

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΙΟΥΝΗ ANNA

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 1994



ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1299

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Α' ΜΕΡΟΣ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	<b>1</b>
- Ανατομία του παχέως εντέρου .....	1
- Νεύρωση της γαστρεντερικής οδού .....	9
- Αιμάτωση του γαστρεντερικού σωλήνα .....	10
- Φυσιολογία του παχέως εντέρου .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	<b>15</b>
1. Εισαγωγή στην ελκώδη κολίτιδα .....	15
2. Ιστορική αναδρομή .....	16
3. Επιδημιολογία .....	17
4. Αιτιολογία .....	18
5. Παθολογική ανατομία .....	20
6. Κλινική εικόνα .....	23
7. Διαφορική διάγνωση .....	25
8. Εξέλιξη της νόσου και πρόγνωση .....	27
9. Πρόληψη της ελκώδους κολίτιδας .....	28
10. Επιπλοκές .....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	<b>34</b>
1. Θεραπεία .....	34
2. Χειρουργική θεραπεία .....	37

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	<b>41</b>
1. Γενική Νοσηλευτική φροντίδα στην ελκώδη κολίτιδα ..	41
2. Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας .....	46
3. Προβλήματα του αρρώστου με ελκώδη κολίτιδα και ανακούφιση του από αυτά .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b>	<b>63</b>
1. Χειρουργική θεραπεία .....	63
2. Προεγχειρητική φροντίδα .....	64
3. Μετεγχειρητική φροντίδα .....	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</b>	<b>70</b>
1. Ο ασθενής με κολοστομία .....	70
2. Κολοστομία και είδη της .....	70
3. Προετοιμασία ασθενούς για αποχώρηση από το νοσο- κομείο .....	78
4. Σχέδιο διδασκαλίας .....	79
5. Η θρέψη στην ελκώδη κολίτιδα .....	83
6. Ο ρόλος του νοσηλευτή στον παρακλινικό έλεγχο της ελκώδους κολίτιδας.....	85
7. Ψυχολογική υποστήριξη .....	88

## **Γ' ΜΕΡΟΣ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ</b>	<b>92</b>
1. Νοσηλευτική διεργασία .....	92
- Πρώτη περίπτωση ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα .	92
- Δεύτερη περίπτωση ασθενούς με κολοστομία ....	98
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b>	<b>102</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>103</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στην επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κ. Κυριακή Νάνου, που με τις πολύτιμες γνώσεις της συνέβαλε στην συγγραφή και ολοκλήρωσή της.

Στην καθηγήτριά μου κ. Μουσουρα Αδαμαντία που με τις εποικοδομητικές της συμβουλές με βοήθησε τόσο σε θέματα νοσηλευτικού τύπου όσο και σε θέματα προσωπικού χαρακτήρα.

Σε όλες τις καθηγήτριες - καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Ευχαριστώ τους γονείς μου, που με την αγάπη τους, και την ηθική τους συμπαράσταση με βοήθησαν σημαντικά στη δημιουργία και αποπεράτωση της εργασίας αυτής.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ελκώδης κολίτιδα αποτελεί μια έκφραση του συνδρόμου του φλεγμονώδους εντέρου. Είναι πρωτίστως πάθηση των εφήβων και νεαρών ενηλίκων, μπορεί όμως να εμφανιστεί για πρώτη φορά σε οποιαδήποτε ηλικία.

Ανήκει στα "νοσήματα του πολιτισμού". Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για τα νοσήματα που παρουσίασαν μεγάλη συχνότητα τα τελευταία χρόνια ή και που εμφανίστηκαν για πρώτη φορά.

Αυτή η πικρή διαπίστωση που φανερώνει ότι η νόσος είναι πράγματι δημιούργημα του σύγχρονου τρόπου ζωής αλλά και το ενδιαφέρον που παρουσιάζει από επιδημιολογικό και αιτιολογικό χαρακτήρα με οδήγησαν να επιλέξω το συγκεκριμένο θέμα.

Καθώς όμως η έρευνα έχει συσσωρεύσει περισσότερες πληροφορίες για τα νοσήματα που μαστίζουν την εποχή μας μπορούμε να κατατάξουμε καλύτερα τη φύση τους και να διδαχθούμε περισσότερα πράγματα για την πρόληψή τους.

Σήμερα στην αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση έχει γίνει παγκόσμιο σύνθημα επιβίωσης και έχουν κινητοποιηθεί όλοι οι φορείς, πολιτεία, τοπική αυτοδιοίκηση, επιστημονικοί οργανισμοί νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Η νοσηλεύτρια έχει εξέχοντα ρόλο στην εκστρατεία κατά των νοσημάτων αυτών και η συμβολή της είναι απαραίτητη για την επιτυχία του επίπονου αυτού έργου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια νόσος που συναντάται κατά κύριο λόγο στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Κρούσματα όμως της νόσου ήδη έχουν αναφερθεί και στον πληθυσμό των υποανάπτυκτων χωρών. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 3 έως 10 ανά 100.000 πληθυσμό και το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 50-150 ανά 100.000 πληθυσμό.

Αγχός, συναισθήματα ενοχής και δυσαρέσκεια χαρακτηρίζουν τη χρόνια μορφή της αρρώστειας. Ο άνθρωπος που πάσχει από ελκώδη κολίτιδα είναι υπερβολικά ευσυνείδητος εξαρτημένος από τη γνώμη των άλλων, ευαίσθητος στην ιδέα της αδικίας προς τον ίδιο του τον εαυτό ή οποιονδήποτε άλλον, δυσανασχετεί και έπειτα αισθάνεται ένοχος γι' αυτό.

Η διαταραχή που εμφανίζεται στον οργανισμό ανάγεται στη λειτουργία της αφόδευσης και την εμπειρία που συνοδεύει το παιδί όταν αρχίζει να αποκτά την ικανότητα να ελέγχει τους σφιγκτήρες του και επομένως τη δυνατότητα να υπακούει ή να αντιστέκεται στην επιθυμία της μητέρας να το συμμορφώσει με τις απαιτήσεις του πολιτισμού. Όταν όμως διαπιστώσει πως δεν μπορεί να τα καταφέρει με ένα έργο που απαιτεί ευθύνη, προσπάθεια και αυτοσυγκέντρωση, μόλο που εξακολουθεί τις προσπάθειές του να πετύχει αυτό που έχει αναλάβει έχει χάσει πια την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και δουλεύει κάτω από συνθήκες εσωτερικού καταναγκασμού.

Η εκπαιδευτική σημασία αυτής της μελέτης είναι αναμφισβήτητα θετική για την νοσηλεύτρια ως προς την απόκτηση εμπειρίας για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου.

Άρχισα με μια αναφορά στην ελκώδη κολίτιδα, στην επιδημι-

ολογία, στην αιτιολογία της και στην παθολογοανατομία του οργάνου που προσβάλλεται για να κατανοηθούν οι βλάβες και οι αλλαγές που προκαλεί η ασθένεια.

Ακολουθεί η κλινική εικόνα, η διαφορική διάγνωση, οι επιπλοκές, η πρόγνωση, η πρόληψη της νόσου και η θεραπεία.

Συνεχίζω με την γενική νοσηλευτική φροντίδα και τελειώνω αναφέροντας δύο ιστορικά ασθενών με ελκώδη κολίτιδα και τη νοσηλευτική διεργασία σε καθένα από αυτά.



**Α΄ ΜΕΡΟΣ**

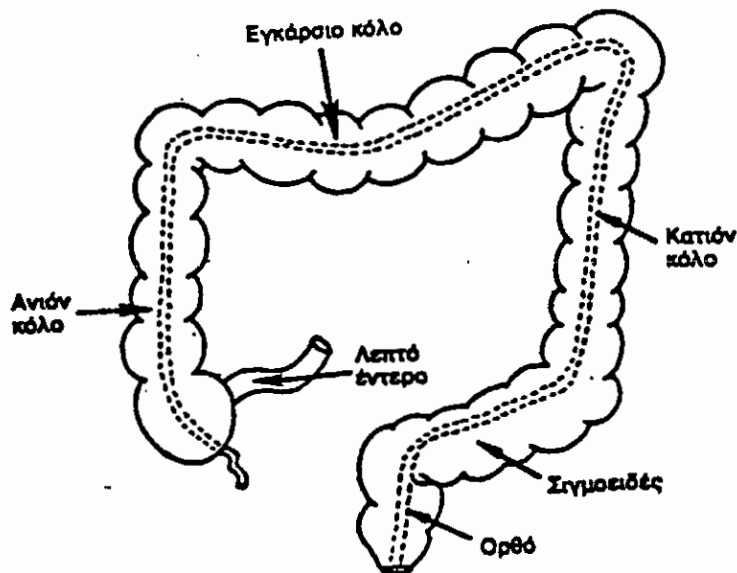
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο αποτελεί το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού συστήματος, αποτελεί δε την φυσική συνέχεια του λεπτού εντέρου

Έχει μήκος περίπου 1,50 m, και διάμετρο από 3-8 cm, και εκτείνεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό. Το παχύ έντερο διαιρείται στις εξής μοίρες:

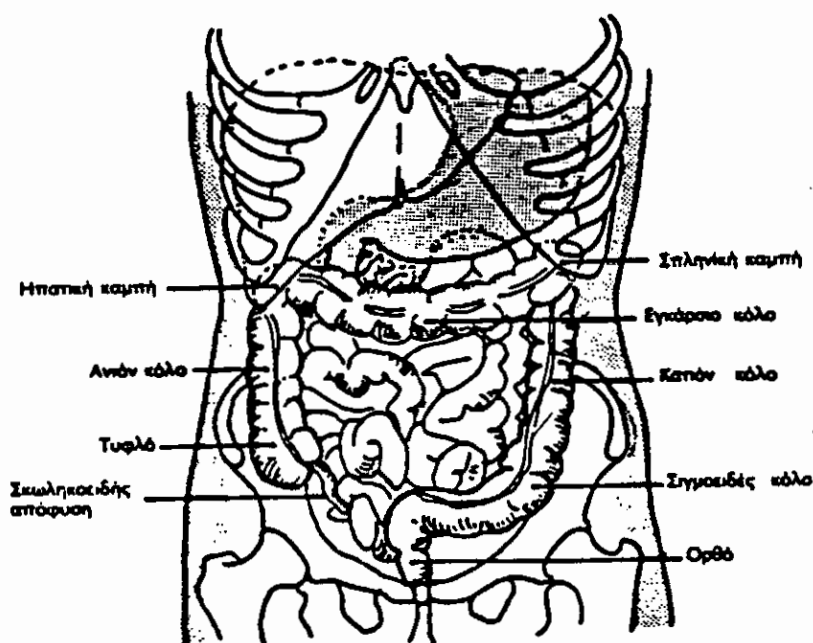
- α) το τυφλό,
- β) το ανιόν κόλου,
- γ) το εγκάρσιο κόλον,
- δ) το κατιόν κόλον,
- ε) το σιγμοειδές, και
- στ) το ορθό ή απευθυσμένο (εικόνα 1)



Εικόνα 1. Το παχύ έντερο

Κατά την πορεία του μέσα στην πύελο, το παχύ έντερο σχηματίζει δύο καμπές. Τη δεξιά κολική καμπή ή ηπατική καμπή και την αριστερή κολική καμπή ή σπληνική καμπή (απο τις αντίστοιχες γειτνιασείς του οργάνου με το μεν ήπαρ στα δεξιά και του δεσπλήνα στα αριστερά εξ' ου και οι ονομασίες.

Το τυφλό, το ανιόν κόλου, η δεξιά κολική (ηπατική) καμπή, και το κεντρικό εγκάρσιο, αποτελούν χειουργικά το δεξιόν κόλον, ενώ το περιφερικό εγκάρσιο κόλον, η αριστερή κολική (σπληνική) καμπή, το κατιόν κόλον, το σιγμοειδές και το ορθό, αποτελούν το αριστερό κόλον (Εικόνα 2).



Εικόνα 2. Η θέση του παχέως εντέρου στην κοιλία

Ο αυλός του παχέως εντέρου είναι μεγαλύτερος στο τυφλό, και προδευτικά ελαττώνεται όσο προχωρούμε προς την περιφέρεια για να αυξηθεί πάλι στο ύψος της κοπροδόχου ληκύθου. Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό χάρη στην ύπαρξη των εκκολπωμάτων, των κολικών ταινιών και των επιπλοϊκών αποφύσεων.

Τα **εκκολπώματα** είναι σακκοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του παχέως εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλωτερείς περισφύξεις.

Οι **κολικές ταινίες** είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκους μυικής στοιβάδας. Αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς αποφύσεως, διατρέχουν σχεδόν όλο το κόλο, γίνονται δύο στην τελική μοίρα του σιγμοειδούς και εξαφανίζονται στο ορθό. Διακρίνουμε την **ελεύθερη ταινία** που στρέφεται προς την περιτοναϊκή κοιλότητα, την **επιπλοϊκή ταινία** που συμφύεται προς το επίπλουν, και την **μεσοκολική ταινία**, που συμφύεται προς το μεσόκολο.

Οι **επιπλοϊκές αποφύσεις** είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοϊκής κολικής ταινίας. Δεν υπάρχουν στο τυφλό, ενώ αραιώνουν και εξαφανίζονται προς την άνω μοίρα του σιγμοειδούς.

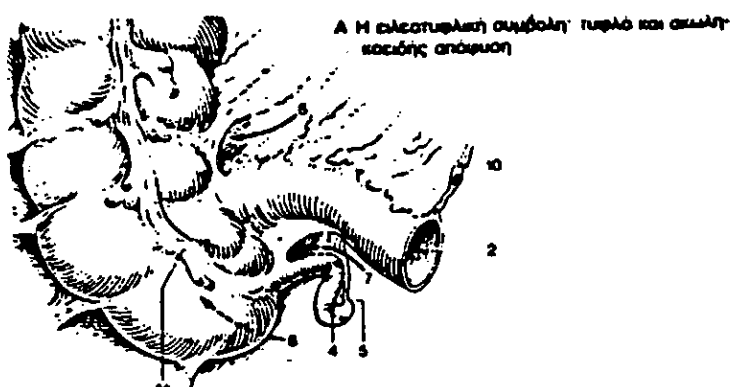
## I. Το τυφλο και η σκωληκοειδής

Είναι η πρώτη μοίρα του παχέως εντέρου. Αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας. Βρίσκεται μέσα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Το τυφλό συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται **μεσότυφλο**.

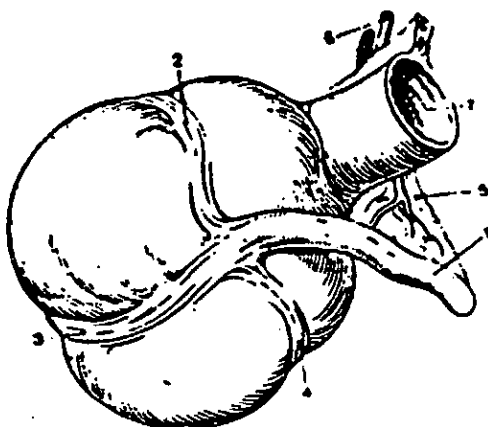
Στο τυφλό εισφύεται ο ειλεός και σχηματίζεται η **ειλεοκολική βαλβίδα**. Πριν την βαλβίδα και για αρκετά εκατοστόμετρα ο μυϊκός χιτώνας του ειλεού παχύνεται και σχηματίζει τον σφιγκτήρα του ειλεού.

Η ειλεοκολική βαλβίδα αποτρέπει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέως εντέρου προς το λεπτό εμποδίζοντας έτσι την

είσοδο μικροβίων που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο. Περίπου 2 cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας, υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης (Εικόνες 3 και 4).



Εικόνα 3. Η ειλεοτυφλική συμβολή: τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση. (2) Τελική μοίρα του ειλεού, (4) σκωληκοειδής απόφυση, (5) μεσεντέριδιο της σκωληκοειδούς (6) άνω ειλεοτυφλικό κόλπωμα, (7) κάτω ειλεοτυφλικό κόλπωμα, (8) οπισθοτυφλικό κόλπωμα, (10) μεσεντέριο, (11) ελεύθερη κολική ταινία.



Εικόνα 4. Τυφλό και σκωληκοειδής απόφυση εκ των κάτω. (1) σκωληκοειδής απόφυση, (2,3,4) τρεις κολικές ταινίες, (5) μεσεντέριο σκωληκοειδούς (6) φλέβα σκωληκοειδούς (7) ειλεός (τέλος του)

Η σκωληκοειδής απόφυση έχει μήκος 2-30 cm (συνήθως 8 cm ) και διάμετρο 0.4 - 1 cm. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των τριών κολικών ταινιών. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μια περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται **μεσεντερίδιο**.

Η θέση της σκωληκοειδούς ποικίλει σε σχέση προς το τυφλό συνηθέστερα την βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική 65% των περιπτώσεων) ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική, 31%). Ο βλεννογόνος της σκωληκοειδούς χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών λεμφοζιδίων, που συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνο χιτώνα. Η σκωληκοειδής απόφυση θεωρείται μάλλον μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος, παρά του πεπτικού.

## II. Το κόλον

Αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαβλίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Διακρίνουμε:

**α) Το ανιόν κόλου:** Καλύπτεται κατά 3/4 περίπου από περιτόναιο ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το ανιόν κόλον ανέρχεται σε επαφή με το πρόσθιο και το πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα, ως την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, όπου και στρέφεται προς τα εμπρός και αριστερά. Σχηματίζεται έτσι η δεξιά (ηπατική) κολική καμπή που είναι και το όριο μεταξύ ανιόντος και εγκάρσιου κόλου. Οι τρεις κολικές ταινίες στο ανιόν κόλου στρέφονται: η ελεύθερη προς τα εμπρός, η επιπλοϊκή προς τα πίσω και έξω, και η μεσοκολική προς τα πίσω και έσω.

**β) Το εγκάρσιο κόλου:** έχει μήκος 30 εκ. Περιβάλλεται ολό-

κληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μια πλατειά πτυχή, που λέγεται **εγκάρσιο μεσόκολο**. Το εγκάρσιο μεσόκολο εκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς.

Το εγκάρσιο κόλου φέρεται από το δεξιό υποχόνδριο προς το αριστερό, όπου στρέφεται προς τα πίσω και πάνω, φτάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπλήνα και στρέφεται απότομα προς τα κάτω. Σχηματίζεται έτσι η αριστερή (σπληνική) κολική καμπή απ' όπου αρχίζει το κατιόν κόλον. Οι τρεις κολικές ταινίες στρέφονται η ελεύθερη προς τα κάτω (αντίκρυ στις έλικες του λεπτού εντέρου) η επιπλοϊκή προς τα πάνω και μπρος (όπου προσφύεται το μείζον επίπλου) και η μεσοκολική προς τα πάνω και πίσω (όπου προσφύεται το εγκάρσιο μεσόκολο). (Από εδώ φαίνεται και η προέλευση της ονομασίας κάθε κολικής ταινίας).

**γ) Κατιόν κόλου:** έχει μήκος 2,5 εκ. Από την αριστερή κολική καμπή, το κόλον συμφύεται προς το απίσθιο τοίχωμα της κολικής κοιλότητας, καλύπτεται στο περιτόναιο μόνον κατά το ήμισυ και κατέρχεται ως το αριστερό λαγόνιο βόθρο. Στο σημείο αυτό κάμπτεται προς τα δεξιά και μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλου.

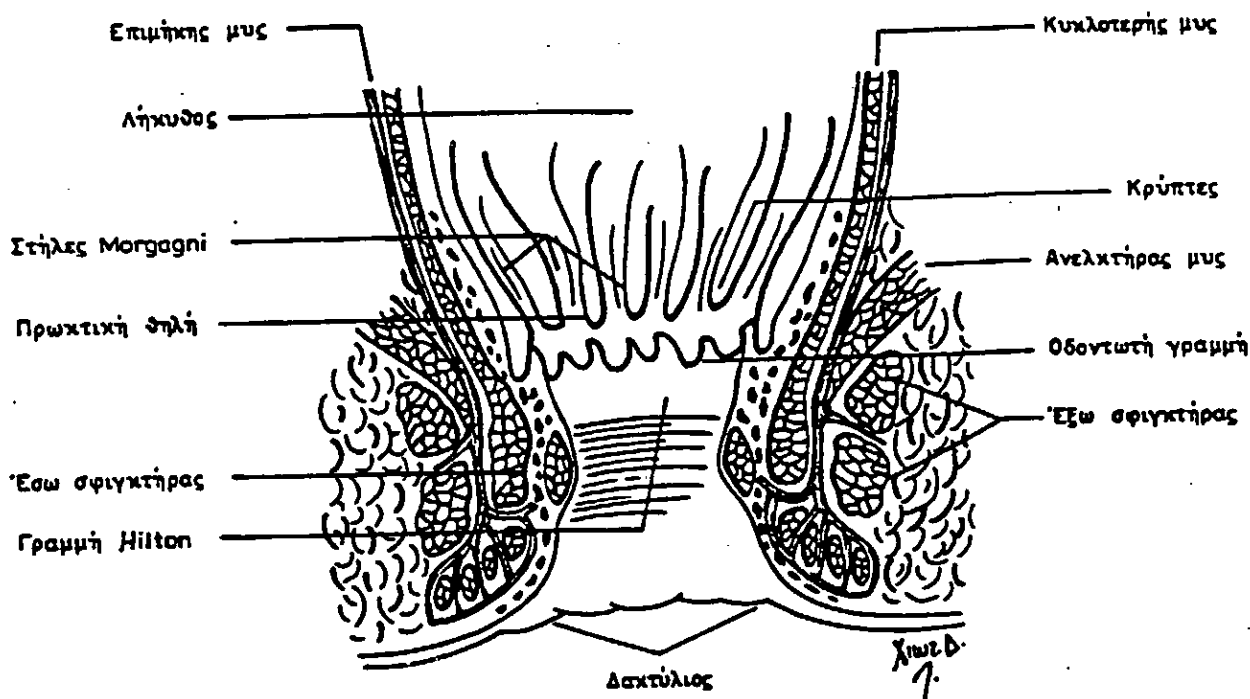
**δ) Σιγμοειδές κόλου:** Αρχίζει από το άνω στόμιο της πυέλου και φτάνει μπροστά από το 3ο ιερό σπόνδυλο, ακολουθώντας σιγμοειδή πορεία (σαν S). Είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέως εντέρου διότι κρέμεται από μια μακριά πτυχή του περιτόναιου που λέγεται **μεσοσιγμοειδές**. Στο σιγμοειδές απομένουν δύο κολικές ταινίες που τελικά εξαφανίζονται.

**ε) Απευθυσμένο ή ορθό:** Βρίσκεται μέσα στην πύελο και σχεδόν εξ ολοκλήρου κάτω από το περίτονο πέταλο του περιτόναιου. Προς





βάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου που λέγεται αιμορροϊδικός δακτύλιος. (Εικόνα 6).



Εικόνα 6. Ανατομική του ορθοπρωκτικού σωλήνα

Το τοίχωμα του παχέως εντέρου αποτελείται από τους τέσσερις κλασικούς χιτώνες του υπόλοιπου γαστρεντερικού συστήματος. (από μέσα προς τα έξω).

- α) το βλεννογόνο
- β) τον υποβλεννογόνο
- γ) τον μυϊκό
- δ) τον ορογόνο χιτώνα

## 2. ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΟΔΟΥ

Όλες οι κινήσεις της γαστρεντερικής οδού εκτός από:

- 1) Την είσοδο (στοματική κοιλότητα, φάρυγγα, και ανώτερη μοίρα του οισοφάγου) και
- 2) Την έξοδο του γαστρεντερικού σωλήνα (πρωκτικός σφιγκτήρας) τελούνται με την βοήθεια λείων μυικών ινών που σχηματίζουν δύο στοιβάδες:
  - την έξω επιμήκη μυική στοιβάδα, και
  - την έσω κυκλωτερή

Οι δύο αυτές στοιβάδες συναποτελούν τον μυικό χιτώνα του σωλήνα. (Ανάμεσα στον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο βρίσκεται η βλεννογόνια μυική στοιβάδα, που προσδίδει κάποια ανεξάρτητη αλλά περιορισμένη κινητικότητα στον βλεννογόνο).

Η νεύρωση της γαστρεντερικής οδού είναι διπλή

- α) Ενδογενής
- β) Εξωγενής

Υπάρχουν δύο κύρια δίκτυα νευρικών ινών που είναι ενδογενή στην γαστρεντερική οδό: Το μυεντερικό νευρικό πλέγμα (πλέγμα του Auerbach) και το υποβλεννογόνιο πλέγμα (πλέγμα του Meissner). Τα πλέγματα είναι αλληλένδετα και περιέχουν νευρικά κύτταρα. Περιέχουν επίσης πολλούς διάμεσους νευρώνες.

Τα νευρικά κύτταρα νευρώνουν ορμονοεκκριτικά κύτταρα και όλες τις μυικές στοιβάδες του βλεννογόνου. Τα νεύρα στο εντερικό τοίχωμα αποτελούν ένα περίπλοκο εντερικό νευρικό σύστημα, που ορισμένοι ερευνητές προσθέτουν στο συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σαν μια τρίτη υποδιαίρεση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Το μυεντερικό πλέγμα επηρεάζει κυρίως την κινητικότητα του

γαστρεντερικού σωλήνα ενώ το υποβλεννογόνιο δρα τόσο στην κινητικότητα όσο και στις εκκρίσεις.

Το έντερο δέχεται διπλή εξωγενή νεύρωση από το αυτόματο νευρικό σύστημα, με παρασυμπαθητική χολινεργική δραστηριότητα που αυξάνει γενικά την δραστηριότητα των λείων εντερικών μυών και συμπαθητική νοραδρενεργική δράση που την μειώνει γενικά ενώ κάνει τους σφιγκτήρες να συστέλλονται.

Η ακεραιότητα των δύο πλεγμάτων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των κινήσεων του σωλήνα αλλά οι συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές είσοδοι δεν είναι αναγκαίες.

