

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ : "Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ  
ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ"**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**κ.α. ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ**

**ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΗΜΙΝΑ**



**ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 1996**

ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 1936

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια κ.α. Γεωργούση Παρασκευή για την πολύτιμη βοήθειά της στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο: «**Η Νοσηλευτική στην νοσηλεία ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου**». Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους υπόλοιπους καθηγητές και καθηγήτριες του τμήματος Νοσηλευτικής για τις χρήσιμες γνώσεις που μας μετέδωσαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας ώστε να ασκήσουμε το νοσηλευτικό επάγγελμα έχοντας τις στοιχειώδεις γνώσεις και να προσφέρουμε τις υπηρεσίες μας στον τόσο αναγκαίο και κοινωνικά ευαίσθητο χώρο της Υγείας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
<b><u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'</b>	
- Πρόλογος .....	7
- Ανατομία του πεπτικού συστήματος .....	10
- Ανατομία παχέος εντέρου : .....	12
• Επιμέρους τμήματα του παχέος εντέρου .....	13
• Αγγείωση και νεύρωση του παχέος εντέρου .....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'</b>	
- Φυσιολογία του πεπτικού συστήματος .....	21
- Φυσιολογία παχέος εντέρου .....	23
- Μικροβιακή χλωρίδα παχέος εντέρου .....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'</b>	
<b>ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	
- Επιδημιολογία .....	28
- Αιτιολογία .....	29
- Παθολογική ανατομία .....	32
- Εντόπιση της νόσου .....	33
- Σταδιοποίηση - Ταξινόμηση της νόσου .....	33
- Επέκταση της νόσου (οδοί μεταστάσεων καρκίνου του παχέος εντέρου) .....	34
- Κλινικές εκδηλώσεις .....	36
- Διάγνωση .....	39
- Διαφορική διάγνωση .....	43

- Επιπλοκές της νόσου .....	44
- Θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου : .....	45
1. Χειρουργική θεραπεία .....	45
2. Ακτινοθεραπεία .....	47
3. Χημειοθεραπεία .....	49
- Πρόγνωση της νόσου .....	51

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'**

#### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ**

#### **ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

- Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στον διαγνωστικό έλεγχο ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου .....	52
--	----

#### **A. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται**

χειρουργικά : .....	54
- Προεγχειρητική ετοιμασία .....	54
- Μετεγχειρητική φροντίδα .....	57
- Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές .....	59
<b>Κολοστομία (Παραφύσιν έδρα) .....</b>	<b>65</b>
- Είδη κολοστομίας .....	65
- Περιποίηση κολοστομίας : .....	67
α. Φροντίδα στομίου (Διαδικασία αλλαγής σάκου κολοστομίας - Νοσηλευτικές ενέργειες) .....	67
β. Πλύση κολοστομίας (Διαδικασία πλύσεως κολοστομίας - Νοσηλευτικές ενέργειες) .....	71
γ. Πλύση κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο (Διαδικασία πλύσεως κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο - Νοσηλευτικές ενέργειες) .....	74

- Επιπλοκές της κολοστομίας .....	75
<b>Β. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με ακτινοθεραπεία .....</b>	<b>78</b>
<b>Γ. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που αντιμετωπίζεται με χημειοθεραπεία .....</b>	<b>82</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'</b>	
<b>ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ</b>	
α. Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου - κολοστομία .....	89
β. Εξοδος από το νοσοκομείο ασθενούς με κολοστομία Σχέδιο διδασκαλίας .....	92
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'</b>	
- Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στην πρόληψη του καρκίνου παχέος εντέρου .....	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'</b>	
<b>ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ</b>	
- Κλινική περίπτωση 1η .....	100
- Κλινική περίπτωση 2η .....	119
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>133</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>135</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική, επιστήμη αλλά και τέχνη, θεωρία αλλά και πράξη, είναι αφιερωμένη στην υπηρεσία του ανθρώπου καθώς του παρέχει φροντίδα όχι μόνον κατά την διάρκεια οποιασδήποτε ασθένειάς του, αλλά ακόμη και όταν είναι υγιής (μέσω της πρόληψης), από την στιγμή που θα γεννηθεί μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

Η Νοσηλευτική δεν είναι απλά ένα επάγγελμα. Είναι ένας μακροχρόνιος αγώνας. Ο νοσηλευτής -τρια καλείται να αναμετρηθεί με τον αντίπαλο "πόνος" επάνω στο πεδίο "άνθρωπος". Πρόκειται λοιπόν για μια εφαρμοσμένη επιστήμη καθώς στηρίζει τις τεχνικές της εφαρμογές σε επιστημονικές γνώσεις και αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης και άλλων επιστημών.

Η επιστήμη αυτή φέρνει τον νοσηλευτή -τρια σε μια συνεχή διαλεκτική επαφή με τον άρρωστο. Κοινωνικά προσόντα όπως η ικανότητα να χειρίζεται το λόγο, να μπορεί να παρέχει κατανοητές απαντήσεις και επεξηγήσεις είναι απαραίτητα, μόνα τους όμως δεν επαρκούν, αν δεν συνοδεύονται από τα ηθικά προσόντα της καλοσύνης, της ευγένειας και της υπομονής. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι μια δραστηριότητα που αναφέρεται μόνο στη σωματική υπόσταση του ανθρώπου, είναι κάτι που αγγίζει τον άνθρωπο στην ολότητά του, ως σώμα και ψυχή.

Με την εργασία μου, θα προσπαθήσω να αναλύσω και να αναφερθώ λεπτομερώς στον ρόλο της Νοσηλευτικής στην νοσηλεία ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου, καθώς επίσης να παραθέσω όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση αυτής της ασθένειας, στις προσπάθειες που γίνονται για την πρόληψή της καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισής της.

Επιπλέον, βαθύτερος στόχος μου είναι να τονίσω τον πολύπλευρο ρόλο της Νοσηλευτικής επιστήμης. Η Νοσηλευτική είναι ένα έργο που αποβλέπει στην διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, την νοσηλεία του ασθενούς, την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας. Είναι δηλαδή, ένα υπεύθυνο κοινωνικό έργο, μια προσφορά υπηρεσίας προς τον άνθρωπο, ένα έργο αγάπης και υπομονής.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

#### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Ο Καρκίνος, από στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μία αιτία. Δύο στις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο. Χιλιάδες άτομα, επομένως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο ζωής τους.

Ο οργανισμός του ανθρώπου αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα. Τα κύτταρα έχουν ζωή πολύ συντομότερη από τον οργανισμό σαν σύνολο. Την θέση των νεκρών κυττάρων παίρνουν τα αναγεννώμενα νέα κύτταρα. Η κυτταρική αυτή κοσμογονία γίνεται με ένα θαυμαστό ρυθμό αρμονίας, τάξεως και συστήματος και έτσι ο οργανισμός μας μένει πάντα ο ίδιος. Η επιστήμη ονομάζει τη θαυμαστή αυτή τάξη αρμονικής διαβίωσης των κυττάρων μας «ομοιοστασία».

Το νεόπλασμα, διαταραχή της «ομοιοστασίας» των κυττάρων, αποτελείται από κύτταρα παθολογικά, αλλά χωρίς ουσιώδη διαφορά στη λειτουργία τους από τα φυσιολογικά. Λέγεται ότι το νεόπλασμα αποτελεί ομάδα απείθαρχων, επαναστατικών κυττάρων, που η ανάπτυξή τους είναι άσκοπη, επιζήμια και μπορεί να οδηγήσει τον οργανισμό στο θάνατο. Το νεόπλασμα, διακρίνεται σε καλοήθες και κακοήθες.

Το καλοήθες νεόπλασμα είναι η ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων τα οποία δεν είναι πολύ βλαπτικά, δεν διασπείρονται σε άλλα μέρη του οργανισμού και δεν διηθούν τους παρακείμενους ιστούς.



Το κακοήθες νεόπλασμα είναι ανώμαλη ανάπτυξη κυττάρων, πάντοτε επιβλαβής στον οργανισμό, που διασκορπίζονται ή μεταναστεύουν σε άλλους ιστούς μακριά από την αρχική τους εμφάνιση.

Κατά την κυτταρική βιολογία το καρκινογόνο κύτταρο είναι πολύ αδύναμο και μπερδεμένο. Το κύτταρο αυτό περιέχει ανακριβείς γενετικές πληροφορίες έτσι ώστε να είναι ανίκανο να επιτελέσει το σκοπό και τη λειτουργία για την οποία προορίζεται. Αυτό το κύτταρο μπορεί να έχει πάρει ανακριβείς πληροφορίες είτε γιατί υπέστη την επίδραση επιβλαβών ουσιών, είτε επειδή βλάπηκε από άλλα εξωτερικά αίτια ή απλά γιατί στη διαδικασία της αναπαραγωγής δισεκατομμυρίων κυττάρων το σώμα καμιά φορά φτιάχνει και κανένα ατελές. Αν αυτό το κύτταρο αναπαράγει άλλα κύτταρα σχηματίζεται ένας όγκος, δηλαδή μία μάζα τέτοιων ατελών κυττάρων.

Φυσιολογικά το ανοσοποιητικό σύστημα θα αναγνώριζε αυτά τα κύτταρα και θα τα κατέστρεφε ή τουλάχιστον θα τα περιόριζε ώστε να μην μπορούν να επεκταθούν. Και ενώ ανάμεσα στα φυσιολογικά κύτταρα υπάρχει ένα είδος «κωδικού» επικοινωνίας που εμποδίζει την υπερπαραγωγή τους, τα κακοήθη κύτταρα είναι επαρκώς αποδιοργανωμένα ώστε να μην ανταποκρίνονται στην επικοινωνία με τα φυσιολογικά κύτταρα που τα περιβάλλουν.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα μη σωστά αυτά κύτταρα να αρχίζουν να εμποδίζουν την κανονική λειτουργία των διαφόρων οργάνων του σώματος. Σε πολλές μορφές καρκίνου τα κακοήθη κύτταρα αποχωρίζονται από την αρχική μάζα, διηθούν τους ιστούς, εισέρχονται στα αγγεία της λέμφου και του αίματος και με αυτά μεταφέρονται σε άλλα μέρη του σώματος όπου αρχίζουν να αναπαράγονται και να σχηματίζουν νέους όγκους δημιουργώντας τις λεγόμενες «μεταστάσεις».

Ο καρκίνος λοιπόν έχει ιδιότητες επέκτασης και καταστροφής. Επομένως είναι δικαιολογημένος ο φόβος, η αγωνία που πολλές φορές μετατρέπεται σε πανικό. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε πόσο σπουδαίος και πολύπλευρος είναι ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας όσον αφορά το σοβαρό θέμα του καρκίνου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας περιλαμβάνει τα εξής :

- να διαφωτίζει σε θέματα που αφορούν τα πρώιμα συμπτώματα του καρκίνου και τη σκοπιμότητα της συστηματικής περιοδικής εξετάσεως.
- να προσφέρει ψυχολογική και φυσική τόνωση στον ασθενή που πάσχει από ασθένεια η οποία απειλεί την ζωή του και πιθανόν να χρειάζεται να κάνει ουσιαστικές αλλαγές στον τρόπο ζωής του.
- να δίνει στον ασθενή πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει την αρρώστια, την πρόγνωσή της και τη θεραπεία.
- να διατηρεί ενδιαφέρον και επαφή με τις νέες εξελίξεις και πληροφορίες για τον καρκίνο.
- να εφαρμόζει τη χημειοθεραπεία με ασφάλεια, να προστατεύει τον ασθενή, τον εαυτό του/της και τους άλλους κατά την ακτινοθεραπεία και,
- να διατηρεί θετική συμπεριφορά στον ασθενή που νοσηλεύει με προχωρημένο καρκίνο ή ετοιμοθάνατο.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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

Ο γαστρεντερικός σωλήνας είναι ένας μακρύς, κοίλος σωλήνας που αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό.

Τα όργανα του πεπτικού συστήματος ανήκουν στα σπλάχνα, τα οποία διακρίνονται σε κοίλα και συμπαγή. Κοίλα ονομάζονται τα σπλάχνα, που αποτελούνται από ένα μικροσκοπικό τοίχωμα που περιβάλλει μια μακροσκοπική κοιλότητα. Συμπαγή λέγονται τα σπλάχνα όταν δεν έχουν μια προφανή κοιλότητα.

Το τοίχωμα των κοίλων σπλάχνων του πεπτικού συστήματος, όπως είναι το παχύ έντερο, αποτελείται από τους εξής τέσσερις χιτώνες :

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

### Τα μέρη του πεπτικού συστήματος είναι :

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

Οι αδένες του πεπτικού συστήματος διακρίνονται σε τοιχωματικούς (αυτοί που βρίσκονται στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα), όπως οι αδένες του οισοφάγου, του στομάχου κ.λ.π. και σε εξωτοιχωματικούς (αυτοί που βρίσκονται έξω από το τοίχωμα του σωλήνα και συνδέονται με αυτόν με εκφορητικούς πόρους), οι οποίοι είναι οι μεγάλοι σιελογόνοι (παρωτίδα, υπογλώσσιος, υπογνάθιος), το ήπαρ και το πάγκρεας.

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Το παχύ έντερο έχει μήκος περίπου 1,5 μ. και αποτελεί το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα. Αρχίζει από το δεξιό λαγόνιο βόθρο με την ειλεοτυφλική βαλβίδα και καταλήγει στον πρωκτικό δακτύλιο. Χρησιμεύει κυρίως για το σχηματισμό των κοπράνων, τα οποία προωθούνται με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα και τέλος αποβάλλονται από τον πρωκτό.

Διακρίνεται σε τρεις μοίρες : 1) Το τυφλό, 2) το κόλο, 3) το απευθυσμένο ή ορθό. Από αυτές το κόλο υποδιαιρείται σε τέσσερις μοίρες : το ανιόν, το εγκάρσιο, το κατίον και το σιγμοειδές.

Το εύρος γενικώς του παχέος εντέρου είναι μεγάλο στην περιοχή του τυφλού, ελαττώνεται όμως βαθμιαίως όσο προχωράμε προς το απευθυσμένο.

Το παχύ έντερο διακρίνεται εύκολα από το λεπτό εξαιτίας των παρακάτω ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του : α) το σχετικώς μεγάλο εύρος του, στο οποίο οφείλεται και ο χαρακτηρισμός του ως παχύ, β) τις κολικές ταινίες, οι οποίες είναι τρεις και σχηματίζονται από παχύνσεις της επιμήκου μυϊκής στιβάδας. 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, γ) Τα εκκολπώματα, τα οποία είναι σακοειδή ανευρύσματα του τοιχώματος του παχέος εντέρου και χωρίζονται μεταξύ τους με κυκλοτερείς περισφίξεις, δ) οι επιπλοϊκές αποφύσεις, οι οποίες είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου κατά μήκος της ελεύθερης και της επιπλοϊκής κολικής ταινίας.

Το εσωτερικό του παχέος εντέρου χωρίζεται με τις τρεις κολικές ταινίες σε τρεις αυλακοειδείς ζώνες από τις οποίες καθεμία υποδιαιρείται με εγκάρσιες πτυχές οι οποίες λέγονται μηνοειδείς, σε αλληλοδιάδοχα κοιλώματα, τις κολικές κυψέλες. Στα εξωτερικά εκκολπώματα αντιστοιχούν οι κολικές κυψέλες, ενώ στις εξωτερικές κυκλοτερείς περισφίξεις, αντιστοιχούν εσωτερικά οι μηνοειδείς πτυχές.

## Κατασκευή του παχέος εντέρου

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής :

ο ορογόνος, ο μυϊκός, ο υποβλεννογόνιος και ο βλεννογόνος

α) Ο ορογόνος χιτώνας προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου. Περιβάλλει τελείως το τυφλό με την σκωληκοειδή απόφυση, το εγκάρσιο κόλο και το σιγμοειδές ενώ το ανιόν και το κατιόν κόλο μόνο από μπροστά και από τα πλάγια.

β) Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στιβάδες λείων μυϊκών ινών, την έξω επιμήκη και την έσω κυκλωτήρη. Με την ενέργεια του μυϊκού χιτώνα γίνονται οι περισταλτικές κινήσεις και οι αντιπερισταλτικές κινήσεις του παχέος εντέρου.

γ) Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας αποτελείται από χαλαρό συνδετικό ιστό, αγγεία και νεύρα.

δ) Τέλος, ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου δεν περιέχει λάχνες. Εμφανίζει μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο με άφθονα καλυκοειδή κύτταρα, χόριο με μονήρη λεμφοζίδια και αδένες παρόμοιους με εκείνους του λεπτού εντέρου, ευρύτερους όμως και πλέον επιμήκεις.

## ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΤΜΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### 1. ΤΟ ΤΥΦΛΟ ΚΑΙ Η ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΗΣ ΑΠΟΦΥΣΗ

Το τυφλό έντερο είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου, έχει μήκος περίπου 6cm, πλάτος 7,5cm, χωρητικότητα 100-150 γραμμάρια και ευρισκόμενο μεταξύ του λεπτού εντέρου και του κόλου, υποδέχεται τις περιβεβλημένες από κυτταρίνη τροφές οι οποίες δεν έχουν ακόμη υποστεί πέψη. Η συμπλήρωση της πέψης των τροφών αυτών γίνεται στο τυφλό, όπου αυτές παραμένουν κάποιο χρονικό διάστημα, υφίστανται ζύμωση και διάσπαση της κυτταρίνης.

Το τυφλό αρχίζει τυφλά και τελειώνει στο ύψος της ειλεοκολικής βαλβίδας. Βρίσκεται στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, συνήθως περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μία περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσότυφλο.

Στην εξωτερική επιφάνεια του τυφλού παρατηρούμε :

α) εκκολπώματα, β) τρεις κολικές ταινίες, γ) την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης, δ) την έμφυση του ειλεού. Επιπλοϊκές αποφύσεις δεν υπάρχουν στο τυφλό.

Στην εσωτερική επιφάνεια του τυφλού παρατηρούμε :

α) κολικές κυψέλες, β) μηννοειδείς πτυχές, γ) το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ) την ειλεοκολική βαλβίδα.

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

Τέλος, πρέπει να τονίσουμε ότι η ειλεοκολική βαλβίδα μπορεί ενεργητικά να μεταβάλλει το σχήμα της σαν σφιγκτήρας. Η βράχυνση της επιμήκους μυϊκής στιβάδας του ειλεού και της κολικής ταινίας, προκαλεί διάνοιξη του στομίου της βαλβίδας. Η σύσπαση της κυκλοτερούς μυϊκής στιβάδας του ειλεού και του τυφλού προκαλεί σύγκλιση του στομίου.

Ο σφιγκτήρας αυτός ανοίγει περιοδικά και επιτρέπει τη διέλευση του εντερικού περιεχομένου στο παχύ έντερο, ενώ παρεμποδίζει την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος εντέρου προς το λεπτό, εμποδίζοντας έτσι την είσοδο μικροβίων που φυσιολογικά υπάρχουν στο κόλο.

Περίπου 2cm κάτω από το στόμιο της ειλεοτυφλικής βαλβίδας υπάρχει το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης.

Η σκωληκοειδής απόφυση έχει μήκος 2-30cm (συνήθως 8cm) και διάμετρο 0,5-1cm. Η βάση της βρίσκεται στην κοινή αρχή των τριών κολικών ταινιών. Περιβάλλεται από περιτόναιο και κρέμεται από μία περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται μεσεντερίδιο.

Η θέση της σκωληκοειδούς απόφυσης ποικίλλει σε σχέση προς το τυφλό. Συνηθέστερα την βρίσκουμε πίσω από το τυφλό (οπισθοτυφλική 65% των περιπτώσεων) ή μέσα στην πύελο (λαγονοπυελική 31%). Κατά τις θέσεις αυτές η σκωληκοειδής απόφυση εμφανίζει ποικίλη φορά, συνήθως κατιούσα, σπανιότερα ανιούσα ή εγκάρσια.

Η υφή της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι παρόμοια με εκείνην του υπόλοιπου εντέρου. Έχει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου, ενώ ο βλεννογόνος της εκτός των αφθόνων λευκοκυττάρων εμφανίζει και πολλά λεμφοζίδια, ιδιαίτερα στα παιδιά, ενώ στους ενήλικες αυτά αραιώνουν. Τα λεμφοζίδια αυτά συχνά καταλαμβάνουν και τον υποβλεννογόνιο χιτώνα, γι' αυτό και θεωρείται περισσότερο μέρος του λεμφοποιητικού συστήματος, παρά του πεπτικού.

Σε αναλογία 25% ο αυλός της σκωληκοειδούς απόφυσης συνήθως φράσσεται κατά διαστήματα, ενώ σπάνια είναι δυνατόν να φραχθεί ολόκληρος. Η στένωση του αυλού οφείλεται σε υπερτροφία των λεμφοζιδίων.

## 2. ΤΟ ΚΟΛΟ

Μετά το τυφλό ακολουθεί το κόλο, το οποίο περιβάλλει σαν πλαίσιο τις έλικες του λεπτού εντέρου. Αρχίζει από το ύψος της ειλεοτυφλικής βαλβίδας και φτάνει μέχρι το ύψος του 3ου ιερού σπονδύλου, όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Διακρίνεται στο ανιόν, το εγκάρσιο, το κατιόν και το σιγμοειδές.

α) Το ανιόν κόλο. Αυτό φέρεται κατά μήκος της δεξιάς οσφυϊκής χώρας μέχρι την κάτω επιφάνεια του ήπατος και έχει μήκος 12-14cm. Καλύπτεται κατά 3/4 περίπου από περιτόναιο ενώ προς τα πίσω προσφύεται προς τα όργανα που υπάρχουν εκεί, με χαλαρό συνδετικό ιστό. Το ανιόν κόλο ανέρχεται σε επαφή με το πρόσθιο και πλάγιο κοιλιακό τοίχωμα ως την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος, όπου στρέφεται προς τα εμπρός και αριστερά.



Σχηματίζεται έτσι η δεξιά (ηπατική) κολική καμπή, που είναι και το όριο μεταξύ ανιόντος και εγκάρσιου κόλου. Η δεξιά κολική καμπή αντιστοιχεί στον 10ο περίπου πλευρικό χόνδρο και μετακινείται κατά τις βαθιές αναπνευστικές κινήσεις προς τα άνω και προς τα κάτω. Η καμπή αυτή σχηματίζει συνήθως ορθή γωνία, όμως είναι δυνατό να αποτελεί, ιδιαιτέρως στους ενήλικες, οξεία γωνία. Οι τρεις κολικές ταινίες στο ανιόν κόλο στρέφονται : η ελεύθερη προς τα εμπρός, η επιπλοϊκή προς τα πίσω και έξω και η μεσοκολική προς τα πίσω και έσω.

β) Το εγκάρσιο κόλο. Αυτό, αποτελώντας συνέχεια του ανιόντος κόλου, φέρεται προς τα αριστερά και ελαφρώς προς τα άνω μέχρι την κάτω επιφάνεια του σπληνός και εμφανίζει μήκος περίπου 50cm. Περιβάλλεται ολόκληρο από περιτόναιο και κρέμεται από μία πλατιά περιτοναϊκή πτυχή που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο. Το εγκάρσιο μεσόκολο εκτείνεται ανάμεσα στους νεφρούς και προσφύεται μπροστά στη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου και στο πρόσθιο χείλος του σώματος του παγκρέατος.

Το εγκάρσιο κόλο συνδέεται επίσης προς το μείζον τόξο του στομάχου με τον γαστροκολικό σύνδεσμο, ο οποίος είναι η ανώτερη μοίρα του μείζονος επιπλόου. Το εγκάρσιο κόλο φέρεται από το δεξιό υποχόνδριο προς το αριστερό, όπου στρέφεται προς τα πίσω και άνω, φτάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπλήνα και στρέφεται απότομα προς τα κάτω. Έτσι σχηματίζεται η αριστερή (σπληνική) κολική καμπή, από την οποία αρχίζει το κατιόν κόλο. Αυτή η καμπή βρίσκεται ψηλότερα και βαθύτερα και είναι οξύτερη από τη δεξιά. Αντίθετα με την δεξιά καμπή, είναι σταθερή διότι συγκρατείται από μία περιτοναϊκή πτυχή, τον φρενοκολικό σύνδεσμο. Η αριστερή (σπληνική) κολική καμπή σχηματίζει οξεία γωνία, βρίσκεται βαθιά στο αριστερό υποχόνδριο, αντιστοιχεί στον 8ο πλευρικό χόνδρο και παρεκτοπίζεται κατά την βαθιά αναπνοή προς τα κάτω και προς τα άνω.

Οι τρεις κολικές ταινίες στρέφονται : η ελεύθερη προς τα κάτω (αντίκρυ στις έλικες του λεπτού εντέρου), η επιπλοϊκή προς τα άνω και εμπρός (όπου προσφύεται το μείζον επίπλου) και η μεσοκολική προς τα άνω και πίσω (όπου προσφύεται το εγκάρσιο μεσόκολο).

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

δ) Σιγμοειδές κόλο. Αρχίζει από το άνω στόμιο της πυέλου και φτάνει μπροστά από τον 3ο ιερό σπόνδυλο, ακολουθώντας σιγμοειδή πορεία (s). Περιβάλλεται γύρω-γύρω από περιτόναιο και είναι το πιο ευκίνητο τμήμα του παχέος εντέρου, διότι κρέμεται από μία μακριά πτυχή του περιτοναίου που λέγεται μεσοσιγμοειδές. Στο μεσοσιγμοειδές απομένουν δύο κολικές ταινίες, που τελικά εξαφανίζονται.

### 3. ΤΟ ΑΠΕΥΘΥΣΜΕΝΟ (Η' ΟΡΘΟ)

Το απευθυσμένο ή ορθό βρίσκεται μέσα στην πυέλο, αρχίζει από τον 3ο ιερό σπόνδυλο και φτάνει ως τον αιμορροϊδικό δακτύλιο, ενώ αποτελεί τη συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου και συγχρόνως την τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου. Αρχικά ακολουθεί το κοίλο του ιερού οστού, σχηματίζοντας την ιερή καμπή και μετά στο ύψος του κόκκυγος στρέφεται προς τα πίσω και περνάει δια μέσου του πυελικού εδάφους σχηματίζοντας την περινεϊκή καμπή. Τελικά σχηματίζει τον πρωκτικό σωλήνα και καταλήγει στον πρωκτό.

Το ορθό δεν παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του υπόλοιπου παχέος εντέρου (κολικές ταινίες, εκκολπώματα, αποφύσεις), επομένως η επιμήκης μυϊκή στιβάδα του είναι συνεχής. Προς το κάτω μέρος του, το ορθό διευρύνεται και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυθο. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι ο βλεννογόνος εμφανίζει τρεις μόνιμες εγκάρσιες πτυχές : την άνω, τη μέση και την κάτω, από τις οποίες η άνω και η κάτω βρίσκονται αριστερά και η μέση δεξιά. Οι πτυχές αυτές αποτελούν χρήσιμα οδηγία σημεία κατά την εξέταση του απευθυσμένου (ορθοσκόπηση).

Στο κάτω μέρος της κοπροδόχου ληκύθου, ο βλεννογόνος εμφανίζει 8-10 επιμήκειες πτυχές τους πρωκτικούς στύλους, που δημιουργούν ανάμεσά τους, τους πρωκτικούς κόλπους. Στην τελική μοίρα του απευθυσμένου η κυκλοτερής μυϊκή στιβάδα παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του

πρωκτού. Σχηματίζεται έτσι ένα κυκλωτερές έπαρμα του βλεννογόνου, που λέγεται αιμορροϊδικός δακτύλιος. Αντίστοιχα προς αυτόν το μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο του εντερικού βλεννογόνου ενώνεται με το πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο του δέρματος της πρωκτικής περιοχής.

### Κατασκευή του ορθού

Το τοίχωμα του ορθού όπως και του υπόλοιπου εντέρου αποτελείται από τέσσερις χιτώνες : τον ορογόνο, τον μυϊκό, τον υποβλεννογόνο και τον βλεννογόνο.

Ο μυϊκός χιτώνας αποτελείται από δύο στιβάδες: την έσω κυκλωτερή και την έξω επιμήκη όπου οι ίνες και των δύο αποτελούν συνεχή στιβάδα. Όπως, επίσης προαναφέρθηκε, η κυκλωτερής μυϊκή στιβάδα στην τελική μοίρα του απευθυσμένου παχύνεται και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού.

Ο βλεννογόνος αποτελείται από κυλινδρικό επιθήλιο με άφθονα βλεννώδη κύτταρα, χόριο και αδένες. Το κυλινδρικό επιθήλιο του ορθού αντιστοίχως προς τον αιμορροϊδικό δακτύλιο μεταπίπτει σε πολύστιβο πλακώδες.

