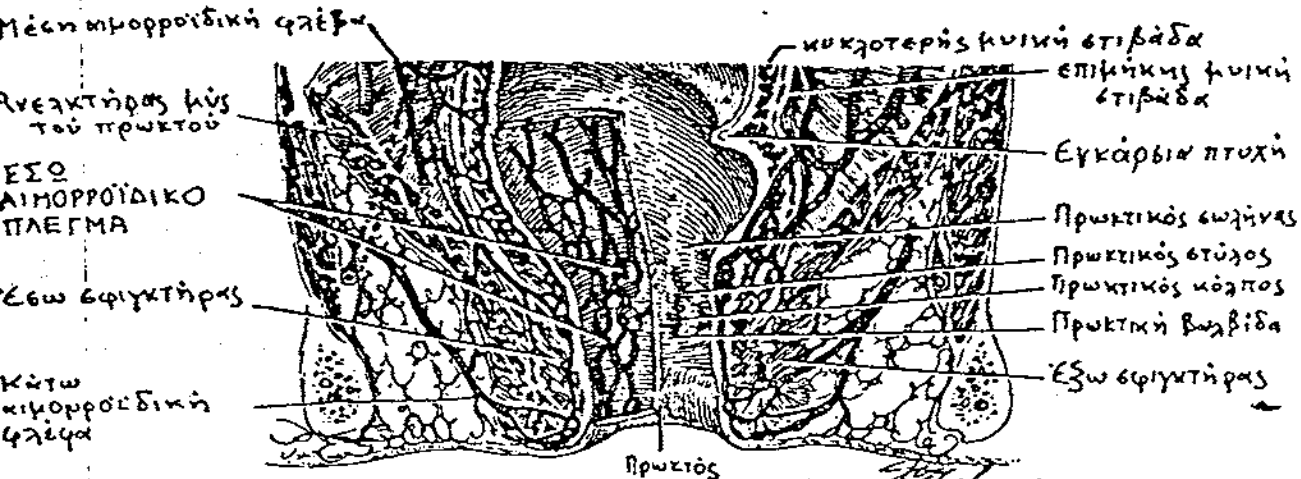
ε) Απευθυσμένο (ή ορθό): Βρίσκεται μέσα στην πύελο και σχεδόν εξ'ολοκλήρου κάτω από το περίτονο πέταλο του περιτοναίου. Προς τα κάτω διευρύνεται και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκηθο. Δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου. Στο κάτω μέρος της κοπροδόχου λήκηθου ο βλεννογόνος εμφανίζει 8-10 επιμήκεις πτυχές τους πρωκτικούς ~~κόλπους~~ (Εικόνα 4).

Στην τελική μοίρα του απευθυσμένου η κυκλοτερής μυϊκή στιβάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφικτήρα του πρωκτού.

Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου



ΤΟ ΑΠΕΥΘΥΣΜΕΝΟ



ΤΟ ΑΙΜΟΡΡΟΪΔΙΚΟ ΠΛΕΓΜΑ

που λέγεται αιμορροϊδικός δακτύλιος.

Αντίστοιχα προς αυτόν τον μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του εντερικού βλεννογόνου ενώνεται με το μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο του δέφματος της πρωκτικής περιοχής.

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου καλύπτεται από κυλινδρικό επιθήλιο που περιέχει πολλά καλυκοειδή κύτταρα. Οι αδένες είναι απλοί, σωληνοειδείς και στο χόριο υπάρχουν πολλά μονήρη λεμφοζίδια.

Αγγείωση

Η αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου ως το μέσο της κοπροδόχου ληκύθου γίνεται από κλάδους της αορτής, που εκφύονται ισοϋψώς προς τα αντίστοιχα τμήματα του σωλήνα κατά τα αρχικά στάδια της εμβρυολογικής του ανάπτυξης (Εικόνα 5). Έτσι ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία (που αρδεύει επίσης το ήπαρ, το πάγκρεας και τον σπλήνα). Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελικώδες έντερο και το παχύ μέχρι και το δεύτερο τριτημόριο του εγκάρσιου κόλου αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τελικά τα ευθέα αγγεία, που φτάνουν στο έντερο.

Το αίμα από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και τη σπληνική φλέβα. Οι δύο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος. Τέλος η πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ.

Νεύρωση

Όλες οι κινήσεις στο γαστρεντερικό σωλήνα, εκτός,
1) από την είσοδο (στοματική κοιλότητα, φάρυγγας και ανώτερη
μοίρα του οισοφάγου) και
2) από την έξοδο (πρωκτικός σφικτήρας),
τελούνται με τη βοήθεια λείων μυϊκών ινών, που σχηματίζουν:
α) Την έξω, επιμήκη μυϊκή στιβάδα, και
β) Την έσω κυκλωτή. Οι δύο αυτές στιβάδες συναποτελούν τον
μυϊκό χιτώνα του σωλήνα. (Ανάμεσα στον βλεννογόνο και τον υ-
ποβλεννογόνο βρίσκεται η βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα που προσδί-
δει κάποια ανεξάρτητη αλλά περιορισμένη κινητικότητα στο βλεν-
νογόνο.

Η νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνα είναι διττή:

1) Εξωγενής από το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα,
και 2) Ενδογενής από νευρικά κύτταρα που σχηματίζουν πλέγματα
και βρίσκονται μέσα στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα.

α) Ανάμεσα στις δύο στιβάδες του μυϊκού χιτώνα βρίσκεται
το μεντερικό νευρικό πλέγμα (του ANERBACH).

β) Ανάμεσα στον υποβλεννογόνιο χιτώνα βρίσκεται το υπο-
βλεννογόνιο νευρικό πλέγμα (του MEISSNER).

Το μεντερικό πλέγμα επηρεάζει κυρίως την κινητικότητα
του γαστρεντερικού σωλήνα ενώ το υποβλεννογόνιο δρα τόσο στην
κινητικότητα όσο και στις εκκρίσεις. Η ακεραιότητα των δύο
πλεγμάτων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των κινήσεων του
σωλήνα, αλλά οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές εισοδοί δεν
είναι αναγκαίες.

Η Κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Η εκούσια κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα περιο-

ρίζεται στην είσοδο στόμα, φάρυγγας, ανώτερη μοίρα του οισοφάγου-και στην έξοδο-πρωκτικός σωλήνας. Στην είσοδο του σωλήνα τελούνται εκουσίως η μάσηση, η αναρρόφηση (θηλασμός) των τροφών και η έναρξη της κατάποσης. Στην έξοδο η εκούσια κινητικότητα αφορά στον έλεγχο του έξω σφικτήρα του πρωκτού και στον σχετικό έλεγχο του αντανακλαστικού της απόδευσης.

Κατά την μάσηση αναπτύσσονται συνήθως δυνάμεις 15-30 N. Η μέγιστη δύναμη που μπορεί να αναπτυχθεί ωστόσο είναι 600 N.

Η κατάποση αρχίζει εκούσια αλλά συνεχίζεται αντανακλαστικά. Μετά την μάσηση η τροφή διαμορφώνεται σε βλωμό που μόλις έλθει σε επαφή με τη βάση της γλώσσας, το οπίσθιο τούχωμα του φάρυγγα ή της παρίσθμιες καμάρες πυροδοτεί το αντανακλαστικό της κατάποσης. Με τις συντονισμένες κινήσεις των μυών του στόματος, του λάρυγγα και του φάρυγγα, ο βλωμός φέρεται προς τον οισοφάγο. Από το σημείο αυτό ο βλωμός προωθείται προς τον στομάχο με ένα κύμα συστολής, του οποίου προηγείται ένα κύμα χάλασης.

Η προώθηση του εντερικού περιεχομένου κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση, γίνεται με τις περισταλτικές κινήσεις. Η περισταση είναι σύνθετη κίνηση του γαστρεντερικού σωλήνα που προκύπτει ως εξής: Η κυκλοτερής στιβάδα συσπάται και δημιουργεί μία περίσφιξη. Αυτή η σύσπαση μεταδίδεται σαν κύμα κατά την κεφαλουραία κατεύθυνση. Ταυτόχρονα με την σύσπαση των κυκλοτερών μυϊκών ινών συστέλλονται οι επιμήκεις μυϊκές ίνες που βρίσκονται ουραίως της περίσφιξης. Έτσι το τούχωμα του εντέρου γλιστράει γύρω από το περιεχόμενο, το οποίο προωθείται μιάς και η περίσφιξη το εμποδίζει να παλινδρομήσει. Ας σημειωθεί ότι η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα μολο-

νότι είναι αυτόχθονη ρυθμίζεται και τροποποιείται τόσο από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όσο και από ορμόνες του εντεροενδοκρινικού συστήματος

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Β'

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής:

1. Απορρόφηση: Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου, με περιεκτικότητα 90% σε νερό εισέρχονται καθημερινώς στο τυφλό. Το υλικό αυτό κατά τη διέλευση 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 παχύ έντερο έτσι ώστε ενώ οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5 MEG Na, οι ανάγκες ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή να ανέρχονται σε 80-100 MEG Na προκειμένου να καλυφθούν οι απώλειες νατρίου από την ειλεοστομία. Αντίθετα τα διττανθρακικά και κυρίως το κάλιο με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη, έτσι ώστε ασθενείς με διάρροιες, όπως π.χ. στην ελκώδη κολίτιδα ή στο λαχνωτό αδένωμα να εμφανίζουν υποκαλιαιμία.

2. Αποθήκευση: Τα κόπρανα προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται αφόδευση.

3. Κινητικότητα και αφόδευση: Η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται με την αλληλεπίδραση χολινεργικών, αδρενεργικών, πεπτιδεργικών νευρώνων και γαστρεντερικών ορμονών και εκδηλώνεται με τρεις τρόπους: δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο δεξιό κόλο, κινούμενες κεφαλικά (αντίστροφος περισταλτισμός) τμηματικές συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν συγχρόνως σε διαφορετικές τυχαίες θέσεις και έντονες δα-

κτυλιοειδείς συσπάσεις κυρίως στο δεξιό κόλο, κινούμενες κεφαλικά (αντίστροφος περισταλιτισμός) τμηματικές συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν, συγχρόνως σε διαφορετικές τυχαίες θέσεις και έντονες δακτυλιοειδείς συσπάσεις, κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν κινούμενες προς την περιφέρεια σε μεγάλες αποστάσεις. Οι τελευταίες αυτές συσπάσεις συμβαίνουν συνήθως μόνο λίγες φορές ημερησίως και είναι αυτές που βάζουν σε λειτουργία το μηχανισμό της απόδευσης. Η έναρξη των συσπάσεων αυτών διευκολύνεται με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του. Όταν τα κόπρανα φθάνουν στο όρθο, τούτο διατείνεται. Η διάταση αυτή στη συνέχεια προκαλεί αντανεκλαστικές συσπάσεις του παχέος εντέρου. Η σύγχρονη σύσπαση των κοιλιακών μυών, ο χειρισμός VALSALVA και η χαλάρωση του σφικτήρα του δακτυλίου, έχουν ως αποτέλεσμα την απόδευση.

Η συχνότητα της απόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες. Αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου επιβάλλουν τον έλεγχο για οργανικές παθήσεις. Πάντως στον όρο «δυσκοιλιότητα» δίνεται διαφορετική έννοια από τα διάφορα άτομα και μπορεί να αναφέρεται στη συχνότητα των κενώσεων στη σκληρή σύσταση των κοπράνων ή στη δυσκολία αποβολής των κοπράνων.

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο στο έμβρυο 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.

Πάνω από 90% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια με υπεροχή του *BACTEROIDES FRAGILLIS*, αλλά αναερόβια είναι ο *LACTOBACILLUS FIBIDUS*, κλωστηρίδια και κόκκοι διαφόρων τύπων. Τα αερόβια βακτηρίδια είναι κυρίως τα κολοβακτηρίδια και οι εντερόκοκκοι (*STREPTOCOCCUS FAESALIS*). Η χλωρίδα του παχέος εντέρου συμμετέχει σε πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα, ενώ η οσμή οφείλεται στις άμινες ινδόλη και σκατόλη που παράγονται επίσης από βακτηριακή δράση. Αποδεσμεύουν επίσης τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν τα εντερικά αέρια μεταξύ των οποίων και το μεθάνιο. Το αέριο αυτό παράγεται μόνο στο 1/3 περίπου του πληθυσμού και δεδομένου ότι είναι εύφλεκτο, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή όταν στα άτομα αυτά γίνουν χειρισμοί στον αυλό του εντέρου με θερμοκαυστήρα για τον κίνδυνο ανάφλεξης. Με τη βακτηριδιακή απομίνωση και τη δράση της ουρεάσης στο παχύ έντερο παράγεται επίσης το 70% της αμμωνίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Η απορρόφηση της αμμωνίας από το παχύ έντερο εξαρτάται από το pH και αυξάνεται επί αυξημένου pH. Αυτό εξηγεί την ενεργητική δράση της λακτουλόζης σε κίρρωτικούς ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια. Ο δι-σακχαρίτης αυτός φτάνει στο κόλο όπου με τη δράση των βακτηριδίων διασπάται σε οξέα τα οποία ελαττώνουν το pH κι έτσι παρεμποδίζεται η απορρόφηση της αμμωνίας, τα βακτηρίδια του εντέρου συμμετέχουν επίσης στην 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.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Γ'

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχ-
νός σπλαγχνικός καρκίνος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στη Μεγάλη Β
Βρετανία και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών
καρκίνων δηλαδή του πνεύματος, στομάχου και μαστού.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία ελαφρά μείωση
της συχνότητάς του και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες σε σχέση με
τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του ορθού η σχέση αν-
δρών προς γυναίκες είναι 1,1:1

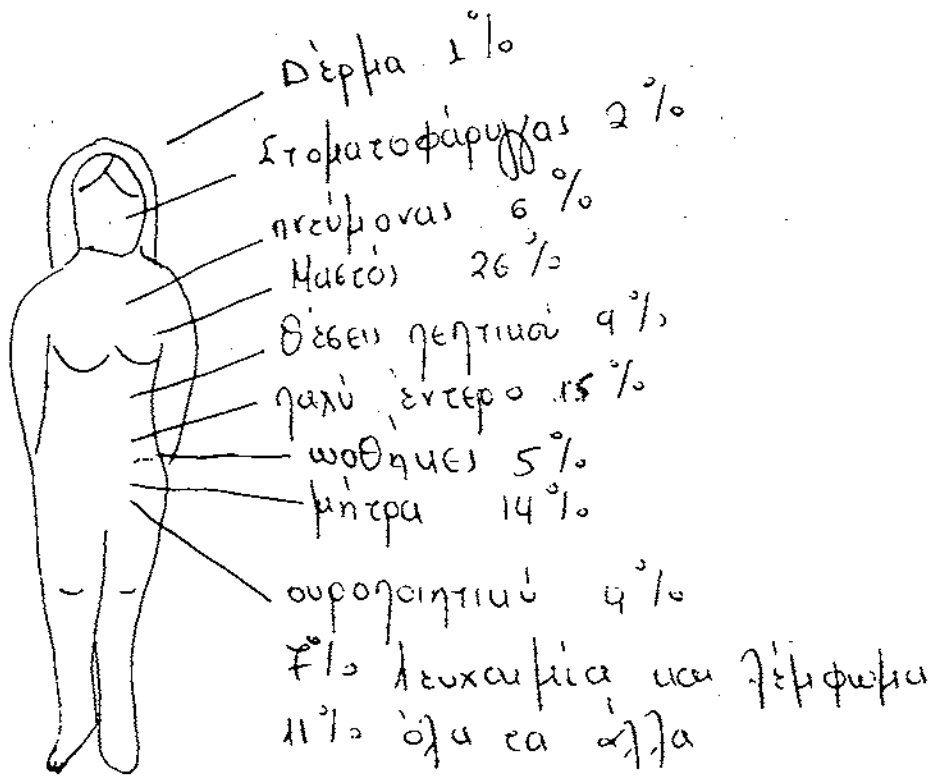
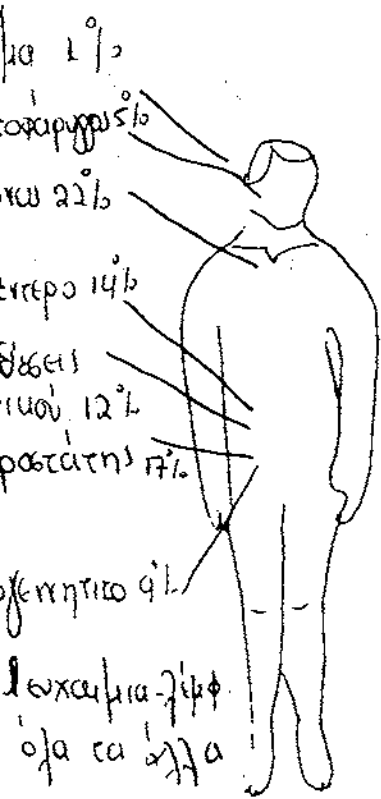
Είναι νόσος κυρίως των ενηλίκων με τη μεγαλύτερη συχνό-
τητα κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8% η νό-
σος εμφανίζεται προ της ηλικίας των 40 ετών και σε ένα μικρό
ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών ιδιαίτερα
όταν αυτά πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση. (Εικόνα 6).