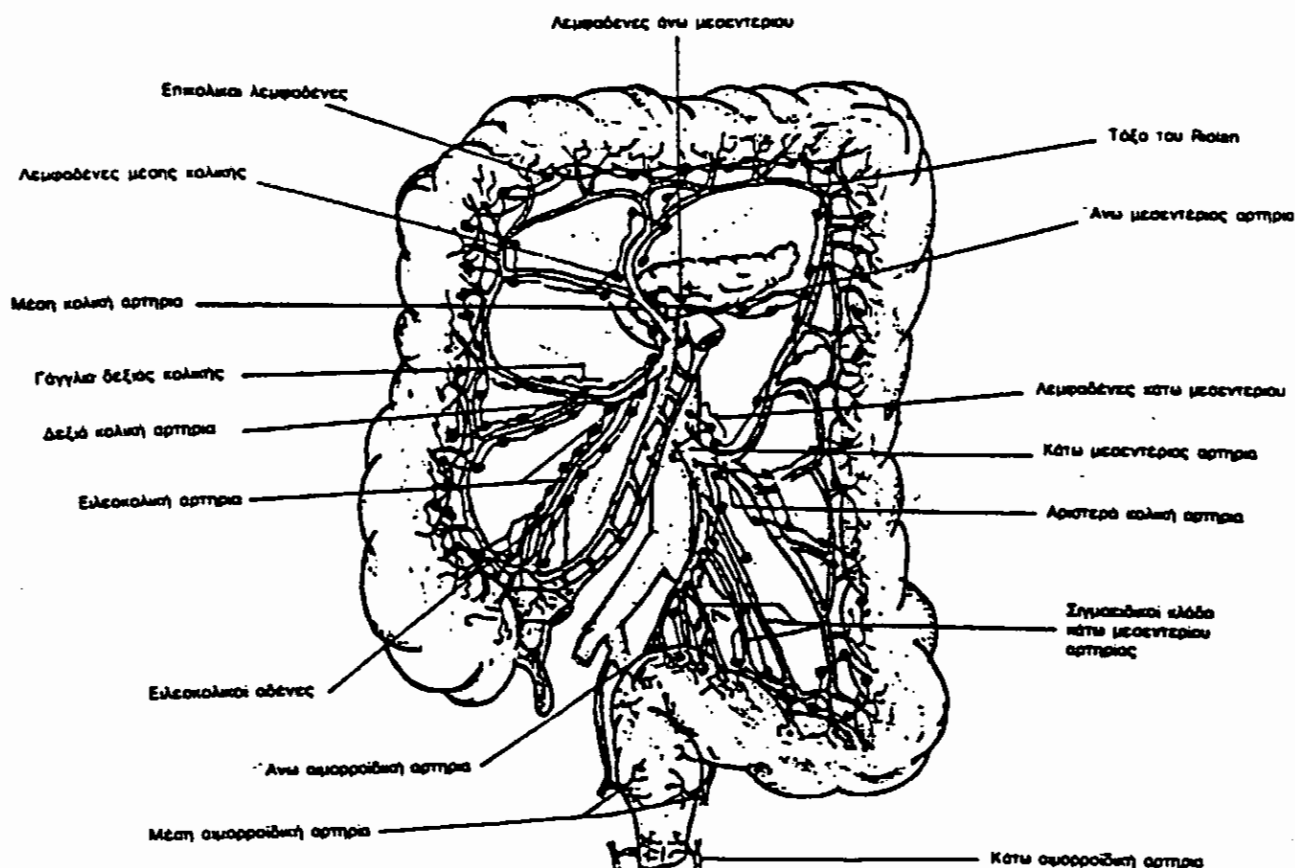
### **3. ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ**

Η αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνα από το κατώτερο τμήμα του οισοφάγου ως το μέσο της κοπροδόχου ληκύθου γίνεται από κλάδους της αορτής.

Έτσι, ο οισοφάγος, ο στόμαχος και μέρος του δωδεκαδακτύλου αρδεύονται από την κοιλιακή αρτηρία (που αρδεύει επίσης το ήπαρ, το πάγκρεας και τον σπλήνα).

Το υπόλοιπο δωδεκαδάκτυλο, το ελικώδες έντερο και το παχύ μέχρι και το δεύτερο τριτημόριο του εγκαρσίου κόλου, αρδεύονται από την άνω μεσεντέρια αρτηρία. Το υπόλοιπο παχύ έντερο μέχρι τον αιμορροϊδικό δακτύλιο αρδεύεται από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία. Οι διακλαδώσεις των αρτηριών αναστομώνονται μεταξύ τους και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα, από τα οποία ξεκινούν τελικά τα ευθεία αγγεία που φτάνουν στο έντερο.

Το αίμα από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα.



**Εικόνα 7.** Σχηματική απεικόνιση του αρτηριακού και λεμφικού δικτύου του παχέος εντέρου. (Οι φλέβες συνοδεύουν πιστά τις αρτηρίες)

Το αίμα από ολόκληρο τον γαστρεντερικό σωλήνα συγκεντρώνεται στις αντίστοιχες φλέβες, που τελικά εκβάλλουν στην άνω μεσεντέρια και την σπληνική φλέβα.

Οι δύο αυτές φλέβες συμβάλλουν και σχηματίζουν την πυλαία φλέβα, πίσω από την κεφαλή του παγκρέατος. Τέλος, η πυλαία φλέβα φέρεται στο ήπαρ όπου μεταβολίζονται όλες οι προσλαμβανόμενες ουσίες της εντερικής κυκλοφορίας.

Η εντερική κυκλοφορία είναι ικανή για εκτεταμένη αυτορύθμιση.

#### 4. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η πέψη των τροφών γίνεται μέσα στον πεπτικό σωλήνα που αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό. Οι θρεπτικές ουσίες των τροφών, για να γίνουν χρησιμοποιήσιμες από τον οργανισμό, υφίστανται ορισμένες μεταβολές. Οι μεταβολές γίνονται με την επίδραση πεπτικών υγρών που εκκρίνονται από αδένες. Αυτά τα υγρά περιέχουν ένζυμα τα οποία κάνουν τις θρεπτικές ουσίες ικανές προς απομύζηση. Πεπτικά υγρά είναι ο σίελος, το γαστρικό υγρό, το παγκρεατικό υγρό, το εντερικό υγρό και η χολή. Οι τροφές που έχουν διασπασθεί απομυζώνται από τις λάχνες του λεπτού εντέρου. Τα άπεπτα συστατικά της τροφής, χολή, γαστρικά υγρά, επιθηλιακά κύτταρα από το βλεννογόνο και τέλος πολλά μικρόβια που αναπτύσσονται στον εντερικό σωλήνα, αποβάλλονται δια του ορθού με μορφή κενώσεως. Στο παχύ έντερο απορροφούνται μόνον υγρά.

Οι βασικές λειτουργίες του παχέως εντέρου είναι οι εξής :

1. **Απορρόφηση:** Περίπου 500 κ.εκ. (κατ' άλλους 1000-1500 κ.εκ.) περιεχομένου του λεπτού εντέρου με περιεκτικότητα 90% σε νερό, εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό, κατά την διέλευσή του από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέως εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνον 120-150 κ.εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το χλώριο και κυρίως το νάτριο απορροφών-

ται, Επίσης από το παχύ έντερο έτσι ώστε, ενώ οι ημερήσιες ανάγκες ενός φυσιολογικού ατόμου σε νάτριο είναι περίπου 5 meq Na οι ανάγκες ατόμου που έχει υποβληθεί σε ολική κολεκτομή να ανέρχονται σε 80-100 meq Na προκειμένου να καλυφθούν οι απώλειες νατρίου. Αντίθετα, τα διττανθρακικά ή κυρίως το κάλιο αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέως εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με την βλέννη έτσι ώστε ασθενείς με διάρροιες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία πχ. όπως ελκώδη κολίτιδα ή λαχνωτο αδένωμα. Η απορρόφηση αμινοξέων, λιπολυτικών προϊόντων ή βιταμινών (πλην της βιταμίνης Κ) δεν είναι σημαντική στο παχύ έντερο, αντιθέτως ένα σημαντικό μέρος υδατανθράκων που δεν απορροφήθησαν στο λεπτό έντερο, απορροφούνται στο παχύ.

**2. Αποθήκευση:** Τα κόπρανα προωθούνται αργά μέχρι το σιγμοειδές όπου και παραμένουν εφόσον δεν γίνεται αφόδευση. Το ορθό φυσιολογικά είναι άδειο, όταν όμως, με τις τμηματικές και δακτυλοειδείς συσπάσεις, το περιεχόμενο φτάνει στο ορθό τότε το άτομο αισθάνεται την επιθυμία για αφόδευση. Οι νευρικοί υποδοχείς στο τοίχωμα του ορθού φυσιολογικών ατόμων είναι σε θέση να διακρίνουν εάν το προς αποβολή υλικό είναι στερεό, υγρό ή αέριο. Τα αέρια του παχέως εντέρου προέρχονται κυρίως από τον αέρα που καταπίνουμε. Πρόκειται κυρίως για άζωτο. Φυσιολογικά, τα σχηματισμένα κόπρανα αποτελούνται από 70% νερό και 30% στερεά συστατικά. Από αυτά τα μισά περίπου είναι βακτήρια, και τα άλλα μισά υπολείμματα τροφών ή αποπεπτωκότα επιθήλια.

**3. Κινητικότητα και αφόδευση:** Η κινητικότητα του παχέως εντέρου εκδηλώνεται με τρεις τρόπους:

- δακτυλιοειδείς συσπάσεις (αντίστροφος περισταλτισμός)
- τμηματικές συσπάσεις, και
- έντονες δακτυλιοειδείς συσπάσεις.

Οι συσπάσεις αυτές συμβαίνουν συνήθως μόνον λίγες φορές ημερησίως και είναι αυτές που βάζουν σε λειτουργία το μηχανισμό της αφόδευσης. Η έναρξη των συσπάσεων αυτών διευκολύνεται με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλων ερεθισμάτων στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του (γαστροκολικό αντανακλαστικό).

Διάφοροι παραγοντες επηρεάζουν την κινητικότητα του παχέως εντέρου, όπως ενδογενείς (οξεοβασική ισορροπία των υγρών του οργανισμού), εξωγενείς (κατάποση, λήψη φαρμάκων), συναισθηματικοί παράγοντες (μίσος ή οργή προκαλούν υπερκινητικότητα, ο φόβος ή η οργή προκαλούν υποκινητικότητα).

Η συχνότητα αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς ή διαιτητικούς παράγοντες. Μια κένωση το 24ωρο είναι το σύνηθες. Ανάλογα όμως με το είδος της τροφής ή με την δραστηριότητα του ατόμου οι κενώσεις μπορεί φυσιολογικά να κυμαίνονται από δύο το 24ωρο έως και μία κάθε δύο ή τρεις ημέρες.

Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνθήκες κένωσης του εντέρου που διαρκεί περισσότερο από μερικές εβδομάδες, θα πρέπει να ελέγχεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1. ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Ο όρος ελκώδης κολίτιδα είναι ένας μη ειδικός όρος. Οι ασθενείς παρουσιάζουν διάρροια, κοιλιακούς πόνους, συστηματικά συμπτώματα, και παθολογικά ενδοσκοπικά, ακτινολογικά, και εργαστηριακά ευρήματα. Καθήκον του κλινικού γιατρού είναι να διαχωρίσει τις διάφορες αιτίες της ελκώδους κολίτιδας που συζητούνται.

Είναι συχνή νόσος αγνώστου αιτιολογίας χαρακτηριζόμενη από φλεγμονώδεις αλλοιώσεις του παχέως εντέρου, κατά κανόνα έχει χρόνια διαδρομή.

Η αιτιολογία της νόσου είναι άγνωστη. Αρχικά, επικράτησε η φλεγμονώδης θεωρία αλλά δεν υπάρχει καμιά απόδειξη που να συνηγορεί υπέρ αυτής. Αργότερα, η νόσος αποδόθηκε σε ψυχολογικούς παράγοντες. Σήμερα, γίνεται δεκτό ότι οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες συχνά ανευρίσκονται στους πάσχοντες είναι μάλλον το αποτέλεσμα της χρόνιας και πολύ ενοχλητικής νόσου, παρά η αιτία.

Σήμερα ευνοείται η υπόθεση του αυτοάνοσου μηχανισμού. Η ελκώδης κολίτιδα συνυπάρχει πολλές φορές με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις, όπως θυρεοειδίτιδα, χρόνια ενεργός ηπατίτιδα, πολυαρθρίτιδα κλπ.



Εξάλλου, στον ορό των ασθενών ανευρίσκονται όχι σπάνια αντισώματα εναντίον αντιγόνου του παχέως εντέρου αλλά και άλλων αντιγόνων (λείων μυϊκών ινών, μιτοχονδρίων, τοιχωματικών κυττάρων στομάχου, ρευματοειδούς παράγοντα κλπ.)

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτοι ερευνητές εντυπωσιασμένοι χωρίς αμφιβολία, από την οξεία φλεγμονώδη αντίδραση του παχέως εντέρου, θεώρησαν ότι η νόσος ήταν μια βακτηριδιακή δυσεντερία, αλλά δεν απομονώθηκε κανένας παθογόνος παράγοντας είτε βακτηριδιακός είτε ιογενής. Ακολούθησε μια περίοδος κατά την οποία η νόσος αποδόθηκε άμεσα σε ψυχολογικές αιτίες κι αυτό ενισχύθηκε από την πραγματική παρατήρηση ότι άρρωστοι με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν κάποιου βαθμού ψυχολογικές διαταραχές. Τώρα έχει αναγνωριστεί ότι, οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μάλλον παρά το αίτιο της νόσου, αν και η χρόνια διέγερση του παρασυμπαθητικού του παχέως εντέρου μπορεί να προκαλέσει υπεραιμία και εξέλκωση σε πειραματόζωα.

Οι ισχύουσες σήμερα απόψεις θεωρούν ότι η νόσος οφείλεται σε ανοσολογική βλάβη, αν και ο ψυχογενής παράγοντας έχει σημασία για τις υποτροπές και υπάρχει αυξημένη οικογενής προσβολή από τη νόσο. Η νόσος είναι παγκόσμια διαδεδομένη όμως υπάρχουν σημαντικές διαφορές της αναφερόμενης συχνότητας από χώρα σε χώρα. Είναι μετρίως συχνή στις δυτικές χώρες και ουσιαστικά ανύπαρκτη στις ονομάζενες υποανάπτυκτες κοινωνίες. Η ελκώδης κολίτιδα άρχισε ήδη, να περιγράφεται σε πληθυσμούς που θεωρείται ανύπαρκτη. Οι Salem και Shnbair (1977) πιστεύουν ότι: "Η αιφνίδια μεταβολή του τρόπου ζωής από το απλό στο περίπλοκο προδιαθέτει τα άτομα στη νόσο" και αναφέρουν τις ψυχολογικές διαταραχές, την υπερβολική χρήση φαρμάκων και την λήψη συντηρημένων τροφών σαν πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες. Είναι πάντως ενδεχόμενο η νόσος να απαντά και στις απολίτιστες κοινωνίες, αλλά να διαφεύγει της διάγνωσης λόγω έλλειψης ιατρικών

μέσων. Είναι φανερό ότι απαιτούνται συστηματικές επιδημιολογικές μελέτες σε πληθυσμούς με μεταβατικό τρόπο ζωής μεταξύ πρωτόγονου και δυτικού τύπου, ώστε να απομονωθούν παράγοντες που ευθύνονται για τα ονομαζόμενα "νοσήματα του πολιτισμού".

### 3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται η ελκώδης κολίτιδα έχει μια διαφοροποιούμενη κατανομή, με την πρώτη αιχμή να εμφανίζεται μεταξύ της ηλικίας των 15 με 30 ετών και με μια δεύτερη χαμηλότερη αιχμή μεταξύ της 6ης και της 7ης δεκαετίας της ζωής. Οι γυναίκες προσβάλλονται ελαφρώς λιγότερο συχνά από τους άντρες. Η ετήσια συχνότητα εμφάνισης ποικίλλει από 5 έως 10 ανά 100.000 πληθυσμού και το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 50-150 ανά 100.000 πληθυσμού. Η νόσος εμφανίζεται σε όλες τις περιοχές του κόσμου, αλλά είναι περισσότερο συχνή στις δυτικές χώρες. Στο 15-40% των ασθενών υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ελκώδους κολίτιδας ή νόσος του Crohn.

Στις ΗΠΑ, οι Εβραίοι προσβάλλονται συχνότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό (μη Εβραίοι) αλλά στο Ισραήλ η συχνότητα στον εκεί πληθυσμό είναι χαμηλή.

#### 4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της ελκώδους κολίτιδας παραμένει άγνωστη και φαίνεται μάλλον απίθανο ότι ένα και μοναδικό αίτιο ευθύνεται, για μια τόσο ποικιλόμορφη παθολογική διεργασία. Η κλινική και η εργαστηριακή έρευνα της νόσου συναντούν σοβαρές δυσκολίες δεδομένου ότι και η πορεία της νόσου δεν ακολουθεί συνήθως συγκεκριμένο πρότυπο αλλά και σε πειραματόζωα δεν έχει επιτευχθεί η δημιουργία ανάλογου προτύπου. Για την αιτιολογία έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες οι οποίοι δεν φαίνεται να ικανοποιούν πλήρως:

α) Η σχετική ομοιότητα της κλινικής εικόνας της ιδιοπαθούς ελκώδους κολίτιδας με εκείνη των ειδικών φλεγμονών του εντέρου, οδήγησε στην θεωρία της λοιμώδους φύσεως της νόσου (βακτηρίδια, μύκητες, παράσιτα, ιοί).

β) Η ευεργετική επίδραση των κορτικοστεροειδών στην πορεία της νόσου, οδήγησε στην θεωρία της αλλεργίας ή υπερευαισθησίας. Έχει παρατηρηθεί ότι μερικοί ασθενείς εμφανίζουν σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων όταν παραλείψουν το γάλα και τα προϊόντα του από το διαιτολόγιό τους. Είναι πιθανόν αντισώματα από την παρουσία των πρωτεϊνών του γάλακτος να έχουν βλαπτική επίδραση στον βλεννογόνο του εντέρου.

γ) Η θεωρία της δράσης των βλεννολυτικών ενζύμων, ενώ φαίνεται να έχει κάποια θέση στην πειραματική πρόκληση της νόσου σε πειραματόζωα, δεν ικανοποιεί από αιτιολογικής πλευράς τον άνθρωπο.

δ) Από μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι ευαισθητοποιημένα λεμφοκύτταρα παίζουν σοβαρό ρόλο στην αυτοανοσοβιολογία της ελκώδους κολίτιδας. Έτσι, ο μηχανισμός γένεσης της νόσου φαίνε-

ται ότι είναι μάλλον μέσω κυτταρικών παραγόντων υπερευαίσθητος παρά μέσω κυκλοφορούντων αντισωμάτων. Έχει σαφώς αποδειχθεί ότι, τα λεμφοκύτταρα και όχι ο ορός των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα είναι τοξικά για τα επιθηλιακά κύτταρα του παχέως εντέρου στο έμβρυο και στον ενήλικα.

Αντίθετα, τα λεμφοκύτταρα από φυσιολογικά άτομα δεν είναι τοξικά. Αν πράγματι η νόσος είναι αυτοανοσοβιολογικής αρχής θα περίμενε κανείς ότι τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα θα είχαν αξιόλογη θεραπευτική δράση. Τα μέχρι σήμερα όμως αποτελέσματα είναι αμφιλεγόμενα.

ε) Ο Sommers έχει προτείνει την θεωρία της ισταμίνης-σεροτονίνης. Αυτός αποδίδει το μόνιμο οίδημα και την υπεραιμία του βλεννογόνου της ελκώδους κολίτιδας στην αυξημένη τοπικά έκκριση ισταμίνης από ένα μεγάλο αριθμό μαστοκυττάρων του εντερικού βλεννογόνου. Η κατά διαστήματα απελευθέρωση από τα ίδια αυτά κύτταρα αποθηκευμένης σεροτονίνης προκαλεί τις εξάρσεις της νόσου.

στ) Είναι βέβαιο ότι πολλοί ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα παρουσιάζουν διαταραχές του ψυχισμού τους. Θα μπορούσαν όμως οι διαταραχές αυτές να είναι το αποτέλεσμα της νόσου και όχι το αίτιο. Πολλές μελέτες δεν μπόρεσαν να αποδείξουν ότι η ελκώδης κολίτιδα είναι ένα είδος ψυχοσωματικής νόσου. Οι περισσότεροι πάντως κλινικοί έχουν την εντύπωση ότι έντονες συγκινησιακές αντιδράσεις ασθενών με ελκώδη κολίτιδα προκαλούν τις εξάρσεις της χρόνιας μορφής της νόσου. Σε γενικές γραμμές, η σημερινή υπόθεση είναι ότι εξωτερικοί παράγοντες, αντιδράσεις, του τύπου του ξενιστή και γενετικές ανοσολογικές αντιδράσεις, συνεργούν στην παθογένεση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου.

Σύμφωνα με αυτήν την έννοια, η ελκώδης κολίτιδα και η νό-

σος του Crohn είναι διαφορετικές εκδηλώσεις μιας στην ουσία "ίδιας" ασθένειας. Ο ξενιστής ευαισθητοποιείται στα αντιγόνα του "υποκινητή" εξωτερικού παράγοντα ή παραγόντων (όπως μικροβιακοί, ιοικοί, διαιτολογικοί). Από την στιγμή που εγκαθίσταται ανοσολογική αντίδραση του εντέρου - ίσως κατά τη διάρκεια, της αποικίσεως του εντέρου από την μικροβιολογική χλωρίδα κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών της ζωής - οποιαδήποτε προσβολή, η οποία αυξάνει την διαπερατότητα του βλεννογόνου σε αυτά τα αντιγόνα μπορεί να πυροδοτήσει μια φλεγμονώδη αντίδραση στο τοίχωμα του εντέρου. Ο τύπος των αντιγόνων και πολλών άλλων παραγόντων καθορίζει τον τύπο της φλεγμονώδους επεξεργασίας (νόσος του Crohn ή ελκώδης κολίτιδα). Μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ελκώδους κολίτιδας έχει αναφερθεί, αλλά η σημασία της δεν έχει αποσαφηνιστεί.

## 5. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μια διάχυτη φλεγμονώδης νόσος, η οποία αρχικά περιορίζεται στον βλεννογόνο. Αποστήματα σχηματίζονται στις κρύπτες του *hieberckühn*, διατιτραίνουν τον υπερκείμενο υποβλεννογόνο και εξαπλώνόμενα οριζόντια προκαλούν την εσχαροποίηση του υπερκείμενου βλεννογόνου. Υπεραιμία των σπλάχνων για αιμορραγία είναι εμφανή σημεία. Οι κορυφές από τα έλκη ανυψώνονται σαν στίγματα του βλεννογόνου, τα οποία προβάλλουν μέσα στον αυλό (ψευδοπολύποδες ή φλεγμονώδεις πολύποδες). Με εξαίρεση τις πλέον σοβαρές μορφές της νόσου οι μυϊκές στοιβάδες προσβάλλονται. Η ορογόνος επιφάνεια συνήθως εμφανίζει μό-

νο ' διατεταμένα, υπεραιμικά αιμοφόρα αγγεία. Στην κεραυνοβόλο μορφή της νόσου όπου προσβάλλονται όλες οι στοιβάδες, το κόλον μπορεί να διαταθεί ή και να διατρηθεί.

Η πιο συχνή εντόπιση της ελκώδους κολίτιδας είναι στο ορθό, αλλά όχι σε όλους τους ασθενείς, από το οποίο επεκτείνεται κεντρικά. Αν περιορίζεται στον πρωκτό, όπως συμβαίνει στο 1/2 των περιπτώσεων, ονομάζεται ελκώδης πρωκτίτιδα. Η φλεγμονή μπορεί να εξαπλωθεί κεντρικότερα και να επηρεάσει το αριστερό κόλου. Στο 1/3 περίπου των ασθενών προσβάλλεται ολόκληρο το κόλον (πανκολίτιδα). Σε ποσοστό 10% προσβάλλεται και ο τελικός ειλεός κατά συνέχεια από το τυφλό σε ασθενείς με πανκολίτιδα, (Backwash ileitis - παλίνδρομος ειλειΐτις). Οι νοσούντες περιοχές είναι συνεχόμενες και οι τμηματικές ή οι διακεκομμένες βλάβες είναι σπάνιες.

Μακροσκοπικά, ο ορογόνος στα αρχικά στάδια φαίνεται φυσιολογικός, γιατί η νόσος αρχικά προσβάλλει τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο χιτώνα. Σε προχωρημένες καταστάσεις όπως φαίνεται στην εγχείρηση ή την νεκροτομή το έντερο στο σύνολό του έχει βραχυυνθεί σημαντικά. Το σιγμοειδές έχει χάσει την μεγάλη του ευκινησία και το ανιόν κατιόν καταλαμβάνουν κεντρικότερη θέση. Το μεσεντέριο είναι βραχύ οιδηματώδες και ελαφρά πεπαχυμένο όχι όμως όσο στη νόσο του Crohn. Σπάνια συμμετέχουν και οι μεσεντέριοι λεμφαδένες. Η επιφάνεια του ορογόνου χιτώνα είναι τραχεία και γκριζωπή, χωρίς όμως εξιδρωματικά στοιχεία, εκτός αν έχει συμβεί διάτρηση. Το τοίχωμα του εντέρου είναι μέτρια πεπαχυμένο και σκληρό. Σε αντίθεση με τη νόσο του Crohn στην ελκώδη κολίτιδα η δημιουργία συριγγίων, εκτός από τα περιεδρικά, είναι σπάνια. Στην οξύτερη μορφή της νόσου ολόκληρο το εντερικό τοίχωμα είναι αιμορραγικό, εύθρυπτο με πολλαπλές νε-

κρωτικές περιοχές. Χαρακτηριστική είναι η μακροσκοπική εικόνα του βλεννογόνου, ο οποίος εμφανίζει πολλαπλές ανώμαλες γραμμώσεις και επιπόλαιες εξελκώσεις, οι οποίες πολλές φορές ενώνονται μεταξύ τους και αφήνουν κατά τόπους νησίδες οιδηματώδους βλεννογόνου, που δίνουν την εντύπωση "ψευδοπολυπόδων". Ολόκληρη η επιφάνεια του βλεννογόνου καλύπτεται από ρυπαρές βλεννοπυο-αιματηρές εκκρίσεις.

Μικροσκοπικά, η χαρακτηριστική εικόνα είναι τα "μικροαποστήματα" τα οποία σχηματίζονται στην βάση των κρυπτών του hieberkühh. Τα αποστήματα αυτά σχηματίζονται από την συγκέντρωση μέσα στις κρύπτες ουδετερόφιλων, ηωσινόφιλων, ερυθρών αιμοσφαιρίων και ορού, μπορεί δε να παραχθούν είτε προς τον υποβλεννογόνο είτε προς την επιφάνεια του βλεννογόνου και να σχηματίσουν τις εξελκώσεις. Παρόμοια αποστήματα μπορούν να δημιουργηθούν και σε άλλες φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Στην ελκώδη όμως κολίτιδα αυτά υπάρχουν πάντοτε και σε πολύ μεγαλύτερο αριθμό. Με την εξέλιξη της νόσου τα αποστήματα, γίνονται περισσότερα και οι εξελκώσεις πιο εκτεταμένες. Με την μετάπτωση της νόσου στη χρονιότητα, λεμφοκύτταρα, πλασματοκύτταρα και μακροφάγα διηθούν τον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο. Σε προχωρημένες καταστάσεις, ο βλεννογόνος έχει καταστραφεί σε αρκετή έκταση και έχει αντικατασταθεί από κοκκιωματώδη ιστό, και γι' αυτό είναι ιδιαίτερα εύθρυπτος.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται συγκριτικά τρία κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn.



