

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καρκίνος Παχέος Εντέρου - Κολοστομία-
Η παρέμβαση της Νοσηλευτικής στην ψυχο-
σωματική υποστήριξη του ατόμου»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

DR. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΜΠΑΣΙΟΥΚΑ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΠΑΤΡΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 1998

| | |
|----------------------|------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 2658 |
|----------------------|------|

**Στους γονείς μου
με ευγνωμοσύνη
και σεβασμό**

**Στους πνευματικούς
μου συμπαραστάτες
και καθοδηγητές**

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

| | Σελ. |
|--|------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 1 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο | |
| 1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ.. | 3 |
| 1.2. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 4 |
| α. Αδρή Ανατομική του πεπτικού συστήματος | 4 |
| β. Ανατομική ανασκόπηση του παχέος εντέρου | 5 |
| Εξωτερικά γνωρίσματα | 6 |
| Κατασκευή του Παχέος εντέρου | 6 |
| Αγγείωση - Νεύρωση | 7 |
| γ. Φυσιολογία του παχέος εντέρου | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο | |
| 2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 10 |
| α. Αιτιολογία - Παθογένεια | 10 |
| β. Παθολογική Ανατομική | 11 |
| γ. Οδοί μετάστασης | 12 |
| δ. Κλινική ταξινόμηση | 14 |
| ε. Παθολογοανατομική ταξινόμηση | 14 |
| 2.2. Κλινική εικόνα | 15 |
| α. Συμπτώματα και σημεία | 16 |
| β. Διάγνωση | 18 |
| γ. Θεραπεία | 20 |
| δ. Πρόληψη | 22 |
| ε. Πρόγνωση | 24 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο | |
| 3.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ca ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ | 26 |
| 3.2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | 27 |
| α. Φυσική προεγχειρητική προετοιμασία | 28 |
| β. Ψυχική προεγχειρητική προετοιμασία | 30 |
| 3.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | 32 |
| Μετεγχειρητική διαίτα | 34 |
| 3.4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | 35 |
| 3.5. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | 39 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

| | |
|---|-----------|
| 4.1. ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ | 41 |
| α. Ορισμός | 41 |
| β. Είδη Κολοστομίας | 41 |
| γ. Επιπλοκές και Προβλήματα της κολοστομίας | 43 |
| 4.2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | |
| ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ | 44 |
| α. Βιολογική υποστήριξη- Νοσηλευτική φροντίδα στομίου | 44 |
| Εκτίμηση του αρρώστου | 45 |
| Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσ/κής φροντίδας | 46 |
| Προετοιμασία υλικού για τη φροντίδα της κολοστομίας | 47 |
| Εφαρμογή της Νοσηλείας | 47 |
| β. Ψυχολογική - κοινωνική υποστήριξη | 50 |
| Παράγοντες που καθορίζουν την ψυχολογία του ασθενούς | 50 |
| Στάδιο Προσαρμογής | 52 |
| Αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου | 55 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|---|----|
| - Η εφαρμογή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με Ca παχέος εντέρου, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας | 58 |
| - Νοσηλευτική διεργασία | 58 |
| Κλινική περίπτωση I | 60 |
| Κλινική περίπτωση II | 76 |
| - Συμπεράσματα, προτάσεις | 90 |
| - Βιβλιογραφία | 91 |
| - Παράρτημα | 95 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι από τους συχνότερους στον άνθρωπο. Είναι εντυπωσιακό όμως το γεγονός, ότι η συχνότητά του, αλλά και η επιβίωση των ασθενών μετά την εγχείρηση, δεν έχουν μεταβληθεί ουσιωδώς κατά τα τελευταία 40 χρόνια και αυτό παρά το γεγονός ότι σήμερα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για τη φυσική ιστορία της νόσου, τη βιολογική συμπεριφορά αυτού του καρκίνου, τη γενετική του, την ύπαρξη και τη σημασία των ογκογονιδίων καθώς επίσης και τους πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες.

Ο σκοπός που με οδήγησε στην διεκπεραίωση αυτής της εργασίας ήταν η ευαισθητοποίηση κυρίως του Νοσηλευτικού προσωπικού στις ανάγκες και τα προβλήματα ασθενών που νοσηλεύονται με καρκίνο παχέος εντέρου και η παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς που πρόκειται να αντιμετωπίσουν το ενδεχόμενο της «παρά φύσιν έδρας».

Σύμφωνα με έρευνες της νοσηλευτικής που έγιναν στον τομέα της ψυχικής υγείας, αρρώστου με καρκίνο βρέθηκε ότι κάθε ασθενής που υπόκειται σε επέμβαση κολοστομίας, περνά μέσα από διάφορα στάδια ψυχικής διαταραχής μέχρι να φτάσει στο σημείο δημιουργίας αμυντικών μηχανισμών ώστε να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση του και να φτάσει στο τελικό στάδιο αποδοχής της κατάστασής του.

Σκοπός λοιπόν της όλης προσπάθειας που γίνεται μέσα από τη συγκεκριμένη εργασία είναι:

1) Να συνειδητοποιήσουν οι νοσηλευτές την ψυχική βαρύτητα που έχει η εφαρμογή «παρά φύσιν έδρας» σε ασθενείς.

2) Να ευαισθητοποιηθούν οι νοσηλευτές απέναντι στα εξειδικευμένα προβλήματα των ασθενών αυτών, να ενσχύσουν με ζήλο στα προβλήματα αυτά και να βοηθήσουν στην εξάλειψή τους, την ψυχική αποκατάσταση των ατόμων και την ομαλή επανένταξή τους στο κοινωνικό «γίγνεσθαι».

Γ Ε Ν Ι Κ Ο
Μ Ε Ρ Ο Σ

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1ο

1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ο δεύτερος σε συχνότητα μετά από τον καρκίνο του πνεύμονα, όσον αφορά τον ετήσιο επιπολασμό της νόσου και τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο^{1,2}.

Σήμερα, ο πιο συχνός σπλαχνικός καρκίνος, τόσο στις Η.Π.Α. όσο και στην Μ. Βρετανία, είναι αυτός του παχέος εντέρου και κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των πιο συχνών καρκίνων δηλαδή του πνεύμονος, στομάχου και μαστού³.

Οι θάνατοι από τον καρκίνο του παχέος εντέρου αποτελούν το 15% από τους θανάτους όλων των καρκίνων^{1,4,5}. Έχει θνησιμότητα στους άνδρες 7 και στις γυναίκες 7⁶. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πτωτική τάση της συχνότητάς του και στα δύο φύλα^{3,6,7,8}. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες προσβάλλονται από καρκίνο του κόλου σε αναλογία 1,2 : 1, αντίθετα στον καρκίνο του ορθού η σχέση ανδρών προς γυναίκες είναι 1,1 : 1³. Ο Carbone αναφέρει υπεροχή των ανδρών σε αναλογία 3 : 2⁹.

Έτσι ερμηνεύεται το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες η συχνότητα προσβολής και οι θάνατοι από Ca του ορθού είναι περισσότεροι στους άνδρες^{1,4,10,11}.

Η συχνότητα του Ca παχέος εντέρου φαίνεται ότι υπερέχει σε όλες τις ηλικίες σε σχέση με τον Ca στομάχου^{12,13}. Οι Berk και Hagbrich αναφέρουν μεγαλύτερη συχνότητά του στις ηλικίες 60 και 70 ετών επισημαίνουν δε, χαμηλή συχνότητα κάτω των 30 ετών¹⁴.

Επομένως, η επίπτωσή του ανέρχεται σταθερά με την ηλικία^{5,10,11,15}. Σε ποσοστό 8% η νόσος εμφανίζεται προς την ηλικία των 40 ετών και σ' ένα μικρό ποσοστό προσβάλλει άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών ιδιαίτερα όταν πάσχουν από οικογενή πολυποδίαση^{16,17}.

Η πλειονότητα των όγκων (95%) είναι αδενοκαρκινώματα, εντοπίζονται δε κυρίως στο αριστερό κόλον και το ορθό. Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας των αδενοκαρκινωμάτων του δεξιού κόλου, με αντίστοιχη μείωση της συχνότητας στο υπόλοιπο παχύ έντερο.

Σύγχρονη ανάπτυξη δύο ή περισσότερων όγκων ανευρίσκεται στο 5% των αρρώστων, ενώ μετάχρονη εμφάνιση αναφέρεται σε ποσοστό 2%. Είναι συνεπώς προφανής τόσο η ανάγκη ελέγχου ολόκληρου του παχέος εντέρου,

κατά την αρχική διάγνωση της νόσου, όσο και η παρακολούθηση των αρρώστων μετά από την αντιμετώπιση του πρώτου όγκου².

Όσον αφορά τη γεωγραφική κατανομή, ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι συχνότερος στην Δ. Ευρώπη, στη Β. Αμερική και στη Ν. Ζηλανδία από ό,τι στην Ελλάδα. Φαίνεται όμως ότι αυξάνεται και στη χώρα μας με γρήγορο ρυθμό^{6,18}. Το 1985 καταγράφηκαν 852 θάνατοι και ήταν η 4η συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλασμάτα. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στις αστικές και ημιαστικές περιοχές και έπονται οι αγροτικές περιοχές της χώρας μας^{19,5,10,11,15}.

Η επίπτωση της νόσου είναι μεγαλύτερη στις ανώτερες οικονομικοκοινωνικές τάξεις⁶ και σε πληθυσμούς που καταναλώνουν καπνιστές τροφές καθώς και τρόφιμα πλούσια σε ζωικές πρωτεΐνες και λίπη ζωικής προέλευσης^{6,20}. Γι' αυτό και ο ρόλος των προσλαμβανόμενων τροφών βρίσκεται στην κορυφή του επιδημιολογικού ενδιαφέροντος²¹.

Κάθε χρόνο προσβάλλονται περίπου 1.500 άτομα από Ca παχέος εντέρου και από αυτά μόνο το 45% επιβιώνουν πάνω από μία πενταετία^{6,18}.

Επίσης, μέσοι δείκτες επίπτωσης και θνησιμότητας της νόσου χαρακτηρίζουν τη νότια και ανατολική Ευρώπη¹¹. Η συχνότητα του Ca είναι μικρότερη σε χώρες όπως η Φιλανδία και η Ιαπωνία, ενώ είναι σπανιότατος στην Αφρική^{5,10,18}.

1.2. ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

α) Αδρή Ανατομική του πεπτικού συστήματος.

Για τη διατήρηση και λειτουργία των ιστών και οργάνων του σώματος απαιτείται παροχή ενέργειας, η οποία προσφέρεται με τις τροφές²². Οι τροφές όμως, για να χρησιμοποιηθούν πρέπει πρώτα να υποστούν μία σειρά μηχανικών και βιοχημικών επεξεργασιών, οι οποίες αποτελούν την πεπτική διαδικασία. Αυτή μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις: πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και εκκένωση^{23,24}.

Το σύνολο των οργάνων, που συμβάλλουν στην επιτέλεση των παραπάνω λειτουργιών, αποτελούν το πεπτικό σύστημα, το οποίο είναι γνωστό και ως γαστρεντερική οδός ή πεπτικός σωλήνας, μήκους 10 μέτρων, περίπου^{25,23,24} (εικόνα 1).

Το πεπτικό ή εντερικό σύστημα κατάγεται από το έσω βλαστικό δέρμα και αποτελείται από τον γαστρεντερικό σωλήνα και τους πεπτικούς αδένες^{26,22}. Τα όργανα αυτά ονομάζονται σπλάχνα και διακρίνονται σε κοίλα και συμπαγή.²²

Ο γαστρεντερικός σωλήνας είναι σωλήνας 9 μέτρων, αρχίζει από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό.^{26,22} Διακρίνεται σε διάφορα μέρη, δηλαδή : 1) Τη στοματική κοιλότητα (στόμα, δόντια, σιελογόνοι αδένες, υπερώα, γλώσσα), 2) τον φάρυγγα, 3) τον οισοφάγο, 4) τον στομάχο, 5) το λεπτό έντερο και 6) το παχύ έντερο.^{26,23}

Οι πεπτικοί αδένες εξασφαλίζουν ένζυμα ή άλλες ουσίες απαραίτητες για την τέλεια διάσπαση, απορρόφηση, χρησιμοποίηση και εναποθήκευση των βασικών θρεπτικών ουσιών²³. Διακρίνονται σε μικρούς και μεγάλους.²⁶ Οι μικροί αδένες βρίσκονται στο τοίχωμα του γαστρεντερικού σωλήνα, οι δε μεγάλοι, δηλαδή οι σιαλογόνοι (παρωτίδα, υπογλώσσιος, υπογνάθιος) το ήπαρ και το πάγκρεας, εκβάλλουν με τους εκφορητικούς πόρους τους στον αυλό του γαστρεντερικού σωλήνα.^{26,22}

β) Ανατομική Ανασκόπηση του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελεί το τελικό τμήμα του γαστρεντερικού σωλήνα.²² Εμφανίζει μήκος 1,50 cm και διάμετρο 2,5 – 8,5 cm. Δεν περιέχει λάχνες αρχίζει από το τυφλό και τελειώνει στον πρωκτό^{26,27}. Εκτείνεται από την ειλεοκολική βαλβίδα μέχρι τον πρωκτό και περιγράφει ατελή στεφάνη γύρω από τις έλικες του ελικώδους εντέρου, η οποία είναι ανοιχτή προς τα κάτω και δεξιά. Το παχύ έντερο υποδέχεται το περιεχόμενο του λεπτού εντέρου και χρησιμεύει για την συμπλήρωση της πέψης και για το σχηματισμό των κοπράνων. Αυτά προωθούνται με τις περισταλτικές και αντιπερισταλτικές κινήσεις του μυϊκού χιτώνα του και τέλος αποβάλλονται από τον πρωκτό²⁶.

Το παχύ έντερο διακρίνεται σε τρία μέρη :

- 1) Το τυφλό με την σκωλικοειδή απόφυση
- 2) το κόλο, το οποίο υποδιαιρείται σε τέσσερις μικρότερες μοίρες (ανιόν, εγκάρσιο, κατιόν και σιγμοειδές κόλο) και
- 3) το ορθό ή απευθυσμένο^{26,22,23,27,28,29,30,31} (Εικόνα 2)

Ειδικότερα το τυφλό προβάλλει προς τα κάτω στη δεξιά λαγόνια χώρα, κάτω από την ειλεοτυφλική συμβολή. Η σκωληκοειδής απόφυση εκφύεται από την έσω επιφάνεια του τυφλού

Το ανιόν κόλο εκτείνεται από το τυφλό προς τα άνω μέχρι την κάτω επιφάνεια του δεξιού λοβού του ήπατος. Φτάνοντας στο ήπαρ κάμπτεται προς τα αριστερά σχηματίζοντας τη δεξιά κολική (ηπατική) καμπή.

Το εγκάρσιο κόλο φέρεται εγκαρσίως στην ομφαλική χώρα, από τη δεξιά κολική καμπή μέχρι την αριστερή κολική καμπή. Στην περιοχή του

σπλήνα κάμπτεται προς τα κάτω, μεταβαίνοντας στο κατιόν κόλο και σχηματίζοντας την αριστερή κολική καμπή.

Το κατιόν κόλο εκτείνεται από την αριστερή κολική καμπή και φέρεται προς τα κάτω. Πορεύεται στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και καταλαμβάνει την αριστερή οσφυϊκή και λαγόνια χώρα.

Το σιγμοειδές κόλο αρχίζει από το άνω στόμιο της πυέλου ως συνέχεια του κατιόντος κόλου. Κρέμεται μέσα στην πυελική κοιλότητα με τη μορφή αγκύλης. Μεταβαίνει στο ορθό μπροστά από το ιερό οστό^{29,26}.

Το ορθό καταλαμβάνει το οπίσθιο μέρος της πυελικής κοιλότητας. Κατέρχεται προ του ιερού οστού και διαπερνά το πυελικό έδαφος. Συνεχίζεται στον πρωκτικό σωλήνα που οδηγεί στον πρωκτό²⁹.

Εξωτερικά γνωρίσματα

Σαν γνωρίσματα της εξωτερικής επιφάνειας του παχέος εντέρου, με τα οποία διακρίνεται από το λεπτό έντερο, χρησιμεύουν:

- α) το μεγαλύτερό του πλάτος, στο οποίο οφείλεται ο χαρακτηρισμός του σαν παχύ έντερο
- β) οι τρεις κολικές ταινίες, που αποτελούν παχύνσεις της μυϊκής στιβάδας
- γ) τα εκκολπώματα και
- δ) οι επιπλοϊκές αποφύσεις^{26, 22, 30}.

Κατασκευή του παχέος εντέρου

Το παχύ έντερο αποτελείται από τέσσερις χιτώνες, δηλαδή:

Τον **ορογόνο** που αποτελεί τον έξω χιτώνα του τοιχώματος του παχέος εντέρου, προέρχεται από το περισπλάχνιο πέταλο του περιτοναίου και καλύπτει εξ ολοκλήρου τις μοίρες του παχέος εντέρου.

Το **μυϊκό χιτώνα** που αποτελείται από 2 στιβάδες από λείες μυϊκές ίνες και με την ενέργειά του γίνονται οι περισταλτικές και εκκρεμοειδείς κινήσεις στο παχύ έντερο,

Τον **υποβλεννογόνο χιτώνα** που βρίσκεται μεταξύ μυϊκού χιτώνα και βλεννογόνου.

Το **βλεννογόνο** που αποτελείται από μονόστιβο κυλινδρικό επιθήλιο, από χόριο, από αδένες και από βλεννογόνια μυϊκή στιβάδα²⁶.

Αγγείωση

Το παχύ έντερο αγγειώνεται από κλάδους που προέρχονται: α) από την άνω μεσεντέρια αρτηρία για το τυφλό, το ανιόν και το εγκάρσιο κόλο, β) από την κάτω μεσεντέρια αρτηρία για το κατιόν, το σιγμοειδές και την άνω

μοίρα του απευθυσμένου, και γ) από την έσω λαγόνια αρτηρία για την κάτω μοίρα του ορθού.^{26, 8, 22, 23}

Οι φλέβες του παχέος εντέρου μέχρι το άνω τριτημόριο του ορθού εκβάλλουν στην άνω και κάτω μεσεντέρια φλέβα, οι οποίες εκβάλλουν στο σύστημα της πυλαίας φλέβας, ενώ οι φλέβες του υπόλοιπου ορθού εκβάλλουν στις έσω λαγόνιες φλέβες και με αυτές στο σύστημα της κάτω κοίλης φλέβας²⁶.

Νεύρωση

Το παχύ έντερο νευρώνεται από συμπαθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες, οι οποίες εκπορεύονται από το άνω και κάτω μεσεντέριο πλέγμα. Αυτές απολήγουν στο μεντερικό (Auerbach) και το υποβλεννογόνο (Meissner) γαγγλιοφόρο πλέγμα. Οι συμπαθητικές ίνες μέχρι την αριστερή κολική καμπή προέρχονται από το πνευμονογαστρικό νεύρο, ενώ από την καμπή αυτή μέχρι τον πρωκτό προέρχονται από τη νωτιαία μοίρα του παρασυμπαθητικού και φέρονται με τα πυελικά νεύρα.²⁶

Η ακεραιότητα των δύο πλεγμάτων είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των κινήσεων του γαστρεντερικού σωλήνα.^{8, 22, 23}

γ) Φυσιολογία παχέος εντέρου

Οι βασικές λειτουργίες του παχέος εντέρου είναι οι εξής :

1) Απορρόφηση

Στην κεντρικότερη μοίρα του παχέος εντέρου γίνεται απορρόφηση του μεγαλύτερου μέρους του νερού και των ηλεκτρολυτών^{31, 23}. Περίπου 500 κ. εκ. περιεχομένου του λεπτού εντέρου (περιεκτικότητα 90% σε νερό), εισέρχονται καθημερινά στο τυφλό. Το υλικό αυτό καθώς διέρχεται από τις υπόλοιπες μοίρες του παχέος εντέρου αφυδατώνεται και μόνο 120-150 κ. εκ. νερού αποβάλλονται με τα κόπρανα. Επίσης το Cl και το Na απορροφώνται από το παχύ έντερο έτσι ώστε οι ανάγκες του φυσιολογικού ατόμου σε Na είναι περίπου 5 m Eq Na.

Επίσης τα διττανθρακικά και κυρίως το K αποβάλλονται από το βλεννογόνο του παχέος εντέρου με παθητική διάχυση και έκκριση με τη βλέννη με αποτέλεσμα ασθενείς με διάρροιες να εμφανίζουν υποκαλιαιμία⁸.

2) Αποθήκευση⁸. Η περιφερική μοίρα του παχέος εντέρου είναι κυρίως τόπος εναποθήκευσης των κοπρανωδών μαζών οι οποίες προωθούνται μέχρι το σιγμοειδές όπου παραμένουν μέχρι να αποβληθούν^{8, 23, 31}.

3) Η μηχανική απομάκρυνση του περιεχομένου του παχέος εντέρου διευκολύνεται με την έκκριση βλέννης. Ένζυμα δεν εκκρίνονται στο παχύ έντερο³².

Ο βλεννογόνος του παχέος εντέρου εκκρίνει βλεννώδες έκκριμα αλκαλικής αντίδρασης, που επαλείφει το βλεννογόνο και τον προστατεύει από την επίδραση της μικροβιακής του χλωρίδας.

Η εντερική χλωρίδα συνθέτει τη βιταμίνη Κ, βιταμίνες του συμπλέγματος Β, όπως θειαμίνη κ.λ.π. Ακόμα είναι υπεύθυνη για τις επεξεργασίες ζύμωσης και σήψης που γίνονται στο παχύ έντερο²³.

Στο παχύ έντερο λαμβάνουν χώρα και ενζυμικές διεργασίες οφειλόμενες στη σαπροφυτική χλωρίδα του εντέρου που το προστατεύουν από τον πολλαπλασιασμό παθογόνων μικροβίων³³.

4) Κινητικότητα και αφόδευση. Η κινητικότητα του παχέος εντέρου ρυθμίζεται από χολινεργικούς, αδρενεργικούς, πεπτιδεργικούς νευρώνες και γαστρεντερικές ορμόνες⁸. Οι κινήσεις του παχέος εντέρου είναι: κινήσεις κατάτμησης, περισταλτικές για τη μηχανική πέψη και μαζικές περισταλτικές που είναι απόκριση στη διάτασή του. Οι μαζικές περισταλτικές γίνονται για την προώθηση μεγάλης ποσότητας περιεχομένου σε μεγάλη απόσταση²³.

Η κινητικότητα του παχέος εντέρου εκδηλώνεται με τρεις τρόπους:

- α) δακτυλιοειδείς συσπάσεις κυρίως στο δεξιό κόλο,
- β) τμηματικές συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλο και
- γ) δακτυλιοειδείς συσπάσεις στο εγκάρσιο και κατιόν κόλο.

Οι τελευταίες συμβαίνουν λίγες φορές την ημέρα και προωθούν το μηχανισμό της αφόδευσης^{8, 31}. Αρχίζουν με ένα μεγάλο γεύμα, με το κάπνισμα, τη λήψη καφέ ή άλλα ερεθίσματα στα οποία το άτομο έχει συνηθίσει τον εαυτό του. Όταν τα κόπρανα φτάσουν στο ορθό αυτό διατείνεται και η διάταση αυτή προκαλεί αντανακλαστικές συσπάσεις στο παχύ έντερο.

Η σύσπαση των κοιλιακών μυών, ο χειρισμός valsava και η χαλάρωση του σφιγκτήρα του δακτυλίου έχουν σαν αποτέλεσμα την αφόδευση.

Η βούληση ελέγχει τον έξω σφιγκτήρα και είτε αναστέλλει τη συστολή του επιτρέποντας την αφόδευση είτε την αυξάνει, αν η στιγμή είναι κοινωνικά απρόσφορη για την πραγματοποίησή της. Αν δεν πραγματοποιηθεί αφόδευση, καταργείται το αντανακλαστικό της μετά από λίγα λεπτά και συνήθως δεν ξαναεμφανίζεται παρά μόνο όταν μια νέα

ποσότητα κοπράνων μπει στο ορθό, πράγμα που μπορεί να συμβεί αρκετές ώρες μετά ³¹.

Η συχνότητα της αφόδευσης επηρεάζεται από κοινωνικούς και διαιτητικούς παράγοντες ενώ αλλαγές στις συνήθειες του εντέρου επιβάλλουν τον έλεγχο για οργανικές παθήσεις ⁸.

2.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

α) Αιτιολογία - Παθογένεια

Τα αίτια του καρκινώματος του παχέος εντέρου είναι άγνωστα, έχουν όμως διαπιστωθεί ορισμένες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις³⁴.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στη ζωή του ενήλικα καθορίζουν τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του παχέος εντέρου. Υψηλοί δείκτες θνησιμότητας από Ca παχέος εντέρου έχουν περιγραφεί σε εργάτες εκτεθειμένους σε ίνες αμιάντου, σε εργάτες σε κλωστοϋφαντουργία, σε εργάτες μετάλλου^{4,11}.

Μετανάστες από χώρες χαμηλού κινδύνου σε χώρες υψηλού κινδύνου αποκτούν τους δείκτες θνησιμότητας της νέας χώρας¹¹.

Επίσης έχουν ενοχοποιηθεί διαιτητικές συνήθειες, όπως δίαιτες πλούσιες σε καθαρούς υδατάνθρακες, κεκορεσμένα λίπη και φτωχές σε ίνες και πιθανώς σε ασβέστιο^{2,4,6,34,35}.

Η κατανάλωση ζωικών λιπών και κρεάτων οδηγεί σε αυξημένη έκκριση χολικών αλάτων και στην ανάπτυξη βακτηριδίων που μετατρέπουν τα χολικά άλατα σε καρκινογόνες ουσίες¹¹.

Αντίθετα, η πρόσληψη τροφών με υψηλό υπόλειμμα (φρούτα, λαχανικά), θεωρείται ότι συντομεύει το χρόνο διέλευσης των τροφών και αραιώνει τη συγκέντρωση καρκινογόνων ουσιών στα κόπρανα, σύμφωνα με τη θεωρία του Burkitt^{2,11}.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και κυρίως μύρας, σχετίζεται με την αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου στο ορθό, ενώ τα στοιχεία για τον Ca του κόλου είναι αντιφατικά⁶. Η παχυσαρκία αυτή καθαυτή δεν φαίνεται να είναι προδιαθεσικός παράγοντας, όμως η έλλειψη άσκησης συμβάλλει στην ανάπτυξη του Ca παχέος εντέρου.^{4,11}

Μερικές παθολογικές καταστάσεις θεωρούνται προδιαθεσικοί παράγοντες. Ασθενείς με οικογενή πολυποδίαση (εμφάνιση πολλαπλών πολυπόδων) σχεδόν πάντοτε αναπτύσσουν καρκίνο στο κόλον σε νεαρή ηλικία (συνήθως κατά τη 2^η δεκαετία)^{2,4,5,10,35}.

Οι λαχνωτοί πολύποδες (50% - 60% όλων των πολυπόδων) έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να υποστούν κακοήθη εξαλλαγή. Πολύποδες με μέγεθος 1 cm είναι σπάνια κακοήθεις, αλλά καθώς αυξάνονται σε μέγεθος, μεγαλώνει σταθερά ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου¹⁰.

Πρόσφατα έχουν αναγνωρισθεί δύο ακόμη ομάδες ασθενών με οικογενή εμφάνιση καρκίνου του κόλου: α) Το οικογενές σύνδρομο καρκινωμάτωσης (cancer family Syndrome), με εμφάνιση του καρκίνου σε μικρή ηλικία (20-0 ετών) και με εντόπιση κυρίως στο δεξιό κόλον και με συνύπαρξη εξωκολικών αδеноκαρκινωμάτων, ιδιαίτερα του ενδομητρίου. Ακόμη β) ο κληρονομικός ειδικής εντόπισης καρκίνος του παχέος εντέρου χωρίς όμως εξωκολικές εντοπίσεις αλλά με παρόμοια χαρακτηριστικά ².

Περισσότερους κινδύνους ανάπτυξης καρκινώματος του παχέος εντέρου υποδηλώνουν το ιστορικό προγενέστερου καρκίνου ή αδενώματος του οργάνου, το ιστορικό Ca του παχέος εντέρου σε συγγενή πρώτου βαθμού και το «σύνδρομο του οικογενειακού καρκίνου» (πολυεστιακοί καρκίνοι άλλων οργάνων και ιδιαίτερα των γυναικείων γεννητικών οργάνων, όπως και του παχέος εντέρου) ^{4,34}.

Επίσης άτομα με συμπτωματική ελκώδη κολίτιδα διάρκειας 10 χρόνων μπορεί να αναπτύξουν καρκίνο σε ποσοστό 20% - 25% παρά άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Crohn ^{2, 5, 11, 10, 34, 35}. Δεν υπάρχει ένδειξη συσχέτισης μεταξύ Ca και καταστάσεων όπως η εκκολπωμάτωση και η αιμορροϊδοπάθεια ¹⁰. Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ακτινοβολία, η ουρητηροκολοστομία.

Έχει ανακαλυφθεί ότι αρκετοί γενετικοί παράγοντες συνδέονται με τον καρκίνο του παχέος εντέρου στο 20% των περιπτώσεων ². Στο 50% των ατόμων με αδενώματα ή καρκίνους του παχέος εντέρου βρίσκονται μεταλλάξεις του Ras γονιδίου, κυρίως πάνω στο Ki-ras γονίδιο. Έχει ενοχοποιηθεί και το myc άμεσα γονίδιο, ενώ οι χρωμοσωματικές περιοχές 17p και 18q βρίσκονται υπό μελέτη ².

Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η μόλυνση από Schistosoma Japonicum και η βακτηριαμία με Streptococcus bovis, διάφορες εγχειρήσεις και κυρίως η χολυκυστεκτομή και η ιονίζουσα ακτινοβολία ^{11, 34}.

β) Παθολογική Ανατομική

Πάνω από το 50% των όγκων του παχέος εντέρου εντοπίζονται στο ορθό, 20% στο σιγμοειδές, ενώ το δεξιό κόλο προσβάλλεται μόνο στο 15% των περιπτώσεων, το εγκάρσιο κόλο στο 6% - 8% και το κατιόν κόλο στο 6% - 7% των περιπτώσεων. Ο καρκίνος του πρωκτού αποτελεί το 1% όλων των κακοήθων όγκων του παχέος εντέρου ^{5, 10, 34}.