Ο πρωκτός επαλείφεται εσωτερικά από βλεννογόνο και εξωτερικά από δέρμα με τρίχες, σμηγματογόνους και ιδρωτοποιούς αδένες.

### Αγγείωση και Νεύρωση του Ορθού

Η αγγείωση του ορθού γίνεται από τρεις αρτηρίες : την άνω αιμορροϊδική, την μέση αιμορροϊδική και την κάτω αιμορροϊδική.

Η νεύρωση του ορθού γίνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες οι οποίες εισερχόμενες στο τοίχωμα του ορθού, απολήγουν στα εκεί υπάρχοντα γαγγλιοφόρα πλέγματα.

Ο πρωκτός νευρώνεται από τα κάτω αιμορροϊδικά νεύρα.

## ΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΝΕΥΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

### Αρτηρίες

Η αγγείωση του παχέος εντέρου γίνεται από την άνω μεσεντέριο και την κάτω μεσεντέριο αρτηρία.

Η ειλεοτυφλική περιοχή και μέχρι το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου αιματώνεται από την άνω μεσεντέριο αρτηρία με τους εξής κλάδους : ειλεοκολική αρτηρία, δεξιά κολική και μέση κολική αρτηρία.

Το αριστερό ήμισυ του εγκάρσιου κόλου μέχρι το ορθό αιματώνεται από την κάτω μεσεντέριο αρτηρία με τους εξής κλάδους: αριστερή κολική αρτηρία, σιγμοειδή και άνω αιμορροϊδική αρτηρία.

Όλοι αυτοί οι κλάδοι των αρτηριών αναστομώνονται και σχηματίζουν αρτηριακά τόξα.

### Φλέβες

Οι φλέβες του παχέος εντέρου συνοδεύουν τις αρτηρίες και εκβάλλουν στην πυλαία φλέβα. Η φλέβα του ανώτερου τμήματος του ορθού, η άνω αιμορροϊδική φλέβα, εκβάλλει στην πυλαία. Αυτή επίσης αναστομώνεται και με την μέση και κάτω αιμορροϊδική φλέβα.

Επιπλέον, η μέση και κάτω αιμορροϊδική φλέβα εισβάλλουν στην κάτω κοίλη φλέβα και επομένως δημιουργείται μία πυλαιοκοιλιακή φλεβική επικοινωνία.

### Λεμφικό σύστημα

Τα λεμφογάγγλια του παχέος εντέρου είναι :

- α) Επικολικό
- β) Παρακολικό
- γ) Ενδιάμεσα, κατά μήκος των αρτηριακών κλάδων

δ) Λεμφογάγγλια γύρω από τα στελέχη της άνω και κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

Η αποχέτευση της λέμφου του ορθού γίνεται με τα βουβωνικά λεμφογάγγλια.

## **ΝΕΥΡΑ**

Το παχύ έντερο νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι το μέσο του εγκάρσιου κόλου, προέρχονται από σπλαχνικά νεύρα, μέσω του κοιλιακού και μεσεντερίου πλέγματος, ενώ του υπόλοιπου παχέος εντέρου προέρχονται από το οσφυϊκό συμπαθητικό, μέσω του κάτω μεσεντερίου και υπογαστρικού ή προϊερού πλέγματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

### ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Για τη διατήρηση της δομικής ακεραιότητας και λειτουργίας των ιστών και οργάνων του, το σώμα χρειάζεται συνεχή παροχή ενέργειας. Ενέργεια παρέχεται με την τροφή που αποτελείται κυρίως από πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες. Μερικές άλλες ουσίες βρίσκονται σε μικρές ποσότητες στην τροφή, αλλά αποτελούν απαραίτητα θρεπτικά συστατικά (π.χ. Βιταμίνες).

Η λειτουργία της πέψης περιλαμβάνει όλες τις φυσικοχημικές διεργασίες, από την πρόσληψη και μηχανική επεξεργασία των τροφών, ως την ενζυματική διάσπαση των θρεπτικών ουσιών και την απορρόφηση και μεταφορά τους προς την κυκλοφορία.

Η πέψη γίνεται στα όργανα της πέψης που αποτελούνται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες. Ο γαστρεντερικός σωλήνας αρχίζει από το στόμα και τελειώνει στον πρωκτό.

Η πέψη αρχίζει στο στόμα, όπου τα μεγάλα τεμάχια της τροφής γίνονται μικρότερα σε μέγεθος, αναμιγνύονται με σίελο και μετατρέπονται σε ημίρρευστη μάζα. Η κατάποση είναι αντανακλαστικό μεταφοράς της μασημένης τροφής στον ισοφάγο, από τον οποίο περνά στον στόμαχο, όπου αναμιγνύεται με γαστρικό υγρό και ρευστοποιείται με τις συσπάσεις της άπω μοίρας του στομάχου. Η ρευστοποιημένη τροφή ονομάζεται τώρα οπός. Το περιεχόμενο του στομάχου περνά από τον σφιγκτήρα του πυλωρού στο δωδεκαδάκτυλο, όπου προστίθενται εξωκρινή εκκρίματα των εντερικών κυττάρων και πεπτικά υγρά που προέρχονται από το πάγκρεας και τη χοληδόχο κύστη. Στην περιοχή του δωδεκαδακτύλου, στον κατώτερο στόμαχο και στο πάγκρεας παράγονται και ορισμένες γαστρεντερικές ορμόνες που συμμετέχουν στην ρύθμιση της πέψης. Τα τοιχώματα του λεπτού εντέρου (δωδεκαδακτύλου, νήσιδας και ειλεού) έχουν τρεις μυϊκές στιβάδες, που υποβοηθούν την ανάμιξη και την προώθηση του οπού. Το μεγαλύτερο μέρος της απορρόφησης της τροφής που έχει προσληφθεί πραγματοποιείται σ' αυτό το τμήμα του πεπτικού συστήματος. Στο παχύ έντερο γίνεται η τελική απορρόφηση ηλεκτρολυτών και νερού. Το

περιεχόμενο της τελικής μοίρας του παχέος εντέρου, τα κόπρανα, αποτελείται κυρίως από απορροφήσιμες φυτικές ουσίες, κύτταρα που έχουν αποπέσει, μικρόβια και ορισμένη ποσότητα νερού. Τα κόπρανα αποθηκεύονται στο ορθό ως την εκούσια αποβολή τους (αφόδευση).

## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι :

1. Απορρόφηση : Περίπου 500 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 παχέος εντέρου, αφυδατώνεται έτσι ώστε μόνο 120-150 κ.εκ. νερού να αποβάλλονται με τα κόπρανα. Απορροφούνται ιόντα νατρίου και χλωρίου, ενώ επιτελείται ενεργητική απέκκριση ιόντων καλίου και ασβεστίου. Επίσης απορροφούνται με απλή διάχυση μονοσακχαρίτες, αμινοξέα και λιπαρά οξέα.

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

3. Κινητικότητα : Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις μορφές :

α) Ανάστροφος περίσπαση. Είναι δακτυλιοειδείς συσπάσεις κινούμενες κεντρομόλως. Συμβαίνουν στο δεξιό κόλο και κυρίως στο τυφλό και ανιόν. Έτσι αναμιγνύεται το περιεχόμενο του τυφλού και γίνεται απορρόφηση υγρών και ηλεκτρολυτών καθώς και ανάμιξη με βλέννα.

β) Τμηματικές συσπάσεις. Αυτές συμβαίνουν κυρίως στο εγκάρσιο και κατιόν. Δακτυλιοειδείς συσπάσεις διαιρούν τον αυλό σε χωριστά τμήματα προωθώντας το περιεχόμενο συγχρόνως κεντρικώς και περιφερικώς.



γ) Μαζική περίσταλη. Συνίσταται σε εμφάνιση περίσφιξης σε κάποιο σημείο, που την ακολουθεί συστολή του τοιχώματος περιφερικότερά της που καταλαμβάνει έκταση 20 cm είτε και μεγαλύτερη, με αποτέλεσμα την προώθηση του περιεχομένου.

Οι παραπάνω κινήσεις είναι αποτέλεσμα πολύπλοκων νευροχημικών μηχανισμών και παραγόντων, από τους οποίους οι πιο γνωστοί είναι :

α) Το γαστροκολικό αντανακλαστικό, δηλαδή η επίταση των κινήσεων του παχέος εντέρου κατά την διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου .

β) Ο βαθμός διάτασης του εντέρου π.χ. μεγάλη περιεκτικότητα της τροφής σε κυτταρίνη είτε σε πρόσληψη δυσαπορρόφητων αλάτων, με συνέπεια την ωσμωτική μετακίνηση υγρών από το αίμα στο έντερο και τη διόγκωσή του (καθαρτική ενέργεια αλάτων μαγνησίου).

γ) Από επιδράσεις που εξασκούνται με το φυτικό νευρικό σύστημα, συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό, σε διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις π.χ. κατά την οργή και τον πόνο οι κινήσεις αναστέλλονται, ενώ στον φόβο και την ισχυρή συγκίνηση επιτείνονται.

δ) Από χημικά ερεθίσματα, π.χ. τα χολικά άλατα επιτείνουν τις κινήσεις καθώς και τα καθαρτικά όπως κικινέλαιο.

ε) Από τις επιδράσεις διαφόρων ιστικών ορμονών π.χ. η μοτιλίνη αυξάνει τις κινήσεις ενώ η εντερογλυκαγόνη τις μειώνει.

4. Αφόδευση : Το περιεχόμενο του παχέος εντέρου μετά την απορρόφηση του νερού και των άλλων ουσιών αποβάλλεται με την αφόδευση, δηλαδή με την μορφή κοπράνων δια του πρωκτού (περίπου 100-200 gr. κοπράνων ανά 24ωρο.). Επίσης αναφέρεται ως εσωτερική αφόδευση η δίοδος του εντερικού περιεχομένου δια της ειλεοκολικής βαλβίδας.

Η εσωτερική αφόδευση είναι αποτέλεσμα γαστροεντερικού αντανακλαστικού που προκαλείται κατά την είσοδο τροφών στο στομάχι και ισχυρών περισταλτικών κινήσεων που παρατηρούνται 2 ή 3 φορές την ημέρα. Κατ' αυτή το εντερικό περιεχόμενο εισέρχεται στο παχύ έντερο και επιβραδύνεται. Η επιβράδυνση αυτή αποβλέπει τόσο στην συμπύκνωσή του με την απορρόφηση νερού, όσο και στην ανάμιξη με βλέννα για να διευκολυνθεί η ολισθηρότητα. Η βλέννα εκκρίνεται από τον βλεννογόνο του

τυφλού και συντελεί επιπλέον στην μαλθακότητα της σύστασης των κοπράνων και στην συγκόλλησή τους. Παρά την αφυδάτωση, τα κόπρανα αποτελούνται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από νερό και από στερεά συστατικά (συστατικά τροφών που δεν υφίστανται πέψη και απομύζηση, μικροβιακά σωμάτια της εντερικής χλωρίδας, κυτταρίνη, εντερικές εκκρίσεις).

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

Τα πιο πάνω επιτελούνται στις περιπτώσεις που υπάρχει βούληση. Αν το άτομο δεν επιθυμεί να αφοδεύσει, παρ' όλο ότι μπορεί, έχει την δυνατότητα να αναστείλει την δραστηριότητα του κέντρου για την αφόδευση με την αποστολή, από τον φλοιό του εγκεφάλου, ανασταλτικών νευρικών ώσεων. Το αντανακλαστικό κέντρο για την αφόδευση λειτουργεί αυτόματα, χωρίς να μπορεί να ελέγχεται από την βούληση, στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- α) Βρεφική ηλικία.
- β) Εγκάρσια διατομή του νωτιαίου μυελού.
- γ) Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (π.χ. γεροντική άνοια).
- δ) Κώμα.

Οι φυσιολογικοί υγιείς άνθρωποι αφοδεύουν μία φορά την ημέρα, ορισμένοι όμως μπορεί να αφοδεύουν και τρεις φορές την ημέρα, ή κάποιοι άλλοι κάθε 2-3 ημέρες, χωρίς να ξεφεύγουν από τα όρια του φυσιολογικού.

Διάρροια λέγεται όταν οι κενώσεις είναι άνω των 3 ημερησίως με δίοδο αραιών ή υδαρών κοπράνων.

Με τον όρο δυσκοιλιότητα εννοείται :

- α) Αλλαγή της συχνότητας κενώσεων από μία ανά 24ωρο έως μία ανά 3ήμερο.
- β) Η σκληρή σύσταση των κοπράνων.
- γ) Η δυσκολία αποβολής των κοπράνων (δυσχεσία).

### ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗ ΧΛΩΡΙΔΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

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

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

Οι επιδράσεις των μικροοργανισμών αυτών είναι πολύπλοκες. Με την επίδραση των μικροοργανισμών γίνεται η συμπληρωματική πέψη των υδατανθράκων (κυτταρίνης) καθώς επίσης και μικρών ποσοτήτων άπεπτου λευκώματος που αποδίδουν διάφορα υποπροϊόντα όπως υδρόθειο, μερκαπτάνες, ινδόλη κ.λ.π. Η χολερυθρίνη της χολής μετατρέπεται σε κοπροχολινογόνο και κοπροχολίνη. Το μεγαλύτερο μέρος από τις ουσίες αυτές αποβάλλονται με τα κόπρανα, ενώ ένα μικρό μέρος απορροφούνται στο αίμα, αδρανοποιούνται από το ήπαρ και τελικά αποβάλλονται από τους νεφρούς με τα ούρα.

Επίσης ορισμένοι μικροοργανισμοί του εντέρου συνθέτουν Βιταμίνη Κ καθώς και άλλες βιταμίνες του συμπλέγματος Β.

Μέσα στο παχύ έντερο περιέχονται διάφορα αέρια που προέρχονται από κατάποση αέρα, αέρια που διαχέονται προς τον αυλό του εντέρου από το αίμα, καθώς και αέρια που παράγονται από την δράση της μικροβιακής χλωρίδας (CO<sub>2</sub>, υδροθείο, μεθάνιο). Το μεθάνιο είναι εύφλεκτο, γι' αυτό απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση θερμοκαυστήρα κατά τις επεμβάσεις κοιλίας.

Με την βακτηριδιακή απαμίνωση και την δράση της ουρεάσης στο παχύ έντερο παράγεται επίσης το 70% της αμμωνίας του γαστρεντερικού σωλήνος. Η απορρόφηση της αμμωνίας στο παχύ έντερο εξαρτάται από το ΡΗ και αυξάνεται επί αυξημένου ΡΗ. Αυτό επίσης εξηγεί την ωφέλεια από την λήψη λακτουλόζης σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια. Ο διασακχαρίτης αυτός φθάνει στο κόλο, όπου με την δράση των βακτηριδίων διασπάται σε οξέα, τα οποία ελαττώνουν το ΡΗ και έτσι παρεμποδίζεται η απορρόφηση της αμμωνίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

### ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου, είτε καλοήθη, είτε κακοήθη, εμφανίζονται πάρα πολύ συχνά στην κλινική πράξη.

Ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να αξιολογήσει ότι μία ποικιλία εντερικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα το αίμα στα κόπρανα, μπορεί να δείχνει την ύπαρξη πολύποδα ή καρκίνου. Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίζονται οι καταστάσεις, στις οποίες η κακοήθης νεοπλασία του εντέρου είναι πιο συχνή και να γίνεται προσπάθεια πρώιμης διαγνώσεως με σκοπό την αύξηση του ποσοστού πενταετούς επιβιώσεως. Πρέπει να τονιστεί ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ιάσιμος, αν ανακαλυφθεί πρώιμα, γι' αυτό η έγκαιρη διάγνωση της νόσου έχει και την καλύτερη πρόγνωση και επιβίωση του ασθενούς.

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου φαίνεται ότι εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις αναπτυγμένες χώρες από ότι στις αναπτυσσόμενες.

Η αιτία φαίνεται ότι είναι περισσότερο ο τρόπος και το είδος της διατροφής παρά γενετικοί παράγοντες. Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι Αφρικανοί και Ασιάτες εγκατεστημένοι στις Η.Π.Α. εμφανίζουν την ίδια συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου με τους λευκούς, ενώ πληθυσμοί των ιδίων φυλών Αφρικής και Ασίας εμφανίζουν καρκίνο σε πολύ μικρότερη συχνότητα.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στη Μεγάλη Βρετανία και κατέχει την δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του πνεύμονα στους άνδρες και τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες. Στις Η.Π.Α. ευθύνεται για το 20% περίπου όλων των θανάτων που οφείλονται σε κακοήθη νόσο. Δυστυχώς το

ποσοστό θανάτων από τη νόσο δεν έχει μεταβληθεί τα τελευταία 40 χρόνια και χωρίς αμφιβολία παραμένει το ίδιο παρά τις μεθόδους για την πρόωπη ανακάλυψη της νόσου και τις βελτιωμένες θεραπευτικές μεθόδους που είναι διαθέσιμες.

Σε πολλές χώρες του Δυτικού κόσμου ο καρκίνος του παχέος εντέρου έρχεται δεύτερος μετά τον καρκίνο του πνεύμονος σαν αιτία θανάτου από καρκίνο και για τα δύο φύλα. Εμφανίζεται με την ίδια περίπου συχνότητα και στα δύο φύλα και στο 80% των περιπτώσεων αφορά ενήλικες με συνήθη ηλικία εμφάνισης της νόσου μεταξύ 40-80 χρόνων. Το 3-4% των καρκίνων του παχέος εντέρου αφορούν ηλικίες κάτω των 35 ετών και το 0,5-1% ηλικίες κάτω των 25 ετών.

Από τους παραπάνω αριθμούς διαπιστώνουμε ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου μπορεί, σπάνια βέβαια, να προσβάλλει και τις νεαρές ηλικίες γι' αυτό δεν πρέπει να απομακρύνεται η σκέψη του γιατρού από μία ενδεχόμενη νεοπλασία σε ασθενή με ανεξήγητη αλλαγή των συνηθειών των κενώσεων. Επίσης ο γιατρός δεν πρέπει να αποδίδει πάντοτε μικρή αιμορραγία στις κενώσεις σε νεαρά άτομα ως αιμορροΐδες.

Στην Ελλάδα ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι λιγότερο συχνός από ότι στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α., φαίνεται όμως δυστυχώς ότι αυξάνει και στην χώρα μας με γρήγορο ρυθμό. Κάθε χρόνο, περίπου 1.500 άτομα προσβάλλονται από καρκίνο παχέος εντέρου και από αυτά μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σχετίζεται έντονα με την οικογενή πολυποδίαση και σε μικρότερο βαθμό με την ελκώδη κολίτιδα και τους πολύποδες. Είναι συχνότερος σε πληθυσμούς που καταναλώνουν επεξεργασμένα τρόφιμα πλούσια σε ζωϊκές πρωτεΐνες και λίπη ζωϊκής προέλευσης και ελάχιστα φρούτα και λαχανικά.

## ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Σαφής αιτιολογία για τον καρκίνο παχέος εντέρου δεν είναι γνωστή. Η μεγαλύτερη επίπτωσή του στον Δυτικό κόσμο υποδηλώνει ότι διαιτητικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν αλλά η επίδρασή τους είναι μάλλον επιβοηθητική παρά αιτιολογική. Επίσης, γενετικοί παράγοντες

ενοχοποιούνται χωρίς όμως να υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την κληρονομική μεταβίβαση της νόσου. Είναι γνωστό ότι ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου είναι αυξημένος σε ασθενείς με πολύποδες, οικογενή πολυποδίαση και ελκώδη κολίτιδα.

Σε αντίθεση με τους περισσότερους καλοήθεις πολύποδες στο λεπτό έντερο, οι πολύποδες του παχέος εντέρου θεωρούνται ιδιαίτερα επικίνδυνοι. Οι συχνότεροι πολύποδες είναι ιστολογικά υπερπλαστικού τύπου, οι οποίοι δεν εξαλλάσσονται σε καρκίνο. Οι πολύποδες του παχέος εντέρου που φαίνονται καλοήθεις ιστολογικά, μπορεί να εμφανίσουν εξαλλαγή (αδενωματώδεις και θηλώδεις πολύποδες). Ο κίνδυνος κακοήθους εξαλλαγής του πολύποδα αυξάνει με την αύξηση του μεγέθους του. Ο κίνδυνος είναι επίσης μεγαλύτερος στους θηλώδεις πολύποδες. Οι μισχωτοί πολύποδες με καρκίνο περιοριζόμενο στο βλεννογόνο και με μη προσβλημένο μίσχο μπορεί να θεραπευτούν με εκτομή κατά την κολοσκόπηση με βρόχο ηλεκτροκαυτήρα. Όταν λοιπόν η διάμετρος των πολυπόδων υπερβαίνει το 1cm, πρέπει να αφαιρούνται. Είναι πιο δύσκολο να γνωρίζει κανείς τι να κάνει με πολύποδες μικρότερους του 1cm διαμέτρου, διότι λίγοι από αυτούς είναι αδενωματώδεις και περισσότερο υπερπλαστικοί. Μία τεχνική βιοψίας με ηλεκτροπηξία μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο για λήψη υλικού, όσο και για την καταστροφή ακόμη και των μικρότερων αδενωματωδών πολυπόδων, με την ελπίδα ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου μειώνεται.

Η οικογενής πολυποδίαση του παχέος εντέρου είναι μία κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολυάριθμων αδενωματωδών πολυπόδων, που προσβάλλουν ολόκληρο το παχύ έντερο. Οι πολύποδες δεν υπάρχουν κατά τη γέννηση, αλλά εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία με την εμφάνιση διάρροιας και αιμορραγίας από το ορθό. Η πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου στα άτομα με τη νόσο είναι σχεδόν 100% στην ηλικία των 40 ετών. Για το λόγο αυτό, η προφυλακτική κολεκτομή έχει απόλυτη ένδειξη, συνήθως αφού ο ασθενής συμπληρώσει την ανάπτυξή του.

Η ελκώδης κολίτιδα εμφανίζεται πολύ συχνά. Είναι μία φλεγμονώδης νόσος του κόλου άγνωστης αιτιολογίας. Η φλεγμονή είναι διάχυτη και περιλαμβάνει τον βλεννογόνο και τον υποβλεννογόνο χιτώνα του ορθού και του κόλου. Όταν προσβάλλεται μόνο το ορθό, η πάθηση ονομάζεται πρωκτίτιδα, αν όλο το κόλο, πανκολίτιδα. Υπάρχει αυξημένη περίπτωση

εμφανίσεως καρκίνου σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν πιο εκτεταμένη προσβολή του βλεννογόνου (όπως πανκολίτιδα) και σε εκείνους στους οποίους η νόσος υπάρχει επί μεγάλο χρονικό διάστημα. Έχει υπολογισθεί ότι στην πανκολίτιδα ο κίνδυνος καρκίνου είναι 12% στα 15 χρόνια, 23% στα 20 χρόνια και 42% στα 24 χρόνια. Η περιορισμένη προσβολή του παχέος εντέρου (όπως πρωκτίτιδα) έχει χαμηλό κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής. Η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου σε καταστάσεις ελκώδους κολίτιδας έχει σημαντικές διαφορές όταν συγκρίνεται με τον καρκίνο που αναπτύσσεται στον υπόλοιπο πληθυσμό. Κλινικά πολλά από τα πρώιμα σημεία του νεοπλασματος του εντέρου (π.χ. αιμορραγία από το ορθό, μεταβολές των συνηθειών του εντέρου) δύσκολα μπορεί να αξιολογηθούν σε περιπτώσεις κολίτιδας. Στους ασθενείς με κολίτιδα η κατανομή του καρκίνου είναι πιο ομοιόμορφη κατά μήκος του παχέος εντέρου απ' ότι στους ασθενείς που δεν πάσχουν από κολίτιδα. Στους τελευταίους, η πλειονότητα των καρκίνων βρίσκονται στο ορθοσιγμοειδές, όπου μπορεί να φθάσει το σιγμοειδοσκόπιο. Στους ασθενείς με κολίτιδα, οι όγκοι είναι πιο συχνά πολλαπλοί, επίπεδοι και διηθητικοί και φαίνεται να είναι μεγαλύτερης κακοήθειας.

Επίσης προηγουμένως αναφέραμε ότι διαιτητικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του καρκίνου του κόλου και δίαιτας πλούσιας σε ζωικά λευκώματα και λίπη και φτωχής σε φυτικές τροφές.

Ο μηχανισμός με τον οποίο η διαίτα επιδρά στην καρκινογένεση βρίσκεται σε ερευνητικό πεδίο. Φαίνεται όμως ότι τα αναερόβια βακτηρίδια βρίσκονται σε υψηλές συγκεντρώσεις σε άτομα που τρέφονται με ζωικά λευκώματα και λίπη. Τα μικρόβια αυτά έχουν υψηλές συγκεντρώσεις του ενζύμου 7α-δεϋδρογονάση, το οποίο διασπά τα χολικά οξέα και σχηματίζει προδρόμους καρκινογενετικούς παράγοντες.

Άλλος μηχανισμός είναι η μετατροπή προσληφθέντων προκαρκινογόνων σε καρκινογόνα με την επίδραση των ενζύμων των μικροβίων όπως β-γλυκουρονιδάση, αζωτοαναγωγή.



## ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

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

1. Την υπερτροφική ή ανθοκραμβοειδή μορφή. Εντοπίζεται κυρίως στο τυφλό, ανιόν και ορθό. Επεκτείνεται συνήθως μάλλον προς τον αυλό του εντέρου ή προς το τοίχωμα αυτού. Οι λεμφαδένες διηθούνται κατά τα τελευταία στάδια της νόσου. Επί εντοπίσεως στο τυφλό, αναπτύσσεται συνήθως μια ευμεγέθους σαρκώδης μάζα η οποία εξελκείται και αιμορραγεί. Λόγω του μεγάλου αυλού του τυφλού, η διάγνωση γίνεται σε προχωρημένο στάδιο και συνήθως λόγω της αιμορραγίας.
2. Την διηθητική μορφή. Αυτή διηθεί τους χιτώνες του εντέρου προκαλώντας δακτυλιοειδή στένωση.
3. Τον σκίρρο καρκίνο, ο οποίος υπάγεται στην διηθητική μορφή. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό ήμισυ του κόλου ιδίως στο σιγμοειδές και προκαλεί δακτυλιοειδή και πρώιμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.
4. Τον κολλοειδή καρκίνο, ο οποίος οφείλεται σε βλεννώδη εκφύλιση των κυττάρων της ανθοκραμβοειδούς μορφής. Ο όγκος συνήθως είναι μεγάλος και προβάλλει εντός του αυλού του εντέρου.
5. Την ελκωτική μορφή, η οποία είναι η σπανιότερη και κακοηθέστερη. Εντοπίζεται συνήθως στο ορθό και στην ορθοσιγμοειδική γωνία. Παρουσιάζεται ως εξέλκωση με ανώμαλα χείλη, σκληρά βάση και νεκρωτικό πυθμένα. Η μορφή αυτή διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου και είναι δυνατό να οδηγήσει σε στένωση του αυλού.

## ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου αποτελεί το 15% όλων των καρκίνων του σώματος. Περίπου 45% των καρκίνων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό. Ένα 20% εντοπίζεται στο σιγμοειδές και 6-7% στο κατιόν κόλο. Στο εγκάρσιο απαντάται το 6-8% των καρκίνων και στο ανιόν κόλο εντοπίζεται περίπου 15%. Ο καρκίνος του πρωκτού αφορά 1-2% των καρκίνων του παχέος εντέρου.

Το μεγαλύτερο ποσοστό, 95% των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκινώματα, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό συναντώνται σαρκώματα ή λειομυοσαρκώματα.

Τα αδενοκαρκινώματα του παχέος εντέρου διακρίνονται μικροσκοπικώς σε :

- α) Μυελοειδή
- β) Σκιρρώδη
- γ) Θηλοειδή
- δ) Βλεννώδη ή κολλοειδή

## ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η σταδιοποίηση του καρκίνου του παχέος εντέρου γίνεται σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά Dukes η οποία αφορά το βαθμό διήθησης του τοιχώματος και την παρουσία ή όχι λεμφαδενικών μεταστάσεων. Η ταξινόμηση αυτή προτάθηκε αρχικά από τον Dukes για τον καρκίνο του ορθού, αποδείχθηκε όμως ότι είναι εξίσου ικανοποιητική και για τον καρκίνο του κόλου.