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

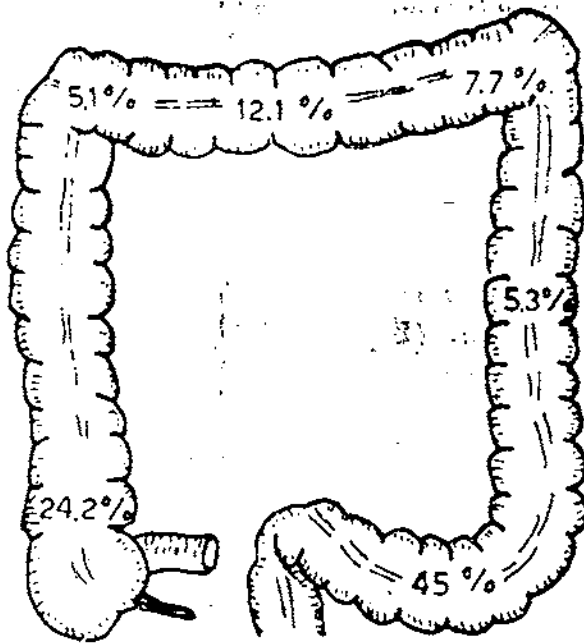
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος αναπτύσσεται στο κυλινδρικό επιθήλιο του
βλεννογόνου του εντέρου και μακροσκοπικώς διακρίνουμε πέντε
μορφές:

1. Υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδή μορφή εντοπιζόμενη συ-
χνότερα στο δεξιό ήμισυ του παχέος εντέρου. Ο όγκος είναι συ-



6. Εξηγήτωση του παρήκων αναφοριμὰ με την εντόπιση και το φύλλο.



7. Συχνότης εντοπίσεως του καρκινώματος εις τὰ διάφορα τμήματα του παχέος εντέρου.

ΕΙΚ 7

νήθως καλώς διαφοροποιημένος και χαμηλή κακοήθειας λόγω όμως της μορφής του όγκου και του υδαρούς περιεχομένου του δεξιού κόλου τα στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια και η διάγνωση βραδύνει.

2. Την ελκωτική μορφή, η οποία είναι και η κακοηθεστέρα. Το έλκος εμφανίζει τους τυπικούς χαρακτήρες της κακοήθειας, σκληρά βάση, επηρμένα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή είναι δυνατό να οδηγήσει σε στένωση του αυλού.

3. Τον σπίρρον καρκίνωμα, του οποίου η κακοήθεια κατατάσσεται μεταξύ των δύο προηγούμενων μορφών. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό κόλο και προκαλεί δακτυλιοειδή και πλώμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.

4. Την διληθητική μορφή, κατά την οποία παρατηρείται διάχυτος πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, άνευ διληθήσεως του βλενογόνου. Η μορφή αυτή, δυνατό να συνυπάρχει μαζί με μία προηγούμενη.

5. Το κολλοειδές καρκίνωμα, το οποίο οφείλεται σε βλενώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος είναι συνήθως μεγάλος και προβάλλει εντός του αυλού του εντέρου.

ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Άνω του 1/3 των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζεται στο ορθό. Οι υπόλοιποι σχεδόν το μισό αναπτύσσεται στο σιγμοειδές ενώ το άλλο μισό κατανέμεται στις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου. (Εικόνα 7).

ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους εξής

τρόπους: Με άμεση επέκταση κατά συνέχεια ιστών, λεμφογενώς, αιματογενώς, με διασπορά καρκινικών κυττάρων που αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστών σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο όλων των χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι του ορογόνου. Έτσι όλα τα ενδοπεριτοναϊκά και οπισθοπεριτοναϊκά όργανα καθώς και τα όργανα της ελάσσονος πυέλου είναι δυνατόν να διηθηθούν από τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Η διήθηση του περινευρικού χώρου επιτρέπει την εξάπλωση του καρκίνου κατά μήκος των νεύρων του παχέος εντέρου. Το εύρημα αυτό συνοδεύεται από υψηλό ποσοστό τοπικής υποτροπής και έχει κακή πρόγνωση. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι κάποιου βαθμού γίνεται και κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου και κυρίως στον υποβλεννογόνιο χιτώνα. Η διήθηση αυτή επεκτείνονται περίπου 4 εκατοστά περιφερικά και 7 εκατοστά κεντρικά από τα μακροσκοπικά όρια του όγκου.

Η διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων είναι ο συχνότερος τρόπος μετάστασης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Όταν η καρκινική διήθηση έχει ξεπεράσει τα όρια του εντερικού τοιχώματος, τότε οι επιχώριοι αδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90% ενώ, όταν ακόμη περιορίζεται μόνο στο εντερικό τοίχωμα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου 45%. Η έκταση της διήθησης των λεμφαδένων δεν έχει σχέση με το μέγεθος του όγκου, έχει όμως σχέση με το βαθμό της διαφοροποίησης του όγκου δηλαδή όσο περισσότερο αδιαφοροποίητος είναι ο καρκίνος τόσο πιο πιθανές είναι οι μεταστάσεις στους αδένες. Η διήθηση των λεμφαδένων δεν ακολουθεί πάντα την ανατομική τους σειρά έτσι ώστε μεταξύ π:-

ριοχών με διηθημένους αδένες να παρεμβάλλονται περιοχές με μη διηθημένους αδένες.

Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μία ριζική θεραπευτική εγχείρηση επιβάλλει την έκτομή μεγάλου τμήματος εντέρου μαζί με το αντίστοιχο μεσεντέριο και λιγότερο η ενδοτοιχωματική επέκταση του καρκίνου που αναφέρθηκε προηγουμένως. Η ανεύρεση παλίνδρομης διήθησης των λεμφαδένων αποτελεί πολύ κακό προγνωστικό σημείο και οφείλεται σε παλίνδρομη ροή της λέμφου επειδή έχει αποφραχθεί η φυσιολογική οδός της λεμφικής αποχέτευσης από τα καρκινικά κύτταρα.

Αιματογενείς μεταστάσεις συμβαίνουν όταν ο όγκος διηθήσει τις φλέβες του μεσοκόλου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ μέσω της πυλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερο συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα οστά. Τα καρκινικά κύτταρα φθάνουν εκεί, είτε αφού διέλθουν δια του ήπατος είτε δια της κάτω κοίλης φλέβας μετά από διήθηση των σφυϊκών, σπονδυλικών ή άλλων συστηματικών φλεβών.

Διήθηση του τοιχώματος των φλεβών παρατηρείται σε ποσοστό 15-35% των περιπτώσεων άσχετα εάν έχουν εμφανιστεί ή όχι απομεμακρυσμένες μεταστάσεις. Προσπάθεια περιορισμού της αιματογενούς διασποράς κατά την διάρκεια της εγχείρησης γίνεται με την απολίνωση των μεγάλων φλεβικών κλάδων του μεσεντερίου προτού ακόμα αρχίσουν οι χειρισμοί για την κινητοποίηση του πάσχοντος εντερικού τμήματος. Όταν ο καρκίνος διηθήσει και τον ορογόνο χιτώνα τότε καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν να αποπέσουν και να εμφυτευθούν οπουδήποτε μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Με τον ίδιο τρόπο μεταστάσεις εμφανίζονται και στις ωοθήκες σε ποσοστό 3-4%, αναπτυσσόμενων των όγκων του <<KRUKENDERG>>

όπως και στην καρκίνο του στομάχου. Για το λόγο αυτό πολλοί υποστηρίζουν ότι η αμφοτερόπλευρη ωθηκτικτομή θα πρέπει να συμπληρώνει μία εγχείρηση κολεκτομής για καρκίνο του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε γυναίκες της μετακλιμακτηριακής περιόδου.

Με τον ίδιο μηχανισμό, καρκινικά κύτταρα που αποφοιτούν μέσα στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εμφυτευθούν σε περισσότερα σημεία του εντερικού βλεννογόνου· αυτό όμως είναι πάρα πολύ σπάνιο. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση τοπικής υποτροπής του καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης οφειλόμενη σε εμφύτευση κυττάρων που διαφεύγουν από τους χειρισμούς της εγχείρησης και παρά το γεγονός ότι η εκτομή του εντέρου είχε πάνω σε υγιείς ιστούς.

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου

Σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά DUKES η οποία βασίζεται στην τοπική έκταση της νόσου και στην παρουσία διηθημένων λεμφαδένων και φαίνεται ότι σχετίζεται αρκετά καλά με την πρόγνωση της νόσου. Η ταξινόμηση αυτή προτάθηκε αρχικά από τον DUKES για τον καρκίνο του ορθού, αποδείχθηκε όμως ότι είναι εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου. Η επικρατέστερη σήμερα ταξινόμηση κατά DUKES είναι:

Στάδιο Α ο όγκος περιορίζεται εντός του εντερικού τοιχώματος.

Στάδιο Β ανήκουν οι όγκοι οι οποίοι έχουν διηθήσει όλο το τοίχωμα του εντέρου και κατ'επέκταση τους περιφερειακούς ιστούς, χωρίς γαγγλιακές μεταστάσεις.

Τέλος στο στάδιο Γ κατατάσσονται οι όγκοι, οι οποίοι εμφανίζουν λεμφαδενικές μεταστάσεις.

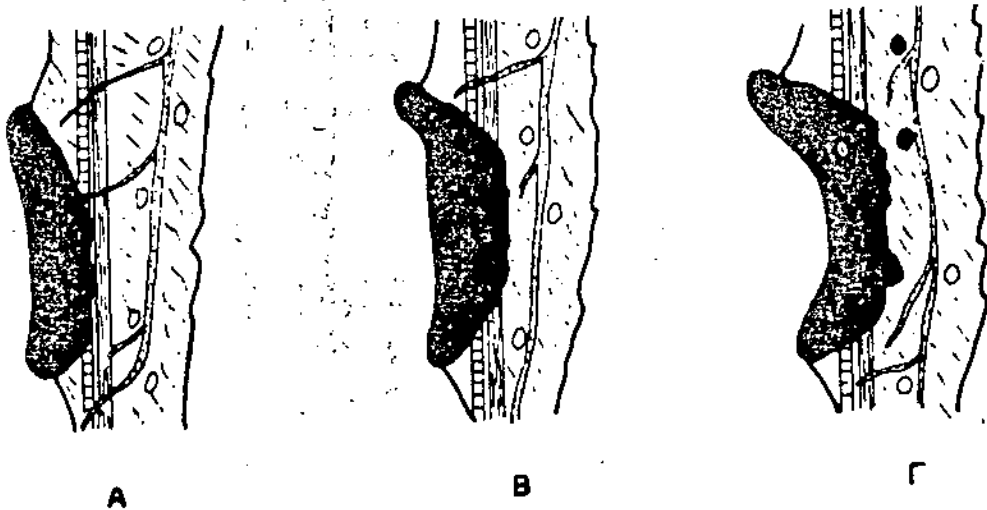
Η διαίρεση αυτή στα στάδια καρκινωμάτων του παχέος εντέρου όπως και ο καθορισμός του ιστολογικού βαθμού κακοήθειας έχουν σημασία για την μετεγχειρητική πρόγνωση των ασθενών. (Εικόνα 8).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση στον καρκίνο του παχέος εντέρου για τα στάδια A και B είναι καλή. Επειδή όμως ένα μεγάλο ποσοστό αρρώστων βρίσκονται στο στάδιο DUKES C η συνολική πενταετής επιβίωση για εγχειρήσεις λάσεως κυμαίνεται γύρω στα 60%. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σ'ένα 10% των περιπτώσεων, ο όγκος δεν είναι εξαιρέσιμος και σ'ένα 20% διαπιστώνονται ηπατικές μεταστάσεις. Έτσι εάν συμπεριλάβει κανείς τους αρρώστους όλων των σταδίων η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στα 40%. Η πρόγνωση επίσης επηρεάζεται αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών (απόφραξη ή διάτρηση). Άλλοι παράγοντες είναι ο βαθμός διαφοροποίησεως των κυττάρων κατά BRODER η ανεύρεση των αιμοφόρων αγγείων και πέριξ των νεύρων. Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με C.E.A., αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπία της νόσου πρέπει να χειρουργούνται εκ νέου (SECOND LOOK). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβιώσεως και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς./

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση του καρκίνου του ορθού και ίσως και της ορθοσιγμοειδικής καμπής γίνεται κυρίως με τη δακτυλική εξέταση

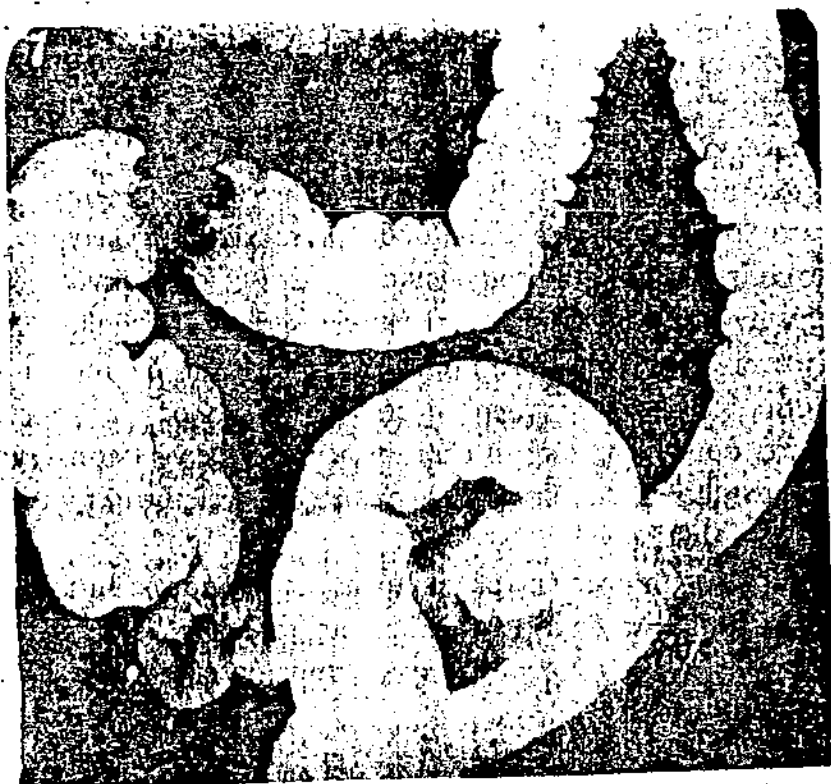


Στάδια νεοπλασματικής διηθήσεως του τοιχώματος του παχέος έντέρου
(κατάταξις κατά Dukes).

Εικ 8

και τη σιγμοειδοσκόπηση.