Οι όγκοι του παχέος εντέρου είναι συνήθως αδеноκαρκινώματα που μπορεί να μπορεί να εμφανίζονται σαν πολυποειδείς βλάβες με εύθρυπτη και

εύκολα αιμορραγούσα επιφάνεια ή σαν κρατήρας με σκληρά και επίπεδα χείλη¹⁰.

Το 90% περίπου των καρκίμων του παχέος εντέρου ξεκινούν από αυτούς τους πολύποδες που ονομάζονται αδενωματοειδείς. Υπολογίζεται ότι ένα άτομο με αδένωμα του παχέος εντέρου αντιμετωπίζει 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει καρκίνο⁴.

Ο πιο συχνός όγκος της σκωληκοειδούς είναι το καρκινοειδές, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί και αδενοκαρκίνωμα καθώς επίσης και μύξωμα, μια καλοήθης βλάβη η οποία μπορεί να ραγεί προς το περιτόναιο, και να προκαλέσει ψευδομύξωμα με περιτοναϊκές εμφυτεύσεις. Οι όγκοι του πρωκτικού σωλήνα είναι στην πλειοψηφία τους μαλιγγιακού τύπου¹⁰.

Το καρκίνωμα εμφανίζεται με τις εξής ανατομικές μορφές :

Δακτυλιοειδής περίσφιξη του εντέρου (Εικόνα 3α)

Σωληνοειδής σχηματισμός (Εικόνα 3β)

Εξέλκωση (Εικόνα 3γ)

Ανθοκραμβοειδής όγκος¹ (Εικόνα 3δ).

Η ιστολογική εμφάνιση των αδενοκαρκινωμάτων του παχέος εντέρου, παρουσιάζει σημαντική ποικιλία (μπορούν να είναι σκιρρώδη, θηλώδη, μυελοειδή ή κολλοειδή) αλλά η πρόγνωση έχει σχέση περισσότερο με το βαθμό διήθησης του εντερικού τοιχώματος ή εξάπλωσης του όγκου κατά τη διάγνωση παρά με την παθολογοανατομική περιγραφή του³⁵.

γ) Οδοί Μετάστασης

Ο Ca του παχέος εντέρου μεθίσταται :

Κατά συνέχεια ιστού^{2, 10, 11}

Ο όγκος επεκτείνεται δακτυλιοειδώς και αποφράσσει τελικά τον αυλό του εντέρου, ιδίως στο αριστερό κόλον².

Με το χρόνο διηθεί όλους τους χιτώνες του εντέρου και αυτό συνεπάγεται επέκταση σε παρακείμενα όργανα και ιστούς όπως το ήπαρ, η χοληδόχος κύστη, το λεπτό έντερο, ο νεφρός και ο ουρητήρας, τα λαγόνια αγγεία, το πάγκρεας, η ουροδόχος κύστη και τα κοιλιακά τοιχώματα^{2, 11}.

Αιματογενής Διασπορά

Ο Ca μπορεί να έχει διηθήσει αιμοφόρα αγγεία της περιοχής¹¹. Τα καρκινωματώδη κύτταρα μεθίστανται στο ήπαρ, κατά μήκος του συστήματος της πυλαίας, το οποίο ήπαρ είναι το πρώτο σε συχνότητα όργανο, στο οποίο εμφανίζονται μεταστάσεις^{1, 2, 11, 10}.

Μεταστάσεις στους πνεύμονες δίνονται με τα οσφυϊκά και τα σπονδυλικά φλεβικά στελέχη². Καρκινικά κύτταρα εντός των φλεβιδίων ανευρίσκονται στο 1/3 των περιπτώσεων και είναι κακό προγνωστικό σημείο¹¹. Η αποφυγή αυξημένων χειρισμών του όγκου διεγχειρητικά, φαίνεται ότι ελαττώνει το ποσοστό αιματογενούς διασποράς².

Λεμφική διασπορά^{5,11}

Είναι η πιο συχνή οδός διασποράς του καρκίνου¹¹. Οι περισσότεροι όγκοι του παχέος εντέρου μεθίστανται στους παραορτικούς οπισθοπεριτοναϊκούς λεμφαδένες, ακολουθώντας την πορεία των μεσεντερίων αγγείων. Τα καρκινώματα του πρωκτού μεθίστανται πιο συχνά στους βουβωνικούς λεμφαδένες¹⁰. Έχουν βρεθεί μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες σε ποσοστό πάνω από 50%. Η μετάσταση στα λεμφογάγγλια εξαρτάται από το πόσο αναπλαστικά είναι τα καρκινωμάτωδη κύτταρα, και όχι από το μέγεθος του όγκου^{2,11}.

Η μετάσταση δεν γίνεται προοδευτικώς και κατά σειρά, αλλά μπορεί να βρεθούν μεταστάσεις σε απομακρυσμένα λεμφογάγγλια (ριζικά) ενώ δεν υπάρχουν στα πλησίον της πρωτοπαθούς εστίας (παρακολικά).¹¹

Οι οδοί λεμφικής αποχέτευσης του όγκου πρέπει να αφαιρούνται κατά την εκτέλεση θεραπευτικών επεμβάσεων.

Διασπορά με εμφύτευση κυττάρων

Όταν ο όγκος διηθήσει και τον ορογόνο του εντέρου, είναι δυνατόν καρκινικά κύτταρα να αποπέσουν και να εμφυτευθούν στην περιτοναϊκή κοιλότητα². Τα κύτταρα αυτά προσκολλώνται στο τοιχωματικό περιτόναιο ή στο τοίχωμα οργάνων και εξελίσσονται σε μεταστατικές εστίες¹¹. Μεταστάσεις στις ωθήκες αποδίδονται επίσης σε εμφύτευση καρκινικών κυττάρων².

Διασπορά περίξ των νεύρων

Η διήθηση του περινευρικού χώρου από καρκίνο επιτρέπει τη διασπορά διά των νεύρων του παχέος εντέρου. Έχει ιδιαίτερα κακή προγνωστική σημασία αυτή η κατάσταση¹¹.

Ενδοαυλική εμφύτευση κυττάρων

Αυτή επιτυγχάνεται με εμφύτευση αποφολιωμένων καρκινικών κυττάρων από την επιφάνεια εκβλαστητικών κυρίως όγκων. Τα κύτταρα

καθελώνονται κατά κανόνα σε αναστοματικές επιφάνειες και ευθύνονται για ένα ποσοστό των υποτροπών στην αναστόμωση ².

δ) Κλινική Ταξινόμηση

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η πρόγνωση αλλά και η κατάλληλη θεραπεία των ατόμων με Ca του παχέος εντέρου και ορθού είναι στενά συνδεδεμένη με το βαθμό διείδουσας του όγκου στο εντερικό τοίχωμα και την παρουσία τόσο προσβολής των επιχωρίων λεμφαδένων όσο και απομακρυσμένων μεταστάσεων ^{4,35}.

Η κλινική ταξινόμηση για τους όγκους του κόλου και του ορθού, σύμφωνα με το σύστημα σταδιοποίησης TNM έχει ως εξής ^{10,11}

1) Κατάταξη σύμφωνα με το μέγεθος του όγκου (T) :

T_x = Πρωτοπαθής όγκος δεν κατέστη δυνατόν να διαπιστωθεί

T₀ = Δεν υπάρχει πρωτοπαθής όγκος

T_{1s} = Καρκίνωμα in situ ¹¹

T1 = Όγκος που διηθεί το βλεννογόνο και την υποβλεννογόνια στιβάδα

T2 = Όγκος που διηθεί τη μυϊκή ή την ορογόνο στιβάδα

T3 = Όγκος που διηθεί τον υπορογόνο ή διέρχεται στους περικολικούς και περιορθικούς ιστούς

T4 = Όγκος που διαπερνά το περιτόναιο ή διηθεί άλλα όργανα ^{10,11}

2) Κατάταξη σύμφωνα με τους λεμφαδένες (N)

Επιχώριοι θεωρούνται οι περικολικοί και περιορθικοί λεμφαδένες και εκείνοι που βρίσκονται κατά μήκος της ειλεοκολικής, της κατώτερης μεσεντέριας και της αιμορροϊδικής αρτηρίας.

N_x = Δεν κατέστη δυνατή η διαπίστωση

N₀ = Δεν υφίσταται προσβολή λεμφαδένων

N1 = Μετάσταση σε 1-2 περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες

N2 = Μετάσταση σε 4 περικολικούς ή περιορθικούς λεμφαδένες

N3 = Μετάσταση σε λεμφαδένες κατά μήκος της διαδρομής των μεγάλων κοιλιακών αγγειακών κορμών.

Απομακρυσμένες μεταστάσεις (M)

M₀ = Δεν υπάρχουν μεταστάσεις

M1 = Υπάρχουν μεταστάσεις ¹¹.

ε) Παθολογοανατομική Ταξινόμηση ¹⁰

Το αρχικό σύστημα σταδιοποίησης του Ca παχέος εντέρου ανέπτυξε ο δρ. Dukes το 1932 και τροποποιήθηκε από τους Astier και Collet, ως εξής ^{4,11} :

Στάδιο A (15% των περιπτώσεων) : ο όγκος εντοπίζεται εντός του

τοιχώματος του εντέρου. Λεμφαδένες αρνητικοί.

Στάδιο B (35% των περιπτώσεων) : ο όγκος διηθεί ολόκληρο το τοίχωμα του εντέρου και επεκτείνεται στο περικολικό λίπος. Λεμφαδένες αρνητικοί.

Στάδιο G (50% των περιπτώσεων) : ο όγκος έχει λεμφαδενικές μεταστάσεις στους επιχώριους λεμφαδένες και

Στάδιο C2 : μεταστάσεις στους ριζικούς λεμφαδένες

Στάδιο D : απομακρυσμένες μεταστάσεις ή διήθηση παρακείμενων οργάνων^{2, 11, 18, 34}.

2.2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο χρόνος διπλασιασμού των κυττάρων των αδενοκαρκίνων του παχέος εντέρου είναι περίπου 130 ημέρες, γεγονός που σημαίνει, ότι απαιτείται λανθάνον διάστημα 5 ή και 10 ετών πριν ο όγκος αποκτήσει μέγεθος ικανό να προκαλέσει συμπτώματα². Για το λόγο αυτό στα πρώτα στάδια αναπτύξεώς του, ο καρκίνος του παχέος εντέρου δεν προκαλεί συνήθως συμπτώματα.

Υπολογίστηκε επίσης ότι μέχρι να προσλάβει ο όγκος μέση διάμετρο 6 cm διανύεται χρόνος 6-8 ετών.

Μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, 15% των περιπτώσεων θεωρούνται ανεγχείρητοι καρκίνοι λόγω πολλαπλών μεταστάσεων ή ενδοπεριτοναϊκής διασποράς της νόσου. Το υπόλοιπο 85%, δηλαδή στους χειρουργήσιμους ασθενείς, η πρόγνωση επιδεινώνεται λόγω διηθήσεων στους τοπικούς λεμφαδένες (50%), συνυπάρξεως αποφράξεως παχέος εντέρου (15%) ή διηθήσεως παρακείμενων οργάνων (15%)¹¹. Η παρατήρηση αυτή, σε συνδυασμό με το μεγάλο επιπολασμό της νόσου, καθιστούν αναγκαίο τον έλεγχο ασυμπτωματικού πληθυσμού (screening)².

Στο προχωρημένο στάδιο, είναι δυνατόν να υπάρχουν, ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα :

- παρουσία αίματος στις κενώσεις, σκούρου ή ανοιχτόχρωμου
- αλλαγή των συνηθειών του εντέρου, δηλαδή πρόσφατη εγκατάσταση δυσκοιλιότητας ή διαρροϊκών συνδρόμων ή συνδυασμού των δύο
- κοιλιακό άλγος (κωλικοειδή άλγη)¹
- παρουσία βλέννας στις κενώσεις
- μετεωρισμός
- βορβορυγμοί
- καταβολή και απώλεια βάρους
- κόπρανα δίκην αιγός (κομβολοειδή)^{10 11}.

α) Συμπτώματα και Σημεία

Η κλινική σημειολογία και συμπτωματολογία των όγκων του παχέος εντέρου εξαρτάται κυρίως από τη θέση ανάπτυξής του και από τη μορφολογία του, καθώς και από την εμφάνιση επιπλοκών (διάτρηση, απόφραξη ή αιμορραγία)^{2, 10, 18, 34}.

Καρκίνος του τυφλού

Η συχνότητα του καρκίνου του τυφλού αναφέρεται περί το 20% των καρκίνων του παχέος εντέρου. Οι όγκοι του τυφλού είναι κατά κανόνα εκπλασθητικοί και λαμβάνουν μεγάλες διαστάσεις.

Σε 10% των ασθενών η πρώτη εκδήλωση της νόσου είναι ψηλαφητή μάζα στο δεξιό λαγόνιο βόθρο. Συνήθως οι ασθενείς παραπονούνται για αδυναμία, απώλεια βάρους, πυρετό, δυσπεπτικά ενοχλήματα, εύκολη κόπωση και ζάλη λόγω υπόχρωμης σιδηροπενικής αναιμίας που οφείλεται σε χρόνια μικροσκοπική απώλεια αίματος^{2, 5, 32, 34}.

Επειδή το κοπρανώδες υλικό είναι σχετικά ρευστό όταν διέρχεται από την ειλεοτυφλική βαλβίδα στο δεξιό κόλον, τα νεοπλάσματα τόσο του τυφλού όσο και του ανιόντος κόλου δεν προκαλούν αποφρακτικά συμπτώματα ή διαταραχές των κενώσεων, ακόμη και όταν γίνουν αρκετά μεγάλα αλλά προκαλούν στένωση στον αυλό του λεπτού εντέρου^{2, 4, 5, 10, 35}.

Τα αρχικά συμπτώματα της στένωσης του λεπτού εντέρου συνήθως περνούν απαρατήρητα και ο ασθενής παρουσιάζεται με εικόνα αποφρακτικού ειλεού του λεπτού εντέρου και πιθανώς με ψηλαφητή μάζα.

Η επέκταση του όγκου πέρα από το τοίχωμα του τυφλού μπορεί να συνοδεύεται από διήθηση του δεξιού ουρητήρα και στη συνέχεια από υδρονέφρωση, με ή χωρίς χαρακτηριστική συμπτωματολογία ουρολοιμώξεων, κολικών κ.λ.π. Η διάτρηση του τυφλού από τον όγκο είναι συνήθως συγκαλυμμένη και καταλήγει στην ανάπτυξη αποστήματος².

Καρκίνος ανιόντος, εγκαρσίου και κατιόντος κόλου

Η πλειονότητα των όγκων των περιοχών αυτών του παχέος εντέρου είναι διηθητικοί². Όσο περιφερικότερα εντοπίζεται ο όγκος, τόσο νωρίτερα θα εμφανιστούν τα συμπτώματα, ενώ όγκοι του ανιόντος θα διαγνωσθούν σε προχωρημένα στάδια^{2, 5, 11}.

Οι βλάβες του ανιόντος κόλου συχνά εξελκώνονται και προκαλούν χρόνια αφανή απώλεια σκούρου κόκκινου αίματος στις κενώσεις, χωρίς μεταβολή της εμφάνισης των κοπράνων^{11, 35}. Η αιμορραγία είναι λιγότερο εμφανής λόγω της καλής ανάμιξης του αίματος με τα κόπρανα³⁴. Επομένως

οι ασθενείς με όγκους του ανιόντος κόλου θα εμφανίζουν αίσθημα παλμών ακόμη και στηθάγχη εξαιτίας της υποκείμενης υπόχρωμης μικροκυτταρικής αναιμίας, που οφείλεται σε ένδεια σιδήρου³⁵.

Εν τούτοις, επειδή ο καρκίνος αιμορραγεί διαλειπόντως, η τυχαία εξέταση για μικροσκοπική ύπαρξη αίματος στα κόπρανα μπορεί να είναι αρνητική. Έτσι ανεξήγητη παρουσία σιδηροπενικής αναιμίας σε οποιονδήποτε ενήλικο (με εξαίρεση των προεμμηνοπαυσιακών, πολυτόκων γυναικών) υποχρεώνει σε διεξοδική ενδοσκόπηση και ακτινογραφική έρευνα όλου του παχέος εντέρου³⁵.

Η απορρόφηση ύδατος και ηλεκτρολυτών από το βλεννογόνο του εντέρου κάνει τα κόπρανα σχεδόν στερεά περίπου στη μεσότητα του εγκάρσιου κόλου^{2, 35}. Παράλληλα ο αυλός του αριστερού τμήματος του παχέος εντέρου είναι στενότερος. Αυτό έχει ως συνέπεια οι όγκοι που εντοπίζονται στο εγκάρσιο και κατιόν κόλον, να τείνουν να παρεμποδίζουν τη διέλευση των κοπράνων και προκαλούν την ανάπτυξη κοιλιακής επώδυνης σύσπασης, μερικές φορές απόφραξης ή ακόμα και διάτρησης^{2, 4, 35}. Παρατηρείται επίσης βαθμιαία επιδεινούμενη δυσκοιλιότητα, μεταβολή του φυσιολογικού ρυθμού κενώσεων (δυσκοιλιότητα με κρίσεις διάρροιας) και πόνος, ο οποίος παίρνει χαρακτήρα κολικού^{25, 18, 32, 34}. Ο πόνος κυρίως παρατηρείται σε όγκο του δεξιού τμήματος³². Επίσης μεταβάλλεται η διάμετρος των κοπράνων³⁴. Ο ασθενής παραπονείται ακόμη για ισχυρούς κοιλιακούς ήχους και διάταση της κοιλιάς^{5, 18, 34}.

Επίσης, σε εντόπιση Ca στο αριστερό κόλον, το αίμα παρουσιάζεται σε μικρότερες ποσότητες, είναι κόκκινο, αναμιγμένο με τα κόπρανα και δεν υπάρχει σημαντική αναιμία (20% των περιπτώσεων) από χρόνια απώλεια αίματος^{5, 11}.

Καρκίνος του σιγμοειδούς

Εμφανίζονται κι εδώ αποφρακτικά φαινόμενα καθώς και αιμορραγία από το ορθό λόγω της μικρής απόστασης από τον πρωκτό^{2, 10, 32}. Τα σχηματισμένα πλέον κόπρανα προκαλούν μικροτραυματισμούς στην επιφάνεια των όγκων, με συνέπεια αιμορραγία^{2, 32}. Το αίμα εμφανίζεται να επαλείφει τα κόπρανα, γιατί στην περιοχή του σιγμοειδούς δεν γίνεται ανάμιξη αλλά μόνο προώθηση του περιεχομένου. Διήθηση της ουροδόχου κύστης από τον όγκο μπορεί να εκδηλωθεί ως πνευματουρία².

Καρκίνος του ορθού.

Τα αδενοκαρκινώματα που αναπτύσσονται στο ορθό είναι εκπλασθητικά ή ελκωτικά. Οι εκπλασθητικοί όγκοι παράγουν βλέννα σε αρκετή ποσότητα, ενώ παράλληλα τραυματίζονται από τα διερχόμενα κόπρανα και αιμορραγούν^{36; 4; 5; 10}. Το κυρίαρχο σύμπτωμα του όγκου είναι η αιμορραγία από το ορθό, συνήθως με πρόσμιξη βλέννας. Το αίμα είτε επαλείφει τα κόπρανα και έχει ζωηρό κόκκινο χρώμα είτε ακολουθεί την κένωση, ως βλεννοαιματηρή εκροή^{2 11}.

Συχνά η παρουσία ζωηρώς ερυθρού αίματος αποδίδεται και σε αιμορροϊδοπάθεια¹¹. Γι' αυτό το λόγο η παρουσία αίματος από το ορθό πρέπει να διερευνάται για τον αποκλεισμό του Ca του ορθού, ακόμα και σε παρουσία αιμορροΐδων. Γιατί και ο ίδιος ο όγκος μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αιμορροΐδων, λόγω διήθησης και απόφραξης των αιμορροϊδικών πλεγμάτων.

Χαρακτηριστική ενός βλεννοπαραγωγού όγκου του ορθού είναι μια διαρροϊκή βλεννώδης κένωση μετά από τον ύπνο, που οφείλεται σε συσσώρευση βλέννας κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι υπόλοιπες κενώσεις της ημέρας μπορεί να θεωρούνται «φυσιολογικές»².

Κατά τη διάρκεια των κενώσεων παρατηρείται μείωση της διαμέτρου των κοπράνων, που μπορεί να έχουν μακρύ και λεπτό σχήμα^{4, 35}. Όταν ο όγκος λάβει μεγάλες διαστάσεις, προκαλεί διάταση της ληκύθου και τεινεσμό^{2; 5}. Η επακολουθούσα κένωση είναι μικρή σε ποσότητα και συνήθως περιέχει αίμα και βλέννη, ενώ ο ασθενής αναφέρει το αίσθημα ατελούς κένωσης και παραμένοντος τεινεσμού^{2, 5, 10}. Ο ασθενής παρουσιάζει συχνή επιθυμία για αφόδευση, και συχνή εναλλαγή δυσκοιλιότητας και διάρροιας⁵. Η απώλεια αίματος οδηγεί σε αναιμία ενώ η απώλεια πρωτεϊνών και καλίου με τη βλέννα σπάνια προκαλεί υποπρωτεΐναιμία και υποκαλιαιμία.

Οι όγκοι του ορθού επεκτείνονται σε βάθος και είναι δυνατόν να διηθήσουν την ουροδόχο κύστη, τον κόλπο ή νευρικά πλέγματα και να προκαλέσουν έντονο άλγος. Οι ελκωτικοί όγκοι, κατά τη δακτυλική εξέταση, ψηλαφώνται σαν σκληρές, ανώμαλες μάζες με περιορισμένη ή όχι κινητικότητα².

β) Διάγνωση

Πολλά από τα συμπτώματα του Ca παχέος εντέρου εμφανίζονται και σε άλλες παθήσεις του παχέος εντέρου. Μόνο 4 στους 10 αρρώστους παρουσιάζονται στο γιατρό με τυπικά συμπτώματα¹¹.

Τα δεδομένα αυτά αποδεικνύουν τη σημασία της καλής λήψεως του ιστορικού και της λεπτομερούς παρακλινικής μελέτης σε οποιονδήποτε αρρώστο με ελάχιστη έστω πιθανότητα ύπαρξης καρκίνου ^{1,11}.

Η διαγνωστική μεθοδολογία στηρίζεται στην ακτινολογική μελέτη του παχέος εντέρου με τη μέθοδο της διπλής αντιθέσεως και την ενδοσκόπηση με άκαμπτο ή εύκαμπτο ενδοσκόπιο και επιβεβαιώνεται ιστολογικώς με τη λήψη ιστικού τεμαχιδίου, από τη μικροσκοπική βλάβη μέσω των ενδοσκοπίων ^{2,5,11}.

Ο κλασικός ακτινολογικός έλεγχος περιλαμβάνει : απλές ακτινογραφίες θώρακα για τον έλεγχο μεταστάσεων και βαριούχο υποκλυσμό με εμφύσηση αέρα. Τα συνηθέστερα ευρήματα είναι : ανώμαλο έλλειμα σκιαγράφησης, στένωση του αυλού, απουσία περισταλισμού σε συγκεκριμένη περιοχή και ανωμαλία της παρυφής του βλεννογόνου του εντέρου. Σημειώνεται ότι το ορθό δεν ελέγχεται ικανοποιητικά σε βαριούχο υποκλυσμό ².

Εκτός από την ενδοσκόπηση του πεπτικού, η κολonosκόπηση και ο βαριούχος υποκλυσμός με διπλή σκιαγράφηση είναι τα κύρια διαγνωστικά όπλα του γαστρεντερολόγου που μαζί με το ιστορικό και τις άλλες εργαστηριακές εξετάσεις, θα θέσουν τη διάγνωση ^{5,10,15}.

Η κλινική εξέταση συμβάλλει στη διάγνωση του Ca του ορθού με τη δακτυλική εξέταση ^{2, 5, 10, 6, 18, 34}. Η ψηλάφηση μάζας στην κοιλιακή χώρα αποτελεί σημείο προχωρημένου καρκίνου όπως και η ψηλάφηση ηπατικών μεταστάσεων και βουβωνικών λεμφαδένων ^{2, 4}. Ο συνήθης εργαστηριακός έλεγχος αποκαλύπτει αναιμία λόγω της χρόνιας απώλειας αίματος ². Συνήθεις αιματολογικές εξετάσεις είναι :

- οι βιοχημικές που περιλαμβάνουν ηπατικά ένζυμα, χοληστερίνη, ασβέστιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ και σίδηρο ορού ή φερριτίνη.
- Mayer κοπράνων (ίσως είναι (-) στο 50% των περιπτώσεων του Ca παχέος εντέρου).
- Γενική αίματος
- Γενική ούρων ⁴.

Η μέτρηση της τιμής του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου (CEA) αποτελεί σχετικά ειδική εξέταση για τον καρκίνο του παχέος εντέρου ^{1,2}. Το CEA είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που βρίσκεται στην κυτταρική μεμβράνη πολλών κυττάρων μεταξύ των οποίων και τα νεοπλασματικά κύτταρα του καρκίνου του κόλου ^{2,4,10,18}. Ανιχνεύεται στο αίμα και σε άλλα ιστικά υγρά. Το CEA αυξάνεται στο 70% των αρρώστων με Ca παχέος εντέρου αλλά σε λιγότερο από το 50% των ασθενών με καρκίνο σταδίου A κατά Dukes.

Συνεπώς η μέτρησή του δεν μπορεί να χρησιμεύσει ούτε ως μέθοδος screening ούτε ως ειδική διαγνωστική μέθοδος². Μπορεί όμως να βοηθήσει στη διάγνωση των υποτροπών πριν υπάρξουν κλινικές εκδηλώσεις, σε μια δηλαδή χρονική στιγμή κατά την οποία η επανεγχείρηση έχει περισσότερες πιθανότητες επιτυχίας^{10, 18}.

Η αξονική τομογραφία χρησιμεύει για την εκτίμηση της εξωαυλικής επέκτασης του όγκου και τον έλεγχο ηπατικών μεταστάσεων^{2,4}. Η μαγνητική τομογραφία εντοπίζει τοπική υποτροπή και η ενδοαυλική υπερηχοτομογραφία διά του ορθού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη για την εκτίμηση της διήθησης του τοιχώματος του ορθού και των ενδοπυελικών λεμφαδένων^{2,4}.

γ) Θεραπεία

Η χειρουργική, η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία είναι οι μέθοδοι αντιμετώπισης του καρκίνου του παχέος εντέρου, οι οποίοι εναλλάσσονται. Σε αρχικά στάδια, η χειρουργική έχει τον πρώτο λόγο, ενώ σε τοπικά εκτεταμένη νόσο, η ακτινοθεραπεία σμικρύνει τη μάζα και διευκολύνει την επέμβαση, ώστε να καταστεί ριζικότερη. Η χημειοθεραπεία παίζει σημαντικότερο ρόλο μετά την εγχείρηση. Με το συνδυασμό αυτών των μεθόδων έχει φανεί βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών¹¹.

Χειρουργική

Η πρωταρχική θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση, που οδηγεί στην ίαση το 50% περίπου των ασθενών^{4, 10}.

Συνιστάται στην αφαίρεση του τμήματος του εντέρου που περιέχει τον όγκο, μαζί με τους επιχώριους λεμφαδένες και τους λεμφαδένες κατά μήκος των αγγειακών μίσχων^{1, 2, 5, 10, 34}.

Δεν είναι σπάνιο για τον καρκίνο του παχέος εντέρου να υπάρχει προσβολή γειτονικού τμήματος του εντέρου, του στομάχου, του κοιλιακού τοιχώματος κ.λ.π., χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις και για το λόγο αυτό είναι δυνατή η θεραπεία με την εκτομή πολλών οργάνων¹⁰.

Η παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων (ήπαρ) δεν αποτελεί αντένδειξη για την εκτέλεση της εγχείρησης, η οποία πλέον είναι παρηγορητική με σκοπό την προφύλαξη από αιμορραγία ή απόφραξη του εντέρου^{2, 5, 34}.

Στην επιτυχία της εγχείρησης συμβάλλει αποτελεσματικά η προεγχειρητική αγωγή, για την οποία θα γίνει λόγος σε παραπέρα κεφάλαιο^{1, 18}.

Για καρκινώματα του δεξιού τμήματος του παχέος εντέρου απαιτείται ημικολεκτομή και γίνεται συναφαίρεση του μεσεντέριου – μεσόκολου με τα λεμφικά – φλεβικά αγγεία και λεμφογάγγλια^{11,18,34}.

Για όγκους του εγκάρσιου κόλου γίνεται ευρεία τμηματική εκτομή¹⁸. Για όγκους του σιγμοειδούς ή της ανώτερης μοίρας του ορθού εκτελείται πρόσθια – ευρεία εκτομή με αναστόμωση στο ορθικό κολόβωμα και συνδυασμός κοιλιοπερινεϊκής εκτομής με μόνιμη κολοστομία για τους όγκους που βρίσκονται σε απόσταση μέχρι 5 cm από το χείλος του πρωκτού^{1, 10, 18, 34}.

Μετά τη χειρουργική αφαίρεση του όγκου, επιτυγχάνεται 5ετής επιβίωση στο 50% και εάν δεν υπάρχουν μεταστάσεις το ποσοστό φθάνει στο 60 – 70%⁵.

Μετεγχειρητικώς επιβάλλεται η στενή παρακολούθηση των ασθενών, επί 5 έτη, για το ενδεχόμενο υποτροπής, με προγραμματισμένο συνδυασμό κολονοσκοπήσεων, ακτινολογικών εξετάσεων και προσδιορισμών του καρκινοεμβρυϊκού αντιγόνου, και με ανά εξάμηνο φυσική εξέταση και ανά έτος βιοχημικό έλεγχο^{34, 35}.