Η επικρατέστερη σήμερα ταξινόμηση κατά Dukes είναι η ακόλουθη :

Αναλόγως του βαθμού επεκτάσεως των νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου, έχουν καθορισθεί κατά τον Dukes 4 στάδια γνωστά με τα γράμματα Α, Β, Γ, Δ.

**Στάδιο Α.** Το νεόπλασμα περιορίζεται στον βλεννογόνο του κόλου ή του ορθού χωρίς επέκταση προς τα τοιχώματα του εντέρου και χωρίς λεμφικές μεταστάσεις.

**Στάδιο Β.** Το νεόπλασμα διηθεί τους χιτώνες του εντέρου. Ξεπερνά την υποβλεννογόνο μυϊκή στοιβάδα και διηθεί τον ορογόνο. Επίσης, είναι δυνατόν να επεκταθεί στους γύρω ιστούς χωρίς λεμφικές μεταστάσεις.

**Στάδιο Γ.** Σε αυτό το στάδιο, εκτός της επεκτάσεως πέραν του τοιχώματος του εντέρου, υπάρχουν και λεμφικές μεταστάσεις.

Το στάδιο αυτό υποδιαιρείται σε Γ1, εφόσον έχουν διηθηθεί μόνο οι επιχώριοι λεμφαδένες και σε Γ2, κατά το οποίο παρατηρούνται μεταστάσεις σε απομακρυσμένους λεμφαδένες.

**Στάδιο Δ.** Σ' αυτό το στάδιο παρατηρούνται απομακρυσμένες μεταστάσεις σε άλλα όργανα όπως ήπαρ κ.λ.π.

Η παραπάνω ταξινόμηση βασίζεται σε χειρουργικά παρασκευάσματα και κατά συνέπεια η αναγνώριση σταδίων είναι έργο του χειρουργού κατά τη διάρκεια της εγχειρήσεως. Αυτός τότε εκτιμά την έκταση του όγκου και τις πιθανές λεμφαγγλιακές μεταστάσεις χωρίς και αυτό να είναι απόλυτο διότι καμιά φορά τα διογκωμένα λεμφογάγγλια είναι μόνο φλεγμονώδη.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε και την ταξινόμηση κατά Broder, η οποία αφορά το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων, όπως :

I: υψηλή διαφοροποίηση, II : μέση διαφοροποίηση, III : χαμηλή διαφοροποίηση ή αμετάπλαστα κύτταρα.

## **ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

### **(ΟΔΟΙ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ)**

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

1. Με άμεση επέκταση κατά συνέχεια ιστών
2. Λεμφογενώς
3. Αιματογενώς

4. Με διασπορά καρκινικών κυττάρων που αποφολιδώνονται και πέφτουν μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα

5. Με εμφύτευση καρκινικών κυττάρων που διαφεύγουν κατά τη διάρκεια της εγχείρησης.

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

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

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

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

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

Με τον ίδιο τρόπο μεταστάσεις εμφανίζονται και στις ωθήκες, σε ποσοστό 3-4%, αναπτυσσόμενων των όγκων του «KRUKENDERG», όπως και στον καρκίνο στομάχου. Για το λόγο αυτό πολλοί υποστηρίζουν ότι η αμφοτερόπλευρη ωθηκεκτομή θα πρέπει να συμπληρώνει μια εγχείρηση κολεκτομής για καρκίνο του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε γυναίκες της μετακλιμακτηριακής περιόδου.

Με τον ίδιο μηχανισμό, καρκινικά κύτταρα που αποφολιδώνονται μέσα στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εμφυτευθούν σε περισσότερα σημεία του εντερικού βλεννογόνου. Αυτό όμως είναι πάρα πολύ σπάνιο. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση τοπικής υποτροπής του καρκίνου στο σημείο της αναστόμωσης, οφειλόμενη σε εμφύτευση κυττάρων που διαφεύγουν από τους χειρισμούς της εγχείρησης.

## **ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

Τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι συνήθως ήπια, ακαθόριστα και μη ειδικά κατά την έναρξη. Η απώλεια βάρους και η αδιαθεσία είναι συχνά συμπτώματα και πολλές φορές παραβλέπονται από τον άρρωστο.

Τα συχνότερα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να συνοδεύουν τον καρκίνο παχέος εντέρου συνοψίζονται ως ακολούθως :

- Μεταβολές στις συνήθειες του εντέρου με τη μορφή δυσκοιλιότητας ή διάρροιας, ή συνδυασμού και των δύο.
- Αποβολή αίματος με τις κενώσεις.
- Κοιλιακά άλγη.
- Δυσπεπτικά ενοχλήματα.
- Μετεωρισμός της κοιλίας και βορβορυγμοί.
- Ψηλαφητή ενδοκοιλιακή μάζα και,
- Επηρεασμός της γενικής κατάστασης του ασθενούς με την έννοια της απώλειας βάρους, αδυναμίας και κοπώσεως. Χαρακτηριστική είναι η παρουσία απώλειας βάρους, καχεξίας, ικτέρου και ηπατομεγαλίας σε προχωρημένα στάδια του καρκίνου.

Τα συμπτώματα όμως ποικίλουν αναλόγως της εντοπίσεως του όγκου (δεξιό - εγκάρσιο - αριστερό - ορθό) και εξαρτώνται από το μέγεθος αυτού, την έκτασή του, καθώς και από το αν υπάρχει αιμορραγία, διάτρηση ή απόφραξη.

Συνηθίζεται λοιπόν ο καρκίνος του παχέος εντέρου να διαιρείται σε εκείνον που προσβάλλει το δεξιό και αριστερό κόλο. Οι καρκίνοι του τυφλού και του ανιόντος αναφέρονται συχνά ως «σιωπηλοί καρκίνοι» επειδή δεν αποφράσσουν το έντερο ούτε προκαλούν μέλαινα. Ο καρκίνος του ορθοσιγμοειδούς μπορεί να αποφράσει τον αυλό ή να αιμορραγεί και γι' αυτό οδηγεί τον ασθενή να ζητήσει ιατρική συμβουλή.

#### Ειδικότερα :

A. Συμπτώματα από το δεξιό κόλο : Οι όγκοι εντοπίζονται κυρίως στο τυφλό και ανιόν και είναι ανθοκραμβοειδείς. Υφίστανται την επίδραση των υγρών του ειλεού και των χολικών οξέων. Το δεξιό κόλο έχει ένα μεγάλο αυλό και το κοπρανώδες περιεχόμενό του είναι υδαρές.

Τα συμπτώματα κατά σειρά συχνότητας είναι :

1. Συμπτώματα αναιμίας (Ανεξήγητη αδυναμία - κόπωση). Οι ασθενείς συχνά παραπονούνται στον γιατρό για αίσθημα αδυναμίας και κόπωσης εξαιτίας οξείας έντονης αναιμίας.
2. Δυσπεπτικά ενοχλήματα του τύπου χολοκυστοπάθειας ή γαστρίτιδας. Οι ασθενείς μπορεί να παραπονεθούν για ακαθόριστη ενόχληση στο δεξιό κοιλιακό μέρος, η οποία συχνά παρατηρείται μετά το γεύμα και μπορεί λανθασμένα να αποδοθεί σε νόσο της χοληδόχου κύστης ή του γαστροδωδεκαδάκτυλου.
3. Διαταραχή των κενώσεων με προεξάρχον στοιχείο τις διάρροιες με ίχνη αίματος. Μεγάλη ποσότητα αίματος μπορεί να μην είναι ορατή στα κόπρανα επειδή το αίμα είναι πλήρως αναμεμειγμένο με τα κόπρανα. Επομένως διαφεύγει της προσοχής του ασθενούς και γίνεται αντιληπτή μόνο μέσω της μικροσκοπικής εξέτασης.
4. Πυρετός, λόγω απορρόφησης μη εξουδετερωμένων τοξικών ουσιών από το ήπαρ.
5. Ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

**B. Συμπτώματα από το εγκάρσιο κόλο :** Αναιμία, επιγαστρικά ενοχλήματα και ψηλαφητός όγκος στο επιγάστριο. Είναι δυνατό αυτά τα συμπτώματα να εκλαμβάνονται και ως καρκινώματα στομάχου.

**Γ. Συμπτώματα από το αριστερό κόλο:** Στους καρκίνους του αριστερού κόλου παρατηρούνται στενωτικά φαινόμενα λόγω του μικρότερου αυλού του αριστερού κόλου από τον δεξιό. Επίσης, λόγω της ημιστερεάς σύστασης των κοπράνων τα συμπτώματα αυτά είναι κυρίως αποφρακτικού τύπου.

1. Κωλικοειδή άλγη με συμπτώματα διατάσεως της κοιλιάς, βορβορυγμούς (συνέπεια δυσχέρειας διόδου των αερίων) και δυσφορία στην αριστερή πλάγια χώρα.
2. Διαταραχή των κενώσεων, δυσκοιλιότης ιδίως κατά την εντόπιση του όγκου στο σιγμοειδές με κατά περιόδους πολλές μικρές κενώσεις.

3. Μερική ή τελεία απόφραξη.

4. Αίμα στις κενώσεις όπου σε ένα 70% των περιπτώσεων γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή.

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

Δ. Συμπτώματα από το ορθό : Στον καρκίνο του ορθού το πιο κοινό παρουσιαζόμενο σύμπτωμα είναι η αιμορραγία η οποία συχνά είναι έντονη. Η αιμορραγία από το ορθό ποτέ δεν πρέπει να αποδίδεται σε αιμορροΐδες ιδιαίτερα σε γηραδιά άτομα εάν δεν αποκλεισθεί το κακοήθες νεόπλασμα του εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό ή με σιγμοειδοσκόπηση. Επίσης, το αίμα μπορεί να αναμιγνύεται ή όχι με κόπρανα ή βλέννη. Ακόμη μπορεί να υπάρχουν διαταραχές των συνηθειών του εντέρου και ο ασθενής μπορεί να έχει ένα αίσθημα ψευδούς αφόδευσης. Ο πόνος συνήθως είναι απών εκτός από τα πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου ή όταν το καρκίνωμα σχετίζεται με τον πρωκτικό δακτύλιο.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι μία από τις πιο κοινές κακοήθειες νεοπλασίες και ο γιατρός θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος σε συμπτώματα όπως απώλεια βάρους, αίμα στα κόπρανα, μεταβολή στις συνηθειές του εντέρου. Η δυνητικά σοβαρή φύση αυτών των συμπτωμάτων θα πρέπει να αναζητείται, να αναγνωρίζεται και δεν θα πρέπει να αποδίδονται σε αιμορροΐδες ή άλλες μικρότερες καταστάσεις μέχρι να αποκλεισθεί οριστικά ο καρκίνος. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ιάσιμος, αν ανακαλυφθεί πρώιμα και ότι η αργοπορημένη διάγνωση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην κακή πρόγνωση.

Η διάγνωση θα βασισθεί : α) στην κλινική εξέταση, β) στην δακτυλική εξέταση, γ) στην μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων, δ) στην ενδοσκόπηση (ορθοσιγμοειδοσκόπηση-κολοσκόπηση), ε) στην ακτινολογική εξέταση (βαριούχος υποκλυσμός), στ) στο καρκίνο-εμβρυϊκό αντιγόνο, ζ) στην ακτινογραφία θώρακος, στο σπινθηρογράφημα ήπατος, στον αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο.



Η κλινική εξέταση του ασθενούς πιθανόν να αποδείξει την ύπαρξη ψηλαφητού ενδοκοιλιακού όγκου, ιδίως σε νεοπλάσματα του δεξιού κόλου και του τυφλού ενώ η διαπίστωση απώλειας βάρους, αναιμίας, ανορεξίας κ.λ.π. επιβεβαιώνουν την αρχική υποψία. Ιδιαίτερη προσοχή λοιπόν, πρέπει να δοθεί στην απώλεια βάρους και στην ανορεξία. Η ταυτόχρονη παρουσία τους θα πρέπει να εγείρει την υποψία υποκείμενης κακοήθειας. Εάν υπάρχει διάρροια, θα πρέπει να καθορισθεί ο μέσος αριθμός των κενώσεων, η σύστασή τους και κάθε πότε εμφανίζονται. Μερικοί ασθενείς εννοούν ως διάρροια, αυξημένο αριθμό κενώσεων ακόμη και όταν είναι σχετικά φυσιολογικές σε σύσταση, ενώ άλλοι εννοούν ως διάρροια τα υδαρή κόπρανα. Σε ασθενή με διάρροια θα πρέπει να ερωτηθεί αν υπάρχει αίμα ή βλέννη. Μεγάλη επίσης προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο ιστορικό «λήψεως φαρμάκων». Εάν δεν ερωτηθούν οι ασθενείς, πιθανόν να ξεχάσουν να αναφέρουν ότι παίρνουν ασπιρίνη καθημερινώς για πονοκεφάλους και αυτό πράγματι πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπ' όψιν επί παρουσίας μικροσκοπικής αιμορραγίας. Επίσης, πολλοί ασθενείς παίρνουν καθημερινώς υπακτικά που μπορεί να ερμηνεύσουν χρόνια διάρροια και ακτινολογικές αλλοιώσεις στο παχύ έντερο. Τέλος, μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί σε συνοδές παθήσεις (ελκώδης κολίτις, οικογενής πολυποδίαση) και στο οικογενειακό ιστορικό (καρκίνος παχέος εντέρου, σύνδρομο οικογενούς πολυποδίασης).

Η δακτυλική εξέταση του ορθού αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο της φυσικής εξετάσεως επειδή περίπου οι μισοί καρκίνοι του ορθού βρίσκονται σε ύψος που φτάνει το εξεταστικό δάκτυλο. Επομένως η παράλειψη της δακτυλικής εξετάσεως μπορεί να επιβραδύνει την διάγνωση και να επιβαρύνει την πρόγνωση. Επίσης με την δακτυλική εξέταση μπορεί να προσδιοριστεί η μορφή του όγκου καθώς και η έκτασή του.

Η επαρκέστερη και οικονομικότερη εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων για αίμα. Οι περισσότεροι καρκίνοι του εντέρου αιμορραγούν βραδέως μέσα στον αυλό ακόμη και προτού να φθάσουν σε μέγεθος τέτοιο, που να προκαλεί συμπτώματα. Έτσι η ύπαρξη αίματος στα κόπρανα θα πρέπει να εγείρει στον κλινικό την υποψία για την πιθανότητα καρκίνου του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Τα κόπρανα φυσιολογικών ατόμων περιέχουν μικρή ποσότητα αίματος ημερησίως περίπου 0,6-1,2 ml. Αυξημένη απώλεια αίματος συμβαίνει σε άτομα με καρκίνο παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του ορθού.

Το HAEMOCCULT TEST, τροποποιημένο κατά GREEGOR GUAIAC TEST, αποτελείται από διηθητικό χαρτί ηλεκτροφόρησης εμποτισμένο με το παρασκεύασμα της ρητίνης GUAIAC. Στο διηθητικό χαρτί αποτίθενται 2 δείγματα κοπράνων επί 3 συνεχείς ημέρες (6 δείγματα). Αν στα δείγματα κοπράνων υπάρχει αιμοσφαιρίνη τότε η προσθήκη 2-3 σταγόνων διαλύματος υπεροξειδίου του υδρογόνου μετατρέπει την άχρωμη ρητίνη GUAIAC σε κυανή. Το HAEMOCCULT TEST ανιχνεύει εξειδικευμένα την αιμορραγία από το παχύ έντερο όταν είναι άνω των 2 ml το 24ωρο.

Το HAEMOCCULT TEST είναι κατάλληλο για την διάγνωση και τον προληπτικό έλεγχο νεοπλασμάτων του παχέος εντέρου διότι η ευαισθησία του έχει ρυθμιστεί να είναι άνω της συγκεντρώσεως της αιμοσφαιρίνης των κοπράνων στα φυσιολογικά άτομα και αντιστοιχεί περίπου σε 3 mg αιμοσφαιρίνης ανά gr κοπράνων. Βέβαια πρέπει να τονίσουμε πως το HAEMOCCULT TEST δεν κάνει άμεση διάγνωση του καρκίνου αλλά ανιχνεύει μόνο την μικροσκοπική αιμορραγία του παχέος εντέρου στα κόπρανα, δηλαδή ανιχνεύει μια βλάβη στο παχύ έντερο που αιμορραγεί, χωρίς να αναγνωρίζεται αυτή η απώλεια αίματος μακροσκοπικά στα κόπρανα.

Αντίθετα με την γενική εντύπωση, η τεχνική της ορθοσιγμοειδοσκοπήσεως δεν είναι δύσκολη και η ενόχληση του ασθενούς είναι ελάχιστη. Το 90% των όγκων του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς μπορούν άμεσα να επισκοπηθούν με το όργανο αυτό. Περίπου οι μισοί από τους όγκους του παχέος εντέρου βρίσκονται στο ύψος των τελευταίων 25 cm του παχέος εντέρου και σε απόσταση προσπελάσιμη με το σιγμοειδοσκόπιο. Είναι σημαντικό να σκεφθεί κανείς ότι τα τελευταία 20-25 cm εντέρου δύσκολα εξετάζονται με τον βαριούχο υποκλυσμό. Ένας καρκίνος του ορθού μπορεί να μην γίνει αντιληπτός με τον βαριούχο υποκλυσμό, ενώ είναι ορατός με το σιγμοειδοσκόπιο και μπορεί να ληφθεί βιοψία. Η βιοψία του ορθού είναι εύκολη και ανώδυνη, γίνεται μέσω του οργάνου και συνοδεύεται από ελάχιστες επιπλοκές.

Η κολοσκόπηση είναι μία ασφαλής μέθοδος που επιτρέπει την επισκόπηση του παχέος εντέρου ως την ειλεοτυφλική βαλβίδα. Αυτή η μέθοδος αποδεικνύεται η σημαντικότερη διαγνωστική και θεραπευτική εφαρμογή της ενδοσκοπήσεως με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, επειδή έχει την ικανότητα να διαγνώσει θεραπεύσιμους καρκίνους του παχέος εντέρου, που

δεν ανευρίσκονται με άλλες τεχνικές. Επίσης, είναι δυνατή η λήψη βιοψίας για την ιστολογική και κυτταρολογική επιβεβαίωση των ενδοσκοπικών διαγνώσεων. Περίπου οι μισές κολοσκοπήσεις γίνονται, εξαιτίας μη φυσιολογικού βαριούχου υποκλυσμού, που δείχνει πολύποδα, στένωση ή έλλειμμα σκιαγραφήσεως ύποπτα για καρκίνωμα. Περίπου το ένα τέταρτο των κολοσκοπήσεων γίνονται εξαιτίας χρόνιας μικροσκοπικής αιμορραγίας του παχέος εντέρου. Οι κυριότερες επιπλοκές της κολοσκοπήσεως είναι η αιμορραγία και η διάτρηση. Η εκκολπωμάτωση, η ισχαιμική νόσος και η προηγηθείσα ακτινοβολία κάνουν την εξέταση δυσκολότερη και πιο επικίνδυνη. Ο κίνδυνος διατρήσεως είναι επίσης αυξημένος σε ασθενή με πολύ ενεργό κολίτιδα και η κολοσκόπηση θα πρέπει να αποφεύγεται στην διάρκεια της οξείας φάσεως.

Ο βαριούχος υποκλυσμός αποτελεί το κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Σκιερό, ανάγλυφο εκμαγείο με εμφύσηση αέρα μέσα στο παχύ έντερο και απεικόνιση όλων των περιοχών του είναι απαραίτητα, ιδιαίτερα για τις περιοχές του τυφλού, σπληνικής καμπής και όταν υπάρχει μακρύ σιγμοειδές όπου συχνά παρουσιάζονται ασαφείς ελλειμματικές εικόνες. Ο Βαριούχος υποκλυσμός είναι απαραίτητος ακόμη και όταν ο καρκίνος έχει διαγνωσθεί είτε δακτυλικά είτε με την σιγμοειδοσκόπηση για να αποκλεισθούν καρκίνοι ή πολύποδες σε άλλα κεντρικότερα σημεία. Η συνήθης ακτινολογική εικόνα είναι «έλλειμμα στη σκιαγράφηση» το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του «φαγωμένου μήλου». Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή απεικόνιση των περιοχών. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όπως και στις περιπτώσεις που τα ακτινολογικά ευρήματα είναι μεν αρνητικά, υπάρχει όμως απόλυτη ένδειξη για κολοσκόπηση με την οποία εκτός από άμεση εξέταση είναι δυνατή η λήψη βιοψιών για κυτταρολογική εξέταση. Υπάρχει αντένδειξη στη χορήγηση βαρίου από το στόμα όταν υπάρχει υποψία καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα του αριστερού κόλου γιατί μπορεί να προκαλέσει οξεία εντερική απόφραξη.

Το καρκινοεμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι μία γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη καρκινικών κυττάρων πολλών ιστών και του παχέος εντέρου. Σε αύξηση των κυττάρων αυτών, το αντιγόνο εισέρχεται στην κυκλοφορία και ανιχνεύεται με ραδιοανοσολογική μέθοδο. Η

αύξηση όμως του CEA δεν είναι ειδική για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διότι έχει παρατηρηθεί αύξησή του ακόμα και σε καλοήθεις παθήσεις. Παρ' όλο όμως που δεν είναι διαγνωστικό, είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας. Εάν δηλαδή μετά από μία ριζική εγχείρηση το CEA παραμένει υψηλό η πρόγνωση είναι πολύ κακή. Επίσης, αν μετεγχειρητικώς το C.E.A. πέσει και μετά από καιρό ανιχνεύεται σε υψηλές συγκεντρώσεις, δείχνει ότι πρέπει να υπάρχει υποτροπή της νόσου.

Η ακτινογραφία θώρακος είναι απαραίτητη για την εντόπιση πνευμονικών μεταστάσεων όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβιος πνευλογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό της θέσης των νεφρών καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο. Τα στοιχεία αυτά θα βοηθήσουν τον χειρουργό να αποφύγει κακώσεις των οργάνων αυτών.

Το σπινθηρογράφημα του ήπατος χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων.

Ο αιματολογικός και Βιοχημικός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στην ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων (αναιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές) ώστε να προετοιμασθεί ο ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.

### **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ**

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

Σε διαταραχές των κενώσεων η διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνει για κάθε αιτία που προκαλεί δυσκοιλιότητα ή διάρροια. Σε αιμορραγία από το ορθό, ο μεγάλος κίνδυνος είναι να γίνει επιτόλαιος διάγνωση αιμορροϊδων αν δεν γίνει δακτυλική εξέταση και σιγμοειδοσκόπηση. Επίσης, οξείς πόνοι στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση του καρκίνου από την εκκολπωματίτιδα όχι μόνο προεγχειρητικά αλλά και κατά

την διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας. Η κολοσκόπηση και η βιοψία προεγχειρητικά δίνουν συνήθως την λύση.

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

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Επειδή κύριο χαρακτηριστικό των όγκων είναι να διηθούν, πολλοί όγκοι του παχέος εντέρου διαγιγνώσκονται κατά πρώτον από μία επιπλοκή της αρχικής βλάβης. Ο όγκος μπορεί να προκαλέσει διάτρηση στο εντερικό τοίχωμα προκαλώντας οξεία περιτονίτιδα. Η διάτρηση αυτή μπορεί να γίνει με βραδύ ρυθμό με αποτέλεσμα την δημιουργία τοπικής φλεγμονώδους μάζας και εντοπισμένης περιτονίτιδας ή μπορεί να διηθήσει αιμοφόρο αγγείο και να προκαλέσει αιμορραγία από το ορθό.

Συχνότερα ο όγκος αποφράσσει ένα μέρος του αυλού του εντέρου για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα στο τέλος να πραγματοποιηθεί πλήρης απόφραξη. Αυτό συμβαίνει κυρίως όταν ο όγκος βρίσκεται στο σιγμοειδές όπου η περιεκτικότητα των κοπράνων σε νερό είναι μικρή.

Επίσης, πολύ μεγάλοι και βραδέως αναπτυσσόμενοι όγκοι μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα που οφείλονται σε πίεση που εξασκείται πάνω σε γειτονικά όργανα, όπως η μήτρα, η ουροδόχος κύστη, οι ουρητήρες. Ως πρώτο σημείο μιάς τέτοιας αυξημένης πίεσεως μπορεί να εμφανιστούν βουβωνοκήλες.

Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν συρίγγια μεταξύ εντέρου και πυελικών οργάνων καθώς και αποστήματα μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα που οφείλονται σε διήθηση από νεοπλασματικό όγκο.

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα χειρουργική. Βέβαια, ακολουθεί η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία τα οποία ελάχιστη βοήθεια προσφέρουν.

### 1. Χειρουργική θεραπεία.

Αφού προηγουμένως ο ασθενής μελετηθεί πλήρως και προετοιμαστεί από πλευράς αιματοκρίτη, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, αντισηψίας του εντέρου, καρδιοαναπνευστικού συστήματος, ακολουθεί η εγχείρηση. Αυτή περιλαμβάνει την εκτομή του τμήματος του παχέος εντέρου που περιέχει τον καρκίνο με τα αιμοφόρα αγγεία και λεμφογάγγλια της περιοχής.

Στην επιτυχία της εγχειρήσεως συμβάλλει αποτελεσματικά η προετοιμασία του εντέρου και αυτό γιατί έχει σαφώς αποδειχθεί ότι έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως τα ενδοκοιλιακά αποστήματα, η διαπύση του εγχειρητικού τραύματος κ.λ.π.

Σκοπός της προετοιμασίας είναι αφ' ενός η απομάκρυνση από τον αυλό του εντέρου των κοπρανωδών μαζών και αφ' ετέρου η μείωση του μικροβιακού πληθυσμού. Η προετοιμασία αυτή επιτυγχάνεται ως εξής :

- Χορήγηση τροφών που δεν αφήνουν υπόλειμμα .
- Μηχανικός καθαρισμός του εντέρου με υποκλυσμούς ο οποίος θεωρείται και ο καλύτερος τρόπος ή χημικός καθαρισμός με την χορήγηση ερεθιστικών καθαρτικών όπως Dulcolax.
- Χορήγηση αντιβιοτικών.

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε ριζικές, οι οποίες αποσκοπούν στην ίαση της νόσου και σε παρηγορητικές, οι οποίες εφαρμόζονται όταν υπάρχουν μεταστάσεις που αποκλείουν το καλό αποτέλεσμα μιας ριζικής εγχείρησης ή όταν ο πρωτοπαθής όγκος δεν είναι δυνατόν να αφαιρεθεί.

Η περιορισμένη εκτομή του τμήματος του εντέρου στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις, οι παρακαμπτήριες αναστομώσεις και η απλή κολοστομία θεωρούνται παρηγορητικές εγχειρήσεις. Οι ριζικές εγχειρήσεις διακρίνονται στις

εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου και στις εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού. Στόχος του χειρουργού σ' αυτές είναι όχι μόνο η εκτομή μεγάλου τμήματος του εντέρου αλλά κυρίως και η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων.

#### Εγχειρήσεις για καρκίνο του κόλου

Για καρκίνους που εντοπίζονται στο τυφλό, ανιόν ή ηπατική καμπή, η εκτομή περιλαμβάνει μικρό τμήμα του τελικού ειλεού, το τυφλό, το ανιόν, το δεξιό ήμισυ του εγκάρσιου και την ειλεοκολική, τη δεξιά κολική και το δεξιό κλάδο της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας με το αντίστοιχο μεσεντέριο και το μείζον επίπλου (δεξιά ημικολεκτομή). Η αποκατάσταση της εντερικής συνέχειας γίνεται με ειλεο-εγκάρσια αναστόμωση.

Σε καρκίνους που εντοπίζονται στο μέσον του εγκάρσιου κόλου αφαιρείται το εγκάρσιο μετά των κολικών καμπών και της μέσης κολικής αρτηρίας και φλέβας.

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

Σε καρκίνους του σιγμοειδούς και του κεντρικού ορθοσιγμοειδούς η εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό κατιόν, το σιγμοειδές και το κεντρικό ορθοσιγμοειδές μαζί με τα σιγμοειδικά και άνω αιμορροϊδικά αγγεία.

#### Εγχειρήσεις για καρκίνο του ορθού

Ο τύπος της εγχειρήσεως στον καρκίνο του ορθού εξαρτάται από :

- α. Το ύψος εντοπίσεως του όγκου από τον δακτύλιο
- β. Το μέγεθος του όγκου
- γ. Την γενική κατάσταση του αρρώστου

Οι κυριώτεροι τύποι χειρουργικών επεμβάσεων για τον ορθικό καρκίνο είναι : η χαμηλή πρόσθια εκτομή και η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά τη σιγμοειδοσκόπηση απέχει 12-16,5cm από το έξω χείλος του πρωκτού. Η εκτομή περιλαμβάνει το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το κεντρικό ορθό. Το κεντρικό σιγμοειδές

αναστομώνεται τελικο-τελικά ή τελικο-πλάγια με το περιφερικό ορθό. Η αναστόμωση αυτή εμφανίζει ένα σημαντικό ποσοστό (25%) περίπου διαφυγής και γι' αυτό πολλοί χειρουργοί τη συνδυάζουν με κεντρική προστατευτική προσωρινή κολοστομία.