Ο βαριούχος υποκλυσμός εξακολουθεί να αποτελεί το κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του υπόλοιπου παχέος εντέρου. Σκιερό, ανάγλυφο εικμαγείο, ξεμύσηση αέρα, έκπτυξη του εντέρου και απεικόνιση όλων των περιοχών του είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα για τις περιοχές του τυφλού, σπληνικής καμπής και όταν υπάρχει μακρύ σιγμοειδές όπου συχνά παρουσιάζονται ασαφείς ελλειμματικές εικόνες. Ο βαριούχος υποκλυσμός είναι απαραίτητος και στις περιπτώσεις που είναι καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με τη σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν τυχόν σύγχρονοι καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντρικότερα σημεία. Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι «έλλειμα στη σκιαγράφηση» το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του «φαγωμένου μήλου» ή του «δακτυλίου» της πετσέτας του φαγητού». (Εικόνα 9).



Εικ. 9. Βαριούχος υποκλυσμός: έλλειμα σκιαγραφήσεως όφειλόμενον εις καρκίνωμα της δεξιής κολικής καμπής.

Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως σχετικά προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, μόνιμο σπασμό, κακή προετοιμασία του εντέρου σε κακή έκπτυξη και απεικόνιση των περιοχών που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπως και στις περιπτώσεις που ακτινολογικά ευρήματα είναι μεν αρνητικά υπάρχει απολυτή ένδειξη για κολονοσκόπηση με την οποία εκτός από την άμεση εξέταση, είναι δυνατή η λήψη βιοψιών ή εκπλυμάτων για κυτταρολογική εξέταση. Η ιστολογική διάγνωση προεγχειρητικά, εφόσον είναι δυνατή, είναι απαραίτητη για το σχεδιασμό της χειρουργικής θεραπείας. Υπάρχει αντένδειξη στη χορήγηση βαρίου από το στόμα, όταν υπάρχει υποψία καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου, γιατί μπορεί να προκαλέσει οξεία εντερική απόφραξη.

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 παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία από τον έλεγχο αυτό θα βοηθήσουν το χειρουργό να αποφύγει ιατρογενείς κακώσεις των οργάνων αυτών ή να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένη εγχείρηση.

Το σπινθηρογράφημα του ήπατος χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων. Η ακρίβεια του είναι περίπου 60% στο 20% των περιπτώσεων δίνει ψευδώς θετικά και στο άλλο 20% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Γι' αυτό και δεν παίζει σήμερα σημαντικό ρόλο στην μελέτη των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου.

Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμάτων (αναιμίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, υπολευκωματαιμίας, υποπροθρομβιναιμίας, καρδιαναπνευστικής ανεπάρκειας) προκειμένου να προετοιμασθεί ο ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.

Η ηπατική βιολογία σπάνια είναι επηρεασμένη έστω και αν υπάρχουν ηπατικές μεταστάσεις.

Το καρκινο-εμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι μία γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινωματοδών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου.

Επί αυξήσεως των κυττάρων αυτών, αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο. Η αύξηση όμως του CEA δεν είναι ειδική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, διότι έχει παρατηρηθεί αύξηση του CEA ακόμα και σε καλοήθεις παθήσεις.

Το C.E.A. όμως παρ'όλο που δεν είναι διαγνωστικό είναι σημαντικός προγνωστικός παράγων. Εάν δηλαδή μετά από μία θεωρούμενη ριζική εγχείρηση το CEA παραμένει υψηλό η πρόγνωση είναι πολύ κακή. Επίσης εάν μετεγχειρητικώς το CEA πέσει και μετά από καιρό ανιχνεύεται σε υψηλές συγκεντρώσεις δείχνει ότι πρέπει να υπάρχει υποτροπή της νόσου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μία εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη θα δώσει τη λύση. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλιάς και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα. Κάθε ασθενής ο οποίος αναφέρει αποβολή αίματος από το ορθό θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλικά, ενδοσκοπικά και ακτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου έστω και αν υπάρχουν αιμορροΐδες οτιδήποτε προφανώς αιμορραγούν.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολπωματίτιδα όχι μόνο προεγχειρητικά αλλά και κατά την διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας. Η κολονοσκόπηση και βιοψία προεγχειρητικά δίνουν συνήθως την λύση.

Άλλες παθήσεις του κόλου όπως ελκώδης κολίτιδα ή νόσος του GROHN, η ισχαιμική κολίτιδα και η αμοιβάδωση συνήθως εύκολα διαφοροδιαγνώσκονται από τον καρκίνο με τη σιγμοειδοσκόπηση, το βαριούχο υποκλυσμό και την κολονοσκόπηση, αν αυτή κριθεί απαραίτητη. Η διάγνωση των λειτουργικών παθήσεων του παχέος εντέρου (π.χ. ευερέθιστο κόλο, σπασμός) θα πρέπει να τίθεται μόνο αφού προηγουμένως αποκλεισθούν οργανικές παθήσεις και ιδιαίτερα ο καρκίνος.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Είναι βέβαια γνωστό ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου αναπτύσσεται σε άτομα με οικογενή πολυποδίαση, σύνδρομο GARDNER λαχνωτούς πολύποδες και χρόνια ελκώδη κολίτιδα.

Γενετικοί παράγοντες ίσως ενοχοποιούνται χωρίς όμως να υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου. Άλλος αιτιολογικός παράγοντας φαίνεται ότι είναι η δίαιτα πλούσια σε ζωϊκά λευκώματα και λίπη και φτωχή σε φυτικές τροφές.

Ο μηχανισμός με τον οποίο η δίαιτα επιδρά στην καρκινογένεση ευρίσκεται στο ερευνητικό πεδίο. Φαίνεται όμως ότι τα αναερόβια βακτηρίδια βρίσκονται σε υψηλές συγκεντρώσεις σε άτομα που τρέφονται με ζωϊκά λευκώματα και λίπη. Τα μικρόβια αυτά έχουν υψηλές συγκεντρώσεις του ενζύμου 7α-δενδρογενάση, το οποίο διασπά τα χολικά οξέα και σχηματίζει προδρόμους καρκινογενετικούς παράγοντες. Άλλος μηχανισμός είναι η μετατροπή προσληφθέντων προκαρκινογόνων σε καρκινογόνα με την επίδραση των ενζύμων των μικροβίων όπως β-γλυκουρονιδάση, αζωτοαναγωγήση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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

Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 620 ημέρες, πράγμα που σημαίνει ότι πολλά χρόνια σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορεί να έχουν προηγηθεί προτού φθάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα.

Τα συμπτώματα ποικίλουν αναλόγως της εντοπίσεως του όγκου (δεξιό-αριστερό κόλο-ορθό) και του μεγέθους αυτού.

Συμπτώματα από το δεξιό κόλο

Οι όγκοι εντοπίζονται κυρίως στο τυφλό ανιόν και είναι εξωφυτικού τύπου (ανθοκραμβοειδείς). Υφίστανται την επίδραση των υγρών του ειλεού και των χολικών οξέων. Τα συμπτώματα κα-

τά συχνότητα είναι :

- 1.Αναιμία - απώλεια δυνάμεων
- 2.Δυσπεπτικά ενοχλήματα του τύπου της χόλοκυσποπάθειας ή ελκοπάθειας.
- 3.Διαταραχή των κενώσεων με διάρροιες και στοιχεία αίματος.
- 4.Πυρετός. Λόγω απορροφουμένων και μη εξουδετερουμένων στο ήπαρ τοξικών ουσιών.

Συμπτώματα από το αριστερό κόλο

Το καρκίνωμα είναι κυρίως διηθητικού τύπου, επιμήκως και κυκλοτερώς, με συνέπεια την προοδευτική απόφραξη του αυλού του εντέρου. Λόγω του στενωμένου αυλού και της ημιστερεάς συστάσεως των κοπράνων τα συμπτώματα είναι κυρίως αποφρακτικού τύπου.

- 1.Κωλικοειδή άλγη - Φουσκώματα - Δυσφορία στην αριστερή πλευρά κοιλία.
- 2.Διαταραχή των κενώσεων. Δυσκοιλιότης με κατά περιόδους μικρές πολλές κενώσεις.
- 3.Αίμα στις κενώσεις. Γραμμώσεις κόκκινου αίματος επί και μεταξύ των κοπράνων.
- 4.Η αναιμία είναι σπανία και η ψηλαφητή μάζα ακόμη σπανιότερο εύρημα.

Το κόστος εφαρμογής διαφόρων ανιχνευτικών TEST στο γενικό πληθυσμό δεν δικαιολόγησε την ωφελιμότητα και γι' αυτό έχουν εγκαταλειφθεί. Συνιστώνται όμως με έμφαση σε διάφορες κατηγορίες ατόμων υψηλού κινδύνου όπως: 1) άτομα άνω των 40 ετών, 2) με οικογενές ιστορικό νεοπλασίας ή πολυποδιάσεως. 3) Ατομικό ιστορικό πολυποδιάσεως, 4) Ιστορικό ελκώδους κολίτιδος-Κοκκιωματώδους κολίτιδος, 5) Ιστορικό νεοπλασίας, εσωγεννητικών οργάνων.

Στα άτομα αυτά πρέπει να γίνονται περιοδικές εξετάσεις και η ευαισθησία του κλινικού γιατρού θα πρέπει να είναι τέτοιου βαθμού που σε άτομο άνω των 40 ετών που είναι στην ομάδα υψηλού κινδύνου και παρουσιάζει διαταραχές του πεπτικού να βάσει διάγνωση νεοπλασίας του εντέρου και να κάνει όλες τις εξετάσεις για να αποδείξει το αντίθετο.

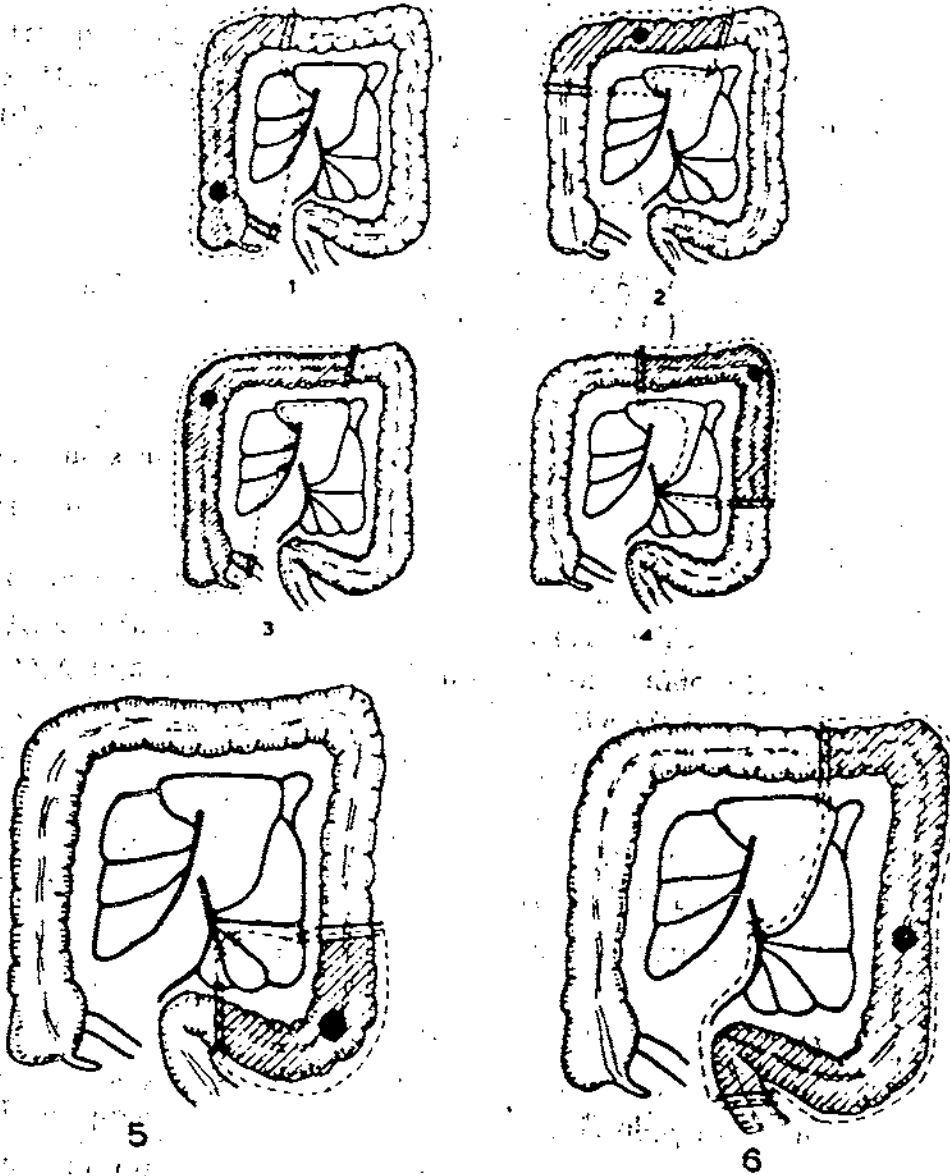
Σε ένα ποσοστό (10-25%) ο καρκίνος εκδηλώνεται απότομα με μία από τις επιπλοκές α) Αιμορραγία, β) Διάτρηση, γ) Απόφραξη χωρίς προηγούμενη συμπτωματολογία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αφού προηγουμένως ο ασθενής μελετηθεί πλήρως και προετοιμασθεί από πλευράς αιματοκρίτη, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, αντισηψίας του εντέρου, καρδιοαναπνευστικού συστήματος ακολουθεί η εγχείρηση. Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι χειρουργική. Αυτή περιλαμβάνει την εκτομή του τμήματος του παχέος που περιέχει τον καρκίνο με τα αιμοφόρα αγγεία και λεμφογάγγλια της περιοχής. Αυτές θεωρούνται εγχειρήσεις λάσεως. Ακόμη όμως και σε περίπτωση μεταστάσεως στο ήπαρ, η εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας (παρηγορητική εγχείρηση) πρέπει να γίνεται διότι:

α) Υπάρχει η άποψη ότι η πρόοδος των μεταστάσεων αναστέλλεται ή επιβραδύνεται και β) αποφεύγονται οι επιπλοκές μετά την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας. (Εικόνα 10).

Εκτός από την χειρουργική θεραπεία για τους καρκίνους του ορθού ή και του ορθοσιγμοειδούς έχει αποδειχθεί ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία βελτιώνουν την πενταετή επιβίωση και τα μεσοδιαστήματα υποτροπών.



Εικ. 10 . Είδη κολεκτομής, ανάλογως της έντοπίσεως του όγκου.

Ακτινοθεραπεία - Ανοσοθεραπεία - Χημειοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία είναι κλάδος της ογκολογίας, αφού συνήθως εφαρμόζεται στην αντιμετώπιση κακοήθων όγκων. Οι ακτινοβολίες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά είναι οι ακτίνες Χ, οι ακτίνες γ, τα ηλεκτρόνια και οι ακτίνες β. Όλες οι ακτινοβολίες έχουν την κοινή ιδιότητα να προκαλούν ιονισμό μέσα στους ιστούς. Τα πλεονεκτήματα της ακτινοβολίας υψηλής ενέργειας είναι: 1)σεβασμός στο δέρμα, 2)μικρότερη απορρόφηση από τα οστά, 3)μειωμένη απορρόφηση ενέργειας από τους υγιείς ιστούς και 4)βαθύτερη εισχώρηση.

Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται μόνη της ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία προ ή μετεγχειρητικά. Με την ακτινοβολία αποστειρώνεται η περιφέρεια του όγκου και στη συνέχεια αφαιρείται χειρουργικά το λιγότερο ακτινοευαίσθητο κεντρικό μέρος του όγκου μαζί με τις πιθανές προεκτάσεις του σε οστά ή χόνδρους.

Με την προεγχειρητική ακτινοβολία μειώνεται ο κίνδυνος εμφύτευσης ή διασποράς ζωντανών καρκινικών κυττάρων που γίνονται με τους χειρισμούς της εγχείρησης.

Ανοσοθεραπεία

Η ανοσοθεραπεία ακόμα και σήμερα βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο παρ' το γεγονός ότι από αρκετά χρόνια έχει εφαρμοστεί στην κλινική πράξη.