Ακτινοθεραπεία:

Η ακτινοθεραπεία της πυέλου συνιστάται γενικά σε ασθενείς με καρκίνο του ορθού εξαιτίας της πιθανότητας πυελικής υποτροπής ή επώδυνων μεταστάσεων, ιδιαίτερα οστικών και μερικές φορές ηπατικών^{2, 10, 34, 35}, μετά από τη χειρουργική εκτομή όγκων σταδίου Β και C. Διακρίνεται σε :

- 1) **Θεραπευτική με σκοπό την ίαση.** Γίνεται σε μικρούς όγκους που είναι κινητοί και με μικρή διήθηση. Η ένδειξη αυτής της ακτινοθεραπείας γίνεται με μεγάλη προσοχή, αφού ο ασθενής έχει εξετασθεί προσεκτικά, με ορθοσκόπηση και με δακτυλική εξέταση¹¹.
- 2) **Ακτινοθεραπεία αποκλειστική** σε όγκους χειρουργήσιμους, αλλά ανεγχείρητους για λόγους ιατρικούς ή αρνήσεως του ασθενούς^{10, 11}.
- 3) **Ανακουφιστική ακτινοθεραπεία.** Γίνεται σε καρκίνους διηθητικούς με διήθηση των λεμφαδένων και των γειτονικών οργάνων που συνοδεύεται με αιμορραγίες, άλγη. Η ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει άρση των συμπτωμάτων και καλύτερευση της κατάστασης και του ηθικού του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση η ακτινοθεραπεία είναι επίκουρη της χειρουργικής¹¹.
- 4) **Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία.** Ενδείκνυται σαφώς για ασθενείς με μεγάλους, χειρουργικά μη εξαιρέσιμους καρκίνους του ορθού επειδή οι όγκοι

αυτοί μπορεί να συρρικνωθούν μετά από 4-6 εβδομάδες και είναι δυνατόν να χειρουργηθούν^{11, 18, 35}. Άρα η εφαρμογή της είναι βοηθητική⁵.

5) **Διεγχειρητική ακτινοθεραπεία**, εφαρμόζεται σε επιλεγμένους ασθενείς με προχωρημένη τοπική νόσο και σε μερικές τοπικές υποτροπές¹⁰.

6) **Μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία**, γίνεται μετά την επούλωση του τραύματος (20 ημέρες). Σκοπός της είναι να μειώσει στο ελάχιστο τον αριθμό των τοπικών υποτροπών, που παρατηρούνται μετά από το χειρουργείο.¹¹

Χημειοθεραπεία

Υπάρχει μικρή ένδειξη για τη χρήση της χημειοθεραπείας σαν συμπληρωματική στη χειρουργική επέμβαση¹⁰.

Η χημειοθεραπεία δεν έχει προσφέρει ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα αλλά παρά ταύτα συνιστάται για περιπτώσεις καρκίνων σταδίου μεγαλύτερου από το C1 κατά Dukes.^{2, 18}

Αναφέρεται ότι προκαλεί πραγματική ανταπόκριση, για ποικίλο χρόνο, περίπου στο 20% των περιπτώσεων προχωρημένης νόσου. Η 5-Fluorouracil (F4) Φθοριουρακίλη μόνη, είναι εξίσου δραστική με άλλα φάρμακα, και αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της χημειοθεραπείας του Ca του παχέος εντέρου^{10, 11, 35}.

Εφαρμόζεται σε περιπτώσεις ηπατικών μεταστάσεων, με μέτρια επιτυχία³⁴.

Τέλος, ο συνδυασμός ακτινοθεραπείας και χημειοθεραπείας αυξάνει – όταν υπάρχει καρκίνος του ορθού – το ελεύθερο νόσου διάστημα περισσότερο απ' ό,τι η ακτινοθεραπεία μόνη, καθώς επίσης και την απώτερη επιβίωση. Πρέπει να συνιστάται σε άτομα με όγκους υψηλού κινδύνου, που δεν είναι υποψήφιοι για συμμετοχή σε κλινικές μελέτες.⁴

δ) Πρόληψη καρκίνου Παχέος Εντέρου

Η προληπτική δράση στην καταπολέμηση του καρκίνου έχει σημειώσει θεαματική πρόοδο τα τελευταία χρόνια. Έτσι, αν μελετήσουμε προσεκτικά, σε όλα τα κράτη τις στατιστικές επιβίωσης των καρκινοπαθών παρατηρούμε ότι όλοι οι δείκτες παρουσιάζουν αύξηση της επιβίωσης των ασθενών σε όλες τις μορφές καρκίνου. Για την επίτευξη αυτών των αποτελεσμάτων έχουν συμβάλει προγράμματα διαφώτισης του κοινού με σκοπό την πρόληψη³⁷.

Κατά την Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρεία, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον Ca του παχέος εντέρου περιλαμβάνει δακτυλική εξέταση του ορθού κάθε έτος μετά το 40ο έτος της ζωής, εξέταση κοπράνων για μικροσκοπική αιμορραγία κάθε έτος μετά το 50ό έτος και

σιγμοειδοσκόπηση κάθε τρία έτη μετά το 50ο έτος (αφού προηγηθούν δύο επάλληλες αρνητικές σιγμοειδοσκοπήσεις σε χρονική απόσταση ενός έτους 2, 5, 6, 10, 18, 34).

Με την ορθοσιγμοειδοσκόπηση εντοπίζεται το 70% των όγκων του παχέος εντέρου γι' αυτό επιβάλλεται έλεγχος κάθε τρία έτη μετά το 50ο έτος της ζωής^{5, 6, 18}.

Από μεγάλες κλινικές σειρές, είναι φανερό ότι οι ασυμπτωματικοί ασθενείς, στους οποίους ο Ca ανακαλύφθηκε σε τυχαία σιγμοειδοσκόπηση έχουν πολύ καλύτερη πρόγνωση από τον μέσο όρο όλων των ασθενών^{2,5,10}.

Ο σκοπός της υποβολής ασυμπτωματικού πληθυσμού σε ενδοσκόπηση με το εύκαμπτο σιγμοειδοσκόπιο είναι η κατάδειξη πολυπόδων καθώς και η πρόωμη διάγνωση του Ca παχέος εντέρου. Η αφαίρεση των πολυπόδων θα μειώσει τη συχνότητα Ca παχέος εντέρου και η κατάδειξη των καρκίνων σε πρωιμότερο στάδιο θα αυξήσει την επιβίωση¹¹.

Επίσης, για την ανίχνευση μικροσκοπικών ποσοτήτων αίματος στα κόπρανα χρησιμοποιείται η ποσοτική μέθοδος Hemoccult test και εφαρμόζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών για πληθυσμιακό έλεγχο^{38, 2, 5, 10, 11}.

Υπό φυσιολογικές συνθήκες, η απώλεια Hb με τα κόπρανα είναι μικρότερη από 3 mg ανά g κοπράνων. Αύξηση του ποσού της αποβαλλόμενης Hb ανά g κοπράνων σημαίνει παθολογικό αίτιο, καλόηθες ή κακόηθες¹¹. Το Hemoccult Test δεν κάνει άμεση διάγνωση του Ca³⁸.

Μια νέα ποσοτική μέθοδος που ονομάζεται Hemoquant φαίνεται ότι παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα.² Μετρά τις ολικές πορφυρίνες των κοπράνων μετά από χημική μετατροπή όλης της Hb σε πορφυρίνες¹¹.

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες από τις Ηνωμένες Πολιτείες, η μέθοδος Hemoquant κατέστησε δυνατή την ανίχνευση αίματος σε 62% των περιπτώσεων, σε αντίθεση με 30% του Hemoccult².

Αυτά τα τεστ εντάσσονται στο πρόγραμμα Screening και γίνονται χωρίς να υπάρχει συμπτωματολογία¹¹.

Γενικότερα, ο ενδοσκοπικός έλεγχος ολόκληρου του παχέος εντέρου συνιστάται για ασθενείς υψηλού κινδύνου, όπως :

- 1) ασθενείς με προηγούμενη εγχείρηση για πολύποδα ή Ca παχέος εντέρου,
- 2) ασθενείς οι οποίοι δεν υπέστησαν προεγχειρητική κολονοσκόπηση λόγω Ca που απέφρασε το παχύ έντερο,
- 3) ασθενείς με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό,
- 4) με οικογενή πολυποδίαση ή ελκώδη κολίτιδα.

Με τα σημερινά δεδομένα, τα διάφορα προγράμματα ομαδικού ελέγχου για καρκίνο του κόλου ανακαλύπτουν 1 ασθενή με νεόπλασμα ανά 1.000 εξετασθέντα ασυμπτωματικά άτομα ².

ε) Πρόγνωση

Η πρόγνωση του Καρκίνου του παχέως εντέρου στηρίζεται στα χειρουργικά και κλινικά ευρήματα. ¹¹

Γενικά οι όγκοι του δεξιού κόλου έχουν καλύτερη πρόγνωση επειδή είναι πιο συχνά χειρουργήσιμοι. Η 5ετής επιβίωση για τους χειρουργήσιμους όγκους του κόλου και του ορθού είναι πάνω από 40%. Εντούτοις το αντίστοιχο ποσοστό για όλες τις περιπτώσεις είναι μόνον 25%¹⁰. Εάν δεν υπάρχουν μεταστάσεις το ποσοστό φθάνει στο 60-70%. ⁵.

Όγκοι του ορθού και του ορθοσιγμοειδούς έχουν χειρότερη πρόγνωση από όγκους του εγκάρσιου - κατιόντος και του σιγμοειδούς. Η 3ετής επιβίωση των ασθενών ήταν 2-14% υψηλότερη σε ασθενείς που ο όγκος εντοπιζόταν στο αριστερό κόλον από αυτούς του δεξιού κόλου. ¹¹ Επίσης η πρόγνωση για τον καρκίνο του ορθού, που εντοπίζεται πάνω από την ανάκαμψη του περιτόναιου, είναι καλύτερη από εκείνη για όγκους κάτω από την περιτοναϊκή ανάκαμψη. Φαίνεται λοιπόν, ότι η εντόπιση του όγκου αποτελεί σημαντικό προγνωστικό σημείο για τον Ca Π.Ε. ²

Οι σημαντικότεροι όμως προγνωστικοί παράγοντες είναι το στάδιο της νόσου και ο βαθμός διαφοροποίησης των καρκινικών κυττάρων. ²⁵ Η μέση 5ετής επιβίωση για καρκίνο σταδίου A κατά Dukes είναι 80%, για στάδιο B 60%, για στάδιο C 30% και για στάδιο D 5%. Σημειώνεται ότι περίπου 10% των νεοπλασμάτων είναι ανεγγχείρητα και ότι 20% έχουν ήδη ηπατικές ή άλλες απομακρυσμένες μεταστάσεις κατά την επέμβαση. ²

Παράλληλα ο βαθμός διηθήσεως του τοιχώματος του εντέρου και η κατάληψη των λεμφαδένων αποτελούν ιδιαίτερα στοιχεία για την προγνωστική αξιολόγηση του Ca. Αν η διήθηση του τοιχώματος δεν περιλαμβάνει τη μυϊκή στιβάδα η 5ετής επιβίωση φτάνει στο 65%, ενώ όταν διαπερνά τη μυϊκή στιβάδα κατεβαίνει στο 43%. Αν οι λεμφαδένες είναι διηθημένοι και ο όγκος δεν διαπερνά τη μυϊκή στιβάδα, η 5ετής επιβίωση φτάνει στο 53% ενώ πέφτει στο 15% αν η διήθηση διαπερνά το τοίχωμα του εντέρου. Όταν έχουν προσβληθεί 1-4 λεμφαδένες η επιβίωση είναι σημαντικά καλύτερη από,τι αν έχουν προσβληθεί περισσότεροι από 4 λεμφαδένες ^{4,11}.

Η ανεύρεση των παρακάτω στοιχείων κατά τη διάγνωση του Ca του κόλου προμηνύει δυσμενή εξέλιξη :

- ο όγκος έχει διαπεράσει το εντερικό τοίχωμα.
- ο όγκος έχει τρυπήσει το εντερικό τοίχωμα.

Μερικά χαρακτηριστικά του Ca του ορθού προμηνύουν επίσης δυσμενή εξέλιξη :

- ο όγκος είναι καθηλωμένος, έχει εισβάλλει ή προσκολλάται σε άλλα τμήματα της πυέλου ή των παρακείμενων ιστών.
- ο όγκος έχει μεγάλες εξελκώσεις.
- Είναι μεγαλύτερος από 6 cm.

Κακοί προγνωστικοί παράγοντες και για τους 2 καρκίνους είναι :

- απόφραξη του Π.Ε. ή του ορθού.^{2,4}
- φτωχή διαφοροποίηση των καρκινικών κυττάρων στο μικροσκόπιο.⁴
- εμφάνιση όγκου σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 30 χρόνων.^{2,4}

Το 1/4 των ασθενών με Ca παχέως εντέρου έχουν κλινικές ενδείξεις διασποράς από την πρώτη επαφή με το γιατρό και το 50% θα αναπτύξουν στο εγγύς μέλλον απομακρυσμένες μεταστάσεις, στο ήπαρ που αποτελούν κακό προγνωστικό σημείο για την εξέλιξη της νόσου.¹¹

Γι'αυτό όσο πιο νωρίς γίνει η διάγνωση τόσο καλύτερη η πρόγνωση του Ca.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ca ΠΑΧΕΟΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η ευθύνη της νοσηλεύτριας αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ανιχνεύσεως της νόσου και προχωρεί ως το τελευταίο στάδιό της : αποκατάσταση ή θάνατος. Σ'όλα αυτά τα στάδια ο ρόλος της είναι ο εξής :

- Υποστήριξη και βοήθεια του ασθενούς στην περίοδο των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Αντιμετώπιση των αναγκών θρέψης του ασθενούς.
- Βοήθεια κατά την εφαρμογή θεραπείας.
- Συνεχής παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς.
- Βοήθεια του ατόμου για να υποστεί κολοστομία και να ζήσει μ'αυτή.
- Αναγνώριση των ψυχολογικών και πνευματικών αναγκών του ασθενούς.

Ζωτικό ερώτημα που υπάρχει και σήμερα μεταξύ των ανθρώπων και που απασχόλησε την εκκλησία, τους ψυχιάτρους και όλους όσους βρίσκονται κοντά στον καρκινοπαθή είναι: Πρέπει να λέγεται η διάγνωση της ασθένειας στον καρκινοπαθή; Οι απόψεις δίστανται γιατί ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά σε μία τέτοια πληροφορία ανάλογα με τη φιλοσοφία και τις απόψεις του για τη ζωή και το θάνατο. Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας είναι να αποτελεί ανεξάντλητη πηγή για να προσφέρει, να συμπαθεί, να κατανοεί, να τονώνει και να καθοδηγεί σωστά στη ζωή ή στο θάνατο.

Οι ασθενείς των οποίων το νήμα της ζωής συνεχίζεται και μετά την εμφάνιση της νόσου, πρέπει να αισθανθούν ότι τίποτα δεν ανέκοψε το σχέδιο της ζωής και ότι μπορούν να συμμετέχουν σε όλα, έστω και μετά από μια μόνιμη κολοστομία. Η/ο νοσηλεύτρια - της με την όλη διδασκαλία και τη στάση της/του κοντά στον καρκινοπαθή συμβάλλει τα μέγιστα ώστε ο άρρωστος να αποκατασταθεί όσο γίνεται ανώδυνα στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό του περιβάλλον.^{39, 40}

Πρέπει να κατορθώσουμε να νοσηλεύσουμε τους καρκινοπαθείς με πίστη ότι είναι δυνατό να θεραπευθούν, με κατανόηση των φόβων και των ανησυχιών τους, και με πεποίθηση ότι η αρρώστια όσο σκληρή και αν φαίνεται, έχει σκοπό μέσα στην πορεία της ζωής μας.³⁹

Αν ο ασθενής που εισέρχεται στο νοσοκομείο με Ca Παχέος Εντέρου πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση έχει έντονα τα αισθήματα φόβου και ανησυχίας που μπορεί να οφείλονται σε άγνοια, προκατάληψη,

επηρεασμό, στο άγνωστο της μετεγχειρητικής εξελίξεως της καταστάσεώς του καθώς και σε οικονομικά προβλήματα.^{11, 39}

Η/ο νοσηλεύτρια - της με τη λεπτότητα, την ευγένεια, την κατανόηση και την ευσυνειδησία, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων της/του, καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα συναισθήματα και να αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το ίδρυμα (ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό).

Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής ετοιμασίας του ασθενή, ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογήσει τις ανάγκες και τα προβλήματά του και να προγραμματίσει και να εφαρμόσει την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα, προς τον άρρωστο.³⁹

3.2. ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Κατ' αρχάς, σε περιπτώσεις καρκίνου του Π.Ε. και αναλόγως της εντοπίσεώς του, διενεργείται χειρουργική αφαίρεση του όγκου και ειλεοστομία ή κολοστομία, προσωρινή ή μόνιμη.

Η κολοστομία είναι χειρουργικώς σχηματιζόμενο άνοιγμα στο κόλον προς την δερματική επιφάνεια της κοιλιάς, για την παροχέτευση του περιεχομένου του. Τόσο η κολοστομία όσο και η ειλεοστομία δεν φέρουν σφιγκτήρα όπως ο πρωκτός και επομένως η αποβολή των κοπράνων δεν ελέγχεται από τη θέληση του ατόμου. Τα προβλήματα τα οποία πρόκειται να αντιμετωπίσει ο ασθενής είναι :

- ο έλεγχος της ρυπάνσεως.
- ο έλεγχος της δυσσομίας
- η φροντίδα του δέρματος γύρω από το στόμιο
- η ψυχολογική προσαρμογή στην αλλαγή της φυσιολογικής λειτουργίας της αποδεύσεως και την εγκατασταθείσα αναπηρία.

Προκειμένου λοιπόν η νοσηλεύτρια να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, αξιολογεί τις βασικές και προσωπικές του ανάγκες, τα συμπτώματα και τα προβλήματα του αρρώστου, σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του. Επιπλέον εξασφαλίζει τις ακόλουθες πληροφορίες :

- εάν ο άρρωστος έχει καρκίνο του εντέρου και σε ποια έκταση.
- εάν η κολοστομία θα είναι προσωρινή ή μόνιμη.
- εάν κατά την εγχείρηση θα γίνει κοιλιο-περινεϊκή τομή ή όχι.
- ποιο θα είναι το σημείο της κολοστομίας (ανιον, εγκάρσιο, κατιόν).

- εάν ο ασθενής προγραμματίζεται να κάνει μετεγχειρητικώς χημειοθεραπεία ή ραδιοθεραπεία.

- εάν ο χειρουργός έχει συζητήσει την προτεινόμενη εγχείρηση και πιστεύει ότι ο ασθενής και η οικογένειά του κατανοούν τι πρόκειται να γίνει.⁴⁰

Η προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου με Ca παχέως εντέρου συνιστάται σε:

α) Φυσική προεγχειρητική ετοιμασία

Η φυσική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει :

1) Τόνωση σωματική : Αυτή επιτυγχάνεται με διαιτολόγιο πλούσιο σε θερμίδες και φτωχό σε κυτταρίνη, για τη σημαντική τόνωση του οργανισμού και τη μείωση του περιεχομένου του εντέρου, αντίστοιχα.

Παράλληλα σε εξασθενημένα άτομα καθώς και σε άτομα που θα υποστούν μεγάλη εγχείρηση, γίνεται η τόνωση του οργανισμού και με παρεντερική χορήγηση θρεπτικών συστατικών (λευκωμάτων, βιταμινών) ή άλλων στοιχείων του οργανισμού (αίματος, ηλεκτρολυτών).

Για την καλή θρέψη του ασθενούς η συμβολή της νοσηλεύτριας είναι αποφασιστική. Παρακολουθεί τη διατροφή του ασθενούς και μελετά τα προβλήματα που προκύπτουν και τον τρόπο αντιμετώπισής τους. Βοηθά στη σωματική τόνωση του ασθενούς αν έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής και γνωρίζει την επίδραση της εγχείρησης στις λειτουργίες του μεταβολισμού. Όλα αυτά βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών του οργανισμού σε διάφορες καταστάσεις καθώς και στην εκλογή των τροφών, στις οποίες υπάρχουν τα συστατικά που έχει ανάγκη ο πάσχων οργανισμός.

Ο ασθενής σε κάθε εγχείρηση χάνει υγρά με την απώλεια αίματος, τον ιδρώτα και τους τυχόν εμέτους. Γι'αυτό κατά την προεγχειρητική ετοιμασία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην επάρκεια του οργανισμού σε υγρά.^{39,41} Έτσι ο ασθενής βοηθείται στην πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών και επιπλοκών όπως shock, ναυτία, δίψα κ.α.

Επίσης γίνεται κατάλληλη προετοιμασία του εντέρου για την εγχείρηση. Τις πέντε τελευταίες μέρες πριν από την εγχείρηση χορηγείται ελαφρό ηπακτικό όπως γάλα μαγνησίας και τροφή με λίγα κατά το δυνατόν υπολείμματα.^{39, 40, 41}

Ο ασθενής, την παραμονή της εγχείρησης τίθεται σε υδρική δίαιτα^{18, 39} Έξι ώρες προ της εγχειρήσεως δεν παίρνει τίποτε από το στόμα για τον κίνδυνο εμέτων και μετεωρισμού κοιλίας. Εάν ο ασθενής δεν πρέπει έστω και για 6 ώρες να στερηθεί υγρά, του χορηγούνται παρεντερικώς.³⁹

2) Ιατρικές εξετάσεις : Στη γενική προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνεται η εξέταση του ασθενούς που θα χειρουργηθεί από :

α) Χειρουργό για εκτίμηση της καταστάσεως του ασθενούς, επιβεβαίωση ακριβούς διάγνωσης και λήψη ιστορικού.

β) Παθολόγο για την παθολογική μελέτη όλων των συστημάτων.

Εάν παρουσιασθεί ανωμαλία σε κάποιο από τα συστήματα, καλείται ο ειδικός για το σύστημα αυτό ιατρός προς ακριβέστερη μελέτη και αντιμετώπιση της καταστάσεως.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις πριν από κάθε εγχείρηση είναι :

1. Εξέταση αίματος : γενική αίματος (λευκά - ερυθρά), τύπος λευκών αιμοσφαιρίων, χρόνος ροής και πήξεως αίματος, ομάδα και Rhesus αίματος, σάκχαρο και ουρία αίματος και
2. Γενική ούρων.

Μετά την οριστική απόφαση για την εγχείρηση του ασθενούς, καλείται ο αναισθησιολόγος για την εξέταση του αναπνευστικού και κυκλοφορικού συστήματος. Η εξέταση αυτή αποσκοπεί να καθορίσει το είδος της ναρκώσεως (τοπική, γενική) και το είδος του αναισθητικού.

3. Καθαριότητα του ασθενούς. Αυτή συνιστάται σε :

α) Καθαρισμό του εντερικού σωλήνα. Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα αποβλέπει :

- Στην αποφυγή εκκένωσης του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι^{39,41}
- Την ευχερέστερη διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό σε εγχειρήσεις κοιλίας και πυέλου, λόγω μη διατάσεως των εντερικών ελίκων, και
- Την αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στις εντερικές έλικες από τη σήψη του περιεχομένου τους.

Ο καθαρισμός του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται :

- Με την χρήση καθαρτικών φαρμάκων^{18,39,40,41}. Σήμερα δεν συνιστάται η λήψη καθαρτικών, γιατί προκαλεί αφυδάτωση και εξασθένηση του οργανισμού καθώς και χαλάρωση του τόνου του εντέρου.
- Με καθαρτικό υποκλισμό.⁴⁰ Συνήθως γίνεται ένας υποκλισμός το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος έξι ώρες προ της εγχειρήσεως.^{39, 41} Η/ο νοσηλεύτρια - της παρακολουθεί τα αποτελέσματα των υποκλισμών και εάν είναι αρνητικά, ενημερώνει την Προϊσταμένη του τμήματος ή τον ιατρό.³⁹

β) Καθαριότητα του σώματος του ασθενούς^{39,40,41}. Αυτή εξασφαλίζεται με το λουτρό καθαριότητας που γίνεται την παραμονή της εγχειρήσεως και

αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή μολύνσεως του χειρουργικού τραύματος.

4. Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου : Η αϋπνία του ασθενούς, που προκαλείται λόγω αγωνίας και φόβου για την αναμονή της εγχειρήσεως, προδιαθέτει στη μη ομαλή μετεγχειρητική πορεία και ακόμη στην εμφάνιση επιπλοκών. Για την αποφυγή αϋπνίας και εξασφάλιση καλού και επαρκούς ύπνου, χορηγείται στον ασθενή τη νύχτα της παραμονής της εγχειρήσεως ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο.^{39, 41}

5. Προετοιμασία και εκπαίδευση ασθενούς σε μετεγχειρητικές ασκήσεις άκρων, αναπνευστικών μυών κ.λ.π., βαθειών αναπνοών και βήχα.⁴⁰

6. Ο ασθενής κατά το τελευταίο 24ωρο προ της εγχειρήσεως αρχίζει αντιβίωση ή γίνεται χορήγηση σουλφοναμιδούχων φαρμάκων, σύμφωνα με εντολή γιατρού.^{18, 39, 40}

7. Επίσης ο ασθενής είναι δυνατόν να φέρει και σωλήνα LEVIN, ο οποίος τοποθετείται το πρωί της εγχειρήσεως.^{39, 40}

β) Ψυχική προεγχειρητική ετοιμασία

Κάθε ασθενής που έρχεται στο νοσοκομείο για κάποια επέμβαση φέρει μαζί του άγχος και ανησυχία^{42,11}. Πολύ περισσότερο ασθενής που έχει να αντιμετωπίσει το γεγονός της μόνιμης αναπηρίας της κολοστομίας (εκστόμωση του παχέως εντέρου στο κοιλιακό τοίχωμα)¹¹.

Για το λόγο αυτό, προεγχειρητικώς, πρέπει να εξασφαλίζεται η συγκατάθεση του ασθενούς ή του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντός του για τη διενέργεια της κολοστομίας. Επίσης γίνεται αξιολόγηση του επιπέδου κατανοήσεως και αποδοχής του αρρώστου σχετικά με την προτεινόμενη εγχείρηση, τη μετεγχειρητική πορεία της θεραπείας.⁴⁰ Ψυχολογικά, ο ασθενής πρέπει να προετοιμάζεται για την πιθανότητα κολοστομίας, ακόμη και αν ο χειρουργός δεν είναι βέβαιος για τον ακριβή τύπο της επεμβάσεως που θα χρειαστεί.

Στην προεγχειρητική συζήτηση με τον ασθενή, πρέπει να τονίζεται ότι επιλέγει μεταξύ του να διατηρηθεί στη ζωή με κολοστομία ή του να διακινδυνεύει την επιβίωσή του χωρίς κολοστομία. Τα ψυχολογικά προβλήματα που προέρχονται από την κολοστομία πρέπει να αναφέρονται στον ασθενή, αλλά όχι να υπερτονίζονται. Όταν πρόκειται για προσωρινή κολοστομία αυτό πρέπει να τονίζεται¹¹. Στο σημείο αυτό, η/ο νοσηλεύτριας, μπορεί να βοηθήσει θετικά τον ασθενή αν τον φέρει σε επαφή με κάποιον άλλο ασθενή που έχει δεχθεί την κολοστομία και ζει φυσιολογικά. Επίσης οφείλει να τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις

ανησυχίες του και να του εξηγήσει όλες τις απορίες σχετικά με την επέμβαση που πρόκειται να γίνει.^{11, 39, 40}

Έτσι όταν ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργικό τραπέζι, πρέπει να έχει ενημερωθεί πλήρως από την/τον νοσηλεύτρια-τη, τόσο για την επέμβαση στην οποία θα υποβληθεί όσο και για τη νέα κατάσταση της κολοστομίας, ώστε να αποφευχθεί το συγκινησιακό σοκ.

Η/Ο νοσηλεύτρια-της μπορεί να εξηγήσει στον ασθενή (ανάλογα με το μορφωτικό του επίπεδο) ότι ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η κολοστομία είναι η παροχέτευση του εντερικού περιεχομένου και μπορεί να είναι προσωρινή οπότε δίνει την ευκαιρία στο κατώτερο τμήμα του εντέρου να αναστείλει τη δραστηριότητά του για ένα χρονικό διάστημα. Αυτό γίνεται για να εμποδίζονται τα κόπρανα να φθάσουν σ' αυτό το σημείο, ώστε να δοθεί ευκαιρία στο τμήμα του εντέρου να προχωρήσει τις διαδικασίες επουλώσεως μετά από την εξαίρεση του όγκου. Η μόνιμη κολοστομία γίνεται όταν το κατώτερο τμήμα του εντέρου ή το ορθό πάσχει και πρέπει να αφαιρεθούν οπότε η κολοστομία δεν μπορεί να αποκατασταθεί στο μέλλον¹¹.

Η ψυχική αποκατάσταση πριν την επέμβαση.

Ο ασθενής ενθαρρύνεται ώστε να συζητά για την κατάστασή του πριν από την επέμβαση, προκειμένου να αποκτήσει τις γνώσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του και τελικά να αποδεχθεί την ύπαρξη της στομίας.

Μέχρι να φτάσει όμως στο σημείο αυτό, κυριαρχούν ιδιόρρυθμες και ασταθείς συναισθηματικές καταστάσεις. Αν σκεφτεί κανείς την αλλαγή που θα υποστεί ο ασθενής στη βασική βιολογική λειτουργία της αποδέυσεως, που μέχρι εκείνη τη στιγμή ήταν απολύτως προσωπική, ο ασθενής δικαιολογημένα εκφράζει πίκρα, οργή, παράπονο, απογοήτευση και αγωνία για το μέλλον του. Τα σοβαρά προβλήματα της καθαριότητας, της σεξουαλικής συμπεριφοράς και της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης που δημιουργούνται πρέπει να αντιμετωπίζονται με την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, την παροχή γνώσεων για την αυτοεξυπηρέτησή τους την εξοικίωσή του με τη νέα κατάσταση και την προσαρμογή σ' ένα νέο τρόπο ζωής.

