

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΠΑΧΕΟΥΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΜΑΣΤΡΟΚΩΣΤΑ ΙΩΑΝΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1997

ΚΤΙΩΣΕ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2399

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ
ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	4
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.	4
1. ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	5
2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	25
1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	25
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	26
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ	26
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ	33
1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.	33
Γ ^Α . ΑΓΓΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	38
1Β. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.	45
1Γ. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	50
1Α. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	55
1Ε. ΠΡΟΓΝΩΣΗ	57
1ΣΤ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	60
2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	82
2 ^Α . ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	82
2Β. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	87
3. ΣΥΝΔΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΦΟΡΤΙΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΣΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ **97**

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ. **97**

1. ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	98
2. ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.	120
3) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	147
I. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	154
Iα. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ	155
Iβ. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ.	156
II. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ.	162
III. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΜΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.	167
4. ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ - ΠΡΟΓΝΩΣΗ - ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	173
5. ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.	176

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε! **179**

I ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - ΠΑΡΑΦΥΣΙΝ ΈΔΡΑ	179
I.Α ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	179
Iβ) Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ - ΠΑΡΑΦΥΣΙΝ ΈΔΡΑ	181
I) ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ.	183
II ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	194
III. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑΣ	197
IV. Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΔΙΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ.	203

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ **206**

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΑΠΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.	206
1 ^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.	206
2 ^η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	228

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ **251**

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ. **256**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ **258**

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ. **261**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 **262**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 **265**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι τη στιγμή που μου ανατέθηκε σαν θέμα της πτυχιακής μου εργασίας, «Νοσηλευτική Παρέμβαση στον καρκίνο παχέος εντέρου» δεν μπορούσα να φανταστώ τις τεράστιες συνέπειες που μπορεί να έχει στα άτομα που νοσούν.

Μετά τη διεκπεραίωση της εργασίας αυτής έχω ευαισθητοποιηθεί αρκετά ως αναφορά την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Δεν θα μπορούσε βέβαια να γίνει διαφορετικά μια και η χειρότερη συνέχεια της ασθένειας αυτής είναι ο θάνατος.

Μια από τις «καλύτερες» συνέπειες είναι η ζωή με κολοστομία.

Και ποιος είναι εκείνος που δεν νοιώθει συναισθήματα θλίψης και συμπάθειας απέναντι σε κάποιον άνθρωπο που υπάρχει η πιθανότητα να πεθάνει ή να ζήσει μια ολόκληρη ζωή με κολοστομία;

Εξάλλου, η γνώση, ότι μπορούν να διασωθούν τα μισά από τα προσβληθέντα άτομα από τον καρκίνο, αν χρησιμοποιηθούν σωστά οι μέχρι τώρα γνώσεις για τη νόσο, μας ευαισθητοποιούν περισσότερο προς την κατεύθυνση της πρόληψης

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

και της διάγνωσης αν θέλουμε κάποια στιγμή να λέμε ότι νικήσαμε τον καρκίνο.

Τα νεοπλάσματα έχουν εντοπισθεί και περιγραφεί πολλές εκατοντάδες χρόνια πριν όταν ακόμα η Ιατρική βρισκόταν στα πρώτα βήματα. Δύο αρχαίοι Έλληνες πρωτοπόροι της Ιατρικής επιστήμης έδωσαν την ονομασία «καρκίνο» στα κακοήθη νεοπλάσματα του μαστού. Από τότε μέχρι τα μέσα περασμένου αιώνα δεν είχε γίνει καμιά αναφορά για τα νεοπλάσματα.

Ο Johannes Muller, στα 1838, είναι ο πρώτος που έκανε την περιγραφή της κυτταρικής φύσης του καρκίνου και την περιέγραφε σαν ανωμαλία της ανάπτυξης των κυττάρων. Η λέξη καρκίνος έχει επικρατήσει μέχρι σήμερα για την περιγραφή κάθε κακοήθους νεοπλασίας και είναι δόκιμη από τον πολύ κόσμο. Εξαιτίας της κακής πρόγνωσης της νόσου, σε κάθε αναφορά γύρω από αυτή προκαλείται δυσφορία. Αυτό δικαιολογείται από το ποσοστό θνησιμότητας που στις αρχές του αιώνα μας ήταν σχεδόν απόλυτο.

Με την πάροδο του χρόνου και με τη συνεχή ανάπτυξη της Ιατρικής επιστήμης, ο καρκίνος άρχισε να υφίσταται σημαντικές ήττες ούτως ώστε το ποσοστό των καρκινοπαθών που θεραπεύεται να ανέρχεται στη σχέση 1:3, ποσοστό που θα ήταν πολύ ψηλότερο αν γινόταν έγκαιρα η διάγνωση.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το γεγονός που κάνει δύσκολη την αντιμετώπιση του καρκίνου, είναι η αδυναμία εντόπισης, συγκεκριμένου αιτίου που τον προκαλεί. Για να δημιουργηθεί επομένως ένας όγκος πρέπει να συμβάλλουν πολλοί παράγοντες που προδιαθέτουν την ανάπτυξη του και πολλούς από τους οποίους σήμερα γνωρίζουμε.

Επομένως χρειάζεται - εφόσον οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι γνωστοί - κατάλληλη διαφώτιση του κοινού και συγχρόνως αποφυγή αυτών των παραγόντων, με μια σωστότερη θεώρηση και επιλογή του τρόπου ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Επιδημιολογικά - Στατιστικά στοιχεία Ca Παχέος Εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι σήμερα ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος τόσο στις ΗΠΑ όσο και στη Μεγάλη Βρετανία. Ευθύνεται για το 20% περίπου όλων των θανάτων που οφείλονται σε κακοήγη νόσο στις ΗΠΑ και των δύο φύλων. Στη Β. Αμερική, Δ. Ευρώπη, Αυστραλία και Νέα Ζηλανδία, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος απ' όσο στην Ιαπωνία, Ν. Αμερική και Αφρική. Άλλωστε, οι πληθυσμοί που μεταναστεύουν τείνουν να αποκτούν τα χαρακτηριστικά κινδύνου του περιβάλλοντος στο οποίο εγκαθίστανται.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μία ελαφρά μείωση της συχνότητας του και στα δύο φύλα. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου, ιδιαίτερα του δεξιού σε αναλογία 1.2:1, αντίθετα στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναικών είναι 1.1:1.

Είναι νόσο κυρίως των ενηλίκων με τη μεγαλύτερη συχνότητα κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής. Σε ποσοστό 8%, η νόσος εμφανίζεται

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

προ της ηλικίας των 40 ετών και σε μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω την 20 ετών, ιδιαίτερα στην παρουσία γενετικών παραγόντων ή συνυπαρχουσών νόσων.

1. Ανατομική ανασκόπηση του πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα κατάγεται από το έσω βλαστικό δέρμα και αποτελείται από τον εντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες.

Ο εντερικός σωλήνας αρχίζει από τη στοματική σχισμή και τελειώνει στον πρωκτό, αποτελείται δε από την κοιλότητα του στόματος, από το φάρυγγα, από τον οισοφάγο, από το στομάχο, και από το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο.

Οι πεπτικοί αδένες άλλοι μεν είναι μικροί και βρίσκονται στα τοιχώματα του εντερικού σωλήνα, άλλοι δε, είναι μεγάλοι όπως οι σιελογόνοι αδένες, το ήπαρ και το πάγκρεας.

Έχουμε πρόσληψη της τροφής όταν αυτή εισέρχεται στον γαστρεντερικό σωλήνα. Εν συνεχεία έχουμε έκκριση ενζύμων για τη χημική διάσπαση της τροφής. Ακολουθεί η απορρόφηση του νερού και των μικρομοριακών διαλυτών ενώσεων που προκύπτουν από τη διάσπαση. Με την αφομοίωση, μετέπειτα, γίνεται χρησιμοποίηση των απορροφηθεισών μικρομοριακών ενώσεων από όλα τα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κύτταρα του σώματος και τελικά έχουμε αποβολή των άπεπτων υπολειμμάτων.

2. Ανατομία του Παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο χρησιμεύει κυρίως για το σχηματισμό των κοπράνων τα οποία προωθούνται με τις περισταλτικές κινήσεις του μυϊκού του χιτώνα και τέλος αποβάλλονται από τον πρωκτό.

Το παχύ έντερο (μήκος περίπου 1.50μ.) εκτείνεται από την ειλεοκολική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό και εμφανίζει τρεις μικρότερες μοίρες, τις εξής:

I. το τυφλό έντερο μαζί με την σκωληκοειδή απόφυση

II. το κόλο (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν, σιγμοειδές) και

III. το απευθυσμένο.

Εξωτερικά γνωρίσματα

Στην εξωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου υπάρχουν:

α) Οι κολικές ταινίες. Αυτές είναι τρεις και σχηματίζονται από πάχυνση της επιμήκους μυϊκής στιβάδας. Αρχίζουν από τη βάση της σκωληκοειδούς απόφυσης. Στο σιγμοειδές

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

λιγαστεύουν σε δύο και στο απευθυσμένο εξαφανίζονται.

β) Τα εκκολπώματα, που χωρίζονται το ένα από το άλλο με κυκλοτερείς περισφίξεις.

γ) Οι επιπλοϊκές αποφύσεις. Αυτές είναι λιπώδεις προσεκβολές του περιτοναίου, διαταγμένες σε στοίχους, που φέρονται κατά μήκος των κολικών ταινιών. Στο ανιόν κατίον, και σιγμοειδές κόλο υπάρχουν δύο στοίχοι από επιπλοϊκές αποφύσεις, στο εγκάρσιο κόλο ένας, στο τυφλό και στο απευθυσμένο λείπουν.

Εσωτερικά γνωρίσματα

Στην εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου διαγράφονται οι κολικές ταινίες. Στα εξωτερικά εκκολπώματα αντιστοιχούν κοιλάνσεις, που λέγονται κολικές κυψέλες, στις δε εξωτερικές περισφίξεις αντιστοιχούν εσωτερικά οι μηνοειδές πτυχές. Επί πλέον η εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου δεν παρουσιάζει λάχνες ούτε πλάκες του Reyer.

Υφή του παχέος εντέρου

Το τοίχωμα του παχέος εντέρου αποτελείται από 4 χιτώνες, οι οποίοι από έξω προς τα μέσα είναι οι εξής:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

α) Ο ορογόνος χιτώνας, που προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου.

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

γ) Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας, που αποτελείται στο χαλαρό συνδετικό ιστό.

δ) Ο βλεννογόνος, ο οποίος εμφανίζει επιθήλιο μονόστιβο κυλινδρικό με άφθονα καλυκοειδή κύτταρα, χόριο με μονήρη λεμφοζίδια, αδένες που μοιάζουν με τους αδένες του Lieberkuhn (δίχως κύτταρα του Paneth και δίχως αργυρόφιλα κύτταρα) και βλεννογόνο μυϊκή στιβάδα (εικ. 1)

I. Το τυφλό έντερο και η σκωληκοειδής Απόφυση

Το τυφλό έντερο είναι η πρώτη μοίρα του παχέος εντέρου και βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Μοιάζει με θύλακο εννευρισμένο, του οποίου ο πυθμένας φέρεται προς τα κάτω και έσω, όπου απολήγει τυφλά. Προς τα πάνω το τυφλό συνεχίζεται στο ανιόν κόλο, αρκεί δε που μεταπίπτει σ' αυτό δέχεται από την εσωτερική

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

του επιφάνεια την εκβολή της ειλεοκολικής βαλβίδας (=εσωτερικό όριο ανάμεσα στο τυφλό και στο ανιόν, κόλο).

Το μήκος του τυφλού εντέρου είναι περίπου 6 εκμ. Το πλάτος 7.5 εκμ. η Δε χωρητικότητα 100 - 150 γραμμ.

Θέση και σχέσεις. Το τυφλό βρίσκεται στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Προς τα πίσω έρχεται σε σχέση με τον λαγόνιο, τον μείζονα ψοΐτη μυν και τις περιτονίες τους. Προς τα μπρος έρχεται σε σχέση με το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, από το οποίο χωρίζεται με εντερικές έλικες (όταν είναι άδειο). Η θέση αυτού εξωτερικά αντιστοιχεί πάνω από το έξω ημιμόριο του βουβωνικού συνδέσμου. Σπάνια το τυφλό βρίσκεται ψηλότερα από το έξω ημιμόριο του βουβωνικού συνδέσμου. Σπάνια το τυφλό βρίσκεται ψηλότερα από το δεξιό λαγόνιο βόθρο ή κρεμιέται μέσα στον ελάσσονα πυελό ή μπορεί να έχει κάποια άλλη ανώμαλη θέση.

Στήριξη. Το κύριο στήριγμα του τυφλού είναι το περιτόναιο, που το περιβάλλει από παντού. Έτσι το τυφλό γίνεται ευκίνητο και κρέμεται από πτυχή του περιτοναίου, που λέγεται μεσότυφλο. Σπάνια (5%) το περιτόναιο καλύπτει το τυφλό μόνο από εμπρός και το ακινητοποιεί στο δεξιό λαγόνιο βόθρο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Στην εξωτερική επιφάνεια του τυφλού θα παρατηρήσουμε : α) εκκολπώματα, β) τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια, οπίσθια έσω και οπίσθια - έξω), γ) την έκφυση της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ) την έμφυση του ειλεού, ο οποίος φέρεται λοξά από τα αριστερά και κάτω προς τα δεξιά και πάνω και εμφύεται στο έσω τοίχωμα του τυφλού. Αν φέρουμε οριζόντιο επίπεδο στο ύψος της έμφυσης του ειλεού θα έχουμε το εξωτερικό όριο μεταξύ τυφλού και ανιόντος κόλου. Επιπλοϊκές αποφύσεις δεν υπάρχουν στο τυφλό.

Στην εσωτερική επιφάνεια του τυφλού θα παρατηρήσουμε α) κολικές κυψέλες, β) μηνοειδείς πτυχές, γ) το στόμιο της σκωληκοειδούς απόφυσης και δ) την ειλεοκολική βαλβίδα.

Η ειλεοκολική βαλβίδα (Bauchin) σχηματίζεται από την έμφυση του πέρατος του ειλεού στο παχύ έντερο, στη θέση που το τυφλό μεταπίπτει στο ανιόν κόλο. Αν εξετάσουμε τη βαλβίδα από την εσωτερική επιφάνεια του τυφλού θα δούμε ότι αυτή εμφανίζεται σαν μια εγκάρσια σχισμή (στόμιο της βαλβίδας) που βρίσκεται στο έσω και οπίσθιο κοίλωμα του τυφλού. Η σχισμή αυτή αφορίζεται από δύο μηνοειδή χείλη, το άνω και το κάτω που ενώνονται μπροστά και πίσω και σχηματίζουν δύο γωνίες (πρόσθια και οπίσθια), από τις οποίες φεύγουν δύο οριζόντιες πτυχές, ο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

πρόσθιος και ο οπίσθιος χαλινός της ειλεοκολικής βαλβίδας.

Αν εξετάσουμε τα χείλη της βαλβίδας σε κάθετα διατομή θα δούμε ότι το καθένα από αυτά αποτελείται από δύο πέταλα, από τα οποία το μεν εσωτερικό φέρει στην ελεύθερη επιφάνεια του λάχνες και επομένως προέρχεται από τον ειλεό το δε εξωτερικό δεν έχει λάχνες και προέρχεται από το παχύ έντερο.

Από αυτά βγαίνει το συμπέρασμα ότι η βαλβίδα σχηματίζεται με πτύχωση προς τα μέσα των χιτώνων του εντέρου. Η ειλεοκολική βαλβίδα επιτρέπει τη δίοδο του περιεχομένου του λεπτού εντέρου προς το παχύ, παρεμποδίζει όμως την παλινδρόμηση του περιεχομένου του παχέος προς το λεπτό.

Ενίοτε η βαλβίδα παρουσιάζει μερική ή πλήρη ανεπάρκεια.

Η σκωληκοειδής απόφυση εκπορεύεται κατά το όριο μεταξύ έσω και οπίσθιου τοιχώματος του τυφλού, δύο περίπου εκ. κάτω από την έμφυση του ειλεού και παρουσιάζει τρία μέρη, τη βάση, το σώμα και την κορυφή. Περιβάλλεται από παντού από το περιτόναιο, είναι ευκίνητη και κρεμιέται από περιτοναϊκή πτυχή, που λέγεται μεσεντερίδιο. Στο ελεύθερο χείλος του μεσεντεριδίου πορεύεται η σκωληκοειδής αρτηρία.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το μήκος της σκωληκοειδούς απόφυσης ποικίλει από 0.5 - 33 εκμ., συνήθως όμως αυτό κυμαίνεται από 7-9 εκμ. Ποικίλει επίσης και η θέση της απόφυσης στα διάφορα άτομα. Σαν συνηθέστερη θέση αυτής θεωρείται η λαγονοπυελική, κατά την οποία η σκωληκοειδής απόφυση κρεμιέται μέσα στην ελάσσονα πύελο, αφού χιασθεί με τα έξω λαγόνια αγγεία και έρχεται σε σχέση στο θήλυ με τη δεξιά ωοθήκη και τη σάλπιγγα. Εκτός από τη θέση αυτή η απόφυση μπορεί να βρίσκεται πίσω από το τυφλό και την κάτω μοίρα του ανιόντος κόλου (=οπισθοτυφλική θέση), μπροστά από το τυφλό κ.α. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμεύσει στο χειρουργό ως οδηγό σημείο, για την ανεύρεση της, η πρόσθια κολική ταινία του τυφλού εντέρου. Ο αυλός της σκωληκοειδούς απόφυσης είναι στενός και εκβάλλει στο έσω τοίχωμα του τυφλού εντέρου με στόμιο που βρίσκεται 2 εκμ. κάτω από το στόμιο της ειλεοκολικής βαλβίδας.

Κατασκευή. Η σκωληκοειδής απόφυση έχει όλους τους χιτώνες του παχέος εντέρου, χαρακτηρίζεται δε κυρίως γιατί στο βλεννογόνο της παρουσιάζει άφθονα λεμφοζίδια που την καθιστούν ένα εξειδικευμένο λεμφοκυλογόνο όργανο, χρήσιμο για την άμυνα του οργανισμού. (εικ. 2).

II. Το κόλον.

Το κόλον είναι η δεύτερη μοίρα του παχέος εντέρου και διακρίνεται στο ανιόν, στο εγκάρσιο, στο κατιόν και στο σιγμοειδές κόλον.

Το ανιόν κόλον (μήκος περίπου 15 εκμ) αρχίζει από το τυφλό έντερο και φέρεται προς τα πάνω μέχρι κάτω από το δεξιό λοβό του ήπατος, όπου κάμπτεται προς τα αριστερά (=δεξιά κολική καμπή) και μεταπίπτει στο εγκάρσιο κόλον.

Το ανιόν κόλον καλύπτεται από το περιτόναιο μόνο από μπρος και από τα πλάγια, ενώ η οπίσθια επιφάνεια συνάπτεται με χαλαρό συνδετικό ιστό με τα όργανα, που βρίσκονται πίσω από αυτό (λαγόνιος μυς, τετράγωνος οσφυϊκός και τμήμα της πρόσθιας επιφάνειας του δεξιού νεφρού). Σπάνια περιβάλλεται από παντού από το περιτόναιο και κρεμιέται από βραχεία πτυχή, το ανιόν μεσόκολο.

Το ανιόν κόλον εμφανίζει τρεις κολικές ταινίες (πρόσθια, οπίσθια - έσω και οπίσθια - έξω και δύο στοίχους επιπλοϊκών αποφύσεων, από τους οποίους ο ένας φέρεται κατά μήκος της πρόσθιας, ο δε άλλος κατά μήκος της οπίσθιας - έσω κολικής ταινίας.

Η δεξιά (=ηπατική) κολική καμπή βρίσκεται κάτω από το δεξιό λοβό του ήπατος, εξωτερικά

Χοσπλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αντιστοιχεί στον 10ο πλευρικό χόνδρο και είναι ασταθής.

Το εγκάρσιο κόλον (μήκος περίπου 50 εκμ. αρχίζει από τη δεξιά κολική καμπή, φέρει προς τα αριστερά και πάνω και φθάνει μέχρι το κάτω άκρο του σπλήνος (αριστερή κολική καμπή), όπου μεταπίπτει στο κατιόν κόλον. Κατά την πορεία του αυτή δεν φέρεται στα ίσια, αλλά σχηματίζει τόξο με το κοίλο προς τα πάνω.

Το εγκάρσιο κόλον περιβάλλεται από παντού από περιτόναιο και κρεμιέται από το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα με μια πλατιά πτυχή που περιτοναίου που λέγεται εγκάρσιο μεσόκολο το οπίσθιο χείλος (ρίζα) του εγκάρσιου μέσο κόλου εκτείνεται μεταξύ των δύο νεφρών και προσφύεται στην κατιούσα μοίρα του δωδεκαδάχτυλου και στο πρόσθιο χείλος το σώματος του παγκρέατος, το δε ελεύθερο χείλος αυτού περιέχει το εγκάρσιο κόλον.

Με το εγκάρσιο μεσόκολο χωρίζεται η περιτοναϊκή κοιλότητα στην άνω και στην κάτω κοιλία. Στη στήριξη του εγκάρσιου κόλου συμβάλλει και μια άλλη πτυχή του περιτοναίου, ο λεγόμενος γαστροκολικός σύνδεσμος, ο οποίος παριστά την άνω μοίρα του μείζοντος επίπλου και συνδέει το μείζον τόξο του στομάχου με το εγκάρσιο κόλον.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το εγκάρσιο κόλον εμφανίζει τη συνέχεια των τριών κολικών ταινιών του ανιόντος κόλο που εδώ ονομάζονται μεσοκολική, επιπλοϊκή και ελευθέρα. Εμφανίζει επίσης κι ένα στοίχο από επιπλοϊκές αποφύσεις.

Η αριστερή (=σπληνική) κολική καμπή βρίσκεται μεταξύ του κάτω άκρου του σπληνός και του αριστερού νεφρού (σπληνονεφρική γωνία), εξωτερικά δε αντιστοιχεί στον 8^ο αριστερό πλευρικό χόνδρο.

Η καμπή αυτή διαφέρει από τη δεξιά

- γιατί είναι απότομη και οξεία
- γιατί βρίσκεται ψηλότερα και βαθύτερα από τη δεξιά και
- γιατί είναι σταθερή και συγκρατιέται από μια πτυχή του περιτοναίου, τον φρενοκολικό σύνδεσμο. Ο σύνδεσμος αυτός, που βρίσκεται μεταξύ της πλευρικής μοίρας του διαφράγματος και της αριστερής κολικής καμπής, χρησίμευε ακόμα για να υποβαστάζει τον υπερκείμενο σπλήνα.

Το κατιόν κόλον (μήκος περίπου 25 εκμ.) αρχίζει από την αριστερή κολική καμπή και φέρεται προς τα κάτω. Στην αρχή πορεύεται στο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα (τετράγωνος οσφυϊκός μυς) κατά μήκος του έξω χείλους που αριστερού νεφρού μέχρι τη λαγόνια ακρολοφία, ύστερα φέρεται μέσα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο μέχρι το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου, όπου - μεταπίπτει στο σιγμοειδές κόλον. Το περιτόναιο το καλύπτει μόνο από μπρος και από τα πλάγια, ενώ η οπίσθια επιφάνεια του συνάπτεται με συνδετικό ιστό με τα όργανα που βρίσκονται πίσω το (έξω μοίρα του νεφρού, τετράγωνος οσφυϊκού, λαγόνιος και μείζων ψοϊτης μυς). Σπάνια περιβάλλεται από παντού με περιτόναιο, οπότε κρεμιέται από βραχεία περιτοναϊκή πτυχή, το κατιόν μεσόκολο. Οι κολικές ταινίες και οι επιπλοϊκές αποφύσεις είναι όπως και στο ανιόν κόλον.

Το σιγμοειδές κόλον (μήκος περί τα 40 εκμ) αρχίζει από το άνω στόμιο της ελάσσονος πυέλου αριστερά και φθάνει μέχρι μπροστά από τον τρίτο ιερό σπόνδυλο όπου μεταπίπτει στο απευθυσμένο. Στην αρχή πορεύεται προς τα κάτω, στο αριστερό πλάγιο, τοίχωμα της πυέλου μέχρι το πυελικό έδαφος. Ύστερα ανακάμπτει προς τα δεξιά και άνω, όπου παρεμβάλλεται στον μεν άρρενα μεταξύ του απευθυσμένου και της ουροδόχου κύστης, στο δε θήλυ, μεταξύ του απευθυσμένου και της μήτρας. Τέλος φθάνει στο δεξιό πλάγιο του άνω στομίου της πυέλου, ανακάμπτει και πάλι προς τα πίσω και έσω και φθάνει κοντά στο ακρωτήριο,

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

πίσω και έσω και φθάνει κοντά στο ακρωτήριο, από όπου κατέρχεται στη μέση γραμμή μέχρι του 3^{ου} ιερού σπονδύλου. Το σιγμοειδές κόλον περιβάλλεται από παντού από το περιτόναιο, κρεμιέται από μια μικρή πτυχή του περιτοναίου, που λέγεται μεσοσιγμοειδές και γι' αυτό είναι εξαιρετικά ευκίνητο (εικ. 3)

III. Το απευθυσμένο

Το απευθυσμένο ή ευθύ ή ορθό έντερο, είναι η συνέχεια του σιγμοειδούς κόλου και σύγχρονα η τελευταία μοίρα του παχέος εντέρου, αρχίζει δε από τον τρίτο ιερό σπόνδυλο και φθάνει ως τον αιμορροϊδικό δακτύλιο. Στην αρχή φέρεται μπρος από το ιερό οστούν και τον κόκκυγα, ύστερα κάμπτεται απότομα προς τα πίσω και πορεύεται μέσα στο περίνεο μέχρι του πρωκτού. Εμφανίζει επομένως δύο μοίρες, την ενδοπυελική και την περινεϊκή.

Φορά και στήριξη. Το απευθυσμένο δε φέρεται στα ίσια προς τα κάτω, αλλά σχηματίζει δύο οβελιαίες καμπές, την ιερά που στρέφει το κυρτό της προς τα πίσω και την περίνεα που στρέφει το κυρτό της προς τα εμπρός.

Το κύριο στήριγμα του απευθυσμένου είναι το περίνεο. Εκτός από αυτό συμβάλλουν στη στήριξη του το περιτόναιο, η περιτονία που απευθυσμένου και τα αγγεία αυτού.

Το περιτόναιο καλύπτει τα δύο άνω τριτομόρια του απευθυσμένου από μπρος και από τα πλάγια. Από την πρόσθια επιφάνεια του απευθυσμένου το περιτόναιο ανακάμπει προς τα εμπρός, στο μεν άρρενα στην οπίσθια επιφάνεια

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

της ουροδόχου κύστεως (ευθυκυστικό κόλπωμα) στο δε θήλυ στην οπίσθια επιφάνεια του κολεού και της μήτρας (= ευθυκολεϊκό, ευθυμητρικό κόλπωμα).

Η περιτονία του απευθυσμένου αποτελεί τμήμα της ενδοπυελικής περιτονίας και περιβάλλει σαν σωληνοειδές έλυτρο το κατώτερο μέρος της ενδοπυελικής μοίρας του απευθυσμένου, ενώ προς τα άνω υπάρχει μόνο πίσω από αυτό.

Η ενδοπυελική μοίρα του απευθυσμένου, (μήκος, περίπου 12 εκμ.) εκτείνεται από το 3^ο ιερό σπόνδυλο ως κάτω από την κορυφή του κόκκυγα. Προς τα κάτω είναι ανευρισκόμενη και σχηματίζει την κοπροδόχο λήκυθο, ενώ προς τα άνω εμφανίζει σχήμα κυλινδρικό. Στην κοπροδόχο λήκυθο μαζεύονται τα κόπρανα και τα αέρια, πριν την απόδευση. Στην εσωτερική επιφάνεια της ενδοπυελικής αυτής μοίρας υπάρχουν πτυχές του βλεννογόνου, από τις οποίες τρεις εγκάρσιες είναι μόνιμες (η άνω, η μέση και η κάτω). Από τις πτυχές αυτές η άνω και η κάτω βρίσκονται στο αριστερό πλάγιο τοίχωμα το απευθυσμένου, ενώ η μέση εγκάρσια (=βαλβίδα του Kohlausch) που είναι πιο αναπτυγμένη, βρίσκεται στο δεξιό πλάγιο τοίχωμα. Απέχει από τον πρωκτό 6 - 6.5 εκμ.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Σχέσεις. Η ενδοπυελική μοίρα του απευθυσμένου πίσω έρχεται σε σχέση με το ιερό οστόύν, τον κόκκυγα, τον απιοειδή μυν, το ιερόν πλέγμα και το συμπαθητικό, μπροστά με το ευθυκυστικό κόλπωμα στον άρρενα και με το ευθυμητρικό κόλπωμα στο θήλυ μέσα στα οποία βρίσκονται εντερικές έλικες και το σιγμοειδές. Πιο κάτω από το ευθυκυστικό κόλπωμα έρχεται σε σχέση με τον πυθμένα της ουροδόχου κύστης, τις σπερματοδόχους κύστες και τον προστάτη, ενώ πιο κάτω από τον ευθυμητρικό κόλπωμα με το οπίσθιο τοίχωμα του κολέα.

Η περινεϊκή (πρωκτική) μοίρα ή πρωκτικός σωλήνας, αρχίζει λίγο πιο κάτω από την κορυφή του κόκκυγα φέρεται προς τα κάτω και πίσω μέσα από τους μυς του περινέου και φθάνει μέχρι τον πρωκτό (μήκος 2 - 3 εκμ.).

Στην εσωτερική επιφάνεια της περινεϊκής μοίρας βρίσκονται 8-10 επιμήκεις πτυχές του βλεννογόνου, οι πρωκτικοί στύλοι (Morgagn που απολήγουν προς τα κάτω στον αιμορροϊδικό δακτύλιο, με πλατιά βάση. Ανάμεσα στους πρωκτικούς στύλους σχηματίζονται αύλακες οι οποίες κοντά στον αιμορροϊδικό δακτύλιο μεταπίπτουν σε κολπώματα στους πρωκτικούς κόλπους (Morgagni). Τέλος στο πέρας της περινεϊκής μοίρας θα παρατηρήσουμε ένα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κυκλοτερές έπαρμα του βλεννογόνου, τον αιμορροϊδικό δακτύλιο, που έχει σαν υπόθεμα τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού.

Ο πρωκτός (ή δακτύλιος), δηλ. το κάτω στόμιο του πρωκτικού σωλήνα, βρίσκεται στο βάθος της μεσογλούτιας σχισμής σαν σχισμή που φέρεται οβελιαία. Αποτελείται δε ο πρωκτός από τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και από μια γωνοειδή κατάδυση του δέρματος που λέγεται πρόδρομος το πρωκτού. Το δέρμα του προδρόμου είναι τριχωτό, άμαυρο και έχει οσμηγόνους και σμηγματογόνους αδένες.

Κατασκευή του απευθυσμένου. Το τοίχωμα του απευθυσμένου αποτελείται από γνωστούς χιτώνες του παχέος εντέρου. Η κυκλοτερής λεία μυϊκή στιβάδα παχύνεται αντίστοιχα προ τον αιμορροϊδικό δακτύλιο και σχηματίζει τον έσω σφιγκτήρα του πρωκτού. Το επιθήλιο του βλεννογόνου αντίστοιχα προς τον αιμορροϊδικό δακτύλιο μεταπίπτει σε πολύστιβο πλακώδες.

• Αγγείωση του γαστρεντερικού σωλήνος και

• Νεύρωση του γαστρεντερικού σωλήνος

Η αιμάτωση του παχέος εντέρου (εικ. 10) από την ειλεοτυφλική συμβολή μέχρι περίπου τη μεσότητα του εγκαρσίου γίνεται από την ειλεολική δεξιά κολική και μέση κολική αρτηρία, οι οποίες είναι κλάδοι της άνω μεσεντερίου αρτηρίας. Το υπόλοιπο τμήμα του παχέος εντέρου μέχρι το ορθό αγγειώνεται από την αριστερή κολική και τις σιγμοειδικές αρτηρίες, οι οποίες είναι κλάδοι της κάτω μεσεντερίου αρτηρίας.

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

Οι φλέβες του συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες. Έτσι η κάτω μεσεντέριος φλέβα αθροίζει το αίμα από την άνω μοίρα του ορθού μέχρι την αριστερή κολική καμπή και εκβάλλει συνήθως στην σπληνική και σπανιότερα στην άνω μεσεντέριο, ενώ η άνω μεσεντέριος αθροίζει το αίμα του υπόλοιπου τμήματος του παχέος και λεπτού εντέρου του παγκρέατος και τμήματος του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

στομάχου και σχηματίζει με της σπληνική την πυλαία φλέβα το αίμα από το κατώτερο τμήμα του ορθού, αποχετεύεται μέσω της έσω λαγονίου στην κάτω κοίλη φλέβα.

Η λέμφος του παχέος εντέρου συγκεντρώνεται σε δίκτυα λεμφαγγείων που διακλαδίζονται στην υποβλεννογόνιο και υπορογογόνιο στιβάδα του εντερικού τοιχώματος και από τα οποία διαμέσου μεγαλύτερων λεμφαγγείων, που συνοδεύουν τις αρτηρίες και τις φλέβες, αποχετεύονται τελικά στη χυλοφόρο δεξαμενή.

Το παχύ έντερο νευρούται από εξωτερικά (έξω τοιχωματικά και εσωτερικά, ενδοτοιχωματικά,) νεύρα παρασυμπαθητικής και συμπαθητικής προέλευσης. Οι παρασυμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή όμως αυτή και κάτω προέρχονται από τα πνευρικά νεύρα (της στύσης).

Τα εξωτερικά νεύρα ρυθμίζουν την λειτουργία των εσωτερικών. Το ενδοτοιχωματικό νευρικό σύστημα αποτελείται από άφθονα γαγγλιακά κύτταρα που σχηματίζουν το μυεντερικό πλέγμα του AYERDACH και το υποβλεννογόνιο πλέγμα του MEISSNER. Έλλειψη του ενδοτοιχωματικού νευρικού συστήματος από ένα τμήμα του τοιχώματος προκαλεί απώλεια της κινητικότητας στο τμήμα και την έκκριση των αδένων και αναστέλλει τη σύσταση του έσω σφιγκτήρα του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου
πρωκτού, ενώ το συμπαθητικό έχει την αντίθετη
δράση.

Κεφάλαιο Β

1. Φυσιολογική ανασκόπηση του πεπτικού συστήματος

Το πεπτικό σύστημα πρέπει συνεχώς να ικανοποιεί τις ειδικές τροφικές απαντήσεις δισεκατομμυρίων κυττάρων του οργανισμού με τις σωστές ποσότητες μιας μεγάλης ποικιλίας τροφών. Οι μηχανισμοί αυτού του συστήματος, που συμπεριλαμβάνει τις φυσικές και χημικές διαδικασίες με τις οποίες τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες των πεπτομένων τροφών μετατρέπονται στους απλούς χημικούς δομικούς λίθους, απαραίτητους για την αύξηση και ζωτικότητα των κυττάρων, είναι μια από τις φύσει πιο πολύπλοκες και αξιόλογες διαδικασίες το πεπτικό σύστημα είναι βασικά ένας απλός ελικοειδής σωληνώδης διάδρομος που εκτείνεται από τη στοματική κοιλότητα μέχρι τον πρωκτό.

Η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών ολοκληρώνεται στο λεπτό έντερο, γι' αυτό οι μόνες σπουδαίες απορροφητικές ενέργειες του παχέος εντέρου είναι η αφαίρεση του εναπομείναντος νερού και η παραγωγή ημιστερεών κοπράνων από το ημι-υδαρές υλικό του έρχεται απ' το λεπτό έντερο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Καθώς το σιγμοειδές (που αποθηκεύει τα κόπρανα) διατείνεται προοδευτικά από το κοπρανώδες υλικό, τοπικές περισταλτικές συσπάσεις προωθούν το υλικό αυτό στο ορθό.

Η παρουσία κοπράνων στο ορθό διεγείρει νευρικούς αντανακλαστικούς μηχανισμούς του ορθικού τοιχώματος αυτά στέλνουν μηνύματα στον εγκέφαλο τον ερμηνεύοντα από το άτομο σαν επιθυμία για αφόδευση.

2. Φυσιολογία του παχέος εντέρου

Κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα

Κύρια λειτουργία του πεπτικού σωλήνα είναι η εξασφάλιση του διαρκούς ανεφοδιασμού του οργανισμού με νερό, ηλεκτρολύτες και θρεπτικά συστατικά. Για να επιτευχθεί όμως αυτό απαιτείται η διακίνηση της τροφής κατά μήκος του πεπτικού σωλήνα με ταχύτητα παράλληλη για την πραγματοποίηση των λειτουργιών της πέψης και της απορρόφησης.

Κινήσεις του παχέος εντέρου

Οι λειτουργίες του παχέους εντέρου (κόλου) είναι:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- η απορρόφηση νερού και ηλεκτρολυτών από το χυμό και
- η εναποθήκευση του κοπρανώδους υλικού ώσπου να γίνει η εξώθησή του.

Το κεντρικό ημιμόριο του κόλου είναι αυτό που εκτελεί κυρίως απορρόφηση, ενώ το περιφερικό εναποθήκευση. Επειδή γι' αυτές τις λειτουργίες δεν απαιτούνται έντονες κινήσεις, φυσιολογικά οι κινήσεις του κόλου είναι βραδείες.

Ωστόσο αν και βραδείες μπορούν να διακριθούν σε κινήσεις ανάμιξης και προώθησης.

• Κινήσεις ανάμιξης - Κολικές κυψέλες

Στο παχύ έντερο έχουν παρατηρηθεί μεγάλες κυκλικές συστολές. Σε καθένα από αυτά τα σημεία συστολής συσπάται η κυκλική μυϊκή στιβάδα, μερικές φορές προκαλώντας στένωση του αυλού του κόλου ως και πλήρη απόφραξη του. Ταυτόχρονα συστέλλεται και η επιμήκη μυϊκή στιβάδα του κόλου, που είναι κατανεμημένη σε τρεις επιμήκεις μυϊκές ταινίες τις λεγόμενες κολικές ταινίες. Οι συνδυασμένες συστολές της κυκλικής στιβάδας και των επιμηκών ταινιών των λείων μυών του κόλου έχουν ως αποτέλεσμα την προβολή των ανερέθιστων περιοχών του με τη μορφή σακοειδών εγκολπώσεων, που ονομάζονται

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κολικές κυψέλες. Οι συστολές των κυψελών συνήθως φθάνουν στη μεγαλύτερη τους ένταση σε 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που θα αρχίσουν και μετά εξαφανίζονται μέσα στα επόμενα 60 δευτερόλεπτα. Κατά διαστήματα οι συστολές αυτές, παράλληλα με την κυκλική τους πορεία, κινούνται επίσης αργά και προς την κατεύθυνση του δακτυλίου. Μετά από λίγα ακόμη λεπτά παρουσιάζονται νέες συστολές των κολικών κυψελών, σε γειτονικές (αλλά όχι στις ίδιες) θέσεις. Κατά συνέπεια το κοπρανώδες περιεχόμενο του παχέος εντέρου «ανασκαλεύεται» βαθμιαία και ανακατεύεται με τρόπο που μοιάζει πολύ με το τσάπισμα.

Με αυτόν τον τρόπο, όλη η ποσότητα της κοπρανώδους μάζας εκτίθεται βαθμιαία στη βλεννογόνο επιφάνεια του παχέος εντέρου και το υγρό της μέρος απορροφάται προοδευτικά ώσπου από τα 800 ml της ημερήσιας ποσότητας του χυμού α βγουν στα κόπρανα μόνο τα 80 - 150 ml.

• Κινήσεις προώθησης - «Μαζικές κινήσεις»

Στο παχύ έντερο δεν παρατηρούνται περισταλτικά κύματα του τύπου του λεπτού εντέρου. Αντίθετα το κοπρανώδες περιεχόμενο του προωθείται προς τον πρωκτό με ένα άλλον τύπο κινήσεων τις λεγόμενες μαζικές κινήσεις, οι οποίες συνήθως εμφανίζονται μόνο μερικές φορές τη μέρα και πιο πολύ για 15 περίπου λεπτά

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

φορές τη μέρα και πιο πολύ για 15 περίπου λεπτά στο διάστημα της πρώτης ώρας, πάνω - κάτω μετά το πρόγευμα.

Τη μαζική κίνηση χαρακτηρίζει η ακόλουθη αλληλουχία γεγονότων: αρχικά εμφανίζεται ένα σημείο στένωσης σε κάποια περιοχή διάσπασης ή ερεθισμού του κόλου. Πολύ γρήγορα στη συνέχεια 2- ή περισσότερα cm παχέος εντέρου περιφερικά από τη στένωση συστέλλονται σχεδόν ως ενιαίο σύνολο και ωθούν όλο μαζί το κοπρανώδες υλικό αυτής της περιοχής προς τα κάτω. Η πυροδότηση της συστολής ολοκληρώνεται σε 30 δευτερόλεπτα περίπου και μετά, στη διάρκεια των επόμενων 2 - 3 λεπτών, το τμήμα χαλαρώνει.

Μαζικές κινήσεις είναι δυνατόν να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε τμήμα του κόλου, αν και είναι συχνότερες στο εγκάρσιο ή το κατιόν κόλο.

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

Η εμφάνιση μαζικών κινήσεων μετά το γεύμα προκαλείται, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, από το γαστροκολικό και το δωδεκαδακτυλικό αντανακλαστικό.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Τα αντανακλαστικά αυτά οφείλονται σε διάταση του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου και μεταβιβάζονται κυρίως με το μυεντερικό πλέγμα.

Έντονες μαζικές κινήσεις είναι επίσης δυνατό να προκαλέσει ο ερεθισμός το κόλου. Για παράδειγμα άτομα με παθολογικές καταστάσεις στον κόλο παρουσιάζουν πολλές φορές σχεδόν αδιάκοπα μαζικές κινήσεις.

Μικροβιολογία του παχέος εντέρου

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

Πάνω από 99% της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου είναι αναερόβια μικρόβια, κλωστηρίδια, κόκκοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εντερικών μικροβίων καταλαμβάνουν τα κολοβακτηρίδια.

Τα βακτηρίδια διασπούν τις χολοχρωστικές και δίνουν στα κόπρανα το γνωστό χρώμα, αποδεσμεύουν τα χολικά άλατα, επηρεάζουν την

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κινητικότητα και την απορρόφηση του εντέρου και παράγουν εντερικά αέρια.

Κατόπιν μικροβιακής δράσης παράγονται αμίνες (ινδόλη, σκατόλη) που δίνουν στα κόπρανα την χαρακτηριστική οσμή.

Με τη βακτηριδιακή απομόνωση και τη δράση της ουρεάσης στο παχύ έντερο, παράγεται το 70% της αμμωνίας του γαστρεντερικού σωλήνα.

Οι μικροοργανισμοί συμμετέχουν επίσης στην πέψη της κυτταρίνης.

Ουσίες που σχηματίζονται από τη μικροβιακή δραστηριότητα είναι: βιταμίνη Κ και βιταμίνη Β12, θειαμίνη, βιοτίνη, φολλικό οξύ, πυριδοξίνη παντοθενικό οξύ, παρά - αμινοβενζοϊκό οξύ, νικοτιναμίδη και ριβοφλαβίνη.

Κύτταρα που υπάρχουν στον λεμφοειδικό ιστό ο οποίος συνδέεται με το έντερο, πολλαπλασιάζονται και διαφοροποιούνται από εντερικά αντιγόνα.

Αυτά τα λεμφοειδή κύτταρα μπαίνουν στην κυκλοφορία αλλά επανέρχονται στο εντερικό τοίχωμα όπου διαφοροποιούνται σε πλασματοκύτταρα του εκκρίνουν ανοσφαιρίνες. Τα αντισώματα αυτά γεμίζουν το βλεννογόνο και συντελούν κατά πολύ στο να εμποδίσουν τους

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου
παθογόνους μικροοργανισμούς να εισχωρήσουν στο
εντερικό τοίχωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

1. Παθολογική ανασκόπηση του καρκίνου παχέος εντέρου.

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει διαφορετική συχνότητα στα διάφορα τμήματα του εντέρου, δηλαδή: τυφλό 11% ανιόν 9%, εγκάρσιο 12%, κατιόν 6% σιγμοειδές 26% ορθοσιγμοειδές 11% και ορθό 25%.

Αυτό σημαίνει ότι το 62% των καρκίνων εντοπίζονται στο περιφερικό κόλο και ορθό με αποτέλεσμα, στο 25% των περιπτώσεων ο καρκίνος να μπορεί να διαγνωσθεί με μόνο τη δακτυλική εξέταση και στο 50% να διαγνωσθεί με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

Σύμφωνα με την Τρίτη εθνική έρευνα (ΗΠΑ) για τον καρκίνο έχουμε την εξής κατανομή του καρκίνου του παχέος εντέρου κατά ανατομικό σχήμα (Πηγή: Shottenfel D. And Fraument J jr (eds) :Cancer Epidemiology and Prevention Philadelphia, WB Saunders Co, 1982, pp. 703 - 727).

Ο κ. Ι. Τούπας αναφέρει, ότι άνω του 1/3 των καρκινωμάτων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό. Από τα υπόλοιπα σχεδόν

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

το ήμισυ κατανέμεται στις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου.

Η πιθανότητα σύγχρονης ανεύρεσης περισσότερων του ενός καρκίνων στο παχύ έντερο ανέρχεται σε 4% περίπου (σύγχρονος καρκίνος).

Στο ίδιο περίπου ποσοστό ανέρχεται και η πιθανότητα να εμφανισθεί ένας καινούργιος καρκίνος σε ένα έντερο ασθενούς από το οποίο προηγουμένως, έχει αφαιρεθεί ένας άλλος πρωτοπαθής καρκίνος (μετάχρονος καρκίνος).

Μακροσκοπικά διακρίνουμε τις εξής μορφές καρκίνου του παχέος εντέρου.

1. Πολυποειδής ή ανθοκραμβοειδής καρκίνος: εμφανίζεται σαν μεγάλη ανθοκραμβοειδής μάζα, με ανώμαλη συνήθως επιφάνεια, που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου. Η έκταση της διήθησης του εντερικού τοιχώματος, είναι συνήθως μικρή, έχει ταχεία ανάπτυξη και επειδή εμφανίζει νέκρωση, γι' αυτό συνήθως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο του όγκου. Εντοπίζεται συνήθως στο δεξί παχύ έντερο. Εξαιτίας της μορφής του και του υδαρούς περιεχομένου του δεξιού κόλου, τα στενωτικά φαινόμενα είναι σπάνια και η διάγνωση καθυστερεί.

2. Ελκωτικός καρκίνος: Εμφανίζει σαν ένα τυπικό καοήθες έλκος με ανώμαλα προέχοντα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

χείλη, ρυπαρό νεκρωτικό πυθμένα και σκληρή βάση.

Μπορεί να περιορίζεται στο ένα μόνο τεταρτημόριο, συνήθως όμως καταλαμβάνει περισσότερα τεταρτημόρια του τοιχώματος του εντέρου και επειδή παρουσιάζει εκτεταμένη διήθηση σε βάθος, δημιουργεί σημαντική παραμόρφωση και κάποιο βαθμό στένωσης.

3. Δακτυλιοειδής ή στενωτικός ή σκίρρος καρκίνος: Πρόκειται κατά πάσα πιθανότητα για προχωρημένο ελκωτικό καρκίνο, ο οποίος έχει διηθήσει κυκλοτερώς και τα τέσσερα τεταρτημόρια του εντερικού τοιχώματος.

Η έκταση του καρκίνου κατά τον επιμήκη άξονα του εντέρου ποικίλει από 2 έως και 8 εκατοστά. Συνήθως εντοπίζεται στο αριστερό κόλο και προκαλεί δακτυλοειδή και πρώιμη απόφραξη του αυλού του εντέρου.

4. Διάχυτος διηθητικός καρκίνος: Η μορφή αντιστοιχεί στην πλαστική λινίτιδα του στομάχου. Προκαλεί μια διάχυτη πάχυνση του εντερικού τοιχώματος, η οποία έχει έκταση τουλάχιστον 5 - 8 εκατοστών κατά τον επιμήκη άξονα και της οποίας η επιφάνεια, καλύπτεται κατά το μεγαλύτερο μέρος από φυσιολογικό εντερικό βλεννογόνο, συνήθως όμως υπάρχει εξέλκωση σε κάποιο σημείο. Καμιά φορά, ο τύπος

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αυτός αποτελεί την προέκταση των άλλων μακροσκοπικών μορφών και όχι σπάνια αναπτύσσεται πάνω σε έδαφος ελκώδους κολίτιδας.