Στον άνθρωπο έχει διαπιστωθεί η παρουσία τριών αντιγόνων τα οποία συνοδεύουν τον καρκίνο, το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA), η α-εμβρυϊκή σφαιρίνη (ΑΕΡ) και η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη. Γι' αυτά τρία αντιγόνα έχουν αναπτυχθεί αντισώματα τα οποία σήμερα χρησιμοποιούνται για την παρακο-

λούθηση των ασθενών. Ένας από τους επόμενους στόχους της έρευνας είναι να καθορίσει αν τα αντισώματα για αυτά τα αντιγόνα ή και για άλλα μπορούν να χρησιμοποιηθούν όχι μόνο για την παρακολούθηση αλλά για την διάγνωση και θεραπεία των ασθενών που εμφανίζουν τα αντίστοιχα νεοπλάσματα.

Χημειοθεραπεία

Ο βασικός στόχος της χημειοθεραπείας του καρκίνου είναι η ανεύρεση φαρμάκων τα οποία είναι τοξικά για τα καρκινικά κύτταρα και συγχρόνως δεν βλάπτουν τους φυσιολογικούς ιστούς.

Υπάρχουν δύο μορφές θεραπείας: 1) Με φάρμακα που προσβάλλουν μόνο τα κύτταρα που βρίσκονται σε ενεργό φάση μίτωσης και 2) Με φάρμακα που καταστρέφουν και φυσιολογικά και καρκινικά κύτταρα άσχετα με τη φάση μίτωσης.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές που δημιουργεί ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι: 1) Εντερική απόφραξη, 2) Διάρροση εντέρου και 3) Η αιμορραγία. Η αντιμετώπιση και των τριών περιπτώσεων είναι χειρουργική. Αν η βλάβη εντοπίζεται στο αριστερό κόλο γίνεται εκτομή χωρίς όμως αναστόμωση. Το κεντρικό κολόβωμα του κόλου εξωτερικεύεται σαν προσωρινή κολοστομία και το περιφερικό ή εξωτερικεύεται σαν βλεννώδες συρίγγιο ή κλείνεται. Σε βαριά πάσχοντες ασθενείς γίνεται είτε κεντρική κολοστομία είτε απλές πρακαμπτήριες αναστομώσεις.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ο Δ '

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

A. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Για κάθε προγραμματισμένη ή πιθανολογούμενη εγχείρηση στο παχύ έτερο είναι απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται: 1)στη φυσική και 2)ψυχική.

1. Κατά την φυσική προεγχειρητική ετοιμασία ο ασθενής τρέφεται με πλούσια σε θερμίδες τροφή και φτωχή σε κυτταρίνη. Γίνεται μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλυσμούς ο οποίος θεωρείται ο καλύτερος τρόπος. Όμως στα νεώτερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανικός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών (DULCOLAX) ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρτικών (θειϊκό μαγνήσιο) P.O.S.. Αρχίζει αντιβίωση. Συνήθως χορηγείται νεομυκίνη ή γενταμυκίνη για τα αερόβια μικρόβια και ερυθρομυκίνη ή μετρονιδαζόλη για τα αναερόβια. Παίρνει POS ή με την μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου.

2. Η ψυχολογική προετοιμασία περιλαμβάνει:

α) Ενημέρωση του ασθενούς από τον ιατρό και την αδελφή περί του τι πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό της αποδοχής της <<παρά φύσιν έδρας>>.

Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή κολοστομία η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι η νοσηλεύτρια άνετα εξηγεί σε αυτόν το είδος επεμβάσεως και της προσωρινής του αναπηρίας.

Ο ασθενής όμως που θα υποστεί μόνιμη κολοστομία χρειά-

ζεται την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του, χρειάζεται συμπαράσταση, ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ηθικού του.

Βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό και η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση γι' αυτόν, είναι η επίσκεψη ενός ατόμου που έχει μόνιμη κολοστομία και την οποία έχει αποδεχτεί και ζει και εργάζεται φυσιολογικά.

B. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο χειρουργημένος ασθενής μετά το τέλος της εγχείρησης μεταφέρεται στον θάλαμο του με μεγάλη προσοχή. Ο ασθενής βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Γίνεται λήψη των ζωτικών σημείων και παρακολουθεί η νοσηλεύτρια συνεχώς τις γάζες του τραύματος για διαπίστωση αιμορραγίας καθώς και την διανοητική και ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Τοποθετείται σε υπτία θέση χωρίς μαξιλάρι, με το κεφάλι στο πλάϊ, για τη διευκόλυνση αποβολής της εκκρίσεως της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών.

Ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα τα δύο πρώτα 24ωρα, 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, και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικά. Το LEVIN αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών εφ' όσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά.

Ο ασθενής συνήθως που φέρει μόνιμη κολοστομία υποφέρει από τους πόνους, γι' αυτό του χορηγούμε παυσίπονα και προσπαθούμε να του αλλάζουμε συνεχώς θέση στο κρεβάτι και τοποθετή-

ση αεροθαλάμου στην έδρα του. Επίσης ο ασθενής φέρει καθετήρα και γίνεται ακριβής μέτρηση των ούρων, ενώ παρακολουθείται ο καθετήρας για πρόληψη απόφραξης του και μόλυνσης της κύστης.

Η έγκαιρη διέγερση του ασθενή από το κρεβάτι επιταχύνει την επούλωση του τραύματος, μειώνει τον μετεγχειρητικό πόνο και γενικά οδηγεί στην γρήγορη ανάρρωση του ασθενή.

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της <<παρά-φύσιν έδρας>>.

Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, λόγω του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέος εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της <<παρά φύσιν έδρας>> γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Προφυλάσσεται το γύρω από την <<παρά φύσιν έδρα>> δέρμα προς αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής ή STOMAHENSIVE. Την ώρα την αλλαγής προστατεύεται ο ασθενής από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και την απομάκρυνση επισκεπτών από το θάλαμο.

Πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί οι οποίοι δείχνουν δυσαρέσκεια της αδελφής για το είδος της εκτελούμενης εργασίας. Η <<παρά φύσιν έδρα>> αλλάσσεται όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού.

Για την αλλαγή χρησιμοποιείται δίσκος που περιέχει χάρτινες σακκούλες, κρέμα προστατευτική του δέρματος ή STOMAHENSIVE αιθέρα, φυσιολογικό ορό, τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, νεφροειδές, ζώνη κοιλίας ή κολοπλάστ και SET με δύο λαβίδες, γάζες, τολύπια από βαμβάκι.

Η νοσηλεύτρια βοηθάει τον άρρωστο με μόνιμη ή πρόσκαιρη

«παρά φύσιν έδρα» να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου (κένώσεις) προτού αναχωρήσει από το νοσοκομείο. Η ρύθμιση των κένώσεων γίνεται με την προσπάθεια συνθέσεως του διαιοτολογίου του και με υποκλυσμούς επί σειρά ημερών.

Επίσης πριν αποχωρήσει ο ασθενής από το νοσοκομείο πρέπει να έχει κατανοήσει το πως γίνεται η αλλαγή της κολοστομίας του.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι:

α. Πόνος: Ασθενής που υποβάλλεται σε οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, βρίσκεται σε σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπερένταση. Η υπερένταση αυτή επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση. Η αδελφή για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίδει θέση, η οποία να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμετούς και όταν υπάρχει ανάγκη, του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και τη δόση των οποίων καθορίζεται από τον γιατρό.

β. Δίψα: Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμα και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του σώματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελλατώνει τις εκκρίσεις. Το αίσθημα δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με ύγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της πεπτικής ή παρεντερικής οδού.

γ. Έμετος: Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη φαινόμενα μετά γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Εάν ο ασθενής έχει έμετους η αδελφή τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους εμέτους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα LEVIN;

Μετεγχειρητικές επιπλοκές περιγράφονται πολλές. Σαν πιο συχνές αναφέρονται οι ακόλουθες:

1. Αιμορραγίες. Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές.

Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι:

- Η μη ικανοποιητική απολίπωση των αγγείων.
- Η μόλυνση του τραύματος.
- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς.
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Η νοσηλεύτρια θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον γιατρό. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στο μέλος του σώματος που αιμορραγεί. Εάν η αιμορραγία είναι εσωτερική δε δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα. Έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και έτοιμο αίμα. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφυξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του.

2. SHOCK ή καταπληξία: Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάρτιση του κυκλοφορικού συστήματος. Παράγοντες που συντελούν στην

εμφάνιση SCHOCK είναι: Η μεγάλη αιμορραγία; η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα: Σφυγμός μικρός, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους χρώους; άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας. Τα μέτρα που λαμβάνονται από την νοσηλεύτρια είναι: Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του αρρώστου και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού με κύβους. Θέρμανση του ασθενούς. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα. Τέλος ενθαρρύνεται ο ασθενής.

3. Πνευμονία, ατελεκτασία, είναι επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς, από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά την νάρκωση και απονάρκωσή του. Ο ασθενής εμφανίζει δύσπνοια και για αυτό η νοσηλεύτρια παρακολουθεί στενά τον ασθενή και φροντίζει για την γρήγορη απονάρκωσή του, τον τοποθετεί σε ανάρροπη θέση, τον ενθαρρύνει να παίρνει βαθιές αναπνοές, να βήχει και να κάνει κινήσεις άκρων και τέλος φροντίζει για την περιποίηση του στόματος και την αντισηψία του ρινόφάρυγγά του.

4. Πνευμονική εμβολή, οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Ο ασθενής παρουσιάζει απροσδόκητο και έντονο πόνο στο θώρακα, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Η νοσηλεύτρια βοηθά στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής δίνοντας στον α-

σθενή καθιστή θέση στο κρεβάτι, προτρέποντάς τον να κάνει αναπνευστικές κινήσεις, καθώς επίσης και ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων, φροντίζοντας για την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι και τέλος αποφεύγοντας τις στενές επιδέσεις.

5. Ασφυξία, η οποία αφορά επίσης τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και κατά την οποία ο ασθενής εμφανίζει δυσκολία στην αναπνοή, με παραλλαγή του ρυθμού της αναπνοής και κυάνωση, λόγω έλλειψης οξυγόνου. Η νοσηλεύτρια για την προφύλαξη του ασθενούς τοποθετεί το κεφάλι του πλάϊ, για την αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων, καθαρίζει το στόμα του με PORT-COTTON, απαλλάσσοντας έτσι τη στοματική κοιλότητα από τις εκκρίσεις, σε περίπτωση ασφυκτικών φαινομένων, ανοίγει το στόμα του ασθενούς και τραβά τη γλώσσα προς τα εμπρός διατηρεί καλό αερισμό στο δωμάτιο και χορηγεί O₂ στον ασθενή.

6. Θρομβοφλεβίτιδες είναι επιπλοκές που έχουν σχέση με το κυκλοφοριακό σύστημα, οφείλονται στο σχηματισμό θρόμβου και παρουσιάζουν πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου.

Η νοσηλεύτρια προλαμβάνει την επιπλοκή αυτή με την αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες, με το έγκαιρο σήκωμα από το κρεβάτι με την αποφυγή εντριβών των άκρων και με ασκήσεις κάτω άκρων για την επιβοήθηση της κυκλοφορίας. Επίσης απαιτείται απόλυτη ακινησία του άκρου, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, καθώς επίσης έναρξη αντιπηκτικής αγωγής.

7. Παρωτίτιδα είναι φλεγμονή των παρωτίων αδένων και προλαμβάνεται με την καταπολέμηση της αφυδάτωσης, με την καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και της αύξησης των μασητικών

κινήσεων.

8. Διάταση του στομάχου, εμφανίζεται λόγω της μειωμένης κινητικότητας του ασθενούς, της υποτονίας των μυών του στομάχου και της κακής προεγχειρητικής καθαριότητας του εντερικού σωλήνα. Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των αιτιών.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός κοιλίας, δυσφορία, και βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας, δύσπνοια, καθώς επίσης και εμέτους αραιούς, σκοτεινού χρώματος με δυσάρεστη οσμή.

9. Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας. Έχουμε συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο, με μετεωρισμό κοιλίας και κωλικούς πόνους. Η νοσηλεύτρια για να προλάβει την εμφάνιση αυτής της επιπλοκής φροντίζει για την έγκαιρη αποβολή του ναρκοτικού, για την καλή προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα, για την αποφυγή υγρών που προκαλούν αέρια και για το έγκαιρο σήκωμα του ασθενούς από το κρεβάτι, εφόσον αυτό ενδείκνυται. Για την ανακούφιση του ασθενούς, τον στρέφει ελαφρά προς το πλάι τοποθετεί σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, τοποθετεί θερμοφόρα στο επιγάστριο και τέλος χορηγεί φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, κατόπιν οδηγίας γιατρού.

10. Παραλυτικός ειλεός είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και του στομάχου, λόγω συγκεντρώσεως σε αυτά υγρών και αερίων. Αυτή είναι δυνατόν να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Στην περίπτωση αυτή συνιστάται η διασωλήνωση του εντέρου με σωλήνα MILLER-ABBOT ο οποίος και συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση.

11. Οξέωση ή κέτωση είναι μία επιπλοκή που έχει σχέση με διαταραχές του μεταβολισμού. Εμφανίζεται σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη ή έχουν ακατάσχετους εμέτους ή δεν τρέφονται για σειρά ημερών. Στον ασθενή δημιουργείται και διαταραχή της οξεοβασικής ισορροπίας και της ισορροπίας των υγρών του οργανισμού και χρειάζεται χορήγηση σακχαρούχων ορών, σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Ο ασθενής παρουσιάζει ναυτία, εμέτους, αφυδάτωση, αίσθημα δίψας, ανορεξία, δύσπνοια, αδυναμία, καταβολή δυνάμεων και εκπνοή με οσμή σάπιου μήλου.

12. Ουραιμία είναι μία τοξική κατάσταση, που οφείλεται στην κατακράτηση από τον οργανισμό άχρηστων ουσιών του μεταβολισμού των λευκωμάτων, λόγω βλάβης του ουροποιητικού συστήματος, ή μόλυνσης του νεφρικού ιστού, οπότε ο οργανισμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα άχρηστα στοιχεία του αίματος. Μπορεί ακόμα να οφείλεται σε μεγάλη αφυδάτωση του οργανισμού σε κυκλοφορικό SHOCK ή θρόμβωση των προσαγωγών νεφρικών αγγείων. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι η ανακούφιση του ασθενούς από τα ενοχλήματα και συμπτώματα που είναι κεφαλαλγία, καταβολή δυνάμεων ναυτία και έμετοι δίψα και αφυδάτωση, ξηρότητα δέρματος, ολιγουρία ή ανουρία, δύσπνοια, θόλωση διανοίας, διεγέρσεις και κώμα.

13. Επίσχεση ούρων είναι μία επιπλοκή που αφορά το ουροποιητικό σύστημα και κατά την οποία ο ασθενής ενώ έχει ούρα στην κύστη, δεν μπορεί να ουρήσει. Η νοσηλεύτρια για να βοηθήσει τον ασθενή να ουρήσει, του αλλάζει τη θέση στο κρεβάτι, χύνει χλιαρό νερό πάνω στα γεννητικά του όργανα, ανοίγει τη βρύση και αφήνει το νερό να τρέχει, σηκώνει τον ασθενή όρθιο, εφόσον μπορεί να γίνει αυτό ή τοποθετεί θερμοφόρα πάνω στην

ουροδόχο κύστη. Αν δεν έχει κανένα αποτέλεσμα τοποθετεί σπασμολυτικό υπόθετο ύστερα από υπόδειξη ιατρών ή γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.

