

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ"

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Dr ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΜΙΧΑΛΟΥΔΗΣ ΠΑΣΧΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ 1992



ΕΠΙΣΤΟΛΗ	196
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	I
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	II
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ.....	1
α. Γενικά.....	1
β. Μέρη.....	1
γ. Εξωτερικά γνωρίσματα.....	1
δ. Αγγείωση.....	3
ε. Νεύρωση.....	4
ΒΑΣΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	6
1. Απορρόφηση.....	6
2. Αποθήκευση.....	6
3. Κινητικότητα.....	6
4. Αφόδευση.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.....	11
α. Επιδημιολογία.....	11
β. Αιτιολογία.....	12
γ. Παθολογανατομία.....	12
δ. Εντόπιση - επέκταση.....	13
ε. Σταδιοποίηση.....	16
στ. Κλινική εικόνα - Συμπτωματολογία.....	18
ζ. Διάγνωση.....	19
η. Θεραπεία.....	21

	Σελ.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ	
ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.....	23
Ορισμός.....	23
Τύποι κολοστομίας.....	24
Επιπλοκές κολοστομιών.....	31
Συμπτώματα και νοσηλευτική.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV	
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	41
ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	45
Φροντίδα στομιών.....	47
α. Αλλαγή σάκου κολοστομίας.....	48
β. Πλύση κολοστομίας.....	55
ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	59
ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	67
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΗΤΩΣΕΙΣ.....	67
Ιστορικό Ι.....	67
Ιστορικό ΙΙ.....	74
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην σημερινή εποχή η πρόοδος του πολιτισμού και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, επέφερε σημαντικές αλλαγές στη διατροφή και υγεία του σύγχρονου κόσμου. Παράλληλα όμως, με τα θετικά αποτελέσματα αυτής της προόδου, εμφανίσθηκαν περισσότερο στις ανεπτυγμένες χώρες ορισμένες αρνητικές επιπτώσεις σχετιζόμενες με διαιτητικές συνήθειες και έναν υπερκαταναλωτικό τρόπο ζωής.

Αυτές οι επιπτώσεις, σε συνδυασμό και με άλλα γνωστά ή άγνωστα γενεσιουργά αίτια νόσων, δημιούργησαν ένα ολόκληρο νοσολογικό φάσμα παθολογικών προβλημάτων του πεπτικού συστήματος. Τα προβλήματα αυτά έγιναν αμέσως αντικείμενο έρευνας της Ιατρικής επιστήμης, η οποία επρότεινε αλλά και συνεχώς προτείνει, λύσεις για την αντιμετώπιση και γενικότερα την καταπολέμηση των γαστρεντερικών παθήσεων.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες είναι σημαντικές και σε όγκο και σε αποτελεσματικότητα. Μέσα σε αυτές περιλαμβάνεται μεγάλος αριθμός εγχειρητικών διαδικασιών που μας δίνουν την δυνατότητα να επεμβούμε ανατολικά πλέον, στον γαστρεντερικό σωλήνα με σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα.

Μία χειρουργική επιλογή αντιμετώπισης παθήσεων του παχέος εντέρου είναι οι κολοστομίες. Σε αυτήν την εργασία εξετάζονται όλοι εκείνοι οι παράμετροι που σχετίζονται με την κολοστομία, τα αίτια τους, η φροντίδα τους, τα προβλήματα όσων την φέρουν, καθώς και η συμβουλευτική προς αυτά τα άτομα, που βρέθηκαν στην δύσκολη θέση να πρέπει να υποστούν την κολοστομία.

Γι' αυτό δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση του ατόμου με κολοστομία, μέσα απ' τις δυνατότητες της σύγχρονης Ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κολοστομία είναι η εγχειρητική δημιουργία τεχνητού ανοίγματος του παχέος εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα, με σκοπό την αποβολή του περιεχομένου του. Αναφέρεται και σαν παρά φύσιν έδρα, αφού αποτελεί μία διαφορετική οδό εξόδου του εντερικού περιεχομένου από την φυσιολογική.

Η κολοστομία χαρακτηρίζεται από την θέση της και από το αν είναι μόνιμη ή προσωρινή. Τόσο η θέση, όσο και η προσωρινότητα ή η μονιμότητα της κολοστομίας, εξαρτώνται απ' το πρωτογενές αίτιο και την εντόπισή του επί του εντερικού σωλήνα, που θα μας οδηγήσει στην ανάγκη για δημιουργία κολοστομίας.

Μια μεγάλη κατηγορία παθήσεων του παχέος εντέρου οδηγούν στην ανάγκη κολοστομίας, η οποία συνεισφέρει κατά περίπτωση είτε στην ριζική αποκατάσταση των προβλημάτων του αρρώστου, είτε στην ανακούφισή του από επώδυνα ενοχλήματα. Για την δημιουργία της απαιτείται συνήθως μεγάλης έκτασης επέμβαση στην ανατομία του γαστρεντερικού συστήματος, η οποία ακολουθείται και από ανάλογες αλλαγές και στην φυσιολογική του λειτουργία.

Προς ένα άτομο με κολοστομία αποτελεί παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, από την άποψη οργανικής αποκατάστασης. Παράλληλα πολύ μεγάλης σημασίας είναι οι ψυχολογικές μεταβολές που ακολουθούν την σωματική. Εκεί ακριβώς αποτελείται η συντονισμένη παρέμβαση της υγειονομικής ομάδας με σκοπό την αποδοχή του νέου ανατομικού φαινομένου απ' το άτομο που το υφίσταται.

Η αντιμετώπιση του ατόμου που θα υποστεί επέμβαση για κολοστομία είναι πολυεπίπεδη και διαπροσωπική. Αφορά την προ-εγχειρητική μελέτη του αρρώστου, την άμεση μετεγχειρητική του φροντίδα και την μετεγχειρητική του εξέλιξη. Διαπροσωπική σημαίνει την προσαρμογή των επεμβάσεων στα ιδιαίτερα προβλήματα και συμπεριφορολογικά χαρακτηριστικά του. Όλες οι φάσεις της αντιμετώπισης πρέπει να χαρακτηρίζονται από συστηματική διαλεκτική στάση προς τον άρρωστο για την καλύτερη και συντομότερη ψυχοσωματική του αποκατάσταση. Η υγειονομική διαπαιδαγώγηση με την μορφή συμβουλευτικής διαδικασίας είναι μεγάλης σημασίας γιατί δίνει στον άρρωστο την δυνατότητα της αυτοφροντίδας με όλες τις θετικές επιπτώσεις στην ψυχική του ισορροπία.

Στην υγειονομική ομάδα που είναι υπεύθυνη για έναν τέτοιο άρρωστο, ιδιαίτερα θέση κατέχει ο νοσηλευτής - νοσηλεύτρια, ο οποίος ευρισκόμενος πιο κοντά του έχει και τον σημαντικότερο ρόλο στην διαμόρφωση της νέας ψυχολογικής ταυτότητας του αρρώστου και στην διδασκαλία για την μάθηση και την εξοικείωση με την φροντίδα της κολοστομίας.

Η κατανόηση των σωματικών και οργανικών φαινομένων που σχετίζονται με την λειτουργία του πεπτικού συστήματος και οι επιστημονικές δυνατότητες παρέμβασης, έχουν φτάσει σε υψηλά επίπεδα, ώστε να μπορεί με βεβαιότητα να ειπωθεί ότι:

Ένα άτομο που φέρει κολοστομία έχει την δυνατότητα να νοιώθει και κυρίως να είναι όπως ακριβώς όλοι οι συνάνθρωποί τους, χωρίς κάποια διαφορά από αυτούς, με τις ίδιες ευκαιρίες παρουσίας και δραστηριότητας μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΒΑΣΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

α) Γενικά. το παχύ έντερο εμφανίζει μήκος 1,50 μέτρο και πλάτος, το οποίο οποίο ελαττώνεται από το τυφλό προς το ορθό. Εκτείνεται από την ειλεοκολική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό και περιγράφει ατελή στεφάνη γύρω από τις έλικες του ελικώδους εντέρου, η οποία είναι ανοικτή προς τα κάτω και δεξιά. Το ανιόν και κατιόν κόλο είναι ακίνητα και καθηλωμένα στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο, περιβαλλόμενα κατά τα τρία τέταρτα από περιτόναιο. Το εγκάρσιο και σιγμοειδές είναι κινητά, κρέμονται μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα και περιβάλλονται εντελώς από περιτόναιο.

β) Μέρη. το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη: 1) το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση με μήκος 7,5 CM, 2) το κόλο, το οποίο υποδιαιρείται σε τέσσερες μικρότερες μοίρες, ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές με αντίστοιχα μήκη 13-15, 50, 20-25, 40 CM και 3) το ορθό ή ευθύ ή απευθυσμένο, με μήκος 11-16 CM.

γ) Εξωτερικά γνωρίσματα: Σαν γνωρίσματα της εξωτερικής επιφάνειας του παχέος εντέρου, με τα οποία διακρίνεται από το λεπτό έντερο, χρησιμεύουν: α) Το μεγαλύτερο πλάτος του, στο οποίο οφείλεται και ο χαρακτηρισμός του σαν παχύ έντερο. Είναι πλατύτερο στο τυφλό, το πάχος, ελαττώνεται μέχρι το ορθό, όπου πάλι πλαταίνει για να σχηματίσει την κοπροδόχο λήκυθο. β) Οι τρεις κολικές ταινίες, οι οποίες από την βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Αποτελούν παχύνσεις της επιμήκους μυϊκής στιβάδας. οι ταινίες αυτές στο σιγμοειδές κόλο ελαττώνονται

σε δύο και στο ορθό εξαφανίζονται. γ) Τα εκκολπώματα του τοιχώματος, τα οποία χωρίζονται το ένα από το άλλο με κυκλωτερείς περισφίγξεις. δ) Οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες αποτελούν προσεκβολές του ορογόνου χιτώνα, διατεταγμένες σε σειρές κατά μήκος των κολικών ταινιών.

Εσωτερικά γνωρίσματα. Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου παρατηρούμε τις κολικές ταινίες με τις οποίες το τοίχωμά του χωρίζεται σε τρεις επιμήκεις και αυλακοειδείς ζώνες. Κάθε μία από τις ζώνες υποδιαιρείται με γκάρσιες πτυχές, τις μηνοειδείς, σε μικρά αλληλοδιάδοχα κυκλώματα, τις κολικές κυψέλες. Οι μηνοειδείς πτυχές αντιστοιχούν στις περισφίγξεις της εξωτερικής επιφάνειας του τοιχώματος και οι λοκικές κυψέλες στα εκκολπώματα.

Κατασκευή του παχέος εντέρου. Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερους χιτώνες, δηλ. τον ορογόνο, το μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και το βλεννογόνο.

α) Ο ορογόνος χιτώνας αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου. Προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτόναιου και καλύπτει εντελώς ή ατελώς τις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου.

β) Ο μυϊκός χιτώνας του παχέος εντέρου, αποτελείται από δύο στιβάδες από λείες μυϊκές ίνες, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτερή.

γ) Ο υποβλεννογόνος χιτώνας που αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό και βρίσκεται μεταξύ του μυϊκού χιτώνα και του βλεννογόνου.

δ) Ο βλεννογόνος αποτελείται: 1) από μονοστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, με καλυκοειδή κύτταρα, 2) από χόριο, 3) από αδέ-

νες, που είναι όμοιοι με τους αδένες του λεπτού εντέρου (Lieberkuhn) και 4) από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, η οποία χωρίζει τον βλεννογόνο από τον υποβλεννογόνο χιτώνα.

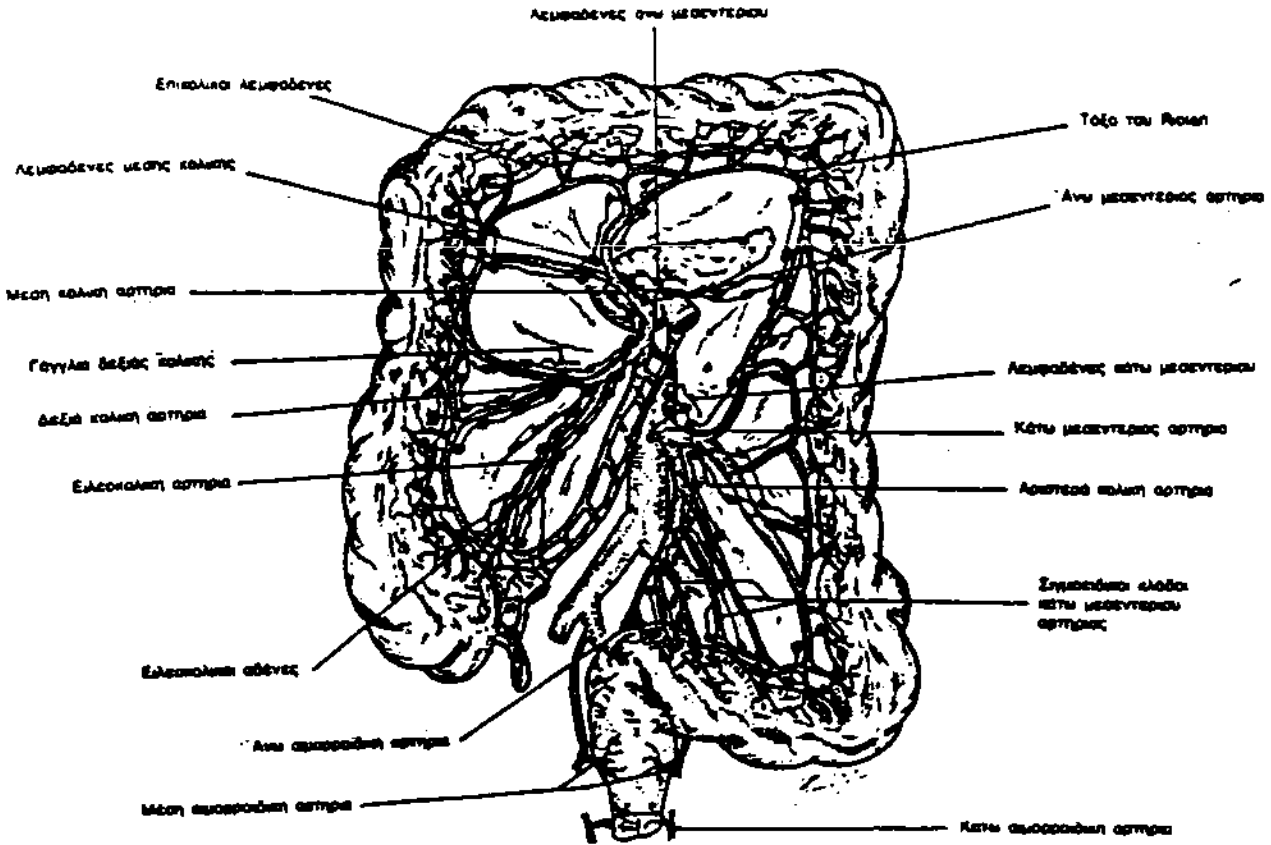
δ) Αγγείωση. Η αιμάτωση του παχέος εντέρου γίνεται από κλάδους που προέρχονται: α) από την άνω μεσεντέρια αρτηρία (ειλεοκολική, δεξιά και μέση κολική αρτηρία) για το τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο κόλο, β) από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία (αριστερή κολική, σιγμοειδής και άνω αιμορροϊδική αρτηρία) για το κατιόν το σιγμοειδές και για την άνω μοίρα του απενθυσμένου και γ) από την έσω λαγόνια αρτηρία (μέση αιμορροϊδική και κάτω αιμορροϊδική, από την έσω αιδοϊκή) για την κάτω μοίρα του ορθού (Κατρίτσας - Παπαδόπουλος).

Οι κολικές αρτηρίες διακλαδίζονται και σχηματίζουν τόξα περίπου 2,5 CM κάτω από το μεσοκολικό χείλος του εντέρου, τα οποία αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν την "επιχείλιο αρτηρία του Drummond" κι έτσι μέσω αυτής επικοινωνεί η άνω με την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Η επιχείλιος αρτηρία του Drummond μεταφέρει επαρκή ποσότητα αίματος έτσι ώστε να είναι δυνατή η απολίνωση μιας από τις κολικές αρτηρίες, χωρίς να προκαλείται ισχαιμία στα αντίστοιχα τμήματα του εντέρου (Καλαχάνης-ΜΠΑΛΑ).

Οι φλέβες του παχέος εντέρου μέχρι το άνω τριτημόριο του ορθού εκβάλλουν στην άνω και στην κάτω μεσεντέρια φλέβα, οι οποίες εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας φλέβας, ενώ οι φλέβες του υπολοίπου ορθού με τις δύο μέσες και τις δύο κάτω αιμορροϊδικές φλέβες εκβάλλουν στις εσωλαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κάτω κοίλης φλέβας.

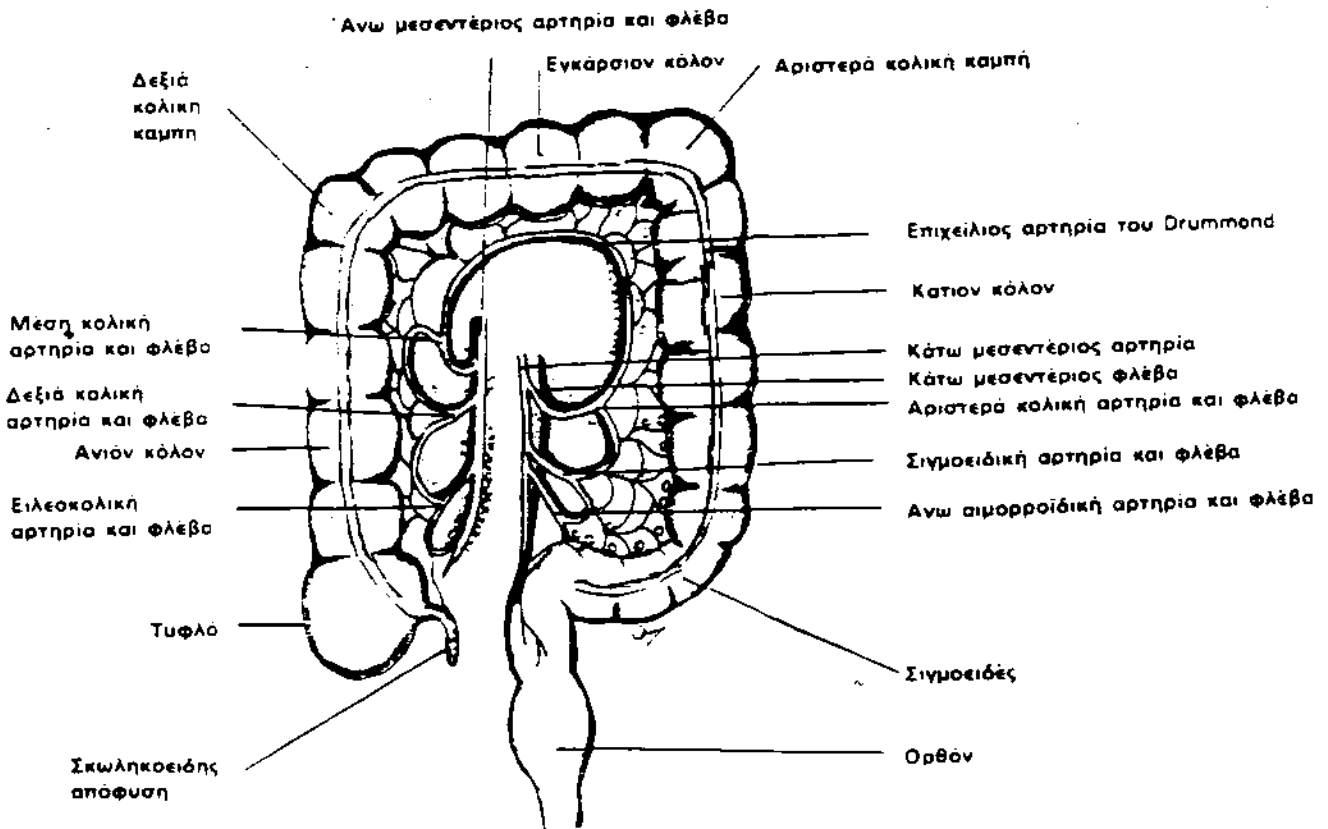
Τα λεμφαγγεία του παχέος εντέρου εκβάλλουν στα λεμφογάγγλια του παχέος εντέρου που είναι τα α) Επιπολικά, β) Παρακολικά, γ) Ενδιάμεσα, κατά μήκος των αρτηριακών κλάδων και δ) Λεμφογάγγλια γύρω από τα στελέχη της άνω και κάτω μεσεντερίου αρτηρίας. Η αποχέτευση της λέμφου του ορθού γίνεται με τα βουβωνικά λεμφογάγγλια (Ρήγας).

ε) Νεύρωση. Το παχύ έντερο νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Αυτές απολήγουν στο μυεντερικό (Auerbach) και το υποβλεννογόνιο (Meissure) γαγγλιοφόρο πλέγμα. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κοιλική καμπή προέρχονται από το πνευμονογαστρικό, ενώ από την καμπή αυτή μέχρι τον πρωκτό προέρχονται από τη νωτιαία μοίρα του παρασυμπαθητικού και φέρονται με τα πυελικά νεύρα. (κατρίτσης - παπαδόπουλος) (1ικ. 1 και 2).



Εικόνα 1. Σχηματική απεικόνιση του αρτηριακού και λεμφικού δικτύου του παχέος εντέρου. (Οι φλέβες συνοδεύουν παστά τις αρτηρίες).

"Αρχές γενικής χειρουργικής" ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ-ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ



Εικ. 2 Στοιχεία ανατομικής παχέος εντέρου.
Μ. ΡΗΓΑΣ

ΒΑΣΙΚΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Το παχύ έντερο υποδέχεται το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου και χρησιμεύει για την συμπλήρωση της πέψης και για τον σχηματισμό και την αποβολή των κοπράνων. Ουσιαστική πέψη δεν επιτελείται γιατί τα ένζυμα του παγκρεατικού και εντερικού υγρού αδρανοποιούνται πριν από τη διοχέτευση του περιεχομένου προς τον ειλεό και γιατί το μεγαλύτερο μέρος από τις θρεπτικές ουσίες έχουν ήδη υποστεί πέψη και απομύζηση. Διοχετεύονται όμως μέχρι το παχύ έντερο ουσίες που δεν υφίστανται πέψη, όπως κυτταρίνη, καθώς και ελάχιστη ποσότητα λίπους και λευκώματος.

Οι βασικές λειτουργίες που παχέος εντέρου είναι:

1. Απορρόφηση: Περίπου 500 κ.εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου εισέρχονται καθημερινά στο λεπτό έντερο σύμφωνα με τους περισσότερους ερευνητές (Χατζημηνάς, Καλαχάνης κ.ά.), ενώ κατά τον Πισιώτη ανέρχονται σε 1000 με 2000 ML. Το 90% του ποσού αυτού αποτελείται από νερό. Το υλικό αυτό αφυδατώνεται κατά τη διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να αποβάλλονται μόνο 100-200 ML νερού. Απορροφούνται ιόντα Νατρίου και Χλωρίου, επιτελείται δε ενεργητική απέκκριση ιόντων καλίου και ασβεστίου. Απορροφούνται επίσης με απλή διάχυση, μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα.

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

3. Κινητικότητα: Η κινητικότης του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις μορφές: Α) Ανάστροφος περίσταση. Είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις κινούμενες κεντρομόλως. Συμβαίνουν στο δεξιό κόλο και κυρίως στο τυφλό και ανιόν. Έτσι αναμιγνύεται το

περιεχόμενο του τυφλού και γίνεται απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών, καθώς και ανάμιξη με βλέννα. β) Τμηματικές συσπάσεις. Αυτές συμβαίνουν κυρίως στο εγκάρσιο και ακτιόν. Δακτυλοειδείς συσπάσεις διαιρούν τον αυλό σε χωριστά τμήματα προωθώντας το περιεχόμενο συγχρόνως κεντρικής και περιφερικώς. γ) Μαζική περίσταση. Συνίσταται σε εμφάνιση περίσφιγξης σε κάποιο σημείο, που την ακολουθεί συστολή του τοιχώματος περιφερικότερά της, που καταλαμβάνει έκταση 20 CM είτε και μεγαλύτερη, με αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου.