5. Κολλοειδής καρκίνος. Συνήθως πρόκειται για μια μεγάλη μάζα με ζελατινοειδή εμφάνιση. Είναι δυνατόν να υπάρχει διήθηση εξέλκωση.

Είναι γνωστό ότι η ανθοκραμβοειδής μορφή εμφανίζεται συχνότερα στο δεξιό κόλο, ενώ οι στενωτικές μορφές στο αριστερό κόλο, χωρίς βέβαια από να αποτελεί και τον κανόνα. Στο ορθό συνηθέστερα εμφανίζονται οι ελκωτικές ή δακτυλιοειδείς μορφές και τον λιγότερο η ανθοκραμβοειδής μορφή με εξέλκωση.

Μικροσκοπικά ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι αδενοκαρκίνωμα με μεγάλες όμως διαφορές στο βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Έτσι, στα καλά διαφοροποιημένα αδενοκαρκινώματα, τα καρκινικά κύτταρα είναι σχεδόν όμοια με τα φυσιολογικά και σχηματίζουν αδένες, όμοιους μ' εκείνους του φυσιολογικού εντερικού βλεννογόνου. Αυτά έχουν και την καλύτερη πρόγνωση. Αντίθετα στα αμετάπλαστα αδενοκαρκινώματα τα καρκινικά κύτταρα δε μοιάζουν σχεδόν καθόλου με αυτά του φυσιολογικού βλεννογόνου και είναι σπαρμένα χωρίς να σχηματίζουν αδένες. Αυτά έχουν κακή πρόγνωση.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Αναλυτικότερα υπάρχουν οι εξής ιστολογικές μορφές αδενοκαρκινώματος του παχέος εντέρου:

α) Σωληνώδες αδενοκαρκίνωμα: Εδώ οι καρκινοματώδεις βλάστες είναι σωληνώδεις και αποτελούνται από κυλινδρικά κύτταρα διαταγμένα σε πολλαπλούς στοίχους. Ανάλογα με τον βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων διακρίνονται καρκινώματα υψηλής μέσης και χαμηλής διαφοροποίησης.

β) Συμπαγές αδενοκαρκίνωμα: Αυτό, είναι περισσότερο αδιαφοροποίητο από το προηγούμενο. Οι καρκινοματώδεις βλάστες είναι συμπαγείς και περιβάλλονται με συνδετικό ιστό. Τα καρκινοματώδη κύτταρα είναι υποστρόγγυλα με μέτριο μέγεθος ή μικρά και έχουν πυρήνα υποστρόγγυλο.

γ) Αμετάπλαστο αδενοκαρκίνωμα: Περιέχει καρκινοματώδη κύτταρα μικρά, υποστρόγγυλα με χρωματισμένο πυρήνα, τα οποία αναπτύσσονται διάχυτα και διηθούν το τοίχωμα.

δ) Βλεννοκαρκίνος: Εξαιτίας της μεγάλης παραγωγής βλέννης τα καρκινοματώδη κύτταρα καταστρέφονται, ενώ παρατηρούνται βλεννώδεις μάζες που στην περιφέρεια τους μπορεί να διατηρούνται λίγα ακόμη καρκινοματώδη κύτταρα.

Σ' αυτή τη μορφή καταλήγουν κυρίως τα σωληνώδη και λιγότερο τα συμπαγή αδενοκαρκινώματα. Για να ονομασθεί ένα καρκίνωμα του εντέρου βλεννοκαρκίνος πρέπει το ποσό της βλέννης να καταλαμβάνει τουλάχιστον το 60% του όγκου, γιατί οι άλλες μορφές παράγουν βλέννη, αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Εντοπίζεται κυρίως στο ορθό και εμφανίζεται συνήθως στη νεαρή ηλικία.

Η συχνότητα εμφάνισης του είναι 10 - 20% και έχει την χειρότερη πρόγνωση από τις άλλες μορφές.

1^ο. Αιτιολογία της νόσου

Τα αίτια του καρκινώματος του παχέος εντέρου είναι άγνωστα, έχουν όμως διαπιστωθεί ορισμένες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις.

Οι γεωγραφικές διαφορές της συχνότητας και οι μεταβολές της στις ομάδες που μεταναστεύουν αποτελούν ισχυρές ενδείξεις επίδραση, παραγόντων του περιβάλλοντος.

Με ιδιαίτερη προσοχή εξετάζεται και η διατροφή, καθώς ως παράγοντας καρκινογένεσης φαίνεται να κυριαρχεί. Πράγματι η μελέτη της εξέλιξης του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

παχέος εντέρου σε πληθυσμούς μεταναστών, όπως Ιαπωνέζων και Πορτορικανών στις Ηνωμένες Πολιτείες, έδειξε μια επίδραση περιβαλλοντική. Έτσι ο κίνδυνος είναι αυξημένος στους Ιαπωνέζους εκείνους των ΗΠΑ, οι οποίοι αποδέχθηκαν και ακολουθούν τον τοπικό τρόπο διατροφής ενώ αυτός παραμένει χαμηλός σε εκείνους οι οποίοι ακολουθούν τουλάχιστο μια φορά την ημέρα τη συμβατική Ιαπωνική διατροφή. Στην Κολομβία, όταν ο κίνδυνος ανέρχεται στο 1/5 ου κινδύνου των Ηνωμένων Πολιτειών, πολυάριθμες περιπτώσεις αφορούν τις υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Στη μελέτη αυτή όπως και σε άλλες ο κίνδυνος κολικού καρκίνου έχει συνδεθεί με την οικονομική ανάπτυξη από το γεγονός τροποποιήσεων της διατροφής.

Τα φτωχά σε φυτικές ίνες διαιτολόγια έχουν συνδεθεί με τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου. Τα δεδομένα αυτά στηρίζονται στη χαμηλή επίπτωση του καρκίνου του κόλου στην Αφρική, όπου η διατροφή περιλαμβάνει περισσότερες φυτικές ίνες και λιγότερο ραφιναρισμένος υδατάνθρακες.

Οι πληθυσμοί αυτοί παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο αδενοματωδών πολυπόδων, ελκώδους κολίτιδας και άλλων κολικών παθήσεων. Η θεωρία του προτάθηκε υποστηρίζει ότι το πλούσιο σε φυτικές ίνες διαιτολόγιο αυξάνει την ταχύτητα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

διόδου του εντερικού περιεχομένου και έτσι ο χρόνος επαφής δυνητικών καρκινογόνων - βλεννογόνου είναι μειωτικός.

Σε μελέτη σε 28 χώρες βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της επίπτωσης του καρκίνου και της ποσότητας καταναλισκόμενου κρέατος.

Στην Ιαπωνία τα λίπη κατά το μεγαλύτερο μέρος ακόρεστα, αντιπροσωπεύουν ποσοστό 12% έναντι 40% στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ακριβέστερα το βοδινό κρέας σε μελέτες στη Σκωτία και τη Νέα Ζηλανδία βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο του καρκίνου. Αντίθετα στην Αυστραλία, όπου εδώ και 20 χρόνια η κατανάλωση του βοδινού κρέατος μειώνεται η επίπτωση του καρκίνου μειώθηκε κατά 19%. Αντίθετα παρά την αυξημένη κατανάλωση βοδινού κρέατος, δεν παρατηρήθηκε αύξηση της επίπτωσης στους μορμόνους της Utah, στους οποίους παραμένει πιο χαμηλή από το μέσο όρο στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Πιστεύεται, εξάλλου ότι και ο τύπος της εντερικής χλωρίδας του συνδυάζεται με τη διατροφή αυτού του είδους (δηλ. βορείου προέλευσης) μπορεί να παράγει καρκινογόνες ουσίες που παραμένουν σε επαφή με το βλεννογόνο του παχέος εντέρου για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, λόγω της παράτασης του χρόνου εντερικής διέλευσης των τροφών που περιέχουν μικρή αναλογία φυτικών συστατικών.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Αυτές, ωστόσο οι υποθέσεις και εκείνες που αφορούν την πιθανή προστατευτική επίδραση του σεληνίου, του ασκορβικού οξέος και τις ατοκοφερόλης των τροφών δεν έχουν ακόμη επιβεβαιωθεί.

Εκτός όμως από τους πιθανούς περιβαλλοντικούς πληθυσμιακούς παράγοντες, σημαντικοί είναι και οι ακόλουθοι:

-Πρόοδος της ηλικίας. Ο κίνδυνος της ανάπτυξης ορθοκολικού καρκινώματος αρχίζει να αυξάνεται από την ηλικία των 40 ετών, περίπου και σχεδόν διπλασιάζεται σε κάθε επόμενη δεκαετία.

-Φύλο. Αυξημένη συχνότητα καρκίνου στο παχύ έντερο παρατηρείται σε άτεκνες ή παχύσαρκες γυναίκες (ιδιαίτερα καρκίνος του αριστερού κόλου). Προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες εμφανίζουν ελαφρά μεγαλύτερη συχνότητα καρκίνου του δεξιού κόλου από τους άνδρες της ίδιας ηλικίας, ενώ, μετά την ηλικία των 55 ετών η διαφορά κλείνει προς την πλευρά των ανδρών.

-Οι ιοί (ιογενής καρκινογένεση), οι χημικές ουσίες (χημική καρκινογένεση) και η ακτινοβολία ιονίζουσα και υπεριώδης, ενοχοποιούνται για την εμφάνιση του καρκίνου.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου. Η ολική προσβολή του παχέος εντέρου από ελκώδη κολίτιδα συνοδεύεται με αυξημένη συχνότητα καρκίνου. Η ελκοαιμορραγική ορθοκολίτιδα αυξάνει κατά 5 έως 10 φορές τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου. Ο κίνδυνος κακοήθους εξάλλογης αναφέρεται μετά δεκάχρονη εξέλιξη, που αυξάνει πολύ μετά εικοσάχρονη, οπότε μπορεί να φθάσει σε ποσοστό 20 - 30%.

Ο κίνδυνος είναι διπλάσιος όταν η νόσος έχει εκδηλωθεί πριν από την ηλικία των 25 χρόνων. Η μέση ηλικία ανάπτυξης του καρκίνου είναι τα 40 χρόνια, πολύ πιο μικρή από το σύνηθες. Η νόσος το Crohn αυξάνει επίσης τον κίνδυνο, κυρίως όταν έχει εκδηλωθεί πριν το 21^ο έτος της ηλικίας, ο κίνδυνος όμως αυτής είναι μικρότερος από της ορθοκολίτιδας.

-Η διάχυτη οικογενής ορθοκολική πολυποδία.

Η πιο τυπική περίπτωση, η μετάδοση της οποίας γίνεται κατά τον επικρατούντα αυτοσωμιακό χαρακτήρα με διεισδυτικότητα της τάξης του 80%. Το σύνολο σχεδόν των πασχόντων θα αναπτύξουν κολικό καρκίνο κατά τη στιγμή της πρώτης εξέτασης. Σε ποσοστό 50% θα αναπτυχθεί καρκίνος σε 30 χρόνια και σε 65% σε 50 χρόνια.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Το σύνδρομο Gardner. Μεταδίδεται και αυτό κατά τον επικρατούντα αυτοσωμιακό χαρακτήρα με σημαντική διεισδυτικότητα, το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει εκτός από τους αδενωματώδεις πολύποδες όγκους του συνδετικού ιστού, μαλακών μορίων και οστών. Το σύνδρομο αυτό αντιπροσωπεύει υψηλό κίνδυνο κολικού καρκίνου.

-Σύνδρομο Peutz Jegheurs. Θεωρούμενο άλλοτε ως αυστηρά καλοήθες, βρέθηκε αργότερα να συνυπάρχει με καρκίνο του παχέος εντέρου. Η αύξηση του κινδύνου είναι πράγματι πολύ πιο χαμηλή απ' ό,τι στους προαναφερόμενους παράγοντες, γεγονός που πρέπει να αποδοθεί στον ιστολογικό τύπο των πολυπόδων αυτών, οι οποίοι δεν είναι αδενώματα αλλά αμαρτώματα. Ο κίνδυνος καρκινογένεσης ανέρχεται στο 5%.

-Ιστορικό καρκίνου ή αδενώματος του παχέος εντέρου. Υπάρχει σε αυξημένη συχνότητα σχέση μεταξύ αδενώματος του παχέος εντέρου και καρκινώματος. Οι δύο διαταραχές συμβαίνουν συχνά μαζί και αν δεν υπάρχει απόδειξη ότι η μία είναι πρόδρομη της άλλης, ο πολύποδας και το καρκίνωμα του παχέος εντέρου μπορεί να είναι διαβαθμίσεις της ίδιας νεοπλασματικής επεξεργασίας.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Τέλος, έχουν αναγνωρισθεί δύο ποικιλίες καρκίνων του παχέος εντέρου, χωρίς την παρουσία πολυπόδων, στις οποίες η κληρονομική επιβάρυνση - μεταβίβαση θεωρείται βέβαια:

- Το σύνδρομο οικογενειακού καρκίνου, με έναρξη στα 20-30 χρόνια, στο οποίο συνδυάζεται καρκίνος παχέος εντέρου με άλλα αδενοκαρκινώματα και κυρίως του ενδομητρίου και
- κληρονομικός καρκίνος παχέος εντέρου με καθορισμένη εντόπιση χωρίς όμως την παρουσία καρκίνου σε άλλα όργανα.

1β. Ταξινόμηση του καρκίνου παχέος εντέρου.

Μια πρώτη αδρή σταδιοποίηση της νόσου γίνεται από το χειρουργό κατά τη διάρκεια της εγχείρησης. Η τελική όμως σταδιοποίηση γίνεται από τον παθολογοανατόμο, με την εξέταση ολοκλήρου του εγχειρητικού παρασκευάσματος και σε συνδυασμό πάντα με την ταξινόμηση κατά DUKES, η οποία βασίζεται στην τοπική επέκταση της νόσου και στην παρουσία διηθημένων λεμφαδένων και φαίνεται ότι σχετίζεται αρκετά καλά με την πρόγνωση της νόσου. Η ταξινόμηση αυτή προτάθηκε αρχικά από τον DUKES για τον καρκίνο του κόλου.

Ταξινόμηση κατά DUKES

A: Αδενοκαρκίνωμα που εντοπίζεται στο βλεννογόνο χωρίς λεμφική συμμετοχή και περιοχικές μεταστάσεις.

B₁: Η βλάβη επεκτείνεται στο μυϊκό χιτώνα, όχι όμως σε όλο το πάχος και χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

B₂: Η βλάβη διηθεί όλο το πάχος του μυϊκού χιτώνα χωρίς περιοχικές μεταστάσεις.

C₁: Η βλάβη διηθεί όλα τα τοιχώματα και τα γειτονικά λεμφογάγγλια, όχι όμως τα απομακρυσμένα λεμφογάγγλια.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

C₂: Όλα τα παραπάνω, καθώς και μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια και όργανα.

Κατά καιρούς προτάθηκαν διάφορες τροποποιήσεις της αρχικής ταξινόμησης κατά DUKES. Η επικρατέστερη σήμερα τροποποίηση είναι αυτή που φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Τροποποιημένη (Australian) ταξινόμηση κατά DUKES του καρκίνου του παχέος εντέρου.

Στάδιο	Υποστάδιο	Εξάπλωση καρκίνου
Α	A ₁	Βλεννογόνιος
	A ₂	Υποβλενογόνιος
	A ₃	Υποβλεννογόνιος μυϊκή στοιβάδα
Β	B ₁	Ξεπερνά την υποβλεννογόνη μυϊκή στοιβάδα
	B ₂	Διηθεί το ορογόνο
Γ	Γ ₁	Διηθημένοι επιχώριοι λεμφαδένες
	Γ ₂	Διηθημένοι απομακρυσμένοι λεμφαδένες
Δ	Δ ₁	Αναγχείρητος όγκος ή παραμονή μέρους του όγκου μετά την εγχείρηση
	Δ ₂	Απομακρυσμένες μεταστάσεις (ήπαρ κλπ)

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Με βάση την ταξινόμηση αυτή, όταν ο καρκίνος διηθεί κατά συνέχει ιστών ένα παρακείμενο όργανο, π.χ. το νεφρό, χωρίς να υπάρχουν διηθημένοι λεμφαδένες (σπάνιο), η περίπτωση κατατάσσεται στο στάδιο B₂, ενώ αν υπάρχουν και διηθημένοι λεμφαδένες (συχνότερο), κατατάσσεται στο στάδιο Γ₂.

Τελευταία, επειδή με τις διάφορες τροποποιήσεις της ταξινόμησης κατά DUKES, έχει εμφανισθεί κάποια σύγχυση μεταξύ των χειρουργών, προτάθηκε από πολλούς η εφαρμογή και στον καρκίνο του παχέος εντέρου της ταξινόμησης σύμφωνα με το σύστημα T.N.M., που είναι σήμερα και το πιο συνηθισμένο σύστημα σταδιοποίησης του καρκίνου.

T.N.M. είναι τα αρχικά γράμματα των λέξεων TUMOR, NOBE, METASTASIS (όγκος, αδένας, μετάσταση).

Το T₀, T₁, T₂, T₃, ΚΑΙ T₄ αναφέρονται στο μέγεθος του όγκου.

Το N αναφέρεται στους περιφερικούς λεμφαδένες.

Το M αναφέρεται στη μετάσταση ενώ ο αριθμός δίπλα στο M, παρουσιάζει τον αριθμό των οργάνων ή των απομακρυσμένων λεμφαδένων στους οποίους έγινε η μετάσταση.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

T0: Δεν υπάρχει ένδειξη πρωτοπαθούς όγκου.

T1, T2, T3: Προοδευτική αύξηση στο μέγεθος του όγκου.

T4: Υπάρχουν ενδείξεις μετάστασης του καρκίνου σε απομακρυσμένα όργανα. Οι αλλοιώσεις ανεγχείρητες.

N0: Οι περιφερικοί λεμφαδένες, δεν φαίνονται παθολογικοί:

N1, N2, N3: Προοδευτική επέκταση των περιφερικών παθολογικών λεμφαδένων.

M0: Δεν υπάρχει ένδειξη μετάστασης των καρκινικών κυττάρων.

M1, M2, M3: Προοδευτική αύξηση της μετάστασης των καρκινικών κυττάρων σε απομακρυσμένα όργανα, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται οι λεμφαδένες που βρίσκονται σε απόσταση από την πρωτοπαθή εντόπιση του κακοήθους νεοπλασματος.

Η ταξινόμηση κατά BRODERS αφορά το βαθμό διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. Τα καρκινωματώδη κύτταρα χαρακτηρίζονται σαν:

α. Υψηλής διαφοροποίησης

β. Μέσης διαφοροποίησης και

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

γ. Χαμηλής διαφοροποίησης, αδιαφοροποίητα ή αμετάπλαστα. Οι ταξινομήσεις αυτές είναι μεγάλης πρακτικής σημασίας και καθορίζουν την πρόγνωση της νόσου. Ένα δηλαδή αδενοκαρκίνωμα B₂ και υψηλής ως μέσης διαφοροποίησης είναι πολύ καλύτερης πρόγνωσης από ένα B₂ χαμηλής διαφοροποίησης.

1γ. Εντόπιση και επέκταση της νόσου

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου επεκτείνεται με τους εξής τρόπους:

- α. Κατά τη συνέχεια ιστού.
- β. Μέσω της λεμφικής οδού.
- γ. Με αιματογενή διασπορά
- δ. Με ενδοπεριτοναϊκή εμφύτευση.

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

Η επέκταση κατά συνέχεια ιστών σε γειτονικούς ιστούς ή όργανα, προϋποθέτει τη διήθηση από τον όγκο, όλων των χιτώνων του εντερικού τοιχώματος μέχρι και 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 ενδοτοιχωματική διήθηση, γίνεται και κατά τον

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

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 παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, για την ριζικότητα της εκτομής του τμήματος του εντέρου που φέρει τον όγκο.

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 λεμφοδένες είναι διηθημένοι σε ποσοστό 90%, ενώ, όταν ακόμα 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 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 λεμφαδένες να παρεμβάλλονται περιοχές με μη διηθημένους λεμφαδένες.

Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο μια ριζική θεραπευτική εγχείρηση, επιβάλλει την εκτομή μεγάλου τμήματος εντέρου

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους 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 μεσόκολου. Οι πιο συχνές εντοπίσεις συμβαίνουν στο ήπαρ, μέσω της πηλαίας φλέβας. Άλλες λιγότερο συχνές εντοπίσεις γίνονται στους πνεύμονες και στα οστά. Τα καρκινικά κύτταρα φτάνουν εκεί, είτε αφού διέλθουν δια του ήπατος είτε δια της κάτω κοίλης φλέβας μετά από διήθηση των οσφυϊκών, σπονδυλικών ή άλλων συστημάτων φλεβών. Διήθηση του τοιχώματος των φλεβών, παρατηρείται σε ποσοστό 15- 35% των περιπτώσεων, άσχετα εάν έχουν εμφανιστεί ή όχι απομακρυσμένες μεταστάσεις. Προσπάθεια περιορισμού της αιματογενούς διασποράς κατά τη διάρκεια της εγχείρησης, γίνεται με την απολίνωση των μεγάλων φλεβικών κλάδων του μεσεντέριου, προτού ακόμα αρχίσουν οι χειρισμοί για την κινητοποίηση του πάσχοντος εντερικού τμήματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Όταν ο καρκίνος διηθήσει και στον ορογόνο χιτώνα, τότε τα καρκινικά κύτταρα είναι δυνατόν να αποπέσουν και να εμφυτευτούν οπουδήποτε μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Κυρίως, λόγω της βαρύτητας αυτά εμφυτεύονται στην ορθοκυστική ή την ορθομητρική πτυχή, όπου μπορούν να αναπτυχθούν μάζες που ψηλαφώνται κατά τη δακτυλική εξέταση και είναι γνωστές σαν ο «ύφαλος του Blummer» (Blummer 's shelf) και σε πιο προχωρημένα στάδια ψηλαφώντα σαν «παγωμένη πύελος» (Frozen perlis) και τα δύο αυτά ευρήματα, αποτελούν πολύ κακά προγνωστικά σημεία.

Με τον ίδιο τρόπο μεταστάσεις εμφανίζονται και στις ωθήκες σε ποσοστό 3-4%. Για το λόγο αυτό, πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η αμφοτερόπλευρη ωθήκεκτομή θα πρέπει να συμπληρώσει μια εγχείρηση κολεκτομής για καρκίνο του παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε γυναίκες της μετακλιμακτηριακής περιόδου.

Με τον ίδιο μηχανισμό, καρκινικά κύτταρα του αποφολιδώνονται μέσα στον αυλό του εντέρου είναι δυνατόν να εμφυτευθούν σε περισσότερα σημεία του εντερικού βλεννογόνου αυτό όμως είναι πάρα πολύ σπάνιο.

Αρκετά συχνά είναι η εμφάνιση τοπικής υποτροπής του καρκίνου σε σημείο της

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αναστόμωσης, οφειλόμενη σε εμφύτευση κυττάρων που διαφεύγουν από τους χειρισμούς της εγχείρησης και παρά το γεγονός ότι η εκτομή του εντέρου, είχε γίνει πάνω σε υγιείς ιστούς.

1δ. Σταδιοποίηση του Καρκίνου

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

Στάδιο Α: ο όγκος περιορίζεται εντός τοιχώματος.

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

Στάδιο Γ: κατατάσσονται οι όγκοι, οι οποίοι εμφανίζουν λεμφαδενικές μεταστάσεις

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

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Οι WELCH και BRUKES στη μελέτη τους διέκριναν:

A: Πολυποειδές καρκίνωμα που καταλαμβάνει το μυϊκό χιτώνα

B: Καρκίνωμα με μεταστάσεις στους λεμφαδένες

Γ: Καρκίνωμα με μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα.

1ε. Πρόγνωση

Το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά από ριζικές θεραπευτικές εγχειρήσεις είναι λίγο πολύ το ίδιο για όλα τα τμήματα του κόλου και είναι ανάλογο με το στάδιο της νόσου κατά DUKES. Για τον καρκίνο του ορθού το ποσοστό αυτό είναι κάπως χαμηλότερο.

Το ποσοστό της 5ετούς επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο που περιορίζεται μόνο στα τοιχώματα του εντέρου χωρίς καμία απολύτως μετάσταση είναι περίπου 80%. Το ποσοστό πέφτει στο 60% όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει και τον ορογόνο χωρίς όμως μεταστάσεις, ενώ με μεταστάσεις στους λεμφαδένες το ποσοστό πέφτει απότομα στο 32%.

Με διάσπαρτη νόσο, το ποσοστό είναι μόνο 5%. Η πρόγνωση είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία επιπλοκών ενώ φαίνεται να είναι ευθέως ανάλογη, σε κάποιο βαθμό, με την ηλικία του ασθενούς.

Όλοι οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ριζικές εγχειρήσεις για καρκίνο του παχέος εντέρου πρέπει να παρακολουθούνται συχνά. Έτσι θα διαγνωσθεί έγκαιρα μία τοπική υποτροπή, μία μετάσταση ή ένας μετάχρονος καρκίνος. Ο έλεγχος:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

1. Την παρακολούθηση των τιμών του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA), κάθε τρεις μήνες για τα δύο χρόνια μετά την επέμβαση και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες.
2. Τη χορήγηση ραδιοσημασμένων μονοκλωνικών αποσωμάτων τα οποία καθηλώνονται στις υποτροπές ή μεταστάσεις και απεικονίζονται με την ανοσοσπινθηρογραφία, (ενθαρρυντικά είναι και τα θεραπευτικά αποτελέσματα της χορήγησης μονοκλωνικών απισωμάτων).
3. Ακτινογραφία του θώρακα κάθε 6 μήνες για τα δύο πρώτα χρόνια μετά την επέμβαση.
4. Μέτρηση των αλκαλικών φωσφατασών και της γ-γλουταμυλτρανσεπεντιδάσης, γνωστού όντος ότι δεν έχουν καλή ευαισθησία στην ανακάλυψη των ηπατικών μεταστάσεων.
5. Υπερηχογραφία του ήπατος κάθε τρεις μήνες για τα δύο χρόνια μετά την επέμβαση και στη συνέχεια μία κάθε χρόνο.
6. Διερεύνηση του παχέος εντέρου με κολοσκόπηση, που είναι ανώτερη από τη διάβαση του παχέος εντέρου με διπλή αντίθεση, στους 6 μήνες και στο χρόνο. Αναζητείται αναστομωτική υποτροπή, άλλος καρκίνος, πολύποδας.

7. Αξονικής τομογραφίας, της οποίας όμως η θέση δεν είναι με σαφήνεια καθορισμένη. Μπορεί βέβαια να έχει ενδιαφέρον στην ανακάλυψη πυελικών υποτροπών, μεταστάσεων ή μετάχρονων καρκίνων και δίνεται έτσι η ευκαιρία στο χειρουργό να αποφασίσει μια επανεγχείρηση (second look laparotomy) με πιθανότητα αφαίρεσης της νέας εστίας από 30 μέχρι 60%. Η παλαιά άποψη της επανεγχείρησης κάθε 6 μήνες σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με θετικούς λεμφαδένες στην πρώτη εγχείρηση δεν έχει θέση σήμερα.

Περίπου το 55% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ριζική εγχείρηση είναι «ελεύθεροι από τη νόσο» μετά την παρέλευση της 5ετίας. Το υπόλοιπο ποσοστό θα εμφανίσει υποτροπή της νόσου σε άλλους άλλο διάστημα μέσα όμως στην 5ετία.

1στ. Διάγνωση και διαγνωστικές μέθοδος και νοσηλευτική παρέμβαση.

Το πρώτο βήμα για τη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι ίσως η λήψη του οικογενειακού και του ατομικού αναμνηστικού του ασθενή. Αναζητείται ιστορικό «οικογενειακού καρκίνου» και παρουσίαση των συμπτωμάτων που ανάγκασαν τον ασθενή να αποταθεί στο γιατρό.

Ο γιατρός θα πρέπει να υποψιαστεί τη νόσο με συμπτώματα όπως η απώλεια βάρους, το αίμα στα κόπρανα ή η μεταβολή στις συνήθειες του εντέρου. Η δυνητικά σοβαρή φύση αυτών των συμπτωμάτων θα πρέπει να αναζητείται και να αναγνωρίζεται και να μην αποδίδονται σε άλλες μικρότερες καταστάσεις, μέχρι να αποκλεισθεί οριστικά ο καρκίνος.

Πιο αναλυτικά:

1. Η κλινική εξέταση της κοιλιάς (επισκόπηση - ψηλάφηση - επίκρουση - ακρόαση) ασθενή με καρκίνο παχέος εντέρου μπορεί να δείξει την παρουσία ενδοκοιλιακού όγκου, σκληρού ή υπόσκληρου και επώδυνου, μεταστάσεις στον ομφαλό, ασκίτη, ηπατομεγαλία, αν υπάρχει απόφραξη της πυλαίας φλέβας, διάταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος και την ύπαρξη ή απουσία περισταλτικών κινήσεων.

2. Η δακτυλική εξέταση του ορθού είναι το σημαντικότερο στοιχείο της φυσικής εξέτασης, επειδή περίπου οι μισοί καρκίνοι του ορθού βρίσκονται σε ύψος που φθάνει το δάκτυλο. Η εξέταση αυτή ποτέ δεν θα πρέπει να παραλείπεται για λόγους ευγένειας ή το φόβο κακής εντύπωσης. Εκτελείται σωστότερα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε γονατοαγκωνιαία θέση. Είναι θεμελιώδης στη διάγνωση περιορθικών σφιγκτηρικών ή ληκυθικών βλαβών, όπως επίσης ανωμαλίας του προστάτη και της μήτρας και ακόμη πολύ μικρών μαζών του ορθού. Ένας μεταστατικός όγκος μπορεί να γίνει αισθητός στους περιορθικούς ιστούς ως πετρώδης σκληρία (όγκος του Blumez), ιδιαίτερα στην πρόσθια επιφάνεια πάνω από τον προστάτη. Το κοπρανώδες υλικό στο γάντι θα πρέπει να εξετάζεται αμέσως χημικά για την ύπαρξη αίματος.

3. Η μικροσκοπική εξέταση των κοπράνων για αίμα είναι η επαρκέστερη και οικονομικότερη προληπτική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. 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 κάποια υποψία στον κλινικό για την πιθανότητα καρκίνου του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

παχέος εντέρου, ιδιαίτερα σε άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Όπως συνήθως γίνεται η εξέταση κοπράνων για αίμα (guaiac test) μειονεκτεί για άλλοτε άλλο βαθμό ευαισθησίας που οφείλεται στην αστάθεια της χρωστικής. Στις εμπορικά διαθέσιμες ταινίες με τη χρωστική (Hemoccult), η χρωστική φαίνεται πως είναι σταθερή και ο αριθμός των ψευδώς θετικών δοκιμασιών είναι ελαττωμένος. Οι ψευδείς θετικές δοκιμασίες μπορούν επίσης να μειωθούν εάν οι ασθενείς δεν λάβουν κρέας επί μερικές μέρες πριν από τη δοκιμασία. Ένα προληπτικό πρωτόκολλο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου έχει επινοηθεί στο οποίο εξετάζονται έξι δείγματα κοπράνων με το Hemoccult test, ενώ οι ασθενείς είναι σε δίαιτα ελεύθερη κρέατος. Αυτή η απλή προληπτική τεχνική φαίνεται να αυξάνει τη δυνατότητα ανιχνεύσεως των προσυμπτωματικών καρκίνων το παχέος εντέρου, που είναι επιδεικτικοί ιάσεως με την εγχείρηση.

Ακτινολογικός έλεγχος

1. Ο βαριούχος υποκλυσμός αποτελεί κύριο διαγνωστικό μέσο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου. Εκτός από το κλασσικό σκιερό και ανάγλυφο εκμαγείο του εντερικού βλεννογόνου ο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

συνδυασμός του βαριούχου υποκλυσμού με την εν συνεχεία εμφύσηση αέρα είναι εξαιρετικά χρήσιμη.

Στην περίπτωση αυτή, ο βλεννογόνος καλύπτει από ένα στρώμα βαρίου και εν συνεχεία γίνεται εμφύσηση αέρα, ώστε να επιτυγχάνεται σκιαγραφική αντίθεση και να διαγράφονται λεπτές αλλοιώσεις, π.χ. μικρά νεοπλάσματα, πολύποδες κ.λ.π.

Σημαντικά στοιχεία της εξέτασης αυτής είναι τα ακόλουθα:

α) Οι όγκοι μπορεί να προσπίπτουν στο έντερο σχηματίζοντας σκιαγραφικό έλλειμμα, το οποίο συνήθως δίνει την εικόνα του «φαγωμένου μήλου» (apple core) ή του «δακτυλίου της πετσέτας του φαγητού» (napkinring).

Εκτός από τις τυπικές αυτές ακτινολογικές εικόνες, οι οποίες αφορούν συνήθως σχετικά προχωρημένους καρκίνους, υπάρχουν και οι άτυπες ασαφείς εικόνες που μπορεί να οφείλονται σε πρώιμο καρκίνο, μόνιμο σπασμό, κακή προετοιμασία του εντέρου ή σε κακή έκπτυξη

β) Μπορεί να υπάρχει μερική ή πλήρης στένωση του εντέρου, κεντρικά της οποίας το έντερο συχνά είναι διατεταμένο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

γ) Μπορεί λόγω συνεχούς διήθησης να υπάρχει δυσκαμψία ή περιορισμός του εντέρου ώστε το βάριο να μην ακολουθεί τη βαρύτητα ελεύθερα κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

δ) Μετά από την κένωση του βαρίου, οι ακτινογραφίες του επαλειφόμενου βλεννογόνου μπορεί να αποδείξουν ανωμαλίες, που οφείλονται σε όγκο που δεν έχει διαπεράσει το μυϊκό στρώμα.

Δεν έχει τονισθεί επαρκώς, ότι η ακρίβεια στη διάγνωση των χαμηλά ευρισκομένων καρκίνων του ορθού με το βαριούχο υποκλυσμό δεν είναι υψηλή.

Δυσκολίες κατά την εξέταση του βαριούχου υποκλυσμού μπορεί να προκύψουν λόγω κακής προετοιμασίας ή αδυναμίας του αρρώστου να κρατήσει το βάριο. Δυσκολίες επίσης υπάρχουν ιδιαίτερα με τους όγκους του τυφλού, όπου είναι συχνά αδύνατο να γίνει διαφορική διάγνωση μεταξύ κοπράνων και πολυποειδούς όγκου. Εξάλλου, 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.

2. Η ακτινογραφία θώρακος είναι απαραίτητη για την πιθανή εντόπιση πνευμονικών

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

μεταστάσεων, όπως επίσης απαραίτητη είναι και η ενδοφλέβια πυελογραφία προεγχειρητικά για τον προσδιορισμό του αριθμού και της θέσης των νεφρών, καθώς και της διήθησης ή παρεκτόπισης των ουρητήρων από τον όγκο, τα στοιχεία από τον έλεγχο αυτό θα βοηθήσουν το χειρουργό να αποφύγει ιατρογενείς κακώσεις των οργάνων αυτών ή να προχωρήσει σε πιο εκτεταμένη εγχείρηση.

3. Το σπινθηρογράφημα του ήπατος χρησιμεύει για την ανεύρεση πιθανών μεταστάσεων. Η ακρίβεια του είναι περίπου 60%, στο 20% των περιπτώσεων δίνει ψευδώς θετικά και στο άλλο 20% ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα. Γι' αυτό και έχει αντικατασταθεί σήμερα από την αξονική τομογραφία και το NMR, τα οποία εκτός από τις μεταστάσεις είναι δυνατόν στον καρκίνο του ορθού να μας πληροφορήσουν για το μέγεθος της εξωαυλικής επέκτασης του όγκου. Περιορισμένοι όγκοι δεν διαγνώσκονται εύκολα με την αξονική και γι' αυτό δεν αποτελεί εξέταση εκλογής.

4. Η ενδοσκοπική υπερηχοτομογραφία, μία νέα μέθοδος, φαίνεται ότι θα παίξει σημαντικό ρόλο στην πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου. Επιπλέον, ιδιαίτερα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

για τον καρκίνο του ορθού, δίνει σοβαρές πληροφορίες και για το βάθος της διήθησης και για την παρουσία διηθημένων λεμφαδένων.

Ενδοσκοπήσεις

Είναι η εξέταση κλειδί με υπεροχή έναντι του βαριούχου υποκλυσμού, γιατί δίνει επιπρόσθετα τη δυνατότητα λήψης βιοψιών ή ξεσμάτων από την ύποπτη βλάβη για την ιστολογική ή κυτταρολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης.

1. Σιγμοειδοσκόπηση. Αντίθετα από τη γενική εντύπωση, η τεχνική της σιγμοειδοσκόπησης δεν είναι δύσκολη και με την ύπαρξη εμπειρίας η ενόχληση του ασθενούς είναι ελάχιστη. Ο εξεταστής θα πρέπει να μπορεί να εκτιμήσει την ενθρυπτότητα του βλεννογόνου και να αναγνωρίζει τα μη φυσιολογικά αγγειακά χαρακτηριστικά, το οίδημα, την εξέλκωση και τους πολύποδες. 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

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

σε απόσταση προσπελάσιμη με το σιγμοειδοσκόπιο. Είναι σημαντικό να σκεφθεί κανείς, ότι τα τελευταία αυτά 20 - 25 cm εντέρου δύσκολα εξετάζονται με τον βαριούχο υποκλυσμό. Ένας καρκίνος του ορθού μπορεί να γίνει αντιληπτός με το 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 εκτός επί παρουσίας αιμορραγικών διαταραχών. Για την ενδοσκοπική μελέτη του παχέος εντέρου χρησιμοποιείται σήμερα το άκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο, με το οποίο ελέγχουμε το έντερο μέχρι βάθους 25 εκ. για το εύκαμπτο με το οποίο φτάνουμε τα 60 - 80 εκ.

2. Κολοσκόπηση. Η εσωτερική επιφάνεια ολόκληρου μήκους του παχέος εντέρου από το δακτύλιο μέχρι το τυφλό μπορεί να εξετασθεί με άμεση όραση από τον έμπειρο κολοσκόπο. Αυτή η μέθοδος αποδεικνύεται η σημαντικότερη διαγνωστική και θεραπευτική εφαρμογή της ενδοσκόπησης με εύκαμπτο ενδοσκόπιο, έπειτα έχει την ικανότητα να διαγνώσει θεραπεύσιμους

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

καρκίνους του παχέος εντέρου, που δεν ανευρίσκονται με άλλες τεχνικές.

Περίπου οι μισές κολοσκοπήσεις γίνονται εξαιτίας μη φυσιολογικού βαριούχου υποκλυσμού που δείχνει πολύποδα, στένωση ή έλλειμμα σκιαγραφήσεως ύποπτο για καρκίνωμα.

Δυσκολίες στην πρόοδο του κολοσκοπίου υπάρχουν κατά το σιγμοειδές και την αριστερή κολική καμπή. Στις 8 από τις 10 περιπτώσεις επιτυγχάνεται η προσπέλαση του τυφλού.

Το ενδιαφέρον της εξέτασης αυτής, εκτός από τη δυνατότητα της επισκόπησης των βλαβών ακόμη και μικρών συνίσταται στη λήψη βιοψιών και στην αναζήτηση συνυπαρχουσών βλαβών όπως αδενωματωδών πολυπόδων. Η πιστότητα των βιοψιών είναι πολύ καλή όταν αυτές είναι πολυάριθμες, τουλάχιστον 5 έως 6, από διάφορα σημεία της βλάβης. Σε περίπτωση απροσπέλαστης με το ενδοσκοπιο στένωσης, οι βιοψίες πρέπει να λαμβάνονται όχι μόνο από τα χείλη της αλλά και απ' αυτή την ίδια τη στένωση με την εισαγωγή της λαβίδας βιοψίας στο εσωτερικό της.

Το πρόβλημα του καρκίνου σε αρχικά στάδια είναι αναπόσπαστο εκείνου των αδενωματωδών πολυπόδων. Έτσι ενώ η καρκινωματώδης εξαλλαγή μπορεί σε πρώτο χρόνο να μην προκαλέσει μακροσκοπικές τροποποιήσεις, με την κολοσκόπηση

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

δύναται να επέλθει πλήρης εξαίρεση των πολυπόδων. Έτσι μπορούν να εξεταστούν στο σύνολό τους όπως εγχειρητικό παρασκεύασμα, κάνοντας δυνατό τον ακριβή προσδιορισμό μιας πιθανής εξαλλαγής. Το ποσοστό των πολυπόδων που διαφεύγουν στην ενδοσκοπική διερεύνηση είναι δύσκολο να εκτιμηθεί αλλά πρέπει να υπολογιστεί στο 5%.

Σχετικές αντενδείξεις της κολοσκόπησης είναι η κεραυνοβόλος ελκώδης κολίτις, το τοξικό megacolon και η υποψία διάτρησης. Σαν επιπλοκές της διαγνωστικής κολοσκόπησης αναφέρονται η διάτρηση και η αιμορραγία και το ποσοστό τους κυμαίνεται στο 0.35 - 0.8%

α) Ο αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος δεν είναι διαγνωστικός. Αποσκοπεί περισσότερο στη ανακάλυψη και διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων (αναιμίας, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, υπολευκωματαιμίας, υποπροθρομβιναιμίας, καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας κ.λ.π. προκειμένου να προετοιμασθεί ασθενής κατάλληλα για την εγχείρηση.

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

Επί παρουσίας ηπατικών μεταστάσεων, η αλκαλική φωσφατάση ορού και η 5 - νουκλεοτιδάση είναι ανυψωμένες, τονίζεται ότι η παρουσία

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

απομακρυσμένων μεταστάσεων δεν αποτελεί αντένδειξη για εγχείρηση, μπορεί όμως να επηρεάσει την έκταση της εγχείρησης.

β) Το καρκίνο - εμβρυϊκό αντιγόνο (CEA) είναι μία γλυκοπρωτεΐνη η οποία βρίσκεται σε πολλά υγρά και ιστούς του σώματος συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Είναι γνωστό ότι δεν αποτελεί ειδικό δείκτη (specific marker) της νόσου δεδομένου ότι είναι αυξημένο και σε πολλές άλλες κακοήθειες και καλοήθειες παθήσεις. Χρησιμοποιείται όμως σαν προγνωστικό σημείο. Έτσι, αν το CEA δεν κατέβει σε φυσιολογικά επίπεδα μετά την εγχείρηση, αυτό σημαίνει κακή πρόγνωση. Κάθοδος του CEA σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από θεραπευτική εγχείρηση για καρκίνο του παχέος εντέρου και αργότερα προοδευτική άνοδος σημαίνει υποτροπή της νόσου.

γ) Η ανοσοσπινθηρογραφία είναι μια νέα μέθοδος για την εντόπιση του καρκίνου του παχέος εντέρου και ιδιαίτερα των τοπικών υποτροπών μετά την εγχείρηση ή και των μεταστάσεων. Ραδιοσημασμένα αντισώματα, συμπεριλαμβανομένων και των μονοκλωνικών αντισωμάτων, χορηγούνται ενδοφλεβίως στον ασθενή, συμπλέκονται με τα ανάλογα αντιγόνα που

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

συνοδεύουν τον καρκίνο και τα συμπλέγματα απεικονίζονται στο σπινθηρογράφημα.

Η ανίχνευση, στα ούρα ή τον ορό ασθενών με καρκίνο, διαφόρων ενζύμων ή άλλων προϊόντων των ογκογονιδίων είναι διαγνωστικές εξετάσεις που βρίσκονται ακόμη στο στάδιο της έρευνας.

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

Η χρόνια αναιμία μπορεί να αποδοθεί σε πρωτοπαθείς αιματολογικές διαταραχές. Μία εξέταση κοπράνων για αιμοσφαιρίνη θα δώσει τη λύση. Οξύς πόνος στο δεξιό πλάγιο της κοιλίας και ιδιαίτερα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του τυφλού ή του ανιόντος και να θεωρηθεί σαν οξεία σκωληκοειδίτιδα.

Κάθε ασθενής, ο οποίος αναφέρει αποβολή αίματος από το ορθό, θα πρέπει να ελέγχεται δακτυλικά, ενδοσκοπικά και ακτινολογικά για καρκίνο του παχέος εντέρου έστω και αν υπάρχουν αιμορροΐδες, οι οποίες εμφανώς αιμορραγούν.

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

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

και κατά τη διάρκεια της ερευνητικής λαπαροτομίας. Η κολονοσκόπηση και βιοψία προεγχειρητικά δίνουν συνήθως τη λύση.

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

Νοσηλευτική Παρέμβαση

Ο διαγνωστικός έλεγχος περιλαμβάνει όλες εκείνες τις εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής για να διευκολυνθεί η διάγνωση της ασθένειας.

Στη διάρκεια όλων αυτών των εξετάσεων, η νοσηλεύτρια παίζει το δικό της προσωπικό ρόλο, βοηθώντας τόσο το γιατρό όσο και τον ασθενή για την καλύτερη διεκπεραίωση της εξέτασης.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Βαριούχος υποκλυσμός

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας, πριν, κατά και μετά την εξέταση.
- Προετοιμασία του εντέρου την προηγούμενη ημέρα της εξέτασης.

Ειδικότερα:

α) Υγρή δίαιτα για 24 ώρες πριν από την εξέταση.

β) Χορήγηση κιτρικού μαγνησίου 293.5 g στις 5 μ.μ. Dulcolax, 4 ταμπλέτες στις 10μ.μ.

γ) Τίποτα από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- Ακτινογραφίες πριν από τον υποκλυσμό για διαβεβαίωση ότι το κόλο είναι άδειο.
- Εισαγωγή σωλήνα στο ορθό και ροή του διαλύματος βαρίου μέσα στο κόλο.
- Εισαγωγή αέρα μέσα στο κόλο.
- Αλλαγή της θέσης και γύρισμα του αρρώστου πολλές φορές για γέμισμα του κόλου από το βάριο. Λήψη σειράς ακτινογραφιών.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Ένεση γλυκαγόνης για χαλάρωση του κόλου. Αν ο άρρωστος δεν μπορεί να κρατήσει το βάριο, ενθαρρύνεται να παίρνει αργές βαθιές αναπνοές, ενώ ειδοποιείται ο ακτινολόγος αν αισθάνεται μεγάλη δυσχέρεια.
- Μετά τη λήψη ακτινογραφιών μπορεί να χρειαστεί χρησιμοποίηση της τουαλέτας από τον άρρωστο για αποβολή του βαρίου.

Μετά την εξέταση:

- Ενθάρρυνση για λήψη άφθονων υγρών για απομάκρυνση του βαρίου από τον γαστρεντερικό σωλήνα.
- Πληροφόρηση του αρρώστου ότι το βάριο θα αποβάλλεται με την κανονική λειτουργία του εντέρου σαν άσπρη κένωση.
- Καθαρτικό, όπως γάλα μαγνησίας (μπορεί να δοθεί από τον νοσηλευτή) για διευκόλυνση της αποβολής του βαρίου.
- Πολλές φορές για διευκόλυνση της αποβολής του βαρίου προβαίνει σε χαμηλό υποκλυσμό.

Θα πρέπει να προσεχθεί σε αρρώστους με ενεργές φλεγμονώδεις παθήσεις του κόλου να μην προηγείται προετοιμασία του εντέρου.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Σιγμοειδοσκόπηση

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας.

- Προετοιμασία του εντέρου. Ειδικότερα:

α) Υγρή δίαιτα για 72 ώρες πριν την εξέταση.

β) Ένα μπουκάλι (283.5 g) κρύου κιτρικού μαγνησίου κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου για τρεις ημέρες πριν από την εξέταση.

γ) Υποκλυσμός ως την επιστροφή καθαρού υγρού, νωρίς το πρωί της ημέρας της εξέτασης.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

⇒ Βοηθά τον άρρωστο να τοποθετηθεί σε γονατοαγκωνιαία θέση ή σε πλάγια.

⇒ Καλύπτει τον ασθενή και τοποθετεί ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι του. Ο άρρωστος μπορεί να βάλει τους βραχίονες του πάνω στο μαξιλάρι και να το πιάσει αν θέλει.

⇒ Δακτυλική εξέταση πριν από την εισαγωγή του ενδοσκοπίου για αποκλεισμό απόφραξης και διαστολή του πρωκτικού σφιγκτήρα.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

⇒ Επαλείφεται το σιγμοειδοσκόπιο με βαζελίνη και δίνεται στο γιατρό.

⇒ Καθώς το ενδοσκόπιο προχωρεί, ενθαρρύνεται από τη νοσηλεύτρια να αναπνέει βαθιά, για να απαλλαγεί από την ανάγκη για κένωση του εντέρου που αισθάνεται με την εισαγωγή του ενδοσκοπίου.