## ΠΙΝΑΚΑΣ

Table 32-5. Comparison of various features of ulcerative colitis with those of granulomatous colitis.

	Ulcerative (Mucosal) Colitis	Granulomatous (Transmural) Colitis
<b>Signs and symptoms</b>		
Diarrrhea	Marked.	Present; less severe.
Gross bleeding	Characteristic.	Infrequent.
Perianal lesions	Infrequent, mild.	Frequent, complex; may precede diagnosis of intestinal disease.
Toxic dilatation	Yes (3-10%).	Yes (2-5%).
Perforation	Free.	Localized.
Systemic manifestations (arthritis, uveitis, pyoderma, hepatitis)	Common.	Common.
<b>X-ray studies</b>	Confluent, diffuse. Tiny serrations, coarse mucosa, mucosal tags. Concentric involvement. Internal fistulas very rare. Colon only except in backwash ileitis; may be limited to left side.	Skip areas. Longitudinal ulcers, transverse ridges, "cobblestone" appearance. Eccentric involvement. Internal fistulas common. Any portion of intestinal tract may be involved; may be limited to ileum and right colon.
<b>Morphology</b>		
Gross	Confluent involvement. Rectum usually involved. Mesocolon not involved; nodes enlarged. Widespread ragged superficial ulceration. Inflammatory polyps (pseudopolyps) common. No thickening of bowel wall.	Segmental involvement with or without skip areas. Rectum often not involved. Thickened mesocolon; pronounced lymph node enlargement. Large longitudinal ulcers or transverse fissures. Inflammatory polyps not prominent. Thickened bowel wall.
Microscopic	Inflammatory reaction usually limited to mucosa and submucosa; only in severe disease are muscle coats involved; no fibrosis. Granulomas rare.	Chronic inflammation of all layers of bowel wall; damage to muscle layers usual; submucosal fibrosis. Granulomas frequent.
<b>Natural history</b>	Exacerbations, remissions; may be explosive, lethal.	Indolent, crippling.
<b>Treatment</b>		
Response to medical treatment	Good response in 85% of cases.	Difficult to evaluate; seldom controlled over long term.
Type of surgical treatment and response	Colectomy with ileorectal anastomosis; mucosal proctectomy with ileoanal anastomosis; proctocolectomy with conventional or continent ileostomy. No recurrence.	Partial or complete colectomy with ileostomy or anastomosis; rectum can be preserved in many patients. Recurrence common.

## 6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ανάλογα με την κλινική πορεία, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί με τρεις μορφές:

- την οξεία,
- την κεραυνοβόλο, και
- την χρονία.

Η χρονία μορφή μπορεί να εκδηλωθεί είτε με συνεχή ήπια συμπτωματολογία (χρονίζουσα), είτε με διαστήματα υφέσεων και εξάρσεων.

Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων η νόσος εμφανίζεται απότομα. Με την κεραυνοβόλο μορφή της όμως ευτυχώς εμφανίζεται σε ένα ποσοστό λιγότερο από 10%. Σπάνια μια έξαρση της χρόνιας μορφής μπορεί να εμφανιστεί με συμπτωματολογία κεραυνοβόλου μορφής. Συνήθως η έναρξη της νόσου χαρακτηρίζεται από κολικό-ειδή άλγη στο υπογάστριο, που ακολουθούνται από διαρροϊκές κενώσεις που μπορεί να φτάσουν ακόμα και τις 30-40 το 24ωρο. Τα κόπρανα είναι υδαρή και περιέχουν αίμα, βλέννη και πύον. Υπάρχει τεινεσμός, πολύ έντονο αίσθημα αφόδευσης και καμιά φορά ακράτεια. Η τοξικότητα της νόσου είναι χαρακτηριστική με πυρετικά κύματα μέχρι 39 και 40°C. Η κακοήθης αυτή διάρροια γρήγορα προκαλεί αφυδάτωση, υποκαλιαιμία, αναιμία και υπολευκωματιναιμία. Τις περισσότερες φορές στην φάση αυτή μια έντονη συντηρητική αγωγή φέρνει την νόσο υπό έλεγχο. Όμως μερικές φορές θα απαιτηθεί επείγουσα χειρουργική θεραπεία, είτε γιατί η νόσος δεν απαντά στην συντηρητική αγωγή, είτε γιατί με την έναρξη της νόσου παρουσιάστηκε μια ή περισσότερες από τις επιπλοκές της. Η θνητότητα της κεραυνοβόλου μορφής εξακολουθεί να είναι υψηλή περίπου 20%.

Η συχνότερη μορφή (πάνω από 2/3) της χρόνιας ελκώδους κολίτιδας είναι αυτή με τις ύφεσεις και εξάρσεις. Η πορεία της χαρακτηρίζεται από υποτροπές οι οποίες συχνά εμφανίζονται μετά από έντονες συγκινήσεις, σωματική κόπωση, λοιμώξεις του αναπνευστικού ή άλλες οξείες παθήσεις, διαιτητικές παρεκτροπές, χρήση αντιβιοτικών και καθαρτικών και εμμηνόρυση και εγκυμοσύνη στις γυναίκες. Το κύριο σύμπτωμα είναι οι αιμορραγικές διαρροϊκές κενώσεις οι οποίες μπορεί βέβαια να εμφανιστούν απότομα, συχνότερα όμως επιδεινώνονται προοδευτικά και για αρκετό διάστημα, μετά από μια περίοδο ύφεσης, με φυσιολογικές κενώσεις.

Τα κολικοειδή κοιλιακά άλγη υπάρχουν σχεδόν πάντοτε στα αρχικά στάδια, αργότερα όμως, όταν το έντερο γίνεται ουλώδες, πεπαχυμένο και βραχύ τα άλγη είναι λιγότερο έντονα. Σε προχωρημένα στάδια της χρόνιας μορφής ο πόνος μπορεί να λείπει εντελώς σαν προειδοποιητικό σημείο επικείμενης αφόδευσης και έτσι αυξάνεται το άγχος των ασθενών.

Η ανόρρεξία είναι συχνή κατά τις υποτροπές και προστιθέμενη η συνεχής θερμιδική απώλεια από τις διάρροιες προκαλεί μεγάλη απώλεια βάρους και κακή θρέψη. Σπάνια ασθενείς με κολίτιδα μπορεί να εμφανίζουν δυσκοιλιότητα που εναλλάσσεται με εκρήξεις ("ώσεις") διάρροιας. Οι εξάρσεις της νόσου ακολουθούν συνήθως ψυχικά τραύματα.

## 7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κακοήθη νεοπλάσματα του παχέως εντέρου (συμπεριλαμβανομένων και των λεμφωμάτων) και η εκκωλωματώδης νόσος θα πρέπει να συμπεριληφθούν στη διαφορική διάγνωση της νόσου. Σαλμωνέλωση και άλλες βακτηριακές δυσεντερίες διαγιγνώσκονται με επανειλημμένες εξετάσεις κοπράνων. Σιγγέλωση μπορεί να υποπτευθεί κανείς με βάση μιας θετικής χρώσης του κυανού του μεθυλαινίου για λευκοκύτταρα στα κόπρανα. Το *Campylobacter* *Sesuni* είναι μια κοινή αιτία αιματηρής διάρροιας. Οι οργανισμοί μπορούν να παρθούν με καλλιέργεια από τα κόπρανα, και οι τίτλοι αντισωμάτων του ορού αυξάνονταν κατά τη διάρκεια της νόσου. Η γονοκοκκική πρωκτίτιδα ανιχνεύεται με καλλιέργεια κοπράνων από βαμβακοφόρο στυλεό. Ο ιός του απλού έρπητα είναι η πιο κοινή αιτία της μη-γονοκοκκικής πρωκτίτιδας σε ομοφυλοφιλικούς άνδρες. Οι λοιμώξεις από *Chlamydia trachomatis* είναι επίσης συχνές σε αυτήν την κατηγορία. Ο βλεννογόνος φανερώς φλεγμαίνει και η όλη κατάσταση ομοιάζει προς την νόσο του Crohn. Ο υπεύθυνος μικροοργανισμός και σε αυτήν την περίπτωση μπορεί να απομονωθεί. Είναι πλέον σημαντικό σε κάθε περίπτωση να αποκλειστεί η περίπτωση αμοιβάδωσης με μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων, με λήψη καλλιέργειας από το ορθό με βαμβακοφόρο στυλεό ή με βιοψία του ορθού. Οι ορολογικές εξετάσεις θα θέσουν τη διάγνωση της λοίμωξης. Δεν θα πρέπει ποτέ να χορηγούνται κορτικοστεροειδή σε ασθενείς με υποθετική ιδιοπαθή ελκώδη κολίτιδα μέχρις ότου αποκλειστεί η αμοιβάδωση. Σπάνιες περιπτώσεις ιστοπλάσμωσης φυματίωσης, κυτταρομεγαλοϊού, σχιστοσωμίας αμυλοείδωσης ή νόσος του Bechet είναι πολύ δύσκολο να διαγνωστούν. Η κολίτιδα η οποία προκαλείται από την χρήση αντιβιοτικών είναι μια άλλη

ξεχωριστή οντότητα η οποία δεν πρέπει να συγχέεται με την ελκώδη κολίτιδα. Για την διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτής της αιτίας παίζει σημαντικό ρόλο το ιστορικό του αρρώστου. Η λειτουργική διάρροια μπορεί να ομοιάζει με κολίτιδα αλλά πρέπει να αποκλειστεί οργανική νόσος πριν τεθεί η διάγνωση της λειτουργικής διάρροιας. Η μαλακοπλακία είναι μια σπάνια κοκκιοματώδης νόσος η οποία μπορεί να προκαλέσει εντερικά στενώματα, και ομοιάζει με την κολίτιδα. Η "κολλαγονώδης" κολίτιδα έχει αναφερθεί πρόσφατα. Επιμένουσες υδαρείς διάρροιες είναι το κύριο σύμπτωμα κυρίως σε γυναίκες μέσης ηλικίας και η ορθοσκόπηση και η σιγμοειδοσκόπηση είναι κατά κανόνα φυσιολογικές. Δείγματα βιοψίας όμως δείχνουν μια πεπαχυμένη ζώνη κολλαγόνου ακριβώς κάτω από την επιφάνεια. Η αιτία είναι άγνωστη και η θεραπεία δύσκολη αλλά οι περισσότεροι ασθενείς δεν είναι σοβαρά σ' αυτές τις περιπτώσεις.

Η πιο δύσκολη διαφορική διάγνωση είναι μεταξύ της ιδιοπαθούς ελκώδους κολίτιδας και της κοκκιοματώδους κολίτιδας (νόσος του Crohn). Κανένα από τα χαρακτηριστικά δεν είναι ειδικό της νόσου και η διαφοροποίηση μπορεί να γίνει μόνον μετά την συγκεντρωση όλων των δεδομένων.

Περίπου το 10% των περιπτώσεων δεν μπορεί να ταξινομηθεί. (κολίτιδα αγνώστου αιτιολογίας).

## 8. ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Το 70-80% του συνόλου των πασχόντων από τη νόσο αυτή είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις φθορές της νόσου με τα συντηρητικά θεραπευτικά μέτρα, παρά τις υφέσεις ή εξάρσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν τη διαδρομή της. Κατά μερικές ενδείξεις, η νόσος παίρνει βαρύτερη μορφή στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η αρχική προσβολή εμφανίζεται σε μικρά παιδιά ή άτομα που υπερβαίνουν το 60ο έτος της ηλικίας.

Η θνησιμότητα της νόσου δεν μπορεί να καθοριστεί επακριβώς γιατί πολλοί ασθενείς που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα ουδέποτε εισέρχονται σε νοσοκομείο αλλά από τους πάσχοντες σε βαθμό τέτοιο που να καταφεύγουν σε νοσοκομείο για νοσηλεία, αναλογία, περίπου σήμερα 10%, (Harisson T.R., 1972), είτε πεθαίνουν από τη νόσο αυτή, είτε από τις επιπλοκές της περιλαμβανομένου και του καρκίνου του παχέως εντέρου.

Κατά τις εξάρσεις της νόσου αποβάλλεται σχεδόν καθαρό αίμα οι δε διατρήσεις του εντερικού τοιχώματος είναι συχνότατες με βαρύτητα πρόγνωση. Μετά την πάροδο 10ετίας από την έναρξη της νόσου ο κίνδυνος αναπτύξεως καρκίνου είναι πολλαπλάσιος από το συνηθισμένο.

Η κολοσκόπηση πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο και πρέπει να εξετάζονται οι βιοψίες του βλεννογόνου για δυσπλασία. Η δυσπλασία θεωρείται προκαρκινώδης βλάβη ή πιστεύεται συχνά ότι αποτελεί ένδειξη κολεκτομής.

Η χειρουργική επέμβαση αποβαίνει σήμερα αναγκαία σε αναλογία 20% περίπου των ασθενών, επί των οποίων η νόσος δεν περιορίζεται στο ορθό.

Η επινόηση νεώτερων συντηρητικών ή ψυχιατρικών μεθόδων εί-

ναι απαραίτητη. Οι νεώτερες στατιστικές για την πρόγνωση της νόσου έχουν ως εξής:

- 86% των ασθενών παρουσιάζουν ύφεση μετά την οξεία κρίση
- 20-25% υφίστανται κολεκτομή κατά την πορεία της νόσου
- 75% εμφανίζουν υποτροπές
- 15% παθαίνουν κεραυνοβόλο μορφή της νόσου

## 9. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ

Είναι δύσκολο να μιλάμε για πρόληψη στην ελκώδη κολίτιδα, αφού δεν είναι σίγουρη η αιτιολογία της. Έχει χαρακτηριστεί ψυχοσωματικό νόσημα λόγω των ψυχογενών απόψεων που όμως και αυτές μόνες τους δεν είναι ικανές να απαντήσουν στο ερώτημα για την αιτιολογία της νόσου. Είναι πάντως φανερό ότι παίζει κάποιο ρόλο ο ψυχικός παράγοντας είτε πριν την εμφάνιση της νόσου είτε κατά τη διάρκειά της.

Σημαντική είναι η συμβουλή των υγειονομικών φορέων όσον αφορά την πρόγνωση, την πρόληψη και την εξέλιξη της νόσου.

## 10. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Σε συνάρτηση με την ελκώδη κολίτιδα μπορούν να επισυμβούν οι ακόλουθες εξωκολονικές εκδηλώσεις. Υπάρχει μια ανακριβής σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της κολίτιδας και των παρακάτω επιπλοκών:

- 1) Βλάβες του δέρματος και των βλεννωδών μεμβράνων, όπως οζώδες ερύθημα, πολύμορφο ερύθημα, γαγγραινώδες πυόδερμα, φλυκταινώδης δερματίτιδα και αφθώδης στοματίτιδα,
- 2) Ραγοειδίτιδα
- 3) Βλάβες των οστών και των αρθρώσεων όπως αρθραλγία, αρθρίτιδα και αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα,
- 4) Ηπατοχολικές και πιθανώς παγκρεατικές βλάβες, όπως λιπώδης διήθηση περιχολαγγείτιδα, κίρρωση, σκληρώδης χολαγγείτιδα, καρκίνωμα του χοληδόχου πόρου, χολόλιθοι και παγκρεατική ανεπάρκεια,
- 5) Αναιμία συνήθως έχουσα σχέση με ανεπάρκεια σιδήρου,
- 6) Κακή θρέψη και διαταραχές της ανάπτυξης, και
- 7) Περικαρδίτις

#### Επιπλοκές από το ορθό:

Συμβαίνουν στο 15-20% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα, ένα ποσοστό χαμηλότερο από ασθενείς με κολίτιδα του Crohn. Πρωκτικές ραγάδες είναι πολύ συχνές (περίπου στο 12% των ασθενών) και πρωκτικά αποστήματα και συρίγγια εμφανίζονται στο 5% των ασθενών.

#### Διάτρηση του παχέως εντέρου:

Συμβαίνει περίπου στο 3-5% των ενδοσκοπομειακών ασθενών, και είναι υπεύθυνη για τους περισσότερους θανάτους από κάθε άλλη επιπλοκή της ελκώδους κολίτιδας. Ο κίνδυνος διάτρησης είναι υψηλότερος κατά την αρχική προσβολή της νόσου και συσχετίζεται



με την ένταση και την βαρύτητά της. Τις περισσότερες φορές συμβαίνει στην σιγμοειδή ή την σπληνική καμπή και μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα ενός εντοπισμένου αποστήματος ή μιας γενικευμένης κοπρανώδους περιτονίτιδας, οποιοσδήποτε ασθενής, με σοβαρή νόσον κόλον μπορεί να παρουσιάσει διάτρηση αλλά οι ασθενείς με τοξική διάταση του παχέως εντέρου (τοξικό megacolon) είναι ιδιαίτερα ευπρόσβλητοι.

Η συστηματική θεραπεία (κορτικοστεροειδή και αντιβιοτικά) μπορεί να επικαλύψει την ανάπτυξη αυτής της επιπλοκής).

#### ΟΞΕΙΑ ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΩΣ ΕΝΤΕΡΟΥ (ΤΟΞΙΚΟ ΜΕΓΑΚΟΛΟ):

Συμβαίνει κατά προσέγγιση στο 3-10% των ασθενών και περίπου στο 9% των ασθενών που εισάγονται στο νοσοκομείο για επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς είναι σοβαρά άρρωστοι και συνήθως παρουσιάζουν έναν ή περισσότερους από τους συνεργικούς παράγοντες :

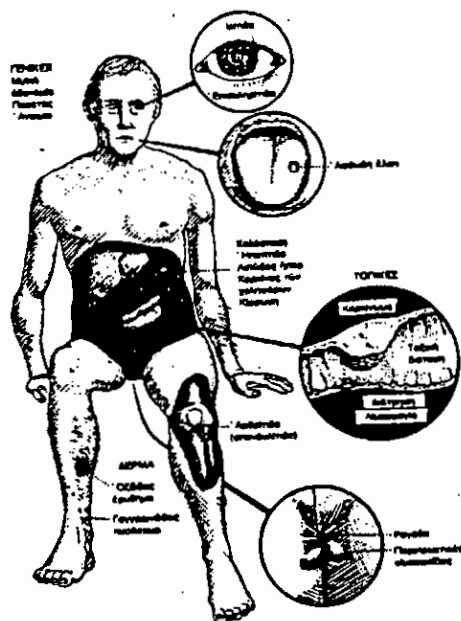
- φλεγμονή που επιπλέκει και τους μυϊκούς χιτώνες του εντέρου,
- υποκαλιαιμία,
- λήψη οπιούχων αντιχοληνεργικών και βαριούχων υποκλισμών.

Το τοξικό megacolon διαγνώσκεται με απλή ακτινογραφία κοιλίας η οποία δείχνει ένα πεπαχυμένο εντερικό τοίχωμα και έναν διατεταμένο αυλό (μεγαλύτερο από 6 εκ. στο εγκάρσιο κόλον).

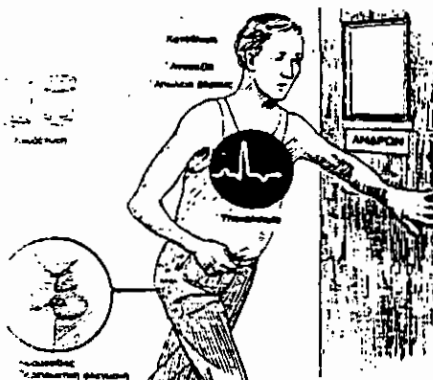
Συχνά τα αέρια του αυλού φανερώνουν ανώμαλους οζώδεις ψευδοπολύποδες. Το τοξικό megacolon συμβαίνει επίσης στη νόσο του Crohn και σε άλλους τύπους κολίτιδας όπως στην αμοιβάδωση και την σαλμονέλλωση.

### Μαζική αιμορραγία:

Είναι μια ασυνήθης αλλά επαπειλούσα σοβαρά την ζωή του ασθενούς επιπλοκή.



Εικόνα 8. Μερικές επιπλοκές της ελκώδους κολίτιδας



Εικόνα 9. Επιπλοκές της διάρροιας

### ΣΤΕΝΩΣΕΙΣ:

Αναπτύσσονται στο 10% των ασθενών με ελκώδη κολίτιδα. Είναι περισσότερο κοινές στις χρόνιες νόσους αν και μολονότι εμφανίζονται επίσης και στις οξείες περιπτώσεις. Οι καλοήθειες στενώσεις προκαλούνται από την πάχυνση των μυικών χιτώνων, από ίνωση, από συγκεντρώσεις φλεγμαινότων πολύποδων ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω. Η εμφάνιση καρκινώματος θα πρέπει να μας ανησυχεί.

### Καρκίνωμα του κόλου και του πρωκτού:

Αρχίζει να εμφανίζεται 5-8 έτη από την έναρξη της ελκώδους κολίτιδας. Μέσα σε 10 χρόνια από την εισβολή της νόσου περίπου το 5% των ασθενών έχουν αναπτύξει καρκίνο του κόλου και του πρωκτού. Η ολοκληρωμένη συχνότητα είναι 20-25% μετά από 20 χρόνια και 30-40% μέσα σε 30 χρόνια. Οι περισσότεροι από τους παράγοντες που προφανώς ταξινομούν σε ασθενείς υψηλού κινδύνου είναι ασαφείς (όπως η ηλικία της έναρξης, η σοβαρότητα της πρώτης προσβολής κλπ.). Η έκταση της κολίτιδας έχει περιορισμένη σημασία σαν παράγοντας. Αν και ο καρκίνος αναπτύσσεται νωρίτερα κατά την πορεία της νόσου σε περιπτώσεις πανκολίτιδας, σε αριστερή κολίτιδα τα ποσοστά εμφάνισης είναι τα ίδια.

Ο καρκίνος στην κολίτιδα τείνει να είναι πολυκεντρικός, λιγότερο καλώς διαφοροποιημένος και ίσως πιο συχνά παρουσιάζομενος δεξιά. Μερικοί από αυτούς είναι δύσκολο να εντοπιστούν με ενδοσκόπηση κι αυτό γιατί είναι πολύ μικροί σε έκταση και επίπεδοι (δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες στο τοίχωμα του εντέρου).

Συνεχής επαγρύπνηση είναι αναγκαία. Η πιο ευαίσθητη τεχνική

παρακολούθησης της εξέλιξης είναι η ετήσια ή η διετής κολονοσκόπηση με πολλαπλές βιοψίες του επιθηλίου για να ερευνηθεί η περίπτωση επιθηλιακής δυσπλασίας. Αν διαπιστωθεί υψηλού βαθμού δυσπλασία σε μια σειρά βιοψιών οι πιθανότητες αποκάλυψης καρκίνου στο παχύ έντερο είναι 30-50% και η χειρουργική εξαίρεση του παχέως εντέρου θα πρέπει να εκτελείται άμεσα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

#### Α. ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι στόχοι της συντηρητικής θεραπείας είναι να θέσουν σε λήξη τα συμπτώματα της οξείας φάσης της νόσου όσο το δυνατόν , πιο σύντομα και κατά δεύτερον λόγο να προλάβουν τις υποτροπές της νόσου. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την σοβαρότητα της προσβολής και την ηλικία των ασθενών. Τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ειδικά προβλήματα.

#### 1. Ήπια προσβολή

Η νόσος με ήπια ή ύπουλη προσβολή, περιορισμένη στο ορθό και στο σιγμοειδές, συνήθως μπορεί να ελεγχθεί με μια θεραπεία η οποία δεν χρειάζεται παρμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η μειωμένη φυσική δραστηριότητα, ακόμη και η ανάπαυση στο κρεβάτι θα πρέπει να συνιστώνται. Η διαίτα θα πρέπει να είναι ελεύθερη, βοϊού γάλακτος και οποιασδήποτε άλλης τροφής, η οποία <sup>δεν</sup> επιδεινώνει την διάρροια στον κάθε ασθενή κατά περίπτωση. Η σουλασαλαζίνη (azulfidine) σε δόσεις 2-8 g την ημέρα σε <sup>φ</sup>regos λήψη είναι αποτελεσματική για τον έλεγχο της οξείας προσβολής.

Το 5-αμινοσαλικυλικό είναι επίσης αποτελεσματικό για τον έλεγχο της οξείας φάσης της νόσου σε χρήση τοπική μετά από χορήγηση του με υποκλυσμό. Παραδόξως, έχει αναφερθεί ότι η σουλφασαλαζίνη επιδεινώνει την ελκώδη κολίτιδα και εμφανίζει πολλές άλλες παρενέργειες (όπως ολιγοσπερμία και αναστολή της απορρόφησης των φολικών). Πολλά νέα παράγωγα των σαλικυλικών βρίσκονται σε εξέλιξη και ένα ή περισσότερα από αυτά ίσως αντικαταστήσει την σουλφασαλαζίνη στο μέλλον. Τα τυπικά κορτικοειδή ενδείκνυνται σε πολλές περιπτώσεις και μπορούν να χορηγηθούν με την μορφή υποκλυσμού (100 mg υδροκορτιζόνης σε 60 ml φυσιολογικού ορού) ή με την μορφή πρωκτικού αφρού (rectal foam). Εάν αυτά τα μέτρα αποτύχουν στο να μειώσουν ή να εξαφανίσουν τα συμπτώματα άμεσα (μέσα σε περίοδο 2 εβδομάδων) η θεραπεία θα πρέπει να εντατικοποιηθεί.

## 2. Σοβαρή προσβολή

Η σοβαρή ή η κεραυνοβόλος ελκώδης κολίτιδα είναι μια επείγουσα κλινική νόσος και απαιτεί παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο. Σε ασθενείς με διάταση του κόλου ή σε ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο και παρουσιάζουν αυτήν την επιπλοκή, απαιτείται η χρήση ρινογαστρικού σωλήνα. Αν και η "ανάπαυση του εντέρου" (bowel rest) δεν έχει κάποια ειδική ωφέλεια, πολλοί ασθενείς δεν είναι σε θέση να συντηρούνται τρεφόμενοι με λήψη τροφής από το στόμα. Σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να αρχίζει από νωρίς η θρέψη με ολική παρεντερική διατροφή

Αναλογως με την περίπτωση χορηγούνται ενδοφλεβίως κορτικοειδή όπως υδροκορτιζόνη (100 -300 mg/d) ή προεδνιζολόνη (20-80

mg/d). Εναλλακτικά, μπορεί να χορηγηθεί κορτικοτροπίνη (ACTH) με την μορφή ενδοφλεβίου εγχύσεως 20-40 units/8 h. Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται από το στόμα όταν ο ασθενής μπορεί να σιτιστεί κανονικά και η δοσολογία μειώνεται βαθμιαία για μια περίοδο πάνω από 1-3 μήνες. Τα κορτικοστεροειδή συνίστανται τοπικώς όταν η διάρροια παρουσιάζει ύφεση. Η αξία της αντιμικροβιακής θεραπείας κατά την διάρκεια της οξείας προσβολής δεν έχει αναγνωριστεί.