Οι παραπάνω κινήσεις είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νευροχημικών μηχανισμών και παραγόντων, από τους οποίους οι πιο γνωστοί είναι: α) Το γαστροκολικό αντανακλαστικό, δηλ. η επίταση των κινήσεων του παχέος εντέρου κατά τη διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου. β) Ο βαθμός διάτασης του εντέρου, π.χ. μεγάλη περιεκτικότητα της τροφής σε κυτταρίνη είτε σε πρόσληψη δυσαπορρόφητων αλάτων, με συνέπεια την ωσμωτική μετακίνηση υγρού από το αίμα στο έντερο και τη διόγκωσή του (καθαρτική ενέργεια αλάτων μαγνησίου). γ) Από επιδράσεις που εξασκούνται με το φυτικό νευρικό σύστημα, συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό, σε διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις, π.χ. κατά την οργή και τον πόνο οι κινήσεις ανστέλλονται, ενώ στο φόβο και την ισχυρή συγκίνηση επιτείνονται. δ) Από χημικά ερεθίσματα π.χ. τα χολικά άλατα επιτείνουν τρις κινήσεις καθώς και τα καθαρτικά κικινέλαιο και φαινολοφθαλεΐνη. ε) Από τις επιδράσεις διαφόρων ιστικών ορμονών, π.χ. η μοτιλίνη αυξάνει τις κινήσεις, ενώ η εντερογλυκαγόνη τις μειώνει (Χατζημηνάς).

4. Αφόδευση: Είναι η αποβολή του εντερικού περιεχομένου με την μορφή των κοπράνων δια του πρωκτού. Επίσης αναφέρεται ως εσωτερική αφόδευση η δίοδος του εντερικού περιεχομένου δια της ειλεοκολικής βαλβίδας.

Η εσωτερική αφόδευση είναι αποτέλεσμα γαστροεντερικού αντανακλαστικού, που προκαλείται κατά την είσοδο τροφών στο στόμαχι και ισχυρών περισταλτικών κινήσεων που περατηρούνται 2 ή 3 φορές την ημέρα. Κατ' αυτή το εντερικό περιεχόμενο εισέρχεται στο παχύ έντερο και επιβραδύνεται. Η επιβράδυνση αυτή αποβλέπει τόσο στη συμπύκνωσή του με την απορρόφηση νερού, όσο και την ανάμιξη με βλέννα για να διευκολυνθεί η ολισθηρότητα. Η βλέννα εκκρίνεται από τον βλεννογόνο του τυφλού και συντελεί επιπλέον στην μαλακότητα της σύστασης των κοπράνων και στην συγκόλλησή τους. Παρά την αφυδάτωση, τα κόπρανα αποτελούνται κατά 95% από νερό και 25% από στεραϊά συστατικά (συστατικά τροφών που δεν υφίστανται πέψη κι απομύζηση, μικροβιακά σωματίδια της εντερικής χλωρίδας, κυτταρίνη, εντερικές εκκρίσεις). (Δόνος, Βεζυράκη, Βαδαλούκα).

Η αφόδευση είναι αντανακλαστική λειτουργία, που στο φυσιολογικό άτομο ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από τη βούληση. Το ομόλογο ερέθισμα για την εκλυση του αντανακλαστικού είναι η ενεργοποίηση τασεοϋποδοχέων που βρίσκονται στο τοίχωμα του ορθού, το δε αντανακλαστικό κέντρο βρίσκεται στην ιερή μοίρα του νωτιαίου μυελού. Από το κέντρο αυτό αποστέλλονται νευρικές ώσεις με παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες, στο κατιόν, σιγμοειδές και ορθό, με τις οποίες προκαλούνται περισταλτικές κινήσεις, καθώς και στον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού που υφίσταται χάλαση. Επιπρόσθετα, από το κέντρο αυτό προκαλείται χάλαση του έξω σφιγ-

γκτήρα του πρωκτού, με αναστολή του μυϊκού τόνου. Εάν το άτομο, παρά την έπειξη, δεν επιθυμεί να αφοδεύσει, έχει τη δυνατότητα να αναστείλει την δραστηριότητα του κέντρου για την αφόδευση με την αποστολή, από τον φλοιό του εγκεφάλου, ανασταλτικών νευρικών ώσεων. Ο έλεγχος που ασκείται από τη βούληση στο κέντρο είναι σημαντικός, μέχρι όμως ενός ορισμένου σημείου, πέρα απ' το οποίο η αφόδευση γίνεται αυτομάτως (Χατζημηνάς).

Σαν στοιχεία της φυσιολογίας του παχέος εντέρου πρέπει να προστεθούν και τα εξής:

Μικροβιολογία - σηπτικές εξεργασίες - αέρια - συνήθειες εντέρου. Μέσα στο παχύ έντερο διαβιούν και πολλαπλασιάζονται, σε μεγάλους αριθμούς, μικροοργανισμοί (μικροβιακή χλωρίδα), που με τη δραστηριότητά τους επιτελούνται ζυμωτικές και σηπτικές εξεργασίες. Το παχύ έντερο στο έμβρυο είναι στείρο μικροβίων και η χλωρίδα αναπτύσσεται μετά τη γέννηση. Ο τύπος της χλωρίδας εξαρτάται τόσο από διαιτητικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπολογίζεται ότι τα κόπρανα περιέχουν 400 διαφορετικά είδη βακτηριδίων.

Η χλωρίδα του παχέος εντέρου είναι μικρή, αερόβιος και αναερόβιος, με προεξάρχοντα κατά 99% τα αναερόβια. Κύριος εκπρόσωπος των αναεροβίων είναι το *Bacteroides fragilis* και ακολουθούν τα κλωστηρίδια κι οι αναερόβιοι κόκκοι. Κύριοι εκπρόσωποι των αεροβίων είναι τα κολοβακτηρίδια (*Escherichia coli*) και οι εντερόκοκκοι (*Streptococcus faecalis*).

Με την επίδραση των μικροοργανισμών γίνεται η συμπληρωματική πέψη των υδατανθράκων (κυτταρίνης) καθώς επίσης και μικρών ποσοτήτων απεπτού λευκώματος που αποδίδουν διάφορα υποπροϊόντα, όπως υδρόθειο, μερκαπτάνες, σκατόλη, ιδνόλη κ.λ.π.

Η χολερυθρίνη της χολής μετατρέπεται σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη. Το μεγαλύτερο μέρος από τις ουσίες αυτές αποβάλλονται με τα κόπρανα, ενώ ένα μικρό μέρος στο αίμα, αδρανοποιούνται από το ήπαρ και τελικά αποβάλλονται απ' τους νεφρούς με τα ούρα. Προϊόντα μεταβολισμού επίσης της εντερικής χλωρίδας είναι οι βιταμίνες B1, B2, B12, K, η βιοτίνη, η νιασίνη και το φολικό οξύ.

Μέσα στο παχύ έντερο περιέχονται διάφορα αέρια που προέρχονται από κατάποση αέρα, αέρια που διαχέονται προς τον αυλό του εντέρου από το αίμα, καθώς και αέρια που παράγονται απ' τη δράση της μικροβιακής χλωρίδας (H_2 , O_2 , CO_2 , N_2 , υδροθείο και μεθάνιο). Το μίγμα του αερίου είναι εκρηκτικό, λόγω της παρουσίας H_2 και CH_4 , γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση του θερμοκαυστήρα κατά τις επεμβάσεις κοιλίας. Μία μικρή ποσότητα αερίων απορροφάται κατά μήκος του βλεννογόνου του εντέρου και η μεγαλύτερη αποβάλλεται από τη μορφή φυσών (περίπου 500 CC το 24ωρο).

Η συχνότητα των κενώσεων του εντέρου θερμαίνεται φυσιολογική όταν κυμαίνεται μεταξύ 1 ανά 12ωρο έως 1 ανά 2-3 ημέρες. Διάρροια λέγεται όταν οι κενώσεις είναι άνω των 3 ημερησίως με περιεκτικότητα νερό άνω των 300 ML ημερησίως. Με τον όρο δυσκοιλιότητα εννοείται:

- α) Αλλαγή της συχνότητας κενώσεων από μία ανά 24ωρο έως μία ανά 3ήμερο.
- β) Η σκληρή σύσταση των κενώσεων και
- γ) Η δυσκολία αποβολής των κοπράνων (δυσχεσία). Κάθε αλλαγή στις συνήθειες αφοδεύσεων θα πρέπει να διερευνούνται για τυχόν ύπαρξη παθολογικών αιτιών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

α) ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ: Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στην Αμερική όσο και στην Μεγάλη Βρετανία και κατέχει τη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και το καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου σε αναλογία 1,2 : 1, ενώ στον καρκίνο του ορθού, η σχέση ανδρών προς γυναικών είναι 1,1 : 1. Είναι νόσος κυρίως των ενηλίκων με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8% η νόσος 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. Παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί, προς το παρόν τουλάχιστον, κληρονομική επιβάρυνση είναι βέβαιο ότι οι άμεσοι συγγενείς του πάσχοντος από καρκίνο του παχέος εντέρου εμφανίζουν τον κίνδυνο να προσβληθούν από τον ίδιο καρκίνο 2-3 φορές περισσότερο από άλλα άτομα.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι λιγότερο συχνός από ότι στην Ευρώπη και Β. Αμερική, φαίνεται όμως ότι αυξάνει και στην χώρα μας με γρήγορο ρυθμό. Κάθε χρόνο, περίπου 1.500 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο του παχέος εντέρου, και από αυτά μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία. Επίπτωση της νόσου αυξάνεται σε συνάρτηση με την ηλικία, είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές, και κάπως μεγαλύτερη στις ανώτερες οικονομικο-κοινωνικές τάξεις. Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σχε-

τίζεται έντονα με την οικογενή πολυποδίαση και σε μικρότερο βαθμό με την ελκώδη κολίτιδα και τους πολύποδες. Είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλίσκουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωικές πρωτεΐνες (κυρίως βοδινό κρέας) και λίπη ζωϊκής προελεύσεως και φτωχά σε στερεό υπόλειμμα, φρούτα και λαχανικά. Η νόσος ενδέχεται επίσης να συσχετίζεται με την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων μπύρας, ενώ ορισμένες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από έκδηλη τάση "οικογενενούς" συρροής (Δ. Τριχόπουλος).

β) ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Η γενετική προδιάθεση έχει διαπιστωθεί μόνο στην οικογενή πολυποδίαση. Είναι γνωστό, ότι εκτός της οικογενούς πολυποδίασης, οι απλοί πολύποδες, η ελκώδης κολίτις, η κοκκιωματώδης κολίτις, προδιαθέτουν στην ανάπτυξη του παχέος εντέρου.

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 βρίσκεται σε ερευνητικό στάδιο. Φαίνεται όμως ότι τα αναερόβια βακτηρίδια βρίσκονται σε υψηλές συγκεντρώσεις σε άτομα που τρέφονται με ζωϊκά λευκώματα και λίπη. Τα μικρόβια αυτά (B. Fragilis-Iostridia) έχουν υψηλές συγκεντρώσεις του ενζύμου 7α - δεϋδρογονάση, το οποίο διασπά τα χολικά οξέα και σχηματίζει προδρόμους καρκινογενετικούς παράγοντες (πολυκυκλικές αρωματικές ενώσεις). Άλλος μηχανισμός είναι η μετατροπή προσληφθέντων προκαρκινογόνων σε καρκινογόνα με την επίδραση των ενζύμων των μικροβίων όπως β-γλυκουρονιδάση, αζωτοαναγωγή.

γ) ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ: Ο καρκίνος αναπτύσσεται από το κυλινδρικό επιθήλιο του βλεννογόνου του εντέρου και μακροσκοπικά διακρίνουμε 5 μορφές:

1. Την υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδή μορφή που εντοπίζεται

συνήθως στο δεξιό ήμισυ του παχέος εντέρου. Ο όγκος είναι συνήθως καλώς διαφοροποιημένος και χαμηλής κακοηθείας, 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 η κακοηθέστερη. Το έλκος εμφανίζει τους τυπικούς χαρακτήρες της κακοήθειας, δηλ. σκληρή βάση, επηρμένα χείλη και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή είναι δυνατόν να οδηγήσει στη στένωση του αυλού.

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

4. Την διηθητική μορφή κατά την οποία παρατηρείται διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, κατ' αρχάς χωρίς διήθηση του βλεννογόνου. Η μορφή αυτή είναι δυνατόν να συνυπάρχει μετά μιάς των προηγούμενων.

5. Το κολοειδές καρκίνωμα, το οποίου κατά ορισμένους, οφείλεται σε βλεννώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος είναι συνήθως ευμεγέθης και προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου.

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

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

Η επέκταση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

1. Κατά συνέχεια ιστού: Το αδενοκαρκίνωμα με το χρόνο διηθεί τους χιτώνες του εντέρου προς όλες τις κατευθύνσεις. Έτσι προχωρεί κατά τον επιμήκη άξονα σπανίως όμως πάνω από 5CM. Επεκτείνεται κυκλωτερώς και αναφέρεται, ότι χρειάζεται περίπου ένα χρόνο για να διηθήσει τα 3/4 του αυλού. Επεκτείνεται και εντός του αυλού διηθώντας τους περίεξ ιστούς. Μερικές φορές γίνεται συγκεκαλυμμένη διάτρηση του νεοπλάσματος με φλεγμονώδη διήθηση των περίεξ οργάνων που δεν είναι δυνατόν να διαχωρισθεί από τη νεοπλασματική διήθηση, κλινικώς ή εγχειρητικώς.

2. Αιματογενής διασπορά: Ο καρκίνος μπορεί να έχει διηθήσει αιμοφόρα αγγεία της περιοχής και δια των φλεβών καρκινωματώδη κύτταρα μεταφέρονται δια της πυλαίας κυκλοφορίας στο ήπαρ, το οποίο είναι το πρώτο σε συχνότητα όργανο που εμφανίζονται οι μεταστάσεις. Καρκινωματώδη κύτταρα μπορεί επίσης να παρακάμψουν την πυλαία κυκλοφορία (οπισθοπεριτοναϊκές, σπονδυλικές φλέβες) και να εμβολίσουν τον πνεύμονα. Καρκινωματώδη κύτταρα εντός των φλεβιδίων ανευρίσκονται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων και είναι ένα κακό προγνωστικό σημείο. Εμβολισμός από καρκινωματώδη κύτταρα δεν σημαίνει πάντα ανάπτυξη μεταστάσεως, γιατί μπορεί το ανοσολογικό σύστημα (T-λεμφοκύτταρα) να εξουδετερώσει τα καρκινωματώδη κύτταρα.

3. Δεμφική διασπορά: Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του καρκίνου. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια δεν εξαρτάται από το μέγεθος της πρωτοπαθούς εστίας, αλλά από το πόσο αδιαφοροποίητα (αναπλαστικά) είναι τα καρκινωματώδη κύτταρα. Η μετάσταση στους τέσσερις στοίχους λεμφογαγγλίων δεν γίνεται προοδευτικά και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια (ριζικά), ενώ δεν υπάρχουν στα πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας (παρακολικά). Ο αριθμός και ο στοίχος των λεμφογαγγλίων έχει μεταστάσεις, έχουν σοβαρή προγνωστική σημασία, γι' αυτό μία ριζική εγχείρηση για καρκίνο θα πρέπει να περιλαμβάνει όλους τους στοίχους των λεμφογαγγλίων της περιοχής μέχρι και τα ριζικά.

4. Διασπορά δι' εμφυτεύσεως: Όταν η καρκινωματώδης εστία διηθήσει και τον ορογόνο, καρκινωματώδη κύτταρα αποφαιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Τα κύτταρα αυτά προσκολλώνται στο τοιχωματικό περιτόναιο ή στο τοίχωμα οργάνων (μήτρας, ωοθηκών, λεπτού εντέρου κ.λ.π.) και αναπτύσσονται σε μεταστατικές εστίες. Η πιο συχνή εντόπιση γίνεται στο δουγλάσιο χώρο (ορθομητρική πτυχή, κυστεομητρική πτυχή, ορθοκυστιική πτυχή), όπου με τη δακτυλική εξέταση μπορούν να διαπιστωθούν από μικρές σκληρίδες, έως πλήρη διήθηση του εδάφους της πυέλου. Η διασπορά αυτή θεωρείται ως καρκινωμάτωση κοιλίας και έχει την ανάλογη κακή προγνωστική σημασία.

5. Διασπορά περίξ των νεύρων: Διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει τη διασπορά δια των νεύρων του παχέος εντέρου. Η κατάσταση αυτή έχει ιδιαίτερα κακή προγνωστική σημασία.

6. Ενδαυλική εμφύτευση: Κύτταρα από την επιφάνεια του όγκου που συνεχώς αποπίπτουν, ακολουθώντας το ρεύμα των κοπράνων μπορούν να προσκολληθούν επί του βλεννογόνου κεντρικά ή περιφερικά και να

να αναπτύξουν μία μεταστατική εστία. Η άποψη αυτή δεν γίνεται να ευσταθεί τουλάχιστον όταν ο βλεννογόνος του εντέρου είναι φυσιολογικός. Σε τραυματισμένη ή εξελκωμένη όμως επιφάνεια του βλεννογόνου μπορούν να αναπτυχθούν, όταν προσκολληθούν καρκινωματώδη κύτταρα. Αυτός είναι ο λόγος που διαπιστώνονται υποτροπές της νόσου στη γραμμή της αναστόμωσης μετά από κολεκτομή για καρκίνο. Έτσι σήμερα συνιστάται κατά τις κολεκτομές και πριν αρχίσουν οι χειρισμοί επί του αυλού του εντέρου, να αποφαχθεί δι' απολινώσεως ο αυλός του εντέρου κεντρικά και περιφερικά του όγκου.

ε) **ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ:** Με την σταδιοποίηση της νόσου γίνεται: α) ταξινόμηση των περιπτώσεων, β) προσδιορίζονται οι προγνωστικοί παράγοντες και γ) επιτρέπονται οι συγκρίσεις των αποτελεσμάτων μεταξύ των ερευνητών. Το 1932 ο C. Dukes παθολογοανατόμος πρότεινε την ταξινόμηση που από τότε φέρει το όνομά του (Πιν. 1). Η αξία της ταξινόμησης αυτής βρίσκεται στην απλότητά της. Επειδή όμως ήταν ατελής το 1945 οι Astler και Collier τροποποίησαν την ταξινόμηση κατά Dukes (Πιν. 2). Οι σταδιοποιήσεις αυτές αν και είναι οι πλέον διαδεδομένες, έχουν το μειονέκτημα ότι γίνονται με παθολογοανατομικές παραμέτρους και όχι με κλινικά ή εγχειρητικά ευρήματα, δηλαδή διήθηση παρακειμένων οργάνων ή μεταστάσεων. Έτσι υπάρχει και τρίτη ταξινόμηση με το σύστημα TNM, η οποία όμως δεν έχει ευρέως διαδοθεί λόγω της πολυπλοκότητας της. Στην απλοποιημένη της μορφή η σταδιοποίηση με το σύστημα TNM φαίνεται στον Πίνακα 3. Τέλος, στην ταξινόμηση και πρόγνωση σοβαρό ρόλο παίζει η διαφοροποίηση των κυττάρων κατά Broder, όπως: I = υψηλή διαφοροποίηση, II = μέση διαφοροποίηση, III = χαμηλή διαφοροποίηση ή αδιαφοροποίητα κύτταρα.

Πίνακας 1 : Ταξινόμηση κατά Dukes και πρόγνωση

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
A 15% των περιπτώσεων	Ο όγκος εντοπίζεται στο τοίχωμα του εντέρου - Λεμφαδένες (-)	80-90%
B 35% των περιπτώσεων	Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα του εντέρου και επεκτείνεται και στο περιτολικό λίπος. Λεμφαδένες (-)	50-70%
C 50% των περιπτώσεων	Ο όγκος έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις C ₁ : Μεταστάσεις στα επιχώσια λεμφαγγλία C ₂ : Μεταστάσεις στα ριζικά λεμφαγγλία.	C ₁ : 30% C ₂ : 20%

Πίνακας 2: Ταξινόμηση κατά Astler - Colfer

ΣΤΑΔΙΟ	ΠΑΘΟΛΟΓΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ
A	Ο όγκος εντοπίζεται στο βλεννογόνο έως τον υποβλεννογόνο.	90%
B ₁	Ο όγκος διηθεί τον μικρό χιτώνα έως τον ορόνονο. Λεμφαδένες (-)	30%
B ₂	Ο όγκος διηθεί όλο το τοίχωμα και τον ορόνονο και επεκτείνεται στο περιτολικό λίπος. Λεμφαδένες (-)	50%
C ₁	Όπως το B ₁ αλλά με διήθηση των επιχώριων λεμφαδένων	10%
C ₂	Όπως το B ₂ αλλά με διήθηση των λεμφαδένων	30%

Πίνακας 3: Ταξινόμηση καρκίνου του παχίως εντέρου με το σύστημα TNM

ΣΤΑΔΙΟ	ΜΕΓΕΘΟΣ-ΕΠΕΚΤΑΣΗ - ΤΟΥ ΟΓΚΟΥ (T)	Διήθηση λεμφαδένων (N)	Μεταστάσεις (M) απομακρυσμένες
0	In situ	-	-
I	Εντόπιση στο μικρό τοίχωμα	-	-
II	Εντόπιση στο τοίχωμα και περιτολικό λίπος - ιστούς	-	-
III	Οποιαδήποτε εντόπιση	+	-
IV	Οποιαδήποτε εντόπιση	±	+

στ) ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ - ΣΥΜΠΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ: Τα συμπτώματα ποικίλουν αναλόγως της εντοπίσεως του όγκου (δεξιό - εγκάρσιου - αριστερό - ορθό).

I. Συμπτώματα απ' το δεξιό κόλο. Οι όγκοι εντοπίζονται κυρίως στο τυφλό ανιόν και είναι ανθοκραμβοειδείς. Υφίστανται την επίδραση των υγρών του ειλεού και των χολικών οξέων. Τα συμπτώματα κατά σειρά συχνότητας είναι:

1. Αναιμία, απώλεια δυνάμεων
2. Δυσπεπτικά ενοχλήματα του τύπου χολοκυστοπάθειας ή γαστρίτιδας
3. Διαταραχή των κενώσεων με προεξάρχον στοιχείο τις διάρροιες με ίχνη αίματος.
4. Πυρετός. Λόγω απορρόφησης μη εξουδετερωμένων τοξικών ουσιών απ' το ήπαρ.
5. Ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

II. Συμπτώματα απ' το εγκάρσιο κόλο: Αναιμία, επιγαστρικά άλγη και ψηλαφητός όγκος στο επιγάστριο. Είναι δυνατόν αυτά τα συμπτώματα να εκλαμβάνονται και σαν καρκινώματα στομάχου.

III. Συμπτώματα απ' το αριστερό κόλο: Εδώ το καρκίνωμα είναι διαβητικού τύπου, επιμήκης και κυκλοτερώς, με συνέπεια την παροοδευτική απόφραξη του αυλού του εντέρου. Λόγω του στενωμένου αυλού και της ημιστεραιάς σύστασης των κοπράνων τα συμπτώματα αυτά είναι κυρίως αποφρακτικού τύπου.

1. Κωλικοειδή άλγη, φουσκώματα, δυσφορία στην αριστερή πλάγια χώρα.
2. Διαταραχή των κενώσεων, δυσκοιλιότητα με κατά περιόδους μικρές, πολλές κενώσεις.
3. Αίμα στις κενώσεις, γραμμώσεις κοκκίνου αίματος επί και με-

ταξύ των κοπράνων.