Η κοιλιοπερινεϊκή εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου κατά την σιγμοειδοσκόπηση απέχει 7cm ή λιγότερο από το έξω χείλος του πρωκτού ή σε γενικές γραμμές όταν ο όγκος ψηλαφάται δακτυλικά. Η εγχείρηση έχει δύο χρόνους : τον κοιλιακό και τον περινεϊκό, οι οποίοι, είτε εκτελούνται από την ίδια ομάδα χειρουργών, πρώτα ο κοιλιακός και μετά ο περινεϊκός, είτε εκτελούνται συγχρόνως από δύο ομάδες χειρουργών για να ελαττωθεί η διάρκεια της εγχείρησης. Κατ' αυτήν εκτέμνεται το περιφερικό σιγμοειδές, το ορθοσιγμοειδές και το ορθό μαζί με τον πρωκτικό δακτύλιο και φυσικά το κεντρικό κολόβωμα του σιγμοειδούς εξωτερικεύεται ως μόνιμη πια κολοστομία.

Σημαντικό πρόβλημα προκύπτει στις περιπτώσεις που ο όγκος του ορθού εντοπίζεται σε ύψος μεταξύ 7,5 και 11,5cm από τον πρωκτικό δακτύλιο. Στις περιπτώσεις αυτές η εκλογή του τύπου χειρουργικής επεμβάσεως εξαρτάται από το φύλο και το βάρος του ασθενούς καθώς και από την εμπειρία και την εκτίμηση της τοπικής κατάστασης από τον χειρουργό. Για τις περιπτώσεις αυτές και με στόχο πάντοτε την αποφυγή της πραγματικά ενοχλητικής μόνιμης κολοστομίας ανακαλύφθηκαν στο παρελθόν διάφορες εγχειρήσεις που διατηρούν το σφιγκτήρα, τις οποίες όμως δεν υιοθέτησε η πλειονότητα των χειρουργών σαν μη ικανοποιητικές. Κατά τα τελευταία χρόνια η κατασκευή και χρησιμοποίηση των «συρραπτικών συσκευών» κάνει δυνατή την εκτέλεση πολύ χαμηλών αναστομών με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός μόνιμων κολοστομιών να αποφεύγεται.

## 2. Ακτινοθεραπεία

Η χρησιμοποίηση της ακτινοβολίας στη θεραπευτική έχει σαν βασικό της σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων χωρίς την πρόκληση βλάβης στους φυσιολογικούς ιστούς, που ακτινοβολούνται συγχρόνως με τους νεοπλασματικούς.



Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή σε συνδυασμό με χειρουργική θεραπεία. Η ακτινοβολία που χρησιμοποιείται είναι ιονίζουσα και την παίρνουμε από τρεις πηγές :

1. Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία (ράδιο κ.λ.π.)
2. Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία (ραδιοϊσότοπα)
3. Μηχανήματα παραγωγής ακτίνων Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία)

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται γρήγορα και ακτίνες  $\gamma$  ή από ακτίνες X.

Συνήθως η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε καρκινώματα του ορθού. Έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την πενταετή επιβίωση και τα μεσοδιαστήματα υποτροπών. Τα νεοπλασματικά κύτταρα είναι πολύ ευαίσθητα στην ακτινοβολία από τα ώριμα και μερικές φορές νεκρώνονται τελείως, ενώ οι βλάβες των ώριμων κυττάρων δυνατόν να επανορθωθούν μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα.

Η ακτινοθεραπεία λοιπόν έχει τις εξής εφαρμογές:

- a. Χρησιμοποιείται για θεραπευτικό σκοπό, δηλαδή καταστρέφει τα κακοήθη νεοπλάσματα μόνη ή σε συνδυασμό με χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
- β. Χρησιμοποιείται για την ανακούφιση του ασθενούς σε προχωρημένα στάδια καρκίνου π.χ. ανακούφιση από τον πόνο και,
- γ. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την χειρουργική θεραπεία. :

1. Προεγχειρητικά, για να εμποδίσει τη μετάσταση και να βοηθήσει τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, 2) Μετεγχειρητικά, όταν η πρωτοπαθής αλλοίωση αφαιρείται, μένουν όμως τα λεμφογάγγλια. Στον καρκίνο του παχέος εντέρου γενικά η προεγχειρητική ακτινοβολία καθιστά ένα ανεγχείρητο καρκίνωμα σε εγχειρήσιμο και μετεγχειρητικώς αυξάνει το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης.

Τέλος, δεν πρέπει να παραλείψουμε τις επιπλοκές και ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας, οι οποίες διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

Οι πρώιμες επιπλοκές είναι οι εξής :

- Ακτινοδερματίτιδα, ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος που διακρίνεται σε τρεις μορφές : ερυθρηματώδης, φυσαλιδώδης, εσχαροποιητική.
- Ανασταλτική επίδραση στο μυελό των οστών με αποτέλεσμα την ελάττωση των λεμφοκυττάρων και των αιμοπεταλίων που οδηγούν σε θρομβοπενία, αναιμία .
- Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται (ιδιαίτερα του επιθηλίου που καλύπτει το έντερο).

Οι όψιμες επιπλοκές είναι οι εξής :

- Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος
- Καρκίνος δέρματος
- Βλάβη γεννητικών αδένων
- Λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής

Η ακτινοβολία μπορεί επίσης να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντιδράσεως, όπως : γενική καταβολή δυνάμεων, ανορεξία, απώλεια βάρους, πυρετική δεκατική κίνηση, ναυτία-εμέτους.

### 3. Χημειοθεραπεία

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα αν και δεν θεραπεύουν τα νεοπλασματικά νοσήματα, επιβραδύνουν την εξέλιξη τους και περιορίζουν τις διαστάσεις του νεοπλάσματος. Ένα χημειοθεραπευτικό φάρμακο είναι κυτταροτοξικό, δηλαδή δηλητηριάζει τα κύτταρα. Η δηλητηριώδης όμως δράση του δεν περιορίζεται μόνο στα κακοήθη κύτταρα, αλλά επεκτείνεται και στα υγιή. Βέβαια, τα κακοήθη κύτταρα επηρεάζονται περισσότερο από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα επειδή πολλαπλασιάζονται περισσότερο και είναι πιο δραστήρια από τα φυσιολογικά. Η τοξικότητα των φαρμάκων εκδηλώνεται στον βλεννογόνο του Γαστρεντερικού σωλήνα, στις ωοθήκες και σε άλλους ιστούς και όργανα.

Η χημειοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με ακτινοθεραπεία και χειρουργική θεραπεία ως εξής :

- Η χημειοθεραπεία μπορεί να γίνει πριν από εγχείρηση μη χειρουργήσιμου όγκου, με σκοπό ο όγκος να γίνει μικρότερος και να μπορεί να αφαιρεθεί.

- Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται μετά από την αφαίρεση του όγκου, μόνη ή σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία αν η αφαίρεση του όγκου δεν ήταν ολική.

Η χημειοθεραπεία έχει θέση μετά από ολική αφαίρεση σχετικά πρώιμου καρκίνου που όμως κλινικές παρατηρήσεις μας δίνουν την πιθανότητα μικρομεταστάσεων και λέγεται τότε συμπληρωματική μετεγχειρητική ή προφυλακτική χημειοθεραπεία. Η προφυλακτική χημειοθεραπεία πρέπει να αρχίζει 1-2 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, να προγραμματίζεται και να διεξάγεται συστηματικά και να διαρκεί τουλάχιστον 6-10 μήνες.

- Η χημειοθεραπεία εφαρμόζεται σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία σε περιπτώσεις όπου, εκτός από το γενικό πρόβλημα της νόσου, υπάρχει κάποιο τοπικό πρόβλημα, π.χ. επώδυνη μετάσταση στα οστά. Μετά από ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία δεν μπορεί να αρχίσει αμέσως αλλά μετά από χρόνο απαραίτητο για την αποκατάσταση του μυελού των οστών, συνήθως μετά από 2-4 εβδομάδες.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να χορηγηθούν :

1. Από το στόμα
2. Ξυδαγγειακά (ενδοφλέβια, ενδοαρτηριακά)
3. Ενδοαμνιακά
4. Με έγχυση στο νεόπλασμα
5. Με έγχυση σε κοιλότητα

Το κυριότερο χημειοθεραπευτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται για την καταπολέμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι η 5-φθοριοουρακίλη (5-FU).

Οι παρενέργειες που μπορεί να εμφανιστούν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας είναι οι εξής :

1. Η καταστολή του μυελού των οστών που γίνεται φανερό με τη λευκοπενία και τη θρομβοπενία και με επακόλουθα λοιμώξεις και αιμορραγική διάθεση.
2. Γαστρεντερικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται με ναυτία-εμέτους, διάρροια, στοματίτιδα-έλκη του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας.
3. Αλωπεκία, αλλαγές στο δέρμα.

#### 4. Ηπατοτοξικότητα, Νεφροτοξικότητα, Νευροτοξικότητα.

Τα θεραπευτικά χημειοθεραπευτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί, παρουσιάζουν σύμφωνα με μελέτες σημαντικά αποτελέσματα στον καρκίνο που εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές.

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η πρόγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την έκταση διασποράς του όγκου, η οποία συνήθως καθορίζεται βάσει της ταξινομήσεως κατά Dukes.

Οι ασθενείς, στους οποίους ο όγκος περιορίζεται στο τοίχωμα, έχουν μεγάλη πιθανότητα ίασεως μετά την χειρουργική εκτομή, όπως δείχνει το ποσοστό πενταετούς επιβιώσεως που φθάνει περίπου το 80%.

Σε ασθενείς με επέκταση του όγκου στον ορογόνο και το μεσεντερικό λίπος, η πενταετής επιβίωση μετά από την εκτομή ανέρχεται στο 71%. Με λεμφαδενικές μεταστάσεις η πενταετής επιβίωση μειώνεται ακόμη περισσότερο στο 32%, ενώ η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων στο ήπαρ, τον πνεύμονα, τα οστά, μειώνει την πενταετή επιβίωση στο μηδέν.

Πρέπει να τονισθεί ότι η πρόγνωση επηρεάζεται αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών (απόφραξη ή διάτρηση). Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την πρόγνωση είναι ο βαθμός διαφοροποίησης των κυττάρων κατά Broder.

Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα με C.E.A., αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπή της νόσου, χειρουργούνται εκ νέου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβιώσεως και καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς.

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ

##### ΕΝΤΕΡΟΥ

Η Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με καρκίνο του παχέος εντέρου αρχίζει από τα πρώτα στάδια που θα διαγνωσθεί ο καρκίνος. Σε όλα αυτά τα στάδια ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας περιλαμβάνει τα εξής :

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψεως του ασθενούς .
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας .
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς .
- Βοήθεια του ασθενούς για να υποστεί την κολοστομία και να ζήσει με αυτήν.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς .

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΟΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο ρόλος του νοσηλευτή-τριας στην διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που ενισχύει τον ασθενή ψυχολογικά και τον προετοιμάζει για τις διαγνωστικές μεθόδους στις οποίες θα υποβληθεί.

Η προετοιμασία του ασθενούς τόσο στην ορθοσκόπηση όσο και στην σιγμοειδοσκόπηση περιλαμβάνει:

- Ενημέρωση του ασθενούς για την εξέταση και τί πρόκειται να του συμβεί .

- Ενημέρωση του ασθενούς για αποχή από τις τροφές 8-10 ώρες πριν από την εξέταση .
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με υποκλυσμό, την προηγούμενη από την ενδοσκόπηση ημέρα και το πρωί της ίδιας ημέρας, πάντοτε όμως δύο ώρες πριν από την ενδοσκόπηση για να ελαττωθεί η υπερκινητικότητα του εντέρου. Σε περίπτωση που η εκκένωσή του δεν είναι ικανοποιητική ή μέρος από το υγρό του υποκλυσμού έμεινε μέσα στον εντερικό σωλήνα, ενημερώνεται ο γιατρός, προτού να αρχίσει την ενδοσκόπηση. Το υγρό του υποκλυσμού αποφεύγεται να είναι ερεθιστικό στο βλεννογόνο, για να μη δημιουργηθεί λανθασμένη εικόνα την ώρα της εξετάσεως. Εάν ο ασθενής έχει φυσιολογική κένωση του εντερικού σωλήνα, ο υποκλυσμός δεν γίνεται.
- Τοπική καθαριότητα.

Η εξέταση αυτή γίνεται στο ενδοσκοπικό τμήμα του νοσοκομείου ή της κλινικής. Ο ασθενής τοποθετείται σε γονατοαγκωνιαία θέση στο εξεταστικό κρεβάτι και καλύπτεται με σεντόνι το οποίο έχει άνοιγμα στην περιοχή του σφιγκτήρα του ορθού.

Ο γιατρός αρχικά κάνει δακτυλική εξέταση του ορθού και κατόπιν αφού επαλείψει με βαζελίνη το ορθοσκόπιο, το εισάγει με ήπιες κινήσεις μέσα στο ορθό και το σιγμοειδές. Για να επιτύχει η ορθοσκόπηση αρχικά απομακρύνονται βλέννες, υπολείμματα κοπράνων από τα τοιχώματα του εντέρου καθώς και υγρά.

Μετά την εξέταση αφαιρείται από τον γιατρό το ενδοσκόπιο. Ο νοσηλευτής-τρια καθαρίζει την πρωκτική περιοχή και βοηθάει τον ασθενή να επιστρέψει στο κρεβάτι. Στην συνέχεια, τακτοποιεί τα αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν.

Κατά τον βαριούχο υποκλυσμό η προετοιμασία του ασθενούς περιλαμβάνει τα εξής :

- Εξήγηση της διαδικασίας που πρόκειται να του συμβεί
- Εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενό του με καθαρτικό υποκλυσμό το βράδυ της παραμονής και το πρωί της ημέρας της εξέτασης

- Χορήγηση εύπεπτης τροφής και χωρίς να αφήνει υπολείμματα την προηγούμενη ημέρα της εξέτασης.

Στον ασθενή που έχει μεταφερθεί στο ακτινολογικό εργαστήριο, γίνεται βαριούχος υποκλυσμός και η εξέταση ονομάζεται διάβαση εντέρου με βαριούχο υποκλυσμό. Ενώ το βάριο προωθείται στα τμήματα του παχέος εντέρου, γίνεται ακτινοσκοπικός έλεγχος κατά τον οποίο φαίνεται ο αυλός και η κινητικότητα του εντέρου.

Μετά την εξέταση ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τη λήψη άφθονων υγρών ώστε να απομακρυνθεί το βάριο από τον γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης, πληροφορεί τον ασθενή ότι το βάριο θα αποβάλλεται με την κανονική λειτουργία του εντέρου (σαν άσπρη κένωση).

Ειδικές πληροφορίες : Κατά την ορθοσιγμοειδοσκόπηση δίνεται απαραίτητη προσοχή σε άτομα με ελαττωμένη καρδιακή λειτουργία ώστε να παραμείνουν ήρεμα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Συνήθως χορηγείται ελαφρύ κατευναστικό ή ηρεμιστικό σε πολύ αγχώδεις ασθενείς.

## **A. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ**

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

Η προεγχειρητική ετοιμασία συνίσταται σε :

Γενική,

Τοπική και,

Τελική

I. Γενική προεγχειρητική ετοιμασία. Αυτή περιλαμβάνει :

α) Την ψυχολογική προετοιμασία . Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο και πρόκειται να χειρουργηθεί διακατέχεται από άγχος και φόβο για το άγνωστο. Πολύ περισσότερο, ο συγκεκριμένος ασθενής ο οποίος έχει να αντιμετωπίσει και το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας.

Η τόνωση του ηθικού του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποιητική πορεία της νόσου και στην αποκατάσταση της υγείας του. Είναι πολύ σημαντικό για κάθε ασθενή, τόσο ο ψυχικός όσο και ο σωματικός παράγοντας να βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση, όταν πρόκειται να χειρουργηθεί. Είναι γνωστό ότι η έλλειψη ψυχικής ηρεμίας επηρεάζει άμεσα την ισορροπία του οργανισμού με αποτέλεσμα την εμφάνιση σοβαρών μετεγχειρητικών επιπλοκών όπως Shock κ.α. Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή -τριας είναι να ενημερώσει τον ασθενή, να του εξηγήσει τί πρόκειται να του συμβεί. Οι εξηγήσεις βέβαια που θα δοθούν στον ασθενή θα εξαρτηθούν από το μορφωτικό του επίπεδο και το βαθμό αποδοχής της «παραφύσιν έδρας». Εάν ο ασθενής πρόκειται να κάνει προσωρινή κολοστομία, η αποδοχή της είναι ευκολότερη και έτσι ο νοσηλευτής-τρια άνετα εξηγεί σ' αυτόν το είδος της επεμβάσεως και την προσωρινή του αναπηρία. Ο ασθενής όμως που θα υποστεί μόνιμη κολοστομία χρειάζεται την ευκαιρία να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του, χρειάζεται συμπαράσταση, ψυχολογική ενίσχυση και τόνωση του ηθικού του. Η πιο αποδοτική ενίσχυση και ενθάρρυνση γι' αυτόν είναι η επίσκεψη ενός ατόμου που έχει μόνιμη κολοστομία, την οποία έχει αποδεχθεί και ζει και εργάζεται φυσιολογικά.

β) Την σωματική τόνωση. Χορηγείται τροφή πλούσια σε θερμίδες και φτωχή σε κυτταρίνη για την σημαντική τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου. Χορηγούνται από το στόμα ή με μορφή υποκλυσμού αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου. Ο ασθενής αρχίζει αντιβίωση. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση. Τις πέντε τελευταίες ημέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα. Την παραμονή της εγχειρήσεως χορηγείται υδρική διαίτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της ημέρας της εγχειρήσεως. Επίσης, επειδή οι ασθενείς σε κάθε εγχείρηση χάνουν υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και του τυχόν εμέτους, κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται μεγάλη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.

γ) Τη φροντίδα για να γίνουν όλες οι απαραίτητες κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

δ) Την καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνίσταται σε :



1. Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Το έντερο προετοιμάζεται για την εγχείρηση, με χορήγηση τροφών με όσο το δυνατόν λιγότερα υπολείμματα καθώς επίσης, τις πέντε τελευταίες ημέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό όπως γάλα μαγνησίας. Ακόμη, γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως. Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλυσμών και ενημερώνει ανάλογα την προϊσταμένη του τμήματος ή τον γιατρό.

2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Την παραμονή της εγχειρήσεως γίνεται λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνεται και η καθαριότητα και αντισηψία της στοματικής κοιλότητας και του ρινοφάρυγγα για την πρόληψη μόλυνσεων.

ε) Την εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Η αιπνία και η κόπωση από αυτήν, προδιαθέτουν στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμα στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή λοιπόν της αιπνίας και με σκοπό την εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως, ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.

II. Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία. Είναι η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή του μέρους εκείνου του σώματος στο οποίο πρόκειται να γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην αποτρίχωση, καθαριότητα και αντισηψία του δέρματος, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μόλυνσεις. Στην συγκεκριμένη επέμβαση το εγχειρητικό πεδίο περιλαμβάνει την πρόσθια επιφάνεια του κορμού από το ύψος των θηλών των μαστών μέχρι κάτωθεν της ηβικής σύμφυσης. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην καλή καθαριότητα του ομφαλού και των βουβωνικών πτυχών.

III. Τελική προεγχειρητική ετοιμασία. Αυτή περιλαμβάνει :

α) Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Ο νοσηλευτής - τρια κατά την πρωινή θερμομέτρηση και σφυγμομέτρηση, παρατηρεί τυχόν παρέκκλιση των ζωτικών σημείων από τα φυσιολογικά όρια.

β) Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο νοσηλευτής - τρια:

- Βοηθάει τον ασθενή να φορέσει τη ρόμπα του χειρουργείου, τα ποδονάρια και το χειρουργικό σκουφάκι. Τοποθετεί στο χέρι του ταυτότητα με το ονοματεπώνυμο και την κλινική.
- Αφαιρεί ξένες οδοντοστοιχίες.
- Αφαιρεί κοσμήματα, τα οποία παραδίδονται για φύλαξη σε συγγενικό πρόσωπο του ασθενούς ή στην προϊσταμένη του τμήματος.
- Φροντίζει για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται για να παρακολουθείται η τυχόν εμφάνιση κυανώσεως κατά την νάρκωση.

γ) Προνάρκωση. Αυτή γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχειρήσεως. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο γιατρό. Μετά την προνάρκωση φροντίζουμε να εξασφαλίσουμε στον ασθενή ένα ήσυχο περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό. Ο ασθενής είναι έτοιμος πλέον για τη μεταφορά του στο χειρουργείο όπου αν είναι δυνατόν τον συνοδεύει ο νοσηλευτής-τρια.

Όσο ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο, ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει να ετοιμαστεί ο θάλαμος κατάλληλα για να δεχτεί τον χειρουργημένο ασθενή. Η ετοιμασία περιλαμβάνει το χειρουργικό στρώσιμο του κρεβατιού δηλαδή ανοιχτό από όλες τις πλευρές, χωρίς μαξιλάρι και με αδιάβροχο κεφαλής ώστε να προστατευθεί το πάνω μέρος των κλινοσκεπασμάτων από τυχόν εμέτους.

Επίσης τοποθετείται πάνω στο κομοδίνο ποτήρι με νερό, Port cotton, νεφροειδές και στο πλάι χάρτινη σακούλα για τα άχρηστα. Προηγουμένως ο θάλαμος έχει καθαριστεί με σφουγγάρισμα και υγρό ξεσκόνισμα των επίπλων και διατηρείται δροσερός και σκοτεινός.

### **Μετεγχειρητική φροντίδα**

Η μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει από την στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει λοιπόν να γίνεται από έμπειρο και

επιδέξιο νοσηλευτή, ο οποίος παρακολουθεί και αξιολογεί την κατάσταση του αρρώστου.

Μόλις ο ασθενής μεταφερθεί στο θάλαμο, τον παραλαμβάνει ένας νοσηλευτής και φροντίζει κατ' αρχήν για τη σωστή τοποθέτησή του στο κρεβάτι. Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση συμβάλλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Η πιο συνήθης θέση είναι η ύπτια χωρίς μαξιλάρι με το κεφάλι στραμμένο στο πλάι για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και την απελευθέρωση των αεραγωγών. Γίνεται λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων καθώς και έλεγχος της καταστάσεως του τραύματος (για διαπίστωση αιμορραγίας). Ο άρρωστος παρακολουθείται συχνά μέχρι την αφύπνισή του, για την προστασία του από την εισρόφηση εμεσμάτων. Επίσης ελέγχονται ο καθετήρας κύστεως, οι παροχετεύσεις, αν υπάρχουν, και ο ορός που φέρει ο ασθενής από το χειρουργείο.

Τα δύο πρώτα 24ωρα, ο ασθενής με κολοστομία δεν παίρνει τίποτε από το στόμα. Έχει σωλήνα Levin και παίρνει υγρά μόνο παρεντερικώς. Μετά το δεύτερο 24ωρο ο ασθενής παίρνει υγρά και μόλις αρχίσει να λειτουργεί το έντερο, εμπλουτίζεται το διαιτολόγιό του βαθμιαία. Εφόσον ο ασθενής δέχεται τα χορηγούμενα υγρά, το Levin αφαιρείται και διακόπτεται η παρεντερική χορήγηση υγρών.

Όταν ο ασθενής έχει υποστεί προσωρινή κολοστομία, έχει τραύμα μόνο στα κοιλιακά τοιχώματα, ενώ στη μόνιμη κολοστομία ο ασθενής μπορεί να έχει επώδυνο τραύμα στην έδρα από την περινεοτομή. Σ' αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής ανακουφίζει τον ασθενή από τον πόνο με την χορήγηση παυσίπονων, την τοποθέτηση αεροθαλάμου καθώς και τη συχνή αλλαγή της θέσεώς του. Η τοποθέτηση επιδέσεως ταφ (T) βοηθάει στην αλλαγή θέσεως του ασθενούς χωρίς μετακίνηση του επιδεσμικού υλικού. Επίσης, αργότερα γίνονται εδρόλουτρα για την καθαριότητα και συντομότερη επούλωση του τραύματος.

Ακόμη ο ασθενής με περινεοτομή έχει μόνιμο καθετήρα κύστεως γι' αυτό ο νοσηλευτής φροντίζει για την ακριβή μέτρηση των ούρων ενώ παρακολουθείται ο καθετήρας για πρόληψη απόφραξης του και μόλυνσης της κύστεως.

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

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της «παραφύσιν έδρας».

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

Η «παραφύσιν έδρα» αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού. Για την αλλαγή χρησιμοποιείται δίσκος που περιέχει χάρτινες σακκούλες, κρέμα προστατευτική του δέρματος ή *stomahensive*, αιθέρα, φυσιολογικό ορό, τετράγωνο αδιάβροχο και αλλαγών, νεφροειδές, ζώνη κοιλίας, κολοπλάστ και *set* με δύο λαβίδες, γάζες και τολύπια από βαμβάκι.

Ο νοσηλευτής βοηθάει τον άρρωστο με μόνιμη ή προσωρινή «παραφύσιν έδρα» να ρυθμίσει τη λειτουργία του εντέρου (κενώσεις) προτού αναχωρήσει από το νοσοκομείο. Η ρύθμιση των κενώσεων γίνεται με την προσπάθεια συνθέσεως του διαιτολογίου του και με υποκλυσμούς επί σειρά ημερών.

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

### **Μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές**

Στα πλαίσια της μετεγχειρητικής φροντίδας ασθενούς με κολοστομία, περιλαμβάνεται και η φροντίδα για την πρόληψη ορισμένων μετεγχειρητικών επιπλοκών.

Οι κυριότερες από τις μετεγχειρητικές δυσχέρειες είναι :

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

β) Δίψα : Η δίψα παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή ακόμη και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού, που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι). Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό και με χορήγηση υγρών δια της παρεντερικής οδού.

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

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

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

1) Αιμορραγίες : Αυτές διαιρούνται σε εξωτερικές και εσωτερικές. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτή την επιπλοκή είναι :

- Η μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων
- Η μόλυνση του τραύματος

- Οι βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς
- Η μη καλή πήκτικότητα του αίματος.

Ο νοσηλευτής θέτει τον ασθενή σε ακινησία και συγχρόνως καλεί τον γιατρό. Εάν η αιμορραγία είναι εξωτερική, εφαρμόζει πιεστική επίδεση ενώ αν είναι εσωτερική, ειδοποιεί αμέσως τον γιατρό, δεν δίνει στον ασθενή τίποτε από το στόμα, φροντίζει για την ετοιμασία αίματος από την αιμοδοσία καθώς επίσης και για την ενδοφλέβια έγχυση ορού. Τον απαλλάσσει από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και προσπαθεί να τονώσει το ηθικό του.

2) Shock ή καταπληξία : Χειρουργική καταπληξία είναι η κατάπτωση του κυκλοφορικού συστήματος, η οποία επιδρά στις ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού. Παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση Shock είναι : Η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ψυχικός κλονισμός, ισχυρός πόνος και άλλα. Εμφανίζεται με τα ακόλουθα συμπτώματα : Σφυγμό μικρό, συχνό και μόλις αισθητό, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, βλέμμα απλανές και αδιάφορο, πτώση της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσεως, δέρμα και βλεννογόνους ωχρούς, άκρα ψυχρά, ψυχρούς ιδρώτες. Ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη καταβολή δυνάμεων, εμφανίζει μείωση αισθητικότητας και κινητικότητας. Τα μέτρα που λαμβάνονται από τον νοσηλευτή για την αντιμετώπιση του Shock είναι : Αφαίρεση μαξιλαριού από το κεφάλι του ασθενούς και ανύψωση του κάτω μέρους του κρεβατιού. Θέρμανση του ασθενούς. Περιορισμός των κινήσεων του ασθενούς. Καρδιοτόνωση και χορήγηση ενδοφλεβίως αίματος, ορού ή πλάσματος. Χορήγηση θερμών υγρών από το στόμα. Τέλος, ενθαρρύνεται ο ασθενής.