14. Μόλυνση τραύματος, είναι μία επιπλοκή που αφορά το τραύμα και έχει τοπικά συμπτώματα, τον πόνο, τη θερμότητα, την ερυθρότητα, το οίδημα και την πυώδη εκροή και γενικά συμπτώματα, τον πυρετό το ρίγος, την κεφαλαλγία και την ανορεξία. Ασφαλώς για να προληφθεί μία μόλυνση πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στη σκόνη του αέρα που κυκλοφορεί στους θαλάμους των ασθενών, στα μολυσμένα σταγονίδια που βγαίνουν από τη μύτη και το στόμα, τόσο του ιατρού όσο και της νοσηλεύτριας, από τα ακάθαρτα χέρια αυτών, από την χρησιμοποίηση ακάθαρτων ή μολυσμένων αντικειμένων, από άλλα μολυσμένα τραύματα και από άλλους επισκέπτες μικροβιοφορείς. Η προσοχή επίσης που χρειάζεται στο χειρισμό των αποστειρωμένων αντικειμένων και υλικού είναι τεράστια.

15. Ρήξη τραύματος, η οποία συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα σε υπερήλικες και σε άτομα με βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την πρόληψη αυτής της επιπλοκής υποστηρίζοντας το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστέλλοντας τον έμετο και το βήχα και διδάσκοντας τον ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες το τραύμα. Εάν κατά την ρήξη τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο ιατρός και καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο με φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο ασθενής. Η νοσηλεύτρια καθησυχάζει τον ασθενή και φυσικά τον ενθαρρύνει.

16. Μετεγχειρητική ψύχωση είναι μία επιπλοκή με άγνωστες αι-

τίες και προδιαθεσικούς παράγοντες, την ίδια την ψυχολογία του ατόμου καθώς και τη νάρκωση με την παρατεταμένη χρήση της. Ο ασθενής πρέπει να παρακολουθείται αυστηρά και να δοθεί φαρμακευτική αγωγή από ψυχίατρο. Η πρόληψη της επιπλοκής συνίσταται στην καλή ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση και γι' αυτό κυρίως υπεύθυνη είναι η νοσηλεύτρια.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ε'

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - <<ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ>>

Κολοστομία είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλο έχει δύο λειτουργίες να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιπτωματικές ουσίες και να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες. Και οι δύο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης-και η τεχνική για την αγωγή της-εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας. (Εικόνα 11).

ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

Συχνά ονομάζονται <<στεγνές κολοστομίες>> γιατί αν και δεν υπάρχει εικόσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλυσμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα, μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου.

2. Εγκάρσια κολοστομία

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. Ο άρρωστος σχεδόν με βεβαιότητα θα χρειάζεται σάκο όλο τον καιρό. Το απέκκριμα μπορεί να περιέχει πεπτικά ένζυμα, η προστασία επομένως του δέρματος γύρω από το στόμα είναι απαραίτητη.

Εγκάρσιας κολοστομίας γίνονται δύο είδη:

α. Η διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία

β. Η αγκυλωτή κολοστομία

Η διπλού αυλού, έχει δύο στόμια ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μία αγκύλη αέραλου 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 μέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομίων. Όμως μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία.

Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.



Εικ 11. Δακτυλιοειδής περίσφιξη του όρθου από καρκίνο, σε άτομο 22 ετών. Άκεβίωσε 8 μήνες μετά τη διάγνωση και έγχείρηση.

Εικ 12. «Παρά φύσιν» έδρα.

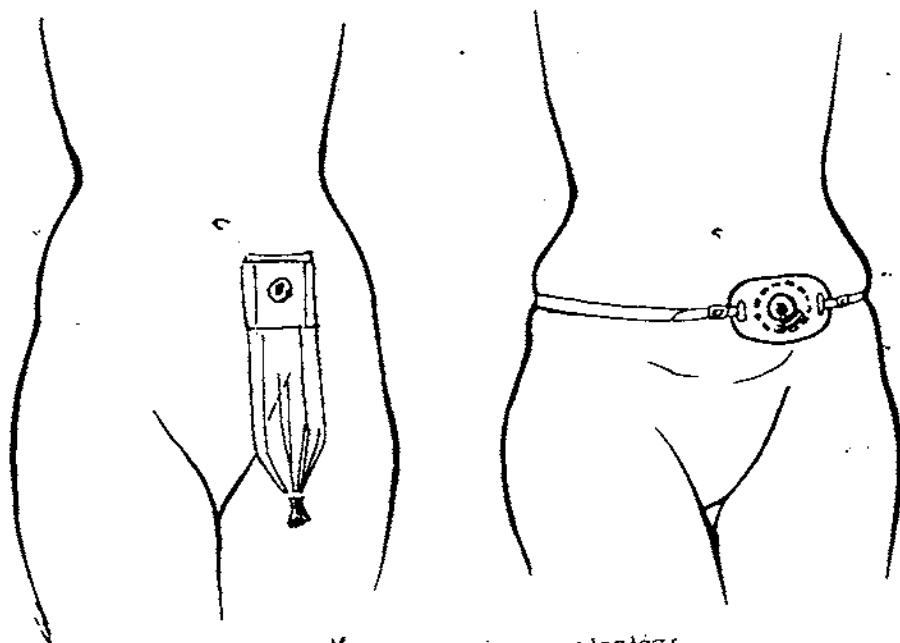
3. Ανιούσα κολοστομία

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. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκιος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.

(Εικόνα 13).



Εικ 13



Εικόνα 14 Κολοστομίες με κολοπλάστ.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ - ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΚΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

Οι σάκκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκκων, εφαρμόζει η νοσηλεύτρια γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο πήκτωμα SKIN GEL της HOLLISTER. (Εικόνα 12).

Ο σάκκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκκου κολλούν μεταξύ τους όταν εξασκείται πίεση σε αυτά κατά την εφαρμογή του σάκκου εξαιτίας κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκκου. Για την πρόληψη αυτής της καταστάσεως η νοσηλεύτρια τοποθετεί μέσα στον σάκκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

Ο σάκκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μίας χρήσης. Η αλλαγή του σάκκου επιβάλλεται, όταν γεμίσει ως τη μέση. Η νοσηλεύτρια για την αλλαγή του σάκκου κολοστομίας παίρνει μαζί της ένα δίσκο με τα εξής αντικείμενα:

- * Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα.
- * Φυσιολογικό ορό και PHISOTTEX.
- * SET αλλαγής
- * Νεφροειδές
- * Αδιάβροχο με τετράγωνο
- * SKIN GEL της HOLLISTER
- * Σάκκοι κολοστομίας
- * Πλαστικός σάκκος για τη συλλογή του μίας χρήσης σάκκου.
- * Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Διαδικασία:

Νοσηλευτική ενέργεια

Φάση προετοιμασίας για την τοποθέτηση του σάκκου στην κο-
λοστομία:

1. Η Νοσηλεύτρια εξηγεί στον άρρωστο τις λεπτομέρειες και τον τρόπο εργασίας της.

2. Δίνει στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία.

3. Χρησιμοποιώντας ένα διαμετρόμετρο σφομίων διαλέγει το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει, αυτό συμβαίνει επειδή εάν τοποθετήσει μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο, ενώ εάν χρησιμοποιήσει μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχουν σάκκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα.

4. Η Νοσηλεύτρια αποκαλύπτει την περιοχή του στομίου και αφαιρεί τον σάκκο κολοστομίας.

5. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από το στόμιο.

6. Τοποθετεί το νεφροειδές κάτω από το στόμιο σε εφαρμογή με το σώμα.

Φάση εκτέλεσης

1. Η Νοσηλεύτρια καθαρίζει με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο και στεγνώνει την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις.

2. Πλένει τα χέρια της.

3. Ανοίγει το SET αλλαγής.

4. Καθαρίζει το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδες με PHYSOTEX και ισοτόνο διάλυμα NaCl, αρχίζει από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.

5. Απομακρύνει το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακα και στεγνώνει καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις.

6. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού επαλείφει με ζελατινούχο πήκτωμα (SKIN GEL).

7. Αφαιρεί το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας.

8. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων στα πλάγια, φέρνει το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στοίου.

9. Εφαρμόζει πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζει σταθερά προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια.

10. Κολλάει με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος. Τέλος, αφαιρεί το χαρτί και κολλάει τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια.

11. Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψει, η Νοσηλεύτρια τις δερματικές πτυχές, χρησιμοποιεί πάστα KARAYA.

12. Αφαιρεί το αδιάβροχο και το τετράγωνο.

13. Τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.

14. Απομακρύνει τα αντικείμενα της και πετάει τον χρησιμοποιημένο σάκκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμμάτων ή σε κλίβανο αποτέφρωσης.

ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Τα απαραίτητα αντικείμενα που πρέπει να διαθέτει η Νοσηλεύτρια για την πλύση κολοστομίας είναι τα εξής:

1. Δοχείο υγρού πλύσης.

2. Δοχείο για το υγρό επιστροφής.

3.Υγρό πλύσης 500-1.500 ML (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχου διάλυμα -4G αλάτι σε 500 ML νερό- ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασία 40,5°C.

4.Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 σε κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο).

5.Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη.

6.Πλαστικός σάκιος για τη συλλογή των υγρών γαζών και του μιάς χρήσης σάκιου.

7.Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτό γλισχραντικό.

8.Λαβίδα KOCHER.

Νοσηλευτική ενέργεια

Φάση προετοιμασίας

1.Η Νοσηλεύτρια διαλέγει τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και την επαναλαμβάνει την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας.

2.Ενημερώνει τον άρρωστο για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπει να παρακολουθεί την διαδικασία.

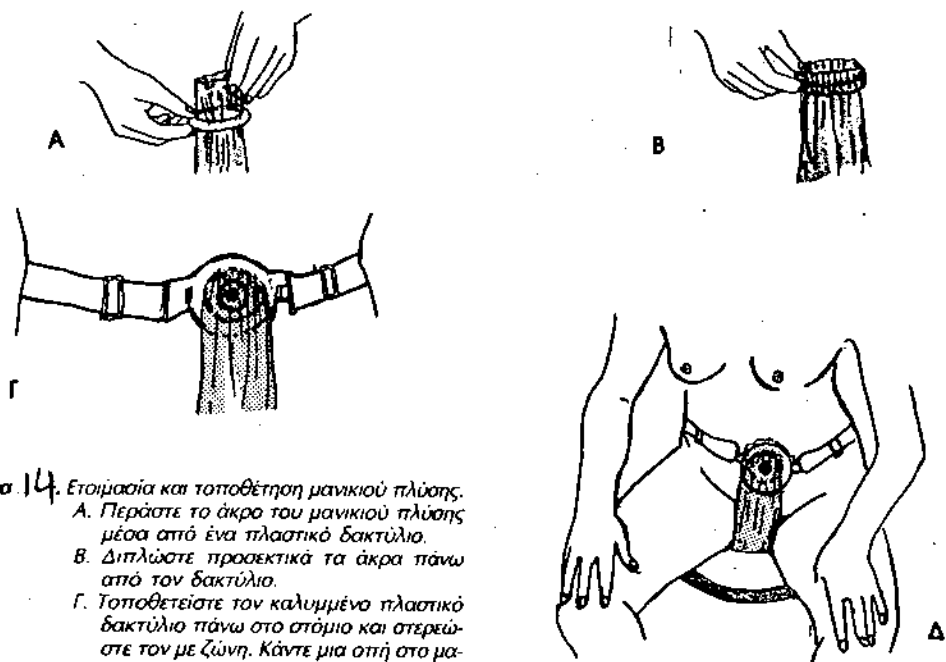
3.Κρεμάει το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 CM πάνω από το στόμιο (στο ύψος του νόμου όταν ο άρρωστος κάθε-ται). (Εικόνα 15).

4.Βάζει τον άρρωστο να καθίσει στη λειάνη της τουαλέτας ή σε μία καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.

5.Αφαιρεί τις γάζες και τον σάκιο και τις βάζει στον πλαστικό σάκο αχρήστων.

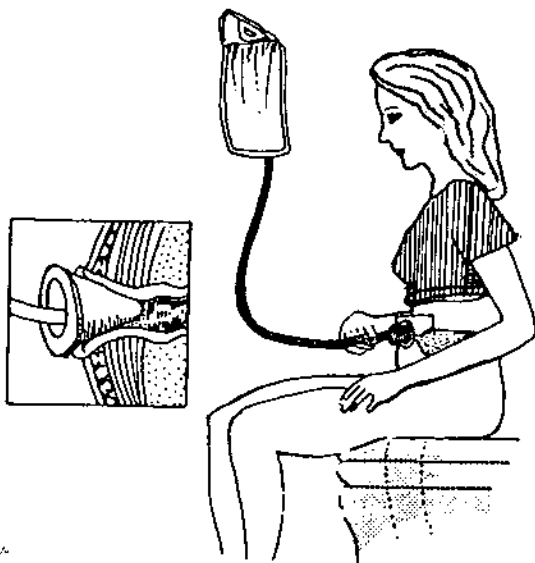
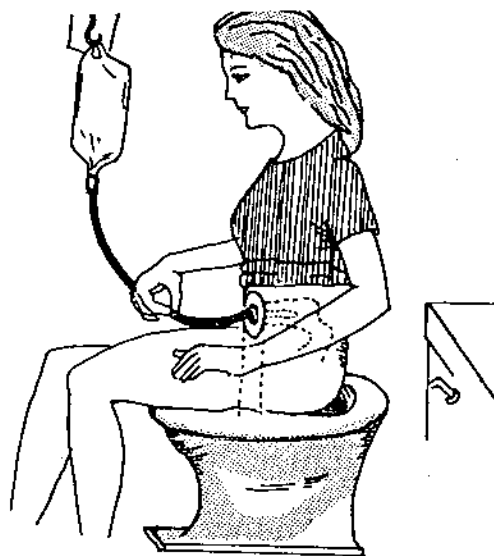
Φάση εκτέλεσης

1.Τοποθετεί η Νοσηλεύτρια το μανίκι πλύσης ή το περίβλη-



Εικόνα 14. Ετοιμασία και τοποθέτηση μανικιού πλύσης.

- A. Περνάστε το άκρο του μανικιού πλύσης μέσα από ένα πλαστικό δακτύλιο.
- B. Διπλώστε προσεκτικά τα άκρα πάνω από τον δακτύλιο.
- Γ. Τοποθετείστε τον καλυμμένο πλαστικό δακτύλιο πάνω στο στόμιο και στερεώστε τον με ζώνη. Κάντε μια οπή στο μανίκι πλύσης πάνω από το στόμιο της κολοστομίας για την είσοδο του καθετήρα. Μετά τη χορήγηση της επιθυμητής ποσότητας υγρού η οπή κλείνεται.
- Δ. Τοποθετείστε το άλλο άκρο του μέσα στη λεκάνη της τουαλέτας. Με την οπή πάνω από το στόμιο της κολοστομίας αποφεύγεται η διάρροη υγρών κατά την παροχέτευσή τους.



Εικόνα 15. Πλύση κολοστομίας με καθετήρα (Α) ή με Laidtir (B). Το ένθετο δείχνει σε μεγέθυνση το Laidtir εφαρμοσμένο στον σπλήν.

μα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη. (Εικόνα 14).

2.Αφήνει λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα στον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο.

3.Αλείφει τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και ήπια βάλτε τον μέσα στο στόμιο. Ο καθετήρας να μην μπει μέσα πάνω από 8 CM. Πιέζει το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.

4. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήνει η Νοσηλεύτρια το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια σπρώχνει τον καθετήρα.

5.Αφήνει το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, κλείνει η Νοσηλεύτρια τον σωλήνα και αφήνει τον άρρωστο να ξεκουραστεί, προτού προχωρήσει. Το νερό πρέπει να μπει σε 5-10 MIN.

6.Κρατάει το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 SEC. μετά την είσοδο του νερού. Μετά ήπια τον αφαιρεί.

7.Αφήνει 10-15 λεπτά για τη μέγιστη επιστροφή. Κατόπιν στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και το κλείνει με KOCHER.

8.Αφήνει το μανίκι ή το περίβλημα στη θέση του περίπου 20 MIN καθώς ο άρρωστος θα σηκωθεί και θα κινηθεί.

Φάση παρακολούθησης

1.Καθαρίζει την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και την σκουπίζει. Ο καθαρισμός και το στέγνωμα, εξασφαλίζουν στον άρρωστο ώρες άνεσης.