4. Η αναιμία είναι σπάνια και η ψηλαφητή μάζα ακόμη σπανιότερο εύρημα.

IV. Συμπτώματα από το ορθό. Αποφρακτικά φαινόμενα είναι σπάνια στο ορθό και το σιγμοειδές, ενώ τα γενικά (γενική καούχια, απώλεια βάρους, ανορεξία κ.λ.π.) επέρχονται πολύ αργά. Αντίθετα τα τοπικά συμπτώματα είναι έντονα και πρώιμα. Αυτά προκαλούν έντονες διαταραχές των κενώσεων με τη μορφή δυσκοιλιότητος ή διάρροιες ή συχνότερα εναλλαγές δυσκοιλιότητος και διάρροιας. Σε χαμηλά νεοπλάσματα τα κόπρανα εξέρχονται δίκην ταινίας. Οι διαταραχές αυτές των κενώσεων συνοδεύονται από τεινεσμό και αποβολή βλέννας και αίματος. Οι αιμορραγίες είναι συχνές και άφθονες, το δε αίμα αποβάλλεται μετά των κενώσεων, αλείφοντας αυτές ή και μεταξύ αυτών, οπότε συνοδεύεται από άφθονη βλέννα.

ζ) ΔΙΑΓΝΩΣΗ: 1. Η κλινική εξέταση του ασθενούς πιθανόν να αποδείξει την ύπαρξη ψηλαφητού ενδοκοιλιακού όγκου, ιδίως σε νεοπλάσματα του δεξιού κόλου και του τυφλού, ενώ η διαπίστωση απώλειας βάρους, αναιμίας κ.λ.π. επιβεβαιούν την αρχική υποψία.

2. Η δακτυλική εξέταση δια του ορθού εκτελείται καλλίτερα όταν ο άρρωστος είναι σε γονατοαγκωνιαία θέση και αποδεικνύει συνήθως την ύπαρξη όγκου ή στενώσεως σε νεοπλάσματα ορθού. Δια της δακτυλικής εξέτασης μπορεί να ροποδιοριστεί η μορφή του όγκου του ορθού, καθώς η έκταση και η κινητικότητα του. Ο δάκτυλος εξαγόμενος απ' το ορθό και σε αρνητική εξέταση ακόμα, μπορεί να φέρει ίχνη αίματος. Αυτό σημαίνει την ύπαρξη νεοπλάσματος σε υψηλή θέση που δεν ψηλαφάται.

3. Η ορθοσιγμοειδοσκόπηση επιτρέπει με την όραση την διαπίστωση ύπαρξης καρκινωματώδους μάζας ή έλκους στο ορθό και το σιγμοειδές και επιτρέπει τη λήψη ιστοτεμαχίων για βιοψία. Η μέθοδος αυτή είναι πολύτιμη γιατί μεγάλος αριθμός νεοπλάσματος είναι προσιτά στο σιγμοειδοσκόπιο. Για τα νεοπλάσματα που εντοπίζονται κεντρικότερα της ορθοσιγμοειδικής κολικής θα εφαρμοσθεί κολονοσκόπηση με σύγχρονα εύκαμπτα κολονοσκόπια.

4. C.E.A. Το ακρινο-εμβρυϊκό αντιγόνο είναι μία γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου. Σε αύξηση των κυττάρων αυτών, το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοαναστολογική μέθοδο. Η αύξηση όμως του C.E.A. δεν είναι ιδική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου ακόμη, γιατί έχει παρατηρηθεί αύξησή του και σε καλοήθεις παθήσεις. Παρ' όλο όμως που δεν είναι διαγνωστικό είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Εάν δηλ. μετά από μία θεωρούμενη ριζική εγχείρηση, το C.E.A. παραμένει υψηλό, η πρόγνωση είναι κακή. Επίσης αν μετεγχειρητικώς μειωθεί και μετά από καιρό ανιχνεύεται σε υψηλές συγκεντρώσεις, δείχνει ότι πρέπει να υπάρχει υποτροπή της νόσου.

5. Η πιο αποτελεσματική μέθοδος εξέτασης είναι ο ακτινολογικός έλεγχος, που γίνεται με βαριούχο υποκλυσμό. Με τον βαριούχο υποκλιισμό αποδεικνύεται η ύπαρξη στενωμένου τμήματος, του εντέρου ή ανώμαλη έλλειψη πληρώσεως. Ο ακτινολογικός έλεγχος πρέπει να γίνεται και άνω της αριστερής κολικής καμπής, όπου αναδίπλωση του εντέρου μπορεί να καλύψει την εικόνα του όγκου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σε διαταραχές των κενώσεων η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει για κάθε αιτία που προκαλεί δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Σε αιμορραγία απ' το ορθό ο μεγάλος κίνδυνος

είναι να γίνει επιπόλαιος διάγνωση αιμορροΐδων αν δεν γίνει δακτυλική εξέταση και σιγμοειδοσκόπηση. Οι όγκοι του σιγμοειδούς συγχέονται πολλές φορές, λόγω της ομοιότητας των συμπτωμάτων, με την εκκολπωματώση του παχέος εντέρου. Εδώ η διαφορική διάγνωση γίνεται κυρίως με τον ακτινολογικό έλεγχο και αν υπάρχει κάποια υποψία για όγκο, καθ' ότι μπορούν οι δύο παθήσεις να συνυπάρχουν, είναι καλό να γίνεται ερευνητική λαπαροτομία.

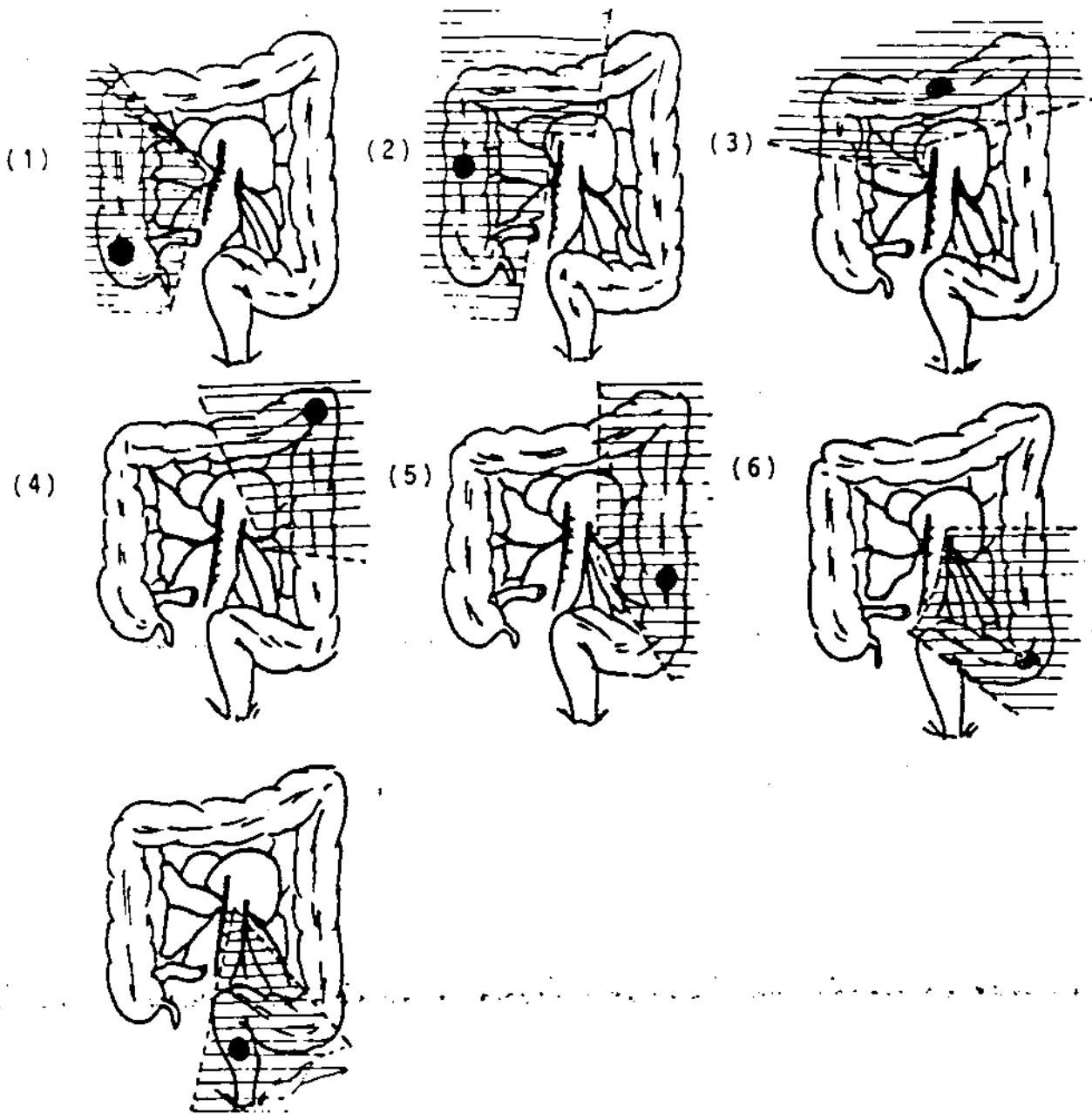
ΠΡΟΓΝΩΣΗ: Η πρόγνωση των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου είναι γενικά ευνοϊκότερη απ' την πρόγνωση καρκίνου άλλων περιοχών του σώματος.

Σε ριζική εκτομή του όγκου και χωρίς να υπάρχουν μεταστάσεις, πάνω από 60% των αρρώστων αυτών έχουν πενταετή επιβίωση, ενώ σε περίπτωση γαγγλιακών μεταστάσεων, η ριζική αφαίρεση αποδίδει 35% περίπου, επιβίωση πέρα από 5 χρόνια.

η) ΘΕΡΑΠΕΙΑ: 1. Χειρουργική. Περιλαμβάνει την αφαίρεση του τμήματος του παχέος εντέρου που περιέχει τον όγκο με τα αιμοφόρα αγγεία και τα λεμφογάγγλια της περιοχής. Η μέθοδος και η έκταση της εκτομής εξαρτάται απ' την θέση του όγκου και υπαγορεύεται από την αγγείωση του εντέρου και τις λεμφικές μεταστάσεις. Αυτές θεωρούνται εγχειρήσεις ιάσεως. Ακόμη όμως και σε περίπτωση μεταστάσεων στο ήπαρ, η εκτομή της πρωτοπαθούς εστίας (παρηγορητική εγχείρηση) πρέπει να γίνει γιατί α) υπάρχει η άποψη ότι η πρόοδος των μεταστάσεων αναστέλλεται ή επιβραδύνεται και β) αποφεύγονται οι επιπλοκές (απόφραξη - διάτρηση) μετά από την αφαίρεση της πρωτοπαθούς εστίας.

2. Συμπληρωματική. Για τους όγκους του ορθού ή και του ορθοσιγμοειδούς έχει αποδειχθεί ότι η μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία βελτιώνουν την πενταετή επιβίωση και

και τα μεσοδιαστήματα υποτροπών. Για το υπόλοιπο έντερο δεν υπάρχουν ακόμα δεδομένα, ενθαρρυντικά συμπληρωματικής θεραπείας.



Εικόνα 14. Είδη κολεκτομών ανάλογα με την εντοπισή του καρκίνου. 1. Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή. 2. Τυπική δεξιά ημικολεκτομή. 3. Εκτομή του εγκάρσιου μαζί με τις καλικές καμπές. 4. Περιορισμένη αριστερά ημικολεκτομή. 5. Τυπική αριστερά ημικολεκτομή. 6. Χαμηλή προσία σπύση και 7. Κολοπερινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή. (Χειρουργική ΜΠΑΛΑ)

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ορισμός: Κολοστομία είναι το τελικό αποτέλεσμα εγχειρητικής πράξης κατά την οποία τμήμα του παχέος εντέρου φέρεται στο κοιλιακό τοίχωμα με την δημιουργία ειδικού στομίου για την έξοδο του εντερικού περιεχομένου. Επίσης η κολοστομία αναφέρεται και σαν παρά φύσιν έδρα, αλλά ο όρος αυτός δεν χρησιμοποιείται για ψυχολογικούς λόγους προς αυτόν που την φέρει. Από τη φύση της η κολοστομία είναι αφαιρετική ως προς την ανατομία του ανθρωπίνου σώματος και γι' αυτό κατατάσσεται μεταξύ των λιγότερο συμπαθών χειρουργικών πράξεων. Είναι όμως πολύτιμες και απαραίτητες στην αντιμετώπιση μεγάλης ακτηγορίας νοσημάτων του παχέος εντέρου και συνεισφέρουν ανάλογα με το είδος του περιστατικού, από απλή ανακούφιση από επώδυνα ενοχλήματα, έως ριζική θεραπεία από νόσους που δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν διαφορετικά.

Η κολοστομία σαν ιατρική πράξη δεν είναι σύγχρονη. Κατά τον Raven (1963), η κολοστομία αναφέρεται θεωρητικά από τον Littre το 1710, ότνα την πρότεινε για αντιμετώπιση της ατρησίας δακτύλου των νεογνών. Αυτή την πρώτη αναφορά ακολουθεί η πρώτη εκτέλεση το 1776 από τον Pillore πιθανόν με τον τύπο τυφλοστομίας σε εντερική απόφραξη. Μία μεταγενέστερη αντιμετώπιση απόφραξης υπό τον τύπο εγκαρσιοστομίας έγινε από τον Fine το 1797. Φαίνεται ότι η αρχική εφαρμογή της κολοστομίας γινόταν στις περισσότερες περιπτώσεις για την ατρησία δακτυλίου. το 1821 ο Pring εισηγήθηκε την αριστερή λαγόνια κολεκτομή με εξωτερίκευση του σιγμοειδούς. Η άποψη αυτή δεν υιοθετήθηκε και από το 1839 σχε-

δόν κατά κανόνα γινόταν οπισθοπεριτοναϊκή διάνοιξη της αριστερής κολικής καμπής στην αριστερή οσφυϊκή χώρα. Η οσφυϊκή κολοστομία άρχισε να εγκαταλείπεται το 1887, στραφέντος του ενδιαφέροντος στην αριστερή λογόνια (Γεωργιάδης 1963).

ΤΥΠΟΙ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

Τα κριτήρια ταξινόμησης και χαρακτηρισμού των κολοστομιών εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, οι οποίοι περιλαμβάνουν τόσο τα αίτια που προκαλούν τις ανάγκες δημιουργίας της κολοστομίας, όσο και την εντόπισή τους επί του παχέος εντέρου.

Η ταξινόμηση αφορά τη θέση της προβολής του εντέρου επί του κοιλιακού τοιχώματος και ο χαρακτηρισμός την προσωρινότητα ή την μονιμότητά της.

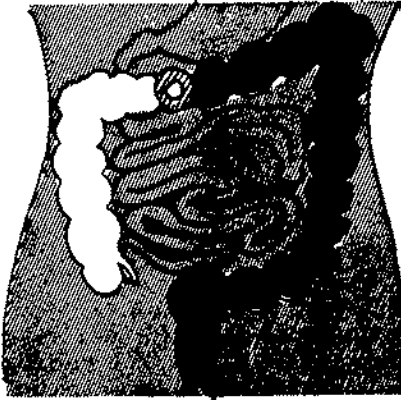
Κάθε σημείο του παχέος εντέρου θεωρητικά θα μπορούσε να αποτελεί εδρα κολοστομίας. Η τελική επιλογή όμως θα εξαρτηθεί από την έκταση και το είδος της επέμβασης επί του εντέρου. Έτσι, τα είδη των κολοστομιών έχουν διαμορφωθεί ως εξής:

1. Ανιούσα ή δεξιά ή τυφλοστομία. Το απέκκριμα είναι υδαρές και η αγωγή της είναι όπως και της ειλεοστομίας (εικ. 3).

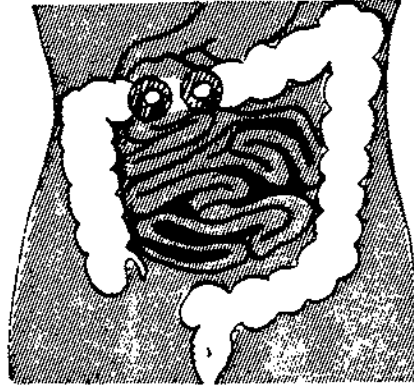


Εικόνα 3 Ανιούσα Κολοστομία
ΣΑΛΙΝΗ-Γ.Β.ΟΥ

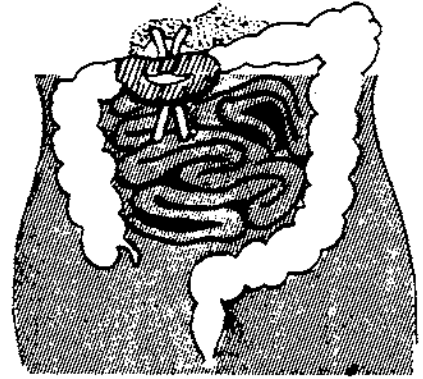
2. Εγκάρσια ή κεντρική εγκαρσιοστομία. Μπορεί να είναι απλού αυλού (εικ. 4), διπλού αυλού (εικ. 5) και αγκυλωτή κολοστομία (εικ. 6).



Εικόνα 4 Εγκάρσια κολοστομία.

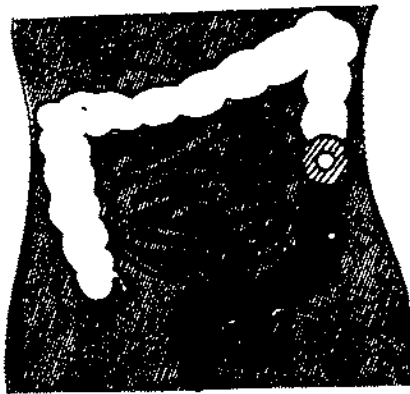


Εικόνα 5 Κολοστομία διπλού αυλού.



Εικόνα 6 Αγκυλωτή κολοστομία.

3. Κατιούσα ή αριστερή και συγμοειδική ή σιγμοειδοστομία. Συχνά ονομάζονται και στεγνές γιατί το κόλον μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα (εικ. 7).



Εικόνα 7 Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία.
ΣΑΧΙΝΗ-ΠΑΝΟΥ

Μία άλλη μεγάλης σημασίας διάκριση των κολοστομιών είναι οι μόνιμες και οι προσωρινές. Μόνιμη κολοστομία σημαίνει ότι το περιφερικό τμήμα του εντέρου έχει αφαιρεθεί και αποτελεί το τελικό άκρο του γαστρεντερικού σωλήνα, ή χωρίς αφαίρεση τμήματος του εντέρου όταν είναι παρηγορητική. Είναι προφανές ότι φέρεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου που την έχει. Προσωρινή χαρακτηρίζεται όταν δεν φέρεται μόνιμα αλλά αποκαθίσταται η εν-

τερική συνέχεια σε δεύτερο χρόνο, αφού απομακρυνθεί η ανάγκη ύπαρξής της.

Επίσης, η κολοστομία μπορεί να χαρακτηριστεί σαν παρηγορητική και ανακουφιστική. Παρηγορητική είναι σε περιπτώσεις ανεγχείρητου καρκίνου του παχέος εντέρου, ενώ ανακουφιστική είναι η προσωρινή, που γίνεται παροδικά για την προστασία αναστόμωσης ή μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμαίνουσας περιοχής του εντέρου. Επίσης παροδικά γίνεται για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανώδων μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή σε άτομα με παραπληγία (Σαχίνη - Πάνου).

Μόνιμες κολοστομίες είναι συνήθως οι κατιούσες και οι σιγμοειδοστομίες. οι τυφλοστομίες και οι εγκάρσιες είναι είτε μόνιμες είτε προσωρινές, ανάλογα με το πρόβλημα που οδηγεί στην δημιουργία τους.

Η ανιούσα γίνεται σε περιπτώσεις αποφρακτικών επεξεργασιών στο ανιόν κόλον ή στην δεξιά κολική καμπή. Η εγκαρσιοστομία γίνεται σε περιπτώσεις κολικών εμποδίων που βρίσκονται στο αριστερό μισό του εντέρου και σχηματίζεται κατά το δεξιό τρίτημόριο του εγκαρσίου κόλου. Η μόνιμη ακτιούσα και σιγμοειδική σχηματίζεται δια εξωτερικεύσεως του σιγμοειδούς ή του κινητοποιηθέντος κατιόντος στο τοίχωμα του αριστερού λαγονίου βόθρου.

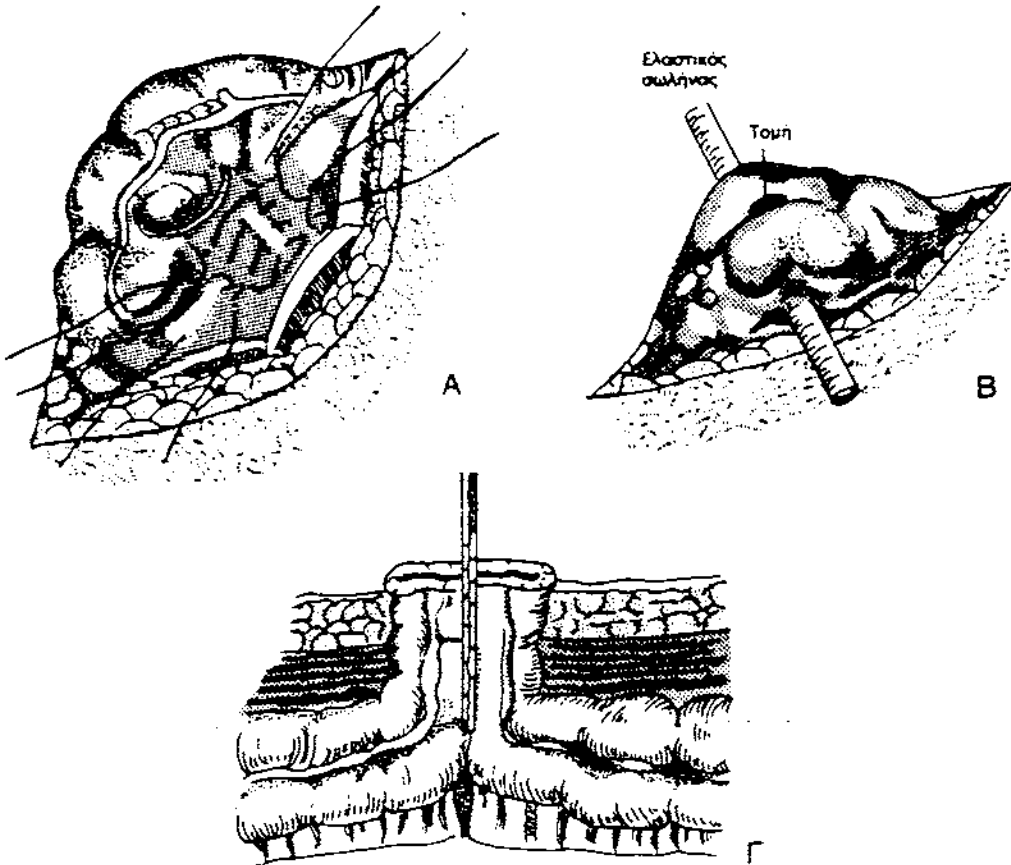
1. Η ανιούσα ή τυφλοστομία γίνεται σε περιπτώσεις αποφρακτικών επεξεργασιών στο ανιόν κόλον ή στην δεξιά κολική καμπή. Είναι μόνιμη όταν εκτελείται στις περιπτώσεις ελκώδους κολίτιδας και νόσου του Crohn. Ο χαρακτήρας σε τέτοια περιστατικά είναι περισσότερο ειλεοστομίας και η αγωγή της χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, για την προστασία του δέρματος από τα παγκρεατικά ένζυμα του εντερικού περιεχομένου, όταν αυτό είναι ακόμα στο λεπτό

έντερο. Η ανιούσα κολοστομία είναι προσωρινή, όταν γίνεται σε βαριά συστροφή του τυφλού, καθώς και σε εντερική απόφραξη στην περιοχή του τυφλού. Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται σε δεύτερο χρόνο (Καλαχάνης - ΜΠΑΛΑ).