Η υποκαλιαιμία είναι σύνηθες φαινόμενο και θα πρέπει να διορθώνεται. Μεταγγίσεις αίματος μπορεί να είναι αναγκαίες. Προσοχή χρειάζεται στην χορήγηση αντιχολινεργικών και οπιοειδών επειδή μπορούν να προκαλέσουν οξεία διαταραχή του παχέως εντέρου. Η σουλφασαλαζίνη θα πρέπει να χορηγείται από το στόμα εάν ο ασθενής επιτρέπεται να φάει, αλλά οι πιο σοβαρά ασθενείς αποκτούν κάλυψη με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά.

### 3. Συντήρηση

Ελεγχόμενες δοκιμές έχουν δείξει ότι η χρόνια χορήγηση σουλφασαλαζίνης (2 g/d per os) μειώνει τα ποσοστά υποτροπών. Κορτικοειδή από του στόματος σε δόσεις αρκετά μικρές ώστε να αποφευχθούν παρενέργειες δεν είναι αποτελεσματικά στην πρόληψη των υποτροπών. Τα κορτικοστεροειδή χορηγούμενα τοπικώς μπορεί να είναι χρήσιμα στην θεραπεία συντήρησης σε ασθενείς με πρωκτίτιδα ή πρωκτοσιγμοειδίτιδα.

Η ανοσοκατασταλτική θεραπεία (αζαθειοπρίνη - imuran) έχει δοκιμαστεί στη νόσο του Crohn αλλά δεν έχει δοκιμαστεί επαρκώς στην ελκώδη κολίτιδα. Ένα άλλο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο, η

μερκαπτοπουρίνη, χρησιμοποιείται από μερικούς κλινικούς στην θεραπεία της ελκώδους κολίτιδας, σε ασθενείς που δεν μπορούν να ανεχθούν την διακεκομμένη θεραπεία με κορτικοειδή. Η αποτελεσματικότητα της μετρονιδαζόλης στην ελκώδη κολίτιδα παραμένει αναπόδεικτη.

## **B. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **1. Ενδείξεις**

α) **Οξεία ελκώδης κολίτιδα:** Επείγουσα χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σε περίπτωση αποδεδειγμένης ή υποπτευομένης διατήρησης του παχέως εντέρου. Η επείγουσα επέμβαση είναι μια ένδειξη η οποία θα πρέπει να αναμένεται μια ή περισσότερες ημέρες από πριν. Εκτελείται για ένα οξύ πρόβλημα (τοξικό megacolon αιμορραγία, ή κεραυνοβόλο κολίτιδα) το οποίο θεραπεύεται αρχικά συντηρητικά και αν η ανταπόκριση είναι ανεπαρκής, χειρουργικά. Δεν υπάρχει μια σταθερή γραμμή σαν οδηγός που να καθορίζει πότε θα ακολουθήσουμε συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία σε αυτές τις περιπτώσεις. Εάν το τοξικό megacolon δεν ανταποκρίνεται επιτυχώς στην συντηρητική αγωγή μέσα σε διάστημα λίγων ωρών (όχι ημερών) η χειρουργική επέμβαση είναι απαραίτητη προκειμένου να αποφύγουμε διάτρηση του εντέρου. Η κεραυνοβόλος μορφή της νόσου χωρίς την εμφάνιση τοξικού megacolon θα πρέπει να εμφανίσει βελτίωση μέσα σε 4-5 ημέρες ή και λιγότερο, διαφορετικά συνιστάται χειρουργική επέμβαση.

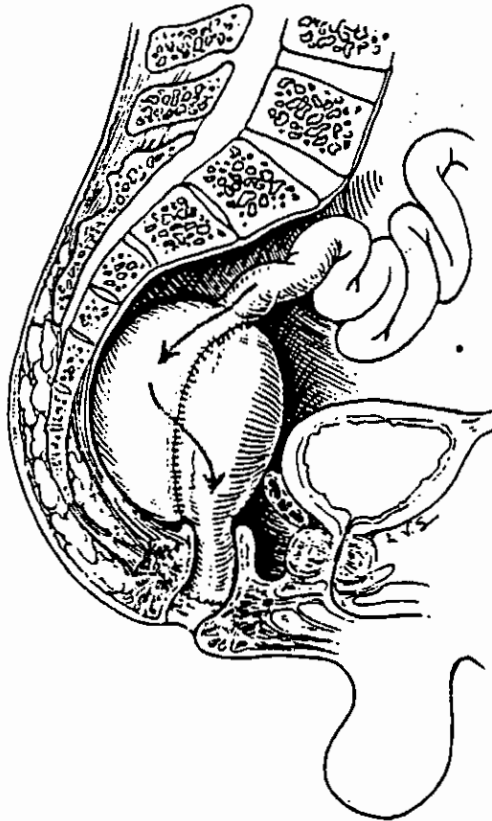


**β) Χρόνια ελκώδης κολίτιδα:** Ανιάτες μορφές της νόσου είναι δύσκολο να καθοριστούν. Συχνές επιδεινώσεις χρόνια συνεχή συμπτώματα, κακή θρέψη, αδυναμία, ανικανότητα προς εργασία, ανικανότητα απόλαυσης της κοινωνικής και σεξουαλικής ζωής, όλα αυτά είναι στοιχεία της ανιάτης μορφής της νόσου. Η επιδείνωση της νόσου κατά την περίοδο που οι δόσεις των κορτικοειδών μειώνονται - και έτσι η αδυναμία διακοπής αυτών των φαρμάκων για μήνες ή χρόνια είναι μια επιτακτική ένδειξη για κολεκτομή. Τα παιδιά με χρόνια κολίτιδα μπορεί να έχουν μειωμένη ανάπτυξη. Η πρόληψη των επιπλοκών είναι μια σημαντική ένδειξη για επέμβαση. Σοβαρές εξωκολικές εκδηλώσεις όπως αρθρίτιδα, γαγγραινώδες πυό-  
 δερμα, ή ηπατοχολική νόσος μπορούν να ανταποκριθούν στην κολεκτομή. Μερικά από αυτά τα προβλήματα (πχ. αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα) δεν βελτιώνονται μετά από την απομάκρυνση του νοσούντος κόλου.

## 2. Χειρουργικές τεχνικές

Η ολική πρωκτοκολεκτομή με μόνιμη ειλεοστομία είναι η τεχνική η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στους περισσότερους ασθενείς. Επειδή ο βλεννογόνος του ορθού συχνά νοσεί μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να παρουσιάζουν διάρροιες. Μερικοί απαιτούν συνεχόμενη θεραπεία για φλεγμονή του ορθού. Υπάρχει επίσης ένας κίνδυνος υποκείμενης κακοήθειας (περίπου 20%). Μια λύση η οποία κερδίζει συνεχώς σε "δημοτικότητα" είναι η εκτομή του βλεννογόνου του ορθού (rectal mucosectomy) με ειλεοπρωκτική αναστόμωση. Σε αυτήν την επέμβαση ο βλεννογόνος του ορθού αφαιρείται και ο ειλεός (ο οποίος διαμορφώνεται σε ένα είδος δεξαμενής ή

σάκκου) φέρεται προς τα κάτω διαμέσου του αυλού του μυός του πρωκτού και συρράπτεται στο ανώτερο μέρος του πρωκτικού σωληνα (σχέδιο).



Αυτή η τεχνική εξαλείφει την νόσο ενώ ταυτόχρονα διατηρεί την καλή λειτουργία του πρωκτού και μειώνει την ανάγκη μόνιμης ειλεοστομίας. Στο 90-95% των ασθενών μετά από ειλεοπρωκτική αναστόμωση αναμένεται μια πετυχημένη έκβαση της επέμβασης. Στις επείγουσες επεμβάσεις είναι σοφό να διατηρείται ακέραιος ο πρωκτός με την ελπίδα να μειωθούν στο ελάχιστο τα ποσοστά των θανάτων και των επιπλοκών, που συνοδεύουν την επέμβαση. Η επέμβαση συνήθως συνίσταται σε ολική κολεκτομή και ειλεοστομία. Εάν το παχύ έντερο είναι φανερά διατεταμένο, η ειλεοστομία (για παροχέτευση των κοπράνων) και μια ή δύο κολοστομίες (για εκτόνωση της πίεσης) είναι μια πιθανή προσωρινή προσέγγιση της νόσου, αν και πολύ λίγοι χειρουργοί χρησιμοποιούν αυτήν την

μέθοδο, εάν η εκτομή του παχέως εντέρου (κολεκτομή) είναι επι-  
κτική.

### Γενικότητες περί ελκώδους κολίτιδας

Η χρόνια κολίτιδα δεν έχει σχέση με άλλες κολίτιδες (φυμα-  
τιώδους ή αμοιβαδικής αιτιολογίας κ.ά.). Η ελκώδης κολίτιδα α-  
νήκει στα νοσήματα του "πολιτισμού". Είναι ο όρος που χρησιμο-  
ποιείται για τα νοσήματα που παρουσίασαν μεγάλη συχνότητα τα  
τελευταία χρόνια ή και εμφανίστηκαν για πρώτη φορά.

Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται κυρίως στο μισό τμήμα του  
παχέως εντέρου, αριστερά και μάλιστα στο σιγμοειδές και το α-  
πευδυσμένο χωρίς να αποκλείεται σε μερικές περιπτώσεις η επέ-  
τασή της.

Η αιτία της παθήσεως παραμένει άγνωστη και κανένα μικρόβιο  
ή ιός δεν αποδείχθηκε σαν συγκεκριμένη αιτία της. Σήμερα πι-  
στεύεται ότι το αίτιο είναι ανοσοβιολογικό (υπάρχουν περιπτώ-  
σεις που ο οργανισμός δεν αναγνωρίζει τα κύτταρά του και ανα-  
πτύσσει αντισώματα εναντίον των ιδίων των κυττάρων του).

Οι ασθενείς είναι συνήθως άτομα ευαίσθητα ψυχικά, παρασυμπαθη-  
τικοτονικά και η νόσος αρχίζει ή επιβαρύνεται συχνά με συγκι-  
νήσεις κάθε είδους.

Η ελκώδης κολίτιδα είναι νόσος κυρίως των εφήβων και νεα-  
ρών ενηλίκων, και μάλιστα των γυναικών. Μπορεί όμως και να πα-  
ρουσιαστεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Το 10-20%  
περίπου των οικογενειών με ελκώδη κολίτιδα έχουν πολλαπλές πε-  
ριπτώσεις μέσα στην ίδια την οικογένεια.

**ΜΕΡΟΣ Β΄**

**ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ  
ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ**

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

### ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

#### 1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ - ΠΗΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

α) Ο άρρωστος: Ο ίδιος ο άρρωστος είναι μια πάρα πολλή καλή πηγή προκειμένου να πάρουμε πληροφορίες σχετικά με την έναρξη και γενικά την πορεία της νόσου του και συμβάλλει κατά πολύ στην εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

Από τον άρρωστο, από τα συμπτώματα και τα ενοχλήματα του θα προσανατολιστούμε προς τη διάγνωση της νόσου του και θα την ξεχωρίσουμε από άλλες νόσους που μπορεί να μοιάζουν με αυτήν. (πχ. νόσος του Crohn, ψευδομεμβρανώδης κολίτιδα κλπ.).

β) Η οικογένεια: Η λήψη του οικογενειακού ιστορικού του αρρώστου είναι απαραίτητη. Εμφάνιση ελκώδους κολίτιδας και σε άλλα μέλη της ίδιας οικογένειας (πχ. πατέρας, μητέρα, παιδιά) μας βοηθούν να εκτιμήσουμε καλύτερα την κατάσταση της υγείας του αρρώστου, προσανατολίζοντας μας προς την νόσο αυτή.

Έπειτα, η εμφάνιση της ελκώδους κολίτιδας έστω και σε ένα άτομο της οικογένειας, μάς κάνει να υποψιαζόμαστε την περίπτωση να υπάρχει και σε κάποιο άλλο χωρίς όμως να έχει εκδηλωθεί. Αυτό είναι βασικό στοιχείο γιατί θα πρέπει να οδηγεί και τα υ-

πόλοιπα μέλη της οικογένειας στον γιατρό για έλεγχο.

**γ) Άλλα άτομα του περιβάλλοντος του:** Πληροφορίες για τον άρρωστο μπορούν να ληφθούν και από άλλα άτομα του στενού περιβάλλοντος του. Βέβαια, οι πληροφορίες που μπορούμε να πάρουμε από τον κύκλο αυτό είναι μικρής αξίας αλλά όμως δεν παύουν να αποτελούν συμπληρωματικό μέρος ως προς την εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου.

**δ) Ιατρικά δελτία:** Αυτά είναι χρήσιμα σε περιπτώσεις στις οποίες έχει εμφανιστεί ξανά η νόσος στο παρελθόν και πρόκειται για δεύτερη εμφάνισή της. Από τα ιατρικά δελτία μπορούμε επίσης να πάρουμε πληροφορίες που αφορούν την γενική κατάσταση του αρρώστου όπως άλλες παθήσεις, προηγούμενες επιπλοκές της νόσου τυχόν θεραπείες στο παρελθόν κλπ.

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

Σημαντική συμβολή στην εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου μπορεί να προσφέρει το ιστορικό υγείας. Ένα καλό ιστορικό υγείας μπορεί να είναι ο καθρέφτης της γενικής κατάστασης του αρρώστου. Το ιστορικό υγείας θα πρέπει να λαμβάνεται από ένα άριστα εκπαιδευόμενο προσωπικό. Θα πρέπει να απαντώνται με ακρίβεια όλες οι ερωτήσεις που αφορούν την προσωπική και οικογενειακή κατάσταση υγείας από τον ασθενή. Οι ανακρίβειες θα πρέπει να αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Σε αυτό θα συμβάλλει και ο νοσηλευτής ο οποίος θα οδηγήσει τον ασθενή σε τέτοιο σημείο ώστε να δώσει από μόνος του όλες τις σωστές απα-

ντήσεις στα ερωτήματα του με μεγάλη ακρίβεια.

- α) Εξετάζεται η περίπτωση προηγούμενης διαπίστωσης κολίτιδας στον άρρωστο ή σε μέλος της οικογένειάς του.
- β) Η διάρροια εμφανίζεται σε άλλους απότομα και σε άλλους βαθμιαία. Μπορεί να αναφέρεται σε μερικές ημίρρευστες κενώσεις την ημέρα ή σε υδαρείς κενώσεις που γίνονται κάθε 30 λεπτά ή κάθε 1 ώρα. Η κένωση μπορεί να περιέχει αίμα, πύον και βλέννη. Σπάνια μπορεί να υπάρχει απώλεια κοπράνων. Στις πολύ βαρείες περιπτώσεις ο άρρωστος αισθάνεται τεινεσμό (σπαστική σύσπαση του πρωτικού σφιγκτήρα που συνοδεύεται από πόνο και επείγουσα ανάγκη για κένωση).
- γ) Πολλοί άρρωστοι περιγράφουν έναν ήπιο κραπτικό πόνο στην κάτω κοιλιά.
- δ) Παίρνονται από τον άρρωστο πληροφορίες για το επίπεδο ενεργείας του. Συχνά παράπονα του αρρώστου όσον αφορά το θέμα αυτό είναι η κακουχία και η κόπωση.
- ε) Ερευνάται η δομή της προσωπικότητας του αρρώστου και η στρατηγική διαπραγμάτευσης του με τις δυσκολίες της ζωής. Τα μισά περίπου από τα άτομα που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα αισθάνονται ανικανότητα και απελπισία στη διαπραγμάτευσή τους με τα stress. Συχνά έχουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Διερευνάται τυχόν βίωμα συγκηνισιακού stress τους τελευταίους μήνες, αφού αυτό συνδέεται συχνά με την εμφάνιση ή την έξαρση της νόσου.
- στ) Σημειώνεται τυχόν ανορεξία και διαπίστωση απώλειας βάρους

### 3. ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

- α) Παίρνεται το βάρος του σώματος και συγκρίνεται με προηγούμενες τιμές για να διαπιστωθεί τυχόν απώλεια βάρους από μέρους του ασθενούς.
- β) Τα ευρήματα κατά την κοιλιακή εξέταση είναι διάφορα και ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης. Η κοιλιά μπορεί να είναι επίπεδη με εμφανή τον περισταλτισμό του εντέρου. Υπάρχει συχνά μια αύξηση της έντασης των εντερικών ήχων. Με την επιδείνωση της φλεγμονής μπορεί να υπάρχει κοιλιακή διάταση. Κατά την ψηλάφηση μπορεί να υπάρχει ευαισθησία, ειδικά κατά μήκος του κατιόντος κόλου και στην αριστερή βουβωνική χώρα.
- γ) Κατά την εξέταση του ορθού μπορεί να παρατηρηθεί ερυθρότητα και εκδορά γύρω από τον πρωκτό. Η δακτυλική εξέταση, δείχνει συνήθως άδειο ορθό, πρωκτοσπασμό και ύπαρξη σχισμών και αποστημάτων.
- δ) Επειδή ο πυρετός είναι συνηθισμένο εύρημα, παίρνεται η θερμοκρασία του σώματος για τυχόν διαπίστωση υπερπυρεξίας.
- ε) Παίρνονται τα ζωτικά σημεία, εξετάζεται η ελαστικότητα του δέρματος, η κατάσταση των βλεννογόνων και η υποχωρητικότητα των βολβών στην πίεση, προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός υποογκαιμίας εξαιτίας της διάρροιας.
- στ) Σπάνια, οι άρρωστοι παρουσιάζουν φλεγμονώδεις επεξεργασίες σε διάφορα μέρη του σώματος που πηγαίνουν παράλληλα, με την εντερική δραστηριότητα. Δυνατόν να παρατηρηθούν οζώδες ερύθημα και γαγγραινώδες πυόδερμα στις κνήμες και τις ποδοκνημικές αρθρώσεις. Οι οφθαλμοί μπορεί να είναι κόκκινοι οι αντιδράσεις της κόρης μειωμένες και το μέγεθός της μι-



κρό. Ο άρρωστος συχνά παραπονείται για ομιχλώδη όραση. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να οφείλονται σε μια ποικιλία οφθαλμικών φλεγμονών όπως επισκληρίτιδα, ιρίτιδα, ραγοειδίτιδα και κερατίτιδα. Το ήπαρ μπορεί να διηθηθεί με λίπος πράγμα που γίνεται εμφανές από την εκδήλωση ικτέρου.

Οι εκδηλώσεις από τις αρθρώσεις είναι οι πιο συχνές αυτών των φλεγμονών και συμβαίνουν στο 10-20% των αρρώστων με ελκώδη κολίτιδα. Συνήθως, περιλαμβάνουν οξεία αρθρίτιδα των αρθρώσεων του γόνατος και του ισχίου ή της ποδοκνημικής άρθρωσης που είναι μικρής διάρκειας, υποτροπιάζουσα και δεν προκαλεί παραμορφώσεις.

#### 4. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

- α) Μείωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, ανάλογη με την απώλεια αίματος. Τα λευκα αιμοσφαίρια είναι ελαφρώς αυξημένα. Η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (Τ.Κ.Ε.) είναι συνήθως μεγάλη και η λευκωματίνη του ορού συνήθως μειωμένη. Η ηλεκτρολυτική διαταραχή μπορεί να υπάρχει εξαιτίας της απώλειας από τις κενώσεις. Τα κόπρανα εξετάζονται για αίμα, πύον και βλέννη και καλλιεργούνται.
- β) Συχνά γίνεται βαριούχος υποκλισμός. Η συνήθης προετοιμασία είναι πολύ δραστική, το κόλον καθαρίζεται επαρκώς με χορήγηση 240 ml/h υγρών για 8-10 ώρες καθώς και με την χορήγηση ήπιων καθαρτικών.
- γ) Για την άμεση επισκόπηση του ορθού και του σιγμοειδούς κόλου μπορεί να γίνει ορθοσιγμοειδοσκόπηση. Το κόλον καθαρίζεται και πάλι με ήπια καθαρτικά και χορήγηση υγρών. Ο

άρρωστος αισθάνεται κραμπικό πόνο και δυσχέρεια κατά την εξέταση.

- δ) Η κολonosκόπηση γίνεται για την άμεση επισκόπηση του κόλου με εύκαμπτο κολonosκόπιο. Η διαδικασία και η ετοιμασία είναι όμοια με εκείνη της ορθοσιγμοειδοσκόπησης. Συχνά παίρνεται τεμάχιο ιστού από το κόλον για βιοψία. Επειδή αυτοί οι άρρωστοι δεν μπορούν να χαλαρώσουν και να είναι ήρεμοι, πριν κοιμηθούν την ώρα της εξέτασης η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δώσει μεγάλη ψυχολογική υποστήριξη στον άρρωστο τόσο κατά την προετοιμασία του αρρώστου για την εξέταση όσο και κατά την διάρκεια της εξέτασης. Οι προσεκτικές και καθαρές εξηγήσεις για την αναγκαιότητα της εξέτασης, τη διαδικασία της κολonosκόπησης, τα αποτελέσματα αυτής καθώς και το τί προσδοκείται από όλη αυτήν την διαδικασία βοηθούν κατά πολύ στην μείωση του άγχους.

#### Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

##### - Άμεσοι :

- α) Απαλλαγή από την διάρροια
- β) Καταπολέμηση του πόνου
- γ) Μείωση της θερμοκρασίας του σώματος
- δ) Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- ε) Πρόληψη επιπλοκών
- στ) Αντιμετώπιση κολινηκών και εξωκολονικών φλεγμονών

- **Μακροπρόθεσμοι :**

- α) Προαγωγή επαρκούς θρέψης
- β) Πρόληψη εξάρσεων της νόσου
- γ) Προαγωγή υγιών στρατηγικών στην αντιμετώπιση του stress.

**Προβλήματα του αρρώστου με ελκώδη κολίτιδα και ανακούφιση του από αυτά**

Κατά τη διάρκεια της νόσου, όπως και για οποιαδήποτε νόσο, που εμφανίζεται σε έναν ανθρώπινο οργανισμό, εμφανίζονται μία πληθώρα προβλημάτων, τα οποία μπορεί να είναι τόσο απόρροια της ίδιας της νόσου του όσο και απόρροια κάποιας άλλης κατάστασης (πχ. θεραπείας κλπ.). Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε, ακριβώς με την παρουσίαση αυτών των προβλημάτων του καθώς επίσης και με την αντιμετώπισή τους καθώς και με την ανακούφιση του αρρώστου.

Σε γενικές γραμμές τα προβλήματα του αρρώστου συνοψίζονται στα παρακάτω:

- α) Ανεπαρκής οξυγόνωση των ιστών
- β) θρεπτικό ανισοζύγιο
- γ) Ενεργειακό ανισοζύγιο
- δ) Υδατοηλεκτρικά ανισοζύγια
- ε) Μείωση δραστηριοτήτων του αρρώστου
- στ) Πόνος
- ζ) Προβλήματα προσωπικότητας
- η) Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
- θ) Προβλήματα παροδοχής του νέου σωματικού ειδώλου του αρρώστου.

Ακολουθεί αναλυτικότερη παρουσίαση των προβλημάτων αυτών.

### 1. Ανεπαρκής οξυγόνωση των ιστών

Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία εμφανίζεται πολύ συχνά στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα και η οποία έχει διάφορες αιτίες. Οι κυριότερες αιτίες εξαιτίας των οποίων εμφανίζεται αυτή η κατάσταση είναι η **αναιμία**, ο **πόνος** και ο **μετεωρισμός/τυμπανισμός** του εντέρου.

Μια από τις κυριότερες αιτίες εμφάνισης του προβλήματος ανεπαρκούς οξυγονώσεως των ιστών είναι η πτώση του αιματοκρίτη, που εμφανίζεται στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα. Η αναιμία που εμφανίζεται σε αυτήν την περίπτωση έχει την αιτία της στην μικρή αλλά συχνή απώλεια αίματος από τον βλεννογόνο του παχέως εντέρου στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα. Η συνεχής αυτή απώλεια αίματος έχει σαν συνέπεια εκτός από την πτώση του αιματοκρίτη, και την πτώση της αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Κατά συνέπεια, το οξυγόνο που δεσμεύεται από το αίμα στους πνεύμονες, προκειμένου να μεταφερθεί στην περιφέρεια για την παραγωγή ενέργειας δεν φτάνει σε ικανοποιητικά επίπεδα στους διαφόρους ιστούς (λείους, γραμμωτούς, μυες κλπ.) με αποτέλεσμα ο ασθενής να παρουσιάζει εύκολη κόπωση και εξάντληση. Όσο πιο μεγάλη είναι η απώλεια αίματος από το παχύ έντερο με την μορφή μικροαιμορραγιών τόσο πιο έντονα είναι τα φαινόμενα αυτού του προβλήματος.

Ο πόνος είναι άλλη μία από τις αιτίες ανεπαρκούς οξυγόνωσης των ιστών, ο οποίος εμπλέκεται στην όλη κατάσταση με την προϋπόθεση ότι εφόσον ο ασθενής πονά περιορίζει κατά κάποιο

βαθμό την συχνότητα και το βάθος της αναπνοής του. Οι αναπνευστικές κινήσεις περιορίζονται με αποτέλεσμα να μειώνεται ο αναπνευστικός όγκος και έτσι να μειώνεται το ποσόν του οξυγόνου που ανταλλάσσεται μεταξύ κυψελίδων, και αίματος διαμέσου της αναπνευστικής μεμβράνης. Συνεπώς, έχουμε και σε αυτήν την περίπτωση ανεπαρκή οξυγόνωση των ιστών με εμφάνιση όλων των συνοδών προβλημάτων (εύκολη κόπωση κλπ.).

Ο μετεωρισμός / τυμπανισμός του εντέρου έχει κι αυτός κάποια σχέση με την όλη κατάσταση αν και από πρώτης όψεως δεν φαίνεται να επηρεάζει την οξυγόνωση του σώματος. Το γεμάτο όμως με αέρια παχύ έντερο μπορεί να είναι μια από τις αιτίες ανεπαρκούς οξυγόνωσης η οποία έχει μηχανισμό δράσης παρόμοιο με εκείνο του πονου (περιορίζει δηλαδή τις αναπνευστικές κινήσεις) αλλά οφείλεται καθαρά σε μηχανικούς λόγους.