⇒ Προετοιμασία για πιθανή λήψη δείγματος βιοψίας.

⇒ Εισαγωγή αέρα για διάταση του βλεννογόνου.

⇒ Έξοδος του ενδοσκοπίου αργά, για να εξεταστεί προσεκτικά ο βλεννογόνος.

Μετά την εξέταση:

⇒ Η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο στον καθαρισμό της πρωκτικής περιοχής.

⇒ Παρακολουθεί τον άρρωστο για πυρετό, αιμορραγία, παθολογική δίαιτα και έξοδο βλεννοπυώδους υγρού. Σημείωση παραπόνων για ασυνήθη πόνο.

⇒ Ενθαρρύνει τη λήψη υγρών και την εφαρμογή της κανονικής δίαιτας το συντομότερο δυνατό.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η νοσηλεύτρια εξάλλου, δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με ελαττωματική καρδιακή λειτουργία ώστε να παραμείνουν ήρεμοι κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Χορηγείται ελαφρύ κατευναστικό ή ηρεμιστικό σε πολύ αγχώδες αρρώστους.

Προσέχετε ώστε να μην προηγείται ετοιμασία του εντέρου σε ασθενείς με ενεργό αιμορραγία ή βαριά διάρροια.

Τέλος, επειδή η εξέταση δημιουργεί αμηχανία στον άρρωστο, η νοσηλεύτρια φροντίζει για τη συνεχή ενθάρρυνση του και τον καλό αερισμό του χώρου.

Κολοσκόπηση

Η προετοιμασία του αρρώστου περιλαμβάνει:

- Εξήγηση της διαδικασίας.

Ετοιμασία του εντέρου, η οποία συνήθως περιλαμβάνει

α.

- Υγρή δίαιτα για 72 ώρες πριν την εξέταση.
- Ένα μπουκάλι (283.5 g) κρύου κιτρικού μαγνησίου κάθε βράδυ την ώρα του ύπνου για τρεις μέρες πριν από την εξέταση.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Υποκλυσμός ως την επιστροφή καθαρού υγρού νωρίς το πρωί της ημέρας της εξέτασης.

β)

Μια άλλη μέθοδος προετοιμασίας του παχέος εντέρου είναι η ολική έκπλυση του εντέρου με φυσιολογικό ορό. Η μέθοδος αυτή προετοιμάζει τον ασθενή χωρίς καθαρτικό και υποκλυσμούς και απαιτεί λίγες ώρες.

Αμέσως μετά την εξέταση ο ασθενής λαμβάνει ελαφρά ηρεμιστική αγωγή με ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης ή μεπεριδίνης.

Η διαδικασία περιλαμβάνει:

- ⇒ Τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση (Sim στο τραπέζι εξέτασης και κάλυψή του.
- ⇒ Η νοσηλεύτρια επαλείφει το ενδοσκόπιο και το δίνει στο γιατρό.
- ⇒ Εξέταση του βλεννογόνου και λήψη δειγμάτων καθώς το κολονοσκόπιο αφαιρείται αργά.
- ⇒ Εισαγωγή αέρα για τη διάταση του εντέρου και διευκόλυνση της εξέτασης.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

⇒ Η νοσηλεύτρια καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς.

⇒ Συχνά, κατόπιν εντολή γιατρού, χορηγείται Demerol, ή Valium για τη δυσχέρεια, όπως κοιλιακές κράμπες, καθώς το ενδοσκόπιο προχωρεί στο κόλο.

Μετά την εξέταση:

⇒ Η νοσηλεύτρια καθαρίζει την πρωκτική περιοχή από κόπρανα και βαζελίνη.

⇒ Παρακολουθεί τον άρρωστο για πυρετό, αιμορραγία, κοιλιακή διάταση βλεννοπυώδη παροχέτευση και ασυνήθη πόνο.

⇒ Συνεχίζει τον έλεγχο των ζωτικών σημείων.

⇒ Αν δόθηκε κατευναστικό στον άρρωστο διατηρούνται προφυλακτικές ώσπου να εκπνεύσει η δράση του.

⇒ Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει υγρά και να εφαρμόσει την κανονική διαίτα, το συντομότερο δυνατό.

Και εδώ δίδεται ιδιαίτερη προσοχή στον να μη γίνεται προετοιμασία εντέρου σε ασθενείς που παρουσιάζουν ενεργό αιμορραγία ή βαριά διάρροια.

Βιοψία

Η λήψη δειγμάτων για βιοψία γίνεται κατά τη διάρκεια της κολonosκόπησης και πρωκτοσιγμοειδοσκόπησης. Έτσι η νοσηλεύτρια πριν την εξέταση έχει έτοιμο το δοχείο με το υγρό όπου θα μπει το δείγμα (φορμόλη σε αναλογία 10% με νερό ή οινόπνευμα 76 - 96%).

Μετά την εξέταση προσέχει ιδιαίτερα για εμφάνιση αιμορραγίας, ώστε αν τυχόν συμβεί να ενημερώσει αμέσως το γιατρό και να τον βοηθήσει στην αντιμετώπισή της.

Ενδοφλέβια πνευμογραφία

Η εξέταση αυτή αποτελεί τη βασική εξέταση του ουροποιητικού συστήματος. Προσδιορίζει τη θέση των νεφρών καθώς και τη διήθηση ή παρεκτόπιση των ουρητήρων από τον όγκο.

Η νοσηλεύτρια, εκτός εκείνων που έχουν σχέση με την ακτινογραφία, πρέπει να γνωρίζει ότι πριν από την εξέταση, προηγείται απαραίτητα test ευαισθησίας του σκεύασματος που θα χρησιμοποιηθεί καθώς υπάρχει πιθανότητα να παρουσιάσει ο ασθενής αναφυλακτικά συμπτώματα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κατά ή μετά τη χορήγηση του ώστε να αποφευχθούν τυχόν αναβολές.

Προετοιμάζει τον άρρωστο για την εξέταση με καθαρτικό υποκλυσμό ή καθαρτικά φάρμακα ελαφρά τροφή και μείωση των υγρών στο ελάχιστο την προηγούμενη μέρα. Η μείωση των υγρών στο ελάχιστο, από την προηγούμενη μέρα, συμβάλλει στην καλύτερη σκιαγράφιση των νεφρών. Υπογραμμίζεται πως σ' όλη τη διάρκεια της λήψης των ακτινογραφιών βρίσκεται κοντά στον άρρωστο με σκοπό την τόνωση του ηθικού του και την πρόληψη των ενεργειών.

Αιματολογικές εξετάσεις.

Ο νοσηλευτής ενημερώνει τον άρρωστο για την εξέταση, ζητά τη βοήθειά του κατά την αιμοληψία, φροντίζει για την αποστολή των δειγμάτων και τη λήψη των αποτελεσμάτων από τα εργαστήρια, τα οποία και δίνει στο θεράποντα ιατρό.

2. Κλινική Εικόνα

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου εμφανίζει ένα σχετικά αργό ρυθμό ανάπτυξης.

Ο μέσος χρόνος διπλασιασμού (ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται για να διπλασιασθεί σε μέγεθος ο όγκος του πρωτοπαθούς καρκίνου του παχέος εντέρου, έχει υπολογισθεί ότι είναι περίπου 620 ημέρες, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι πολλά χρόνια σιωπηρής παρουσίας της νόσου μπορούν να έχουν προηγηθεί, προτού να φτάσει ο καρκίνος σε μέγεθος τέτοιο που να δώσει συμπτώματα.

2^α. Γενικά συμπτώματα και νοσηλευτική παρέμβαση

Γενικά, τα συμπτώματα του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κυρίως τα κοιλιακά άλγη και οι διαταραχές των κενώσεων, αν και διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την εντόπιση του όγκου. Τα συμπτώματα αυτά διαιρούνται στις εξής κατηγορίες:

1. Τοπικά συμπτώματα: Σύνδρομο διάρροιας ή δυσκοιλιότητας ή εναλλαγή των δύο. Σε περίπτωση διάρροιας, τα κόπρανα μπορεί να

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

περιέχουν βλέννα, ή αίμα μελανό ή ερυθρό. Σε περίπτωση στένωσης του εντέρου, παρατηρούνται συμπτώματα οξείας ή χρόνιας εντερικής απόφραξης. Σπάνια ο όγκος εκδηλώνεται σε συμπτώματα διάτρησης εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Τότε μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα συριγγίου που εκβάλλει στο παρακείμενο όργανο π.χ. το στομάχι.

2. Μεταστατικά συμπτώματα: Είναι η ηπατομεγαλία ο ίκτερος και ο ασκίτης που εκδηλώνονται με κοιλιακή διάταση.

3. Γενικά συμπτώματα: Είναι η αναιμία, ή ανορεξία, απώλεια βάρους και γενική καχεξία. Η συμπτωματολογία του καρκίνου παχέος εντέρου εξελίσσεται σε τρεις φάσεις: την προστενωτική, τη στενωτική και την αποφρακτική φάση.

α) Η προστενωτική φάση: Στη φάση αυτή οι ενοχλήσεις είναι γενικές και ασαφείς. Υπάρχει αίσθημα βάρους στην περιοχή που δημιουργήθηκε ο όγκος, ανορεξία κόπωση και ανωμαλία στις κενώσεις, δηλαδή διάρροιες που διαρκούν 1 - 2 μέρες και περνούν αυτομάτως ή περίοδο, δυσκοιλιότητας που δεν επηρεάζονται από την λήψη καθαρτικού.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

β) Η στενωτική φάση: Ο όγκος έχει αναπτυχθεί και προκαλεί στένωση του αυλού του εντέρου, με αποτέλεσμα την παρεμπόδιση της προώθησης του εντερικού περιεχομένου, το τμήμα του εντέρου που βρίσκεται πίσω από το εμπόδιο προσπαθώντας να το ανακάμψει, ενισχύει τις συσπάσεις και αυξάνει τις εκκρίσεις του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση κολικών κρίσεων, που ακολουθούν την περίοδο της έντονης δυσκοιλιότητάς και ακολουθούνται από διάρροια όταν το έντερο υπερνικήσει το εμπόδιο.

γ) Η αποφρακτική φάση: Όταν η κατάσταση αφεθεί στην τύχη, η κατάσταση του αρρώστου έχει επιδεινωθεί (ανορεξία, απώλεια βάρους, καταβολή δυνάμεων, ωχρότητα, αναιμία). Τοξικές ουσίες απορροφούνται από την κυκλοφορία και προκαλείται αφυδάτωση. Στη φάση αυτή, σπάνια υπάρχει η δυνατότητα ριζικής επεμβάσεως.

Και εφαρμόζεται η παρήγορη θεραπεία. Τα συμπτώματα του καρκίνου παχέος εντέρου όπου αναφέρθηκε και προηγουμένως, διαφέρουν αναλόγως με την εντόπιση του όγκου.

Κατά τη γενική εκτίμηση της κατάστασης η νοσηλεύτρια προσπαθεί αρχικά να αντλήσει πληροφορίες τόσο από τον ίδιο τον ασθενή και τα άτομα του στενού οικογενειακού του κύκλου όσο και στα Ιατρικά δελτία, που τυχόν υπάρχουν.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Σε ασθενή με Ca παχέος εντέρου αναζητάτε κυρίως ιστορικό κληρονομικότητας.

Η νοσηλεύτρια εξάλλου, ζητά από τον ασθενή λεπτομερή και ακριβή περιγραφή των συμπτωμάτων του.

Από την περιγραφή αυτή συνήθως προκύπτει αλλαγή στις συνήθειες του εντέρου. Ο άρρωστος παρουσιάζει ή μεγάλου βαθμού δυσκοιλιότητα ή δυσκοιλιότητα εναλλασσόμενη με διάρροια και κολικό πόνο στην κάτω κοιλιά.

Ο πόνος συχνά αυξάνει σε ένταση, όταν το άτομο ανεβαίνει σκαλοπάτια ή σκύβει. Συχνά αναφέρεται η ύπαρξη αίματος αναμεμιγμένο με τις κοπρανώδεις μάζες. Ο άρρωστος εξάλλου αναφέρει και πως μετά την κένωση του εντέρου, το αισθάνεται γεμάτο.

Μπορεί να υπάρχουν ανορεξία, ναυτία, έμετοι, καθώς και απώλεια βάρους. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια παίρνει το βάρος του σώματός του και το συγκρίνει με προηγούμενες τιμές. Παίρνουν ακόμη, τα ζωτικά σημεία του ενώ εξετάζονται η ελαστικότητα του δέρματος και η κατάσταση των βλεννογόνων.

Κατά την κλινική εξέταση, η νοσηλεύτρια βοηθάει το γιατρό δίνοντας στον ασθενή την κατάλληλη θέση, ελευθερώνοντας την εξεταζόμενη

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

περιοχή από ότι την καλύπτει και προσφέροντας του τα «απαραίτητα» για την εξέταση.

2β. Επιπλοκές και νοσηλευτική παρέμβαση

Οι επιπλοκές που παρατηρούνται είναι οι εξής:

1. Καρκίνος δεξιού κόλου και τυφλού.

Συνήθως ο όγκος εντοπίζεται εντός του τυφλού και του ανιόντος κόλου, των οποίων η διάμετρος είναι ευρεία και το περιεχόμενο υδαρές. Είναι συνήθως τύπου ανθοκραμβοειδούς μπορεί όμως να είναι και εκπλαστικός όγκος που προβάλλει μέσα στον αυλό του εντέρου και σπάνια διαβρωτική εξέλκωση.

Τα συμπτώματα που υπάρχουν εδώ είναι η αναιμία εξαιτίας της συνεχούς απώλειας αίματος, το οποίο όμως είναι μικρής ποσότητας και αναμειγμένο με κόπρανα. Ο όγκος ψηλαφάτε στο δεξιό λαγόνιο, είναι συχνά επιμηκυσμένο, με περίγραμμα σχετικά ασαφές. Παρατηρείται διαρροϊκό σύνδρομο ή εναλλαγές διάρροιας ή δυσκοιλιότητας. Η δυσκοιλιότητα δεν είναι μόνιμη γιατί ο όγκος δεν προκαλεί στενωτικά φαινόμενα.

Άλλα συμπτώματα είναι η ανορεξία, το αίσθημα κακουχίας και η σχετικά υψηλή πυρετική κίνηση, που οφείλονται σε τήξη και εξέλκωση της επιφάνειας του όγκου, ή σε επιμόλυνση και

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

απορρόφηση τοξικών ουσιών από την εξελκώμενη επιφάνεια.

Όταν γίνει επέκταση του όγκου προς την ειλεοτυφλική βαλβίδα, παρουσιάζονται κοιλιακά άλγη και έμετοι. Αυτά τα ενοχλήματα παραπλανούν και κατευθύνουν τις υπόνοιες προς το ανώτερο πεπτικό σύστημα.

2. Καρκίνος εγκάρσιου κόλου

Ο όγκος εντοπίζεται στη δεξιά κολική καμπή ή στο μεσοεγκάρσιο ή στην αριστερή κολική καμπή. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η αναιμία καθώς επίσης και η ψηλάφηση όγκου και άλγος στο επιγάστριο. Τα συμπτώματα αυτά, στρέφουν τις υπόνοιες για καρκίνο στομάχου, με αποτέλεσμα να γίνεται πολλές φορές λάθος διάγνωση.

3. Καρκίνος αριστερού κόλου

Στο αριστερό κόλο, τα νεοπλάσματα προκαλούν πρώιμα στενωτικά φαινόμενα. Το άλγος εντοπίζεται στο υπογάστριο, στην αρχή είναι διάχυτο και συνεχές και αργότερα κολικοειδές.

Όταν το νεόπλασμα εντοπίζεται στο σιγμοειδές τότε το άλγος είναι από την αρχή κολικοειδές.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Υπάρχουν διαταραχές στις κενώσεις, που χαρακτηρίζονται από προϋούσα και επιτεινομένη δυσκοιλιότητα. Ο ασθενής αναφέρει ότι παίρνει όλο και μεγαλύτερη δόση καθαρτικού. Μερικές φορές, λόγω της εξελκώσεως του εντέρου, παρατηρούνται κρίσεις διάρροιας.

Η σύσταση των κοπράνων είναι φυσιολογική μπορεί όμως να υπάρχουν ταινιοειδείς κενώσεις. Στα καρκινώματα του σιγμοειδούς πραγματοποιείται αποβολή βλέννας και αίματος, κυρίως τις πρωινές ώρες.

Επίσης προκαλούν αίσθημα τεινεσμού. Υπάρχει διάταση της κοιλίας συνοδευόμενη από άλγος το οποίο υποχωρεί με την αποβολή αερίων. Τα συμπτώματα αυτά, εντοπίζονται πιο συχνά σε νεοπλάσματα του κατιόντιος κόλου και του σιγμοειδούς.

Ο όγκος, συχνά γίνεται ψηλαφητός ή αισθητός με δακτυλική εξέταση. Η οξειοεντερική απόφραξη, είναι ο κύριος λόγος της προσέλευσης των ασθενών αυτών στο νοσοκομείο, ειδικότερα όταν πρόκειται για καρκίνωμα της κατώτερης μοίρας του κατιόντιος και του σιγμοειδούς.

Η διάτρηση του εντέρου συμβαίνει σε ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων. Μπορεί να συμβεί με σημεία αποφράξεως ή όχι. Η αιμορραγία από το

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

πεπτικό σύστημα είναι μικρή, είτε μικροσκοπική, είτε με τη μορφή ερυθρού αίματος ή μέλαινας.

Άλλα συμπτώματα του καρκίνου του αριστερού κόλου είναι η απώλεια βάρους, η καταβολή δυνάμεων, η κεφαλαλγία, η ανορεξία και η δυσπεψία.

4. Καρκίνος ορθού.

Ο καρκίνος του ορθού διακρίνεται σε καρκίνο της λυκήθου του πρωκτικού σωλήνα και του πρωκτού. Στον καρκίνο του ορθού, περιλαμβάνεται και ο καρκίνος του στομάχου, είναι ο συχνότερος καρκίνος του πεπτικού σωλήνα.

Καρκίνος της λυκήθου: Εδώ παρατηρούνται αιμορραγίες που προηγούνται της αφόδευσης καμιά φορά είναι άτυπες αποτελούνται από σκούρο αίμα ανακατεμένο με κόπρανα ή αποβαλλόμενο μετά την αφόδευση οπότε συνοδεύεται από άφθονη βλέννα. Υπάρχουν διαταραχές της λειτουργίας του ορθού, δυσκοιλιότητα, διάρροια, ψεύτικη αίσθηση αφόδευσης που καταλήγει ή όχι στην αποβολή βλέννας αίσθημα βάρους στο περίνεο ή στο ιερό οστό. Οποιαδήποτε διαταραχή στις κενώσεις, πρέπει να θεωρείται ύποπτη.

Οι διαταραχές των κενώσεων συνοδεύονται από αίσθημα τεινισμού, αποβολή βλέννας και αίματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Οι αιμορραγίες είναι συχνές και άφθονες ενώ το αίμα αποβάλλεται με τις κενώσεις επαλείφοντας τις ή ανάμεσα απ' αυτές, οπότε συνοδεύεται από άφθονη βλέννα.

Αλλά συμπτώματα είναι η ασθενικότητα, η απώλεια βάρους, η αναιμία, τα οποία εμφανίζονται πολύ αργά σε σχέση με τα τοπικά συμπτώματα, τα οποία είναι πρώιμα.

Καρκίνος του ορθοσυγμοειδούς: Εδώ

κυριαρχεί η δυσκοιλιότητα, ενώ τα γενικά συμπτώματα είναι η προσβολή της γενικής κατάστασης του οργανισμού. Ο καρκίνος αυτός συνήθως αποκαλύπτεται με μια επιπλοκή απόφραξης, ή με διαταραχές της ούρησης από την ουροδόχο κύστη.

Καρκίνος του πρωκτού: Διακρίνεται σε

καρκίνο του πρωκτικού σωλήνα και του πρωκτού. Στον καρκίνο του πρωκτού τα συμπτώματα είναι οι αιμορραγίες οι διαταραχή, της αφόδευσης και τα άλγη. Στον καρκίνο του πρωκτικού σωλήνα τα άλγη είναι κλασική μορφή μιας ραγάδας, είναι δηλαδή πρώιμα, έντονα και δεν υποχωρούν σε θεραπείες.

Οι αιμορραγίες προηγούνται των κενώσεων, υπάρχουν λειτουργικές διαταραχές του σφιγκτήρα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

όπως αίσθημα ψευδούς αφόδευση τεινεσμός, ανεπάρκεια του σφιγκτήρα.

Γενικά, στον καρκίνο του ορθού, τα αποφρακτικά φαινόμενα είναι σπάνια το άλγος δεν παρατηρείται ή είναι σημείο προχωρημένης κατάστασης πράγμα που δυσκολεύει βέβαια και τη διάγνωση. Συχνά γίνεται εσφαλμένη διάγνωση αιμορροϊδων, οι οποίες μπορεί και να υπάρχουν και αποκρύπτεται έτσι η ουσιαστική ασθένεια.

Γενικότερα, τα κυριότερα προβλήματα του αρρώστου σε μια τόσο σοβαρή ασθένεια είναι:

- 1.Κακή οξυγόνωση των ιστών (σε προχωρημένα στάδια εξαιτίας πόνου, αναιμίας, αδυναμίας).
- 2.Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία έμετοι).
- 3.Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια.
- 4.Μείωση δραστηριοτήτων (καχεξία).
- 5.Μείωση άνεσης (συμπτώματα).
- 6.Πόνος.
- 7.Αγωνία για τη διάγνωση των συμπτωμάτων (αίμα στα κόπρανα, αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου).

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

8. Προβλήματα ανάλογα με τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη θεραπευτική αγωγή.

Η νοσηλεύτρια στοχεύει με τη διαρκεί φροντίδα της να τον απαλλάξει από τα συμπτώματα (τουλάχιστον τα πιο ενοχλητικά, να τον βοηθήσει ψυχολογικά ενθαρρύνοντας τον να αντιμετωπίσει με υπομονή τόσο τις διαγνωστικές εξετάσεις όσο και τη θεραπεία που θα ακολουθήσει.

Από την εξέταση μπορεί να προκύψει η παρουσία ενδοκοιλιακού όγκου σκληρού ή υπόσκληρου, ηπατομεγαλία, μετάσταση στον ομφαλό, διάσταση των φλεβών του κοιλιακού τοιχώματος, η ύπαρξη ή απουσία περισταλτικών κινήσεων.

Η δακτυλική εξέταση αποτελεί μέρος της κλινικής εξέτασης. Πιθανότατα είναι το σημαντικότερο τμήμα της εξέτασης για τη διάγνωση νόσου του παχέος εντέρου. Η εξέταση ποτέ δεν θα πρέπει να παραλείπεται για λόγους ευγένειας ή το φόβο κακής εντύπωσης.

Ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση με τα γόνατα λυγισμένα προς την κοιλιά και την πλάτη γυρισμένη στο γιατρό ή σε γονατοαγκωνιαία θέση.

⇒ Η νοσηλεύτρια τοποθετεί κάτω από τους γλουτούς τους αρρώστου τετράγωνο αδιάβροχο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- ⇒ Πριν την εξέταση προτρέπει τον ασθενή να ουρήσει για να είναι άδεια η ουροδόχος κύστη.

- ⇒ Προετοιμάζει τον ασθενή για τη φύση της εξέτασης, εξηγώντας ταυτόχρονα και τους λόγους για τους οποίους γίνεται.

- ⇒ Τέλος, δίνει βαζελίνη και γάντια στο γιατρό για να αρχίσει η εξέταση.

3. Συναισθηματική φόρτιση αρρώστου με Ca κολοστομία

Όταν ένα άτομο εισέλθει στο νοσοκομείο για να νοσηλευτεί, η παραμονή του σ' αυτό αποτελεί μέρος της όλης ασθένειας και συνήθως δεν είναι η αρχή, αλλά ούτε πάντοτε και το τέλος της. Το γεγονός αυτό αποτελεί βασικό σημείο, το οποίο πρέπει η νοσηλεύτρια να γνωρίζει. Ακόμη, ο χρόνος παραμονής του ασθενούς μικρός ή μεγάλος, δεν μεταβάλλει τη στάση και τις υποχρεώσεις που έχει η νοσηλεύτρια προς αυτόν.

Από την εμφάνιση της νόσου, ο ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα οικονομικά, επαγγελματικά, κοινωνικά, σχέσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας κ.α.

Ακόμη επειδή ο ασθενής από έλλειψη στοιχειωδών γνώσεων δεν μπορεί να κρίνει τη βαρύτητα της καταστάσεως του, συχνά ανησυχεί και αγωνιά για ασήμαντα πράγματα. Η εισαγωγή του στο νοσοκομείο διακόπτει τον κανονικό ρυθμό και τρόπο ζωής του. Έρχεται στο νοσοκομείο όχι σαν μια απλή περίπτωση ασθένειας, αλλά σαν άτομα, μέλος μιας οικογένειας και πολίτης της κοινωνίας. Έρχεται βέβαια με ένα πρόβλημα υγείας αλλά και με προσωπικές φροντίδες. Αποχωρίζεται την οικογένειά του, τους φίλους

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

του, τις οικογενειακές και επαγγελματικές του ευθύνες και τις ατομικές του συνήθειες και μπαίνει σ' ένα ξένο και άγνωστο περιβάλλον, όπου υποχρεώνεται σε αδράνεια και εξάρτηση από το προσωπικό.

Γι' αυτό η νοσηλεύτρια και κάθε υπάλληλος του νοσοκομείου πρέπει να κατανοήσει ότι ο εισερχόμενος είναι άνθρωπος, άνθρωπος που πάσχει και γι' αυτό η συμπεριφορά όλων πρέπει να είναι ενδεδειγμένη. Κάθε λέξη, κάθε έκφραση του προσώπου, κάθε κίνηση του σώματος κ.λ.π. μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή, για την εύκολη προσαρμογή του στο νέο και δυσάρεστο περιβάλλον του νοσοκομείου ή να περιπλέξουν την κατάσταση.

Κεφάλαιο Δ

Καρκίνος παχέος εντέρου - Θεραπεία.

Η κατεξοχήν θεραπευτική μέθοδος στον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι η χειρουργική θεραπεία. Ακολουθούν η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία.

Η επιλογή και εφαρμογή μιας θεραπείας καθορίζεται από την κυτταρολογική και ιστολογική επιβεβαίωση της νόσου. Η κάθε θεραπευτική μέθοδος έχει καθορισμένες ενδείξεις είτε σαν μόνη θεραπεία, είτε σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες ανάλογα με τον ιστολογικό τύπο, τον βαθμό διαφοροποίησεως την έκταση της αρρώστιας, την ηλικία και την υγεία του ατόμου.

1. Ακτινοθεραπεία και Νοσηλευτική φροντίδα

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

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μοναδική θεραπεία του καρκίνου ή να γίνει συνδυασμός χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας. Στον καρκίνο του ορθού, η διενέργεια ακτινοθεραπείας πριν και μετά την εγχείρηση μειώνει σημαντικά το ποσοστό τυπικών υποτροπών.

Στην ακτινοθεραπεία χρησιμοποιείται η ιονίζουσα ακτινοβολία που την παίρνουμε από τρεις πηγές:

α) Φυσικά ραδιενεργά στοιχεία

β) Τεχνητά ραδιενεργά στοιχεία

γ) Μηχανήματα παραγωγής ακτινών Roentgen και ηλεκτρονίων με κατανάλωση ηλεκτρικού ρεύματος (ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία).

Η ιονίζουσα ακτινοβολία αποτελείται ή από πολύ μικρά σωματίδια που κινούνται με μεγάλη ταχύτητα ή είναι ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ταχύτητα ή είναι ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία πολύ μικρού μήκους κύματος (ακτινοβολία χ και γ) που διαδίδεται με την ταχύτητα του φωτός.

Η ακτινοβολία εφαρμόζεται:

- Ως τηλεθεραπεία
- Εξωτερικά (η πηγή εκπομπής ακτινοβολίας βρίσκεται έξω από το σώμα του αρρώστου)
- Ενδοκοιλοτικά (ραδιοϊσότοπο εισάγεται μέσα σε κοίλα όργανα ή σε υπάρχουσες κοιλότητες του οργανισμού)
- Εμφύτευση μέσα σε ορισμένους όγκους στερεών ραδιενεργών πηγών
- Έγχυση κολλοειδούς διαλύματος ραδιοϊσότοπου μέσα στο νεοπλασματικό ιστό
- Εσωτερικά, από το στόμα ή ενδοφλεβίως

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα των ιονιζουσών ακτινοβολιών είναι:

- ◊ Το είδος της ακτινοβολίας
- ◊ Η δόση της ακτινοβολίας
- ◊ Ο ρυθμός δόσης
- ◊ Το είδος του ιστού

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- ◊ Η έκταση του ακτινοβολούμενου πεδίου
- ◊ Η οξυγόνωση του ιστού και η θερμοκρασία του, που έχουν σχέση ανάλογη με την ακτινοευαισθησία
- ◊ Διάφορες ουσίες που ελαττώνουν την ακτινοευαισθησία.

Πριν την υποβολή του αρρώστου σε ακτινοθεραπεία, απαραίτητη είναι η εντόπιση και σημείωση του όγκου πάνω στο σώμα του, με σκοπό την ολική ακτινοβόληση του όγκου και όσο το δυνατόν λιγότερων φυσιολογικών ιστών.

Η προεγχειρητική ακτινοθεραπεία των όγκων του παχέος εντέρου με ακτινοβολία της τάξης 2000 - 25000 R σε δέκα δόσεις που χορηγούνται σε διαστήματα 12 ημερών, πιστεύεται ότι καθιστά ανεγχείρητους όγκους εγχειρήσιμους και αυξάνει το ποσοστό 5ετούς επιβίωσης μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Συγκεκριμένα αναγνωρίστηκε η επίτευξη μείωσης του προεγχειρητικού μεγέθους του όγκου της λεμφογαγγλιακής διασποράς, της έκπτωσης του μιτωτικού δείκτη και της τάσης μείωσης των τοπικών περιοχικών υποτροπών.

Η ακτινοθεραπεία μερικές φορές απαλλάσσει εντελώς τον ασθενή από τον πόνο ειδικά επί

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

τοπικής υποτροπής μετά από κοιλιοπερινεϊκή εκτομή με διήθηση των ιεροκόκκυγικών πλεγμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές, αν ο πόνος υποτροπιάσει, μπορεί να δοκιμαστεί η τοπική διήθηση των νευρικών πλεγμάτων με διάλυμα αλκοόλης ή φαινόλης και η χορδοτομή.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της ακτινοθεραπείας διακρίνονται σε πρώιμες και όψιμες.

I. Πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες:

1. Ακτινοδερματίτιδα: Ένας τοπικός ερεθισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολείται. Διακρίνονται τρεις μορφές ακτινοδερματίτιδας:

Ερυθηματώδης

Φυσαλιδώδης

Εσχαροποιητική

2. Η καταστολή του μυελού των οστών που οδηγεί σε ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία, αιμορραγική διάθεση, αναιμία και ευπάθεια σε μικροβιακές λοιμώξεις.

3. Βλάβη του βλεννογόνου των οργάνων που ακτινοβολούνται.

II. Όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες

1. Υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος της περιοχής που ακτινοβολήθηκε.
2. Καρκίνος δέρματος, πνευμόνων και οστών. Είναι σοβαρή αντίδραση από την ακτινοβολία, που μπορεί να εμφανιστεί μακροπρόθεσμα.
3. Βλάβη γεννητικών αδένων (στείρωση μόνιμη ή παροδική και μετάλλαξη των γονιδίων που απειλεί τους απογόνους).
4. Αλωπεκία (πτώση των μαλλιών της κεφαλής)
5. Νέκρωση, αυτόματα κατάγματα, βλάβη του φακού του ματιού (καταρράκτη), λευχαιμία, βράχυνση του χρόνου ζωής κλπ. Επίσης, η ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα γενικής αντίδρασης όπως:

- ◆ Γενική καταβολή δυνάμεων
- ◆ Ναυτία - έμετος
- ◆ Ανορεξία
- ◆ Απώλεια βάρους
- ◆ Πυρετική δεκατική κίνηση

Νοσηλευτική φροντίδα :

Η ακτινοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί εξωτερικά και εσωτερικά.

Ειδικότερα:

1. Εξωτερική εφαρμογή. Είναι η τηλεθεραπεία που εφαρμόζεται με:

- Ακτίνες Χ, οι οποίες παράγονται από ειδικό μηχάνημα
- Ραδιοϊσότοπα, τοποθετημένα σε θήκες (εκμαγή που εφαρμόζονται πάνω στο σημείο που πρέπει να ακτινοβοληθεί.

2. Εσωτερική χρήση. Αυτή εφαρμόζεται:

- Ενδοκοιλοτικά. Γίνεται εισαγωγή ραδιοϊσοτόπου σε κοίλα όργανα ή σε κοιλότητες του οργανισμού.
- Εμφύτευση. Τα ραδιοϊσότοπα εμφυτεύονται να μένουν μόνιμα ή αφαιρούνται μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα μέσα στους ιστούς.
- Εσωτερική χορήγηση από το στόμα ή ενδοφλέβια

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία αρχίζει από τη στιγμή που η νοσηλεύτρια θα έλθει σε επαφή με τον άρρωστό της. Από τη στιγμή αυτή, η νοσηλεύτρια με το ενδιαφέρον της, την κατανόηση της θέσεως του αρρώστου και τις γνώσεις της θα προσπαθήσει να δημιουργήσει στον άρρωστο ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αισθήματα αποδοχής.

Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες της νοσηλεύτριας που νοσηλεύει άρρωστο στον οποίο εφαρμόζεται ακτινοθεραπεία αναφέρονται:

- στην ενημέρωση του αρρώστου για τη θεραπεία,
- στην προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου για τη θεραπεία,
- στην εφαρμογή προστατευτικών μέτρων για τον άρρωστο, το περιβάλλον και τον εαυτόν της
- στην ψυχολογική τόνωση του αρρώστου πριν, κατά και μετά τη θεραπεία.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εξωτερική ακτινοθεραπεία (ακτίνες Χ - Τηλεακτινοθεραπεία).

Η νοσηλεύτρια:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για :
 - α) το είδος της εξωτερικής ακτινοθεραπείας που καθορίστηκε,
 - β) τη θέση του όγκου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία (παχύ έντερο)
 - γ) το σκοπό της θεραπείας (θεραπευτικός ή ανακουφιστικός)
 - δ) τον αριθμό των συνεδριών που ήδη έχει κάνει και προγραμματίζεται να κάνει.
- Αξιολογεί το πως αντιλαμβάνεται ο άρρωστος το είδος αυτό της θεραπείας και ανάλογα τον ενημερώνει σε συνεργασία με το γιατρό.
- Βεβαιώνεται πως ο άρρωστος έχει καταλάβει πως δεν πρέπει να βγάλει το σήμα που

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

καθορίζει το σημείο όπου θα γίνει η ακτινοθεραπεία.

- Δίνει ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη των αντιδράσεων από την ακτινοθεραπεία και παρακολουθεί τον άρρωστο για ναυτία και εμέτους ή άλλη αντίδραση, ώστε να τη διαγνώσει έγκαιρα και είναι έτοιμη να τον βοηθήσει κατάλληλα.
- Χορηγεί στον άρρωστο 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 συνήθως χαμηλή για την προστασία των μηχανημάτων.

Το πιο ουσιαστικό μέρος της προετοιμασίας του αρρώστου είναι η ενημέρωση για το τι πρόκειται να του συμβεί κατά την εφαρμογή της εξωτερικής ακτινοβολίας και για τυχόν παρενέργειες τόσο κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας, όσο και μετά.

Οι ειλικρινείς απαντήσεις της νοσηλεύτριας σε ερωτήματα του αρρώστου μειώνουν την ανησυχία και το άγχος του και τον βοηθούν να συνεργαστεί με το προσωπικό της ομάδας υγείας, ώστε να

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αξιοποιηθούν όλες οι δυνατότητες για την επιτυχία της ακτινοθεραπείας.

Πριν αρχίσει η εξωτερική ακτινοθεραπεία η νοσηλεύτρια ενημερώνει και εκπαιδεύει τον άρρωστο που αυτοεξυπηρετείται στα εξής:

1. Η περιοχή της ακτινοβολίας

- διατηρείται στεγνή,
- πλένεται με νερό και χωρίς σαπούνι, την ώρα που σκουπίζεται το δέρμα, αποφεύγεται η τριβή,
- Δε βάζει αλοιφές, πούδρες, λοσιόν, εκτός και αν υπάρχει ιατρική εντολή,
- τόσο κατά τη θεραπεία, όσο και μετά από αυτή πρέπει να διατηρείται χωρίς την επίδραση θερμότητας (να μη ζεσταίνεται πολύ),
- προστατεύεται από τον ήλιο ή το κρύο,
- αποτριχώνεται (ξυρίζεται) μόνο με ηλεκτρική μηχανή. Αν υπάρχει τοπική ερυθρότητα αποφεύγεται η αποτρίχωση με οποιοδήποτε μέσο,
- δεν έρχεται σε επαφή με υφάσματα που προκαλούν τριβή ή ερεθισμό.

2. Δεν αφαιρείται το σημάδι που οδηγεί τον ακτινοθεραπευτή να εφαρμόσει τη θεραπεία στο σωστό σημείο του σώματος.
3. Το διαιτολόγιο του ασθενή πρέπει να είναι ελαφρό και να περιέχει τροφές πλούσιες σε λευκώματα και βιταμίνες.
4. Μετά από κάθε συνεδρία ακτινοθεραπείας που γίνεται, ο ασθενής δεν αποτελεί πηγή ακτινοβολίας, είναι ακίνδυνος και επιστρέφει στο θάλαμό του. Το τμήμα ακτινοθεραπείας βρίσκεται σε υπόγειους ορόφους, με ειδικές κτιριακές εγκαταστάσεις όπως τοίχοι από παχύ στρώμα τσιμέντου, επενδυμένο όταν χρειάζεται με μόλυβδο καθώς και οι πόρτες.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Προετοιμασία και βοήθεια του αρρώστου στον οποίο πρόκειται να εφαρμοσθεί εσωτερική ακτινοθεραπεία

Η προετοιμασία του αρρώστου για την εσωτερική εφαρμογή της ακτινοθεραπείας έχει σχέση με τον τρόπο χορηγήσεως της. Όταν το ραδιοϊσότοπο (θωρακισμένο σε βελόνες, κόκκους ή σύρμα) πρόκειται να εμφυτευθεί σε ιστό ή σε κοιλότητα οργάνου, ο άρρωστος προετοιμάζεται για χειρουργείο. Δεν χρειάζεται ειδική προετοιμασία όταν το ραδιοϊσότοπο χορηγείται από το στόμα ή ενδοφλέβια ή μπαίνει μέσα σε κοιλότητα.

Πάντοτε όμως, ο άρρωστος ενημερώνεται για το είδος και το σκοπό της θεραπείας, το χώρο της εφαρμογής και τον τόπο της μετέπειτα νοσηλείας του.

Μετά την εφαρμογή ή χορήγηση του ραδιοϊσοτόπου, ο άρρωστος έχει ανάγκη από ειδική φροντίδα.

Από τη στιγμή που το ραδιοϊσότοπο βρίσκεται στον ανθρώπινο οργανισμό, (εσωτερική εφαρμογή ή εξωτερική τοποθέτηση σε επιφάνεια σώματος), ο άρρωστος απομονώνεται επειδή αποτελεί ραδιενεργό πηγή, που εκπέμπει ακτινοβολία μέχρι να εξαντληθεί (με τον υποδιπλασιασμό

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

μηδενίζεται η ραδιενεργός δράση του) ή αφαιρεθεί.

Σημεία που θα βοηθήσουν την νοσηλεύτρια στην προσφορά ακίνδυνης, για τον εαυτόν της και τους άλλους, νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο που του έχει εφαρμοσθεί θωρακισμένο ή μη θωρακισμένο ραδιοϊσότοπο είναι τα εξής:

- Ενημερώνεται από το φάκελο του αρρώστου για:
 - α) το είδος του ραδιοϊσοτόπου που θα χρησιμοποιηθεί,
 - β) τον τύπο της πηγής (θωρακισμένη ή μη θωρακισμένη,
 - γ) τον τρόπο χορήγησης (από το στόμα, ενδοφλέβια, ενδοκοιλιακά, ενδοϊστικά),
 - δ) την ημερομηνία που άρχισε η θεραπεία,
 - ε) το σημείο εφαρμογής (σε θωρακισμένη πηγή) και
 - στ) τον αριθμό των ημερών που ο άρρωστος πρέπει να απομονωθεί.

- Γνωρίζει πως σε περίπτωση εφαρμογής θωρακισμένου ραδιοϊσοτόπου, το ραδιοϊσότοπο δεν κυκλοφορεί στο σώμα του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αρρώστου και επομένως, δεν μολύνει τα ούρα, το αίμα τους, εμέτους ή τον ιδρώτα και έτσι δε λαμβάνει κανένα μέτρο προστασίας στο χειρισμό τους. Η μόλυνση από θωρακισμένη πηγή προκαλείται από την άμεση επαφή με την πηγή και από την ακτινοβολία που εκπέμπει ο ιστός που ακτινοβολείται. Επίσης γνωρίζει το χρόνο υποδιπλασιασμού, το είδος της ακτινοβολίας που εκπέμπει (γ ή β ακτίνες) και όταν πρόκειται για μη θωρακισμένη πηγή, τον τρόπο μεταβολισμού και απεκκρίσεως του ραδιοϊσοτόπου που χρησιμοποιείται.

- Ενημερώνεται για τους κανονισμούς του νοσοκομείου σχετικά με τα μέτρα ασφαλείας που εφαρμόζονται όταν χρησιμοποιείται ραδιενέργεια, τις οδηγίες σχετικά με το συγκεκριμένο ραδιοϊσότοπο και με ποιόν θα έλθει σε επαφή σε περίπτωση μόλυνσεως χώρου, αντικειμένων κ.λ.π.
- Νοσηλεύεται ο άρρωστος σε ειδική μονάδα και σε μοναχικό δωμάτιο με τηλέφωνο, σύστημα επικοινωνίας με τη στάση (nursing station) των νοσηλευτών, παράθυρο παρακολούθησης του αρρώστου ραδιόφωνο και τηλεόραση. Οι τοίχοι, η οροφή, η πόρτα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

και το δάπεδο του δωματίου δεν επιτρέπουν τη μόλυνση του περιβάλλοντος.

- Η νοσηλεύτρια εξηγεί τόσο στον ασθενή όσο και στους συγγενείς του την αναγκαιότητα του μέτρου αυτού, καθώς επίσης, και τη χρονική του διάρκεια (παροδική), συστήνοντας τους παράλληλα τη χρήση του τηλεφώνου ώστε να μειωθεί το αίσθημα της απομόνωσης και της μοναξιάς.
- Νοσηλεύει τον άρρωστο με μπλούζα και γάντια, τα οποία βάζει σε δοχεία από μολύβι, πριν φύγει από το θάλαμο.
- Στην πόρτα του δωματίου στο φάκελο και στο Kardex του αρρώστου τοποθετείται το σύμβολο της ραδιενεργού ακτινοβολίας.
- Κατά την προσφορά νοσηλείας στον άρρωστο, η νοσηλεύτρια γνωρίζει και λαμβάνει τα προστατευτικά μέτρα, απόσταση και χρόνος για τον εαυτόν της χωρίς όμως να εγκαταλείπεται ο άρρωστος.
- Όσοι εργάζονται σε χώρο που υπάρχει ακτινοβολία φορούν μετρητή εκθέσεως (δοσίμετρο) σε ακτινοβολία, που ελέγχεται περιοδικά από ειδικούς. Όταν ο μετρητής δείξει πως το άτομο που τον χρησιμοποιεί πήρε περισσότερη από την ανεκτή ποσότητα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ακτινοβολίας, απομακρύνεται περιοδικά από το χώρο της ακτινοβολίας.

- Σε περίπτωση μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, που η πηγή της βρίσκεται στον άρρωστο, ειδοποιείται αμέσως η αρμόδια υπηρεσία του ιδρύματος (τμήμα ραδιοϊσοτόπων) για να ενεργήσει ανάλογα.
- Αν θωρακισμένη πηγή ραδιοϊσοτόπου έφυγε από τη θέση που φυτεύτηκε ή τοποθετήθηκε και βρίσκεται στο κρεβάτι του αρρώστου ή το δάπεδο, πιάνεται με ειδικές μακριές λαβίδες και τοποθετείται στη θήκη της.
- Ποτέ δεν πιάνεται ραδιενεργός πηγή με γυμνά χέρια.
- Πριν πεταχτεί επιδεσμικό υλικό που καλύπτει τραύμα μέσω του οποίου έγινε εμφύτευση θωρακισμένης πηγής ραδιενέργειας, η νοσηλεύτρια ελέγχει το υλικό για εκτόπιση της πηγής. Αν το επιδεσμικό υλικό υπάρχει η πηγή, ο χειρισμός της γίνεται όπως αναφέρεται πιο πάνω.
- Αν υπάρχει υπόνοια μόλυνσεως του περιβάλλοντος από ακτινοβολία, εντοπίζεται η μόλυνση με ειδικά όργανα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

από την αρμόδια υπηρεσία, η οποία πρέπει να ενημερώνεται αμέσως.

Το ραδιενεργό υγρό που εγχέεται ενδοφλέβια ή σε κοιλότητα ή δίνεται από το στόμα, μολύνει, ανάλογα με το μεταβολισμό του και την οδό απεκκρίσεως του, τα κόπρανα, τα ούρα, το αίμα, τον ιδρώτα, τους εμέτους κ.α., γι' αυτό λαμβάνονται ειδικά μέτρα που έχουν καθοριστεί για το χειρισμό και διάθεση των πιο πάνω υλικών.

Αντιμετώπιση παρενεργειών - επιπλοκών ακτινοθεραπείας

Κατά την ακτινοθεραπεία εμφανίζονται παρενέργειες, οι οποίες αντιμετωπίζονται από τη νοσηλεύτρια ως εξής:

I. Σε ακτινοδερματίτιδα

1. Η νοσηλεύτρια παρατηρεί για ερυθρότητα ξηρότητα και απολέπιση.
2. Εφαρμόζει στην ακτινοβολούμενη περιοχή ουδέτερες κρέμες σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
3. Πλένει το δέρμα με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

4. προστατεύει το δέρμα από την ηλιακή ακτινοβολία, την υψηλή θερμοκρασία, από τραυματισμό και στενά ενδύματα.
5. Φροντίζει την υγιεινή της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με ήπια αντισηπτικά.
6. Ενημερώνεται ο άρρωστος να μην ξαπλώνει στην περιοχή του δέρματος που παρουσιάζει ακτινοδερματίτιδα.
7. Σε εκτεταμένη ακτινοδερματίτιδα, διακόπτεται για ορισμένο χρονικό διάστημα η ακτινοθεραπεία.

II. Σε ναυτία και εμέτους

1. Χορηγεί ηρεμιστικά αντιεμετικά και αντισταμινικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
2. Ενθαρρύνει τον άρρωστο να παίρνει υγρά.
3. Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα, υψηλής θερμιδικής αξίας και πλούσια σε λεύκωμα.
4. Σημειώνει τις αντιδράσεις του.

III. Σε διάρροια

1. Χορηγεί αντιδιαρροϊκά φάρμακα ανάλογα με την εντολή του γιατρού.
2. Αποφεύγει να δίνει στον άρρωστο τροφές που επιδεινώνουν τη διάρροια.
3. Χορηγεί δίαιτα με μικρό υπόλειμμα

IV. Σε καταστολή του μυελού των οστών

1. Προστατεύει τον άρρωστο από λοιμώξεις και τραυματισμούς.
2. Γίνεται συστηματικός αιματολογικός έλεγχος και παρακολούθηση για εμφάνιση αιμορραγιών ή λοιμώξεων. Σε περίπτωση αιμορραγίας βοηθά στην αντιμετώπισή της. Ειδικότερα:
 1. Κατά την τηλεθεραπεία, η νοσηλεύτρια:
 - Αποφεύγει τη χρήση αντισηπτικών που επηρεάζουν την ακτινοβολία όπως άλατα βαρείων μετάλλων υδραργύρου, μολύβδου, ψευδαργύρου, αργύρου, βάμμα ιωδίου.
 - Αποφεύγει τη χρήση σουφλοναμιδίων και λευκοπλάστη.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Αποφεύγει την πλύση της ακτινοβολούμενης επιφάνειας και εντριβή της, ή αν υπάρχει εντολή γίνεται ελαφρά πλύση με ουδέτερο σαπούνι και χλιαρό νερό.
- Αποφεύγει τη χρησιμοποίηση επιθεμάτων.
- Για την τοπική αντίδραση δέρματος χρησιμοποιεί υδροκορτιζόνη (spray ή αλοιφή και γάζες Lanett Max).
- Προστατεύει το δέρμα από ηλιακή ακτινοβολία, ψηλή θερμοκρασία, τραυματισμό και στενά ενδύματα.