Χειρουργικώς, η τυφλοστομία θα μπορούσε να διακριθεί σε γνήσια και στην δημιουργία απλού εξωτερικού κολικού συριγγίου. Στον πρώτο τύπο το τυφλό εξωτερικεύεται στο δέρμα του δεξιού λαγόνιου βόθρου. Ο τύπος κολικού συριγγίου οφείλεται στον Σουηδό χειρουργό Kosk και πρόκειται για δημιουργία θυλάκου του λεπτού εντέρου που μπορεί να ενεργεί σαν εσωτερικός σάκος συλλογής. Η έξοδος του περιεχομένου γίνεται με ελαστικό σωλήνα τύπου Peyer, ο οποίος τοποθετείται μέσα από μικρή οπή, στον αυλό του τυφλού και εξωτερικεύεται στα κοιλιακά τοιχώματα. Το προσόν της δημιουργίας κολικού συριγγίου στο τυφλό, είναι ότι μετά την παρέλευση του λόγου ύπαρξής της, η αφαίρεση του ελαστικού σωλήνα ακολουθείται από αυτόματη σύγκλειση του μικρού στομίου του τυφλού σχεδόν πάντα. Αντίθετα, η τοπική τυφλοστομία χρειάζεται εγχειρητική σύγκλειση.

2. Οι εγκαρσιοστομίες είναι συνήθως προσωρινές. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, όπως σε ακτινική εντερίτιδα μπορεί να είναι και μόνιμη. Προσωρινές είναι του διπλού αυλού και η αγκυλωτή. Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Το ενεργό στόμιο αποβάλλει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου όσπου να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και επανασυνδέεται το έντερο. Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια αγκύλη α-

κεραίου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της (εικ. 8Α). Τα κόρπανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης (εικ. 8Β). Μπορεί να μείνει ανοικτή από 10 ημέρες ως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομιών. Όμως, μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμιο (εικ. 8Γ) και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία. Επίσης η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση (Σαχίνη - Πάνου).

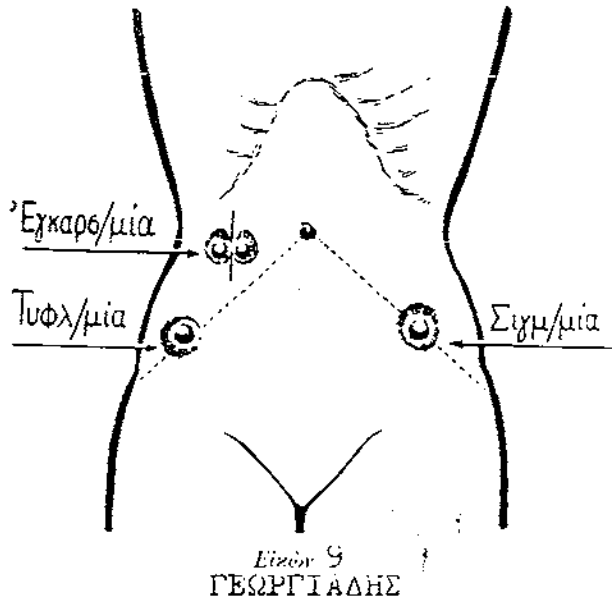


Εικόνα 8. Τα στάδια της αγκυλωτής κολοστομίας.
ΣΑΧΙΝΗ - ΠΑΝΟΥ

3. Κατιούσα, σιγμοειδική ή σιγμοειδοστομία, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι προσωρινές, αλλά κατά κανόνα είναι μόνιμες. Προσωρινές είναι όταν υπάρχει τραυματισμός του εντέρου κατά το σιγμοειδές ή σε σοβαρής φύσεως προβλήματα εντοπιζόμενα στην περιοχή του πρωκτού (συρίγγια, αποστήματα κ.ά.). Οι μόνιμες κατιούσες κολοστομίες μπορεί να είναι ριζικές ή παρηγορητικές. Ονομάζονται και τελικές, όταν είναι το αποτέλεσμα μεγάλη κοιλοπερινεϊκής εκτομής, σε περιπτώσεις καρκίνου του ορθού. αν ο καρκίνος είναι σε προχωρημένο στάδιο με μεταστάσεις και δεν θα προσφέρει θετικά αποτελέσματα η αφαίρεση, θα γίνει κολοστομία παρηγορητικού χαρακτήρα για την αποβολή του εντερικού περιεχομένου και απαλλαγή από επώδυνα συμπτώματα.

Η θέση του στομίου: θέση εκλογής σχηματισμού του εξωτερικού στομίου θεωρείται εκείνη η οποία ανάλογα με τη σωματική διάπλαση του αρρώστου, επιτρέπει την καλή τοποθέτηση του σάκου συλλογής και την εύκολη καθημερινή περιποίηση του στομίου. Πρακτικά όμως η θέση της κολοστομίας εξαρτάται απ' το είδος και την έκταση της επέμβασης στο έντερο και επιλέγεται από τον χειρουργό, ο οποίος θα συνεκτιμήσει και άλλους γενικούς και τοπικούς παράγοντες (ηλικία, σωματική διάπλαση, αιμάτωση εντέρου κ.ά.).

Ο Thompson συνιστά τον σχηματισμό του τοιχωματικού στομίου, στο οποίο θα εξωτερικευθεί το έντερο, πριν από κάθε άλλη πράξη, ακόμα πριν και απ' την τομή προσπέλασης, ώστε η θέση του στομίου να είναι ακριβής, χωρίς να πάθει κάποια μετάθεση από την εγχείρηση. Από πολλούς Αγγλους γιατρούς ιδανική θέση θεωρείται αυτή που αντιστοιχεί στο πρώτο τρίτο της γραμμής που ενώνει την πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα με τον ομφαλό (Γεωργιάδης 1965) (εικ. 9).



Νεώτερες απόψεις: Η κολοστομία δεν παύει να είναι ένα ενοχλητικό γεγονός ανεξάρτητα απ' την προσφορά της στην αντιμετώπιση των παθήσεων του παχέος εντέρου. Γι' αυτό καταβλήθηκε εδώ και αρκετά χρόνια προσπάθεια να βελτιωθεί ο τύπος των κολοστομιών και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής ατόμων με μόνιμη κολοστομία. Το 1975 κατασκευαστήκε από τους Feustel και Heuning η λεγόμενη "εγκρατής" ή "μαγνησιακή" κολοστομία. κατά αυτήν την κολοστομία, τοποθετείται μία μαγνητική συσκευή στον υποδόριο ιστό, του καλύματος της συσκευής, το οποίο συγκρατείται στην θέση του από τη μαγνητική δύναμη της συσκευής. Η κολοστομία αυτού του είδους έχει όλες τις επιπλοκές των τελικών κολοστομιών, οι δε φλεγμονές είναι συχνότερες. Στους περισσότερους από τους αρρώστους, που εφαρμόστηκε αυτή η μέθοδος δεν παραγματοποιήθηκε έλεγχος των κενώσεων και σε ποσοστό 20% αφαιρέθηκε ο μαγνητικός δακτύλιος από τις πολλές επιπλοκές. Το 1978 σχεδιάστηκε από τους Heiblum και Gordole ένας άλλος τύπος κατασκευής της τελικής κολοστομίας. Λέγεται τεχνητός σφιγκτήρας και αποτελείται από έ-

να μπαλόνη που εφαρμόζεται γύρω από το τελικό ακρο της κολοστομίας. Το μπαλόνη αυτό τοποθετείται στον υποδόριο ιστό, αλλά δεν αναπτύχθηκε ευρέως η τεχνική αυτή (Λεουτσάκος 1981).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΩΝ

Προσωρινές και ανακουφιστικές κολοστομίες: Οι επιπλοκές αυτών των κολοστομιών μπορεί να είναι σχαιμία, γάγγραινα, αιμορραγία, περικολοεκτομικά αποστήματα και πρόπτωση. Η ισχαιμία και η γάγγραινα είναι πολύ ασυνήθιστες επιπλοκές γιατί το εγκάρσιο κόλον έχει πλούσια αιμάτωση, είναι κινητό και για την κατασκευή της κολοστομίας χρειάζεται πολύ μικρή παρασκευή του μεσόκολου. Η αιμορραγία είναι πιο συνηθισμένη ιδιαίτερα όταν το εντερικό τοίχωμα διανοιγεί 48 ώρες μετά την εγκατάσταση της κολοστομίας. με τη χρησιμοποίηση διαθερμίας αποφεύγεται η επιπλοκή αυτή (Rousselot - Slattery 1964).

Τα αποστήματα σχηματίζονται όταν το εντερικό περιεχόμενο έλθει σε επαφή με τους τραυματικούς κρημνούς της κολοστομίας. προφυλακτικά οι κρημνοί προστατεύονται για 48 ώρες με γάζες τύπου Zeloneet (βαλεζινούχος γάζα). Η πρόπτωση της κολοστομίας γίνεται όταν το έντερο δεν καθηλωθεί με 3-4 ράμματα στην περιτονία ή στο δέρμα (Λεουτσάκος 1981).

Μόνιμες κολοστομίες: Οι επιπλοκές των μόνιμων κολοστομιών διακρίνονται σε άμεσες και απώτερες.

α. Άμεσες επιπλοκές

1. Ισχαιμία και νέκρωση: Οφείλεται σε αγγειακά αίτια. Συστροφή του κόλου κατά τον σχηματισμό της κολοστομίας, υπερβολική απολίνωση αγγείων κατά την στερέωσή της, κακή κατάσταση των

αγγείων της έλικας ή και γενικά κακή κατάσταση της κυκλοφορίας του εντέρου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι επανεγχείρηση με εκτομή του νεκρωθέντος εντέρου και εξωτερίκευση υγιούς (Γεωργιάδης 1965).

2. Εισολκή: Αποτελεί βαρύτατη επιπλοκή, ιδίως αν το άκρο του εντέρου της κολοστομίας, εισέλθει μέσα στην ελεύθερη περιτοναϊκή κοιλότητα. Διάφορα αίτια ενοχοποιούνται γι' αυτήν την επιπλοκή, όπως παχυσαρκία, ανεπαρκής αιμάτωση της κολοστομίας σε διαβητικά άτομα, ανεπαρκής προεργχειρητική ετοιμασία. Η εισολκή μπορεί να φθάσει μόνο μέχρι το υποδόριο ή το περίμυο, αλλά και στις περιπτώσεις αυτές η αναπνυσσόμενη τοιχωματική φλεγμονή είναι δυνατόν να γίνει αιτία σηπτικής καταπληξίας. Μπορεί να πλοληφθεί στις μικρές περιπτώσεις ή τις αμφίβολες με υποστήριξη της κολοστομίας με στείλεό. Αν η εισρόφηση είναι μεγάλη, πρέπει να γίνεται επανεγχείρηση, γιατί θα προκληθεί περιτονίτιδα (Λεουτσάκος 1964, 1981).

3. Διάτρηση: Είναι επιπλοκή που μπορεί να συμβεί και σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο. Η διάτρηση συνήθως οφείλεται σε άμεση μηχανική κάκωση του αυτού από ρώγχο υποκλυσμού ή όταν γίνεται υποκλυσμός με μεγάλη ταχύτητα και μεγάλη ποσότητα ύδατος. Επίσης μπορεί να συμβεί και μετά από βαριούχο υποκλυσμό που γίνεται για τον έλεγχο του εντέρου. Αν η διάτρηση είναι εξωπεριτοναϊκή ακολουθείται από τυπική συμπτωματολογία και σημειολογία επριτονίτιδας και απαιτείται επανεγχείρηση, εκτομή του εντέρου, παροχέτευση της περιτοναϊκής κοιλότητας και νέα κολοστομία. Εάν οφείλεται σε βαριούχο υποκλυσμό η κατάσταση είναι ακόμη βαρύτερη.

β. Ανώτερες επιπλοκές

1. Παρακολοστομική κήλη: Είναι η πιο όψιμη συχνή επιπλοκή η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις αναπτύσσεται στους αρρώστους που μετεγχειρητικά παρουσίασαν φλεγμονή γύρω απ' την κολοστομία. προκαλεί ελαφρά δυσπεπτικά ενοχλήματα εκτός από τις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχει συστροφή ή απόφραξη του λεπτού εντέρου από συμφύσεις στο σημείο της κήλης. Η παρακολοστομική κήλη μπορεί να συγκριθεί προς την εσωτερική περίσφιξη. Στην κήλη αυτή, εντερική έλικα προβάλλει μεταξύ της εξωτερικευθείσας έλικας και του τοιχωματικού στομίου που ανοίχτηκε για την έξοδο της έλικας. Σε μερικές περιπτώσεις, η έλικα που προβάλλει παρακολοστομικά είναι η ίδια η ενδοπεριτοναϊκή μοίρα της κολοστομίας, όταν έχει μείνει μακρύτερη. Στις περιπτώσεις αυτές καλό είναι η κολοστομία να διορθώνεται χειρουργικά μετά την αφαίρεση της προβάλλουσας μοίρας (Γεωργιάδης 1965).

2. Πρόπτωση: Η πρόπτωση του βλεννογόνου δεν είναι πολύ συχνή στις τελικές κολοστομίες, αλλά καμιά φορά προσπίπτει ο βλεννογόνος μέχρι και 25-30 CM μήκος. Στις περιπτώσεις αυτές γίνεται εκτομή του τμήματος που προσπίπτει, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι σε μερικούς αρρώστους χρειάζεται να γίνει εκτομή εντέρου πολλές φορές γιατί η πρόπτωση υποτροπιάζει (Λεουτσάκος 1981).

3. Στένωση: Είναι μάλλον σπάνια σε περιπτώσεις κολοστομίας για καρκίνο του παχέος εντέρου, ενώ συχνότερη είναι σε περιπτώσεις νόσου Crohn. Η στένωση μπορεί να οφείλεται είτε σε τοπική υποτροπή της νόσου, είτε σε παρακολοστομιακή φλεγμονή. Πρέπει πάντως ο γιατρός να βεβαιώνεται αν η στένωση οφείλεται ή όχι, σε ανάπτυξη καρκινώματος από τοπική εμφύτευση καρκινικών κυττάρων από όγκο του εντέρου, αν έγινε για τέτοιο λόγο η κολοστο-

μία. Αν δεν οφείλεται σε παραστομιακό όγκο, μπορεί να γίνει εγχειρητική διόρθωση με καλή λειτουργική απικατάσταση (Γεωργιάδης 1965).

Επιπλοκές απ' το ορθό: Στο ορθό γίνονται χειρουργικές επεμβάσεις για καλοήθεις και κασθήθεις όγκους. Βασικά υπάρχουν δύο τύποι εγχειρήσεων. Στον πρώτο τύπο εξαιρείται όλο το ορθό και ο πρωκτικός σωλήνας και ο άρρωστος έχει μία τελική κολοστομία. Στον δεύτερο τύπο, αφαιρείται μεν το ορθό, αλλά με διάφορες τεχνικές διατηρείται η λειτουργία των σφιγκτήρων και έτσι αποφεύγεται η τελική κολοστομία, η οποία είναι οπωσδήποτε ανεπιθύμητη. Οι εγχειρήσεις αυτές είναι βαρειές και εκτεταμένες και προκαλούν όχι μόνο τις γενικές επιπλοκές της κάθε βαρειάς εγχείρησης, αλλά και γιατί παρουσιάζουν και ειδικές επιπλοκές. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι:

- αιμορραγία
- από το ουροποιογεννητικό σύστημα
- μόλυνση του τραύματος
- ειλεός
- μετεγχειρητικός πόνος στο περίνεο.

Από το ουροποιογεννητικό σύστημα έχουμε μία ομάδα επιπλοκών όπως τραυματισμός ουρητήρα, τραυματισμός ουροδόχου κύστης, τραυματισμός προστάτη, δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και σεξουαλική ικανότητα.

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία, λόγω σημαντικών ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων, που μπορεί να έχει. Στους περισσότερους άνδρες που αφαιρείται το ορθό με κολοπερινεϊκή εκτομή, υπάρχει μείωση ή και πλήρης απώλεια της σεξουαλικής ικανότητας. Η ανωμαλία αυτή προκαλείται από την

κάκωση των παρασυμπαθητικών νεύρων της μικράς πυέλου, αλλά και των συμπαθητικών που ελέγχουν την εκσπερμάτωση. Η επιπλοκή αυτή αποφεύγεται εάν η κινητοποίηση του ορθού γίνει μπροστά από την προΐερή περιτονία και εάν δεν αφαιρεθεί ο μεταξύ του ακρωτηρίου των μαιευτήρων και της οπισθίας επιφάνειας του ορθού, κυτταρολιπώδης ιστός. Αυτό είναι δυνατόν μόνο όταν η αφαίρεση του ορθού γίνεται για καλοήγη πάθηση και όχι για καρκίνο. Αυτή η τακτική όμως δεν συνιστάται για καρκινοπαθείς γιατί σ' αυτούς ενδιαφέρει η ριζοκοτία της εγχείρησης περισσότερο από ο,τιδήποτε άλλο. Άλλωστε τέτοιοι άρρωστοι είναι προχωρημένης ηλικίας, που οπωσδήποτε η σεξουαλική λειτουργία είναι μειωμένη. Με αυτό δεν σημαίνει ότι όταν η εγχείρηση γίνεται για καλοήγη πάθηση δεν πρέπει να προφυλάσσεται η σεξουαλική λειτουργία στους ηλικιωμένους. Κατά τον *Burkham* το 29% των ανδρών μετά κολοπερινεϊκή εκτομή του ορθού για ελκώδη κολίτιδα παρουσίασαν μείωση της σεξουαλικής ικανότητας, ενώ το 5% από αυτούς είχαν πλήρη εξαφάνισή της. Η διασφιγκτηριακή αφαίρεση του ορθού κατά τους *Lyttle* και *Parks*, μειώνει αυτήν την επιπλοκή. Οι χειρουργοί αυτοί αναφέρουν σε 15 περιπτώσεις μόνο έναν άρρωστο με ανικανότητα. Οι γυναίκες υποφέρουν από δυσπαρέυνια (επώδυνη συνουσία), η οποία οφείλεται σε σχηματιζόμενη ουρή στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου. Με την αφαίρεση της ουρής διορθώνεται ελαφρά η επιπλοκή αυτή. Δυσκολίες σε εγκυμοσύνη και τοκετό δεν υπάρχουν· αν υπάρχουν γίνεται καισαρική τομή (*Λεουτσάκος 1981*).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Οι παθήσεις που οδηγούν στην ανάγκη δημιουργίας κολοστομίας, περιλαμβάνουν ένα μεγάλο φάσμα συμπτωμάτων από γενικά έως τα πιο ειδικά συμπτώματα για κάθε πρόβλημα. Η συμπτωματολογία των παθήσεων του παχέος εντέρου μπορεί να είναι ειδικά όπως, κοιλιακά άλγη, έμετος, διάρροια, τυμπανισμός κ.ά. έως πιο γενικευμένα όπως ανορεξία, απώλεια βάρους, αναιμία κ.λ.π.

Η προσεκτική παρατήρηση του αρρώστου και ο σχηματισμός της πλήρους και ολοκληρωμένης κλινικής του εικόνας, είναι το σημαντικότερο καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού. Γιατί απ' την στιγμή της εισόδου του αρρώστου στο νοσοκομείο έως την έξοδο του ο νοσηλεύτης - νοσηλεύτρια παρεβρίσκεται συνεχώς κοντά του και έτσι έχει την ευκαιρία να βλέπει από κοντά, παρακολουθώντας και καταγράφοντας κάθε μεταβολή της ψυχοσωματικής του κατάστασης.

Αυτό που οδήγησε τον άρρωστο στο νοσοκομείο είναι κάποιο σύμπτωμα και ανά πάσα ώρα και στιγμή οι οργανικές αλλαγές εκδηλώνονται με ανάλογες μεταβολές στην κλινική του εικόνα. Έτσι η ακριβής καταγραφή και η προσεκτική μελέτη των συμπτωμάτων μας δίνει τη δυνατότητα να διαγνώσουμε προβλήματα του αρρώστου, να παρεμβούμε ανακουφιστικά ή και θεραπευτικά και να αξιολογήσουμε τα αποτελέσματα της παρέμβασής μας. Ειδικά για τις νόσους του παχέος εντέρου η ποικιλία των διαφορετικών συμπτωμάτων αποκτούν και ανάλογη νοσηλευτική προσέγγιση, ώστε να ερμηνεύονται κάθε φορά σωστά και να προσφέρεται η κατάλληλη για κάθε περίπτωση θεραπεία και αντιμετώπιση.

Τα κυριότερα ειδικά συμπτώματα από το παχύ έντερο και την κοιλία γενικότερα είναι: ο πόνος, ο μετεωρισμός, οι ευαισθησίες, οι διαταραχές των συνηθειών αφόδευσης. Παράλληλα όμως, με τα ει-

δικά συμπτώματα, υπάρχουν και γενικά που προκύπτουν απ' την παθολογική λειτουργία του εντέρου όπως κακή θρέψη, απώλεια, βάρους, αναιμία ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

α) Ο πόνος. Είναι ένα σύμπτωμα που δεν είναι απ' τα πλέον έντονα και ισχυρά. Κατά κανόνα στις χρόνιες εξεργασίες, όπως στους όγκους, ο πόνος εμφανίζεται όταν ο καρκίνος έχει λάβει ανησυχητική έκταση. Στις περιπτώσεις των κολίτιδων είναι πιο συχνός και έχει χαρακτήρα κωλικοειδούς άλγους με εξάρσεις και υφέσεις. Ο πόνος είναι εντονος και οξύς στις περιπτώσεις της οξείας κοιλίας που μπορεί να οφείλονται σε ειλεό, εντερική απόφραξη, ισχαιμία του εντέρου, κήλη και φλεγμονώδεις ενδοπεριτοναϊκές συλλογές.

Ο νοσηλευτής παρεβρίσκει στον άρρωστο, του συμπεραστέκεται ψυχολογικά και ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες χορηγεί παυσίπονα. Πριν την καταστολή του πόνου μας ενδιαφέρει να μάθουμε ρωτώντας τον άρρωστο στην εντόπισή του (λαγόνιοι βόθροι, υπογάστριο, αντανακλάσεις), τον χαρακτήρα του (οξύς, αμβληχρός, διαξιφιστικός) και την συχνότητα του (συνεχής, διαλείπων). Επίσης μας ενδιαφέρει αν εμφανίζεται συγκεκριμένες ώρες την ημέρα ή μετά κάποια συνήθεια (γεύμα, κατάκλιση ή αφόδευση). Πόνος στον δεξιό λαγόνιο βόθρο - εκτός βεβαίως της σκωληκοειδίτιδας - θέτουν υποψία νόσου Crohn, φυματώσεις του εντέρου και καρκίνου του δεξιού ή ανιόντος κόλου. Διάχυτο κωλικοειδές άλγος σχετίζεται με ελκώδη κολίτιδα και όγκους του εγκαρσίου και αριστερού κόλου ενώ το 1/3 των περιπτώσεων ειλεού από απόφραξη οφείλεται σε όγκους της κατώτερης μοίρας του κατιόντος και του σιγμοειδούς. Ο μετρίου εντάσεως πόνος αντιμετωπίζεται με την χορήγηση αναλγητικών με ηρεμιστική δράση (παρακεταμόλη ή κωδεΐνη), ενώ ο ισχυρός πόνος με πεδινίνη.