2.Επαλείφει με καράγια ή άλλο φραγμό το περιστομιακό δέρμα.

3. Καθαρίζει τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και στεγνώνει τα προτού τα φυλάξει σε καλά αεριζόμενο χώρο. Αυτό θα θέσει κάτω από έλεγχο τη δυσοσμία και θα παρατείνει την ζωή των αντικειμένων.

ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΗΡΗ ΑΡΡΩΣΤΟ

Σκοπός της πλύσεως κολοστομίας τόσο σε περιπατικό όσο και σε κλινήρη άρρωστο είναι οι εξής:

1. Να γίνει άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του: κόπρανα, αέρια, βλέννη.

2. Να καθαριστεί το περιφερικό τμήμα του εντέρου.

3. Βοηθάει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου, ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων του εντέρου.

Η πλύση κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο δεν διαφέρει πολύ από την πλύση που γίνεται σε περιπατικό άρρωστο. Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να προσθέσει στα αντικείμενα της και τα εξής πράγματα:

1. Κουβέρτα νοσηλείας

2. Αδιάβροχο με τετράγωνο

3. Σκωραμίδα ή μεγάλο νεφροειδές

4. Νερό, σαπούνι και τρίφτης

5. Χαρτοβάμβακας

Επίσης η προετοιμασία για την πλύση γίνεται στο κρεβάτι του ασθενούς, αντίθετα στο περιπατικό γίνεται στην τουαλέτα. Και αυτή γίνεται ως εξής:

1. Η Νοσηλεύτρια κατεβάζει τα κλινόσκεπάσματα ριποειδώς προς τα κάτω και καλύπτει τον άρρωστο με την κουβέρτα νοσηλείας.

2. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή του στομίου.

3. Γυρίζει τον άρρωστο σε ημιπλάγια θέση και υποστηρίζει την πλάτη του με ένα μαξιλάρι.

4. Τοποθετεί την σικωραμίδα ή το νεφροειδές καλυμμένο, στο άκρο που εφάπτεται με τα κοιλιακά τοιχώματα με χαρτοβάμβακιο.

5. Αφαιρεί τις γάζες και τον σάκιο και τα βάζει σε πλαστικό σάκιο αχρήστων.

Όλες οι υπόλοιπες ενέργειες είναι όμοιες, οι οποίες εκτελούνται από την Νοσηλεύτρια με μεγάλη προσοχή.

ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Η Νοσηλεύτρια οφείλει πριν ο ασθενής με κολοστομία εξέλθει από το Νοσοκομείο να τον έχει διδάξει τον τρόπο με τον οποίο θα αυτοεξυπηρετείται στο σπίτι του και να του έχει μεταδώσει βασικές γνώσεις ασηψίας, αποστειρώσεως, αντισηψίας, περιποιήσεως της <<παρά-φύσιν έδρας>> εκτέλεσης υποκλυσμού. Επίσης η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει προετοιμάσει και ψυχικά τον ασθενή για την αποδοχή της καταστάσεώς του και την εύκολη προσαρμογή του στο καινούργιο του περιβάλλον του, αυτά θα τα επιτύχει εάν μπορέσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του ασθενούς που προκύπτουν από την κολοστομία. Και αυτά είναι:

1. Πρόβλημα κακοσμίας

- Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να διδάξει στον ασθενή ότι:

1) πρέπει να αποφεύγει τροφές που δημιουργούν οσμές (αυγά, ψάρια, φασόλια), 2) Το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών και 3) ότι οι οσμές μπορούν να τεθούν κάτω από έλεγχο με

λήψη μίας ή δύο ταμπλετών υποανθρακικού ή υπογαλλικού βυσμουθίου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.

2.Απώλεια αερίων

Η Νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή της :
α)γιαναποφυγή απώλειας αερίων δεν θα πρέπει να καταναλώνει φαγητά με πολλά καρυκεύματα και αεριούχα ποτά, και β)να αποφεύγει φαγητά που δημιουργούν αέρα: φασόλια, ραδίκια κ.α.

3.Φροντίδα δέρματος

Η Νοσηλεύτρια διδάσκει στον ασθενή πως να περιποιείται το σώμα του και ιδιαίτερα την περιοχή γύρω από την κολοστομία. Ότι μπορεί να χρησιμοποιεί σαπούνι με νερό για καθαρισμό ή και διάφορα σπρέϋ, κορτικοστεροειδή ή NYSTATIN σκόνη. Επίσης ότι μπορεί να χρησιμοποιεί την πάστα KARAYA η οποία προλαμβάνει τον ερεθισμό του δέρματος γύρω από το στόμιο. Για καλύμματα του στομίου μπορεί να χρησιμοποιήσει σάκους μίας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακα επαλειμμένοι με βαζελίνη, κάλυμμα SARAN ή κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστ. Και τέλος σε περίπτωση αλλεργικών αντιδράσεων γίνεται δοκιμή άλλων υλικών, ώσπου να βρεθούν τα συμβατά.

4.Εξωτερική εμφάνιση και ανάπτυξη δραστηριοτήτων

Ο ασθενής ενημερώνεται από την Νοσηλεύτρια ότι μπορεί να ντύνεται ελεύθερα, ότι μπορεί να φορά ζώνη αρκεί αυτή να είναι μεγαλύτερη, ακόμα και μαγιώ. Επίσης ότι μπορούν να ταξιδεύουν να συμμετέχουν σε όλα τα είδη σπορ, να έχουν σεξουαλική λειτουργία, οι γυναίκες μπορούν να μείνουν έγκυες αρκεί να υπάρχει συνεχή και προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Ότι μπορούν να πάρουν οποιαδήποτε θέση στον ύπνο. Όσο αφορά τα φάρμακα

πρέπει να παίρνουν, η Νοσηλεύτρια τους ενημερώνει ότι πρέπει να αποφεύγουν τα υπακτικά και αυτά που αυτά που έχουν κάλυμα (κάψουλες) γιατί δεν διαλύονται στο έντερο. Τέλος η Νοσηλεύτρια γνωστοποιεί τα σημεία ή τα συμπτώματα αποφράξεως της κολοστομίας ώστε ο ασθενής σε τυχόν που του συμβεί να ξέρει πως θα το αντιμετωπίσει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Σ Τ '

ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Με την εργασία μου αυτή κύριο σκοπό έχω να περιγράψω την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα η οποία παρέχετε σε ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου. Για να το επιτύχω αυτό θα έπρεπε να έρθω σε επαφή με δύο τουλάχιστον άτομα που έπασχαν από αυτή τη νόσο. Βέβαια δεν ήταν και τόσο εύκολο. Οι καρκινοπαθείς είναι άτομα εσωστρεφείς, και αυτό επειδή ξέρουν ότι δεν έχουν μεγάλα περιθώρια ζωής. Ξέρουν ότι η νόσος από την οποία πάσχουν δεν θεραπεύεται, ότι δεν υπάρχει κανείς που να τους κάνει καλά. Τα προβλήματά τους είναι μεγάλα και μάλιστα όταν ασθενείς είναι άτομα με οικογένεια νεαρής ηλικίας. Επομένως μου ήταν δύσκολο να προσεγγίσω αυτά τα άτομα και να προσκομίσω τα στοιχεία αυτά που ήθελα για την εργασία μου.

Τελικά όμως η συνάντησή μου με τα άτομα αυτά ήταν καρποφόρα. Αφ'ενός μεν μπόρεσα να προσκομίσω στοιχεία για την εργασία μου και αφ'ετέρου νομίζω ότι συνέβαλα με τις συζητήσεις μου να ενθαρρύνω κάπως τα άτομα αυτά, και να τα κάνω να νοιώσουν λίγη χαρά, λίγο κουράγιο που τόσο τους έλειπε.

Θα ήθελα να τους ευχαριστήσω πάρα πολύ για την βοήθειά τους, για το πόσο ευγενικά μου φέρθηκαν και να πω όχι μόνον σε αυτούς αλλά σε όσους πάσχουν από κάποια παρόμοια νόσο ότι πρέπει να έχουν υπομονή, θάρρος για τη ζωή, και ότι όλοι εμείς τους αγαπάμε και ενδιαφερόμαστε πραγματικά γι'αυτούς.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Ι

Το πρώτο άτομο που διάλεξα για την εργασία μου ήταν γυναίκα ηλικίας 45 ετών, καταγόταν από την Πάτρα, εργαζόταν σε εργοστάσιο σαν εργάτρια, ήταν ασφαλισμένη στο Ι.Κ.Α. και είχε ένα κορίτσι ηλικίας 22 χρόνων την οποία και συνόδευε.

Εισηγήθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου στις 17-8-1991 στην Παθολογική Κλινική. Διάγνωση Ca Ορθού.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η βασικότερη αιτία για την οποία επισκέφτηκε τον γιατρό της ήταν απώλεια αίματος και διάρροιες από το ορθό. Ο εξωτερικός παθολόγος με δακτυλική εξέταση διαπίστωσε όγκο στην περιοχή του ορθού. Κατόπιν την έστειλε στο Νοσοκομείο για περαιτέρω εξετάσεις. Στο Νοσοκομείο ο κλινικός γιατρός διάγνωσε και αυτός την ίδια μάζα στο έντερο και κατόπιν την έστειλε να κάνει βαριούχο υποκλυσμό για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Ο βαριούχος υποκλυσμός έδειξε Ca Ορθού. Κατόπιν αποφασίζεται εισαγωγή και εγχείρηση.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής αναφέρει ότι το μόνο από το οποίο έπασχε πριν μερικά χρόνια ήταν Σπονδυλαθρίτιδα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Το νοσηλευτικό ιστορικό της ασθενούς αναφέρει ότι εισήχθη στο νοσοκομείο με την κόρη της η οποία έδειχνε πολύ αναστατωμένη και στενοχωρημένη για την μητέρα της. Όμως προσπάθησε αυτό τον φόβο της να το κρύβει και να δείχνει κάπως ευχάριστη. Η δε ασθενής φαινομενικά έδειχνε ότι ήταν καλά, στην ουσία όμως ήταν πολύ ταραγμένη και κουρασμένη. Αυτό φάνηκε από το ότι επαναλάμβανε συνεχώς τις ίδιες ερωτήσεις και το ότι

έψανε συνεχώς τους γιατρούς για να της πούνε πως ακριβώς είναι η κατάσταση της.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

Υπήρχε μία προδιάθεση στην οικογένειά της, οι περισσότεροι είχαν πεθάνει από Καρκίνο. Συγκεκριμένα ο πατέρας της είχε πεθάνει από Ca πνεύμονος και ο αδελφός της από Ca ήπατος. Οι υπόλοιπες αρρώστιες που αναφέρονται στο οικογενειακό της αναμνηστικό ήταν Αρτηριοσκλήρυνση, Σακχαρώδης Διαβήτης και Σπονδυλαθρίτιδα.

Κατά την κλινική εξέταση ευρέθησαν:

ΚΟΙΛΙΑ: Μαλακή, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

ΚΑΡΔΙΑ: Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Μόρφωμα ορθού, αίμα στα κόπρανα

ΘΩΡΑΚΑΣ: Σαφής πνευμονικός ήχος

Εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν τα εξής αποτελέσματα:

Ερυθρά αιμοσφαίρια	4.000.000
Αιματοκρίτης	42
SGOT	20
SGPT	7
Λευκά αιμοσφαίρια	7.100

Στην γενική ούρων ευρέθησαν:

Λεύκωμα: Όχι

Σάκχαρο: Όχι

|| Πυοσφαίρια: Όχι

Μικροοργανισμοί: Ουδέν

Στον εργαστηριακό έλεγχο συμπεριλαμβανόταν και η ακτινογραφία θώρακος η οποία ήταν αρνητική, ο βαριούχος υποκλυσμός

καθώς και η εξέταση κοπράνων.

Στην μικροβιολογική εξέταση κοπράνων ανευρέθησαν στοι-
χεία αίματος, οι κενώσεις ήταν υδαρείς και με βλέννα.

Επίσης η ασθενής υποβλήθηκε σε σιγμοειδοσκόπηση και σε
σπινθηρογράφημα ήπατος για διάγνωση τυχόν μεταστάσεων.

Αφού τελείωσαν όλες οι εξετάσεις στις οποίες έπρεπε να
υποβληθεί η ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργείο τις
21.8.1991. Από τις εξετάσεις διαγνώστηκε ότι η ασθενής πα-
ρουσίαζε Ca ορθού, δεν υπήρχαν μεταστάσεις ούτε στο πνεύμονα
ούτε στο ήπαρ, , ότι η κατάστασή της ήταν σχετικά καλή και θα
μπορούσε να διαφύγει τον κίνδυνο.

Την προηγούμενη μέρα του χειρουργείου της έγινε βαριού-
χος υποκλυσμός, και χορηγήθηκαν αντιβιοτικά. Η διατροφή της
ήταν ελαφρά και της έγιναν καθαρτικοί υποκλυσμοί.

Την ημέρα του χειρουργείου έγινε λήψη ζωτικών σημείων,
δεν της επιτράπη να φάει και κατόπιν αφού έγινε και η κατάλ-
ληλη ψυχολογική ενθάρρυνση από τις Νοσηλεύτριες και την Προϊ-
σταμένη του τμήματος, η οποία συνήθιζε να βλέπει τους ασθε-
νείς της πριν το χειρουργείο οδηγήθηκε για να κάνει την χει-
ρουργική επέμβαση.

Μετά από μερικές ώρες το νοσηλευτικό προσωπικό παρέλαβε
την ασθενή από το χειρουργείο. Ήταν πολύ ανήσυχη. Έφερε ορ-
ρό και LEVIN. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων: Α.Π.=140 MMHG - 80
MMHG, θερμοκρασία 36,9^oC και σφύξεις 80/MM και τοποθετήθηκε
πλάγια για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση έμμετου. Ενημέρω-
σαν οι νοσηλεύτριες την κόρη της ότι δεν έπρεπε να παίρνει
τίποτα από το στόμα, μόνο να βρέχει τα χείλη με νερό και σε
περίπτωση που αντιληφθεί είτε απώλεια αίματος από τις γάζες
είτε η μητέρα της είναι ανήσυχη και πονάει πολύ να ειδοποιήσει

αμέσως. Η ασθενής ήταν σχετική ήρεμη τις υπόλοιπες μετεγχειρητικές μέρες. Το μόνο που την ανησυχούσε ήταν το τραύμα της. Δεν μπορούσε να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας. Την στενοχωρούσε αφάνταστα. Καταλάβαινε ότι η ζωή της από εδώ και πέρα θα άλλαζε. Έτσι υπήρχαν στιγμές που ενώ ήταν θαρραλέα, παρακαλούσε τον θεό να πέθαινε, και αυτό επειδή δεν ήθελε να γινόταν βάρος σε κανέναν. Τρεις μέρες μετά το χειρουργείο αφαιρέθη το LEVIN και ο ορρός και ετέθη η ασθενής σε ελαφρά δίαιτα. Εξακολουθούσε να παίρνει το SEPTRIN FORTE ενώ έγινε διακοπή των προηγούμενων φαρμάκων όπως:

FLATYL FL 1X3, CLAFORAN FL 1X3 και του DEXTROSE 5%.