Σε αυτή την περίπτωση το έντερο έχει διαταθεί από τα αέρια που ήδη υπάρχουν στον αυλό του και έχει μετατοπιστεί το μεγαλύτερο μέρος του προς το πάνω μέρος της κοιλίας επειδή το έντερο σε αυτό το σημείο είναι πιο ευκίνητο, και έτσι ασκεί πίεση στο διάφραγμα, έναν καθαρά αναπνευστικό μυ ο οποίος έχει κατά ένα μεγάλο ποσοστό (αν όχι εξ ολοκλήρου) τον έλεγχο των αναπνευστικών κινήσεων. Συνέπεια αυτού είναι η μείωση του βάθους των αναπνευστικών κινήσεων και η μείωση του όγκου αναπνοής όπως έχει αναφερθεί ήδη πιο πάνω.

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην λήψη μέτρων που αφορούν στην ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα αυτού του προβλήματος.

Το κύριο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι η εύκολη κόπωση του αρρώστου η οποία μπορεί να ποικίλλει είτε από μεγάλη σε ένταση δραστηριότητα είτε μετά από μικρό

βαθμό δραστηριότητας. Η τελευταία περίπτωση οφείλεται φυσικά σε μεγάλο βαθμό αναιμία η οποία είναι απόρροια κάποιας μεγάλης αιμορραγίας από τον φλεγμαίνοντα βλεννογόνο του παχέως εντέρου. Η συντηρητική θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει αμέσως. Εάν η απώλεια αίματος είναι μεγάλη και δεν μπορεί να ελεγχθεί με την συντηρητική αγωγή τότε ο ασθενής θα πρέπει να οδηγείται στο χειρουργείο για εξαίρεση του αιμορραγούντος τμήματος (αυτό συμβαίνει κυρίως σε περιπτώσεις που η ελκώδης κολίτιδα επιπλέκεται με μαζική αιμορραγία).

Εκτος όμως από την συντηρητική ή την χειρουργική θεραπεία, που μπορούμε να εφαρμόσουμε σε έναν άρρωστο υπάρχουν και άλλα μέτρα που μπορούν να εφαρμοστούν έτσι ώστε με την συνεργασία του νοσηλευτή και του αρρώστου να επιτευχθεί η ανακούφιση του δεύτερου από τα συμπτώματα του προβλήματος αυτού. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή είναι η τακτική παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα κόπωσης και αναιμίας ελέγχοντας τακτικά τον αιματοκρίτη και την αιμοσφαιρίνη με συχνές εξετάσεις αίματος.

Συνιστάται στον ασθενή η αποφυγή οποιασδήποτε δραστηριότητας η οποία αποφέρει κόπωση και παραμονή του στο κρεβάτι μέχρις πλήρους ανανήψεως των δυνάμεών του. Η μυική άσκηση θα πρέπει να αποφεύγεται προς αποφυγή των συμπτωμάτων της ανεπαρκούς οξυγονώσεως των ιστών διότι η μυική άσκηση αυξάνει την κατανάλωση οξυγόνου από τους ιστούς και επομένως και την ένδεια οξυγόνου στην περιφέρεια με αποτέλεσμα την εμφάνιση εξάντλησης.

Βέβαια, ο ασθενής δεν θα πρέπει να παροτρύνεται για υπερβολική παραμονή του στο κρεβάτι, επειδή ο κλινοστατισμός δημιουργεί άλλα προβλήματα (όπως κατακλίσεις κλπ.). Μικροί περιπατοι με συχνά διαστήματα ξεκούρασης βελτιώνουν την γενική κατάσταση του ασθενούς όποτε καταλαβίνει ότι επέρχεται κόπωση θα

πρέπει να ξεκουράζεται και να συνεχίζει μετά από λίγο.

Σε σοβαρού βαθμού αναιμία όμως συνιστάται η παραμονή στο κρεβάτι. Η διατροφή θα πρέπει να είναι επαρκής έτσι ώστε να βοηθά τον ασθενή να αναλάβει τις δυνάμεις του τροφές οι οποίες προκαλούν ερεθισμό του εντέρου και επιτείνουν την αιμορραγία, θα πρέπει να αποκλείονται από το διαιτολόγιο του. Το θέμα αυτό όμως δεν θα αναφερθεί εδώ γιατί θα εξαντληθεί λεπτομερειακά στο επόμενο κεφάλαιο.

Ο πόνος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται κατάλληλα. Η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση και επαρκής έτσι ώστε να κάνει τον ασθενή να αισθάνεται άνετα. Συνήθως, ο πόνος εμφανίζεται από το stress που καταβάλλει τον ασθενή σχετικά με τη νόσο του και τις εκδηλώσεις της (στην συγκεκριμένη περίπτωση το stress για μια επικείμενη απόδευση επηρεάζει αρνητικά την όλη κατάστασή του). Η χορήγηση αγχολυτικών σκευασμάτων μπορεί να αποφορτίσει την τεταμένη ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και να επιδράσει θετικά στην ψυχολογία του. Το ίδιο αποτέλεσμα θα επέλθει αν ο ασθενής απασχοληθεί σε κάποια εργασία που του αρέσει αν επιδοθεί σε κάποιο χόμπυ ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα. Η εξασφάλιση επαρκούς ύπνου βοηθά επίσης στην απαλλαγή του από το stress και τη μείωση του πόνου. Αναλγητικά σε περιπτώσεις πιο ισχυρού πόνου που δεν ανακουφίζεται με τις παραπάνω μεθόδους θα πρέπει να δίνονται με προσοχή και πάντα με την συνταγή γιατρού διότι η αλόγιστη χρήση τους μπορεί να επιδράσει αρνητικά στον βλεννογόνο του εντέρου και να επέλθει επιδείνωση.

Ο μετεωρισμός/τυμπανισμός του εντέρου είναι μια άλλη κατάσταση η οποία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ικανοποιητικά. Για τον έλεγχο αυτής της κατάστασης συνιστάται η χρήση ενός

καλού διαιτολογίου. Η λήψη τροφών οι οποίες δημιουργούν αέρια στο έντερο θα πρέπει να αποφεύγονται. Τέτοιες τροφές είναι τα καρικευματα, τα αεριούχα ποτά κλπ.). Για την επίτευξη του μεγιστου δυνατού αποτελέσματος που είναι επωφελές για την κατάσταση του ασθενούς θα πρέπει η ομάδα υγείας που ασχολείται με την νοσηλεία του ασθενούς να συνεργάζεται με κάποιον διαιτολόγο, ο οποίος θα καθορίζει το καλύτερο δυνατό διαιτολόγιο του ασθενούς.

Η χρήση σωλήνα αερίων για την ανακούφιση του αρρώστου από τον τυμπανισμό θα πρέπει να αποφεύγεται επειδή είναι πιθανόν να ερεθίσει το ήδη ερεθισμένο έντερο και να επιδεινώσει την κατάσταση. Για όλα αυτά πάντως χρειάζεται η συνεργασία του νοσηλευτικού με το ιατρικό προσωπικό για την ωφέλεια του ασθενούς.

## **2. Θρεπτικό ανισοζυγίο**

Το πρόβλημα αυτό που εμφανίζεται πάρα πολύ συχνά στους αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα είναι απόρροια κυρίως δύο αιτιών: της διάρροιας και της ελλιπούς απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών από το έντερο.

Κυριότερη αιτία εξαιτίας της οποίας ο ασθενής με ελκώδη κολίτιδα εμφανίζει θρεπτικό ανισοζύγιο, είναι η εμφάνιση διάρροιας κατά την διάρκεια της νόσου. Και σε αυτή την νόσο όπως και στις άλλες φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου το παχύ έντερο, όπως είναι φυσικό παρουσιάζει κάποια φλεγμονή εκτεταμένη ή μικρής εντοπίσεως, (δηλαδή σε κάποιο τμήμα του εντέρου). Συνεπώς, οποιαδήποτε επαφή του τμήματος που φλεγμαίνει με τις τροφές που



διέρχονται από το τμήμα αυτό έχει σαν συνέπεια την προσπάθεια του οργανισμού να αποβάλλει τις ξένες ουσίες (στην συγκεκριμένη περίπτωση τις τροφές του εντερικού περιεχομένου) με αποτέλεσμα να εμφανίζεται το φαινόμενο της διάρροιας. Η διάρροια σαν εκδήλωση μειώνει το χρόνο παραμονής των θρεπτικών συστατικών στον αυλό του εντέρου με αποτέλεσμα τα θρεπτικά συστατικά να μην έχουν τον απαιτούμενο χρόνο στη διάθεσή τους προκειμένου να απορροφηθούν με αποτέλεσμα να εμφανίζεται το φαινόμενο της ελλιπούς θρέψης της απίσχνασης και του θρεπτικού ανισοζυγίου. Επιπλέον, το φαινόμενο της διάρροιας και μάλιστα της επώδυνης διάρροιας αυξάνει την ήδη τεταμένη ψυχολογική διάθεση του ασθενούς, αυξάνει το stress του και συχνά τον οδηγεί σε μια αποφυγή προς το φαγητό, οπότε το αποτέλεσμα είναι το ίδιο.

Η ελλιπής απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών από το έντερο, είναι δεδομένη εξαιτίας της βλάβης των κυττάρων του εντέρου, από την φλεγμονή που ήδη υπάρχει με αποτέλεσμα να μην γίνεται επαρκώς η ανταλλαγή των θρεπτικών ουσιών μεταξύ του αίματος και του αυλού του εντέρου.

Ο ρόλος του νοσηλευτού στο συγκεκριμένο πρόβλημα του αρρώστου συνίσταται στην ανακούφιση του ασθενούς από το εξαντλητικό (και πολλές φορές επώδυνο) φαινόμενο της διάρροιας και η προαγωγή της επαρκούς θρέψης του ασθενούς προκειμένου να αποκατασταθεί το πρόβλημα της ελλιπούς απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών από το έντερο.

Η διάρροια που εμφανίζεται σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να ποικίλλει από μέτριου βαθμού διάρροια έως βαρεία διάρροια με απώλεια μεγάλων ποσών ύδατος και ηλεκτρολυτών. Γι' αυτό το λόγο η διάρροια θα πρέπει να αντιμετωπίζεται κατάλληλα. Η φαρμακευτική αγωγή με αντιδιαρροϊκά φάρμακα περιλαμβάνει καολίνη,

νιφουροξαζίδη και παράγωγα του οπίου τα οποία έχουν αντι-διαρροϊκή δράση. Εκτός όμως από την φαρμακευτική αγωγή, υπάρχουν και άλλοι τρόποι ώστε να μειωθούν στο ελάχιστο τα διαρροϊκά φαινόμενα. Έτσι ο άρρωστος κατ' αρχάς θα πρέπει να λαμβάνει πολλά υγρά σε αντικατάσταση του ύδατος που έχει χαθεί από τον οργανισμό λόγω διάρροιας. Τροφές που προκαλούν ερεθισμό, του εντέρου θα πρέπει να αποφεύγονται έτσι ώστε να μειωθεί η υπερκινητικότητα του με αποτέλεσμα την ελάττωση των διαρροιών. Οι τροφές που πρέπει να αποφεύγονται είναι οι πικάντικες τροφές με πολλά καρυκεύματα, οι λιπαρές τροφές καθώς επίσης και τα διάφορα διεγερτικά, πχ. καφές κλπ. Για την μείωση του φαινομένου της διάρροιας ο άρρωστος συμβουλεύεται να παίρνει μικρές ποσότητες φαγητού, αλλά συχνές και να μην παραλείπει γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όταν το σύμπτωμα της διάρροιας αρχίζει να μειώνεται σε οξύτητα και ο άρρωστος αισθάνεται ήδη καλύτερα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει στο διαιτολόγιο του τροφές χαμηλές σε φυτικές ίνες όπως ρύζι, μπανάνες, τόστ, κράκερς.

Σε περιπτώσεις όπου παρ' όλα τα μέτρα δεν πετυχαίνουμε τίποτα και η θρέψη του αρρώστου είναι ανεπαρκής καταφεύγουμε στη θρέψη του με ολική ή μερική παρεντερική διατροφή. (Αυτό το θέμα όμως θα αναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο). Η ελλιπής απορρόφηση, των θρεπτικών συστατικών από τον αυλό του εντέρου συνήθως αποκαθίσταται με την αποκατάσταση της φλεγμονής του εντέρου με την θεραπευτική αγωγή όπου δε η συντηρητική αγωγή δεν φαίνεται να επιφέρει βελτίωση της αποκατάστασης του αρρώστου, αρχίζει να τίθεται σοβαρά το θέμα της χειρουργικής θεραπείας. Αυτό συμβαίνει συνήθως σε οξείες και κεραυνοβόλες μορφές της νόσου.

### 3. ΥΔΑΤΟΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ΚΑΙ ΟΞΕΟΒΑΣΙΚΑ ΑΝΙΣΟΖΥΓΙΑ

Διαταραχές στην υδατοηλεκτρική και οξεοβασική ισορροπία του ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα προκαλούν κυρίως δύο αίτια:

- Η διάρροια, και
- Ο πυρετός.

Η διάρροια, εκτός από την επίδρασή της πάνω στην θρέψη του ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα, έχει επίσης επίπτωση πάνω στην υδατοηλεκτρική και οξεοβασική ισορροπία του οργανισμού. Ο τρόπος που επιδρά πάνω σε αυτό το φαινόμενο δεν είναι άλλος από την μεγάλη απώλεια ύδατος από τον οργανισμό με τις διάρροιες καθώς επίσης και με την μεγάλη απώλεια ηλεκτρολυτών (όπως κάλιο και νάτριο) που ακολουθεί την απώλεια του ύδατος.

Ο πυρετός εξάλλου συμβάλλει επίσης στην διαταραχή της οξεοβασικής και υδατοηλεκτρικής ισορροπίας απορρυθμίζοντας τις φυσιολογικές λειτουργίες του κυττάρου και του οργανισμού με αποτέλεσμα την μεγάλη απώλεια ύδατος από τον οργανισμό (κυρίως, με τις επιδρώσεις) και την άσκοπη κατανάλωση ενέργειας από τα κύτταρα.

Η νοσηλευτική ευθύνη όσον αφορά το θέμα της διάρροιας έχει αναφερθεί στο αμέσως προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ θα αναφερθούν συμπληρωματικά οι επιπτώσεις της πάνω στην διαταραχή των υγρών και των ηλεκτρολυτών καθώς και τα μέτρα που παίρνουμε για την πρόληψη και την αντιμετώπισή τους.

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο ένα σημαντικό πρόβλημα κατά την διάρροια είναι η μικρή παραμονή του εντερικού περιεχομένου στον αυλό του εντέρου με αποτέλεσμα να μην προλαβαίνει να απορροφηθεί επαρκώς το νερό και οι ηλεκτρολύτες από το ενδοθήλιο του εντέρου. Βασικό μέλημα μας είναι να στα-

ματήσουν οι διάρροιες όσο το δυνατόν το συντομότερο είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε με άλλες μη φαρμακευτικές μεθόδους.

Ο ασθενής συνιστάται να πίνει μεγάλες ποσότητες υγρών προς αντικατάσταση αυτών που έχουν χαθεί. Οι χυμοί φρούτων και οι υγρές και πολτώδεις τροφές (όπως σούπες κλπ.) είναι η ιδανικότερη λύση για την αντικατάσταση των απωλεσθέντων υγρών. Τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά θα πρέπει να μετρώνται και να καταγράφονται σε ημερήσια βάση. Τα υγρά της διάρροιας θα πρέπει να μετρώνται με ακρίβεια και να καταγράφεται ο όγκος τους αν όχι ακριβώς τότε με μεγάλη προσέγγιση. Ο όγκος των προσλαμβανόμενων υγρών θα πρέπει να διατηρείται ίσος ή ελαφρώς μεγαλύτερος από τον όγκο των αποβαλλόμενων υγρών. Σε περίπτωση, που λαμβάνονται όλα τα παραπάνω μέτρα και ο όγκος των υγρών που αποβάλλονται είναι σαφώς μεγαλύτερος από εκείνον των υγρών που προσλαμβάνονται και για μεγάλο χρονικό διάστημα θα πρέπει να χορηγούνται υγρά ενδοφλεβίως.

Ένα σημαντικό πρόβλημα σε οξεία διάρροια είναι η απώλεια καλίου από τον οργανισμό. Το κάλιο φυσιολογικά απορροφάται από το έντερο και ελάχιστη ποσότητα αποβάλλεται μέσω των κοπράνων.

Σε διάρροια λόγω της μικρής παραμονής του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο το κάλιο δεν προλαβαίνει να απορροφηθεί και αποβάλλονται μεγάλες ποσότητες από τα κόπρανα. Η απώλεια καλίου (λόγω της διάρροιας) αντισταθμίζεται με την πρόσληψη τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε κάλιο. Οι κύριες πηγές καλίου είναι οι πλήρεις καρποί, το κρέας, τα λαχανικά, τα φρούτα και τα χόρτα. Σε σοβαρή υποκαλιαιμία θα πρέπει να δίνεται κάλιο ενδοφλεβίως από τον ορό ή από την ολική παρεντερική διατροφή. Πάντως, σπάνια δημιουργείται σοβαρή υποκαλιαιμία λόγω διάρροιας. Εκτός από το κάλιο θα πρέπει να παρακολουθούνται και

τα επίπεδα των άλλων ηλεκτρολυτών στον ορό αν και σπάνια υπάρχει πρόβλημα με τους άλλους ηλεκτρολύτες σε σοβαρές διάρροιες. Το νάτριο και το χλώριο θα πρέπει να ελέγχονται και τυχόν υπονατριαιμίες θα πρέπει να διορθώνονται. Το ίδιο συμβαίνει με το ασβέστιο και τον φώσφορο.

Ο πυρετός συμβάλλει επίσης κατά κάποιο τρόπο στην διαταραχή της υδατοηλεκτρικής και οξεοβασικής ισορροπίας και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται κατάλληλα, όχι μόνο γι' αυτούς τους λόγους αλλά και επειδή ταλαιπωρούν τον ασθενή. Για την αντιμετώπιση του θα μιλήσουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

#### 4. Ενεργειακό ανισοζύγιο

Πρόκειται κυρίως για το αποτέλεσμα που εμφανίζεται εξαιτίας του πυρετού και της κακής οξυγόνωσης των ιστών.

Ο πυρετός είναι μια επιπλοκή η οποία προκαλεί απώλεια ενέργειας από τον οργανισμό. Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος προκαλεί αύξηση των ποσών ενεργείας που δαπανώνται σε κυτταρικό επίπεδο προκειμένου να γίνουν οι αντιδράσεις που είναι απαραίτητες για την παραγωγή ενέργειας από τα κύτταρα με αποτέλεσμα να έχουμε σε πυρετικές καταστάσεις εύκολη κόπωση, και καταβολή του αρρώστου εξαιτίας αυτού του προβλήματος. Η υποξυγοναιμία επίσης, που προέρχεται από την κακή ιστική οξυγόνωση είναι και αυτή υπεύθυνη για το ενεργειακό ανισοζύγιο που παρουσιάζει ο ασθενής, κι αυτό γιατί το κύριο συστατικό που χρειάζονται τα κύτταρα για να παράγουν ενέργεια είναι το οξυγόνο, το οποίο χρησιμοποιούν για την φωσφορυλίωση και τον κύκλο του Kreb's. Ανεπαρκής πρόσληψη οξυγόνου από το αίμα έχει

σαν συνέπεια την ανεπαρκή μεταφορά του στους ιστούς και την ανεπαρκή παραγωγή ενέργειας.

Επομένως, η νοσηλευτική φροντίδα όσον αφορά το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενή συνίσταται στην αντιμετώπιση της οποιασδήποτε πυρετικής κίνησης και στην προαγωγή της οξυγόνωσης των ιστών. Η προαγωγή της οξυγόνωσης των ιστών έχει αναφερθεί προηγουμένως.

Ο πυρετός είναι ένα σύμπτωμα το οποίο εμφανίζεται συχνά σε αρρώστους με ελκώδη κολίτιδα, είναι αποτέλεσμα της φλεγμονής, που συμβαίνει στο παχύ έντερο και καταβάλλει τον ασθενή τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά επειδή επιδεινώνει το άγχος το οποίο ήδη υπάρχει στην γενική του ψυχολογική κατάσταση. Επομένως θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα και αποτελεσματικά.

Ο πυρετός αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά με μια κατάλληλη αντιπυρετική αγωγή. Χρησιμοποιούνται σκευάσματα παρακεταμόλης, και μεφαινομικού οξέος όχι όμως σαλικυλικά και φάρμακα που έχουν τις ίδιες ερεθιστικές επιδράσεις πάνω στον βλεννογόνο του στομάχου (πχ. όπως ινδομεθαμίνη, διχλωφαινάκη κλπ.). Επειδή μπορεί να επιδεινώσουν την ελκώδη κολίτιδα. Πριν όμως, καταφύγουμε στην φαρμακευτική αγωγή, υπάρχουν άλλα μέτρα που μπορούν να μειώσουν την θερμοκρασία του ασθενή. Τα φυσικά αυτά μέσα θα πρέπει να προτιμώνται από τα φαρμακευτικά σκευάσματα, και τα δεύτερα θα πρέπει να χορηγούνται μόνον σε αποτυχία των πρώτων να ρίξουν τον πυρετό, ή σε βαρεία υπερπυρεξία (πχ. πάνω από 40°C). Ο άρρωστος θα πρέπει να παρακολουθείται συχνά για την εμφάνιση πυρετού. Η θερμοκρασία του θα πρέπει να λαμβάνεται τακτικά και να σημειώνεται στο θερμομετρικό διάγραμμα με μεγάλη ακρίβεια. Σε εμφάνιση πυρετού το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να κάνουμε είναι να τοποθετήσουμε τον άρρωστο σε ένα

δροσερό μέρος. Θα πρέπει ιδιαίτερα να προσέξουμε ο ασθενής να μην είναι εκτεθειμένος σε ρεύματα αέρα, διότι μπορεί να μολυνθεί σε κάποιον παθογόνο μικροοργανισμό. Ένα δροσερό μπάνιο μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και να ρίξει τον πυρετό.

Σ' αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να προσέξουμε ώστε το νερό να μπορεί να γίνει ανεκτό από τον ασθενή και να μην είναι πολύ κρύο αλλά ούτε και πολύ ζεστό. Η συχνή λήψη υγρών από το στόμα είναι ένα άλλο καλό μέτρο σε ασθενείς με πυρετό διότι αναπληρώνει τα υγρά του οργανισμού που έχουν χαθεί με την εφίδρωση και ενυδατώνει τον ασθενή. Θα πρέπει να προτιμούνται χυμοί φρούτων και να αποφεύγονται τα αεριούχα ποτά. Αν παρ' όλα αυτά τα μέτρα ο ασθενής δεν ανακουφίζεται και ο πυρετός δεν πέφτει τότε θα πρέπει να γίνεται εφαρμογή κρύων κομπρεσών και παγοκύστεων. Οι κομπρέσσες που εφαρμόζονται θα πρέπει να είναι από ύφασμα βαμβακερό. Βρέχονται με κύρο νερό και τοποθετούνται σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενούς κάθε τόσο θα πρέπει να ξαναβρέχονται μέχρις ότου πέσει η θερμοκρασία του ασθενούς. Οι παγοκύστες είναι ένα άλλο μέσο που χρησιμοποιείται για την πτώση της θερμοκρασίας. Αυτές τοποθετούνται κάτω από τις μασχάλες του ασθενούς και στις μηροβουβωνικές πτυχές. Επίσης, μπορούν να εφαρμοστούν και το τριχωτό της κεφαλής. Οι παγοκύστες δεν θα πρέπει να έρχονται σε άμεση επαφή με το δέρμα του αρρώστου γι' αυτό καλό είναι να τυλίγονται με ένα κομμάτι βαμβακερό ύφασμα και μετά να τοποθετούνται σε επιθυμητά σημεία. Αν παρ' όλα αυτά ο πυρετός επιμένει τότε θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο πιθανής λοίμωξης.

## 5. Μείωση δραστηριοτήτων - Πόνος

Ο πόνος είναι ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται σε ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Ο πόνος είναι και ο κύριος υπεύθυνος για την μείωση της άνεσης και των δραστηριοτήτων του ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα. Πράγματι, ο ασθενής που πονά αισθάνεται μια δυσφορία και μείωση της άνεσής του. Περιορίζει στο ελάχιστο την καθημερινή του δραστηριότητα και επιπλέον εντείνεται το ψυχικό του stress που ήδη υπάρχει εξαιτίας της νόσου. Οι συναναστροφές με τους άλλους είναι λιγοστές και οι κοινωνικές του δραστηριότητες χάνουν το ενδιαφέρον τους. Η ανακούφισή του από τον πόνο είναι πρωταρχικής σημασίας και πάνω σε αυτό το θέμα θα πρέπει να καταβάλλεται σοβαρή προσπάθεια από την ομάδα υγείας που ασχολείται με την νοσηλεία του. Ανάλογα με την αιτία που τον προκαλεί είναι και η αντιμετώπισή του πόνου. Οι αιτίες πρόκλησης πόνου στους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα μπορεί να είναι διάφορες. Μια από τις συνηθέστερες περιπτώσεις που μπορεί να πονά ο ασθενής είναι κατά τη διάρκεια της κένωσης. Η επώδυνη κένωση είναι αποτέλεσμα αφενός μεν της οξείας φλεγμονής του βλεννογόνου του παχέως εντέρου αφ' ετέρου δε της πίεσης που ασκείται στον σφιγκτήρα του πρωκτού από τα κόπρανα κατά την αφόδευση. Πολλές φορές είναι δυνατόν να εμφανίζονται σχισμές και τραυματισμοί στην περιοχή του πρωκτού οι οποίες μπορούν να επιτείνουν τον πόνο κατά την κένωση. Στις περιπτώσεις που η διάρροια εναλλάσσεται με δυσκοιλιότητα είναι δυνατόν αν εμφανιστούν ερεθισμένες αιμορροΐδες γύρω από τον πρωκτό (κατά την περίοδο της δυσκοιλιότητας) εξαιτίας της τεταμένης προσπάθειας του αρρώστου για αφόδευση. Οι ερεθισμένες αιμορροΐδες επιτείνουν τον πόνο του ασθενούς αυξάνοντας το



stress του κάθε φορά που περιμένει την επικείμενη επώδυνη κένωση.