β) Διάταση κοιλίας: Οφείλεται σε συλλογή αερίων εντός του αυλού του εντέρου και συνοδεύεται από πόνο, ο οποίος υποχωρεί με την αποβολή των αερίων. Τα συμπτώματα αυτά παρτηρούνται περισσότερο σε νεοπλάσματα του κατιόντος και του σιγμοειδούς. Η έξοδος των αερίων μπορεί να υποβοηθηθεί με εισαγωγή σωλήνα αερίων στο ορθό, αν υφίσταται κάποιο τοπικό πρόβλημα (αιμορροΐδες, φλεγμονή κ.λ.π.).

γ) Μετεωρισμός του εντέρου προκαλείται συνήθως στους όγκους του κόλου και του ορθού, καθώς και στην νόσο του Crohn και σε διάφορες κολίτιδες, όπως η αμοιβαδική δυσεντερία. Συνοδεύεται από βορβορυμούς.

δ) Τοπικές ευαισθησίες: Πρόκειται για προκλητούς πόνους κατά την πίεση ή ψηλάφηση επώδυνης περιοχής. Ευαισθησία στον δεξιό λαγόνιο βόθρο σημαίνει όγκο του ανιόντος ή νόσο Crohn. Ευαισθησία στην αριστερή κοιλία μπορεί να οφείλεται σε όγκο του κατιόντος ή σε εκκολπωματίτιδα. Διάχυτη ευαισθησία υπάρχει σε προχωρημένες καταστάσεις όγκων και αποφράξεις.

ε) Εμετος: Είναι ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται κυρίως σε οξείες καταστάσεις, όπως απόφραξη, ειλεό, εγχολεασμός. Αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή ρινογαστρικής διασωλήνωσης (Livine).

στ) Αλλαγές συνηθειών αφόδευσης: Αφού το έντερο επιτελεί την απομάκρυνση των υπολειμάτων των τροφών, είναι φυσικό οι διάφορες παθήσεις του εντέρου να επηρεάζουν πρώτα απ' όλα την αφόδευση. Κάθε διαταραχή της αφόδευσης για την οποία απ' όλα παρπονείται ο άρρωστος πρέπει να ανιχνεύεται σχολαστικά γιατί μπορεί να οφείλεται σε σοβαρούς καρκίνους. Εκτός των όγκων, η ελκώδης κολίτις, η νόσος του Crohn, η φυματιώδης κολίτις, η γαγγραινώδης, η εκκολπωματίτις, σχεδόν όλες οι παθήσεις του πα-

χέος εντέρου προκαλούν διαταραχές της αφόδευσης. Οι διαταραχές αφορούν τον χαρακτήρα, τη συνότητα και το περιεχόμενο. Η πιο συχνή διαταραχή είναι η εναλλαγή διάρροιας με δυσκοιλιότητα όπως στους καρκίνους. Η διάρροια εμφανίζεται και χαρακτηρίζει τις κολίτιδες που μπορεί να φτάσουν και τις 30 το 24ωρο. Το περιεχόμενο των κενώσεων είναι υδαρές και περιέχει βλέννη, πύον και αίμα. Η αφόδευση είναι ατελής, επώδυνος, συνοδεύεται από τεινεσμό και πολλές φορές, όπως σε όγκους του ορθού υπάρχει απώλεια καθαρού αίματος με άφθονη βλέννη. Η διάρροια αντιμετωπίζεται με την χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων εκτός της ειδικής αντιμετώπισης των αιτιών που την προκαλούν.

ζ) Ανααιμία - υπολευκωματιναιμία - ηλεκτρολυτικές διαταραχές: Σαν αποτέλεσμα των διαρροιών είναι η απώλεια υγρών, ηλεκτρολυτών, λευκωμάτων και αίματος. Η διάρθρωση κάθε διαταραχής έχει ιδιαίτερη σημασία για την περαιτέρω αντιμετώπιση του αιτίου. Ένας ασθενής χωρίς να έχει ρυθμιστεί σε ηλεκτρολυτικό, θρεπτικό και αιματολογικό ισοζύγιο, είναι κακής πρόγνωσης και δύσκολα μπορεί να ανταποκριθεί ο οργανισμός του σε μεγάλες εκτάσεις επεμβάσεις κοιλίας. Ο εργαστηριακός έλεγχος θα δείξει το μέγεθος κάθε διαταραχής. Στην περίπτωση αναιμίας χορηγούμε πλήρες αίμα ή συμπυκνωμένα ερυθρά. Κατά προτίμηση πλήρες αίμα για να καλύπτεται και η συνυπάρχουσα κατά κανόνα υποπρωτεϊναιμία. Η κυριότερη ηλεκτρολυτική διαταραχή είναι η υποκαλιαιμία. Η παρεντερική χορήγηση ηλεκτρολυτών μαζί με ορούς αποκαθιστά τόσο την αφυδάτωση, όσο και την έλλειψη των ιόντων. Η απώλεια λευκώματος, βιταμινών και θρεπτικών ουσιών γενικά αποκαθίσταται με ενδοφλέβια χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής.

η) Ανορεξία - απίσχνανση - αδυναμία: Μετά από σημαντική απώλεια αίματος, υγρών, λευκωμάτων κ.λ.π. ο ασθενής εμφανίζει αίσθημα κακουχίας, απώλειας βάρους, αδυναμία, είναι ωχρός και ισχνός. Η απώλεια βάρους επίσης είναι ανησυχητικό φαινόμενο και υποδουλώνει πιθανόν όγκο σε εξέλιξη. Ο άρρωστος με αυτήν την συμπτωματολογία θα πρέπει να ξεκουραστεί σωματικά και ψυχικά και να καλυφθεί εθριμδικά τόσο προ της επεμβάσεως όσο και μετά από αυτή. Ο σπουδαιότερος τρόπος θερμιδικής κάλυψης είναι η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής. με την ολική παρεντερική διατροφή μπορούν να χορηγηθούν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα, λιπαρά οξέα, βιταμίνες, ηλεκτρολύτες και ιχνοστοιχεία. Παράλληλα εξασφαλίζεται και η ανακούφιση του πάσχοντος εντέρου απ' την διαδικασία της πέψης. Ένας ασθενής με χορήγηση Ο.Π.Δ. πρέπει να ζυγίζεται καθημερινά για έλεγχο της απόδοσης της παρεντερικής διατροφής. Η αποκοπή απ' την Ο.Π.Δ. γίνεται βαθμιαία, εφ'όσον έχει απομακρυνθεί σε ανάγκες που την απαιτούν, με χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως και μετά προσεκτική έναρξη εντερικής διατροφής.

Η προσεκτική κλινική παρακολούθηση των συμπτωμάτων, οι μεταβολές τους προς το καλύτερο και η θεραπευτική παρέμβασή μας στα αίτια που τα προκαλούν, εγγυώνται την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πάθησης του αρρώστου.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο . Ι V

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η προεγχειρητική αγωγή ασθενών που θα υποβληθούν σε κολοστομία είναι γενικά η ετοιμασία για επέμβαση κοιλίας και εντέρου. Αφού ολοκληρωθούν οι διαγνωστικές διαδικασίες από τις οποίες διαγιγνώσκεται τα υποκείμενα προβλήματα και καθοριστεί η ενδεικνυόμενη αντιμετώπιση, (είδος κολοστομίας - έκταση επέμβασης - διάρκεια επέμβασης κ.λ.π.) ακολουθεί η ειδική προεγχειρητική ετοιμασία. Σ' αυτήν περιλαμβάνεται: α) ο εργαστηριακός έλεγχος, β) η προετοιμασία του εντέρου, γ) Η ψυχολογική υποστήριξη.

A. Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν έλεγχο αίματος, ηλεκτρολυτών νατρίου και καλίου, γλυκόζης, ουρίας, ουρικού οξέος, χολερυθρίνη. Από τα αποτελέσματα αυτών των εξετάσεων αξιολογούνται η ηπατική, νεφρική και παγκρετατική λειτουργία, καθώς και τυχόν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Κάθε απόκλιση απ' τα φυσιολογικά πλαίσια πρέπει να διορθώνεται για να εξασφαλισθεί ομαλή εγχειρητική και μετεγχειρητική πορεία.

Οι γενικές εξετάσεις αίματος θαιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη, αριθμός και τύπος ερυθρών και λευκών αιμοσφαιρίων, αιμοπετάλια, χρόνοι ροής και πήξης), είναι απαραίτητες για την αξιολόγηση του αιμοδυναμικού επιπέδου του αρρώστου. Ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη και τα ερυθρά ενδιαφέρουν ιδιαίτερα γιατί σε περιπτώσεις όγκου υπάρχει απώλεια αίματος με αποτέλεσμα αναιμία, τέτοια περίπτωση πρέπει να διορθωθεί με χορήγηση αίματος ή συμπυκνωμένων ερυθρών. Οι εγχειρήσεις κοιλίας προκαλούν σωματική απώλεια αίμα-

τος γι' αυτό ένας ασθενής που θα οδηγηθεί στο χειρουργείο με αναιμία έχει υψηλό κίνδυνο οριγαιμικού shock. Τα λευκά αιμοσφαίρια δίδουν χρήσιμες πληροφορίες ιδιαίτερα σε συνυπάρχουσα ενδοκοιλιακή φλεγμονή. Με τον χρόνο ροής και πήξης αξιολογούμε την πυκνότητα, καθ' ότι οι εκτεταμένες εγχειρήσεις κοιλίας έχουν υψηλό κίνδυνο εγχειρητικών και μετεγχειρητικών θρομβώσεων.

Το ηλκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία θώρακος και η εξέταση χοληνεστεράσης, είναι εξετάσεις ρουτίνας για την εκτίμηση του αρρώστου απ' τον αναισθησιολόγο και θεωρούνται δεδομένες.

Πολύ μεγάλης σημασίας είναι το θρεπτικό ισοζύγιο του αρρώστου. Ασθενείς με προβλήματα θρέψης, απώλεια βάρους, απίσχνανση, ιδιαίτερα όσοι έχουν νόσο Crohn, εκχώδη κολίτιδα, προχωρημένο καρκίνο, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αρνητικής μετεγχειρητικής εξέλιξης. Γι' αυτόν τον λόγο θεωρείται απαραίτητη η κάλυψη του θρεπτικού ισοζυγίου σε αυτές τις περιπτώσεις με ολική παρεντερική διατροφή. Η ολική παρεντερική διατροφή μπορεί να συνεχιστεί και μετεγχειρητικά έως ότου βελτιωθεί το θρεπτικό ισοζύγιο. Σε κάθε περίπτωση Ο.Π.Δ. πρέπει να γίνεται καθημερινή μέτρηση βάρους, όταν αυτό είναι δυνατόν.

Β. Σκοπός της προετοιμασίας του εντέρου είναι τόσο η πρόληψη της δημιουργίας και η απομάκρυνση των κοπρανωδών μαζών από τον αυλό του εντέρου, όσο και η μείωση του μικροβιακού πληθυσμού. Αυτά επιτυγχάνονται ως εξής: 1. Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλοιπα, 2. Μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλυσμούς, ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος. Όμως στα νεώτερα σχήματα αποφεύγεται ο μηχανισμός και προτιμάται ο χημικός καθαρισμός με τη χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών (Dulcolax)

ή κατά προτίμηση αλατούχων καθαρτικών που έχουν ωσμωτική δράση (θειϊκό μαγνήσιο) από το στόμα. 3) Χορήγηση αντιβιοτικών. Συνήθως χορηγείται νεομυκίνη ή κενταμυκίνη για τα αερόβια και βάση ερυθρομυκίνης ή μετρονιδαζόλη ή κλινταμυκίνη για τα αναερόβια μικρόβια. Οι συνδυασμοί αυτοί συνήθως αλλάζουν με την ανακάλυψη νεότερων αντιβιοτικών. Ένα τέτοιο σχήμα προεγχειρητικής προετοιμασίας του εντέρου είναι το εξής:

1η ημέρα: Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα. Μία κάψουλα Dulcolax στις 6 μ.μ.

2η ημέρα: Τροφή με χαμηλό υπόλειμμα. Χορήγηση per os στις 10πμ., 2 μ.μ. και 6μ.μ.

3η ημέρα: Δίαιτα υδαρής. Χορήγηση 1 gr νεομυκίνης και 1 gr βάσης ερυθρομυκίνης per os στις 1 μ.μ., 2μ.μ. και 11 μ.μ. Χορήγηση 30 ML θειϊκής μαγνησίας per os στις 10 π.μ. και 2 μ.μ. Οχι υποκλυσμός.

4η ημέρα: Εγχείρηση στις 8 π.μ.

Εκτός από την προετοιμασία αυτή οι περισσότεροι συγγραφείς συνιστούν συμπληρωματικά τη χορήγηση χημειοπροφύλαξης, δηλ. τη χορήγηση αντιβιοτικών 8 ώρες προ και 8 ώρες μετά την εγχείρηση και συνήθως διακοπή. Πάντως, η συνέχιση ή μη της χορήγηση των αντιβιοτικών θα εξαρτηθεί από τη σηπτικότητα της εγχείρησης και επαφίεται στην κρίση του χειρουργού. (Καλαχάνης - ΜΠΑΛΑ)

Αν επίσης υπάρχει διάταση του εντέρου εξ' αιτίας αερίων, εφαρμόζεται σωλήνας αερίων για άρση της πίεσης (Luckman-Sorensen).

Καθετήρας ουροδόχου κύστης (Foley) και ρινογαστρικός σωλήνας (Livine) εφαρμόζονται προ της εγχείρησης κατά περίπτωση, ανάλογα με τις ιατρικές οδηγίες.

Γ Η Ψυχολογική προετοιμασία αποσκοπεί στο να προετοιμάσει τον άρρωστο να δεχτεί την κολοστομία. Είναι προφανές ότι είναι μεγάλης σημασίας, γιατί η αντιμετώπιση της αλλαγής που επέρχεται στον άρρωστο, επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την συνολική πορεία της υγείας του.

Επειδή κατά την Ε. Πατηράκη, μία επέμβαση στην θεραπευτική ή παρηγορητική χειρουργική, όσο καλά κι αν εκτελείται, ισοδυναμεί με πραγματική ή συμβολική απώλεια δυνατοτήτων και αγαθών, προτείνει ένα σχέδιο επιτυχημένης προσέγγισης αρρώστου και οικογένειας, προεγχειρητικά:

1. Δυνατότητα ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας συχνά.

Ο άρρωστος και το οικογενειακό περιβάλλον παροτρύνονται:

α) Να διευκρινίσουν και να περιγράψουν αιτίες για αισθήματα φόβου και άγχους τους.

β) Να εκφράσουν τις μακροπρόθεσμες διαστάσεις του χειρουργείου γι' αυτούς - επιπτώσεις (νοσολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, αισθηματικές, επαγγελματικές) - το ίδιο καθ' εαυτό το γεγονός του χειρουργείου.

2. Συνειδητοποίηση ότι η ενεργός συμμετοχή τους είναι σημαντικότερη για την πορεία της θεραπείας από την παθητική και υποτακτική αποδοχή της.

3. Εγκαιρη ενημέρωση και διδασκαλία. Με την σωστή ερμηνεία ερωτημάτων, τη λεπτομερή πληροφόρηση και τη διδασκαλία μετεγχειρητικών προληπτικών μέτρων:

- Διαψεύδονται οι αδικαιολόγητοι λόγοι
- Κατανοείται η αναγκαιότητα επέμβασης
- Αποφεύγεται η παραπληροφόρηση
- Καλλιεργείται αίσθημα προσωπικής ασφάλειας και εμπιστοσύνης

- Επιτυγχάνεται φυσική και συναισθηματική ανταπόκριση και μετεγχειρητική συνεργασία (ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 1986).

μεγάλης σημασίας είναι επίσης και η επαφή του αρρώστου με άλλους που έχουν υποβληθεί σε κολοστομία και έχουν αποδεχθεί αυτή, σωματικά και ψυχικά. Αυτό επιτυγχάνεται όταν γνωρίσει ή βρίσκεται σε θάλαμο με άτομα που έχουν ήδη την κολοστομία και έχουν προσαρμοστεί με αυτή. Αντίθετα, η επαφή με άτομα που είναι ακόμα αρνητικά στην κολοστομία δεν θα βοηθήσουν ψυχολογικά έναν ασθενή αδυνάτου ψυχολογίες, και έτσι κάποιες τέτοιες αρνητικές επιδράσεις πρέπει να αποφεύγονται κατά το δυνατόν.

Η ψυχολογική και συγκινησιακή υποστήριξη είναι ακόμα ισχυρότερη σε ασθενείς που θα έχουν μόνιμη κολοστομία. Στην πραγματικότητα η ψυχολογική προσέγγιση είναι ενιαία και ολοκληρωμένη που αρχίζει απ' την στιγμή που διαγιγνώσκεται το πρόβλημα του αρρώστου, συνεχίζεται μετεγχειρητικά και επεκτείνεται έως την επιστροφή του στο κοινωνικό σύνολο και στις δραστηριότητές του.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον της μετεγχειρητικής φροντίδας επικεντρώνεται τόσο στην γενικότερη ανάρρωση του αρρώστου, όσο και στην παρακολούθηση της κολοστομίας.

Για την μετεγχειρητική πορεία της υγείας του ασθενούς, είναι μεγάλης σημασίας η σύντομη ανάνηψή του απ' την επέμβαση. Οι εγχειρήσεις κοιλίας, ιδίως αν συνοδεύονται από εκτεταμένη αφαίρεση τμημάτων του εντέρου, δεν είναι άμοιρες επιπλοκών. Γι' αυτό παρακολουθούμε επισταμένα όλες τις ζωτικές λειτουργίες για την πρόληψη επιπλοκών, αλλά και για έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπισή τους.

Η συχνή λήψη των ζωτικών σημείων συνδυασμένη με την κλινική εικόνα του αρρώστου μπορούν να αποκαλύψουν κάποια επιπλοκή όπως αιμορραγία, εμβολή, φλεγμονή, ηλεκτρολυτική διαταραχή κλπ.

Επειδή στο παχύ έντερο γίνεται η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών, είναι πιθανόν σε μεγάλη αφαίρεση να συμβεί διαταραχή αυτού. Έτσι, ο άρρωστος πρέπει να καλύπτεται παρεντερικά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες με τους ανάλογους ηλεκτρολύτες, σε συνδυασμό με τον εργαστηριακό αιματολογικό έλεγχο.

Αν ο άρρωστος έχει ρινογαστρικό σωλήνα (Levine), παρακολουθείται και μετριέται η ποσότητα των αποβαλλομένων υγρών. Αφαιρείται αν δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα, όπως μετεγχειρητικός έμετος ή γαστροπληγία.

Κατά τις εγχειρήσεις κοιλίας είναι μεγάλος ο κίνδυνος στην μετεγχειρητική φάση για πνευμονική εμβολή. Εντονος και απότομος πόνος στον θώρακα, δύσπνοια, κυάνωση, απότομη επιδείνωση της κατάστασης του αρρώστου, θα πρέπει να μας κινητοποιήσου αμέσως. Η εργαστηριακή παρακολούθηση του χρόνου πήξης και η κατάλληλη αντιπηκτική αγωγή όταν απαιτείται, προφυλάσει από αυτήν την επιπλοκή.

Ο κίνδυνος των μετεγχειρητικών επιπλοκών απομαρκύνεται όσο πιο έγκαιρη είναι η έγερση του αρρώστου. Η έγκαιρη έγερση παίζει μεγάλο ρόλο στην κινητοποίηση του εντέρου και στην αποφυγή μετεγχειρητικής διάτασης στομάχου ή εντέρου.

Απαραίτητη είναι επίσης η παρακολούθηση του τραύματος για μόλυνση και για ρήξη των ραμμάτων κι εκσπλάχνωση λόγω αυξημένης πίεσης απ' τα κοιλιακά τοιχώματα, ή από απότοξη αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης από βήχα, τυμπανισμό ή παχυσαρκία.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στο τραύμα όταν υπάρχει περινεϊκή εκτομή γιατί λόγω της γειτνίασης με την ουρήθρα και τον κόλπο στις γυναίκες, μπορεί να συμβεί μόλυνση και φλεγμονή. Στις περιπτώσεις αυτές τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες υπάρχει ουροκαθετήρας Foley, ο οποίος με την πρόοδο της σύγκλισης του τραύματος θα αφαιρεθεί. Ανεφάρτητα όμως απ' την παρουσία του καθετήρα η τοπική καθαριότητα πρέπει να γίνεται συχνά, περισσότερες από μία φορές το 24ωρο, και προσεκτικά.

Όταν η τομή του τραύματος είναι στο κοιλιακό τοίχωμα, η αλλαγή της κολοστομίας πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, ώστε να αποφευχθεί μεταφορά σηπτικού υλικού της κολοστομίας προς το τραύμα. Κάτι τέτοιο θα προκαλέσει όχι μόνο μόλυνση του τραύματος, αλλά και ενδεχομένως περιτονίτιδα.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΩΝ

Η φροντίδα της κολοστομίας αποτελεί το κεντρικότερο θέμα στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άρρωστο με κολοστομία.

Η κολοστομία ανεφάρτητα από το αν είναι μόνιμη ή προσωρινή αποτελεί ένα νέο στοιχείο στην ζωή του αρρώστου και γι' αυτό η προσεκτική φροντίδα συμβάλλει στην καλύτερη λειτουργία της.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες οποιδήποτε είδος κολοστομίας αποτελεί συγχρόνως κι ένα χειρουργικό τραύμα. Οι πρώτες αλλαγές γίνονται απ' τον χειρουργό, ο οποίος ελέγχει την βατότητα του εντερικού αυλού του στομίου, καθώς και τη συρραφή του στο κοιλιακό τοίχωμα. Τις πρώτες 48 μετεγχειρητικές ώρες, η περιποίηση του στομίου γίνεται όταν αποβάλλεται εντερικό περιεχόμενο στον σάκο συλλογής για αποφυγή μόλυνσης του τραύματος πέριξ του στομίου. Ο σάκος αλλάζεται κάθε μέρα από μία φορά ή και περισσότερες όταν γε-

μίζει έως την μέση. Με την πάροδο των μετεγχειρητικών ημερών, η φροντίδα της κολοστομίας παύει να είναι αποκλειστική απασχόληση της νοσηλεύτριας-νοσηλεύτη και αρχίζει η βαθμιαία συμμετοχή του αρρώστου και των προσώπων του περιβάλλοντός του.

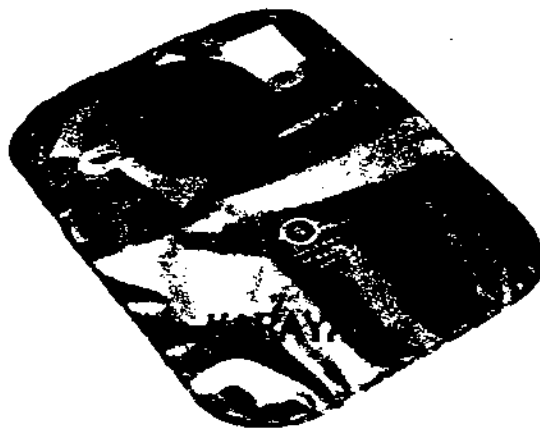
Η περιποίηση της κολοστομίας διακρίνεται σε δύο είδη: στην αλλαγή του σάκου συλλογής και στην πλύση ή υποκλυσμό της κολοστομίας. Η κάθε φροντίδα αποτελεί μία ιδιαίτερη διαδικασία που η επιλογή της εξαρτάται από τον άρρωστο και την κολοστομία του.

A. Αλλαγή σάκου κολοστομίας. Πρόκειται για αλλαγή του ασκού συλλογής, αντικατάστασή του με καινούργιο καθαρό και παράλληλα καθαρισμό του στομίου. Η αλλαγή γίνεται σε κάθε είδος κολοστομίας τις πρώτες εβδομάδες. Αν πρόκειται για στεγνή κολοστομία (κατιούσα και σιγμοειδή), με την πάροδο του χρόνου ο σάκος μπορεί να μην χρησιμοποιείται αν αποκτηθεί επαρκής έλεγχος. Στην ανιούσα κολοστομία το περιεχόμενο είναι πάντα υδαρές και ρέει σχεδόν συνέχεια, γι' αυτό ο σάκος είναι πάντα απαραίτητος. Το ίδιο ισχύει και για την εγκαρσία κολοστομία, που τα κόπρανα είναι πολτώδη και σε λίγες περιπτώσεις είναι δυνατόν η δημιουργία ελέγχου με την βοήθεια πλύσεων (Σαχίνη - Πάνου).