Η βοήθεια προσφέρεται από ειδική ομάδα υποστήριξης που αποτελείται από ψυχίατρο, ειδικευμένη νοσηλεύτρια και κοινωνική λειτουργό. Βοήθεια ασφαλώς προσφέρεται και από το οικογενειακό περιβάλλον. Η ομάδα πρέπει να επιδιώκει ειλικρινή επικοινωνία με τον ασθενή και από τη συζήτηση που θα γίνει, να απαντηθούν ενδόμυχα

ερωτήματα του ασθενούς γύρω από τη νέα κατάστασή τους που συνήθως δεν γίνονται από τον ίδιο, γιατί φοβάται τις απαντήσεις. Πρέπει να βοηθηθεί ο ασθενής να εκφράσει τις σκέψεις και τα αισθήματά του με την υποβολή ερωτήσεων και με το να δοθεί αρκετός χρόνος για συζήτηση. Συχνές απορίες είναι. Η στομία θα φαίνεται ; θα μυρίζει ; Τι θα σκεφτούν οι φίλοι και οι γείτονες ; Θα μπορώ να κάνω μπάνιο ; Τι θα γίνει με τη σεξουαλική ζωή ; Θα είμαι ικανός να επανέλθω στη δουλειά μου ;

Για την εμφάνιση, την οσμή και το θόρυβο εξηγεί η/ο νοσηλεύτρια-της ότι κυκλοφορούν στο εμπόριο πολλά καλλυντικά για την περιποίηση της στομίας και πολλά είδη σάκκου, που βοηθούν στη συλλογή του περιεχομένου του εντέρου, χωρίς να διακρίνονται και χωρίς να επιτρέπουν την εξοδο των οσμών. Επίσης υπάρχουν ειδικά βύσματα που μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής με μόνιμη στομία για την απαλλαγή από τους θορύβους.¹¹

Όταν η/ο νοσηλεύτρια-της κατορθώσει να παρέχει στον ασθενή με Ca παχέως εντέρου την κατάλληλη προεγχειρητική ετοιμασία είτε σωματική είτε ψυχολογική, τότε σίγουρα θα είναι καλύτερη και ομαλότερη η μετεγχειρητική του πορεία.

3.3. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς με Ca παχέως εντέρου αποτελεί σοβαρή απασχόληση της/του νοσηλεύτριας-τη που πρέπει να κατέχει βασικές γνώσεις στις οποίες θα στηρίξει την παρακολούθηση και την περιποίηση του ασθενούς.

Η μετεγχειρητική φροντίδα αρχίζει από τη στιγμή που ο ασθενής μεταφέρεται από το χειρουργείο στο θάλαμο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάστασή του. Αυτή περιλαμβάνει :

1. Την προφύλαξη του ασθενούς από ρεύματα αέρα κατά τη μεταφορά του από το χειρουργείο στο θάλαμο.
2. Την κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι η οποία είναι "υπτία" με το κεφάλι στραμμένο πλαγίως, αργότερα τοποθετείται σε "ανάρροπη" θέση χωρίς να αποκλείεται οποιαδήποτε άλλη. Η κατάλληλη θέση του αρρώστου προκαλεί χαλάρωση και όχι σύσπαση μυών και επιτρέπει τη λειτουργία τυχόν παροχευτεύσεων.
3. Τον έλεγχο της καταστάσεως του τραύματος και την παρακολούθησή του.
4. Την παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την αφύπνησή του. Εδώ η προφύλαξη ή η προστασία του αρρώστου από και κατά τις διεγέρσεις ή από την εισρόφηση εμεσμάτων αποτελεί καθήκον της/του νοσηλεύτριας-τή.

5. Την σύνδεση των παροχετεύσεων ή του καθετήρα, αν ο ασθενής φέρει κάποιο από αυτά.
6. Την προφύλαξη και θεραπεία από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.
7. Την ανακούφιση του αρρώστου με την καλή νοσηλευτική φροντίδα, από τον πόνο από τον οποίο υποφέρει κυρίως κατά τις πρώτες 48 ώρες μετά την εγχείρηση.³⁹

ΠΙΟ ΕΙΔΙΚΑ κατά το πρώτο 6ωρο απαιτείται :

1. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων ανά 30 λεπτά της ώρας το πρώτο 3ωρο και ανά 1 ώρα το δεύτερο 3ωρο.^{39, 40}
2. Παρακολούθηση φυσιολογικής λειτουργίας παροχετεύσεων.³⁹
3. Ακριβής τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών (υγρά παροχετεύσεων, ούρα, έμετοι κ.α.) για εκτίμηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.
4. Ακριβής τήρηση φαρμακευτικής αγωγής (χορήγηση αντιβιοτικών, βιταμινών, ηλεκτρολυτών, κατευναστικών και αναλγητικών κατά την ιατρική οδηγία).^{39, 40}
5. Συνεχής ηθική υποστήριξη του αρρώστου.³⁹
6. Γύρισμα στα πλάγια κατά διαστήματα, ασκήσεις βήχα και βαθιών αναπνοών.
7. Ρύθμιση και αναγραφή των χορηγούμενων υγρών παρεντερικώς.
8. Διατήρηση του ρινογαστρικού καθετήρα ανοικτού και λειτουργούντος.⁴⁰
9. Εξασφάλιση μέτρων ανέσεως, ασφαλείας και ησυχίας αρρώστου.
10. Παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Κατά το πρώτο 24ωρο γίνονται όλα τα παραπάνω καθώς και :

11. Έλεγχος αν ούρησε ο ασθενής.
12. Έλεγχος εμφάνισης μετεωρισμού κοιλίας.
13. Βοήθεια για αποβολή βρογχικών εκκρινμάτων.
14. Βοήθεια για ανάπαυση και ύπνο.
15. Παρακολούθηση για πρόληψη επιπλοκών (αιμορραγία, μεταβολές στον καρδιακό παλμό, επίσχεση ούρων κ.λ.π.).

Κατά το δεύτερο 24ωρο γίνονται όλα τα του πρώτου 24ωρου με λιγότερη συχνότητα παρακολούθησης το 1, 2, 3 και

1. Βοήθεια για ανακούφιση από τον μετεωρισμό κοιλίας.
2. Βοήθεια για αποβολή βρογχικών εκκρινμάτων.
3. Τήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας στην αλλαγή τραύματος.³⁹
4. Βοήθεια σε έγερση του αρρώστου και εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς ιδιαιτέρως των κάτω άκρων.^{39, 40}
5. Κάλυψη αναγκών υγιεινής του αρρώστου.

6. Περιποίηση στοματικής κοιλότητας (όχι μόνο ανακουφίζει αλλά και προλαβαίνει στοματίτιδες και παρωτίτιδες).

Τρίτο 24ωρο.

Όλα τα του πρώτου και δεύτερου 24ωρου με συχνότητα παρακολουθήσεως ανάλογα με την μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου και :

1. Φροντίδα για έναρξη λήψεως υγρών από το στόμα, ανάλογα με την οδηγία.
2. Βοήθεια για κένωση του εντέρου.³⁹

Το μετεγχειρητικό στάδιο είναι δύσκολο για τον ασθενή με στομία για 2 λόγους. Ο ασθενής εκτός από τη στομία, έχει υποστεί πρόσφατα χειρουργική επέμβαση, πονάει και ταλαιπωρείται. Αυτή είναι ψυχολογικά και η πιο δύσκολη περίοδος. Διότι ο ασθενής πρώτη φορά αντικρίζει τη στομία και συνειδητοποιεί το γεγονός ότι από εδώ και στο εξής δεν θα έχει έλεγχο των αερίων και των κοπράνων. Πιθανώς να έχει χάσει και τον αυτοσεβασμό του εξαιτίας της στομίας. Στην αρχή εξαρτάται πλήρως από την βοήθεια και την περιποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την επέμβαση το δέρμα γύρω από την κολοστομία καθαρίζεται, στεγνώνεται και εφαρμόζεται ένας σάκος με κολλητικό. Ο σάκος πρέπει να έχει βάση που να κολλά στο δέρμα το άνοιγμα της βάσεως γύρω από τη στομία πρέπει να απέχει 1 cm από αυτή.

Ο σάκος πρέπει να είναι διαφανής για να είναι ορατή οποιαδήποτε αλλαγή στο χρώμα της στομίας ή μεταβολή στο μέγεθος και στις εκκρίσεις που αποβάλλονται από το έντερο.¹¹

Μετεγχειρητική Δίαιτα

Τις δύο πρώτες μέρες μετά την εγχείρηση, ο ασθενής δεν παίρνει τίποτα από το στόμα, τις επόμενες δύο παίρνει μόνο υγρά και κατόπιν συνεχίζει με δίαιτα χωρίς υπόλειμμα.^{11, 39} Όταν δεν επιτρέπεται ο ασθενής να πάρει υγρά από το στόμα ή σε μεγάλη αφυδάτωση, λόγω της εγχειρήσεως ή λόγω ναυτίας και εμέτων, τότε χορηγούνται σ' αυτόν οροί ενδοφλεβίως.³⁹

Με τη, δίαιτα επιδιώκεται η αποκατάσταση της φυσιολογικής διατροφής και η αντιμετώπιση ειδικών διαιτητικών αναγκών του ασθενούς με κολοστομία.

- Όταν ο περισταλτισμός επανέλθει, ο ρινογαστρικός καθετήρας κλείνεται με πίεστρο και χορηγούνται υγρά (30 cc ωριαίως).
- Παρατήρηση για σημεία κοιλιακού τυμπανισμού, πόνου, ναυτίας και εμέτων.

- Ανά 4ωρον ο ρινογαστρικός καθετήρας ανοίγεται για την παροχέτευση τυχόν και μέτρηση του κατακρατηθέντος υπόλοιπου γαστρικού υγρού. Εάν είναι λιγότερο των χορηγηθέντων υγρών, ο καθετήρας αφαιρείται.⁴⁰
- Όσο το ανέχεται ο ασθενής προχωρεί από την υγρή διαίτα σε πολτώδη και κατόπιν σε υπερλευκωματούχο, αποφεύγοντας τροφές οι οποίες προκαλούν δυσκοιλιότητα ή δημιουργούν αέρια (π.χ. λάχανο, σκόρδα, κρεμμύδια, φασόλια)^{39,40}
- Ο ασθενής καθοδηγείται να τρώει βραδέως και να μασά καλά την τροφή για να αποφεύγει την κατάποση αέρα. Γι'αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται η μάσηση τσίχλας.⁴⁰

Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας στη φροντίδα αυτών των ασθενών είναι καθοριστικός. Ο κύριος στόχος είναι να προσαρμοσθεί ο ασθενής στη νέα εικόνα του εαυτού του και να μάθει να περιποιείται τη στομία του σε τέτοιο βαθμό, ώστε να έχει καλύτερη ψυχοκοινωνική λειτουργία. Η εκπαίδευση του ασθενούς, για τη φροντίδα της στομίας του αρχίζει, όταν ο ασθενής βρίσκεται στο μετεγχειρητικό στάδιο και έχει συνέλθει από το μετεγχειρητικό σοκ. Η/ο νοσηλεύτρια-τής επισκέπτεται συχνά τον ασθενή, αλλάζει το σάκο όταν χρειάζεται και φροντίζει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του. Αυτό βοηθάει σημαντικά την περαιτέρω πορεία της εκπαίδευσής του, με στόχο να επιτευχθεί η ψυχική και τεχνική "επαφή" του ασθενούς με τη στομία του.

Γενικά όλα τα σοβαρά προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή με κολοστομία όπως της καθαριότητας, της επαγγελματικής και κοινωνικής αποκατάστασης πρέπει να αντιμετωπίζονται με την υποστήριξη κυρίως της/του νοσηλεύτριας-τή. Αυτή πρέπει να επιδιώξει την επικοινωνία με τον άρρωστο και από τη συζήτηση που θα γίνει να απαντηθούν ενδόμυχα ερωτήματα του ασθενούς για τη νέα κατάσταση. Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα επανορθώσεως του ασθενούς με στομία είναι πολύ σημαντική, γιατί μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και κατανόηση που τόσο ανάγκη έχουν οι ασθενείς.¹¹

3.4. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Εξαιρετικά βασικός τομέας της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς είναι η παρακολούθηση και παρατήρησή του για την

αντιμετώπιση των μετεγχειρητικών δυσχερειών. Οι κυριότερες απ'αυτές είναι :

- **ΠΟΝΟΣ** : Ασθενής που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση Ca παχέος εντέρου βρίσκεται σε σωματική και συναισθηματική υπερένταση που επιδεινώνει τον φυσιολογικά αναμενόμενο πόνο από την εγχείρηση.³⁹ Ο πόνος οφείλεται σε ερεθισμό των νευρικών απολήξεων και υποδηλώνει ιστική βλάβη, η οποία αποδίδεται στην επέμβαση. Η μεγαλύτερη έντασή του σημειώνεται μετά 12-36 ώρες από την εγχείρηση. Μετά τις 48 ώρες αρχίζει να υποχωρεί.^{43, 41}

Ο/η νοσηλεύτης-τρια για να ανακουφίσει τον ασθενή από τον πόνο, του δίνει θέση, που να προκαλεί χαλάρωση μυών, κάνει ελαφρά εντριβή στα πιεζόμενα μέλη του σώματος, προστατεύει τον ασθενή κατά το βήχα ή τους εμέτους και όταν υπάρχει ανάγκη του χορηγεί αναλγητικά φάρμακα με μορφή ενέσεων, το είδος και η δόση των οποίων καθορίζεται από τον ιατρό.³⁹

- **ΔΙΨΑ** : Παρατηρείται μετά από γενική νάρκωση ή και τοπική αναισθησία. Αυτή δικαιολογείται από την ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος, που προκαλείται από την ένεση της ατροπίνης, η οποία ελαττώνει τις εκκρίσεις, αλλά και από τη μείωση των υγρών του οργανισμού που προκαλείται από τα αποβαλλόμενα υγρά κατά και μετά την εγχείρηση (αίμα, ιδρώτας, έμετοι).

Η δίψα οφείλεται και στην προεγχειρητική στέρηση υγρών για αρκετές ώρες.⁴¹ Το αίσθημα της δίψας αντιμετωπίζεται με συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας, με εφύγραση των χειλέων και της γλώσσας με γάζα ή βαμβάκι ποτισμένο με κρύο νερό (port cotton). Γάζα υγρή που τοποθετείται στο στόμα βοηθά στην εφύγραση του εισπνεόμενου αέρα.^{39, 43}

Απαγορεύεται η χορήγηση νερού επί 24 ώρες ή και περισσότερο σε εγχειρήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα. Τολύπια εμποτισμένα με διάλυμα σόδας, βοηθούν στη διάλυση της βλέννης του στόματος.

Ακόμη μπορεί να χρησιμοποιηθεί μίγμα διαλύματος βορικού οξέος 4% και γλυκερίνης σε αναλογία 1 : 1. Η μάσηση μαστίχας προάγει την έκκριση του σιέλου και διατηρεί το στόμα υγρό.⁴³

- **ΕΜΕΤΟΣ** : Ο έμετος και η ναυτία είναι συνήθη συμπτώματα μετά από γενική νάρκωση και σπάνια διαρκούν πέραν των 24 ωρών από την απονάρκωση του ασθενούς. Τα αίτια της ναυτίας και του εμέτου μπορεί να είναι :

- Η συλλογή υγρών στο στομάχι πριν αρχίσει ο περισταλτισμός του εντέρου.

- Η διάταση της κοιλίας λόγω των χειρισμών που έγιναν στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση.

- Η χορήγηση μορφίνης, διότι σε μερικά άτομα προκαλεί έμετος.^{41, 43}

Εάν ο ασθενής έχει έμετος ο/η νοσηλεύτης-τρια τοποθετεί το κεφάλι του προς τα πλάγια και του προμηθεύει το νεφροειδές, το οποίο αποσύρει αμέσως μετά τον έμετο, διότι η παραμονή του κοντά στον άρρωστο προκαλεί επιπρόσθετη ναυτία και έμετο.

Μετά από κάθε έμετο πρέπει το στόμα του αρρώστου να πλένεται με λίγο νερό και να διατηρούνται καθαρά τα κλινοσκεπάσματα. Σε συνεχιζόμενους έμετους δυνατό να γίνει διασωλήνωση στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. Έτσι, απαλλάσσεται ο ασθενής από τα πλεονάζοντα υγρά του στομάχου.

Τα έχοντα σχέση με τους έμετους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων κ.λ.π.) πρέπει να αναγράφονται στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς.³⁹

Επιπλέον για την αντιμετώπιση του έμετου :

- Γίνεται έλεγχος αν ο άρρωστος είναι ευαίσθητος στη μορφίνη.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές για να αποβάλλει το αναισθητικό φάρμακο.
- Πίεση στην περιοχή του τραύματος κατά τον έμετο για την πρόληψη ρήξεως των ραμμάτων.
- Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση μετεωρισμού κοιλίας και λόξυγγα που συχνά δηλώνουν κατακράτηση γαστρικών υγρών και υποψία παραλυτικού ειλεού.⁴¹
- Διάταση εντέρου (μετεωρισμός ή τυμπανισμός κοιλίας)^{39, 41}

Κατά την δυσχέρεια αυτή γίνεται συσσώρευση αερίων στο παχύ έντερο.

ΑΙΤΙΑ είναι :

- Η κατάργηση του περισταλισμού του εντέρου από τους χειρισμούς στα ενδοκοιλιακά όργανα κατά την επέμβαση και από την επίδραση του αναισθητικού.^{41, 43}
- Ελλειψη διατροφής μετά την εγχείρηση.
- Κατάποση αέρα και συγκέντρωσή του στον γαστρεντερικό σωλήνα. Η κινητικότητα του παχέως εντέρου μειώνεται για 3-5 ημέρες ενώ του λεπτού εντέρου αποκαθίσταται το πρώτο 24ωρο.⁴¹
- Ανεπαρκής καθαριότητα του εντερικού σωλήνα κατά την προεγχειρητική ετοιμασία (σήψη κοπράνων που απέμειναν και δημιουργία αερίων από τη σήψη).³⁹

Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα προεγχειρητικά για προληπτικούς λόγους.^{41, 43}
- Χορήγηση χαμηλού υποκλυσμού και σύσταση στον άρρωστο να μετακινηθεί στο κρεβάτι ή να σηκωθεί για την υποβοήθηση της κινητοποίησης του εντέρου.
- Διάταση κύστεως (επίσχεση ούρων)⁴¹

Η κατακράτηση των ούρων μπορεί να συμβεί μετά από κάθε εγχείρηση κόλου και ορθού.

ΑΙΤΙΑ μπορεί να είναι τα εξής :

- Σπασμός του σφιγκτήρα της ουρήθρας.^{41, 43}
- Ακίνησία του αρρώστου. Λόγω έλλειψης, μυϊκής δραστηριότητας μειώνεται και ο τόνος των λείων μυών επομένως και της κύστεως.
- Η υπτία θέση μειώνει τη δυνατότητα χαλάρωσης των μυών του περινέου και του έξω σφιγκτήρα της κύστεως.⁴¹

Η Νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

- Φροντίδα για να επιτευχθεί πρώτα η φυσιολογική ούρηση με φυσικά μέσα και κατόπιν επιχειρείται καθετηριασμός κύστεως, διότι υπάρχει ο κίνδυνος της ουρολοίμωξης.

Φυσικά μέσα που μπορεί να επιδράσουν είναι :

- Η χορήγηση υγρών.
- Το άνοιγμα της βρύσης. Ο θόρυβος του τρεχούμενου νερού επηρεάζει αντανακλαστικά την ουρήθρα.
- Η έγερση του αρρώστου σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και αν επιτρέπεται η βάδιση.
- Το χύσιμο χλιαρού νερού στο περίνεο, διότι προκαλεί μυϊκή χαλάρωση.⁴¹
- Ανησυχία - δυσφορία. Αιτία που προκαλούν την ανησυχία και τη δυσφορία είναι :
 - Βρεγμένο επιδεσμικό υλικό του τραύματος.
 - Πόνος, λόξυγκας, δίψα, επίσχεση ούρων.
 - Τυμπανισμός (μετεωρισμός) κοιλίας.
 - Αϋπνία, θόρυβοι του περιβάλλοντος.^{41, 43}

Η νοσηλευτική φροντίδα έγκειται στον :

- Έλεγχο των παροχετεύσεων αν λειτουργούν σωστά και στην αλλαγή του τραύματος αν κρίνεται αναγκαίο.
- Διάλογο με τον άρρωστο. Ίσως η αυτοέκφραση καταστείλει την ανησυχία του.
- Στην φροντίδα για την κένωση της ουροδόχου κύστεως.

- Αντιμετώπιση του τυμπανισμού.
- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος χωρίς θορύβους.
- Ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο.⁴¹
- **Δυσκοιλιότητα.** Αίτια: Ο ερεθισμός ή τραυματισμός του εντέρου κατά την επέμβαση, τοπική φλεγμονή, περιτονίτιδα. Η δυσκοιλιότητα ημερών μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση κοπράνων - κοπρόσταση.
 Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου έγκειται στην :
 - Έγκαιρη έγερση για την αύξηση του περισταλισμού του εντέρου.
 - Λήψη υγρών που προάγει την ενυδάτωση του οργανισμού και διατηρεί το περιεχόμενο του εντέρου μαλακό.
 - Χορήγηση τροφής προοδευτικά, που αυξάνει τον περισταλισμό, όπως τροφές που αφήνουν υπόλειμμα.
 - Αν πριν την εγχείριση είχε δυσκοιλιότητα και έπαιρνε υπακτικά επαναφορά στο αρχικό πρόγραμμα το συντομότερο δυνατόν.^{41, 43}

3.5. ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- **Γαστροπληγία.** Μπορεί να παρουσιάσει ο άρρωστος τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες πριν αποκατασταθεί η περισταλτικότητα του εντέρου. Μεγάλες ποσότητες υγρών και ηλεκτρολυτών παγιδεύονται στο στομάχι. Ο άρρωστος παρουσιάζει εικόνα Shock και επι πλέον απότομο εμετο και επιγαστρική δυσφορία.

Η νοσηλευτική φροντίδα επιτυγχάνεται με γαστρική αναρρόφηση, αναπλήρωση υγρών και ηλεκτρολυτών και συμπτωματική αγωγή.⁴¹

- **Παραλυτικός ειλεός.** Είναι η παρατεταμένη διάταση του εντέρου και στομάχου, ένεκα συγκεντρώσεως σ'αυτά υγρών και αερίων³⁹. Έτσι το εντερικό περιεχόμενο δεν προωθείται γιατί μειώνεται ή παύει ο εντερικός περισταλισμός.⁴¹

Εδώ τα χρησιμοποιούμενα μέσα, τόσο για τον μετεωρισμό όσο και για τη διάταση του στομάχου, συνήθως δεν φέρνουν αποτέλεσμα, οπότε συνιστάται η διασωλήνωση του εντέρου με το σωλήνα Muller - Abbott, ο οποίος συνδέεται με συνεχή αναρρόφηση. Η εφαρμογή του Muller - Abbott συνήθως επιφέρει καλά αποτελέσματα.³⁹

- **Δόξιγκας.** Παρουσιάζεται συχνά μετά από ενδοκοιλιακές επεμβάσεις. Είναι ένας διαλείπων σπασμός του διαφράγματος που οφείλεται σε ερεθισμό του φρενικού νεύρου, που νευρώνει το διάφραγμα. Έμμεσοι ερεθισμοί του

φρενικού νεύρου είναι η γαστρική διάταση, εντερική απόφραξη, ενδοκοιλιακή αιμορραγία αλλά και οι υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.^{41,43} Αντιμετωπίζεται με πολύ κρύο ή ζεστό νερό με πολύ προσοχή να μην πνιγεί ο άρρωστος την ώρα του λόξιγκα, καθώς και φάρμακα, όπως largactail και rimpregan.⁴¹ Πρέπει να απομακρυνθεί η αιτία που προκαλεί το λόξιγκα κι αυτό γίνεται με αναρρόφηση στομάχου, εντέρου, βράχυνση ή αφαίρεση σωλήνων παροχέτευσης.⁴³

4.1. ΠΑΡΑ ΦΥΣΙΝ ΕΔΡΑ - ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

α) Ορισμός

Παρά φύσιν έδρα είναι ο σχηματισμός τεχνητής έδρας όταν η φυσιολογική δεν μπορεί να λειτουργήσει.³⁹

Εμφανίζεται με δύο μορφές:

α) την ειλεοστομία, κατά την οποία διά χειρουργικής επέμβασης ανοίγεται ο ειλεός και παροχετεύεται το περιεχόμενό του προς τα κοιλιακά τοιχώματα και

β) κολοστομία κατά την οποία ανοίγεται το κόλον (Π.Ε.) και δημιουργείται στόμιο στα κοιλιακά τοιχώματα, διά χειρουργικής επέμβασης προς παροχέτευση του περιεχομένου του.^{23,32,39,41}

β) Είδη Κολοστομίας

Η τεχνική εκστόμωση του Π.Ε. μπορεί να είναι προσωρινή ή μόνιμη.¹¹ Η κολοστομία γίνεται για τη μόνιμη ή παροδική αλλαγή της κατεύθυνσης αποβολής των κοπράνων.

- Σε φλεγμονή ή τραυματισμό περιοχής του Π.Ε.³²
- Σε απόφραξη λόγω σχηματισμού όγκου του Π.Ε.^{32,39}
- Σε αφαίρεση του ορθού.³²
- Όταν ο σφιγκτήρας δεν επαρκεί.⁴⁴

Πιο ειδικά το προσωρινό κολοστόμιο γίνεται για την αντιμετώπιση φλεγμονώδους επεξεργασίας ή τραυματικής βλάβης του Π.Ε. Το στόμιο επιτρέπει το περιφερικό μέρος του Π.Ε., που πάσχει, να θεραπευτεί, με τον περιορισμό της λειτουργικότητάς του στο ελάχιστον. Το μόνιμο κολοστόμιο συνήθως γίνεται σε Ca Π.Ε.^{11,32}

Επιπλέον τα είδη των κολοστόμιων ταξινομούνται σύμφωνα με την ανατομική εντόπισή τους, η οποία επηρεάζει το χαρακτήρα της κοπρανώδους απέκκρισης, τις ανάγκες του αρρώστου και τη φροντίδα του στομίου.

Όσο πιο κοντά στο σιγμοειδές είναι το στόμιο τόσο πιο σχηματισμένη και καλύτερα ελεγχόμενη είναι η κένωση.³²

Τα είδη των κολοστόμιων ανάλογα με την ανατομική τους εντόπιση είναι τα πιο κάτω:

- Ανιόν κολοστόμιο (εικ. 4). Το απέκκριμα είναι υδαρές.^{23,32,41} Περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες και είναι απαραίτητη η προστασία του περιστομιακού δέρματος για την πρόληψη ερεθισμού του.^{23,32}

Η κακοσμία αποτελεί πρόβλημα και η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι δυνατή.³² Κατάλληλο υλικό είναι ο αποχετευόμενος σάκος, προτιμότερο με δακτύλιο από ρητίνη καράγια.²³

- Εγκάρσιο κολοστόμιο (εικ. 4). Το απέκκριμα είναι κάκοσμο και πολτώδες, περιέχει πεπτικά ένζυμα και ηλεκτρολύτες, ενώ η προστασία του περιστομιακού δέρματος είναι απαραίτητη για την πρόληψη ερεθισμού του. Η ρύθμιση της κένωσης του εντέρου δεν είναι πολύ εύκολη.^{23,32} Ο ασθενής σχεδόν με βεβαιότητα, θα χρειάζεται σάκο όλο τον καιρό.²³ Το εγκάρσιο κολοστόμιο έχει 3 είδη, ως προς την κατασκευή του.

1. Η διπλού αυλού έχει δύο στόμια, ένα ενεργό, το κεντρικό και ένα ανενεργό, το περιφερικό. Είναι συνήθως παροδική. Το ενεργό στόμιο βγάζει τα κόπρανα έξω, παρακάμπτοντας βλάβη ή φλεγμονή του κατώτερου κόλου. Το ανενεργό στόμιο διατηρεί το άνοιγμα του παρακαμπτόμενου τμήματος του εντέρου ώσπου να γίνει η επούλωση και αποβάλλει βλέννα.^{23,32} Τότε κλείνεται η κολοστομία και το έντερο επανασυνδέεται με λαπαροτομία.^{23,41}

2. Η ελικοειδής κολοστομία έχει ένα στόμιο το οποίο δημιουργείται από το τελευταίο μέρος του κεντρικού κόλου (εικ. 4). Το περιφερικό ή αφαιρείται, οπότε έχουμε μόνιμο κολοστόμιο ή κλείνεται και σταθεροποιείται στο περιτόναιο οπότε έχουμε προσωρινό κολοστόμιο.^{32,41}

3. Το αγκυλωτό κολοστόμιο γίνεται στο εγκάρσιο κόλο και είναι παροδικό, παραμένει ανοικτό από 8 έως 9 μήνες και εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση απόφραξης. Στο κολοστόμιο αυτό μιά αγκύλη του εγκάρσιου κόλου φέρεται έξω από τα κοιλιακά τοιχώματα για να δημιουργηθεί ένα στόμιο με δύο ανοίγματα. Το κεντρικό άνοιγμα αποβάλλει κόπρανα, ενώ το περιφερικό βλέννη από το ανενεργό μέρος του Π.Ε.

- Κατιόν ή σιγμοειδοκολοστόμιο (εικ. 4).

Συχνά ονομάζονται «στεγνές» κολοστομίες, γιατί αν και δεν υπάρχει εκούσιος έλεγχος, το κόλο μπορεί να παραγάγει σχηματισμένα κόπρανα, σε σχέση με το απέκκριμα που παράγει το ανιόν και εγκάρσιο κόλο.^{23, 32} Όσο πιο κάτω είναι το κολοστόμιο τόσο πιο στερεό είναι το απέκκριμα και εκμηδενίζεται η απώλεια ενζύμων και ηλεκτρολυτών. Η κένωση από το σιγμοειδοκολοστόμιο έχει φυσιολογική υφή και είναι δυνατή η ρύθμιση της συχνότητάς της. Τα άτομα με σιγμοειδοκολοστόμιο δεν χρειάζεται να χρησιμοποιούν συνέχεια σάκο συλλογής του απεκκρίματος, και η κακοσμία ελέγχεται.³²

γ) Επιπλοκές και προβλήματα της κολοστομίας-

Νοσηλευτική παρέμβαση

Όταν βλέπει κανείς μία κολοστομία, βλέπει το βλεννογόνο του εντέρου, ο οποίος μοιάζει με τον βλεννογόνο του στόματος. Είναι ζεστός και υγρός και όταν τον ακουμπήσουμε μπορεί να εμφανίσει μερικές σταγόνες αίματος.¹¹

Η κολοστομία είναι απλή επέμβαση, η οποία παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα και επιπλοκές όπως αναλύονται στη συνέχεια:

Τα νοσηλευτικά προβλήματα μίας κολοστομίας περιλαμβάνουν:

1. Τραύμα - μόλυνση (σε κοιλιοπερινεϊκή επέμβαση). Τα αίτια είναι:

- εκτεταμένο τραύμα.
- παρουσία μικροβίων και παροχτευτικών υγρών.
- δυσκολία ελέγχου του τραύματος λόγω θέσεως.
- πόνος, οίδημα.