3) Πνευμονία, ατελεκτασία : Είναι επιπλοκές που αφορούν τα όργανα του αναπνευστικού συστήματος και οφείλονται στο μηχανικό αποκλεισμό του αναπνευστικού σωλήνα του ασθενούς από τις βλεννώδεις εκκρίσεις κατά τη νάρκωση και απονάρκωσή του. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η δύσπνοια. Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με τη συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς, με αναπνευστικές ασκήσεις και περιποίηση του στόματος και του ρινοφάρυγγα καθημερινώς.

4) Πνευμονική εμβολή : Οφείλεται στη μετακίνηση θρόμβου και απόφραξη από αυτόν κάποιου αγγείου, το οποίο αιματώνει τμήμα του πνεύμονα. Ο ασθενής παρουσιάζει απροσδόκητο και έντονο πόνο στο θώρακα κατά την

εισπνοή, δυσκολία στην αναπνοή και άγχος. Ο νοσηλευτής βοηθάει στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής δίνοντας στον ασθενή καθιστή θέση στο κρεβάτι, προτρέποντάς τον να κάνει αναπνευστικές κινήσεις, ελεύθερες και συχνές κινήσεις των κάτω άκρων καθώς επίσης φροντίζοντας για την έγερση του ασθενούς από το κρεβάτι.

5) Θρομβοφλεβίτιδες : Είναι επιπλοκή που έχει σχέση με το κυκλοφορικό σύστημα, οφείλονται στο σχηματισμό θρόμβου και παρουσιάζουν πυρετό, οίδημα και πόνο στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου. Ο νοσηλευτής βοηθάει στην πρόληψη της επιπλοκής αυτής με την αποφυγή πιέσεως πάνω στις κνήμες, με την έγκαιρη έγερση από το κρεβάτι, με την αποφυγή εντριβών των άκρων και με ασκήσεις κάτω άκρων για την επιβοήθηση της κυκλοφορίας. Επίσης απαιτείται απόλυτη ακινησία του άκρου, τοποθέτηση θερμών υγρών επιθεμάτων, τοποθέτηση στεφάνης που θα σηκώνει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων καθώς επίσης έναρξη αντιπηκτικής αγωγής.

6) Διάταση του στομάχου: Τα αίτια που προκαλούν αυτή την επιπλοκή είναι η υποτονία των μυών του στομάχου, η μείωση της λειτουργικότητας του στομάχου, η μείωση της κινητικότητας του ασθενή και η ελλιπής προεγχειρητική καθαριότητα του εντερικού σωλήνα.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι μετεωρισμός της κοιλιάς, δυσφορία και βάρος στο επιγάστριο, λόξυγκας, δύσπνοια και εμέτους αραιούς, σκοτεινού χρώματος με δυσάρεστη οσμή. Η πρόληψη της επιπλοκής αυτής επιτυγχάνεται με την καταπολέμηση των αιτίων.

7) Μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλιάς : Είναι η συσσώρευση των αερίων στο παχύ έντερο. Προκαλείται από την υποτονία των μυών και αδράνεια του εντέρου, από ανεπαρκή καθαριότητα του εντερικού σωλήνα και από την λήψη τροφών ή υγρών που προκαλούν αέρια.

Ο ασθενής υποφέρει από μετεωρισμό της κοιλιάς και κωλικούς πόνους οι οποίοι προέρχονται από την κυκλοφορία αερίων που δεν μπορούν να αποβληθούν.

Για την ανακούφιση του αρρώστου ο νοσηλευτής στρέφει τον ασθενή ελαφρά προς τα πλάγια, τοποθετεί σωλήνα αερίων μέσα στο απευθυσμένο, τοποθετεί θερμοφόρα στο επιγάστριο και τέλος χορηγεί φάρμακα που αυξάνουν την περισταλτικότητα των εντερικών ελίκων, κατόπιν οδηγίας γιατρού.

8) Παραλυτικός ειλεός : είναι η παρατεταμένη διάταση του στομάχου και του εντέρου λόγω συγκεντρώσεως σ' αυτά υγρών και αερίων. Αυτή είναι δυνατόν να καταλήξει σε πρόσκαιρη παράλυση του εντερικού σωλήνα. Τα αίτια και η αντιμετώπιση είναι τα ίδια όπως και στο μετεωρισμό κοιλίας. Στην περίπτωση όμως αυτή συνιστάται η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Muller-Abbott ο οποίος και συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση.

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

10) Ρήξη τραύματος : Αυτή συνήθως συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα, σε υπερήλικες και σε άτομα με βίαιους εμέτους ή έντονο βήχα. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την πρόληψη αυτής της επιπλοκής, υποστηρίζοντας το τραύμα με τοποθέτηση χειρουργικής ζώνης, καταστέλλοντας τον έμετο και το βήχα και διδάσκοντας τον ασθενή να συγκρατεί με τις δύο παλάμες του το τραύμα, όταν βήχει. Εάν κατά την ρήξη τραύματος βγει έξω τμήμα εντέρου, ειδοποιείται αμέσως ο γιατρός, ωστόσο καλύπτεται το έντερο με αποστειρωμένο τετράγωνο, βρεγμένο σε φυσιολογικό ορό και ακινητοποιείται ο ασθενής. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να μην θορυβήσει τον ασθενή, αλλά να τον καθησυχάσει.

11) Κατακλίσεις : Είναι μία από τις πιο συχνές επιπλοκές των χειρουργημένων ασθενών. Οφείλεται στην παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι για μεγάλο διάστημα, στον περιορισμό των κινήσεων, στη συνεχή πίεση των μελών του σώματος και στην κακή κυκλοφορία. Άλλοι παράγοντες που συντελούν είναι η εξασθένιση του οργανισμού, η πίεση του σώματος του ασθενούς από διάφορα ξένα σώματα στο κρεβάτι και η υγρασία του δέρματος.



Η πρόληψη των κατακλίσεων είναι αναγκαία, γιατί η θεραπεία τους είναι δύσκολη και μακροχρόνια. Συνίσταται σε συχνή αλλαγή θέσεως, σε διατήρηση καθαρών και στεγνών των μελών του σώματος που πιέζονται, σε αλλαγή των κλινοσκεπασμάτων όταν βραχούν και στην ενίσχυση του οργανισμού με χορήγηση τροφής ανωτέρας βιολογικής αξίας.

Είναι γνωστό ότι ο νοσηλευτής που νοσηλεύει χειρουργημένο ασθενή, θα φροντίσει ώστε να προληφθούν έγκαιρα αυτές οι επιπλοκές που θα ταλαιπωρήσουν αρκετά τον ασθενή αν εμφανιστούν και προστεθούν στην ήδη βεβαρημένη κατάστασή του. Ακόμη όμως και αν εμφανιστεί κάποια επιπλοκή, ο νοσηλευτής με τις γνώσεις και την πείρα του θα φροντίσει να εξαλειφθεί αυτή, όσο το δυνατόν γρηγορότερα και με λιγότερες συνέπειες.

## ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - «ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ»

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

Σκοπός της κολοστομίας είναι η αποβολή του περιεχομένου του εντέρου. Επίσης, η κολοστομία εξυπηρετεί τους εξής σκοπούς :

1. Μπορεί να αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα της κοιλιοπερινεϊκής αφαίρεσης του εντέρου, που έγινε για θεραπεία καρκίνου του ορθού.
2. Μπορεί να γίνει πάρηγορητικά σε περιπτώσεις καρκίνου του εντέρου.
3. Μπορεί να αποτελεί παροδικό μέτρο για την προστασία αναστόμωσης, όπως μετά από κοιλιακό τραύμα ή για την επούλωση φλεγμάνοντος εντέρου .
4. Μπορεί να γίνει παροδικά για την αλλαγή της διεύθυνσης κίνησης των κοπρανωδών μαζών κατά τη διάρκεια ακτινοθεραπείας ή άλλης θεραπείας.

### ΕΙΔΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

#### 1. Κατιούσα και σιγμοειδική κολοστομία

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

#### 2. Εγκάρσια κολοστομία

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

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

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

Η εγκάρσια κολοστομία διακρίνεται σε δύο είδη :

- 1) Την διπλού αυλού εγκάρσια κολοστομία
- 2) Την αγκυλωτή κολοστομία

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

Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένας άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μία αγκύλη ακέραιου εντέρου φέρεται έξω από το κοιλιακό τοίχωμα και ράβονται τα δύο σκέλη της. Τα κόπρανα παροχετεύονται μέσα από τομή που γίνεται στο επάνω μέρος της αγκύλης. Μπορεί να μείνει ανοικτή από 10 ημέρες έως 9 μήνες. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομιών. Όμως, μετά την αποκατάσταση του περιφερικού τμήματος του κόλου τα τοιχώματα της αγκύλης, που ράφτηκαν, αφαιρούνται με εντεροτόμο και η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται χωρίς να είναι απαραίτητη η λαπαροτομία. Η αγκυλωτή κολοστομία γίνεται σαν έκτακτη διαδικασία σε περίπτωση απόφραξης ή πριν από σχεδιασμένη χειρουργική επέμβαση.

### 3. Ανιούσα κολοστομία

Το απέκκριμα είναι υδαρές. Ρέει σχεδόν συνεχώς. Υπάρχει το πρόβλημα του ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του δέρματος είναι απαραίτητη. Υλικό εκλογής είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.

Μία άλλη μεγάλης σημασίας διάκριση των κολοστομιών είναι οι μόνιμες και οι προσωρινές.

Η μόνιμη κολοστομία γίνεται όταν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο κατώτερο τμήμα του παχέος εντέρου (σιγμοειδές, ορθό).

Η προσωρινή κολοστομία γίνεται όταν το αίτιο είναι εντοπισμένο στο ανώτερο τμήμα του παχέος εντέρου. Στην περίπτωση αυτή η «παραφύσιν

έδρα» κλείνεται σε δεύτερο χρόνο με δεύτερη χειρουργική επέμβαση. Οι κατιούσες και σιγμοειδικές κολοστομίες είναι συνήθως μόνιμες κολοστομίες. Οι εγκάρσιες και οι ανιούσες είναι είτε μόνιμες είτε προσωρινές, ανάλογα με το πρόβλημα που οδηγεί στην δημιουργία τους.

### ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

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

Τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες οποιοδήποτε είδος κολοστομίας αποτελεί συγχρόνως κι ένα χειρουργικό τραύμα. Οι πρώτες αλλαγές γίνονται από τον χειρουργό, ο οποίος ελέγχει την βατότητα του εντερικού αυλού του στομίου καθώς και τη συρραφή του στο κοιλιακό τοίχωμα. Τις πρώτες 48 μετεγχειρητικές ημέρες, η περιποίηση του στομίου γίνεται όταν αποβάλλεται εντερικό περιεχόμενο στον σάκο συλλογής, για αποφυγή μόλυνσης του τραύματος. Ο σάκος αλλάζεται κάθε μέρα από μία φορά ή και περισσότερες όταν γεμίζει ως τη μέση. Με την πάροδο των μετεγχειρητικών ημερών η φροντίδα της κολοστομίας παύει να είναι αποκλειστική απασχόληση του νοσηλευτή-τριας και αρχίζει η βαθμιαία συμμετοχή του αρρώστου και των προσώπων του περιβάλλοντός του.

#### α. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟΜΙΟΥ - ΧΡΗΣΗ ΣΑΚΩΝ ΜΕ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΗ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ

Οι σάκοι κολοστομίας εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού, που προκαλείται από τις επανειλημμένες αλλαγές των αυτοκόλλητων σάκων, ο νοσηλευτής-τρια εφαρμόζει γύρω από το στόμιο ένα λεπτό στρώμα από ζελατινούχο Skin Gel της Hollister.

Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Μερικές φορές τα τοιχώματα του σάκου κολλούν μεταξύ τους, όταν εξασκείται πίεση σε αυτά κατά την εφαρμογή του σάκου, εξαιτίας του κενού αέρα στο κλειστό σύστημα του

σάκου. Για την πρόληψη αυτής της κατάστασης ο νοσηλευτής-τρια τοποθετεί μέσα στον σάκο ένα τσαλακωμένο χαρτοβάμβακα.

Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μίας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται όταν γεμίσει ως τη μέση. Ο νοσηλευτής-τρια για την αλλαγή του σάκου κολοστομίας συγκεντρώνει τα απαραίτητα αντικείμενα στον δίσκο αυτής της νοσηλείας ή σε τροχήλατο, τα οποία είναι :

- Ένα set αλλαγής
- Φυσιολογικός ορός και Phisohex
- Κάψα με τολύπια βάμβακος και τεμάχια χαρτοβάμβακος
- Νεφροειδές
- 2 πετσέτες νοσηλείας
- Τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών
- Προστατευτικό υλικό για το περιστομιακό δέρμα όπως Skin gel της Hollister.
- Πάστα Karaya
- Σάκοι κολοστομίας
- Πλαστικός σάκος για τη συλλογή του χρησιμοποιούμενου υλικού μίας χρήσης
- Σαπούνι (κατά προτίμηση γλυκερίνης), τρίφτης, κανάτα με νερό και λεκάνη
- Γάντια μίας χρήσης
- Παραβάν (αν δεν υπάρχει μόνιμο στο κρεβάτι)

### Διαδικασία αλλαγής σάκου κολοστομίας - Νοσηλευτικές ενέργειες

Φάση προετοιμασίας :

1. Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει τον ασθενή για την νοσηλεία που πρόκειται να του γίνει. Εξηγεί στον ασθενή τις λεπτομέρειες της νοσηλείας

αυτής, με σκοπό να μειώσει την ψυχική του ένταση, την ανησυχία και το άγχος του αλλά και για να εξασφαλίσει την συνεργασία του.

2. Μεταφέρει το υλικό στο χώρο εφαρμογής της νοσηλείας, απομακρύνει τους επισκέπτες και τοποθετεί παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου ώστε να τον προστατέψει από τα βλέμματα των άλλων αρρώστων ή επισκεπτών.

3. Ο χρόνος επιλογής της αλλαγής αποφεύγεται να είναι κατά την λήψη γεύματος ή άλλων τροφών από τους άλλους ασθενείς του ιδίου θαλάμου. Αν όμως είναι οπωσδήποτε ανάγκη να γίνει η περιποίηση της κολοστομίας κατά την ώρα του γεύματος, μπορεί να γίνει στην αίθουσα αλλαγών της κλινικής.

4. Δίνει στον άρρωστο αναπαυτική θέση, ώστε να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία και τον ενθαρρύνει να συμμετέχει και ο ίδιος στη φροντίδα του στομίου ώστε τελικά να μπορεί να κάνει την αλλαγή μόνος του.

5. Χρησιμοποιώντας ένα διαμετρώμετρο στομίων διαλέγει το διαμέτρημα που εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το αγγίζει. Αυτό συμβαίνει επειδή αν τοποθετήσει μικρότερο διαμέτρημα θα ερεθίσει το στόμιο, ενώ αν χρησιμοποιήσει μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα. Υπάρχουν σάκοι με 7 έτοιμα διαμετρήματα.

#### Φάση εκτέλεσης :

1. Ο νοσηλευτής-τρια κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα μέχρι την ηβική σύμφυση και τα καλύπτει με την μία πετσέτα νοσηλείας. Με την δεύτερη πετσέτα νοσηλείας καλύπτει τα ρούχα του αρρώστου.

2. Τοποθετεί το τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών κάτω από την περιοχή της κολοστομίας για την προστασία των κλινοσκεπασμάτων κατά τη διάρκεια της περιποίησης.

3. Φοράει γάντια μίας χρήσης, κυρίως για προληπτικούς λόγους (προστασία των χεριών από τα μικρόβια των κοπράνων και των υγρών του σώματος).

4. Αν χρησιμοποιείται ζώνη, την αποσυνδέει από το σάκο.

5. Αποκαλύπτει την περιοχή του στομίου και αφαιρεί τον σάκο κολοστομίας.

6. Απομακρύνει τυχόν κόπρανα ή βλέννη από το στόμιο με στεγνό χαρτοβάμβακα.
7. Τοποθετεί τον χρησιμοποιημένο σάκο, τυλιγμένο, στον πλαστικό σάκο αχρήστων.
8. Τοποθετεί το νεφροειδές κάτω από το στόμιο αφού καλύψει με πλατύ τεμάχιο χαρτοβάμβακα την πλευρά που έρχεται σε επαφή με το σώμα του αρρώστου για να απορροφήσει τα υγρά.
9. Καθαρίζει καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο (προτιμάται το σαπούνι γλυκερίνης επειδή διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό) την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο και κατόπιν στεγνώνει με απαλές κινήσεις.
10. Πλένει τα χέρια του/της.
11. Ανοίγει το σετ αλλαγής.
12. Καθαρίζει το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με Physohex και ισοτόνο διάλυμα NaCl, αρχίζοντας από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό.
13. Τέλος, σκουπίζει πολύ καλά και απομακρύνει το νεφροειδές με το χαρτοβάμβακα.
14. Επίσης, το δέρμα, γύρω από το στόμιο μπορούμε να το περάσουμε με αιθέρα ο οποίος είναι πτητικός και προκαλεί καλύτερο στέγνωμα. Η ενέργεια όμως αυτή αμφισβητείται γιατί πιστεύεται ότι ο αιθέρας έχει και ερεθιστική δράση στο δέρμα.
15. Αν υπάρχει ένδειξη δερματικού ερεθισμού, επαλείφει με προστατευτική αλοιφή όπως Skin gel (ζελατινούχο πήκτωμα).
16. Αφαιρεί το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας.
17. Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στενών λωρίδων στα πλάγια, φέρνει το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου.
18. Εφαρμόζει πρώτα το κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο. Πιέζει σταθερά προς τα κάτω και έξω, ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια.

19. Κολλάει με τον ίδιο τρόπο το επάνω μέρος. Τέλος, αφαιρεί το χαρτί και κολλάει τις δύο στενές λωρίδες στα πλάγια. Με τον ίδιο περίπου τρόπο κολλάμε και τον σάκο από ρητίνη Karaya.
20. Αν το στόμιο είναι ασύμμετρο, για να καλύψει τις δερματικές πτυχές, ο νοσηλευτής-τρια χρησιμοποιεί πάστα Karaya.
21. Συνδέει την στεφάνη του σάκου με την ειδική ζώνη για καλύτερη ακινητοποίηση επί του σώματος του ασθενούς.
22. Αφαιρεί το τετράγωνο αδιάβροχο και τετράγωνο αλλαγών.
23. Τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.
24. Απομακρύνει τα αντικείμενα που χρησιμοποίησε και πετάει τον χρησιμοποιημένο σάκο στο εξωτερικό δοχείο απορριμμάτων ή σε κλίβανο αποτέφρωσης.
25. Ενημερώνει την λογοδοσία για την εκτέλεση της νοσηλείας.

### **Χρήσιμες παρατηρήσεις**

Κατά την περιποίηση της κολοστομίας ελέγχουμε και την ανατομική κατάσταση του στομίου. Κάθε αλλαγή στο σχήμα ή στο χρώμα του εκστομωμένου εντέρου, θα πρέπει να αναφέρεται αμέσως στον γιατρό γιατί μπορεί να σημαίνουν κάποια επιπλοκή, όπως εισολκή, εσωτερική περίσφιξη, διάτρηση ακόμα και νέκρωση. Επίσης με την πάροδο του χρόνου και ενώ ο ασθενής είναι πλέον εκτός νοσοκομείου είναι δυνατόν να συμβεί πρόπτωση, παραστομακή κήλη ή στένωση του αυλού λόγω της ανάπτυξης συμφύσεων. Γι' αυτό συστήνεται παρακολούθηση σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

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

### **8. ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ**

Η πλύση κολοστομίας ή υποκλυσμός είναι μία διαδικασία με την οποία επιτυγχάνονται τα εξής :



1. Η κένωση του παχέος εντέρου από κόπρανα και βλέννη (για την πρόληψη απόφραξης ή δυσκοιλιότητας) και ο προγραμματισμός της κένωσής του.
2. Ο χρονικός προγραμματισμός της κένωσης του εντέρου και ο περιορισμός της απρόγραμματιστης κένωσής του (ώστε να μπορεί το άτομο να αναλάβει δραστηριότητες χωρίς το φόβο απροσδόκητης κένωσης του εντέρου).
3. Η αποβολή αερίων και επομένως ο περιορισμός της δυσσομίας.
4. Ο καθαρισμός του περιφερικού τμήματος του εντέρου.
5. Η καθαριότητα του εντέρου πριν από εγχείρηση ή άλλη διαδικασία που την απαιτεί.
6. Η προετοιμασία του ασθενούς και του άμεσού του περιβάλλοντος να αναλάβουν υπεύθυνα την εφαρμογή της νοσηλείας (αυτοφροντίδα).

Τα απαραίτητα αντικείμενα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής-τρια για την πλύση κολοστομίας είναι :

1. Δοχείο υγρού πλύσης.
2. Δοχείο για το υγρό επιστροφής (όταν η νοσηλεία δεν γίνεται στο λουτρό).
3. Υγρό πλύσης 500-1.500ml (χλιαρό νερό θρύσης ή αλατούχο διάλυμα- 4g αλάτι σε 500 ml νερό ή άλλο διάλυμα που παράγγειλε ο γιατρός) θερμοκρασίας 40,5 °C.
4. Καθετήρας από μαλακό ελαστικό Νο 22 ή 24 με κάποιο είδος θωράκισης για την παρεμπόδιση της προς τα πίσω ροής του υγρού πλύσης (ή μαλακό ελαστικό ή πλαστικό κώνο - Laird tip).
5. Γάντια μίας χρήσης για προστασία του νοσηλευτή-τριας.
6. Λαβίδα Kocher.
7. Χαρτί τουαλέτας και υδατοδιαλυτό γλισχραντικό.
8. Πλαστικός σάκος για τη συλλογή των υγρών γαζών και του μίας χρήσης σάκου.
9. Μανίκι ή περίβλημα πλύσης, αυτοκόλλητο ή συγκρατούμενο με ζώνη (μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για την παροχέτευση του υγρού πλύσης).

## Διαδικασία πλύσεως κολοστομίας - Νοσηλευτικές ενέργειες

### Φάση προετοιμασίας :

1. Ο νοσηλευτής - τρια διαλέγει τον κατάλληλο χρόνο για την πλύση και την επαναλαμβάνει την ίδια πάντα ώρα της κάθε ημέρας.
2. Ενημερώνει τον ασθενή για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπει να παρακολουθεί την διαδικασία.
3. Πλένει τα χέρια του/της.
4. Κρεμάει το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50cm πάνω από το στόμιο (στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθεται).
5. Βάζει τον ασθενή να καθίσει στη λεκάνη της τουαλέτας ή σε μία καρέκλα μπροστά στην τουαλέτα.
6. Φοράει καθαρά γάντια.

### Φάση εκτέλεσης :

1. Ο νοσηλευτής - τρια αφαιρεί τις γάζες και τον σάκο και τις βάζει στον πλαστικό σάκο αχρήστων.
2. Τοποθετεί το μανίκι πλύσης ή το περίβλημα στο στόμιο και το άλλο άκρο του μέσα στην λεκάνη.
3. Αφήνει λίγο διάλυμα να τρέξει μέσα από τον σωλήνα και τον καθετήρα ή κώνο για την έξοδο του αέρα από την συσκευή ώστε να μην εισαχθεί μέσα στο κόλο και προκαλέσει κωλικό πόνο.
4. Επαλείφει τον καθετήρα ή κώνο με γλισχραντική ουσία και τοποθετεί αυτόν δια μέσου του πλαστικού μανικιού μέσα στο στόμιο, με ήπιες, σταθερές και κυκλικές κινήσεις. Ο καθετήρας δεν πρέπει να μπει μέσα πάνω από 8cm. Πιέζει το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο απαλά αλλά σταθερά προς το στόμιο για να εμποδιστεί η επιστροφή του υγρού.
5. Αν ο καθετήρας δεν προχωρεί εύκολα, αφήνει ο νοσηλευτής - τρια το νερό να ρέει αργά, ενώ ήπια σπρώχνει τον καθετήρα.

6. Αφήνει το νερό να μπει στο κόλο αργά. Αν ο άρρωστος αισθανθεί κράμπα, ο νοσηλευτής-τρια κλείνει τον σωλήνα και αφήνει τον ασθενή να ξεκουραστεί, προτού προχωρήσει. Το νερό πρέπει να μπει σε 5-10 min.
7. Κρατάει το στήριγμα του καθετήρα ή τον κώνο στη θέση του για 10 sec μετά την είσοδο του νερού. Μετά ήπια τον αφαιρεί.
8. Αφήνει 10-15 min για τη μεγίστη επιστροφή. Κατόπιν στεγνώνει το κάτω άκρο του μανικιού ή περιβλήματος και το κλείνει με τη λαβίδα Kocher.
9. Αφήνει το μανίκι ή περίβλημα στη θέση του περίπου 20 min καθώς ο ασθενής θα σηκωθεί και θα κινηθεί.
10. Όταν έχει πλήρως κενωθεί το έντερο, αφαιρεί το μανίκι.

#### Φάση παρακολούθησης :

1. Ο νοσηλευτής-τρια καθαρίζει την επιφάνεια με ήπιο σαπούνι και νερό και την σκουπίζει. Ο καθαρισμός και το στέγνωμα εξασφαλίζουν στον ασθενή ώρες άνεσης.
2. Επαλείφει με Karaya ή άλλο φραγμό το περιστομιακό δέρμα.
3. Καθαρίζει τα αντικείμενα με σαπούνι και νερό και τα στεγνώνει προτού τα φυλάξει σε καλά αεριζόμενο χώρο.
4. Ενημερώνει την λογοδοσία για την εκτέλεση της νοσηλείας.

#### γ. ΠΛΥΣΗ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ ΣΕ ΚΛΙΝΗΡΗ ΑΡΡΩΣΤΟ

Η πλύση κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο δεν διαφέρει πολύ από την πλύση που γίνεται σε περιπατητικό άρρωστο. Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να προσθέσει στα αντικείμενα που χρειάζονται για την νοσηλεία και τα ακόλουθα :

1. Κουβέρτα νοσηλείας
2. Αδιάβροχο με τετράγωνο
3. Σκωραμίδα ή μεγάλο νεφροειδές
4. Νερό, σαπούνι και τρίφτης
5. Χαρτοβάμβακας

Επίσης, η νοσηλεία αυτή σε κλινήρη άρρωστο γίνεται επί κλίνης, ενώ στον περιπατητικό ασθενή γίνεται στην τουαλέτα.

### Διαδικασία πλύσεως κολοστομίας σε κλινήρη άρρωστο - Νοσηλευτικές ενέργειες

#### Φάση προετοιμασίας:

1. Ο νοσηλευτής-τρια κατεβάζει τα κλινοσκεπάσματα ριπιδοειδώς προς τα κάτω και καλύπτει τον ασθενή με την κουβέρτα νοσηλείας.
2. Τοποθετεί το αδιάβροχο με το τετράγωνο κάτω από την περιοχή του στομίου.
3. Γυρίζει τον άρρωστο με ημιπλάγια θέση και υποστηρίζει την πλάτη του με μαξιλάρι .
4. Τοποθετεί την σκωραμίδα ή το νεφροειδές καλυμμένο, στο άκρο που εφάπτεται με τα κοιλιακά τοιχώματα, με χαρτοβάμβακα .
5. Αφαιρεί τις γάζες και τον σάκο και τα βάζει σε πλαστικό σάκο αχρήστων.

#### Φάση εκτέλεσης :

Σ' αυτή τη φάση όλες οι ενέργειες είναι ίδιες με εκείνες που γίνονται κατά την πλύση ασθενούς, ο οποίος είναι περιπατητικός .

### ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ

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

1. Εισολκή : Είναι πολύ βαριά επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα.

Τα αίτια της επιπλοκής αυτής είναι :

- Η παχυσαρκία.
- Η ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά .

- Απαρασκευάστο έντερο, το οποίο περιέχει κοπρανώδεις μάζες.
- Ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευθεί.

Το εντερικό άκρο που εμφανίζει εισολκή είναι δυνατόν να μην φθάσει στην περιτοναϊκή κοιλότητα αλλά να παραμείνει στον υποδόριο συνδετικό ιστό και να αναπτυχθεί φλεγμονή. Η πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η πρόληψη των παραγόντων που προκαλούν την επιπλοκή αυτή. Επί εγκαταστάσεως της επιπλοκής συνιστάται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας τεχνικά άρτιας κολοστομίας, με την ανάλογη νοσηλευτική φροντίδα.