Για την σωστή περιποίηση της κολοστομίας πρέπει να γίνει πρώτα σωστή επιλογή του σάκου συλλογής. Το είδος του σάκου καθορίζεται από το μέγεθος του στομίου και από την λειτουργική κατάσταση της κολοστομίας. Το μέγεθος μπορεί να μετρηθεί με ένα διαμετρώμετρο στομίων. Μικρότερο διαμέτρημα του σάκου θα ερεθίσει το στόμιο, μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχει ποικιλία μεγεθών από 2,5 έως 7 εκατ., ανάλογα με την εταιρία κατασκευής.

Οι σάκοι συλλογής είναι παραλληλογράμμου σχήματος με το άνοιγ-

μα στο άνω μέρος του ενός τοιχώματος. Τα τοιχώματα αποτελούνται από μη αλεργιογόνο πλαστικό υλικό, σε ορισμένα δε είδη ασκών, η επιφάνεια που φέρει το άνοιγμα εισόδου και έρχεται σε επαφή με το δέρμα, καλύπτεται από απαλό βαμβακερό υλικό, για αποφυγή ερεθισμού του. Για την άμεση επαφή του σάκου με το δέρμα υπάρχουν τρεις τύποι: **α)** Γύρω από το άνοιγμα υπάρχει αυτοκόλλητο με το οποίο κολλάει ο σάκος στο δέρμα. Είναι λιγότερο ασφαλές και συστήνεται για κολοστομίες με στεγνό περιεχόμενο. **β)** Γύρω από το άνοιγμα υπάρχει ένας δακτύλιος από ριτίνη κάταψα επικαλυμένος με διαφανή πλαστική μεμβράνη (ζελατίνα). Η κάταψα είναι εύχρηστο υλικό και χρησιμοποιείται ευρέως, γιατί είναι μαλακή και εύκαμπτη και μπορεί να προσαρμοστεί σε παχύσαρκα άτομα με πτυχές στο δέρμα. Ο σάκος κολοστομίας με κάταψα είναι μίας χρήσης και πρέπει να αλλάζεται, όταν γεμίσει μέχρι τη μέση ή όταν ο δακτύλιος δείχνει σημεία φθοράς. Έχει επίσης το πλεονέκτημα ότι φέρει φίλτρο διαφυγής αερίων, κι έτσι αποφεύγεται η διόγκωση του ασκού απ' τα αέρια του εντέρου (εικ. 10).



ΣΑΚΙΤΗΚ-ΠΑΝΟΥ

Εικόνα 10 Σάκος κολοστομίας με δακτυλίο από ρητινή καράγια και φίλτρο διαφυγής αερίων

γ) Το τρίτο σύστημα συλλογής του εντερικού περιεχομένου αποτελείται από δυο ξεχωριστά μέρη, με διαφορετική βάση και σάκο. Η βάση

δεν είναι ενσωματωμένη στον ασκό, αλλά είναι ανεξάρτητη. Αποτελείται από πορώδες ελαστικό υλικό κίτρινου χρώματος (Βοη - Βοη), επάνω στο οποίο προσαρμόζεται ο σάκος, ο οποίος φέρει στεφάνη που κουμπώνει στην βάση, με σχέση αρσενικού - θηλυκού, σε αντίστοιχη ισομεγέθη στεφάνη. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να αλλάζεται σάκος χωρίς την αλλαγή της βάσης, η οποία μπορεί να παραμένει η ίδια για 1-2 εβδομάδες ανάλογα με το είδος της κολοστομίας και με άλλα τοπικά αίτια.

Τόσο οι ασκοί με κάταψα, όσο και με Βοη-Βοη, στην στεφάνη του ανοίγματος φέρουν ειδικές υποδοχές για καλύτερη στεραίωση με ελαστική ζώνη γύρω από την οσφό του αρρώστου.

Μία εναλλακτική επιλογή στην περιποίηση της κολοστομίας είναι η εκκένωση του περιεχομένου του σάκου χωρίς την αλλαγή του. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση σάκων που από την κατασκευή τους, έχουν ελεύθερο το κάτω άκρο τους, το οποίο ασφαρίζεται με ειδικό κλείστρο (CLIP) ή με μικρή στρόφυγα εκκένωσης. Η χρήση τέτοιων σάκων ενδύκνεται, όταν το περιεχόμενο της κολοστομίας είναι υδαρές και όταν χρειάζεται να γίνεται αλλαγή του σάκου ανά μικρά χρονικά διαστήματα στη διάρκεια της ημέρας. Κατ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται οικονομία χρόνου, υλικού και δυνατότητα ευκολότερης αυτοφροντίδας, όταν εξέλθει ο άρρωστος από το νοσοκομείο. Η χρήση βέβαια αυτών των σάκων δεν απαλλάσσει απ' την ανάγκη αλλαγής τους, η οποία σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να παραμένει παραπάνω από 4 ημέρες.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Εκτέλεση διαδικασίας αλλαγής σάκου κολοστομίας

Προετοιμασία:

1. Ενημερώνεται ο άρρωστος για την νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει.
2. Απομακρύνονται οι επισκέπτες και εξασφαλίζεται αερισμός του θαλάμου, καθώς και η απομόνωση του αρρώστου με παραβάν αν δεν έχει εξοικειωθεί ακόμα με την ύπαρξη της κολοστομίας του μεταξύ των άλλων ασθενών. Συνοδοί δικοί του μπορούν να παραμένουν για μάθηση της διαδικασίας όταν απαιτείται.
3. Ο χρόνος επιλογής της αλλαγής αποφεύγεται να είναι κατά την λήψη γεύματος ή άλλων τροφών από τους άλλους ασθενείς του ίδιου θαλάμου. Αν είναι οπωσδήποτε ανάγκη η περιποίηση της κολοστομίας κατά την ώρα γεύματος, μπορεί η περιποίηση να γίνει στην αίθουσα αλλαγών της κλινικής.
4. Συγκεντρώνουμε τα απαραίτητα αντικείμενα στον δίσκο αυτής της νοσηλείας ή σε τροχήλατο, τα οποία είναι:
 - 2 πετσέτες νοσηλείας
 - τετράγωνο αδιάβροχο με τετράγωνο αλλαγών
 - λεκάνη, κανάτα, τρίφτης, σαπούνι γλυκερίνης
 - χάρτινη σακούλα
 - κάψα με βαμβάκι και χαρτοβάμακο
 - φυσιολογικό ορό και Phisottex ή σαπωνούχο Betadine
 - νεφροειδές
 - αποστειρωμένο σετ αλλαγών
 - αποστειρωμένες γάζες
 - γάντια αποστειρωμένα και μιας χρήσης
 - τον κατάλληλο σάκο για τον συγκεκριμένο άρρωστο
 - πάστα καταψα

- προστατευτικές αλοιφές δέρματος
- υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστ

5. Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία και ενθαρρύνεται να συμμετέχει ώστε να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.

Εκτέλεση:

1. Κατεβάζονται τα κλινოსκεπάσματα έως τους μικρούς ή την ηβική σύμφυση και καλύπτονται με την μία πετσέτα νοσηλείας. Με την δεύτερη καλύπτονται τα ρούχα του αρρώστου.
2. Τοποθετείται το τετράγωνο αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω απ' την επριοχή της κολοστομίας.
3. Φοράμε τα γάντια μιας χρήσης.
4. Αν χρησιμοποιείται ζώνη αποσυνδέεται από το σάκο
5. Με ήπιες κινήσεις ξεκολλάμε τον σάκο, προσέχοντας να μην χυθεί το περιεχόμενό του, ούτε προς τα λευκήματα, αλλά πολύ περισσότερο ούτε προς το χειρουργικό τραύμα, αν είναι κοντά στην κολοστομία.
6. Βάζουμε τον σάκο στην χάρτινη σακούλα και την απομακρύνουμε απ' το πεδίο εργασίας μας.
9. Τοποθετούμε νεφροειδές κάτω από το στόμιο με το σώμα του αρρώστου καλυμμένο στην καμπύλη πλευρά του με πλατύ τεμάχιο βάμβακος.
8. Στην λεκάνη κάνουμε σαπουνάδα με χλιαρό νερό και σαπούνι γλυκερίνης. Το σαπούνι γλυκερίνης διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό.
9. Πλένουμε χρησιμοποιώντας τον τρίπτυη την περιοχή του δέρματος γύρω απ' το στόμιο και κατόπιν στεγνώνουμε προσεκτικά.

10. Φοράμε αποστειρωμένα γάντια, ανοίγουμε το σετ αλλαγής, παίρνουμε μία λαβίδα της δικής μας εκλογής (ανατομική ή πεάν) και με αυτήν λαμβάνουμε μια αποστειρωμένη γάζα από τον ειδικό φάκελο αποστείρωσης. Αν δεν υπάρχουν γάζες σε φάκελο, παίρνουμε από αποστειρωμένο κουτί με τη βοήθεια πολυπάγρας.
11. Εμπορίζουμε την γάζα με το **Phisottex** ή με το σαπουνούχο **Beta-dine** και καθαρίζουμε το στόμιο με ήπιες κινήσεις απ' το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις.
12. Επαναλαμβάνουμε όσες φορές κρίνουμε ότι χρειάζεται, στη συνέχεια ξεπλένουμε με φυσιολογικό ορό και τέλος σκουπίζουμε πάρα πολύ καλά. Αν αφήσουμε υγρασία μειώνουμε την άνεση του αρώστου, προκαλείται ερεθισμός και δυσοσμία.
13. Στο δέρμα γύρω απ' το στόμιο μπορούμε να το περάσουμε με αιθέρα, ο οποίος είναι πτυτικός και προκαλεί καλύτερο στέγνωμα. Η ενέργεια όμως αυτή αμφισβητείται, γιατί ποιτεύεται ότι ο αιθέρας έχει και ερεθιστική δράση στο δέρμα (Σαχίνη - Πάνου). Ανεξάρτητα από το αν θα χρησιμοποιηθεί, η περιοχή του δέρματος που στεραιώνεται ο σάκος πρέπει να είναι εντελώς στεγνή.
14. Αν υπάρχει ερεθισμός του δέρματος επαλείφουμε προστατευτική αλοιφή, όπως **Skin gel**, **Stomanesive paste** ή **Urabase cream**.
15. Αν χρησιμοποιήσουμε αυτοκόλλητο σάκο, αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας. Το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου. Αν θα βάλουμε σάκο με κάταψα αφαιρούμε την ζελατίνα που την σκεπάζει.
16. Κρατάμε τον αυτοκόλλητο σάκο από τα πλάγια του αυτοκόλλητου χαρτιού και φέρνουμε το άνοιγμα στο κέντρο του στομίου. Πιέ-

ζουμε πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας, κατόπιν το επάνω και μετά τα πλάγια αφού βγάλουμε το προστατευτικό τους χαρτί. Με τον ίδιο περίπου τρόπο κολλάμε και τον σάκο με κατάψα.

17. Προσέχουμε ιδιαίτερα να μην σχηματίζονται πτυχές στο δέρμα γιατί δεν θα κολλήσει καλά ο σάκος και θα έχουμε εκροές. Αν παρ' όλη την προσπάθειά μας οι πτυχές είναι αναπόφευκτες, τις καλύπτουμε με πάστα κατάψα.
18. Αν ο ασκός έχει φίλτρο αερίων το σκίζουμε ελαφρώς για να λειτουργήσει. Αν δεν έχει φίλτρο, τότε πριν την τοποθέτηση βάζουμε μέσα δισκία ενεργού άνθρακα που δεσμεύουν τις δυσάρεστες οσμές. Πριν την τοποθέτηση των σάκων βάζουμε μέσα ένα μικρό κομμάτι τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα για αποφυγή δημιουργίας κενού αέρα μέσα στον σάκο.
19. Συνδέουμε την στεφάνη του σάκου με την ειδική ζώνη, για καλύτερη ακινητοποίηση επί του σώματος του αρρώστου.
20. Απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε, σκεπάζουμε τον άρρωστο και ενημερώνουμε την λογοδοσία για την εκτέλεση της νοσηλείας, την ποσότητα του σάκου και για ότι άλλο κρίνεται σκόπιμο ότι χρειάζεται να αναφερθεί.

Χρήσιμες παρατηρήσεις:

Κατά την περιποίηση της κολοστομίας ελέγχουμε και την ανατομική κατάσταση του στομίου. Κάθε αλλαγή στο σχήμα ή στο χρώμα του εκστομωμένου εντέρου, θα πρέπει να αναφέρεται αμέσως στον γιατρό, γιατί μπορεί να σημαίνουν κάποια επιπλοκή, όπως εισολκή, εσωτερική περίσφιξη, διάτρηση ακόμα και νέκρωση. Επίσης με την πάροδο του χρόνου και ενώ ο ασθενής είναι πλέον εκτός νοσοκομείου είναι δυνατόν να συμβεί πρόπτωση, παραστομιακή κήλη ή στένωση

του αυλού λόγω της ανάπτυξης συμφύσεων. Γι' αυτό συστήνεται παρακολούθηση σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Εκτός τουσ τομίου ελέγχουμε και το δέρμα γύρω από αυτό, το οποίο εκτείνεται αναπόφευκτα σε χρόνιο ερεθισμό, ιδιαίτερα στις μη στεγνές κολοστομίες. Ενημερώνουμε τον άρρωστο και το περιβάλλον του για τα διαθέσιμα προϊόντα της αγοράς και προσπαθούμε να βρούμε το πιο κατάλληλο προστατευτικό δέρματος για κάθε άρρωστο.

B. Πλύση κολοστομίας

Η πλύση κολοστομίας ή υποκλυσμός είναι μία διαδικασία που βοηθά να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο αδειασμα του εντέρου δηλ. μία υποτυπώδη μορφή σφιγκτηριακού ελέγχου. Με την πλύση επιτυγχάνεται κένωση του εντέρου κόπρανα, αέρια και βλέννη. Οι κολοστομίες οι οποίες μπορούν να αποκτήσουν ρύθμιση με πλύση είναι οι κατιούσες και σιγμοειδικές, ενώ μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται στις εγκάρσιες.

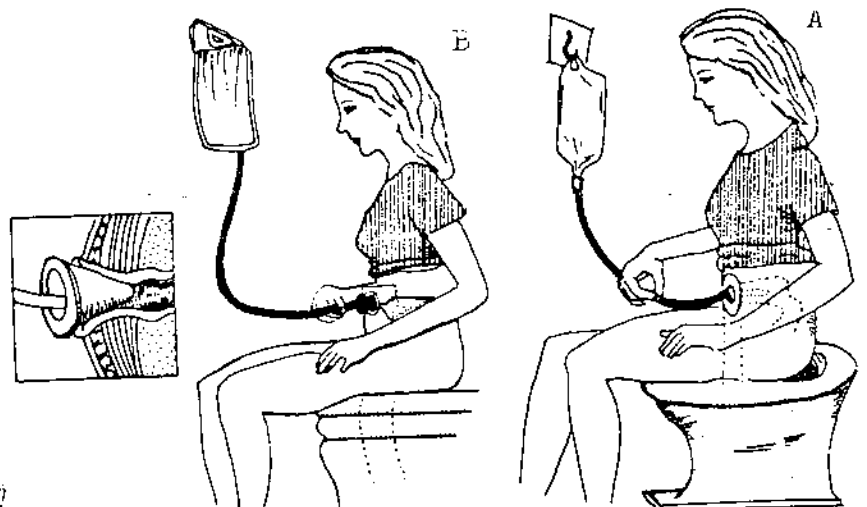
Η προετοιμασία είναι η ίδια όπως και στην αλλαγή του σακου. Τα απαιτούμενα αντικείμενα είναι:

- Δοχείο υγρού πλύσης, με 500-1500 ML διαλύματος (χλιαρό νερό ή αλατούχο διάλυμα ή άλλο διάλυμα που παράγει ο γιατρός) σε θερμοκρασία 40 °C.
- Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24, που καταλήγει σε μαλακό ελαστικό κώνο Laidtip.
- Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο σε δακτύλιο με τη χώνη.
- Πλαστική σακούλα για τη συλλογή των υγρών γαζών και του σάκου.
- Χαρτοβάμβακο και υδατοδιαλυτό γλισχραντικό.
- Λαβίδα πεάν.

Η νοσηλεία αυτή μπορεί να γίνει είτε να είναι ο άρρωστος σε καθισμα εμπρός σε λεκάνη τουαλέτας ή επί της τουαλέτας. Επίσης μπορεί να γίνει και επί κλίνης.

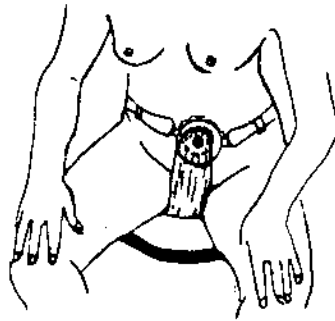
Εκτέλεση:

1. Αφαιρούμε τις γάζες απ' το στόμιο ή τον σάκο, τα βάζουμε στην πλαστική σακούλα και τα απομακρύνουμε.
2. Αφήνουμε να τρέξει λίγο διάλυμα απ' τον ελαστικό σωλήνα για να βγει ο αέρας και να μην εισαχθεί στο έντερο και προκαλέσει διάταση.
3. Επαλείπτουμε τον ελαστικό κώνο με την γλισχραντική ουσία για ευκολότερή του είσοδο στο στόμιο. Ο κώνος εισάγεται ήπια στο στόμιο και πιέχεται για να αποφευχθεί η ροή του υγρού προς τα έξω. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ελαστικός καθετήρας χωρίς κώνο. Σ' αυτήν την περίπτωση εισάγεται έως 8 CM. Ποτέ δεν εισάγουμε τον καθετήρα με δύναμη για την αποφυγή διάτρησης.
4. Σηκώνουμε το δοχείο 45-50 CM πάνω απ' το στόμιο και προσέχουμε να εισέρχεται αργά το διάλυμα στο κόλον. Απότομη ροή μπορεί να προκαλέσει επώδυνη κράμπα. Αν συμβεί κάτι τέτοιο διακόπτουμε τη ροή και συνεχίζουμε μετά από λίγη ώρα, πιο αργά. Το διάλυμα πρέπει να μπει σε 5-10 λεπτά (εικ. 11).



Εικόνα 1.1 Πλύση καλοστασιότητας με καθετήρα (Α) ή με Laitipir (Β). Το ένθετο δείχνει σε μεγέθυνση το Laitipir εφαρμοσμένο στον σωλήνα.
ΣΑΧΙΝΗ-ΠΑΝΟΥ

5. Μετά την είσοδο του υγρού αφαιρούμε ήπια τον σωλήνα και εφαρμόζουμε στο στόμιο το μανίκι πλύσης και το στερασιώνουμε με τη ζώνη (εικ. 2).



ΕΙΚ. 12
ΣΑΧΙΝΕ-ΓΑΝΟΥ

6. Ο ασθενής παραμένει καθιστός για 15 λεπτά. Μέσα σ' αυτόν τον χρόνο η μεγαλύτερη ποσότητα κοπράνων, αερίων και νερού αποβάλλονται.
7. Αν χρειαστεί κι άλλος χρόνος, κλείνουμε το κάτω άκρο του μανικιού με την πεάν και σηκώνεται ο άρρωστος να κινηθεί. Έτσι διεγείρεται το έντερο σε περίσταση κι έχουμε πλήρη εκκένωση του εντέρου.
8. Μετά την έξοδο του εντερικού περιεχομένου, αφαιρούμε το μανίκι, πλένουμε με σαπουνάδα το στόμιο και το στεγνώνουμε με χαρτοβάμβακο. Αν ο έλεγχος δεν είναι ακόμα πλήρης εφαρμόζουμε επί του στομίου σάκο. Αν υπάρχει ικανοποιητικός έλεγχος τότε καλύπτουμε με γάζες.
9. Αν η πλύση γίνεται επί κλίνης ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση προς την πλευρά του στομίου, βάζουμε κάτω από αυτό

τετράγωνο αδιάβροχο με τετράγωνο αλλαγών και σκωραμίδα να εφάπτεται στα κοιλιακά τοιχώματα με χαρτοβάμβακα για την επιστροφή του υγρού πλύσης. Η διαδικασία είναι η ίδια όπως και στην καθιστική θέση.

10. Απομακρύνουμε τα αντικείμενα που χρησιμοποιήσαμε, φτιάχνουμε τον άρρωστο και ενημερώνουμε τη λογοδοσία.

Χρήσιμες παρατηρήσεις:

Η όλη διαδικασία πρέπει να γίνεται με την μορφή διδασκαλίας ώστε ο άρρωστος να μάθει σωστά κάθε ενέργεια και να μπορεί να την εκτελεί και μόνος του.

Σαν διάλυμα για τον υποκλυσμό της κολοστομίας δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε παραφίνη, γιατί η παραφίνη παίρνει το χρώμα των κοπράνων και ακτά την έξοδο του διαλύματος δίνει την εντύπωση κένωσης του εντέρου ενώ οι κοπρανώδεις μάζες δεν έχουν αποβληθεί.

Κατά τις Luckman - Sorensen οι φάσεις ρύθμισης της κολοστομίας παρομοιάζουν με τις ψυχολογικές φάσεις που διέρχεται ένα άτομο σε κάθε κρίση. Τα στάδια είναι (α) Ψυχικό shock, (β) αμυντική υποχώρηση, (γ) παραδοχή και (δ) προσαρμογή. Κατά τα δύο πρώτα στάδια οι άρρωστοι χρειάζονται πολλή υποστήριξη, ρεαλιστική προσέγγιση της περίπτωσης τους και ενθάρρυνση να λαμβάνουν μέρος στην φροντίδα τους. Όταν αρχίζουν να φροντίζουν την κολοστομία με ένα βαθμό επιτυχίας κινούνται προς το τελικό ή προσαρμοστικό στάδιο (Medical - Surgical Nursing).

ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η αρρώστεια δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά και ψυχολογικό και κοινωνικό. Προκαλεί αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, επιδρά στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, επηρεάζει τη συμπεριφορά και τις σχέσεις του με τους άλλους (J.S.Bond). Αυτό ισχύει πολύ περισσότερο στα άτομα με κολοστομία γιατί η κολοστομία καθ' εαυτή επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην ανατομία και φυσιολογία του ατόμου, οι οποίες με την σειρά τους επιφέρουν αναπόφευκτες αλλαγές στην αυτοεικόνα του και στην ψυχολογία του.

Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Πραγματικά ή συμβολικά, σημαίνει στέρηση πολλών δυνατοτήτων και αγαθών: στέρηση της ελευθερίας λήψεως αποφάσεων και ενέργειας λόγω των ειδικών περιορισμών που επιβάλλουν η αρρώστεια και η θεραπευτική αγωγή· απώλεια τμημάτων του σώματος· αλλαγή ή προσαρμογή προσωπικών αρμοδιοτήτων· ματαίωση ατομικών σχεδίων και οραματισμών - χωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο κ.ά. (Α. Ραγιά).

Τα συναισθήματα που νοιώθει ένας ασθενής όταν αρχίζει να έρχεται σε επαφή με την ιδέα της κολοστομίας είναι:

- Αγχος οφειλόμενο στην πιθανή σύγκρουση της κολοστομίας που μπορεί να έχει στο είδος ζωής και στις σχέσεις με τους άλλους.
- Μη αποτελεσματική ατομική αντιμετώπιση οφειλόμενη σε αρνητική συναισθηματική απάντηση στην κολοστομία.
- Φόβος οφειλόμενος στην πιθανότητα ότι ο καρκίνος - αν πρόκειται για όγκο - δεν έχει αφαιρεθεί πλήρως κατά την εγχείρηση.
- Θλίψη οφειλόμενη στην απώλεια της φυσιολογικής εντερικής λειτουργίας.