Η νοσηλευτική αντιμετώπιση συνιστάται:

- στην παρακολούθηση του τραύματος για πιθανή αιμορραγία.
- στη σύσταση εδρόλουτρων σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- παρακολούθηση χρώματος, οσμής και ποσότητας υγρών παροχέτευσης.
- αλλαγή του επιδεσμικού υλικού.
- τήρηση άσηπτης τεχνικής στις αλλαγές.
- εξασφάλιση άνετης θέσης στον άρρωστο.

2. Κακοσμία. Αυτή οφείλεται σε αποβολή του περιεχομένου του εντέρου και σε κάκωμα αέρια από τη λήψη τροφών.

Γι' αυτό συστήνονται ειδικοί σάκοι κολοστομίας με φίλτρο διαφυγής αερίων.⁴¹

3. Δερματίτιδα. Γύρω από το στόμιο. Οφείλεται σε ερεθιστικά υγρά του εντέρου, κακή τοποθέτηση του σάκου, πλημμελής καθαριότητα, ακατάλληλο υλικό, ευαισθησία δέρματος. Αντιμετωπίζεται κατάλληλα με συχνό έλεγχο του δέρματος για ερεθισμό, αποφυγή της επικόλλησης του σάκου πάνω στην περιοχή της δερματίτιδας, καλή καθαριότητα με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι, αν και το σαπούνι από μερικούς αντενδείκνυται γιατί είναι αλκαλικό και εξαφανίζει την ικανότητα του δέρματος για φυσική προστασία.^{11, 41}

- Χρησιμοποιείται μία από τις ειδικές κρέμες που υπάρχουν.

4. Άγχος, ανησυχία οφείλονται στην αλλαγή της λειτουργίας του σώματος που απαιτεί προσαρμογή στη νέα κατάσταση.^{32, 41}

- Απαιτείται ενίσχυση του αρρώστου ψυχολογικά. Βοήθεια του να αρχίσει να μετέχει στη νοσηλεία του, να εξοικιωθεί και να αναλάβει μόνος του την αυτοφροντίδα του.⁴¹

5. Εισολκή. Είναι βαρύτερη επιπλοκή, ιδιαίτερα όταν ελκωθεί η επιφάνεια του άκρου του εντέρου προς την περιτοναϊκή κοιλότητα. Αίτια είναι η παχυσαρκία, ανάπτυξη παραλυτικού ή αποφρακτικού ειλεού μετεγχειρητικά, अपαρασκευάστο έντερο που περιέχει κοπρανώδες μάζες, ισχαιμία και γάγγραινα του τμήματος του εντέρου που έχει εξωτερικευθεί. Η θεραπεία συνιστάται στην πρόληψη των παραγόντων που μπορούν να προληφθούν. Σε εισολκή συνιστάται επανεγχείρηση και κατασκευή νέας κολοστομίας.

6. Διάτρηση. Αίτια: Τραυματισμός του εντέρου με το ρύγχος της συσκευής των υποκλυσμών. Μπορεί να προκληθεί περιτονίτιδα. Θεραπεία: Αντιμετώπιση της περιτονίτιδας, χειρουργική διόρθωση.

7. Περικολική φλεγμονή ή απόστημα. Αίτια: Επιμόλυνση από τα υγρά και το περιεχόμενο της κολοστομίας.

Θεραπεία: Αντιβίωση και παροχέτευση της πυώδους συλλογής.

8. Συρίγγιο. Αίτια: Κακή τεχνική των ραφών.

Θεραπεία: Κλείνει μόνο του ή επεμβαίνουμε χειρουργικά.

9. Στένωση. Αίτια: Αποδίδεται σε φλεγμονή. Ο άρρωστος μπορεί να παραπονείται για δυσκοιλιότητα.

Θεραπεία: Διαστολές προσωρινά, χειρουργική επέμβαση.

10. Κήλη - Πρόπτωση. Αίτια: Αποδίδονται σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Στα παιδιά δε κατά το κλάμα λόγω ελλειπούς ανάπτυξης των κοιλιακών μυών.

Θεραπεία: Στην κήλη αρχικά σε ελαφρά ενοχλήματα χρήση ζώνης ή χειρουργική διόρθωση η οποία εφαρμόζεται και στην πρόπτωση.⁴¹

4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟ ΜΕ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΑ

α) Βιολογική Υποστήριξη - Νοσηλευτική φροντίδα στομίου

Βασικό μέρος της μετεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς είναι η περιποίηση της «παρά φύσιν έδρας». Η περιποίηση γίνεται κατά τα πρώτα 24ωρα άσηπτα, παρά το γεγονός ότι το τραύμα είναι σηπτικό, ένεκα του γεμάτου μικρόβια περιεχομένου του Παχέος Εντέρου. Μετά την επούλωση του τραύματος η αλλαγή της «παρά φύσιν έδρας» γίνεται με καθαρά όχι όμως αποστειρωμένα αντικείμενα. Το δέρμα γύρω από τη στομία προς

αποφυγή ερεθισμού από τα εντερικά υγρά προφυλάσσεται με τοποθέτηση σ' αυτό προστατευτικής αλοιφής ή stomachsive. Την ώρα της αλλαγής ο ασθενής προστατεύεται από τα βλέμματα του περιβάλλοντος με την τοποθέτηση παραβάν και την απομάκρυνση των επισκεπτών από το θάλαμο. Πρέπει να αποφεύγονται οι μορφασμοί, οι οποίοι δείχνουν δυσαρέσκεια της νοσηλεύτριας για το είδος της εκτελούμενης εργασίας.³⁹

Η κολοστομία αλλάζεται, όταν υπάρχει ανάγκη αλλαγής, δηλ. όταν ο σάκος γεμίσει ως τη μέση και πάντα μισή ώρα προ του φαγητού.^{23, 39}

Αποσμητικές κρέμες ή spray μπορούν να χρησιμοποιηθούν την ώρα της αλλαγής για εξουδετέρωση της κακοσμίας.³⁹

1. Εκτίμηση του Αρρώστου

Ο νοσηλευτής,

1. Αξιολογεί το νοσηλευτικό ιστορικό του αρρώστου και δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις συνήθειες ή και τα προβλήματα κένωσης του εντέρου κατά το παρελθόν.

2. Εκτιμά τη φυσική κατάσταση του αρρώστου.

3. Εκτιμά τη θρέψη του αρρώστου, το βαθμό του περιορισμού της άνεσής του και την παρουσία συμπτωμάτων.

4. Εκτιμά την ύπαρξη σημείων διαταραχής ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών.

5. Αξιολογεί την κένωση. Ειδικότερα σημειώνει την παρουσία αίματος, τη φύση (διαρροϊκή, πολτώδης ή σχηματισμένη).

6. Εκτιμά την κατάσταση του βλεννογόνου του στομίου, κυρίως, όταν υπάρχει διάρροια.

7. Εκτιμά την κατάσταση του περιστομιακού δέρματος.

8. Εκτιμά την κατάσταση της περιοχής του πρωκτού.

9. Αξιολογεί, αν ο άρρωστος έχει αποδεχθεί το κολοστόμιο και το βαθμό της αποδοχής του.

10. Εκτιμά αν το άμεσο περιβάλλον έχει αποδεχθεί την αλλαγή του σωματικού ειδώλου του αρρώστου και τον ίδιο τον άρρωστο στη νέα του κατάσταση.

11. Εκτιμά τις ανάγκες του αρρώστου για ενημέρωση και εκπαίδευσή του σχετικά με τη νέα του κατάσταση.

Επίσης αξιολογεί τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει και τον τρόπο αντιμετώπισής τους.

12. Εκτιμά αν ο άρρωστος και το άμεσό του περιβάλλον είναι έτοιμα, για να λάβουν ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα του κολοστόμιου.

13. Εκτιμά, αν και τι γνωρίζει ο άρρωστος για τις συσκευές κολοστομίου που χρησιμοποιούνται.

2. Αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Ο νοσηλευτής καλείται,

1. Να γνωρίζει τον άρρωστο σαν άτομο και μέλος της οικογένειάς του με τα προσωπικά του προβλήματα και τις ανάγκες του.

2. Να παρατηρεί το στόμιο για αλλαγή στο χρώμα, τη διάμετρο και τη συνέχεια του βλενογόνου.

3. Να διατηρεί το περιστομιακό δέρμα καθαρό και να προλαμβάνει ερεθισμό και λύση της συνέχειάς του.

4. Να βοηθάει τον άρρωστο στη μείωση του άγχους που δημιουργούν οι νέες του συνθήκες για την ταχύτερη αποκατάστασή του.

5. Να βοηθήσει τον άρρωστο να πιστέψει πως με την έξοδό του από το νοσοκομείο δεν θα είναι πλέον άρρωστος, θα είναι σε θέση να φροντίζει υπεύθυνα το κολοστόμιο και να καλύπτει όλες τις νέες του ανάγκες.

6. Να αντιμετωπίζει τον άρρωστο με τα προβλήματά του και να τον υποβασιμάζει στην προσπάθειά του να αποδεχθεί το κολοστόμιο και να μάθει πως να ζει με αυτό.

7. Να βοηθήσει τον άρρωστο στη διεργασία της προσαρμογής του στο αλλαγμένο σωματικό του είδωλο.

8. Να ενθαρρύνει την έγκαιρη συμμετοχή του αρρώστου και των μελών της οικογενείας του στη φροντίδα του κολοστόμιου.

9. Να βοηθήσει τον άρρωστο να έχει σταθερή καθημερινά κένωση του εντέρου με πλύση του κολοστομίου και ρύθμιση του διαιτολογίου.

10. Να ενημερώσει τον άρρωστο πως θα περιορίσει τα αέρια και την κακοσμία.

11. Να βοηθήσει τον άρρωστο με κολοστόμιο να επιστρέψει στην κοινωνία ενεργό μέλος όπως και πριν.

12. Να ενημερωθεί για το είδος του στομίου και τη θέση του στην κοιλία.

13. Να ενημερωθεί για τις οδηγίες του χειρουργού αναφορικά με την περιποίηση του στομίου.

14. Το μέγεθος, την κατάσταση του στομίου και του περιστομιακού δέρματος.

15. Τη φύση, τα χαρακτηριστικά και τον όγκο της κένωσης.

16. Το μέγεθος της συσκευής κολοστομίου που χρησιμοποιείται.

17. Το πρόγραμμα διδασκαλίας του αρρώστου για το τι πρέπει να μάθει ο άρρωστος σχετικά με την αυτοφροντίδα του στομίου.³²

3. Προετοιμασία υλικού για την φροντίδα της κολοστομίας.

Πάνω σε καθαρό τροχήλατο τοποθετείται το υλικό:

- ένα set αλλαγής
- φυσιολογικός ορός Phisohex
- κάψα με τολύπια βαμβακιού και χαρτοβάμβακα
- συσκευή κολοστομίου
- προστατευτικό υλικό για το περιστοματικό δέρμα π.χ. skin-gel
- πάστα karaya ή stomahesive για την εφαρμογή της συσκευής
- σάκος πλαστικός για τη συλλογή του χρησιμοποιημένου υλικού μίας χρήσης.
- νεφροειδές
- τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών
- σαπούνι, τρίφτης, κανάτα με νερό και λεκάνη
- γάντια μίας χρήσεως.
- παραβάν.^{23, 32}

4. Εφαρμογή της Νοσηλείας.

«Νοσηλευτή, μην ξεχνάς ποτέ πως αισθήματα αποδοχής, κατανόησης, οίκτου, αποστροφής, απόρριψης που δοκιμάζεις κατά την εφαρμογή της νοσηλείας αυτής, γίνονται αντιληπτά στον άρρωστο και πρέπει να είσαι σε θέση να τα ελέγχεις».

Οι νοσηλευτικές ενέργειες περιλαμβάνουν:

1. Ενημέρωση του αρρώστου για την επικείμενη έναρξη της νοσηλείας και αποδοχή της ευκαιρίας να απαντηθούν ερωτήσεις ώστε να ξεπεράσει το άγχος που πιθανόν να έχει. Η κατανόηση των όσων θα γίνουν, βοηθάει στη μείωση της ψυχικής έντασης της ανησυχίας και του άγχους και εξασφαλίζει τη συνεργασία με τον άρρωστο.

2. Μεταφορά του υλικού στο χώρο εφαρμογής της νοσηλείας, απομάκρυνση των επισκεπτών και τοποθέτηση παραβάν γύρω από το κρεβάτι του αρρώστου. Έτσι προλαμβάνονται άσκοπες διακοπές της νοσηλείας, προστατεύεται ο άρρωστος από την παρουσία επισκεπτών και εξασφαλίζεται κατά το δυνατόν η μόνωση του αρρώστου κατά την κένωση του εντέρου, όπως φυσιολογικά αυτό εξασφαλίζεται από το κάθε άτομο, όταν έχει κένωση.

3. Πλύσιμο των χεριών, ώστε να προστατεύεται ο άρρωστος από μολύνσεις και να αυξάνεται η ψυχολογική του άνεση.

4. Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση (ύπτια, ελαφρώς ανάρροπη). Αν χρειάζεται, μπορεί να παρακολουθήσει τη διαδικασία της φροντίδας του κολοστομίου του. Αυτό θα τον βοηθήσει να αναλάβει υπεύθυνα τη φροντίδα του.

5. Τοποθέτηση τετράγωνου αδιάβροχου αλλαγών κάτω από το σώμα, στην περιοχή που αντιστοιχεί το στόμιο. Έτσι προστατεύονται τα λευχεύματα κατά τη διάρκεια της περιποίησης του κολοστομίου.

6. Τοποθέτηση γαντιών, γιατί προστατεύουν τα χέρια από τα μικρόβια των κοπράνων και των υγρών του σώματος.

7. Αποκάλυψη της περιοχής του στομίου και αφαίρεση όλης της συσκευής ή μόνο του σάκου. Στην 1η περίπτωση γίνεται αποκόλληση της συσκευής με το ένα χέρι, ενώ με το άλλο ασκείται ελαφρά πίεση στο δέρμα. Έτσι περιορίζεται ο τραυματισμός του δέρματος.

8. Απομάκρυνση τυχόν κοπράνων ή βλέννας από το στόμιο με στεγνό χαρτοβάμβακο ή γάζα, γιατί μπορεί να γίνει επισκόπηση του στομίου και του περιστομιακού δέρματος.

9. Τοποθέτηση του πιο πάνω υλικού, τυλιγμένου στον πλαστικό σάκο αχρήστων ώστε να περιορίζεται η ρύπανση υλικού, η κακοσμία, το δυσάρεστο θέαμα.

10. Τοποθέτηση του νεφροειδούς κάτω από το στόμιο σε επαφή με το σώμα, ώστε να δεχθεί τυχόν κένωση που θα έχει ο άρρωστος κατά το διάστημα της φροντίδας του κολοστομίου.

11. Αξιολόγηση του στομίου για οίδημα, έντονη ερυθρότητα, κυάνωση, εξέλκωση και άλλα ασυνήθη σημεία. Το νέο στόμιο είναι οιδηματώδες, μειώνεται όμως το οίδημα και το στόμιο παίρνει φυσιολογικές διαστάσεις σε περίοδο 2-3 εβδομάδων από την εγχείρηση. Ακόμη το στόμιο υπόκειται στον κίνδυνο νέκρωσης κατά τις πρώτες μετεγχειρητικές εβδομάδες.

12. Αξιολόγηση το περιστομιακού δέρματος για ερυθρότητα, ερεθισμό, εξέλκωση και άλλα ασυνήθη σημεία καθώς και την κατάσταση ραφής. Η ερυθρότητα ή ο ερεθισμός οφείλεται σε τοπική αλλεργική αντίδραση του δέρματος στα υλικά που χρησιμοποιούνται για την φροντίδα του, στα ένζυμα και τα οξέα του εντερικού υγρού, στην ανεπαρκή φροντίδα του περιστομιακού δέρματος κ.α.

13. Αξιολόγηση της ποσότητας και της φύσης του υλικού που βγήκε από το στόμιο. Επιτυγχάνεται, μ'αυτόν τον τρόπο έγκαιρη διαπίστωση τυχόν

ανώμαλης απεκκριματικής λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα, απώλειας υγρών και ηλεκτρολυτών.

14. Καθαρισμός του περιστοματικού δέρματος με ζεστό νερό γιατί προάγεται η καθαριότητα, προλαμβάνεται ο ερεθισμός του δέρματος και η κακοσμία, και ο άρρωστος αισθάνεται πιά άνετα.

15. Στέγνωμα του δέρματος με μαλακή πετσέτα γιατί η κολλητική επιφάνεια της νέας συσκευής στο στεγνό δέρμα θα έχει καλή επαφή και έτσι προάγεται η άνεση του αρρώστου.

16. Μέτρηση του μεγέθους του στόμιου της συσκευής με οδηγό, αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί νέα συσκευή. Το κατάλληλο μέγεθος του στόμιου της συσκευής είναι αυτό που έχει περίμετρο 0,3cm μεγαλύτερη αυτής του κολοστόμιου. Το μικρότερο στόμιο θα ερεθίσει το κολοστόμιο, ενώ το μεγαλύτερο θα αφήσει ακάλυπτο δέρμα το οποίο υπόκειται στον ερεθισμό από το αποβαλλόμενο περιεχόμενο του εντέρου.

17. Ανοίγεται το set αλλαγής και με λαβίδα γίνεται καθαρισμός του στόμιου, με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο στην περιφέρεια, χρησιμοποιώντας rhisohex και ισότονο διάλυμα χλωριούχου νατρίου. Μετά την επούλωση του τραύματος και την προσαρμογή του βλεννογόνου του στόμιου στη νέα περιβαλλοντική συνθήκη (έξω από την περιτοναϊκή κοιλότητα) και εφόσον η κατάστασή του είναι καλή, η καθαριότητα του στόμιου, προηγείται της καθαριότητας του περιστοματικού δέρματος και γίνεται με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό.

18. Τοποθέτηση προστατευτικού υλικού όπως skin gel στο δέρμα, αν είναι ερεθισμένο από το περιεχόμενο του εντέρου.

19. Κάλυψη των δερματικών πτυχών του περιστοματικού δέρματος με πάστα karaya, για να προλαμβάνεται η διαρροή του περιεχομένου της συσκευής.

20. Αφαίρεση των γαντιών.

21. Αφαίρεση του προστατευτικού χαρτιού από το κεντρικό τμήμα της κολλητικής επιφάνειας της συσκευής και τοποθέτηση του κέντρου του ανοίγματος στο κέντρο του στόμιου. Όλο το κολοστόμιο τοποθετείται μέσα στο στόμιο της συσκευής. Ο άρρωστος χρησιμοποιεί συσκευή, μέχρις ότου η κένωση από το κολοστόμιο ελέγχεται ικανοποιητικά.

22. Εφαρμογή πρώτα του κάτω μέρους της κολλητικής επιφάνειας ασκώντας σταθερή πίεση προς τα κάτω και έξω προλαμβάνοντας έτσι τη δημιουργία πτυχών στο δέρμα και στην αυτοκόλλητη επιφάνεια. Κατά τον ίδιο τρόπο εφαρμόζεται και το πάνω μέρος ασκώντας πίεση γύρω από το στόμιο.

23. Αν χρειάζεται εφαρμόζεται ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου, με τη μαλακή επιφάνεια σε επαφή με το δέρμα, για να ακινητοποιηθεί η συσκευή στο σώμα του αρρώστου.

24. Απομακρύνεται το νεφροειδές και το τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών.

25. Τοποθέτηση του αρρώστου σε ξεκούραστη θέση και απομάκρυνση του υλικού που χρησιμοποιήθηκε ώστε να περιορίζονται οι εστίες που προκαλούν δυσοσμία.

26. Πλύσιμο των χεριών. Καταγραφή της νοσηλείας.³²

β) Ψυχολογική - Κοινωνική υποστήριξη ασθενούς

1. Παράγοντες που καθορίζουν την ψυχολογία του ασθενούς

Οι παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν τη βαρύτητα της ψυχολογικής αντίδρασης μετά από μία κολοστομία καθορίζονται σε: Α) γενικούς και Β) ειδικούς.

Σαν γενικοί παράγοντες είναι:

1. Η κολοστομία αυτή καθεαυτή και
2. Η υποκείμενη νόσος η οποία οδήγησε στην κολοστομία.

Η κολοστομία αυτή καθεαυτή μπορεί να είναι:

- α) προσωρινή,
- β) μόνιμη (εφ'όρου ζωής).

α) Η προσωρινή κολοστομία μπορεί να διατηρηθεί για μερικούς μήνες και στη συνέχεια να αποκατασταθεί με τελικοτελική αναστόμωση του κεντρικού τμήματος του εντέρου και του περιφερικού τμήματος (κολοβώματος) του πρωκτο-ορθο-σιγμοειδούς κόλου που είχε μείνει μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα μετά το χειρουργείο. Για παράδειγμα μία οξεία εντερική ισχαιμία και νέκρωση μετά από εμβολή της άνω μεσεντερίου αρτηρίας θα οδηγήσει σε επείγουσα εγχειρητική αντιμετώπιση χωρίς προηγουμένως να υπάρχει χρόνος για αποστείρωση του παχέος εντέρου από τα μικρόβια.

Η προσωρινή κολοστομία έχει ψυχολογικά και λειτουργικά πολύ καλύτερη πρόγνωση από τη μόνιμη γιατί ο ασθενής γνωρίζει ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα θα αποκατασταθεί.

β) Μόνιμη κολοστομία, εφ'όρου ζωής μετά τη χειρουργική επέμβαση. Μόνιμη κολοστομία γίνεται ανεξαρτήτως από την υποκείμενη νόσο ή από τη δυνατότητα της προεγχειρητικής εντερικής αποστείρωσης (με LEVIN

φυσιολογικό ορό και αντιβιοτικά). Πραγματοποιείται μόνο όταν το περιφερικό κολόβωμα είναι κάτω από 5-10εκ.

Η μόνιμη κολοστομία έχει χειρότερη (ψυχολογική) πρόγνωση και οδηγεί πιο συχνά σε αντιδραστική κατάθλιψη.

2. Υποκείμενη νόσος. Μπορεί να είναι:

i) χρόνια νόσος και

ii) οξεία νόσος η οποία δεν ακολουθεί τον ασθενή εφόρου ζωής, έχει λιγότερο στρεσογόνο επίδραση στην ψυχολογία του και άρα και καλύτερη πρόγνωση (δεν οδηγεί σε κατάθλιψη) από,τι μία χρόνια νόσος. Η χρόνια νόσος η οποία ακολουθεί τον ασθενή εφόρου ζωής θα μπορούσε να είναι χρόνια καλοήθης (π.χ. φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, νόσος του Chron), ή χρόνια κακοήθης η οποία μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Πιο βαριά πρόγνωση έχει η χρόνια νόσος απ' ό,τι η οξεία και χειρότερη η χρόνια κακοήθης γιατί ο ασθενής αγωνιά για την πιθανή εμφάνιση μεταστάσεων.

B. Ειδικοί παράγοντες:

1. Ηλικία,

2. Οικογενειακή κατάσταση και

3. Φύλο.

Σε νέα ηλικία η πρόγνωση είναι πολύ πιο βαριά, και οδηγεί πολύ συχνά σε βαριά κατάθλιψη. Σαν νέα ηλικία εδώ ορίζεται κυρίως η αναπαραγωγική ηλικία καθώς και η ηλικία όπου παρουσιάζεται η μεγαλύτερη ακμή στη συχνότητα και την ποιότητα του ερωτισμού και της σεξουαλικής ζωής και απόλαυσης. Εκεί η πρόγνωση είναι βαριά. Σε μεγάλη ηλικία, επειδή έχει κλείσει ο κύκλος της αναπαραγωγής και σεξουαλικής ζωής οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι μικρότερες.

Η οικογενειακή κατάσταση

α) Ασθενείς που είναι παντρεμένοι και ιδίως όταν ο γάμος τους χαρακτηρίζεται από συζυγική και οικογενειακή αρμονία και ευτυχία έχουν οικογενειακό περίγυρο που τους υποστηρίζει ψυχολογικά με αποτέλεσμα να μην εκδηλώσουν τόσο συχνά αντιδραστική κατάθλιψη ούτε σε μεγάλη βαρύτητα. Αντίθετα ανύπαντροι και μοναχικοί άνθρωποι (άνδρες και γυναίκες) όταν δεν έχουν την οικογενειακή υποστήριξη, έχουν χειρότερη πρόγνωση.

Νέο και ανύπαντρο άτομο που υποβάλλεται σε μόνιμη κολοστομία για παράδειγμα για μία χρόνια νόσο είναι πιθανό να εκδηλώσει βαριά αντιδραστική κατάθλιψη, επειδή λόγω της κολοστομίας μειώνεται η ικανότητά του να βρεί ερωτικό σύντροφο και αντιμετωπίζει μοναχικά το

υπόλοιπο της ζωής του. Αυτό που θα μπορούσε να βοηθήσει εδώ είναι η δημιουργία κοινωνικών ομάδων νέων ατόμων με μόνιμη κολοστομία και των 2 φύλων. Μέσα στην ομάδα επειδή γνωρίζουν ότι έχουν το ίδιο πρόβλημα εκ των προτέρων μειώνεται σημαντικά το άγχος αποδοχής του ενός από τον άλλο και η αμηχανία στη γνωστοποίηση του προβλήματος με συνέπεια να ευνοείται η ψυχοσυναισθηματική και σωματική προσέγγιση.

ΦΥΛΟ

Άνδρας και γυναίκα έχουν την ίδια βαρύτητα. Αν από τη βαρύτητα των παραγόντων το άτομο οδηγηθεί σε βαριά κατάθλιψη, δυσθυμία, μελαγχολία δηλαδή σε πτώση του θυμικού (συναίσθημα) τότε εκδηλώνει την λεγόμενη δευτεροπαθή δυσθυμία, μελαγχολία ή κατάθλιψη. Λέγονται δευτεροπαθή γιατί γνωρίζουμε την αιτία, σε αντίθεση από την πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή. Περιγράφεται σαν αντίδραση στο γνωστό πρόβλημα της κολοστομίας.⁴⁵ Η αναφορά των συμπτωμάτων της κατάθλιψης θα γίνει στο επόμενο κεφάλαιο.

2. Στάδια προσαρμογής

Ο ασθενής που έχει κολοστομία διέρχεται από διάφορα στάδια προσαρμογής που καθορίζουν τη συμπεριφορά του.^{11, 32} Τα στάδια αυτά εξαρτώνται από το είδος της κολοστομίας, την προσωπικότητα του ασθενούς και τις σχέσεις του με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και με την οικογένειά του.

Ο ασθενής αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου συνόλου, στο οποίο η φυσιολογική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς από τη μία πλευρά, η οικογένεια και το ιατρικό σύστημα από την άλλη αλληλοεπηρεάζονται. Όλοι οι μελετητές συμφωνούν ότι μετά την αρχική ανησυχία, την έντονη αίσθηση ματαιότητας και το υπερβολικό άγχος ή τα αισθήματα ντροπής και ενοχής, το φόβο του θανάτου ή το φόβο της απώλειας της σωματικής εικόνας ακολουθεί η ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών, που θα οδηγήσουν είτε στη θετική προσαρμογή της κολοστομίας είτε στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

Η Kubbler-Ross έχει χαρτογραφήσει αυτά τα διαφορετικά στάδια στο περιεχόμενο και τις λεπτομέρειές τους. Κατά τη συγγραφέα η άρνηση αποτελεί την πρώτη φάση προσαρμογής αφού ο ασθενής έχει υποστεί κολοστομία. Ακολουθεί η φάση της εξέγερσης, κατά την οποία ο ασθενής γίνεται απαιτητικός και ευέξαπτος, η φάση του παζαρέματος ή της συνδιαλλαγής κατά την οποία ο ασθενής ζητά στην ουσία αναβολή, η φάση της κατάθλιψης και τέλος η φάση της αποδοχής της κολοστομίας. Τα στάδια

αυτά διαδέχονται ομαλά το ένα το άλλο συνήθως συνυπάρχουν την ίδια χρονική περίοδο μπορεί όμως ο ασθενής να παραμείνει σε μία φάση για κάποιο χρονικό διάστημα ή να επανέλθει σε μία προηγούμενη φάση.

Η/Ο νοσηλεύτρια-τής οφείλει να γνωρίζει αυτές τις φάσεις προσαρμογής, για να μπορεί να κατανοεί την εκάστοτε συμπεριφορά του ασθενούς και να προσαρμόσει κατάλληλα τη δική του αντίδραση.

Οι καταστάσεις θυμού και καχυποψίας στο στάδιο της εξέγερσης ή σε ορισμένες μορφές καταθλίψεως, κατά τις οποίες ο ασθενής κατηγορεί το νοσηλευτικό ή ιατρικό προσωπικό ότι έχουν κάνει λάθη ή ότι δεν ενδιαφέρονται πραγματικά, πρέπει να αντιμετωπίζονται χωρίς εκδικητικότητα και να γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια συναισθηματικής στηρίξεως του πάσχοντος από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού η φαινομενική αυτή αντιπαράθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί στην πραγματικότητα μηχανισμό άμυνας.