Δυσφορία και πόνος μπορεί να εμφανιστεί σε καταστάσεις κατά τις οποίες υπάρχει μετεωρισμός/τυμπανισμός της κοιλίας. Κατά τις συγκεντρώσεις αερίων στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εκδηλωθεί δυσφορία εκ μέρους του ασθενούς η οποία μπορεί να μετατραπεί σε πόνο αν η συγκέντρωση αερίων είναι πολύ μεγάλη. Ο άρρωστος σε αυτές τις περιπτώσεις αρχίζει να μην αισθάνεται άνετα να γίνει ευερέθιστος και να επιδεινωθεί η ψυχολογική του κατάσταση.

Πόνος μπορεί να προκληθεί επίσης και από σπασμό του εντέρου ο οποίος είναι πολύ συχνός σε ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου.

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στην ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και στην προαγωγή της άνεσής του.

Σε οξεία μορφή πόνου είναι πιθανή η χορήγηση αναλγητικών. Τα αναλγητικά που χρησιμοποιούνται ανήκουν στην κατηγορία των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών - αναλγητικών φαρμάκων - Πιθανή είναι και η χορήγηση αντιχολινηρικών και σπασμολυτικών φαρμάκων (πχ. Buscopan) για την μείωση του σπασμού και του πόνου σε περίπτωση που ο πόνος οφείλεται σε σπασμό του εντέρου. Σε αυτή την συγκεκριμένη περίπτωση είναι δυνατόν η εφαρμογή θερμοφόρας στην κοιλιά να προάγει την άνεση του ασθενούς. Συχνά χορηγούνται ηρεμιστικά - αγχολυτικά φάρμακα τα οποία φέρουν πολύ καλό αποτέλεσμα. Αυτά μειώνουν το άγχος του ασθενούς με αποτέλεσμα, να προάγουν την άνεση του και να μειώνουν στο ελάχιστο το αίσθημα του πόνου.

Σε περίπτωση που υπάρχουν αιμορροΐδες και σχισμές, ραγάδες ή άλλες κακώσεις στην περιοχή του ορθού είναι φυσικό να αναμέ-

νουμε την εμφάνιση πόνου μετά ή και κατά την διάρκεια της κένωσης. Στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητη η εφαρμογή στην περιοχή κάποιου τοπικού αναισθητικού για την μείωση του επώδυνου αισθήματος είναι επίσης απαραίτητη η διατήρηση της περιοχής αυτής καθαρής προκειμένου να αποφεύγονται τυχόν μολύνσεις. Τα εδρόλουτρα είναι απαραίτητα γιατί εκτός του ότι διατηρούν τη περιοχή καθαρή ταυτόχρονα ανακουφίζουν τον άρρωστο. Τέλος, επειδή ο πόνος είναι υποκειμενικό συναίσθημα μπορούμε να ακολουθήσουμε και την μέθοδο της απασχόλησης του ασθενούς με κάποια δραστηριότητα που να εκφράζει ή να αρέσει στον ασθενή και τον παρατρύνουμε να ασχολείται με το συγκεκριμένο χόμπυ του με αφοσίωση και έτσι απορροφάται με αυτό που κάνει μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το υποκειμενικό αίσθημα του πόνου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το 20% των ασθενών με ειδική ελκώδη κολίτιδα αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Η χειρουργική επέμβαση θεραπεύει οριστικά την νόσο, έχει όμως το μειονέκτημα της μόνιμης ειλεοστομίας και γι' αυτό μετατίθεται διαρκώς χρονικά μέχρις ότου κριθεί εντελώς απαραίτητη.

Η χειρουργική παρέμβαση μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική και ανάλογα με την έκταση της φλεγμονής μπορεί να είναι ειλεοστομία (στις πιο πολλές περιπτώσεις επειδή όλο το κόλον φλεγμαίνει) ή κολοστομία (ανιούσα, εγκάρσια ή κατιούσα).

Στην ειλεοστομία αφαιρείται όλο το φλεγμαίνον κόλον και το τελευταίο τμήμα του ειλεού εκστομώνεται στο κοιλιακό τοίχωμα.

Σήμερα εφαρμόζεται και η ειλεοστομία με βαλβίδα. Ο χειρουργός δημιουργεί ένα στόμιο στο επίπεδο του δέρματος και έναν εσωτερικό ασκό με βαλβίδα τύπου θηλής που συγκρατεί το περιεχόμενο του ειλεού. Η ειλεοστομία με βαλβίδα δεν μπορεί να γίνει σε αρρώστους με νόσο του Crohn, παχυσαρκία και καρκίνο του εντέρου.

Οι ενδείξεις για επείγουσα χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνουν την αιμορραγία, που δεν μπορεί να ελεγχθεί την πλήρη εντερική απόφραξη, την ελεύθερη διάτρηση, τη γενικευμένη περιτονίτιδα και το τοξικό megacolon.

Ενδείξεις για εκλεκτική (εν ψυχρώ) χειρουργική επέμβαση ,

είναι η ατελής εντερική απόφραξη, η εντοπισμένη περιτονίτιδα, με σχηματισμό αποστήματος, η αποτυχία της συντηρητικής αγωγής, να ελέγξει τη νόσο, η ανάπτυξη καρκίνου, η καθυστέρηση της σωματικής ή σεξουαλικής ανάπτυξης και σοβαρές επιπλοκές συστηματικές ή από άλλα όργανα οι οποίες δεν ελέγχονται με συντηρητική θεραπεία.

#### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η καλή προετοιμασία του ασθενούς είναι βασικός παράγοντας για την επιτυχία της επέμβασης και για ένα καλό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα. Η προετοιμασία περιλαμβάνει χορήγηση αίματος και πλάσματος αντιβιοτικών και την διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της αβιταμίνωσης. Εάν ο ασθενής έχει κάνει χρήση κορτικοστεροειδών μέχρι και ένα χρόνο πριν από την εγχείρηση επιβάλλεται η επαναχορήγηση αυτών σε ορισμένη δοσολογία κατά και μετά την εγχείρηση για να αποφύγουμε την εμφάνιση φαινομένων επινεφριδικής ανεπάρκειας από το stress της εγχείρησης.

Εντελώς απαραίτητη θεωρείται η ενημέρωση του ασθενούς γύρω από την σχεδιαζόμενη εγχείρηση και τις συνέπειες αυτής (ειλεοστομία). Η ψυχολογική ετοιμασία του αρρώστου για αποδοχή της αλλαγής του σωματικού ειδώλου με τη δημιουργία μόνιμης ειλεοστομίας είναι πρωταρχικής σημασίας. Είναι απαραίτητο να καθίσουμε και να εξηγήσουμε στον άρρωστο την χειρουργική επέμβαση που θα εκτελεστεί και την μετεγχειρητική φροντίδα που θα ακολουθήσουμε. Ταυτόχρονα μπορούμε να δώσουμε την ευκαιρία στον άρρωστο να εκφράσει τις σκέψεις του, που αφορούν την επέμβαση,

και την φροντίδα του τους φόβους του και τις απορίες του. Οι απαντήσεις στις τυχόν ερωτήσεις του θα πρέπει να είναι σαφείς και ξεκάθαρες. Προϊδεάζουμε τον άρρωστο για την ανάγκη της κολοστομίας και του εξηγούμε περιληπτικά για το τί θα πρέπει να κάνει μετά την εγχείρηση και πώς θα περιποιείται το στόμιο. Του εξηγούμε ότι με την επέμβαση θα λύσει οριστικά το πρόβλημά του και ότι υπάρχουν και άλλοι ασθενείς οι οποίοι ζουν φυσιολογικά μετά την επέμβαση. Θα τον βοηθήσει μάλιστα πολύ η επίσκεψη ενός ατόμου που έχει υποστεί κολοστομία ή ειλεοστομία και έχει αποκατασταθεί πλήρως. Του δίνουμε μάλιστα την ευκαιρία να συζητήσει μόνος του με αυτόν τα διάφορα προβλήματα, φόβους και απορίες του.

Τέλος βασικό μέλημα της προεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου για την εγχείρηση. Το έντερο καθαρίζεται προεγχειρητικά για να είναι άδειο κατά την ώρα της επέμβασης. Η προετοιμασία του εντέρου , αρχίζει μερικές ημέρες πριν. Χορηγείται στον ασθενή δίαιτα η οποία δεν αφήνει υπολείμματα στο παχύ έντερο. Τις τελευταίες ημέρες ο ασθενής τρέφεται με υγρή ή πολτώδη τροφή έτσι ώστε να μην μένουν υπολείμματα τροφής στον αυλό του εντέρου. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν ακόμα υπακτικά και καθαρτικά σκευάσματα αν και τα τελευταία θα πρέπει να αποφεύγονται, επειδή δημιουργούν ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Την προηγούμενη ημέρα της εγχείρησης, ο ασθενής θα πρέπει να έχει μια φυσιολογική κένωση. Από εκεί και πέρα δεν θα πρέπει να πάρει τίποτε από το στόμα. Την ημέρα της εγχειρήσεως ή ακόμα και την προηγούμενη ημέρα θα πρέπει να γίνεται υποκλισμός του εντέρου έτσι ώστε να καθαριστεί εντελώς από το περιεχόμενό του. Ο υποκλισμός γίνεται με διάφορους τρόπους. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σκέτο νερό, ή ακόμα νε-

ρό με παραφίνη ή ακόμα και υγρό υποκλιισμού από εκείνα που κυκλοφορούν έτοιμα στο εμπόριο.

Ο ασθενής προετοιμάζεται ψυχολογικά προκειμένου να δεχθεί τον υποκλιισμό. Το ρύγχος του σωλήνα που πρόκειται να εισαχθεί στο ορθό, επαλείφεται με βαζελίνη έτσι ώστε να μην πονέσει ο ασθενής κατά την εισαγωγή. Οι κινήσεις μας θα πρέπει να είναι απαλές έτσι ώστε να μην προκαλέσουμε τραυματισμούς της ήδη ευαίσθητης και φλεγμαίνουσας περιοχής. Μετά την εισαγωγή του υγρού του υποκλιισμού στο ορθό συμβουλεύουμε τον ασθενή να κρατήσει το περιεχόμενο όσο το δυνατόν περισσότερο μέσα του η τουλάχιστον για μισή ώρα αν δεν μπορεί περισσότερο και μετά να πάει στην τουαλέτα. Τέλος, την ημέρα της επεμβάσεως και λίγο πριν οδηγηθεί στο χειρουργείο, πηγαίνει στην τουαλέτα, για να αδειάσει την ουροδόχο κύστη του, και μισή ώρα νωρίτερα χορηγείται προνάρκωση, ντύνεται κατάλληλα και οδηγείται στο χειρουργείο.

#### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς συνιστάται στην πρόληψη των επιπλοκών, την διατήρηση της θρέψης, την παροχέτευση του εντέρου, και την βοήθεια του αρρώστου να διαπραγματευτεί με τον νέο τρόπο κένωσης του εντέρου.

Αμέσως μετά την μεταφορά του αρρώστου από το θάλαμο στο χειρουργείο αρχίζει η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς. Αρχικά ο χώρος που θα τοποθετηθεί ο άρρωστος μετά την έξοδο του από το χειρουργείο προετοιμάζεται κατάλληλα. Ολα εκεί μέσα

διαμορφώνονται κατάλληλα ώστε να υποδεχθούν τον άρρωστο μετά την επέμβαση. Ο χώρος καθαρίζεται, το κρεβάτι ξαναστρώνεται, πράγματα που πιθανόν θα χρειαστεί ο ασθενής κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές ώρες τοποθετούνται. Εξασφαλίζεται ο επαρκής αερισμός του θαλάμου, η ησυχία του και οι συσκευές που θα χρειαστούν μετά την επέμβαση (πχ. αναρρόφησης κλπ.) Αμέσως μετά την επαναφορά του στο θάλαμο αρχίζει η διαδικασία της ανάνηψης του από την νάρκωση. Στα μεγάλα νοσοκομεία όπου υπάρχει η άνεση χώρου και η επάρκεια προσωπικού η διαδικασία της ανάνηψης γίνεται στο χειρουργείο σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους που υπάρχουν μέσα σε αυτό με ειδικευμένο προσωπικό και επαρκή μέσα. Ο ασθενής τοποθετείται στο κρεβάτι στην κατάλληλη θέση (συνήθως ύπτια με το κεφάλι πλάγια) και παρακολουθείται συχνά. Τα ζωτικά του σημεία (θερμοκρασία, πίεση και σφυγμούς) λαμβάνονται κάθε ώρα στα πρώτα στάδια της ανάνηψης. Φυσικά, όπως είναι ευνόητο ο άρρωστος δεν επιτρέπεται να φάει τίποτε τις πρώτες ώρες μετά την επέμβαση πριν βεβαιωθούμε ότι έχει επανέλθει το αντανακλαστικό της κατάποσης.

Από την πρώτη στιγμή που ο άρρωστος αρχίζει να αποκτά τις αισθήσεις του και να καταλαβαίνει τί γίνεται γύρω του παροτρύνεται να βήχει δυνατά και να αλλάζει θέση πάνω στο κρεβάτι προκειμένου να παροχετευθούν οι εκκρίσεις του βρογχικού δέντρου. Η προσθήκη ενός αποχρεμπτικού στον ορό που ήδη παίρνει ενδοφλέβια μπορεί να τον βοηθήσει (το αποχρεμπτικό χορηγείται πάντα με την εντολή του θεράποντος ιατρού). Με την πρώτη ευκαιρία ο άρρωστος παροτρύνεται να σηκωθεί από το κρεβάτι και να αρχίσει να περπατάει έστω και με την βοήθεια κάποιου αρχικά μετά μόνος του, και αυτό για να προληφθούν τυχόν θρομβώσεις των φλεβών των κάτω άκρων οι οποίες εμφανίζονται μετά την ε-

πέμβαση σε μακρό κλινοστατισμό (πρόκειται δηλαδή για επιπλοκή της νάρκωσης). Αν ο ασθενής έχει προδιάθεση για φλεβοθρόμβωση, τότε θα πρέπει να γίνεται θεραπεία με ηπαρίνη τόσο μετά την επέμβαση αλλά συνήθως και πριν από την επέμβαση. Αν τυχόν έχει γίνει ειλεοστομία με βαλβίδα, μέσα στον ασκό είναι τοποθετημένος σωλήνας. Αυτός αμέσως μετά την έξοδό του από το χειρουργείο θα πρέπει να συνδέεται με αναρρόφηση χαμηλής πίεσης προκειμένου να προληφθεί απόφραξή του. Για την αποφυγή της διάτασης του εντέρου χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας. Αυτός αφαιρείται μόλις αποκατασταθεί ο περισταλτισμός του εντέρου.

Η θρέψη του αρρώστου αμέσως μετά την επέμβαση όπως είπαμε δεν γίνεται από το στόμα. Η θρέψη του αρχικά γίνεται με εγχύσεις θρεπτικών συστατικών ενδοφλεβίως. Μετά την πρώτη ημέρα η σίτιση του αρχίζει να γίνεται από τον ρινογαστρικό σωλήνα (Levin) ο οποίος είναι τοποθετημένος. Οι τροφές που λαμβάνονται με αυτόν τον τρόπο είναι αρχικά υγρές και πολτώδεις. Το ποσόν της τροφής εξαρτάται από την ανεκτικότητα του αρρώστου. Πάντως οι ποσότητες που λαμβάνονται θα πρέπει να είναι μικρές και συχνές προς αποφυγή διάτασης του εντέρου και την εμφάνιση της διάρροιας. Ο σωλήνας θα πρέπει να καθαρίζεται τακτικά μετά από κάθε γεύμα προς αποφυγή απόφραξης του.

Μετά την αποκατάσταση του περισταλτισμού του εντέρου ο σωλήνας αφαιρείται και ο άρρωστος αρχίζει σιγά-σιγά να τρέφεται από το στόμα. Οι τροφές αρχικά θα πρέπει να είναι υγρές και πολτώδεις οι οποίες αργότερα αποκαθίστανται με ελαφρές τροφές. Η δίαιτα θα πρέπει να είναι υπερλευκωματούχα και υπερυδατανθρακούχα. Προσοχή όμως χρειάζεται στην εφαρμογή της δίαιτας ώστε να αποφεύγονται τα φρέσκα φρούτα και οι τροφές που περιέχουν ίνες γιατί προκαλούν διάρροια ή συλλογή αερίων στο έντερο.



Άλλο ένα σημαντικό μέλημα της μετεγχειρητικής φροντίδας , είναι η αναπλήρωση της απώλειας των υγρών που χάνονται από την ειλεοστομία. Το ειλείκό υγρό είναι πλούσιο σε κάλιο και η απώλεια του μπορεί να προκαλέσει υποκαλιαιμία. Γι' αυτό είναι απαραίτητη χορήγηση τροφών πλούσιες σε κάλιο. Βασικής σημασίας είναι η φροντίδα του στομίου του ειλεού και του γύρω από αυτό δέρματος από τις πρώτες ώρες της επέμβασης. (το θέμα αυτό θα αναφερθεί αναλυτικότερα παρακάτω).

Όταν ο άρρωστος είναι έτοιμος να μάθει η μετεγχειρητική φροντίδα συνίσταται στην διδασκαλία φροντίδας της ειλεοστομίας καθώς και τον τρόπο αλλαγής του σάκκου. Στην διδασκαλία συμπεριλαμβάνονται και μέλη της οικογένειας τα οποία πρέπει να βοηθήσουν το άτομο στην προσαρμογή του στον νέο τρόπο ζωής. Μετά την περίοδο ανάρρωσής του μπορεί (και πρέπει να ενθαρρύνεται να το κάνει) να αλάβει τις κανονικές δραστηριότητες εργασίας , και κοινωνικότητας. Η μετέπειτα παρακολούθηση του αρρώστου στοχεύει στην εκτίμηση του βαθμού της φυσικής και ψυχολογικής προσαρμογής του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Τέλος, η μετεγχειρητική φροντίδα συνίσταται στην εκτίμηση της οικονομικής ικανότητας του αρρώστου για την προμήθεια του υλικού που του είναι απαραίτητο για την περαιτέρω φροντίδα της ειλεοστομίας ή της κολοστομίας η οποία είναι απαραίτητο να γίνεται και μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο στο σπίτι του πιά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

Ο ασθενής ο οποίος έχει υποστεί κολοστομία έχει και ορισμένες ανάγκες φροντίδας του στομίου. Ετσι λοιπόν, είναι απαραίτητη η συχνή πλύση του στομίου για την εξασφάλιση της υγιεινής του.

Αλλά ας δούμε τι είναι κολοστομία.

**Κολοστομία** είναι ένα παροδικό ή μόνιμο άνοιγμα του κόλου, στο κοιλιακό τοίχωμα. Το κόλον έχει δύο λειτουργίες:

- α) Να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περιττωματικές ουσίες και
- β) να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες.

Και οι δύο αυτές λειτουργίες γίνονται ανεπαρκώς εξαιτίας της κολοστομίας. Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης και η τεχνική για την αγωγή της εξαρτάται κατά έναν μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

#### 1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

Συχνά ονομάζονται "στεγνές" κολοστομίες γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλον μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα. Η πλύση, ένας υποκλισμός που γίνεται καθημερινά ή μέρα παρά μέρα μέσα από το στόμιο, μπορεί να ρυθμίσει τη λει-

τουργία του εντέρου.



Εικόνα 10. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

## 2. Εγκάρσια κολοστομία

Το απέκκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι πολτώδη. Ο έλεγχος με την βοήθεια πλύσεων είναι δυνατός σε ορισμένες περιπτώσεις, όχι όμως στην πλειοψηφία τους.



Εικόνα 11. Εγκάρσια κολοστομία

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

### 3. Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος, είναι απαραίτητη. Συνήθως η αγωγή της είναι όμοια με εκείνη της ειλεοστομίας. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκκος προτιμότερο με ρητίνη καράγια.

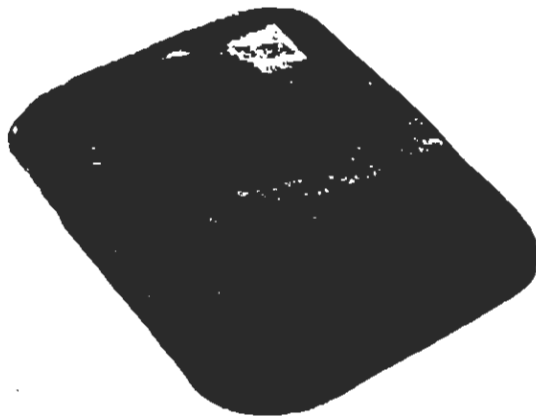


Εικόνα 12. Ανιούσα κολοστομία

Ο δακτύλιος από ρητίνη καράγια είναι μαλακός και εύκαμπτος. Αν χρειαστεί μπορούμε να τον πλάσουμε με τα δάκτυλα μας για να πετύχουμε μια στεγανή και τέλεια εφαρμογή γύρω από το στόμιο. Η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία που σιγά σιγά διαλύεται καθώς προστατεύει την περιοχή γύρω από το στόμιο. Μερικές φορές, μάλιστα κομμάτια της πέφτουν μέσα στο σάκκο. Ο σάκκος στο πάνω μέρος του έχει φίλτρο διαφυγής αερίων. Για την αποφυγή δημιουργίας κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του σάκκου τοποθετούμε τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα μέσα στο σάκκο. Ο σάκκος κολοστομίας με ρητίνη καράγια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του πρέπει να γίνεται όταν γεμίσει μέχρι την μέση όταν ο δακτύλιος δείχνει φανερά σημεία φθοράς, οπότε πάυει να προστατεύει το δέρμα.

Γενικά, πάντως στο εμπόριο κυκλοφορούν πολλών ειδών σάκκοι

κολοστομίας με διάφορα μέγεθη και συστήματα. Ο ασθενής θα πρέπει να βλέπει αν είναι δυνατόν όλους τους τύπους σάκκων κολοστομίας προκειμένου να μπορέσει να διαλέξει αυτό τον τύπο που τον εξυπηρετεί καλύτερα.



**Εικόνα 13. Σάκκος κολοστομίας με δακτύλιο από ρητίνη φίλτρο διαφυγής αερίων**

Η περιποίηση της κολοστομίας γίνεται όπως ειπαμε από τα πρώτα 24ωρα από την έξοδο του ασθενούς από το χειρουργείο. Η περιποίησή της συνίσταται στην συχνή αλλαγή του σάκκου αμέσως μόλις γεμίσει (όχι ολόκληρος αλλά έως ένα σημείο). Η περιποίηση αυτή γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του παχέως εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της κολοστομίας γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Το γύρω από την κολοστομία δέρμα προφυλάσσεται προς αποφυγήν ερεθισμού από τα εντερικά υγρά με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής.

Την ώρα της αλλαγής προστατεύεται ο ασθενής από τα βλεμμάτα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και την απομά-

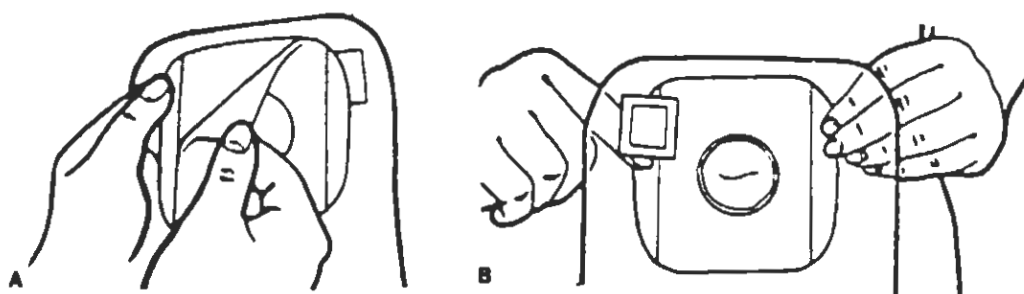
κρουση των επισκεπτών από το θάλαμο. Κατά την ώρα της αλλαγής θα πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί οι οποίοι δείχνουν την δυσαρέσκεια για το είδος της εκτελούμενης εργασίας. Η κολοστομία αλλάσσεται όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής της και πάντοτε μισή ώρα προ του φαγητού. Αποσμητικές κρέμες ή σπρέϋ μπορούν να χρησιμοποιηθούν την ώρα της αλλαγής για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.

Πριν την έναρξη της αλλαγής της κολοστομίας συγκεντρώνονται όλα τα απαραίτητα αντικείμενα που θα χρειαστούν γι' αυτήν την διαδικασία και φέρονται δίπλα στο κρεβάτι του ασθενούς.

Αρχικά, ο ασθενής παρακολουθεί την αλλαγή χωρίς να συμμετέχει και ο εκτελών εξηγεί την διαδικασία της αλλαγής, αιτιολογεί τις ενέργειες του και επεξηγεί τυχόν απορίες του αρρώστου πάνω στην διαδικασία. Αργότερα θα την διδαχθεί και ο ίδιος, όπως επίσης και ένας κοντινός προς αυτόν συγγενής. Η καθαριότητα της γύρω περιοχής θα πρέπει να είναι σχολαστική. Το δέρμα γύρω από την κολοστομία θα πρέπει να πλένεται με νερό και σαπούνι και να στεγνώνεται καλά. Αφού γίνει η αλλαγή τα χρησιμοποιηθέντα αντικείμενα απομακρύνονται και πετιούνται.

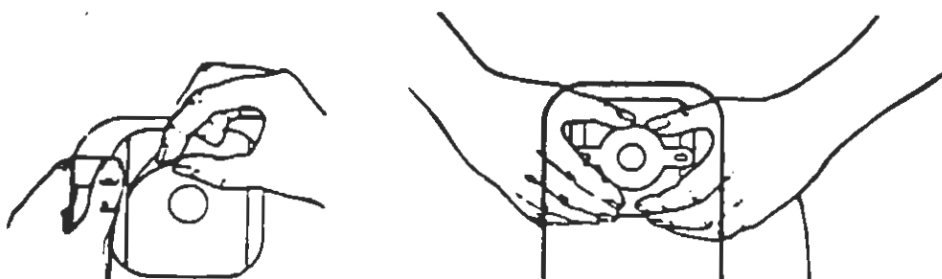
Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να κάνουμε μια υποσημείωση όσον αφορά τους σάκκους με ρητίνη καράγια. Επειδή η ρητίνη καράγια είναι φυσική ουσία, ο δακτύλιος μπορεί να διαφέρει σημαντικά στο χρώμα. Η διάρκεια ζωής του δακτυλίου επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

1. Θερμοκρασία σώματος και περιβάλλοντος
2. Υγρασία περιβάλλοντος
3. Κινητικότητα και εφίδρωση του ατόμου
4. Φύση ή ποσότητα του εξερχόμενου από το στόμιο υλικού
5. Σωστή επιλογή του διαμετρήματος του στομίου και σωστή ε-



Εικόνα 14. Αφαιρείται το προστατευτικό χαρτί από την κολλητική επιφάνεια της συσκευής.