- Ανατάραξη της αυτοεκτίμησης που οφείλεται στην παρουσία της κολοστομίας.
- Ανησυχία οφειλόμενη στο φόβο ότι ο σεξουαλικός σύντροφος θα απωθηθεί από την παρουσία της κολοστομίας.
- Κοινωνική απομόνωση οφειλόμενη στο φόβο ότι οι άλλοι θα αντιδράσουν αρνητικά στην κολοστομία (Luckman - Sorensen).

Πρέπει ακόμη να τονισθεί ότι η ασθένεια ενός ατόμου, ιδιαίτερα όταν χρονίζει, επηρεάζει ολόκληρη την οικογένειά του, διασπά την αρμονική ζωή της και δημιουργεί ποικιλόμορφα προβλήματα και δυσκολίες. Αν ο άρρωστος είναι ο πατέρας της οικογένειας, μπορεί να ελαττωθεί το εισόδημα της οικογένειας, να χρειασθεί να εργαστεί η μητέρα έξω από το σπίτι και να ληφθεί ειδική μέριμνα για την φύλαξη των παιδιών. Αν πάλι η μητέρα είναι άρρωστη, η οικογένεια χάνει το ρυθμό της και ο συναισθηματικός τόπος υποβαθμίζεται. Τα γεύματα ετοιμάζονται με βιασύνη και αδεξιότητα, τα παιδιά χάνουν την μητρική φροντίδα και στοργή, η νοικοκυροσύνη παραμελείται και ματαιώνονται πολλά οικογενειακά σχέδια. Και αυτή η οικογενειακή υπερένταση και δυσαρμονία έχει με τη σειρά της δυσάρεστο αντίκτυπο στον άρρωστο (Α. Ραγιά).

Οι αντιδράσεις του ατόμου στην κολοστομία μπορεί να εκτείνονται από εύκολη αποδοχή μέχρι συνολική απόσυρση απ' τις κοινωνικές επαφές. Η αποδοχή της κολοστομίας εξαρτάται επίσης απ' τις συνθήκες της νόσου που κάνουν απαραίτητη τη δημιουργία της, όπως ο κάρκινος. Για μερικούς αρρώστους αντιπροσωπεύει μία θεραπεία ενώ για άλλους είναι μία προσωρινή κατάσταση. Πολύ δύσκολη είναι η αποδοχή όταν είναι η κολοστομία απλώς παρηγορητική.

Μερικοί άρρωστοι αρνούνται να κοιτάξουν το στόμιο και δύσκολα δέχονται την παρουσία του, ενώ άλλοι αρχίζουν να παίρνουν

μέρος νωρίς στην φροντίδα του στομίου. Οι αντιδράσεις του νοσηλευτικού προσωπικού και η συμπεριφορά του προς το πρόσωπο του αρρώστου, μπορούν να επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την προσπάθεια εξοικείωσής του με την κολοστομία. Παρά ταύτα οι αντιδράσεις του αρρώστου εξαρτώνται καμμιά φορά απ' την στάση τους προς τις απεικριτικές λειτουργίες, προηγούμενες γνώσεις για κολοστομίες και γενικά ικανότητες να αντιμετωπίζει καταστάσεις stress.

Ο νοσηλεύτης - νοσηλεύτρια ανακουφίζει τον άρρωστο που εκδηλώνει άγχος ή αγωνία ή μελαγχολία με τους εξής τρόπους:

1. Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τί εκφράζει ο άρρωστος και προσφέρεται για διάλογο για κάθε θέμα που σχετίζεται με την κολοστομία με την υγεία του γενικότερα.
2. Νοσηλεύει τον άρρωστο ολοκληρωμένα και συνολικά σαν πρόσωπο και όχι σαν κολοστομία μόνο.
3. Αντιμετωπίζει τον άρρωστο διαπροσωπικά σαν ιδιαίτερη προσωπικότητα και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματά του.
4. Βοηθά τον άρρωστο να καταλάβει την αναγκαιότητα της κολοστομίας και την ανάγκη εξοικείωσης με αυτή.
5. Μεταδίδει στον άρρωστο χρήσιμες γνώσεις που θα τον διαφωτίσουν να αντιμετωπίσει τα ιδιαίτερα προβλήματα της κολοστομίας.
6. Δημιουργεί ευκαιρίες στον ασθενή να ρωτά και να λύνει τις απορίες του για κάθε τί που σχετίζεται με την κολοστομία.
7. Διευκολύνει τις κοινωνικές επαφές του αρρώστου και ιδιαίτερα με άτομα που έχουν ήδη κολοστομία και ζουν όμορφα προσαρμοσμένα πλήρως σε αυτή, όπως στα ειδικά σωματεία που ιδρύουν ομάδες τέτοιων ατόμων.

Η ψυχολογική υποστήριξη σε συνδυασμό με φυσική φροντίδα και λεπτομερειακή εκπαίδευση, μπορεί να προωθήσει την αυτοφροντίδα, να προάγει την ανεξαρτησία, αν ενισχύσει τη θέληση, να διατηρήσει την ελπίδα του για ζωή. Να του δώσει την πρέπουσα βοήθεια για αυτοβοήθεια για να ισχυροποιήσει τις προσωπικές του δυνάμεις και να αγωνισθεί για τη ζωή του. Απ' την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική μέρα ενθαρρύνει την προοδευτική αυτοεξυπηρέτηση, αναζητά τον καλύτερο τρόπο και χρόνο να μεταδώσει τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τη συγυριά της. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει, διδασκαλία ασκήσεων - προληπτικών μέτρων - διαιτητικών συνηθειών, μεθόδου σίτισης ή περιποίησης τραύματος ή στομίας - εκλογή ενδυμάτων επιλογή και χρήση προσθέσεων ή βοηθητικών μέσων.

Κατά την επιστροφή του αρρώστου στο οικογενειακό του περιβάλλον και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο, ανοίγονται διαφορετικοί ορίζοντες προσέγγισης και συμπαράσταση προς αυτόν. Ο νοσηλεύτης - νοσηλεύτρια, επισκέπτης - επισκέπτρια υγείας, προσπαθούν να εγκαινιάσουν ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας με τον άρρωστο και τους οικείους του, ώστε να παρακολουθούν τόσο την πορεία της υγείας του και της κολοστομίας, όσο και την ψυχολογική του ισορροπία. Παράλληλα επεμβαίνουν διακριτικά, σε κάθε περίπτωση που χρειάζεται να ενημερώσουν, να διορθώσουν ή να διαφωτίσουν σε κάτι.

Καθημερινά ανοίγονται νέοι δρόμοι στη φροντίδα αυτών των ανθρώπων. Παράδειγμα η συσκευή μηχανικής έκπλυσης εντέρου, που απάλλαξε τον άρρωστο από το σάκο κολοστομίας και του χάρισε ομαλή συζυγική συμβίωση, διαιτητική άνεση, ανεμπόδιστη κοινωνική συναναστροφή και ψυχική υγεία (Ε. Πατηράκη).

ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Η διαπαιδαγώγηση ασθενών με κολοστομία αφορά και τους ίδιους και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Το πιο ιδανικό είναι ο άρρωστος να έχει το απαιτούμενο μορφωτικό επίπεδο και επικοινωνία, ώστε να μπορεί να καταλάβει τη νοσηλεία της κολοστομίας, να την φροντίζει μόνος του, και γενικά να έχει τον κύριο λόγο της προσωπικής του κατάστασης. Κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα δυνατό, γι' αυτό στην διαφώτιση για την κολοστομία περιλαμβάνουμε και τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος του αρρώστου, ώστε να προσφέρουν και αυτοί ό,τι χρειάζεται ο άρρωστος, όταν αυτός δεν μπορεί από μόνος του πλήρως να αυτοεξυπηρετηθεί. Προσοχή απαιτείται μόνο όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι υπερπροστατευτικό, αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου την φροντίδα του αρρώστου και δεν επιτρέπει στον άρρωστο να αναλαμβάνει φροντίδες για τον εαυτό του. Ένας τέτοιος ασθενής χάνει την ευκαιρία να δραστηριοποιηθεί, να εξοικειωθεί με το πρόβλημά του και να αποκτήσει την ανάλογη αυτοεκτίμηση. Ο νοσηλευτής - νοσηλεύτρια, που θα διαπιστώσει κάτι τέτοιο, θα στρέψει το βάρος της προσοχής του προς τον άρρωστο, προσπαθώντας να επιτύχει ένα επίπεδο ισορροπίας μεταξύ αυτού και των συγγενών του.

Το μοντέλο διαπαιδαγώγησης περιλαμβάνει κάθε τι που σχετίζεται με την προσωπική και την κοινωνική παρουσία του ατόμου. Ένα προτεινόμενο σχέδιο διδασκαλίας κατά την έξοδο απ' το νοσοκομείο κατά τις Σαχίνη - Πάνου, είναι το παρακάτω:

1. Φροντίδα στομίου, αλλαγή σάκου, άδειασμα σάκου, υποκλυσμός κολοστομίας. Ενημέρωση για τα είδη των διατιθέμενων σάκων στην αγορά. Βοήθεια για την επιλογή του καταλληλότερου.

2. Φροντίδα δέρματος. Ενημέρωση για υπαλλεργιογόνα καλύμματα του στομίου, προστατευτικές ουσίες του δέρματος, όπως κάταφα gum, κορτικοστερινοειδή σπρέϋ ή nystatin σκόνη.
3. Ελεγχος κακοσμίας. Αποφυγή ουσιών που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια.) Το γιαούρτι, ο χυμός μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μίας ή δύο ταμπλετών υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούδιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.
4. Ελεγχος αερίων. Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και σε αεριούχα ποτά. Αποφυγή τροφών που δημιουργούν αέρια, όπως φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.
5. διάρροια. Είναι σοβαρό πρόβλημα για ανθρώπους με κολοστομία. Μπορούν να δοθούν φάρμακα απ' τον γιατρό, που μειώνουν την κινητικότητα του εντέρου. Μπορούν να έχουν πάνω τους τέτοια φάρμακα και να τα λαμβάνουν με την πρώτη ένδειξη της διάρροιας. Απ' την διάρροια μπορούν να προέλθουν δύο προβλήματα: ερεθισμός του δέρματος και διαταραχή της ισορροπίας υγρών - ηλεκτρολυτών. Ενθαρρύνεται το άτομο να παίρνει νερό και τσάι μόνο μέχρι η εντερική κινητικότητα να επιστρέψει στο κανονικό.
6. Δυσκοιλιότητα. Στις κατιούσες κολοστομίες μπορεί να εμφανιστεί δυσκοιλιότητα που οφείλεται πιθανόν σε σπασμό του εντέρου ή σε έλλειψη κοπράνων ή σε έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ατόμου. Τα καθαρτικά επιδεινώνουν την κατάσταση, γιατί εμποδίζουν την απορρόφηση υγρών, διευκολύνουν την αποβολή καλίου και αυξάνουν την υπερκινητικότητα του εντέρου. Θεραπευτικά γίνονται χαμηλοί υποκλυσμοί και χορηγούνται φάρμακα που αυξάνουν τη μάζα των κοπράνων, όπως είναι το Normacol (Λεουτσάκος 1981).

7. Δίαιτα. Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μάσηση της τροφής, εξατομίκευση της διαίτας, ώστε να είναι πλήρης και να μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μύρα μπορεί να ενεργήσει σαν ηπατικό και να δημιουργήσει αέρια.
8. Ενδυμασία. Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και τον σάκο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιώ. Για τους άνδρες είναι προτιμότερο το μαγιώ με σόρτς ενώ για τις γυναίκες ολόσωμο.
9. Φάρμακα. Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν υπαικτικά και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.
10. Ταξίδια. Δεν αντεδεικνύεται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου. Οι κολοστορημένοι που κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό. Οι ειλεοστομημένοι να έχουν μαζί τους αντιδιαρροϊκό φάρμακο.
11. Σπορ. Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ. Προβλήματα μπορεί να δημιουργούν με σπορ επαφής, όπως το ποδόσφαιρο.
12. Σεξουαλική λειτουργία. Το 10-20% περίπου των ειλεοστομημένων ανδρών βιώνουν διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας. Σε πολλούς η κατάσταση είναι παροδική. Οι κολοστομημένοι ποικίλλουν από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα. Σε πολλές περιπτώσεις ξανααποκτάται η ικανότητα, αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.
13. Εγκυμοσύνη. το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μία επιτυχή εγκυμοσύνη. Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική πα-

ρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει μέγεθος καθώς προχωρεί η εγκυμοσύνη και μαζί με τη μεταβολή στο σχήμα της κοιλίας μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο υλικό για το στόμιο.

14. Υπνος. Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί στον ύπνο.
15. Απόφραξη. Γνωριμία σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή αν είναι απαραίτητο.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ασθενής, γυναίκα, ηλικίας 60 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με τα παρακάτω συμπτώματα: ζάλη, αδυναμία, αίσθημα εύκολης κόπωσης, μικρή απώλεια βάρους προδιμήνου και προς δεκαημέρου μικρή παρουσία αίματος στα κόπρανα. Αυτό ήταν το σύμπτωμα που την ανησύχησε και την έφερε στα εξωτερικά ιατρεία.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή συστηματική νόσο κατά το παρελθόν, ούτε επίσης είχε εμφανίσει κάποια προδιαθετική νόσο (κολίτις, πολυποδίαση κ.λ.π.). Είχε αποκτήσει δύο παιδιά με φυσιολογικό τοκετό προ εικοσιπέντε και τριάντα ετών αντίστοιχα και είχε παρέλεθει την αναπαραγωγική ηλικία.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Διαπιστώθηκε ιστορικό καρκίνου του πεπτικού συστήματος σε συγγενικά της πρόσωπα.

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Κατά τη φυσική εξέταση η γενική της κατάσταση ήταν μέτρια με χαμηλή αρτηριακή πίεση (90-50 cm Hg). Η κοιλιά ήταν ευπίεστη, χωρίς σύσπαση, ήπαρ και σπλήνας αφηλάφητα. Κοιλιακοί ήχοι φυσιολογικοί. Εγινε δακτυλική εξέταση, η οποία επιβεβαίωσε την παρουσία αίματος στα κόπρανα.

Προγραμματίστηκε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Κατά την εισαγωγή της η άρρωστη είχε βάρος 63 kg και ζωτικά σημεία Δ.Π.: 95/55mm Hg, αναπνοές 18/min, σφύξεις 70/min και θερμοκρασία 37°C. Η πίεσή της ήταν πάντα σε χαμηλά

επίπεδα κυμαινόμενη από 110 έως 90mm Hg η συστολική και 60-50 cm Hg η διαστολική.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε τα εξής: Γενική αίματος: Αριθμός ερυθρών: 4.000.000/mm³, λευκών 9.000/mm³, αιμοπεταλίων 150.000/mm³, L/tc 31% και Ηβ 12 g%, χρόνος καθίζησης 18mm, χρόνος πήξης 15'.

Βιοχημικές αίματος: Γλυκόζη 90mg%, ουρία 12mg%, ουρικό οξύ 5mg%, χολερουθρίνη άμεση 0,2mg% και έμμεση 0,5mg%, κάλιο 4,5 και νάτριο 143 Mg/L.

Από την γενική αίματος γφάίνεται ότι ο αιματοκρίτης ήταν μειωμένος λόγω της απωλείας αίματος, ενώ η αιμοσφαιρίνη (Ηβ) και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφ. ήταν στις χαμηλότερες φυσιολογικές τιμές. Μικρή αύξηση υπήρχε και στην ταχύτητα καθίζησης ερυθρών. Οι υπόλοιπες τιμές των εργαστηριακών εξετάσεων ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο σπουδαιότερος παρακλινικός έλεγχος ήταν η ακτινογραφία εντέρου με βαριούχο υποελυσμό. Εγινε προετοιμασία δύο ημέρες πριν, με διακοπή στη λήψη τροφής και με καθαρτικούς υποκλυσμούς. Την τρίτη ημέρα έγινε ο βαριούχος υποκλυσμός που απέδειξε σκιαγραφικό έλλειμα περιορισμένης έκτασης στην ορθοσιγμοειδική καμπή.

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Κατόπιν η άρρωστη υποβλήθηκε σε ορθοσιγμοειδοσκόπηση κατά την οποία έγινε μακροσκοπική εκτίμηση του όγκου και λήψη ιστοτεμαχίου για κυτταρολογικό έλεγχο. Η βιοψία έδειξε μέτριας διαφοροποίησης κακοήθεια, με μικρές λεμφαδενικές μεταστάσεις. Αποφασίσθηκε η χειρουργική αφαίρεση του όγκου και η δημιουργία μόνιμης κολοστομίας.

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Ελεγχος αποτελεσμάτων
<p>- Άγχος και συναισθηματική αστάθεια εξ αιτίας της δημιουργίας της κολοστομίας.</p>	<p>- Απομάκρυνση του άγχους και επίτευξη ψυχικής ηρεμίας και ισοροπίας.</p>	<p>- Συχνή επαφή με την άρρωστη, συζήτηση για την κολοστομία και την ανάγκη γι' αυτήν, διαβεβαίωση για την ομαλή συνέχιση της ζωής της άρρωστης.</p>	<p>- Εξηγούμε στην άρρωστη ότι η κολοστομία είναι συνηθισμένο φαινόμενο στις παθήσεις του παχέος εντέρου και ότι πάρα πολλοί συνάνθρωποί μας έχουν κολοστομία, χωρίς να επηρεάζεται η κοινωνική τους ζωή. Επίσης μπορούμε να αναφέρουμε δημόσια ή επιφανή πρόσωπα αν γνωρίζουμε που έχουν κολοστομία. Καλύτερη εξοικείωση με την κολοστομία είναι να φέρουμε σε επαφή με την άρρωστη, άλλους ασθενείς που είναι στην κλινική και έχουν ήδη την κολοστομία και συζητούν με την άρρωστη. Αναφέρουμε τόσο στην άρρωστη όσο και στους οικείους της ότι η περιποίηση και η ρύθμιση της κολοστομίας είναι εύκολη διαδικασία και ότι θα την εκτελούν στο σπίτι χωρίς να προσέρχονται στο νοσοκομείο. Επίσης με προσεκτική δίαιτα μπορεί να ρυθμιστεί η λειτουργία της κολοστομίας και να αποφευχθεί η συνεχής χρήση του σάκου συλλογής.</p>	<p>- Η άρρωστη αποδέχεται την ιδέα της κολοστομίας, δείχνει να συμβιβάζεται με την αλλαγή της απεκκριτικής λειτουργίας του εντέρου. Δείχνει να έχει καλή διάθεση και να αναμένει χωρίς αγωνία την εγχείρηση.</p>
<p>- Φόβος για την εγχείρηση.</p>	<p>- Ξεπέραςμα του φόβου.</p>	<p>- Συζήτηση με την άρρωστη για την εγχείρηση και την μετεγχειρητική πορεία.</p>	<p>- Εξηγούμε στην άρρωστη με τρόπο που μπορεί να καταλάβει, με απλά λόγια χωρίς επιστημονικούς όρους ότι οι εγχειρήσεις στο έντερο είναι πλέον εύκολες. Δεν υπάρχουν οι επιπλοκές που συνέβαιναν τα παλαιότερα χρόνια και θα μπορεί να σηκωθεί απ' το κρεβάτι της την άλλη μέρα από την εγχείρηση. Επίσης μπορεί της εξηγούμε ότι</p>	<p>- Η άρρωστη δέχεται με ευχαρίστηση αυτήν την ενημέρωση και πείθεται για την απομάκρυνση των φόβων της.</p>

- Άνησυχία για την εξέλιξη της πάθησής της και αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης.

- Εξουδετέρωση κάθε ανησυχίας και αποβολή κάθε αμφιβολίας.

- Ενημέρωση προς την άρρωστη και συγχρόνως και προς τους οικείους της για την σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα της εγχείρησης και όποιας άλλης θεραπείας απαιτηθεί.

δεν θα πρέπει να ανησυχεί για τα διάφορα σωληνάκια που θα φέρει και ότι θα αφαιρεθούν γρήγορα.

- Παράλληλα με τις εξηγήσεις για την εγχείρηση, αναφέρουμε διεξοδικά όλους τους λόγους για τους οποίους πιστεύουμε ότι θα έχει καλή πορεία και ότι η εγχείρηση θα την βοηθήσει ν' απαλλαχτεί από τον όγκο, θα βελτιώσει την υγεία της και θα ζήσει πολύ καλύτερα. Επίσης της λέμε ότι ο όγκος δεν είναι πολύ προχωρημένος και οι πιθανότητες ριζικής ίασης είναι πολλές. Την πείθουμε να μην συγκρίνει άλλες περιπτώσεις ασθενών που έχει υπ' όψιν της και είχαν άσχημη εξέλιξη με την δική της περίπτωση, γιατί κάθε άρρωστος είναι εντελώς διαφορετικός από τον άλλο.

- Η άρρωστη δείχνει να πείθεται για την αναγκαιότητα της εγχείρησης και αναπερνάει τις ελπίδες της για την εξέλιξη της υγείας της.

- Πτώση ΗΤ - αναιμία.
ΤΗC: 31% Ηβ: 11MG%
ερυθρά: 4.000.000
MM³

- Αποκατάσταση του ΗΤ σε φυσιολογικές τιμές και διόρθωση της αναιμίας.

• Αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας.
• Μείωση των αναγκών σε οξυγόνο.
• Χορήγηση αίματος.

• Συχνή λήψη ζωτικών σημείων για ανακάλυψη τυχόν εσωτερικής αιμορραγίας.
• Κάθε αιμορραγία που εμφανίζεται πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως.
• Ανάπαυση του αρρώστου σε ήσυχο θάλαμο με περιορισμό των θορύβων και αποκατάσταση της ηρεμίας του.
• Αποφυγή κόπωσης για περιορισμό των αναγκών της περιφέρειας σε οξυγόνο.
• Υποστηρικτική χορήγηση O₂ με κάσκα για αύξηση της πρόσληψης O₂ από τα ερυθροκύτταρα.

• Αποκατάσταση της τιμής του ΗΤC σε φυσιολογικά επίπεδα και διόρθωση της αναιμίας.

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Ελεγχος αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> - Άνησυχία για την εξέλιξη της πάθησής της και αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ξευδετέρωση κάθε ανησυχίας και αποβολή κάθε αμφιβολίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ενημέρωση προς την άρρωστη και συγχρόνως και προς τους οικείους της για την σκοπιμότητα και αποτελεσματικότητα της εγχείρησης και όποιας άλλης θεραπείας απαιτηθεί. 	<p>δεν θα πρέπει να ανησυχεί για τα διάφορα σωληνάκια που θα φέρει και ότι θα αφαιρεθούν γρήγορα.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Παράλληλα με τις εξηγήσεις για την εγχείρηση, αναφέρουμε διεξοδικά όλους τους λόγους για τους οποίους πιστεύουμε ότι θα έχει καλή πορεία και ότι η εγχείρηση θα την βοηθήσει ν' απαλλαχτεί από τον όγκο, θα βελτιώσει την υγεία της και θα ζήσει πολύ καλύτερα. Επίσης της λέμε ότι ο όγκος δεν είναι πολύ προχωρημένος και οι πιθανότητες ριζικής ίασης είναι πολλές. Την πείθουμε να μην συγκρίνει άλλες περιπτώσεις ασθενών που έχει υπ' όψιν της και είχαν άσχημη εξέλιξη με την δική της περίπτωση, γιατί κάθε άρρωστος είναι εντελώς διαφορετικός από τον άλλο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η άρρωστη δείχνει να πείθεται για την αναγκαιότητα της εγχείρησης και αναπτρώνει τις ελπίδες της για την εξέλιξη της υγείας της.
<ul style="list-style-type: none"> - Πτώση ΗΤ - αναιμία. HbC: 31% Hb: 11MG% ερυθρά: 4.000.000 MM³ 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποκατάσταση του ΗΤ σε φυσιολογικές τιμές και διόρθωση της αναιμίας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση τυχόν αιμορραγίας. • Μείωση των αναγκών σε οξυγόνο. • Χορήγηση αίματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη ζωτικών σημείων για ανασκόπηση τυχόν εσωτερικής αιμορραγίας. • Κάθε αιμορραγία που εμφανίζεται πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως. • Ανάπαυση του αρρώστου σε ήσυχο θάλαμο με περιορισμό των θορύβων και αποκατάσταση της ηρεμίας του. • Αποφυγή κόπωσης για περιορισμό των αναγκών της περιφέρειας σε οξυγόνο. • Υποστηρικτική χορήγηση O₂ με κάσκα για αύξηση της πρόσληψης O₂ από τα ερυθροκύτταρα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση της τιμής του ΗΤC σε φυσιολογικά επίπεδα και διόρθωση της αναιμίας.