2. Στένωση : Όταν το στόμιο του εντέρου είναι πάρα πολύ στενό, τότε πρόκειται για στένωση. Η κένωση του εντέρου γίνεται τότε επώδυνη. Το αποτέλεσμα είναι οι αποφράξεις. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ενημερωθεί αμέσως ο γιατρός. Ίσως χρειαστεί μία μικρή επέμβαση, που μπορεί να γίνει με τοπική νάρκωση.

3. Διάτρηση : Προκαλείται συνήθως από κάκωση του εντέρου εξαιτίας του ρύγχους της συσκευής των υποκλυσμών και εμφανίζεται και στην μόνιμη και στην προσωρινή κολοστομία. Όταν η διάτρηση του εντέρου συμβεί μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα προκαλεί ταχέως την ανάπτυξη περιτονίτιδος. Η θεραπεία είναι χειρουργική.

4. Πρόπτωση : Λέγοντας πρόπτωση εννοούμε πτώση του εντέρου προς τα έξω. Και σε αυτή την περίπτωση, ο γιατρός πρέπει να επέμβει αμέσως γιατί ο βλεννογόνος του εντέρου που έχει πάθει εκστροφή, μπορεί εύκολα να τραυματιστεί και έχει τάση για αιμορραγία. Όταν η πρόπτωση είναι μεγάλη μπορεί να χρειαστεί εγχείρηση.

5. Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη : Ο όρος αυτός σημαίνει χαλάρωση του κοιλιακού τοιχώματος και διεύρυνση της θύρας διόδου του εντέρου. Το κοιλιακό τοίχωμα προβάλλει στη θέση αυτή ημισφαιρικά. Αν το αφήσει κανείς αυτό, μπορούν να δημιουργηθούν διογκώσεις σε μέγεθος κεφαλής παιδιού. Ο καταλληλότερος τρόπος για την πρόληψη τέτοιων καταστάσεων είναι η χρησιμοποίηση μιας ζώνης κοιλίας στα μέτρα του ασθενούς. Επιπλέον, ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει να σηκώνει βάρη. Είναι απαραίτητο να ενημερώνει αμέσως τον γιατρό ακόμη και σε υποψία μόνο για κήλη. Αυτός θα συστήσει μία ζώνη κοιλίας ή έναν ειδικό επίδεσμο. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί επίσης να χρειαστεί εγχείρηση.

6. Φλεγμονή : Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί γύρω από την τεχνητή έδρα ένα απόστημα. Το δέρμα εμφανίζει ερυθρότητα και πόνο. Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί πυρετός. Το απόστημα πρέπει να χειρουργηθεί.

Επίσης, ορισμένες φορές σχηματίζονται και συρίγγια. Αυτά είναι επικοινωνίες του δέρματος με το έντερο κοντά στην εντεροστομία από τις οποίες μπορεί να βγαίνουν κόπρανα και πύον. Τα συρίγγια αυτά μπορεί να δυσκολέψουν σημαντικά την περιποίηση της εντεροστομίας και πρέπει να χειρουργούνται.

## **Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από την στιγμή που ο νοσηλευτής-τρια θα έρθει σε επαφή με τον ασθενή του/της. Από την στιγμή αυτή, ο νοσηλευτής με την ευσυνειδήτη αγάπη του, το ενδιαφέρον του, την κατανόηση της θέσεως του ασθενούς και τις γνώσεις του θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον ασθενή ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή -τριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται : 1) στην ενημέρωση του ασθενούς για την θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει, 2) στην προετοιμασία και βοήθεια του ασθενούς για την θεραπεία, 3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον ασθενή, το περιβάλλον και τον εαυτό του/της, 4) στην αντιμετώπιση επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν από την θεραπεία και 5) στην ψυχολογική τόνωση του ασθενούς πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί εξωτερικά και εσωτερικά.

I. Εξωτερική εφαρμογή με ακτίνες Χ οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα, ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα μέσα σε ραδιοθεραπευτικές βόμβες (π.χ. κοβάλτιο -60, καίσιο -137) και ραδιοϊσότοπα τοποθετημένα σε θήκες που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

II. Εσωτερική χρήση. Με αυτή γίνεται εισαγωγή του ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα, εμφύτευση ραδιοϊσοτόπου (με την μορφή βελονών, κόκκων) και εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια.

Για την προετοιμασία και βοήθεια του ασθενούς στον οποίο πρόκειται να εφαρμοστεί εξωτερική ακτινοθεραπεία, ο νοσηλευτής-τρια :

1. Ενημερώνεται από τον φάκελο του ασθενούς για το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίσθηκε, την θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία και τον σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός).

2. Αξιολογεί πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής αυτό το είδος της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με τον γιατρό.

3. Βεβαιώνεται πως ο ασθενής έχει καταλάβει να μην βγάλει το σήμα που καθορίζει το σημείο, στο οποίο θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

4. Προσπαθεί να προλάβει την εκδήλωση αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον ασθενή για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση ώστε να την διαγνώσει έγκαιρα και να τον βοηθήσει κατάλληλα.

5. Χορηγεί στον ασθενή αναλγητικά πριν τη θεραπεία, αν χρειάζεται, επειδή θα υποχρεωθεί να μείνει ακίνητος στην ίδια θέση για λίγα λεπτά και τον προστατεύει από ψύξη, επειδή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος των εργαστηρίων είναι χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεώς της. Όταν το ραδιοϊσότοπο πρόκειται να εμφυτευθεί, ο ασθενής προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή εισάγεται σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως ο ασθενής ενημερώνεται για το είδος και τον σκοπό της θεραπείας, τον χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του. Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσότοπου, ο ασθενής έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα. Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί ή αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν τον νοσηλευτή-τρια στην προσφορά ακίνδυνης για τον εαυτό του/της και τους άλλους, νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή που του έχει εφαρμοσθεί ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής :

1. Ενημερώνεται από τον φάκελο του ασθενούς για το είδος του ραδιοϊσότοπου που θα χρησιμοποιηθεί, τον τρόπο χορηγήσεως, την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία και τον αριθμό των ημερών που ο ασθενής πρέπει να απομονωθεί.

2. Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφάλειας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιον θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κλπ.



3. Ο ασθενής νοσηλεύεται σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με την στάση των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολουθήσεως του ασθενούς. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν την μόλυνση του περιβάλλοντος. Ο ασθενής ενημερώνεται πως το μέτρο αυτό είναι παροδικό.
4. Ο νοσηλευτής-τρια νοσηλεύει τον ασθενή με προστατευτική μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχείο από μολύβι, πριν φύγει από τον θάλαμο.
5. Ενημερώνει τους συγγενείς και γνωστούς του ασθενούς για τον τρόπο επικοινωνίας με τον ασθενή (μέσω του παράθυρου παρακολουθήσεως του αρρώστου), εξηγεί τον σκοπό του μέτρου αυτού και τους παροτρύνει να επικοινωνούν τηλεφωνικά μαζί του ώστε να περιοριστεί το αίσθημα της μοναξιάς.
6. Στην πόρτα του δωματίου, στον φάκελο του ασθενούς τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
7. Κατά την προσφορά της νοσηλείας στον άρρωστο ο νοσηλευτής-τρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα για τον εαυτό του/της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο ασθενής.
8. Όλοι όσοι εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως σε ακτινοβολία που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από τον χώρο της ακτινοβολίας.
9. Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα από την αρμόδια υπηρεσία του Ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων), η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή - τριας στην αντιμετώπιση των επιπλοκών της ακτινοθεραπείας περιλαμβάνει τα εξής :

α) Ναυτία και εμέτους

- Χορηγεί ηρεμιστικά, αντιεμετικά και αντιϊσταμινικά φάρμακα.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει υγρά.
- Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.

#### β) Αντιδράσεις από το δέρμα

- Παρατηρεί για ερυθρότητα, ξηρότητα και απολέπιση.
- Χορηγεί ουδέτερες κρέμες.
- Γίνεται πλύση του δέρματος με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Το δέρμα προστατεύεται από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.
- Φροντίδα για την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.

#### γ) Διάρροια

- Χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα.
- Χορηγεί δίαιτα με μικρό υπόλειμμα.

#### δ) Καταστολή του μυελού των οστών.

- Φροντίζει για την προστασία του ασθενούς από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων και φροντίζει για την αντιμετώπισή τους.

## Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όλα σχεδόν τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα των κοκοήθων νεοπλασμάτων προκαλούν ναυτία - έμετο και καταστολή της λειτουργίας του μυελού των οστών. Τα πιο πολλά επιδρούν στον βλεννογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα από την στοματική κοιλότητα ως το κόλο. Ορισμένα προκαλούν διάρροια, ενώ άλλα δυσκοιλιότητα. Άλλα επηρεάζουν την ουροδόχο κύστη και τους γεννητικούς αδένες. Πολλά προκαλούν δερματίτιδες, αλωπεκία, σκουραίνουν το χρώμα του δέρματος και των νυχιών. Τέλος, ορισμένα δρουν τοξικά σε διάφορα σπουδαία όργανα όπως οι νεφροί, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες του νοσηλευτή -τριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται χημειοθεραπεία αναφέρονται : 1) στην ενημέρωση του ασθενούς για την θεραπεία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες που μπορεί να προκαλέσει, 2) στην προετοιμασία και βοήθεια του ασθενούς για την θεραπεία, 3) στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον εαυτό του/της, το περιβάλλον και τον ασθενή, 4) στην αντιμετώπιση επιπλοκών που μπορεί να εμφανιστούν από την θεραπεία, 5) και στην ψυχολογική τόνωση του ασθενούς πριν, κατά και μετά την θεραπεία.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα εξής :

α. Γενικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμόζονται από τον νοσηλευτή-τρια κατά τον χειρισμό των φαρμάκων αυτών :

1. Κατά την προετοιμασία, ο νοσηλευτής-τρια εξασφαλίζει ήρεμο, καλά αεριζόμενο και φωτιζόμενο δωμάτιο για την ετοιμασία των φαρμάκων.
2. Περιορίζει στο ελάχιστο τις εισόδους ατόμων στο χώρο ετοιμασίας.
3. Δεν επιτρέπει στο χώρο αυτό τα εξής : κάπνισμα, διατήρηση και χρήση τροφίμων και ποτών, μάσηση μαστίχας. Τα παραπάνω αποτελούν πηγή μόλυνσης, αν με οποιοδήποτε τρόπο έλθουν σε επαφή με τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα.
4. βεβαιώνεται από τις ιατρικές οδηγίες για το είδος και την δόση του φαρμάκου. Η δόση του φαρμάκου πρέπει να είναι απόλυτα ακριβής.

5. Συμβουλευείται τις ειδικές οδηγίες για τον τρόπο διάλυσης του φαρμάκου. Μερικά φάρμακα έχουν στη συσκευασία τους το διαλυτικό μέσο (διαλύτη). Τα περισσότερα διαλύονται με ορισμένη ποσότητα απεσταγμένου νερού (water for injection).
6. Πλένει τα χέρια τους /της πριν και μετά την νοσηλεία.
7. Χρησιμοποιεί πάντοτε μπλούζα με μακριά μανίκια και κλειστό γιακά, γυαλιά και μάσκα κατά την διαδικασία της διάλυσης και αναρρόφησης.
8. Επίσης κατά την διάλυση ή άλλο χειρισμό του φαρμάκου χρησιμοποιεί πάντοτε ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.
9. Αν διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο, πλένεται η περιοχή με άφθονο νερό και σαπούνι για την απομάκρυνση του φαρμάκου.
10. Αν, κατά λάθος, διάλυμα φαρμάκου μπει στο μάτι εκτός από το πλύσιμο αμέσως του ματιού με νερό και σαπούνι, πρέπει ο νοσηλευτής-τρια να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.
11. Ελέγχει την ακεραιότητα του φιαλιδίου ή της φύσιγγας πριν τα χρησιμοποιήσει.
12. Καλύπτει τον αυχένα του/της με αποστειρωμένη γάζα όταν σπάει την φύσιγγα για την πρόληψη του κινδύνου διασποράς σωματιδίων του φαρμάκου, με πιθανή μόλυνση δια της εισπνοής. Επίσης δεν πρέπει να κρατάει τη φύσιγγα κοντά στο πρόσωπό του/της για τον ίδιο λόγο. Διασπορά του φαρμάκου μπορεί να γίνει και όταν ο νοσηλευτής-τρια προσθέσει στο φιαλίδιο τον διαλύτη διότι δημιουργείται θετική πίεση, καθώς και κατά την αφαίρεση της βελόνας από το φιαλίδιο.
13. Η πρόληψη της διασποράς σταγονιδίων φαρμάκου κατά την διάλυσή του μπορεί να προληφθεί με: Την κάλυψη της βελόνας αμέσως μετά την αφαίρεσή της από το φιαλίδιο με αποστειρωμένη γάζα, την χρησιμοποίηση ειδικής συσκευής εξαερισμού που εφαρμόζεται στην σύριγγα και την χρησιμοποίηση φιαλιδίων με έτοιμο διάλυμα προς χρήση.
14. Επίσης, ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει ώστε να μην αναμιγνύει δύο χημειοθεραπευτικά φάρμακα σε μία σύριγγα, χρησιμοποιεί υλικό μίας χρήσεως, αλλάζει βελόνα σε κάθε αναρρόφηση και φροντίζει να χορηγηθεί

το φάρμακο μετά τη διάλυσή του σύμφωνα με τις ειδικές εσωκλειστές οδηγίες του φαρμάκου.

15. Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη της άκρας χειρός, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

16. Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου, ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί την περιοχή της φλεβοκεντήσεως για συμπτώματα υποδόριας εγχύσεως του υγρού όπως ελάττωση της ροής του υγρού, πόνος, ερυθρότητα και οίδημα στο σημείο της φλεβοκεντήσεως.

17. Σε περίπτωση που εμφανιστούν τα πιο πάνω συμπτώματα, διακόπτεται η έγχυση του φαρμάκου, διατηρείται η φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνεται ο γιατρός.

18. Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του πως πρέπει να αναφέρουν αμέσως πόνο, ερυθρότητα ή οίδημα κοντά στο σημείο της ενέσεως κατά ή μετά την θεραπεία.

19. Σε περίπτωση υποδόριας (έξω από τη φλέβα) εγχύσεως του φαρμάκου, αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο φάρμακο προκειμένου να προληφθεί ή να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του φαρμάκου.

20. Μετά την έγχυση του φαρμάκου ξεπλένεται η βελόνα με έγχυση φυσιολογικού ορού και αφαιρείται.

21. Γίνεται η αναγραφή της νοσηλείας με την διαδικασία που ακολουθείται στο ίδρυμα.

## **B. Νοσηλευτικές ευθύνες στην εφαρμογή της χημειοθεραπείας :**

1. Προετοιμασία αρρώστου με κατατοπιστικές συζητήσεις πριν αρχίσει η θεραπεία μέσα σε ένα κλίμα κατανόησης.

2. Ο ασθενής βεβαιώνεται πως οι τοξικές ενέργειες και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από την μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ευεργετική καταστροφή των κακοήθων κυττάρων καταστρέφουν και υγιή.

3. Εφαρμόζονται αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του ασθενούς να αποδεχθεί, να εφαρμόσει την θεραπεία και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες παρενέργειές της.

4. Προσφέρεται στον ασθενή κάθε έντυπη πληροφορία που υπάρχει για την χημειοθεραπεία για περισσότερη ενημέρωση.

5. Γίνεται γενική αξιολόγηση του ασθενούς για την θρέψη του, την κατάσταση του δέρματος, της στοματικής κοιλότητας, τον βαθμό κινητικότητας, την συναισθηματική κατάσταση, αν παρουσιάζει ευαισθησία σε διάφορα φάρμακα. Επίσης λαμβάνεται ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

γ. Νοσηλευτικές εφαρμογές στις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων :

#### 1. Καταστολή του μυελού των οστών

- Ο νοσηλευτής-τρια φροντίζει για την προστασία του ασθενούς από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
- Παρατηρεί για εμφάνιση αιμορραγιών και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη αυτών καθώς και την αντιμετώπισή τους.

#### 2. Ναυτία και εμέτους

- Ο νοσηλευτής - τρια λαμβάνει μέτρα προλήψεως ναυτίας και εμέτων όπως :1) Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου πριν από την εφαρμογή της χημειοθεραπείας ή αμέσως μετά την ολοκλήρωσή της, 2) χορήγηση του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου με άδειο στομάχι ή την ώρα που ο άρρωστος θα κοιμηθεί, 3) προγραμματίζονται μικρά και συχνά γεύματα σε συνεργασία με τον άρρωστο, για το περιεχόμενο και την ώρα, 4) αποφεύγονται τροφές που έχουν έντονη οσμή, 5) ο ασθενής ενισχύεται να μασάει πολύ καλά την τροφή, 6) μετά από κάθε λήψη τροφής γίνεται καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας.
- Για την αντιμετώπιση της ναυτίας και των εμέτων : 1) χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα, 2) διατηρεί τον ασθενή καθαρό χωρίς την κακοσμία των εμέτων, 3) χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα πλούσια σε

θρεπτικές ουσίες και βιταμίνες, 4) ενθαρρύνει τον ασθενή να παίρνει υγρά.

### 3. Διάρροια

- Ο νοσηλευτής-τρια λαμβάνει μέτρα προλήψεως της διάρροιας όπως : περιορίζει την κυτταρίνη στο διαιτολόγιο του ασθενούς.
- Για την αντιμετώπιση της διάρροιας : 1) Χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα, 2) χορηγεί πολλά υγρά εφόσον δεν αντενδείκνυνται.

### 4. Στοματίτιδα

- Ο νοσηλευτής-τρια παρατηρεί τον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας αμέσως μετά την χορήγηση του φαρμάκου για ξηρότητα, ερυθρότητα και λευκές κηλίδες που είναι σημεία εξελισσόμενης στοματίτιδας.
- Λαμβάνει μέτρα προλήψεως της στοματίτιδας όπως : 1) παρακολουθεί καθημερινά την στοματική κοιλότητα, 2) γίνεται επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη τρεις φορές την ημέρα.
- Αντιμετωπίζει την στοματίτιδα με : 1) φροντίδα της στοματικής κοιλότητας οπωσδήποτε μετά τα γεύματα και πλύσεις με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού, 2) επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών, 3) αποφεύγονται οι ερεθιστικές για τον βλεννογόνο τροφές (ξυνές, σκληρές, καρυκεύματα).

### 5. Νευροτοξικότητα

- Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί τον ασθενή για συμπτώματα ήπιας νευροπάθειας (ελαφρός πόνος στα χέρια και τα πόδια και απώλεια των «εν τω βάθει» αντανακλαστικών των τενόντων) και συμπτώματα σοβαρότερης νευροπάθειας (μείωση της δυνάμεως των χεριών, απώλεια συντονισμού).

- Βοηθάει τον ασθενή στην αντιμετώπιση της νευροπάθειας με: 1) την χρησιμοποίηση μέτρων ασφάλειας για την προστασία του και 2) την διατήρηση των μελών του σώματος σε φυσιολογική θέση.

## 6. Ηπατοτοξικότητα

- Ο νοσηλευτής -τρια παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να προέρχεται από βλάβη του ήπατος όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.
- Ενημερώνει αμέσως τον γιατρό όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας.

## 7. Νεφροτοξικότητα

- Ο νοσηλευτής-τρια παρακολουθεί για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων.
- Παρακολουθεί το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

## 8. Αλωπεκία

- Ο νοσηλευτής-τρια προετοιμάζει τον ασθενή ψυχολογικά για την αντιμετώπιση του προβλήματος της αλωπεκίας.
- Εξακριβώνει αν ο ασθενής έχει καταλάβει ότι τα μαλλιά του μπορεί να πέσουν στο διάστημα της θεραπείας, αλλά θα ξαναβγούν οκτώ περίπου εβδομάδες μετά το τέλος της θεραπείας.
- Η αλωπεκία μειώνεται αν κατά τη θεραπεία και 10-15 λεπτά μετά από αυτή εφαρμοσθεί πίεση με ελαστικό επίδεσμο και παγοκύστη στο κεφάλι.
- Όταν αρχίσουν να πέφτουν τα μαλλιά, γίνεται αποτρίχωση του κεφαλιού και καλύπτεται το κεφάλι με μαντήλι ή χρησιμοποιείται περούκα. Παράλληλα ο νοσηλευτής-τρια βοηθάει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του με την διαφοροποίηση της εμφανίσεώς του.



- Αν η κλινική χρησιμοποιεί ως προληπτικό μέτρο για την αλωπεκία εφαρμογή πίεσης ή ψυχρού-υποθερμίας- στην περιοχή του τριχωτού της κεφαλής κατά την χημειοθεραπεία, ο νοσηλευτής-τρια εξηγεί στον άρρωστο τον σκοπό, τον τρόπο εφαρμογής και την σημασία της συνεργασίας του. Η μέθοδος εφαρμογής πίεσης στο τριχωτό της κεφαλής γίνεται με ειδικό σφυγμομανόμετρο και η υποθερμία με ειδικό κάλυμμα κεφαλής. Εφαρμόζονται 5-10 λεπτά πριν και μετά την ένεση του φαρμάκου. Θεωρητικά και οι δύο μέθοδοι έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με διαφορετικό μηχανισμό. Με την προσωρινή σύσπαση των επιπολής αγγείων του τριχωτού της κεφαλής που προκαλείται από το ψυχρό ή την πίεση, μειώνεται η προσαγωγή του χημειοθεραπευτικού φαρμάκου δια της κυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή αυτή και επομένως και η επίδρασή του στους θύλακες των τριχών, οπότε θα υπάρχει μικρό ή μεγάλο αποτέλεσμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄

### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

#### α. Ψυχολογικά προβλήματα ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου- κολοστομία

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

Η ασθένεια, ανεξάρτητα από διάγνωση, αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο με ποικίλους τρόπους. Κατά την πρώτη εισβολή της, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου συνήθως είναι ο φόβος : φόβος του άγνωστου και του απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος των στερήσεων και θυσιών τις οποίες πιθανόν θα απαιτήσει η ασθένεια, φόβος του έντονου πόνου, της αναπηρίας.

Η ασθένεια υποχρεώνει τον άνθρωπο να διακόψει την εργασία του, να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητές του και να επικεντρώσει την προσοχή και το ενδιαφέρον στον εαυτό του. Ακόμη, ο ασθενής γίνεται αγχώδης, απαιτητικός και συχνά δοκιμάζει αίσθημα μοναξιάς, απογοήτευσης με αποτέλεσμα την ψυχολογική απομόνωση και μελαγχολία.

Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Συνήθως σημαίνει στέρηση πολλών δυνατοτήτων και αγαθών : στέρηση της ελευθερίας λήψεως αποφάσεων και ενέργειας λόγω των ειδικών περιορισμών που επιβάλλουν η ασθένεια και η θεραπευτική αγωγή, απώλεια τμημάτων του σώματος, ματαίωση προσωπικών σχεδίων και οραματισμών, χωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Τα συναισθήματα που διακατέχουν το άτομο που έρχεται σε επαφή με την ιδέα της κολοστομίας είναι :

- Αρνηση αποδοχής της κολοστομίας
- Φόβος οφειλόμενος στην πιθανότητα ότι ο καρκίνος δεν έχει αφαιρεθεί πλήρως κατά την εγχείρηση
- Θλίψη οφειλόμενη στην απώλεια της φυσιολογικής εντερικής λειτουργίας
- Κοινωνική απομόνωση οφειλόμενη στο φόβο ότι οι άλλοι θα αντιδράσουν αρνητικά στην κολοστομία.

Οι αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στην κολοστομία μπορεί να εκτείνονται από εύκολη αποδοχή μέχρι πλήρη άρνηση αυτής. Βέβαια η αποδοχή της κολοστομίας εξαρτάται από τις συνθήκες της νόσου που απαιτούν την δημιουργία της όπως ο καρκίνος. Για μερικούς ασθενείς αντιπροσωπεύει μία θεραπεία ενώ για άλλους είναι μία προσωρινή κατάσταση. Πρέπει να τονιστεί πως η αποδοχή είναι πολύ δύσκολη όταν η κολοστομία γίνεται με σκοπό παρηγορητικό.

Μερικοί ασθενείς αρνούνται να κοιτάξουν το στόμιο και δύσκολα δέχονται την παρουσία του ενώ άλλοι αρχίζουν να συμμετέχουν από πολύ νωρίς στην φροντίδα του στομίου.

Όλα όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω βρίσκονται μέσα στο πνεύμα της αποκατάστασης του ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου - κολοστομία. Η έννοια της λέξεως αποκατάσταση σημαίνει την επαναφορά του ατόμου στην προηγούμενη του κατάσταση ύστερα από αλλαγή που δέχτηκε. Και σύμφωνα με αυτό τον ορισμό η αποκατάσταση αρχίζει μετά τη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας.

Ο βασικός σκοπός της αποκατάστασης είναι να αντικαταστήσει την κατάθλιψη και την απελπισία με μία αισιόδοξη θεώρηση της ζωής και να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις που θα ενεργοποιήσουν τον ασθενή ώστε να αναλάβει έναν ενεργητικό ρόλο στην ανάκτηση της υγείας του. Το πρώτο βήμα είναι να ανακτήσει ο ασθενής την επιθυμία για ζωή. Παρόλο που όλοι οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι θέλουν να ζήσουν, μερικοί απ' αυτούς δεν συμπεριφέρονται ανάλογα.

Όλα τα μέλη της ομάδας υγείας, από την στιγμή της πρώτης ύποπτης διαγνώσεως του καρκίνου πρέπει να κρατήσουν στάση

κατανοήσεως, σωστής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον ασθενή. Η υποστήριξη του ασθενούς στη φάση αυτή είναι πολύ ουσιαστική, δηλαδή να αρχίσει πριν ακόμη κατασταλάξουν τα συναισθήματά του και αρχίσει να υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να επηρεάσουμε ή να ελέγξουμε αργότερα. Επειδή όμως στη φάση αυτή-βοήθειας αποκατάστασης- του ασθενή με τα μέλη της ομάδας υγείας, ασκεί επίδραση η οικογένεια του ασθενή και το κοινωνικό του περιβάλλον, θα πρέπει στις διαστάσεις της αποκαταστάσεως να συμπεριλαμβάνονται και αυτές οι ομάδες του πληθυσμού.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η παρουσία κολοστομίας επηρεάζει την ψυχολογία του ασθενούς καθώς διαφοροποιεί κατά ένα μέρος τον τρόπο ζωής του. Πριν ο ασθενής μπει στο χειρουργείο πρέπει να ξέρει τι θα συμβεί.

Ο ρόλος και η βοήθεια του νοσηλευτή-τριας αρχίζει με την εισαγωγή του ασθενούς και διαρκεί ως την έξοδό του από το νοσοκομείο ίσως και στην κοινότητα. Το πρώτο βήμα είναι η σωστή ενημέρωση και ταυτόχρονα η ηθική υποστήριξη ώστε ο ασθενής να γίνει ικανός να αντιμετωπίσει την πιθανή κολοστομία. Ο νοσηλευτής-τρια θα απαντήσει σ' όλες τις απορίες του ασθενούς και θα του εξηγήσει γιατί είναι απαραίτητη η συγκεκριμένη επέμβαση καθώς και για το πόσο θα τον ωφελήσει.

Σημαντική ενίσχυση θα ήταν η συνάντηση και συζήτηση του ασθενούς με κάποιο άτομο που έχει χειρουργηθεί και έχει αποδεχθεί την κολοστομία και ζει συμφιλιωμένος με τον «νέο τρόπο» ζωής του. Αλλά επειδή και πάλι παραμένει αρκετά δύσκολο να συνηθίσει ο ασθενής τη νέα κατάσταση, η συμπαράσταση, η στοργή, η καλοσύνη και η ανθρωπιά του νοσηλευτή παίζουν κύριο ρόλο στη νοσηλεία του.

Από τη στιγμή που θα γίνει η εγχείρηση και ξυπνήσει ο ασθενής, νέα ερωτηματικά και αμφιβολίες εμφανίζονται τώρα που συνειδητοποιεί την πραγματικότητα. Αφού περάσουν λίγες ημέρες και ο ασθενής εξοικειωθεί με την «παραφύσιν» έδρα, θα αρχίσει η διδασκαλία για την περιποίηση της κολοστομίας από τον ίδιο ώστε να νιώσει πιο άνετα καθώς δεν θα εξαρτάται από άλλους.