Η άρνηση και η κατάθλιψη αξίζουν ιδιαίτερη αναφορά, όχι γιατί είναι συχνές αλλά και γιατί μπορεί να περάσουν απαρατήρητες στο πολυάσχολο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΑΡΝΗΣΗ

Η άρνηση χρησιμοποιείται σχεδόν από όλους τους ασθενείς, όχι μόνο κατά τα πρώτα στάδια, αλλά και σε όλη την πορεία της νόσου από καιρό σε καιρό και συνήθως είναι μερική. Ακόμη κι όταν είναι ολική, σπάνια εμποδίζει τον ασθενή να δεχθεί τη θεραπεία του. Είναι υποσυνείδητος μηχανισμός άμυνας που σκοπό έχει να προστατέψει τον ασθενή από τη δυσφορία παρόλο που ο όρος είναι «αρνητικός» μπορεί να διαδραματίσει θετικό ρόλο, γιατί βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει τη νόσο αντί να κατατρέχεται από δυσφορία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η άρνηση συνοδεύεται από χαμηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλίψεως και με αυξημένη επιβίωση.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή, αφού οι ασθενείς με «παρά φύσιν έδρα» έχουν αρκετούς λόγους που θα μπορούσαν να αποτελέσουν είτε γενεσιουργά αίτια αντιδραστικής κατάθλιψης είτε επισπεύδουσες αφορμές μείζονος κατάθλιψης. Η επικράτηση μείζονος κατάθλιψης είναι σημαντική, περίπου 20%, αλλά δεν είναι μεγαλύτερη από εκείνη που παρατηρείται σε χρόνια νοσήματα. Αυξάνει την ταλαιπωρία του

ήδη σωματικά πάσχοντας ασθενούς, πράγμα που μπορεί να αποφευχθεί, αφού η κατάθλιψη ανταποκρίνεται καλά στην ψυχιατρική θεραπεία.

Τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η διαταραχή του ύπνου, η απώλεια της όρεξης και του βάρους, το αίσθημα της κοπώσεως και οι πόνοι δεν είναι τόσο χρήσιμα στοιχεία για τη διαφοροδιάγνωση αφού μπορεί να οφείλονται στην ύπαρξη «παραφύσιν έδρας».

Τα νοητικά όμως συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η μείωση της λειτουργικής ικανότητας, η μείωση της ικανότητας για ευχαρίστηση, οι ενοχές, τα αισθήματα αναξιότητας και οι ευχές θανάτου είναι ικανά να θέσουν τη διάγνωση της κατάθλιψης.¹¹

Πιό ειδικά τα συμπτώματα της κατάθλιψης που εμφανίζει ο ασθενής είναι:

Δυσφορική διάθεση

Παραπονείται ότι νιώθει λυπημένος, ευερέθιστος, απογοητευμένος, απελπισμένος, αποκαρδιωμένος. Εναλλακτικά οι ασθενείς εκφράζουν έλλειψη ενδιαφέροντος και ενθουσιασμού για καθημερινές ασχολίες λέγοντας εκφράσεις όπως «δεν ενδιαφέρομαι πλέον για τίποτα» ή «τίποτα δεν έχει νόημα για μένα». Αυτά τα συμπτώματα είναι προεξάρχοντα και σταθερά κατά τη διάρκεια της καταθλιπτικής συνδρομής.

Διαταραχή στην όρεξη και το σωματικό βάρος

Η κατάσταση αυτή επιπλέκεται περαιτέρω από το γεγονός ότι η κολοστομία επιβάλλει πολλές φορές ειδική δίαιτα για απορρόφηση θρεπτικών ουσιών (επειδή είναι μικρό το τμήμα του εντέρου που θα χρειαστεί να τις απορροφήσει). Θα πρέπει να δίνονται τροφές με χαμηλό υπόλειμμα. Ο ασθενής μπορεί αντιδραστικά να κάνει βουλιμία ή ανορεξία.

Αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου.

Επίσης, μπορεί να παρουσιάσει αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία, πάνω από 12 ώρες ή αλλαγή των ωρών του ύπνου.⁴⁵

Αλλαγές στο επίπεδο δραστηριότητας

Αισθήματα ανεπάρκειας - ελαττωμένη αποδοτικότητα, παραγωγικότητα στην εργασία ή στο σπίτι. Χαρακτηριστικά ο ασθενής κάθεται με τα χέρια να ακουμπούν στο πρόσωπο. Βηματίζει πέρα δώθε, καπνίζει αδιάκοπα τσιγάρα, βρίσκεται σε μία κατάσταση αναισθησίας.

Επίσης ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει μείωση της αυτοεκτίμησης και του αυτοσεβασμού, απώλεια ελέγχου, αμηχανία, αίσθημα ότι είναι μολυσμένος κι αυτό οδηγεί σε κοινωνική απόσυρση.^{41, 45}

Οι ασθενείς νομίζουν ότι μυρίζουν, ότι τρέχει το κολόβωμα και μένουν σε μία απόσταση 2 με 3 μέτρα για να μην ενοχληθούν οι άλλοι από την οσμή. Η οσμή μπορεί να είναι φανταστική αλλά όπως και να έχει πραγματική ή φανταστική, η οσμή τους απασχολεί, υψώνουν ένα τείχος απομόνωσης γύρω τους και μειώνεται η ικανότητά τους να δημιουργήσουν νέες κοινωνικές σχέσεις.

Ειδικά για την κολοστομία οι ασθενείς δεν μπορούν να χαρούν σπορ και δραστηριότητες που απαιτούν έκθεση του άνω ημιμορίου του σώματος (π.χ. κολύμπι). Τους απασχολεί το πόσο υγρό παράγει το κολόβωμα και επειδή το υγρό αυτό δεν έχει τη μορφή κοπράνων και επειδή ρέει συνεχώς αφού δεν υπάρχει σφιγκτήρας το μυαλό τους απασχολείται συνέχεια με το είδος και την ποσότητα των παραγόμενων απεκκρίσεων.⁴⁵

3) Αντιμετώπιση των αναγκών του αρρώστου

Όλες οι παραπάνω αντιδράσεις του αρρώστου δεν πρέπει να χαρακτηρίζονται σαν «ιδιοτροπίες» αλλά να αξιολογούνται σαν εκδηλώσεις «κλειδιά» πίσω από τις οποίες υπάρχουν ανάγκες που περιμένουν τους νοσηλευτές και τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας να τις ικανοποιήσουμε.

Η ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου έγκειται στην ικανοποίηση των συναισθηματικών και πληροφοριακών του αναγκών σχετικά με την κολοστομία. Ο/η νοσηλεύτρια/τής οφείλει να βλέπει τον άρρωστο ως βιο-ψυχοκοινωνική οντότητα, που έχει ανάγκη να υπολογίζεται ως άτομο και να επαναποκτήσει το ρόλο του μέσα στην οικογένεια, την εργασία, το κοινωνικό σύνολο.⁴²

Η προϋγούμενη κοινωνική ζωή του ατόμου που έχει υποστεί κολοστομία μπορεί να συνεχιστεί μετά την ανάρρωση. Το κατά πόσο θα μιλήσει ο ασθενής για τη στομία του εξαρτάται από τον ίδιο αλλά και από τη σχέση εμπιστοσύνης που έχει αναπτύξει με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής μπορεί να ενημερώσει τον άρρωστο σχετικά με τη συνέχιση των δραστηριοτήτων του.

Μπάνιο μπορεί να κάνει με ή χωρίς σάκο, χωρίς να υπάρχει κανένας φόβος.

Σεξουαλική ζωή. Είναι δύσκολο να πιστέψει κανείς ότι η φυσιολογική σεξουαλική επαφή μπορεί να συνεχιστεί χωρίς κανένα

πρόβλημα με την παρουσία της κολοστομίας. Πρέπει να συζητήσει το πρόβλημα ο ασθενής με τον ερωτικό του σύντροφο. Η αγάπη και η κατανόηση θα βοηθήσουν στη λύση του προβλήματος.

Εργασία. Δεν υπάρχει λόγος να μην εργάζεται ο ασθενής με στομία. Ασθενείς με προσωρινή στομία συζητούν με τον θεράποντα ιατρό για το διάστημα που θα απέχουν από την εργασία τους. Ασθενείς με μόνιμη στομία μπορούν να επιστρέψουν χωρίς φόβο στη δουλειά τους και να αντικρίσουν τους συναδέλφους τους. Χρειάζεται κάποιος χρόνος για να συνηθίσουν στην ιδέα. Μπορούν να συζητούν για την ασθένειά τους με άλλους εργαζόμενους, τουλάχιστον μέχρι το σημείο που δεν τους προκαλεί ψυχική δυσφορία.

Άσκηση. Η κολοστομία δεν αποτελεί εμπόδιο για καμιά άσκηση ή άθλημα. Η κολύμβηση, το βάδισμα και η ποδηλασία θεωρούνται, απαραίτητα. Βοηθούν στο να αισθάνεται ο ασθενής ευεξία και στην κατά το δυνατόν φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.¹¹

Εάν ο ασθενής, κατά τη διάρκεια της άσκησης απασχολείται συνεχώς με το πόσο υγρό παράγει το κολόβωμα και επειδή το υγρό αυτό ρέει συνεχώς, χρησιμοποιείται μία τεχνητή κολοστομίας κατά ΚΟΚ που δημιουργεί έναν υποτυπώδη σφιγκτήρα και μία υποτυπώδη καπροδόχο λήκυθο. Έχει καλύτερη πρόγνωση και αδειάζει από τον ασθενή περίπου κάθε 1 ώρα.⁴⁵

Οικογένεια. Η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα επανορθώσεως του ασθενούς με στομία είναι πολύ σημαντική, εφόσον είναι επιθυμητή από τα μέλη της οικογένειας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να πληροφορήσει τα μέλη της οικογένειας για τα προβλήματα και τις επιπτώσεις της κολοστομίας καθώς και τρόπους αντιμετώπισής τους. Η οικογένεια θα πρέπει να δείξει κατανόηση και υποστήριξη που τόσο ανάγκη έχουν οι ασθενείς.¹¹

Για την ανακούφιση από τη μελαγχολία και την κατάθλιψη είναι σημαντική η ύπαρξη κυρίως θρησκευτικών πεποιθήσεων (π.χ. πίστη στο Θεό) η οποία θα βοηθήσει ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη ζωή με άλλη διάσταση και στην ιδανική μορφή να εμφανίσουν τη χαρμολύπη δηλαδή να χαίρονται μέσα στη λύπη τους και να σηκώνουν το σταυρό δοξάζοντας το Θεό.⁴⁵

**ΕΙΔΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ**

Η εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών με Ca παχέος εντέρου, με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Νοσηλευτική Διεργασία

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου. Ακολουθεί η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.⁴⁶

Οι κλινικές εκδηλώσεις που καταγράφονται για κάθε ιατρικό πρόβλημα μπορούν να παράσχουν τη δυνατότητα στο νοσηλευτή, μαζί με τα ευρήματα από τη φυσική εξέταση του ασθενούς, να κατανοήσει την όλη κατάστασή του και να έχει μια πλήρη εκτίμηση του αντίστοιχου οργανικού συστήματος.

Ετσι, μετά την συλλογή των δεδομένων, ο/η νοσηλευτής είναι σε θέση να καθορίσει τη νοσηλευτική διάγνωση και να προστρέξει στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις προκειμένου να καθορίσει τις ειδικές και πρακτικές δράσεις οι οποίες θα αυξήσουν τις πιθανότητες της επιθυμητής εκβάσεως του ασθενούς.⁴⁷

Επομένως, η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μία σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου.

Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας χρησιμοποιείται από όλους τους επιστήμονες στο χώρο της υγείας. Ο/η νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην αρρώστια, αλλά κυρίως στη σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή οποιοδήποτε άλλοτε πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στη κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις, της ασθένειας στο άτομο.

Η Νοσηλευτική διεργασία διακρίνεται σε 4 στάδια : την διαπίστωση των αναγκών του αρρώστου (αξιολόγησης), την τοποθέτηση αντικειμενικών σκοπών (προγραμματισμός φροντίδας), τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.⁴⁶

Στη συνέχεια του ειδικού μέρους της πτυχιακής μου εργασίας, θα παραθέσω δύο κλινικές περιπτώσεις ασθενών με κολοστομία και θα βασιστώ στο μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας, προκειμένου να παρέχω εξατομικευμένη και αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς αυτούς.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ I -
ΜΕΘΟΔΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Στην προσπάθειά μου να εφαρμόσω τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας σε ασθενείς με Ca παχέος εντέρου, επισκέφτηκα τις χειρουργικές κλινικές του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου και με τη βοήθεια της Προϊσταμένης επικοινωνήσα προσωπικά με δύο ασθενείς.

Οι πηγές τις οποίες χρησιμοποίησα για να συλλέξω τα στοιχεία που με ενδιαφέρουν προέρχονται τόσο από τη λεκτική μου επικοινωνία με τον ασθενή όσο και από μη λεκτική επικοινωνία.

Εκτός από το νοσηλευτικό ιστορικό, συγκέντρωσα αρκετά στοιχεία για τον ασθενή από το ιατρικό του ιστορικό, στο οποίο αναφέρονται όλες οι ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και η πορεία της νόσου. Επίσης η βιβλιογραφική ανασκόπηση με βοήθησε σημαντικά στην ανάλυση της μεθόδου διεργασίας.

Σύμφωνα λοιπόν με τις πηγές μου, ο πρώτος ασθενής είναι άνδρας, ηλικίας 68 ετών, συνταξιούχος υπομηχανικός. Στο ιστορικό του αναφέρεται ότι είναι άγαμος και ζει μόνος του στον Πύργο Ηλείας, από όπου και κατάγεται. Εγινε διακομιδή του ασθενούς από τη βραχεία Νοσηλεία, στην Α΄ Χειρουργική κλινική και στο θάλαμο 207 - με συνοδεία τραυματιοφορέα - στις 23/9/98 και ώρα 5:40 μ.μ. Η διάγνωση εισαγωγής είναι ατελής εντερική απόφραξη σε έδαφος Ca παχέος εντέρου (χειρουργηθέντος). Ο κύριος Μ.Π. διεκομίσθη στην κλινική με φυσιολογικές τις τιμές των ζωτικών του σημείων και καλή αναπνευστική κατάσταση. Δεν αναφέρει αλλεργίες σε κάποιο φάρμακο ή αντιβιοτικό. Στις κενώσεις αναφέρεται κολοστομία (αρ.) από 10-9-1997.

Το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει ουρολοίμωξη προ 20 ημερών που αντιμετωπίστηκε με αντιβιοτική αγωγή. Το οικογενειακό αναμνηστικό αναφέρει ότι ο πατέρας του υπέστη έμφραγμα μυοκαρδίου και ο αδελφός του πάσχει από στεφανιαία νόσο.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ : Προ έτους, στις 10/9/97 υποβλήθηκε σε κοιλιοπερινεϊκή εκτομή ορθού λόγω Ca, και φέρει ήδη αριστερή κολοστομία. Ακολούθησε ακτινο-χημειοθεραπεία που τελείωσε προ 2μήνου. Από 48ωρου παρουσίασε αναστολή αποβολής αερίων - κοπράνων, συνοδό έμετο-κωλικοειδές κοιλιακό άλγος και διάταση κοιλίας από 12ώρου. Υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία (CT) κοιλίας η οποία ανέδειξε στοιχεία πιθανής

υποτροπής της νόσου. Η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο έγινε εκτάκτως με εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου.

Από την ανασκόπηση των συστημάτων του ανευρέθησαν : κεφαλή - τράχηλος - θώρακας - καρδιά σε φυσιολογική κατάσταση. Από το γαστρεντερικό του σύστημα δεν παρατηρήθηκε απώλεια βάρους, αιμόπτυση ή δυσκοιλιότητα. Κατά τη φυσική εξέταση της κοιλίας από τον ιατρό ευρέθησαν :

Επισκόπηση : διάταση και κολοστομία (ΑΡ.).

Ακρόαση : εντερικοί ήχοι

Επίκρουση : διάχυτη τυμπανικότητα

Ψηλάφιση : μαλακή

Από τις εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς παρατηρείται πτώση του αιματοκρίτη του σε 30,1% στις 29/9/98, από 40% που είχε στις 25/9/98.

Στις 25/9/98 και ώρα 5 μ.μ. ο ασθενής ανέβηκε εκτάκτως στο χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε εντεροκτομή για αποσυμφόρηση του λεπτού εντέρου που έχει αποφραχθεί. Τα φάρμακα που συνοδεύουν τον ασθενή στο χειρουργείο είναι το Zinacef, 1/2 Lasix I.V., 25 mg adalat και pethidine I.V. Χρειάστηκε στο χειρουργείο 2 μονάδες πλάσμα και 1 1/2 lit. Ringers. Από 26/9/98 αρχίζει Fraxiparine 0,3 mg για την πρόληψη θρομβώσεων.

Στις 28/9/98 έγινε διάνοιξη της εγκαρσιοστομίας από το γιατρό και η γενική κατάσταση του ασθενούς είναι καλή.

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|---|---|---|
| <p>Στις 23/9/98 ο ασθενής εμφάνισε εντερική απόφραξη λόγω υποτροπής του Ca.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Να αλλαγαθεί ο ασθενής από τη διάταση κοιλίας εντός 24ώρου. - Να επιτευχθεί η αποβολή κοπράνων και αερίων για ανακούφιση του ασθενούς εντός 24ώρου. - Να προληφθούν οι επιπλοκές. | <ul style="list-style-type: none"> - Να εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενούς και τα συμπτώματα του. - Να χορηγηθεί αναλγητικό με ιατρική οδηγία. - Να ενημερωθεί ο ιατρός. - Να γίνει συνεχής αναρρόφηση του περιεχομένου του στομάχου και του εντέρου. | <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε εκτίμηση της κατάστασώς του ασθενούς και των συμπτωμάτων του. - Χορηγήθηκε στις 11.00 π.μ. Pethidine 0,5 mg 1 X 4. - Αρχισε η χορήγηση Zantac 1 X 3 επί ιατρικής εντολής. - Εφαρμόστηκε ρινογαστρική αναρρόφηση και εξασφαλίσθηκε η συνεργασία του ασθενούς. Κατά την εισαγωγή του καθετήρα Levin, ο ασθενής παρουσίασε τάση για έμετο, αλλά το ξεπέρασε. - Δεν έγινε υποκλισμός λόγω αρνήσεως του ασθενούς. - Τοποθετήθηκε θερμοφόρα στο επιγάστριο | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής είναι ανήσυχος και νιώθει έντονο κοιλιακό άλγος. - Η πεθιδίνη προκαλεί ταχεία αλλά βραχείας διάρκειας αναλγησία. - Το Zantac ενδείκνυται σε καταστάσεις γαστρικής υπερέκκρισης. - Από το ρινογαστρικό καθετήρα παροχετεύτηκαν 100 cc γαστρικού υγρού κατά την πρωινή μέτρηση και καταγράφησαν στο βιβλίο νοσηλείας. Συνεχίζεται η παροχέτευση και μέτρηση του γαστρικού περιεχομένου. Η παρατεταμένη εφαρμογή του σωλήνα Levin μπορεί να αποτελέσει αιτία αφυδάτωσης και μεταβολικής αλκαλώσεως. - Δεν είχε αποτέλεσμα. Το πρόβλημα παραμένει αλλά σε ήπια μορφή. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει μέτρηση και καταγραφή των απωλεσθέντων υγρών και ηλεκτρολυτών. - Διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. - Να ληφθεί αίμα για αιματολογικές εξετάσεις και για να καθοριστεί το επίπεδο των ηλεκτρολυτών. - Να εξασφαλισθεί ανάπαυση στον ασθενή. | <ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκε δελτίο μέτρησης των υγρών που αποβάλλονται με τον καθετήρα στο διάγραμμα του ασθενούς. - Αρχισε ενδοφλέβια χορήγηση 2 lt ορρών D/W 5% και Ringers 1000 cc με εντολή ιατρού και ρυθμίστηκαν οι σταγόνες. - Στις 25/9 ελήφθη αίμα. Η τιμή Na ήταν 139 m Eq/a και K⁺ : 4.4 m. Eq/l. | <ul style="list-style-type: none"> - Συστήθηκε στον ασθενή να μένει όσο το δυνατόν περισσότερο στο κρεβάτι του. | <ul style="list-style-type: none"> - Το ισότονο διάλυμα δεξτρόζης και ορρού χορηγήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς σε υγρά και θερμίδες. - Οι ηλεκτρολύτες κυμαίνονται στα φυσιολογικά επίπεδα. - Η ανάπαυση ελαττώνει την κατανάλωση ενέργειας και βοηθά στον έλεγχο του άλγους με την αναγκαία ελάττωση των μυϊκών συσπάσεων. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|--|--|--|
| <p>Ο ασθενής φέρει αριστερή κολοστομία από 10/9/97.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Καλή φυσιολογική λειτουργία του εντέρου που φέρει την κολοστομία. - Πρόληψη επιπλοκών. | <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει γνωστό από τον ασθενή για τον τρόπο που φροντίζει την κολοστομία του μέχρι τώρα. Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά του. - Να προγραμματίζεται αλλαγή του σάκου κολοστομίας για να απομακρύνονται τα περιττώματα του εντέρου 1/2 προ του φαγητού και όταν υπάρχει κένωση. Να ενημερώνεται ο ασθενής για τη νοσηλεία. - Να ληφθούν μέτρα ώστε ο ασθενής να αισθάνεται άνετα, κατά την κένωση του εντέρου. - Να δοθεί αναπαικτική θέση στον ασθενή για να παρακολουθεί την διαδικασία φροντίδας του στομίου. - Να γίνει καλό πλύσιμο των χεριών και να φορέσουν γάντια τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και ο ασθενής που θα συμμετέχει στη νοσηλεία. | <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε συζήτηση και ο ασθενής είπε ότι διδάχτηκε τη διαδικασία περιποίησης της κολοστομίας από το νοσοκομείο που χειρουργήθηκε. Εισακούσθηκε με προσοχή. - Έγινε σαφές στον ασθενή ότι η αλλαγή του σάκου κολοστομίας θα γίνεται με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού, μια και ο ασθενής δεν έχει κάποιον για να τον φροντίσει. Ενημερώθηκε για τη νοσηλεία. - Αφού έγινε συγκέντρωση υλικού, απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετήθηκε παραβάν. - Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε ύπτια, ελαφρώς αναρροπή θέση, ώστε συμμετείχε κι ο ίδιος στη νοσηλεία. - Έγινε πλύσιμο των χεριών, τοποθετήθηκαν τα γάντια και τετράγωνο αδιάβροχο αλλαγών κάτω από το σώμα του αρρώστου. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής εξέφρασε τη δυσaréσκεία του λέγοντας: "Είμαι μόνος μου σ' αυτόν τον κόσμο. Η ανάγκη με ώθησε να μάθω να φροντίζω μόνος μου τον εαυτό μου". - Ο ασθενής ευχαρίστησε τη νοσηλεύτρια γιατί φροντίζει τόσο πολύ γι' αυτόν. - Εξασφαλίσθηκε άνεση και διατηρήθηκε η αξιοπρέπεια του ασθενούς. Έγινε η περιποίηση της κολοστομίας με τη συμμετοχή του ασθενούς μισή ώρα πριν το φαγητό. Η κένωση ήταν φυσιολογική. Στόμιος διαμέτρου 8 cm περίπου. Δεν παρατηρήθηκε ερυθρότητα, οίδημα, ή εξέλικωση γύρω από το στόμιο. Μετά τη νοσηλεία ο ασθενής έφαγε ήρεμος. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--------------------------|--|---|---|
| | | <p>- Να γίνει περιποίηση του κολλοστόμιου και του περιστομιακού δέρματος, με παράλληλη αξιολόγησή τους.</p> <p>- Προστασία του δέρματος γύρω από το στόμιο από ερεθισμό και μόλυνση.</p> | <p>- Έγινε αφαίρεση του σάκου και απομάκρυνση του υλικού στον πλαστικό σάκο των αχρήστων. Με κυκλικές κινήσεις από το κέντρο προς την περιφέρεια έγινε η περιποίηση με βαμβάκι βρεγμένο με χλιαρό νερό, χωρίς σαπούνι.</p> <p>- Ο ασθενής τοποθέτησε μόνος του προστατευτικό υλικό gel στο δέρμα και κάλυψε τις πτυχές του περιστομιακού δέρματος με πάστα Kanava.</p> <p>Στη συνέχεια, τοποθετήθηκε ο νέος σάκος σε απόσταση 0,3 cm από το κολλοστόμιο.</p> <p>- Τέλος, εφαρμόσθηκε ζώνη στήριξης στη στεφάνη του σάκου.</p> | <p>- Δεν χρησιμοποιήθηκε σαπουνί προς αποφυγή ερεθισμού του δέρματος.</p> <p>- Με το υλικό αυτό προστατεύεται το δέρμα από ερεθισμό. Στην επόμενη αλλαγή δεν παρατηρήθηκε διαρροή του περιεχομένου της συσκευής.</p> <p>- Η απόσταση αυτή είναι κατάλληλη για να μην ερεθισθεί το κολλοστόμιο. Επίσης δεν αφήνεται μεγάλο μέρος του δέρματος ακάλυπτο.</p> <p>- Επιτυγχάνεται η ακινητοποίηση της συσκευής στο σώμα του ασθενούς.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|---|--|
| <p>Επίσχεση ούρων.</p> | <p>Να διευκολύνουμε τον ασθενή να ουρήσει μέχρι το απόγευμα.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Να εφαρμοστούν συντηρητικά μέτρα για διευκόλυνση της διούρησης. - Να συστήνεται στον άρρωστο να σηκώνεται και να αποφεύγεται η ακινησία. - Να γίνει καθετηριασμός κύστεως και να ενημερωθεί ο γιατρός. - Να προληφθεί ο κίνδυνος ουρολοίμωξης. | <ul style="list-style-type: none"> - Ανοίχτηκε η βρύση του μπάνιου για να προκληθεί το αντανακλαστικό της ούρησης. - Ο άρρωστος σηκώνεται σε καθιστή ή ημικαθιστή θέση και βαδίζει μόνο μέχρι το μπάνιο. - Ο ασθενής έριξε μόνος του χλιαρό νερό στα γεννητικά όργανα προκειμένου να ουρήσει. - Ενημερώθηκε ο ασθενής για τον καθετηριασμό και συγκατατέθηκε για να γίνει η νοσηλεία. Τοποθετήθηκε παραβάν για την κάλυψη του ασθενούς από τα βλέμματα των άλλων ασθενών. Τηρήθηκαν οι αρχές ασψίας. Εγινε τοπική καθαριότητα πριν τον καθετηριασμό από το νοσηλευτή της κλινικής. | <ul style="list-style-type: none"> - Δεν προκλήθηκε χάλαση του σφιγκτήρα μύος της ουρήθρας. - Η μυϊκή δραστηριότητα αυξάνει τον τόνο των λείων μυών επομένως και της κύστεως. - Η προσπάθεια του ασθενούς απέτυχε. - Ενημερώθηκε ο γιατρός και έγινε προσπάθεια καθετηριασμού από το νοσηλευτή για αποβολή των ούρων. Ο καθετήρας δεν τέθηκε σε σωστή θέση και έγινε προσπάθεια να αλλάχθει. Τελικά τέθηκε ο καθετήρας και ο άρρωστος ουρήσε. Μετρήθηκαν τα ούρα 24ωρου (ήταν 800 ml στις 24/9/98 και 1300 cc στις 25/9/98). |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--------------------------|--|---|---|
| | | | <p>Εγινε πλύσιμο πολύ καλό των χεριών του για την πρόληψη μετάδοσης μικροβίων. Ετέθη καθετήρας Foley No 16 και συνδέθηκε με ογκομετρικό ούρων με εντολή γιατρού.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ο ουροσυλλεκτής τοποθετήθηκε κάτω από το επίπεδο της κύστεως για να ακολουθεί την αρχή της βαρύτητας. - Χορηγούνται αντιβιώσεις Flagyl και Zinacef 1 X 3 για προληπτικούς λόγους. <p>- Συστήθηκε στον άρρωστο να παίρνει πολλά υγρά. Ο καθετήρας θα παραμείνει μέχρι τις 28/9/1998.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Εξασφαλίζεται συνεχής ροή των ούρων και προλαμβάνεται η παλινδρομήσή τους προς την κύστη με πιθανή μόλυνση. - Το Zinacef χορηγείται σε λοιμώξεις από αιμόφιλο της ινφλουέντζας ή γονόκοκκο. Το Flagyl σε λοιμώξεις από ανασερόβια μικρόβια. - Με τη λήψη υγρών επιτεύχθηκε ωριαία αποβολή ούρων τουλάχιστον 50 ml και αποφεύγεται η μόλυνση με την συνεχή ροή των ούρων προς τα κάτω. |

| ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|---|---|
| <p>Στις 25/9/98 ο ασθενής οδηγήθηκε εκτάκτως στο χειρουργείο.</p> <p>Όταν επέστρεψε παρουσιάσε αναπνευστική δυσχέρεια εξαιτίας της συσώρευσης εκκρινμάτων στο βρογχικό δέντρο.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Η κατάλληλη προετοιμασία της αίθουσας ανάνηψης για την καλύτερη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς και την πρόληψη επιπλοκών. - Προσπάθεια αποβολής των εκκρίσεων και αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας σε σύντομο χρόνο για αποφυγή της υποξαιμίας. | <ul style="list-style-type: none"> - Να εξοπλιστεί ο χώρος της ανάνηψης με συσκευές όπως σφυγμομανόμετρο, ακουστικά, αναρροφητήρα, συσκευή οξυγόνου, διαλύματα και φάρμακα. - Να ετοιμαστεί το χειρουργικό κρεβάτι και το κομοδίνο του αρρώστου. <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνεται συνεχής έλεγχος των ζωτικών του σημείων. - Να τοποθετηθεί ο ασθενής στη σωστή και άνετη θέση. - Να χορηγηθούν με εντολή γιατρού βλεννολυτικά αποχρεμπτικά. - Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να κάνει αναπνευστική γυμναστική και να αλλάζει συχνά θέσεις. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο χώρος ανάνηψης είναι πάντα έτοιμος μετά από κάθε χειρουργείο, για να δεχθεί το νέο ασθενή. Επανελέγχος. - Τοποθετήθηκε αδιάβροχο και τετράγωνο κεφαλή. Χορηγείται κουβέρτα στον άρρωστο για να διατηρείται ζεστός. Το κομοδίνο του περιέχει νεφροειδές, χαρτοβαμβάκο, χαρτοσακούλα. Θ : 37,3° C A.Π. : 130/80 mmHg σφύξεις : 80/min. - Τοποθετήθηκε σε θέση Fowler. - Ενημερώθηκε ο γιατρός με εντολή του οποίου χορηγήθηκε amp. Bisolvan I X 3. - Δόθηκε εξασκητής αναπνοών και ο ασθενής άρχισε αναπνευστική γυμναστική. Αλλάζει θέση κάθε 30 min. | <ul style="list-style-type: none"> - Επιτυγχάνεται αντιμετώπιση των αναγκών και μετεγχειρητικών επιπλοκών του αρρώστου. - Είναι καλή η γενική κατάσταση του ασθενούς. - Η θέση Fowler (ανάρρατη) βοηθά τον ασθενή στην καλύτερη επίτευξη των πνευμόνων. - Η amp. Bisolvan δόθηκε για τη ρευστοποίηση των βρογχικών εκκρίσεων. - Ο ασθενής παίρνει 10 βαθιές αναπνοές κάθε 1 h και αλλάζει θέση κάθε 30 min. Έτσι επιτυγχάνεται η μετακίνηση και αποβολή των βρογχικών εκκρίσεων. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|---|--|--|---------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Προαγωγή του βήχα. - Να αποφευχθεί η ανησυχία και η αναπνευστική δυσχέρεια του ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε ενθάρρυνση του ασθενούς να βήχει και εφαρμογή πιεστικής επίδεσης στην περιοχή του τραύματος για υποστήριξη του κατά το βήχα. - Ετέθη μάσκα Venturi 50% με εντολή γιατρού, στη 1.00 μ.μ. | <ul style="list-style-type: none"> - Μειώθηκε η αναπνευστική δυσχέρεια την 4η μετεγχειρητική μέρα όπου έγινε διακοπή του O₂. | |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΙΣΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|--|--|--|
| <p>4) Αιματοκρίτης 31 Αιμοσφαιρίνη 11,5 mg% Ερυθρά : 4.000.000 mm³</p> | <p>4) - Να επανέλθουν οι τιμές των αιματολογικών εξετάσεων του ασθενούς στα φυσιολογικά επίπεδα. - Διόρθωση της αναμίας.</p> | <p>4) - Να ενημερωθεί ο γιατρός για τα αποτελέσματα των εξετάσεων. - Να αποκατασταθεί η διαίτα του ασθενούς που μέχρι τώρα ήταν υδρική. - Να διατηρηθεί ενεργειακό ισοζύγιο και να μειωθούν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξύγονο. - Να αυξηθεί ο όγκος των υγρών για την πρόληψη ολιγαμικού shock.</p> <p>- Να χορηγηθεί O₂ με μάσκα.</p> | <p>- Ενημερώθηκε ο γιατρός και συνέστησε τη χορήγηση σιδήρου μαζί με βιταμίνη C. - Μετά την 4η μετεγχειρητική μέρα άρχισε να χορηγείται κόκκινο κρέας σε πολτοποιημένη μορφή. - Αναπαύεται ο ασθενής. Του συνεστήθη να αποφεύγει την κόπωση και τις συγκινήσεις. - Την 1η και 2η μετεγχειρητική μέρα χορηγήθηκαν 2 μονάδες πλάσμα με εντολή και υπογραφή γιατρού. Η 1η μονάδα πλάσμα ετέθη στις 100 π.μ. με No 11843, RH 0(+) και ημερομηνία λήξης 25/9/99. Η 2η μονάδα ετέθη στις 1.45 π.μ. με No 11822, RH 0(+) και λήξη 25/9/99. - Έγινε υποστηρικτική χορήγηση O₂ με μάσκα για αύξηση της πρόσληψης O₂ από τα ερυθροκύτταρα.</p> | <p>- Βοηθά στην καλύτερη απορρόφηση σιδήρου από τον οργανισμό. - Η διαίτα του ασθενούς πλούσια σε σίδηρο δεν απέδωσε εξαιτίας των εμέτων που παρουσίασε ο ασθενής. - Με την ανάπαυση περιόριστηκαν οι ανάγκες της περιφέρειας σε οξύγονο. - Έγινε επανάληψη αιματολογικών εξετάσεων μετά 5 ημερών και τα επίπεδα ήταν : αιμοσφ. Hb = 14 mg% αιματοκρίτης Ht = 40</p> |