2. Κατά την ενδοκοιλιακή χορήγηση:

- Προηγείται εκκενωτική παρακέντηση.
- Απομονώνεται ο άρρωστος
- Αν δεν υπάρχει ιδιαίτερο δωμάτιο, το κρεβάτι τοποθετείται σε απόσταση τουλάχιστον δύο μέτρων από τα άλλα. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο να μην παίρνει ακτινοβολία από άλλο άρρωστο.
- Αναρτείται πινακίδα στην οποία αναγράφεται η περιοχή εφαρμογής, καθώς

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

και το είδος και η δόση του ραδιοϊσοτόπου.

- Προσδιορισμός ακτινοβολίας λευχειμάτων πριν από την αποστολή τους στο πλυντήριο.
- Αλλαγή θέσεως κάθε 15'.
- Προσοχή για διαρροή διαλύματος από το σημείο παρακέντησης.
- Παρόλο που δεν εισχωρεί στην κυκλοφορία τα ούρα φυλάσσονται σε ειδικά δοχεία. Η νοσηλεύτρια τα χειρίζεται με γάντια.
- Αν σηκώνεται ο άρρωστος πρέπει να στέκεται δύο μέτρα πιο μακριά από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν είναι κλινήρης ο χρόνος παραμονής της νοσηλεύτριας κοντά του είναι ανάλογος με τη δόση και την απόσταση απ' αυτόν.
- Απαραίτητη η παρουσία ειδικού από το τμήμα ραδιοϊσοτόπων όταν πρέπει να γίνει παρακέντηση μέσα στις πρώτες ημέρες μετά την εισαγωγή του διαλύματος.
- Ελέγχονται οι αποχρέμψεις για ραδιενέργεια. Τέλος, η νοσηλεύτρια καταβάλλει προσπάθεια για ανύψωση του ηθικού του ασθενή που συμβάλλει στη

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

μείωση και καλή αντιμετώπιση των παραπάνω αντιδράσεων.

2. Χημειοθεραπεία και νοσηλευτική φροντίδα.

Τελευταία σημειώθηκαν πρόοδοι στη χρησιμοποίηση διάφορων χημικών ενώσεων για τη θεραπεία του καρκίνου.

Οι χημικές αυτές ουσίες ονομάζονται χημειοθεραπευτικά ή κυτταροτοξικά ή κυτταροσταλτικά φάρμακα και είναι πολλά.

Είναι γνωστό ότι τα αντικαρκινικά φάρμακα εκτός από την καταστροφική τους δράση στα νεοπλασματικά κύτταρα, έχουν τοξική δράση και στα υγιή κύτταρα.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορεί να χρησιμοποιηθούν iv, ivn ή διαλυμένα μέσα σε ορό.

Για τον όγκο του παχέος εντέρου χρησιμοποιεί και το Ros Flecoc.

Άλλα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται είναι:

5 Flecotoutacil αντιμεταβολίτες.

UINCRISTINE ONCOVIN αλκαλοειδή.

DAUNOMICIN Daunotubisin αντιβιοτικά

ADRIAMYCIN Doxotubicin αντιβιοτικά.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Παρενέργειες που συμβαίνουν, κατά τη χορήγηση χημειοθεραπευτικών φαρμάκων είναι: ναυτία, έμετος, διάρροια, στοματίτιδα, ερυθρό ή ροζ χρώση ούρων, ανορεξία και δερματικό εξάνθημα όπου γίνεται η έγχυση.

Όψιμες παρενέργειες μπορεί να είναι: ελάττωση λευκών αιμοσφαιρίων και αιμοπεταλίων, μελάνιασμα νυχιών, δέρματος, φλεβών αλωπεκία, νευροτοξικότητα, νεφροτοξικότητα. Η χημειοθεραπεία είναι συμπλήρωμα της χειρουργικής θεραπείας.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

I. Νοσηλευτική φροντίδα

Σκοπός της χημειοθεραπείας είναι η καταστροφή των κακοηθών κυττάρων και τη διάρκεια μιας ή περισσότερων φάσεων του αναπαραγωγικού τους κύκλου ή η επιβράδυνση της εξέλιξης τους και ο περιορισμός των διαστάσεών τους.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται μπορούν χρησιμοποιηθούν:

1) Από το στόμα (Fluorouracil, Methotrexate)

2) Ενδοαγγειακά:

-ενδοφλέβια (Fluorouracil, Methotrexate, Duxoracin)

-ενδαρτηριακά (Fluorouracil)

3) Ενδομυϊκά (Methotrexate)

4) Ενδοραχιαία (Methotrexate)

5) Με έγχυση στο νεόπλασμα (Fluorouracil).

Προετοιμασία

1) Η νοσηλεύτρια κατά τη διάλυση του φαρμάκου χρησιμοποιεί ελαστικά ή πλαστικά γάντια για την προστασία του δέρματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

2) Αν το διάλυμα φαρμάκου έλθει σε επαφή με το δέρμα ή βλεννογόνο, πλένεται με άφθονο νερό, ενώ αν κατά λάθος μπει στο μάτι πρέπει να επισκεφθεί οφθαλμίατρο.

3) Αρχίζει την ενδοφλέβια έγχυση με το υγρό χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο.

4) Το σημείο της εγχύσεως προτιμάται να είναι η ράχη, της άκρας χείρας, ο καρπός ή ο ωλεκρανικός βόθρος.

5) Αποφεύγει η νοσηλεύτρια την έγχυση του φαρμάκου σε σημείο που έχει προηγούμενα χρησιμοποιηθεί.

6) Μόλις αρχίσει η ενδοφλέβια έγχυση του διαλύματος χωρίς το χημειοθεραπευτικό φάρμακο, παρακολουθεί προσεκτικά την περιοχή της φλεβοκεντήσεως για υποδόρια έγχυση του υγρού (οίδημα, πόνο, ερυθρότητα). Αν το υγρό πάει ενδοφλέβια αρχίζει η έγχυση του φαρμάκου.

7) Σε τυχόν παρατήρηση συμπτωμάτων υποδόριας έγχυσης του φαρμάκου διακόπτει την έγχυσή του, ενώ διατηρεί την φλέβα ανοικτή με έγχυση φυσιολογικού ορού και ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό.

8) Η περίπτωση υποδόριας εγχύσεως του φαρμάκου αντιμετωπίζεται σύμφωνα με την διαδικασία που καθορίζεται για το συγκεκριμένο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

φάρμακο για να προληφθεί ή να περιοριστεί η βλάβη των ιστών από την επίδραση του.

9) Μετά την έγχυση του φαρμάκου, ξεπλένει τη βελόνα με φυσιολογικό ορό, την αφαιρεί και αναγράφει τη νοσηλεία.

Νοσηλευτικές ευθύνες

Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τον άρρωστο για τη θρέψη του, την κατάστασή του δέρματος της στοματικής κοιλότητας, το βαθμού κινητικότητας, τη συναισθηματική του κατάσταση, αν είναι ευαίσθητος σε διάφορα φάρμακα κ.α. Λαμβάνει επίσης ιστορικό χειρουργικών επεμβάσεων, ακτινογραφιών ή χημειοθεραπείας.

Προσφέρει στον ασθενή ότι έντυπη πληροφορία υπάρχει για τη χημειοθεραπεία, για μεγαλύτερη ενημέρωσή του.

Βεβαιώνει τον ασθενή πως οι τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου δεν είναι τίποτε άλλο από τη μαρτυρία πως τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα παράλληλα με την ενεργητική καταστροφή των κακοηθών κυττάρων καταστρέφουν και τα υγιή.

Εφαρμόζει αρχές διδασκαλίας και μαθήσεως κατά την εκπαίδευση του αρρώστου για να αποδεχθεί και να εφαρμόσει τη θεραπεία

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αντιμετωπίζοντας όμως και τις παρενέργειές της.

Τοξικές ενέργειες (παρενέργειες)

1) Αντιμεταβολίτες

Fluorouracil (S-Fu) Ναυτία, έμετοι, διάρροια

Στοματίτιδα,

Καταστολή του μυελού των οστών,

Νευρολογικό σύνδρομο (φωτοφοβία, αταξία, ευφορία)

Αλωπεκία.

Methotrexate

Ναυτία, έμετοι, διάρροια

Στοματίτιδα

Καταστολή του μυελού των οστών

Αντίδραση από το δέρμα (ερυθρότητα, εξάνθημα, ρωγμές).

Τοξική βλάβη ήπατος.

Τοξική νεφρική βλάβη.

2) Φυτικά αλκαλοειδή

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Vincristine sulfate -Τοπική αντίδραση σε υποδόριο έγχυση (έξω από τη φλέβα).

(Oncovin, VCR) -Καταστολή του μυελού των οστών

-Νευροτοξικότητα που έχει σχέση με:

οξύ πόνο στις σιαγόνες

δυσκοιλιότητα που μπορεί να καταλήξει σε παραλυτικό ειλεό

περιφερική νευροπάθεια (αισθητικές διαταραχές).

3) Αντιβιοτικά

Doxorubicin (ADR, Adriamycin)

Ναυτία, έμετοι, διάρροια

Αλωπεκία

Στοματίτιδα, οισοφαγίτιδα

Καταστολή του μυελού των οστών

Τοπική αντίδραση σε υποδόρια έγχυση (έξω από τη φλέβα).

Τοξική δράση στον καρδιακό μυ που οδηγεί σε αριστερή καρδιακή ανεπάρκεια.

Το φάρμακο μπορεί να αναζωπυρώσει προηγούμενη βλάβη ιστών από ακτινοθεραπεία.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το χρώμα των ούρων γίνεται κόκκινο (εμφανίζεται 1-2 μέρες από την αρχή της θεραπείας).

Αντιμετώπιση των παρενεργειών

1) Αντιμετώπιση της ναυτίας και του έμετου.

Η ναυτία και ο έμετος συνήθως εμφανίζονται 3-4 ώρες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 72 ώρες. Για να προληφθεί χορηγούνται αντιεμετικά 30 λεπτά προ της έναρξης της θεραπείας και για 24-48 ώρες.

Τα αντιεμετικά μπλοκάρουν διάφορους μηχανισμούς που προκαλούν την ναυτία και τον έμετο. Μερικά χημειοθεραπευτικά φάρμακα ερεθίζουν το κέντρο του εμετού στον προμήκη μυελό, αλλά ερεθίζουν την ζώνη των χημειούποδοχέων στην τέταρτη κοιλία του εγκεφάλου. Έτσι λοιπόν, για να αντιμετωπισθούν όλες οι περιπτώσεις πρέπει να γίνει συνδυασμός των αντιεμετικών που χορηγούνται.

Μπορεί να χρησιμοποιήσει και ορισμένες μεθόδους που δεν έχουν σχέση με την ιατρική, κυρίως σε νεαρά άτομα ή σε ασθενείς ανήσυχους ή σ' αυτούς που έχουν ήδη κάνει χημειοθεραπείες.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Οι μέθοδοι αυτές, είναι η διδασκαλία μυικής χαλάρωσης, άκουσμα μουσικής, δημιουργία μιας θετικής εικόνας για το άτομό του, αυτοϋπνωση τονίζει στους ασθενείς ν' αποφεύγουν τροφές με έντονη μυρωδιά όπως ψάρια, λάχανο, τηγανιτά, διότι ερεθίζουν το κέντρο του έμετου.

Η συχνή στοματική υγιεινή βοηθά, διότι απομακρύνει τη δυσάρεστη γεύση από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα. Έτσι, είναι ευκολότερο να λάβει την τροφή του. Οι καραμέλες μέντα κατά τη χημειοθεραπεία ελαττώνουν τη δυσάρεστη γεύση.

Αν κάνει έμετο, αδειάζει το νεφροειδές, ανοίγει το παράθυρο για να μπει καθαρός αέρας, τοποθετεί κρύα επιθέματα στο μέτωπο και χορηγεί αντιεμετικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, λόγω της ναυτίας και του έμετου, στη διατροφή. Θα πρέπει να αυξηθεί η ποσότητα των πρωτεϊνών που του χορηγούνται κατά 2 gr/Kg και οι θερμίδες του κατά 44 cal/Kg, γιατί χωρίς λήψη πρωτεϊνών και θερμίδων, τα κύτταρα δεν μπορούν να αναπλασθούν και να αναγεννηθούν. Πρωτεϊνούχες τροφές είναι το γιαούρτι, το γάλα, το φυστικοβούτυρο κ.λ.π. Καθήκον της νοσηλεύτριας είναι να δημιουργεί ένα ευχάριστο περιβάλλον, ώστε να μπορεί ο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ασθενής να παίρνει την τροφή του χωρίς να επηρεάζεται αρνητικά. Έτσι, απομακρύνει τα νεφροειδή, πλένει το πρόσωπο, τα χέρια του και τη στοματική κοιλότητα πριν από κάθε γεύμα.

Τα αίσθημα πείνας είναι εντονότερο τις πρωινές ώρες, γι' αυτό και η νοσηλεύτρια προσπαθεί να δώσει το ένα τρίτο (1/3) των απαιτούμενων πρωτεϊνών και θερμίδων στο γεύμα του. Αν πονά ή έχει ναυτία χορηγείται παυσίπονο ή αντιεμετικά 30 λεπτά προ του γεύματος.

Η χορήγηση μικρών συχνών γευμάτων είναι αρκετές φορές ή καλύτερη λύση, από τη χορήγηση τριών μεγάλων γευμάτων. Επειδή οι ασθενείς συνήθως λένε ότι έχουν αίσθημα πληρότητας, αποφεύγεται η χορήγηση τροφών που προκαλούν αέρια (σαλάτες, γενικότερα λαχανικά), επίσης τονίζεται να μην πίνουν υγρά στο μέσον του γεύματος. Τα διαιτητικά συμπληρώματα θα πρέπει να χορηγούνται δροσερά και ποτέ μέσα στα μεταλλικά κουτιά που βρίσκονται, γιατί οι ασθενείς έχουν ήδη μεταλλική γεύση από τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα οπότε αυτό εντείνει το αίσθημα. Εάν οι ασθενείς αρνηθούν να πάρουν τα συμπληρώματα αυτά θα πρέπει να χορηγηθούν μέσω ρινογαστρικού σωλήνα ή με παρεντερική θρέψη.

2) Αντιμετώπιση της διάρροιας

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, μπορεί να εμφανισθεί διάρροια η οποία είναι αποτέλεσμα του ερεθισμού του βλεννογόνου του εντέρου. Ο ασθενής έχει 3-4 διαρροϊκές κενώσεις το 24ωρο μετά τη χημειοθεραπεία. Οι κενώσεις συνοδεύονται από κοιλιακούς σπασμούς ή διάταση. Εάν το σκεύασμα που χορηγείται είναι γνωστό ότι προκαλεί διάρροια (π.χ. το Fluorouracil ή το Doxorubicin), τότε θα πρέπει ο ασθενής να παίρνει τροφές με λίγο υπόλειμμα. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει τροφές και ποτά που ερεθίζουν το γαστρεντερικό σωλήνα. Τέτοιες τροφές είναι οι πλούσιες σε φυτικές ίνες, τα ζεστά ροφήματα και ο καφές.

Η θεραπευτική αγωγή είναι η χορήγηση αντιδιαρροϊκού φαρμάκου σε κάθε κένωση. Επίσης μετά από κάθε κένωση πρέπει να γίνεται πολύ καλή τοπική καθαριότητα και να τοποθετείται μια λιπαντική αλοιφή. Αυτό βοηθά στη μείωση του κινδύνου να δημιουργηθεί περιεδρικό απόστημα ή φλεγμονή. Εάν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος στην περιοχή να ελέγχεται συχνά και να τοποθετείται αντιβιοτική αλοιφή για να προληφθεί η φλεγμονή. Τα εδρόλουτρα βοηθούν επίσης τις καταστάσεις αυτές. Θα πρέπει επίσης να ελέγχεται το ισοζύγιο υγρών και οι ηλεκτρολύτες.

3) Αντιμετώπιση της καταστολής του μυελού των οστών.

Τα περισσότερα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προξενούν ένα βαθμό καταστολής του μυελού των οστών, μειώνουν τον αριθμό των λευκών κυττάρων (WBC) των ερυθρών κυττάρων (RBC) και των αιμοπεταλίων. Για να παρακολουθείται η μυελοκαταστολή θα πρέπει να γίνονται συχνές εξετάσεις αίματος και να διδαχθεί ο ασθενής τα συμπτώματα που εμφανίζονται όταν τα λευκά, τα ερυθρά και αιμοπετάλια δεν είναι σε φυσιολογικά όρια.

Συνήθως οι τιμές φτάνουν στα κατώτερα όρια 7-14 ημέρες μετά από τη χημειοθεραπεία. Σε αρκετές περιπτώσεις, οι ασθενείς επιστρέφουν στο νοσοκομείο ή στο εξωτερικό ογκολογικό ιατρείο με τις τελευταίες εξετάσεις για να ελεγχθεί η πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια λοίμωξη (ένεκα της λευκοπενίας) αναιμία (λόγω ελαττώσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων) ή αιμορραγικά προβλήματα (λόγω ελαττώσεως των αιμοπεταλίων).

Η λευκοπενία τυπικά εμφανίζεται 8-12 ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία, στις ορισμένες δε περιπτώσεις ο αριθμός των κυττάρων επανέρχεται στα φυσιολογικά εντός 14 έως 18 ημερών. Αυτός είναι ο λόγος που η κάθε συνεδρία

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

χημειοθεραπείας επαναλαμβάνεται κάθε 3 έως 4 εβδομάδες.

Για την πρόληψη ή ελάττωση των πιθανοτήτων εμφάνισης λοιμώξεως στους ασθενείς με λευκοπενία, θα πρέπει η νοσηλεύτρια να έχει υπόψη της τα παρακάτω:

-πλένει πολύ καλά τα χέρια.

-τονίζει ότι δεν πρέπει να επισκέπτονται τον ασθενή άτομα που έχουν αναπνευστική λοίμωξη (κρυολόγημα, γρίπη κ.λ.π.).

-διδάσκει στον ασθενή ποια είναι τα πρώιμα συμπτώματα μιας λοιμώξεως, ώστε με την εμφάνισή του να απευθύνεται στο γιατρό.

Εάν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομεία, ελέγχονται συχνά τα λευκά και ο τύπος. Συνήθως η χημειοθεραπεία σταματά αν τα λευκά είναι 1000-3000 ή ένα ο AGC (απόλυτος αριθμός κοκκιοκυττάρων) /ANC κάτω από 1000 και ο AGN/ANC κάτω από 1500, τότε θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων. Τα μέτρα αυτά εκτός αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω περιλαμβάνουν και τα εξής:

-Αλλαγή συσκευών ορού κάθε 24-48 ώρες, αλλαγή επιθεμάτων της φλεβοκέντησης κάθε 24-48 ώρες με άσηπτη τεχνική.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Αποφυγή τοποθέτησης ουροκαθετήρα (Foley) περιφερικών φλεβικών γραμμών, αποφυγή δακτυλικής εξέτασης του ορθού ή άλλων εξετάσεων από το ορθό.

-Απομάκρυνση φρέσκων λουλουδιών ή γλαστρών από το δωμάτιο, διότι υπάρχει κίνδυνος από τους μικροοργανισμούς που υπάρχουν στο τοίχωμα και στο νερό των ανθοδοχείων. Για τον ίδιο λόγο μη χορηγείτε ωμά φρούτα και λαχανικά.

-Εάν χρειασθεί ο ασθενής να βγει από το δωμάτιο, απαραίτητως πρέπει να φορά μάσκα.

-Εάν εμφανίσει λοίμωξη από μικρόβια, χορηγούνται αντιβιοτικά ευρέου φάσματος όπως Ampicillin ή Tobramycin

Οι ιογενείς λοιμώξεις συνήθως αντιμετωπίζονται με τη χορήγηση Acyclovir, οι δε λοιμώξεις από μύκητες με Amphotericin B.

Η θρομβοκυτταροπενία εμφανίζεται συνήθως 8-14 ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία και τις περισσότερες φορές συνακόλουθα με τη λευκοπενία. Ο ασθενής εμφανίζει πετέχειες ή εκχυμώσεις στην αρχή κυρίως στα άκρα ή στο βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας. Μπορεί επίσης να παρουσιάσει ρινορραγία, αιμόπτυση και μέλαινες κακώσεις ανάλογα με το πόσο έχει πέσει ο αριθμός των αιμοπεταλίων του. Απαιτείται

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αιμοπεταλίων. Εάν πέσει κάτω από 100.000 και κάτω των 50.000 αυξάνεται ο κίνδυνος αιμορραγίας, κάτω των 20.000 αυξάνεται ο κίνδυνος αυτόματης αιμορραγίας, κάτω των 10.000 μπορεί να εμφανίσει αιμορραγία στο πεπτικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Πρέπει να είστε σε ετοιμότητα για χορήγηση αιμοπεταλίων, σε περίπτωση αιμορραγίας ή αν τα αιμοπετάλια πέσουν κάτω από 20.000. Για την πρόληψη της αιμορραγίας έχετε υπόψη τα εξής:

-Μετά από φλεβοκέντηση πιέζεται το σημείο για 5' λεπτά.

-Δεν τοποθετούνται ελαστικές ταινίες. Αποφεύγεται η χορήγηση φαρμάκων ενδομυϊκά ή υποδορίως. Επίσης δε γίνονται υποκλυσμοί, δε χορηγούνται υπόθετα και δεν παίρνεται θερμοκρασία από το ορθό.

-Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί τον ασθενή να φορά χαλαρά ρούχα όταν κάνει διάφορες εργασίες και να χρησιμοποιεί ξυριστική μηχανή αντί της ξυριστικής λεπίδας.

Ο χαμηλός αιματοκρίτης και η χαμηλή αιμοσφαιρίνη είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη διάθεση του ασθενούς και τη δραστηριότητά του.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τον ασθενή για σημεία και συμπτώματα αναιμίας, όπως κόπωση, δυσκολία στην αναπνοή, ταχυκαρδία και ωχρότητα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών.

Για να βοηθήσει η νοσηλεύτρια τον ασθενή να αντεπεξέλθει

στην κατάσταση αυτή, τον καθοδηγεί να ελαττώσει τις δραστηριότητές του και να αναπαύεται συχνά.

Δεν θα πρέπει ο ασθενής να πιέζεται να κάνει γρήγορα καθημερινές δραστηριότητες όπως λήψη λουτρού, φαγητού κ.λ.π. Το καλό θα είναι να του αφήσει πρωτοβουλία και απλά να τον βοηθήσει όταν το ζητάει.

4) Δερματικές αντιδράσεις

Αν εξαιρεθούν οι βλάβες που μπορεί να επέλθουν λόγω εξόδου του φαρμάκου στο δέρμα, οι δερματικές αντιδράσεις σπάνια αποτελούν μείζον πρόβλημα.

Στις δερματικές αντιδράσεις περιλαμβάνεται κάθε αλλαγή του δέρματος και των ονύχων. Πιθανόν να οφείλονται στην καταστροφή των βασικών κυττάρων της επιδερμίδας. Εμφανίζονται

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

πολλές αντιδράσεις ανάλογες με το φαρμακευτικό σκεύασμα που χορηγείται.

Συνηθισμένες παρενέργειες από το δέρμα είναι: φωτοευαισθησία, ερύθημα, υπερκεράτωση, εξελκώσεις, γραμμώσεις, αποχρωματισμός των ονύχων ή χαλκόχρουν δέρμα. Είναι δύσκολο να προληφθούν κάποιες από τις παραπάνω αντιδράσεις, όμως αν εκτιμηθούν σωστά και προσεκτικά το δέρμα και οι όνυχες του ασθενούς και σημειωθεί το πότε εμφανίστηκαν το είδος, η σοβαρότητα και η διάρκειά τους, θα μπορέσει να χορηγήσει ανάλογη θεραπεία και να μειώσει την ένταση των συμπτωμάτων. Παραδείγματος χάριν, μερικές δερματικές αντιδράσεις μπορεί να αντιμετωπισθούν με τη χορήγηση αλοιφής υδροκορτιζόνης αντιβακτηριδιακές και αντιμηκυτησιακές κρέμες ή λουτρό με Sodium Bicarbonate.

5) Αντιμετώπιση της στοματίτιδας.

Τα χημειοθεραπευτικά φάρμακα καταστρέφουν τη βασική στιβάδα του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας με αποτέλεσμα να εμφανιστεί στοματίτιδα. Αφορά τα χείλη, τα ούλα, το στοματικό βλεννογόνο, τη γλώσσα, τη μαλακή υπερώα και τη σκληρή υπερώα.

Εμφανίζεται συνήθως 7-14 ημέρες μετά τη χημειοθεραπεία και διαρκεί 2-3 εβδομάδες.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Τα στάδια που ακολουθεί είναι τα εξής: γενικό ερύθημα, μεμονωμένες μικρές εξελκώσεις με λευκό επίχρισμα εξέχουσες εξελκώσεις με επίχρισμα που καλύπτουν το 25% της στοματικής κοιλότητας και αιμορραγικές εξελκώσεις.

Για να ελαττωθούν τα συμπτώματα της στοματίτιδας θα πρέπει η νοσηλεύτρια να κάνει καλή νοσηλευτική εκτίμηση της στοματικής κοιλότητας, ώστε να ανιχνεύσει πρώιμα σημεία και συμπτώματα όπως ξηροστομία, οίδημα, εξέλκωση, ερυθρότητα, σιελόρροια και φλεγμονή. Εάν ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα που είναι γνωστά ότι προκαλούν στοματίτιδα (π.χ. Methothexate) θα πρέπει να του γίνεται περιποίηση στόματος τουλάχιστον 4 φορές ημερησίως και αν υπάρχουν σημεία στοματίτιδας, συχνότερα.

Έχει αποδεχτεί ότι οι παρακάτω συνδυασμοί διαλυμάτων είναι αποτελεσματικοί:

-Νερό + οξυγόνο ύδωρ σε αναλογία $\frac{1}{2}$ 4 1/4.

-Αλάτι, νερό και Sodium Bicarbonate σε αναλογία $\frac{1}{2}$ κουταλάκι γλυκού αλάτι 1 λίτρο νερό και 1 κουταλάκι γλυκού Sodium Bicarbonate.

-Μαγειρική σόδα και νερό σε αναλογία 1 κουταλάκι γλυκού σε 500 ml νερού.

Η χρήση γλυκερίνης, λεμονιού και Providonelodin αποδείχτηκε μη αποτελεσματική.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η νοσηλεύτρια καθοδηγεί τον ασθενή να χρησιμοποιεί μαλακή οδοντόβουρτσα και να αποφεύγει τη χρήση οδοντιατρικής κλωστής -αν υπάρχει στοματίτιδα ή αν τα ούλα είναι αιμορραγικά και τα διάφορα εμπορικά σκευάσματα που κυκλοφορούν για στοματικές πλύσεις, διότι περιέχουν αρκετό οινόπνευμα που ξηραίνει το βλεννογόνο του στόματος.

Επίσης τονίζει ότι θα πρέπει να τοποθετηθεί λιπαντική αλοιφή (βούτυρο κακάο ή βαζελίνη) στα χείλη και να αποφεύγει τροφές καυτές, πικάντικες και σκληρές καθώς επίσης τον καπνό και το οινόπνευμα γιατί ερεθίζουν τη στοματική κοιλότητα.

Εάν ο ασθενής έχει οδοντοστοιχίες που δεν εφαρμόζουν καλά δεν πρέπει να τις φορά, γιατί μπορεί να τραυματίσουν τα ούλα και να δημιουργηθούν φλύκταινες. Εάν η στοματίτιδα είναι επώδυνη, μπορεί να χορηγηθούν αναλγητικά φάρμακα (όπως διάλυμα Maalox ή Diphenhydramine HCl ή Lidocaine Jelly).

Εάν η νοσηλεύτρια παρατηρήσει σημεία φλεγμονής πρέπει να πάρει επίχρισμα για καλλιέργεια. Ο μύκητας που προκαλεί φλεγμονή στο στόμα είναι η Candida Albicans. Εμφανίζει στις γλώσσα και στο στοματικό βλεννογόνο, τυροειδές λευκές πλάκες. Με μια σπάτουλα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

προσεκτικά και απαλά μπορεί να τις αφαιρεί. Η επιφάνεια από κάτω είναι έρυθρή και εξελκώμενη. Ο έρπης είναι ο πιο κοινός ιός που προκαλεί φλεγμονές στην στοματική κοιλότητα. Εμφανίζονται επώδυνες φυσαλίδες με κνησμό. Οι φυσαλίδες ρήγνυνται μετά από 6-12 ώρες και δημιουργούνται εσχάρες. Οι φυσαλίδες εμφανίζονται πρώτα στα χείλη και επεκτείνονται στη γλώσσα.

Φλεγμονές που οφείλονται σε Gram αρνητικά μικρόβια μπορούν να παρουσιασθούν σε οποιοδήποτε σημείο της στοματικής κοιλότητας. Από τα Gram θετικά μικρόβια, ο σταφυλόκοκκος και ο στρεπτόκοκκος πιθανόν να προκαλέσουν φλεγμονές, αλλά δεν είναι συχνές.

6) Βλάβη από εξαγγείωση του φαρμάκου.

Ορισμένα χημειοθεραπευτικά φάρμακα προκαλούν φλύκταινες γιατί είναι πολύ όξινα. Ακόμη και μία ελάχιστη ποσότητα, εάν εξαγγειωθεί μπορεί να καταστρέψει τα κύτταρα των ιστών που περιβάλλουν την φλέβα. Ο βαθμός της καταστροφής εξαρτάται από την ποσότητα του φαρμάκου και το σημείο που έγινε η εξαγγείωση.

Εάν γίνει σε τένοντες, νεύρα ή αρθρώσεις τότε το αποτέλεσμα είναι χειρότερο. Η πρώτη αντίδραση του δέρματος είναι η ένταση φλεγμονής, η οποία μπορεί να είναι απλό ερύθημα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

της επιδερμίδας μέχρι εξελκώσεως των υποκείμενων ιστών και νεκρώση τους.

Οι εξελκώσεις αυτές εμφανίζονται περίπου 1-8 εβδομάδες μετά την έγχυση του φαρμάκου σε ιστούς και συνήθως απαιτείται πλαστική χειρουργική για να επουλοθούν. Ακόμη κι αν δε δημιουργηθεί εξέλκωση καταστρέφεται η βατότητα της φλέβας.

Ακόμη και μία μικρή ποσότητα του φαρμάκου μπορεί να επιφέρει βλάβες, αν εξαγγειωθεί στα κύτταρα των ιστών που θα έλθει σε επαφή.

Πρόληψη της εξαγγείωσης.

-Για να βεβαιωθεί η νοσηλεύτρια ότι η φλέβα είναι ανοικτή και λειτουργεί καλά, χορηγεί προ της χημειοθεραπείας 10 έως 20 ml φυσιολογικό ορό.

-Ακολουθεί πάντα πιστά τις οδηγίες του τρόπου χρήσεως και αναμίξεως της κατασκευάστριας εταιρείας.

-Προ της χορηγήσεως φλεβοτοξικών φαρμάκων ενδοφλεβίως, βεβαιώνεται ότι υπάρχει ελεύθερη ροή. Αφού έχει ένεση 3-5 ml του φαρμάκου, ελέγχει αν υπάρχει φλεβική επιστροφή κάνοντας ήπια αναρρόφηση εάν επιστρέψει αίμα σημαίνει ότι η βελόνα ή το καθετηράκι είναι στη φλέβα.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Ενημερώνει τον ασθενή, ώστε να την ενημερώσει αμέσως αν αισθανθεί κάψιμο ή νυγμό στο σημείο που έγινε η έγχυση.

Εάν η νοσηλεύτρια υποψιαστεί ότι υπάρχει πιθανότητα εξαγγείωσης, σταματά αμέσως την έγχυση αποσυνδέει τον σωλήνα ενδοφλεβίου εγχύσεως από το φλεβικό καθετηράκι και με μία σύριγγα αναρροφά ώστε να απομακρύνει κάθε υπόλειμμα φαρμάκου. Στη συνέχεια, χορηγεί το αντίδοτο προς αντιμετώπιση της εξαγγείωσης τέτοια αντίδοτα είναι: Hyalouronidase, Hydrocortisone, Sodium Bicarbonate ή Sodium Phiosulfate. Καλύπτει την περιοχή με αποστειρωμένες γάζες και στη συνέχεια κρύα ή ζεστά επιθέματα και ανυψώνει το άκρο. Τέλος, καταγράφει στις νοσηλευτικές της σημειώσεις το συμβάν και τις ενέργειές της.

7) Αντιμετώπιση και πρόληψη αλωπεκίας.

Η αλωπεκία είναι η συνηθέστερη παρενέργεια της πλειοψηφίας των φαρμάκων και οφείλεται στην ταχεία διαίρεση των κυττάρων του θύλακα των τριχών.

Αυτά τα κύτταρα διέρχονται τρεις φάσεις όταν αναπαράγονται: αναγένεση (στάδιο αναπτύξεως), τελογένεση (στάδιο πλήρους

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ανάπτυξης), καταγένεση (στάδιο συρρικνώσεως). Το 90% των κυττάρων των τριχών βρίσκονται στη φάση της αναγένεσης, έτσι είναι ευένδοτα στην επίδραση των χημειοθεραπευτικών φαρμάκων. Υπάρχουν πολλές μορφές αλωπεκίας που ξεκινούν από τμηματική πτώση των τριχών έως την πλήρη πτώση όλων των τριχών. Αυτό εξαρτάται από τη δόση του φαρμάκου. Μικρές δόσεις απλώς καθιστούν τις τρίχες εύθραυστες υψηλές δόσεις επιφέρουν τριχόπτωση.

Η αλωπεκία εμφανίζεται συνήθως 2 ως 3 εβδομάδες μετά την έναρξη της χημειοθεραπείας. Αρκετές φορές τα μαλλιά αρχίζουν να μεγαλώνουν στα χρονικά διαστήματα που μεσολαβούν από τη μια συνεδρία στην άλλη.

Για να προληφθεί η αλωπεκία η νοσηλεύτρια εφαρμόζει φαρδιά πιεστική ελαστική κορδέλα γύρω από το κεφάλι. Επίσης μπορεί να προκαλέσει υποθερμία του τριχωτού της κεφαλής, τοποθετώντας παγοκύστη γεμάτη με κρύο νερό ή παγάκια. Και οι δύο παραπάνω τρόποι ελαττώνουν τη ροή του αίματος στο τριχωτό της κεφαλής, έτσι έρχεται σε επαφή με τα κύτταρα των τριχών μικρή ποσότητα του φαρμάκου. Η υποθερμία έχει καλά αποτελέσματα σε φάρμακα όπως το Doxorubicin που είναι ευαίσθητο στις χαμηλές θερμοκρασίες. Η διαδικασία αρχίζει 15' λεπτά προς της έναρξεως της θεραπείας και η παγοκύστη

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

πρέπει να παραμείνει καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας και επιπλέον 30' λεπτά μετά τη λήξη.

Επίσης η νοσηλεύτρια:

-προτείνει στον ασθενή να χρησιμοποιεί για λούσιμο ένα ήπιο πρωτεϊνούχο σαμπουάν και μαλακτική κρέμα.

-τονίζει ότι δεν πρέπει να χρησιμοποιεί ηλεκτρικά ρόλεϊ, σεσουάρ, ηλεκτρικό ψαλίδι για κατσάρωμα μαλλιών, ελαστικές κορδέλες. Επίσης ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει τις βαφές των μαλλιών, περμανάντ και λακ.

-συμβουλεύει τον ασθενή να χρησιμοποιεί χτένες που θα έχουν αραιά δόντια. Ενδείκνυνται, οι μαξιλαροθήκες να είναι από σατέν, γιατί έτσι ελαττώνεται η τριβή των τριχών.

-ενθαρρύνει τον ασθενή να αγοράσει μία περούκα ή ένα καπέλο. Τον βεβαιώνει ότι τα μαλλιά του θα μεγαλώσουν ξανά μόλις σταματήσει η χημειοθεραπεία, αν και το χρώμα και η ποιότητα των νέων τριχών πιθανόν να είναι διαφορετική από τις αρχικές.

8) Αντιμετώπιση ηπατοξικότητας.

Παρακολουθείται η λειτουργικότητα του ήπατος με τις γνωστές ηπατικές εξετάσεις, η

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

εμφάνιση συμπτωμάτων που πιθανόν να προέρχονται από βλάβη του ήπατος, όπως πόνος στην κοιλιά, υψηλός πυρετός, διάρροια, ίκτερος.

Ενημερώνεται αμέσως ο γιατρός όταν επιδεινωθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από την επιβάρυνση της ηπατικής λειτουργίας. Ανακουφίζεται ο άρρωστος από τα συμπτώματα της ηπατοξικότητας.

9) Αντιμετώπιση της νεφροτοξικότητας.

Παρακολουθείται:

α) η λειτουργικότητα των νεφρών με τις εργαστηριακές δοκιμασίες της νεφρικής λειτουργίας.

β) ο άρρωστος για εμφάνιση συμπτωμάτων νεφροτοξικότητας, όπως οιδήματα, μείωση του ποσού των ούρων κ.τ.λ. και

γ) το ισοζύγιο λαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Λαμβάνονται μέτρα για τον περιορισμό του ουρικού οξέος στο αίμα και τη διατήρηση της αντίδρασης των ούρων (pH) σε φυσιολογικά επίπεδα, με χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

10) Αντιμετώπιση νευρολογικού συνδρόμου

-Ο άρρωστος προστατεύεται από το έντονο φως και πτώσεις.

-Κατανοείται η συμπεριφορά της ευφορίας.

11) Αντιμετώπιση νευροτοξικότητας.

Παρακολουθείται ο άρρωστος για τα συμπτώματα της νευροτοξικότητας και ενημερώνεται ο γιατρός.

-Ανακουφίζεται από τον πόνο.

-Προφυλάσσεται ο άρρωστος από τη δυσκοιλιότητα με τα μέτρα όπως:

Λήψη υγρών και κυρίως χυμών φρούτων.

Εμπλουτισμός διαιτολογίου με τροφές που περιέχουν πολλή κυτταρίνη.

Ενθάρρυνση κίνησης αρρώστου και διδασκαλίας μασάζ στην κοιλιά.

-Παρακολουθείται ο άρρωστος για τα αποτελέσματα των πιο πάνω μέτρων. Αν δεν φέρουν αποτέλεσμα χορηγούνται καθαρτικά φάρμακα με εντολή γιατρού και υποκλιισμό.

-Παρακολουθείται ο άρρωστος για πόνο στην κοιλιά, μετεωρισμό και δυσκολία στην αποβολή

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

αερίων. Η απουσία εντερικών ήχων είναι ενδεικτική παραλυτικού ειλεού. Σε παραλυτικό ειλεό, παράλληλα με τη συμπτωματική αντιμετώπιση γίνεται και διακοπή φαρμάκων (με εντολή γιατρού).

12) Αντιμετώπιση περιφερικής νευροπάθειας.

-Αξιολογείται ο άρρωστος για πόνο ελαφρό και μούδιασμα των άκρων, απώλεια των «εν τω βάθει» τενοντίων αντανακλαστικών.

3) Χειρουργική θεραπεία και νοσηλευτική Παρέμβαση.

Για κάθε προγραμματισμένη η πιθανολογούμενη εγχείρηση στο παχύ έντερο είναι εντελώς απαραίτητη η προετοιμασία του εντέρου, καθώς έτσι μειώνονται σημαντικά οι μετεγχειρητικές επιπλοκές. Εξάλλου, αναγκαία θεωρείται η μελέτη και προετοιμασία του ασθενούς από πλευράς αιματοκρίτη, λευκωμάτων, ηλεκτρολυτών, καρδιοαναπνευστικού συστήματος κ.λ.π.

Η πρώτη φροντίδα του χειρουργού μετά τη διάνοιξη του περιτοναίου είναι να εκτιμήσει την έκταση της νόσου. Κάνει, δηλαδή ο χειρουργός οπτικά και ψηλαφητικά μια αδρή σταδιοποίηση της νόσου κατά DUKES (η οριστική σταδιοποίηση κατά DUKES στους όχι εμφανώς προχωρημένους καρκίνους είναι έργο του παθολοανατόμου, ο οποίος θα μελετήσει το εγχειρητικό παρασκεύασμα). Αυτό θα τον βοηθήσει προκειμένου να αποφασίσει για την εγχειρησιμότητα ή όχι της περίπτωσης αλλά και για το είδος και το μέγεθος της εγχείρησης που θα εκτελεσθεί. Υπενθυμίζεται ότι η παρουσία εμφανώς διηθημένων λεμφαδένων ή μεταστάσεων στο ήπαρ δεν αποτελεί αντένδειξη για την εγχείρηση, αλλά μπορεί να μεταβάλλει το είδος και την έκτασή της. Ο πρωτοπαθής όγκος πρέπει κατά

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κανόνα να αφαιρείται, εφόσον αυτό είναι δυνατόν, όχι τόσο για τη βελτίωση της επιβίωσης όσο για την πρόληψη επιπλοκών. Πέρα όμως απ' αυτό έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου συνοδεύεται από καθυστέρηση στην ανάπτυξη των ηπατικών μεταστάσεων που ήδη υπάρχουν.

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

Οι ριζικές εγχειρήσεις για λόγους περιγραφικούς, 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 και κυρίως η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφη του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων. Παράλληλα, λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε να αποφευχθεί όσο είναι δυνατό η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς. Πρακτικά τουλάχιστον οι εγχειρήσεις αυτές, θεωρούνται θεραπευτικές.

Ριζική εγχείρηση.

Κατά τη ριζική εγχείρηση δεν αφαιρείται μόνο ο όγκος αλλά και υγιές έντερο και από τις δύο πλευρές ώστε να περιοριστεί η πιθανότητα υποτροπής λόγω καρκινικών κυττάρων που διασπείρονται. Μετά την επέμβαση γίνεται αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου.

Σε όγκους του τυφλού, αφαιρείται το τυφλό με την τελική μοίρα του ειλεού, του ανιόντος και του δεξιού μισού εγκάρσιου ή αφαιρείται όλο το έντερο που αιματώνεται από την ειλεοκολική και δεξιά κολική αρτηρία. Η επέμβαση λέγεται δεξιά ημικολεκτομή. Η συνέχεια του εντέρου αποκαθίσταται με ειλεοεγκάρσια αναστόμωση. Σε όγκους του εγκάρσιου και των κολικών καμπών γίνεται η δεξιά ημικολεκτομή ή αριστερή ανάλογα με την εντόπιση του όγκου.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Σε όγκους του κατιόντος αφαιρείται το κατιόν κόλον με το αριστερό μισό του εγκάρσιου και η επέμβαση λέγεται αριστερή ημικολεκτομή. Η συνέχεια του εντέρου αποθίσταται με αναστόμωση του εγκάρσιου με το μικρό τμήμα του σιγμοειδούς που απομένει.

Σε όγκους του σιγμοειδούς, αφαιρείται το περιφερικό κατιόν, το σιγμοειδές, το κεντρικό σιγμοειδές και τα σιγμοειδικά και άνω αιμοριδικά αγγεία.

Σε όγκους του ορθού, εφαρμόζονται δύο είδη εγχειρήσεις:

- α) η χαμηλή πρόσθια εκτομή και
- β) η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή.

Η χαμηλή πρόσθια εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου απέχει 12-16 cm από το έξω χείλος του πρωκτού, επιτρέποντας την εκτομή 4-5 cm φυσιολογικού ορθού περιφερικά του όγκου και αφήνοντας τμήμα του ορθού υγιές, για αναστόμωση. Επειδή όμως η αναστόμωση αυτή, εμφανίζει ένα 25% ποσοστό διαφυγής οι χειρουργοί τη συνδυάζουν με κεντρική προστατευτική προσωρινή κολοστομία. Η συνδυασμένη κοιλιοπερινεϊκή εκτομή εκτελείται όταν το κατώτερο όριο του όγκου απέχει 7 cm ή λιγότερο από το έξω χείλος του πρωκτού. Στην περίπτωση αυτή δεν μπορεί να μείνει αναφαίρετο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κάποιο τμήμα του ορθού για αποκατάσταση της συνέχειας του εντέρου και διενεργείται μόνιμη κολοστομία. Όταν ο όγκος εντοπίζεται σε ύψος μεταξύ 7,5 cm και 11,5 cm από τον πρωκτικό δακτύλιο, χρησιμοποιούνται σήμερα συρραπτικές συσκευές και αναστομωτήρες ώστε να είναι δυνατή η εκτέλεση χαμηλών αναστομών, με επακόλουθο να αποφεύγεται ένας σημαντικός αριθμός μόνιμων κολοστομιών.

Όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου έχει διηθήσει γειτονικά όργανα, όπως π.χ. λεπτό έντερο, μήτρα, νεφρό, ουρητήρα, ουροδόχο κύστη κ.λ.π. πρέπει το διηθημένο όργανο ή μέρος αυτού να αφαιρείται εν μπλοκ με το αντίστοιχο τμήμα του παχέος εντέρου.

Όταν ο καρκίνος διηθεί τις ωοθήκες, αυτές αφαιρούνται όχι όμως όταν υπάρχουν διάσπαρτες ενδοπεριτοναϊκές εμφυτεύσεις.

Όταν ο καρκίνος του ορθού διηθεί το κατώτερο τμήμα των ουρητήρων η εγχείρηση εκλογής είναι η πυελική εξεντέρωση με αριστερή κολοστομία και δεξιά ουρητηροστομία, μετά από εμφύτευση των ουρητήρων σε τμήμα του ειλεού.

Αν διαπιστωθεί μια μετάσταση του καρκίνου παχέος εντέρου στο ήπαρ που προσφέρεται για εκτομή, είτε αφαιρεί σε ένα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

χρόνο μαζί με το έντερο, είτε σε δεύτερο χρόνο μετά από κατάλληλη προετοιμασία του αρρώστου και του χειρουργού.

Αν διαπιστωθούν πολλαπλές μεταστάσεις, τότε η νόσος θεωρείται προχωρημένη και περιοριζόμαστε σε περιορισμένη εκτομή του εντέρου.

Τοπικές υποτροπές στο έντερο πάνω ή κοντά στην αναστόμωση είναι δυνατόν μερικές φορές να αφαιρεθούν με νέα εκτομή.

Τα απότερα αποτελέσματα της χειρουργικής θεραπείας εξαρτώνται από την αρχική έκταση του καρκίνου και την ύπαρξη ή όχι μεταστάσεων. Το 60% των περιπτώσεων παρουσιάζει 5ετή επιβίωση μετά από τη ριζική χειρουργική επέμβαση.

Παρηγορητική εγχείρηση.

Είναι μια προσωρινή θεραπευτική λύση που εκτελείται όταν ο καρκίνος έχει διηθήσει γειτονικά όργανα ή έχει δώσει μεταστάσεις σε απομακρυσμένα όργανα με διάφορες εντοπίσεις. Με την παρήγορη θεραπεία παρακάμπτεται ο όγκος με τη δημιουργία κολοστομίας όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο ορθό, ή έντερο - εντεροαναστόμωσης όταν εντοπίζεται σε κάποιο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

άλλο τμήμα του παχέος εντέρου, χωρίς να γίνεται χειρουργική αφαίρεση του όγκου και διακόπτονται χειρουργικά τα αισθητικά νεύρα για κατάργηση του πόνου.

Με την «παρά φύσιν έδρα» εξασφαλίζεται στον άρρωστο η κένωση του εντέρου, που δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί όταν ο καρκίνος έχει αποφράξει τελείως τον αυλό. Φυσικά ο καρκίνος θα ακολουθήσει την εξέλιξή του αλλά η κατάσταση θα είναι πιο ανεκτή για τον άρρωστο.

«Παρά φύσιν έδρα» ονομάζεται η εισβολή του εντέρου από κάθε άλλο σημείο εκτός από την φυσιολογική του έξοδο, που είναι ο πρωκτός.