Η εκμάθηση θα γίνει βαθμιαία με την εξής σειρά :

Αρχικά ο νοσηλευτής εξηγεί με απλά και κατανοητά λόγια την προετοιμασία της νοσηλείας. Επειτα ο ασθενής παρακολουθεί τον νοσηλευτή κατά την προετοιμασία και την εκτέλεση της αλλαγής. Σταδιακά αρχίζει να βοηθάει και ο ίδιος στην εκτέλεση της αλλαγής. Κατόπιν πραγματοποιεί μόνος του το μεγαλύτερο μέρος αυτής. Όταν ο νοσηλευτής διαπιστώσει πως ο ασθενής έχει εξοικειωθεί με όλη την διαδικασία, του επιτρέπει να εκτελεί μόνος του όλη την αλλαγή και αργότερα, αν ο ίδιος θέλει να αναλάβει την ευθύνη, εκτελεί και την προετοιμασία και την αλλαγή.

Σε περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής δεν μπορεί να αναλάβει την νοσηλεία του, είτε γιατί είναι υπερήλικας είτε επειδή πρόκειται για μη ισορροπημένο διανοητικά άτομο, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να διδάξει τον τρόπο νοσηλείας στον πλησιέστερο συγγενή του ασθενούς, αν βέβαια κριθεί κατάλληλος για αυτή την εργασία και αν δεχτεί φυσικά να την αναλάβει υπεύθυνα .

#### **β. Εξοδος από το νοσοκομείο ασθενούς με κολοστομία - Σχέδιο διδασκαλίας**

Η διαπαιδαγώγηση ασθενών με κολοστομία αφορά και τους ίδιους και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Σημαντικό είναι ο ασθενής να έχει το απαιτούμενο μορφωτικό επίπεδο ώστε να μπορεί να καταλάβει την περιποίηση της κολοστομίας και να μπορεί να κάνει την νοσηλεία μόνος του. Κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα δυνατό, γι' αυτό στην διαφώτιση για την κολοστομία περιλαμβάνουμε και τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος του ασθενούς ώστε να προσφέρουν αυτοί στον ασθενή, ό,τι χρειάζεται, όταν αυτός δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι υπεπροστατευτικό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναλαμβάνει εξ ολοκλήρου την φροντίδα του ασθενούς και να μην επιτραπεί σ' αυτόν να αναλάβει φροντίδες για τον εαυτό του. Ένας τέτοιος ασθενής χάνει την ευκαιρία να δραστηριοποιηθεί, να εξοικειωθεί με το πρόβλημά του και να αποκτήσει την ανάλογη αυτοεκτίμηση. Ο νοσηλευτής - τρια που θα διαπιστώσει κάτι τέτοιο, πρέπει να στρέψει το βάρος της προσοχής του προς τον ασθενή.

Το σχέδιο διδασκαλίας περιλαμβάνει τα εξής :

### 1. Φροντίδα στομίου, αλλαγή σάκου, υποκλυσμός κολοστομίας.

Ο νοσηλεύτης-τρια διδάσκει στον ασθενή τον τρόπο φροντίδας της κολοστομίας, τον ενημερώνει για τα είδη των διατιθέμενων σάκων που υπάρχουν στην αγορά και τον βοηθάει για την επιλογή του καταλληλότερου.

### 2. Φροντίδα δέρματος

Ο νοσηλεύτης-τρια διδάσκει στον ασθενή πώς να περιποιείται την περιοχή γύρω από την κολοστομία. Τον ενημερώνει ότι μπορεί να χρησιμοποιεί σαπούνι με νερό για καθαρισμό ή διάφορα σπρέυ όπως κορτικοστεροειδή ή nystatin σκόνη. Επίσης ότι μπορεί να χρησιμοποιεί την πάστα Karaya η οποία προλαμβάνει τον ερεθισμό του δέρματος γύρω από το στόμιο. Για καλύμματα του στομίου μπορεί να χρησιμοποιεί σάκους μιάς χρήσης, γάζα και χαρτοβάμβακα επαλειμμένο με βαζελίνη, κάλυμμα Saran ή κηρόχαρτο πάνω από γάζα που στερεώνεται με υποαλλεργιογόνο λευκοπλάστ.

### 3. Έλεγχος κακοσμίας

Ο νοσηλεύτης-τρια διδάσκει στον ασθενή ότι πρέπει να αποφεύγει τροφές που δημιουργούν οσμές (κρεμμύδια, ορισμένα λαχανικά, αυγά, ψάρια, φασόλια). Επίσης ο νοσηλεύτης-τρια ενημερώνει τον ασθενή ότι το γιαούρτι, ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Ακόμη, ότι οι οσμές μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο με λήψη μιάς ή δύο ταμπλετών υποανθρακικού ή υπογαλλικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου.

### 4. Έλεγχος αερίων

Ο νοσηλεύτης-τρια ενημερώνει τον ασθενή : α) ότι η μεγαλύτερη ποσότητα αερίων οφείλεται στον αέρα που καταπίνεται, σε φαγητά με πολλά καρυκεύματα και στα αεριούχα ποτά, β) ότι πρέπει να αποφεύγει τροφές που δημιουργούν αέρια (φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια).

### 5. Δίαιτα

Ο νοσηλεύτης-τρια ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να αποφεύγει την πολυφαγία, τα ακατάστατα γεύματα και ότι πρέπει να μασάει καλά την τροφή του. Η δίαιτά του πρέπει να είναι πλήρης σε θρεπτικές ουσίες ώστε να μην προκαλείται διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Επίσης, πληροφορεί τον ασθενή ότι τα φρούτα, οι χυμοί φρούτων και οι ντομάτες μπορεί να

προκαλέσουν συχνές κενώσεις καθώς επίσης ότι η μπίρα μπορεί να ενεργήσει σαν υπακτικό και να δημιουργήσει αέρια.

#### 6. Ενδυμασία

Ο νοσηλευτής-τρια εξηγεί στον ασθενή ότι μπορεί να φοράει ζώνη, πρέπει όμως αυτή να είναι μεγαλύτερου μεγέθους για να δέχεται και τον σάκο. Ακόμη μπορεί να χρησιμοποιεί και μαγιώ.

#### 7. Φάρμακα

Ο νοσηλευτής -τρια ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να συμβουλευέται το γιατρό του προκειμένου να πάρει φάρμακα. Επίσης, οι άρρωστοι που έχουν υποστεί ειλεοστομία δεν πρέπει να παίρνουν υπακτικά και φάρμακα που το κάλυμμά τους διαλύεται στο έντερο.

#### 8. Ταξίδια

Ο νοσηλευτής-τρια πληροφορεί τον ασθενή ότι δεν αντενδείκνυται το ταξίδι με αεροπλάνο ή οποιοδήποτε άλλο μέσο, φτάνει να έχει μαζί του το κουτί φροντίδας στομίου. Επίσης τα άτομα που έχουν υποστεί κολοστομία και κάνουν πλύση μπορούν να χρησιμοποιήσουν πόσιμο νερό. Τα άτομα που έχουν υποστεί ειλεοστομία πρέπει να έχουν μαζί τους αντιδιαρροϊκό φάρμακο.

#### 9. Σπορ

Ο νοσηλευτής-τρια πληροφορεί τον ασθενή ότι μπορεί να συμμετέχει σε όλα τα είδη σπορ.

#### 10. Εγκυμοσύνη

Ο νοσηλευτής-τρια πληροφορεί την μέλλουσα μητέρα ότι το στόμιο δεν αποτελεί αντένδειξη για μια επιτυχή εγκυμοσύνη. Επιβάλλεται όμως η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση. Το μέγεθος του στομίου αλλάζει καθώς προχωράει η εγκυμοσύνη και μαζί με την μεταβολή στο σχήμα της κοιλιάς θα απαιτηθεί και κάποια προσαρμογή στο υλικό που χρησιμοποιείται για το στόμιο.

#### 11. Ύπνος

Ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει τον ασθενή ότι μπορεί να πάρει οποιαδήποτε θέση στον ύπνο.

## 12. Απόφραξη

Τέλος, ο νοσηλευτής-τρια γνωστοποιεί τα σημεία ή συμπτώματα αποφράξεως της κολοστομίας ώστε ο ασθενής να ξέρει πώς θα το αντιμετωπίσει, αν του συμβεί.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο νοσηλευτής-τρια λόγω της φύσης της εργασίας του έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή αλλά και στον υγιή άνθρωπο αφού η δραστηριότητά του δεν περιορίζεται μόνο στο νοσηλευτικό ίδρυμα αλλά επεκτείνεται και στην κοινότητα (κέντρα υγείας, σπίτια των πολιτών, επαγγελματικοί χώροι, σχολεία). Ετσι μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόληψη διάγνωση και στην πρόληψη γενικότερα του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στο κεφάλαιο της διάγνωσης αναφέρθηκε το ΗΑΕΜΟCCULT TEST, η προσφορά του οποίου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι αρκετά σημαντική. Το ΗΑΕΜΟCCULT TEST δεν κάνει άμεση διάγνωση του καρκίνου αλλά ανιχνεύει μόνο την μικροσκοπική αιμορραγία του παχέος εντέρου στα κόπρανα, δηλαδή ανιχνεύει μία βλάβη στο παχύ έντερο που αιμορραγεί, χωρίς να αναγνωρίζεται αυτή η απώλεια αίματος μακροσκοπικά στα κόπρανα. Το ΗΑΕΜΟCCULT TEST εφαρμόζεται κυρίως σε άτομα που δεν εμφανίζουν συμπτώματα, ηλικίας άνω των 50 ετών.

Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να παρακολουθεί συνεχώς κάθε ασθενή που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και παρουσιάζει συμπτώματα από το πεπτικό σύστημα. Θα πρέπει να παρατηρεί καθημερινώς και να ενημερώνει τον γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγή παρατηρήσει στο χρώμα των κοπράνων ή για την παρουσία αίματος ή βλέννης στα κόπρανα. Επίσης θα πρέπει να ενημερώνει τον γιατρό αν ο ασθενής παραπονείται για κοιλιακά άλγη ή μετεωρισμό κοιλίας.

Γενικότερα, στην πρόληψη του καρκίνου του παχέος εντέρου, ο νοσηλευτής-τρια μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά, ιδιαίτερα μέσα από την κοινότητα. Μπορεί να οργανώσει ορισμένα προγράμματα (μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών εκπομπών, ειδικών σεμιναρίων και επιμορφωτικών μαθημάτων), τα οποία να περιλαμβάνουν:

Υγειονομολογική διαφώτιση και διαπαιδαγώγηση του κοινού σε θέματα σχετικά με τον καρκίνο του παχέος εντέρου

Η διαφώτιση του κοινού είναι το σημαντικότερο μέτρο πρόληψης διότι η ενημέρωση του κοινού είναι το πρώτο στοιχείο για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου. Δυστυχώς η άγνοια αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο για τον οποίο πολλοί άνθρωποι επισκέπτονται τον γιατρό σε πολύ προχωρημένα στάδια της νόσου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η χειρουργική επέμβαση να μην μπορεί να προσφέρει ίαση.

Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτή-τριας είναι να ενημερώσει τα άτομα της κοινότητας για τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, έτσι ώστε να επισκέπτονται έγκαιρα το γιατρό με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων. Ο νοσηλευτής-τρια διδάσκει τα πρόδρομα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου, τα οποία είναι τα εξής :

- Οποιαδήποτε αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου ή μεταβολή του ρυθμού των κενώσεων.
- Οποιαδήποτε πεπτική και λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού σωλήνα.
- Φαινόμενα γενικής καταβολής του οργανισμού (αναιμία) καθώς και αιμορραγία.

Επίσης μέσα στα πλαίσια της διαφώτισης του κοινού είναι και η διδασκαλία των κανόνων υγιεινής διατροφής καθώς είναι γνωστό ότι η νόσος εξαρτάται από το είδος της διατροφής. Ο νοσηλευτής-τρια συστήνει την αποφυγή κατανάλωσης, επεξεργασμένων τροφίμων που έχουν μικρό στερεό υπόλειμμα και σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας του καρκίνου παχέος εντέρου. Επίσης, συστήνει την αποφυγή λίπους ζωϊκής προέλευσης και υποδεικνύει την λήψη άφθονων λαχανικών και φρούτων τα οποία ασκούν προστατευτικό ρόλο απέναντι σ' αυτή την ασθένεια.

Ακόμη ο νοσηλευτής-τρια ενημερώνει το κοινό για τα διαγνωστικά κέντρα που διαθέτει η περιοχή για την ανίχνευση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Παράλληλα τονίζει ότι κάθε άνθρωπος άνω των 50 ετών πρέπει να ελέγχεται τουλάχιστον μία φορά κάθε δύο χρόνια με ενδοσκόπηση. Επίσης, τονίζει ότι σε άτομα με πολύποδες, ελκώδη κολίτιδα, οικογενειακό ιστορικό πολυποδίασης ή καρκίνου του παχέος εντέρου πρέπει να γίνεται ένας ετήσιος έλεγχος (ενδοσκόπηση).

Από όλα τα παραπάνω φαίνεται ότι ο ρόλος του νοσηλεύτη-τριας στην ανίχνευση-πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αποδεικνύεται καθοριστικός.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

### ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεως των αναγκών και προβλημάτων του ασθενούς, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραιώσεως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής:

- Νοσηλευτική αξιολόγηση (πρόβλημα του ασθενούς)
- Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής παρέμβασης
- Εφαρμογή προγραμματισμού
- Εκτίμηση αποτελεσμάτων

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, η προώθηση της αναρρώσεως και η αποκατάσταση της υγείας.

Η νοσηλευτική διεργασία-μέθοδος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας -επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του ασθενούς διότι λαμβάνει υπ' όψιν τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, οικονομικές και αποκαταστατικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς και συμβάλλει στην μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του. Περιλαμβάνει συστηματική προληπτική φροντίδα για την εξουδετέρωση επικείμενων κινδύνων, όπως επιπλοκές της ασθένειας. Επίσης, ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας του όλου ατόμου του ασθενούς που εκτείνονται και πιο πέρα από την αντιμετώπιση των άμεσων αναγκών και προβλημάτων του. Τέτοιες διαστάσεις είναι η διδασκαλία της υγείας ή της δημιουργικής ζωής μέσα στα όρια μιας αναπηρίας που δημιουργήθηκε, η διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας και η επιστροφή του ασθενούς στην κοινωνία ως χρήσιμο μέλος.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 1η

Η πρώτη περίπτωση που αναφέρω είναι γυναίκα, ηλικίας 49 ετών, δημόσιος υπάλληλος από την Πάτρα. Η κυρία Μ.Π. εισήχθη στην Β' Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 5.2.95 με διάγνωση καρκίνο ορθού.

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό, η ασθενής προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση με τα ακόλουθα συμπτώματα :

- αίσθημα αδυναμίας και εύκολης κόπωσης
- μικρή απώλεια βάρους
- διάρροιες και απώλεια αίματος από το ορθό.

Το τελευταίο σύμπτωμα ήταν και ο βασικότερος λόγος που την ανησούχησε και την οδήγησε σε εξέταση.

Ο γιατρός κατά την δακτυλική εξέταση διαπίστωσε μάζα στην περιοχή του ορθού. Στην συνέχεια έστειλε την ασθενή να κάνει βαριούχο υποκλυσμό ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Ο βαριούχος υποκλυσμός έδειξε καρκίνο ορθού. Αποφασίστηκε η εισαγωγή της ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα : κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής δεν είχε περάσει κάποια σοβαρή νόσο κατά το παρελθόν, ούτε επίσης είχε εμφανίσει κάποια προδιαθεσική νόσο (ελκώδης κολίτις, πολύποδες). Το μόνο που ανέφερε είναι ότι προ 10 ετών είχε κάνει ολική αρθροπλαστική ισχίου.

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό υπήρχε μία προδιάθεση καρκίνου στο οικογενειακό περιβάλλον. Δύο άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος της ασθενούς είχαν πεθάνει από καρκίνο ήπατος και καρκίνο

μαστού αντίστοιχα. Επίσης, άλλες ασθένειες που αναφέρονταν στο οικογενειακό ιστορικό είναι βρογχικό άσθμα και σακχαρώδης διαβήτης.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΚΟΙΛΙΑ : Μαλακή, ευπίεστη, ήπαρ και σπλήνας αψηλάφητοι

ΚΑΡΔΙΑ : Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί

ΘΩΡΑΚΑΣ : Φυσιολογικό κυψελιδικό ψιθύρισμα

ΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ : Μόρφωμα ορθού, αίμα στα κόπρανα

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν, έδειξαν τα εξής αποτελέσματα :

#### ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιμοσφαιρίνη : 12

Αιματοκρίτης : 33

Ερυθρά αιμοσφαίρια : 4.000.000

Λευκά αιμοσφαίρια : 7.500

SGOT : 25

SGPT : 10

#### ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Γλυκόζη : 90

Ουρία : 12

Κάλιο : 4,5

Χολερυθρίνη άμεσος : 0,2

Χολερυθρίνη έμμεσος : 0,5

#### ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ

Χροιά : κίτρινη

Οψη : Διαυγής

Αντίδραση : όξινη

Οσμή : ιδιάζουσα

Λεύκωμα : όχι

Σάκχαρο : όχι

Πυοσφαίρια : όχι

Μικροοργανισμοί : όχι

Από την γενική αίματος φαίνεται ότι ο αιματοκρίτης ήταν μειωμένος λόγω της απώλειας αίματος ενώ η αιμοσφαιρίνη και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων ήταν στις χαμηλότερες φυσιολογικές τιμές.

Στον εργαστηριακό έλεγχο συμπεριλαμβάνονταν και η ακτινογραφία θώρακος η οποία ήταν αρνητική, ο βαριούχος υποκλυσμός, η σιγμοειδοσκόπηση και το σπινθηρογράφημα ήπατος για τη διάγνωση τυχόν μεταστάσεων.

Οι εξετάσεις αυτές έδειξαν ότι η ασθενής παρουσίαζε καρκίνο ορθού, δεν υπήρχαν μεταστάσεις ούτε στον πνεύμονα ούτε στο ήπαρ, ότι η κατάστασή της ήταν σχετικά καλή και θα μπορούσε να διαφύγει τον κίνδυνο.

ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ της ασθενούς αναφέρει τα εξής :

Η κυρία Μ.Π. εισήλθε στην Β' Χειρουργική κλινική στις 5.2.95 συνοδευόμενη από τον σύζυγό της και τα δύο παιδιά της. Ήταν αρκετά ανήσυχη και αγχωμένη.

Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική, πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία τα οποία ήταν φυσιολογικά :

Αρτηριακή πίεση : 110/70 mmHg, Σφύξεις : 88/min, Θερμοκρασία : 36,5 °C

Οι μέρες παραμονής της στο νοσοκομείο ήταν συνολικά 30. Δεν παρουσίασε κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα και η οικογένειά της, της συμπαραστάθηκε πάρα πολύ καθ' όλη την διάρκεια παραμονής της στο νοσοκομείο.

Το χειρουργείο της ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 11.2.95. Την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου της έγινε βαριούχος υποκλυσμός. Την ίδια ημέρα της έγινε προεγχειρητική ετοιμασία δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην προετοιμασία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλυσμούς και αντιβιοτικά.

Την ημέρα του χειρουργείου συστήθηκε στην ασθενή να μην φάει τίποτα, έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και αφού ενθαρρύνθηκε ψυχολογικά από τους νοσηλευτές και την προϊσταμένη του τμήματος, οδηγήθηκε στο χειρουργείο.

Μερικές ώρες μετά, το νοσηλευτικό προσωπικό παρέλαβε την ασθενή από το χειρουργείο. Έγινε λήψη ζωτικών σημείων : Α.Π: 110/70 mmHg, Σφ : 80/min, Θ : 36,2 °C και ελέγχθηκε η περιοχή του τραύματος. Τοποθετήθηκε

πλάγια για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου. Εφερε ορό και Levin. Ακολούθησε η πλήρης παρακολούθηση της ασθενούς με λήψη των ζωτικών σημείων ανά 3ωρο, με μέτρηση του ισοζυγίου των υγρών, ενώ η κατάστασή της ήταν γενικά καλή και παρουσίαζε συνεχή βελτίωση. Το μόνο που την προβλημάτιζε ήταν το τραύμα της. Δεν μπορούσε να συνηθίσει την ιδέα της κολοστομίας. Καταλάβαινε ότι η ζωή της θα άλλαζε. Τρεις μέρες μετά το χειρουργείο αφαιρέθηκε το Levin και ο ορός και η ασθενής τέθηκε σε ελαφρά δίαιτα.

Η κάρτα νοσηλείας της ασθενούς περιείχε τα εξής φάρμακα :

Sodium Chloride 0,9%, 1000 ml	1X1
Dextrose 5% , 1000 ml	1X1
Flagyl FI	1X3
Septrin amp	1X3
Claforan FI	1X3

Εξήλθε στις 7.3.95 αφού πρώτα είχε διδαχθεί πώς να περιποιείται την κολοστομία, ποιά φάρμακα πρέπει να παίρνει και κάθε πότε να επισκέπτεται το γιατρό της. Στην συνέχεια αναφέρονται όλα τα προβλήματα της ασθενούς, η ειδική νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτά καθώς επίσης και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής παρέμβασης.



**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>- Αγώνια, άγχος και φόβος με την εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο.</p>	<p>- Απαλλαγή της ασθενούς από τα δυσάρεστα αυτά συναισθήματα και επιτευξη ψυχικής ηρεμίας και ισορροπίας.</p>	<p>- Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της και τί πρόκειται να της συμβεί.</p> <p>- Ενημέρωση των οικείων της ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της ώστε να βεβαιωθούν ότι όλα θα πάνε καλά.</p>	<p>- Πολύωρη συζήτηση με την ασθενή και προσεκτική ακρόαση όλων των ερωτημάτων και ανησυχιών της. Σαφείς εξηγήσεις στις απορίες της.</p> <p>- Συζήτηση με τους οικείους της ασθενούς τονίζοντας πως η ασθενής περνάει μία δύσκολη στιγμή στην ζωή της και χρειάζεται την συνεχή συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη τους.</p>	<p>Η συζήτηση ήταν αρκετά αποδοτική καθώς η ασθενής ηρέμησε και απέκτησε ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διάρροιες (λόγω του καρκίνου στο ορθό εμφανίζεται αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου).</li> <li>- Απώλεια αίματος από το ορθό.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ανακούφιση της ασθενούς από τις διάρροιες και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.</li> <li>- Αναπλήρωση των υγρών που χάνει η ασθενής και πρόληψη αφυδάτωσης.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων.</li> <li>- Ανάπαυση της ασθενούς.</li> <li>- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.</li> <li>- Συχνή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δόθηκε Eicefuryl sir 5cc 1X3.</li> <li>- Η ασθενής ξεκουράστηκε για αρκετές ώρες στο κρεβάτι της.</li> <li>- Ενδοφλέβια χορήγηση Sodium Chloride 0,9% 1000cc, 1X1 εμπλουτισμένου με 1 amp Na και 1 amp K.</li> <li>- Εγινε συχνή λήψη των ζωτικών σημείων τα οποία κυμαίνονταν στις εξής τιμές : Α.Π. : 115/70 mmHg Σφ. : 88/min θ : 36,5 °C</li> </ul>	<p>Με την αντιδιαρροϊκή δράση του φαρμάκου δημιουργήθηκε αναστολή των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου με αποτέλεσμα την ελάττωση των διαρροϊκών.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Επιτεύχθηκε σταθερό ισοζύγιο υγρών επειδή ο φυσιολογικός ορός και οι ηλεκτρολύτες αναπλήρωσαν τα υγρά που έχασε η ασθενής. Κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων παρατηρήθηκε μία μικρή ταχυσφυγμία η οποία οφειλόταν στην αιμορραγία. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν συμπτώματα αφυδάτωσης διότι έγινε έγκαιρη αναπλήρωση των υγρών που χάθηκαν.</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>- Πτώση του Ht (Ht:33) η οποία οφείλεται στην απώλεια αίματος από το ορθό</p>	<p>- Αύξηση της τιμής του Ht</p>	<p>- Παρακολούθηση του δέρματος</p> <p>- Χορήγηση σιδηροσκευασμάτων ενδομυϊκώς</p> <p>- Χορήγηση βιταμινών ενδοφλεβίως.</p> <p>- Χορήγηση τροφής πλούσιας σε σίδηρο, υδατάνθρακες και λευκώματα</p>	<p>- Καθημερινή παρακολούθηση του δέρματος της ασθενούς για ξηρότητα ή συμπτώματα αφυδάτωσης</p> <p>- Ενδομυϊκή χορήγηση amp. Ferrum Hausman 1X2 καθημερινώς</p> <p>- Χορήγηση βιταμινών bitis ενδοφλεβίως μέσα σε φυσιολογικό ορό.</p> <p>- Η ασθενής δεν έφαγε τα δύο πρώτα θράδα επειδή ετοιμάστηκε για εξετάσεις</p>	<p>Με την χορήγηση των σιδηροσκευασμάτων επιτεύχθηκε η αύξηση της τιμής του Ht (Ht:37) επειδή τα σιδηροσκευάσματα αυξάνουν την τιμή του Ht. Η απορρόφηση του σιδήρου γίνεται προς το τέλος του δωδεκαδακτύλου και κυρίως στην νήστιδα του λεπτού εντέρου, όπου μέσα στα κύτταρα του βλεννογόνου ενώνεται με την αποφερριτίνη και δίνει την φερριτίνη με την οποία φέρεται στην πύλα.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
				Εκεί διασπάζεται η φερριτίνη σε λεύκωμα και διαβενή σίδηρο ο οποίος μετατρέπεται σε τριθενή που με τη σειρά του ενώνεται με την τρανσφερίνη η οποία τον μεταφέρει στα κύτταρα-αποθήκες, για να αξιοποιηθεί στον σχηματισμό αιμοσφαιρίνης στα αιμοποιητικά όργανα. Η αποβολή του σιδήρου γίνεται κυρίως μέσω της εμμήνου ρύσεως και σε ελάχιστη ποσότητα μέσω της χολής, του ιδρώτα και της απολέπισης του δέρματος. Επίσης, οι βιταμίνες συντελούν στην γενικότερη τόνωση του οργανισμού.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>- Ανησυχία για την εγ- χείρηση και αμφιβολία για την αποτελεσματικότητα της επέμβασης</p>	<p>- Εξουδετέρωση κά- θε ανησυχίας και αποβολή κάθε αμφι- βολίας.</p>	<p>- Ενημέρωση προς την ασθενή και συγχρόνως προς τους οικείους της για την σκοπιμότητα και απο- τελεσματικότητα της εγ- χείρησης και όποιας άλλης θεραπείας απαιτηθεί.</p>	<p>- Καταβάλλεται προ- σπάθεια να καταλάβει η ασθενής ότι η εγχείρη- ση θα έχει καλή πορεία και θα βελτιώσει την υγεία της γι' αυτό δεν θα πρέπει να διακατέ- χεται από αδικαιολόγη- τους φόβους. Επίσης, τονίζεται ότι οι πιθανό- τητες ριζικής ίασης είναι πολλές καθώς δεν υπάρχουν μεταστάσεις και τέλος συστήνεται στην ασθενή να μην συγκρίνει την δική της περίπτωση με άλλες</p>	<p>- Με τις εξηγήσεις αυτές φαίνεται ότι η ασθενής κατανόησε την αναγκαιό- τητα της εγχείρησης και άρχισε να αναπτερώνει τις ελπίδες της για την εξέλιξη της υγείας της.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αυπνία της ασθενούς (άγχος και φόβος για την εγχείρηση)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου την νύκτα της παραμονής της εγχείρησης</li> </ul>	<p>περιπτώσεις ασθενών που είχαν άσχημη εξέλιξη διότι κάθε ασθενής είναι εντελώς διαφορετικός από τον άλλο.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Την νύκτα της παραμονής της εγχείρησης δόθηκε στην ασθενή 1 tb Lexotanil 1,5mg.</li> </ul>	<p>Με την επίδραση του ηρεμιστικού φαρμάκου Lexotanil ελαττώθηκε η ψυχική ένταση και το άγχος της ασθενούς και κατάφερε να κοιμηθεί. Η tb Lexotanil των 1,5mg περιέχει 1,5mg βρωμαζεπάμη. Οι κορυφαίες συγκεντρώσεις στο πλάσμα επιτυγχάνονται μέσα σε 1-2 ώρες μετά την από του στόματος χορήγηση της βρωμαζεπάμης. Η βρωμαζεπάμη μεταβολίζεται στο ήπαρ. Επίσης, η ασθενής το πρωί της εγχείρησης ξύπνησε με καλή διάθεση, ήταν ήρεμη και ξεκούραστη.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<u>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ</u> <u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u> - Μετεγχειρητικός πόνος που εντοπίζεται στο χειρουργικό τραύμα και γύρω από αυτό.	- Αντιμετώπιση του πόνου και μείωση αυτού στο ελάχιστο δυνατό	- Αναζήτηση των αιτιών που προκαλούν τον πόνο  - Μείωση των παραγόντων του περιβάλλοντος που δημιουργούν ανησυχία και ένταση στην ασθενή	- Προσπάθεια ανεύρεσης των αιτιών που προκαλούν τον πόνο. - Παρατήρηση εάν εκτός από τον φυσικό πόνο υπάρχουν και άλλοι παράγοντες (φυσικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί) που συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου. - Περιορίστηκαν οι επισκέπτες, συστήθηκε ησυχία και χαμηλώθηκε ο φωτισμός του θαλάμου	Με την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι η ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο και με την αναλγητική δράση του φαρμάκου επιτεύχθηκε μυϊκή χαλάρωση, καταστολή του πόνου και πρόκληση ύπνου στην άρρωστη.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μείωση των συναισθημα- τικών παραγόντων που συμβάλλουν στην επιδεί- νωση του πόνου.</li> <li>- Τοποθέτηση της ασθε- νούς σε κατάλληλη θέση</li> <li>- Χορήγηση αναλγητικού φαρμάκου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενημέρωση της ασθε- νούς ότι όλα θα πάνε καλά ώστε να μειωθεί το άγχος και ο φόβος που επιδεινώνουν τον πόνο.</li> <li>- Η ασθενής τοποθετή- θηκε σε θέση η οποία να προκαλεί χαλάρωση των μυών για να ανα- κουφιστεί από τον πόνο.</li> <li>- Χορηγήθηκε 1amp Pethidine ενδομυϊκώς</li> </ul>	