Β. Φέρεται το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου



Εικόνα 15. Εφαρμογή συσκευής κολοστομίου δύο τεμαχίων



Εικόνα 16. Εφαρμογή ζώνης στήριξης στη συσκευή για την ακινητοποίηση της στο σώμα του αρρώστου

Σειρά ενεργειών για την τοποθέτηση συσκευής κολοστομίου

φαρμογή του σάκκου.

Ετσι, τον χειμώνα που ο εσωτερικός αέρας είναι γενικά ξηρότερος, η ρητίνη κιάγια γίνεται σκληρότερη και λιγότερο κολλώδης. Γι' αυτό, προτού εφαρμοστεί υγραίνεται με τα δάκτυλα αφού προηγουμένως, βουτηχθούν σε χλιαρό νερό. Εξ άλλου το καλοκαίρι μαλακώνει επειδή υπάρχει στον αέρα περισσότερη υγρασία Γι' αυτό είναι απαραίτητη η φύλαξη του σε στεγνό μέρος για να διατηρηθεί στερεός.

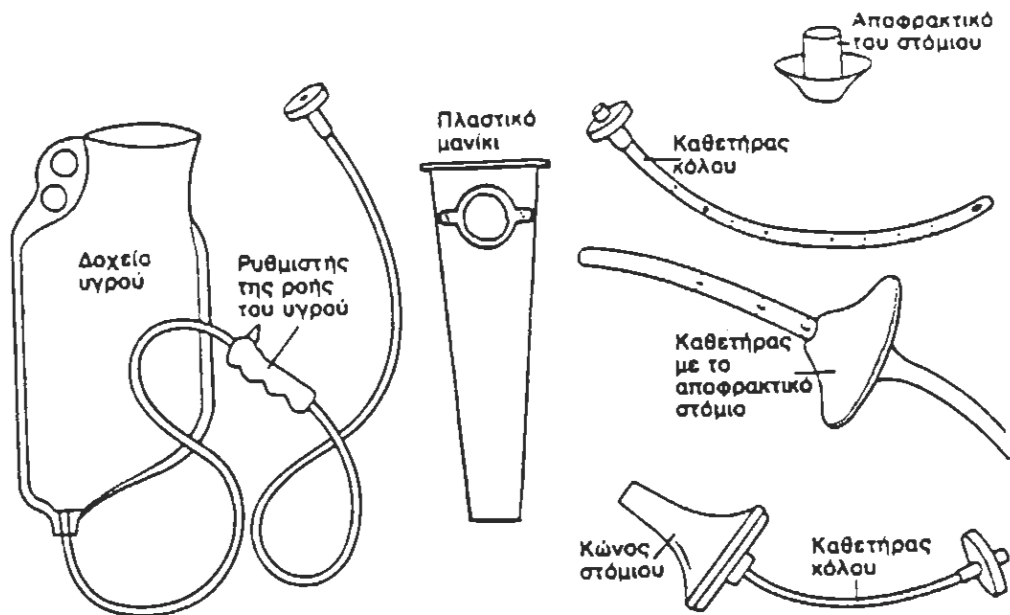
Ο ασθενείς με μόνιμη κολοστομία θα πρέπει να ρυθμίζουν από μόνοι τους τις κενώσεις τους. Η ρύθμιση των κενώσεων αναφέρεται στο σχήμα τον αριθμό και τον χρόνο τους και πραγματοποιείται με την προσπάθεια συνθέσεως του διαιτολογίου του. Ετσι ώστε οι κενώσεις του να παίρνουν σχήμα και κατά συνέπεια να περιορίζονται σε αριθμό. Με υποκλισμούς επί σειρά ημερών ρυθμίζεται ο χρόνος της κενώσεως του ασθενούς. Η ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου από τον ασθενή γίνεται με την βοήθεια του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας λίγο πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

Η πλύση της κολοστομίας έχει σκοπό να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενο του (κόπρανα, αέρια, βλέννη) να καθαρίσει το περιφερικό τμήμα του εντέρου και να βοηθήσει στο να εγκαθιδρυθεί ένα προγραμματισμένο άδειασμα του εντέρου ώστε να είναι δυνατή η ανάληψη κανονικών δραστηριοτήτων από το άτομο. Η πλύση θα πρέπει να γίνεται πάντα την ίδια ώρα της ημέρας ώστε να συμφωνεί με το μετανοσοκομειακό σχήμα δραστηριοτήτων του αρρώστου.

Η πλύση της κολοστομίας γίνεται με την εισαγωγή στον αυλό του κολοτομημένου εντέρου ελαστικού σωλήνα (καθετήρα) και την είσοδο υγρού στον αυλό του εντέρου (παρόμοια με τον υποκλισμό



μόνο που δεν γίνεται από το ορθό, από το κοιλιακό τοίχωμα).



Εικόνα 17. Υλικο πλύσης κολοστομίου

Η είσοδος του καθετήρα θα πρέπει να είναι ήπια και σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να βιάζεται προκειμένου να εισέλθει στον αυλό και η ροή του νερού. Επίσης, πρέπει να είναι αργή (τουλάχιστον 5-10 min).

Τέλος, βασικής σημασίας είναι η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

**ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Ο ασθενής με μόνιμη κολοστομία ή ειλεοστομία προ της αναχωρήσεως του από το νοσοκομείο έχει ανάγκη ειδικής προετοιμασίας. Αυτή συνίσταται στην προετοιμασία του προς απόκτηση δεξιοτήτων για την αυτοεξυπηρέτησή του και περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια:

1. Εξήγηση της προετοιμασίας για τη νοσηλεία δηλαδή:
  - α) Απαραίτητα είδη για την νοσηλεία
  - β) Ετοιμασία τους
2. Εξήγηση της σειράς εργασίας
3. Παρακολούθηση από τον ασθενή του τρόπου προετοιμασίας των αντικειμένων και της εκτέλεσης της αλλαγής.
4. Ο ασθενής στη συνέχεια βοηθά κατά την προετοιμασία και την εκτέλεση της αλλαγής.
5. Ο ασθενής εκτελεί κατόπιν το μεγαλύτερο μέρος της προετοιμασίας και αλλαγής.
6. Ο ασθενής προετοιμάζει τα της αλλαγής και την εκτελεί υπό την επίβλεψη του υπευθύνου.
7. Ο ασθενής ενώ προετοιμάζει και εκτελεί την νοσηλεία παρακολουθείται κατά διαστήματα.
8. Ο ασθενής υπεύθυνα ετοιμάζει και εκτελεί την αλλαγή.
9. Ο ασθενής διδάσκει τον τρόπο εκτελέσεως υποκλιισμού στην κολοστομία και την εκτελεί.
10. Ο ασθενής αναλαμβάνει την εκτέλεση της αλλαγής της κολοστομίας και του υποκλιισμού όταν:
  - α) Έχει αποκτήσει δυνάμεις
  - β) Έχει αποδεχθεί την κολοστομία
  - γ) Δεν "αηδιάζει" κατά την αλλαγή της

δ) Μπορεί υπεύθυνα να διεκπεραιώσει αυτή την εργασία.

Σε υπερήλικες μικρά παιδιά και μη ισορροπημένα συναισθηματικά ή διανοητικά άτομα, την αλλαγή της κολοστομίας διδάσκεται ο πλησιέστερος κατάλληλος για την εκτέλεση αυτής της νοσηλείας συγγενής του ασθενούς.

Ο βαθμός της αποδοχής της κολοστομίας από τον ασθενή καθώς και η ατομική καθαριότητα του ίδιου και του άμεσου περιβάλλοντός του θα επηρεάσει και τον βαθμό της αποδοχής του ασθενούς από το περιβάλλον του.

Μετά την έξοδό του από το Νοσοκομείο ο ασθενής με κολοστομία πρέπει να επισκέπτεται περιοδικά τον θεράποντα ιατρό του. Πολλές φορές επιβάλλεται η κατά διαστήματα διαστολή του στομίου της κολοστομίας με δάχτυλο ή με διαστολικό κηρίο προς αποφυγή συσφίξεως του.

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

#### ΣΧΕΔΙΟ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ

1. Φροντίδα του στόματος, αλλαγή σάκκου, άδειασμα σάκκου
2. Φροντίδα δέρματος

α) Υποαλλεργιογόνα φράγματα του δέρματος περιλαμβάνουν Stomahesive Reliaseal και Hollihesive. Αυτά φθείρονται βραδύτερα από το στεγανό του ινδικού κόμμεος ( karaya gum washer) και συχνά μπορούν να φορεθούν σε περιοχές

που έχουν πτυχές.

1. Τα Stomachhesive και το Hollinesive μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε τεμάχια διαστάσεων 10 X 10 cm ή μπορούν να κοπούν στο μέγεθος της επιφάνειας που πρέπει να στεγανοποιηθεί κολλούν καλά σε υγρό ερεθισμένο δέρμα και επιτρέπουν την επούλωση.
  2. Τα Reliaseal υπάρχει σε στρογγυλά τεμάχια (διαμέτρου 10 cm) είναι πιο αποτελεσματικό σε ερυθρό περιστομιακό δέρμα όχι όμως στο εξελκώμενο και υγρό δέρμα.
- β) Μια ομάδα αποτελεσματικών φραγμών του δέρματος γίνεται από ινδικό κόμμι (karaya gum). Είναι διαθέσιμο σε σκόνη και δίσκους ή δακτύλιους που μπορούν να τοποθετηθούν σε ανοικτό περιστομιακό δέρμα (νέο δέρμα σχηματίζεται κάτω από αυτά). Η πάστα και οι δακτύλιοι karaya είναι εξαιρετικοί για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος αμέσως γύρω από το στόμιο.
- γ) Καλύμματα στομίου μπορεί να είναι σάκκοι μιας χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακας επαλειμμένος με βαζελίνη, κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστ.
- δ) Για ανοικτό περιστομιακό δέρμα βοηθούν όταν χρησιμοποιούνται με φειδώ, κορτικοστεροειδή αεροζόλ, σπρέυ ή hystatine σκόνη.
- ε) Για αλλεργικές αντιδράσεις γίνεται δοκιμή άλλων υλικών ώσπου να βρεθούν τα συμβατά.
3. Ελεγχος κακοσμίας
    - α) Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν οσμές όπως (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασολάκια)

- β) Το γιαούρτι ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβου-  
τουρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών
- γ) Οι οσμές μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με λήψη μιας ή  
δύο ταμπλετών υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου  
την ώρα του φαγητού και του ύπνου.

#### 4. Έλεγχος αερίων

- α) Η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που  
καταπίνεται σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και σε αε-  
ριούχα ποτά. Επομένως, συνιστάται αποφυγή όλων των πα-  
ραπάνω.
- β) Αποφυγή σιτιών που δημιουργούν αέρια: φασόλια, λαχανικά  
κρεμμύδια, ραδίκια, αγγούρια.

#### 5. Δίαιτα

- α) Αποφυγή πολυφαγίας και ακατάστατων γευμάτων, καλή μά-  
σηση της τροφής
- β) Εξατομίκευση της δίαιτας, ώστε να είναι πλήρης και να  
μην δημιουργεί διάρροια ή δυσκοιλιότητα.
- γ) Τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να  
προκαλέσουν συχνές κενώσεις. Η μπύρα μπορεί να ενεργή-  
σει σαν ηπακτικό και να δημιουργήσει αέρα.

#### 6. Ενδυμασία.

- α) Μπορεί να φορεθεί ζώνη, πρέπει όμως να είναι μεγαλύτε-  
ρου μεγέθους για να δέχεται και τον σάκκο.
- β) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαγιώ. Για τους άνδρες είναι  
προτιμότερο το μαγιώ με σόρτς, ενώ για τις γυναίκες με  
φούστα.

#### 7. Φάρμακα

Οι ειλεοστομημένοι δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά φάρμακα  
και φάρμακα με κάλυμμα που διαλύεται στο έντερο.

## 8. Ταξίδια

- α) Δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει ο άρρωστος να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας του στομίου.
- β) Οι κολοτομημένοι που κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό.
- γ) Οι ειλεοστομημένοι να έχουν μαζί τους αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

## 9. Σπόρ

- α) Επιτρέπεται η συμμετοχή σε όλα τα είδη σπορ
- β) Προβλήματα μπορεί να δημιουργηθούν στην συμμετοχή σε σπορ επαφής όπως το ποδόσφαιρο.

## 10. Σεξουαλική λειτουργία

- α) Το 10-20% περίπου των ειλεοστομημένων ανδρών βιώνουν διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας. Σε πολλούς η κατάσταση είναι παροδική.
- β) Οι κολοστομημένοι ποικίλλουν από πλήρη ικανότητα μέχρι πλήρη ανικανότητα.
- γ) Σε πολλές περιπτώσεις ξαναποκτούν την ικανότητα αυτό όμως μπορεί να απαιτήσει δύο χρόνια.

## 11. Εγκυμοσύνη

- α) Το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη.
- β) Είναι απαραίτητη η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς, μπορεί να απαιτήσει προσαρμογή στο χρησιμοποιούμενο για το στόμιο υλικό.

## 12. Υπνος

Οποιαδήποτε θέση μπορεί να παρθεί κατά τον ύπνο.

## 13. Απόφραξη

Γνωριμία σημείων και συμπτωμάτων, πληροφόρηση γιατρού ή θεραπευτή εάν είναι απαραίτητο.

### Η ΘΡΕΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΚΩΔΗ ΚΟΛΙΤΙΔΑ

Η σωστή διατροφή των ασθενών με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου παίζει σημαντικό ρόλο για την παραπέρα έκβαση της νόσου.

Πρόκειται για μια οντότητα κατά την οποία η θρέψη του ασθενούς θα πρέπει να τροποποιείται ανάλογα με την γενική του κατάσταση.

Η θρέψη του ασθενούς με ελκώδη κολίτιδα χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες:

- α) Θρέψη κατά την συντηρητική αγωγή και
- β) Διατροφή του κολοτομημένου/ειλεοστομημένου ασθενούς.

Οι αυστηροί διαιτητικοί περιορισμοί δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ελκώδη κολίτιδα. Συνίσταται στον ασθενή η λήψη υγιεινής τροφής και η αποφυγή τροφών που ξέρει ο ίδιος ότι τον ενοχλούν. Σε γενικές γραμμές όμως θα πρέπει να αποφεύγονται φαγητά τα οποία ερεθίζουν το έντερο και προκαλούν αέρια. Δοκιμάζεται πολλές φορές ο περιορισμός χορήγησης γάλακτος με καλά αποτελέσματα. Τα γεύματα καθορίζονται και καταναλώνονται κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να μην προκαλούν διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Η πολυφαγία και τα ακατάστατα γεύματα καλόν είναι να αποφεύγονται. Η δίαιτα σε έναν ασθενή με ελκώδη κολίτιδα μετά το οξύ στάδιο της νόσου θα πρέπει να είναι υπερθερμι-

δική και υπερπρωτεΐνούχα. Η χορήγηση βιταμινών (Α, C, D, Β) ασβεστίου, σιδήρου και καλίου με την τροφή συνιστάται και είναι απαραίτητο συμπλήρωμα της συντηρητικής θεραπείας.

Σε κολοτομημένους ασθενείς η δίαιτα θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να βοηθά στην ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου (της ποσότητας και το είδος της κένωσης) καθώς επίσης και στην αποφυγή της κακοσμίας και τον έλεγχο των αερίων φαγητά που προκαλούν αέρια, κακοσμία όπως επίσης και διάρροια θα πρέπει να αποφεύγονται.

Σε περιπτώσεις, όπου ο ασθενής παρουσιάζει αποστροφή προς το φαγητό ή όπου οι θερμιδικές ανάγκες δεν μπορούν να καλυφθούν με την διατροφή από το στόμα συνιστάται η ολική παρεντερική διατροφή. Η ολική παρεντερική διατροφή (TPN)<sup>L</sup> δίνει αφενός μεν την απαραίτητη θερμιδική κάλυψη στον ασθενή και αφετέρου, δίνει την ευκαιρία στο έντερο να "ξεκουραστεί". Η ολική παρεντερική διατροφή γίνεται με σκευάσματα τα οποία αποτελούνται από 50% υδατάνθρακες (γλυκόζη) και συμπληρώνεται από αμινοξέα, λιπίδια, βιταμίνες και ανόργανα συστατικά.

Η χορήγηση αμινοξέων κρίνεται απαραίτητη γιατί αποτελούν το κύριο στοιχείο για την σύνθεση πρωτεϊνών ενώ τα λιπίδια χορηγούνται με την ολική παρεντερική διατροφή λόγω της πιθανής κακής απορρόφησης τους από τον βλεννογόνο του εντέρου. Κάλιο και άλλοι ηλεκτρολύτες αποτελούν απαραίτητο συμπλήρωμα της TPN λόγω αυξημένης απώλειας τους από τα κόπρανα (εξαιτίας της διάρροιας).

Η TPN χορηγείται ενδοφλεβίως από κάποια κεντρική φλέβα, όπως η υποκλείδια ή η μηριαία. Η TPN χορηγείται και σε κολοτομημένους ασθενείς κατά τις πρώτες ημέρες μετά την ανάνηψη μέχρι να αρχίσει να λαμβάνει ο ασθενής τροφή από το στόμα. Παρα-

<sup>L</sup> Total Parenteral Nutrition



κάτω παρατίθεται ένα τυπικό δείγμα διαιτολογίου για ασθενή με ελκώδη κολίτιδα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ : Διαιτολόγιο κολίτιδας**

---

Πρωινό:	Τοστ, μαρμελάδα, φρυγανιά
10 π.μ.	Κομπόστα ή ζελέ
Γεύμα:	Κρέας άπαχο ή ψάρι ή κοτόπουλο, μακαρόνια ή ρόζι ή πατάτες κ.λ.π. άμυλώδη φαμί, κομπόστα
5 μ.μ.	Κομπόστα ή ζελέ
Δείπνο:	Κρέας ή αυγά, άμυλώδη φαμί κομπόστα <u>Άπαγορεύονται:</u> Γάλα και γαλακτερά, χορταρικά, φρούτα ώμά, πολλά λίπη.

---

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΤΗΣ  
ΕΛΚΩΔΟΥΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑΣ**

**Ορθοσκοπήση/Κολονοσκοπήση**

Η κολονοσκοπήση είναι μια εργαστηριακή εξέταση με την οποία τίθεται η διάγνωση της ελκώδους κολίτιδας. Επομένως, η αναφορά της σε αυτήν την εργασία είναι απαραίτητη επειδή ο νοσηλευτής /-τρια παίζει έναν σπουδαίο ρόλο σε αυτήν την εξέταση

Με την ορθοσιγμοειδοσκοπήση ελέγχεται η φύση του βλεννογόνου του κατώτερου τμήματος του εντέρου σε έκταση 25-30 εκ. από τον πρωκτό ή περισταλτικότητα του η ανάπτυξη νεοπλασματι-

κών επεξεργασιών η ύπαρξη φλεγμονής ή άλλων παθολογικών καταστάσεων της μορφολογίας του τμήματος αυτού. Μπορεί επίσης να ληφθεί τεμάχιο ιστού για την εκτέλεση βιοψίας. Με την κολονοσκόπηση γίνεται έλεγχος σε ολόκληρο το παχύ έντερο μέχρι την ειλεοτυφλική βαλβίδα.

Η προετοιμασία του αρρώστου τόσο για την ορθοσιγμοειδοσκόπηση όσο και για την κολονοσκόπηση περιλαμβάνει:

- Αποχή του αρρώστου από τροφή 8-10 ώρες πριν από την ενδοσκόπηση.
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με υποκλισμό την προηγούμενη από την ορθοσκόπηση μέρα και το πρωί της ίδιας ημέρας πάντοτε όμως 2 ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου.

Σε περίπτωση που η εκκένωση του δεν είναι ικανοποιητική ή μέρος από το υγρό του υποκλισμού έμεινε μέσα στον εσωτερικό σωλήνα, ενημερώνεται ο ιατρός, πριν αρχίσει την ενδοσκόπηση. Το υγρό του υποκλισμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στον βλεννογόνο για να μην δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξέτασης. Εάν ο άρρωστος έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα ο υποκλισμός δεν γίνεται.

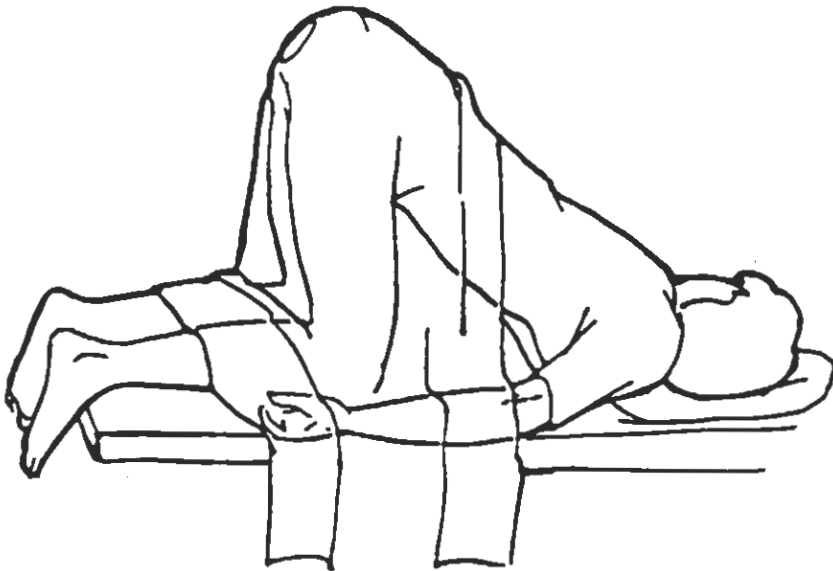
- Ενημέρωση και προετοιμασία του ασθενούς για την νοσηλεία, που είναι πολύ επώδυνη και πολύ δυσάρεστη και επίσκεψη του χώρου της εξέτασης. Ψυχολογική υποστήριξη του για τη φύση της εξέτασης είναι απαραίτητη, όπως είναι απαραίτητη και η εξήγηση του σκοπού, του τρόπου και του προσδοκώμενου αποτελέσματος.
- Τοπική καθαριότητα.

Η εξέταση αυτή γίνεται στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται σε γονατοαγκωνιαία

θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και σκεπάζεται με σεντόνι που να έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του ορθού.

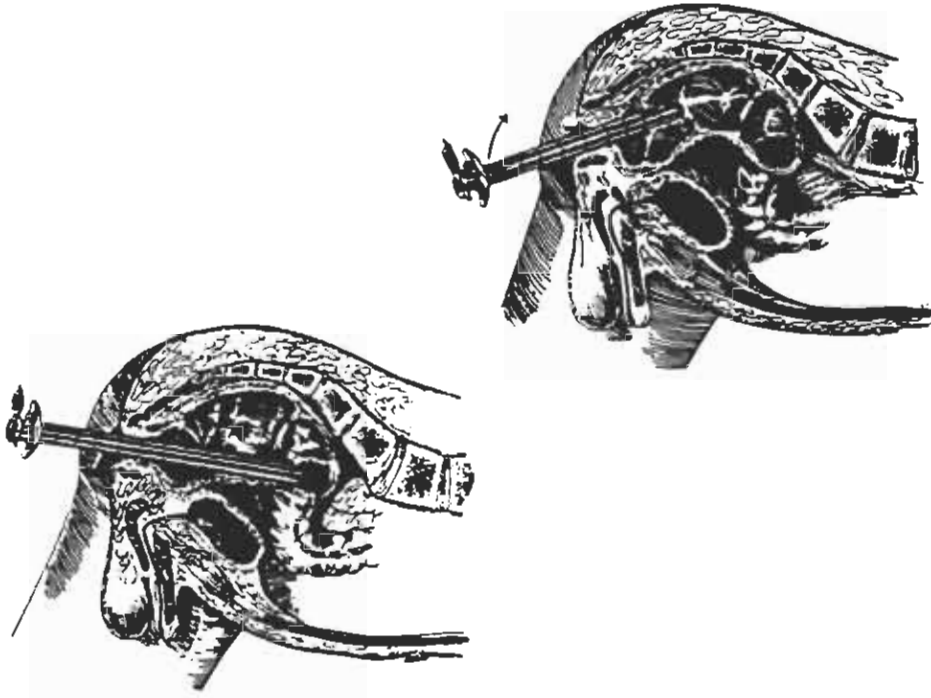
Ο ιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο το εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο έντερο.

Για να επιτύχει η ενδοσκόπηση, αρχικά απομακρύνονται βλέννες, υπολείμματα κοπράνων και από τα τοιχώματα του εντέρου καθώς και υγρά. Μετά την εξέταση το ενδοσκόπιο αφαιρείται. Η πε-



**Εικόνα 18. Γονατοαγκωνιαία θέση αρρώστου για ορθοσιγμοειδοσκόπηση**

ριοχή του πρωκτού καθαρίζεται και ο ασθενής βοηθάται να επιστρέψει στο κρεβάτι. Κατά την ενδοσκόπηση μπορεί να γίνει λήψη βλεννογόνου για βιοψία. Ο ασθενείς ενημερώνεται για τα αποτελέσματα της εξέτασης μόλις αυτά είναι έτοιμα.



Εικόνα 19. Εξέταση με το σιγμοειδοσκόπιο.

Ανω: Διεύθυνση κινήσεως όταν το σιγμοειδοσκόπιο μπαίνει μέσα στο ορθό.

Κάτω: Το σιγμοειδοσκόπιο φθάνει στο όριο ορθού-σιγμοειδούς

### Ψυχολογική υποστήριξη

Κατά τη διάρκεια της νόσου καθώς και κατά την χειρουργική θεραπεία και αποκατάσταση ο ασθενής κυριεύεται από άγχος που αφορά την φύση της νόσου του, το οποίο πολλές φορές επιτείνεται από την ίδια τη νόσο.