Στην περίπτωση αυτή εκτελείται τομή του κοιλιακού τοιχώματος αντίστοιχα με την περιοχή του εντέρου που θα χρησιμοποιηθεί για υποκατάσταση του πρωκτού. Όταν ανοιχθεί το περιτόναιο, καθλώνεται από τον χειρουργό στο άνοιγμα της τομής. Στη συνέχεια έλκεται το τμήμα του εντέρου, στο οποίο θα ανοιχθεί η «παρά φύσιν έδρα» προς τα έξω μέχρι να φτάσει στο επίπεδο του δέρματος. Μετά ράβεται στο τοιχωματικό περιτόναιο που είναι στερεωμένο στα χείλη της τομής του δέρματος. Σε λίγες μέρες, ανοίγεται το τοίχωμα του εντέρου με το χειρουργικό μαχαιρίδιο και αρχίζει η έξοδος του εντερικού περιεχομένου. Έτσι προσφέρεται στον

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

άρρωστο σημαντική ανακούφιση από τα ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου και καλύτερη ποιότητα της ζωής που του απομένει.

Η λειτουργική επέμβαση μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στον άρρωστο π.χ. μηχανικό ειλεό (απόφραξη του εντέρου λόγω στένωσης του αυλού ή περίσφιξης του εντέρου, που αντιμετωπίζεται χειρουργικά), δυσκοιλιότητα, διάρροια (που αντιμετωπίζεται με αντιδιαρροϊκά φάρμακα), αιμορραγία, shock κ.τ.λ.

I. Η Νοσηλευτική κατά το προεγχειρητικό στάδιο

Κάθε ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση κατέχεται από αισθήματα φόβου και ανησυχίας. Ο ασθενής με Ca παχέος εντέρου έχει περισσότερο έντονα αυτά τα συναισθήματα καθώς από την έκβαση της χειρουργικής, επέμβασης εξαρτάται η πορεία της ασθένειάς του.

Η νοσηλεύτρια καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πλησιάζοντάς τον με λεπτότητα, ευγένεια και κατανόηση. Οφείλεται να δείχνει ενδιαφέρον αλλά και ετοιμότητα σε τυχόν

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ερωτήσεις των ασθενών, διαλύοντας έτσι όσο του είναι δυνατό τις ανησυχίες τους.

Η προεγχειρητική φροντίδα εφόσον είναι σωστή και προσεκτική, καθώς και η στάση του ασθενούς απέναντι στην ασθένειά του, συμβάλλει ιδιαίτερα στην μετεγχειρητική πορεία και εξέλιξη της νόσου.

Η γενική προετοιμασία του ασθενούς πριν από την εγχείρηση συμβάλλει τόσο στην ψυχολογική τόνωση όσο και στην σωματική.

Ια. Ψυχολογική προετοιμασία

Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον άρρωστο για το τι πρόκειται να επακολουθήσει. Προσέχει ώστε οι εξηγήσεις που θα δίνει να είναι διαφωτιστικές και πάντα ανάλογες με το μορφωτικό του επίπεδο.

Η ψυχολογική προετοιμασία ενός αρρώστου με Ca παχέος εντέρου είναι ιδιαίτερα δύσκολη καθώς η δημιουργία της «παρά - φύσιν έδρας» σημαίνει και την αλλαγή της εικόνας του σώματος του ασθενή. Το βασικότερο πρόβλημα των αρρώστων, αυτών είναι η δύσκολη παραδοχή της νέας πραγματικότητας που καταργεί προσωρινά ή μόνιμα τη φυσιολογική οδό αφόδευσης και δημιουργεί μια «παρά φύσιν έδρα».

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το καλύτερο αντίδοτο στο φόβο του αρρώστου που πρόκειται να κάνει στομία είναι να τον φέρουμε σε επαφή με άλλους αρρώστους, οι οποίοι έχουν κάνει στομία, έχουν προσαρμοσθεί και με την οποία ζουν και εργάζονται φυσιολογικά. Έτσι δίνουμε την ευκαιρία στον ασθενή να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του. Αν αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει μπορούμε να του διαβάσουμε ορισμένα άρθρα γραμμένα από αρρώστους ομοιοπαθείς οι οποίοι ζουν ομαλά, άσχετα από τις δυσκολίες της αρρώστιας.

Τέλος του εξηγεί τις νοσηλείες στις οποίες θα υποβληθεί πριν και μετά τη χειρουργική επέμβαση και τον παροτρύνει να βοηθήσει και ο ίδιος, για την καλύτερη μετεγχειρητική του πορεία.

Ιβ. Σωματική προετοιμασία.

-Κατά τη φυσική προεγχειρητική ετοιμασία, ο ασθενής τρέφεται με πλούσια σε θερμίδες τροφή και φτωχή σε κυτταρίνη για τη σημαντική τόνωση του οργανισμού και μείωση του περιεχομένου του εντέρου.

-Η νοσηλεύτρια χορηγεί στον άρρωστο αντισηπτικά φάρμακα του εντέρου είτε από το στόμα είτε υπό μορφή υποκλυσμού.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Χορηγεί αντιβίωση.

-Προετοιμάζει το έντερο για την εγχείρηση. Έτσι τις πέντε τελευταίες μέρες πριν την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό υπακτικό, όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα.

-Δίνει μεγάλη προσοχή ώστε να υπάρχει επάρκεια υγρών στον οργανισμό του αρρώστου γι' αυτό και γίνεται παρεντερική χορήγηση υγρών.

-Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται υδρική δίαιτα, το βράδυ γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός καθώς και το πρωί της μέρας της εγχείρησης.

-Η τοποθέτηση του σωλήνα Levin δεν είναι απόλυτη.

Στην προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνονται εκτός από την εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από χειρουργό και παθολόγο και οι ακόλουθε εξετάσεις:

1. Αίματος: γενική αίματος (λευκά- ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως του αίματος, ομάδα και RHESUS αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος.

2. Γενική Ούρων:

3. Η.Κ.Γ

4. Ακτινογραφία θώρακα.

5. Οι εξετάσεις που γίνονται για τη Διάγνωση Ca παχέος εντέρου.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της νάρκωσης και το είδος του αναισθητικού ή των αναισθητικών. Μέρος της προεγχειρητικής φροντίδας αποτελεί και η καθαριότητα του σώματος του ασθενούς. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την καθαριότητα του ασθενούς που εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας και αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρμο δέρμα. Το λουτρό γίνεται την παραμονή της εγχείρησης.

Απαραίτητη εξάλλου, θεωρείται και η εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου. Πάντοτε η αναμονή εγχειρήσεως προκαλεί αγωνία και φόβο. Αποτελέσματα αυτών των αισθημάτων, η αϋπνία. Για την αποφυγή της αϋπνίας η νοσηλεύτρια δίνει στον ασθενή την νύχτα της παραμονής της εγχείρησης ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο.

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλείψουμε την προετοιμασία και εκπαίδευση του ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις, οι οποίες θα τον βοηθήσουν κατά την ανάρρωσή του.

Μετά ακολουθεί η τοπική προεγχειρητική ετοιμασία του μέρους του σώματος που θα γίνει η επέμβαση. Αυτή συνίσταται στην καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος του εγχειρητικού πεδίου, ώστε να καταστεί ακίνδυνο για μολύνσεις. Η έκταση του εγχειρητικού πεδίου είναι η πρόσθια επιφάνεια του κορμού, απ' το ύψος των θηλών των μαστών έως κάτω από την ηβική σύμφυση. Σε περιπτώσεις κοιλιοπερινεϊκής εκτομής προετοιμάζεται και η περιοχή του περίνεου.

Στο τελικό στάδιο γίνεται:

1. Παρατήρηση και εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ασθενούς από τη νοσηλεύτρια η οποία παίρνει τα ζωτικά σημεία του και ενημερώνει την προϊσταμένη και το θεράποντα ιατρό για τυχόν παρέκκλισή του από τα φυσιολογικά όρια.

2. Κατάλληλη ένδυση του ασθενούς. Μισή ώρα προ της εγχειρήσεως ο ασθενής φορά τα ρούχα του χειρουργείου αφού προηγουμένως ουρήσει για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη. Η πλήρης ουροδόχος κύστη μπορεί, είτε να κενωθεί στο χειρουργικό

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

τραπέζι, είτε να πληγωθεί από το νυστέρι του χειρουργού. Αφαιρούνται από τον ασθενή κοσμήματα, ξένες οδοντοστοιχίες τα οποία αφού καταγράφονται και τοποθετούνται σε φάκελο με το ονοματεπώνυμο και το θάλαμο του ασθενούς, παραδίνονται για φύλαξη στην προϊσταμένη του τμήματος.

Τέλος, η αδελφή ελέγχει για τελευταία φορά την καθαριότητα του σώματος του αρρώστου.

3. Προνάρκωση. Γίνεται συνήθως μισή ώρα προ της εγχείρησης. Το είδος της προνάρκωσης καθορίζεται από τον αναισθησιολόγο γιατρό και αποβλέπει στη μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος, την ελάττωση εκκρίσεως του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας.

Κατά την προνάρκωση, η αδελφή πρέπει να δώσει στον ασθενή το κατάλληλο φάρμακο, την ακριβή δόση και στην καθορισμένη ώρα.

Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι γυναίκα και έχει βαμμένα νύχια, ξεβάφονται δύο σε κάθε χέρι, για την παρακολούθηση της κυάνωσης κατά την νάρκωση. Μετά την προνάρκωση, ο ασθενής μεταφέρεται με φορείο στο χειρουργείο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Τέλος, η νοσηλεύτρια του τμήματος αναγράφει στο νοσηλευτικό δελτίο ή τη λογοδοσία της χειρουργικής κλινική, όλες τις ενέργιές της που έχουν σχέση με την προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενούς και προετοιμάζει το θάλαμο για την επιστροφή του.

II. Η νοσηλευτική κατά το μετεγχειρητικό στάδιο.

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς είναι καθοριστικής σημασίας καθώς μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη μετέπειτα εξέλιξη της νόσου. Θα πρέπει να γίνεται από έμπειρη και επιδέξια νοσηλεύτρια, η οποία κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Η νοσηλεύτρια αυτή θα συντελέσει:

-Στην προστασία του ασθενούς κατά τις διάφορες φάσεις της ανάνηψης.

-Στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής εξέλιξης της ασθένειάς του.

-Στην ανακούφισή του από ενοχλήματα.

-Στην πρόληψη επιπλοκών.

-Στη βοήθεια του ασθενούς για να επανέλθει το ταχύτερο στη φυσιολογική του κατάσταση.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο.

Ανάγκες αρρώστου μετά την πλήρη ανάνηψη.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

1. Θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.

Η κακή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι μετά την εγχείρηση, συμβάλει στην εμφάνιση επιπλοκών. Οι συνήθειες θέσεις είναι οι εξής:

α) Ύπτια θέση. Η ύπτια θέση, χωρίς μαξιλάρι και με το κεφάλι στο πλάι, χρησιμοποιείται αμέσως για τη διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων της στοματικής κοιλότητας και απελευθέρωση των αεραγωγών. Ο άρρωστος μένει στη θέση αυτή ώσπου να ανανήψει πλήρως.

β) Πλάγια θέση ή θέση Sim. Ο άρρωστος είναι γυρισμένος στο πλάι, με τον υπερκείμενο βραχίον μπροστά του. Χρησιμοποιείται όταν είναι απαραίτητο να αλλάξει ο άρρωστος συχνά θέση.

γ) Θέση Trendelenburg. Ο άρρωστος είναι σε ύπτια θέση με τα πόδια του κρεβατιού ανυψωμένα. Η θέση αυτή υποβοηθά την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου και χρησιμοποιείται σε shock και αιμορραγία.

δ) Θέση Fowler. Ο κορμός του αρρώστου ανυψώνεται για να σχηματίσει γωνία 60° ως 70° με το οριζόντιο επίπεδο. Είναι η άνετη καθιστή θέση. Οι χειρουργημένοι άρρωστοι τοποθετούνται συνήθως στη θέση αυτή αμέσως μετά την ανάνηψη.

2. Σίτιση.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η ναυτία, οι γαστρεντερικές επεμβάσεις και η συνεχής γαστρεντερική αναρρόφηση δεν επιτρέπουν τη λήψη υγρών από το σώμα, γι' αυτό χορηγούνται ενδοφλέβια.

Τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες χορηγούνται στον άρρωστο διαλύματα γλυκόζης και ηλεκτρολυτών που δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3000 ml, εφόσον ο άρρωστος δεν έχει παθολογικές απώλειες.

Αφού εγκατασταθεί επαρκής λειτουργία των νεφρών, χορηγείται καθημερινά κάλιο, αν ο άρρωστος δεν σιτίζεται ακόμα από το στόμα. Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β₁₂ χορηγούνται σε όλους του αρρώστους, που η παρεντερική θεραπεία τους παρατείνεται πέρα από δύο ημέρες.

Άλλες πηγές παρεντερικών θερμίδων είναι τα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης και τα γαλακτώματα λίπους. Τα διαλύματα αιθυλικής αλκοόλης όταν χορηγούνται εξασφαλίζουν θερμίδες και κατευνάζουν τον άρρωστο.

3. Έγερση του αρρώστου.

Μέσα στις πρώτες 24 έως 48 ώρες από την εγχείρηση, σχεδόν όλοι οι χειρουργημένοι άρρωστοι σήμερα, σηκώνονται από το κρεβάτι. Οι λόγοι της έγκαιρης έγερσης είναι:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

α) Πρόληψη πνευμονικών, αγγειακών, πεπτικών επιπλοκών.

β) Επιτάχυνση της επούλωσης του τραύματος.

γ) Μείωση του μετεγχειρητικού πόνου.

δ) Συντόμευση του χρόνου επιστροφής στην πλήρη διαίτα.

ε) Μείωση του χρόνου παραμονής του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Αν η έγκαιρη έγερση δεν είναι δυνατή, είναι απαραίτητο να γίνονται ασκήσεις στο κρεβάτι που φέρνουν τα ίδια αποτελέσματα με την έγκαιρη έγερση. Αρχίζουν συνήθως μέσα στο πρώτο 24ώρο. Εκτελούνται κάτω από άμεση επίβλεψη και καθοδήγηση. Οι ασκήσεις είναι:

-Βαθιές αναπνευστικές κινήσεις.

-Ασκήσεις των βραχιόνων.

-Ασκήσεις άκρων χεριών.

-Ασκήσεις προετοιμασίας του αρρώστου για έγερση από το κρεβάτι.

-Ασκήσεις σύστασης γλουτιαίων και κοιλιακών μυών.

4. Φροντίδα του χειρουργικού τραύματος.

Τραύμα είναι κάθε λύση συνέχειας του δέρματος. Επούλωση ονομάζεται το σύνολο των διεργασιών που έχουν σκοπό την αποκατάσταση της συνέχειας του δέρματος.

Ιδιαίτερα σημαντικό μέρος των διεργασιών της επούλωσης των τραυμάτων είναι η αλλαγή τους.

Η νοσηλεύτρια βοηθά το γιατρό στην αλλαγή των τραυμάτων για τους ακόλουθους λόγους.

α) Η ομάδα ως σύνολο δίνει στον άρρωστο πιο επιμελημένη φροντίδα.

β) Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί την κατάσταση του αρρώστου και μπορεί έτσι να του δώσει καλύτερη φροντίδα.

γ) Φροντίζει για την προμήθεια επιδεσμικού υλικού, ανάλογα με τις ανάγκες και για την απομάκρυνση του μολυσμένου υλικού.

δ) Αναλαμβάνει την εκτέλεση των αλλαγών.

ε) Καταγράφει στο δελτίο παρακολούθησης του αρρώστου την κατάσταση του τραύματος και του επιδεσμικού υλικού.

III. Η νοσηλευτική στις μεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές.

Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες που παρατηρούνται είναι οι εξής:

1. Πόνος: Ο ασθενής μετά τη χειρουργική επέμβαση βρίσκεται σε σωματική, διανοητικά και συναισθηματική υπερένταση η οποία φυσικά επιδεινώνει τον πόνο.

Η νοσηλεύτρια, για να ανακουφίσει το ασθενή από τον πόνο, τον τοποθετεί σε θέση που να προκαλεί χαλάρωση των μυών κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, τον προστατεύει κατά το βήχα και τους εμέτους και χορηγεί αναγκαστικά φάρμακα με τη μορφή ενέσεων, κατόπιν εντολής γιατρού.

2. Δίψα: Οφείλεται στην 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 τη εγχείρηση (αίμα , ιδρώτας, έμετοι). Τα αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με ύγρανση των χειλέων με βαμβάκι ποτισμένο σε κρύο νερό και χορήγηση υγρών παρεντερικώς.

3. Έμετος. Ο άρρωστος δεν ταλαιπωρείται από εμετούς γιατί φέρει ρινογαστρικό σωλήνα LEVIN που το απαλάσει από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

4. Ανησυχία - δυσφορία: Αιτίες που δημιουργούν ανησυχία και δυσφορία στον άρρωστο είναι:

- α) Βρεγμένο επιδερμικό υλικό.
- β) Επίσχεση ούρων.
- γ) Μετεωρισμός και λόξιγγας.
- δ) Αϋπνία.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να μειώσει τους θορύβους στο ελάχιστο, βοηθήσει τον άρρωστο να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις και μειώνει τον ημερήσιο ύπνο του με απασχόληση. Την ώρα του ύπνου του κάνει ελαφρά εντριβή, αερίζει το δωμάτιο και χαμηλώνει τα φώτα.

5. Διάταση εντέρου και κύστης. Η διάταση του εντέρου είναι μια δυσχέρεια που οφείλεται στην παρουσία, η οποία όμως προλαμβάνει με την τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα.

Η διάταση της κύστεως, οφείλεται σε σπασμό του σφιγκτήρα. Αν αποτύχουν όλα τα συντηρητικά μέσα, τότε εκτελείται καθετηριασμός.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Οι πιο συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν είναι οι εξής:

Αιμορραγίες διακρίνονται σε εξωτερικές και εσωτερικές και μπορούν να προήλθαν από τα εξής:

α) Την μη ικανοποιητική απολίνωση των αγγείων και μάλιστα των τριχοειδών, τα οποία εύκολα διαφεύγουν από την προσοχή του χειρουργού.

β) Την μόλυνση του τραύματος την οποία αντιμετωπίζει ο οργανισμός με συρροή αίματος.

γ) Τις βίαιες και απότομες κινήσεις του ασθενούς.

δ) Την κακή πήκτικότητα του αίματος.

Τα συμπτώματα της αιμορραγίας είναι: Ωχρότητα δέρματος, πρόσωπο και άκρα ψυχρά, γρήγορος και νηματοειδής σφυγμός, 130-140 σφυγμοί κατά το λεπτό, πτώση θερμοκρασία και αρτηριακής πίεσης, εφίδρωση, ανησυχία, βραδεία και ασθμαίνουσα αναπνοή, εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία.

Η νοσηλεύτρια θέτει τον άρρωστο σε ακινησία και καλεί τον γιατρό. Αν η αιμορραγία είναι εξωτερική τοποθετεί πιεστικό επίδεσμο στην κοιλιά. Αν είναι εσωτερική, δεν του δίνει τίποτε από το στόμα, έχει έτοιμο δίσκο ενέσεων με αιμοστατικά φάρμακα, ενδοφλέβια έγχυση ορού και ειδοποιεί την τράπεζα αίματος να ετοιμάσει αίμα για τον ασθενή. Απαλλάσσει τέλος τον

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ασθενή από οποιαδήποτε περίσφιξη, τον ζεσταίνει και τονώνει το ηθικό του.

2. Shock ή καταπληξία. Χειρουργική καταπληξία είναι κατάπτωση του κυκλοφοριακού συστήματος και οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή της είναι: η μεγάλη αιμορραγία, η νάρκωση, ο ψυχικός κλονισμός, ο ισχυρός πόνος κ.λ.π. Τα συμπτώματα του shock είναι τα εξής: σφυγμός μικρό, συχνός και μόλις αισθητός, επιπόλαιη και ανώμαλη αναπνοή, απλανές και αδιάφορο βλέμμα, πτώση της θερμοκρασίας.

3. Φλεβίτιδα ή θρόμβωση μηριαίας.

Το τοίχωμα της φλέβας φλεγμαίνει και σχηματίζεται μέσα σ' αυτή θρόμβος αίματος, που μπορεί να προκαλέσει πνευμονική εμβολή. Η θεραπεία γίνεται είτε με χειρουργική επέμβαση, είτε με χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής. Η ηπαρίνη χρησιμοποιείται συχνά όταν επιθυμούμε άμεσο αποτέλεσμα.

4. Πνευμονικές επιπλοκές. Αυτές είναι πιο συχνές και πιο σοβαρές. Συγκεκριμένα είναι:

α) Ατελεκτασία: Τέλεια απόφραξη βρόγχου από βλεννώδες έμβολο που εμποδίζει του αερισμό του παρεγχύματος που αερίζεται από αυτόν.

β) Βρογχίτιδα: Είναι Συνήθως στις 5-6 πρώτες μέρες. Συμπτώματα είναι βήχας με

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

απόχρεμψη χωρίς ανάλογη ανύψωση της θερμοκρασία και αύξηση συχνότητας του σφυγμού.

γ) Βρογχοπνευμονία: Είναι η δεύτερη κατά σειρά συχνότητας πνευμονική επιπλοκή μετά την ατελεκτασία. Παρουσιάζει βήχα, ανύψωση της θερμοκρασίας, συχνό σφυγμό.

δ) Λοβώδης πνευμονία: Πιο σπάνια. Παρουσιάζει ρίγη, συχνότητα σφυγμού και αναπνοής.

ε) Υποστατική πνευμονική συμφόρηση: Το αίμα λιμνάζει στα κατώτερα τμήματα του πνεύμονα εξαιτίας ανεπαρκούς καρδιαγγειακής λειτουργίας και μειωμένης κίνησης του αρρώστου. Δίνονται αντιβιοτικά.

στ) Πνευμονική εμβολή: Έντονο πόνο στο θώρακα, αδυναμία, κυάνωσης, αγωνία.

Για την αντιμετώπιση των πνευμονικών επιπλοκών συνιστούνται:

-10 βαθιές αναπνοές του αρρώστου κάθε ώρα.

-γύρισμα του αρρώστου από το ένα πλάγιο στο άλλο.

-πρέπει να αντιμετωπίζεται η διατάση του εντέρου.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-έγκαιρη έγερση του αρρώστου και δραστηριοποίησή του.

5. Επιπλοκές από το πεπτικό.

α) Εντερική απόφραξη: Παρουσιάζει οξύ πόνο στην κοιλιά, πυρετό, αύξηση σφύξης, διάταση του εντέρου, εμετό. Συνίσταται συνεχής αναρρόφηση. Πολλές φορές χρειάζεται χειρουργική επέμβαση.

β) Λόξιγκας: Διαλείπουν σπασμός του διαφράγματος που παρουσιάζεται συχνά μέσα από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Πρέπει να απομακρυνθεί η αιτία που προκαλεί το λόξιγκα.

6. Επιπλοκές από το τραύμα.

α) Αιμάτωμα: Που είναι αποτέλεσμα σχηματίσης θρόμβου μέσα στο τραύμα. Πολύ συχνά αυτό απορροφάται όταν είναι μικρός, αφαιρείται.

β) Μόλυνση: Απαραίτητη η ασηψία κατά τις αλλαγές και η καθαριότητα του περιβάλλοντος. Θεραπεία ή με διάνοιξη του τραύματος ή έκπλυση

με αντισηπτική διάλυση ή χορήγηση αντιβίωσης.

γ) Ρήξη ραμμάτων- Εκσπλάχνωση: Η επιπλοκή αυτή οφείλεται σε μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάσταση. Έντονο πόνο και εμετό,

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

έξοδος περιτοναϊκού υγρού στις γάζες. Η νοσηλεύτρια πρέπει να ειδοποιήσει αμέσως το γιατρό. Χρησιμοποιούνται ειδικοί επίδεσμοί.

**4. Θεραπείες - Πρόγνωση - Επιπλοκές
Θεραπείας και νοσηλευτική παρέμβαση.**

Η θεραπεία του καρκίνου του παχέος εντέρου είναι κατά κανόνα χειρουργική. Σπάνια και σε πολύ βαριά ασθενείς μπορεί η θεραπεία να γίνει με ακτινοβολίες ή να προτιμηθεί τοπική αφαίρεση του όγκου με θερμοκύτταρα, όταν ο όγκος εντοπίζεται χαμηλά στο ορθό. Τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις αυτές όπως είναι φυσικό είναι πολύ πτωχά.

Σε ορισμένες επίσης περιπτώσεις, ιδιαίτερα του καρκίνου του ορθού, η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται ή ακολουθείται από επικουρική χημειο-ανοσο-θεραπεία με την οποία προσδοκείται η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της επιβίωσης των ασθενών αυτών.

Οι εγχειρήσεις για τον καρκίνο του παχέος εντέρου διακρίνονται σε ριζικές που αποσκοπούν στην ίαση του ασθενούς και σε παρηγορητικές. Οι παρηγορητικές εγχειρήσεις εφαρμόζονται όταν υπάρχουν μεταστάσεις που αποκλείουν το καλό αποτέλεσμα μιας ριζικής εγχειρήσεις θεωρούνται η περιορισμένη εκτομή

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

του τμήματος του εντέρου στο οποίο εντοπίζεται ο όγκος χωρίς να αφαιρεθούν οι υπάρχουσες μεταστάσεις, οι παρακαμπτήριες αναστομώσεις και η απλή κολοστομία. Οι ριζικές εγχειρήσεις, για λόγους περιγραφικούς διακρίνονται σε 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 και κυρίως η συναφαίρεση όλου του δικτύου που αποχετεύει τη λέμφο του τμήματος αυτού συμπεριλαμβανομένων και των λεμφαδένων. Παράλληλα λαμβάνεται ιδιαίτερη φροντίδα κατά την εγχείρηση ώστε ν' αποφευχθεί όσο είναι δυνατόν η διαφυγή και διασπορά καρκινικών κυττάρων από τους χειρουργικούς χειρισμούς.

Πρόγνωση.

Η πρόγνωση στον καρκίνο του παχέος εντέρου για τα στάδια DUKES A και B είναι καλή. Επειδή όμως ένα μεγάλο ποσοστό αρρώστων βρίσκονται στο στάδιο DUKES C η συνολική πενταετής επιβίωση για εγχειρήσεις ιάσεως κυμαίνεται γύρω στα 60%. Πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι σ' ένα 10% των περιπτώσεων, ο όγκος δεν είναι εξαιρεσιμος και σ' ένα 20% διαπιστώνονται ηπατικές μεταστάσεις. Έτσι εάν

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

συμπεριλάβει κανείς τους αρρώστους όλων των σταδίων η πενταετής επιβίωση κυμαίνεται γύρω στα 40%. Η πρόγνωση επίσης επηρεάζεται αντιστρόφως από την εμφάνιση επιπλοκών (απόφραξη ή διάτρηση.) Άλλοι παράγοντες είναι ο βαθμός διαφοροποιήσεως των κυττάρων κατά BRODER η ανεύρεση των αιμοφόρων αγγείων και πέριξ των νεύρων. Οι χειρουργημένοι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται σε συχνά χρονικά διαστήματα μ. C.E.A., αιματολογικές, ακτινολογικές εξετάσεις και ενδοσκοπήσεις. Εάν διαπιστωθεί υποτροπία της νόσου πρέπει να χειρουργούνται εκ νέου (SECOND LOOK). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλύτερο ποσοστό επιβίωσης και καλύτερη ποιότητα ζωή για τους ασθενείς.

5. Πρόληψη και νοσηλευτική παρέμβαση.

Είναι περιττό να επαναληφθεί η τεράστια σημασία της πρώιμης ανίχνευσης του καρκίνου για τη βελτίωση των συνθηκών υγείας στην κοινότητα. Αποτελεί την πλέον αποτελεσματική μέθοδο για τη μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας του πληθυσμού από αρκετούς καρκίνους. Η πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου μπορεί να στηριχτεί σε μαζικά προγράμματα με στόχο πληθυσμιακές ομάδες της κοινότητας με υψηλό κίνδυνο που οργανώνονται και διεκπεραιώνονται από κρατικού ή μη φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε να στηριχθεί στις μεμονωμένες προσπάθειες για έλεγχο της υγείας σε ατομική βάση με την ιατρική συνδρομή των οικογενειακών γιατρών ή των γιατρών των ασφαλιστικών φορέων και του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητο ο έλεγχος να γίνεται μέσα στα πλαίσια των συστάσεων για το screening της American Cancer Society όπως διαμορφώθηκαν και καταγράφηκαν στην αρχή της δεκαετίας του 1980.

Με τον όρο screening εννοούμε τον μαζικό έλεγχο μεγάλων ασυμπτωματικών πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου σε προσυμπτωματικό στάδιο. Είναι δηλαδή, απαραίτητη προϋπόθεση για το screening να μην έχει εκδηλωθεί κανένα υποκειμενικό ενόχλημα ή

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

σύμπτωμα που θα οδηγούσε στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Θα μπορούσε, συνεπώς, ο όρος να αποδοθεί στα ελληνικά σαν «Προσυμπτωματικός Μαζικός Έλεγχος», ή σαν «Πληθυσμιακή Ανίχνευση Ασυμπτωματικής Νόσου».

Προφανής σκοπός του screening είναι να αναγνωρίσει μεταξύ των υγιών πλέον πρώιμα κατά το δυνατόν στάδια της νόσου, οπότε η ίαση να μπορεί να επιτευχθεί ασφαλέστερα, με χειρισμούς ίσης βαρύτητας και με μικρότερη δυνατή πιθανότητα πρόκλησης μόνιμης αναπηρίας από τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Η έννοια της μαζικής Παρασυμπτωματικής ανίχνευσης για τον έλεγχο του καρκίνου έρχεται να συμπληρώσει τις προσπάθειες για την πρωτογενή πρόληψη του καρκίνου αν και οι προσπάθειες για την πρώιμη διάγνωση αναπτύχθηκαν νωρίτερα από τις προσπάθειες για την πρωτογενή πρόληψη.

Η πρώιμη (προσυμπτωματική) διάγνωση του καρκίνου δεν είναι απλή υπόθεση σαν προσέγγιση του προβλήματος του ελέγχου της νόσου και εγκυμονεί τεράστιες αντικειμενικές δυσκολίες όσον αφορά τον καθορισμό των αντικειμενικών στόχων του screening, την υλοποίηση εκτεταμένων προγραμμάτων για μεγάλα χρονικά διαστήματα, τον καθορισμό των παραγόντων που θα παρακολουθούνται για την αξιολόγηση της έκβασης κάθε προγράμματος και οπωσδήποτε την αναζήτηση

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

της ιδανικής σχέσης κόστους ωφέλειας για κάθε πρόγραμμα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να συμμετάσχει ενεργά στην πρόληψη του καρκίνου και να μην καλύπτει μόνο τις ανάγκες ρουτίνας, αλλά να είναι ενήμερος σε κάθε νεά μέθοδο και αντιμετώπιση για τη νοσηλεία του καρκίνου.

Επειδή ο νοσηλευτής είναι το μόνο πρόσωπο που είναι περισσότερο κοντά στον άρρωστο, καλό θα είναι, εκτός από τεχνικές γνώσεις να έχει γενικότερες γνώσεις ογκολογίας.

Κεφάλαιο Ε!

1 Κολοστομία - Παραφύσιν έδρα

1.α Ορισμός και είδη της κολοστομίας

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

α) Να συγκεντρώνει και να αποθηκεύει τις περισταματικές ουσίες και

β) Να απορροφά νερό και ηλεκτρολύτες .

Το είδος και η συχνότητα της κοπρανώδους απέκκρισης εξαρτάται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την εντόπιση της κολοστομίας.

1) Κατιούσα και σιγμοειδή κολοστομία.

Ονομάζονται "στεγνές" κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παράγει σχηματισμένα κόπρανα.

2) Εγκάρσια κολοστομία.

-Το απέκριμα μπορεί να είναι σχηματισμένα κόπρανα, συνήθως όμως είναι κολλώδες.

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

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

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

Εγκάρσια κολοστομία έχουμε δύο είδη:

α) Διπλού αυλού κολοστομία

β) Αγκυλωτή κολοστομία.

α) Η διπλού αυλού κολοστομία έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό, και ένα ανενεργό το περιφερικό. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κώλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου μέχρι να γίνει η επούλωση. Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο συνδέεται με λαπαροτομία.

β) Η αγκυλωτή κολοστομία είναι ένα άλλος τύπος παροδικής παράκαμψης. Μια 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. Ο ιστός του στομίου συρρικνώνεται και μπορεί τελικά να μοιάζει με εκείνη των δύο στομίων. 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 πρόβλημα ερεθισμού του δέρματος. Η προστασία του είναι απαραίτητη.

Το βασικότερο πρόβλημα σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι η δύσκολη παραδοχή από τον άρρωστο, της νέας πραγματικότητας, που καταργεί προσωρινά ή ισόβια τη φυσιολογική οδό αφοδεύσεως.

1β) Η Νοσηλευτική παρέμβαση σε άρρωστο με κολοστομία - Παραφύσιν έδρα

Η αντίδραση του αρρώστου με κολοστομία, ιδιαίτερα όταν η κολοστομία του θα είναι μόνιμη, είναι πιθανόν να φτάσει μέχρι το S'HOCK ή την ιδέα της αυτοκτονίας. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη, στη φροντίδα ενός αρρώστου με εκστομωση του εντέρου είναι εξαιρετικά δύσκολος. Ο άρρωστος όσο κι αν έχει αποδεχτεί την πιθανότητα μιας κολοστομίας, πριν πάει στο χειρουργείο την έχει αποδεχθεί σαν πιθανότητα. Ελπίζει ότι μπορεί και να μην γίνει.

Όταν όμως θα βρεθεί στο τμήμα, αμέσως μετά την αφύπνιση του από τη νάρκωση, όταν αρχίζει να θυμάται, ανησυχεί και ρωτάει. Και φυσικά η νοσηλεύτρια-της, είναι αυτή που θα τον

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ενημερώσουν και θα τον καθησυχάσουν. Να τον συμφιλιώσουν με την καινούργια του πραγματικότητα που δεν την θέλει, την εχθρεύεται και την απορρίπτει. Αυτό είναι φοβερά δύσκολο. Απαιτεί γνώσεις, επιδεξιότητα, χρόνο, κατανόηση ανοχή και αγάπη.

Ο άρρωστος που έχει κολοστομία συμπεριφέρεται ιδιόρρυθμα. Συχνά κλαίει και γελάει ταυτόχρονα, κυριεύεται εύκολα από απελπισία, αποσύρεται στον εαυτό του, δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον του ή κάποτε μιλάει χωρίς σταματημό. Και αυτά γιατί εξαιτίας της κολοστομίας του, υποψιάζεται ή ξέρει τι έχει και συχνά διακατέχεται από το αίσθημα του μελοθανάτου. Έχει πλέγματα κατωτερότητας και άλλες ψυχονευρωτικές διαταραχές. Αισθάνεται κοινωνικά εξωστρακισμένος, ξοφλημένος και πολλές φορές σκέφτεται το θάνατο σαν λύτρωση. Βέβαια η αντίδρασή του εξαρτάται βασικά από την προσωπικότητά του, το χαρακτήρα του και οικογενειακή και συζυγική του ζωή, την οικονομική του κατάσταση, το επάγγελμά του και την κοινωνική του δραστηριότητα. Σ' αυτή την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου που υιοθετείται από τον ίδιο μετά την πληροφόρησή του για τη δημιουργία της κολοστομίας η δυσκολότερη φάση είναι εκείνη, που για πρώτη φορά θα δει την εκστόμωσή του.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

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

Η νοσηλεύτρια τον έχει προετοιμάσει, του έχει μιλήσει για την πλύση και την φροντίδα της κολοστομίας και τους σκοπούς που εξυπηρετεί. Όπως τον καθαρισμό του εντέρου από τις κοπρανώδεις μάζες, την ελάττωση της διατάσεως που προκαλούν τα αέρια και τη ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου, σε τακτικά χρονικά διαστήματα και σε επιθυμητή ώρα ώστε ο άρρωστος να μη δυσκολεύεται αργότερα στην επαγγελματική και κοινωνική του ζωή.

I) Φροντίδα κολοστομίας.

Η λύση και η φροντίδα κολοστομίας, είναι μια νοσηλεία που η νοσηλεύτρια θα πρέπει να την διδάξει στον άρρωστο και να τον πειραματίσει στην τεχνική της γιατί πρόκειται να αναλάβει ο ίδιος την εξυπηρέτησή του. Είναι αυτονόητο αλλά και γνωστό ότι από τη δημιουργία της κολοστομίας το περιεχόμενο του εντερικού αυλού θα χύνεται στο κοιλιακό τοίχωμα. Το εντερικό περιεχόμενο εξαρτάται στη σύστασή του από το σημείο του εντέρου που εκστομώθηκε. Για τη

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

συλλογή αυτού του περιεχομένου οι διάφορες φαρμακευτικές εταιρίες έχουν δημιουργήσει ειδικούς αυτοκόλλητους σάκους κολοστομίας, οι οποίοι εφαρμόζονται σε υγιές δέρμα. Ο σάκος στο επάνω μέρος έχει φίλτρο διαφυγής αερίων από ενεργό άνθρακα, που συγκρατεί τις δυσάρεστες οσμές. Ο σάκος κολοστομίας με αυτοκόλλητη επιφάνεια είναι μιας χρήσης. Η αλλαγή του σάκου επιβάλλεται όταν γεμίσει ως την μέση.

Τα απαραίτητα αντικείμενα για την αλλαγή του σάκου είναι:

α) Δίσκος του περιέχει:

-Μπωλ με τολύπια και χαρτοβάμβακα.

-Φυσιολογικό ορό και αντισηπτικό.

-Σετ αλλαγής.

-Νεφροειδές.

-Τετράγωνο και αδιάβροχο.

β) SKIN GEL της HOLLISTER, το οποίο είναι ζελατινούχο πήκνωμα για την αποφυγή δερματικού ερεθισμού.

γ) Πάστα KARAYA

δ) Σάκοι κολοστομίας

ε) Σαπούνι, νερό και τρίφτης

Γνωρίζοντας ότι ο σάκος με μικρότερη διάμετρο θα ερεθίσει το στόμιο, ενώ με μεγαλύτερη διάμετρο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα και θα οδηγήσει σε δερματικό πρόβλημα, χρησιμοποιούμε διαμετρώμετρο στομίων και διαλέγουμε σάκο που η διάμετρός του εφαρμόζει πιο κοντά στο στόμιο χωρίς να το εγγίζει. Εάν δεν υπάρχει κόβουμε με το ψαλίδι προσεκτικά στο μέγεθος που θέλουμε εμείς. Δίνουμε στον άρρωστο αναπαυτική θέση, τέτοια που να μπορεί να παρακολουθεί την όλη διαδικασία. Ενώ συγχρόνως ενθαρρύνεται να παίρνει μέρος και να κατανοεί αυτό που του γίνεται ώστε, τελικά, να μπορεί να κάνει μόνος του την αλλαγή. Εξηγούμε με λόγια απλά κάθε λεπτομέρεια στον άρρωστο.

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

Πετάμε τον χρησιμοποιημένο σάκο στο πλαστικό σάκο αχρήστων. Ενώ τοποθετούμε το τετράγωνο με το αδιάβροχο αλλαγών κάτω από στόμιο, τοποθετούμε το νεφροειδές κάτω από το στόμιο, (από την πλευρά που εφαρμόζει στο σώμα

είναι καλυμμένο με χαρτοβάμβακα). Εάν έχουν μείνει επάνω στο δέρμα υπολείμματα συγκολλητικής ουσίας, πλένουμε το δέρμα με μικρή ποσότητα διαλυτικής ουσίας πάνω σε γάλα. Δεν χρησιμοποιούμε αιθέρα, ασετόν ή βενζίνη γιατί ερεθίζουν το δέρμα.

Τέλος καθαρίζουμε καλά με χλιαρό νερό ή σαπουνόνερο. Προτιμάμε το σαπούνι γλυκερίνης γιατί διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό. Στεγνώνουμε την περιοχή του δέρματος γύρω από το στόμιο με απαλές κινήσεις. Πλένουμε τα χέρια μας και κρατάμε το σει (SET) αλλαγής. Καθαρίζουμε το στόμιο, χρησιμοποιώντας λαβίδα με αντισυπτικό διάλυμα (π.χ. PHISOHEX) και διάλυμα NALL ισότονο. Αρχίζουμε από το κέντρο προς την περιφέρεια με κυκλικές κινήσεις, όσες φορές χρειαστεί για να μείνει το στόμιο καθαρό. Απομακρύνουμε το νεφροειδές και στεγνώνουμε καλά το στόμιο με ήπιες κινήσεις. Εάν υπάρχει δερματικός ερεθισμός επαλείφουμε την περιοχή με ζελαινούχο πήκνωμα.

Αφαιρούμε το προστατευτικό χαρτί μόνο από το κεντρικό τμήμα της αυτοκόλλητης επιφάνειας (ενώ το προστατευτικό που μένει στα δύο πλάγια χρησιμεύει για το πιάσιμο του σάκου). Κρατώντας από το προστατευτικό των δύο στεγνών λωρίδων, στα πλάγια φέρνουμε το κέντρο του ανοίγματος στο κέντρο του στομίου. Εφαρμόζουμε πρώτα το

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κάτω μέρος της αυτοκόλλητης επιφάνειας αρχίζοντας την τοποθέτηση ακριβώς κάτω από το στόμιο . Πιέζουμε σταθερά προς τα κάτω και έξω ισιώνοντας συγχρόνως τόσο το δέρμα όσο και την αυτοκόλλητη επιφάνεια. Η δημιουργία πτυχών όσο στην αυτοκόλλητη επιφάνεια και στο δέρμα πρέπει να αποφεύγεται.

Με τον ίδιο τρόπο κολλάμε και το επάνω μέρος. Τέλος, αφαιρούμε το χαρτί και κολλάμε τις δύο στεγνές λωρίδες στα πλάγια. Σε περιπτώσεις που το στόμιο είναι ασύμμετρο καλύπτουμε τις δερματικές πτυχές χρησιμοποιώντας πάστα KARAYA. Αφαιρούμε το αδιάβροχο με το τετράγωνο. Τοποθετούμε τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση.

Τέλος, απομακρύνουμε όλα τα αντικείμενα πετάμε τα άχρηστα και τακτοποιούμε το δίσκο.

Πλύση κολοστομίας. Η πλύση κολοστομίας έχει σαν σκοπό της να βοηθήσει στο άδειασμα του κόλου από το περιεχόμενό του (κόπρανα, αέρια και βλέννα). Επίσης βοηθά η κένωση του εντέρου να γίνεται σε συγκεκριμένη ώρα, ώστε να είναι δυνατή αργότερα η ανάληψη κοινωνικών δραστηριοτήτων από το άτομο. Τα αντικείμενα που χρειάζονται:

Δίσκος ή τροχήλατο που περιέχει:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- α) Δοχείο υγρού πλύσης.
- β) Υγρό πλύσης 500-1000 ml (χλιαρό νερό βρύσης ή αλατούχο διάλυμα ή άλλο διάλυμα που συνέστησε ο γιατρός) σε θερμοκρασία 40,5 °C.
- γ) Καθετήρα από μαλακό ελαστικό Νο 16 ή 18 (συνήθως LAIRD TIP). Αυτός έχει ένα πλαστικό κώνο με αποτέλεσμα να εμποδίζει την προς τα πίσω ροή του υγρού πλύσης.
- δ) Χαρτί τουαλέτας.
- ε) Βαζελίνη JELL για να λιπαίνει τον καθετήρα.
- στ) Γάζες.
- ζ) Πλαστικός σάκος για την αλλαγή άχρηστου υλικού συγκρατούμενο με ζώνη, μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ένα τυλιγμένο σε ρολό αδιάβροχο για την παροχέτευση του υγρού πλύσεως.
- θ) Άγγιστρο για τη σακούλα ή το δοχείο.

Διαδικασία.

Ο χειρουργός περίπου την 5^η ή την 7^η μετεγχειρητική ημέρα κάνει την πρώτη πλύση μέσω του τεχνητού ανοίγματος. Αν η ποσότητα που βγαίνει είναι ικανοποιητική και το άνοιγμα δεν είναι φραγμένο, αναλαμβάνει η νοσηλεύτρια την

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

ευθύνη, για τις επόμενες πλύσεις. Είναι εργασία της νοσηλεύτρια να διδάξει στον ασθενή πως θα ρυθμίσει την τακτικότητα και ομαλότητα της αφόδευσης μέσω της κολοστομίας και πως θα γίνεται η πλύση αυτής.

Διαλέγουμε μαζί με τον άρρωστο την κατάλληλη ώρα για την πλύση. (Η ώρα πλύσης πρέπει να συμφωνεί με την μετανοσοκομειακή δραστηριότητα του αρρώστου). Ενημερώνουμε τον ασθενή για το είδος της νοσηλείας και τον προτρέπουμε να παρακολουθήσει τη διαδικασία, η οποία γίνεται με ρυθμό διδασκαλίας για να μπορεί ο άρρωστος να παρακολουθεί τις διάφορες ενέργειές μας, να εκφράσει τις τυχόν-απορίες του έτσι ώστε να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί στο μέλλον.

Κρεμάμε το δοχείο πλύσης με το διάλυμα σε ύψος 45-50 εκατ. πάνω από το στόμιο περίπου στο ύψος του ώμου όταν ο άρρωστος κάθεται. Βάζουμε τον ασθενή να καθίσει στην τουαλέτα και εξασφαλίζουμε μερικά στηρίγματα για τη μέση του αρρώστου. Ο ασθενής οφελείται ψυχολογικά όταν κάθεται στην τουαλέτα κατά τη διάρκεια της πλύσης-κένωσης γιατί νοιώθει ότι δεν είναι πολύ μακριά από την πραγματικότητα η κένωσή του. Τοποθετούμε μια πετσέτα μπροστά στα πόδια του ασθενούς. Τα απαραίτητα μέσα και το νερό για την πλύση έχουν συγκεντρωθεί. Μετακινούμε τα

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κοιλιακό τοίχωμα συνήθως μέχρι την 10^η μετεγχειρητική μέρα. Μπορεί επίσης να συσταθεί στον άρρωστο να εισάγει το δάκτυλό του μια φορά την εβδομάδα μέσα στην στομία τότε δεν θα έχει πρόβλημα. Μερικοί άρρωστοι έχουν ανάγκη να κάνουν πλύση στην κολοστομία κάθε μέρα ενώ αντίθετα μερικοί μπορούν να κάνουν αυτό κάθε 2-3 μέρες. Οι τελευταίοι είναι πιο τυχεροί. Ενώ άλλοι νομίζουν ότι ή πιο ομαλή ώρα για αφόδευση της κολοστομίας είναι να αδειάζει αυθόρμητα. Η νοσηλεύτρια προτείνει στον άρρωστο για καλύτερη εξυπηρέτησή του όλα τα αντικείμενα που χρειάζονται για την πλύση να τα έχει συγκεντρωμένα σ' ένα δίσκο και να τα φυλάει σε ένα κατάλληλο και βολικό σημείο του σπιτιού του. Επίσης ότι τα (COLOSTOMY ORRIGATION SET) που βρίσκονται στο εμπόριο μπορεί να αντικατασταθούν με ένα δοχείο πλαστικό ώστε να βλέπει εύκολα την στάθμη του περιεχομένου.

II Ψυχολογική προσέγγιση του αρρώστου με την αναπηρία κολοστομίας

Είναι γεγονός ότι ο γιατρός συναντά σοβαρές αντιρρήσεις από τον άρρωστο όταν προεγχειρητικά του εξηγεί την κατάσταση και του ζητά την έγκρισή του να προχωρήσει σε επέμβαση που τις πιο πολλές φορές είναι σωτήρια για την ζωή του.

Αλλά και τα μετεγχειρητικά ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στον άρρωστο με κολοστομία είναι τεράστια. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η εκπαίδευση του ασθενούς πρέπει να αρχίζει από την ημέρα της εισαγωγής του στο Νοσοκομείο. Στην πράξη όμως οι ασθενείς καταβάλλονται έντονα από την διάγνωση ότι πάσχουν από καρκίνο και δεν είναι σε θέση να αφομοιώσουν τις πληροφορίες για την περιποίηση της κολοστομίας. Στην αποκατάσταση των ασθενών με κολοστομία βοήθα σημαντικά η λειτουργία μιας ομάδας υποστήριξης που αποτελείται από ψυχίατρο, κοινωνική λειτουργό και ειδικευμένη νοσηλεύτρια (STOMA-THERAPIST). Ο ασθενής με την ομάδα αρχίζει να συζητά την κατάστασή του, προκειμένου να αποκτήσει τις γνώσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του όπου τελικά να αποδεχθεί την ύπαρξη της κολοστομίας.

Όσπου να φθάσει όμως στο σημείο αυτό κυριαρχούν ιδιόρρυθμες και άστατες συναισθηματικές καταστάσεις. Αντιλαμβάνεται ότι

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

έχει πλέον αναπηρία και πέφτει σε κατάθλιψη. Αν σκεφτεί κανείς την αλλαγή σε βασικές βιολογικές λειτουργίες όπως η ούρηση και η αφόδευση που μέχρι εκείνη τη στιγμή ήταν φυσιολογικές.