<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
- Εμετος και ναυτία	- Πρόληψη εισρόφησης του εμέτου και καταστολή της ναυτίας	- Τοποθέτηση της ασθενούς σε κατάλληλη θέση	- Τοποθέτηση του κεφαλιού της ασθενούς στο πλάι με ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρεται αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στην ασθενή μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετη ναυτία και έμετο	Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στην ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμέτου και με την πλύση του στόματος αμέσως μετά τον έμετο καθώς και με την αλλαγή των λερωμένων κλιννοσκεπασμάτων έγινε πρόληψη εμφανίσεως επιπρόσθετου εμέτου. Επίσης με την χορήγηση του αντιεμετικού φαρμάκου <i>Primperan</i> , το οποίο ασκεί ισχυρή κεντρική αντιμετική δράση, σταμάτησε ο έμετος και η ασθενής δεν παρουσίασε ξανά τάση προς έμετο. Το <i>Primperan</i> (μετοκλοπραμίδα) επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<p>- Πυρετός : 38,7 °C</p>	<p>- Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα</p>	<p>- Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου</p> <p>- Παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς</p> <p>- Περιορισμός των δραστηριοτήτων της ασθενούς</p>	<p>- Ο ορός εμπλουτίστηκε με 1 amp Primperan</p> <p>- Μέτρηση και καταγραφή ανά τρίωρο των ζωτικών σημείων</p> <p>- Η ασθενής είχε κοντά της ό,τι χρειαζόταν ή ό,τι της ήταν αναγκαίο ώστε να περιοριστούν οι δραστηριότητές της</p>	<p>Εκτός από τις χολινεργικές και αντινοταμινεργικές ιδιότητες, το φάρμακο ασκεί επιπλέον ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση</p> <p>Με την τοποθέτηση των ψυχρών επιθεμάτων και την αντιπυρετική δράση του φαρμάκου Aprotel, η θερμοκρασία του σώματος ρυθμίστηκε στους 36,5 °C. Η αποτελεσματικότητα του Aprotel (παρακεταμόλη) ως αναλγητικό - αντιπυρετικό είναι όμοια με εκείνη του ακετυλοσαλικυλικού οξέος. Η παρακεταμόλη δρα κατασταλτικά</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στην ασθενή ώστε να προκληθεί απώλεια θερμότητας</li> <li>- Η ασθενής από το χειρουργείο είχε ορό : Sodium Chloride 0,9% των 1000cc</li> <li>- Εγινε 1 amp Apotel ενδομυϊκώς</li> </ul>	<p>στο κεντρικό νευρικό σύστημα με αποκλεισμό των κέντρων του πόνου παρέχοντας γρήγορη ανακούφιση. Επίσης, ελαττώνει τον πυρετό με απευθείας δράση στο θερμορρυθμιστικό κέντρο του Κ.Ν.Σ, αυξάνοντας την αποβολή θερμότητας από το σώμα με αγγειοδιαστολή και εφίδρωση.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<p>- Προστασία της ασθενούς από κρυολόγημα με :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Την αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού.</li> <li>2. Την προφύλαξη της ασθενούς από ρεύματα αέρος.</li> </ol>	<p>- Για την προστασία της ασθενούς από κρυολόγημα πάρθηκαν τα εξής μέτρα :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Εγινε αλλαγή του ιδρωμένου ρουχισμού και ιματισμού της ασθενούς</li> <li>- Ελέγχθηκε αν τα παράθυρα του θαλάμου ήταν κλειστά ώστε να μην υπάρχουν ρεύματα αέρος μέσα στον θάλαμο. Επίσης ελέγχθηκε αν η ασθενής είναι καλά σκεπασμένη με τα κλινοσκεπάσματα</li> </ul>	

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
- Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο	- Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου	- Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικά	- Την 1η μετεγχειρητική μέρα χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000cc και Dextrose 5% των 1000 cc. Την 2η μετεγχειρητική μέρα χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000 cc εμλουτισμένος με ηλεκτρολύτες. Την 3η μετεγχειρητική μέρα χορηγήθηκε Dextrose 5% εμλουτισμένος με βιταμίνες.	Με την παρεντερική χορήγηση των υγρών και ηλεκτρολυτών αλλά και την ακριβή μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών υπήρξε επαρκής ενυδάτωση της ασθενούς και αποκαταστάθηκε θαθμία το ισοζύγιο των υγρών. Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρισκόνταν στα ίδια περίπου επίπεδα.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Θρεπτικό ανισοζύγιο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου και διατήρηση επαρκούς θρέψης της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών</li> <li>- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκαταστούν τα ισοζύγια της ασθενούς</li> <li>- Χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% 1Χ1των 1000cc εμπλουτισμένος με 1 amp Na και 1 amp Κ. Επίσης εναλλάξ χορηγήθηκε Dextrose 5% εμπλουτισμένος με 1 amp bitis</li> </ul>	<p>Η θρέψη της ασθενούς ήταν ικανοποιητική. Επίσης, η σωστή θρέψη οδήγησε σε ταχεία ανάρρωση την ασθενή.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
		<p>γησης των υγρών άρχισε η χρήση των τροφών per-os.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ελεγχος των τροφών που η ασθενής προτιμάει</li> <li>- Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσπάθεια θρέψης της ασθενούς με τροφές της αρεσκείας της</li> <li>-Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος</li> <li>- Καλοσερβιρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή.</li> </ul>	

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ 2η

Η δεύτερη περίπτωση που αναφέρω είναι άνδρας, ηλικίας 65 ετών, συνταξιούχος από την Πάτρα. Ο κύριος Χ.Σ. εισήχθη στην Α' Χειρουργική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών στις 10.6.95 με διάγνωση καρκίνο σιγμοειδούς.

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Σύμφωνα με το ιατρικό ιστορικό, ο ασθενής ανέφερε ότι έπασχε από χρόνια ελκώδη κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με κάποια δυσπεπτικά ενοχλήματα.

Πριν από πέντε εβδομάδες όμως παρουσίασε διαταραχές ως προς τις συνήθειες αφόδευσης. Χαρακτηριστική ήταν η δυσκοιλιότητα και οι βλεννοαιματηρές κενώσεις. Επίσης, τις τελευταίες πέντε ημέρες παρουσίασε κωλικοειδή άλγη τα οποία έγιναν τόσο έντονα με αποτέλεσμα να έλθει ο ασθενής στο νοσοκομείο.

Με την σιγμοειδοσκόπηση και τον βαριούχο υποκλυσμό διαγνώστηκε ότι ο ασθενής παρουσίαζε καρκίνο στο σιγμοειδές του παχέος εντέρου. Αποφασίστηκε λοιπόν η εισαγωγή του ασθενούς για χειρουργική αντιμετώπιση και συγκεκριμένα : σιγμοειδική κολοστομία.

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όπως αναφέρθηκε και στο ιατρικό ιστορικό ο ασθενής έπασχε από χρόνια ελκώδη κολίτιδα, η οποία εκδηλωνόταν με κάποια δυσπεπτικά ενοχλήματα και λιγότερο με διαταραχές των κενώσεων. Τα αντιμετώπιζε με δίαιτα, με λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων.

Εκτός του πεπτικού συστήματος, ο ασθενής δεν παρουσίαζε κάποιο άλλο πρόβλημα στην υγεία του.

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρονταν οι εξής ασθένειες :



- Υπέρταση
- Εγκεφαλικό επεισόδιο

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΚΟΙΛΙΑ : Μαλακή, ευπίεστη, εντερικοί ήχοι φυσιολογικοί

ΚΑΡΔΙΑ : Καρδιακοί ήχοι φυσιολογικοί

ΘΩΡΑΚΑΣ : Σαφής πνευμονικός ήχος

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν, έδειξαν τα εξής αποτελέσματα :

#### ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αιματοκρίτης : 45

Αιμοσφαιρίνη : 14

Ερυθρά αιμοσφαίρια : 4.500.000

Λευκά αιμοσφαίρια : 8.500

#### ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

Γλυκόζη : 87

Ουρία : 15

Κάλιο : 4

Χολερυθρίνη άμεσος : 0,15

Χολερυθρίνη έμμεσος : 0,5

#### ΓΕΝΙΚΗ ΟΥΡΩΝ

Χροιά : κίτρινη

Οψη : Διαυγής

Αντίδραση : όξινη

Οσμή : ιδιάζουσα

Λεύκωμα : όχι

Σάκχαρο : όχι

Πυοσφαίρια : όχι

Μικροοργανισμοί : όχι

Στον εργαστηριακό έλεγχο συμπεριλαμβανόταν ο βαριούχος υποκλυσμός και η σιγμοειδοσκόπηση

ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ του ασθενούς αναφέρει τα εξής :

Ο κύριος Χ.Σ. εισήλθε στην Α' Χειρουργική κλινική στις 10.6.95 συνοδευόμενος από την σύζυγό του και την κόρη του. Ήταν φανερά καταβεβλημένος και κουρασμένος.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική, πάρθηκαν τα ζωτικά σημεία :

Αρτηριακή πίεση : 130/85 mmHg, Σφύξεις : 72/min, Θερμοκρασία : 36,7 °C

Ο ασθενής βρισκόταν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση και παρουσίασε ιδιαίτερο πρόβλημα στο να αποδεχτεί την κολοστομία. Τελικά όμως με την συμπαράσταση της οικογένειάς του αλλά και των νοσηλευτών εξοικειώθηκε με την αλλαγή αυτή της ζωής του και δέχτηκε την κολοστομία.

Το χειρουργείο του ήταν τακτικό και προγραμματίστηκε για τις 18.6.95. Την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου, έγινε η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην προετοιμασία του εντέρου με καθαρτικούς υποκλυσμούς και αντιβιοτικά.

Την ημέρα του χειρουργείου έγινε έλεγχος της γενικής καταστάσεως του ασθενούς. Η κατάστασή του ήταν σε γενικές γραμμές καλή. Ήταν όμως πολύ ανήσυχος, στεναχωρημένος και ιδιαίτερα μετά την εγχείρηση επιδεινώθηκε η θλίψη του, έγινε παράξενος και απαιτητικός από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Μετά την εγχείρηση, το νοσηλευτικό προσωπικό παρέλαβε τον ασθενή από το χειρουργείο. Εγινε λήψη των ζωτικών σημείων : Α.Π.=130/80 mmHg Σφ=75/min, θ=36,5° C. Τοποθετήθηκε πλάγια για αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση εμέτου. Εφερε Levin και καθετήρα κύστεως. Ρυθμίστηκαν τα υγρά τα οποία έπρεπε να πάρει στο 24ωρο και του χορηγήθηκαν αντιβιοτικά.

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

Η κάρτα νοσηλείας του ασθενούς περιελάμβανε τα εξής φάρμακα :

Dextrose 5%,	1000 ml	1X1
Sodium Chloride 0,9%	1000 ml	1X1

Flagyl FI	1X3
Fraxiparine	1X2
Claforan FI	1X3

Μετά από δύο 24ωρα αφαιρέθηκε το Levin και μετά από 8 ημέρες αφαιρέθηκε ο καθετήρας. Ρυθμίστηκε το διαιτολόγιο του ασθενούς και έγιναν συχνές αλλαγές στην κολοστομία.

Εξήλθε στις 5.7.95 έχοντας πρώτα διδαχθεί την φροντίδα της κολοστομίας και ποια φάρμακα πρέπει να παίρνει..



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
- Ανορεξία	- βελτίωση της όρεξης του ασθενούς και διατήρηση καλής θρέψης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μικρά και συχνά γεύματα υψηλής θερμιδικής αξίας.</li> <li>- Προσφορά τροφών που ο ασθενής προτιμάει.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας</li> <li>- Χορήγηση τροφών της αρεσκείας του ασθενούς.</li> <li>- Προσφορά καλοσερβιρισμένων τροφών με ευχάριστη οσμή.</li> </ul>	Ο ασθενής μετά από μερικές ημέρες παρουσίασε μια μικρή βελτίωση της όρεξης.
- Δυσκοιλιότητα	- Αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας και αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση άφθονων υγρών.</li> <li>- Χορήγηση τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη.</li> <li>-Χορήγηση υπακτικού φαρμάκου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συστήθηκε στον ασθενή η λήψη άφθονων υγρών.</li> <li>- Συστήθηκε στον ασθενή η λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη</li> <li>- Τέθηκε Dulcolax Supp των 10 mg</li> </ul>	Με τη λήψη τροφών πλούσιων σε κυτταρίνη αυξήθηκε ο περισταλτισμός του εντέρου και με την λήψη άφθονων υγρών εξασφαλίστηκε η επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς. Επίσης, η άμεση ενέργεια του Dulcolax στον εντερικό βλεννογόνο είχε ως αποτέλεσμα την κένωση μαλακών αλλά σχηματισμένων κοπράνων. Το Dulcolax υπάγεται στην κατηγορία των καθαρτικών που διεγείρουν την εντερική κινητικότητα και μειώνουν την απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
-Δυσκολία στην αποδοχή της κολοστομίας	- Πλήρης αποδοχή της θεραπευτικής κολοστομίας	- Συζήτηση και ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του σχετικά με την κολοστομία και διαθεταίωση για την ομαλή συνέχιση της ζωής του.  - Ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την φροντίδα της κολοστομίας.	- Εξήγηση στον ασθενή ότι η κολοστομία είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο στις παθήσεις του παχέος εντέρου και ότι πάρα πολλοί άνθρωποι έχουν υποστεί κολοστομία χωρίς να επηρεάζεται η κοινωνική τους ζωή.  - Τονίστηκε ότι η περιποίηση και η πλύση της κολοστομίας είναι εύκολη διαδικασία και ότι σιγά-σιγά θα εξοικειωθεί με αυτή και θα μπορεί ακόμη και ίδιος να αναλάβει την φροντίδα μόνος του.  - Συμπαράσταση του ασθενούς και βεβαίωση ότι η δημιουργία της	Ο ασθενής άκουσε με μεγάλη προσή τις εξηγήσεις που του δόθηκαν αλλά δεν πείσθηκε απόλυτα και συνεχίζει να νιώθει ανήσυχος και στενοχωρημένος.

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αισθήματα λύπης και απελπισίας για τον φόβο επικείμενου θανάτου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απαλλαγή του ασθενούς από τις απαισιόδοξες αυτές σκέψεις.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Διαβεβαίωση του ασθενούς ότι όλα θα πάνε καλά έχοντας βαθιά πίστη στον Θεό.</li> <li>- Στροφή του ασθενούς σε νέα ενδιαφέροντα που θα τον απαλλάξουν από τις άσχημες σκέψεις του.</li> </ul>	<p>κολοστομίας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της ασθένειάς του και ότι πολλοί άνθρωποι με το ίδιο πρόβλημα έχουν θεραπευτεί και είναι πλέον υγιείς.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Συμπαράσταση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.</li> <li>- Διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά με την βοήθεια του Θεού.</li> <li>- Προτροπή του ασθενούς να ασχοληθεί με δραστηριότητες που του κινούν το ενδιαφέρον ώστε να πάψει να σκέφτεται συνεχώς την κατάσταση του.</li> </ul>	<p>Με την συμπαράσταση και την ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής ένωσε καλύτερα και απαλλάχτηκε από τις άσχημες σκέψεις. Επίσης το διάβασμα που ήταν πάντα η πιο ευχάριστη απασχόλησή του, τον βοήθησε ώστε να πάψει να σκέφτεται διαρκώς την κατάσταση του.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>- Φόβος και άγχος για την εγχείρηση</p> <p><b>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</b></p> <p>- Εκνευρισμός και αντιδραστική συμπεριφορά του ασθενούς μετά την χειρουργική επέμβαση εξαιτίας της κολοστομίας.</p>	<p>- Να φθάσει ο ασθενής ήρεμος στο χειρουργείο.</p>	<p>- Χορήγηση πρεμιστικού φαρμάκου το βράδυ της παραμονής της εγχείρησης</p>	<p>- Χορηγήθηκε 1 tb Stedon των 2 mg</p>	<p>- Με την χορήγηση του πρεμιστικού φαρμάκου stedon ο ασθενής ηρέμησε και κατάφερε να κοιμηθεί. Επίσης, οδηγήθηκε στο χειρουργείο αρκετά ήρεμος. Το stedon ανήκει στα ελασσονα πρεμιστικά φάρμακα. Δρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και κυρίως στο δρεπανοειδές σύστημα μέσω του οποίου επηρεάζονται οι συγκινησιακές αντιδράσεις.</p>
<p>- Εκνευρισμός και αντιδραστική συμπεριφορά του ασθενούς μετά την χειρουργική επέμβαση εξαιτίας της κολοστομίας.</p>	<p>- Ελάττωση της ψυχικής εντάσεως του ασθενούς και εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενούς.</p>	<p>- Συζήτηση με τον ασθενή για το πρόβλημα που τον απασχολεί.</p> <p>- Ενημέρωση του ασθενούς ότι δεν πρέπει να ανησυχεί και ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει την κατάστασή του.</p>	<p>- Διάλογος με τον ασθενή και προσεκτική ακρόαση των φόβων και ανησυχιών του.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα βρίσκεται κοντά του όποτε το χρειαστεί και θα τον βοηθήσει να θεραπευτεί από την ασθένειά του.</p>	<p>Ο ασθενής ηρέμησε και αναγνώρισε ότι η συμπεριφορά του δεν ήταν σωστή, ιδιαίτερα, απέναντι σε άτομα που πραγματικά θέλουν να τον βοηθήσουν</p>



<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b> - Έμετος και ναυτία	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b> - Πρόληψη εισρόφησης του εμέτου και καταστολή της ναυτίας .	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση.</li> <li>- Πλύση της στοματικής κοιλότητας και διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων του ασθενούς.</li> <li>- Χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση του κεφαλιού του ασθενούς στο πλάι με ένα νεφροειδές το οποίο αποσύρεται αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.</li> <li>- Μετά τον έμετο έγινε πλύση του στόματος με λίγο νερό και απομακρύνθηκαν τα λερωμένα κλινοσκεπάσματα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εμπλουτισμός ορού με 1 amp primperan</li> </ul>	<p>Με την κατάλληλη θέση που δόθηκε στον ασθενή αποφεύχθηκε η εισρόφηση του εμέτου και με την πλύση του στόματος έγινε η πρόληψη εμφάνισης επιπρόσθετου εμέτου. Επίσης, με την χορήγηση του αντιεμετικού Primperan το οποίο σκεί ισχυρή κεντρική αντιεμετική δράση, σταμάτησε ο έμετος.</p> <p>Το Primperan (μετακλοπραμίδη) επιταχύνει την κένωση του στομάχου και τη διάβαση στο λεπτό έντερο. Εκτός από τις χολινεργικές και αντιντοπαμινεργικές ιδιότητες το Primperan σκεί επιπλέον κεντρική αντιεμετική δράση.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δίψα (Ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος που προκαλείται από την ένεση ατροπίνης αλλά και από την μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αντιμετώπιση της δίψας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.</li> <li>- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας.</li> <li>- Υγραση των χελέων με Port - cotton ποτισμένο με κρύο νερό.</li> <li>- Χορηγήθηκε : Sodium Chloride 0,9% των 1000 cc και Dextrose 5% των 1000 cc.</li> </ul>	<p>Επιτεύχθηκε εξάλειψη του αισθήματος της δίψας καθώς επίσης πρόληψη αφυδάτωσης και αναπλήρωση των υγρών του οργανισμού.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποκατάσταση του υδατοηλεκτρολυτικού και οξεοβασικού ισοζυγίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών παρεντερικώς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορηγήθηκαν οι εξής οροί εναλλάξ : Sodium Chloride 0,9% των 1000 cc εμπλουτισμένος με ηλεκτρολύτες. Dextrose 5% των 1000 cc εμπλουτισμένος με βιταμίνες.</li> </ul>	<p>Η παρεντερική χορήγηση των υγρών και ηλεκτρολυτών βοήθησε ώστε να αποκατασταθεί βαθμιαία το ισοζύγιο των υγρών. Επίσης, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά βρίσκονταν στα ίδια επίπεδα.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες- προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ- ΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Θρεπτικό ανισοζύγιο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποκατάσταση του θρεπτικού ισοζυγίου και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του αρρώστου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως.</li> <li>- Μετά την διακοπή χορήγησης των υγρών άρχισε η χορήγηση των τροφών per os.</li> <li>- Έλεγχος των τροφών που ο ασθενής προτιμάει.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ακριβής μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών ώστε να αποκατασταθούν τα ισοζύγια του ασθενούς</li> <li>- Χορηγήθηκε Sodium Chloride 0,9% των 1000 cc εμπλουτισμένος με 1 amp Na και 1 amp K. Επίσης εναλλάξ χορηγήθηκε Dextrose 5% εμπλουτισμένος με 1 amp Bitis.</li> <li>- Προσφορά τροφών της αρεσκείας του ασθενούς</li> </ul>	<p>Επιτεύχθηκε ικανοποιητική θρέψη του ασθενούς η οποία επίσης τον βοήθησε στην γρήγορη αποκατάστασή της υγείας του.</p>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημιουργία στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Καταπολέμηση της στοματίτιδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσπάθεια εξασφάλισης των σωστών συνθηκών διατροφής.</li> <li>- Συνεχής φροντίδα της στοματικής κοιλότητας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημιουργία ευχάριστου και καθαρού περιβάλλοντος.</li> <li>- Καλοσερβιρισμένες τροφές με ευχάριστη οσμή.</li> <li>- Πλύσεις της στοματικής κοιλότητας με αραιωμένο διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου σε εναλλαγή με διάλυμα γλυκερίνης και λεμονιού.</li> <li>- Επάλειψη των χειλέων με γλυκερίνη για την αποφυγή ρωγμών.</li> <li>- Προσφέρθηκαν στον ασθενή μαλακές τροφές για την αποφυγή ερεθισμού του βλεννογόνου. Επίσης, συστήθηκε στον ασθενή να αποφεύγει ερεθιστικές</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Με την συνεχή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας αλλά και την ιδιαίτερη προσοχή που δόθηκε στις τροφές που προσφέρθηκαν στον ασθενή, το πρόβλημα της στοματίτιδας εξαλείφθηκε</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</b> <b>ΑΤΟΜΟΥ/ΑΡΡΩΣΤΟΥ</b> <b>Ανάγκες- προβλήματα</b> <b>Νοσηλευτική διάγνωση</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</b> <b>ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟ-</b> <b>ΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</b> <b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b> <b>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</b> <b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
			<p>τροφές για τον βλεννογόνο (Ξυνές, σκληρές, καρυκεύματα).</p>	

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την εργασία μου θα ήθελα να αναφερθώ σε κάποια συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτή.

Κάθε χρόνο παρουσιάζεται ένας σεβαστός αριθμός ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του παχέος εντέρου και έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση αυτή περιλαμβάνει από την μια μεριά την ιατρική αντιμετώπιση, η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση της σωματικής υγείας του ασθενούς και από την άλλη μεριά την νοσηλευτική αντιμετώπιση, την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία εκτός από την αποκατάσταση της σωματικής υγείας στοχεύει και στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της νοσηλευτικής διεθνώς και αυτό διότι όλοι αντιλαμβάνονται πως :

1. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.
2. Οι ευθύνες του νοσηλευτή -τριας στη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του ασθενούς.
3. Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας και στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς και στους οικείους του και,
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή -τριας στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου είναι πολύ ουσιαστικός.

Ο ρόλος λοιπόν του νοσηλευτή -τριας στην αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο παχέος εντέρου είναι αρκετά σημαντικός και δύσκολος καθώς ο νοσηλευτής έχει να αντιμετωπίσει τον άνθρωπο που υποφέρει όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχικά και χρειάζεται συνεχή ηθική υποστήριξη και κατανόηση από τον νοσηλευτή -τρια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗΣ Γ.:** «Εγχειρίδιον ανατομικής του ανθρώπου», Τόμος 2ος, τεύχος Α', Εκδόσεις : Βίκτωρ Α. Παπαζήσης, Αθήνα 1981.

**ΑΠΟΣΤΟΛΙΔΗΣ Ν. :** «Συνοπτική Γενική Χειρουργική», Επίτομος, Έκδοση 1η, Εκδόσεις : Επτάλοφος, Αθήνα 1987.

**ΒΑΣΩΝΗΣ Δ. :** «Επιτομή χειρουργικής και ορθοπεδικής», Επίτομος, Έκδοση 5η, Εκδόσεις : Δ.Β. Βασώνης, Αθήνα 1987.

**ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.:** «Ειδική Νοσολογία», Επίτομος, Έκδοση 3η, Επιστημονικές εκδόσεις : Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

**DESPOPOULOS A.- SILBERNAGL S. :** «Εγχειρίδιο φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα», Μετάφραση - Επιμέλεια : Κωστόπουλος Γ., Ιατρικές εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 1989.

**ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ :** "Κλινική Ογκολογία", Επίτομος, Έκδοση 1η, Αθήνα 1981.

**GANONG W. :** "Ιατρική φυσιολογία" , Μετάφραση - Επιμέλεια : Χατζημηνάς Ι., Τόμος Β', Έκδοση 6η, Επιστημονικές εκδόσεις : Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.

**GUYTON A., M.D.:** "Φυσιολογία του ανθρώπου", Μετάφραση : Ευαγγέλου Α., Έκδοση 3η, Τόμος Α', Εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 1984.



**HARRISON** : "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Επιστημονικές εκδόσεις : Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1988.

**ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.** : "Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Β', Μέρος 2ο, Έκδοση 15η, Εκδόσεις : "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1992.

**ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.** : "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική", Τόμος Α', Έκδοση 15η, Εκδόσεις : "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1991.

**ΜΠΑΛΑΣ Μ.** : "Χειρουργική", Τόμος Β8, Έκδοση 1η, Εκδόσεις : Πασχαλίδης, Αθήνα 1987.

**ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Γ. - ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ Γ.** : "Αρχές γενικής χειρουργικής", Τόμος Β', Έκδοση 1η, Εκδόσεις : Παρισιάνος, Αθήνα 1989.

**ΡΑΓΙΑ Α.** : "Βασική Νοσηλευτική", Έκδοση Β', Αθήνα 1991.

**ΡΗΓΑΣ Α.** : "Χειρουργικές παθήσεις πεπτικού συστήματος - Αλγοριθμικοί πίνακες", Έκδοση 1η, Εκδόσεις : Λίτσας, Αθήνα 1983.

**ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.** : "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 1ος, Επανεκδοση Β', Εκδόσεις : ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988.

**ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.** : "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική", Τόμος 2ος, Μέρος Β', Επανεκδοση Β', Εκδόσεις : ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1988.

**ΤΟΥΝΤΑΣ Κ.** : "Επίτομος Χειρουργική", τόμος Γ', Έκδοση 2η, Εκδόσεις : Παρισιάνος, Αθήνα 1977.

**ΧΡΥΣΟΣΠΑΘΗΣ Π. - ΓΟΛΕΜΑΤΗΣ Β.** : "Μαθήματα Χειρουργικής", Μέρος 1ο, Εκδόσεις : Πασχαλίδης, Αθήνα 1981.