Εξήλθε στις 5-9-1991 αφού πρώτα είχε διδαχθεί το πως θα γίνονται οι αλλαγές στην κολοστομία, ποιά φάρμακα πρέπει να παίρνει και για πόσο χρονικό διάστημα, πότε πρέπει να συμβουλευέται τον γιατρό της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
-Αγωνία, άγχος, φόβος με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο.	Μείωση των συναισθημάτων αυτών.	Συζήτηση με την ασθενή για την κατάστασή της και το τι πρόκειται να αντιμετωπίσει από εδώ και πέρα. Συζήτηση με την κόρη της ότι η μητέρα της βρίσκεται σε καλή κατάσταση και ότι όλα θα πάνε καλά.	Πολύωρη συζήτηση με την ασθενή. Απάντηση στις απορίες της και ανησυχίες της. Ενθάρρυνση της ασθενούς κατά την διάρκεια των διαγνωστικών εξετάσεων και επεξήγηση των σκοπών της κάθε εξέτασης. Υποστήριξη των οικείων της και διδασκαλία για το πως πρέπει να φέρονται στην ασθενή.	Η ασθενής έπαψε πια να νιώθει άγχος και να είναι ταραγμένη, άρχισε να ηρεμεί. Πήρε θάρρος για να συνεχίσει την θεραπεία της.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΚΘΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
 ΕΚΘΙΜΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
 ΕΚΘΙΜΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΕΚΘΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Αντιμετώπιση των αναγκών	Ρύθμιση της διατροφής	Χορήγηση στην ασθενή τρο-	Η ασθενής έτρωγε με ό-
θρέψεως της ασθενούς.	Εξασφάλιση επαρκούς	φές κατάλληλες με την	ρεξη το φαγητό της, δεν
	θρέψεως, ακόμα και με	παρούσα κατάσταση της.	παρουσίασε κανένα πρό-
	την χρησιμοποίηση τε-	Δημιουργία ευχάριστου &	βλημα, μόνο μετεγχει-
	χνιτών μέσων.	καθαρού περιβάλλοντος.	ρητικά που η λήψη τρο-
		Καλομαγειρεμένες τροφές	φών από την φυσική οδό
		και εύπεπτες.	ήταν αδύνατη. Έτσι το-
		Ρύθμιση των γευμάτων σε	ποθετήθηκε LEVIN.
		συγκεκριμένες ώρες.	Η σωστή θρέψη της α-
		Καταπολέμηση του πόνου,	σθενούς οδήγησε στο να μιλί
		της νευρικότητας και γενι-	παρουσιάζεται κανένα
		κά κάθε αιτίου που προκα-	πρόβλημα κατά την πα-
		λούν σύσπαση του πεπτικού	ραμονή τους στο νοσο-
		συστήματος με αποτέλεσμα	κομείο και να γίνει
		την δυσχέρεια στην πέψη	γρήγορα καλά.
		και απορρόφηση των τροφών.	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Υδατοηλεκτρολυτικό & Οξοβασιικό ανισοζύγιο	Επαρκής ενυδάτωση του αρ- ρώστου. Αποφυγή επιπλοκών από την ανεπαρκή λήψη υγρών.	Ρύθμιση λήψεως επαρκών υγρών. Χορήγηση υγρών από φυ- σικούς οδούς και παρε- ντερικά.	Ενυδάτωση της ασθενούς με χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα. Χορήγηση υγρών παρεντερικά. Ενημέρωση της ασθενούς ότι πρέπει να ενυδατώνεται κα- νονικά.	Ρυθμίστηκαν τα ανισοζύ- για οξοβασιικά και υδα- τοηλεκτρολυτικά.
Πόνος μετεγχειρητικά.	Ανακούφιση από τον πόνο.	Καταπολέμηση της αιτίας που δημιουργεί τον πόνο. Χρησιμοποίηση κατάλλη- λων μεθόδων ή φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο.	Τοποθέτηση της ασθενούς σε αναπνευστική θέση. Χορήγηση αναλγητικών. Ενημέρωση της ασθενούς ότι ο πόνος που αισθά- νεται είναι φυσιολογι- κός μετά την εγχείρηση και να μην ανησυχεί.	Καταπράυνση από τον πόνο Η ασθενής ηρέμησε και αποκοιμήθηκε.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Καθαριότητα και φροντίδα σώματος.	Εξασφάλιση ανέσεως της ασθενούς. Αποφυγή μολύνσεων.	Καθαριότητα του σώματος με συχνό μπάνιο. Καθαριότητα του ματισιού.	Συχνά λουσίματα του τριχωτού του κεφαλής. Περιποίηση του δέρματος με συχνά μπάνια. Φροντίδα και αλλαγή κολλοτομίας. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας και δοντιών. Φροντίδα νυχιών. Συχνή αλλαγή λευχαιμάτων.	Ο ασθενής ένιωθε πιο ευχάριστα, πιο ευδιάθετος.
Πυρετός	Αντιμετώπιση πυρετού.	Ανακούφιση του αρρώστου από τον υψηλό πυρετό. Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος.	Λήψη ανά τρίαωρο ζωτικών σημείων. Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. Χορήγηση αντιπυρετικού. Αλλαγή λευχαιμάτων.	Κατεστάλλει ο πυρετός. Ο ασθενής ένιωθε καλύτερα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Λύπη, σύγχυση, φόβο του επικείμενου θανάτου.

Ενημέρωση της ασθενούς και ενθάρρυνση ότι η κατάσταση της είναι πολύ καλή.

Συνάντηση με ομοιοπαθή της.

Προσπάθεια για δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στοργής & αναγνωρίσεως στην ασθενή.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Η Νοσηλεύτρια πληροφόρησε την ασθενή ότι σύμφωνα με τις τελευταίες εξετάσεις

η πορεία της ασθενείας

της εξελίσσεται πολύ καλά.

Συνάντηση και συζήτηση της

ασθενούς με άλλον ασθενή ο οποίος τύχαινε να είναι

γυναίκα, μητέρα δύο παιδιών που έψαχε από την ίδια ασθένεια και ήρθε στο νοσοκομείο για να επισκεφτεί κάποιον συγγενικό της πρόσωπο.

Προσέκλιση της προσοχής της ασθενούς σε καινούργια ενδιαφέροντα & αναγνώριση της ασθενούς σαν κοινωνικό ον. Σαν άτομο δηλαδή που μπορεί

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αδυναμία να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας.	Προσπάθεια να συνηθίσει να ζει με το πρόβλημά της.	Συμπράσταση ψυχολογική και ενίσχυση της ασθενούς για να απασχολείται με δραστηριότητες ώστε να ξεφεύγει από τις ανήμες της.	Η νοσηλεύτρια εξηγεί στην ασθενή ότι πρέπει να μάθει να ζει με την ασθένειά της. Ότι το να φέρει μία κολοστομία δεν είναι και τόσο τραγικό. Δεν υπάρχει τίποτα που να την κάνει αποκρουστική για τους άλλους. Υπάρχουν άλλοι οι οποίοι είναι χειρότερα από αυτήν. Άτομα τα οποία	Η ασθενής εν μέρει ανακουφίστηκε και απομάκρυνε τους φόβους της και την απαισιοδοξία που την κυριεύε. Κατά βάθος όμως ένιωθε αναστατωμένη και ανήμπορη για να συνεχίσει την ζωή.
να συνεισφέρει πολλά στην θεραπεία και επομένως να συμβάλλει στην γρήγορη ανάρρωσή της.				

εφαρμογή της ασθενούς είναι αναγκασιμένα να μένουν για μία ολόκληρη ζωή στο κρεβάτι, ή άτομα που έχουν χάσει βασικές ζωτικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα η ζωή γι' αυτούς να είναι βαρετή. Δημιουργία ευκαιριών, έτσι ο ασθενής να τις χρησιμοποιεί δημιουργικά για να εκφράσει τον εαυτό του & να νομίζει ότι είναι χρήσιμος. Επικοινωνία με τους οικείους της & ενημέρωση του τρόπου αντιμετώπισής της ασθενούς & τον τρόπο με τον οποίον θα την βοηθήσουν να ξεπεράσει τα δυσάρεστα αισθήματά της ώστε ζήσει άνετα & χωρίς κόμπλεξ για το πρόβλημά της.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Το δεύτερο άτομο που διάλεξα για την εργασία μου ήταν ένας άνδρας, ηλικίας 60 ετών, καταγόταν από Μεσσολόγγι, ήταν συνταξιούχος και ήταν χήρος εδώ και πάρα πολλά χρόνια. Τα παιδιά του έλειπαν στο εξωτερικό και μαζί του έμενε ο μικρότερος γιός του ο οποίος ήταν παντρεμένος.

Εισήλθε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του ΡΙΟΥ στις 2-3-1990 με διάγνωση Ca σιγμοειδές. Αποφασίστηκε να γίνει εγχείρηση και συγκεκριμένα σιγμοειδική κολοστομία. Το χειρουργείο ορίστηκε στις 6-3-1990.

Το Ιατρικό Ιστορικό του ασθενούς αναφέρει ότι ο ασθενής έπασχε από χρόνια ελκώδη κολίτιδα. Επισκεπτόταν συχνά τον Ιατρό του, έπαιρνε φάρμακα, αλλά χωρίς κανένα αποτέλεσμα. Θέλησε τότε να κάνει μερικές ακόμα εξετάσεις μήπως και εύρισκαν το αίτιο της παθήσεώς του. Με την σιγμοειδοσκόπηση και τον βαριούχο υποκλυσμό διαγνώστηκε ότι ο ασθενής εμφάνιζε Ca στο σιγμοειδές του εντέρου. Έτσι εισάγεται στην κλινική του νοσοκομείου για χειρουργική αντιμετώπιση.

Το Νοσηλευτικό Ιστορικό του ασθενούς αναφέρει ότι εισάγεται στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο από το Νοσοκομείο του Μεσσολλογγίου με την συνοδεία ενός γιατρού. Η κατάστασή του είναι σχετικά καλή. Ζητά συνεχώς να ειδοποιηθεί ο γιός του και να έρθει κοντά του. Το νοσηλευτικό προσωπικό αναλαμβάνει να ειδοποιήσει τον γιό του ασθενή, αλλά αυτό αποδείχθηκε μάταιο. Ο γιός δεν ενδιαφέρθηκε καθόλου για τον πατέρα του και έφερε την δικαιολογία ότι θα πήγαινε κάποιο επαγγελματικό ταξίδι. Όταν το έμαθε ο ασθενής στενοχωρήθηκε πολύ. Η ψυχολογική του

κατάσταση ήταν πολύ άσχημη και ο φόβος του μεγάλος.

Το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει:

Χρόνια ελιώδης Κολίτιδα

Εγκεφαλικό επεισόδιο

Αρτηριοσκληρόυνση

Στην κλινική εξέταση βρέθηκαν:

Θώρακας: Φυσιολογικός

Κοιλιά: Μαλακή, ευπίεστη

Καρδιά: Φυσήματα

Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδωσαν τα εξής αποτελέσματα:

Στο ΗΑΚ ανύψωση του S-T και ανάστροφο το κύμα T.

Τα καρδιακά ένζυμα αυξημένα και το σάκχαρο αίματος

Λευκά αιμοσφαίρια 8.500

Αιματοκρίτης 40

Ερυθρά αιμοσφαίρια 4.000.000

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιέλαβε και βαριούχο υποκλι-
σμό καθώς και δακτυλική εξέταση.

Έγινε προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή και την άλ-
λη ημέρα προγραμματίστηκε για χειρουργείο.

Η κατάστασή του ήταν σε γενικές γραμμές καλή. Ήταν ό-
μως πολύ ανήσυχος και πολύ στενοχωρημένος πριν την εγχείρηση
αλλά και μετά όπου επιδεινώθηκε η θλίψη του και η αγωνία του.
Άρχισε να γίνεται παράξενος και απαιτητικός από το νοσηλευ-
τικό προσωπικό. Υπήρχε δηλαδή μία αλλαγή της συμπεριφοράς
του μετά την εγχείρηση που δεν μπορούσε να την εξηγήσει κανείς.

Μετά τα τέλος της εγχείρησης ο ασθενής βγήκε από το
χειρουργείο με LEVIN και καθετήρα κύστεως.

Ρυθμίστηκαν τα υγρά τα οποία έπρεπε να πάρει στο 24ωρο και του χορηγήθηκαν αντιβιοτικά.

Ακολούθησε πλήρης παρακολούθηση του ασθενούς με 3ωρη λήψη ζωτικών σημείων.

Τα φάρμακα τα οποία έπαιρνε ήταν:

DEXTROSE 5% 1.000 ML

RINGERS 1.000 ML

ELAGIL 1X3

ZANTAC AMP 1X3

CLAFORAN 1X3

Μετά από δύο 24ωρα αφαιρέθηκε το LEVIN και μετά από 8 ημέρες αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Ρυθμίστηκε το διαιτολόγιο του ασθενής και έγιναν συχνές αλλαγές στην κολοστομία. Ο ασθενής κατά την διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο βελτιωνόταν βαθμιαία.

Εξήλθε στις 17-3-1990 αφού πρώτα αναζήτησαν κάποιον οικείο του για να τον παραλάβει.

Του δόθηκαν οδηγίες για την τρόπο που θα κάνει την αλλαγή και ποιά φάρμακα πρέπει να παίρνει. Και επιπλέον ενημερώθηκε και ο γιός του για όλα αυτά.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Σύγχυση και αναζήτηση οικείων προσώπων.	Καθησύχηση του ασθενούς Προσπάθεια εύρεσης οικείων προσώπων του ασθενή.	Συζήτηση με τον ασθενή για το οικογενειακό του περιβάλλον. Ανέυρεση και συζήτηση με το υιό του για την κατάσταση του πατέρα του.	Η νοσηλεύτρια ακούγοντας τον ασθενή να αναζητά κάποιον οικείο του πρόσωπο προσπάθησε να έρθει σε επαφή με τον ίδιο τον ασθενή και να διευκρινήσει τι ακριβώς συμβαίνει και δεν τον συνόδεψε κανένας δικός του όταν ήρθε στο νοσοκομείο. Αναζήτηση και ενημέρωση του γιού του για την πορεία της νόσου του ασθενή και παράκληση να έρθει να επισκεφτεί τον πατέρα του.	Ο ασθενής σταμάτησε να ανησυχεί με την ελπίδα ότι γρήγορα θα έρθουν κοντά του οι δικοί του. Ο ασθενής αποκτησε θάρρος για την ζωή και εμπιστοσύνη και ασφάλεια μέσα στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Ελκώδη Κολίτιδα, έπιδεινωση του πόνου.	Ανακούφιση από τα συμπτώματα αυτά.	Ανακάλυψη αιτιών της ασθένειας. Μετάδοση γνώσεων στον ασθενή για την φαρμακευτική αγωγή. Συνενόηση με τους γιατρούς και συνεργασία για την θεραπεία του ασθενή.	Η Νοσηλεύτρια ενημερώνεται από τους γιατρούς για τα αίτια του πόνου που νιώθει ο ασθενής & φροντίζει να παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενή και να ενημερώνει τον γιατρό και τα άλλα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού.	Απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο.
Διαταραχή των κενώσεων	Ανακούφιση από τα συμ-	Αντιμετώπιση της διάρ-	Ενημέρωση του ασθενούς	Ο ασθενής ανακουφίζεται

κε από τα συμπτώματα.

ότι δεν πρέπει να πάρει

ροίας.

πτώματα αυτά.

διάρροιες και στοί-
λέα αίματος

τύποτα από το στόμα, μόνο

Καθυσάχωση ασθενούς.

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εκνευρισμός και αλλα-

ελάχιστα υγρά.

Επανάληψη μερικών ε-

σης του ασθενούς.

Εξαιτίας

Τοποθέτηση ορθού για απο-

ξετάσεων για εξακριβω-

προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

φυγή αφυδατώσεως.

ση των αιτίων.

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

Ο ασθενής ηρέμησε.

Η Νοσηλεύτρια ενημερώνει

Συζήτηση με τον σθε-

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

και ένωση, περισσό-

την Κουν.Λειτουργό και ζη-

νή για το πρόβλημα που

σης του ασθενούς.

Εξαιτίας

τερο ασφαλής μέσα στο

τά την βοήθειά της για

τον απασχολεί.

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

χάρο που βρίσκεται.

να βοηθήσουν τον ασθενή

Εξήγηση στον ασθενή

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

χάρο που βρίσκεται.

να επικοινωνήσει με τους

ότι δεν πρέπει να ανη-

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

οικείους του.

συχεί και να φέρεται ά-

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

Ενθάρρυνση του ασθενής ό-

σχημα στο προσωπικό

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

τι το νοσηλευτικό προσω-

του νοσοκομείου. Ενθάρ-

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

πικό θα βρίσκεται κοντά

ρυνση του ότι όλα θα

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

του ανά πάσα στιγμή και

βρουν την λύση τους.