Ο ασθενής δικαιολογείται μετά τη δημιουργία μιας στομίας να εκφράζεται με πίκρα, οργή παράπονο, απογοήτευση και αγωνία για το μέλλον του. Τα σοβαρά προβλήματα καθαριότητας, σεξουαλικής συμπεριφοράς, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης που δημιουργούνται από την κολοστομία, πρέπει να αντιμετωπισθούν με την ψυχολογική υποστήριξη.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που με στοργή και συμπόνια, επαγρύπνηση και ανθρωπισμό, επίγνωση της σοβαρής και ιδιόρρυθμης κατάστασής του, με σύνεση, προσοχή, ανοχή και ιδιαίτερα περιποίηση, θα κερδίσει τη συμπάθεια του αρρώστου ώστε να δέχεται όσα του λέγονται καθώς και την θεραπεία που του έγινε και του γίνεται.

Η νοσηλεύτρια αναλαμβάνει, περισσότερο από τα άλλα μέλη της ομάδας την καθημερινή παρακολούθηση του ασθενούς και της στομίας και τον εκπαιδεύει στις τεχνικές φροντίδες της στομίας μέχρις ότου βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι σε θέση να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του. Για να μπορέσει ο ασθενής να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του πρέπει να μεθοδευτεί σωστά ή διαδικασία που θα τον βοηθήσει και να τον

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

προετοιμάσει κατάλληλα ώστε να αφομοιώσει τις γνώσεις που του παρέχονται.

Η ενεργητική εκπαίδευση του ασθενή πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για το ότι πρέπει ο ασθενής να γνωρίζει σε σχέση με το ότι ο ίδιος νομίζει ότι του χρειάζεται να ξέρει. Δεν υπάρχει καθορισμένος χρόνος που θα χρειασθεί ο ασθενής για να εκπαιδευτεί στην περιποίηση του εαυτού του. Η εκπαίδευση ενός νέου ασθενή με στομία πρέπει να περιλαμβάνει και ένα άλλο πρόσωπο. Αυτό μπορεί να είναι ο/η σύζυγος, ένας συγγενής ή ένας φίλος της εκλογής του ασθενή. Το πρόσωπο αυτό πρέπει να εκπαιδευτεί στη φροντίδα της κολοστομίας μαζί με τον ασθενή ώστε να του παρέχει επαρκή βοήθεια στο σπίτι.

Φυσιολογικές δυσλειτουργίες, όπως μειωμένη όραση, αρθρίτιδα και παραλύσεις, μειώνουν την ικανότητα του ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του. Επίσης νοητικές δυσλειτουργίες μπορούν να εμποδίζουν την εκμάθηση και χρειάζεται μια περισσότερο μελετημένη προσέγγιση του ασθενή.

III. Νοσηλευτική Παρέμβαση στις επιπλοκές Κολοστομίας

Οι επιπλοκές της κολοστομίας είναι:

α) Μετεγχειρητική κοιλιοκήλη. Αυτή είναι η συχνότερη επιπλοκή και είναι συγκεκριμένα η χαλάρωσή του κοιλιακού τοιχώματος και η διεύρυνση της θύρας διόδου του εντέρου. Το κοιλιακό τοίχωμα προβάλλει στη θέση αυτή ημισφαιρικά. Αν το αφήσει κανείς αυτό στην τύχη του, μπορούν να δημιουργηθούν διογκώσεις σε μέγεθος κεφαλής παιδιού.

Ο καλύτερος τρόπος πρόληψης τέτοιων καταστάσεων είναι η χρησιμοποίηση μιας ζώνης κοιλίας στα μέτρα του αρρώστου.

β) Στένωση. Όταν το στόμιο του εντέρου είναι πάρα πολύ στενό έχουμε στένωση. Η κένωση του εντέρου γίνεται τότε επώδυνη, και σαν αποτέλεσμα έχουμε αποφράξεις. Σ' αυτή την περίπτωση ίσως χρειαστεί επέμβαση.

γ) Πρόπτωση: Είναι η πτώση του εντέρου προς τα έξω. Χρειάζεται αμέσως την επέμβαση του γιατρού γιατί ο βλεννογόνος του εντέρου που έχει πάθει εκτροπή, είναι ευκολοτραυματίστος και έχει τάση για αιμοραγία.

δ) Εισολκή. Η θεραπεία είναι δυσκολότερη σε εισολκή της εντεροστομίας, γιατί το έντερο

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

τραβιέται πίσω και μπορούν πολύ εύκολα να δημιουργηθούν φλεγμονές.

ε) Αιμορραγία. Οι αιμορραγίες του βλεννογόνου του εντέρου στην περιοχή της εντεροστομίας είναι ακίνδυνες όταν οφείλονται σε μηχανικό ερεθισμό. Σταματούνται με βαμβάκι εμπλουτισμένο σε χλωριούχο σίδηρο.

στ) Φλεγμονή. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να αναπτυχθεί γύρω από την τεχνητή έδρα ένα απόστημα. Το δέρμα κοκκινίζει, καίει και πονάει. Μπορεί να παρουσιαστεί πυρετός και να σχηματίσουν συρίγγια που μπορεί να χρειαστεί να χειρουργηθούν.

ζ) Το οπίσθιο τραύμα. Η μεγάλη τραυματική κοιλότητα που δημιουργείται κατά τις εγχειρήσεις εντεροστομίας στις οποίες αφαιρείται τελείως το ορθό και ο πρωκτός, χρειάζεται πολύ καιρό για να θεραπευτεί και να μπορεί να παρουσιάσει διάφορες διαταραχές, όπως οι λεγόμενοι πόνοι -φαντάσματα- που δίνουν την εντύπωση ότι υπάρχουν ακόμη τα τμήματα που αφαιρέθηκαν.

η) Πόνοι. Στην αρχή εμφανίζονται πόνοι στο οπίσθιο τραύμα, που είναι φυσιολογικοί. Αν είναι πιο ισχυροί οφείλονται σε φλεγμονή της περιοχής της τραυματικής κοιλότητας και χρειάζονται θεραπεία.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

θ) Διαταραχές της ουρήσεως. Κατά την εγχείρηση μπορεί να συμβούν βλάβες των νευρών των ουροποιητικών οργάνων. Αυτές προκαλούν ακούσια απώλει ούρων, νυχτερινή ενούρηση αίσθημα ατελούς κενώσεως της κύστης και συχνουρία. Αν συνεχίσουν αυτά τα συμπτώματα μετά από τρεις μήνες, χρειάζεται ουρολογική εξέταση.

ι) Εξετάσεις ελέγχου. Οι τακτικές εξετάσεις μπορούν να προβάλουν διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις γι' αυτό και δεν πρέπει να παραμελούνται. Πρέπει να γίνονται τα πρώτα δύο χρόνια κάθε 3 μήνες. Μετά μία φορά το χρόνο. Σε άτομα με ειλεοστομία πρέπει επίσης να γίνονται τακτικά εξετάσεις του αίματος.

Επίσης, τα προβλήματα αποκατάστασης που μπορεί να παρουσιάσει μι κολοστομία είναι:

α) Η χρονική ακανόνιστη έξοδος των κοπράνων.

β) Η θορυβώδης απώλεια αερίων

γ) Η δυσσομία

δ) Η φλεγμονώδης πολλές φορές διήθηση του δέρματος γύρω από την κολοστομία.

Όλα αυτά μπορούν να αντιμετωπισθούν με επιτυχία αρκεί να υπάρχει σωστή εκπαίδευση του ασθενούς από τη νοσηλεύτρια και φυσικά διάθεση

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

εκ μέρους του αρρώστου. Πρέπει να έχει αποδεχτεί την κολοστομία και να έχει αποφασίσει να ζήσει μ'αυτήν στο εξής. Με τη βοήθεια της νοσηλεύτριας θα μάθει να την περιποιείται και να την κρύβει από τους άλλους, ώστε ούτε μειονεκτικά να αισθάνεται ούτε να δυσκολεύεται στην καθημερινή του ζωή.

Η συχνότητα των κενώσεων είναι συνάρτηση της δίαιτας του αρρώστου, της προεγχειρητικής λειτουργικότητας του εντέρου, δηλαδή του πόσο συχνά ενεργείτο προεγχειρητικά ο άρρωστος και της έκτασης του τμήματος του εντερικού σωλήνα που έχει αφαιρεθεί. Η δίαιτα του κάθε ασθενούς εξατομικεύεται και με εναλλαγή τροφών πτωχών και πλουσίων σε υπόλειμμα, έχουμε μια κανονική λειτουργία του εντερικού σωλήνα. Μέχρι να σταθεροποιηθούν οι κενώσεις, ο άρρωστος τρώει από τις ακόλουθες τροφές χαμηλού υπολείμματος: Κρέας (σुकώτι, μοσχάρι, κοτόπουλο, αρνάκι), ψαρί (βραστό ή ψητό), αυγά (βραστά ή μελάτα), δημητριακά (ρύζι, πατάτες). ψώμι (λευκό ή κράκερς απλά), ροφήματα (καφές, τσάι, γάλα βραστό, προϊόντα γάλακτος (τυρί μυζήθρα) σούπες (χωρίς λαχανικά ή καρικεύματα).

Όταν σταθεροποιηθούν οι κενώσεις του, αρχίζει να δοκιμάζει ένα-ένα τρόφιμα υψηλού υπολείμματος. Ο,τι βλέπει και του διαταράσσει τις κενώσεις, το σταματά. Τέτοιες τροφές είναι

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

τα φρούτα: μπανάνα, χόρτα, σαλάτες, μαύρο ψωμί κ.λ.π. Η διατροφή του ασθενούς πρέπει να είναι τέτοια ώστε, ούτε να πάρει, ούτε να χάσει βάρος, σε σχέση με την προεγχειρητική του κατάσταση. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν η καλή μάσηση των τροφών και το σταθερό ωράριο φαγητού. Γενικά, η μείωση των προσλαμβανόμενων υγρών προκαλεί μείωση της ρευστότητας των κοπράνων, ενώ η συμπληρωματική λήψη φρούτων ή λαχανικών βοηθάει στην αποφυγή της δυσκοιλιότητας.

Για τον έλεγχο των αερίων πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν αέρια όπως φασόλια, λαχανικά, κρεμμύδια, αγγούρια, ραδίκια. Επίσης να αποφεύγονται φαγητά με καρκεύματα, λιπαρά, κρέατα και παγωμένα ποτά και όλα όσα περιέχουν ανθρακικό οινόπνευμα.

Για τον έλεγχο της δυσσομίας πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν οσμές όπως φασόλια, κρεμμύδια, ψάρια, αυγά ενώ το γιαούρτι ο χυμός ενός είδους μούρου και το αποβουτυρωμένο γάλα μειώνουν τις οσμές των κοπρανωδών μαζών. Τέλος οι οσμές μπορεί να τεθούν κάτω από έλεγχο με λήψη μιας ή δύο ταμπλετών υπονθρακικού βισμούθιου την ώρα του φαγητού και του ύπνου. Για την φροντίδα του περιστομιακού δέρματος χρησιμοποιούνται η πάστα ή οι δακτύλιος KARAYA, που χρησιμοποιούνται

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

και για την πρόληψη ερεθισμού του δέρματος γύρω από το στόμιο.

IV. Η Κοινωνική Νοσηλευτική και ο Νοσηλευτής στην αποκατάσταση του αρρώστου με κολοστομία.

Η έξοδος του ασθενούς απ' το νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται όταν ο ίδιος ο άρρωστος ή ένα μέλος της οικογένειάς του σιγουρευτεί ότι είναι έτοιμος να φροντίσει την κολοστομία. Από αυτό το σημείο και μετά αρχίζει η κατ'οίκον παρακολούθηση των αρρώστων. Η κοινωνική Νοσηλεύτρια όταν επισκεφτεί τον άρρωστο στο σπίτι του, θα αξιολογήσει την προσαρμοστική του ικανότητα και θα προσφέρει στον ίδιο και την οικογένειά του την αναγκαία βοήθεια.

Υπάρχουν άρρωστοι που μένουν σε άθλιες κατοικίες με ακόμα πιο άθλιες συνθήκες διαμονής μόνοι, άποροι, εγκαταλελειμμένοι, που περιμένουν σαν άγγελο προστάτη τους τη νοσηλεύτρια-τη. Η είσοδος της Κοινωνικής Νοσηλεύτριας στο σπίτι του αρρώστου φέρνει τέτοια ανακούφιση σ' αυτόν και αλλαγή συμπεριφοράς, που αναρωτιέται κανείς πως ο ήρεμος και ήσυχος αυτός άνθρωπος (με την παρουσία της νοσηλεύτριας) ξεφωνίζει από τους πόνους όλη ημέρα. Έτσι καταλαβαίνουμε πως η νοσηλεύτρια βοηθά στον ψυχολογικό παράγοντα που είναι πολύ σημαντικός για τον άρρωστο.

Έχει παρατηρηθεί ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό αρρώστων είναι αυτοί που έχουν κατάλληλη περιποίηση από τους οικείους τους. Η Κοινωνική νοσηλεύτρια με τρόπο τέτοιο, ώστε να μην θίγει

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

το περιβάλλον, θα κάνει προσπάθειες να τους πείσει, ότι έστω και από ανθρώπινη υποχρέωση πρέπει να τον φροντίσουν. Θα αξιολογήσει την προσαρμοστική του ικανότητα και θα προσφέρει στον ίδιο και στην οικογένειά του την αναγκαία βοήθεια.

Επίσης, αναφέρει τις παρατηρήσεις της στο γιατρό ή την νοσηλεύτρια του Νοσοκομείου με αποτέλεσμα να είναι ο συνδεδεικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας και του νοσοκομείου.

Η PICKFORD, σ' ένα άρθρο της "Φροντίδα της κολοστομίας κατ' οίκον", τονίζει την ανάγκη για κατ' οίκον επισκέψεις σε όλους τους αρρώστους που έχουν κολοστομία μια εβδομάδα μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Για να αξιολογήσει η κοινοτική νοσηλεύτρια το πως ο άρρωστος αντιμετωπίζει την αλλαγή από το Νοσοκομείο στο σπίτι, τις συνθήκες του σπιτιού που μπορεί να του προκαλέσουν δυσκολίες, όπως μία εξωτερική τουαλέτα δυσκολεύει αφάνταστα της φροντίδα της κολοστομίας με τη συσκευή (COLOSTOMIX IRRIGATIA - SET). Ακόμα πολλοί ίσως άρρωστοι να μην έχουν την δυνατότητα να αλλάξουν και να διαθέσουν τους σάκους της κολοστομίας με αποτέλεσμα να τους δημιουργείται σοβαρά πρόβλημα. Η συνεχής ιατρική παρακολούθηση για ένα άρρωστο που έχει υποστεί χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά και

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

συνοδεύεται με κολοστομία, είναι απαραίτητη προϋπόθεση της όλης αγωγής του. Γι' αυτό το θέμα έχουμε ενημερώσει τον άρρωστο κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο καθήκον της κοινοτικής νοσηλεύτριας είναι να ελέγχει εάν όντως ο άρρωστος πηγαίνει στο γιατρό.

Κεφάλαιο ΣΤ

Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική παρέμβαση σε αρρώστους με εφαρμογή της μεθόδου νοσηλευτικής διεργασίας.

1^η Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας.

Γενική εκτίμηση του ασθενούς μελετώντας το ατομικό του φάκελο:

Στις 10/1/1993 έγινε εισαγωγή ασθενούς (θήλεως) 53 ετών από την Ζάκυνθο στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Από 20ημέρου διαγνωσμένο Ca του ορθού. Ο ασθενής εισάγεται στην κλινική για να χειρουργηθεί.

Παρούσα κατάσταση: Από μηνός, αναφέρει αιματηρές διαρροϊκές κενώσεις. Εξωτερικός ιατρός διέγνωσε μάζα σε βάθος 8cm από το δακτύλιο. Ελήφθη βιοψία και η ιστολογική εξέταση έδειξε αρκετά διαφοροποιημένο αδενοκαρκίνωμα με νεκρωτικές αλλοιώσεις και μυϊκό ιστό στο υπόστρωμα.

Προηγούμενο ατομικό ιστορικό:

-Λιθίαση στο αριστερό νεφρό από 12ετίας.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

-Παλιό κάταγμα στη λεκάνη και αρθροπλαστική ισχίου δεξιά, 1982.

-Καπνιστής-Χρόνια βρογχίτιδα.

-Χειρουργηθείς από 12ετίας. Σπονδυλαθρίτης

Οικογενειακό αναμνηστικό

-Πατέρας πνευμονία

-Μάνα αρτηριοσκλήρυνση

-Αδελφός Ca οισοφάγου.

Εργαστηριακές Εξετάσεις: στις 11/1/1993

Ερυθρά: 4,90 Λευκά: 6.000

Ht: 46

Αιμοπετάλια: 159

T.K.E. : 141

Προβλήματα

-Άλγος στο λαγόνιο βόθρο

-Διάρροιες

-Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, έμετοι %)

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Αφυδάτωση
- Πυρετός 37,6 °C
- Μείωση των δραστηριοτήτων (καχεξία)
- Αγωνία για την εξέλιξη της πάθησης σου.

Σκοποί

- Απαλλαγή από τα συμπτώματα
- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και επαρκούς θρέψης
- Προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα.
Άλλος στην κοιλιακή χώρα λόγω των νεκρωτικών αλλοιώσεων του εντέρου	Ανακούφιση του αρρώστου από τους κολικοειδείς πόνους	Χορήγηση αναλγητικών και αντιχοληνεργικών	Δόθηκε 1 ALGARHA την 1 ^η ημέρα και τις υπόλοιπες ALGARHAN ανάλογα με τα συμπτώματα	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο του ασθενούς έως τις 15/1/1993 αντιμετώπιση με την χορήγηση αναλγητικών.
Διάρροιες (λόγω του Ca) του όρθου εμφανίζεται αλλαγή στις συνθήκες του εντέρου. Μακροσκοπικά Χαρακτηριστικά	-Μείωση του αριθμού διαρροϊκών κενώσεων -Ρύθμιση ισοζυγίου ηλεκτρολυτικών διαταραχών.	Χορήγηση αντι-διαρροϊκών. Ανάπαυση άρρωστης. Χορήγηση ηρεμιστικού.	Δόθηκε ERCEFURIL SIR scc 1X3. Η ασθενής την 1 ^η ημέρα της εισαγωγής για αρκετές ώρες ξεκουράζονταν στο κρεβάτι του VALIUM 1X3.	Ελάττωση διάρροιας: Υπήρξε επιτυχία διότι με την μείωση της δραστηριότητας υπήρξε και μείωση της κινητικότητας του εντέρου. Χαλάρωση του οργανισμού οπότε και μείωση της κινητικότητας του εντέρου.
Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, έμετοι).	Προαγωγή της θρέψης που είναι απαραίτητη για την	Χορήγηση υγρών παρεντερικώς	Χορήγηση SUDIUM CLORIDE 1X1 των 1000 cc με εμ.	Υπήρξε ικανοποιητική θρέψη.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός νοσηλευτικός σκοπός	Εκτέλεση της εγχείρησης	Αντικειμενικός νοσηλευτικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Πυρετός 37,6 °C	Εύθμιση θερμοκρασίας του σώματος	Εκτέλεση της εγχείρησης	Εύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος	Χορήγηση αντιπυρετικού - αναλγητικού	Χορήγηση DEPON 1X3 Δρα κατασταλτικά στο Κ.Ν.Σ. και επίδρα στο θερμορυθμιστικό κέντρο, υποβοηθείται όμως από την αγγειοδιαστολή και εφίδρωση	Ρυθμίστηκε η θερμοκρασία του σώματος σε 36,6 °C
Μείωση των δραστηριοτήτων (Καχεξία)	Επάνοδο φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς	Εκτέλεση της εγχείρησης	Επάνοδο της φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς	Εφαρμογή νοσηλευτικών μέτρων για την εξάλειψη των συμπτωμάτων	Έγινε χορήγηση φαρμάκων και σε 4 ημέρες υποχώρησαν τα συμπτώματα	Αρκετά καλή των φυσικών δραστηριοτήτων της.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Αγωνία (για την εξέλιξη της παθήσεώς του)	Μείωση ανησυχίας δημιουργία καλύτερων συνθηκών για την μετεγχειρητική του εξέλιξη	Επικοινωνία με την ασθενή	Έγινε συζήτηση με την ασθενή και τονίσθηκαν τα υπέρ της νοσηλείας της, διαβεβαίωση ότι το πρόβλημά της είναι γνωστό και έγινε ψυχολογική ενίσχυση	Η ασθενής ηρέμησε αρκετά, αποδέχθηκε την πάθησή της και δέχτηκε την νοσηλεία που της έγινε καθώς και την χειρουργική επέμβαση που θα της γινόταν.
Στις 15/1/1993 προετοιμασία της ασθενούς για βαριούχο υποκλυσμό (όπου θα γινόταν την επόμενη ημέρα	Διάγνωση του Ca ορθού	Αποφυγή πρόσληψης τροφής το βράδυ της παραμονής της εξέτασης. Εφαρμογή καθαρτικού υποκλυσμού το βράδυ της παραμονής και το πρωί της ίδιας ημέρας	Δόθηκε χωρίς το απόγευμα ελαφριά σούπα. Το πρωί δεν δόθηκε τροφή. Έγινε το βράδυ καθαρτικός FLEET υποκλυσμός ENEMA και το πρωί 5 ώρες πριν την εξέταση	Απουσία μεγάλης ποσότητας υπολείμματος στο έντερο. Πλήρης εκκένωση του εντέρου ώστε η εξέταση να είναι αξιόπιστη

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
<p>Στις 16/1/1993 προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς</p>	<p>Σωστή σωματική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών</p>	<p>1) Τόνωση ηθικού του</p> <p>2) Τόνωση σωματική</p>	<p>■ Ενημέρωσα την ασθενή για το σκοπό της επέμβασης.</p> <p>-Επίσης ότι γνωρίζω το πρόβλημά της και την καταλαβαίνω, αλλά θα πρέπει να βοηθήσει και η ίδια τον εαυτόν της. Έγινε υποστήριξη του οργανισμού με βιταμίνες, υδατάνθρακες, αλλά όχι ηλεκτρολύτες παρεντερική λίπη, επίσης παρεντερική χορήγηση υγρών επαρκώς.</p> <p>Στις 15/1 έγιναν αιματολογικές εξετάσεις, έλεγχος το αναπνευστικού και του κυκλοφοριακού συστήματος</p>	<p>Μείωση του φόβου και του άγχους της ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικής ψύχωσης</p> <p>Προαγωγή της θρέψης και αντιμετώπιση μετεγχειρητικών δυσχερειών SHOCK, ναυτία έμετοι</p> <p>Στις 16/1/90 η απάντηση ήταν:</p> <p>ΕΥΘΡΑ: 4,74 ΛΕΥΚΑ: 4.300 Ητ: 41,9 Ηb: 13,9 ΑΙΜΟΠΕΤ.: 174</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Προεγχειρητική ετοιμασία της ασθενούς	Σωστή σωματική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς για την πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών	3. Καθαριότητα	Έγινε την παραμονή καθαριότητα σώματος και (δέρματος και στοματικής κοιλότητας) Καθαρισμός του εντέρου	<p>ΛΕΜΦΟΚ: 39 ΜΟΝΠ.: 10 ΗΩΣΙΝ: 1 Σάκχαρο 0.90 MG/ML</p> <p>Οι αναπνοές της είναι 18/min. Δεν έχει βήχα</p> <p>Έχει αντιμετωπισθεί</p> <p>ΑΠ: 110/80 MM/HG ΣΦ: 85/MIN Θ: 36,5 °C</p> <p>■ Αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος από το ακάθαρτο δέρμα</p> <p>■ Καθαρή στοματική κοιλότητα για την πρόληψη παρωτίτιδας</p> <p>Αποφυγή της εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Αϋπνία της ασθενούς (λόγω άγχους της)	Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου	Χορήγηση ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμάκου	Με 2 καθαρτικούς υποκλυσμούς, ο ένας την παραμονή της εγχείρησης και ο άλλος έξι ώρες πριν από την εγχείρηση	Ευχερέστερη διενέργεια της επέμβασης από τον χειρουργό. Αποφυγή δημιουργίας αερίων μέσα στον εντερικό σωλήνα από την σήψη του περιεχομένου του.
Ο κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων θρομβοφλεβίτιδας κλπ.	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών	Εκμάθηση μετεγχειρητικών ασκήσεων άκρων αναπνευστικών μυών κλπ.	Η ασθενής έμαθε ότι μετά την εγχείρηση, θα πρέπει να κινηθεί τα πόδια της και θα πρέπει να κάνει βαθιές εισπνοές	Η ασθενής το πρωί πριν από την εγχείρηση ήταν ήρεμη και ξεκούραστη
Ο κίνδυνος εμφάνισης μετεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων θρομβοφλεβίτιδας κλπ.	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών	Εκμάθηση μετεγχειρητικών ασκήσεων άκρων αναπνευστικών μυών κλπ.	Η ασθενής έμαθε ότι μετά την εγχείρηση, θα πρέπει να κινηθεί τα πόδια της και θα πρέπει να κάνει βαθιές εισπνοές	Η ασθενής αντιλήφθηκε τη σημασία των απλών ασκήσεων για την πρόληψη επιπλοκών.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Αποφυγή μολύνσεων	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Τοπική προεγχειρητική ετοιμασία	Αποφυγή μολύνσεων	Στο σημείο που θα γίνει η τομή και γύρω από αυτή συνίσταται καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος	Την παραμονή της εγχειρήσεως έγινε η αποτρίχωση και αντισηψία του δέρματος	Πρόληψη μολύνσεων	
Τελική προεγχειρητική ετοιμασία 17/1/1993	Γενικός έλεγχος της φυσικής κατάστασης ασθενούς	Λήψη ζωτικών σημείων	Εκκένωση ουροδόχου κύστεως	Τα ζωτικά σημεία ήταν: ΑΠ: 110/80 MM/HG ΣΦ: 85/MIN Αναπνοές: 18/MIN Θ: 36,5 °C Έγινε εκκένωση της ουροδόχου κύστεως πριν από την εγχείρηση	Η φυσική κατάσταση της ασθενούς είναι πολύ καλή Για να μην γίνει εκκένωση στο χειρουργικό κρεβάτι. Να μην πληρωθεί από το νυστέρι του χειρουργού λόγω της επέμβασης (τομή μέση υπερηποφάλλιος)

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
		Ενδυμασία ασθενούς	της	Για την καλύτερη διεξαγωγή της εγχείρησης
Προνάρκωση	Χορήγηση κατάλληλου φαρμάκου κατόπιν εντολής Ιατρού και περιβάλλον χωρίς θορύβους και έντονο φωτισμό	Χορήγηση φαρμάκου για την προνάρκωση	Δόθηκε ένα τέταρτο πριν την πάρουν για χειρουργείο ½ πεθιδίνη και ½ ατροπίνη στο θάλαμό του	- Υπήρξε μερική χαλάρωση του μυϊκού συστήματος - Ελάττωση εκκρίσεων του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος και την πρόκληση υπνηλίας
Προετοιμασία κλίνης και της θαλάμου ασθενούς	Πλήρη ετοιμασία του θαλάμου για της υποδοχή ασθενούς από το χειρουργείο	Καθαρισμός αερισμός θαλάμου. Στρώσιμο χειρουργικού κρεβατιού	Έγινε ο καθαρισμός και καλός αερισμός του θαλάμου. Το κρεβάτι στρώθηκε χειρουργικό (ανοιχτό από την	Απομάκρυνση μικροβίων Εύκολη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι και προφύλαξη από

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
17/1/1993 Χειρουργική επέμβαση	Καλύτερη διεξαγωγή της επέμβασης και ανάρρωσης της άρρωστης	Μεταφορά στο Χειρουργείο	<p>πλευρά που θα δεχόταν την άρρωστη). Επίσης το κρεβάτι είναι ζεστό με την προσθήκη θερμοφόρας.</p> <p>Στο κομοδίνο επάνω υπήρχαν 1 νεφροϊδες, ένα ποτήρι με κρύο νερό, PORT-COTTON, χαρτοβάμβακο.</p> <p>Επίσης μια σακούλα κολλημένη στο κομοδίνο για τα άχρηστα</p>	<p>μετεγχειρητική πνευμονία</p> <p>Χρήση ανάλογα με τις ανάγκες</p>
			<p>Μεταφέρθηκε στο Χειρουργείο</p>	<p>Έγινε η εγχείρηση</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τομή μέση υπερυ-πομφάλιος - Ψηλαφάται ευμεγέθους όγκος ορθού υπό ανάκαμψη περιτοναίου - Χαμηλή πρόσθια εντομή ορθού

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Τοποθετείται η ασθενής στο κρεβάτι μετά τη χειρουργική επέμβαση	Κατάλληλη θέση Απονάρκωση Παρακολούθηση μετεγχειρητικών επιπλοκών	Υπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς τοποθέτηση μαξιλαριού	Μετά το χειρουργείο ασθενής τοποθετήθηκε στο ύπτιο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι χωρίς μαξιλάρι	-Έγινε τελικοκολική αναστόμωση Αποφυγή εισρόφησης εμεσμάτων. Η θέση αυτή προκαλεί χαλάρωση των μυών και επιτρέπει τη λειτουργία παροχαιτεύσεων. Επιπλέον, η μη χρησιμοποίηση μαξιλαριού έκανε ταχύτερη την αποβολή του ναρκωτικού μετά από 2 ½ ώρες
Έμετος (μετεγχειρητικά)	Πρόληψη εισρόφησης και πρόληψη άλλου έμετου	Πλύση στόματος Κατάλληλη θέση. Εμπλουτισμός του ορού με 1 AME PRIMPERAN	Με ένα νεφροειδές τοποθέτηση του κεφαλιού στο πλάι. Μετά τον έμετο, έπλυνα το στόμα της και απέσυρα το νεφροειδές έγι -νε εμπλουτισμος με PRIMPERAN	- Δεν έγινε εισρόφηση - Έγινε πρόληψη για μη περαιτέρω εμέτου - Ασκεί ισχυρή δράση

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Παρακολούθηση για επιπλοκές	Αντιμετώπιση επιπλοκών	Δίψα Ισοζύγια υγρών Πόνος Έλεγχος για αιμορραγία Έλεγχος ζωτικών σημείων Βήχας Έλεγχος παροχαιτεύσεων	Όλα αντιμετώπιστηκαν με επιτυχία	Η ασθενής έφυγε από την χειρουργική κλινική μετά από 20 ημέρες αλλά θα ερχόταν στα Ε.Ι. του νοσοκομείου για παρακολούθηση.
Δίψα	Αντιμετώπιση της δίψας	Λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ένεση της αιροπίνης η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, γίνεται ύγρανση των χειλέων με το PORT-COTTON. Επίσης, λόγω της απώλειας υγρών από την εγχείρηση (αίματος, ιδρώτα, έμετοι)	Για 2 ημέρες γίνεται ύγρανση των χειλέων με το PORT-COTTON - Χορήγηση ορού SODIUM CLORIDE με εμπλουτισμό ηλεκτρολυτών Na ⁺ και K ⁺ και βιταμινών (BITIS) 2X1 των 1000CC την 1 ημέρα και την 2 ^η μέρα 1X1 DEXT 5%	Έχουμε εξάλειψη του αισθήματος της δίψας. Πρόληψη αφυδάτωσης και αναπλήρωση υγρών του οργανισμού. Δεν χρειάστηκε να χορηγηθεί αίμα.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Πόνος (λόγο χειρουργικού τραύματος	Ανακούφιση της ασθενούς	έχουμε και μείωση των υγρών του οργανισμού. Χορήγηση υγρών παρεντερικώς	BITIS Τις υπόλοιπες εναλλάξ 1X1 SODIUM CLORIDE 10% και DEX. 5% με εμπλουτισμό βιταμινών και ηλεκτρολυτών.	
Πόνος (λόγο χειρουργικού τραύματος	Ανακούφιση της ασθενούς	Γίνεται χορήγηση αναλγητικών ενδομυϊκώς (είδος και δόση καθορίστηκε από τον γιατρό) Για χαλάρωση μυών κατάλληλη θέση.	Χορήγηση: 1 AMP ALGARHAN ενδομυϊκώς την 1 ^η μετεγχειρητική ημέρα. Τις υπόλοιπες ημέρες καθορίστηκε χορήγηση αναλγητικού ανάλογα με την ανάγκη της ασθενούς Υπια θέση	Ελάττωση του σπασμού του πόνου και πρόκληση υπνηλίας Ανακούφιση της ασθενούς

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Βήχας	Πρόληψη ρήξεως τραύματος και πνευμονίας	Η ασθενής να διδάχτηκε να συγκρατεί το τραύμα με τα δύο του χέρια Χορήγηση αντιβιοτικού Κατάλληλη θέση	Η ασθενής προσπαθεί να βήχει όσο το δυνατόν λιγότερο και συγκρατεί το τραύμα με τα δύο της χέρια. Χορήγηση PERACON των 120 ML SCC1X3. Η δράση του αρχίζει 15 MIN μετά τη χορήγηση και διαρκεί 6 ώρες. Τοποθέτηση του αρρώστου στην ανάρροπη θέση	Δεν υπήρξε ρήξη του τραύματος και η ασθενής προφυλάχτηκε ώστε να μην πάθει πνευμονία Δρα εκλεκτικώς στο κέντρο του βήχα καταστατέλλοντας βηχογόνο Καλό αερισμό των πνευμόνων και πρόληψη πνευμονίας
Θερμοκρασία Αρτηριακή Πίεση Σφυγμοί Αναπνοές	Γίνεται τρίωρη παρακολούθηση της ασθενούς	Λήψη ζωτικών σημείων	Η λήψη ζωτικών σημείων έγινε με τρίωρη παρακολούθηση ΑΠ: 110/80 MM HG ΣΦ: 80 / MIN ΑΝΑΠΝΟΕΣ: 18 / MIN Θ: 36,6 °C	Η ασθενής είναι σε καλή κατάσταση. Αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει φόβος για τυχόν αιμορραγία και θρομβοφλεβίτιδα

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Αιμορραγία	Γίνεται παρακολούθηση για αιμορραγία	Γίνεται έλεγχος για: - ευπίεστο, γρήγορα νηματοειδή σφυγμό - πρόσωπο και άκρα ψυχρά ωχρότητα του δέρματος - πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης - εφίδρωση - αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα - ανησυχία εμφάνιση αίματος σε εξωτ. Αιμορραγία	Σημείωση στο διάγραμμα τρίωρης θερμομέτρησης και ιστορικό της ασθενούς Έγινε ο έλεγχος Ο σφυγμός είναι κανονικός 80 / MIN Πρόσωπο και άκρα ζεστά. Φυσιολογική χρώση του δέρματος Θ: 36,6 °C ΑΠ: 110 / 80 MM/HG Δεν υπάρχουν εφιδρώσεις Η αναπνοή 18 / MIN Δεν υπάρχει ανησυχία Δεν υπάρχει αίμα στην εξωτερική πλευρά του τραύματος	Η ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα. Δεν υπήρξε πρόβλημα αιμορραγίας.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Θρομβοφλεβίτιδα	Παρακολούθηση για Θρομβοφλεβίτιδα	Έλεγχος για: - πυρετό - οίδημα (πρήξιμο στην περιοχή του αποφαχθέντος αγγείου)	Θ: 36,6 °C Δεν υπήρξε οίδημα ούτε πόνος στην περιοχή του μηρού.	Δεν υπήρξε θρομβοφλεβίτιδας πρόβλημα
Στοματίτιδα	Πρόληψη στοματίτιδας	Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας λόγω του ότι η ασθενής τις πρώτες ημέρες δεν πήρε τίποτα από το στόμα	Καθημερινά γινόταν καθαριότητα του στόματος με PORT-COTTON βρεγμένο με σόδα.	Δεν υπήρξε πρόβλημα στοματίτιδας ή παρωτίτιδας
Ισοζύγιο υγρών	Έλεγχος των προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών	- Χορήγηση υγρών παρεντερικώς - εφαρμογή ουροκαθετήρα	- Πρόληψη υγρών παρεντερικώς SODIUM CHLORIDE 10% των 1000 CC και DEX. 5% των 1000CC - Εφαρμογή ουροκαθετήρα από την ημέρα επιστροφής από το	Υπήρξε ισοζύγιο υγρών την πρώτη μέρα η ασθενής πήρε 2000CC ενδοφλεβίως όπου υπήρχαν στον ουροσυλλέκτη 1800 cc ούρα. Επίσης και στις επόμενες ημέρες υπήρξε

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Παροχέτευσεις	Έλεγχος της παροχέτευσης	Αλλαγή της παροχέτευσης βάζοντας μία στο κόχερ σωλήνα και το REDO	Για 5 ημέρες υπήρχε παροχέτευση για την έξοδο και την κοιλιακή κοιλότητα πύου και υγρών	Ισοζύγιο των υγρών σύμφωνα με την μέτρηση των προσλαμβανόμενων από το στόμα και ενδοφλεβίως υγρών και των υγρών αποβαλλομένων (ούρα και ιδρώτας)
Ανήσυχη και ελαφρά σύγχυτική	Παρακολούθηση της ασθενούς	-Καλείται γιατρός -Αγωγή και ανησυχίας σύγχυσης -Ψυχολογική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια και παρακολούθηση	Η ασθενής εξετάστηκε από το γιατρό Δόθηκε: Valium L TAB για ηρεμία της ασθενούς Σαν νοσηλεύτρια βρισκόμουν συνέχεια κοντά στην ασθενή κατά	Ανήσυχη και ελαφρά σύγχυτική ήταν μόνο το πρώτο 24ωρο μετά την εγχείρηση. Δεν ξαναέδειξε πρόβλημα σύγχυσης. Τα συμπτώματα μετεγχειρητικής ψύχωσης

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Γίνεται περιποίηση του χειρουργικού τραύματος από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια	Βοηθείται ο γιατρός αλλαγές γίνονται χειρουργικό τραύμα	-Καθαρίζεται το τραύμα απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών και γίνεται καθαρισμός με φυσιολογικό ορό -Απολυμαίνεται η τραυματική χώρα με επάλειψη BETADINE SOLUTION αντιβιοτικού SPRAY NEBACETIN	τη διάρκεια της νύχτας και ελέγχονται τις αντιδράσεις του. Επίσης έπαιρνα ζωτικά του σημεία Η 1 ^η αλλαγή του τραύματος έγινε την 2 ^η ημέρα. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα. Η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών έγινε με αποστειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποσταγμένο νερό -Το τραύμα απολυμάνθηκε με αποστειρωμένη γάζα σε λαβίδα εμπλουτισμένη	προλαμβάνονται με καλή ψυχολογική προετοιμασία
				Επί 18 ημέρες συνέχεια γινόταν η περιποίηση. Επήλθε επούλωση του τραύματος. Δεν δημιουργήθηκε καμία φλεγμονή στο τραύμα Την 20η μέρα της εγχείρησης κόπηκαν τα ράμματα.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Γίνεται επίδεση του τραύματος	Σωστή εκτέλεση της επίδεσως του τραύματος	-Η καθαριότητα και η αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στον καθαρισμό του δέρματος με BETADIN SOLUTION στο κέντρο με SCRUB με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του	με SERUE κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. Μετά, καθαρισμός της περιφέρειας με BETADINE SOLUTION και εφαρμογή αντιβιοτικού SPRAY (τοπικά) NEBACETIN	
	Εκτέλεση της επίδεσως του τραύματος	Κάλυψη του τραύματος με αποστειρωμένες γάζες	Κάθε φορά που γινόταν περιποίηση του τραύματος, γινόταν και η τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών πάνω στο χειρουργικό τραύμα	-Πρόληψη από μολύνσεις των τραύματος -Απορρόφηση εκκρίσεων του τραύματος -Περιορισμός κινήσεων -Αιμόσταση -Κάλυψη αντιαισθητικού τραύματος

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
<p>Πρόληψη της περαιτέρω εξάπλωσης του Ca</p>	<p>Επικοινωνία με την ασθενή και ευαισθητοποίηση της σχετικά με το τι θα πρέπει να προσέχει</p>	<p>Δίνονται οδηγίες στην ασθενή</p>	<p>Θα πρέπει: -Να γίνονται συχνές αιματολογικές εξετάσεις για τον έλεγχο αναιμίας σε περιπτώσεις αιμορραγίας από τα κόπρανα. -Επίσης ανοσολογικές εξετάσεις (CEA). Το CEA είναι αυξημένο στην ύπαρξη καρκίνου του παχέος εντέρου -Να ενημερώσει το γιατρό αμέσως σε περίπτωση αλλαγής της συστάσεως των κοπράνων Η τροφή της να είναι πλούσια σε λευκώματα και υδατάνθρακες, φτωχή σε λίπη -Να γίνεται μια φορά το χρόνο ορθοσκόπηση και κολonosκόπηση</p>	<p>Η ασθενής κατανόησε τις οδηγίες που της έδωσα και τη σημασία τους για την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου Μπορεί να εργαστεί και πάλι κανονικά αφού το επάγγελμά της το επιτρέπει. Είναι ιδιωτική υπάλληλος σε εταιρεία. Το εξιτήριο της ασθενούς έγινε στις 6/2/1993. Θα ερχόταν μετά από μια εβδομάδα ξανά στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία για τον έλεγχο της εξέλιξής της.</p>

2^η Περίπτωση νοσηλευτικής διεργασίας

Κύριος 50 ετών εισήχθη στην Πανεπιστημιακή χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Πατρών στις 17/8/94 με τα εξής βασικά συμπτώματα:

- Αποβολή σκούρου κόκκινου αίματος από το ορθό

-Καταβολή δυνάμεων.

Το πρόβλημα του είχε αρχίσει από δεκαετίας με φουσκώματα, αέρια, τεινισμό και αποβολή μικρής ποσότητας κόκκινου αίματος κατά τηναφόδευση. Ένας γιατρός παθολόγος του είχε πει ότι είχε κολίτιδα, αλλά επειδή τα συμπτώματα δεν υποχώρησαν επισκέφτηκε και άλλο γιατρό, έκανε βαριούχο υποκλυσμό και του είπε ότι έχει ελκώδη κολίτιδα. Αργότερα πήγε σ' ένα γιατρό στην Αθήνα που δεν συμφώνησε με την διάγνωση ως ελκώδη κολίτιδα και πρότεινε ορθοσκόπηση. Η ορθοσκόπηση έγινε στον «Υγεία» όπου βρήκαν πολύποδα, τον αφαίρεσαν και πήραν βιοψία που ήταν αρνητική. Μετά από τρία χρόνια παρουσιάστηκε κόκκινο αίμα στα κόπρανα και αποφάσισε να εξετασθεί, τρία χρόνια πριν την τωρινή του εισαγωγή.

Ο γιατρός συνέστησε βαριούχο υποκλυσμό και ορθοσκόπηση που βγήκαν αρνητικά.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Τα τελευταία χρόνια άλλαξαν οι συνήθειες του εντέρου του και κάθε πρωί είχε μια φυσιολογική κένωση με 3-4 κενώσεις ρευστές την υπόλοιπη ημέρα, καθώς επίσης φούσκωμα, τεινισμό και μικρό πόνο που περνούσε με την αφόδευση. Τους τελευταίους 6-7 μήνες είχε υποβολή κόκκινου σκούρου αίματος με αέρια ανεξάρτητα απ' τις κενώσεις μικρής ποσότητας αλλά πολλές φορές την ημέρα, και έντονη αδυναμία που τον ανησύχησαν και ήρθε στο νοσοκομείο. Δεν αναφέρει ανορεξία ή απώλεια βάρους αλλά αύξηση βάρους.

Ατομικό Αναμνηστικό

- Κάπνισμα 1 - 1 1/2 πακέτα την ημέρα
- Δεν πίνει

Οικογενειακό Αναμνηστικό

- Ο πατέρας του πέθανε από καρδιακή ανακοπή
- Η μητέρα του από Ca ήπατος.

Η Γενική αίματος έχει τις εξής τιμές:

- Αιματοκρίτης 35%
- ΤΚΕ: 138

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

- Ερυθρά : 1.500

- Λευκά : 6.400

Πριν την εισαγωγή του στην κλινική προηγήθηκε βαριούχος υποκλυσμός που έδειξε σκιαγραφικό έλλειμμα ανώμαλο στο ορθό.