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|--|---|
| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - Να διαπιστώσουμε αν ο ασθενής αναφέρει δύσπνοια και κόπωση ημερησίως και να μετράμε σφύξεις - αναπνοές. | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ - Γίνεται έλεγχος των ζωτικών σημείων καθημερινά. Α.Π. : 130/80 mmHg Θ : 37° C σφύξεις : 80/min | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ - Δεν παρατηρείται παράκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα. |
|--|----------------------------------|--|--|---|

| ΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|--|--|---|
| <p>Το πρώτο 24ωρο μετά την επέμβαση ο ασθενής παρουσιάζει πόνους στο περινεϊκό τραύμα.</p> | <p>- Να γίνει προσπάθεια να μειωθεί ο πόνος μετά το 48ωρο, και να ανακουφιστεί ο ασθενής.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Να ρωτηθεί ο ασθενής αν πονάει και σε άλλο σημείο του σώματός του και τότε εμφανίζει μεγαλύτερη επιδείνωση, ο πόνος. - Να διαπιστωθεί αν ακτινοβολεί και προς τα που, αν έχει σχέση με την αναπνοή. - Να παρατηρηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου, δηλ. αν είναι αμβλύς ή οξύς, συνεχής ή διαλείπων. - Να καταγραφούν οι διαπιστώσεις και να ενημερωθεί ο χειρουργός και αναισθησιολόγος. - Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κατάλληλη θέση που να τον αναπαύει και να μειώνει το αίσθημα του πόνου. - Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές ή περιβαλλοντικές καταστάσεις που επιδεινώνουν τον ήδη υπάρχοντα | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής απάντησε ότι πονάει στην κοιλιακή του χώρα, κυρίως όταν βήχει, και αναπνεύει βαθιά. Καθυσυχάστηκε από το γεγονός ότι ο πόνος προέρχεται από την επέμβαση. | <ul style="list-style-type: none"> - Η Pethidine χορηγείται σε έντονο και επίμονο πόνο. Με την τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση και τα υπόλοιπα συντηρητικά μέτρα ο πόνος υποχώρησε την 3η μετεγχειρητική μέρα. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρατηρηθούν τα χαρακτηριστικά του πόνου, δηλ. αν είναι αμβλύς ή οξύς, συνεχής ή διαλείπων. - Να καταγραφούν οι διαπιστώσεις και να ενημερωθεί ο χειρουργός και αναισθησιολόγος. - Να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κατάλληλη θέση που να τον αναπαύει και να μειώνει το αίσθημα του πόνου. - Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές ή περιβαλλοντικές καταστάσεις που επιδεινώνουν τον ήδη υπάρχοντα | <ul style="list-style-type: none"> - Τη νύχτα ο πόνος συνεχίστηκε και ενημερώθηκε ο γιατρός. - Χορηγήθηκε Pethidine 0,5 mg 1 X 4. - Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε θέση Fowler. | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνει επικοινωνία με τον ασθενή για να εκφράσει τα συναισθήματά του και να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές ή περιβαλλοντικές καταστάσεις που επιδεινώνουν τον ήδη υπάρχοντα | <ul style="list-style-type: none"> - Τις πρωινές ώρες έγινε συζήτηση με τον ασθενή και ζήτησε να δει κάποια αγαπημένα του πρόσωπα γιατί νιώθει μόνος του. Εξασφαλίστηκε επικοινωνία με τα πρόσωπα αυτά και τελικά ήρθαν να επι- | |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--------------------------|---|---|--|
| | | <p>πόνου.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Να παρατηρηθεί η περιοχή του τραύματος για διαπίστωση σημείων φλεγμονής. Να διαπιστωθεί η ύπαρξη άλλων παραγόντων όπως (καρφίτσες ασφαλείας, σωλήνες παροχέτευσης, σφικτές επιδέσεις) που προκαλούν πόνο. - Να γίνει εδρόλουτρο. | <p>σκεφτούν τον κύριο Μ.Π. Δημιουργήθηκε ήσυχο περιβάλλον χωρίς θορύβους.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δίνεται προσοχή στο περινεϊκό τραύμα αλλά δεν διαπιστώθηκε φλεγμονή ούτε άλλοι παράγοντες που προκαλούν πόνο. | <ul style="list-style-type: none"> - Δεν παρατηρείται παράκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα. |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε εδρόλουτρο την 1η μετεγχειρητική μέρα με τη συγκατάθεση του ασθενούς. | |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|--|
| Μόλυνση στο περινεϊκό τραύμα την 3η μετεγχειρητική μέρα. | <ul style="list-style-type: none"> - Να βρεθούν και να εξουδετερωθούν οι ενοχοποιητικοί παράγοντες για την μόλυνση. - Να απαλλαγεί ο ασθενής από δυσάρεστα συμπτώματα μέσα σε ένα 24ωρο. | <ul style="list-style-type: none"> - Να τηρούνται άσπρες τεχνικές και αποστειρωμένα εργαλεία κατά τις αλλαγές. - Να δίνεται προσοχή στην καθαριότητα του θαλάμου του ασθενούς. - Να παρακολουθείται το τραύμα για εμφάνιση σημείων φλεγμονής. | <ul style="list-style-type: none"> - Κατά τη διάρκεια των αλλαγών γίνεται πλύσιμο των χεριών και χρησιμοποίηση αποστειρωμένων εργαλείων. Τηρούνται οι αρχές ασηψίας. - Οι αλλαγές εκτελούνται σε ειδικό δωμάτιο αλλαγών. - Κατά την επισκόπηση και ψηλάφηση το τραύμα εξαιτίας της μόλυνσης έγινε επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. | <ul style="list-style-type: none"> - Με την τήρηση άσπρων τεχνικών προλαμβάνεται η περαιτέρω επέκταση της μόλυνσης. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρατηρείται και να αναγράφεται το χρώμα, η οσμή και το ποσό του παροχτετευόμενου υγρού. - Να αλλάζεται το επιδερμικό υλικό. | <ul style="list-style-type: none"> - Αναγράφονται στη λογοδосία τα σχετικά με το παροχτετευόμενο υγρό. - Γίνεται αλλαγή του επιδερμικού υλικού δύο φορές την ημέρα. | <ul style="list-style-type: none"> - Τα συμπτώματα της φλεγμονής εμφανίζονται 36-48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Υποχώρησαν την 5η μετεγχειρητική μέρα. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρατηρείται και να αναγράφεται το χρώμα, η οσμή και το ποσό του παροχτετευόμενου υγρού. - Να αλλάζεται το επιδερμικό υλικό. | <ul style="list-style-type: none"> - Αναγράφονται στη λογοδосία τα σχετικά με το παροχτετευόμενο υγρό. - Γίνεται αλλαγή του επιδερμικού υλικού δύο φορές την ημέρα. | <ul style="list-style-type: none"> - Η παροχτετευση πυώδους και δύσοσμου υγρού από το τραύμα μειώθηκε με τις συνεχείς αντισηπτικές πλύσεις του τραύματος και την αλλαγή του επιδερμικού υλικού που βοηθάει στην προοδευτική επουλωση του τραύματος. - Τα εδρόλουτρα ανακουφίζουν από τον πόνο. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνονται εδρόλουτρα 2 φορές την ημέρα ή πιο συχνά κατά την ιατρική οδηγία. | | |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|--|--|---------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρακολουθείτε το τραύμα για πιθανή αιμορραγία. - Να εξασφαλίζεται άνετη θέση στον ασθενή. - Να γίνεται συχνή λήψη ζωτικών σημείων. - Να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά από καλλιέργεια του υγρού του τραύματος. - Να χρησιμοποιηθούν θερμά επιθέματα πάνω στο τραύμα. | <ul style="list-style-type: none"> - Παρακολουθείται το τραύμα για αιμορραγία. - Τοποθετείται ο ασθενής σε θέση ώστε να μην πιέζεται το τραύμα. - Ετέθη 3ωρη παρακολούθηση ζωτικών σημείων. - Χορηγήθηκε αντιβίωση Briklin 1 X 2 από την 3η μετεγχειρητική μέρα. | <ul style="list-style-type: none"> - Η αναπνευστική θέση δεν συντέλεσε στη σημείωση του πόνου. - Η αύξηση της συχνότητας των σφύξεων και η πυρετική κίνηση είναι ενδεικτικά σημεία της φλεγμονής. - Το Briklin χορηγείται σε λοιμώξεις από μυεοδομόνδα, σταφυλόκοκκο και εντεροβακτηριακά και μπορεί να κάνουν μόλυνση σε χειρουργικό τραύμα. | |

Κλινική περίπτωση 2η

Στις 8/9/1998 εισήχθη στη Β' Χειρουργική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών, ο Τ.Σ., 60 ετών, συνταξιούχος μεταφορέας, κάτοικος Πατρών.

Από τα στοιχεία του ιστορικού που συνελέχθησαν, βρέθηκε ότι ο ασθενής έχει διεγνωσμένο καρκίνο ορθού και ηπατικές μεταστάσεις. Προσήλθε στο νοσοκομείο με εικόνα εντερικής απόφραξης. Έχει εμέτους, μετεωρισμό κοιλίας και αναστολή κοπράνων και αερίων από 3ημέρου. Αναφέρει διάχυτη κοιλιακή ευαισθησία. Προ 1 έτους παρατήρησε αιματηρές κενώσεις που απεδόθησαν σε αιμορροϊδοπάθεια. Προ 2μηνου υπεβλήθη σε πλήρη έλεγχο.

Ατομική αναμνηστικό : Ο ασθενής είναι χρόνιος πότης και αναφέρει πνευμονία προ 20 ετών. Έχει κάνει εγχείρηση βουβωνοκήλης προ 6μηνου. Πάσχει από υπέρταση αλλά όπως αναφέρει ο ίδιος έχει σταματήσει τα φάρμακα εδώ και 3 μήνες, από μόνος του.

Οικογενειακό αναμνηστικό : Ο πατέρας και η μητέρα του ασθενούς είχαν υπέρταση και πέθαναν σε ηλικίες 85 και 75 ετών αντίστοιχα από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Συνήθειες : κάπνισμα.

Ιατρικό ιστορικό : Με κολονοσκόπηση και CT ανευρέθη πρωτοπαθής εστία στα 8-10 cm από το δακτύλιο με δευτεροπαθής εναποθέσεις στο ήπαρ. Δεν αναφέρει διαταραχές κενώσεων. Έχει προγραμματισθεί το χειρουργείο του ασθενούς στις 10/9/98. Πρόκειται να γίνει μερική κολεκτομή : με τελική κολοστομία και σύγκλειση περιφερικού κολαβώματος τύπου Hartmann.

Μετά από εντολή του νοσηλευτικού προσωπικού, ο ασθενής ενημερώθηκε ότι έπρεπε να μείνει νηστικός έως και την ώρα του χειρουργείου. Επίσης ενημερώθηκε για την προεγχειρητική ετοιμασία που πρόκειται να του γίνει στις 10/9. Εγινε λήψη των ζωτικών του σημείων, και είχε τις εξής τιμές : σφύξεις : 75/min, θερμ. : 38° C, Α.Π.: 160 mmHg, αναπνοές : 18/min.

Αρχισε η ενυδάτωση του ασθενούς, για πρόληψη διαταραχής της οξεοβασικής ισορροπίας, χορηγώντας υγρά με ενδοφλέβια έγχυση. Δηλαδή 1.000 ml Dextrose 5% 1 X 1, 1.000 ml L-R 1X 1. Τα φάρμακα που τον συνοδεύουν στο χειρουργείο είναι : Fraxiparine, Mandokef-Flagyl, 6-8 ml Marcaine 0,25 mg επί πόνου, Zantac 1 X 3 και Primperan 1 X 3.

Επέστρεψε από το χειρουργείο στις 7.30 μ.μ. με καλά ζωτικά σημεία. Έφερε Ievin και καθετήρα Folley. Επίσης έφερε επισκληρίδιο καθετήρα απόπου θα γίνεται αναλγησία, ακόμα 3 περιφερικές φλέβες και σφαγίτιδα απόπου ενυδατώνεται με ορούς.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|--|---|--|--|--|
| <p>Φόβος και άγχος του ασθενούς για το χειρουργείο και την έκβαση της μετεγχειρητικής του πορείας.</p> | <p>- Να απαλλαγεί ο ασθενής από το φόβο της εγχείρησής. - Να προληφθούν οι επιπλοκές π.χ. μετεγχειρητικό shock.</p> | <p>ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</p> <p>- Να αξιολογηθεί το επίπεδο κατανόησης και αποδοχής του ασθενούς σχετικά με την εγχείρηση, τη μετεγχειρητική πορεία, τη θεραπεία και νοσηλεία.</p> <p>- Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματα και τους φόβους του.</p> <p>- Να ενημερωθεί ο ασθενής για το τι πρόκειται να γίνει αξιολογώντας το μορφωτικό του επίπεδο.</p> <p>- Να εξηγηθεί στον ασθενή η ανάγκη δημιουργίας της κολοστομίας και ο σκοπός της. Να τονισθεί ότι θα είναι προσωρινή.</p> <p>- Να βοηθηθεί ο ασθενής ώστε να αποδεχθεί τη μεταβολή που θα επέλθει στο σώμα του και την απώλεια μιας φυσικής λειτουργίας του.</p> | <p>- Έγινε συζήτηση με τον ασθενή σχετικά με την επέμβαση. Αξιολογήθηκε η κατανόηση και αποδοχή του ασθενούς. Ρωτήθηκε για το πως αισθάνεται για την εγχείρηση. - Ο ασθενής εξέφρασε φόβο για το αν θα επιτύχει η εγχείρηση και αν θα αλλάξει η εμφάνισή του μετά απ'αυτή. - Δόθηκε η εξήγηση με απλά λόγια ότι κατά την εγχείρηση ο χειρουργός θα κόψει το τμήμα του εντέρου που πάσχει και αυτό που θα μείνει θα φέρει στην κοιλιά για να αποβάλλεται το περιεχόμενό του από'κει, μέχρι να επουλωθεί το τραύμα. Αυτό λέγεται κολοστομία και θα παραμείνει για λίγους μήνες. Αυτούς τους μήνες το έντερο θα παραχτεύει το περιεχόμενο του προς τα έξω από την κοιλιά.</p> | <p>- Ο ασθενής εξέφρασε την απορία "τι νόημα έχει η επέμβαση; Γιατί με ταλαιπωρείτε και δεν με αφήνετε στην ησυχία μου;"</p> <p>- Ο ασθενής κατανόησε την ανάγκη να αφαιρεθεί ένα τμήμα του εντέρου που βλάπτει τον υπόλοιπο οργανισμό του. Δέχθηκε με ευχαρίστηση την ενημέρωση. Η γνώση για το τι πρόκειται να συμβεί διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά προάγει τη συνεργασία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της ανάνηψης και μειώνει την πιθανότητα μετεγχειρητικού shock. Μειώθηκε ο φόβος της εγχείρησης. Ο ασθενής ευχαρίστησε όλο το νοσηλευ-</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|-----------------------|--------------------------|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να συναντηθεί ο ασθενής με κάποιο άτομο που ζει και εργάζεται φυσιολογικά με κολοστομία. - Να βοηθηθεί ο ασθενής να επιστρέψει στο αισιό-τερο δυνατό επίπεδο υ-γείας και στη θέση του μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. - Να επιτευχθεί ψυχική ηρεμία και ισορροπία. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ήθε σε επαφή με άτομα που έχουν μόνιμη κολοστομία και συνομιλή-σε μαζί τους. | <p>τικό προσωπικό για την συμπάρτασή του.</p> <p>Ο ασθενής βοηθήθηκε σημαντικά βλέποντας άλλα άτομα να ζουν με μόνιμη κολοστομία.</p> <p>Τον ανακουφίζει το γεγονός ότι η κολοστομία που θα είναι προσωρινή και δεν εκφράζει δυσαρέσκεια.</p> |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|---|---|---|--|--|
| <p>Προεγχειρητική ετοιμασία του εντέρου (καθαρισμός).</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Εκκένωση του εντέρου από κόπρανα και αέρια προς ανακούφιση του ασθενούς. - Πρόληψη μετεγχειρητικής διάτασης του εντέρου. | <ul style="list-style-type: none"> - Εξήγηση στον ασθενή ότι η εκκένωση του εντέρου από κόπρανα και αέρια γίνεται για να αποφευχθεί η τρώση του κατά την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και η επιμόλυνση του εγχειρητικού πεδίου. - Να αποφευχθεί η εκκένωση του εντέρου πάνω στο χειρουργικό κρεβάτι. - Να γίνει ευχερέστερα η διενέργεια της επεμβάσεως από τον χειρουργό χωρίς να είναι διατεταμένες οι εντερικές έλικες. - Να ενημερωθεί ο ασθενής ότι πρόκειται να γίνουν 2 υποκλισμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της εγχειρήσεως και ο άλλος 6 ώρες προ της εγχειρήσεως. - Να δημιουργηθεί άνεση στον ασθενή και να γίνει σεβαστή η προσωπικότητά του. | <ul style="list-style-type: none"> - Δόθηκαν εξηγήσεις στον ασθενή για την σκοπιμότητα του καθαρισμού του εντέρου. - Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη νοσηλεία. Εγινε 1 υποκλισμός λίγες ώρες προ της εγχειρήσεως. Ο ασθενής συνεργάστηκε κατά τη νοσηλεία. - Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες και τοποθετήθηκε παραβάν κατά τη διάρκεια νοσηλείας. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δέχεται να συνεργαστεί για τη νοσηλεία. Ο υποκλισμός απέδωσε. Αμέσως μετά τη νοσηλεία ο ασθενής είχε 1 κένωση βλεννοαιματηρή. Ενημερώθηκε η λογοδοσία και ο γιατρός. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΣΤΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|----------------------|---------------------------|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να ρυθμιστεί η θερμοκρασία του νερού για να είναι ανεκτική από τον ασθενή και για αποφυγή ερεθισμού του εντερικού σωλήνα. - Να γίνουν προσεκτικές και ήπιες κινήσεις κατά την εφαρμογή του υποκλιτισμού για αποφυγή τραυματισμού του εντέρου. - Να χορηγηθεί καταρτικό φάρμακο ύστερα από ιατρική εντολή. | <ul style="list-style-type: none"> - Η θερμοκρασία του νερού διατηρήθηκε περίπου στους 38° C. - Ο υποκλιτισμός έγινε με ιριγκατέρ και με όσο το δυνατόν πιο ήπιους χειρισμούς. - Χορηγήθηκε Fleet enema στις 2.00 μ.μ. μετά από ιατρική εντολή. | <ul style="list-style-type: none"> - Το Fleet enema χορηγείται κυρίως για την κένωση του ορθού και χαρακτηρίζεται από υπερφωσμοτική δράση. Δεν απέδωσε. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΧΟΛΙΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|---|---|--|---|---|
| <p>Προεγχειρητική προετοιμασία σώματος (λουτρό καθαριότητας).</p> | <p>Να διατηρηθεί καθαρό το σώμα του ασθενούς και να απαλλαγεί από μικρόβια.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Να ενημερωθεί ο ασθενής για τη νοσηλεία που θα γίνει και να ενθαρρυνθεί για συνεργασία. - Να τοποθετηθεί παραβάν για την προστασία του ασθενούς από τα βλήματα των άλλων. - Να ρυθμισθεί η θερμοκρασία του νερού για να είναι ανεκτική από τον ασθενή και να μην κρύνει ή καίγεται. - Καλό σαπουνισμα του σώματος, και απολύμανση με αντισηπτική σαπωνούχο ουσία. - Να εξηγηθεί στον ασθενή ότι ο σκοπός της καθαριότητας είναι η αποφυγή μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος από το ακαθάρτο δέρμα. - Να επιτευχθεί η καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και η καλύτερη κυκλοφορία αίματος. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής ενημερώθηκε για τη νοσηλεία και συνεργάστηκε για την καλύτερη προαγωγή της νοσηλείας. - Η νοσηλεία έγινε με την τοποθέτηση παραβάν για άνεση του ασθενούς. - Ρυθμίστηκε η θερμοκρασία του νερού σύμφωνα με την επιθυμία του ασθενούς. - Σαπουνίστηκε το σώμα με Phisohex ιδιαίτερα στην περιοχή του περινέου όπου θα γίνει η επέμβαση. Ο ασθενής ξεπλύθηκε με άφθονο νερό. - Έγινε διδασκαλία του ασθενούς κατά την οποία εξηγήθηκε η σκοπιμότητα του λουτρού καθαριότητας. | <p>Έγινε λουτρό καθαριότητας στις 9/9/98 και ώρα 9.00 μ.μ. Ο ασθενής κοιμήθηκε ήσυχος και έτοιμος για το αυριανό χειρουργείο.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|--|---|--|---|--|
| <p>Παρεντερική χορήγηση ορ- ρών.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ενυδάτωση και τόνωση του οργανισμού προεγχειρητικά. - Πρόληψη μετεγχειρητικών δυσχερειών shock, ναυτία, δίψα. - Να μην πάρει ο ασθενής τίποτα από το στόμα 6 ώρες προ της εγχείρησής. | <ul style="list-style-type: none"> - Να ετοιμαστούν τα σωστά διαλύματα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες ελέγχοντας την ημερομηνία λήξης, τυχόν αλλοίωση χρώματος, διαρροή υγρού και ύπαρξη κρυστάλλων. - Επιλογή του σημείου φλεβοκέντησης που θα εξασφαλίσει ελευθερία κινήσεως του άκρου. - Ετοιμασία φλεβοκαθετήρα Νο 20 G, τολύπια με οινόπνευμα, λαστιχάκι περιδέσης. - Τήρηση των αρχών ασηψίας τόσο κατά την φλεβοκέντηση όσο και στη φιάλη του ορρού. - Αφαίρεση του αέρα από τη συσκευή ορρού και σύνδεση με τον φλεβοκαθετήρα. Να ανοιχθεί το πίετρο και να ρυθμισθούν οι σταγόνες του ορρού κατά 1 λεπτό, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. - Να στερεωθεί ο φλεβοκαθετήρας με λευκοπλάστ. | <ul style="list-style-type: none"> - Ετοιμάστηκαν τα διαλύματα Ringers-Ladate 1.000 ml I X 1 και D/W 5% 1.000 ml I X 1 σύμφωνα με ιατρική εντολή. Τα διαλύματα είναι σε καλή κατάσταση. - Αφού ενημερώθηκε ο ασθενής συγκεντρώθηκε το υλικό φλεβοκέντησης και επιλέχθηκε φλέβα στο αρ. άνω άκρο κάτω από την κάμψη του αγκώνα. - Έγινε αντισηψία στο σημείο φλεβοκέντησης με οινόπνευμα και εκτελέστηκε η φλεβοκέντηση. Εν τω μεταξύ έγινε απολύμανση και των ορρών. Έγινε σύνδεση με τη συσκευή ορρού και αφαίρεση του αέρα. Συνδέθηκαν οι ορροί με το σημείο φλεβοκέντησης και ανοίχτηκε το πίετρο, ρυθμίζοντας τις σταγόνες ανά λεπτό. | <p>Το διάλυμα Dextrose ενδείκνυται σε απώλεια ύδατος και αδυναμία αναπληρώσεως από το στόμα. Το διάλυμα L-R καλύπτει κυρίως τις ανάγκες του οργανισμού σε ηλεκτρολύτες. Έτσι προλήφθηκαν υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.</p> <p>Η φλεβοκέντηση έγινε χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Δεν παρατηρήθηκε μόλυνση ή σημείο εισόδου αέρα στην κυκλοφορία αίματος.</p> <p>Οι ορροί ρυθμίσθηκαν με ροή 50 σταγ./l'. Υστερα από 1 ώρα ο ασθενής παρουσίασε υπερφόρτωση κυκλοφορίας. Παραπονήθηκε για δύσπνοια και παρουσίασε αρτηριακή πίεση : 180 mmHg. Αμέσως σταματήσαμε τη ροή του ορρού και ειδοποιήσαμε το γιατρό.</p> |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|---|---|---|--|---|
| <p>Ο ασθενής εμφάνισε κατά την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα ναυτία και έμετο.</p> | <p>Να αντιμετωπιστούν οι έμετοι και οι επιπλοκές του μέχρι τη 2η μετεγχειρητική μέρα.</p> | <p>ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Να τοποθετηθεί ο ασθενής στη σωστή θέση. - Να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να αναπνέει βαθιά για την αποδρομή της δράσης του αναισθητικού φαρμάκου. - Σε συνεχιζόμενους εμέτους να γίνει διασωλήνωσή στομάχου από τη μύτη με σωλήνα Levin. - Τα έχοντα σχέση με τους εμέτους (ποσό, συχνότητα, χαρακτήρας εμεσμάτων), να αναγραφούν στη λογοδοσία ή το νοσηλευτικό δελτίο του ασθενούς. | <p>- Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση Fowler με το κεφάλι προς τα πλάγια.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Εγινε διδασκαλία στον ασθενή να παίρνει κάθε 1 ώρα 10 βαθιές αναπνοές, ο ασθενής ανταποκρίθηκε και ενισχύθηκε για να συνεχίσει. - Τοποθετήθηκε σωλήνας Levin από το γιατρό. - Σε κάθε έμετο καταγράφεται η ποσότητα και ο χαρακτήρας των εμεσμάτων στη λογοδοσία. Απομακρύνεται το νεφροειδές αμέσως μετά τον έμετο. | <ul style="list-style-type: none"> - Η θέση Fowler βοήθησε στην πρόληψη εισρόφησης του εμέτου και στην ευκολότερη αποβολή του γαστρικού περιεχομένου. - Μετά την αποβολή του αναισθητικού μειώθηκε η συχνότητα των εμέτων. - Αναρροφήθηκαν από το σωλήνα Levin 10 ml καφεοειδούς υγρού. Δείγμα υγρού στάλθηκε στο εργαστήριο για Βιοχημική εξέταση. - Εγινε ενημέρωση της προϊσταμένης και του γιατρού. - Η απομάκρυνση του νεφροειδούς μετά από κάθε έμετο προλαμβάνει επιπρόσθετη ναυτία ή τάση για έμετο. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|-----------------------|---|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Σε κάθε έμετο να γίνεται πλύση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς για αποφυγή ανάπτυξης παθογόνων μικροοργανισμών. - Να χορηγηθεί αντιεμετικό φάρμακο μετά από ιατρική εντολή. - Να αρχίσει η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης του οργανισμού. - Να μην πάρει ο ασθενής τίποτα per os. | <ul style="list-style-type: none"> - Έγινε η πλύση της στοματικής κοιλότητας του ασθενούς με αντισηπτική διάλυση Hexalen. Συστήνεται στον ασθενή κάθε φορά που έχει έμετο. - Χορηγήθηκε 1 amp. grimpelan I.V. κατόπιν ιατρικής εντολής I X 3. - Ξεκίνησε η ενδοφλέβια χορήγηση ορρών L-R 1.000 ml I X 1 και D/W 5% 1.000 ml I X 1. | <ul style="list-style-type: none"> - Προστέθηκαν την 2η μετεγχειρητική μέρα 3 amp. K⁺. | <ul style="list-style-type: none"> - Το διάλυμα Hexalen χρησιμοποιείται για στοματοπλύσεις σε ήπιες μικροβιακές λομώξεις. - Το grimpelan είναι κατάλληλο για την αντιμετώπιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και εμέτων μετεγχειρητικά αλλά και για την πρόληψη εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στις αναπνευστικές οδούς στη γενική αναισθησία. - Ο ασθενής ενυδατώνεται επαρκώς και προλήφθηκε το ανισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΤΙΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|---|--|--|--|--|
| Ο ασθενής παρουσίασε την 6η μετεγχειρητική μέρα πυρετική κίνηση έως 38,7 C. | <ul style="list-style-type: none"> - Να ανακαλυφθεί και να αντιμετωπιστεί ο πυρετός γόνος παράγοντας. - Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πυρετό όσο το δυνατόν πιο γρήγορα. | <ul style="list-style-type: none"> - Να γίνεται λήψη θερμοκρασίας ανά ώρα και καταγραφή της τιμής στο διάγραμμα του ασθενούς. - Να γίνεται εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων στον ασθενή. - Να χορηγηθεί κουβέρτα στον ασθενή αν κρυώνει ή έχει ρίγος. - Να χορηγηθεί αντιπυρετικό φάρμακο με ιατρική εντολή. - Να γίνει λήψη καλλιέργειας από άκρο υποκλείδιου και λήψη αιμοκαλλιέργιών από τον γιατρό. | <ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται καθημερινή λήψη θερμοκρασίας και ενημέρωση της λογοδοσίας. - Εφαρμόζονται ψυχρά επιθέματα από τους συγγενείς του ασθενούς σύμφωνα με δικές μας συστάσεις ανά 3ωρο. - Χορηγήθηκε η 2η κουβέρτα στον ασθενή. - Την 7η μετεγχειρητική μέρα και ώρα 11.00 μ.μ. δόθηκε 1 amp. Aprotel 60 mg με εντολή γιατρού. - Ο γιατρός έκανε αιμοληψία από τον ασθενή με σκοπό την καλλιέργεια αίματος. Εστάλησε και καλλιέργεια άκρου υποκλείδιου. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο πυρετός συνεχίστηκε μέχρι την 11η μετεγχειρητική μέρα. Τη 12η μέρα υποχώρησε. - Τα ψυχρά επιθέματα προσέφεραν παροδική ανακούφιση του αρρώστου. - Η amp. Aprotel χορηγείται σε εμπύρετες καταστάσεις όταν υπάρχει δισανεξία στο ακετυλοσαλικυλικό οξύ ή διαταραχές στην πυκτικότητα αίματος. - Από τα αποτελέσματα των καλλιέργειών συμπεραίνεται σηψαιμία από St. Epidermidis. Έγινε αφαίρεση του υποκλείδιου καθετήρα και τοποθέτηση του σε νέα θέση. Ακολούθησε ύφεση του πυρετού. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|-----------------------|--------------------------|--|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Να δοθεί αντιβιοτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία. - Να συνεχισθεί η χορήγηση ορρών ενδοφλεβίως. | <ul style="list-style-type: none"> - Χορηγήθηκε την 8η μετεγχειρητική μέρα αντιβίωση Solvetan, Flagyl. Από την 9η μέρα προστέθηκε Briklin και Voncap. - Συνεχίζονται οι ορροί εμπλουτισμένοι με ηλεκτρολύτες. | <ul style="list-style-type: none"> - Το Solvetan χορηγείται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις από Gram αρνητικά κυρίως μικρόβια. Το Flagyl χορηγείται για ανασερόβια μικρόβια. Το Briklin για εντεροβακτήρια και το Voncap σε σηψαιμία και λοιμώξεις από σταφυλόκοκκους. - Με την ενδοφλέβια χορήγηση ορρών προλήφθηκε η αφυδάτωση του οργανισμού. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΤΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|---|--|---|--|--|
| <p>Ο ασθενής ξεκίνησε παρεντερική διατροφή την 7η μετεγχειρητική μέρα με υποκλείδιο καθετηριασμό.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Κάλυψη θερμικών αναγκών του ασθενούς γιατί δεν σιτίζεται από το στόμα. - Πρόληψη επιπλοκών εξαιτίας Ο.Π.Δ. όσο διάστημα θα σιτίζεται ο ασθενής. | <ul style="list-style-type: none"> - Να ακολουθούνται οι ιατρικές οδηγίες για το καθορισμένο διαιτολόγιο του ασθενούς. - Το διάλυμα για την Ο.Π.Δ. να διατηρείται στο ψυγείο μέχρι τη χρησιμοποίησή του και σε κατάλληλη θερμοκρασία. - Να τηρούν άσηπτες τεχνικές κατά την εισαγωγή του καθετήρα στην υποκλείδιο φλέβα. - Να γίνεται αλλαγή του καθετήρα της φλέβας 3 φορές την εβδομάδα. - Να γίνεται καθημερινός έλεγχος βάρους και ζωτικών σημείων του ασθενούς. - Να ελέγχονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. - Να γίνεται έλεγχος σακχάρου στα ούρα και στο αίμα. - Να παρατηρείται αν ο άρρωστος έχει το αίσθημα της πείνας. | <ul style="list-style-type: none"> - Στις 17/9/98 συστήθηκε Ο.Π.Δ. με υδατάνθρακες, άλατα, ιχνοστοιχεία, βιταμίνες, σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες. - Διατηρήθηκε το μίγμα στο ψυγείο μέχρι τη χορήγησή του. - Εγινε σχολαστικός καθαρισμός με οινόπνευμα και ιωδιούχο διάλυμα προ της εισαγωγής της βελόνας. Ξεκίνησε η Ο.Π.Δ. - Ελέγχεται το βάρος του ασθενούς καθημερινά και τα ζωτικά του σημεία κάθε 4 ώρες. - Στις 21/9/1998 έγινε μέτρηση σακχάρου στο αίμα : 118 mg/dl και μετά από 6 μέρες η τιμή του έφτασε τα 243 mg/dl. | <ul style="list-style-type: none"> - Η Ο.Π.Δ. συνεχίστηκε μέχρι την 11η μετεγχειρητική μέρα. Μετά ο γιατρός συνέστησε ελαφρά λευκοματούχη διαίτα, από το στόμα. - Πρόληφθηκε ο κίνδυνος να προκληθεί λοίμωξη κατά την Ο.Π.Δ. - Δεν διαπιστώθηκε παράκλιση από τις φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων. - Δεν τίθεται θέμα υπερφόρτωσης υγρών. - Παρατηρήθηκε μικρή αύξηση του σακχάρου γιατί δεν ρυθμίσθηκε σωστά το διαιτολόγιο. Να γίνει επανέλεγχος των θρεπτικών ουσιών. |

| ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ |
|----------------------|---|---|---|----------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρακολουθείται το σημείο εισαγωγής του καθετήρα για σημεία φλεγμονής και να γίνεται αλλαγή της γάζας τακτικά. - Να εκτιμηθεί η επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς και οι τιμές των ηλεκτρολυτών του. - Να ελεγχθεί αν οι συνδέσεις του συστήματος συσκευής εφαρμόζουν σταθερά. - Να αλλάζεται η φιάλη πριν φτάσει το διάλυμα στο τέλος και πάρει αέρα η συσκευή. | <ul style="list-style-type: none"> - Να παρακολουθείται συνεχώς το σημείο καθετηριασμού για οίδημα, ερυθρότητα, πόνο και θερμότητα. - Αλλάζεται η γάζα κάθε 24ωρο. - Η τιμή Na^+ στις 21/9 ήταν 138 mEq/L και Ka^+ 4,3 mEq/L. Παρουσίασαν μικρές αυξομειώσεις τις επόμενες μέρες. - Οι συνδέσεις της συσκευής εφαρμόζουν σταθερά. - Δεν παρατηρήθηκε εμβολή αέρα στην συσκευή γιατί έγινε αλλαγή της φιάλης πριν φτάσει στο τέλος. | <ul style="list-style-type: none"> - Ο οργανισμός έχει επάρκεια σε ηλεκτρολύτες. - Έτσι προλήφθηκε η εμβολή αέρα. | |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του παχέος εντέρου έχει σαν αποτέλεσμα την εκτεταμένη εφαρμογή κολοστομίας, ως μέσο εκλογής στην εγχειρητική αντιμετώπιση. Η σωστή και εξειδικευμένη φροντίδα των αρρώστων με καρκίνο του παχέος εντέρου αποτελεί βασικό θέμα γι'αυτό προτείνουμε τα εξής :

1) Ίδρυση και λειτουργία ειδικών τμημάτων αντικαρκινικού αγώνα σε κάθε νοσοκομείο ώστε να ενημερώνεται και να ευαισθητοποιείται το κοινό στο θέμα της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του παχέος εντέρου.

2) Είναι απαραίτητο να υπάρχει ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό για την ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών με κολοστομία, το οποίο να γνωρίζει τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς.

3) Προετοιμασία του αρρώστου ώστε να ζήσει το υπόλοιπο μέρος της ζωής του με κολοστόμιο χωρίς να επηρεάζεται η προσωπική και κοινωνική του ζωή.

4) Αποδοχή της νέας εικόνας του ασθενούς πρώτα από την ομάδα υγείας και ενίσχυσή του, με τη σωστή και επαρκή ενημέρωση και εκπαίδευσή του.

5) Σε κάθε νοσοκομείο είναι απαραίτητο να υπάρχει ειδικό τμήμα ψυχικής υποστήριξης και αποκατάστασης ασθενών με παρά φύσιν έδρα που θα αποσκοπεί στην ομαλή επαναφορά του ατόμου στην κοινωνία. Το τμήμα αυτό μπορεί να επανδρωθεί με ψυχολόγο, ψυχίατρο και νοσηλευτή εξειδικευμένο στην φροντίδα αυτών των ασθενών.

6) Επίσης απαραίτητη είναι η δημιουργία ειδικών κέντρων εκπαίδευσης και διδασκαλίας τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειάς του για την βοήθεια του ασθενούς στην αυτοφροντίδα και την ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του.

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

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

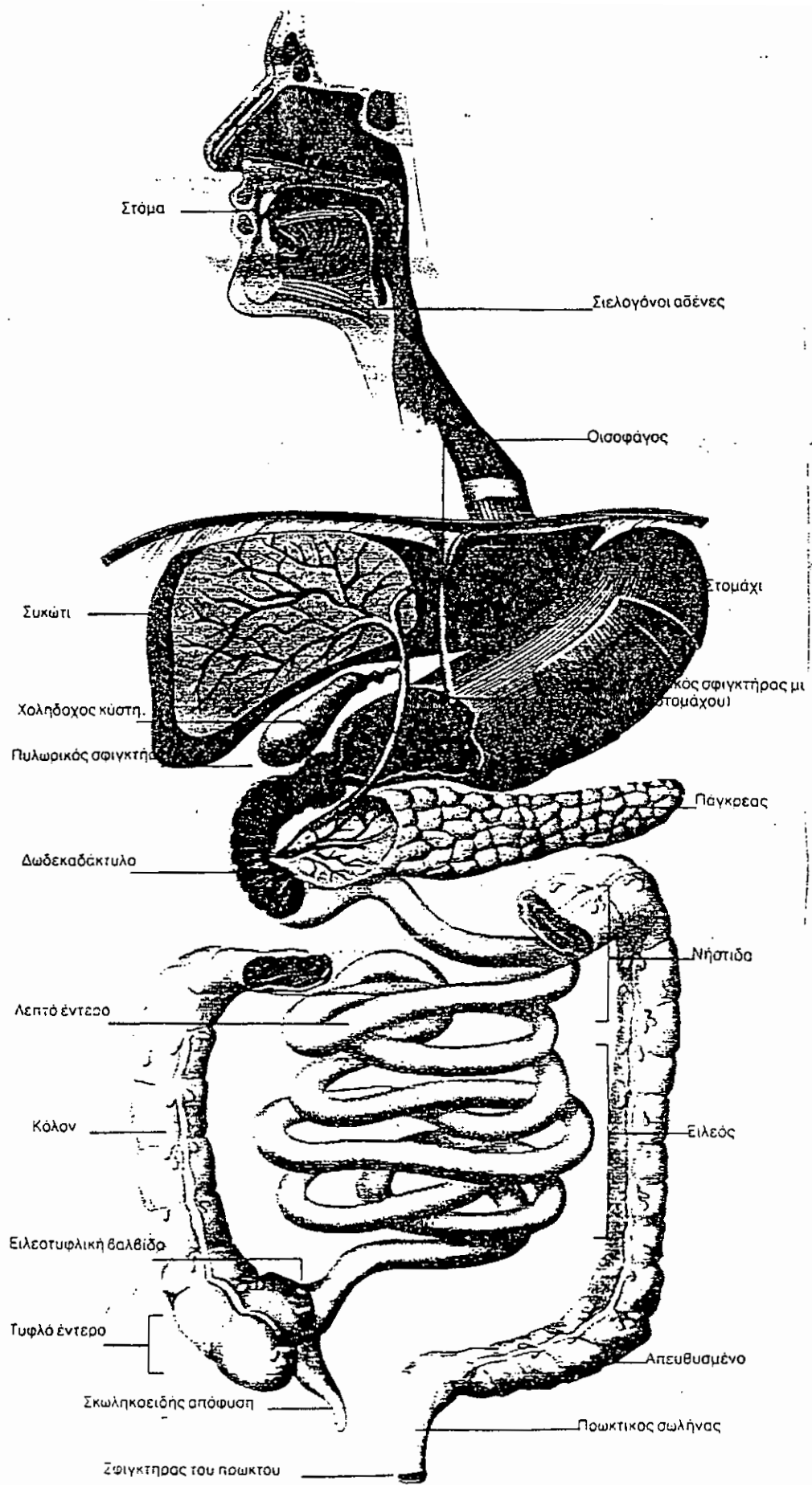
1. Βασώνη Δ., «Επιτομή Χειρουργικής και Ορθοπεδικής», Έκδοση 5η αναθεωρημένη, Αθήνα 1987, σελ. 113, 190-194.
2. Γολεμάτης Χ.Β., «Χειρουργική Παθολογία», Τόμος Β', Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1991, σελ. 1081-1091
3. Παπαδημητρίου Μ. Ηλιοπούλου Ν. και άλλοι, «Συγκριτική μελέτη συχνότητας Καρκίνου Παχέος Εντέρου και στομάχου», περιλήψεις, 7ο Πανελλήνιο συνέδριο ογκολογίας, Πειραιάς 4-7 Νοεμβρίου 1998, σελ. 1 - 17.
4. Dollinger M. - Rosenbaum Er. et all, «Ο καρκίνος - Διάγνωση, Πρόληψη, Θεραπεία και καθημερινή αντιμετώπιση», Έκδοση 1η, Εκδόσεις Κάτοπτρο, Αθήνα, Δεκέμβρης 1992 σελ. 368-373.
5. Χανιώτης Ι.Φ., «Παθολογία - Νοσολογία», Τόμος 1ος, Νέα έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 124-127.
6. Τριχοπούλου Α. - Τριχόπουλος Δ., «Προληπτική Ιατρική» Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή, Εκδόσεις: Γ.Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986, σελ. 49-50, 64.
7. Κατσουγιάννη Κ. - Κολεζίνας Μ. κα., «Θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα 1960 - 1985», Εκδόσεις: Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα 1990.
8. Μπαλάς Π., «Χειρουργική», Τόμος Β', Έκδοση 1η, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1987, σελ. 460 - 463.
9. Καρβελάς Φ., - Τσολάκης Ι. και άλλοι, «Καρκίνος στομάχου. Επιδημιολογία, διάγνωση και αντιμετώπιση στον επαρχιακό πληθυσμό», Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 9, Τεύχος 3, Μάρτης 1986, σελ. 198 - 202.
10. Sherman C.D., - Calman K.C. et all, «Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας». Μετάφραση-επιμέλεια Σανδρής Π., Έκδοση 4η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991, σελ. 287-294.
11. Κοσμίδης Π. - Τριανταφυλλίδης Γ., «Ογκολογία του Πεπτικού συστήματος», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1991 σελ. 232-303, 535-543, 519-524.
12. Papachristou N. - Fortner G., «Adenocarcinoma of the gastric cardia», Surgery, Volume 192, 1980, p. 58 - 64.
13. Molina E. - Lawton R., - Myers O., Humphrey W., «Esophagogastrectomy for adenocarcinoma of the cardia», Surgery, Vol: 195, 1982, p. 146-151.

14. *Ζευγολάτη Κ. - Σακελλαροπούλου Ν. - Οικονομοπούλου Π.*, «Αι κακοήθαι νεοπλασΐαι του παχέος εντέρου», πρακτικά Ιου Πανελλήνιου Συνεδρίου Γαστρεντερολογΐας, Αθήνα 1979, σελ. 165 - 174.
15. *Καραμανώλης Δ.Γ.*, «Γαστρεντερολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους», Ιατρική, Τόμος 58, Τεύχος 3, Σεπτέμβρης 1990, σελ. 249-254.
16. *Κατσούρα Μ. - Ματσάκης Γ. - Ρέσσος Χρ. και άλλοι*, «Ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε νέα άτομα», Ελληνική ογκολογία, Τόμος 24ος, Τεύχος 4, Τριμηνιαία έκδοση, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 1989, σελ. 350 - 351.
17. *Τριχόπουλος Δ.*, «Επιδημιολογία - αρχές μέθοδοι - εφαρμογές», Εκδόσεις: Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982, σελ. 60 - 61.
18. *Γαρδίκας Κ.Δ.*, «Ειδική Νοσολογία», Τόμος Α΄, Έκδοσις Δ΄, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1984, σελ. 411.
19. *Κατσαρός Δ., - Σδούγκος Ηλ. - Βρεττού Β. - Μπαρμπάτζας Χ.*, «Πρώιμος γαστρικός καρκίνος. Κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα» Ελληνική Γαστρεντερολογία, Τόμος Ι, Ιανουάριος 1988 σελ. 52 - 54.
20. *Tarner D. - Kukuk D.*, «Diet and Cancer incidence. A case control study in Turkey», Cancer, Vol 65, May 1990, p. 2344 - 2348.
21. *Δοντάς Ν.*, «Διατροφή και Καρκίνος», Ομιλία στο σεμινάριο νοσηλευτριών, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1990, σελ. 29-30.
22. *Πέτρου Μ.Γ.*, «Σημειώσεις συστηματικής ανατομικής», Τμήμα Νοσηλευτικής. ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ, Πάτρα 1983, σελ. 20 - 25.
23. *Σαχΐνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ.* «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασΐες», Τόμος 2ος, Μέρος Β΄, Δ΄ Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994, σελ. 451, 456, 457, 587-597.
24. *Keir L. - Wise A.B. - Krebs C.*, «Ανατομία και Φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος «Έκδοση 3η, Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1996, σελ. 159.
25. *Weston Tr.*, «Άτλας Ανατομΐας», Έκδοση Α΄, Εκδόσεις ΚΙΣΣΟΣ, Μετάφραση Σακοδήμος Α., Αθήνα 1992, σελ. 103, 123.
26. *Κατρίτση Δ.Ε. - Παπαδόπουλου Ι.Ν.*, «Ανατομική του Ανθρώπου», Σπλαχνολογία - Καρδιά, Έκδοση 3η, Ιατρικές εκδόσεις Λΐτσας, Αθήνα 1986, σελ. 11, 78 - 88.
27. *Μιχαλαριά Χ.*, «Κολοστομία», Πτυχιακή εργασία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα, Μάρτιος 1990, σελ. 1-87.
28. *Wynsberghe V.D. - Noback R.C. et all*, «Human Anatomy and Physiology», Third Edition, international Edition, 1995, σελ. 832-835.

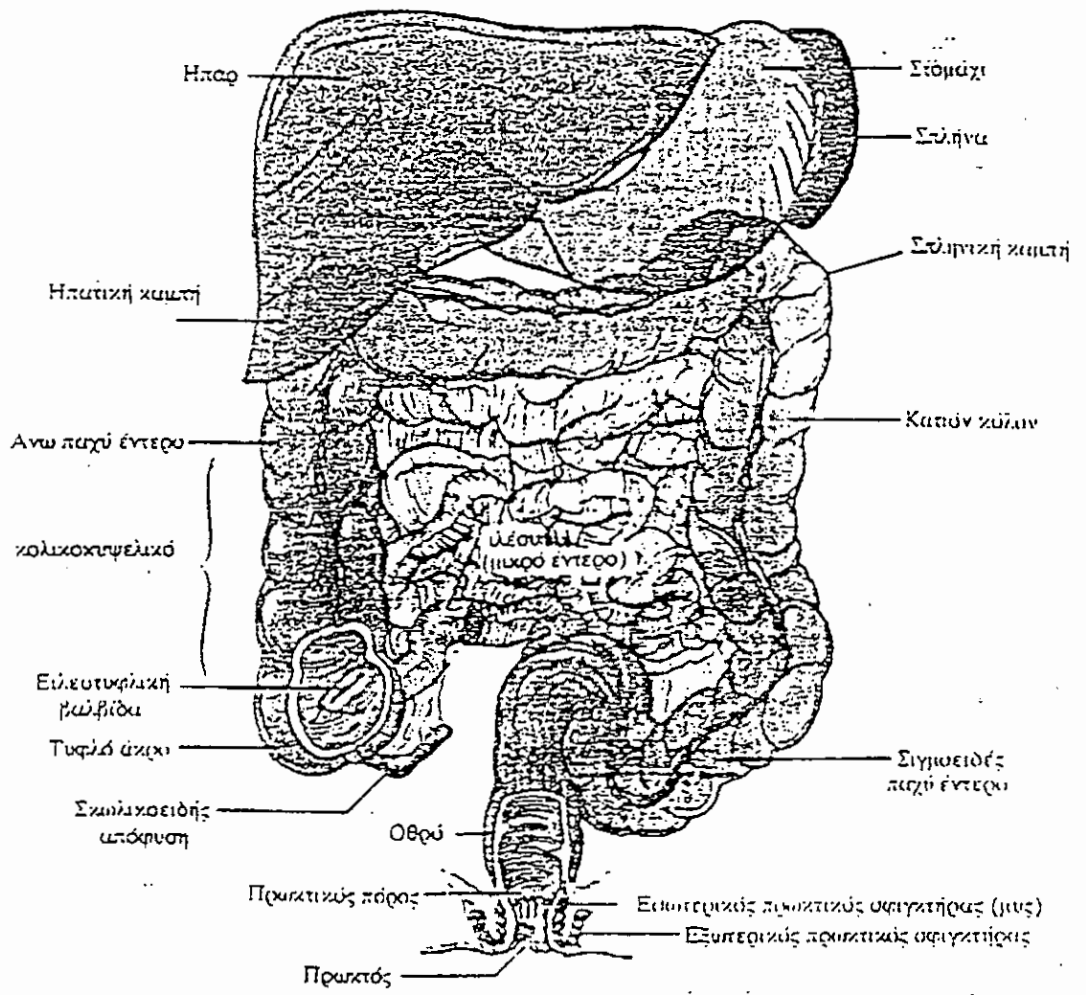
29. *Spell S.R.*, «Κλινική Ανατομική», Τόμος πρώτος, Έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σελ. 204-205.
30. *Lippert T.H.*, «Ανατομική - Κείμενο και Άτλας», Έκδοση 5η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1993, σελ. 238.
31. *Guyton A.*, «Φυσιολογία του Ανθρώπου», Έκδοση 3η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984, σελ. 558-560.
32. *Γουλιά Γ.Ε.*, «Εφαρμοσμένη Νοσηλευτική», Έκδοση 1η, Εκδόσεις «Ταβιθά», Αθήνα 1991, σελ. 307 - 341.
33. *Πλέσσας Τ.Σ. - Κανέλλος Ε.*, «Φυσιολογία του Ανθρώπου 1», Έκδοση 2η βελτιωμένη και επηυξημένη, Εκδόσεις: Φάρμακον - τύπος, Αθήνα 1997, σελ. 148.
34. *Andreoli E. Th. - Carpenter C.J.Ch. et all.*, «Cecil Παθολογία», Μετάφραση - Επιμέλεια Μουτσόπουλος Χ. Έκδοση 1η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1991.
35. *Harrison*, «Εσωτερική Παθολογία», Τόμος 2, Έκδοση 12η, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σελ. 1684 - 1689.
36. *Γαρδίκας Δ.Κ.*, «Επίτομος Ειδική Νοσολογία», Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1971.
37. *Παπαδημητρίου Μ., - Αργυρού Ε.*, «Καρκίνος Πρόληψη - Διαφώτιση». Πρακτικά 20ου ετήσιου Πανελληνίου Νοσ/κού συνεδρίου, Πόρτο Κάρρας - Χαλκιδική, Μάιος 1993, σελ. 435.
38. *Μπέσμπεας Σ. - Χαραλάμπους Σ.Χ.*, «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση σε άδυσπνωματικά άτομα ηλικίας 50 - 75 ετών με το Hemocult test», Ελληνική Ογκολογία, Τόμος 25, Τεύχος 3, Τριμηνιαία Έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα, Ιούλιος - Σεπτέμβρης 1989, σελ. 229 - 241.
39. *Μαλγαρινού Μ. - Κωνσταντινίδου Σ.*, «Γενική Παθ/κή Χειρουργική», Τόμος Α', Έκδοση 12η, Αθήνα, Σεπτέμβρης 1989, σελ. 242-244, 280-287, 250-252, 256-259.
40. *Παπαδημητρίου Μ.*, «Νοσ/κή φροντίδα ασθενούς με κολοστομία», Παθ/κή και Χειρ/κή Νοσ/κή, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτρα 1989 σελ. 82.
41. *Αθανάτου Κ.Ε.*, «Κλινική Νοσηλευτική» Βασικές και Ειδικές νοσηλείες, Έκδοση Δ' Βελτιωμένη, Αθήνα 1994, σελ. 183-220, 561-568.
42. *Σαββοπούλου Γ.*, «Ο νοσηλευτής μπροστά στις ανάγκες του αρρώστου με καρκίνο», Νοσηλευτική, Τόμος 33, Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβρης 1994.

43. *Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ.*, «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», Νοσηλευτικές Διαδικασίες, Τόμος 1ος, Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1994, σελ. 73-75, 84-85.
44. *Sterns E. Ernest*, «Clinical Thinking in Surgery», A. large medical book, International Edition, 1989, p. 593 - 595.
45. *Scully H.J. - Bechtold W.D. et al*, «The National Medical Series for independent study» Psychiatry, 2nd Edition U.S.A. 1990, p. 230 - 500.
46. *Κυριακίδου Ε.*, «Κοινωνική Νοσηλευτική», Έκδοση 1η, Αθήνα 1995, σελ. 103-105
47. *Engram B.*, «Νοσηλευτική Φροντίδα στην Παθολογία και Χειρουργική», Επιμέλεια Καραχάλιος Γ., Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1997, σελ. 186-252.

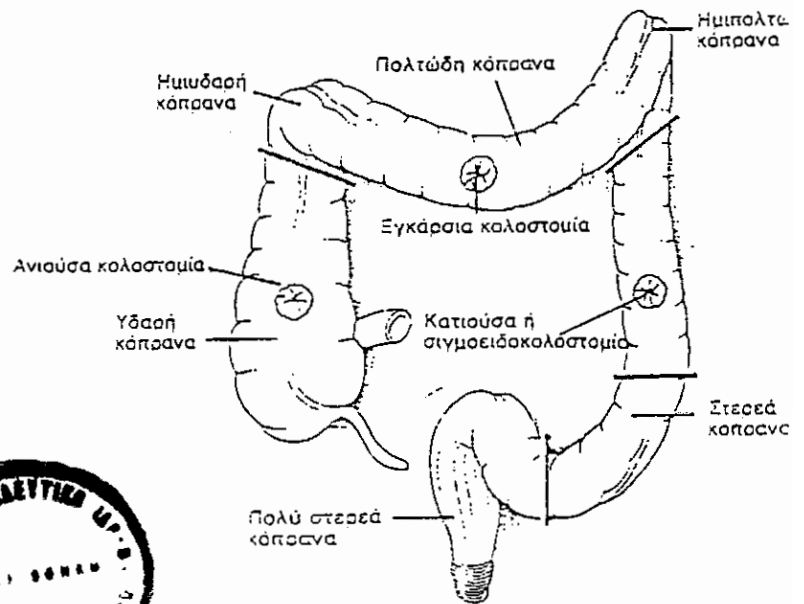
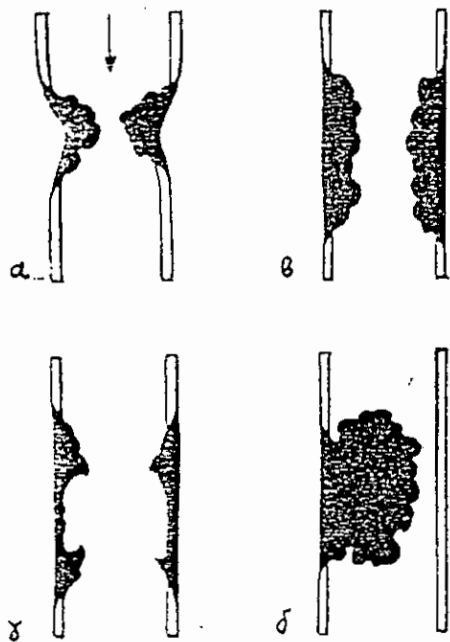
П А Р А Р Т Н М А



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Εικόνα 3

Εικόνα 4