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

ο σκοπό έχει να τον βοηθή-

σει να θεραπευτεί από την

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

σθενεία του και από τα

σει να θεραπευτεί από την

Προσπάθεια καθυσάχ-

Εξαιτίας

προβλήματα που τον απασχολούν.

Επιβεβαίωση του ασθενούς

ότι θα μεριμνήσει για να επικοινωνήσει με τους δικούς του.

Ψυχολογική ενίσχυση του ασθενούς και επιψύχωση αυτού να έχει έθαρρος & προπάντων εμπιστοσύνη στο προσωπικό του νοσοκομείου.

Τέλος του τονίζει ότι δεν πρέπει να νιώθει μόνος του υπάρχουν τόσοι γύρω του που φροντίζουν & ενδιαφέρονται γι' αυτόν πραγματικά.

Απώλεια δυνάμεων, εύκολη κόπωση.

Αποκατάσταση του ασθενούς από τα συμπτώματα

Δημιουργία ευκαιριών για αύξηση των δραστη-

Εκτέλεση διάφορων δραστηριοτήτων από τον ασθενή. Αποφυγή επιπλοκών λόγω της σκηνησίας του

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Πρόβλημα κακοσμίας.	Θεραπεία του προβλήματος.	αυτά.	<p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να δημιουργεί, να ασχολείται με πράγματα της αρεσκείας του.</p>	<p>Όπως διάβασμα & γράψιμο ασθενούς. Αύξηση των ενδιαφερό- και απομάκρυνση της μολύβου που νιώθει.</p>
Πρόβλημα κακοσμίας.	Θεραπεία του προβλήματος.	Διδασκαλία του ασθενή για τις τροφές που πρέπει να λαμβάνει.	<p>Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να αποφεύγει τις τροφές που δημιουργούν αέρια.</p>	Αντιμετώπιση της κακοσμίας.
Πρόβλημα κακοσμίας.	Θεραπεία του προβλήματος.	Δεν πρέπει να αισθάνεται άσχημα και μειονεκτικά στους άλλους. Ο κάθε άνθρωπος έχει κάποιο πρόβλημα & πρέπει να προπα-	<p>Συμπράσταση του ασθενούς να περπατάει και να επισκέπτεται θαλάμους και να συζητάει με τους άλλους ασθενείς ή με τους επισκέπτες.</p>	Τόνωση του ασθενούς.

Θύμιε να το αντιμειωπίσουμε.

Χορήγηση ταμπλετών που καταπολεμούν την κακοσμία.

Αποφυγή μορφασμού της νοσηλεύτριας την ώρα που μπαίνει στον θάλαμο.

Ενημέρωση των ασθενών του ίδιου θαλάμου για τον τρόπο αντιμειωπίσεως του ασθενή.

Προεγχειρητική ετοιμότητα του ασθενούς. Αποφυγή μετεγχειρητικών επιπλοκών και δυσχερειών. Φυσική προεγχειρητική ετοιμότητα. Ψυχολογική ετοιμότητα. Χορήγηση αντιπηκτικών φαρμάκων P.O.S. & αντιβίωσης. Προετοιμασία των εντέρων για την εγχείρηση. Καθαριστικός υποκλισμός.

Χορήγηση τροφών πλούσιες σε θερμίδες για σημαντική τόνωση του οργανισμού.

Ενημέρωση του ασθενούς από τον Ιατρό και από την νοσηλεύτρια για το τι πρόκειται να του συμβεί.

Η νοσηλεύτρια ακούει με προσοχή τον ασθενή και του δίνει την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του.

Η νοσηλεύτρια ακολουθεί μέχρι το χειρουργείο του ασθενή και του εύχεται καλή επιτυχία.

Θρέψη του ασθενούς. Αντιμετώπιση των θρεπτικών αναγκών του ασθενούς. Χορήγηση απαραίτητων τροφών στον ασθενή. νούς ρυθμίστηκε αρκετά

Ενημέρωση του ασθενή σε λεύκωμα και φτώχη σε καλά.

για το διαιτολόγιό του. Ο ασθενής αισθάνθηκε

Αποφυγή επιπλοκών. Τονίζει στον ασθενή ό- χαρούμενος και δυνατός.

τι δεν πρέπει να λαμβάνει

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΛΕΞΕΙΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Δημιουργία στοματίτιδας.	Καταπολέμηση της μόλυνσης.	Ανίχνευση αιτιών που δημιουργούν την στοματίτιδα.	τροφές που προκαλούν αέρια (αυγά, ψάρια, φασόλια).	
			Η Νοσηλεύτρια φροντίζει το περιβάλλον του ασθενή να είναι τέτοιο ώστε να επιδρά θετικά στην επιθυμία για φαγητό.	
			Τα φαγητά πρέπει να είναι καλομαγειρεμένα και η ώρα του φαγητού να είναι συγκεκριμένη.	
			Αποφυγή επιπλοκών με την σωστή θρέψη. Όπως απώλεια βάρους, ατονία, καχεξία.	
			Η νοσηλεύτρια καλεί τον ιατρό και του περιγράφει το πρόβλημα του ασθενούς. Ο ασθενής μπορούσε να κάνει αλλαγή των αντι-	
		θεραπεία στοματίτιδας.	φάει άνετα χωρίς κα-	

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Τεχνητή διατροφή με LEVIN μετεγγχειρητικά.	Θρέψη του ασθενούς	Καθαριότητας στοματικής κοιλότητας.	βιοτικών, γιατί αυτά, απο-τελεσαν την αιτία της στο-ματίτιδας, κατά την εντο-λή του Ιατρού.	νένα πρόβλημα.
			Χορηγεί μυκοστατίνη το ο-ποίο είναι αντισηπτικό για την θεραπεία μολύνσεως της στοματικής κοιλότη-τος.	
			Ενημερώνει τον ασθενή ότι δεν πρέπει να ανησυχεί γιατί δεν είναι τίποτα το σοβαρό.	
			Χορήγηση μελαφράς τροφής λόγω δυσχέρειας στην βρώ-ση και την κατάποση.	
Τεχνητή διατροφή με LEVIN μετεγγχειρητικά.	Θρέψη του ασθενούς	Ενημέρωση του ασθενή για την τεχνητή διατρο-φή.	Η νοσηλεύτρια διδάσκει τον ασθενή τον σκοπό του ρινογαστρικού καθετήρα	Ο ασθενής τρέφεται κανονικά.

Προσδιορισμός του μίγ-

και τον τρόπο σίτισής του.

ματος της τεχνητής δια-
τροφής.

Τοποθετεί τον άρρωστο σε
αναποτυχιτή θέση.

Καλή καθαριότητα του ρι-
νογαστρικού καθετήρα και
των αντικειμένων που χρη-

φροντίζει η θερμοκρασία
της τροφής να είναι 37,5°
έως 38°C.

σιμοποιούνται για την
σίτιση, για αποφυγή
επιπλοκών.

Μετρά την ποσότητα της τρο-
φής και φροντίζει για το
είδος.

Φροντίζει τα χρησιμοποιού-
μενα αντικείμενα να είναι
καθαρά και ζεστά.

Προσέχει ώστε η χρησιμοποιοι-
ούμενη τροφή να είναι ρευ-
στή ή υγρή ποτέ στερεή
για αποφυγή αποφράξεως του
σωλήνα.

Η νοσηλεύτρια μετά από κάθε

Πλύση κολοστομίας.	Καθαριότητα του εντέρου από το περιεχόμενό του. Αποφυγή επιπλοκών.	Ενθάρρυνση του ασθενούς. Διδασκαλία και εκμάθησή του ασθενή του τρόπου εργασίας για την πλύση της κολοστομίας. Πραγματοποίηση πλύσεως της κολοστομίας.	γεύμα, χορηγεί και την ανάλογη ποσότητα νερού. Η νοσηλεύτρια εξηγεί την προετοιμασία για τη νοσηλεία δηλαδή τα απαραίτητα είδη για την νοσηλεία και ετοιμασία τους. Επίσης του εξηγεί την σειρά εργασίας. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προετοιμασίας των αντικειμένων και της εκτέλεση της πλύσεως. Ο ασθενής βοηθά την νοσηλεύτρια κατά την προετοιμασία και εκτέλεση της πλύσεως.	Σωστή περιποίηση του εντέρου και αποφυγή έλλοιπών. Ο ασθενής νιώθει δημιουργικός και ικανός να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του.
Ο ασθενής προετοιμάζει τα απαραίτητα για την πλύση			Ο ασθενής προετοιμάζει τα απαραίτητα για την πλύση	

και εκτελεί την νοσηλεία
μόνος του υπό την επίβλεψη
της νοσηλεύτριας.

Κατά το διάστημα αυτό ο ασθενής
ενθαρρύνεται συνεχώς
από την νοσηλεύτρια.

Έξοδος του ασθενή. Προετοιμασία του ασθενή για αναχώρηση από το νοσοκομείο. Ψυχολογική προετοιμασία για αναχώρηση από το νοσοκομείο. Ο ασθενής αισθάνεται ικανοποίηση, χαρά και ευγνωμοσύνη προς το προσωπικό του νοσοκομείου.

Επικοινωνία με τους οικείους του ασθενή και ενημέρωσή τους για την παραλαβή του από το νοσοκομείο.

Απόκτηση γνώσεων του ασθενή για την περιποίηση της <<παρα φύσιν έδρας>>.

Ψυχική προετοιμασία του ασθενούς για την αποδοχή της κατάστασώς του.
Η νοσηλεύτρια δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του, να θέσει ερωτήσεις.
Η νοσηλεύτρια χορηγεί ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες στον ασθενή.
Η νοσηλεύτρια βοηθάει τον ασθενή να ετοιμαστεί για την έξοδό του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας λοιπόν στο τέλος της εργασίας μου θα ήθελα να τονίσω με λίγα λόγια αφ' ενός μεν την σημασία της πρόληψης, και της έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου και αφ' ετέρου τον ρόλο της νοσηλεύτριας στην θεραπεία του καρκινοπαθούς.

Η πρώιμη ανακάλυψη του καρκίνου επιτυγχάνεται με κατά διαστήματα λεπτομερή φυσική εξέταση του ασθενούς η οποία περιλαμβάνει απαραίτητα τη δακτυλική εξέταση από τον κόλπο και το ορθό, έμμεση λαρυγγοσκόπηση, ακτινογραφία θώρακος, τεστ Παπανικολάου, εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αίματος και μαστογραφία. Η συχνότητα με την οποία θα πρέπει να επαναλαμβάνονται οι πιο πάνω εξετάσεις ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, με την εμφάνιση και επιμονή των συμπτωμάτων και με τον αυξημένο δείκτη υποψίας του γιατρού. Εάν λοιπόν κάθε άτομο συνειδητοποιούσε την σημασία αυτών των εξετάσεων θα περιοριζόταν σε σημαντικό βαθμό ο αριθμός των ασθενών, αυτών που ενώ η κατάστασή τους είναι σοβαρή, ο καρκίνος δηλαδή βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, μόλις τότε επισκέπτονται το γιατρό τους. Και αυτό βέβαια οφείλεται είτε σε αμέλεια είτε από μη καλή ενημέρωση και διαφώτιση των ανθρώπων για το τεράστιο αυτό πρόβλημα που λέγεται καρκίνος.

Πιστεύω λοιπόν ότι πρέπει να γίνεται από όλους τους αρμόδιους για το θέμα υγείας σωστή ενημέρωση στο κοινό. Μόνο τότε θα μειωθεί το ποσοστό ατόμων που πεθαίνουν καθημερινώς από την αρρώστια αυτή. Και ακόμη περισσότερο το νοσηλευτικό

προσωπικό που ζει από κοντά τις δραματικές καταστάσεις που παυρνούν οι καρκινοπαθείς μπορεί να βοηθήσει στο έργο της ενημέρωσης και διαφώτισης του κοινού. Μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, σεμιναρίων, εκπομπών τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών, συζητήσεων μπορεί να προληφθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου, αλλά και κάθε καρκίνος που μπορεί να αποβεί μοιραίος για τον άνθρωπο.

Δεύτερο θα ήθελα να τονίσω το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού όχι μόνο στην πρόληψη του καρκίνου που αναφέρθηκα προηγουμένως αλλά και στην θεραπεία του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό στόχο του έχει να βοηθήσει τον άρρωστο να διατηρήσει τις δυνάμεις του και την ακεραιότητά του. Αυτά θα τα χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να καταπολεμήσει την αρρώστεια του, να ανεχθεί την θεραπεία του και να συναντι-μετωπίσει τα αναπόφευκτα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματά του.

Η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής για να τα επιτύχει αυτά χρειάζεται να διαθέτει γνώσεις, δεξιότητες και ανθρωπιά. Η νοσηλεύτρια-τής που εργάζεται με τον άρρωστο που έχει καρκίνο, πρέπει να είναι περισσότερο από έναν έμπειρο τεχνίτη. Πρέπει να είναι ο άνθρωπος που προσεγγίζει τον συνάνθρωπο για να του προσφέρει τον εαυτό του. Οι ευθύνες όμως του νοσηλευτικού προσωπικού για την φροντίδα του αρρώστου δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου για να επιτευχθεί έτσι πλήρη αποκατάσταση του καρκινοπαθούς.

Επίσης ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται και στα μέλη της οικογένειας του ασθενή. Γιατί αυτός είναι που θα δώσει την σωστή ηθική ενίσχυση και συναισθηματική υποστήριξη.

Τελειώνοντας θα ήθελα να αναφέρω συμπερασματικά ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ μεγάλος. Ότι από αυτόν εξαρτάται πολλές φορές η ζωή ή ο θάνατος του αρρώστου. Γι' αυτό θα πρέπει να έχει στόχο πάντα την ανακούφιση του αρρώστου, φυσική ή ψυχική χωρίς ανιδιοτέλεια και υστεροβουλία.

<<Η πιο μεγάλη σημασία για έναν νοσηλευτή είναι να μπορεί καν να θέλει να βοηθήσει τους συνανθρώπους του με ό,τι είναι, με ό,τι γνωρίζει και με ό,τι έχει την δύναμη να κάνει>>.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΒΑΣΩΝΗ, Δ.: Επιτομή χειρουργικής και Ορθοπεδικής,
Έκδοση 1η, εκδόσεις Επτάλοφος Α.Β.Ε.Ε.,
Αθήνα 1987.
- ΓΑΡΔΙΚΑ Κ.: Ειδική Νοσολογία, Επίτομος, Έκδοση 3η, Επιστη-
μονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- HARRISON: Εσωτερική Παθολογία, τόμος Γ', Έκδοση 8η, Επιστημο-
νικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε.: Νοσηλευτική Παθολογική Χει-
ρουργική, τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 9η, Εκδόσεις
Γεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων, <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>
Αθήνα 1987.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Ε.: Νοσηλευτική Παθολογική-Χει-
ρουργική, τόμος Α', μέρος 2ο, Έκδοση 1η, Εκδόσεις
Γεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>
Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΛΑΣ, Π.: Χειρουργική, Τόμος Α', Έκδοση 9η, Ιατρικές Εκδόσεις
Πασχαλίδη, Αθήνα 1987.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Γ.-ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ, Γ.: Αρχές Γενικής Χειρουργικής
Τόμος Β', Έκδοση 8η, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρη-
γόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- ΣΑΒΒΑ, Α.: Επίσημη Ανατομική του Ανθρώπου και Άτλας, Έκδοση 3η
Τόμος Α', Εκδοτικός Οίκος Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη
1979.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΞΗ, Α.-ΠΑΝΟΥ, Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοση-
λευτική, Τόμος Β', μέρος 2ο, πρωτότυπη έκδοση, Εκδό-
σεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Α.-ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοση-
λευτική, τόμος Α', Επανάδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ
MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ, Α.-ΜΠΕΣΜΠΕΑΣ, Σ.: Σεμινάριο Νοσηλευτριών-Διατροφή
και Καρκίνος, Αθήνα 1991.

ΤΟΥΝΤΑ, Κ.: Επίτομος Χειρουργική, Τεύχος 3, Επιστημονικές Εκ-
δόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