Επειδή δεν είχε γίνει καλή προετοιμασία η εξέταση δεν είναι αξιόπιστη. Τελικά εισήχθηκε στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Παρατηρείται αιμορραγία από το ορθό του είναι σύμπτωμα της νόσου αυτής	Γίνεται αναπλήρωση υγρών που χάνει ο άρρωστος και πρόληψη αφυδάτωσης	1) Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών 2) Λήψη σημείων και παρακολούθηση του δέρματος	1. Χορήγηση φυσιολογικού ορού 2Χ1 εμπλουτισμένου με μια αμπούλα κάλιο και μια νάτριο 2. Λήψη των ζωτικών του σημείων 1 ^η ημέρα: 92 σφίξεις /MIN ΑΠ 110 - 75 MM/HG Θερμοκρασία 36,4 °C 2 ^η ημέρα σφίξεις 88 /MIN Α.Π. 111/75 MM / HG Θερμοκρασία 36,4 °C 3. Παρακολουθείται το δέρμα για αφυδάτωση	Ισοζύγιο προσλαβανομένων και αποβαλλομένων υγρών Παρατηρείται μια μικρή ταχυσφυγμία και υπόταση κατά τη λήψη των ζωτικών σημείων, που οφείλεται στη αιμορραγία Επειδή αναπληρώνονται, δεν παρατήρηση ξηρότητα του δέρματος.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Αναιμία που οφείλεται στην αιμορραγία απ' το ορθό	Έχουμε αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη	Χορηγούνται σιδηροσκευάσματα Χορηγείται τροφή πλούσια σε υδατάνθρακες και λευκώματα	Γίνεται ενδομυϊκή χορήγηση FERRUM HAUSMAN AMP 1X2 κάθε μέρα. Χορηγείται τροφή πλούσια λευκώματα εύπεπτη στον άρρωστο. Ο ασθενής δεν έφαγε τίποτα το βράδυ της πρώτης ημέρας και το πρωί της δεύτερης ημέρας επειδή ετοιμάστηκε για ορθοσκόπηση	Είχε αύξηση της τιμής του αιματοκρίτη (37%) μετά από 3 ημέρες από την χορήγηση σιδηροσκευασμάτων. Στην αύξηση του αιματοκρίτη συμβάλλει και η χορήγηση πρωτεϊνών
Έχουμε θρεπτικό ανισοζύγιο που προέρχεται από τις διάρροιες και την αιμορραγία	Προαγωγή της θρέψης	Γίνεται ενδοφλέβια χορήγηση θρεπτικών ουσιών	Χορήγηση DEXTROSE 5% 1x1 με εμπλουτισμένο με μία AMP BITIS	Επειδή ο DEXTROSE είναι πλούσιος σε υδατάνθρακες, επιτυγχάνεται θρεπτικό ισοζύγιο και με τις συνδυασμό με τις βιταμίνες έχουμε προαγωγή της θρέψης.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Έχουμε καταβολή δυνάμεων που είναι επακόλουθο της αναιμίας	Μειώνεται το αίσθημα κόπωσης	Μείωση δραστηριοτήτων του αρρώστου	Αποφεύγεται η καταβολή προσπάθειας για ορισμένες ενέργειες	Με τη μείωση δραστηριοτήτων του ασθενούς υποχωρεί το αίσθημα της κόπωσης
Γίνεται προετοιμασία για την ορθοσκόπηση	Ο ασθενής προετοιμάζεται σωστά ψυχολογικά και σωματικά για την ορθοσκόπηση	1. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς 2. Σωματική προετοιμασία	-Ο ασθενής ενημερώνεται για το είδος της εξέτασης και για τον τρόπο εκτέλεσής της -Δεν του δίνεται φαγητό για 10 ώρες πριν την εξέταση -Εκτέλεση καθαρτικού υποκλυσμού το βράδυ της πρώτης ημέρας και το πρωί της δεύτερης -Καθαρτικός υποκλυσμός	Ο ασθενής πριν την ορθοσκόπηση ήταν ήρεμος επειδή είχε ενημερωθεί για τον τρόπο εκτέλεσής της. Με την ανάλογη διαίτα που ακολουθήσε ο ασθενής και με τους καθαρτικούς υποκλυσμούς επιτεύχθηκε καθαρσιότητα του εντέρου. Η ορθοσκόπηση έδειξε Ca ορθού

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Άγχος	Εξασφάλιση ηρεμίας του ασθενούς	Ελαφί με τον ασθενή	Συζήτηση με τον ασθενή και ψυχολογική υποστήριξη του ότι όλα τα μέλη της ομάδας συνεργάζονται για τη βελτίωση της υγείας του. Συζήτηση με τον ασθενή και κατανόηση των προβλημάτων του	Ο ασθενής ήταν ήρεμος εξαιτίας ψυχολογικής υποστήριξης που του έδωσα
Μετά το αποτέλεσμα της ορθοσκόπησης αποφασίστηκε χειρουργική επέμβαση ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΑΣΙΑ				
Γενική προεγχειρητική προετοιμασία	Σωστή ψυχολογική προετοιμασία του αρρώστου	Ηθική τόνωση του ασθενούς	Ο ασθενής ενημερώνεται για την επέμβαση που θα γίνει. Διαβεβαιώνεται ότι όλα θα πάνε καλά	Ο ασθενής ήταν αρκετά ήρεμος πριν πάει στο χειρουργείο επειδή είχε ενημερωθεί για την επέμβαση

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Μέσα σε 5 ημέρες σωματική τόνωση ασθενούς	1. Διαιτολόγιο σε πλούσιο σε λευκώματα, υδατάνθρακες, άλατα και βιταμίνες 2. Παρεντερική χορήγηση υγρών	επειδή η επιστήμη έχει προοδεύσει πολύ σήμερα. Κατανόηση των προβλημάτων του και προσπάθεια για την επίλυσή τους 1. Χορηγείται τροφή πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες, βιταμίνες και φτωχή σε λίπη. Δόθηκε ελαφριά τροφή τις δύο τελευταίες ημέρες. Έξι ώρες πριν την εγχείρηση δεν πήρε τίποτα από το στόμα 2. Χορηγείται ενδοφλεβίως DEXTROSE 1X1 για 5 ημέρες. Ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού 1X1	Έγινε προαγωγή της θρέψης με τη χορήγηση τροφής σε πλούσιες σε θρεπτικές ουσίες. Ο ασθενής δεν πήρε τίποτα απ' το στόμα τις 6 τελευταίες ώρες για την πρόληψη μετεγχειρητικής ναυτίας Επαρκής θρέψη του ασθενούς με τον DEXTROSE επειδή περιέχει υδατάνθρακες

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Σωματική τόνωση του ασθενούς σε πέντε ημέρες	Χορήγηση υγρών ενδοφλέβια	Ο ασθενής έλαβε την παραμονή της εγχείρησης μια φιάλη αίμα το πρωί και μια το βράδυ. Έλεγχα τη φιάλη για να δω αν η ομάδα αίματος που ανέγραφε ταίριαζε με την ομάδα αίματος του ασθενούς και έπειτα προχώρησα στη χορήγηση	Με τη χορήγηση υγρών του επάρκεια της σε οργανισμού κατά τη υγρά επειδή κατά τη διάρκεια της εγχείρηση θα χάσει υγρά και αίμα
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Καθαριότητα του ασθενούς	1. Καθαριότητα του εντερικού σωλήνα 2. Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς	Η καθαριότητα του εντερικού σωλήνα επιτεύχθηκε με δύο υποκλυσμούς. Ο ένας έγινε το απόγευμα της παραμονής της εγχείρησης και ο άλλος 6 ώρες πριν την εγχείρηση Έγινε λουτρό καθαριότητας στον ασθενή την παραμονή της εγχείρησης	Έγινε καθαρισμός του εντέρου για την αποφυγή εκκένωσης του εντέρου στο χειρουργικό τραπέζι και ευχερέστερη της διεκτέλιξη της εγχείρησης από το χειρουργό. Επιτεύχθηκε καθαρισμός του σώματος του ασθενούς που είναι απαραίτητος

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Πρόληψη μειεγχειρητικών αναπνευστικών λοιμώξεων ή θρομβοφλεβίτιδας	Εκπαίδευση του ασθενούς για μετεγχειρητικές ασκήσεις	Γίνεται εκπαίδευση του ασθενούς για τη συχνή αλλαγή της θέσης του και για να παίρνει βαθιές αναπνοές	την για αποφυγή μολύνσεων του τραύματος απ' το ακάθαρτο δέρμα Ο ασθενής κατανόησε τις οδηγίες μου που έχουν μεγάλη σημασία για την αποφυγή πνευμονικής στάσεως του αίματος
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων και θρομβοφλεβίτιδας	Εκπαίδευση του ασθενούς	Γίνεται εκπαίδευση του ασθενούς για συχνές κινήσεις των κάτω άκρων μετεγχειρητικά και την γρήγορη έγερση από το κρεβάτι	Ο ασθενής κατανόησε τις οδηγίες μου και τη σημασία τους για την αποφυγή της στάσεως του αίματος και την πρόληψη θρομβοφλεβίτιδας
Γενική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Πρόληψη μόλυνσης του εγχειρητικού πεδίου	Καθαρισμός και αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου	Έγινε καθαριότητα, αποτρίχωση και αντισηψία της περιοχής του εγχειρητικού πεδίου, την παραμονή της εγχείρησης	Ο επιτεύχθηκε και η αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου που είναι απαραίτητη για την αποφυγή μολύνσεων

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Τελική προ-εγχειρητική ετοιμασία	Γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και κατάλληλη ένδυση και προ-ετοιμασία του για την εισαγωγή του στο χειρουργείο	1. Λήψη ζωτικών σημείων 2. Κένωση της ουροδόχου κύστεως 3. Ένδυση του ασθενούς	Πήρα τα ζωτικά σημεία του ασθενούς το πρωί της ημέρας της εγχείρησης. Οι τιμές τους ήταν οι εξής: Σφίξεις: 78 / MIN Α.Π. : 130 / 80 MM/HG Θ : 36,5 °C Ζήτησα απ' τον ασθενή να ουρήσει πριν του φορέσω την ενδυμασία Φόρεσα στον ασθενή τη ρόμπα του χειρουργείου και τα ποδονάρια	Οι τιμές των ζωτικών σημείων ήταν φυσιολογικές. Η γενική κατάσταση του ασθενούς ήταν καλή. Η τελευταία γενικής αίματος είχε τις εξής τιμές. Αιματοκρίτης : 40,5% Αιμοσφαιρίνη : 12,5% Αιμοπετάλια : 210 Ερυθρά : 2800 Λευκά: 6000 Εκκενώθηκε η ουροδόχος κύστη για την αποφυγή κένωσης στο χειρουργικό τραπέζι ή αποφυγή τραυματισμού της. Ο ασθενής φόρεσε την κατάλληλη ένδυση για το χειρουργείο που θα διευκόλυε το έργο του χειρουργού

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Χειρουργική επέμβαση	Μεταφορά στο χειρουργείο	4. Προνάρκωση Μεταφορά του ασθενούς με κρεβάτι	Γίνεται εκτέλεση της προνάρκωσης (μισή αμπούλα μορφίνη και μισή ατροπίνη) Κάλεσα τραυματιοφορέα και έγινε η μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο με κινητό κρεβάτι. Ευχήθηκα στον ασθενή καλή επιτυχία	Ο ασθενής είναι έτοιμος για τη μεταφορά του στο χειρουργείο έπειτα από την προνάρκωση με την οποία επιτεύχθηκε μείωση των εκκρίσεων και χαλάρωση των μυών. Εκτέλεση της εγχείρησης -Πρόσθια εκτομή ορθού -Τελικοτελική αναστόμωση Όγκος περίπου 8cm χωρίς διηθήσεις
Προετοιμασία κλίνης και θαλάμου του ασθενούς	Πλήρης ετοιμασία του θαλάμου για την υποδοχή του ασθενούς από το χειρουργείο	Με τη μεταφορά του ασθενούς στο χειρουργείο θα γίνει καθαρισμός και αερισμός του θαλάμου. Επίσης στρώσιμο χειρουργικού κρ.	Ο καθαρισμός και ο αερισμός του θαλάμου έγινε από την βοηθό θαλάμου Έστρωσα το κρεβάτι χειρουργικό (ανοικτό από την πλευρά που θα δεχόταν την άρρωστη	Απομάκρυνση μικροβίων Εύκολη τοποθέτηση της άρρωστης στο κρεβάτι και προφύλαξη από μετεγχειρητική πνευμονία

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
<p>Τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι μετά τη χειρουργική επέμβαση</p>	<p>Κατάλληλη θέση Απονάρκωση Παρακολούθηση μετεγχειρητικών επιπλοκών</p>	<p>Θέση ύπτια με το κεφάλι στο πλάι (από την πλευρά του κομοδίνου) χωρίς μαξιλάρι</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε μετά το χειρουργείο στο κρεβάτι σε ύπτια θέση με το κεφάλι στο πλάι του κομοδίνου χωρίς μαξιλάρι. Το μαξιλάρι υπήρχε στην πλάτη του κρεβατιού για προφύλαξη του ασθενούς από τυχόν διεγέρσεις</p>	<p>Χρήση ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς</p> <p>-Αποφυγή εμεσμάτων -Η θέση αυτή προκαλεί χαλάρωση των μυών και επιτρέπει την λειτουργία των παροχτετεύσεων που είχε από το χειρουργείο -Επίσης χωρίς το μαξιλάρι υπήρξε ταχύτερη αποβολή του ναρκωτικού. Ο ασθενής ξύπνησε μετά από 3 ώρες</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Παρακολούθησή μετεγχειρητικές επιπλοκές	Πρόληψη μετεγχειρητικών επιπλοκών	Έλεγχος των ζωτικών σημείων	Από τη στιγμή που ο ασθενής ήρθε από το χειρουργείο, έγινε λήψη των ζωτικών σημείων Θ: 36,7 °C Α.Π. 120 / 70MM/HG ΣΦ: 68 Αναπνοές: 16 / MIN	Ο ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο πρόβλημα την ημέρα της εγχείρησης
Πόνος από την ένταση του ασθενούς -και από την επέμβαση	Εξάλειψη του πόνου	Χορήγηση ισχυρού αναλγητικού	Δόθηκε: ½ ALGAPHAN με την ημέρα της εγχείρησης αφότου έγινε η ανάληψη. Τα κοιλιακά ελατιώθηκαν την 3 ^η μετεγχειρητική ημέρα. Αντιμετωπίζονται με τα πόδια προς την κοιλιά για χαλάρωση των μυών και χορήγηση αναλγητικού ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς)	Μυϊκή χαλάρωση Καταστολή πόνου Πρόκληση ύπνου στον ασθενή. Έτσι επιτυγχάνεται η μείωση της έντασης του πόνου. Ο πόνος υποχώρησε αισθητά την 10η ημέρα. Απόδειξη για καλή επούλωση του τραύματος

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Πυρετός 38,8 °C την 2 ^η μετεγχειρητική ημέρα	Ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος	Χορήγηση αντιπυρετικού για την μείωση του πυρετού. Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως Ούρα για καλλιέργεια	Η θερμοκρασία γράφεται σε διάγραμμα τρίωρης παρακολούθησης. Δόθηκε 1 DEPON από το στόμα Ο ασθενής έχει ορό από χειρουργείο. Πάρθηκαν ούρα για καλλιέργεια	Ο γιατρός και η νοσηλεύτρια ενημερώνονται συνεχώς Μειώθηκε ο πυρετός. Έχουμε πλήρη ενυδάτωση του ασθενούς και αποφυγή αφυδάτωσης Η καλλιέργεια ήταν θετική για GRAM (-)
Αντιμετώπιση της ουρολοίμωξης λόγω μόλυνσης του ουροκαθετήρα	Χορήγηση αντιβίωσης με σύσταση του γιατρού. Η αντιβίωση θα πρέπει να δοθεί για 10 ημέρες.	Χορήγηση και	Δόθηκε SEPTRIN FIBRAENTYL Δόθηκε η αντιβίωση μέχρι και την 1 ^η ημέρα	Αυτά είναι ευρέως φάσματος αντιβιοτικά με αποτέλεσμα την καταστροφή των GRAM (-) μικροβίων την 8 ^η ημέρα ο πυρετός συνεχίζεται 38,8 °C

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Δίψα	Αντιμειώπιση της δίψας λόγω της ξηρότητας του βλεννογόνου που προκαλείται από την ατροπίνη η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις και λόγω της απώλειας υγρών του οργανισμού (αίμα, ιδρώτας, έμετος)	Πλύσεις συχνές της στοματικής κοιλότητας με υγρانش χειλιών με PROT-COTTON σε βουτηγμένο σε κρύο νερό. Χορήγηση ορού	Τις 2 πρώτες ημέρες γίνεται ύγραση των χειλέων με PORT-COTTON. Την Τρίτη ημέρα πήρε νερό από το στόμα σε μικρή ποσότητα. Γίνεται χορήγηση υγρών παρεντερικώς 2X1 με SODIUM CHLORIDE 0,9% 1000CC και DEX 5% 1000CC Ως την 8 ^η μετεγχειρητική ημέρα δόθηκε ορός. Έπειτα αφαιρέθηκε. Μετά ο ασθενής έπαιρνε τροφή από το στόμα	Την 9 ^η , 10 ^η και 11 ^η ημέρα ο πυρετός 37,2 °C την 12 ^η και 13 ^η ο ασθενής πλέον απύρετος Το αίσθημα της δίψας μειώνεται. Καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα για την πρόληψη στοματίτιδας. Πρόληψη αφυδάτωσης και αναπληρώσεως υγρών που έχασε. Προαγωγή της θρέψης.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Έμετος (μετεγχειρητικά)	Πρόληψη εισρόφησης και καταστολή του εμέτου.	Κατάλληλη θέση Πλύση στόματος Χορήγηση αντιεμετικού σκευάσματος	Τοποθετείται το κεφάλι στο πλάι με ένα νεφροϊδές. Μετά τον έμετο έπλυσε το στόμα του και πήρα το νεφροϊδές. Δόθηκε 1 AMP PRIMPERAN στον ορό	Δεν έγινε εισρόφηση Πρόληψη επιπρόσθετου εμέτου Σταμάτησε ο έμετος. Ο ασθενής δεν είχε ξανά πρόβλημα για τίαση προς έμετο
Παροχέτευσις	Έλεγχος της παροχέτευσης	Αλλαγή της παροχέτευσης βάζοντας 1 κόχρη στον σωλήνα και αλλάζοντας τον συλλέκτη	Για τέσσερις ημέρες υπήρχε η παροχέτευση. Μετά βγήκε και συνεχίστηκε η σταδιακή επούλωση του τραύματος	Απομάκρυνση πύου και άχρηστων υγρών από την κοιλιακή κοιλότητα
Ισοζύγιο υγρών	Έλεγχος των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών	Χορήγηση υγρών παρεντερικώς Εφαρμογή ουροκαθετήρα από την ημέρα της επέμβασης	Την 1 ^η ημέρα χορήγηση 2X1 SODIUM CLORIDE 0,9% των 1000CC και DEX 5% των 1000CC 30 σταγ / MIN	Γίνεται πρόληψη της αφυδάτωσης και προαγωγή της θρέψης. Υπήρξε ισοζύγιο υγρών γιατί από τα προσλαμβανόμενα υγρά 2500CC αποβαλλόμενα υπήρξαν

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
			Δόθηκε επίσης μία φιάλη αίμα. Την 2 ^η ημέρα: SODIUM CHLORIDE με εμπλουτισμό ηλεκτρολυτών Την 3 ^η ημέρα: DEXT. 5% με βιταμίνες. Συνεχίστηκε εναλλάξ η χορήγηση έως και την 8 ^η ημέρα. Καθημερινή μέτρηση των αποβαλλομένων ούρων	2.350 CC+ ιδρώτας και εκκρίσεις από την παροχέτευση. Οι μετρήσεις ήταν ικανοποιητικές και τις επόμενες ημέρες
Αφυδάτωση	Πρόληψη	Παρακολούθηση του χρώματος και δέρματος του ασθενούς	Δεν υπήρξε ξηρότητα του δέρματος και των βλεννογόνων και το χρώμα του δέρματος ήταν κανονικό. Δόθηκαν υγρά παρεντερικώς	Δεν παρουσιάστηκε πρόβλημα
Διατήρηση επαρκούς θρέψης	Διατήρηση του ασθενούς σε φυσική κατάσταση	Χορήγηση ορού, αίματος και κατόπιν υδαρούς τροφής	Δόθηκε 1 φιάλη αίμα την 1 ^η μετεγχειρητική ημέρα Δόθηκε ορός στον ασθενή για 8 ημέρες	Αύξηση του Ht. Δεν υπήρξε πρόβλημα θερμιδικών αναγκών στον ασθενή διότι πήρε υγρά παρεντερικώς

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
			<p>Μετά την διακοπή δόθηκε υδαρή τροφή ENSURE (θερμίδες που περιέχει πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και βιταμίνες</p> <p>Ο ασθενής άρχισε να παίρνει σούπες την 16^η ημέρα και έπειτα τροφος πλούσιες σε σίδηρο</p>	<p>και την υγρή τροφή από το στόμα η οποία είναι μικρή σε όγκο και με μεγάλη θερμική αξία.</p> <p>Επίσης είχε το πλεονέκτημα ότι δεν αφήνει στο έντερο σταθερό υπόλοιπο ώστε να υπάρχει ζωτικό πρόβλημα.</p> <p>Ο ασθενής είναι σε αρκετά καλή κατάσταση.</p> <p>Τρώει κανονικά. Σημειώνω ότι την 9^η μετεγχειρητική ημέρα είχε δύο κενώσεις απ' τις οποίες η βραδινή δεν ήταν τόσο ρευστή όσο η πρωινή.</p> <p>Την δέκατη ημέρα είχε δύο κενώσεις πολτώδεις χωρίς κοιλιακά άλγη.</p> <p>Την 11^η, 12^η, 13^η οι κενώσεις ήταν φυσιολογικές</p> <p>Την 14^η και μετά μία κένωση την ημέρα.</p>

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Θρομβοφλεβίτιδα	Παρακολούθηση θρομβοφλεβίτιδας	Έλεγχος για πυρετό, οίδημα Πόνος (στην περιοχή του αποφραχθέντος αγγείου) συνήθως στην περιοχή του μηρού	Ήταν αυξημένη η θερμοκρασία λόγω της ουρολοίμωξης η οποία και αντιμετωπίστηκε. Δεν υπήρξε ούτε οίδημα ούτε πόνος	Δεν παρουσίασε πρόβλημα θρομβοφλεβίτιδας
Αιμορραγία	Παρακολούθηση του τραύματος	Έλεγχο για: -ευπίεστο γρήγορο νηματοειδή σφυγμό -πρόσωπο και άκρα ψυχρά -ωχρότητα του δέρματος -πτώση θερμοκρασίας και αρτηριακής πίεσης -εφίδρωση -αναπνοή βραδεία και ασθμαίνουσα -ανησυχία -εμφάνιση αίματος σε εξωτερική αιμορραγία	Λόγω της ουρο-λοίμωξης, υπήρξαν: της και θερμοκρασίας εφιδρώσεως Ο σφυγμός ήταν κανονικός 68 / MIN Πρόσωπο και άκρα ζεστά. Φυσιολογική χρώση του δέρματος Α.Π.: 120/70MM HG Αναπνοές :18 / MIN και κανονικές Δεν υπάρχει αίμα στην εξωτερική πλευρά του τραύματος	Έλεγχος των ζωτικών σημείων γινόταν καθημερινά και σημειωνόταν στο διάγραμμα του ασθενούς για ενημέρωση του γιατρού και νοσηλεύτριας. Επίσης αναφερόταν στο νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς. Ο ασθενής εκτός από τον πυρετό δεν παρουσίασε κάποιο άλλο πρόβλημα ένδειξης αιμορραγίας

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Περιποίηση του τραύματος	Βοήθεια του γιατρού στις αλλαγές του χειρουργικού τραύματος	-Καθαριότητα του τραύματος με απομάκρυνση νεκρωμένου ιστού και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό -Απολύμανση της τραυματικής χώρας με BETADINE SOLUTION, αντιβιοτικού SPRAY NEBACETIN - Η καθαριότητα και η αντισηψία του δέρματος γύρω από το τραύμα συνίσταται στον καθαρισμό του δέρματος με BETADINE SOLUTION, στο κέντρο με μερκουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια και απολύμανσή του	Έγινε η 1 ^η αλλαγή του τραύματος την 2 ^η ημέρα. Όλα τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται είναι αποστειρωμένα. Η από-μάκρυνση των νεκρωμένων ιστών έγινε με απο-στειρωμένο ψαλίδι και καθαρισμός με αποστειρωμένο νερό (WATER FOR INJECTION). Η απολύ-μανσή του τραύματος έγινε με γάζα αποστειρωμένη σε λαβίδα εμπλουτισμένη με μερ-κουροχρώμ με κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια. Έπειτα, καθαρισμός της περιφέ-ρειας με BETADINE SOLUTION και εφαρμογή αντιβιοτικού SPRAY NEBACETIN (τοπικά)	Επί 20 ημέρες συνεχώς γινόταν η περιποίηση. Υπήρξε σταδιακή, σταθερή του επούλωση του τραύματος. Λήφθηκαν όλα τα μέτρα αντι-σηψίας για από-φυγή μολύνσεων. Την 21 ^η ημέρα κόπηκαν τα εξω-τερικά ράμματα από το γιατρό. Την 22 ^η από-φασίστηκε έξο-δος του ασθενούς από το νοσοκομείο

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
Επίδεση του τραύματος	Σωστή εκτέλεση της επιδέσεως του τραύματος	Κάλυψη του τραύματος με αποστειρωμένες γάζες και σταθεροποίησή του με λευκοπλαστ.	Κάθε φορά που γινόταν περιποίηση του τραύματος, γινόταν και η τοποθέτηση νέων αποστειρωμένων, γαζών στο τραύμα	-Πρόληψη από μολύνσεις -Απορρόφηση εκκρίσεων του τραύματος -Περιορισμός κινήσεων -Αιμόσταση -Κάλυψη αντιαισθητικού τραύματος
Πρόληψη εξάπλωσης του καρκίνου	Επικοινωνία με τον ασθενή και ευαισθητοποίησή του σχετικά με το τι θα πρέπει να προσέξει	Πριν από την έξοδο, οδηγίες στον ασθενή	-Να γίνονται συνεχείς αιματολογικές εξετάσεις για τον έλεγχο αναιμίας σε περίπτωση αιμορραγίας από τα κόπρανα. -Ανοσολογικές εξετάσεις CEA. Το CEA είναι αυξημένο στην ύπαρξη καρκίνου. Μετά την εγχείρηση το CEA ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα. Αν αργότερα αυξηθεί θα είναι κακή η πρόγνωση	Στην αρχή ο ασθενής είχε φόβο και δεν ήθελε να έρχεται κάθε τρεις μήνες στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου για έλεγχο. Τελικά, με επιχειρήματα, ότι το να ανιχνεύσεις κάτι στα αρχικά στάδια βοηθά στην πρόληψη της εξάπλωσης του καρκίνου, δέχτηκε να έρχεται για έλεγχο. Επίσης του έμαθα έναν απλό τρόπο ανίχνευσης αίματος στα κόπρανα.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικός Νοσηλευτικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Προγράμματος	Αποτελέσματα
			<p>-Τροφή να είναι πλούσια σε λευκώματα, υδατάνθρακες. Τροφές που θα έχουν δηλαδή σταθερό υπόλειμμα και να αποφεύγει τροφές με πολλά λίπη</p> <p>-Να γίνεται μια φορά το χρόνο ορθοσκόπηση και σιγμοειδοσκόπηση</p> <p>-Να ενημερώσει αμέσως το γιατρό για οποιαδήποτε αλλαγές στις κενώσεις του εντέρου</p>	<p>Το εξιτήριο του ασθενούς έγινε ενώ ήταν σε καλή κατάσταση με μεταφορά (διακομιδή) αυτού στο σπίτι του με ασθενοφόρο. Ευχήθηκα στον ασθενή καλή ανάρρωση και μου έδωσε την υπόσχεσή του ότι θα έκανε συχνές εξετάσεις. Υπήρξε πλήρης αποκατάσταση του ασθενούς.</p>

Συμπεράσματα

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της Νοσηλευτικής σε Διεθνές επίπεδο.

Η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται καθημερινά πιο έντονη, δεδομένου ότι η ιατρική επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα, όσον αφορά την καταπολέμηση του καρκίνου στο πιο εξειδικευμένο επίπεδο της καρκιнологίας και εφόσον όλοι οι φορείς αντιλαμβάνονται ότι:

-Το νοσηλευτικό προσωπικό με γνώσεις επάνω στη νοσηλεία καρκινοπαθών, ικανοποιεί μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή.

-Η αποκατάσταση του ασθενή με καρκίνο δεν έχει μόνο μέσα στο νοσοκομείο, αλλά και έξω από αυτό.

-Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι η βοήθεια που θα δώσει στον ασθενή αλλά και στους οικείους του.

-Στην πρόληψη και διάγνωση της ασθένειας, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός, καθώς επίσης και στην ανίχνευση του καρκίνου.

Παράλληλα θα πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση στο κοινό, σχετικά με την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση, αφού παίζει σπουδαίο ρόλο ο συντελεστής αυτός για τη μάχη κατά του καρκίνου.

Πρέπει να γίνει συνείδηση όλων η αναγκαία γενική ιατρική εξέταση σε ετήσια βάση γιατί έτσι ο καρκίνος θα καταπολεμηθεί αποτελεσματικά εάν εντοπιστεί.

Ο περισσότερος κόσμος λόγω άγνοια και φόβου, αποφεύγει την ιατρική εξέταση. Για να αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των εξεταζόμενων για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου, πρέπει το κοινό να καταλάβει ποιο σκοπό έχει η ετήσια εξέταση για την ανίχνευση και για τη θεραπεία αυτής της μάστιγας. Καλό θα είναι κάθε ιατρικό γραφείο να γίνει και ένα κέντρο ανίχνευσης του καρκίνου.

Στη χώρα μας η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία ακολουθεί θετική πορεία δράσης όσον αφορά την διαφώτιση του κοινού και την ενημέρωση επάνω στις νέες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Αν αυτή η προσπάθεια ενισχυθεί περισσότερο οικονομικά, τότε σίγουρα ο καρκίνος θα είναι

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

όπως τόσες ασθένειες, ένα ξεχασμένο παρελθόν για τα παιδιά μας.

Τελειώνοντας την εργασία μου νιώθω να πλημμυρίζω οργή, αγανάκτηση και θυμός για την ασθένεια αυτή, με τις τόσες ταλαιπωρίες που υφίσταται το άτομο που πάσχει. Αισθάνομαι ακόμη λύπη και συμπόνια για όλους τους ανθρώπους που νοσούν, που υποφέρουν και σβήνουν μέρα τη μέρα.

Ταυτόχρονα όμως κατανοώ τον δικό μου ρόλο, τον ρόλο δηλαδή των νοσηλευτών πάνω στο φλέγον αυτό ζήτημα.

Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να αρκείται σε μία ψυχρή και τυπική νοσηλευτική φροντίδα, αλλά να επεκτείνει το έργο του με αγάπη, κατανόηση και ενδιαφέρον για τους ασθενείς αυτούς.

Να συμμερίζεται την κατάσταση τους και να παρέχει όλα τα δυνατά μέσα για την ψυχική και σωματική του ανακούφιση. Να αντιμετωπίζει τον άρρωστο άνθρωπο όπως του αξίζει, σαν άνθρωπο με καρδιά και αισθήματα και όχι σαν μια άψυχη μηχανή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι δύσκολος και πολυσύνθετος. Το επάγγελμά του είναι ταυτόχρονα ένα λειτούργημα, που προϋποθέτει αγάπη για τον συνάνθρωπο και συνεχές ενδιαφέρον και ενημέρωση για τις προόδους των ασθενειών και των θεραπευτικών μεθόδων.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η συμμετοχή του στα διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης του κοινού είναι κάτι πολύ σημαντικό για την πρόληψη αυτή της αρρώστιας - πληγής και την διαφώτιση της κοινωνίας για όλα τα θέματα γύρω απ' αυτήν. Ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι μια σύγχρονη απειλή, μια μάστιγα για την κοινωνία μας. Είναι αδίστακτος, αλύπητος και κατηγορηματικός. Αρπάζει την ανθρώπινη ζωή δίνοντας μόνο σαν αντάλλαγμα, οδύνη, βάσανα και πόνο.

Εμείς οι άνθρωποι δεν έχουμε παρά να προσπαθήσουμε να προφυλαχτούμε απ' αυτόν, να τον προλάβουμε και να τον εξολοθρεύσουμε.

Ο νοσηλευτής πρέπει να βαδίζει στην πρώτη γραμμή αυτού του αγώνα και με υπομονή και αυταπάρνηση να πολεμά γενναία για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού. Να διδάσκει τον άνθρωπο, να τον προστατεύει και να τον ενθαρρύνει. Να χαρίζει ελπίδα και κουράγιο στον πάσχοντα, να απαλύνει τον πόνο του, να του προσφέρει μηνύματα αισιοδοξίας για το μέλλον.

Ο άνθρωπος το κυρίαρχο όν της φύσης δεν μπόρεσε μέχρι στιγμή να νικήσει τον καρκίνο. Οι συνεχείς όμως πρόοδος της επιστήμης και η σωστή και πλήρης διαφώτιση του κοινού, δίνουν πολλές ελπίδες για πραγματοποίηση του σκοπού αυτού στο κοντινό μέλλον.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Ελπίζω, η νίκη να βρίσκεται πολύ κοντά και ο άνθρωπος να θριαμβεύσει για άλλη μία φορά.

Τελειώνοντας, θέλω να ευχηθώ στους πάσχοντες συνανθρώπους ένα αύριο γεμάτο υγεία, χαρά και δύναμη και όλα όσα υποφέρουν σήμερα να γίνουν μια άσχημη και μακρινή εμπειρία του παρελθόντος.

Προτάσεις.

Η νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με καρκίνο έχει γίνει ειδικότητα της Νοσηλευτικής σε Διεθνές επίπεδο.

Η ανάγκη ολοένα και μεγαλύτερης εξειδίκευσης του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται καθημερινά πιο έντονη, δεδομένου ότι η Ιατρική επιστήμη έχει κάνει πολύ σημαντικά βήματα όσον αφορά την καταπολέμηση του καρκίνου στο πιο εξειδικευμένο επίπεδο της καρκιнологίας και εφόσον όλοι οι φορείς αντιλαμβάνονται ότι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πάρα πολύ σημαντικός.

Παράλληλα θα πρέπει να γίνεται σωστή ενημέρωση στο κοινό σχετικά με την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση, αφού παίζει σπουδαίο ρόλο ο συντελεστής αυτός για τη μάχη κατά του καρκίνου.

Η ετήσια γενική ιατρική εξέταση πρέπει να γίνει αναγκαία στη συνείδηση όλων. Γιατί τις περισσότερες φορές αποφεύγετε λόγω άγνοιας και φόβου. Το κοινό πρέπει να καταλάβει ότι η πρώιμη διάγνωση του καρκίνου θα μπορέσει να νικήσει τη μάστιγα αυτή. Κάθε ιατρικό γραφείο θα πρέπει να γίνει ένα κέντρο ανίχνευσης του καρκίνου για να έχουμε αποτελέσματα.

Στην Ελλάδα, η Αντικαρκινική Εταιρεία ακολουθεί θετική πορεία δράσης όσον αφορά τη διαφώτιση του

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

κοινού και την ενημέρωση πάνω στις νέες μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Μόνο όταν η προσπάθεια αυτή ενισχυθεί περισσότερο οικονομικά, θα μπορέσει να καταπολεμηθεί ο καρκίνος οριστικά.

ΒΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αλιβιζάτου Ρ. , Μοσχοβάκη : «Στοιχεία Φυσιολογίας για αδελφές νοσοκόμες και σπουδαστές των Τ.Ε.Ι.» Επίτομος, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1984.

Γούλια Ε : «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική» Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1991.

Γαρδίκας Κ : «Ειδική Νοσολογία» Τόμος Α, Έκδοση Δ, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984.

Κυριακίδου Ε : «Κοινωνική Νοσηλευτική» Επίτομος, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1995.

Μαλγαρινού Μ - Κωνσταντινίδου Ε.: «Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος Β, Μέρος 2^ο , Έκδοση 14^η , Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1991.

Μαλγαρινού Μ. Κωνσταντινίδου Ε.: «Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος Α, Έκδοση 15^η , Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ» Αθήνα 1991.

Μουτσόπουλος Ε.: «Βασικές Αρχές Παθοφυσιολογίας» Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1988.

Μπάλας Π., Καμπάνης Ν., Αλεξίου Δ., Βλαχάκης Μ., Παννόπουλος Α., Μιχαήλ Π.: «Χειρουργική» Τόμος Β, Έκδοση Β, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.

Μπούτης Ι., Παπαιωάννου Α., Παπαχαραλάμπους Ν., Τριχόπουλος Δ., : Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας «Κλινική Ογκολογία» (Με την συνεργασία Ελλήνων ειδικών και της U.I.C.C.) Αθήνα 1981.

Νομικού Γ.: «Συνοπτική Ειδική Νοσολογία» Επίτομος, Έκδοση Β, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.

Περιοδικό : «Νοσηλευτική» Τόμος 33, Τεύχος 5, Αθήνα Ιανουάριος Φεβρουάριος 1993.

Περιοδικό : «Νοσηλευτική» Τόμος 33, Τεύχος 6, Αθήνα Μάρτιος Απρίλιος 1993.

Πρακτικά ημερίδας ΕΣΔΝΕ : «Αλλαγή της σωματικής εικόνας, Μια ξεχασμένη προτεραιότητα των αρρώστων με καρκίνο» Αθήνα 1992

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ : «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Β, Μέρος Β, Επανεκδοση Γ, Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1993.

Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., : «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες», Τόμος Α., Επανεκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ MEDICAL ARTS, Αθήνα 1985.

Σάββας Α : «Επίτομη Ανατομική του ανθρώπου και άτλας»
Τόμος Α., Εκδόσεις Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1989.

Τούντα Κ. : «Επίτομος Χειρουργική», Τεύχος Γ., Επιστημονικές
εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.

Χανζημηνάς Ι. : «Επίτομος Χειρουργική» Έκδοση Α,
Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1979.

Βιβλιογραφία Ξένη.

Cecil : «Παθολογία» Μετάφραση - Επιμέλεια : Χ. Μουτόπουλος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.

Ganong William F. : «Ιατρική Φυσιολογία» : Μετάφραση - Επιμέλεια: Κούβελας, Τόμος Β, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ., Παρισιάνος, Αθήνα 1985.

Guyton A. : «Φυσιολογία του ανθρώπου» Μετάφραση - Επιμέλεια Ευαγγέλου Α., Έκδοση Γ, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

Harrison, T.R. : «Εσωτερική Παθολογική» Τόμος Γ, Έκδοση 8^η, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

Keith L. Moore : «Βασική Εμβρυολογία και συγγενείς ανωμαλίες» Μετάφραση - Επιμέλεια : Κοντόπουλος Α. - Καραβίτη Λ. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1978.

Krupp M. , Chatton M., Tierney C : «Σύγχρονη Διαγνωστική και θεραπευτική» Τόμος Α, Έκδοση Γ., Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

Naugh Mc. : «Συνοδευτικό της εικονογραφημένης Φυσιολογίας» Μετάφραση - Επιμέλεια : Γεωργία Νικητοπούλου Μαράτου. 1^η Ελληνική έκδοση, 4^η Αγγλική έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

Naugh Mc , Callander : «Εικονογραφημένη Φυσιολογία» Μετάφραση - Επιμέλεια : Γεωργία Νικητοπούλου Μαράτου, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1987.

Sabotta : «Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου» Τόμος Β, Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος Αθήνα 1986.

Παράρτημα.

Στατιστικά Στοιχεία.

Η μελέτη αυτή βασίζεται σε 169 ασθενείς πάσχοντες από καρκίνο παχέος εντέρου, στην α και β χειρουργική Πανεπιστημιακή κλινική στο Νοσοκομείο Λαϊκό (Β. Παύλος) κατά το χρονικό διάστημα 1970-75.

Από τους 169 ασθενείς οι 88 ήταν άνδρες (ποσοστό 51,7%) και 81 γυναίκες (πόσοστό 47,3%). Η ηλικία ήταν 16 εως και 85 ετών με μέση τιμή 57,2 έτη για τους άνδρες και 59,6 για τις γυναίκες.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο αριθμός των ασθενών κατά ομάδες ηλικίας:

Κατανομή των ασθενών κατά ομάδες ηλικιών.		
Ηλικία	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό %
11-12	1	0,59
21-30	3	1,77
31-40	8	4,73
41-50	25	14,79
51-60	59	34,91
61-70	52	30,76
71-80	18	10,65
81-90	3	1,77
Σύνολο 169		

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Η συχνότητα του καρκίνου στα διάφορα τμήματα του εντέρου είναι:

Τμήμα Παχέος εντέρου	Άτομα	Συχνότητα
Σιγμοειδές	61	39,09%
Ορθό	47	27,81%
Τυφλό	25	14,79%
Ανιόν κόλον	18	10,65%
Εγκάρσιο κόλον	8	4,73%
Δεξιά κοιλική καμπή	6	3,55%
Κατιόν κόλον	2	1,18%
Αριστερή κοιλική καμπή	2	1,18%

Η συχνότητα στα δύο φύλα είναι περίπου ίδια με την εξής όμως διαφορά: Ο καρκίνος του κόλου είναι συχνότερος στις γυναίκες (64 περιπτώσεις έναντι 58 των ανδρών) και ο καρκίνος του ορθού συχνότερος στους άντρες (30 περιπτώσεις έναντι 17 των γυναικών).

Όσον αφορά την επιβίωση, από τους 169 ασθενείς έζησαν μετά από 5 χρόνια, 80 άτομα (ποσοστό 47,3 %). Απ' αυτούς οι 55 (32,5%) έζησαν πάνω από 5-9 χρόνια και οι 25 (14,7%) έζησαν πάνω από 10ετία. Αν συσχετίσουμε την άνω της 5ετίας επιβίωση με την κατά Dukes ταξινόμηση του καρκίνου του παχέος εντέρου, παρατηρούμε:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Πενταετής επιβίωση κατά τα στάδια του Dukes			
Στάδια Dukes	Σύνολο ασθενών	Ζώντες	Ποσοστό Ζώντων
A	27	19	70,3
B	80	45	56,2
C	62	16	25,8
Σύνολο	169	80	47,3

Η σχέση της 5ετούς επιβίωσης των ασθενών αναλόγως του βαθμού διαφοροποίησης του όγκου βρίσκεται στον παρακάτω πίνακα:

Πενταετής επιβίωση ανάλογα με το βαθμό διαφοροποίησης του όγκου			
Βαθμός διαφοροποίησης	Σύνολο	Ζώντες	Ποσοστό Ζώντων %
I	126	69	54,7
II	14	4	28,5
III	29	7	24,1

Μία στατιστική έρευνα για καρκίνο του παχέος εντέρου έγινε στο γενικό κρατικό Νοσοκομείο Λαμίας το 1975-80 πάνω σε 83 ασθενείς. Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η συχνότητα του καρκίνου στα διάφορα τμήματα του εντέρου:

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Τμήματα Παχέος Εντέρου	Άτομα	Συχνότητα
Σιγμοειδές	32	38,55%
Ορθό	27	32,56%
Τυφλό	14	16,86%
Ανιόν Κόλον	5	6,02%
Εγκάρσιο Κόλον	3	3,61%
Δεξιά κολική καμπή	1	1,20%
Κατιόν Κόλον	1	1,20%
Αριστερή κολική καμπή	-	-

(Ρεγγινιώτης, Διευθυντής Α. Χειρουργικής).

Παράρτημα 2

Γράμμα ασθενούς

Το γράμμα αρχίζει:

.... Πριν από ένα χρόνο περίπου η σοβαρή κατάσταση της υγείας μου με έφερε άρρωστη στο χειρουργικό θάλαμο. Περιττό να σας περιγράψω την αγωνία μου κατά την παραμονή μου στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα της εγχείρησης.

Η σοβαρότητα της περίπτωσης είχε επιδράσει, κατά τρόπο δυσάρεστο, τόσο σε μένα όσο και στους δικούς μου, που προσπαθούσαν να με εμψυχώσουν με τα παρήγορα λόγια τους.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Σήμερα έχει περάσει ένα χρόνος από την περίοδο εκείνη, που μόνο σαν κακό όνειρο μπορεί κανείς να τη χαρακτηρίσει και η ζωή μου έχει πάρει τον παλιό χαρούμενο ρυθμό της, ένα ρυθμό που μόνο σε ολότελα υγιείς ανθρώπους μπορεί κανείς να συναντήσει.

Ήταν ένα θαύμα που συντέλεσε χάρη στη φροντίδα, την επιστημονική εξειδίκευση και στη μέθοδο που αντιμετωπίστηκε η παρά φύση έδρα μου, στην κλινική που χειρουργήθηκα.

Την σημερινή μου κατάσταση από κάθε άποψη, κατά την ταπεινή μου γνώμη την οφείλω στη Stoma Therapist, τη νοσηλεύτρια που με βοήθησε, με την μέθοδο που με δίδαξε την εφαρμογή των Stoma-caps, που με κάνουν να νοιώθω σήμερα πλήρη αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία για τη μελλοντική μου ζωή.

Εργάζομαι πάλι όπως πριν, ταξιδεύω ελεύθερα και παντού, σιτίζομαι χωρίς φόβο και γενικά υπόκειμαι σε κάθε δοκιμασία απ' αυτές που η ζωή επιφυλάσσει στον κάθε άνθρωπο.

Η όλη σημερινή μου εμφάνιση, ο τρόπος που συναναστρέφομαι και η κοινωνική μου ζωή έχουν πάρει πια τον παλιό τους δρόμο. Το πράγμα αυτό με γεμίζει χαρά και ειλικρινή αισθήματα. Σας κοινοποιώ τις σκέψεις μου αυτές, διαβεβαιώνοντάς σας ότι το stomma-cap είναι η ευτυχής λύση στην αντιμετώπιση της παρά-φύση έδρας μου...

Και υπογράφει.

Νοσηλευτική παρέμβαση στον καρκίνο του παχέους εντέρου

Το γράμμα στάλθηκε στο Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας».

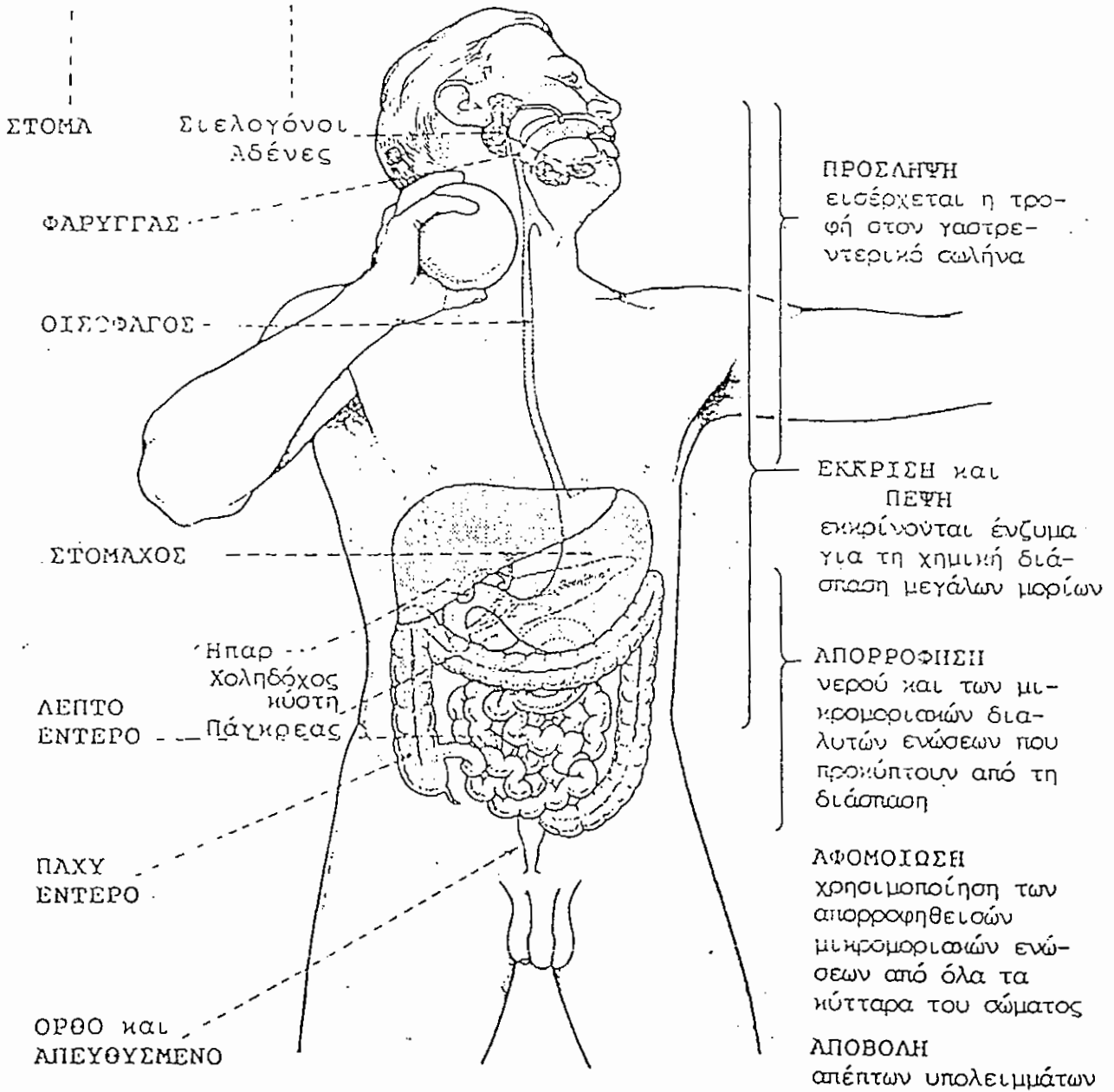
Ήταν ένα ιδιαίτερα συγκινητικό γράμμα μιας ασθενούς με Ca παχέος εντέρου που υπέστη κολοστομία, όπου περιγράφονται η αγωνία, οι φόβοι της για την έκβαση της ασθένειας πριν την εγχείρηση, καθώς επίσης και η χαρά, η αυτοπεποίθηση, η αισιοδοξία για τη μελλοντική της ζωή μετά την εγχείρηση.

Αυτό που συγκίνησε ιδιαίτερα ήταν η τεράστια μα και αναγνωρισμένη από την ασθενή, συμβολή της νοσηλεύτριας στην ποιότητα ζωής της ασθενούς, με την ψυχολογική υποστήριξή της, την παροχή γνώσεων για την εξυπηρέτησή της, την εξοικείωση της με τη νέα κατάσταση και την προσαρμογή της σ' ένα νέο τρόπο ζωής.

ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΣΩΛΗΝΑΣ και
ΟΙ ΠΕΠΤΙΚΟΙ ΑΔΕΝΕΣ

Ειδικό Σύστημα για την λήψη
ΤΡΟΦΗΣ και ΥΓΡΩΝ



μίση κολική δ., φλ.,
ρίζα εγκάρσιου μασοκόλου

εγκάρσιος κόλος

μείζον επίπλουν

ελεύθερη κολική ταινία

κάτω επιφάνεια
παγκρέατος

ἀριστερή
κολική καμπή

άνω και κάτω
δωδεκαδακτυλι-
κό κόλιπωμα

κάτω πόλος άρ-
νεφρού, σπληήνας
παρακοιλίες
αύλακες

δωδεκαδακτυλο-
μεσοκοιλική πτυχή

σιγμοειδής κόλος,
σιγμοειδής
μετάκολος

μεσοσιγμοειδής
κόλιπωμα

μεσεντέριο

λεπτό
έντερο

τελική
μύτρα είλεου

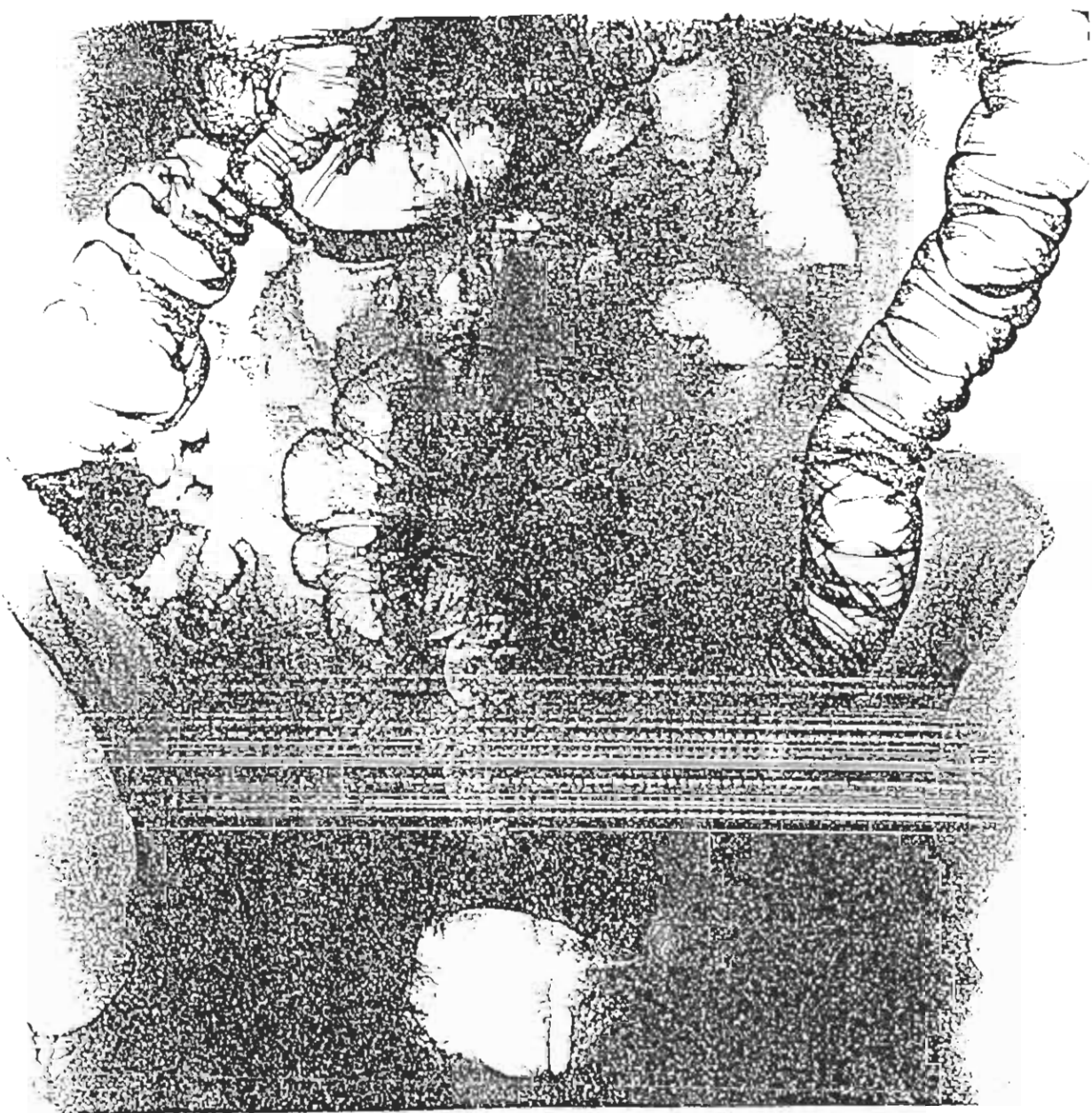
κάτω
είλεοτερλικό
κόλιπωμα

πυλό

μεσεντερίδιο, σκληροκοιλιακή αποφυση

Leplat

Εικ. 2. Θέση των σπλόγγων της κάτω κοιλίας. Το πρόσθιο τοίχωμα της κοιλίας αναστρέφεται προς τα επάνω, στα πλάγια και προς τα κάτω. Το μείζον επίπλουν και το εγκάρσιο κόλο αναστρέφονται προς τα επάνω. Οι έλικες του λεπτού εντέρου παραμερίζονται προς τα δεξιά. Έγινε έλξη του σιγμοειδούς κόλου προς το εμπρός και επάνω με άγκιστρα.



Εικ. 3. Γενική ακτινογραφική όψη της παχέας εντέρου: ονίον κόλο, δεξιό κολική κοιλή, εγκάρσιο, τριστερή κολική κοιλή, κάτω κόλο, σιγμοειδές κόλο και σπυροειδής.

ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η Ειλεοκολική Βαλβίδα ανοίγει και κλείνει κατά τη διάρκεια της πέψης. Περισταλτικά κύματα προωθούν το περιεχόμενο του ειλεού μέσα από τη χαλαρή βαλβίδα. Τα κόπρανα στη διάρκεια της παραμονής τους στο παχύ έντερο υφίστανται την επίδραση -

ΚΙΝΗΣΕΩΝ ΔΥΟ ΤΥΠΩΝ:

ΤΟΝΙΚΩΝ ΚΥΜΑΤΩΝ

Παλινδρομικά κύματα από το σημείο του CANNON προς τον ειλέο (εσφαλμένα αναφέρονται από μερικούς ως αντι-περισταλτικά κύματα). Τα κύματα εξαντλούνται

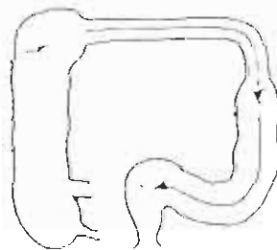


Εξασφαλίζουν παρατεταμένη επαφή του περιεχομένου με το βλεννογόνο - και προάγουν την απορρόφηση νερού και αλάτων από τα κόπρανα

Πρόκειται για ΜΥΟΓΕΝΕΙΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ

ΜΑΖΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΛΤΙΣΜΟΥ

Εντονα αραιά κύματα που αρχίζουν στο ανώτερο τμήμα του ανιόντος κόλου.



Αδειάζουν το εγκάρσιο κόλο και προωθούν τα κόπρανα στο κατión - σιγμοειδές - σθόν -

ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ

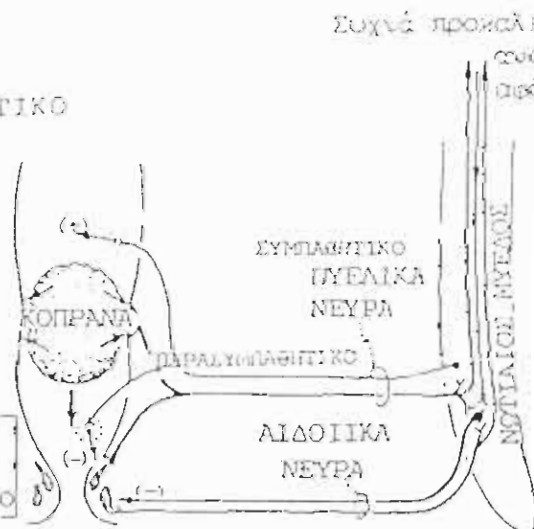
(Το αντανακλαστικό συχνά ειλιούεται με την είσοδο τροφής στο στομάχι (Γαστρο-κολικό αντανακλαστικό)

ΚΕΝΩΣΗ (ΑΦΟΔΕΥΣΗ)

Πολύηλοκο ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ

Εξέθλιση Δίοδος κοπράνων στο σθόν, διάταση του χώματος

Δίοδος από το απευθυσημένο



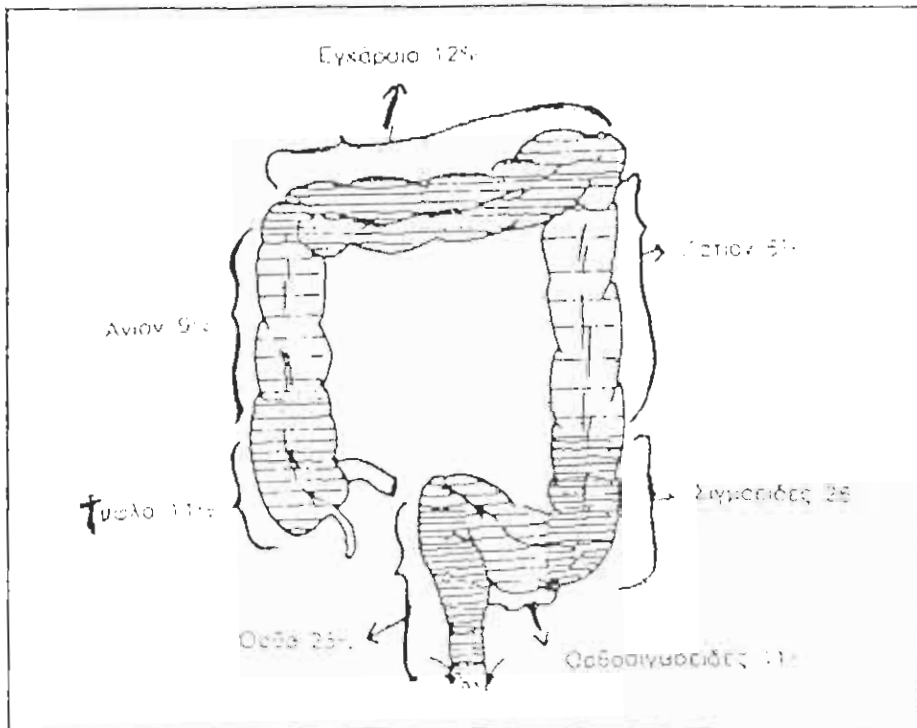
Συχνά προκαλείται αίσθημα Εκούσια απόσυση → συστολής ή άδωσης του αντανακλαστικού αφόδευσης

αυγόκεντρες νευρινές ώσεις → Εντονές περισταλτικές κινήσεις. Κατiónτος, σιγμοειδούς και σθόν

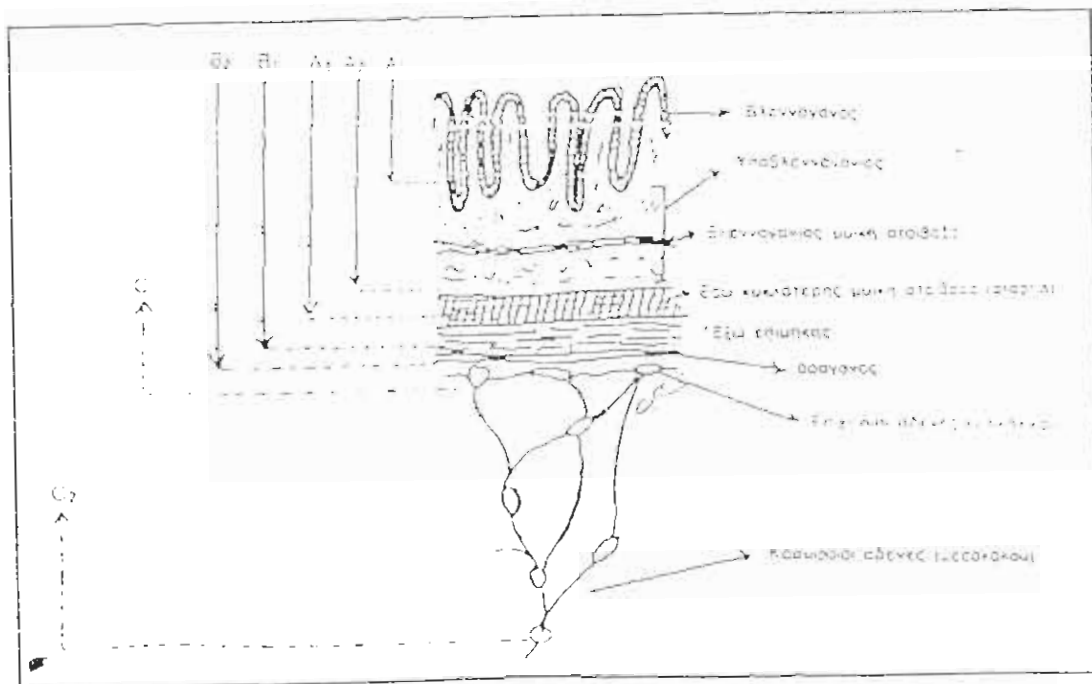
(Προηγείται σύσπαση του διαφράγματος και εκούσια σύσπαση κοιλιακών μών Αύξηση της ενδοκοιλιακής πίεσης)

Συστολή των μών του εδάφους της πυελού και χάλαση σφιγκτήρων του πρωκτού

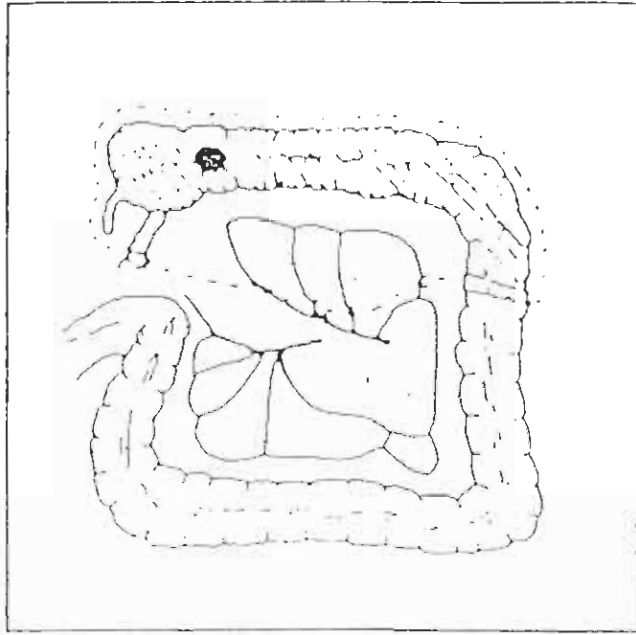
ΚΕΝΩΣΗ



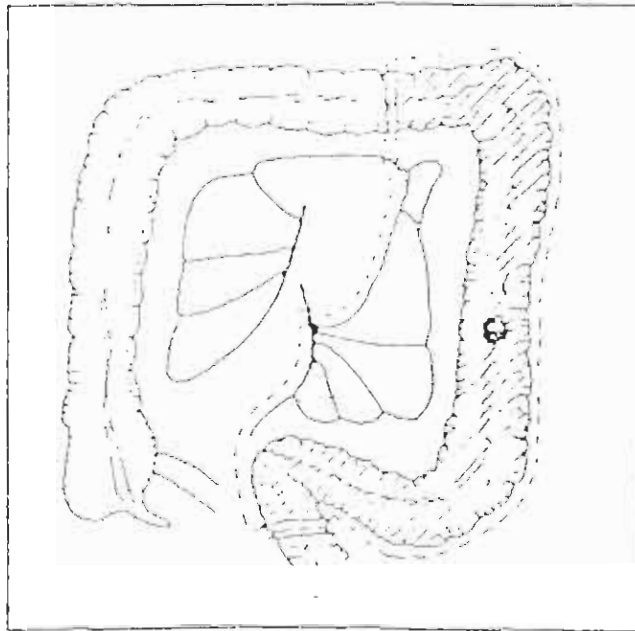
Εικ. 5. Διχρότητα εμφάνισης του καρκίνου στις διάφορες μοίρες του παχέος εντέρου.



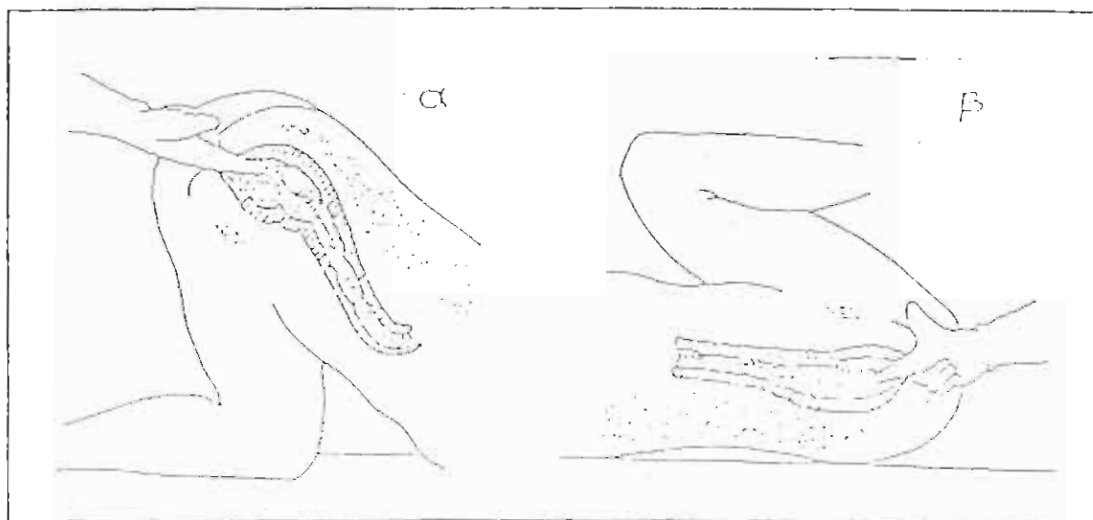
Εικ. 6. Σχηματική απεικόνιση της τροποποιημένης (Australien) κατά Duke's ταξινόμησης του καρκίνου του παχέος εντέρου.



Εικ 7. Καρκίνος δεξιού κόλου



Εικ 8. Καρκίνος αριστερού κόλου



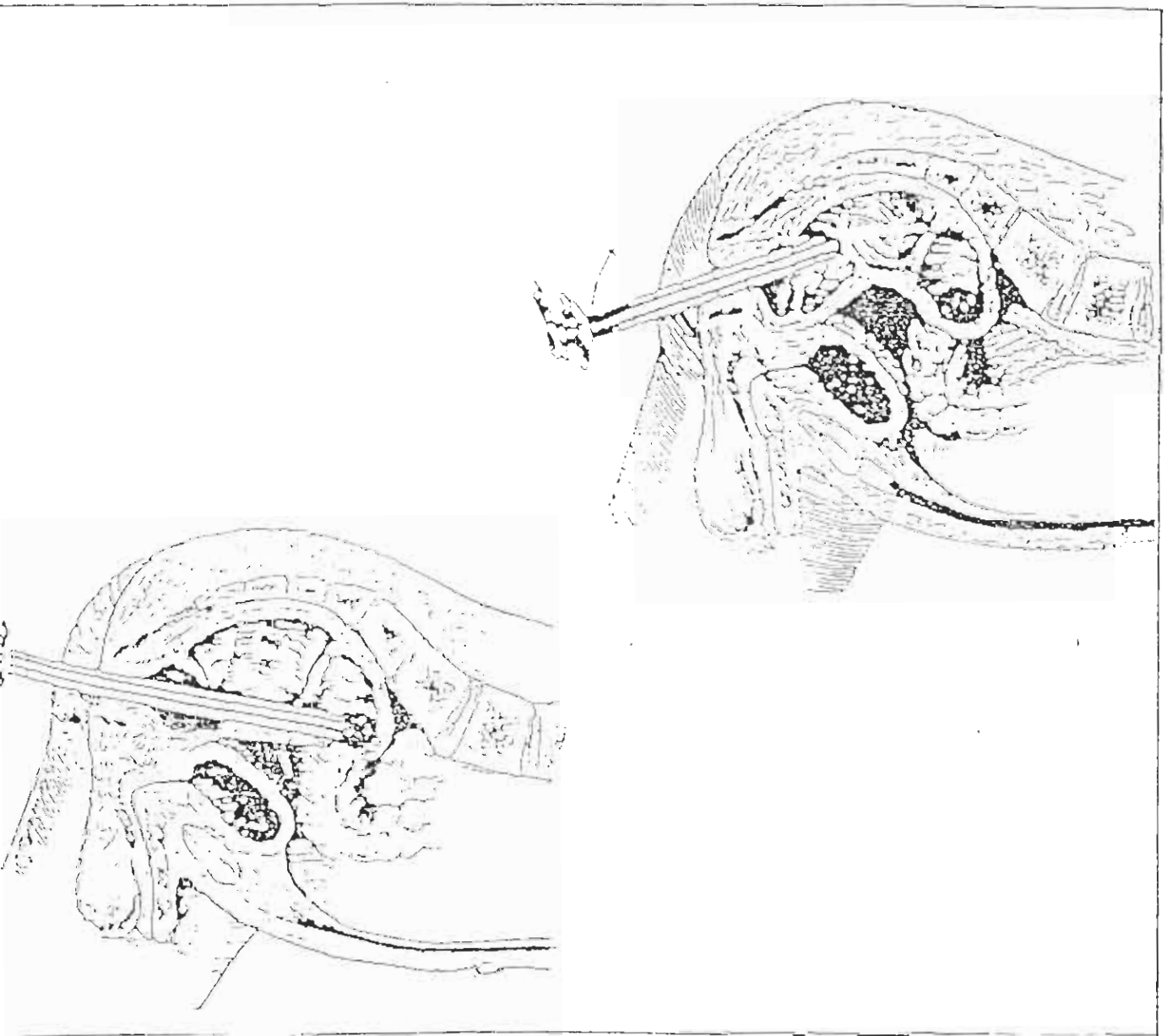
Εικ. 9. Αποκλίση κλίσησιν ορθού α) Όταν Trendelenburg β) Yano θέση



Fig. 10 A. Βαρύφορος αποκρίση. Σχημάτιση Κιρκίνος
 ης μεθόδους του εντόνου. Τυπικά στοιχεία εκκριτικού
 υλικού πλούσιος του εντερικού οσίου



Fig. 10 B. Ακτινολογική εμφάνιση καρκίνου του σιγμοειδούς
 Τυπικό έλλειμμα πήρωσης με την εκάνο του "φραγμένου
 μύλου"



Εικ. II. Εξέταση με το σιγμοειδοσκόπιο.
Ανω: Διευθύνση κινήσεως όταν το σιγμοειδοσκόπιο μπαίνει μέσα στο ορθό.
Κάτω: Το σιγμοειδοσκόπιο φθάνει στο όρα ορθού-σιγμοειδούς.

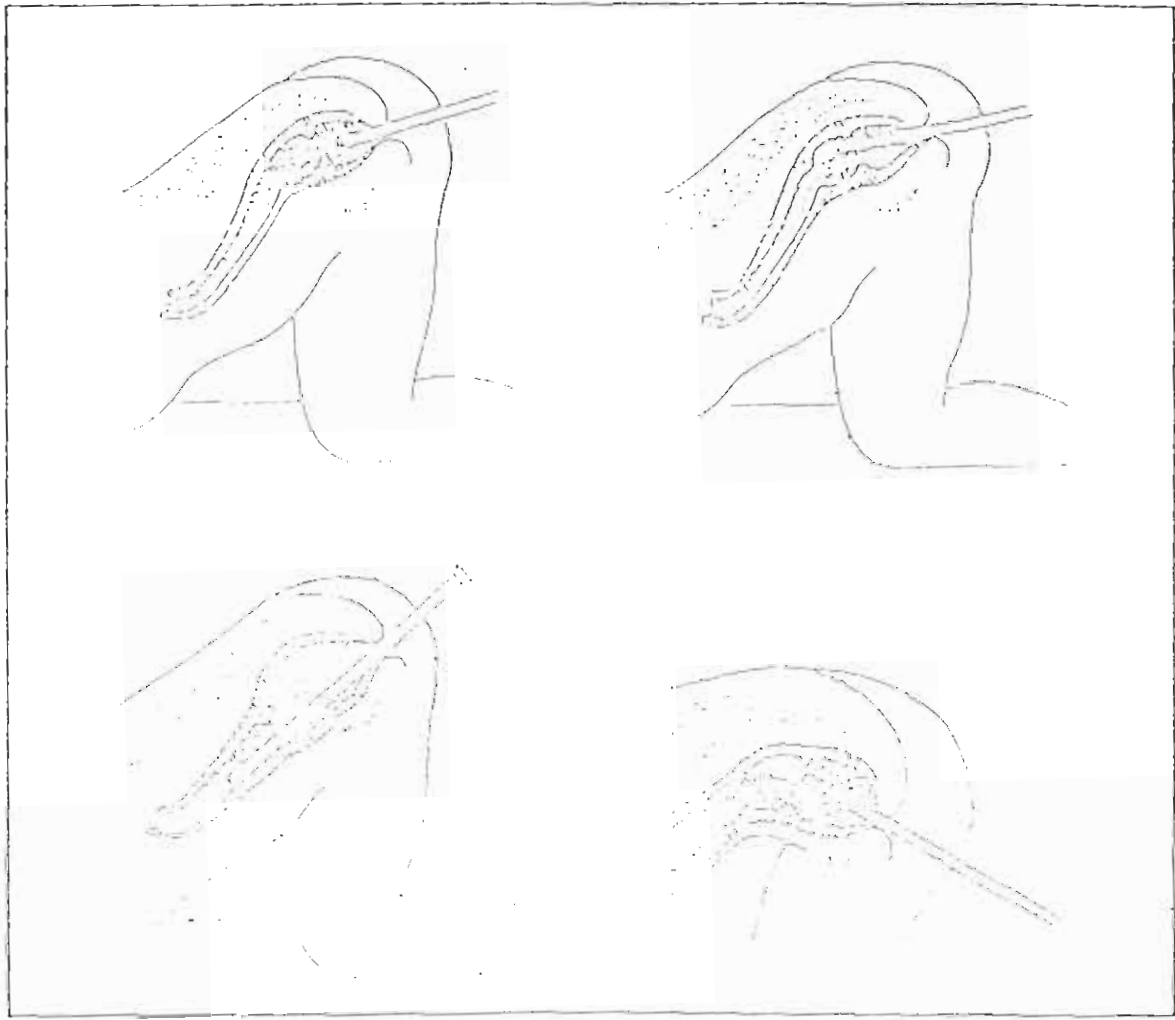
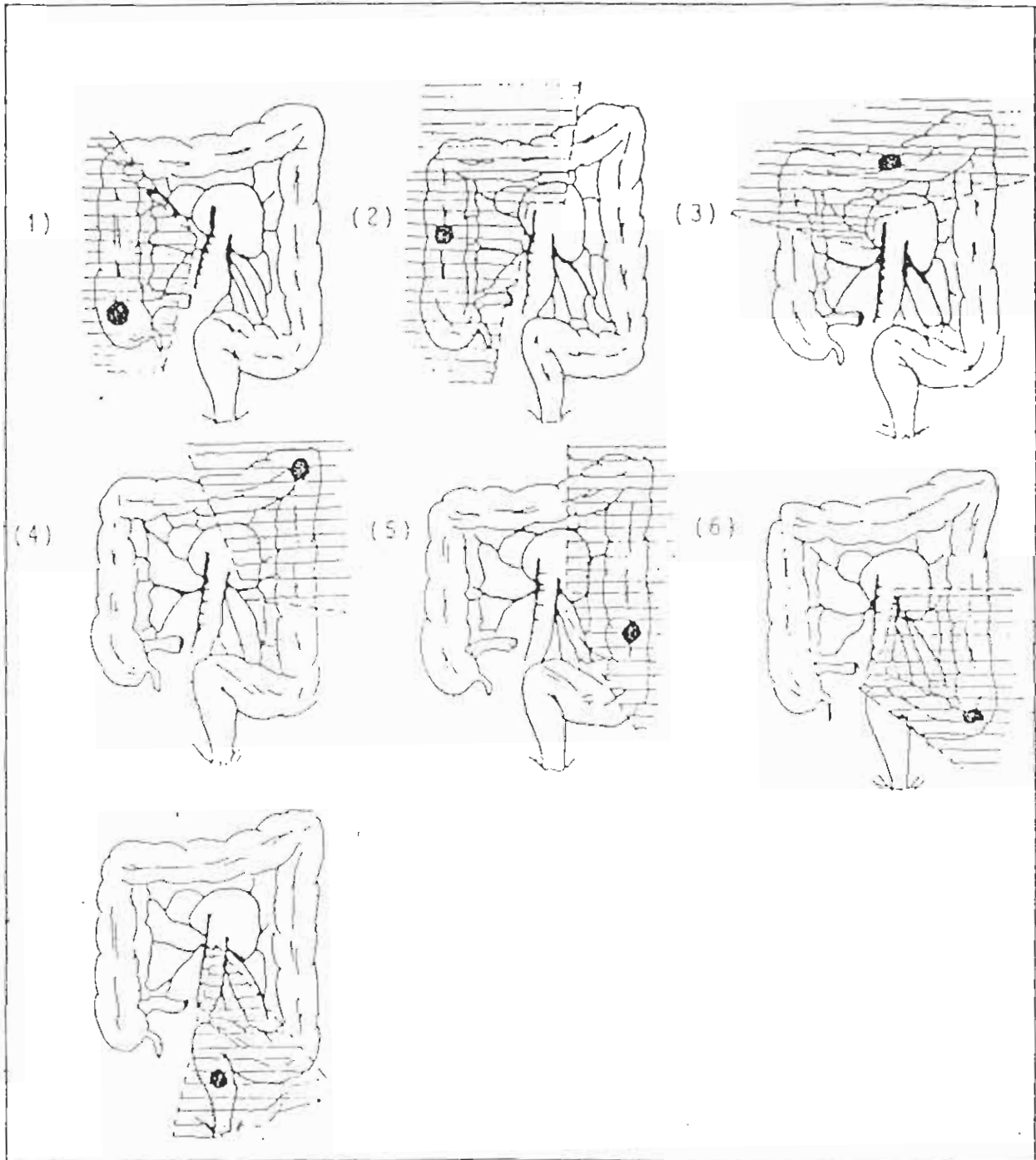
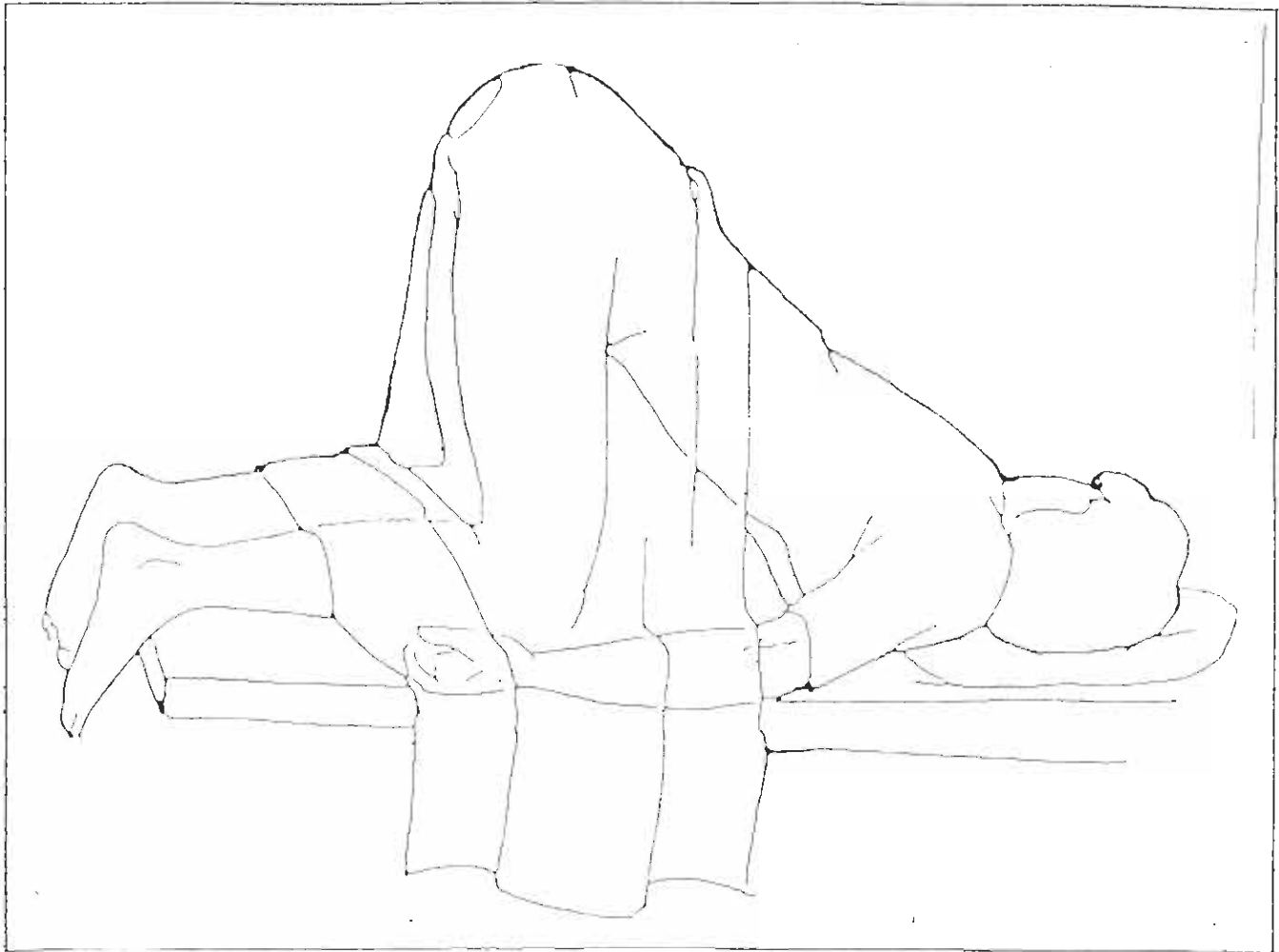


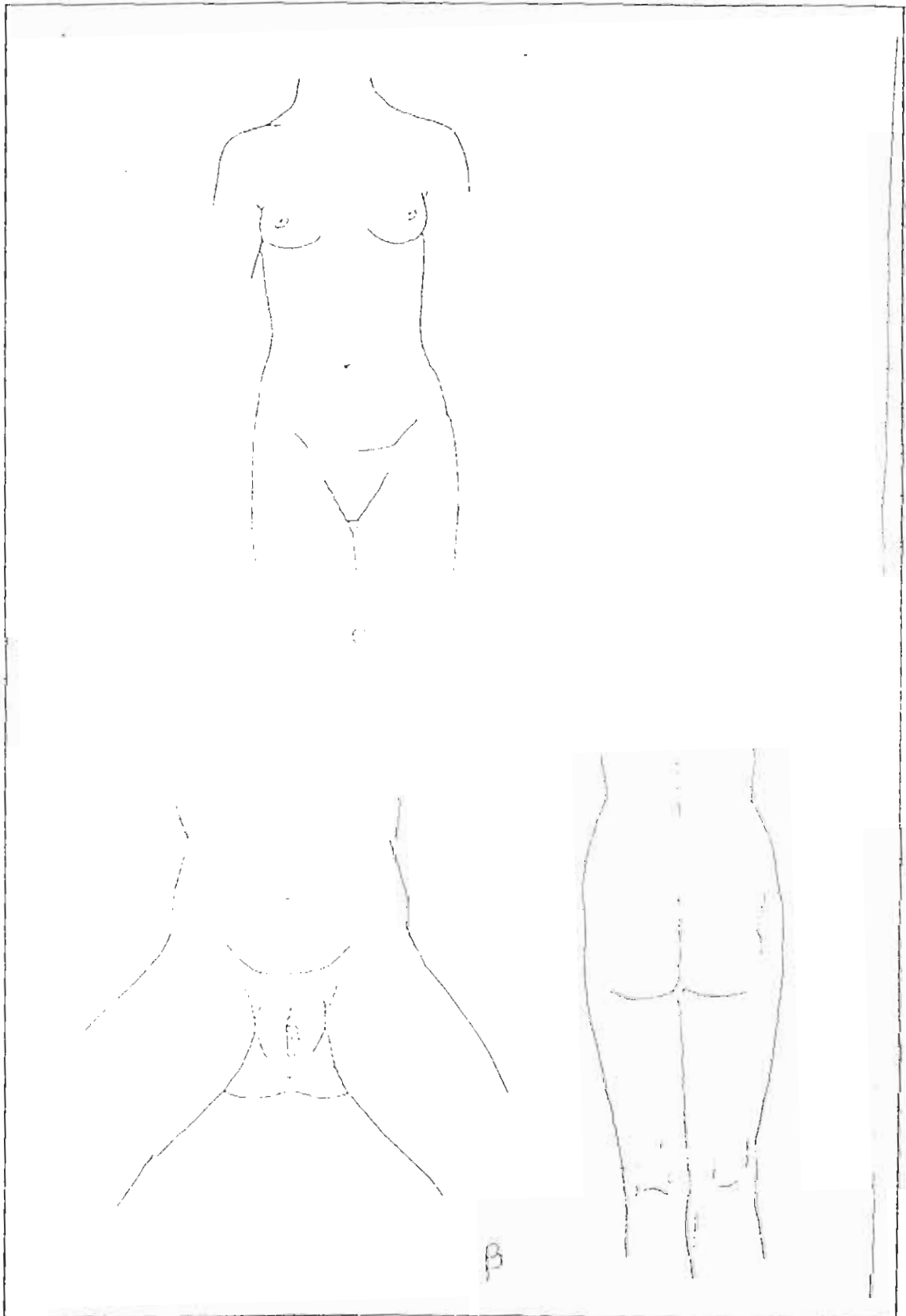
Fig. 12. Ulnar nerve



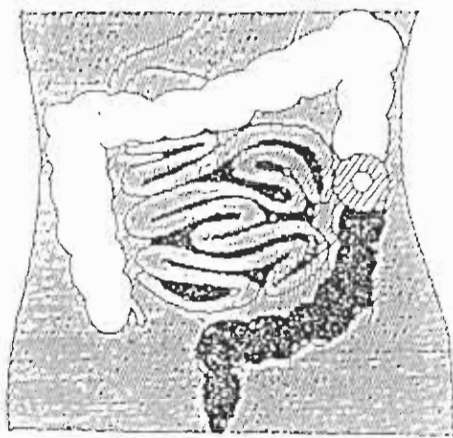
Εικ. 13. Έιση κολεκτομιών με την εντόπιση του καρκίνου:
 1. Περιορισμένη δεξιά ημικολεκτομή
 2. Τυπική δεξιά ημικολεκτομή
 3. Εκτομή του εγκοραίου μαζί με τις κοιλικές κάμπες
 4. Περιορισμένη αριστερή ημικολεκτομή
 5. Τυπική αριστερή ημικολεκτομή
 6. Χαμηλή πρόσθια εκτομή
 7. Κοιλιοσπρινεϊκή ορθοσιγμοειδεκτομή



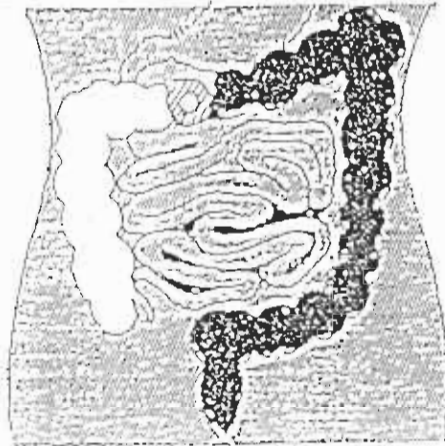
Εικ. 16 Γυμναστική στην οσφυϊκή



Εικ. 15. Πεδίο τοπικής προεγχειρητικής ετοιμασίας: α. κοιλός
β. Περίναιου



Εικόνα Α. Κατόμα και σιγμοειδή κολοστομία



Εικόνα Β. Ίλεη κολοστομία

Έγκυρες κολοστομίες γίνονται δύο είδη
 α. Η διπλού βελού εγκάρσια κολοστομία
 β. Η σγκυλωτή κολοστομία



Εικόνα Γ. Κολοστομία διπλού αυλού



Εικόνα Δ. Σγκυλωτή κολοστομία

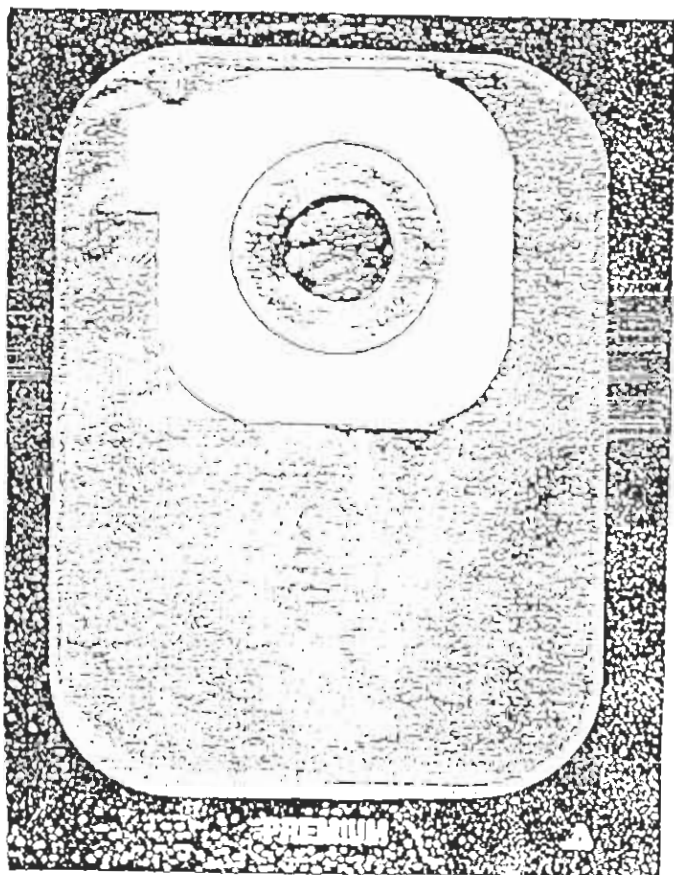
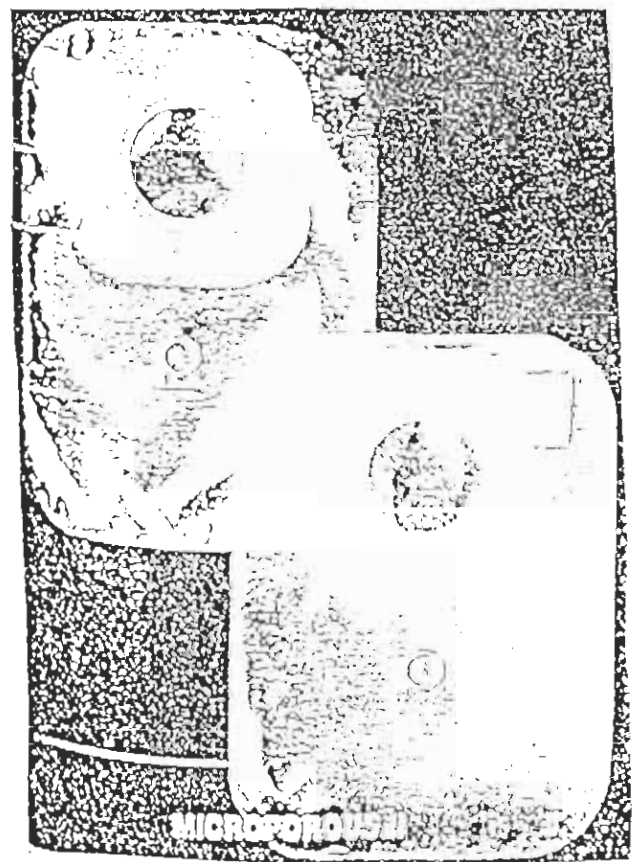
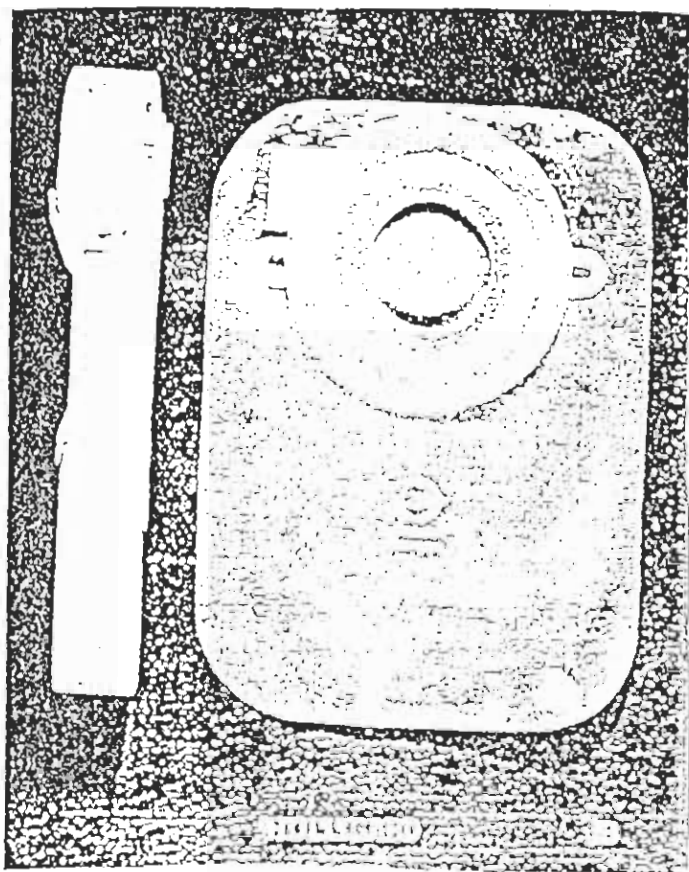
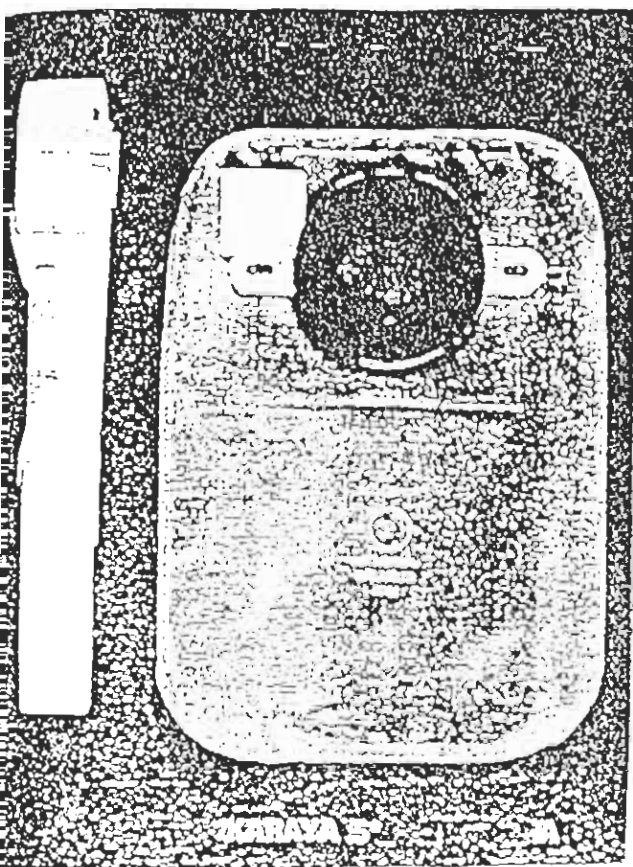
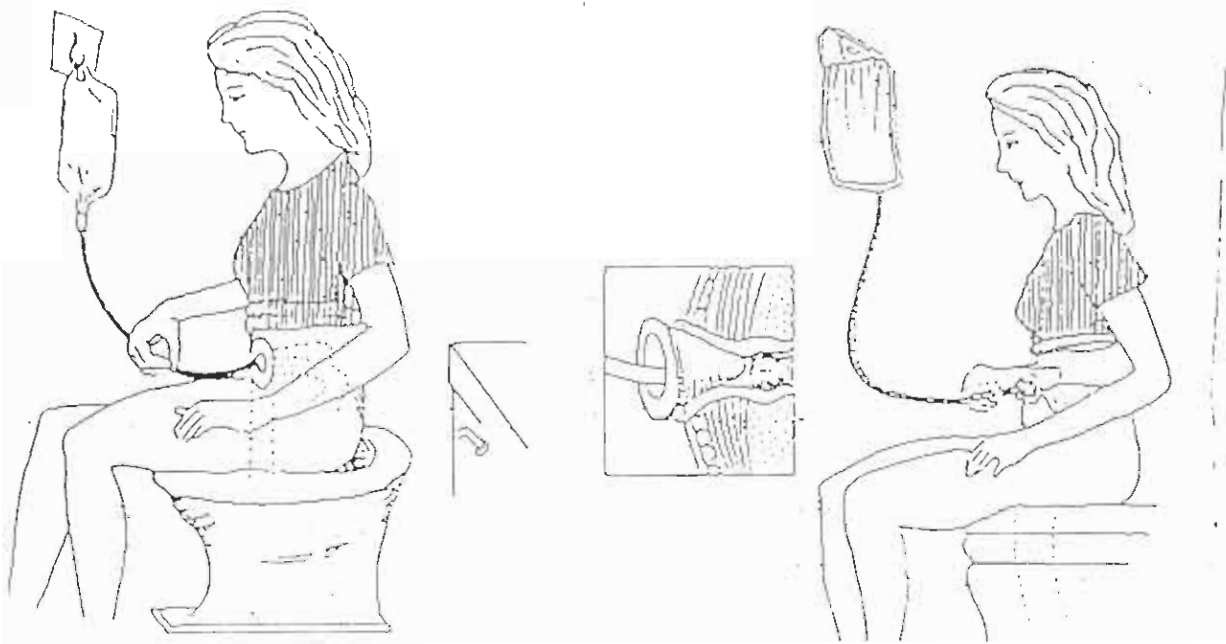


Fig. 19. Wax impressions



Εικ. 20. Πλύση κύστεως με καθήρησι και με Λαϊστό. Το ένθετο δείξε σε μέγεθος το Λαϊστό εφαρμοσμένο στην σφήνη