- Εμετός

- Αντιμετώπιση
του εμετού και
των επιπλοκών
αυτού.

- Διακοπή λήψης τροφής.

- Αποφυγή εντόνων συγκινήσεων.
- Χορήγηση ολικού αίματος ή συμπυκνωμένων ερυθρών.
- Χορήγηση παραγόντων πήξης (αιμοπετάλια - ινωδογόνο κ.λ.π.) αν η αιμορραγία επιμένει ή αν υπάρχει έλλειψη των παραγόντων αυτών.

- Απαγόρευση λήψης τροφής ή υγρών, τις πρώτες μέρες από την εγχείρηση.
- Όταν αρχίσει η σίτιση, μικρά, υδρικά γεύματα, σε συχνά χρονικά διαστήματα.
- Σε τάση για εμετό συμβουλεύεται να παίρνει βαθιές αναπνοές από το στόμα.
- Χορήγηση μετοκλοπραμίδης I.V. (PRIMPETAN) και ONDASEDRON (ZOFLON) I.V.
- Χορήγηση ηρεμιστικών - κατευναστικών.
- Συχνή μέτρηση τους καλλίου του ορού αίματος, για την πρόληψη υποκαλλιαιμίας που εμφανίζεται συνήθως λόγω του εμετού.
- Παρεντερική χορήγηση καλλίου σε ορούς καθώς και ορών για πρόληψη τυχόν αφυδάτωσης.
- Ελεγχος του χαρακτήρα, του ποσού και του χρώματος του έμετου και σημείωσή του.

- Ελεγχος του εμετού και πρόληψη κάθε επιπλοκής του.

- Αιμορραγία από το τραύμα.

- Αντιμετώπιση της απώλειες του αίματος και αντικατά-

- Ελεγχος της αιμορραγίας με αιμόσταση.
- Χορήγηση προϊόντων

- Πίεση του αιμορραγούντος σημείου με αποστειρωμένη γάζα (για αποφυγή μόλυνσης του τραύματος).

- Ελεγχος της αιμορραγίας

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	ΕΛΕΓΧΟΣ αποτελεσμάτων
		αίματος.	<ul style="list-style-type: none"> - Σε αιμορραγία μεγάλου αγγείου που δεν σταματά με πίεση, γίνεται αποτόνωση του αγγείου, εγχειρητικά. - Χορήγηση ολικού αίματος ή αιμοπεταλίων ή κατεψυγμένου αίματος. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Διάταση στομάχου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση της ασθενούς από το δυσάρεστο αυτό συναίσθημα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εκκένωση του στομάχου από το περιεχόμενό του, το οποίο συσσωρεύεται μετά από την επέμβαση. 	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή ρινογαστρικού σωλήνα (LEVINE). - Αποβολή του περιεχομένου του στομάχου. - Πτώση του στομάχου για την απομάκρυνση του περιεχομένου του. - Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση της ασθενούς.
<ul style="list-style-type: none"> - Πόνος στο περίνεο, γλουτούς και περινεϊκό τραύμα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο πόνος στις περιοχές αυτές είναι συνήθως απόρροια τοπικής φλεγμονής του τραύματος. Σκοπός είναι η θεραπεία της φλεγμονής και η ανακούφιση από τον πόνο. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή περαιτέρω μόλυνσης του τραύματος. - Θεραπεία της υπάρχουσας φλεγμονής. - Εξασφάλιση επαρκούς αναλγησίας της άρρωστης. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή επαφής μας με το τραύμα με μη καθαρό και αποστειρωμένο υλικό. - Κάθε αλλαγή θα πρέπει να γίνεται μια άσηπτη τεχνική. - Διατήρηση του τραύματος στεγνού και καθαρού. - Χορήγηση του κατάλληλου αντιμικροβιακού αντιβιοτικού σχήματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Υποχώρηση της φλεγμονής και ανακούφιση του πόνου.
			<ul style="list-style-type: none"> - Η χορήγηση του αντιβιοτικού σχήματος και η υποχώρηση της φλεγμονής είναι συνήθως αρκετά για την υποχώρηση του πόνου. Σε ισχυρό πόνο δίνονται υποστηρικτικώς, ηρεμιστικά κατευναστικά στην αρχή και αν ο πόνος δεν υποχωρεί δίνονται ήπια αναλγητικά (παρακεταμόλη) ή και αναλγητικά με συνδυασμό βαρβιτουρικού 	

- Ελλείψη γνώσης
περιποίησης της
κολοστομίας.

- Απόκτηση γνώσεων
γύρω από την φρο-
ντίδα και περι-
ποίηση της κολο-
στομίας.

- Περιποίηση της κολοστο-
μίας μαζί με την άρρωστη
και τους οικείους της.

(κωδείνη - MEDAMOL 50).

- Μετά τις πρώτες αλλαγές που έκανε
ο γιατρός, έγινε αλλαγή της κολο-
στομίας ενώ την παρακολουθούσαν οι
άρρωστοι και οι οικείοι της, με
συστηματική επεξήγηση κάθε ενέρ-
γειας. Τονίστηκαν τα σημεία που
πρέπει να προσέχει η άρρωστη, το
περιστομιακό δέρμα, η προσεκτική
δίαιτα και η σωστή ιατρική παρα-
κολούθηση.

- Με άρρωση με τη
δική μας βοήθεια και
την υποστήριξη των οι-
κείων της εξοικειώνεται
με τις διαδικασίες περι-
ποίησης της κολοστομίας
και συμμετέχει μαζί μας
στις αλλαγές.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ:

Ασθενής, άνδρας, ηλικίας 55 ετών, προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία, παραπονούμενος για προβλήματα από την κοιλιά και το παχύ έντερο. Προ 5 εβδομάδων παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης. Οι κενώσεις του ήταν βλενοαιματηρές, διαρροϊκές και συνοδεύονταν από αίσθημα τειναϊσμού. Μερικές φορές υπήρχε αίμα άλλοτε όμως όχι. Επίσης ο άρρωστος είχε από 10ημέρου ανορεξία, καθώς επίσης και ελαφρά απώλεια βάρους την οποία εξήγησε σαν αποτέλεσμα της ανορεξίας. Τις τελευταίες 5 ημέρες παρουσιάστηκαν κωλικοειδή άλγη γενικά σ' όλη την κοιλιακή χώρα, τα οποία έγιναν τις 2 τελευταίες ημέρες εντονότερα με αποτέλεσμα να έλθει ο άρρωστος στο νοσοκομείο.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο ασθενής ανέφερε σαφώς ότι είχε προ αρκετών ετών κάποιας μορφής κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με συσπεπτικά ενοχλήματα και λιγότερο με διαταραχές των κενώσεων. Ποτέ όμως δεν ήταν τόσο ισχυρά όπως τώρα για να οδηγηθεί σε νοσοκομείο. Τα αντιμετώπιζε με δίαιτα με συμπτωματική λήψη ηρεμιστικών και αντιδιαρροϊκών φαρμάκων. Εκτός του πεπτικού συστήματος εμφανίζει και ελαφράς μορφής βρογχίτιδα γιατί ήταν καπνιστής και είχε σταματήσει το κάπνισμα μόνο προ 6 μηνών. Αλλα σημαντικά προβλήματα υγείας δεν είχε.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ο ασθενής αναφέρει παρουσία σπαστικής κολίτιδας σε ένα άτομο του στενού του συγγενικού περιβάλλοντος.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Κατά τη φυσική εξέταση η γενική κατάσταση του αρρώστου ήταν καλή. Η κοιλιακή χώρα ήταν διατεταμένη με ύπαρξη τυμπανικών ήχων. Δακτυλική εξέταση έδειξε ίχνη αίματος στα κόπρανα. Εγινε εισαγωγή για περαιτέρω έλεγχο.

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Ο άρρωστος κατά την εισαγωγή του είχε βάρος 65kg

και ζωτικά σημεία Α.Π. 130/85 mmHg, αναπνοές 18/min, σφύξεις 65/min και θερμοκρασία 36,7°C.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο αιματολογικός έλεγχος έδειξε τα εξής: Γενική αίματος: Ερυθρά 4.500.000/mm³, λευκά 8.500/mm³, αιμοπετάλια 200.000/mm³, Ηtc 45% και Ηβ 14 g%, χρόνος καθίζησης 8 min και πήξης 14'.

Βιοχημικές εξετάσεις: Γλυκόζη 87 mg%, ουρία 15 mg%, ουρικό οξύ 6,5 mg% , χολερυθρίνη άμεση 0,15 mg% και έμμεση 0,5 mg%, κάλιο 4 και νάτριο 150 mEq/L.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Ο κυριότερος παρακλινικός έλεγχος στον οποίο υπεβλήθη ο άρρωστος ήταν η ορθοσεγμοειδοσκόπηση. Εγινε προετοιμασία εντέρου με διακοπή χορήγησης τροφής για 3 ημέρες και καθαρτικό υποκλυσμό για την απομάκρυνση κάθε υπολείμματος εντερικού περιεχομένου από το παχύ έντερο. Τα αποτελέσματα της ενδοσκόπησης έδειξαν φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέως εντέρου από το ύψος του σιγμοειδούς έως την αριστερή κολική καμπή. Εγκάρσιο κόλου, αριστερή καμπή, ανιόν και τυφλό, φυσιολογικά.

Ετέθει η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας και αποφασείσθη η εκτομή του φλεγμαινόδους τμήματος του εντέρου και η δημιουργία πρόσκαιρης κολοστομίας, έτσι ώστε να απαλλαγεί για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα το έντερο από τη λειτουργία του και να επέλθει ίασή του. Η κολοστομία αποφασίσθει να γίνει στο τοίχωμα του εγκαρσίου κόλου. Ταυτόχρονα ο ασθενής μπήκε σε θεραπευτικό σχήμα με Asacol 1 X 3, Medamol tabl. 1 X 3 και Reasec tabl. 1 μετά από κάθε διαρροϊκή κένωση.

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Ελεγχος αποτελεσμάτων
- Αγωνία για την εγχείρηση και ανησυχία για την έκβαση της.	- Απαλλαγή από αγωνία και την ανησυχία.	- Συζήτηση και ενημέρωση του αρρώστου και των οικείων του για ότι αφορά την εγχείρηση και την μετεγχειρητική πορεία.	- Προσπαθούμε να καταλάβει ο άρρωστος ότι η εγχείρηση δεν θα είναι επικίνδυνη για τη ζωή του γιατί οι δυνατότητες της επιστήμης σήμερα είναι μεγάλες και έτσι δεν θα πρέπει να καταλαμβάνεται από αονητικά συναισθήματα και αδικαιολόγητους φόβους. Επίσης του εξηγούμε ότι είναι εντελώς απαραίτητη για την αντιμετώπιση της παθήσεώς του και ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς.	- Ο ασθενής δείχνει να αποδέχεται τις εξηγήσεις μας, δείχνει να πιστεύει στην καλή έκβαση και ελπίζει περισσότερο ότι θα γίνει καλά.
- Άγχος προερχόμενο από την σκέψη της κολοστομίας.	- Αντιμετώπιση του άγχους.	- Προσέγγιση και συζήτηση για το θέμα της κολοστομίας.	- Λέμε στον άρρωστο ότι η κολοστομία είναι απαραίτητη για τη θεραπεία του. Του μεταδίδουμε την γνώση και την αίσθηση ότι η κολοστομία δεν είναι κάτι μειωτικό γι' αυτόν, γιατί πάρα πολλοί άνθρωποι έχουν κολοστομία και ζουν μόνιμα μ' αυτή. Ενώ στην δική του περίπτωση θα την έχει για 6 με 8 μήνες και κατόπιν θα ξαναγίνει το έντερό του όπως ήταν πριν. Η επαφή με ασθενείς με κολοστομία είναι χρήσιμη. Τον βοηθούμε να αντιληφθεί ότι η κολοστομία δεν περιορίζει την προσωπική του ζωή και ότι με την προσεκτική περιποίησή της δεν θα έχει κανένα πρόβλημα να τον εκθέτει στους άλλους.	- Ο άρρωστος δείχνει ικανοποιημένος για την ενημέρωση και ότι άλλο του είπαμε για την κολοστομία γιατί είχε πολύ κακή ιδέα γι' αυτό το θέμα και νόμιζε ότι η κολοστομία είναι μία μεγάλη πληγή που θα τον καθήλωνε μέσα στο σπίτι.
- Ερεθισμός δέρματος.	- Ανακούφιση του αρρώστου από τον ερεθισμό και πρό-	- Τοπική εφαρμογή προστατευτικών σκευασμάτων γύρω απ' το στόμιο.	- Εφαρμογή Orabase cream ή stomahesive στο ερεθισμένο δέρμα, πέριξ της στομίας.	- Βελτίωση της δερματίτιδας μετά από 3-4 μέρες.

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Έλεγχος αποτελεσμάτων
	ληψη περαιτέρω ερεθισμού.		- Συχνή παρακολούθηση του ερεθισμένου δέρματος.	
- Διάρροια ουροδόχου κύστης.	- Αποχέτευση των παρακρατημένων ούρων από την κύστη.	- Χρήση φυσικών μέσων για να γίνει η ούρηση. * Καθητηριασμός της κύστης.	- Εφαρμογή χλιαρού επιθέματος στο υπογάστριο. - Χορήγηση σπασμολυτικών υπό την μορφή υποθέτων για τύση του σπασμού του σφιγκτήρα της κύστης. * Εισαγωγή καθετήρα Foley ή Tienman στην ουροδόχο κύστη σε αποτυχία του παραπάνω μέτρου.	- Λύση της διάρροιας και αποβολή των ούρων και ανακούφιση του αρρώστου
- Γαστροπληγία	- Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου, παροχέτευση των συσσωρευμένων υγρών και πρόληψη επιπλοκών.	- Χορήγηση γαστροκινητικών φαρμάκων. - Εκκένωση στομάχου. - Αποκατάσταση της ισορροπίας των υγρών και ηλεκτρολυτών.	- Χορήγηση μετοκτοπραμίδης (Peimperan). - Τοποθέτηση σωλήνα Levine για εκκένωση του περιεχομένου που βρίσκεται σε στάση.	- Αποκατάσταση της κινητικότητας του στομάχου και αποφυγή ανεπιθύμητων ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- Ευσώρευση εκκρίσεων στο βρογχικό δένδρο και αδυναμία αποβολής τους λόγω αδυναμία βήχα, εξ αιτίας διάτασης της περιοχής του τραύματος.	- Αποβολή των εκκρίσεων και προαγωγή της αναπνευστικής λειτουργίας.	- Χορήγηση βλεννολυτικών αποχρεμπτικών. * Προαγωγή του βήχα. - Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας.	- Χορήγηση Mycomyst sir 500 X 3 * Συγκράτηση του τραύματος και παρακίνηση να βήχει για την αποβολή των εκκρίσεων. * Συχνή αλλαγή θέσεως για καλύτερη αναπνευστική λειτουργία. - Αναπνευστική γυμναστική.	- Αποβολή των εκκρίσεων του τραχειοβρογχικού δένδρου.

Προβλήματα του αρρώστου	Σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή Προγραμματισμού	Ελεγχος αποτελεσμάτων
- Ανάπτυξη τοπικής φλεγμονής στο χειρουργικό τραύμα.	- Αναστολή της εξέλιξης της φλεγμονής και πρόληψη πυρετού και γενίκευσης.	- Καθαρισμός του τραύματος και λήψη καλλιέργειας.	- Διάνοιξη δύο ραμμάτων, λήψη δείγματος πύου για καλλιέργεια και προσεκτικός καθαρισμός με άσηπτο τεχνική. - Παρακολούθηση του τραύματος. - Χορήγηση αντιβιοτικού σχήματος βάσει των αποτελεσμάτων της καλλιέργειας.	- Σταδιακή βελτίωση του τραύματος χωρίς περαιτέρω επιπλοκή.
- Ελλειψη γνώσεων σχετικά με την αγωγή της κολοστομίας.	- Να αποκτήσει ο άρρωστος και οι συγγενείς του τις απαραίτητες γνώσεις για την φροντίδα και την γενικότερη αγωγή της κολοστομίας.	- Περιποίηση της κολοστομίας παρουσία των συγγενών του. Συζήτηση και διαφώτιση για ότι σχετίζεται με την κολοστομία.	- Ο άρρωστος βρίσκεται σε ημικαθιστική θέση και έχει άμεση επαφή με την κολοστομία και τα απαραίτητα αντικείμενα. Αρχίζουμε την περιποίηση εξηγώντας συγχρόνως στον άρρωστο γιατί γίνεται η κάθε συγκεκριμένη ενέργεια. Προσδευτικά ενθαρρύνουμε την ενεργητική συμμετοχή του αρρώστου, συνεργαζόμενοι με αυτόν στην περιποίηση της κολοστομίας. Όσο περνούν οι μέρες παρανομής στο νοσοκομείο, του ζητάμε να περιποιείται μόνος του την κολοστομία και εμείς παρακολουθούμε παρεμβαίνοντας όταν απαιτείται να γίνει κάποια υπόδειξη.	- Ο άρρωστος έμαθε όλη τη διαδικασία αλλαγής και περιποίησης της κολοστομίας και μπορεί να την εφαρμόσει μόνος του.
- Ελλειψη γνώσεων σε σχέση με την κολοστομία, διαίτα και γενικές δραστηριότητες.	- Η απόκτηση όλων των γνώσεων που θα επιτρέψουν στον άρρωστο την καλύτερη αντιμετώπιση της κολοστομίας του.	- Συμβουλευτική συζήτηση με τον άρρωστο.	- Συμβουλευούμε τον άρρωστο για την διαίτά του. Του λέμε να αποφεύγει τη λήψη λαχανικών, κρεμμυδιών, χυμών, αλκοόλ, ξηρών καρπών. Επίσης να τρώει σε τακτικά χρονικά διαστήματα και να αποφεύγει τις καταχρήσεις. Του λέμε ότι μπορεί ελεύθερα να πλένεται, να κινείται, να κολιμπά χωρίς να νοιώθει περιορισμένος. Να	- Ο άρρωστος με προσοχή ακούει όλες τις συμβουλές μας και νοιώθει σίγουρος να βγει από το νοσοκομείο.

Προβλήματα του
αρθρώσιου

Σκοπός νοσηλευ-
τικής φροντίδας

Προγραμματισμός νοση-
λευτικής φροντίδας

Εφαρμογή Προγραμματισμού

Έλεγχος
αποτελεσμάτων

συνεχίσει τις κοινωνικές του δρα-
στηριότητες όπως πριν και να μην
νοιώθει μειωμένος από την κολοστο-
μία. Επίσης σε κάθε του πρόβλημα
να απευθύνεται στους επισκέπτες νο-
σηλευτές και στον γιατρό του για
την επίλυσή του.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η μεγάλη αύξηση των παθήσεων του πεπτικού συστήματος και ιδιαίτερα του καρκίνου του παχέος εντέρου, που κατέχει πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών έχει σαν αποτέλεσμα την εκτεταμένη εφαρμογή κολοστομίας, σαν μέσο εκλογής στην εγχειρητική αντιμετώπιση.

Η κολοστομία αποτελεί την κυρία θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Βασικό θέμα αποτελεί η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου και προτείνεται, η ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε Νοσοκομείο. Με την προσπάθει αυτή θα νημερώνεται το κοινό και θα υπάρχει ευαισθητοποίηση στο θέμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Προτείνεται επίσης να υπάρχει ειδικευμένο προσωπικό για την ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών με κολοστομία, γνωρίζοντας τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζονται. Επίσης, λόγω της διαπίστωσης μεγάλης συχνότητας καρκίνου παχέος εντέρου σε άτομα ηλικίας 50-70 ετών κρίνεται απαραίτητη η συχνή εξέταση, έστω και του πιο ακίνδυνου συμπτώματος και η έγκαιρη διάγνωση. Προτείνεται επίσης αποφυγή, όσο το δυνατόν περισσότερο, των παραγόντων που προδιαθέτουν την εμφάνιση καρκίνου παχέος εντέρου.

Τέλος, προτείνεται η αναγκαιότητα για υποστήριξη του αγώνα κατά του καρκίνου και η πίστη και αισιοδοξία για το μέλλον, όσο αφορά τον καρκίνο.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. "Επίτομη χειρουργικής και ορθοπαιδικής", Έκδοση 5η αναθεωρημέθη, Αθήνα 1986.
- ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Ν. "κολοστομία" Ιατρική. Τόμος 8ος, Τεύχος 4ος: 233-224, αθήνα 1965.
- GUYTON A., M.D. "Φυσιολογία του ανθρώπου". Μετάφραση: Α. Ευαγγέλου, Έκδοση 3η, Τόμος Α', Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΚΑΤΡΙΤΣΗΣ Ε. - ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ν. "Ανατομική του ναθρώπου", Τόμος 3ος, Έκδοση 2η, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1986.
- ΛΕΟΥΤΣΑΚΟΣ Β "Επιπλοκές μετά από εγχειρήσεις στο λεπτό, στο παχύ έντερο, στο ορθό και στον πρωκτικό σωλήνα". Ιατρική. Τόμος 8ος, Τεύχος 39ο: 217-234, Αθήνα 1981.
- ΛΕΟΥΤΣΑΚΟΣ Β "Η παθογένεια και η θεραπεία της σπητικής καταπληξίας". Ιατρική. Τόμος 5ος, Τεύχος 2ο: 391, Αθήνα 1965.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. "Γενική παθολογική χειρουργική". Τόμος Α', Έκδοση 10η, Εκδόσεις: Ιεραποστολική Ένωση Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.
- ΜΠΑΛΑΣ Μ. "Χειρουργική", Τόμος Β8 Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. - ΑΝΔΡΟΥΔΑΚΗΣ Γ. "Αρχές γενικής χειρουργικής" Τόμος Β', Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Παρισιάνος, Αθήνα 1989.
- ΠΑΤΗΡΑΚΗ Ε. "Νοσηλευτικά προβλήματα στην χειρουργική ογκολογία" Νοσηλευτική, Τεύχος 2ο: 58-65, Αθήνα 1986.
- ΡΑΓΙΑ Α. "Βασική Νοσηλευτική" Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Αδελφότητα "ΕΥΝΙΚΗ", Αθήνα 1987.
- ΡΗΓΑΣ Α. "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος - Αλγοριθμικοί πίνακες". Έκδοση 1η, Εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1983.

- ΣΑΧΙΝΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. "παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική",
Τόμος 2ος, Μέρος Β', Έκδοση 1η, Εκδόσεις: "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.
- ΤΟΥΝΤΑΣ Κ. "Επίτομος χειρουργική", Τόμος Γ', Έκδοση 2η, Εκδόσεις:
παρισιάνος, Αθήνα 1977
- ΧΑΤΖΗΜΗΝΑΣ Ι. "Επίτομη φυσιολογία", Έκδοση 2η, Εκδόσεις: Παρι-
σιάνος, Αθήνα 1987.