Απαραίτητο λοιπόν μέλημα της νοσηλευτικής φροντιδας κατά τη γενικότερη αντιμετώπιση της νόσου είναι η συνεχής ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και η τόνωση του ηθικού του. Η σωστή ενημέρωση του γύρω από την φύση της νόσου του, την θεραπεία

της, την συμπεριφορά του ασθενούς σε σχέση με τη νόσο, τη διατροφή του και όλα τα προβλήματα που αφορούν τον ασθενή είναι ζωτικής σημασίας. Απορίες και ερωτήματα του θα πρέπει να απαντώνται με ειλικρίνεια. Πολλές φορές η συζήτηση του ασθενούς με τον νοσηλευτή/-τρια είναι ικανή να τονώσει σημαντικά τον άρρωστο. Τίποτε δεν θα πρέπει να αποκρύπτεται στον ασθενή. Η αρχική μας προσέγγιση συνιστάται στο να αποκτήσουμε την εμπιστοσύνη του ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο αποκτάται ένα στενό δέσιμο νοσηλευτού-τριας - ασθενούς πράγμα το οποίο προσφέρει πολλές ωφέλειες στον άρρωστο. Σημαντική ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης έχει ο ασθενής ο οποίος έχει εξέλθει από το νοσοκομείο με κολοστομία. Ο ασθενής αυτός αντιμετωπίζει το σοβαρό πρόβλημα της αλλαγής του σωματικού του ειδώλου. Ενώ πριν από την επέμβαση όλα ήταν φυσιολογικά, τώρα εντελώς ξαφνικά βρίσκεται με ένα πρόβλημα το οποίο ποτέ στην ζωή του δεν μπορούσε να φανταστεί ότι θα του συμβεί. Πολλοί από αυτούς τους αρρώστους χάνουν τη ζωντάνια τους, την αυτοπεποίθησή τους, οι περισσότεροι δε σιχαίνονται τον εαυτό τους, αλλά όχι μόνον οι ίδιοι οι ασθενείς και άτομα από το ίδιο το συγγενικό τους περιβάλλον.

Όπως είναι λοιπόν φυσικό οι άρρωστοι αυτοί δεν ενδιαφέρονται για την κοινωνική τους ζωή, μένουν μακριά από κάθε είδος κοινωνικής δραστηριότητας και γενικά κλείνονται στον εαυτό τους. Μια πιο βαθειά προσέγγιση μαζί τους θα μας βοηθήσει να αφομοιώσουμε καλύτερα τα προβλήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Η ψυχολογική υποστήριξη επομένως, σε αυτούς τους ασθενείς θα πρέπει να είναι προσεκτική και πιο αποτελεσματική. Θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να τους δώσουμε να καταλάβουν, ότι η ζωή δεν τελείωσε γι' αυτούς και ότι είναι ελεύθεροι να ζήσουν τη ζωή τους, όπως αυτοί θέλουν χωρίς μεγάλους περιορι-

σμούς και χωρίς να είναι απορριπτέοι από το περιβάλλον τους.

Τα μέσα που υπάρχουν για τους ασθενείς αυτούς και τα μέτρα που λαμβάνονται έχουν ήδη αναφερθεί. Κανένας περιορισμός δεν πρέπει να υπάρχει ούτε στις συναναστροφές ούτε στα ταξίδια ούτε στο χόμπυ ούτε στην σεξουαλική ζωή ούτε στην κύηση. Καλό είναι να έρχεται ο ασθενής με κολοστομία σε κοινωνική επαφή με κάποιον άλλο ασθενή ο οποίος έχει αναρρώσει πλήρως και έχει επανέλθει φυσιολογικά στην κοινωνική ζωή. Θα πρέπει να δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να συζητήσει μαζί του έτσι ώστε να μπορεί να καθησυχάσει. Η πείρα της επαφής αυτής είναι σημαντικότερη. Το οικογενειακό και το οικείο περιβάλλον του θα πρέπει επίσης να παίζει το ρόλο αυτό κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Από αυτό εξαρτάται ποιές φορές η έκβαση της αποκατάστασης του ασθενούς. Από αυτό εξαρτάται η απόρριψή τους ή όχι από τις κοινωνικές δραστηριότητες. Όλοι μαζί θα πρέπει να αποτελέσουν έναν κινητήριο μοχλό για την επανένταξη του αρρώστου στο κοινωνικό σύνολο. Ο ρόλος τους επομένως είναι λεπτός. Από αυτούς θα παίρνει κουράγιο ο άρρωστος για να αντλήσει τη δύναμη να ανταπεξέλθει κοινωνικά στα "μάτια" του ίδιου και της κοινωνίας. Τέλος, να υπενθυμίσουμε ότι η απαλλαγή του αρρώστου από το stress βοηθά στην ανάρρωσή του γιατί τις περισσότερες φορές οι εκδηλώσεις της νόσου δεν είναι παρά συμπτώματα του γενικού άγχους που υπάρχει και η θεραπεία του οποίου εξαφανίζει δια παντός τη νόσο και τα συμπτώματά της.

Γ' ΜΕΡΟΣ

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο   Ε Β Δ Ο Μ Ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διεργασία είναι σειρά από προγραμματισμένες σκέψεις με τις οποίες η νοσηλεύτρια -τής διαπιστώνει τις ανάγκες του ατόμου, οργανώνει την φροντίδα για να αντιμετωπίσει αυτές τις ανάγκες, εφαρμόζει το πρόγραμμα που οργάνωσε και τελικά ασκεί κριτική και ελέγχει τα αποτελέσματα της φροντίδας σε σχέση προς τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

Είναι μια κυκλική εργασία με τέσσερα στάδια και κάθε ένα από αυτά είναι συνέχεια του άλλου.

Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρω περιπτώσεις ασθενών που νοσηλεύτηκαν σύμφωνα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

#### Περίπτωση πρώτη

Η κυρία Αρτεμησία Δ. ηλικίας 40 ετών, κάτοικος Πατρών μητέρα 2 παιδιών και με ασχολία της τα οικιακά έφτασε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών συνοδευόμενη από τον άντρα της, την μητέρα της και το μεγαλύτερο παιδί της, στις 19/3/1994.

Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο με τα εξής συμπτώματα: Αδυναμία, καταβολή δυνάμεων, ωχρότητα δέρματος, αναιμία, χαμηλός αιματοκρίτης 24%,



Η παρούσα κατάσταση αναφέρεται στα εξής: Από εβδομάδος αδυναμία, καταβολή, εύκολη κόπωση για τα οποία έκανε εργαστηριακό έλεγχο και διαπιστώθηκε Ητ 23,4%. Η ασθενής πάσχει από ελκώδη κολίτιδα ενδοσκοπικά και ιστολογικά από το 1991.

### Ευρήματα

Οισοφάγος φυσιολογικός, αναιμικός βλεννογόνος. Στόμαχος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Δωδεκαδάκτυλος φυσιολογικός. Κατά την ορθοσκόπηση ο βλεννογόνος παρουσιάζεται εύθρυπτος μικροκοκκιώδης, με εξελκώσεις, βλέννες και ψευδομεμβράνες. Η είσοδος του ορθοσκοπίου στο έντερο ήταν μέχρι 10 εκ.

### Συμπέρασμα

Δεν διαπιστώνεται εστία αιμορραγίας εκτός από αναιμικό βλεννογόνο, ουδέν το παθολογικό στο άνω πεπτικό. Τυπική εικόνα ελκώδους κολίτιδας. Η έκταση της νόσου δεν έχει επιβεβαιωθεί ακτινολογικά ή ενδοσκοπικά αλλά θεωρείται ότι εντοπίζεται μέχρι την ορθοσιγμοειδική καμπή. Το ατομικό ιστορικό αναφέρει σιδηροπενική αναιμία, επιγαστραλγία και γνώση ελκώδους κολίτιδας.

Φάρμακα: μεσαλαζίνη 250 mg x 6. Στο μεσοδιάστημα μέχρι της εισαγωγής έχει παρουσιάσει δύο επεισόδια μέτριας βαρύτητας έξαρσης της νόσου.

Αναφέρονται προ 8 μηνών αρθραλγίες χωρίς σημεία φλεγμονής, στις κατά γόνυ αρθρώσεις. Αναφέρονται 5-6 υδαρείς και ημισχηματισμένες κενώσεις όλη τη διάρκεια της ημέρας με προσμίξεις αίματος και βλεννών.

Αναφέρεται τριχόπτωση. Από τους συγγενείς αναφέρεται πλημμελής σίτιση. Απώλεια σωματικού βάρους. Κατά την ανασκόπηση των συστημάτων προβλήματα αναφέρονται στο γαστρεντερικό: αιματηρές

διαρροϊκές κενώσεις, στο μυοσκελετικό: αρθραλγίες, στο δέρμα: ωχρότης δέρματος, τριχόπτωση, στο νευρικό-ψυχιατρικό: πάρεση προσωπικού το 1990. Τα άλλα συστήματα κεφαλή-τράχηλος, μαστοί, ενδοκρινικό, καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, ουροποιητικό, γεννητικό, αιμοποιητικό είναι σε φυσιολογική κατάσταση.

Πηγή ιστορικού: η ίδια και οι συγγενείς, αξιοπιστία καλή.

### Πορεία νόσου

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις και διαπιστώθηκαν τα εξής:

1. Αιματοκρίτης	:	24%
2. Αιμοσφαιρίνη	:	7,1
3. Αιμοπετάλια	:	346.000
4. Λευκά αιμοσφαίρια	:	6.400
5. Τ.Κ.Ε.	:	65
6. Σάκχαρο	:	106
7. Ουρία	:	24
8. Κρεατινίνη	:	0,9
9. Κάλιο αίματος	:	4,3
10. Νάτριο αίματος	:	139
11. Χρόνος προθρομβίνης	:	10,5"
12. Χολερυθρίνη αίματος	:	0,14

Εκτός από τις εργαστηριακές εξετάσεις πάρθηκε αίμα για διαπίστωση ομάδας - και διασταύρωσή της. Εγινε ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφία θώρακα και κοιλίας.

Κατά την πορεία της νόσου αναφέρονται τα εξής: αδυναμία, καταβολή, ωχρότητα, ταχύπνοια, τριχόπτωση, εύθραυστα νύχια, αιματουρία, ρινορραγία, ουλορραγία, εκχυμώσεις, υπερτροφία ούλων.

Η αρτηριακή πίεση κυμαίνεται σε 105/70 mmHg και οι σφυξεις

85-120/min.

Η ασθενής 3 ημέρες μετά την εισαγωγή της παρουσιάζει τέσσερις διαρροϊκές κενώσεις, οι πρώτες δύο καθαρές και οι δύο τελευταίες με προσμίξεις αίματος. Επίσης παρουσιάζει πυρετό 38,5°C. Η ασθενής λαμβάνει θεραπεία με σίδηρο I.V. Παρακολούθηση κενώσεων. Την επόμενη έχει 1 διαρροϊκή κένωση με πρόσμιξη αίματος. Αναφέρει ήπια άλγη στην ΑΡ κάτω κοιλιακή χώρα τα οποία υποχωρούν μετά τις κενώσεις, μάλλον περιγράφονται ως αίσθημα τεινεσμενού. Ο πυρετός εξακολουθεί με  $\theta = 38,7^{\circ}\text{C}$ . Αρχισε αγωγή με αντιβίωση ενδοφλέβια (mefoxil 2 x 3, flagyl 1 x 4).

Αγωγή που ακολουθείται:

- amp Zantak 1 x 4
- amp Ferrum Hausmann 4 x 1 (σε ογκομετρικό).

Στη συνέχεια η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε αισθητά. Δεν κάνει διάρροιες είναι απύρετη, δεν παρουσιάζει κοιλιακά άλγη. Οι φυσικές και ψυχολογικές της δυνάμεις ανακτίθηκαν. Κατόπιν εργαστηριακού ελέγχου (αιματολογικού - βιοχημικού - ορολογικού - ανοσολογικού - έλεγχος ηπατίτιδας Α.Β.С.Д.) διαπιστώθηκε άνοδος του αιματοκρίτη σε 31,2% της αιμοσφαιρίνης σε 9,3 και όλων των άλλων εργαστηριακών εξετάσεων με "τιμές" σε φυσιολογικά επιθυμητά επίπεδα.

Μετά από την εκτίμηση του γαστρεντερολόγου λαμβάνει εξιτήριο, οδηγίες, φαρμακευτική αγωγή στις 29/3/1994. Η ασθενής εξήλθε από το νοσοκομείο σε πολύ καλή κατάσταση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Καταβολη δυνάμεων	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να επανακτήσει τις δυνάμεις του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απόλυτη ανάπαυση και ηρεμία του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός δραστηριοτήτων και συγκινησιακών κατστάσεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Βελτιώθηκε η κατάσταση του σημαντικά</li> </ul>
Κοιλιακός πόνος	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση ή καταγραφή των χαρακτηριστων του πόνου</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικών και σπασμολυτικών κατόπιν Ιατρικής εντολής</li> <li>- Αντιμετώπιση του τυμπανισμού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αξιολόγηση του πόνου</li> <li>- Χορήγηση με φαιναμινικού οξέος (ronstan) και Buscopan</li> <li>- Εφαρμογή κατάλληλης διαίτας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο</li> </ul>
Μετεωρισμός/Τυμπανισμός	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το δυσάρεστο αίσθημα του μετεωρισμού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εφαρμογή κατάλληλης διαίτας έτσι ώστε να μειωθούν τα αέρια του εντέρου</li> <li>- Τοποθέτηση σωλήνα αερίων για την αποβολή αυτών</li> <li>- Ελαφρά στροφή στο πλάι</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή λήψεως σιτών και αεριούχων ποτών που προκαλούν αέρια</li> <li>- Χορήγηση φαρμάκων, που αυξάνουν την περισταλτικότητα του εντέρου (υπακτικά πχ. Duphalac</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανακούφιση του ασθενούς από το δυσάρεστο αίσθημα του μετεωρισμού/τυμπανισμού</li> </ul>
Πυρετός	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον πυρετό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αντιπυρετική αγωγή κατόπιν εντολής Ιατρού</li> <li>- Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων και λήψη άφθονων υγρών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιπυρετικών (eg:caem)</li> <li>- Εφαρμογή παγοκύστεων στο μέτωπο στα πόδια και στις μασχάλες του ασθενή.</li> <li>- Χορήγηση άφθονων υγρών από το στόμα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μετά την πάροδο λίγων ωρών ο πυρετός κατέβηκε</li> </ul>

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Διάρροια - Αιμορραγία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να αντιμειωπωπιστεί η διάρροια και η αιμορραγία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενυδάτωση αρρώστου</li> <li>- Λήψη αίματος για διασταύρωση</li> <li>- Χορήγηση αίματος και υγρών παρεντερικά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση ορθού</li> <li>- Εφαρμογή του προγράμματος και παρακολούθησε τυχόν αντιδράσεις από τη συχνή λήψη ζωτικών σημείων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απαλλαγή του ασθενούς από τις διάρροιες</li> <li>- Ο ασθενής πήρε το αίμα χωρίς να παρουσιάσει αντιδράσεις.</li> <li>- Η αιμορραγία σταμάτησε.</li> </ul>
Χαμηλός Ht, Αναιμία Εύκολη κόπωση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα της αναιμίας - διόρθωση της - ανάληψη του ομοιοκρατίτη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή εκτέλεσης μυϊκής άσκησης για την αποφυγή αυξημένων αναγκών της περιφέρειας σε οξυγόνο.</li> <li>- Διόρθωση του Ht με παράγωγα αίματος</li> <li>- Χορήγηση σιδήρου και ανάλογης διατροφής πλούσιας σε σίδηρο.</li> <li>- Αποφυγή περαιτέρω ερεθισμού του εντέρου για την μείωση της αιμορραγίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ξεκούραση σε ήσυχο θάλαμο και αποφυγή εγέρσεως από την κλίνη.</li> <li>- Μεταγγίσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων</li> <li>- Χορήγηση σιδήρου</li> <li>- Αποφυγή λήψης τροφών ερεθιστικών για το έντερο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ικανοποιητική άνοδος του Ht και ανάληψη των δυνάμεων του ασθενούς.</li> </ul>
Απώλεια βάρους	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Να αυξηθεί το σωματικό του βάρος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση τροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορηγήθηκε τροφή με όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Το βάρος του ασθενούς παραμένει στο ίδιο επίπεδα.</li> </ul>

### Περίπτωση δεύτερη: Ασθενής με κολοστομία

Ο κύριος Κωνσταντίνος Π. εισήχθη στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών στις 15/2/1993. Είναι 53 ετών, έγγαμος με τέσσερα παιδιά. Μόνιμος κάτοικος στον Πύργο Ηλείας, και ασχολείται με γεωργοκτηνοτροφικά.

Μετά από εντολή του προσωπικού του ιατρού και συνοδευόμενος από την σύζυγό του ήρθε στο Π.Π.Γ.Ν.Π. Αιτία εισόδου είναι η αιμορραγία από το ορθό που παρουσιάζει τελευταία. Η παρούσα κατάσταση αναφέρθηκε στα εξής:

Μετά από διάρροια, ο ασθενής παρουσιάζει πυρετική κίνηση ( $38-38,5^{\circ}\text{C}$ ). Αιμορραγία από το ορθό τα τελευταία 3 χρόνια, η οποία έχει χειροτερέψει τον τελευταίο μήνα.

Στο ατομικό ιστορικό αναφέρεται: γαστροραγία προ 20ετίας. Τοπική εκτομή έλκους θόλου και πυλωροπλαστική.

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται δεξιά βουβονοκήλη στη μητέρα. Κατά την ανασκόπηση των συστημάτων στο ουρογεννητικό υπάρχει ιστορικό νεφρολιθιάσεως. Επίσης, κατά την επισκόπηση της κοιλίας παρατηρούνται εγχειρητικές ουλές κατά την ακρόαση αυξημένοι εντερικοί ήχοι και κατά την ψηλάφηση ήπαρ επώδυνο. Τα υπόλοιπα συστήματα παρουσιάζονται φυσιολογικά.

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώνεται  $\text{Ht} = 33\%$  αιμοσφαιρίνη 8,4 κρεατινίνη 0,8, ουρία 38, κάλιο αίματος 4,4 και νάτριο αίματος 139.

Διάγνωση ελκώδη κολίτιδα σε έξαρση.

### Πορεία της νόσου

Ο ασθενής εισάγεται σε συστηματική Presolon Betnesol enema και παρεντερικά υγρά. Ενώ διαπιστώθηκε βελτίωση των διαρροιών

βελτίωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, η νόσος εξακολουθεί να βρίσκεται σε έξαρση οπότε αποφασίζεται χειρουργική επέμβαση. Εγινε ολική κολεκτομή - αναστόμωση διαπρωκτική.

### Ευρήματα

Τα ευρήματα αναφέρουν τα εξής: Ελκώδη κολίτιδα και πολύποδες κατιόντος ορθού. Λοιπά κοιλιακά όργανα φυσιολογικά. Ο ασθενής εξήλθε ομαλά από το νοσοκομείο την 13η ημέρα, εφόσον η γενική του κατάσταση (φυσική και ψυχολογική) βρίσκεται σε επιθυμητά επίπεδα.

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Προετοιμασία του εντέρου για επέμβαση	- Απελευθέρωση του εντέρου από το περιεχόμενό του.	- Κατάλληλη διαίτα για όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείμματα.	- Χορήγηση ελαφρών υπακτικών - Εφαρμογή υποκλισμών την παραμονή και της πρώτης ημέρας επέμβασης.	- Απελευθερώθηκε το έντερο από τα υπολείμματα.
Πόνος	- Μείωση του πόνου και ανακούφιση του ασθενούς.	- Χορήγηση παυσίπονων κατόπιν ιατρικής εντολής	- Δόθηκε κατά την εντολή του ιατρού παυσίπονα (pethidine και Romidon amp)	- Με την επίδραση των παυσίπονων ο πόνος μειώθηκε αισθητά.
Ξηρότητα στόματος	- Ανακούφιση του ασθενούς από την ξηρότητα	- Εφύγγραση του στόματος και των χεριών	- Εγινε εφύγγραση με βρεγμένα port-cotton και επάλειψη με βαζελίνη	- Η ξηρότητα βελτιώθηκε σημαντικά
Ναυτία - Έμετος	- Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών προσπάθεια παύσεως του εμέτου και εξουδετέρωση της ναυτίας	- Συστάσεις για να παίρνει βαθιές αναπνοές για καταστολή της ναυτίας - Αντιεμετική αγωγή με οδηγία ιατρού - Χορήγηση υγρών από το στόμα - Καθαρισμός στοματικής κοιλότητας	- Εγινε priperan amp - Πήρε άφθονο νερό από το στόμα - Καθαρίστηκε το στόμα του ασθενή με Hexalen.	- Ο ασθενής μετά την χορήγηση αντιεμετικών δεν παρουσίασε άλλους εμέτους
Ανορεξία	- Βελτίωση της όρεξης του ασθενούς και διατήρηση καλής θρέψης	- Προσφορά τροφής της αρεσκείας του	- Προσφέρεται η τροφή σερβιρισμένη όμορφα	- Ο ασθενής παρουσίασε αρκετά καλή βελτίωση της όρεξης. Τελικά έφτασε να τρώει μόνος του



ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Κολοστομία	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διάτρηση της κολοστομίας καθαρός.</li> <li>- Καθαρισμός της κολοστομίας και αλλαγή του κολοπλάστ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διδασκαλία του ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιποίηση της κολοστομίας και του τραύματος</li> <li>- Αλλαγή του κολοπλάστ σε κάθε κένωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η κολοστομία και το τραύμα σε καλή κατάσταση, οι κενώσεις είναι κανονικές σε αριθμό, ποσότητα και ποιότητα.</li> </ul>
Αρνηση του ασθενούς να μάθει την διαδικασία περιποίησης και καθαρισμού της κολοστομίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσπάθεια να πεισθεί ο ασθενής ότι είναι υποχρεωμένος να μάθει την διαδικασία καθαρισμού της κολοστομίας ώστε να την εκτελεί και μόνος του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συνεχής διδασκαλία με υπομονή και επιμονή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παρακολούθηση του ασθενή την ώρα της αλλαγής, βοήθεια και εξηγήσεις σε τυχόν απορίες του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής πείστηκε να μάθει την διαδικασία της αλλαγής του κολοπλάστ.</li> <li>- Εκτελεί πλέον πια την εργασία μόνος του.</li> </ul>
Κατάθλιψη και άσχημη ψυχολογική κατάσταση. Νιώθει αβεβαιότητα για την εξέλιξη της κατάστασής του.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενθάρρυνση του ασθενή με κάθε τρόπο ώστε να νιώσει καλύτερα.</li> <li>- Περιορισμός του άγχους και της απελπισίας του.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διάλογος με τον ασθενή εκλήρωση των εμβυμών του.</li> <li>- Δημιουργία ευχάριστου και ήρεμου περιβάλλοντος.</li> <li>- Επαφή του ασθενούς με άλλα άτομα με το ίδιο πρόβλημα.</li> <li>- Σύσταση στην οικογένειά του να του συμπαράστέκεται στη δύσκολη αυτή στιγμή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εγινε συζήτηση με τον ασθενή.</li> <li>- Ο ασθενής ήρθε σε επαφή με άλλους κολοστομημένους ασθενείς.</li> <li>- Εγινε συζήτηση με την οικογένεια του ασθενή.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο ασθενής νιώθει καλύτερα. Η ψυχολογική κατάσταση του βελτιώθηκε. Αρχισε να ενδιαφέρεται για τη ζωή και τις δραστηριότητές της.</li> </ul>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχική ηρεμία και η σωματική ανάπαυση αποτελούν δύο σπουδαίους παράγοντες που συμβάλλουν πολύ στη θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από ελκώδη κολίτιδα.

Η νοσηλεύτρια έχοντας υπόψη ότι ο ασθενείς από ελκώδη κολίτιδα είναι ψυχικά ευαίσθητα άτομα και ότι ο ψυχισμός τους επιδρά αποφασιστικά στην πορεία της νόσου, πρέπει να δίνει μεγάλη σημασία στον εκφραστικό της ρόλο, στις ενέργειές της, και στο ειλικρινές ενδιαφέρον της για αυτά τα άτομα.

Σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας καθώς και με τον άρρωστο και το περιβάλλον του οι ειδικευμένοι νοσηλευτές, παρέχουν κατάλληλη ολοκληρωμένη και ανθρωπιστική φροντίδα με την βοήθεια και της σύγχρονης τεχνολογίας.

Είναι αλήθεια ότι οι ταλαιπωρίες της ημερήσιας ρουτίνας με τις συνεχείς νοσηλευτικές φροντίδες κάνουν τον άρρωστο δύστροπο και εκνευρισμένο.

Γι' αυτό ένα χαμόγελο και ένας λόγος παρηγοριάς, βγαλμένα από την ψυχή μας είναι το βάλαμο για την πληγή του πονεμένου την κατάλληλη στιγμή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΣΩΝΗ Δ.: "Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής", Εκδοση 1η, (Χ.Ε), Αθήνα 1985.
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.: "Ειδική Νοσολογία", Εκδοση 3η, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1981.
- ΓΙΤΣΙΟΣ Κ.: "Νοσολογία (Εξέταση Συστημάτων)", Εκδοση 2η, ΟΕΒΔ Αθήνα 1990.
- CAMPELL WILLIAM, FRISSE MARK,: "Manual Θεραπευτικής", Μετάφραση Μαυρικήου, Εκδοση 24η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
- GOTH ANDRES: "Ιατρική Φαρμακολογία" Μετάφραση Μαρσελου Μ., Εκδοση 10η, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1982.
- HARRISSON S.P.: "Εσωτερική Παθολογία", Μετάφραση Βαγιωνάκης Α. Βαρώνος Δ., Τόμος Α, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1986.
- ΚΑΤΡΙΤΣΗ Ε., ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ: "Ανατομική του Ανθρώπου", Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986.
- ΚΟΥΒΕΛΑΣ Η.: "Φυσιολογία του Ανθρώπου", Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α', Εκδοση 10η, Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα Ιούλιος 1987.
- ΜΠΑΛΛΑΣ: "Χειρουργική" Τόμος Γ', Εκδοση 2η, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1990.

- ΝΤΟΝΖΗ - ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ι.: "Φαρμακολογία", Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1985.
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. - ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.: "Αρχές Γενικής Χειρουργικής" Τόμος Β', Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1989.
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ - ΝΤΑΪΦΙΩΤΗ - ΚΕΦΑΛΑΣ: "Φαρμακολογία", Εκδόσεις Ιδρυμα Εγυενίδη, Αθήνα 1988.
- ΠΛΕΣΣΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ: "Διαιτητική του Ανθρώπου", Εκδόσεις Φαρμάκου-Τυπος, Αθήνα 1988.
- ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA, ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 2ος, Μέρος Β' Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.
- ΤΣΟΧΑ Κ.: "Πρώτες Βοήθειες - Βασικές Γνώσεις", Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα 1986.
- ΥΓΕΙΑ - Οδηγός Υγιεινής, Οι μεγάλες παθήσεις της εποχής μας: "Δυσκοιλιότητα και διάρροιες", Τόμος 5ος, Εκδόσεις Δομικής, Αθήνα 1988.
- ΥΓΕΙΑ - Οδηγός Υγιεινής, Γενική Ιατρική και Χειρουργική "Πεπτικός Σωλήνας και προσαρτημένοι αδένες", Τόμος 6ος, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1988.
- ΧΡΥΣΟΣΠΑΘΗ Π.Σ., ΓΟΛΕΜΑΤΗ: "Μαθήματα Χειρουργικής", Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 1987.

